

## Postmenopozal majör depresif bozuklukta klinik gidiş ve yaşam olayları ilişkisinin araştırılması: Vaka kontrollü açık uçlu çalışma

Ayhan ALGÜL (\*), Aytekin ÖZŞAHİN (\*\*), Recep TÜTÜNCÜ (\*), Hakan BALİBEY (\*),  
Alpay ATEŞ (\*), Cengiz BAŞOĞLU (\*)

### ÖZET

Menopozal dönem biyolojik değişimlerin yaşandığı ve beraberinde depresyon riskinin arttığı düşünülen özgün bir süreçtir. Bu dönemde depresyonun doğasını ve ilişkili olabilecek etmenleri anlamak klinisyene koruyucu ruh sağlığı ve tedavi yöntemleri hakkında yardımcı olacaktır. Çalışmamız da, menopoz döneminde yaşanan majör depresif bozukluk ile daha önce geçirilen depresyon ataklarının, ailede depresyon öyküsünün ve yaşam olaylarının ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Çalışma, menopoz ünitesi ve psikiyatri kliniğinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya postmenopozal dönem majör depresif bozukluk tanısı alan 40 hasta ve 40 sağlıklı kontrol alınmıştır. Majör depresif bozukluk tanısı klinik görüşme ve "Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu I (SCID-I)" ile konulmuştur. Depresyon şiddeti "Beck Depresyon Envanteri" ile ölçülmüştür. Yaşam olaylarının taranmasında "Yaşam Olayları Değerlendirme Ölçeği" kullanılmıştır.

Çalışma sonuçlarında hasta grubunun %37.5'inin en az bir depresyon atağı geçirmiş olduğu bulundu. Hasta grubu 7-12 ayda ve 0-12 ayda kontrol grubuna göre hastalık öncesi daha fazla yaşam olayı ile karşılaşmaktaydı. Hasta grubunun menopozal semptomlardan daha fazla yakındığı ve menopozal belirtilerin depresyon şiddetiyle pozitif korelasyon gösterdiği saptandı.

Elde edilen veriler göstermektedir ki geçirilmiş depresyon atakları ve depresyon öncesi 7-12 ay ve 0-12 aydaki yaşam olayı sayısı, menopozal dönemde gelişen majör depresif bozukluk için ayırt edici özellik olarak dikkate alınmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Menopoz, majör depresyon, yaşam olayı

### SUMMARY

**Investigation of clinical course and life events in postmenopausal major depressive disorder: an open label case control study**

Menopausal period is a specific process with biological changes and increased depression risk. Understanding the nature and related factors of depression in this period may help the clinician in prevention and treatment of psychiatric disorders. In our study, it is aimed to investigate the relationship between postmenopausal major depressive disorder and previous depression attacks, family history of depression and life events.

This study has been carried out in a menopause unit and a psychiatry clinic. 40 patients with the diagnosis of postmenopausal major depressive disorder and 40 healthy control subjects were included in the study. The diagnosis of major depressive disorder was confirmed by means of the "Structured Clinical Interview for Axis -1 Disorders (SCID-I)". The level of depression was assessed by "Beck Depression Inventory". Life events were determined by "Life Events Rating Scale". It was found that 37.5 percent of the patient group had previously at least one depressive attack. The study group reported higher exposure rates to life events in 7-12 month and 0-12 month previously before the disorder. Furthermore, it was found that the patient group was complaining more about menopausal symptoms and the depression severity was correlated to the severity of the menopausal symptoms.

Data obtained suggest that previous depressive attacks and life events in 7-12 months and 0-12 months before the major depressive disorder may be a differential feature of postmenopausal major depressive disorder.

**Key Words:** Menopause, major depression, life events

### Giriş

Depresyon dünya çapında önemli bir sağlık sorunu olup ülkemizde depresyonun nokta yaygınlığı %10, yaşam boyu yaygınlığı ise yaklaşık %20 olarak bulunmuştur (1). Elde ki veriler yaşam boyu depresyon riskinin kadınlarda iki kat daha fazla olduğunu ortaya koymaktadır. Birçok çalışma bu durumu kadınlara ait biyolojik farklılıklarla ilintilendirmektedir. Kadınlarda hormonal dalgalanmaların yaşandığı premenstruel, postnatal ve perimenopozal dönemlerde depresyona daha yatkındırlar (2). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan "Ulusal Komorbidite Çalışması" tekrarlayan depresyon oranının 45-54 yaşlarındaki kadınlarda, daha yaşlı olanlara göre yüksek olduğunu ortaya koymuştur (3). Bu yaş aralığı menopoz sonrası döneme işaret etmektedir.

Postmenopozal depresyonda biyolojik ve psikososyal faktörlerin etkili olabileceğine dair kanıtlar mevcuttur. Östrojen hormonunun nöromodüle edici özelliğinin olduğu ve serotoninerjik sistemle ilişkili olabileceği, post-menopozal dönemde östrojen, progesteron veya her ikisinin düzeylerinde azalma ya da folikül stimule edici hormon (FSH) ve lütein yapıcı hormon (LH) düzeylerinde artma olduğu gösterilmiştir (4-7).

Massachusetts Kadın Sağlığı Çalışması'nda menopoz öncesinde bir depresyon öyküsü, sonradan gelişecek olan depresyonun en kuvvetli göstergesi olduğu belirtilmiş ve postmenopozal döneme geçildikçe, önceki depresyon oranlarından bağımsız olarak depresyon oranlarının azaldığı ileri sürülmüştür (8,9). Diğer taraftan menopozun psikososyal yönünü ele alan Schindler, depresyona yatkınlıkta psikolojik veya sosyokültürel stresörlerin önemini vurgulamıştır (10). Menopoz kadınların rol, sorumluluk ve ilişkiler değişimini yaşadığı, boşanma veya ayrılık, işsizlik, ebeveyn ölümü, yaşlıların bakımı, yeni bir çevreye taşınma ve sosyal destek kaybı gibi olumsuzluk riskinin arttığı bir dönemdir (11). Literatürde kadınların 40-50 yaşları arası olumsuz yaşam olaylarının sık olduğu belirtilmektedir (12). Klimakterik semptomların, psikososyal incinebilirlik ve yaşam olayları ile ilişkisi incelenmiş ve klimakteryum dönemi de yaşam olayları sıklığının arttığı bulunmuştur (5).

Bu çalışmada literatürden elde edilen kanıtlar ışığında postmenopozal majör depresif bozukluk ile depresyon atağı sıklığı, aile öyküsü, ve yaşam olayları ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

### Gereç ve Yöntem

#### A. Denekler

Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve GATA Menopoz Ünitesi'ne, ardışık olarak baş-

\* GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Psikiyatri Kliniği.  
\*\* Gülhane Askeri Tıp Akademisi Psikiyatri Ana Bilim Dalı.

**Ayrı basım isteği:** Doç.Dr. Recep TÜTÜNCÜ  
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Psikiyatri Kliniği  
rtutuncu@yahoo.com  
rtutuncu@gata.edu.tr

Makalenin Geliş Tarihi: 03.01.2015 • Kabul Tarihi: 01.02.2015 • Çevrim İçi Basım Tarihi: 25.10.2015

vuran toplam 1549 denek çalışmaya dahil edilmiştir. Her biriyle psikiyatrist ve bir uzman psikolog tarafından ön görüşme yapılmıştır. Ön görüşmede psikiyatrik semptomları olan 172 (%11.1) denekle klinik tanısız görüşme yapılarak, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı IV (DSM-IV) Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu I-II (SCID-I, SCID-II) uygulanmıştır. Klinik görüşme, SCID-I ve II değerlendirmesi sonucunda 172 denekten 92' sine (%53.5) psikiyatrik tanı konmuştur (tüm başvuranların %6' sı). Bunlardan 49' u majör depresif bozukluk tanı kriterlerini karşılamıştır. Majör depresif bozukluk tanısı alan deneklerden 9' u, kabul edilme ölçütlerine uymadığı için (7' si testleri alabilecek eğitim düzeyine sahip olmadığından, 2' si henüz adet kanamaları kesilmediğinden) çalışma dışı bırakılmıştır. Ölçütlere uyan 40 denek hasta grubunu oluşturmuştur. Hasta grubuyla benzer sosyodemografik özelliklere sahip ve çalışmaya alınma sırasında klinik görüşme ve SCID uygulamalarıyla hiçbir özgül psikiyatrik tanı almamış, postmenopozal dönemdeki 40 denek kontrol grubu olarak alınmıştır.

Deneklerin çalışmaya kabul edilme ölçütleri gönüllü olma, son adet tarihinden sonra en az 12 ayın geçmiş olması, en az iki hafta öncesinde psikotrop ilaç kullanmamış olması, ölçekleri anlayabilecek ve uygulanabilecek bir eğitim düzeyine sahip olması, majör depresif bozukluk dışında psikiyatrik bir tanının konmamış olması olarak belirlenmiştir. Sayılan kriterler dışında kalanlar çalışma dışı bırakılmıştır.

## B. Bilgi toplama araçları

Çalışmada bilgi toplamak amacıyla Yarı Yapılandırılmış Bilgi Toplama Formu, SCID-I, SCID-II, Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Yaşam Olayları Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır.

1. Yarı Yapılandırılmış Bilgi Toplama Formu: Bilgi toplama formu, konuyla ilgili kaynakların taranmasıyla ve yukarıda tanımlanan menopoz ünitesine başvuran olgularla yapılan görüşmelerden faydalanılarak oluşturulmuştur.

2. SCID-I: First ve ark. tarafından, DSM-IV Eksen I tanıların konması için geliştirilen yapılandırılmış klinik görüşme formudur (13). Çalışmada, deneklere Eksen-I tanısı koymak amacıyla, geçerlik ve güvenilirliği Çorapçıoğlu ve ark. tarafından yapılmış olan Türkçe çevirisi kullanılmıştır (14).

3. SCID-II: Spitzer ve ark. tarafından DSM-IV Eksen-II tanıların konması için geliştirilmiştir (15). Çalışmada, Eksen-II tanıların konması amacıyla, geçerlik ve güvenilirliği Özkürkçigil ve ark. tarafından yapılmış olan Türkçe çevirisi kullanılmıştır (16).

4. Beck Depresyon Envanteri (BDE): Beck tarafından geliştirilmiş olup, depresif belirtilerin şiddetini ölçmek amacıyla kullanılır. Kendini değerlendirme ölçeğidir. Gruplar halinde 21 cümleden oluşur (17). Türkçe' ye çevirisinin geçerlik ve güvenilirliği Hisli tarafından yapılmış olup, kesme noktası 17 olarak belirtilmiştir (18). Çalışmada, deneklerde depresyonun şiddetinin belirlenmesi amacıyla bu form kullanılmıştır.

5. Yaşam Olayları Değerlendirme Ölçeği: Sorias tarafından geliştirilmiş ve geçerlik-güvenirliği yapılmıştır. Yarı yapılandırılmış ve öz bildirimine dayalı bir ölçektir (19). Çalışmada, 116 sorudan oluşan orijinal ölçekten, benzer veya menopozal dönemle ilişkisiz olan 53 soru çıkarılmış ve 63 soru kullanılmıştır. Yaşam olayları değerlendirme ölçeği ile elde edilen veriler, yazına uygun biçimde, depresyon başlangıcından önceki ilk

6 ay, 7-12 ay ve 1 yıl dönemleri olmak üzere üç zaman dilimine ayrılarak incelenmiştir. Çalışma ve kontrol grubunda yaşam olayı varlığı ve dönemlere göre denek başına düşen olay sayısını saptanarak irdelenmiştir. Yaşam olaylarının varlığı ve niteliğinin depresyonu tetikleyen bir faktör olup olmadığının tespiti amaçlanmıştır.

## C. Verilerin analizi

İstatistiksel analiz, parametrik numerik veriler için bağımsız değişkenlerde Student's t test, non-parametrik verilerde iki aritmetik ortalamının test edilmesi için Mann Whitney U, bağımsız kategorik veriler için Ki-Kare ve Fisher' s Exact testleri kullanılarak yapılmıştır. Korelasyon analizleri için ise Spearman testi kullanılmıştır. Testlerde anlamlılık düzeyi (p) 0.05 olarak alınmıştır. Hastane etik kurulu tarafından çalışma etik kurul onayı ve katılımcılardan aydınlatılmış onam alınmıştır.

## Bulgular:

15 aylık bir dönemde ardışık olarak başvuran 1549 denekle yapılan görüşmelerde ayıklanan 172 olgunun, SCID-I ve SCID-II' den aldıkları tanılar Tablo-I' de verilmiştir. Hasta grubu (n=40) ve kontrol grubunun (n=40) sosyodemografik özellikleri Tablo-II' de verilmiştir.

Tanı	n	%*	%**
Majör Depresif Bozukluk	49	28,5	3,2
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	17	9,9	1,1
Obsesif Kompulsif Bozukluk	9	5,2	0,6
Panik Bozukluk	11	6,4	0,7
Distimik Bozukluk	3	1,7	0,2
Sosyal Fobi	1	0,6	0,07
Post Travmatik Stres Bozukluğu	1	0,6	0,07
Histriyonik Kişilik Bozukluğu	1	0,6	0,07
Toplam	92	53,5	6,0

\* Psikiyatrik semptomu olanlar arasındaki oran

\*\* Çalışma döneminde menopoz ünitesine başvuran tüm denekler arasındaki oran

Değişkenler	Hasta Grubu (n=40)		Kontrol Grubu (n=40)		P
	-	±	-	±	
Yaş (Yıl) a	51,1	5,95	50,0	3,4	0,5
Eğitim Süresi (Yıl) b	9,9	4,1	11,7	4,1	0,06
	N	%	N	%	
Medeni Durum c					
Evli	26	65	31	77,5	0,3
Bekar	14	35	9	22,5	
Çalışma Durumu c					
Çalışan	2	5	12	30	0,006*
Çalışmayan	38	95	28	70	
Ekonomik Durum c					
Düşük	33	82,5	27	67,5	0,2
Yüksek	7	17,5	13	32,5	
Aile Yapısı c					
Çekirdek	34	85	37	92,5	0,5
Geniş	6	15	3	7,5	

a: Mann-Whitney U, b: T testi, c: Fisher's Exact Test, \*: p<0.05

Menopoz yaşı, deneğin adet kanamalarının kesildiği ve menopoza girdiği kabul edilen yaş olarak tanımlanmıştır. Hasta grubunun menopoz yaşı 37-54 arasında olup, ortalaması 45.0±4.7 yıl, kontrol grubunun menopoz yaşı ise 41-51 arasında olup, ortalaması 47.0±2.5 yıldır. Menopoz yaşı bakımından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05). Ancak ortalamaya bakıldığında, hasta grubunda menopoz yaşının daha düşük olduğu dikkati çekmektedir (Tablo-III).

**Tablo III.** Deneklerin Klinik Özellikleri

Değişkenler	Hasta Grubu (n=40)		Kontrol Grubu (n=40)		P
	- x	±	- x	±	
Menopoz Yaşı (Yıl) <sup>a</sup>	45.0	4.7	47.0	2.5	
Menopoz Süresi (Yıl) <sup>a</sup>	5.8	5.1	3.0	2.2	
	n	%	N	%	
Menopoz Şekli <sup>b</sup>					
Doğal	30	75	34	85	0,4
Cerrahi	10	25	6	15	
HRT <sup>b</sup>					
Kullanıyor	28	70	16	40	0,01*
Kullanmıyor	12	30	24	60	
Fiziksel Hastalık <sup>b</sup>					
Var	17	42,5	14	35	0,7
Yok	23	57,5	26	65	
Menopoza Karşı Tutum <sup>b</sup>					
Olumlu	17	42,5	26	65	0,07
Olumsuz	23	57,5	14	35	

<sup>a</sup>: Mann-Whitney U, b: Fisher's Exact Test, \*: P<0.05, HRT: Hormon Replasman Tedavisi

Depresyon ve kontrol grubunun BDE puanların ortalaması, sırasıyla 26.5±6.8 ve 12.6±4.4 olarak bulunmuştur. İki grubun BDE puanları arasında anlamlı farklılık vardır (p<0.05). Depresyon öyküsü ve depresif atak sayısı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak önemli ölçüde fark saptanmıştır (p<0.05) (Tablo-IV).

**Tablo IV.** Beck Depresyon Envanteri (BDE) Puanı Ortalaması, Geçirilmiş Depresyon ve Ailede Depresyon Öyküsü

Değişkenler	Hasta Grubu (n=40)		Kontrol Grubu (n=40)		P
	- x	±	- x	±	
BDE Puanı <sup>a</sup>	26.5	6,8	12,6	4,4	0,000*
Depresyon Atağı Sayısı <sup>a</sup>	0.6	0,6	0,08	0,3	0,000*
	n	%	N	%	
Depresyon Öyküsü <sup>b</sup>					
Var	19	47,5	3	7,5	0,000*
Yok	21	52,5	37	92,5	
Ailede Depresyon Öyküsü <sup>b</sup>					
Var	6	15	3	7,5	0,5
Yok	34	85	37	92,5	

<sup>a</sup>: Mann-Whitney U, b: Fisher' s Exact Test, \*: p<0.05

BDE puanıyla yaş, menopoz yaşı, evlilik süresi ve yaşam olayı sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış, depresif atak sayısı arasında zayıf ölçüde negatif ilişki bulunmuştur (r: -0.307, p<0.054).

Deneklerin çalışmaya alınmadan önceki bir yılda karşılaştıkları yaşam olayları üç zaman diliminde incelenmiştir (0-6 ay, 7-12 ay). 7-12 ayda ve 0-12 ayda hasta grubu ve kontrol grubu arasında yaşadıklarını bildirdikleri yaşam olayı açısından anlamlı fark saptanmıştır (p<0.05) (Tablo-V)

**Tablo V.** Zaman Dilimlerine Göre Yaşam Olayları

Zaman Dilimleri	Yaşam Olayı	Hasta Grubu (n=40) N	%	Kontrol Grubu (n=40) N	%	P <sup>a</sup>
0-6 Ay	Var	21	52,5	13	32,5	0,1
	Yok	19	47,5	27	67,5	
7-12 Ay	Var	17	74	3	7,5	0.001*
	Yok	23	26	37	92,5	
0-12 Ay	Var	28	70	15	37,5	0.007*
	Yok	12	30	25	62,5	

<sup>a</sup>: Fisher's Exact Test, \*: p< 0.05

Zaman dilimlerine göre denek başına düşen yaşam olayı sayısı ve olayların niteliği karşılaştırıldığında 7-12 ayda, hasta grubunda denek başına düşen ortalama yaşam olayı sayısı 1.2±1.7, kontrol grubunda ise 0.2±0.8 olup, iki grup arasında önemli ölçüde fark bulunmuştur (p<0.05). 0-12 ayda, hasta grubunun denek başına düşen ortalama yaşam olayı sayısı 2.3±2.4, kontrol grubunun ise 0.9±1.4' tür. İki grup arasındaki fark anlamlıdır (p<0.05).

Yarı yapılandırılmış bilgi toplama formunda, deneklerin belirttikleri menopozal semptom sıklığı, 0-4 puan arasında derecelendirilerek, her semptomun şiddeti belirlenmiştir. "Kilo alma, cildin sarkması gibi bedenle ilgili endişeler" (t=-4.1), "memelerde şişkinlik ve hassasiyet hissi", "vajinal kuruluk" (t=-2.7), "sıcak basması ve fenalık hissini ardından soğuk terleme" (t=-3.1), "huzursuzluk, sıkıntı hissi" (t=-5.1), "alınanlık" (t=-2.3), "kendini güvencesiz hissetme", "çabuk sinirlenme, öfkelenme" (t=-2.2), "yaşamı tatsız bulma, mutsuzluk, neşesizlik" (t=-6.0), "unutkanlık" (t=-2.5), "nedensiz ve kolaylıkla ağlama" (t=-3.1), dikkat toplamada güçlük" (t=-3.1), "nedensiz korku, panik hissi ya da çıldıracağı gibi olma" (t=-3.1), "göğüste baskı hissi, nefes darlığı" (t=-3.1) ve "ilgi azalması" (t=-4.7) semptomlarında iki grup arasında anlamlı fark bulunmuştur (p<0.05).

Hasta grubunda, hormon replasman terapisi (HRT) alan (n=28) ve almayan (n=12) denekler, toplam menopozal semptom şiddeti yönünden karşılaştırıldığında, HRT alan grubun toplam menopozal semptom şiddeti ortalaması 56.9±16.5, HRT almayanların ise 51±15.2' dir. Fark (t=1.058) istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05).

BDE puanıyla "yorgunluk hissi" (r=0.4, p>0.02), "alınanlık" (r=0.4, p>0.01), "insanlara karşı güvensizlik" (r=0.4, p>0.03), "kendini güvencesiz hissetme" (r=0.4, p>0.03), "yaşamı tatsız bulma, mutsuzluk, neşesizlik" (r=0.5, p>0.002), "nedensiz korku, panik hissi ya da çıldıracağı gibi olma" (r=0.3, p>0.04), "ilgi-istek azalması" (r=0.4, p>0.008) ve toplam menopozal semptom şiddeti (r=0.4, p>0.02) arasında pozitif korelasyon saptanmıştır (p<0.05).

## Tartışma:

Çalışmanın amacı, “menopoz sonrası dönemde ortaya çıkan majör depresif bozukluk için depresyon atak sıklığının ve aile öyküsünün varlığının önemi var mı?, ve “bu dönemde psikososyal etmenlerin etkisi var mı?” sorularına yanıtlar aramaktır. Bu bağlamda postmenopozal dönemde majör depresif bozukluk tanılı hastalarla, psikiyatrik açıdan sağlıklı kişilerde farklılık olup olmadığı araştırıldı.

Menopoz genel olarak 40 yaş üstü kadınlarda karşımıza çıkmaktadır, bununla birlikte kadınlarda yaş arttıkça depresyon riskinin azaldığına dair veriler mevcuttur. Yapılan araştırmalarda 25-44 yaş grubu kadınların depresyon için en yüksek (%4.5-7.4), 65 yaş ve daha yukarı yaş grubunun ise en düşük (%1-1.6) riske sahip olduğu bildirilmektedir. 45-64 yaş grubundaki kadınlarda, depresyon yaygınlığı %2.2-4.9 arasındadır (20). Çalışmamız epidemiyolojik bir çalışma olmamakla birlikte ardışık olarak alınan 1549 postmenopozal katılımcı büyük bir örneklem olarak kabul edilebilir. Yapılan değerlendirmede majör depresif bozukluk ile birlikte diğer psikiyatrik tanılarda saptanmış, depresyon oranları literatür verileri ile örtüşürken diğer tanılar bildirilenlerden daha düşük saptanmıştır (21).

Araştırmada, hasta grubunun %70' i, kontrol grubunun ise %40' ı hormon replasman tedavisi (HRT) almaktaydı. Gruplar arasında HRT kullanımı açısından yapılan karşılaştırmada anlamlı farklılık bulunduğu belirlenmiştir. Bu veri, postmenopozal dönemdeki depresif kadınların, menopozal semptomlar nedeniyle kadın doğum polikliniklerine daha sık başvurduğunu ve daha fazla HRT reçete edildiğini düşündürmektedir. Önemli bir diğer bulgu da HRT alan ve almayanların depresyon skorlarında anlamlı fark bulunmamasıdır. Ancak HRT' nin uzun dönemde depresif belirtiler üzerinde etkisinin olup olmadığının bu çalışma deseni ile ortaya konulmamış olduğu unutulmamalıdır.

Çalışmaya katılanların menopozu kabulleniş tarzlarına bakıldığında (menopozu karşı tutum), hasta grubunun %42.5' i ve kontrol grubunun %65' inde “olumlu” niteliktedir. Hasta grubunda, menopozu “olumlu” bir durum olarak kabul edenlerin oranı daha düşüktür. Bu durum, depresyonun etkisine bağlanabilir. Bununla birlikte, gruplar arasında yapılan karşılaştırmada farklılık anlamlı bulunmamış ve bu sonucun, kültürel yapıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür (7). Menopozal tutumla, depresyon ve menopozal belirti ilişkisi, farklı kültürlerde farklı biçimde yorumlanmıştır. Literatürde Hint, Arap ve Türk kültürlerinde özellikle kırsal alanda yaşayan menopozal dönemdeki kadınlarda belirgin bir semptomatoloji olmadığı ya da bunların yakınma olarak algılanmadığı bildirilmiştir. Bu durumun, anılan kültürlerde batı kültürlerinden farklı olarak, menopoz sonrasında kadının toplumsal rolündeki olumlu değişimlere bağlı olabileceği belirtilmiştir (9).

Birçok çalışma geçmişte depresyon öyküsü varlığının, tüm depresif bozukluklarda olduğu gibi postmenopozal dönemde gelişen depresyon için de risk faktörü olduğunu bildirmektedir (22,23). Geçmiş depresyonun menopozal dönemde affektif bozukluklara yatkın olan kadınların belirlenmesinde yardımcı olabileceğini belirtilmektedir. Toplum tabanlı bir çalışma olan Massachusetts Kadın Sağlığı Çalışması'nda, menopoz öncesinde bir depresyon öyküsü, sonradan gelişecek olan depresyonun en kuvvetli göstergesi olduğu belirtilmiştir (8). Bu çalışmada ise, çalışma grubunun %47.5' inin, kontrol

grubunun ise %7.5' inin geçmişte depresyon atağı geçirdikleri tespit edilmiştir. Ayrıca, ortalama depresif atak sayısı çalışma grubunda  $0.6 \pm 0.6$ , kontrol grubunda ise  $0.08 \pm 0.3$  tür. Depresyon öyküsü ve depresif atak sayısı hasta grubunda anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu veri, geçmiş depresif atakların, sonradan gelişecek ataklar için risk faktörü olduğunu bildiren çalışmalarla uyumludur (24).

Yazında yaşam olaylarının depresyon üzerine etkisini inceleyen çok sayıda çalışma vardır. Genellikle kadınların yaşam olaylarına daha yatkın olması ve bu olaylara uyum kapasitesindeki yetersizlik nedeniyle, depresyon açısından daha yüksek riske sahip oldukları ileri sürülmektedir (13). Psikososyal stresin depresif semptomları ve depresif bozukluk riskini artırdığı belirtilmiştir (22). Çevresel olayların beyinde duyarlılaştırılarak kişiyi kendiliğinden depresif ataklara yatkınlaştırdığını ileri sürmüşlerdir (12). Bizim çalışmamızda da bir ya da daha fazla yaşam olayı bildirmiş olan olgular hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek saptanmıştır. Yaşam olayı sıklığı hasta grubunda fazla bulunmuştur. Bu veriler yaşam olaylarının hem stres verici etkileri ile hem de birikmiş olarak depresyon için önemli bir risk faktörü olduğu varsayımını desteklemektedir. Sonuç, yaşam olaylarının, depresyon için risk faktörü olduğunu ileri süren çalışmalarla uyumludur (25,26).

Fiziksel olarak östrojen yokluğunun, doğrudan biyokimyasal etkiyle ya da sıcak basması veya terleme gibi fiziksel semptomlar aracılığıyla dolaylı olarak depresyona neden olabileceği belirtilmiştir (7). Bazı yazarlar vazomotor semptomların (sıcak basması, gece terlemeleri gibi) kadınlarda depresyon riskini artırdığını ileri sürmektedir (27,28). Bosworth ve ark., yaptığı bir çalışmada 581 hastanın %30' unda depresif semptom düzeyi yüksek bulunmuş ve östrojen azalmasının, beyindeki biyokimyasal değişikliklerle doğrudan ilişkisi olduğu, böylece depresyona yol açtığı ileri sürülmüştür (9). Eldeki çalışmada da “kilo alma, cildin sarkması gibi bedenle ilgili endişeler”, “memelerde şişkinlik ve hassasiyet hissi”, “vajinal kuruluk”, “sıcak basması ve fenalık hissini ardından soğuk terleme”, “huzursuzluk,sıkıntı hissi”, “alınanlık”, “kendini güvencesiz hissetme”, “çabuk sinirlenme, öfkelenme”, “yaşamı tatsız bulma, mutsuzluk, neşesizlik”, “unutkanlık”, “nedensiz ve kolaylıkla ağlama”, dikkati toplamada güçlük”, “nedensiz korku veya panik hissi ya da çıldıracakmış gibi olma”, “göğüs- te baskı hissi, nefes darlığı” ve “ilgi azalması” semptomlarının hasta grubunda anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca, BDE puanıyla yorgunluk, alınanlık, insanlara karşı güvensizlik, kendini güvencesiz hissetme, yaşamı tatsız bulma, mutsuzluk, neşesizlik, nedensiz korku veya panik hissi ya da çıldıracakmış gibi olma, ilgi-istek azalması ve toplam menopozal semptom şiddeti arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Ancak hormonal düzeylerin belirlenmemiş olması kısıtlılık olarak karşımıza çıkmakta majör depresif bozukluk ve menopoz arasındaki ilişkinin çözülmesini güçleştirmektedir.

Sonuç olarak menopoz öncesi, depresyon öyküsü, depresyon geçirme sıklığı, olumsuz yaşam olaylarının varlığı ve bunların sıklığı, postmenopozal depresyonun ortaya çıkışında yer alan faktörlerdir. Klinisyen hastanın geçmiş öyküsünü çok iyi değerlendirmeli, menopozal semptom şiddetinin depresyon hastalarında daha fazla olduğunu unutmamalıdır.

## Kaynaklar:

1. Kuey L, Gulec, C. Depression in Turkey in the 1980s: epidemiological and clinical approaches. *Clinical neuropharmacology* 1989; 12: S1-S12.
2. Jung SJ, Shin A, Kang D. Hormone-related factors and post-menopausal onset depression: Results from KNHANES (2010-2012), *J Affect Disord* 2015; 14:176-183.
3. Kessler RC, Mc Gonagle KA, Swartz M. Sex and depression in the National Comorbidity Survey. Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *J Affect Disord* 1993; 29:85-96.
4. Amin Z, Canli T, Epperson CN. Effect of estrogen-serotonin interactions on mood and cognition. *Behav Cogn Neurosci Rev* 2005; 4(1):43-58.
5. Dennerstein, L. Depression in the menopause. *Obstetrics and Gynaecology Clinics of North America* 1987; 4(1):33-48.
6. Tamaria A, Bharti R, Sharma M, et al. Risk assessment for psychological disorders in postmenopausal women. *J Clin Diagn Res.* 2013;7(12):2885-2888.
7. Lutwak N, Dill C. A depressed post-menopausal woman. *J Emerg Med.* 2012;43(5):815-819.
8. Avis NE, Brambilla D, McKinlay SM, Vass K. A longitudinal analysis of the association between menopause and depression. Results from the Massachusetts Women's Health Study. *Ann Epidemiol* 1994; 4(3):214-220.
9. Bosworth HB, Bastian LA, Kuchibhatla MN. Depressive symptoms, menopausal status, and climacteric symptoms in women at midlife. *Psychosomatic Medicine* 2001; 63: 603-608.
10. Schindler BA. The psychiatric disorders of midlife. *Med Clin North Am.* 1987; 71(1):71-85.
11. McKinlay JB, McKinlay SM, Brambilla D. The relative contributions of endocrine changes and social circumstances to depression in mid-aged women. *Journal of Health and Social Behavior* 1987; 28:345-363.
12. Pimenta F, Leal I, Maroco J, Ramos C. Menopausal symptoms: do life events predict severity of symptoms in peri- and post-menopause? *Maturitas* 2012;72(4):324-331.
13. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams, JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID). Washington, DC; American Psychiatric Association, 1997.
14. Çorapçioğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen A, Köroğlu E. Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID), Turkish Version. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1999.
15. Spitzer RL, First MB, Michael B, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-I), Clinical Version. American Psychiatric Press, Inc., Washington D. C., 1995.
16. Özkürkçigil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Danaca AE, Köroğlu E. DSM-IV eksen II bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç Tedavisi Dergisi* 1999; 12: 233-236.
17. Beck AT. An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1961; 4: 561-571.
18. Hisli, N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği ve güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 1989; 7:3-13.
19. Sorias, S. Hasta ve Normallerde Yaşam Olaylarının Stres Verici Etkilerinin Araştırılması. Doçentlik Tezi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir, 1982.
20. Balıkcı A, Erdem M, Bolu A, Öznur T, Çelik C. Defense mechanisms in endogenous depression. *Gulhane Med J.* 2014; 56(3): 154-158. Turkish.
21. Özşahin A, Avcı N, Kutluk Ş, Gökmen O. The characteristic of menopausal patients taken psychiatric help. 8 th International Congress on the Menopause, 3-7 Nov 1996, Australia.
22. Kaufert PA, Gilbert P, Tate R. The Manitoba Project: a re-examination of the link between menopause and depression. *Maturitas* 1992; 14:143-155.
23. Kendler KS, Kessler RC, Neale MC, Heath AC, Eaves LJ. The prediction of major depression in women: toward an integrated etiologic model. *Am. J. Psychiatry* 1993;150:1139-1148.
24. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC. The lifetime history of major depression in women. Reliability of diagnosis and heritability. *Arch. Gen. Psychiatry* 1993; 50:863-870.
25. Ormel J, Oldehinkel AJ, Brilman EI. The interplay and etiological continuity of neuroticism, difficulties, and life events in the etiology of major and, subsyndromal, first and recurrent depressive episodes in later life. *Am J Psychiatry* 2001; 158(6): 885-891.
26. Schmidt PJ, Rubinow DR. Menopause-related affective disorders: a justification for further study. *Am J Psychiatry* 1991; 148:844-852.
27. Hunter M, Battersby R, Whitehead M. Relationships between psychological symptoms, somatic complaints and menopausal status. *Maturitas* 1986; 6: 217-228.
28. Bromberger JT, Kravitz HM, Chang YF, Cyranowski JM, Brown C, Matthews KA. Major depression during and after the menopausal transition: Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Psychol Med* 2011;41(9):1879-88.