



T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK ve ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM  
DALI

DEPRESİF BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUK VE  
ERGENLERİN SOSYODEMOGRAFİK  
DEĞİŞKENLERİ VE RİSK ETMENLERİ

Dr. Veli Yıldırım  
UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN  
Doç. Dr. Fevziye TOROS

MERSİN – 2011



T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ÇOCUK ve ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM  
DALI

DEPRESİF BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUK VE  
ERGENLERİN SOSYODEMOGRAFİK  
DEĞİŞKENLERİ VE RİSK ETMENLERİ

Dr. Veli Yıldırım  
UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN  
Doç. Dr. Fevziye TOROS

MERSİN -2011

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren, tezimle ilgili sorunlarımda çok kolay ulaşabildiğim, sorunları çözümede zamanı kullanma becerisine hayran olduğum, çalışkanlığını, cesaretini, pratikliğini örnek aldığım, ABD başkanımız ve tez danışmanım çok sevgili ve saygıdeğer hocam Doç. Dr. Fevziye TOROS'a,

Erişkin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları rotasyonum yeni bakış açıları kazanmamı sağlayarak eğitimime büyük katkılarda bulunmuş olan sevgili hocalarım; Prof. Dr. M. Kemal YAZICI, Doç. Dr. Aylin ERTEKİN YAZICI, Doç. Dr. Şenel TOT ACAR, Doç. Dr. Ayşe Devrim BAŞTERZİ'ye,

Çalışma disiplini ve sevgisi ile çocuk nörolojisi rotasyonumu en verimli şekilde geçirmemi sağlayan, makale yazmada, kişisel ve mesleki anlamda benzersiz katkıları olan, çok saygıdeğer hocam Doç. Dr. Çetin OKUYAZ'a,

Eğitimime katkıda bulunan Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri ABD öğretim üyelerine, Makale yazma konusunda beceriler kazanmamda katkıları sayesinde tezimi daha kolay yazabildiğim için Çocuk Nörolojisi Yandal Uzmanı Dr . Mustafa Kömür'e

Eğitimim için büyük fedakarlıklarda bulunan tezimi hazırlamamda yol gösteren Doç. Dr. Neslihan EMİROĞLU'na,

Çalışmadan elde ettiğim bilgileri istatistiksel olarak yorumlamamda desteğini esirgemeyen Mehmet Ali SUNGUR'a,

Asistanlığım boyunca birlikte çalıştığım ve tüm hastaları ayrıntılı, fedakarca mesai dışında bile hasta görüp, dosyalarını titizlikle tutan, tez sırasında da bana yardımcı olmaya çalışan Dr Özge METİN, Dr. Özlem KÜTÜK, Dr.Satı SANBERK, Dr. Nazlı ÇELENK, Dr. Canan KUYGUN'a,

Çalışmam esnasında mesleki bilgi ve destekleri nedeniyle Erişkin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları bölümü asistanı arkadaşlarıma,

Tezimin imla ve yazım hatalarını kontrol eden abim Süleyman YILDIRIM'a, Verileri SPSS kaydetmemde yardımcı olan Selami YILDIRIM'a

Çalışmamla ilgili Arşivden hastaları bulmamda yardımcı olan sekreterimiz Ayşegül KARAKULAK'a,

Bilgisayarla ilgili teknik konularda yardımcı olan Dr. Murat YILDIZ'a,

Hayatım boyunca destekleri hep yanımda hissettiğim Dursun YILDIRIM, Gülay AYDIN, Süleyman YILDIRIM, Kısmet YILDIRIM, Selami YILDIRIM'a

Teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

Dr. Veli YILDIRIM

## İÇİNDEKİLER

No	Sayfa
<b>ÖZET</b>	<b>5</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>6</b>
<b>GİRİŞ ve AMAÇ</b>	<b>7</b>
<b>GENEL BİLGİLER</b>	<b>9</b>
Tanım	9
Tarihsel Gelişim	9
Tanı	10
Epidemiyoloji	14
Etyoloji ve Patogenez	15
Klinik Belirtiler	16
Ayırıcı Tanı ve Birliktelik Durumları	18
Gidiş ve Sonlanım	20
Risk Etmenleri	21
Ailesel risk etmenleri	21
Çevresel ve Psikososyal Risk Etmenleri	23
Tıbbi Etmenler ve İlaçlar	25
İntihar davranışı	26
<b>GEREÇ ve YÖNTEMLER</b>	<b>30</b>
<b>BULGULAR</b>	<b>33</b>
<b>TARTIŞMA</b>	<b>61</b>
<b>SONUÇ ve ÖNERİLER</b>	<b>87</b>
<b>KAYNAKLAR</b>	<b>89</b>
<b>SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ</b>	<b>106</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b>	<b>107</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b>	<b>108</b>
<b>EKLER</b>	
<b>EK 1.</b> Sosyodemografik veri toplama formu	
<b>EK 2.</b> .Çocuklar için Depresyon Ölçeği	
<b>EK 3.</b> Çocuklar için Sürekli Kaygı Ölçeği	

## ÖZET

### Depresif Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerin Sosyodemografik Değişkenleri Ve Risk Etmenleri

Çocuk ve ergenlerde görülen majör depresif bozukluk (MDB) çocukların ve ailelerinin yaşantılarını, sosyal, akademik ve ailesel işlevlerini olumsuz yönde etkileyen, ciddi bir ruhsal bozukluktur.

Bu çalışmada, 2001-2009 yılları arasında, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinde, klinik görüşme ve psikometrik incelemeler sonrası, DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre, MDB tanısı alan çocuk ve ergenlerin olgu değerlendirme formları ve psikometrik ölçekleri geriye dönük incelenerek, olguların sosyodemografik ve klinik özellikleri değerlendirilmiştir.

Çalışmamıza alınan 657 olgunun, 252(%38,6)'sinin erkek, 401(%61,4)'inin kız, olguların yaş ortalamasının  $13,23 \pm 3,21$  yıl olduğu bulunmuştur. Olguların %35,4'ünün eş tanısı olmadığı bulunurken; %39,7'sinin MDB 'ye eşlik eden bir eş tanısı, %19,3'ünün iki eş tanısı, %5,3'ünün üç eş tanısı olduğu bulunmuştur. Olgulardaki en sık eş tanılar; kaygı bozuklukları (%26,3), yıkıcı davranış bozuklukları (%22,7), dışa atım bozuklukları (%4,1) olarak saptanmıştır. Grubumuzdakilerin %92,1'i tedavi takibine düzenli gelmemiştir. Risk etmeni olan çocuklarda Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇİDÖ) puan düzeyi, risk etmeni olmayanlara göre anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur. ÇİDÖ puanlarının ortalaması ve intihar girişimleri arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Buna ek olarak benzer şekilde çocuklar için sürekli kaygı ölçeğinin ortalama puanları ile intihar girişimi olanlar arasında anlamlı şekilde bir korelasyon saptanmıştır.

Çocuklarda MDB'yi en kısa sürede tedavi etme, relaps ve rekürrenslerini önleme, intihar girişimlerini azaltma oldukça önemlidir. Bundan daha önemli olan ise MDB oluşmadan koruyucu ruh sağlığı hizmetleri ile MDB oluşumunu engellemektir. MDB açısından riskli olguları ve MDB'li olguları tanımanın çok önemli olmasının yanında onların takip ve tedavilerinin yapılması adına her gayret ve bu yöndeki çalışmaların ayrı bir öneminin olduğunu düşünüyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** Eş tanı, İntihar girişimi, Major depresif bozukluk, Risk etmenleri, Sosyodemografik değişkenler

## ABSTRACT

### **Sociodemographic variables and Clinical Risk Factors of Children and Adolescents with Depressive Disorder**

Major depressive disorder (MDD) Major depressive disorder in children and adolescents is a serious psychiatric disorder that unfavorably affects both children and their families' social, academic and family functions.

We have retrospectively assessed the sociodemographic and clinical features by investigating the files of children and adolescents who were diagnosed primarily as MDD according to DSM-IV-TR, at the outpatient clinic of child and adolescent psychiatry department of Mersin University, School of Medicine, between 2001-2009.

401 (61,4%) of 440 cases in our study were determined to be girls while 252 (38,6%) boys; the mean age was  $13,23 \pm 3,21$  years, 35,4% of the cases had no comorbid disorder, 39,7% of the cases had one comorbid disorder, 19,3% of the cases had two comorbid disorders, 5,3% of the cases had three comorbid disorders. Anxiety disorder (26, 3%), disruptive behavior disorder (22,7%) and elimination disorders (4,1%) have been found to be the most common comorbidities among our cases. 92,1% of our group has not participated in the treatment. The children's depression inventory (CDI) score with risk factors has been found significantly higher than the ones without risk factors. A meaningful correlation has been determined between the scores of the mean values of CDI and suicide attempts. In addition, a similar correlation has been detected between the mean scores of the trait children's anxiety inventory and suicide attempts.

It is very important to begin the MDD treatment as soon as possible, to prevent the relaps and recurrence of it, and to decrease the number of suicide attempts. However, a much better approach is to provide preventive psychiatric health services before MDD. The early diagnosis of high risk cases for MDD is really essential. Furthermore, we think that every attempt and effort for the follow up and treatment of MDD is really important.

**Keywords:** Comorbidity, Suicide attempts, Major depressive disorder, Risk factors, Sociodemographic variables

## GİRİŞ ve AMAÇ

Depresif bozukluklar, DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health, Text Revision, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı) sınıflandırmasında major depresif bozukluk, distimik bozukluk, başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluklar olmak üzere üçe ayrılmaktadır<sup>1</sup>. Bu konuda özellikle çocuklar ve ergenlerde, ülkemizde çok az sayıda çalışma olduğu, üstelik tanı konmadığı ve tedavi edilmediğinde kronikleşebilen ve ciddi işlev kaybına yol açan bir bozukluk olduğu vurgulanmıştır<sup>1</sup>. Depresif bozukluk; ilgisizlik, istek kaybı, zevk alamama, çökkünlük, derin üzüntülü, bazen de hem üzüntülü, hem bunaltılı, iritabl bir duygudurumla birlikte; düşünce, konuşma, devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanı sıra değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, karamsarlık duygu ve düşüncelerinin iki haftadan daha uzun amandan beri devam etmesi ile birlikte okul derslerinin; anne, baba, kardeş ve arkadaşlarıyla ilişkisinin; uyku ve iştahının bozulması ile tanımlanabilir<sup>1,2</sup>. MDB tanı ölçütleri arasında uykusuzluk, iştah ve kilo yitimi, halsizlik gibi bedensel hastalıklarda da sık görülen belirtilerin olması kronik fiziksel hastalıklarda MDB tanısının konulmasında güçlük oluşturmaktadır<sup>2</sup>. Bu nedenle kronik fiziksel hastalığı olanlarda çökkünlük sık karşılaşılan ve sıklıkla gözden kaçan bir etkidir<sup>2</sup>. Biyolojik etmenlerin yanında, sosyal ve psikolojik etmenlerinde çocukluk çağı MDB oluşumunda etkili olduğu bildirilmiştir<sup>3</sup>. Okul başarısındaki düşüklük kadar sosyal etkinliklerdeki başarı düşüklükleri de uzun süreli gözlem çalışmalarında MDB üzerinde etkili olduğu gözlenmiştir<sup>3</sup>. Çocukluk ve ergen yaşlarındaki MDB'de psikososyal işlevlerdeki bozulmayla birlikte bulunur<sup>4</sup>.

Bizim çalışmamızın amacı, bir üniversite hastanesinin Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran çocuk ve ergenlerden, DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre, MDB tanısı alan olguların, sosyodemografik ölçütlerini belirlemek, hastaların herhangi kronik hastalığa sahip olup olmadıkları ve eş tanıları belirlemek, risk etmenlerini belirlemek, çocuklar için sürekli kaygı ölçeği ve çocuklar için depresyon ölçeğinin ilk başvurudaki değerinin ölçmek, tedaviye ne kadar devam ettikleri, ne kadarının tedaviyi tamamlayabildiği İntihar girişimi olanların diğerlerinden farklarının neler olduğunu belirlemektir.

Ayrıca tedaviye düzenli gelemeyen hastaların, düzenli gelenlere göre farklarının neler olduğunu belirlemek, takipte başarılı olmayı sağlayabilecek



faktörleri gösterebilir. Depresyondaki her bir risk etmeninin depresyonun süresi ve şiddetine, tedaviden çıkmaya, intihar girişimi üzerine etkisinin olabileceğini hipotez etmekteyiz. İntihar girişimi ve sayısını etkileyen risk faktörlerini belirlemekte, takipte dikkat edilecek özellikleri anlamakta faydalı olacaktır.

## GENEL BİLGİLER

### Tanım

Depresif bozukluklar küçük çocuklar dışında, çocuklar ve ergenlerde oldukça sık görülen, belirgin sıkıntı ve işlev bozukluğuna yol açan, sıklıkla başka ruhsal bozukluklarla birlikte olan, intihar girişimi ve madde kullanımı gibi ciddi sonuçlar doğurabilen, çoğu zaman tekrarlayan, erişkinlikte de devam edebilen, bütün bu nedenlerle erken tanı ve tedavinin önemli olduğu ciddi ruhsal bozukluklardır<sup>1</sup>. Depresif bozukluk, çökkünlük, derin üzüntülü, bazen de hem üzüntülü, hem bunaltılı bir duygudurumla birlikte; düşünce, konuşma, devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanı sıra değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile tanımlanabilir<sup>2</sup>. Eğer bağlantılı stres faktörleri azalmadan devam ederse, depresif ataklar tekrarlayıcı olabilir. Erişkinlikteki MDB'nin sıklığını ve şiddetini öngörmede bu çocukluk çağındaki MDB geçirilmiş olması anahtar rol oynar<sup>3</sup>.

### Tarihsel Gelişim

Bugünkü sınıflamalarda MDB'nin bir alt tipi olarak tanımlanan melankoli kavramının kökeni M.Ö. V. yüzyıla dek gitmektedir. M.Ö. 500 yıllarında Hipokrat bazı ruhsal rahatsızlıklar için melankoli adını kullanarak bunu kara safraya bağlamıştır. Orta çağda ruhsal çökkünlüğü en iyi tanımlayanlardan biri İbni Sina olmuş, olgu örnekleri vermiştir. Modern psikiyatride biyolojik yaklaşımın öncülerinden olan Kraepelin'in 1896'da manik depresif psikozu farklı bir antite olarak tarif etmesiyle birlikte MDB'nin alt sınıflara ayrılması çabaları da başlamıştır. Kraepelin aynı zamanda involüsyonel depresyonu (yaş dönümü çökkünlüğünü) tanımlamıştır<sup>2</sup>. Kraepelin'in etkisiyle biçimlenen Alman literatüründe de depresyonun reaktif veya psikojenik tipi, endojen olarak (biyolojik ve kalıtımsal kökenli, çevresel olaylardan bağımsız) belirlendiği düşünülen manik depresif psikozdan ayrılmıştır. Kraepelin yaşam boyu manik depresif hastalığın başlangıç yaşının başvuran hastaların %0,4'ünde 10 yaştan küçük, %2,5'inde 10-15 yaş arası, %16,4'ünde ise 15-20 yaş arasında olduğunu bildirmiştir<sup>4</sup>. Etiyoloji konusunda Kraepelin'den farklı olarak psikojenik etkenlere önem veren Freud da, Kraepelin'e benzer şekilde depresyonu psikolojik ve biyolojik nedenli olmak üzere ikiye ayırmıştır. Biyolojik tipteki depresyonlara endojen depresyon, herhangi bir kayıpla ortaya çıkanlara ise eksojen depresyon

adını vermiştir<sup>5</sup>. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin 1952 yılında ilk kez yayınlandığı resmi sınıflandırma sistemi DSM-I'de (Diagnostic and Statistical Manual, Mental Disorders) depresyonla bağlantılı dört rahatsızlık yer almaktaydı: Psikozlar ana grubu altında sınıflanan manik depresif: depresif tepki, psikotik depresif tepki, involüsyonel psikotik tepki ve psikonevrotik bozukluklar grubunda bulunan depresif tepkidir. 1968 yılında yayınlanan DSM-II'de ise depresyon başlığı altında yer alan involüsyonel melankoli ile birlikte melankoli teriminin DSM' ye girdiği görülmektedir<sup>6,7</sup>.

Genel olarak 1960'lardan önce çocukluk çağında depresyonun varlığı çeşitli açılardan özellikle psikodinamik yönden mümkün olup olmadığı tartışılmıştır. Gelişmemiş süper egonun çocuktaki depresyonun gelişmesine izin vermeyeceği görüşü ve bazı davranış bozukluklarının depresyonu maskeleyip maskeleyemeyeceği üzerinde durulmuştur<sup>8</sup>. 1970'lere kadar çocuklarda depresyonun olmayacağı görüşünde olan psikoanalistler çocukların kişiliklerinin henüz olgunlaşmamış olduğunu dolayısıyla, yetişkin depresyonunda görülen umutsuzluk, acı çekmek gibi duyguları, çocukların yaşayamayacaklarını düşünmekteydiler. Çocuklardaki depresyonun araştırılmasını ve varlığının kabulünü geciktiren diğer bir görüş çocuklarda depresyonun yaşa özgü bir takım semptomlarla maskelendiği görüşüdür. Bu görüşte düşük okul performansı, okuldan kaçma, öfke nöbetleri, saldırganlık gibi davranışlar asıl depresyonu maskeleyerek çocuklarda depresyonun olamayacağı kanısı oluşturmuştur. Ancak diğer taraftan bu yıllarda tam tersi görüşlerle maskeli depresyon kavramı geliştirilerek, bu semptomların depresyon nedeniyle çıkabileceği düşünülmüştür. Klinikler başvurunun neredeyse tamamı depresyon tanısı almıştır. Bu da akla yatkın görünmemektedir. 1970'li yıllardan itibaren çocuk ve ergenlerdeki çalışmalar artmış, çocuklarda da depresyonun erişkinlerle görülen semptomlarla gittiği maskeli depresyonla sınırlı olmadığı kabul edilmiştir. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin ruhsal sınıflandırması olan DSM III' de bazı farklılıklarla erişkinlerle aynı ölçütler geçerli olduğu kabul edilmiştir<sup>1</sup>.

## **Tanı**

DSM -IV-TR' de çocuk ve ergenler için ayrı ölçütler bulunmamakta, erişkinler için olan depresif bozukluk ölçütleri küçük değişikliklerle çocuk ve ergenler içinde kabul edilmektedir. Yine DSM' de duygudurum bozuklukları,

depresif bozukluklar (unipolar depresyon) ve bipolar bozukluk olarak sınıflandırılmaktadır. Depresif bozukluklarda önceden mani ya da hipomani öyküsü bulunmaması gerekmektedir. Çocuk ve ergenlerde dikkatli olunması gereken başka bir nokta, kederli, hüznü duygudurum yerine huzursuz ya da ters, huysuz ve “asabi” bir duygudurum geliştirebiliyor olmalarıdır. Böyle bir durum engellendiğinde “şımarık çocuk” tarzında bir irritabilite göstermekten ayırt edilmelidir<sup>9</sup>.

Major depresif bozukluk (MDB) DSM-IV tanı kriterleri<sup>9</sup>

A. 2 Haftalık dönem işlevsellik değişikliği ile birlikte aşağıdakilerin 5'inin bulunması, en az birinin Depresif duygudurum ya da ilgi kaybı ya da zevk alamama olması gerekir:

1. Depresif duygudurumu (çocuk ve ergenlerde irritabl duygudurum bulunabilir),

2. Anhedoni (her gün ve gün boyu süren etkinliklere karşı ilgide azalma, eskisi kadar zevk alamama),

3. Kilo kaybı ya da kilo alımı, iştahta azalma ya da artma (çocuklarda yaşına göre beklenen kilonun alınmaması),

4. İnsomnia ya da hipersomnia (uykusuzluk ya da aşırı uyuma),

5. Psikomotor ajitasyon ya da retardasyon olması (davranışlarda aşırı artma ya da gerileme başkalarınınca gözleniyor olmalı),

6. Yorgunluk, bitkinlik ya da enerji kaybının olması,

7. Değersizlik ve suçluluk duyguları (aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duyguları sanrısız düzeyde de olabilir),

8. Düşünceleri yoğunlaştırmada güçlük ya da kararsızlık (çocuklar için notlarının hızlı bir şekilde düşmesi konsantrasyon güçlüğünü yansıtabilir),

9. Ölüm ve intihar düşünceleri, planları ya da girişimleri.

B. Bu semptomlar miks epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır,

C. Bu semptomlar madde kullanımına ya da genel tıbbi duruma bağlı değildir,

D. Kayıptan sonra 2 aydan fazla süren semptomlar mevcuttur. Yas ile daha iyi açıklanamaz.

DSM-IV'e göre belirleyiciler<sup>9</sup>:

1. Hafif,

2. Orta derecede,

3. Psikotik özellikleri olmayan ağır,
4. Psikotik özellikleri olan,
5. Kısmi remisyonda,
6. Tam remisyonda,
7. Kronik,
8. Katatonik özellikler gösteren,
9. Atipik özellikler gösteren,
10. Rekürren depresif bozukluk (Epizodlar arasında tam düzelme olan ya da olmayan),
11. Rekürren depresif bozukluk (Mevsimsel yapı gösteren).

Bazen depresif bozukluğun rekürren mi, yoksa artıp azalan semptomların mı olduğunu ayırt etmek güç olabilir. En azından 2 ardışık ay süreyle major depresif bozukluk epizodunun tanı kriterleri karşılanamazsa o epizodun sonlandığı kabul edilir.

#### Psikotik özellikli majör depresif bozukluk<sup>9</sup>

1. Hezeyan ya da halüsinasyonlar gibi psikotik belirtiler,
2. Duyguduruma-uygun psikotik belirtiler (yetersizlik, suçluluk, hastalık, ölüm, nihilizm, cezalandırılmaya layık olma),
3. Duyguduruma-uygun olmayan psikotik belirtiler (Kötülük görme, düşünce sokulması, kontrol edilmesi, yayınlanması).

#### Diğer Depresif Bozukluklar<sup>9</sup>

1. Genel tıbbi duruma bağlı depresif bozukluk,
2. Madde kullanımına bağlı depresif bozukluk.

#### Mevsimsel yapı gösteren rekürren majör depresif bozukluk<sup>9</sup>

1. Major depresif bozukluğun başlaması ve remisyona girmesi ile yılın belirli bir zamanı arasında düzenli bir ilişki.
2. Mevsimsel yapı gösteren duygudurum bozukluğu hipersomnia, karbonhidrat arama davranışı, aşırı yemek yeme, kilo alma, yorgunluk, bitkinlik.

#### Distimik bozukluk<sup>9</sup>

En az 2 yıl boyu hemen her gün depresif duygudurumun olması (Çocuklar için siklotimide de olduğu gibi bir yıl sürmesi yeterlidir). Aşağıdakilerden en az ikisi vardır:

1. İştahsızlık ya da aşırı yeme,
2. Uykusuzluk ya da aşırı uyku,

3. Düşük enerji düzeyi ya da yorgunluk,
4. Düşük benlik saygısı,
5. Konsantrasyon güçlüğü kararsızlık,
6. Umutsuzluk.

Erken başlangıçlı: 21 yaşından önce başlamışsa.

Geç başlangıçlı: 21 yaşından sonra başlamışsa.

Başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk<sup>9</sup>

1. Premenstrüel disforik bozukluk,
2. Minör depresif bozukluk,
3. Rekürren kısa depresif bozukluk,
4. Şizofreninin postpsikotik depresif bozukluğu,
5. Şizofreninin aktif evresi üzerine binen major depresif epizod

Depresif Epizod ICD-10

1. Depresif atak en az iki hafta süreli olmalıdır.
2. Bireyin yaşamının hiçbir döneminde hipomanik ya da manik atak geçirmemiş olması gereklidir.

Hafif Depresif Epizod:

Aşağıda sayılan 3 belirtiden en az ikisi olmalıdır:

1. Birey için kesinlikle anormal olacak derecede, büyük ölçüde çevre şartlarından etkilenmeyen, hemen hemen günün tamamına hakim ve en az iki hafta boyunca süren deprese duygudurum,
2. Normalde hoşlanılan etkinliklere karşı ilgi kaybı,
3. Enerji azalması veya kolay yorulma.

Toplam belirti sayısını en az 4'e tamamlayacak şekilde aşağıdaki belirtilerin Olması;

1. Kendine güven ya da özsaygının azalması,
2. Makul olmayan bir şekilde aşırı pişmanlık veya suçluluk,
3. Tekrarlayan ölüm veya intihar düşünceleri ya da her tür intihar girişimi,
4. Düşünme kabiliyetinde dikkat toplamada azalma kararsızlık bocalama,
5. Psikomotor aktivitede değişme,
6. Her tür uyku bozukluğu,
7. İştahta değişme buna eşlik eden biçimde kiloda değişme.

Orta şiddette depresyon: Eğer toplam 6 ölçüt karşılanıyorsa;

Şiddetli depresif atak: İlk 3 belirtinin tamamıyla birlikte toplam 8 belirti varsa<sup>10</sup>

## **Epidemiyoloji**

### **İnsidans ve Prevalans**

Yapılan diğer çalışmaların sonucunda da çocuklarda ve ergenlerde MDB görülme sıklığının %0,4 ile %55,7 arasında değiştiği saptanmıştır. Bu farklılığın, çalışmalarda kullanılan tanı yöntemlerinden ve incelenen örneklem gruplarındaki özelliklerden kaynaklandığı belirtilmektedir<sup>11</sup>. Unipolar depresyonun yaygınlığı, bunu belirlemek için yapılan çalışmanın yönteminin yanında yapıma zamanına göre bile büyük değişiklikler gösterebileceği bildirilmektedir. MDB'nin nokta prevalansının çocuklarda %0,4 ile %2 arasında değiştiği, ergenlerde ise %0,7 ile %9,8 aralığında değiştiği Rao ve arkadaşları tarafından bildirilmiştir<sup>12</sup>. MDB'nin yaygınlığı, başka bir çalışmada, prepubertal çocuklarda %1-2, ergenlerde ise %3-4 olarak belirtilmektedir<sup>13</sup>. Yapılan diğer çalışmaların sonucunda da çocuklarda ve ergenlerde MDB görülme sıklığının %0,4 ile %55,7 arasında değiştiği saptanmıştır. Bu farklılığın, çalışmalarda kullanılan tanı yöntemlerinden ve incelenen örneklem gruplarındaki farklılıklardan kaynaklandığı bildirilmektedir<sup>14</sup>. Çocuk ve ergenlerde %5'ten %10'a kadar subsendromal major depresif belirtiler görülmektedir<sup>15</sup>. Erken ergenlikte MDB'nin yaşam boyu riski %15-25 arasında değişmekte olup, bundan sonraki yaşlardan geç ergenliğe kadar bu risk doğrusal bir şekilde artmaya devam etmektedir<sup>12</sup>. Ülkemizde ilköğretim öğrencilerinde yapılan bir çalışmada %30 oranında orta, %6 oranında ağır depresif belirti, lise öğrencilerinde %27 oranında depresif belirti saptanmıştır<sup>16</sup>.

Yaş gruplarına göre ayırım yapıldığında yaygınlık 3-5 yaş grubunda %0,3-0,5; 6-8 yaş grubunda %2-4; 9-12 yaş grubunda %3-5; 13-18 yaş grubunda %5-10'dur. Toplum örnekleminde 18 yaş grubunda kümülatif sıklığı %20 olarak bulunmuştur<sup>17</sup>. İspanya'da 3-6 yaş arası okul öncesi çocuklarda MDB'nin epidemiyolojisi için yapılan çalışmada, şehirde %0,87, köyde %0,88, kenar mahallerde %1,43 oranları bulunmuştur. Yaklaşık olarak okul öncesi çocuklarda %1 oranında MDB görüldüğü bildirilmektedir<sup>18</sup>. Okul çocuklarında MDB %2-5 sıklığında görülmektedir<sup>19</sup>. Rastgele seçilmiş çocuk ve gençler (n = 424) ile yapılmış bir çalışmada, kapsamlı yapılandırılmış tanısal görüşmeler ve psikososyal değerlendirmeler sonucunda, olguların %40'ında MDB tespit edilmiştir<sup>20</sup>. MDB ergenlik öncesi kız ve erkeklerde benzer oranlarda görülürken, ergenlikten sonra kızlarda görülme olasılığı erkeklere göre daha yüksektir<sup>21</sup>.

Ergenlik dönemindeki kızlarda MDB'nin görülme sıklığının artışı hormonal ve çevresel etmenlerin rol oynadığı düşünülmektedir<sup>22</sup>. Son zamanlarda hem akademik dergilerde, hem de medyada çocuklarda ve ergenlerde MDB sıklığının arttığına ilişkin yayınların sayısında artış olmuştur<sup>23</sup>.

## **Etyoloji ve Patogenez**

### **Kuramlar**

MDB'nin farklı yönlerini anlamak için çeşitli modeller üretilmiştir:

Freud tarafından ortaya atılan saldırganlığın içe yönelmesi modelinde; deprese duygulanım, ambivalan olarak sevilen içe alınmış bir nesneye yönelen saldırgan dürtülere neden olan istekleri nedeniyle gelişmektedir. Abraham ve Freud'un varsayımına göre içe yönelen öfkenin amacı deprese hastanın bağımlılık ve sevgi ihtiyacını hüsrana uğratan sevgi nesnesini cezalandırmaktır. Nesne, örseleyici bir kaybı önlemek için zaten içe alınmış olduğu için, hasta kendi öldürücü dürtülerine neden olan isteklerinin hedefi haline gelmektedir. Sevilen nesneye yönelen saldırganlığa hatırı sayılır bir suçlulukta eşlik etmektedir. Ambivalans, suçluluk ve içe yönelmiş öfke çok aşırı olduğu durumlarda intihar davranışıyla sonuçlanabilmektedir<sup>24-26</sup>. Diğer bir psikoanalitik teori de sevilen objenin realistik ya da imajinatif kaybı ve ego idealine ulaşamamanın MDB'yi oluşturduğu düşüncesidir<sup>27</sup>.

Nesne kaybı teorisine göre, nesne kaybı ifadesiyle anlatılmak istenen bağlanılmış önemli nesnelere yaşanan örseleyici ayrılıklardır. Ayrılığın depresyon oluşturucu etkisi, ayrılığın o kişi için sahip olduğu sembolik anlamdadır<sup>24</sup>. Yaşamın erken döneminde sevgi bağlarının kopması sonucunda depresyona yatkınlık geliştiği ve erişkinlikte yaşanan kayıpların çocuklukta örseleyici kaybı yeniden canlandırarak depresif dönemleri tetiklediği düşünülmüştür<sup>28</sup>.

Kendilik değerinin kaybında, Fenichel, MDB'li bireyin erken çocukluk döneminde yaşadığı narsistik örselenmeyi devam ettirdiğini, böylece benlik saygısı ile sevgiyi aynı şey olarak değerlendirdiğini ve MDB'nin benliği tamir etme çabası olduğunu ileri sürmüştür<sup>28</sup>. Egonun temelleri sosyal ve kültürel gerçeklikte olduğu için, kendilik değerindeki kaybın nedeni güç, statü, rol, kimlik, değerler ya da var olmanın amacı gibi konulardaki sembolik kayıplarda olabilir. Kendilik değeri kişinin daimi hale gelmiş özü, nüvesidir ve kişiliğin yapısı için gereklidir.



Gerçekten de bir özellik haline gelmiş düşük kendilik değeri depresif kişilik açıklanırken yüklenilen temel noktalardan biridir<sup>24,25</sup>.

Bilişsel modele göre, MDB bireyin kendisine, geleceğe, yaşantılara olumsuz önyargılarla bakmasıdır. Buna göre birey kendini yetersiz, değersiz, eksik, terk edilmiş olarak görür ve bunu fizik, ruhsal ya da moral eksiklikleriyle ilişkilendirerek kendini değersiz, istenmeyen biri olarak algılar; kendini çaresiz olarak hissetmekte ve çoğu olayı kendine karşı olarak yorumlamakta ve gelecekte umudunu kesmektedir. Beck'in bilişsel kuramı, depresif davranış ve belirtilerin olumsuz düşünce kalıplarına bağlı olduğunu vurgular<sup>24,25,28</sup>.

Öğrenilmiş çaresizlik modeli, MDB'nin baş edilemeyen geçmiş yaşantılardan öğrenilen bir davranış kalıbı olduğunu ileri sürmektedir. Buna göre MDB geçmişte yaşanmış kontrol edilemeyen çaresizlik dönemlerinin birikimi sonucu oluşmaktadır<sup>24,25,28</sup>.

Biyolojik model, MDB'nin olası genetik temellerini işaret eden moleküler bozukluklar üzerinde durmaktadır<sup>25</sup>. Günümüzde beyindeki nörotransmitterlerin MDB etyolojisinde önemli rol oynadığı kabul edilmiştir. Noradrenalin içeren sinir hücrelerinin depresif duygudurum, uyanıklık, iştah, ödül ve güdülenme gibi birçok işlev ile ilgili olduğu, dopaminin; güdülenme, hoşnutluk, psikomotor aktivitelerin düzenlenmesi ve cinsellikten sorumlu olduğu, serotoninin; duygulanım, saldırganlık, uyku, iştah, ağrı gibi işlevlerin düzenlenmesinde önemli olduğu anlaşılmıştır. Bu çalışmalar ikincil mesajcı sistemleri, G proteinlerinin fosforilasyonu, sinyal transdüksiyonu ve haberci RNA'lar üzerinde durmaktadır<sup>24,25,28,29</sup>.

Strese bağlı olarak noradrenerjik ve serotonerjik reseptör işlevlerinde bozulmalar olduğunun anlaşılması üzerine, endokrin sistemle duygudurum bozuklukları arasında ilişki olabileceği düşünülmüştür. Depresyonda nörotransmitterlerdeki eksikliğe bağlı olarak hipotalamo-pitüiter-adrenal ekseninde inhibisyon eksikliği olduğu ve sonuçta kortizolün günlük salınım ritminin bozulduğu bildirilmiştir<sup>24,25,28</sup>.

### **Klinik belirtiler**

Depresyon semptomları yaşa göre değişiklikler gösterebilir.

Bebeklik döneminde MBD belirtileri: Bebek; huzursuz, hemen ağlıyor ya

da mızızlık yapıyorsa; gülümsemiyor, hareketlerinde yavaşlama olmuş, oyuna ilgisiz, konuşulduğunda ve dokunulduğunda tepki vermiyorsa, ağladığında sakinleşmesi çok zor oluyor, başka bir fiziksel rahatsızlığı olmamasına rağmen kilo almada zorlanıyorsa, oyunlarda motivasyon eksikliği yaşıyor, yemek yeme, uyku ile ilgili sorunlar yaşıyorsa, kabızlık ishal gibi sindirim sorunları yaşıyor, gürültü veya dokunmaya karşı hassasiyeti oluyorsa MDB'si olabileceği düşünülmelidir<sup>1,30</sup>. Regresyon, somatik yakınmalar, ayrılık kaygısı, saldırgan oyun oynama gibi depresif olmayan belirtilerin MDB'si olan çocuklarda daha fazla görüldüğü bildirilmiştir<sup>1</sup>.

Okul çağı çocuklarında MDB belirtileri şunlardır: Sürekli bir mutsuzluk ve şikayet hâli, sıkılganlık, kurallara karşı gelme, sık hayal kırıklığına uğrama, ağlama, irritabilite, arkadaş ve sevilen etkinliklerden uzaklaşma, güvensizlik, aşırı hassas olma, dikkat dağınıklığı, unutkanlık, okul başarısında düşme, kararsızlık, yeme ve uyku bozukluğu, yatağını ıslatma, kabızlık, ishal, kronik üzüntü ve korku yaşama, “aptalım, işe yaramaz biriyim, kimse beni sevmiyor” şeklinde gözlenen olumsuz benlik kavramı, konuşmanın monoton alçak sesli olması ve hareketlerde yavaşlama olması, baş ağrısı, karın ağrısı, karında rahatsızlık şeklinde somatik yakınmalar, intihar düşünceleri veya girişimleridir<sup>1,30</sup>.

Ergenlik döneminde MDB belirtileri: Can sıkıntısı, huzursuzluk, mutsuzluk, tedirginlik ve endişe hali, arkadaş ve etkinliklerde ilgi kaybı, içe kapanma, okul başarısında düşme, dikkat toplamada zorluk, psikomotor yavaşlama, aşırı yemek yeme, aşırı uyuma, yalnızlık, sevilmediği duygusu, düşük benlik saygısı, kendine güvenmeme, eleştirel yaklaşım ve suçluluk duygusu, kontrol edilmeyen öfke, intihar girişimleri ve sanrılar olabilir. Fiziksel bir hastalığa bağlı olmayan vücut ağrıları, kas gerilimleri, sindirim bozuklukları görülebilir. Okuldan ve evden kaçma, sigara, alkol, madde kullanımı, hatta hırsızlık gibi davranış sorunları MDB'yi maskeleyebilir<sup>1,30</sup>.

Erdoğan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada 30'u çocuk 58'i ise ergen olmak üzere toplam 88 kişi ile Washington Üniversitesi Çocuk ve Gençler için Duygulanım bozuklukları ve Şizofreni ölçeği (WASH-U-KSADS) ile yapılan görüşmeler sonucunda, her bir belirtinin sıklığı belirlenmiştir. Buna göre tüm örneklemin en yaygın belirtisi %98,9 oranı ile çökkün duygudurum bulunmuştur. Ardından sırasıyla; kolay kızma ve öfke (87,5), konsantrasyon zorluğu ve

dikkatsizlik (%86,4), çökkün görünüm (%77,3), umutsuzluk, karamsarlık (%72,7), anhedoni ve ilgi kaybı (%70,4), insomniya (%68,2), sosyal içe çekilme (%63,3), sevilme hisleri ve düşük üretkenlik (%60,3), olumsuz benlik algısı ve ağrı sızılar (%59,1), yorgunluk, bitkinlik (%52,3) ve ağlama (%51,1) gelmektedir. Ayrılık kaygısı ise %50 sıklıkta bulunmuştur<sup>31</sup>.

### **Ayırıcı Tanı ve Birliktelik Durumları**

Çocuk ve ergenlerde görülen MDB'nin ayırıcı tanısında epilepsi ve migren gibi nörolojik hastalıklar, anemi, kanser, hipotiroidizm, sistemik lupus eritematozis, mononükleozis, bruselloz gibi enfeksiyon hastalıkları, bağışıklık sistemi yetersizlikleri ve diyabet gibi genel tıbbi bozuklukların yanı sıra MDB belirtilerine yol açan nöroleptik, steroid ve oral kontraseptif gibi ilaç yan etkileri göz önünde bulundurulmalıdır. Organik hastalıkların yanında ayırt edilmesi gereken ruhsal bozuklukların başlıcaları; uyum bozuklukları, kaygı bozuklukları, yıkıcı davranım bozuklukları, yas tepkileri, istismar ve ihmal gibi sorunlar gelmektedir<sup>32-34</sup>. Okul öncesi dönemde depresif belirtilerle getirilen çocuklarda malignite, çocuk ihmal ve kötüye kullanımı, ayrılık kaygısı bozukluğu, beslenme bozukluğu, depresif duygudurumla giden uyum bozukluğu, ebeveyn çocuk ilişki sorunu ayırıcı tanıda daha çok düşünülmelidir. Okul çağı çağında depresif duygudurum ile giden uyum bozukluğu, kaygı bozuklukları, şizofreni ve yas akla getirilmelidir. Ergenler için ek olarak madde kötüye kullanımı, kaygı bozuklukları, ebeveyn ergen ilişki sorunu, erken başlangıçlı şizofreni tanıları ayırıcı tanıda önem taşır. Duygudurum bozukluğu ile şizofrenik bozukluğun ayırıcı tanısının tam yapılamadığı durumlarda, duygudurum bozukluğu tanısı ve tedavisine öncelik verilmesi önerilmekte ve yanıtı göre değişiklikler yapılabileceği belirtilmektedir. Bedensel yakınmalardan özellikle baş ağrısı, hem yetişkinlerde, hem de çocuk ve ergenlerde MDB'de en sık görülen belirtidir. Çocuklarda bunu karın ağrısı izlemektedir<sup>1,35</sup>.

MDB'si olan çocuk ve ergenlerde erişkinlerden daha sık ruhsal bozukluk eş tanı izlenmektedir. Çocuk ve ergenlerde MDB'ye bir ya da daha fazla ruhsal bozukluk sıklıkla eşlik etmektedir. MDB ile birlikte en sık görülen bozukluklar distimik bozukluk, kaygı bozuklukları (çocuklarda ayrılık kaygısı bozukluğu, ergenlerde sosyal fobi ve yaygın anksiyete bozukluğu öncelikli olmak üzere), dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, karşıt olma-karşı gelme, davranım

bozukluğu, alkol ve madde kötüye kullanımınıdır<sup>32,33</sup>. Ergenlerde madde kullanımı ve yeme bozukluğu sık görülen eş tanılardır<sup>36</sup>. Genel olarak eş tanılar, depresyonun yinleme riskini, depresif atağın süresini, intihar girişimi veya intihara yönelik davranışlarda bulunmayı, işlevsel durumu, tedaviye yanıtı ve psikiyatri servislerinin kullanımını olumsuz etkilemektedir<sup>37</sup>.

Özellikle çifte depresyonu olanlarda (MDB ve distimik bozukluk) olmayanlara göre, depresif atakların daha uzun ve ağır olduğu, eş tanı oranlarının daha yüksek olduğu, intihar girişimlerinin daha çok görüldüğü ve toplumsal yönden olumsuz etkilenme düzeyinin daha ağır olduğu bulunmuştur<sup>38</sup>. Kaygı bozukluğu birlikteliğinin de benzer şekilde depresif belirtilerin süresini ve ciddiyetini artırdığı, madde kötüye kullanımı riskini artırdığı, intihar girişiminin böyle olgularda daha yüksek olduğunu, psikoterapiye yanıtı azalttığını ve psiko-sosyal sorunların daha çok bulunduğunu gösterilmiştir<sup>37</sup>. MDB ile yıkıcı davranış bozukluklarının birlikteliğinde çocuk ve ergenlerde daha az melankolik belirtiler gösterme, suça yönelik davranışlarda artma, intihar girişimi olasılığında artma saptanmıştır. Ayrıca bu çocuklarda MDB'nin yinleme olasılığının daha düşük olduğu, duygudurum bozukluklarının ailede daha az bulunduğu, aile tutumlarında eleştirinin yaygın olduğu bildirilmiştir<sup>39</sup>. Bu bulgulara göre, bazı araştırmacılar yıkıcı davranış bozukluğu ile MDB birlikte olan çocukların, farklı bir etiyolojik alt grubu oluşturduğunu düşünmektedir<sup>37</sup>. Enürezis ve enkoprezis sıklıkla MDB ile birlikte görülebilmekte, depresyondaki çocuğun gerilemeye ilişkin bir belirtisi olarak ortaya çıkabileceği belirtilmektedir<sup>35</sup>.

Eş tanının çok olması prognoz açısından ayrı bir önemi vardır. Yapılan uzunlamasına izlem çalışmalarında % 20-25 MDB'li ergenin madde kötüye kullanımı geliştirdiğini ve % 5-10'unda 15 yıl içinde tamamlanmış intiharla sonuçlandığı gösterilmiştir. Epidemiyolojik çalışmalar da eş tanının daha şiddetli ve inatçı MDB ile birlikte olduğunu göstermiştir. Retrospektif ve epidemiyolojik izlem çalışmalarında, önce ortaya çıkan bozukluğun tipinden çok, sayısının önemli olduğunu öne sürülmüştür. Bu görüşlerden daha önce çıkan bozukluğun risk belirteci olmaktan çok direkt risk oluşturan bir etkisi olduğu görüşü öne çıkmaktadır. Bir meta analize göre, MDB'li çocuk ve ergenlerde görülen, MDB'si olmayanlara göre kaygı bozuklukları 8,2 kat, davranım ve karşıt olma-karşı gelme bozukluğu 6,6 kat ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) 5,5 kat daha fazladır. MDB ile eş tanılı

bozukluklardan kaygı bozukluğu kızlarda, erkeklerden çok daha yüksek iken, davranım bozukluğu ve madde kötüye kullanımı erkeklerde daha yaygındır. Kızlarda, erkeklere göre daha sık yeme bozukluğu, daha az dışavurum bozukluğu ve madde kötüye kullanımı saptanmıştır. Depresyonla eş tanıllık kalıpları halen belirsizdir, ancak başarılı tedavi ve önlem çalışmaları önce çıkan bozukluğun iyi tanımlanmasına bağlı olabilir<sup>40</sup>.

### **Gidiş ve Sonlanım**

Çocuk ve ergenlerde görülen MDB yüksek morbiditesi ve epizodik olma eğilimi olan ve intihar riski nedeniyle mortaliteye yol açabilen ciddi bir psikopatolojidir ve erişkin dönem başlangıçlı depresif bozukluklarla karşılaştırıldığında daha kötü gidişe sahip olduğu belirtilmektedir<sup>41</sup>. MDB'si olan çocuk ve ergenlerin % 90'lara varan büyük bir bölümünün ilk epizod sonrası 1-2 yıl içinde düzelme gösterdiği bilinmektedir<sup>42,43</sup>. Erişkinlerdeki araştırmalarda ise, MDB'li olguların ancak %25 kadarına tedavi verildiği ve bu hastaların sadece %10'unun yeterli süre ve dozda antidepresan tedavi aldıkları bildirilmiştir<sup>44</sup>. MDB'de epizod süresi kliniğe gönderilen depresyonlu çocuklarda ortalama 7-9 ay iken, bu oran toplum örnekleminde ortalama 1-2 ay olarak tespit edilmiştir<sup>22</sup>. Ancak bu hastaların MDB'lerinin tekrarlama olasılığı da oldukça yüksek oranlara ulaşmaktadır<sup>42, 45</sup>. 1 yıl içinde yaklaşık %40, 3 yıl içinde yaklaşık %55 ve 5 yıl içinde yaklaşık %70'lik tekrarlama olasılıkları farklı çalışmalarda belirtilmektedir<sup>42,46,47</sup>. Fleming ve arkadaşları ise, genç MDB olanların yaklaşık %90'ının ilk ataktan 1-2 yıl sonra yeni bir atak geçirdiğini ve yaklaşık %6-10'unun kronikleştiğini bildirmiştir<sup>47</sup>. Depresyonun ilk MDB atağının çok şiddetli olması, psikotik belirti varlığı, başlangıç yaşı, geçirilen depresif epizod sayısı, o andaki epizodun ağırlığı, sürmekte olan uzun süreli olumsuzluklar, distimik bozukluk varlığı veya başka ruhsal bozuklukların eşlik etmesi, tedaviye uyumsuzluk, olumsuz yaşam olaylarının bulunması, ailede ruhsal bozukluğu olanların bulunması, sosyal destek eksikliği, psikososyal işlevselliğin kötü olması, tedaviye uyumsuzluk, tedavinin aniden veya yeterince iyileşmeden kesilmesi, kronikleşme ve tekrarlama ile ilişkili bulunmuştur<sup>22,32,46,48</sup>.

İzlem çalışmaları 5 yıl içinde MDB'si olan çocuk ve ergenlerin %20-40'lık bir oranında bipolar affektif bozukluk ortaya çıkabileceğinden söz etmektedir<sup>32</sup>.<sup>49</sup>. Bu konuda risk etkenleri, erken başlangıç, psikomotor yavaşlama, psikotik

depresyon, ailede bipolar bozukluk öyküsünün varlığı ve farmakolojik olarak indüklenmiş mani olarak bildirilmektedir<sup>50, 22</sup>.

### **Risk Etmenleri**

Çocuk ve ergenlerde görülen depresyonda; ailesel etmenler, çevresel etmenler, tıbbi etmenler ve ilaçların önemli rolü bulunmaktadır. Bundan dolayı MDB tedavisinden olumlu sonuçlar alınabilmesi ve depresyonun yinelemesini önlemek için risk etmenlerinin ayrıntılı öykü ve gerektiğinde organik incelemelerle (kan, görüntüleme yöntemleri gibi) belirlenmesi ve daha sonra tedavinin başlanması, prognoz, takip açısından oldukça önemlidir<sup>14</sup>.

### **Ailesel risk etmenleri**

Duygulanım bozukluklarında genetik geçiş etyolojide önemli bir yer alır. Anne ve babanın birinde duygulanım bozukluğu var ise çocukta MDB görülme riski %27-30, hem anne hem de babada duygulanım bozukluğu var ise çocukta MDB görülme riski %40-75'tir. Depresif bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin anne ve babalarındaki MDB'nin de genellikle erken başlangıçlı olduğu bildirilmiştir<sup>51-53</sup>. Klein ve arkadaşları MDB'si olan ergenlerin akrabalarında MDB ve alkol bağımlılığının daha sık olduğunu saptamıştır<sup>54</sup>. Weissman ve arkadaşları MDB'li anne ve babaya sahip olan çocukları 20 yaşına kadar izlemişler ve bu çocukların %50'sinin MDB atağı geçirdiğini saptamışlardır. MDB tanısı alan bir ebeveyne sahip olmanın yanı sıra MDB tanısı alan bir büyükanneye ya da büyükbabaya sahip olan çocukların ise böyle bir ailesel geçmişi olmayan çocuklara göre herhangi bir kaygı için 5, kaygı bozukluğu için 3, MDB için 10 ve başka herhangi bir ruhsal bozukluk için de 2 kez daha risk altında oldukları bildirilmektedir<sup>55-57</sup>

Parçalanmış aile, anne ve/veya babanın ölümü, kalabalık ailede yaşama, düşük sosyoekonomik düzey (SED), kendisinin ve/veya kardeşinin bağımlılık yapıcı madde kullanımının olması MDB'nin gelişmesi için risk etmenleridir. Çocukluk döneminde anne ve/veya babanın kaybının (ölüm ya da boşanmadan dolayı) çocuklardaki MDB riskini 2-3 kat arttırdığı bildirilmiştir<sup>58,59</sup>. Goodman ve arkadaşları 55 MDB'si, 22 distimik bozukluğu ve 16 MDB ile birlikte eş tanı olarak distimik bozukluğu olan çocuklar ve ergenlerde çalışma yapmışlar. Çalışmanın sonucunda MDB ile birlikte eş tanı olarak distimik bozukluğu ve ailede MDB öyküsü olanlarda; MDB'nin daha şiddetli seyrettiğini

bildirmişlerdir<sup>59</sup>. Wals ve arkadaşları 86 bipolar bozukluğu olan anne ve/veya babanın yaşları 12-21 arasında değişen 140 çocuğunu incelemişler, 58'inde bazı ruhsal bozuklukların olduğunu, ayrıntılı olarak 19'unda duygudurum bozukluğu (4'ünde bipolar bozukluk, 3'ünde MDB, 6'sında distimik bozukluk, 2'sinde siklotimik bozukluk, 4'ünde depresif belirtiler ve bulgular ), 11'inde kaygı bozukluğu, 6'sında dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), 4'ünde yıkıcı davranış bozukluğu, 8'inde madde kullanımı bozukluğu ve 10'unda da diğer ruhsal bozukluklar olduğunu belirtmişlerdir<sup>60</sup>. Robertson ve Simons ergenlerin anne ve babaları tarafından reddedildiklerini algılamalarının, MDB'yi hem doğrudan, hem de benlik saygısını düşürerek dolaylı olarak arttırdığını saptamışlardır<sup>61</sup>.

Ebeveynlerden biri MDB ise çocuklarına karşı yeterince ilgi gösterememekte, duygularını anlayamamakta ve destek olamamaktadır. Bu durumda, ebeveynin yetersizliği çocuk tarafından reddedilmek olarak algılanabilir. Hammen ve arkadaşları, MDB olan annelerin çocuklarında duygudurum bozukluklarının oluşumunda aile içi anlaşmazlıkların önemli bir rolü olduğunu bildirmişlerdir<sup>62</sup>. Aile içi çatışmalar, anneleri MDB olmayan çocuklarda da MDB'ye yönelik bir risk faktörü oluşturmakla birlikte, annelerinde MDB olan çocuklar daha fazla MDB tanısı almaktadır. Fendrich ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, evlilik çatışmasını yüksek düzeydeki anne ve babalara sahip çocukların yaşamları boyunca herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı alma sıklığının anlamlı düzeyde yüksek olduğunu saptamışlardır<sup>62,63</sup>.

Reinherz ve arkadaşları ile ve Spencer ve arkadaşları, düşük SED, kalabalık ailede yaşama, genç anne ve babaya sahip olma, anne ve babanın boşanmış olması veya ayrı yaşaması, anne, baba ve kardeşlerde MDB ve/veya alkol-madde bağımlılığı öyküsünün olması, çocukta ve ergende DEHB ve kaygı bozukluğunun olması, akranlar ile sorunlar yaşanması ve saldırgan davranışların belirgin olması durumlarında çocuk ve ergenlerde MDB riskinin arttığını bildirmişlerdir<sup>64,65</sup>.

Goodman ve arkadaşları, çocukların sosyal ve duygusal gelişimlerinin üç boyutta değerlendirmektedir.

Bu boyutlar: Olumlu bir benlik kavramı oluşturma, uyum sağlayabilen bir benlik kontrolü ve dürtü kontrolü geliştirme ve akranlarla ilişki kurma becerileri ve sosyal kabul kazanmadır<sup>66</sup>. MDB'si olan annelerin çocuklarının benlik

kavramlarının olumsuz olduğu düşünölmektedir. Kendileri ya da çocukları hakkında olumsuz düşünme biçimleri olan ve olumlu etkileşimleri sürdürmede sürekli zorlanan MDB olan anne modeline maruz kalan çocuklar olumsuz bir benlik kavramı geliştirmekte ve olayları kontrol etmede kendi işlevselliğine ilişkin algısı düşük olarak gelişmektedir<sup>67,68</sup>. Bir gelişimsel ödev olan benlik kontrolünün edinimi, dürtü kontrolünü sağlamayı, memnuniyeti erteleyebilmeyi, ayartılmaya karşı direnebilmeyi, istekleri azaltabilmeyi ve motor davranışların kontrolünü kazanmayı içerir<sup>66</sup>. Uyum sağlayabilen bir benlik kontrolünü geliştirememesi, içe yönelim ya da dışa yönelim belirtileriyle kendini gösteren davranış sorunlarına sebep olur<sup>69,70</sup>.

### **Çevresel ve Psikososyal Risk Etmenleri**

Stres dolu yaşam olayları (fiziksel cezalandırmalar, anne-baba-çocuk arasında güvensiz bağlanma, fiziksel ve cinsel ihmal ve kötüye kullanım, romantik ilişkinin bitmesi gibi) çocukluk çağının her döneminde, zayıf okul başarısı MDB gibi ruhsal bozukluklara neden olabilir<sup>71,72</sup>. Çocuk ve ergenlerdeki güvensizlik hissi ve düşük benlik saygısı, akranları ve/veya kardeşleri arasında popüler olamama, arkadaş ve/veya öğretmen ilişkilerinde sorunlar yaşanması ve önceden bir MDB atağının geçirilmiş olması çocuk ve ergenlerde MDB görülme riskini yükseltmektedir<sup>73,74</sup>. Hem klinik, hem de toplum örneğinde olumsuz yaşam olayları ve depresif belirtiler arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır<sup>75</sup>. Bu olumsuz yaşam olayları; kaybolma, anne babanın ayrılması, intihar girişimi gibi MDB başlangıcıyla özdeşleştirilen travmatik yaşantılar olarak belirtilmektedir<sup>75</sup>.

Durant ve arkadaşlarının, 722 ilköğretim 6.sınıf öğrencisinde fiziksel şiddete maruz kalanlarda, hedeflerine ulaşmak ve sorunlarını çözmek için şiddete başvuran, saldırgan davranışı ve madde bağımlılığı olan (alkol, sigara gibi) ergenlerde MDB gelişme riskinin arttığını ve MDB'nin şiddetinin artması ile bu davranış ve alışkanlıkların görülme olasılığının da arttığını bulmuştur. Bu ergenlerde MDB dışında umutsuzluk, hayatta ulaşmak istedikleri hedeflerinde azalma ve diğer ruhsal travmalar daha sık saptanmıştır<sup>73</sup>. Finzi ve arkadaşları tarafından 6-12 yaşlar (41'i fiziksel istismara, 38'i fiziksel ihmale uğrayan ve 35'inde fiziksel ihmal ya da istismar belirlenmeyen) arasındaki 114 çocuk ve



ergende, fiziksel istismara uğrayan grupta MDB belirti, bulgularının ve intihar girişiminin diğer iki gruba göre çok daha fazla olduğunu gözlenmiştir<sup>76</sup>.

Deprem ve sel gibi doğal afetler de MDB gelişmesinde önemli risk etmenleridir<sup>72</sup>. Rutter ve arkadaşları da sel, deprem gibi stresli yaşam olaylarının çocuk ve ergenlerde MDB gibi ruhsal bozuklukların oluşmasında önemli risk etmeni olabileceğini bildirmiştir<sup>77</sup>. Harrison ve arkadaşları, 11-16 yaşlar arasındaki 1746 ortaokul ve lise öğrencisinde yaptıkları bir araştırmada, %77.6'sının yakınlarının veya evcil hayvanlarının ölümü gibi stresli yaşam olaylarından sonra yas veya MDB yaşadıklarını tespit etmişlerdir<sup>78</sup>.

Flament ve arkadaşları da MDB olan 11-22 yaşlarındaki ergenlerde kaygı bozukluğu, intihar girişimi ve alkol zehirlenmesinin MDB olmayanlardan daha sık meydana geldiğini ve bunların da MDB oluşmasında birer risk etmeni olduğunu bulmuşlardır<sup>79</sup>. Kessler ve arkadaşları 5721 ortaokul öğrencisinde yaptıkları araştırmada depresif semptomlar ile bağımlılık yapıcı madde kullanımı arasında pozitif bir ilişki olduğunu tespit etmişlerdir<sup>80</sup>. Wells ve arkadaşları ergenlerde sigara kullanımı ile MDB arasında pozitif bir ilişki olduğunu saptamışlardır<sup>58</sup>. Amerika'da, ergenlerin yaklaşık olarak %10'unda cinsel kimlik bozukluğunun olduğu bildirilmektedir. Feldman ve arkadaşları cinsel tercihleri ile ilgili çelişkiler yaşayan ergenlerde MDB, alkol ve diğer bağımlılık yapıcı madde kullanma, intihar girişiminde bulunma, okuldan kaçma gibi problemler daha sık gözlenmiştir<sup>53</sup>.

Okuldaki zorluklar, örneğin farkında olunmayan bir öğrenme bozukluğuna dayalı akademik başarısızlık, çocuk veya ergenin benlik saygısını azaltabilir, düşük benlik saygısı da psikososyal risk etkenlerinden biridir<sup>81</sup>. Kashani ve Sherman, MDB'si olan ergenlerde yaptıkları bir araştırmada olguların %75'inde kaygı bozukluğu, %50'sinde karşıt olma-karşı gelme bozukluğu, 33'ünde davranım bozukluğu, %25'inde alkol ve %25'inde ilaç bağımlılığı olduğunu belirtmişlerdir<sup>82</sup>. Distimik bozukluk ergenlik öncesi dönemdeki çocuklarda %0,6-1,7 oranında, ergenlik döneminde ise %1,6-8 oranında görüldüğü ve daha sonraki dönemlerde duygudurum bozuklukları için bir risk etmeni olabileceği bildirilmektedir<sup>73</sup>. Ergenlerin eşlik eden herhangi ruhsal bozukluğu olmasa bile ergenlik döneminde, üstesinden gelmek zorunda oldukları pek çok görevle karşı karşıya kalınmaktadır. Bir ergen için, kimlik oluşturma, cinsel çatışmaları çözümlenme ve meslek seçimi gibi ergenlik dönemine özgü görevleri yerine

getirme, birey için zorlayıcı bir stres ve başlı başına MDB için risk etkeni olmaktadır<sup>83</sup>.

Roberts ve arkadaşları fatalist (kaderci), karamsar, düşük benlik saygısı, daha az sosyal desteğe sahip olan ve daha çok strese maruz kalan ergenlerde MDB'nin daha sık görüldüğünü; kızların erkeklere göre daha kaderci olduğunu ve bu nedenle de kızlarda MDB'nin daha yüksek oranlarda bulunduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca kaderci olmak ile streslerle mücadele ve baş etme yeteneğinin azaldığını, MDB gelişme riskinin arttığını öne sürmüşlerdir<sup>84</sup>. Benzer şekilde yapılan diğer çalışmalarda da düşük benlik saygısının MDB için bir risk etmeni olduğu bildirilmiştir<sup>14</sup>.

Ergenlik döneminde MDB bir kez düzeldikten sonra tekrar görülme olasılığı %60 ile %80 arasında değişmektedir. Bu nedenle herhangi zamanda geçirilmiş MDB, yeniden MDB gelişimi için oldukça önemli bir risk etmenidir<sup>85</sup>.

### **Tıbbi Etmenler ve İlaçlar**

Hangi yaş grubunda olursa olsun çocuk ve ergenlerde depresif belirti ve bulgulara yol açabilecek organik (bedensel) bozukluklar bulunmaktadır. Yorgunluk, enerji azlığı, unutkanlık, dikkat dağınıklığı, ilgisizlik, sinirlilik, uyku ve iştah sorunları herhangi hastalığın yol açtığı problemler olduğu gibi aynı zamanda eş tanı olarak MDB da değerlendirilmesi önerilmektedir. Okul öncesi çocuklarda özellikle santral sinir sistemi malign hastalıkları ve lösemi depresif belirti ve bulgulara neden olabilmektedir<sup>73,86,87</sup>. Elektrolit anormallikleri (hipokalemi, hiponatremi, üremi gibi), anemi, sistemik lupus eritematozis, Wilson hastalığı, porfiri gibi sistemik hastalıklarda da MDB gözlenebilir<sup>73,82</sup>. Çocuklar ve ergenlerdeki diğer organik hastalıklardan enfeksiyöz mononukleozis, influenza, ensefalit, subakut bakteriyel endokardit, pnömoni, tüberküloz, hepatit, merkezi sinir sistemini tutan sifiliz ve AIDS gibi enfeksiyon hastalıkları; tümörler, epilepsi, subaraknoid kanama, serebrovasküler hastalıklar, multipl skleroz, Huntigton hastalığı gibi nörolojik hastalıklar; diabet, Cushing hastalığı, Addison hastalığı, hipotroidizm, hipokalsemi, hipopitüitarizm gibi endokrin sistemle ilgili hastalıklarda depresif belirti ve bulgular bulunabilir<sup>73,86,87</sup>.

MDB'li bazı ergenlerin bazal kortizol düzeyinde anormallikler olduğu belirlenmiştir<sup>13</sup>. Araştırmalar sürekli şekilde zorluk veya stres yaşayan

çocukların MDB başlangıcını tetikleyecek şekilde yüksek düzeyde kortizol döngüsü olduğunu ortaya koymuştur<sup>82</sup>. Yüksek düzeyde kortizolün nörotransmitter serotonin sisteminde zarara yol açacağı ileri sürülmüştür. Bu da, erken yaşta yaşanan olayların uzun vadeli biyokimyasal etkilerinin olma olasılığını yükselttiğini ve bu nedenle ergenlerde MDB riskini artırdığını düşündürmektedir<sup>13,88</sup>.

Biyolojik düzeneklerin MDB etiolojisindeki rolü halen araştırılmaktadır. Monoamin varsayımı, MDB beyinde serotonin gibi bir monoamin nörotransmitter sisteminin az çalışmasından kaynaklanabileceğini ileri sürmektedir. Bu varsayım kanıt, monoamini azaltan ilaçların MDB'ye neden olabilmesinden ve monoamin sağlayan ilaçların MDB'yi azaltıcı etki yapmasından gelmektedir. Ancak bunu etiyolojik bir etken olarak destekleyecek doğrudan bir kanıt henüz saptanamamıştır<sup>89</sup>.

Antihipertansif ilaçlar (klonidin, propranolol gibi), barbitüratlar, benzodiazepinler, kortikosteroidler, oral kontraseptifler, simetidin, aminofilin, antikonvülzanlar, dijitaller, tiazid grubu diüretikler, psikostimülanlar, kokain ve ketamin gibi ilaçların kullanımında ve bağımlılık yapıcı ilacın kesilme durumunda (kokain, amfetamin gibi) MDB ve/veya duygudurum bozuklukları gelişebilir<sup>73, 87</sup>.

### **İntihar davranışı**

Erişkinde intihar tanımının daha kolay yapılabilmesine karşılık çocuk için bu tanımlama çeşitli nedenlere bağlı olarak daha güçtür. Çocukta ruhsal bozuklukların doğal seyri erişkinde benzememekte, ayrıca bilişsel olarak ölüm kavramının algılanması gelişim evresine göre farklı olmaktadır. 0-5 yaş arasında ölüm geri dönüşümlü olarak algılanırken, 5-10 yaş arasında çocuk ölümün geri dönüşümsüz olduğunu bilir, ancak kendisinin ölebileceğini düşünemez. 10 yaş sonrasında ise ölüm kavramı erişkindeki algılanış biçimine benzemektedir. Çocukta intihar kavramının algılanması da ölüm kavramına paralellik göstermekte, ölüm kavramının farklı algılanması intihar davranışını etkilemekte, hatta arttırabilmektedir<sup>90</sup>. Çocukta intihar girişimi bir bulgu olarak, kendine zarar vermek veya ölmek için yapılan her türlü kendine zarar verici (self-destrüktif) davranış şeklinde tanımlanmaktadır<sup>90,91</sup>.

İntihar davranışının temelinde kendine zarar verme amacı olduğu bilinmekle birlikte, bir hastalık değil bir semptom olarak düşünülmelidir. Ciddi emosyonel ve iletişimsel bir problemin semptomudur<sup>92,93</sup>. Ergenlerdeki intihar girişimleri, acil servise yapılan psikiyatrik başvurular arasında en yaygın başvuru nedenlerinden biridir. Yapılan birçok çalışma sonuçlarına göre çocuklarda tamamlanmamış (ölümle sonuçlanmayan) intihar girişiminin prevalansı %1 dolaylarındadır. Tamamlanmış (ölümle sonuçlanan) intihar prevalansı 5-9 yaş arası çocuklarda düşük olup literatürde seyrek olarak bildirilmektedir<sup>94</sup>. Ergenlerde çeşitli çalışma sonuçlarına göre intihar girişimi prevalansı %1,7-5,9 arasında değişmektedir<sup>95</sup>. Türkiye’de intihar girişimleriyle ilgili Ankara’da yapılan en kapsamlı çalışmada intihar girişimi sıklığı 1989 yılında 100.000’de 107, 1995 yılında 100.000’de 113 olarak bildirilmiştir<sup>92</sup>. Ölümle sonuçlanan intihar olayları erkeklerde kızlardan 3-5 kat daha yüksektir. Ölümle sonuçlanmayan intihar girişimleri ise kızlarda erkeklerden en az 2-3 kat daha fazla gözlenmektedir<sup>96-98</sup>.

İntihar girişiminin nörobiyolojisi hakkındaki bilgiler halen yeterli değildir. Santral sinir sistemindeki ilgili başlıca alanlar, dorsal raphe nukleusu ve ventral prefrontal kortekstir<sup>99</sup>. İntihar amacı ile çok çeşitli yöntemler planlanmakta ve uygulanmaktadır. Son yıllarda ergenlerde intihar sonucu ölümlerdeki önemli yöntemlerden biri ateşli silah olduğu bildirilmektedir. Özellikle erkeklerde ateşli silahla intihar yönteminin sıklığının fazla olması, ölüm riskini artırmaktadır<sup>92</sup>. İntihar girişimlerinin etkin şekilde önlenmesinde ana hedef, intihar girişimini hazırlayan risk faktörlerinin erken fark edilip etkin olarak tedavi edilerek ortadan kaldırılmasıdır<sup>93</sup>.

Ergenlik döneminde intihar davranışı için risk etkenlerini araştıran çalışmalar, önceki intihar girişimleri, hastalık, aile içi şiddet, sıkıntı verici yaşam olayları ve madde kötüye kullanımı gibi bir dizi etken üzerinde durmaktadır. İşsizlik ya da göç gibi etkenler toplumsal bağları bozarak intihar davranışına zemin hazırlayabilir. İntihar girişiminde bulunan ergenlerin ailelerinde yüksek oranlarda intihar davranışı, alkol ya da madde kullanımı ve duygulanım bozukluğu olduğu saptanmıştır<sup>92,100</sup>. Pfeffer ve arkadaşları, intihar girişiminde bulunan 6-12 yaş arası 58 çocukta yaptıkları çalışma sonrasında davranışa neden olabilecek risk etmenleri belirlemişlerdir. Bu çalışmaya göre risk etmenleri iki ana başlık altında toplanabilir: Çocukta intihar davranışı ile

doğrudan ilgili olan özgül etmenler, intihar davranışına neden olabilecek diğer etmenlerdir. Çocukta intihar davranışı ile doğrudan ilgili olan etmenler: MDB, çaresizlik, değersizlik düşüncesi, ölme arzusu, annede şiddetli MDB, ebeveynlerde MDB ve/veya intihar davranışı olmasıdır. Çocukta intihar davranışına neden olabilecek diğer etmenler: Şiddetli kaygı, şiddetli agresyon, sürekli okul başarısızlığı ile meşgul olma, öğrenme güçlükleri, ebeveynlerce cezalandırılma korkusu, ebeveynlerden ayrılık, evdeki taciz ortamı, yaşıt ilişkilerinde ciddi sorunlar olmasıdır<sup>91</sup>.

Çocuklardaki intihar davranışının büyük çoğunluğu ruhsal bozukluklarla ilişkili olmakla birlikte, her zaman psikiyatriye ait tanısal kategorilerle açıklamak mümkün değildir. Çatışmalı aile ve yaşıt ilişkileri, okul ile ilgili sorunlar gibi psikososyal etkenler de intihar davranışına neden olabilir. Çocukta ve ergende, intihar davranışına eşlik eden psikopatolojik durumlarla ilgili pek çok çalışma yapılmıştır. Gould ve arkadaşlarına ait bir çalışmada, intihar düşüncesi veya eylemi olan 9-17 yaş arasındaki 1285 çocuk veya ergen, yapılandırılmış görüşme teknikleri ile değerlendirilmiştir<sup>101</sup>. İntihar girişiminde (ölümle sonuçlanmayan) bulunanların %47,6'sında, intihar düşüncesi olanların ise %30'unda duygudurumu, kaygı, yıkıcı davranış bozuklukları; madde kötüye kullanımı veya bağımlılığında biri veya birkaçının bir arada olduğu gözlenmiştir<sup>102</sup>. Ayrıca intihar girişiminde bulunan ergenlerin diğer tıbbi veya psikiyatrik kontrollere göre bir ebeveyn kaybını (boşanma ya da ölümle) daha fazla yaşadıkları ve %80-90'nında ruhsal bir bozukluğun mevcut olduğu da bildirilmektedir<sup>92,100</sup>. Toplumda, hastane örneklem gruplarında ve psikolojik otopsi çalışmaları sonucunda en sık rastlanan 3 tip bozukluk: Duygudurum bozuklukları, yıkıcı davranım bozukluğu ve madde kötüye kullanımı olarak saptanmıştır<sup>92</sup>. İntihar girişiminde bulunan erkek ergenlerde davranım bozukluğu ve alkol kötüye kullanımı, kızlarda ise MDB en sık konulan tanılar olmaktadır<sup>103</sup>.

Çocukluk çağı kötüye kullanım ve ihmal yaşantıları ile dissosiyatif bozukluklar, post travmatik stres bozukluğu, kendine fiziksel zarar verme davranışı, intihar girişimi arasında ilişki mevcuttur<sup>104-107</sup>. İntihar girişimi ve fiziksel zarar verme davranışı gösteren ruhsal bozukluğu olan olgular, çocukluk çağı kötüye kullanım ve ihmal yaşantıları ve dissosiyatif yaşantıların diğer hasta gruplarına göre daha sık olduğu belirtilmektedir<sup>106,107</sup>. Bu ilişki çocuk yaş

grubunda ilk kez Green tarafından bildirilmiştir<sup>108</sup>. Daha sonra ilk kontrollü çalışmada Green<sup>109</sup> fiziksel istismara uğramış çocuk ve ergenlerin %41'inin intihar ve kendine fiziksel zarar verme davranışı gösterdiklerini ve kontrol grubunda bu ilişkinin olmadığını bulmuştur. Benzer ilişkiyi okul öncesi çocuklarda, ergenlerde ve erişkinlerde ortaya koyan çalışmalar yapılmıştır<sup>106,110</sup>.

## **GEREÇ ve YÖNTEMLER**

### **Çalışma Grubunun Seçimi**

Çalışma öncesinde, Mersin 1 No'lu Klinik Araştırmalar Etik Kurul komitesinden, etik kurul onayı alınmıştır. Bu çalışmaya Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Çocuk Psikiyatri Anabilim Dalı Polikliniği'ne 2001-2009 yılları arasında başvuran, klinik görüşme ve psikometrik testlerin incelenmesi neticesinde, DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre, MDB tanısı almış çocuk ve ergenler alınmıştır. İlk başvurusu esnasında MDB tanısı alanlar dahil edilmekle birlikte takip randevuları esnasında tanısı konulan MDB hastaları çalışmamıza dahil edilmemiştir. Tüm olgular herhangi dışlama kriteri olmaksızın, retrospektif olarak değerlendirilmiş ve tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanmıştır.

2001–2009 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Çocuk Psikiyatri Anabilim Dalı Polikliniği'ne ile başvuran olguların tamamında biyopsikososyal verileri içeren bilgi alma formu görüşmeyi yapan araştırma görevlileri tarafından doldurulmuştur. Bilişsel yetisi yeterli olan 9 yaş ve üzerindeki çocuk ve ergenlere çalışmamızda Çocuklar İçin Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeğinin alt ölçeklerinden; Çocuklar İçin Sürekli Anksiyete Ölçeği (ÇİSKÖ) ve Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇİDÖ) uygulanmıştır. Olguların istismar olayı ile ilgili verileri, poliklinik takibinde DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre aldıkları tanılar ve izleme ilişkili poliklinik takip edildikleri süre, takipte değillerse bırakma nedenlerine ait verileri dosyalar incelenerek elde edilmiştir. Ölçeklerin istatistik hesaplamalarında polikliniğe ilk başvurdularında doldurulan ölçek puanları kullanılmıştır. İzlem ölçek puanları çalışma verilerine dahil edilmemiştir.

### **Veri Toplama Araçları**

Tüm veri toplama araçları ekte sunulmuştur.

### **Sosyodemografik Veri Toplama Formu**

Görüşmeyi yapan doktor tarafından, sosyodemografik verilerin, perinatal ve klinik özelliklerin sistemli olarak kaydedilmesi amacıyla, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na ilk

başvuru sırasında, tüm olgular için doldurulmaktadır (EK-1). (Olguların ve ebeveynlerin yaşları ve eğitim durumları, ebeveynlerin iş durumları, ailedeki ruhsal bozukluk öyküsü, olguların yaşadığı ortam, aile yapısı ve durumu, olgu ve ebeveynlerde kronik fiziksel hastalık olup olmadığı, olguların yürüme-konuşmaya başladıkları, tuvalet eğitimini aldıkları yaşları, aile içindeki fiziksel şiddetin varlığı ve sıklığı gibi).

### **Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇİDÖ)**

Çocukluk dönemindeki MDB'yi araştırmada en sık kullanılan ölçeklerden biri olan çocuklar için depresyon ölçeğini Kovacs geliştirmiştir<sup>111</sup>. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Öy tarafından yapılmıştır<sup>112</sup>. Yirmi yedi maddeden oluşan ölçek, 6-17 yaşlar arası çocuk ve ergenlere uygulanabilmektedir. Her bir madde 0-1-2 şeklinde puanlanmaktadır. Çocuktan, içinde bulunulan gün dahil son iki haftayı esas alarak kendisine en uygun olan seçeneği seçmesi istenmektedir. Çocuğun toplam puanı, seçtiği seçeneklerin puan değerlerinin toplanması ile elde edilmektedir. Puanların yükselmesi, MDB'nin şiddetinin arttığını göstermektedir. ÇİDÖ puanı en çok 54 olabilirken, kesim puanı olarak "19" önerilmektedir (EK-2).

### **Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (ÇİSKÖ)**

Bu ölçek Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir<sup>113</sup>. Bu araç, durumluk kaygı ölçeği ve sürekli kaygı ölçeği olmak üzere, 20'şer maddelik iki ayrı bölümden oluşmaktadır. Çalışmamızda ölçeğin yalnızca sürekli kaygıyı değerlendiren bölümü kullanılmıştır. Çocuklar İçin Sürekli Kaygı Ölçeği, kaygı yatkinlığında kalıcı bireysel farklılıkları ölçmeyi amaçlamaktadır. Çocuktan "genellikle" kendini nasıl hissettiğini değerlendirilmesi istenir. ÇİSKÖ uygulanırken, çeşitli kaygı belirtilerini içeren her madde için çocuklardan, bu durumun yaşanma sıklığına göre, "hemen hemen hiç" bir puan, " bazen" iki puan, "sık sık" 3 puanla değerlendirmekle birlikte, puanları bilmeden şıklardan birini işaretlemeleri istenir. Ölçekten alınan yüksek puanlar, sürekli kaygının yüksek olduğuna işaret etmektedir. Envanterin uygulanması sırasında zaman sınırlaması yoktur, grup veya bireysel olarak uygulanabilir. Ölçekle ilgili açıklama, ilgili ölçek maddelerinin başında yazılıdır bu açıklama çocuklara okunur. Uygulama sırasında eğer Durumluk Kaygı Ölçeği verilecekse, testle



ilgili ya da test koşullarında ortaya çıkacak tedirginlik ve heyecan gibi duygusal olaylara duyarlı olduğundan Sürekli Kaygı leğinden önce verilir<sup>114</sup>. Ölçeğin Türkiye için geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları zusta tarafından yapılmıştır<sup>114</sup> (EK-3).

### **İstatistiksel Analiz**

Bu çalışmada, demografik değişkenlerin İD ve İSK puan üzerine etkisi araştırılması planlanarak demografik değişkenlere ait alt gruplar arasında 1 standart sapmalık farkın, yapılan power analizinde bu çalışmanın %80 g ve %5 I. tip hata düzeyinde yapılabilmesi için en az 500 hastaya gerek duyulduğu hesaplanmış ve bu doğrultuda çalışmaya 657 hasta dahil edilmiştir.

Bu çalışmada verilerin tanımlayıcı istatistikleri kategorik ölçümler için sayı (n) ve yüzde (%) olarak, sürekli ölçümler için ortalama±standart sapma (ort±ss) olarak belirtilmiştir. Kategorik verilerin analizi için Ki-Kare veya Likelihood Ratio testleri kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğunu test etmek için Shapiro-Wilk testinden yararlanılmıştır. Sürekli değişkenler bakımından iki grup karşılaştırmalarında Independent Samples t test, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında ise One Way ANOVA testleri kullanılmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki doğrusal ilişkinin incelenmesi için Pearson korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. İstatistik analizler SPSS for Windows v.11.5 paket programı ile yapılmıştır. İstatistik analizlerde  $p < 0,05$  ise sonuçlar anlamlı kabul edilmiştir.

## BULGULAR

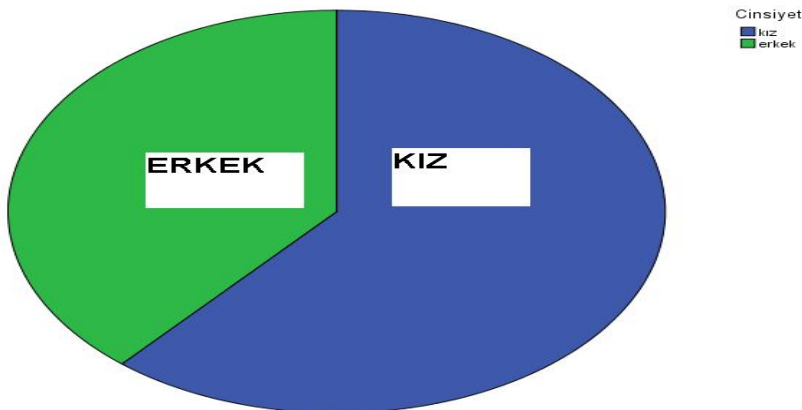
Çalışmamızda, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na, ilk kez 2001-2009 yılları arasında başvuran, klinik görüşme ve psikometrik testlerin incelenmesi neticesinde, DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre, MDB tanısı alan 657 olgunun, geriye dönük olgu değerlendirme formları incelenip; sosyodemografik, klinik verileri ve psikometrik testleri değerlendirilmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı olan p değerleri koyu renkle belirtilmiştir ( $p < 0.05$ ).

### Sosyodemografik Veriler

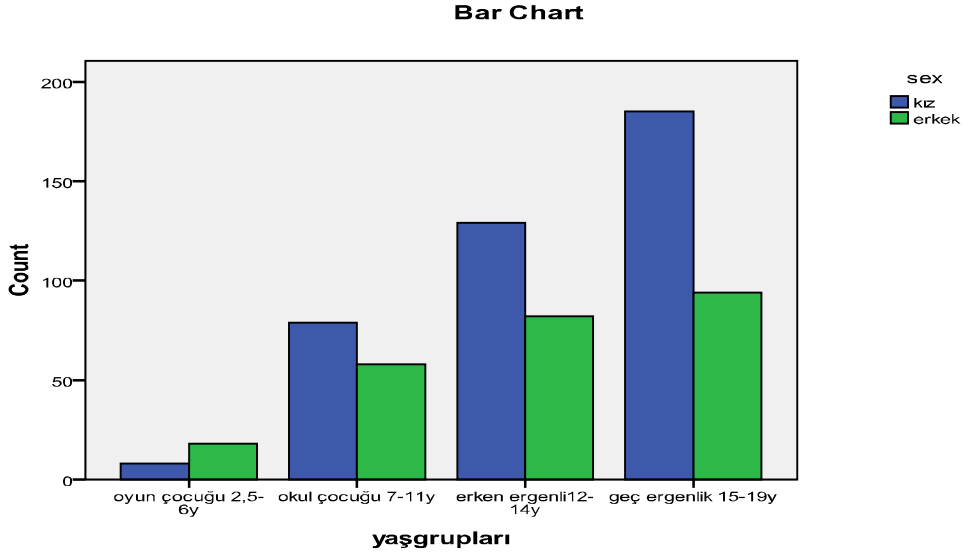
**Tablo 1.** Yaş ve cinsiyete göre dağılımı

Yaş grupları	Cinsiyet		Toplam
	Kız	Erkek	
Oyun çocuğu 2,5-6y**	8 (%1,2)	18(%2,8)	26(%4,0)
Okul çocuğu 7-11y**	79(%12,1)	58(%8,9)	137(%20,9)
Erken ergenlik12-14y**	129(%19,8)	82(%12,6)	211(%32,1)
Geç ergenlik 15-19y**	185(%28,3)	94(%14,4)	279(42,5)
Toplam**	401(%61,4)	252(%38,6)	653(%100)

\*\*n ve yüzde



**Şekil 1** Kız-erkek dağılımları



**Şekil 2** Çocuk yaş ve cinsiyet dağılım bar grafiği

Çalışmaya aldığımız dört çocuğun yaşlarının değerleri, kayıp veri olduğu için geriye kalan yaşlarını bildiğimiz 653 çocuk vardı. Tüm çocukların ortalama yaşı  $13,23 \pm 3,21$  yıl idi. Medyan değer 14,0; mod değer 15,0; en küçük yaş 2, en büyük yaş 19 idi. Bütün çocuklardan 401(%61,4)'i kız, 252(%38,6)'si erkekti. Kızların ortalama yaşı  $13,5(\pm 2,8)$ , erkeklerin ortalama yaşı  $12,6(\pm 3,6)$  idi. Yaş bakımından kızlarla erkekler arasında anlamlı fark vardı (**p=0,001**). Çocukların yaş ve cinsiyet dağılımları sayı ve yüzde değerleriyle, Şekil 1, Şekil 2 ve Tablo 1'de ayrıntılı olarak gösterilmiştir. Birçok çalışmada ergenliği erken ve geç diye ayırmadığı göz önünde bulundurularak, çalışmamızdaki 12 ile 19 yaş arası 314 kız(K), 176 erkek(E) ergen bulunmakta ve K/E oranı 1,78'dir. Okul çocuğu 79 kız, 58 erkek bulunmakta ve K/E oranı 1,36'dır. Okul öncesi dönemde 8 kız, 18 erkek ve K/E oranı 0,44'e düşmektedir.

**Tablo 2.** Kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu ile cinsiyet ilişkisi

Kardeş Sayısı	Cinsiyet		Toplam
	Kız	Erkek	
Hiç kardeşi olmayan**	55(%13,7)	31(%12,3)	86(%13,2)
Bir kardeşi olan**	163(%40,6)	111(%44,0)	274(%42,0)
İki kardeşi olan**	97(%24,2)	65(%25,8)	162(%24,8)
Üç kardeşi olan**	38(%9,5)	25(%9,9)	63(%9,6)
Dört ve/veya daha fazla kardeşi olan**	48(%12,0)	20(%7,9)	68(%10,4)

\*\*n ve yüzde

Kardeş sayısı 11 tane olan 1 çocuk, 9 tane olan 3 çocuk, 8 tane olan 3 çocuk, 7 tane olan 6 çocuk, 6 tane olan 9 çocuk, 5 tane olan 16 MDB'li çocuk vardı. Dört ve daha fazla kardeşi olan çocuk sayısı 68(%10,4) idi. Bir kardeşi olan kişi sayısı 274(%42,0) ile kardeş sayısı ağıısından en büyük grubu oluşturmaktaydı. Kardeş sayısı oranları kız ve erkekler arasında benzerdi ( $p=0,514$ ). Çocukların kaç kardeş olduğu Tablo 2'de sayıları ve toplam grubu yüzde değerleriyle birlikte ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

**Tablo 3.** Kardeşi olmayanlar, tek kardeşi olanlar ve çok kardeşi olanların dağılımı

Kardeş Sayısı	Frekans
Tek çocuk, kardeşi olmayanlar**	86(%13,2)
Bir kardeşi olanlar**	274(%42,0)
İki ve/veya daha fazla kardeşi olanlar**	293(%44,9)
Toplam**	653(%100)

\*\*n ve yüzde

İki ve/veya daha fazla kardeşi olanlar, çok kardeşi olanlar olarak gruplandırılarak bakıldığında, hiç kardeşi olmayanların karşılaştırılabilmesini kolaylaştırmıştır (Tablo 3). Tek çocuk olanlarda MDB görölme oranı, hem bir kardeşi olanlardan hem de iki ve daha fazla kardeşi olanlardan istatistiksel olarak önemli şekilde daha dūřüktür ( $p=0,001$ ). MDB'si olan tek çocuklardan

%20,9'unda intihar girişimi olduğu, bir kardeşi olanların %13,8'inde intihar girişimi olduğu, çok kardeşi olanların %21,2'sinde intihar girişimi olduğu bulundu. Tek çocuk (%8,1) ve çok kardeşli çocukların (%8,2) yaklaşık eşit oranda; çok sayıda intihar girişimi varken, bir kardeşi olanların yalnızca %2,9'unda çok sayıda intihar girişimi bulundu. Tek çocuk olan ve ÇİDÖ'yü dolduran 50 çocuktan 25(%50)'i bu ölçeğin kesme puanı olan 19 ve/veya üzerinde puan aldı. Bir kardeşi olan ÇİDÖ dolduran 203 çocuktan 111(%54,7)'i 19 ve/veya üzerinde puan aldı. Çok kardeşi olan ÇİDÖ dolduran 202 çocuktan 120(%59,4)'si 19 ve/veya üzerinde puan aldı. Kardeş sayısı arttıkça doğru orantılı şekilde ölçek kesme puanını geçme oranı artmaktadır.

**Tablo 4.** Aile içinde kardeşleri arasındaki sıranın dağılımı

Kaçınıcı Çocuk	Cinsiyet		Toplam
	Kız	Erkek	
Birinci Çocuk**	219(%54,6)	138(%54,8)	357(%54,7)
İkinci Çocuk**	106(%26,4)	69(%27,4)	175(%26,8)
Üçüncü çocuk**	45(%11,2)	28(%11,1)	73(%11,2)
Dördüncü ve/veya sonrası**	31(%7,7)	17%(6,7)	48(%7,4)
Toplam**	401(%100)	252(%100)	653(%100)

\*\*n ve yüzde

Çocuklardan 357(%54,7)'si ailenin ilk çocuğuydu. Ancak 86(%13,2) çocuğun kardeşi olmadığı, evin tek çocuğu olduğu düşünülürse; geriye kalan 271(%41,5) çocuğun bir veya daha fazla kardeşi vardı. Kız ve erkek oranları kaçınıcı kardeş oldukları ve yüzdeleri Tablo 4'te ayrıntılı bir şekilde gösterilmiştir. Çocuk sırası oranları kız ve erkekler arasında benzerdir (p=0,968). Birinci çocuk olmak, kardeşi olmak ile olmamak arasındaki farkın ayırt edilebilmesi açısından MDB'ye etkisinin ayrıştırılabilmesi açısından Tablo 3 ve Tablo 5 karşılaştırılarak bakılmalıdır. Kaçınıcı çocuk olma durumuna göre MDB görülme oranı giderek azalmaktadır ve her bir çocuk sırasındaki MDB oranı diğerlerinden istatistiksel önemli şekilde farklılık göstermektedir (**p<0,05**). Okuma yazması olan ya da ölçekleri doldurmayı kabul etmiş 455 çocuktan 247'si birinci çocuk ve

bunlarında 140(%56,7)'i ÇİDÖ kesme puanı olan 19 'u geçiyordu. İkinci çocuk olan ölçeği doldurmuş 126 çocuktan 65(%51,6)'i 19 kesme puanını geçiyordu. Üçüncü çocuk olup ölçeği doldurmuş 49 çocuktan 29(%59,2)'u 19 kesme puanını geçiyordu. Yine ölçeği doldurabilmiş dördüncü ve/veya daha fazla kardeşlerden 33 tanesinden 22(%66,7)'si 19 kesme puanını geçiyordu. İntihar girişimi olup olmamasına bakıldığında sırasıyla yani 1., 2., 3.,ve 4.,ve/veya daha fazla kardeş sırasında olanların %15,7, %17,7, %27,4, %22,9, %18,1 intihar girişimi olduğunu, kardeş sıralaması arttıkça yaklaşık olarak intihar girişiminin de arttığı oran olarak söylenebilir.

**Tablo 5.** Çocuğun eğitim süresi ve cinsiyet ilişkisi

	Cinsiyet	n	ort±ss
Çocuğun Eğitim Süresi (yıl)*	Kız	401	7,40±2,88
	Erkek	253	6,60±3,27

\*n ve Ort±SS

Çocukların okul öncesi eğitimi, birçoğunda olmamakla birlikte, bunları çalışmamızda araştırmadık. Çalışmaya dahil ettiğimiz 32 çocuğun eğitim süresini anaokulu ve/veya kreşe gitmiş olsa bile, ilköğretime gitmediği için 0 olarak kabul edildi. Eğitim durumlarını, ilköğretim eğitiminde ve lise eğitiminde kaç yıldır eğitim gördüğünü sormakla birlikte, ilk başvuru sırasında içinde bulunduğu sınıfı bitirmiş olduğunu varsayarak bilgilerimizi kaydettik. Tüm çocukların ortalama eğitim süreleri 7,12±3,09 yıl olarak bulundu. Eğitim bakımından Tablo 5'te de kız ve erkeklerin ortalama eğitim süreleri görülmektedir. Kızlarla erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark hesaplanmıştır ( $p=0,002$ ).

## Ebeveynlere Ait Sosyodemografik Ve Klinik Veriler

**Tablo 6.** Annenin eğitim süresi ve cinsiyet ilişkisi

	Cinsiyet	n	Ort±SS
Annenin Eğitim Süresi(yıl)*	Kız	397	8,36±4,49
	Erkek	250	8,29±4,22

\*n ve Ort±SS

Tüm çocukların annelerinin eğitim süreleri ortalama olarak 8,53±7,12 yıldır. Annelerden 117(%18,1)'si yüksek okul mezunu iken, 47(%7,6) annenin hiç okula gitmediği, 69(%10,7) ortaokul mezunu olduğu, 243(%37,6) tanesinin de ilköğretim mezunu olduğu bulundu. Tablo 6'da kız ve erkek çocuklarının eğitim süreleri ayrı ayrı gösterilmiştir. Çalışmaya alınan çocukların anne eğitimleri bakımından kızlarla erkekler arasında fark yoktu (p=0,853).

**Tablo 7.** Annenin işinin olup olmaması ile cinsiyet ilişkisi

Annenin İş	Cinsiyet		Toplam
	Kız	Erkek	
Var**	136 (%34,3)	70 (%27,9)	206 (%31,8)
Yok**	261 (%65,7)	181 (%72,1)	442 (%68,2)
Toplam	397 (%100)	251 (%100)	648 (%100)

\*\*n ve yüzde

Çalışmada verisine ulaşılan 648 çocuktan 206(%31,8) annenin işi vardı (Tablo 7). Emekli olmuş annelerin de geçmişte çocuklarının bakımının büyük bir kısmında, çalışıyor olduklarından, bir işleri var olarak kabul edilmiştir. Anne işinin olup olmaması açısından, oranlar kız ve erkekler arasında benzerdi (p=0,090).

**Tablo 8.** Annenin yaşı ile cinsiyet ilişkisi

	Cinsiyet	n	ort±ss
Annenin Yaşı*	Kız	392	39,99±6,29
	Erkek	250	38,75±6,19

\*n ve Ort±SS

Tüm çocukların anne yaşları ortalamaları 39,51±6,28 yıl bulundu. En genç anne 25 yaşında, en yaşlı anne de 60 yaşında idi. 25 ile 30 yaş arasında 38, 31-35 yaş arası 100, 36-40 yaş arası 211, 41-45 yaş arası 153, 46-50 arası 71, 51-60 yaş arası 31 anne vardı. Kız ve erkek çocuklarının anne yaşları ortalamaları Tablo 8'de gösterilmiştir. Anne yaşı bakımından, kızlarla erkekler arasında anlamlı fark vardı ( $p=0,014$ ).

**Tablo 9.** Annenin kronik hastalığı ve cinsiyet ilişkisi

Annenin Kronik Hastalığı	Cinsiyet		Toplam
	Kız	Erkek	
Var**	70 (%17,6)	38 (%15,1)	108 (%16,6)
Yok**	328 (%82,4)	214 (%84,9)	542 (%83,4)
Toplam**	398 (%100)	252 (%100)	650 (%100)

\*\*n ve yüzde

Annede kronik bir hastalığının olup olmaması açısından oranlar ve sayılar cinsiyetler ve toplam değerleri Tablo 9'da gösterilmiştir. Ancak bu oranlar kızlar ve erkekler arasında benzerdi ( $p=0,402$ ). Ölçekleri doldurmuş okuma yazma bilen ve annesinde kronik hastalık olan 78 çocuktan 48(%61,5)'i ve annelerinde kronik hastalık olmayan 376 çocuktan 207(%55,1)'si ÇİDÖ kesme puanı olan 19'u geçiyorlardı. Risk etmenlerinin olup olmaması açısından bakıldığında, annesinde kronik hastalık olan 108 çocuğun 77(%71,3)'ünde, kronik hastalığı olmayan 542 çocuktan 361(%66,6)'inde risk etmeni olduğu görülmekteydi. Kronik hastalığı olan 108 annenin 33(%30,6)'ünde, kronik hastalığı olmayan 542 anneden 161(%23,6)'inde herhangi bir ruhsal bozukluk olduğu öğrenilmiştir.



**Tablo 10.** Annenin ruhsal bozukluğunun olup olmaması ile cinsiyet ilişkisi

Annenin Ruhsal Bozukluğu	Cinsiyet		Toplam
	Kız	Erkek	
Var**	94 (%23,6)	67(%26,6)	161 (%24,8)
Yok**	304 (%76,4)	185(%73,4)	489 (%75,2)
Toplam**	398 (%100)	252(%100)	650 (%100)

\*\*n ve yüzde

650 çocuktan 161(%24,8) tanesinin annesinin herhangi bir veya daha fazla ruhsal bozukluğu mevcuttu (Tablo 10). Bu 161 anneden 8 tanesinin ikincil bir ruhsal bozukluğu vardı. Annenin ruhsal bir bozukluğunun olup olmaması açısından oranlar kız ve erkekler arasında benzerdi ( $p=0,393$ ). Ruhsal bozukluk olan 161 annenin çocuklarından 21(%13,0)inde ve ruhsal bozukluk olmayan 489 annenin çocuklarından 97(%19,8)'sinde en az bir kez intihar girişimi olduğu bulunmuştur. Annesinde ruhsal bozukluk olan MDB'si olan okuma yazma bilen 118 çocuktan 54(%45,8)'nün, annesinde ruhsal bozukluk olmayan ve okuma yazma bilen 336 çocuktan 201(%59,8)'inin ÇİDÖ kesme puanı olan 19'u geçtiği görülmüştür.

**Tablo 11.**Ruhsal psikiyatrik bozukluğu olanlarda bunun türü ve cinsiyet ile ilişkisi

Annedeki Ruhsal Bozukluk	Cinsiyet		Toplam
	Kız	Erkek	
Nöroz**	40(%42,6)	38(%56,7)	78(%48,4)
Psikoz**	1(%1,1)	1(%1,5)	2(%1,2)
Madde bağımlılığı**	2(%2,1)	-	2(%1,2)
Kişilik Boz.**	2(%2,1)	-	2(%1,2)
MDB**	48(%51,1)	26(%38,8)	74(%46,0)
Bipolar Boz.**	1(%1,1)	2(%3,0)	3(%1,9)
Toplam**	94(%100)	67(%100)	161(%100)

\*\*n ve yüzde

Birçok anne antidepresan kullanmasına rağmen tanısını bilmiyordu. Tanısını bilmeyen ve antidepresan kullanan, bunun dışında ilaç kullanmayan annelerin bir nörozu olduğu varsayıldı. Kendisinde MDB tanısı olduğunu bilen anneler çocuklarındaki MDB ilişkisi açısından ayrı bir kategoride sınıflandırıldı. Ruhsal bozukluğu olan 161 tanesinin yaklaşık yarısının MDB dışında bir nörozu vardı (Tablo 11). Annedeki ruhsal bozukluğun türü açısından oranlar kızlar ve erkekler arasında benzerdi ( $p=0,155$ ).

**Tablo 12.** Baba eğitim süresi ile cinsiyet ilişkisi

	Cinsiyet	n	Ort±SS
Baba Eğitimi (yıl)*	Kız	396	9,45±4,17
	Erkek	250	9,77±4,22

\*n ve Ort±SS

Babalardan 17(%2,6)'sinin hiç eğitimi yoktu. İlköğretim mezunu 265(%41,1), lise mezunu olan 197(%30,0), yüksekokul mezunu olan 167(%25,5) baba vardı. 11 babanın eğitim durumları bilinmiyordu. Tüm çocukların babalarının ortalama eğitim süreleri 9,58±4,19 yıl olarak bulundu. Baba eğitim süresi yıl olarak bakıldığında (Tablo 12) kızlarla erkekler arasında fark yoktu ( $p=0,344$ ).

**Tablo 13.** Babanın işinin olup olmaması ile cinsiyet ilişkisi

Babanın İşi	Cinsiyet		Toplam
	Kız	Erkek	
Var**	383(%96,2)	236(%94,8)	619(%95,7)
Yok**	15(%3,8)	13(%5,2)	28(%4,3)
Toplam**	398(%100)	249(%100)	647(%100)

\*\*n ve yüzde

Babanın işi olup olmamasına bakıldığında (Tablo 13) oranlar kızlar ve erkekler arasında benzerdir ( $p=0,377$ ). MDB'si olan 647 çocuğun 28(%4,3)'ünün

ilk başvuru sırasında babasının işinin olmadığı görülmüştür.

**Tablo 14.** Babanın yaşı ile cinsiyet ilişkisi

	<b>Cinsiyet</b>	<b>n</b>	<b>Ort±SS</b>
Baba Yaşı(yıl)*	Kız	392	43,73±6,59
	Erkek	246	42,70±7,40

\*n ve Ort±SS

Babaların ortalama yaşı 43,33±6,93 yıl bulundu. En genç baba 27 yaşında en yaşlısı 68 yaşında idi. 27 il 30 yaş arasında 12, 31-15 yaş arasında 68, 36-40 arasında 154, 41-45 yaş arasında 204, 46-50 yaş arasında 122, 51-60 yaş arasında 72, 61-68 yaş arasında 13 kişi vardı. Baba yaşları kızlarla erkekler arasında ortalama olarak Tablo 14'te de çok yakın olduğu görülmekle birlikte, istatistiksel olarak ta fark yoktu (p=0,065).

**Tablo 15.** Babanın kronik hastalığının olup olmaması ile cinsiyet ilişkisi

<b>Babanın Kronik Hastalığı</b>	<b>Cinsiyet</b>		<b>Toplam</b>
	<b>Kız</b>	<b>Erkek</b>	
Var*	69(%17,4)	42(%16,7)	111(%17,1)
Yok*	328(%82,6)	210(%83,3)	538(%82,9)
Toplam*	397(%100)	252(%100)	649(%100)

\*Ort±SS

Baba kronik hastalığının olup olmadığına bakıldığında (Tablo 15) oranlar kızlar ve erkekler arasında benzerdi (p=0,814).

**Tablo 16.** Babanın ruhsal bozukluğu olup olmaması ile cinsiyet ilişkisi ve babadaki ruhsal bozukluğun türleri

Babada ruhsal bozukluk	Cinsiyet		Toplam
	Kız	Erkek	
Var**	68(%17,1)	(39%15,5)	107(%16,5)
Yok**	329(%82,9)	(213%84,5)	542(%83,5)
Toplam**	397(%100)	(252%100)	649(%10)
Babadaki ruhsal bozukluğun türleri	Cinsiyet		Toplam
	Kız	Erkek	
Nöroz**	22(%32,4)	16(%43,2)	38(%36,2)
Psikoz**	3(%4,4)	1(%2,7)	4(%3,8)
Bağımlılık**	31(%45,6)	12(%32,4)	43(%41)
Kişilik boz.**	1(%1,5)	-	1(%1)
Diğer**	-	1(%2,7)	1(%1)
MDB**	10(%1,7)	6(%16,2)	16(%15,2)
Bipolar Boz.**	1(%1,5)	1(%2,7)	2(%1,9)
Toplam**	68(%100)	37(%100)	105(%100)

\*\*n ve yüzde

Babasında ruhsal bozukluk olup olmadığına bakıldığında 649 ebeveynden 107(%16,5)'sinide ruhsal bozukluk mevcuttu (Tablo 16). Bu oranlar kızlar ve erkekler arasında benzerdi ( $p=0,580$ ). Ruhsal bozukluğun olduğu söylenen 2 babanın bu bozukluğun türü bilinmiyordu. Babanın ruhsal bozukluğunun ne olduğuna bakıldığında (Tablo 16) oranlar kızlar ve erkekler arasında yine benzerdi ( $p=0,521$ ).

**Tablo 17.** Aile durumu ve cinsiyet ilişkisi

Aile durumu	Cinsiyet		Toplam
	Kız	Erkek	
Anne baba birlikte**	306 (%76,9)	192(%76,5)	498 (%76,7)
Boşanmış**	58 (%14,6)	26 (%10,4)	84 (%12,9)
Parçalanma**	34 (%8,5)	33 (%13,1)	67 (%10,3)
Toplam**	398 (%100)	251 (%100)	649 (%100)

\*\*n ve yüzde

Aile durumlarına bakıldığında 649 kişiden 498(%76,7)'inin anne babası birlikte, 84(%12,9)'ü boşanmış, 67(%10,3)'sinin ailesi parçalanmıştı (Tablo17). Aile durumu oranları kız ve erkekler arasında benzerdi ( $p=0,071$ ).

**Tablo 18.** Soygeçmişte ruhsal bozukluk öyküsünün olup olmadığı ile cinsiyet ilişkisi

Soygeçmişte Ruhsal Bozukluk Öyküsü	Cinsiyet		Toplam
	Kız	Erkek	
Var**	157(%39,5)	104(%41,3)	261(%40,2)
Yok**	240%60,5	148%58,7	388(%59,8)
Toplam**	397(%100)	252(%100)	649(%100)

\*\*n ve yüzde

Soygeçmişte ruhsal bozukluk öyküsünün olup olmaması açasından bakıldığında 261(%40,2)'inin bozukluk öyküsü mevcuttu (Tablo18). Ayrıca bu oranlar kız ve erkekler arasında benzerdi ( $p=0,663$ ).

**Tablo 19.** Anne ile baba arasında akrabalık olup olmaması ile cinsiyet ilişkisi

Akrabalık	Cinsiyet		Toplam
	Kız	Erkek	
Var**	82(%20,7)	35(%13,9)	117(%18,0)
Yok**	315(%79,3)	217(%86,1)	532(%82,0)
Toplam**	397(%100)	252(%100)	649(%100)

\*\*n ve yüzde

MDB'si olan 649 çocuğun 117(%18,0)'sinin anne ve babası arasında akrabalık mevcuttu (Tablo19). Akrabalık oranları kız ve erkekler arasında farklılık göstermekteydi ( $p=0,029$ ).

**Tablo 20.** Aile yapısı ile cinsiyet ilişkisi

Aile yapısı	Cinsiyet		Toplam
	Kız	Erkek	
Çekirdek**	311(%78,1)	195(%77,7)	506%78,0
Geniş**	15(%3,8)	12(%4,8)	27%4,2
Anne ile**	59(%14,8)	39(%15,5)	98(%15,1)
Baba ile**	6(%1,5)	2(%0,8)	8(%1,2)
Üvey anne veya üvey baba ile**	2(%0,5)	-	2(%0,3)
Evlalık**	2(%0,5)	1(%0,4)	3%0,5
Kurum**	3(%0,8)	2(%0,8)	5(%0,8)
Toplam**	398(%100)	251(%100)	649(%100)

\*\*n ve yüzde

MDB'li çocukların yaşadıkları evdeki kişilere göre aile yapıları gruplandırıldığında; 506(%78,0)'sının çekirdek aile, 27(%4,2)'sinin ise ailesi geniş aileydi (Tablo 20). Aile yapılarının oranları kız ve erkekler arasında benzerdi ( $p=0,797$ ).

### Klinik Veriler

**Tablo 21.** Tedavi sürelerinin ne kadar olduğu ve cinsiyet ilişkisi

	Cinsiyet	n	Ort±SS
Tedavi Süreleri (ay olarak)*	Kız	38	6,04±9,91
	Erkek	14	5,57±9,44

\*n ve Ort±SS

MDB'si olan 656 çocuğun, 604 (%92,1)'ünün takibe hiç gelmediği göz önünde bulundurulursa ortalama gelme süresinin düşeceği anlaşılabilir. Ortalama gelme süresi 0,49 aydı. Takibe gelen 52 tane çocuğun ortalama gelme süresi 6,1 aydı (Tablo 21). Tedavi süresi bakımından kızlarla erkekler arasında fark yoktu (p=0,543).

**Tablo 22.** Takibe gelen ve gelmeyen olguların cinsiyetlerinin karşılaştırılması

Takip	Cinsiyet		Toplam
	Kız	Erkek	
Var**	38(%9,4)	14(%5,5)	52(%7,9)
Yok**	365(%90,6)	239(%94,5)	604(%92,1)
Toplam**	403(%100)	253(%100)	656(%100,0)

\*\*n ve yüzde

Tersten bakıldığında da yine takibe gelmeyenlerin çok olduğu kadar gelenlerin bir o kadar az olduğu Tablo 22'de tekrar görülmektedir. Çalışmaya giren 656 çocuktan yalnızca %7,9'unun takibe halen gelmektedir. Takip oranları kız ve erkekler arasında benzerdi (p=0,072).

Yıllara göre takiplere gelme oranlarına ikişer yıl arayla bakıldığında, 2001 ve 2002 yıllarında 37 kişiden takibe gelenin olmadığı, 2003 ve 2004 yıllarında 75 kişiden 2(%2,7) kişinin takiplerinin olabildiği, 2005 ve 2006 yıllarında 214 kişiden 14(%6,5) kontrole geldiğini, 2007 ve 2008 yıllarında 200 kişide 11(%5,5)'inin kontrole geldiğini, 2009 ve 2010 yıllarında 81 kişiden 22(%27,1)'sinin takiplere geldiği saptanmıştır.

Takibe gelip gelmeme kardeş sayıları açısından bakıldığında evin tek çocuğu olan 86 çocuktan 10(%11,6), bir kardeşi olan 259 çocuktan 15(%5,5), 2 kardeşi olan 162 çocuktan 16(%9,9), üç kardeşi olan 63 çocuktan 7(%11,1) kontrole gelebildiği, dört ve/veya daha fazla kardeşi olan 68 çocuktan 1(%1,4)'inin takibe gelebildiği görülmektedir.

Takip oranı eş tanısı olan 423(%9,2), eş tanısı olmayan 232 olgudan 10(%4,3)unda mevcuttu. Eş tanısı olanlarda yaklaşık iki kat kadar takip oranlarının yüksek olduğu görülmektedir. Bu eş tanılara bakacak olursak herhangi bir kaygı bozukluğu olan 127 çocuktan sadece 2(%1,6)'sinin takibe

geldiği, dışa atım bozukluğu(enürezis, enkoprezis) olan 18 çocuktan hiç birinin takibe gelmediği, yıkıcı davranım bozukluğu olan 83 çocuktan 14(%14,4)'ünün kontrole geldiği bulunmuştur.

Risk etmenlerinden dört tanesinin aynı anda bir çocukta olabileceği göz önünde bulundurularak, ayrı ayrı takibe gelip gelmeme oranlarına bakıldığında yakın kaybı olan 78 çocuktan 3(%3,8)'ünün takibe geldiği, aile içi sorunları olan 270 çocuktan 31(%11,4)'inin takibe geldiği, cinsel istismara uğramış 30 çocuktan hiçbirinin kontrole gelmediği, okul sorunları olan 171 çocuktan 19(%11,1)'unun kontrole geldiği, herhangi uzun süreli hastalığı, obezitesi, kısa boylu olması ya da diğer fiziksel sorunları olduğunu bildiren 63 çocuktan 4(%6,3)'ünün takibe geldiği gözlenmiştir.

İntihar girişimi olan 118 çocuktan 17(%14,4)'sinin takibe geldiği, olmayan 538 çocuktan 32(%5,9)'sinin kontrole geldiği saptanmıştır. İntihar girişimi çok sayıda olan 38 çocuktan 8(%%21,0)'inin takiplere devam ettiği, tek kez intihar girişimi olan 80 çocuktan 9(%11,2)'unun takibe geldiği bulunmuştur.

**Tablo 23.** Takibin bitmesinin nedenleri ve cinsiyete göre dağılımları

Takibin bitme nedenleri	Cinsiyet		Toplam
	Kız	Erkek	
Takip devam ediyor**	37(%9,2)	13(%5,1)	50(%7,6)
Tedaviyi tamamlamış**	16(%4,0)	12(%4,7)	28(%4,3)
Bitim nedeni bilinmiyor**	348(%86,4)	226(%89,3)	574(%87,5)
18 yaşını doldurması nedeniyle**	2(%0,5)	2(%0,8)	4(%0,6)
Toplam**	403(%100)	253(%100)	656(%100)

\*\*n ve yüzde

Çocuk ve ergen psikiyatri polikliniğinde MDB tanısı konan bu çocukların takibinin bitme nedenlerinin neler olduğunun oranlarına bakıldığında (Tablo 23) 656 kişiden 574 (%87.5)'ünün nedeni bilinmiyordu. 50 çocuk halen takiplerine devam ediyordu. 28(%4.3)'inin MDB takibi başarılı bir şekilde çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğinde tamamlanmıştı. Tablo 22'de görüldüğü üzere takibi olan 52 hastanın 2 tanesinin tedaviyi tamamlaması 18 yaşına girmesi nedeniyledir. Takibi bitirme nedenleri kız ve erkekler arasında benzerdi



(p=0,269).

**Tablo 24.** Çocukların organik hastalığının cinsiyete göre dağılımı

Çocuğun Hastalığı	Cinsiyet		Toplam
	Kız	Erkek	
Var**	76(%18,9)	44(%17,5)	120(%18,3)
Yok**	326(%81,1)	208(%82,5)	534(%81,7)
Toplam**	402(%100)	252(%100)	654(%100)

\*\*n ve yüzde

Organik hastalıklar olarak birkaç yıl kadar süren kronik hastalıklar kaydedilmiştir. Çocuğun herhangi bir organik hastalığının olup olmamasına bakıldığında (Tablo 24) oranlar kızlar ve erkekler arasında benzerdi (p=0,642).

**Tablo 25.** Çocuğun geçirmiş olduğu veya halen mevcut bulunan organik hastalığının cinsiyetlere dağılımı

Çocuğun Organik Hastalığı	Cinsiyet		Toplam
	Kız	Erkek	
Endokrin sistemi hastalıkları**	4(%5,3)	3(%6,8)	7(%5,9)
Solunum sistemi hastalıkları**	13%(17,3)	6%(13,6)	19(%16,0)
Sinir sistemi hastalıkları**	26%(34,7)	15%(34,1)	41(%34,5)
Neoplazmlar**	5%(6,7)	2(%4,5)	7(%5,9)
Diğer**	27%(36,0)	18(%40,9)	45(%37,8)
Toplam**	75%(100)	44(%100)	119(%100)

\*\*n ve yüzde

Endokrin sistem hastalıklarında diabetes mellitus olan 6 kişi, hipotiroidisi olan 1 kişi, guatr 1 olan bir kişi vardı. Solunum sistemi hastalıklarında olan astımı olan 19 çocuk vardı. Sinir sistemi hastalıklarından epilepsisi olan 32, febril konvülsiyonu olan 5 çocuk, optik gliomu olan 1, amyotrofik lateral sklerozu olan 1, serebral palsi olan 1, nöromusküler distrofisi olan 1 ve meningomyeloseli olan 1 çocuk vardı. Neoplazmlar kendi içinde ayrı hastalık olarak bakılmadı. Diğer olarak gruplandırılan hastalıklar içinde pek çok hastalık mevcuttu. İnflamatuvar

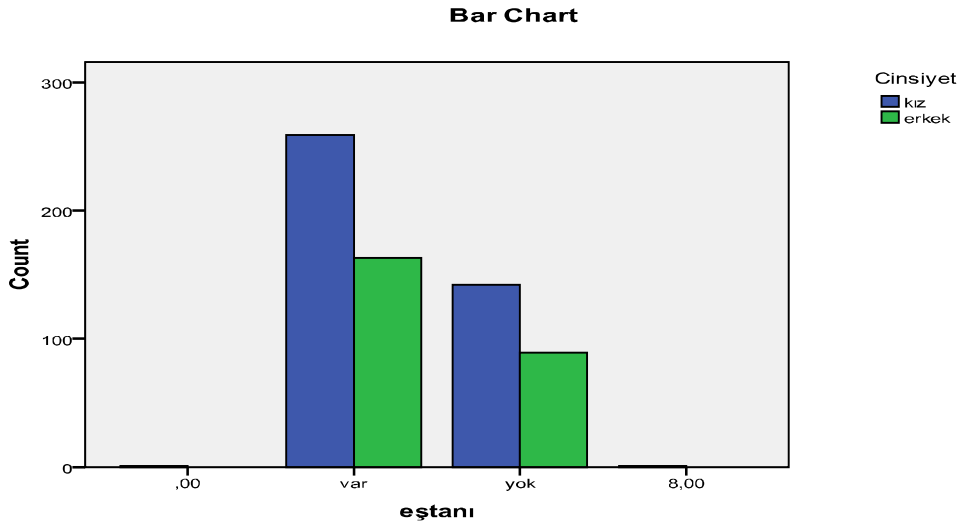
barsak hastalığı olan 2, hepatiti olan 2, morbid obezitesi olan 1, işitme engeli 1, görme engeli 5, akut romatizmal ateşi olan 5, kalpte konjenital anomalisi olan 3, psoriasis olan 3, alopesi areatası olan 1, uterus agenezisi 1, yarık dudak-yarık damak anomalisi olan 1, ekstremite anomalisi olan 2, tüberküloz olan 1, talasemi majoru olan 5, orak hücreli anemisi olan 3, böbrek yetmezliği olan 2, kaza veya düşme gibi büyük bir fiziksel travma geçirmiş hastanede yatarak tedavi görmüş 4, tirozinemisi olan 1 kişi, gardner sendromu olan 1 vardı. Aynı anda birden çok hastalığı olan çocukların daha uzun süren ve şiddetli sorunlara neden olmuş hastalığından birisine bakıldı. Kronik en az hayatının birkaç yılında bu hastalık ile uğraşıp tedavi gördüğünü belirtmiş kişilerin hastalıklarına bakıldı. Hastalığı olan çocukların üçte birini sinir sistemi hastalıkları oluşturmakla birlikte, epilepsi tüm bu hastalıklar içinde en sık görüleniydi. Adenoid hipertrofisi, tonsil hipertrofisi sık enfeksiyon geçirme, akut bronşit gibi hastalıklar kronik hastalığı olmak veya geçirmek içinde yer almadı. Çocuğun kronik hastalığının ne olduğuna bakıldığında oranlar, kızlar ve erkekler arasında benzerdi ( $p=0,946$ ).

**Tablo 26.** Eş tanısı olanlar ile olmayanların cinsiyetlere göre dağılımı

Eş tanı	Cinsiyet		Toplam
	Kız	Erkek	
Var**	260 (%64,5)	163 (%64,7)	423 (%64,6)
Yok**	143 (%35,5)	89(%35,3)	232 (%35,4)
Toplam**	403 (%100)	252 (%100)	655 (%100)

\*\*n ve yüzde

Eş tanı olup olmadığına bakıldığında 655 olgudan 423(%64.6)'ünün eş tanısı mevcuttu. Eş tanısı olan bu kişilerden 261'inin bir tane eş tanısı saptandı. 127 kişinin iki eş tanısı bulundu. 35 kişinin de üç adet eş tanısı mevcuttu. Eş tanısı olanlar ile olmayanların cinsiyetlere göre dağılımı Tablo 26 ve Şekil 3'te gösterilmiştir. Bu oranlar kız ve erkekler arasında benzerdi ( $p=0,965$ ).



**Şekil 1.** Eş tanısı olanlar ile olmayanların cinsiyetlere göre dağılım bar grafiği

**Tablo 27.** Bir adet eş tanısı olanlarda, eş tanılarının cinsiyetlere göre dağılımı

Eş tanı Nedenleri	Cinsiyet		Toplam
	Kız	Erkek	
Tik boz**	6 (%2,3)	5 (%3,1)	11 (%2,6)
Öğrenme boz.**	2 (%0,8)	2 (%1,2)	4 (%1,0)
Anksiyete boz.**	86 (%33,3)	45 (%27,6)	131 (%31,1)
Dışa atım boz.**	12 (%4,7)	6 (%3,7)	18 (%4,3)
Yaygın Gelişimsel boz. <sup>a**</sup>	1 (%0,4)	3 (%1,8)	4 (%1,0)
Konuşma boz.**	4 (%1,6)	1 (%0,6)	5 (%1,2)
Diğer**	78 (%30,2)	28 (%17,2)	108 (%25,2)
II. eksen boz.(MR <sup>a</sup> ve kişilik özellikleri)**	33 (%12,8)	12 (%7,4)	45 (%10,7)
Yıkıcı davranış boz.**	36 (%14,0)	61 (%37,4)	97 (%23,0)
Toplam**	258 (%100)	163 (%100)	423 (%100)

\*\*n ve yüzde

(a)MR: Mental retardasyon:

Çocukların çok eş tanılarına bakıldığında aynı anda olmakla birlikte eş tanısı olan 423 çocukta 1, 2, 3 veya 4'e kadar aynı anda bir bozukluk eşlik edebilmekteydi. Bir adet eş tanısı olanlarda eş tanılarının cinsiyetlere göre dağılımı Tablo 27'de gösterilmiştir. Eş tanılarının neler olduğuna bakıldığında,

oranlar kız ve erkekler arasında farklılık göstermekteydi ( $p=0,001$ ). Bu farklılık özellikle yıkıcı davranış bozukluklarının erkeklerde olması, anksiyete bozukluklarının kızlarda görülmesiyle ayrılmaktaydı.

Tüm eş tanılar düşünüldüğünde, tik bozukluğu 655 kişiden 14(%2,1)'ünde, öğrenme bozukluğu 7(%1,7)'sinde, kaygı bozukluğu 172(%26,3)'sinde, dışa atım bozuklukları 27(%4,1)'sinde, yaygın gelişimsel bozukluklar 7(%0,8)'sinde, diğer ruhsal bozukluklar 194(%29,6)'ünde, II. eksen bozuklukları (MR ve kişilik özellikleri) 70(%10,7)'inde, yıkıcı davranış bozuklukları 149(%22,7)'unda görülmekteydi. Kaygı bozuklukları içinde yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, sosyal fobi, özgül fobi, posttravmatik stres bozukluğu, akut stres bozukluğu, ayrılık kaygısı bozukluğu vardı. Dışa atım bozuklukları, enürezis noktürna ve enkoprezisten oluşmaktaydı. Yaygın gelişimsel bozukluklar içinde atipik otizm, tipik otizm ve asperger vardı. Konuşma bozuklukları kekemelik ve fonolojik bozuklukta oluşmaktaydı. Diğer içinde cinsel kimlik bozukluğu, uyku bozuklukları, ergenlik kimlik kargaşası, cinsel istismar, psikoz, dissosiyatif bozukluk, yeme bozuklukları, somatoform bozukluklar, çocukluk çağı mastürbasyon bozukluğu, trikotillomani, patolojik yas, uyum bozukluğu, bipolar bozukluk, madde kullanım bozukluğu, problemlili internet kullanımı tanıları vardı. II. eksen bozuklukları içinde mental retardasyon, borderline kişilik özellikleri, histriyonik kişilik özellikleri, bağımlı kişilik özellikleri, obsesif kompulsif kişilik özellikleri, çekingen kişilik özellikleri olmakla birlikte A grubuna kişilik özelliklerine ait bir tanı yoktu.

**Tablo 28.** Risk etmenlerinin olup olmasının cinsiyetlere göre dağılımı

Risk Etmeni	Cinsiyet		Toplam
	Kız	Erkek	
Var**	284 (%70,5)	159 (%62,6)	443 (%67,4)
Yok**	119 (%29,5)	95 (%37,4)	214 (%32,6)
Toplam**	403 (%100)	254 (%100)	657 (%100)

\*\*n ve yüzde

Risk etmenlerinin olup olmasının cinsiyetler göre dağılımı Tablo 28'de gösterilmiştir. Risk etmeni olup olmaması açısından bakıldığında olguların

oranları kızlar ve erkekler arasında farklılık göstermekteydi ( $p=0,036$ ).

**Tablo 29.** Risk etmenlerinin neler olduğunun cinsiyetlere göre dağılımı

Risk Etmenleri	Cinsiyet		Toplam
	Kız	Erkek	
Yakın ölümü**	43 (%15,5)	33 (%20,9)	76 (%17,4)
Erkek veya kız arkadaş sorunları**	37 (%13,3)	5 (%3,2)	42 (%9,6)
Aile içi sorunlar**	102 (%36,7)	58 (%36,7)	160 (%36,7)
Cinsel istismara uğrama**	19 (%6,8)	4 (%2,5)	23 (%5,3)
Okul sorunları**	47 (%16,9)	37 (%23,4)	84 (%19,3)
Hastalığı, obez, kısa boylu olması gibi fiziksel sorunları**	26 (%9,4)	11 (%7,09)	37 (%8,5)
Diğer**	4 (%1,4)	10 (%6,3)	14 (%3,2)
Toplam**	278 (%100)	158 (%100)	436 (%100)

\*\*n ve yüzde

Risk etmenlerinin neler olduğuna bakıldığında (Tablo 29) oranlar kızlar ve erkekler arasında farklılık göstermekteydi ( $p=0,001$ ).

**Tablo 30.** ÇİDÖ puanının erkek ve kızlardaki ortalama sonuçları

ÇİDÖ Puanı*	Cinsiyet	n	Ort.±SS
	Kız	293	21,73±9,94
	Erkek	163	18,01±7,64

\*n ve Ort±SS

ÇİDÖ puanları 50 ile 1 puan arasında değişmekle birlikte, ÇİDÖ'yü doldurabilen 456 çocuğun ortalaması  $20,4\pm 9,35$  idi. Okuma yazmasını bilmeyen çocuklar olduğu gibi, doldurmayı reddeden ergenler olduğu için 201 çocuğun sonucu yoktu. İlk başvurudaki ÇİDÖ puanları değerlendirilmeye alındı. ÇİDÖ'nün puanlarına bakıldığında (Tablo 30) kızlarla erkekler arasında anlamlı fark vardı ( $p=0,001$ ).

**Tablo 31.** ÇİSKÖ Puanlarının erkek ve kızlardaki ortalama sonuçları

ÇİSKÖ Puanları	Cinsiyet	n	n ve ort±ss
	Kız	292	43,62±8,05
	Erkek	162	40,40±7,41

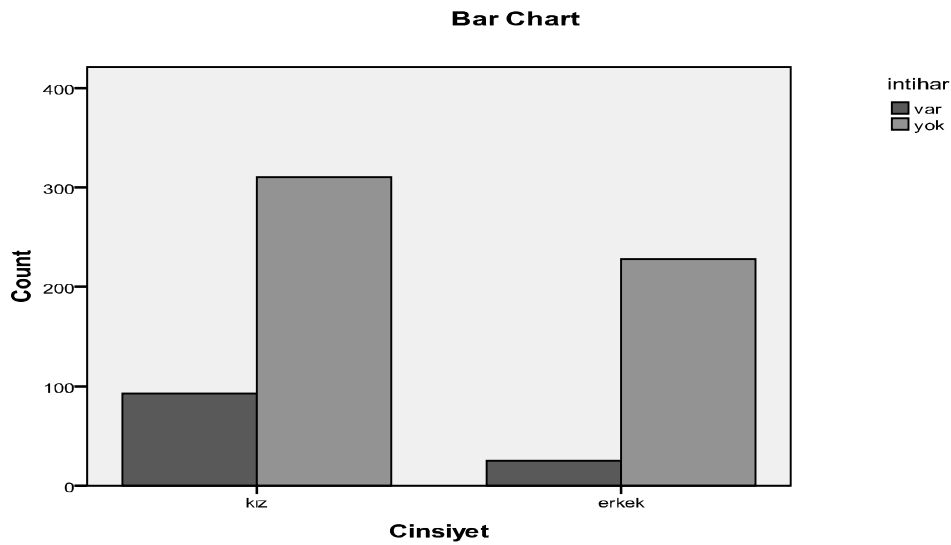
ÇİSKÖ'yü dolduran 454 çocuğun puanları 0 ile 60 arasında değişmekle birlikte ortalaması 42,39±8,21 idi. ÇİSKÖ'nün puanları bakımından (Tablo 31) kızlarla erkekler arasında anlamlı fark vardı (**p=0,001**).

**Tablo 32.** İntihar girişiminin cinsiyetlere göre dağılımı

İntihar Girişimi	Cinsiyet		Toplam
	Kız	Erkek	
Var**	93 (%23,1)	25 (%9,9)	118 (%18,0)
Yok**	310 (%76,9)	228 (%90,1)	538 (%82,0)
Toplam**	403 %(100)	253 (%100)	656 (%100)

\*\*n ve yüzde

İntihar girişiminin olup olmaması Tablo 32 ayrıntılı gösterilmekle birlikte oranlar, kız ve erkekler arasında farklılık göstermektedir (**p=0,001**).



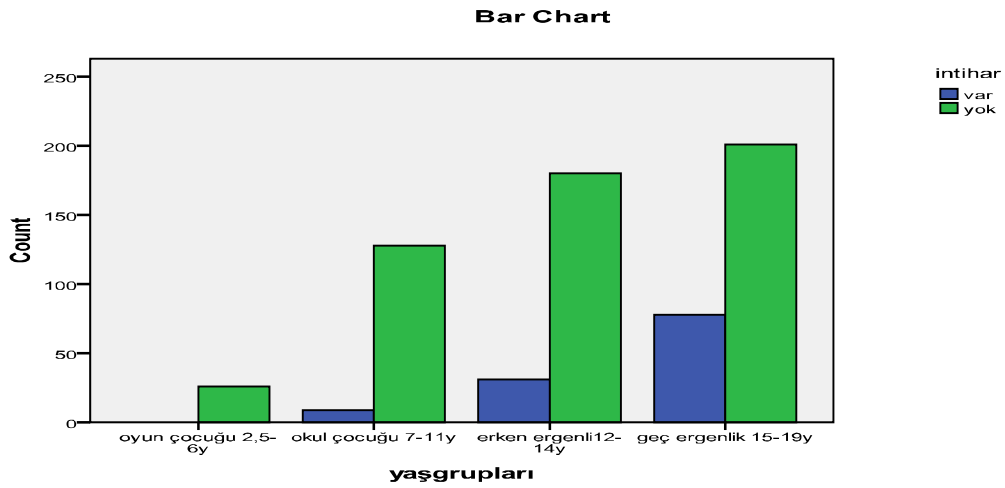
**Şekil 4.** İntihar girişiminin cinsiyete göre dağılımları

**Tablo 33.** İntihar girişim sayısının ile cinsiyete göre dağılımları

İntihar Girişim Sayısının	Cinsiyet		Toplam
	Kız	Erkek	
Bir kez**	63 (%67,7)	17 (%68,0)	80 (%67,8)
İki kez**	17 (%18,3)	6 (%24,0)	23 (%19,5)
Üç ve/veya daha fazla**	13 (%14,0)	2 (%8,0)	15 (%12,7)
Toplam**	93 (%100)	25 (%100)	118 (%100)

\*\*n ve yüzde

İntihar girişim sayısı oranları kızlar ve erkekler arasında benzerdi ( $p=0,628$ ).



**Şekil 5.** İntihar girişiminin yaşlara göre dağılımı

**Tablo 34.** Korelasyon analizlerine göre çocukların yaşları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

Çocuğun Yaşı	ÇİDÖ Puanı	ÇİSKÖ Puanı
r	0,246	0,245
p	<b>0,001</b>	<b>0,001</b>
n	455	453

r: korelasyon katsayısı

n:kişi sayısı

Korelasyon analizlerine göre çocukların yaşları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 34'te gösterilmiştir. Çocuk yaşı ile ÇİDÖ'nün toplam puanları arasında pozitif yönlü zayıf derecede bir korelasyon vardır ( $r=0,246$ ), ( $p=0,001$ ). Çocuk yaşı ile ÇİSKÖ toplam puanları arasında da pozitif yönlü zayıf derecede bir korelasyon vardır ( $r=0,245$ ), ( $p=0,001$ ).

**Tablo 35.** Korelasyon analizlerine göre çocukların annelerinin yaşları ile ölçek puanlarının cinsiyetlere göre karşılaştırılması

Cinsiyet		ÇİDÖ puanı	ÇİSKÖ puanı
Kız	r	0,287	0,232
	p	<b>0,001</b>	<b>0,001</b>
	n	292	291
Erkek	r	0,144	0,260
	p	0,067	<b>0,001</b>
	n	163	162

Kızlarda; çocuğun yaşı ile ÇİDÖ puanları arasında pozitif yönlü zayıf derecede bir korelasyon vardı ( $r = 0,287$ ), ( $p=0,001$ ). Yine benzer şekilde kız çocukların yaşı ile ÇİSKÖ puanları arasında pozitif yönlü zayıf derecede bir korelasyon vardı ( $r = 0,232$ ), ( $p=0,001$ ).

Erkeklerde; çocuğun yaşı ile ÇİDÖ puanları arasında doğrusal bir ilişki yoktu ( $r=0,144$ ), ( $P=0,067$ ). Ancak erkek çocukların yaşları ile ÇİSKÖ puanları arasında pozitif yönlü zayıf derecede bir korelasyon vardı ( $r = 0,260$ ), ( $p=0,001$ ). Yani yaş arttıkça ÇİDÖ ve ÇİSKÖ puanları artıyordu. Ama yaş artışı ile ölçek puanlarının artışı arasında istatistiksel olarak zayıf bir ilişki mevcuttu.



**Tablo 36.** Korelasyon analizlerine göre çocukların anneleri ile babalarının yaşları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

		ÇİDÖ puanı	ÇİSKÖ puanı
Annenin yaşı	r	0,096	0,107
	p	<b>0,041</b>	<b>0,024</b>
	n	453	451
Babanın yaşı	r	0,136	0,155
	p	<b>0,004</b>	<b>0,001</b>
	n	448	446

Anne yaşı ile ÇİDÖ puanları arasında pozitif yönlü zayıf derecede bir korelasyon vardı ( $r = 0,096$ ), ( $p=0,041$ ). Yine benzer şekilde anne yaşı ile ÇİSKÖ puanları arasında pozitif yönlü zayıf derecede bir korelasyon vardı ( $r = 0,107$ ), ( $p=0,024$ ). Anne ve baba yaşı ile iki ölçeğimizin puanları karşılaştırıldığında dördünde de aynı şekilde pozitif yönlü zayıf bir korelasyon olduğu görüldü. Baba yaşı ile çocuklardaki ÇİDÖ puanlarının düzeyi arasında pozitif yönlü zayıf derecede bir korelasyon vardı ( $r = 0,136$ ), ( $p=0,004$ ). Baba yaşı ile ÇİSKÖ puanlarının düzeyi arasında pozitif yönlü zayıf derecede bir korelasyon vardı ( $r = 0,155$ ), ( $p=0,001$ ).

**Tablo 37.** Ölçek puanlarının ortalamaları çocuğun yaşadığı aile durumunun karşılaştırılması

	Aile Durumu	n	ort±ss
ÇİDÖ puanı*	anne baba birlikte	354	20,53±9,10
	Boşanmış	56	20,36±10,02
	Parçalanma	44	19,43±10,67
	Toplam	454	20,40±9,36
ÇİSKÖ puanı*	anne baba birlikte	354	42,91±7,71
	Boşanmış	54	41,20±8,64
	Parçalanma	44	40,59±9,03
	Toplam	452	42,48±7,99

\*n ve Ort±SS

Ölçek puanlarının ortalamaları çocuğun yaşadığı aile durumunun karşılaştırılması grafiği Tablo 37’de gösterilmiştir. Aile durumuna göre çocuklardaki ÇİDÖ puan ( $p=0,766$ ) ve ÇİSKÖ puan düzeyi ( $p=0,088$ ) arasında istatistiksel bir ilişki yoktu.

**Tablo 38.** Ölçek puanlarının ortalamalarının, aile durumu ve çocuğun cinsiyetine göre değişimleri

Cinsiyet		Aile Durumu	n	Ort±SS
Kız	ÇİDÖ puanı*	anne baba birlikte	229	21,35±9,77
		Boşanmış	40	22,58±9,98
		Parçalanma	22	24,27±11,85
		Toplam	291	21,74±9,97
	ÇİSKÖ puanı*	anne baba birlikte	230	43,83±7,80
		Boşanmış	38	42,61±8,20
		Parçalanma	22	43,36±10,63
		Toplam	290	43,64±8,08
Erkek	ÇİDÖ puanı*	anne baba birlikte	125	19,02±7,54
		Boşanmış	16	14,81±7,94
		Parçalanma	22	14,59±6,60
		Toplam	163	18,01±7,64
	ÇİSKÖ puanı*	anne baba birlikte	124	41,19±7,27
		Boşanmış	16	37,88±9,01
		Parçalanma	22	37,82±6,15
		Toplam	162	40,40±7,41

\*n ve Ort±SS

Ölçek puanlarının ortalamalarının, aile durumu ve çocuğun cinsiyetine göre değişimleri grafiği Tablo 38’de gösterilmiştir. Aile durumuna göre kızlardaki ÇİDÖ puan düzeyi ( $p=0,358$ ) ve ÇİSKÖ puan düzeyi ( $p=0,677$ ) arasında istatistiksel bir ilişki yok iken, erkeklerdeki ÇİDÖ puan düzeyi ( $p=0,008$ ) ve ÇİSKÖ puan düzeyi ( $p=0,046$ ) arasında anlamlı ilişki vardır. Anne babanın birlikte olduğu ailelerde, boşanma ve parçalanma olan ailelere göre daha

yüksek puanlar gözlenmiştir. Boşanma ve parçalanma olan ailelerde ise puanlar birbirine benzerdir.

**Tablo 39.** ÇİDÖ ve ÇİSKÖ puanlarının çocuğun organik bir hastalığının olup olmamasına göre değişimi

	<b>Çocuğun Organik Hastalığı</b>	<b>n</b>	<b>Ort±SS</b>
ÇİDÖ puanı*	Var	72	18,15±9,14
	Yok	384	20,82±9,33
	Toplam	456	20,40±9,35
ÇİSKÖ puanı*	Var	71	41,69±6,81
	Yok	383	42,62±8,17
	Toplam	454	42,47±7,97

\*n ve Ort±SS

Çocukta organik bir hastalığın varlığı ile ölçek puanlarının ortalamaları Tablo 40'da gösterilmiştir. Çocuklarda kronik fiziksel bir hastalığı olanlarda olmayanlara göre ÇİDÖ puanlarının düzeyi daha yüksekti ( $p=0,026$ ). Çocuklarda kronik fiziksel bir hastalık olup olmamasına göre ÇİSKÖ puan düzeyi değişmemekteydi ( $p=0,368$ ).

**Tablo 40.** Eş tanı olup olmamasına göre ÇİDÖ ve ÇİSKÖ puanları

	<b>Eş tanı</b>	<b>n</b>	<b>Ort±SS</b>
ÇİDÖ Puanı*	Var	297	20,97±9,25
	Yok	159	19,33±9,46
	Toplam	456	20,40±9,35
ÇİSKÖ Puanı*	Var	296	42,76±8,21
	Yok	158	41,93±7,49
	Toplam	454	42,47±7,97

\*n ve Ort±SS

Eş tanısı olan çocuklarda ÇİDÖ puan düzeyi olmayan çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek değildi ( $p=0,073$ ). Benzer şekilde eş

tanısı olan çocuklarda eş tanısı olmayanlara göre ÇİSKÖ puan düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek değildi ( $p=0,289$ ) (tablo 40).

**Tablo 41.** Risk etmeni olup olmamasına göre ÇİDÖ ve ÇİSKÖ puanları

	Risk Etmeni	n	Ort±SS
ÇİDÖ puanı*	Var	291	21,04±9,82
	Yok	165	19,27±8,35
	Toplam	456	20,40±9,35
ÇİSKÖ Puanı*	Var	292	42,74±8,04
	Yok	162	42,00±7,85
	Toplam	454	42,47±7,97

\*n ve Ort±SS

Risk etmeni olan çocuklarda ÇİDÖ puan düzeyi, risk etmeni olmayanlara göre daha istatistiksel olarak yüksek ( $p=0,048$ ) bulunmuştur. Ancak risk etmeni olan çocuklarda, ÇİSKÖ düzeyi, risk etmeni olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek ( $p=0,346$ ) değildi (Tablo 41).

**Tablo 42.** ÇİDÖ puanı 19'un üstünde ve altında olanların dağılımı

ÇİDÖ puanı 19'un üstünde ve altında olanlar	Frekans	Geçerli Yüzde
<19 ( 19 puanın altında olanlar)**	199	%43,6
>=19 (19 puanın ve veya üstünde olanlar)**	257	%56,4
Toplam**	456	%100

\*\*n ve yüzde

ÇİDÖ'nün kesme puanları 19 olarak bilindiği için Tablo 42'de altında ve üstünde kalanların frekansları ve yüzdeleri gösterilmiştir. ÇİDÖ puanı 19'un altında olanların oranı %43,6 iken 19 ve üzerinde olanlar %56,4'tür.

**Tablo 43** ÇİDÖ puanı 19'un üstünde ve altında olanların cinsiyetlere göre dağılımı

Cinsiyet	ÇİDÖ puanları	Frekans	Geçerli Yüzde
Kız**	<19 ( 19 puanın altında olanlar)	118	%40,3
	>=19 (19 puanın ve veya üstünde olanlar)	175	%59,7
	Toplam	293	%100
Erkek**	<19 ( 19 puanın altında olanlar)	81	%49,7
	>=19 (19 puanın ve veya üstünde olanlar)	82	%50,3
	Toplam	163	%100

\*\*n ve yüzde

Kızlarda ÇİDÖ puanları 19 ve üzerinde olanlar %59,7, erkeklerde ise %50,3'tür (Tablo43). Bu iki oran arasındaki farklılık istatistiksel olarak önemli değildir ( $p=0,065$ ).

**Tablo 44.** İntihar girişiminin olup olmamasına göre ÇİDÖ ve ÇİSKÖ puanları

	İntihar Girişimi	n	Ort±SS
ÇİDÖ puanı*	Var	85	25,94±8,23
	Yok	371	19,13±9,13
	Toplam	456	20,40±9,35
ÇİSKÖ puanı*	Var	84	44,89±7,38
	Yok	370	41,92±8,01
	Toplam	454	42,47±7,97

\*n ve Ort±SS

İntihar girişimi olan çocukların, intihar girişimi olmayan çocuklara göre hem ÇİDÖ puanı ( $p=0,001$ ) hem de ÇİSKÖ puanı ( $p=0,002$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 44).

## TARTIŞMA

Çalışmamıza, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na, ilk kez 2001-2009 yılları arasında başvuran, klinik görüşme ve psikometrik incelemeler neticesinde, DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre, MDB tanısı konulan çocuk ve ergenler alınmıştır. Olguların, sosyodemografik veri formları, psikometrik testleri geriye dönük incelenip, değerlendirilmiştir.

Depresif bozukluklar küçük çocuklar dışında, çocuklar ve ergenlerde oldukça sık görülen, belirgin sıkıntı ve işlev bozukluğuna yol açan, sıklıkla başka ruhsal bozukluklarla birlikte olan, intihar girişimi ve madde kullanımı gibi ciddi sonuçlar doğurabilen, çoğu zaman tekrarlayan erişkinlikte de devam edebilen, ruhsal bozukluklardır<sup>1</sup>. Relaps ve rekürrenlerin olmaması için yeterli süre tedavi edilmeleri gerekmektedir. MDB'nin ilk epizodundan sonra hastaların en az %50'sinde bir epizod daha olmaktadır<sup>115</sup>. Özellikle erken başlayan MDB (20 yaşından önce) alevlenmeye ve yinelemeye duyarlılıkta anlamlı bir artış göstermektedir<sup>116</sup>. İkinci ve üçüncü epizodlardan sonra relaps riski sırasıyla %70 ve %90'a yükselir<sup>115</sup>. Kısaca ilk epizodda prognoz iyi görünse de, uzun vadede tekrarlayan epizodlarda prognoz daha kötü olabilmektedir. Pek çok hasta yıllar boyunca MDB'nin semptomlarını çeker<sup>117</sup>. Erişkin çalışmalarında erken yaşlarda başlamış MDB'nin tekrarlama riskinin daha yüksek olduğu vurgulanmaktadır. Çocuklarda tekrarlama riski ilk bir yıl içinde yaklaşık %40 iken, üç yıl içinde yaklaşık %55 ve beş yıl içinde yaklaşık %70'e varan oranlarda olduğu belirtilmektedir<sup>42</sup>. MDB işlevselliği çok azaltmasının yanında intiharla sonuçlanabilen ciddi bir ruhsal bozukluktur. Bu nedenle çalışmamızda MDB'si olan olguların sosyodemografik özelliklerin ve risk etmenlerinin bunları etkileyip etkilemediğini, takip edilme sürelerine bakarak taramaya çalıştık. Ayrıca çocuklar için depresyon ölçeği ve sürekli kaygı ölçeği ile sosyodemografik veriler arasında ilişki olup olmadığına baktık. Böylece erken tanı ve tedavinin önemli olduğu bu ciddi ruhsal bozuklukta yararlı olacağını, koruyucu ruh sağlığına da çocuk ve ergen psikiyatri olarak risk etmenleri olan olguların belirlenebilmesinde çalışmamızın katkısı olacağını düşünüyoruz.

Aynı zamanda tedaviyi yarım bırakan hastaların, tedaviyi tamamlayan hastalara göre farklarının neler olduğunu belirlemek, takipte başarılı olmayı sağlayabilecek faktörleri gösterebilir. MDB'nin her bir risk etmeninin MDB

epizodunun süresi ve şiddetine, tedaviden çıkmaya, intihar girişimi üzerine etkisinin olabileceğini hipotez etmekteyiz. Çalışmamız aynı zamanda intihar girişimi ve sayısını etkileyen risk faktörlerini belirlemekte, takipte dikkat edilecek özellikleri anlamakta faydalı olacaktır. Yaş, cinsiyet, ebeveyne ait özellikler, takip olup olmadığı, varsa süresinin ne kadar olduğu, risk etmenleri, intihar girişimleri ile ilgili sonuçlar ayrı ayrı tartışılacaktır.

Çalışmaya aldığımız 653 MDB'si olan çocukların ortalama yaşı  $13,23 \pm 3,21$  yıldır ve 401(%61,4) tanesi kız(K), 252(%38,6) tanesi erkek(E)ti. Kızların ortalama yaşı  $13,5 \pm 2,8$  yıl, erkeklerin ortalama yaşı  $12,6 \pm 3,6$  idi. Yaş bakımından kızlarla erkekler arasında anlamlı fark vardı ( $p=0,001$ ). Toplam grubumuzdaki kızların yaşlarının literatüre benzer şekilde küçük yaşlarda hem az, hem de erkeklerle eşit sıklıkta olması, ancak ergenlikte erkeklere göre sıklığının daha fazla artması nedeniyle bu fark anlamlıdır. Klinik olarak kızlarda ergenlikte MDB'nin 2-5 kat fazla görülmesi ergenlik öncesinde MDB kızlarda ve erkeklerde eşit görülmesi nedeniyle literatüre grubumuzun benzediği görülmektedir<sup>21,118,119,120,121</sup>. Çocukların yaş ve cinsiyet dağılımları sayı ve yüzde değerleriyle, Şekil 1, 2 ve Tablo 1'de ayrıntılı olarak gösterilmiştir. Sonuçlarımıza göre MDB, diğer yaş gruplarına göre ergenlerde daha sık gözlenmiştir. Yaş büyüdükçe MDB görülme oranının da arttığı görülmektedir. Toros arkadaşları da depresif semptomların ergenlerde (%12,55) en yüksek oranda ve kızlarda erkeklerden daha sık görüldüğünü bildirmiştir. MDB olan K/E 275/245 oranını ergenlerde 1,12 oranında saptamıştır<sup>122</sup>. Çalışmamızdaki toplam, 12 ile 19 yaş arası ergen 314 kız, 176 erkek bulunmakla beraber, K/E oranı 1,78'dir. Okul çocuğu (6-11yaş arası) 79 kız, 58 erkek bulunmakla birlikte K/E oranı 1,36'dır. Okul öncesi dönemde 8 kız, 18 erkek ve K/E oranı 0,44'e düşmektedir. Önceki birçok çalışmada K/E oranının ergenlerde 2/1 olduğu gösterilmiştir<sup>123,118,124,125</sup>. Breton ve arkadaşları MDB prevelansının, ergenlerde, (9-11 yaş arasında olan) yaşları daha küçük çocuklara göre, 4-5 kez daha sık görüldüğünü bildirmişlerdir. Özellikle de kız ergenlerde bu risk daha fazladır<sup>118,125</sup>. Erişkinlerde yapılan MDB epidemiyolojisi çalışmalarında unipolar depresyonun kadınlarda erkeklerden yaklaşık 2 kat daha fazla görüldüğü bilinmektedir<sup>126</sup>.

Ergenlik dönemi boyunca MDB'deki cinsiyet farklılığını 3 temel kuramsal bakış açısı mevcuttur. Bunlardan birincisi cinsiyetin özdeşimlerinin güçlenmesi

kuramı<sup>127</sup> ikincisi içsel ve dışsal başetme kaynakları<sup>128</sup>, üçüncüsü ise stres verici yaşam olaylarıdır<sup>129</sup>.

Cinsiyetin özdeşimlerinin güçlenmesi kuramı, cinsiyet ayrılaşmasını gelişimsel kalıp içinde açıklayan tek kuramdır<sup>127</sup>. Birçok çalışmada, öğrencilerden depresyonu sınıflamaları istendiğinde, depresif özelliklerin kadınsı sosyal rollerle daha fazla, erkeksi sosyal rollerle daha az ilişkilendirdiği gözlenmiştir. Erkek ergenlerde cinsel kimlik anti feminen, kız ergenlerde ise hem feminen hem de maskülen özellikler taşır. Güç ve büyüklük erkekler için olumlu iken kızlar için pek de olumlu karşılanan özellikler değildir. Kızlardaki ergenlikle olan beden değişiklikleri erkeklere göre daha sorunludur. MDB'si olan kızlar ile erkekler karşılaştırıldığında beden algısı sorununun kızlarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir<sup>130</sup>.

İçsel ve dışsal başetme kaynakları kişinin başetme mekanizmasını tanımlamaktadır. Dışsal başetme ile sosyal destek sağlayabilme kastedilmektedir. Anne baba ile özellikle baba ile olan ilişki, kızların uyum sağlamasında, erkeklere oranla daha etkili bulunmuştur<sup>131</sup>. On dört yaşındaki kızlarda aynı yaştaki erkeklere göre anneleriyle daha fazla çatışma, daha yüksek stres düzeyi, daha çekingen-kaçıngan başetme mekanizması, depresif belirti geliştirmeye yatkınlık saptanmıştır<sup>132</sup>. Ergenlik çağındaki kızların "içe alım" savunmaları (kendiliğine karşı gelme, entellektüalizasyon, rasyonalizasyon) daha çok kullandıkları, erkeklerin de "dışa atım" mekanizmaları olan projeksiyon ve başkalarına karşı gelmeyi kızlardan daha fazla kullandıkları bildirilmiştir<sup>133</sup>.

Stres verici yaşam olaylarından kızların erkeklerden daha duyarlı oldukları bildirilmiştir. Compas ve arkadaşlarının araştırmasında, 12-14 yaş arasında ergen kızlarda aynı yaştaki erkeklere göre daha fazla olumsuz günlük olaya rastlanmış, ancak bu farklılık diğer yaş grubundaki ergenlerde bulunmamıştır<sup>129</sup>.

Çalışmamızda da bir çok yerde cinsiyetin karşılaştırılması verilmektedir. MDB'li kız bir ergenle, erkek ergenin farklılıklarının belirlenmesi MDB'nin takibi açısından önemlidir. Bu farklılıklardan birisi de kızlardaki hormonal değişikliklere bağlı yaşanan premenstruel gerginliğin erkeklerde yaşanmıyor olmasıdır<sup>134</sup>. Premenstrüel disforik bozukluk, BTA Depresif bozukluklar grubunda ve diğer duygudurum bozukluklarıyla aynı kategoride sınıflandırılmıştır<sup>9</sup>. Premenstrüel



döngünün hormonlar yoluyla olduğu bilinmekle birlikte aynı hormonlarının beyindeki etkilerini ruhsal belirtilerle ilişkisinin ne kadar olduğu tartışılmaktadır. Ancak östrojen ve testosteronun MDB'yi açıklaması beklenemez, ama beyni etkileyen hormonların işleyiş tarzının anlaşılması yüksek riskli kızlarda MDB'nin önlenmesinde çok yüksek önem taşımaktadır<sup>40</sup>.

Çalışmamızda tek çocuk olanlarda MDB görülme oranı, hem bir kardeşi olanlardan hem de iki ve daha fazla kardeşi olanlardan istatistiksel olarak önemli şekilde daha düşüktü ( $p=0,001$ ). Kardeş sayısı arttıkça doğru orantılı şekilde ÇİDÖ kesme puanını 19'u geçme oranı artmaktadır. MDB'si olan tek çocuklardan %20,9'unda intihar girişimi olduğu, bir kardeşi olanların %13,8'inde intihar girişimi olduğu, çok kardeşi olanların %21,2'sinde intihar girişimi olduğu bulundu. İntihar girişimi olan olguların ölçek puanlarının da istatistiksel anlamlı yüksek bulduğumuzu göz önünde bulundurduğumuzda, çocuğun çok kardeşi olmasının MDB açısından bir risk etmeni olduğunu söyleyebiliriz. Buradaki intihar oranının bir kardeşi olanlarda oran olarak düşük çıkması, kardeş sayısı ile bağlanma bozukluğu, söz konusu olabilir. Öngörülmez, korkutucu ve/veya istismar eden bakım verenle karşılaşmaya bağlı anksiyöz ve ambivalan bağlanma açısından ek risk oluşturabilir<sup>135,136</sup>. İlk ve tek çocuk olma ebeveynlik becerilerinin düşük olması ve güvenli bağlanma paterninin gelişmemesi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir<sup>64, 122</sup>.

Kardeşleri içinde kaçınıcı çocuk olma durumuna göre MDB görülme oranı giderek azalmaktadır ve her bir çocuk sırasındaki MDB oranı diğerlerinden istatistiksel olarak önemli şekilde farklılık göstermektedir ( $p<0,05$ ). Burada bizim polikliniğimize gelebilmiş, randevu alabilmiş MDB tanısı konmuş bir gruptan bahsedildiği de unutulmamalıdır. Muhtemelen çok çocuğu olan ailelerin çocuklarını polikliniğe getirebilme şansı daha az olmaktadır. Sosyoekonomik düzeyi (SED) düşük ailelerde daha fazla çocuk ve ihmalin daha fazla olduğu da göz önünde bulundurulursa bu sonuçların daha doğru anlaşılması mümkün olur. Toplum tabanlı çalışmalardan farklı olarak çalışmamız kliniğe gelen çocuklarda daha ayrıntılı muayene imkanı dahilinde yapılabilmüş olması da üstünlüğü olabilir. Ancak eğitim düzeyleri, kronik fiziksel hastalık, ruhsal bozukluk gibi diğer etmenlerin büyük gruplarda değişeceği de olasıdır. Tüm faktörleri sabitlemek mümkün değildir, ancak kesin sonuçlara ulaşılamasa da SED'leri birbirine yaklaşık olarak eşit ve kardeş sayıları aynı olan çocukların

karşılaştırılması ile bu konuda daha kolay yorum yapılmasını sağlayabilir. Sağlıklı kontrol grubunun olduğu ve daha büyük gruplarda da prospektif olarak yapılan çalışmalara ihtiyaç vardır. Toros ve arkadaşlarının MDB'si olan ve olmayan çocuk ve ergenler üzerinde yaptığı çalışmada, MDB'si olan ergenlerin olmayanlara göre daha fazla kardeşli olduğunu görmüştür<sup>122</sup>. Aras ve arkadaşları, Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk ve Ergen psikiyatrisi polikliniğine 6 ay içinde başvuran olgular kardeş sayılarına göre değerlendirilmiştir. Toplam 740 olgudan 247(%33,4)'sinin tek çocuğu olduğunu, %53,5'inin bir kardeşi olduğunu, %10,4'ünün iki kardeşi olduğunu, %1,8'inin üç kardeşi olduğunu, %0,7'sinin dört kardeşi olduğunu, %0,3'ünün de 5 kardeşi olduğunu bulunmuştur<sup>137</sup>. Çalışmamızda okuma yazması olan ve ölçekleri doldurmayı kabul etmiş 455 çocuktan 247 tanesi birinci çocuk ve bunlarında 140(%56,7)'i ÇİDÖ kesme puanı olan 19 'u geçiyordu. İkinci çocuk olan ve ölçeği doldurmuş 126 çocuktan 65(%51,6)'i 19 kesme puanını geçiyordu. Üçüncü çocuk olup ölçeği doldurmuş 49 çocuktan 29(%59,2)'u 19 kesme puanını geçiyordu. Yine ölçeği doldurabilmiş dördüncü ve/veya daha fazla kardeşlerden 33 tanesinden 22(%66,7)'si 19 kesme puanını geçiyordu. Buradan söyleyebiliriz ki doğru orantılı bir şekilde kardeş sayısının sırası arttıkça ölçekte 19 puanı geçme oranının arttığı görülmektedir. İntihar girişimi olup olmamasına bakıldığında sırasıyla yani 1., 2., 3.,ve 4. ve/veya daha fazla kardeş sırasında olanların %15,7, %17,7, %27,4, %22,9, %18,1 intihar girişimi olduğu görülmektedir.

Eğitim bakımından Tablo 5'te de kız ve erkeklerin ortalama eğitim süreleri görülmektedir. Kızlarla erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark hesaplanmıştır ( $p=0,002$ ). Bu anlamlı fark, başta anlatıldığı gibi kızların erkeklerden yaş ortalamasının anlamlı fazla çıkmasının nedeniyle aynıdır. MDB ergenlikte ve kızlarda daha sık görüldüğü grubumuzun çoğunu da ergenler ve kızlar oluşturduğu için (Tablo 1, Şekil 1 ve 2) bu farkın olması şaşırtıcı değildir ve literatürle uyumludur.

Tüm çocukların ebeveynlerinin eğitim süreleri ortalama olarak annelerin  $8,53\pm 7,12$  yıl babaların ise  $9,58\pm 4,19$  yıldır (Tablo 6). Wu ve arkadaşları 206 MDB'si olan çocuğun annelerinin eğitim süresi arttıkça profesyonel yardımı ve antidepresan ilaç tedavisini daha çok kabul ettiklerini bildirmişlerdir<sup>138</sup>. Toros ve arkadaşlarının Mersin'de yaptıkları çalışmada MDB'si olmayan 3623 çocuğun annelerinin eğitim düzeyleri  $6,22\pm 4,49$  yıl, MDB olan 520 çocuğun annelerinin

ise  $5,78 \pm 4,59$ , MDB olmayan çocukların babalarının eğitim düzeyleri  $8,4 \pm 4,15$  MDB'si olan çocukların babalarında ise  $7,88 \pm 4,21$  yıl bulmuştur<sup>122</sup>. Çocuklarında MDB olan ve olmayan hem anneler, hem de babalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulmadıklarını bildirmişlerdir<sup>122</sup>. Anne ve babası yüksek okul mezunu ve çalışan, ilköğretim mezunu yine çalışan çocukların büyük gruplarda ardışık yıllardaki depresyon ölçeklerinin puan ortalamalarının karşılaştırılması ile eğitimin etkisinin daha iyi değerlendirilmesi mümkün olabilir. Tabii bir başka çok faktörün de etkilediği bir konu olması nedeniyle böyle planlanmış bir çalışma da dahi kesin sonuçlar elde edilmesinin zor olacağını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda verisine ulaşılan 648 çocuktan 206(%31,8)'sının annesinin işi vardı (Tablo 7). Annenin işinin olup olmaması yanında primer bakım veren anneanne, babaanne, teyze veya sosyal destek olabilen başka bir yakın ya da bakıcının olup olmaması, annenin iş yoğunluğunun ebeveynlik yeteneğini ne kadar etkilediği de üzerinde düşünülmesi gereken konulardır. Toplumumuzda kültürel ve geleneksel aile yapısı da göz önünde bulundurulduğunda primer bakım verenin anne dışında biri olabilmektedir ve çoğu kez güvenli bağlanma geliştiği görülmektedir<sup>139</sup>. Toros ve arkadaşlarının MDB'si olan ve olmayan çocukların annelerinin işinin olup olmaması açısından iki grup arasında istatistiksel anlamlı bir fark olmadığını bulmuştur<sup>122</sup>. Ailenin SED'nin düşük olması, çocuklar için MDB, rekürrens ve düşmüş remisyona girme olasılığı konusunda belirgin risk olacağı bildirilmiştir<sup>140</sup>.

Babanın işi olup olmamasına bakıldığında ise (Tablo 13) oranlar kızlar ve erkekler arasında benzerdir ( $p=0,377$ ). MDB'si olan çocuklar 647'sinden 28(%4,3)'ünün ilk başvuru sırasında babasının işinin olmadığı görülmüştür. Toros ve arkadaşlarının MDB olan 520 çocuktan 79(%15,2) ve MDB olmayan 3623 çocuktan 382(%10,5)'sinin babasının işsiz kalma öyküsü olduğu ve bunların MDB'si olan grupta istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla olduğu bildirilmiştir<sup>122</sup>. Bizim grubumuzda Toros ve arkadaşlarının kontrol grubundan daha düşük oranda baba işsizliğinin olması, Türkiye'deki sağlık sisteminde işsiz olanların sağlık güvencesi olmadığı, üniversite hastanesine gelme olasılıklarının daha az olması, çalışmanın okullarda yapılmış olması ve 2002 yılındaki Türkiye'deki ekonomik kriz sırasında Toros ve arkadaşlarının bu çalışmayı yapmış olması ile ilgili olabilir.

Ebeveynin kronik, fiziksel bir hastalığının olup olmaması açısından oranlar ve sayılar çocukların cinsiyetlerine göre, annelerin Tablo 9'da, babaların Tablo 15'te ayrı ayrı gösterilmiştir. MDB'si olan 650 çocuktan 108(%16,6)'inin annelerinde ve 111(%17,1)'inin babalarında kronik bir hastalık vardır. Rolland ve arkadaşları ebeveynden birinde organik bir hastalığın ortaya çıkışı ailenin gelişiminde merkezkaç bir döneme denk gelirse, aileyi doğal momentumundan saptırabileceğini belirtmekle birlikte genç bir erişkinde hastalık ya da yeti yitimine neden olabileceğini söylemektedir<sup>141</sup>. Ayrıca tüm ailedeki bireylerin (ebeveyn ve çocukların) otonomisinin ve bireyselliğinin azalacağını, bağımsız ilgiler ve önceliklerden vazgeçileceğini ya da bunların askıya alınacağını belirtmiştir<sup>141</sup>. Çocuk büyütme evresinde ebeveynden birinde ciddi bir hastalık gelişecek olursa, ailenin gelişimini sürdürme yeteneği büyük oranda zarar görmektedir. Bir yandan bir ebeveyn kaybedilirken, öte yandan aileye yeni bir yük gelmektedir; bu durum fazladan bir çocuğu olan tek ebeveynli bir aile olmakla eşdeğerdir<sup>142</sup>. Çalışmamızda da babaların %17,1'inde ve/veya annelerin %16,6'sında kronik, fiziksel bir hastalığın bulunması bir risk etmeni olarak kabul edilebilir. Hastalığın çıkış zamanı, hastalığın şiddeti, yeti yitim miktarı, bir krize neden olup olmaması, hastalığın ölümcül ya da kısalmış yaşam süresine neden olup olmaması, tekrarlayan, ilerleyen bir niteliğinin olup olmaması, ailede kişinin kendisinde ya da aile bireylerinde MDB riskini etkiler<sup>143</sup>. Çalışmamızda kronik, fiziksel hastalığı olan 108 annenin 33(%30,6)'ünde, kronik hastalığı olmayan 542 anneden 161(%23,6)'inin en az bir tane ruhsal bozukluğu olduğu bulunmuştur. Kronik, fiziksel hastalığı olan annelerin çocuklarının daha fazla depresif bozukluğu olduğu ancak başka risk etmeni ya da koruyucu faktörlerin olup olmadığı da göz önünde bulundurulmalıdır.

Annelere ruhsal bozukluk açısından bakıldığında 650 çocuktan 161(%24,8)'inin annesinin bir veya daha fazla ruhsal bozukluğu mevcuttu. Ruhsal bozukluk olan 161 annenin çocuklarından 21(%13,0)'inde ve ruhsal bozukluk olmayan 489 annenin çocuklarından 97(%19,8)'sinde en az bir kez intihar girişimi olduğu bulunmuştur. Annesinde ruhsal bozukluk, MDB'si olan, okuma yazma bilen 118 çocuktan 54(%45,8)'ünün, annesinde ruhsal bozukluk olmayan ve okuma yazma bilen 336 çocuktan 201(%59,8)'inin ÇİDÖ kesme puanı olan 19'u geçtiği görülmüştür. Ruhsal bozukluk var dediğimiz anneler çoğunlukla kendiliğinden bizzat ilaç tedavisi kullandığını söyleyen, kendi

isteğiyle psikiyatrik tedavi gördüğünü ifade eden annelerdi. Ruhsal bozukluk yok dediğimiz anneler, kendi ifadelerinde bunun olmadığını sadece sözel olarak ifade eden annelerdi. Herhangi bir ruhsal bozukluk saptadığımız ya da şüphelendiğimiz durumlarda anneler diğer kontrol muayenelerinde çoğunlukla erişkin psikiyatri muayenesi için yönlendirildiler. Bu annelerde ruhsal bozukluk ilk muayenedeki beyanlarına göre kaydedilmiştir. Özellikle ikinci eksen bozukluğu olan ve iç görüşü düşük annelerin ruhsal bozukluğu yok olarak kaydedildiği göz önünde bulundurulursa, bu annelerin çocuklarında ÇİDÖ puanlarının ve intihar girişimlerinin daha yüksek bulunması şaşırtıcı olmayacaktır. Ayrıntılı olarak yapılacak anne, baba ruhsal muayenesi ile düzenlenecek yeni bir çalışma uygun olacaktır. Ailelerin beyanına göre karar vermenin eksik kalabileceği, çocuğun ruhsal muayenesi yanında ebeveynlerle planlanan aile görüşmeleri, onların da psikometrik testlerle ayrıntılı değerlendirilmesi biyopsikososyal ve bütüncül yaklaşım açısından daha güvenli ve yararlı olacaktır. Çünkü ebeveyn psikopatolojisinin çocuklarda ruhsal bozukluk gelişimindeki rolü birçok çalışmaya konu olmuş ve aile üyelerinde ruhsal bozukluk varlığının o ailenin çocuklarında da benzer ruhsal bozukluk gelişme riskini arttırdığı araştırmalarla desteklenmiştir<sup>144,145</sup>. Özellikle ailesel bir MDB açısından yüklülük çocuğun ruhsal bozukluk geliştirme açısından riskini yükseltmektedir<sup>125</sup>. Yıldız Öç ve arkadaşları anne ya da babalarında ruhsal bozukluk olan çocukların yaşam boyu psikiyatrik başvurusu olmayan anne-babaya sahip çocuklara göre daha fazla ruhsal bozukluk tanısı aldığını saptamışlardır<sup>146</sup>. Anne veya babasından herhangi birinde ruhsal bozukluk olan çalışma grubundaki 61 çocuktan %62,3'üne (n=38) bir ruhsal bozukluk tanısı konurken, anne veya babasında ruhsal patoloji olmayan kontrol grubundaki 35 çocukta bu oran %34,3 (n=12) olarak bulunmuştur<sup>146</sup>. Birçok çalışmada anne ya da babada psikopatoloji varlığının çocuklarda sadece genetik yatkınlığa yol açarak değil, aynı zamanda daha fazla anne-baba çatışması, daha bozuk anne-baba-çocuk ilişkisi ve kişiler arası ilişkilerde daha fazla strese yol açarak ruhsal bozukluk gelişme riskini arttırdığı belirtilmektedir<sup>68,147</sup>.

MDB'li çocukların annelerindeki ruhsal bozukluğu türlerine bakıldığında ruhsal bozukluk mevcut olan 161 anneden 78(%48,4)'inin nörozu, 74(%46,0)'ünün MDB'si, 2(%1,2)'sinin psikozu, 3(%1,9)'ünün bipolar bozukluğu, 2(%1,2)'sinin madde bağımlılığı, 2(%1,2)'sinin kişilik bozukluğu vardı. Tüm bu

ruhsal bozukluk mevcut olan 161 annenin yaklaşık yarısının bir nörozu vardı (Tablo 11). Annedeki ruhsal bozukluğun türü açısından oranlar kızlar ve erkekler arasında benzerdi ( $p=0,155$ ). Babanın ruhsal bozukluğunun türü açısından bakıldığında (Tablo 16) ise yine oranlar kızlar ve erkekler arasında benzerdi ( $p=0,521$ ). Babada ruhsal bir bozukluğun olup olmadığına bakıldığında (Tablo 16) oranlar kızlar ve erkekler arasında benzerdi ( $p=0,580$ ).

Soygeçmişte ruhsal bozukluk öyküsünün olup olmaması açısından bakıldığında 261(%40,2)'inin bozukluk öyküsü mevcuttu (Tablo18). Ayrıca bu oranlar kız ve erkekler arasında benzerdi ( $p=0,663$ ). Soygeçmişteki ruhsal bozukluk öyküsü olguya yakınlık derecesine göre ayrıntılı bir şekilde belirtilmeden, sadece var ve yok şeklinde kaydedilmiştir. Olgularımızın yarısına yakın bir kısmında aile yüklülüğünün olduğu söylenebilir. MDB'li çocukların akrabalarının MDB halinde geçirdiği süre, MDB göstermeyen çocukların akrabalarınınkinin iki katıdır<sup>37</sup>. Klein ve arkadaşları MDB'si olan ergenlerin akrabalarında MDB ve alkol bağımlılığının daha sık olduğunu saptanmıştır<sup>54</sup>. MDB tanısı alan bir ebeveyne sahip olmanın yanı sıra MDB tanısı alan bir büyükanneye ya da büyükbabaya sahip olmak ruh sağlığının açısından risk arz etmektedir. MDB tanısı alan bir büyükanneye ya da büyükbabaya sahip olan çocukların böyle bir ailesel geçmişi olmayan çocuklara göre kaygı bozukluğu için 3, MDB için 10 ve başka herhangi bir ruhsal bozukluk için de 2 kez daha risk altında oldukları bildirilmektedir<sup>55-57</sup>.

Aile durumlarına bakıldığında 649 kişiden 498(%76,7)'inin anne babası birlikte, 84(%12,9)'ü boşanmış, 67(%10,3)'sinin ailesi parçalanmıştı (Tablo17). Aile durumu oranları kız ve erkekler arasında benzerdi ( $p=0,071$ ). Ölçek puanlarının ortalamaları çocuğun yaşadığı aile durumunun karşılaştırılması grafiği Tablo 37'de gösterilmiştir. Aile durumuna göre ÇİDÖ puanları ( $p=0,766$ ) ve ÇİSKÖ puanları ( $p=0,088$ ) arasında istatistiksel bir ilişki yoktu. Toros ve arkadaşlarının çalışmasında MDB'si olan çocukların 520'sinden 24(%4,6)'ünün MDB'si olmayan 3623'ünden 131(%3,6)'inin anne babasının boşanmış olduğu, bunlar arasında istatistiksel önemli bir farkın olmadığı bildirmiştir<sup>122</sup>. Gilman ve arkadaşlarının yaptığı bir izlem çalışmasında 7 yaşından önce anne babası ayrılmış bireylerin anne babası ayrılmamış bireylere göre daha fazla oranlarda yaşam boyu MDB geçirme riskine sahip olduğunu saptamışlardır<sup>148</sup>. Oakley-Browne ve arkadaşları anne ve babanın uzun süreler ayrı kalmalarının özellikle

ileride erişkin kadınlar için MDB açısından bir risk oluşturduğunu bildirmişlerdir<sup>149</sup>. Çalışmamızda anne baba ayrılığının hangi yaşta olduğu, uzun süre ayrı kalıp tekrar birleşme olup olmadığı, ayrılıkla ilgili çocuklarına yaklaşımın uygun olup olmadığı, ayrılmadan önceki koşullardaki çocuğun durumu gibi faktörler incelenmediği için bunun kesin bir risk etmeni olup olmadığı açısından bu sonuçlarla yorum yapmamız oldukça güç görünmektedir. Anne babanın boşanması kendi içinde alt öğeleri ve diğer tüm risk etkenleri ile multifaktöriyel bir etkileşimin olup olmadığı incelendikten sonra MDB açısından risk etmeni olmadığını söylemek yerinde olacaktır. Boşanan anne babalar aralarındaki sorunlar nedeniyle boşanmakta, boşanma öncesi çocuklarda genelde bu sorunların etkisine bir şekilde maruz kalmaktadırlar. Boşanma sonrası bu sorunların bir kısmına maruz kalmasalar da, yakaladıkları denge bozulmakta, ebeveynlerinden birinin yetersizliği ile karşı karşıya kalabilmektedirler. Bu sorunların şiddeti, boşandıktan sonra ebeveynlerin tekrar evlenip evlenmediği, çocukların boşanma sonrası kiminle ne süre kaldığı, kardeşleri ile ilgili sorumluluklarının artıp artmadığı, ebeveynlerinden uğradığı haksızlık duygusu sorumluluklarını azaltıp azaltmadığı, ebeveynlerinden ihtiyaç duyduğu duygusal desteğin karşılanıp karşılanmadığı gibi diğer faktörler de incelenebilir.

MDB'si olan 649 çocuğun 117(%18.0)'sinin anne ve babası arasında akrabalık mevcuttu (Tablo 19). Bu akrabalık oranları kız ve erkekler arasında farklılık göstermekteydi ( $p=0,029$ ). Kadınlarda, erkeklere göre MDB oranı iki kat fazla görülmesine rağmen, klinik örneklemlili ikiz çalışmalarında kadın erkek oranları yaklaşık olarak birbirinin aynı olarak rapor edilmiştir<sup>150</sup>. Ancak son toplum tabanlı ikiz çalışmalarında MDB kalıtımının kadınlarda erkeklere göre daha sık görüldüğü bildirilmektedir ve bazı genetik risk faktörlerinin cinsiyetle bağlantılı olduğu düşünülmüştür<sup>151</sup>. Bazı ikiz çalışmalarında cinsiyet ile ilişkili bazı genlerin MDB yatkınlığı yapabileceğini iddia etmesine<sup>152</sup> karşın diğer bazı çalışmalarda da böyle bir farklılık olmadığını göstermişlerdir<sup>153</sup>. Literatür ile birlikte çalışmamızı da göz önünde bulundurduğumuzda, muhtemelen kadınlarla erkeklerde ortak olan birçok genetik veya başka risk etmeni olduğunu ancak tüm genetik risk etmenlerinin aynı olmadığı söylenebilir.

MDB'li çocukların çocuk ve ergen psikiyatri polikliniği tarafından takip edilmeleri; aile eğitimi, koruyucu ruh sağlığı, tedavileri, MDB'nin prognozu

açısından büyük önem taşımaktadır. MDB'si olan 656 çocuğun, 604(%92,1)'ü takibe hiç gelmemiştir. Sadece depresif bozukluklar değil genel olarak bakıldığında hastaların üçte birinin tedaviye tam uyduğu, üçte birinin kısmen uyduğu ve üçte birinin hiçbir tedaviye uymadığı belirtilmektedir. Psikiyatrik hastalarda tedaviye uyumsuzluk diğer tıbbi durumlardan daha yüksektir<sup>154</sup>. Tedavi sürecinde tedaviye uyumsuzluğun yüksek oranda izlendiği iki dönem vardır. Bunlardan birincisi, tedavinin başlangıcında hastanın yan etkilerle karşılaştığı dönem, ikincisi ise hastalığın kontrol altına alınarak kısmi bir düzelmeye izlendiği dönemin hemen sonrasındır<sup>155</sup>. Hastaların MDB ve tedavisi hakkında danışma ihtiyacının tartışıldığı bir makalede, MDB için tedavi gören hastaların %50'den fazlasının üç hafta içinde tedaviyi bıraktıkları bildirilmiştir. Bu yüksek oran, etkinin başlamasındaki gecikmeye, klinik yanıtın başlamasından sonra da ilaç tedavisinin uzun süre devam edilmesinin gerekliliğine ve yan etkiler konusunda hastanın bilgilendirilmesindeki yetersizliğe bağlanmıştır<sup>156</sup>.

Polikliniğimize MDB'si olan çocukların polikliniğe ortalama gelme süreleri 0,49 aydır. Çoğunun kontrole hiç gelmediği göz önünde bulundurulursa ortalama gelme süresinin düşeceği anlaşılabilir. Takibe gelen 52 çocuğun ortalama gelme süresi 6,1 aydır (Tablo 21). Bu başvuran çocukların polikliniğe gelmeden önce, MDB'nin ne zaman başladığı hepsine ayrı ayrı sorulmamış olup, çok büyük ihtimalle de hepsinin MDB'nin başlangıcı ile başvuru arasındaki süre birbirleriyle aynı değildir. MDB'si olan çocuk ve ergenlerin % 90'lara varan büyük bir bölümünün ilk epizod sonrası 1-2 yıl içinde düzelmeye gösterdiği bilinmektedir<sup>42,43</sup>. MDB'de epizod süresi kliniğe gönderilen MDB'li çocuklarda ortalama 7-9 ay iken, bu oran toplum örnekleminde ortalama 1-2 ay olarak tespit edilmiştir<sup>22</sup>. Erişkinlerdeki araştırmalarda ise, MDB'li olguların ancak %25 kadarına tedavi verildiği ve bu hastaların sadece %10'unun yeterli süre ve dozda antidepresan tedavi aldıkları bildirilmiştir<sup>44</sup>. Takibe devam etmeyen hastaların MDB'sinin tekrarlama olasılığı da oldukça yüksek oranlara ulaşmaktadır<sup>42,45,47</sup>. Bir yıl içinde yaklaşık %40, 3 yıl içinde yaklaşık %55 ve 5 yıl içinde yaklaşık %70'lik tekrarlama olasılıkları olduğu farklı çalışmalarda belirtilmektedir<sup>42,46</sup>. Fleming ve arkadaşları ise, genç MDB'li olguların yaklaşık %90'ının ilk ataktan 1-2 yıl sonra yeni bir nöbet geçirdiğini ve yaklaşık %6-10'unun kronikleştiğini bildirmiştir<sup>47</sup>. Başvuru sonrası zaten spontan iyileşme



dönemine girmiş olgularımız tedavi stratejilerinin başlaması ile hızlı bir şekilde iyileşmiş olabilir, ancak tekrarlamama açısından takip ve tedavinin süresi yine çok önemlidir.

Çalışmamızda tedavi süresi bakımından kızlarla erkekler arasında fark yoktu ( $p=0,543$ ). Bazı yayınlarda bu bulgulardan farklı olarak, cinsiyet, eğitim düzeyi veya SED'le tedaviye uyumun ilişkisiz olduğu; tedaviye uyumun en iyi göstergesinin daha önceki tedavilere uyum olduğu belirtilmiştir<sup>157,158</sup>

Tedavi takibindeki aksaklıkların başka sebepler de vardır. Mersin 2010 yılı verilerine göre il nüfusu 1.693.908'dir<sup>159</sup>. Mersin'deki Çocuk ve ergen psikiyatrisinin hitap ettiği 0-19 yaş arası kişi sayısı 559.154 kişiden oluşmaktadır<sup>159</sup>. İntihar girişimi, okul reddi, otistik belirtiler, cinsel istismarlar, konsültasyonlar gibi nedenlerle başvuran olgular sadece iki polikliniğimiz tarafından karşılanmaya çalışılmaktadır. 2001-2009 yılları arasında arşivimize kayıtlı yaklaşık 10.000 hasta bulunmaktadır. Bunların 657(%6,5)'ine MDB tanısı konduğu düşünülürse aşırı tanı olmadığı da görülebilir. Ancak poliklinik muayenesine daha az sayıda hastanın alınıp her birine ayrılan sürenin arttırılması ile takibe gelme oranlarının artmasını sağlamak daha olası olabilir. Bunun için de Mersin ilinde çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzman sayısının artmasının katkısı olacağını düşünmekteyiz.

Takip süresinin yetersiz olmasında, doktor sayısının az olması, süre yetersizliği, ortam yetersizliği kadar hastalar, anne-babalarla ilgili bazı faktörler rol oynamaktadır. Tedaviye uyum sağlamama kendi başına bir klinik tanı ya da bozukluk olmamakla birlikte, DSM-IV'te tanı kategorilerinin sonunda klinik ilgi odağı olabilecek ek kodlar olarak adlandırılan bölümde "V 15.81 Tedaviye Uyumsuzluk" başlığı ile incelenmekte ve ölçütlerin sonunda bulunan cümle ile bir şiddet ölçütü tanımlanmaktadır<sup>9</sup>. Çocuğa uygulanan tedaviden (örn. ilaç yan etkileri), tedavi harcamalarından, önerilen tedavinin olumlu ve olumsuz yanlarıyla ilgili olarak kişisel değer yargıları, dinsel ya da kültürel inançlara bağlı kararlar, uyumsuz kişilik özellikleri ya da baş etme biçimleri (örn. inkar) veya mental bozukluktan (zeka geriliği gibi) kaynaklanan rahatsızlık sebebiyle tedaviye devam edilmemektedir. Sorun klinik ilgi gösterilmesini gerektirecek derecede ağır ise, tedaviye uyumsuz denebilir<sup>9</sup>.

Özellikle yıkıcı davranış bozukluğu, ikinci eksen bozukluğu olan (borderline, histriyonik, narsistik, antisosyal kişilik özellikleri gibi) ya da ergenlik

kimlik kargaşası olan ergenlerde MDB geliştiğini, ailelere anlatmak çok zor olmaktadır. Davranım bozukluğu, kabadayılık, zorbalık, akran örselemesi gibi davranışları olan çocukların intihar girişimi veya tamamlanmış intihar açısından yüksek riske sahip oldukları bildirilmiştir<sup>160</sup>. Çocukluğunda MDB geçiren kişilerin antisosyal, pasif-agresif, histriyonik kişilik bozuklukları sırasıyla 13, 10 ve 7 kez daha fazla oranda gösterdikleri bulunmuştur<sup>161</sup>. Sınır kişilik bozukluğu olan erişkinlerin % 41-83'ünün çocukluğunda MDB öyküsü bulunmaktadır<sup>162</sup>. Akiskal kişilik özelliklerinin MDB'ye yatkınlık oluşturabileceğine veya kişilik yapısının depresif duygudurumdan etkilenebileceğine işaret etmiştir<sup>163</sup>. Hem B küme kişilik örgütlenmesi hem de MDB'si olan çocuğun veya ergenin ebeveynleri çoğu kez MDB'yi kabul etmemektedir. MDB'si olduğunu kabul ederse, çocuğun sınırları daha zorlayacağını söylemektedirler. Zaten kontrol edemedikleri ergeni ya da çocuğun özellikle MDB tedavisinin başlarında davranış sorunlarının arttığını söylemektedirler. Belki kontrole hiç gelmeyenlerde bu daha şiddetli yaşanmaktadır. Çocuklarının çok şımarık olduğunu ya da her istediklerini zaten yaptıklarını, daha fazla bir şey yapamayacaklarını, çoğu kez tekrar, tekrar söylemektedirler. MDB tanısının olduğunu söylenmesi; ebeveynler açısından çocuklarını mutlu edemedikleri ya da onları üzdükleri, yetersiz ebeveyn oldukları anlamına geldiğini ifade etmektedirler. Ya da kendisinde de ikinci eksen bozukluğu olan ebeveynler sorunların tamamını çocuğun kendisinde görmekte, kendilerinin yapacağı şeylerde içgörü eksikliği ile işbirliğine yanaşmamaktadırlar. Birçok ergende de davranış bozukluğu eşlik ettiğinde ya da poliklinikte sıralarını beklerken yaş grubu daha küçük çocukları ya da otistik çocukları görmek, kendisi için uygun bir yer olmadığı düşüncesi oluşturup, gelmek istememektedir. Bunun yanında aile çevreleri komşuları, arkadaşları tarafından söylenen şeyler yüzünden damgalanma korkuları da özellikle gelmelerine engel olabilmektedir. Yıllara göre takiplere gelme oranlarına ikişer yıl arayla bakıldığında, 2001 ve 2002 yıllarında 37 kişiden takibe gelenin olmadığı, 2003 ve 2004 yıllarında 75 kişiden 2(%2,7) kişinin takiplerinin olabildiği, 2005 ve 2006 yıllarında 214 kişiden 14(%6,5) kontrole geldiğini, 2007 ve 2008 yıllarında 200 kişide 11(%5,5)'inin kontrole geldiğini, 2009 ve 2010 yıllarında 81 kişiden 22(%27,1)'sinin kontrollere geldiği saptanmıştır. Fiziksel koşulların iyileştirildiği, hekim sayısının artırıldığı 2005 yılından sonra oranların arttığı görülmektedir. Ayrıca arşiv görevlimizin poliklinikte olmaması nedeniyle,

bazen hasta dosyası bulunamadığında ek bir dosya devamı oluşturulmakta onun üzerinde kontrol muayeneleri bulunabilmektedir. Bu nedenle de aslında daha çok ve daha uzun süre olan takiplerin bir kısmının veri kaybına uğraması nedeniyle takip oranlarımızı düşürmüştür.

Takibe gelip gelmeme kardeş sayıları açısından çalışmamızda değerlendirilmiştir. Ailenin tek çocuğu olan 86 çocuktan 10(%11,6)'unun, bir kardeşi olan 259 çocuktan 15(%5,5)'inin, 2 kardeşi olan 162 çocuktan 16(%9,9)'sının, üç kardeşi olan 63 çocuktan 7(%11,1)'sinin kontrole gelebildiği, dört ve/veya daha fazla kardeşi olan 68 çocuktan 1(%1,4)'inin takibe gelebildiği görülmektedir. Daha fazla kardeşe sahip ailelerde duygusal ihmalin yanında, sağlık hizmetlerinden yararlanmanın da daha düşük olduğu görülmektedir. Ailelerin aylık ortalama tüketim harcamaları incelendiğinde; en fazla harcamanın 1.518,00 TL ile iki çocuklu aileler tarafından gerçekleştirilmektedir<sup>164</sup>. Tek çocuklu ve iki çocuklu ailelere göre 3 ve/veya daha fazla çocuklu aileler daha az harcama yaptığı bulunmuştur<sup>164</sup>. Brown ve arkadaşlarının DEHB'li çocuklarda bilişsel davranışçı terapi ve ikinci gruba farmakolojik tedavi uygulayarak yaptığı üç aylık izlem çalışmasında, SED düşük olanların, tedaviye uyum sorunları, takibi bırakma konusunda istatistiksel olarak da belirgin risk sahibi olduklarını görmüşlerdir<sup>165</sup>. SED'in MDB açısından bir risk etmeni olmasının yanında, takiplere gelme oranını düşüren ve kötü prognoz göstergesi olan bir etmen olduğu düşünülebilir.

Takip oranı, eş tanısı olan 423 kişiden 39(%9,2), eş tanısı olmayan 232 olgudan 10(%4,3)'unda takip mevcuttu. Eş tanısı olanların olmayanlara göre yaklaşık iki kat kadar takip oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu bulgularla ilk muayenedeki eş tanıların atlanmaması, muayenenin ayrıntılı yapılmasının takipteki oranları yükseltebileceği sonucuna varılabilir. Bu eş tanıların neler olduğuna bakacak olursak herhangi bir kaygı bozukluğu olan 127 çocuktan sadece 2(%1,6)'sinin takibe geldiği, dışa atım bozukluğu(enürezis, enkoprezis) olan 18 çocuktan hiç birinin takibe gelmediği, yıkıcı davranım bozukluğu olan 83 çocuktan 14(%16,9)'ünün kontrole geldiği bulunmuştur. Eş tanısı olan olguların önceliklerinin belirlenmesi konusundaki ayrıntılı incelemenin de takip oranlarını artırabileceği kanısındayız. Kaygı bozukluğu olan çocuk ve ailelerinde prognoz ve farmakolojik tedavi konusunda korkutulmadan, onların bu konudaki endişeleri dinlenerek, uygun yaklaşım ile

aile ve çocukla konuşarak işbirliği sağlanması durumunda takip oranları arttırılabilir.

Kendler ve Kesslerin yaptığı çalışmada bir çalışma da olumsuz çocukluk yaşantıları (cinsel, fiziksel istismar, ihmal, ebeveyn kaybı, anne babanın boşanması, uzun süre ayrılığı), ebeveynlerdeki ruhsal bozukluklar (MDB, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, antisosyal kişilik bozukluğu, alkol-madde bağımlılığı) ve kişilik özelliklerinin yaygın anksiyete bozukluğu ve MDB açısından risk etmenleri olduğu bildirilmiştir<sup>166,167</sup>. Risk etmenlerinden dört tanesinin aynı anda bir çocukta olabileceği göz önünde bulundurularak, ayrı ayrı takibe gelip gelmeme oranlarına bakıldığında yakın kaybı olan 78 çocuktan 3(%3,8)'ünün takibe geldiği, aile içi sorunları olan 270 çocuktan 31(%11,4)'inin takibe geldiği, cinsel istismara uğramış 30 çocuktan hiçbirinin kontrole gelmediği, okul sorunları olan 171 çocuktan 19(%11,1)'unun kontrole geldiği, herhangi uzun süreli hastalığı, obezitesi, kısa boylu olması ya da diğer fiziksel sorunları olduğunu bildiren 63 çocuktan 4(%6,3)'ünün takibe geldiği gözlenmiştir. Burada çarpıcı olan cinsel istismara uğrayan olguların kontrole gelmemeleridir. Bu 30 olgu adli kurumlarca başka sağlık merkezlerine yönlendirilebilmekte, takipleri oradan yapılabilmektedir. Aslında Adli Kurum gibi; Çocuk Esirgeme Kurumunun yönlendirdiği hastalar da başka kuruma nakil olmaları nedeniyle gelememektedirler. Kendi isteği ile başvuran bazı aileler, randevularını ayarlayınca, kendilerine daha yakın olan merkezlere, ulaşım kolaylığı nedeniyle gidebilmektedirler. Kendi isteği ile gelen diğer bazı olgularda göç nedeniyle bazen gelememektedirler. Sağlık güvenceleri nedeniyle bazı aileler her defasında sevk alamayıp, devlet hastanesinde tedavilerine devam edebilmektedirler. Yeni depresif atakla gelen ya da kontrol randevusuna gelememe nedenini bildiren hastalardan bir takım bilgiler öğrenilmiştir. Hiç gelemeyen ailelerin telefon ile aranarak gelmeme nedenlerinin öğrenilerek tedaviye yönlendirilmeleri de takip ve tedavi açısından yararlı olabileceği gibi buradan elde edilen bilgilerin literatüre yararlı olacağı kanaatindeyiz.

İntihar girişiminde, erkek cinsiyet, genç yaş, önceki intihar girişimleri, ruhsal bozukluk eşlik etmesi, özellikle MDB ve ilaç istismarının olması, kısa süreli hastalık atakları ve hastane başvuruları, çok sayıda kısa süreli hastanede yatış öykülerinin olması, tedaviye uyumsuzluk, takiplere gelmeme risk etkeni olarak belirtilmektedir<sup>168</sup>. Çalışmamızdaki MDB'li intihar girişimi olan 118

çocuktan 17(%14,4)'sinin, olmayan 538 çocuktan 32(%5,9)'sinin kontrole geldiği saptanmıştır. İntihar girişimi çok sayıda olan 38 çocuktan 8(%21,0)'inin takiplere devam ettiği, tek kez intihar girişimi olan 80 çocuktan 9(%11,2)'unun takibe geldiği bulunmuştur. İntihar girişimi olan olgular bekletilmeden acil ilk muayenelerinin yapıp, haftada bir kez ya da iki kez görülmektedir. Aktif intihar planları olanlar yataklı kuruma sevk edilmektedir.

Hangi yaş grubunda olursa olsun çocuk ve ergenlerde depresif belirti ve bulgulara yol açabilecek organik (fiziksel) hastalıklar bulunmaktadır. Yorgunluk, enerji azlığı, unutkanlık, dikkat dağınıklığı, ilgisizlik, sinirlilik, uyku ve iştah sorunları herhangi hastalığın yol açtığı problemler olduğu gibi aynı zamanda eş tanı olarak MDB' de değerlendirilmesi önerilmektedir<sup>73,86,87</sup>. Çalışmamızdaki 654 çocuktan 120(%18)'sinin, organik bir hastalığı vardı. Bazı çalışmalarda özellikle okul öncesi çocuklarda özellikle santral sinir sisteminin malign hastalıkları ve lösemnin depresif belirti ve bulgulara neden olabileceği belirtilmektedir<sup>73,86,87</sup>. Elektrolit anormallikleri, anemi, sistemik hastalıklarda da MDB gözlenebilir<sup>73,82</sup>. Çocuklar ve ergenlerdeki diğer organik hastalıklardan enfeksiyon hastalıkları, nörolojik hastalıklar, endokrin sistemle ilgili hastalıklarda depresif belirti ve bulgular bulunabilir<sup>73,86,87</sup>. Endokrin sistem hastalıklarında diabetes mellitus olan 6 kişi, hipotiroidisi olan 1 kişi, guatr olan bir kişi vardı. Solunum sistemi hastalıklarında olan astımı olan 19 çocuk vardı. Sinir sistemi hastalıklarından epilepsisi olan 32, febril konvülzyonu olan 5 çocuk, optik gliomu olan 1, amyotrofik lateral sklerozu olan 1, serebral palsi olan 1, nöromuskuler distrofisi olan 1 ve meningomyeloseli olan 1 çocuk vardı. Neoplazmlar kendi içinde ayrı hastalık olarak bakılmadı. Diğer olarak gruplandırılan hastalıklar içinde pek çok hastalık mevcuttu. İnflamatuvar barsak hastalığı olan 2, hepatiti olan 2, morbid obezitesi olan 1, işitme engeli 1, görme engeli 5, akut romatizmal ateşi olan 5, kalpte konjenital anomalisi olan 3, psöriazisi olan 3, alopesi areatası olan 1, uterus agenezisi 1, yarık dudak-yarık damak anomalisi olan 1, ekstremitte anomalisi olan 2, tüberküloz olan 1, talasemi majörü olan 5, orak hücreli anemisi olan 3, böbrek yetmezliği olan 2, kaza veya düşme gibi büyük bir fiziksel travma geçirmiş hastanede yatarak tedavi görmüş 4, tirozinemisi olan 1 kişi, gardner sendromu olan 1 vardı. Aynı anda birden çok hastalığı olan çocukların daha uzun süren ve şiddetli sorunlara neden olmuş hastalığından birisine bakıldı. Organik hastalık olarak, en az hayatının birkaç yılında bu

hastalık ile uğraşıp tedavi gördüğünü belirtmiş kişilerin hastalıklarına bakıldı. Hastalığı olan çocukların üçte birini sinir sistemi hastalıkları oluşturmakla birlikte, epilepsi tüm bu hastalıklar içinde en sık görüleniydi. Adenoid hipertrofisi, anemi, tonsil hipertrofisi, sık enfeksiyon geçirme, akut bronşit gibi hastalıklar kronik hastalığı olmak veya geçirmek içinde yer almadı. Bu hastalıklar gruplandırılarak bakıldığında 119 kişiden (Tablo 25) 41(%34,5)'inde sinir sistemi hastalıkları, 19(%16,0)'unda solunum sistemi hastalıkları, 7(%5,9)'sinde malign hastalıklar vardı. Burada solunum sistemi hastalıklarının da önemli bir grup olduğu görülmektedir. Astım olan kişilerde olmayanlara göre MDB ve kaygı bozukluğunun (tıbbi eş tanılar, SED, diğer sağlıkla ilgili risklerin aynı olduğu kontrollü bir çalışmada) iki kat daha fazla görüldüğü bildirilmiştir<sup>169</sup>. Enfeksiyon hastalıkları bizim çalışmamızda nispeten az bulunmuştur. Bunun nedeninin hastalığın kısa sürüp hastaların da hatırlamaması ya da bizim de birkaç yıldan az süren hastalıkları dahil etmememizle ilgilidir. Organik bir hastalığın varlığı ile ölçek puanlarının ortalamaları Tablo 39'da gösterilmiştir. Çocuklarda kronik, organik bir hastalığı olanlarda olmayanlara göre ÇİDÖ puanlarının düzeyi daha yüksekti (**p=0,026**). Bizim çalışmamıza istatistiksel olarak da anlamlı bir şekilde ÇİDÖ puanlarına yansıdığı görülmüştür. Çocuk polikliniğinden takip edilen epilepsi, astım gibi kronik hastalıklarda EEG, solunum testleri yanında ÇİDÖ uygulanmasının ruh sağlığı açısından yararlı olabilecek ve erken tespit edilen MDB ile koruyucu ruh sağlığı tedbirleri alınabilecektir

Eş tanı olup olmadığına bakıldığında 655 olgudan 423(%64,6)'ünün eş tanısı mevcuttu. Eş tanısı olan bu kişilerden 261(%39,8)'inin bir tane eş tanısı saptandı. Hem klinik hem de epidemiyolojik çalışmalar göstermektedir ki, çocuk ve ergenlerde %40-70 oranlarında bir ya da daha fazla eş tanı görülebilmektedir<sup>170-172</sup>. Çalışmamızda 127 kişinin iki eş tanısı bulundu. 35 kişinin de üç adet eş tanısı mevcuttu. Lee Fu-I ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada olgularının %89,6'sında en az bir eş tanı, %63,8 iki veya daha fazla eş tanı saptamışlardır<sup>173</sup>. Eş tanısı olanlar ile olmayanların cinsiyetlere göre dağılımı Tablo 26 ve Şekil 3'te gösterilmiştir. Bu oranlar kız ve erkekler arasında benzerdi (**p=0,965**). Bir adet eş tanısı olanlarda eş tanıların cinsiyetlere göre dağılımı Tablo 27'de gösterilmiştir. Eş tanıların neler olduğuna bakıldığında, oranlar kız ve erkekler arasında farklılık göstermekteydi (**p=0,001**). Bu farklılık özellikle yıkıcı davranış bozukluklarının erkeklerde olması, kaygı bozukluklarının

kızlarda görülmesiyle ayrılmaktaydı. Bazı çalışmalarda kaygı bozukluğu veya davranım bozukluğu eş tanıları benzer oranlarda bildirilirken, bazı çalışmalarda da kızlarda yeme bozukluklarının daha sık, yıkıcı davranım bozukluğu eş tanılarının daha az eşlik ettiği bildirilmiştir<sup>173</sup>. Karşıt olma-karşı gelme bozukluğunun 16 yaş öncesi kızlarda %9,1, erkeklerde %13,1 iken davranım bozukluğu kızlarda %3,8 iken erkeklerde ise %14,1'e varan oranlarda bildirilmiştir<sup>174</sup>. Çalışmamızda da benzer şekilde yıkıcı davranış bozuklukları kızlarda daha az görülmektedir. Yeme bozukluğu 6 kişide tespit edilmekle birlikte bunların hepsi kız olgulardı.

Tüm eş tanılar düşünöldüğünde, kaygı bozukluğu 172(%26,3)'sinde bulunmaktaydı. Kaygı bozuklukları en sık eşlik eden tanı olmaktaydı. Kaygı bozuklukları içinde yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, sosyal fobi, özgül fobi, postravmatik stres bozukluğu, akut stres bozukluğu, ayrılık kaygısı bozukluğu vardı. MDB ile birlikte en sık görölen bozukluklar distimik bozukluk, kaygı bozuklukları (çocuklarda ayrılık kaygısı bozukluğu, ergenlerde sosyal fobi ve yaygın anksiyete bozukluğu öncelikli olmak üzere), dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, karşıt olma-karşı gelme, davranım bozukluğu, alkol ve madde kötüye kullanımındır.<sup>32,33</sup> Bizim eş tanılarımız içerisinde distimik bozukluğun hiç bulunmamasının nedeni bize ilk başvurudaki tanılarının ele alınmasından ileri gelmektedir. Primer tanısı distimi olanlara sonradan ek bir MDB tanısı konmuş olsalar da çalışmaya alınmamıştır. Distimik bozukluk ergenlik öncesi dönemdeki çocuklarda %0,6-1,7 oranında, ergenlik döneminde ise %1,6-8 oranında göröldüğü ve daha sonraki dönemlerde duygudurum bozuklukları için bir risk etmeni olabileceği bildirilmektedir<sup>73</sup>. Distimik bozukluğun yaygınlığı düşünöldüğünde yine de çalışmamızda distimik bozukluğun az bulunması eleştiri konusu olabilir. İlerdeki duygudurum bozukluğunu yordayabilen distimik bozukluğun tanısının konulması ve iyi kayıt tutulması ve çalışma metotlarının değiştirilerek yapılan ek çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır. Ancak Türkiye'de çocuk ve ergen psikiyatride konan tanılarının neler olduğı ile ilgili çalışmalarda distimi bildirilmemiştir<sup>137,175,176</sup>. Risk etmenleri 657 çocuktan 214(%32,6)'ünde yok, 443(%67,4)'ünde vardı. Geriye dönük dosya taraması çalışması olup, ailenin veya çocuğun görüşme esnasında belirttiğı, özellikle kendisini üzdüğünü direkt olarak ifade ettiğı olaylar, kişiler kaydedilmiştir. Burada ifade edilen birçok etmenin MDB'ye bağlı mı geliştiiği,

yoksa MDB için bir risk etmeni mi olduğu belirlenmesi çok güçtür. Üstelik küçük yaştaki çocukların küçük şeylerden çabuk etkilenmeleri, yakın belleğindeki olumsuz, MDB ile ilişkisiz olayları daha çok anlatmaları da daha muhtemeldir.

Risk Etmenleri: Aile içi sorunlar 160(%36,7), okul sorunları 84(%19,3), yakın ölümü 76(%17,4), erkek veya kız arkadaş sorunları 42(%9,6), cinsel istismara uğrama 23(%5,3), kronik hastalığı, obez, kısa boylu olması gibi fiziksel sorunları 37(%8,5), diğer 14(%3,2) olmak üzere yedi gruba ayrılmıştır. Aile içi sorunlar çocuğun veya ergenin anne ve/veya babasıyla tartışmaları, anne babasının çok eleştiride bulunup aşırı baskı uygulama iddiaları, anne babanın ayrılığı, ebeveynlerin kendi içinde tartışmaları ve geçimsizliği, kardeşin doğumu, kardeşi ile kendi arasında anne veya babasının farklı davrandığını düşünmesi, anne veya babasından birisinin hastalığı, kardeşin kronik hastalığı olması, cinsel kimliğini anne ve babasının kabullenmemesi, ifade edilmiştir. Okul sorunları; okuldaki arkadaşları ile geçinememe, arkadaşının olmaması, sınavlarda başarısızlık, düşük not alma, okuldaki öğretmenin değişmesi, okula başlarken anneden ayrılamama, yatılı okula başlama olarak belirtilmiştir. Yakın ölümü içinde anne, baba, kardeş, dede gibi yakınların kaybının ifade edildiği bulunmuştur. Erkek veya kız arkadaşı ile olan romantik ilişkilerinin bitmesi ya da kavgaları olarak belirtilmiştir. Kronik bir hastalığı, obez, kısa boylu olması gibi fiziksel sorunlar içerisinde kekemelik, kaza geçirerek fiziksel soruna neden olmuş olması, talasemi major, lösemi, amyotrofik lateral skleroz gibi bir hastalık kastedilmektedir. Diğer risk etmenleri ile göç, internette online oyun oynama yüzünden anne babasıyla sorun yaşamaması, kendini kontrol edememesi, sünnet olması, maddi durumlarının kötü olması belirtilmektedir.

Birçok çalışmadaki risk etmenleri bulduğumuz risk etmenlerine benzemektedir. Reinherz ve arkadaşları ile Spencer ve arkadaşları, düşük SED, anne ve babanın boşanmış olması veya ayrı yaşamaması, akranlar ile sorunlar yaşanması ve saldırgan davranışların belirgin olması durumlarında çocuk ve ergenlerde MDB riskinin arttığını bildirmişlerdir<sup>64,65</sup>. Stres dolu yaşam olayları (fiziksel cezalandırmalar, anne-baba-çocuk arasında güvensiz bağlanma, fiziksel ve cinsel ihmal ve kötüye kullanım, romantik ilişkinin bitmesi gibi) çocukluk çağının her döneminde, zayıf okul başarısı MDB gibi ruhsal bozukluklara neden olabilir<sup>71,72</sup>. Çocuk ve ergenlerdeki güvensizlik hissi ve düşük benlik saygısı, akranları ve/veya kardeşleri arasında popüler olamama,



arkadaş ve/veya öğretmen ilişkilerinde sorunlar yaşanması ve önceden bir MDB atağının geçirilmiş olması çocuk ve ergenlerde MDB görülme riskini yükseltmektedir<sup>73,74</sup>. Hem klinik, hem de toplum örneğinde olumsuz yaşam olayları ve depresif belirtiler arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır<sup>75</sup>. Bu olumsuz yaşam olayları; kaybolma, anne babanın ayrılması, intihar girişimi gibi MDB başlangıcıyla özdeşleştirilen travmatik yaşantılar olarak belirtilmektedir<sup>75</sup>. Okuldaki zorluklar, akademik başarısızlık, çocuk veya ergenin benlik saygısını azaltabilir, düşük benlik saygısı da psikososyal risk etkenlerinden biridir<sup>81</sup>.

Risk etmeni mevcut olan 291 çocuğun ÇİDÖ puanı  $21,04 \pm 9,82$  iken, olmayan 165 çocuğun  $19,27 \pm 8,35$  olarak bulunmuştur. Risk etmeni olan çocuklarda ÇİDÖ puan düzeyi, risk etmeni olmayanlara göre daha istatistiksel olarak yüksek ( **$p=0,048$** ) bulunmuştur. Sabuncuoğlu ve arkadaşların Marmara depreminden 6 ay sonra Gölcük 25 ergen ile İstanbul-Avcılar'da yaşayan 24 ergenin üzerinde depremin etkisini belirlemeye çalışmışlardır. Bu çalışmada ÇİDÖ puanı Gölcük'teki kişilerde  $14,12 \pm 6,94$  Avcılardaki kişilerde  $13,75 \pm 8,46$  olarak saptanmıştır<sup>177</sup>. Öğrenme bozukluğu olan ancak 35 kız öğrencinin ÇİDÖ puan ortalaması  $32,85 \pm 4,69$ ; 54 erkek öğrencinin ÇİDÖ ortalamaları ise  $26,85 \pm 4,66$  olarak hesaplanmıştır. Yapılan istatistiksel izlemler sonucunda kız öğrencilerin depresyon puanları erkek öğrencilerin ÇİDÖ puanlarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur<sup>178</sup>. Toros ve arkadaşlarının 4143 ergende yaptığı bir çalışmada ÇİDÖ'de ortalama puanı  $11,23 \pm 6,44$  olarak bulmuşlardır. Kızlardaki ortalama  $11,77 \pm 6,54$  ve erkeklerdeki ortalama ise  $10,78 \pm 6,32$  olmakla birlikte tüm olguların %12,5'i kesme puanı 19'u geçmiştir<sup>122</sup>.

ÇİDÖ'yü doldurabilen MDB'li 456 çocuğun ortalaması  $20,4 \pm 9,35$  idi. MDB'li 293 kızın ÇİDÖ ortalaması  $21,73 \pm 9,94$  erkeklerde ise toplam 163 kişinin ortalaması  $18,01 \pm 7,64$  çıkmıştır. ÇİDÖ'nün puanlarına bakıldığında (Tablo 30) kızlarla erkekler arasında anlamlı fark vardı ( **$p=0,001$** ). Bizim çalışmamızdaki ölçek puanlarının MDB olan olgular olması nedeniyle daha yüksek olması, kesme puanlarına yakın değerler, şaşırtıcı değildir. Herhangi bir risk etmenine maruz kalmanın yanında duygu dışavurumunda yüksek olması ölçek puanlarına yansiyabilir. Duygusal dışavurumun kadınlarda daha çok olmasına rağmen ancak duygusal dışavurumların hoş görülmediği bir sosyal yaşamda, depresyon, özellikle kadınların bastırılan duygu ve düşüncelerinin bilinçsiz ve kaçınılmaz bir yolu olarak değerlendirilebilir<sup>179</sup>. Duygu

dışavurumunun ruh sağlığını koruyucu bir tarafı vardır. Bireyin kendisi için olumsuz yaşam olaylarını, bahsedip paylaşabilmesi de olumlu sayılabilir. Ancak bu olumsuz yaşam olayları ya da risk etmenleri sadece duygu dışavurumu nedeniyle fazla değildir. MDB öncesi yakın geçmişte (6 aylık) yaşam olayları açısından değerlendirildiğinde, normal popülasyona göre MDB'de 6 kat daha fazla olumsuz yaşam olayı olduğu bulunmuştur<sup>180</sup>. Herhangi bir olumsuz yaşam olayı ile karşılaşmış olgun savunma sistemini kullanamayan kişilerin başka benzer olumsuz yaşam olaylarına karşı kayıtsız kalmaları, inkar, yer değiştirme, izolasyon gibi nevrotik ya da immatür savunma düzeneklerini daha sık kullanmaları kısır döngülerinin yinelenmesi anlamına gelmektedir. Bu yaşam olaylarının doktoruyla paylaşılması, neyi neden yaptığı hakkında birlikte düşünülmesi, kişilerin bireysel olarak ya da en çok öğrendikleri anne ve babalarının savunma düzeneklerini bulup olgun savunma düzenekleri ile değiştirilmeye çalışılması MDB tedavi ve takibinde iyi prognozun en önemli belirleyicilerindendir.

ÇİSKÖ'yü dolduran 454 çocuğun puanları 0 ile 60 arasında değişmekle birlikte ortalaması  $42,39 \pm 8,21$  idi. MDB'li 292 kızın ortalama  $43,62 \pm 8,05$ , 162 erkeğin ise  $40,40 \pm 7,41$  olarak çıkmıştır. Bu sonuçlarımızın MDB bozukluğu olan çocuklarda ÇİSKÖ kullanımına rehberlik edebileceği, diğer etmenlerden nasıl etkilendiği konusunda bilgiler sunması ve büyük bir olgu grubunda olması nedeniyle önemli olduğunu düşünmekteyiz. Okuma yazmasını bilmeyen çocuklar olduğu gibi, doldurmayı reddeden ergenler olduğu için 202 çocuğun sonucu yoktu. İlk başvurudaki ÇİSKÖ puanları değerlendirilmeye alındı. ÇİSKÖ'nün puanları bakımından (Tablo 31) kızlarla erkekler arasında anlamlı fark vardı ( $p=0,001$ ). Karabekiroğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ÇİSKÖ puanlarını ilk epizod MDB'li olgularda, yineleyici depresif epizodu olanlar ve sağlıklı gruplarda depresyonu olanların ortalamasını  $58,1 \pm 7,1$ , sağlıklı olan kontrol grubunda  $37,9 \pm 8,3$  olarak bulmuştur<sup>181</sup>. Baki ve arkadaşlarının MDB, kaygı bozukluğu açısından epilepsili çocuklar ve kontrol grubuyla yaptığı bir çalışmada ÇİSKÖ puanlarının ortalamasını hasta grubunda  $34,03 \pm 8,29$ , kontrol grubunda  $35,20 \pm 5,59$  olarak bulup aradaki farkın anlamlı olmadığını bildirmiştir<sup>182</sup>. Ancak çoğu çalışmada hasta grubunda yüksek bulunduğunu da belirtmiştir<sup>182</sup>.

MDB'li 656 çocuğun 118(%18,0)'inde intihar girişimi mevcuttu. Erkeklerin yaklaşık onda birinde, kızların da dörtte birinde intihar girişimi olduğunu bulduk

(Tablo 32). Weismann ve arkadaşlarının yaptığı izlem çalışmasında MDB'li 10-15 yaş arasındaki ergenlerde intihar girişimlerinin %50,7 oranında olduğunu saptamıştır<sup>183</sup>. Yapılan birçok çalışma sonuçlarına göre çocuklarda tamamlanmamış (ölümle sonuçlanmayan) intihar girişiminin prevalansı %1 dolaylarındadır<sup>94</sup>. Ergenlerde çeşitli çalışma sonuçlarına göre intihar girişimi prevalansı %1,7-5,9 arasında değişmektedir<sup>95</sup>. MDB olan çocuklarla ilgili randomize kontrollü çalışmaların incelendiği bir meta analizde serotonin geri alım inhibitörü kullanan 1167 hastadan 63'ünde intihar girişimi olduğu, plasebo kullanan 1073 hastadan 32'sinde görüldüğü bildirilmiştir<sup>184</sup>. Tablo 32'de görüldüğü üzere, intihar girişimleri oranları kız ve erkekler arasında istatistiksel olarak önemli farklılık göstermektedir (**p=0,001**).

İntihar girişim sayısı oranları kızlar ve erkekler arasında istatistiksel olarak benzerdir ( $p=0,628$ ). Tablo 33'te de görüldüğü üzere birden fazla kez intihar girişimde bulunan 30 kız, 8 erkek bulunmaktadır. Çalışmamızda toplam 401 kız, 252 erkek olup K/E oranı 1,59 olmakla birlikte çoklu intihar girişiminin K/E oranı 3,75 çıkmaktadır. Yani kızlarda MDB 1,5-2 kat fazla iken, çoklu intihar girişiminin kızlarda 3-4 kat fazla olması istatistiksel olarak anlamlı çıkmasa da hem sonuçlarımız hem de klinik gözlemlerimiz bunun kızlarda daha fazla olduğu yönündedir. Buradaki istatistiksel karşılaştırma metoduna bağlı bir anlam çıkmadığını düşünmekteyiz. Ergenlerin intihar girişimlerinde, Akbaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kızlarda riskin daha fazla olduğunu bildirmişlerdir<sup>185</sup>. Çoğu ülkede yapılan çalışmada (Çin hariç) erkeklerde tamamlanmış intihar oranı yüksek erkek/kadın oranı: (2-5/1), ancak intihar girişimi kadınlarda yüksek kadın/erkek: (5-10/1) olduğu bildirilmiştir<sup>186</sup>.

Birden fazla kez intihar girişimi tüm eş tanılara bakıldığında en çok borderline kişilik özelliği olan ergenlerde çıkmıştır. Toplam 34 borderline özelliği olan ergenden 15(%44,1)'inde hiç intihar girişimi olmamış, 10(%29,4)'unda bir kez, 11(%32,3)'inde birden çok kez intihar girişimi olduğu görülmüştür. Links ve arkadaşları antisosyal veya borderline kişilik özellikleri olan intihar davranış riskinin MDB veya madde kullanım bozukluğu gösterdiklerinde, olumsuz yaşam olayları yaşadıklarında veya çocukluklarında cinsel istismar öyküsü olduğunda çok arttığını belirtmişlerdir<sup>187</sup>.

İntihar girişimi olan çocukların, intihar girişimi olmayan çocuklara göre hem ÇİDÖ puanı (**p=0,001**) hem de ÇİSKÖ puanı (**p=0,002**) istatistiksel olarak

anlamli düzeyde yuaksektir (Tablo 44). Toros ve arkadaşlarının 4256 okul ÇİDÖ uygulandığında intihar girişimi olanların olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamli düzeyde puanlarının yuakse olduğunu bulmuşlardır<sup>122</sup>. Vitiello ve arkadaşlarının yaptığı çok merkezli randomize kontrollü bir çalışmada intihar girişimi veya dūřünceleri olan 436 ergende tedavi öncesi Reynold ergenler için depresyon ölçeğinde skorlarını 91'in üzerinde bulmuşlardır<sup>188</sup>. Bu ölçeğin kesme puanı 26 olarak önerilmektedir<sup>189</sup>. Bizim alışmamızda da literatüre benzer şekilde MDB'li hastaların intihar girişimi olmayan 371 kişide ortalama olarak ÇİDÖ puanı  $19,13 \pm 9,13$ , iken intihar girişimi olan 85 kişinin  $25,94 \pm 8,23$  olarak hesaplanmıştır.

Korelasyon analizlerine göre çocukların yaşları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 34'te gösterilmiştir. Çocuğun yaşı ile ÇİDÖ'nün toplam puanları arasında pozitif yönlü zayıf derecede bir korelasyon vardır ( $r=0,246$ ), ( $p=0,001$ ). Çocuğun yaşı ile ÇİSKÖ toplam puanları arasında da pozitif yönlü zayıf derecede bir korelasyon vardı ( $r=0,245$ ), ( $p=0,001$ ). Kızlarda; ocuğun yaşı ile ÇİDÖ puanları arasında pozitif yönlü zayıf derecede bir korelasyon mevcuttu. ( $r = 0,287$ ), ( $p=0,001$ ). Yine benzer şekilde kız çocukların yaşı ile ÇİSKÖ puanları arasında pozitif yönlü zayıf derecede bir korelasyon vardı ( $r = 0,232$ ), ( $p=0,001$ ). Erkeklerde; ocuğun yaşı ile ÇİDÖ puanları arasında doğrusal bir ilişki yoktu ( $r=0,144$ ), ( $p=0,067$ ). Ancak erkek çocukların yaşları ile ÇİSKÖ puanları arasında pozitif yönlü zayıf derecede bir korelasyon vardı ( $r = 0,260$ ), ( $p=0,001$ ).

Klinik olarak kızlarda ergenlikte depresyonun 2-5 kat fazla görölmesi ergenlik öncesinde MDB kızlarda ve erkeklerde eşit görölmesi nedeniyle literatüre grubumuzun benzediği görölmektedir<sup>118-121</sup>. Sıklığının artması yanında ölçek puanlarındaki farklılığında olduğu görölmektedir. Cinsiyet rolünün gelişiminde tek teori yokken bilişsel modeller, sosyal öğrenme modeline göre başa çıkma yollarının değişebileceği bu nedenle de ÇİDÖ puanlarının değişebileceği vurgulanmıştır<sup>190</sup>. Yani yaş arttıķa ÇİDÖ ve ÇİSKÖ puanları artıyordu. Ama yaş artışı ile ölçek puanlarının artışı arasında istatistiksel olarak zayıf bir ilişki mevcuttu. İlgili literatürde ÇİSKÖ ilgili bulgulara paralel olarak, küçük yaş çocukların, büyük yaş çocuklara göre kaygı ölçeklerinden daha düşük puanlar aldıkları bildirilmiştir<sup>114</sup>.

Anne yaşı ile ÇİDÖ puanları arasında pozitif yönlü zayıf derecede bir korelasyon vardı ( $r = 0,096$ ), ( $p=0,041$ ). Yine benzer şekilde anne yaşı ile ÇİSKÖ puanları arasında pozitif yönlü zayıf derecede bir korelasyon vardı  $r = (0,107)$ , ( $p=0,024$ ). Anne ve baba yaşı ile iki ölçeğimizin puanları karşılaştırıldığında dördünde de aynı şekilde pozitif yönlü zayıf bir korelasyon olduğu görüldü. Baba yaşı ile çocuklardaki ÇİDÖ puanlarının düzeyi arasında pozitif yönlü zayıf derecede bir korelasyon mevcuttu ( $r = 0,136$ ), ( $p=0,004$ ). Baba yaşı ile ÇİSKÖ puanlarının düzeyi arasında pozitif yönlü zayıf derecede bir korelasyon vardı ( $r = 0,155$ ), ( $p=0,001$ ). 1096 olgunun annelerin ortalama yaşı  $25,6\pm 6,4$ , babaların ise  $30,7\pm 7,7$ 'dir. Bu çalışmada Çocuk Psikiyatrisine Mental Retardasyon, Psikotik Bozukluk, Somatoform Bozukluk, Duygudurum bozukluğu ve iletişim bozukluğu tanılarıyla başvuran çocuk ve ergenlerin anne-baba yaş ortalaması yüksek bulunmuştur. Bozuklukların nedenleri hakkında ipuçları sağlayabilecek anne-baba yaşının, çocuklarda görülen ruhsal bozukluklar üzerine olan etkisi, henüz yeterince anlaşılmamış olup, karmaşık ve çoğul etmenlere bağlı olduğu düşünülmektedir<sup>191</sup>. Bizim çalışmamız içinde aynı yorum doğru olabilir. Burada çok genç anne ve babaların durumu biraz daha farklı olduğu için zayıf korelasyon çıkmış olabilir. Anne baba yaşlarının küçük olması da ebeveynlik becerilerini azaltabileceği, güvensiz bağlanma, desteklemeyen, çok eleştirici yaklaşım nedeniyle MDB'yi artırabileceği belirtilmektedir<sup>122</sup>.

Ölçek puanlarının ortalamalarının, aile durumu ve çocuğun cinsiyetine göre değişimleri grafiği Tablo 38'de gösterilmiştir. Aile durumuna göre kızlardaki ÇİDÖ puan düzeyi ( $p=0,358$ ) ve ÇİSKÖ puan düzeyi ( $p=0,677$ ) arasında istatistiksel bir ilişki yok iken, erkeklerdeki ÇİDÖ puan düzeyi ( $p=0,008$ ) ve ÇİSKÖ puan düzeyi ( $p=0,046$ ) arasında anlamlı ilişki vardır. Anne babanın birlikte olduğu ailelerde, boşanma ve parçalanma olan ailelere göre daha yüksek puanlar gözlenmiştir. Boşanma ve parçalanma olan ailelerde ise puanlar birbirine benzerdir. Burada daha ayrıntılı olarak bakıldığında anne babası ile birlikte yaşayan 229 kızdan 132(%57,6)'sinin ÇİDÖ'den 19 puanı geçtiği ebeveynleri boşanmış veya parçalanmış 62 kızın ise 41(%66,1)'inin 19 puanı geçtiği bulunmuştur. Anne babası ile birlikte yaşayan 125 erkekten 70(%56,0)'inin ÇİDÖ'den 19 puanı geçtiği ebeveynleri boşanmış veya parçalanmış 38 erkeğin ise 12(%31,6)'inin 19 puanı geçtiği bulunmuştur. Anne

babası ayrı yaşayan çocukların büyük çoğunluğu anneleriyle birlikte kalmaktadır. Annesi ile yaşayan 40 kızdan 22(%55,0)'sinin ÇİDÖ puanı 19 üstünde, annesi ile yaşayan 25 erkekten 8(%32,0)'inin 19 puanın üzerinde olduğu görülmektedir. Buradan da görüldüğü üzere ergenler veya gizil dönemdeki annesi ile yaşayan kızların ÇİDÖ puanları erkeklerden yaklaşık 1,5 kat daha yüksek çıkmıştır. Ge ve arkadaşlarının 550 kırsal kesimde yaşayan ergen üzerinde yaptıkları çalışmada ebeveyni ayrılmış kız ergenlerin en çok depresif semptom gösterdikleri, sonra çekirdek aile şeklinde yaşayan kız ergenlerin, daha sonra anne babası ayrılmış erkek ergenlerin, en az da anne babası birlikte olan erkek ergenlerin depresif semptom gösterdiklerini saptamışlardır<sup>192</sup>. Büyük toplum temelli bu çalışmada anne ile kız arasındaki sıcak ilişkilerin azlığında, anne desteğinin azaldığında, çocukluktan ergenliğe kadar olan 4 yıllık süreçte depresif semptomların artabileceği bildirilmiştir<sup>192</sup>. Bizim kültürümüzde erkek çocukların ayrılmış ailelerde ya da anne ile birlikte yaşadıklarında nispeten daha rahat oldukları ve süregelen ödipal çatışmalarının daha kolay çözümlenebildikleri, daha özgür hissetmelerinin depresif duygudurumu azalttığı söylenebilir. Çalışmamızda 58 annesi babası ayrılmış MDB'li kızın 32(%55,2)'si aile içi sorunlar yaşarken, 26 erkeğin 8(%30,8)'i aile içi sorunlar yaşamaktadır. Sonuç olarak kız ergenler anneleriyle, erkek ergenlerde babalarıyla daha sık sorun yaşamaktadırlar.

MDB olan olgularımızı değerlendirdiğimiz ÇİDÖ ve ÇİSKÖ pek çok yerde istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar vermiştir. İstatistiksel olarak her iki ölçekte de anlamlı sonuçlar elde ettiğimiz konular, korelasyon analizlerine göre çocukların yaşları ile ölçek puanlarının karşılaştırılmasında (Tablo 34), korelasyon analizlerine göre çocukların anneleri ile babalarının yaşları ile ölçek puanlarının karşılaştırılmasında (Tablo 36), ölçek puanlarının ortalamalarının aile durumu ve çocuğun cinsiyetine göre değişimlerinde (Tablo 38) ve intihar girişiminin olup olmamasına göre ÇİDÖ ve ÇİSKÖ puanlarının ortalamalarının karşılaştırılmasındadır (Tablo 44). Daha birçok yerde de herhangi bir ölçeğin anlamlı değerinin anlamsız çıktığı sonuçlarımız da olmuştur. Burada ölçeğin bu konuları ölçme değerlendirebilmesi ile ilgili sorunlar olabileceği, bu konularda başka ölçeklerin kullanılmasının da düşünülmesi önerilebilir. Ancak MDB'yi ölçmede ve takip etmede ÇİDÖ gerçekten de değerli bir ölçek olduğunu söyleyebiliriz. Çünkü çalışmamızda ÇİDÖ puanı 19'un altında olanların oranı

%43,6 iken 19 ve üzerinde olanlar %56,4'tür. Toros ve arkadaşlarının yine Mersin bölgesinde yaptığı çalışmada, 10-20 yaş arasında 4143 çocuk ve ergene ÇİDÖ kullanarak yaptığı toplum tabanlı çalışmada çalışmaya katılanların %12,5'inin kesme puanı olan 19'u geçtiği bildirilmiştir<sup>122</sup>. Bizim çalışmamız MDB olgularında yaklaşık 4,5 kez daha fazla kesme puanı oranının fazla çıktığı görülmektedir. Ancak yaklaşık olguların yarısı da kesme puanlarının altında kalması klinik görüşmenin eşsiz ve biricik yerinin olduğunu düşündürmektedir.

## SONUÇ ve ÖNERİLER

MDB, diğer yaş gruplarına göre ergenlerde daha sık gözlenmiştir. Ergenlerde kızlarda MDB erkeklerden daha sık görülmektedir. Yaş büyüdükçe MDB görülme oranının da arttığı görülmektedir.

Tek çocuk olanlarda MDB görülme oranı, hem bir kardeşi olanlardan hem de iki ve daha fazla kardeşi olanlardan istatistiksel olarak önemli şekilde daha düşüktür(**p=0,001**).

Kardeşleri içinde kaçınıcı çocuk olma durumuna göre MDB görülme oranı giderek azalmaktadır ve her bir çocuk sırasındaki MDB oranı diğerlerinden istatistiksel olarak önemli şekilde farklılık göstermektedir (**p<0,05**). SED'leri birbirine yaklaşık olarak eşit ve kardeş sayıları aynı olan çocukların karşılaştırılması ile bu konuda daha kolay yorum yapılmasını sağlayabilir.

Kız ve erkek çocuklarının anne yaşları ortalamaları Tablo 8'de gösterilmiştir. Anne yaşı bakımından, kızlarla erkekler arasında anlamlı fark vardı (**p=0,014**).

Aile durumuna göre kızlardaki ÇİDÖ puan düzeyi ( $p=0,358$ ) ve ÇİSKÖ puan düzeyi ( $p=0,677$ ) arasında istatistiksel bir ilişki yok iken, erkeklerdeki ÇİDÖ puan düzeyi (**p=0,008**) ve ÇİSKÖ puan düzeyi (**p=0,046**) arasında anlamlı ilişki vardır. Anne babanın birlikte olduğu ailelerde, boşanma ve parçalanma olan ailelere göre daha yüksek puanlar gözlenmiştir. Boşanma ve parçalanma olan ailelerde ise puanlar birbirine benzerdir. Sonuç olarak anne babanın boşanması kendi içinde alt öğeleri ve diğer tüm risk etkenleri ile multifaktöriyel bir etkileşimin olup olmadığı incelendikten sonra MDB açısından risk etmeni olmadığını söylemek yerinde olacaktır.

MDB'si olan 649 çocuğun 117(%18.0)'sinin anne ve babası arasında akrabalık mevcuttu (Tablo 19). Bu akrabalık oranları kız ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermekteydi.

Hiç gelemeyen ailelerin telefon ile aranarak gelmeme nedenlerinin öğrenilerek tedaviye yönlendirilmeleri de takip ve tedavi açısından yararlı olabileceği gibi buradan elde edilen bilgilerin literatüre yararlı olacağı kanaatindeyiz.



Çocuklarda kronik, organik bir hastalığı olanlarda olmayanlara göre ÇİDÖ puanlarının düzeyi istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksekti. Bizim çalışmamızda istatistiksel olarak ta anlamlı bir şekilde ÇİDÖ puanlarına yansıdığı görüldüğünü vurgulamamız yerinde olacaktır. Çocuk polikliniğinden takip edilen epilepsi, astım gibi kronik hastalıklarda EEG, solunum testleri yanında ÇİDÖ uygulanmasının ruh sağlığı açısından yararlı olabilecek ve erken tespit edilen MDB ile koruyucu ruh sağlığı tedbirleri alınabilecektir

Birden fazla kez intihar girişimi tüm eş tanılara bakıldığında en çok borderline kişilik özelliği olan ergenlerde çıkmıştır. İntihar girişimi olan çocukların, intihar girişimi olmayan çocuklara göre hem ÇİDÖ puanı (**p=0,001**) hem de ÇİSKÖ puanı (**p=0,002**) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 44).

MDB'yi ölçmede ve takip etmede ÇİDÖ ve ÇİSKÖ gerçekten de değerli ölçeklerdir. Çünkü istatistiksel olarak birçok yerde her ikisinin de anlamlı sonuçlar verdiğini gördük. Birçok yerde de herhangi bir ölçeğin istatistiksel anlamlı değerinin anlamsız çıktığı sonuçlarımız olmuştur. Sonuçları istatistiksel olarak anlamsız ölçeğin bu konuları ölçme değerlendirebilmesi ile ilgili sorunlar olabileceği, bu konularda başka ölçeklerin kullanılmasının da düşünülmesi önerilebilir.

Çocuklarda unipolar depresyonun önlenmesinde özellikle iki alanda yapılacaklar önemlidir. Bunlardan birincisi, çocukluk çağı depresyonu için olası risk etkeni olan postpartum depresyon ve maternal depresyonun belirlenip, tedavi edilmesidir. Diğeri ise yüksek riskli gruplarda, örneğin depresyonlu ebeveyne sahip çocuklar ve tüm çocuklara okul temelli yapılacak programlardır. Erken dönem depresyon ve duygudurum bozukluklarını tanımak ve risk etkenlerini bilmek ileride daha ağır ruhsal bozuklukların oluşmasını engellemek ve intiharları azaltmak açısından oldukça önemlidir ve bunun için sağlık profesyonellerinin eğitilmesi gerekmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Ağaoğlu B. Depresif Bozukluklar. Çetin FÇ, Coşkun A, İşeri E, Miral S, Motavallı N, Pehlivan Türk B, Türkbay T, Uslu R, Ünal F, editörler. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Birinci Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2008:373-382.
2. Öztürk O, Uluşahin A. Duygudurum bozuklukları In: Öztürk O, Uluşahin A (eds). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 1.cilt. 11. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi, 2008: 337 – 428
3. Bandura A, Pastorelli C, Barbaranelli C, and Caprara GV, Self-Efficacy Pathways to Childhood Depression. Journal of Personality and Social Psychology. 1999;76:258 – 69
4. Ryan N.D. Çocuk ve Ergenlerde Depresyonun Farmakolojik Tedavisi in Shaffer D(eds) 1.baskı Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı, 1993:35 – 50
5. Bell JA. Mood disorders. Psychiatry, JH Scully, DW Bechtold, Bell JA. (Eds), 2. Baskı, New York, 1989;John Wiley & Sons, Inc.
6. Spitzer RL, Wilson PT. Classification in psychiatry. Comprehensive Textbook of Psychiatry. AM, Freedman, HI Kaplan (Eds) ,Baltimore, 1967, Williams & Wilkins Company.
7. Türkçapar H. Melankolili Depresyon. Klinik Psikiyatri. 2004;1: 20 – 31
8. Tüzün, Ü. Okul Çağı Çocuklarında Yaşam Olguları, Depresyon Semptomları ve Self-Esteem Arasındaki İlişki. İstanbul: Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı Yan Dal Uzmanlık Tezi. İstanbul.1993.
9. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR), Washington DC, 2000, In: Köroğlu E (çeviri ed). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2007.
10. Öztürk O, Uluğ B. Dünya Sağlık Örgütü. ICD–10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1992.

11. Öy B. Çocuk ve ergenlerde depresyon epidemiyolojisi ve risk etkenleri. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 1995; 2(1):40 – 45.
12. Rao U, Chen LA. Characteristics, correlates, and outcomes of childhood and adolescent depressive disorders. Dialogues Clin Neurosci. 2009;11(1):45 – 62.
13. Birmaher B, Heydl P. Biological studies in depressed children and adolescents. Int J Neuropsychopharmacol 2001; 4: 149 – 157.
14. Toros F. Çocukluk Çağı ve Ergenlik Dönemi Depresyonlarında Risk Etmenleri. T Klin J Psychiatry 2002; 3:75 – 79
15. Silk JS, Ziegler ML, Whalen DJ, et al. Expressed emotion in mothers of currently depressed, remitted, high-risk, and low-risk youth: links to child depression status and longitudinal course. J Clin Child Adolesc Psychol. 2009 Jan;38(1):36 – 47
16. Çuhadaroğlu F, Sonuvar B. Adolesanlarda depresyon. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Günleri, Kongre Kitabı. İzmir. 1992; 350 – 358
17. Bodur Ş, Üneri ŞÖ. Çocuk ve ergenlerde majör depresif bozukluk: Bir gözden geçirme. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2008;9:105 – 110
18. Domènech-Llaberia E, Viñas F, Pla E, Jané MC, Mitjavila M, Corbella T, Canals J. Prevalence of major depression in preschool children. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2009;18(10):597 – 604.
19. Goodyer IM. The epidemiology of depression in childhood and adolescence. In: Verhulst FC, Koot HM (eds) The epidemiology of child and adolescent psychopathology. Oxford University Press, Oxford, 1995; 210–26
20. Biederman J, Faraone S, Mick E, Lelon E. Psychiatric comorbidity among referred juveniles with major depression: fact or artifact? J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1995;34(5):579-90.
21. Sims BE, Nottelmann E, Koretz D, Pearson J. Prevention of depression in children and adolescents. Am J Prev Med 2007; 32:451-455.
22. Coghill D, Usala T. Mood disorders in children and adolescents. Psychiatry 2006; 5:4.
23. Costello EJ, Erkanli A, Angold A. Is there an epidemic of child or adolescent depression? J Child Psychol Psychiatry 2006; 47: 1263–71

24. Akiskal HS. Duygudurum bozuklukları: Tarihsel gelişim ve kavramın tanımı. Saddock BJ, Saddock VA, editör. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8. baskı. Ankara-İstanbul: Güneş Kitabevi; 2007;1559 – 75.
25. Akiskal HS. Mood disorders: Introduction and overview. Comprehensive Textbook of Psychiatry,7.baskı. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editör. Baltimore: Williams&Wilkins; 2000;1284 – 98.
26. Tufan Temiz S. Depresif Duygudurum İle Giden Uyum Bozukluğunun Klinik Açısından Majör Depresif Bozuklukla Karşılaştırılması. Psikiyatri Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. Eskişehir. 2008
27. Göktürk Ü. Çocuk ve ergenlerde depresif bozukluklar, Polvan Ö. Ed Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi 1. Baskı Nobel kitabevleri Tayf Ofset baskı İstanbul 2000
28. Aşkın R. Depresyon El Kitabı. Konya: 1999.
29. Ceylan E, Abay E. Nörotransmitterler ve depresyon. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 1988.
30. Morgan CT. Psikolojiye Giriş. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü yayınları, (2000). 14. Baskı.
31. Erdoğan İ, Tamar M, Erdoğan E. Major depresif bozukluk tanılı çocuk ve Ergenlerde belirti dağılımının karşılaştırılması. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi: 9(3) 2002
32. Birmaher B, Brent DA, Benson RS. Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1998;37: 1234 -38.
33. Emslie GJ, Mayes TL. Depression in children and adolescents: a guide to diagnosis and treatment. CNS Drugs 1999;11:181 – 9.
34. Usta-Güç B, Gümüş A, Kale Çekinmez E, Özenli Y, Yıldırım SV, Tanır G Nöropsikiyatrik bulgularla başvuran nörobruselloz olgusu-Olgu Sunumu. Türk Ped Arş 2009; 44: 103 – 5
35. Tamar M, Özbaran B. Çocuk ve ergenlerde depresyon. Klinik Psikiyatri 2004; Ek 2:84 – 92.

36. Bahls CS. Depression in childhood and adolescence: Clinical features. *J Pediatr (Rio J)*. 2002; 78:359 – 366.
37. Birmaher B, Dahl RE, Perel J, Williamson DE, Nelson B, Stull S, et al. Corticotropin-releasing hormone challenge in prepubertal major depression. *Biol Psychiatry* 1996; 39: 267 – 277.
38. Malhotra S, Das PP. Understanding childhood depression. *Indian J Med Res* 2007; 125:115-128.
39. MacPhee AR, Andrews JJ. Risk factors for depression in early adolescence. *Adolescence* 2006; 41:435 – 466.
40. Emiroğlu FN, Miral S. Çocuk ve Ergenlerde Duygudurum Bozuklukları, ed Köroğlu E. Temel psikiyatri kitabı. birinci baskı Ankara.2005;880-8
41. Gökler B. Çocuk ve Ergenlerde Depresif Bozukluk. Işık E, editör. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. İstanbul: Görsel Sanatlar Matbaacılık; 2003. 399 – 413.
42. Kovacs M, Feinberg TL, Crouse-Novak M, Paulauskas SL, Pollock M, Finkelstein R. Depressive disorders in childhood. II. A longitudinal study for the risk of subsequent depression. *Arch Gen Psychiatry* 1984;41: 643–9.
43. Emslie GJ, Rush AJ, Weinberg WA et al. Recurrence of major depressive disorder in hospitalized children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36: 785-92.
44. Simon GE, Von Korff M (1995) Recognition, management and. Outcomes of depression in primary care. *Arch Fam Med*, 4: 99-105.
45. Lewinsohn PM, Rohde P, Klein DN, Seeley JR. Natural course of adolescent major depressive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38: 56–63.
46. McCauley E, Myers K, Mitchell J, Calderon R, Schloedt K, Treder R. Depression in young people: initial presentation and clinical course. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32: 714-22.
47. Fleming JE, Boyle MH, Offord DR. Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32: 28–33.

48. Birmaher B, Williamson D, Dahl RE et al. Clinical presentation and course of depression in youth: Does onset in childhood differ from onset in adolescence? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43: 63–70.
49. Geller B, Luby J. Child and adolescent bipolar disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36: 1168–76.
50. Akiskal HS, Maser JD, Zeller PJ. Switching from unipolar to bipolar II: an 11-yr prospective study of clinical and temperamental predictors in 559 patients. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 114–123.
51. Kaslow NJ, Deering CG, Racusin GR. Depressed children and their families. *Clinical Psychology Review*,1994;14 (1), 39 – 59.
52. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35(11): 1427 – 39.
53. Feldman E. Risks, resilience, prevention. The epidemiology of adolescent health. *Clinics in Family Practice* 2000; 2(7): 230 -5.
54. Klein DN, Lewinsohn PM, Seeley JR, Rohde P, A Family Study of Major Depressive Disorder in a Community Sample of Adolescents. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58:13-20
55. Wickramaratne PJ, Weissman MM. Onset of psychopathology in offspring by developmental phase and parental depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*.1998; 37 (9):933 – 42.
56. Warner V. Weissman MM, Mufson L, Wickramaratne P. Grandparents, parents and grandchildren at high risk for depression: a three-generation study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*.1999; 38 (3), 289 – 296
57. Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Verdelli H, Pilowsky JD, Grillon C, Bruder G. Families at high and low risk for depression: a 3-generation study. *Archives of General Psychiatry*.2005; 62 (1), 29 – 36
58. Wells VE, Deykin EY, Klerman GL. Risk factors for depression in adolescence. *Psychiatric Development* 1985; 3(1): 83–108.
59. Güney M. Ergenlik dönemi depresyonları. *Psikiyatri Dünyası* 1998;2: 41-4.

60. Walls M, Hillegers MHJ, Reichart CG, et al. Prevalence of psychopathology in children of a bipolar parent. *J Am Acad of Child Adolesc Psychiatry* 2000; 40(9): 1040–5.
61. Robertson JF, Simons RL. Family factors, self-esteem and adolescent depression. *J Mar Family* 1989; 51:125 – 38.
62. Hammen C, Brennan P, Shih JH. Family discord and stress predictors of depression and other disorders in adolescent children of depressed and nondepressed women. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*. 2004;43 (8), 994-1002.
63. Fendrich M, Warner V, Weissman MM. Family risk factors, parental depression, and psychopathology in offspring. *Developmental Psychology*,1990;26 (1), 40-50.
64. Reinherz HZ, Giaconia RM, Hauf Carmola AM, et al. General and specific childhood risk factors for depression and drug disorders by early adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39(2): 223-31.
65. Spencer T, Biederman J, Wilens T. Attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbidity. *Ped Clin North Am* 1999; 46(5):915-27.
66. Goodman SH, Brogan D, Lynch ME, Fielding B. Social and emotional competence in children of depressed mothers. *Child Development*,1993; 64, 516–31.
67. Garber J. ve Little, S. (1999.). Predictors of competence among offspring of depressed mothers. *Journal of Adolescent Research*, 14 (1), 44 -71.
68. Goodman SH, Gotlib IH. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*.1999;106(3). 458-90.
69. Solantaus-Simula T, Punamaki R-L, Beardslee WR. Children's responses to low parental mood I: Balancing between active empathy, overinvolvement, indifference and avoidance. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*,2002a; 41(3), 278-286.
70. Solantaus-Simula T, Punamaki R-L, Beardslee WR. Children's responses to low parental mood II: Associations with family perceptions of parenting styles and child distress. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*,2002b; 41(3), 287–95.

71. Mesman J, Koot HM. Early preschool predictors of preadolescent internalizing and externalizing DSM-IV diagnosis. *J Am Acad of Child and Adolesc Psychiatry* 2001; 40(9): 1029-36.
72. Krug EG, Kresnow M, Peddicord JP, et al. Suicide after natural disasters. *N Engl J Med* 1998; 338(6): 373-8.
73. Sung E, Son M. Depression in children and adolescents. *American Family Physician* 2000; 62(10): 2297-308.
74. King NJ, Bernstein GA. School refusal in children and adolescents: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40(2): 197-205.
75. Williamson DE, Birmaher B, Anderson BP, al-Shabbout M, Ryan ND. Stressful life events in depressed adolescents: the role of dependent events during the depressive episode. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 1995; 34: 591-598.
76. Finzi R, Ram A, Shnit D, Har-Even D, Tyano S, Weizman A.. Depressive symptoms and suicidality in physically abused children. *Am J Orthopsychiatry* 2001; 71(1): 98 -107.
77. Rutter M, McGuinness D, Pickles A, et al. Do High-treat life events really provoke the onset of psychiatric disorder in children? *J Clin Psychol. Psychiat* 2001; 42(4):523-32.
78. Harrison L, Harrington R. Adolescents bereavement experiences, prevalence, association with depressive symptoms, and use of services. *J Adolesc* 2001; 24(29):159-69.
79. Flament MF, Cohen D, Choquet M, et al. Phenomenology, psychosocial correlates, and treatment seeking in major depression and dysthymia of adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40(9): 1070-8.
80. Kessler RC, Avenevoli S. Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective. *Biol Psychiatry* 2001; 49(12): 1002-4.
81. Hoffman JP, Baldwin SA, Cerbona FG. Onset of major depressive disorder among adolescent. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 2003; 42:217 - 224.
82. Weller E, Weller R. Mood disorders. In: M Lewis, ed. *Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook*. Philadelphia, Williams&Wilkins, 1996:650-65.



83. Uğurtaş F. S. Kısa semptom envanteri: Ergenler için kullanımı. Yayınlanmamış lisans bitirme tezi, Ankara Üniversitesi DTCF Psikoloji Bölümü, Ankara. 1999
84. Roberts RE, Roberts CR, Chen IG. Fatalism and risk of adolescent depression. *Psychiatry* 2000; 63(3): 239-50.
85. Turgay Atilla. Psikiyatri Temel Kitabı Cilt 2. Güleç Cengiz, Köroğlu Ertuğrul, ed. Çocukluk döneminde duygudurum bozuklukları ve intihar. Ankara: Hekimler Yayın Birliği 1998: 1177-94.
86. Kovacs M. Psychiatric disorders in youth with IDDM: Rates and risk factors. *Diabetes Care* 1997; 20(1):36-44.
87. Özatalay E. Çocuk ve ergenlik depresyonunda ayırıcı tanı. Bekaroğlu M,ed. Depresyon III. Anadolu Psikiyatri Günleri. Karadeniz Ruh Sağlığı Derneği, 1995: 321-6.
88. Klein D, Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Olinio TM. Psychopathology in the adolescent and young adult offspring of a community sample of mothers and fathers with major depression. *Psychol Med* 2005; 35:353-365.
89. Baker K. Treatment and management of depression in children. *Current Paediatrics* 2006; 16:478-483.
90. Pfeffer CR. Suicidal behavior of children: a review with implications for research and practice. *Am J Psychiatry* 1981; 138:154-9.
91. Pfeffer CR, Klerman GL, Hurt SW, Lesser M, Peskin JR, Siefker CA. Suicidal children grow up: demographic and clinical risk factors for adolescent Suicide attempts. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;30: 609-16.
92. Atay IM, Kerimoğlu E. Ergenlerde intihar davranışı. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2003; 10: 128-136.
93. Kocabaş Ö, Kavaklı T, Ecevit Ç, ve ark. Çocukluk çağı intihar girişimleri. *Ege Pediatri Bülteni* 2004; 11: 119-124.
94. Aktepe E, Kandil S, Göker Z, Sarp K, Topbaş M, Özkorumak E. intihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerde sosyodemografik ve psikiyatrik özelliklerin değerlendirilmesi TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2006: 5 (6)

95. Pataki CS. Mood disorders and suicide in children and adolescents. In: Sadocks BJ, Sadock VA (eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (7th ed). Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, 2000: (2): 2740-2757.
96. Kashani JH, Goddard P, Reid JC. Correlates of suicidal ideation in a community sample of children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989; 28: 912-7.
97. Cohen P. Suicidal behavior and ideation in a community sample of children: maternal and youth reports. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988; 27: 349-56.
98. American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence: Suicide and suicide attempts in adolescents and young adults. *Pediatrics* 1988; 81: 322-324.
99. Kamali M, Oquendo MA, Mann JJ. Understanding the neurobiology of suicidal behavior. *Depress Anxiety* 2001; 14: 164 -176.
100. Sayar MK, Öztürk M, Acar B. Aşırı dozda ilaç alımıyla intihar girişiminde bulunan ergenlerde psikolojik etkenler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2000; 10: 133 -138.
101. Gould MS, King R, Greenwald S, Fisher P, Schwab-Stone M, Kramer R, Flisher AJ, Goodman S, Canino G, Shaffer D. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37:915-23.
102. Kovacs M, Goldston D, Gatsonis C. Suicidal behaviors and childhood onset depressive disorders: a longitudinal investigation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 8-20.
103. Harrington R. Depression, suicide and deliberate self-harm in adolescence. *Br Med Bull* 2001; 57: 47-60.
104. Herman J. *Trauma and Recovery*. New York, Basic Books, 1992: 98-105
105. Bryer JB, Nelson BA, Miller JB, Kroll PA. Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 1426-30. *Br Med Bull* 2001; 57: 47-60.
106. Van der Kolk C, Perry JC, Herman JL. Childhood origins of self destructive behavior. *Am J Psychiatry* 1991; 148:1665-1671.
107. Tutkun H, Sar V, Yargıç L, Özpulat T, Yanık M: Yatarak tedavi görmekte olan psikiyatri hastalarında ruhsal travma yaşantıları ile intihar, kendine

- fiziksel zarar verme davranışı ve dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişkinin incelenmesi. 31. Ulusal Psikiyatri Kongresi, İstanbul. Kongre Özet Kitabı,1995: 71-72.
108. Green AH. Self-mutilation in schizophrenic children. Arch Gen Psychiatry 1967; 52:947-959.
109. Green AH. Self-destructive behavior in battered children. Am J Psychiatry 1978; 135: 579-582.
110. Putnam FW. Dissociation in Children and Adolescents, 1.Baskı, Washington, Williams and Wilkins Press, 1996: 145-153.
111. Kovacs M. Rating scales to assess depression in school-aged children. Acta Paedopsychiatr 1981;46:305-15.
112. Öy B. Çocuklar için depresyon ölçeği: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 1991;2:132-6.
113. Spielberger CD, Gorsuchr LE, Lushene RE. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto Consulting Psychologist Press, 1970.
114. Özusta Ş. Çocuklar için durumluk-sürekli kaygı envanteri uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Türk Psikoloji Dergisi 1995;10:32-44.
115. Kupfer, D.J. Long-term treatment of depression. Journal of Clinical Psychiatry.1991; 52 (Suppl. 5), 28–34.
116. Giles DE, Jarrett RB, Biggs MM, et al. (1989) Clinical predictors of recurrence in depression. American Journal of Psychiatry,1989; 146, 764–67.
117. Akiskal, H.S. (1986) A developmental perspective on recurrent mood disorders: A review of studies in man. Psychopharmacology Bulletin, 1987; 22, 579–86.
118. Breton JJ, Bergeron L, Valla JP,J, et al. Quebec child mental health survey: prevalence of DSM-III-R mental health disorders. J Child Psychol Psychiatry 1999;40: 375–84.
119. Fleming JE, Offord DR. Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1990;29: 571–80.
120. Kashani JH, Beck NC, Hoepfer EW, Fallahi C, Concoran CM, McAllister JA, et al. Psychiatric disorders in a community sample of adolescents. Am J Psychiatry 1987;144:584–9.

121. Lewinsohn PM, Clarke GN, Seeley JR, Rhode P. Major depression in community adolescents: age at onset, episode duration and time to recurrence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33: 809–18.
122. Toros F, Bilgin NG, Bugdayci R, Sasmaz T, Kurt O, Camdeviren H. Prevalence of depression as measured by the CBDI in a predominantly adolescent school population in Turkey. *Eur Psychiatry*. 2004 Aug;19(5): 264-71.
123. Compas BE, Oppedisano G, Connor JK, Gerhardt CA, Hinden BR, Achenbach TM, et al. Gender differences in depressive symptoms in adolescence: comparison of national samples of clinically referred and nonreferred youths. *J Consult Clin Psychol* 1997;65: 617–26.
124. MacMillan HL, Boyle MH, Wong MY, Duku EK, Fleming JE, Walsh CA. Slapping and spanking in childhood and its association with lifetime prevalence of psychiatric disorders in a general population sample. *CMAJ* 1999;161:805–9.
125. Birmaher B, Brent D; AACAP Work Group on Quality Issues, Bernet W, Bukstein O, Walter H, et al. Medicus J. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(11):1503-26.
126. Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, Grant BF. Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(10):1097-106.
127. Hill JP, Lynch ME. The intensification of gender-related role expectations during early adolescence. In J. Brooks-Gunn & A. C. Peterson (Eds.), *Girls at puberty*. 1983; 201-228. New York: Plenum.
128. Nolen-Hoeksema S. Gender Differences in Depression. *Current Directions In Psychological Science* 2001;10(5);173-6
129. Compas BE. Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychol Bull*. 1987;101(3): 393-403.
130. Allgood-Merten B, Lewinsohn PM, Hops H Sex differences and adolescent depression. *J Abnorm Psychol*. 1990;99(1):55-77.
131. Sarigiani PA, Ryan L, Petersen AC. Prevention of high-risk behaviors in adolescent women. *J Adolesc Health*. 1999;25(2):109-19.

132. Nummer G, Seiffge-Krenke I. Can differences in stress perception and coping explain sex differences in depressive symptoms in adolescents?. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother.* 2001;29(2):89-97.
133. Cramer P. Defence mechanism in adolescence. *Develop Psychol*1979;15, 476-47.
134. Korkmaz S. Depresif bozukluğu olan ergen kızlarda adet döngüsünün duygudurum üzerine etkileri. Uzmanlık Tezi. İzmir 2002.
135. Leichsenring F, Leibling E, Kruse J, New AS, Leweke F. Borderline personality disorder. *Lancet.* 2011; 1;377(9759):74-84.
136. Tamar M. Borderline Kişilik Bozuklukları. Çetin FÇ, Coşkun A, İşeri E, Miral S, Motavallı N, Pehlivan Türk B, Türkbay T, Uslu R, Ünal F, editörler. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı.* 1. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2008. s.569-577.
137. Aras Ş, Ünlü G, Varol Taş F *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Hastalarda Belirtiler, Tanılar ve Tanıya Yönelik İncelemeler.* *Klinik Psikiyatri* 2007;10:28-37.
138. Wu P, Hoven CW, Cohen P, Liu X, Moore RE, Tiet Q, Okezie N, Wicks J, Bird HR. Factors associated with use of mental health services for depression by children and adolescents. *Psychiatr Serv.* 2001 Feb;52(2):189-95.
139. İşeri E, Soysal ŞA, Bodur Ş. Tepkisel Bağlanma Bozukluğu Çetin FÇ, Coşkun A, İşeri E, Miral S, Motavallı N, Pehlivan Türk B, Türkbay T, Uslu R, Ünal F, editörler. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı.* 1. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği: 2008;360-365
140. Gilman SE, Kawachi I, Fitzmaurice GM, Buka L. Socio-economic status, family disruption and residential stability in childhood: relation to onset, recurrence and remission of major depression. *Psychol Med.* 2003;33(8):1341-55.
141. Rolland JS. A journey with hope, fear and loss: Young couples and cancer, *The Shared Experience of Illness.* S McDaniel ve ark. (Ed), New York, NY, Basic Books.1997;139-150.
142. Rolland JS. *Families, Illness and Disability: An Integrative Treatment Model.* Ney York,1994. NY, Basic Books.

143. Tüzer V. Kronik Hastalıklar ve Yeti Yitiminde Sistemik Aile Yaklaşımı Klinik Psikiyatri. 2001;4:193-201.
144. Bijl RV, Cuijpers P, Smit F. Psychiatric disorders in adult children of parents with a history of psychopathology. Soc Psychiatric Epidemiol,2002; 37:7-12.
145. Skre I, Onstad S, Edvardsen J ve ark. A family study of anxiety disorders: familial transmission and relationship to mood disorder and psychoactive substance use disorder. Acta Psychiatr Scand, 1994; 90(5): 366-374.
146. Yıldız ÖÇ, Şişmanlar ŞG, Ağaoğlu B, Tural Ü, Önder E, Karakaya I. Anne-Babalarında Ruhsal Bozukluk Olan Çocukların Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi. Klinik Psikiyatri 2006;9:123-130.
147. Hammen C, Shih J, Altman T et al. Interpersonal impairment and the prediction of depressive symptoms in adolescent children of depressed and nondepressed mothers. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2003; 42(5):571-577.
148. Gilman SE, Kawachi I, Fitzmaurice GM, Buka SL. Family disruption in childhood and risk of adult depression. Am J Psychiatry. 2003 ;160(5):939-46.
149. Oakley-Browne MA, Joyce PR, Wells JE, Bushnell JA, Hornblow AR. Adverse parenting and other childhood experience as risk factors for depression in women aged 18–44 years. J Affective Disord 1995;34: 13–23.
150. McGuffin P, Katz R, Watkins S. et al. A hospital-based twin register of the heritability of DSM-IV unipolar depression. Archives of General Psychiatry.1996; 53, 129 – 136.
151. Kendler KS, Gatz M, Gardner CO et al. A Swedish national twin study of lifetime major depression. American Journal of Psychiatry.2006;163, 109 – 114.
152. Bierut LJ, Heath AC, Bucholz KK et al. Major depressive disorder in a community based twin sample: are there different genetic and environmental contributions for men and women? Archives of General Psychiatry.1999;56,557–563.

153. Agrawal A, Jacobson KC, Gardner CO et al. A population based twin study of sex differences in depressive symptoms. *Twin Research*.2004;7,176–181.
154. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Doctor patient relationship and interviewing techniques. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry,1994; 7. Baskı, HI Kaplan, BJ Sadock, JA Grebb ve ark. (Eds), Baltimore, Williams and Wilkins
155. Rush AJ Mood disorders: Treatment of depression. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7.Baskı, V Sadock (Eds), New York 2000, Lippincot and Wilkins.
156. Davidson JRT, Meltzer-Brody SE. The Underrecognition and undertreatment of depression: What is the breadth and depth of the problem? *J Clin Psychiatry*, 1999;60(Suppl 7): 4-9.
157. Rush AJ. Strategies and tactics in the management of maintenance treatment for depressed patients. *J Clin Psychiatry*, 1999;60(Suppl 14):21-26.
158. Özel Ervatan S, Özel A, Türkçapar H, Atasoy N.Depresif Hastalarda Tedaviye Uyum: Doğal İzlem Çalışması *Klinik Psikiyatri* 2003;6:5-11
159. Türkiye İstatistik Kurumu. İl, yaş grubu ve cinsiyete göre nüfusun illere dağılım tablosu. TÜİK2010 [www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr). Erişim Tarihi:02.03.2011
160. Klomek AB, Sourander A, Niemelä S et al. Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: a population-based birth cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009 Mar;48(3):254-61.
161. Kasen S, Cohen P, Skodol AE, Johnson JG, Smailes E, Brook JS. Childhood depression and adult personality disorder: alternative pathways of continuity. *Arch Gen Psychiatry*. 2001 ;58(3):231-6.
162. Akvardar Y. Borderline Kişilik Bozukluğu. Ed.: Güleç C, Köroğlu E Temel psikiyatri kitabı Hekimler Yayın Birliği, Birinci baskı, Ankara 2005:520-527
163. Akiskal HS, Hirschfeld RM, Yerevanian BI. The relationship of personality to affective disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 801-810
164. Türkiye İstatistik Kurumu. Hanehalkı Bütçe Araştırması Gelir Dağılımı. TÜİK2007 [www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr).Erişim tarihi:03.02.2011

165. Brown RT, Borden KA, Wynne ME, Spunt AL, Clingerman SR. Compliance with pharmacological and cognitive treatments for attention deficit disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1987 Jul;26(4): 521-6.
166. Kendler KS, Davis CG, Kessler RC. The familial aggregation of common psychiatric and substance use disorders in the National Comorbidity Survey: a family history study. *British Journal of Psychiatry* 1997;170:541–548.
167. Kessler RC, Davis CG, Kendler KS. Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine* 1997;27: 1101–1119.
168. Nordentoft M. Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. *Dan Med Bull*. 2007;54(4):306-69.
169. Katon W. Asthma, suicide risk, and psychiatric comorbidity. *Am J Psychiatry*. 2010;167(9):1020-2.
170. Angold A, Costello EJ, Erkanli A. Comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry* 1999;40: 57–87.
171. Essau CA. Comorbidity of depressive disorders among adolescents in community and clinical settings. *Psychiatry Res* 2008;158: 35–42.
172. Kovacs M, Obrosky DS, Sherrill J. Developmental changes in the phenomenology of depression in girls compared to boys from childhood onward. *J Affect Disord* 2003;74: 33–48
173. Fu-I L, Wang YP. Comparison of demographic and clinical characteristics between children and adolescents with major depressive disorder. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008 Jun;30(2):124-31
174. Rey MJ, Walter G, Soutullo AC. Oppositional Defiant and Conduct Disorder. In: Martin A, Volkmar FR (eds). *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry, A comprehensive Textbook*. 4th ed. Philadelphia, USA: Lippincott Williams&Wilkins, 2007:548-66.
175. Abalı O, Durukan SHU, Motavallı Mukaddes N, Polvan Ö. [The Assessment of Patients at the Child Psychiatry Outpatient Clinic] *Haseki Tıp Bülteni* 2006; 44(2): 1-7.



176. Aktepe E, Demirci K, Çalışkan MA, Sönmez Y Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Hastalarda Belirti ve Tanı Dağılımları Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2010;23:100-108.
177. Sabuncuoğlu O, Çevikaslan A, Berkem M. Marmara Depreminden Etkilenen İki Ayrı Bölgede Ergenlerde Depresyon, Kaygı ve Davranışı. Klinik Psikiyatri 2003;6:189-197.
178. Deniz ME, Yorgancı Z, Özyeşil Z. Öğrenme Güçlüğü Görülen Çocukların Sürekli Kaygı ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi Üzerine Bir Araştırma. İlköğretim Online, 8(3), 694-708, 2009. [Online]: <http://ilkogretim-online.org.tr>. Erişim tarihi:01.03.2011.
179. Yaşar MR. "Depresyonun Kadınlaşması", Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2007. C:17, S: 2: 251-281. <http://web.firat.edu.tr/sosyalbil/dergi>. Erişim tarihi 01.03.11
180. İlnem C, Çete T, Deniz H, Yener F. Şizofreni ve Majör Depresyonda Yaşam Olayları ile Bireyin Algıladığı Duygu Dışavurum Düzeyi. Düşünen Adam; 1998, 11 (4): 12-20.
181. Karabekiroğlu A, Topçuoğlu V, Gımsal Gönentür A, Karabekiroğlu K. İlk Epizod Major Depresyon ve Yineleyici Major Depresyon Grupları Arasında Yönetici İşlev Farklılıkları Türk Psikiyatri Dergisi 2010;21(4):280-88
182. Baki O, Erdogan A, Kantarci O, Akisik G, Kayaalp L, Yalcinkaya C. Anxiety and depression in children with epilepsy and their mothers. Epilepsy Behav. 2004;5(6):958-64.
183. Bahls SC. Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of a public school in Curitiba, Brazil. Rev Bras Psiquiatr. 2002;24:63– 7.
184. Hetrick S, Merry S, McKenzie J, Sindahl P, Proctor M. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for depressive disorders in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2007;18(3).
185. Akbaş S, Kesebir S, Böke Ö, Karabekiroğlu K, Sarisoy G, Pazvantoğlu O, Şahin AR. Hastaneye başvurusu özkıyım girişimiyle olan ve olmayan majör depresif bozukluklu ergenlerin ve annelerinin mizaç özellikleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2010; 11:9-17.
186. Fekete S, Voros V, Osvath P. Gender differences in suicide attempters in Hungary: retrospective epidemiological study. Croat Med J. 2005;46(2):288-93.

187. Links PS, Gould B, Ratnayake R. Assessing suicidal youth with antisocial, borderline, or narcissistic personality disorder. *Can J Psychiatry*. 2003 ;48(5):301-10.
188. Vitiello B, Silva SG, Rohde P, Kratochvil CJ, Kennard BD, Reinecke MA, Mayes TL, Posner K, May DE, March JS. Suicidal events in the Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS). *J Clin Psychiatry*. 2009 ;70(5):741-7.
189. Milfont TL, Merry S, Robinson E, Denny S, Crengle S, Ameratunga S. Evaluating the short form of the Reynolds Adolescent Depression Scale in New Zealand adolescents. *Aust N Z J Psychiatry*. 2008;42(11):950-4.
190. Güney S. Çocukların Deprese/Mutsuzluk/Üzüntü Duygularıyla Başaçıkma Yollarının Depresyon Düzeyleriyle İlişkisi *Kriz Dergisi* 1993; 1(3): 150-7
191. Fidan T, Esin IS, Ceyhun HA, Gürsoy S. Ebeveyn Yaşı ve Çocuklarda Görülen Psikiyatrik Bozukluklar Arasındaki İlişki *Güncel Psikiyatri ve Psikonörofarmakoloji* 2011;1(1):5-8.
192. Ge X, Natsuaki MN, Conger RD. Trajectories of depressive symptoms and stressful life events among male and female adolescents in divorced and nondivorced families. *Dev Psychopathol*. 2006;18(1):253-73.

## SİMGE ve KISALTMALAR DİZİNİ

<b>ÇİDÖ</b>	: Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği
<b>ÇİSKÖ</b>	: Çocuklar İçin Sürekli Kaygı Ölçeği
<b>DEHB</b>	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
<b>DSM-IV-TR</b>	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition-Text Revision (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-Dördüncü baskı-gözden geçirilmiş tam metin)
<b>ICD-10</b>	: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10 (Hastalıkların ve İlgili Sağlık Sorunlarının Uluslararası Sınıflandırması-10. Baskı)
<b>SED</b>	: Sosyo-Ekonomik Düzeyi
<b>MDB</b>	: Major Depresif Bozukluk
<b>MR</b>	: Mental Retardasyon
<b>WASH-U-KSADS</b>	:Washington Üniversitesi Çocuk ve Gençler için Duygulanım bozuklukları ve Şizofreni ölçeği

i

## ŞEKİLLER DİZİNİ

<b>Şekiller</b>	<b>Sayfa No</b>
<b>Şekil 1</b> (Kız erkek dağılımları)	<b>33</b>
<b>Şekil 2</b> (Çocuk yaş ve cinsiyet dağılım bar grafiği)	<b>34</b>
<b>Şekil 3</b> (Eş tanısı olanlar ile olmayanların cinsiyetlere göre dağılımı)	<b>50</b>
<b>Şekil 4</b> (İntihar girişiminin cinsiyete göre dağılımları)	<b>53</b>
<b>Şekil 5</b> (İntihar girişiminin yaşlara göre dağılımı)	<b>54</b>

## TABLolar DİZİNİ

Tablolar		Sayfa No
<b>Tablo 1</b>	(Yaş ve cinsiyete göre Dağılımı)	<b>33</b>
<b>Tablo 2</b>	(Kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu ile cinsiyet ilişkisi)	<b>35</b>
<b>Tablo 3</b>	(Kardeşi olmayanlar, tek kardeşi olanlar ve çok kardeşi olanların dağılımı)	<b>35</b>
<b>Tablo 4</b>	(Aile içinde kardeşleri arasındaki sıranın dağılımı)	<b>36</b>
<b>Tablo 5</b>	(Çocuğun eğitim süresi ve cinsiyet ilişkisi)	<b>37</b>
<b>Tablo 6</b>	(Annenin eğitim süresi ve cinsiyet ilişkisi)	<b>38</b>
<b>Tablo 7</b>	(Annenin işinin olup olmaması ile cinsiyet ilişkisi)	<b>38</b>
<b>Tablo 8</b>	(Annenin yaşı ile cinsiyet ilişkisi)	<b>39</b>
<b>Tablo 9</b>	(Annenin kronik hastalığı ve cinsiyet ilişkisi)	<b>39</b>
<b>Tablo 10</b>	(Annenin ruhsal bozukluğunun olup olmaması ile cinsiyet ilişkisi)	<b>40</b>
<b>Tablo 11</b>	(Ruhsal psikiyatrik bozukluğu olanlarda bunun türü ve cinsiyet ile ilişkisi)	<b>40</b>
<b>Tablo 12</b>	(Baba eğitim süresi ile cinsiyet ilişkisi)	<b>41</b>
<b>Tablo 13</b>	(Babanın işinin olup olmaması ile cinsiyet ilişkisi)	<b>41</b>
<b>Tablo 14</b>	(Babanın yaşı ile cinsiyet ilişkisi)	<b>42</b>
<b>Tablo 15</b>	(Babanın kronik hastalığının olup olmaması ile cinsiyet ilişkisi)	<b>42</b>
<b>Tablo 16</b>	(Babanın ruhsal bozukluğu olup olmaması ile cinsiyet ilişkisi ve babadaki ruhsal bozukluğun türleri)	<b>43</b>
<b>Tablo 17</b>	(Aile durumu ve cinsiyet ilişkisi)	<b>44</b>
<b>Tablo 18</b>	(Soygeçmişte ruhsal bozukluk öyküsünün olup olmadığı ile cinsiyet ilişkisi)	<b>44</b>
<b>Tablo 19</b>	(Anne ile baba arasında akrabalık olup olmaması ile cinsiyet ilişkisi)	<b>44</b>
<b>Tablo 20</b>	(Aile yapısı ile cinsiyet ilişkisi)	<b>45</b>
<b>Tablo 21</b>	(Tedavi sürelerinin ne kadar olduğu ve cinsiyet ilişkisi)	<b>45</b>
<b>Tablo 22</b>	(Takibe gelen ve gelmeyen olguların cinsiyetlerinin karşılaştırılması)	<b>46</b>

<b>Tablo 23</b>	(Takibin bitmesinin nedenleri ve cinsiyete göre dağılımları)	<b>47</b>
<b>Tablo 24</b>	(Çocukların organik hastalığının cinsiyete göre dağılımı)	<b>48</b>
<b>Tablo 25</b>	(Çocuğun geçirmiş olduğu veya halen mevcut ) bulunan kronik hastalığının cinsiyetlere dağılımı)	<b>48</b>
<b>Tablo 26</b>	(Eş tanısı olanlar ile olmayanların cinsiyetlere göre dağılımı)	<b>49</b>
<b>Tablo 27</b>	(Bir adet eş tanısı olanlarda, eş tanılarının cinsiyetlere göre dağılımı)	<b>50</b>
<b>Tablo 28</b>	(Risk etmenlerinin olup olmasının cinsiyetlere göre dağılımı)	<b>51</b>
<b>Tablo 29</b>	(Risk etmenlerinin neler olduğunun cinsiyetlere göre dağılımı)	<b>52</b>
<b>Tablo 30</b>	(ÇİDÖ puanının erkek ve kızlardaki ortalama sonuçları sonuçları)	<b>52</b>
<b>Tablo 31</b>	(ÇİSKÖ Puanlarının erkek ve kızlardaki ortalama sonuçları)	<b>53</b>
<b>Tablo 32</b>	(İntihar girişiminin cinsiyetlere göre dağılımı)	<b>53</b>
<b>Tablo 33</b>	(İntihar sayısı ile cinsiyete göre dağılımları)	<b>54</b>
<b>Tablo 34</b>	(Korelasyon analizlerine göre çocukların yaşları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması)	<b>54</b>
<b>Tablo 35</b>	(Korelasyon analizlerine göre çocukların annelerinin yaşları ile ölçek puanlarının cinsiyetlere göre karşılaştırılması)	<b>56</b>
<b>Tablo 36</b>	(Korelasyon analizlerine göre çocukların anneleri ile babalarının yaşları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması)	<b>56</b>
<b>Tablo 37</b>	(Ölçek puanlarının ortalamaları çocuğun yaşadığı aile durumunun karşılaştırılması)	<b>57</b>
<b>Tablo 38</b>	(Ölçek puanlarının ortalamalarının, aile durumu ve çocuğun cinsiyetine göre değişimleri)	<b>57</b>
<b>Tablo 39</b>	(ÇİDÖ ve ÇİSKÖ puanlarının çocuğun organik bir hastalığının olup olmamasına göre değişimi)	<b>58</b>
<b>Tablo 40</b>	(Eş tanı olup olmamasına göre	

	ÇİDÖ ve ÇİSKÖ puanları)	58
<b>Tablo 41</b>	(Risk etmeni olup olmamasına göre ÇİDÖ ve ÇİSKÖ puanları	59
<b>Tablo 42</b>	ÇİDÖ puanı 19'un üstünde ve altında olanların dağılımı)	59
<b>Tablo 43</b>	(ÇİDÖ puanı 19'un üstünde ve altında olanların cinsiyetlere göre dağılımı)	60
<b>Tablo 44</b>	(İntihar girişiminin olup olmamasına göre ÇİDÖ ve ÇİSKÖ puanları)	60

## EK-1: BİLGİ FORMU

**Hastanın adı soyadı(başharfleri):**

**Annede kronik fiziksel hastalık:**

1. Var 2. Yok

**Dosya numarası:**

**Annede ruhsal hastalık:**

**Başvuru Tarihi(yıl olarak):**

1. Var 2. Yok

**Başvuru Şekli:**

1-kendileri

2-eğitim kuruluşu

3-psikiyatrist

4-özel dr

5-Adli makam

6-Konsultasyon

**Anne ruhsal hastalık ne:**

1. Depresyon

2. Psikoz

3. Bağımlılık

4. Zeka geriliği

5. Kişilik bozukluğu

6.Bipolar bozukluk

7.Nöroz

8. Diğer:

**Yaş:**

**Cinsiyet:**

1. Kız 2. Erkek

**Baba yaşı:**

**Baba eğitim durumu(yıl olarak):**

**Kardeş sayısı:**

**Baba iş:**

**Kaçıncı çocuk:**

1. İşsiz 2. Çalışıyor

**Eğitimi(yıl olarak):**

**Baba yaş:**

**Anne yaşı:**

**Babada kronik fiziksel hastalık:**

1. Var 2. Yok

**Anne eğitim durumu(yıl olarak):**

**Babada ruhsal hastalık:**

**Anne iş:**

1. Var 2. Yok

1. Ev hanımı 2. Çalışıyor

**Baba ruhsal hastalık ne :**



1. Depresyon
2. Psikoz
3. Bağımlılık
4. Zeka geriliği
5. Kişilik bozukluğu
6. Bipolar bozukluk
7. Nöroz
8. Diğer:

**Aile durumu:**

1. Anne-baba birlikte
2. Boşanmış
3. Parçalanmış

**Anne-baba arasında akrabalık:**

1. Var
2. Yok

**Ailede ruhsal bozukluk:**

1. var
2. yok

**Aile yapısı:**

1. Çekirdek aile
2. Geniş aile
3. Tek ebeveyn ile
5. Üvey anne/baba ile
6. Evlat edinilmiş
7. Kurumda
8. Diğer:

**Tedavinin süresi ay olarak:**

**Takip:**

1. var
2. yok

**Bitim nedeni:**

0. takip devam ediyor
1. çocuk psikiyatrisi tarafında sonlandırmış
2. bilinmiyor
3. 18 yaşını doldurması nedeniyle bitmiş

**Çocuğun kronik bir hastalığı:**

1. var
2. yok

**Çocuğun kronik fiziksel hastalığı ne:**

**Eştanı:**

1. var
2. yok

**Eştanılar neler:**

**Risk etmenleri:**

1. var
2. yok

**Risk etmenleri neler:**

**ÇİDÖ puanı:**

**ÇİSKÖ puanı:**

**İntihar girişimi:**

1. var
2. yok

**İntihar sayısı:**

## EK-2: ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ (ÇİDÖ)

- A) 0 ( )Kendimi arada sırada üzgün hissederim  
1 ( )Kendimi sık sık üzgün hissederim  
2 ( )Kendimi her zaman üzgün hissederim
- B) 2 ( )İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek  
1 ( )İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim  
0 ( )İşlerim yolunda gidecek
- C) 0 ( )İşlerimin çoğunu doğru yaparım  
1 ( )İşlerimin çoğunu yanlış yaparım  
2 ( )Herşeyi yanlış yaparım
- D) 0 ( )Birçok şeyden hoşlanırım  
1 ( )Bazı şeylerden hoşlanırım  
2 ( )Hiçbir şeyden hoşlanmam
- E) 2 ( )Her zaman kötü bir çocuğum  
1 ( )Çoğu zaman kötü bir çocuğum  
0 ( )Arada sırada kötü bir çocuğum
- F) 0 ( )Arada sırada başıma kötü birşeylerin geleceğini düşünürüm  
1 ( )Sık sık başıma kötü şeylerin geleceğinden endişelenirim  
2 ( )Başıma çok kötü şeyler geleceğinden eminim
- G) 2 ( )Kendimden nefret ederim  
1 ( )Kendimi beğenmem  
0 ( )Kendimi beğenirim
- H) 2 ( )Bütün kötü şeyler benim hatam  
1 ( )Kötü şeylerin bazıları benim hatam  
0 ( )Kötü şeyler genellikle benim hatam değil
- I) 0 ( )Kendimi öldürmeyi düşünmem  
1 ( )Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapmam  
2 ( )Kendimi öldürmeyi düşünüyorum
- İ) 2 ( )Hergün içimden ağlamak gelir  
1 ( )Birçok günler içimden ağlamak gelir  
0 ( )Arada sırada içimden ağlamak gelir
- J) 2 ( )Herşey hergün beni sıkır  
1 ( )Herşey sık sık beni sıkır  
0 ( )Herşey arada sırada beni sıkır
- K) 0 ( )İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım  
1 ( )Çoğu zaman insanlarla beraber olmaktan hoşlanmam  
2 ( )Hiçbir zaman insanlarla beraber olmaktan hoşlanmam
- L) 2 ( )Herhangi bir şey hakkında karar veremem  
1 ( )Herhangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir  
0 ( )Herhangi bir şey hakkında kolayca karar veririm.

## EK-2: ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ (ÇİDÖ)

### PUAN

- M) 0 ( ) Güzel/yakışıklı sayılırım  
1 ( ) Güzel/yakışıklı olmayan yanlarım var  
2 ( ) Çirkinim
- N) 2 ( ) Okul ödevimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım  
1 ( ) Okul ödevimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım  
0 ( ) Okul ödevimi yapmak sorun değil
- O) 2 ( ) Her gece uyumakta güçlük çekerim  
1 ( ) Bir çok gece uyumakta zorluk çekerim  
0 ( ) Oldukça iyi uyurum
- Ö) 0 ( ) Arada sırada kendimi yorgun hissederim  
1 ( ) Birçok gün kendimi yorgun hissederim  
2 ( ) Herzaman kendimi yorgun hissederim
- P) 2 ( ) Hemen hergün canım yemek yemek istemez  
1 ( ) Çoğu gün canım yemek yemek istemez  
0 ( ) İştahım oldukça iyi
- R) 0 ( ) Ağrı ve sızılardan endişe etmem  
1 ( ) Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim  
2 ( ) Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim
- S) 0 ( ) Kendimi yalnız hissetmem  
1 ( ) Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim  
2 ( ) Her zaman kendimi yalnız hissederim
- Ş) 2 ( ) Okuldan hiç hoşlanmam  
1 ( ) Arada sırada okuldan hoşlanmam  
0 ( ) Çoğu zaman okuldan hoşlanmam
- T) 0 ( ) Birçok arkadaşım var  
1 ( ) Birçok arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterdim  
2 ( ) Hiç arkadaşım yok .
- U) 0 ( ) Okul başarımlarım iyi  
1 ( ) Okul başarımlarım eskisi gibi iyi değil  
2 ( ) Eskiden iyi olduğum derslerde çok başarısızım
- V) 2 ( ) Kimse beni sevmez  
1 ( ) Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim  
0 ( ) Beni seven insanların olduğundan eminim
- Y) 0 ( ) Bana söyleneni genellikle yaparım  
1 ( ) Bana söyleneni çoğu zaman yaparım  
2 ( ) Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam
- Z) 0 ( ) İnsanlarla iyi geçinirim  
1 ( ) İnsanlarla sık sık kavga ederim  
2 ( ) İnsanlarla her zaman kavga ederim

### EK-3: ÇOCUKLAR İÇİN SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ (ÇİSKÖ)

- 1-Yanlış yapacağım diye endişelenirim ( )hemen hemen hiç ( )bazen ( )sık sık
- 2- Ağlayacak gibi olurum ( )hemen hemen hiç ( )bazen ( )sık sık
- 3- Kendimi mutsuz hissederim ( )hemen hemen hiç ( )bazen ( )sık sık
- 4- Karar vermede güçlük çekerim ( )hemen hemen hiç ( )bazen ( )sık sık
- 5- Sorunlarım la yüzyüze gelmek bana zor gelir ( )hemen hemen hiç ( )bazen ( )sık sık
- 6-Çok fazla endişelenirim ( )hemen hemen hiç ( )bazen ( )sık sık
- 7-Evde sınırlarım bozulur ( )hemen hemen hiç ( )bazen ( )sık sık
- 8-Utangacım ( )hemen hemen hiç ( )bazen ( )sık sık
- 9-Sıkıntılıyım ( )hemen hemen hiç ( )bazen ( )sık sık
- 10-Aklımdan engelleyemediğim önemsiz düşünceler geçer ve beni rahatsız eder ( )hemen hemen hiç ( )bazen ( )sık sık
- 11-Okul beni endişelendirir ( )hemen hemen hiç ( )bazen ( )sık sık
- 12-Ne yapacağıma karar vermekte güçlük çekerim ( )hemen hemen hiç ( )bazen ( )sık sık
- 13-Kalbimin hızlı hızlı çarptığını fark ederim ( )hemen hemen hiç ( )bazen ( )sık sık
- 14-Nedenini bilmediğim koruklarım var ( )hemen hemen hiç ( )bazen ( )sık sık
- 15-Annem-babam için endişelenirim ( )hemen hemen hiç ( )bazen ( )sık sık
- 16-Ellerim terler ( )hemen hemen hiç ( )bazen ( )sık sık
- 17-Kötü birşeyler olacak diye endişelenirim ( )hemen hemen hiç ( )bazen ( )sık sık
- 18-Geceleri uykuya dalmakta güçlük çekerim ( )hemen hemen hiç ( )bazen ( )sık sık
- 19-Karnımda bir rahatsızlık hissederim ( )hemen hemen hiç ( )bazen ( )sık sık
- 20-Başkalarının benim hakkımda ne düşündükleri beni rahatsız eder. ( )hemen hemen hiç ( )bazen ( )sık sık