

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ



ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE ÇOCUK VE ERGENLERDE MAJOR
DEPRESİF BOZUKLUK ARASINDAKİ İLİŞKİDE ERKEN DÖNEM UYUMSUZ
ŞEMALARIN ARACI ROLÜ

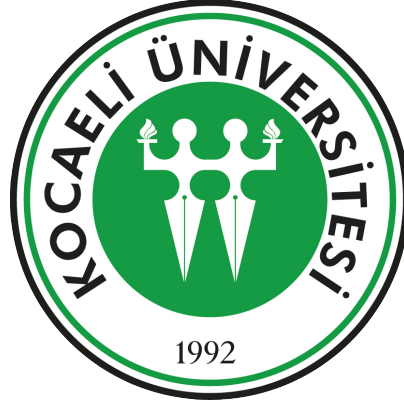
ARŞ. GÖR. DR. EMRAH TATIR

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

2019

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ



ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE ÇOCUK VE ERGENLERDE MAJOR
DEPRESİF BOZUKLUK ARASINDAKİ İLİŞKİDE ERKEN DÖNEM UYUMSUZ
ŞEMALARIN ARACI ROLÜ

ARŞ. GÖR. DR. EMRAH TATIR

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DOÇ. DR. ŞAHİKA GÜLEN ŞİŞMANLAR

ETİK KURUL KARAR NO: KÜ GOKAEK-2019/02.26

2019

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	I
TEŞEKKÜR	IV
KISALTMALAR DİZİNİ	V
TABLolar DİZİNİ	VII
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Major Depresif Bozukluk	3
2.1.1. Tanım ve Tarihçe	3
2.1.2. Epidemiyoloji	6
2.1.3. Etiyoloji	7
2.1.3.1. Biyolojik Etkenler	7
2.1.3.1.1. Genetik Etkenler	7
2.1.3.1.2. Nörokimyasal Etkenler	8
2.1.3.1.3. Nöroanatomik Etkenler	11
2.1.3.1.4. Nöroendokrin Etkenler	11
2.1.3.1.5. Nörotrofik Etkenler	12
2.1.3.2. Psikososyal Etkenler	13
2.1.3.3. Psikodinamik Görüşler	14
2.1.3.4. Bilişsel Görüşler	14
2.1.3.5. Davranışçı Görüşler	15
2.1.4. Klinik Özellikler	15
2.1.4.1. Bebeklik Döneminde Klinik Özellikler	16
2.1.4.2. Okul Öncesi Dönemde Klinik Özellikler	16
2.1.4.3. Çocukluk Döneminde Klinik Özellikler	17
2.1.4.4. Ergenlik Döneminde Klinik Özellikler	17
2.1.5. Tanı	18
2.1.6. Ayırıcı Tanı	20
2.1.7. Eş Tanı	20
2.1.8. Tedavi	21
2.1.9. Gidiş	22
2.2. Çocukluk Çağı Travmaları	23

2.2.1. Çocuk İhmal ve İstismarı.....	23
2.2.1.1. Fiziksel İhmal.....	24
2.1.1.2. Duygusal İhmal.....	24
2.1.1.4. Duygusal İstismar.....	25
2.2.1.4. Fiziksel İstismar.....	25
2.1.2.5. Cinsel İstismar.....	25
2.2.2. Çocukluk Çağı Travmalarının Ruhsal Etkileri.....	26
2.2.3. Çocukluk Çağı Travmalarının Major Depresif Bozukluk İle İlişkisi.....	26
2.3. Erken Dönem Uyumsuz Şemalar.....	27
2.3.1. Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Çocukluk Çağı Travmaları İle İlişkisi.....	29
2.3.2. Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Major Depresif Bozukluk İle İlişkisi.....	30
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	31
3.1. Katılımcıların Seçimi.....	31
3.2. Yöntem.....	31
3.3. Gereçler.....	32
3.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu (Ek 9.1).....	32
3.3.2. Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) (Ek 9.2).....	32
3.3.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) (Ek 9.3).....	32
3.3.4. Çocuk ve Ergenler için Erken Dönem Uyumsuz Şema Ölçekler Takımı (ÇEŞÖT) (Ek 9.4).....	33
3.3.5. Çocuklar için Global Değerlendirme Ölçeği (ÇGDÖ) (Ek 9.5).....	35
3.3.6. Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGIÖ) (Ek 9.6).....	35
3.3.7. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli - DSM-5 - Kasım 2016 - Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T).....	36
3.4. İstatistiksel Analiz.....	36
4. BULGULAR.....	38
4.1. Katılımcıların Bireysel Özellikleri.....	38
4.2. Katılımcıların Ailesel Özellikleri.....	39
4.3. Katılımcılara Uygulanan Ölçeklerin Sonuçları.....	41
4.4. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Alt Gruplarına İlişkin Değerlendirmeleri.....	43
4.6. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Alt Gruplarına Göre Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Karşılaştırılması.....	45
4.7. Travma Öyküsüne Göre Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Karşılaştırılması.....	51

4.8. İntihar Girişimi Öyküsüne Göre Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Karşılaştırılması	52
4.9. Annede Ruhsal Hastalık Öyküsüne Göre Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Karşılaştırılması	53
4.10. Babada Ruhsal Hastalık Öyküsüne Göre Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Karşılaştırılması	54
4.11. Şemaların Çocuklar için Depresyon Ölçeği ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Alt Ölçek Puanlarıyla Korelasyonu.....	55
5. TARTIŞMA	58
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	70
7. ÖZET	72
8. ABSTRACT	74
9. EKLER.....	76
9.1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	76
9.2. Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ).....	77
9.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ).....	81
9.4. Çocuk ve Ergenler için Erken Dönem Uyumsuz Şema Ölçekler Takımı (ÇEŞÖT) 83	
9.5. Çocuklar için Global Değerlendirme Ölçeği (ÇGDÖ)	86
9.6. Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGİÖ).....	88
10. KAYNAKLAR.....	89

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde kendisinden ve öğrencilerinden çok şey öğrendiğim, bu konuda kendimi oldukça şanslı hissettiğim, ayrıca tez sürecimde bana yardımcı olan değerli hocam Prof. Dr. Ayşen Coşkun'a,

Tezimin danışmanlığını üstlenen, çalışmam boyunca bana sabırla yardım eden ve uzmanlık eğitimim boyunca büyük bir içtenlikle bana yol gösterip destek olan, Doç. Dr. Şahika Gülen Şişmanlar'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca büyük bir içtenlikle bana yol gösterip destek olan, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, güler yüz ve içtenlikleriyle bana her konuda destek olan hocalarım, Prof. Dr. Özlem Yıldız Gündoğdu'ya, Prof. Dr. Nursu Çakın Memik'e,

Uzmanlık eğitimim boyunca birlikte çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma ve diğer çalışanlara,

Tez çalışmam esnasında büyük yardımları olan, değerli arkadaşım Dr. Necmettin Demir'e,

Sevgilerini ve özverilerini hiç esirgemeyen, sahip olduğum için kendimi şanslı hissettiğim, sevgili annem ve babama,

Ve özellikle tez yazım aşamamda desteğini hiç esirgemeyen, hayatın her alanında özverisini hissettiğim çok değerli eşim Kübra Tatır'a ve tez yazım sürecinde bana sonsuz neşe veren canım oğlum Selman'a en içten teşekkürlerimi ve minnettarlığımı sunarım.

KISALTMALAR DİZİNİ

MDB: Major Depresif Bozukluk

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu

OSB: Otizm Spektrum Bozukluğu

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

KZVD: Kendine Zarar Verme Davranışı

EDUŞ: Erken Dönem Uyumsuz Şemalar

ÇEŞÖT: Çocuk ve Ergenler için Erken Dönem Uyumsuz Şema Ölçekler Takımı

ÇDÖ: Çocuklar için Depresyon Ölçeği

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

ÇGDÖ: Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği

KGİÖ: Klinik Global İzlenim Ölçeği

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ICD: International Statistical Classification of Diseases

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

SPECT: Single Photon Emission Computed Tomography

BOS: Beyin Omurilik Sıvısı

5-HTT: 5-Hidroksitriptamin (Serotonin) Taşıyıcı

MAO-A: Mono Amin Oksidaz - A

NMDA: N-Metil D-Aspartat

BDNF: Brain Derived Neurotrophic Factor

CRH: Corticotropin Releasing Hormone

ACTH: Adrenocorticotropic Hormone

DST: Deksametazon Süpresyon Testi

TRH: Thyrotropin Releasing Hormone

TSH: Thyroid Stimulating Hormone

T4: Tiroksin

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

KAT: Kişiler Arası Terapi

ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T: Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni
Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli - DSM - 5 - Kasım 2016 - Türkçe
Uyarlaması

TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.1. Temel Gereksinimler - Şema Alanları - Erken Dönem Uyumsuz Şemalar	29
Tablo 4.1. Katılımcıların Bireysel Özellikleri	38
Tablo 4.2. Katılımcıların Ailesel Özellikleri.....	40
Tablo 4.3. Katılımcılara Uygulanan Ölçeklerin Puan Ortalamaları	42
Tablo 4.4. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Alt Gruplarına Göre Dağılımları.....	43
Tablo 4.5. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Birbirleriyle Korelasyonu.....	44
Tablo 4.6. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Fiziksel İhmal Alt Ölçeğine Göre Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Karşılaştırılması	45
Tablo 4.7. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Fiziksel İstismar Alt Ölçeğine Göre Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Karşılaştırılması	46
Tablo 4.8. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Duygusal İhmal Alt Ölçeğine Göre Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Karşılaştırılması	47
Tablo 4.9. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Duygusal İstismar Alt Ölçeğine Göre Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Karşılaştırılması	48
Tablo 4.10. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Cinsel İstismar Alt Ölçeğine Göre Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Karşılaştırılması	49
Tablo 4.11. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Puanına Göre Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Karşılaştırılması	50
Tablo 4.12. Travma Öyküsüne Göre Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Karşılaştırılması.....	51
Tablo 4.13. İntihar Girişimi Öyküsüne Göre Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Karşılaştırılması.....	52
Tablo 4.14. Annede Ruhsal Hastalık Öyküsüne Göre Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Karşılaştırılması.....	53
Tablo 4.16. Şemaların Çocuklar için Depresyon Ölçeği ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Alt Ölçek Puanlarıyla Korelasyonu	56

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Major Depresif Bozukluk (MDB); mutsuzluk, ilgi kaybı, günlük aktivitelerden keyif alamama, karamsarlık, huzursuzluk, enerjisizlik, konsantrasyon güçlüğü, iştah veya uyku bozuklukları, olumsuz kendilik algısıyla karakterize epizodik bir ruhsal bozukluktur^[1]. MDB'deki belirti ve bulgular; çocuk veya ergenin yaşına, cinsiyetine, eğitimine ve kültürel özelliklerine göre farklılıklar gösterebilir. Çalışmaların çoğunda çocuk ve ergenlerde MDB yaygınlığının son yıllarda arttığı belirtilerek, biyopsikososyal risk faktörlerinin saptanması ile MDB yaygınlığındaki bu artışın önlenilebileceği vurgulanmaktadır^[2]. Çocuk ve ergenlerde, MDB'nin erken saptanması ve etkin bir şekilde tedavi edilmesi ile depresyonun aile içinde, sosyal ve akademik ortamlardaki olumsuz etkilerini, intihar oranlarını, madde bağımlılığını ve dirençli depresyon sıklığını azaltacağı düşünülmektedir^[3].

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) çocukluk çağı travmalarını; "Bir yetişkin tarafından istemli veya istemsiz olarak yapılan ve çocuğun sağlığını fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan olumsuz yönde etkileyen davranışlar" olarak tanımlanmaktadır^[4]. Literatürde çocukluk çağında ihmal ve istismara maruz kalan kişilerin, ihmal ve istismara maruz kalmamış kişilere oranla yetişkinlik döneminde daha fazla ruhsal sorun yaşadıkları belirtilmiştir^[5]. Yapılan araştırmalarda, çocukluk çağında yaşanan ihmal ve istismar deneyimlerinin ilerleyen yaşlarda, depresyon, kendine zarar verme davranışı, ergenlikte şiddete başvurma, yeme bozuklukları gibi çeşitli ruhsal sorunlarla ilişkili olduğu saptanmıştır^[6].

Psikiyatri literatüründe şema tanımını ilk kez kullanan Aaron T. Beck olsa da bir kuram olarak şema terapiyi ortaya atan Jeffrey Young'dır^[7, 8]. Şema terapiye göre, şemalar en genel anlamı ile çevremizde olup biteni yorumlayıp, uyum sağlayarak, yaşamın gereklerini yerine getirebilmek için kullandığımız zihinsel yapılarıdır^[8]. Kişilerin psikolojik olarak sağlıklı olabilmeleri için çocukluk çağında bazı temel gereksinimlerinin karşılanması gerekir. Çocukluk çağındaki olumsuz yaşantılar ve temel gereksinimlerin (bağlanma, oyun ihtiyacı gibi) karşılanmaması erken dönem uyumsuz

şemaların gelişmesine yol açar. Erken dönem uyumsuz şemalar; kişilerin gelişiminin başlangıcında başlayan ve hayat boyu tekrarlayan, anı, duygu, biliş ve bedensel duyulardan oluşan, genellikle işlevsiz yaygın tema ve örüntülerdir^[9].

Son dönemde erken dönem uyumsuz şemalar ve psikopatoloji üzerine yapılan çalışmalar hızla artmakla birlikte çocuk ve ergenlerde depresyon ile ilişkili erken dönem uyumsuz şemalar hakkında pek az şey bilinmektedir. Bu çalışmada çocukluk çağı travmaları ile depresif bozukluk arasındaki ilişki, erken dönem uyumsuz şemalar bağlamında ele alınacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Major Depresif Bozukluk

2.1.1. Tanım ve Tarihçe

“Depresyon” kelimesinin kökeni olan “depress” sözcüğü, “aşağı bastırmak, çöktürmek, sıkıştırmak” anlamlarına gelen Latince “depressus” kelimesinden gelmektedir^[10]. Psikiyatrik açıdan depresyon; çökkün duygudurum, keyif alamama, mutsuzluk, ilgi kaybı, umutsuzluk, karamsarlık, özgüven azlığı, değersizlik ve suçluluk düşünceleri, dikkat ve karar vermede zorluk, uyku problemleri, iştah problemleri, yineleyici ölüm düşünceleri ile karakterize bir ruhsal bozukluktur^[11].

Depresyon, eski çağlardan beri bilinmektedir. Milattan önce 4. yüzyılda antik Yunan hekimi Hipokrat depresyon için melankoli (melan=siyah, cholé=safra) kelimesini kullanarak, melankolinin aşırı miktarda barsak ve dalakta biriken kara safra ile oluştuğundan ve toksik olan bu maddenin beyni etkilediğinden bahsetmiştir. Melankolinin uzun süre stres yaratan durumlarda ortaya çıktığını söylemiştir^[12].

16. yüzyılda Robert Burton’un yazdığı “Melankolinin Anatomisi” duygulanım bozuklukları hakkındaki ilk İngilizce eser olarak kabul edilir. Burton melankolinin patogenezi; aşırı hırs, dini etkenler, beslenme özellikleri ve beyin bozuklukları gibi kavramlarla açıklarken, depresyonu; hüznün, korku ve kaygı ana temalarıyla bugünkü depresyon semptomatolojisine çok yakın şekilde tanımlamış fakat suçluluk düşüncelerinden çok az bahsetmiştir^[13].

18. yüzyılda; Henry Maudsley ilk kez “duygulanım bozukluğu” terimini kullanmıştır. Samuel Johnson melankoliden bahsederken “ruhsal çöküntü” tanımını kullansa da, Delasiauve psikiyatride melankoli yerine “depresyon” sözcüğünü ilk kez kullananlardan biridir. Delasiauve (1860), William Gull (1868) ve Savage (1898) ile birlikte; ruhsal düşkünlük, cesaret ve inisiyatif eksikliği, karamsar düşüncelere yatkınlık, heyecanlanamama, davranışlarda azalma anlamında “mental depresyon” kelimesi melankoli yerine kullanılmaya başlanmıştır^[12, 13].

19. yüzyılda; psikiyatrik hastalıklar klinik ve anatomik bakış açısıyla açıklanmaya çalışılmıştır. Biyolojik psikiyatrinin babası olarak kabul edilen Wilhelm Griesinger, psikiyatrik hastalıkların temelde tek bir hastalık formu olduğunu, belirtilerin zaman içinde değişebileceğini belirtmiş ve hipokondri, melankoli, apati, yıkıcı davranışlarla giden depresyon, öfke, çılgınlık, psişik zayıflık, kısmi çılgınlık ve demanstan bahsetmiştir^[12, 13].

Jean-Pierre Falret, depresyondaki hastaların takiplerinde, hastaların zamanla taşkınlıkta bulduklarını ve bir müddet sonra yeniden depresif dönemin meydana gelebileceğini fark etmiş; bunu da dalgalanan delilik manasına gelen “folie circulaire” terimiyle ifade etmiştir^[14].

Emil Kraepelin, depresyonun temel belirti ve bulgularını; düşünce inhibisyonu, çökkün duygudurum ve irade zayıflığı olarak tanımlamıştır. 20. yüzyıla kadar depresyon terimi bazen melankoli ile eş anlamlı bazen de melankolinin bir semptomu olarak kullanılmaya başlanırken, Kraepelin depresyonu bir semptom olarak değil depresif durumlar içinde bir kategori olarak kullanmıştır. Ayrıca, depresyonu biyolojik ve psikolojik etkenlere bağlı olarak ortaya çıkanlar olarak ikiye ayırmıştır^[12, 13, 15].

20. yüzyılda; psikanalitik, davranışçı ve bilişsel yaklaşımlar gibi farklı kuramsal bakış açılarıyla depresyon açıklanmıştır. Gelişen teknolojinin katkısıyla; genetik, beyin biyokimyası, elektrofizyolojik ve radyolojik çalışmalar sayesinde psikiyatrik bozukluklar daha iyi anlaşılmıştır. Duyguduruma etki eden bazı ilaçların gündeme gelmesiyle birlikte santral sinir sisteminin depresyon ve manideki rolü belirginleşmiştir^[13]. Bu dönemde; erişkinlerde görülen depresif tablolar uzun yıllardan beri bilindiği ve araştırıldığı halde çocuk ve ergen depresyonu üzerinde yeterince durulmamış, yalnızca bebeklik ve erken çocuklukta, anne gibi önemli nesne kayıpları sonrasında ortaya çıkan depresif durumlar tanımlanmıştır^[16].

20. yüzyılın ilk yarısında; psikiyatriye hakim olan psikanalitik kuram depresyonu; agresif dürtülerin süperego etkisiyle içselleştirilmesi olarak tanımlandığından, ergenlik döneminden önce depresyonun gelişmeyeceği düşünülmüştür^[17]. 1960’ların sonuna

doğru bu g6r6ş yerini yavaş yavaş maskeli depresyon kavramına bırakmıştır. Maskeli depresyon kavramına g6re; çocuklardaki depresyon erişkinlerdeki gibi depresif belirti ve bulgularla açıkça g6zlenmeyip; en6rezis, enkoprezis, anoreksiya, obezite, tik, fobi, obsesyon, hiperaktivite, okul başarisızlığı, evden veya okuldan kaçma, suça y6nelme, uygunsuz cinsel davranışlar, sigara veya alkol kullanma, kendine zarar verme, saldırganlık ve bedensel şikayetler gibi belirtilerle maskelenmektedir^[18]. Ancak kliniğe getirilen hemen her çocukta g6r6len bu belirtilerin depresyonla açıklanamaması nedeniyle ve pek çok klinisyen tarafından erişkin depresyonuna benzer klinik g6r6n6mde çocukluk depresyonu vakalarının tanımlanması bu kavramın 6nemini azaltmıştır^[19].

1952 yılında yayınlanan DSM-I’de; psikiyatrik bozukluklarda reaktif yaklaşıma dayanan bir sınıflandırmayla, i çatışmaya veya tanımlanabilir bir olaya tepki olarak gelişen depresif reaksiyon tanımlanmıştır. 1968 yılında yayınlanan DSM-II’de; depresyon başlığı altında tanımlanan involusyonel melankoli ile birlikte melankoli tanımı DSM’ye girmiştir. 1980 yılında yayınlanan DSM-III ile birlikte tanı 6l6tlerine dayanan yaklaşım benimsenmiş ve involusyonel melankoli sınıflamadan çıkarılarak; major depresyonun psikotik, melankolik ve melankolik olmayan alt tipleri tanımlanmıştır. Depresif ocuklarda erişkinlerden farklı olarak; somatik yakınmalar, agresyon, negativist tutum gibi belirtiler olduğu bilinmesine karşın çocukluk depresyonu için farklı tanı kriterleri belirlenmemiştir. 1994 yılında yayınlanan DSM-IV’te; major depresif bozukluğun ocuk, ergen ve erişkindeki ortak çekirdek semptomları tanımlanmiş, çocuklar için “irritabl duygudurum” tanı kriteri, “depresif duygudurum” tanı kriterinin eşdeğeri olarak kabul edilmiştir. 2013 yılında yayınlanan DSM-5’te ise major depresif bozukluğun tanı kriterleri aynı kalmakla birlikte yastan ayırımına yapılan vurgu kaldırılmıştır, ayrıca bipolar bozuklukla aynı alt grubu olduğu duygudurum bozuklukları ana başlığından ayrılarak depresif bozukluklar ana başlığı altına yerleştirilmiştir^[11].

2.1.2. Epidemiyoloji

Major Depresif Bozukluk tüm toplumlarda ve coğrafyalarda sık görülen bir ruhsal bozukluktur. Çocuk ve ergenlerde MDB'nin yaygınlığı; çalışmanın örnekleme, kullanılan tanı ölçütlerine, bilgi alınan kaynağa, yapıldığı toplum ve kültüre, yaş ve risk grubuna göre farklılıklar göstermektedir. Çocuk veya ergenin kendi ifadesine dayanan çalışmalarda bulunan depresyon oranı ebeveyn veya öğretmenden alınan bilgilere dayanan çalışmalarda bulunan depresyon oranından yüksektir. Aynı şekilde toplum taramaları ile çocuk ve ergen psikiyatrisi kliniklerinde yapılan çalışmaların sonuçları da farklılıklar göstermektedir^[20, 21].

Yurtdışında yapılan çalışmalara bakıldığında; Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde 2012 yılında yapılan bir epidemiyoloji çalışmasında MDB yaygınlığı; okul öncesi çocuklarda yaklaşık %1, okul çağındaki çocuklarda yaklaşık %2, ergenlerde yaklaşık %5 olarak bulunmuştur^[22]. Aynı yıl İngiltere'de yapılan bir epidemiyoloji çalışmasında; 5-10 yaş aralığındaki çocukların yaklaşık %2'sinin, 11-15 yaş aralığındaki çocukların ise yaklaşık %5'inin MDB tanısı aldığı bildirilmiştir^[23]. Brezilya'da 14 yaş altındaki çocuklarda MDB sıklığı %0,2 ile %7,5 arasında değişen oranlarda saptanmıştır^[24]. Avustralya'da yapılan bir çalışmada ise; 4-11 yaş arasındaki çocuklardaki MDB sıklığının 0,12-1,1% olduğu, bu oranın yaşla birlikte artarak 1,4-11,7%'ye çıktığı bildirilmiştir^[25, 26]. MDB'nin cinsiyetler arasındaki dağılımının araştırıldığı bir çalışmada; 12-14 yaş aralığındaki kız ve erkek ergenlerdeki depresyon oranı yaklaşık olarak aynı bulunurken, bir başka meta-analiz çalışmasında, kızlarda 13 yaşından sonra MDB sıklığında anlamlı düzeyde artış olduğu bulunmuştur^[27-29]. Benzer şekilde 2007 yılında ABD'de yapılan bir çalışmada kız/erkek oranı; çocukluk çağında 1:1, ergenlik döneminde ise 2:1 olarak bildirilmiştir^[31].

Ülkemizde yapılan çalışmalarda farklı oranlar dikkat çekmektedir. MDB yaygınlığı; Mersin'de 10-20 yaş arası 4143 çocuk ve ergenle yapılan bir çalışmada %12,55 olarak bulunurken, Aydın'da 805 lise öğrencisinde yapılan bir başka çalışmada ise %17,5 olarak bildirilmiştir^[30, 31]. İstanbul'da 4-8. sınıf öğrencilerinde yapılan bir çalışmada, MDB sıklığı %1,55 olarak saptanmıştır^[32]. İzmir'de 6-14 yaş arasındaki 417 çocuk ve

ergende, yapılandırılmış klinik görüşme ile yapılan bir epidemiyoloji çalışmasında MDB yaygınlığı, işlevsellikte bozulma kriteri olmadan 2,9%, işlevsellikte bozulma kriteri dahil edildiğinde ise 1,4% olarak bulunmuştur^[33]. Yine İzmir’de 15-64 yaş aralığındaki 3514 kişide yapılan bir çalışmada; 15-24 yaş arasındaki bireyleri içeren alt grupta MDB sıklığı %9,5 olarak bildirilirken, aynı alt grupta eşikaltı depresyon sıklığının %4,5 olduğu belirtilmiştir^[34].

Türkiye genelinde, yapılandırılmış klinik görüşme ile yapılan güncel bir epidemiyoloji çalışmasında, 5842 ilkokul 2-4. sınıf öğrencisinde MDB yaygınlığı; işlevsellikte bozulma kriteri olmadan %1.7, işlevsellikte bozulma kriteri dahil edildiğinde ise %1.06 olarak bulunmuştur^[35]. Son yıllarda çocuk ve ergenlerde MDB görülme sıklığının arttığı ifade edilmektedir^[24, 36].

2.1.3. Etiyoloji

Çocuk ve ergenlerde MDB; diğer pek çok psikiyatrik bozukluk gibi, biyolojik, bireysel ve çevresel birçok faktörün birbirleriyle etkileşimi sonucu ortaya çıkmaktadır. Etiyolojide; genetik faktörler, nörokimyasal değişiklikler, hormonlar gibi biyolojik faktörler; düşük özsaygı, onay arayışı, problem çözme ve başetme becerilerinde eksiklikler, olumsuz bilişsel şemalar, umutsuzluk gibi bireysel özellikler; ihmal, istismar, fiziksel hastalık gibi olumsuz yaşam olayları, aile içi çatışmalar, yetersiz aile ve akran desteği, akran ilişkilerinde güçlükler, düşük ebeveyn eğitim düzeyi, düşük sosyoekonomik düzey ve okul sorunları gibi çevresel etkenler araştırılmıştır^[37].

2.1.3.1. Biyolojik Etkenler

Depresyonun etiolojisinde biyolojik açıdan; genetik, nörokimyasal, nöroanatomik, nöroendokrin ve nörotrofik etkenler başta olmak üzere pek çok neden araştırılmıştır.

2.1.3.1.1. Genetik Etkenler

MDB’nin ortaya çıkmasında genetik etkenlerin rolü olduğu bilinmektedir^[38, 39]. Depresif çocuk ve ergenlerin aileleriyle yapılan çalışmalarda; MDB’nin aynı ailede normalden daha sık görüldüğü gösterilmiştir^[40, 41]. Ebeveynlerden birinde depresyon

varlığı, çocuklarda 18 yaşından önce MDB ortaya çıkma olasılığını, ebeveynleri sağlıklı olan çocuklara göre 2 kat; ebeveynlerinden ikisinde depresyon varlığında ise 4 kat artırmaktadır^[42]. Ebeveynde MDB geçirme yaşı erken olduğunda risk daha da artmaktadır^[43].

Yapılan ikiz çalışmalarında konkordans; monozigot ikizlerde %76, dizigotik ikizlerde %19 bulunurken, evlat edinilen ve farklı ortamlarda büyüyen monozigot ikizlerde %67 bulunmuş, genetik etkenlerin MDB'nin ortaya çıkmasında %40-65 oranında etkili olduğu ve bu oranın ergenlerde çocuklara göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir^[21, 38, 44-47]. Yapılan evlat edinme çalışmalarında ise; biyolojik ebeveynlerinde MDB öyküsü bulunan çocuklarda, bulunmayanlara göre daha sık MDB gözlenmiştir^[48]. Ayrıca yapılan ikiz çalışmalarında, kızlarda genetik faktörlerin MDB'nin ortaya çıkmasında erkeklerden daha fazla etkili olduğu; ergenlik döneminde başlayan depresyon genetik faktörlerle daha fazla ilişkiliyken, çocukluk döneminde başlayan depresyonun çevresel etkenlerle daha fazla ilişki gösterdiği bildirilmiştir^[47, 49-52].

Depresyonun etiolojisinde gen çevre etkileşimine ilişkin çalışmalar da yapılmıştır. Serotonin taşıyıcı (5-HTT) geninin daha düşük fonksiyon gösteren kısa alleleline sahip olmanın, stresli yaşam olayları sonrasında depresyon gelişmesine zemin hazırlayabildiği bildirilmiştir^[53-56]. Başka bir çalışmada ise; 5-HTT gen polimorfizmi ve düşük monoamin oksidaz A (MAO-A) aktivitesi olan çocuk ve ergenlerde çocukluk çağı ihmal ve istismarı sonrasında depresyon gelişme riskinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir^[53-55, 57-59]. Benzer şekilde BDNF Val66Met polimorfizmi olan çocuk ve ergenlerde stresli yaşam olayları ve çocukluk çağı travmalarının depresyon geliştirme riskinin yüksek olduğu bulunmuştur^[60-62]. Bir çalışmada; çocukluk çağı travmaları olan depresyon hastalarında 5-HTT ve BDNF Val66Met polimorfizmi ve düşük MAO A aktivitesi olanların en yüksek depresyon skorunu aldıkları bildirilmiştir^[60].

2.1.3.1.2. Nörokimyasal Etkenler

Nörokimyasal değişikliklerin MDB ile ilişkisi uzun zamandır araştırılmakla birlikte bu değişikliklerin depresyonun sebebi mi yoksa sonucu mu olduğu tartışmalıdır.

Monoamin saliverilmesiyle kan basıncını düşüren rezepinin depresif belirtilere neden olduğunun, her üç monoaminin parçalanmasında görev alan monoamin oksidaz inhibitörleriyle ve serotonin ve noradrenalin gerialımını inhibe eden trisiklik antidepresanlarla depresif belirtilerin gerilediğinin gözlenmesi, MDB’de görülen kimyasal değişikliklerden üzerinde en çok durulan “monoamin hipotezi”nin temelini oluşturmuştur. Monoamin hipotezine göre; birbiriyle ilişkili olan serotonin, noradrenalin ve dopaminden birinin miktarı veya aktivitesinde azalma, reseptör sayı veya duyarlılığında artmanın depresyona yol açtığı düşünülmektedir^[10, 12, 63, 64].

Serotoninin depresyonla olan ilişkisi birçok çalışmada gösterilmiştir^[10, 65-70]. Serotonin, duygurunun düzenlenmesinde, davranış inhibisyonunda, dürtüselliğin azaltılmasında, bellekte, nöroendokrin fonksiyonlarda ve uyku, iştah ve libido gibi vejetatif işlevlerde görev alır^[71]. Santral sinir sisteminde serotonerjik sistemin kaynağı olan Raphe çekirdeğinden çıkan nöronlar, Locus Coeruleus’taki noradrenerjik nöronları kontrol ederek noradrenalin salınımını; mezolimbik ve nigrostriatal yollardaki dopaminerjik nöronları kontrol ederek dopamin salınımını düzenlemektedir^[72]. MDB’de; hipokampus, singulat girus, amigdala gibi limbik sistem bölgelerindeki serotonin miktarında azalma, beyin omurilik sıvısı (BOS)’nda serotoninin metaboliti olan 5-hidroksi indol asetik asit (5-HİAA) seviyelerinde düşüklük, santral sinir sistemindeki MAO-A enzim aktivitesinde artma ve triptofanın plazma konsantrasyonunda azalma gibi serotonerjik işlevlerde azalmanın yanında; trombositlerde serotonin gerialımındaki azalmaya bağlı olarak sinaptik aralıkta serotonin miktarında artma, sinaptik aralıktan serotonin gerialımını artıran tianeptinin antidepresan etki göstermesi, postsinaptik serotonin reseptörlerinin sayısı ve duyarlılığında artma gibi serotonerjik işlevlerde artma da bildirilmiştir^[69, 73-76]. Bu bilgiler, MDB’nin serotonerjik işlevlerdeki azalma veya artmayla doğrudan açıklanamayacağını, serotoninin depresyon gelişiminde farklı rolleri olabileceğini göstermektedir.

Noradrenalin; santral sinir sisteminde ve periferik sinir sisteminin sempatik nöronlarında bulunmaktadır. Santral sinir sisteminde noradrenerjik sistemin kaynağı

dorsal pontaki Locus Coeruleus'tan çıkan nöronlar özellikle limbik sistemle ve korteksle bağlantı kurarak, kaygı, titreme, panik atağı, uyku, dikkati yöneltme ve sürdürme gibi işlevler görürler^[77]. MDB'de özellikle noradrenalinle ilişkili olarak; forantal korteks ve Locus Coeruleus'ta noradrenerjik nöron sayısında azalma, α -2 noradrenerjik reseptör yoğunluğunda artma, α -1 noradrenerjik reseptör yoğunluğunda azalma, β -adrenerjik reseptör yoğunluğunda değişiklikler, plazma noradrenalin konsantrasyonunda artma ve beyin omurilik sıvısı, plazma ve idrarda noradrenalinin yıkım ürünü olan 5-metoksi 4-hidroksi fenil etilen glikol konsantrasyonlarında artma bildirilmiştir^[73, 78-82]. Depresif hastalarda santral sinir sisteminde noradrenalin düzeyinin azalması; enerji azlığı, ilgi kaybı, keyif alamama, konsantrasyon güçlüğü, umutsuzluk ve karamsarlık gibi depresif belirtilerde artışa yol açmaktadır^[64].

Dopamin; santral sinir sisteminde Substantia Nigra'daki nöronlarda bulunur ve buradan çıkan dopaminerjik nöronlar, korteks, striatum, limbik sistem ve hipotalamusla bağlantı kurarak, bellek, alışma, motor koordinasyon, hareketlerin başlatılması, haz duygusu, ödül mekanizması ve prolaktin salgılanmasının inhibisyonu gibi işlevleri yerine getirir^[64, 83]. Amfetamin, metilfenidat, L-DOPA gibi dopaminerjik ilaçların maniye sebep olabilmesi, dopamin antagonistlerinin mani tedavisinde kullanılması, bupropion gibi ilaçların antidepresan etki göstermesi MDB'de dopaminerjik sistemde değişiklikler olduğunu düşündürmüştür^[69, 82]. MDB'de; dopaminerjik sistemdeki değişikliklerle ilgili olarak beyin omurilik sıvısında dopaminin metaboliti homo valinik asit konsantrasyonlarında düşüklük ve dopamin bağlayıcı ligand azalması bildirilmiştir^[84-87].

Glutamat; beyindeki ana uyarıcı nörotransmitterdir. Santral sinir sisteminde öğrenme ve bellek, uyarıcı iletişim, eksitotoksiste, hipoksi, iskemi ve epilepsi gibi durumlarda rol almaktadır^[88, 89]. Antidepresan ve duygudurum dengeliyici bazı ilaçların glutamaterjik etkileri, tedaviye dirençli bazı MDB hastalarında N-metil D-aspartat (NMDA) antagonisti ketaminin antidepresan etki oluşturması, lamotrijin, lityum, riluzol gibi glutamat salınımını inhibe eden ilaçların antidepresan etki göstermesi, beyin görüntüleme çalışmalarında depresyonlu hastalarda anormal glutamat düzeyleri

saptanması MDB ile glutamaterjik sistem bozukluğu ilişkisini gösteren bulgulardır^[88-96].

2.1.3.1.3. Nöroanatomik Etkenler

Son yıllarda MDB'li hastalarda yapılan nörogörüntüleme çalışmalarında; medial prefrontal korteks, orbitofrontal korteks, anterior singulat korteks, talamus, hipokampus ve amigdala gibi birçok frontolimbik beyin bölgesinde yapısal ve işlevsel değişiklikler bildirilmiştir^[97-99]. Özellikle; frontal lob hacminde ve hipokampus, anterior singulat korteks ve amigdalada gri madde yoğunluğunda azalma olduğundan bahsedilmiştir^[97, 100-102]. MDB ile ilişkili tek foton emisyon bilgisayarlı tomografi (SPECT) çalışmalarında; sol prefrontal korteks aktivite ve metabolizmasında azalma, derin temporal yapılar, talamus, amigdala, singulat girus gibi limbik sistem yapılarının aktivitesinde artma bildirilmiştir^[98, 103]. MDB'li hastalarda ventriküllerde genişleme gözlene de bu bulguların özgül olmadığı kabul edilmiştir^[104]. Yapılan bir nörogörüntüleme çalışmasında; ergenlik dönemi başlangıçlı MDB hastalarının sol subgenual prefrontal korteks hacminin sağlıklı kontrollere göre azalmış olduğu bulunmuş; başka bir çalışmada ise subgenual prefrontal korteks aktivitesinin ilaç veya terapiye yanıtı öngörebileceği bildirilmiştir^[105, 106].

Ülkemizde yapılan bir çalışmada; tedavi edilmemiş depresif ergenlerde beynin anterofrontal ve temporal bölgelerinde perfüzyonda azalma saptanmış; tedavi edilmiş ergenlerde ise sağlıklı kontrollere göre fark bulunamamıştır^[107].

2.1.3.1.4. Nöroendokrin Etkenler

Hipotalamik-Pituiter-Adrenal (HPA) eksen bozuklukları MDB'nin etiyolojisinde en çok çalışılan nöroendokrin alanlardan birisidir. MDB'de; plazma, BOS ve idrar kortizol düzeyinde yükseklikler, eksojen verilen deksametazona yanıt olarak kortizol ve adrenokortikotropik hormon (ACTH) salgılanmasında azalma olmaması, BOS'ta kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH) yüksekliği, hipotalamusta CRH salgılayan hücrelerde ve frontal bölgedeki CRH reseptörlerinde azalma gibi değişiklikler bildirilmiştir^[108-116]. MDB hastalarında gözlenen; yüksek plazma kortizol düzeyi ve

idrarla kortizol atılımının, depresyonun tedavi edilmesiyle normale döndüğü bulunmuştur^[108]. Çocuk ve ergenlerde ise; depresif ergenlerin %70'inde, depresif çocukların ise %43'ünde deksametazon supresyon testi (DST)'nin pozitif olduğu saptanmış, depresyon geçtikten sonra normale döndüğü bildirilmiştir^[109, 117-119].

Çocukluk çağı travmaları öyküsü olan psikiyatrik hastalarda HPA eksen bozuklukları ve artmış diurnal kortizol seviyeleri tespit edilmiştir. Özellikle çocukluk çağı ihmal ve istismarı öyküsü olan depresif çocuk ve ergenlerin tükürük kortizol düzeyleri olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur^[113, 120-123].

Hipotalamik-Pituitar-Tiroid (HPT) eksen bozuklukları MDB'nin etiolojisinde araştırılan nöroendokrin alanlardan bir diğeridir. Tiroid hormon bozukluklarında; yorgunluk, bellek sorunları, irritabilite, uyku, iştah ve cinsel istek gibi vejetatif işlevlerde bozulmalar, emosyonel labilite, deliryum ve anksiyete gibi psikiyatrik semptomlar görülebilmektedir^[124, 125]. MDB hastalarında; plazma tiroksin (T4) seviyesinde artış, tirotropin salgılatıcı hormon (TRH) infüzyonuna tiroid uyarıcı hormon (TSH) yanıtında azalma, noktürnal TSH yükselmesinde eksiklik ve sublinik tablolar bildirilmiştir^[125, 126]. Yapılan çalışmalarda; tiroid hormon bozukluklarının, antidepresan tedaviye kötü yanıt ve artmış yinleme riskiyle ilişkili olduğu bildirilmiştir^[126, 127]. Depresyonu olan çocuk ve ergenlerde; sağlıklı kontrol grubuna göre daha düşük plazma T4 düzeyi ve daha yüksek noktürnal TSH düzeyi bildirilmiştir^[128, 129].

Çocuk ve ergenlerde, büyüme hormonuyla (GH) depresyon arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada; artmış noktürnal GH salınımı, başka bir çalışmada ise; azalmış noktürnal GH salınımı bildirilmiştir^[128, 130]. Ayrıca; büyüme hormonu salgılatıcı hormon (GHRH)'a ve insülinle indüklenen hipoglisemiye yanıt olarak ortaya çıkan GH salınımındaki artmanın sağlıklı kontrollere göre düşük olduğu bulunmuştur^[131, 132].

2.1.3.1.5. Nörotrofik Etkenler

Depresyonda en çok araştırılan nörotrofin; beyin kaynaklı nörotrofik faktör (BDNF)'dür. BDNF; nörogenez, nöronal bağlantıların olgunlaşması, sinaptik organizasyon, nöronal plastisite ve apoptozis inhibisyonundan sorumludur^[133, 134].

Depresyonda plazma BDNF salınımının azaldığı, antidepresan tedavi sonrası normal düzeylere geldiği ve bu düzelmenin klinik iyileşmeyle korele olduğu bildirilmiştir^[116, 135-138]. Stresli yaşam olaylarının nöroendokrin ve inflamatuvar yollarla BDNF salınımını azalttığı ve BDNF'deki azalmanın hipokampal atrofi başta olmak üzere beyinde yapısal ve fonksiyonel değişikliklere neden olduğu, BDNF geninde görülebilen Val66Met polimorfizminin stresli yaşam olayları sonrasında depresyon ortaya çıkmasını kolaylaştırdığı bildirilmiştir^[62, 134].

2.1.3.2. Psikososyal Etkenler

Ekonomik güçlükler, aile bütünlüğünün bozulması, aile içi tartışmalar, ihmal, istismar, akademik sorunlar, bedensel hastalık ve aile bireylerinin veya sevilen birinin kaybı gibi stresli yaşam olaylarının, çocuk ve ergenlerde depresyonun ortaya çıkmasına ve tekrarlamasına neden olabildiği birçok çalışmada gösterilmiştir^[3, 139-150].

Stresli yaşam olaylarının çocuk ve ergene etkisi; zeka düzeyi, sosyoekonomik durumu, problem çözme ve baş etme becerileri, ailesel ve sosyal destek sistemleri, bilişsel becerileri gibi faktörlere bağlıdır^[151]. Stresli yaşam olaylarının özellikle depresyona yatkınlık oluşturan genetik (5-HTT polimorfizmi, BDNF Val66Met polimorfizmi, MAO-A enzim aktivitesi vb.), çevresel (zayıf sosyal destek, ailesel sorunlar, ekonomik güçlükler vb.) ve bilişsel (olumsuz bilişsel yapılar, ruminasyon ve karamsarlığa yatkınlık, zayıf problem çözme becerisi vb.) etkenler varlığında depresyona yol açtığı bildirilmiştir^[53, 56, 58, 60, 151-153]. Özellikle çocukluk çağı ihmal ve istismarının, ileriki dönemlerde depresyon, anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları, konversiyon bozukluğu, kendine zarar verme ve kişilik bozuklukları gibi bir çok psikiyatrik bozukluğa zemin hazırladığı bildirilmektedir^[142, 146].

Mizaç özellikleriyle MDB arasında da ilişki tanımlanmıştır. Çekingen, bağımlı ve kaygılı kişilik özellikleri, özgüven yetersizliği gibi mizaç özellikleri gösteren çocuk ve ergenlerde MDB daha sık bulunmuştur^[147]. Bilişsel çarpıtmaların çocuk ve ergenlerde depresyonla ilişkili olduğu ve ergenlerde depresyon düzeldikten sonra da sürdüğü belirtilmektedir^[154]. Yapılan bir çalışmada; MDB olan ergenlerin benlik kavramlarının,

depresif olmayan ergenlere göre daha olumsuz olduğu, bu kişilerin kendilerini daha değersiz hissettikleri ve kendilerine güvenlerinin daha az olduğu bildirilmiştir^[155].

Akran zorbalığına maruz kalma, çocuk ve ergenlerin kendileriyle ilgili olumsuz bilişler geliştirmesine neden olarak depresyona yol açabilmektedir^[156, 157].

Ekonomik düzeyle depresyon sıklığı arasında da ilişki bulunmuştur. Toplumun sosyoekonomik açıdan dezavantajlı kesimlerinde, depresif semptomların ve MDB'nin görülme sıklığında artış bildirilmiştir^[10, 27, 58, 158-161].

2.1.3.3. Psikodinamik Görüşler

Bilinçdışının önemli bir yere sahip olduğu psikanalitik kurama göre; depresif kişilerin ilişkilerinde sevgi ve nefret gibi ikili (ambivalan) duygular egemendir. İçe atılmış (introjekte edilmiş) sevgi nesnesinde gerçek veya düşünsel değişimler nedeniyle kişide imgesel bir kayıp duygusu ortaya çıkar. Kayıp duygusuyla ambivalan duygular tetiklenir. Sevilen nesneye duyulan bilinçdışı nefret duygusu, bir yandan katı ve cezalandırıcı üstbenlik (süperego) tarafından kişinin kendisine yönlendirilirken, diğer yandan sevilen nesneye nefret duyma nedeniyle suçluluk hissedilir. Bu savunma mekanizmaları sonrasında benlik saygısı azalır, değersizlik ve suçluluk düşünceleri ortaya çıkar^[162].

Freud, depresif belirtilerin yas süreciyle olan benzerlikleri ve farklılıklarını ele aldığı “Yas ve Melankoli” isimli yazısında; depresyonun imgesel sevgi nesnesinin kaybı nedeniyle ortaya çıktığını belirtmiştir^[163].

2.1.3.4. Bilişsel Görüşler

Aaron T. Beck tarafından geliştirilen bilişsel kurama göre depresyon; kişinin kendisi, geleceği ve dünya ile ilgili olumsuz düşünce paternleriyle (şemalar) karakterize bilişsel bir bozukluktur ve bu bozukluğa bağlı olarak da duygudurum belirtileri ortaya çıkmaktadır^[164].

Özellikle erken çocukluk döneminde aile bireylerinin çocuğa verdiği olumsuz geribildirimler, çocukta olumsuz benlik algısı oluşmasına ve şemaların bunun etrafında

şekillenmesine neden olmaktadır. Bu olumsuz şemalar ilerleyen zamanda olumsuz düşünce ve tutumlara neden olur. Düşünceler ise otomatik, çarpıtılmış, engelleyici ve değişime dirençlidirler. Depresyonda; benlik (olumsuz benlik algısı), çevre (dünyayı saldırgan ve talepkar algılama) ve gelecekle (acı çekeceği ve başarısız olacağını düşünme) ilgili 3 temel inanç görülür. Yaşanan olaylar; kişiselleştirme, felaketleştirme, aşırı genelleme, geleceği okuma, keyfi çıkarsama, ya hep ya hiç tarzı düşünme, olumluları görmezden gelme gibi bilişsel çarpıtmalarla olumsuz ve karamsar şekilde yorumlanır. Bunun sonucu olarak da depresif belirtilerin ortaya çıktığı belirtilmektedir^[7].

2.1.3.5. Davranışçı Görüşler

Seligman'ın davranışçı kuramı özellikle çevresel olaylarla ilgili depresyonu açıklamaya yardımcı olmaktadır. Öğrenilmiş çaresizlik modeline göre; kaçıp kurtulmanın öğrenilmesini engelleyen ve kontrol edilemeyen olumsuz yaşam olaylarına maruz kalma sonucunda kurtulmak için mücadele etmeme durumu, depresyonda, acı veren olaylarla karşılaşınca bunlardan kurtulmayı bilememe ve çaresiz kalma durumuna benzetilmiştir. Bu modele göre depresyon, örseleyici olayın kendisinden değil olayın kontrol edilememesinden dolayı ortaya çıkmaktadır. Örselenmeyi kontrol edememe ise baş etme davranışları geliştirmeyi engellemektedir. Depresyondaki hasta, sorunlarını ortadan kaldıracak etkenleri kontrol edemeyeceğine inanmaktadır. İyileşmede, olaylara dair kontrol algısı ve çevreye hakim olmanın öğrenilmesi önemlidir^[165].

2.1.4. Klinik Özellikler

Çocuk ve ergenlerde depresyonun klinik görünümü, depresif görünüm, etkinliklere karşı ilgi ve istek kaybı, keyif alamama, uyku ve iştah değişiklikleri, olumsuz benlik algısı, ölüm veya intihar düşünceleri, konuşma miktarında azalma ve enerji azlığı gibi çekirdek belirtilerle erişkinlerdeki depresyon tablosuna benzemekle birlikte; çocuk ve ergenin fiziksel, duygusal, sosyal ve bilişsel gelişim düzeyine göre, irritabilite, düşük engellenme eşiği, öfke nöbetleri, saldırganlık, sosyal içe çekilme, kolay sıkılma, fobiler,

ayrılık anksiyetesi, bedensel şikayetler, okul reddi, davranış sorunları ve madde kullanımı gibi farklı belirti ve bulgularla da seyredilmektedir^[147, 153, 166].

Yapılan çalışmalarda; depresyonu olan okul öncesi çocuklarda bedensel şikayetlerin sık görüldüğü; okul dönemi çocuklarında ise bedensel şikayetler, psikomotor ajitasyon, ayrılık anksiyetesi, okul reddi ve fobilerin ergenlere göre daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Ayrıca, depresif görünüm, dikkat sorunları, uyku değişiklikleri ve intihar düşünceleri her yaşta benzer oranda görülürken; yaş arttıkça depresif görünüm ve bedensel şikayetlerin azaldığı; keyif alamama, umutsuzluk, psikomotor yavaşlama ve sanrılarının arttığı bildirilmiştir^[23, 167]. Çocukluk ve ergenlik dönemi başlangıçlı MDB'nin klinik özelliklerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada; anhedoni, psikomotor retardasyon, sabah erken uyanma ve iştah azalması gibi melankolik belirtilerin ergenlerde çocuklardan daha fazla görüldüğü, diğer belirtilerin her iki grupta da benzer olduğu saptanmıştır^[168].

2.1.4.1. Bebeklik Döneminde Klinik Özellikler

Spitz tarafından, birincil bakımverenlerden uzun süre ayrı kalan bebeklerde tanımlanan analitik depresyonun huzursuzluk, uyku bozuklukları, çevreye ilgisizlik, büyüme gelişme geriliği, sosyal içe çekilme ve ağlama nöbetleri gibi belirtileri bebeklik dönemi depresyonun temel özelliklerini oluşturmaktadır. Ayrıca, yüz ifadesi, vücut duruşu, ses tonu ve yeme reddi gibi bulgular da değerlendirmede önemlidir^[16, 147].

2.1.4.2. Okul Öncesi Dönemde Klinik Özellikler

Okul öncesi dönemdeki depresif çocuklarda; mutsuz görünüm, keyif alamama, kolay ağlama, kilo alamama, huzursuzluk, duygusal labilite, içe kapanma, korkular, uyku sorunları, kabuslar, kaygılar, kazanılmış becerilerde kayıp, bakımverene yapışma, hareketlerde yavaşlama veya hiperaktivite, oyuna ve akranlarına ilgisizlik, bedensel şikayetler, oyuncaklara, eşyalara, kendisine veya etrafındakilere yönelik agresyon ve ölüm düşünceleri gözlenen belirtiler arasındadır^[147, 166].

2.1.4.3. Çocukluk Döneminde Klinik Özellikler

Okul çağı çocuklarının depresyonunda aile ve arkadaş çevresiyle birlikte okul ortamındaki belirtiler de önem kazanmaktadır. Bu dönemdeki depresif çocuklarda; üzgün görünüm, ağlama, olumsuz benlik algısı, keyifsizlik, huzursuzluk, kolay sıkılma, akran ilişkilerinde sorunlar, dikkat eksikliği, akademik başarıda düşme, okul reddi, öfke nöbetleri, psikomotor retardasyon veya ajitasyon, monoton ve kısık sesle konuşma, bedensel şikayetler, kazanılmış becerilerde kayıp, davranış sorunları, uyku ve iştah değişiklikleri, ölüm veya intihar düşüncesi görülebilmektedir^[23, 147].

2.1.4.4. Ergenlik Döneminde Klinik Özellikler

Ergenlik döneminde önemli fiziksel, ruhsal ve bilişsel değişiklikler olmakta, sosyal ilişkilerin önemi artmaktadır. Ergenlik döneminde ortaya çıkan bu değişiklere uyum sağlama ve sosyal davranışlardaki değişiklikler beyin maturasyonu ile ilişkilidir^[169]. Bu dönemde; huzursuzluk, sinirlilik, isyankar tutum, düşük engellenme eşiği, yalnızlığı tercih etme, akranlarına ve etkinliklere yönelik ilgi kaybı, içe kapanma, okul devamsızlığı, dikkat sorunları, bedensel şikayetler, psikomotor retardasyon veya ajitasyon, olumsuz benlik algısı, okuldan veya evden kaçma, ders başarısında düşme, öfke nöbetleri, intihar düşüncesi veya girişimi, uyku ve iştah değişiklikleri, davranış sorunları, kendine veya etrafındakilere zarar verme, sigara, alkol veya madde kullanımı ve suça karışma gibi belirtiler depresyonla ilişkili olabilmektedir^[30, 169-171]. Ergenlik döneminde akran ilişkilerinin öneminin artmasıyla birlikte akran ilişkilerinde yaşanan güçlükler nedeniyle yalnızlık, özgüven kaybı ve sosyal kaygıların olabildiği, bu durumun da MDB gelişmesine zemin hazırladığı ifade edilmektedir^[147].

MDB ergenlik döneminde cinsiyetler arasında farklı özellikler gösterebilmektedir. Kızlarda daha fazla depresif belirti, daha uzun süreli ve ağır epizodlar, daha fazla tekrarlama riski gözlenebilmektedir. İzlem çalışmalarında, depresif belirtilerin kızlarda 13 yaşından sonra arttığı, erkeklerde sabit kaldığı gösterilmiştir. Kızlarda üzüntü, yalnızlık, irritabilite, karamsarlık, kendinden nefret etme, ağlama ve yeme bozuklukları daha sık görülürken, erkeklerde bedensel şikayetler, dikkat sorunları, huzursuzluk ve anhedoni daha sık görülmektedir. Erkeklerde irritabilite, genellikle davranış sorunlarına

ve madde kullanımına eşlik etmektedir^[22, 30, 172, 173]. Cinsiyetler arasında görülen bu farklılıkların; ergenlik dönemindeki hormonal değişiklikler, beyin işlevleri ergenliğe giriş yaşı, toplumsal roller, stresle baş etme becerileri ve sosyalleşme deneyimlerine bağlı olabileceği düşünülmüştür^[22, 174].

2.1.5. Tanı

Çocuk ve ergenlerde MDB tanısı konulurken ayrıntılı psikiyatrik ve tıbbi değerlendirme yapılması gerekir. Çünkü; birçok psikiyatrik bozukluk (anksiyete bozuklukları, bipolar bozukluk, yas, uyum bozukluğu, DEHB, KOKGB, OSB, madde kullanım bozukluğu) ve organik hastalıkta (hipotiroidi, anemi, malignite, enfeksiyöz mononükleozis, otoimmün hastalıklar) depresif belirtiler görülebilmektedir. Ayrıca kullanılan bazı ilaçlar (psikostimülan, kortikosteroid, isotretinoin) da depresif belirtilere neden olabilmektedir ^[3]. Özellikle okul öncesi dönemde depresif belirtilerle başvuran hastalarda malignitenin dışlanması gerektiği belirtilmektedir^[147]. Değerlendirmede hem çocuk veya ergenle hem de ebeveynlerle görüşülmeli, mümkünse öğretmenlerden bilgi alınmalı, psikiyatrik ve organik hastalıklar, stresli yaşam olayları ve ailede psikiyatrik ve organik hastalık öyküsü sorgulanmalıdır. MDB tanısı konulduktan sonra; hastanın aile, okul ve sosyal işlevsellik düzeyi, depresyon şiddeti, homisidalite ve suisidalite riski, psikotik belirti, madde bağımlılığı ve ajitasyon gibi durumların varlığı, planlanan tedavinin niteliği ve hastanın ve ailenin tedaviye uyumu belirlenmelidir^[175].

Günümüzde çocuk ve ergenlerde MDB tanısı Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM-5 tanı kriterlerine göre konulmaktadır^[11].

DSM-5'e göre Major Depresif Bozukluk Tanı Kriterleri

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk almamadır.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da

umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örn. ağlamaklı görünür) (Not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygudurum olabilir).

2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (öznel anlatıma göre ya da gözlemlerle belirlenir).

3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örn. bir ay içinde ağırlığının %5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma (Not: Çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır).

4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.

5. Neredeyse her gün, psikomotor kıskırma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).

6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü).

7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısız olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir).

9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

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

C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

D. Major depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoafektif bozukluk, şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrısız bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğere bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir.

2.1.6. Ayırıcı Tanı

Çocuk ve ergenlerde depresif belirtilere neden olabilecek organik hastalıklar ve ilaçlar açısından dikkatli olunmalıdır. Çocuk ve ergenlerde belirgin depresif belirtiler ve buna bağlı işlevsellikte bozulmayla karakterize olan fakat MDB tanısını karşılamayan uyum bozukluğu ve distimik bozukluk ayırıcı tanıda önemlidir. Uyum bozukluğu; tanımlanabilen bir stresör varlığı, stresörden sonraki 3 ay içinde belirtilerin başlayıp, stresörün ortadan kalkmasından sonraki 6 ay içinde belirtilerin kaybolmasıyla MDB'den ayrılabilir. Distimik bozuklukta ise ayırım depresif belirtilerin özelliği ve süresiyle yapılabilir. Bununla birlikte; distimik bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin MDB epizodu da geçirebilecekleri (çifte depresyon) akılda bulundurulmalıdır^[176].

Ayrıca depresif belirtiler bipolar bozukluk ve psikotik bozukluklarda da görülebilmektedir. Özellikle ailede bipolar bozukluk veya psikotik bozukluk öyküsü varlığında ayırıcı tanıda bu bozukluklar akılda tutulmalıdır^[177, 178].

Depresif belirtilerle başvuran okul öncesi dönem çocuklarında; malignite, ihmal ve istismar, ayrılık anksiyetesi bozukluğu ve depresif özellikli uyum bozukluğu ayırıcı tanıda akla gelmelidir. Ergenlerde ise; madde kötüye kullanımı ve anksiyete bozuklukları ayırıcı tanıda düşünölmelidir^[147].

2.1.7. Eş Tanı

Psikiyatrik bozukluklarda eş tanı durumu hem teorikte hem de pratikte sık karşılaşılan ve tedavi planlaması açısından önemli bir durumdur. Yapılan çalışmalarda çocuk ve ergenlerde MDB'ye; %40-90 oranında bir başka psikiyatrik bozukluğun, %10-50 oranında da iki ya da daha fazla psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiği

bildirilmiştir^[2, 3, 179-182]. Çocuk ve ergenlerde MDB'ye; en sık anksiyete bozuklukları olmak üzere, yıkıcı davranış bozuklukları, DEHB, OKB ve özel öğrenme bozukluğu eşlik etmektedir^[3, 180, 183]. Yapılan bir çalışmada; MDB tanısı koyulan çocuk ve ergenlerin takiplerindeki 3 aylık sürede, %28'inin anksiyete bozukluğu, %7'sinin DEHB, %3'ünün KOKGB, %3'ünün davranım bozukluğu, %1'inin ise madde kullanım bozukluğu eş tanısı aldıkları bildirilmiştir^[184]. Başka bir çalışmada ise; MDB'ye, çocukluk döneminde ayrılık anksiyetesi bozukluğunun, ergenlik döneminde ise yeme bozukluğu ve madde kullanım bozukluğunun daha sık eşlik ettiği bulunmuştur^[185].

Çocuk ve ergenlerde MDB'yle psikiyatrik eş tanı varlığının; depresyonun tekrarlama riskini artırdığı, depresif nöbet süresini uzattığı, daha düşük işlevsellik düzeyine ve daha kötü akademik performansa neden olduğu, tedavi yanıtını azalttığı, intihar riskini artırdığı ve prognozu kötüleştirdiği bildirilmiştir^[2, 176, 186, 187].

2.1.8. Tedavi

Çocuk ve ergenlerde MDB tedavisinde ilaç tedavisi, psikoterapi ve psikososyal müdahalelerin etkinliğini araştıran çok sayıda çalışma yapılmıştır. Her bir tedavi yönteminin etkinliğini tek başına değerlendiren çalışmalar yapıldığı gibi, bu tedavi yöntemlerinin birbirleriyle karşılaştırıldığı çok merkezli çalışmalar da bulunmaktadır^[188].

Hafif ve orta şiddetteki MDB'nin tedavisinde öncelikle psikososyal müdahaleler ve psikoterapi, klinik duruma bağlı olarak ilaç tedavisi eklenmesi, ağır MDB'de ise yataklı tedavi merkezlerinde tedaviye öncelik verilmesi önerilmektedir^[189, 190].

MDB tedavisinde en sık kullanılan ilaçlar fluoksetin, sertralin, sitalopram, essitalopram, paroksetin, fluvoksamin gibi seçici serotonin geri alım inhibitörleridir^[188]. Çocuk ve ergenlerde depresyonun tedavisinde ise en çok çalışılan SSRI fluoksetindir^[191-194]. Yapılan çalışmalarda; çocuk ve ergenlerin SSRI tedavisine yanıt oranları %64-74 arasında bildirilmiştir^[147, 195].

Çocuk ve ergenlerde MDB'nin tedavisi için bilişsel davranışçı terapi (BDT), kişilerarası terapi (KAT), bilişsel davranışçı analiz sistemi psikoterapisi, davranış aktivasyonu terapisi ve problem çözme terapisinin etkinliği gösterilmiş; akılcı duygusal davranışçı terapi, kendilik sistemi terapisi, kısa süreli psikodinamik terapi, duygu düzenleme terapisi ve kabul ve kararlılık terapilerinin de kullanılabileceği bildirilmiştir^[196]. BDT'nin etkinliği ile ilgili yapılan iki meta-analiz çalışmasında BDT etkin bulunmakla birlikte, her ikisinde de etki büyüklüğü 0.3'ün altında kalmıştır^[197, 198].

12-17 yaş aralığındaki 439 ergenle yapılan ve 12 hafta süren bir çalışmada; 1. gruba fluoksetin (10-40 mg/gün), 2. gruba BDT, 3. gruba ise fluoksetin (10-40 mg/g) ve BDT birlikte uygulanmış; genel klinik iyileşme oranları 1. grup için %61, 2. grup için %43, 3. grup için %71 olarak bildirilmiştir^[193].

2.1.9. Gidiş

Çocuk ve ergenlerde MDB; akademik sorunlar, aile içi ve sosyal ilişkilerde bozulma, diğer psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkması ve intihar girişimlerine yol açabilmektedir^[199].

MDB tanısı koyulan çocuk ve ergenlerde yapılan izleme çalışmalarında depresyonun tekrarladığı, erişkinlikte de devam ettiği ve ergenlik dönemindeki depresif belirtilerin erişkinlikteki MDB'yi yordadığı bildirilmiştir^[49, 200-205]. Depresif epizodun, çocuklarda ortalama 8-13 ay sürdüğü, %90 oranında iyileştiği, %30-70 oranında tekrarladığı; ergenlerde ise ortalama 3-9 ay sürdüğü, %50-90 oranında iyileştiği, %20-50 oranında tekrarladığı bulunmuştur^[180, 206].

MDB'nin başlangıç yaşı, geçirilen epizod sayısı ve şiddeti, psikiyatrik eş tanı varlığı, tedaviye uyumsuzluk, stresli yaşam olaylarının varlığı, ebeveynlerde psikiyatrik bozukluk varlığı ve psikososyal işlevselliğin kötü olması, tekrarlama ve kronikleşmeyle ilişkili bulunmuştur^[168, 207].

Erken yaşta başlayan MDB'nin daha fazla tekrarlama, daha ağır seyir, tedaviye direnç, erişkinlikte daha sık anksiyete bozukluğu, depresif bozukluk ve madde kullanım

bozukluğu görülme, sosyal ilişkiler ve iş performansında sorunlar ve genel işlevsellikte daha fazla bozulma ile ilişkili olduğu görülmüştür^[169].

MDB'ye göre daha seyrek görülmesine rağmen, bipolar bozukluk tanısı olan çocuk ve ergenlerin yaklaşık %40'ında bozukluk depresif epizodla başlamaktadır^[199]. Bu hastalarda bipolar bozukluk için risk faktörleri; depresyonun akut ve erken yaşta başlaması, halüsinasyonlar gibi psikotik belirtilerin varlığı, belirgin psikomotor yavaşlama, ailede bipolar bozukluk öyküsü varlığı, 3 kuşaktaki aile bireylerinde duygudurum bozukluğu ve ilaçla tetiklenen manik atak öyküsü varlığı olarak belirtilmiştir^[1, 208].

2.2. Çocukluk Çağı Travmaları

“Travma” kelimesi köken olarak “yara” anlamına gelen Yunanca “trauma” kelimesinden gelmektedir. Sağlık alanında kişinin bedeninin yaralanması durumunun ifadesi için kullanılmaktadır. Ruhsal travma ise beklenmedik bir şekilde ortaya çıkan, kişinin savunma düzenekleri ve baş etme becerileri ile üstesinden gelemeyeceği kadar ağır ve sarsıcı yaşantılar olarak tanımlanmaktadır^[209].

Çocukluk çağı travmaları, çocuğun ihtiyaçlarını karşılayan ve bakımından sorumlu olan bireyler tarafından çocuğa uygulanan zarar verici veya yapılması gereken fakat yapılmayan davranışlardır^[210].

Çocukluk çağı travmalarının; çocukların travmaya özgü davranış kalıpları (çabuk tepki verme, kaçınma, çaresizlik, yıkıcı davranışlar) geliştirmesine neden olduğu ve bu davranışların travmanın etkisiyle oluşan çarpık bilişsel şemalar yoluyla sonraki yıllara taşındığı, psikiyatrik bozukluk gelişimine zemin hazırladığı, erişkin dönemdeki ilişkilerinde saldırıya uğrama, şiddet ve travma sahnelerini yineleyici biçimde yaşadıkları ileri sürülmüştür^[211-213].

2.2.1. Çocuk İhmal ve İstismarı

Dünya Sağlık Örgütü, çocukla sorumluluk, güven veya güç ilişkisi içinde olan birisi tarafından, çocuğun sağlığına, yaşamına, gelişimine veya onuruna zarar veren veya

verme potansiyeli olan fiziksel ve/veya duygusal kötü muamele, cinsel istismar, ihmal, ihtiyaçlarının yeterince karşılanmaması davranışlarını çocuk ihmal ve istismarı olarak ele almaktadır^[214].

Başta anne ve baba olmak üzere bakımverenlerin, çocuğun beslenme, giyinme, barınma, korunma, eğitim, sağlık ve sevgi gibi duygusal ihtiyaçlarını yeterince karşılamamaları sonucunda, çocuğun bedensel, duygusal veya sosyal gelişiminin engellenmesi ihmal kapsamında değerlendirilirken; çocuğun, bakımverenleri ve diğer kişiler tarafından fiziksel, duygusal, zihinsel veya cinsel gelişimini engelleyen, beden veya ruh sağlığına zarar veren, kaza sonucu olmayan durumlarla karşı karşıya bırakılması istismar olarak tanımlanmaktadır^[213, 215-218].

Ülkemizde yapılan bir çalışmada; ihmalin en sık (%16,5) bildirilen çocukluk çağı travması olduğu, bunu duygusal (%15,9), fiziksel (%13,5) ve cinsel (%10,7) istismarın izlediği bildirilmiştir^[219].

Yapılan çalışmalarda, fiziksel istismar ve ihmal olgularının %90'ına duygusal istismar ve ihmalin de eşlik ettiği saptanmıştır^[215, 217]. İhmalin en sık görülen çocukluk çağı travması olmasına karşın, ölüm veya ağır yaralanma ile sonuçlanmaması sebebiyle istismardan daha zararsız gibi yorumlandığı ve yeteri kadar araştırılmadığı fakat çocukta yarattığı bedensel ve ruhsal hasarın benzer hatta daha ağır olduğu düşünülmektedir^[215, 220].

2.2.1.1. Fiziksel İhmal

Fiziksel ihmal; bakımverenler tarafından çocuğun sağlığı için gerekli yardımın alınmaması veya geciktirilmesi, beslenmesi, giyimi, eğitimi ve güvenliği konusunda ilgisiz ve kayıtsız olunması olarak tanımlanmaktadır^[215, 217, 220].

2.1.1.2. Duygusal İhmal

Duygusal ihmal; bakımverenlerin çocuğun bağlanma ve sevgi gibi duygusal gereksinimlerini karşılamamasıdır. Duygusal ihmale çocuğun yok sayılması, çocuğun iletişim çabalarına kayıtsız kalınması, çocuğun ihtiyacı olan sevgi ve şefkat gibi

duygusal ilgi ve yakınlığın gösterilmemesi, çocuğun sevildiği, değerli ve özel olduğunu hissedememesine neden olabilecek tutum ve davranışlar örnek verilebilir^[215, 217, 221].

2.1.1.4. Duygusal İstismar

Duygusal istismar; bakımverenlerin çocuğun duygusal ve ruhsal iyilik haline zarar veren davranışları olarak tanımlanmaktadır^[215, 217]. Çocuğa bağırlması, çocuğun kötülenmesi, hakaret ve küfür edilmesi, kişiliğiyle ilgili olumsuz ve ağır eleştirilerde bulunulması, yalnız bırakılması, korkutulması, yaşının üstünde sorumluluk verilmesi, suçlanması, yok sayılması, alay edilmesi, lakap takılması, küçük düşürülmesi, aşağılanması, tehdit edilmesi, yeteneklerinin yetersiz görülmesi, aile içi şiddete tanıklık etmesi, antisosyal aktivitelerde bulunması için teşvik edilmesi, kardeşleri arasında ayırım yapılması, davranışlarıyla uyumsuz ve ağır cezalar verilmesi, aile içi anlaşmazlıklarda taraf turumaya zorlanması, çocuk üzerinde aşırı baskı ve otorite kurulması ve aşırı koruyucu davranılması gibi davranışlar duygusal istismara örnek verilebilir^[215, 217, 220, 221].

2.2.1.4. Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar; bakımverenler tarafından bilerek ve isteyerek, çocuğun sağlığına zarar verecek ve hasar görmesine neden olacak şekilde davranılması olarak tanımlanmıştır. Fiziksel istismar vurma, sarsma veya fiziksel incinmeye neden olacak herhangi bir şekilde olabilmektedir. Fiziksel istismar, duygusal istismardan sonra en sık karşılaşılan istismar çeşididir^[215, 217, 220, 221].

2.1.2.5. Cinsel İstismar

Cinsel istismar; çocuğun bir erişkin tarafından güç kullanarak, tehdit ederek veya kandırarak yapılan cinsel davranışları kapsamaktadır^[215, 217, 222]. Cinsel istismar, çocukla kan bağı olan veya bakmakla yükümlü birisi tarafından uygulandığında “ensest” olarak adlandırılmaktadır. Cinsel istismara cinsel içerikli konuşma, dokunma, cinsel organını gösterme, çocuğa cinsel içerikli materyallerin gösterilmesi, sürtünme, oral temas, penetrasyon, çocuğun pornografisi ve fuhuş için sömürülmesi örnek verilebilir^[217, 220, 222].

Çocukluk dönemi cinsel istismarlarının %15-25'ine fiziksel istismar da eşlik etmektedir^[223].

2.2.2. Çocukluk Çağı Travmalarının Ruhsal Etkileri

Çocukluk çağı travmaları ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişki çok sayıda çalışmada gösterilmiş ve çocuk ihmal ve istismarı psikiyatrik hastalıklar için bir risk faktörü olarak kabul edilmiştir. İhmal veya istismara uğrayan çocuklarda gerek erken dönemde gerekse ilerleyen yaşlarda çok farklı ruhsal sorunlar ya da bozukluklar görülebilmektedir. Çocukluk çağı travması yaşamış kişilerde; travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, kendine zarar verme davranışı, intihar girişimi, anksiyete, konversif nöbetler, disosiyatif semptomlar, DEHB, KOKGB, OKB, öğrenme güçlükleri, enürezis, enkoprezis, çocukluk çağı mastürbasyonu, yeme ve uyku bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozukluğu, kişilik bozuklukları gibi psikiyatrik bozukluklar; olumsuz benlik algısı, içe kapanma, güvensiz bağlanma örüntüsü, aileden uzaklaşma, gergin ruh hali, akran ilişkilerinde sorunlar, düşük benlik saygısı gibi ruhsal sorunlar tanımlanmaktadır. Ayrıca; bedensel yakınmalar, gelişimsel gecikmeler gibi bedensel sorunlar; okul başarısızlığı, uyum sorunları, zayıf dürtü kontrolü, öfke nöbetleri, yaşına uygun olmayan cinsel davranışlar, saldırgan davranışlar, suça yönelme gibi davranış sorunları da görülebilmektedir^[142, 204, 210, 213, 215, 219, 220, 224-250].

2.2.3. Çocukluk Çağı Travmalarının Major Depresif Bozukluk İle İlişkisi

MDB'nin çocukluk çağı travması öyküsü olan erişkinlerde, olmayanlara göre daha sık görüldüğü, çocukluk çağı travmasının erişkinlik döneminde MDB gelişme riskini %50 oranında artırdığı bildirilmiştir. Özellikle; duygusal ihmal ve istismar şiddetinin depresif belirtilerin şiddetiyle ilişkili bulunduğu, çocukluk çağı travması öyküsü olan MDB hastalarında olmayanlara göre; hastalığın daha kötü gidişli olduğu, daha sık tekrarladığı, depresyonun bedensel belirtilerinin daha yoğun görüldüğü, daha sık kendine zarar verme davranışı ve intihar girişimi bulunduğu bildirilmiştir^[213, 241, 246, 251-259].

Çocukluk çağı travmalarının MDB için bir risk faktörü olduğu bildirilmesine rağmen, istismar ve depresyon arasındaki ilişkinin doğası tam olarak bilinmemektedir. Zayıf ebeveynlik becerileri ve aile desteği gibi faktörlerin çocukluk çağı travmalarıyla depresyon arasında aracı rol oynadığını bildiren çalışmalar vardır^[260]. Bazı çalışmalarda ise cinsel istismarın diğer faktörlerden bağımsız olarak depresyon gelişimiyle doğrudan ilişkili olduğu belirtilmiştir^[261]. Bir başka çalışmada ise çocukluk çağı travmalarının; kişinin kendisine, diğer insanlara, dünyaya ve geleceğe dair bilişlerini bozarak depresyona neden olabileceği öne sürülmüştür^[241].

2.3. Erken Dönem Uyumsuz Şemalar

“Şema” kelimesi köken olarak “bir şeyin işleyişini basit çizgilerle gösteren şekil” anlamına gelen Fransızca “schéma” kelimesinden gelmektedir^[262]. Psikiyatri alanında ise ilk olarak Piaget’nin bilişsel gelişim kuramında; çocukların bilişsel gelişimleri sırasında çevrelerindeki dünyayı anlamak, nesne, olay ve durumları öğrenebilmek için geliştirdikleri bilişsel yapılar olarak tanımlanmıştır^[263]. Beck’in bilişsel kuramında ise; çocukluk ve ergenlik döneminde oluşan, kişinin duygu ve davranış deneyimleriyle gelişerek dünyanın algılanmasına yön veren zihinsel örüntüler olarak tanımlanmıştır^[7, 164, 264-267].

Bilişsel davranışçı terapinin kronik psikiyatrik bozuklukların tedavisinde yetersiz kalması üzerine Young; bilişsel, davranışçı, kişilerarası, psikodinamik, Gestalt, yaşantısal terapiler ve transaksyonel analiz, bağlanma ve nesne ilişkileri kuramı öğelerini bir araya getiren bütünleştirici bir teori ve terapi yöntemi olan şema terapiyi geliştirmiştir^[9, 267-272].

Şema terapiye göre; psikiyatrik bozuklukların temelinde, çocukluk döneminde temel ihtiyaçların yeterince karşılanmaması nedeniyle ortaya çıkan erken dönem uyumsuz şemalar (Early Maladaptive Schemas - EMS) vardır. Erken dönem uyumsuz şemalar; çocukluk döneminde oluşan, ergenlik ve sonraki dönemlerde gelişen; anılar, duygular, bilişler ve bedensel duyumlardan oluşan, önemli derecede işlevsiz olan, kişinin kendisine ve başkalarına yönelik algılarını etkileyen ve yaşam boyu sürekli tekrar eden

kalıplardır. Erken dönem uyumsuz şemaların gelişiminde; temel duygusal gereksinimler, erken dönem yaşam deneyimleri ve duygusal mizaç ve bunların birbirleriyle olan etkileşimleri etkilidir^[9, 269-272].

Temel duygusal gereksinimler; başkalarına güvenli bağlanma (güvenlik, istikrar, bakım, kabul), özerklik, yeterlilik ve kişilik algısı, ihtiyaçların ve duyguların ifade edilme özgürlüğü, kendiliğindenlik ve oyun, gerçekçi sınırlar ve özdenetimdir. Young'a göre bu gereksinimler evrenseldir, az veya çok her insanda bulunmakla birlikte çocukluk döneminde daha yoğundur. Bu gereksinimlere; özellikle bakımverenlerin çocukla güvenli bağlanması, çocuğun özerkliğini ve yeterliliğini desteklemeleri, çocuğu aynalayarak olumlu kişilik algısının oluşmasını sağlamaları, ihtiyaç ve duygularını ifade etmesine izin vermeleri, sınırları ve özdenetimini sağlamayı öğretmeleri örnek verilebilir. Çocukların ruhsal anlamda sağlıklı bir şekilde gelişmelerinin temelinde bu gereksinimlerinin karşılanması vardır. Erken dönem uyumsuz şemaların oluşmasında en önemli etken çocukluk çağında temel duygusal gereksinimlerin karşılanmamasıdır^[9, 270-272].

Young'a göre erken dönem uyumsuz şemaların gelişimindeki diğer önemli etken de erken dönem olumsuz yaşam deneyimleridir. Erken dönem olumsuz yaşam deneyimleri; gereksinimlerin zarar verici bir biçimde engellenmesi, travmatizasyon veya kurbanlaştırma, gereksinimlerin gerektiğinden fazla karşılanması, seçici içselleştirme veya önem verdiği kişilerle özdeşleşmedir. Bu deneyimlere; çocuğun gereksinimlerinin engellenmesi veya karşılanmaması, ihmal ve istismara uğraması, ihtiyacından daha fazlasının sağlanması ve bakımverenlerinin bu düşünce, duygu ve davranışlarını içselleştirmesi veya bu kişilerle özdeşim kurması örnek verilebilir^[9, 270-272].

Duygusal mizaç; doğuştan gelen, olaylara nasıl tepki verdiğimizizi belirleyen, duygusal yapılar olarak tanımlamaktadır^[9]. Doğuştan ve biyolojik temeli olan bu yapılar, çocuğun içinde bulunduğu çevre ile etkileşime girme veya çevreye tepki verme tarzıdır. Her çocuk eşsiz bir mizaca sahiptir. Karşılanmayan temel duygusal gereksinimler ve erken dönem olumsuz yaşam deneyimleri çocuğun mizacıyla etkileşerek şemaların gelişmesini sağlar^[9, 270-272].

Young, çocukluk döneminde yeterince karşılanmayan 5 temel duygusal gereksinim sonucunda, 5 şema alanı ve 18 erken dönem uyumsuz şema tanımlamıştır^[9, 270-273]

(Tablo 2.1).

Tablo 2.1. Temel Gereksinimler - Şema Alanları - Erken Dönem Uyumsuz Şemalar

Temel Gereksinim	Şema Alanı	Erken Dönem Uyumsuz Şemalar
Başkalarına güvenli bağlanma	Kopukluk ve Reddedilmişlik Şema Alanı	Terk Edilme ve Tutarsızlık Şeması - TET Kuşkuculuk ve Kötüye Kullanılma Şeması - KÖK Duygusal Yoksunluk Şeması - DUY Kusurluluk/Utanma Şeması - KUS Sosyal İzolasyon Şeması - SİZ
Özerklik, yeterlilik ve kişilik algısı	Zedelenmiş Özerklik ve Performans Şema Alanı	Bağımlılık/Yetersizlik Şeması - BAĞ Hastalık ve Tehditlere Karşı Dayanaksızlık Şeması - DAY Yapışıklık/Gelişmemiş Benlik Şeması - YAP Başarısızlık Şeması - BAŞ
İhtiyaçların ve duyguların ifade edilme özgürlüğü	Başkalarına Yönelimlilik Şema Alanı	Boyun Eğicilik Şeması - BOY Kendini Feda Etme Şeması - FED Onay Arayıcılık Şeması - ONA
Kendiliğindenlik ve oyun	Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama/Ketleme Şema Alanı	Karamsarlık Şeması - KAR Duyguları Bastırma Şeması - DUB Yüksek Standartlar Şeması - YÜS Cezalandırıcılık Şeması - CEZ
Gerçekçi sınırlar ve özdenetim	Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanı	Haklılık/Büyüklenmecilik Şeması - HAK Yetersiz Özdenetim Şeması - YÖD

Şemalar, doğumdan itibaren bakımverenlerle kurulan etkileşimle oluşmaya başlar ve çocuk büyüdükçe akranlar, okul ve kültürel özellikler gibi etkenler de şemaların oluşum ve gelişimine katkıda bulunur. Ancak ileriki yıllarda oluşan şemalar, erken dönemlerde oluşanlar kadar güçlü ve kalıcı değildirler. En zarar verici şemaların kaynakları genellikle reddedilme, terk edilme, ihmal ve istismar gibi tekrarlayıcı travmatik deneyimlerdir^[9, 267, 270-272, 274-276].

2.3.1. Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Çocukluk Çağı Travmaları İle İlişkisi

Young, çocukluk çağı ruhsal travmalarının; zedelenmiş özerklik ve performans şema alanı ve kuşkuculuk/kötüye kullanılma, kusurluluk/utanma ve hastalık ve tehditlere karşı dayanaksızlık şemalarının gelişmesine neden olabileceğini ileri sürmüştür^{[9, 267,}

270-272]. Erişkin örneklemlilerle birçok çalışmada erken dönem uyumsuz şemaların çocukluk çağı travmalarıyla ilişkisi gösterilmiştir^[241, 277-283]. Sonuçlarda en çok tekrar edilen bulgular; kopukluk ve reddedilmişlik, zedelenmiş özerklik ve performans, başkalarına yönelimlilik, aşırı tetikte olma ve baskılama/ketleme ve zedelenmiş sınırlar şema alanları ve duygusal yoksunluk, kuşkuculuk ve kötüye kullanılma, kusurluluk/utanma, hastalık ve tehditlere karşı dayanıksızlık, sosyal izolasyon şemalarıdır^[241, 278-284].

Yine erişkinlerle yapılan bir başka çalışmada; ebeveynin ihmalkar tutumunun; çocukların kusurluluk/utanç, başarısızlık, hastalık ve tehditler karşısında dayanıksızlık şemalarıyla, aşırı koruyucu tutumunun ise; kusurluluk/utanma, hastalık ve tehditler karşısında dayanıksızlık, yetersiz özdenetim şemalarıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir^[277].

2.3.2. Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Major Depresif Bozukluk İle İlişkisi

MDB’de erken dönem uyumsuz şemalar pek çok çalışmada araştırılmıştır^[241, 277, 285-295]. Sonuçlarda en çok tekrar edilen bulgular; kopukluk ve reddedilmişlik, zedelenmiş özerklik ve performans, başkalarına yönelimlilik, zedelenmiş sınırlar şema alanları ve duygusal yoksunluk, terk edilme ve tutarsızlık, kusurluluk/utanma, kuşkuculuk ve kötüye kullanılma, yetersiz özdenetim, hastalık ve tehditlere karşı dayanıksızlık, kendini feda etme ve başarısızlık şemalarıdır^[241, 277, 285-296].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Katılımcıların Seçimi

Araştırma; Ocak 2019 - Mayıs 2019 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran 10-16 yaş arası çocuk ve ergenlerde yapılmıştır. Yapılan klinik değerlendirme sonucunda depresyon öntanısı düşünülen çocuk ve ergenlere ve ebeveynlerine, araştırmacı tarafından; araştırmanın amacı, yöntemi ve kullanılacak olan ölçekler hakkında bilgi verilmiş, araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair yazılı onamları alınmıştır.

Klinik gözlem veya standardize testlere göre normal zeka düzeyinde olan, DSM-5'e dayalı yarı yapılandırılmış klinik görüşme sonrasında MDB tanısı koyulan ve OSB, bipolar bozukluk, psikotik bozukluk, madde kullanım bozukluğu olmayan 45 çocuk ve ergen çalışmaya dahil edilmiştir.

3.2. Yöntem

Araştırmaya katılmayı kabul eden çocuk ve ergenler ile ebeveynlerine, Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli - DSM - 5 - Kasım 2016 - Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) uygulanarak MDB ve diğer psikiyatrik bozuklukların tanıları DSM-5 tanı kriterlerine göre netleştirilmiştir.

Çocuk ve ergenler ve ebeveynlerle yapılan görüşmede; katılımcıların sosyodemografik özellikleri araştırmacı tarafından hazırlanan yarı yapılandırılmış sosyodemografik bilgi formu kullanılarak değerlendirilmiştir. Değerlendirme sırasında araştırmacı tarafından Çocuklar için Global Değerlendirme Ölçeği (ÇGDÖ) ve Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGİÖ) uygulanmıştır.

ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T uygulanan ve MDB tanısı koyulan çocuk ve ergenlere; erken dönem uyumsuz şemaları, çocukluk çağında yaşadıkları ruhsal travmaları ve depresif

belirtileri değerlendirmek için; Çocuk ve Ergenler için Erken Dönem Uyumsuz Şema Ölçekler Takımı (ÇEŞÖT), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) ve Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) uygulanmıştır.

3.3. Gereçler

3.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu (Ek 9.1)

Araştırmaya katılan çocuk ve ergenlerin; yaşı, cinsiyet, kardeş sayısı, aile yapısı, ebeveynlerin yaşı, eğitim ve çalışma durumları, ebeveynlerde tanı koyulmuş fiziksel hastalık ve psikiyatrik bozukluk varlığı, yaşanılan yer, aylık gelir düzeyi, çocuk veya ergende travma, kendine zarar verme davranışı (KZVD) ve intihar girişimi öyküsü varlığı gibi sosyodemografik bilgileri, araştırmacı tarafından hazırlanan yarı yapılandırılmış sosyodemografik bilgi formu kullanarak elde edilmiştir.

3.3.2. Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) (Ek 9.2)

Çocuklar için Depresyon Ölçeği (The Children's Depression Inventory - CDI); Kovacs tarafından, Beck Depresyon Ölçeği esas alınarak, 6-17 yaş arasındaki çocuk ve ergenlerin depresyon düzeylerini değerlendirmek için geliştirilmiştir^[297]. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Öy tarafından yapılmıştır^[298].

ÇDÖ; 27 maddeden oluşan, 3'lü likert tipte bir öz bildirim ölçeğidir. Her maddede, çocuğun son 2 haftasını göz önüne alarak aralarından seçim yapabileceği, 0-1-2 olarak puanlanmış 3 cümle bulunmaktadır. B, E, G, H, İ, J, L, N, O, P, Ş, Ü, V maddeleri, ters olarak puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 54'tür. Alınan puanın artması depresyonun şiddetinin arttığını göstermektedir. Ölçeğin kesme puanı 19 olarak önerilmektedir. Ölçeğin Cronbach α iç tutarlılık katsayısı 0,86, test-tekrar test korelasyon katsayısı ise 0,72 olarak bildirilmiştir^[298].

3.3.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) (Ek 9.3)

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (Childhood Trauma Questionnaire - CTQ); Bernstein ve arkadaşları tarafından, 20 yaş öncesindeki ihmal ve istismar yaşantılarını

geriye dönük ve niceliksel olarak belirlemek için geliştirilmiştir^[299-301]. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Şar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır^[302].

ÇÇTÖ; 5 alt ölçek ve 28 maddeden oluşan, 5'li likert (1=Hiçbir zaman, 2=Nadiren, 3=Zaman zaman, 4=Sıklıkla, 5=Çok sık) tipte bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek çocukluk çağı travmalarıyla ilişkili olarak; fiziksel ihmal, fiziksel istismar, duygusal ihmal, duygusal istismar ve cinsel istismar olmak üzere 5 alt boyutu kapsamaktadır. 2, 5, 7, 13, 19, 26 ve 28 numaralı maddeler ters olarak puanlanmaktadır.

Fiziksel ihmal 1, 2, 4, 6, 26 numaralı maddelerle; fiziksel istismar 9, 11, 12, 15, 17 numaralı maddelerle; duygusal ihmal 5, 7, 13, 19, 28 numaralı maddelerle; duygusal istismar 3, 8, 14, 18, 25 numaralı maddelerle; cinsel istismar ise 20, 21, 23, 24, 27 numaralı maddelerle değerlendirilmektedir.

Travmanın inkarını ölçen 10, 16 ve 22 numaralı maddelerin her birinden alınan en yüksek puan (5 puan) yanıtları dikkate alınmakta ve 1 puan olarak hesaplanmaktadır. Bu puanların toplanması ile 0-3 puan arasında bir minimizasyon puanı elde edilmektedir. Minimizasyon puanı toplam puanı etkilememektedir. Ölçeğin her bir alt boyutundan en düşük 5, en yüksek 25 puan, toplamda ise en düşük 25, en yüksek 125 puan alınabilmektedir. Ölçeğin kesme puanı; fiziksel ve cinsel istismar alt boyutu için 5, fiziksel ihmal ve duygusal istismar için 7, duygusal ihmal için 12, toplamda ise 36 puan olarak önerilmektedir. Ölçeğin Cronbach α iç tutarlılık katsayısı 0,93, test-tekrar test korelasyon katsayısı ise 0,90 olarak bildirilmiştir^[302].

3.3.4. Çocuk ve Ergenler için Erken Dönem Uyumsuz Şema Ölçekler Takımı (ÇEŞÖT) (Ek 9.4)

Çocuk ve Ergenler için Erken Dönem Uyumsuz Şema Ölçekler Takımı (ÇEŞÖT); Güner tarafından, Young Şema Ölçeği esas alınarak, 10-16 yaş arasındaki çocuk ve ergenlerin erken dönem uyumsuz şemalarını belirlemek için geliştirilmiştir^[303].

ÇEŞÖT; yorumlanabilir 5 şema alanı ve 15 şemaya ayrılmış 97 maddeden oluşan 5'li likert (1=Benim için tamamıyla yanlış, 2=Benim için çoğunlukla yanlış, 3=Benim için

ne doğru ne de yanlış, 4=Benim için çoğunlukla doğru, 5=Benim için tamamıyla doğru) tipi bir öz bildirim ölçeğidir.

Kopukluk ve reddedilmişlik şema alanında kusurluluk/utanma, kuşkuculuk/kötüye kullanılma, duygusal yoksunluk, terk edilme ve tutarsızlık şemaları; zedelenmiş özerklik ve performans şema alanında başarısızlık, bağımlılık/yetersizlik, yapışıklık ve gelişmemiş benlik, hastalık ve tehditlere karşı dayanıksızlık şemaları; zedelenmiş sınırlar şema alanında haklılık/büyükleme, yetersiz özdenetim şemaları; başkalarına yönelimlilik şema alanında kendini onaylamama, boyun eğicilik, onay arayıcılık şemaları; aşırı tetikte olma ve baskılama/ketleme şema alanında karamsarlık, cezalandırıcılık şemaları yer almaktadır.

Ölçeğin geliştirilmesi sırasında yapılan açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizlerinde; orijinal ölçeğin kopukluk ve reddedilmişlik şema alanında; sosyal izolasyon, başkalarına yönelimlilik şema alanında; kendini feda etme, aşırı tetikte olma ve baskılama/ketleme şema alanında; duyguları bastırma, yüksek standartlar şemaları doğrulanmayarak ölçekten çıkartılmış, başkalarına yönelimlilik şema alanındaki onay arayıcılık şeması ise ikiye ayrılarak onay arayıcılık ve kendini onaylamama şemaları oluşturulmuştur^[303].

Cronbach α iç tutarlılık katsayıları sırasıyla; kopukluk ve reddedilmişlik şema alanı 0,89 ve bu alan içinde kusurluluk/utanma 0,61, kuşkuculuk/kötüye kullanılma 0,77, duygusal yoksunluk 0,81, terk edilme ve tutarsızlık 0,64; zedelenmiş özerklik ve performans şema alanı 0,85 ve bu alan içinde başarısızlık 0,77, bağımlılık/yetersizlik 0,75, yapışıklık ve gelişmemiş benlik 0,68, hastalık ve tehditlere karşı dayanıksızlık 0,68; zedelenmiş sınırlar şema alanı 0,86 ve bu alan içinde haklılık/büyükleme 0,84, yetersiz özdenetim 0,72; başkalarına yönelimlilik şema alanı 0,78 ve bu şema alanı içinde kendini onaylamama 0,73, boyun eğicilik 0,67, onay arayıcılık 0,66; aşırı tetikte olma ve baskılama/ketleme şema alanı 0,82 ve bu şema alanı içinde karamsarlık 0,83, cezalandırıcılık 0,55 olarak bulunmuştur. Belirlenen yaş grubu için oluşturulan norm tablosuna göre her şema bir kesme puanına sahiptir ve kesme puanı ve üzerinde olan şema aktif olarak değerlendirilmektedir^[303].

3.3.5. Çocuklar için Global Değerlendirme Ölçeği (ÇGDÖ) (Ek 9.5)

Çocuklar için Global Değerlendirme Ölçeği (Children's Global Assessment Scale - CGAS); Shaffer ve arkadaşları tarafından, Global Değerlendirme Ölçeği esas alınarak, çocuk ve ergenlerde işlevselliğin genel değerlendirilmesi için geliştirilmiştir^[304]. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Gökler ve arkadaşları tarafından yapılmıştır^[305].

ÇGDÖ; klinisyen tarafından uygulanan, hastanın semptomları ile aile, sosyal ve akademik işlevselliği göz önüne alınarak hastanın genel iyilik hali ve işlevselliğini değerlendiren bir ölçektir. Ölçek, 1 (işlevsellikte ağır düzeyde bozulma) ile 100 (bütün alanlarda en üst düzeyde işlevsellik) arasında 10 bölümden oluşmakta ve hastanın semptomları ve işlevsellik düzeyinin, her bölüm içinde belirtilen örnek durumlara uygunluğuna göre belirlenen bölümden bir puan verilerek puanlanmaktadır^[304].

3.3.6. Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGIÖ) (Ek 9.6)

Klinik Global İzlenim Ölçeği (Clinical Global Impression - CGI); Guy tarafından, her yaşta bütün psikiyatrik bozuklukların seyrini değerlendirmek için geliştirilmiştir^[306].

KGIÖ; hastalık şiddeti, düzelme ve yan etki şiddeti olmak üzere 3 bölümden oluşan ve gözlemci tarafından doldurulan likert tipi bir ölçektir. Hastalık şiddeti (Severity Index - SI) bölümü, ölçeğin doldurulduğu sıradaki hastalığın şiddetine göre, 7'li likert (1=Normal, 2=Hastalık sınırında, 3=Hafif düzeyde hasta, 4=Orta düzeyde hasta, 5=Belirgin düzeyde hasta, 6=Ağır düzeyde hasta, 7=Çok ağır düzeyde hasta) tipte puanlanmaktadır^[306].

3.3.7. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli - DSM-5 - Kasım 2016 - Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T)

Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children - Present and Lifetime Version - K-SADS-PL); Kaufman ve arkadaşları tarafından, 6-18 yaş arasındaki çocuk ve ergenlerin geçmişteki ve şu andaki psikiyatrik bozukluklarını DSM tanı kriterlerine göre taramak için geliştirilen yarı yapılandırılmış görüşme formunun, DSM tanı kriterlerinin 2013 yılında güncellenmesiyle DSM-5 tanı kriterleri ile uyumlu olarak revize edilmiş versiyonudur^[307, 308]. Görüşme formunun Türkçe uyarlaması Ünal ve arkadaşları tarafından yapılmıştır^[309].

ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T; yapılandırılmamış görüşme, tarama ve ekler bölümlerinden oluşmaktadır. Yapılandırılmamış görüşme bölümünde; çocuk veya ergenin demografik bilgileri, gelişim öyküsü, fiziksel ve psikiyatrik hastalık ve tedavi geçmişi, aile ve arkadaş ilişkileri gibi bilgiler edinilmektedir. Tarama bölümünde; psikiyatrik bozuklukların anahtar belirtileri sorgulanarak, olası psikiyatrik bozukluklar taranmaktadır. Ekler bölümü; depresyon ve bipolar bozukluklar eki, şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozukluklar eki, anksiyete, obsesif kompulsif ve travma ilişkili bozukluklar eki, nörogelişimsel, yıkıcı ve davranım bozuklukları eki, yeme bozuklukları ve madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar eki olmak üzere 5 ekten oluşmaktadır. Tarama bölümünde edinilen bilgilere göre ilgili ek görüşmeci tarafından uygulanmaktadır^[308].

3.4. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel değerlendirme IBM SPSS 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) paket programı ile yapıldı. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov Testi ile değerlendirildi. Normal dağılım gösteren sayısal değişkenler ortalama±standart sapma,

normal dağılım göstermeyen sayısal değişkenler medyan (25.-75. persantil), kategorik değişkenler ise frekans (yüzde) olarak verildi.

Gruplar arasındaki farklılık normal dağılıma sahip olan sayısal değişkenler için student-t testi ile, normal dağılıma sahip olmayan sayısal değişkenler için Mann Whitney U testi ile belirlendi. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkilerin analizinde normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Spearman korelasyon analizi kullanıldı. İlgilenilen ölçek üzerinde etkisi olan faktörler çoklu doğrusal regresyon analizi ile belirlendi. İki yönlü hipotezlerin testi için $p < 0.05$ istatistiksel önemlilik için yeterli kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Bireysel Özellikleri

Çalışmaya; yaş ortalamaları $14,73 \pm 1,41$ olan, 10-16 yaş aralığında, 36'sı (%80) kız, 9'u (20) erkek, 45 MDB tanılı çocuk ve ergen alınmıştır. Hastaların; 16'sında (%35,6) fiziksel hastalık, 28'inde (%62,2) travma öyküsü, 40'ında (%88,9) KZVD öyküsü, 20'sinde (%44,4) intihar girişimi öyküsü, 27'sinde (%60) psikiyatrik ek tanı olduğu, en sık (%35,6) eşlik eden psikiyatrik tanının DEHB olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Katılımcıların Bireysel Özellikleri

Bireysel Özellikler		Sayı	%
Cinsiyet	Kız	36	80
	Erkek	9	20
Fiziksel hastalık	Yok	29	64,4
	Var	16	35,6
Travma öyküsü	Yok	17	37,8
	Var	28	62,2
KZVD öyküsü	Yok	5	11,1
	Var	40	88,9
İntihar girişimi öyküsü	Yok	25	55,6
	Var	20	44,4
Psikiyatrik eş tanı	Yok	18	40
	Var	27	60
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu		16	35,6
Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu		1	2,2
Davranım Bozukluğu		3	6,7
Anksiyete Bozukluğu		7	15,6
Obsesif Kompulsif Bozukluk		5	11,1
Tik Bozukluğu		1	2,2
Yeme Bozukluğu		2	4,4
Travma Sonrası Stres Bozukluğu		4	8,9

4.2. Katılımcıların Ailesel Özellikleri

Katılımcıların annelerinin yaş ortalaması $41,23 \pm 4,67$, babalarının yaş ortalaması $46,21 \pm 7,19$ ve çoğunluğu ilkokul mezunudur. Katılımcıların 21'inin (%46,7) annesi, 37'sinin (%82,2) babası çalışmaktadır. Katılımcıların; 19'unun (%42,2) annesinde fiziksel hastalık, 34'ünün (%75,6) annesinde ruhsal hastalık öyküsü; 18'inin (%40) babasında fiziksel hastalık, 27'sinin (%60) babasında ise ruhsal hastalık öyküsü olduğu bulunmuştur. Katılımcıların 22'si (%49,9) çekirdek ailesiyle yaşarken, 18'i (%40) parçalanmış aileye sahiptir. Hastaların 43'ü (%95,6) ilçe ve il merkezinde yaşamakta ve 38'inin ailesi (%84,4) asgari ücretin üstünde aylık gelire sahiptir (Tablo 4.2.).

Tablo 4.2. Katılımcıların Ailesel Özellikleri

Ailesel Özellikler		Sayı	%
Annenin eğitim düzeyi	İlkokul mezunu	17	37,7
	Ortaokul mezunu	7	15,6
	Lise mezunu	13	28,9
	Üniversite mezunu	8	17,8
Annenin çalışma durumu	Çalışmıyor	24	53,3
	Çalışıyor	21	46,7
Annede fiziksel hastalık öyküsü	Yok	26	57,8
	Var	19	42,2
Annede ruhsal hastalık öyküsü	Yok	11	24,4
	Var	34	75,6
Babanın eğitim düzeyi	İlkokul mezunu	20	44,5
	Ortaokul mezunu	5	11,1
	Lise mezunu	11	24,4
	Üniversite mezunu	9	20
Babanın çalışma durumu	Çalışmıyor	4	8,9
	Çalışıyor	37	82,2
	Emekli	4	8,9
Babada fiziksel hastalık öyküsü	Yok	27	60
	Var	18	40
Babada ruhsal hastalık öyküsü	Yok	18	40
	Var	27	60
Aile tipi	Çekirdek	22	49,9
	Geniş	5	11,1
	Parçalanmış	18	40
Yaşadığı yer	Köy	2	4,4
	İlçe merkezi	26	57,8
	İl merkezi	17	37,8
Aylık gelir düzeyi (₺)	0 - 2000	7	15,6
	2000 - 4000	20	44,4
	4000 - 6000	18	40

4.3. Katılımcılara Uygulanan Ölçeklerin Sonuçları

Çalışmaya katılan MDB tanılı çocuk ve ergenlerin çoğunluğunun KGiÖ'ya göre belirgin ve ağır düzeyde hasta olduğu ve ÇGDÖ'ye göre işlevselliklerinin %50'nin altında olduğu bulunmuştur. Hastaların ÇDÖ ve ÇÇTÖ puan ortalamalarının kesme puanının üzerinde olduğu saptanmıştır. Özellikle ÇÇTÖ duygusal ihmal ve duygusal istismar alt ölçek puanları yüksektir. Hastaların ÇEŞÖT puan ortalamalarında; kusurluluk/utanma, kuşkuculuk ve kötüye kullanılma, duygusal yoksunluk, terk edilme ve tutarsızlık, başarısızlık, hastalık ve tehditlere karşı dayanıksızlık, yetersiz özdenetim, kendini onaylamama, onay arayıcılık, karamsarlık, cezalandırıcılık şemaları yüksek saptanmıştır (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Katılımcılara Uygulanan Ölçeklerin Puan Ortalamaları

Ölçekler	Q ₂ (25.-75. p)
Klinik Global İzlenim Ölçeği - Şiddet	6 (5 - 6)
Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği	45 (35 - 45)
	$\bar{x} \pm SS$
Çocuklar için Depresyon Ölçeği	30,11 \pm 8,88
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	
Fiziksel ihmal	8,22 \pm 2,92
Fiziksel istismar	7,36 \pm 3,71
Duygusal ihmal	15,36 \pm 5,38
Duygusal istismar	12,20 \pm 5,43
Cinsel istismar	8,87 \pm 6,28
Toplam	51,96 \pm 15,86
Çocuk ve Ergenler için Erken Dönem Uyumsuz Şema Ölçekler Takımı	
Kopukluk ve Reddedilmişlik Şema Alanı	3,03 \pm 0,71
Kusurluluk/Utanma Şeması	3,13 \pm 0,99
Kuşkuculuk ve Kötüye Kullanılma Şeması	3,07 \pm 0,85
Duygusal Yoksunluk Şeması	3,03 \pm 0,94
Terk Edilme ve Tutarsızlık Şeması	2,90 \pm 0,85
Zedelenmiş Özerklik ve Performans Şema Alanı	2,80 \pm 0,61
Başarısızlık Şeması	2,93 \pm 0,97
Bağımlılık/Yetersizlik Şeması	2,67 \pm 0,90
Yapışıklık/Gelişmemiş Benlik Şeması	2,29 \pm 1,05
Hastalık ve Tehditlere Karşı Dayanıksızlık Şeması	3,30 \pm 1,03
Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanı	3,24 \pm 0,86
Haklılık/Büyükleme Şeması	2,92 \pm 0,85
Yetersiz Özdenetim Şeması	3,56 \pm 1,05
Başkalarına Yönelimlilik Şema Alanı	2,77 \pm 0,72
Kendini Onaylamama Şeması	2,80 \pm 1,01
Boyun Eğicilik Şeması	2,45 \pm 0,85
Onay Arayıcılık Şeması	3,05 \pm 0,97
Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama/Ketleme Şema Alanı	3,42 \pm 0,76
Karamsarlık Şeması	3,76 \pm 0,95
Cezalandırıcılık Şeması	3,08 \pm 0,82

4.4. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Alt Gruplarına İlişkin Değerlendirmeleri

Katılımcıların; 21'inin (%46,7) fiziksel ihmal alt ölçek puanı, 23'ünün (%51,1) fiziksel istismar alt ölçek puanı, 31'inin (%68,9) duygusal ihmal alt ölçek puanı, 34'ünün (%75,6) duygusal istismar alt ölçek puanı ve 18'inin (%40) cinsel istismar alt ölçek puanı, kesme puanının üzerinde bulunmuştur. Toplam ölçek puanı değerlendirildiğinde ise hastaların 38'inin (%84,4) toplam puanının, kesme puanının üzerinde olduğu görülmüştür (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Alt Gruplarına Göre Dağılımları

Alt ölçekler	Kesme puanı	Sayı	%
Fiziksel ihmal	≤ 7	24	53,3
	> 7	21	46,7
Fiziksel istismar	≤ 5	22	48,9
	> 5	23	51,1
Duygusal ihmal	≤ 12	14	31,1
	> 12	31	68,9
Duygusal istismar	≤ 7	11	24,4
	> 7	34	75,6
Cinsel istismar	≤ 5	27	60
	> 5	18	40
Toplam	≤ 36	7	15,6
	> 36	38	84,4

ÇÇTÖ alt ölçeklerin puanları arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Fiziksel ihmal alt ölçek puanı ile duygusal ihmal alt ölçek puanı arasında; fiziksel istismar alt ölçek puanı ile duygusal ihmal, duygusal istismar ve cinsel istismar alt ölçek puanları arasında; duygusal ihmal alt ölçek puanı ile fiziksel ihmal, fiziksel istismar ve duygusal istismar alt ölçek puanları arasında; duygusal istismar alt ölçek puanı ile fiziksel istismar, duygusal ihmal ve cinsel istismar alt ölçek puanları arasında ve cinsel istismar alt ölçek puanı ile fiziksel istismar ve duygusal istismar alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif korelasyon saptanmıştır (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Birbirleriyle Korelasyonu

		Fiziksel İhmal	Fiziksel İstismar	Duygusal İhmal	Duygusal İstismar	Cinsel İstismar	Toplam
Fiziksel İhmal	r	1					
	p	.					
Fiziksel İstismar	r	0,267	1				
	p	0,076	.				
Duygusal İhmal	r	0,479	0,532	1			
	p	0,001	0,000	.			
Duygusal İstismar	r	0,229	0,483	0,581	1		
	p	0,130	0,001	0,000	.		
Cinsel İstismar	r	0,027	0,357	0,194	0,364	1	
	p	0,861	0,016	0,201	0,014	.	
Toplam	r	0,489	0,697	0,783	0,810	0,582	1
	p	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	.

r: Spearman korelasyon katsayısı

4.6. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Alt Gruplarına Göre Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Karşılaştırılması

Fiziksel ihmal puanı kesme puanının üstünde olan hastalarda, altında olanlara göre; kopukluk ve reddedilmişlik şema alanı ve kusurluluk/utanma, duygusal yoksunluk, başarısızlık ve kendini onaylamama şemaları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Fiziksel İhmal Alt Ölçeğine Göre Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Karşılaştırılması

Şemalar ve Şema Alanları	Fiziksel İhmal Alt Ölçek Puanı		p
	≤7 (n=24)	>7 (n=21)	
Kopukluk ve Reddedilmişlik Alanı	2,7642 ± 0,70521	3,3396 ± 0,59998	0,005^t
Kusurluluk/Utanma	2,7917 ± 0,88363	3,5143 ± 0,97688	0,013^u
Kuşkuculuk ve Kötüye Kullanılma	2,9150 ± 0,91433	3,2490 ± 0,74761	0,191 ^t
Duygusal Yoksunluk	2,5438 ± 0,81977	3,5952 ± 0,73039	0,001^t
Terk Edilme ve Tutarsızlık	2,8063 ± 0,87468	3,0000 ± 0,82916	0,452 ^t
Zedelenmiş Özerklik ve Performans Alanı	2,7203 ± 0,66221	2,8846 ± 0,54369	0,372 ^t
Başarısızlık	2,4846 ± 0,92880	3,4419 ± 0,75148	0,001^t
Bağımlılık/Yetersizlik	2,5808 ± 0,96050	2,7662 ± 0,82501	0,494 ^t
Yapışıklık/Gelişmemiş Benlik	2,4838 ± 1,08480	2,0781 ± 0,97698	0,237 ^u
Hastalık ve Tehditlere Karşı Dayanıksızlık	3,3321 ± 1,08183	3,2524 ± 1,00006	0,872 ^u
Zedelenmiş Sınırlar Alanı	3,1767 ± 0,84512	3,3074 ± 0,88445	0,615 ^t
Haklılık/Büyüklenmecilik	2,8533 ± 0,72605	2,9957 ± 0,98603	0,581 ^t
Yetersiz Özdenetim	3,5000 ± 1,13597	3,6190 ± 0,97140	0,710 ^t
Başkalarına Yönelimlilik Alanı	2,6099 ± 0,68660	2,9424 ± 0,73210	0,123 ^t
Kendini Onaylamama	2,4583 ± 0,93526	3,1810 ± 0,97140	0,015^t
Boyun Eğicilik	2,2775 ± 0,73216	2,6462 ± 0,94858	0,149 ^t
Onay Arayıcılık	3,0938 ± 1,02632	3,0000 ± 0,93207	0,751 ^t
Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama/Ketleme Alanı	3,3004 ± 0,85802	3,5595 ± 0,61714	0,257 ^t
Karamsarlık	3,5592 ± 1,06030	3,9952 ± 0,77686	0,128 ^t
Cezalandırıcılık	3,0417 ± 0,91362	3,1238 ± 0,72243	0,715 ^u

t: Student-t testi, U: Mann Whitney U testi

Fiziksel istismar puanı kesme puanının üstünde olan hastalarda, altında olanlara göre; kopukluk ve reddedilmişlik şema alanı ve kusurluluk/utanma ve duygusal yoksunluk şemaları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Fiziksel İstismar Alt Ölçeğine Göre Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Karşılaştırılması

Şemalar ve Şema Alanları	Fiziksel İstismar Alt Ölçek Puanı		p
	≤5 (n=22)	>5 (n=23)	
Kopukluk ve Reddedilmişlik Alanı	2,7461 ± 0,67012	3,3068 ± 0,65302	0,007^t
Kusurluluk/Utanma	2,7727 ± 0,92024	3,4696 ± 0,94505	0,019^u
Kuşkuculuk ve Kötüye Kullanılma	2,9073 ± 0,85573	3,2274 ± 0,82919	0,209 ^t
Duygusal Yoksunluk	2,5841 ± 0,83572	3,4652 ± 0,82880	0,001^t
Terk Edilme ve Tutarsızlık	2,7205 ± 0,98267	3,0652 ± 0,67931	0,176 ^t
Zedelenmiş Özerklik ve Performans Alanı	2,7067 ± 0,61006	2,8834 ± 0,60805	0,336 ^t
Başarısızlık	2,7100 ± 0,85595	3,1430 ± 1,04242	0,136 ^t
Bağımlılık/Yetersizlik	2,5295 ± 1,00368	2,7991 ± 0,77589	0,318 ^t
Yapışıklık/Gelişmemiş Benlik	2,3923 ± 1,21467	2,2009 ± 0,86873	0,545 ^t
Hastalık ve Tehditlere Karşı Dayanıksızlık	3,1950 ± 1,07736	3,3904 ± 1,00425	0,521 ^u
Zedelenmiş Sınırlar Alanı	3,2425 ± 0,81323	3,2330 ± 0,91389	0,971 ^t
Haklılık/Büyüklenmecilik	2,8850 ± 0,83918	2,9530 ± 0,87790	0,792 ^t
Yetersiz Özdenetim	3,6000 ± 0,96412	3,5130 ± 1,15022	0,785 ^t
Başkalarına Yönelimlilik Alanı	2,6289 ± 0,74283	2,8952 ± 0,68806	0,219 ^t
Kendini Onaylamama	2,4636 ± 0,98249	3,1130 ± 0,94931	0,290 ^t
Boyun Eğicilik	2,3550 ± 0,80593	2,5400 ± 0,90008	0,446 ^u
Onay Arayıcılık	3,0682 ± 1,05272	3,0326 ± 0,91485	0,904 ^t
Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama/Ketleme Alanı	3,3589 ± 0,85743	3,4811 ± 0,66382	0,595 ^t
Karamsarlık	3,7632 ± 1,18006	3,7622 ± 0,70112	0,368 ^u
Cezalandırıcılık	2,9545 ± 0,79266	3,2000 ± 0,84853	0,394 ^u

t: Student-t testi, U: Mann Whitney U testi

Duygusal ihmal puanı kesme puanının üstünde olan hastalarda, altında olanlara göre; duygusal yoksunluk, yapışıklık/gelişmemiş benlik ve onay arayıcılık şemaları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Duygusal İhmal Alt Ölçeğine Göre Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Karşılaştırılması

Şemalar ve Şema Alanları	Duygusal İhmal Alt Ölçek Puanı		p
	≤12 (n=14)	>12 (n=31)	
Kopukluk ve Reddedilmişlik Alanı	2,8127 ± 0,57059	3,1321 ± 0,75566	0,167 ^t
Kusurluluk/Utanma	2,8757 ± 0,88999	3,2387 ± 1,02296	0,263 ^U
Kuşkuculuk ve Kötüye Kullanılma	3,0186 ± 0,87636	3,0945 ± 0,84885	0,785 ^t
Duygusal Yoksunluk	2,4464 ± 0,63623	3,3000 ± 0,93488	0,003^t
Terk Edilme ve Tutarsızlık	2,9000 ± 0,76183	2,8952 ± 0,89855	0,986 ^t
Zedelenmiş Özerklik ve Performans Alanı	2,9379 ± 0,51790	2,7334 ± 0,64318	0,302 ^t
Başarısızlık	2,6429 ± 0,79792	3,0616 ± 1,02359	0,183 ^t
Bağımlılık/Yetersizlik	2,6614 ± 0,88649	2,6700 ± 0,91286	0,977 ^t
Yapışıklık/Gelişmemiş Benlik	2,0526 ± 0,85668	2,8300 ± 1,24509	0,048^t
Hastalık ve Tehditlere Karşı Dayanıksızlık	3,6171 ± 0,86633	3,1494 ± 1,08204	0,166 ^U
Zedelenmiş Sınırlar Alanı	3,1607 ± 0,81998	3,2724 ± 0,88322	0,690 ^t
Haklılık/Büyüklenmecilik	2,8071 ± 0,70103	2,9706 ± 0,91560	0,556 ^t
Yetersiz Özdenetim	3,5143 ± 1,16014	3,5742 ± 1,01947	0,862 ^t
Başkalarına Yönelimlilik Alanı	2,8645 ± 0,63551	2,7201 ± 0,76046	0,539 ^t
Kendini Onaylamama	2,5286 ± 0,87216	2,9161 ± 1,05676	0,237 ^t
Boyun Eğicilik	2,5293 ± 0,72657	2,4135 ± 0,91024	0,678 ^t
Onay Arayıcılık	2,8306 ± 0,91603	3,5357 ± 0,94999	0,023^t
Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama/Ketleme Alanı	3,5504 ± 0,78813	3,3631 ± 0,75030	0,449 ^t
Karamsarlık	3,7864 ± 0,99534	3,7519 ± 0,95161	0,143 ^U
Cezalandırıcılık	3,3143 ± 0,78726	2,9742 ± 0,82743	0,912 ^U

t: Student-t testi, U: Mann Whitney U testi

Duygusal istismar puanı kesme puanının üstünde olan hastalarda, altında olanlara göre; duygusal yoksunluk şeması istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Duygusal İstismar Alt Ölçeğine Göre Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Karşılaştırılması

Şemalar ve Şema Alanları	Duygusal İstismar Alt Ölçek Puanı		p
	≤7 (n=11)	>7 (n=34)	
Kopukluk ve Reddedilmişlik Alanı	2,7559 ± 0,57496	3,1223 ± 0,73702	0,140 ^t
Kusurluluk/Utanma	2,9091 ± 0,70065	3,2000 ± 1,06287	0,411 ^U
Kuşkuculuk ve Kötüye Kullanılma	2,8055 ± 0,81253	3,1568 ± 0,85331	0,237 ^t
Duygusal Yoksunluk	2,5045 ± 0,96241	3,2059 ± 0,87315	0,029^t
Terk Edilme ve Tutarsızlık	2,8045 ± 0,85599	2,9265 ± 0,85840	0,684 ^t
Zedelenmiş Özerklik ve Performans Alanı	2,8550 ± 0,56755	2,7782 ± 0,62838	0,721 ^t
Başarısızlık	2,7264 ± 0,79853	2,9976 ± 1,02117	0,426 ^t
Bağımlılık/Yetersizlik	2,6991 ± 0,80557	2,6571 ± 0,93277	0,894 ^t
Yapışıklık/Gelişmemiş Benlik	2,6327 ± 1,25922	2,1850 ± 0,96101	0,396 ^U
Hastalık ve Tehditlere Karşı Dayanıksızlık	3,3618 ± 1,03784	3,2732 ± 1,04672	0,886 ^U
Zedelenmiş Sınırlar Alanı	3,0791 ± 0,63113	3,2890 ± 0,91972	0,486 ^t
Haklılık/Büyüklenmecilik	2,7036 ± 0,65160	2,9897 ± 0,90236	0,338 ^t
Yetersiz Özdenetim	3,4545 ± 0,80045	3,5882 ± 1,13024	0,719 ^t
Başkalarına Yönelimlilik Alanı	2,7879 ± 0,57092	2,7576 ± 0,76937	0,905 ^t
Kendini Onaylamama	2,5273 ± 0,79132	2,8824 ± 1,06642	0,316 ^t
Boyun Eğicilik	2,5182 ± 0,78392	2,4274 ± 0,88136	0,762 ^t
Onay Arayıcılık	3,3182 ± 1,04935	2,9632 ± 0,94775	0,298 ^t
Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama/Ketleme Alanı	3,2605 ± 0,71238	3,4734 ± 0,77557	0,425 ^t
Karamsarlık	3,4118 ± 1,07698	3,8762 ± 0,89893	0,244 ^U
Cezalandırıcılık	3,1091 ± 0,59574	3,0706 ± 0,89019	0,706 ^U

t: Student-t testi, U: Mann Whitney U testi

Cinsel istismar alt ölçek puanı kesme puanının üstünde olan hastalarla, altında olanların şemaları ve şema alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Cinsel İstismar Alt Ölçeğine Göre Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Karşılaştırılması

Şemalar ve Şema Alanları	Cinsel İstismar Alt Ölçek Puanı		p
	≤5 (n=27)	>5 (n=18)	
Kopukluk ve Reddedilmişlik Alanı	2,9331 ± 0,65918	3,1822 ± 0,78137	0,255 ^t
Kusurluluk/Utanma	3,0741 ± 0,95297	3,2111 ± 1,05935	0,654 ^t
Kuşkuculuk ve Kötüye Kullanılma	3,0081 ± 0,82272	3,1650 ± 0,90071	0,549 ^t
Duygusal Yoksunluk	2,9426 ± 0,94591	3,1722 ± 0,92914	0,426 ^t
Terk Edilme ve Tutarsızlık	2,7074 ± 0,90402	3,1806 ± 0,69030	0,067 ^t
Zedelenmiş Özerklik ve Performans Alanı	2,6815 ± 0,61894	2,9703 ± 0,56565	0,120 ^t
Başarısızlık	2,8063 ± 0,85997	3,1189 ± 1,11451	0,295 ^t
Bağımlılık/Yetersizlik	2,4785 ± 0,77086	2,9506 ± 1,01053	0,083 ^t
Yapışıklık/Gelişmemiş Benlik	2,1830 ± 0,98343	2,4617 ± 1,13798	0,413 ^U
Hastalık ve Tehditlere Karşı Dayanıksızlık	3,2581 ± 1,02742	3,3500 ± 1,06978	0,682 ^U
Zedelenmiş Sınırlar Alanı	3,2756 ± 0,72349	3,1808 ± 1,04480	0,721 ^t
Haklılık/Büyüklenmecilik	2,8993 ± 0,69659	2,9506 ± 1,06140	0,845 ^t
Yetersiz Özdenetim	3,6519 ± 0,94069	3,4111 ± 1,21456	0,458 ^t
Başkalarına Yönelimlilik Alanı	2,6657 ± 0,64730	2,9141 ± 0,81314	0,262 ^t
Kendini Onaylamama	2,7556 ± 0,94516	2,8556 ± 1,12471	0,926 ^U
Boyun Eğicilik	2,3063 ± 0,69617	2,6644 ± 1,02503	0,323 ^U
Onay Arayıcılık	2,9352 ± 1,06652	3,2222 ± 0,81299	0,338 ^t
Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama/Ketleme Alanı	3,3861 ± 0,77930	3,4742 ± 0,74470	0,707 ^t
Karamsarlık	3,7056 ± 1,02582	3,8483 ± 0,85672	0,945 ^U
Cezalandırıcılık	3,0667 ± 0,73170	3,1000 ± 0,96345	0,816 ^U

t: Student-t testi, U: Mann Whitney U testi

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği toplam puanı kesme puanının üstünde olan hastalarda, altında olanlara göre; duygusal yoksunluk ve onay arayıcılık şemaları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Puanına Göre Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Karşılaştırılması

Şemalar ve Şema Alanları	Toplam Ölçek Puanı		p
	≤36 (n=7)	>36 (n=38)	
Kopukluk ve Reddedilmişlik Alanı	2,7139 ± 0,39316	3,0914 ± 0,74575	0,201 ^t
Kusurluluk/Utanma	3,0741 ± 0,95297	3,2111 ± 1,05935	0,397 ^U
Kuşkuculuk ve Kötüye Kullanılma	2,7986 ± 0,99464	3,1211 ± 0,82373	0,361 ^t
Duygusal Yoksunluk	2,2500 ± 0,41332	3,1789 ± 0,93553	0,014^t
Terk Edilme ve Tutarsızlık	2,9786 ± 0,85335	2,8816 ± 0,85964	0,223 ^t
Zedelenmiş Özerklik ve Performans Alanı	3,0886 ± 0,55433	2,7433 ± 0,60965	0,171 ^t
Başarısızlık	2,5171 ± 0,76878	3,0076 ± 0,99229	0,223 ^t
Bağımlılık/Yetersizlik	2,9371 ± 0,66427	2,6176 ± 0,92948	0,391 ^t
Yapışıklık/Gelişmemiş Benlik	2,1830 ± 0,98343	2,4617 ± 1,13798	0,088 ^U
Hastalık ve Tehditlere Karşı Dayanıksızlık	3,2581 ± 1,02742	3,3500 ± 1,06978	0,198 ^U
Zedelenmiş Sınırlar Alanı	3,0757 ± 0,46949	3,2675 ± 0,91125	0,419 ^t
Haklılık/Büyüklenmecilik	2,7229 ± 0,57691	2,9561 ± 0,89258	0,511 ^t
Yetersiz Özdenetim	3,4286 ± 0,71581	3,5789 ± 1,10897	0,733 ^t
Başkalarına Yönelimlilik Alanı	3,0271 ± 0,49063	2,7168 ± 0,74954	0,300 ^t
Kendini Onaylamama	2,8632 ± 0,79522	2,8556 ± 1,03882	0,301 ^t
Boyun Eğicilik	2,3063 ± 0,69617	2,6644 ± 1,02503	0,167 ^U
Onay Arayıcılık	2,9013 ± 0,94358	3,8571 ± 0,74801	0,015^t
Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama/Ketleme Alanı	3,3450 ± 0,85505	3,4354 ± 0,75097	0,776 ^t
Karamsarlık	3,7056 ± 1,02582	3,8483 ± 0,85672	0,451 ^U
Cezalandırıcılık	3,0667 ± 0,73170	3,1000 ± 0,96345	0,347 ^U

t: Student-t testi, U: Mann Whitney U testi

4.7. Travma Öyküsüne Göre Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Karşılaştırılması

Travma öyküsü olan ve olmayan hastaların şemaları ve şema alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Travma Öyküsüne Göre Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Karşılaştırılması

Şemalar ve Şema Alanları	Travma Öyküsü		p
	Yok (n=17)	Var (n=28)	
Kopukluk ve Reddedilmişlik Alanı	3,0175 ± 0,72570	3,0420 ± 0,71788	0,913 ^t
Kusurluluk/Utanma	2,9882 ± 0,91233	3,2143 ± 1,03699	0,432 ^U
Kuşkuculuk ve Kötüye Kullanılma	3,0906 ± 0,77064	3,0589 ± 0,90561	0,905 ^t
Duygusal Yoksunluk	2,9765 ± 1,03049	3,0696 ± 0,89083	0,750 ^t
Terk Edilme ve Tutarsızlık	3,0147 ± 0,99793	2,8250 ± 0,75651	0,474 ^t
Zedelenmiş Özerklik ve Performans Alanı	2,6379 ± 0,59687	2,8936 ± 0,60581	0,175 ^t
Başarısızlık	2,9047 ± 0,92892	2,9475 ± 0,63099	0,888 ^t
Bağımlılık/Yetersizlik	2,6118 ± 0,93323	2,7011 ± 0,88605	0,750 ^t
Yapışıklık/Gelişmemiş Benlik	1,9788 ± 0,97437	2,4861 ± 1,05562	0,080 ^U
Hastalık ve Tehditlere Karşı Dayanıksızlık	3,0565 ± 1,14472	3,4396 ± 0,95205	0,228 ^U
Zedelenmiş Sınırlar Alanı	3,2347 ± 0,71680	3,2395 ± 0,94365	0,986 ^t
Haklılık/Büyüklenmecilik	3,0106 ± 0,80866	2,8646 ± 0,88418	0,582 ^t
Yetersiz Özdenetim	3,4588 ± 0,85955	3,6143 ± 1,16483	0,636 ^t
Başkalarına Yönelimlilik Alanı	2,6961 ± 0,73884	2,8069 ± 0,71845	0,622 ^t
Kendini Onaylamama	2,7529 ± 1,01619	2,8214 ± 1,02320	0,828 ^t
Boyun Eğicilik	2,3500 ± 0,84865	2,5100 ± 0,86182	0,547 ^t
Onay Arayıcılık	2,9853 ± 1,09498	3,0893 ± 0,91088	0,733 ^t
Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama/Ketleme Alanı	3,3559 ± 0,65292	3,4611 ± 0,82470	0,657 ^t
Karamsarlık	3,7588 ± 0,98715	3,7650 ± 0,95192	0,991 ^U
Cezalandırıcılık	2,9529 ± 0,68385	3,1571 ± 0,89832	0,425 ^t

t: Student-t testi, U: Mann Whitney U testi

4.8. İntihar Girişimi Öyküsüne Göre Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Karşılaştırılması

İntihar girişimi öyküsü olan hastalarda, olmayanlara göre; yetersiz özdenetim şeması istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. İntihar Girişimi Öyküsüne Göre Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Karşılaştırılması

Şemalar ve Şema Alanları	İntihar Girişimi Öyküsü		p
	Yok (n=25)	Var (n=20)	
Kopukluk ve Reddedilmişlik Alanı	2,9978 ± 0,81511	3,0764 ± 0,57733	0,718 ^t
Kusurluluk/Utanma	3,1680 ± 1,03228	3,0800 ± 0,95234	0,770 ^t
Kuşkuculuk ve Kötüye Kullanılma	3,0152 ± 0,97333	3,1405 ± 0,67842	0,628 ^t
Duygusal Yoksunluk	2,9940 ± 1,01800	3,0850 ± 0,84435	0,750 ^t
Terk Edilme ve Tutarsızlık	2,8140 ± 0,87220	3,0000 ± 0,83114	0,472 ^t
Zedelenmiş Özerklik ve Performans Alanı	2,8242 ± 0,68609	2,7630 ± 0,51101	0,742 ^t
Başarısızlık	2,7408 ± 1,15096	3,1695 ± 0,63099	0,120 ^t
Bağımlılık/Yetersizlik	2,6664 ± 0,88123	2,6685 ± 0,93410	0,994 ^t
Yapışıklık/Gelişmemiş Benlik	2,5580 ± 1,12461	1,9650 ± 0,85032	0,057 ^t
Hastalık ve Tehditlere Karşı Dayanıksızlık	3,3316 ± 1,09756	3,2490 ± 0,97345	0,872 ^U
Zedelenmiş Sınırlar Alanı	3,0646 ± 0,88562	3,4540 ± 0,78657	0,131 ^t
Haklılık/Büyüklenmecilik	2,8732 ± 0,78659	2,9780 ± 0,94102	0,686 ^t
Yetersiz Özdenetim	3,2560 ± 1,13654	3,9300 ± 0,81635	0,031^t
Başkalarına Yönelimlilik Alanı	2,7900 ± 0,76939	2,7338 ± 0,67115	0,798 ^t
Kendini Onaylamama	2,8240 ± 1,00717	2,7600 ± 1,03741	0,835 ^t
Boyun Eğicilik	2,4660 ± 0,88385	2,4290 ± 0,82985	0,855 ^U
Onay Arayıcılık	3,0800 ± 0,96749	3,0125 ± 1,00484	0,820 ^t
Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama/Ketleme Alanı	3,2492 ± 0,82456	3,6365 ± 0,62059	0,089 ^t
Karamsarlık	3,5224 ± 0,98382	4,0630 ± 0,84545	0,058 ^t
Cezalandırıcılık	2,9760 ± 0,88754	3,2100 ± 0,73262	0,348 ^t

t: Student-t testi, U: Mann Whitney U testi

4.9. Annede Ruhsal Hastalık Öyküsüne Göre Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Karşılaştırılması

Annesinde ruhsal hastalık öyküsü olan hastaların, olmayanlara göre kuşkuculuk ve kötüye kullanılma şeması istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Annede Ruhsal Hastalık Öyküsüne Göre Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Karşılaştırılması

Şemalar ve Şema Alanları	Annede Ruhsal Hastalık Öyküsü		p
	Yok (n=11)	Var (n=34)	
Kopukluk ve Reddedilmişlik Alanı	2,9918 ± 0,72076	3,1591 ± 0,70506	0,505 ^t
Kusurluluk/Utanma	3,0909 ± 0,92677	3,1412 ± 1,01924	0,866 ^U
Kuşkuculuk ve Kötüye Kullanılma	2,9262 ± 0,86346	3,5182 ± 0,64343	0,043^t
Duygusal Yoksunluk	3,0324 ± 0,95369	3,0409 ± 0,92163	0,979 ^t
Terk Edilme ve Tutarsızlık	2,8676 ± 0,83990	2,9864 ± 0,91490	0,692 ^t
Zedelenmiş Özerklik ve Performans Alanı	2,7550 ± 0,58309	2,9268 ± 0,69537	0,422 ^t
Başarısızlık	2,8576 ± 0,99313	3,1591 ± 0,89982	0,376 ^t
Bağımlılık/Yetersizlik	2,6359 ± 0,88578	2,7645 ± 0,95847	0,683 ^t
Yapışıklık/Gelişmemiş Benlik	2,2100 ± 1,06737	2,3218 ± 1,05173	0,845 ^U
Hastalık ve Tehditlere Karşı Dayanıksızlık	3,2047 ± 1,00242	3,5736 ± 1,12696	0,327 ^U
Zedelenmiş Sınırlar Alanı	3,1906 ± 0,89603	3,3832 ± 0,73896	0,523 ^t
Haklılık/Büyüklenmecilik	2,8753 ± 0,84341	3,0573 ± 0,89703	0,543 ^t
Yetersiz Özdenetim	3,5059 ± 1,14228	3,7091 ± 0,72864	0,584 ^t
Başkalarına Yönelimlilik Alanı	2,7567 ± 0,70394	2,7909 ± 0,80239	0,893 ^t
Kendini Onaylamama	2,7941 ± 1,08933	2,8000 ± 0,75366	0,987 ^t
Boyun Eğicilik	2,4318 ± 0,85789	2,5045 ± 0,86699	0,990 ^U
Onay Arayıcılık	3,0441 ± 0,95042	3,0682 ± 1,09025	0,944 ^t
Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama/Ketleme Alanı	3,3440 ± 0,81425	3,6605 ± 0,50891	0,233 ^t
Karamsarlık	3,6997 ± 1,01202	3,9573 ± 0,75553	0,443 ^t
Cezalandırıcılık	2,9882 ± 0,83549	3,3636 ± 0,74199	0,191 ^t

t: Student-t testi, U: Mann Whitney U testi

4.10. Babada Ruhsal Hastalık Öyküsüne Göre Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Karşılaştırılması

Babasında ruhsal hastalık öyküsü olan hastaların, olmayanlara göre kuşkuculuk ve kötüye kullanılma, kendini onaylamama ve cezalandırıcılık şemaları ve aşırı tetikte olma ve baskılama/ketleme şema alanı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. Babada Ruhsal Hastalık Öyküsüne Göre Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Karşılaştırılması

Şemalar ve Şema Alanları	Babada Ruhsal Hastalık Öyküsü		p
	Yok (n=18)	Var (n=27)	
Kopukluk ve Reddedilmişlik Alanı	2,8673 ± 0,64746	3,2808 ± 0,75150	0,056 ^t
Kusurluluk/Utanma	2,9333 ± 0,96874	3,4222 ± 0,96744	0,104 ^t
Kuşkuculuk ve Kötüye Kullanılma	2,8452 ± 0,77702	3,4094 ± 0,85817	0,027^t
Duygusal Yoksunluk	2,8722 ± 0,83024	3,2778 ± 1,05192	0,157 ^t
Terk Edilme ve Tutarsızlık	2,8185 ± 0,75117	3,0139 ± 0,99066	0,456 ^t
Zedelenmiş Özerklik ve Performans Alanı	2,6894 ± 0,62166	2,9585 ± 0,56726	0,148 ^t
Başarısızlık	2,7333 ± 1,03520	3,2283 ± 0,80041	0,094 ^t
Bağımlılık/Yetersizlik	2,5952 ± 0,94088	2,7756 ± 0,83484	0,514 ^t
Yapışıklık/Gelişmemiş Benlik	2,2578 ± 0,96045	2,3189 ± 1,11419	0,953 ^U
Hastalık ve Tehditlere Karşı Dayanıksızlık	3,1100 ± 1,06290	3,5722 ± 0,94902	0,150 ^U
Zedelenmiş Sınırlar Alanı	3,1224 ± 0,90894	3,4106 ± 0,76259	0,274 ^t
Haklılık/Büyüklenmecilik	2,8522 ± 0,87616	3,0211 ± 0,82353	0,520 ^t
Yetersiz Özdenetim	3,3926 ± 1,16154	3,8000 ± 0,83455	0,280 ^U
Başkalarına Yönelimlilik Alanı	2,6263 ± 0,63330	2,9731 ± 0,80708	0,114 ^t
Kendini Onaylamama	2,5407 ± 0,92954	3,1778 ± 1,02874	0,037^t
Boyun Eğicilik	2,2733 ± 0,75450	2,7139 ± 0,93779	0,089 ^t
Onay Arayıcılık	3,0278 ± 1,14689	3,0648 ± 0,86211	0,902 ^t
Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama/Ketleme Alanı	3,1917 ± 0,78279	3,7658 ± 0,58458	0,011^t
Karamsarlık	3,5981 ± 1,03617	4,0094 ± 0,77899	0,159 ^t
Cezalandırıcılık	2,7852 ± 0,82448	3,5222 ± 0,60250	0,001^U

t: Student-t testi, U: Mann Whitney U testi

4.11. Şemaların Çocuklar için Depresyon Ölçeği ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Alt Ölçek Puanlarıyla Korelasyonu

Şema alanları ve şemalar ile Çocuklar için Depresyon Ölçeği ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği alt ölçek ve toplam puanları arasındaki korelasyon Tablo 4.16'da gösterilmiştir.

Çocuklar için Depresyon Ölçeği puanı ile kopukluk ve reddedilmişlik şema alanı, kusurluluk/utanma, kuşkuculuk ve kötüye kullanılma, duygusal yoksunluk, terk edilme ve tutarsızlık, zedelenmiş özerklik ve performans şema alanı, başarısızlık, bağımlılık/yetersizlik, zedelenmiş sınırlar şema alanı, yetersiz özdenetim, başkalarına yönelimlilik şema alanı, kendini onaylamama, aşırı tetikte olma ve baskılama/ketleme şema alanı, cezalandırıcılık şemaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif korelasyon saptanmıştır.

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği fiziksel ihmal alt ölçek puanı; kopukluk ve reddedilmişlik şema alanı, kusurluluk/utanma, duygusal yoksunluk, başarısızlık, kendini onaylamama şemaları ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif korelasyon göstermiştir.

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği fiziksel istismar alt ölçek puanı ile kopukluk ve reddedilmişlik şema alanı, kusurluluk/utanma, duygusal yoksunluk şemaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif korelasyon saptanmıştır.

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği duygusal ihmal alt ölçek puanı ile kopukluk ve reddedilmişlik şema alanı, kusurluluk/utanma, duygusal yoksunluk, başarısızlık, kendini onaylamama şemaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif korelasyon bulunmuştur.

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği duygusal istismar alt ölçek puanı ile kopukluk ve reddedilmişlik şema alanı ve duygusal yoksunluk şeması arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif korelasyon saptanmıştır.

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği cinsel istismar alt ölçek puanı ile şema alanları ve şemalar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde korelasyon bulunmuştur.

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği toplam ölçek puanı ile kopukluk ve reddedilmişlik şema alanı ve duygusal yoksunluk şeması arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif korelasyon saptanmıştır (Tablo 4.16).

Tablo 4.16. Şemaların Çocuklar için Depresyon Ölçeği ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Alt Ölçek Puanlarıyla Korelasyonu

		ÇDÖ	Fiziksel İhmal	Fiziksel İstismar	Duygusal İhmal	Duygusal İstismar	Cinsel İstismar	Toplam
Kopukluk ve Reddedilmişlik Şema Alanı	r	0,472	0,322	0,365	0,422	0,304	0,133	0,366
	p	0,001	0,031	0,014	0,004	0,042	0,383	0,013
Kusurluluk/Utanma Şeması	r	0,332	0,345	0,361	0,407	0,152	0,064	0,283
	p	0,026	0,020	0,015	0,006	0,318	0,677	0,060
Kuşkuculuk ve Kötüye Kullanılma Şeması	r	0,472	0,076	0,091	0,143	0,154	0,053	0,112
	p	0,001	0,618	0,551	0,350	0,313	0,728	0,464
Duygusal Yoksunluk Şeması	r	0,339	0,584	0,455	0,627	0,442	0,119	0,569
	p	0,023	0,000	0,002	0,000	0,002	0,434	0,000
Terk Edilme ve Tutarsızlık Şeması	r	0,325	0,014	0,145	0,067	0,138	0,229	0,111
	p	0,029	0,928	0,341	0,664	0,365	0,130	0,467
Zedelenmiş Özerklik ve Performans Şema Alanı	r	0,357	-0,004	0,120	0,055	0,053	0,163	0,064
	p	0,016	0,978	0,433	0,721	0,729	0,284	0,674
Başarısızlık Şeması	r	0,534	0,381	0,170	0,353	0,287	0,066	0,268
	p	0,000	0,010	0,263	0,017	0,056	0,665	0,075
Bağımlılık/Yetersizlik Şeması	r	0,369	0,055	0,106	0,120	0,098	0,216	0,114
	p	0,012	0,720	0,489	0,431	0,520	0,155	0,457
Yapışıklık/Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	r	-0,203	-0,275	0,028	-0,208	-0,138	0,188	-0,068

Genişmemiş Benlik Şeması	p	0,181	0,068	0,855	0,171	0,365	0,216	0,657
Hastalık ve Tehditlere Karşı Dayanısızlık Şeması	r	0,236	-0,136	0,039	-0,067	-0,004	0,037	-0,061
	p	0,119	0,373	0,799	0,660	0,978	0,811	0,689
Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanı	r	0,381	-0,050	-0,078	0,031	0,217	-0,082	-0,031
	p	0,010	0,744	0,609	0,841	0,151	0,591	0,840
Haklılık/ Büyüklenmecilik Şeması	r	0,266	-0,003	0,072	0,066	0,230	-0,017	0,074
	p	0,077	0,986	0,637	0,666	0,128	0,912	0,630
Yetersiz Özdenetim Şeması	r	0,374	-0,093	-0,111	0,018	0,174	-0,141	-0,090
	p	0,011	0,542	0,467	0,908	0,254	0,356	0,557
Başkalarına Yönelimlilik Şema Alanı	r	0,382	0,155	0,170	0,135	0,030	0,165	0,106
	p	0,010	0,310	0,263	0,376	0,846	0,278	0,488
Kendini Onaylamama Şeması	r	0,404	0,330	0,274	0,414	0,212	-0,033	0,261
	p	0,006	0,027	0,069	0,005	0,161	0,829	0,084
Boyun Eğicilik Şeması	r	0,248	0,167	0,137	0,041	-0,023	0,185	0,087
	p	0,100	0,272	0,371	0,788	0,883	0,223	0,568
Onay Arayıcılık Şeması	r	0,248	-0,071	0,047	-0,147	-0,067	0,184	-0,071
	p	0,100	0,643	0,758	0,334	0,661	0,225	0,643
Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama/Ketleme Şema Alanı	r	0,364	0,012	-0,008	0,018	0,123	0,011	-0,004
	p	0,014	0,940	0,960	0,909	0,421	0,942	0,978
Karamsarlık Şeması	r	0,281	0,145	-0,141	0,056	0,205	-0,043	0,060
	p	0,061	0,340	0,356	0,715	0,178	0,778	0,697
Cezalandırıcılık Şeması	r	0,410	-0,049	0,049	-0,031	-0,065	-0,073	-0,152
	p	0,005	0,751	0,750	0,842	0,673	0,633	0,318

r: Spearman korelasyon katsayısı

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada MDB tanısı olan çocuk ve ergenlerde çocukluk çağı travmalarının etkisi erken dönem uyumsuz şemalar bağlamında incelenmiştir. Araştırmada MDB ve diğer psikiyatrik bozuklukların tanısı yarı yapılandırılmış klinik görüşmeyle konulmuştur. Hastaların sosyodemografik özellikleri, eş tanıları, depresyon şiddeti, çocukluk çağı travmaları, erken dönem uyumsuz şemaları değerlendirilmiştir. Araştırmada elde edilen bulgular yazın eşliğinde tartışılmıştır.

MDB; çocuklarda %1-2 arasında görülürken, ergenlerde %5-11 arasında değişen oranlarda bildirilmektedir^[22, 23, 25, 26, 310]. MDB'nin yaygınlığıyla ilgili çalışmalarında kız:erkek oranı, ergenlik dönemine kadar 1:1 iken, özellikle ergenlik döneminden sonra 2:1 olarak verilmektedir^[3, 36]. Araştırmamızda kız:erkek oranı 4:1 bulunmuş, kız oranının yüksek olmasında kültürel özelliklerin de etkisinin olabileceği düşünölmüştür.

Araştırmamızda hastaların yaklaşık 1/3'ünde fiziksel hastalık öyküsü olduğu saptanmıştır. Fiziksel hastalık gibi stresli yaşam olaylarının depresyonun ortaya çıkmasına veya tekrarlamasına neden olabileği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir^[3, 147, 150, 311]. Stresli yaşam olaylarının çocuk ve ergenlerin genetik, çevresel ve bilişsel özellikleriyle de etkileşerek depresyonun ortaya çıkmasına veya tekrarlamasına neden olabileği belirtilmektedir^[56, 151]. Araştırmamızın kesitsel özellikte olması, fiziksel hastalık ve depresyon arasındaki ilişkiye dair nedensellik yönünden yorum yapmamızı engellemekle birlikte bulgular yazınla uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Psikiyatrik eş tanı klinik pratikte oldukça sık rastlanılan bir durumdur. MDB'ye %40-90 arasında değişen oranlarda başta anksiyete bozuklukları olmak üzere, DEHB, OKB gibi en az bir psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiği bildirilmektedir^[3, 182, 183, 312]. Araştırmamızda MDB'ye %60 oranında en az bir psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiği, eş tanılarda %35,6 oranıyla en sık olarak DEHB'nin, %15,6 oranında ise anksiyete bozukluklarının yer aldığı bulunmuştur. Araştırmamızdaki bu farklılığın, klinik örnekleme DEHB'nin sık görülmesi, DEHB'nin duygudurum ve anksiyete bozukluklarına zemin hazırlaması nedeniyle olabileceği düşünölmüştür^[313].

Hastaların büyük bir kısmında KZVD öyküsü mevcuttur. Yurtiçi ve yurtdışı yayınlarda MDB tanısı olan çocuk ve ergenlerde KZVD sıklığıyla ilgili bir araştırma bulunamamıştır. Ancak, yapılan çalışmalarda KZVD'si olan çocuk ve ergenlerde MDB görülme sıklığı %42 ile %89 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir^[314-319]. KZVD'nin affekt regülasyonu, kendini cezalandırma ve intiharı önleme gibi işlevlerinin MDB'de görülen olumsuz duygulanım, umutsuzluk, olumsuz benlik algısı gibi semptom kümeleriyle ilişkili olduğu gösterilmiştir^[320]. Araştırmamızda depresyonu olan çocuk ve ergenlerde KZVD oranının yüksek olması belirtilen yazın bilgileri ile uyumlu bulunmuştur.

Parçalanmış aile yapısı ve aile içi sorunlar psikososyal açıdan depresyon için risk faktörü olarak bildirilmiştir^[3, 147, 321]. Olumsuz aile ortamı, aile içi çatışma, bozuk aile yapısı ve işleyişi, duygusal destek azlığı gibi aile özellikleri depresyon ve intihar girişimiyle ilişkili bulunmuştur^[147, 322]. Depresif ergenlerin ailelerini daha çatışmalı, dışlayıcı, desteklemeyen ve istismar edici özelliklerle tanımladıkları ve bu ergenlerin ailelerinde sosyal destek azlığı, boşanma, geniş ailede yaşama ve kardeşte alkol veya madde kötüye kullanımı gibi özellikler bildirilmiştir^[147]. Ayrıca, parçalanmış aile yapısına sahip ergenlerde depresif belirtilerin daha yoğun olduğu belirtilmektedir^[323]. Çalışmamızda da katılımcıların %40'ının parçalanmış aile yapısına sahip olduğu bilgisi literatürle uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Ebeveynlerin eğitim durumları incelendiğinde, ebeveynlerin yarısından fazlasının ilk okul ve orta okul mezunu olduğu dikkati çekmektedir. Ebeveynlerin düşük eğitim düzeyi ile ergenlik dönemindeki depresyon arasında ilişki olduğu daha önce de bildirilmiştir^[31]. Yine, araştırmamızda hastaların %84,4'ünün gelir düzeyinin asgari ücretin üstünde olduğu bulunmakla birlikte, bütün hastaların aylık gelir düzeyinin Türkiye İstatistik Kurumu tarafından Temmuz 2019'da açıklanan ₺6760'lik yoksulluk sınırının altında olduğu görülmüştür^[324]. Çalışmamızla uyumlu olarak düşük sosyoekonomik düzeyle psikiyatrik bozukluklar ve MDB arasında da ilişki bulunduğu bahsedilmektedir. Yazında toplumun sosyoekonomik olarak

dezavantajlı kesimlerinde depresif belirti ve MDB sıklığının daha yüksek olduğu belirtilmiştir^[10, 27, 161].

Ailede psikopatoloji varlığı çocuk ve ergenlerde psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkmasında gerek genetik gerekse psikososyal yönden risk faktörü olarak değerlendirilmektedir^[38-42]. Araştırmamızda hastaların annelerinin %75,6'sında, babalarının %60'ında, %82,2'sinin ise ebeveynlerinden en az birinde psikiyatrik bozukluk öyküsü saptanmıştır. Benzer şekilde hastaların annelerinde %42,2, babalarında %40 oranında fiziksel hastalık öyküsü bulunduğu görülmüştür. Araştırmamızda ebeveynlerde fiziksel ve ruhsal hastalık öyküsüne dair bilgiler; bir klinisyen tarafından tanılanmış fiziksel hastalık öyküsü, psikiyatri kliniğine başvuru ve ilaç tedavisi önerisi varlığına göre elde edilmiş; ebeveynlere psikiyatrik bozukluklar açısından ek değerlendirme yapılmamıştır. Hastaların ebeveynlerinde psikiyatrik bozukluğu olmasına rağmen psikiyatri kliniğine başvurmayanlar olabileceği gibi, psikiyatrik bozukluğu olmamasına rağmen psikiyatri kliniğine başvuranlar da olmuş olabilir. Ebeveynlerin fiziksel hastalık ve psikiyatrik bozukluk varlığı bilgilerinin güvenilirliğinin azalması ihtimaliyle birlikte bu bulgular literatürle uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Katılımcıların anne ve babasında psikiyatrik bozukluk öyküsü olanlar ile olmayanların şema alanları ve şemaları karşılaştırıldığında; annesinde psikiyatrik bozukluk öyküsü olanların, kuşkuculuk ve kötüye kullanılma şeması; babalarında psikiyatrik bozukluk öyküsü olanların ise, kuşkuculuk ve kötüye kullanılma, kendini onaylamama, cezalandırıcılık şemaları ve aşırı tetikte olma ve baskılama/ketleme şema alanı olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Literatürde; kuşkuculuk ve kötüye kullanılma şemasının ihmal ve istismar eden ebeveyn tutumuyla ilişkili olduğu bildirilmektedir^[9]. Bireyin özelliklerinin, fikirlerinin veya işlerinin diğerleri tarafından onay görmeyeceği inancıyla karakterize kendini onaylamama şeması; çocukluk döneminde ebeveynler başta olmak üzere diğerlerinden yeterince olumlu geribildirim alınamamasıyla ilişkilendirilmektedir^[303]. Cezalandırıcılık şemasının ise, aşırı cezalandırıcı ebeveyn tutumlarıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir^[9]. Psikiyatrik bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarının fiziksel ve

duygusal ihtiyaçlarını karşılamakta zorlandıkları, bu ebeveynlerin çocuklarının daha fazla ihmal ve istismara uğradığı bilinmektedir^[325-329]. Bu nedenle, ebeveynlerinde psikiyatrik bozukluk olan çocuklar kuşkuculuk ve kötüye kullanılma şemasını geliştirmiş olabilirler. Ebeveynlerinde psikiyatrik bozukluk varlığı, bu çocukların kendilik gelişimleri sırasında ihtiyaç duydukları olumlu aynalamanın olmamasına ve grandiyöz kendilik kutbunun oluşmamasına; bu da kendini onaylamama şemasının gelişmesine neden olmuş olabilir. Ebeveynler, psikiyatrik bozuklukları nedeniyle; uygun ebeveynlik becerilerini sergileme, çocuğun hatalarını uygun şekilde ele alma, insani kusurları hesaba katma ve hoşgörülü davranmakta zorlanmış, aşırı cezalandırıcı ve katı davranmış olabileceği, bu nedenle de çocuğun cezalandırıcı ebeveyn tutumlarını içselleştirerek cezalandırıcılık şemasını geliştirmiş olabilecekleri düşünölmüştür.

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği alt ölçek ve toplam puanları değerlendirildiğinde, hastaların tüm puan ortalamalarının kesme puanının üzerinde olduğu görölmüştür. Ölçeğin alt ölçek puanları kesme puanına göre incelendiğinde ise; katılımcıların %75,6'sının duygusal istismar, %68,9'unun duygusal ihmal, %51,1'inin fiziksel istismar, %46,7'sinin fiziksel ihmal, %40'ının cinsel istismar alt ölçek puanı kesme puanının üzerinde bulunmuştur. Klinik örnekleme erişkinlerle yapılan bir çalışmada duygusal istismar %55,9, fiziksel istismar %34,4, cinsel istismar %10,9 olarak bildirilmiştir^[258]. Erişkin depresif hastaların fiziksel istismar, duygusal istismar ve cinsel istismar ölçek puanları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur^[330]. Başka bir çalışmada ise klinik örnekleme çocukluk çağı travmaları yaygınlığı %31,3 olarak bildirilmiş, örneklemin %33,3'ünde psikiyatrik bozukluk, bunlardan %7,2'sinde MDB tanısı olduğu belirtilmiştir^[331]. Yurtdışında toplumun yüksek riskli ergen ve genç erişkinleriyle yapılan bir çalışmada; fiziksel ihmal %31,4, fiziksel istismar %34,3, duygusal ihmal %49,5, duygusal istismar %48, cinsel istismar %15,2 olarak saptanmıştır^[248]. Bir meta-analiz çalışmasında; çocukluk çağı travmalarının erişkinlik döneminde MDB gelişmesi açısından risk faktörü olduğu ve depresyonla en güçlü ilişkinin duygusal ihmal ile saptandığı belirtilmiştir^[246]. Travmatik yaşam olaylarının başta akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu ve uyum bozukluğu gibi travmayla ilişkili psikiyatrik bozukluklar olmak üzere pek çok

psikiyatrik bozukluğa yatkınlığı artırdığı bilinmektedir^[210, 233, 244, 249, 332]. Ayrıca, travmatik yaşam olaylarının çocuk ve ergenlerin kendileri ve diğerleri ile ilgili bilişlerini etkileyerek psikiyatrik bozukluklara yol açabildiği düşünülmektedir^[241]. Araştırmamızda da MDB tanılı çocuk ve ergenlerin yaklaşık 2/3'ünde travmatik yaşam olayı öyküsü bildirilmiştir. Araştırmamızda travma türlerinin daha yüksek oranda bulunmasının kültürel özellikler ve örneklemin MDB tanılı çocuk ve ergenlerden oluşması nedeniyle olabileceği düşünülmüştür.

Literatür gözden geçirildiğinde erişkinlerle yapılan çalışmalarda; bağlanma, çocukluk çağı ihmal ve istismarı, intihar girişimi, aile işlevi, stresli yaşam olayları, riskli cinsel davranışlar, ebeveynlik algısı, ruminasyon, DEHB, depresyon, somatizasyon ve bipolar bozukluğun erken dönem uyumsuz şemalarla ilişkisi ve şemaların kuşaklar arası aktarımı ele alındığı görülmektedir^[241, 277, 279, 283, 289, 290, 292, 293, 295, 333-344]. Çocuk ve ergenlerle yapılan çalışmalarda ise; çocukluk çağı ihmal ve istismarı, sosyal stresörler, ebeveynlik algısı, bağlanma ve yeme bozukluklarının erken dönem uyumsuz şemalarla ilişkisi incelenmiştir^[286, 345-352].

Literatürde çocuk ve ergenlerde depresyon ile erken dönem uyumsuz şemalarının ilişkisinin incelendiği çalışmalar sınırlı sayıdadır^[296, 353, 354]. 216 ergenin erken dönem uyumsuz şemaları ve ruhsal bozuklukları arasındaki ilişkinin incelendiği, yapılandırılmış klinik görüşme ve Young Şema Ölçeği - Kısa Form kullanılarak 15 şemanın sorgulandığı yapılan bir çalışmada; kusurluluk/utanma, duygusal yoksunluk, başarısızlık ve bağımlılık/yetersizlik şemalarının depresif belirtileri yordadığı bulunmuştur^[353]. Ülkemizde MDB tanılı 218 ergenle ÇEŞÖT kullanılarak yapılan bir çalışmada ise kusurluluk/utanma, kuşkuculuk ve kötüye kullanılma, duygusal yoksunluk, terk edilme ve tutarsızlık, başarısızlık, kendini onaylamama ve karamsarlık şemalarının, MDB dışı psikiyatrik bozukluğu olan ergenlere göre daha aktif olduğu saptanmıştır. Psikiyatrik bozuklukların şemalar üzerine olan etkisi regresyon analiziyle incelendiğinde ise kusurluluk/utanma, kuşkuculuk ve kötüye kullanılma, terk edilme ve tutarsızlık ve kendini onaylamama şemalarının MDB ile ilişkili olduğu bildirilmiştir^[296].

Araştırmamızda hastaların şema ölçeği puanları değerlendirildiğinde; kusurluluk/ utanma, kuşkuculuk ve kötüye kullanılma, duygusal yoksunluk, terk edilme ve tutarsızlık, başarısızlık, hastalık ve tehditlere karşı dayanıksızlık, yetersiz özdenetim, kendini onaylamama, onay arayıcılık, karamsarlık ve cezalandırıcılık şemaları aktif bulunmuştur. Araştırmamızda Gökçe ve arkadaşlarının çalışmasındaki bulgulara ek olarak; hastalık ve tehditlere karşı dayanıksızlık, yetersiz özdenetim, onay arayıcılık ve cezalandırıcılık şemalarının aktif olarak bulunmuş olmasının, araştırmaların desenindeki farkla ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Gökçe ve arkadaşlarının çalışmasında MDB tanılı ergenlerin şemaları ile MDB dışı psikiyatrik bozukluk tanısı olan ergenlerin şemaları karşılaştırılarak farklılık gösteren şemalar belirtmeye çalışılmıştır. Araştırmamızın örneklemini ise yalnızca MDB tanılı çocuk ve ergenlerden oluşmaktadır. Ayrıca şemaların gelişimine etki edebilecek diğer değişkenlerin değerlendirildiği bir istatistiksel yöntemin uygulanmamış olması da daha fazla şemanın aktif bulunmasına neden olmuş olabilir.

Şema alanları ve şemaların Çocuklar için Depresyon Ölçeği puanıyla korelasyonuna bakıldığında; Çocuklar için Depresyon Ölçeği puanının; kopukluk ve reddedilmişlik, zedelenmiş özerklik ve performans, zedelenmiş sınırlar, başkalarına yönelimlilik, aşırı tetikte olma ve baskılama/ketleme şema alanları ve kusurluluk/utanma, kuşkuculuk ve kötüye kullanılma, duygusal yoksunluk, terk edilme ve tutarsızlık, başarısızlık, bağımlılık/yetersizlik, yetersiz özdenetim, kendini onaylamama, cezalandırıcılık şemalarıyla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif korelasyon gösterdiği bulunmuştur. Depresyonda görülen suçluluk, değersizlik, sevilmemeye, başarısızlık, işe yaramama, cezalandırılmayı hak etme gibi olumsuz kendilik algısıyla karakterize bilişler nedeniyle söz konusu şemaların depresyon şiddetiyle korele bulunduğu düşünülmüştür. Erişkin depresif hastalara yapılan bir çalışmada; kopukluk ve reddedilmişlik şema alanı, zedelenmiş özerklik ve performans şema alanı, zedelenmiş sınırlar şema alanı, başkalarına yönelimlilik şema alanı aşırı tetikte olma ve baskılama/ketleme şema alanı ile depresyon ölçeği puanları arasında pozitif korelasyon saptanmıştır^[291]. Yine depresif erişkinlerle yapılan bir çalışmada; depresyon ölçeği puanı ile kusurluluk/utanma, sosyal izolasyon, başarısızlık, bağımlılık/yetersizlik,

yapışıklık/gelişmemiş benlik, yetersiz özdenetim şemaları arasında pozitif korelasyon bulunmuştur^[355]. Bu açıdan araştırmamızın sonuçları literatürle uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

İntihar girişimi MDB'nin tanı kriterlerinden birisi olarak tanımlanmaktadır^[11]. Literatürde umutsuzluğun intihar girişimiyle ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır^[356, 357]. Ülkemizde yapılan toplum ve klinik örneklemlilerde çocuk ve ergenlerde intihar girişimi %3,5-11 arasından değişen oranlarda bildirilmektedir^[358-360]. İntihar girişimi olan ergenlerin %65-90'ında en az bir psikiyatrik bozukluk olduğu, en sık olarak da MDB görüldüğü belirtilmektedir^[360-363]. MDB tanısıyla izlenen çocuk ve ergenlerin yaklaşık %70'inde intihar düşüncesi veya girişimi bildirilmiştir^[364, 365]. Araştırmamızda hastaların %44,4'ünde intihar girişimi öyküsü olduğu görülmüştür.

İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayan katılımcıların şema alanları ve şemaları karşılaştırıldığında; intihar girişimi olan grubun yetersiz özdenetim şemasının olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda yetersiz özdenetim şeması depresyon şiddetiyle de ilişkili görülmüştür. İntihar girişimi olan ve olmayan erişkin MDB hastalarıyla sağlıklı kontrollerin karşılaştırıldığı bir çalışmada; kusurluluk/utanma, duygusal yoksunluk, terk edilme ve tutarsızlık ve sosyal izolasyon şemaları intihar girişimi öyküsüyle ilişkili bulunmuştur^[366]. Ebeveyne bağlanma ve intihar girişimi tekrarının incelendiği bir çalışmada ise; algılanan ebeveyne bağlanma ile intihar davranışı tekrarlama riski arasındaki ilişkiye, kusurluluk/utanma ve sosyal izolasyon şemalarının aracılık ettiği bildirilmiştir^[334]. Bir çalışmada; intihar girişimi olanlarda bütün şemalar istatistiksel olarak yüksek bulunurken, başka bir çalışmada; kusurluluk/utanma ve başarısızlık şemaları daha yüksektir^[337, 367]. İntihar düşüncesi olan ve olmayan erişkin depresyon hastalarının karşılaştırıldığı bir çalışmada ise; kusurluluk/utanma, kuşkuculuk ve kötüye kullanılma, duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon, başarısızlık, bağımlılık/yetersizlik, hastalık ve tehditlere karşı dayanıksızlık, boyun eğicilik, kendini feda etme, karamsarlık ve cezalandırıcılık şemaları intihar düşüncesi olan grupta yüksek bulunurken, hastalık

ve tehditlere karşı dayanıksızlık şemasının intihar düşüncesini yordadığı bildirilmiştir^[368]. Araştırmamızda; örneklemimizin dürtü denetimi açısından riskli bir dönem olan ergenlik dönemindeki hastalardan oluşması ve tamamının MDB tanılı olması nedeniyle sonuçlarımız farklılaşmış olabilir.

Çalışmamızda travma öyküsü olanlar ile olmayan katılımcıların şema alanları ve şemaları karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Vietnam gazilerinde yapılan bir çalışmada, TSSB tanılı olanlarla olmayanların şemaları karşılaştırılmış, TSSB tanılı hastaların bütün şemaları olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek bildirilmiştir^[369]. Kronik travma mağdurlarında yapılan bir başka çalışmada ise; bağımlılık/yetersizlik ve yapışıklık/ gelişmemiş benlik şemaları dışındaki bütün şemalar travma sonrası stres belirtileriyle pozitif korele bulunmuştur^[367]. Araştırmamızda; katılımcı sayısının az olması ve travmatik yaşam olayının çocukların ihmal ve istismarı açısından doğrudan sorgulanmaması nedeniyle fark bulunamamış olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda ÇÇTÖ üzerinden çocukluk çağı travmaları ile erken dönem uyumsuz şemaların ilişkisinin değerlendirilmesinde istatistiksel olarak 2 yöntem kullanılmıştır. İlk yöntemde; ÇÇTÖ alt ölçek kesme puanının altında ve üstünde olan grupların şema alanları ve şemaları karşılaştırılmıştır. Hastaların ÇÇTÖ alt ölçek kesme puanlarına göre oluşturulan gruplar şema alanları ve şemalar açısından karşılaştırıldığında; fiziksel ihmal bulunanların kopukluk ve reddedilmişlik şema alanı ile kusurluluk/utanma, duygusal yoksunluk, başarısızlık, kendini onaylamama şemaları; fiziksel istismar bulunanların kopukluk ve reddedilmişlik şema alanı ve kusurluluk/utanma, duygusal yoksunluk şemaları; duygusal ihmal bulunanların duygusal yoksunluk, yapışıklık/ gelişmemiş benlik, onay arayıcılık şemaları; duygusal istismar bulunanların duygusal yoksunluk şeması; toplam ölçek puanı kesme puanının üstünde olanların ise duygusal yoksunluk, onay arayıcılık şemaları, kesme puanının altında olanlara göre yüksek bulunmuştur. Cinsel istismar alt ölçeği puanı kesme puanının üstünde olanlar ile altında olanların şema alanları ve şemaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. İkinci yöntemde ise; ÇÇTÖ alt ölçek puanları ile şema alanları ve

şemalar arasındaki korelasyon değerlendirilmiştir. Hastaların ÇÇTÖ alt ölçek puanlarının ÇEŞÖT puanlarıyla korelasyonuna bakıldığında; fiziksel ihmal, fiziksel istismar ve cinsel istismar puanlarıyla şema alanları ve şemalar arasındaki ilişkinin ilk yöntemde bulunanlarla benzer olduğu görülmüştür. Diğer çocukluk çağı travmaları açısından ise; duygusal ihmal alt ölçek puanı ile kopukluk ve reddedilmişlik şema alanı, kusurluluk/utanma, duygusal yoksunluk, başarısızlık, kendini onaylamama şemaları; duygusal istismar alt ölçek puanı ile kopukluk ve reddedilmişlik şema alanı ve duygusal yoksunluk şeması; toplam ölçek puanı ile kopukluk ve reddedilmişlik şema alanı ve duygusal yoksunluk şeması arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif korelasyon saptanmıştır.

MDB’de çocukluk çağı travmaları ile erken dönem uyumsuz şemaların ilişkisi hakkında yapılan erişkin çalışmalarında farklılıklar bulunmakla birlikte bazı şema alanlarının ve şemaların bu ilişkiye aracılık ettiği saptanmıştır^[279, 283, 290, 295, 333, 343]. Young Şema Ölçeği ve Çocukluk Çağı Travma Ölçeği kullanılarak erişkin örnekleme yapılan çalışmalara bakıldığında; çocukluk çağı travmalarıyla depresyon arasındaki ilişkiye aracılık ettiği en fazla bildirilen şema alanının kopukluk ve reddedilmişlik şema alanı olduğu görülmüştür^[279, 283, 295, 333]. Farklı çalışmalarda; kopukluk ve reddedilmişlik şema alanının yanı sıra, zedelenmiş özerklik ve performans şema alanı ve kusurluluk/ utanma, duygusal yoksunluk, terk edilme ve tutarsızlık, sosyal izolasyon, başarısızlık, bağımlılık/yetersizlik, onay arayıcılık, duyguları bastırma şemaları da çocukluk çağı travmalarıyla ilişkili bulunmuştur^[279, 283, 343].

Çocuk ve ergenlerde yapılan bazı çalışmalarda da çocukluk çağı travmaları, depresyon ve erken dönem uyumsuz şemalar araştırılmıştır^[286, 296, 349, 350]. 76 depresif ergenle, K-SADS, Young Şema Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada; duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon, bağımlılık/yetersizlik ve başarısızlık gibi kayıp/değersizlik temalı şemaların fiziksel, duygusal ve cinsel istismar gibi çocukluk çağı travmaları ile depresif belirtiler arasındaki ilişkiye aracılık ettiği; kuşkuculuk ve kötüye kullanılma ve hastalık ve tehditlere karşı dayanıksızlık gibi tehlike temalı şemaların ise fiziksel, duygusal ve cinsel istismar gibi çocukluk çağı

travmaları ile anksiyöz belirtiler arasındaki ilişkiye aracılık ettiği bulunmuştur. Cinsel istismar ile depresif ve anksiyöz belirtiler arasında ise bir ilişki saptanmamıştır^[286]. İspanya’da yapılan bir çalışmada; duygusal istismar, ergenlerde erken dönem uyumsuz şemaların ve depresyon ve anksiyete belirtilerinin yordayıcısı olarak bildirilmiş, duygusal istismar özellikle; kopukluk ve reddedilmişlik, zedelenmiş özerklik ve performans ve başkalarına yönelimlilik şema alanlarıyla ilişkili bulunmuştur^[349]. Yine İspanya’da ergenlerle yapılan, sosyal stresörlerin, erken dönem uyumsuz şemalar ve depresyon ve sosyal anksiyete belirtileriyle ilişkisinin incelendiği bir çalışmada; sosyal stresörlerle depresyon belirtilerinin şiddeti arasında tutarlı ilişki bulunmuş, kopukluk ve reddedilmişlik, zedelenmiş özerklik ve performans ve başkalarına yönelimlilik şema alanlarının bu ilişkiye aracılık ettiği öne sürülmüştür^[350]. Araştırmamızda; fiziksel ve duygusal ihmal ile daha belirgin olmak üzere cinsel istismar dışındaki bütün çocukluk çağı travmalarının özellikle kopukluk ve reddedilmişlik şema alanı ve bu şema alanındaki duygusal yoksunluk şeması ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

Çocukların güvenlik, istikrar, bakım ve kabulü içeren başkalarına güvenli bağlanma temel ihtiyacının karşılanmaması sonucu kopukluk ve reddedilmişlik şema alanı ve bu alanda kusurluluk/utanma, kuşkuculuk ve kötüye kullanılma, duygusal yoksunluk, terk edilme ve tutarsızlık şemaları gelişebildiği belirtilmektedir^[9]. Çocukların; beslenme, giyim, eğitim, güvenlik ve sağlık gibi temel fiziksel ihtiyaçlarının karşılanmaması şeklinde fiziksel ihmale ve vurma, sarsma gibi fiziksel istismara maruz kalmalarının; özellikle yaşamın ilk yıllarında önemli bir yere sahip olan başkalarına güven duyma ve güvenli bağlanma temel ihtiyacının karşılanmasına engel olarak kopukluk ve reddedilmişlik şema alanının gelişmesine neden olmuş olabileceği düşünülmüştür. Çalışmamızda kopukluk ve reddedilmişlik şema alanından kusurluluk/utanma ve duygusal yoksunluk şemalarının da fiziksel ihmal ve istismarla ilişkili olduğu saptanmıştır.

Duygusal yoksunluk şeması, bireyin duygusal ihtiyaçlarının diğerleri tarafından yeterince karşılanmayacağı inancıyla karakterizedir ve çocukluk döneminde sıcaklık, sevilmiş ve tam olarak güvende olma hissini yaşayamamış olmakla

ilişkilendirilmektedir^[9]. Çocukların; bağlanma ve sevgi ihtiyaçlarının karşılanmaması, yok sayılması, iletişim çabalarına kayıtsız kalınması duygusal ihmal olarak ele alınmaktadır. Yine çocuklara bağırlması, kötülenmesi, hakaret edilmesi, aşağılanması, kişiliğiyle ilgili ağır eleştirilerde bulunulması, tehdit edilmesi, aşırı koruyucu davranılması gibi davranışlar da duygusal istismar kapsamında değerlendirilmektedir. Duygusal ihmal ve istismar yaşantıları; sevilme, ilgi ve şefkat görme, sıcaklık, başkalarıyla duygularını paylaşma, güvende hissetme gibi duygusal ihtiyaçlarının karşılanmamasına neden olarak duygusal yoksunluk şemasının gelişmesine neden olmuş olabilir. Fiziksel ihmal ve istismara uğrayan çocukların; güvende hissetme, yönlendirilme ve rehber edilme gibi bakım ve korunma ihtiyaçlarının karşılanmaması nedeniyle duygusal yoksunluk şemasının gelişmiş olabileceği düşünülmüştür. Kusurluluk/utanma şeması; genellikle reddedici, küçümseyici ve değersizleştirici ebeveyn tutumları ile ilişkilendirilmektedir^[9]. Fiziksel ihmale veya istismara uğrayan çocuklar; kusurlu oldukları ve sevmeye değer olmadıkları gibi inançlar geliştirerek kusurluluk/utanma şemasına sahip olmuş olabilirler.

Araştırmamızda yukarıda bahsedilen iki şemanın dışında özerklik, yeterlilik ve kişilik algısı ihtiyaçlarının karşılanmaması sonucu ortaya çıkan zedelenmiş özerklik ve performans şema alanında sınıflandırılan başarısızlık ve yapışıklık/gelişmemiş benlik şemaları ile ihtiyaçların ve duyguların ifade edilme özgürlüğü ihtiyacının karşılanmaması sonucu gelişen başkalarına yönelimlilik şema alanı içinde sınıflanan kendini onaylamama ve onay arayıcılık şemaları da fiziksel ve duygusal ihmal ile ilişkili bulunmuştur. Çocukların, yaşamış oldukları fiziksel ve duygusal ihmal nedeniyle temel duygusal ihtiyaçlarının yeterince karşılanmaması sonucu bu şemaları geliştirmiş olabilecekleri düşünülmüştür. Erişkinlerle yapılan bir çalışmada, fiziksel ve duygusal ihmal ile başarısızlık, bağımlılık/yetersizlik ve onay arayıcılık şemaları arasında ilişki bildirilmiştir^[343]. Çocuk ve ergenlerde yapılan çalışmalarda ise; duygusal istismar, zedelenmiş özerklik ve performans ve başkalarına yönelimlilik şema alanlarıyla ilişkili bulunmuştur^[349, 350].

Çalışmamızda cinsel istismarla ilişkili şema alanı veya şema bulunmamıştır. Literatürde; cinsel istismarın şemalarla ilişkisine dair farklı sonuçlar olduğu görülmektedir. Bir çalışmada; fiziksel istismara uğrayan çocukların, cinsel istismara uğrayanlara göre kendileriyle ilgili daha fazla olumsuz atıfta buldukları bildirilmiştir^[370]. Ancak başka bir çalışmada ise; cinsel istismara maruz kalan çocuk ve ergenlerde; cinsel istismar ile başarısızlık, bağımlılık/yetersizlik ve hastalık ve tehditlere karşı dayanıksızlık şemaları arasında pozitif korelasyon saptanmıştır^[286]. Çalışmamızda cinsel istismar ile ilişkili şema alanı veya şemanın bulunamaması cinsel istismarın diğer çocukluk çağı travmalarına göre daha az kronik nitelikte olmasıyla ilişkili olabilir. Fakat çalışmamızda çocukların maruz kaldığı cinsel istismarın kronik nitelikte olup olmadığına ilişkin bilgi edinilmemiştir. Ayrıca çocukluk döneminde maruz kalınan cinsel istismarın özellikle geç ergenlikte ve erişkin yaşlarda ruhsal sorunların ortaya çıkmasına neden olduğu da bilinmektedir^[215, 240, 371].

Araştırmamızın sonuçlarına genel olarak bakıldığında; bir şema alanının veya şemanın farklı çocukluk çağı travmalarıyla ilişkili olduğu görülmüş, bunun; birden fazla çocukluk çağı travmasının sıklıkla birlikte görülmesi, çocukluk çağı travmalarının farklı gelişimsel dönemlerde farklı etkilerinin bulunabilmesi ve şemaların gelişiminde çocuğun mizacı gibi farklı etkenlerin de rol oynaması nedeniyle olabileceği düşünülmüştür. Hangi çocukluk çağı travmasının erken dönem uyumsuz şemaların gelişiminde daha fazla rol oynadığını belirlemek için ileri istatistiksel değerlendirme yapılamaması da sonuçlarımızın geçerliliğini etkilemektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmamızda MDB tanımlı çocuk ve ergenlerin çocukluk çağı travmaları ile erken dönem uyumsuz şemalarının ilişkisi incelenmiştir. Erişkinlerde çocukluk çağı travmaları ile psikopatolojilerin ilişkisi sıklıkla incelenmesine rağmen çocuk ve ergenlerde bu ilişkiyi inceleyen araştırma sayısı sınırlıdır. Ayrıca bu ilişkinin doğasının anlaşılması da psikopatolojilerin gelişimini önleme ve müdahale açısından önem taşımaktadır.

Araştırmamızda, çocukluk çağı travması olan grubun; kopukluk ve reddedilmişlik şema alanı ve kusurluluk/utanma, duygusal yoksunluk, başarısızlık, yapışıklık/ gelişmemiş benlik, kendini onaylamama, onay arayıcılık şemaları olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunurken; katılımcıların çocukluk çağı travmalarının, kopukluk ve reddedilmişlik şema alanı ve kusurluluk/utanma, duygusal yoksunluk, başarısızlık, kendini onaylamama şemalarıyla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif korelasyon gösterdiği saptanmıştır. Ek olarak; annesinde psikiyatrik bozukluk öyküsü olanların, kuşkuculuk ve kötüye kullanılma şeması; babalarında psikiyatrik bozukluk öyküsü olanların ise, kuşkuculuk ve kötüye kullanılma, kendini onaylamama, cezalandırıcılık şemaları ve aşırı tetikte olma ve baskılama/ketleme şema alanı olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Ulusal yazında MDB tanımlı çocuk ve ergenlerin çocukluk çağı travmalarıyla erken dönem uyumsuz şemalarının ilişkisinin incelendiği çalışma bulunmamakla birlikte erişkin örneklemede yurtiçi ve yurtdışında yapılan çalışmalarda en sık tekrar eden bulgu kopukluk ve reddedilmişlik ve zedelenmiş özerklik ve performans şema alanları olmuştur^[279, 283, 333]. Yurtiçinde depresif erişkinlerle yapılan bir çalışmada ise; kusurluluk/utanma, duygusal yoksunluk, terk edilme ve tutarsızlık, sosyal izolasyon, başarısızlık, bağımlılık/yetersizlik, onay arayıcılık, duyguları bastırma şemaları; fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve duygusal istismar ile ilişkili bulunmuştur^[343]. Yurtdışında çocuk ve ergenlerle yapılan bir çalışmada; duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon, bağımlılık/yetersizlik ve başarısızlık gibi kayıp/değersizlik temalı şemaların; fiziksel, duygusal ve cinsel istismar gibi çocukluk çağı travmaları ile depresif belirtiler

arasındaki ilişkiye aracılık ettiği, kuşkuculuk ve kötüye kullanılma ve hastalık ve tehditlere karşı dayanıksızlık gibi tehlike temalı şemaların ise fiziksel, duygusal ve cinsel istismar gibi çocukluk çağı travmaları ile anksiyöz belirtiler arasındaki ilişkiye aracılık ettiği, cinsel istismar ile depresif ve anksiyöz belirtiler arasında ise bir ilişki bulunmadığı bildirilmiştir^[286]. Araştırmamızda; çocukluk çağı travmaları özellikle de ihmal yaşantıları, kopukluk ve reddedilmişlik ve zedelenmiş özerklik ve performans şema alanlarıyla ilişkili bulunmuş ve bu sonuç önceki çalışmaların sonuçlarıyla tutarlı olarak değerlendirilmiştir.

Araştırmamız, çocuk ve ergen örnekleminde MDB, çocukluk çağı travmaları ve erken dönem uyumsuz şemaların ilişkisini inceleyen bir çalışma olması açısından önemli olmakla birlikte; kontrol grubunun olmaması, çocukluk çağı travmalarının nitel ve nicel özelliklerinin değerlendirilmemesi, ebeveynlerin psikiyatrik tanılarının sorgulanmaması ve örneklem genişliğinin küçük olması araştırmamızın kısıtlılıklarındandır. Şemaların gelişimini etkileyebilecek diğer etkenlerin de değerlendirildiği ileri istatistiksel yöntemlerin uygulanamamış olması da sonuçların geçerliliğini etkilemektedir.

Araştırmamız; özellikle çocukluk dönemi ihmal yaşantılarının istismar yaşantılarına göre erken dönem uyumsuz şemalarla daha fazla ilişkili olduğunu göstermesi yönünden gerek koruma gerekse müdahale açısından literatüre ve klinik uygulamaya katkı sunabilir. MDB tanılı çocuk ve ergenlerde geçmiş travmatik yaşantılarla ilgili öykü alınırken, istismarın yanı sıra fiziksel ve duygusal ihmalin de ayrıntılı değerlendirilmesi önemli görünmektedir. Ayrıca erken dönem uyumsuz şemaların ele alınması tedavi yaklaşımlarının geliştirilmesine de katkı sunacaktır.

7. ÖZET

Çocukluk çağı travmaları ile çocuk ve ergenlerde major depresif bozukluk arasındaki ilişkide erken dönem uyumsuz şemaların aracı rolü

Giriş ve amaç: Major depresif bozukluk (MDB) çocukluk çağı travmalarına eşlik edebilen bir psikiyatrik bozukluktur. Erken dönem uyumsuz şemaların ise erken çocukluk döneminden itibaren geliştiği bilinmektedir. Bu araştırmada; çocuk ve ergenlerde, çocukluk çağı travmaları ile major depresif bozukluğun ilişkisinin erken dönem uyumsuz şemalar bağlamında incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem: Çalışmaya yapılandırılmış klinik görüşmeyle MDB tanısı koyulan 10-16 yaş arası 45 çocuk ve ergen dahil edilmiştir. Katılımcılara; sosyodemografik bilgi formunun yanısıra, depresif belirtilerin şiddetini ölçmek için Çocuklar için Depresyon Ölçeği, çocukluk dönemi travmalarını sorgulamak için Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve erken dönem uyumsuz şemalarını belirlemek için Çocuk ve Ergenler için Erken Dönem Uyumsuz Şema Ölçekler Takımı uygulanmıştır.

Bulgular: Çocukluk çağı travması olan grubun kopukluk ve reddedilmişlik şema alanı ve kusurluluk/utanma, duygusal yoksunluk, başarısızlık, yapışıklık/gelişmemiş benlik, kendini onaylamama, onay arayıcılık şemaları olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Katılımcıların çocukluk çağı travmalarının kopukluk ve reddedilmişlik şema alanı ve kusurluluk/utanma, duygusal yoksunluk, başarısızlık, kendini onaylamama şemalarıyla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif korelasyon gösterdiği saptanmıştır. Ayrıca depresyonun şiddeti ile kopukluk ve reddedilmişlik, zedelenmiş özerklik ve performans, zedelenmiş sınırlar, başkalarına yönelimlilik, aşırı tetikte olma ve baskılama/ketleme şema alanları ve kusurluluk/ utanma, kuşkuculuk ve kötüye kullanılma, duygusal yoksunluk, terk edilme ve tutarsızlık, başarısızlık, bağımlılık/yetersizlik, yetersiz özdenetim, kendini onaylamama, cezalandırıcılık şemaları arasında pozitif korelasyon bulunmuştur.

Sonuç: MDB tanılı çocuk ve ergenlerde kopukluk ve reddedilmişlik, zedelenmiş özerklik ve performans şema alanları çocukluk çağı travmaları ile ilişkili bulunmuştur.

Bulguların genellenebilmesi için prospektif desende ve daha geniş örnekleme yapılan çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: çocuk, ergen, travma, şema, depresyon

8. ABSTRACT

The mediating role of early maladaptive schemas in the relation between childhood trauma and major depressive disorder in children and adolescents

Introduction and aim: Major depressive disorder (MDD) is a psychiatric disorder that may accompany childhood traumas. It is known that early maladaptive schemas developed from early childhood. The aim of this study is to investigate the relationship between childhood trauma and major depressive disorder in the context of early maladaptive schemas in children and adolescents.

Material and method: 45 children and adolescents aged between 10-16 years diagnosed with MDD by structured clinical interview were included in the study. In addition to the sociodemographic information form, the participants were administered the Children's Depression Inventory to measure the severity of depressive symptoms, the Childhood Trauma Questionnaire to assess childhood traumas, and the Early Maladaptive Schema Questionnaires Set for Children and Adolescents.

Results: In the group with childhood trauma, disconnection and rejection schema domain and defectiveness/shame, emotional deprivation, failure, enmeshment/undeveloped self, self disapproval, approval seeking schemas were found to be significantly higher than those without. It was found that the trauma of childhood of the participants showed a statistically significant positive correlation with the disconnection and rejection schema domain and defectiveness/shame, emotional deprivation, failure, and self disapproval schemas. In addition, a positive correlation was found between the severity of depression and disconnection and rejection, impaired autonomy and performance, other-directedness, overvigilance and inhibition, impaired limits schema domains and defectiveness/shame, mistrust/abuse, emotional deprivation, abandonment/instability, failure, dependence/incompetence, insufficient self-control, self disapproval, punitiveness schemas.

Conclusion: In children and adolescents with MDD, disconnection and rejection, impaired autonomy and performance schema domains were associated with childhood

traumas. In order to generalize the findings, studies with prospective designs and larger samples are needed.

Key words: child, adolescent, trauma, schema, depression

9. EKLER

9.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

1. Adı Soyadı:
2. Cinsiyeti: **1.kız 2.erkek**
3. Yaşı:
4. Çocuk sayısı:
5. Kaçınca çocuk:
6. A yaş:
7. A eğitim: **0.O-Y bilmiyor 1.O-Y biliyor 2.İOM 3.OOM 4.LM 5.ÖLM 6.ÜM**
8. A iş: **0.çalışmıyor 1.çalışıyor 2.emekli**
9. A fiziksel hastalık: **0.yok 1.var**
10. A ruhsal hastalık: **0.yok 1.var**
11. B yaş:
12. B eğitim: **0.O-Y bilmiyor 1.O-Y biliyor 2.İOM 3.OOM 4.LM 5.ÖLM 6.ÜM**
13. B iş: **0.çalışmıyor 1.çalışıyor 2.emekli**
14. B fiziksel hastalık: **0.yok 1.var**
15. B ruhsal hastalık: **0.yok 1.var**
16. Aile tipi: **1.çekirdek 2.geniş 3.parçalanmış**
17. Yaşadığı yer: **1.il merkezi 2.ilçe merkezi 3.köy**
18. Aylık gelir düzeyi: **1.-₺2 2.₺2-₺4 3.₺4-₺6 4.₺6+**
19. Travma öyküsü: **0.yok 1.var**
20. KZVD öyküsü: **0.yok 1.var**
21. İntihar girişimi öyküsü: **0.yok 1.var**
22. Fiziksel hastalık öyküsü: **0.yok 1.var**
23. Psikiyatrik ek tanısı: **0.yok 1.var**
24. DEHB: **0.yok 1.var**
25. KOKGB: **0.yok 1.var**
26. DB: **0.yok 1.var**
27. AB: **0.yok 1.var**
28. OKB: **0.yok 1.var**
29. TB: **0.yok 1.var**
30. YB: **0.yok 1.var**
31. TSSB: **0.yok 1.var**

9.2. Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatlice okuyunuz. Her grup içinden, bu gün de dahil olmak üzere, **son iki haftadır** yaşadıklarınızı en iyi şekilde tanımlayan cümleyi seçip, yanındaki numarayı daire içine alınız.

- A
0. Kendimi arada sırada üzgün hissederim.
 1. Kendimi sık sık üzgün hissederim.
 2. Kendimi her zaman üzgün hissederim.
- B
0. İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.
 1. İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.
 2. İşlerim yolunda gidecek.
- C
0. İşlerim çoğunu doğru yaparım.
 1. İşlerimin çoğunu yanlış yaparım.
 2. Herşeyi yanlış yaparım.
- D
0. Bir çok şeyden hoşlanırım.
 1. Bazı şeylerden hoşlanırım.
 2. Hiçbir şeyden hoşlanmam.
- E
0. Her zaman kötü bir çocuğum.
 1. Çoğu zaman kötü bir çocuğum.
 2. Arada sırada kötü bir çocuğum.
- F
0. Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünürüm.
 1. Sık sık başıma kötü şeylerin geleceğinden endişelenirim.
 2. Başıma çok kötü şeylerin geleceğinden eminim.

- G 0. Kendimden nefret ederim.
1. Kendimi beğenmem.
2. Kendimi beğenirim.
- H 0. Bütün kötü şeyler benim hatam.
1. Kötü şeylerin bazıları benim hatam.
2. Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.
- I 0. Kendimi öldürmeyi düşünmem.
1. Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapamam
2. Kendimi öldürmeyi düşünürüm.
- İ 0. Her gün içimden ağlamak gelir.
1. Birçok günler içimden ağlamak gelir.
2. Arada sırada içimden ağlamak gelir.
- J 0. Her şey her zaman beni sıkır.
1. Her şey sık sık beni sıkır.
2. Her şey arada sırada beni sıkır.
- K 0. İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.
1. Çoğu zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
2. Hiçbir zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
- L 0. Her hangi bir şey hakkında karar veremem.
1. Her hangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir.
2. Her hangi bir şey hakkında kolayca karar veririm.
- M 0. Güzel/yakışıklı sayılırım.
1. Güzel/yakışıklı olmayan yanlarım var.

2. Çirkinim.

- N 0. Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.
1. Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.
2. Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.

- O 0. Her gece uyumakta zorluk çekerim.
1. Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.
2. Oldukça iyi uyurum.

- Ö 0. Arada sırada kendimi yorgun hissederim.
1. Birçok gün kendimi yorgun hissederim.
2. Her zaman kendimi yorgun hissederim.

- P 0. Hemen her gün canım yemek yemek istemez.
1. Çoğu gün canım yemek yemek istemez.
2. Oldukça iyi yemek yerim.

- 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 0. Okuldan hiç hoşlanmam.
1. Arada sırada okuldan hoşlanırım.
2. Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.

- T 0. Bir çok arkadaşım var.
1. Birkaç arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterim.
2. Hiç arkadaşım yok.
- U 0. Okul başarıml iyi.
1. Okul başarıml eskisi kadar iyi değil.
2. Eskiden iyi olduğum derslerden çok başarısızım.
- Ü 0. Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.
1. Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.
2. Diğer çocuklar gibi iyiyim.
- V 0. Kimse beni sevmez.
1. Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.
2. 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.

9.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)

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

	Çocukluğumda veya ilk gençliğimde...	Hiç bir zaman	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Çok sık
1	Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.	1	2	3	4	5
2	Benim bakımı ve güvenliğini üstlenen birinin olduğunu biliyordum.	1	2	3	4	5
3	Ailedekiler bana “salak”, “beceriksiz” veya “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirdi.	1	2	3	4	5
4	Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur veya uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
5	Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.	1	2	3	4	5
6	Yırtık, sökülük veya kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
7	Sevildiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
8	Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
9	Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora veya hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
10	Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	1	2	3	4	5
11	Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı veya sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
12	Kayış, sopa, kordon veya başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
13	Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirdi.	1	2	3	4	5
14	Ailedekiler bana kırıcı veya saldırganca sözler söylerdi.	1	2	3	4	5
15	Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.	1	2	3	4	5
16	Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
17	Bana o kadar kötü vuruluyor veya dövülüyordum ki öğretmen, komşu veya bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.	1	2	3	4	5

18	Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
19	Ailemdelikler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.	1	2	3	4	5
20	Birisi bana cinsel amaçla dokundu veya kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
21	Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla veya benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
22	Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
23	Birisi beni cinsel şeyler yapmaya veya cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
24	Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
25	Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.	1	2	3	4	5
26	İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecektir birisi vardı.	1	2	3	4	5
27	Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
28	Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5

9.4. Çocuk ve Ergenler için Erken Dönem Uyumsuz Şema Ölçekler Takımı (ÇEŞÖT)

Lütfen aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyunuz. Okuduğunuz her cümlenin kendiniz için ne derecede doğru olduğunu, aşağıdaki ölçekte tanımlanan uygun rakamı daire içine alarak belirleyiniz. İşaretlemeyi yaparken lütfen **“olması gereken”e göre değil, sizde “var olan” duruma göre** değerlendirme yapınız. Lütfen, boş bırakmadan tüm maddeleri değerlendiriniz.

	1	2	3	4	5
	Benim için tamamiyle yanlış	Benim için çoğunlukla yanlış	Benim için ne doğru ne yanlış	Benim için çoğunlukla doğru	Benim için tamamiyle doğru
1	Sıklıkla eşyalarım çalınabilir diye düşünürüm.				1 2 3 4 5
2	Sevgi ihtiyacımın yeterince karşılanmadığını düşünürüm.				1 2 3 4 5
3	Biri beni överse, içten olmadığını, öylesine söylediğini düşünürüm.				1 2 3 4 5
4	Arkadaş gruplarının içinde kendimi rahatsız hissederim.				1 2 3 4 5
5	Büyüdüğümde anne ve babamdan ayrılacak olmak beni endişelendirir.				1 2 3 4 5
6	Gerçekten yetenekli olduğum bir alan olmadığını düşünürüm.				1 2 3 4 5
7	İsteklerim hemen yerine getirilmez ise çok bozulurum.				1 2 3 4 5
8	Çalışma planı yapsam da uyamam.				1 2 3 4 5
9	İşlerimin çoğunun yolunda gitmediğini düşünürüm.				1 2 3 4 5
10	Başkalarının çıkarları için kullanıldığımı düşünürüm.				1 2 3 4 5
11	Yakınlarımla bana karşı yeterince sıcak ve ilgili olmadığını düşünürüm.				1 2 3 4 5
12	Yarışmalı oyunları “zaten kazanamam” düşüncesi ile oynarım.				1 2 3 4 5
13	Kötü bir şeyler olacak düşüncesi sürekli aklımın bir köşesinde.				1 2 3 4 5
14	Büyüdüğümde anne ve babama çok yakın bir evde yaşamak isterim.				1 2 3 4 5
15	Ders başarımın yetersiz olduğunu düşünürüm.				1 2 3 4 5
16	Sevdiğim insanların beni beğenmesi için onların istediği gibi olmaya çalışırım.				1 2 3 4 5
17	Haksızlığa uğrasam bile olayın üzerine gidemem.				1 2 3 4 5
18	Her zaman haklı olduğumu düşünürüm.				1 2 3 4 5
19	Yakınlarımla sorumsuz olduğumu düşünürüm.				1 2 3 4 5
20	Bütün aksiliklerin beni bulacağını düşünürüm.				1 2 3 4 5
21	Başkaları tarafından her an küçük düşürülebilirim diye düşünürüm.				1 2 3 4 5
22	Yakınlarımla beni yeterince koruyup, kollayamadığımı düşünürüm.				1 2 3 4 5
23	Yaşadığım ortamı beğenmeyeceklerini düşündüğüm için arkadaşlarımla eve davet etmem.				1 2 3 4 5

24	Arkadaşlarımın arasında rahat davranmam.	1	2	3	4	5
25	Yakınlarımın başına kötü şeyler gelecek diye endişelenirim.	1	2	3	4	5
26	Büyüdüğümde de ailem bana çocukken olduğu kadar ilgi gösterebilir isterim.	1	2	3	4	5
27	Ödevimi öğretmenin tam istediği şekilde yapamadığımı düşünürüm.	1	2	3	4	5
28	Yakınlarım beni herhangi bir konuda eleştirdiklerinde çok üzülürüm.	1	2	3	4	5
29	Haklı olduğumu bilsem bile, kendimi savunamam.	1	2	3	4	5
30	Sorumluluklarımı yerine getirmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
31	İşlerimin ters gideceğini düşünürüm.	1	2	3	4	5
32	Elimden geleni yapmadığım için kaybetmeyi hak ediyorum.	1	2	3	4	5
33	Yakınlarım onlara çok yapıştığımı düşünür.	1	2	3	4	5
34	Yüzüme güldüğü halde, arkamdan kötü konuşan çok kişi olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
35	Beni gerçekten seven biri olmadığını düşünürüm.	1	2	3	4	5
36	Olumlu özelliklerimin çok az olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
37	Yakınlarımın arasında bile kendimi yalnız hissedirim.	1	2	3	4	5
38	Kötü şeyler gelip geçtikten sonra bile, endişelerim sona ermez.	1	2	3	4	5
39	Oyunlarda/yarışmalarda genellikle kaybederim.	1	2	3	4	5
40	Yakınlarımın istediği gibi bir insan olmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
41	Haklı olduğumu bilsem de sorun çıkmasın diye haksız olduğumu kabullenebilirim.	1	2	3	4	5
42	Gerekli olmadığı halde başka insanların görevlerini de yaparım.	1	2	3	4	5
43	Herhangi bir konuda haksız olduğumu kabullenmekte çok zorlanırım.	1	2	3	4	5
44	Kurallı ortamlardan (kurs, okul vb.) hoşlanmam.	1	2	3	4	5
45	Nedense kötü şeyler hep benim başıma gelir.	1	2	3	4	5
46	Kurallara uymadığım için cezayı hak ediyorum.	1	2	3	4	5
47	Durup dururken yakınlarım ölecek diye endişe ederim.	1	2	3	4	5
48	Arkadaşlarımın benimle sık sık alay ettiğini düşünürüm.	1	2	3	4	5
49	Yakınlarımın beni hiç anlamadığını düşünürüm.	1	2	3	4	5
50	Eğlenceli biri olmadığımı düşünürüm.	1	2	3	4	5
51	Arkadaşlarım arasında iken, kendimi onlardan biri gibi hissetmiyorum.	1	2	3	4	5
52	Oyun/gidilecek yer seçimini arkadaşlarıma bırakırım.	1	2	3	4	5
53	Okul yaşamımda hiçbir zaman yeterince başarılı olamayacağımı düşünürüm.	1	2	3	4	5
54	İstedikimi elde edemezsem öfkelenirim.	1	2	3	4	5
55	Öfkemi kontrol altına alamam.	1	2	3	4	5
56	Hata yaptığımda kendime çok kızarım.	1	2	3	4	5
57	İyi bir şey olduğunda bile, hemen arkasından kötü bir şey olacağını düşünürüm.	1	2	3	4	5
58	Anne ve babam ayrılacaklar diye endişe ederim.	1	2	3	4	5
59	Sık sık başkalarının benim arkamdan işler çevirdiğini düşünürüm.	1	2	3	4	5
60	Aile içinde değerli olduğumu hissetmem.	1	2	3	4	5

61	Yeterince zeki olmadığımı düşünürüm.	1	2	3	4	5
62	Hangi kıyafeti giymem gerektiğine tek başıma karar veremem.	1	2	3	4	5
63	Tartışmalar beni fazlasıyla endişelendirir.	1	2	3	4	5
64	İleride iş yaşamımda parlak başarılar elde edemeyeceğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
65	Başkaları tarafından beğenilmek benim için fazlasıyla önemlidir.	1	2	3	4	5
66	Bana çok ters gelse bile, yakınlarım için istemediğim şeyleri yaparım.	1	2	3	4	5
67	İsteklerimin olması için insanları çok zorlarım.	1	2	3	4	5
68	Eğlenceye ayırdığım zaman, ödeve ayırdığım zamandan çok daha fazladır.	1	2	3	4	5
69	Öğretmenin sorduğu en zor soru kesin bana denk gelir diye düşünürüm.	1	2	3	4	5
70	Arkadaşlarım beni terk edecekler diye endişelenirim.	1	2	3	4	5
71	Kimseye sırlarımı paylaşacak kadar güvenemem.	1	2	3	4	5
72	Yardıma ihtiyacım olduğunda kimsenin benimle ilgilenmeyeceğini düşünürüm.	1	2	3	4	5
73	Yeteneksiz olduğumu düşünürüm.	1	2	3	4	5
74	Kendim için neyin doğru neyin yanlış olduğuna karar veremem.	1	2	3	4	5
75	Zorluklar karşısında hemen ağlamaya başlarım.	1	2	3	4	5
76	Ödev yapmaktan nefret ederim.	1	2	3	4	5
77	Şanssız biriyim.	1	2	3	4	5
78	Öğretmenler kurallara uymayan tüm öğrencileri cezalandırmalıdır diye düşünürüm.	1	2	3	4	5
79	Sevdiklerimin başkalarıyla yaklaşmaları beni endişelendirir.	1	2	3	4	5
80	Çoğu kişinin “kötü niyetli” olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
81	Dış görünümümü hiç beğenmem.	1	2	3	4	5
82	Yanımda bana yön veren biri olmadıkça kendimi rahat hissetmem.	1	2	3	4	5
83	Beğendiğim şeyleri arkadaşlarım beğenmedi ise kullanmam.	1	2	3	4	5
84	Bana başkalarından daha ayrıcalıklı davranılmasını isterim.	1	2	3	4	5
85	Sıkıcı işlere hiç tahammül edemem.	1	2	3	4	5
86	İçimden geldiğince rahat davranamıyorum.	1	2	3	4	5
87	Sorunlarımı tek başıma çözemem.	1	2	3	4	5
88	Benden bir şey istenince “hayır” diyemem.	1	2	3	4	5
89	Sıra beklemek benim için işkence gibidir.	1	2	3	4	5
90	Okulda kurallara uyamam.	1	2	3	4	5
91	Benim gibi biri ile kimse arkadaş olmak istemez diye düşünürüm.	1	2	3	4	5
92	Güvendiğim birine danışmadan karar vermekte güçlük çekerim.	1	2	3	4	5
93	Kuralların benim için göz ardı edilmesini isterim.	1	2	3	4	5
94	Zor işlere gelemem.	1	2	3	4	5
95	Öğretmenlerin bana ayrıcalıklı davranmasını isterim.	1	2	3	4	5
96	Pahalı şeyleri herkesten çok hak ettiğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
97	Diğer insanlar gibi sırada beklemek zorunda olmadığımı düşünürüm.	1	2	3	4	5

9.5. Çocuklar için Global Değerlendirme Ölçeği (ÇGDÖ)

Ara değerler kullanın (örneğin 35, 58, 62). Tedavi ve sonlanımı dikkate almadan o sıradaki işlevselliği bir ölçün. Aşağıdaki örnekler yalnızca yol göstermek amacıyla verilmiştir, değerlendirme yapılırken aynı koşulların bulunması gerekli değildir.

100-91: Bütün alanlarda çok iyi işlevsellik (evde, okulda ve bakan ilişkilerinde); çok çeşitli etkinliklerde bulunur ve bir çok ilgi alanı vardır (hobiler, okul dışındaki etkinliklere katılma veya izcilik gibi bir organizasyonun içinde yer alma), sevilir, güvenlidir; “sıradan” kaygılar hiç bir zaman kontrol dışına dışına çıkmaz; okulda iyidir; herhangi bir belirti yoktur.

90-81: Bütün alanlarda iyi işlevsellik; evde, okulda ve yaşlıları ile ilişkileri güvenlidir; geçici zorluklar olabilir ve “sıradan” kaygılar nadiren kontrol dışına çıkabilir (önemli bir sınavı olduğunda hafif kaygılanma, nadiren kardeşlerine, anne babasına veya yaşlılarına karşı yaşanan öfke patlamaları).

80-71: Evde, okulda ya da yaşıt ilişkilerinde işlevsellikte yalnızca hafif bir bozulma; zorlu yaşam olayları (kardeş doğumu, anne baba ayrılığı, ölüm) karşısında hafif bir duygusal sıkıntı veya davranışlarda bir miktar bozulma görülebilir; ancak bunlar kısa sürelidir ve işlevsellikteki engellenme geçicidir; bu çocuklar başkaları için yalnızca çok az rahatsız edicidir ve onları iyi tanıyan kişiler tarafından sorunlu olarak düşünülmezler.

70-61: Bir alanda bir miktar zorluk fakat genelde işlevselliği oldukça iyidir (nadiren okulu asma, önemsiz hırsızlıklar gibi tek tük antisosyal davranışlar; okul ödevlerinde süregelen hafif zorluklar; kısa süreli duygudurum değişimleri; belirgin kaçınma davranışına yol açmayan korku ve kaygılar; kendinden emin olamama); anlamlı bazı kişiler arası ilişkileri vardır; çocuğa iyi tanıyan tanımayan bir çok kişi onda bir sorun olduğunu düşünmese de iyi tanıyanlar bu sorunları ciddiye alabilir.

60-51: Yer yer bozulmalarla giden değişken işlevsellik veya sosyal alanların hepsinde olmasa da bir çoğunda belirtilerin olması; çocuğun işlevselliğini bozan bir

ortamda veya zamanda değerlendirme yapan için işlevsellikteki bozulma açıktır ama çocuğu diğer ortamlarda gözlemleyenler bunu fark etmezler.

50-41: Çoğu sosyal alanda işlevsellikte orta düzeyde bir engellenme veya bir alandaki işlevsellikte ciddi bozulma (intihar düşünceleri, okul reddi ve diğer kaygı biçimleri, obsesif ritüeller, major konversiyon belirtileri, sık anksiyete atakları, zayıf veya yetersiz sosyal beceriler, anlamlı sosyal ilişkinin bir miktar korunması ile birlikte sık saldırgan veya antisosyal davranış dönemleri).

40-31: Bir çok alandaki işlevsellikte belirgin bozulma vardır ve bu alanların birinde işlevsel değildir; okulda, evde, yaşadığı ilişkilerinde veya topluluk içinde belirgin bir bozulma vardır(örneğin belli bir tehdit olmaksızın süren saldırganlık, Belirgin sosyal içe kapanma ve duygulanım veya düşünce bozukluğu nedeniyle davranışlarda izolasyon, ölüm niyetiyle olduğu açık intihar girişimlerinde bulunma); bu çocukların özel eğitim koşullarında okutulmasına, hastaneye yatırılmasına veya okuldan alınmasına (bu durum bu kategoride yer alması için yeterli bir koşul değildir) gerek olabilir.

30-21: İşlevselliğinin hemen her alanında engelli (örneğin sosyal etkinliklere katılmadan bütün gününü evde, kurumda veya yatağında geçirir; gerçeği değerlendirmesinde veya iletişimin de ciddi bir bozulma vardır, bazen enkoheran ve uygunsuz davranır).

20-11: Başkalarına veya kendine zarar (örneğin sıklıkla saldırgan olma, yineleyen intihar girişimlerinin olması) vermesini önlemek için belirgin bir düzeyde yardıma gereksinim duyma; kişisel bakımını sürdürme veya iletişimin tüm boyutlarında ciddi yetersizlik(örneğin sözel iletişim ve jestleri kullanmada ciddi sorunlar, belirgin sosyal kapalılık, stupor) nedeniyle yardıma gereksinim duyar.

10-1: Sürekli denetim gereklidir (24 saat bakım); şiddetli saldırganlık veya kendine zarar verici davranışlar vardır; gerçeği değerlendirmede, iletişimde, özbakım becerilerinde, duygulanım ve bilişsel alanlarda ciddi bozulma gözlenir.

9.6. Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGIÖ)

1. Hastalık şiddeti: Bu hasta grubu ile olan klinik deneyimlerinize dayanarak, sizce bu kişi ne kadar hasta?

1. Normal, hasta değil
2. Hastalık sınırında
3. Hafif düzeyde hasta
4. Orta düzeyde hasta
5. Belirgin düzeyde hasta
6. Ağır hasta
7. Çok ağır hasta

2. Düzeltme: Hastanın ilk değerlendirildiğindeki durumunu düşünürseniz, sizce bu hasta ne kadar değişti?

1. Çok düzeldi
2. Oldukça düzeldi
3. Biraz düzeldi
4. Hiç değişiklik yok
5. Biraz kötüleşti
6. Oldukça kötüleşti
7. Çok kötüleşti

3. Yan etki şiddeti: Bu maddeyi sadece ilaç etkisini göz önüne alarak değerlendiriniz.

Yan etkiyi en iyi ifade eden seçeneği işaretleyiniz.

1. Hiç yok
2. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkilemiyor
3. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkiliyor
4. Terapötik etkinin yararlarını gözardı ettirecek düzeyde etkiliyor

10. KAYNAKLAR

1. Bhatia, S.K. and S.C. Bhatia, Childhood and adolescent depression. *Depression*, 2007. **100**: p. 53.
2. Parker, G. and K. Roy, *Adolescent depression: A review*. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 2001. **35**(5): p. 572-580.
3. Birmaher, B., D. Brent, and A.W.G.o.Q. Issues, Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2007. **46**(11): p. 1503-1526.
4. Organization, W.H., Report of the Consultation on Child Abuse Prevention. 1999, Geneva: World Health Organization: Geneva.
5. Horwitz, A.V., et al., The impact of childhood abuse and neglect on adult mental health: A prospective study. *Journal of health and social behavior*, 2001: p. 184-201.
6. Milot, T., et al., The role of trauma symptoms in the development of behavioral problems in maltreated preschoolers. *Child Abuse & Neglect*, 2010. **34**(4): p. 225-234.
7. Beck, A.T., *Cognitive Therapy of Depression*. 1979: Guilford press.
8. Young, J.E., *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. 1999: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.
9. Young, J.E., J.S. Klosko, and M.E. Weishaar, *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. 2003: Guilford Press.
10. Işık, E., U. Işık, and Y. Işık Taner, *Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar*. 2013, Ankara: Rota Tıp Kitabevi.
11. Association, A.P., *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. 5th ed. 2013: American Psychiatric Pub.
12. Yetkin, S. and F. Özgen, *Tarihsel bakış içinde depresyon*. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri*, 2007. **3**(47): p. 1-5.

13. Oral, T., *Karasevda'dan depresyon'a hüznün tarihi*. Başka Psikiyatri ve Düşünce Dergisi, 2009.
14. Sedler, M.J., Falret's discovery: The origin of the concept of bipolar affective illness. *The American Journal of Psychiatry*, 1983. **140**(9): p. 1127-1133.
15. Türkçapar, M.H., *Melankolili depresyon*. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2004. **7**(Supp: 1): p. 20-31.
16. Spitz, R.A. and K.M. Wolf, Anaclitic depression: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood, II. The psychoanalytic study of the child, 1946. **2**(1): p. 313-342.
17. Mahler, M.S., On sadness and grief in infancy and childhood: Loss and restoration of the symbiotic love object. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 1961. **16**(1): p. 332-351.
18. Frommer, E.A., *Depressive illness in childhood*. *British Journal of Psychiatry*, 1968. **2**: p. 117-136.
19. Carlson, G. and J. Garber, *Developmental Issues in the Classification of Depression in Children*, in *Depression in Young People: Developmental and Clinical Perspectives*, M. Rutter, C.E. Izard, and P.B. Read, Editors. 1986, The Guilford Press: New York. p. 399-433.
20. Moretti, M., et al., Childhood and adolescent depression: Child-report versus parent-report information. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 1985. **24**(3): p. 298-302.
21. Weller, E., et al., *Depressive Disorders in Children and Adolescents*, in *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*, M. Lewis, Editor. 2002, Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia. p. 767-81.
22. Rey, J.M., T.T. Bella-Awusah, and J. Liu, Depression in Children and Adolescents, in *IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health*, G. Walter, Editor. 2015: Geneva.
23. Goodman, R. and S. Scott, *Child and Adolescent Psychiatry*. 3rd ed. 2012: John Wiley & Sons.

24. Avanci, J., et al., Childhood depression. Exploring the association between family violence and other psychosocial factors in low-income Brazilian schoolchildren. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 2012. **6**(1): p. 26.
25. Lawrence, D., et al., *The Mental Health of Children and Adolescents: Report on the Second Australian Child and Adolescent Survey of Mental Health and Wellbeing*. 2015, Canberra: Department of Health.
26. Johnstone, K.M., E. Kemps, and J. Chen, A meta-analysis of universal school-based prevention programs for anxiety and depression in children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2018. **21**(4): p. 466-481.
27. Twenge, J.M. and S. Nolen-Hoeksema, Age, gender, race, socioeconomic status, and birth cohort difference on the children's depression inventory: A meta-analysis. *Journal of abnormal psychology*, 2002. **111**(4): p. 578.
28. Calvete, E. and O. Cardeñoso, Gender differences in cognitive vulnerability to depression and behavior problems in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2005. **33**(2): p. 179-192.
29. Thombs, B.D., M. Roseman, and L.A. Kloda, Depression screening and mental health outcomes in children and adolescents: a systematic review protocol. *Systematic reviews*, 2012. **1**(1): p. 58.
30. Toros, F., et al., Prevalence of depression as measured by the CBDI in a predominantly adolescent school population in Turkey. *European Psychiatry*, 2004. **19**(5): p. 264-271.
31. Eskin, M., et al., Lise öğrencisi ergenlerde depresyonun yaygınlığı ve ilişkili olduğu etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2008. **19**(4).
32. Demir, T., et al., Epidemiology of depression in an urban population of Turkish children and adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 2011. **134**(1-3): p. 168-176.
33. Bilaç, Ö., et al., The prevalence of anxiety and mood disorders, and demographic characteristics in elementary school students. *Turkish Journal of Psychiatry*, 2014. **25**(3).

34. Topuzoğlu, A., et al., The epidemiology of major depressive disorder and subthreshold depression in Izmir, Turkey: Prevalence, socioeconomic differences, impairment and help-seeking. *Journal of affective disorders*, 2015. **181**: p. 78-86.
35. Karacetin, G., et al., Prevalence of childhood affective disorders in Turkey: An epidemiological study. *Journal of Affective Disorders*, 2018. **238**: p. 513-521.
36. Costello, E.J., A. Erkanli, and A. Angold, Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2006. **47**(12): p. 1263-1271.
37. Rudolph, K.D. and M. Flynn, *Adolescent depression*. 2nd ed. Handbook of depression. 2009. 708.
38. Thapar, A. and F. Rice, *Twin studies in pediatric depression*. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 2006. **15**(4): p. 869-881.
39. Yıldız Öç, Ö., et al., Anne-babalarında ruhsal bozukluk olan çocukların ruhsal durumlarının değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2006. **9**(3): p. 123-130.
40. Kutcher, S. and P. Marton, Affective disorders in first-degree relatives of adolescent onset bipolars, unipolars, and normal controls. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1991. **30**(1): p. 75-78.
41. Kovacs, M., et al., A controlled family history study of childhood-onset depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 1997. **54**(7): p. 613-623.
42. Downey, G. and J.C. Coyne, Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin*, 1990. **108**(1): p. 50.
43. Merikangas, K. and D. Kupfer, Mood disorders: Genetic aspects, in *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 1995. p. 1102-1116.
44. McGuffin, P., et al., A hospital-based twin register of the heritability of DSM-IV unipolar depression. *Archives of general psychiatry*, 1996. **53**(2): p. 129-136.
45. Sullivan, P.F., M.C. Neale, and K.S. Kendler, Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 2000. **157**(10): p. 1552-1562.

46. Rice, F., G. Harold, and A. Thapar, The genetic aetiology of childhood depression: a review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2002. **43**(1): p. 65-79.
47. Glowinski, A.L., et al., Genetic epidemiology of self-reported lifetime DSM-IV major depressive disorder in a population-based twin sample of female adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2003. **44**(7): p. 988-996.
48. Carlson, G. and S. Abbott, *Mood disorders and suicide*, in *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, H. Kaplan and B. Sadock, Editors. 1995, Williams and Wilkins: Baltimore.
49. Kovacs, M., Presentation and course of major depressive disorder during childhood and later years of the life span. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1996. **35**(6): p. 705-715.
50. Scourfield, J., et al., Depressive symptoms in children and adolescents: changing aetiological influences with development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2003. **44**(7): p. 968-976.
51. Goldberg, D., *The aetiology of depression*. *Psychological Medicine*, 2006. **36**(10): p. 1341-1347.
52. Kendler, K.S., et al., A Swedish national twin study of lifetime major depression. *American Journal of Psychiatry*, 2006. **163**(1): p. 109-114.
53. Caspi, A., et al., Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 2003. **301**(5631): p. 386-389.
54. Eley, T.C., et al., Gene-environment interaction analysis of serotonin system markers with adolescent depression. *Molecular psychiatry*, 2004. **9**(10): p. 908.
55. Kaufman, J., et al., Social supports and serotonin transporter gene moderate depression in maltreated children. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 2004. **101**(49): p. 17316-17321.
56. Caspi, A., et al., Genetic sensitivity to the environment: The case of the serotonin transporter gene and its implications for studying complex diseases and traits. *American journal of Psychiatry*, 2010. **167**(5): p. 509-527.

57. Caspi, A., et al., Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, 2002. **297**(5582): p. 851.
58. Cicchetti, D., F.A. Rogosch, and M.L. Sturge-Apple, Interactions of child maltreatment and serotonin transporter and monoamine oxidase A polymorphisms: Depressive symptomatology among adolescents from low socioeconomic status backgrounds. *Development and psychopathology*, 2007. **19**(4): p. 1161-1180.
59. Taylor, A. and J. Kim-Cohen, Meta-analysis of gene–environment interactions in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 2007. **19**(4): p. 1029-1037.
60. Kaufman, J., et al., Brain-Derived Neurotrophic Factor–5-HTTLPR gene interactions and environmental modifiers of depression in children. *Biological Psychiatry*, 2006. **59**(8): p. 673-680.
61. Elzinga, B.M., et al., The impact of childhood abuse and recent stress on serum brain-derived neurotrophic factor and the moderating role of BDNF Val 66 Met. *Psychopharmacology*, 2011. **214**(1): p. 319-328.
62. Hosang, G.M., et al., Interaction between stress and the BDNF Val66Met polymorphism in depression: a systematic review and meta-analysis. *BMC medicine*, 2014. **12**(1): p. 7.
63. Ceylan, M.E. and E.T. Oral, *Duygudurum Bozuklukları*. 1st ed. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, ed. M.E. Ceylan. Vol. 4. 2001, İstanbul. 438.
64. Helvacı Çelik, F. and Ç. Hocaoğlu, ‘Major Depresif Bozukluk’ tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: Bir gözden geçirme. *Journal of Contemporary Medicine*, 2016. **6**(1): p. 51-66.
65. Ressler, K.J. and C.B. Nemeroff, Role of serotonergic and noradrenergic systems in the pathophysiology of depression and anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 2000. **12**(S1): p. 2-19.
66. Brunello, N., et al., The role of noradrenaline and selective noradrenaline reuptake inhibition in depression. *European Neuropsychopharmacology*, 2002. **12**(5): p. 461-475.

67. Tamam, L. and T. Zeren, Depresyonda serotonerjik düzenekler. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2002. **5**(Supp: 4): p. 11-18.
68. Elhwuegi, A.S., *Central monoamines and their role in major depression*. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 2004. **28**(3): p. 435-451.
69. Thase, M., *Mood disorders: Neurobiology*, in Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 2009, Lippincott, Williams and Wilkins: Philadelphia. p. 1664-1674.
70. Moret, C. and M. Briley, The importance of norepinephrine in depression. Neuropsychiatric disease and treatment, 2011. **7**(Suppl 1): p. 9.
71. Işık, E., *Biyolojik Psikiyatri*. 2012: Sigma Publishing. 384.
72. Uğur, M., *Türkiye'de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar*. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, 2008. **62**: p. 59-84.
73. Delgado, P.L. and F.A. Moreno, *Role of norepinephrine in depression*. The Journal of clinical psychiatry, 2000.
74. Neumeister, A., et al., Neural and behavioral responses to tryptophan depletion in unmedicated patients with remitted major depressive disorder and controls. Archives of general psychiatry, 2004. **61**(8): p. 765-773.
75. Pandey, G.N. and Y. Dwivedi, *Noradrenergic function in suicide*. Archives of suicide research, 2007. **11**(3): p. 235-246.
76. Saveanu, R.V. and C.B. Nemeroff, Etiology of depression: Genetic and environmental factors. Psychiatric Clinics, 2012. **35**(1): p. 51-71.
77. Delgado, P. and F. Moreno, *Antidepressants and the brain*. International Clinical Psychopharmacology, 1999.
78. Leonard, B.E., The role of noradrenaline in depression: a review. Journal of Psychopharmacology, 1997.

79. Redmond, A.M. and B.E. Leonard, An evaluation of the role of the noradrenergic system in the neurobiology of depression: a review. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 1997. **12**(5): p. 407-430.
80. Uğuz, Ş. and E. Yurdağül, Noradrenerjik sistem ve depresyon. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2002. **5**(Supp: 4): p. 19-23.
81. Albayrak, E.Ö. and M.E. Ceylan, *Depresyon etiyolojisinde nörobiyolojik etkenler*. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 2004. **17**(1): p. 27-33.
82. Nutt, D.J., The role of dopamine and norepinephrine in depression and antidepressant treatment. *The Journal of clinical psychiatry*, 2006. **67**: p. 3-8.
83. Sayın, A., Dopamin reseptörleri ve sinyal iletim özellikleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2008. **11**(3).
84. Brown, A. and S. Gershon, *Dopamine and depression*. *Journal of Neural Transmission*, 1993. **91**(2): p. 75-109.
85. Dailly, E., et al., *Dopamine, depression and antidepressants*. *Fundamental & clinical pharmacology*, 2004. **18**(6): p. 601-607.
86. Meyer, J.H., et al., Elevated putamen D 2 receptor binding potential in major depression with motor retardation: an [11 C] raclopride positron emission tomography study. *American Journal of Psychiatry*, 2006. **163**(9): p. 1594-1602.
87. Dunlop, B.W. and C.B. Nemeroff, The role of dopamine in the pathophysiology of depression. *Archives of general psychiatry*, 2007. **64**(3): p. 327-337.
88. Paul, I.A. and P. Skolnick, *Glutamate and depression*. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2003. **1003**(1): p. 250-272.
89. Palucha, A. and A. Pilc, The involvement of glutamate in the pathophysiology of depression. *Drug news & perspectives*, 2005. **18**(4): p. 262-268.
90. Kendell, S.F., J.H. Krystal, and G. Sanacora, GABA and glutamate systems as therapeutic targets in depression and mood disorders. *Expert opinion on therapeutic targets*, 2005. **9**(1): p. 153-168.

91. Zarate, C.A., et al., A randomized trial of an N-methyl-D-aspartate antagonist in treatment-resistant major depression. *Archives of general psychiatry*, 2006. **63**(8): p. 856-864.
92. Hasler, G., et al., Reduced prefrontal glutamate/glutamine and γ -aminobutyric acid levels in major depression determined using proton magnetic resonance spectroscopy. *Archives of general psychiatry*, 2007. **64**(2): p. 193-200.
93. McNally, L., Z. Bhagwagar, and J. Hannestad, Inflammation, glutamate, and glia in depression: a literature review. *CNS spectrums*, 2008. **13**(6): p. 501-510.
94. Feyissa, A.M., et al., Reduced levels of NR2A and NR2B subunits of NMDA receptor and PSD-95 in the prefrontal cortex in major depression. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 2009. **33**(1): p. 70-75.
95. Sanacora, G., G. Treccani, and M. Popoli, Towards a glutamate hypothesis of depression: an emerging frontier of neuropsychopharmacology for mood disorders. *Neuropharmacology*, 2012. **62**(1): p. 63-77.
96. Schneider, B. and D. Prvulovic, *Novel biomarkers in major depression*. *Current Opinion in Psychiatry*, 2013. **26**(1): p. 47-53.
97. Bremner, J.D., et al., Hippocampal volume reduction in major depression. *American Journal of Psychiatry*, 2000. **157**(1): p. 115-118.
98. Özpoyraz, N., Depresyonda nöroanatomik bağlantılar. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2002. **5**(Supp: 4): p. 68-72.
99. Penner, J., et al., Medial prefrontal and anterior insular connectivity in early schizophrenia and major depressive disorder: a resting functional MRI evaluation of large-scale brain network models. *Frontiers in human neuroscience*, 2016. **10**: p. 132.
100. Ernst, M. and K. Korelitz, Cerebral maturation in adolescence: behavioral vulnerability. *L'Encephale*, 2009. **35**: p. S182.
101. McKinnon, M.C., et al., A meta-analysis examining clinical predictors of hippocampal volume in patients with major depressive disorder. *Journal of psychiatry & neuroscience: JPN*, 2009. **34**(1): p. 41.

102. Tham, M.W., et al., White matter abnormalities in major depression: evidence from post-mortem, neuroimaging and genetic studies. *Journal of affective disorders*, 2011. **132**(1-2): p. 26-36.
103. Levinson, D.F., The genetics of depression: A review. *Biological psychiatry*, 2006. **60**(2): p. 84-92.
104. Schweitzer, I., et al., Structural neuroimaging studies in late-life depression: a review. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 2001. **2**(2): p. 83-88.
105. Botteron, K.N., et al., Volumetric reduction in left subgenual prefrontal cortex in early onset depression. *Biological psychiatry*, 2002. **51**(4): p. 342-344.
106. Supit, A.S. and I. Roosdy, Subgenual cingulate cortex activity in predicting risk factor and treatment response in depression. *WMJ (Warmadewa Medical Journal)*, 2018. **3**(2): p. 53-60.
107. Tutus, A., et al., A technetium-99m hexamethylpropylene amine oxime brain single-photon emission tomography study in adolescent patients with major depressive disorder. *European journal of nuclear medicine*, 1998. **25**(6): p. 601-606.
108. Beck-Friis, J., et al., Melatonin, cortisol and ACTH in patients with major depressive disorder and healthy humans with special reference to the outcome of the dexamethasone suppression test. *Psychoneuroendocrinology*, 1985. **10**(2): p. 173-186.
109. Weller, E., et al., The dexamethasone suppression test in prepubertal depressed children. *The Journal of clinical psychiatry*, 1985. **46**(12): p. 511-513.
110. Lesch, K.-P., et al., Corticotropin and cortisol response to human CRH as a probe for HPA system integrity in major depressive disorder. *Psychiatry research*, 1988. **24**(1): p. 25-34.
111. Hatzinger, M., Neuropeptides and the hypothalamic-pituitary-adrenocortical (HPA) system: Review of recent research strategies in depression. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 2000. **1**(2): p. 105-111.
112. Gotlib, I.H., et al., HPA axis reactivity: A mechanism underlying the associations among 5-HTTLPR, stress, and depression. *Biological psychiatry*, 2008. **63**(9): p. 847-851.

113. Heim, C., et al., The link between childhood trauma and depression: Insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology*, 2008. **33**(6): p. 693-710.
114. Pariante, C.M. and S.L. Lightman, The HPA axis in major depression: Classical theories and new developments. *Trends in Neurosciences*, 2008. **31**(9): p. 464-468.
115. O'Keane, V., T. Frodl, and T.G. Dinan, A review of atypical depression in relation to the course of depression and changes in HPA axis organization. *Psychoneuroendocrinology*, 2012. **37**(10): p. 1589-1599.
116. Rao, U., Biomarkers in pediatric depression. *Depression and Anxiety*, 2013. **30**(9): p. 787.
117. Lopez-Duran, N.L., M. Kovacs, and C.J. George, Hypothalamic–pituitary–adrenal axis dysregulation in depressed children and adolescents: A meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*, 2009. **34**(9): p. 1272-1283.
118. Rao, U., C.L. Hammen, and R.E. Poland, Risk markers for depression in adolescents: Sleep and HPA measures. *Neuropsychopharmacology*, 2009. **34**(8): p. 1936.
119. Guerry, J.D. and P.D. Hastings, In search of HPA axis dysregulation in child and adolescent depression. *Clinical child and family psychology review*, 2011. **14**(2): p. 135-160.
120. Hart, J., M. Gunnar, and D. Cicchetti, Altered neuroendocrine activity in maltreated children related to symptoms of depression. *Development and Psychopathology*, 1996. **8**(1): p. 201-214.
121. Cicchetti, D. and F.A. Rogosch, Diverse patterns of neuroendocrine activity in maltreated children. *Development and Psychopathology*, 2001. **13**(3): p. 677-693.
122. Cicchetti, D. and F.A. Rogosch, The impact of child maltreatment and psychopathology on neuroendocrine functioning. *Development and Psychopathology*, 2001. **13**(4): p. 783-804.
123. Shea, A., et al., Child maltreatment and HPA axis dysregulation: relationship to major depressive disorder and post traumatic stress disorder in females. *Psychoneuroendocrinology*, 2005. **30**(2): p. 162-178.

124. Jackson, I.M.D., The thyroid axis and depression. *Thyroid*, 1998. **8**(10): p. 951-956.
125. Kirkegaard, C. and J. Faber, The role of thyroid hormones in depression. *European Journal of Endocrinology*, 1998. **138**: p. 1-9.
126. Hage, M.P. and S.T. Azar, The link between thyroid function and depression. *Journal of thyroid research*, 2012. **2012**.
127. Joffe, R.T. and M. Marriott, Thyroid hormone levels and recurrence of major depression. *American Journal of Psychiatry*, 2000. **157**(10): p. 1689-1691.
128. Kutcher, S., et al., Nocturnal cortisol, thyroid stimulating hormone, and growth hormone secretory profiles in depressed adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1991. **30**(3): p. 407-414.
129. Dorn, L.D., et al., Thyroid hormone concentrations in depressed and nondepressed adolescents: group differences and behavioral relations. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1996. **35**(3): p. 299-306.
130. Jarrett, D.B., J.M. Miewald, and D.J. Kupfer, Recurrent depression is associated with a persistent reduction in sleep-related growth hormone secretion. *Archives of general psychiatry*, 1990. **47**(2): p. 113-118.
131. Birmaher, B., et al., Growth hormone secretion in children and adolescents at high risk for major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 2000. **57**(9): p. 867-872.
132. Dahl, R.E., et al., Low growth hormone response to growth hormone-releasing hormone in child depression. *Biological Psychiatry*, 2000. **48**(10): p. 981-988.
133. Chao, M.V., Neurotrophins and their receptors: A convergence point for many signalling pathways. *Nature Reviews Neuroscience*, 2003. **4**(4): p. 299.
134. Masi, G. and P. Brovedani, The hippocampus, neurotrophic factors and depression. *CNS drugs*, 2011. **25**(11): p. 913-931.
135. Karege, F., et al., Decreased serum brain-derived neurotrophic factor levels in major depressed patients. *Psychiatry research*, 2002. **109**(2): p. 143-148.

136. Brunoni, A.R., M. Lopes, and F. Fregni, A systematic review and meta-analysis of clinical studies on major depression and BDNF levels: Implications for the role of neuroplasticity in depression. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 2008. **11**(8): p. 1169-1180.
137. Cattaneo, A., et al., Reduced peripheral brain-derived neurotrophic factor mRNA levels are normalized by antidepressant treatment. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 2010. **13**(1): p. 103-108.
138. Kupfer, D.J., E. Frank, and M.L. Phillips, Major depressive disorder: New clinical, neurobiological, and treatment perspectives. *The Lancet*, 2012. **379**(9820): p. 1045-1055.
139. Brown, G.W. and T. Harris, Social origins of depression: A reply. *Psychological medicine*, 1978. **8**(4): p. 577-588.
140. Hammen, C., et al., Sociotropy/autonomy and vulnerability to specific life events in patients with unipolar depression and bipolar disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 1989. **98**(2): p. 154.
141. Hammen, C., et al., Psychiatric history and stress: Predictors of severity of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 1992. **101**(1): p. 45.
142. Mullen, P.E., et al., The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study. *Child Abuse & Neglect*, 1996. **20**(1): p. 7-21.
143. Ge, X., R.D. Conger, and G.H. Elder Jr, Pubertal transition, stressful life events, and the emergence of gender differences in adolescent depressive symptoms. *Developmental psychology*, 2001. **37**(3): p. 404.
144. Meyer, S.E., G.P. Chrousos, and P.W. Gold, Major depression and the stress system: A life span perspective. *Development and Psychopathology*, 2001. **13**(3): p. 565-580.
145. Tiet, Q.Q., et al., Relationship between specific adverse life events and psychiatric disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2001. **29**(2): p. 153-164.

146. Kendler, K.S., J.W. Kuhn, and C.A. Prescott, Childhood sexual abuse, stressful life events and risk for major depression in women. *Psychological medicine*, 2004. **34**(8): p. 1475-1482.

147. Tamar, M. and B. Özbaran, *Çocuk ve ergenlerde depresyon*. *Klinik Psikiyatri*, 2004. **2**(1): p. 84-92.

148. Camdeviren, H., et al., Determination of depression risk factors in children and adolescents by regression tree methodology. *Acta Med. Okayama*, 2005. **59**(1): p. 19-26.

149. Brent, D., et al., The incidence and course of depression in bereaved youth 21 months after the loss of a parent to suicide, accident, or sudden natural death. *The American Journal of Psychiatry*, 2009.

150. Hamdan, S., et al., The phenomenology and course of depression in parentally bereaved and non-bereaved youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2012. **51**(5): p. 528-536.

151. Alloy, L.B. and L.Y. Abramson, The Adolescent Surge in Depression and Emergence of Gender Differences: A Biocognitive Vulnerability-Stress Model in Developmental Context, in *Adolescent Psychopathology and the Developing Brain: Integrating Brain and Prevention Science*, D. Romer and E.F. Walker, Editors. 2007, Oxford University Press, Inc.: New York. p. 284-312.

152. Taylor, S.E., et al., Early family environment, current adversity, the serotonin transporter promoter polymorphism, and depressive symptomatology. *Biological Psychiatry*, 2006. **60**(7): p. 671-676.

153. Zalsman, G., D.A. Brent, and V.R. Weersing, Depressive disorders in childhood and adolescence: An overview: Epidemiology, clinical manifestation and risk factors. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 2006. **15**(4): p. 827-841.

154. Nolen-Hoeksema, S., J.S. Girgus, and M.E. Seligman, Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: A 5-year longitudinal study. *Journal of abnormal psychology*, 1992. **101**(3): p. 405.

155. Marton, P., et al., Cognitive social skills and social self-appraisal in depressed adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1993. **32**(4): p. 739-744.
156. Sinclair, K.R., et al., Impact of physical and relational peer victimization on depressive cognitions in children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 2012. **41**(5): p. 570-583.
157. Zwierynska, K., D. Wolke, and T.S. Lereya, Peer victimization in childhood and internalizing problems in adolescence: A prospective longitudinal study. *Journal of abnormal child psychology*, 2013. **41**(2): p. 309-323.
158. Goodman, E., G.B. Slap, and B. Huang, The public health impact of socioeconomic status on adolescent depression and obesity. *American Journal of Public Health*, 2003. **93**(11): p. 1844-1850.
159. McIntosh, E., D. Gillanders, and S. Rodgers, *Rumination, goal linking, daily hassles and life events in major depression*. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 2010. **17**(1): p. 33-43.
160. Letourneau, N.L., et al., Socioeconomic status and child development: A meta-analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 2013. **21**(3): p. 211-224.
161. Joinson, C., D. Kounali, and G. Lewis, Family socioeconomic position in early life and onset of depressive symptoms and depression: A prospective cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2017. **52**(1): p. 95-103.
162. Öztürk, M.O. and N.A. Uluşahin, *Duygudurum Bozuklukları*, in *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, M.O. Öztürk and N.A. Uluşahin, Editors. 2016, Nobel Tıp Kitabevleri: Ankara. p. 284-286.
163. Freud, S., *Mourning and Melancholia*. 1917, London: Hogarth Press.
164. Beck, A.T., *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. 1979: Penguin.
165. Abramson, L.Y., M.E. Seligman, and J.D. Teasdale, Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of abnormal psychology*, 1978. **87**(1): p. 49.

166. Bodur, Ş. and Ö.Ş. Üneri, Çocuk ve ergenlerde majör depresif bozukluk: Bir gözden geçirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2008. **9**(2): p. 105.
167. Carlson, G.A. and J.H. Kashani, Phenomenology of major depression from childhood through adulthood: analysis of three studies. *The American Journal of Psychiatry*, 1988. **145**(10): p. 1222.
168. Birmaher, B., et al., Clinical presentation and course of depression in youth: Does onset in childhood differ from onset in adolescence? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2004. **43**(1): p. 63-70.
169. Weir, J.M., A. Zakama, and U. Rao, Developmental risk I: Depression and the developing brain. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 2012. **21**(2): p. 237-259.
170. Lewandowski, R.E., et al., Evidence for the management of adolescent depression. *Pediatrics*, 2013. **132**(4): p. e996.
171. Mullarkey, M.C., I. Marchetti, and C.G. Beevers, Using network analysis to identify central symptoms of adolescent depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 2019. **48**(4): p. 656-668.
172. Kovacs, M., D.S. Obrosky, and J. Sherrill, Developmental changes in the phenomenology of depression in girls compared to boys from childhood onward. *Journal of affective disorders*, 2003. **74**(1): p. 33-48.
173. Crowe, M., et al., *Characteristics of adolescent depression*. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2006. **15**(1): p. 10-18.
174. Bennett, D.S., et al., Gender differences in adolescent depression: do symptoms differ for boys and girls? *Journal of affective disorders*, 2005. **89**(1-3): p. 35-44.
175. Birmaher, B. and D.A. Brent, *Depressive and Destructive Mood Dysregulation Disorder*, in *Dulcan's textbook of child and adolescent psychiatry*, M.K. Dulcan, Editor. 2016, American Psychiatric Association Publishing. p. 245-277.
176. Thapar, A., et al., Depression in adolescence. *The Lancet*, 2012. **379**(9820): p. 1056-1067.
177. Lewinsohn, P.M., D.N. Klein, and J.R. Seeley, Bipolar disorders in a community sample of older adolescents: Prevalence, phenomenology, comorbidity, and course.

Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 1995. **34**(4): p. 454-463.

178. Hollis, C., *Schizophrenia and Allied Disorders*, in *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, M.J. Rutter, et al., Editors. 2008, Blackwell Publishing Ltd. p. 737-58.

179. Kovacs, M., et al., Depressive disorders in childhood: IV. A longitudinal study of comorbidity with and risk for anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry*, 1989.

180. Birmaher, B., C. Arbelaez, and D. Brent, Course and outcome of child and adolescent major depressive disorder. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 2002.

181. Ford, T., R. Goodman, and H. Meltzer, The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The Prevalence of DSM-IV Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2003. **42**(10): p. 1203-1211.

182. Avenevoli, S., et al., Major depression in the national comorbidity survey—adolescent supplement: Prevalence, correlates, and treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2015. **54**(1): p. 37-44.e2.

183. Sørensen, M.J., et al., Age and gender differences in depressive symptomatology and comorbidity: an incident sample of psychiatrically admitted children. *Journal of Affective Disorders*, 2005. **84**(1): p. 85-91.

184. Costello, E.J., et al., Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of general psychiatry*, 2003. **60**(8): p. 837-844.

185. Hankin, B.L., Adolescent depression: Description, causes, and interventions. *Epilepsy & Behavior*, 2006. **8**(1): p. 102-114.

186. Lewinsohn, P.M., P. Rohde, and J.R. Seeley, Major depressive disorder in older adolescents: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 1998. **18**(7): p. 765-794.

187. Angold, A., E.J. Costello, and A. Erkanli, *Comorbidity*. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 1999. **40**(1): p. 57-87.

188. Tutkunkardaş, M.D. and A. Kılınçaslan, Çocuk ve ergenlerde depresyonun ilaçla tedavisi: Bir gözden geçirme. *Journal of Mood Disorders*, 2011. **1**(1): p. 34-45.

189. Bostic, J.Q., et al., Treatment of depression in children and adolescents. *Journal of Psychiatric Practice*®, 2005. **11**(3): p. 141-154.
190. Richmond, T.K. and D.S. Rosen, The treatment of adolescent depression in the era of the black box warning. *Current Opinion in Pediatrics*, 2005. **17**(4): p. 466-472.
191. Emslie, G.J., et al., A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of fluoxetine in children and adolescents with depression. *Archives of General Psychiatry*, 1997. **54**(11): p. 1031-1037.
192. Emslie, G.J., et al., Fluoxetine for acute treatment of depression in children and adolescents: A placebo-controlled, randomized clinical trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2002. **41**(10): p. 1205-1215.
193. March, J., et al., Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *JAMA*, 2004. **292**(7): p. 807.
194. Goodyer, I., et al., A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy in adolescents with major depression treated by selective serotonin reuptake inhibitors. The ADAPT trial. *Health Technol Assess*, 2008. **12**(14): p. 1-80.
195. Choe, C.J., G.J. Emslie, and T.L. Mayes, *Depression*. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2012. **21**(4): p. 807-829.
196. Bernaras, E., J. Jaureguizar, and M. Garaigordobil, Child and adolescent depression: A review of theories, evaluation instruments, prevention programs and treatments. *Frontiers in Psychology*, 2019. **10**: p. 543.
197. Weisz, J.R., C.A. McCarty, and S.M. Valeri, Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: A meta-analysis. *Psychological bulletin*, 2006. **132**(1): p. 132.
198. Klein, J.B., R.H. Jacobs, and M.A. Reinecke, Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression: A meta-analytic investigation of changes in effect-size estimates. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2007. **46**(11): p. 1403-1413.

199. Birmaher, B., et al., Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part I. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1996. **35**(11): p. 1427-1439.
200. Kovacs, M., et al., Depressive disorders in childhood: II. A longitudinal study of the risk for a subsequent major depression. *JAMA Psychiatry*, 1984. **41**(7): p. 643-649.
201. Asarnow, J.R., et al., Childhood-onset depressive disorders: A follow-up study of rates of rehospitalization and out-of-home placement among child psychiatric inpatients. *Journal of Affective Disorders*, 1988. **15**(3): p. 245-253.
202. Rao, U., et al., *Unipolar depression in adolescents: Clinical outcome in adulthood*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1995. **34**(5): p. 566-578.
203. Lewinsohn, P.M., et al., Natural course of adolescent major depressive disorder: I. Continuity into young adulthood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1999. **38**(1): p. 56-63.
204. Pine, D.S., et al., Adolescent depressive symptoms as predictors of adult depression: Moodiness or mood disorder? *American Journal of Psychiatry*, 1999. **156**(1): p. 133-135.
205. Weissman, M.M., et al., Children with prepubertal-onset major depressive disorder and anxiety grown up. *JAMA Psychiatry*, 1999. **56**(9): p. 794-801.
206. Lewinsohn, P.M., et al., Major depression in community adolescents: Age at onset, episode duration, and time to recurrence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1994. **33**(6): p. 809-818.
207. McCauley, E., et al., *Depression in young people: Initial presentation and clinical course*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1993. **32**(4): p. 714-722.
208. Akiskal, H.S., Developmental pathways to bipolarity: Are juvenile-onset depressions pre-bipolar? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1995. **34**(6): p. 754-763.

- 209.Herman, J.L., Travma ve İyileşme: Şiddetin Sonuçları - Ev İçi İstismardan Siyasi Teröre. 5th ed. 2007: Literatür Yayıncılık.
- 210.Oral, R., et al., Child abuse in Turkey: An experience in overcoming denial and a description of 50 cases. *Child Abuse & Neglect*, 2001. **25**(2): p. 279-290.
- 211.Burgess, A.W., C.R. Hartman, and P.T. Clements, *Biology of memory and childhood trauma*. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 1995. **33**(3): p. 16-26.
- 212.Burgess, A.W., C.R. Hartman, and T. Baker, *Memory presentations of childhood sexual abuse*. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 1995. **33**(9): p. 9-9.
- 213.Hussey, J.M., J.J. Chang, and J.B. Kotch, Child maltreatment in the United States: Prevalence, risk factors, and adolescent health consequences. *Pediatrics*, 2006. **118**(3): p. 933.
- 214.Organisation, W.H., *Child maltreatment*. 2016.
- 215.Taner, Y. and B. Gökler, Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 2004. **35**(2): p. 82-86.
- 216.McDonald, K.C., Child abuse: Approach and management. *American Family Physician*, 2007. **75**(2).
- 217.Özgentürk, İ., *Çocuk istismarı ve ihmali*. *International Journal of Human Sciences*, 2014. **11**(2): p. 265-278.
- 218.Yıldırım Sarı, H., E. Ardahan, and B.Ö. Öztornacı, Çocuk ihmal ve istismarına ilişkin son 10 yılda yapılan sistematik derlemeler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2016. **15**(6): p. 501-511.
- 219.Zoroğlu, S., et al., Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2001. **2**(2): p. 69-78.
- 220.Kara, B., Ü. Biçer, and A.S. Gökalp, *Çocuk istismarı*. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2004(47): p. 140-151.

221. Tıraşçı, Y. and S. Gören, *Çocuk istismarı ve ihmali*. Dicle Tıp Dergisi, 2007. **34**(1): p. 70-74.
222. Ovayolu, N., Ö. Uçan, and S. Serindağ, *Çocuklarda cinsel istismar ve etkileri*. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2007. **2**(4): p. 13-22.
223. Smith, M. and A. Bentovim, *Sexual abuse*, in *Child and adolescent psychiatry: modern approaches*, L.A. Hersov, M. Rutter, and E. Taylor, Editors. 1994, Blackwell Science. p. 230-251.
224. Brown, G.R. and B. Anderson, Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *American Journal of Psychiatry*, 1991. **148**(1): p. 55-61.
225. Pelcovitz, D., et al., *Post-traumatic stress disorder in physically abused adolescents*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1994. **33**(3): p. 305-312.
226. Weiss, E.L., J.G. Longhurst, and C.M. Mazure, Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: Psychosocial and neurobiological correlates. *American journal of psychiatry*, 1999. **156**(6): p. 816-828.
227. Unal, F., Predisposing factors in childhood masturbation in Turkey. *European journal of pediatrics*, 2000. **159**(5): p. 338-342.
228. Bolger, K.E. and C.J. Patterson, Pathways from child maltreatment to internalizing problems: Perceptions of control as mediators and moderators. *Development and Psychopathology*, 2001. **13**(4): p. 913-940.
229. Cohen, P., J. Brown, and E. Smailes, Child abuse and neglect and the development of mental disorders in the general population. *Development and Psychopathology*, 2001. **13**(4): p. 981-999.
230. Macfie, J., D. Cicchetti, and S.L. Toth, Dissociation in maltreated versus nonmaltreated preschool-aged children. *Child Abuse & Neglect*, 2001. **25**(9): p. 1253-1267.

231. Molnar, B.E., S.L. Buka, and R.C. Kessler, Child sexual abuse and subsequent psychopathology: Results from the national comorbidity survey. *American journal of public health*, 2001. **91**(5): p. 753.

232. Diaz, A., E. Simantov, and V.I. Rickert, Effect of abuse on health: Results of a national survey. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2002. **156**(8): p. 811-817.

233. Gökler, I., Çocuk istismarı ve ihmali: Erken dönem stresin nörobiyolojik gelişime etkisi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 2002. **9**(1): p. 47-57.

234. Hildyard, K.L. and D.A. Wolfe, Child neglect: Developmental issues and outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 2002. **26**(6): p. 679-695.

235. Kendall-Tackett, K., The health effects of childhood abuse: Four pathways by which abuse can influence health. *Child Abuse & Neglect*, 2002. **26**(6): p. 715-729.

236. Yanık, M. and M. Özmen, Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda çocukluk çağı kötüye kullanım/ihtmal yaşantıları ile intihar, kendine fiziksel zarar verme ve dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2002. **3**(3): p. 140.

237. Evren, C. and K. Ögel, Alkol/madde bağımlılarında dissosiyatif belirtiler ve çocukluk çağı travması, depresyon, anksiyete ve alkol/madde kullanımı ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2003. **4**(1): p. 30.

238. Allison, K.C., et al., High self-reported rates of neglect and emotional abuse, by persons with binge eating disorder and night eating syndrome. *Behaviour Research and Therapy*, 2007. **45**(12): p. 2874-2883.

239. Stirling, J., L. Amaya-Jackson, and L. Amaya-Jackson, Understanding the behavioral and emotional consequences of child abuse. *Pediatrics*, 2008. **122**(3): p. 667.

240. Aktepe, E., *Çocukluk çağı cinsel istismarı*. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2009. **1**(2): p. 95-119.

241. Wright, M.O.D., E. Crawford, and D. Del Castillo, Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse & Neglect*, 2009. **33**(1): p. 59-68.

242. Bennett, D.S., M.W. Sullivan, and M. Lewis, Neglected children, shame-proneness, and depressive symptoms. *Child Maltreatment*, 2010. **15**(4): p. 305-314.
243. Chen, L.P., et al., Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: Systematic review and meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings*, 2010. **85**(7): p. 618-629.
244. Dunkley, D.M., R.M. Masheb, and C.M. Grilo, Childhood maltreatment, depressive symptoms, and body dissatisfaction in patients with binge eating disorder: The mediating role of self-criticism. *International Journal of Eating Disorders*, 2010. **43**(3): p. 274-281.
245. Ayraller Taner, H., et al., Cinsel istismara uğrayan çocuk ve ergenlerde psikopatoloji ve ilişkili risk etkenleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2015. **16**(4).
246. Mandelli, L., C. Petrelli, and A. Serretti, The role of specific early trauma in adult depression: A meta-analysis of published literature. *Childhood trauma and adult depression. European Psychiatry*, 2015. **30**(6): p. 665-680.
247. Çıkılı Uytun, M., et al., Cinsel istismara uğrayan çocuk ve ergenlerin kendine zarar verme, intihar davranışı ve psikiyatrik bozukluklar açısından değerlendirilmesi. *Adli Tıp Bülteni*, 2016. **21**(3).
248. Cecil, C.A.M., et al., Disentangling the mental health impact of childhood abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 2017. **63**: p. 106-119.
249. Helvacı Çelik, F.G. and Ç. Hocaoğlu, Çocukluk çağı travmaları: Bir gözden geçirme. *Sakarya Tıp Dergisi*, 2018. **8**(4): p. 695-711.
250. Yatham, S., et al., Depression, anxiety, and post-traumatic stress disorder among youth in low and middle income countries: a review of prevalence and treatment interventions. *Asian journal of psychiatry*, 2018. **38**: p. 78-91.
251. Bernet, C.Z. and M.B. Stein, Relationship of childhood maltreatment to the onset and course of major depression in adulthood. *Depression and Anxiety*, 1999. **9**(4): p. 169-174.

252. Brodsky, B.S., et al., The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. *American Journal of Psychiatry*, 2001. **158**(11): p. 1871-1877.
253. Paolucci, E.O., M.L. Genuis, and C. Violato, A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *The Journal of psychology*, 2001. **135**(1): p. 17-36.
254. Zlotnick, C., J. Mattia, and M. Zimmerman, Clinical features of survivors of sexual abuse with major depression. *Child Abuse & Neglect*, 2001. **25**(3): p. 357-367.
255. Bifulco, A., et al., Exploring psychological abuse in childhood: II. Association with other abuse and adult clinical depression. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 2002. **66**(3): p. 241-258.
256. Zoroglu, S.S., et al., Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2003. **57**(1): p. 119-126.
257. Spinhoven, P., et al., The specificity of childhood adversities and negative life events across the life span to anxiety and depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 2010. **126**(1): p. 103-112.
258. Örsel, S., et al., Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2011. **12**(2).
259. Hovens, J.G.F.M., et al., Impact of childhood life events and trauma on the course of depressive and anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2012. **126**(3): p. 198-207.
260. Alloy, L.B., et al., Role of parenting and maltreatment histories in unipolar and bipolar mood disorders: Mediation by cognitive vulnerability to depression. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2006. **9**(1): p. 23-64.
261. Maniglio, R., Child sexual abuse in the etiology of depression: A systematic review of reviews. *Depression and Anxiety*, 2010. **27**(7): p. 631-642.
262. Rumelhart, D.E., Schemata: The Building Blocks of Cognition, in *Theoretical Issues in Reading Comprehension - Perspectives from Cognitive Psychology*,

Linguistics, Artificial Intelligence and Education, R.J. Spiro, B.C. Bruce, and W.F. Brewer, Editors. 1980, Routledge: London. p. 604.

263. Piaget, J., Part I: Cognitive development in children: Piaget development and learning. *Journal of Research in Science Teaching*, 1964. **2**(3): p. 176-186.

264. Lee, C.W., G. Taylor, and J. Dunn, Factor structure of the schema questionnaire in a large clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 1999. **23**(4): p. 441-451.

265. Dozois, D.J.A. and A.T. Beck, *Cognitive Schemas, Beliefs and Assumptions*, in *Risk Factors in Depression*, K.S. Dobson and D.J.A. Dozois, Editors. 2008, Elsevier: San Diego. p. 119-143.

266. Beck, A.T. and B.A. Alford, *Depression: Causes and Treatment*. 2009: University of Pennsylvania Press.

267. Dobson, K.S. and D.J. Dozois, *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. 4th ed. 2019, New York: The Guilford Press.

268. Riso, L.P., et al., Cognitive aspects of chronic depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 2003. **112**(1): p. 72.

269. Kellogg, S.H. and J.E. Young, Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 2006. **62**(4): p. 445-458.

270. Rafaeli, E., D.P. Bernstein, and J. Young, *Schema Therapy: Distinctive Features*. 2010: Routledge.

271. Van Vreeswijk, M., J. Broersen, and M. Nadort, *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research, and Practice*. 2015: John Wiley & Sons.

272. Arntz, A. and G. Jacob, *Schema Therapy in Practice: An Introductory Guide to the Schema Mode Approach*. 2017: John Wiley & Sons.

273. Rijkeboer, M.M. and G.M. de Boo, Early maladaptive schemas in children: Development and validation of the schema inventory for children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 2010. **41**(2): p. 102-109.

274. Riso, L.P., et al., The long-term stability of early maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 2006. **30**(4): p. 515-529.

275. Riso, L.P., et al., Cognitive Schemas and Core Beliefs in Psychological Problems: A Scientist-Practitioner Guide. 2007: American Psychological Association.
276. Gör, N., et al., Geçmişin mirası ve geleceğin haritası: Erken dönem uyumsuz şemalar. Nesne Psikoloji Dergisi, 2017. **5**(10): p. 197-218.
277. Harris, A.E. and L. Curtin, Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults. Cognitive Therapy and Research, 2002. **26**(3): p. 405-416.
278. Cecero, J.J., J.D. Nelson, and J.M. Gillie, Tools and tenets of schema therapy: Toward the construct validity of the early maladaptive schema questionnaire–research version (EMSQ-R). Clinical Psychology & Psychotherapy, 2004. **11**(5): p. 344-357.
279. McGinn, L.K., D. Cukor, and W.C. Sanderson, The relationship between parenting style, cognitive style, and anxiety and depression: Does increased early adversity influence symptom severity through the mediating role of cognitive style? Cognitive Therapy and Research, 2005. **29**(2): p. 219-242.
280. Thimm, J.C., Mediation of early maladaptive schemas between perceptions of parental rearing style and personality disorder symptoms. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 2010. **41**(1): p. 52-59.
281. Saariaho, T.H., et al., Early maladaptive schemas in Finnish adult chronic pain patients and a control sample. Scandinavian Journal of Psychology, 2011. **52**(2): p. 146-153.
282. Narimani, M., M. Mahmoodi-Aghdam, and A. Abolghasemi, The role of child abuse and neglect in predicting the early maladaptive schemas domain. Zahedan Journal of Research in Medical Sciences, 2012. **14**(10): p. 28-32.
283. Yiğit, İ. and G. Erden, Çocukluk çağı istismar yaşantıları ile genel psikolojik sağlık arasındaki ilişkide erken dönem uyum bozucu şemaların aracı rolü. Türk Psikoloji Dergisi, 2015. **30**(75): p. 47-59.
284. Kömürcü, B. and G. Soygüt Pekak, Erken dönem uyumsuz şemalar, ebeveynlik biçimleri ve psikolojik belirtiler ile psikolojik dışlanmanın tehdit ettiği ihtiyaçlar arasındaki ilişkiler. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2017. **20**(1): p. 6-18.

285. Calvete, E., et al., The Schema Questionnaire--Short Form: Structure and Relationship with Automatic Thoughts and Symptoms of Affective Disorders. *European Journal of Psychological Assessment*, 2005. **21**(2): p. 90.

286. Lumley, M.N. and K.L. Harkness, Specificity in the relations among childhood adversity, early maladaptive schemas, and symptom profiles in adolescent depression. *Cognitive Therapy and Research*, 2007. **31**(5): p. 639-657.

287. Oei, T.P.S. and J. Baranoff, Young Schema Questionnaire: Review of psychometric and measurement issues. *Australian Journal of Psychology*, 2007. **59**(2): p. 78-86.

288. Halvorsen, M., et al., Early maladaptive schemas, temperament and character traits in clinically depressed and previously depressed subjects. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 2009. **16**(5): p. 394-407.

289. Eberhart, N.K., et al., Maladaptive schemas and depression: Tests of stress generation and diathesis-stress models. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2011. **30**(1): p. 75-104.

290. Cámara, M. and E. Calvete, Early maladaptive schemas as moderators of the impact of stressful events on anxiety and depression in university students. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 2012. **34**(1): p. 58-68.

291. Renner, F., et al., Early maladaptive schemas in depressed patients: Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *Journal of Affective Disorders*, 2012. **136**(3): p. 581-590.

292. Kaya Tezel, F., Ş. Tutarel Kışlak, and M. Boysan, Relationships between childhood traumatic experiences, early maladaptive schemas and interpersonal styles. *Archives of Neuropsychiatry*, 2015. **52**(3): p. 226.

293. Sarıtaş Atalar, D. and T. Gençöz, Anne ret algısı ile psikolojik sorunlar arasındaki ilişkide erken dönem uyumsuz şemaların aracı rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2015. **26**(1): p. 40-47.

294. Arslan, R., Çocukluk dönemi duygusal istismarı ile depresyon arasındaki ilişkide erken dönem uyumsuz şemaların aracı rolüne ilişkin bir gözden geçirme. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2016. **19**(4): p. 202-210.

295.Rezaei, M., F. Ghazanfari, and F. Rezaee, The role of childhood trauma, early maladaptive schemas, emotional schemas and experimental avoidance on depression: A structural equation modeling. *Psychiatry Research*, 2016. **246**: p. 407-414.

296.Gökçe, S., et al., Erken dönem uyumsuz şemaların ergenlik dönemi depresif bozuklukla ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2017. **18**(3): p. 283.

297.Kovacs, M., The Children's Depression Inventory. *Psychopharmacology Bulletin*, 1985. **21**: p. 995-998.

298.Öy, B., Çocuklar için depresyon ölçeği: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1991. **2**(2): p. 132-136.

299.Bernstein, D.P., et al., Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American Journal of Psychiatry*, 1994.

300.Bernstein, D.P., et al., Validity of the childhood trauma questionnaire in an adolescent psychiatric population. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1997. **36**(3): p. 340-348.

301.Bernstein, D.P., et al., Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 2003. **27**(2): p. 169-190.

302.Şar, V., E. Öztürk, and E. İki kardeş, Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenirliği. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri*, 2012. **32**(4): p. 1054-1063.

303.Güner, O., 10-16 Yaş Çocuk ve Ergenler için Erken Dönem Uyumsuz Şema Ölçekler Takımı (ÇEŞÖT)'nin Geçerlik, Güvenirlik Ve Norm Çalışması, in *Eğitim Bilimleri Enstitüsü*. 2013, Marmara Üniversitesi: İstanbul. p. 389.

304.Shaffer, D., et al., A children's global assessment scale (CGAS). *Archives of General Psychiatry*, 1983. **40**(11): p. 1228-1231.

305.Gökler, B., et al., Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli - Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 2004. **11**(3): p. 109-116.

306. Guy, W., *Clinical Global Impression (CGI)*, in *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology*, W. Guy, Editor. 1976, U.S. Department of Health, Education, and Welfare: Rockville, Maryland. p. 125-126.

307. Kaufman, J., et al., Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): Initial Reliability and Validity Data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1997. **36**(7): p. 980-988.

308. Kaufman, J., et al., *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) DSM-5 November 2016 Working Draft*. 2016, Advanced Center for Intervention and Services (ACISR) for Early Onset Mood and Anxiety Disorders Western Psychiatric Institute and Clinic: Child and Adolescent Research and Education (CARE), Yale University.

309. Ünal, F., et al., Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-DSM-5 Kasım 2016-Türkçe Uyarlamasının (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2019. **30**(1).

310. Costello, E.J., D.L. Foley, and A. Angold, 10-year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental epidemiology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2006. **45**(1): p. 8-25.

311. Malas, N., S. Plioplys, and M. Pao, *Depression in medically ill children and adolescents*. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2019. **28**(3): p. 421-445.

312. Kovacs, M., et al., Depressive disorders in childhood: III. A longitudinal study of comorbidity with and risk for conduct disorders. *Journal of Affective Disorders*, 1988. **15**(3): p. 205-217.

313. Hergüner, S. and A. Hergüner, Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde eşlik eden psikiyatrik bozukluklar. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2012. **49**(2).

314. Jacobson, C.M. and M. Gould, The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 2007. **11**(2): p. 129-147.

315. Hintikka, J., et al., Mental disorders in self-cutting adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 2009. **44**(5): p. 464-467.

316. Moran, P., et al., The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: A population-based cohort study. *The Lancet*, 2012. **379**(9812): p. 236-243.

317. Hawton, K., et al., Psychiatric disorders in patients presenting to hospital following self-harm: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 2013. **151**(3): p. 821-830.

318. Ersöz Alan, B. and D. Akdemir, Ergenlerde kendine zarar verme davranışları: Risk etkenleri, değerlendirme ve önleme. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2017. **60**(3): p. 119-126.

319. Eyüboğlu, D., et al., Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin aile işlevselliği. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2018. **21**(4): p. 370-379.

320. Klonsky, E.D. and J.J. Muehlenkamp, Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology*, 2007. **63**(11): p. 1045-1056.

321. Camdeviren, H., et al., Determination of depression risk factors in children and adolescents by regression tree methodology. *Acta Medica Okayama*, 2005. **59**(1): p. 19-26.

322. Çelik, G., et al., Özkıyım girişimi olan ergenlerde ruhsal bozukluklar, benlik ve aile işlevselliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2011. **12**(4).

323. Türkleş, S., R. Hacıhasanoğlu, and S. Çapar, Lise öğrencilerinde depresyon düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2008. **11**(2): p. 18-28.

324. TÜİK. *TÜİK Yoksulluk İstatistikleri*. 2019 31.07.2019 [cited 2019 30.08.2019]; Available from: <http://www.tuik.gov.tr>.

325. Singleton, L., Parental mental illness: The effects on children and their needs. *British Journal of Nursing*, 2007. **16**(14): p. 847-850.

326. Buldukoğlu, K., et al., Ruhsal hastalığı olan ebeveynle yaşamak. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2011. **3**(4): p. 683-703.

327. Kesebir, S., S.Ö. Kavzoğlu, and M.F. Üstündağ, *Bağlanma ve psikopatoloji*. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2011. **3**(2): p. 321-342.

328. van Santvoort, F., et al., The impact of various parental mental disorders on children's diagnoses: A systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2015. **18**(4): p. 281-299.

329. Stracke, M., et al., COMPARE family (Children of Mentally Ill Parents at Risk Evaluation): A study protocol for a preventive intervention for children of mentally ill parents (Triple P, evidence-based program that enhances parentings skills, in addition to gold-standard CBT with the mentally ill parent) in a multicenter RCT—Part II. *Frontiers in Psychiatry*, 2019. **10**: p. 54.

330. Erol, A., B. Ersoy, and L. Mete, Majör depresyonda özkıyım girişimi ile çocukluk çağı örselenmeleri arasındaki ilişki. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2013. **24**(1): p. 1-6.

331. Dereboy, Ç., et al., Çocukluk çağı travmalarının, kimlik gelişimi, duygu düzenleme güçlüğü ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2018. **29**(4).

332. Vibhakar, V., et al., A systematic review and meta-analysis on the prevalence of depression in children and adolescents after exposure to trauma. *Journal of Affective Disorders*, 2019. **255**: p. 77-89.

333. Cukor, D. and L.K. McGinn, History of child abuse and severity of adult depression: The mediating role of cognitive schema. *Journal of Child Sexual Abuse*, 2006. **15**(3): p. 19-34.

334. Dale, R., et al., The role of parental bonding and early maladaptive schemas in the risk of suicidal behavior repetition. *Archives of Suicide Research*, 2010. **14**(4): p. 311-328.

335. Kapçı, E.G. and Z. Hamamcı, Aile işlevi ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişki: Erken dönem uyum bozucu şemaların aracı rolü. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2010. **13**(3): p. 127-136.

336. Roemmele, M. and T.L. Messman-Moore, Child abuse, early maladaptive schemas, and risky sexual behavior in college women. *Journal of Child Sexual Abuse*, 2011. **20**(3): p. 264-283.

337. Darvishi, F., et al., A comparison of relationship between early maladaptive schemas with depression severity in suicidal group and non-clinical sample. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 2013. **84**: p. 1072-1077.

338. Balsamo, M., et al., The mediating role of early maladaptive schemas in the relation between co-rumination and depression in young adults. *PLOS ONE*, 2015. **10**(10): p. e0140177.

339. Thibodeau, P.H., et al., The depression schema: How labels, features, and causal explanations affect lay conceptions of depression. *Frontiers in Psychology*, 2015. **6**: p. 1728.

340. Philipsen, A., et al., Early maladaptive schemas in adult patients with attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 2017. **9**(2): p. 101-111.

341. Davoodi, E., et al., Early maladaptive schemas in depression and somatization disorder. *Journal of Affective Disorders*, 2018. **235**: p. 82-89.

342. Gong, J. and R.C.K. Chan, Early maladaptive schemas as mediators between childhood maltreatment and later psychological distress among Chinese college students. *Psychiatry Research*, 2018. **259**: p. 493-500.

343. Özdin, S., et al., Early maladaptive schemas in patients with bipolar and unipolar disorder. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 2018. **22**(2): p. 151-156.

344. Sundag, J., et al., Are schemas passed on? A study on the association between early maladaptive schemas in parents and their offspring and the putative translating mechanisms. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 2018. **46**(6): p. 738-753.

345. Muris, P., Maladaptive schemas in non-clinical adolescents: Relations to perceived parental rearing behaviours, big five personality factors and psychopathological symptoms. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 2006. **13**(6): p. 405-413.

346. Roelofs, J., et al., The mediating role of early maladaptive schemas in the relation between quality of attachment relationships and symptoms of depression in adolescents. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 2011. **39**(4): p. 471-479.
347. Lumley, M., et al., Cognitive organization, perceptions of parenting and depression symptoms in early adolescence. *Cognitive Therapy and Research*, 2012. **36**(4): p. 300-310.
348. Roelofs, J., L. Onckels, and P. Muris, Attachment quality and psychopathological symptoms in clinically referred adolescents: The mediating role of early maladaptive schema. *Journal of Child and Family Studies*, 2013. **22**(3): p. 377-385.
349. Calvete, E., Emotional abuse as a predictor of early maladaptive schemas in adolescents: Contributions to the development of depressive and social anxiety symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 2014. **38**(4): p. 735-746.
350. Calvete, E., I. Orue, and B.L. Hankin, A longitudinal test of the vulnerability-stress model with early maladaptive schemas for depressive and social anxiety symptoms in adolescents. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 2015. **37**(1): p. 85-99.
351. Damiano, S.R., et al., Maladaptive schemas in adolescent females with anorexia nervosa and implications for treatment. *Eating Behaviors*, 2015. **16**: p. 64-71.
352. Rafi, M.A., N. Adibsereshki, and M.H. Aval, The mediating role of early maladaptive schemas in the relationships of emotional maltreatment and emotional disorders. *European Journal of Mental Health*, 2017. **12**(1).
353. Van Vlierberghe, L., et al., Maladaptive schemas and psychopathology in adolescence: On the utility of Young's schema theory in youth. *Cognitive Therapy and Research*, 2010. **34**(4): p. 316-332.
354. Friedmann, J.S., M.N. Lumley, and B. Lerman, Cognitive schemas as longitudinal predictors of self-reported adolescent depressive symptoms and resilience. *Cognitive Behaviour Therapy*, 2016. **45**(1): p. 32-48.

355. Wesley, M.S. and M. Manjula, Early maladaptive schemas and early trauma experiences in depressed and non depressed individuals: An Indian study. *Journal of Psychosocial Research*, 2015. **10**(1): p. 125-137.
356. Minkoff, K., et al., Hopelessness, depression, and attempted suicide. *American Journal of Psychiatry*, 1973. **130**(4): p. 455-459.
357. Beck, A.T., et al., Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 1985. **142**(5): p. 559-563.
358. Eskin, M., Ergen ruh sağlığı sorunları ve intihar davranışıyla ilişkileri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2000. **3**(4): p. 228-234.
359. Akdemir, D. and F. Çuhadaroğlu Çetin, Çocuk ve ergen psikiyatrisi bölümüne başvuran ergenlerin klinik özellikleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 2008. **15**(1): p. 5-13.
360. Akın, E. and M. Berkem, İntihar girişiminde bulunan ergenlerde psikiyatrik tanılarının, demografik ve klinik özelliklerin değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 2012. **17**(4): p. 228-232.
361. Shaffer, D., et al., Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 1996. **53**(4): p. 339-348.
362. Siyez, D.M., Ergenlik döneminde intihar girişimleri: Bir gözden geçirme. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 2006. **14**(2): p. 413-420.
363. Ünlü, G., Z. Aksoy, and E.E. Ersan, İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerin değerlendirilmesi. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 2014(3): p. 176-183.
364. Myers, K., et al., The 3-year longitudinal course of suicidality and predictive factors for subsequent suicidality in youths with major depressive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1991. **30**(5): p. 804-810.
365. Myers, K., et al., *Risks for suicidality in major depressive disorder*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1991. **30**(1): p. 86-94.
366. Ahmadpanah, M., et al., Early maladaptive schemas of emotional deprivation, social isolation, shame and abandonment are related to a history of suicide attempts

among patients with major depressive disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 2017. **77**: p. 71-79.

367. Dutra, L., et al., Core schemas and suicidality in a chronically traumatized population. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2008. **196**(1).

368. Flink, N., et al., Early maladaptive schemas and suicidal ideation in depressed patients. *The European Journal of Psychiatry*, 2017. **31**(3): p. 87-92.

369. Cockram, D.M., P.D. Drummond, and C.W. Lee, Role and treatment of early maladaptive schemas in Vietnam veterans with PTSD. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 2010. **17**(3): p. 165-182.

370. Runyon, M.K. and M.C. Kenny, Relationship of attributional style, depression, and posttrauma distress among children who suffered physical or sexual abuse. *Child Maltreatment*, 2002. **7**(3): p. 254-264.

371. Young, J.C. and C.S. Widom, Long-term effects of child abuse and neglect on emotion processing in adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 2014. **38**(8): p. 1369-1381.