

T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK-ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**ÇOCUKLUK ÇAĞI DEPRESYONUNDA DUYGUSAL VE DAVRANIŞSAL
ÖZELLİKLERİN EVLİLİK ÇATIŞMASI İLE İLİŞKİSİ**

Uzmanlık Tezi

Dr. Samiye Çilem BİLGİNER

TRABZON-2014

T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK-ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**ÇOCUKLUK ÇAĞI DEPRESYONUNDA DUYGUSAL VE DAVRANIŞSAL
ÖZELLİKLERİN EVLİLİK ÇATIŞMASI İLE İLİŞKİSİ**

Uzmanlık Tezi
Dr. Samiye Çilem BİLGİNER

Danışman
Prof. Dr. Sema TANRIÖVER KANDİL

TRABZON-2014

ÖNSÖZ

Çocukluk çağı depresyonu bir duygudurum bozukluğu olmanın yanında çocuğun psikolojik, bilişsel ve sosyal fonksiyonlarını da içine alan geniş kapsamlı bir tanıdır. Depresif belirtilerin görünümü ve çocuğun yaşı arasında ise güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Çocukluk çağı depresyonunda duygusal ve davranışsal görünümünün tanımlanması ve evlilik çatışmasının bu görünümlerdeki yansımalarının incelenmesi bu yaş grubundaki çocuklara yardımcı olurken önem kazanmaktadır.

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren tez danışmanım saygıdeğer hocam Prof. Dr. Sema KANDİL'e

Bilgisini ve sevgisini paylaşmaktaki cömertliği ile eşine rastlamadığım, gerek akademik anlamda gerekse kişisel anlamda yardıma ihtiyaç duyduğum her an yakınımnda hissettiğim Yrd. Doç. Dr. Evrim AKTEPE ve Uzm. Dr. Zeynep GÖKER'e ayrıca eğitim hayatıma katkılarından ötürü Yrd. Doç. Dr. Selma TURAL HESAPÇIOĞLU'na teşekkür ederim.

Çocuk Nörolojisi rotasyonum sırasında benimle yakından ilgilenen, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan Prof. Dr. Ali CANSU'ya, Psk. Kerim FAZLI'ya, erişkin ruh sağlığı ve hastalıkları rotasyonum sırasında birlikte çalıştığım hocalarıma ve değerli asistan arkadaşım Dr. İlkay KELEŞ'e

Uzmanlık eğitimim sırasında verdikleri temel istatistik eğitimi ile yolumu aydınlatan saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Gamze ÇAN ve Prof. Dr. Murat TOPBAŞ'a ayrıca tezimin istatistiksel yorumlanmasında ve içinden çıkamadığım her analizde yardımlarını esirgemeyen sevgili asistan arkadaşım Dr. Bekir BULUT'a teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca bu uzun yolda eğitimimin önemli bir parçası olan tüm hastalarım ve ailelerine, ihtiyaç duyduğumda ellerinden gelen yardımı esirgemeyen bölüm sekreterlerimize ve tezimin hasta ve kontrol olgularının toplanması aşamasında verdikleri emekten ötürü birlikte çalıştığım asistan arkadaşlarım Dr. Büşra İLYAS, Dr. Serkan KARADENİZ, Dr. Canan İNCE ve Dr. Sümeyra KARAGÖZ'e teşekkürü borç bilirim.

Son olarak hayatım boyunca desteklerini ve tükenmeyen sevgilerini hep yanımda hissettiğim biricik annem Emine ÇOLAK, çalışma tutkumun kaynağı sevgili babam Vasıf ÇOLAK ve değerli kardeşim Dt. Erdem Buğra ÇOLAK'a, umutsuzluğa kapıldığım her an desteği ile beni ayağa kaldıran sevgili eşim Dr. M. Cüneyt BİLGİNER'e ve yaşantımıza kolayca ayak uyduran, bana zorlukları unutturan biricik oğlum Emir BİLGİNER'e sonsuz teşekkürler...

Dr. Samiye Çilem BİLGİNER

Trabzon-2014

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLolar LİSTESİ	vii
KISALTMALAR LİSTESİ	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Çocukluk	3
2.1.1. Tanım	3
2.1.2. Çocuk Ruh Sağlığı	4
2.1.3. Çocukluk Çağı Duygusal ve Davranışsal Sorunları	4
2.2. Depresyon	5
2.1.2. Tanım	5
2.2.2. Tarihçesi	5
2.2.3. Sınıflandırma	6
2.2.4. Epidemiyoloji	12
2.2.5. Çocukluk Çağı Depresyonunda Değerlendirme Süreci	13
2.2.6. Klinik Özellikler	14
2.2.7. Eş Hastalanım	15
2.2.8. Ayırıcı Tanı	16
2.2.9. Etiyoloji	17
2.2.9.1. Biyolojik Risk Faktörleri	18
2.2.9.2. Psikolojik Risk Faktörleri	18
2.2.9.3. Çevresel Risk Faktörleri	18
2.2.9.4. Moleküler genetik ve Gen-Çevre Çalışmaları	18
2.2.10. Gidişat ve Sonlanım	20

	v
2.2.11. Tedavi	21
2.2.11.1. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)	22
2.2.11.2. Bağlamsal Duygu Düzenleme Terapisi	22
2.2.11.3. Psikofarmakolojik Tedavi	22
2.2.11.4. Diğer Tedavi Yöntemleri	23
2.3. Evlilik Çatışması	23
2.3.1. Tanım	23
2.3.2. Evlilik Çatışmasının Ebeveyn ve Çocuklar Üzerine Etkileri	24
3. MATERYAL VE METOD	26
3.1. Araştırmanın Tipi	26
3.2. Araştırmanın Evreni	26
3.3. Örneklem Büyüklüğü ve Yöntemi	26
3.3.1. Araştırma Grubuna Katılma Ölçütleri	27
3.3.2. Kontrol Grubuna Katılma Ölçütleri	27
3.3.3. Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri	27
3.4. Veri Toplama Araçları	27
3.4.1. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	28
3.4.2. Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)	29
3.4.3. Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (ÇABTÖ)	29
3.4.4. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi– Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG – ŞY)	30
3.4.5. 6-18 Yaş Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇGDDÖ/6-18)	30
3.4.6. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	31
3.4.7. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)	32
3.4.8. Evlilik Çatışması Ölçeği	32
3.5. Çalışmanın İstatistiksel Analizi	33
3.6. Etik Onay ve Sınırlılıklar	33
4. BULGULAR	35
4.1. Tanımlayıcı Bulgular	35
4.1.1. Örneklemin Kendisine Ait Tanımlayıcı Bulgular	35
4.1.2. Örneklemin Anne-Babalarına Ait Tanımlayıcı Bulgular	37
4.1.3. Örneklemin Kardeşlerine ve Diğer Aile Değişkenlerine Ait Tanımlayıcı	

	vi
Bulgular	39
4.1.4. Örneklemin Pre/Peri/Postnatal Öyküsüne Ait Tanımlayıcı Bulgular	40
4.1.5. Çocukluk Çağı Depresyonu Tanısı Konan Gruba ve Bu Grubun ÇDÖ, ÇABTÖ Puanları ile ÇDÖ'nün Bazı Maddelerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular	41
4.1.6. Çocukluk Çağı Depresyonu Tanısı Konan Grupta Eş Hastalanıma İlişkin Tanımlayıcı Bulgular	42
4.2. Uygulanan Ölçeklerin Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular	44
4.2.1. Grupların BDÖ, BAÖ ve Evlilik Çatışması Ölçeği Açısından Karşılaştırılması	44
4.2.2. Grupların ÇGDÖ Puanları Açısından Karşılaştırılması	44
4.2.3. Araştırma Grubunun Cinsiyetlerine ve Ebeveynlerinin Evlilik Çatışmasına göre ÇGDÖ Puanlarının Karşılaştırılması	46
4.1.4. Evlilik Çatışması Olan ve Olmayan Ailelerin ÇDÖ, ÇABTÖ, BDÖ, BAÖ ve ÇGDDÖ Puanları Açısından Karşılaştırılması	50
4.3. Korelasyon Analizleri	52
4.4. Regresyon Analizi	57
5. TARIŞMA	58
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	70
7. ÖZET	73
8. SUMMARY	75
9. KAYNAKLAR	77
10. EKLER	95

TABLOLAR LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Yaşa özgü depresyon bulguları	15
Tablo 2. Depresif bozukluk ile karışabilecek klinik ve psikiyatrik tablolar	17
Tablo 3. Grupların yaş ortalamaları ve cinsiyet dağılımları	35
Tablo 4. Hastaların başvuru yakınmalarının dağılımı	36
Tablo 5. Grupların okul öncesi eğitim alma, tırnak yeme, kendine zarar verme davranışı ve arkadaş grubu dağılımlarının karşılaştırılması	37
Tablo 6. Gruplara göre anne-babaların yaş ve eğitim yılı ortalamaları	37
Tablo 7. Hasta ve kontrol grubundaki anne ve babaların meslek ve ayrılık durumlarına göre dağılımları	38
Tablo 8. Anne babaların sağlık öyküsü ve sigara ya da alkol/madde kullanım öykülerinin gruplara göre dağılımı	39
Tablo 9. Kardeş sayısı ve doğum sırası ortalamalarının gruplar arasında karşılaştırılması	39
Tablo 10. Grupların gelir düzeyi, aile yapısı ve evde çocuk odası bulunma durumlarının karşılaştırılması	40
Tablo 11. Grupların doğum ağırlığı ve anne sütü alma süresi ortalamalarının karşılaştırılması	40
Tablo 12. Gruplara göre annelerin gebelikte yaşadığı sorunlar, olguların doğum zamanı Dağılımları	41
Tablo 13. ÇDÖ toplam puanlarının hasta sayısına göre dağılımı	42
Tablo 14. ÇDÖ’de yer alan bazı maddelere hastaların verdiği cevap dağılımı	42
Tablo 15. Araştırma grubunda major depresyon tanısına eşlik eden tanı sayılarının dağılımı	43
Tablo 16. Major depresyon tanısına eşlik eden tanıların dağılımı	43

Tablo 17. Annelerin depresyon, anksiyete ve evlilik çatışmasına ilişkin doldurduğu ölçek puanlarının karşılaştırılması	44
Tablo 18. ÇGDÖ/6-18 - Yeterlik alt testlerinin gruplar arasında karşılaştırılması	45
Tablo 19. ÇGDÖ/6-18 - Duygusal ve davranışsal sorunlara ait alt testlerin gruplar arasında karşılaştırılması	45
Tablo 20. ÇGDÖ/6-18 - İçe yönelim, dışa yönelim ve toplam puanların gruplar arasında karşılaştırılması	45
Tablo 21. ÇGDÖ/6-18 - DSM-uyumlu alt testlerin gruplar arasında karşılaştırılması	46
Tablo 22. ÇGDÖ/6-18 -2007’de eklenen alt testlerin gruplar arasında karşılaştırılması	46
Tablo 23. Araştırma grubunun ÇGDÖ/6-18 - yeterlik alt testlerinin cinsiyetlere göre karşılaştırılması	46
Tablo 24. Araştırma grubunun ÇGDÖ/6-18 - duygusal ve davranışsal sorunlara ait alt testlerin cinsiyetlere göre karşılaştırılması	47
Tablo 25. Araştırma grubunun ÇGDÖ/6-18 - İçe yönelim, dışa yönelim ve toplam puanların cinsiyetlere göre karşılaştırılması	47
Tablo 26. Araştırma grubunun ÇGDÖ/6-18 - DSM-uyumlu alt testlerin cinsiyetlere göre Karşılaştırılması	48
Tablo 27. Araştırma grubunun ÇGDÖ/6-18 -2007’de eklenen alt testlerin cinsiyetlere göre karşılaştırılması	48
Tablo 28. Araştırma grubunun ÇGDÖ/6-18 - yeterlik alt testlerinin evlilik çatışmasına göre karşılaştırılması	48
Tablo 29. Araştırma grubunun ÇGDÖ/6-18 - duygusal ve davranışsal sorunlara ait alt testlerin evlilik çatışmasına göre karşılaştırılması	49
Tablo 30. Araştırma grubunun ÇGDÖ/6-18 - içe yönelim, dışa yönelim ve toplam puanların evlilik çatışmasına göre karşılaştırılması	49
Tablo 31. Araştırma grubunun ÇGDÖ/6-18 - DSM-uyumlu alt testlerin evlilik çatışmasına göre karşılaştırılması	49
Tablo 32. Araştırma grubunun ÇGDÖ/6-18 -2007’de eklenen alt testlerin evlilik çatışmasına göre karşılaştırılması	49
Tablo 33. Tüm olgularda evlilik çatışmasına göre annelerin depresyon ve anksiyete belirti şiddetlerinin karşılaştırılması	50
Tablo 34. Araştırma grubundaki çocukların evlilik çatışmasına göre depresyon ve anksiyete belirti şiddetlerinin karşılaştırılması	50

Tablo 35. Tüm olgularda ÇGDÖ/6-18 - Yeterlik alt testlerinin evlilik çatışmasına göre karşılaştırılması	51
Tablo 36. Tüm olgularda ÇGDÖ/6-18 - duygusal ve davranışsal sorunlara ait alt testlerin evlilik çatışmasına göre karşılaştırılması	51
Tablo 37. Tüm olgularda ÇGDÖ/6-18 - içe yönelim, dışa yönelim ve toplam puanların evlilik çatışmasına göre karşılaştırılması	51
Tablo 38. Tüm olgularda ÇGDÖ/6-18 - DSM-uyumlu alt testlerin evlilik çatışmasına göre karşılaştırılması	52
Tablo 39. Tüm olgularda ÇGDÖ/6-18 -2007’de eklenen alt testlerin evlilik çatışmasına göre karşılaştırılması	52
Tablo 40. Tüm olgularda içe yönelik ve dışa yönelik davranışsal sorunlara ait alt testler ile evlilik çatışması sıklığı ve annenin depresyon belirti şiddeti arasındaki ilişkisi	53
Tablo 41. Tüm olguların DSM-uyumlu alt test puanlarının ve ölçeğe 2007’de eklenen alt test puanlarının evlilik çatışması sıklığı ve annenin depresyon belirti şiddeti ile ilişkisi	53
Tablo 42. Tüm olgularda yeterlik alt testlerinin evlilik çatışması ve annenin depresyonu ile ilişkisi	54
Tablo 43. Çalışmaya katılan tüm anneleri depresyon ve anksiyete belirti şiddeti ile bazı değişkenler arasındaki ilişki	54
Tablo 44. Major depresyon tanısı konan çocuklarda depresyon belirti şiddeti, intihar düşüncesi ve kendine zarar verme davranışı ile bunları etkileyebilecek değişkenler arasındaki ilişki	56
Tablo 45. Major depresyon tanısı konan çocukların yeterlik alanları ile yaşadıkları evdeki çatışma sıklığı, çocuğun ve annenin depresyon belirti şiddeti arasındaki ilişki	56
Tablo 46. Major depresyon tanısı konan çocukların içe yönelik, dışa yönelik ve toplam sorun puanları ile yaşadıkları evdeki çatışma sıklığı, çocuğun ve annenin depresyon belirti şiddeti arasındaki ilişki	56
Tablo 47. Major depresyon tanısı konan çocukların duygusal ve davranışsal sorun puanları ile yaşadıkları evdeki çatışma sıklığı, çocuğun ve annenin depresyon belirti şiddeti arasındaki ilişki	57

KISALTMALAR LİSTESİ

ADM	: Assessment Data Manager
BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
BDNF	: <u>Brain-Derived Neurotrophic Factor</u>
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
ÇGDÖ/6-18	: Child Behavior Checklist 6-18 Ages
ÇABTÖ	: Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği
ÇDÖ	: Çocuklar için Depresyon Ölçeği
ÇDŞG – ŞY	: Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli
ÇGDÖ	: Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği
ÇP	: Çatışma Puanı
ÇSP	: Çatışma Sıklığı Puanı
DEHB	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DM	: Diyabetes Mellitus
DSM-I	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Birinci Baskı.
DSM-II	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, İkinci Baskı
DSM-III	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Üçüncü Baskı
DSM-IV	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı
DSM-V	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
HT	: Hipertansiyon
ICD	: International Classification of Diseases
KOKGB	: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu
K-SADS-PL	: Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk

SCARED	: The Screen for Child Anxiety Rleated Emotional Disorders
SLE	: Sistemik Lupus Eritematozus
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
SSRI	: Selective Serotonin Reuptake Inhibitors
TSSB	: Travma Sonrası Stes Bozukluğu
ÜSYE	: Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu
5-HTTLPR	: Serotonin Transporter Linked Polymorphic Region



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Erken başlangıçlı depresyon sık görülen, sık tekrarlayan ve kalıcı olabilen bir durumdur. Depresyon, çocuk veya ergenin büyüme ve gelişmesini, okul başarısını, arkadaş ve aile ilişkilerini etkileyebileceği gibi ölüme dahi yol açabilmektedir (1). Epidemiyolojik çalışmalar okul çağı çocuklarında depresyon görülme sıklığının yaklaşık %1-2 oranında olduğunu, kız ve erkeklerde eşit oranda ya da erkeklerde kısmen daha fazla görüldüğünü bildirmektedir (2, 3, 4).

Depresyon tanısı, çocuk ve ergenlerde, erişkin depresif bozukluk tanı ölçütlerine göre konmaktadır. Ancak yaş küçüldükçe depresif belirtilerin büyük farklılıklar gösterdiği bildirilmektedir (5). Özellikle okul çağı çocuklarında irritabilite, engellenme eşiğinde düşme ve öfke nöbetleri gibi dışa yönelik davranışlar depresyon kliniğini oluşturabilmektedir (6). Bu durum dışa yönelik davranışlarla klinik başvuruda bulunan çocukların depresyon gibi içe yönelik sorunlar açısından da değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Diğer yandan çocukluk çağında, gerek içe yönelik gerekse dışa yönelik davranışsal sorunlar ile çocukların yaşadığı evde gözlenen evlilik çatışmasının ilişkili olduğu (7) ve evlilik çatışmasını arttıracı ebeveyn depresyonu gibi durumların bu etkilenmeyi olumsuz yönde etkileyebileceği gösterilmiştir (8, 9). Bu da çocukluk çağı depresyonu tanısı konan çocuklarda, aile ortamının ve bireylerin birbirleri ile etkileşimlerinin iyi anlaşılması gerektiğini, bu durumun tedavi ve gidişata olumlu katkılar sağlayabileceğini düşündürmektedir.

Tüm bu bulgular göz önünde bulundurularak, bu çalışma ile major depresyon tanısı konan çocukların duygusal ve davranışsal sorunlarında hastaneye başvuran ağır medikal veya psikiyatrik hastalığı bulunmayan yaşlılarına göre farklılık olup olmadığını belirlemek, varsa bu farklılığı etkileyen etmenleri saptamak ve evlilik çatışmasının bu sorunlara katkısını incelemek amaçlanmıştır. Hipotezimiz major depresyonu olan çocukların hem içe yönelik hem de dışa yönelik davranış sorunlarının sağlıklı yaşlılarından farklı olduğudur.

Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

1. Major depresyon tanısı konan çocukların sağlıklı yaşıtlarına göre duygusal ve davranışsal sorunlarında farklılık var mıdır?
2. Farklılık varsa, major depresyon tanısı konan çocukların bu duygusal ve davranışsal sorunlarını etkileyen etmenler nelerdir?
3. Major depresyon tanısı konan çocuklar ve sağlıklı yaşıtlarının yaşadıkları evde evlilik çatışması görölme oranları nedir ve arada farklılık var mıdır?
4. Evlilik çatışmasının tüm örneklemede duygusal ve davranışsal sorunlara katkısı nedir?
5. Evlilik çatışması, major depresyon tanısı konan çocukların duygusal ve davranışsal sorunlarında etkili midir?
6. Çocukluk çağı major depresyonu için yordayıcı değişkenler varsa nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Çocukluk

2.1.1. Tanım

Tarih boyunca “Çocuk nedir?” sorusuna getirilen farklı bakış açıları dikkat çekmektedir. Bu sorunun yanıtının, yalnızca çocuğu oluşturan içsel özellikler toplamı olarak verilemeyeceği, yanıtın çocuğun içinde büyüdüğü toplumun doğasına, inançlarına ve geleneklerine bağlı olarak değişeceği belirtilmektedir. Tarihte “çocukluk” kavramı için “minyatür yetişkin” ya da “kurban olarak çocuk” gibi iki ana eğilimde tanımlamalar yapıldığı görülmektedir (10). Kronolojik yaş, bugün olduğu gibi tanımlayıcı bir belirteç olarak kullanılmazken, çocuğun çocuk olarak görülmesi ancak on yedinci, on sekizinci yüz yıllarda olmuştur.

Bugün yasalar önünde 18 yaşını doldurmamış kişi çocuk sayılmaktadır. Ceza sorumluluğunun başlama yaşı ise 12 yaş olarak belirlenmiştir (11, 12, 13). Bunun yanında dünya sağlık örgütü, 10 yaşından küçük bireyleri çocuk, 10-19 yaşları arasındaki bireyleri ise ergen olarak kabul etmektedir (14). Bu genel yaklaşımlara karşılık çocuk ruh sağlığı değerlendirmelerinde yaş gruplarının, bebeklik (0-3 yaş arası), oyun çağı (küçük çocukluk, 3-6 yaş arası), okul çağı (çocukluk, 7-12 yaş arası) ve ergenlik (12 yaş üstü) olarak ayrıldığı görülmektedir (15). Diğer yandan, bir geçiş dönemi olarak kabul edilen ergenlik dönemi, erken ergenlik (12-14 yaş), orta ergenlik (15-17 yaş) ve geç ergenlik (18-21 yaş) olarak sınıflandırılmaktadır (16). Böylece değerlendirmeler her dönemin kendine özgü psikolojik dinamikleri göz önünde bulundurularak yapılabilmektedir.

2.1.2. Çocuk Ruh Sağlığı

Tarihsel açıdan çocuk ruh sağlığı konusunda bugünkü kavramların ilk kez İbni Sina'nın "Kanun" adlı eserinde yer aldığı görülmektedir. Ayrıca Sigmund Freud'un yayınladığı "İnfantil Cinsellik" kuramı, Melanie Klein ve Anna Freud'un çocuk psikoterapisini başlatması ve 1935'de Leo Kanner'in yayınladığı ilk çocuk psikiyatrisi kitabı çocuk ruh sağlığı adına önemli adımlardır. Buna karşın çocukluk dönemi ruhsal hastalıklarına yönelik geniş kapsamlı tanımlamalar ancak 1974'de yayımlanan DSM-III ile hayata geçmiştir (17).

Bugün ruhsal hastalıkların yaklaşık yarısının 14 yaşından önce başladığı bilinmektedir (18). Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre dünyadaki çocuk ve ergenlerin yaklaşık %20'sinin herhangi bir ruhsal sorunu bulunmaktadır (19). Ancak bildirilen bu oranlara karşılık pek çok ruhsal bozukluk tanınmamakta ya da sadece ilerlemişse tedavi edilmektedir (20). Bu da gençlerde ve ailelerinde ciddi kayıplara (okulu bırakma, suç işleme, intihar girişiminde bulunma gibi) yol açmakta ve ilerleyen dönemde yetişkin psikopatolojisi için risk oluşturmaktadır. Tüm bu veriler çocukların duygusal ve davranışsal iyilik halinin, şimdi ve ileriki yaşamda olumsuz sonuçları önlemek için öncelik arz ettiğini göstermektedir.

2.1.3. Çocukluk Çağı Duygusal ve Davranışsal Sorunları

Çocuk psikiyatrisi ve psikolojisinde psikopatolojik problemlerin ayrımında içe yönelik ve dışa yönelik bozukluklar sıkça kullanılan bir sınıflamadır (21). Dışa yönelik davranışlar fiziki çevreye yönelik dışarıdan görünebilecek davranışlar olarak yansırken içe yönelik davranışlar direk bireyin içine dönük ve çocuğun psikolojik, duygusal durumunu yansıtan davranışlardır (22).

Dışa yönelik davranışlar; davranış bozukluğu, suç veya şiddet içeren davranışlar, dikkatsizlik problemleri, karşıt olma karşı gelme davranışları olarak sayılabilir. İçe yönelik davranışlar ise depresyon, anksiyete, sosyal içe çekilme, somatik yakınmalar ve gençlik intiharları olarak ele alınır (21, 23).

Her iki grupta yer olan bozuklukların da ilerleyen yaşamda "psikopatolojik devamlılık" gösterdiği üzerinde çalışmalar mevcuttur (18). Özellikle dışa yönelik davranışları içeren çalışmalarda davranış bozukluğunun önemli oranda kalıcı olduğu ayrıca

bu çocukların yetişkinlikte suç işleme, madde kullanımı ya da bağımlılığı, eş ilişkilerinde sorunlar ve akıl sağlığı sorunları gibi olumsuz psikososyal sonuçlar yaşadığı gösterilmiştir (24, 25, 26). Diğer yandan içe yönelik davranışları olan çocuklarda psikopatolojinin devamlılığına ilişkin ileriye dönük çalışmalar çelişkili sonuçlar sunmaktadır. Bir kısmı devamlılık olmadığını ileri sürse de okul öncesi dönemde ailelerin bildirdiği içe yönelik davranışların izlemde gençlerin bildirdikleri ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (23, 27, 28).

2.2. Depresyon

2.1.2. Tanım

Major depresif bozukluk çocuk ve ergenlerin yaşamını olumsuz etkileyen, sık tanı konan ve yaygın görülen ruhsal hastalıklardan biridir (29). Depresyon çocuk veya ergenin büyüme ve gelişmesini, okul başarısını, arkadaş ve aile ilişkilerini etkileyebileceği gibi ölümlere dahi yol açabilir (1). Bu nedenle çocukluk çağı depresyonu bir duygudurum bozukluğu olmanın yanında çocuğun psikolojik, bilişsel ve sosyal fonksiyonlarını da içine alan geniş kapsamlı bir tanıdır. Ayrıca bireyin biyolojik ve psikososyal gelişim sürecinin karmaşıklığını anlamayı gerektirir (30).

2.2.2. Tarihçesi

Erişkin depresyonuna ilişkin verilerin M.Ö. V. yüzyıla kadar uzandığı görülmektedir. İlk kez Hipokrat (M.Ö. 460-377) tarafından ortaya atılan “melankoli” kavramı, durgunluk, ilgisizlik, isteksizlik, uykusuzluk, kaygı, yetersizlik ve intihar düşünceleriyle ortaya çıkan bugünkü anlamda depresyon benzeri bir hastalık için kullanılmıştır. Ayrıca Hipokrat, melankoli’yi insan vücudunda “kara safra” miktarının artışı ve ruhu karartması ile ilişkilendirerek bir anlamda etyoloji ile ilgili ilk biyolojik açıklamayı ortaya koymuştur (31).

Milattan önce 400 yıllarından başlayarak tüm Ortaçağ ve Rönesans’ı içine alan süreç içinde beden sıvılarının ruhsal bozukluklara neden olduğu görüşü hakim olmuştur (32). Akılsal hastalıkların beyin hastalığı olduğu görüşü ise Wilham Griesinger (1817-1868) tarafından ortaya atılmıştır. Daha sonra 1893 yılında Moebius, akıl hastalıklarının

eksojen veya endojen kaynaklı olduğunu ileri sürmüştür. Buna göre melankoli endojen, depresyon ise eksojen kaynaklı olarak tanımlanmıştır. Depresyon kavramındaki çağdaş görüşler, psikodinamik kuramın kurucusu kabul edilen Sigmund Freud tarafından getirilmiştir. Freud 1917’de kaleme aldığı Yas ve Melankoli adlı eserinde, depresyonlarda “sevilen nesnenin kaybı” ve ruhsal yaşantının önemine vurgu yaparken fizyo-kimyasal nedenlerin de bu süreçte rol oynayabileceğini belirtmiştir (31).

Depresyonun uzun tarihsel geçmişine karşın çocuklardaki karamsarlık ve umutsuzluk 17. yüzyılda dikkat çekmeye başlamıştır (33). Ancak 1960’lı yıllara kadar yalnızca bebeklik ve erken çocuklukta, çoğu zaman nesne kayıpları ile ortaya çıkan depresif durumlar üzerinde durulmuştur. Bu dönemde analitik kurama göre çocuklarda ve ergenlik öncesinde depresyon görülemeyeceğine vurgu yapılmıştır. Bu görüş, 1960’lı yılların sonlarına doğru yerini “maskeli depresyon” kavramına bırakmıştır. Bu kavram ile çocuklarda depresyon, depresif duygu ve belirtilerin açıkça gözlenemeyeceği, çeşitli ruhsal belirtiler ile maskelenebileceği ifade edilmiştir. Ancak anoreksiya, obezite, enürezis, enkoprezis, obsesyon, fobi, tik, okul başarısızlığı, evden ya da okuldan kaçma, suça yönelim, uygun olmayan cinsel davranış, hiperaktivite, kendine zarar verme, alkol-sigara kullanımı gibi tüm sorunların arkasında depresyonun yer alması akla yatkın bulunmamış ve bu kavram da kısa sürede önemini kaybetmiştir (34).

Bugün bebeklik, çocukluk ve ergenlikte, döneme özgü klinik bulgular değişse de depresif bozukluk tanısı konulmaktadır. Ayrıca çocuk ve ergenlerin %15’inin hayatlarının herhangi bir bölümünde bir takım depresif belirtileri gösterdiği, bunların %5’inin major depresif bozukluk tanı ölçütlerini karşıladığı bilinmektedir (2, 35).

2.2.3. Sınıflandırma

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından ilk kez 1952’de yayımlanmış olan ruhsal bozuklukların tanıs ve istatistiksel el kitabı DSM-I ile 1968’de basılmış olan DSM-II’de çocukluk depresyonuna yer verilmemiştir. İlk kez DSM III’de (1980) çocukluk depresyonu üzerinde durulmuş ve bazı farklılıklarla, erişkinlerle aynı ölçütlerin geçerli olduğu kabul edilmiştir (36).

En son 2013’de yayımlanmış olan DSM-V’de Depresif Bozukluklar ana başlığı oluşturulmuş ve Major Depresif Bozukluk bu başlık altında değerlendirilmiştir. Ancak çocukluk depresyonu için ayrı tanı ölçütlerinin oluşturulmadığı yalnızca gelişim

döneminden kaynaklanan bazı değişikliklere yer verildiği görülmüştür (37). Burada DSM-IV, DSM-V ve ICD-10'da depresyon tanısı için kullanılan tanı ölçütleri ayrı ayrı ele alınmıştır. Çalışmamızda ise major depresif bozukluk tanısı DSM-IV tanı ölçütlerine göre konulmuştur.

DSM-IV'e göre Major Depresif Bozukluk (38)

A. İki haftalık dönem içinde, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki belirtilerden beşi ya da daha fazlasının bulunmuş olması; en az birinin (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da zevk alamama olması gerekir.

1. Hastanın kendisinin bildirim ya da başkalarının gözlemlemesiyle belirli, hemen her gün, gün boyu süren çökkün duygudurum (çocuk ve ergenlerde iritabl duygudurum olabilir)
2. Hemen her gün gün boyu süren, tüm etkinliklere ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı belirgin bir ilgi azalması ya da eskisi gibi zevk alamama
3. Diyet yapmadığı halde önemli derecede kilo değişikliği (azalma ya da artma), örneğin bir ayda vücut ağırlığının %5'inden fazlası kadar değişiklik; ya da iştahın azalmış veya artmış olması
4. Hemen her gün uykusuzluk ya da aşırı uyuma
5. Hemen her gün başkalarınca da gözlenebilir bir psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun varlığı
6. Hemen her gün yorgunluk, bitkinlik ya da enerjisizliğin varlığı
7. Hemen her gün değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duyguları (hezeyan düzeyinde olabilir)
8. Hemen her gün düşüncelerini bir konuya yoğunlaştırma yetisinde azalma, kararsızlık
9. Yineleyici ölüm ya da intihar düşünceleri, intihar tasarısı ya da girişimi

B. Bu belirtiler karma bir episodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

C. Bu belirtiler klinik açıdan belli bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki ve önemli diğer işlevsel alanlarda bozulmaya neden olmaktadır.

D. Bu belirtiler bir madde kullanımının ya da genel tıbbi bir durumun etkilerine bağlı değildir.

E. Bu belirtiler yas ile daha iyi açıklanamaz. Yani sevilen birinin kaybından sonra ise, iki aydan daha uzun sürmekte ya da belirgin işlevsel bozulma, değersizlik

düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşma, intihar düşünceleri, psikotik belirtiler ya da psikomotor retardasyon bulunmaktadır.

DSM-IV'e göre major depresif bozukluk tanı ölçütleri o sırada tam olarak karşılanıyorsa, o sıradaki klinik durumu ve/veya özellikleri aşağıdaki gibi belirtilir:

1. Hafif/ Orta Derecede/ Psikotik Özellikleri Olmayan Ağır/ Psikotik Özellikleri Olan Ağır
2. Kronik,
3. Katatonik Özellikler Gösteren,
4. Melankolik Özellikler Gösteren
5. Atipik Özellikler Gösteren,
6. Postpartum Başlangıçlı

DSM-IV'e göre major depresif bozukluk tanı ölçütleri o sırada tam olarak karşılanmıyorsa, o sıradaki klinik durumu veya en son epizodun özellikleri aşağıdaki gibi belirtilir:

1. Kısmi Remisyonda, Tam Remisyonda
2. Kronik
3. Katatonik Özellikler Gösteren
4. Melankolik Özellikler Gösteren
5. Atipik Özellikler Gösteren,
6. Postpartum Başlangıçlı

Ayrıca iki ya da daha fazla Major Depresif Epizodun olması Rekürren Major Depresif Bozukluk olarak tanımlanmış ve bu da kendi içinde ikiye ayrılmıştır.

1. Epizodlar arasında tam düzelme olan ya da olmayan,
2. Mevsimsel yapı gösteren

- **DSM-IV'de Yer Alan Tanı Kriterlerinin Çocuklara Uyarlanması**

Günümüzde her ne kadar çocuk ve ergenler için depresyon tanı ölçütleri yetişkinler ile aynı olarak belirtilmiş olsa da yaş küçüldükçe depresif belirtilerin görünümü büyük farklılıklar göstermektedir (5). Örneğin;

DSM-IV'de depresyon için çekirdek belirtilerden biri olan çökkün duygudurum, çocuklarda çökkünlük ya da irritabilite olarak izlenebilir. Yeterli dil ve bilişsel gelişimi sağlanmamış çocuklar içsel duygulanımı tarif etmekte güçlük çekebilirler. Buna bağlı olarak çökkünlük kendini fiziksel belirtilerle, üzgün yüz görünümü ya da zayıf göz teması ile gösterebilir. İrritabilite ise "acting out" gibi patlayıcı, huzursuz davranışlar ya da kişiler

arası etkileşimde düşmanca ve öfkeli tutumlar olarak gösterebilir. Yetişkinlere benzer duygulanım dağılımı, geç ergenlik ile birlikte gözlenebilir.

Benzer şekilde A tanı ölçütünde yer alan diğer sekiz madde de çocuk yaş grubunda farklı alanlarda, farklı görünümde izlenebilir (1, 40, 41). Örneğin;

İlgi kaybı kendini arkadaş oyunlarında, okul etkinliklerinde gösterebilir.

Kilo ile ilgili değişiklikler çocuklarda, kilo kaybı yerine beklenen kiloya erişememek olarak değerlendirilir.

Uykusuzluk ya da uyku artışı ölçütü yetişkinler ile benzerdir.

Motor belirtiler çocuklarda duygudurum değişikliğinin beraberinde gelen motor aktivite değişiklikleri ve hiperaktivite şeklinde gözlenebilir.

Yorgunluk ve enerji kaybı, kendini akran oyunlarından uzaklaşma, okul reddi ya da sık tekrarlayan okulu asma davranışı olarak gösterebilir.

Değersizlik ya da suçluluk hissi çocuklarda kendini yargılama (“ben aptalım”, ben akılsızım” gibi) şeklinde gözlenebilirken sanısal suçluluk duyguları genellikle görülmez.

Dikkatsizlik ve konsantrasyon güçlüğü belirtileri kendini okulda başarısızlık ya da davranışsal güçlükler olarak gösterebilir.

Ölümlerle ilgili düşünceler ya da intihar fikirleri ise kendini oyunlarda ölüm ve intihar temaları ya da sözel olmayan davranışlarla (en beğendiği kişisel eşyalarını bir başkasına armağan etme gibi) gösterebilir.

DSM-V'e göre Major Depresif Bozukluk (37)

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha fazlası) 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 alamamadır

Not: Açıkça başka bir sağlık durumuna bağlı belirtileri kapsamayın

1. Çökkün duygudurum neredeyse her gün, günün büyük 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 alamama neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (öznel anlatıma göre ya da gözlemlerle belirlenir)

3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmadığı halde) çok kilo verme ya da 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 psikodevinsel kıskırma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil)
6. Neredeyse hergün bitkinlik ya da iç gücün kalmaması (enerji düşüklüğü)
7. Neredeyse hergün değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrisal olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil)
8. Neredeyse hergün 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 durumun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Not: A-C tanı ölçütleri bir major depresyon dönemini oluşturur.

Not: Önemli bir yitim (kayıp) (örn. yas, batkılık [parasal çöküntü], doğal bir yıkım sonucu yitirilenler, önemli bir hastalık ya da yetiyitimi) karşısında gösterilen tepkiler arasında, A tanı ölçütünde belirtilen, yoğun bir üzüntü duygusu yaşama, yitimle ilgili düşünüp durma, uykusuzluk çekme, yeme isteğinde azalma ve kilo verme gibi belirtiler olabilir ve bunlar da bir depresyon dönemini andırabilir. Bu gibi belirtiler anlaşılabilir ya da yaşanan yitime göre uygun bulunabilirse de, önemli bir yitime olağan tepkinin yanı sıra bir yeğin depresyon döneminin de olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu karar

kişiden alınan öykünün ve yitim bağlamında yaşanan acımı kültürel ölçülere göre dışavurumunun değerlendirilmesini gerektirir.

D. Major depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

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

Not: Mani benzeri ya da bir hipomani benzeri dönemler maddenin yol açtığı dönemlerse ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanabiliyorsa bu dışlama uygulanmaz.

DSM-V'e göre Depresyon Bozuklukları Belirleyicileri

Bunaltılı/sıkıntılı

Karma özellik gösteren

Melankoli özellikleri gösteren

Değişiktür (atipik) özellikleri gösteren

Duygudurumla uyumlu psikoz özellikleri gösteren

Duygudurumla uyumlu olmayan psikoz özellikleri gösteren

Katatoni ile giden

Doğum zamanı (peripartum) başlayan

Mevsimsel örüntü gösteren

Sonuç olarak DSM-V'e göre major depresyon bozukluğu tanısında DSM-IV'de yer alan A tanı ölçütünün değişmeden korunduğu ancak karma epizod ve yas ile ilgili kriterlerin çıkarıldığı ayrıca yeni eklenen "Depresyon Bozuklukları Belirleyicileri" başlığı altında "karma özellikler gösteren" şeklinde depresyon dönemini tanımlayan yeni bir özellik oluşturulduğu görülmektedir.

ICD-10'a göre Depresif Nöbet (39)

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

Hafif Depresif Nöbet:

Aşağıda sayılan 3 belirtiden en az ikisi olmalıdır:

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

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

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

Orta şiddette depresyon: Eğer toplam 6 ölçüt karşılanıyorsa;

Şiddetli depresif atak: İlk 3 belirtinin tamamıyla birlikte toplam 8 belirti varsa

2.2.4. Epidemiyoloji

Depresyon her yaş grubunda izlenebildiği halde görülme sıklığı yaş ile birlikte artmakta ve ergenlikte ikiye katlanmaktadır (42, 43, 44). Yaşamın ilk yılındaki depresyon prevalansına ilişkin veriler, gelişim dönemine uygun tanı ölçütlerinin eksikliği sebebi ile sınırlıdır. Ancak günümüze dek yapılmış çalışmalar, okul öncesi yaş grubundaki depresyon sıklığının %0.3-2.5 arasında değişen oranlarda izlendiğini ve cinsiyet farkı göstermediğini bildirmektedir (45, 46, 47, 48).

Diğer yandan prepubertal çocuklarda (6-12 yaş) depresyon görülme sıklığının yaklaşık %1-2 arasında olduğu, kız-erkeklerde eşit oranda rastlandığı ya da erkeklerde kısmen daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (2, 3, 4). Ergen yaş grubunda (12-18 yaş) ise kızlarda giderek daha fazla görülmekle birlikte depresyon sıklığının yaklaşık %3-8 arasında olduğu bildirilmektedir (49, 50). Ergenlik döneminin sonuna doğru, bir yılda depresif epizod görülme sıklığı %4-9 ile yetişkinlerdekine benzer oranlara yükselmektedir (47, 48). Yaşam boyu depresyon görülme oranları 13 yaş ile birlikte artış göstermektedir.

Bir ergenin yetişkinliğe erişmeden önce yaşam boyu depresyon geliştirme oranı ise yaklaşık olarak %13-20'dir (44, 51, 52).

Ergenlik, ruhsal hastalıklara uygun koşulların sağlandığı, biyolojik, psikolojik ve sosyal değişikliklerin kavşak noktası olan kritik bir dönemdir (53). Pubertenin başlangıcı ile hızlı bir fiziksel gelişim sürecine girilir, hormonal değişiklikler başlar ve bilişsel olgunluk (soyut düşünme ve genelleme yeteneğinin artışı ile) kazanılır. Bu dönemde okul, aile ve akran ilişkilerinde yaşanan değişikliklerle sosyal ve kişilerarası geçişler yaşanır. Tüm bunların ergenlik boyunca artan depresyon riskine neden olabileceği bildirilir (54).

Depresyon için en sık tekrar eden bulgulardan biri ergenlikle birlikte kızlarda görülme oranının erkekleri geçmesidir (55). Bir çalışmada kızlarda depresif bozukluk görülme oranının 14 yaşına gelindiğinde erkeklere göre iki kat daha fazla olduğu ve bu durumun kızların ergenlik boyunca sahip olduğu baş etme becerileri ve hormonal değişiklikleri ile ilgili olabileceği ileri sürülmüştür (56). Özellikle hormonal değişikliklerin ergeni çevresel stresörlere karşı daha hassas hale getirebileceği üzerinde durulmaktadır (55).

2.2.5. Çocukluk Çağı Depresyonunda Değerlendirme Süreci

Klinik uygulamada gençlerde görülen depresyon tablolarını değerlendirmek yetişkinlerden farklılık gösterir. Çocuk ve ergenler nadiren kendi depresif belirtileri için tedavi arayışına girerler. Bu nedenle değerlendirme temel olarak aileden ya da bakım veren bireylerden elde edilen bilgiler doğrultusunda yapılır (29). Ayrıca çocuk ve ergenler kendi belirtilerini, özellikle de dışa vuran belirtilerini, yeterli oranda dile getiremeyebilirler. Bu yüzden değerlendirme süreci, içe yönelik belirti düzeyini değerlendirmek için çocukla yapılan görüşme ve dışa yönelik davranışları değerlendirmek için ebeveyn ile yapılan görüşmeyi içermelidir. Tüm bunlar görüşmenin ve tanı koymanın daha uzun zaman almasına neden olmaktadır (6).

Okul öncesi çocuklarda depresif belirtileri değerlendirmek güçtür. Bu yaş grubunda tanı koydurucu görüşmelere ek olarak ebeveyn-çocuk etkileşimini değerlendirmek, oyun gözlemi ve yaşa uygun kukla görüşmeleri yapmak değerlendirme sürecinin bir parçası olmalıdır (46).

Genel olarak depresif bozukluk tanısı koymak için, "çok basamaklı" değerlendirme stratejisi önerilmektedir (57). Bu yaklaşım, anket gibi bir değerlendirme aracı ile belli bir

kesme puanına ulaşarak ileri değerlendirme için aday olan olguları seçmeyi içerir. Bu hastalar için ikinci değerlendirme süreci DSM'ye göre yapılandırılmış anketler ile yürütülür. Böylece yalnızca depresyonun çekirdek belirtileri değil belirti yoğunluğunun süresi, şiddeti ve günlük işlevlere etkisi de değerlendirilmiş olur.

Ebeveyn bildirimlerinde depresif belirtilerin çocuk bildirimlerine göre daha silik olduğu görülmektedir (58). Bu nedenle sekiz yaş ve üstü çocukların kendi duygudurumlarına ilişkin daha güvenilir bilgiler verdiği kabul görmektedir (59). Depresyon değerlendirme araçları içinde en yaygın kullanılan kendi değerlendirme ölçeği çocuklar için depresyon değerlendirme ölçeği (ÇDÖ)'dür ve birçok çalışmada "çok basamaklı" yaklaşıma göre aday olguları seçmek için bu ölçek kullanılmıştır (60, 61).

2.2.6. Klinik Özellikler

Çocukluk çağı depresyonunda psikiyatrik değerlendirme sırasında çocuğun kendisini, ebeveynlerini, öğretmenini ya da diğer aile bireylerini içine alan çok kaynaklı bilgi edinme süreci ve gelişimsel bakış açısı büyük önem taşımaktadır. Depresif belirtilerin görünümü ile çocuğun yaşı arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Örneğin bebeklik döneminde depresyon sıklıkla iştah kaybı ya da uyku sorunları gibi bedensel belirtilerle kendini gösterirken okul öncesi dönemde irritabilite ya da agresyon, çocuklukta iç çekilme ve ergenlikte ise yetişkinlere benzer depresif belirtiler ile kendini göstermektedir. Yaşa özgü depresyon bulguları Tablo 1'de özetlenmiştir.

Tablo 1. Yaşa özgü depresyon bulguları

Yaşa Özgü Depresyon Bulguları (5, 34, 62, 63)		
Yaş Grupları	Psikopatolojik Belirtiler	Bedensel Belirtiler
Bebeklik	Bağırma, rahatlayamama, ağlama; İlgisizlik, pasiflik, apati, duygu dışı vurumunda azalma; İstemli ağlama atakları, iritabilite ve saldırganlık; Yaratıcılıkta, canlandırmada ve dayanma gücünde azalma	Kendini sakinleştirme becerilerindeki yetersizlik sebebi ile uykuya dalma ya da uyku sırasında bölünmeler, yeme bozuklukları ve kilo kaybının eşlik ettiği yemeyi reddetme, enfeksiyonlara yatkınlık (“temaruz”)
Okul Öncesi	Ağlama, iritabilite, oyuncaklara, kendine ya da başkalarına karşı öfkeli patlamalar ve engellenme eşiğinde düşme; Mimik kullanımında azalma, içe dönüklük, ilgide azalma; Oyun ve etkinliklere ilgisizlik, eğlenememe; Sosyal ve bilişsel gelişmede gecikme; Dikkat çekme davranışları, ayrılık kaygısı	Sekonder enürezis veya enkoprezis, dilin bebeksi kullanımı, motor gelişimde gecikme, uyku ve yeme bozuklukları
Okul Çağı	Ağlama, karşı gelme davranışları; (Oto-)agresif davranışlar; Üzgün olduğunu bildirme, monoton ve alçak sesle konuşma, yavaş hareket etme, suçluluk düşünceleri, başarısızlıktan korkma, enerjide azalma, ilgisizlik ve içe çekilme; Odaklanma güçlüğü ve okulda başarısızlık; Ayrılık kaygısı, fobiler, hayattan yorulma düşüncelerinin başlaması (ilk intihar fikirleri); Dikkat arayışı	Uyku ve yeme bozuklukları, bedensel şikâyetler (organik sebebi bulunamayan baş ağrısı, karın ağrısı, karında rahatsızlık hissi gibi), geriye dönük “regresif” davranışlar
Ergenlik	Apati, umutsuzluk, öfke, uygunsuz duygulanım, karışık tutum, enerjide azalma, ilgisizlik, içe çekilme; Düşüncelerde ve hareketlerde yavaşlama, başarı/performans problemleri, bilişsel yıkılmalar; Anksiyete, bıkkınlık, kendine güvende azalma, kendini yargılama, yalnızlık, sevilmediği duygusu, gelecek korkusu, umutsuzluk ve intihar düşünceleri	Uyku (aşırı uyku hali) ve yeme bozuklukları (aşırı yeme ya da beklenen kiloyu alamama), bedensel şikâyetler, sabah duygu durumunda düşme, erken uyanma, rahatlayamama

2.2.7. Eş Hastalanım

Klinik başvurulara dayanarak yapılmış bir çalışmada, depresif bozukluk tanısı konan çocukların %40-%90’ında en az bir psikiyatrik ek tanı olduğu, %50’inde ise iki ya da daha fazla ek tanı olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada en sık konulan tanılar anksiyete

bozuklukları, yıkıcı davranış bozuklukları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve ergenlerde madde kullanımı olmuştur (6). Yaş ve cinsiyet depresyonda görülen birliktelik durumlarını etkilemektedir. Özellikle ayrılık anksiyetesi ve DEHB, çocuklarda daha sık izlenirken davranış bozukluğu, panik bozukluğu ve madde kullanımı ergenlerde daha sık görülür. Bunun yanında davranış bozukluğu ve madde kullanımı erkeklerde daha sık izlenirken yeme bozuklukları kızlarda daha sık görülmektedir (63).

Başka bir çalışmada çocuk ve ergenlerde görülen depresyon ile anksiyete bozukluklarının (%75'den fazla oranda), sosyal fonksiyonlarda bozulmaların (%50'den fazla) ve madde kötüye kullanımı ve/veya agresyon davranışlarının (%25) birliktelik gösterdiği saptanmıştır. Özellikle son gruptaki hastaların dışa vuran davranışları sebebi ile yanlış tanı alabildiği ve bu hastaların artmış dürtüsellğine bağlı olarak ciddi intihar girişimleri görülebildiği bildirilmiştir (5).

Meta-analiz çalışma verileri kullanılarak yapılmış bir derlemede ise anksiyete bozuklukları, davranış bozukluğu ve karşıt olma karşı gelme bozukluğu çocukluk çağı depresyonuna en sık eşlik eden bozukluklar olarak bildirilmiştir (64). Ayrıca depresif belirtilerin sıklıkla yeme bozuklukları gibi sergilenebileceği ve kompulsif bozuklukların depresyon ile ilişkili olarak ortaya çıkabileceği ya da artabileceği bildirilmiştir (5).

2.2.8. Ayırıcı Tanı

Çocuk ve ergenlik dönemine ait pek çok problem depresif belirti gibi algılanabilir. Bu durumlarda değerlendiren kişinin farklı tıbbi hastalık (hiper/hipotiroidizm, anemi gibi) ve klinik durumları (ilaç kullanımı gibi) da göz önünde bulundurması gerekir (65). Diğer yandan kliniğe başvuru yakınmalarının fiziksel belirtiler, kaygılar, okul reddi, akademik başarıda düşme, madde kullanımı ya da dışa vuran davranış gibi nedenler olduğu durumlarda depresyon tanısının atlanabileceği de akılda tutulmalıdır (66). Depresif bozukluk ile karışabilecek klinik ve psikiyatrik durumlar Tablo 2'de özetlenmiştir.

Tablo 2. Depresif bozukluk ile karışabilecek klinik ve psikiyatrik tablolar

Depresif Bozukluk ile Karışabilecek Klinik ve Psikiyatrik Tablolar (34, 65)	
Tıbbi Hastalıklar	Psikiyatrik Hastalıklar/İlişkili Durumlar
Anemi	Depresif özellikler ile giden uyum bozukluğu
Kanser	Distimi
Kronik ağrı sendromu	Bipolar bozukluk
Hipo/hipertiroidizm	Davranış bozukluğu
Enfeksiyonlar (HIV, Hepatit gibi)	Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu
İnflamatuvar bağırsak hastalığı	Anksiyete bozuklukları (küçük çocuklarda ayrılık anksiyetesi, ergenlerde panik bozukluğu gibi)
SLE ya da diğer kollojen doku hastalıkları	Anoreksia nervosa
İnme, tümör ya da diğer merkezi sinir sistemi hastalıkları	Bulimia nervosa
	Psikotik bozukluklar (şizofreni gibi)
İlaç kullanımı	Madde kullanımı (alkol, barbiturat, eroin gibi)
Antipsikotikler	İhmal ya da istismar
Beta blokörler	Yas
Kontraseptifler	Ebeveyn-çocuk/ergen ilişki sorunu
Kortikosteroidler	
İsotretinoin	

2.2.9. Etiyoloji

Her ne kadar çocuk ve ergenlerde depresyon gelişimi için risk faktörleri biyolojik, psikolojik ve çevresel faktörler olarak sınıflandırılrsa da çoğu kez bu grupların iç içe geçtiği görülmektedir (67). Bunlar arasından biyolojik ve psikolojik risk faktörleri bireyin kendisine veya ailesine bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Ayrıca çocuğun bu risk etmenlerine kaç yaşında maruz kaldığı da depresyon gelişiminde etkili olabilmektedir. Örneğin 3 ile 5 yaşları arasında astım ya da Diabetes Mellitus gibi kronik hastalık teşhisi konulmuş çocukların ya da 5 yaşında öğretmeni tarafından düşmanca davranışları sebebi ile şikâyet edilen çocukların depresyon gelişimi için artmış risk taşıdığı bildirilmiştir (68). Diğer yandan perinatal problemler ve gelişimsel sorunlar ile duygusal bozukluklar arasında ilişkiler olsa da bu durumun tanıya özgün olmadığı belirtilmiştir (69).

Son on yıldır ise bireyin çevresel etmenlere hassasiyetini arttıran, gen-çevre etkileşimini açıklamaya yönelik, genetik çalışmalar ilgi çekmektedir (70, 71, 72). Her ne kadar depresyon gelişiminde hem genetik hem de çevresel etmenlerin etkili olduğu belirtilse de prepubertal dönemde depresyonun özellikle çevresel etmenlerle ilişkili olduğu, genetik etmenlerin öneminin daha az olduğu da bildirilmektedir (73).

2.2.9.1. Biyolojik Risk Faktörleri

Ailede ya da ebeveynlerde depresyon öyküsü, diğer psikolojik bozukluklar (anksiyete, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, öğrenme bozukluğu, uyku bozuklukları ya da davranış bozukluğu gibi), kız cinsiyet, ergenlikteki hormonal değişiklikler, düşük doğum ağırlığı, uzamış eylem ve doğum sonrası yoğun bakım ünitesinde kalmak, ayağa kalkma, yürüme ve konuşmada kendini gösteren nörogelişimsel güçlükler, on sekiz yaş altı genç anne olmak, tıbbi hastalıklar (astım, diabetes mellitus, migren gibi) ve obezite olarak belirtilmektedir (6, 35, 67, 68, 74-79).

2.2.9.2. Psikolojik Risk Faktörleri

Duygusal bağımlılık, bireyin geçmiş depresyon ya da intihar girişimi öyküsü, baş etme becerilerinde yetersizlik, düşük benlik saygısı, olumsuz beden algısı, olumsuz düşünme stilleri (“Böyle şeyler hep benim başıma gelir”, “Zaten hiçbir şey planladığım gibi gitmez” gibi), sürekli ağlayan, yeme ve uyku kalıplarını düzenleme güçlüğü yaşayan zor mizaçlı bebek olmak ve erken dönemde bakım verenin sabit olmaması olarak belirtilmektedir (43, 68, 77, 80, 81).

2.2.9.3. Çevresel Risk Faktörleri

Antisosyal arkadaş grubu, azalmış fiziksel aktivite, artmış ebeveyn çatışması, yakınların kaybı (aile üyelerinden ya da arkadaşlarından birinin ölümü, arkadaşlığın ya da romantik ilişkinin sona ermesi gibi), düşük sosyoekonomik düzey, aşırı yeme davranışı, düşük akademik performans, zayıf arkadaşlık ve ebeveyn-çocuk ilişkisi, güvensiz bağlanma öyküsü, sigara kullanımı, madde ya da belli ilaçların kullanımı, travmatik olaylar (fiziksel, duygusal ya da cinsel istismar, kaza gibi) olarak belirtilmektedir (43, 65, 68, 74, 82).

2.2.9.4. Moleküler genetik ve Gen-Çevre Çalışmaları

Çocuk/ergen depresyonuna yönelik moleküler genetik çalışmalarında yetişkin depresyonundan elde edilen sonuçlar yol gösterici olmuştur. Bu çalışmalarda ya aday gen

yaklaşımları kullanılmış ya da strese karşı cevap ve hipotalamo-hipofizer-adrenal eksen gibi depresyon oluşumunda etkili olduğu düşünülen yolaklardaki sorumlu genlerin fonksiyonel polimorfizmlerine odaklanılmıştır. Çocuk/ergen depresyonuna ilişkin çok az sayıda genetik ilişkilendirme çalışması varken bunlarda da örneklem sayısı azdır (4). Özellikle seratonin taşıyıcı gen ilişkili polimorfik bölge (5-HTTLPR) ve beyin kaynaklı nörotrofik faktör (BDNF) varyantları ile çocuk/ergen depresyonu arasındaki ilişki, çalışmaların konusu olmuştur.

Olgu-kontrol ve aile tabanlı ilişkilendirme şeklinde oluşturulmuş küçük örneklemlerle bir çalışmada çocuk ve ergenlerde görülen depresyon ve seratonin taşıyıcı genin kısa varyantı ilişkili bulunmuştur (83). Başka bir çalışmada ise depresyona karşıt olarak seratonin taşıyıcı genin kısa varyantı çocukluk agresyonu ile ilişkili bulunmuştur (84). Gen-çevre etkileşimine yönelik bir çalışmada, ergen kızlarda seratonin taşıyıcı genin kısa varyantı ile stresli yaşam olayı sonrasında görülen yüksek depresyon belirtileri ilişkili bulunmuştur (85). Ancak prepubertal geniş örneklemlerle başka bir çalışmada bu bulgu desteklenmemiştir (86). Bir diğer çalışmada 5HTTLPR'nin kısa alleli ve BDNF'nin met alleli (val66met polimorfizim) olan çocuklarda yüksek depresyon puanları elde edildiği ancak bu iki genotip ile ilişkili depresyon hassasiyetinin yalnızca çocukluk çağı olumsuz yaşam olayları olan çocuklarda söz konusu olduğu bildirilmiştir (87). Goodyer ve arkadaşlarının seratonin taşıyıcı gen polimorfizmi ile kortizol yanıtı ve major depresyon arasındaki ilişkiyi inceledikleri bir yıllık takip çalışmalarında ise kısa varyantın yüksek sabah kortizol seviyeleri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ayrıca yüksek sabah kortizol seviyeleri ile seratonin taşıyıcı genin kısa varyantı beraberliğinin, bir yıllık takipte hem kız hem de erkek ergenler için bir depresif bozukluk nöbeti öngörücüsü olduğu bildirilmiştir (88).

Son olarak ergenlerde yapılmış olan farmakogenetik çalışmalarda düşük tedavi yanıtları ya da yanıtızlıklarının nedenleri incelenmiştir. Bu alanda yapılmış çalışmalarda SSRI'lara yanıtızlık, intihar olayları ve davranışı ile *FKBR5* genotipinin (89, 90), sitaloprama yanıtızlık ve artmış intihar düşüncesi ile seratonin taşıyıcı genin iki kısa allele sahip olmanın (91) ilişkili olduğu gösterilmiştir.

2.2.10. Gidişat ve Sonlanım

Erken başlangıçlı depresyon sık görülen, sık tekrarlayan ve kalıcı olabilen bir durumdur. Genel olarak çocuk ve ergenlerde görülen depresif nöbet süresi erişkinlerden daha kısa olmaktadır. Çocukların 1/3'ünde 3 ay içinde remisyon sağlansa da ortalama depresif nöbet süresi 8-13 ay olarak belirtilmektedir. Bu grupta iyileşme oranı %90 iken tekrarlama oranı %30-70 arasındadır. Ergenlerde ise nöbet süresi ortalama 3-9 ay, iyileşme oranı %50-90 ve tekrarlama oranı ise %20-50 olarak bildirilmektedir (2, 5).

Tedavi edilen çocuk ve ergenlerin büyük çoğunluğu ilk nöbetten iyileşerek kurtulsa da klinik ve toplum tabanlı çalışmalar, remisyon sağlandıktan sonraki ilk 2 yıl içinde tekrarlama oranlarının %20-60 arasında olduğunu, 5 yıl sonra %70'e yakın olduğunu ve neredeyse tamamının yetişkin dönemde tekrarladığını göstermektedir (92, 93). Yapılan çalışmalarda, major depresif bozukluğun başlangıç yaşı, geçirilen depresif nöbet sayısı, o andaki nöbetin şiddeti, başka ruhsal bozuklukların eşlik etmesi, tedaviye uyumsuzluk, olumsuz yaşam olaylarının bulunması, ebeveynlerde ruhsal bozukluğun bulunması, psikososyal işlevselliğin kötü olması ve tedavi sonrası kalıntı depresif belirtilerin olması gibi nedenler kronikleşme ve tekrarlama ile ilişkili bulunmuştur (39, 63, 94). Bir çalışmada, erken yetişkinlikte tekrarlama gösteren çocuk/ergen depresyonlarının sıklıkla kızlarda ve anksiyete bozuklukları birlikteliğinde izlendiği, buna karşın erken yetişkinlikte tekrarlama göstermeyen olguların erkeklerde ve dışa yönelik davranışlarla birliktelik gösterenlerde izlendiği bildirilmiştir (80).

Ayrıca uzun süreli klinik izlem ve epidemiyolojik çalışmalar, prepubertal ve postpubertal başlangıçlı depresyonun seyrinin birbirinden farklı olduğunu göstermiştir. Ergenlik başlangıçlı depresyonunun, homotipik devamlılık göstererek yetişkin depresyonu için öngörücü olduğu sonucuna varılmıştır (95, 96, 97). Buna karşın çocukluk çağı başlangıçlı depresyonda heterotipik devamlılığın söz konusu olduğu ve bu çocukların yetişkinliğinde davranış bozuklukları gibi diğer problemlerin arttığı gösterilmiştir (98, 99).

Diğer yandan, her ne kadar çocukluk çağında bipolar duygu durum bozukluğu görülme sıklığı az olarak bildirilse de bu çocuk ve ergenlerin %40'ında hastalığın major depresif bozukluk nöbeti ile başladığı bildirilmektedir (2). Bu nedenle depresyon tanısı konan gençlerde bipolar bozukluk riski yönünden değerlendirme yapılması önemlidir. Hastalığın erken başlaması, mizaçta değişkenlik, depresyonda psikomotor yavaşlama ve psikotik özelliklerin görülmesi, atipik depresyon, uzun depresif dönemler, ailede bipolar

bozukluk veya duygudurum bozukluklarının olması, ilaç sonrası hipomani oluşması hastalık riskini arttırmanın yanında bipolar bozukluk tanısı koydurmada da yardımcı olur (100, 101).

Sonuç olarak çocuk ve ergenlerde görülen depresyon, tedavi edilmez ise okul başarısızlığı, arkadaş ve aile içi ilişkilerinde bozulma, diğer ruhsal bozuklukların ve sigara-alkol-madde kullanımının ortaya çıkması ya da intihar girişimleri gibi ciddi sorunlara yol açabilmektedir (2, 102). Ayrıca bu hasta grubunda iyileşme sonrasında da birçok işlevsellik alanında bozulma olabileceği, erişkinlikte ise depresyon, suça yönelik davranışlar, kişiler arası ilişkilerde sorunlar, erken hamilelik, iş hayatında başarısızlık, işsizlik ve intihar girişimleri gibi sorunlarla devam edebileceği belirtilmektedir (63)

2.2.11. Tedavi

Çocuk ve ergenlerde depresyon tedavisi planlanırken çocuğun yaşı, gelişim evresi, hasta ve bakım verenin tedavi tercihi, eşlik eden bozukluklar, depresyonun şiddeti ve ilişkili risk etmenleri göz önünde bulundurulmalıdır (65, 55). Ayrıca hastanın depresyonu ile ilişkili risk etmenleri, tedavinin faydaları, hastanın mevcut durumu ve gidişata ilişkin beklentiler hakkında, hasta ve aile eğitimleri tedaviye dâhil edilmelidir (103).

Genel olarak depresyon tedavisi dört bölümden oluşur. İlk bölüm olan, akut tedavi safhası yaklaşık 12 hasta sürer ve hastanın semptomatik iyilik haline odaklanılır. Burada amaç; klinik yanıt almaktır ki bu pek çok çalışmada depresyon belirtilerinde %50 düzelme olarak tanımlanır (104). İkinci bölüm olan bütünleştirme (consolidation) safhası da yaklaşık 12 hafta sürer. Buradaki hedef remisyonu sağlayabilmek yani iki haftadan iki aya kadar depresyon belirtilerinde olmadığı süreye ulaşabilmektir. Üçüncü bölüm olan, devam (continuation) safhası genellikle 6-12 ay kadar sürer. Buradaki hedef remisyonu devam ettirip iyileşmeyi sağlayabilmektedir. İyileşme en az 2 ay boyunca depresif semptomların olmaması olarak tanımlanır. Eğer bir hasta iki aydan uzun süren iyilik hali sonrasında yeni bir depresyon nöbeti yaşarsa bu durum tekrarlama olarak tanımlanır. Bu durumda tedavinin dördüncü bölümü olan sürdürüm (maintenance) safhasına geçilir ve daha uzun süre takip planlanır (105).

Depresyon tedavisi psikoterapi, farmakoterapi ya da bu ikisinin birleşimi kullanılarak planlanır (67). Ancak kılavuzlarda çocukluk çağı depresyonuna yönelik sınırlı

veri yer almaktadır. Bu bölümde çocukluk depresyonu tedavisine ilişkin kanıta dayalı veriler sunulmuştur.

2.2.11.1. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)

Amerikan Psikiyatri Birliği ve Amerikan Çocuk ve Ergen Psikiyatri Akademisi psikoterapinin her zaman çocuk ve ergen depresyonu tedavisinin bir parçası olması gerektiğini bildirmektedir (103). BDT’de hastanın bozulmuş bilişlerini tanıma, değiştirme ve problem çözme becerilerini geliştirmek adına kendi görüntüleme, güçlendirme, sosyal beceri eğitimi, bilişsel yeniden yapılanma, rahatlama ve dürtü kontrolü gibi çeşitli teknikler kullanılmaktadır. Hafif depresyonda tek başına kabul edilebilir bir tedavi yaklaşımı iken orta ve ağır depresyonda ilaç tedavisine ek olarak görülmektedir (106). BDT, dışa yönelik davranışların eşlik ettiği depresif çocuklarda yetersiz kalmakta, ayrıca neden-sonuç ilişkisi az gelişmiş ve kendi çevreleri üzerindeki kontrolü sınırlı olan küçük çocuklarda gelişimsel olarak uygun bulunmamaktadır (107).

BDT’nin okul çağı çocuklarında kullanılabilecek uyarlaması mevcuttur (108, 109, 110). Bu yaş grubu için uygun hale getirilmiş duygu düzenleme, problem çözme, bilişsel yeniden yapılandırma ve zevk veren etkinliklerle meşgul olma gibi BDT’nin farklı bileşenleri umut vaat edici görülmüştür (108). Ayrıca grup şeklinde uygulanan diğer terapi türleri de hafif ve orta dereceli çocukluk depresyonunda uygun ve etkin bulunmuştur (110).

2.2.11.2. Bağlamsal Duygu Düzenleme Terapisi

Bu terapi türü okul çağı çocukları için özel olarak geliştirilmiştir. Terapinin kronik depresyon olgularındaki uygulamasının etkinliği Kovacs ve arkadaşları tarafından test edilmiştir (111). Bu terapi türü amaca yönelik ve problem odaklı önleme yöntemi olarak yeni ve umut vaat edici bir tedavi seçeneği olarak görülmektedir.

2.2.11.3. Psikofarmakolojik Tedavi

Trisiklik antidepresanlar eskiden depresyon tedavisinde kullanılmış olsa da bugün bu tür antidepresanların çocuk ya da ergen yaş grubunda yararı olmadığı bilinmektedir (112).

Serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) ise çocuk ve ergen yaş grubunda etkin olduğuna ilişkin geniş klinik örneklemlerli çalışmalar mevcuttur. Ancak bunlar arasında fluoksetin dışındaki diğer ilaçların, çocuk yaş grubunda ergenlere göre daha az etkili olduğu bulunmuştur (104). Diğer yandan fluoksetinin çocuk ve ergenlerde eşit etkili olduğu gösterilmiştir (113). Çocuk yaş grubunda fluoksetinin diğer SSRI'lara karşı gösterilmiş bu üstünlüğünün paroksetin, sertralin, sitalopram ve venlafaksin farmakokinetik özellikleri ile açıklanabileceği bildirilmiştir (114).

Bilindiği gibi birçok antidepresanın çocuk yaş grubundaki yarı ömrü, ergenlerdekinden daha düşüktür (114,115). Fakat önerilen doz aralığı yetişkinler ile benzerlik gösterir. Oysa antidepresana yetersiz maruziyetin düşük yanıt oranları ile ilişkili olduğu, buna karşın artan dozlar ile daha fazla maruz bırakmanın yanıt oranlarını arttırabileceği bilinmektedir (116). Ancak çocukluk döneminde, fluoksetin dışındaki antidepresanlara ergenlere göre daha düşük yanıt alınmasının sebebi yetersiz maruziyet mi yoksa depresyonun daha hafif şiddette olup plaseboya daha fazla yanıt veriyor olması mı sorusu net değildir (105).

Sonuç olarak 12 yaş öncesinde depresyon semptomlarını düşürerek etkin olduğu gösterilmiş tek ilaç fluoksetindir (117).

2.2.11.4. Diğer Tedavi Yöntemleri

Major depresif bozukluk tedavisinde ilaç ya da terapi ile tedavi yaklaşımı dışında sıklıkla omega 3 yağ asitleri kullanımı, St John otu kullanımı, ışık tedavisi, masaj ve gevşeme teknikleri gibi alternatif tedaviler kullanılmaktadır. Rastgele kontrollü çalışmalar bunlar tedaviler arasında yalnızca omega 3 asitlerinin depresyon puanlarında azalmaya yol açtığını göstermiştir (63).

2.3. Evlilik Çatışması

2.3.1. Tanım

Evlilik içi çatışmalar, çocuğun çatışmaya karşı verdiği duygusal ve davranışsal yanıtlara göre yıkıcı ve yapıcı çatışmalar olarak iki grupta incelenir.

Yıkıcı çatışmalar; eşler tarafından kullanılan sözel ve fiziksel düşmanca tavırlar, öfke ve kızgınlık duyguları ile çocukların güvenlik duygusunu azaltarak onlarda sağlam bir aile yapısı hakkında endişe yaratır (118).

Yapıcı çatışmalar ise, eşlerin tartışma boyunca sözel ve fiziksel olarak duygularını kullanımı, problem çözme becerilerini kullanımı ve çatışmanın anlaşmaya varması ile çocuklarda olumlu duygusal tepkiler ve güvenlik duygusu oluşturur (119).

2.3.2. Evlilik Çatışmasının Ebeveyn ve Çocuklar Üzerine Etkileri

Araştırmalar çocukların çatışma ortamından etkilenmesinin; yıkıcı ya da yapıcı türde davranışların hangisinin kullanıldığı (119), çatışma boyunca çocuklar tarafından ebeveynlerin duygularının nasıl algılandığı (120), çocuğun çatışmaya nasıl anlamlar yüklediği (121) ve çatışmanın konusuna (118) göre farklılık göstereceğini belirtmektedir. Örneğin yıkıcı çatışmalar, çocukları uyum bozukluklarına daha hassas yaparken bu çocukların daha düşük sosyal uyum becerilerine sahip olduğu, arkadaşlıkta daha çok zorluk yaşadığı bildirilir (122, 123, 124). Buna karşın yapıcı çatışmaların, çocuklar için kendi problemlerini çözmeyi öğrenme, etkili iletişim kurma ve sonuçta olumlu sosyal ilişkiler geliştirmekte öğretici ve yararlı olduğu bildirilir (125, 126).

Çatışmaların çocuğu nasıl etkilediği ile ilgili araştırmalarda iki yaklaşım dikkat çekmektedir. Bunlardan biri ve en çok üzerinde durulanı duygusal güvenlik teorisi. Buna göre çocuğun ebeveyn ilişkileri ve ailesi hakkındaki korunaklı, güvenli ve emniyetli algısı ile kendi iyilik hali ve uyumu yakından ilişkilidir. Yani evlilik çatışması gibi çocuğun aile içi güvenlik duygusunu tehdit eden herhangi bir faktör onun iyilik halini olumsuz etkilemektedir (127,128,129). Diğer yandan bilişsel-yapısal sistemin açıklamasına göre çocuğun çatışmaya yüklediği anlamlar (suçluluk ya da sebep olma düşünceleri gibi) ile tartışma ve sonuçlar ile baş edebileceğine olan inanışları onun iyilik halini belirler (130).

Çatışmaların çocuklar üzerinde bıraktığı olumsuz etkiler 1920'lerden beri ilgi odağıdır (131). Bu etkiler doğrudan (132, 133), anlaşmazlığa ya da yetişkinlerin birbirine düşmanca tutumlarına şahit olma ve model alma ile gözlenebileceği gibi ebeveynlik, ebeveyn-çocuk etkileşimi (134, 135) ve kardeş ilişkilerinin (136, 137) içinde yer aldığı aile işlevselliğinin bozulması ile dolaylı olarak da oluşabilmektedir. Dolaylı yollardan biri olan ebeveynlik; sıcaklık, psikolojik kontrol (gircilik, kaygı aşılama, suçlama ile kontrolü

sağlama gibi) ve davranış kontrolü/disiplin olmak üzere üç boyutta değerlendirilir (138). Tüm bu alanlar, çocuğun sosyo-duygusal gelişiminde etkilidir. Ancak çatışmanın yaşandığı ailelerde; ebeveyn sıcaklığı azalmış, psikolojik kontrol artmış ve davranış kontrolü/disiplin yetersiz bulunmaktadır (139, 140). Böylece çocuklarda sorun davranışlar gözlenebilmektedir (133).

Evlilik çatışması ile çocuklarda, duygusal, davranışsal, sosyal, akademik ve sağlık gibi pek çok alanda sorunlar oluştuğu gösterilmiştir (130, 131). Özellikle agresyon, davranış bozukluğu, suç işleme gibi dışa yönelik davranışlar ve anksiyete, depresyon, içe çekilme gibi içe yönelik davranışlar evlilik çatışması ile ilişkili bulunmuştur (7). Ayrıca tüm işlevsellik alanlarını olumsuz etkileyebilecek uyku problemleri ve uzun dönemde dikkat ve okul sorunları yaşanabileceği tanımlanmıştır (141, 142).

Evliliklerde eşler arasında çatışma yaşanması normal ve kaçınılmaz bir durum olarak görülür (126). Ancak eşlerden birinin depresif olduğu durumda birbirlerine karşı davranışlarının daha düşmanca ve daha gergin olduğu bildirilir. Ayrıca bu ailelerde, depresif ebeveynin olmadığı ailelere göre daha düşük aile işlevselliği ve artmış evlilik çatışması söz konusudur (143). Çalışmalar bu ilişkinin iki yönlü olduğunu ve birinin diğerine üstünlüğü olmadığını göstermiştir (144, 145, 146). Böyle bir ortamda yetişen çocuklarda psikopatolojik sorunlu ebeveynin yanında düşük aile işlevselliği ve artmış evlilik çatışmasına maruz kalmak da duygusal ve davranışsal sorunlar için riski arttırmaktadır (8). Diğer yandan ilişkilerinde yıkıcı çatışma davranışları kullanan yetişkinlerin depresyon, anksiyete ve alkol-madde kullanım oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Ayrıca bu ailelerde çatışmanın çocuk üstündeki etkilerinin arttığı gösterilmiştir (131). Fiziksel şiddetin ebeveyn çatışmasına eşlik ettiği durumlarda ise çocukların daha olumsuz etkilendiği gösterilmiştir. Bu durumda çocukların, dünyayı tehlikeli, yetişkinleri güvenilmez, olayları ise tahmin edilemez ve kontrol edilemez olarak algıladığı bildirilmiştir (147).

Son olarak evlilik çatışması ve çocuklarda ifade edilen duygusallık üzerine yapılmış bir çalışmada, çocukların yapıcı tartışmalarda nötral ya da pozitif duygusallık (emotionality), yıkıcı tartışmalarda ise negatif duygusallık (emotionality) gösterdikleri belirtilmiştir (148). Yıkıcı tartışmalarda pozitif duygusallık gösteren çocuklarda bu durum, duygu düzenleme sorunları ve agresyon ile ilişkilendirilmiştir (149).

3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, çocukluk çağı depresyonu tanısı konan çocuklarda duygusal ve davranışsal özelliklerin evlilik içi çatışma ile ilişkisini araştırmayı amaçlayan tanımlayıcı nitelikte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Evreni

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine 04.03.2013- 03.03.2014 tarihleri arasında başvuruda bulunmuş, yaşları 7-12 arasında major depresif bozukluk tanısı konan çocuklar ve annelerinden oluşmuştur.

3.3. Örneklem Büyüklüğü ve Yöntemi

Araştırmanın örneklemini, 04.03.2013-03.03.2014 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvuruda bulunmuş, yaşları 7-12 yaş arasında değişen çocuklar arasından DSM-IV'e göre Major Depresif Bozukluk tanısı konmuş olan 42 çocuk ve bunların annelerinden oluşmuştur.

Kontrol grubu ise araştırma grubu ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş, bedensel veya ruhsal kronik hastalığı bulunmayan, hastaneye farklı nedenlerle (psikolojik danışmanlık, üst solunum yolu enfeksiyonu, kabızlık, dermatit, idrar yolu enfeksiyonu... gibi) başvuran 42 çocuk ve bunların annelerinden oluşturulmuştur.

3.3.1. Araştırma Grubuna Katılma Ölçütleri

1. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine yukarıda geçen süreler içinde başvurmuş ve çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak
2. 7-12 yaş aralığında olmak
3. ÇDÖ>13 olup DSM-IV ölçütlerine göre major depresif bozukluk tanısı konmuş olmak
4. Anne/babasının hayatta ve birlikte yaşıyor olması

3.3.2. Kontrol Grubuna Katılma Ölçütleri

1. Şimdi veya geçmişte tanı konan herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmamak
2. 7-12 yaş aralığında olmak,
3. Çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak
4. Anne/babasının hayatta ve birlikte yaşıyor olması

3.3.3. Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri

1. Çalışmaya katılmayı kabul etmemiş olmak
2. Psikotik belirtili depresyonu, psikotik bozukluğu, yaygın gelişimsel bozukluğu ya da mental retardasyonu olmak veya kronik fiziksel hastalığı (epilepsi, astım, diabet, kronik böbrek hastalığı vb.) olmak
3. Annenin okuryazar olmaması
4. Annenin duygudurum bozuklukları ya da psikotik bozukluklar açısından tedavi alıyor olması

3.4. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada çocuk ve ebeveynlere ait sosyodemografik bilgileri elde etmek amacıyla Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne ait yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Çalışma

tarihleri arasında 7-12 yaş arasında olup çalışmaya katılmayı kabul eden çocukların major depresif bozukluk açısından taranması amacıyla Çocuklar için Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. Diğer yandan anksiyete bozukluklarının taranması amacıyla Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçeklerin doldurulması sırasında yardım isteğinde bulunan çocukların kendilerine eşlik edilmiştir.

Çocuklar için Depresyon Ölçeği'nden 13 puan ve üzerinde alan çocuklar Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG – ŞY) ile değerlendirmeye alınmış ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre depresif bozukluk ve eş hastalanımlar açısından incelenmiştir. major depresif bozukluk tanısı konan çocukların annelerinden ilk görüşmede “6-18 Yaş Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇGDÖ)” ve “Evlilik Çatışması Ölçeği”ni doldurmaları istenmiştir. Kontrole geldiğinde çocuk ile yapılan bireysel görüşme sırasında annelere “Beck Depresyon Ölçeği” ve “Beck Anksiyete Ölçeği”i verilmiş ve doldurmaları istenmiştir.

Kontrol grubu oluşturulurken, çocukların psikiyatrik hastalığının bulunup bulunmadığının saptanması için öncelikle ÇDŞG – ŞY kullanılmıştır. Görüşmeler anne ile gerçekleştirilmiştir. Herhangi bir psikiyatrik hastalıkları olmadığı saptanan olguların annelerinden “6-18 Yaş Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği”, “Evlilik Çatışması Ölçeği”, “Beck Depresyon Ölçeği” ve “Beck Anksiyete Ölçeği”ni doldurmaları istenmiştir. Bu çalışmada kontrol grubu ve araştırma grubu için bipolar duygudurum bozukluğu ve psikotik bozukluklar dışında geçmişteki tanılar kapsam içine alınmamıştır.

3.4.1. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne ait bu form, çalışmayı yürüten doktor tarafından doldurulur. Anne babaya ve varsa kardeşlere ait yaş, eğitim, tıbbi ve ruhsal sağlık durumu verileri, varsa soy geçmişte ruhsal hastalık varlığı ve ebeveynlerin madde kullanımı gibi verileri kaydedilir. Ayrıca ayrılık/boşanma/ ebeveyn kaybı gibi verileri, ailenin aylık gelir düzeyi, yapısal özelliği (çekirdek/geniş aile), çocuğa ait odanın varlığı gibi verileri; annenin hamilelik ve doğum öyküsü, çocuğun gelişim basamaklarının ve medikal öyküsünün alındığı verileri ve son olarak çocuğa ait psikiyatrik muayene bulgularının değerlendirildiği klinik verileri içerir. Bu çalışmada ek olarak kendine zarar verme davranışı (kendini

kesme, deriyi tırmalama, saçını/kıllarını yolma, başını/yumruğunu tekrar tekrar sert zemine vurma gibi davranışlar) ve arkadaş sayısı gruplandırılmış olarak her olguya sorulmuştur. Ayrıca istatistiksel analizlerde ailelerin gelir düzeyini karşılaştırabilmek için çalışma tarihleri arasında Türk-İş'in bildirdiği açlık ve yoksulluk sınırlarının ortalaması alınarak bir sınıflama yapılmıştır (150). Buna göre yaklaşık 1000TL olan açlık sınırı temel alınarak 0-1000TL arası düşük gelir olarak kabul edilmiştir. Diğer yandan yaklaşık 3500TL olan yoksulluk sınırına göre 1000-3500TL arası orta gelir, 3500TL'nin üstü ise yüksek gelir düzeyi olarak kabul edilmiştir (Ek 1).

3.4.2. Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)

Bu ölçek, 6-17 yaş arası çocuklarda depresif bozukluk taraması için geliştirilmiş bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Kovasc (151) tarafından Beck Depresyon Envanteri esas alınarak geliştirilmiş olan bu ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Öy (152) tarafından yapılmıştır.

Ölçek 27 maddeden oluşmaktadır. Her maddede çocuğun son iki haftasını değerlendirerek, aralarında seçim yapacağı üç cümle yer alır. Her cümle seti çocukluk depresyonunun belirtilerine ilişkin (duygusal, bilişsel, psikomotor ve güdüsel alanlarda) ifadeler içerirken çocuktan son iki hafta içindeki durumunu değerlendirip, üç seçenek arasından kendine en uygun cümleyi seçmesi istenir. Ölçek, çocuğa okunarak veya çocuğun kendisi tarafından okunarak doldurulabilmektedir. Verilen cevaplara 0 ile 2 arasında puanlar verilir ve bu puanların toplanması ile depresyon puanı elde edilir. Alınabilecek en yüksek puan 54'tür. ÇDÖ her ne kadar depresyon varlığı ve şiddeti hakkında bilgi verse de tek başına depresyon tanısı koydurmamakta, tarama ölçeği olarak kullanılmaktadır (29).

Ölçeğin klinik örneklemdaki kesme puanının 13 olarak alınması, toplum örnekleminde ise yanlış pozitif olguları dışlamak adına kesme puanının 19 olarak değerlendirilmesi kabul görmektedir (61). Bu puanların üzerinde toplam puana erişen çocuk veya ergenin major depresif bozukluk için risk taşıdığı sonucuna varılır (Ek 2).

3.4.3. Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (ÇABTÖ)

Birmaher ve arkadaşları (153) tarafından geliştirilen, orijinali “The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)” olan ölçeğin Türkçe’ye geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karaceylan Çakmakçı (154) tarafından yapılmıştır. Ölçek çocuk tarafından okunarak ya da çocuğa okunarak doldurulur. Çocuktan her cümle için kendisine en uygun seçeneği işaretlemesi istenir. Her bir madde 0 ile 2 arasında puan alır. Doğru değil ya da nadiren doğru seçeneği 0 puan, biraz ya da bazen doğru seçeneği 1 puan, doğru ya da çoğu zaman doğru seçeneği 2 puan alır. Alınan puan ne kadar yüksek ise, genel anksiyete düzeyi o kadar yüksektir (Ek 3).

3.4.4. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi– Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG – ŞY)

ÇDŞG-ŞY, çocuk ve ergenlerin DSM-III-R ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve şu andaki psikopatolojilerini saptamak amacıyla Kaufman ve arkadaşları (155) tarafından geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur.

Form üç bölümden oluşmaktadır. 'Yapılandırılmamış başlangıç görüşmesi' olarak adlandırılan ilk bölümde çocuğun demografik bilgileri, sağlık durumu, şu andaki yakınması, geçmişte aldığı psikiyatrik tedavilere ilişkin bilgilerle birlikte çocuğun okuldaki durumu, hobileri, arkadaş ve aile ilişkileri gibi bilgiler edinilir. İkinci bölüm olan 'tanı amaçlı tarama görüşmesi' 200 kadar özgül belirti ve davranışı değerlendirir. Tarama görüşmesi ile pozitif belirtiler saptanırsa tanıyı doğrulamak amacıyla sorun olan tanı alanında ek sorulara geçilir. Görüşmede her bir tanı için DSM-IV tanı ölçütleri verilmiştir. Çocuğun şu andaki işlev düzeyini belirlemek için düzenlenen üçüncü bölüm ise 'çocuklar için genel değerlendirme ölçeği' olarak adlandırılır.

K-SADS-PL anne-baba ve çocuğun kendisiyle görüşme yoluyla uygulanır ve en sonunda tüm kaynaklardan (anne-baba, çocuk, okul v.b.) alınan bilgiler doğrultusunda değerlendirme yapılır. Ergenlik öncesi döneme uygulanırken önce anne-baba ile görüşme yapılır. Ergenlerle çalışılıyorsa, önce ergenin kendisi ile görüşülür. Eğer farklı kaynaklardan gelen bilgiler arasında uyumsuzluk varsa klinisyen kendi klinik yargısını kullanır. Formun Türkçe uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirliği Gökler ve arkadaşları (156) tarafından yapılmıştır.

3.4.5. 6-18 Yaş Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇGDDÖ/6-18)

Bu ölçek, Achenbach ve Edelbrock (157) tarafından 6-18 yaş grubu çocuk ve gençlerin yeterlilik alanları ve sorun davranışlarını ebeveynlerinden alınan bilgiler doğrultusunda değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek 1991, 2000 ve 2007 yıllarında Achenbach ve Rescorla tarafından gözden geçirilmiştir. Türkçe'ye uyarlama ve standardizasyon çalışmaları Erol ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (158).

Ölçekte aileye ilişkin demografik bilgilerin yanı sıra, yeterlik ile ilgili maddeler ve çocuklarda görülen davranış ve duygusal sorunları tanımlayan 113 madde bulunmaktadır. Yeterlilik ile ilgili olan maddelerden “Etkinlik”, “Sosyallik” ve “Okul” olmak üzere üç alt test elde edilmektedir. “Etkinlik” alt testi, spor etkinlikleri, spor dışı ilgi alanları ve uğraşlarını, ev ya da ev dışı yapılan işleri; “Sosyallik” alt testi üye olunan kulüp ve kuruluşlar ile arkadaş ve kardeş ilişkilerini; “Okul” alt testi ise okuldaki başarısını, uyumunu ve okul etkinliklerine katılımını yansıtmaktadır.

Ölçekten “İçe Yönelim” ve “Dışa Yönelim” olmak üzere iki ayrı davranış belirti puanı da elde edilmektedir. İçe Yönelim grubunu “Anksiyete/Depresyon, Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon ve Somatik Yakınmalar”, Dışa Yönelim grubunu ise “Kurallara Karşı Gelme ve Saldırgan Davranışlar” alt testlerinin toplamı oluşturmaktadır. Her iki gruba da girmeyen “Sosyal Sorunlar, Düşünce Sorunları ve Dikkat Sorunları” alt testleri de ölçekte yer almaktadır. Ölçekten ayrıca DSM-uyumlu “Duygudurum Bozukluğu, Anksiyete Bozukluğu, Somatizasyon Bozukluğu, Dikkat Eksikliği-Hiperaktivite Bozukluğu, Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu ve Davranım Bozukluğu” alt testleri elde edilmektedir. Son olarak ölçeğe 2007 yılında “Obsesif Kompulsif Bozukluk, Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Ağır Bilişsel Tempo” alt testleri eklenmiştir. Ölçeğin tümünden ise “Toplam Problem” puanı elde edilmektedir (159).

Bu çalışmada ÇGDDÖ 6-18 yaş formu için ülkelere göre standardize edilmiş bilgisayar programı (ADM) kullanılarak, kız ve erkek çocukların alt test puanları ve toplam puanı hesaplanmıştır (Ek 4).

3.4.6. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Ölçek, depresyonda görülen bedensel, duygusal ve bilişsel belirtileri değerlendirmek üzere Beck tarafından geliştirilmiş bir kendini değerlendirme ölçeğidir (160). Her madde depresyona özgü bir davranışsal örüntüyü belirlemekte ve azdan çoğa

giden dört seçenekli (0-3) 21 maddeden oluşmaktadır. Alınacak en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksekliği depresyonun şiddetini göstermektedir. Ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Hisli (161) tarafından yapılmıştır. Kesme puanı 17 olarak belirlenen ölçekte 0-17 puan depresyon olmadığına, 18-29 puan orta düzeyde depresyon olduğuna, 30-63 puan ise ciddi düzeyde depresyon olduğuna işaret etmektedir (Ek 5).

3.4.7. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Beck ve arkadaşları (162) tarafından, bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçek "hiç", "hafif derecede" "orta derecede", "ciddi derecede" seçeneklerini içeren 21 maddeden oluşmakta ve 0-3 arası puanlanan likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Ulusoy ve arkadaşları (163) tarafından yapılmıştır (Ek 6).

3.4.8. Evlilik Çatışması Ölçeği

Hatipoğlu (164) tarafından geliştirilmiş bu ölçek, evlilik çatışmalarını ölçebilmek amacıyla 70 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde için verilebilecek olan cevap seçeneği altı tanedir. Bu cevap seçenekleri; Böyle bir durum yok, Var ama hiç gerginlik yaratmıyor, Yılda 1-2 kez gerginlik yaratıyor (1 puan), Ayda 1-2 kez gerginlik yaratıyor (2 puan), Haftada 1-2 kez gerginlik yaratıyor (3 puan), Günde 1-2 kez gerginlik yaratıyor (4 puan) cevaplarıdır.

Ölçekten, çatışma puanı ve evlilik çatışması sıklığı olmak üzere, iki farklı puan elde edilmektedir. Çatışma puanı (ÇP), "Böyle bir durum yok" ve "Var ama hiç gerginlik yaratmıyor" cevaplarının dışında kalan cevap sayısı ile belirlenmektedir. Yani çatışma yarattığı söylenen maddelerin toplam sayısı çatışma puanı vermektedir. Bu puan, 0 ile 70 arasında değişmektedir. Evlilik çatışması sıklığı puanı (ÇSP) hesaplanırken, çatışma yarattığı söylenen maddelerin karşılık gelen puanlarla çarpılmasından elde edilen puanlar toplanır. Bu elde edilen toplam puan ise çatışma puanına bölünür. Böylece 1 ile 4 arasında değişebilen bir sıklık puanı elde edilir. Yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışması sonucunda cronbach-alfa 0.91 olarak bulunmuştur.

Bu çalışmada evlilik çatışması olan ve olmayan aileler "Çatışma Puanı" kullanılarak ayrılmış ve bu ölçek yalnızca anneler tarafından doldurulmuştur (Ek 7).

3.5. Çalışmanın İstatistiksel Analizi

İstatistiksel değerlendirmelerde Windows için SPSS 13.0 (*Statistical Package for Social Sciences*) paket programı kullanılmıştır. Ölçümle elde edilen veriler; aritmetik ortalama (X) ve standart sapma (SS), sayımla elde edilen veriler; sayı (n) ve yüzde (%) olarak gösterilmiştir.

İki grubun (Depresyonlu çocuklar ve kontrol grubundaki çocuklar) ölçümsel (interval) verilerinin parametrik koşulları taşıyıp taşımadığı One-Sample Kolmogorov-Smirnov Testi kullanılarak bakılmıştır. Ölçümsel değişkenlerin ortalama değerlerinin normal dağılıma uyanları Student *t* testi, normal dağılıma uymayanları Mann Whitney-U testi kullanılarak, gruplar arasındaki ortalama puan farkları karşılaştırılmıştır.

Niteliksel (ordinal, kategorik) verilerin frekansları bakımından gruplar arasındaki farklar X^2 (chi-square) testi ile karşılaştırılmıştır. İlişkilendirme için verilerin normal dağılıma uygunluğuna göre Pearson veya Spearman korelasyon analizleri kullanılmıştır.

Çocukluk çağı depresyonu için yordayıcı olabilecek etkenler regresyon analizi ile incelenmiştir.

Değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alınmıştır.

3.6. Etik Onay ve Sınırlılıklar

Araştırma konusu KTÜ Tıp Fakültesi Etik Kuruluna sunulmuş, onay alındıktan sonra çalışmaya başlanılmıştır. Çalışmayı yürüten hekim tarafından hasta ve kontrol grubuna alınması planlanan çocuklara ve annelerine aydınlatılmış onam sunulmuş, katılmayı kabul edenler çalışmaya alınmıştır (Ek 8).

Bu çalışmadaki araştırma grubu, bir üniversite hastanesinin çocuk-ergen ruh sağlığı ve hastalıkları bölümüne başvuruda bulunmuş, düşük sosyo-kültürel ve sosyo-ekonomik düzeye sahip ailelerin çocuklarından oluşmuştur. Örneklem sayısının küçüklüğü istatistiksel analizler için kısıtlılık oluşturmuştur. Bu nedenle elde edilen sonuçların çalışma örneklemini ile sınırlı olduğu topluma genellenemeyeceği düşünülmüştür.

Çalışmada, evlilik çatışması sıklığındaki artış çocukluk çağı depresyonu için önemli bir risk faktörü olarak bulunmuştur. Ancak evlilik çatışması ve çatışma sıklığının yalnızca anneden alınan bilgilere göre değerlendirilmiş olması, diğer ebeveynden bilgi alınmamış olması bu çalışmanın kısıtlılıklarının biri olmuştur.

Diğer yandan evlilik çatışmasının çocuk üzerindeki etkilerinin, çocuğun bu çatışmaya yüklediği anlamlar ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (128). Bu veri doğrultusunda, evlilik çatışmasının yalnızca annelerin doldurduğu ölçekler ile değerlendirilmiş olması, çocuğun çatışma algısına yönelik bir ölçek kullanılmamış olması bu çalışmanın kısıtlılıklarından biri olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmada, major depresyon tanısı konan çocukların %81'inin en az bir ek psikiyatrik tanısı olduğu saptanmıştır. Bu durum, davranışsal özelliklerin değerlendirildiği analizlerde bias oluşturmuş olabileceği gibi çalışmanın kısıtlılıklarından biridir.

Ayrıca çalışmaya dahil edilen annelerin şuanda herhangi bir psikopatolojisinin olup olmaması kendi beyanlarına dayanarak değerlendirilmiştir. Bu da çalışmanın kısıtlılıklarından biri olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışma tarihleri arasında hastanemiz çocuk-ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvuruda bulunan ve 7-12 yaş arasında olduğu saptanan çocuklar arasında ÇDÖ puanı 13'ün üzerinde olup yapılan K-SADS görüşmesi sonrasında DSM-IV'e göre major depresif bozukluk tanısı konan 42 çocuk olmuştur. Tanı konan hastalar araştırma grubunu oluşturmuştur. Bu grup ile yaş ve cinsiyet olarak eşleştirilmiş, kronik bedensel ya da ruhsal hastalığı bulunmayan, hastaneye farklı nedenlerle (psikolojik danışmanlık, üst solunum yolu enfeksiyonu, kabızlık, dermatit, idrar yolu enfeksiyonu ... gibi) getirilmiş 42 çocuk ise kontrol grubunu oluşturmuştur.

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

4.1.1. Örneklemin Kendisine Ait Tanımlayıcı Bulgular

Hastaların %64.3'ü erkek, %35.7'si kız, yaş ortalaması 10.1 ± 1.3 idi. Yaş ve cinsiyete göre eşleştirilmiş olan kontrol grubu ile hastalar arasında bu parametreler açısından anlamlı fark bulunmuyordu (Tablo 3).

Tablo 3. Grupların yaş ortalamaları ve cinsiyet dağılımları

Değişkenler		Hasta	Kontrol	P
Yaş (ort.±SS)		10.1±1.3	10.1±1.3	1.000
Cinsiyet	Erkek n(%)	27 (64.3)	27 (64.3)	1.000
	Kız n(%)	15 (35.7)	15 (35.7)	

Hastaların başvuru yakınmaları incelendiğinde sıklıkla dışa yönelik davranış sorunlarının dile getirildiği, en sık dikkatsizlik (n=8; %19.0), hırçınlık (n=6; %14.3) ve sinirlilik (n=5; %11.9) yakınmaları ile karşılaşıldığı gözlenmiştir. Tüm hastaların başvuru yakınmalarının dağılımı Tablo 4’de sunulmuştur.

Tablo 4. Hastaların başvuru yakınmalarının dağılımı

Başvuru yakınması*	Sayı	%
Dikkatsizlik	8	19.0
Hırçınlık	6	14.3
Sinirlilik	5	11.9
Hareketlilik	4	9.5
Mutsuzluk	3	7.1
Arkadaşlarına zarar verme	2	4.8
Okul korkusu	2	4.8
Kendine zarar verme	2	4.8
Kekemelik	2	4.8
Sıkılganlık	1	2.4
Sorumsuzluk	1	2.4
Yalan söyleme	1	2.4
Geçimsizlik	1	2.4
İnatçılık	1	2.4
İçe kapanıklık	1	2.4
Umursamazlık	1	2.4
Anneye aşırı bağlanma	1	2.4
TOPLAM	42	100.0

*:Anne ile yapılan başlangıç görüşmesinde dile getirilen ilk başvuru yakınması değerlendirilmiştir.

Gruplar arasında okul öncesi eğitim alma ve tırnak yeme yakınmaları açısından fark bulunmamıştır. Diğer yandan kendine zarar verme davranışı yalnızca hasta grubunda gözlenmiş ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur (p=0.005). Arkadaş sayısı dağılımı incelendiğinde ise kontrol grubundaki olguların anlamlı oranda daha fazla arkadaş grubuna sahip olduğu, hiç arkadaşı olmayan ya da yalnızca bir arkadaşı olan olguların sadece hasta grupta yer aldığı saptanmıştır (p<0.001; Tablo 5).

Tablo 5. Grupların okul öncesi eğitim alma, tırnak yeme, kendine zarar verme davranışı ve arkadaş grubu dağılımlarının karşılaştırılması

Değişkenler		Hasta		Kontrol		P	X ²
		n	%	n	%		
Anaokulu	Gitmiş	32	76.2	35	83.3	0.664	0.415
	Gitmemiş	10	23.8	7	16.7		
Arkadaş sayısı	Hiç arkadaşı yok	10	23.8	0	0	0.000	31.672
	Yalnızca bir arkadaşı var	13	31.0	0	0		
	Arkadaş grubu var	19	45.2	42	100.0		
Tırnak yeme	Yiyor	12	28.6	4	9.5	4.941	0.026
	Yemiyor	30	71.4	38	90.5		
Kendine zarar verme davranışı	Yok	34	81.0	42	100	0.005*	
	Var	8	19.0	0	0		

*:Fisher'in kesin ki kare testi kullanılmıştır.

4.1.2. Örneklemin Anne-Babalarına Ait Tanımlayıcı Bulgular

Major depresif bozukluk tanısı konan çocuklar ile kontrol grubundaki çocukların anne-babaları; yaş, eğitim düzeyi, meslek, akrabalık, ayrılık durumu, geçmişteki fiziksel ya da ruhsal hastalık ve madde kullanım alışkanlığı değişkenleri açısından karşılaştırılmıştır.

Yaş ortalamaları açısından incelendiğinde gruplar arasında anne ve babalar için anlamlı fark bulunmadığı (sırasıyla $p=0.275$; $t=-1.099$ ve $p=0.295$ $t=-1.054$) gözlenmişken, hem anneler hem de babaların kontrol grubunda anlamlı oranda daha fazla (sırasıyla $p<0.001$; $Z=-4.356$ ve $Z=-4.667$) eğitim gördüğü bulunmuştur (Tablo 6).

Tablo 6. Gruplara göre anne-babaların yaş ve eğitim yılı ortalamaları

Değişkenler	Hasta (ort.±SS)	Kontrol (ort.±SS)	p
Anne yaş ortalaması	37.1±5.2	38.5±6.6	0.275
Anne eğitim yılı ortalaması	6.9±2.8	10.0±3.2	<0.001
Baba yaş ortalaması	41.8±5.9	43.1±5.3	0.295
Baba eğitim yılı ortalaması	8.3±3.2	12.1±3.0	<0.001

Araştırma grubundaki ailelerde anne ve babaların %38.1'i (n=16) geçimsizlik, ebeveynlerden birinin hastalığı ya da iş dolayısıyla birbirlerinden ayrı yaşamış ya da halen

zaman zaman ayrılık yaşamaktaydı. Bu oran kontrol grubunda %4.8 (n=2) iken aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.001$; $X^2=13.859$). Diğer yandan kontrol grubundaki annelerin çalışma oranlarının araştırma grubuna göre anlamlı oranda daha fazla olduğu saptanmıştır ($p=0.002$; $X^2=9.650$). Anne ve babaların meslekleri ve ayrılık durumlarına ilişkin veriler Tablo 7’de yer almaktadır.

Tablo 7. Hasta ve kontrol grubundaki anne ve babaların meslek ve ayrılık durumlarına göre dağılımları

Değişkenler	Hasta		Kontrol		
	Sayı	%	Sayı	%	
Anne çalışma durumu	İşsiz	38	90.5	26	61.9
	İşçi	3	7.1	7	16.6
	Memur	1	2.4	8	19.1
	Esnaf	0	0	1	2.4
Baba çalışma durumu	İşsiz	1	2.4	0	0
	İşçi	27	64.3	15	35.7
	Memur	9	21.4	18	42.9
	Esnaf	5	11.9	9	21.4
Ayrılık durumu	Yok	26	61.9	40	95.2
	İş	13	31.0	0	0
	Geçimsizlik	2	4.8	2	4.8
	Hastalık	1	2.4	0	0

Araştırma grubundaki olguların %16.7’sinde (n=7) anne-babalar akraba iken kontrol grubunda ebeveynler arasında akrabalık bulunmuyordu. Bunun yanında araştırma grubundaki annelerin %28.6’sında (n=12), babaların ise %7.1’inde (n=3) anksiyete bozuklukları, depresif bozukluklar ya da alkol bağımlılığı gibi geçmişte yaşanmış ve tedavi olunmuş ruhsal bozukluklar bulunuyordu (Tablo 8).

Tablo 8. Anne babaların sağlık öyküsü ve sigara ya da alkol/madde kullanım öykülerinin gruplara göre dağılımı

Değişkenler	Hasta		Kontrol		
	Sayı	%	Sayı	%	
Anne sağlık öyküsü	Sağlıklı	26	61.9	38	90.5
	Fiziksel hastalık öyküsü	4	9.5	0	0
	Ruhsal hastalık öyküsü	12	28.6	4	9.5
Baba sağlık öyküsü	Sağlıklı	33	78.6	40	90.5
	Fiziksel hastalık öyküsü	6	14.3	0	0
	Ruhsal hastalık öyküsü	3	7.1	2	4.8
Anne sigara, alkol/madde kullanımı	Yok	35	83.3	38	90.5
	Sigara	6	14.3	4	9.5
	Sigara ve alkol	1	2.4	0	0
Baba sigara, alkol/madde kullanımı	Yok	25	59.5	23	54.8
	Sigara	14	33.3	19	45.2
	Alkol	2	4.8	0	0
	Sigara ve alkol	1	2.4	0	0

Araştırma grubundaki annelerin geçmişinde ruhsal bozukluk bulunma oranı kontrol grubuna göre anlamlı oranda fazla bulunmuştur ($p=0.026$; $X^2=4.941$). Babaların ruhsal bozukluk öyküsü açısından gruplar arasında fark saptanmamıştır ($p=1.000$). Sigara ya da alkol/madde kullanımı tek bir grup olarak ele alındığında anne-babaların bunları kullanım öyküsünün gruplar arasında anlamlı fark göstermediği saptanmıştır (anneler için $p=0.332$; $X^2=0.941$, babalar için $p=0.659$; $X^2=0.194$).

4.1.3. Örneklem Kardeşlerine ve Diğer Aile Değişkenlerine Ait Tanımlayıcı Bulgular

Araştırma grubundaki olguların kardeş sayısı ortalaması 2.7 ± 0.8 iken doğum sırası ortalama 2.0 ± 0.9 bulunmuş olup bu veriler açısından kontrol grubu ile aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 9).

Tablo 9. Kardeş sayısı ve doğum sırası ortalamalarının gruplar arasında karşılaştırılması

Değişkenler	Hasta (ort.±SS)	Kontrol (ort.±SS)	P	Z
Kardeş sayısı ortalaması	2.7 ± 0.8	2.5 ± 1.0	$p=0.092$	-1.685
Doğum sırası ortalaması	2.0 ± 0.9	2.0 ± 0.7	$p=0.599$	-0.526

Ailelerin gelir düzeylerine bakıldığında kontrol grubunun anlamlı oranda daha yüksek gelire sahip olduğu gözlenmiştir ($p=0.003$, $X^2= 11.685$). Aile yapısı açısından (çekirdek ya da geniş aile) gruplar arasında fark bulunmazken ($p=1.000$; $X^2= 0.000$) kontrol grubundaki olguların çocuk odasına sahip olma oranları anlamlı oranda daha yüksek bulunmuştur (Tablo 10).

Tablo 10. Grupların gelir düzeyi, aile yapısı ve evde çocuk odası bulunma durumlarının karşılaştırılması

Değişkenler	Hasta		Kontrol		p	X ²	
	Sayı	%	Sayı	%			
Gelir düzeyi	0-1000	16	38.1	6	14.3	0.003	11.685
	1000-3500	23	54.8	22	52.4		
	>3500	3	7.1	14	33.3		
Aile yapısı	Çekirdek	34	81.0	34	81.0	1.000	0.000
	Geniş	8	19.0	8	19.0		
Çocuk odası	Var	30	71.4	38	90.5	0.026	4.941
	Yok	12	28.6	4	9.5		

4.1.4. Örneklemin Pre/Peri/Postnatal Öyküsüne Ait Tanımlayıcı Bulgular

Gruplarda yer alan annelerin gebelikleri sırasında yaşadığı hastalıklar ve diğer olumsuz yaşantılar, olguların doğum zamanı, doğum ağırlığı ve anne sütü alma süreleri değerlendirilmiştir. Buna göre gruplar arasında doğum ağırlığı yönünden fark bulunmazken anne sütü alma süresinin kontrol grubunda anlamlı oranda daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 11).

Tablo 11. Grupların doğum ağırlığı ve anne sütü alma süresi ortalamalarının karşılaştırılması

Değişkenler	Hasta (ort.±SS)	Kontrol (ort.±SS)	p	t
Doğum ağırlığı ortalaması	3315.9±699.0	3302.3±484.3	0.918	0.103
Anne sütü alma süresi ortalaması	14.0±10.2	18.3±8.2	0.040	-2.085

Gebelikte yaşanan fiziksel hastalıklar ve stresli yaşam olayları birlikte değerlendirildiğinde araştırma grubundaki annelerin gebeliklerinde anlamlı oranda daha fazla olumsuz yaşantısı olduğu gözlenmiştir ($p=0.024$; $X^2=5.126$). Diğer yandan emzik ve

geçiş nesnesi kullanımı oranlarının gruplar arasında fark göstermediği saptanmıştır (sırasıyla $p=0.512$; $X^2=0.431$, $p=0.807$; $X^2=0.060$), (Tablo 12).

Tablo 12. Gruplara göre annelerin gebelikte yaşadığı sorunlar, olguların doğum zamanı dağılımları

Değişkenler		Hasta		Kontrol	
		Sayı	%	Sayı	%
Gebelik olumsuz yaşantı	Yok	33	78.6	40	95.2
	Fiziksel Hastalık (DM, HT, ÜSYE gibi)	4	9.5	2	4.8
	Stresli yaşam olayı (evlilik çatışması, yas, aile sorunları gibi)	5	11.9	0	0
Doğum Zamanı	Prematür	4	9.5	2	4.8
	Miad	37	88.1	40	95.2
	Postmatür	1	2.4	0	0

4.1.5. Çocukluk Çağı Depresyonu Tanısı Konan Gruba ve Bu Grubun ÇDÖ, ÇABTÖ Puanları ile ÇDÖ'nün Bazı Maddelerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

ÇDÖ doldurmuş ve major depresif bozukluk tanısı konmuş araştırma grubunda 15 kız (%35.7) ve 27 erkek (%64.3) çocuk yer alıyordu. Kızların yaş ortalaması 10.4 ± 1.1 iken erkeklerin yaş ortalaması 10.0 ± 1.4 bulunmuş ve arada anlamlı fark olmadığı ($p=0.352$; $t=-0.942$) saptanmıştır. Bu gruptaki tüm çocukların ÇDÖ toplam puan ortalaması 20.5 ± 6.1 , ÇABTÖ toplam puanlarının ortalaması ise 33.1 ± 13.1 olarak bulunmuştur. Kız ve erkek cinsiyetler arasında ÇDÖ ve ÇABTÖ toplam puan ortalamaları açısından anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (sırasıyla $p=0.885$; $t=-0.145$, $p=0.790$; $t=0.268$)

ÇDÖ toplam puanlarının hasta sayısına göre dağılımı Tablo 13'de özetlenmiştir. Hastaların 47.6'sında ($n=20$) toplam puanın 19 puanın altında olduğu gözlenmiştir.

Tablo 13. ÇDÖ toplam puanlarının hasta sayısına göre dağılımı

ÇDÖ toplam puanları	Sayı	%
40	1	2,4
30	2	4,8
29	2	4,8
28	1	2,4
27	1	2,4
26	2	4,8
25	2	4,8
23	3	2,4
22	5	11,9
21	2	4,8
20	1	2,4
18	3	7,1
17	2	4,8
16	5	11,9
15	4	9,5
14	1	2,4
13	5	11,9

Tablo 14. ÇDÖ’de yer alan bazı maddelere hastaların verdiği cevap dağılımı

ÇDÖ’de yer alan maddeler	Sayı	%	
Kendimi öldürmeyi düşünüyorum	3	7.1	
İntihar Düşüncesi	Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapmam	21	50.0
	Kendimi öldürmeyi düşünmem	18	42.9
Arkadaş Sayısı	Birçok arkadaşım var	19	45.2
	Birçok arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterdim	17	40.5
	Hiç arkadaşım yok	6	14.3

4.1.6. Çocukluk Çağı Depresyonu Tanısı Konan Grupta Eş Hastalanıma İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Hastaların %19’unda (n=8) ek bir hastalık bulunmazken geri kalan olgularda major depresyona eşlik eden en az bir ek tanı olduğu gözlenmiştir (Tablo 15).

Tablo 15. Araştırma grubunda major depresyon tanısına eşlik eden tanı sayılarının dağılımı

Ek tanı sayıları	Sayı	%
Yok	8	19.0
Bir ek tanı	22	52.3
İki ek tanı	11	26.4
Üç ek tanı	1	2.4
Toplam hasta sayısı	42	100.0

Depresyona eşlik eden tanıları incelendiğinde en sık anksiyete bozuklukları (n=19; %45.2) ardından yıkıcı davranış bozuklukları (n=12; %28.5) ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (n=11; %26.1) tanıları saptanmıştır (Tablo 16).

Tablo 16. Major depresyon tanısına eşlik eden tanıların dağılımı

Major depresyona eşlik eden tanıları*	Sayı	%
Anksiyete Bozuklukları	19	45.2
Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu	9	21.4
Sosyal Fobi	3	7.1
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	1	2.4
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	2	4.7
Başka Türü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğu	4	9.5
Yıkıcı Davranış Bozuklukları	12	28.5
Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu	6	14.2
Davranış Bozukluğu	6	14.2
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	11	26.1
Distimi	3	7.1
Tik bozuklukları	3	7.1
Tourette Sendromu	2	4.7
Kronik motor tik bozukluğu	1	2.4
Konuşma Bozuklukları (Kekemelik)	2	4.7
Dışa Atım Bozukluğu (Enürezis)	1	2.4

*: Bir hastaya birden fazla tanı konulabilmiştir

4.2. Uygulanan Ölçeklerin Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular

4.2.1. Grupların BDÖ, BAÖ ve Evlilik Çatışması Ölçeği Açısından Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan annelerin depresyon (BDÖ) ve anksiyete (BAÖ) ölçeklerine ait ortalama puanları ile evlilik içi çatışmaya yönelik “çatışma puanı (ÇP)” ve “çatışma sıklığı puanı ÇSP” ortalamaları gruplar arasında karşılaştırılmıştır. Sonuçta, major depresyon tanısı konan çocukların annelerinin depresyon ve anksiyete belirti şiddetlerinin (ölçeklerin toplam puan ortalamaları) anlamlı oranda daha yüksek olduğu ayrıca bu ailelerde çatışma ve çatışma sıklığı puanların anlamlı oranda daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 17).

Tablo 17. Annelerin depresyon, anksiyete ve evlilik çatışmasına ilişkin doldurduğu ölçek puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler	Hasta (ort.±SS)	Kontrol (ort.±SS)	p	Z
BDÖ ortalaması	14.7±7.7	7.6±8.4	0.000	-4.191
BAÖ ortalaması	18.0±13.5	8.2±9.5	0.000	-3.751
ÇP	7.9±8.3	5.1±6.9	0.010	-2.567
ÇSP	1.9±1.0	0.7±0.7	0.000	-4.891

4.2.2. Grupların ÇGDDÖ Puanları Açısından Karşılaştırılması

Annelerin doldurduğu ÇGDDÖ/6-8 davranış değerlendirme ölçeğinden, bu ölçeğe özgü bilgisayar programı kullanılarak her bir olgu için 5 ayrı profil oluşturulmuştur. Etkinlik, sosyallik ve okul alanlarını içeren yeterlik profili, duygusal ve davranışsal sorun alt testlerini içeren profil, içe yönelim, dışa yönelim ve toplam sorunu içeren profil, DSM-uyumlu alt testleri içeren profil ve ölçeğe 2007’de eklenen alt testlere ait profil değerlendirmeye alınmıştır. Her bir profilin alt testlerinden elde edilen ortalama puanlar gruplar arasında karşılaştırılmıştır. Buna göre yeterlik alanlarından sosyallik ve okul yeterliğinin kontrol grubunda anlamlı oranda daha yüksek olduğu, etkinlik alanında ise gruplar arasında anlamlı fark bulunmadığı saptanmıştır (Tablo 18).

Tablo 18. ÇGDDÖ/6-18 - Yeterlik alt testlerinin gruplar arasında karşılaştırılması

Değişkenler	Hasta (ort.±SS)	Kontrol(ort.±SS)	p
Etkinlik	38.3±8.0	41.3±8.1	0.088
Sosyallik	39.4±8.4	45.4±7.1	0.021
Okul	37.7±8.4	49.1±4.4	<0.001

Duygusal ve davranışsal sorunlara ait alt testler karşılaştırıldığında, araştırma grubunun her alanda anlamlı oranda daha yüksek sorun davranışa sahip olduğu gözlenmiştir (Tablo 19).

Tablo 19. ÇGDDÖ/6-18 - duygusal ve davranışsal sorunlara ait alt testlerin gruplar arasında karşılaştırılması

Değişkenler	Hasta (ort.±SS)	Kontrol (ort.±SS)	p
Anksiyete/Depresyon	67.6±9.3	55.6±5.0	<0.001
Sosyal İçer Dönüklük/ Depresyon	76.0±7.3	58.5±6.2	<0.001
Somatik Yakınmalar	62.2±10.5	56.6±5.6	0.009
Sosyal Sorunlar	67.4±8.4	55.3±4.3	<0.001
Düşünce Sorunları	59.5±8.8	51.9±2.9	<0.001
Dikkat Sorunları	68.4±10.0	55.3±5.2	<0.001
Kurallara Karşı Gelme Davranışı	61.9±8.1	52.0±2.7	<0.001
Saldırgan Davranışlar	69.2±8.8	54.3±5.0	<0.001

Benzer şekilde araştırma grubundaki olgular içe yönelik, dışa yönelik ve toplam sorun puanlarında kontrol grubuna göre anlamlı oranda daha yüksek puanlar elde etmiştir (Tablo 20).

Tablo 20. ÇGDDÖ/6-18 - içe yönelim, dışa yönelim ve toplam puanların gruplar arasında karşılaştırılması

Değişkenler	Hasta (ort.±SS)	Kontrol (ort.±SS)	p
İçer Yönelik Sorunları	71.4±7.3	54.9±9.7	<0.001
Dışa Yönelik Sorunları	66.5±6.7	50.3±7.8	<0.001
Toplam puan	69.4±7.1	51.9±8.8	<0.001

DSM-uyumlu alt testlerde, somatizasyon bozukluğu hariç tüm alt testlerde araştırma grubunun anlamlı oranda daha yüksek puanlar elde ettiği saptanmıştır (Tablo 21).

Tablo 21. ÇGDDÖ/6-18 - DSM-uyumlu alt testlerin gruplar arasında karşılaştırılması

Değişkenler	Hasta (ort.±SS)	Kontrol (ort.±SS)	p
Duygudurum Bozukluğu	72.9±6.4	59.1±6.9	<0.001
Anksiyete Bozukluğu	65.9±7.0	55.6±6.5	<0.001
Somatizasyon Bozukluğu	60.7±10.9	56.3±6.0	0.097
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)	65.6±6.4	54.0±5.5	<0.001
Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB)	64.5±6.5	53.5±3.5	<0.001
Davranım Bozukluğu	63.8±7.4	52.3±2.9	<0.001

Ölçeğe 2007 yılında eklenen ağır bilişsel tempo, obsesif kompulsif bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğu alanlarında da araştırma grubundaki olgular anlamlı oranda yüksek puanlar elde etmiştir (Tablo 22).

Tablo 22. ÇGDDÖ/6-18 -2007'de eklenen alt testlerin gruplar arasında karşılaştırılması

Değişkenler	Hasta (ort.±SS)	Kontrol (ort.±SS)	p
Ağır Bilişsel Tempo	63.2±8.2	55.2±6.5	<0.001
Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)	58.5±9.9	52.6±3.8	0.004
Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)	71.5±8.4	55.5±5.1	<0.001

4.2.3. Araştırma Grubunun Cinsiyetlerine ve Ebeveynlerinin Evlilik Çatışmasına göre ÇGDDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Major depresyon tanısı konan 15'i kız ve 27'si erkek toplam 42 hasta, cinsiyetlerine göre ve yaşadıkları evde evlilik çatışması olup olmamasına göre ÇGDDÖ'de yer alan yeterli alanları ve diğer sorunlar açısından karşılaştırılmıştır.

Cinsiyetlere göre incelendiğinde gruplar arasında yeterli alt testlerinde anlamlı fark saptanmamıştır. Ancak erkeklerin sosyal işlevselliğinin, kızların ise etkinlik ve okul işlevselliğinin daha düşük olduğu gözlenmiştir (Tablo 23).

Tablo 23. Araştırma grubunun ÇGDDÖ/6-18 - yeterli alt testlerinin cinsiyetlere göre karşılaştırılması

Değişkenler	Kız (ort.±SS)	Erkek (ort.±SS)	p
Etkinlik	35.7±9.5	39.7±6.8	0.116
Sosyallik	40.5±9.0	38.9±8.2	0.551
Okul	36.8±8.6	38.2±5.2	0.555

Davranışsal alt testler incelendiğinde anksiyete/depresyon, somatik yakınmalar, sosyal sorunlar ve dikkat sorunlarında kızların anlamlı oranda daha yüksek puanlar elde ettiği gözlenmiştir (Tablo 24).

Tablo 24. Araştırma grubunun ÇGDDÖ/6-18 - duygusal ve davranışsal sorunlara ait alt testlerin cinsiyetlere göre karşılaştırılması

Değişkenler	Kız (ort.±SS)	Erkek (ort.±SS)	p
Anksiyete/Depresyon	73.5±8.8	64.3±8.0	0.002
Sosyal İçer Dönüklük/ Depresyon	75.3±7.5	76.4±7.2	0.699
Somatik Yakınmalar	69.8±12.5	58.0±6.2	0.003
Sosyal Sorunlar	71.9±6.3	65.0±8.4	0.009
Düşünce Sorunları	62.1±8.8	58.1±8.6	0.164
Dikkat Sorunları	75.0±10.4	64.8±7.8	0.001
Kurallara Karşı Gelme Davranışı	62.4±6.2	61.6±9.1	0.763
Saldırgan Davranışlar	69.3±6.7	69.1±10.0	0.943

Hem içe yönelik hem de dışa yönelik sorunlarda kızların daha yüksek puanlar elde ettiği gözlenmiştir. Ancak içe yönelik ve toplam sorun puanları kızlarda anlamlı oranda daha yüksek iken dışa yönelik sorun puanlarında cinsiyetlere göre anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 25).

Tablo 25. Araştırma grubunun ÇGDDÖ/6-18 - içe yönelim, dışa yönelim ve toplam puanların cinsiyetlere göre karşılaştırılması

Değişkenler	Kız (ort.±SS)	Erkek (ort.±SS)	P
İçer Yönelik Sorunları	75.9±8.9	68.9±4.9	0.011
Dışa Yönelik Sorunları	67.8±5.6	65.8±7.4	0.379
Toplam puan	72.8±5.9	67.5±7.1	0.019

DSM-uyumlu alt testlerde kızların, Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu ve Davranım Bozukluğu hariç tüm alt testlerde anlamlı oranda daha yüksek puanlar elde ettiği saptanmıştır (Tablo 26).

Tablo 26. Araştırma grubunun ÇGDDÖ/6-18 - DSM-uyumlu alt testlerin cinsiyetlere göre karşılaştırılması

Değişkenler	Kız (ort.±SS)	Erkek (ort.±SS)	p
Duygudurum Bozukluğu	76.0±5.7	71.2±6.2	0.017
Anksiyete Bozukluğu	69.3±5.8	64.0±7.1	0.018
Somatizasyon Bozukluğu	67.8±13.6	56.7±6.5	0.008
DEHB	69.8±5.7	63.3±5.8	0.001
KOKGB	65.2±6.9	64.0±6.4	0.599
Davranım Bozukluğu	65.6±5.2	62.8±8.4	0.192

Ölçeğe 2007’de eklenmiş tüm alt testlerde de kızların anlamlı oranda daha yüksek puanlar elde ettiği gözlenmiştir (Tablo 27).

Tablo 27. Araştırma grubunun ÇGDDÖ/6-18 -2007’de eklenen alt testlerin cinsiyetlere göre karşılaştırılması

Değişkenler	Kız (ort.±SS)	Erkek (ort.±SS)	p
Ağır Bilişsel Tempo	66.3±5.7	61.5±9.0	0.044
OKB	63.3±11.1	55.9±8.3	0.035
TSSB	75.2±8.6	69.5±7.8	0.034

Major depresyon tanısı konan 42 hastanın 38’inin (%90.4) yaşadığı evde evlilik çatışması olduğu, 4’ünde (%9.5) ise evlilik çatışması olmadığı saptanmıştır. Bu gruplar ÇGDDÖ’de yer alan yeterlik alanları ve diğer sorunlar açısından karşılaştırılmıştır. Evlilik çatışması olan grupta yeterlik alanlarından yalnızca okul alanında anlamlı oranda daha düşük puanlar elde edildiği gözlenmiştir (Tablo 28).

Tablo 28. Araştırma grubunun ÇGDDÖ/6-18 - yeterlik alt testlerinin evlilik çatışmasına göre karşılaştırılması

Değişkenler	Evlilik Çatışması (ort.±SS)		p
	Var	Yok	
Etkinlik	38.2±8.2	38.2±7.2	0.862
Sosyallik	39.4±8.6	39.5±7.5	0.084
Okul	37.2±6.3	42.0±8.0	<0.001

Major depresyon tanısı konan çocuklardan, yaşadığı evde evlilik çatışması olup olmamasına göre ÇGDDÖ’nin davranışsal alt testlerinden, içe yönelim, dışa yönelim ve toplam sorun alt testlerinden, DSM-uyumlu alt testlerinden ve ölçeğe 2007’de eklenen alt testlerden elde edilen puanların anlamlı fark göstermediği bulunmuştur (Tablo 29-32).

Tablo 29. Araştırma grubunun ÇGDDÖ/6-18 - duygusal ve davranışsal sorunlara ait alt testlerin evlilik çatışmasına göre karşılaştırılması

Değişkenler	Evlilik Çatışması (ort.±SS)		p
	Var	Yok	
Anksiyete/Depresyon	67.6±9.2	67.2±11.9	0.939
Sosyal İçer Dönüklük/ Depresyon	76.3±7.4	73.0±6.0	0.307
Somatik Yakınmalar	62.7±10.7	58.0±8.2	0.401
Sosyal Sorunlar	67.6±8.3	65.5±9.8	0.629
Düşünce Sorunları	59.3±8.8	61.2±9.0	0.820
Dikkat Sorunları	68.6±10.1	66.2±8.9	0.652
Kurallara Karşı Gelme Davranışı	61.0±6.8	70.0±15.6	0.337
Saldırgan Davranışlar	69.6±9.2	65.5±3.1	0.384

Tablo 30. Araştırma grubunun ÇGDDÖ/6-18 - içe yönelim, dışa yönelim ve toplam puanların evlilik çatışmasına göre karşılaştırılması

Değişkenler	Evlilik Çatışması (ort.±SS)		p
	Var	Yok	
İçer Yönelik Sorunları	71.7±7.4	68.7±6.8	0.467
Dışa Yönelik Sorunları	66.7±6.9	64.5±4.6	0.532
Toplam puan	69.6±7.3	67.7±6.2	0.616

Tablo 31. Araştırma grubunun ÇGDDÖ/6-18 - DSM-uyumlu alt testlerin evlilik çatışmasına göre karşılaştırılması

Değişkenler	Evlilik Çatışması (ort.±SS)		p
	Var	Yok	
Duygudurum Bozukluğu	73.3±6.4	68.7±5.7	0.173
Anksiyete Bozukluğu	65.8±6.9	67.2±9.4	0.700
Somatizasyon Bozukluğu	61.0±11.1	57.2±8.8	0.470
DEHB	65.5±6.3	66.5±9.0	0.791
KOKGB	64.3±6.6	65.7±6.9	0.720
Davranım Bozukluğu	64.3±7.4	58.7±6.2	0.157

Tablo 32. Araştırma grubunun ÇGDDÖ/6-18 -2007'de eklenen alt testlerin evlilik çatışmasına göre karşılaştırılması

Değişkenler	Evlilik Çatışması (ort.±SS)		p
	Var	Yok	
Ağır Bilişsel Tempo	63.8±8.2	57.5±7.5	0.148
OKB	58.6±9.9	58.0±12.2	0.910
TSSB	71.6±8.7	70.5±7.0	0.803

4.2.4. Araştırma Grubunda İntihar Düşüncesi ve Kendine Zarar Verme Davranışına göre ÇGDDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Araştırma grubundaki olguların %57.1 (n=24)'ünde intihar düşüncesi bulunduğu, %19 (n=8)'inde kendine zarar verme davranışı bulunduğu saptanmıştır. Analizler, intihar düşüncesi olan çocukların depresyon şiddetinin (ÇDÖ toplam puan ortalamasının) anlamlı oranda daha yüksek olduğunu (sırasıyla 22.5±6.6 ve 17.9±4.3 puan) göstermiştir (p=0.015; t=-2.552). Ancak kendine zarar verme davranışı ile depresyon şiddeti arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=0.147; t=-1.479). Benzer şekilde intihar düşüncesi ve kendine zarar verme davranışı arasında da anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=0.431).

Yapılan analizlerde intihar düşüncesi ile yeterlik ve davranışsal alt test puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı gözlenmiştir (Tablo 33, 34). Öte yandan kendine zarar verme davranışı ile yeterlik alt testleri arasında anlamlı ilişki bulunmazken kurallara karşı gelme ve saldırgan davranışlar alt testleri ve dışı yönelik sorun puanları arasında anlamlı ilişki bulunduğu gösterilmiştir (Tablo 35, 36).

Tablo 33. İntihar düşüncesi ile ÇGDDÖ/6-18 – yeterlik alt testlerin karşılaştırılması

Değişkenler	İntihar Düşüncesi (ort.±SS)		p
	Var	Yok	
Etkinlik	38.9±8.7	37.4±7.0	0.563
Sosyallik	40.7±7.1	37.7±9.8	0.263
Okul	36.5±6.1	39.2±6.9	0.191

Tablo 34. İntihar düşüncesi ile ÇGDDÖ/6-18 - duygusal ve davranışsal sorunlara ait alt testlerin karşılaştırılması

Değişkenler	İntihar Düşüncesi (ort.±SS)		p
	Var	Yok	
Anksiyete/Depresyon	68.5±9.1	66.3±9.7	0.455
Sosyal İçer Dönüklük/ Depresyon	74.3±5.1	78.2±9.1	0.085
Somatik Yakınmalar	63.7±10.7	60.3±10.1	0.309
Sosyal Sorunlar	68.1±8.3	66.5±8.5	0.554
Düşünce Sorunları	58.5±8.8	60.7±8.7	0.430
Dikkat Sorunları	69.5±11.4	67.0±7.7	0.429
Kurallara Karşı Gelme Davranışı	60.8±7.0	63.2±9.4	0.343
Saldırgan Davranışlar	69.6±8.9	68.6±8.9	0.733
İçer Yönelik Sorunları	71.9±7.3	70.6±7.5	0.580

Dışa Yönelik Sorunları	66.8±7.2	66.1±6.3	0.723
Toplam puan	69.8±7.6	68.7±6.5	0.627

Tablo 35. Kendine zarar verme davranışı ile ÇGDDÖ/6-18 – yeterlik alt testlerin karşılaştırılması

Değişkenler	Kendine Zarar Verme (ort.±SS)		p
	Var	Yok	
Etkinlik	40.2±9.6	37.8±7.6	0.351
Sosyallik	36.3±9.0	40.2±8.2	0.222
Okul	37.0±6.1	37.9±6.7	0.711

Tablo 36. Kendine zarar verme davranışı ile ÇGDDÖ/6-18 - duygusal ve davranışsal sorunlara ait alt testlerin karşılaştırılması

Değişkenler	Kendine Zarar Verme (ort.±SS)		p
	Var	Yok	
Anksiyete/Depresyon	68.7±4.0	67.3±10.2	0.413
Sosyal İçer Dönüklük/ Depresyon	78.2±9.9	75.5±6.5	0.649
Somatik Yakınmalar	63.1±6.4	62.0±11.3	0.366
Sosyal Sorunlar	72.6±6.8	66.2±8.2	0.050
Düşünce Sorunları	60.5±9.6	59.2±8.6	0.628
Dikkat Sorunları	67.6±6.2	68.6±10.7	0.962
Kurallara Karşı Gelme Davranışı	66.7±4.2	60.7±8.4	0.027
Saldırgan Davranışlar	78.2±8.1	67.0±7.6	0.002
İçer Yönelik Sorunları	72.7±4.1	71.0±7.9	0.234
Dışer Yönelik Sorunları	73.2±2.9	64.9±6.4	0.001
Toplam puan	73.3±2.6	68.4±7.5	0.050

4.2.5. Evlilik Çatışması Olan ve Olmayan Ailelerin ÇDÖ, ÇABTÖ, BDÖ, BAÖ ve ÇGDDÖ Puanları Açısından Karşılaştırılması

Tüm olgular değerlendirildiğinde olguların %73.8'inde (n=62) evlilik çatışması olduğu, %26.2'sinde ise (n=22) eşler arasında çatışma yaşanmadığı saptanmıştır. Evlilik çatışmasına göre annelerin depresyon ve anksiyete belirti şiddetleri (ölçeklerin toplam puan ortalamaları) karşılaştırıldığında, çatışmanın yaşandığı ailelerdeki annelerin depresyon ve anksiyete belirti şiddetlerinin anlamlı oranda daha yüksek olduğu (sırasıyla $p<0.001$; $t=-3.963$, $p<0.001$; $Z=-4.363$) gözlenmiştir (Tablo 37).

Tablo 37. Tüm olgularda evlilik çatışmasına göre annelerin depresyon ve anksiyete belirti şiddetlerinin karşılaştırılması

Değişkenler	Evlilik Çatışması (ort.±SS)		p
	Var (n=62)	Yok (n=22)	
BDÖ	13.2±8.5	5.3±6.7	<0.001
BAÖ	15.8±12.8	5.5±8.4	<0.001

Diğer yandan araştırma grubundaki çocuklar incelendiğinde çatışmanın yaşandığı ailelerde çocukların depresyon şiddetinin daha yüksek olduğu ancak aradaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 38)

Tablo 38. Araştırma grubundaki çocukların evlilik çatışmasına göre depresyon ve anksiyete belirti şiddetlerinin karşılaştırılması

Değişkenler	Evlilik Çatışması (ort.±SS)		p
	Var (n=38)	Yok (n=4)	
ÇDÖ	20.7±6.2	19.0±5.7	0.576
ÇABTÖ	32.9±12.5	34.0±20.2	0.732

Tüm olgularda ÇGDDÖ'nin yeterlik ve davranışsal alt testlerinden elde edilen puanlar, yaşanan evde evlilik çatışması olup olmamasına göre karşılaştırılmıştır. Evlilik çatışması olan grupta yeterlik alanlarından yalnızca okul alanında anlamlı oranda daha düşük puanlar elde edilmiştir (Tablo 39)

Tablo 39. Tüm olgularda ÇGDDÖ/6-18 - yeterlik alt testlerinin evlilik çatışmasına göre karşılaştırılması

Değişkenler	Evlilik Çatışması (ort.±SS)		p
	Var (n=62)	Yok (n=22)	
Etkinlik	39.9±8.0	39.5±8.6	0.862
Sosyallik	41.5±8.2	45.0±8.3	0.084
Okul	41.9±8.1	47.6±5.7	<0.001

Davranışsal alt testlerde, evlilik çatışması olanların tüm alt testlerden anlamlı oranda daha yüksek puanlar aldığı bulunmuştur (Tablo 40).

Tablo 40. Tüm olgularda ÇGDDÖ/6-18 - duygusal ve davranışsal sorunlara ait alt testlerin evlilik çatışmasına göre karşılaştırılması

Değişkenler	Evlilik Çatışması (ort.±SS)		p
	Var (n=62)	Yok (n=22)	
Anksiyete/Depresyon	63.2±9.6	57.0±8.1	0.008
Sosyal İçer Dönüklük/ Depresyon	70.0±10.4	59.4±8.1	<0.001
Somatik Yakınmalar	60.6±9.4	56.1±6.2	0.035
Sosyal Sorunlar	63.1±9.0	56.5±6.8	<0.001
Düşünce Sorunları	56.8±7.8	52.5±5.4	0.005
Dikkat Sorunları	63.3±10.6	57.8±7.9	0.028
Kurallara Karşı Gelme Davranışı	57.8±6.9	54.5±9.6	0.003
Saldırgan Davranışlar	63.8±10.7	55.8±6.5	<0.001

Ayrıca içe yönelik, dışa yönelik ve toplam sorun puanları da evlilik çatışması olanlarda anlamlı oranda daha yüksek bulunmuştur (Tablo 41).

Tablo 41. Tüm olgularda ÇGDDÖ/6-18 - içe yönelim, dışa yönelim ve toplam puanların evlilik çatışmasına göre karşılaştırılması

Değişkenler	Evlilik Çatışması (ort.±SS)		p
	Var (n=62)	Yok (n=22)	
İçer Yönelik Sorunları	66.0±10.7	55.2±11.8	<0.001
Dışa Yönelik Sorunları	60.9±10.2	51.3±9.9	<0.001
Toplam puan	63.3±10.7	53.0±11.8	<0.001

DSM-uyumlu alt testler incelendiğinde, Somatizasyon Bozukluğu hariç tüm alt testlerden elde edilen puanların evlilik çatışması olanlarda anlamlı oranda daha olduğu gözlenmiştir (Tablo 42).

Tablo 42. Tüm olgularda ÇGDDÖ/6-18 - DSM-uyumlu alt testlerin evlilik çatışmasına göre karşılaştırılması

Değişkenler	Evlilik Çatışması (ort.±SS)		p
	Var (n=62)	Yok (n=22)	
Duygudurum Bozukluğu	68.1±9.4	60.0±7.4	0.001
Anksiyete Bozukluğu	62.4±8.0	56.0±8.3	0.003
Somatizasyon Bozukluğu	59.3±9.6	56.0±6.6	0.168
DEHB	61.0±8.0	56.6±8.6	0.035
KOKGB	60.1±7.6	55.8±6.7	0.019

Davranım Bozukluğu	60.0±8.1	52.3±4.2	<0.001
--------------------	----------	----------	--------

Ölçeğe 2007’de eklenmiş olan alt testlerden elde edilen puanların da evlilik çatışması olanlarda anlamlı oranda daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 43)

Tablo 43. Tüm olgularda ÇGDDÖ/6-18 -2007’de eklenen alt testlerin evlilik çatışmasına göre karşılaştırılması

Değişkenler	Evlilik Çatışması (ort.±SS)		p
	Var (n=62)	Yok (n=22)	
Ağır Bilişsel Tempo	60.5±8.7	55.5±6.1	0.031
OKB	56.5±8.6	53.0±5.7	0.039
TSSB	65.8±10.5	57.3±8.2	0.001

4.3.Korelasyon Analizleri

Evlilik çatışmasının ÇGDDÖ puanlarına olan etkisinden yola çıkılarak tüm olgularda, evlilik çatışması sıklığı ve annenin depresyon belirti şiddeti ile ÇGDDÖ puanları arasındaki ilişki incelenmiştir.

Tüm içe yönelik ve dışa yönelik sorun davranış puanlarının ve toplam sorun davranış puanının evlilik çatışması sıklığı ve annenin depresyon belirti şiddeti ile pozitif korele olduğu bulunmuştur (Tablo 44).

Tablo 44. Tüm olgularda içe yönelik ve dışa yönelik davranışsal sorunlara ait alt testler ile evlilik çatışması sıklığı ve annenin depresyon belirti şiddeti arasındaki ilişkisi

Değişkenler	Evlilik çatışması sıklığı		Annenin depresyon belirti şiddeti	
	r	p	r	p
Anksiyete/Depresyon	0.450	0.000	0.343	0.001
Sosyal İçe Dönüklük/ Depresyon	0.613	0.000	0.459	0.000
Somatik Yakınmalar	0.244	0.025	0.286	0.008
Sosyal Sorunlar	0.524	0.000	0.329	0.002
Düşünce Sorunları	0.357	0.001	0.328	0.002
Dikkat Sorunları	0.473	0.000	0.317	0.003
Kurallara Karşı Gelme Davranışı	0.447	0.000	0.377	0.000
Saldırgan Davranışlar	0.551	0.000	0.393	0.000
İçe yönelik sorunlar	0.543	0.000	0.418	0.000

Dışa yönelik sorunlar	0.565	0.000	0.408	0.000
Toplam puan	0.526	0.000	0.417	0.000

Ayrıca somatizasyon bozukluğu hariç tüm DSM-uyumlu alt test puanlarının evlilik çatışması sıklığı ve annenin depresyon belirti şiddeti ile pozitif korele olduğu saptanmıştır (Tablo 44).

Tablo 44. Tüm olguların DSM-uyumlu alt test puanlarının ve ölçeğe 2007’de eklenen alt test puanlarının evlilik çatışması sıklığı ve annenin depresyon belirti şiddeti ile ilişkisi

Değişkenler	Evlilik çatışması sıklığı		Annenin depresyon belirti şiddeti	
	R	p	r	p
Duygudurum Bozukluğu	0.535	0.000	0.437	0.000
Anksiyete Bozukluğu	0.466	0.000	0.395	0.000
Somatizasyon Bozukluğu	0.190	0.083	0.361	0.081
DEHB	0.486	0.000	0.324	0.003
KOKGB	0.473	0.000	0.381	0.000
Davranım Bozukluğu	0.573	0.000	0.432	0.000
Ağır Bilişsel Tempo	0.399	0.000	0.269	0.013
OKB	0.272	0.012	0.208	0.058
TSSB	0.544	0.000	0.427	0.000

Diğer yandan yeterlik alt testlerinde okul ve sosyal yeterlik alanlarının evlilik çatışması sıklığı ile ters ilişkili olduğu, annenin depresyon belirti şiddeti ile yeterlik alt testleri arasında ise ilişkisi bulunmadığı gözlenmiştir (Tablo 45).

Tablo 45. Tüm olgularda yeterlik alt testlerinin evlilik çatışması ve annenin depresyonu ile ilişkisi

Değişkenler	Evlilik çatışması sıklığı		Annenin depresyon belirti şiddeti	
	r	p	r	p
Etkinlik	0.063	0.570	0.059	0.592
Sosyallik	-0.244	0.026	-0.175	0.111
Okul	-0.442	0.000	-0.285	0.009

Evlilik içi çatışma varlığı ve anne-babanın ayrılık yaşayıp yaşamaması çalışmaya katılan tüm annelerin depresyon belirti şiddeti ile anlamlı ilişkili bulunmuştur. Diğer

yandan ailelerde yaşanan evlilik çatışmasının sıklığı arttıkça annenin depresyon belirti şiddeti artarken anne yaşı ve eğitim düzeyi arttıkça depresyon belirti şiddetinin azaldığı saptanmıştır. Ayrıca ailenin gelir düzeyi ile annenin depresyon belirti şiddetinin ters ilişkili olduğu ancak aradaki ilişkinin anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 46).

Tablo 46. Çalışmaya katılan tüm annelerin depresyon ve anksiyete belirti şiddeti ile bazı değişkenler arasındaki ilişki

Değişkenler	Annenin Depresyon Belirti Şiddeti		Annenin Anksiyete Belirti Şiddeti	
	r	p	r	p
Evlilik çatışması varlığı	0.433	<0.001	0.479	<0.001
Anne-baba ayrılığı varlığı	0.254	0.020	0.167	0.129
Evlilik çatışması sıklığı	0.537	<0.001	0.439	<0.001
Anne yaşı	-0.231	0.035	-0.268	0.014
Anne eğitim yılı	-0.329	0.002	-0.184	0.093
Aile gelir düzeyi	-0.189	0.085	-0.172	0.119
Ailedeki çocuk sayısı	0.133	0.229	0.294	0.007

Yapılan analizlerde genç annelerin depresyon belirti şiddetinin daha fazla olduğu ayrıca evlilik çatışması arttıkça annelerin depresyon belirti şiddetinin arttığı gözlenmiştir. Bu durum genç annelerin daha mı sık evlilik çatışması yaşadığı sorusunu akla getirmiş ancak anne yaşı ve evlilik çatışması arasında anlamlı ilişki olmadığı bulunmuştur ($p=0.226$; $r=-0.133$).

Diğer yandan major depresyon tanısı konan çocuklarda depresyon belirti şiddeti ile evlilik çatışması sıklığı, annenin depresyon şiddeti, yaşı, eğitim düzeyi, babanın yaşı ve eğitim düzeyi ile ailedeki çocuk sayısı gibi değişkenler arasındaki ilişki incelenmiştir. Sonuçta çocuğun depresyon belirti şiddetini etkileyen tek değişkenin anne yaşı olduğu, arada ters yönde anlamlı bir ilişki bulunduğu ($p=0.019$; $r=-0.361$) saptanmıştır. Bu analiz cinsiyetlere göre ayrı ayrı uygulandığında, erkeklerdeki depresyon belirti şiddetinin annenin depresyon belirti şiddeti ile pozitif korele olduğu ($p=0.024$; $r=0.433$) ancak diğer değişkenler arasında cinsiyetlere göre anlamlı ilişki bulunmadığı gözlenmiştir.

Son olarak major depresyon tanısı konan çocukların yeterlik alanları ve davranışsal sorunları ile yaşadıkları evdeki çatışma sıklığı, çocuğun ve annenin depresyon belirti şiddeti arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Buna göre çocukların sosyal içe dönüklük/depresyon davranışı ile evlilik çatışması sıklığı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ($p=0.005$; $r=0.428$) ancak diğer değişkenler arasında anlamlı ilişki bulunmadığı

gösterilmiştir (Tablo 47-49). Ayrıca tüm çocuklar birlikte değerlendirildiğinde evlilik çatışması sıklığı ile çocukların arkadaş sayısı arasında ters yönde anlamlı bir ilişki bulunduğu saptanmıştır ($p=0.001$; $r=-0.353$).

Tablo 47. Major depresyon tanısı konan çocukların yeterlik alanları ile yaşadıkları evdeki çatışma sıklığı, çocuğun ve annenin depresyon belirti şiddeti arasındaki ilişki

Değişkenler	Etkinlik		Sosyallik		Okul	
	r	p	r	p	r	p
Çatışma sıklığı	0.178	0.260	-0.206	0.191	-0.133	0.402
Çocuğun depresyon şiddeti	0.209	0.184	-0.027	0.865	-0.249	0.112
Annenin depresyon belirti şiddeti	0.238	0.129	-0.109	0.491	-0.104	0.514

Tablo 48. Major depresyon tanısı konan çocukların içe yönelik, dışa yönelik ve toplam sorun puanları ile yaşadıkları evdeki çatışma sıklığı, çocuğun ve annenin depresyon belirti şiddeti arasındaki ilişki

Değişkenler	İçe yönelik		Dışa yönelik		Toplam	
	r	p	r	p	r	p
Çatışma sıklığı	0.245	0.118	0.202	0.200	0.219	0.163
Çocuğun depresyon şiddeti	0.139	0.380	0.171	0.278	0.173	0.272
Annenin depresyon belirti şiddeti	0.218	0.166	0.105	0.509	0.167	0.289

Tablo 49. Major depresyon tanısı konan çocukların duygusal ve davranışsal sorun puanları ile yaşadıkları evdeki çatışma sıklığı, çocuğun ve annenin depresyon belirti şiddeti arasındaki ilişki

Değişkenler	Çatışma sıklığı		Çocuğun depresyon şiddeti		Annenin depresyon belirti şiddeti	
	r	p	r	p	r	p
Sosyal içe çekilme/depresyon	0.428	0.005	0.027	0.865	0.220	0.162
Anksiyete/depresyon	0.158	0.318	0.167	0.291	0.211	0.181
Somatik yakınmalar	0.142	0.371	0.107	0.502	0.151	0.339
Sosyal sorunlar	0.280	0.072	0.034	0.830	0.040	0.803
Düşünce sorunları	0.048	0.761	-0.025	0.876	0.024	0.880
Dikkat sorunları	0.266	0.088	0.110	0.489	0.194	0.219
Kurallara karşı gelme davranışı	-0.203	0.196	0.053	0.740	-0.081	0.610

Saldırgan davranışlar	0.284	0.068	-0.203	0.196	0.120	0.450
-----------------------	-------	-------	--------	-------	-------	-------

4.4. Regresyon Analizi

Çocukluk çağı major depresif bozukluk riskini arttıran etmenleri saptamak için önce univariate analizler uygulanarak lojistik regresyon analizinde modele girebilecek değişkenler belirlendi. Annenin depresyon belirti şiddeti, yaşı, yaşanan evdeki evlilik çatışması sıklığı, çocuğun okul, etkinlik alanındaki yeterlik puanları modele girildi. Bunlardan okul yeterliğinin artması depresyon riskini azaltan bir etmen olarak saptandı ($p<0.001$). Diğer yandan evlilik çatışması sıklığındaki her bir birimlik artışın depresyon riskini 2.7 kat arttırdığı bulundu (Tablo 50).

Tablo 50. Çocukluk çağı major depresif bozukluk riskini arttıran etmen

	B	OR	%95 GA	p
Çatışma sıklığı	0.845	2.327	1.059-5.114	0.036
Annenin depresyon belirti şiddeti	0.063	1.065	0.976-1.162	0.159
Okul yeterliği	-0.308	0.735	0.626-0.863	<0.001
Sosyal yeterliği	-0.024	0.977	0.878-1.087	0.664

5. TARIŞMA

Çocukluk çağında major depresif bozukluk görülme sıklığı düşüktür. Buna karşın depresyon ile ilişkili akut ve ileri dönük sonuçlar, çocuklardaki depresyon insidansı hakkında büyük ilgi yaratmaktadır. Çocuklardaki major depresif bozukluk prevalansının %2.8 olduğu bildirilmiştir (165). Bunun yanında bir yıllık sürede çocukluk çağı major depresif bozukluk prevalansının %0.5-%3 arasında değiştiği belirtilmektedir (2,166). Gelişmiş ülkelerde, depresif bozukluklar ile ilgili prevalans verileri, çocuklar için %1.9-3.4 arasında değişirken klinik örneklem için %8-25 gibi daha yüksek oranlar bildirilmektedir (5). Yine klinik örneklemde gerçekleştirilmiş bir çalışmada çocukluk çağı major depresif bozukluk prevalansı %10 olarak belirtilmiştir (30). Bizim çalışmamızda, depresyonunun klinik örneklemdeki yaygınlığı %2.1 bulunmuş olup diğer çalışmalara oranla az olduğu gözlenmiştir. Kliniğimizde daha önce yapılmış bir çalışmada, bir yıllık sürede başvuran çocuk ve ergenlerin %8.3'üne (n=93) depresyon tanısı konduğu, bu hastaların çoğunluğunun 13-16 yaş aralığında (n=58) olduğu, 7-12 yaş aralığında olan olguların ise tüm grubun %2.8'ini oluşturduğu bulunmuştur (167). Her ne kadar bizim çalışmamızdan elde edilen sonuç kliniğimizle uyumlu bulunmuş olsa da bu oranlar "Acaba okul çağı çocuklarında kliniğe getirilmeyen major depresif bozukluk sıklığı nedir?" sorusunu akla getirmiştir.

Çalışmamızda major depresif bozukluk tanısı konan çocukların %35.7'sinin kız, %64.3'ünün erkek olduğu saptanmıştır. Major depresyon tanısının, gerek fizyolojik gerekse psikolojik değişikliklere bağlı olarak ergenlik ile birlikte, kızlara daha sık konduğu bildirilmektedir (57). Çocuk yaş grubunda ise cinsiyetler arasında eşit dağılım olduğundan ya da erkeklerde hafif oranda üstünlüğünden söz edilmektedir (4, 166). Bu çalışmada erkeklerin kızlara oranı 1.8/1 bulunmuştur. Elde edilen bu sonucun çalışma örneklemini ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Çalışma, bir üniversite hastanesinin çocuk-ergen ruh sağlığı ve hastalıkları kliniğine başvuruda bulunan 7-12 yaş arası çocuklar ile sınırlandırılmıştır. Çalışma tarihlerinde bu yaş grubunda başvurusu olan çocukların erkek/kız oranı 1.9/1 olarak bulunmuştur. İncelenen çocuklar arasındaki erkek üstünlüğünün cinsiyetler arasındaki klinik tanı dağılımına etki etmiş olabileceği düşünülmüştür.

Diğer yandan çalışmadaki çocukların %47.6'sında ÇDÖ toplam puanının 19'un altında olduğu bulunmuştur. ÇDÖ'nün 6-17 yaş arasındaki Türk çocukları için yapılmış geçerlik güvenilirlik çalışmasında kesme puanı 19 olarak belirtilmiştir (152). Ancak yapılan

araştırmalarda 19 kesme puanının, yanlış pozitif sonuçları düşürse de klinik örneklemedeki yanlış negatif sonuçları arttırılabileceği, bu nedenle 19 kesme puanının toplum örnekleminde genel tarama amaçlı kullanılması gerektiği üzerinde durulmaktadır (61). Bu çalışmadaki olguların yaklaşık yarısı 19 kesme puanının altında toplam puanlar elde ettiği halde hastalara major depresif bozukluk tanısı konmuştur. Bu da klinik örneklemede depresyon taraması yaparken, ÇDÖ için 19 kesme puanının kullanılmasının, yanlış negatif sonuçlara neden olabileceğini destekleyen bir bulgu olarak görölmüştür.

Bu çalışmada, araştırma grubundaki çocukların doldurduğu depresyon ölçekleri incelendiğinde, olguların %57.1'inde intihar düşüncesi olduğu ve bu çocukların anlamlı oranda daha yüksek ÇDÖ puanları elde ettiği saptanmıştır. Çocukluk çağı depresyon taraması için kullanılan ÇDÖ'den alınan toplam puan arttıka depresyon şiddetinin arttığı kabul edilir (152). Bu anlamda yüksek puanlı çocukların intihar düşüncesi oranlarının da yüksek bulunması şaşırtıcı değildir. Diđer yandan çocukluk ve gençlik intiharlarına ilişkin bir çalışmada, dünya genelindeki yıllık intihar oranlarının 5-14 yař arası kızlar için ortalama 0.5/100.000, erkekler için ortalama 0.9/100.000 olduğu, 14-25 yař arasında ise bu oranların sırasıyla 12.0 ve 14.2 olduğu gösterilmiştir (168). Ayrıca aynı çalışmada, bu oranların yıllar içinde artış gösterdiğine dikkat çekilmiştir. Bizim çalışmamızdaki olguların yarıdan fazlasında intihar düşüncesi olduğunun gösterilmesi, major depresyon tanısı konan çocukların da ergenler kadar intihar riski taşıdığını ve bu açıdan ayrıntılı değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmüştür. İntihar ile psikopatoloji varlığı yakından ilişkili bulunmaktadır. Diđer yandan aile içinde çocuğa yönelik kötü muamele, umutsuzluk, sosyal iče çekilme, impulsif ve saldırgan davranışlara eğilim, akademik, sosyal ve kişiler arası ilişkilerde kayıplar ya da ailede intihar öyküsü gibi etmenler intihar için diğer risk faktörleri olarak sayılmaktadır (21). Bu çalışmada major depresyon tanılı olguların; düşük okul ve sosyal yeterliği, düşük arkadaş sayısı oranları, artmış davranış sorunları ve yaşadıkları evdeki yüksek evlilik çatışması sıklığı gibi etmenlerin intihar düşüncesi riskini arttırmış olabileceği, üst üste binen bu olumsuz koşulların çalışmadan elde edilen yüksek intihar düşüncesi oranına katkıda bulunmuş olabileceği düşünölmüştür. Ancak yapılan analizlerde bunu destekleyen bulgular elde edilememiştir. Buna karşın araştırma grubundaki sayı azlığının yapılan analizlerden elde edilen sonucu etkilemiş olabileceği düşünölmüştür.

Bu çalışmadan elde edilen bir diğer bulgu ise kendine zarar verme davranışının yalnızca depresyon tanılı çocuklarda gözlenmiş olmasıydı. Tırnak yemek, dudak ısırma,

saç yolmak, kendine vurmak, deriyi tirmalamak, ısırarak ve kendini kesmek kendine zarar verme davranışları arasında sayılmaktadır. Ayrıca bu davranışların, boşluk duygusundan uzaklaşmak, rahatlamak, duygusal acıları bastırmak gibi nedenlerle yaşandığı (169) ve bu davranışa depresif bozukluklar, yıkıcı davranım bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, intihar düşüncesi ya da girişimi gibi psikopatolojilerin sıklıkla eşlik ettiği bildirilmektedir (170). Bu çalışmada tırnak yeme davranışı kendine zarar verme davranışı olarak değerlendirilmemiştir. Ayrıca kontrol grubundaki olgular herhangi bir psikiyatrik tanısı bulunmayan çocuklar iken araştırma grubundaki olgular olumsuz sosyal koşullara sahip major depresyon tanılı çocuklardan olmuştur. Tüm bu nedenlerin kendine zarar verme davranışı ile ilgili farka katkıda bulunmuş olabileceği düşünülmüştür. Öte yandan bu çalışmada kendine zarar verme davranışı ile intihar düşüncesi ya da çocuğun depresyon şiddeti arasında ilişki bulunmadığı gösterilmiştir. Bu da, kendine zarar verme davranışının her zaman depresyon şiddeti ile korele olmayabileceğini, çocukluk çağı depresyonunun bir parçası olabilen dürtüsellik ve yüksek eş hastalanım oranlarının bu tür davranışların gelişmesinde ek katkı sağlayabileceğini düşündürmüştür. Nitekim yapılan analizlerde kendine zarar verme davranışı ile kurallara karşı gelme ve saldırganlık alt test puanları ve dışı yönelik sorun puanları arasında anlamlı ilişki olduğu gösterilmiştir.

Çocukluk çağı depresyonunda, ailelerin genellikle çocuğun dışı yönelik problemlerini bildirmeye eğilimli olduğu, içe yönelik problemlerin ise genellikle çocukla yapılan görüşmeden elde edildiği gösterilmiştir (55). Diğer yandan çocukların kendi hissettiklerini dile getirmekte güçlük çekebileceği ya da bunları inkâr edebileceği göz önünde bulundurularak dürtüsellik, okul başarısında düşme, uyku düzeninde bozulma ve sosyal içe çekilme gibi şikâyetlerle kliniğe getirilen çocukların depresyon açısından dikkatli incelenmesi gerektiği belirtilmektedir (5). Bizim çalışmamızda da major depresif bozukluk tanısı konan çocukların, aileleri tarafından kliniğe getirilme şikâyetleri genellikle çocuğun dışı yönelik davranışları (dikkatsizlik, sinirlilik, hareketlilik gibi) nedeni ile olmuştur. Bu tür atipik görünüm ve çocuk ruh sağlığı çalışanlarının yetersizliği gibi diğer nedenlerle çocuk ve ergenlerin %70'inden fazlasının uygun tanı ve tedaviyi alamadığı bildirilmektedir (54). Ayrıca major depresif bozukluk tanısı olan ebeveynin, çocuğunun depresif belirtilerini küçümseyebileceği, görmezden gelebileceği ya da kendisindekilere benzeyen belirtileri tanımakta isteksiz olabileceği belirtilmektedir (1). Bu nedenle klinisyenin çocuk hakkında bilgi aldığı aile ferdinin depresif durumunu göz önünde bulundurması gerektiğine vurgu yapılmaktadır (171). Her ne kadar, bu çalışmaya

dâhil edilen annelerin, o sırada herhangi bir psikiyatrik tedavi almadığı öğrenilmiş olsa da doldurulan depresyon ölçeklerinden yüksek puan elde eden anneler olduğu görülmüştür. Bu durumun gerek annelerin çocuklarıyla ilgili bildirdiği belirtilerde gerekse çocuğun davranışları ile ilgili doldurduğu ölçeklerde yanlılığa neden olmuş olabileceği düşünülmüştür.

Diğer yandan bu çalışmada araştırma grubundaki annelerin depresyon belirti şiddetinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Çalışmalar, ekonomik kısıtlılıkların ebeveyn duygudurumunu etkilediğini (172) ve çiftler arasındaki evlilik çatışması ile depresyon arasında iki yönlü bir ilişki bulunduğunu belirtmektedir (145,146). Evlilik çatışmasının daha sık yaşandığı ve daha düşük gelir düzeyine sahip olduğu gösterilmiş araştırma grubunda ebeveynlerin yüksek depresif belirti göstermesi beklenen bir sonuç olmuştur. Öte yandan çalışmamızda, annelerin depresyon belirti şiddeti arttıkça çocukların hem içe yönelik hem de dışa yönelik tüm davranış puanlarının artış gösterdiği saptanmıştır. Çalışmalar, annelerine depresyon tanısı konan çocukların artmış oranda davranışsal ve psikolojik güçlükler gösterdiğini ortaya koymaktadır (174). Bunlar arasında artmış dışa yönelik davranışlar, ciddi antisosyal davranışlar (175,176), artmış akademik sorunlar ve okul içi davranış problemleri (177) ile depresyon başta olmak üzere artmış içe yönelik davranışlar (178,179) sayılabilmektedir. Tüm bu veriler göz önünde bulundurulduğunda çalışmamızdaki annelerin depresyon belirtileri ve çocukların davranışsal sorunları arasındaki ilişkinin literatür ile uyumlu olduğu söylenebilir. Ayrıca bir çalışmada, ebeveynlerin çocukları ile etkileşiminin, çocuk gelişiminde önemli bir rol oynadığı ve bu etkileşim ile beraberindeki duygusal ilişkinin çocuğun kişiliğini şekillendirerek ruhsal gelişimini etkilediği bildirilmiştir (173). Bu veriye dayanarak çalışmamızdaki annelerin depresif belirti yoğunluğunun (günlük aktivitelere karşı ilgi kaybı, yorgunluk, isteksizlik, dikkat sorunları gibi) çocukları ile kaliteli etkileşim kurmalarını ve böylece çocuğun ruhsal gelişimini etkilemiş olabileceği düşünülmüştür.

Bu çalışmada incelenen gruplar arasında, anne ve babaların yaş ortalamaları açısından fark bulunmadığı ancak eğitim düzeylerinin araştırma grubunda anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır. Literatürde, annenin düşük eğitim düzeyi ve çocukluk depresyonu arasındaki ilişkiyi gösteren pek çok çalışma yer verilmişken babanın eğitim düzeyi ile ilgili sınırlı veriye ulaşılmıştır. Bir çalışmada babanın düşük eğitim düzeyinin çocukluk depresyonu için bağımsız bir risk etmeni olduğu (180) başka bir çalışmada ise ergen depresyonu ile anne ve babaların düşük eğitim düzeyinin ilişkili olduğu bildirilmiştir

(181). Diğer yandan çocukların gelişimi boyunca annenin düşük eğitim seviyesinin, pek çok çocukluk çağı davranış sorunu için risk faktörü olduğu belirtilmiştir (182). Ayrıca anne eğitim düzeyi ne kadar düşük olursa, gerekli bilgiye erişimi o kadar az ve çocukları ile etkileşimi o kadar kötü olacağı, böylece çocuğun gelişimi ve uyarılması için gerekli fiziksel ve duygusal koşulların da o kadar kötü olacağı bildirilmiştir (183,184). Bunun yanında annenin eğitim düzeyi ve yaşının ebeveynlik stilleri için anahtar rol üstlendiği belirtilir (185). Reddedici ve bakım eksikliğini içeren ebeveynlik stillerinin ise çocuk ve ergen depresyonu ile ilişkili olduğu bildirilir (186,187). Bu nedenle aileye ilişkin yaş ve eğitimi içeren demografik veriler, çocuğu ve içinde bulunduğu risk ortamını değerlendirirken önem kazanmaktadır. Bizim çalışmamızda her ne kadar annelerin yaş ortalaması açısından gruplar arasında fark gösterilmemiş olsa da literatürle uyumlu olarak depresyon tanılı çocukların annelerinin daha düşük eğitime düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Ayrıca çocuklardaki depresyon şiddetinin annenin yaşı ile ters ilişkili olduğu, erkeklerde ise annenin depresyon belirti şiddeti ile pozitif korele olduğu gösterilmiştir. Annenin yaşı, olumlu ebeveynlik stilleri için doğrudan bir etken olabilmekteyken bir çalışmada anne yaşı arttıkça çocukların daha istenen sağlık sonuçları yaşadığı belirtilmiştir (188). Bu açıdan anne yaşı ile çocukların depresyon şiddeti arasındaki ters ilişki şaşırtıcı bulunmamıştır. Diğer yandan zayıf annelik işlevi, çocuğun idaresinde bozulma (disiplin, izlem ve kontrol işlevlerinde), çocuğa karşı şiddet uygulama ve kişilik problemleri gibi annedeki depresyonun yol açtığı pek çok problem, çocukluk çağı depresyonuna neden olabilmektedir (189). Ayrıca annenin depresyon dönemleri ile çocuğun depresyon dönemleri arasında yakın ilişki olduğu gösterilmiştir (190). Bu veriler göz önünde bulundurulduğunda çocuktaki depresyon şiddeti ile annenin depresyon şiddetinin pozitif ilişkili olması beklenebilir. Ancak bu çalışmada aradaki ilişkinin yalnızca erkek cinsiyette gözlemlendiği, kızlarda benzer bir sonuca ulaşılmadığı saptanmıştır. Anne depresyonunun cinsiyetlere göre etkisinin incelendiği, ergenler ile yapılmış çalışmalarda, annenin depresyonunun yalnızca kız ergenlerdeki depresif belirtiler ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (191,192). Bizim çalışmamızdaki örneklem çocuk yaş grubundaki olgulardan oluşmuş olup, seçilen örnekleme özgü birçok değişkenin, elde edilen sonuca etki etmiş olabileceği düşünülmüştür. Bu nedenle sonucun aynı yaş grubunda yapılacak daha geniş örneklemlerle desteklenmesi gerektiği düşünülmüştür.

Depresyon tanısında ebeveyn yaşı ve eğitim düzeyi dışında aileye ilişkin diğer risk etmenleri; geniş aile yapısı, düşük sosyoekonomik düzey, doğum sırasında ileri ebeveyn

yaşı ve kardeşler içinde ileri doğum sırası olarak sayılabilir (193,194). Ayrıca çocuğun kardeş sayısı ile iyilik hali arasında ters ilişki olduğu bildirilir (195). Bizim çalışmamızdaki gruplar arasında aile yapısı, kardeş sayısı ya da doğum sırası açısından fark bulunmadığı ancak ailelerin gelir düzeyleri incelendiğinde araştırma grubunun anlamlı oranda daha düşük gelir düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Ayrıca kontrol grubundaki annelerin anlamlı oranda daha fazla çalışan anne olduğu gözlenmiştir. Çocuk ve ergen depresyonuna ilişkin epidemiyolojik bir çalışmada, bizim çalışmamızdan farklı olarak çalışan anneye sahip olma ile depresyon şiddetinin anlamlı oranda pozitif ilişkili olduğu gösterilmiştir (196). Buna karşın düşük sosyoekonomik düzeyin çocuklarda istenmeyen sağlık sonuçlarına neden olduğu ve çalışan annelerin daha sağlıklı çocukları olduğu da bildirilmiştir (197). Yapılan çalışmalar, düşük sosyoekonomik düzeye sahip ailelerden gelen çocukların daha fazla içe yönelik ve dışa yönelik davranış problemleri gösterdiğini ortaya koymaktadır (198,199). Ekonomik sorunların, çocukların kendi çevrelerini kontrol edebilme hissini düşürdüğü ve uzun dönemde depresyon için hassasiyete neden olduğu bildirilir (200). Ayrıca düşük sosyoekonomik düzey ile aile içi şiddet (201) ve ebeveyn psikopatolojisinin (202) ilişkili olduğu belirtilir. Tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda, depresyon tanılı çocukların ailelerinde saptanan düşük gelir düzeyi, düşük oranda çalışan anne sayısı ve ekonomik sorunların dolaylı bir sonucu olarak kabul edilebilecek yüksek evlilik çatışması oranları önceki çalışmalar ile uyumlu bulunmuştur.

Depresif çocuk ve ergenlerin %70'inde, ebeveyn kaybı, çatışmalı aile ortamı, tek ebeveynlilik, ebeveynin ruhsal ya da fiziksel hastalığının olması ya da ebeveynlerden uzun süre ayrı kalma gibi kritik yaşam olaylarının öncül risk faktörü olduğu belirtilmektedir (5). Bu çalışmada da araştırma grubunda yer alan anne ve babaların daha yüksek oranlarda ruhsal ya da fiziksel hastalıkları olduğu ayrıca hastalık, geçimsizlik ya da iş nedeniyle ebeveynlerin daha yüksek oranlarda ayrılık yaşadığı saptanmıştır. Ebeveynlerin hastalığı ya da geçimsizliği tek başına çocuk için stres etmeni kabul edilebileceği gibi bu durumun ebeveynler üzerinde oluşturduğu stres ve yaşanan ayrılıkların da çocuğu etkilemiş olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca iş nedeniyle yaşanan ayrılıklar ve düşük gelir düzeyinin, evde kalan ebeveyn için ruhsal bir yük oluşturduğu düşünülmüştür. Çalışmalar, ekonomik kısıtlılıkların, ebeveynlerin duygudurumunu ve çocuk bakım davranışlarını etkileyerek çocuk sağlığı üzerinde bazı sonuçlara yol açabildiğini vurgulamaktadır (172, 203). Daha öznel olarak incelenmiş bir çalışmada ise ekonomik sorunların çocuk sağlığı üzerindeki etkilerinin; annenin sıcaklığı, karşıt tutumları ve olumlu kontrol özellikleri ile ilişkili

olduğu bildirilmiştir (172). Sonuç olarak olumsuz sosyal çevre koşulları, psikolojik gelişim ve ruh sağlığı üzerinde istenmeyen sonuçlara yol açabilmektedir (184). Bu çalışmaya alınan depresyon tanılı çocuklarda da ebeveynlerin düşük eğitim seviyesi, düşük sosyoekonomik düzey ve yaşanan ayrılıklar sosyal çevre koşullarındaki olumsuzlukları oluşturmuştur.

Cohen ve arkadaşları, istenmeyen bebek sahibi olma, hamilelik boyunca duygusal sorunlar yaşama, hamilelikte fiziksel travmaya uğrama, doğum sırasında komplikasyon yaşama ve düşük doğum ağırlığında çocuk dünyaya getirme gibi obstetrik komplikasyonların dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, davranış bozukluğu, karşıt olma karşı gelme bozukluğu, anksiyete ve depresif bozuklukların içinde yer aldığı pek çok çocukluk çağı psikopatolojisi ile ilişkili olduğunu bildirmiştir (204). Diğer yandan hamilelikte strese maruz kalmanın çocuklara olan etkilerine yönelik bir hayvan çalışmasında, stresin beyindeki dopamin iletiminde değişikliklere neden olduğu ayrıca bu çocuklarda depresyonda beklenen davranışsal belirtilerin artış gösterdiği bulunmuştur (205). Bizim çalışmamızda da araştırma grubundaki annelerin gebelikleri sırasında anlamlı oranda daha fazla olumsuz yaşantıya maruz kaldığı gösterilmiştir. Ancak gruplar arasında çocukların doğum ağırlığı yönünden anlamlı fark bulunmadığı gözlenmiştir. Depresyon olgularının doğum ağırlığına ilişkin veriler çelişkilidir. Ayrıca bu tür doğum ile ilişkili sorunlara özellikle ağır, uzamış ve işlevsel yıkımların belirgin olduğu major depresyon hastalarında sık rastlandığı belirtilmektedir (206). Literatürde bizim çalışmamız ile uyumlu olarak düşük doğum ağırlığı ile depresyon arasında ilişkili olmadığının gösterildiği pek çok çalışma bulunmaktadır (207, 208, 209). Ancak düşük doğum ağırlığının erken başlangıçlı depresyon için özgün bir risk faktörü olduğunu belirten yayınlar da mevcuttur (210).

Çocukluk ve ergenlik psikopatolojisi gelişimini etkileyen prenatal ve perinatal risk faktörlerinin incelendiği bir çalışmada, major depresyon ile annenin hamileliğinde yaşadığı duygusal sorunlar ve anne sütüyle beslenmeme ilişkili bulunmuştur. Ayrıca, annenin hamileliği boyunca yaşadığı fiziksel/duygusal sorunlar ve akut anoksi/hipoksi gibi sorunlar yıkıcı davranış bozuklukları ile ilişkili bulunmuştur (78). Bu çalışmada, olguların anne sütü alım süreleri gruplar arasında karşılaştırılmış olup araştırma grubunda anlamlı oranda kısa sürdüğü saptanmıştır. Diğer yandan araştırma grubundaki annelerin hamileliği boyunca anlamlı oranda daha fazla fiziksel ve ruhsal olumsuz yaşantıya maruz kaldığı gösterilmiştir. Ancak anne sütü alım süresi ve psikopatoloji gelişimine ilişkin sonuçların daha geniş kapsamlı izlem çalışmaları ile desteklenmesi gerektiği düşünülmüştür.

Çocuk ve ergenlerde görülen major depresif bozukluk genellikle diğer bozukluklar ile birliktelik göstermektedir (211). Olguların yaklaşık üçte ikisinde ek bir ruhsal hastalık bulunduğu bildirilmektedir (64). Klinik koşullarda ise depresyon olgularının %40-90'ına en az bir ek psikiyatrik tanı konduğu, %50'sine ise iki ya da daha fazla ek psikiyatrik tanı konduğu belirtilmektedir (6). Bu çalışmada da hastaların %52.3'üne bir, %26.4'üne iki, %2.4'üne ise üç ek psikiyatrik tanı olmak üzere toplamda olguların %81'ine en az bir ek tanı konduğu gözlenmiştir. Bu açıdan çalışmamızdan elde edilen sonuçlar önceki veriler ile uyumlu bulunmuştur. Diğer yandan çalışmamızda depresyon tanısına en sık eşlik eden bozuklukların DEHB (%26.1), ayrılık anksiyetesi bozukluğu (%21.4) ve eşit oranlarda karşıt olma karşı gelme bozukluğu (%14.2) ile davranış bozukluğu (%14.2) olduğu gözlenmiştir. Literatürde çocukluk çağı depresyonuna en sık eşlik eden tanıların anksiyete bozuklukları olduğu, bunu yıkıcı davranış bozuklukları ve dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğunun takip ettiği belirtilmektedir (6). Çalışmamızdaki tanıları gruplandırıldığında bu çalışma ile benzer sonuçlara ulaşıldığı gözlenmiştir. Ayrıntılı incelendiğinde ise bağımlı kişilik örüntüsünün bir yansıması olan ayrılık anksiyetesi, bu çalışmadaki eş hastalanımlar içinde en sık saptanan anksiyete bozukluğu olmuştur. Yetersiz problem çözme becerileri ve bağımlı kişilik örüntüsünün çocukluk depresyonu için risk faktörleri olduğu (212) düşünülünce bu sonuç olağan bulunmuştur.

Çalışmamızda yer alan grupların davranışsal değerlendirme testleri karşılaştırıldığında araştırma grubundaki olguların okul ve sosyal yeterlik alanlarında kontrol grubuna göre anlamlı oranda daha düşük puanlar elde ettiği, regresyon analizinde ise okul yeterliğindeki artışın depresyon riskini anlamlı oranda azalttığı sonucuna varılmıştır. Ayrıca kontrol grubundaki olguların daha fazla arkadaş sayısına sahip olduğu bulunmuştur. Arkadaş ilişkileri ve akademik başarı gibi okul çevresine ilişkin tüm faktörlerin çocuk ruh sağlığını etkilediği ve depresyon ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (213). Ek olarak az sayıda arkadaşı olan çocukların depresif belirti yaşamaya daha eğilimli olduğu gösterilmiştir (214). Çalışmamızdaki depresyon tanılı çocukların arkadaş sayısı azlığı ya da yokluğu depresyon için bir neden olmuş olabileceği gibi bu çocukların davranış sorunları ile ilişkili bir sonuç olarak da ortaya çıkmış olabilir. Çünkü hem içe yönelik davranışları olan çocukların hem de dışa yönelik davranışları olanların daha düşük sosyal becerileri olabildiği böylece akranları arasında daha fazla asosyal davranışlar sergileyebildiği bildirilmektedir (215). Bunlar arasında dışa yönelik davranışları olanların dürtüsel ve kontrolsüz davranışları, içe yönelik davranışları olanların ise içe dönük ve

kaçıngan tutumları kendi akranları tarafından asosyal davranışlar olarak görülmektedir. Ayrıca dışa yönelik ve içe yönelik davranış birlikteliği gösteren çocukların arkadaşları tarafından daha çok dışlandığı gösterilmiştir (216). Çalışmamızda depresyon tanısı konan çocukların hem içe yönelik hem de dışa yönelik davranış toplam puanlarının kontrol grubundan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu veri, arkadaş sayısına yansıyan farkın bir sonuç olarak oluşmuş olabileceğini destekler niteliktedir. Öte yandan depresyonlu çocukların, aile içi diğer risk etmenlerinin de (evlilik çatışması gibi) arkadaş sayısındaki farka katkı sağlamış olabileceği düşünülmüştür. Nitekim yapılan analizlerde depresyon tanılı çocuklarda evlilik çatışması sıklığı arttıkça sosyal içe dönüklük/depresyon alt test puanlarının arttığı, ayrıca çatışma sıklığı ile çocukların arkadaş sayısı arasında ters ilişki olduğu gösterilmiştir. Evlilik çatışmasının çocuğun yaşına uygun gelişim göstermesini ve sonuçta sosyal dünya ile baş etme becerilerinin gelişimini engelleyebildiği belirtilmiştir (217). Ayrıca artmış evlilik çatışmasının; akran reddi, arkadaşlık kurma ve ilişkilerin kalitesinde azalma, empati kurma, paylaşımcılık, değer verme gibi öncül sosyal becerilerde azalma ve sosyal problem çözme becerilerinde bozulma ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (218). Bu veriler arkadaş sayısı ve evlilik çatışması arasındaki ters ilişkiyi açıklar niteliktedir. Ancak depresyon tanılı çocuklarda, evlilik çatışması sıklığının yalnızca sosyal içe dönüklük/depresyon alt testi ile ilişki olduğunun gösterilmesi, çatışma sıklığının çocuk davranışları üzerinde tek başına bir etken olmadığını göstermiştir. Bu da çatışma ortamının çocuklar üzerindeki etkisinin sıklık ya da yoğunluktan ziyade çocukların bu ortamla nasıl başa çıktığı ile ilişkili olduğunun gösterildiği (123) çalışma verileri ile uyumlu bulunmuştur. Her ne kadar bu çalışmada, evlilik çatışması sıklığının depresyonlu çocuklardaki davranış sorunlarını belirgin değiştirmede gösterilmiş olsa da yapılan regresyon analizinde, çatışma sıklığındaki her bir puanlık artışın çocukluk depresyonu için riski 2.7 kat arttırdığı gösterilmiştir. Önceki çalışmalar, evlilik çatışmasının çocukluk çağı depresyonu için risk etmeni olduğunu desteklemektedir. Ayrıca çatışma ortamının, depresyonun tekrarlama riskini etkileyen ve tedavi süresini uzatan bir faktör olduğunu göstermektedir (30, 55).

Diğer yandan çalışmaya alınan tüm çocuklar birlikte değerlendirildiğinde, evlilik çatışması yaşanan ailelerdeki çocukların, somatizasyon bozukluğu alt testi hariç tüm davranışsal alt testlerinin anlamlı oranda daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca çatışma sıklığı arttıkça davranışsal sorunların anlamlı oranda artış gösterdiği saptanmıştır. Evlilik çatışması, çocuk ruh sağlığı açısından tek ve en büyük önlenbilir risk faktörü olarak

görülmektedir (219). Çatışma ortamı, çocuk için travmatik bir yaşam sunmakta ve çocuğun nörobiyolojik, bilişsel, sosyal ve duygusal sistemlerinde travmatik düzensizliklere sebep olmaktadır. Sonuçta ise çocuğun gelişim dönemine özgü farklı görünümeler ortaya çıkmaktadır (220). Çalışmamız, 7-12 yaş aralığındaki çocuklarda çatışma ortamının tüm davranışsal sorun puanlarını arttırdığını, depresyon tanılı çocuklarda ise sosyal içe dönüklük/depresyon puanlarını anlamlı oranda arttırdığını göstermiştir. Çocuk yaş grubu ile gerçekleştirilmiş çalışmalar, evlilik çatışmasına maruz çocukların, depresyon ve anksiyete gibi içe yönelik davranışlardan, saldırganlık ve karşı gelme gibi dışa yönelik davranışlara, sosyal kayıplara (zayıf akran ilişkileri gibi) ve akademik güçlükler kadar birçok psikopatoloji için artmış risk taşıdığını bildirmektedir (221). Bu da çalışmamızdan elde edilen sonucu, evlilik çatışmasının tüm davranışsal sorun alanlarında artışa neden olmasını, destekler niteliktedir. Ancak depresyonlu çocuklarda, yalnızca sosyal içe dönüklük/depresyon alanında anlamlı artış gözlenmesi, çatışma ortamının çocukluk çağı depresyonunda, depresyona ait çekirdek belirtileri ön plana çıkaran bir etmen olmuş olabileceğini düşündürmüştür. Ayrıca çalışmamızda, annelerin depresif belirti şiddeti arttıkça yaşadıkları evlilik çatışması sıklığının da arttığı gösterilmiştir. Bir çalışmada, depresif belirtilerin, çiftlerin evlilik çatışmasını çözme becerilerine engel olduğu bildirilmiştir (222). Öte yandan çalışmalar, evlilik çatışması ile ebeveyn depresyonu arasında iki yönlü ilişki olduğu üzerinde durmaktadır (143, 144). Tüm bunlar çalışmamızdan elde edilen sonucu destekler niteliktedir. Bunun yanında annelerin yaşı ve eğitim düzeyi ile yaşadıkları depresif belirti şiddetinin azalması, kendi başa çıkma mekanizmalarındaki olgunlaşma ve diğer bilişsel becerileri ile ilişkili olmuş olabileceğini düşündürmüştür.

Bu çalışmada, depresyon tanılı çocukların somatizasyon bozukluğu alt testi dışında tüm içe yönelik ve dışa yönelik davranış alanlarında anlamlı oranda daha yüksek puanlar elde ettiği saptanmıştır. Çocuklardaki somatik yakınmaları inceleyen çalışmalar, birinci basamakta değerlendirilen çocukların %2-10'unun herhangi bir dönemde ağrı ya da acı yakınmasıyla (baş ağrısı, karın ağrısı, sırt ağrısı gibi) ya da daha az sıklıkla yorgunluk ve bitkinlik gibi şikâyetlerle başvuruda bulunduğunu göstermektedir (223). Bu da çalışmamıza katılan çocukların benzer oranlarda bedensel yakınmaları olmuş olabileceğini ve annelerin bildirdiği davranışsal sorunlarda bu alanda fark oluşmamış olabileceğini düşündürmüştür. Ancak somatik yakınmaları olan çocukların bazılarında mevcut şikâyetlerin psikiyatrik bir bozukluğun görüntüsü olabileceği akılda tutulmalıdır. Özellikle

de anksiyete ve depresyon gibi içe yönelik sorunlar bu tür şikâyetlerle ilişkili olabilmektedir. Örneğin bir çalışmada, klinik örneklemede depresyon tanılı çocuk ve ergenlerin %70'inde fiziksel şikâyetlerin tabloya eşlik ettiği gösterilmiştir (224). Diğer yandan, çalışmaya katılan major depresyon tanılı çocukların eş hastalanımları göz önünde bulundurulduğunda, somatizasyon bozukluğu dışındaki tüm diğer alt testlerden elde edilen yüksek puanlar şaşırtıcı bulunmamıştır. Ancak bu çocukların dışa yönelik davranışlarındaki anlamlı farklılığa, komorbidite dışında farklı etkenlerinde katkıda bulunmuş olacağı düşünülmüştür. Örneğin aile içi çatışma ortamının saldırganlık ve kurallara karşı gelme davranışları gibi dışa yönelik davranışlarda risk faktörü olduğu bildirilmektedir (30) Bu çalışmada da major depresyon tanılı çocukların yaşadığı ailelerde daha fazla evlilik çatışması yaşandığı bulunmuş ve bu durumun dışa yönelik davranışlardaki farka katkısı olduğu düşünülmüştür. Her ne kadar yapılan analizlerde major depresyon tanılı çocukların ailelerinde evlilik çatışması yaşanması ile davranışsal alt testler arasında bir ilişki gösterilememiş olsa da bu durumun gruplar arasındaki yetersiz sayı dağılımı ile ilişkili olmuş olabileceği, sayının artırılması durumunda farklı sonuçların elde edilebileceği düşünülmüştür.

Major depresyon tanılı çocukların davranışsal sorunlarını etkileyebileceği düşünülen bir diğer etmen ise cinsiyet olarak görülmüştür. Bu açıdan çocukların cinsiyetlerine göre davranışsal alt testleri incelenmiştir. Sonuçta kızların içe yönelik davranışlarının daha yüksek olduğu ancak dışa yönelik davranışlar açısından cinsiyetler arasında fark bulunmadığı gösterilmiştir. Bu sonuç, cinsiyet farkı gözetmeksizin tüm dışa yönelik davranışların, depresyon kliniğinin bir parçası olabileceğini düşündürmüştür. Daha ayrıntılı incelendiğinde ise dışa yönelik problemler arasında yer alan dikkat sorunlarının kızlarda anlamlı oranda daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuç doğrultusunda, depresyonun tanı ölçütlerinden biri olan dikkatsizliğin kız çocuklarında daha fazla görüldüğü ve kızların okul yeterliğindeki düşüklüğün bu sonuç ile ilişkili olmuş olabileceği düşünülmüştür. Ancak çalışmaya alınan olguların DEHB ek tanıları bu sonuçları genellemeyi güçleştirmiştir.

Sonuç olarak çocukluk çağı depresyonunu yalnızca bir duygudurum bozukluğu olarak değil çocuğun psikolojik, bilişsel ve sosyal fonksiyonlarını içine alan geniş kapsamlı bir tanı olarak değerlendirmek ve buna göre müdahale etmek gerekir. Ayrıca çocuk ve gençlerin büyük bir akademik yarış içinde olduğu ve ağır giriş sınavlarına tabi olduğu ülkemizde, depresyon gibi psikopatolojilerin belirtilerinin erken tanınması ve olası risk

faktörlerine uygun müdahale yapılmasının akademik başarı için ne kadar önemli olduğu görülmektedir.

Diğer yandan ebeveyn psikopatolojisi ve evlilik çatışması gibi ailesel etmenlere müdahale edilmeden yalnızca çocuk depresyonunu tedavi etmek mümkün görünmemektedir. Bu tür ailelerde, aile temelli müdahaleler (çocuk-ebeveyn terapisi, aile terapisi, çocuk-ebeveyn etkileşimi eğitimi gibi) büyük önem kazanmaktadır. Ayrıca dışa yönelik davranış sorunları çocukluk çağı depresyonuna eşlik eden bozuklukların bir parçası olabileceği gibi bu bozukluğu maskeleyen belirtiler olarak da karşımıza çıkabilir. Bu nedenle çocukluk çağı depresyonunda, her iki cinsiyette de, bu tür belirtilerin depresyonun bir parçası olabileceğinin akılda tutmak, etkin ve başarılı tedavi sonuçları açısından yararlı olabileceği ön görülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuçlar

1. Bu çalışmada çocukluk çağı depresyonunun klinik örneklemedeki yaygınlığı %2.1 bulunmuştur.
2. Major depresif bozukluk tanısı konan çocukların %35.7'sinin kız, %64.3'ünün erkek olduğu ve çocukların %47.6'sında ÇDÖ toplam puanının 19'un altında olduğu bulunmuştur.
3. Ailelerin ilk başvuru şikâyetinin genellikle çocuğun dışı yönelik davranışları (dikkatsizlik, sinirlilik, hareketlilik gibi) ile ilişkili olduğu gözlenmiştir.
4. Araştırma ve kontrol grubunda sosyodemografik değişkenler incelendiğinde, anne ve babaların eğitim düzeyleri açısından iki grup arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır.
5. Ayrıca ebeveynlerin geçimsizlik, hastalık ya da iş dolayısıyla ayrılık yaşama oranlarının araştırma grubunda anlamlı oranda daha yüksek olduğu bulunmuştur.
6. Gruplar arasında, aile yapısı, ailedeki kardeş sayısı gibi faktörler açısından fark bulunmazken kontrol grubundaki ailelerin gelir düzeyinin anlamlı oranda daha yüksek olduğu saptanmıştır.
7. Gruplar arasında, çocukların doğum ağırlığı yönünden fark bulunmazken kontrol grubundaki olguların anne sütü alma süreleri araştırma grubundaki akranlarına göre anlamlı oranda daha fazla olduğu bulunmuştur.
8. Ayrıca araştırma grubundaki annelerin kontrol grubuna göre gebeliklerinde anlamlı oranda daha fazla olumsuz yaşantıya (fiziksel ya da psikolojik) maruz kaldığı saptanmıştır.
9. Araştırma grubunun doldurduğu ÇDÖ'de çocukların %57.1'i intihar düşüncesi olduğunu belirtmişken intihar düşüncesi bulunan çocuklarda ÇDÖ puanları anlamlı oranda yüksek bulunmuştur.

10. Araştırma grubundaki olguların %81'ine en az bir ek tanı konduğu gözlenmiştir.
11. Çocukluk çağı depresyonuna eşlik eden tanılar incelendiğinde, en sık DEHB (%26.1) ardından ayrılık anksiyetesi bozukluğu (%21.4) ve eşit oranlarda karşı olma karşı gelme bozukluğu (%14.2) ile davranış bozukluğu (%14.2) tanılarının eşlik ettiği gözlenmiştir.
12. Grupların ÇGDDÖ-6/18 yaş formunda yer alan alt test puanları incelendiğinde kontrol grubundaki olguların okul ve sosyal yeterlik toplam puanlarının araştırma grubuna göre anlamlı oranda daha yüksek olduğu ayrıca kontrol grubundaki olguların arkadaş sayısının anlamlı oranda daha fazla olduğu gözlenmiştir.
13. Diğer yandan somatizasyon bozukluğu alt testi dışında tüm içe yönelik ve dışa yönelik davranış alanlarında ve diğer alt testlerde araştırma grubundaki olguların anlamlı oranda daha yüksek puanlar elde ettiği saptanmıştır.
14. Major depresyon tanısı konmuş çocuklarda, erkeklerin sosyal yeterlik, kızların ise etkinlik ve okul yeterlik puanlarının daha düşük olduğu, ancak arada anlamlı fark bulunmadığı ayrıca içe yönelik davranış ve toplam sorun davranış puanlarının kızlarda anlamlı oranda daha yüksek olduğu ancak dışa yönelik davranış puanları açısından cinsiyetler arasında fark bulunmadığı gösterilmiştir.
15. Annelerin bildirdiği evlilik çatışması sıklığı, depresyon ve anksiyete belirti şiddeti puanları araştırma grubunda anlamlı oranda yüksek bulunmuştur.
16. Diğer yandan evlilik çatışması sıklığı arttıkça annenin depresyon belirti şiddetinin arttığı, annenin eğitim düzeyi ve yaşı ile depresyon belirti şiddeti arasında ise ters ilişki olduğu saptanmıştır.
17. Çalışmaya alınan tüm çocuklarda, ebeveynler arası evlilik çatışması olmasının okul yeterliğini anlamlı oranda düşürdüğü gözlenmiştir.
18. Ayrıca evde yaşanan evlilik çatışmasının varlığı, çatışmanın sıklığı ve annenin depresyonu, somatizasyon bozukluğu alt testi dışında çocukların tüm sorun davranışlarında anlamlı oranda artışa neden olmuştur.
19. Yalnızca depresyon tanısı konan çocuklar incelendiğinde ise, evlilik çatışması varlığının tüm grupta olduğu gibi okul yeterliğini anlamlı oranda azalttığı ancak diğer alt testlerde anlamlı farka neden olmadığı saptanmıştır.

20. Buna karşın depresyon tanılı çocuklarda, evlilik çatışması sıklığı arttıkça sosyal içe dönüklük/depresyon alt testi puanlarının arttığı bulunmuştur.
21. Ek olarak evlilik çatışması sıklığı ile çocukların arkadaş sayısı arasında anlamlı bir ters ilişki olduğu bulunmuştur.
22. Ayrıca çocuklardaki depresyon şiddetinin anne yaşı ile ters ilişkili olduğu, erkek çocuklarda ise annenin depresyon belirti şiddeti ile pozitif korele olduğu gözlenmiştir.
23. Çocukluk çağı depresyonunda risk etmenlerini belirlemeye yönelik regresyon analizinde, çatışma sıklığındaki her bir puanlık artışın depresyon riskini 2.7 kat arttırdığı, okul yeterliğindeki her bir puanlık azalmanın ise depresyon riskini yaklaşık 1.0 kat arttırdığı sonucuna varılmıştır.

Öneriler

1. Çocukluk çağı depresyonunu yalnızca bir duygudurum bozukluğu olarak değil çocuğun psikolojik, bilişsel ve sosyal fonksiyonlarını içine alan geniş kapsamlı bir tanı olarak değerlendirmek ve buna göre müdahale etmek gerekir.
2. Çocukluk çağı depresyonunda annenin depresyonu, evlilik çatışması ve çocuğun okul yeterliği gibi konuların dikkatli değerlendirilmesi gerekir. Bu alanlar çocukluk çağı depresyonu için risk etmenleri olduğu kadar çocuğun tedavi başarısını da olumsuz yönde etkileyebilir. Bu nedenle gerekirse çocuğun depresyon tedavisine ek olarak aile tedavileri ve okula yönelik müdahaleler planlanmalı ve takip edilmelidir.
3. Karşıt olma karşı gelme bozukluğu ve davranış bozukluğu çocukluk çağı depresyonuna eşlik eden bozukluklar olabileceği gibi bu bozukluğu maskeleyen belirtiler olarak da karşımıza çıkabilir. Çocukluk çağı depresyonunda, her iki cinsiyette de, bu tür belirtilerin depresyonun bir parçası olabileceğini de akılda tutmak, etkin ve başarılı tedavi sonuçları açısından yararlı olabilir.

7. ÖZET

Çocukluk Çağı Depresyonunda Duygusal ve Davranışsal Özelliklerin Evlilik Çatışması ile İlişkisi

Amaç: Bu çalışma ile major depresyon tanısı konan çocukların duygusal ve davranışsal sorunlarında, hastaneye başvuran ağır medikal veya psikiyatrik hastalığı bulunmayan yaşlılarına göre farklılık olup olmadığını belirlemek, varsa bu farklılığı etkileyen etmenleri saptamak ve evlilik çatışmasının bu sorunlara katkısını incelemek amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmanın araştırma grubunu Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine 04.03.2013- 03.03.2014 tarihleri arasında başvuran, DSM-IV'e göre Major Depresif Bozukluk tanısı konmuş, 7-12 yaş grubu 42 çocuk ve bunların anneleri oluşturmuştur. Kontrol grubuna ise bu çocuklar ile yaş ve cinsiyete göre eşleştirilmiş sağlıklı akranları alınmıştır. Tüm annelerin, Beck Depresyon ve Anksiyete Ölçeği ile evlilik çatışması ölçeğini ve Çocukluk Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği 6-18 yaş formunu doldurmaları istenmiştir. Çocuklar ise Çocuklar için Depresyon ölçeği ve Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeğini doldurmuştur. Elde edilen veriler SPSS 13.0 paket programına girilerek gerekli istatistikler uygulanmıştır.

Bulgular: Major depresif bozukluk tanısı konan 42 çocuğun %64.3'ü (n=27) erkek, %35.7'si (n=15) kız, yaş ortalaması ise 10.1±1.3 yaş idi. Hastaların başvuru yakınmaları incelendiğinde sıklıkla dışa yönelik davranış sorunlarının dile getirildiği gözlenmişti. Hastaların %19'unda (n=8) ek bir psikiyatrik bozukluk bulunmazken geri kalan olgularda major depresyona eşlik eden en az bir ek tanı olduğu saptanmıştı. Ayrıca araştırma grubundaki olgular içe yönelik (p<0.001), dışa yönelik (p<0.001) ve toplam sorun (p<0.001) puanlarında kontrol grubuna göre anlamlı oranda daha yüksek puanlar elde etmişti. Araştırma grubunda yer alan olguların davranış sorunları cinsiyetlere göre incelendiğinde içe yönelik ve toplam sorun puanları kızlarda anlamlı oranda daha yüksek olduğu, dışa yönelik sorun puanlarında ise cinsiyetlere göre anlamlı fark bulunmadığı gösterilmişti. Çalışmaya alınan tüm annelerin %73.8'inin (n=62) evlilik çatışması yaşadığı bulunmuştu. Bu çatışmalı ailelerdeki annelerin depresyon ve anksiyete belirti şiddetlerinin anlamlı oranda daha yüksek olduğu (sırasıyla p<0.001; t=-3.963, p<0.001; Z=-4.363) saptanmıştı. Ayrıca çatışmalı ailelerde yaşayan çocukların içe yönelik (p<0.001), dışa

yönelik ($p<0.001$) ve toplam sorun ($p<0.001$) puanlarının anlamlı oranda daha yüksek olduğu bulunmuştu. Bunun yanında tüm içe yönelik ve dışa yönelik sorun davranış puanlarının ve toplam sorun davranış puanının evlilik çatışması sıklığı ve annenin depresyon belirti şiddeti ile pozitif korele olduğu gözlenmişti.

Sonuç: Çocukluk çağı depresyonunu yalnızca bir duygudurum bozukluğu olarak değil çocuğun psikolojik, bilişsel ve sosyal fonksiyonlarını içine alan geniş kapsamlı bir tanı olarak değerlendirmek ve buna göre müdahale etmek gerekir. Diğer yandan dışa yönelik davranış sorunları, çocukluk çağı depresyonuna eşlik eden bozuklukların bir parçası olabileceği gibi bu bozukluğu maskeleyen belirtiler olarak da karşımıza çıkabilmektedir. Bu nedenle her iki cinsiyette de, bu tür belirtilerin çocukluk çağı depresyonunun bir parçası olabileceğini akılda tutmanın etkin ve başarılı tedavi sonuçları açısından yararlı olabileceği ön görülmektedir. Ayrıca ebeveyn psikopatolojisi ve evlilik çatışması gibi ailesel risk etmenlerinin bulunduğu ailelerde, tedavide aile temelli müdahalelerin (çocuk-ebeveyn terapisi, aile terapisi, çocuk-ebeveyn etkileşimi eğitimi gibi) önem kazandığı görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Çocukluk, depresyon, davranış sorunu, evlilik çatışması

8. SUMMARY

The Relationship Between Marital Conflict with Behavioral and Emotional Characteristics of Childhood Depression

Objective: In this study, it is intended to determine whether differences between the behavioral and emotional problems of the children diagnosed major depression and their peers without severe medical illnesses or psychiatric disorders and if any, investigate the factors influencing and examine the contributions of marital conflict to the this difference.

Metod: The study group consisted of 7-12 years old 42 children who were attended to Child and Adolescent Psychiatry Department of Karadeniz Technical University, Faculty of Medicine, between the dates 04.03.2013- 03.03.2014 and diagnosed major depression disorder according to DSM-IV and their mothers. On the other hand, control group consisted of healthy children that were paired by age and sex with study group. All mothers filled the Beck Depression and Anxiety Inventory, Marital Conflict Scale and Child Behavior Checklist 6-18 ages. As for children filled the Child Depression Inventory and Screen for Child Anxiety Related Disorders. The results were entered the SPSS 13.0 pocket programme and the required statistics were applied.

Results: 64.3% of 42 children (n=27) diagnosed with major depression disorder were boys, 35.7% (n=15) were girls and the mean age was 10.1 ± 1.3 years. When the patients' complaints were analyzed, it was observed that their externalizing behavior problems were often mentioned. While the 19% of patients (n=8) have no additional psychiatric disorder, it was determined that there was at least one additional diagnosis accompany with major depression in the remaining cases. Also the patients in the study group got significantly higher scores in externalizing ($p < 0.001$), internalizing ($p < 0.001$) and total problem ($p < 0.001$) scores than control group. When the behavioral problems of patients in the study group were compared by sex, it was shown that internalizing and total problem scores were significantly higher in girls while there was no significant difference in externalizing problem scores according to sex. It was found that 73.8% (n = 62) of all mothers in the study experienced marital conflict. It was established that depression and anxiety symptom severity of mothers in these conflictual families was significantly higher (respectively $p < 0.001$; $t = -3.963$, $p < 0.001$; $Z = -4.363$). In addition, the internalizing

($p < 0.001$), externalizing ($p < 0.001$) and total problem ($p < 0.001$) scores of children who were living in the conflictual families were found significantly higher. On the other hand, it was observed that all internalizing, externalizing and total problem behavior scores were positively correlated with marital conflict frequency and mothers' depression symptom severity.

Conclusion: Childhood depression needs to be interpreted as not only a mood disorder a comprehensive diagnose that includes child's psychologic, social and cognitive functions and intervened according to this. On the other hand, externalizing behavior problems either can be a part of disorders which concomitant with childhood depression or can be seen as symptoms that masking this disorder. For this reason, it is suggested that keeping in mind that these symptoms can be a part of childhood depression for both sexes may be beneficial for effective and successful treatment results. In addition, the importance of family-based interventions (child-parent therapy, family therapy, child-parent interaction education etc.) in the families which have familial risk factors like parent psychopathology and marital conflict draws attention.

Key Words: Childhood, depression, behavioral problems, marital conflict

9. KAYNAKLAR

1. Bhatia SK, Bhatia SC: Childhood and adolescent depression. *Am Fam Physician*, 75(1):73-80, 2007.
2. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE et al: Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years: part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35(11):1427-39, 1996.
3. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A: Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry*, 60(8):837-44, 2003.
4. Rice F: Genetics of childhood and adolescent depression: insights into etiological heterogeneity and challenges for future genomic research. *Rice Genome Medicine*, 2(9):68, 2010.
5. Mehler-Wex C., Kölch M: Depression in Children and Adolescents. *Dtsch Arztebl Int*, 105(9): 149–55, 2008.
6. Birmaher B, Brent D; AACAP Work Group on Quality Issues, Bernet W, Bukstein O, Walter H, Benson RS, Chrisman A, Farchione T, et al: Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46(11):1503-26, 2007.
7. Grych JH, Fincham FD: Marital conflict and children's adjustment: A cognitive-contextual framework. *Psychological Bulletin*, 108(2):267-90, 1990.
8. Fleur P, Velders FP, Dieleman G, Henrichs J, Jaddoe VWV, Hofman A, et al: Prenatal and postnatal psychological symptoms of parents and family functioning: the impact on child emotional and behavioural problems. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 20(7):341-50, 2011.
9. Cummings E.M, Davies P.T: Effects of marital discord on children: Recent advances and emerging themes in process-oriented research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(1):31-63, 2002.
10. Onur B: Tarih, Sosyoloji, Psikoloji Kavşağında Çocuk. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı* içinde, Çuhadaroğlu Çetin F, Pehlivan Türk B, Ünal F, Uslu R, İşeri E, Türkbay T, Coşkun A, Miral S, Motavallı N (editörler). Hekimler Yayın Birliği. Ankara, s. 470-477, 2008.
11. Türk Ceza Kanunu, Madde 6, <http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5237.html>, Erişim tarihi: 10.06.2014.

12. Çocuk Koruma Kanunu, Madde 3, http://mevzuat.meb.gov.tr/html/25876_0.html, Erişim tarihi: 10.06.2014.
13. Türk Medeni Kanunu, Madde 11, <http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k4721.html>, Erişim tarihi: 10.06.2014.
14. World Health Organization (WHO). Child and adolescent health and development. Geneva, 2004.
15. Tezcan A.E: Çocukluk depresyonu. Depresyonda. Elma Yayınevi. Ankara, s.111-119, 2011.
16. Canat S: Puberte ve Ergenlik. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları içinde, I. Sayıl (ed). Ankara Üniversitesi Yayınları. Ankara, s. 335-343, 2000.
17. Aydınalp K, Sonuvar B, Aydoğmuş K: Dünyada ve Türkiye’de Çocuk Psikiyatrisinin Gelişimi. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı içinde, Çuhadaroğlu Çetin F, Pehlivan Türk B, Ünal F, Uslu R, İşeri E, Türkbay T, Coşkun A, Miral S, Motavallı N (editörler). Hekimler Yayın Birliği. Ankara, s.470-477, 2008.
18. Maughan B, Kim-Cohen J: Continuities between childhood and adult life. British Journal of Psychiatry, 187:301-303, 2005.
19. World Health Organization (WHO). Ten facts on mental health, 2009 http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/en/ Erişim tarihi: 10.06.2014
20. Royal College of Psychiatrists: Psychiatric Services for Children and Adolescents with Learning Disabilities. Council Report CR163. Royal College of Psychiatrists, London, 2010.
21. Liu J, Chen X, Lewis G: Childhood internalizing behaviour: analysis and implications. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 18(10):884-894, 2011.
22. Eisenberg N, Cumberland A, Spinrad TL, Fabes RA, Shepard SA, Reiser M, et al: The relations of regulation and emotionality to children’s externalizing and internalizing problem behavior. Child Development, 72(4):1112-1134, 2001.
23. Shin YM, Sung MJ, Lim KY, Park KS, Cho SM: The pathway of internalizing and externalizing problems from childhood to adolescence: a prospective study from age 7 to 14–16 in Korea. Community Ment Health J, 48(3):384-91, 2012.
24. Pihlakoski L, Sourander A, Aromaa M, Rautava P, Helenius H, Sillanpaa M: The continuity of psychopathology from early childhood to preadolescence: A prospective cohort study of 3–12-year-old children. European Child and Adolescent Psychiatry, 15(7):409–417, 2006.
25. Visser JH, Van der Ende J, Koot HM, Verhulst FC: Continuity of psychopathology in youths referred to mental health services. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38(12):1560–1568, 1999.

26. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM: Show me the child at seven: The consequences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(8):837–849,2005.
27. Ashford J, Smit F, Van Lier PA, Cuijpers P, Koot HM: Early risk indicators of internalizing problems in late childhood: A 9-year longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(7):774–780, 2008.
28. Sourander A, Jensen P, Davies M, Niemela S, Elonheimo H, Ristkari T et al: Who is at greatest risk of adverse longterm outcomes? The Finnish from a boy to a man study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(9): 1148–1161, 2007.
29. Elmquist JM, Melton TK, Croarkin P, McClintock SM: A systematic overview of measurement-based care in the treatment of childhood and adolescent depression .*Journal of Psychiatric Practice*, 16(4):217-34, 2010.
30. Avanci J, Assis S, Oliveira R, Pires T: Childhood Depression: Exploring the association between family violence and other psychosocial factors in low-income Brazilian schoolchildren. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1):26, 2012.
31. Köknel Ö: Depresyon Ruhsal Çöküntü. Altın Kitaplar Basımevi. Üçüncü Baskı. İstanbul, 1992.
32. Işık U: Duygudurum Bozukluklarının Tarihçesi, Sınıflandırılması ve Prevalansı. Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar içinde. Işık E, Işık U, Işık Taner Y. (editörler). Rotatıp Kitapevi. Ankara, s.5-7, 2013.
33. Tanrıöver S: Çocukluk Çağı Depresyonunda Tarihsel Geçmiş. Depresyon. III. Anadolu Psikiyatri Günleri içinde. Bekaroğlu M. (ed) Karadeniz Ruh Sağlığı Derneği, Trabzon, s. 306-314, 1995.
34. Ağaoğlu B: Depresif Bozukluklar. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı içinde, Çuhadaroğlu Çetin F, Pehlivan Türk B, Ünal F, Uslu R, İşeri E, Türkbay T, Coşkun A, Miral S, Motavallı N (editörler). Hekimler Yayın Birliği. Ankara, s.470-477, 2008.
35. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, et al: Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry*, 53(4):339-348, 1996.
36. Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Gözden Geçirilmiş Üçüncü Baskı (DSM-III-R), Köroğlu E. (çev). Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1991.
37. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-V), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'ndan, Köroğlu E (çev). Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.

38. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR), Washington DC, 2000, In: Köroğlu E (çeviri ed). Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007.
39. World Health Organization (WHO). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Description and Diagnostic Guidelines, World Health Organization, Genevo, 1992.
40. Birmaher B, Williamson DE, Dahl RE, Axelson DA, Kaufman J, Dorn LD et al: Clinical presentation and course of depression in youth: Does onset in childhood differ from onset in adolescence? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43(1):63-70, 2004.
41. Luby JL, Heffelfinger AK, Mrakotsky C, Hessler MJ, Brown KM, Hildebrand T: Preschool major depressive disorder: preliminary validation for developmentally modified DSM-IV criteria. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41(8):928-37, 2002.
42. Melvin GA, Tonge BJ, King NJ, Heyne D, Gordon MS, Klimkeit E: A comparison of cognitive- behavioral therapy, sertraline, and their combination for adolescent depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 45(10):1151-61, 2006.
43. Brent DA, Maalouf FT: Pediatric depression: Is there evidence to improve evidence-based treatments? *J Child Psychol Psychiatry*, 50(1-2):143-52, 2009.
44. Keller MB, Ryan ND, Strober M, Klein RG, Kutcher SP, Birmaher B, et al: Efficacy of paroxetine in the treatment of adolescent major depression: A randomized, controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40(7):762-72, 2001.
45. Egger HL, Angold A: Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *J Child Psychol Psychiatry*, 47(3-4):313-37, 2006.
46. Stalets MM, Luby JL: Preschool depression. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*, 15(4):899-917, 2006.
47. Goldman S: Developmental epidemiology of depressive disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 21(2):217-35, 2012.
48. Costello EJ, Egger H, Angold A: 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. methods and public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 44(10):972-86, 2005.
49. Lewinsohn PM, Hops H, Roberts RE, Seeley JR, Andrews JA: Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *J Abnorm Child Psychol*, 102(1):133-44, 1993.
50. Zalsman G, Brent DA, Weersing VR: Depressive disorders in childhood and adolescence: an overview epidemiology, clinical manifestation and risk factors. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*, 15(4):827-41, 2006.

51. Rushton JL, Forcier M, Schectman R: Epidemiology of depressive symptoms in the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41(2):199-205, 2002.
52. Sharp SC, Hellings JA: Efficacy and safety of selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of depression in children and adolescents: Practitioner review. *Clin Drug Investig*, 26(5):247-55, 2006.
53. Paus T, Keshavan M, Giedd JN: Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence? *Nat Rev Neurosci*, 9(12):947-57, 2008.
54. Weir JM, Zakama A, Rao U: Developmental risk I: depression and the developing brain. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 21(2):237-59, 2012.
55. Maio Rocha TB, Zeni CP, Cavalcante Caetano S, Kieling C: Mood disorders in childhood and adolescence. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(Suppl 1):22-31, 2013.
56. Angold A, Costello EJ, Erkanli A, Worthman CM: Pubertal changes in hormone levels and depression in girls. *Psychol Med*, 29(5):1043-53, 1999.
57. Kendall PC, Canthwell DP, Kazdin AE: Depression in children and adolescents: Assessment issues and recommendations. *Cognitive Therapy and Research*, 13: 109-146, 1989.
58. Angold A, Weissman MM, John K, Merikangas KR, Prusoff BA, Wickramaratne P, et al: Parent and child reports of depressive symptoms in children at low and high risk of depression. *J Child Psychol Psychiatry*, 28(6):901-15, 1987.
59. Frigerio A, Pesenti S, Molteni M, Snider J, Battaglia M: Depressive symptoms as measured by the CDI in a population of northern Italian children. *Eur Psychiatry*, 16(1):33-7, 2001.
60. Fristad MA, Emery BL, Beck SJ: Use and abuse of the Children's Depression Inventory. *J Consult Clin Psychol*, 65(4):699-702, 1997.
61. Timbremont B, Braet C, Dreessen L: Assessing depression in youth: Relation Between the Children's Depression Inventory and a structured Interview. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 33(1):149-157, 2004.
62. Williams SB, O'Connor EA, Eder M, Whitlock EP: Screening for child and adolescent depression in primary care settings: a systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics*, 123(4):716-735, 2009.
63. Eker D: Çocuk ve Ergenlerde Depresyon. Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar içinde. Işık E, Işık U, Işık Taner Y. (editörler). Rotatıp Kitapevi. Ankara, s.533-549, 2013.
64. Angold A, Costello EJ, Erkanli A: Comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry*, 40(1):57-87, 1999.

65. Richardson LP, Katzenellenbogen R: Childhood and adolescent depression: the role of primary care providers in diagnosis and treatment. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*, 35(1):6-24, 2005.
66. Collishaw S, Pine DS, Thapar AK: Depression in adolescence. *Lancet*, 379(9820):1056-67, 2012.
67. Clark M, Jansen KL, Cloy JA: Treatment of Childhood and Adolescent Depression. *Am Fam Physician*, 85(5):442-448, 2012.
68. Beardslee WR, Gladstone TR: Prevention of childhood depression: recent findings and future prospects. *Biol Psychiatry*, 49(12):1101-1110, 2001.
69. Hirshfeld-Becker DR, Biederman J, Faraone SV, Robin JA, Friedman D, Rosenthal JM: Pregnancy complications associated with childhood anxiety disorders. *Depress Anxiety*, 19(3):152-62, 2004.
70. Jaffee SR, Price TS: Gene–environment correlations: a review of the evidence and implications for prevention of mental illness. *Mol Psychiatry*, 12(5):432-42, 2007.
71. Moffitt TE, Caspi A, Rutter M: Strategy for investigating interactions between measured genes and measured environments. *Arch Gen Psychiatry*, 62(5):473-8, 2005.
72. Rutter M, Moffitt TE, Caspi A: Gene–environment interplay and psychopathology: multiple varieties but real effects. *J Child Psychol Psychiatry*, 47(3-4):226-61, 2006.
73. Rutter M, Kim-Cohen J, Maughan B: Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3-4):276-95, 2006.
74. Kessler RC, Avenevoli S, Ries Merikangas K: Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective. *Biol Psychiatry*, 49(12):1002-1014, 2001.
75. Warner V, Weissman MM, Mufson L, Wickramaratne PJ: Grandparents, parents, and grandchildren at high risk for depression: a three-generation study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38(3):289-96, 1999.
76. Pine DS, Cohen P, Gurley D, Brook J, Ma Y: The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 55(1):56-64, 1998.
77. Garrison CZ, Waller JL, Cuffe SP, McKeown RE, Addy CL, Jackson KL: Incidence of major depressive disorder and dysthymia in young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36(4):458-65, 1997.
78. Allen NB, Lewinsohn PM, Seeley JR: Prenatal and perinatal influences on risk for psychopathology in childhood and adolescence. *Dev Psychopathol*, 10(3):513-29, 1998.

79. Os JO, Jones P, Lewis G, Wadsworth M, Murray R. Developmental precursors of affective illness in a general population birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*, 54(7):625-31, 1997.
80. Jaffee SR, Moffitt TE, Caspi A, Fombonne E, Poulton R, Martin J. Differences in early childhood risk factors for juvenile-onset and adult-onset depression. *Arch Gen Psychiatry*, 59(3): 215-22, 2002.
81. Kapornai K, Gentzler AL, Tepper P: Early developmental characteristics and features of major depressive disorder among child psychiatric patients in Hungary. *J Affect Disord*, 100(1-3):91-101, 2007.
82. Wysowski DK, Pitts M, Beitz J: An analysis of reports of depression and suicide in patients treated with isotretinoin. *J Am Acad Dermatol*, 45(4):515-9, 2001.
83. Nobile M, Cataldo MG, Giorda R, Battaglia M, Baschiroto C, Bellina M, et al: A case-control and family-based association study of the 5-HTTLPR in pediatric-onset depressive disorders. *Biol Psychiatry*, 56(4):292-5, 2004.
84. Beitchman JH, Baldassarra L, De Luca V, King N, Bender D, Ehtesham S, et al: Serotonin transporter polymorphisms and persistent, pervasive childhood aggression. *Am J Psychiatry*, 163(6):1103-5, 2006.
85. Eley TC, Sugden K, Corsico A, Gregory AM, Sham P, McGuffin P, et al: Gene-environment interaction analysis of serotonin system markers with adolescent depression. *Mol Psychiatry*, 9(10):908-15, 2004.
86. Araya R, Hu X, Heron J, Enoch M, Evans J, Lewis G, et al: Effects of stressful life events, maternal depression and 5-HTTLPR genotype on emotional symptoms in preadolescent children. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*, 150B(5):670-82, 2009.
87. Kaufman J, Yang BZ, Douglas-Palumberi H, Grasso D, Lipschitz D, et al: Brain-derived neurotrophic factor-5-HTTLPR gene interactions and environmental modifiers of depression in children. *Biol Psychiatry*, 15;59(8):673-680, 2006.
88. Goodyer IM, Bacon A, Ban M, Croudace T, Herbert J: Serotonin transporter genotype, morning cortisol and subsequent depression in adolescents. *Br J Psychiatry*, 195(1):39-45, 2009.
89. Brent D, Melhem N, Ferrell R, Emslie G, Wagner KD, Ryan N, et al: Association of FKBP5 polymorphisms with suicidal events in the treatment of resistant depression in adolescent (TORDIA) study. *Am J Psychiatry*, 167(2):190-197, 2010.
90. Tatro ET, Everall IP, Kaul M, Achim CL: Modulation of glucocorticoid receptor nuclear translocation in neurons by immunophilins FKBP51 and FKBP52: implications for major depressive disorder. *Brain Res*, 25;1286:1-12, 2009.
91. Kronenberg S, Apter A, Brent D, Schirman S, Melhem N, Pick N, et al: Serotonin transporter polymorphism (5-HTTLPR) and citalopram effectiveness and side effects

- in children with depression and/or anxiety disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 17(6):741-50, 2007.
92. Kovacs M: Presentation and course of major depressive disorder during childhood and later years of the life span. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35(6):705-15, 1996.
 93. Costello EJ, Pine DS, Hammen C, March JS, Plotsky PM, Weissman MM, et al: Development and natural history of mood disorders. *Biol Psychiatry*, 15;52(6):529-542, 2002.
 94. McCauley E, Myers K, Mitchell J, Calderon R, Schloredt K, Treder R: Depression in young people: initial Presentation and clinical course. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32(4):714-22, 1993.
 95. Pine DS, Cohen E, Cohen P, Brook J: Adolescent depressive symptoms as predictors of adult depression: moodiness or mood disorder? *Am J Psychiatry*, 156(1):133-5, 1999.
 96. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM, Beautrais AL: Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood. *Arch Gen Psychiatry*, 62(1):66-72, 2005.
 97. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ: Recurrence of major depression in adolescence and early adulthood, and later mental health, educational and economic outcomes. *Br J Psychiatry*, 191:335-342, 2007.
 98. Harrington R, Fudge H, Rutter M, Pickles A, Hill J: Adult outcomes of childhood and adolescent depression. I. Psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry*, 47(5):465-73, 1990.
 99. Weissman MM, Wolk S, Wickramaratne P, Goldstein RB, Adams P, Greenwald S, et al: Children with prepubertal-onset major depressive disorder and anxiety grown up. *Arch Gen Psychiatry*, 56(9):794-801, 1999.
 100. Akiskal HS. Developmental pathways to bipolarity: are juvenileonset depressions pre-bipolar? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34(6):754-63, 1995.
 101. Geller B, Fox LW, Clark KA: Rate and predictors of prepubertal bipolarity during follow-up of 6- to 12-year-old depressed children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33(4):461-8, 1994.
 102. Birmaher B, Arbelaez C, Brent D: Course and outcome of child and adolescent major depressive disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am*, 11(3):619-637, 2002.
 103. American Psychiatric Association, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. The use of medication in treating childhood and adolescent depression:

information for patients and families. [http://www. parentsmedguide.org](http://www.parentsmedguide.org), Erişim tarihi: 10.06.2014.

104. Bridge JA, Iyengar S, Salary CB, Barbe RP, Birmaher B, Pincus HA, et al: Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA*, 18;297(15):1683-96, 2007.
105. Maalouf FT, Brent DA: Pharmacotherapy and psychotherapy of pediatric depression. *Expert Opin. Pharmacother*, 11(13):2129-40, 2010.
106. Harrington R, Whittaker J, Shoebridge P: Psychological treatment of depression in children and adolescents: A review of treatment research. *Br J Psychiatry*, 173:291-8, 1998.
107. Kapornai K, Vetro A: Depression in children. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(1):1-7, 2008.
108. De Cuyper S, Timbremont B, Braet C, De Backer V, Wullaert T. Treating depressive symptoms in schoolchildren: a pilot study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 13(2):105-114, 2004.
109. Luby JL: Early childhood depression. *Am J Psychiatry*, 166(9): 974–979 2009.
110. Weisz JR, Thurber CA, Sweeney L, Proffitt VD, LeGagnoux GL: Brief treatment of mild-to-moderate child depression using primary and secondary control enhancement training. *J Consult Clin Psychol*, 65(4):703-7, 1997.
111. Kovacs M, Sherrill J, George CJ: Contextual emotion-regulation therapy for childhood depression: Description and pilot testing of a new intervention. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 45(8):892-903, 2006.
112. Hazell P, O’Connell D, Heathcote D, Henry D: Tricyclic drugs for depression in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*, 18;6:CD002317, 2013.
113. Emslie GJ, Heiligenstein JH, Wagner KD, Hoog SL, Ernest DE, Brown E, et al: Fluoxetine for acute treatment of depression in children and adolescents: a placebo-controlled, randomized clinical trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41(10):1205-15, 2002.
114. Findling RL, McNamara NK, Stansbrey RJ, Feeny NC, Young CM, Peric FV, et al. The relevance of pharmacokinetic studies in designing efficacy trials in juvenile major depression. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 16(1-2):131-45, 2006.
115. Axelson DA, Perel JM, Birmaher B, Rudolph GR, Nuss S, Bridge J, et al. Sertraline pharmacokinetics and dynamics in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41(9):1037-44, 2002.
116. Sakolsky DJ, Perel JM, Emslie GJ, Clarke GN, Wagner KD, Vitiello B, et al: Antidepressant exposure as a predictor of clinical outcomes in the Treatment of

- Resistant Depression in Adolescents (TORDIA) Study. *J Clin Psychopharmacol*, 31(1):92-97, 2011.
117. Hetrick S, Merry S, McKenzie J, Sindahl P, Proctor M: Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for depressive disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*, 18;(3):CD004851, 2007.
 118. Cummings EM, Goeke-Morey M, Papp L: Children's responses to everyday marital conflict tactics in the home. *Child Development*, 74(6):1918-1929, 2003.
 119. Goeke-Morey MC, Cummings EM, Harold GT, Shelton KH: Categories and continua of destructive and constructive marital conflict tactics from the perspective of U.S. and Welsh children. *Journal of Family Psychology*, 17(3):327-38, 2003.
 120. De Arth-Pendley G, Cummings EM: Children's emotional reactivity to interadult nonverbal conflict expressions. *Journal of Genetic Psychology*, 163(1):97-111, 2002.
 121. Grych, JH, Fincham FD: Marital conflict and children's adjustment: A cognitive contextual framework. *Psychological Bulletin*, 108(2):267-90, 1990.
 122. Buehler C, Lange G, Franck KL: Adolescents' cognitive and emotional responses to marital hostility. *Child Development*, 78(3):775-89, 2007.
 123. Lindsey EW, Caldera YM, Tankersley L: Marital conflict and the quality of young children's peer play behavior: The mediating and moderating role of parent-child emotional reciprocity and attachment security. *J Fam Psychol*, 23(2):130-145, 2009.
 124. Lindsey EW, Colwell MJ, Frabutt JM, MacKinnon-Lewis C: Family conflict in divorced and nondivorced families: Possible consequences for boys? Mutual friendship and friendship quality. *Journal of Social and Personal Relationships*, 23:45-63, 2006.
 125. Goodman SH, Barfoot B, Frye AA, Belli AM: Dimensions of marital conflict and children's social problem-solving skills. *Journal of Family Psychology*, 13(1):33-45, 1999.
 126. McCoy K, Cummings EM, Davies PT: Constructive and destructive marital conflict, emotional security, and children's prosocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(3):270-9, 2009.
 127. Cummings EM, Schermerhorn AC, Davies PT, Goeke-Morey MC, Cummings JS: Interparental discord and child adjustment: prospective investigations of emotional security as an explanatory mechanism. *Child Development*, 77(1):132-52, 2006.
 128. Du Rocher Schudlich TD, Cummings EM: Parental dysphoria and children's internalizing symptoms: marital conflict styles as mediators of risk. *Child Development*, 74(6):1663-81, 2003.

129. Davies PT, Sturge-Apple ML: Advances in the formulation of emotional security theory: An ethologically-based perspective. *Advances in Child Behavior and Development*, 35:87-137, 2007.
130. Grych JH, Fincham FD: Inter-parental conflict and children's adjustment: a cognitive contextual framework. *Psychological Bulletin*, 108(2):267-90, 1990.
131. Cummings ME, Davies PT: Effects of marital conflict on children: recent advances and emerging themes in process-oriented research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(1):31-63, 2002.
132. Barber BK, Stolz HE, Olsen JA: Parental support, psychological control, and behavioral control: Assessing relevance across time, culture, and method. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 70(4):1-137, 2005.
133. Gerard JM, Buehler C: Multiple risk factors in the family environment and youth problem behaviors. *Journal of Marriage and the Family*, 61(2):343-361, 1999.
134. Erel O, Burman B: Interrelatedness of marital relations and parent-child relations: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 118(1):108-32, 1995.
135. Krishnakumar A, Buehler C: Interparental conflict and parenting behaviors: A meta-analytic review. *Family Relations*, 20(5):561-92, 2000.
136. Noller P, Feeney JA, Sheehan G, Peterson C: Marital conflict patterns: Links with family conflict and family members' perceptions of one another. *Personal Relationships*, 7(1):79-94, 2000.
137. Stocker CM, Youngblade L: Marital conflict and parental hostility: Links with children's sibling and peer relationships. *Journal of Family Psychology*, 13(4):598-609, 1999.
138. Barber BK, Maughan SL, Olsen JA: Patterns of parenting across adolescence. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 2005(108):5-16, 2005.
139. Buehler C, Gerard J: Marital conflict, ineffective parenting, and children's and adolescent's maladjustment. *Journal of Marriage and the Family*, 64(1): 78-92, 2002.
140. Brody G, Arias I, Fincham F: Linking marital and child attributions to family processes and parent-child relationships *Journal of Family Psychology*, 10(4):408-42, 1996.
141. Davies PT, Woitach MJ, Winter MA, Cummings EM: Children's insecure representations of the interparental relationship and their school adjustment: The mediating role of attention difficulties. *Child Development*, 79(5):1570-82, 2008.
142. El-Sheikh M, Buckhalt JA, Keller P, Cummings EM, Acebo C: Child emotional insecurity and academic achievement: The role of sleep disruptions. *Journal of Family Psychology*, 21(1):29-38, 2007.

143. Hughes EK, Gullone E: Internalizing symptoms and disorders in families of adolescents: a review of family systems literature. *Clin Psychol Rev*, 28(1):92–117, 2008.
144. Davis B, Sheeber L, Hops H, Tildesley E: Adolescent responses to depressive parental behaviors in problem-solving interactions: Implications for depressive symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(5):451-65, 2000.
145. Du Rocher Schudlich TD, Papp LM, Cummings EM: Relations of husbands' and wives' dysphoria to marital conflict resolution strategies. *Journal of Family Psychology*, 18(1):171-83, 2004.
146. Rehman US, Gollan J, Mortimer AR: The marital context of depression: research, limitations, and new directions. *Clin Psychol Rev*, 28(2):179–198, 2008.
147. Campbell JC, Lewandowisk LA: Mental and physical health effects of intimate partner violence on women and children. *Psychiatr Clin North Am*, 20(2):353-74, 1997.
148. Cummings EM, Goeke-Morey MC, Papp LM: A family-wide model for the role of emotion in family functioning. *Marriage and Family Review*, 34(1-2): 13–34, 2002.
149. Koss KJ, George MRW, Bergman KN, Cummings EM, Davies PT, Cicchetti D: Understanding children's emotional processes and behavioral strategies in the context of marital conflict. *Journal of Experimental Child Psychology*, 109(3):336-52, 2011.
150. <http://www.turkis.org.tr/dosya/s2jpz8zQ70ll.pdf> Erişim tarihi: 10.06.2014.
151. Kovacs M: The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacol Bull*, 21(4):995-998,1985.
152. Öy B: Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2:132-136,1991.
153. Birmaher B, Khetarpal S, Brent D, Cully M, Balach L, Kaufman J, Neer SM: The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36(4):545-53, 1997.
154. Karaceylan Çakmakçı F: Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Kocaeli Üniv. Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi AD, Kocaeli, 2004.
155. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al: Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36(7):980-988, 1997.

156. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B: Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi -Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli- Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 11:109-116, 2004.
157. Achenbach TM, Edelbrock C: Manual for the Child Behavior Checklist/ 4-18 and Revised Child Behavior Profile. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington VT, 1983.
158. Erol N, Arslan BL, Akçakın M: The Adaptation and Standardization of the Child Behavior Checklist Among 6-18 Yearold Turkish Children. In Sergeant J (ed). Eunethydis: European Approaches to Hyperkinetic Disorder, Fotoratar, Zürih, s.97-113, 1995.
159. Erol N, Şimşek Z: Ölçeklerin Kısa Tanıtımı. Okul Çağı Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçekleri El Kitabı, Mentis Yayıncılık, Ankara. s.17-18, 2010.
160. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbauch J: An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry, 4: 53-63, 1961.
161. Hisli N. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. Psikoloji Dergisi 7(23): 3-14, 1989.
162. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA.: An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. J Consult Clin Psychol, 56(6):893-7, 1988.
163. Ulusoy M, Şahin N, Erkman H. Turkish Version of The Beck Anxiety Inventory: psychometric Properties. J Cognitive Psychotherapy: Int Quaterly, 12(2):28-35, 1998.
164. Hatipoğlu Z: The Role of Certain Demographic Variables and Marital Conflict in Marital Satisfaction of Husband and Wives. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ortadoğu Teknik Üniversitesi, Ankara, 1993.
165. Jane Costello E, Erkanli A, Angold A. Is there an epidemic of child or adolescent depression? J Child Psychol Psychiatry, 47(12):1263-1271, 2006.
166. Harrington R: Affective disorders. In Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches. Rutter M, Taylor E, Hersov L (eds). Second edition. Blackwell, London, s.330-345, 1994.
167. Karakuş M: KTÜ Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Polikliniğine İlk Kez Başvuran Çocuk ve Ergenlerin Sosyodemografik Özellikleri, Başvuru Yakınmaları ve Tanılarının Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon, 2013.
168. Pelkonen M, Marttunen M: Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors, and approaches to prevention. Pediatric Drugs, 5(4):243-65, 2003.

169. Ögel K, Aksoy A: Kendine Zarar Verme Davranışı Raporu. Yeniden Yayın, İstanbul, s:3-14, 2006.
170. Akdemir D, Zeki A, Ünal Yetimoğlu D, Kara M, Çuhadaroğlu Çetin F: Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerde psikiyatrik belirtiler, kimlik karmaşası ve benlik saygısı. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 14(1):69-76, 2003.
171. Kiss E, Gentzler AM, George C, Kapornai K, Tamás Z, Kovacs M, et al. Factors influencing mother-child reports of depressive symptoms and agreement among clinically referred depressed youngsters in Hungary. *J Affect Disord*, 100(1-3):143-51, 2007.
172. Belsky J, Bel B, Bradle RH, Stallard N, Stewart-Brown S: Socioeconomic risk, parenting during the preschool years and child health age 6 years. *European Journal of Public Health*, 17(5):508-13, 2007.
173. Khasakhala L, Ndeti DM, Mutiso V, Mbwayo AW, Matha M: The prevalence of depressive symptoms among adolescents in Nairobi public secondary schools: association with perceived maladaptive parental behaviour *Afr J Psychiatry*, 15(2):106-13, 2012.
174. Weissman MM, Pilowsky DJ, Wickramaratne PJ, Talati A, Wisniewsk SR, Fava M, et al: Remissions in maternal depression and child psychopathology: a STAR*D-child report. *Journal of the American Medical Association*, 295 (12):1389–1398, 2006.
175. Hay DF, Pawlby S, Angold A, Harold GT, Sharp D: Pathways to violence in the children of mothers who were depressed postpartum. *Developmental Psychology*, 39(6):1083-94, 2003.
176. Munson JA, McMahon RJ, Spieker SJ: Structure and variability in the developmental trajectory of children's externalizing problems: Impact of infant attachment, maternal depressive symptomatology, and child sex. *Development and Psychopathology*, 13(2):277-96, 2001.
177. Sinclair DA, Murray L: Effects of postnatal depression on children's adjustment in school. *British Journal of Psychiatry*, 172:58–63, 1998.
178. Cummings EM, Keller PS, Davies PT: Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: Exploring multiple relations with child and family functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(5):479-89, 2005.
179. Hammen C, Brennan PA: Severity, chronicity, and timing of maternal depression and risk for adolescent offspring diagnoses in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 60(3):253-258, 2003.
180. Shin Y.M, Cho H, Lim KY, Cho SM: Predictors of Self-Reported Depression in Korean Children 9 to 12 Years of Age. *Yonsei Med J*, 49(1):37 - 45, 2008.
181. Eskin M, Ertekin K, Harlak H, Dereboy C: Prevalence of and factors related to depression in high school students. *Turk Psikiyatri Derg*, 19(4):382-9, 2008.

182. Bradley RG, Corwyn RF: Sociodemographic status and child development. *Annual Review of Psychology*, 53:371–399, 2002.
183. Anselmi L, Barros FC, Minten GC, Gigante DP, Horta BL, Victora CG: Prevalence and early determinants of common mental disorders in the 1982 birth cohort, Pelotas, Southern Brazil. *Rev Saude Publica*, 42(Suppl 2):26–33, 2008.
184. Gilman SE, Kawachi I, Fitzmaurice GM, Buka SL: Socioeconomic status in childhood and the lifetime risk of major depression. *Int J Epidemiol*, 31(2):359–367, 2002.
185. Waylen A, Stewart-Brown S: Factors influencing parenting in early childhood: a prospective longitudinal study focusing on change. *Child Care Health Dev*, 36(2):198-207 36, 2010.
186. McLeod BD, Weisz JR, Wood JJ: Examining the association between parenting and childhood depression: a meta-analysis. *Clin. Psychol. Rev*, 27(8):986-1003, 2007.
187. Overbeek G, Ten Have M, Vollebergh W, Graaf R: Parental lack of care and overprotection. Longitudinal associations with DSM-III-R disorders. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol*, 42(2):87-93, 2007.
188. Furstenberg FF, Brooks-Gunn J, Chase-Lansdale PL: “Teenage Pregnancy and Childbearing.” *American Psychologist*, 44(2):313-20, 1989.
189. Goodman SH, Gotlib IH: Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106(3):458-90, 1999.
190. Hammen C, Burge D, Adrian C: Timing of mother and child depression in a longitudinal study of children at risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(2):341-5, 1991.
191. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT: Maternal depressive symptoms and depressive symptoms in adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry*; 36(7):1161-78, 1995.
192. Davies PT, Windle M: Gender specific pathways between maternal depressive symptoms, family discord, and adolescent adjustment. *Developmental Psychology*, 33(4):657-68, 1997.
193. Reinherz HZ, Giaconia RM, Pakiz B, Silverman AB, Frost AK, Lefkowitz ES: Psychosocial risks for major depression in late adolescence: a longitudinal community study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32(6):1155-63, 1993.
194. Gates L, Lineberger MR, Crockett J, Hubbard J: Birth order and its relationship to depression, anxiety, and self-concept test scores in children. *J Genet Psychol*, 149(1):29-34, 1986.

195. Downey Douglas B: "When Bigger Is Not Better: Number of Siblings, Parental Resources, and Educational Performance." *American Sociological Review* 60(5):746–761, 1995.
196. Demir T, Karacetin G, Demir DE, Uysal O: Epidemiology of depression in an urban population of Turkish children and adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 134 (1-3): 168–176, 2011.
197. Osborne C, Berger LM: "Parental Substance Abuse and Child Well-Being: A Consideration of Parents' Gender and Coresidence." *Journal of Family Issues* 30(3):341–70, 2009.
198. Keenan K, Shaw DS, Walsh B, Delliquadri E, Giovannelli J: DSM-III-R disorders in preschool children from low-income families. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(5):620-627, 1997.
199. Keiley MK, Bates JE, Dodge KA, Pettit GS: A cross-domain growth analysis: Externalizing and internalizing behaviors during 8 years of childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(2):161-79, 2000.
200. Chorpita BF, Barlow DH: The development of anxiety: the role of control in the early environment. *Psychological Bulletin* 124(1):3–2, 1998.
201. Kessler RC, Magee WJ: Childhood family violence and adult recurrent depression. *Journal of Health & Social Behavior*, 35(1):13-27, 1994.
202. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley, JR, Klein DN, Gotlib IH: Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: predictors of recurrence in young adults. *American Journal of Psychiatry*, 157(10):1584-91, 2000.
203. Waylen A, Stallard N, Stewart-Brown S: Parenting and health in mid-childhood: A longitudinal study. *European Journal of PublicHealth*, 18(3):300-305, 2008.
204. Cohen P, Velez CN, Brook J, Smith J: Mechanisms of the relation between perinatal problems, early childhood illness, and psychopathology in late childhood and adolescence. *Child Development*, 60(3):701-709, 1989.
205. Alonso SJ, Navarro E, Rodriguez M: Permanent dopaminergic alterations in the n. accumbens after prenatal stress. *Pharmacology, Biochemistry Behavior*, 49(2):353-358, 1994.
206. Vocisano C, Klein DN, Keefe RS, Dienst ER, Kincaid MM. Demographics, family history, premorbid functioning, developmental characteristics, and course of patients with deteriorated affective disorder. *Am J Psychiatry*, 153(2):248-55, 1996.
207. Pereira1 TS, Silva AA, Alves MT, Simões VM, Batista1 RF, Rodriguez JD, et al: Perinatal and early life factors associated with symptoms of depression in Brazilian children. *BMC Public Health*, 12:605-616, 2011.
208. Vasiliadis HM, Gilman SE, Buka SL: Fetal growth restriction and the development of major depression. *Acta Psychiatr Scand*, 117(4):306-312, 2008.

209. Herva A, Pouta A, Hakko H, Laksy K, Joukamaa M, Veijola J: Birth measures and depression at age 31 years: the Northern Finland 1966 Birth Cohort Study. *Psychiatry Res*, 160(3):263-270, 2008.
210. Gale CR, Martyn CN: Birth weight and later risk of depression in a national birth cohort. *Br J Psychiatry* 18:428–433, 2004.
211. Dalgleish T, Taghavi R, Neshat-Doost H, Moradi A, Canterbury R, Yule W: Patterns of processing bias for emotional information across clinical disorders: A comparison of attention, memory, and prospective cognition in children and adolescents with depression, generalized anxiety, and posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32(1):10-21, 2003.
212. Shin M, Kim H, Kim J: Depression of the adolescent reporting the symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder: Mediating effect of self-concept. *The Korean Journal of Clinical Psychology*, 24(4), 903–916, 2005.
213. Lin HC, Tang TC, Yen JY, Ko CH, Huang CF, Liu SC et al: Depression and its association with self-esteem, family, peer and school factors in a population of 9586 adolescents in southern Taiwan. *Psychiatry Clin Neurosci*, 62(4):412-420, 2008.
214. Schwartz D, Gorman AH, Duong MT, Nakamoto J. Peer relationships and academic achievement as interacting predictors of depressive symptoms during middle childhood. *J Abnorm Psychol*, 117(2):289-99, 2008.
215. Oland AA, Shaw DS: Pure versus co-occurring externalizing and internalizing symptoms in children: The potential role of socio-developmental milestones. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8(4), 247-270, 2005.
216. Fanti K.A: "Trajectories of Pure and Co-Occurring Internalizing and Externalizing Problems from Age 2 to Age 12: Findings from the NICHD Study of Early Child Care", *Psychology Dissertations*, 2007.
217. Margolin G, Gordis E: The Effects of Family and Community Violence on Children. *Annual Review Psychology*, 51:445–479, 2000.
218. Kouros CD, Cummings EM, Davies PT: Early trajectories of interparental conflict and externalizing problems as predictors of social competence in preadolescence. *Dev Psychopathol*, 22(3): 527–537, 2010.
219. Sharfstein S: New task force will address early childhood violence. *Psychiatr News*, 41:3, 2006.
220. Pynoos RS, Steinberg AM, Piacentini JC: A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. *Biol Psychiatry*, 1;46(11):1542-1554, 1999.
221. Davies PT, Woitach MJ, Winter MA, Cummings EM: Children's Insecure Representations of the Interparental Relationship and Their School Adjustment: The Mediating Role of Attention Difficulties. *Child Development*, 79(5):1570-82, 2008.

222. Keller PS, Cummings EM, Peterson KM, Davies PT: Marital Conflict in the Context of Parental Depressive Symptoms: Implications for the Development of Children's Adjustment Problems. *Soc Dev*, 18(3): 536–555, 2009.
223. Garralda ME: Somatisation in children. *J Child Psychol Psychiatry*, 37(1):13-33, 1996.
224. McCauley E, Carlson GA, Calderon R: The role of somatic complaints in the diagnosis of depression in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30(4):631-635, 1991.



10.EKLER

