TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

DEPRESYON TANISI ALMIŞ ERGENLERDE ANNE BABA KABUL REDDİ- KONTROLU VE AİLE İÇİ İLİŞKİLERİN DEPRESYON ŞİDDETİNE ETKİSİ

Dr. Özlem ŞİRELİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞIVE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı:
Prof. Dr. Ayla SOYKAN AYSEV

ANKARA
2012

KABUL VE ONAY

T U T A N A K

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalımız araştırma görevlisi Dr.Özlem Şireli'nin tez değerlendirme jürisi (Prof.Dr.Ayla Aysev, Doç.Dr.Birim Günay Kılıç, Doç.Dr.C.Kağan Gürkan) 24.12.2012 Pazartesi günü saat 11.00'de Anabilim Dalımız Dershanesinde toplanarak adayın **"Depresyon tanısı almış ergenlerde anne baba kabul reddi-kontrolü ve aile ilişkilerin depresyon şiddetine etkisi"** isimli tezi ile ilgili savunması alınmış ve değerlendirilmiş olup çalışmasının Fakültemizce kabul edilen Uzmanlık Tez Yazım Klavuzuna uygun olduğu ve sözlü savunmasının da başarılı olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Doç.Dr.Birim Günay Kılıç
(Üye)

Doç.Dr.C.Kağan GÜRKAN
(Üye)

Prof.Dr. F.Ayla Aysev
(Başkan)

TEŞEKKÜR

Tezimin ve eğitimimin tüm aşamalarında desteğini her zaman yanımda hissettiğim tez danışmanım, Prof. Dr. Ayla Aysev hocama,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren değerli hocalarım, Prof. Dr. Efser Kerimoğlu, Prof. Dr. Melda Akçakın, Prof. Dr. Neşe Erol, Prof. Dr. Emine Kılıç, Prof.Dr. Runa Uslu, Doç. Dr. Birim Günay Kılıç ve Doç. Dr. Kağan Gürkan'a,

Tez çalışmamda desteklerinden dolayı birlikte çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum asistan ve psikolog arkadaşlarıma, yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen anabilim dalımızın tüm çalışanlarına,

Desteğinden dolayı Kaan Bingöl'e

Son olarak eğitim hayatımın her aşamasında bana destek olan aileme

sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr.Özlem ŞİRELİ

ANKARA 2012

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY i
TEŞEKKÜR ii
İÇİNDEKİLER iii
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ vi
ŞEKİLLER DİZİNİ vii
TABLOLAR DİZİNİ viii
1. GİRİŞ ve AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. Depresyonun Tanımı ve Tarihçesi 4
2.2. Depresyonun Sınıflandırılması 4
2.2.1. Majör Depresyon Tanı Ölçütleri 5
2.2.1.1. DSM-IV tanı ölçütleri 5
2.3. Ergenlik ve Depresyon 7
2.3.1. Ergenlikte ki Depresyonda Ayırıcı Tanı ve Klinik Özellikler 7
2.3.2. Ergen Depresyonunda Eştanı 7
2.3.3. Ergen Depresyonunun Epidemiyolojisi 8
2.4. Depresyonun Etiyolojisi 11
2.4.1. Psikososyal Faktörler 11
2.4.1.1. Stresli/olumsuz yaşam olayları 11
2.4.1.2. Bilişsel yatkınlık 12
2.4.1.3. Kişilerarası yatkınlık 13
2.4.2. Depresyon ve Diğer Psikolojik Modeller 15
2.4.2.1. Psikoanalitik ve Psikodinamik Yaklaşımlar 15
2.4.2.2. Davranışçı Yaklaşım 16
2.4.3. Biyolojik Etkenler 17
2.4.3.1. Biyojenik aminler ve nöroendokrinolojik faktörler 17
2.4.3.2. Depresyonda nöroanatomik ve fonksiyonel değişiklikler 18
2.4.4. Genetik 19
2.5. Ana-Baba Kabul ve Red Kuramı 20
2.5.1. Ana-babalığın Sıcaklık Boyutu (Warmth Dimension) 21

2.5.2. Ana-Babalığın Kontrol Boyutu 23
2.5.3. EKAR Kuramı'nın Kişilik Yaklaşımı 23
2.5.3.1. Bağımlılık veya savunucu bağımsızlık 24
2.5.3.2. Duygusal tepkisizlik 25
2.5.3.3. Düşmanlık ve saldırganlık 26
2.5.3.4. Olumsuz öz-saygı 26
2.5.3.5. Olumsuz öz-yeterlik 27
2.5.3.6. Duygusal tutarsızlık 27
2.5.3.7. Olumsuz dünya görüşü 27
2.6. Ana-Babalık Stili 28
2.7. Ergen Depresyonu ve Aile İşlevselliği 29
3. GEREÇ ve YÖNTEM 33
3.1. Çalışma grubunun Seçimi ve Uygulama 33
3.2. Değerlendirme Gereçleri 34
3.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu 34
3.2.2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (K-SADS-PL) 34
3.2.3. DSM-IV TR Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Görüşme Formu (SCID I / Klinik Versiyon) 34
3.2.4. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği 35
3.2.5. Ana-baba Kabul-Red/Kontrol Ölçegi Çocuk Formu (EKRÖ/K-Çocuk) 35
3.2.6. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) 35
3.3. İstatistiksel Analiz 36
4. BULGULAR 37
4.1. Depresyon ve Kontrol Gruplarındaki Ergenlerin Demografik ve Klinik Özellikleri 37
4.2. Depresyon ve Kontrol Grubundaki Ergenlerin Ana babalarının Demografik ve Klinik Özellikleri 41
4.3. Ergenlerin Aile Öyküsü ile İlgili Bulguları 42

4.4. Gruplardaki Ergenlerin ÇDÖ ve EKRÖ/K ve Ana-babalarının ADÖ Değerlendirmeleri 44
5. TARTIŞMA 53
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER 61
ÖZET 63
ABSTRACT 65
KAYNAKLAR 67
EKLER 96

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

SSRI	:	Selektif serotonin geri alım inhibitörü
SSS	:	Santral sinir sistemi
TPH 1	:	Triptofan hidroksilaz 1
TSA	:	Trisiklik antidepresanlar
5-HT	:	Serotonin
5HTR2A	:	Serotonin 2A reseptör
ADÖ	:	Aile Değerlendirme Ölçeği
BOS	:	Beyin omurilik sıvısı
ÇDÖ	:	Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği
COMT	:	Katekol-o-metiltransferaz
DA	:	Dopamin
DEHB	:	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DSM	:	Diagnostical and Statistical Manual"
EKAR	:	Ebeveyn kabul-red
GABA	:	γ-aminobütirikasit
GH	:	Büyüme hormonu
HPA	:	Hipotalamo-pituiter-adrenal
ICD	:	International Classification of Diseases
K-SADS-PL:		Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu
Maks	:	Maksimum
MAOI	:	Monoamin oksidaz inhibitörlerinin
MDB	:	Major depresif bozukluk
Medy	:	Medyan
Min	:	Minimum
NA	:	Noradrenalin
Ort	:	Ortalama
SCID I	:	DSM- TR IV Eksen 1 Bozuklukları için Yapılandırılmış Görüşme Formu
SLC6A4	:	Serotonin transporter
SPECT	:	Single photon emission tomography
SS	:	Standart sapma
SSGİ	:	Seçici serotonin geri alım inhibitörü
TSA	:	Trisiklik antidepresanlar

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4.1. Ergenlerin psikiyatrik hastalık öyküsü dağılımlarına ait pasta grafiği 40

Şekil 4.2. Depresyonu olan ergenlere eş tanı dağılımlarına ait pasta grafiği 40

Şekil 4.3. İki grubun EKRÖ/K ve alt ölçek skorlarına ait çubuk grafik (anne) 46

Şekil 4.4. İki grubun EKRÖ/K ve alt ölçek skorlarına ait çubuk grafik (baba) 47

Şekil 4.5. Grupların ADÖ alt ölçek puan ortalamalarına ait çubuk grafik (anne) 49

Şekil 4.6. Grupların ADÖ alt ölçek puan ortalamalarına ait çubuk grafik (baba) 50

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Gruplardaki ergenlerin yaş ortalamaları ve cinsiyet dağılımları 37
Tablo 4.2. Gruplardaki ergenlerin devam ettiği okullara göre dağılımları 37
Tablo 4.3. Grupların aile yapısına göre dağılımları 38
Tablo 4.4. Gruplardaki ergenlerin kardeş sayısı ve kardeşler arası yaş sıralamalarına ait değerler 38
Tablo 4.5. Gruplardaki ergenlerin madde kullanımı öyküsü ve madde kullanımı dağılımları 39
Tablo 4.6. İki gruptaki ergenlerin psikiyatrik özgeçmişlerine göre dağılımları 39
Tablo 4.7. Gruplardaki ergenlerin annelerinin yaş değerleri ve sosyodemografik özellikleri 41
Tablo 4.8. Gruplardaki ergenlerin babalarının yaş değerleri ve sosyodemografik özellikleri 42
Tablo 4.9. Grupların ana-babalarında tıbbi hastalık ve psikiyatrik hastalık öykülerine göre dağılımları 43
Tablo 4.10. Grupların ailelerinde sigara ve alkol kullanım dağılımları 44
Tablo 4.11. Grupların CDÖ skorlarına ait ortalamalar 44
Tablo 4.12. Ergenlerin değerlendirmesine göre annelerin EKRÖ/K ve alt ölçek skorlarına ait değerler 45
Tablo 4.13. Ergenlerin değerlendirmesine göre babaların EKRÖ/K ve alt ölçek skorlarına ait değerler 47
Tablo 4.14. Grupların ADÖ (anne) alt ölçek skorlarına ait ortalamaları 48
Tablo 4.15. Grupların ADÖ (baba) alt ölçek skorlarına ait ortalamaları 50
Tablo 4.16. Ergenlerin anneleri ve babalarının EKRÖ/K ve ADÖ skorları ile CDÖ skorlarının ilişkileri 52

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Ergenlik dönemi, çocuklukla erişkinlik arasında yer alan, biyolojik, psikolojik, bilişsel ve sosyal degişimlerin yaşandıgı, hızlı bir büyüme, gelişme ve olgunlaşma sürecidir. Duygu ve dürtülerdeki artış ve dengesizlik, otorite figürleriyle çatışma, değişik rollerin denenmesi dönemin en önemli özelliklerindendir. Bu etkin geçiş döneminde gencin ardarda denedigi rollerın, tutum ve ilişki kalıplarının birbiri ile çatışmasından dogan karışıklık normal uyum sorunlarının ortaya çıkması ile sonuçlanabilir.

Karmaşık duyguların yaşandıgı bu süreçte, gence özellikle ailenin verecegi destek dönemin saglıklı bir biçimde geçirilmesine olanak sağlar. Ana-babanın yol gösterici, kabul edici, gerektiginde sınırlayıcı bir tutum içinde olması ergenin karşılaştıgı yeni durumlarla başetmesini kolaylaştırır. Öte yandan aile içi iletişimdeki bozukluklar, aşırı kontrol edici ya da reddedici ana-baba tutumları ergenin uyumunu zorlaştırarak bazı psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkmasına neden olabilir.

Ergenlik döneminde en sık gözlenen psikiyatrik bozukluklardan biri olan depresyon, bireyin duygu, düşünce ve davranışlarını; benlik algısını, kişiler arası ilişkilerini, fiziksel işlevselliğini, biyolojik süreçlerini, üretkenliğini ve bütünüyle yaşam doyumunu belirgin biçimde etkiler (1-3). Ergenlikte döneme özgü olarak depresyon, akran ilişkilerinin ve okul işlevselliğinin bozulduğu (4-8); madde kullanım ve anksiyete bozukluklarının arttığı (9-11) psikiyatrik bir tablo olarak ortaya çıkar.

Aile içindeki ve dışındaki sorunlu ilişki örüntüleri, depresyonun öncüllerindendir (12). Yapılan çalışmalar, aile işlevselliği ile ergen depresyonu arasında ilişki olduğunu; ergenlerdeki depresyon riskinin, sert ve çatışmalı etkileşimlerin yüksek düzeyli olduğu aile ortamında arttığı (13, 14); aile çatışmasının, depresyonunun en güçlü yordayıcılarından biri olduğunu (15-17) belirtmektedir.

Reddedici ana-baba tarafndan yetiştirilen bireylerin, yalnızlık ve güvensizlik duygusu artmakta; reddedilme endişesi; alınganlığa, umutsuzluk duygularına ve depresyona yol açmaktadır (18). Depresyon tanısı almış ergenlerin ve ana-babaların eş zamanlı olarak değerlendirildiği çalışmalar, ergenlik dönemi depresyonunun ana-

baba reddi (19-23); ve ana-babanın kontrol davranışları (21, 24) ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Çeşitli çalışmalar, ana-babanın red ve kontrol davranışlarının, depresyon gelişiminde nedensel sürecin önemli bir parçası olduğunu (25-27) ve özgül olarak çocukluk çağı depresyonunun oluşumuna katkıda bulunduğunu vurgular (22, 28).

Bazı çalışmalar, ana-babada içe yönelim belirtileri ve bozukluklarının olduğu durumlarda, aile işlevselliğin çeşitli yönlerinin bozulduğunu belirtmektedir (29-31). Özellikle, ailede majör depresif bozukluk tanısı konulan bireylerin varlığının aile işlevselliği üzerine olumsuz etkileri vardır (32). Hammen ve arkadaşları (2004), depresyonda olan annelerin çocuklarında duygudurum bozukluklarının oluşumunda aile içi anlaşmazlıkların önemli bir rolü olduğunu belirtmişlerdir. Aile içi çatışmalar, anneleri depresyonda olmayan ergenlerde de depresyon açısından bir risk faktörü oluşturmakla birlikte, anneleri depresyonda olanlarda depresyon tanısı daha sıktır (33). Babalarla ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmakla birlikte, anne depresyonu ile birlikte yoğun bir evlilik çatışmasına da maruz kalan çocukların psikolojik uyum açısından daha belirgin biçimde etkilendikleri düşünülmektedir (34).

Türkiye'de, ana-baba reddi ve kontrolünün depresyon ile ilişkilerini değerlendiren çalışmalar, bu ilişkiyi genellikle retrospektif olarak incelemiştir (35, 36). Bu araştırma, ebeveyn kabul red (EKAR) kuramı çerçevesinde ana-babalık stili ile ergen depresyonunun ilişkisini eş zamanlı olarak değerlendiren az sayıda çalışmadan (37-39) biridir. Ayrıca, dünya literatüründe, ana-baba-çocuk ilişkisini değerlendiren çalışmaların çoğu anne ve babayı ayrı ayrı değerlendirmemiş ve sıklıkla annenin davranışlarına odaklanmıştır. Anne ve babanın davranışlarının ergenin psikolojik uyumunu ayrı ayrı etkilediği (40); babanın kabul düzeyinin en az annenin kabul düzeyi kadar önemli olduğu bilinmektedir (41, 42). Bu bağlamda, çalışmanın diğer önemli bir özelliği de anne ve babanın EKAR kuramı çerçevesindeki ana-babalık tarzlarının ayrı ayrı değerlendirilmiş olmasıdır.

Bu çalışmada depresyon tanısı alan ergenlerin aile işlevselliğinin, ailedeki psikiyatrik tanı sıklığının ve ergeni kabul/red ediş biçiminin incelenmesi amaçlanmıştır.

Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki hipotezler test edilmiştir:

1. Depresyon tanısı almış ergenlerin ana-babaları normal ergenlerin ana-babalarına göre aile işlevlerini sağlıklı biçimde yerine getirememektedir.
2. Depresyon tanısı almış ergenlerin ana-babalarında psikiyatrik bozukluklara sağlıklı ergenlerin ana-babalarına göre daha sık rastlanır.
3. Depresyon tanısı almış ergenlerin ana-babaları sağlılıklı ergenlerin ana-babalarına göre daha rededici bir tutum içindedir.
4. Depresyon tanısı almış ergenlerde ailenin kontrol edici tutumu sağlıklı ergenlerin ailelerine göre daha fazladır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Depresyonun Tanımı ve Tarihçesi

Depresyon, oluşma nedenleri, gidisi ve tedavisi açısından oldukça karmaşık olan ruhsal bir bozukluktur. Depresyon sadece ruhsal bir çöküntüden ibaret değildir. Genel anlamda depresyon derin üzüntülü bir duygudurum içinde düşünce, konuşma ve harekette yavaşlama, durgunluk, yorgunluk, dikkat ve konsantrasyonun azalması, isteksizlik ve motivasyonun düşmesi, değersizlik, suçluluk, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur (43).

Depresyon, antik çağdan bu yana bilinen bir ruhsal rahatsızlıktır. Tıp literatüründe M.Ö. 400 yıllarında depresyonu ilk olarak tanımlayan Hipokrat olmuştur. Hipokrat bu tabloyu kara safra fazlalığıyla açıklamış ve melankoli olarak tanımlamıştır (44).

19.yy'da Pinel'den başlayarak depresyon ve mani kavramları bugünküne benzer şekilde formüle edilmiştir. 19.yy'da Delasiave "depresyon" terimini hastalık tanımlamada kullanan ilk kişilerdendir (45).

J.Pierre Falret 1854'de "folie circulaire" terimini kullanarak depresyon ve maninin birbiri ile ilişkili iki rahatsızlık olduğunu belirtmiştir. Emil Kraepelin (1856-1929) mani ve depresyonun tek bir hastalığın farklı aşamaları olduğunu söyleyerek bu rahatsızlığa manik depresif psikoz adını vermiştir. 1962 yılında Leonhard ve arkadaşları tarafından depresyonun tekrarlayan biçimleri, monopolar depresyon ve bipolar depresyon olarak ikiye bölünmüştür (46).

1966 yılında monopolar deyimi yerini unipolara bırakmıştır. Bu adlandırmalar tanı sistemleri olan "Diagnostical and Statistical Manual" (DSM)-IV ve "International Classification of Diseases" (ICD)-10'da da benzer şekilde yer alarak güncelliklerini sürdürmektedir (47).

2.2. Depresyonun Sınıflandırılması

"Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nda (*The Diagnostic and Statistical Manual*, fourth edition, DSM-IV-TR) (48) depresif bozukluklar;

major depresif bozukluk (MDB), distimik bozukluk ve başka türlü adlandırılamayan depresif bozukluk olmak üzere üçe ayrılmıştır. Başka türlü adlandırılamayan depresif bozukluk; major depresif bozukluk, distimik bozukluk ya da depresif duygudurum ve/veya anksiyete ile giden uyum bozukluğu ölçütlerini karşılamayan ama depresif özellikler gösteren bozuklukları kapsar.

DSM-IV-TR'e göre bir majör depresyon epizodu çocuklukta, ergenlikte ve erişkinlikte benzer semptomlara dayanarak saptanabilir (uyku değişiklikleri, iştah değişiklikleri, değersizlik duyguları, konsantrasyon güçlükleri). Ancak, irritabilite ergenlerde; çökkün veya hüzünlü duygudurum ve anhedoni gibi belirtilerden daha ön planda olabilir. Ergenlerdeki distimi ise erişkinlerdekine benzer bir belirti profiline sahiptir. Majör depresif bozukluk, bazı araştırmalarda distimiden tamamen farklı bir antite olarak ele alınmasına karşın çoğu çalışmada klinik açıdan anlamlı depresif bozukluğu değerlendirmek amacıyla bu iki psikiyatrik durum kombine edilmekte ve depresif belirtilere geniş bir bakış açısıyla odaklanılmaktadır.

2.2.1. Majör Depresyon Tanı Ölçütleri

Günümüzde, majör depresyonun en geçerli ve yaygın olarak kullanılan tanı ölçütleri, DSM-IV sınıflama sisteminde yer almaktadır.

2.2.1.1. DSM-IV tanı ölçütleri (49)

Majör Depresif Epizod

A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama olması gerekir.

(1) Hastanın kendi bildirmesi (örn. üzgün ya da boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemesi (örn. ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygu durum olması. Not: çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygu durum bulunabilir.

(2) Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da bu etkinliklerden

zevk alamıyor olma (ya hastanın kendi bildirmesi ya da başkalarının gözleniyor olması ile belirlenir).

(3) Perhizde değilken önemli ölçüde kilo kaybetme ya da kilo alma (ör. Bir ayda beden ağırlığında %5'den fazla değişim) ya da hemen her gün iştahta artma ya da azalma olması. Not: çocuklarda beklenen kilo artışının olmaması

(4) Hemen her gün uykusuzluk ya da aşırı uyuma olması

(5) Hemen her gün psikomotor ajitasyon ya da retardasyon olması (sadece huzursuzluk ya da yavaşlama olduğu duygularının hasta tarafından belirtilmesi değil, bunların başkaları tarafından gözleniyor olması gerekir)

(6) Hemen her gün yorgunluk ya da enerji kaybı olması

(7) Hemen her gün değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duyguları (sanrısal olabilir) olması (sadece hasta olmaktan dolayı kendini kınama ya da suçluluk duyma değil)

(8) Hemen her gün düşünme ya da yoğunlaşma yetisinde azalma ya da kararsızlık olması (ya hastanın söylemesi ya da başkaları tarafından gözlenmesi gerekir)

(9) Yineleyici ölüm düşünceleri (sadece ölüm korkusu değil), özgül bir plan olmaksızın yineleyici intihar düşünceleri, özkıyım girişimi ya da özkıyım etmek üzere özgül bir tasarının olması.

B. Bu belirtiler bir karışık atak belirtilerini karşılamamaktadır.

C. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Bu belirtiler bir maddenin (örn. ilaç kötüye kullanımı, tedavi edici bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel bir tıbbi duruma (örn. hipotiroidizm) bağlı değildir.

E. Bu belirtiler yasla daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin kaybından sonra bu belirtiler 2 aydan daha uzun sürer ya da bu belirtiler işlevsellikte belirgin bozulma, değersizlik düşünceleri ile hastalık düzeyinde uğraşma, özkıyım düşünceleri, psikotik belirtiler ya da psikomotor retardasyonla belirlidir.

2.3. Ergenlik ve Depresyon

2.3.1. Ergenlikte ki Depresyonda Ayırıcı Tanı ve Klinik Özellikler

Depresyonu olan çocuk ve ergenlerde ayırıcı tanı oldukça önemlidir. Psikiyatrik bozuklukları taklit eden veya bu bozukluklara neden olan organik durumların öncelikle ayırt edilmesi gerekir. Okul öncesi dönemde depresif belirtileri olan çocuklar, malignite, çocuk ihmali ve kötüye kullanımı, ayrılma anksiyetesi bozukluğu, depresif duygudurumla giden uyum bozukluğu açısından değerlendirilmelidir. Depresif bozukluğun birincil mi ikincil mi olduğunun belirlenmesi de önemlidir. Ergenler için madde kullanımı, anksiyete bozuklukları, erken başlangıçlı şizofreni dikkatlice dışlanmalıdır. Duygudurum bozukluğu ile şizofreninin ayırıcı tanısının tam yapılamadığı durumlarda, duygudurum bozukluğu tanı ve sağaltımına öncelik verilmelidir. Yanıta göre stratejide değişiklik yapılabilir (50). Somatik yakınmalardan özellikle baş ağrısı, hem yetişkinlerde hem de çocuk ve ergenlerde depresyonda en sık görülen belirtidir (51, 52).

Ergenlikte başlayan depresyonla erişkin depresyonu arasında benzerlikler vardır. Sosyal geri çekilme, ilgi ve etkinlikte azalma, özkıyım düşünce ve girişimileri gibi belirtilerin yanısıra döneme özgü olarak arkadaş ilişkilerinde bozulma, okul başarısında düşme, okul ve evden kaçma, madde ve alkol kullanma gibi belirtiler de görülebilir. Alkol ve madde kullanımı affektif semptomatolojiyi karmaşıklaştırabilir. Depresyondaki ergenin, ilk başvuru nedeni madde kullanımı olabilir. Madde kullanımlarının bir kısmı, ergenin kendini tedavi etme girişimlerinin sonucu gelişebilir. Duygudurum bozuklukları birincil veya başka bir ruhsal bozukluğa ikincil olarak ortaya çıkabilir. Birincil durumlarda, duygudurum bozukluğundan önce herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanımlanmaz. İkincil olanlarda ise, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, davranım bozukluğu, ayrılma anksiyetesi bozukluğu, obsesif kompülsif bozukluk, madde kullanımı veya ağır bedensel hastalık duygudurum bozukluğunun öncülü olabilir (50, 53).

2.3.2. Ergen Depresyonunda Ektanı

Ergenlik dönemindeki depresyonlarda tabloya genellikle başka psikiyatrik bozukluklar da eşlik etmektedir. Ektanıların sıklığı; tekrarlayan uzun depresyon

epizodlarının ortaya çıkması ve sağaltıma yanıt verme olasılığının azalması ile sonuçlanır. Depresyona ektanıların eşlik etmesi %40-%95 olarak bildirilmektedir. En sık karşılaşılan ektanılar anksiyete bozuklukları (agorafobi, sosyal fobi, ayrılma anksiyetesi, obsesif kompülsif bozukluk) ve distimik bozukluk olarak belirtilmektedir. Bunun yanısıra yıkıcı davranış bozuklukları- davranım bozukluğu, karşıt olma karşı gelme bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, kişilik bozuklukları- antisosyal ve borderline kişilik bozukluğu - ve madde kullanımı da depresyona sıklıkla eşlik etmektedir (54).

Major depresyon epizodu diğer psikiyatrik bozuklukların ardından ortaya çıkabilir. Epizodun öncesinde madde kullanımı olabileceği gibi gencin alkol-madde kullanımına devam etmesi depresif belirtileri arttırabilir. Deprese ergenler depresyonla baş etmeye çalışırken davranış bozuklukları geliştirebilirler. Bu davranışlar depresyon belirtileri düzeldikten sonra da sürebilir. Bunun tersine kişilik bozukluğu belirtileri depresif belirtiler geçtikten sonra düzelebilir. Depresyonu olan ergenlerde kişilik bozukluğu tanısını koyabilmek için depresyon belirtilerinin düzelmesinden sonraki işlevselliğin gözlenmesi gerekir (54).

Ektanı dağılımı yaşa göre değişkenlik göstermekte olup çocuklarda en sık dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun, ergenlerde ise en sık distimik bozukluğun eşlik ettiğini bildiren çalışmalar bulunmaktadır. Bu nedenle, major depresif bozukluk tedavisinde etkin sonuç elde edilebilmek amacıyla, hastalar eştanı açısından dikkatle değerlendirilmelidir (55).

Yıkıcı davranış bozuklugunun komorbid olduğu depresyonlar etiyolojik açıdan farklı bir grupta değerlendirilir. Bu alt grupta, melankolik belirtiler daha nadir, mizaç bozukluklarına ait aile öyküsünün sıklığı düşüktür; ergen, ailesini daha eleştirel olarak tanımlamaktadır ve psikososyal etiyoloji daha ön plandadır (54).

Ergenlerde, anksiyete bozukluklarının major depresyon ile komorbid olduğu durumlarda depresif epizodlar çok daha dirençlidir. Bu ergenlerde, madde kullanımı, psikososyal sorunlar ve özkıyım düşünceleri daha sık karşılaşılan durumlardır (54).

2.3.3. Ergen Depresyonunun Epidemiyolojisi

Yaygınlığı değişkenlik göstermekle birlikte, Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan geniş çaplı ulusal bir çalışmada, Majör depresif bozukluğun 12 aylık ve

yaşam boyu yaygınlığı sırasıyla %5.28 ve %3.23 olarak bulunmuştur (56). Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasının verilerine göre ise genel popülasyonda 12 aylık depresif nöbet yaygınlığı kadınlarda %5.4, erkeklerde %2.3, tüm nüfusta %4 olarak bulunmuştur (57). Türkiye'de 900 kişilik örneklemi kapsayan bir araştırmada, MDB'un bir yıllık yaygınlığının %18.8 (Kadınlarda %22.5, erkeklerde %11.6) olduğu saptanmıştır (58).

Ergenlerin öz bildirimine dayalı olarak depresif belirtileri değerlendiren kesitsel çalışmaların sonuçları, klinik açıdan anlamlı olmayan depresif belirtilerin (subsendromal depresyon düzeyi) ergenlerdeki sıklığının %20-50 arasında olduğunu göstermiştir (59, 60). Öz bildirime dayalı depresif belirtileri değerlendiren prospektif uzunlamasına çalışmalarda, depresif duygudurum ve belirtilerin ortalama düzeyinin, çocukluktaki göreli düşük düzeylerden orta ergenlikteki daha yüksek düzeylerine ulaştığı gözlenmiştir (61-64). Depresif duygudurum ve belirtilerdeki artış, ergenlerdeki tipik/benign duygudurum sorunları ve krizini göstermekten daha çok, daha sonra ortaya çıkacak klinik açıdan anlamlı depresif bozuklukları (65) ve işlevsellikte bozulmayı akla getirmelidir (66). Klinik düzeydeki depresyonla ilgili kesitsel çalışmaların sonuçları, depresyon oranlarının çocuklarda genellikle daha düşük olduğunu ve erişkinliğe yaklaşan ergenlerde prevalans düzeyinin yükseldiğini göstermiştir. Ergenlik öncesinde okul çağındaki çocuklarda depresyonun yaşam boyu prevalans oranı düşüktür (<%3) (67, 68). Ergenlerdeki depresyon oranları genellikle erişkinlerdeki ile karşılaştırılabilir düzeydedir. Onbeş-onsekiz yaş aralığındaki bireylerde, majör depresyonun yaşam boyu prevalansı %14 ve minör depresyonun yaşam boyu prevalansı %11 olarak bulunmuştur (69). Bu sonuçlarla uyumlu biçimde, yakın zamanda yapılan büyük ölçekli epidemiyolojik bir çalışma 18-29 yaş arasındaki bireylerde majör depresyonun yaşam boyu prevalansı %16.6 olarak saptanmıştır (70). Çeşitli prospektif toplum temelli çalışmalarda, klinik depresyon oranlarının çocuklarda genellikle düşük olduğu (%1-3) ve orta geç ergenlik döneminde dramatik bir şekilde arttığı gösterilmiştir. Bu artış erişkinlikteki oranlara yaklaşmaktadır (%17'ye kadar) (67, 71-73).

Çoğu birey ilk depresyon deneyimlerini ergenlik döneminin herhangi bir zamanında yaşarlar. Tipik olarak erken yaşlardaki depresyon, erişkin depresyonunun öncülüdür. Yakın zamanda yapılan prospektif bir geriye bakış (follow-back)

çalışmasında (74), bireyler doğumlarından 26 yaşına kadar izlenmiş ve erişkinlikte depresyon saptanan olguların büyük çoğunluğunda (%75) çocuklukta veya ergenlikte de depresif bozukluk olduğu belirlenmiştir. Olguların sadece %25'inin depresyon başlangıcı erişkinliktedir (21-26 yaşlar arasında). Diğer bir büyük ölçekli prospektif toplum çalışmasında da benzer sonuçlar elde edilmiştir (75).

Kessler ve arkadaşları (2005), psikiyatrik bir bozukluğu olan (anksiyete bozukluğu veya davranım sorunları gibi) çoğu erişkinin 14 yaşından önce depresif belirtilerinin olduğunu ancak, depresyon ortalama başlangıç yaşının 30 olduğunu belirlemişlerdir (70).

Majör depresyonun sıklık ve yaygınlığı üzerine yapılan çalışmalardan elde edilen en tutarlı bulgu, depresyonun kadınlarda yaklaşık iki kat fazla görülmesidir. Bu farklılık erken erişkinlik döneminde başlar, 35-45 yaşları arasında en belirgindir ve yaşlılıkta devam eder (76). Östrojenin bilişsel işlevler, bellek ve öğrenmedeki cinsiyet farklılıklarından sorumlu olduğu; progesteronun ise norepinefrin, seretonin, dopamin ve asetilkolin üzerinden duygudurum ve davranışı etkilediği düşünüldüğünde, cinsiyet hormonlarının kadınların ruhsal durumu üzerine belirgin bir etkisi olabileceği akla gelmektedir (77). Genellikle kadınların sosyoekonomik düzeyinin düşük olması, stresli yaşam olaylarına karşı artmış duyarlılıklarının olması ve bu olaylara uyum kapasitesindeki yetersizlikler nedeniyle depresyon açısından daha yüksek riske sahip oldukları ileri sürülmektedir (76). Çeşitli çalışmalarda bu cinsiyet farklılığının, çocukluktan ergenliğe ve erişkinliğe uzanan yaşam sürecinde gelişimsel bazı farklılıklardan kaynaklanıp kaynaklanmadığı araştırılmıştır. Kız ergenlerin yaklaşık %25-40'ında ve erkek ergenlerin yaklaşık %20-35'inde yüksek düzeyli çökkün duygudurum izlenir (60). Ergenliğin erken dönemlerinde başlayan depresyon, ergen kızlarda erkeklerden daha sıktır (yaklaşık 12-13 yaşlarında) (62-64, 78, 79). Depresif bozukluklardaki cinsiyet farklılıklarının ortaya çıkışını araştıran uzunlamasına çalışmaların sonuçları da benzer paterne sahiptir. Bu çalışmalarda, ergen kızların 12-13 yaşından sonra klinik depresyon sergileme olasılıkları erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur (71-73, 80). Bu bağlamda, depresyondaki kadın baskınlığı, ergenlikten erişkinliğin çoğu dönemine kadar devam etmektedir (81).

Pubertal gelişme ve zamanlama ergen depresyonundaki cinsiyet farklılıkları açısından çalışılmıştır. Angold ve arkadaşları (1998), depresyondaki cinsiyet farkının

Tanner evre III'te ortaya çıktığını belirlemişler ve tek başına yaşa göre Tanner evrelemesinin daha iyi bir yordayıcı olduğunu saptamışlardır (82). Ayrıca, kız çocukların ergenliğe, yaşdaş erkeklerden daha önce girmeleri de depresyon riskini artırıyor olabilir (83-85).

2.4. Depresyonun Etiyolojisi

Depresif bozuklukların etyolojisinde; psikososyal, biyolojik ve genetik faktörler rol oynar.

2.4.1. Psikososyal Faktörler

2.4.1.1. Stresli/olumsuz yaşam olayları

Olumsuz yaşam olayları ve stresörler çocukluktan erişkinliğe depresyonun gelişiminde önemli roller oynarlar (86-89). Çevresel streslerle karşılaşan pek çok bireyde depresyon gelişmediği halde, yatkınlığı olanlarda yaşam olaylarının tetikleyici bir rol oynadığı düşünülmektedir. Depresyonu olan hastaların yaşam olaylarına karşı duyarlı olmasının altında genetik etkenlerin bulunduğuna işaret edilmektedir (77).

Çeşitli çalışmalarda ailesel genetik özellikler, depresif kişilik özellikleri, kadın olmak, eğitim düzeyi düşüklüğü, olumsuz yaşam olayları, yakın ilişki azlığı, bedensel hastalıklar majör depresyon için temel risk etkenleri olarak ileri sürülmüştür (90, 91). Özellikle, erken yaşta ana-baba kaybı, daha sonra depresyon gelişebileceğinin öngörülmesini sağlayan en önemli yaşam olayıdır (92).

Ergenlerin (8 ve 10. sınıf) değerlendirildiği uzunlamasına bir çalışmada, depresif belirtilerin stresörlerde artışa neden olduğu ve stresörlerin depresif belirtilerle ilişkili olduğu bulunmuştur (93). Affektif psikiyatrik bozukluğu olan ana-babaların çocuklarının (6-14 yaş) değerlendirildiği uzunlamasına bir çalışmada da olumsuz yaşam olayları ile depresif belirtilerde artış arasında iki yönlü ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (94).

Stresörlerin sıklığı ve tiplerinde meydana gelen gelişimsel değişiklikler vardır. On üç yaşından sonra başlayan ve kontrol edilemeyen olumsuz yaşam olaylarının sayısındaki artış ergenlik boyunca depresif belirtilerdeki artışa paralellik

gösterebilir (62). Ergenlik döneminde yeni rolleri deneyerek içselleştirmenin ve bedensel değişikliklere uyum sağlama çabalarının yarattığı gerginliğe olumsuz yaşam olaylarının da eşlik etmesi depresyon ile sonuçlanabilir. Geç çocukluktan ergenliğe kadar stresörlerin artış eğiliminde olması, depresyon düzeyinin de ergenlik boyunca artışını açıklamamıza yardımcı olabilir. Stresörlerdeki artış eğilimi ergenlik yaklaşırken başlar. Gelişmedeki bu geçiş dönemi emosyonel sıkıntı ve streste artışla da ilişkilendirilmektedir (85, 95, 96). Ayrıca, stresörlerde artış ergen kızlarda 13 yaşından sonra erkeklere göre daha belirgindir (62, 97) ve stresörlerdeki bu gelişimsel cinsiyet farklarının, depresyondaki cinsiyet farklarının ortaya çıkışını açıklaması da olanaklıdır (98).

2.4.1.2. Bilişsel yatkınlık

Depresyonun bilişsel kuramı, birincil olarak insanın zihinsel aktivitesi (algı, tanıma, yargılama, tutumlar, bellek gibi) ile depresyon yaşantısı arasındaki ilişkiye odaklanmaktadır. Dört bilişsel yatkınlık faktörü dikkati çekmektedir:

1. Nedenler, sonuçlar ve kendilik ile ilgili olarak olumsuz çıkarsama stili (99).
2. İşlevsel olmayan tutumlar (100).
3. Çökkün duygududuruma yanıtta ruminasyona eğilim (101).
4. Öz-eleştiri (102).

Olumsuz çıkarsama stiline sahip bir birey, olumsuz olayları global ve sağlam nedenlere bağlama eğilimindedir. Ayrıca, birey olumsuz olayların sonuçlarını felaketleştirir ve olumsuz olayların ardından kendini kusurlu veya yetersiz görür.

İşlevsel olmayan tutumlara sahip bir bireyde değerlilik algısı, mükemmel olmaya veya diğerlerinden onay almaya bağlıdır. İşlevsel olmayan tutum, "mükemmel değilsem değersizim" cümlesi ile örneklendirilebilir.

Ruminasyon, hafif şiddette disforik olan bir bireyde bireyin çökkün duygudurumuna atfettiği anlam ve yüklülüğe bağlı olarak, şiddetli depresif belirtilerin gelişmesini tanımlayan bilişsel bir süreçtir.

Son olarak yüksek düzeyde öz-eleştiri yapan bireyler kendilerini tanımlamada yeterlilikleri ve değerleri ile ilgili konularla aşırı uğraşırlar.

Çeşitli çalışmalarda erişkinler, ergenler ve çocuklarda depresyona yatkınlığa neden olan bilişsel faktörlerle ilgili varsayımlar değerlendirilmiştir (103-107). Bu çalışmalar, ergenlikte ileriye yönelik depresyonun yordanmasında, olumsuz çıkarsama stiliinin, işlevsel olmayan tutumların ve ruminasyonun belirleyici oldugu sonucuna ulaşmışlardır. Hankin ve arkadaşları da döneme özgü gerilimlere bu bilişşel yatkınlıkların eşlik etmesinin, gelecekteki depresyonun yordayıcısı oldugunu bildirmektedir (108). Depresyonu olan ana-babaların çocuklarının takip edildiği prospektif bir çalışmada, ana-babaların ve çocukların depresyon düzeylerinin zamansal bir ilişki gösterdiği, ana-babalardaki depresyon şiddetlendiğinde çocukta da depresyonun şiddetlendiği bulunmuştur. Bu zamansal ilişki çocuğun olumsuz çıkarsama stili ile daha da şiddetlenmektedir. Daha kötümser (pesimist) olan çocuklarda, ana-babanın depresyonunun şiddetlenmesini takiben gözlenen depresyonun şiddeti, iyimser (optimistik) çocuklara göre daha belirgin biçimde artmaktadır (109).

Bazı araştırmalar, depresyona bilişsel yatkınlığın sadece geç çocukluktan erken ergenliğe geçiş sırasında ortaya çıktığını ileri sürmektedirler (soyut ve formal operasyonel düşünme) (15, 110, 111). Bu "gelişimsel hipotez"e göre, çocuklarda benliklerini ve geleceklerini soyut olarak düşünmeyi sağlayacak bilişsel kapasite henüz gelişmemiştir. Kişilik özellikleri, düşünme stili ve benliğe bakış ergenlikte gelişir. Bu bilişsel süreçler, çevresel stresörlerle etkileşerek depresyona katkıda bulunabilir. Ancak, gelişimsel hipotezin tersine çeşitli çalışmalarda; olumsuz çıkarsama stili (112-114), işlevsel olmayan tutumlar ve öz-eleştiri (115) ve ruminatif yanıt stilini (116) kapsayan bilişsel yatkınlık yaklaşımları değerlendirilmiş ve bu bilişsel yatkınlık faktörlerinin olumsuz olayların ortaya çıkışı ile etkileşerek hem çocuklukta (6-9 yaş aralığında) hem de erken ergenlikte (10-14 yaş aralığında) depresif belirtilerde artışı yordayabildiği gösterilmiştir.

2.4.1.3. Kişilerarası yatkınlık

"Aşırı güven arayışı", diğerleri tarafından sevildiği ve değerli olduğuna dair daha önce güvence alınıp alınmadığından bağımsız olarak, aşırı ve kesintisiz güven arayışına eğilim olarak tanımlanır (117). Kesitsel çalışmalar, yüksek düzeylli güven arayışının çocuklukta ve erken ergenlikte depresif belirtilerle ilişkili olduğunu

göstermiştir (109, 118). Benzer biçimde birincil tanısı depresif bozukluk olan genç psikiyatri hastalarının, güven arayışı düzeylerinin birincil tanısı dışsallaştırma ve/veya anksiyete bozukluğu olanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur (119). Son olarak güven arayışının olmasının, güvensiz bağlanma stili sergileyen çocuklarda ve ergenliğin erken dönemindeki ergenlerde klinik açıdan depresif epizod öyküsünü yordayabildiği belirlenmiştir (109) Çalışma sırasında saptanan depresif belirtiler kontrol edildikten sonra bile bu ilişki devam etmiştir. Prospektif bir çalışmanın sonuçları, sadece erken ergenlikte başlayan depresyona yatkınlığın güven arayışına katkıda bulunabileceğini ileri sürmektedir (120).

"Kişilerarası bağımlılık", yakınlarla (ana-babalar ve kardeşler gibi) ilişkide olmak için abartılı bir gereksinim, doğrudan ve yüz yüze iletişim kurma isteğidir. Kesitsel çalışmalar, ergenlerde bağımlılığın şiddeti ile depresif belirtilerin şiddetinin pozitif ilişki gösterdiği sonucuna ulaşmıştır (115, 121-123). Ancak, prospektif tasarıma sahip çalışmalarda, depresif belirtilerde zamanla ortaya çıkan artış ile bağımlılık arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır (115, 121).

Yüksek bağımlılık düzeyi, genç popülasyonda normatif ve hatta adaptif olabilir. Bireyin gereksinimi olduğunda güven verebilecek bireylerden oluşan bir insan ağının varlığı olarak tanımlanan sosyal destek, çok boyutlu bir kavramdır. Emosyonel, finansal, bilgisel ve uyarıcı destek gibi farklı sosyal destek tipleri vardır ve sosyal destek ağı aile üyelerini, arkadaşları, önemli diğer insanları ve iş arkadaşlarını kapsamaktadır. Anksiyöz çocukların kendi sosyal ağları ile ilgili doyum düzeylerinin deprese çocuklardan daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Ayrıca, sosyal desteğini yüksek düzeyde bildiren çocukların, yüksek işlevselliğe sahip olduğu bulunmuştur (124). Ergen depresyonu, aile desteğinin (125-127) ve arkadaşlardan sağlanan sosyal desteğin düşük olması (128) ile ilişkilendirilmektedir. Bir çalışmada, ergenlerin düşük ana-baba desteği ile ilgili algısının gelecekteki depresyonu yordayabileceği gösterilmiştir (129).

Bağlanma; depresyona kişilerarası bir yatkınlık olarak, Bowlby (130) tarafından vurgulanmıştır. Çocukla bakım verenler arasında erken dönem bağlanma örüntüleri, hem normal hem de anormal gelişimde önemli bir role sahiptir (131). Çeşitli kesitsel çalışmalarda, ergen örneklemindeki depresif belirtilerle güvensiz bağlanma arasında ilişki olduğu gösterilmiştir Lise son sınıf öğrencisi kızların bir yıl

boyunca izlendiği bir çalışmada, güvensiz bağlanmanın depresif belirtilerde artışla ilişkili olduğu saptanmıştır (132). Ayrıca, güvensiz bağlanma örüntüsü sergileyen ergen kızlarda yüksek düzeyli kişilerarası strese bağlı olarak depresif belirtilerde artış olduğu belirlenmiştir (132). Diğer bir çalışmada, olumsuz bağlanma örüntüleri sergileyen çocuklarda ana-babaların depresif belirtilerindeki artışı takiben depresif belirtilerde artış olduğu bildirilmiştir (109).

2.4.2. Depresyon ve Diğer Psikolojik Modeller

2.4.2.1. Psikoanalitik ve Psikodinamik Yaklaşımlar

Saldırganlığın İçe Yönelmesi Modeli: Bu modelde, depresyonlu bireyin temelde "insanlardan nefret ediyorum," diye hissettiği, ancak bilinç dışında bu duyguyu başkalarına yansıttığı ve " onlar benden nefret ediyor" sonucuna vardığı ileri sürülmüştür (133). Freud'a göre; içe yönelen öfke aslında bireyin bağımlılık ve sevgi ihtiyacını önleyen sevgi nesnesini cezalandırmaya yöneliktir. Nesne, örseleyici bir kaybı önlemek için zaten içe alınmış olduğu için, hasta kendi cezalandırıcı dürtülerinin hedefi haline gelmektedir. Depresyonun temelinde yatan sorun, engelleyici bir ana-baba olduğu kabul edilen içe alınmış bu nesneye karşı hissedilen ambivalan duygulardır. Sevilen nesneye (ana-baba) yönelen saldırganlığa belirgin bir suçlulukta eşlik etmektedir (134, 135). Saldırganlığın içe yönelmesi modeli, depresif hastalardaki kendine güvensizlik ve öfkenin dışarıya yöneltilmesindeki yetersizliği açıklamakla birlikte, depresyonun tedavisinde öfkenin dışarıya yöneltilmesinin tedavi edici değeri olduğunu destekleyen çok az kanıt bulunmaktadır (134).

Nesne Kaybı Modeli: Nesne kaybı, bağlanılmış önemli nesnelerle yaşanan örseleyici ayrılıkları ifade etmektedir. Yaşamın erken dönemlerinde sevgi bağlarının kopması sonucunda depresyona yatkınlık geliştiği ve erişkinlikte yaşanan kayıpların çocukluktaki örseleyici kaybı yeniden canlandırarak depresif dönemleri tetiklediği düşünülmüştür. Freud'a göre; yas dıştaki bir varlığın kaybına tepki iken, melankolik hastada nesne gerçek anlamda ölmemiş olsa bile sevgi nesnesi kaybedilmiştir. Bowlby, çocuğun gelişimi sırasında anne ya da anne yerine geçen kişilerle kurduğu bağların, yaşamın sonraki yıllarında başka sevgi nesneleri ile kurulacak bağların öncüsü olduğunu belirtmiştir. Bununla birlikte, nesne kaybı teorisinin depresyon

etiyolojisindeki rolünü inceleyen deneysel çalışmalar, önem verdiği kişilerle güvenli bağlar kuran bireyi çevresi ile kolayca uyum sağladığını ve bu bağların çözülmesi durumunda depresyon dışında birçok psikopatolojik sorunun ortaya çıktığını göstermiştir (133).

Benlik Saygısının Kaybı Modeli: Fenichel, depresyonlu bireyin erken çocukluk döneminde yaşadığı narsisistik örselenmeyi devam ettirdiğini, böylece benlik saygısı ile sevgiyi aynı şeyler olarak değerlendirdiğini ve depresyonun benliği tamir etme çabası olduğunu ileri sürmüştür. Bibring, farklı psikoseksüel gelişim dönemlerindeki narsisistik arzuların doyurulmamasının farklı depresif belirtilere yol açtığını belirtmiştir. Bibring'e göre, çocuğun benlik ihtiyaçlarının sürekli biçimde engellenmesi çaresizliğine yol açacaktır, bu da depresyona neden olabilecek bir durumdur. Arieti ve Bemporad gibi, Bibring de klasik psikodinamik depresyon modeline karşı çıkmış ve depresyonun geçmişe ait engellenen ihtiyaçların psikoseksüel niteliği ve içsel yapılar arasındaki çatışmadan çok, benlik saygısı için gereken emelleri başaramamaya bağlı olduğunu ileri sürmüştür (133, 135).

2.4.2.2. Davranışçı Yaklaşım

Öğrenilmiş Çaresizlik Modeli: Bu model, depresyonun baş edilemeyen geçmiş yaşantılardan öğrenilen bir davranış kalıbı olduğunu ileri sürmektedir. Yapılan deneylerde, köpeklerin hoşa gitmeyen elektrik şokundan kaçmaları engellenmiş ve sonunda köpekler bu uyarandan kaçmak için hiçbir çaba göstermemeye başlamışlardır. Martin Seligman bu çalışmalar sonucunda "öğrenilmiş çaresizlik" modelini geliştirdi. Buna göre, depresyon geçmişte yaşanmış kontrol edilemeyen çaresizlik dönemlerinin birikimi sonucu oluşan bir hastalık (istenmeyen durumlardan kurtulmak için kişisel olarak eyleme geçmenin yararsız olacağı inancı) olarak tanımlanır. Çaresizlik üzerinde odaklanan çoğu formülasyon bunun öğrenme ile edinildiğini vurgulamış olsa da hayvanlarda yapılan son deneyler çaresiz davranmayı öğrenmekle ilgili kalıtımsal etkenlerin rolü olduğuna işaret etmektedir (133, 135).

Pekiştirme Modeli: Lewinsohn ve diğer davranışçı araştırmacılara göre, depresif davranışlar uygun ödüllerin eksikliğine bağlıdır. Bireyi ödüllendirilme fırsatından sürekli yoksun bırakan çevreler, bireyde umutsuzluğa yol açmaktadır.

Bununla birlikte, kişiye eylemlerinin karşılığı olmayan ödüller verilmesi veya bireyin hak etmediğini düşündüğü ödülleri kolaylıkla elde etmesi de kendilik değerinde düşmeyle sonuçlanabilir. Bu modelde, bireyin ödüllendirilme olasılığı bulunan durumlara uygun yanıt veremediği ve sosyal becerilerindeki yetersizliğin bireyde depresyona yatkınlık sağladığı varsayılmaktadır. Bu varsayımdan hareketle, hastanın sosyal becerilerini geliştirmeye yönelik yaklaşımların depresyonun önlenmesinde ve tedavisinde yararlı olduğu gösterilmiştir (133, 135).

2.4.3. Biyolojik Etkenler

2.4.3.1. Biyojenik aminler ve nöroendokrinolojik faktörler

Majör depresif bozukluk ve diğer depresif bozuklukların etyolojisinde yer alan biyolojik etkenlerin varlığına ilişkin kuramlar uzun yıllardır ortaya konmaktadır. 1950'lerde monoamin oksidaz inhibitörlerinin (MAOI) ve trisiklik antidepresanların (TSA) psikiyatrik bozuklukların tedavisinde kullanılmaya başlaması ile birlikte "Monoamin Hipotezi" ortaya atılmıştır. Monoamin hipotezi üç biyojenik aminden (serotonin/5-HT, noradrenalin/NA, dopamin/DA) birinin eksikliğinin ve işlevlerinde ortaya çıkan azalmanın veya reseptörlerindeki sayı ve duyarlılıktaki artışın depresyonun altında yatan biyolojik düzenekler olduğunu ileri sürer. Ancak yaklaşık 40 yıl önce, depresif bozuklukların beyinde 5-HT düzeyindeki azalma sonucu değiştiği düşüncesini öne süren" Serotonin/ İndolamin Hipotezi" ortaya atılmıştır (136, 137).

Beyin nörokimyası üzerinde yapılan araştırmaların ilerlemesiyle 5-HT ve NA sistemlerinin tek başına çalışmadığı ve hatta bu sistemlerin çalışma düzeninin DA sisteminden bağımsız olmadığı anlaşılmıştır. Bu yüzden bugünkü düşünce depresyonun fizyopatolojisi açısından 5-HT ve NA sistemlerinin eşdeğer derecede önemli oldukları ve DA sisteminin de diğer iki sisteme kıyasla daha ikincil olmakla birlikte önemsenmesi gerektiği şeklindedir (138).

Çok sayıda araştırmada, depresyonlu hastaların bir bölümünde noradrenerjik fonksiyonların değiştiği gösterilmiştir. Noradrenerjik fonksiyonlardaki bu değişiklikler; plazma NA konsantrasyonlarında artış, NA reseptörlerinin fonksiyonlarında artış, beta adrenerjik reseptör yoğunluğunda değişiklikler,beyin

omurilik sıvısında (BOS), plazma ve idrarda ana NA metaboliti olan 3-metoksi-4-hidroksifenilglikol (MHPG) konsantrasyonlarında artış şeklinde özetlenebilir (139).

Hipotalamo-pitiuiter adrenal eksen (HPA) anormallikleri depresif bozukluklarda en sık ve tutarlı olarak gösterilmiş olan biyolojik belirleyicilerdir (140). Erişkin majör depresyonlu hastaların çoğunda plazma kortizol konsantrasyonu yükselmiş, kortizol metabolitleri artmış ve 24 saatlik idrar serbest kortizol konsantrasyonu yükselmiştir. Bu artmış kortizol üretimi, depresyonun düzelmesiyle normale dönmektedir, yani bir durum belirleyicisi niteliğindedir. Ayrıca depresyonlu bireylerde kortizolün sirkadiyen ritmi de bozulmuştur. Bu HPA eksen değişiklikleri depresyonu daha şiddetli olanlarda ve daha yaşlı olan depresyonlularda genellikle daha belirgindir (141). Depresif çocuk ve ergenlerde deksametazon supresyon testi (DST) çalışmalarının gözden geçirildiği bir incelemede,depresif çocukların %70'inde depresif ergenlerin %43'ünde DST pozitifliği saptanmıştır. DST pozitif olan depresif çocuk ve ergenler beş ay sonra değerlendirildiğinde, depresyonu düzelen hastalarda DST'nin düzeldiği, depresyonu sürenlerde DST pozitifliğinin devam ettiği bulunmuş ve pozitif DST'nin çocuk ve ergenlerde erişkinlerde olduğu gibi durum belirleyici olduğu sonucuna varılmıştır (142).

Depresif çocuklarda yapılan bir çalışmada, biyolojik uyaranlara GH yanıtında küntleşme olduğu saptanmıştır (143). Birmaher ve arkadaşları (144), depresyonu olan ana-babaların çocuklarında (bu çocukların depresyon riski yüksektir ancak, klinik depresyonları yoktur) GH yanıtının azaldığını bulmuşlardır. Bu bulgular GH'nin, hayatın erken döneminde de depresyona biyolojik yatkınlık için bir indeks olarak kullanılabileceğini düşündürmektedir.

2.4.3.2. Depresyonda nöroanatomik ve fonksiyonel değişiklikler

Yapısal nörogörüntüleme çalışmaları, rekürren depresif epizodları olan bireylerin hippokampuslarının görece daha küçük olduğunu göstermiştir. Rekürrens veya rahatsızlığın direnci ve antidepresan tedavi alınmamasının, hippokampus hacminin ilerleyici bir şekilde azalmasına neden olduğu ve bu durumun diğer belirtileri olduğu kadar bu rahatsızlıktaki bellek problemlerini de açıklayabileceği düşünülmektedir (145). Ayrıca, amigdala ve ventral striatum gibi subkortikal

yapılarda ve anterior singulat korteks, orbitofrontal korteks ve prefrontal korteks gibi kortikal bölgelerde de hacimsel anormallikler saptanmıştır (145, 146).

Steingard ve arkadaşları depresif bozukluğu olan çocuk ve ergenleri başka ruhsal bozukluğu olan hastlarla MRI yöntemiyle karşılaştırmışlar, depresif çocuklarda frontal lob hacminin beyin hacmine oranında azalma, lateral ventrikül hacminin beyin hacmine oranında artma bulmuşlar ve erken başlayan depresif bozuklukta frontal lobun rol oynadığını ileri sürmüşlerdir (147).

Tutus ve arkadaşları MDB'si olan ergenleri SPECT ile incelemiş ve tedavi edilmemiş depresif ergenlerde sağlıklı gruba göre sol anterofrontal ve sol temporal kortikal alanlarda azalmış perfüzyon saptamışlardır. Tedavi edilmiş depresif hastalarla sağlıklı denekler arasında fark bulunmadığı için, bu özelliğin bir state marker olabileceğini öne sürmüşlerdir (148).

2.4.4. Genetik

Aile ve genetik çalışmaları, duygudurum bozukluklarının gelişiminde genetik etkenlerin önemli rolü olduğunu ortaya koymuştur. Duygudurum bozukluğu olan bireylerin birinci dereceden akrabalarında hastalanma riski belirgin ölçüde yüksektir.

Majör depresyon öyküsü olan bir ana-babaya sahip olmak ergenlerde depresyonun güçlü yordayıcılarından biridir (149). Davranışsal genetik çalışmaları (çocuklarda ve ergenlerde) depresyonun orta düzeyde kalıtımsal olduğunu göstermiştir (150, 151). Ana-babalar tarafından yapılan depresif belirti değerlendirmesine göre, kalıtımsallık oranları %30-80 arasında değişmekteyken bu genetik tahminler ergenlerin kendi depresif belirtilerini değerlendirdiği durumda %15-80 arasında değişmektedir (ortalama %35) (152). İkiz çalışmalarından elde edilen kanıtlar da, ergenlikte başlayan (ve 11 yaşından sonra) ve erişkinlik boyunca devam eden depresif belirtilerin kalıtımsal olduğu yönündedir. Ancak, 11 yaşından önce paylaşılan aile ortamının da çocukluktaki depresyonla bağlantılı olduğu ileri sürülmektedir (152).

Depresyonla ilişkili olduğu düşünülen gen allellerindeki polimorfik varyasyonları değerlendiren çalışmalar yapılmıştır, fakat depresyona neden olan herhangi bir gen dizisi veya gen tanımlanmamıştır (153). Serotonin transporter geni, majör depresif bozuklukta en çok çalışılan gendir (154). Bu genle ilgilenilmesinin

nedeni, 2 farklı alleli (uzun/Long ve kısa/Short) allel) için polimorfizminin olmasıdır. Kısa allel, serotonin transporter sentezini yavaşlatır. Bu yavaşlamanın, serotonin nöronlarının, kendilerini stimüle eden uyarana adaptasyonlarını yavaşlattığı düşünülmektedir (155). Akut stresörlerin serotonin salımını artırdığı düşünülürse, polimorfizm bireyin strese duyarlılığını etkileyebilir (156). Serotonin transporter geninde kısa allel varlığının bireyi depresyona yatkınlaştırdığı ile ilgili veriler tutarsız olmakla birlikte, psikososyal etkenler ve çoklu gen etkileşimleri bireyin depresyona yatkınlığını belirliyor olabilir. Serotonin transporter (SLC6A4) geni dışında, serotonin 2A reseptör (5HTR2A) geni, tirozin hidroksilaz (TH-dopamin sentezinin hız kısıtlayıcı basamağındaki enzim) geni, triptofan hidroksilaz 1 (TPH 1) (serotonin sentezi) geni ve katekol-o-metiltransferaz (COMT) (dopamin katabolizması) geni ile ilgili de çalışmalar yürütülmektedir (154).

Araştırmalar, gen-çevre etkileşiminin önemini ortaya koymuştur. Bazı bireylerin belli çevresel risklere maruz kaldıklarında depresyon geçirme olasılıklarının arttığı gözlenmiş ve bu da genetik yüklülüğe bağlanmıştır. Gen-çevre etkileşimi ile ilgili en özgül kanıtlar erişkinlerde çevresel stresörlerin değerlendirildiği moleküler genetik çalışmalardan elde edilmiştir (157-160). Bu çalışmalarda, serotonin transportırının (5-HTT) promotör bölgesindeki fonksiyonel bir poliformizmin stresör varlığında erişkinlikte başlayan depresyonu yordayabildiği bulunmuştur (161). Ergenlerde genetik ile stres arasındaki ilişkiyi değerlendiren az sayıda çalışmadan birinde, 5-HTTLPR'nin kısa formunun stresörle etkileşiminin depresif belirtilerin şiddetini yordayabildiği (12-17) yaş arasındaki kızlarda, (erkeklerde değil) gözlenmiştir (162).

2.5. Ana-Baba Kabul ve Red Kuramı

Ana-baba kabul red kuramı (EKAR), çocuklukta algılanan ana-baba kabul ve reddinin nedenlerini çocuk ve erişkinlerin davranışsal, bilişsel ve duygusal gelişimleri üzerine olası sonuçlarını açıklamaya ve yordamaya çalışan bir sosyalizasyon kuramdır. Rohner, kuramında evrensel bir yaklaşımı benimseyerek insan davranışının kültürler arası genellenebilir ilkelerini tanımlamayı amaçlamıştır. Kuram, dünyadaki tüm insanların onlar için önemli olan kişilerden sıcaklık almaya ihtiyaçları olduğu temel varsayımıyla hareket eder. Bu ihtiyaç, kültürden, ırksal,

fiziksel özelliklerden, sosyal statü, dil, coğrafya gibi diğer kısıtlayıcı koşullardan bağımsız olarak tüm insanlıkta varlık göstermektedir (163).

Rohner ve arkadaşları kuramlarını dünya çapında sınamak üzere gözlem ve görüşmelerle birlikte çeşitli ölçekler geliştirmişlerdir. Çok farklı toplumlarda birçok araştırmacı tarafından çeşitli yöntemler kullanılarak yapılan 2000'den fazla çalışma EKAR kuramının önemini göstermektedir (164).

EKAR kuramı, Rohner'in de belirttiği üzere batılı psikologların ana-baba çocuk etkileşimine ilgi duymaları sonucu doğmuştur. 20. yüzyılla birlikte ana-baba çocuk etkileşimine ve özellikle de "ana-baba kabulüne" ilgi artmıştır. İlk olarak psikanalitik kuram içinde yer alan konu, daha sonraları sosyal öğrenme kuramcılarının da ilgisini çekmiş ve ana-baba davranışlarının ölçülmesiyle ilgili çalışmalarının önünü açmıştır. Rohner, 1960'ta tamamladığı ana-baba kabulünün kültürlerarası karşılaştırılması ile ilgili ilk çalışmasından sonra 1975 yılında (165) kuramını tüm detaylarıyla tanımlamış ve sonraki yıllarda da geliştirmiştir (166-171).

Kuram, temel olarak "ana-babalığın sıcaklık boyutu" olarak isimlendirilen ana-baba-çocuk etkileşimine, yani ana-baba ve çocuk arasındaki duygusal bağın niteliği ve ana-babanın çocuğa yönelik duygularını nasıl ifade ettiği üzerine odaklanmıştır. Ana-baba-çocuk ilişkisinin bir bileşeni olan sıcaklık boyutu, bir ucunda kabulün, diğer ucunda reddin olduğu bir uzantıdır. Rohner'e göre her bireyin çocukluk döneminde ana-babalarıyla ilişkisinde yaşadıkları, bu iki aşırı uç arasında bir yerlerdedir. Sıcaklık boyutu, hem çocukla bakım vereni arasındaki sosyal etkileşime ait bir tutuma, hem de bu sosyal etkileşimin çocuğun zihnindeki tasarımına işaret eder. Zihinsel tasarım, çocuğun sevildiği ve kabul edildiğine ya da sevilmediği ve reddedildiğine dair öznel algısıdır. Kuramın öne sürdüğü en önemli sav, kabul ya da redde yol açan ana-baba davranışlarının kültürel olarak farklılaşabileceği, ancak özellikle öznel reddedilme algısının farklı toplumlarda kendilik değeriyle ilgili benzer sonuçları doğuracağıdır (166).

2.5.1. Ana-babalığın Sıcaklık Boyutu

Ana-baba, kabulünü -yani sıcaklık ve sevgisini- fiziksel ve sözel ifadelerle gösterir. Sevginin fiziksel ifadesi, kucaklama, okşama, öpme, gülümseme ve sevgi, onay ya da desteğin diğer göstergelerini içerir. Çocuğu övmek, onun hakkında

olumlu ifadeler kullanmak, ona şarkı söylemek ya da hikayeler anlatmak da sıcaklığın sözel ifadeleridir. Bunlarla birlikte bakım verme, destekleme, sevgi gösterme gibi davranışlar, ana-babanın çocuğu kabul edişinin davranışsal ifadeleridir.

Ana-babanın çocuğu reddetmesi, çocuğa yönelik sıcaklık, sevecenlik ve sevginin olmaması veya belirgin olarak gösterilmemesidir. Rohner'e (1986) göre (166), ana-babalar çocuklarına karşı dört farklı şekilde "reddedici" olabilirler: (1) Ana-babalar çocuklarından sıcaklıklarını, sevgi ve sevecenliklerini esirgeyebilirler, (2) Çocuklarına karşı düşmanlık hissedip, saldırgan davranabilirler, (3) Çocuklarına karşı kayıtsızlık içerisinde, onları ihmal edebilirler, ya da (4) Çocuk, görünürde belirgin bir ihmal, saldırganlık ya da soğukluk olmadığı halde ana-babaları tarafından sevilmediğine inanabilir (ayrışmamış red). "Ayrışmamış redetme", ana-babanın çocuklarını ihmal ettikleri, ya da onlara karşı sevecen olmadıklarına veya saldırgan olduklarına dair açık bir davranışsal gösterge olmamasına rağmen, çocukların ana-babalarının umurunda olmadıklarına veya onlar tarafından sevilmediklerine inanmalarıdır. Ana-babalar düşmanlık, öfke, kızgınlık veya nefret duyguları ile hareket ettiklerinde, ortaya çıkan davranış genellikle saldırganlıktır. Ana-babalar fiziksel (vurma, itme, bir şey fırlatma, çimdikleme, yaralayıcı olan sembolik el-kol hareketleri yapma gibi) ve sözel (alay etme, küfür etme, bağırma, çocuğa veya çocuk hakkında düşüncesiz, aşağılayıcı ve eleştirici şeyler söyleme) bir şekilde saldırgan olabilirler. Düşmanlık duygusu saldırganlığı getirirken, kayıtsızlık da ihmali getirmektedir. Ancak, içsel bir güdüleyici olan kayıtsızlık ile bu duygunun davranışa yansımış hali olan ihmal arasında düşmanlıkla saldırganlık arasında olduğu kadar doğrudan bir ilişki yoktur. Bunun nedeni ana-babaların çocuklarını kayıtsızlıkla hiç bir ilgisi olmayan birçok nedenden dolayı ihmal edebilmelerindendir. Örneğin, ana-babalar çocuklarına karşı hissetttikleri öfkeyle başa çıkabilmek amacıyla çocuklarını ihmal edebilirler. EKAR kuramında ihmal, ana-babanın çocuğun fiziksel, tıbbi, eğitimsel ihtiyaçlarını karşılayamaması ve çocuğun ilgi ve isteklerine kayıtsız kalmasıdır. İhmalin en önemli göstergesi de ana-babanın fiziksel ve psikolojik olarak ulaşılmazlığıdır. Psikolojik ulaşılmazlıkta anne baba fiziksel olarak vardır ancak, çocuğun ihtiyacı olduğunda, onun taleplerine karşı ilgisizdirler. Bu tür bir ihmalin içsel güdüleyicisi genellikle kayıtsızlıktır. Bazı ihmaller ise öfke duygusundan

kaynaklanmaktadır. Çocuğa öfkesi nedeniyle fiziksel olarak zarar vermek istemeyen ana-baba onu ihmal eder. Ayrışmış ve ayrışmamış red arasındaki fark, ayrışmış reddin davranışsal olarak saldırganlık veya ihmal olarak gözlenmesi ya da öznel olarak düşmanlık ya da kayıtsızlık duyguları ile hissedilmesidir. (166).

2.5.2. Ana-Babalığın Kontrol Boyutu

"Ana-baba kontrolü", ana-babalığın çocukluk, ergenlik ve erişkinlik dönemindeki gelişim üzerinde önemli etkileri olan diğer bir boyutudur. EKAR kuramında ana-baba kontrolü, aşırı izin verici ile aşırı kısıtlayıcı ana-baba davranışlarını içeren iki uçlu bir uzantı üzerinde kavramsallaştırılmıştır (172).

Kontrol ile ana-babanın çocuğun davranışlarını ne kadar sınırladığı veya kısıtladığı ve bu sınırlamaların çocuğu ne kadar zorladığı kastedilmektedir. Çocuklarının davranışlarını nadiren kontrol eden ana-babalar kuramda izin verici (düşük düzeyde kontrollü) olarak, çocuklarının davranışlarını sıkı bir biçimde kontrol eden ana-babalar ise kısıtlayıcı (yüksek düzeyde kontrollü) olarak tanımlanırlar. Ana-babalar çocuklarını genellikle cinsellik, tuvalet eğitimi, evdeki görevler, belli ahlaki değerler, düzenlilik, emirlere itaat ve saldırganlık gibi alanlarda kontrol etmektedirler. Bu boyutun bir ucunda hiç kontrolün olmaması yer almaktadır ve bu durumda ana-babalar çocuğa hiç bir kural getirmez ya da sadece çocuğun güvenliği ve fiziksel sağlığı için gereken kontrolü sağlarlar. Ana-baba çocuğun yaptıklarına karşı yönlendirici değildir. Çocuğun kendi yolunu bulmasına ve kendi kararlarını almasına bütünüyle izin verir. Kontrol boyutunun diğer ucunda ise aşırı kontrol vardır ki burada da ana-baba birçok durum ve ortamda çocuğa çok fazla kural ve kısıtlama getirerek, onu bu kurallara uymaya zorlar. Davranışlarını her an takip eder ve çocuğun ana-babası olmadan belli becerileri edinmesini, özerkliğini kazanmasını kısıtlar (171).

2.5.3. EKAR Kuramı'nın Kişilik Yaklaşımı

EKAR kuramında, dünyanın çeşitli ülkelerinde ana-babaları tarafından reddedilmiş çocuk veya erişkinleri tanımlayan en belirgin özellikler ele alınmış, diğer bir deyişle, ana-baba tarafından reddedilmenin kişilik üzerinde en belirleyici etkileri üzerinde durulmuştur. EKAR kuramında ele alınan yedi kişilik özelliğini, yedi kişilik

boyutu olarak görmek gerekmektedir. Bu kişilik özellikleri, olumlu uçtan olumsuz uca uzanan bir boyut üzerinde düşünüldüğünde, her birey, her kişilik boyutuna ait uzantı üzerinde, belirli bir noktada olacaktır. EKAR kuramının kişilik yaklaşımı, farklı kültür, ırk ve dillerdeki bireylerde ana-babası tarafından reddedildiği durumda aşağıda özetlenen yedi kişilik özelliğinin olumsuz uçlarında yeralan bir kişilik örüntüsünün ortaya çıkacağını ileri sürmektedir (173). Aşağıda sıralanan yedi kişilik özelliği, bu yedi boyutun reddedilme ile ilgili "olumsuz" uçlarıdır.

1. Bağımlılık veya savunucu bağımsızlık (yaşanan reddedilmenin şiddetine ve biçimine bağlı olarak)
2. Duygusal tepkisizlik (duyarsızlık)
3. Düşmanlık, saldırganlık, pasif saldırganlık ve/veya düşmanlık veya saldırganlığın denetimiyle ilgili sorunlar
4. Olumsuz öz-saygı
5. Olumsuz öz-yeterlik
6. Duygusal tutarsızlık
7. Olumsuz dünya görüşü

2.5.3.1. Bağımlılık veya savunucu bağımsızlık

En geniş anlamıyla "bağımlılık" kelimesi diğer insanların tepkisine, özellikle de olumlu tepkisine duyulan duygusal bir gereksinimdir. Davranış düzeyinde, "bağımlı davranış", çocuğun (veya erişkinlerin) kendileri için önemli olan insanlardan olumlu tepki alma girişimleridir. Çocukluktan erişkinliğe uzanan yaşam sürecinde, olumlu tepkiye duyulan gereksinim farklı biçimler alır. Buna paralel olarak, kişilerin olumlu tepkinin kendilerinden esirgenmesine (reddedilmeye) verdikleri tepkiler de artan zihinsel gelişimle birlikte farklılaşır.

Bağımlılık ve reddedilme arasında, karmaşık ve doğrusal olmayan bir ilişki vardır. Ana-babası tarafından kabul edilmiş çocuk, normal koşullarda orta derecede bağımlı olacaktır. Ana-babanın giderek daha fazla reddedici olduğu durumlarda - belirli bir noktaya kadar- çocuğun da olumlu tepki almak yönündeki girişimleri artacak, yani, giderek daha fazla bağımlı olacaktır. Reddedilme uzantısı üzerinde belirlenmemiş olan bir noktadan sonra çocuk olumlu tepki almak için giderek daha az girişimde bulunacaktır. Bundan sonrasında çocuk dışarıdan bakıldığında

bağımsızmış gibi görünse de, bu bağımsızlık "sağlıklı bir bağımsızlık"tan çok "savunucu bir bağımsızlık" olacaktır. Ancak, sürekli düşmanca veya kayıtsız davranan ana-babalarından sevgi istemeye devam etmek, onlar için çok acı vericidir. Bu çocuklar, sıklıkla kendi içlerine kapanır (yani, duygusal olarak daha az tepki vermeye başlar) ve duygusal olarak yalıtıldıkça, olumlu tepki için giderek daha az girişimde bulunmaya başlarlar. Hem ana-baba sıcaklığının (sevgi ve sevecenlik), hem de açık reddetme ifadelerinin çocuğun bağımlılığını bir noktaya kadar yükseltiyor olması, ana-baba tarafından kabul veya reddedilme ile bağımlılık arasındaki ilişkiyi daha da karmaşık bir hale getirir. Çocukların bağımlılık gereksinimleri bir kabul edilme ortamında, sıcak ve duyarlı ana-babalar tarafından pekiştirilecektir. Çocuklar böyle bir ortamda benimseyebilecekleri bir model bulacaklardır. Ana-babanın sıcaklığı ve sevecenliği, müdahele edici bir ana-baba denetimi ile yan yana geldiğinde, bağımlılık eğrisinde özellikle göze batan bir yükselme oluşturur. Rohner (2000) bağımlılık eğrisindeki bu yükselmeyi "immatür bağımlılık" olarak adlanmıştır. Çünkü bu tür ana-babalık, küçük yaştaki, meraklı, aktif çocukların yapma eğilimde oldukları birçok şeyi yapabilme fırsatını onların elinden alır. Bu immatür bağımlılığa yol açan ana-babalığı Rohner "boğucu sevgi" olarak adlandırmıştır (174).

2.5.3.2. Duygusal tepkisizlik

Ciddi şekilde reddedilmiş çocuklar, model alabilecekleri sevgi dolu ana-babaları olmadığı için, sevgi vermeyi öğrenmemişlerdir. Sevecenliğe çok gereksinim duymalarına karşın, bunu vermekte ve almakta zorluk çekerler. Reddedilmiş çocuklar, kendilerini duygusal olarak daha fazla hırpalanmaktan korumak amacıyla duygusal olarak geri çekilme, giderek olumlu tepki almak için daha az girişimde bulunmak ve duygularını üzerini örtmek eğilimindedirler. En sonunda, kendileri için önemli olan insanlardan olumlu tepki almak için çabalamaktan vazgeçebilirler. Ama tüm bunları yaparken, genellikle farkında olmadıkları, bazen de şiddetli bir şekilde inkar ettikleri bir sevgi gereksinimi duyarlar. Bu şekilde, reddedilmiş çocuklar duygusal açıdan yalıtılmış, başkalarıyla özgürce ve açıkça sıcak ve yakın ilişkiler kuramayan kişiler olurlar. Bağlanmalarında duygusal sınırlılık veya savunuculukta

sorunlar yaşarlar. Daha şiddetli olgularda apati görülebilir veya bu olguların duygulanımları küntleşebilir.

2.5.3.3. Düşmanlık ve saldırganlık

Reddedilmiş çocuklar, ana-babalarına öfkelenme veya kızgınlık duyma eğilimindedirler. EKAR kuramının kişilik yaklaşımına göre, ana-babanın çocuğu reddediş biçimi, düşmanlık ve saldırganlık şeklinde ortaya çıkıyorsa, reddedilmiş çocuklar düşmanlık duyguları hissetmeye, saldırgan olmaya veya pasif agresif bir tutum içerisine girmeye eğilimli olabilirler. Bu şartlar altında, çocuklar saldırgan bir modelle karşı karşıya kalabilirler. Bu şekilde saldırganlık eğilimleri daha da yoğunlaşabilir. Bazı ana-babalar çocuklarının öfkelerini açıkça ifade etmelerine izin vermezler. Bu çocuklar, öfke denetiminde sorunlar yaşamaya eğilimli olurlar. Ancak, en uygun koşullarda bile çocuklarda (veya erişkinlerde) belli bir düzeyde saldırganlık görülebilir. Normal çocuklar (veya erişkinler) zaman zaman sinirlilik, öfke gibi düşmanlık veya saldırganlık içeren bir tablo içerisine girebilirler. Hiçbir zaman öfkeli veya saldırgan görünmeyen çocuklar da, aşırı saldırgan çocuklardan farklı, fakat aynı derecede psikolojik olarak sorunlu olabilirler (163).

2.5.3.4. Olumsuz öz-saygı

Öz-değerlendirme, bireyin kendisiyle ilgili duygu, tutum ve algılarını içerir. EKAR kuramının kişilik yaklaşımında "öz-saygı" ve "öz-yeterlik", bireyin kendisiyle ilgili değerlendirmelerinin iki farklı boyutunu oluşturur (175). Öz-saygı boyutu, bireyin değeri; öz-yeterlilik ise kapasitesi ile ilgilidir.

Öz-saygı, bireyin kendi değeri hakkında yaptığı genel duygusal değerlendirmedir. Olumlu öz-saygı, bireyin kendisini beğendiği, onayladığı, kabul ettiği, kendisiyle barışık olduğu, kendisini değerli, başkalarının saygısını hak eden biri olarak algıladığı, nadiren kendisinden memnun kalmadığı anlamına gelir. Diğer yanda, olumsuz öz-saygı, bireyin kendisini beğenmediği veya onaylamadığı, suçlanmayı hak etmiş biri olarak algıladığı, kendisini değersiz ve diğer bireylerden aşağı gördüğü anlamlarını taşır. Çocukların yaşamındaki "önemli bireyler" arasında yer alan ana-babaları sevgi göstermiyorsa kendilerini sevilemeyecek, değersiz ve yetersiz bireyler olarak algılama eğiliminde olurlar (166).

2.5.3.5. Olumsuz öz-yeterlik

Öz-yeterlik, bireyin kendi yeterliliği hakkında yaptığı değerlendirmelerin bir bütünü olarak tanımlanır. Olumlu öz-yeterlik, bireyin kendisini sorunlarıyla yeterince başa çıkabilen, başarılı veya yapacağı işlerde başarılı olacağını düşünen, kendine güvenen ve sosyal açıdan yeterli biri olarak gördüğü anlamına gelir. Diğer yanda, olumsuz öz-yeterlik, yetersizlik duyguları, günlük yaşamın ereklerini yerine getiremediğini düşünme, bireyin arzuladıkları için yeterince mücadele edemediğini hissetmesi gibi duygu ve düşünceleri içerir (166).

Kendilerini değersiz ve eleştirileri hak eden biri olarak gören çocuklar, bu duyguları kolayca kişisel yetersizlik ve yeteneksizlikle ilgili inançlara genellerler. Bu çocuklar yaşamlarındaki önemli olaylar üzerindeki kontrollerinin az olduğunu hissederler. Bu çocuklar, olumsuz öz-yeterlik duygularını yanlış bir şekilde diğer alanlara da genelleme eğilimindedirler. Kendilerini yetersiz ve beceremeyen bir olarak gördükçe, gerçekten de öyleymiş (kendi kendini gerçekleştiren kehanet) gibi davranmaya başlayabilirler. O zaman, diğer insanlar onları daha olumsuz bir şekilde değerlendirir ve bu olumsuz değerlendirme onların zedelenmiş olan öz-saygı ve öz-yeterlik duygularına bir geribildirim olarak ulaşabilir. Bu yıkıcı döngünün, ana-babaları tarafından reddedilmiş çocukların okul başarısının, kabul edilmiş çocukların okul başarısına göre daha düşük olmasında rolü vardır (166).

2.5.3.6. Duygusal tutarsızlık

Reddedilmenin getirdiği psikolojik hasardan dolayı sevilmediklerini hisseden çocukların, ana-babaları tarafından kabul edilmiş çocuklara göre strese karşı toleransları daha düşüktür. Bunun bir sonucu olarak ana-babaları tarafından kabul edilmiş çocuklara göre duygusal açıdan daha az tutarlıdırlar (166).

2.5.3.7. Olumsuz dünya görüşü

Bir insanın gerçekliği -ya da yaşam ve dünya ile ilgili imgesini - psikolojik açıdan nasıl inşa edeceği büyük ölçüde çocukluktaki yaşantıları, özellikle de ana-babasıyla olan ilişkisinde yaşadığı kabul veya reddedilme deneyimleri tarafından biçimlenecektir. Ana-babalarının ellerinde psikolojik açıdan incinmiş olan "reddedilmiş çocuklar", anksiyöz, güvensiz, bağımlı veya savunucu bir biçimde

bağımsız, öfkeli ve duygusal açıdan tepkisiz olmaya, öz-saygı ve öz-yeterlik duygularını değersizleştirmeye eğilimli olacaklardır (166).

2.6. Ana-Babalık Stili

Ana-babalık stilinin sınıflandırılması, iki temel yaklaşıma dayanmaktadır. Birinci yaklaşım boyutsaldır ve soyut ana-baba davranışlarına odaklanmaktadır. İkinci yaklaşım ise, tipolojik yaklaşımdır ve ana-babaların davranış örüntülerini ele alır (176). Ana-baba davranışlarının çocuğun psikolojik iyilik hali üzerine etkilerini araştıran çalışmalar, tutarlı bir kendilik ve kimlik duygusunun gelişmesi için, ana-babalığın, her iki yaklaşıma da uyarlanabilen üç temel merkezi elemanı olduğunu göstermişlerdir (177-179):

1- Çocukla tutarlı ve destekleyici bir ilişki kurulması
2- Çocuğun davranışının makul ve tutarlı biçimde sınırlandırılması
3- Çocuğun kendi düşünce ve duygularını değerlemesi ve ifade etmesine olanak sağlanması

Benzer biçimde, Amato ve Fowler (2002), ana-babalık stilinin, ana-babanın davranış ve tutumlarının bazı merkezi boyutlarına dayandığı ve bu boyutların çocuğun emosyonel, sosyal ve psikolojik gelişimi açısından önemli olduğu sonucuna ulaşmışlardır (180). Bu konuda yapılan ilk çalışmalar da, kontrol ve kabulün ana-babalık stilinin iki ana boyutu olduğu vurgulanmış, ancak bu boyutlar için farklı araştırmacılar tarafından farklı terimler kullanılmıştır (181).

Baumrind (1968), ana-babalığın iki boyutunu mükemmelliyetçilik ve duyarlılık olarak tanımlamıştır. Mükemmelliyetçilik, çocuğun doğrudan yüzleştirilmesi, doğrudan izlenmesi ve disiplinini kapsar. Duyarlılık, affektif sevecenlik, bilişsel duyarlılık, bağlanma ve bağ kurmayı içerir (182).

Amato'ya (1990) göre, ana-baba kontrolü, çocuğun arkadaşları ile olan ilişkilerinde onun yerine karar verme ve denetlemedir. Ana-baba sevecenliği ise, çocuğun etkinlikleriyle ilgilenme ve katılma, başarılarını övgüyle karşılama, çocuğa şefkat ve sevgi gösterme olarak tanımlanmıştır (183).

Maccoby ve Martin (1983), ana-baba kontrolünün ve desteğinin çocuğun psikolojik gelişmi ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Maccoby'e göre, ana-babaları tarafından desteklenen çocuklarda, yüksek düzeyli özsaygı, ileri bilişsel

beceriler, içsel kontrol odağı, ileri ahlaki gelişim ve yeterli psikolojik uyum gözlenme olasılığı daha yüksektir. Diğer yandan, ana-babanın çocuğa baskı uygulaması, çocukla ilgili psikolojik sonuçları kötüleştirir (184).

Josselsan, Greenberger ve McConochie (1977), ana-babalarıyla yakın ve çatışmasız ilişki kuran ergenlerin psikolojik uyumlarının, uzak ve çatışmalı ilişki kuran ergenlere göre daha iyi olduğunu ortaya koymuştur (185). Çeşitli çalışmalarda, ana-babanın red ve kontrol davranışlarının, depresyon gelişiminde nedensel sürecin önemli bir parçası olduğu (25-27), çocukluk ve ergenlik çağı depresyonunun oluşumuna katkıda bulunduğu vurgulanmıştır (22, 28). Ergenlik dönemi depresyonun ana-baba reddi; ve ana-babanın kontrol davranışları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (19-24).

Yukarıda sözü edilen çalışmalar, anne ve babaların ayrı ayrı değerlendirilmediği çalışmalardır. Anne ve babanın davranışlarının çocuğun psikolojik uyumu üzerine ayrı ayrı etkilerinin olduğu bilinmektedir (40). Babaların da ayrı olarak değerlendirildiği çalışmaların sonuçları, çocuğun işlevselliğinde babanın rolünün önemini göstermektedir. Baba ile çocuk arasındaki ilişkinin yetersizliğinin ergenlerde depresyon riskini artırdığı saptanmıştır (13, 186). Bu çalışmalardan birinde, hem annenin hem de babanın psikolojik kontrol düzeyinin depresif duygudurumla ilişkili olduğu belirlenmiştir (186). Babanın kabul düzeyinin en az annenin kabul düzeyi kadar önemli olduğu (41, 42); baba kabul davranışlarının çocuğun sosyal ve akademik işlevselliği (187, 188) ve ruh sağlığını (189) etkilediği saptanmıştır.

2.7. Ergen Depresyonu ve Aile İşlevselliği

Genel aile işlevselliği, kohezyon, uyum ve çatışma çözme becerisini kapsamaktadır. Bu özellikler çocuğun deneyimlerini, seçimlerini ve duygusal gelişimini önemli ölçüde etkilemektedir (190). Aile ortamı, duygudurum bozukluklarının gelişmine erken dönemde etkide bulunmaktadır (191, 192).

Aile işlevselliğinde ortaya çıkan sorunların, çocuğun depresif epizod sırasındaki psikososyal ilişkilerini olumsuz biçimde etkilediği bilinmektedir (193). Daha da önemlisi, bu bozuklukların çoğu, depresif epizoddan sonra da tamamen düzelmez (194). Özkıyım girişimi olan depresyondaki çocuklar, depresyonu ve

özkıyım girişimi olmayan çocuklara göre ailelerini daha stresli, daha az destekleyen; kontrol düzeyi düşük, daha az koheziv ve daha çatışmalı olarak tanımlamışlardır (195).

Aile sistemleri kuramı, aileyi, bağımsız bileşenlerden (bireylerden) oluşan organize bir bütün olarak kavramsallaştırır (196). Bu kavramsallaştırmaya göre, aile sisteminin yapısı, organizasyonu ve etkileşimsel örüntüleri, bireyin davranışını güçlü bir biçimde etkilemekte ve belirlemektedir (197). Diğer yandan, aile üyelerinin özellikleri ve davranışları, aile sistemi ve alt sistemlerin işlevselliği (çift alt sistemi, ana-baba-çocuk alt sistemi), bireyin davranış ve özelliklerinden etkilenmektedir. Aile sistemleri kuramı, sistemdeki örüntülerin doğrusaldan daha çok dairesel olduğuna vurgu yapmaktadır (196). Bunun anlamı, ailenin birey üzerine veya bireyin aile üzerine etkileri ile bir etkileşim çemberinin oluşmasıdır (196). Aile sistemleri kuramına göre, psikopatoloji ve psikiyatrik bozuklukların en azından kısmen bireyin içinde bulunduğu aile sisteminin bir ürünü olduğu varsayılmaktadır (198). Ayrıca karşılıklı bağımlılık ve çembersellik ilkeleri, aile üyelerindeki psikiyatrik bozuklukların alt sistemleri ve tek başına bireyleri içeren aile sisteminin işlevselliği üzerine olumsuz etkide bulunduğu ve bu etkinin çembersellik ve karşılıklı bağımlılık çerçevesinde bireyi tekrar tekrar etkilediği kabul edilmektedir. Böylece, ana-babalar ile çocuklar arasında karşılıklı etkiler gözlenir (199). Bu durum, duygudurum bozuklukları tanısı konan çocuklarda da gözlenen bir durumdur. Aile işlevselliğinin psikiyatrik bozukluğa etkisi yanında, bozukluğun kendisi de aile işlevselliğini olumsuz biçimde etkilemektedir (200). Örneğin, aile çatışması, ana-babanın ergenin yıkıcı davranışını kontrol etme girişimlerinin sonucunda da ortaya çıkabilir (54).

Aile çevresi, ergenin psikososyal gelişimi ve stres süreçleri üzerine belirgin etkilerde bulunmaktadır (201-203). Kronik aile stresine eşlik eden olumsuz ana-baba davranışları (33); destek, bağlılık ve onay davranışlarının düşük düzeyli olması (204, 205); ve yetersiz ana-babalık (206) ergenlerde depresyon riskini artırmaktadır.

Aile içindeki ve dışındaki sorunlu ilişki örüntüleri, depresyonun öncüllerindendir (12). Aile işlevselliği ile ergen depresyonu arasındaki ilişki vardır; ergenlerdeki depresyon riski, sert ve çatışmalı etkileşimlerin yüksek düzeyli olduğu aile ortamında artmaktadır (13, 14). Ayrıca, aile çatışması, ergen depresyonunun en güçlü yordayıcılarından biridir (15-17). Bond ve arkadaşları (2005) tarafından

yapılan bir çalışmada, aile çatışması ile ergenlerdeki depresif belirtiler arasında güçlü ilişki olduğu saptanmıştır (207). Router ve arkadaşlarının (1999) yaptığı çalışmada, ana-baba-çocuk çatışmasının erken ve orta ergenlik döneminde içe yönelim belirtileri ve sonrasında depresif bozuklukla ilişkili olduğu bulunmuştur (208). Yedi yıl boyunca sürdürülen prospektif bir çalışmada, aile ve evlilik çatışmasının, kız ergenlerde yüksek düzeyli depresif belirtileri yordayabildiği, erkek ergenlerde ise böyle bir ilişki olmadığı belirlenmiştir (17).

Ailede majör depresif bozukluk tanısı konan bireylerin varlığının da aile işlevselliği üzerine olumsuz etkileri vardır (32).

Depresyonda olan annelerin depresyon belirtilerine bağlı olarak sergiledikleri duygusal ve davranışsal örüntüler, hem eşleriyle hem de çocuklarıyla olan ilişkilerine yansımaktadır. Annelerin depresyonda olduğu ailelerin genel özellikleri arasında, ilişkilerde sevgi ve sevecenliğin yetersizliği, aile bağlarının zayıf olması, aile içi anlaşmazlıkların yoğunluğu ve boşanma oranlarının yüksekliği sayılabilir (209, 210). Depresyonda olan annelerin evlilik ilişkilerinin çatışmalı, gergin ve düşmanca olduğu belirtilmektedir. Depresyondaki kadınların eşleriyle olan ilişkilerinin, genel olarak, olumsuz olduğu görülmektedir. Depresyon ve evlilik çatışması arasındaki ilişki yeterince açık değilse de depresyonda olan annelerin çocuklarının aynı zamanda ana-babalarının evlilik catışmasına maruz kaldıkları da bilinmektedir. Depresyonda olan annelerin evliliklerindeki çatışma düzeyinin de yüksek olmasına bağlı olarak, evlilik çatışmasının çocukların uyum sorunları üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir (28). Anne depresyonu ile birlikte yoğun bir evlilik çatışmasına da maruz kalan çocukların daha belirgin biçimde etkilendikleri bildirilmektedir (34).

Hammen ve arkadaşları (2004), depresyonda olan annelerin çocuklarında duygudurum bozukluklarının oluşumunda aile içi anlaşmazlıkların önemli bir rolü olduğunu belirtmişlerdir. Aile içi çatışmalar, anneleri depresyonda olmayan çocuklarda da depresyon açısından bir risk faktörü oluşturmakla birlikte, anneleri depresyonda olan çocuklarda depresyon tanısı daha sıktır (33). Evlilik çatışmasını yüksek düzeyde bildiren ve depresyonda olan annelerin çocuklarının yaşamları boyunca herhangi bir psikolojik rahatsızlık nedeniyle tanı konma sıklığının anlamlı düzeyde yüksek olduğu ortaya konmuştur. Ayrıca, yine aynı araştırmanın bulgularına göre annelerin depresyonda olduğu ailelerin çocuklarında, ana-baba-çocuk

çatışmasına bağlı olarak davranım bozukluğunun yüksek olduğu, aile içi uyumun düşüklüğü sonucunda depresyon ve davranım bozukluğu sıklığının arttığı saptanmıştır (209).

Çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında, babaların değerlendirildiği çalışmaların sayısı oldukça azdır (211). Babaların da değerlendirildiği çalışmaların sonuçları, çocuğun işlevselliğinde babanın rolünün çok önemli olduğunu ortaya koymuştur. Yakın zamanda yapılan iki çalışmada, baba ile çocuk arasındaki ilişkinin yetersizliğinin ergenlerde depresyon riskini artırdığı saptanmıştır (13, 186).

Ergenlik döneminde depresyon riskini artıran diğer aile etmenleri sosyal desteğin olmayışı, boşanma, geniş aile, büyük kardeşin alkol/madde bağımlılığı ve cinsel olarak kötüye kullanılmadır. Bu ailelerde genel olarak aile işlevselliği de yeterli düzeylerde değildir (54).

Disfonksiyonel aile ortamının depresyon (212-214) dışında, sosyalizasyon sorunları (215), madde kullanımı (216), yeme bozuklukları (214), düşük öz-saygı (215), özkıyıma eğilim (218) ve dışa yönelim bozukluklarıyla (219) da ilişkili olduğu gösterilmiştir.

Görüldüğü gibi ergenlik dönemi depresyonlarında ana-baba tutumlarının etkisi oldukca önemlidir. Aile ve ergenlikteki depresyonu inceleyen araştırmalar genellikle birbiri ile tutarlı bulgulara ulaşmışlardır. Aile işlevselliginin yetersizliği, kontrolcü ve rededici ana-baba tutumu, ailede psikiyatrik hastalıkların olması bu yaş grubunda depresyon riskini artırmaktadır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Çalışma grubunun Seçimi ve Uygulama

Çalışma grubu; Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polkliniği'ne Mart 2012-Ağustos 2012 tarihleri arasında başvuran, DSM-IV tanı ölçütlerine göre Majör Depresif Bozukluk tanısı konulmuş olan 30 ergen ve ana-babalarından oluşmaktadır. Karşılaştırma grubu olarak, benzer yaş ve cinsiyetteki 30 sağlıklı ergen farklı eğitim kurumlarından tabakalı örneklem yöntemiyle seçilmiştir.

Çalışma grubunu oluşturan ergenler ve ana-babaların en az birinden araştırmanın amacı ve yöntemiyle ilgili bilgilendirilmiş yazılı onam alınmıştır.

Çalışmaya alınma ölçütleri aşağıda belirtilmektedir:

- 12-17 yaş arasında olup Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu'na (K-SADS-PL) (DSM-IV tanı ölçütlerine) göre Major Depresif Bozukluk tanı ölçütlerini karşılaması,
- Ergen ve ebeveynlerinin en az ilkokul mezunu olması,
- Ergenin ve ebeveynlerinin çalışmaya katılmayı kabul etmesi
- Ergenlerde ve ebeveynlerinde komorbid psikotik bir bozukluk olmaması,
- Ergenlerde ve ebeveynlerinde mental retardasyon veya sınır zeka durumunun olmaması,
- Ergenlerde ciddi tıbbi ve/veya nörolojik hastalık olmaması.

Dışlama ölçütleri aşağıda belirtilmektedir:

- Ergen ve ebeveynlerin çalışmaya katılmaya gönüllü olmaması
- Ergenlerde ve ebeveynlerinde komorbid psikotik bir bozukluk olması,
- Ergenlerde ve ebeveynlerinde mental retardasyon veya sınır zeka durumunun olması,
- Ergenlerde ciddi tıbbi ve/veya nörolojik hastalık olması.

Ergenler ve ebeveynlerin tümüyle yüz yüze görüşüldükten sonra, katılımcılara çalışmada kullanılan "Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu" ve ölçekler verildi. Ergenler, K-SADS-PL ile ve ebeveynler SCID-I ile değerlendirildikten sonra ergenlere Ebeveyn Kabul-Red/Kontrol Ölçegi Çocuk Formu (EKRÖ/K-Çocuk) ve Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ); ebeveynlerine Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) uygulandı.

3.2. Değerlendirme Gereçleri

3.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu (EK I)

Tarafımızdan geliştirilen ve anabilim dalımızca rutin olarak kullanılan bu form, ergen ve ana-babaların yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek ve eğitim durumu gibi sosyodemografik özelliklerini; psikiyatrik rahatsızlık öyküsü, alkol-madde ve sigara kullanımı gibi klinik özelliklerini sorgulayan sorulardan oluşmaktadır.

3.2.2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (K-SADS-PL)

Bu değerlendirme gereci, Kaufmann ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilmiştir (220). Tarama skorları ve tanı açısından, değerlendiriciler arası uyum %93-100 olarak bulunmuştur. Test-yeniden test güvenilirliği için kappa katsayısı çeşitli tanılar için 0.63-1.00 aralığındadır. Bu görüşme çizelgesinin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Gökler ve arkadaşları tarafından 2004 yılında yapılmıştır (221).

3.2.3. DSM-IV TR Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Görüşme Formu (SCID I / Klinik Versiyon)

1994 yılında DSM-IV Eksen-I bozukluklarının tanı değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir.. Hem psikiyatri hem de genel tıp hastalarına uygulanabilir. Dil ve tanı kapsamı ile çoğunlukla erişkinler için kullanımı uygundur. Altı modülden oluşmaktadır. Türkiye

için uyarlama ve güvenirlik çalışmaları; Dr. Aytül Özkürkçügil, Dr. Ömer Aydemir, Dr. Mustafa Yıldız ve Dr. Ertuğrul Köroğlu tarafından yapılmıştır (222).

3.2.4. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (EK II)

Çocukların depresyon düzeyleri ÇDÖ ile değerlendirilmiştir. Çocuklar için Depresyon Ölçeği, 6-17 yaş çocuklarına uygulanabilen, bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek çocuğa okunarak ya da çocuk tarafından okunarak doldurulur. 27 maddelik ölçekte her madde için üç farklı seçenek bulunmaktadır. Çocuktan son iki hafta için kendisine en uygun cümleyi seçmesi istenir. Her madde belirtinin şiddetine göre 0, 1 ya da 2 puan alır. Ölçeğin en yüksek puanı 54'tür. Ölçek puanı yükseldikçe, depresyonun şiddeti de artmaktadır. Kesim puanı 19 olarak önerilmiştir (223, 224). Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Belma Öy tarafından 1990 yılında yapılmıştır (225).

3.2.5. Ana-baba Kabul-Red/Kontrol Ölçegi Çocuk Formu (EKRÖ/K-Çocuk) (EK III)

Ana-baba Kabul-Red/ Kontrol Ölçeğinin (EKRÖ/K) çocuk formu, çocuk tarafından algılanan ana-baba reddini değerlendirmek üzere geliştirilmiştir. Yüksek puanlar yüksek düzeyli ana-baba reddini ve ana-baba kontrolünü göstermektedir. Toplam 60 maddeden oluşan ölçeğin 4 alt ölçeği vardır: 1) sıcaklık ve sevgi (20 madde), 2) düşmanlık (15 madde), 3) kayıtsızlık ve ihmal (15 madde), 4) ayrışmamış reddetme (10 madde). Ana-baba reddini ölçen 4 alt ölçeğe 5. alt ölçek olan Kontrol Ölçeğinin eklenmesiyle EKRÖ, Ana-baba Kabul-Red/ Kontrol Ölçeği (EKRÖ/K) olarak adlandırılarak 73 maddelik son halini almıştır (226). EKRÖ'ye kontrol alt ölçeği eklendikten sonra, EKRÖ/K için güvenirlik analizleri Varan (2003) tarafından yapılmıştır (227).

3.2.6. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) (EK IV)

Bu ölçek, Epstein, Baldwin ve Bishop tarafından geliştirilmiştir (228). Işıl Bulut (1990) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (229). Ölçeğin 60 maddesi olup problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler olmak üzere 7 alt testi bulunmaktadır. Ölçeğin

test-tekrar test güvenirliliği 0.62 ile 0.90 arasında değişmektedir. Yapı geçerliliğinde ise boşanma sürecinde olan kadınlara ve normal evliliklerini sürdüren çiftlerden birine uygulanan ölçeğin puan ortalamaları arasındaki fark, t testinde tüm alt testler için 0.001 ile 0.01 arasındaki düzeylerde anlamlı bulunmuştur.

3.3. İstatistiksel Analiz

Tüm veriler (kategorik ve sürekli) Statistical Package for Social Science (SPSS) Windows version 11.5 (Chicago IL, USA version) yazılımı kullanılarak değerlendirildi. Gruplar sürekli değişkenler açısından karşılaştırılırken; parametrik varsayımlar karşılandığında "*Student t testi"* ve karşılanmadığında "*Mann Whitney U testi"* kullanıldı. Sürekli değişkenlerin ilişkileri, *"Pearson korelasyon testi"* ile değerlendirildi. Kategorik değişkenler için gruplar karşılaştırılırken "*Pearson Ki-kare testi", "Yates Ki-kare testi"* ve *"Fisher Exact Test"i* kullanıldı.

p değerinin <0.05 olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

4.2. Depresyon ve Kontrol Gruplarındaki Ergenlerin Demografik ve Klinik Özellikleri

Depresyon grubundaki ergenlerin yaş ortalaması (±SS) 14.63±1.67 yıl olarak bulunmuştur. Kontrol grubundaki ergenlerin yaş ortalaması (±SS) 14.63±1.67 yıl olarak belirlenmiştir. (**Tablo 4.1**).

Tablo 4.1. Gruplardaki ergenlerin yaş ortalamaları ve cinsiyet dağılımları

Ergen		**GRUPLAR**									
		Depresyon Grubu (n=30)					**Kontrol Grubu (n=30)**				
		Ort	**SS**	**Medy**	**Min**	**Maks**	**Ort**	**SS**	**Med**	**Min**	**Maks**
Yaş (yıl)		14.63	1.67	15.00	12.00	17.00	14.63	1.67	15.00	12.00	17.00
		N			Sütun %n		n		Sütun % n		
Cinsiyet	Kız	26			86.7		26		86.7		
	Erkek	4			13.3		4		13.3		

İki grup arasında, eğitime devam etmeme sıklığı açısından fark saptanmamıştır **(Tablo 4.2)** .

Tablo 4.2. Gruplardaki ergenlerin devam ettiği okullara göre dağılımları

Ergen		**GRUPLAR**			
		Depresyon Grubu (n=30)		**Kontrol Grubu (n=30)**	
		n	Sütun %n	n	Sütun % n
Devam ettiği okul	İlköğretim	13	43.3	12	40
	Lise	13	43.3	18	60
	Liseden ayrılmış	4	13.4	0	0

Tablo 4.3. Grupların aile yapısına göre dağılımları

Ergen		GRUPLAR			
		Depresyon Grubu (n=30)		Kontrol Grubu (n=30)	
		n	Sütun %n	n	Sütun % n
Aile bilgileri	Çekirdek aile	22	73.4	26	86.6
	Geniş aile	3	10	2	6.7
	Boşanmış	3	10	2	6.7
	Ana-baba ölümü	1	3.3	0	0
	Evlat edinilme	1	3.3	0	0

İki gruptaki ergenler arasında, kardeş sayısı ve kardeşler arası yaş sıralaması açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır (**Tablo 4.4**).

Tablo 4.4. Gruplardaki ergenlerin kardeş sayısı ve kardeşler arası yaş sıralamalarına ait değerler

Ergen	GRUPLAR						p
	Depresyon Grubu (n=30)			Kontrol Grubu (n=30)			
	Medy	Min	Maks	Medy	Min	Maks	
Kardeş sayısı	2.50	0	5.00	2.00	2.00	7.00	0.381
Kaçıncı çocuk	2.00	1.00	5.00	2.00	1.00	7.00	0.931

Mann-Whitney U Test

Gruplar geçmişte madde kullanım öyküsü açısından karşılaştırıldığında ; depresyon grubunda madde kullanım öyküsü olanların oranı, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (**Tablo 4.5**).Her iki grup arasında; değerlendirme sırasında madde kullanım dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır (**Tablo 4.5**).

Tablo 4.5. Gruplardaki ergenlerin madde kullanımı öyküsü ve madde kullanımı dağılımları

Ergen		GRUPLAR				p
		Depresyon Grubu (n=30)		Kontrol Grubu (n=30)		
		n	Sütun %n	n	Sütun % n	
Madde kullanımı öyküsü	Yok	20	66.7	29	96.7	**0.008***
	Var	10	33.3	1	3.3	
Değerlendirme sırasında madde kullanımı	Yok	26	86.7	30	100	0.112**
	Var	4	13.3	0	0	

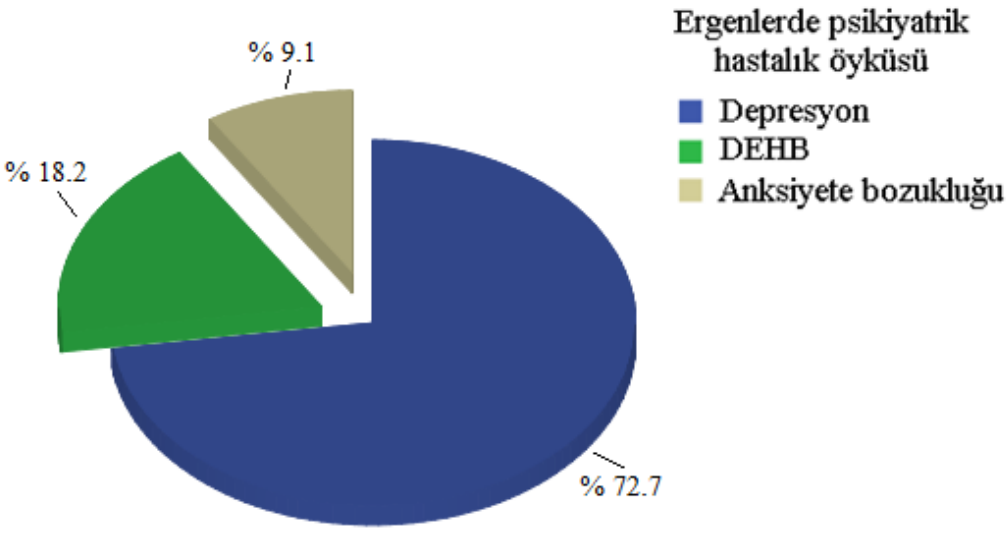
* Yates Ki-kare Testi
** Fisher's Exact Test

Depresyon grubundaki 11 (%36.7) ergene geçmişte psikiyatrik hastalık tanısı konulduğu saptanmıştır (8'ine depresyon, 2'sine DEHB ve 1'ine anksiyete bozukluğu tanısı konulmuş olup; 11 ergende psikotrop ilaç kullanım öyküsü ve 9 ergende ilaçla suisid girişim öyküsü olduğu saptanmıştır [3'ünde tekrarlayan girişim]) (**Şekil 4.1**). Kontrol grubunda, geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü olan 1 (%3.3) ergenin tanısının anksiyete bozukluğu olduğu saptanmıştır. Depresyon grubunun geçmiş psikitarik tanı dağılımının kontol grurubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. (**Tablo 4.6**).

Tablo 4.6. İki gruptaki ergenlerin psikiyatrik özgeçmişlerine göre dağılımları

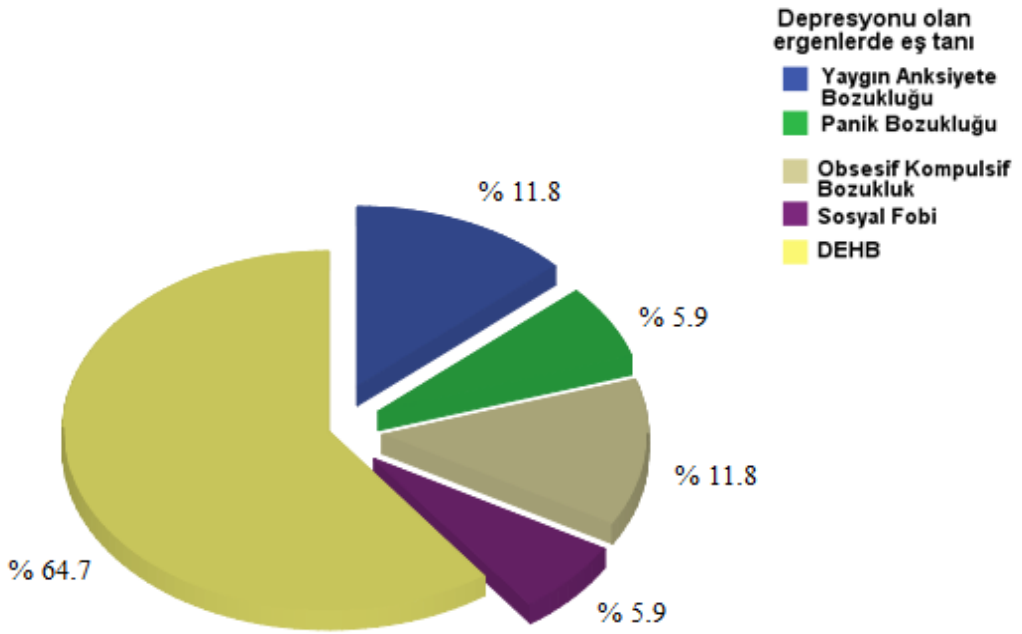
Ergen		GRUPLAR				p
		Depresyon Grubu (n=30)		Kontrol Grubu (n=30)		
		n	Sütun % n	n	Sütun % n	
Özgeçmiş	Sağlıklı	19	63.3	29	96.7	**0.004**
	Psikiyatrik hastalık	11	36.7	1	3.3	

Yates Ki-kare Testi



Şekil 4.1. Ergenlerin psikiyatrik hastalık öyküsü dağılımlarına ait pasta grafiği

Depresyon grubunda eş tanı alan 17 (%56,7) ergenin, 11'inde (%64,7) DEHB (3'ünde eş zamanlı davranım bozukluğu), 2'sinde (%11,8) yaygın anksiyete bozukluğu, 2'sinde (%11,8) obsesif kompulsif bozukluk, 1'inde (%5,9) sosyal fobi, 1'inde (%5,9) panik bozukluğu saptanmıştır **(Şekil 4.2).**



Şekil 4.2. Depresyonu olan ergenlere eş tanı dağılımlarına ait pasta grafiği

4.2. Depresyon ve Kontrol Grubundaki Ergenlerin Ana babalarının Demografik ve Klinik Özellikleri

Depresyon grubundaki ergenlerin annelerinin yaş ortalaması ile kontrol grubundaki annelerin yaş ortalamaları, eğitim durumu dağılımları ve çalışma durumu dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır (**Tablo 4.7**).

Tablo 4.7. Gruplardaki ergenlerin annelerinin yaş değerleri ve sosyodemografik özellikleri

Anne		**GRUPLAR**										**p**
		Depresyon Grubu (n=30)					**Kontrol Grubu (n=30)**					
		Ort	**SS**	**Medy**	**Min**	**Maks**	**Ort**	**SS**	**Med**	**Min**	**Maks**	
Yaş (yıl)		40.47	6.27	39.50	30.00	53.00	41.20	5.03	40.00	32.00	51.00	0.619*
		n		Sütun %n			n		Sütun % n			
Eğitim durumu	Ortaokul ve altı	17		56.7			19		63.3			0.792**
	Lise ve üzeri	13		43.3			11		36.7			
Çalışma durumu	Çalışmıyor	23		76.7			28		93.3			0.145***
	Çalışıyor	7		23.3			2		6.7			

*Student T Testi
** Yates Ki-kare Test
***Fisher's Exact Test

Depresyon grubundaki ergenlerin babalarının yaş ortalaması ile kontrol grubundaki ergenlerin babalarının yaş ortalamaları ve eğitim durumu dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır (**Tablo 4.8**).

Tablo 4.8. Gruplardaki ergenlerin babalarının yaş değerleri ve sosyodemografik özellikleri

Baba		GRUPLAR										P
		Depresyon Grubu (n=29)					Kontrol Grubu (n=30)					
		Ort	SS	Medy	Min	Maks	Ort	SS	Med	Min	Maks	
Yaş (yıl)		44.10	6.96	44.00	33.00	65.00	45.30	6.24	44.00	32.00	64.00	0.489*
		n		Sütun %n			n		Sütun % n			
Eğitim durumu	Ortaokul ve altı	16		55.2			16		53.3			1.000**
	Lise ve üzeri	13		44.8			14		46.7			
Çalışma durumu	Çalışmıyor	1		3.4			0		0			-
	Çalışıyor	23		79.3			26		86.7			
	Emekli	5		15.2			4		13.3			

*Student T Testi
** Yates Ki-kare Testi

4.3. Ergenlerin Aile Öyküsü ile İlgili Bulguları

Depresyon grubunda ana-babasında psikiyatrik hastalık dışı tıbbi hastalığı olan 5 (%16.7) ergen, kontrol grubunda ana-babasında psikiyatrik hastalık dışı tıbbi hastalık olan 7 (%23.3) ergen saptanmıştır. Grupların ailelerinde tıbbi hastalık öyküsü dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır (p=0.747). Depresyon grubunda ana-babasında psikiyatrik hastalık öyküsü olan 16 (%53.3) ergenden 3'ünün anne ve babasında majör depresif bozukluk, 1'inin anne ve babasında made bağımlılığı, 2'sinin sadece annesinde majör depresif bozukluk, 1'inin sadece annesinde Tip 2 bipolar affektif bozukluk, 1'inin sadece annesinde distimik bozukluk, 1'inin sadece annesinde agorafobili panik bozukluğu, 1'inin sadece babasında agorafobili panik bozukluğu, 1'inin sadece babasında başka türlü adlandırılamayan anksiyete bozukluğu; 1'inin annesinde obsesif kompulsif bozukluk ve distimik bozukluk, 1'inin annesinde başka türlü adlandırılamayan anksiyete bozukluğu ve distimik bozukluk; 1'inin annesinde majör depresif bozukluk ve babasında başka türlü adlandırılamayan anksiyete bozukluğu, 1'inin annesinde majör depresif bozukluk ve babasında distimik bozukluk, 1'inin annesinde sosyal fobi ve

babasında distimik bozukluk saptanmıştır. Kontrol grubunda, ana-babasında psikiyatrik hastalık öyküsü olan 6 (%20) ergenden 2'sinin sadece annesinde distimik bozukluk, 1'inin sadece annesinde obsesif kompulsif bozukluk, 1'inin sadece babasında başka türlü adlandırılamayan anksiyete bozukluğu, 1'inin sadece annesinde agorafobili panik bozukluğu ve distimik bozukluk, 1'inin sadece annesinde agorafobili panik bozukluğu ve majör depresif bozukluk saptanmıştır. Depresyon grubunun ailelerinde psikiyatrik hastalık oranı, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=0.007; Yates ki-kare testi) (**Tablo 4.9**). Depresyon grubunun ana-babalarındaki depresyon sıklığının kontrol grubundan yüksek olduğu saptanmıştır (depresyon grubunda %40 ve kontrol grubunda %13.3) (p=0.041; Yates ki-kare testi).

Tablo 4.9. Grupların ana-babalarında tıbbi hastalık ve psikiyatrik hastalık öykülerine göre dağılımları

Aile		**GRUPLAR**				**p**
		Depresyon Grubu (n=30)		**Kontrol Grubu (n=30)**		
		n	Sütun %n	n	Sütun % n	
Tıbbi hastalık öyküsü	Yok	25	83.3	23	76.7	0.747
	Var	5	16.7	7	23.3	
Psikiyatrik hastalık öyküsü	Yok	14	46.7	24	80	**0.007**
	Var	16	53.3	6	20	

Yates Ki-kare Testi

Grupların ana-babalarında sigara kullanımı oranları ve alkol kullanımı oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır (**Tablo 4.10**).Depresyon grubundaki ergenlerden 1'inin anne ve babasının, bu gruptaki ergenlerden 1'inin kardeşinin uyuşturucu madde kullandığı saptanmıştır.

Tablo 4.10. Grupların ailelerinde sigara ve alkol kullanım dağılımları

Ailede		GRUPLAR				p
		Depresyon Grubu (n=30)		Kontrol Grubu (n=30)		
		n	Sütun %n	n	Sütun % n	
Sigara kullanımı	Yok	11	36.7	11	36.7	1.000*
	Var	19	63.3	19	63.3	
Alkol kullanımı	Yok	25	83.3	30	100	0.052**
	Var	5	16.7	0	0	

*Yates Ki-kare Testi
**Fisher's Exact Test

4.4. Gruplardaki Ergenlerin ÇDÖ ve EKRÖ/K ve Ana-babalarının ADÖ Değerlendirmeleri

Depresyon grubundaki ergenlerin ÇDÖ skorlarının, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (**Tablo 4.11**).

Tablo 4.11. Grupların CDÖ skorlarına ait ortalamalar

	GRUPLAR										p
	Depresyon Grubu (n=30)					Kontrol Grubu (n=30)					
	Ort	SS	Medy	Min	Maks	Ort	SS	Medy	Min	Maks	
ÇDÖ	26.60	3.84	26.00	20.00	35.00	6.77	3.69	5.50	2.00	14.00	**<0.001**

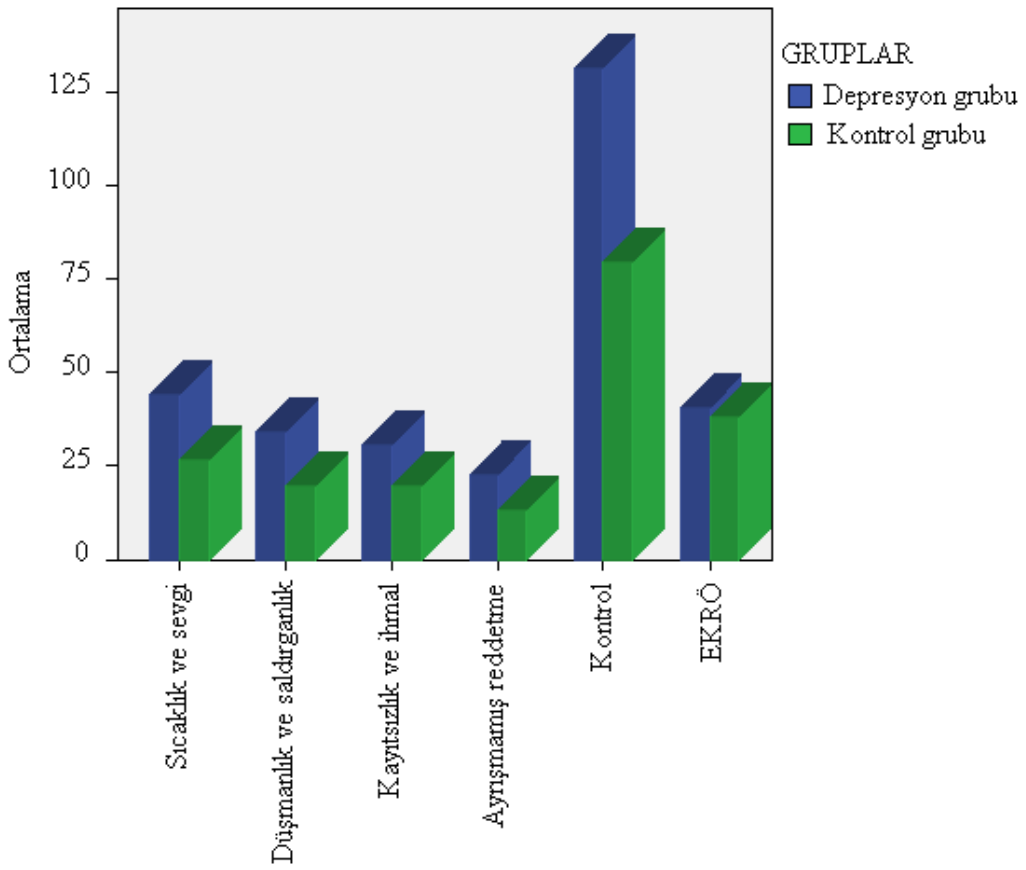
Mann-Whitney U Test

Ergenlerin anneleri ile ilgili EKRÖ/K'nın alt ölçekleri değerlendirildiğinde; Depresyon grubunun sıcaklık ve sevgi , düşmanlık ve saldırganlık , kayıtsızlık ve ihmal ile ayrışmamış reddetme alt ölçek skorlarının, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu, iki grubun kontrol alt ölçek skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı saptanmıştır. Depresyon grubunun EKRÖ skorları, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (**Tablo 4.12 ve Şekil 4.3**).

Tablo 4.12. Ergenlerin değerlendirmesine göre annelerin EKRÖ/K ve alt ölçek skorlarına ait değerler

Anne	GRUPLAR										p
	Depresyon Grubu (n=30)					Kontrol Grubu (n=30)					
	Ort	SS	Medy	Min	Maks	Ort	SS	Medy	Min	Maks	
Sıcaklık ve sevgi	43.93	15.09	44.50	23.00	71.00	26.73	9.12	24.00	20.00	64.00	**<0.001***
Düşmanlık ve saldırganlık	34.07	12.50	36.50	15.00	53.00	19.73	4.76	18.50	15.00	30.00	**<0.001***
Kayıtsızlık ve ihmal	30.53	10.15	32.50	15.00	53.00	19.73	6.28	18.00	15.00	44.00	**<0.001***
Ayrışmamış reddetme	22.83	8.80	21.50	10.00	38.00	13.23	3.10	13.00	10.00	21.00	**<0.001***
Kontrol	40.67	7.30	40.50	28.00	52.00	38.03	5.12	37.50	29.00	49.00	0.112**
EKRÖ	131.37	40.54	140.50	69.00	193.00	79.43	20.68	74.00	60.00	158.00	**<0.001***

* Mann-Whitney U Test
**Student T Testi



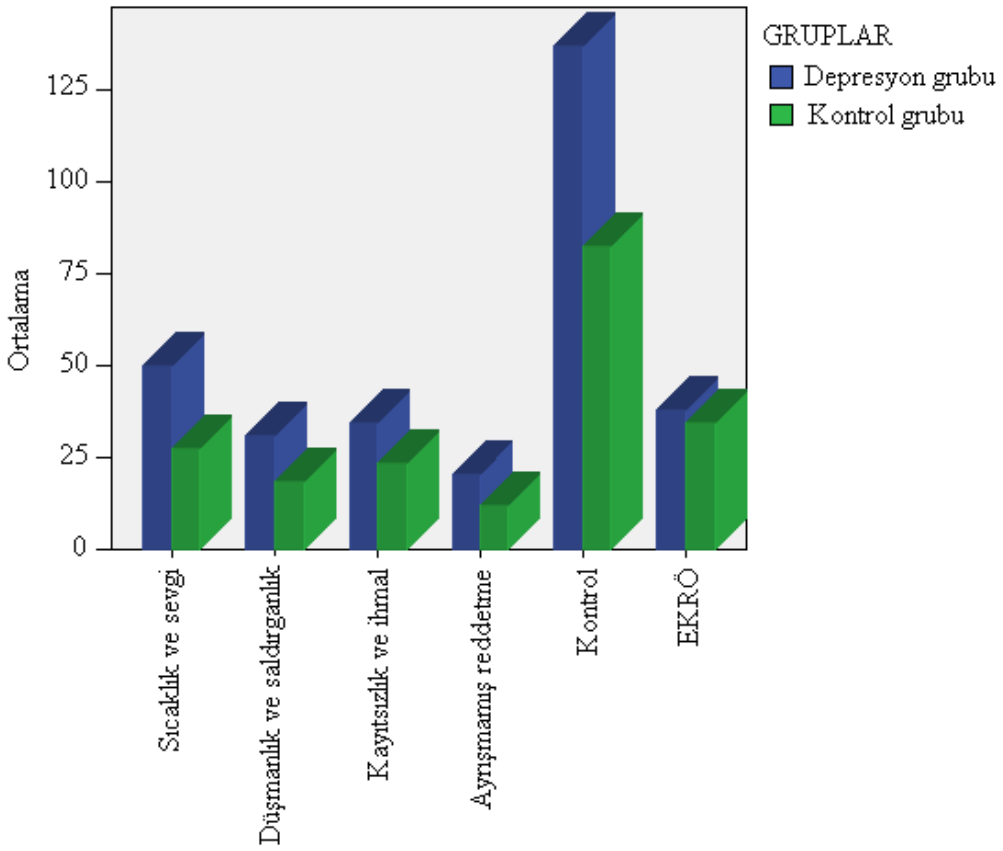
Şekil 4.3. İki grubun EKRÖ/K ve alt ölçek skorlarına ait çubuk grafik (anne)

Ergenlerin babaları ile ilgili EKRÖ/K'nın alt ölçekleri değerlendirildiğinde; depresyon grubunun sıcaklık ve sevgi, düşmanlık ve saldırganlık , kayıtsızlık ve ihmal ile ayrışmamış reddetme alt ölçek skorlarının, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu, iki grubun kontrol alt ölçek skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı belirlenmiştir. Depresyon grubunun EKRÖ skorları, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (**Tablo 4.13 ve Şekil 4.4**).

Tablo 4.13. Ergenlerin değerlendirmesine göre babaların EKRÖ/K ve alt ölçek skorlarına ait değerler

Baba	GRUPLAR										p
	Depresyon Grubu (n=29)					Kontrol Grubu (n=30)					
	Ort	SS	Medy	Min	Maks	Ort	SS	Medy	Min	Maks	
Sıcaklık ve sevgi	50.11	16.77	50.50	23.00	78.00	27.87	7.09	25.50	20.00	46.00	**<0.001***
Düşmanlık ve saldırganlık	31.25	11.94	30.50	15.00	55.00	18.73	3.64	18.00	15.00	29.00	**<0.001****
Kayıtsızlık ve ihmal	34.71	9.50	33.00	19.00	54.00	23.77	5.51	23.00	17.00	38.00	**<0.001****
Ayrışmamış reddetme	20.86	8.81	18.50	11.00	39.00	12.27	2.72	11.50	10.00	22.00	**<0.001****
Kontrol	37.96	8.31	39.00	16.00	52.00	34.63	5.81	34.50	18.00	45.00	0.081*
EKRÖ	136.93	41.91	133.00	74.00	225.00	82.63	15.54	79.50	63.00	118.00	**<0.001****

*Student T Testi
** Mann-Whitney U Test



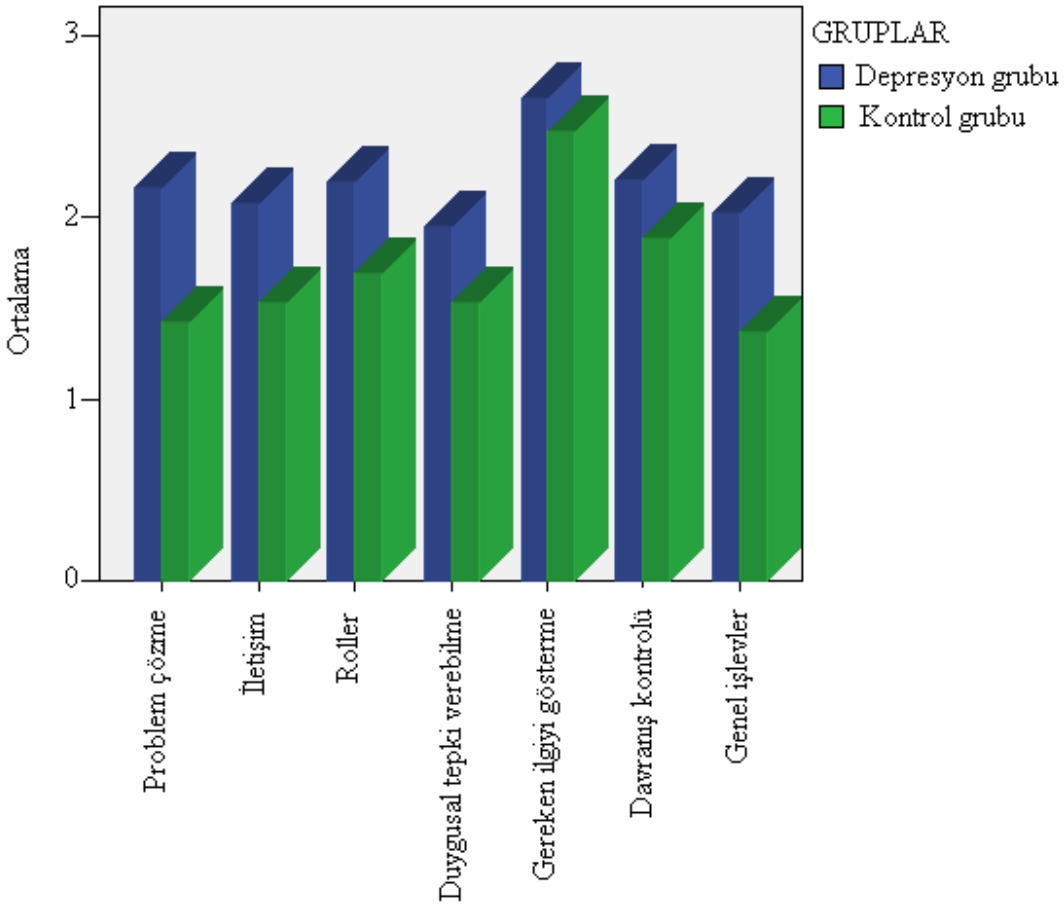
Şekil 4.4. İki grubun EKRÖ/K ve alt ölçek skorlarına ait çubuk grafik (baba)

Ergenlerin anneleri ile ilgili ADÖ'nün alt ölçekleri değerlendirildiğinde; depresyon grubunun problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt ölçek skorlarının, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu, grupların gereken ilgiyi gösterme alt ölçek skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı saptanmıştır (**Tablo 4.14 ve Şekil 4.5**).

Tablo 4.14. Grupların ADÖ (anne) alt ölçek skorlarına ait ortalamaları

Anne	**GRUPLAR**										**p**
	Depresyon Grubu (n=30)					**Kontrol Grubu (n=30)**					
	Ort	**SS**	**Medy**	**Min**	**Maks**	**Ort**	**SS**	**Medy**	**Min**	**Maks**	
Problem çözme	2.16	0.67	2.17	1.00	3.50	1.43	0.38	1.33	1.00	2.17	**<0.001***
İletişim	2.08	0.56	2.00	1.11	3.44	1.53	0.35	1.44	1.00	2.33	**<0.001***
Roller	2.20	0.58	2.09	1.45	3.91	1.69	0.34	1.55	1.00	2.45	**<0.001***
Duygusal tepki verebilme	1.95	0.70	1.67	1.00	3.33	1.53	0.40	1.50	1.00	2.50	**0.019***
Gereken ilgiyi gösterme	2.66	0.38	2.57	1.86	3.57	2.47	0.35	2.43	1.86	3.00	0.063**
Davranış kontrolü	2.21	0.44	2.11	1.33	3.44	1.89	0.27	1.89	1.44	2.56	**0.001***
Genel işlevler	2.02	0.69	1.88	1.08	4.00	1.37	0.33	1.29	1.00	2.25	**<0.001***

*Mann-Whitney U Test
**Student T Testi



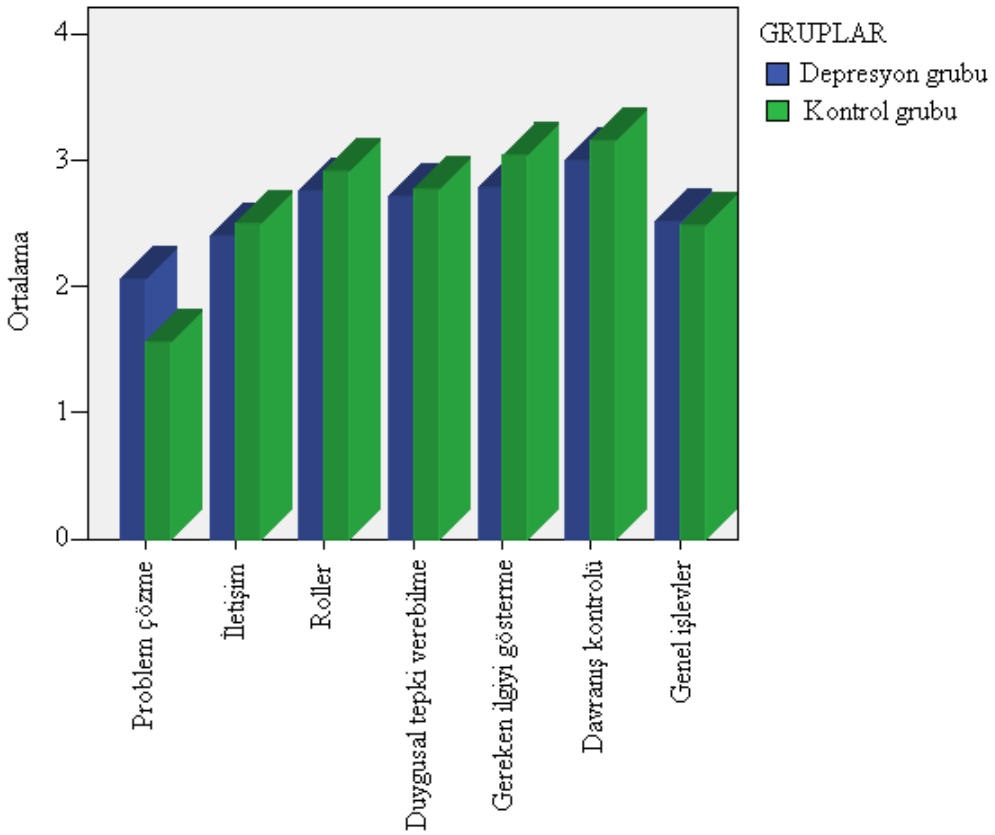
Şekil 4.5. Grupların ADÖ alt ölçek puan ortalamalarına ait çubuk grafik (anne)

Ergenlerin babaları ile ilgili ADÖ'nün alt ölçekleri değerlendirildiğinde; depresyon grubunun problem çözme alt ölçek skorları, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. İki grubun iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt ölçek skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır. Depresyon grubunun gereken ilgiyi gösterme alt ölçek skorlarının, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur (**Tablo 4.15 ve Şekil 4.6**).

Tablo 4.15. Grupların ADÖ (baba) alt ölçek skorlarına ait ortalamaları

	GRUPLAR										
	Depresyon Grubu (n=29)					Kontrol Grubu (n=30)					
Baba	**Ort**	**SS**	**Medy**	**Min**	**Maks**	**Ort**	**SS**	**Medy**	**Min**	**Maks**	**P**
Problem çözme	2.05	0.68	2.00	1.00	3.50	1.56	0.46	1.50	1.00	2.50	**0.007***
İletişim	2.40	0.34	2.33	1.78	3.00	2.50	0.26	2.44	2.00	2.89	0.218**
Roller	2.75	0.38	2.82	1.73	3.27	2.91	0.26	2.91	2.45	3.64	0.236*
Duygusal tepki verebilme	2.72	0.44	2.83	1.67	3.33	2.77	0.31	2.83	2.00	3.33	0.953*
Gereken ilgiyi gösterme	2.78	0.38	2.86	1.43	3.29	3.04	0.28	3.00	2.43	3.57	**0.012***
Davranış kontrolü	3.00	0.34	3.00	2.00	3.56	3.16	0.18	3.11	2.89	3.44	0.073*
Genel işlevler	2.52	0.30	2.58	1.75	2.92	2.49	0.20	2.50	2.08	2.92	0.444*

*Mann-Whitney U Test
**Student T Testi



Şekil 4.6. Grupların ADÖ alt ölçek puan ortalamalarına ait çubuk grafik (baba)

Çalışmaya katılan ergenlerin anneleri ile ilgili EKRÖ/K'nın alt ölçek skorları ile ÇDÖ skorları değerlendirildiğinde; ÇDÖ skorları ile sıcaklık ve sevgi, düşmanlık ve saldırganlık, kayıtsızlık ve ihmal, ayrışmamış reddetme alt ölçek skorları, EKRÖ toplam puanları arasında pozitif orta düzey ilişki saptanmıştır. ÇDÖ skorları ile kontrol alt ölçek skorları arasında ilişki saptanmamıştır (**Tablo 4.16**).

Çalışmaya katılan ergenlerin babaları ile ilgili EKRÖ/K'nın alt ölçek skorları ile ÇDÖ skorları değerlendirildiğinde; ÇDÖ skorları ile sıcaklık ve sevgi , düşmanlık ve saldırganlık, kayıtsızlık ve ihmal, ayrışmamış reddetme alt ölçek skorları, EKRÖ toplam puanları arasında pozitif orta düzey ilişki saptanmıştır. ÇDÖ skorları ile kontrol alt ölçek skorları arasında ilişki saptanmamıştır (**Tablo 4.16**).

Çalışmaya katılan ergenlerin anneleri ile ilgili ADÖ'nün alt ölçek skorları ile ÇDÖ skorları değerlendirildiğinde; ÇDÖ skorları ile problem çözme, iletişim, roller , genel işlevler alt ölçek skorları arasında pozitif orta düzey ilişki bulunmuştur. ÇDÖ skorları ile duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme ve davranış kontrolü alt ölçek skorları arasında pozitif zayıf ilişki saptanmıştır (**Tablo 4.16**).

Çalışmaya katılan ergenlerin babaları ile ilgili ADÖ'nün alt ölçek skorları ile ÇDÖ skorları değerlendirildiğinde; ÇDÖ skorları ile problem çözme, alt ölçek skoru arasında pozitif zayıf ilişki bulunmuştur. ÇDÖ skorları ile roller ve gereken ilgiyi gösterme alt ölçek skorları arasında negatif zayıf ilişki saptanmıştır. ÇDÖ skorları ile iletişim, duygusal tepki verebilme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt ölçek skorları arasında ilişki bulunmamıştır (**Tablo 4.16**).

Tablo 4.16. Ergenlerin anneleri ve babalarının EKRÖ/K ve ADÖ skorları ile CDÖ skorlarının ilişkileri

N=60		ÇDÖ ile Anne Ölçekleri	ÇDÖ ile Baba Ölçekleri
Sıcaklık ve sevgi	r	**0.548**	**0.670**
	p	**<0.001**	**<0.001**
Düşmanlık ve saldırganlık	r	**0.635**	**0.607**
	p	**<0.001**	**<0.001**
Kayıtsızlık ve ihmal	r	**0.534**	**0.622**
	p	**<0.001**	**<0.001**
Ayrışmamış reddetme	r	**0.588**	**0.545**
	p	**<0.001**	**<0.001**
Kontrol	r	0.231	0.166
	p	0.076	0.212
EKRÖ	r	**0.628**	**0.674**
	p	**<0.001**	**<0.001**
Problem çözme	r	**0.607**	**0.451**
	p	**<0.001**	**0.001**
İletişim	r	**0.510**	-0.264
	p	**<0.001**	0.064
Roller	r	**0.523**	**-0.319**
	p	**<0.001**	**0.024**
Duygusal tepki verebilme	r	**0.351**	-0.107
	p	**0.007**	0.461
Gereken ilgiyi gösterme	r	**0.261**	**-0.367**
	p	**0.048**	**0.009**
Davranış kontrolü	r	**0.343**	-0.257
	p	**0.008**	0.072
Genel işlevler	r	**0.562**	-0.013
	p	**<0.001**	0.930

Pearson korelasyon testi

5. TARTIŞMA

Birçok araştırma bulgusu ergenlerdeki depresyonun akademik başarıyı olumsuz yönde etkilediğini bildirmektedir (230). Bu çalışmada, ergenlerin akademik başarı düzeyleri doğrudan sorgulanmamakla birlikte kontrol grubundaki ergenlerin eğitimlerine devam ederken, depresyon grubundaki olguların dördünün liseden ayrılmış olması dikkat çekicidir.

Bazı çalışmalar, ergenlerde, kardeş sayısı arttıkça depresyon görülme oranlarının arttığını bildirmektedir (231, 232). Ergenin, kardeşler arasında kaçıncı çocuk olduğu da depresyon riski üzerine etkili bir faktördür (232). Bizim sonuçlarımız, kardeş sayısı ve çocuklar arasındaki yaş sıralamasında ergenin konumu açısından iki grubun farklı olmadığını göstermiştir.

Depresyonu olan çocuk ve ergenlerin yaklaşık üçte ikisinde diğer bir psikiyatrik bozukluk görüldüğü bildirilmektedir (233). Bu çalışmada depresyon grubunda saptadığımız oran (%56.7), kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bazı çalışmalar da depresyonu olan ergenlerde depresyonu olmayan ergenlere göre anksiyete bozukluklarının 8.2 kat; DEHB'nin ise 5.5 kat daha yüksek oranda görüldüğü bildirilmektedir (234). Bu çalışmada da literatürle uyumlu biçimde, depresyon grubundaki olgularda, DEHB ve genel olarak anksiyete bozukluklarının sık olduğu saptanmıştır. DEHB'de özellikle geç çocukluk ve ergenlik döneminde anksiyete bozukluğu ve duygudurum bozuklarının görülme sıklığı artmaktadır (235). Bu bulgular DEHB'nin neden olduğu akademik ve sosyal problemlerin; ailenin reddedici tutumlarının, okul ve arkadaş ilişkilerindeki sorunların, depresyon gelişmesine zemin hazırlıdığını düşündürmektedir.

Çeşitli çalışmalarda, unipolar depresyonu olan ergenlerde depresyonu takiben madde kötüye kullanımı ve panik bozukluğu geliştiği bildirilmiştir (9-11). Bu çalışmada da, depresyon grubundakilerin madde kullanımı öyküsü sıklığı kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ancak çalışma sırasında depresyon grubunda madde kullanan ergen sayısı dört olmasına ve kontrol grubunda madde kullanan olmamasına karşın madde kullananların sıklığı açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır. Madde kötüye kullanımı ile ilgili sonuçlar, sıklık açısından literatürle kısmen uyumlu görünmekle birlikte,

depresyon ve madde kullanımı açısından literatürde bildirilen zamansal ilişkiyi (depresyonu takiben madde kullanımı) (236) desteklememektedir. Gençlikte depresif bozukluğun sıklığını azaltmaya yönelik yapılan çalışmalarda; uygulanan psikolojik müdahalenin, depresyon sıklığını ve eşlik eden alkol ve madde kullanım oranını azalttığı, sigara bırakma oranını artırdığı bildirilmektedir (237). Bizim çalışmamızda depresyonu olan ergenlerin psikiyatrik özgeçmişleri incelendiğinde bazılarının tedavi görmüş olmaları, depresyonla eş zamanlı madde kullanımının düşük düzeyde olmasını açıklayıcı niteliktedir.

Ana-babalarında psikiyatrik rahatsızlıklar dışında tıbbi hastalık olan ergenlerin psikolojik uyum sorunları yaşadıkları bilinmektedir. Bu ergenlerde, depresyon görülme sıklığı artmaktadır (238, 239). Bizim sonuçlarımız, depresyon grubundaki ergenlerin ailelerinde psikiyatrik rahatsızlıklar dışında tıbbi hastalık tanı sıklığının kontrol grubundan farklı olmadığını göstermiştir.

Ana-baba depresyonunun çocuklarda tıbbi ve psikiyatrik sorunları genel olarak artırdığı bilinmektedir. Bu durumun depresyona özgül olup olmadığı gösterilmemekle birlikte, çok sayıda çalışmada, affektif bozukluğu olan ana-babaların çocuklarındaki psikiyatrik bozukluk oranlarının, böyle bir bozukluğu olmayan ana-babaların çocuklarına göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (149, 240, 241). Affektif bozukluğu olan ana-babaların çocuklarında içe yönelim (242) ve dışa yönelim (243) sorunlarının arttığı, aile kümelenme çalışmalarında depresyonu olan ana-babaların çocuklarında psikopatoloji oranlarının yüksek olduğu belirtilmektedir (54). Majör depresif bozukluğu olan ana-babaların çocuklarının yaklaşık %61'inde çocukluk veya ergenlik döneminde bir psikiyatrik bozukluk gelişebileceği gösterilmiştir. Bu çocukların affektif bozukluk geliştirme olasılıkları, hasta olmayan ana-babaların çocuklarından dört kat daha yüksektir (244). Her iki ana-babada major depresyon epizodu öyküsü varlığında bu oran daha da yükselmektedir (54). Diğer yandan, depresyondaki çocuk ve ergenlerin birinci derece akrabalarında depresyon görülme oranlarının %20-46 arasında değiştiği bildirilmiştir (54). Majör depresyon öyküsü olan bir ana-babaya sahip olmak, çocuk ve ergen depresyonu için en güçlü tetikleyicilerden biridir (149, 245). Ana-babası depresyonda olmayan çocuklarla karşılaştırıldıklarında, ana-babalarından birinde depresyon olan çocuklar, depresyon açısından 6 kat yüksek riske sahiptir. Ana-babalardan biri depresyon tanısı almış ya

da ana-babalarına hayatının herhangi bir döneminde depresyon tanısı konmuş çocuklardaki depresyon sıklığı %15 tir. Hem anne hem de baba depresyon tanısı almış ise bu oran %40'a kadar yükselmektedir (21). Bizim çalışmamızın sonuçları da, literatürle uyumlu biçimde depresyon grubundaki ergenlerin ana-babalarında çalışma sırasında saptanan psikiyatrik bozukluk ve depresyon sıklığının kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek olduğunu göstermiştir. Çalışmamızın sonuçları ve yukarıda sözü edilen bulgular, ana-baba-çocuk etkileşiminin psikopatoloji bağlamında da kendini gösterdiğini açık bir biçimde ortaya koymaktadır. Mevcut depresyona bağlı evlilik ilişkilerinde ortaya çıkan sorunlar, ana babaların depresif belirtilerini artırarak ergene yeterince ilgi ve sevgi göstermelerini engellemektedir. Buna bağlı olarak yeterli destek göremeyen ergenin ruh sağlığı olumsuz yönde etkilenmektedir.

Bazı araştırmalar, madde kullanımı olan ana-babaların çocuklarında psikiyatrik bozukluk ve depresyon sıklığının yüksek olduğunu bildirmektedir (246-248). Bizim çalışmamızda da, depresyon grubundaki olguların ana-babalarında alkol ve madde kullanım öyküsü sıklığı %16.7 olarak bulunmuştur. Kontrol grubundaki ana-babalardan hiçbirinde alkol kullanım öyküsü saptanmamıştır. iki grup arasındaki bu fark anlamlılığa ulaşmamakla birlikte, depresyon grubundaki ailelerin madde kullanım sıklığı dikkat çekicidir. Genel olarak değerlendirildiğinde, alkol ve madde kullanımının depresyon grubundaki ergenlerin ana-babalarında gözlenmesi literatürle uyumludur ve beklenen bir durumdur. Büyük kardeşin alkol/madde bağımlılığı da ergenlerdeki depresyon riski üzerinde etkilidir (54). Bu çalışmada, anlamlı bir bulgu olmamakla birlikte depresyon grubundaki ergenlerden birinin kardeşinde madde bağımlılığı saptanmıştır.

Ergenlik dönemindeki depresyonun nedenini anlamak için altta yatan yatkınlığı tetikleyen stresli yaşam olaylarının araştırılması önemlidir (249). Ana-babaların boşanması, evlat edinme ergenlerde depresyon riskini artıran ailesel faktörlerdendir (54, 250, 251). Ayrıca ana baba kaybı -özellikle erken yaşta-, çocuklarda depresyon gelişimi açısından en önemli yordayıcı yaşam olayıdır (92, 252, 253). Çalışmamızın depresyon grubunda, ana-babaları boşanmış, ölmüş ve evlat edinilmiş ergenlerin sayısının kontrol grubundakinden yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgu diger çalışma sonuçları ile pararellik göstermektedir. Bu doğrultuda–ana-

baba arasında ortaya çıkan olası iletişim problemlerinin, aile kurallarında belirsizlik, tutarsızlık ve tek ebeveynliğe bağlı gevşek disiplin anlayışının, ölüm ve/veya ana-baba ayrılıkları sonrası görülen ergen depresyonlarında önemli rol oynadığı düşünülmektedir.

EKAR kuramına göre, ana-baba kabul-red durumunun hem çocukların hem de erişkinlerin kişilik yatkınlığı, psikolojik uyumu ve davranışsal işlevselliği üzerine olumlu veya olumsuz etkileri vardır (165, 166, 254). Evrimsel olarak, bir gruptan dışlanmak tehdit algısını güçlendirmektedir (255). EKAR kuramı, bireylerin değer verdiği insanlardan olumlu yanıt alma gereksinimi olduğunu ve bu gereksinimin filogenetik olarak kazanıldığını savunmaktadır (256-258).

Ana-baba tutumlarının çocuklar üzerinde çok önemli etkileri olduğu bilinmektedir. Örneğin, çocukluklarında reddedici ana-baba tarafndan yetiştirilen bireyler, yalnızlık ve güvensizlik duygusu ile büyümektedirler. Reddedilme endişesi, çocuklarda alınganlığa, umutsuzluk duygularına ve depresyona yol açmaktadır. Böylece, yaşamın sonraki dönemlerinde de kişilerarası ilişkilerde yaşadıkları problemler çerçevesinde kolaylıkla incinen ve depresyon yaşayan bireyler olarak yaşamlarını sürdürmektedirler (18).

Önemli diğerlerinden -özellikle ana-babalarından- kabul ve onay beklentisi olan ergenler, bu beklentileri karşılanmadığında kişilerarası problem çözme becerilerindeki yetersizlikler nedeniyle, genellemeler yapabilir, olumsuz çıkarımlarda bulunabilir ve depresif duygudurum gösterebilirler. Bu genellemeler ve çıkarımların etkisiyle işlevsel olmayan otomatik düşünceler geliştirerek diğer bireylere ilişkin olumsuz atıflarda bulunabilirler. Düşük benlik saygısı da, depresyona neden olan önemli etmenlerden biridir. Benlik saygısı, özellikle beklentisi yüksek olan mükemmeliyetçi ana-babalar tarafından çocuğun kabul görmemesi sonucu olumsuz yönde etkilenebilmektedir (259).

Ana-baba reddi, çocuğun davranışlarını onaylamama, eleştirellik ve çocukla iletişim yokluğunu kapsar (23, 260, 261,). Ana-baba kontrolü, çocuğun aktivitelerinin ve davranışlarının aşırı düzeyde düzenlenmesi, ana-babaya bağımlılığın pekiştirilmesi ve çocuğa nasıl düşünmesi ve hissetmesi gerektiği ile ilgili yönergelerin verilmesini içeren ana-baba davranışları kümesi biçiminde tanımlanmaktadır (262, 263). Çalışmalar, ergenlerdeki gözlenen depresif belirtilerin

ergen ile ana-babaları arasındaki ilişkinin niteliğine bağlı olduğunu göstermektedir. Ana-babalarını daha az sevecen ve daha yüksek düzeyde kontrolcü olarak algılayan ergenlerin depresif belirti düzeyleri daha yüksektir. Ana-baba reddi ve ana-baba kontrol davranışları ile depresyon gelişimi arasındaki ilişki çok sayıda çalışmada gösterilmiştir (22, 25-28). Bu çalışmanın sonuçları, literatürle uyumlu biçimde, depresyon grubundaki ergenlerin hem anne hem de babalarının algıladıkları reddedici–davranışlar düzeylerinin kontrol grubundaki ergenlerden daha yüksek olduğunu göstermektedir. İki gruptaki ergenlerin algıladıkları kontrol düzeyi puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Ancak, depresyon grubundaki ergenlerin babalarının kontrol düzeyi skorları ile kontrol grubunun skorları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız olmakla beraber dikkat çekici düzeydedir. Sözü edilen son bulgumuz, literatüre paralel görünmemektedir. Bu farklılık, ana-babalık stilinin kültürlerarası çeşitliliğine bağlanabilir. Babaların değerlendirildiği çalışmalar çocuğun işlevselliğinde babanın rolünün çok önemli olduğunu ortaya koymuştur. Yakın zamanda yapılan iki çalışmada, baba ile çocuk arasındaki ilişkinin yetersizliğinin ergenlerde depresyon riskini artırdığı saptanmıştır (13, 186). Sözü edilen çalışmalardan ikincisinde, hem annenin hem de babanın psikolojik kontrol düzeyinin depresif duygudurumla ilişkili olduğu belirlenmiştir (186). Bazı çalışmalar anne ve babanın davranışlarının çocuğun psikolojik uyumunu ayrı ayrı etkilediğini (40); babanın kabul düzeyinin en az annenin kabul düzeyi kadar önemli olduğunu bildirmektedir (41, 42). Baba kabul davranışlarının, çocuğun sosyal, akademik işlevselliği (187, 188) ve ruh sağlığı (189) ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada, ergenlerin annelerinin red ve kontrol düzeyleri ile ilgili algılarının, babaları ile ilgili algılarından farklı olmadığı belirlenmiştir. Literatürle uyumlu olarak, katılımcıların depresyon düzeyleri ile ana-baba red algıları arasında saptadığımız anlamlı ilişkiler, babanın ana-babalık stilinin en az anneninki kadar önemli olduğunu destekler niteliktedir.

Çalışmada, depresyondaki ergenlerin ana-babalarının reddediciliği ve kısmen de kontrol düzeyleri ile ilgili algısının kontrol grubundaki ergenlerden farklı olduğu gözlenmektedir. Bazı çalışmalar depresyondaki bireylerin, kişilerarası süreçlerde ortaya çıkan bozulmalar nedeniyle diğerlerinin duygularını anlamada güçlük yaşayabileceklerini bildirmektedir. (264, 265). Ergenlerle yapılan çalışmalarda,

depresyondaki ergenlerin diğerlerinin duygularını fark etmede güçlükler yaşadığı saptanmıştır (264, 266). Çoğu çalışmada, çocuklar ve ergenlerde öfke ve olumlu/nötral affektif uyaranların işlenmesinde bozukluklar olduğu gösterilmiştir (267-269). Sözü edilen çalışmaların bulgularına dayanarak, depresyondaki çocukların ve ergenlerin ana-babalarının davranışlarını -depresif duygu duruma bağlı olarak- kısmen de olsa yanlış yorumlayabilecekleri akılda tutulmalıdır. Ek olarak, ana-babalarını daha az sevecen ve daha yüksek düzeyde kontrolcü olarak algılayan ergenler onlarla daha sık çatışma yaşamaktadırlar (126, 270). Bu çatışmaların da, ana-baba-çocuk arasındaki iki yönlü etkileşime bağlı olarak ilişkiyi daha da kötüleştirmesi olasıdır. Reddedilme duyarlılığı, içe yönelim bozukluklarını açıklamaya yardımcı olan bir eğilim örüntüsü olarak kabul edilmektedir. Reddedilme duyarlılığı, kişilerarası ilişkilerde önemli diğerleri tarafından kabul görmeyerek değersizlik duygularının yaşanmasına yatkınlık biçiminde tanımlanmaktadır. Reddedilme duyarlılığı, bilişsel, kişilerarası ve bağlanma kuramlarından türeyen yapısal bir kavramdır ve kişiliğin bileşenlerinden biridir (271, 272). Reddedilme duyarlılığı gibi kişilik özellikleri, ergenlikte (273) ve yaşamın herhangi bir döneminde (274, 275) depresif belirtilerin ortaya çıkmasına yatkınlık oluşturmaktadır. Lise çağındaki genç kızların katıldığı özbildirime dayalı olarak gerçekleştirilen bir çalışmada, reddedilmeye duyarlılığı yüksek olan gençlerin özgül streslere bağlı olmak üzere depresyon geliştirme risklerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (274). Çalışmamıza katılan ergenlerin, reddedilme duyarlılığı düzeylerinin durumu bilinmemektedir. Bu nedenle, sonuçlarımız değerlendirilirken, ergenlerin reddedilme ile ilgili algısının kısmen de kişilik yapıları ile ilişkili olabileceği dikkate alınmalıdır.

Aile işlevselliği, ailenin günlük yaşamla, sorunlarla ve değişimlerle başa çıkma becerisi olarak tanımlanabilir. Aile işlevselliğinin kavramsallaştırılmasında aile yaşamı ve ilişkilerin çeşitli yönleri, özbildirim ölçekleri ve gözlemsel yaklaşımlarla değerlendirilmektedir. Bu değerlendirilmeler iletişim, çatışma, bağlılık, affektif ifade, roller, davranışsal kontrol, uyumsallık ve organizasyonu kapsamaktadır. Sağlıklı aile ortamı, emosyonel ve fiziksel güven duygusu ve psikolojik iyilik hali sağlamak açısından kritik öneme sahiptir. Aile içindeki ve dışındaki sorunlu ilişki örüntüleri, depresyonun öncülüdür (12). Ergenlerdeki

depresyon riski, destekleyici ve sıcak bir ortamın olmayışı; sert ve çatışmalı etkileşimlerin yüksek düzeyli olduğu aile ortamında artmaktadır (13). Aile işlevselliği ile ergen depresyonu arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (14). Çalışmamızda, depresyon grubunun hem anne hem de baba tarafından değerlendirilen aile işlevselliği skorlarının kontrol grubundan yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca özellikle anne tarafından bildirilen aile işlevselliğinde bozulma ile ergenlerin depresyon düzeyleri arasında pozitif ilişki olduğu gözlenmiştir.

Çatışmalı aile ortamı, ergenlerin depresif belirtilerinde artışla sonuçlanmaktadır (126). Ergen depresyonu, sertlik, disfonksiyonel ana-babalık stili ve aile desteğinin yokluğu gibi emosyonel olarak kötüye kullanım dinamiklerine sahip aile yapısı ile ilişkilidir (276-278). Çatışmalı, saldırganlık ve düşmanlık gözlenen ailelerde; ergenin kabul, sıcaklık ve destekten yoksunluk yaşadığı, bu durumun ergenlerde depresyon gibi ruh sağlığı sorunları riskini artırdığı bildirilmektedir(279). Depresyon grubunda saptadığımız aile işlevselliği ve ana-baba reddi ile ilgili olumsuz bulguların literatürle paralellik göstermektedir.

Ana-babalardaki içe yönelim belirtileri ve bozukluklarının, ana-baba-çocuk alt sisteminin çeşitli yönleri ile ilişkili olduğu bilinmektedir (özellikle ana-babalık stili ve bağlanma kalitesi) (280). Depresyonu olan ana-babaların, ana-baba çocuk etkileşim örüntüleri, depresyonu olmayan ana-babalara göre, daha olumsuz, daha az ilgili, daha sert ve daha eleştirel bulunmuştur (206). Eş zamanlı olarak depresyon tanısı konmuş ana-babaların depresyondaki ergenlerle ilişkileri daha reddedici ve eleştireldir ve sevecenlikten yoksundur (281-283). Bizim çalışmamızda da, depresyon grubundaki ana-babaların psikiyatrik bozukluk sıklığının kontrol grubundaki ana-babalardan yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda değerlendirdiğimiz depresyon grubundaki ergenlerin algıladığı ana-babalık stili, ana-babaların psikopatolojisinden de etkilenmiş olabilir.

İçe yönelim belirtileri ve bozuklukları olan ana-babaların bulunduğu ailelerde, aile işlevselliğin çeşitli yönlerinin bozulduğuna dair bazı kanıtlar vardır. Ana-babalardaki depresif belirtilerin (hem anne hem de babadaki belirtiler) düşük aile bağlılığı ve sıcaklığı (29, 30), yüksek aile çatışması (29, 31) ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda, depresyon grubundaki ergenlerin aile işlevselliklerinin kontrol grubundaki ergenlerin aile işlevselliklerinden daha bozuk olduğu

saptanmıştır. Depresyon grubundaki ergenlerin ana-babalarının psikiyatrik bozukluk sıklıklarının kontrol grubundakinden yüksek olduğu bulgusu ile birlikte düşünüldüğünde, depresyon grubundaki ana-babaların aile işlevselliklerinin daha bozuk olarak değerlendirmesi beklenen bir durumdur.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Yazına bakıldığında bu çalışma, ergen depresyonu ile ana-babalık tarzlarının ilişkisini bir Türkiye örnekleminde değerlendiren ilk çalışmadır.

Sonuçlarımız,

- depresyon grubundaki ergenlerin hem anne hem de babalarının davranışları çerçevesinde algıladıkları reddedicilik düzeylerinin kontrol grubundaki ergenlerden daha yüksek olduğunu,
- iki gruptaki annelerin ve babaların kontrol puanları arasında anlamlı farklılık olmadığını,
- depresyon grubundaki ergenlerin annelerinin, ailelerini problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, davranış kontrolü ve genel işlevler açısından kontrol grubundaki annelere göre daha olumsuz değerlendirdiğini,
- depresyon grubundaki ergenlerin babalarının ailelerini problem çözme açısından kontrol grubuna göre daha olumsuz değerlendirdiğini,
- ergenlerin depresyon şiddeti ile ana-baba reddediciliği ve ana-babaların değerlendirmesine dayanan aile işlevselliğinde bozulma arasında anlamlı pozitif ilişki olduğunu; ana-babaların kontrol davaranışları ile ergenlerin depresyon şiddeti arasında ilişki olmadığını göstermiştir.

Ergen depresyonu, sosyodemografik özellikler, genetik, aile yüklülüğü, ana-babalık stili, aile işlevselliği ve ergenin kişilik yapısını kapsayan çeşitli faktörlerle nedensel ilişkisi olan ve/veya bu faktörlerin katkısıyla ortaya çıkan klinik bir durumdur. Ya da yukarıda sayılan bu faktörlerin tümünün karmaşık etkileşiminin bir sonucu olabilir.

Ergen depresyonu ile ilgili araştırmalar, ergenlik döneminde depresif belirtilerin arttığı (284) ve depresif belirti ölçeklerindeki skorları yüksek olan ergenlerin gelecekteki depresif bozukluk riskini yordadığı belirlenmiştir (66). Bu bağlamda, depresyon için başlı başına risk oluşturan bir yaşam dönemi olarak ergenlikteki depresyondan korunmak, devam eden depresyonu saptamak ve depresyona müdahalede bulunmak önemlidir. Çeşitli çalışmalarda birincil koruma programlarının, ruh sağlığı sorunlarının insidansında azalmaya neden olduğu

gösterilmiştir (285-287). Bu nedenle, deprese ana-babaların (285, 288, 289) çocukları için, aile işlevselliği ve ana-babalık stili ile ilgili olarak korunma programlarının uygulanması zorunludur.

Daha sonra yapılacak çalışmaların, örneklem boyutu, sosyodemografik özellikler açısından gruplandırma/tabakalama açısından yeterli niteliklere sahip, ergen depresyonuna etkileyecek reddedilme duyarlılığı gibi kişilik faktörlerini de değerlendiren bir tasarıma sahip olması, elde edilecek sonuçların yorumlanabilirliğini artıracaktır.

ÖZET

ŞİRELİ, Ö. Depresyon Tanısı Almış Ergenlerde Anne Baba Kabul Reddi-Kontrolu ve Aile İçi İlişkilerin Depresyon Şiddetine Etkisi, Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2012.

Majör depresyonun ergenlerde oldukça sık olduğu bulunmuştur. Ana-babalık stili (kabul-red/kontrol) ve ergenin yaşadığı aile ortamı, depresyon gelişiminde önemli rol oynamaktadır. Bu çalışmanın amacı, ergenlik dönemindeki depresyonun şiddeti ile ana-babalık stili ve aile işlevselliğinin ilişkisini incelemektir.

Çalışmaya; depresyonu olan 30 ergen, yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş sağlıklı 30 karşılaştırma grubu ve bu ergenlerin ana-babaları katılmıştır. Ana-babalarda ve ergenlerdeki psikiyatrik bozukluk tanıları, sırasıyla "DSM-IV TR Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Görüşme Formu" (SCID I / Klinik Versiyon) ve "Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu'na (K-SADS-PL)" (DSM-IV tanı ölçütlerine) ile değerlendirilmiştir. Ergenlerin algıladıkları ana-baba stili, "Ana-baba Kabul-Red/ Kontrol Ölçeği" (EKRÖ/K) ile ve ergenlerin depresyon şiddetleri "Çocuklar için Depresyon Ölçeği" (ÇDÖ) ile; aile işlevselliği, ana-babalar tarafından doldurulan "Aile Değerlendirme Ölçeği" (ADÖ) ile değerlendirilmiştir.

Çalışmamızın sonuçlarına göre depresyonu olan ergenlerin, anne ve babalarını , depresyonu olmayan ergenlere göre daha reddedici olarak algıladıkları bulunmuştur. Anne tarafından bildirilen aile işlevselliğine göre, depresyon grubunda problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, davranış kontrolü ve genel işlevler ADÖ alt ölçek puanlarının, kontrol grubunun bu alt ölçek puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu; baba tarafından bildirilen aile işlevselliğine göre, depresyon grubunda problem çözme ADÖ alt ölçek puanının, kontrol grubunun bu alt ölçek puanından anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Ergenlerin ÇDÖ puanları ile annelerin EKRÖ puanları ve kontrol alt ölçeği dışındaki EKRÖ/K alt ölçek puanları arasında pozitif orta düzey ilişki; annelerin ADÖ alt ölçek puanları arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Ergenlerin ÇDÖ puanları ile babaların EKRÖ/K puanları ve kontrol alt ölçeği dışındaki EKRÖ/K alt ölçek puanları arasında pozitif

ilişki; ÇDÖ puanları ile babaların ADÖ problem çözme alt ölçeği puanları arasında pozitif; roller ve gereken ilgiyi gösterme alt ölçek puanları arasında negatif ilişki saptanmıştır.

Sonuçlarımız, hem anne hem de baba reddi algısı ve aile işlevselliğinde bozulma ile ergen depresyonu arasında ilişki olduğunu; ana-baba kontrol davranışları ile ergenlerdeki depresyon arasında ilişki olmadığını düşündürmektedir. Aile içindeki bireylerin etkileşimleri, karşılıklı bağımlılık ve çembersellik ilkelerine dayandırılmaktadır. Bu bağlamda, ana-babalık stili ve aile işlevselliği ile ergen depresyonu arasındaki nedensel/zamansal ilişkilerin belirlenmesi amacıyla uzun süreli izlem çalışmaları yapılmasının gerekli olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Ergenlik, majör depresif bozukluk, anne-babalık stili, kabul-red, kontrol, aile işlevselliği.

ABSTRACT

SIRELI, O. Impacts of Parental Acceptance-Rejection/Control and Family Relationships on Severity of Depression in Adolescents Diagnosed with Depression, Ankara University, Faculty of Medicine, Child and Adolescent Psychiatry Clinic, Thesis of Speciality, Ankara, 2012.

Major depression have been found to be highly prevalent among adolescents. Parenting style (acceptance-rejection/control) and the family context in which the adolescent is living, play important roles in the development of depression. Aim of the study was to examine the associations between severity of depression in adolescence and parenting style/family functioning.

Thirty adolescents with depression and 30 age and gender matched controls; and their parents participated in this study. Psychiatric disorders in parents and adolescents diagnosed using Structured "Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM)-IV-TR" and "Disorders and Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School - Age Children - Present and Lifetime Version (K-SADS-PL)", respectively. Perceived parenting style was assessed by "The Parental Acceptance-Rejection/Control Questionnaire" (PARQ/C; child form) and "The Childhood Depression Inventory" (CDI) was administered to evaluate severity of depression in adolescents. Family functioning was assessed by "The Family Assessment Device" (FAS) which was filled by both parents.

Adolescents with depression perceived their mothers and fathers as more rejecting than did adolescents wtihout depression. In mother-reported family functioning, scores of FAS subscales including problem solving, communication, roles, affective responsiveness, behavior control and general functioning in depression group were higher than those in controls. In father-reported family functioning, scores of problem solving subscale of FAS in depression group was higher than that in controls. Adolescents' CDI scores was positively correlated with maternal scores of PARQ, PARQ/C subscales except control subscale; and scores of mother-reported FAS subscales. CDI scores was positively correlated with paternal scores of PARQ, PARQ/C subscales except control subscale; and scores of problem

solving subscale of FAS. There are negative correlations between CDI scores with roles and affective involvement subscale of FAS.

Our results suggest that adolescent depression was associated with both perceived maternal and paternal rejection and impairment in family functioning; and ther is no correlation between adolescent depression and parental control. Interactions between family members are based on the principles of interdependence and circularity. In this context, longterm follow-up studies are required to determine causal/temporal relationships between adolescent depression with parenting style and family functioning.

Key Word: Adolescence, major depressive disorder, parenting style, acceptance-rejection, control, family functioning.

KAYNAKLAR

1. Goodwin RD, Jacobi F, Bittner A. Duygudurum bozukluklarının epidemiyolojisi. Duygudurum Bozuklukları Temel Kitabı. İstanbul: The American Psychiatric Publishing; 2007.
2. Küey L. Birinci Basamakta Depresyon: Tanıma, Ele Alma, Yönlendirme. Psikiyatri Dünyası 1998;1:5-12.
3. Murray CJ, Lopez AD. Evidence-based health policy--lessons from the Global Burden of Disease Study. Science 1996;274(5288):740-3.
4. Angold A, Messer SC, Stangl D, Farmer EM, Costello EJ, Burns BJ. Perceived parental burden and service use for child and adolescent psychiatric disorders. Am J Public Health 1998;88(1):75-80.
5. Clarke GN, DeBar LL, Lewinsohn PM. Cognitive-behavioral group treatment for adolescent depression. In: Kazdin AE, editor. Evidence-based psychotherapies for children and adolescents. New York: Guilford Press; 2003. p. 120-34.
6. Whitaker A, Johnson J, Shaffer D, Rapoport JL, Kalikow K, Walsh BT, et al. Uncommon troubles in young people: prevalence estimates of selected psychiatric disorders in a nonreferred adolescent population. Arch Gen Psychiatry 1990;47(5):487-96.
7. Agoston AM, Rudolph KD. Pathways From Depressive Symptoms to Low Social Status. J Abnorm Child Psychol 2012.
8. Quiggle NL, Garber J, Panak WF, Dodge KA. Social information processing in aggressive and depressed children. Child Dev 1992;63(6):1305-20.
9. Costello EJ, Erkanli A, Federman E, Angold A. Development of psychiatric comorbidity with substance abuse in adolescents: effects of timing and sex. J Clin Child Psychol 1999;28(3):298-311.
10. Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Liu J, Swartz M, Blazer DG. Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population:

results from the US National Comorbidity Survey. Br J Psychiatry Suppl 1996(30):17-30.

11. Rohde P, Lewinsohn PM, Seeley JR. Comorbidity of unipolar depression: II. Comorbidity with other mental disorders in adolescents and adults. J Abnorm Psychol 1991;100(2):214-22.

12. Allen JP, Insabella G, Porter MR, Smith FD, Land D, Phillips N. A social-interactional model of the development of depressive symptoms in adolescence. J Consult Clin Psychol 2006;74(1):55-65.

13. Sheeber LB, Davis B, Leve C, Hops H, Tildesley E. Adolescents' relationships with their mothers and fathers: associations with depressive disorder and subdiagnostic symptomatology. J Abnorm Psychol 2007;116(1):144-54.

14. Herring M, Kaslow NJ. Depression and attachment in families: a child-focused perspective. Fam Process 2002;41(3):494-518.

15. Cole DA, Turner JE, Jr. Models of cognitive mediation and moderation in child depression. J Abnorm Psychol 1993;102(2):271-81.

16. Garber J, Little S. Predictors of competence among offspring of depressed mothers. Journal of Adolescent Research 1999;14(1):44-71.

17. Mazza JJ, Abbott RD, Fleming CB, Harachi TW, Cortes RC, Park J. Early predictors of adolescent depression: A 7-year longitudinal study. Journal of Adolescence 2009;29:664-92.

18. Horney K. New ways in psychoanalysis. New York: Norton Publishing; 1945.

19. Burbach DJ, Farha JG, Thorpe JS. Assessing depression in community samples of children using self-report inventories: ethical considerations. J Abnorm Child Psychol 1986;14(4):579-89.

20. Chiariello MA, Orvaschel H. Patterns of parent-child communication: Relationship to depression. Clinical Psychology Review 1995;5:395−407.

21. Kaslow NJ, Deering CG, Racusin GR. Depressed children and their families. Clinical Psychology Review 1994;14(1):39-59.

22. Marton P, Maharaj S. Family factors in adolescent unipolar depression. Can J Psychiatry 1993;38(6):373-82.

23. Rapee RM. Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. Clin Psychol Rev 1997;17(1):47-67.

24. Burbach DJ, Borduin CM. Parent-child relations and the etiology of depression: A review of methods and findings. Clinical Psychology Review 1986;6:133−53.

25. Bowlby J. Developmental psychiatry comes of age. Am J Psychiatry 1988;145(1):1-10.

26. Garber J, Flynn C. Vulnerability to depression in childhood and adolescence. In: Ingram RE, Price JM, editors. Vulnerability to psychopathology: Risk across the lifespan. New York, NY: The Guilford Press; 2001. p. 175−225.

27. Hammen C. Cognitive, life stress, and interpersonal approaches to a developmental psychopathology model of depression. Development and Psychopathology 1992;4(1):189−206.

28. Downey G, Coyne JC. Children of depressed parents: an integrative review. Psychol Bull 1990;108(1):50-76.

29. De Ross R, Marrinan S, Schattner S, Gullone E. The relationship between perceived family environment and psychological wellbeing:Mother, father, and adolescent reports. Australian Psychologist 1999;34:58−63.

30. Vandewater EA, Lansford JE. A family process model of problem behaviors in adolescents. Journal of Marriage and Family 2005;67:100−9.

31. Sarigiani PA, Heath PA, Camarena PM. The significance of parental depressed mood for young adolescents' emotional and family experiences. Journal of Early Adolescence 2003;23:241−67.

32. Saeki T, Asukai N, Miyake Y, Miguchi M, Yamawaki S. Characteristics of family functioning in patients with endogenous monopolar depression. Hiroshima J Med Sci 2002;51(2):55-62.

33. Hammen C, Brennan PA, Shih JH. Family discord and stress predictors of depression and other disorders in adolescent children of depressed and nondepressed women. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2004;43(8):994-1002.

34. Goodman SH, Gotlib IH. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. Psychol Rev 1999;106(3):458-90.

35. Salahur E. Üniversite Öğrencilerinin Geriye Dönük Olarak Çocukluklarında Algılamış Oldukları Ebeveyn Kabul veya Reddinin Yetişkin Bağlanma Biçimleri ve Depresif Belirtiler İle İlişkisi [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2010.

36. Işık B. Algılanan Ebeveyn Kabul-Red/Kontrol, Kişilik Özellikleri ve Baş Etme Stratejilerinin Psikolojik Yakınmalar Üzerindeki Rolünün İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]: Orta Doğu Teknik Üniversitesi; 2010.

37. Vural P, Hafizoglu S, Turkmen N, Eren B, Buyukuysal C. Perceived parental acceptance/rejection and psychopathology in a group of sexually abused children/adolescents. Med Glas Ljek komore Zenicko-doboj kantona 2012;9(2):363-9.

38. Direktör C, Çakıcı M. Ergenlerde Algılanan Ebeveyn Kabul ve Reddin Psikolojik Sorunlar Üzerine Etkisi. Hacettepe University Journal of Education 2012;Supplement 1:132-44.

39. Saritaş D. The Effects of Maternal Acceptance-Rejectıon on Psychologıcal Dıstress of Adolescents: The Medıator Roles of Early Maladaptıve Schemas. Ankara: Middle East Technical University; 2007.

40. Veneziano RA. Perceived paternal and maternal acceptance and rural African American and European American youths' psychological adjustment. Journal of Marriage and the Family 2000;62:123-32.

41. Rohner RP. Parental acceptance and rejection bibliography: University of Connecticut, Center for the Study of Parental Acceptance and Rejection; 1998.

42. Rohner RP, Veneziano RA. The importance of father love: History and contemporary evidence. Review of General Psychology 2001;5:382-405.

43. Preskorn SH. Depresyonun Ayaktan Tedavisi. 2nd ed. Bursa; 1999.

44. Georgotas A. Evolution of the concepts of depression and mania. In: Georgotas A, Cancro R, editors. Depression and mania. New York: Elsevier Science Publishing Co, Inc; 1988. p. 3-12.

45. Berrios GA. Depressive and Manic States During the Nineteenth Century. In: Georgotas A, Cancro R, editors. Depression and mania. New York: Elsevier Science Publishing Co, Inc; 1988.

46. Klerman GL. Overview of affective disorders. In: Kaplan HI, Freedman AM, Sadock BJ, editors. Comprehensive Testbook of Psychiatry. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins Company; 1980.

47. Hamilton M. Mood disorders: clinical features. In: Kaplan HI, Freedman AM, Sadock BJ, editors. Comprehensive Testbook of Psychiatry. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins Company; 1980.

48. Diagnostic and Statistical M. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Assoc; 2000.

49. (DSM-IV) APBMBTvSE. 4th ed. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1994.

50. Weller EB, Weller EA. Depressive disorders in children and adolescents. In: Garfinkel BD, Carlson GA, Weller EB, editors. Psychiatric Disorders in Children and Adolescents. Philadelphia: WB Saunders Company; 1990. p. 3-20.

51. Tunaoglu FS, Olgunturk R, Akcabay S, Oguz D, Gucuyener K, Demirsoy S. Chest pain in children referred to a cardiology clinic. Pediatr Cardiol 1995;16(2):69-72.

52. 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 1991;30(4):631-5.

53. Şenol S, Karacan E, Şener Ş. Çocuklarda ve ergenlerde depresyon. Ben Hasta Değilim Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 1999.

54. Parker G, Roy K. Adolescent depression: a review. Aust N Z J Psychiatry 2001;35(5):572-80.

55. Erdoðan İ, Tamar M. Çocuk ve gençlerdeki major depresif bozukluğa eşlik eden tanıların dağılım ve sıklığının araştırılması. Türkiye'de Psikiyatri 2002;4:100-6.

56. Elkitabı APBMBTvS. 4th ed. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1994.

57. Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yeti yitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları: Ankara T.C. Sağlık Bakanlığı; 1998.

58. Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu C, Kılıçkap Z, Özbek H, Akyüz G. Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. Sivas: Dilek Matbaası; 1995.

59. Kessler RC, Avenevoli S, Ries Merikangas K. Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective. Biol Psychiatry 2001;49(12):1002-14.

60. Petersen AC, Compas BE, Brooks-Gunn J, Stemmler M, Ey S, Grant KE. Depression in adolescence. Am Psychol 1993;48(2):155-68.

61. Cole DA, Martin JM, Peeke LA, Seroczynski AD, Fier J. Children's over- and underestimation of academic competence: a longitudinal study of gender differences, depression, and anxiety. Child Dev 1999;70(2):459-73.

62. Ge X, Lorenz FO, Conger RD, Elder GH. Trajectories of stressful life events and depressive symptoms during adolescence. Dev Psychol Assess 1994;30:467-83.

63. Wade TJ, Cairney J, Pevalin DJ. Emergence of gender differences in depression during adolescence: national panel results from three countries. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2002;41(2):190-8.

64. Wichstrom L. The emergence of gender difference in depressed mood during adolescence: the role of intensified gender socialization. Dev Psychol 1999;35(1):232-45.

65. Pine DS, Cohen E, Cohen P, Brook J. Adolescent depressive symptoms as predictors of adult depression: moodiness or mood disorder? Am J Psychiatry 1999;156(1):133-5.

66. Gotlib IH, Lewinsohn PM, Seeley JR. Symptoms versus a diagnosis of depression: differences in psychosocial functioning. J Consult Clin Psychol 1995;63(1):90-100.

67. Cohen P, Cohen J, Kasen S, Velez CN, Hartmark C, Johnson J, et al. An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence--I. Age- and gender-specific prevalence. J Child Psychol Psychiatry 1993;34(6):851-67.

68. Costello EJ, Angold A, Burns BJ, Erkanli A, Stangl DK, Tweed DL. The Great Smoky Mountains Study of Youth. Functional impairment and serious emotional disturbance. Arch Gen Psychiatry 1996;53(12):1137-43.

69. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1994;51(1):8-19.

70. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005;62(6):593-602.

71. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. Arch Gen Psychiatry 2003;60(8):837-44.

72. Hankin BL, Abramson LY, Moffitt TE, Silva PA, McGee R, Angell KE. Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. J Abnorm Psychol 1998;107(1):128-40.

73. Reinherz HZ, Giaconia RM, Lefkowitz ES, Pakiz B, Frost AK. Prevalence of psychiatric disorders in a community population of older adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993;32(2):369-77.

74. Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. Arch Gen Psychiatry 2003;60(7):709-17.

75. 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. Am J Psychiatry 2000;157(10):1584-91.

76. Sadock B, Sadock VA. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8th ed: Lippincott Williams& Wilkins Companies; 2007.

77. Kendler KS, Kessler RC, Walters EE, MacLean C, Neale MC, Heath AC, et al. Stressful life events, genetic liability, and onset of an episode of major depression in women. Am J Psychiatry 1995;152(6):833-42.

78. Angold A, Erkanli A, Silberg J, Eaves L, Costello EJ. Depression scale scores in 8-17-year-olds: effects of age and gender. J Child Psychol Psychiatry 2002;43(8):1052-63.

79. Twenge JM, Nolen-Hoeksema S. Age, gender, race, socioeconomic status, and birth cohort differences on the children's depression inventory: a meta-analysis. J Abnorm Psychol 2002;111(4):578-88.

80. Weissman MM, Warner V, Wickramaratne P, Moreau D, Olfson M. Offspring of depressed parents. 10 Years later. Arch Gen Psychiatry 1997;54(10):932-40.

81. Hankin BL, Abramson LY. Development of gender differences in depression: description and possible explanations. Ann Med 1999;31(6):372-9.

82. Angold A, Costello EJ, Worthman CM. Puberty and depression: the roles of age, pubertal status and pubertal timing. Psychol Med 1998;28(1):51-61.

83. Graber JA, Lewinsohn PM, Seeley JR, Brooks-Gunn J. Is psychopathology associated with the timing of pubertal development? J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997;36(12):1768-76.

84. Ge X, Conger RD, Elder GH, Jr. Coming of age too early: pubertal influences on girls' vulnerability to psychological distress. Child Dev 1996;67(6):3386-400.

85. Ge X, Conger RD, Elder GH, Jr. Pubertal transition, stressful life events, and the emergence of gender differences in adolescent depressive symptoms. Dev Psychol 2001;37(3):404-17.

86. Brown GW, Harris TO. Depression. In: Brown GW, Harris TO, editors. Life events and illness. New York: Guilford Press; 1989. p. 49-93.

87. Goodyer IM. Life events: their nature and effects. In: Goodyer IM, editor. Depressed child and adolescent. London/New York: Cambridge Univ. Press; 2001. p. 204-32.

88. Meyer SE, Chrousos GP, Gold PW. Major depression and the stress system: a life span perspective. Dev Psychopathol 2001;13(3):565-80.

89. Monroe SM, Simons AD. Diathesis-stress theories in the context of life stress research: implications for the depressive disorders. Psychol Bull 1991;110(3):406-25.

90. Ünal S, Küey L, Güleç C, Bekaroğlu M,:. Depresif bozukluklarda risk etmenleri. Klinik Psikiyatri Dergisi 2002;8:5-15.

91. Sadock B, Sadock VA. Klinik Psikiyatri. 9th ed: Lippincott Williams& Wilkins Companies; 2005.

92. Sadock BJ, M.D. Virginia A, Sadock MD. Klinik Psikiyatri. 2 ed. Ankara: Güneş Kitapevi; 2005.

93. Hankin BL, Roesch L, Mermelstein R. Depression, stressors, and gender differences in adolescence: examination of a transactional stress generation hypothesis in a multiwave study. In: World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies. Kobe, Japan; 2004.

94. Abela H, Nueslovici C. A multi-wave longitudinal study of the transactional relations between depressive symptoms, hopelessness, and stress in high-risk youth. Canadian Association for Child and Adolescent Psychiatry 2004.

95. Caspi A, Moffitt TE. Individual differences are accentuated during periods of social change: the sample case of girls at puberty. J Pers Soc Psychol 1991;61(1):157-68.

96. Graber JA, Brooks-Gunn J, Petersen AC. Transitions through adolescence: interpersonal domains and context. Lawrence Erlbaum 1996.

97. Hankin BL, Abramson LY, Miller N, Haeffel GJ. Cognitive vulnerability-stress theories of depression: examining affective specificity in the prediction of depression versus anxiety in three prospective studies. Cogn Ther Res 2004;28:309-45.

98. Hankin BL, Roesch L, Mermelstein R. Sex differences in adolescent depression: stress exposure and reactivity models in interpersonal and achievement contextual domains. Under Review 2005.

99. Abramson LY, Metalsky GI, Alloy LB. Hopelessness depression: a theory-based subtype of depression. Psychol Rev 1989;96:358-72.

100. Beck AT, Epstein N, Harrison R. Cognitions, attitudes and personality dimensions in depression. Br J Cogn Psychother 1983;1:1-16.

101. Nolen-Hoeksema S, Morrow J. A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. J Pers Soc Psychol 1991;61(1):115-21.

102. Blatt SJ, Zuroff DC. Interpersonal relatedness and self-definition: two prototypes for depression. Clin Psychol Rev 1992;12:527–62.

103. Abramson LY, Alloy LB, Hankin BL, Haeffel GJ, MacCoon D, Gibb BE. Cognitive vulnerability-stress models of depression in a self-regulatory and psychobiological context. In: Hammen IHGCL, editor. Handbook of depression. New York: Guilford Press; 2002. p. 268-94.

104. Hankin BL, Abramson LY. Development of gender differences in depression: an elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. Psychol Bull 2001;127(6):773-96.

105. Hankin BL, Abela JRZ. Depression from childhood through adolescence and adulthood: a developmental vulnerability-stress perspective. In: Abela JRZ, Hankin BL, editors. Development of psychopathology: a vulnerability-stress perspective: Sage; 2005. p. 245-88.

106. Ingram RE, Miranda J, Segal ZV. Cognitive vulnerability to depression. New York: Guilford Press; 1998.

107. Gibb BE, Coles ME, Heimberg RG. Differentiating symptoms of social anxiety and depression in adults with social anxiety disorder. J Behav Ther Exp Psychiatry 2005;36(2):99-109.

108. Hankin BL. Cognitive vulnerabilities to depression and stress: general and specific predictors of psychopathology in youth. In: Society for Research in Child Development. Atlanta: GA; 2005.

109. Abela JR, Hankin BL, Haigh EA, Adams P, Vinokuroff T, Trayhern L. Interpersonal vulnerability to depression in high-risk children: the role of insecure attachment and reassurance seeking. J Clin Child Adolesc Psychol 2005;34(1):182-92.

110. Nolen-Hoeksema S, Girgus JS, Seligman ME. Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: a 5-year longitudinal study. J Abnorm Psychol 1992;101(3):405-22.

111. Turner JE, Jr., Cole DA. Developmental differences in cognitive diatheses for child depression. J Abnorm Child Psychol 1994;22(1):15-32.

112. Abela JR. The hopelessness theory of depression: a test of the diathesis-stress and causal mediation components in third and seventh grade children. J Abnorm Child Psychol 2001;29(3):241-54.

113. Abela JRZ, Payne AVL. A test of the integration of the hopelessness and self-esteem theories of depression in schoolchildren. Cogn Ther Res 2003;27:519-35.

114. Conley CS, Haines BA, Hilt LM, Metalsky GI. The Children's Attributional Style Interview: developmental tests of cognitive diathesis-stress theories of depression. J Abnorm Child Psychol 2001;29(5):445-63.

115. Abela JR, Taylor G. Specific vulnerability to depressive mood reactions in schoolchildren: the moderating role of self-esteem. J Clin Child Adolesc Psychol 2003;32(3):408-18.

116. Abela JR, Brozina K, Haigh EP. An examination of the response styles theory of depression in third- and seventh-grade children: a short-term longitudinal study. J Abnorm Child Psychol 2002;30(5):515-27.

117. Joiner TEJ, Katz J, Lew A. Harbingers of depressotypic reassurance seeking: negative life events, increased anxiety, and decreased selfesteem. Pers Social Psychol Bull 1999;25:630-7.

118. Joiner TE, Jr. A test of interpersonal theory of depression in youth psychiatric inpatients. J Abnorm Child Psychol 1999;27(1):77-85.

119. Joiner TE, Metalsky GI, Gencoz F, Gencoz T. The relative specificity of excessive reassurance-seeking to depressive symptoms and diagnoses among clinical samples of adults and youth. J Psychopathol Behav Assess 2001;23:35-41.

120. Abela JR, Zuroff DC, Ho MH, Adams P, Hankin BL. Excessive reassurance seeking, hassles, and depressive symptoms in children of affectively ill parents: a multiwave longitudinal study. J Abnorm Child Psychol 2006;34(2):171-87.

121. Abela JRZ, Taxel E, Sakellaropoulo MI. Integrating two subtypes of depression: psychodynamic theory and its relation to hopelessness depression in schoolchildren. J Early Adolesc 2007;27(3):363-85.

122. Fichman L, Koestner R, Zuroff DC. Depressive styles in adolescence: assessment, relation to social functioning, and developmental trends. J Youth Adolesc 1994;23:315-30.

123. Luthar SS, Blatt SJ. Dependent and self-critical depressive experiences among inner-city adolescents. J Pers 1993;61(3):365-86.

124. Garber J, Little S, Hilsman R, Weaver KR. Family predictors of suicidal symptoms in young adolescents. J Adolesc 1998;21(4):445-57.

125. Marcotte D, Fortin L, Potvin P, Papillon M. Gender differences in depressive symptoms during adolescence: role of gender-typed characteristics, self-esteem, body image, stressful life events, and pubertal status. J Emotion Behav Disord 2002;10:29-42.

126. Sheeber L, Hops H, Alpert A, Davis B, Andrews J. Family support and conflict: prospective relations to adolescent depression. J Abnorm Child Psychol 1997;25(4):333-44.

127. Cumsille PE, Epstein N. Family cohesion, family adaptability, social support, and adolescent depressive symptoms in outpatient clinic families. J Fam Psychol 1994;8:202-14.

128. Klein DN, Lewinsohn PM, Seeley JR. Psychosocial characteristics of adolescents with a past history of dysthymic disorder: comparison with adolescents with past histories of major depressive and non-affective disorders, and never mentally ill controls. J Affect Disord 1997;42(2-3):127-35.

129. Stice E, Ragan J, Randall P. Prospective Relations Between Social Support and Depression: Differential Direction of Effects for Parent and Peer Support? Journal of Abnormal Psychology 2004;113(1):155-9.

130. Bowlby J. Attachment and loss. New York; 1980.

131. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates; 1978.

132. Hammen CL, Burge D, Daley SE, Davila J, Paley B, Rudolph KD. Interpersonal attachment cognitions and prediction of symptomatic responses to interpersonal stress. J Abnorm Psychol 1995;104(3):436-43.

133. Aşkın R. Depresyon El Kitabı. 2nd ed. Konya; 1999.

134. Akiskal HS. Mood Disorders: Introduction and Overview. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editors. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 2000. p. 1284-98.

135. Özmen M. Depresyonda Dinamik Nedenler. Duygudurum Dizisi 2001;6(283-7).

136. Racagni G, Brunella N. Physiology to functionality: the brain and neurotransmitter activity. Int Clin Psycohopharmacol 1999;14(Suppl 1):3-7.

137. Stahl SM. Basic psychoparmacology of antidepressant, part 1: Antidepressants have seven distinct mechanism of action. J Clin Psychiatry 1998;59(Suppl 4):5-14.

138. Ceylan ME, Oral ET. Duygudurum Bozuklukları Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri. 1st ed. Istanbul; 2001.

139. Dalery JM, Kopp N. An introduction to neurotransmission in health and disease. Oxford: Oxford University Pres; 1990.

140. Eşel E. Depresyonda Nöroendokrinolojik Değişiklikler. Klinik Psikiyatri Dergisi 2002;5(Ek 4):35-50.

141. Beck- Friis J, Ljunggren JG, Thoren M. Melatonin, cortisol and ACTH in patients with major depressive disorder ang healthy human with speciel referance to the outcome of dexamethasone supression test. Psychoneuroendocrinology 1985;10(2):173-86.

142. Weller EB, Weller RA, Fristad MA, Preskorn SH, Teare M. The dexamethasone suppression test in prepubertal depressed children. J Clin Psychiatry 1985;46(12):511-3.

143. Meyer WJ, 3rd, Richards GE, Cavallo A, Holt KG, Hejazi MS, Wigg C, et al. Depression and growth hormone. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1991;30(2):335.

144. Birmaher B, Dahl RE, Williamson DE, Perel JM, Brent DA, Axelson DA, et al. Growth hormone secretion in children and adolescents at high risk for major depressive disorder. Arch Gen Psychiatry 2000;57(9):867-72.

145. Campbell S, MacQueen G. An update on regional brain volume differences associated with mood disorders. Curr Opin Psychiatry 2006;19(1):25-33.

146. Hajek T, Kozeny J, Kopecek M, Alda M, Hoschl C. Reduced subgenual cingulate volumes in mood disorders: a meta-analysis. J Psychiatry Neurosci 2008;33(2):91-9.

147. Steingard RJ, Renshaw PF, Yurgelun-Todd D, Appelmans KE, Lyoo IK, Shorrock KL, et al. Structural abnormalities in brain magnetic resonance images of depressed children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996;35(3):307-11.

148. Tutus A, Kibar M, Sofuoglu S, Basturk M, Gonul AS. A technetium-99m hexamethylpropylene amine oxime brain single-photon emission tomography study in adolescent patients with major depressive disorder. Eur J Nucl Med 1998;25(6):601-6.

149. Beardslee WR, Versage EM, Gladstone TR. Children of affectively ill parents: a review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1998;37(11):1134-41.

150. Rice F, Harold G, Thapar A. The genetic aetiology of childhood depression: a review. J Child Psychol Psychiatry 2002;43(1):65-79.

151. Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. Am J Psychiatry 2000;157(10):1552-62.

152. Rice F, Harold GT, Thapar A. Assessing the effects of age, sex and shared environment on the genetic aetiology of depression in childhood and adolescence. J Child Psychol Psychiatry 2002;43(8):1039-51.

153. Wurtman RJ. Genes, stress, and depression. Metabolism 2005;54(5 Suppl 1):16-9.

154. Levinson DF. The genetics of depression: a review. Biol Psychiatry 2006;60(2):84-92.

155. Lesch KP, Bengel D, Heils A, Sabol SZ, Greenberg BD, Petri S, et al. Association of anxiety-related traits with a polymorphism in the serotonin transporter gene regulatory region. Science 1996;274(5292):1527-31.

156. Munafo MR, Brown SM, Hariri AR. Serotonin transporter (5-HTTLPR) genotype and amygdala activation: a meta-analysis. Biol Psychiatry 2008;63(9):852-7.

157. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. Science 2003;301(5631):386-9.

158. Kaufman J, Yang BZ, Douglas-Palumberi H, Houshyar S, Lipschitz D, Krystal JH, et al. Social supports and serotonin transporter gene moderate depression in maltreated children. Proc Natl Acad Sci U S A 2004;101(49):17316-21.

159. Grabe HJ, Lange M, Wolff B, Volzke H, Lucht M, Freyberger HJ, et al. Mental and physical distress is modulated by a polymorphism in the 5-HT transporter gene interacting with social stressors and chronic disease burden. Mol Psychiatry 2005;10(2):220-4.

160. Kendler KS, Kuhn JW, Vittum J, Prescott CA, Riley B. The interaction of stressful life events and a serotonin transporter polymorphism in the prediction of episodes of major depression: a replication. Arch Gen Psychiatry 2005;62(5):529-35.

161. Gillespie NA, Whitfield JB, Williams B, Heath AC, Martin NG. The relationship between stressful life events, the serotonin transporter (5-HTTLPR) genotype and major depression. Psychol Med 2005;35(1):101-11.

162. 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 2004;9(10):908-15.

163. Rohner RP. They love me, they love me not: A worldwide study of the effects of parental acceptance and recetion. New Haven: HRAF Press; 1975.

164. Khaleque A, Rohner PR. Reliability of the perceived parental control scale: A meta-analysis across ethnic groups: Center of Parental Acceptance and Rejection, School of Family Studies, University of Connecticut; 2001.

165. Rohner RP. They love me, they love me not: A worldwide study of the effects of parental acceptance and rejection. New Haven: HRAF Press; 1975.

166. Rohner RP. The Warmth dimension: Foundations of parental acceptance-rejection theory. Newbury Park: Rohner Research, Sage Publications; 1986.

167. Rohner RP. Patterns of parenting: The warmth dimension in worldwide perspective. In: Lonner WJ, Malpass RS, editors. Readings in Psychology and Culture. Needham Heights: Allyn and Bacon; 1994.

168. Rohner RP. Glossary of significant concepts in parental acceptance-rejection theory. In; 2000.

169. Rohner RP. The parental "acceptance-rejection syndrome": universal correlates of perceived rejection. Am Psychol 2004;59(8):830-40.

170. Rohner RP, Britner PA. Worlwide mental healty correlates of parental acceptance rejection: review of cross-cultural and intracultural evidence. Cross Cultural Research 2002;36:16-47.

171. Rohner RP, C. RE. Parental acceptance-rejection and parental control: cross-cultural codes. Ethnology 1981;20(3):245-60.

172. Pettingill SM, Rohner RP. Korean-American adolescents' perceptions of control, parental acceptance-rejection, and parent-adolescent conflict. In: Lagunes IR, Poortinga YH, editors. From a different perspective: Studies of behavior across cultures: Lisse: Swets & Zeitlinger; 1985.

173. Khaleque A, Rohner PR. Perceived parental acceptance-rejection and psychological adjustment: A meta-analysis of cross cultural and intracultural studies.. Journal of Marriage and the Family 2002;64:54-64.

174. Rohner RP. Glossary of significant concepts in parental acceptance-rejection theory.. In; 2000.

175. Rohner RP. Handbook for the study of parental acceptance and rejection.: Center for the Study of Parental Acceptance and Rejection, University of Connecticut at Storrs; 1984/1999.

176. Darling N, Steinberg L. Parenting style as context: An integrative model. Psychological Bulletin 1993;113(3):487-96.

177. Barber BK. Introduction: Adolescent socialization in context: The role of connection, regulation, and autonomy in the family. Journal of Adolescent Research 1997;12(1):5-11.

178. Rollins BC, Thomas DL. Parental support, power, and control techniques in the socilization of children. In: Burr WR, Hill R, Nye FI, Reiss IL, editors. Contemproray Theories about the family: Vol. 1. research-based theories New York: Free Press; 1979. p. 317-64.

179. Steinberg L. Autonomy, conflict, and harmony in the family relationship. In: Feldman SS, Elliot SS, editors. At the threshold: The developing adolescent. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1990. p. 255-76.

180. Amato PR, Fowler F. Parenting Practices, Child Adjustment, and Family Diversity. Journal of Marriage and the Family 2002;64(3):703-16.

181. Barber BK. Reintroducing parental psychological control. In: Barber BK, editor. Intrusive Parenting: How psychological control affect children and adolescents. Washington, DC: American Psychological Association; 2001. p. 3-15.

182. Baumrind D. Effects of authoritarian parental control on child behavior. Child Development 1968;37:887-90.

183. Amato PR. Dimensions of the Family Environment as Perceived by Children: A multidimensional Scaling Analysis. Journal of Marriage and the Family 1990;52(3):613-20.

184. Maccoby E, Martin J. Socialization in the context of the family: Parentchild interaction. In: Mussen PH, Hetherington EM, editors. Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality, and social development. New York: Wiley; 1983. p. 1-101.

185. Josselson R, Greenberger E, McConochie D. Phenomenological aspects of psychosocial maturity in adolescence. Journal of Youth & Adolescence 1977;6:25-56.

186. Plunkett SW, Henry CS, Robinson LC, Behnke A, Falcon PC. Adolescent perceptions of parental behaviors, adolescent self-esteem, and adolescent depressed mood. Journal of Child and Family Studies 2007;16:760-72.

187. Forehand R, Nousiainen S. Maternal and paternal parenting: Critical dimensions in adolescent functioning. Journal of Family Psychology 1993;7(2):213-21.

188. Musitu G, García JF. Consequences of the family socialization in the Spanish culture. Psicothema 2004;16(2):288-93.

189. Amato PR. Father-child relations, mother-child relations, and offspring psychological wellbeing in adulthood. Journal of Marriage and the Family 1994;56:1031-42.

190. Cuffe SP, McKeown RE, Addy CL, Garrison CZ. Family and psychosocial risk factors in a longitudinal epidemiological study of adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2005;44(2):121-9.

191. Althoff RR, Faraone SV, Rettew DC, Morley CP, Hudziak JJ. Family, twin, adoption, and molecular genetic studies of juvenile bipolar disorder. Bipolar Disord 2005;7(6):598-609.

192. Yap MB, Allen NB, Sheeber L. Using an emotion regulation framework to understand the role of temperament and family processes in risk for adolescent depressive disorders. Clin Child Fam Psychol Rev 2007;10(2):180-96.

193. Puig-Antich J, Lukens E, Davies M, Goetz D, Brennan-Quattrock J, Todak G. Psychosocial functioning in prepubertal major depressive disorders. I. Interpersonal relationships during the depressive episode. Arch Gen Psychiatry 1985;42(5):500-7.

194. Puig-Antich J, Lukens E, Davies M, Goetz D, Brennan-Quattrock J, Todak G. Psychosocial functioning in prepubertal major depressive disorders. II. Interpersonal relationships after sustained recovery from affective episode. Arch Gen Psychiatry 1985;42(5):511-7.

195. Asarnow JR, Carlson GA, Guthrie D. Coping strategies, self-perceptions, hopelessness, and perceived family environments in depressed and suicidal children. J Consult Clin Psychol 1987;55(3):361-6.

196. Minuchin P. Families and individual development: provocations from the field of family therapy. Child Dev 1985;56(2):289-302.

197. Miller IW, Ryan CE, Keitner GI, Bishop DS, Epstein NB. The McMaster approach to families: Theory, assessment, treatment and research. Journal of Family Therapy 2000;22:168−89.

198. Steinglass P. A systems view of family interaction and psychopathology. In: Jacob T, editor. Family interaction and psychopathology: Theories, methods, and findings. New York: Plenum Press; 1987. p. 25−65.

199. Bell RQ. A reinterpretation of the direction of effects in studies of socialization. Psychol Rev 1968;75(2):81-95.

200. Restifo K, Bogels S. Family processes in the development of youth depression: translating the evidence to treatment. Clin Psychol Rev 2009;29(4):294-316.

201. Hankin BL, Abramson LY, Siler M. A prospective test of the hopelessness theory of depression in adolescence. Cogn Ther Res 2001;25:607–32.

202. Sheeber L, Hops H, Davis B. Family processes in adolescent depression. Clin Child Fam Psychol Rev 2001;4(1):19-35.

203. Garber J, Cole DA. Intergenerational transmission of depression: a launch and grow model of change across adolescence. Dev Psychopathol 2010;22(4):819-30.

204. Hops H, Lewinsohn PM, Andrews JA, Roberts RE. Psychosocial correlates of depressive symptomatology among high school students. Journal of Clinical Child Psychology 1990;19:211-20.

205. Kandel DB, Davies M. Epidemiology of depressive mood in adolescents: an empirical study. Arch Gen Psychiatry 1982;39(10):1205-12.

206. Lovejoy MC, Graczyk PA, O'Hare E, Neuman G. Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review. Clin Psychol Rev 2000;20(5):561-92.

207. Bond L, Toumbourou JW, Thomas L, Catalano RF, Patton G. Individual, family, school, and comm unity risk and protective factors for depressive symptoms in adolescents: A comparison of risk profiles for substance use and depressive symptoms. Prevention Science 2005;6:73-88.

208. Rueter MA, Scaramella L, Wallace LE, Conger RD. First onset of depressive or anxiety disorders predicted by the longitudinal course of internalizing symptoms and parent-adolescent disagreements. Arch Gen Psychiatry 1999;56(8):726-32.

209. Fendrich M, Warner V, Weissman MM. Family risk factors, parental depression, and psychopathology in offspring. Developmental Psychology 1990;26:40−50.

210. Solantaus-Simula T, Punamaki RL, Beardslee WR. Children's responses to low parental mood. I: Balancing between active empathy, overinvolvement, indifference, and avoidance. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2002;41(3):278-86.

211. Phares V, Fields S, Kamboukos D, Lopez E. Still looking for Poppa. Am Psychol 2005;60(7):735-6.

212. Allen JP, Hauser ST, Eickholt C. Autonomy and relatedness in family interactions as predictors of expressions of negative adolescent affect. Journal of Research on Adolescence 1994;4:535-52.

213. Aydin B, Oztutuncu F. Examination of adolescents' negative thoughts, depressive mood, and family environment. Adolescence 2001;36(141):77-83.

214. Delaney ME. Across the transition to adolescence: Qualities of parent/adolescent relationships and adjustment. Journal of Early Adolescence 1996;16:274-300.

215. Bell RQ, Chapman M. Child effects in studies using experimental or brief longitudinal approaches to socialization. Developmental Psychology 1986;22:595−603.

216. Sale E, Sambrano S, Springer JF, Turner CW. Risk, protection, and substance use in adolescents: a multi-site model. J Drug Educ 2003;33(1):91-105.

217. Ackard DM, Neumark-Sztainer D. Family mealtime while growing up: associations with symptoms of bulimia nervosa. Eat Disord 2001;9(3):239-49.

218. Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. Psychol Med 2000;30(1):23-39.

219. Anderson KE, Lytton H, Rommey DM. Mothers' interactions with normal and conduct-disordered boys: Who affects whom? Developmental Psychology 1986;22:604−9.

220. 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 1997;36(7):980-8.

221. Gökler B, Ünal F, Pehlivantürk B. Okul çağı çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli - Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirliği. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2004;11(3):109-16.

222. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M. DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. İlaç ve Tedavi Dergisi 1999;12:233-6.

223. Kovacs M. Rating scales to assess depression in school-aged children. Acta Paedopsychiatr 1981;46(5-6):305-15.

224. Kovacs M. The Children's Depression, Inventory (CDI). Psychopharmacol Bull 1985;21(4):995-8.

225. Öy B. Çocuklar için depresyon ölçeği:Geçerlik ve güvenirlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 1991;2:132-7.

226. Rohner RP, Khaleque A. Reliability and validity of the parental control scale: a meta analysis of cross-cultural and intracultural studies. J Cross Cult Psychol 2003;34:643-9.

227. Varan A. Ebeveyn Kabul-Red/Kontrol Ölçeği (EKRÖ/K) ve Kişilik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ) Çocuk Formlarının Türkiye Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. In; 2003

228. Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS. The McMaster Family Assessment Device. Journal of Marital and Family Therapy 1983;9(2):171-80.

229. Bulut I. Aile Değerlendirme Ölçeği El Kitabı. Ankara: Özgüzeliş Matbaası; 1990.

230. Davis NM. Depression in children and adolescents. J Sch Nurs 2005;21(6):311-7.

231. Çetinkaya S, Arslan S, Nur N, Demir ÖF, Özdemir D, Sümer H. Sivas il merkezinde sosyoekonomik düzeyi farklı üç ilköğretim okulu öğrencilerinin depresyon düzeyi. New Symposium Journal 2008;46(3):99-104.

233. Wells VE, Deykin EY, Klerman GL. Risk factors for depression in adolescence. Psychiatr Dev 1985;3(1):83-108.

234. Angold A, Costello EJ. Depressive comorbidity in children and adolescents: empirical, theoretical, and methodological issues. Am J Psychiatry 1993;150(12):1779-91.

234. Angold A, Costello EJ, Erkanli A. Comorbidity. J Child Psychol Psychiatry 1999;40(1):57-87.

235. Şenol S. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. In: Köroğlu E, Güleç C, editors. Psikiyatri Temel Kitabı. 2nd ed. Ankara: Hekimler Yayım Birliği; 2007. p. 822-37.

236. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. Harv Rev Psychiatry 1997;4(5):231-44.

237. Kelam SG, Brown CH, Poduska JM, Lalongo NS, Wang W, Toyinbo P. Effects of auniversal classroom behavior management program in first and second grades on young adult behavioral, psychiatric, and social outcomes. Drug Alcohol Depend 2008;95(Suppl 1):5-28.

238. Barkmann C, Romer G, Watson M, Schulte-Markwort M. Parental physical illness as a risk for psychosocial maladjustment in children and adolescents: epidemiological findings from a national survey in Germany. Psychosomatics 2007;48(6):476-81.

239. Osborn T. The psychosocial impact of parental cancer on children and adolescents: a systematic review. Psychooncology 2007;16(2):101-26.

240. Radke-Yarrow M, Nottelmann E, Martinez P, Fox MB, Belmont B. Young children of affectively ill parents: a longitudinal study of psychosocial development. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1992;31(1):68-77.

241. Weissman MM, Fendrich M, Warner V, Wickramaratne P. Incidence of psychiatric disorder in offspring at high and low risk for depression. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1992;31(4):640-8.

242. Rubin KH, Both L, Zahn-Waxler C, Cummings EM, Wilkinson M. Dyadic play behaviors of children of well and depressed mothers. Dev Psychopathol 1991;3:243-51.

243. Harnish JD, Dodge KA, Valente E. Mother-child interaction quality as a partial mediator of the roles of maternal depressive symptomatology and socioeconomic status in the development of child behavior problems. Conduct Problems Prevention Research Group. Child Dev 1995;66(3):739-53.

244. Lavoie R, Hodgins S. Mental disorders among children with one parent with a lifetime diagnosis of major depression. In: Hodgins S, Lane C, Lapalme M, editors. A Critical Review of the Literature on Children at Risk for Major Affective Disorders. Ottawa, Canada: Strategic Fund for Children's Mental Health; 1994. p. 37-82.

245. Barker ED, Copeland W, Maughan B, Jaffee SR, Uher R. Relative impact of maternal depression and associated risk factors on offspring psychopathology. Br J Psychiatry 2012;200(2):124-9.

246. Diaz R, Gual A, Garcia M, Arnau J, Pascual F, Canuelo B, et al. Children of alcoholics in Spain: from risk to pathology. Results from the ALFIL program. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2008;43(1):1-10.

247. Johnson JL, Boney T, Brown BB. Evidence of depressive symptoms in children of substance abusers. International Journal of the Addictions 1991;25:465-79.

248. Weissman MM, McAvay G, Goldstein RB, Nunes EV, Verdeli H, Wickramaratne PJ. Risk/protective factors among addicted mothers' offspring: a replication study. Am J Drug Alcohol Abuse 1999;25(4):661-79.

249. Hankin BL, Abela JRZ. Development of psychopathology: a vulnerability-stress perspective. Sage 2005.

250. Kramer L, Washo CA. Evaluation of a court-mandated prevention program for divorcing parents: The Children First program. Fam Relat 1993;43:179-86.

251. Reppold CT, Hutz CS. Effects of the history of adoption in the emotional adjustment of adopted adolescents. Span J Psychol 2009;12(2):454-61.

252. Sood AB, Razdan A, Weller EB, Weller RA. Children's reactions to parental and sibling death. Curr Psychiatry Rep 2006;8(2):115-20.

253. Sandler IN, West SG, Baca L, Pillow DR, Gersten JC, Rogosch F, et al. Linking empirically based theory and evaluation: the Family Bereavement Program. Am J Community Psychol 1992;20(4):491-521.

254. Rohner EC, Chaille C, Rohner RP. Perceived parental acceptance-rejection and the development of children's locus of control. J Psychol 1980;104(1st Half):83-6.

255. Harter S. The perceived competence scale for children. Child Development 1982;53:87-97.

256. Baumeister RF, Leary MR. The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. Psychol Bull 1995;117(3):497-529.

257. Bjorklund DF, Pellegrini AD. The origins of human nature: Evolutionary developmental psychology. Washington, DC: APA Books; 2002.

258. Leary MR. Making sense of self-esteem. Current Directions in Psychological Science 1999;8:32-5.

259. Blackburn IM. Coping with depression. Edinburgh; 1987.

260. Clark KE, Ladd GW. Connectedness and autonomy support in parent-child relationships: links to children's socioemotional orientation and peer relationships. Dev Psychol 2000;36(4):485-98.

261. Maccoby EE. The role of parents in the socialization of children: A historical review. Developmental Psychology 1992;28(6):1006−17.

262. Barber BK. Parental psychological control: revisiting a neglected construct. Child Dev 1996;67(6):3296-319.

263. Steinberg L, Elmen JD, Mounts NS. Authoritative parenting, psychosocial maturity, and academic success among adolescents. Child Dev 1989;60(6):1424-36.

264. Downey G, Walker E. Distinguishing family-level and child-level influences on the development of depression and aggression in children at risk. Journal of Development and Psychopathology 1992;4:81-95.

265. Mathews A, Ridgeway V, Williamson DA. Evidence for attention to threatening stimuli in depression. Behav Res Ther 1996;34(9):695-705.

266. Walker E. Emotion recognition in disturbed and normal children: A research note. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines 1981;22:263-8.

267. Mendlewicz L, Linkowski P, Bazelmans C, Philippot P. Decoding emotional facial expressions in depressed and anorexic patients. J Affect Disord 2005;89(1-3):195-9.

268. Van Beek Y, Dubas JS. Decoding basic and non-basic facial expressions and depressive symptoms in late childhood and adolescence. Journal of Nonverbal Behavior 2008;32:53-64.

269. Guyer AE, McClure EB, Adler AD, Brotman MA, Rich BA, Kimes AS, et al. Specificity of facial expression labeling deficits in childhood psychopathology. J Child Psychol Psychiatry 2007;48(9):863-71.

270. Greenberger E, Chen C. Perceived family relationships and depressed mood in early and late adolescence: A comparison of European and Asian Americans. Developmental Psychology 1996;32:707−16.

271. Ayduk O, May D, Downey G, Higgins ET. Tactical differences in coping with rejection sensitivity: the role of prevention pride. Pers Soc Psychol Bull 2003;29(4):435-48.

272. Bretherton I, Munholland KA. Internal working models in attachment relationships: Elaborating a central construct in attachment theory. In: Cassidy J, Shaver P, editors. Handbook of attachment. New York: The Guilford Press; 2008.

273. London B, Downey G, Bonica C, Paltin I. Social causes and consequences of rejection sensitivity. Journal of Research on Adolescence 2007;17(3):481-506.

274. Ayduk O, Downey G, Kim M. Rejection sensitivity and depressive symptoms in women. Personality and Social Psychology Bulletin 2001;27(7):868-77.

275. Sandstrom MJ, Cillessen AHN, Eisenhower A. Children's appraisal of peer rejection experiences: impact on social and emotional adjustment. Social Development 2003;12(4):530-50.

276. Asarnow JR, Tompson M, Woo S, Cantwell DP. Is expressed emotion a specific risk factor for depression or a nonspecific correlate of psychopathology? J Abnorm Child Psychol 2001;29(6):573-83.

277. Bender HL, Allen JP, McElhaney KB, Antonishak J, Moore CM, Kelly HO, et al. Use of harsh physical discipline and developmental outcomes in adolescence. Dev Psychopathol 2007;19(1):227-42.

278. Nelson DR, Hammen C, Brennan PA, Ullman JB. The impact of maternal depression on adolescent adjustment: the role of expressed emotion. J Consult Clin Psychol 2003;71(5):935-44.

279. Repetti RL, Taylor SE, Seeman TE. Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. Psychol Bull 2002;128(2):330-66.

280. Parker G, Tupling H, Brown LB. A parental bonding instrument. British Journal of Medical Psychology 1979;52:1−10.

281. Burge D, Hammen C. Maternal communication: predictors of outcome at follow-up in a sample of children at high and low risk for depression. J Abnorm Psychol 1991;100(2):174-80.

282. Hammen C, Shih JH, Brennan PA. Intergenerational transmission of depression: test of an interpersonal stress model in a community sample. J Consult Clin Psychol 2004;72(3):511-22.

283. Muris P, Schmidt H, Lambrichs R, Meesters C. Protective and vulnerability factors of depression in normal adolescents. Behav Res Ther 2001;39(5):555-65.

284. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications. Clin Psychol Rev 1998;18(7):765-94.

285. Institute of Medicine. Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research. Washington, DC: National Academy Press; 1994.

286. Albee GW, Bond LA, Monsey TC. Improving Children's Lives: Global Perspectives on Prevention. Newbury Park: Sage Publications; 1992.

287. Bond LA, Wagner BM. Families in Transition: Primary Prevention Programs That Work. Newbury Park: Sage Publications; 1988.

288. Hollon SD, Munoz RF, Barlow DH, Beardslee WR, Bell CC, Bernal G, et al. Psychosocial intervention development for the prevention and treatment of depression: promoting innovation and increasing access. Biol Psychiatry 2002;52(6):610-30.

289. The National AMHCWoC, Deployment. aAMHIDa, Health. BfCRoCaAM. Washington; 2001.

EKLER

EK-I

SOSYODEMOGRAFİK ve KLİNİK VERİ FORMU

Formu dolduran kişi: **()**
Tarih:**…….....**
1. Adınız soyadınız:**.....**
2. Yaşınız:**.....**
3.Doğum Yeriniz:
4. Eğitim Durumunuz:
Aile Bilgileri
5.Aile Tipi:
a)Çekirdek aile(anne,baba ve çocuklar)
b)Geniş aile(anne,baba ve çocuklar,diğer akrabalar)
c)Boşanmış(Siz kaç yaşında iken?Hangi ebeveyn ile yaşıyorsunuz?)
d)Ölüm(Hangi ebeveyn? Ölüm nedeni? Siz kaç yaşında iken)
e)Evlat edinilme(Siz kaç yaşında iken)
f)Üvey anne-baba(Siz kaç yaşında iken)
6.Annenizin yaşı:
Mesleği:
Eğitim
7.Babanızın yaşı:
Mesleği:
Eğitim
8.Kaç kardeşiniz var? Siz ailenizin kaçıncı çocuğusunuz?
9.Ailenizde tıbbi hastalığı olan var mı?

- Cevabınız evet ise lütfen hastalığın adını ve hangi aile bireyinde olduğunu belirtiniz.

10.Ailenizde psikiyatrik hastalığı olan var mı?

- Cevabınız evet ise lütfen hastalığın adını ve hangi aile bireyinde olduğunu belirtiniz.

11.Ailenizde madde(sigara,alkol,uyuşturucu vb.)kullanan birileri var mı?

- Cevabınız evet ise lütfen kullanılan maddenin adını ve hangi aile bireyi tarafından kullanıldığını belirtiniz.

12.Hayatınız boyunca önemli bir hastalık, kaza, düzenli doktor takibi gerektiren bir durumunuz oldu mu?Ne zaman? Ne kadar süre?
13.Şu an madde(sigara,alkol,uyuşturucu vb.) kullanıyor musunuz?
14.Geçmişte hiç madde(sigara,alkol,uyuşturucu vb.) kullandınız mı?Ne zaman ve ne kadar süre ile kullandınız?

EK-II

Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği

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

A) **0.Kendimi arada sırada üzgün hissederim**
1. Kendimi sık sık üzgün hissederim.
2.Kendimi her zaman üzgün hissederim.

B)**0.İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.**
1.İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.
2.İşlerim yolunda gidecek.

C) **0.İşlerimin çoğunu doğru yaparım.**
1.İşlerimin çoğunu yanlış yaparım.
2.Herşeyi yanlış yaparım.

D) **0.Bir çok şeyden hoşlanırım.**
1.Bazı şeylerden hoşlanırım.
2.Hiçbir şeyden hoşlanmam.

E) **0.Her zaman kötü bir çocuğum.**
1.Çoğu zaman kötü bir çocuğum.
2.Arada sırada kötü bir çocuğum.

F) **0.Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünürüm.**
1.Sık sık başıma kötü şeylerin geleceğinden endişelenirim.
2.Başıma çok kötü şeylerin geleceğinden eminim.

G) **0.Kendimden nefret ederim.**
1.Kendimi beğenmem.
2.Kendimi beğenirim.

H) **0.Bütün kötü şeyler benim hatam**
1.Kötü şeylerin bazıları benim hatam.
2.Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.

I**) 0.Kendimi öldürmeyi düşünmem.**
1.Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapamam.
2.Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.

İ) **0.Her gün içimden ağlamak gelir.**
1.Bir çok günler içimden ağlamak gelir.
2.Arada sırada içimden ağlamak gelir.

K) **0.İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.**
1. Çoğu zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
2. Hiçbir zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.

L) **0.Her hangi bir şey hakkında karar verememem.**
1.Her hangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir
2.Her hangi bir şey hakkında kolayca karar veririm.

M) **0.Güzel / yakışıklı sayılırım.**
1.Güzel / yakışıklı olmayan yanlarım var.
2.Çirkinim.

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

O) **0.Her gece uyumakta zorluk çekerim.**
1.Bir çok gece uyumakta zorluk çekerim.
2.Oldukça iyi uyurum.

Ö) **0.Arada sırada kendimi yorgun hissederim.**
1.Bir çok gün kendimi yorgun hissederim.
2.Her zaman kendimi yorgun hissederim.

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

R) **0.Ağrı ve sızılardan endişe etmem.**
1.Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
2.Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.

S) **0.Kendimi yalnız hissetmem.**
1.Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.
2.Her zaman kendimi yalnız hissederim.

Ş) **0.Okuldan hiç hoşlanmam.**
1.Arada sırada okuldan hoşlanırım.
2.Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.

T) **0.Birçok arkadaşım var.**
1.Birkaç arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterdim.
2.Hiç arkadaşım yok.

U) **0.Okul başarım iyi**
1.Okul başarım eskisi kadar iyi değil.
2.Eskiden iyi olduğum derslerden çok başarısızım.

Ü) **0.Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.**
1.Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum
2.Diğer çocuklar gibi iyiyim.

V) **0.Kimse beni sevmez.**
1.Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.
2.Beni seven insanların olduğundan eminim.

Y) **0.Bana söyleneni genellikle yaparım.**
1.Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.
2.Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.

Z) **0.İnsanlarla iyi geçinirim.**
1.İnsanlarla sık sık kavga ederim.
2.İnsanlarla her zaman kavga ederim.

EK-III

Çocuk/Ergen EKRÖ/K: Anne

Bu testte, annelerin çocuklarına karşı nasıl davrandıklarıyla ilgili cümleler var. Her cümleyi dikkatlice oku ve okuduğun cümlenin,**annenin sana karşı davranışlarını** ne kadar iyi anlattığını düşün.**Her cümlenin yanında 4 tane kutu var. Testi, cümleler üzerinde fazla oyalanmadan, içinden gelen cevapları işaretleyerek,**hızlı bir şekilde doldur.Lütfen her soruyu cevapla.**Unutma, hiç bir cümleyi doğru bilmek, ya da yanlış bilmek diye birşey yok.Onun için cevaplarını verirken mümkün olduğu kadar** dürüst ve samimi ol**.Cevaplarını**, annenden beklediğin davranışlara göre değil, **annenin sana gerçekte gösterdiği davranışlara göre ver**.

ANNEM	Hemen Her Zaman Doğru	Bazen Doğru	Nadiren Doğru	Hiçbir Zaman Doğru Değil
1. Benim hakkımda güzel şeyler söyler.	☐	☐	☐	☐
2. Kötü davrandığımda bana söylenir veya beni azarlar.	☐	☐	☐	☐
3. Sanki ben hiç yokmuşum gibi davranır.	☐	☐	☐	☐
4. Beni gerçekten sevmez.	☐	☐	☐	☐
5. Neleri yapıp, neleri yapamayacağımı kesin olarak anladığımdan emin olmak ister.	☐	☐	☐	☐
6. Planlarımız hakkında benimle konuşur ve benim söyleyeceklerimi de dinler.	☐	☐	☐	☐
7. Onun sözünü dinlemediğim zaman beni başkalarına şikayet eder.	☐	☐	☐	☐
8. Benimle yakından ilgilenir.	☐	☐	☐	☐
9. Dışarıya çıkacağım zaman, eve kesin olarak saat kaçta dönmem gerektiğini bana söyler.	☐	☐	☐	☐
10. Arkadaşlarımı eve çağırmam için beni cesaretlendirir ve onların güzel vakit geçirmesi için elinden geleni yapar.	☐	☐	☐	☐
11. Benimle alay eder ve dalga geçer.	☐	☐	☐	☐
12. Onu rahatsız etmediğim sürece benimle ilgilenmez.	☐	☐	☐	☐
13. Kızdığı zaman bana bağırır.	☐	☐	☐	☐
14. Bana sürekli olarak nasıl davranmam gerektiğini söyler.	☐	☐	☐	☐
15. Benim için önemli olan şeyleri ona anlatabilmemi kolaylaştırır	☐	☐	☐	☐
16. Bana karşı sert davranır.	☐	☐	☐	☐
17. Onun etrafında olmamdan hoşlanır.	☐	☐	☐	☐
18. Bir çok kuralın olması ve kurallara uyulması gerektiğine inanır	☐	☐	☐	☐

	Hemen Her Zaman Doğru	Bazen Doğru	Nadiren Doğru	Hiçbir Zaman Doğru Değil
19. Bir şeyi iyi yaptığımda, kendimle gurur duymamı sağlar.	☐	☐	☐	☐
20. Hak etmediğim zaman bile bana vurur.	☐	☐	☐	☐
21. Benim için yapması gereken şeyleri unutur.	☐	☐	☐	☐
22. Beni büyük bir başbelası olarak görür.	☐	☐	☐	☐
23. Bana dilediğim kadar özgürlük tanır.	☐	☐	☐	☐
24. Beni başkalarına över.	☐	☐	☐	☐
25. Kızdığı zaman beni çok kötü cezalandırır.	☐	☐	☐	☐
26. Sağlıklı ve doğru şeyleri yememe çok dikkat eder.	☐	☐	☐	☐
27. Bir şeyi nasıl yapmam gerektiğini bana en ince ayrıntısına kadar söyler.	☐	☐	☐	☐
28. Benimle sıcak ve sevgi dolu bir şekilde konuşur.	☐	☐	☐	☐
29. Bana hemen kızar.	☐	☐	☐	☐
30. Sorularımı cevaplayamayacak kadar meşguldür.	☐	☐	☐	☐
31. Benden hoşlanmıyor gibi.	☐	☐	☐	☐
32. İstediğim her yere, ona sormadan gitmeme izin verir.	☐	☐	☐	☐
33. Hak ettiğim zaman bana güzel şeyler söyler.	☐	☐	☐	☐
34. Çabuk parlar ve öfkesini benden çıkarır.	☐	☐	☐	☐
35. Arkadaşlarımın kim olduğuyla yakından ilgilenir.	☐	☐	☐	☐
36. Bana ne söylendiyse, aynen öyle davranmamda ısrar eder.	☐	☐	☐	☐
37. Yaptığım şeylerle gerçekten ilgilenir.	☐	☐	☐	☐
38. Bana bir sürü kırıcı şey söyler.	☐	☐	☐	☐
39. Ondan yardım istediğimde benimle ilgilenmez.	☐	☐	☐	☐
40. Başım derde girdiğinde, hatanın bende olduğunu düşünür.	☐	☐	☐	☐
41. Dilediğim her akşam dışarı çıkmama izin verir.	☐	☐	☐	☐
42. Bana istenilen ve ihtiyaç duyulan biri olduğumu hissettirir.	☐	☐	☐	☐
43. Onun sinirine dokunduğumu söyler.	☐	☐	☐	☐

	Hemen Her Zaman Doğru	Bazen Doğru	Nadiren Doğru	Hiçbir Zaman Doğru Değil
44. Bana çok ilgi gösterir.	☐	☐	☐	☐
45. Yaptığım her şeye karışmak ister.	☐	☐	☐	☐
46 .İyi davrandığım zaman benimle ne kadar gurur duyduğunu söyler.	☐	☐	☐	☐
47. Beni kırmak için elinden geleni yapar.	☐	☐	☐	☐
48.Hatırlaması gerekir diye düşündüğüm önemli şeyleri unutur.	☐	☐	☐	☐
49.Şayet kötü davranırsam, beni artık sevmediğini hissettirir.	☐	☐	☐	☐
50.Bana yapmam için bazı işler verir ve o işler bitene kadar başka hiçbir şey yapmama izin vermez.	☐	☐	☐	☐
51. Bana yaptığım şeylerin önemli olduğunu hissettirir.	☐	☐	☐	☐
52. Yanlış bir şey yaptığımda beni korkutur veya tehdit eder.	☐	☐	☐	☐
53. Benimle zaman geçirmekten hoşlanır.	☐	☐	☐	☐
54. Canım ne isterse yapmama izin verir.	☐	☐	☐	☐
55. Korktuğumda ya da birşeye canım sıkıldığında, bana yardım etmeye çalışır.	☐	☐	☐	☐
56. Kötü davrandığım zaman beni arkadaşlarımın önünde utandırır.	☐	☐	☐	☐
57. Benden uzak durmaya çalışır.	☐	☐	☐	☐
58. Benden şikayet eder.	☐	☐	☐	☐
59. Yaptığım herşeyi kontrol etmek ister.	☐	☐	☐	☐
60. Benim ne düşündüğüme önem verir ve düşündüklerim hakkında konuşmamdan hoşlanır.	☐	☐	☐	☐
61. Ne yaparsam yapayım, diğer çocukların benden daha iyi olduğunu düşünür.	☐	☐	☐	☐
62. Bir plan yaparken benim de ne istediğime önem verir.	☐	☐	☐	☐
63. Benim için önemli olan şeyleri, kendisine zorluk çıkarsa da, yapmama izin verir.	☐	☐	☐	☐
64. Diğer çocukların benden daha akıllı ve uslu olduğunu düşünür.	☐	☐	☐	☐
65. Bakmaları için beni hep başkalarına bırakır.	☐	☐	☐	☐
66. Bana istenmediğimi belli eder.	☐	☐	☐	☐
67. Yaptığım şeylerle ilgilenir.	☐	☐	☐	☐

	Hemen Her Zaman Doğru	Bazen Doğru	Nadiren Doğru	Hiçbir Zaman Doğru Değil
68. Canım yandığında veya hasta olduğumda, kendimi daha iyi hissetmem için elinden geleni yapar.	☐	☐	☐	☐
69. Kötü davrandığım zaman benden ne kadar utandığını söyler.	☐	☐	☐	☐
70. Beni sevdiğini belli eder.	☐	☐	☐	☐
71. Bana karşı yumuşak ve iyi kalplidir.	☐	☐	☐	☐
72. Kötü davrandığım zaman beni utandırır veya suçlu hissettirir.	☐	☐	☐	☐
73. Beni mutlu etmeye çalışır.	☐	☐	☐	☐

EK-III

Çocuk/Ergen **EKRÖ/K**: Baba

Şimdi doldurmanı istediğimiz test baban hakkında. Her cümleyi dikkatlice oku ve okuduğun cümlenin,**Babanın sana karşı davranışların** ne kadar iyi anlattığını düşün **Lütfen her soruyu cevapla**.**Cevaplarını**, babandan beklediğin davranışlara göre değil, **babanın sana gerçekte gösterdiği davranışlara göre ver**.

BABAM	Hemen Her Zaman Doğru	Bazen Doğru	Nadiren Doğru	Hiçbir Zaman Doğru Değil
1. Benim hakkımda güzel şeyler söyler.	☐	☐	☐	☐
2. Kötü davrandığımda bana söylenir veya beni azarlar.	☐	☐	☐	☐
3. Sanki ben hiç yokmuşum gibi davranır.	☐	☐	☐	☐
4. Beni gerçekten sevmez.	☐	☐	☐	☐
5. Neleri yapıp, neleri yapamayacağımı kesin olarak anladığımdan emin olmak ister.	☐	☐	☐	☐
6. Planlarımız hakkında benimle konuşur ve benim söyleyeceklerimi de dinler.	☐	☐	☐	☐
7. Onun sözünü dinlemediğim zaman beni başkalarına şikayet eder.	☐	☐	☐	☐
8. Benimle yakından ilgilenir.	☐	☐	☐	☐
9. Dışarıya çıkacağım zaman, eve kesin olarak saat kaçta dönmem gerektiğini bana söyler.	☐	☐	☐	☐
10. Arkadaşlarımı eve çağırmam için beni cesaretlendirir ve onların güzel vakit geçirmesi için elinden geleni yapar.	☐	☐	☐	☐
11. Benimle alay eder ve dalga geçer.	☐	☐	☐	☐
12. Onu rahatsız etmediğim sürece benimle ilgilenmez.	☐	☐	☐	☐
13. Kızdığı zaman bana bağırır	☐	☐	☐	☐
14. Bana sürekli olarak nasıl davranmam gerektiğini söyler.	☐	☐	☐	☐
15. Benim için önemli olan şeyleri ona anlatabilmemi kolaylaştırır.	☐	☐	☐	☐
16. Bana karşı sert davranır.	☐	☐	☐	☐
17. Onun etrafında olmamdan hoşlanır.	☐	☐	☐	☐
18. Bir çok kuralın olması ve kurallara uyulması gerektiğine inanır.	☐	☐	☐	☐

	Hemen Her Zaman Doğru	Bazen Doğru	Nadiren Doğru	Hiçbir Zaman Doğru Değil
19. Bir şeyi iyi yaptığımda, kendimle gurur duymamı sağlar	☐	☐	☐	☐
20. Hak etmediğim zaman bile bana vurur.	☐	☐	☐	☐
21. Benim için yapması gereken şeyleri unutur.	☐	☐	☐	☐
22. Beni büyük bir başbelası olarak görür.	☐	☐	☐	☐
23. Bana dilediğim kadar özgürlük tanır.	☐	☐	☐	☐
24. Beni başkalarına över.	☐	☐	☐	☐
25. Kızdığı zaman beni çok kötü cezalandırır.	☐	☐	☐	☐
26. Sağlıklı ve doğru şeyleri yememe çok dikkat eder.	☐	☐	☐	☐
27. Bir şeyi nasıl yapmam gerektiğini bana en ince ayrıntısına kadar söyler.	☐	☐	☐	☐
28. Benimle sıcak ve sevgi dolu bir şekilde konuşur.	☐	☐	☐	☐
29. Bana hemen kızar.	☐	☐	☐	☐
30. Sorularımı cevaplayamayacak kadar meşguldür.	☐	☐	☐	☐
31. Benden hoşlanmıyor gibi.	☐	☐	☐	☐
32. İstediğim her yere, ona sormadan gitmeme izin verir.	☐	☐	☐	☐
33. Hak ettiğim zaman bana güzel şeyler söyler.	☐	☐	☐	☐
34. Çabuk parlar ve öfkesini benden çıkarır.	☐	☐	☐	☐
35. Arkadaşlarımın kim olduğuyla yakından ilgilenir.	☐	☐	☐	☐
36. Bana ne söylendiyse, aynen öyle davranmamda ısrar eder.	☐	☐	☐	☐
37. Yaptığım şeylerle gerçekten ilgilenir.	☐	☐	☐	☐
38. Bana bir sürü kırıcı şey söyler.	☐	☐	☐	☐
39. Ondan yardım istediğimde benimle ilgilenmez.	☐	☐	☐	☐
40. Başım derde girdiğinde, hatanın bende olduğunu düşünür.	☐	☐	☐	☐
41. Dilediğim her akşam dışarı çıkmama izin verir.	☐	☐	☐	☐
42. Bana istenilen ve ihtiyaç duyulan biri olduğumu hissettirir.	☐	☐	☐	☐
43. Onun sinirine dokunduğumu söyler.	☐	☐	☐	☐
44. Bana çok ilgi gösterir.	☐	☐	☐	☐

	Hemen Her Zaman Doğru	Bazen Doğru	Nadiren Doğru	Hiçbir Zaman Doğru Değil
45. Yaptığım her şeye karışmak ister.	☐	☐	☐	☐
46. İyi davrandığım zaman benimle ne kadar gurur duyduğunu söyler.	☐	☐	☐	☐
47. Beni kırmak için elinden geleni yapar.	☐	☐	☐	☐
48. Hatırlaması gerekir diye düşündüğüm önemli şeyleri unutur.	☐	☐	☐	☐
49. Şayet kötü davranırsam, beni artık sevmediğini hissettirir.	☐	☐	☐	☐
50. Bana yapmam için bazı işler verir ve o işler bitene kadar başka hiçbir şey yapmama izin vermez.	☐	☐	☐	☐
51. Bana yaptığım şeylerin önemli olduğunu hissettirir.	☐	☐	☐	☐
52. Yanlış bir şey yaptığımda beni korkutur veya tehdit eder.	☐	☐	☐	☐
53. Benimle zaman geçirmekten hoşlanır.	☐	☐	☐	☐
54. Canım ne isterse yapmama izin verir.	☐	☐	☐	☐
55. Korktuğumda ya da birşeye canım sıkıldığında, bana yardım etmeye çalışır.	☐	☐	☐	☐
56. Kötü davrandığım zaman beni arkadaşlarımın önünde utandırır.	☐	☐	☐	☐
57. Benden uzak durmaya çalışır.	☐	☐	☐	☐
58. Benden şikayet eder.	☐	☐	☐	☐
59. Yaptığım herşeyi kontrol etmek ister.	☐	☐	☐	☐
60. Benim ne düşündüğüme önem verir ve düşündüklerim hakkında konuşmamdan hoşlanır.	☐	☐	☐	☐
61. Ne yaparsam yapayım, diğer çocukların benden daha iyi olduğunu düşünür.	☐	☐	☐	☐
62. Bir plan yaparken benim de ne istediğime önem verir.	☐	☐	☐	☐
63. Benim için önemli olan şeyleri, kendisine zorluk çıkarsa da, yapmama izin verir.	☐	☐	☐	☐
64. Diğer çocukların benden daha akıllı ve uslu olduğunu düşünür.	☐	☐	☐	☐
65. Bakmaları için beni hep başkalarına bırakır.	☐	☐	☐	☐
66. Bana istenmediğimi belli eder.	☐	☐	☐	☐
67. Yaptığım şeylerle ilgilenir.	☐	☐	☐	☐
68. Canım yandığında veya hasta olduğumda, kendimi daha iyi hissetmem için elinden geleni yapar.	☐	☐	☐	☐
69. Kötü davrandığım zaman benden ne kadar utandığını söyler	☐	☐	☐	☐

	Hemen Her Zaman Doğru	Bazen Doğru	Nadiren Doğru	Hiçbir Zaman Doğru Değil
70. Beni sevdiğini belli eder.	☐	☐	☐	☐
71. Bana karşı yumuşak ve iyi kalplidir.	☐	☐	☐	☐
72. Kötü davrandığım zaman beni utandırır veya suçlu hissettirir.	☐	☐	☐	☐
73. Beni mutlu etmeye çalışır.	☐	☐	☐	☐

EK IV

AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA: İlişikte aileler hakkında 60 cümle bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuduktan sonra, sizin ailenize ne derecede uyduğuna karar veriniz. Önemli olan, sizin ailenizi nasıl gördüğünüzdür. Her cümle için 4 seçenek söz konusudur (*Aynen Katılıyorum/ Büyük Ölçüde Katılıyorum/ Biraz Katılıyorum/ Hiç Katılmıyorum*) Her cümlenin yanında 4 seçenek için de ayrı yerler ayrılmıştır. Size uygun seçeneğe (X) işareti koyunuz. Her cümle için uzun, uzun düşünmeyiniz. Mümkün olduğu kadar çabuk ve samimi cevaplar veriniz. Kararsızlığa düşerseniz, ilk aklınıza gelen doğrultusunda hareket ediniz. Lütfen her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

CÜMLELER:	Aynen Katılı-yorum	Büyük Ölçüde Katılı-yorum	Biraz Katılı-yorum	Hiç Katılmı-yorum
1.Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız.	()	()	()	()
2.Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz.	()	()	()	()
3.Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenlerini bilir.	()	()	()	()
4.Bizim evde, kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler.	()	()	()	()
5.Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler.	()	()	()	()
6.Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda, birbirimize destek oluruz.	()	()	()	()
7.Ailemizde acil bir durum olsa, şaşırıp kalırız.	()	()	()	()
8.Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız.	()	()	()	()
9.Birbirimize karşı olan sevgi, şefkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçınırız.	()	()	()	()
10.Gerektiğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız.	()	()	()	()
11.Evde dertlerimizi üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz.	()	()	()	()
12.Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uygularız.	()	()	()	()
13.Bizim evdekiler, ancak onların hoşuna giden şeyler söylediğimizde bizi dinlerler.	()	()	()	()
14.Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir.	()	()	()	()
15.Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur.	()	()	()	()
16.Ailemizin üyeleri, birbirlerine hoşgörülü davranırlar.	()	()	()	()
17.Evde herkes başına buyruktur.	()	()	()	()
18.Bizim evde herkes, söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler.	()	()	()	()
19.Ailede bazılarımız, duygularımızı belli etmeyiz.	()	()	()	()
20.Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz.	()	()	()	()
21.Ailecek, korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınırız.	()	()	()	()
22.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz.	()	()	()	()
23.Gelirimiz (ücret, maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor.	()	()	()	()
24.Ailemiz, bir problemi çözdükten sonra, bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır.	()	()	()	()

25.Bizim ailede herkes kendini düşünür.	()	()	()	()
26.Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz.	()	()	()	()
27.Evimizde banyo ve tuvalet bir türlü temiz durmaz.	()	()	()	()
28.Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz.	()	()	()	()
29.Evde herkes her istediğini birbirinin yüzüne söyleyebilir.	()	()	()	()
30.Ailemizde, her birimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır.	()	()	()	()
31.Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	()	()	()	()
32.Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir.	()	()	()	()
33.Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karışırız.	()	()	()	()
34.Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz.	()	()	()	()
35.Evde genellikle söylediklerimizle, söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır.	()	()	()	()
36.Aile içinde birbirimize hoşgörülü davranırız	()	()	()	()
37.Evde birbirimize, ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacaksak ilgi gösteririz.	()	()	()	()
38.Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz.	()	()	()	()
39.Ailemizde sevgi ve şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır.	()	()	()	()
40.Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız.	()	()	()	()
41.Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur.	()	()	()	()
42.Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterir.	()	()	()	()
43.Evde birbirimize karşı açık sözlüyüzdür.	()	()	()	()
44.Ailemizde hiçbir kural yoktur.	()	()	()	()
45.Evde birinden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendisine hatırlatılması gerekir.	()	()	()	()
46.Aile içinde, herhangi bir sorunun (problemin) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz.	()	()	()	()
47.Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeyiz.	()	()	()	()
47.Bizim evde aklınıza gelen her şey olabilir.	()	()	()	()
49.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz.	()	()	()	()
50.Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz.	()	()	()	()
51.Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	()	()	()	()
52.Sinirlenince birbirimize küseriz.	()	()	()	()
53.Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez.	()	()	()	()
54.Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışıyoruz.	()	()	()	()
55.Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir.	()	()	()	()
56.Aile içinde birbirimize güveniriz.	()	()	()	()
57.Ağlamak istediğimizde, birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz.	()	()	()	()
58.İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz.	()	()	()	()
59.Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz.	()	()	()	()
60.Problemimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.	()	()	()	()

EK V

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı	: Özlem ŞİRELİ
Doğum Tarihi ve Yeri	: 27.03.1981 Almanya
Medeni Durumu	: Bekar
Adres	: Güzeltepe sok.5/20 Demirlibahçe/Ankara
Telefon	: 0 5069309204
e-posta	: ozlemsireli@gmail.com
Mezun olduğu Tıp Fakültesi	: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Görev Yerleri	: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği
Dernek Üyelikleri	: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği
Yabancı Dil	: İngilizce