



T.C

BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

DEPRESYON TANILI ERGENLERDE DUYGU TANIMA VE DÜZENLEME
İŞLEVLERİ

Dr. Ece AYTAÇ

UZMANLIK TEZİ

BURSA-2021



T.C

BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

DEPRESYON TANILI ERGENLERDE DUYGU TANIMA VE DÜZENLEME
İŞLEMLERİ

Dr. Ece AYTAÇ

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Dr. Öğretim Üyesi Şafak ERAY

BURSA-2021

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iii
SUMMARY.....	v
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Majör Depresif Bozukluk	1
1.1.1. Majör Depresif Bozukluk Tanımı	1
1.1.2. Epidemiyoloji	2
1.1.3. Majör Depresif Bozukluğun Kuramsal Temelleri	2
1.1.4. Etyoloji.....	3
1.1.5. Depresyon Klinik Özellikleri ve Gidişi	5
1.1.6. Komorbidite	6
1.1.7. Majör Depresif Bozukluk Tedavisi	6
1.1.8. Major Depresyon Bozukluğu DSM 5 Tanı Ölçütleri	7
1.2. Zihin kuramı	9
1.2.1. Zihin Kuramı Tanımı.....	9
1.2.2. Zihin Kuramı Bileşenleri	9
1.2.3. Zihin Kuramı Alt Tipleri (Sosyal Duygusal- Sosyal Algısal)	10
1.2.4. Depresyonda Zihin Kuramı.....	11
1.3. Duygu Düzenleme	12
1.3.1. Duygu Düzenleme Tanımı ve Özellikleri	12
1.3.2. Depresyon ve Duygu Düzenleme.....	14
ÇALIŞMANIN AMAÇLARI.....	16
ÇALIŞMANIN HİPOTEZLERİ.....	16
2. YÖNTEM.....	17
2.1. Çalışmanın Akışı.....	18
2.2. Uygulanacak Veri Toplama Araçları	18
2.2.1. Sosyodemografik Veri Formu	19
2.2.2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu -Türkçe Uyarlaması (K-SADS-PL).....	19
2.2.3. Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği.....	19

2.2.4.	Çocuklar için Kovaks Depresyon Ölçeği.....	20
2.2.5.	Çocuklar için Anksiyete Tarama Ölçeği.....	21
2.2.6.	İma Testi	21
2.2.7.	Gözlerden Zihin Okuma Testi.....	21
2.3.	İstatistiksel Analiz	22
3.	BULGULAR	24
3.1.	Ölçeklerin Güvenilirliği	24
3.2.	Sosyodemografik Bulgular	25
3.3.	Hasta Grubunda Psikiyatrik Ölçekler ve Birbirleri ile İlişkileri	26
3.4.	Kontrol Grubunda Psikiyatrik Ölçekler ve Birbirleri ile İlişkileri	30
3.5.	Ölçek Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması	31
3.6.	Hasta Grubunda Olup Olmamayı Belirleyen Faktörlerin İncelenmesi	33
4.	TARTIŞMA	34
	KAYNAKLAR	39
	EKLER	45
	EK-1: Sosyodemografik Veri Formu	45
	EK-2: Kovaks Depresyon Testi.....	47
	EK-3: Çocuklarda Anksiyete Bozuklukları Tarama Ölçeği	50
	EK-4: İma Testi.....	52
	EK-5: Gözlerden Zihin Okuma Testi	53
	EK-6: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği	55
	EK-7: Klinik Global İzlenim Ölçeği	56
	TEŞEKKÜR.....	57
	ÖZGEÇMİŞ.....	58

ÖZET

Duygusal zekâ çerçevesinden bakıldığında; duygu düzenleme, kendi duygularını ve karşısındaki kişinin duygularını tanıma, duyguyu anlama ve düşünceyi yönetmek için duyguları kullanma bir arada kullanılması gereken, birbiriyle ilişkili donanımlardır.

Bu mekanizmanın doğru çalışması tüm becerilerin uyum içinde kullanılmasına bağlıdır. Sosyal, akademik ve ailesel işlevselliğin sağlıklı yürütülmesi ancak duygu tanıma, zihin kuramı ve duygu düzenleme becerilerinin tümünün yeterli ve yerinde kullanımı ile mümkündür.

Çalışmamızda ilk olarak ergen yaş grubunda ciddi işlevsellik kaybına yol açan Majör Depresif Bozuklukta bu becerilerin bozulmasına etki eden değişkenlerin tespit edilmesi amaçlanmıştır. İkinci olarak hastalık şiddeti, anksiyete düzeyleri, sosyodemografik etkiler, yaş ve cinsiyet gibi değişkenlerin duygu düzenleme ve zihin kuramı becerileri üzerine etkilerinin tespit edilmesi amaçlanmaktadır. Üçüncü amacımız majör depresyon tanısı konan ergenlerde duygu düzenleme zorlukları ile zihin kuramı bozuklukları arasında ilişki olup olmadığını saptamaktır.

Bu çalışma, 12-18 yaş arası depresyon tanısı almış olan ergenlik çağındaki katılımcıların duygu düzenleme zorlukları, duygu tanıma becerileri ve zihin kuramı becerileri ile hastalık şiddeti, yaş ve cinsiyet gibi değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olabileceği hipotezinden yola çıkarak yapılmıştır.

Çalışmamıza 52 depresyon tanılı ergen, 56 psikiyatrik açıdan sağlıklı ergen katılmıştır. Araştırma kapsamında değişkenlerin incelenmesi için hasta ve kontrol grubuna Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG - ŞY) DSM-5 yarı yapılandırılmış görüşmesi (Kaufman 1997), araştırmacılar tarafından oluşturulmuş Sosyodemografik Veri Formu, Kovaks Depresyon Ölçeği (Kovacs 1981), Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI) (Guy W. - 1976), Çocuklarda Anksiyete Bozuklukları Tarama Ölçeği (Birmaher 1999), Duygu Düzenlemede

Güçlükler Ölçeği (Gratz ve Roemer 2004), Gözlerden Zihin Okuma Testi (Baron-Cohen 1997), İma Testi (Corcoran 1995) uygulanmıştır.

Depresyon tanılı ergenlerde duygu düzenleme güçlükleri anlamlı düzeyde daha yüksektir, depresyon şiddetiyle korelasyon göstermektedir. En yüksek korelasyon gösteren alt boyut Strateji Yoksunluğu olarak bulunmuştur. Zihin kuramı testlerinden Gözlerden Zihin Okuma testinde anlamlı farklılık görülmezken İma Testinde anlamlı farklılık bulunmuştur, hasta grubunda anksiyete düzeyiyle korelasyon göstermektedir. DDGÖ ve ÇATÖ'den yüksek puan alma ve ailede psikiyatrik hastalığı olan bir bireyin bulunmasının depresyon tanısı almada riski arttırdığı görülmüştür.

Duygu düzenleme güçlüklerinin anlamlı olarak yüksek olması literatür ile uyumludur. Alt boyutların incelenmesi ve korelasyonların ortaya konması hastalık içinde yaşanan spesifik zorlukları daha açık göstermektedir. Yapılan zihin kuramı testlerinde sosyal algısal alan değişiklik göstermezken, sosyal bilişsel alan anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Literatür bu kavramlar bakımından farklı sonuçlar sunan çalışmalar içermektedir. Kaygı düzeyinin yüksek olması ve ailede psikiyatrik hastalık tanısı olan bireyin bulunması, depresyon riskini arttırmaktadır. Hastaların bu alanlarda da değerlendirilmeleri ve gerekli müdahalelerin yapılması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Ergen, depresyon, duygu tanıma, zihin kuramı, duygu düzenleme.

SUMMARY

Emotion Recognition and Emotion Regulation on Adolescent Depressive Disorder

In our study, 52 adolescents between the ages of 12-18 diagnosed with depression and these patients' emotion recognition and regulation skills are evaluated. Based on the hypothesis that adolescents' emotional regulation difficulties, emotion recognition skills and mind theory skills may have a significant relationship between variables such as disease severity, age and gender. For this purpose, 52 adolescents diagnosed with depression and 56 psychiatric healthy adolescents participated in the study. For the examination of the variables within the scope of the research, Affective Disorders and Schizophrenia Interview Schedule-Now and Lifetime (DSC-SF) DSM-5 semi-structured interview (Kaufman 1997), created by the researchers, to the patient and control groups (Kaufman 1997). Scale (Kovacs 1981), Clinical Global Impression Scale (CGI) (Guy W.-1976), Children's Anxiety Disorders Screening Scale (Birmaher 1999), Emotional Difficulty Scale (Gratz and Roemer 2004), Mind Reading Test (Baron-Cohen 1997), Manufacturing Test (Corcoran 1995) was applied.

When viewed from the emotional intelligence framework; emotion regulation is the interrelated equipment that must be used together to recognize their own feelings and feelings of the other person, understand the emotion and use emotions to manage thought.

The correct functioning of this mechanism depends on the harmonious use of all skills. It is possible to carry out the social, academic and family functioning properly only with adequate and appropriate use of emotion recognition, theory of mind and emotion regulation skills.

In our study, firstly, it was aimed to determine the variables that affect the deterioration of these skills in Major depressive disorder, which causes

serious loss of functionality in the adolescent age group. Secondly, the effects of variables such as disease severity, sociodemographic effects, age and gender on emotion regulation and mind theory skills. Our third aim is to determine whether there is a relationship between emotional regulation difficulties and mental theory disorders in adolescents diagnosed with major depression.

Key words: Adolescent, depression, emotion recognition, theory of mind, emotion regulation.

1. GİRİŞ

Majör Depresif Bozukluk, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi alanında klinisyenlerin yoğunlukla tanı koyduğu ve takip ettiği bir psikiyatrik tanıdır. Psikofarmakolojik tedavi süreci, psikoterapötik yaklaşımların yoğun gerekliliği, relaps ve rekürrens sıklığı ve idame tedavilerin gerekliliği bakımından klinik pratiğimizin büyük kısmını doldurmaktadır.

Hastalığın etyolojisi ve sürdürücüleri ile ilgili yapılan araştırmalar tedavi yöntemleri bakımından ışık tutsa da, işlevselliği arttıracak ve rekürrensleri önleyecek tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi için hastalığın doğasına dair daha spesifik bilgilere ihtiyaç duyulmaktadır.

Duygu düzenleme literatüründe yapılan çalışmalar depresyon ile ilişkisine dair değerli bilgiler sunarak, tedavi yöntemleri için doğru yönlendirmeler yapabilir. Zihin Kuramı literatüründe de edinilen bilgiler Majör Depresif Bozukluk tanısı ve hastalığın doğasını ortaya koymada önemli veriler sağlamaktadır. Bu birbiriyle ilişkili ve hastalığın doğasını ortaya koyup tedavi yöntemlerini geliştirebilecek iki kavramın birarada incelenmesi ve ilişkilerinin Majör Depresif bozukluk çatısı altında ortaya konması bütüncül yaklaşımlar bakımından önemlidir.

1.1. Majör Depresif Bozukluk

1.1.1. Majör Depresif Bozukluk Tanımı

Major Depresif Bozukluk uluslararası ruhsal bozuklukların tanısallık ve sayımsal el kitabı olan DSM-5'te 'Depresyon Bozuklukları' başlığı altında yer alır. Süreklilik arz eden üzüntü, iritabilite, eskiden zevk alınan aktivitelere karşı isteksizlik, konsantrasyon bozukluğu, enerji azlığı, suçluluk veya değersizlik düşünceleri, uyku değişiklikleri (fazla veya az uyuma), iştah değişimleri (iştahta artma veya azalma) ve olumsuz düşünme gibi bulgularla karakterize bir bozukluktur. Tanı konabilmesi için en az 1 tanesi ilk iki kriterden olmak üzere, 5 ölçütün karşılanması gerekmektedir (1).

Majör depresif bozukluk (MDB), yaşam boyu en sık görülen duygu durum bozukluğudur (2). Ergenlik çağında depresyon sosyal ve akademik işlevsellikte bozulmaya yol açar. Bu dönemde depresyon kendine zarar verici girişimler, öz kırım, madde kullanımı gibi sonuçlar doğurabilen, tedavisi ve takibi zorunlu bir hastalıktır. MDB' nin ergenlik çağında görülme sıklığı %5 olarak bildirilmiştir (3). Orta ergenlik dönemine gelindiğinde kızların %12'sinin, erkeklerin ise %7'sinin yaşamları boyunca en az bir kez depresyon yaşadıkları bildirilmiştir (4).

Depresyon tanısı alan hastaların %50'si yaşamları boyunca en az bir kez daha depresyon tanısı almaktadır (1). Bu nedenle depresyonun ortaya çıkmasına ve sürmesine ve tekrarlamasına etki eden faktörlerin saptanması önemlidir.

1.1.2. Epidemiyoloji

Yapılan çalışmalar okul çağı öncesi çocuklarda depresyon sıklığının %1'den az olduğunu bildirmektedir. Okul çağında depresyon tanısı %2 civarına yükselmekte, ergenlik döneminde bakıldığında ise %4-8 oranları ile karşılaşılmaktadır (5-7).

Ergenlik öncesi depresyon, kızlar ve erkekler arasında eşit oranda görülürken, ergenlikle birlikte kızlarda artış görülmekte ve oran K/E=2/1 olmaktadır (7,8).

1.1.3. Majör Depresif Bozukluğun Kuramsal Temelleri

Psikanalitik Kuram'a göre depresyon; kaybedilmiş sevgi nesnesinin yokluğuna karşı benlikte terkedilmişlik, boşluk, yoksullaşma duyguları, benlik değerinde azalma ve yok olma gerçekleşir. Kaybedilmiş sevgi nesnesine yönelik düşmanca duygular kişinin kendine yönelmesiyle oluşur.

Bilişsel Davranışçı Kuram'a göre olumsuz duygular, olumsuz düşüncelerin ürünüdür. Erken dönem yaşantılarıyla şekillenmiş depresif içerikli şemalar, temel inançlara sebep olur. Birey yaşam içinde karşılaştığı engellenmelerle temel inançları aktive olduğunda; dünyaya dair olumsuz bir

beklenti, geleceğe dair olumsuz bir beklenti ve kişinin kendi becerilerine dair olumsuz bir beklenti oluşur. Buna Beck'in Depresyon Triadı denir.

1.1.4. Etyoloji

1.1.4.1. Ailesel ve Kalımsal Risk Faktörleri

İkiz çalışmaları, genetik etmenlerin duygudurum bozukluklarının aktarılmasında etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Çocukluk çağında içinde bulunulan aile ortamı da depresyon gelişimi için önemli etkiler oluşturur. Aile çalışmalarında depresyonu olan ebeveynlerin çocuklarında psikopatoloji oranlarının yüksek olduğu belirtilmektedir. Her iki ebeveynin majör depresyon tanısı aldığı durumlarda bu oran daha da yükselmektedir. Depresif çocuk ve ergenlerin birinci derece akrabalarının değerlendirildiği çalışmalarda depresyon oranı %20-46 arasında gösterilmiştir. Tanının daha erken konduğu vakalarda akrabaların da depresyon tanısı alma oranları daha yüksek olmaktadır (9).

Olumsuz aile ortamı içinde yaşıyor olmak depresyon, intihar düşüncesi ve intihar girişimleri riskini arttırmaktadır. Depresyonu olan ergenler ailelerini çatışmacı, dışlayıcı, desteklemeyen gibi özelliklerle tanımlama eğiliminde olmaktadır. Çatışmalı aile ortamı depresyon gelişimi ve devamı için ortam hazırlar, tedaviye dirençle ilişkilidir.

1.1.4.2. Gen ve Çevre İlişkisi

Serotonin taşıyıcı genin kısa alelini taşıyan bireylerin çocukluk çağında zorlayıcı yaşantılar sonrası erişkin yaşamında depresyon ve intihar riskinin arttığı bildirilmiştir (10).

Depresyona genetik olarak yatkınlığı olan bireyler stresli yaşam olaylarına daha duyarlıdır. Depresyona yatkınlık depresif semptomlarla sonuçlanabilecek stresli yaşam olaylarıyla birlikte %40-60 kalıtsallık ile açıklanabilmektedir (11).

Ergenlerde genetik ve stres ilişkisinin incelendiği çalışmalar sınırlı sayıdadır. 12-17 yaş aralığında kız çocuklarında serotonin taşıyıcı geni alelinin

(5-HTTLPR) kısa formunun stresörle etkileşiminin depresif belirtilerin şiddetini etkilediği bulgusuna ulaşılmıştır (12).

1.1.4.3. Biyolojik Etmenler

Depresyonun temel biyokimyasal modeli 'Monoamin Hipotezi' dir. Bu hipoteze göre serotonin, nöradrenalin ve dopaminden oluşan üç monoaminden birinin veya birkaçının eksikliği, aktivitesinde azalma veya reseptör sayı veya duyarlılığında artmanın sonucu olarak depresyonun biyolojik mekanizmasının harekete geçtiği düşünülmektedir.

Hipotalamohipupitüer aks aktivitesinde ve kortizol sekresyonunda artış depresyonda rol oynayan önemli risk faktörleridir (13) .

Çocuk ve ergen grubunda deksametazon supresyon testi (DST) kullanılarak yapılan çalışmalarda depresif ergenlerin %70'inde, depresif çocukların %43'ünde DST pozitifliği saptanmıştır. DST pozitifliğinin depresyon dönemi sonunda da düzelme gösterdiği belirtilmiştir (14).

Depresyonla ilişkilendirilen diğer bir nöroendokrin mekanizma da hipotalamo-hipofiz-tiroid bezi akstır. Son yıllarda tedaviye dirençli depresyonlarda triiodotironin (T3) tedavisinin eklenmesi ve bazı olgularda olumlu sonuç alınması, tiroid fonksiyonları ve depresyon arasındaki ilişkinin önemini kanıtlamaktadır (15).

1.1.4.4. Stresli Yaşam Olayları

Çocukluk çağında deneyimlenen örseleyici olaylar, aile içi çatışmalar, sosyoekonomik düzey düşüklüğü, istismar ve ihmal, aileden ayrılma, travma ve ağır hastalıklar stresli yaşam olayları olarak değerlendirilir. Stresli yaşam olayları hem erişkinlikte hem de çocuklukta depresyon gelişmesinde rol oynarlar.

Çevresel stres faktörü ile karşılaşan kişilerin büyük bir çoğunluğunda depresyon gelişmediği halde; biyolojik veya ruhsal bir yatkınlığın olduğu durumlarda, tetikleyici bir olayın ardından ilk depresif atak başlayacaktır.

Stres faktörleri arasında en çarpıcı olanlardan biri de bebeklik-çocukluk döneminde ebeveynler ile olan uzun süreli ayrılıklardır. Bu zorlayıcı

yaşantılar yaşamın strese en hassas olduğu dönemde hipotalamo-hipofiz-böbrek üstü dizgesininin aktivasyonunu artırır (16). Beynin daha fazla strese karşılaşmasına sebep olur. Bu teoriye göre stres nörotransmitter, nöronlar arası sinyalleşme ve sinaptik yapılara zarar vermekte ve duygudurum dönemlerine yatkınlığı artırmaktadır (16).

Fiziksel, cinsel istismar ve ihmal de depresyon başlangıcı için önemli risk faktörlerindedir. İstismarın genetik yatkınlığı olan çocuklarda depresyona yol açma ihtimali daha fazladır (17). Yine akran zorbalığı da özellikle olumsuz bilgilere yol açarak depresyon riskini artırmaktadır (18).

1.1.4.5. Mizaç ve Kişilik Özellikleri

Depresyona yatkın kişilerde karamsarlık, belirsizlikten korkma, endişelilik ve kaçınan davranış gösterme gibi özellikleri içine alan bir mizaç tanımlanmış ve zarardan kaçınma (harm avoidance) olarak isimlendirilmiştir (19). Serotoninerjik yollarla bağlantılı olan bu özelliğin kalıtımsallığı tartışılmaktadır (20). Ek olarak; çekingen, bağımlı, anksiyöz ve borderline kişilik özellikleri gibi içe yönelme semptomlarına yatkın çocuk ve ergenlerde MDB daha sık olmaktadır (21).

1.1.5. Depresyon Klinik Özellikleri ve Gidişi

Çocuklarda MDB daha çok somatik belirtiler ve ayrılık anksiyetesi belirtileri gösterirken, ergenlerde psikotik belirtiler, özkıyım girişimleri, madde kullanımı, psikomotor retardasyon veya ajitasyon olabilmektedir.

Klinik örnekleme Majör Depresif Bozukluk ortalama 8 ay ve toplum örnekleminde 1-2 ay sürmektedir (5). Çocuk ve ergenlerde yapılan çalışmalar birçok çocuğun ilk depresif atağı atlattığını ancak tekrarlama oranlarının çok yüksek olduğunu söylemektedir. Olguların bir kısmı ise süregelenleşmektedir.

İlk 2 yıl için %20-60 oranında, ilk 5 yıl için %70 oranında depresif atakta yineleme görülmektedir.

Tedavi olmayarak süregelenleşmiş ergenlik çağı depresyonu; sosyal ve duygusal işlevsellik kayıplarını hayati kılmaktadır. Zamanla üzerine alkol ve madde kötüye kullanımı binebilmekte ve/veya özkıyım ile sonuçlanabilmektedir

(5). MDB tanılı ergenlerin %35-50 'sinin en az bir kez özkıyım girişiminde bulunduğunu bildirmiştir.

Hastalığın işlev kaybına sebep olduğu temel alanlardan biri sosyal alandır. Depresyondaki bireyler depresyonda olmayan bireylere göre sosyal etkileşimde çekilme, sosyal etkileşimden daha az keyif alma ve sonuç olarak daha az sosyal etkileşim kurma deneyimi yaşarlar (22). Duygu tanıma ve zihin teorisi (ZK) de dâhil olmak üzere sosyal bilişteki zorluklar, bu bozukluklarda fonksiyonel açıklarda önemli rol oynayabilir (23-25).

1.1.6. Komorbidite

MDB tanılı çocuk ve ergenlerin %40-90'ında en az bir eş tanı, %50'sinin en az 2 eş tanısının olabileceği bildirilmiştir (5, 6).

En sık görülen eş tanılar çocukluk çağında Anksiyete Bozuklukları (Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu), Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Yıkıcı Davranım Bozukluklarıdır.

Ergenlik döneminde MDB'a en sık eşlik eden psikiyatrik tanı Distimidir. Bu tanılara Alkol ve madde kötüye kullanımının eklenmesi sosyal, psikolojik, kişilerarası alanlarda ciddi sorunlara yol açar.

1.1.7. Majör Depresif Bozukluk Tedavisi

Depresyon tedavisi akut, sürdürüm ve idame tedavisi olarak 3 bölümden oluşur. Akut tedavinin amacı, semptomların belirgin biçimde azalmasıyla belirli yanıt oluşumu sağlamaktır. Sürdürüm tedavisi remisyon elde edilmesi ve rölapların engellenmesini amaçlar. İki aydan daha fazla bir süre depresyon belirtileri tamamen ortadan kalktıysa hasta iyileşme evresindedir, bu dönemde iyileşmenin sürdürülmesi ve rekürrenslerin önüne geçmek için uygulanan tedavi idame tedavisidir.

Hafif olgularda psikososyal müdahaleler, psikoeğitim, destekleyici psikoterapi uygulanırken, orta ve ağır şiddette olgularda Bilişsel Davranışçı Terapi, Kişilerarası Psikoterapi, psikofarmakolojik tedavi yöntemleri kullanılır.

Psikofarmakolojik tedavi yöntemlerinden; Fluoksetin tedavisinin 8 yaş ve üzerinde, Essitalopram tedavisinin 12 yaş üzerinde FDA onayı bulunmaktadır.

Şiddetli klinik, ağır ajitasyon, intihar düşüncesi ve girişimi, psikotik özelliklerin eşlik etmesi gibi hastalığı komplike eden durumlarda yatarak tedavi gündeme gelebilir.

1.1.8. Major Depresyon Bozukluğu DSM 5 Tanı Ölçütleri

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

Not: Açıkça başka bir sağlık durumuna bağlı belirtileri almayınız.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir. (örn: üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarının gözlenir. (örn. ağlamaklı görünür).

Not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygudurum olabilir.

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

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

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

5. Neredeyse her gün, psikodevinsel kıskırma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarının gözlenebilir; yalnızca, öznel düngünlük sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil)

6. Neredeyse her gün bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2.Zihin kuramı

1.2.1. Zihin Kuramı Tanımı

Zihin Kuramı, başkalarının zihinsel durumlarını (duygular, inançlar, niyetler ve arzular) ve zihinsel durumlarına dayanarak davranışlarını anlama ve tahmin etme kabiliyetidir.

Başarılı bir sosyal iletişim; ortamdaki sosyal işaretleri algılama, bu işaretlerin doğru yorumlanması, dikkat ve karar verme, dürtünün uygun kontrolü gibi birçok bilişsel işleve bağlıdır. Zihin kuramı; başkalarının niyetleri hakkında varsayımlarda bulunmak ve bunları yorumlamak olarak da tanımlanabilir. Kişinin başkalarına zihinsel durumlar atfedebilmesini sağlar. İletişime geçilen kişilerin farklı inançlara sahip olabileceği ve bunlara göre davranabileceğinin anlaşılması, başarılı sosyal etkileşim için temel öğelerden birisidir (26).

Doğumla birlikte duygu tanıma becerileri motor taklit seviyesinden, 2-3 yaş ile birlikte emosyonel uyaranları olumsuz/olumlu, şiddetli- zayıf şeklinde sınıflama seviyesine ilerler. 3-4 yaştan itibaren çocuklar aile dışındaki bireylerin de mutluluk, üzüntü gibi temel duyguları deneyimleyebildiklerini ayırt ederler.

Gelişimsel düzey ilerledikçe duygu tanıma becerilerine niyet anlama becerileri de eklenir. Zihin kuramı donanımları artarak devam ederken bireyin sosyal ilişkileri de çoğalır ve derinleşir.

1.2.2. Zihin Kuramı Bileşenleri

1.2.2.1. Birinci Derece Zihin Kuramı

Birinci derece Zihin Kuramı; gelişimsel olarak ilk gelişen Zihin Kuramı becerisidir ve başkalarının yanlış düşüncelerini anlama becerisi olarak tanımlanır (27).

1.2.2.2. İkinci Derece Zihin Kuramı

İkinci Derece Zihin Kuramı becerisi “düşünce hakkındaki düşünce” veya “inanç hakkındaki inanç” olarak tanımlanmaktadır (28). Kişinin bir başkasının, bir olayla veya üçüncü bir kişinin düşünceleriyle ilgili düşüncesi hakkındaki düşüncelerini tanıma ve yanlış bir düşünceye sahip olduğunu anlayabilme becerisidir (29).

1.2.2.3. Metafor ve İroni

Sosyal iletişimdeki bir cümlenin anlamını kavramak için, kelime anlamlarının ya da bağlantılı olduğu gramerin anlaşılması yeterli değildir. Konuşmacının niyetinin ne olduğu ve kelimeleri, jest ve mimikleri hangi bağlamda kullandığının da anlaşılması gerekir.

Metafor ve ironiyi kavrama, soyut bir konuşmanın yorumlanmasını içeren daha karmaşık ve ince Zihin Kuramı becerileridir. Konuşmanın düz anlamını bir tarafa koyarak, konuşmacının gerçek niyetini anlamayı gerektirir.

1.2.2.4. Faux Pas

Türkçeye pot kırma, gaf yapma şeklinde çevrilebilecek bu kavram gelişimsel açıdan daha karmaşık bir Zihin Kuramı becerisidir. Kişinin kendisinin veya bir başkasının gaf yaptığını anlayabilme becerisidir.

1.2.3. Zihin Kuramı Alt Tipleri (Sosyal Duygusal- Sosyal Algısal)

Zihin kuramının sosyal–bilişsel ve sosyal-algısal olmak üzere iki alt tipi bulunur (30).

Sosyal bilişsel olarak adlandırılan ilk alt tip; bir diyalog veya olay esnasında diğer kişilerin davranışlarına ve sözlerine bakarak, bu davranışların altında yatan zihinsel durumu çıkarsamak olarak tanımlanmıştır. Sosyal bilişsel alt tip yanlış inanç testleri ile test edilmektedir.

Sosyal algısal olarak adlandırılan ikinci alt tip ise doğrudan gözlenebilen durumlara dayanarak (bir fotoğrafa bakıp duyguyu veya niyeti anlamak gibi) diğer kişilerin zihinsel durumunu algılama yetisi olarak tanımlanmaktadır. Sosyal algısal alt tip duygu tanıma becerisi ile de ilişkilendirilmiştir. Gözlerden Zihin Okuma Testi bu yetiyi değerlendirmek için en sık kullanılan testtir.

Sosyal yaşamda, karşımızdaki insanın zihinsel durumunu çıkarsamak için hem bağlamsal ve anlamsal dil kullanımı hem de jest, mimik ve hareketlerin gözlemlenmesine dayanarak Zihin Kuramı kullanımı, yani sosyal bilişsel ve algısal zihin kuramı becerileri birarada kullanılmaktadır.

1.2.4. Depresyonda Zihin Kuramı

Sosyal uyum ve zihin kuramı işlevleri; majör depresif bozukluk için önemli kavramlardır. Hem kişilerarası işlevsellik hem de bilişsel atıflar bakımından, hastalığın doğasında bulunan özellikler sebebiyle üzerinde durulmaktadır.

Sosyal uyum, kişinin kendisiyle diğerleri arasındaki ilişkinin tasarımlarını yapılandırabilme, bu tasarımları sosyal davranışları esnek bir şekilde yönlendirebilmek için kullanabilme becerisidir. Sosyal uyarıları işleme becerisi sosyal etkileşimler için çok önemlidir. Sosyal bilginin işlenmesi ile ilgili önemli kavramlardan biri de zihin kuramı kavramıdır. Zihin Kuramı, başkalarının davranışlarını açıklamak ve bu davranışları tahmin edebilmek için, onların zihinsel durumlarına dair bilgi sahibi olma becerisidir.

Depresyon tanısı alan hastalarda zihin kuramı becerilerini inceleyen bir derleme çalışmasında; Majör Depresif Bozuklukta Zihin Kuramı yetersizliğinin orta etki büyüklüğü olduğu tespit edilmiştir (2).

Yazında Zihin Kuramı becerilerinde bozulma ile Depresyon arasında kuvvetli ilişki bulunduğu dair kanıtlar yoğunluktadır (31-36). Buna karşılık tutarlı olmayan sonuçlar da sunulmuştur.

Bu çalışmalardan bazıları bazı zihin kuramı testlerinde depresif hastaların daha başarılı olduğunu bulmuş (37-38), bazıları ise anlamlı bir bozulma saptamamışlardır (39-43). Bu farklılıkların kullanılan ölçüm araçları ve hasta gruplarının klinik özelliklerinin (hafif, orta, ağır, psikotik özellikli depresyon tanıları) farklı olmasından kaynaklanabileceği öne sürülmektedir.

1.3. Duygu Düzenleme

1.3.1. Duygu Düzenleme Tanımı ve  zellikleri

Emosyonlar; bireyi  zg n davranış veya davranışlar şeklinde harekete geçmesi için güdüleyen, öznel bir hisse eşlik eden fizyolojik ve otonom değişikliklerdir (44).

Potegal ve Qui (45) emosyonların belkide en kapsayıcı tanımlarından birini yapmış ve bu kavramın otonom sinir sistemi değişiklikleri, öznel değerlendirme/bilişler, bunların ifadeleri ve belli bir eyleme geçebilmek için güdülenme boyutlarından oluştuğunu aktarmıştır.

Ekman (46)'ın  ne sürdüğü ve yazında genel kabul göre görüşe göre altı evrensel duygunun insan yüzündeki ifadeleri ( fke, tiksinti, korku, mutluluk, üzüntü, şaşkınlık) dünyadaki tüm kültürlerde aynıdır. Bu altı temel duygunun yüzlerdeki ifadelerinin çocuklarda da evrensel olarak tanınabileceği araştırmalarla saptanmıştır (47).

Emosyonların düzenlenmesi ise bireyin uyumsal işlevini ve hedeflerine yönelik davranışlarını artırabilmek için yaşadığı emosyonel durumları değiştirme ve düzenleme becerisi olarak tanımlanabilir (48). D zenlenemeyen emosyonlar; aşırı/uygunsuz, hızlı değişen, emosyonel uyarılara verilen dikkatte farklılık veya bilişsel sapmalar şeklinde ortaya çıkar.

Duygu düzenlemesi, sahip olduğumuz duyguları ve bu duyguların ne zaman, nasıl yaşandığını ve ifade edildiğini etkileyen süreçler olarak tanımlanabilir (49). Gelişimsel süreçlerle yakından ilişkilidir. Yenidoğan ve bebeklik döneminde bakım veren tarafından bebeğe sağlanırken, çocukluk çağında sosyal ve kültürel etkileşim ve nörobiyolojik süreçler duygu düzenleme stratejilerinin gelişmesine katkı sağlar. Duygusal zekâ çerçevesinden bakıldığında duygu düzenleme, kendinin ve karşısındakinin duygularını tanıma, duyguyu anlama ve düşünceyi yönetmek için duyguları kullanma bir arada kullanılan 4 stratejidir. Bu mekanizmanın doğru çalışması tüm becerilerin uyum içinde kullanılmasına bağlıdır.

Ergenliğe geçiş ile (13-18 yaş), nörobiyolojik kazanımlar bilişsel ve davranışsal stratejilerin artan kullanımına yansır. Bilişsel yeniden

değerlendirme, problem çözme, soyut düşünme bu stratejilerdendir (50-51). Ergenlik döneminde olumsuz yaşam olaylarının ve duyguların daha sık tecrübenmesi yaygındır, bu nedenle bu yaş grubu disfonksiyonel duygu düzenlemesi için özellikle risk altındadır (52). Ergen yaş grubunda depresyon ve anksiyete semptomları ve duygu regülasyonu stratejilerini inceleyen bir derleme çalışmasında; duygusal düzenleme stratejileri ile ergenlikte depresif ve anksiyete belirtileri arasındaki bağlantı olduğu, hem adaptif duygu düzenleme stratejilerinin daha az kullanılmasının hem de maladaptif duygu düzenleme stratejilerinin daha sık kullanılmasının psikopatolojik sonuçlar için önemli olduğu bulunmuştur (53).

Duygu düzenleme; yaşanan duygunun gözlemlenmesi, değerlendirilmesi ve düzenlenmesi sırasında deneyimlenen tüm içsel ve dışsal süreçlerle yakından ilişkilidir (54). Buna göre, duygu düzenleme hem kişinin kendi duygularını hem de diğerleri tarafından oluşturulan duyguları fark edip, düzenlemesini içerir. Duyguların düzenlenmesi sürecinde kişi bu duyguları ortaya çıkaran nedenleri de değerlendirir. Özetle duygu düzenleme, hangi duyguya sahip olduğumuzu, sahip olduğumuz duyguyu deneyimleme konusunu, arkasında yatan nedenlerle beraber anlama ve ifade etme sürecini belirleyen süreçlerin birleşimidir (55). Bu süreçler; duygusal işaretleri okumak ve anlamak, bu işaretleri kategorize etmek ve değerlendirmek, sonuç olarak ise ortaya çıkacak davranışı düzenlemektir. Duygu düzenleme bu açılarından bakıldığında aktif bir süreçtir ve duygu tanıma, empati, zihinselleştirme becerilerinden tamamen ayrımlaştırılmaz.

Duygu düzenleme süreci için Gross ' un önerdiği modelde, içeriden ve dış çevreden gelen tüm belirtilerin toplanarak değerlendirme sürecine alınmasının gerekliliği üzerinde durulmuştur. Duygular, sistem içine gelen verileri ya da çıkan ürünü denetleyerek düzenlenmektedir. Gross'un duygu düzenleme süreci; durum seçimi, durum değişimi, dikkat açılımı, bilişsel değişim ve cevap modülasyonundan oluşan beş süreçten oluşur. Bu beş süreç;

Durum seçimi; kişinin bir duruma ya da seçeneğe yaklaşması ya da uzak durması kararını içerir. Farklı seçenekler arasında bir karar verilmektedir.

Durum değişimi; bireyin, bir olayı, o olayın sonucunda gelişecek duygusal etkiden kaçınmak için değiştirme, farklılaştırma yoluna gitmesidir.

Dikkat açılımı; bir durumu deneyimlerken dikkati belli bir yere ya da duruma yöneltme durumudur.

Bilişsel değişim; bireyin odak noktası olan duygusal bir olayda o olaya dair hissettiklerini değiştirmek adına olayı farklı bir şekilde değerlendirmesidir.

Cevap modülasyonu; duygusal, davranışsal ve fizyolojik olarak kişinin ortaya çıkmakta olan duyguyu kontrol etmesi, düzenlemesi durumudur.

Kişilerin duygularını amaçlarına yönelik olarak işlevsel olarak içe koşamadıkları (olumsuz duygunun azaltılamaması, kabul edilememesi, davranış kontrolünün olmaması) ya da daha kısa sürede fayda sağlamak için sonraki dönemde problem durumu ile karşı karşıya kaldıkları (olumsuz duruma ilişkin duygunun bastırılarak daha sonra ruhsal sağlığın bozulması gibi) durumlar duygu düzenleme sürecinde güçlükler yaşandığını gösterebilir (56).

1.3.2. Depresyon ve Duygu Düzenleme

Depresyonlu bireylerde en sık görülen bilişsel süreç kötü düşüncelere olan bilişsel yanlılıktır.

Bireylerin bilişsel süreçlerindeki bu yanlılığın, duygu düzenlemeyi de etkilediği ve içsel yönetim bozukluklarına sebep olduğu düşünülmektedir. İçsel yönetim bozukluğuna sahip bireyler ise dikkatsizlik ve bilişsel taraflı seçilimden dolayı uyum sorunları yaşayabilirler ve duygu düzenleme sürecini yönetmekte ve stratejileri kullanmakta güçlük ekerler (57-58). Bu bireyler yineleyen düşünce yapısına sahiptirler. Aynı düşüncede takılıp kalabilir, olumsuz duyguları denetleme, olumlu duyguları ise düzenlemede sıkıntı yaşayabilirler.

Depresyona sahip bireylerin olumlu olmayan hatıralara takılıp kalarak yoğun bir şekilde düşündüğü, daha çok olumsuz ruminasyon yaptığı rapor edilmiştir. Bu durum ruminasyon gibi olumsuz sayılabilecek bir duygu düzenleme stratejisi ile depresyon arasında bir ilişki olabileceği ihtimalini ne çıkarmıştır (58).

Yetişkinlerde yapılan araştırmalar; duygu düzenleme güçlüklerinin, olumsuz duygulanımla pozitif ilişkilendirildiğini (59,60), depresyon ve

anksiyete semptom şiddeti ile duygu düzenleme zorlukları arasında istatistiksel anlamlı ilişkiler olduğunu göstermiştir (60,61).

Duygu düzenleme ergenlerde içselleştirme ve dışsallaştırma sorunları (62), çocuklarda depresyon ve davranış sorunları (63) ile ilişkilidir. Bazı kanıtlar, duygu düzenleme güçlüklerinin, ergenlerde yaşanan içselleştirme problemlerinde dışsallaştırma problemlerinden daha büyük bir rol oynayabileceğini göstermektedir (62).

Adolesanlarda internalizan ve eksternalizan problemlerin duygu düzenlemede güçlükler ile ilişkisini inceleyen bir çalışmada (64), depresyon ile duygu düzenleme güçlükleri arasında anlamlı ilişki bulunmuş, anksiyete ve depresyon ile duygu düzenleme güçlüğü ölçeğinin alt boyutlarından strateji yoksunluğunu en belirgin alt boyut olarak göstermiştir.

Çalışmamızda duygu tanıma, zihin kuramı ve duygu düzenleme becerilerinin birbiriyle ilişkisi, ergenlik çağında endemik sayılabilecek Majör Depresif Bozukluk çatısı altında değerlendirilmiştir.

ÇALIŞMANIN AMAÇLARI

1. Ergen yaş grubunda ciddi işlevsellik kaybına yol açan Majör depresif bozuklukta duygu düzenleme ve zihin kuramı becerilerine etki eden değişkenlerin tespit edilmesi amaçlanmıştır.
2. Hastalık şiddeti, psikiyatrik eş tanıların etkileri, sosyodemografik değişkenler, yaş ve cinsiyet gibi değişkenlerin duygu düzenleme ve zihin kuramı becerileri üzerine etkilerinin tespit edilmesi amaçlanmaktadır.
3. Majör depresyon tanısı konan ergenlerde duygu düzenleme zorlukları ile zihin kuramı bozuklukları arasında ilişki olup olmadığını saptamaktır.

ÇALIŞMANIN HİPOTEZLERİ

1. Ergenin yaşadığı depresyonun şiddeti ile duygu düzenleme güçlüklerinin şiddeti arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.
2. Ergenin yaşadığı depresyonun şiddeti ile duygu tanıma ve ima anlama gibi zihin kuramı becerileri arasında ilişki ters yönlü bir ilişki vardır.
3. Ergenlerin zihin kuramı becerileri ile duygu düzenleme güçlükleri arasında negatif yönde anlamlı ilişki vardır.

2. YÖNTEM

Çalışma grubu, 08/08/2020-08/02/2021 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne ayaktan başvuran kişiler arasından seçildi. Bunlar arasında Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 5. Baskı'ya (DSM-V) göre "Major Depresif Bozukluk" tanısı alan 52 kişi (9 erkek, 43 kadın) hasta grubunu oluşturdu. Herhangi bir psikiyatrik ve diğer tıbbi hastalık tanısı almayan 56 kişi (17 erkek, 39 kadın) kontrol grubunu oluşturdu. Çalışmaya katılmayı kabul eden her hasta ve gönüllü, araştırmacının amacı ile ilgili hem sözel olarak bilgilendirilmiş hem de yazılı materyal (Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'nca onaylanmış olan "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Anket Araştırmaları İçin)") okutulmuştur. Çalışma ile ilgili etik kurul onayı 08/07/2020 tarihinde 2020-12/18 karar numarası ile alınmıştır.

Çalışmamızın örneklemini polikliniğimize başvuran ve MDB tanısı alan 12-18 yaş arası hastalar ve yaş ve cinsiyet bakımından homojen olacak şekilde eşleştirilmiş kontroller oluşturmuştur.

Dahil Edilme Kriterleri

- Çalışma için belirlenen operasyonel MDB tanısı karşılamak
- 12-18 yaş arasında olmak
- Mental retardasyonunun olmaması
- Eşlik eden ve zihinsel işlevleri bozabilecek epilepsi, serebral palsi gibi nörolojik hastalıklarının olmaması
- Okuryazar olmak olarak belirlenmiştir.

Dışlama Kriterleri

- Çalışma için belirlenen operasyonel MDB tanısı karşılamamak
- Eşlik eden komorbid psikiyatrik hastalığın olması
- Eşlik eden ve zihinsel işlevleri bozabilecek epilepsi, serebral palsi gibi nörolojik hastalıklarının olması olarak belirlenmiştir.

2.1. Çalışmanın Akışı

Uludağ Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine ayaktan başvuran olgular arasından, DSM-V'e göre "Major Depresif Bozukluk" tanısı konan, çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan ve dışlama ölçütlerini karşılamayan hastalardan ve ailelerinden onay alınarak çalışmaya başlandı. Hastaların psikiyatrik muayeneleri ve veri toplama araçları aynı gün uygulandı.

Kontrol grubu, halen psikopatolojisi ve psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan (klinik görüşmelerle doğrulanan), çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan ve dışlama ölçütlerini karşılamayan, 56 sağlıklı gönüllü denek toplumdaki ve hastane çalışanları arasından seçilerek oluşturuldu. Bu grubun psikiyatrik muayeneleri ve veri toplama araçları aynı gün uygulandı.

2.2. Uygulanacak Veri Toplama Araçları

Hasta ve kontrol grubuna Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY) DSM-5 yarı yapılandırılmış görüşmesi (65), araştırmacılar tarafından oluşturulmuş Sosyodemografik Veri Formu, Kovacs Depresyon Ölçeği (66), Klinik Global İzlenim Ölçeği (67), Çocuklarda Anksiyete Bozuklukları Tarama Ölçeği (68), Duygu düzenlemede Güçlükler Ölçeği (69), Gözlerden Zihin Okuma Testi (70), İma Testi (71) uygulanarak değerlendirilecektir.

Yarı yapılandırılmış görüşme, Gözlerden Zihin Okuma Testi, İma Testi, Klinik Global İzlenim Ölçeği, Sosyodemografik Veri Formu araştırmacı tarafından uygulanacak, öz bildirim ölçekleri olan Kovacs Depresyon Ölçeği, Çocuklarda Anksiyete Bozuklukları Tarama Ölçeği, Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği hasta ve kontrol grubuna dahil ergenler tarafından doldurulacaktır.

2.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Katılımcılardan doğum tarihi, cinsiyet, kardeş sayısı, anne babanın yaş, meslek, psikolojik-fizyolojik rahatsızlıklar, ailenin gelir durumu gibi sosyodemografik bilgiler edinmek amacıyla, evet/hayır şeklinde kapalı ve açık uçlu sorulardan oluşan bilgi formu oluşturulmuştur.

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

Kaufmann ve arkadaşları (1997) tarafından çocuk ve ergenlerin DSM-III-R ve DSM IV tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve mevcut durumdaki psikopatolojilerini saptamak amacı ile geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. Klinik tanı klinisyenlerin gözlemleriyle de birleştirilerek konulmaktadır. Türkiyede, geçerlik ve güvenirlik çalışması Gökler ve arkadaşları tarafından 2004 yılında yapılmıştır (72). K-SADS-PL'nin, dışa atım bozuklukları için çok iyi, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu için iyi, duygulanım bozuklukları ve anksiyete için ise orta derecede geçerliliği olduğu gösterilmiştir (72).

2.2.3. Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği

Bu çalışmada, katılımcıların duygu düzenleme güçlüklerini değerlendirmek amacıyla 2004 yılında Gratz ve Roemer tarafından geliştirilen Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ) (Difficulties in Emotion Regulation Scale - DERS) (69) kullanılmıştır.

Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği duygusal tepkilere ilişkin farkındalığın olmaması (farkındalık), duygusal tepkilerin anlaşılması (açıklık), duygusal tepkilerin kabul edilmemesi (kabul etmeme), etkili olarak algılanan duygu düzenleme stratejilerine sınırlı erişim (stratejiler), olumsuz duygular deneyimlerken dürtülerin kontrolünde güçlük yaşama (dürtü), olumsuz duygular deneyimlerken amaç odaklı davranışlarda bulunmada güçlük yaşama (amaçlar) alt boyutlarını kapsamaktadır. Otuz altı maddeden oluşan ölçeğin her bir maddesi 5'li Likert tipi ölçek kullanılarak (1=hemen hemen hiç...5=hemen hemen her zaman) değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan yüksek puan deneyimlenen duygu düzenleme güçlüğündeki artışa

işaret etmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Rugancı tarafından yapılmıştır (73). 1 (hemen hemen hiç) ile 5 (hemen hemen her zaman) arasında puanlanan Likert tipi bir ölçek olan bu ölçüm aracında toplam 36 madde bulunmaktadır.

Özbildirime dayanan DDGÖ; duygusal tepkilere ilişkin farkındalığın olmamasını anlatan “Farkındalık” (madde 2, 6, 8, 10, 17, 34), duygusal tepkilerin anlaşılmamasına işaret eden “Açıklık” (madde 1, 4, 5, 7, 9), duygusal tepkilerin kabul edilmemesini belirten “Kabul Etmeme” (madde 11, 12, 21, 23, 25, 29), etkili olarak algılanan duygu düzenleme stratejilerine sınırlı erişimi işaret eden “Stratejiler” (madde 15, 16, 22, 28, 30, 31, 35, 36), olumsuz duygular deneyimlerken dürtülerin kontrolünde güçlük yaşamayı ifade eden “Dürtü” (madde 3, 14, 19, 24, 27, 32) ve olumsuz duygular deneyimlerken amaç odaklı davranışlarda bulunmada güçlük yaşamayı belirten “Amaçlar” (madde 13, 18, 20, 26, 33) olmak üzere 6 alt boyuttan oluşmaktadır.

Ölçeğin özgün formunun geçerlik-güvenirlik çalışmalarında Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı 0,93 olarak bulunmuştur. Duygu düzenleme güçlüğü boyutlarının iç tutarlık katsayılarının 0,88-0,89 arasında değiştiği, test-tekrar test güvenilirliğinin ise 0,88 olduğu bildirilmiştir. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği'nin (DDGÖ) Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı 0,94 olarak bulunmuştur. Duygu düzenleme güçlüğünün alt boyutlarının iç tutarlık katsayılarının ise 0,90 ile 0,75 arasında değiştiği bildirilmiştir. Ölçekten alınan yüksek puanlar, duygu düzenleme güçlüğüne işaret etmektedir.

2.2.4. Çocuklar için Kovacs Depresyon Ölçeği

Denekte depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için kullanılan kendini değerlendirme ölçeğidir. Kovacs tarafından 1981 yılında geliştirilen, 6-17 yaş çocuklarına uygulanabilen, 27 maddelik öz bildirim ölçeğidir (66). Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Öy (74) tarafından yapılmış ve patolojik kesim noktası 19 puan olarak saptanmıştır (74).

2.2.5. Çocuklar için Anksiyete Tarama Ölçeği

Bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmektedir. Birmaher ve arkadaşları tarafından geliştirilen (68) ve Türkçe geçerlik ve güvenirliği Çakmakçı (75) tarafından yapılan Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği'nin (ÇATÖ) toplam 41 maddeden oluşur. ÇATÖ'de 25 ve üzeri puanın kaygı bozukluğu için uyarı niteliği taşıdığı kabul edilmektedir. Ölçek içinde ayrıca somatik/panik, yaygın anksiyete, ayrılık anksiyetesi, sosyal anksiyete ve okul korkusu alt ölçekleri bulunmaktadır.

2.2.6. İma Testi

Corcoran ve ark. (71) tarafından geliştirilen bu testte, deneklere 10 kısa hikâye araştırmacı tarafından okunur. Her kısa hikâye, karakterlerden birinin diğerine bir imada bulunması ile sona erer. Katılımcıya karakterin gerçekte ne söylemek istediği kendi ifadeleriyle sorulur. Uygun bir anlam çıkarma 2 puan alır. Eğer bir anlam çıkarılamadıysa, daha açık bir ima eklenir ve katılımcıya ikinci kez niyetten anlam çıkarmayı denemesi istenir. Bu aşamada doğru cevap 1 puan, yanlış cevap sıfır puan alır ve sonraki hikâyeye geçilir.

2.2.7. Gözlerden Zihin Okuma Testi

Baron-Cohen ve ark. tarafından (70) 1997 yılında Asperger sendromu ve otizm olan çocuklardaki sosyal bilişsel yetileri ölçmek üzere tasarlanmıştır. Hedeflenen kelimeler ve çeldirici kelimelerin zıt anlamlara sahip olmasından ve klinik ve klinik dışı erişkin topluluklar arasındaki farklılıkları saptamanın güçlüğünden dolayı test 2001 yılında tekrar gözden geçirilmiştir. Gözler testinin gözden geçirilmiş uyarlaması 36 madde ve her madde için 4 seçenek (bir hedef, 25 üç çeldirici) içermektedir.

Bu test yüzden duygu tanıma, zihinsel durum çözümlemesi ya da geniş anlamda zihin kuramını yansıtan bir ölçüm aracı olarak geliştirilmiştir. Fakat zihin kuramını ölçen diğer testlerden farklı olarak Gözler testinin kendini başkasının yerine koyarak onun zihinsel durumunu ayarlamak gibi ileri bir zihin okuma yetisi gerektirdiği düşünülmektedir.

Uygulama sırasında katılımcıdan her bir çift göz resmine bakarak resimdeki kişinin düşündüğü ya da hissettiğini en iyi tarif eden seçeneği

işaretlemesi istenir. Test uygulaması sırasında katılımcılara testteki sorularda geçen ifadeler ile bu ifadelere yakın anlamdaki sözcüklerin olduğu toplam 93 sözcük içeren bir sözlük de verilir. Sözlükte ifadelerin anlam karşılıkları ve cümle içinde kullanılış biçimleri bulunmaktadır. Her sorunun sadece bir doğru yanıtı vardır. Değerlendirmede doğru yanıtlanan soru sayısı esas alınır. Alınan puanın yüksek olması sosyal biliş ve zihin kuramı yetilerinin iyi olduğu anlamına gelmektedir.

2001 yılında 28 adet kadın ve erkek göz fotoğrafı içerecek şekilde Baron-Cohen ve arkadaşları tarafından revize edilerek çocuklar içinde kullanıma uygun versiyonu hazırlanmıştır. Yanıtlar 4 seçeneklidir. Gözler testi, insanların sadece göz fotoğraflarına bakarak kişinin zihinsel durumu hakkında çıkarımda bulunmayı gerektirmektedir. Ek olarak, yüz algılama ve duygu tanıma gibi işlevleri de kapsamaktadır. Bu test katılımcının kendisini diğerinin yerine ne kadar iyi koyabildiğini ve onların zihinsel durumlarını kavrayabildiğini test etmek amaçlı tasarlanmıştır (76). Bu çalışmada, gözlerden zihin okuma testinin Alev Girli tarafından Türkçeleştirilmiş formu kullanılmıştır (77).

2.3. İstatistiksel Analiz

Tez çalışmasında kullanılan ölçeklerin güvenilirlik değerlendirmesinde Cronbach alfa ve Kuder Richardson-21 güvenilirlik katsayısı ile incelenmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks testi ile incelenmiştir. Verilerin normal dağılım göstermesi durumunda t testi ile gruplar arası karşılaştırmalar yapılmış ve tanımlayıcı istatistikler ortalama ve standart sapma olarak verilmiştir. Verilerin normal dağılım göstermemesi durumunda Mann Whitney U testi ile gruplar arası karşılaştırmalar yapılmış ve betimleyici istatistikler medyan(min-max) olarak verilmiştir. Kategorik verilerin gruplar arası karşılaştırılmalarında ki-kare, Fisher'in kesin ki-kare ve Fisher-Freeman-Halton testleri kullanılmış ve betimleyici değerler frekans ve yüzde olarak verilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkiler verilerin normal dağılım göstermesi durumunda Pearson korelasyon katsayısıyla, normal dağılım göstermemesi durumunda ise Spearman korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Depresyona etki eden risk faktörlerinin araştırılması Backward Stepwise Logistic

Regresyon Analizi ile yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $\alpha=0,05$ kabul edilmiştir. Verilerin analizinde SPSS v22 paket programı kullanılmıştır.

3. BULGULAR

3.1. Ölçeklerin Güvenilirliği

Çocuklarda Anksiyete Bozukluğu Tarama Ölçeği iç güvenilirlik katsayısı Cronbach α ile incelendiğinde güvenilirlik düzeyi 0,933 olarak bulunmuştur.

Kovacs Depresyon ölçeği iç güvenilirlik katsayısı Kuder Richardson 21 güvenilirlik katsayısı ile incelendiğinde güvenilirlik düzeyi 0,958 olarak bulunmuştur.

İma Testi'nin iç güvenilirlik katsayısı Cronbach α ile incelendiğinde güvenilirlik düzeyi 0,566 olarak bulunmuştur.

Gözlerden Okuma Testi iç güvenilirlik katsayısı Cronbach α ile incelendiğinde güvenilirlik düzeyi 0,194 olarak bulunmuştur.

Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği iç güvenilirlik katsayısı Cronbach α ile incelendiğinde güvenilirlik düzeyi 0,958 olarak bulunmuştur. Alt ölçeklerin güvenilirliği **Tablo.1**'de gösterilmiştir.

Tablo-1: Duygu düzenlemede güçlükler ölçeğinin alt boyutlarının iç güvenilirliği

	Güvenilirlik katsayısı	Madde sayısı
Amaçsızlık-hedefsizlik alt boyutu	0,885	5
Strateji yoksunluğu alt boyutu	0,914	8
Kabullenmeme alt boyutu	0,876	6
Dürtüsellik alt boyutu	0,927	6
Belirginlik eksikliği alt boyutu	0,822	5
Farkındalık eksikliği alt boyutu	0,712	6

Tablo-2: Ölçeklerin güvenilirlik katsayıları

Ölçek adı	Güvenilirlik katsayısı
ÇATÖ	0,933
DDGÖ	0,958
Kovacs	0,958
İMA Testi	0,566
Gözlerden Zihin Okuma Testi	0,194

ÇATÖ: Çocuklarda anksiyete bozuklukları tarama ölçeği

DDGÖ: Duygu düzenlemede güçlükler ölçeği

Kovacs: Kovacs depresyon ölçeği

3.2. Sosyodemografik Bulgular

Çalışmaya 12-17 yaş arası toplam 108 gönüllü dâhil edildi. Bunlardan 52'si hasta grubu, 56'sı kontrol grubunu oluşturdu. Hasta grubunun 43'ü kızlardan ve 9'u erkeklerden, kontrol grubunun ise 39'u kızlardan ve 17'si erkeklerden oluştu.

Gruplar arasında yaş dağılımları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p=0,120$), median yaş değeri 15 olarak tespit edilmiştir. Gruplar arasında cinsiyet bakımından anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p=0,113$).

Gruplar arasında kardeş sayısı ($p=0,617$) ve kaçınıcı çocuk olduğu ($p=0,234$) bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Gruplar arasında gelir dağılımları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p=0,126$).

Annelerin üniversite mezun olma oranları bakımından gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0,065$).

Babaların üniversite mezun olma oranları bakımından gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0,253$).

Anne ve babanın birlikteliği bakımından gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p=0,303$).

Çekirdek aile veya geniş ailede yaşamak bakımından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,736$).

Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olması bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p=0,017$). Hasta grubunda çocukların ailesinde psikiyatrik hastalık olması oranı %23,1 (12/52) iken sağlıklı grupta ise %5,4 (3/56) bulunmuştur.

Çalışmaya alınan hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri **Tablo.3**'de gösterilmiştir.

Tablo-3: Hasta ve kontrol gruplarının sosyodemografik özellikleri

		Hasta Grubu	Kontrol Grubu	p
Yaş(ort)		15	15	0,120
Min:		12	12	
Max:		17	17	
Cinsiyet: n (%)	erkek	9(%17,3)	17(%33,4)	0,113
	kız	43(%82,7)	39(%69,6)	
Sosyoekonomik durum: n	alt	2	0	0,126
	orta	23	21	
	üst	27	35	
Aile Yapısı: n (%)	Çekirdek aile	47(%90,4)	52(%92,9)	0,736
	Geniş aile	5 (%9,6)	4 (%7,1)	
Ailede Ruhsal Hastalık: n (%)	var	12 (%23,1)	3(%5,4)	0,017
	yok	40 (%76,9)	53(%94,6)	

3.3. Hasta Grubunda Psikiyatrik Ölçekler ve Birbirleri ile İlişkileri

Hasta grubunda uygulanan korelasyon analizine göre; Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ) ile Çocuklarda Anksiyete Bozuklukları Tarama Ölçeği (ÇATÖ) arasında aynı yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0,448$ $p=0,001$).

DDGÖ ile Kovacs arasında aynı yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0,540$ $p=0,000$).

DDGÖ alt testlerinden Strateji Yoksunluğu alt boyutu ile ÇATÖ arasında ($r=0,479$ $p=0,000$), Kovacs arasında ($r=0,448$ $p=0,001$) aynı yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır.

DDGÖ alt testlerinden Amaçsızlık alt boyutu ile Kovacs arasında aynı yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0,339$ $p=0,014$).

Amaçsızlık alt boyutu ile Gözlerden Zihin okuma testi arasında ters yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=-0,303$ $p=0,029$).

DDGÖ alt testlerinden Kabullenmeme alt boyutu ile ÇATÖ arasında aynı yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0,347$, $p=0,012$).

DDGÖ alt testlerinden Dürtüsellik alt boyutu ile Kovacs arasında aynı yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0,432$ $p=0,001$).

DDGÖ alt testlerinden Belirginlik Eksikliği alt boyutu ile Kovacs arasında aynı yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0,411$ $p=0,002$).

ÇATÖ ile İma testi arasında ters yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r= -0,462$ $p=0,001$).

Hasta grubunda psikiyatrik ölçeklerin karşılaştırılması **Tablo 4 ve Tablo 5**'te verilmiştir.

Tablo-4: Hasta grubunda ölçeklerin karşılaştırılması

N=52		Kovacs	ÇATÖ	Rmet	İma
DDGÖ	r p	0,540*	0,448*	-0,88	-0,120
		0,000	0,001	0,536	0,396
Strateji Yoksunluğu		0,448*	0,479*	-0,143	-0,109
		0,001	0,000	0,312	0,441
Amaçsızlık		0,339*	0,195	-0,303*	-0,119
		0,014	0,167	0,029	0,401
Kabullenmeme		0,121	0,347*	-0,041	-0,047
		0,393	0,012	0,771	0,738
Dürtüsellik		0,432*	0,203	-0,100	-0,127
		0,001	0,149	0,480	0,371
Belirginlik Eksikliği	0,411*	0,131	0,002	0,193	
	0,002	0,356	0,988	0,171	
Farkındalık Eksikliği	0,107	0,205	0,83	0,147	
	0,452	0,146	0,561	0,298	
Kovacs	1	0,354*	-0,229	-0,157	
	.	0,010	0,103	0,266	
ÇATÖ	0,354*	1	-0,110	-0,462	
	0,010	.	0,436	0,001	

ÇATÖ: Çocuklarda anksiyete bozuklukları tarama ölçeği

DDGÖ: Duygu düzenlemede güçlükler ölçeği

Kovacs: Kovacs depresyon ölçeği

Rmet: Gözlerden zihin okuma

Tablo-5: Hasta grubunda ölçeklerin karşılaştırılması

	DDG Ö	Strateji yok.	Amaç sızlık	Kabu llen mem e	Dürt üşell eik	Belir sizlik	Farki ndali l_eks	ÇAT Ö	Kova cs	RMe T	IMA
DDGÖ	1,000	,869**	,833**	,765**	,819**	,772**	,427**	,532**	,549**	-,096	,191
	.	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,000	,000	,481	,159
Strateji yok.	,869**	1,000	,694**	,693**	,768**	,618**	,189	,497**	,447**	-,114	,133
	,000	.	,000	,000	,000	,000	,162	,000	,001	,401	,327
Amaçsızlık	,833**	,694**	1,000	,609**	,672**	,550**	,173	,429**	,461**	-,096	,208
	,000	,000	.	,000	,000	,000	,203	,001	,000	,480	,124
Kabullen meme	,765**	,693**	,609**	1,000	,557**	,545**	,095	,382**	,359**	,044	,255
	,000	,000	,000	.	,000	,000	,484	,004	,007	,749	,058
Dürtüşelli k	,819**	,768**	,672**	,557**	1,000	,560**	,190	,539**	,434**	-,109	,103
	,000	,000	,000	,000	.	,000	,161	,000	,001	,424	,449
Belirginli k eks.	,772**	,618**	,550**	,545**	,560**	1,000	,362**	,480**	,536**	,015	,157
	,000	,000	,000	,000	,000	.	,006	,000	,000	,912	,249
Farkındal ık eks.	,427**	,189	,173	,095	,190	,362**	1,000	,196	,273*	-,081	-,035
	,001	,162	,203	,484	,161	,006	.	,147	,042	,555	,796
ÇATÖ	,532**	,497**	,429**	,382**	,539**	,480**	,196	1,000	,607**	-,113	-,188
	,000	,000	,001	,004	,000	,000	,147	.	,000	,409	,165
Kovacs	,549**	,447**	,461**	,359**	,434**	,536**	,273*	,607**	1,000	-,180	-,108
	,000	,001	,000	,007	,001	,000	,042	,000	.	,184	,430
RMET	-,096	-,114	-,096	,044	-,109	,015	-,081	-,113	-,180	1,000	,105
	,481	,401	,480	,749	,424	,912	,555	,409	,184	.	,441
IMA	,191	,133	,208	,255	,103	,157	-,035	-,188	-,108	,105	1,000
	,159	,327	,124	,058	,449	,249	,796	,165	,430	,441	.

ÇATÖ: Çocuklarda anksiyete bozuklukları tarama ölçeği

DDGÖ: Duygu düzenlemede güçlükler ölçeği

Kovacs: Kovacs depresyon ölçeği

Rmet: Gözlerden zihin okuma

3.4. Kontrol Grubunda Psikiyatrik Ölçekler ve Birbirleri ile İlişkileri

Kontrol grubuna uygulanan korelasyon analizine göre DDGÖ ile Kovacs ($r=0,549$ $p=0,000$), ve ÇATÖ ($r=0,532$ $p=0,000$) arasında aynı yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

DDGÖ alt testlerinden Strateji Yoksunluğu alt boyutu ile ÇATÖ arasında ($r=0,497$ $p=0,000$), Kovacs arasında ($r=0,447$ $p=0,001$) aynı yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

DDGÖ alt testlerinden Amaçsızlık alt boyutu ile ÇATÖ arasında ($r=0,429$ $p=0,001$) Kovacs arasında ($r=0,461$ $p=0,000$) aynı yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

DDGÖ alt testlerinden Kabullenmeme alt boyutu ile ÇATÖ arasında ($r=0,382$ $p=0,004$), Kovacs arasında ($r=0,359$ $p=0,007$) aynı yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

DDGÖ alt testlerinden Dürtüsellik alt boyutu ile ÇATÖ arasında ($r=0,539$ $p=0,000$) ve Kovacs ile ($r=0,434$ $p=0,001$) aynı yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

DDGÖ alt testlerinden Belirginlik Eksikliği alt boyutu ile ÇATÖ arasında ($r=0,480$ $p=0,000$), Kovacs arasında ($r=0,536$ $p=0,000$) aynı yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

DDGÖ alt testlerinden Farkındalık Eksikliği alt boyutu ile Kovacs arasında ($r=0,273$ $p=0,042$) aynı yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Tablo-6: Sağlıklı kontrol grubunda ölçeklerin karşılaştırılması

N=56	Kovacs	ÇATÖ	Rmet	İma
DDGÖ	0,549* 0,000	0,532* 0,000	-0,960 0,481	0,191 0,159
Strateji Yoksunluğu	0,447* 0,001	0,497* 0,000	-0,114 0,401	0,133 0,327
Amaçsızlık	0,461* 0,000	0,429* 0,001	-0,96 0,480	0,208 0,124
Kabullenmeme	0,359* 0,007	0,382* 0,004	0,044 0,749	0,255 0,058
Dürtüsellik	0,434* 0,001	0,539* 0,000	-0,109 0,424	0,103 0,449
Belirginlik Eksikliği	0,536* 0,000	0,480* 0,000	0,015 0,912	0,157 0,249
Farkındalık Eksikliği	0,273* 0,042	0,196 0,147	-0,81 0,555	-1,88 0,165
Kovacs	1 .	0,607 0,000	-0,180 0,184	-0,108 0,430
ÇATÖ	0,607 0,000	1 .	-0,113 0,409	-0,188 0,165

ÇATÖ: Çocuklarda anksiyete bozuklukları tarama ölçeği

DDGÖ: Duygu düzenlemede güçlükler ölçeği

Kovacs: Kovacs depresyon ölçeği

Rmet: Gözlerden zihin okuma

3.5. Ölçek Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

Hasta ve sağlıklı kontrol grubu arasında Kovacs Depresyon Ölçeği, Çocuklarda Anksiyete Bozuklukları Tarama Ölçeği, Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği, İma testi parametreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Hasta ve sağlıklı gruplar arasında Rmet testi için anlamlı fark bulunmamıştır ($p = 0,391$).

Grupların ölçeklerden aldıkları medyan, minimum ve maksimum puanları **Tablo 7**'de gösterilmiştir.

Tablo-7: Ölçek Puanlarının hasta ve sağlıklı gruplarda karşılaştırılması

Grup	Hasta (n=52)				Sağlıklı (n=56)				p
	Mean	Std. Deviation	Median	Min-Max	Mean	Std. Deviation	Median	Min-Max	
Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği	124,6923	17,55276	126,5	78-156	76,1964	23,01337	69	42-136	<0,001
Strateji Yoksunluğu	29,1923	6,14542	31	11-39	14,8393	6,77905	12	8-37	<0,001
Amaçsızlık	21,3462	3,58584	22	12-25	14,6250	4,91218	14,5	5-25	<0,001
Kabullenme	15,8462	6,16246	15	6-30	9,6429	4,47388	8,5	6-29	<0,001
Dürtüsellik	22,1154	5,73142	24	11-30	11,0000	5,35299	9	6-26	<0,001
Belirginlik Eksikliği	17,2692	3,29060	18	11-25	10,9821	3,90101	11	5-21	<0,001
Farkındalık Eksikliği	18,9231	4,57121	19	7-28	15,1071	4,61885	15	6-24	<0,001
ÇATÖ	44,3077	11,77491	45,5	18-66	20,0179	8,79151	18,5	6-45	<0,001
Kovacs	29,2308	6,31095	28	17-40	8,5357	4,39406	8	1-21	<0,001
RMET	20,3654	2,43366	20	15-25	19,9821	2,16997	20	14-24	<0,389
İma	17,9038	2,26014	19	9-20	19,1607	,98676	19	16-20	<0,001

ÇATÖ: Çocuklarda anksiyete bozuklukları tarama ölçeği

DDGÖ: Duygu düzenlemede güçlükler ölçeği

Kovacs: Kovacs depresyon ölçeği

Rmet: Gözlerden zihin okuma

*Normal dağılım gösteren değişkenler için Student t testi yapılmıştır.

*Normal dağılım göstermeyen değişkenler için Mann Whitney U testi yapılmıştır.

3.6. Hasta Grubunda Olup Olmamayı Belirleyen Faktörlerin İncelenmesi

Yaş, cinsiyet, ailede psikiyatrik hastalığın bulunması, ÇATÖ, Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği, Gözlerden Zihin Okuma testi, İma Testi değişkenleri modele alınarak Backward Stepwise Logistik Regresyon Analizi ile hastalık üzerindeki etkisi araştırıldığında, Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeğinden alınan puan, ÇATÖ puanı, ailede psikiyatrik hastalık bulunması anlamlı birer risk faktörü olarak görülmüştür. Risk faktörü olan etmenler **Tablo 8**'de gösterilmiştir.

Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği puanındaki bir birimlik artış hasta olmada 0,936 kat risk oluşturmaktadır.

ÇATÖ puanındaki bir birimlik artış hasta olmada 0,960 kat risk oluşturmaktadır.

Ailede psikiyatrik hastalığı olan bireyin bulunması hasta olmada 0,90 kat risk oluşturmaktadır.

Tablo-8: Depresyon tanısı almada risk faktörleri

	p	OR	95% C.I.for EXP(B)	
			Lower	Upper
DDGÖ	,001	0,936	0,899	0,974
ÇATÖ	,001	,960	0,801	0,946
Ailede psikiyatrik hastalık	,046	0,90	0,08	0,963

ÇATÖ: Çocuklarda anksiyete bozuklukları tarama ölçeği

DDGÖ: Duygu düzenlemede güçlükler ölçeği

*Model p<0,001

4. TARTIŞMA

Bu çalışmada, majör depresif bozukluğu olan ergen hastalarda, duygu düzenleme güçlüklerinin, sosyal-algısal ve sosyal bilişsel zihin kuramı becerilerinin sağlıklı kontrollerle karşılaştırarak incelenmesi amaçlanmıştır. Duygu düzenleme becerilerinin ve sosyal algısal zihin kuramı becerilerinin depresyonda olan ergen grubunda önemli ölçüde bozulduğu, duygu düzenleme güçlüğü ve kaygı şiddetinin ve ailede psikiyatrik hastalığı olan bir bireyin bulunmasının depresyon riskini arttırdığı görülmüştür.

Hasta ve kontrol grubu yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, aile yapısı, anne-baba birlikteliği, anne ve babanın eğitim durumu bakımından incelendiğinde bu sosyodemografik özellikler bakımından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu sayede duygu düzenleme ve zihin kuramı becerilerini etkileyebilecek sosyodemografik değişkenler sabit tutulmuştur. Bu durum çalışmanın güçlü yanlarından biridir.

Hasta grubu ile kontrol grubu, ailede psikiyatrik hastalık olması bakımından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu görülmüştür. İkiz, aile ve evlat edinme çalışmaları ailesel faktörlerin depresyon için kuvvetli bir belirleyici olduğunu gösterir (78). Ebeveynlerde psikopatoloji olmasının çocuk ve ergenlerde MDB'un daha erken yaşlarda ortaya çıkmasına ve daha şiddetli seyretmesine neden olduğu bilinmektedir (79). Depresyonu olan ebeveynlerin çocuklarının olmayanlara göre depresif bir epizod yaşamaları 4 kat daha sıktır, diğer psikiyatrik hastalıklar veya medikal durumları olan ebeveynlerin çocukları ise iki kat depresyon riski altındadır (80). Bu bağlamda bulgularımız literatür verileriyle uyumludur.

Çalışmamızda Depresyon tanısı alan ergenler ile sağlıklı kontrol grubunun Duygu Düzenleme Güçlüğü skorları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür. Bu testin tüm alt boyutları da gruplar arasında anlamlı istatistiksel fark göstermiştir. Yapılan korelasyon analizinde duygu düzenleme güçlüğü ile depresyon şiddeti arasında pozitif yönde anlamlı

ilişki bulunmuştur. DDGÖ alt boyutlarından Strateji yoksunluğu, Amaçsızlık, Dürtüsellik ve Belirginlik Eksikliği ile depresyon şiddeti arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu görülmüş, strateji yoksunluğu en kuvvetli korelasyonu göstermiştir. Çalışmamıza dahil olan depresyon tanılı ergen grubunun sağlıklı gruba göre duygu düzenleme güçlüklerinin daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Neumann 2010 (64) ve arkadaşlarının çalışmasıyla uyumlu olduğu görülmüştür. Bu veriler tedavi yaklaşımı bakımından önemli yönlendirmeler içerebilir.

Duygu düzenleme ergenlerde içselleştirme ve dışsallaştırma sorunları (62), çocuklarda depresyon ve davranış sorunları (63) ile ilişkilidir. Bazı kanıtlar, duygu düzenleme güçlüklerinin, ergenlerde yaşanan içselleştirme problemlerinde dışsallaştırma problemlerinden daha büyük bir rol oynayabileceğini göstermektedir (62).

Adolesanlarda internalizan ve eksternalizan problemlerin duygu düzenlemede güçlükler ile ilişkisini inceleyen bir çalışmada (64), depresyon ile duygu düzenleme güçlükleri arasında anlamlı ilişki bulunmuş, anksiyete ve depresyon ile duygu düzenleme güçlüğü ölçeğinin alt boyutlarından strateji yoksunluğunu en belirgin alt boyut olarak göstermiştir.

Hasta grubuna uygulanan ÇATÖ ile anksiyete belirtilerinin şiddetini ölçmek amaçlanmış ve korelasyon analizi uygulanarak DDGÖ ile anksiyete düzeyi arasındaki ilişki incelenmiş, pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Alt testlerden Strateji yoksunluğu ve Kabullenmeme bölümlerinde kaygı düzeyi ile anlamlı korelasyon olduğu görülmüştür. Benzer uyumluluk Neumann ve arkadaşlarının 2010'da (64) yaptığı çalışmada Anksiyete Düzeyi ile DDGÖ arasında çıkmıştır, aynı çalışmada DDGÖ farkındalık eksikliği alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlarda kaygı düzeyi ile anlamlı ilişki olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda hasta grubuna uygulanan Lojistik Regresyon testi ile ÇATÖ düzeyindeki 1 birimlik artışın Depresyon tanısı almada 0,960 kat risk oluşturduğu belirlenmiştir. Bu veriler anksiyete belirtilerinin bulunmasının hem Duygu Düzenleme Güçlüğü hem de Depresyon ile kuvvetli bağına vurgulamaktadır.

Çalışmamızda zihin kuramı becerisinin iki farklı boyutu ele alınmıştır. Sosyal algısal boyutu değerlendirmek için Gözlerden Zihin Okuma Testi, sosyal bilişsel yönü değerlendirmek için İma Testi kullanılmıştır. Çalışmamızdan elde edilen sonuçlara göre; Gözlerden Zihin okuma testi hasta ve sağlıklı grupta anlamlı farklılık göstermemiştir, kaygı ve depresyon düzeyleri, duygu düzenleme güçlükleri ile de anlamlı korelasyon göstermemiştir. İma Testi ise zihin kuramının sosyal bilişsel yönünü değerlendirmek için kullanılmıştır. İma testi toplam puanlarına bakıldığında depresyonu olan hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı düşüklük gözlemlenmiştir. Hasta grubunda testler arasındaki ilişkiye bakıldığında ÇATÖ ile İma Testi arasında ters yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Verilerimize göre hasta grubunda anksiyete düzeyi yükseldikçe Zihin kuramının Sosyal Bilişsel yönünde beceri düşüklüğü olmaktadır. Hasta grubu zihinsel durumları doğru yorumlama bakımından daha fazla zorluk yaşamaktadır.

Yazında Zihin Kuramı becerilerinde bozulma ile Depresyon arasında kuvvetli ilişki bulunduğu dair kanıtlar yoğunluktadır (2,31-36). Ancak zihin kuramı bir çok alt tipi kapsayan, bu alt tipler için farklı ölçek ve deneylerin kullanıldığı bir şemsiye tanımdır. Yazın bu farklı alt tipler ve farklı ölçekler bakımından değerlendirildiğinde farklılıklar ortaya çıkmaktadır. Lee ve ark(81)nın yaptığı çalışmada RMET kullanılmış ve hasta grup sağlıklı gruba göre anlamlı düzeyde başarısız bulunmuştur. Manstead (82) RMET testi ile depresif bireyleri daha başarısız bulmuştur. Wang ve ark. (83) depresif hastaları daha başarısız bulmuştur. Bu bulgularla çelişen çalışmalardan; Wolkenstein'in (35) çalışması RMET görevinde sağlıklı ve hasta grupta fark bulamamıştır, daha kompleks bir test olan MASC ile anlamlı fark bulmuştur. Lee'nin (81) çalışmasında ağır depresif bireylerde belirgin fark saptanmışken orta düzeyde depresyonu olan bireylerde anlamlı fark görülmediği belirtilmiştir. Literatürde depresyondaki grubun RMET testinde daha başarılı olduğunu gözlemleyen çalışmalar da bulunmaktadır (37,38).

Çalışmamızın sonuçlarında sosyal algısal zihin kuramı becerilerinin bozuk olmadığı görülmesi; Lee ve ark. (81), Wang (83), Manstead (82) çalışmaları ile uyumsuzdur. Bu veriler yalnızca ağır depresif bireyleri

kapsadığından, orta depresif bireylerde anlamlı fark bulunmadığının belirtilmesinden yola çıkılarak Sosyal Algısal Zihin Kuramı becerisinin bozulmasının depresyon şiddeti ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Wolkensetin ve ark. (35) yaptığı çalışmada ise depresif hastalarda RMET bozulmamışken, ekolojik validitesi daha yüksek olan MASC anlamlı olarak bozulmuştur. Bu veriler çalışmamızla uyumlu olup, Gözlerden zihin okuma testinin bozulmayabileceğini gösterebilir.

Çalışmamız içinde RMET testinin iç güvenilirlik katsayısı Cronbach alfa testi ile 0,194 olarak düşük bir oranda tespit edilmiştir. Çalışmamızda çıkan literatürle çelişen bu sonucun zihin kuramı becerilerinin değerlendirildiği ölçüm aracıyla ilişkil olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda depresyon için risk faktörleri incelendiğinde; duygu düzenleme güçlüğü'nün şiddeti, kaygı düzeyinin yüksekliği ve ailede psikiyatrik hastalığı olan bireyin olması bu grupta olmak için risk faktörü olarak tespit edilmiştir. Duygu düzenleme güçlüklerinin duygudurum bozukluklarında iyi araştırılmış bir konu olmasına rağmen (84), psikopatolojilerin ortaya çıkması ve devam etmesindeki etkilerinin ne şekilde olduğuyla ilgili bilgiler sınırlıdır (85). Bu yönde yapılacak tedavi çalışmaları duygu düzenleme güçlüğü ve depresyonun neden sonuç ilişkisi ile ilgili bilgiler sağlayabilir.

Çalışmamızın sınırlılıkları; hasta ve sağlıklı grubun zeka düzeyinin klinik olarak değerlendirilmesi, IQ değerlerinin zeka testi ile ölçülmemiş olmasıdır. Depresyonu olan ergen grubunun hastalık düzeylerinin hafif, orta, ağır olarak ayrılmamış olması, literatürle karşılaştırmada yetersizlikler doğurmuştur. Zihin kuramı testleri dünya üzerinde çok yaygın kullanılmakta ve çok çeşitli becerileri farklı yöntemlerle değerlendirmektedir. Kullandığımız RMET ve İma testi yaygın kullanımı olan testler olsa da, gerçek yaşamla bağdaşma bakımından yetersiz kalmaktadır. MASC (movie for the assessment of social cognition); Dziobek ve ark. (86)'nın geliştirdiği video tabanlı, hassas bir zihin kuramı testidir. Hem sosyal algısal hem de sosyal bilişsel becerilerin ölçülebildiği ekolojik validitesi yüksek bir test olarak görülmektedir. Testin Türkçe geçerlilik güvenilirliğinin yapılmadığından çalışmamızda kullanılamamıştır. Tüm bu sınırlılıklara rağmen çalışmamız, değerlendirmeye

alınan hasta ve sağlıklı kontrol sayısı, risk faktörlerinin tespit edilmesi, alanda yoğun ilgi gören ve tedavi yaklaşımlarına yön verebilecek konuların araştırılması bakımından güçlüdür.

Özetle çalışmamızın sonuçları; depresyon tanısı alan ergenlerde duygu düzenleme güçlüklerinin fazla olduğu, zihin kuramının ise sosyal bilişsel yönünde zayıflıklar gösterdiği şeklindedir. Bu becerilerin birbiri ile ilişkisi anlamlı görünmese de tedavi yaklaşımları bakımından ele alınması gereken iki konudur. Depresyondaki ergenlerin duygu düzenleme güçlüklerinin tespiti ve tedavide bu özelliklere yaklaşımların geliştirilmesi, adolesan yaş grubunda işlevselliği arttıracak, tedavi cevabını güçlendirecek, koruyucu özellik gösterecek yeni yaklaşımlar geliştirebilir. Etkinliği kanıtlanmış BDT yaklaşımları işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerinin azaltılması, işlevsel olanların ise artırılması yönünde katkı sağlayabilir.

KAYNAKLAR

1. APA (1994) Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV). Washington DC, American Psychiatric Association.
2. Bora E, Berk M. Theory of mind in major depressive disorder: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 2016; 191: 49-55
3. Rey JM, Bella-Awusah TT, Liu J. IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health Depression in Children and Adolescent, Chapter E.1 Mood disorder; 2012.
4. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, et al. 2003. *Arch Gen Psychiatry* 60: 837-44
5. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2007; 46 (11): 1503-26
6. Ağaoğlu B, Çuhadaroğlu FÇ, Coşkun A et al. Hekimler Yayın Birliği. Ankara; 2008. 373-82.
7. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past ten years. Part 1. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 1427-39.
8. Angold A, Costello EJ, Worthman CM. Puberty and depression: The roles of age, pubertal status and pubertal timing. *Psychol Med* 1998; 28: 51-61.
9. Parker G, Roy K. Adolescent depression: a review. *Aust NZJ Psychiatry* 2001; 35:572.
10. Öztürk MO, Uluşahin A. Duygudurum Bozuklukları Bölümü, Ruh sağlığı ve bozuklukları 13. baskı. Nobel Tıp Kitabevleri; 2015.
11. Craddock N, O'Donovan MC, Owen MJ. The genetics of schizophrenia and bipolar disorder: dissecting psychosis. *Journal of medical genetics* 2005; 42 (3):193-204.
12. Eley TC, Sugden K, Corsico A et al. Gene–environment interaction analysis of serotonin system markers with adolescent depression. *Molecular psychiatry* 2004; 9 (10): 908-15.
13. Rao U. Biomarkers in pediatric depression. *Depression and anxiety* 2013;30(9):787- 91.
14. Weller E, Weller R, Fristad MA, Preskorn S, Teare M. The dexamethasone suppression test in prepubertal depressed children. *The Journal of clinical psychiatry* 1985; 46 (12): 511-3.
15. Thase ME. Mood disorders: neurobiology. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry 7th edn Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, PA, USA; 2000: 1322-3.
16. Gündoğar D. 8.Bölüm: Duygudurum Bozuklukları, Kaplan&Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. Güneş Tıp Kitabevleri; 2015. 347-86.
17. Caspi A, Hariri AR, Holmes A, Uher R, Moffitt TE. Genetic sensitivity to the environment: the case of the serotonin transporter gene and its implications for studying complex diseases and traits. *Focus* 2010; 8 (3): 398-416.

18. Sinclair KR, Cole DA, Dukewich T et al. Impact of physical and relational peer victimization on depressive cognitions in children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 2012; 41 (5): 570-83.
19. Ono Y, Ando J, Onoda N et al. Dimensions of temperament as vulnerability factors in depression. *Molecular psychiatry* 2002. 7, 948-53.
20. Gardini S, Cloninger CR, Venneri A. Individual differences in personality traits reflect structural variance in specific brain regions. *Brain research bulletin* 2009; 79 (5): 265-70.
21. Tamar M, Özbaran B. Çocuk ve Ergenlerde Depresyon Bölümü. *Klinik Psikiyatri* 2; 2004. 84-92.
22. Hirschfeld R, Montgomery SA, Keller MB, Kasper S. Social functioning in depression: a review. *J. Clin. Psychiatry* 2000; 61: 268-75.
23. Bora E, Eryavuz A, Kayahan B, Sungu G, Veznedaroglu B. Social functioning, theory of mind and neurocognition out patients with schizophrenia; mental state decoding may be a better predictor of social functioning than mental state reasoning. *Psychiatry Res.* 2006;145: 95–103.
24. Fett AK, Viechtbauer W, Dominguez MD et al. The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: a meta-analysis. *Neurosci Biobehav. Rev* 2011; 35: 573–88.
25. Irani F, Seligman S, Kamath V, Kohler C, Gur RC. A meta-analysis of emotion perception and functional outcomes in schizophrenia. *Schizophr. Res.* 2012;137:203–11.
26. Youmans GL. Theory of mind in individuals with Alzheimer type dementia profiles. PhD Thesis of College Communication at the Florida State University; 2004.
27. Bach L, Happé F, Fleminger S, Powell J. Theory of mind: independence of executive function and the role of the frontal cortex in acquired brain injury. *Cognitive Neuropsychiatry* 2000;5: 175-92.
28. Mazza M, De Risio A, Surian L, Roncone R, Casacchia M. Selective impairments of theory of mind in people with schizophrenia. *Schizophrenia Research* 2001;47: 299-308.
29. Herold R, Tényi T, Lénárd K, Trixler M. Theory of mind deficit in people with schizophrenia during remission. *Psychological Medicine* 2002;32: 1125–9.
30. Tager-Flusberg H, Sullivan KA. Componential view of theory of mind: evidence from Williams syndrome. *Cognition* 2000; 76(1): 59-90.
31. Donges US, Kersting A, Dannlowski U et al. Reduced awareness of others' emotions in unipolar depressed patients. *J Nerv Ment Dis* 2005; 193:331-7.
32. Bailey PE, Henry JD. Growing less empathic with age: Disinhibition of the self-perspective. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2008; 63: 219-26.
33. Zobel I, Werden D, Linster H et al. Theory of mind deficits in chronically depressed patients. *Depress Anxiety* 2010; 27: 821-8.
34. Csukly G, Telek R, Filipovits D et al. What is the relationship between the recognition of emotions and core beliefs: associations between the recognition of emotions in facial expressions and the maladaptive schemas in depressed patients. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2011; 42: 129-37.

35. Weightman MJ, Air TM, Baune BT. A review of the role of social cognition in major depressive disorder. *Front Psychiatry -Current Approaches in Psychiatry* 2014; 5: 179-92.
36. Wolkenstein L, Schönberg M, Schirm E, Hautzinger M. I can see what you feel, but I can't deal with it: Impaired theory of mind in depression. *J Affect Disord* 2011;132:104-11.
37. Poletti M, Sonnoli A, Bonuccelli U. Mild depressive symptoms are associated with enhanced affective theory of mind in nonclinical adult women. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2014; 26: 63-4.
38. Harkness KL, Jacobson JA, Duong D, Sabbagh MA. Mental state decoding in past major depression: effect of sad versus happy mood induction. *Cogn Emot* 2010;24: 497-513.
39. Gollan JK, Pane HT, McCloskey MS, Coccaro EF. Identifying differences in biased affective information processing in major depression. *Psychiatry Res* 2008; 159: 18-24.
40. Gollan JK, McCloskey M, Hoxha D, Coccaro EF. How do depressed and healthy adults interpret nuanced facial expressions? *J Abnorm Psychol* 2010; 119: 804-10.
41. Seidel EM, Habel U, Finkelmeyer A et al. Implicit and explicit behavioral tendencies in male and female depression. *Psychiatry Res* 2010; 177:124-30.
42. Suslow T, Konrad C, Kugel H et al. Automatic mood-congruent amygdala responses to masked facial expressions in major depression. *Biol Psychiatry*, 2010; 67: 155-60.
43. Wilbertz G, Brakemeier EL, Härter M, Schramm E. Exploring preoperational features in chronic depression. *J Affect Disord* 2010; 124:262-9.
44. Rolls ET. *The Brain and Emotions*. Oxford University Press, Oxford; 1999.
45. Potegal M, Qui P. Anger in children's tantrums: a new, quantitative, behaviorally based modal. *International Handbook of Anger*, Springer; 2010. 193-214.
46. Ekman P. Basic emotions. *Handbook of Cognition and Emotion*. Dalglish T, Power M, John Wiley, Chichester; 1999. 45-60.
47. Lawrence K, Campbell R, Skuse D. Age, gender and puberty influence the development of facial emotion recognition. *Front Psychol* 2015;6:761:1-14.
48. Calkins SD. Commentary: Conceptual and methodological challenges to the study of emotion regulation and psychopathology. *J Psychopathol Behav Assess* 2010; 32:92-5.
49. Gross JJ. Antecedent- and respons-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *J Pers Soc Psychol* 1998;74: 224-37.
50. Riediger M, Klipker K. Emotion regulation in adolescence. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. 2nd edition. New York, NY: Guilford Press; 2014. 187-202.
51. Thompson RA, Goodman M. Development of emotion regulation: More than meets the eye. In A. M. Kring, D. M. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. New York, NY: The Guilford Press; 2010. 38-58.

52. Ahmed SP, Bittencourt-Hewitt A, Sebastian CL. Neurocognitive bases of emotion regulation development in adolescence. *Developmental Cognitive Neuroscience*; 2015: 15-25. 15, 11–25.
53. Schäfer J, Naumann E, Holmes EA, Tuschen-Caffier B, Samson AC. Emotion regulation strategies in Depressive and anxiety symptoms in youth: A Meta-analytic Review *J Youth Adolescence* 2017; 46: 261–76.
54. Ataman Temizel E, Dağ, İ. Stres Veren Yaşam Olayları, Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri, Depresif Belirtiler ve Kaygı Düzeyi Arasındaki İlişkiler. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2014;17 (1).
55. Gross J. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology* 1998; 2: 271-99.
56. Werner K, Gross JJ. Emotion Regulation And Psychopathology: A Conceptual Framework. In A. Kring ve D. Sloan (Eds.), *Emotion Regulation And Psychopathology*. New York: Guilford Press; 2010. 13-37.
57. Dickstein D, Leibenluft E. Emotion regulation in children and adolescents: Boundaries between normalcy and bipolar disorder. *Development Psychopathology* 2006;18: 1105-31.
58. Hilt LM, Hanson JL, Pollak SD. Emotion Dysregulation. *Encyclopedia of Adolescence*; 2011. 3: 160-9.
59. Johnson K A, Zvolensky MJ, Marshall EC et al. Linkages between cigarette smoking outcome expectancies and negative emotional vulnerability. *Addictive Behaviors* 2008; 33: 1416-24.
60. Vujanovic AA, Zvolensky MJ, Bernstein A. The interactive effects of anxiety sensitivity and emotion dysregulation in predicting anxiety-related cognitive and affective symptoms. *Cognitive Therapy and Research* 2008; 32: 803-17.
61. Roemer L, Lee JK, Salters-Pedneault K et al. Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: Preliminary evidence for independent and overlapping contributions. *Behavior Therapy* 2009; 40: 142-54.
62. Garnefski N, Kraaij V, van Etten M. Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and internalizing and externalizing psychopathology. *Journal of Adolescence* 2005; 28: 619-31.
63. Beauchaine TP, Gatzke-Kopp L, Mead HK. Polyvagal theory and developmental psychopathology: Emotion dysregulation and conduct problems from preschool to adolescence. *Biological Psychology* 2007; 74: 174-84.
64. Neumann A, Lier 1 PAC, Gratz K, Koot HM. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation Difficulties in Adolescents Using the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Sage Journals* 2010; 17 (1): 138-49.
65. Kaufman J, Birmaher B, Brent D et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for schoolage children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 980-8.
66. Kovacs M. Rating scale to assess depression in school aged children. *Acta Pedopsychiatr* 1981; 46: 305 -15.

67. Guy W. Clinical Global Impression (CGI). ECDEU Assesment Manual for Psychopharmacology, Revised, National Institute of Mental Health; 1976. 7: 28-37
68. Birmaher B, Brent DA, Chiappetta L et al. Psychometric properties of the screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): A replication study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38: 1230-6.
69. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *J Psychopathol Behav Assess* 2004; 26: 41-54.
70. Baron-Cohen S, Jolliffe T, Mortimore C, Robertson M. Another advanced test of theory of mind: evidence from very high functioning adults with autism or Asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1997; 38: 813–22.
71. Corcoran R, Frith CD, Mercer G. Schizophrenia, symptomatology and social inference: Investigating 'theory of mind' in people with schizophrenia. *Schizophr Res* 1995; 17: 5-13.
72. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B et al. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2004. 11(3): 109-16
73. Rugancı RN, Gençöz T. Psychometric Properties Of A Turkish Version Of The Difficulties In Emotion Regulation Scale. *Journal Of Clinical Psychology* 2010; 66 (4): 442-55.
74. Öy B. Çocuklar için depresyon ölçeği: Geçerlilik ve güvenirlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991; 2: 132-6.
75. Çakmakçı FK. Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği geçerlik ve güvenirlilik çalışması. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Kocaeli; 2004.
76. Baron-Cohen S, Wheelwright S, Spong A, Schill V, Lawson J. Are intuitive physics and intuitive psychology independent? A test with children with Asperger Syndrome. *J Dev Learn Dis* 2001;5: 47- 78.
77. Girli A, Tekin D. Investigating false belief levels of typically developed children and children with autism. *Procedia Social and Behavioral Sciences* 2010; 2 (2): 1944- 50.
78. Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: Review and metaanalysis *American Journal of Psychiatry* 2000; 157: 1552-62.
79. Kindt KCM, Kleinjan M, Janssens JMAM et al. Evaluation of a school-based depression prevention program among adolescents from low-income areas: A randomized controlled effectiveness trial. *Int J Environ Res Public Health* 2014; 11: 5273-93.
80. Rice F, Harold G, Thapar A. The genetic aethiology of childhood depression: A review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2020; 43: 65-79.
81. Lee L, Harkness KL, Sabbagh MA et al. Mental state decoding abilities in clinical depression. *J Affect Disord* 2005; 86: 247-58.

82. Manstead AS, Dosmukhambetova D, Shearn J, Clifton A. The influence of dysphoria and depression on mental state decoding. *J Soc Clin Psychol* 2013; 32: 116-33.
83. Wang Y, Wang Y, Chen S et al. Theory of mind disability in major depression with or without psychotic symptoms: a componential view. *Psychiatry Res* 2008; 161: 153-61.
84. Joormann J, Gotlib IH. Emotion regulation in depression: relation to cognitive inhibition. *Cogn Emot* 2010; 24: 281-98.
85. Calkins SD. Commentary: Conceptual and methodological challenges to the study of emotion regulation and psychopathology. *J Psychopathol Behav Assess* 2010; 32: 92-5.
86. Dziobek I, Fleck S, Kalbe E et al. Introducing MASC: A movie for the assessment of social cognition. *J Autism Dev Disord* 2006; 36: 623–36.

EKLER

EK-1: Sosyodemografik Veri Formu

1.Cinsiyetiniz: ()Kız ()Erkek

2.Doğum tarihiniz:/...../.....

3. Anne ve babanız birlikte mi?

() evet ()boşanmış () babam vefat etti ()annem vefat etti

4.Annenizin eğitimi:

()Hiç okula gitmemiş. ()İlkokul mezunu ()Ortaokul mezunu ()Lise mezunu ()Üniversite mezunu

5.Babanızın eğitimi:

()Hiç okula gitmemiş. ()İlkokul mezunu ()Ortaokul mezunu ()Lise mezunu ()Üniversite mezunu

6. Annenizin şu andaki iş durumu:

() Ev hanımı ()Düzenli bir işte çalışıyor () Emekli

7. Babanızın şu andaki iş durumu:

() Çalışmıyor ()Düzenli bir işte çalışıyor. () Emekli

8. Aylık ortalama gelir düzeyiniz:

() 1000 tl ve altı () 1000-3300tl () 3300 tl üzeri

9. Sizinle birlikte evde yaşayanlar(uygun olanı işaretleyin)

Öz annem () Öz babam () Üvey annem() Üvey babam ()
Diğer()

10. Kaç kardeşsiniz? İşaretleyiniz.

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ve üzeri

11. Siz ailenizin kaçınıcı çocuğusunuz?

() 1.çocuk () 2. çocuk () 3. çocuk () 4. çocuk () 5.

Çocuk ve üzeri

12. Ailenizde kronik bir fiziksel hastalığı(örn: şeker hastalığı, yüksek tansiyon, kalp hastalığı, kanser, epilepsi, astım, kansızlık) ya da fiziksel özrü(örn: görme, işitme, konuşma engelli ya da tekerlekli sandalye kullanan) olan var mı? Açıklayınız.

Evet, var:

Hayır yok.

Annem..... Babam..... (
)Kardeşim..... Diğer.....

13. Ailenizde bir psikiyatristten(ruh sağlığı uzmanı) tanı aldığını bildiğiniz ruhsal hastalığı(örn: şizofreni, bipolar bozukluk, depresyon, zeka geriliği, otizm) olan var mı? Açıklayınız.

Evet, var:

Hayır yok.

Annem..... Babam..... (
)Kardeşim..... Diğer.....

14. Sizin kronik bir fiziksel hastalığınız(astım, alerji, şeker hastalığı v.b) var mı? Açıklayınız.

Evet, var:

Hayır yok

15. Sizin ruhsal bir hastalığınız var mı? Açıklayınız.

Evet, var:

Hayır yok

EK-2: Kovaks Depresyon Testi

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
GÖRÜKLE / BURSA

Adı Soyadı:

Tarih:

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi:

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılmıştır. Her gruptaki cümleleri dikkatlice okuyunuz. Her grup için, bugün dahil son iki hafta içinde size en uygun olan cümlenin yanındaki numarayı daire içine alınız.

Teşekkürler

- A) 1- Kendimi arada sırada üzgün hissederim.
2- Kendimi sık sık üzgün hissederim.
3- Kendimi her zaman üzgün hissederim.
- B) 1- İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek
2- İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.
3- İşlerim yolunda gidecek.
- C) 1- İşlerimin çoğunu doğru yaparım.
2- İşlerimin çoğunu yanlış yaparım.
3- her şeyi yanlış yaparım.

- E) 1- Her zaman kötü bir çocuğum.
2- Çoğu zaman kötü bir çocuğum.
3- Arada sırada kötü bir çocuğum.
- F) 1- Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünürüm.
2- Sık sık başıma kötü bir şeylerin geleceğinden endişelenirim.
3- Başıma çok kötü şeyler geleceğinden eminim.
- G) 1- Kendimden nefret ederim.
2- Kendimi beğenmem.
3- Kendimi beğenirim.
- H) 1- Bütün kötü şeyler benim hatam.
2- Kötü şeylerin bazıları benim hatam.
3- Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.
- I) 1- Kendimi öldürmeyi düşünmem.
2- Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapmam.
3- Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.
- İ) 1- Her gün içimden ağlamak gelir.
2- Birçok günler içimden ağlamak gelir.
3- Arada sırada içimden ağlamak gelir.
- J) 1- Her şey her gün beni sıkır.
2- Her şey sık sık beni sıkır.
3- Her şey arada sırada beni sıkır.
- K) 1- İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.
2- Çoğu zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
3- Hiçbir zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.

- S) 1- Kendimi yalnız hissetmem.
2- Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.
3- Her zaman kendimi yalnız hissederim.
- Ş) 1- Okuldan hiç hoşlanmam.
2- Arada sırada okuldan hoşlanırım.
3- Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.
- T) 1- Birçok arkadaşım var.
2- Birçok arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterdim.
3- Hiç arkadaşım yok.
- U) 1- Okul başarımlarım iyi.
2- Okul başarımlarım eskisi kadar iyi değil.
3- Eskiden iyi olduğum derslerde çok başarısızım.
- Ü) 1- Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.
2- Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.
3- Diğer çocuklar kadar iyiyim.
- V) 1- Kimse beni sevmez.
2- Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.
3- Beni seven insanların olduğundan eminim.
- Y) 1- Bana söyleneni genellikle yaparım.
2- Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.
3- Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.
- Z) 1- İnsanlarla iyi geçinirim.
2- İnsanlarla sık sık kavga ederim.
3- İnsanlarla her zaman kavga ederim.

EK-3: Çocuklarda Anksiyete Bozuklukları Tarama Ölçeği

0: Doğru değil ya da nadiren doğru
1: Biraz ya da bazen doğru
2: Doğru ya da çoğu zaman doğru

1	Korktuğum zaman nefes almam zorlaşır.	0	1	2
2	Okuldayken başım ağrır .	0	1	2
3	İyi tanımadığım insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.	0	1	2
4	Evden uzak bir yerde uyursam korkarım.	0	1	2
5	Başka insanların beni sevip sevmediğinden endişelenirim.	0	1	2
6	Korktuğum zaman bayılacak gibi hissederim.	0	1	2
7	Huzursuzum.	0	1	2
8	Nereye giderlerse gitsinler annemin ve babamın peşinden giderim.	0	1	2
9	Birçok insan bana huzursuz gördüğümü söyler.	0	1	2
10	İyi tanımadığım insanların yanında iken kendimi huzursuz hissederim.	0	1	2
11	Okuldayken karnım ağrır.	0	1	2
12	Korktuğum zaman aklımı kaçıracak gibi hissederim.	0	1	2
13	Yalnız kalmaktan endişe duyarım.	0	1	2
14	Diğer çocuklar kadar iyi olmadığımdan endişelenirim.	0	1	2
15	Korktuğum zaman olayları gerçek değilmiş gibi hissederim.	0	1	2
16	Annemin ve babamın başına kötü şeylerin geldiği kabuslar (korkunç rüyalar) görürüm.	0	1	2
17	Okula gitmekten endişe duyarım.	0	1	2
18	Korktuğum zaman kalbim hızlı çarpar.	0	1	2
19	Titerim.	0	1	2
20	Başıma kötü şeyler geldiği kabuslar (korkunç rüyalar) görürüm.	0	1	2

21	İşlerim yolunda gitmeyecek diye endişelenirim.	0	1	2
22	Korktuğum zaman çok terlerim.	0	1	2
23	Her şeyi kendime dert ederim.	0	1	2
24	Hiçbir neden olmadığı halde çok korktuğum olur	0	1	2
25	Evde yalnız kalmaktan korkarım.	0	1	2
26	İyi tanımadığım insanlarla konuşmak bana zor gelir.	0	1	2
27	Korktuğum zaman bana konuşmak zor gelir.	0	1	2
28	Birçok insan bana çok endişelendiğimi söyler.	0	1	2
29	Ailemden uzakta olmaktan hoşlanmam.	0	1	2
30	Heyecan nöbetleri geçirmekten korkarım.	0	1	2
31	Annemin ve babamın başına kötü şeyler gelecek diye endişelenirim.	0	1	2
32	İyi tanımadığım insanların yanında utanırım.	0	1	2
33	Gelecekte olacaklar konusunda endişelenirim.	0	1	2
34	Korktuğum zaman kusacakmış gibi olurum.	0	1	2
35	İşlerimi ne kadar iyi yaptığımdan endişelenirim.	0	1	2
36	Okula gitmekten korkarım.	0	1	2
37	Olup bitmiş şeyler hakkında endişe duyarım.	0	1	2
38	Korktuğum zaman başım döner.	0	1	2
39	Başka çocuk ve yetişkinlerle birlikteyken ve onlar benim yaptığım şeyi seyrederken kendimi huzursuz hissederim. (Ör: Yüksek sesle okurken, konuşurken, oyun oynarken, spor yaparken)	0	1	2
40	İyi tanımadığım insanların bulunacağı partiye, dansa ya da herhangi bir yere giderken kendimi huzursuz hissederim.	0	1	2
41	Utangacım.	0	1	2

EK-4: İma Testi

1

Mehmet , sıcak ve uzun bir araba yolculuğundan sonra Zeynep' in çalıştığı iş yerine varır. Mehmet ofisten içeri girer girmez Zeynep, hemen iş ile ilgili konuşmaya başlar. Mehmet Zeynep' in sözünü keser ve şöyle söyler “Gerçekten çok sıcak ve uzun bir yolculuktu”

SORU: Mehmet böyle bir ifade ile gerçekte ne söylemek istemiş, neyi kastetmiş olabilir?

CEVAP: Mehmet “ İçecek birşeyler alabilirmiyim” ve/veya “ İş konuşmaya başlamadan önce bir kaç dakika dinlenecek vaktimiz varmı, dinlenebilirmiyiz ?” Bu cevaplardan herhangi biri 2 Puan alabilir.

Eğer ilk ima sorusu için uygun ynaıt alamaz iseniz, örneğin Mehmet herhangi bir imada bulunmaksızın yolculuğun sıcak ve uzun olduğunu söyledi gibi bir cevap alır iseniz hikayenin ikinci bölümüne geçiniz.

EK: Mehmet konuşmaya devam eder
"Çok sıcak içime fenalık geldi!"

SORU: Mehmet Zeynep'ten ne istemiş olabilir?

CEVAP: Mehmet Zeynep'ten kendisine içecek bir şey isteyip istemediğini sormasını ve veya içecek bir şeyler vermesini istedi. vermesini istedi. Bu cevaplardan herhangi birinin verilmesi durumunda 1 puan verilir. Başka herhangi bir cevap 0 puan olarak değerlendirilir.

Referans için: Tas et al, 2011
(Impact of family involvement on social cognition training in clinically stable outpatients with schizophrenia - A randomized pilot study.)

EK-5: Gözlerden Zihin Okuma Testi

Uygulama yönergesi

Bu dosyada insanların göz resimlerinin olduğu bir çok sayfa var. Her resmin çevresinde dört sözcük var. Resme dikkatlice bakıp resimdeki insanın ne düşündüğünü ya da ne hissettiğini en iyi tanımlayan sözcüğü seçmeni istiyorum. Hadi bununla başlayalım (alıştırma resmi). Bu resme bak. Kıskanmış gibi mi, korkmuş gibi mi, rahatlamış gibi mi, nefret ediyor gibi mi bakıyor?(Her sözcüğü okurken aynı zamanda işaret de edin.) Çocuğun bir şıkı seçmesini sağlayın ve doğru ya da yanlış olmasına bakmadan çocuğu cesaretlendirerek geri bildirimde bulunun.

Tamam şimdi diğerlerine bakalım. Bu resimlerden bazıları çok kolay bazıları da çok zor yani her zaman seçmek kolay olmayabilir,bunun için üzülme ve en iyi sözcüğü seçmeye çalış. Sana bütün sözcükleri okuyacağım, merak etme. Eğer gerçekten en iyi sözcüğü seçemiyorsan tahminde bulunabilirsin. Test maddelerini alıştırma resmini sunduğunuz gibi sunun.

Yanıtlar

E	1	kıskanmış	korkmuş	rahatlamış	nefret ediyor
K	1	nefret ediyor	şaşırmış	nazik	öfkeli
K	2	kaba	öfkeli	şaşırmış	üzgün
E	3	arkadaşça	üzgün	şaşırmış	endişeli
E	4	rahatlamış	can sıkılan	şaşırmış	heyecanlı
E	5	yaptığı şey için üzgün hissediyor	birine bir şey yaptıyor	şaka yapıyor	rahatlamış
E	6	nefret ediyor	kaba	endişeli	sıkılmış
E	7	yaptığı şey için üzgün hissediyor	sıkılmış	bir şey ilgisini çekmiş	şaka yapıyor
E	8	bir şeyi hatırlıyor	mutlu	arkadaşça	kızgın
K	9	rahatsız olmuş	nefret ediyor	şaşırmış	bir şey düşünüyor
E	10	nazik	utangaç	inanmıyor	üzgün
E	11	emrediyor	umut ediyor	kızgın	iğrenmiş
E	12	aklı kaşmış	şaka yapıyor	üzgün	ciddi
K	13	bir şey düşünüyor	canı sıkın	heyecanlı	mutlu
E	14	mutlu	bir şey düşünüyor	heyecanlı	nazik
K	15	inanmıyor	arkadaşça	oynamak istiyor	rahatlamış
K	16	kararını vermiş	şaka yapıyor	şaşırmış	sıkılmış
K	17	kızgın	arkadaşça	kaba	biraz endişeli
E	18	üzücü bir şey hakkında düşünüyor	kızgın	emrediyor	arkadaşça
K	19	kızgın	hayal kuruyor	üzgün	bir şey ilgisini çekmiş
E	20	nazik	şaşırmış	memnun değil	heyecanlı
K	21	bir şey ilgisini çekmiş	şaka yapıyor	rahatlamış	mutlu
K	22	şen	nazik	şaşırmış	bir şey düşünüyor
K	23	şaşırmış	bir şey hakkında emin	şaka yapıyor	mutlu
E	24	ciddi	yaptığından utanmış	kafası kaşmış	şaşırmış
E	25	utangaç	suçlu	hayal kuruyor	endişeli
K	26	şaka yapıyor	rahatlamış	sınırlı	pişman
E	27	yaptığından utanmış	heyecanlı	inanmıyor	memnun
E	28	iğrenmiş	nefret ediyor	mutlu	sıkılmış

EK-6: Duygu Düzenlemede G c l kler  l eği

DUYGU DÜZENLEME GÜCÜLÜĞÜ

Aşağıda insanların duygularını kontrol etmekte kullandıkları bazı yöntemler verilmiştir. Lütfen her durumu dikkatlice okuyunuz ve her birinin sizin için ne kadar doğru olduğunu içtenlikle değerlendirisiz. Değerlendirmenizi uygun cevap  ntedeki yuvarlak üzerine çarpı (X) koyarak işaretleyiniz.

1. Ne hissettiğim konusunda netimdir.	<input type="radio"/> Neredeyse Hiçbir zaman	<input type="radio"/> Bazen	<input type="radio"/> Yaklaşık Yan yarıya	<input type="radio"/> �oğu zaman	<input type="radio"/> Neredeyse Her zaman
2. Ne hissettiğimi dikkate alırım.	<input type="radio"/> Neredeyse Hiçbir zaman	<input type="radio"/> Bazen	<input type="radio"/> Yaklaşık Yan yarıya	<input type="radio"/> �oğu zaman	<input type="radio"/> Neredeyse Her zaman
3. Duygularım bana dayanmaz ve kontrolsüz gelir.	<input type="radio"/> Neredeyse Hiçbir zaman	<input type="radio"/> Bazen	<input type="radio"/> Yaklaşık Yan yarıya	<input type="radio"/> �oğu zaman	<input type="radio"/> Neredeyse Her zaman
4. Ne hissettiğim konusunda net bir fikrim vardır.	<input type="radio"/> Neredeyse Hiçbir zaman	<input type="radio"/> Bazen	<input type="radio"/> Yaklaşık Yan yarıya	<input type="radio"/> �oğu zaman	<input type="radio"/> Neredeyse Her zaman
5. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.	<input type="radio"/> Neredeyse Hiçbir zaman	<input type="radio"/> Bazen	<input type="radio"/> Yaklaşık Yan yarıya	<input type="radio"/> �oğu zaman	<input type="radio"/> Neredeyse Her zaman
6. Ne hissettiğime dikkat ederim.	<input type="radio"/> Neredeyse Hiçbir zaman	<input type="radio"/> Bazen	<input type="radio"/> Yaklaşık Yan yarıya	<input type="radio"/> �oğu zaman	<input type="radio"/> Neredeyse Her zaman
7. Ne hissettiğimi tam olarak bilirim.	<input type="radio"/> Neredeyse Hiçbir zaman	<input type="radio"/> Bazen	<input type="radio"/> Yaklaşık Yan yarıya	<input type="radio"/> �oğu zaman	<input type="radio"/> Neredeyse Her zaman
8. Ne hissettiğimi önemserim.	<input type="radio"/> Neredeyse Hiçbir zaman	<input type="radio"/> Bazen	<input type="radio"/> Yaklaşık Yan yarıya	<input type="radio"/> �oğu zaman	<input type="radio"/> Neredeyse Her zaman
9. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım.	<input type="radio"/> Neredeyse Hiçbir zaman	<input type="radio"/> Bazen	<input type="radio"/> Yaklaşık Yan yarıya	<input type="radio"/> �oğu zaman	<input type="radio"/> Neredeyse Her zaman
10. Kendimi kötü hissettiğimde, bu duygularımı kabul ederim.	<input type="radio"/> Neredeyse Hiçbir zaman	<input type="radio"/> Bazen	<input type="radio"/> Yaklaşık Yan yarıya	<input type="radio"/> �oğu zaman	<input type="radio"/> Neredeyse Her zaman
11. Kendimi kötü hissettiğimde, böyle hissettiğim için kendime kızarım.	<input type="radio"/> Neredeyse Hiçbir zaman	<input type="radio"/> Bazen	<input type="radio"/> Yaklaşık Yan yarıya	<input type="radio"/> �oğu zaman	<input type="radio"/> Neredeyse Her zaman
12. Kendimi kötü hissettiğimde, b�yle hissettiğim için utanırım.	<input type="radio"/> Neredeyse Hiçbir zaman	<input type="radio"/> Bazen	<input type="radio"/> Yaklaşık Yan yarıya	<input type="radio"/> �oğu zaman	<input type="radio"/> Neredeyse Her zaman
13. Kendimi kötü hissettiğimde, işlerimi yapmakta zorlanırım.	<input type="radio"/> Neredeyse Hiçbir zaman	<input type="radio"/> Bazen	<input type="radio"/> Yaklaşık Yan yarıya	<input type="radio"/> �oğu zaman	<input type="radio"/> Neredeyse Her zaman

EK-7: Klinik Global İzlenim Ölçeği

Klinik Global İzlenim Ölçeği

Hasta adı soyadı: _____

Tarih: _____

YÖNERGE: KGI herhangi bir hastalığın şiddetinin ya da hastalık belirtilerindeki düzelmenin genel olarak değerlendirildiği bir ölçektir. Klinisyenin, söz konusu hastalıkla ilgili genel tecrübesine dayanarak, hastalığın şiddetini ya da düzelmenin derecesini 0 (hasta değil) ile 7 (çok ağır) arasında derecelendirir.

Şiddet Alt Ölçeği

- 1 - Normal, hasta değil _____
- 2 - Hafif hasta _____
- 3 - İlimli hasta _____
- 4 - Orta düzeyde hasta _____
- 5 - Belirgin derecede hasta _____
- 6 - Ağır hasta _____
- 7 - Çok ağır hasta _____

İyileşme Alt Ölçeği

- 1 - Çok fazla düzeldi _____
- 2 - Çok düzeldi _____
- 3 - Çok az düzeldi _____
- 4 - Değişiklik yok _____
- 5 - Çok az kötüleşti _____
- 6 - Çok kötüleşti _____
- 7 - Çok daha fazla kötüleşti _____

TEŞEKKÜR

Asistanlık sürecim boyunca benden mesleki ve hayati konularda bilgisini ve desteğini esirgemeyen değerli hocam Prof.Dr. Ayşe Pınar Vural'a, iyi hekim, iyi bir çocuk psikiyatristi ve vizyon sahibi bir bilim insanı olma yolunda verdiği ilhamla, bilgi ve tecrübesini her koşulda paylaşan değerli hocam ve tez danışmanım Dr. Öğretim Üyesi Şafak Eray'a, rotasyon sürecimde mesleki alanda katkıları yadsınamaz olan değerli hocalarım Prof.Dr. Selçuk Kırılı, Prof.Dr. Aslı Sarandöl, Prof.Dr. Cengiz Akkaya, Prof.Dr. Saygın Eker, Doç.Dr. Enver Yusuf Sivrioğlu, Prof.Dr. Mehmet Sait Okan'a teşekkür ederim.

Klinik ve poliklinikte beraber çalıştığım hemşire arkadaşlarıma, özverili çalışmaları, destek ve tecrübelerini esirgemeyen psikologlarımız Hülya Zambak ve Özge Güder Atasoy'a, birlikte çalışmaktan her zaman mutluluk duyduğum, her birinden birçok şey öğrendiğim asistan arkadaşlarıma ve değerli dostum Dr. Ayşe Kanbur'a teşekkür ederim.

Yaşamımın sonuna dek kalbimde ve zihnimde yaşayacak olan, beni şefkat ve fedakârlıkla yetiştiren, geleceğe umutla bakmamı ve insanlara sevgi ve güven beslememi sağlayan gerçek kahraman babam Cumali Yılmaz'a, şefkat, sevgi, güvenlik ve destek veren biricik annem Beyhan Yılmaz'a ve biricik kardeşim Gözde Aksu'ya teşekkür ederim.

Hayat yolunda benden desteğini esirgemeyen eşim Yiğit Aytaç'a ve beni ben yapan en küçük öğretmenim, oğlum Efe Aytaç'a teşekkür ederim.

ÖZGEÇMİŞ

1990 yılında ailemin ikinci çocuğu olarak Mersin'de dünyaya geldim. Lise eğitimimi İçel Anadolu Lisesi'nde tamamladıktan sonra 2009 yılında Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesinde eğitime başladım. 2015'te tıp fakültesini bitirdikten sonra 6 ay Hatay Altınözü Devlet Hastanesi Acil Servis'inde pratisyen hekimlik görevi yaptım.

Mart 2016 'da Uludağ Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitime başladım. Uzmanlık eğitimim sırasında, Psikodinamik Kuramlar Kursu, Çocukta Bilişsel Davranışçı Terapi temel eğitimi, EMDR eğitimlerine katıldım.