

T.C.

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI



**MAJOR DEPRESYON TANISI ALAN ERGEN HASTALARDA  
SOSYAL BİLİŞ ve YAŞAM KALİTESİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Uğur TEKİN**

**TEZ DANIŞMANI**

**Prof. Dr. H. Serpil ERERMİŞ**

**İZMİR 2016**

## ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Cahide AYDIN başta olmak üzere, Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Tezan BİLDİK, Prof. Dr. Eyüp Sabri ERCAN, Prof. Dr. Nazlı Burcu ÖZBARAN, Prof. Dr. Zeki YÜNCÜ, Doç. Dr. Sezen KÖSE, Doç. Dr. Saniye KORKMAZ ÇETİN, Prof. Dr. Müge TAMAR'a,

Bu çalışmamın her aşamasında bana her türlü desteği sağlayan; yardımını, zamanını, bilgisini ve deneyimlerini esirgemeyen, birlikte çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum, bir hoca ve hekim olarak kendisine hayran olduğum çok değerli danışman hocam Prof. Dr. H. Serpil ERERMİŞ'e,

Tezin bütün aşamalarında desteğini esirgemeyen ve bana büyük yardımları olan çalışma arkadaşlarım Dr. Ayşegül SATAR ve Dr. Ayşe Nur AYDIN'a,

Dört yıl boyunca asistanlık dönemini paylaştığım tüm asistan arkadaşlarıma,

Tezime katkılarından dolayı başta Fatma Apak olmak üzere, yoğun poliklinik ve yataklı servis şartlarında iş birliği içerisinde çalıştığımız bütün psikolog, sosyal hizmet uzmanı, hemşire, sekreter ve personelimize,

Çalışmama gönüllü olarak katılmayı kabul eden tüm gençlere ve ailelerine,

Desteklerinden dolayı değerli dostlarım Dr. Onur TOSUN ve Dr. Murat KARDAŞ'a

Son olarak; bugünlere gelmemi sağlayan ve beni ben yapan değerli aileme ve bütün öğretmenlerime,

Tüm içtenliğimle teşekkür ederim.

**Dr. Uğur TEKİN**

**İzmir 2016**

## Tablo Listesi

Tablo 1. Tanı Gruplarına Göre Dağılım .....	47
Tablo 2. Olguların Cinsiyet Özelliklerine Göre Dağılımı .....	47
Tablo 3. Olguların Yaşa Göre Dağılım .....	48
Tablo 4. Anne Eğitim Düzeyine Göre Dağılım .....	48
Tablo 5. Baba Eğitim Düzeyine Göre Dağılım .....	49
Tablo 6. Aile Yapısına Göre Dağılım .....	50
Tablo 7. Anne, Baba ve Ailede Psikiyatrik Hastalık Dağılımı .....	51
Tablo 8. Anne baba demografik özellikleri ve sosyoekonomik durum .....	53
Tablo 9. Olguların Beck Depresyon Ölçek Puanlarına Göre Değerlendirilmesi .....	55
Tablo 10. Olguların Beck Depresyon Ölçek Puanlarına Göre Değerlendirilmesi .....	56
Tablo 11. Çocuk-Aile ÇATÖ Puanlarının Değerlendirilmesi .....	57
Tablo 12. Olguların CGI-S Puanlarına Göre Değerlendirilmesi .....	58
Tablo 13. ÇİYKÖ Çocuk ve Aile Formu Puanlarının Değerlendirilmesi .....	60
Tablo 14. Grupların Gözler Testi Puanlarına Göre Karşılaştırılması .....	61
Tablo 15. Grupların Yüzler Testi Puanlarına Göre Karşılaştırılması .....	61
Tablo 16. Ölçek ve testlerin korelasyonlarına ilişkin veriler .....	62

# İÇİNDEKİLER

1-GİRİŞ.....	7
2-GENEL BİLGİLER .....	8
2.1. Major Depresyon .....	8
2.1.1. Tarihçe .....	8
2.1.2. Tanı Ölçütleri .....	9
2.1.3 Epidemiyoloji .....	12
2.1.4. Etyoloji .....	14
2.1.4.1 Genetik Faktörler .....	14
2.1.4.2. Olumsuz Yaşam Olayları .....	15
2.1.4.3. Bilişsel Nedenler .....	16
2.1.4.4. Kişiler Arası İlişkilerde Yatkınlık .....	16
2.1.4.5. Nörotransmitterler, Nöroendokrinolojik Faktörler- Nöroanatomik Değişikler	17
2.1.5. Klinik Özellikler, Eş Tanı ve Tedavi .....	19
2.2. Sosyal Biliş .....	24
2.2.1. Tanım ve Sınıflama .....	24
2.2.2 Sosyal Biliş Becerilerini Değerlendirmede Kullanılan Testler .....	28
2.2.3. Depresyon ve Sosyal Biliş .....	30
2.3. Yaşam Kalitesi .....	32
2.3.1. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği .....	33
2.3.2. Depresyon ve Yaşam Kalitesi .....	34
3-AMAÇ .....	35
4-HİPOTEZLER .....	36
5-YÖNTEM VE ARAÇLAR .....	36
5.1. Araştırmanın Tipi .....	36

5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	36
5.3. Araştırmanın Evreni .....	37
5.4. Araştırmanın Örnekleme .....	37
5.5. Örneklem Seçimi .....	37
5.5.1. Major Depresyon Grubunun Oluşturulması.....	37
5.5.2. Kontrol Grubunun Oluşturulması .....	38
5.6. Değerlendirmede Kullanılan Araçlar .....	39
5.7. Uygulama .....	45
5.8 Verilerin İstatistiksel Analizi .....	46
6-BULGULAR .....	46
6.1 Örneklemin Değerlendirilmesi .....	46
6.1.1 Cinsiyet .....	47
6.1.2 Yaş .....	48
6.1.3 Anne Eğitim Düzeyi .....	48
6.1.4 Baba Eğitim Düzeyi .....	49
6.1.5 Aile Yapısı .....	50
6.1.6 Ailede Psikiyatrik Bozukluk Öyküsü .....	50
6.1.7 Anne Baba Demografik Özellikleri ve Sosyoekonomik Durumun Değerlendirilmesi .....	51
6.2 Ölçeklerin ve Testlerin Değerlendirilmesi .....	55
6.2.1 Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) .....	55
6.2.2 Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ)'nin Değerlendirilmesi .....	56
6.2.3 Klinik Global İzlenim Ölçeği-Şiddet (CGI-S)'in Değerlendirilmesi .....	58
6.2.4 Yaşam Kalitesi .....	59
6.2.5 Gözler Testi .....	60

6.2.6 Yüzler Testi .....	61
6.3 Ölçek ve Testlerin İlişkilerinin Korelasyon Analiziyle Değerlendirilmesi .....	62
7-TARTIŞMA .....	64
8- KISITLILIKLAR .....	75
9- SONUÇ .....	75
10- ÖZET .....	76
11- KAYNAKLAR .....	78



## 1-GİRİŞ

Ergenlik biyolojik, psikolojik ve sosyal anlamda gelişimin ve değişim çok hızlandığı bir yaşam dönemidir, latince büyüme anlamında kullanılmaktadır (1). Bu dönemin en önemli özelliklerinden biri hızlı bir değişim yaşanmasıdır. Bu dönemin sonunda gençlerden bağımsızlığını kazanmış, bireysel değerler sistemini oluşturmuş, mesleki hedeflerini belirlemiş, cinsel kimlik gelişimini tamamlamış, olumlu baş etme ve sorun çözme becerilerini kazanmış, erişkin tipi ilişki kurabilen, sağlıklı ve uzun süreli arkadaşlık ilişkileri olan, toplum içinde sosyal sorumluluklarını yerine getirebilen, üretken bir erişkin olmaları beklenmektedir (2).

Ergenlikte insan sosyal hayatta kendine yer edinmeye çalışmakla birlikte, hayatla ve kendisiyle ilgili hedeflerini belirlemeye çalışmaktadır. Bu dönemde gençlerde ruh sağlığı sorunları, çocuk dönemine göre hızlanan bu gelişim ve değişime uyum sağlamakta zorlanmalar nedeniyle sık görülebilmektedir (3).

Günümüzde ergenlik dönemi ruh sağlığı sorunları geçmişe göre daha sık yaşanmakta ve daha sık bildirilmektedir (4). Ergenlik dönemi ruh sağlığı sorunlarının araştırılıp, etiyolojisinin, yaygınlığının ve ilişkili olduğu etmenlerin incelenmesi hem koruyucu hekimlik açısından hem de ruh sağlığı hizmetlerinin planlaması ve sunulması açısından önemlidir (5).

Depresyon ergenlerde oldukça sık görülen yaşamın bir çok alanında işlev bozukluğuna ve sıkıntılara yol açan, kronikleşmeye ve tekrar etmeye yatkın, madde kullanımı, intihar girişimi gibi ciddi sonuçlar doğurabilen psikiyatrik bir bozukluktur (6).

Bu klinik araştırmada ergenlik döneminde sık görülen depresif bozuklukta sosyal bilişin ve yaşam kalitesinin değerlendirmesi ve birbirleriyle olan ilişkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

## 2-GENEL BİLGİLER

### 2.1. Major Depresyon

Depresyon sürekli ve yaygın bir üzüntü, keder, mutsuzluk, çökkünlük yada sinirlilik, iç sıkıntısı, boşluk hissi, günlük etkinliklerden ve hayattan keyif alamama hali, ve bunlara eşlik eden olumsuz düşünme, enerjinin azalması yada yokluğu, konsantrasyon güçlüğü, ölüm ve intihar düşünceleri, iştah ve uyku düzeninde meydana gelen değişiklikler ile karakterize psikiyatrik bir bozukluktur (7,8,9).

#### 2.1.1. Tarihçe

Depresyon, antik çağlardan beri bilinen bir ruhsal rahatsızlıktır. Tıp literatüründe M.Ö. 400 yıllarında depresyondan ilk defa bahseden Hipokrat, rahatsızlığı kara safra fazlalığıyla açıklamış ve melankoli olarak tanımlamıştır (10).

Depresyon kavramı günümüze benzer şekilde 19.yy'da Pinel'den başlayarak ayrıntılı tanımlanmıştır ve yine 19.yy'da Delasiave "depresyon" terimini kullanan ilk kişi olmuştur (11).

Depresyon tüm tarihsel dönemlerde varlığı kayıt altına alınmış bir durumdur. Pierre Falret 1854'de depresyon ve maninin birbiri ile ilişkili iki rahatsızlık olduğunu "folie circulaire" terimini kullanarak belirtmiştir. Alman psikiyatrist Emil Kreapelin, farklı bir durum olarak "manik depresyon" (Bipolar bozukluk) tanımını ilk kullanan hekimdir. 1962 yılında Leonhard ve arkadaşları tarafından depresyonun tekrarlayan biçimleri, monopolar depresyon ve bipolar depresyon olarak ikiye bölünmüştür ve 1966 yılında monopolar deyimini yerini unipolara bırakmıştır (12).

Depresyon 20.yy'ın başlarından itibaren psikoterapi, elektrokonvulzif terapi ve antidepresan ilaçlar gibi tedavi yöntemlerinin bulunmasıyla tedavi edilmeye başlanmıştır.

Depresyon çocukluk çağında 1960'lara kadar göz ardı edilen bir durum olmuştur. Araştırmacılar 1970 yıllarından itibaren çocukluk çağı depresyonunun varlığını kabul etmiş ve bu çağda depresyonun belirti ve bulgularını araştırmaya başlamışlardır (13).

Amerikan Psikiyatri Birliğinin Ruhsal Hastalıklar için Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health-DSM)'nin 3. düzenlemesi "DSM-III" adı altında 1980 yılında yayımlandığında; pek çok otör çocukluk çağı depresif bozukluğunun erişkinlikte görülen depresyon ile aynı temel klinik özellikleri paylaştığı görüşünde birleşmekteydi. Bunun yanında çocukların, depresyon sırasında gelişim düzeylerine özgü ancak erişkin dönem için karakteristik olmayan; somatik yakınmalar, negativist tutum, agresiflik gibi başka bazı semptomlarda sergileyebilecekleri ise bir diğer önemli konuydu. DSM'nin bir sonraki düzenlenmesi olan DSM-IV'te çocuk, ergen ve erişkinlerde depresif bozukluğun çekirdek semptomları ortak olarak kabul edilmiştir. Farklı olarak DSM IV'te çocukluk çağında yaşla korele olarak "irritabl duygudurum" depresif duygudurumun tanısal eş değeri olarak değerlendirmeye alınmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması 10 (ICD-10)'da da durum benzerdir (14).

### 2.1.2. Tanı Ölçütleri

Günümüzde, majör depresyonun en geçerli ve yaygın olarak kullanılan tanı ölçütleri, DSM sınıflama sisteminde yer almaktadır. DSM, klinisyen ve araştırmacılar tarafından mental bozuklukların tanı ve sınıflandırmasında kullanılan Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından yayımlanan el kitabıdır.

DSM-IV tanı ölçütleri Majör Depresif Epizod için şu şekildedir.

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

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

(2) Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da bu etkinliklerden zevk alamıyor olma (ya hastanın kendi bildirmesi ya da başkalarının gözleniyor olması ile belirlenir).

(3) Perhizde değilken önemli ölçüde kilo kaybetme ya da kilo alma (ör. Bir ayda beden ağırlığında %5'den fazla değişim) ya da hemen her gün iştahta artma ya da azalma olması.

Not: çocuklarda beklenen kilo artışının olmaması

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

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

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

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

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

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

B. Bu belirtiler bir karışık atak belirtilerini karşılamamaktadır.

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

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

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

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) en son DSM-5'i 2013 yılında yayımlamıştır.

DSM-5'de Majör depresif epizot tanısına uygulanan çekirdek ölçüt semptomları ve en az 2 haftalık zorunlu süre, DSM-IV'den değiştirilmemiştir. DSM-5'de bir majör depresif epizot için A Tanı Ölçütü, klinik olarak anlamlı distres ya da sosyal, mesleki veya yaşamın diğer önemli alanlarında bozukluk şartı DSM-IV'deki ile aynıdır, ancak DSM-5'de C Ölçütü olarak değil de B Ölçütü olarak listelenmektedir.

Yine DSM-5'de en az üç manik semptomun (bir manik epizot için kriterleri karşılamak için yeterli olmayan) bir majör depresif epizot içindeki birlikteliği, "mikst özelliklere sahip" belirleyicisi ile tanınmaktadır. Bir majör depresif bozukluk epizodunda mikst özelliklerin varlığı, hastalığın bir bipolar spektrumunda bulunma olasılığını artırır; ancak, eğer söz konusu kişi bir manik ya da hipomanik epizot için ölçütleri hiç karşılamamışsa, majör depresif bozukluk tanısı korunur.

DSM-IV’de, bir majör depresif epizot için, sevilen birinin ölümünden sonra 2 aydan kısa süren depresif semptomlara uygulanan bir dışlama ölçütü (yani, yasın dışlanması) DSM-5’de çıkarılmıştır. Yine DSM-5 major depresyonda prognoz ve tedavi kararı verilmesi ile ilgili olarak anksiyetenin önemine işaret etmek için ‘Anksiyöz distresli’ belirleyicisi getirerek klinisyene bipolar veya depresif bozuklukları olan tüm kişilerde anksiyöz distresin şiddetini derecelendirme imkanı vermektedir.

### 2.1.3 Epidemiyoloji

Yaygınlığı değişkenlik göstermekle birlikte, Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan geniş çaplı ulusal bir çalışmada, Majör depresif bozukluğun 12 aylık ve yaşam boyu yaygınlığı sırasıyla %5.28 ve %3.23 olarak bulunmuştur (15). Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasının verilerine göre ise genel popülasyonda 12 aylık depresif nöbet yaygınlığı kadınlarda %5.4, erkeklerde %2.3, tüm nüfusta %4 olarak bulunmuştur (16).

Türkiye’de 900 kişilik örnekleme kapsayan bir araştırmada, major depresyonun bir yıllık yaygınlığının %18.8 (Kadınlarda %22.5, erkeklerde %11.6) olduğu saptanmıştır (17).

Depresif belirtileri inceleyen yurt dışı çalışmalarda depresif belirtilerin çocuklarda %10-13 (18), ergenlerde ise % 21 ila 56 arasında değişen oranlarda görüldüğü bulunmuştur (19).

Ülkemizde ilköğretim öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada %30 oranında orta, %6 oranında ağır depresif belirti (20) , lise öğrencilerinde de %27 oranında depresif belirti saptanmıştır (21). Çocuk ve ergenlerde depresif bozukluğun sıklığı incelendiği çalışmalar gözden geçirildiğinde; depresif bozukluğun yaşla artış gösterdiği; okul öncesi çocuklarda %1’den (22), okul çağında %3’ten az olduğu (23), ergenlerde ise bu oranın 20’ye kadar çıktığı görülmektedir (24).

Ergenlerdeki depresyon oranları genellikle erişkinlerdeki ile karşılaştırılabilir düzeydedir. Onbeş-onsekiz yaş aralığındaki bireylerde, majör depresyonun yaşam boyu prevalansı %14 olarak bulunmuştur (25).

Bu sonuçlarla uyumlu biçimde, yakın zamanda yapılan büyük ölçekli epidemiyolojik bir çalışma 18-29 yaş arasındaki bireylerde majör depresyonun yaşam boyu prevalansı %16.6 olarak saptanmıştır (26).

Yakın zamanda yapılan bir çalışmada, bireyler doğumlarından 26 yaşına kadar bilgileri geriye dönük incelenmiş ve erişkinlikte depresyon saptanan olguların büyük çoğunluğunda (%75) çocuklukta veya ergenlikte de depresif bozukluk olduğu olguların sadece %25'inin depresyon başlangıcı erişkinlikte (21-26 yaşlar arasında) olduğu belirlenmiştir (27).

Çeşitli çalışmalarda bu cinsiyet farklılığının, çocukluktan ergenliğe ve erişkinliğe uzanan yaşam sürecinde gelişimsel bazı farklılıklardan kaynaklanıp kaynaklanmadığı araştırılmıştır. Yapılan çalışmalarda ergenlik öncesi depresif bozukluk ve depresif belirtilerde cinsiyet farkı bulunamamıştır (28). Ancak ergenliğin erken dönemlerinden itibaren depresyon, ergen kızlarda erkeklerden çok daha sıktır (29). Prepubertal dönemde erkek/kız oranı 1/1 iken, puberte ile birlikte depresif bozukluk görülme riski kız cinsiyet lehine 3-4 kat kadar artar (30). Depresif bozukluklardaki cinsiyet farklılıklarının ortaya çıkışını araştıran uzunlamasına çalışmaların sonuçları da benzer paterne sahiptir. Bu çalışmalarda, ergen kızların 12-13 yaşından sonra klinik depresyon sergileme olasılıkları erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu bağlamda, depresyondaki kadın baskınlığı, ergenlikten erişkinliğin çoğu dönemine kadar devam etmektedir (31).

Sonuç olarak çocuk ve ergenlerde depresyonun prepubertal dönemde nokta prevalansı %1-2 iken; ergenlik döneminde prevalansı %3-8 ve ergenlik dönemi sonunda yaşam boyu prevalans %20 olarak bildirilmektedir. Depresyon giderek daha yaygın ve daha erken yaşta başlayan bir rahatsızlık haline gelmekte olup; hayatları boyunca depresyon yaşayacak olan

kişilerin ilk depresif ataklarını 20 yaşından önce deneyimlemiş olmalarına dair çalışmalar bulunmaktadır (32).

#### 2.1.4. Etiyoloji

##### 2.1.4.1 Genetik Faktörler

Genetik araştırmalar depresif bozukluklarının gelişiminde genetik etkenlerin önemli rolü olduğunu ortaya koymuştur. Depresyonu olan bireylerin birinci dereceden akrabalarında hastalanma riski belirgin ölçüde yüksektir. Majör depresyon öyküsü olan bir ana-babaya sahip olmak çocuk ve ergenlerde depresyonun güçlü risk faktörlerinden birisidir (33). Davranış genetiği ile ilgili araştırmalar, hem kız hem erkek cinsiyet için, genetik faktörlerin yaklaşık %40'a varan oranlarda etkili olduğunu belirtmekle beraber, hastalığın ortaya çıkışını etkileyen geri kalan yüzdeyi oluşturan faktörlerin, her bir birey için kendine has çevresel faktörler olduğuna dikkat çekmişlerdir (34).

İkiz çalışmalarında depresif belirtilerin konkordansının monozigotik ikizlerde %76, dizigotik ikizlerde ise %19 olduğu ve monozigot ikizler farklı ortamlarda büyütülürse bu oranın %67'ye gerilediği; kalıtsal geçişin %40 ila %65 oranında görüldüğü ve bu oranın ergenlerde çocuklardan daha yüksek olduğu gösterilmiştir (35). İkiz çalışmaları prepubertal başlangıçlı depresyon ile karşılaştırıldığında adolesanlarda görülen depresyonun daha fazla genetik komponentle ilişkili olduğunu göstermiştir. Elde edilen kanıtlar da, ergenlikte başlayan ve erişkinlik boyunca devam eden depresif belirtilerin kalıtsal olduğu yönündedir (36).

Depresyonunu etiyojisine ilişkin yapılan genetik araştırmalarda depresyona neden olan herhangi bir gen dizisi veya gen tanımlanamamıştır (Wurtman RJ. Genes, stress, and depression. Metabolism 2005;54(5 Suppl 1):16-9. ).

Depresyonda en çok çalışılan gen olan Serotonin transporter geninin (SERT) 2 farklı alleli (uzun ve kısa allel) için polimorfizm bulunmaktadır. Kısa allel, serotonin transporter sentezini yavaşlatarak serotonin nöronlarının, kendilerini stimüle eden uyarana adaptasyonlarını yavaşlattığı ve bu polimorfizmin bireyin strese duyarlılığını etkilediği düşünülmektedir (37). SERT geninde kısa allel varlığının bireyi depresyona yatkınlaştırdığı ile ilgili bilgiler henüz netlik kazanmamış olmakla birlikte, psikososyal etkenler ve çoklu gen etkileşimleri bireyin depresyona yatkınlığını belirleği düşünülmekte. SERT geni dışında, serotonin 2A reseptör (5HTR2A) geni, tirozin hidroksilaz (TH-dopamin sentezinin hız kısıtlayıcı basamağındaki enzim) geni, triptofan hidroksilaz 1 (TPH 1) (serotonin sentezi) geni ve katekol-o-metiltransferaz (COMT) (dopamin katabolizması) geni depresyonun etiyolojisinde araştırılan diğer genetik konulardır.

Gen-çevre etkileşiminin önemini araştıran çalışmalar bazı bireylerin belli çevresel risklere maruz kaldıklarında depresyon geçirme olasılıklarının arttığı ortaya koymuş ve bu da genetik yükünlüğe bağlanmıştır. Bu çalışmalarda, serotonin transportörünün (5-HTT) kodlandığı gen bölgesindeki fonksiyonel bir poliformizmin stresör varlığında depresyonla ilişkili olduğu bulunmuştur (38).

#### 2.1.4.2. Olumsuz Yaşam Olayları

Olumsuz stresli yaşam olayları diğer bir çok psikiyatrik rahatsızlıkların etiyolojisinde rol oynadığı gibi depresyonun etiyolojisinde de rol oynamaktadır. Literatürde depresif atakların sıklıkla olumsuz yaşam olayları sonrası başladığını gösteren çok sayıda çalışma bulunmaktadır (39). Eegenler üzerinde yapılan bir çalışmada, stresörlerin depresif belirtilerde artışa neden olduğu ve stresörlerin depresif belirtilerle ilişkili olduğu bulunmuştur (40).

Çocuğun kötü muameleye maruz kalması ve cinsel istismar; depresyon, anksiyete bozukluğu, kendine zarar verme davranışları şeklindeki psikiyatrik tablolarla kendini gösterebilir ve bu

durum erişkinlik döneminde de depresif ataklar yaşanmasına yatkınlığı ve psikiyatrik incinebilirliği arttırıcı rol oynar. Çocukluk çağında yaşanan bu olumsuz olaylar ergenlik ve erişkinlik dönemlerinde yüksek oranda depresyon ve anksiyete bozukluğu ile ilişkilendirilmektedir (41). Yine çocukluk döneminde yaşanan aileden birinin ölümü ya da yakın bir arkadaşın kaybı gibi kayıplar depresif bozukluk ile ilişkilendirilen olaylardır(42).

#### 2.1.4.3. Bilişsel Nedenler

Depresif bozuklukta kişilerin kendileri, yaşadıkları ve çevreleri hakkında olumsuz inançlarının, algılamalarının ve anlamlandırmalarının etikelerini inceleyen çeşitli bilişsel teoriler bulunmaktadır. Bilişsel süreçler içerisinden; nedenler, sonuçlar ve kendilik ile ilgili olarak olumsuz çıkarsamalar yapma, mükemmel olmaya veya diğerlerinden onay alma ihtiyacı gibi işlevsel olmayan bilişler, çökkün duygu durumuna atfettiği anlam hakkında ruminasyonlar ve aşırı özeleştiri yapma deprepsyonun etyolojisinde bilişsel kurama göre önde gelen bilişsel faktörlerdir (43).

Bilişsel kuramların depresyonla ilişkisinin incelendiği çalışmalarda dünyayı kötümser bir bakış açısından yorumlamanın depresyon riskini arttırıcı bir faktör olduğu belirtilmektedir (44). Çocuk ve ergenlerde yapılan çalışmalardan elde edilen verilerde de negatif bilişlerin ve olayları negatif tarzda açıklayıcı yaklaşımların, depresif belirtilerin ortaya çıkışını arttırdığı gösterilmiştir (45).

#### 2.1.4.4. Kişiler Arası İlişkilerde Yatkınlık

Ergenlerde kişiler arası ilişkilerde ortaya çıkan zorluklar ve belirgin özgüven kaybı depresyona neden olabilmektedir. "Kişilerarası bağımlılık", kişinin ailesi yada çevresindekilerle ilişkide olmak için hissettikleri aşırı bir gereksinim olarak tanımlanmaktadır. Araştırmalar ergenlerde kişiler arası bağımlılığın şiddeti ile depresif

belirtilerin şiddetinin pozitif ilişki gösterdiğini, özgüvenin ve benlik algısının bu ilişkide önemli olduğunu belirtmektedir (46).

Yüksek bağımlılık düzeyi, genç popülasyonda normatif ve hatta adaptif olabilir. Bireyin gereksinimi olduğunda güven verebilecek bireylerden oluşan bir insan ağının varlığı olarak tanımlanan sosyal destek, çok boyutlu bir kavramdır. Emosyonel, finansal, bilgisel ve uyarıcı destek gibi farklı sosyal destek tipleri vardır ve sosyal destek ağı aile üyelerini, arkadaşları, önemli diğer insanları ve iş arkadaşlarını kapsamaktadır. Anksiyöz çocukların kendi sosyal ağları ile ilgili doyum düzeylerinin deprese çocuklardan daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Ayrıca, sosyal desteğini yüksek düzeyde bildiren çocukların, yüksek işlevselliğe sahip olduğu bulunmuştur (47). Ergen depresyonu, aile desteğinin ve arkadaşlardan sağlanan sosyal desteğin düşük olması ile ilişkilendirilmektedir (48).

Bağlanma modelleri ve gelişimi depresyonda kişilerarası ilişkilerde belirleyici olduğu vurgulanmıştır. Çocukla bakım verenler arasında erken dönem bağlanma örüntüleri, hem normal hem de anormal gelişimde önemli bir role sahiptir (49). Bu konu yapılan çeşitli çalışmalarda depresif bozuklukta belirtilerle güvensiz bağlanma arasında ilişki olduğu gösterilmiştir. Bir yıllık izlem çalışmasında ergen kızlarda güvensiz bağlanmanın depresif belirtilerde artışla ilişkili olduğu saptanmıştır (50). Yine aynı çalışmada güvensiz bağlanma örüntüsü sergileyen ergen kızlarda yüksek düzeyli kişilerarası strese bağlı olarak depresif belirtilerde artış olduğu belirlenmiştir.

#### 2.1.4.5. Nörotransmitterler, Nöroendokrinolojik Faktörler ve Nöroanatomik Değişikler

Depresyonun etyolojisinde biyolojik etkenlerin, özellikle nörotransmitterlerin, nörotropik faktörlerin ve nöroendokrin düzeneğin rolü son dönemlerde çok araştırılan konulardan olmuştur.

1950'lerde önce monoamin hipotezi geliştirilmiş daha sonrada serotonin-indolamin hipotezi kurularak, monoamin oksidaz inhibitörleri (MAOI) ve trisiklik antidepresanlar (TSA) depreosyonun tedavisinde kullanılmaya başlamıştır. Serotonin (5-HT), noradrenalin(NA) ve dopamin (DA) nörotransmitterlerinin seviyelerinin veya fonksiyonlarının azalmasının ya da reseptörlerindeki sayı ve duyarlılıktaki artışın depresyonun etyolojisinde rolü olabileceği ileri sürülmüştür (51).

Depresyonun fizyopatolojisini inceleyen araştırmalarda depresyon hastalarında serotonerjik, dopaminerjik ve nöroadrenerjik fonksiyonlarda değişiklikler; nörotransmitterlerin ve nörotropik faktörlerin BOS ve plazma konsantrasyonları ve reseptörlerinin fonksiyonlarında ve yoğunluğundaki değişiklikler gösterilerek ortaya konmuştur (52).

Nöroendokrinolojik olarak depresyonda en sık çalışılmış ve etyolojide yeri gösterilmiş olan faktör hipotalamo-pitiuiter adrenal eksen (HPA)'de meydana gelen değişikliklerdir (53). Erişkin hastalarda depresyonda kortizolün sirkadiyen ritminde sapma olmuş, plazma kortizol konsantrasyonu yükselmiş, kortizol metabolitleri artmış ve 24 saatlik idrar serbest kortizol konsantrasyonu yükselmiştir. Kortizol sistemindeki bu değişiklikler, depresyonun düzelmesiyle normale dönmektedir (54).

Çocuk ve ergen hastalarda yapılan deksametazon süpresyon testinde(DST) depresyonda çocuklarda %70'inde ergenlerde ise %43'ünde test pozitif bulunmuştur. Çocuk ve ergenler takipte tekrar değerlendirildiğinde ise depresyonu düzelen hastalarda DST'nin düzeldiği, depresyonu sürenlerde DST pozitifliğinin devam ettiği gösterilmiştir (55). Yine çocuklarda depresyonda uyarılara growth hormon yanıtının azaldığı gösterilmiştir.

Nöroanatomik çalışmalarda depresif bozukluklarda nöroanatomik ve fonksiyonel değişiklikler gösterilmiştir. Hipokampus hacminin depresyonda özellikle yineleme ve kronikleşmeyle ilgili olduğu gösterilmiştir. Ayrıca, amigdala ve ventral striatum gibi

subkortikal yapılarda ve anterior singulat korteks, orbitofrontal korteks ve prefrontal korteks gibi kortikal bölgelerde de hacimsel anormallikler saptanmıştır (56).

Depresif bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde yapılan çalışmada MRI'da depresif çocuklarda frontal lob hacminin beyin hacmine oranında azalma, lateral ventrikül hacminin beyin hacmine oranında artma bulmuşlar ve erken başlayan depresif bozuklukta frontal lobun rol oynadığını ileri sürmüşlerdir (57).

Tedavi edilmemiş depresif ergenlerde sağlıklı gruba göre SPECT'de sol anterofrontal ve sol temporal kortikal alanlarda azalmış perfüzyon saptamışlardır. Tedavi edilmiş depresif hastalarla sağlıklı denekler arasında fark bulunmadığı için, bu özelliğin bir state marker olabileceğini öne sürmüşlerdir (58).

#### 2.1.5. Klinik Özellikler, Eş Tanı ve Tedavi

Depresyon değerlendirilirken olgular buldukları gelişimsel evrelerin özellikleri göz önüne alınarak değerlendirilmelidirler. Belirti ve bulgular gelişimsel dönemin özelliklerine göre kendilerini farklı şekillerde ortaya koyabilir.

Küçük çocuklarda okul öncesi yıllarda depresyonun belirtileri kolay ağlama, gülümsememe, üzgün görünme, mızızlanma, kilo almama, hareketlerde yavaşlama, oyuna ve etkinliklere ilgisizlik gibi depresif belirtilerin yanı sıra karın ağrısı, ayrılık anksiyetesi belirtilerinde artış, oyuncaklara, eşyalara, kendisine ya da başkalarına yönelik agresyon gibi diğer belirtilerin varlığı olarak tanımlanır. Araştırmalarda depresif bozukluğu olan okul öncesi çocuklarda somatik belirtilerin sık görüldüğü ve yaş küçüldükçe bu somatik belirtilerin arttığı bulunmuştur. Çocukluktan erişkinliğe depresif belirtilerin incelendiği bir çalışmada depresif duygudurum, dikkati toplamada güçlük, uyku bozukluğu ve özkıyım düşüncelerinin her yaşta benzer oranda görüldüğü, yaş arttıkça depresif görünüş, ve somatik yakınmaların azalıp, anhedoni, umutsuzluk, psikomotor yavaşlama ve sanrıların arttığı bulunmuştur (59).

Okul çağı çocuklarındaki depresyonun belirtileri, üzgün görünme, ağlama, irritabilite, can sıkıntısı, dikkati toplamada zorluk, arkadaşlarından ve sevilen etkinliklerden uzaklaşma, hareketlerde yavaşlama, öncesinden farklı biçimde monoton ve alçak sesle konuşma, “aptalım, işe yaramaz biriyim, kimse beni sevmiyor” söylemlerinin varlığı ile ortaya konan olumsuz benlik kavramı, okul başarısında düşme, okul reddi, anksiyete belirtileri, baş ağrısı, karın ağrısı, karında rahatsızlık hissi şeklinde somatik yakınmalar ve özkıyım düşünceleri olarak görülebilir.

Ergenlerdeki depresyon belirtileri ise can sıkıntısı, huzursuzluk, arkadaşlara ve daha önceden keyif alınan etkinliklere karşı ilgi kaybı, içe kapanma, okul başarısında düşme, devamsızlık, dikkat toplamada zorluk, konsantrasyon azalması, psikomotor yavaşlama, aşırı yeme, aşırı uyuma, iştahta azalma, uyku süresinde azalmaya dair diürinal değişiklikler, yalnızlık, sevilmediği duygusu, düşük benlik saygısı, özkıyım düşünce ve girişimleri ve gelişim dönemiyle uyumlu olarak sanrılarının ortaya çıkması olarak sayılabilir. Okuldan ve evden kaçma, sigara, alkol, madde kullanımı, hatta hırsızlık gibi davranış sorunları depresyonun belirtilerinden olabilir (60).

Puberte öncesinde başlayan depresyonun, ergenlik ya da erişkin hayatta başlayan depresyondan farklı olabileceği, en azından daha heterojen özellikler taşıyabileceği düşünülmektedir. Çocukluk döneminde başlayan depresyonun klinik görünümü de ergenlik dönemi ve erişkinlikte başlayan depresyondan farklı olabilmektedir. Depresif ergenlerde umutsuzluk ve çaresizlik hissi, yorgunluk ya da enerji azalması/yokluğu, aşırı uyuma, kilo kaybı, madde kötüye kullanımı, sanrılar ile intihar düşünceleri ve girişimleri çocuklardan daha sıklıkla gözlenen belirtilerdir. Bunun aksine çocukluk döneminde irritabilite, varsanılar, ayrılık anksiyetesi eştanısı ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) belirtileri daha sık oranda gözlenir (61).

Depresyonun çocukluk, ergenlik, erişkinlik ve yaşlılıkta hangi belirtilerle seyrettiğini inceleyen bir çalışmada ise genel klinik belirtilerin tüm yaş gruplarında benzer olduğu, uyku ve iştahta bozulma ile sanrılarının yaşla değiştiği gözlenmiştir. Sanrılarının en fazla yaşlılarda, en az çocuk ve ergenlerde, iştahsızlık ve kilo kaybının yine en sık yaşlılarda, aşırı uykunun en fazla ergen ve genç erişkinlerde, en az çocuk ve yaşlılarda görüldüğü saptanmıştır (62).

Erişkinlere benzer şekilde çocuk ve ergenlerde de depresyon; relapslarla seyreden bir psikiyatrik rahatsızlıktır. Klinik olarak tanı alan ve tedavi edilen grupta depresif bozukluk atağı ortalama 7 ila 9 ay sürmekte iken, kliniklere başvuru yapmayan toplum örnekleminde bu sürenin daha da kısa olduğu bildirilmiştir (63).

Depresyon tedavisini konu alan çalışmalardaki yüksek plasebo yanıtıyla da ilişkilendirilebilecek bir biçimde depresyon kendiliğinden remisyona girebilen bir rahatsızlıktır. Bununla birlikte hastalığın rekkürens riski ilk 2 yıl içinde %40'ı bulduğu, atağı takip eden 5 yıllık süreçte de %70' lere kadar yükselebildiği yapılan izlem çalışmaları ile gösterilmiştir. Erişkinlerde sonraki atağın ortaya çıkma riski de çocuk ve ergendekine benzer şekilde %60 ila %70 oranında değişmektedir (64). Bu nedenlerle major depresyon; remisyon ve rekürenslerle seyreden kronik bir durum olarak kabul edilmeli ve astım ya da epilepsi gibi yaşam boyu süren ve takip ve tedavi gerektiren bir tıbbi durum olarak ele alınmalıdır. Depresyon ele alınırken tedavi ile atağın süresini kısaltmak ve işlevsellik alanlarındaki bozulmayı en aza indirmek oldukça önemlidir. Ancak bir diğer göz ardı edilmemesi gereken nokta da rekkürenslerin önlenmesidir. Depresyonu olan çocuk ve ergenlerde hipomaniye kayma oranları erişkinlerden daha yüksek bulunmuştur. Bu durumun %40 gibi yüksek oranlarda olduğunu iddia eden araştırmacılar vardır (65).

Depresyon ile en sıklıkla eştanı alan psikiyatrik rahatsızlıklar arasında anksiyete bozuklukları, davranım sorunları, DEHB, obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) ve öğrenme bozuklukları bulunmaktadır.

Çalışmalarda depresyon ve anksiyete eşanısını çocuk ve ergenlik dönemi için %38-72 arasında ölçülmektedir. Eşanlı olguların %67'sinde depresif bozukluk başlamadan önce anksiyete belirtileri ortaya çıkmaktadır. Çocukluk çağı depresyonuna eşlik eden anksiyete belirtileri, ayrılık anksiyetesi bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğudur (66). Anksiyete tüm duygudurum bozuklukları için oldukça sıklıkla bir öncül olarak gözlenirken, özellikle major depresyon ile eş zamanlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Çocukluk çağı anksiyete bozuklukları depresif bozukluklar için risk faktörü olarak belirtilmektedir.

Depresyon ile travma sonrası stres bozukluğu eşanlılık oranları yüksek psikiyatrik rahatsızlıklardır. Özellikle ergenlerin, yaşadıkları travmatik olayı takip eden bir yıl içerisinde depresyon ve intihar riski açısından incinebilirlikleri artmıştır. Depresyon ile süreçte ilişkilendirilebilecek şekilde travma sonrası stres bozukluğu, panik bozukluk, diğer anksiyete bozuklukları, davranışsal sorunlar, disosiyatif belirtiler ve madde kötüye kullanımı ilişkili bulunmuştur (67).

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile depresyon da sıklıkla eş zamanlı olarak görülür (68). Alkol, ilaç ve tütün kötüye kullanımının depresyon ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Yapılan uzunlamasına çalışmalar çift yönlü bir nedensellik olabileceğine işaret etmekte olup, madde kötüye kullanımının depresyonun hem nedeni hem de sonucu olarak ortaya çıkabileceğine işaret etmektedir (69).

Depresyonun tedavisi ve klinik seyri ile ilgili bazı terimler kullanılmaktadır. Yanıt (response) en az iki hafta boyunca hiç depresif belirtinin olmaması veya belirtilerde ciddi azalmanın görülmesidir. Düzelme (remission), iki hafta ile iki ay arası bir sürede belirtilerin olmaması ya da çok azalmış olmasıdır. Düzelme dönemi içinde belirtilerin tekrar alevlenmesi depresme (relapse) olarak adlandırılır. İki aydan daha uzun süren iyilik dönemi iyileşme (recovery) ve bu evre içinde belirtilerin yeniden ortaya çıkması yineleme (recurrence) olarak isimlendirilir (70).

Çocuk ve ergen depresyonunda çeşitli tedavilerin etkinliğinin kanıta dayalı olarak gösterildiği çalışmalar bulunmaktadır. Bu tedaviler arasında çeşitli farmakolojik ilaçlar, bilişsel davranışçı tedaviler (BDT) ve diğer psikososyal müdahaleler yer alır.

Farmakolojik tedavilerden en sık kullanılan serotonin geri alım inhibitörleri sinaptik aralıkta serotonin gerialımını engelleyerek etki gösterir. Bunlardan fluoksetin, fluvoksamin, sertraline, paroksetin, sitalopram ve essitalopram, erişkin dönem depresyon tedavisinde etkinliği kanıtlanmış ilaçlardır. Çocuk ve ergenlerde flu- voksamin dışındakilerle yapılmış çift kör, plasebo kontrollü, rastgele (ÇKPKR) çalışmalar olsa da, çocuk ve ergen depresyonunda tutarlı bir şekilde etkinliği gösterilen tek ilaç fluoksetindir. Fluoksetinin, Amerikan Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) tarafından 8 yaş ve üzeri çocuklardaki depresyonda kullanımı onaylanmıştır.

Farmakolojik tedavide serotonin geri alım inhibitörleri dışında kullanılan ilaçlardan serotonin noradrenalin gerialım engelleyicileri olan venlafaksin, duloksetin ve milnasipran, noradrenalin dopamin gerialım engelleyicisi bupro- pion, seçici noradrenalin gerialım engelleyicisi reboksetin, alfa 2 antagonisti mirtazapin, serotonin antagonisti ve gerialım engelleyicileri trazodon ve nefazodon ve klasik antidepresanlardan monoamin oksidaz inhibitörleri ve trisiklik antidepresanlar erişkinlerde depresyon tedavisinde kullanılmaktadır ancak çocuk ve ergenlerde kullanımı ile ilgili yapılan çalışmalar az ve çelişkilidir (70).

Yine erişkinlerde ilaçla güçlendirme stratejileri olarak antidepresan tedaviye lityum, triiyodotironin (T3) veya bir atipik antipsikotik ekleme tedavisi kullanılsa da çocuk ve ergenlerde bunların kullanımına dair veriler yetersizdir.

Bu konuda literatürde seçici serotonin geri alım inhibitörleri ve BDT kombinasyonunun etkinlikliklerini değerlendiren çok merkezli büyük bir çalışma yer almaktadır. Depresyon Tanılı Ergenlerin Tedavisi Çalışması (*TADS: treatment for Adolescents with Depression Study*) (2004); 12-17 yaş arasındaki 439 ergeni 12 hafta süren 3 tedavi grubuna bölmüşlerdir.

Bunlar sadece fluoksetin (10-40 mg/g) tedavisi alan grup, BDT ve aynı doz aralığında fluoksetin eş zamanlı alan kombine tedavi verilen grup ve sadece BDT alan gruplar olarak ayrılmışlardır. ÇDDÖ-R formu ve CGI ölçeği ile yapılan ölçümlerde, kombine tedavi alan ergenlerin tedaviye yanıt oranları diğer iki gruba göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek bulunmuştur. Genel klinik iyileşme temel alındığında kombine tedavi uygulanan grubun tedaviye iyi ya da oldukça iyi yanıt verme oranları %71, yalnızca fluoksetin alan grubun %61, sadece BDT uygulanan grubun ise %43 olarak saptanmıştır. Bu nedenle bu kapsamlı çalışma gözönüne alındığında ergen depresyonunda kombine tedavinin en uygun seçenek olduğu düşünülebilir (71).

Bunların yanı sıra çocukluk ve ergenlik dönemi depresyonunda ailenin eğitimi ve aktif katılımı özellikle etkin çatışma çözümü için gerekli bir tedavi bileşeni olarak göze çarpmaktadır. Bazı olgularda sosyal beceri eğitiminin de tedavide yeri vardır. Model olma ve rol oyun teknikleri sorun çözme becerilerinin geliştirilmesi açısından yararlı olabilmektedir (72).

## 2.2. Sosyal Biliş

### 2.2.1. Tanım ve Sınıflama

Sosyal biliş çok geniş bir kavram olup kendi içinde farklı alanlara ayrılmakla birlikte temel olarak sosyal süreçlerle ilgili bilgileri tanıma, anlama, yorumlama ve kullanabilme olarak tanımlanabilir.

Kişinin, diğerlerinin inançlarını ve niyetlerini anlayabilme aracılığıyla onların davranışlarının anlamını çıkarabilmesi, kendisinin dışındaki kişilerin kendininkinden farklı bir zihne sahip olduklarını fark edebilmesi ve bunlara uygun karşılıklar vererek karmaşık sosyal çevreler ile etkileşime girebilmesi sosyal bilişsel süreçler içerisinde yer almaktadır. Sosyal biliş kavramı, insanın sosyal ortamda bilgiyi nasıl işlediğine dair bir bakış açısı sunmaktadır.

Sosyal iletişim kurmada gerekli olan bilgiyi işleme, kodlama, depolama ve hatırlama gibi işlevler sosyal bilişsel işlevlerdendir . Bilişsel süreçler algısal temele dayalıdır ve bilgi işleme süreci birçok faktörden etkilenir ve bu süreçlerin her zaman rasyonel olmayabilir (73).

Bireylerin çevredeki insanlarla ilişkilerini, bu ilişkilerle ilgili davranışlarını anlamlandırmaları, farklı çevrelere uyum gösterebilme ve sosyalleşme açısından oldukça önemlidir (74). Doğuştan gelen ve aşamalı olarak gelişen sosyal biliş becerileri başkalarının düşünceleri, duyguları, davranışları ve niyetlerini öngörme ve anlayabilmede ve kişiler arası başarılı sosyal etkileşimde büyük önem taşımaktadır (75).

Literatüre ve konütif bilimde sosyal biliş ve nörobilişin birbiriyle ilişkili fakat birbirinden bağımsız işlevler olduğu ifade edilmektedir. Nörobilişsel süreçler ve sosyal bilişsel becerilerin nöral altyapılarını inceleyen bazı çalışmalarda, sosyal ve sosyal olmayan uyarıların işlenmesinde farklı sistemlerin görev aldığı gözlenmiştir (76). Sosyal biliş ile ilgili beyin bölgelerinin, prefrontal korteks, fusiform girus, superior temporal girus, ön singulat korteks ve amigdala olduğu gösterilmiştir (77,78).

Son yıllarda sosyal biliş kavramı temel bazı alanlarda incelenmeye ve araştırılmaya başlanmıştır. Bu alanlar duygu algılama, sosyal algı, sosyal bilgi, atıfsal yanlılık ve zihin kuramıdır (79).

**Duygu algılama süreci**, kişinin yüz ifadesinden, ses tonlamasından ya da her ikisinin birleşmesinden elde edilen emosyonel bilgilerin değerlendirilmesi ve anlamlandırılmasıdır (80).

**Sosyal algı**, kişinin içinde bulunduğu duruma ait bilgilerden elde edilen sosyal ipuçlarıyla bir yargıya ulaşabilmesi olarak tanımlanmaktadır. Kişinin içinde bulunduğu sosyal ortamlarda diğer kişilerin sosyal rollerini, o andaki sosyal durumu kavrayabilme, karmaşık sosyal durumlarda sözel ve sözel olmayan ipuçlarını kullanarak çıkarımlar yapabilme yeteneğidir.

Sosyal algı kavramı, sosyal durumları karakterize eden ve sosyal etkileşimleri yönlendiren rollerin, kuralların ve amaçların farkında olmayı kapsar (81). Sosyal algı duygu algılamayla benzer olmakla birlikte, yargılama becerisi de gerektirdiği için duygu algılamadan farklılaşır. Duygu algılama becerisinde, kişilerden duygu tanıma, ses tonundan kişinin duygu durumunu tahmin etme gibi sosyal ipuçlarını değerlendirmeleri beklenirken; sosyal algıda sosyal ipuçlarını kullanarak mevcut olaylardan ya da kişilerarası ilişkilerden (samimiyet, ruh hali ve dürüstlük gibi) sonuç çıkarılması istenir (82).

**Sosyal bilgi**, sosyal durumlara ve sosyal etkileşimlere rehberlik eden roller, kurallar ve hedeflerin farkına varabilme durumu olarak tanımlanabilir. Kişinin farklı sosyal durumlarda kendisinden nelerin beklendiğini bilmesini sağlayan sosyal bilgi, sosyal yeterlilik için ilk adım ve ön şart olarak görülmektedir (83).

**Atıflar**, kişinin yaşadığı bir durum, kendisinin ya da başkalarının davranışlarının sebepleri hakkındaki yargılar ve nedensel açıklamalardır. Atıfsal yanlılık ise bir durumun zihinsel atfından (zihin kuramı) farklı olarak, olumlu ya da olumsuz olayların sebeplerinin nasıl izah edildiğini yansıtmaktadır (84). Atıf yanlılığı ilk olarak depresyon ile ilişkilendirilmiş ve depresif kişilerin olumsuz olaylar için daha çok içsel atıfta buldukları; olumsuzluklardan kendilerini sorumlu tuttıkları belirlenmiştir (85).

**Zihin Teorisi (ZT)**, (zihin kuramı, theory of mind) temel olarak kişinin kendisinin ve diğer insanların zihinsel durumunu anlayıp yargılayabilme yeteneği olarak tanımlanmaktadır. İnsanlar, diğer insanların zihinsel durumlarını model alarak ve onlara zihinsel durumlar atfederek davranışlarını açıklamaya ve öngörmeye çalışır (86). Kişinin, kendi dışındaki insanların kendi inancından farklı inançları olabileceği ve bunlara bağlı davranabileceğini anlayabilmesi, başarılı sosyal etkileşim ve iletişim için çok önemli ve gereklidir. Zihin Kuramı, diğer insanların davranışlarını yordama ve kavrama yeteneğinin ve buna bağlı olarak diğerlerinin davranışlarının anlamını ve niyetini anlayabilmenin temelini oluşturur (87).

Zihin teorisi işlevi bazı durumlarda bozulabilmekte ve hem çocuklarda, hem de yetişkinlerde geniş bir yelpazede davranışsal ve özellikle sosyal işlevsellikte kişiler arası ilişkilerde sorunlara ya da bozukluklara neden olabilmektedir. Son yıllarda, zihin teorisinin insan gelişimi ve psikopatolojisindeki rolü çok araştırılan konular arasında yer almaktadır. Baron-Cohen ve arkadaşlarının, otistik bozuklukta, ZT gelişiminde bir sorun olduğunu göstermelerinden sonra, çok sayıda çalışma otistik spektrum bozuklarında zihinselleştirme yetisinde ciddi bir bozukluk olduğu iddiasını desteklemiştir (88). Otistik Spektrum bozukluklarıyla ilgili çalışmalardan sonra, zihin kuramı bozukluğuyla diğer psikopatolojiler arasında da bir ilişki olabileceğini öngören bazı çalışmalar yapılmıştır (89).

Zihin kuramı yeteneğinin gelişimsel bir sıra izlediği, basit işlevlerden daha karmaşık işlevlere doğru derecelendirilebileceği belirtilmiştir. Bu yetenekler gelişim sırasına göre; birinci derece yanlış inanç, ikinci derece yanlış inanç, metafor/ironi/ima kavrama ve son olarak faux pas (gaf) kavrama olarak sıralanmıştır (90). Birinci derece yanlış inanç, diğer insanların yanlış düşüncelerini saptama becerisi olarak tanımlanır ve ilk gelişen zihin kuramı becerisidir. İkinci derece yanlış inanç; kişinin, diğerlerinin dış dünyadaki bir olayla ilgili düşüncesi hakkında yanlış bir düşünceye sahip olduğunu kavrama becerisidir. Bazı araştırmacılar bu beceriyi “düşünce hakkındaki düşünce” olarak da ifade etmişlerdir. İmayı anlama, doğrudan olmayan sözel ifadelerin altındaki gerçek niyeti tahmin edebilme becerisidir. Faux Pas kavrama, dilimize gaf yapmayı ya da pot kırmayı fark etme olarak çevrilmiştir. Bu işlev kişinin, bir başkasının bir ortamda yanlış bir şey söylediğini ya da uygun olmayan bir şekilde davrandığını anlamadığını, eğer anlarsa kendisini kötü hissedeceğini kavrayabilme işlevidir. Bu işlev aynı zamanda başkasının neler hissedebileceğine empati yapabilmeyi de kapsar. Zihin kuramı işlevlerinin temellerinin, 18. ayda ortak dikkat becerisi ile atılmaya başlandığı ve 9-11 yaşlarda faux pas kavrama ile gelişimini tamamladığı kabul edilir (91).

Zihin teorisi gelişimi çocukların sosyal davranışlarını belirlemektedir. Yapılan birçok çalışmada; zihin teorisi becerisi iyi olan çocukların başarılı şekilde sosyal etkileşim kurabildikleri ifade edilmektedir (92). Çocukların diğerleri ile sosyal etkileşimi, arkadaş edinmesi, sözel ve sözel olmayan olayları kavrayabilmesi zihin teorisi becerilerinin etkili bir şekilde kullanımını gerektirmektedir. Zihin teorisi işlevleri bireylerin sosyal becerilerinin yanısıra akademik alandaki işlevselliğini de etkilemektedir (Patnaik, B. (2008). Children's theory of mind: Educational, school and instructional implications. Journal of the Indian Academy of Applied Psychology, 34 (2), 329–336.). Çocuğun okulda başarılı olabilmesi için kavrama, açıklama ve neden sonuç ilişkisi kurma becerilerine sahip olması gerekmektedir. Daha ileri klinik araştırma gereksinimlerinin yanı sıra; hastaların sadece davranışlarını anlamak için değil aynı zamanda bu hastalar için bilişsel eğitim araçlarının geliştirilmesi açısından da zihin teorisi araştırmalarının önemli olduğu söylenmektedir (93).

### **2.2.2 Sosyal Biliş Becerilerini Değerlendirmede Kullanılan Testler**

Sosyal bilişsel işlevleri değerlendirmek için kullanılan testler:

#### **Duygu Algılama:**

- Yüzdeki Duyguları Ayırtma Testi (Facial Emotion Identification Test)
- Sesteki Duyguları Tanıma Testi (Voice Emotion Identification Test)
- Penn Bilgisayarlı Nörobilişsel Batarya Testi: Duygu Tanıma Testi
- Sosyal Anlam Farkındalık Testi
- Mayer Salover Caruso Duygusal Zeka Testi

#### **Sosyal Algı:**

- Sözel Olmayan Hassasiyet Profili (Hall ve ark, 1979)
- Sosyal İpuçlarını Tanıma Testi (Corrigan ve Green, 1993)

**Sosyal Bilgi:**

- Durumsal Özellikleri Tanıma Testi (Corrigan ve Green, 1993)
- Şema Anlama Sıralama Testi (Corrigan ve Green, 1993)

**Atıf Yanlılığı:**

- Atıf Stili Anketi (Peterson ve ark, 1983)
- İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Anketi (Kinderman ve Bentall, 1996)
- Belirsiz Amaçlar Düşmanlık Anketi (Combs ve ark, 2007)

**Zihin Kuramı Testleri:****Sözel Testler:**

Birinci ve ikinci derece yanlış inanç hikayeleri (Frith ve Corcoran, 1996)

Faux pas (gaf) hikayeleri (Baron-Cohen ve ark, 1999)

Zihinsel durum kavrama hikayeleri (İma Testi, Beklenmedik Sonuçlar Testi) (Jolliffe ve Baron-Cohen S, 1999; Dyck ve Ferguson, 2001)

Anlamı ve İlişkileri Kavrayabilme Testi (Dyck ve Ferguson, 2001)

**Sözel Olmayan Testler:**

Resimli Birinci Kademe Yanlış İnanış Hikâyeleri (Langdon ve ark, 1997)

Zihinsel Durum Karikatürlerini Değerlendirme (Langdon ve ark, 1997)

Görsel Olarak Bakış Açısını Anlama (Langdon ve Coltheart, 2001)

Hileyi anlama Testi (Jolliffe ve Baron-Cohen S, 1999)

Gözlerden Zihin Okuma Testi (Yıldırım ve ark, 2011)

Çocuklarda zihin teorisi yetenekleri, farklı bataryalar kullanarak test edilmiştir.

### 2.2.3. Depresyon ve Sosyal Biliş

Depresyonu olan bireylerin sosyal içe çekilmeleri, sosyal etkileşimlerden az keyif almaları ve sosyal bağlarının zayıflaması bilinen bir durumdur (94). Bu depresyonun bir sonucu olduğu gibi aynı zamanda depresyon için hem etiyolojide hem de prognozda risk faktörleri arasında sayılabilir. Depresyonda; rahatsızlığın şiddeti, komorbidite, kişilik özellikleri, tedaviye direnç gibi potansiyel bir çok faktör işlevsellik kaybını etkileyebilmektedir. Sosyal kognüsyonuda kapsayan nörokognitif becerilerin depresyonla ilişkili faktörler arasında olduğu ve bu becerilerdeki bozulmanın sosyal işlevselliği negatif etkileyebildiği araştırmalarda gösterilmiştir (95).

Emosyonları tanıma ve zihin kuramı gibi sosyal bilişsel becerilerde ortaya çıkan güçlükler, depresyonda kişiler arası ilişkilerde etkili ve uygun iletişim kurmayı olumsuz etkileyebileceği düşünülmektedir. Zihin kuramı ve yüzlerdeki veya gözlerdeki duyguları tanıma depresyonda en çok araştırılan sosyal biliş konuları olmuştur.

Literatür gözden geçirildiği kadarıyla; depresyon ve sosyal bilişsel beceriler ile ilgili mevcut çalışmaların çoğunun erişkin yaş grubunda yapılmış olduğu, çocuk ve ergen yaş grubunda çok az sayıda çalışmanın bulunduğu ve depresyonda zihin kuramı hakkında yapılan çalışmalarda birbiriyle çelişen sonuçların elde edildiği saptanmıştır.

Yakın zamanda 22 çalışmanın verilerinin incelendiği bir meta-analizde depresyonun yüzdeki duyguyu tanıma kapasitesi ile zayıf fakat anlamlı ilişkisinin olduğu, nörokognitif disfonksiyonla kıyaslandığında daha küçük bir etki gücü olduğu bulunmuştur (96). Yine Bora ve Berk'in 2016 yılında yaptığı meta-analizde çalışmaların zihin kuramını farklı testlerle farklı yönleriyle ele alındığını, testlerin zihin kuramının işitsel/görsel, bilişsel/affektif ya da akıl yürütme/çözümleme(reasoning/decoding) gibi farklı yönlerini incelediğini belirtmektedir. 18 çalışmanın verilerini incelediği çalışmasında zihin kuramı becerilerinin

depresyonda bozulduğunu ve potansiyel olarak bunun psikososyal açıdan zorluklara sebep olduğunu söylemektedir (97).

Bazı araştırmalarda depresyonda zihin kuramı becerilerinde kontrol grubuyla fark bulmamışken (98,99) bazı araştırmalarda ise depresyonda zihin kuramında bozulma tespit etmiştir (100,101). Araştırmacılar bu farklılıkların örneklem büyüklüğünün yetersiz olması, komorbid durumların farklı olması, depresyon özelliklerinin (psikotik, kronik vs.) farklılıkları gibi potansiyel sebeplerle ilişkilendirmişlerdir.

Beklenmedik şekilde literatürdeki nadir araştırmalarda depresyon grubunun zihin kuramı becerileri sağlıklı kontrollerden daha iyi bulunmuştur (102). Araştırmacılar bu sonucun sebebi olarak depresyonda ortaya çıkan, negatif emosyonlara, özellikle üzüntüye karşı bias ve seçici dikkat olabileceğini ileri sürmüşlerdir.

Y. Inoue araştırmasında depresyonda zihin kuramında defisiti relapsla ilişkili bulurken (103), Ladegaard hem ilk atak hemde kronik depresyonda sosyal bilişin bozulduğunu ve bu bozulmanın kendi örnekleminde semtom şiddeti ile ilişkili olmadığını ileri sürmüştür (104).

Başka bir çalışmada psikoz açısından yüksek riskli depresyon hastaları ile riski olmayan depresyon hastalarını karşılaştırılmış ve RMET (gözler testi) ile sosyal biliş değerlendirildiğinde; depresyonda sağlıklı kontrol grubuna göre sadece negatif ifadeleri tanımada defisit varken, psikoz riski olan depresif hastaların ise psikoz riski olmayan depresyon hastalarına göre gözlerden zihinsel durumu tanımada defisitleri olduğu bulunmuştur (105).

Literatür gözden geçirilmesinden anladığımız kadarıyla depresyonda sosyal bilişsel becerilerde genel anlamda bozulma olmaktadır. Bu bozulmanın hangi alanlarda olduğu, depresyon özellikleri ile, semtom çeşidi ve şiddeti ile, işlevsellik ve yaşam kalitesi ile ve hastalığın prognozu ile ilişkisi hakkında araştırmalara ihtiyaç olduğu düşünölmüştür.

### 2.3. Yaşam Kalitesi

Dünya Sağlık Örgütü (WHO; World Health Organization), sağlığı, yalnızca hastalığın bulunmayışı olarak değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik halinin varlığı şeklinde de tanımlanmasını öngörür. Yaşam kalitesi; Dünya Sağlık Örgütü'nün "sağlık" tanımından yola çıkarak bireyin yaşadığı yer, kültür ve değer yargıları içinde amaçları, beklentileri, standartları ve kaygılarını algılayış biçimi olarak tanımlanır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi de kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresi ile olan ilişkilerinin bir bütünüdür (106).

Yaşam kalitesinin bir başka tanımı ise bireyin hastalık ve tedavi de dahil olmak üzere sağlık durumunun fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevselliği üzerindeki öznel algısı olarak yapılmaktadır (107).

Bedensel, ruhsal, sosyal ve kişisel inançlar açısından iyilik hali kişiler tarafından farklı şekillerde tanımlanabilmekte ve farklı yaşanabilmektedir. Nesnel olarak aynı durumda olan iki kişi öznel olarak yaşam kalitelerini farklı algılayabilmektedir. Nesnel değerlendirmede çocuk ve ergenin neler yapabildiği, yaşam koşulları, çevre ve okul işlevselliği, sosyal ilişkileri değerlendirilmektedir. Öznel değerlendirmede ise çocuk ve ergenin fiziksel, duygusal ve sosyal işlevselliği göz önüne alınmaktadır. Bazı araştırmacılar, kişinin durumu ile ilgili kendi algısını yansıttığı için, öznel değerlendirmenin daha değerli olduğunu ileri sürmektedir. Kimi araştırmacılar ise nesnel sonuçlar doğurduğu için ebeveyn formlarının geçerliğinin daha fazla olduğunu düşünmektedir. Çocuk ve ergenin yaşam kalitesini en doğru biçimde anlayabilmek için en iyi çözüm, hem ebeveynin hem de çocuk ve ergenin değerlendirmesini göz önünde bulundurmadır (108).

Yaşam kalitesinin ölçülmesi; bireyin tedavi öncesi ve sonrası yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, yapılan tıbbi girişimlerin yan etkilerinin ve etkinliğinin belirlenmesi, sağlık politikalarına yön verilmesi ve tıbbi araştırmalar için gerekli görünmektedir (109).

### 2.3.1. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği

Ergenlikte yaşam kalitesi ile ilgili yapılacak çalışmaların erişkinlikte oluşabilecek yaşam kalitesi sorunlarından korunma ya da sorunları önleme açısından yararlı olacağı, tedavi ile ilgili yönlendirmelerde hekimlere yol göstereceği belirtilmektedir (110).

Yaşam kalitesi ölçekleri, belirli bir hastalığa özgü ve genel olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Genel yaşam kalitesi ölçekleri, çok daha kapsamlı olarak hazırlanmıştır ancak tedaviyle ilişkili değişikliklere çok az duyarlıdır. Hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri ise, hastalıkla ilişkili olabilecek alanlara odaklanır ve muhtemelen tedavinin etkisiyle oluşan değişikliklere daha duyarlıdır. Ancak bu ölçekler diğer hastalıklarla karşılaştırmaya olanak sağlamamaktadır (111).

Çocuk ve ergenlerde kullanılan yaşam kalitesi ölçekleri erişkinlerden farklıdır. Ölçekleri değerlendirirken de çocuk ve ergenin gelişim düzeyi göz önünde bulundurulmalıdır.

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde en uygun yol, ebeveyn ve çocuk- ergen formlarının beraber değerlendirilmesidir. Bu ortak değerlendirmede, her iki formda da fiziksel işlevsellik değerlendirmesi birbirine yakınken, sosyal ve duygusal işlevsellik değerlendirmelerinin genellikle uyumlu olmadığı gözlenmiştir (112).

Çocuklar için geliştirilen genel yaşam kalitesi ölçekleri; Functional Status II-R Scale (FSII-R), Child Health and Illness Profile (CHIP), Nordic Quality of Life Questionnaire for Children, Child Quality of Life Questionnaire, German Quality of Life Questionnaire (KINDL), Child Health Questionnaire, Infant Quality of Life (QUALIN), Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL 4.0TM), Exeter Health Related Quality of Life (EHRQOL) ölçekleridir<sup>85</sup>. Bu ölçeklerden Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılanlar; KINDL, CHQ ve PedsQL 4.0TM ölçekleridir (112).

Çocuklar için geliştirilen hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçeklerinden birkaçı; Childhood Asthma Questionnaires (CAQ), Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire (PAQLQ), About My Asthma (AMA), Pediatric Cancer Quality of Life Inventory (POQOL), Quality of Life Epilepsy (QOLIE-AD-48), Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI), Diabetes Quality of Life Youths (DQOL-Y), Juvenile Arthritis Quality of Life Questionnaire ölçekleridir. Bunlardan Türkçeye uyarlanan PAQLO ölçeğidir<sup>84</sup>. Türkçe geliştirilen Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Yaşam Kalitesi Ölçeği (DE/HB-YKÖ) de bulunmaktadır<sup>(112)</sup>

Bizim araştırmamızda Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (Pediatric Quality of Life Inventory; PedsQL) 13-18 yaş formu kullanılmıştır.

### 2.3.2. Depresyon ve Yaşam Kalitesi

Major depresif bozukluk tüm dünyada yaygın ve yaşam kalitesi üzerine de oldukça fazla etkisi olan bir bozukluktur (113). Depresyon gelişmiş ülkelerde işlevsellik kaybı oluşturan nedenler içinde ilk sırada gelmektedir ve tüm dünyada ise dördüncü sıradadır (114). Dünya sağlık örgütünün tahminlerinde ise major depresif bozukluğun 2020 yılında tüm dünyada en önemli ikinci yetiyitimi nedeni olacağı kabul edilmektedir. Major depresif bozukluk yaşam kalitesinde yarattığı olumsuz etkiyle pek çok kronik tıbbi hastalığın önünde gelmektedir (115). Ek olarak major depresif bozuklukta ortaya çıkan düşük yaşam kalitesi hastalığın şiddetiyle doğru orantılı olarak bulunmuştur (116).

Bazı çalışmalarda sadece şiddetli depresyonda değil eşik altı depresyonda bile yaşam kalitesinin bozulduğu gösterilmiştir (117). Hatta araştırmalarda depresyonun remisyona girmesinden sonra bile yaşam kalitesindeki bozulma sürebildiği ileri sürülmüştür (118).

Son yıllarda tanıda, tedavide, takipte ve yeni tedavilerin geliştirilmesinde de yaşam kalitesi depresyonda üzerinde durulan konular arasında yer almaktadır. Etkili ve hedefe yönelik

tedavilerin geliştirilmesinde depresyonun yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu yönlerini araştıran çalışmalar büyük önem kazanmıştır.

### **3-AMAÇ**

Çalışmamızda, henüz tedavi almamış ilk kez major depresyon tanısı alan 13-18 yaş arasındaki ergen hastaların sosyal bilişsel beceriler açısından değerlendirilmesi, sosyal biliş özelliklerinde bozukluk olup olmadığının saptanması, yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi; depresyon özelliklerinin, sosyal bilişin ve yaşam kalitesinin birbirleri ile ilişkisinin incelenmesi ve sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Depresyon ergen yaş grubunda sık görülen psikiyatrik bozukluklardandır ve hayatın her alanında işlevsellik kaybına neden olabilmektedir. Özellikle sosyal becerilerin ve sosyal hayattaki kimlik ve konumun şekillendiği bu yaş grubunda depresif bozukluğun yol açtığı sorunların sebeplerinin ve sonuçlarının daha iyi araştırılıp anlaşılması hem hastalığın önlenmesinde hemde tedavilerin planlanıp geliştirilmesinde önemli bir yere sahiptir. Sosyal biliş farklı psikiyatrik hastalıklarda özellikle otizm ve şizofrenide çok çalışılmış ve bu hastalıklarda bozulduğu gösterilmiş bir zihinsel fonksiyon olmakla birlikte major depresyonda literatürde ulaşabildiğimiz kadarıyla çok kısıtlı sayıda ve farklı sonuçlar bulan çalışmalar olduğu görülmüştür. Bu çalışmaların neredeyse tamamı erişkin popülasyonda olup, çocuk ve ergenlerde depresyonda hemen hemen hiç araştırılmamış bir konudur.

Ayrıca bizim çalışmamızın diğer bir yanı da; depresyonda yaşam kalitesinin sosyal bilişle ilişkisini incelemesidir. Daha önce yapılan çalışmalar depresyonda yaşam kalitesinin bozulduğunu göstermiştir fakat bu bozulmanın sebeplerinin ayrıntılandırılmasına ve daha iyi anlaşılmasına ihtiyaç bulunmaktadır. Literatürde bu konuda yapılmış bir çalışmaya rastlanmaması bizim çalışmamızın önemini ortaya koymaktadır.

Çalışmada elde edilen bulguların depresyonun özellikle sosyal hayatta yol açtığı sıkıntıların sebeplerinin ve sonuçlarının anlaşılmasına katkı sağlayacağı, daha etkin ve kapsamlı tedavi stratejileri geliştirebilmesi adına faydalı olabileceği düşünülmüştür.

#### **4-HİPOTEZLER**

1. Major depresyon ergen hasta grubunun sosyal bilişsel becerileri, sağlıklı kontrol grubunun sosyal bilişsel becerilerinden daha düşüktür.
2. Depresyonda anksiyete bozuluğu komorbiditesi yada yüksek anksiyete skorlarının olması ile sosyal biliş becerileri arasında negatif korolasyon vardır.
3. Depresyonda ergen hasta grubunun yaşam kalitesi, sağlıklı kontrol grubunun yaşam kalitesinde daha düşüktür.
4. Depresyonda sosyal bilişsel beceriler ile yaşam kalitesi arasında pozitif korelasyon bulunmaktadır.

#### **5-YÖNTEM VE ARAÇLAR**

##### **5.1. Araştırmanın Tipi**

Araştırmamız, Major depresyon tanısı alan olguların sosyal bilişsel özelliklerinin ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi ve sağlıklı kontrol grbuyla karşılaştırılmasına yönelik yapılan kontrol gruplu, kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışmadır.

##### **5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırmamız, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'nde Mayıs 2016 - Ağustos 2016 tarihleri arasında yapılmıştır.

### **5.3. Araştırmanın Evreni**

Araştırmamızın evreni, Ege Üniversitesi Tıp Fakóltesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran 13-18 yaş arası ilk atak depresyon tanısı alan hasta grubu ile benzer sosyodemografik özelliklere sahip sağlıklı kontrol olgulardan oluşmaktadır.

### **5.4. Araştırmanın Örneklemi**

Araştırmamızın örneklemini, Ege Üniversitesi Tıp Fakóltesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran, 13-18 yaş arasında olan ilk kez major depresyon tanısı konmuş tedavi almamış 35 hasta grubu ve hasta grubuna benzer sosyodemografik özelliklere sahip 37 sağlıklı kontrol olgusu oluşturmaktadır.

### **5.5. Örneklem Seçimi**

#### **5.5.1 Major Depresyon Grubunun Oluşturulması**

Major depresyon grubu, Ege Üniversitesi Tıp Fakóltesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran ilk kez Major Depresyon tanısı konan, henüz tedavi almamış yada tedavisinin ilk iki haftasında olan 13-18 yaş arası 35 olgu ile oluşturulmuştur.

Depresyon grubuna yönelik tanı görüşmesi öncelikle DSM-5 kriterlerine göre yapılmıştır. Kliniğimize ilk kez başvuran ön görüşme yada ilk muayenesi yapılan hastalardan çalışmamızın kriterlerine uyan hastalar seçilerek değerlendirilmişlerdir. Depresyon tanısı konulan hastaların eşlik eden psikiyatrik bozukluklar K-SADS ile değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucunda; depresif bozukluk ve anksiyete bozuklukları dışında tanı ölçütlerini karşılayan, eşlik eden psikiyatrik hastalıkları olan olgular çalışmaya dahil edilmemiştir.

### Depresyon Grubu İçin Çalışmaya Alınma Ölçütleri:

1. 13-18 yaş arasında olmak
2. DSM-5'e göre major depresif bozukluk tanı kriterlerini karşılamış olmak,
3. İlk kez depresyon tanısı almak
4. Tedavi edilmemiş olmak yada tedavinin ilk iki haftası içerisinde olmak
5. Anksiyete bozuklukları dışında ek psikiyatrik rahatsızlığın olmaması
6. Ek kronik bedensel hastalığın olmaması
7. Herhangi bir uyuşturucu ya da bağımlılık yapıcı etkisi bulunan madde kullanımının olmaması,
8. Klinik olarak normal zeka kapasitesinde olması
9. Son altı ay içerisinde kayıp yaşamamış olmak
10. Çalışmaya katılmayı kabul edenler

### Depresyon Grubu İçin Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri:

1. 13 yaşından küçük, 18 yaşından büyük yaş grubunda olmak
2. Herhangi bir nedenle çalışmaya gönüllü olunmaması
3. Klinik olarak normal zeka düzeyinde olmamak
4. K-SADS'a göre anksiyete dışında eşlik eden psikopatoloji saptanması
5. Görme işitme kusurunun olması
6. Herhangi bir tanı almış nörolojik yada bedensel hastalığının bulunması,
7. Yakın zamanda travmaya uğramış olma ve herhangi bir kayıp yaşama

### **5.5.2 Kontrol Grubunun Oluşturulması**

Kontrol grubu, herhangi bir psikiyatrik ya da nörolojik rahatsızlığı olmayan 13-18 yaş arası sağlıklı gönüllülerden, yaş, cinsiyet ve eğitim durumları eşlenerek seçilen 37 olgu ile oluşturulmuştur.

#### Kontrol Grubu İçin alışmaya Alınma lütleri:

1. 13-18 yaş grubunda olmak
2. Çalışmaya katılmakta gönüllü olmak
3. Eşlik eden psikiyatrik rahatsızlığın olmaması
4. Eşlik eden nörolojik hastalık ya da travma öyküsü olmaması
5. Klinik olarak normal zeka düzeyinde olmak
6. Ebeveyn ve ocuk/genç tarafından onam formunun okunup imzalanması

#### Kontrol Grubu İçin alışmadan Dışlanma lütleri:

1. 13 yaşından küçük, 18 yaşından büyük yaş grubunda olmak
2. Herhangi bir nedenle çalışmaya gönüllü olunmaması
3. Klinik olarak normal zeka düzeyinde olmamak
4. Eşlik eden psikiyatrik rahatsızlığın olması
5. Eşlik eden nörolojik hastalık ya da travma öyküsü olması
6. Görme ve işitme kusuru olması

### 5.6 Değerlendirmede Kullanılan Araçlar

#### 1- Okul ağı çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve şizofreni Görüşme izelgesi- şimdi ve Yaşam Boyu şekli-Türkçe Uyarlaması (DşG-şY-T) [Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime Version, K-SADS]

K-SADS, ocuk ve ergenlerin DSM-IV tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve şu andaki psikopatolojilerini saptamak amacıyla Kaufman ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur (119). Ölçeğin Türk örneklemini için geçerlik ve

güvenirlilik çalışması Gökler ve ark. Tarafından 2004'te yapılmıştır (120). Form üç bölümden oluşmaktadır.

İlk bölümde çocuğun demografik özellikleri, genel sağlık durumu, varsa daha önceki psikiyatri başvurusu ve tedavisi, aile ve akran ilişkileri, okul bilgileri gibi genel bilgiler sorgulanır. İkinci bölüm özgül psikiyatrik belirtilerin sorgulandığı tarayıcı sorular ve değerlendirme ölçütlerini içermektedir. Tarama görüşmesi ile pozitif belirtiler varsa o psikopatolojiyi daha iyi değerlendirmek amacıyla ek belirti listesi sorgulanmaktadır. Belirtilerin varlığına ve şiddetine çocuğun ya da ergenin, anne babanın ve klinisyenin görüşleri birleştirilerek karar verilmektedir. ÇDŞG-ŞY ile duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, dışa atım bozuklukları, yıkıcı davranım bozuklukları, madde kötüye kullanımı, yeme bozuklukları ve tik bozuklukları değerlendirilebilmektedir. Üçüncü bölüm çocuğun değerlendirme yapıldığı zamanda işlev düzeyini belirlemek amacıyla kullanılan genel değerlendirme ölçeğidir.

## **2- Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)**

Ölçeğin özgün formu Beck ve arkadaşları tarafından hazırlanmıştır. BDÖ'nin 1961 ve 1988 yıllarına ait iki versiyonu vardır (121). Her iki versiyon da Türkçe'ye çevrilmiş ve geçerlilik güvenirlik çalışmaları yapılmıştır (122). Çalışmamızda 1988 versiyonu kullanılmıştır. Depresyonda görülen ve vejetatif, duygusal, bilişsel ve motivasyonel alanlarda ortaya çıkan belirtileri ölçmeye yarayan 21 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçeğin amacı, depresyonun derecesini nesnel olarak sayılara dökmektir. Ölçekte 21 depresif belirti "yok, bazen, sık, çok sık" olarak cevaplanabilmekte ve sırasıyla 0'dan 3'e kadar artan biçimde puanlanmaktadır. Elde edilen puanlar 0 ile 63 arasında değişmekte olup, toplam değer 9 ve daha az ise "depresyon yok", 10-16 ise hafif", 17-23 ise "orta", 24 ve daha fazla ise "şiddetli depresyon" olarak değerlendirilir. Ölçek, örneklemimizdeki bütün olgular tarafından doldurulmuştur.

### **3-Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ) (Ebeveyn ve Çocuk Formu):**

Birmaher ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Çakmakçı tarafından yapılan Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği'nin (ÇATÖ) ebeveyn ve çocuk formu mevcuttur. Toplam 41 maddeden oluşan 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. Ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Çakmakçı ve ark. (2004) tarafından yapılmıştır. Bu ölçeğin çocuk ve ebeveyn formu, çalışmamıza katılan çocukların kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla kullanılmıştır.

### **4-Genel Klinik İzlenim Ölçeği-Şiddet (Clinic Global Impression Scale-Severity / CGI-S)**

Genel klinik görünümün bir değerlendirmesini yansıtır. Görüşme sırasında klinik izlenime ek olarak ailenin gözlemleri doğrultusunda klinisyen tarafından değerlendirilir. Görüşmeyi yapan klinisyen tarafından verilen değerler; 1 ila 7 arasında değişir. CGI-S çalışmamızda, olguların hastalık şiddetleri hakkında psikiyatri klinisyeninin yargısını kullanmak amacıyla uygulanmış olup, değerlendirmede, olguların genel davranış örüntüleri, engellenemeyen anormal yeme davranışları, dürtüsel özellikleri ile mevcut hastalıklarının şiddeti esas alınmıştır.

Skorlar: 1=Normal, hasta değil 2=Hastalık sınırında 3=Hafif düzeyde hasta 4=Orta düzeyde hasta 5=Belirgin düzeyde hasta 6=Ağır hasta 7=Çok ağır hasta olarak nitelendirilir (123).

### **5-Yaşam Kalitesi Ölçeği, Çocuk ve Aile Formları (ÇİYKÖ)**

PedsQL 2-18 yaşları arasındaki çocuk ve ergenlerin sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini ölçebilmek için Varni ve arkadaşları tarafından yaklaşık 15 yıllık çalışma sonucu 1999

yılında geliştirilmiş bir yaşam kalitesi ölçeğidir (Varni ve ark. 1999). Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımladığı sağlıklılık halinin özellikleri olan fiziksel sağlık, duygusal işlevsellik ve sosyal işlevsellik alanlarını sorgulamaktadır. Bunun yanında okul işlevselliği de sorgulanmaktadır. Puanlama 3 alanda yapılmaktadır. İlk olarak ölçek toplam puanı (ÖTP), ikinci olarak fiziksel sağlık toplam puanı (FSTP), üçüncü olarak duygusal, sosyal ve okul işlevselliğini değerlendiren madde puanlarının hesaplanmasından oluşan psikososyal sağlık toplam puanı (PSTP) hesaplanmaktadır. Genel yaşam kalitesi ölçeklerinden olan ÇİYKÖ okul ve hastane gibi geniş popülasyonlarda, hem sağlıklı hem de hastalığı olan çocuk ve ergenlerde kullanımı uygun olan 23 maddelik bir yaşam kalitesi ölçeğidir. Maddeler 0–100 arasında puanlanmaktadır. Sorunun yanıtı hiçbir zaman olarak işaretlenmişse 100, nadiren olarak işaretlenmişse 75, bazen olarak işaretlenmişse 50, sıklıkla olarak işaretlenmişse 25, hemen her zaman olarak işaretlenmişse 0 puan almaktadır. ÇİYKÖ toplam puanı ne kadar yüksek ise, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi de o kadar iyi algılanmaktadır. Ölçeğin 13-18 yaş ergen formunun geçerlilik güvenilirlik çalışması Memik ve arkadaşları tarafından 2007'de yapılmıştır.

## **6- Sosyodemografik Veri Formu**

Araştırmacılar tarafından oluşturulmuş, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, aile özellikleri, sosyoekonomik düzey, yaşadığı yer, ebeveynlerin durumu, özgeçmiş ve soygeçmiş bilgilerini almaya yönelik bilgi formudur.

## **7- Zihin Kuramı Testleri**

### **a. Yüzler Testi (Faces Test):**

Yüzler testi, yüzlerden emosyon tanımaya yönelik olarak geliştirilmiştir. Ekman 1972'de, altı evrensel yüz ifadesi tanımlamıştır. Bunlar sevinç, korku, şaşkınlık, üzüntü, öfke ve

iğrenmedir. Test, emosyon tanıma bozukluğunu değerlendirir. Bu amaçla geliştirilmiş çok sayıda test vardır. Bu testte olgulara, duygusal ifadeleri yansıtan 60 adet fotoğraf gösterilir. Fotoğraflara bakmada zaman sınırlaması getirilmez. Olgulardan bu fotoğraflara teker teker bakmaları istenir ve her bir yüzün altı temel emosyondan (sevinç, üzüntü, korku, şaşkınlık, iğrenme, öfke) hangisine uyduğu sorulur. Doğru cevap “1 puan”, yanlış cevap “0 puan” olarak değerlendirilir (124). Olguların verdiği cevaplar, kendi adlarına düzenlenmiş cevap kağıdına işaretlenir. (Şekil 1.)

#### **b. Gözlerden Zihni Okuma Testi (Gözler Testi-Reading The Mind in the Eyes Test)**

Gözler testi, kişinin göz ifadesine bakarak basit duyguların ötesine giden zihinsel durumunu anlama yetisini değerlendirir (125). İlk kez Baron-Cohen ve arkadaşları tarafından 1997’de geliştirilmiş ve 2001’de yeniden gözden geçirilmiş, geliştirilmiş formu yayınlanmıştır. Gözler Testi, sosyal biliş ile psikopatoloji arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda sıklıkla kullanılmıştır. Zihin kuramının önemli bir yönü olan “zihin okuma” yetilerini de değerlendirdiği düşünülmektedir. Emosyonların yüzün tamamı yerine gözler gibi sadece küçük bir bölgesinden tanınabilmesi çok daha zordur. Bu test katılımcının kendisini diğerinin yerine ne kadar iyi koyabildiğini ve onların zihinsel durumlarını ne ölçüde kavrayabildiğini test etmek amaçlı tasarlanmıştır. Toplam 28 adet, sadece göz bölgesinin görüldüğü fotoğrafları içerir. Yanıtlar dört seçeneklidir. Şans oranı  $p=.25$  tir, ve kişi sadece 13 ve üstünde skor alarak anlamlı olarak şansın üstünde performans gösterir (Binominal test). Zor fark edilen bireysel farklılıklara ulaşabilme olasılığını arttırmak amaçlanmıştır. Testin çocuklar için olan versiyonunun Türkçe’ye çevrilmesi Girli tarafından yapılmıştır (126). Olguların verdiği cevaplar, kendi adlarına düzenlenmiş cevap kağıdına işaretlenir. (Şekil 2.)

*Şekil 1 . Yüzler Testi*



Şekil 2. Gözler Testi



- Arkadaşça
- Üzgün
- Şaşırılmış
- Endişeli

## 5.7. Uygulama

Çalışmamıza, Ege Üniversitesi Etik Kurulu'ndan onay alındıktan sonra başlanmıştır. Olgular için ilk değerlendirilmesi yapıldıktan sonra, çalışmamızın katılım ölçütlerini karşılayan olgulara ve ailelerine araştırmamız hakkında ayrıntılı bilgi verilmiştir. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan olguların ailelerinden ve çocuk/gençlerin kendilerinden, çalışmayla ilgili ayrıntılı bilgileri içeren yazılı onam formlarını okumaları istenmiş ve sonrasında imzaları alınmıştır.

Olguların çalışma kapsamında değerlendirilmesi, testlerinin yapılması ve ölçeklerinin doldurulması bir yada iki vizitte tamamlanmıştır. Bütün işlemler toplamda yaklaşık iki saat kadar sürmüştür. İlk değerlendirmede depresyon düşünülen hastaya çalışma hakkında bilgi verilip onam alındıktan sonra kendisine Beck depresyon ölçeği, ÇATÖ anksiyete tarama ölçeği, sosyodemografik veri formu, ÇİYKO yaşam kalitesi ölçeği ve ailesine ÇATÖ anksiyete ölçeği, ÇİYKO yaşam kalitesi ölçeği ebeveny formları verilerilmiştir. Ölçekler doldurulduktan sonra hastaya K-SADS uygulanmıştır. Çalışmanın içleme ve dışlama kriterlerine uyan hastalara sosyal biliş testlerinden yüzler testi ve gözler testi uygulanarak değerlendirmeleri tamamlanmıştır. Daha sonra hastaların ilgili klinikten tedavi ve takipleri

yapılması için randevuları düzenlenmiştir. Kontrol grubu için ön görüşmeye alınan olgulardan psikopatolojiden şüphelenilen olgular çalışma kapsamından çıkartılarak, ailelerine bilgi verilerek ayrıntılı değerlendirilmeleri için polikliniğimize yönlendirilmiştir. Elde edilen veriler SPSS programıyla analiz edilmiştir.

## **5.8 Verilerin İstatistiksel Analizi**

Analizler SPSS (The Statistical Package for Social Sciences) paket programı kullanılarak yapılmıştır.

İstatistiksel analizler yapılmadan önce verinin, parametrik testlerin varsayımları olan normal dağılım ve varyans homojenliği varsayımlarını karşılayıp karşılamadığı kontrol edilmiştir. Normal dağılım göstermeyen değişkenler duruma uygun analizlerle değerlendirilmiştir.

Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistiksel teknikler ve niceliksel verilerin analizinde varyans analizi tekniği kullanılmıştır. Gruplar arası kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare analizi uygulanmıştır.

Değişkenler arasındaki korelasyonun yönünü ve düzeyini belirlemek için Pearson Korelasyon Testi kullanılmış, sonuçlar “r” (korelasyon katsayısı) ve “p” değeri (anlamlılık düzeyi) ile belirtilmiştir. İstatistiksel olarak  $p < 0.05$  olan değerler anlamlı kabul edilmiştir.

## **6-BULGULAR**

### **6.1 Örneklemin Değerlendirilmesi**

Çalışmamıza, 35 depresyon grubu ve 37 sağlıklı kontrol olmak üzere toplam 72 olgu alınmıştır. Tablo 1’de olguların dağılımı verilmiştir.

**Tablo 1. Tanı Gruplarına Göre Dağılım**

	<b>Olgu Sayısı (n)</b>	<b>%</b>
Hasta grubu	35	48
Kontrol	37	52
Toplam	72	100

### **6.1.1 Cinsiyet**

Örnekleminizdeki olgular, Depresyon grubunda %77.1 (n=27) kız, %22.9 (n=8) erkek ve kontrol grubunda %73 (n=27) kız, %27 (n=10) erkek cinsiyet olarak dağılım göstermiştir. Grupların cinsiyete göre dağılımında anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0.892). Tablo 2’de olguların cinsiyet özellikleri verilmiştir.

**Tablo 2. Olguların Cinsiyet Özelliklerine Göre Dağılımı**

<b>Cinsiyet</b>	<b>Hasta</b>		<b>Kontrol</b>		<b>p değeri</b>
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Kız	27	77.1	27	73	0.892
Erkek	8	22.9	10	27	
Toplam	35	100	37	100	

(Ki Kare Testi, p=0.892)

### 6.1.2 Yaş

Çalışmamıza, 13-18 yaş aralığında toplam 72 olgu alınmıştır. Olguların yaş ortalaması, depresyon grubunda  $16.022 \pm 1,52$ , kontrol grubunda  $16.45 \pm 1,34$  olarak saptanmış, gruplar yaşlar eşleştirilerek yapılmıştır. Tablo 3'te olguların yaşa göre dağılım özellikleri verilmiştir.

**Tablo 3. Olguların Yaşa Göre Dağılım**

	Hasta		Kontrol		p
	Ort.	±ss	Ort.	± ss	
Yaş	16.02	±1.52	16.45	±1.34	,229

(Mann-Whitney U Test ,  $p=0,229$ )

### 6.1.3 Anne Eğitim Düzeyi

Örnekleminizdeki olguların anne eğitim düzeyi, depresyon grubunda %25 (n=8) ilkokul mezunu, %18.8 (n=6) ortaokul mezunu, %28.1 (n=9) lise mezunu, %28.1 (n=9) üniversite mezunu, kontrol grubunda ise %11.4 (n=4) ilkokul mezunu, %5.7 (n=2) ortaokul mezunu, %34.3 (n=12) lise mezunu ve %48.6 (n=17) üniversite mezunu olarak dağılım göstermiştir. Gruplar istatistiksel açıdan birbiriyle benzer bulunmuştur ( $p=0.107$ ). Tablo 4'te olguların anne eğitim düzeyine göre karşılaştırmaları verilmiştir.

**Tablo 4. Anne Eğitim Düzeyine Göre Dağılım**

Anne Eğitim	Depresyon		Kontrol		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
İlkokul	8	25	4	11.4	12	17.9
Ortaokul	6	18.8	2	5.7	8	11.9

Lise	9	28.1	12	34.3	21	31.3
Üniversite	9	28.1	17	48.6	26	38.8
Toplam	32	100	35	100	67	100

(*Ki Kare testi, p=0.107; 3 hasta, 2 kontrolün verisine erişilemedi*)

#### 6.1.4 Baba Eğitim Düzeyi

Örnekleminizdeki olguların baba eğitim düzeyi, depresyon grubunda %3.2 (n:1) okur yazar değil, %16.1 (n=5) ilkokul mezunu, %9.7 (n=3) ortaokul mezunu, %41.9 (n=13) lise mezunu, %29 (n=9) üniversite mezunu, kontrol grubunda ise %6.1 (n=2) ilkokul mezunu, %3 (n=1) ortaokul mezunu, %27.3 (n=9) lise mezunu ve %63.6 (n=21) üniversite mezunu olarak dağılım göstermiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (**p=0.067**). Tablo 5’de olguların baba eğitim düzeyine göre karşılaştırmaları verilmiştir.

**Tablo 5. Baba Eğitim Düzeyine Göre Dağılım**

Baba Eğitim	Depresyon		Kontrol		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Okur yazar değil	1	3.2	0	0	1	1.6
İlkokul	5	16.1	2	6.1	7	10.9
Ortaokul	3	9.7	1	3	4	6.3
Lise	13	41.9	9	27.3	22	34.4
Üniversite	9	29	21	63.6	30	46.9
Toplam	31	100	33	100	64	100

(*Ki Kare testi, p=0.067; 4 hastanın, 4 kontrolün verisine ulaşamadı*)

### 6.1.5 Aile Yapısı

Örneklemimizdeki olguların, aile yapıları; depresyon grubunda %53.3 (n=16) çekirdek aile, %20.0 (n=6) geniş aile, %26.7 (n=8) parçalanmış aile, kontrol grubunda ise %89.9 (n=32) çekirdek aile, %2.8 (n=1) geniş aile, %8.3 (n=3) parçalanmış aile olarak dağılım göstermiştir.

Gruplar aile yapısı açısından birbirinden farklı bulunmuştur ( $p=0.05$ ). Tablo 6'da olguların aile yapısına göre karşılaştırmaları verilmiştir.

**Tablo 6. Aile Yapısına Göre Dağılım**

Aile Yapısı	Depresyon		Kontrol		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Çekirdek Aile	16	53.3	32	89.9	48	72.7
Geniş Aile	6	20	1	2.8	7	10.6
Parçalanmış Aile	8	26.7	3	8.3	11	16.7
Toplam	30	100	36	100	66	100

(*Ki Kare testi,  $p=0.05$* )

### 6.1.6 Ailede Psikiyatrik Bozukluk Öyküsü

Örneklemimizdeki olgular, anne, baba ve anne-baba dışında kalan birinci derece akrabalarında psikiyatrik bozukluk öyküsü varlığına göre değerlendirilmiştir.

Olguların annelerinde, depresyon grubunda %21.9 (n=7) , kontrol grubunda ise %0 (n=0) oranında psikiyatrik bozukluk görülmüştür. Gruplar annede psikiyatrik rahatsızlık açısından birbirinden farklı bulunmuştur ( $p=0.04$ ).

Olguların babalarında, depresyon grubunda %13.3 (n=4) , kontrol grubunda ise %0 (n=0) oranında psikiyatrik hastalık olduğu görülmüştür. Bu kriterler açısından farklı nitelik göstermektedir (**p=0.049**).

Olguların ailelerinde, depresyon grubunda %23.1 (n=6) , kontrol grubunda ise %0 (n=0) oranında psikiyatrik bozukluk olduğu görülmüştür. Gruplar ailede psikiyatrik rahatsızlık açısından birbirinden farklı bulunmuştur (p=0.005).

Tablo 7'de olguların anne, baba ve birinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık olup olmamasına göre karşılaştırmaları verilmiştir.

**Tablo 7. Anne, Baba ve Ailede Psikiyatrik Hastalık Dağılımı**

	Depresyon grubu		Kontrol		p
	Var	Yok	Var	Yok	
Anne	7	25	0	35	<b>0.04</b>
	%21.9	%78.1	%0	%100	
Baba	4	26	0	32	<b>0.049</b>
	%13.3	%86.7	%0	%100	
Akraba	6	20	0	34	<b>0.005</b>
	%23.1	%76.9	%0	%100	

(*Ki Kare testi, p<0.05*)

### 6.1.7 Anne Baba Demografik Özellikleri ve Sosyoekonomik Durumun Değerlendirilmesi

A. Örneklem anne yaşları açısından incelendiğinde, depresyon grubuyla kontrol grubu arasında anlamlı fark yoktur (p=0,196) (Tablo 8).

**B.** Anne meslekleri açısından incelendiğinde, depresyon grubunda annelerin %48.6'sı (n=17) ev hanımı, %17.1'i (n=2) memur, %5.7'si (n=2) işçi, %8.6'sı (n=3) serbest meslek, %8.6'sı (n=3) diğer meslek grubu; kontrol grubunda annelerin %51.4'ü (n=19) evhanımı, %29.7'si (n=11) memur, %2.7'si (n=1) işçi, %2.7'si (n=1) serbest meslek, %8.1'i (n=3) diğer meslek grubu şeklindedir. Tüm gruplarda annelerin büyük bir bölümünün ev hanımı olduğu görülmüştür. Gruplar arasında anne mesleği açısından fark bulunmamıştır (p=0,612)(Tablo 8).

**C.** Baba yaşları açısından incelendiğinde, depresyon grubuyla kontrol grubu arasında anlamlı fark yoktur (p=0,227) (Tablo 8).

**D.** Baba meslekleri açısından incelendiğinde depresyon grubunun %20'si (n=7) memur, %20'si (n=7) işçi, %37.1 (n=13) serbest meslek, %5.7 (n=2) emekli, %8.6'sı (n=3) diğer meslek grubu; kontrol grubunda ise %43.2'si (n=16) memur, %8.1'i (n=3) işçi, %24.3'ü (n=9) serbest meslek, %2.7'si (n=1) emekli, %8.1'i (n=3) diğer meslek grubu şeklindedir ve baba meslekleri açısından gruplar arası anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,186)(Tablo 8).

**E.** Sosyoekonomik durum açısından örneklem değerlendirildiğinde, depresyon grubunda aylık gelirin %2.9'unda (n=1) 500 tl ve altı, %8.6'sında (n=3) 500-1000 tl arasında, %17.1'inde (n=6) 1001-1500 tl arasında, %25.7'sinde (n=9) 1501-2000 tl arasında, %31.4 (n=11) 2000-5000 tl arasında, %5.7 (n=2) >5000 tl; kontrol grubunda ise %2.7 (n=1) 500-1000 tl arasında, %21.6 (n=8) 1501-2000 tl arasında, %37.8 (n=14) 2000-5000 tl arasında ve %29.7 (n=11) >5000tl şeklinde olduğu görülmüştür. Gruplar arası sosyoekonomik durum açısından istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (p=0,012). Kontrol grubunun aylık gelirleri depresyon grubunun aylık gelirinden fazladır(Tablo 8).

**F.** Ailedeki çocuk sayısı açısından gruplar incelendiğinde, depresyon grubunda çocuk sayısı %3.8'inde (n=1) tek çocuk, % 65.4'ünde (n=17) iki çocuk, %30.8'inde (n=8) üç yada daha fazla şeklinde ; kontrol grubunda %15.2'sinde (n=5) tek çocuk, % 66.7'sinde (n=22) iki

çocuk, %18.2'sinde (n=6) üç yada daha fazla şeklinde olduğu saptanmıştır. Gruplar arasında ailedeki çocuk sayısı karşılaştırıldığında gruplar arası anlamlı düzeyde farklılık saptanmamıştır (p=0,246). Tablo 8'te anne, baba ve demografik özellikleri ve sosyoekonomik duruma ilişkin tanıtıcı özellikler verilmiştir.

**Tablo 8. Anne baba demografik özellikleri ve sosyoekonomik durum**

	Depresyon Grubu		Kontrol		p
	n	%	n	%	
<b>Anne Yaşı</b>					
<i>30-40</i>	15	43	9	24.3	0,196
<i>41-51</i>	15	43	23	62.2	
<i>≥ 52</i>	2	5.7	3	8.1	
<b>Anne Meslek</b>					
<i>Ev Hanımı</i>	17	48.6	19	51.4	p=0,612
<i>Memur</i>	6	17.1	11	29.7	
<i>İşçi</i>	2	5.7	1	2.7	
<i>Serbest</i>	3	8.6	1	2.7	
<i>Diğer</i>	3	8.6	3	8.1	
<b>Baba Yaşı</b>					
<i>30-40</i>	5	14.3	3	8.1	p=0,227
<i>41-51</i>	17	48.6	25	73.5	
<i>≥ 52</i>	10	28.6	6	16.1	

<b>Baba Meslek</b>					
<i>Memur</i>	7	20	16	43.2	
<i>İşçi</i>	7	20	3	8.1	
<i>Serbest</i>	13	37.1	9	24.3	p=0,186
<i>Emekli</i>	2	5.7	1	2.7	
<i>Diğer</i>	3	8.6	3	8.1	
<b>Aylık Gelir</b>					
<i>&lt;500 tl</i>	1	2.9	0	0	
<i>500-1000 tl</i>	3	8.6	1	2.7	
<i>1001-1500 tl</i>	6	17.1	0	0	<b>p=0,012</b>
<i>1501-2000 tl</i>	9	25.7	8	21.6	
<i>2001-5000 tl</i>	11	31.4	14	37.8	
<i>&gt;5000 tl</i>	2	5.7	11	29.7	
<b>Çocuk Sayısı</b>					
<i>1</i>	1	3.8	5	15.2	
<i>2</i>	17	65.4	22	66.7	p=0,246
<i>≥3</i>	8	30.8	6	18.2	

(Ki Kare testi, İstatistiksel anlamlı fark  $p < 0.05$ )

## 6.2 Ölçeklerin ve Testlerin Değerlendirilmesi

### 6.2.1 Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Tüm olgulara öncelikle K-SADS yapılmıştır; hasta grubunda depresyon ve anksiyete bozukluğu dışında herhangi bir tanı alan olgular; sağlıklı kontrol grubunda ise herhangi bir psikopatoloji saptanan olgular örneklemden çıkarılmıştır. Örnekleminizdeki depresyon olgularının ve depresyon tanısı olmasada sağlıklı kontrollerin depresif belirtilerinin skorları, BDÖ verilerek değerlendirilmiştir.

Depresyon grubunda BDÖ ortalama puanı  $33 \pm 8.29$ , kontrol grubunda ise  $5.54 \pm 4.5$  olarak tespit edilmiştir. BDÖ ile değerlendirdiğimiz olguların ölçek puanları; kontrol grubunda depresyon grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ( $p < 0.001$ ).

Tablo 9’de olguların depresyon ölçek puanları karşılaştırılmıştır.

**Tablo 9. Olguların Beck Depresyon Ölçek Puanlarına Göre Değerlendirilmesi**

	Depresyon grubu		Kontrol		p
	Ort.	$\pm ss$	Ort.	$\pm ss$	
<b>BDÖ</b>	33	$\pm 8.29$	5.54	$\pm 4.5$	<b>&lt; 0.001</b>

Independent Samples Test, t-Test  $p < 0.001$

BDÖ’de alınan puanlar 0 ile 63 arasında değişmekte olup, toplam değer 9 ve daha az ise “depresyon yok”, 10–16 ise hafif”, 17–23 ise “orta”, 24 ve daha fazla ise “şiddetli depresyon” olarak değerlendirilir. BDÖ’ne göre değerlendirmede depresyon grubunda %11.4 (n=4) orta depresyon, %88.6 (n=31) şiddetli depresyon; kontrol grubunda %81.1 (n=30) depresyon yok, %16.2 (n=6) hafif depresyon, %2.7 (n=1) orta depresyon olarak dağılım gösterdi (Tablo 10).

**Tablo 10. Olguların Beck Depresyon Ölçek Puanlarına Göre Değerlendirilmesi**

	Depresyon grubu		Kontrol		p
	n	%	n	%	
Depresyon yok	0	0	30	81.1	<b>&lt;0,001</b>
Hafif Depresyon	0	0	6	16.2	
Orta Depresyon	4	11.4	1	2.7	
Şiddetli Depresyon	31	88.6	0	0	

(*Ki-Kare Test, p<0.001*)

### 6.2.2 Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ)'nin Değerlendirilmesi

Gruplar kaygı skorları açısından 41 maddeden oluşan Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği'nin (ÇATÖ) ebeveyn ve çocuk formu ile değerlendirildiler. Ölçek içinde ayrıca somatik/panik, yaygın anksiyete, ayrılık anksiyetesi, sosyal anksiyete ve okul korkusu alt ölçeklerinin skorları hesaplandı. Hem çocuk formunda hemde ebeveyn formunda depresyon grubunun kontrol grubuna göre total anksiyete skoru ve alt ölçeklerin hepsi istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek bulundu(**p<0.001**).

Depresyon grubunda K-SADS ile konulan anksiyete bozukluğu ek tanılarının dağılımı ise %17.1 (n=6) yaygın anksiyete bozukluğu, %17.1 (n=6) sosyal anksiyete bozukluğu ve %2.9 (n=1) özgül fobi şeklindedir.

**Tablo 11 . Çocuk-Aile ÇATÖ Puanlarının Değerlendirilmesi**

		Depresyon Grubu		Kontrol		p
		Ort.	±ss	Ort.	±ss	
Total	Çocuk	40.4	±14.3	16.2	±7.9	<0.001
	Aile	25.8	±15.3	4.1	±6.6	<0.001
Panik-Somatik	Çocuk	12.2	±5.8	3	±2.1	<0.0001
	Aile	5.3	±5.2	0.51	±1	<0.001
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	Çocuk	11.6	±4.4	4.6	±3.1	<0.001
	Aile	7.3	±4.8	1	±2.1	<0.001
Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu	Çocuk	4.7	±3	2.7	±1.9	,001
	Aile	3.4	±3	0.81	±1.3	<0.001
Sosyal Anksiyete	Çocuk	8.3	±4.2	4.8	±3.1	<0.001
	Aile	7.1	±4.1	1.6	±2.6	<0.0001
Okul Reddi	Çocuk	3.5	±2.1	0.89	±0.84	<0.001
	Aile	2.5	±1.9	0.10	±0.3	<0.001

(T-testi,  $p < 0.001$ )

### 6.2.3 Klinik Global İzlenim Ölçeği-Şiddet (CGI-S)'in Değerlendirilmesi

Örneklem grubumuza hastalık şiddetlerini belirlemek amacıyla CGI-S uygulanmıştır. Buna göre; Depresyon grubunun %17.1'i (n=6) "hafif düzeyde hasta", %54.3'ü (n=19) "orta düzeyde hasta", %11.4'ü (n=4) "belirgin düzeyde hasta", %8.6'sı (n=3) "ağır hasta" olarak; kontrol grubunun %89.2'si (n=33) "normal", 10.8'i (n=4) "hastalık sınırında" olarak değerlendirilmiştir.

İstatistiksel anlamlılık açısından iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p<0,0001$ ). CGI-S değeri ortalaması hasta grupta kontrollere göre anlamlı olarak yüksektir.

Tablo 12'te olguların CGI-S'e göre dağılımı verilmiştir.

**Tablo 12. Olguların CGI-S Puanlarına Göre Değerlendirilmesi**

CGI-S	Depresyon Grubu		Kontrol	
	n	%	n	%
Normal	0	0	33	89.2
Hastalık Sınırında	0	0	4	10.8
Hafif Düzeyde Hasta	6	17.1	0	0
Orta Düzeyde Hasta	19	54.3	0	0
Belirgin Düzeyde Hasta	4	11.4	0	0
Ağır Hasta	3	8.6	0	0
Çok Ağır Hasta	0	0	0	0

(Mann-Whitney Test,  $p<0,0001$ )

#### 6.2.4 Yaşam Kalitesi

Örneklemdaki olguların yaşam kaliteleri Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ-PedsQL) çocuk ve ebeveyn formu ile değerlendirilmiştir. Ölçeklerden elde edilen puanlar yaşam kalitesi ölçek total puanı, fiziksel sağlık puanı ve psikososyal sağlık puanı olarak üç kısımda değerlendirilmektedir. Psikososyal sağlık puanı ölçeğin duygusal işlevsellik, sosyal işlevsellik ve okul işlevselliği kısımlarından hesaplanmaktadır. Hem çocuk hemde ebeveyn formu puanlarının değerlendirilmesi Tablo 13 'da yapılmıştır. İki grubun ortalamaları 'İndipendent Samples Test' ile karşılaştırılmıştır.

Çocuk formunda yaşam kalitesi total puanında, fiziksel sağlık puanında ve psikososyal sağlık puanında kontrol grubu depresyon grubuna göre her üç alanda da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p < 0,0001$ ).

Ebeveyn formunda kontrol grubunda ise ölçek total puan ve psikososyal sağlık puan ortalamaları anlamlı düzeyde depresyon grubundan yüksek bulunmuştur ( $p = .006 / p < 0,0001$ ), fiziksel sağlık puanında ise kontrol grubunun ortalaması yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p = 0.731$ ).

**Tablo 13. ÇİYKÖ Çocuk ve Aile Formu Puanlarının Değerlendirilmesi**

ÇİYKÖ		Depresyon Grubu		Kontrol		p
		Ort.	ss	Ort.	ss	
Yaşam Kalitesi Ölçek Total Puanı	Çocuk	53.5	13	81.3	7	<b>&lt;0,0001</b>
	Aile	62.7	17.7	78.1	10.7	<b>,006</b>
Fiziksel Sağlık Total Puanı	Çocuk	56.1	20.8	77.611	12.9	<b>&lt;0,0001</b>
	Aile	66.6	26.02	69.3	19.1	0.731
Psiko-Sosyal Sağlık Total Puanı	Çocuk	51.9	13.4	82.4	6.5	<b>&lt;0,0001</b>
	Aile	61.3	16.9	81.5	9.2	<b>&lt;0,0001</b>

(T-Testi, istatistiksel anlamlılık  $p < 0.05$ )

### 6.2.5 Gözler Testi

Örnekleminizdeki olgular, sosyal bilişsel becerilerden zihin kuramı ölçmeyi amaçlayan Gözler Test'inden aldıkları puanlara göre karşılaştırılmıştır. Yapılan değerlendirme sonucunda, depresyon grubunda gözler testi ortalaması  $20.89 \pm 3.2$  iken, kontrol grubunda ortalama  $21.27 \pm 2.6$  şeklinde belirlenmiştir. İki grup arasında gözler testi skorlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p=0.580$ ). Olguların Gözler Testi puanları karşılaştırması Tablo 24'te verilmiştir.

**Tablo 14. Grupların Gözler Testi Puanlarına Göre Karşılaştırılması**

	Depresyon Grubu		Kontrol		p
	Ort.	ss	Ort.	ss	
Gözler Testi	20.89	± 3.2	21.27	± 2.6	0.580

(T-Testi, istatistiksel anlamlılık  $p < 0.05$ )

### 6.2.6 Yüzler Testi

Örnekleminizdeki olgular, sosyal bilişsel becerilerden yüzlerden duyguları tanımayı (emotion recognition) ölçmeyi amaçlayan Yüzler Test'inden aldıkları puanlara göre karşılaştırılmıştır. Yapılan değerlendirme sonucunda, depresyon grubunda yüzler testi ortalaması  $46.49 \pm 3.5$  iken, kontrol grubundada ortalama  $47.38 \pm 3.3$  şeklinde belirlenmiştir. İki grup arasında gözler testi skorlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p=0.274$ ). Olguların Yüzler Testi puanları karşılaştırması Tablo 15'te verilmiştir.

**Tablo 15. Grupların Yüzler Testi Puanlarına Göre Karşılaştırılması**

	Depresyon Grubu		Kontrol		p
	Ort.	ss	Ort.	ss	
Gözler Testi	46.49	±3.5	47.38	± 3.3	0.274

(T-Testi, istatistiksel anlamlılık  $p < 0.05$ )

### 6.3 Ölçek ve Testlerin İlişkilerinin Korelasyon Analiziyle Değerlendirilmesi

Tablo 16. Ölçek ve testlerin korelasyonlarına ilişkin veriler

	ÇİYKÖ -Ç	ÇİYKÖ -A	BDÖ	BDÖ-9	ÇATÖ- A	ÇATÖ- Ç	CGI-S	Yüzler Testi	Gözler Testi
ÇİYKÖ- Ç r p	1	,282	<b>-,450**</b>	-,314	-,275	<b>-,615**</b>	-,304	-,214	,153
		,117	<b>,007</b>	,080	,110	<b>,000</b>	,076	,216	,379
ÇİYKÖ- A r p	,282	1	,075	-,082	<b>-,702**</b>	-,019	-,211	-,185	,026
	,117		,684	,662	<b>,000</b>	,919	,247	,310	,887
BDÖ r p	<b>-,450**</b>	,075	1	<b>,432*</b>	,019	<b>,493**</b>	<b>,620**</b>	-,118	-,213
	<b>,007</b>	,684		<b>,013</b>	,916	<b>,003</b>	<b>,000</b>	,498	,219
BDÖ-9 r p	-,314	-,082	<b>,432*</b>	1	,081	,324	<b>,381*</b>	-,030	-,155
	,080	,662	<b>,013</b>		,659	,070	<b>,032</b>	,871	,396
ÇATÖ- A r p	-,275	<b>-,702**</b>	,019	,081	1	,151	<b>,403*</b>	<b>,353*</b>	-,063
	,110	,000	,916	,659		,386	<b>,016</b>	<b>,037</b>	,721
ÇATÖ- Ç r p	<b>-,615**</b>	-,019	<b>,493**</b>	,324	,151	1	,253	,218	-,265
	<b>,000</b>	,919	,003	,070	,386		,142	,209	,124
CGI-S r p	-,304	-,211	<b>,620**</b>	<b>,381*</b>	<b>,403*</b>	,253	1	,107	-,207
	,076	,247	<b>,000</b>	<b>,032</b>	<b>,016</b>	,142		,540	,233
Yüzler Testi r p	-,214	-,185	-,118	-,030	<b>,353*</b>	,218	,107	1	,315
	,216	,310	,498	,871	<b>,037</b>	,209	,540		,065
Gözler Testi r p	,153	,026	-,213	-,155	-,063	-,265	-,207	,315	1
	,379	,887	,219	,396	,721	,124	,233	,065	

Pearson Korelasyon Analizi \*\* $p < .01$  \* $p < .05$

Depresyon grubunda ölçek ve test skorlarının korelasyon analizleri incelendiğinde,

- Yaşam kalitesi ölçeği çocuk formu skorlarının BDÖ ( $r=-,450$ ) ve ÇATÖ ( $r=-,615$ ) çocuk formu ile istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon gösterdiği saptanmıştır.
- Yaşam kalitesi ölçeği ebeveyn formu skorlarının ÇATÖ ( $r=-,702$ ) ebeveyn formu ile istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon gösterdiği saptanmıştır.
- BDÖ skorlarının ÇATÖ çocuk formu ( $r=,493$ ), CGI-S ölçeği ( $r=,620$ ) ve BDÖ'nin suicidaliteyi değerlendiren 9. maddesi ( $r=,432$ ) ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon gösterdiği saptanmıştır.
- CGI-S ölçek skorlarının BDÖ'nin suicidaliteyi değerlendiren 9. maddesi ( $r=,381$ ) ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon gösterdiği saptanmıştır.
- Sosyal biliş testlerinden Gözler Testi'nin hiç bir ölçekle anlamlı korelasyonu bulunmamakla birlikte, yüzler testinin ÇATÖ ebeveyn formu skorları ( $r=,353$ ) ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf korelasyon gösterdiği saptanmıştır.

“r” skorları 0,4'den küçük olan korelasyonlar zayıf, 0,4-0,7 arasında olanlar orta ve 0,7'den büyük olanlar ise güçlü korelasyon olarak kabul edilmiştir. Ölçek ve testlerin korelasyonlarına ilişkin veriler Tablo 16'da verilmiştir.

## 7-TARTIŞMA

Depresyon erişkinlerde olduğu kadar çocuk ve ergenlerde de sık görülen hayatın bir çok alanında işlevsellik kaybına yol açan psikiyatrik bir bozukluktur. Yaşam boyu yaygınlığı %3.2 olan depresyonun ergenlerdeki yaygınlığı yapılan araştırmalarda %21 ila %56 arasında olduğu söylenmektedir (127). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise lise öğrencilerinde %27 oranında depresif belirti saptanmıştır (128).

Hayatın bir çok alanında olduğu gibi depresyon, sosyal işlevsellikte de bozulma ile ilişkilidir. Sosyal biliş, sosyal davranışların ve kişiler arası ilişkilerin temel bilişsel mekanizmalarından biri olarak sosyal işlevsellik üzerinde büyük bir etki göstermektedir. Kişiler sosyal ortamda kendisinin, diğer insanların ve sosyal bağlamın birbirleriyle etkileşimlerinden yola çıkarak sosyal davranışlarını oluştururken sosyal bilişsel becerilerini kullanırlar. Bu becerilerde ortaya çıkan bozukluklar sosyal davranışların ve dolayısıyla sosyal işlevselliğin olumsuz etkilenmesine yol açmaktadır. Depresyonda özellikle ergen yaş grubunda sosyal bilişsel becerileri inceleyen kısıtlı sayıda araştırma bulunmaktadır.

Depresyon aynı zamanda kişinin yaşam kalitesini bozmakta ve direkt veya dolaylı olarak bireysel, ailevi ve toplumsal hayatı da olumsuz etkilemektedir. Bozulan yaşam kalitesinin depresyonun özellikleri ve sosyal bilişle ilişkisini inceleyen araştırma sayısı da literatürde yetersizdir.

Bu çalışmada henüz tedavi edilmemiş ilk atak ergen depresyon hastalarında sosyal bilişsel beceriler ve yaşam kalitesi değerlendirilerek, bunların birbirleri, depresif belirtilerin şiddeti, anksiyete seviyeleri ve hastalık şiddeti ile ilişkileri incelenmiş ve bulgular literatür eşliğinde tartışılmıştır.

## **Grupların Sosyodemografik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi**

### **Yaş**

Örneklem grubumuz yaş aralığı 13-18, yaş ortalamaları 16.25 olan 35'i depresyon, 37'si sağlıklı kontrol toplam 72 olgudan oluşmuştur. Olguların yaş ortalaması depresyon grubunda 16.02, sağlıklı kontrol grubunda 16.45 olarak bulunmuş olup, gruplar arasında yaş ortalamaları açısından istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır. Depresif bozukluk çocuk ve ergenlik dönemlerinde, gelişimsel süreçte risk ve görülme sıklığı açısından değişkenlik gösterir. Örneklem yaş ortalaması ele alındığında bu dönem depresyonun sık görüldüğü yaş grubu olarak değerlendirilebilir. Çocuk ve ergenlerde depresif bozukluğun sıklığı incelendiği çalışmalar gözden geçirildiğinde; depresif bozukluğun yaşla artış gösterdiği; okul öncesi çocuklarda %1'den az olduğu (129), okul çağında %3'ten az olduğu (130), ergenlerde ise bu oranın %20'ye kadar çıktığı görülmektedir (131). Literatürde bu yaş grubunda bildiğimiz kadarıyla depresyonda sosyal bilişin incelendiği bir araştırmaya rastlanmamıştır. Literatürde erişkinlerde yapılan çalışmaların çoğu kesitsel araştırmalardan oluşmakla birlikte bazı bir yada iki yıllık izlem çalışmaları da mevcuttur. Literatürdeki çalışmalarda vaka sayıları 12 vakadan 62 vakaya kadar değişik büyüklüklerde alınmıştır (132,133).

### **Cinsiyet**

Örneklem cinsiyet açısından değerlendirildiğinde depresyon grubunun %77.1'i, kontrol grubunun %73'ü, toplamda ise bütün olguların %75'i kız olgulardan oluşmaktadır. İki grup arasında cinsiyet dağılımları açısından istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kız olguların her iki grupta üç kat daha sık olması; depresyonun puberte sonrası kızlarda erkeklere göre yaklaşık üç kat daha sık görülmesiyle uyumlu bulunmuştur (130). Erişkinlerde yapılan çalışmalarda da genelde örneklerde kadın cinsiyet hakimiyeti dikkati çekmekte, bazı çalışmalarda ise sadece kadın hasta gruplarında yapıldığı görülmektedir (134).

### **Anne-Baba ve Aile özellikleri**

Çalışmaya alınan örneklem anne-babaya ve aileye ait özellikler açısından değerlendirilmiştir. Anne yaşı, baba yaşı, ailedeki çocuk sayısı, anne mesleği ve baba mesleği açısından iki grup arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır.

Anne ve baba eğitimleri açısından iki grup arasında istatistiksel fark anlamlı seviyeye ulaşmamış olmakla birlikte (anne eğitim:  $p=0.107$  ; baba eğitim:  $p=0.067$ ) depresyon grubundaki anne babaların eğitim seviyelerinin kontrol grubundaki anne babaların eğitim seviyelerinden daha düşük olduğu görülmektedir. Kontrol grubunda üniversite eğitimi alan anne oranı %48.6, baba oranı %63.6 iken; depresyon grubunda üniversite eğitimi alan anne oranı %28.1, baba oranı %29 olarak tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda anne baba eğitim düzeyi düşük olan ailelerin çocuklarında depresyon riskinin arttığı bildirilmektedir (135). Ülkemizde Çetinkaya ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da ebeveynlerin öğrenim durumu ile depresyon arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (136). Eskin ve arkadaşları lise öğrencileriyle yaptıkları çalışmada düşük baba eğitim düzeyinin kızlardaki depresyonla ilişkili olduğunu göstermiştir (137). İstatistiksel olarak anlamlı seviyeye ulaşmasa da bizim bulgularımızda bu açıdan literatüre benzemektedir.

Aile yapısı, anne-baba ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ve aylık gelir açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Aile yapısı açısından depresyon grubunda parçalanmış aile ve geniş aile yapısı kontrol grubundakine göre daha fazla olarak belirlenmiştir ( $p=0.05$ ). Aile yapısının çocuk ve ergenler üzerindeki etkileri bir çok çalışmada araştırılmış bir konudur. Çatışmalı aile ortamı, çocuk ve ergenlerin depresif belirtilerinde artışla sonuçlanmaktadır (138). Özellikle parçalanmış aileleri olan çocuk ve ergenlerde depresyon ve anksiyete bozuklukları başta olmak üzere bir çok psikiyatrik rahatsızlığın

görülme riski atmaktadır (139). Bizim örnekleminizdeki depresyon grubunun aile yapısı bu açıdan literatür bilgileriyle uyumlu bulunmuştur.

Anne-baba ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından depresyon grubunda daha sık psikiyatrik hastalıkların olduğu tespit edilmiştir. Ebeveynlerde ve ailede görülen psikiyatrik rahatsızlıkların ve depresif bozukluğun çocuk ve ergenlerdeki depresif bozukluk riskini arttırması, hem genetik hem de çevresel faktörlerle ilişkilendirilmektedir (140). Bu yönüyle de örnekleminizin literatür bilgileriyle benzer özellikler gösterdiği düşünülmüştür.

Yine aylık gelir açısından incelendiğinde depresyon grubunun ortalama aylık gelirlerinin kontrol grubunun aylık gelirin e göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Türkeş ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ailenin aylık gelirin e göre ÇDÖ(Çocukluk çağı Depresyon Ölçeği) puan ortalamalarına bakıldığında aylık gelirlerini “kötü” olarak değerlendiren öğrencilerin depresyon puanlarının yüksek ve gruplar arasındaki farkın da anlamlı olduğu görülmüştür ( $p<0.001$ ) (141). Yine Özmen ve arkadaşlarının ülkemizde yaptığı çalışmada, ailenin ekonomik durumunun depresyon puanlarına etkisinin anlamlı olduğunu saptamışlardır (142).

### **Grupların Depresif ve Anksiyete Belirti Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi**

Çalışmaya alınan örneklemin depresif bulgularının şiddeti Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ile, anksiyeteleri ise Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ) çocuk ve aile formu ile değerlendirilmiştir. Beklendiği gibi depresyon grubunun BDÖ ve ÇATÖ skorları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Depresif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları arasındaki ilişki, bu iki rahatsızlığa ait belirtilerin sıklıkla aynı anda gözlenmesi nedeniyle iyi bilinmektedir ve depresyon hastalarında en sık karşılaşılan eşanlı anksiyete bozukluklarıdır (143). Çalışmalarda

depresyon ve anksiyete eşanısını çocuk ve ergenlik dönemi için %38-72 arasında ölçülmektedir (144). Bizim araştırmamızda da bulgularımız bu bilgilerle uyumaktadır.

BDÖ tanıda, takipte ve tedaviye yanıtta tüm dünyada klinik pratikte ve bilimsel araştırmalarda kullanılan güvenilir bir depresyon ölçeğidir. BDÖ puanları değerlendirildiğinde hastaların öz bildirim yolu ile kendilerine verdikleri depresyon skorlarında %11.4 orta düzey depresyon, %88.6 şiddetli depresyon şeklinde bir dağılım olmakla birlikte; klinisyenin değerlendirmeleri sonucu verilen ve hastalığın şiddetini gösteren CGI-S skorlarında depresyon grubunun %17.1 hafif, %54.3 orta, %11.4 belirgin ve %8.6 ağır hasta olarak dağılması, BDÖ ve CGI ölçeklerinin sonuçları korele olmakla birlikte kısmi farklılık gösterebilmesi, depresyonda klinik değerlendirmenin önemi açısından dikkat çekici bulunmuştur.

Çalışmada elde edilen bulgulardan BDÖ skorlarının ÇATÖ çocuk formu( $r=,493$ ), CGI-S ölçeği ( $r=,620$ ) ve BDÖ'nin suicidaliteyi değerlendiren 9. maddesi ( $r=,432$ ) ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon göstermesi; anksiyete semptomlarının ve depresif şikayetlerden suicidalitenin ve hastalık şiddetinin genel depresif şikayetler ile ilişkisini ortaya koyması açısından önemlidir. Bu bulgular literatürdeki bu konuda yapılan diğer çalışmalarla uyumludur.

### **Grupların Yaşam Kalitesi Açısından Değerlendirilmesi**

Majör depresyon son yıllarda tüm dünyada insanlarda işlevsellik kaybına yol açan rahatsızlıklar arasında en önde gelen rahatsızlıklardan biri olarak bildirilmektedir (145). Depresyonu olan hastaların fiziksel, sosyal ve emosyonel işlevsellikte kronik medikal rahatsızlığı olan hastalar kadar yada daha fazla kayıplar yaşadıkları bilinmektedir (146). Fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak kişinin kendini tam bir iyilik hali içinde algılaması olarak değerlendirilen yaşam kalitesi son dönemlerde bütün tıp alanlarında oluşu gibi psikiyatrik

bozukluklarda da önem kazanan kavramlardan biri haline gelmiştir. Depresyonun sebep olduğu kayıpların değerlendirilmesinde yaşam kalitesi ölçümleri de kullanılmaktadır.

Bizim çalışmamızda olguların yaşam kalitelerini değerlendirmek amacıyla Yaşam Kalitesi Ölçeği, Çocuk ve Aile Formları (ÇİYKÖ) kullanılmıştır. Çocuk ve ebeveyn ÇİYKÖ'nin tüm alt ölçekleri depresyon grubunda ve sağlıklı kontroller arasında karşılaştırılarak değerlendirildiğinde; sadece aile formundaki fiziksel sağlık total puanı hariç, her iki formda da bütün alt ölçeklerde depresyon grubunun yaşam kalitesi skorları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur.

Bu alanda yapılan çalışmalardan depresyonun yaşam kalitesini düşürdüğü iyi bilinen bir gerçek olmakla birlikte ergen popülasyonunda daha kısıtlı miktarda araştırma bulunmaktadır. Araştırmaların çoğu yaşam kalitesinin düştüğünü göstermektedir fakat ilişkili olduğu depresif özellikleri ve diğer durumları ve tedavi sonucu ne gibi değişiklikler olduğunu araştıran çalışma sayısı literatürde azdır.

Fredman ve arkadaşları yaklaşık 5 bin kişi üzerinde yaptığı araştırmada, major depresyonu olan hastaların yaşam kalitesinin düştüğünü, sosyal ilişkilerden doyum alma oranlarının azaldığını bildirmiştir (147). Eşik altı depresif şikayetleri olan hastaların değerlendirildiği başka bir çalışmada da eşik altı depresyonun psikososyal işlevsellikte ve yaşam kalitesinde azalmaya sebep olduğu gösterilmiştir (148). Kronik depresyonda antidepresan tedavinin akut fazında yaşam kalitesini araştıran bir çalışmada Miler ve arkadaşları, depresif semptomlardaki düzelme ile yaşam kalitesi skorlarındaki düzelmelerin korelasyon gösterdiklerini rapor etmişlerdir (149). Anksiyete bozukluğu eştanısı olan depresyon hastalarında yapılan başka bir araştırmada da yine antidepresan tedavi sonrası yaşam kalitesi skorlarında düzelme olduğu bildirilmiştir (150).

Bizim çalışmamızda elde ettiğimiz bulgularımızdan; yaşam kalitesinin BDÖ'den ( $r=-,450$ ) elde edilen depresyon skorları ile ve ÇATÖ ( $r=-,615$ ) çocuk formu ile elde edilen anksiyete

skorları ile göstermiş olduğu negatif korelasyon, depresyonda yaşam kalitesinin depresif şikayetlerin şiddeti ile, anksiyete semptomları ile ilişkili olduğuna işaret etmektedir. Yine yaşam kalitesi ebeveny formu ile ÇATÖ ( $r=-,702$ ) ebeveyn formunun istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon göstermesi bu bilgiyi desteklemektedir. Anksiyete semptomları depresyonda bizim örnekleminizde yaşam kalitesini olumsuz etkilemiştir. Bu bulgular literatürdeki bahsi geçen konuları vurgulayan çalışmalarla uyumludur.

### **Grupların Sosyal Bilişsel Özellikler Açısından Değerlendirilmesi**

Sosyal biliş (social cognition), zihinsel bir işlemdir ve özellikle sosyal yaşantılarla ilgili bir bilgi işlem sürecini temsil eder. Sosyal bilişsel beceriler; kişinin kendisi ile diğer insanlar arasındaki ilişkiyi tasarımılayabilmesi, bu tasarımları uyumlu sosyal davranış geliştirmek için kullanabilmesi, diğer insanların niyetleri, eğilimleri ve inançları ile ilgili doğru çıkarımlar oluşturabilmesi olarak sıralanabilir. Brothers, sosyal bilişi “sosyal etkileşimin altında yatan zihinsel operasyonlar” olarak tanımlamıştır (151). Bir çok psikiyatrik rahatsızlıkta son yıllarda daha yoğun araştırılan sosyal bilişsel becerilerin, en net şekilde otizim spektrum bozukluklarında ve psikotik bozukluklarda bozulduğu gösterilmiştir (152).

Biz araştırmamızda tedavi edilmemiş ilk atak depresyon hastalarının sosyal bilişsel becerilerini gözler testi ve yüzler testleri ile değerlendirdik ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırdık. Duygu algılama/tanıma becerilerini ölçerek sosyal bilişsel becerilerden özellikle zihin kuramını (theory of mind) değerlendirmek için kullanılan Yüzler ve Gözler Testi’nde, çalışmamızın örneklemini olan tedavi edilmemiş ilk atak depresyon tanılı ergen olgularda sağlıklı kontrol grubuna göre skorlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Gözler Testi:  $p=0.580$ , Yüzler Testi:  $p=0.274$ ).

Araştırmamızın bulgularını sosyal bilişsel beceriler açısından değerlendirirken, bu konuda yapılan çalışmalar genelde erişkin örnekleme yapıldığı için tartışma kısmında erişkin literatürü ile karşılaştırmalar yapılarak değerlendirme yapılmıştır.

Literatür gözden geçirmemizde bakabildiğimiz kadarıyla yapılan çalışma sonuçlarında birbirleriyle çelişen sonuçlar bulunmuş olmakla birlikte son yıllarda yapılan çalışmalar ve meta analizlerde uzmanların büyük kısmı sosyal bilişsel becerilerin özellikle bazı alanlarında depresyonda belli ölçüde bozulduğuna dair görüş bildirmektedirler (153). Sosyal biliş kavramının çerçevesi ve sınıflandırması ile alakalı hala bazı tartışmalar devam etmektedir. Bu tartışmalar aynı zamanda sosyal bilişsel becerileri değerlendirmede kullanılan testler üzerinde de fikir ayrılıkları şeklinde kendini göstermektedir.

Bazı araştırmalar depresyonda sosyal bilişsel beceriler açısından hastalar ile sağlıklı kontroller arasında anlamlı fark olmadığını rapor ederlerken (Bertoux et al., 2012, Kettle et al., 2008 and Sarfati et al., 1999; Wilbertz et al., 2010), diğer bazı araştırmalar ise depresyonda sosyal bilişsel becerilerde bozulma olduğunu rapor etmişlerdir (Inoue et al., 2006, Bazin et al. 2009, Harkness et al. 2011). Bu farklı sonuçların nedenleri arasında araştırmacılar bir takım faktörler üzerinde durmaktadırlar. Örneklem büyüklükleri değişken olan çalışmalardan küçük örneklem büyüklüğüne sahip bazı araştırmalar depresyonda sosyal bilişsel becerilerde ortaya çıkan hafif bozulmaları göstermede yetersiz kalıyor olabilirler. Aynı zamanda depresyonda sosyal bilişin hangi alanlarında bozulma olduğu netlik kazanmamıştır. Çalışmalarda kullanılan sosyal biliş ölçme yöntemlerinde; test materyalinin görsel yada işitsel olması, test içeriğinin duygular gibi affektif yada inanç, niyet, motivasyon gibi kognitif uyarıları algılama becerileri test ediyor olması veya zihin kuramının sebebe bağlama (reasoning) yada çözümlenme (decoding) kısmını ölçüyor olması gibi farklılıklar bulunmaktadır. Ayrıca sosyal bilişte yada zihin kuramında bozulma ile depresyon şiddeti arasındaki ilişki de henüz netlik kazanmamıştır. Sözü edilen bu gibi nedenlerden dolayı

çalışmaların farklı sonuçlar elde ediyor olabilecekleri araştırmacılar tarafından tartışılmaktadır.

Bizim araştırmada kullandığımız Gözler Testi ve Yüzler testinin ikisi de görsel materyallerden oluşan, duyguları tanımaya yönelik affektif becerileri araştıran testlerdir. Özellikle gözler testinin zihin kuramının çözümlene (decoding) kısmını ölçtüğüne dair görüş birliği bulunmaktadır.

Her ne kadar depresyonda sosyal biliş ile ilgili yapılan çalışmalarda bazı çelişki sonuçlar ortaya çıkmış olsa da burada bu konuda öne çıkan bir kısım önemli literatürden bahsedilmektedir.

Ladegaard ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptıkları çalışmada, ilaç naif ilk atak depresyon, 33 yaş ortalaması olan hastalarının yüksek sosyal bilişsel becerilerini üç farklı testle değerlendirmişlerdir (Metacognitive Assessment Scale-Abbreviated (MAS-A), The Frith-Happé animations (FHA) and The Awareness of Social Inference Test (TASIT) ). Araştırma sonucunda bütün testlerde ilk atak depresyonu olan hastaların yüksek sosyal bilişsel becerilerinin bozulmuş olduğunu bulmuşlardır. Çalışma deseni olarak bizim araştırmamıza benzeyen bu çalışmanın sonuçları bizim sonuçlarımızla uyumlu olmamakla birlikte, örneklem yaşı ve kullanılan testler açısından bizim araştırmamızdan farklılık göstermektedir (154).

Wolkenstein 2011’de yaptığı araştırmasında depresyon hastalarının zihin kuramı becerilerden çözümlene’de (decoding) bir farklılık bulamazken, sebebe bağlama (reasoning) becerisinde kontrollere göre bozulma tespit etmiştir (155). Bizim araştırmamızda kullandığımız sosyal biliş testlerinin zihin kuramının çözümlene (decoding) kısmını ölçüyor olması yönüyle sonuçlarımız bu araştırmanın sonuçlarının bir kısmıyla uyumlu bulunmuştur.

Lee ve arkadaşlarının 2005’de yaptığı araştırmada, erişkin depresyon hastalarının gözler testinde kontrol hastalarına göre daha düşük skorlar elde ettiklerini bulmuşlardır. Araştırmacılar zihin kuramı çözümlene becerisi ile hastalık şiddeti arasında ilişki

bulamazlarken, depresif semptomlardan affektif semptomları somatik semptomlarından şiddetli olan hastaların zihin kuramı skorlarının daha düşük bulmuşlardır (156).

Dalili 2015 yaptığı meta analizde depresyon hastalarının mutusuzluk duygusu hariç diğer temel emosyonları tanımada güçlük yaşadıklarını belirtmiştir (157). Başka bir araştırmada ise Gözler testinde depresyon hastalarının daha düşük skorlar elde ettiklerini bulmuşlarken, yazarlar basit zihin kuramı testlerinde tavan etkisi nedeniyle sağlıklı kontrollerle bir fark yokmuş gibi sonuçlar elde edilebileceğine dair vurgu yapmışlardır (158).

Literatürdeki bazı araştırmalar ise depresyon hastalarında depresyonun çeşitli yönlerinin sosyal bilişle ilişkisini incelemişlerdir. İlk atak depresyonla kronik depresyonun sosyal biliş açısından karşılaştırıldığı bir çalışmada iki grubunda sosyal biliş becerilerinde defisit olduğu ancak gruplar arasında fark olmadığı ve sosyal biliş becerilerin semptom şiddetiyle ilişkili olmadığı belirtilmiştir (159).

Psikoz açısından yüksek riskli depresyon hastaları ile riski olmayan depresyon hastaların ve sağlıklı kontrollerin karşılaştırıldığı bir çalışmada ise, gözler testi ile sosyal biliş değerlendirildiğinde; depresyon hastalarında sağlıklı kontrol grubuna göre sadece negatif ifadeleri tanımada defisit bulunmuşken, psikoz açısından yüksek riskli depresyon hastaların yüksek riskli olmayan hastalara göre zihinsel ifadeleri tanıma becerilerinde defisit olduğu bulunmuştur (160).

Affektif yada psikotik şikayetleri olan genç hastalarda yapılan diğer bir çalışmada da psikotik belirti şiddetinin gözler testinin skorları ile korelasyonu olduğu tespit edilmişken, afektif ve anksiyete semptomları ile korelasyonlarının olmadığı rapor edilmiştir (161).

Szanto 2012'de yaptığı araştırmada depresyonda intihar girişiminin sosyal bilişle ilişkisini yine gözler testi ile incelemiştir. Çalışmada intihar girişimi olan depresyon hastalarının gözler testi skorlarının kontrollerden ve intihar girişimi olmayan depresyon hastalarından anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (162).

Sosyal bilişin kronik depresyonu olan hastalarda kognütif fonksiyonlarla birlikte değerlendirildiği bir çalışmada zihin kuramında bozulmanın kognütif fonksiyonlarda bozulma ile korelasyon gösterdiği bulunmuştur (163).

Literatürde araştırabildiğimiz kadarıyla ergen hastalarda depresyonda sosyal bilişi değerlendiren çalışma bulunamamıştır. Burada ele alınan çalışmalardan da görüldüğü gibi sosyal bilişsel becerilerin depresyonda bozulduğu anlaşılmaktadır. Ancak bizim örnekleminizde gözler ve yüzler testinde iki grup arasında fark bulunamaması yönüyle erişkin literatürü ile uyumlu değildir. İleride çocuk ve ergen popülasyonunda yapılacak, daha geniş örneklemin değerlendirildiği, sosyal bilişin çeşitli yönleriyle değerlendiren testlerin kullanıldığı çalışmalara ihtiyaç vardır. Yine depresyonun akut yada kronikliği, şiddeti, suicidal semptomların eşlik etmesi, anksiyete semptomlarının eşlik etmesi, psikotik özellik göstermesi gibi çeşitli yönleri ile sosyal bilişsel beceriler arasındaki ilişkilerin inceleneceği çalışmalar bu konudaki bilgimizi arttıracaktır.

Çalışmamızda sosyal biliş testlerinin yaşam kalitesi skorları ile anlamlı bir korelasyonlarını olmadığı görülmüştür. Yüzler testinin ÇATÖ ebeveyn formu skorları( $r=,353$ ) ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf korelasyon gösterdiği saptanması anksiyete semptomlarının sosyal biliş üzerinde muhtemel bazı etkilerinin olabileceğini düşündürmüştür.

Literatürde depresyonda yaşam kalitesinin sosyal bilişle ilişkisini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır fakat şizofreni hastalarında yapılan bir çalışmada zihin kuramı performanslarının dezorganize olma ve negatif semptomlarla negatif korelasyon gösterdiğini ancak yaşam kalitesi ile anlamlı bir korelasyonun olmadığını belirten bir çalışma bulunmaktadır (164).

## 8- KISITLILIKLAR

1. Çalışmamızda olgular diğer bilişsel işlevler açısından değerlendirilmemiştir. Literatürdeki çalışmalar genellikle bu şekilde olsa da; olguların, bilişsel işlevlerin bir diğer yönü olan nörobilişsel/yürütücü işlevlerle birlikte değerlendirildiği bir çalışma hastalıkların doğasını aydınlatmada daha nesnel sonuçlar sunacaktır.
2. Örneklem sayısının azlığı çalışmamızın bir başka kısıtlılığıdır. Daha fazla sayıda örneklem gruplarıyla yapılacak bir çalışmada daha güçlü bilgilere ulaşılabilecektir.
3. Çalışmamızdaki olguların hepsi klinik olarak normal zeka kapasitesine sahip olsa da zeka kapasitesi değerlendirilerek yapılacak çalışmalarda daha nesnel sonuçlar elde edilecektir.
4. Çalışmamız kesitsel bir çalışma olarak planlanmıştır. Bu konuda yapılacak takip çalışmalarına ihtiyaç bulunmaktadır.

## 9- SONUÇ

Sonuç olarak araştırmamızda ortaya atılmış olan ilk kez Major Depresif Bozukluk (veya Major Depresif Epizot) tanısı alan ergen hastaların sosyal bilişsel becerilerinde bozulma vardır hipotezimiz yapılan değerlendirmelerle incelenmiştir. Araştırmamızda hasta ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını tespit etmiş olmakla birlikte hipotezimizi destekleyen bazı bulgular tespit edilmiştir. Bu nedenden dolayı bu konu üzerinde daha kapsamlı ve daha çok hastanın dahil edileceği geniş çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Yine çalışmamıza alınan örnekleme yapılan değerlendirmelerde depresyonda anksiyete skorları ile sosyal biliş becerileri arasında negatif ilişki olmadığı görülmüştür.

Depresyonda ergen hastalarda yaşam kalitesinin bozulmuş olduğu hem öz bildirimle hemde ebeveynlerden alınan bildirimlerle gösterilmiştir. Yaşam kalitesinin depresyonda hem semptom şiddeti ile hemde anksiyete skorlarıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Buna göre depresyonda semptom şiddeti ve anksiyete skorları arttıkça yaşam kalitesi düşmektedir.

Depresyonda sosyal bilişsel becerilerden zihin kuramı ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

## 10- ÖZET

**Giriş:** Depresyon çocuk ve ergenlerde sık görülen, temel olarak mutsuzluk, çökkünlük, sınırlılık, günlük etkinliklerden ve hayattan keyif alamama gibi semptomlarla karakterize hayatın bir çok alanında işlevsellik kaybına yol açan psikiyatrik bir bozukluktur.

Depresyonda ortaya çıkan sosyal işlev bozuklukları hem yaşam kalitesini hemde hastalığın seyrini olumsuz etkilemektedir. Depresyonun hem etyolojisine hem de tedavisine yönelik yapılan araştırmalarda son yıllarda sosyal bilişsel becerilerin depresyonda incelenmesinin önemine işaret eden çalışmalara rastlanmaktadır.

Sosyal biliş çok geniş bir kavram olup kendi içinde farklı alanlara ayrılmakla birlikte temel olarak sosyal süreçlerle ilgili bilgileri tanıma, anlama, yorumlama ve kullanabilme olarak tanımlanabilir. Bazı araştırmalar depresyonda sosyal işlevsellikte düşüşün sosyal bilişsel becerilerde bozulma ile ilişkili olabileceğini öne sürmektedirler. Yakın zamanda erişkinlerde yapılan çalışmalar depresyon hastalarının sosyal bilişsel becerilerden olan zihin kuramında bozulma olduğunu rapor etmişlerdir. Zihin kuramı (zihin teorisi, theory of mind) temel olarak kişinin kendisinin ve diğer insanların zihinsel durumunu anlayıp yargılayabilme yeteneği olarak tanımlanmaktadır.

**Amaç:** Çalışmamızda, henüz tedavi almamış ilk kez major depresyon tanısı alan 13-18 yaş arasındaki ergen hastaların kesitsel olarak sosyal bilişsel beceriler açısından

değerlendirilmesi, yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi; depresyon özelliklerinin, sosyal bilişin ve yaşam kalitesinin birbirleri ile ilişkisinin incelenmesi ve sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırılması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Araştırmamızın örneklemini, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran, 13-18 yaş arasında olan ilk kez major depresyon tansı konmuş tedavi almamış 35 hasta grubu ve hasta grubuna benzer sosyodemografik özelliklere sahip 37 sağlıklı kontrol olgusu oluşturmaktadır. Öncelikle tüm olgulara, komorbid tanıların DSM-IV kriterleri doğrultusunda değerlendirilmesi amacıyla, K-SADS uygulanmıştır. Kriterlere uyan gönüllü katılıncılara; depresyon skorlarının ölçülmesi için Beck Depresyon Ölçeği, anksiyete skorlarının ölçülmesi için Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ) (Ebeveyn ve Çocuk Formu), hastalık şiddetinin tespiti için Genel Klinik İzlenim Ölçeği-Şiddet (Clinic Global Impression Scale-Severity / CGI-S), yaşam kalitesinin değerlendirilmesi için Yaşam Kalitesi Ölçeği, Çocuk ve Aile Formları (ÇİYKÖ), sosyal bilişsel becerilerin değerlendirilmesi için zihin kuramı testlerinden Yüzler Testi ve Gözler Testi uygulanmıştır.

**Bulgular:** Hasta grubuyla depresyon grubunun karşılaştırmasında sosyal bilişsel becerileri değerlendiren yüzler testi ve gözler testinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Yaşam kalitesi ve anksiyete skorları açısından depresyon hastaları anlamlı olarak kontrol grubuna göre daha kötü skorlar elde etmişlerdir. Yaşam kalitesi depresyon skoru ve anksiyete skoru ile negatif korelasyon göstermiştir.

**Sonuç:** Literatürde erişkin popülasyonda depresyon hastalarında sosyal bilişte bozulma bildirilirken, ergen örneklemin değerlendirildiği bizim çalışmamızda zihin kuramını değerlendirmek için kullandığımız testlerde sağlıklı kontrollerle bir fark bulunmamıştır. Çalışmamız depresyonda bu yaş grubunda yapılan ilk çalışmalardan olduğu için bu konuda yapılacak çalışmalar konunun anlaşılması ve daha iyi yorumlanmasına olanak sağlayacaktır.

Yaşam kalitesinin depresyonda bozulduğu ve bunun depresyonun çeşitli özellikleriyle ilişkili olduğu çalışmamızda ortaya konulmuştur. Çalışmamızın bu bulguları depresyon hastalarının daha etkin tedavisi ve daha iyi bir yaşam kalitesi için tedavi yaklaşımlarının hasta bazında hastalık özelliklerine göre belirlenmesinin önemini vurgulamaktadır.

## **ABSTRACT**

### **11- KAYNAKLAR**

1. Hamburg DA, Takanishi R. Preparing for life. The critical transition of adolescence. *Am Psychol* 1959; 44: 825–7.
2. Reif CJ, Elster AB. Adolescent Preventive Services. *Adolesc Med* 1998; 25: 119
3. Kim YH. Correlation of mental health problems with psychological constructs in adolescence: final results from a 2–year study. *Int J Nurs Stud* 2003; 40: 115–24
4. Collishaw S, Maughan B, Goodman R, Pickles A. Time trends in adolescent mental health. *J Child Psychol Psyc* 2004; 45: 1350–62
5. Eskin M. Suicidal Behavior as related to social support and assertiveness among Swedish and Turkish high school students: A crosscultural investigation. *J Clin Psychol* 1995; 51: 158–72.
6. Kaufman J, Young B, Douglas–Palumberi H, et al. Brain–derived neurotrophic factor–5–HTTLPR gene interactions and environmental modifiers of depression in children. *Biol Psychiatry* 2006;59:673–80
7. Weller EB, Weller RA, Rowan AB, Svadjian H. Depressive disorders in children and adolescents. In: Lewis M. (Ed) *Child and Adolescent Psychiatry: a Comprehensive Textbook*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2002.

8. Dopheide JA. Recognizing and treating depression in children and adolescents. *Am J Health Syst Pharm* 2006; 63: 233–43.
9. Hamrin V, Pachler MC. Child and adolescent depression: review of the latest evidence-based treatments. *J Psychosoc Nurs* 2005; 43: 54–63. 35. Petersen AC, Compas BE, Brooks–Gunn J. Depression in adolescence. *Am Psychol* 1993; 48: 155–68.
10. Georgotas A. Evolution of the concepts of depression and mania. In: Georgotas A, Cancro R, editors. *Depression and mania*. New York: Elsevier Science Publishing Co, Inc; 1988. p. 3-12
11. Berrios GA. Depressive and Manic States During the Nineteenth Century. In: Georgotas A, Cancro R, editors. *Depression and mania*. New York: Elsevier Science Publishing Co, Inc; 1988.
12. Klerman GL. Overview of affective disorders. In: Kaplan HI, Freedman AM, Sadock BJ, editors. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins Company; 1980
13. Carlson G, Garber J. Developmental issues in the classification of depression in children. In: Rutter M, Izard CE, Read PB, eds. *Depression in Young People: Developmental and Clinical Perspectives*, 1986:399-434 .
14. Carlson G, Garber J. Developmental issues in the classification of depression in children. In: Rutter M, Izard CE, Read PB, eds. *Depression in Young People: Developmental and Clinical Perspectives*, 1986:399-434
15. Elkitabı APBMBTvS. 4th ed. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1994
16. Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yeti yitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları: Ankara T.C. Sağlık Bakanlığı; 1998

17. Doğan O, Gölmez H, Ketenoğlu C, Kılıçkap Z, Özbek H, Akyüz G. Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. Sivas: Dilek Matbaası; 1995
18. Polaino-Lorento A, Domenech E. Prevalance of chilhood depression: results of the first study in Spain: J Child Psychol Psychiatry 1993; 34:1007-17
19. Kashani JH, McNaul JP. Mood disorders in adolescents. Text Book of Child and Adolescent Psychiatry. American Psychiatric Pres Inc, Washington DC 1997;343-85.
20. Öy B. Çocuklar için depresyon ölçeği: geçerlilik güvenilirlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 1991;2:132-36
21. Çuhadaroğlu F, Sonuvar B. Adolesanlarda depresyon. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Günleri Kongre el Kitabı 1992;350-8.
22. Kashani JH, Carlson GA. Seriously depressed preschoolers. Am J Psychiatry 1987;144:348-50.
23. Costello EJ, Mustillo s, Erkanli A, et al. Prevalance and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. Arch Gen Psychiatry 2003;60(8):837- 44.
24. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Major depressive disorder in older adolescents: prevalance, risk factors, and clinical implications. Clin Psychol Rev 1998;18(7):765-94.
25. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalance of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1994;51(1):8-19
26. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalance and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005;62(6):593-602.
27. Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. Arch Gen Psychiatry 2003;60(7):709-17.

28. Goodman SH, Schwab-Stone M, Lahey BB, et al. Major depression and dysthymia in children and adolescents: discriminant validity and differential consequences in a community sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:761-70.
29. Wade TJ, Cairney J, Pevalin DJ. Emergence of gender differences in depression during adolescence: national panel results from three countries. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41(2):190-8.
30. Costello EJ, Mustillo s, Erkanli A, et al. Prevalance and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60(8):837- 44.
31. Hankin BL, Abramson LY. Development of gender differences in depression: description and possible explanations. *Ann Med* 1999;31(6):372-9.
32. Birmaher B, Arbelaez C, Brent D. Course and outcome of children and adolescent major depressive disorder. *Child Adolesc Psychiatric clin N Am* 11 2002; 619- 37.
33. Beardslee WR, Versage EM, Gladstone TR. Children of affectively ill parents: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37(11):1134-41.
34. Thapar A, McGuffin P. Genetic influences on life events in childhood. *Psychol Med*.1996;26:813-820
35. Glowinski AL, Madden PAF, Bucholz KK, Lynskey MT, Heath AC. Genetic epidemiology of self reported lifetime DSM-IV major depressive disorder in a population based twin sample of female adolescents. *J of Child Psychol Psychiatry and Allied Disciplines*, 2003; 44:988-996.
36. Rice F, Harold GT, Thapar A. Assessing the effects of age, sex and shared environment on the genetic aetiology of depression in childhood and adolescence. *J Child Psychol Psychiatry* 2002;43(8):1039-51.

37. Lesch KP, Bengel D, Heils A, Sabol SZ, Greenberg BD, Petri S, et al. Association of anxiety-related traits with a polymorphism in the serotonin transporter gene regulatory region. *Science* 1996;274(5292):1527-31.
38. Gillespie NA, Whitfield JB, Williams B, Heath AC, Martin NG. The relationship between stressful life events, the serotonin transporter (5-HTTLPR) genotype and major depression. *Psychol Med* 2005;35(1):101-11.
39. Hammen C, Davila J, Brown G, et al. Psychiatric history and stress: predictors of severity of unipolar depression. *J Abnorm Psychol*.1992;101:45-52
40. Hankin BL, Roesch L, Mermelstein R. Depression, stressors, and gender differences in adolescence: examination of a transactional stress generation hypothesis in a multiwave study. In: *World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies*. Kobe, Japan; 2004.
41. Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, et al. The long-term impact of the physical, emotional and sexual abuse of children: a community study. *Child Abuse Negl*.1996;20:7-2
42. Tiet QQ, Bird HR, Hoven CW, et al. Relationship between specific adverse life events and psychiatric disorders. *J Abnorm Child Psychol*.2001;29:153-164.
43. Beck AT, Epstein N, Harrison R. Cognitions, attitudes and personality dimensions in depression. *Br J Cogn Psychother* 1983;1:1-16.
44. Beck AT, Epstein N, Harrison R. Cognitions, attitudes and personality dimensions in depression. *Br J Cogn Psychother* 1983;1:1-16.
45. Weisz JR, Southam, Gerow MA, McCarty CA. Control-related beliefs and depressive symptoms in clinic-referred children and adolescents: developmental differences and model specificity. *J Abnorm Psychol*.2001;110: 97-109.

46. Abela JR, Taylor G. Specific vulnerability to depressive mood reactions in schoolchildren: the moderating role of self-esteem. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2003;32(3):408-18.
47. Garber J, Little S, Hilsman R, Weaver KR. Family predictors of suicidal symptoms in young adolescents. *J Adolesc* 1998;21(4):445-57.
48. Sheeber L, Hops H, Alpert A, Davis B, Andrews J. Family support and conflict: prospective relations to adolescent depression. *J Abnorm Child Psychol* 1997;25(4):333-44.
49. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1978.
50. Hammen CL, Burge D, Daley SE, Davila J, Paley B, Rudolph KD. Interpersonal attachment cognitions and prediction of symptomatic responses to interpersonal stress. *J Abnorm Psychol* 1995;104(3):436-43.
51. Stahl SM. Basic psychopharmacology of antidepressants, part 1: Antidepressants have seven distinct mechanisms of action. *J Clin Psychiatry* 1998;59(Suppl 4):5- 14.
52. Nemeroff CB. Recent advances in the neurobiology of depression. *Psychopharmacol Bull.* 2002 Summer;36 Suppl 2:6-23.) (Kalia M. Neurobiological basis of depression: an update. *Metabolism.* 2005 May;54(5 Suppl 1):24-7
53. Eşel E. Depresyonda Nöroendokrinolojik Değişiklikler. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2002;5(Ek 4):35-50.
54. Beck- Friis J, Ljunggren JG, Thoren M. Melatonin, cortisol and ACTH in patients with major depressive disorder and healthy human with special reference to the outcome of dexamethasone suppression test. *Psychoneuroendocrinology* 1985;10(2):173-86.
55. Weller EB, Weller RA, Fristad MA, Preskorn SH, Teare M. The dexamethasone suppression test in prepubertal depressed children. *J Clin Psychiatry* 1985;46(12):511-3.

56. Campbell S, MacQueen G. An update on regional brain volume differences associated with mood disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19(1):25-33.
57. Steingard RJ, Renshaw PF, Yurgelun-Todd D, Appelmans KE, Lyoo IK, Shorrock KL, et al. Structural abnormalities in brain magnetic resonance images of depressed children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35(3):307-11.
58. Tutus A, Kibar M, Sofuoglu S, Basturk M, Gonul AS. A technetium-99m hexamethylpropylene amine oxime brain single-photon emission tomography study in adolescent patients with major depressive disorder. *Eur J Nucl Med* 1998;25(6):601-6.
59. GA, Kashani JH. Phenomenology of major depression from childhood through adulthood: Analysis of three studies. *Am J Psychiatry* 1988;145:1222-1225.
60. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları.
61. Birmaher B, Ryan N, Williamson DE, et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.1996;35:1427-1439
62. Kovacs M, Akiskal HS, Gatsonis C, et al. Childhood-onset dysthymic disorder: Clinical features and prospective naturalistic outcome. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:365-374
63. Birmaher B, Brent D, AACAP Work group on Quality Issues, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.2007;46:1503-1526
64. Birmaher B, Ryan N, Williamson DE, et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.1996;35:1427-1439.

65. Birmaher B, Brent D, AACAP Work group on Quality Issues, et al. Practice parameter for the assesment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.2007;46:1503-1526.
66. Kovacks M, Gatsonis C, Paulauskas SL, Richards C. Depressive disorders in chillhood: IV. A longitudinal study of comorbidity with and risk for anxiety disorders. *Arc Gen. Psychiatry*.1989; 46(9), 776-782.
67. Perrin S, Smith P, Yule W. The assesment and tretament of post-traumatic stres disorder in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*.2000;4:277-289.
68. Angold A, Costello EJ, Erkanli A. Comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry* 1999;40:57-87.
69. Rhode P, Lewinsohn PM, Brown RA, et al. Psychiatric disorders, familial factors and cigarette smoking: I. Associations with smoking initiation. *Nicotine Tob Res* 2003;5(1):85-98.
70. Birmaher B, Brent D, AACAP Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46:1503-26.
71. March J, Silva S, Petrycki S, Curry J, Wells K, Fairbank J, Burns B, Domino M, McNulty S, Vitello B, Severe J. Floxetine, cognitive behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for adolescents with depression study (TADS). *JAMA*.2004;292(7):807-820
72. Birmaher B, Arbelaez C, Brent D. Course and outcome of children and adolescent major depressive disorder. *Child Adolesc Psychiatric clin N Am* 11 2002; 619- 37.
73. Augustinos, M., Walker, I. & Donaghue, N. (2014). 'Social Cognition an Integrated Introduction. Sage Publications

74. Wellman, H.M. & Lagattuta, K.H. (2004). Theory of mind for learning and teaching: The nature and role of explanation. *Cognitive Development*, 19, 479–497.
75. Cutting, A.L., & Dunn, J. (2002). The cost of understanding other people: Social cognition predicts young children's sensitivity to criticism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(7), 849-860.
76. Couture, S.M., Penn, D.L. & Roberts, D.L. (2006). The functional significance of social cognition in schizophrenia: a review. *Schizophrenia bulletin*, 32(suppl
77. Pinkham, A.E., Hopfinger, J.B., Pelphrey, K.A., Piven, J. & Penn, D.L. (2008). Neural bases for impaired social cognition in schizophrenia and autism spectrum disorders. *Schizophrenia research*, 99(1), 164-175.
78. Pinkham, A.E., Penn, D.L., Perkins, D.O. & Lieberman, J. (2003). Implications for the neural basis of social cognition for the study of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 160(5), 815-824.
79. Green, M.F., Penn, D.L., Bentall, R., Carpenter, W.T., Gaebel, W., Gur, R.C., Heinsen, R. et al. (2008). Social cognition in schizophrenia: an NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities. *Schizophrenia bulletin*, 34(6), 1211-1220
80. Mayer, J.D., Caruso, D. & Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, 27, 267–298.
81. Green, M.F., Penn, D.L., Bentall, R., Carpenter, W.T., Gaebel, W., Gur, R.C., Heinsen, R. et al. (2008). Social cognition in schizophrenia: an NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities. *Schizophrenia bulletin*, 34(6), 1211-1220
82. Sergi, M.J. & Green, M.F. (2003). Social perception and early visual processing in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 59(2), 233-241.
83. (Yıldırım, E., Alptekin, K. (2012). Şizofrenide Öne Çıkan Yeni Bir Boyut: Sosyal Biliş, *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2012;25:368-375.

84. Green, M.F. et al. (2008). Social cognition in schizophrenia: an NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities. *Schizophrenia bulletin*, 34(6), 1211-1220.
85. Yıldırım, E., Alptekin, K. (2012). Şizofrenide Öne Çıkan Yeni Bir Boyut: Sosyal Biliş, *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2012;25:368-375
86. Gallagher, H.L., Frith C.D. (2003) Functional imaging of “theory of mind.” *Trends in Cognitive Sciences*, 7, 77–83
87. Rowe, A.D., Bullock, P.R., Polkey, C.E., Morris, R.G. (2001). Theory of mind impairments and their relationship to executive functioning following frontal lobe excisions. *Brain*, 124, 600–616
88. Baron-Cohen, S., Leslie, A.M., Frith, U. (1985) Does the autistic child have a 'theory of mind'?. *Cognition*; 21, 37-46.
89. (Brüne M. (2005). Theory of mind in schizophrenia: A review of the literature. *Schizophr Bull* 2005; 31, 21–42
90. Bach, L.J., Happe, F., Fleminger, S. & Powell, J. (2000). Theory of mind: Independence of executive function and the role of the frontal cortex in acquired brain injury. *Cognitive Neuropsychiatry*, 5(3), 175-192.
91. Baron-Cohen, S., Ring, H., Wheelwright, S., Bullmore, E., Brammer, M., Simmons, A. & Williams S. (1999). Social intelligence in the normal and autistic brain: An fMRI study. *European Journal of Neuroscience*; 11, 1891-1898.
92. (Flavell, J.H. (2004). Theory of Mind Development: Retrospect and Prospect. *Merill–Palmer Quarterly*, 50 (3), 274–286.
93. Brüne, M., Brüne-Cohrs, U. (2006). Theory of mind-evolution, ontogeny, brain mechanisms and psychopathology. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 2006; 30, 437– 455.

94. Paykel, E.S., 1994. Life events, social support and depression. *Acta Psychiatr. Scand.* 9, 50–58.
95. Trivedi, M.H., Greer, T.L., 2014. Cognitive dysfunction in unipolar depression: implications for treatment. *J. Affect. Disord.* 152–154, 19–27.
96. Dalili, M.N., Penton-Voak, I.S., Harmer, C.J., Munafò, M.R., 2015. Meta-analysis of emotion recognition deficits in major depressive disorder. *Psychol. Med.* 45, 1135–1144.
97. Emre Bora, Michael Berk, *Journal of Affective Disorders* 191 (2016) 49–55 , Theory of mind in major depressive disorder: A meta-analysis
98. Wilbertz, G., Brakemeier, E.L., Zobel, I., Härter, M., Schramm, E., 2010. Exploring preoperational features in chronic depression. *J. Affect. Disord.* 124, 262–269.
99. Kettle, J.W., O'Brien-Simpson, L., Allen, N.B., 2008. Impaired theory of mind in first-episode schizophrenia: comparison with community, university and depressed controls. *Schizophr. Res.* 99, 96–102.
100. Mattern, M., Walter, H., Hentze, C., Schramm, E., Drost, S., Schoepf, D., Fangmeier, T., Normann, C., Zobel, I., Schnell, K., 2015. Behavioral evidence for an impairment of affective theory of mind capabilities in chronic depression. *Psychopathology* 48, 240–250.
101. Harkness, K.L., Washburn, D., Theriault, J.E., Lee, L., Sabbagh, M.A., 2011. Maternal history of depression is associated with enhanced theory of mind in depressed and nondepressed adult women. *Psychiatry Res.* 189, 91–96.
102. Bourke C, Douglas K, Porter R (2010). Processing of facial emotion expression in major depression: a review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 44, 681–696. )
103. Deficit in theory of mind is a risk for relapse of major depression, Y. Inoue 2006
104. A comparison of capacities for social cognition and metacognition in first episode and prolonged depression, Nicolai Ladegaard , 2014

105. Anomalous Subjective Experience and Psychosis Risk in Young Depressed Patients, Erika Szily 2008
106. WHO. WHO Progress Report 2002–2003. Child and adolescent health and development. Geneva. WHO 2004; 93–118.
107. Leidy NK, Rich M, Geneste B (1999) Recommendations for evaluating the validity of life claims for labeling and promotion. Value Health 2:113–127
108. Üneri Ö, Memik NÇ. Çocuklarda yaşam kalitesi kavramı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin gözden geçirilmesi. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi 2007; 14:48–56.
109. Çakın Memik N, Ağaoğlu B, Coşkun A, Üneri ÖŞ, Karakaya I: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 13-18 Yaş Ergen Formunun Geçerlik ve Güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 18(4):353-363, 2007.
110. Eiser C, Morse R. A review of measures of quality of life for children with chronic illness. Arch Dis Childhood 2001; 84:205–11.
111. Danckaerts M, Sonuga-Barke EJ, Banaschewski T, Buitelaar J, Dopfner M, Hollis C, Santosh P, Rothenberger A, Sergeant J, Steinhausen HC, Taylor E, Zuddas A, Coghill D (2010) The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. Eur Child Adolesc Psychiatry 19:83–105.
112. Üneri Ö, Çakın Memik N: Çocuklarda Yaşam Kalitesi Kavramı Ve Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Gözden Geçirilmesi. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 14(1):48-56, 2007.
113. Papakostas GI, Petersen T, Mahal Y ve ark. (2004) Quality of life assessments in major depressive disorder: a review of the literature. Gen Hosp Psychiatry, 26:13-17
114. Murray CJL, Lopez AD (1997a) Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: global burden of disease study. Lancet, 349:1436–1442

115. Hays RD, Wells KB, Sherbourne CD ve ark. (1995) Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses. *Arch Gen Psychiatry*, 52:11–19.
116. Lepine JP, Gastpar M, Mendlewicz J ve ark. (1997) Depression in the community: the first pan-European study DEPRES [Depression Research in European Society]. *Int Clin Psychopharmacol*, 12: 19–29.
117. da Silva Lima AF, de Almeida Fleck MP (2007) Subsyndromal depression: an impact on quality of life? *J Affect Disord*, 100:163-169.
118. Ormel J, Von Korff M, Van den Brink W ve ark. (1993) Depression, anxiety, and social disability show synchrony of change in primary care patients. *Am J Public Health*, 83: 385-390.
119. Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., Williamson, D. & Ryan, N. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for schoolage children-present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of American of Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (7): 980-988.
120. Gökler, B., Ünal, F., Pehlivan Türk, B., Kültür, EÇ., Akdemir, D., Taner, Y. (2004). Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu şekli- Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi*, 11 (3): 109-116.
121. Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psychology review*, 8(1), 77-100.
122. Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji dergisi*, 7(23), 3-13.

123. Guy, W. (1976). Clinical global impression scale. The ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology-Revised. Volume DHEW Publ No ADM 76, 338, 218-222.
124. Ekman P, Friesen WV, O'Sullivan M (1987). Universal and cultural differences in the judgments of facial expressions of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology* 53(4):712-717.
125. Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001). The 'Reading the mind in the eyes' test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(2), 241–251.
126. Girli A. Gözlerden Zihin Okuma Testi'nin Türkçe Çevirisi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir. [http://www.autismresearchcentre.com/arc\\_tests](http://www.autismresearchcentre.com/arc_tests)
127. Kashani JH, McNaul JP. Mood disorders in adolescents. *Text Book of Child and Adolescent Psychiatry*. American Psychiatric Press Inc, Washington DC 1997;343-85.
128. Çuhadaroğlu F, Sonuvar B. Adolesanlarda depresyon. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Günleri Kongre el Kitabı* 1992;350-8.
129. Kashani JH, Carlson GA. Seriously depressed preschoolers. *Am J Psychiatry* 1987;144:348-50.
130. Costello EJ, Mustillo s, Erkanli A, et al. Prevalance and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60(8):837- 44.
131. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Major depressive disorder in older adolescents: prevalance, risk factors, and clinical implications. *Clin Psychol Rev* 1998;18(7):765-94.
132. N. Bazin, Quantitative assessment of attribution of intentions to others in schizophrenia using an ecological video-based task: a comparison with manic and depressed patients. *Psychiatry Res.*, 167 (2009), pp. 28–35

133. K. Szanto, Social emotion recognition, social functioning, and attempted suicide in late-life depression, *Am. J. Geriatr. Psychiatry*, 20 (2012), pp. 257–265
134. Kate Leslie Harkness, Maternal history of depression is associated with enhanced theory of mind in depressed and nondepressed adult women, *Psychiatry Research*, Volume 189, Issue 1, 30 August 2011, Pages 91–96
135. Ritsher, JE. , Warner, V., Johnson, JG., Dohrenwend, BP. (2001;). Inter-generational longitudinal study of social class and depression: a test of social causation and social selection models. *Br J Psychiatry*; 40:s84-90.
136. Çetinkaya,S., Arslan,S., Nur, N. ve ark. ( 2008). Sivas il merkezinde sosyoekonomik düzeyi farklı üç ilköğretim okulu öğrencilerinin depresyon düzeyi. *New Symposium Journal* ; 46: 99–104
137. Eskin, M., Ertekin, K., Harlak, H., Dereboy, Ç. (2008). Lise Öğrencisi Ergenlerde depresyonun yaygınlığı ve ilişkili olduğu etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* ; 19(4): 382-389
138. Sheeber L, Hops H, Alpert A, Davis B, Andrews J. Family support and conflict: prospective relations to adolescent depression. *J Abnorm Child Psychol* 1997;25(4):333-44
139. Garnefski, N., & Diekstra, R. F. (1997). Adolescents from one parent, stepparent and intact families: Emotional problems and suicide attempts. *Journal of Adolescence*, 20, 201-208.
140. Garber J. Depression in children and adolescents: linking risk research and prevention. *Am J Prevent Med*. 2006;31:S104-S125. , Weissman MM, Wickramaratne PJ, Nomura Y, et al. Offspring of depressed parents:20 years later. *Am J Psychiatry*.2006;163:1001-1008.

141. TürkleG, S., Hacıhasanoğlu,R., Çapar,S. ( 2008). Lise Öğrencilerinde depresyon düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu dergisi;19;2.
142. Özmen,E., Özmen,D., DüNDAR, DE. (2008). Yoksulluğun ergenlerin ruh sağlığına etkileri. Türkiye’de Psikiyatri; 10: 39–46.
143. Sorenson JM, Niessen JB, Mors O, Thomsen PH. Age and gender differences in depressive symptomatology and comorbidity: an incident sample of psychiatrically admitted children. J Affective Disorders. 2005;84:85-91.
144. Kovacks M, Gatsonis C, Paulauskas SL, Richards C. Depressive disorders in childhood: IV. A longitudinal study of comorbidity with and risk for anxiety disorders. Arc Gen. Psychiatry.1989; 46(9), 776-782.
145. C.J.L. Murray, A.D. Lopez Alternative projections of mortality and disability by cause, 1990-2020: global burden of disease study Lancet, 349 (1997), pp. 1498–1504
146. A.L. Stewart, S. Greenfield, R.D. Hays, *et al.* Functional status and well-being of patients with chronic conditions. Results from the Medical Outcomes Study JAMA, 62 (7) (1989), pp. 907–913
147. L. Fredman, M.M. Weissman, P.J. Leaf, *et al.* Social functioning in community residents with depression and other psychiatric disorders: results of the Newhaven Epidemiologic Catchment Area Study J Affect Disord, 15 (1988), pp. 103–112
148. L.L. Judd, M.P. Paulus, K.B. Wells, M.H. Rapaport Socioeconomic burden of subsyndromal depressive symptoms and major depression in a sample of the general population Am J Psychiatry, 153 (11) (1996), pp. 1411–1417
149. J.C. Markowitz, R.A. Friedman, N. Miler, L.A. Spielman, M.E. Moran, J.H. Kocsis Interpersonal improvement in chronically depressed patients treated with desipramine J Affect Disord, 41 (1996), pp. 59–62

150. E. Giller, D. Bialos, M.A. Riddle, M.C. Waldo MAOI treatment response: multiaxial assessment *J Affect Disord*, 14 (1988), pp. 171–175
151. Brothers, L., Ring, B., & Kling, A. (1990). Response of neurons in the macaque amygdala to complex social stimuli. *Behavioural brain research*, 41(3), 199-213.
152. Baron-Cohen, S., Leslie, A.M., Frith, U. (1985) Does the autistic child have a 'theory of mind'?. *Cognition*; 21, 37-46.) (Bora, E., Yucel, M., and Pantelis, C. (2009). Theory of mind impairment in schizophrenia: meta-analysis. *Schizophr. Res.* 109, 1–9.
153. Dalili, M.N., Penton-Voak, I.S., Harmer, C.J., Munafò, M.R., 2015. Meta-analysis of emotion recognition deficits in major depressive disorder. *Psychol. Med.* 45, 1135–1144. (Theory of mind in major depressive disorder: A meta-analysis Emre Bora, Michael Berk
154. N. Ladegaard, E. Larsen, P. Videbech, P. Lysaker, Higher-order social cognition in first-episode major depression, *Psychiatry Res.*, 216 (2014), pp. 37–43
155. L. Wolkenstein, M. Schonenberg, E. Schirm, M. Hautzinger, I can see what you feel, but I can't deal with it: impaired theory of mind in depression, *J. Affect. Disord.*, 132 (2011), pp. 104–111
156. L. Lee, K.L. Harkness, M.A. Sabbagh, J.A. Jacobson, Mental state decoding abilities in clinical depression, *Journal of Affective Disorders*, 86 (2005), pp. 247–258
157. M.N. Dalili, I.S. Penton-Voak, C.J. Harmer, M.R. Munafò, Meta-analysis of emotion recognition deficits in major depressive disorder, *Psychol. Med.*, 45 (2015), pp. 1135–1144
158. V. Nejati, A. Zabihzadeh, G. Maleki, A. Tehranchi, Mind reading and mindfulness deficits in patients with major depression disorder, *Proc. – Soc. Behav. Sci.*, 32 (2012), pp. 431–437

159. A comparison of capacities for social cognition and metacognition in first episode and prolonged depression, *Psychiatry Research*, Volume 220, Issue 3, 30 December 2014, Pages 883-889, Nicolai Ladegaard
160. E. Szily, S. Kéri, Anomalous subjective experience and psychosis risk in young depressed patients, *Psychopathology*, 42 (2009), pp. 229–235
161. Guastella AJ, Hermens DF, Van Zwieten A, Naismith SL, Lee RS, Cacciotti-Saija C, et al. Social cognitive performance as a marker of positive psychotic symptoms in young people seeking help for mental health problems. *Schizophr Res.* 2013; 149(1–3): 77–82. doi: 10.1016/j.schres.2013.06.006. pmid:23845388
162. Szanto K, Dombrovski AY, Sahakian BJ, et al. 2012. Social emotion recognition, social functioning, and attempted suicide in late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 20: 257–65.
163. Zobel, I., Werden, D., Linster, H., Dykieriek, P., Drieling, T., Berger, M. and Schramm, E. (2010), Theory of mind deficits in chronically depressed patients. *Depress. Anxiety*, 27: 821–828. doi: 10.1002/da.20713
164. Urbach M, Brunet-Gouet E, Bazin N, Hardy-Baylé M-C and Passerieux C (2013) Correlations of theory of mind deficits with clinical patterns and quality of life in schizophrenia. *Front. Psychiatry* 4:30. doi: 10.3389/fpsyt.2013.00030