



T.C.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

ANABİLİM DALI

**DEPRESYON TANILI ERGENLERİN BABALARININ
BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME, DUYGUSAL
ERİŞİLEBİLİRLİK VE BAĞLANMA
ÖZELLİKLERİNİN ERGENİN DEPRESYON ŞİDDETİ
VE BAĞLANMA ÖZELLİKLERİ İLE İLİŞKİSİ**

Dr. DİLARA MEDET ALBAYRAK

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2024



T.C.

**MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**DEPRESYON TANILI ERGENLERİN BABALARININ
BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME, DUYGUSAL
ERİŞİLEBİLİRLİK VE BAĞLANMA
ÖZELLİKLERİNİN ERGENİN DEPRESYON ŞİDDETİ
VE BAĞLANMA ÖZELLİKLERİ İLE İLİŞKİSİ**

**Dr. DİLARA MEDET ALBAYRAK
UZMANLIK TEZİ**

DANIŞMAN: Doç. Dr. HATİCE ÜNVER

İSTANBUL 2024

ÖNSÖZ

Sevgisi, ilgisi ve şefkatiyle her daim yanımda hissettiğim, çalışkanlığı ve azmiyle mesleki gelişimime büyük katkı sağlayan, her zaman minnet duyacağım, bir hocadan çok daha ötesi değerli Prof. Dr. Neşe Perdahlı Fiş'e,

Sonsuz enerjisi, kapsayıcılığı, cesareti, samimiyeti ve bizleri gönülden sahiplenışı ile öğrencisi olduğum için kendimi çok şanslı hissettiğim hem ablam, hem hocam Doç. Dr. Ayşe Burcu Erdoğan Yıldırım'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca kendisinden çok şey öğrendiğim, tez çalışmamın her aşamasında bilgi ve tecrübesini paylaşıp yol gösteren, desteğini ve ilgisini esirgemeyen, çalışkanlığına, zarafetine hayranlık duyduğum çok sevgili danışman hocam Doç. Dr. Hatice Ünver'e,

Bilgisini ve ilgisini bizlerden hiç esirgemeyen, çalışkanlığı, klinik deneyimi ile yol gösteren, sonsuz özverisiyle ablalık yapan Doç. Dr. Ümmügülsüm Gündoğdu'ya,

Hastalara olan bütüncül yaklaşımını örnek aldığım, destekleyici tutumu ve güler yüzüyle beraber çalışmaktan keyif duyduğum Dr. Öğr. Üyesi Gözde Yazkan Akgül'e,

Çalışma hayatındaki titizliği, özeni, bakış açısıyla bizlere örnek olan Dr. Öğr. Üyesi A.Tuğba Bahadır'a,

Her konudaki bilgisine güvendiğim, araştırmacı yapısına hayran kaldığım, içtenliğiyle, ilgisiyle, hoş sohbetiyle tanımaktan ve beraber çalışmaktan çok keyif aldığım ablam Uzm. Dr. Muhsine Göksu'ya,

Güler yüzünü, samimiyetini, desteğini eksik etmeyen, klinik bilgi ve tecrübesinden yararlandığım ablam Uzm. Dr. Fatmanur Elmas Çakmak'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca beraber çalışmaktan keyif aldığım, tez sürecimde de yardımlarını esirgemeyen Çağla, Atakan, Elif ve tüm asistan arkadaşlarıma,

Asistanlığım boyunca güler yüzlerini görmekten ve beraber çalışmaktan çok keyif aldığım sevgili Dilek Hanım, Ayşegül Hanım, Semanur Hanım, Tüdanya Hanım, Meryem Hanım ve Muradiye ablaya, aynı zamanda saygılı, duyarlı ve yardımsever tutumundan ötürü Ali Bey'e,

Benim eşkademlerim olduğu için kendimi çok şanslı hissettiğim, ilk günden beri sonsuz desteklerini yanı başımda hissettiğim, arkadaşta öte kardeş olan canım İrem Seven, Beyzanur Gökçe Ceylan ve Sena Bakırcıoğlu'na,

Koşulsuz sevgilerini ve her daim desteklerini hissettiğim canım aileme ve varlıklarıyla içimi ısıtan, hayatımı güzelleştiren ve tez sürecimde masamdan eksik olmayan canım kedilerim Haydar ve Junior'a,

Hayatın bana verdiği en güzel hediyelerinden biri olduğunu düşündüğüm, sevgisini ve desteğini hep yanımda hissettiğim, fedakarlığına, düşünceliğine ve kibarlığına hayranlık duyduğum eşim Osman'a

Sonsuz teşekkürler.

Dr. Dilara Medet Albayrak

Ekim, 2024

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	ii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	iv
TABLolar DİZİNİ.....	v
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Major Depresif Bozukluk	4
2.1.1. Tanım	4
2.1.2. Tarihçe	4
2.1.3. Tanı kriterleri	4
2.1.4. Epidemiyoloji.....	5
2.1.5. Etiyoloji.....	5
2.1.6. Klinik görünüm.....	8
2.1.8. Tedavi	9
2.2. Bilişsel Duygu Düzenleme	11
2.3. Duygusal Erişilebilirlik.....	14
2.4. Bağlanma	16
2.4.1. Ergenlik döneminde bağlanma ve psikopatoloji.....	21
2.4.2. Bağlanma kuramında babanın rolü	24
2.4.3. Bağlanmada kuşaklar arası aktarım	25
3.GEREÇ VE YÖNTEM	27
3.1. Çalışmanın Türü	27
3.2. Çalışmanın Etik Kurul Onayı	27
3.3. Araştırmanın Örneklemi	27
3.3.1. Hasta grubu	27
3.4. Yöntem.....	29
3.5. Veri Toplama ve Ölçüm Araçları	29
3.5.1. Sosyodemografik veri formu	29
3.5.2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu –Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T)	30
3.5.3. Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği- Gözden Geçirilmiş Formu (ÇDDÖ-R)	30
3.5.4. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ).....	31
3.5.5. İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA).....	32
3.5.6. Kısa Semptom Envanteri (KSE)	32
3.5.7. Ebeveyn Duygusal Erişilebilirliği Ölçeği (EDEÖ).....	32

3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	33
4. BULGULAR.....	34
4.1. Ergenler ve Babalarının Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerine İlişkin Veriler.....	34
4.2. Ölçeklerden Elde Edilen Verilerin Değerlendirilmesi.....	43
4.2.1. ÇDDÖ-R ölçeğinden elde edilen verilerin değerlendirilmesi.....	43
4.2.2. Hastalara verilen ölçeklerden elde edilen verilerin değerlendirilmesi.....	44
4.2.3. Hastalara verilen ölçeklerin cinsiyetler açısından karşılaştırılması	44
4.2.4. Babalara verilen ölçeklerden elde edilen verilerin değerlendirilmesi.....	45
4.2.5. Babalara verilen ölçeklerin hastaların cinsiyetleri açısından karşılaştırılması	47
4.3. Hastaların Depresyon Şiddetlerinin Diğer Değişkenlerle İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	49
4.3.1. Hastaların depresyon şiddeti ile bağlanma özellikleri arasındaki ilişkinin analizi	49
4.3.2. Depresyon şiddeti ile babaların duygusal erişilebilirlikleri arasındaki ilişkinin analizi	49
4.3.3. Depresyon şiddeti ile babaların bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasındaki ilişkinin analizi	50
4.4 Ölçekler Arası Korelasyonların Değerlendirilmesi	53
4.5 ÇDDÖ-R Puanını Yordayan Faktörler	66
5. TARTIŞMA.....	68
5.2. Ergenlerin Depresyon Şiddetinin Değerlendirilmesi.....	72
5.3. Babaların Duygusal Erişilebilirliklerinin Değerlendirilmesi.....	73
5.4. Ergenlerin Bağlanma Özelliklerinin Değerlendirilmesi	76
5.5. Babaların Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Değerlendirilmesi.....	79
5.6. Babaların Bağlanma Özelliklerinin Değerlendirilmesi.....	82
5.7. Babaların Ruhsal Belirtilerinin Değerlendirilmesi	84
5.8.Kısıtlılıklar	86
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	88
7. KAYNAKÇA.....	90
8. EKLER	111

KISALTMALAR DİZİNİ

BDDÖ	: Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
ÇDDÖ-R	: Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu
ÇDŞG- ŞY-T	: Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe
DEHB	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
EDEÖ	: Ebeveyn Duygusal Erişilebilirlik Ölçeği
FDA	: Food and Drug Administration
HPA	: Hipotalamus-hipofiz-adrenal
İÖA-B	: İlişki Ölçekleri Anketi- Baba
İÖA-E	: İlişki Ölçekleri Anketi- Ergen
KİT	: Kişiler Arası İlişkiler Terapisi
KOKGB	: Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu
KSE	: Kısa Semptom Envanteri
MDB	: Major Depresif Bozukluk
Ort	: Ortalama
SÇT	: Sorun Çözme Terapisi
SPSS	: Statistical Program for Social Sciences
SS	: Standart sapma
SSGİ	: Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörü
TADS	: Treatment of Adolescents with Depression
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Cinsiyetlerin dağılımı.....	34
Tablo 2. Yaş ortalamaları.	34
Tablo 3. Ergenlerin eğitim düzeyleri.....	35
Tablo 4. Ergenlerin anne-babalarının birliktelik durumu ve kardeşlere ait bilgi.	35
Tablo 5. Ebeveynlerin eğitim düzeyleri.	36
Tablo 6. Ebeveynlerin meslekleri.....	36
Tablo 7. Ailelerin ortalama gelir düzeyleri.	36
Tablo 8. Fiziksel hastalık, kendine zarar verme davranışı ve intihar girişimleri hakkındaki veriler.....	37
Tablo 9. Ergenlerin sigara, alkol, madde kullanımı.	37
Tablo 10. Aile içi psikososyal stresörler.	38
Tablo 11. Prenatal ve perinatal öykü ile 0-6 yaş arası bakım.....	39
Tablo 12. Annenin peripartum ruhsal problem varlığı ve aile öyküsü.....	40
Tablo 13. Ergenlerin ruhsal durumları ve psikiyatri muayenelerine kimin eşlik ettiğine ilişkin babaların verileri.	41
Tablo 14. Kızlar ve erkeklerin depresif semptom sürelerinin karşılaştırılması.....	41
Tablo 15. Depresyona eşlik eden psikiyatrik bozukluk oranları.	42
Tablo 16. Ergenlerin daha önce psikiyatri başvuruları ve aldıkları tedavi.....	42
Tablo 17. ÇDDÖ-R ölçeğine göre depresyon şiddeti.....	43
Tablo 18. Depresyon şiddeti ile depresif şikayetlerin süresinin ve ÇDDÖ-R puanlarının karşılaştırılması.	43
Tablo 19. Hastalara verilen ölçeklerin puanları.	44
Tablo 20. Hastaların ölçek puanlarının cinsiyetler açısından karşılaştırılması.	45
Tablo 21. Babaların BDDÖ puanları.....	46
Tablo 22. Babaların İÖA puanları.	46
Tablo 23. Babaların KSE ölçeği alt boyutları ortalamaları.	47
Tablo 24. Babaların ölçek puanlarının ergenlerin cinsiyetleri açısından karşılaştırılması.	48
Tablo 25. Depresyon şiddeti ve ergen İÖA puanlarının ilişkisi.	49
Tablo 26. Depresyon şiddeti ve EDEÖ puanlarının ilişkisi.	50
Tablo 27. Depresyon şiddeti ve BDDÖ puanlarının ilişkisi.....	51
Tablo 28. Depresyon şiddeti ve babaların İÖA puanlarının ilişkisi.	52
Tablo 29. Depresyon şiddeti ve KSE puanlarının ilişkisi.....	53
Tablo 30. ÇDDÖ-R, DEÖ ve Ergen İÖA arasındaki korelasyon.....	54
Tablo 31. ÇDDÖ-R ve baba İÖA arasındaki korelasyon.	54
Tablo 32. Baba İÖA ve ergen İÖA arasındaki korelasyon.....	55
Tablo 33. ÇDDÖ-R ile BDDÖ alt boyutları arasındaki korelasyon.....	57
Tablo 34. ÇDDÖ-R ile KSE alt boyutları arasındaki korelasyon.	58
Tablo 35. KSE ile DEÖ arasındaki korelasyon.	59
Tablo 36. DEÖ ile BDDÖ alt boyutları arasındaki korelasyon.....	60
Tablo 37. DEÖ ile Baba İÖA alt boyutları arasındaki korelasyon.....	61
Tablo 38. Baba İÖA ile KSE arasındaki korelasyon.....	61
Tablo 39. Baba İÖA ile BDDÖ arasındaki korelasyon.	63
Tablo 40. Babaların BDDÖ ve KSE puanları arasındaki korelasyon.	65

Tablo 41. Çoklu doğrusal regresyon analizi ile ÇDDÖ-R puanının değerlendirilmesi.	66
Tablo 42. Çoklu doğrusal regresyon analizi ile ÇDDÖ-R puanının değerlendirilmesi.	67



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Bartholomew ve Horowitz'in dörtlü bağlanma modeli.	20
Şekil 2. Çalışma akış şeması.	28



ÖZET

Amaç: Çalışmamızın amacı; Major Depresif Bozukluk (MDB) tanılı ergenlerin depresyon şiddeti ve bağlanma özellikleri ile babalarının duygusal erişilebilirlikleri, duygu düzenleme kapasiteleri, ruhsal belirtileri ve bağlanma özellikleri arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızın örneklemi Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nde Majör Depresif Bozukluk tanısıyla takip ve tedavisi yapılan 12-18 yaş aralığındaki 54 ergen ve babaları oluşturmaktadır. Ergenler araştırmacı tarafından Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu-Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) ile değerlendirildi, ÇDŞG-ŞY-T ile değerlendirilemeyen bozukluklar Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5 (DSM-5) tanı kriterlerine dayanan klinik görüşmeler doğrultusunda incelendi. MDB tanısı alan ergenlerin depresyon şiddetini ölçmek için araştırmacı tarafından Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu (ÇDDÖ-R) uygulandı. Ergenlerden Sosyodemografik Veri Ek Formu, Ebeveyn Duygusal Erişilebilirliği Ölçeği (EDEÖ) ve İlişki Ölçekleri Anketi-Ergen (İÖA-E) doldurmaları istendi. Babalarından Sosyodemografik Veri Formu, Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ), İlişki Ölçekleri Anketi-Baba (İÖA-B) ve Kısa Semptom Envanteri (KSE) doldurmaları talep edildi.

Bulgular: MDB tanılı ergenlerin %79,6'sı (n=43) kızdı. Ergenlerin yaş ortalaması $16,11 \pm 1,58$ yıldı. %75,9'unda kendine zarar verme davranışı, %57,4'ünde daha önce intihar girişimi olduğu ifade edildi. Ergenlerin %38,9'unda (n=21) eş tanı tespit edildi; en sık eş tanı yaygın anksiyete bozukluğu (n=29,6). Depresif şikayetler ortalama $29,43 \pm 21,73$ aydır sürmekteydi. Babaların %25,9'u çocuklarının psikiyatrik rahatsızlığı olduğunu düşünmediği, %70,4'ünün çocuklarının psikiyatri muayenelerine eşlik etmediği görüldü. Depresyon şiddeti hastaların %38,9'unda (n=21) ağır, %35,2'sinde (n=19) orta ve %24,1'inde (n=13) hafif düzeydeydi. Depresif şikayetlerin süresi ile depresyon şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki

saptandı. Kendine zarar verme davranışı ve intihar girişimi olanlarda da depresyon şiddeti yüksekti.

Cinsiyetler arasında depresyon şiddeti, EDEÖ, BDDÖ, İÖA-B ve KSE puanları açısından anlamlı bir farklılık saptanmazken, kızlarda saplantılı bağlanmanın daha yüksek oranda görüldüğü tespit edildi. Depresyon şiddeti ile ergenlerin güvenli bağlanması arasında negatif korelasyon olduğu görüldü. Depresyon şiddeti ile EDEÖ, BDDÖ, KSE, İÖA-B arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Babaların duygusal erişilebilirliği ile KSE, İÖA-E, BDDÖ ve İÖA-B arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Babaların güvensiz bağlanmaları ile KSE alt boyutları arasında ilişki görüldü. Ergenlerin korkulu ve kayıtsız bağlanmaları arasında pozitif, korkulu ve güvenli bağlanmaları arasında negatif korelasyon saptandı. Babaların saplantılı bağlanmaları ve kayıtsız bağlanmaları arasında pozitif korelasyon olduğu görüldü. Ayrıca, babaların saplantılı bağlanmaları ile ergenlerin saplantılı bağlanmaları arasında da anlamlı bir ilişki tespit edildi.

Sonuç: Araştırmamızın sonuçlarına göre ergenler güvenli bağlandıkça depresyon şiddetleri azalıyordu. Babaların duygusal erişilebilirlikleri, duygu düzenleme kapasiteleri, ruhsal belirtileri ve bağlanma özellikleri ile ergenlerin depresyon şiddeti arasında herhangi bir ilişki saptanmadı.

Anahtar Kelimeler: Major depresif bozukluk, bağlanma, ergenlik, bilişsel duygu düzenleme, duygusal erişilebilirlik

ABSTRACT

Aim: The aim of our study is to examine the relationship between the severity of depression and attachment characteristics of adolescents diagnosed with Major Depressive Disorder (MDD) and their fathers' emotional availability, emotion regulation capacity, psychological symptoms and attachment characteristics.

Materials and Methods: The sample of our study consists of 54 adolescents and their fathers, aged 12-18 years, who were followed up and treated with a diagnosis of Major Depressive Disorder at the Child and Adolescent Psychiatry Clinic of Marmara University Pendik Research and Training Hospital. Adolescents were assessed by the researcher using the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Versions-Turkish Adaptation (K-SADS P/L), and disorders that could not be assessed using the K-SADS P/L were assessed using clinical interviews based on Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5) diagnostic criteria. To measure the severity of depression in adolescents diagnosed with MDD, Children Depression Rating Scale- Revised (CDRS-R) was used by the researcher. Adolescents were asked to fill out the Sociodemographic Data Supplement Form, the Lum Emotional Availability of Parents (LEAP) and the Adolescent Relationship Scales Questionnaire (A-RSQ). Their fathers were asked to complete the sociodemographic form, the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ), the Relationship Scales Questionnaire (F-RSQ) and the Brief Symptom Inventory (BSI).

Results: 79.6% (n=43) of the adolescents diagnosed with MDD were female. The mean age of the adolescents was 16.11 ± 1.58 years. Self-harming behaviour was reported in 75.9% and suicide attempts in 57.4%. Comorbidity was found in 38.9% (n=21) of the adolescents; the most common comorbidity was generalised anxiety disorder (29.6%). The mean duration of depressive symptoms was 29.43 ± 21.73 months. While 25.9% of the fathers did not think that their children had a psychiatric disorder, it was observed that 70.4% of them did not accompany their children to psychiatric examinations. The severity of depression was severe in 38.9% (n=21),

moderate in 35.2% (n=19) and mild in 24.1% (n=13). A statistically significant relationship was determined between the duration of depressive symptoms and the severity of depression. Depression severity was also high in those with self-harming behaviour and suicide attempts. No significant difference was determined between the sexes in terms of depression severity, LEAP, CERQ, F-RSQ and BSI scores, while preoccupied attachment was found to be more common in girls. A negative correlation was found between depression severity and secure attachment in adolescents. No significant relationship was found between depression severity and LEAP, CERQ, BSI, F-RSQ. No significant relationship was found between fathers' emotional availability and BSI, A-RSQ, CERQ and F-RSQ. A relationship was found between fathers' insecure attachment and the BSI sub-dimensions. A positive correlation was found between adolescents' fearful and dismissive attachment, and a negative correlation between fearful and secure attachment. In addition, a positive correlation was found between fathers' preoccupied and dismissive attachment. A significant relationship was also found between fathers' preoccupied attachment and adolescents' preoccupied attachment.

Conclusion: According to the results of our study, as adolescents became more securely attached, their depression severity decreased. No relationship was found between fathers' emotional availability, emotion regulation, psychological symptoms and attachment characteristics and adolescents' depression severity.

Keywords: Major depressive disorder, attachment, adolescence, cognitive emotion regulation, emotional availability.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Majör depresif bozukluk (MDB); süregelen ve yaygın mutsuzluk, iritabilite, günlük aktivitelerden keyif alamama, enerji kaybı, konsantrasyon güçlüğü, uyku ve iştahta değişiklikler ile karakterize bir hastalıktır [1]. Bu belirtilerin düzeyi hafiften şiddetliye kadar değişebilir ve depresyon tanısı koyabilmek için belirtilerin en az 2 hafta boyunca devam etmesi gerekir [2]. Çocuklarda %2, ergenlerde %4-8 oranında görüldüğü bildirilmektedir [2]. Ergenlik, depresyonun ortaya çıkma riski açısından kritik bir dönemdir. Ergenlikte başlayan depresyonun daha tekrarlayıcı olduğu ve daha ağır seyrettiği gösterilmiştir. Tedavi edilmediğinde, akademik başarıda düşme, okulu bırakma, madde kullanımı, erken gebelik, kendine zarar verme davranışları ve intihar girişimleri gibi olumsuz sonuçlara sebep olabilir [3, 4].

Bilişsel duygu düzenleme, duygusal tepkilerin kontrol altına alınması ve yönetilmesi sürecidir [5]. Duygu düzenleme becerisi sosyal, akademik, mesleki işlevsellik ve zihinsel esneklikte psikolojik iyi oluşun temel yapı taşlarından biri olarak kritik öneme sahiptir [6]. Duygu düzenleme stratejilerini etkili kullanabilmek, bebeklikten itibaren ebeveynlerden öğrenmeye başladığımız ve hayat boyu geliştirdiğimiz en önemli becerilerden biridir. Aileler, yaşanan duruma göre hangi duyguların kabul edilebilir olduğunu ve bu duyguları nasıl yöneteceklerini çocuklarına öğretebilirler. Bunu kendi davranışlarıyla rol model olarak ya da doğrudan rehberlik ederek yapabilirler [7]. Ebeveynlerinden uygun duygu düzenleme stratejilerini öğrenemeyen çocuklar, olumsuz duyguları sınırlandırmakta veya olumlu duyguları sürdürmekte zorlanabilirler. Bu durum depresif atakların gelişmesine veya devam etmesine yol açabilir [8]. Ayrıca, duygularını düzenlemekte zorlanan bir ebeveyn, aile içi stresi artırabilir. Bu durum da, çocukta depresif belirtilerin ortaya çıkmasına yol açabilir. Çocukların duygu düzenlemesine yardımcı olan en temel faktörlerden biri ise duygusal olarak erişilebilir bir bakım verenin varlığıdır.

Duygusal erişilebilirlik, çocuk ile bakım veren arasındaki ilişkide, duyguların karşılıklı olarak ifade edilmesi ve ebeveynin bu ifadelere verdiği tepkiler üzerinden tanımlanmıştır [9]. Ebeveyne duygusal olarak erişebilmenin, çocuğun yaşamı boyunca ruh sağlığı için koruyucu faktör olduğu belirtilmektedir [10]. Öte yandan, babalarına duygusal olarak erişmekte zorlanan kızlarda daha yüksek anksiyete ve depresyon

oranları görülmüştür [11]. Çocukların psikopatolojisi ile ebeveynlerinin duygusal erişilebilirliklerinin incelendiği çalışmalarda, ebeveynin bağlanma stiline bu ilişkiye aracılık ettiği saptanmıştır [12].

Bağlanma, anne karnında başladığı düşünülen ve yaşam boyu devam eden duygusal bir bağ olarak tanımlanmaktadır. Özellikle stresli koşullarda, bu bağ çocuğun bakım veren kişiyi araması ve ona yakın olmaya çalışmasıyla belirginleşir [13]. Bowlby, bağlanma güvenliğini, bireyin kendisini yetkin ve sevebilir olarak, başkalarını ise duyarlı ve destekleyici olarak algılamasını sağlayan, ruh sağlığının önemli bir bileşeni ve dayanıklılık kaynağı olarak tanımlamıştır [14, 15]. Bağlanma; güvenli, güvensiz-kaygılı, güvensiz-kaçıngan ve dezorganize olmak üzere dört tipe ayrılır. Güvenli bağlanma stiline sahip kişilerin hayata daha pozitif baktıkları, tehditleri daha az felaketleştirdikleri, daha uyumlu duygu düzenleme stratejileri kullandıkları ve duygularını daha açık ifade edebildikleri gösterilmiştir. Buna karşılık, güvensiz bağlanma stiline sahip gençlerde özellikle depresyon gibi psikopatolojilerin daha sık görüldüğü ve bu riskin yetişkinlikte de devam ettiği saptanmıştır [16]. Ergenin güvensiz bağlanma stilini etkileyen faktörlerden birinin ebeveynin kendi bağlanma örüntüsü olduğu belirlenmiştir. Bağlanma teorisine göre; ebeveynlerin bağlanma yönelimleri, çocuklarının ihtiyaçlarını, duygusal durumlarını nasıl yorumladıklarını ve bu durumlara nasıl tepki verdiklerini etkiler [17]. Güvenli bağlanan ebeveynler, çocuklarının ihtiyaçlarına daha duyarlı olur ve uygun duygu düzenleme stratejileri kullanırlar. Bu tepkiler, çocuğun güvenli bir şekilde bağlanmasını sağlayarak bağlanmanın kuşaklararası aktarımını mümkün kılar. Bu aktarım sürecinde, babaların da anneler kadar bağlanma stillerini çocuklarına aktardıkları gösterilmiştir [18, 19]. Bu aktarımın bir kısmı annenin duygusal erişilebilirliği ile açıklanmıştır. Babaların duygusal erişilebilirliğinin bağlanma aktarımına etkisi zayıf bulunmuştur; ancak bu konuda yapılan çalışmalar oldukça sınırlıdır [20]. Bağlanma aktarımına sebep olabilecek diğer faktörler ise henüz netlik kazanmamıştır.

Cassidy, bebeklerin güvenli bağlanma geliştirmelerinde, duygusal olarak erişilebilir, duyarlı ve destekleyici bir bakıcıyla kurdukları ilişkilerin belirleyici olduğunu öne sürmüştür [21]. Bebekler, bu tür ilişkiler aracılığıyla, duygusal durumlarını kabul etmeyi ve bu durumlarla başa çıkmayı öğrenirler. Ayrıca, bakım verenin kendi sıkıntılarını düzenlemesine yardımcı olmasını da beklerler. Güvensiz

bağlanan ebeveynler; duygusal olarak daha erişilemez, çocuklarının ihtiyaçlarına daha az duyarlı, daha az empatik ve daha sabırsız olabilirler. Bu durum, kendi çocuklarında da güvensiz bağlanmanın gelişmesine yol açabilir [22]. Bu ebeveynler, hem kendi duygularını düzenlemekte zorlandıkları hem de çocuklarına uygun duygu düzenleme stratejilerini öğretemedikleri için, çocuklarının depresyona karşı savunmasız hale gelmesine neden olabilirler [17].

Çoğu ebeveyn-ergen çalışmasının odağının anneler olduğunu veya anne ve babaların birlikte ele alındığını, baba-ergen etkileşimi üzerine yapılan araştırmaların ise oldukça sınırlı olduğunu gözlemliyoruz. Bu çalışma; babaların bağlanma stillerinin, duygu düzenleme becerilerinin, duygusal erişilebilirliklerinin ve ruhsal belirtilerinin ergenlerin depresyonunun şiddeti ve bağlanma özellikleri üzerindeki etkilerini inceleyerek yazına katkı sunmayı amaçlamaktadır. Yukarıda incelenen çalışmalar ile uyumlu olarak, güvensiz bağlanan bir babanın; ergenin güvensiz bağlanmasına yol açabileceğini ve ergenin depresyonunun şiddetini artırabileceğini göstermeyi amaçladık. Ayrıca güvensiz bağlanan bir babanın, duygu düzenleme becerilerinde sorunlar görülebileceğini ve duygusal erişilebilirliğinin düşük olabileceğini; bu nedenle ergenin depresyonunun şiddetini artırabileceğini düşündük.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Major Depresif Bozukluk

2.1.1. Tanım

Majör depresif bozukluk; süregelen ve yaygın mutsuzluk, iritabilite, günlük aktivitelerden keyif alamama, enerji kaybı, konsantrasyon güçlüğü, uyku ve iştahta değişiklikler ile karakterize bir hastalıktır [1].

2.1.2. Tarihçe

1970’li yıllara kadar, çocuklarda görülen üzüntülü ruh hali, normal gelişimin bir parçası olarak kabul edilerek göz ardı edilmiştir [23]. John Bowlby, bebeklerin ebeveynlerinden ayrıldıklarında depresyona benzer semptomlar gösterdiklerini ifade etmiştir. Bakım verenin duygusal ve fiziksel varlığının, çocuklarda güvenli bağlanmaya katkıda bulunduğunu ve ruh sağlığını koruduğunu göstermiştir [24]. Bu bulgu, çocukluk çağı depresyonuyla ilgili araştırmalar için önemli bir mihenk taşı olmuş ve bu alandaki çalışmaların hız kazanmasını sağlamıştır. DSM-III’te, erişkinlikte görülen depresif bozukluk ile çocukluk çağında görülen depresif bozukluğun temelde aynı klinik özelliklere sahip olduğu belirtilmiştir [25]. Ancak, çocuklarda erişkinlerden farklı olarak daha fazla somatik yakınma, negatif tutum ve agresiflik gibi semptomların görülebileceği de ifade edilmiştir. DSM-IV’te de erişkinlerde ve çocuklarda depresif bozukluğun temel semptomları ortak kabul edilmiştir. Ayrıca DSM IV’te çocukluk çağında görülen irritabl duygudurum, depresif duygudurumun eş değeri olarak kabul edilerek sınıflama sistemine dahil edilmiştir. Bu durum DSM-5’te de devam etmiştir [26].

2.1.3. Tanı kriterleri

DSM-5’e göre, MDB tanısı koyabilmek için en az iki hafta boyunca devam eden üzgün ya da sinirli ruh hali veya anhedoniden en az birine ek olarak, değersizlik ya da suçluluk hissi, uyku ve iştah değişiklikleri, dikkat problemleri, intihar düşünceleri veya

davranışları, psikomotor aktivitede artma ya da azalma ve enerji düşüklüğünün olduğu dokuz farklı belirti alanından en az beşinin olması gereklidir [2]. Dışlama kriterleri, belirtilerin başka bir psikiyatrik tanı, madde kullanımı veya fizyolojik etkilerle açıklanamamasını ve kişinin hayatı boyunca manik veya hipomanik atak geçirmemiş olmasını içerir. Önemli bir kayıp sonrasında görülen belirtilerin, depresyon semptomlarına benzerlik gösterebilmesi nedeniyle, doğru tanı koyabilmek için kişinin öyküsünün ve kayıptan kaynaklanan acının kültürel olarak nasıl ifade edildiğinin göz önünde bulundurularak değerlendirilmesi gerektiği belirtilmiştir [2]. Belirtilerin hafiften şiddetliye kadar değişebileceği, bundan dolayı her vakada semptomların yoğunluğunun dikkatle değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır [2].

2.1.4. Epidemiyoloji

Yurt dışında yapılan bir meta-analize göre, depresif bozuklukların ergenlik öncesinde %2,8, ergenlerde ise %5,6 oranında görüldüğü saptanmıştır. Majör depresif bozukluğun da bu oranlara benzer olduğu ifade edilmiştir [27]. DSM-5 'te, MDB'nin çocuklarda %2, ergenlerde %4-8 oranında görüldüğü belirtilmiştir [2]. Ülkemizde 2005 yılında, 10-20 yaş arası 4143 ergenle yapılan kesitsel bir çalışmada depresyon oranı %12,55 olarak saptanmıştır [28]. Ergenlerde hayat boyu MDB prevalansının, yetişkinlerde olduğu gibi %15-20 arasında olduğu belirtilmiştir [29]. Ergenlik öncesinde cinsiyetler arasında MDB oranı açısından fark saptanmazken, ergenlik döneminden sonra kızlarda erkeklere göre 2-3 kat fazla görüldüğü ve bu farklılığın 13-15 yaş arasında zirve yapıp, ardından hafif azalarak erişkinlik döneminde stabil hale geldiği gösterilmiştir [30, 31].

2.1.5. Etiyoloji

Ergenlik döneminde nörolojik, hormonal, fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarda önemli değişiklikler görülür. Ergenlerin çoğu bu dönemi sorunsuz atlatabilse de, risk faktörlerine sahip olanlar bu değişikliklere uyum sağlamakta zorlanabilirler. Biyopsikososyal modele göre; depresyona yol açan etiyolojik faktörler kategorik olarak ayrılabilir; ancak bu faktörler genellikle bir arada bulunur ve birbirlerini etkileyerek karmaşık bir etkileşim oluştururlar [32].

İkiz çalışmalarında etiyolojinin %40'ının genetik faktörlere bağlı olduğu, kalan kısmının ise çevresel faktörlere bağlı olduğu gösterilmiştir [33]. MDB geçiren ailelerin çocuklarında bu riskin iki ila dört kat arttığı belirlenmiştir [34]. Serotonerjik sistem, genetik varyantlarla bağlantılı patolojilerin en yaygın araştırıldığı alandır. Caspi ve arkadaşları, 5-HTTLPR geninin kısa aleline sahip kişilerin depresyona daha yatkın olduğunu saptamıştır [35]. Bu genetik varyantın, negatif bilgi işlemeye ve kortizol salınımında artışa neden olarak depresyon riskini yükselttiği belirtilmiştir [36]. Aynı zamanda, bu varyantın amigdalanın duygusal uyarılara verdiği tepkiyi de artırarak depresyon gelişmesine zemin hazırladığı ifade edilmiştir [37]. Erken çocukluk döneminde yaşanan kronik stresin hipotalamus-hipofiz-adrenal (HPA) aksını aşırı şekilde aktive ederek depresyon gelişiminde rol oynadığı gösterilmiştir [38]. Bu bireylerde gelişen glukokortikoid reseptör direnci nedeniyle hücre içi glukokortikoid miktarı azalır ve inflamatuvar belirteçlerde artış görülür [39]. Bu artış, serotonin metabolizmasını bozarak nörotoksiteyi artırır, nöroplastisiteyi azaltır, bu durum depresyon gelişimine neden olabilmektedir [40]. Bununla birlikte enflamasyonun depresyonun nedeni değil, sonucu olabileceğini öne süren bir çalışma da bulunmaktadır [41]. Öte yandan oksitosinin HPA aksının regülasyonunu sağlaması, bağlanmayı ve güvenmeyi artırması yoluyla strese ve depresyona karşı koruyucu olabileceği de gösterilmiştir [42, 43].

Ergenlik döneminde kızların erkeklere kıyasla iki kat fazla depresyon tanısı aldıkları saptanmıştır [30, 31]. Depresyondaki bu cinsiyet farkı, kızların daha fazla ruminatif başa çıkma mekanizmaları kullanmaları, bilişsel kırılganlıklarının daha yüksek olması, ilişkilere daha fazla ihtiyaç duymaları, ergenlikte yaşadıkları hormonal değişiklikler ve genetik faktörlerle açıklanmıştır [44]. Ayrıca ergen kızların, psikososyal stresörlere daha fazla maruz kaldıkları ve bu stresörlere karşı daha hassas oldukları da gösterilmiştir [44]. Ergenlikte yaşanan fiziksel değişimler, toplumsal cinsiyet rolleriyle ilgili beklentileri daha belirgin hale getirebilir. Bu süreçte, kız ergenler duygusal olgunlaşma ve baş etme becerileri henüz tam gelişmediği için, sosyal çevrelerinin oluşturduğu bu beklentiler karşısında zorlanabilirler ve bu durum depresyon gelişimine sebep olabilir [45]. Ayrıca, bu dönemde kızların erkeklerden daha fazla beden memnuniyetsizliği yaşadığı ve bu durumun da depresyona yatkınlık oluşturabileceği belirtilmiştir [44].

Epilepsi, uyku bozuklukları, kronik baş ağrıları, kafa içi tümörler ve metabolik hastalıklar gibi kronik rahatsızlıklar, beyin nörotransmitterlerinde dengesizliklere yol açarak depresyon gelişimine sebep olabilir [46]. Ayrıca, bu hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçların da depresyon riskini artırabildiği gösterilmiştir. Diğer yandan, bu kronik rahatsızlıklar bireyin günlük aktivitelerini kısıtlayarak ve sosyal izolasyona yol açarak da depresyonu tetikleyebilir [46, 47]. Son olarak, uyku bozuklukları ve depresyon arasındaki ilişkinin karşılıklı olması nedeniyle nedensel bağlantıyı açıklamak zor olsa da, uyku bozukluklarının tedavisinin depresyon şiddetini azalttığı saptanmıştır [48].

Çocuklukta istismara maruz kalmak, ergenlikte depresyon riskini üç-dört kat artırır, depresyonun daha erken başlamasına, kronikleşmesine ve tedaviye yanıtın azalmasına yol açar [49, 50]. Bunun yanı sıra, akran zorbalığına maruz kalan ve zorbalık yapan bireylerde, depresyon ve intihar girişimi oranlarının yüksek olduğu saptanmıştır [51]. Özellikle ergen kızlarda sosyal dışlanmanın içselleştirme problemleri için önemli bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir [52]. Diğer yandan, destekleyici arkadaşların olumsuz aile ilişkilerine karşı yıllar boyu sürebilecek koruyucu etkileri olduğu gösterilmiştir [53]. Ergenlik döneminde başlayan depresyonun; akran ilişkilerindeki sorunlar, çocuklukta yaşanan aile içi problemler ve ebeveyn ihmali ile daha güçlü bir ilişki gösterdiği saptanmıştır [37, 54]. Aynı zamanda sosyal, akademik zorluklar ve problem çözme becerileriyle ilgili artan beklentiler de bu riski artırabilir [55].

Ergenlikte artan bağımsızlık isteği, ebeveynlerle yaşanan çatışmaların artmasına neden olabilir ve bu çatışmalar da depresyon riskini yükseltebilir [56]. Bu durumu destekleyen bir meta-analiz, kontrolcü ebeveynlerin; ergenlerin bağımsızlık girişimlerine müdahale ettiklerini ve aldıkları kararlara saygı göstermeyerek özerkliklerini zedelediklerini ortaya koymuştur. Bu ebeveynlik tarzının, içselleştirilmiş semptomlarla güçlü şekilde ilişkilendirildiği bildirilmiştir [57]. Ayrıca, depresif gençlerin ebeveynlerinin, çocuklarına daha az olumlu geribildirimde bulunduğu, onlarla yeterince kaliteli zaman geçirmedeği ve eşleriyle daha fazla çatışma yaşadıkları saptanmıştır [58]. Bu tür olumsuz ebeveynlik yaklaşımlarının etkileriyle ilgili olarak, meta-analiz çalışmaları ergenlerde güvensiz bağlanma stili ile depresyon arasında orta düzeyde korelasyon saptamıştır [16, 59].

2.1.6. Klinik görünüm

Çocukluktan yaşlılığa kadar her dönemde depresyon tanısı koymak için kullanılan kriterler aynı olsa da, klinik belirtiler yaşa bağlı olarak farklılık gösterebilir. DSM-IV TR ve DSM-5'te, çocuk ve ergenlerde irritabl duygu durumunun depresif duygu durum yerine görülebildiği ve irritabilitedeki artışın tanı kriteri olarak kabul edildiği vurgulanmıştır [2, 60]. İştah ve kilo değişiklikleri, uykusuzluk, yorgunluk, enerji azalması gibi vejetatif semptomların, baş ağrısı ve kas-iskelet ağrısı gibi somatik semptomların ergenlerde yetişkinlere göre daha sık görüldüğü belirtilmiştir [61-63]. 3403 çocuk ve genç üzerinde yapılan bir çalışmada, hafif depresyonda konsantrasyon ve uyku problemleri ile değersizlik duygusunun daha fazla gözlemlendiği tespit edilmiştir. Ağır depresyonda ise psikomotor aktivite değişiklikleri, iştah değişiklikleri ve intihar düşüncelerinin daha belirgin hale geldiği saptanmıştır [64]. Tanı kriterleri arasında yer almamakla birlikte, hastalarda işitsel halüsinasyonlar veya yanılsamalar görülebilir. Bu halüsinasyonlar genellikle kendine hakaret edici, paranoid veya depresif niteliktedir [47].

816 çocuk ve ergenin dahil edildiği ve ortalama 14 yıl boyunca izlendiği toplum genelini kapsayan bir kohort çalışmasında, depresyonun çocuklarda yaklaşık 16 hafta, ergenlerde ise 8 hafta sürdüğü saptanmıştır [65]. Klinik örneklemli çalışmalarda ise depresyonun ergenlerde 7-9 ay arasında sürdüğü bildirilmiştir. Polikliniğe başvuran ergenlerin daha şiddetli depresif ataklar geçirdikleri ve tedaviye daha dirençli oldukları saptanmıştır [66]. Cinsiyetler arası klinik görünümün karşılaştırıldığı çalışmalarda kızlarda depresyonun daha erken başladığı ancak 20 yaşına kadar depresif semptomlar süresinin her iki cinsiyette de benzer olduğu tespit edilmiştir [67].

Ergenlikte başlayan depresyonun tekrarlama eğiliminin daha yüksek olduğu, daha fazla intihar girişimine neden olduğu ve daha ağır seyrettiği ifade edilmiştir [4]. Tedavi edilmediğinde bu durumun evlilik, sosyal hayat ve iş hayatında ciddi bozulmalara neden olabileceği belirtilmiştir [3]. Ayrıca, atağın şiddeti, kronik seyirli olup olmaması, tekrarlayıcı niteliği, eş tanılar, ailevi sorunlar, düşük sosyoekonomik düzey ve olumsuz bilişsel yakınmalar kötü prognostik faktörler olarak saptanmıştır [68].

2.1.7. Komorbidite

Depresif bozukluğa birçok ruhsal hastalığın eşlik ettiği, toplum çalışmalarında ve klinik örneklemelerde gösterilmiştir. Komorbid hastalıklar, depresyonun sonucu olarak ortaya çıkabileceği gibi ortak etiyolojik faktörlerin etkisiyle depresyonla benzer zamanlarda da gelişebilir. Depresif bozukluğu olan ergenlerin %40-90'ında ek psikiyatrik hastalık saptanmıştır [69]. Depresif çocuk ve ergenlerin %28'inde anksiyete bozukluğu, %7'sinde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), %3'ünde karşıt olma karşıt gelme bozukluğu (KOKGB), %3'ünde davranım bozukluğu, %1'inde madde kullanım bozukluğu geliştiği saptanmıştır [70]. Ayrıca, travmatik olay yaşayan ergenlerde travma sonrası stres bozukluğu ile depresyonun sık görüldüğü gösterilmiştir [71].

2.1.8. Tedavi

MDB'nin tedavisinde destekleyici terapi, kişiler arası ilişkiler terapisi (KİT), bilişsel davranışçı terapi (BDT), aile terapisi, sorun çözme terapisi (SÇT) ve farmakoterapi gibi pek çok yöntem yer almaktadır. Depresif atağın şiddetinin değerlendirilmesi; uygun tedavi yönteminin belirlenmesinde kritik bir rol oynar. Depresif bozukluğun hafif olduğu, psikososyal işlevsellikte bozulmanın az olduğu, intihar ya da psikotik düşüncelerin bulunmadığı çocuk ve ergenlerde, genellikle farmakoterapi yerine ailedeki, okuldaki ya da sosyal çevredeki stresörlerle başa çıkma eğitimi ve destekleyici terapi uygulanır [72]. Depresif bozukluğun orta şiddette olduğu vakalarda psikoterapi ve farmakoterapi birlikte uygulanır. Bazı vakalarda yalnızca psikoterapi de etkili olabilirken; ajitasyon, amotivasyon veya psikotik semptomların bulunduğu durumlarda psikoterapi uygulamak zor olabileceğinden, yalnızca farmakoterapi ile tedaviye başlanır. Psikotik depresyonun tedavisinde ise, risperidon, aripiprazol gibi antipsikotiklerin selektif serotonin geri alım inhibitörlerine (SSGI) eklenmesi tavsiye edilir [72] .

Farmakoterapinin akut, sürdürüm ve idame tedavisi olmak üzere 3 aşaması vardır. İlk 12 haftalık dönem semptomatik iyileşmenin amaçlandığı akut faz tedavisi olarak adlandırılır. Akut tedavinin ardından gelen sürdürüm tedavisinin amacı tedaviye

cevabı devamlı kılmaktır. İdame tedavi ise ağır ve tekrarlayıcı depresif bozukluğu olanlarda yinelemeleri engellemeyi hedefler [72].

Selektif serotonin geri alım inhibitörleri, çocuk ve ergenlerde depresif bozukluğun farmakolojik tedavisinde ilk sırada tercih edilen ajanlardır. SSGİ grubu ilaçlarından fluoksetin 8 yaş ve üzerinde, essitalopram 12 yaş ve üzerinde Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (Food and Drug Administration-FDA) tarafından onay almıştır [68]. İlk SSGİ'ya yanıt alınmadığında, farklı SSGİ kullanılır [72]. İki farklı SSGİ tedavisine yanıt vermeyen hastalarda tanı ve komorbid tanımlar gözden geçirilir; yeterli psikososyal girişim yapıp yapılmadığı değerlendirilir. Bu değerlendirmelerin ardından, SSGİ dışında venlafaksin, mirtazapin, bupropion veya duloksetin gibi farklı bir antidepresana geçilmesi önerilir [73, 74].

Çocuk ve ergen depresyon tedavisinde fluoksetinin etkinliğini araştıran Treatment of Adolescents with Depression (TADS) çalışmasına, 12-17 yaş arası 439 depresif ergen katılmıştır. Çalışmada fluoksetin monoterapisi, BDT monoterapisi, fluoksetin ile BDT kombinasyonu ve plasebo karşılaştırılmıştır. 12 hafta süren tedavi sonucunda, fluoksetinin hem tek başına hem de BDT ile birlikte kullanıldığında plaseboda daha etkili olduğu saptanmıştır. Tedaviye cevap oranları fluoksetin ve BDT kombinasyon tedavisinde %71, fluoksetin monoterapisinde %60, BDT monoterapisinde %43,2 ve plaseboda %34,8 olarak belirtilmiştir [75]. Çalışmada, tüm terapilerin intihar eğilimini azalttığı ve fluoksetin ile BDT kombinasyonunun en etkili tedavi olduğu gösterilmiştir [76]. TADS'ın takip çalışmasının verileri, fluoksetin ve BDT kombinasyon tedavisinin, monoteraplere göre iyilik halini daha uzun süre koruduğunu da ortaya koymuştur [77].

FDA'nın antidepresanların çocuk ve ergenlerde intiharı tetikleyebileceği uyarısından sonra, antidepresanlar arasında yalnızca venlafaksin intihar düşüncelerini artırabileceği belirtilmiştir. Bunun yanında, venlafaksin intihar girişimleriyle ilişkisi gösterilememiş ve venlafaksinle tamamlanmış intihar vakalarına rastlanmamıştır [68]. TADS verilerinde tedavi sonrasında artmış intihar düşünceleri görülmüş olsa da, epidemiyolojik çalışmalar antidepresan tedavileri ile intihar oranları arasında ters ilişki saptamıştır [78, 79]. Verilerin hepsine bakıldığında dikkatli izleme beraber çocuk ve ergenlerin depresyonunda SSGİ kullanımının uygun olduğu saptanmıştır [68].

Trisiklik antidepresanlar; çocuk ve ergenlerde etkinliklerinin kanıtlanmamış olması, kardiyotoksik yan etki profillerinin ağır olması ve yüksek dozlarda ölümcül olabilmeleri nedeniyle tercih edilmezler [80]. Monoamin oksidaz inhibitörleri ise, etkinliklerini gösteren yeterince büyük örneklemli çalışmaların bulunmaması, diyet kısıtlamalarına neden olmaları, ilaç etkileşimlerine yol açmaları ve yan etki profilleri nedeniyle tercih edilmemektedirler [72].

2.2. Bilişsel Duygu Düzenleme

Bilişsel duygu düzenleme, duygusal tepkilerin kontrol altına alınması ve yönetilmesi sürecidir [5]. Bu süreç; duygusal deneyimleri anlama, değerlendirme, kabul etme ve duruma uygun davranışları belirleyebilmeyi içerir. Bu sayede bireyler, duygusal tepkilerini belirli hedeflere ulaşmak için uyarlayabilir ve yönetebilirler. Duygu düzenleme; sosyal, akademik, mesleki işlevsellik ve zihinsel esneklikle psikolojik iyi oluşun temel yapı taşlarından biri olarak kritik öneme sahiptir [6]. Duygu düzenleme stratejileri; bebeklikten itibaren öğrenmeye başladığımız en önemli becerilerden biridir.

Çocuğun duygu düzenleme becerilerinin gelişiminde mizacı, nörofizyolojisi, bilişsel gelişimi gibi içsel süreçler ve çocuğun büyüdüğü sosyal çevre gibi dışsal süreçler etkilidir [81]. Sosyal çevrede ailenin önemi yadsınamayacak kadar büyüktür. Ebeveynlerin duygu düzenleme becerilerine olan katkıları şu şekilde sıralanabilir; ilk olarak çocuk ebeveynlerinin duygu düzenleme becerilerini gözlem yoluyla öğrenip içselleştirir. Bu sürece modelleme hipotezi adı verilmiştir. Bebek, doğumdan sonra sekizinci haftadan itibaren bakım vereninin duygusal tepkilerini gözlemlemeye başlar ve bu süreçte duygu repertuarı gelişir [82]. Aileler, davranışlarıyla duruma göre hangi duyguların kabul edilebilir ve uygun duygular olduğunu ve bu duyguları nasıl yöneteceklerini üstü kapalı olarak öğretirler [83]. Huberty, ebeveynlerin çocuğun gelişim süreci içinde kurdukları iletişim, ihtiyaçlarına cevap verme şekilleri ve kullandıkları duygu düzenleme stratejileriyle rol model olduklarını belirtmiştir [84].

Rol model olmanın yanı sıra, ebeveynler çocuğun olumsuz duygularını kabul ederek ve bu duygularla başa çıkma konusunda rehberlik yaparak da duygu düzenlemeyi öğretirler [7]. Ancak ebeveyn, çocuğun olumsuz duygularını kabul etmeyip koşullu ilgi gösterdiğinde, çocuk bu duygularını yönetmeyi öğrenemez [85].

Uyumsuz duygu düzenleme stratejileri kullanan ve duygu farkındalığı ile dürtü kontrolünde yetersiz hisseden bir ebeveyn, çocuğun duygusal deneyimlerini görmezden gelebilir, onu cezalandırabilir veya ona yol göstermekte zorluk çekebilir. Buckholdt ve arkadaşları, ebeveynlerin duygu düzenleme güçlüğü ile ergenlerin duygu düzenleme güçlüğü arasında ilişki olduğunu saptamıştır. Bu ilişkiye, ebeveynlerin ergenlerin duygusal deneyimlerine küçümseyici yaklaşımlarının aracılık ettiği bildirilmiştir [86]. Ergenin duygusal deneyimlerine yönelik bu küçümseyici yaklaşım, ergenin duygu farkındalığının ve paylaşımlarının azalmasına ve sorunun karmaşıklaşmasına neden olabilir [87]. Babaların annelere göre daha az duygu ilişkili tutum ve davranış sergiledikleri göz önünde bulundurulduğunda; babaların çocuklarının duygularını önemseme ve onlara koçluk edebilme ihtimallerinin de daha düşük olduğu düşünülebilir [88]. Baba tarafından reddedilme algısı çocuklarda ve ergenlerde duygu düzenleme stratejilerinin bozulmasına sebep olarak kaygı ve depresyon gelişimine neden olabilir [89]. Ayrıca, duygularını düzenlemekte zorlanan bir ebeveyn, aile içi stresi artırarak çocuk ve ergende depresif belirtilerin ortaya çıkmasına da sebep olabilir.

Ebeveynler, rol model olma ve koçluk yapmanın yanı sıra, bağlanma ilişkisi aracılığıyla da çocuğun duygularını düzenlemeyi öğrenmesine yardımcı olurlar [90]. Bowlby, bebeğin sıkıntılı hissettiği zamanlarda bakım verenlerine yöneldiğini ve ebeveynlerinden duygusal destek alıp rahatladıktan sonra çevreyi keşfetmeye devam edebildiğini vurgulamıştır [91]. Ainsworth, anne-bebek etkileşimlerini yapılandırılmış test aracılığıyla gözlemleyerek 3 tip bağlanma özelliği tanımlamıştır: güvenli, güvensiz-kaygılı, güvensiz-kaçıngan [92]. Güvenli bağlanan çocukların bakım verenleri, çocuklarının olumlu ve olumsuz tüm duygularına duyarlıdırlar, duygular hakkında konuşmak için erişilebilir olurlar ve tutarlı tepkiler verirler. Güvensiz bağlanan çocukların ebeveynleri ise duygulara daha az duyarlıdırlar, daha az erişilebilir olurlar ve tepkileri genellikle tutarsızdır [93, 94]. Güvenli bağlanan çocuk, dinlenilmeye ve ilgilenilmeye değer olduğuna ilişkin benlik algısı geliştirir. Aksine, güvensiz bağlanan çocuk, değersiz ve önemsiz olduğuna dair temsiller geliştirebilir veya karşısındakinin güvenilemez olduğuna ilişkin algılar oluşturabilir. Bu algılar deneyimlerle tekrarlandıkça pekişir, sabitleşir ve içsel çalışma modeli haline gelir. Geliştirilen içsel çalışma modeline göre kendilik ve öteki hakkında beklentilerin, inanç

ve tutumların belirlendiği zihinsel şemalar oluşur [95]. Güvenli bağlanma stiline sahip kişi hayata karşı daha pozitif olur, tehditleri daha az felaketleştirir, sorunlarla başa çıkma becerilerine daha fazla güvenir, daha uyumlu duygu düzenleme stratejileri kullanır, duygularını daha açık ifade eder ve durumları çarpıtmadan değerlendirebilir [14, 15]. Çocuk özerkleştikçe ailesinden öğrendiği ve zamanla içselleştirdiği duygu düzenleme stratejilerini kullanır. Güvensiz bağlanmada bu içsel kaynaklar yetersiz kalabilir ve çocuk sıkıntısını azaltmak için kendi stratejilerini geliştirmek mecburiyetinde kalabilir. Bu durumda çocuk, olumsuz duygularını düzenlemek için kaygılı bağlanmada olduğu gibi ötekine çok yakın olmaya çalışarak rahatsızlığını giderme yolu seçebilir. Hatta ötekine yakınlığı sürdürmek için bu olumsuz duygulara aşırı odaklanma ve bu duyguları abartma eğilimde olabilir. Aksine, kaçınan bağlanmada olduğu gibi öteki ihtiyacını minimize ederek ve diğerlerinden uzaklaşarak bu duygularla baş etmeye çalışabilir. Bu stratejiler, başlangıçta uyum sağlayıcı gibi görünse de zamanla ruhsal sorunları artırabilir [96-99].

Ergenlik; ebeveynlerle çatışmaların, akran ilişkisinde sosyal duyarlılığın arttığı ve romantik deneyimlerin başladığı bir dönem olduğundan, duygusal düzensizlikler yoğun olarak yaşanır. Bu dönemde, duygu regülasyonundan temel olarak sorumlu bölgelerden biri olan prefrontal korteksin tam olgunlaşmaması sebebiyle ergenler bu duygu düzensizlikleri karşısında savunmasız kalabilirler. Gençler, bu gelişimsel talepler ve artan kırılganlıkları sebebiyle duygularını yönetmekte zorlanabilirler. Bu döneme özgü en önemli gelişimsel görevlerden biri ise duygu regülasyonu sağlamak ve uygun duygu düzenleyici stratejileri geliştirebilmektir. Bu süreçte yaşanabilecek güçlüklerin içselleştirici ve dışsallaştırıcı davranış problemlerine yol açabileceği gösterilmiştir [86]. 534 ergenin dahil edildiği boylamsal bir çalışmada, duygu düzenleme becerisindeki eksiklik ile depresyon arasında çift yönlü ilişki olduğu gösterilmiştir. Duygu düzenleme kapasitesi azaldıkça depresyon riskinin arttığı, depresyon geliştikçe de duygu düzenleme becerilerinin azaldığı saptanmıştır. Ayrıca, bu çift yönlü ilişki üzerinde ergenlerin güvensiz bağlanma biçimlerinin de etkili olduğu gösterilmiştir[100-102]. Güvensiz bağlanan ergenlerin olumsuz ruh halleri üzerine daha fazla düşünerek, olumlu duygularını bastırarak ya da olumlu duygulanımlara daha az odaklanarak depresif semptomlar geliştirdikleri saptanmıştır [63].

Duygu düzenleme stratejileri uyumlu ve uyumsuz şeklinde ikiye ayrılır [103]. Uyumlu stratejiler; kabul etme, olumlu yeniden değerlendirme (kişisel gelişim açısından olumlu anlam atfetme), olumlu yeniden odaklanma (yaşanan olay yerine keyif veren şeyler düşünme), bakış açısına yerleştirme (yaşadığı eski olaylarla karşılaştırılarak yaşanan olayın ağırlığını hafifletme) ve plana tekrar odaklanma (başta çıkmak için hangi adımları atacağını düşünme) olarak tanımlanır. Uyumsuz stratejiler ise kendini suçlama, başkalarını suçlama, ruminasyon (olumsuz olaylarla ilişkili duygu ve düşünceler üzerine sürekli düşünme) ve felaketleştirmedir. Kaçınma ve ruminasyon gibi uyumsuz stratejilerin yoğun olarak kullanılması ve olumlu yeniden değerlendirme gibi uyumlu stratejilerin az kullanılması, olumsuz duygu durumun sürmesine ve depresyon gelişmesine neden olabilir [104, 105].

2.3. Duygusal Erişilebilirlik

Duygusal erişilebilirlik, çocuk-bakım veren arasındaki ilişkide, duyguların karşılıklı olarak ifade edilmesi ve ebeveynin bu duygulara yanıt verebilme kapasitesi olarak kavramsallaştırılmıştır [9]. Duygusal erişilebilirlik kavramı ilk kez Mahler, Pine ve Bergman tarafından, bir çocuğun ebeveyninden uzakta etrafı keşfederken annenin destekleyici ve güven verici tutumunu anlatmak için kullanılmıştır. Daha sonra, sadece fiziksel olarak orada bulunmanın ötesinde ebeveyn ve çocuk arasındaki duygusal sinyal alışverişi olarak ifade edilmiştir [106]. Biringen duygusal erişilebilirliği ebeveyn ve çocuk boyutu şeklinde ikiye ayırmıştır. Ebeveyn boyutunu oluşturan faktörler şunlardır: ebeveyn duyarlılığı (çocuğun sinyallerine karşı farkındalık ve yanıt verme), ebeveyn yapılandırması (duruma göre çocuğun liderliğini takip etme ya da ona koçluk yapma), ebeveynin müdahaleci olmaması (çocuğu engellemeden ulaşabilir olma), ebeveynin düşmanca davranmaması (etkileşim sırasında hayal kırıklığı, can sıkıntısı, öfke ifadelerinin olmaması). Çocuk boyutunu ise çocuğun duyarlılığı ve ebeveynlerini iletişime dahil edip etmemesi belirler [107]. Bu çift yönlü sistemde ebeveynin duygusal erişilebilirliği, hem ebeveynin hem de çocuğun duygu ve düşüncelerini paylaşma ve anlama sürecini güçlendirir. Duygusal olarak erişilebilir olmak, ebeveynlerin sürekli tetikte olması veya sürekli aynı tepkiyi göstermesi anlamına gelmez. Duygusal erişilebilirliğin temeli çocuk büyüdükçe uygun özerklik ve bireyselleşmeye izin vermektir. Bu yüzden yüksek erişilebilirlik 'aşırı koruma' veya

'aşırı hassasiyet' olarak algılanmamalı; duruma bağlı ve yaşa uygun özellikler göstermelidir [107].

Duygusal erişilebilirlik; çocukların kendilerini güvende hissetmelerine yardımcı olan ebeveyn davranışlarını kapsayan, kuramsal olarak tutarlı bir kavramdır. Ebeveyn duyarlılığının yanı sıra, ebeveyne güvenli bağlanmanın da duygusal erişilebilirliğe temel oluşturduğu düşünülebilir [108, 109]. Bağlanma teorisi, bireylerin erken çocukluk döneminde bakım verenleriyle kurdukları ilişkilerin, yetişkinlikteki duygusal ve sosyal ilişkilerini nasıl şekillendirdiğini açıklar. Her iki yaklaşım da ideal ebeveyn tutumlarının çocuğun arzularına ve ihtiyaçlarına göre şekillenmesini savunsa da bazı farklılıklar içerir [108]. Bağlanma ölçümlerinde, çocuğun bağlanma figürüyle ilişkisi değerlendirilirken duygudan çok davranışa odaklanılır [106]. Duygusal erişilebilirlikte ise ebeveyn-çocuk arasındaki duygu alışverişi ve duyguların düzenlenmesi için gerekli deneyimlerin oluşmasını sağlayan duygusal uyumlanma ön plandadır [108]. Ayrıca, duygusal erişilebilirlikte bağlanma teorisinin aksine, negatif duygular kadar pozitif duygulara da odaklanılır [106]. Maternal güvenli bağlanma ile maternal duygusal erişilebilirlik arasında pozitif korelasyon olduğu gösterilmiştir [110, 111]. Maternal duygusal erişilebilirliğin, bebeklik ve çocukluk dönemindeki bağlanma örüntüsünü öngördüğünü gösteren çalışmalar da bulunmaktadır [112, 113].

Ergenlik dönemi, gençlerin özerklik kazandığı ve kimlik oluşturdıkları süreçtir. Bu süreçte gençler ebeveynlerinden uzaklaşıp akranlarına yakınlaşma eğilimde olsalar da ebeveynlerin, ergenlerin psikolojik iyilik hali üzerinde akranlarından daha fazla etkili olduğu gösterilmiştir [114, 115]. Bu dönemde ebeveynlere duygusal erişilebilirliğin yetersizliği, gençlerin kendilerini yalnız, anlaşılmamış veya değersiz hissetmelerine neden olabilir ve bazı psikopatolojilere yol açabilir. Duygusal erişilebilirliğin azaldığı gençlerde, karşıt olma ve saldırganlık gibi dışa yönelim sorunlarının yanı sıra anksiyete ve depresyon gibi içe yönelim sorunlarının da arttığı pek çok çalışmada gösterilmiştir [116-118]. Türkiye’de 776 ergen ve ailenin dahil edildiği bir çalışmada, duygusal erişilebilirlik ile saldırganlık arasında negatif bir korelasyon bulunmuştur. Aynı çalışmada duygu düzenleme güçlüklerinin duygusal erişilebilirlik ve saldırganlık arasındaki ilişkiye kısmi aracılık ettiği saptanmıştır [119]. Ergenlik döneminde romantik ilişki yaşayan kızlarda, ailelerinin duygusal erişilebilirliğinin düşük olması daha fazla depresif semptoma yol açmaktadır. Bu

durum, sağlıklı romantik ilişki kurmayı öğrenememeleri veya ebeveynlerinden göremedikleri ilgiyi idealize ederek romantik ilişkilerde aramaları ve bu nedenle hayal kırıklığı yaşamaları ile ilişkilendirilmektedir [120]. Bebeklikte annenin duygusal erişilebilirliğinde azalmanın, uzun vadede çocuğun 7 yaşındaki ruhsal gelişimini olumsuz etkilediği ve çocuklarda içe yönelim sorunlarını artırdığı gösterilmiştir [112]. Duygusal erişilebilirlik üzerine yapılan araştırmalar genellikle anne-çocuk ilişkisine odaklanırken, babaların duygusal erişilebilirliğinin araştırıldığı çalışma sayısının sınırlı olduğu görülmektedir.

Türkiye’de babalar ve genç yetişkinlerle yapılan bir çalışmada, babaların duygusal erişilebilirliğinin gençlerin başa çıkma stratejilerini olumlu etkilediği gösterilmiştir [121]. Yine Türk örnekleminde yapılan bir çalışmada, babaların duygusal erişilebilirliğinin yetişkin kızların dürtüsel davranışları üzerinde önemli etkileri olduğu saptanmıştır [122]. Kadınların ergenlik dönemlerinde babalarının duygusal erişilebilirliklerini değerlendirdiği bir başka çalışmada; ergenliklerinde duygusal olarak erişilebilir babalara sahip kadınların güncel benlik saygılarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır [10]. Duygusal erişilebilirliği düşük olan babaların kızlarında ise daha fazla anksiyete ve depresyon olduğu saptanmıştır [11]. Baba-çocuk ilişki kalitesinin, çocuğun yetişkin hayatı için koruyucu bir faktör olduğu ve iyi olma haline katkıda bulunduğu pek çok çalışma tarafından doğrulanmıştır [10, 123-125].

Ebeveynlerin duygusal erişilebilirliğinin çocuğun gelişimi ve ruhsal durumu üzerindeki etkisi gösterildikten sonra, erişilebilirliği etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. Yazında bu konuda yapılmış olan çalışmaların önemli bir çoğunluğu, annelerin duygusal erişilebilirliklerini etkileyen sebeplere odaklanmıştır. Annelerin bağlanma stiline, çocuklarının psikopatolojisi ve annelerin duygusal erişilebilirliği arasındaki ilişkiye aracılık ettiği gösterilmiştir [12]. Babaların duygusal erişilebilirliğinin, gençlerin ruhsal iyilik hali üzerindeki etkilerinin derinlemesine araştırılması ve bu erişilebilirliği etkileyen faktörlerin belirlenmesi psikopatolojilerin önlenmesi ve etkili tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi açısından kritik öneme sahiptir.

2.4. Bağlanma

Bağlanma, çocuğun bakım veren kişiyi araması ve ona yakın olmaya çalışması ile kendini gösteren, özellikle stresli koşullarda belirgin hale gelen ve yaşam boyu devam

eden duygusal bağ olarak tanımlanmaktadır [13]. Bowlby, bebeklerin hayatta kalabilmek için bakım verenlerini yakınlarında tutmaya yönelik meme arama, baş döndürme, emme, tutma, ağlama gibi bazı sinyaller gönderdiğini gözlemlemiş ve bu davranışları bağlanma davranışı olarak isimlendirmiştir [126]. Bebek, zamanla bu sinyallerle rahatlama hissi arasında bağ kurar. 2-7 aylık dönemde, bebek bakım verenini diğer kişilerden ayırt etmeye başlar, bakım vereniyle daha uzun süreli göz teması kurar, ona gülümser ve daha fazla ses çıkartır [18]. 7 ay-2 yaş arası dönemde çocuk, ilgisini gerçek ve belirgin bir nesneye yöneltmeye başlar ve onu takip eder. Bağlanma figürüne yakınlığını sürdürerek etrafı keşfederken yabancılara karşı kaygı hissetmeye başlar [127]. 2-3 yaşından itibaren bakım veren kişi, artık çocuğun hayatta kalmasını sağlamak ve temel ihtiyaçlarını karşılamak yerine, çocuğa sosyal olarak uygun davranışlar konusunda rehberlik etme rolüne geçer. Bağlanmanın 7-24. aylar arasında netleştiği kabul edilse de, bazı yazarlara göre bu süreç anne karnında başlar [128]. Bağlanma figürü, bebeğin sıkıntı yaşadığı anlarda ona rahatlık sağlayarak yeniden kendisini güvende hissetmesini mümkün kılar ve böylece bebeğin keşif gibi bağlanma dışı davranışlara yönelmesini sağlar. Ayrıca, bu figür, çocuğun stres yaşadığında geri dönerek kendini güvende hissettiği güvenli bir liman görevi görür [91]. Bağlanma kuramı, bakım veren ile çocuk arasında bu özel duygusal bağın nasıl geliştiğini ve bu bağın kişiler arası ilişkilere nasıl yansıdığını açıklamaya çalışır. Bowlby'e göre bağlanmanın üç temel işlevi; fiziksel ihtiyaçların giderilmesi, etrafı keşfederken güvenli liman vazifesi görmesi ve hayata dair güvenlik duygusunun geliştirilmesidir. Bu işlevlerin sağlıklı bir şekilde gerçekleştirilemediği durumlarda, çocuklar ebeveynlerine belli tepkiler gösterirler. Çocuğun göstermiş olduğu bu tepkilere ebeveynlerin yanıtsızlığının devam etmesi ise güvensiz bağlanmanın temelini oluşturur.

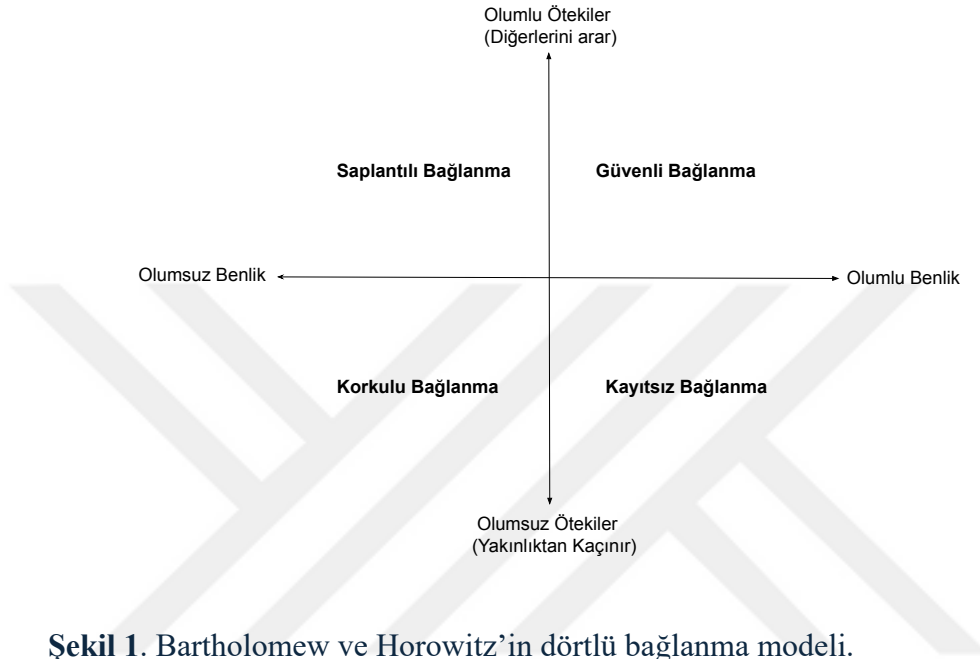
Bağlanma kuramının temellerini ilk atan kişi Bowlby'dir; ancak bu kuramı deneysel araştırmalarıyla ele alan ve Yabancı Ortam Deneyi (Strange Situation) aracılığıyla standart bir laboratuvar gözlemine dönüştürüp, kurama istatistiksel olarak ölçülebilirlik kazandıran kişi Ainsworth olmuştur [129]. 1978 yılında Ainsworth'ün yapmış olduğu bu gözlemler neticesinde üç tip bağlanma özelliği tanımlanmıştır: güvenli, güvensiz-kaygılı (ambivalan), güvensiz-kaçıngan (dirençli). Güvenli bağlanma stiline sahip bebekler, bakım verenleri yanlarından ayrıldığında üzüntü

yaşasalar da geri döndüğünde hızla sakinleşir, mutlu olur ve çevreyi keşfetmeye devam ederler. Aynı zamanda bu bebekler, yabancı kişilerle odada yalnız kaldıklarında onlarla iletişim kurarlar. Güvenli bağlanmada, bağlanma figürü bebeğin sinyallerini uygun şekilde alır, doğru anlamlar atfeder ve tutarlı bir şekilde tepki verir. Güvenli bağlanan çocuklar, stresli durumlarda duygusal tepkilerini etkili bir şekilde yönetebilirler ve sosyal ilişkilerde karşılaştıkları sorunları çözüme kavuşturabilirler. Bu beceriler, genel psikolojik dayanıklılıklarının ve sosyal uyumlarının artmasını sağlar. Ancak, bağlanma figürü bir durumda yetkin ve öngörülebilirken, başka bir durumda öngörülemeyen ve yetersiz olursa, bu durum bebekte güvensiz-ambivalan bağlanma gelişmesine neden olabilir. Bu bebekler, ihtiyaç duyduklarında bakım verenlerinden destek alabileceklerinden emin olamazlar. Bu belirsizlik nedeniyle, bakım verenleri odadan ayrıldığında yoğun stres ve öfke yaşarlar, yabancılarla etkileşime geçmezler, çevreleriyle ya da oyuncaklarla ilgilenmezler. Anneleri geri döndüğünde bile huzursuzlukları devam eder; anneye yakın olma isteği ile öfke duygusunu aynı anda yaşarlar. Eğer bakım veren, bebeğin gönderdiği sinyalleri yanıtlamaz, yanlış yorumlar ya da uygunsuz veya geç tepki verirse, güvensiz-kaçınan bağlanma gerçekleşebilir. Kaçınan bağlanma stiline sahip bebekler, bakım verenleri odadan ayrıldığında duygularını çok az ifade ederler ve sıkıntı belirtileri göstermezler. Anneleri geri döndüğünde ise ilgisiz davranmaya devam ederler ve onlarla temastan kaçınırlar. Ayrıca bu ilgisiz tutumu yabancılarla karşı da sergilerler [130]. Bu çocuklar tekrar hayal kırıklığı yaşamamak için hayatlarını bakım verenlerinin desteği olmadan sürdürmeye çalışırlar. 1986 yılında, Main ve Solomon bu üç bağlanma stiline dezorganize bağlanmayı eklemiştir [131]. Bakım verenin bebeği ihmal ettiği, kötü muamelede bulunduğu ya da depresyon veya kronik bir hastalık yaşadığı durumlarda, bebeklerde dezorganize bağlanma paterni gelişebilir [132]. Bu bebekler, anneden ayrılma ve yeniden birleşme durumlarına karşı tipik bir tepki göstermez; donakalma, stereotipik davranışlar veya hareketlerde yavaşlama gibi tepkiler verebilirler [133, 134]. 1997 yılında yapılan bir meta-analiz çalışmasında, çocukların %62'sinin güvenli bağlandığı, güvensiz bağlanma örüntülerinin ise daha az sıklıkta görüldüğü saptanmıştır: güvensiz-kaçınan (%15), güvensiz-kararsız (%9), dezorganize bağlanma (%15) [135].

Freud, anne ve bebek arasındaki ilişkinin, çocuğun hayatı boyunca karşılaşacağı ilişkilerin prototipi olduğunu ileri sürse de o dönem bu görüş kabul edilmemiştir. Daha sonra Bowlby tarafından bu düşünce yeniden ele alınmış ve günümüze kadar varlığını korumuştur. Bowlby'nin gözlemsel çalışmalarına göre bebek, yaşamının ilk dönemlerinde bakım verenlerinin ihtiyaçlarına yönelik olarak verdikleri tepkilere dayanarak kendine ve ötekine dair zihinsel temsiller oluşturur. Güvenli bağlanmada, ötekine yönelik güvenilir ve merhametli temsiller oluşurken, kendisine yönelik sevilmeye ve önemsenmeye değer olduğuna ilişkin temsiller oluşacaktır. Aksine, güvensiz bağlanmada kendiliğe ve ötekine yönelik olumsuz temsiller gelişir. Bu temsiller, deneyimlerle pekiştikçe kendilik ve öteki hakkında beklentilerin, inançların ve tutumların belirlendiği içsel çalışma modellerini oluşturur [95]. Hayatın ilk yıllarında bu modeller daha esnektir; ancak ilerleyen yıllarda bu modelin daha zor değiştiği ve daha kararlı hale geldiği saptanmıştır [24]. Bağlanma stillerinin hayat boyu stabilitesi üzerine 2002 yılında yapılan bir meta-analiz çalışmasında, bebeklik ile yetişkinlik dönemlerinde görülen bağlanma stilleri arasında orta derecede stabilite olduğu belirlenmiştir [136]. Ayrıca, yetişkinlik dönemindeki bağlanmanın ergenlik dönemine göre, ergenlik dönemindeki bağlanmanın ise çocukluk dönemindeki bağlanma örüntüsüne göre daha stabil olduğu gösterilmiştir [137, 138]. Bu durum, çocukluk ve ergenlik dönemindeki müdahalelerin, yetişkinlik dönemindeki müdahalelere göre daha etkili olabileceğini göstermektedir.

Son yıllarda, Bartholomew ve Harowitz, Bowlby'nin içsel çalışma modelleri konusundaki görüşlerinden yola çıkarak ergen ve yetişkinlerin yakın ilişkilerinde bağlanmanın etkisini araştırmış ve "Dörtlü Bağlanma Modeli"ni geliştirmişlerdir. Bu modelde, benlik ve öteki temsilleri olumlu veya olumsuz niteliklere göre dört farklı kategoriye ayrılmaktadır [139]. Benlik modelinin olumlu olması, ötekinin onayından bağımsız şekilde içselleştirilmiş bir özsaygı ve kendini sevme duygusu geliştirildiğini ifade eder. Bu durumda, kişi kendi değerini dışsal onaylardan bağımsız olarak algılar. Öte yandan, benlik modelinin olumsuz olması, kişinin kendini yetersiz görmesine ve başkalarından onay ile olumlu geri bildirim beklemesine neden olur. Kişi, kendi değerini ve iyilik halini başkalarının onayı ve kabulü ile ilişkilendirir [139]. Ötekiler modelinin olumlu olması, bireyin yakın ilişkilerde yardım istemekten ve yakınlık kurmaktan rahatsızlık duymamasını, ötekileri genellikle güvenilir ve destekleyici

görmesini sağlar. Ötekiler modelinin olumsuz olması ise kişinin başkalarına karşı güvensiz, mesafeli ve temkinli davranmasına sebep olabilir. Bu kendilik ve başkaları modellemelerine göre bağlanma stilleri güvenli, saplantılı, kayıtsız ve korkulu bağlanma stili olarak dört ana kategoriye ayrılır (Şekil 1).



Şekil 1. Bartholomew ve Horowitz'in dörtlü bağlanma modeli.

- 1- Güvenli bağlanma stili: Olumlu benlik ve başkaları modelleri bulunur. Bu öznelere hem kendilerini değerli olarak görürler hem de ötekileri destekleyici olarak nitelerler. Yakınlık kurarken bağımsızlıklarını sürdürebilirler ve yardıma ihtiyaç duyduklarında yardım aramaktan çekinmezler [140].
- 2- Saplantılı bağlanma stili: Bu grup, güvensiz-kaygılı bağlanma stili ile kavramsal olarak benzerlik taşır. Bu kişiler, sevmeye değer olduklarını içselleştiremezler. Kendilerini iyi hissetmek için ötekilerin olumlu geri bildirimlerine ihtiyaç duyarlar. Ötekilere yakın olmak isterler; ancak ihtiyaç duyduklarında onlara ulaşabileceklerinden, onların kendilerini destekleyeceklerinden ve terk etmeyeceklerinden emin olamazlar [140]. İlişkileri başlatırken ve sürdürürken kaygı duyarlar. Sürekli ilişkileri hakkında düşünür, gerçekçi olmayan mükemmellikte hayaller kurar ve yüksek beklentilere sahip olurlar [141].

- 3- Kayıtsız bağlanma stili: Kişi, ötekine karşı reddedici bir tavır takınır. Reddedilmekten kaçınmak için kendi başına yeterli olmaya çalışır [142]. Bağımsızlığına düşkündür. Bağlanma figürünü ulaşılması zor ve sorumsuz olarak gördüğü için ona güvenmez. Akranları tarafından düşmanca algılanır [141].
- 4- Korkulu bağlanma stili: Kişi, ötekine aşırı bağımlıdır ve sürekli onlardan kabul ve destek arayışı içindedir [142]. Genellikle kendisini değersiz ve seilmeye değer olarak görür; ötekileri ise güvenilirmez ve reddedici olarak değerlendirir. Başkaları tarafından kabul edilmek istese de, reddedilmekten korktuğu için yakınlık kurmaktan ve yardım istemekten çekinir [139].

2.4.1. Ergenlik döneminde bağlanma ve psikopatoloji

Ergenliğin biyolojik, zihinsel ve sosyal değişimlerin görüldüğü bir geçiş dönemi olduğu kabul edilir. Bu dönemde arkadaş ilişkilerine ve romantik ilişkilere ağırlık verilir, ebeveynlere olan bağlanma değişime uğrar [143]. Çocuklukta temel güvenlik ihtiyacı etrafında şekillenen bağlanma örüntüsü ergenlik döneminde cinselliğin başlamasıyla beraber cinsel bir nitelik kazanmaya başlar. Artık güvenli üs kavramı, ergen için kendisini cinsel anlamda da kabul eden, kendi cinsel tercihlerini ve duygularını rahatlıkla ifade edebildiği bir ilişki halini alır [144]. Bu dönemde, arkadaş ilişkilerine aileden daha fazla önem verilse de, ergenler stresli durumlarda destek ve güven gereksinimlerini yine bakım verenleriyle olan bağlanma ilişkilerinden karşılamaya çalışırlar [145]. Ergenlerin iyi olma halinin en güçlü çevresel belirleyicilerinden birinin, ebeveynlerine güvenli bağlanmaları olduğu kabul edilir [146, 147]. Brown ve Wright'ın ergenler üzerinde yaptığı bir araştırmada, psikopatoloji göstermeyen grupta güvenli bağlanma oranı %73,3 iken, psikopatoloji saptanan grupta bu oran % 13,3 olarak bildirilmiştir [133]. Güvensiz bağlanma stiline sahip ergenlerin daha fazla zorbalığa maruz kaldığı, saldırgan davranışlar sergilediği, yalnızlık, öfke, kin, kaygı, depresyon, somatik şikayetler, utangaçlık ve düşük benlik saygısı yaşadığı belirlenmiştir [148, 149]. Kaygılı bağlanan ergenlerin, romantik ilişkilerinde terk edilme korkusu yaşadıkları, terk edilmemek amacıyla daha saldırgan ve riskli davranışlar sergiledikleri saptanmıştır [144]. Ayrıca bu gençlerin, daha fazla anksiyete ve agorafobi tanısı aldıkları bildirilmiştir [148, 150, 151]. Korkulu veya saplantılı bağlanma stiline sahip ergenlerin, güvenli ya da kayıtsız bağlananlara göre

daha fazla intihar düşüncesine sahip olduğu ve daha ölümcül yollarla intihar girişiminde bulundukları gösterilmiştir [152, 153]. Ayrıca, kaygılı bağlanmanın, stresli yaşam olayı sonrasında travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gelişmesinde bir risk faktörü olabileceği belirtilmiştir [154]. Kaçınan bağlanan gençlerin, rastgele cinsel deneyim yaşama olasılıklarının daha yüksek olduğu ve davranım bozukluğu ile madde kullanım bozukluğu tanılarını sık aldıkları saptanmıştır [144, 155]. Bu psikopatolojiler dışında bulumik bireylerde saplantılı bağlanma eğilimi daha fazla görülürken, anoreksik bireylerde kayıtsız bağlanma eğilimi daha yaygındır [156].

Minnesota Ebeveyn-Çocuk Projesi'nde, bebekler doğum öncesi dönemden erken erişkinliğe kadar izlenmiş ve ruhsal bozuklukları değerlendirilmiştir. Güvensiz bağlanan bireylerin, daha fazla içselleştirme ve dışsallaştırma sorunları yaşadığı ve sosyal becerilerinin daha kısıtlı olduğu belirlenmiştir. Bu gençler arasında, kaçınan bağlananların antisosyal davranışlar sergileme olasılığının, kaygılı bağlananların ise kaygı bozukluğu yaşama ihtimalinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Kaçınan bağlanan bebeklerin, kaygılı bağlananlara göre psikopatoloji açısından daha yüksek risk taşıdığı saptanmıştır. Dezorganize bağlanma ile dissosiyatif belirtiler arasında da ilişki tespit edilmiştir [157, 158].

Güvensiz bağlanan ergenlerde en yaygın içselleştirici bozukluklardan birinin depresyon olduğu gösterilmiştir [159]. 2018 yılında, 4386 erişkini kapsayan bir meta-analizde, kaygılı bağlanan ve dezorganize bağlanan bireylerin daha fazla depresif semptom sergiledikleri tespit edilmiştir [160]. 690 genç üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise hem kaygılı bağlanmanın ($r=.638$) hem de kaçınan bağlanmanın ($r=.327$) depresyon için risk faktörü oluşturduğu saptanmıştır [161]. Kaygılı bağlanan ergenlerin olumsuz ruh halleri üzerine daha fazla düşünerek ve olumlu duygularını bastırarak depresif semptomları artırdıkları; kaçınan bağlananların ise olumlu duygulanıma daha az odaklanarak depresif semptomlar geliştirdikleri tespit edilmiştir [60]. Kaygılı bağlanan bireylerin, güvenli bağlananlara kıyasla depresif epizod sayısının daha fazla olduğu, semptomlarının daha kalıcı olduğu, daha uzun süre antidepresan kullandıkları ve daha düşük sosyal işlevsellik bildirdikleri saptanmıştır [162]. Preadolesan ve adolesanlarda gerçekleştirilen iki boylamsal ve 16 kesitsel çalışma, güvensiz bağlanmanın depresyon geçirme olasılığını ve depresyon şiddetini artırdığını göstermiştir [159]. Ayrıca, 2360 ergenin değerlendirildiği bir yıllık

boylamsal çalışmada, bağlanma puanları en güvenli olandan en güvensiz olana doğru dört eşit gruba ayrıldığında, güvensiz bağlanma puanlarındaki her artışın, depresyon şiddetini %36 oranında artırdığı gösterilmiştir [163]. Çocuk ve gençlerin bağlanma stili ile depresyon arasındaki ilişkinin incelendiği bir meta-analiz çalışmasında, güvensiz bağlanma ile depresyon arasında orta düzeyde ($r=.31$) bir korelasyon saptanmış ve bu ilişki hem kesitsel hem de boylamsal çalışmalarda gösterilmiştir [16]. Ayrıca, 3-18 yaş arasında bağlanma güvenliği ile içselleştirilmiş ve dışsallaştırılmış davranış sorunlarının ilişkisinin incelendiği bir başka meta-analizin sonuçları da bu ilişkiyi desteklemiştir [59]. Sonuç olarak, farklı çalışmalarda depresyonla ilişkilendirilen çeşitli güvensiz bağlanma örüntüleri saptanmış olsa da yazına bakıldığında, güvensiz bağlanmanın güvenli bağlanmaya kıyasla depresyon riskini belirgin şekilde artırdığını söylemek mümkündür.

Bağlanma güvenliği ile depresyon arasındaki ilişki dört modelle açıklanmıştır [16]. İlk modelde, çocuğun erken dönemde bakım verenine ihtiyaç duyduğu ancak bu ihtiyacını karşılayamadığı durumlarda, kendisi ve bakım verenine yönelik olumsuz içsel temsiller geliştirdiği öne sürülmektedir. Bu olumsuz temsillerin, hayatının ilerleyen dönemlerinde depresif bilişsel şemaların oluşumuna neden olabileceği belirtilmektedir [164, 165]. İkinci modele göre, güvensiz bağlanan çocuklar duygularını düzenlemekte zorlanabilir ve bu durum uzun vadede kronik strese yol açarak depresyon gelişimine neden olabilir. Bu çocukların ebeveynleri, güvenli bağlanan çocukların ebeveynlerine göre çocuklarını sakinleştirmekte ve onların duygularını düzenlemekte daha fazla zorluk yaşarlar. Bu zorluklar genellikle ebeveynlerin kendi olumsuz bağlanma deneyimlerinden veya yaşadıkları diğer ruh sağlığı sorunlarından kaynaklanabilir. Sonuç olarak, ebeveynlerin çocuklarıyla sağlıklı ve güvenli bir bağ kurmaları ve onlara duygularını düzenlemede rehberlik etmeleri zorlaşır. Stresli durumlar karşısında kendini rahatlatamayan çocuklar, yaşamları boyunca artan stres seviyeleriyle başa çıkmak zorunda kalabilirler [166]. Depresyonun etiyolojisi üzerine yapılan çalışmalar, kronik stresin depresyon gelişimi üzerindeki etkisini defalarca ortaya koymuştur [167, 168]. Ayrıca, kronik stresin glukokortikoid sistem üzerindeki etkisinden bağımsız olarak, gençlerin duygu düzenlemede yaşadığı zorlukların doğrudan depresyona yol açabileceği de gösterilmiştir [101, 102]. Üçüncü model, depresif ebeveynlerdeki genetik faktörlerin, bu ebeveynlerin çocuklarında

depresyona ve güvensiz bağlanmaya yatkınlık yaratabileceğini öne sürer [16, 169]. Dördüncü model ise bağlanma sorunları ve depresyonun, bakım verenlerden çocuklarına geçen sosyal-ekolojik risk faktörleri (düşük sosyoekonomik statü, borçlar, göçmenlik, sağlık sorunları ve düşük destek kalitesi) ile ilişkili olduğunu savunmaktadır. Bu faktörlerin kuşaklar arası aktarıldığı ve gençlerde güvensiz bağlanma ile depresyonu öngördüğü gösterilmektedir [170]. Bu dört faktörün yanı sıra, güvensiz bağlanma; destekleyici ve güven verici sosyal ilişkiler gibi koruyucu faktörlerin kalitesini azaltarak da depresyon riskini artırabilir [171].

2.4.2. Bağlanma kuramında babanın rolü

Bowlby, kuramında bakım veren olarak anneyi ele almış ve gözlemlerini anne-çocuk ilişkisi bağlamında yapmıştır. Babayı, annenin duygusal destekçisi ve bebeğin büyüdüğü ortamda annenin mutluluğunu koruyan bir figür olarak tanımlamıştır [172]. Birincil bağlanma figürü genellikle anne olmakla birlikte, tehlikeli bir durumda anne çocuğun yanında değilse çocuk kendini güvende hissetmek için başka bir bağlanma figürüne yönelecektir; bu kişi genellikle babadır [173]. Son yıllarda çocuğun ruhsal gelişiminde babanın rolü üzerine yapılan araştırmalar hız kazanmış olsa da bu alandaki çalışmalar hâlâ sınırlıdır. Biller, baba ile bebek arasında güvenilir bağlanma gelişebilmesi için, babanın ilk bir yıl içinde bebek bakımıyla ilgili tüm görevlere doğrudan dahil olması gerektiğini belirtmiştir [174]. Ebeveynlere bağlanmanın çocukların duygusal ve davranışsal gelişimindeki rolleri üzerine yapılan bir çalışmada; babaya olan bağlanmanın çocuğun içselleştirilmiş ve dışsallaştırılmış davranış problemlerini azalttığı bulunmuştur [175]. Depresyon tanılı kızlarda daha az baba sıcaklığı, daha fazla reddedilme algısı, daha az duygusal erişilebilir baba imgesi ve daha düşük bağlanma güvenliği saptanmıştır [176]. Puissant ve arkadaşları, babaya karşı bağlanma kalitesinin depresif semptomları öngörmede anneden daha güçlü bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir [177]. Latin ergenlerle yapılan başka bir çalışmada ise babaya güvenli bağlanmanın intihar düşüncelerini azalttığı saptanmıştır [178]. Güncel bir çalışma, anne-çocuk etkileşimindeki duygusal erişilebilirliğin, annenin rolünden ziyade babayla yaşanan deneyimlere bağlı olduğunu göstermiştir [179]. Bu bulgular, babanın çocuk üzerindeki duygusal etkisinin anneden daha güçlü olabileceğini düşündürmektedir.

2.4.3. Bağlanmada kuşaklar arası aktarım

Erişkinlerin ebeveynleriyle olan bağlanma stillerini göstermek amacıyla, çocukluk dönemlerinde yaşadıkları ilişkilerle ilgili erişkin bağlanma görüşmesi yapılmaktadır. Bu görüşme sonrasında kişinin güvenli, kayıtsız, saplantılı, kararsız olmak üzere dört bağlanma stilinden hangisini gösterdiği saptanır. Çocukluk döneminde yabancı durum testiyle bağlanma stili saptanan çocukların, 20 yıl sonra yapılan erişkin bağlanma görüşmesi ile benzer bağlanma stillerine sahip oldukları tespit edilmiştir [180]. Bu testin geliştirilmesiyle birlikte, çocuğun bağlanma stili ile ebeveynin bağlanma stili arasındaki kuşaklar arası aktarımı inceleyen çalışmalar hız kazanmıştır. Bağlanma teorisine göre, ebeveynlerin kendi bağlanma yönelimleri; çocuklarının ihtiyaçlarını ve duygusal durumlarını nasıl yorumladıklarını ve ne tepki verdiklerini etkiler [17]. Güvenli bağlanan ebeveynler, çocuklarının ihtiyaçlarına daha duyarlı ve empatik bir şekilde yaklaşır ve uygun duygu düzenleme stratejileri kullanırlar. Ebeveynlerin bu tepkileri, çocuğun güvenli bağlanmasına katkıda bulunarak bağlanmanın kuşaklar arası aktarımını sağlar. Buna karşılık, kaçınan bağlanması olan ebeveynler, çocuklarının kendilerine olan gereksinimlerinden rahatsızlık duyarak çocuklarına karşı kayıtsız ve duygusal olarak ulaşılamaz olabilirler. Kaygılı bağlanan ebeveynler ise, kendileriyle ilgili olumsuz biliş ve duygularla o kadar meşgul olurlar ki, çocuklarının ihtiyaçlarına karşılık veremeyebilirler [17]. Yabancı durum testi uygulanan bebeklerin annelerine erişkin bağlanma görüşmesi yapıldığında, anne-çocuk bağlanma stilleri arasında %66-75 oranında uyum bulunmuştur. Baba-çocuk bağlanma stilleri arasında ise %69 oranında bir uyum tespit edilmiştir [18, 19]. Annenin doğumdan önceki bağlanma stili ile bebeğin 1.yaşındaki bağlanma stili arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışmada, bu bağlanma stilleri arasında %75 oranında uyum saptanmıştır [181]. 2015 yılında Raby ve arkadaşları tarafından yapılan ve Minnesota çalışmasının devamı niteliğinde olan bir araştırmada, bebeklik döneminde güvensiz bağlanma stiline sahip annelerin yarısının, kendi bebeklerine de güvensiz bağlanmayı aktardığı tespit edilmiştir [182]. Aynı çalışmada, ebeveynlerin iyilik hali ve ebeveynlik stillerinin kuşaktan kuşağa aktarımı sırasında, stresli yaşam olayları ve depresif belirtilerin, sosyal destek alınabildiği takdirde güvensiz bağlanmayı öngörmediği saptanmıştır [182]. Bağlanma stili ile depresif belirtilerin incelendiği üç jenerasyonda yapılan kuşaklar arası çalışmalarda, depresyon ve güvensiz bağlanma stilleri arasındaki ilişki

üç kuşakta da gösterilmiştir [183, 184]. Kuşaklar arası bağlanma aktarımından sorumlu temel mekanizmaların, anne-bebek arasındaki iletişimin kalitesi ve anne duyarlılığı olduğu saptanmıştır [185]. 2016 yılında yapılan, 4819 ebeveyn-çocuk etkileşiminin değerlendirildiği bir meta-analiz, babaların bağlanma aktarımının annelere benzer etki büyüklüklerine sahip olduğunu göstermiştir ($r = .33$ babalar için ve $r = .31$ anneler için). Bu meta-analizde, bakım veren ile çocuk arasındaki bağlanma aktarımında, bakım verenin erişilebilirliğinin aracı rolü incelenmiş ve bu etkinin yaklaşık %25 olduğu saptanmıştır [186]. 2011’de yapılmış bir meta-analiz çalışmasında, baba duygusal erişilebilirliği ile bebek bağlanması arasında güvenilir ilişki bulunmuş ancak bu ilişkinin zayıf olduğu tespit edilmiştir. Ancak meta-analize dahil edilen çalışma sayısının kısıtlı olması ve ergenlerde yapılmamış olması, bu bulgunun genellenebilirliğini sınırlamaktadır [187]. 2023 yılında yapılan bir çalışmada, çocuklukta babayla yaşanan sevgi dolu anıların eksikliği, reddedilme, ihmal, başarıya yönelik baskı gibi deneyimlerin, bireyin baba olduğunda kendi çocuğuna karşı daha az hassas veya daha müdahaleci ve düşmanca tavırlar sergilemesiyle ilişkili olduğu bulunmuştur [179]. Ayrıca öfkesini kontrol etmekte zorlanan babaların çocuklarında güvensiz bağlanma geliştiği gösterilmiştir. Çocuklarda gelişen bu güvensiz bağlanmanın doğrudan ya da duygu düzenleme becerisinde bozulmaya sebep olarak kaygı bozukluğu gelişmesine neden olduğu belirtilmiştir [188].

Cassidy, bebeklerin güvenli bağlanma geliştirmelerinin, duygusal olarak ulaşılabilir, duyarlı ve destekleyici bir bakım verenle kurdukları ilişkilerden sağlandığını öne sürmüştür [21]. Bebek, bu tür ilişkiler aracılığıyla, duygusal durumlarını anlamlandırmayı, kabul etmeyi ve onlarla başa çıkmayı öğrenir. Aynı zamanda, bakım verenden sıkıntısını düzenlemesine yardımcı olmasını bekler. Güvensiz bağlanan ebeveynler ise, çocuklarının ihtiyaçlarına daha az duyarlı, duygusal olarak daha erişilemez, daha az empatik ve sabırsız olabilirler. Bu durum, kendi çocuklarında da güvensiz bağlanmanın gelişmesine sebep olabilir [22]. Ayrıca, bu ebeveynler, kendi duygularını düzenlemekte zorluk yaşayabilecekleri gibi çocuklarına da uygun duygu düzenleme stratejilerini öğretemezler. Olumsuz duygularını yönetmekte güçlük çeken çocuklar, depresyon riskiyle karşı karşıya kalabilir [17].

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Türü

Gözlemsel ve kesitsel klinik bir çalışma olarak planlanmıştır.

3.2. Çalışmanın Etik Kurul Onayı

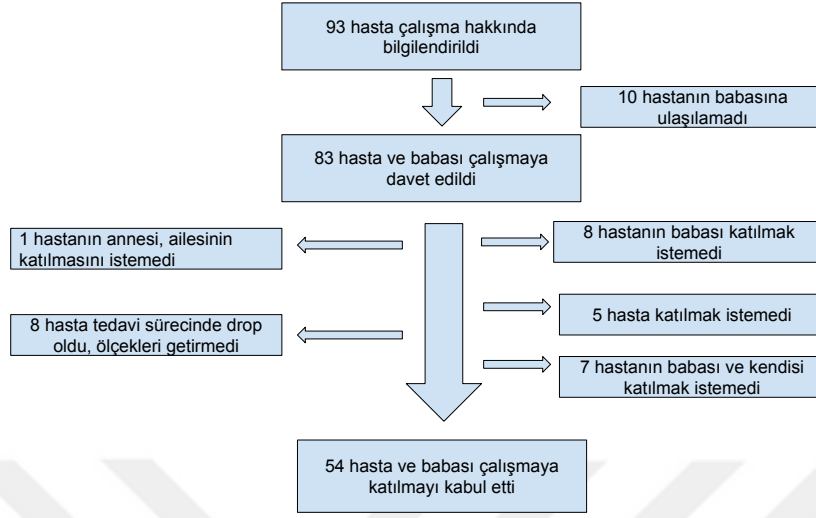
Araştırma için yapılan etik kurul başvurusu, 22.04.2024 tarih ve 09.2024.485 protokol numarası ile Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (Ek 1).

3.3. Araştırmanın Örnekleme

3.3.1. Hasta grubu

Bu çalışma, Mayıs 2024-Eylül 2024 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nde gerçekleştirilmiştir.

12-18 yaş aralığında olup, Majör Depresif Bozukluk tanısı ile polikliniğimizde takip edilen ergenler ve babaları çalışmaya davet edildi. Çalışma hakkında bilgi verilen 93 hastanın 10'unun babası fiziksel olarak ulaşılabilir olmaması sebebiyle çalışmaya dahil edilemedi. Poliklinik takiplerine devam etmeyen 8 hasta, çalışmanın ölçeklerini teslim etmedi. 8 hastanın babası çalışmaya katılmayı reddetti, 1 hastanın annesi eşinin ve çocuğunun çalışmaya dahil olmasını istemedi. 5 hasta çalışmaya katılmak istemedi. 7 hastanın hem babası hem kendisi çalışmaya dahil olmak istemedi. Çalışmaya katılmaya gönüllü olanlardan, katılmayı kabul ettiklerini belirten yazılı onam alındı. Sonuç olarak, çalışmaya dahil olma kriterlerini karşılayan, 12-18 yaş aralığındaki 54 ergen örneklem grubunu oluşturdu.



Şekil 2. Çalışma akış şeması.

Majör Depresif Bozukluk grubu için çalışmaya dahil olma kriterleri:

- 12-18 yaş aralığında olmak,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak ve katılım için onam vermek,
- DSM-5'e göre Majör Depresif Bozukluk tanı kriterlerini karşılıyor olmak,
- Ergende ya da babada klinik olarak zeka geriliğinin ve ölçekleri doldurmasına engel olabilecek işitme ya da görme engelinin olmaması,
- 0-3 yaş arasında baba ile aynı evde yaşamak ve sonrasında, babayla aynı evde yaşanmasa bile iletişimin devam etmesi.

Majör Depresif Bozukluk grubu için çalışmaya dahil edilmeme ölçütleri:

- Ağır Otizm Spektrum Bozukluğu, Psikotik Bozukluk ya da Duygudurum Bozukluğu tanısının olması,
- Ergenin ya da babanın işlevselliğini bozacak düzeyde süreğen, fiziksel veya nörolojik bir hastalığa sahip olması,
- Evlat edinilmiş olmak,
- Babanın okuryazar olmaması.

3.4. Yöntem

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinde Majör Depresif Bozukluk tanısıyla takip edilen 12-18 yaş arası 54 ergen ve babası çalışmamızın örneklemi oluşturmuştur.

Genel psikiyatrik değerlendirme ve olası psikiyatrik tanıların saptanması amacıyla, araştırmacılar tarafından ergenlere Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu – Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) uygulanmıştır. Görüşmeler sırasında, ÇDŞG-ŞY-T ile değerlendirilemeyen bozukluklar, araştırmacıların DSM-5 tanı kriterlerine dayanan klinik görüşmesi doğrultusunda incelenmiştir. DSM-5'e göre Majör Depresif Bozukluk tanısı alan ergenlere, araştırmacılar tarafından Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği- Gözden Geçirilmiş Formu (ÇDDÖ-R) uygulanmıştır. Hastaların bilişsel değerlendirmesi klinik görüşme esnasında yaşına uygun somut-soyut düşünme becerileri, akıl yürütme, sorun çözme, yargılama, ders başarısı ve akademik seviyesi ile ev, okul ve günlük hayatındaki uyum becerileri öğrenilerek yapılmıştır. Babalara Sosyodemografik Veri Formu, Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ), İlişki Ölçekleri Anketi-Baba (İÖA-B) ve Kısa Semptom Envanteri (KSE) verilmiştir. Ergenlerden ise Sosyodemografik Veri ek formu, Ebeveyn Duygusal Erişilebilirliği Ölçeği (EDEÖ) ve İlişki Ölçekleri Anketi-Ergen (İÖA-E) doldurmaları istenmiştir.

3.5. Veri Toplama ve Ölçüm Araçları

3.5.1. Sosyodemografik veri formu

Çalışmaya katılan ergenlerin ve babalarının sosyodemografik özellikleri, araştırmacılar tarafından oluşturulan yarı-yapılandırılmış sosyodemografik bilgi formu kullanılarak değerlendirilmiştir. Ergen formunda, ergene ait isim, cinsiyet, yaş, irtibat telefon numarası, anne-babanın birliktelik durumları, eğitim düzeyleri, meslekleri, evlat edinilip edinilmediği, depresif şikayetlerin ne zaman başladığı, daha önce psikiyatri başvurusu olup olmadığı ve hangi tedavi yöntemlerinin uygulandığı, ergende ve ailesinde sigara-alkol-madde kullanımı, kendisine zarar verme ve intihar

girişimi öyküsü, ailede suça karışma öyküsü, aile içi şiddet ve evlilik sorunu varlığı ile yakın zamanda önemli bir yaşam olayı yaşayıp yaşamadıkları sorgulanmıştır (Ek 2). Baba formunda ise, ailede çalışmaya katılan ergen harici birey(ler)de psikiyatrik ve fiziksel hastalık öyküsü, ailede kişi başına düşen gelir miktarı, ergenin bebeklik öyküsü, doğum sırasında ve yeni doğan döneminde annede psikolojik sıkıntı varlığı, 0-6 yaşları arasında kimlerin bakım verdiği, annenin doğum sonrasında çalışma durumu, anne sütü alma süresi, çocuğun mizacı, babanın çocukla ne kadar zaman geçirdiği, çocuğun psikiyatri muayenelerine hangi ebeveynin genellikle eşlik ettiği ve sebebi, depresif şikayetlerin varlığı ve ne zaman başladığı ve ergenin planlanmış bir gebelik sonucu doğup doğmadığı sorgulanmıştır (Ek-3).

3.5.2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Simdi ve Yaşam Boyu Versiyonu –Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T)

Kaufman ve arkadaşları tarafından 1997 yılında geliştirilen bu görüşme çizelgesi, çocuk ve ergenlerde görülebilen psikiyatrik bozuklukların DSM-III ve DSM-IV tanı kriterlerine göre değerlendirilmesini amaçlayan, klinisyen tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış bir araç olarak tasarlanmıştır [189]. Bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Gökler ve arkadaşları tarafından 2004 yılında yapılmıştır [190]. Ölçek, çocuk ya da ergenin hem şimdiki hem de geçmişte geçirdiği psikiyatrik durumların değerlendirilmesini sağlar. Sorular, belirli bir psikiyatrik bozukluğu tanımlamaya yardımcı olmak için yapılandırılmış olup, belirti şiddetini ‘‘yok’’, ‘‘eşik altı’’ ve ‘‘eşik’’ şeklinde derecelendirir [190]. Herhangi bir soru eşik şeklinde belirtilirse daha ayrıntılı değerlendirmek için ek sorular sorulur. ÇDŞG-ŞY-T, klinik uygulamalarda sıklıkla kullanılan bir araç olup, çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları alanında tanı koyma sürecinde önemli bir yer tutmaktadır.

3.5.3. Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği- Gözden Geçirilmiş Formu (CDDÖ-R)

Çocuk Depresyon Derecelendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu (ÇDDÖ-R), depresyonun şiddetini ölçmek ve tedavinin etkinliğini değerlendirmek amacıyla

yaygın olarak kullanılan yarı yapılandırılmış bir görüşme aracıdır. Mayes ve arkadaşları tarafından geliştirilen ÇDDÖ-R formu, 6-12 yaş için tasarlanmış olsa da, ergenlerde de etkili bir şekilde kullanılabilir [191]. Ölçeğin Türkçe uyarlanması ve geçerlilik-güvenilirlik çalışması, Güney ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir [192]. Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği - Gözden Geçirilmiş Formu (ÇDDÖ-R), toplam 17 maddeden oluşur. İlk 14 madde, katılımcının ve/veya ailesinin verdiği cevaplar ile görüşmecinin gözlemleri doğrultusunda puanlanır, son üç madde ise görüşmecinin izlenimlerine dayanarak puanlanır. Puanlama seçenekleri 1 ile 5 ya da 1 ile 7 arasında değişir. Toplam puan ham özet skorunu oluşturur. Ham özet skorunun T-skoru tablosundaki karşılığı ile depresyon şiddeti belirlenir. Toplam puanın 40 veya üzerinde olması depresyonun varlığına işaret ederken, 28 veya altındaki puanlar remisyon sürecini (belirtiler minimal ya da yok) ifade eder [192] (Ek-4). Çalışmamızda sadece ergenlerle görüşme yapılmış, ilk 14 madde ergenlerle yapılan görüşme esnasında verilen cevaplar doğrultusunda puanlanmıştır.

3.5.4. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ)

Bu ölçek, bilişsel duygu düzenleme stratejilerini değerlendirmek amacıyla Garnefski ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir [193]. Türkçe uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları ise Onat ve Otrar (2010) tarafından yapılmıştır [103]. Ölçek, 5'li Likert tipi ile düzenlenmiş, 9 alt boyut ve toplam 36 sorudan oluşmaktadır. Her boyuttan alınan toplam puan 0-20 arasında değişmekte olup, puanın yüksekliği o duygu düzenleme stratejisinin kullanım gücünü ifade etmektedir. Uyumlu başa çıkma stratejilerinden kabul etme boyutunu ele almak için 2, 11, 20 ve 29 numaralı maddeler; olumlu yeniden odaklanma boyutu için 4, 13, 22, 31 numaralı maddeler; plana tekrar odaklanma boyutu için 5, 14, 23, 32 numaralı maddeler; bakış açısına yerleştirme boyutu için 7, 16, 25, 34 numaralı maddeler; olumlu yeniden değerlendirme için 6, 15, 24, 33 numaralı maddeler oluşturulmuştur. Uyumsuz başa çıkma stratejilerinden kendini suçlama boyutunu incelemek için 1, 10, 19, 28 numaralı maddeler; başkalarını suçlama boyutu için 9, 18, 27, 36 numaralı maddeler; ruminasyon boyutu için 3, 12, 21, 30 numaralı maddeler; felaketleştirme boyutu için 8, 17, 26, 35 numaralı maddeler düzenlenmiştir [193] (Ek-5).

3.5.5. İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA)

Griffin ve Bartholomew tarafından geliştirilmiş olan bu ölçeğin Türkçe'ye uyarlanma çalışması 1999 yılında Sümer ve Güngör tarafından yapılmıştır [141, 194]. 18 yaş ve üstü yetişkinler için kullanılır. Bağlanma tarzını güvenli, kayıtsız, korkulu ve saplantılı olmak üzere 4 kategoriye ayırır. Kayıtsız, korkulu ve saplantılı bağlanma güvensiz bağlanma özelliğinin alt ölçek grupları olarak yer alır ve her bir alt ölçek grubu ayrı ayrı puanlandırılmaktadır. Güvenli bağlanma dışında yer alan diğer bağlanma boyutlarındaki puan artışı patolojik bağlanmayı göstermektedir. Ölçek, 30 maddeden oluşmakta ve her madde 7'li Likert tipi ölçek ile puanlandırılmaktadır (Ek-6). Ergenlerin bağlanma stilini belirlemek için ise 17 maddeden oluşan İlişki Ölçekleri Anketi- Ergen formu kullanılmıştır (Ek-7).

3.5.6. Kısa Semptom Envanteri (KSE)

Kısa semptom envanteri, Derogatis (1992) tarafından psikopatolojik belirtilerin varlığını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir [195]. Türkçe uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları ise Şahin ve Durak (1994) tarafından yapılmıştır [196]. Ölçek, 5'li Likert tipi ile derecelendirmiş, toplam 53 maddeden oluşmaktadır ve 5 alt boyuta ayrılmaktadır. Bu alt boyutlar kaygı, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, düşmanlık olarak kategorize edilmiştir. Alt ölçeklerden elde edilen puanların toplamı, genel ölçek puanını oluşturmaktadır. Toplam ölçek puanının yükselmesi bireyin semptomlarının sıklığının arttığını göstermektedir (Ek-8).

3.5.7. Ebeveyn Duygusal Erişilebilirliği Ölçeği (EDEÖ)

Lum ve Phares (2005) tarafından annelerin ve babaların duygusal erişilebilirliklerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir [116]. Türkçe uyarlama çalışması, Gökçe (2013) tarafından yapılmıştır [197]. Katılımcıların anne ve babalarını ayrı ayrı değerlendirdikleri, 15 maddeden oluşan 6'lı Likert tipi bir ölçektir. Anne ve baba için elde edilen yüksek puanlar, onların duygusal olarak daha erişilebilir olduğunu işaret etmektedir (Ek-9).

3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi

Verilerin istatistiksel analizi, Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı (Statistical Program for Social Sciences- SPSS for Windows, 23.0) kullanılarak gerçekleştirildi. Verilerin normal dağılımının analizi histogram grafikleri, basıklık ve çarpıklık değerleri ($\pm 1,5$) ile değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistiksel analizde, niceliksel veriler için ortalama ve standart sapma (SS; $\pm$), ortanca, minimum ve maksimum değer; niteliksel veriler için sıklık ve yüzde değerleri kullanıldı. Gruplar arası bağımsız değişkenlerin karşılaştırılmasında, veriler normal dağılıma uyuyorsa Bağımsız İki Örneklem T-testi, uymuyorsa Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis H testi kullanıldı. Kategorik değişkenlerin analizi Ki-kare veya Fisher's Exact Testi ile gerçekleştirildi. Normal dağılıma uyan değişkenlerin arasındaki ilişkileri analiz etmek için Pearson Korelasyon testi kullanılırken non-parametrik değişkenler için Spearman Korelasyon testi kullanıldı. Bağımsız değişkenlerin etkisini değerlendirmek amacıyla Çoklu Doğrusal ve Lojistik Regresyon Analizleri uygulandı. İstatistiksel karşılaştırmalarda $p < 0,05$ değeri anlamlı, $p < 0,001$ düzeyi ileri anlamlı olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Araştırmanın örneklemini 01.05.2024-01.09.2024 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nde Majör Depresif Bozukluk tanısıyla takip ve tedavisi yapılan 12-18 yaş arası ergenler ve babaları oluşturmuştur.

4.1. Ergenler ve Babalarının Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerine İlişkin Veriler

Bu bölümde, sosyodemografik verilerin analiz sonuçlarına yer verilmiştir. Niceliksel değişkenler aritmetik ortalama (Ort) ve standart sapma (SS) ile, niteliksel veriler sayı (n) ve yüzde (%) olarak tabloda gösterilmiştir.

Çalışmaya 54 ergen dahil edilmiştir. Ergenlerin %20,4'ü (n=11) erkek, %79,6'sı (n=43) kız cinsiyetlendi (Tablo 1). Cinsiyetler açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptandı ($\chi^2=18,963$; $p<0,001$).

Tablo 1. Cinsiyetlerin dağılımı.

Cinsiyet	n		%
	Erkek	11	20,4
	Kız	43	79,6

MDB'si olan ergenlerin toplam yaş ortalaması $16,11\pm1,58$ yıldır. Kızların yaş ortalaması $15,92\pm1,62$, erkeklerin yaş ortalaması ise $16,63\pm1,36$ olarak bulundu. Yaşlar açısından cinsiyetler arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 2).

Tablo 2. Yaş ortalamaları.

	Erkek	Kız	t*	p
Yaş (yıl) (Ort $\pm$ SS)	$16,63\pm1,36$	$15,92\pm1,62$	1,237	0,222

Ort $\pm$ SS: Ortalama $\pm$ standart sapma *T testi

Ergenlerin %90,8'i lise öğrencilerinden oluşuyordu (Tablo 3).

Tablo 3. Ergenlerin eğitim düzeyleri.

	n	%
Sınıf	5. sınıf	1,9
	6. sınıf	1,9
	7. sınıf	1,9
	8. sınıf	1,9
	9. sınıf	24,1
	10. sınıf	14,8
	11. sınıf	24,1
	12. sınıf	27,8
	Eksik Veri	1,9

Ergenlerin %92,6' sının anne ve babasının birlikte olduğu, %94,4'ünün kardeşi olduğu saptandı (Tablo 4).

Tablo 4. Ergenlerin anne-babalarının birliktelik durumu ve kardeşlere ait bilgi.

	n	%
A-B birlikteliği	Birlikteler	50
	Boşandılar	4
Kardeş	Yok	3
	Var	51

Ergenlerin ailelerinin sosyodemografik verileri incelendiğinde, babaların %3,7'sinin (n=2) okur-yazar olmadığı, %29,6'sının (n=16) ilkokul, %24,1'inin (n=13) ortaokul, %24,1'inin (n=10) lise ve %18,5'inin (n=10) üniversite mezunu olduğu görüldü. Annelerin ise %5,6'sının (n=3) okur-yazar olmadığı, %44,4'ünün (n=24) ilkokul, %11,1'inin (n=6) ortaokul, %27,8'inin (n=15) lise ve %9,3'ünün (n=5) üniversite mezunu olduğu saptandı (Tablo5).

Tablo 5. Ebeveynlerin eğitim düzeyleri.

		n	%
Baba eğitim	Okur yazar değil	2	3,7
	İlkokul	16	29,6
	Ortaokul	13	24,1
	Lise	13	24,1
	Üniversite	10	18,5
Anne eğitim	Okur yazar değil	3	5,6
	İlkokul	24	44,4
	Ortaokul	6	11,1
	Lise	15	27,8
	Üniversite	5	9,3

Babaların %79,6'sı (n=43) ve annelerin %29,6'sı (n=16) çalışıyordu (Tablo 6).

Tablo 6. Ebeveynlerin meslekleri.

		n	%
Baba meslek	İşçi	26	48,1
	Esnaf	4	7,4
	Memur	5	9,3
	Serbest meslek	8	14,8
	Çalışmıyor	11	20,4
Anne meslek	İşçi	8	14,8
	Esnaf	1	1,9
	Memur	4	7,4
	Serbest meslek	3	5,6
	Çalışmıyor	38	70,4

Ailelerin %70,4'ünün (n=38) ortalama gelir düzeyinin 20 bin lira ve üzeri olduğu, %18,5'inin (n=10) 10-20 bin lira arasında gelir elde ettiği, %11,1'inin (n=6) ise 10 bin liranın altında gelire sahip olduğu saptandı (Tablo 7)

Tablo 7. Ailelerin ortalama gelir düzeyleri.

		n	%
Aylık gelir	<10 bin lira	6	11,1
	10-20 bin lira	10	18,5
	>20 bin lira	38	70,4

Depresif ergenlerin %16,7'sinde (n=9) fiziksel hastalık bulunduğu; ancak bu durumun işlevselliklerini önemli ölçüde etkilemediği saptandı. Ergenlerin %75,9'unda (n=41) kendine zarar verme davranışları olduğu, %57,4'ünde (n=31) intihar girişimi bulunduğu saptandı (Tablo 8). İntihar girişimlerinin ortalama sayısı $2,19 \pm 2,11$ idi.

Tablo 8. Fiziksel hastalık, KZVD ve intihar girişimleri hakkındaki veriler.

		n	%
Fiziksel hastalık	yok	45	83,3
	var	9	16,7
KZVD	yok	13	24,1
	var	41	75,9
Daha önce intihar girişimi	yok	22	40,7
	var	31	57,4
	eksik veri	1	1,9

KZVD: Kendine zarar verme davranışı

Ergenlerin %35,2'sinin (n=19) sigara içtiği, %16,7'sinin (n=9) alkol tükettiği belirlendi, madde kullanımına ise rastlanmadı (Tablo 9).

Tablo 9. Ergenlerin sigara, alkol, madde kullanımı.

		n	%
Sigara	hiç	28	51,9
	1-2 kez	7	13
	ayda birkaç kez	3	5,6
	haftada birkaç kez	2	3,7
	her gün	14	25,9
Alkol	hiç	45	83,3
	çok seyrek	2	3,7
	ara sıra	7	13
Madde	hiç	54	100

Ergenlerin %24,1'i (n=13) yakın dönemde önemli bir yaşam olayı ile karşılaşmıştı. Ailelerin %25,9'unda (n=14) alkol veya madde kullanımı, % 16,7'sinde (n=9) anne ve baba arasında geçimsizlik, %7,4'ünde (n=4) aile içi şiddet ve ailelerin %16,7'sinde

(n=9) ergen dışında bir aile üyesinde kendine zarar verme davranışı veya intihar girişimi olduğu saptandı (Tablo 10).

Tablo 10. Aile içi psikososyal stresörler.

		n	%
Önemli yaşam olayı	yok	41	75,9
	var	13	24,1
Ailede alkol/uyuşturucu	yok	40	74,1
	var	14	25,9
Aile içi şiddet	yok	50	92,6
	var	4	7,4
Eşler arası geçimsizlik	yok	45	83,3
	var	9	16,7
Ailede KZVD/intihar girişimi	yok	45	83,3
	anne	4	7,4
	kardeş	3	5,6
	yakın akraba	2	3,7

KZVD: Kendine zarar verme davranışı

Babaların doldurduğu sosyodemografik veri formuna göre; ergenlerin %81,5'inin (n=44) planlı, %16,7'sinin (n=9) plansız gebelik sonrası dünyaya geldiği tespit edildi. Ergenlerin %13'ünde (n=7) doğum sonrası yoğun bakım öyküsü bildirildi. %31,5'inin (n=17) bir yıldan az, %63'ünün (n=34) bir yıldan fazla anne sütü aldığı, babaların %5,6'sının (n=3) ise bunu hatırlamadığı belirlendi. Ebeveynlerin %92,6'sı (n=50) çocuklarını 0-6 yaş arasında kendilerinin büyüttüğünü, %7,4'ünün (n=4) ise akrabalarından yardım aldıkları belirlendi. 0-3 yaş arasında bebeklerin %90,7'sinin (n=49) annesinden ayrılmadığı, %9,3'ünün (n=5) ise annesinden ortalama 7,00±5,22 ay ayrı kaldığı saptandı. Babaların %72,2'si (n=39) bebeklerinin kolay mizaçlı, %1,9'u (n=1) zor mizaçlı, %25,9'u (n=14) ise ne kolay ne de zor mizaçlı olduğunu belirtti (Tablo 11).

Tablo 11. Prenatal ve perinatal öykü ile 0-6 yaş arası bakım.

		n	%
Planlanmış gebelik	hayır	9	16,7
	evet	44	81,5
Doğum sonrası yoğun bakım	hayır	47	87
	evet	7	13
Anne sütü	bilinmiyor	3	5,6
	1 seneden az	17	31,5
	1 seneden çok	34	63
	anne-baba	50	92,6
0-6 yaş arası kim baktı?	büyükanne-büyükbaba	1	1,9
	akraba	3	5,6
0-3 yaşta anneden ayrı kaldı mı?	hayır	49	90,7
	evet	5	9,3
Mizaç özelliği	kolay mizaç	39	72,2
	zor mizaç	1	1,9
	ne kolay ne zor	14	25,9

Annelerin %14,8'inin (n=8) doğum öncesi veya sonrasında ruhsal sorun yaşadığı saptandı. Ailede psikiyatrik tanı varlığı %27,8 (n=15) olarak tespit edildi. Ailelerin %5,6'sında (n=3) babanın, %9,3'ünde (n=5) annenin, %1,9'unda (n=1) hem anne hem babanın psikiyatri tanısının olduğu saptandı. Ailede fiziksel hastalık varlığı ise %35,2 (n=19) olarak bildirildi. Bu oranın %27,8'ini (n=15) anne, baba veya kardeşten birinin oluşturduğu tespit edildi (Tablo 12).

Tablo 12. Annenin peripartum ruhsal problem varlığı ve aile öyküsü.

		n	%
Annede peripartum dönemde ruhsal problem oldu mu?	yok	44	81,5
	var	8	14,8
Ailede ruhsal sorunu olan var mı?	yok	28	70,4
	var	15	27,8
Ailede ruhsal sorunu olan kişi	baba	3	5,6
	anne	5	9,3
	çocuğun kardeşi	1	1,9
	diğer aile üyesi	5	9,3
	anne ve baba	1	1,9
Ailede fiziksel hastalığı olan var mı?	yok	35	64,8
	var	19	35,2
Ailede fiziksel hastalığı olan kişi	baba	4	7,4
	anne	5	9,3
	çocuğun kardeşi	4	7,4
	diğer aile üyesi	2	3,7
	anne ve baba	2	3,7

Babaların %72,2'si (n=39) çocuklarının psikiyatrik rahatsızlığının olduğunu bildirirken, %27,8'i (n=15) çocuklarında psikiyatrik bir problem olmadığını söyledi veya soruyu cevapsız bıraktı. Babalara göre çocuklarının depresif şikayetleri ortalama $36,15 \pm 29,94$ aydır devam etmekteydi. Gençlerin %24,1'inin (n=13) psikiyatri muayenesine babasıyla, %5,6'sının (n=3) hem anne hem babasıyla, %70,4'ünün (n=38) ise annesiyle geldiği saptandı. Babalara psikiyatri muayenelerine eşlik etmeme sebepleri sorulduğunda; %42,1'i (n=16) iş nedeniyle gelemediğini, %47,3'ü (n=18) eşinin çocuğun ruhsal durumunu daha iyi bildiği için eşlik etmediğini belirtti, %10,5'i (n=4) ise bu soruya yanıt vermedi. Babaların çocukları ile günlük $2,57 \pm 0,81$ saat bir arada oldukları saptandı (Tablo 13).

Tablo 13. Ergenlerin ruhsal durumları ve psikiyatri muayenelerine kimin eşlik ettiğine ilişkin babaların verileri.

		n	%
Çocuğunuzda psikiyatrik rahatsızlık var mı?	yok	14	25,9
	var	39	72,2
	cevap verilmemiş	1	1,9
Psikiyatri muayenesine kim eşlik eder?	anne	38	70,4
	baba	13	24,1
	anne ve baba	3	5,6
Baba neden muayeneye getirmez?	iş nedeniyle	16	42,1
	annesini daha hakim	18	47,36
	cevap verilmemiş	4	10,52

Ergenlerden elde edilen verilere göre depresif şikayetlerinin ortalama $29,43 \pm 21,73$ aydır devam ettiği tespit edildi. Bu sürenin kızlarda $31,47 \pm 22,96$ ay, erkeklerde $22,50 \pm 15,95$ ay olduğu görüldü. Kızların ve erkeklerin depresif semptomlarının süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p > 0,05$) (Tablo 14).

Tablo 14. Kızlar ve erkeklerin depresif semptom sürelerinin karşılaştırılması.

	Kız	Erkek	t*	p
Depresif şikayetlerin süresi (ay) (Ort±SS)	31,47±22,96	22,50±15,95	-1,152	0,175

Ort±SS: Ortalama±standart sapma *T testi

Yarı yapılandırılmış psikiyatrik muayeneye göre, depresif ergenlerin %38,9'unda (n=21) eş tanı olduğu saptandı. En sık eşlik eden tanı %29,6 (n=16) ile yaygın anksiyete bozukluğu oldu. Bunu sırasıyla %25,9 (n=14) ile dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, %16,7 (n=9) ile sosyal fobi, %7,4 (n=4) ile panik bozukluk, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu ve sigara bağımlılığı izledi. Daha az sıklıkta %3,7 (n=2) ile ayrılık anksiyetesi bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk ve davranım bozukluğu görüldü. En düşük oranda ise %1,9 (n=1) ile enkoprezis, bulimiya nervoza, yaygın gelişimsel bozukluk ve konversiyon bozukluğu saptandı (Tablo 15).

Tablo 15. Depresyona eşlik eden psikiyatrik bozukluk oranları.

	n	%
Panik Bozukluk	4	7,4
Ayrılık Anksiyetesi	2	3,7
Sosyal Fobi	9	16,7
Yaygın Anksiyete	16	29,6
Obsesif Kompulsif Bozukluk	2	3,7
Enkoprezis	1	1,9
Bulimiya Nervoza	1	1,9
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	14	25,9
Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu	4	7,4
Davranım Bozukluğu	2	3,7
Sigara bağımlılığı	4	7,4
Yaygın Gelişimsel Bozukluk	1	1,9
Konversiyon Bozukluğu	1	1,9

Ergenlerin %3,7'sinin (n=2) ilk kez kliniğimize başvurduğu, % 96,3'ünün ise (n=52) takipli hastamız olduğu görüldü. Takipli hastaların %33,3'ü (n=18) psikofarmakolojik tedavi, %1,9'u (n=1) psikoterapi ve %61,1'i ise (n=33) hem psikofarmakolojik tedavi hem de psikoterapi aldıklarını belirtti (Tablo 16).

Tablo 16. Ergenlerin daha önce psikiyatri başvuruları ve aldıkları tedavi.

		n	%
Daha önce psikiyatri başvurusu	yok	2	3,7
	var	52	96,3
Psikiyatriye başvuranların aldıkları tedavi	ilaç	18	33,3
	psikoterapi	1	1,9
	ilaç + psikoterapi	33	61,1

4.2. Ölçeklerden Elde Edilen Verilerin Değerlendirilmesi

4.2.1. ÇDDÖ-R ölçeğinden elde edilen verilerin değerlendirilmesi

ÇDDÖ-R ölçeği T-skor puanlarından elde ettiğimiz verilere göre, gençlerin %38,9'unun (n=21) ağır şiddette, %35,2'sinin (n=19) orta şiddette ve %24,1'inin (n=13) hafif şiddette depresyon geçirdiği saptandı. Gençlerin %1,9'unun (n=1) ise depresyon tanısı şüpheli olarak belirlendi (Tablo 17).

Tablo 17. ÇDDÖ-R ölçeğine göre depresyon şiddeti.

Depresyon şiddeti		n	%
	şüpheli	1	1,9
	hafif	13	24,1
	orta	19	35,2
	ağır	21	38,9

ÇDDÖ-R: Çocuk Depresyon Derecelendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu

Depresif şikayetlerin süresi ile depresyon şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($p<0,05$). ÇDDÖ-R ölçeğinin puanı ile depresyon şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($p<0,001$) (Tablo 18). Kendine zarar verme ve intihar girişimi olanlarda depresyon puanı yüksekti ($z=-2,582$, $p=0,011$; $z=-1,011$, $p=0,030$).

Tablo 18. Depresyon şiddeti ile depresif şikayetlerin süresinin ve ÇDDÖ-R puanlarının karşılaştırılması.

	Depresyon şiddeti	n	M	Chi-Square*	p
Depresif şikayetlerin süresi (ay)	hafif	9	14,44	2,041	0,036**
	orta	16	45,53		
	ağır	19	25,45		
ÇDDÖ-R puanı	hafif	13	7	45,668	0,000**
	orta	19	23		
	ağır	21	43		

*Kruskal Wallis ** $p<0,05$

ÇDDÖ-R: Çocuk Depresyon Derecelendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu

4.2.2. Hastalara verilen ölçeklerden elde edilen verilerin değerlendirilmesi

Yarı yapılandırılmış psikiyatri görüşme ölçeği ÇDDÖ-R puanı ortalaması $69,70 \pm 12,73$ olarak bulundu. Ergenlerin doldurduğu Ebeveyn Duygusal Erişilebilirlik Ölçeği'nin babaya alt boyutunun puan ortalaması ise $51,35 \pm 21,98$ olarak saptandı. Ergenlerin İlişki Ölçekleri Anketi'nin korkulu bağlanma alt boyutunun puan ortalaması $4,33 \pm 1,29$; kayıtsız bağlanma alt boyutunun puan ortalaması $4,5 \pm 1,27$; güvenli bağlanma alt boyutunun puan ortalaması $3,66 \pm 1,09$ ve saplantılı bağlanma alt boyutunun puan ortalaması $4,46 \pm 1,34$ olarak tespit edildi (Tablo 19).

Tablo 19. Hastalara verilen ölçeklerin puanları.

	Ort$\pm$SS	Medyan (Min-Maks)
ÇDDÖ-R puanı	69,70 $\pm$ 12,73	71,0 (44-93)
Ebeveyn Duygusal Erişilebilirlik	51,35 $\pm$ 21,98	50,5 (16-88)
Ergen İÖA- Korkulu Bağlanma	4,33 $\pm$ 1,29	4,5 (1-6,5)
Ergen İÖA- Kayıtsız Bağlanma	4,50 $\pm$ 1,27	4,6 (2-7)
Ergen İÖA- Güvenli Bağlanma	3,66 $\pm$ 1,09	3,6 (1,4-6,8)
Ergen İÖA- Saplantılı Bağlanma	4,46 $\pm$ 1,34	4,37 (1,75-7,25)

ÇDDÖ-R: Çocuk Depresyon Derecelendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu

Ort $\pm$ SS: Ortalama $\pm$ standart sapma

İÖA: İlişki Ölçekleri Anketi

4.2.3. Hastalara verilen ölçeklerin cinsiyetler açısından karşılaştırılması

ÇDDÖ-R puan ortalaması erkeklerde $67,90 \pm 13,30$; kızlarda ise $70,16 \pm 112,70$ saptanmış olup cinsiyetler arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($t=-0,52$; $p=0,605$). Duygusal Erişilebilirlik Ölçeği'nin babaya ait alt boyut puan ortalaması erkeklerde $54,63 \pm 23,51$; kızlarda ise $50,51 \pm 21,79$ idi. Cinsiyetler arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($t=0,552$; $p=0,584$). Ergen İÖA'ya göre erkeklerin korkulu bağlanma puan ortalaması $3,88 \pm 1,92$; kızlarınki ise $4,45 \pm 1,08$ olarak tespit edildi. Erkeklerin kayıtsız bağlanma puan ortalaması $4,98 \pm 1,34$; kızlarınki ise $4,38 \pm 1,24$ olarak saptandı. Güvenli bağlanan erkeklerin puan ortalamaları $4,03 \pm 1,16$; kızlarınki ise $3,57 \pm 1,06$ olarak tespit edilirken, saplantılı bağlanan erkeklerin puan ortalamaları $3,56 \pm 1,26$; kızlarınki ise $4,69 \pm 1,28$ olarak saptandı. Korkulu bağlanma, kayıtsız bağlanma ve güvenli bağlanma alt boyut puanları açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak

anlamli bir fark bulunmazken, saplantili baglanma tipinde cinsiyetler arasinda istatistiksel olarak anlamli bir fark goruldu ($t=-2,603$; $p=0,012$) (Tablo 20).

Tablo 20. Hastaların ölçek puanlarının cinsiyetler açısından karşılaştırılması.

	Erkek (n=11)	Kız (n=43)	t/z*	p
ÇDDÖ-R puanı	67,90±13,30	70,16±12,70	-0,52	0,605
Ebeveyn Duygusal Erişilebilirlik	54,63±23,51	50,51±21,79	0,552	0,584
Ergen İÖA- Korkulu Bağlanma	3,88±1,92	4,45±1,08	-1,304	0,198
Ergen İÖA- Kayıtsız Bağlanma	4,98±1,34	4,38±1,24	1,402	0,167
Ergen İÖA- Güvenli Bağlanma	4,03±1,16	3,57±1,06	1,264	0,212
Ergen İÖA- Saplantılı Bağlanma	3,56±1,26	4,69±1,28	-2,603	0,012**

*T testi, Mann Whitney U testi, ** $p<0,05$

ÇDDÖ-R: Çocuk Depresyon Derecelendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu

İÖA: İlişki Ölçekleri Anketi

4.2.4. Babalara verilen ölçeklerden elde edilen verilerin değerlendirilmesi

Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları; kendini suçlama $11,05 \pm 3,08$, başkalarını suçlama $10,48 \pm 3,34$, ruminasyon $12,50 \pm 3,17$, felaketleştirme $9,98 \pm 3,99$, kabul etme $11,98 \pm 3,02$, olumlu yeniden odaklanma $13,75 \pm 3,52$, bakış açısına yerleştirme $13,14 \pm 3,78$, olumlu yeniden değerlendirme $14,85 \pm 3,70$ ve plana tekrar odaklanma $15,88 \pm 3,03$ olarak saptandı. Kabul etme, olumlu yeniden odaklanma, bakış açısına yerleştirme, olumlu yeniden değerlendirme ve plana tekrar odaklanmayı içeren uyumlu baş etme stratejilerini kullanan babaların ortalama puanı $69,74 \pm 13,31$ iken; uyumsuz baş etme stratejilerini kullanan babaların ortalama puanı ise $43,98 \pm 10,66$ olarak bulundu (Tablo 21).

Tablo 21. Babaların BDDÖ puanları.

	Ort±SS	Medyan (Min-Maks)
Kendini suçlama	11,05±3,08	11,00 (4,00-18,00)
Başkalarını suçlama	10,48±3,34	11,00 (4,00-18,00)
Ruminasyon	12,50±3,17	12,00 (4,00-19,00)
Felaketleştirme	9,98±3,99	9,50 (4,00-18,00)
Kabul etme	11,98±3,02	12,00 (5,00-18,00)
Olumlu yeniden odaklanma	13,75±3,52	14,00 (5,00-20,00)
Bakış açısına yerleştirme	13,14±3,78	13,50 (4,00-20,00)
Olumlu yeniden değerlendirme	14,85±3,70	15,00 (4,00-20,00)
Plana tekrar odaklanma	15,88±3,03	16,00 (5,00-20,00)
Uyumsuz başa çıkma stratejileri	43,98±10,66	44,00 (12,00-65,00)
Uyumlu başa çıkma stratejileri	69,74±13,31	71,00 (23,00-89,00)

Ort±SS: Ortalama±standart sapma

BDDÖ: Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği

Babaların doldurduğu İlişki Ölçekleri Anketi'ne göre bağlanma stillerinin puan ortalamaları; güvenli bağlanma alt boyutu için $4,5 \pm 1,12$, kayıtsız bağlanma için $3,96 \pm 1,43$, korkulu bağlanma için $3,81 \pm 1,96$ ve saplantılı bağlanma için $3,71 \pm 1,11$ olarak saptandı. En yüksek puan ortalaması güvenli bağlanma alt boyutuna aitti. (Tablo 22).

Tablo 22. Babaların İÖA puanları.

	Ort±SS	Medyan (Min-Maks)
Baba İÖA- Güvenli Bağlanma	4,5±1,12	4,45 (1,40-7,00)
Baba İÖA- Kayıtsız Bağlanma	3,96±1,43	4,00 (1,00-7,40)
Baba İÖA- Korkulu Bağlanma	3,81±1,96	3,25 (1,00-15,00)
Baba İÖA- Saplantılı Bağlanma	3,71±1,11	3,62 (1,50-7,00)

Ort±SS: Ortalama±standart sapma

İÖA: İlişki Ölçekleri Anketi

Babaların Kısa Semptom Envanteri alt boyut puan ortalamaları; anksiyete için 8,40 $\pm$ 8,16, depresyon için 8,87 $\pm$ 8,35, olumsuz benlik 8,29 $\pm$ 8,50, somatizasyon için 4,70 $\pm$ 5,26 ve hostilite için 6,50 $\pm$ 4,62 olarak saptandı (Tablo 23).

Tablo 23. Babaların KSE ölçeği alt boyutları ortalamaları.

	Ort $\pm$ SS	Medyan (Min-Maks)
Anksiyete	8,40 $\pm$ 8,16	6,00 (0,00-37,00)
Depresyon	8,87 $\pm$ 8,35	7,00 (0,00-46,00)
Olumsuz Benlik	8,29 $\pm$ 8,50	6,00 (0,00-42,00)
Somatizasyon	4,70 $\pm$ 5,26	3,50 (0,00-28,00)
Hostilite	6,50 $\pm$ 4,62	6,00 (0,00-23,00)
Toplam	36,77 $\pm$ 31,76	29,50 (0,00-176,00)

KSE: Kısa Semptom Envanteri
Ort $\pm$ SS: Ortalama $\pm$ standart sapma

4.2.5. Babalara verilen ölçeklerin hastaların cinsiyetleri açısından karşılaştırılması

Babaların bilişsel duygu düzenleme alt boyut puan ortalamaları cinsiyetler açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı. Cinsiyetler arasında uyumlu ve uyumsuz duygu düzenleme stratejilerinin toplam puanları karşılaştırıldığında da anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Babaların güvenli, kayıtsız, korkulu ve saplantılı bağlanma stillerinin ortalamaları cinsiyetler açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Kız ve erkek cinsiyet açısından babalarının kısa semptom ölçeği alt boyut puanları karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 24).

Tablo 24. Babaların ölçek puanlarının ergenlerin cinsiyetleri açısından karşılaştırılması.

	Erkek (n=11) Ort±SS	Kız (n=43) Ort±SS	p*
Kendini Suçlama	11,54±3,44	10,93±3,01	0,56
Başkalarını Suçlama	10,54±3,83	10,46±3,26	0,944
Ruminasyon	12,72±3,25	12,44±3,18	0,793
Felaketleştirme	11,00±4,17	9,72±3,95	0,348
Kabul Etme	11,72±3,40	12,04±2,95	0,758
Olumlu Yeniden Odaklanma	12,72±4,07	14,02±3,36	0,28
Bakış Açısına Yerleştirme	12,90±5,37	13,20±3,34	0,863
Olumlu Yeniden Değerlendirme	14,72±4,79	14,88±3,44	0,902
Plana Tekrar Odaklanma	16,27±3,03	15,79±3,06	0,643
Uyumsuz Başa Çıkma Stratejileri	45,90±10,96	43,48±10,66	0,507
Uyumlu Başa Çıkma Stratejileri	68,45±17,80	70,06±12,14	0,781
Baba İÖA- Güvenli Bağlanma	4,41±1,11	4,52±1,14	0,776
Baba İÖA- Kayıtsız Bağlanma	3,40±1,32	4,10±1,44	0,148
Baba İÖA- Korkulu Bağlanma	5,02±3,40	3,51±1,27	0,176
Baba İÖA- Saplantılı Bağlanma	3,70±1,34	3,72±1,06	0,966
Baba KSE- Anksiyete	10,72±11,81	7,81±7,00	0,449
Baba KSE- Olumsuz Benlik	10,09±11,55	7,83±7,65	0,438
Baba KSE- Somatizasyon	4,72±6,76	4,69±4,90	0,987
Baba KSE- Hostilite	5,72±3,95	6,69±4,79	0,539
Baba KSE- Depresyon	8,90±10,53	8,86±7,85	0,986
KSE- Toplam	40,18±40,49	35,90±29,64	0,694

*T testi/Mann Whitney U testi
Ort±SS: Ortalama±standart sapma
İÖA: İlişki Ölçekleri Anketi
KSE: Kısa Semptom Envanteri

4.3. Hastaların Depresyon Şiddetlerinin Diğer Değişkenlerle İlişkisinin Değerlendirilmesi

4.3.1. Hastaların depresyon şiddeti ile bağlanma özellikleri arasındaki ilişkinin analizi

Ergenlerin depresyon şiddeti ile korkulu, kayıtsız ve saplantılı bağlanma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmazken; güvenli bağlanma ile depresyon şiddeti arasında anlamlı ilişki saptandı ($p=0,012$) (Tablo 25). Depresyon şiddeti daha hafif olan hastaların güvenli bağlanma puanları daha yüksekti.

Tablo 25. Depresyon şiddeti ve ergen İÖA puanlarının ilişkisi.

	Depresyon Şiddeti	n	M	Chi-Square*	p**
E-İÖA- Korkulu Bağlanma	hafif	13	25,77	0,672	0,715
	orta	19	29,32		
	ağır	21	25,67		
E-İÖA- Kayıtsız Bağlanma	hafif	13	25,73	0,689	0,709
	orta	19	25,47		
	ağır	21	29,17		
E- İÖA- Güvenli Bağlanma	hafif	13	38,5	8,795	0,012**
	orta	19	23,54		
	ağır	21	23,36		
E- İÖA- Saplantılı Bağlanma	hafif	13	24,88	0,327	0,849
	orta	19	27,79		
	ağır	21	27,62		

*Kruskal Wallis ** $p<0,05$

E-İÖA: Ergen İlişki Ölçekleri Anketi

4.3.2. Depresyon şiddeti ile babaların duygusal erişilebilirlikleri arasındaki ilişkinin analizi

Hastaların depresyon şiddetleriyle babalarının duygusal erişilebilirlikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 26).

Tablo 26. Depresyon şiddeti ve EDEÖ puanlarının ilişkisi.

	Depresyon Şiddeti	n	M	Chi-Square*	p
Ebeveyn Duygusal Erişilebilirlik Ölçeği	hafif	13	27,54	0,335	0,846
	orta	19	28,26		
	ağır	21	25,52		

*Kruskal Wallis

EDEÖ: Ebeveyn Duygusal Erişilebilirlik Ölçeği

4.3.3. Depresyon şiddeti ile babaların bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasındaki ilişkinin analizi

Hastaların depresyon şiddetleri ile babalarının bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Depresyon şiddeti ile uyumlu ve uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin toplam puanı arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (Tablo 27).

Tablo 27. Depresyon şiddeti ve BDDÖ puanlarının ilişkisi.

	Depresyon Şiddeti	n	M	Chi- Square*	p
Kendini Suçlama	hafif	13	24,08	1,513	0,47
	orta	19	25,55		
	ağır	21	30,12		
Başkasını Suçlama	hafif	13	29,96	3,836	0,147
	orta	19	30,61		
	ağır	21	21,92		
Ruminasyon	hafif	13	23,96	1,251	0,535
	orta	19	26,05		
	ağır	21	29,74		
Felaketleştirme	hafif	13	27,08	0,072	0,965
	orta	19	26,29		
	ağır	21	27,65		
Kabul Etme	hafif	13	21,65	2,196	0,334
	orta	19	27,92		
	ağır	21	29,48		
Olumlu Yeniden Odaklanma	hafif	13	30,27	0,892	0,64
	orta	19	26,79		
	ağır	21	25,17		
Bakış Açısına Yerleştirme	hafif	13	27,42	1,394	0,498
	orta	19	23,87		
	ağır	21	29,57		
Olumlu Yeniden Değerlendirme	hafif	13	24,81	0,412	0,814
	orta	19	28,34		
	ağır	21	29,57		
Plana Tekrar Odaklanma	hafif	13	30,46	0,944	0,624
	orta	19	26,53		
	ağır	21	25,29		
Uyumsuz Başa Çıkma Stratejileri	hafif	13	26,69	0,015	0,993
	orta	19	26,87		
	ağır	21	27,31		
Uyumlu Başa Çıkma Stratejileri	hafif	13	27,23	0,013	0,994
	orta	19	26,68		
	ağır	21	27,14		

*Kruskal Wallis

BDDÖ: Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği

4.3.4. Depresyon şiddeti ile babaların bağlanma özellikleri arasındaki ilişkinin analizi

Hastaların depresyon şiddetleri ile babalarının bağlanma özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (Tablo 28).

Tablo 28. Depresyon şiddeti ve babaların İÖA puanlarının ilişkisi.

	Depresyon Şiddeti	n	M	Chi-Square*	p
B-İÖA-Güvenli Bağlanma	hafif	13	25,77	0,304	0,859
	orta	19	28,53		
	ağır	21	26,38		
B- İÖA- Kayıtsız Bağlanma	hafif	13	29,46	1,046	0,593
	orta	19	28,58		
	ağır	21	24,33		
B-İÖA- Korkulu Bağlanma	hafif	13	28,31	0,168	0,92
	orta	19	27,11		
	ağır	21	26,13		
B-İÖA- Saplantılı Bağlanma	hafif	13	21,81	5,052	0,846
	orta	19	33,18		
	ağır	21	24,62		

*Kruskal Wallis

B- İÖA: Baba İlişki Ölçekleri Anketi

4.3.5. Depresyon şiddeti ile babaların ruhsal belirtileri arasındaki ilişkinin analizi

Hastaların depresyon şiddetleri ve babalarının KSE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (Tablo 29).

Tablo 29. Depresyon şiddeti ve KSE puanlarının ilişkisi.

	Depresyon Şiddeti	n	M	Chi-Square*	p
KSE- Anksiyete	hafif	13	26,12	1,313	0,519
	orta	19	30,16		
	ağır	21	24,69		
KSE- Depresyon	hafif	13	30,45	2,077	0,354
	orta	19	29,08		
	ağır	21	23,26		
KSE- Olumsuz Benlik	hafif	13	29,19	2	0,368
	orta	19	29,58		
	ağır	21	23,31		
KSE- Somatizasyon	hafif	13	27,27	0,873	0,646
	orta	19	29,29		
	ağır	21	24,76		
KSE- Hostilite	hafif	13	30,35	1,941	0,379
	orta	19	28,61		
	ağır	21	23,48		
KSE- Toplam	hafif	13	28,88	2,238	0,327
	orta	19	30,32		
	ağır	21	23,12		

*Kruskal Wallis

KSE: Kısa Semptom Envanteri

4.4 Ölçekler Arası Korelasyonların Değerlendirilmesi

4.4.1. Hastalara verilen ölçekler arasındaki korelasyonlar

Depresyon ölçeği puanları ile ebeveyn duygusal erişilebilirliği ve ergen ilişki ölçekleri anketi arasında herhangi bir korelasyon saptanmadı. Korkulu ve kayıtsız bağlanma arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon belirlendi ($r= 0,335$, $p<0,05$). Güvenli bağlanma ve korkulu bağlanma arasında negatif yönde anlamlı bir korelasyon olduğu görüldü ($r= -0,390$, $p<0,001$) (Tablo 30).

Tablo 30. ÇDDÖ-R, EDEÖ ve Ergen İÖA arasındaki korelasyon.

		1	2	3	4	5	6
1. ÇDDÖ-R	r	1					
2. EDEÖ	r	-0,11	1				
3. İÖA- Korkulu B.	r	0,121	-0,245	1			
4. İÖA- Kayıtsız B.	r	0,181	-0,417	0,335*	1		
5. İÖA- Güvenli B.	r	-0,24	-0,046	-0,390**	-0,04	1	
6. İÖA- Saplantılı B.	r	0,204	-0,083	0,22	-0,191	-0,12	1

Pearson/Spearman Korelasyon Testi, *p<0,05 **p<0,001

ÇDDÖ-R: Çocuk Depresyon Derecelendirme Ölçeği- Gözden Geçirilmiş Formu

EDEÖ: Ebeveyn Duygusal Erişilebilirlik Ölçeği

İÖA: İlişki Ölçekleri Anketi

B: Bağlanma

4.4.2. Depresyon ölçeği puanları ve babanın ilişki ölçekleri anketi arasındaki korelasyon

Depresyon ölçeği puanları ile babanın ilişki ölçekleri anketi alt boyutları arasında herhangi bir korelasyon saptanmadı. Saplantılı ve kayıtsız bağlanma arasında pozitif korelasyon saptandı ($r= 0,378$, $p<0,001$) (Tablo 31).

Tablo 31. ÇDDÖ-R ve baba İÖA arasındaki korelasyon.

		1	2	3	4	5
1. ÇDDÖ-R	r	1				
2. İÖA- Korkulu B.	r	0,042	1			
3. İÖA- Kayıtsız B.	r	-0,097	0,039	1		
4. İÖA- Güvenli B.	r	-0,081	-0,263	0,182	1	
5. İÖA- Saplantılı B.	r	0,075	0,098	0,378**	0,223	1

Pearson/Spearman Korelasyon Testi, *p<0,05**p<0,001

ÇDDÖ-R: Çocuk Depresyon Derecelendirme Ölçeği- Gözden Geçirilmiş Formu

İÖA: İlişki Ölçekleri Anketi

B: Bağlanma

4.4.3. Babaların bağlanma özellikleri ve ergenlerin bağlanma özellikleri arasındaki korelasyon

Babaların İÖA'sında saptanan bağlanma stilleri ile ergenlerin bağlanma stilleri arasındaki korelasyonlar incelendi. Değerlendirmede babaların saplantılı bağlanması ile kayıtsız bağlanması arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon olduğu görüldü ($r=0,378$, $p<0,001$).

Ergenlerin korkulu bağlanması ile kayıtsız bağlanması arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptandı ($r=0,335$, $p<0,05$). Ergenlerin saplantılı bağlanması ile babaların saplantılı bağlanması arasında pozitif yönlü anlamlı bir korelasyon saptandı ($r=0,318$, $p<0,05$).

Ergenlerin güvenli bağlanması ile ergenlerin korkulu bağlanması arasında negatif yönlü anlamlı bir korelasyon bulundu ($r=-0,390$, $p<0,001$) (Tablo 32).

Tablo 32. Baba İÖA ve ergen İÖA arasındaki korelasyon.

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. B-İÖA-Kay. r	1							
2. B-İÖA-Kor. r	0,039	1						
3. B-İÖA-S. r	0,378**	0,098	1					
4. B-İÖA-G. r	0,182	-0,263	0,223	1				
5. E-İÖA-Kay. r	0,024	-0,07	-0,251	0,189	1			
6. E-İÖA-Kor. r	0,007	-0,249	0,48	0,198	0,335*	1		
7. E-İÖA-S. r	0,072	-0,181	0,318*	0,071	-0,191	0,22	1	
8. E-İÖA-G. r	-0,159	0,175	-0,16	-0,124	-0,04	-0,390**	-0,212	1

Pearson/Spearman Korelasyon Testi, * $p<0,05$ ** $p<0,001$

B: Baba

E: Ergen

İÖA: İlişki Ölçekleri Anketi

Kay: Kayıtsız Bağlanma

Kor: Korkulu Bağlanma

S: Saplantılı Bağlanma

G: Güvenli Bağlanma

4.4.4. Depresyon ölçeği puanları ile babaların duygu düzenleme stratejileri arasındaki korelasyon

Depresyon ölçeği puanları ile bilişsel duygu düzenleme ölçeği alt boyutlarının korelasyonları incelendiğinde anlamlı bir korelasyon saptanmadı ($p>0,05$).

Bilişsel duygu düzenleme ölçeği alt boyutu olan kendini suçlama ile ruminasyon, felaketleştirme, kabul etme, bakış açısına yerleştirme, olumlu yeniden değerlendirme, plana tekrar odaklanma, uyumsuz stratejiler toplamı ve uyumlu stratejiler toplamı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı. Başkalarını suçlama alt boyutu ile ruminasyon, felaketleştirme, kabul etme, olumlu yeniden odaklanma, bakış açısına yerleştirme, plana tekrar odaklanma, uyumsuz stratejiler toplamı ve uyumlu stratejiler toplamı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptandı.

Ruminasyon ile felaketleştirme, kabul etme, olumlu yeniden odaklanma, bakış açısına yerleştirme, olumlu yeniden değerlendirme, plana tekrar odaklanma, uyumsuz stratejiler toplamı ve uyumlu stratejiler toplamı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulundu.

Felaketleştirme ile kabul etme, olumlu yeniden odaklanma, bakış açısına yerleştirme, olumlu yeniden değerlendirme, uyumsuz stratejiler toplamı ve uyumlu stratejiler toplamı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptandı.

Kabul etme ile olumlu yeniden odaklanma, bakış açısına yerleştirme, olumlu yeniden değerlendirme, plana tekrar odaklanma, uyumsuz stratejiler toplamı ve uyumlu stratejiler toplamı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulundu.

Olumlu yeniden odaklanma ile bakış açısına yerleştirme, olumlu yeniden değerlendirme, plana tekrar odaklanma, uyumsuz stratejiler toplamı ve uyumlu stratejiler toplamı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptandı.

Bakış açısına yerleştirme ile olumlu yeniden değerlendirme, plana tekrar odaklanma, uyumsuz stratejiler toplamı ve uyumlu stratejiler toplamı arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon bulundu.

Olumlu yeniden değerlendirme ile plana tekrar odaklanma, uyumsuz ve uyumlu stratejiler toplamı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulundu.

Plana tekrar odaklanma ile uyumsuz ve uyumlu stratejiler toplamı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptandı.

Uyumsuz baş etme stratejileri ve uyumlu baş etme stratejileri arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptandı (Tablo 33).

Tablo 33. ÇDDÖ-R ile BDDÖ alt boyutları arasındaki korelasyon.

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. ÇDDÖ-R	r	1											
2. K.S	r	0,038	1										
3. B.S	r	-0,21	0,2	1									
4. R.	r	0,055	0,552**	0,446**	1								
5. F.	r	0,034	0,475**	0,334	0,488**	1							
6. K.E.	r	0,085	0,746**	0,344*	0,691**	0,523**	1						
7. O.Y.O	r	-0,22	0,248	0,453**	0,468**	0,323*	0,407**	1					
8.B.A.Y.	r	0,13	0,579**	0,459**	0,483**	0,559**	0,611**	0,666**	1				
9. O.Y.D.	r	-0,08	0,319*	0,196	0,531**	0,309*	0,387**	0,636**	0,513**	1			
10. P.T.O.	r	-0,27	0,29*	0,423**	0,53**	0,172	0,273*	0,509**	0,483**	0,66**	1		
11. U.suz S.T.	r	-0,06	0,72**	0,66**	0,816**	0,758**	0,759**	0,519**	0,694**	0,44**	0,478**	1	
12. U.lu S.T.	r	-0,1	0,539**	0,491**	0,68**	0,482**	0,665**	0,814**	0,848**	0,799**	0,752**	0,733**	1

Pearson/Spearman Korelasyon Testi, *p<0,05**p<0,001

ÇDDÖ-R: Çocuk Depresyon Derecelendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu

BDDÖ: Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği

K.S: Kendini suçlama

B.S: Başkalarını suçlama

R: Ruminasyon

F: Felaketleştirme

K.E: Kabul etme

O.Y.O: Olumlu yeniden odaklanma

B.A.Y: Bakış açısına yerleştirme

O.Y.D: Olumlu yeniden değerlendirme

P.T.O: Plana tekrar odaklanma

U.lu S.T: Uyumlu stratejiler toplamı

U.suz S.T : Uyumsuz stratejiler toplamı

4.4.5. Depresyon ölçeği puanları ile babaların ruhsal belirtileri arasındaki korelasyon

Depresyon ölçeği puanları ile babaların Kısa Semptom Envanteri alt boyutları arasında herhangi bir korelasyon saptanmadı.

Kısa semptom envanterinin depresyon alt boyutu ile anksiyete alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon saptandı ($p<0,001$).

Olumsuz benlik alt boyutu ile anksiyete ve depresyon alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon vardı ($p<0,001$).

Somatizasyon ile anksiyete, depresyon ve olumsuz benlik arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardı ($p<0,001$).

Hostilite ile anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptandı ($p<0,001$).

Kısa semptom envanteri toplam puanı ile anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon bulundu ($p<0,001$) (Tablo 34).

Tablo 34. ÇDDÖ-R ile KSE alt boyutları arasındaki korelasyon.

		1	2	3	4	5	6	7
1.ÇDDÖ-R	r	1						
2.Ansiyete	r	-0,71	1					
3.Depresyon	r	-0,09	0,752**	1				
4.O.Benlik	r	-0,01	0,830**	0,886**	1			
5.Somatizasyon	r	-0,08	0,762**	0,884**	0,837**	1		
6.Hostilite	r	-0,07	0,649**	0,728**	0,660**	0,642**	1	
7.Toplam	r	-0,09	0,898**	0,946**	0,950**	0,911**	0,789**	1

Pearson/Spearman Korelasyon Testi, * $p<0,05$ ** $p<0,001$

ÇDDÖ-R: Çocuk Depresyon Derecelendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu

KSE: Kısa Semptom Envanteri

O: Olumsuz

4.4.6. Babaların ruhsal belirtileri ile duygusal erişilebilirlikleri arasındaki korelasyon analizi

Kısa Semptom Envanteri alt boyutları ile Duygusal Erişilebilirlik Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmadı.

Kısa Semptom Envanteri depresyon boyutu ile anksiyete arasında, olumsuz benlik alt boyutu ile anksiyete ve depresyon arasında, somatizasyon ile anksiyete, depresyon, olumsuz benlik arasında; hostilete ile anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon arasında ve KSE toplam puan ile anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilete arasında anlamlı korelasyonlar saptandı ($p<0,001$) (Tablo 35).

Tablo 35. KSE ile DEÖ arasındaki korelasyon.

		1	2	3	4	5	6	7
1.Anksiyete	r	1						
2.Depresyon	r	0,752**	1					
3.O.Benlik	r	0,830**	0,886**	1				
4.Somatizasyon	r	0,762**	0,884**	0,837**	1			
5.Hostilite	r	0,649**	0,728**	0,669**	0,642**	1		
6.Toplam	r	0,898**	0,946**	0,950**	0,911**	0,789**	1	
7.EDEÖ	r	0,249	0,08	0,5	0,149	0,182	0,149	1

Pearson/Spearman Korelasyon Testi, * $p<0,05$ ** $p<0,001$

KSE: Kısa Semptom Envanteri

EDEÖ: Ebeveyn Duygusal Erişilebilirlik Ölçeği

O:Olumsuz

4.4.7. Babaların duygusal erişilebilirliği ile bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasındaki korelasyon

Duygusal Erişilebilirlik Ölçeği puanları ile babaların Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği alt boyutları arasındaki analizde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (Tablo 36).

Tablo 36. DEÖ ile BDDÖ alt boyutları arasındaki korelasyon.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.DEÖ	1											
2.K.S	0,127	1										
3.B.S	0,19	0,2	1									
4.R.	0,129	0,552**	0,446**	1								
5.F.	0,079	0,475**	0,334*	0,488*	1							
6.K.E	0,078	0,746**	0,344	0,691**	0,523**	1						
7.O.Y.O	-0,03	0,248	0,453**	0,468**	0,323*	0,407**	1					
8.B.A.Y	0,072	0,579**	0,459**	0,483**	0,559**	0,611**	0,666**	1				
9.O.Y.D	0,008	0,319*	0,196	0,531**	0,309*	0,387**	0,536**	0,513**	1			
10.P.T.O	0,244	0,290*	0,423**	0,530**	0,172	0,273*	0,509**	0,483**	0,660**	1		
11.U.suz S.T	0,186	0,720**	0,660**	0,816**	0,758**	0,759**	0,519**	0,694**	0,440**	0,478**	1	
12.U.lu S.T	0,096	0,539**	0,491**	0,680**	0,482**	0,665**	0,814**	0,848**	0,799**	0,752**	0,733**	1

Pearson/Spearman Korelasyon Testi, * $p<0,05$ ** $p<0,001$

BDDÖ: Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği

1. DEÖ: Duygusal Erişilebilirlik Ölçeği

2. K.S: Kendini suçlama

3. B.S: Başkalarını suçlama

4. R: Ruminasyon

5. F: Felaketleştirme

6. K.E: Kabul etme

7. O.Y.O: Olumlu yeniden odaklanma

8. B.A.Y: Bakış açısına yerleştirme

9. O.Y.D: Olumlu yeniden değerlendirme

10. P.T.O: Plana tekrar odaklanma

11. U.suz S.T: Uyumsuz stratejiler toplamı

12. U.lu S.T: Uyumlu stratejiler toplamı

4.4.8. Babaların duygusal erişilebilirlikleri ile bağlanma özellikleri arasındaki korelasyon

Babanın duygusal erişilebilirliği ile babanın bağlanma stili arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmadı (Tablo 37).

Tablo 37. DEÖ ile Baba İÖA alt boyutları arasındaki korelasyon.

		1	2	3	4	5
1.EDEÖ	r	1				
2.İÖA-G.	r	0,087	1			
3. İÖA-Kay.	r	0,102	0,182	1		
4. İÖA-Kor.	r	0,023	-0,263	0,039	1	
5.İÖA- S.	r	0,098	0,223	0,378**	0,098	1

Pearson/Spearman Korelasyon Testi, *p<0,05**p<0,001

EDEÖ : Ebeveyn Duygusal Erişilebilirlik Ölçeği, İÖA: İlişki Ölçekleri Anketi, G. : Güvenli, Kay. : Kayıtsız, Kor. : Korkulu, S. : Saplantılı

4.4.9. Babaların bağlanma özellikleri ile ruhsal belirtileri arasındaki korelasyon

Babaların İÖA puanları ile babanın KSE alt boyutları arasındaki ilişkide babanın kayıtsız bağlanması ile olumsuz benlik ($r=0,349$, $p<0,001$) ve hostilite ($r=0,296$, $p<0,05$) arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon saptandı (Tablo 38).

Tablo 38. Baba İÖA ile KSE arasındaki korelasyon.

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. İÖA-G.	r	1									
2. İÖA- Kay.	r	0,182	1								
3. İÖA- Kor.	r	-0,263	0,039	1							
4. İÖA- S.	r	0,223	0,378**	0,098	1						
5. Anksiyete	r	0,102	0,228	0,043	0,204	1					
6. Depresyon	r	0,194	0,215	0,096	0,241	0,752**	1				
7. O.Benlik	r	0,197	0,349**	0,164	0,263	0,830**	0,886**	1			
8.Somatiz.	r	0,066	0,069	0,226	0,115	0,762**	0,884**	0,837**	1		
9. Hostilite	r	0,1	0,296*	0,053	0,209	0,649**	0,728**	0,669**	0,643**	1	
10. Toplam	r	0,142	0,263	0,125	0,236	0,898**	0,946**	0,950**	0,911**	0,789**	1

Pearson/Spearman Korelasyon Testi, *p<0,05**p<0,001

İÖA: İlişki Ölçekleri Anketi, KSE: Kısa Semptom Envanteri, G: Güvenli Bağlanma, Kay: Kayıtsız Bağlanma, Kor: Korkulu Bağlanma, S. : Saplantılı Bağlanma, O. : Olumsuz, Somatiz: Somatizasyon

4.4.10. Babaların bağlanma özellikleri ile bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasındaki korelasyon

Babaların İÖA puanları ile bilişsel duygu düzenleme alt boyutları arasındaki ilişkiyi değerlendirdiğimizde babanın kayıtsız bağlanması ile kendini suçlama, başkalarını suçlama, felaketleştirme, kabul etme, olumlu yeniden odaklanma, bakış açısına yerleştirme, uyumsuz stratejiler toplamı ve uyumlu stratejiler toplamı arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon saptandı.

Babanın korkulu bağlanması ile felaketleştirme ($r=0,315$) ve uyumsuz stratejiler toplamı ($r=0,276$) arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon saptandı ($p<0,05$).

Babanın saplantılı bağlanması ile başkalarını suçlama boyutu arasında anlamlı korelasyon tespit edildi ($r=0,478$, $p<0,05$) (Tablo 39).

Tablo 39. Baba İÖA ile BDDÖ arasındaki korelasyon.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. r	1														
2. r	0,182	1													
3. r	-,263	0,039	1												
4. r	0,223	0,378**	0,098	1											
5. r	0,233	0,357**	0,107	0,046	1										
6. r	0,095	0,431**	0,187	0,478**	0,2	1									
7. r	0,078	0,256	0,194	0,133	0,552**	0,446**	1								
8. r	0,067	0,425**	0,315*	0,045	0,475**	0,334*	0,488**	1							
9. r	0,159	0,338*	0,212	0,17	0,746**	0,344*	0,691**	0,523**	1						
10. r	0,109	0,380**	-0,06	-0,002	0,248	0,453**	0,468**	0,323*	0,407**	1					
11. r	0,21	0,474**	0,081	0,142	0,579**	0,459**	0,483**	0,559**	0,611**	0,666**	1				
12. r	0,188	0,107	0,112	-0,043	0,319*	0,196	0,531**	0,309*	0,387**	0,536**	0,513**	1			
13. r	0,169	0,253	-0,07	0,159	0,290*	0,423**	0,530**	0,172	0,273*	0,509**	0,483**	0,660**	1		
14. r	0,172	0,468**	0,276*	0,227	0,720**	0,660**	0,816**	0,758**	0,759**	0,519**	0,694**	0,440**	0,478**	1	
15. r	0,209	0,408**	0,074	0,116	0,539**	0,491**	0,680**	0,482**	0,665**	0,814**	0,848**	0,799**	0,752**	0,733**	1

Pearson/Spearman Korelasyon Testi, *p<0,05**p<0,001

BDDÖ: Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği

1: Baba İlişki Ölçekleri Anketi-Güvenli Bağlanma

2: Baba İlişki Ölçekleri Anketi- Kayıtsız Bağlanma

3: Baba İlişki Ölçekleri Anketi- Korkulu Bağlanma

4: Baba İlişki Ölçekleri Anketi- Saplantılı Bağlanma

5: Baba-Bilişsel Duygu Düzenleme- Kendini Suçlama

6: Baba- Bilişsel Duygu Düzenleme - Başkalarını Suçlama

7: Baba- Bilişsel Duygu Düzenleme - Ruminasyon

8: Baba- Bilişsel Duygu Düzenleme- Felaketleştirme

9: Baba- Bilişsel Duygu Düzenleme - Kabul Etme

10: Baba- Bilişsel Duygu Düzenleme- Yeniden Odaklanma

11: Baba- Bilişsel Duygu Düzenleme- Bakış Açısına Yerleştirme

12: Baba- Bilişsel Duygu Düzenleme - Olumlu Yeniden Değerlendirme

13: Baba- Bilişsel Duygu Düzenleme - Plana Tekrar Odaklanma

14: Uyumsuz Başa Çıkma Stratejileri Toplamı

15: Uyumlu Başa Çıkma Stratejileri Toplamı

4.4.11. Babaların bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile ruhsal belirtileri arasındaki korelasyon

Babaların Duygu Düzenleme Ölçeği ile Kısa Semptom Envanteri puanları arasındaki ilişkide başkasını suçlama boyutu ile anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilete ve toplam puan arasındaki korelasyon analizinde pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptandı ($p<0,001$).

Ruminasyon ile olumsuz benlik arasındaki korelasyon analizinde pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edildi ($p<0,05$).

Felaketleştirme ile anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilete ve KSE toplam puan arasındaki korelasyon analizinde pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardı.

Kabul etme ile depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve toplam puan arasındaki korelasyon analizinde pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptandı.

Uyumsuz stratejiler toplamı ile anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve toplam puan arasındaki korelasyon analizinde pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptandı ($p<0,001$) (Tablo 40).

Tablo 40. Babaların BDDÖ ve KSE puanları arasındaki korelasyon.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1. r	1																
2. r	0,2	1															
3. r	,552**	0,446**	1														
4. r	,475**	,334*	,488**	1													
5. r	,746**	,344*	,691**	,523**	1												
6. r	0,248	,453**	,468**	,323*	,407**	1											
7. r	,579**	,459**	,483**	,559**	,611**	,666**	1										
8. r	,319*	0,196	,531**	,309*	,387**	,536**	,513**	1									
9. r	,290*	,423**	,530**	0,172	,273*	,509**	,483**	,660**	1								
10. r	,720**	,660**	,816**	,758**	,759**	,519**	,694**	,440**	,478**	1							
11. r	,539**	,491**	,680**	,482**	,665**	,814**	,848**	,799**	,752**	,733**	1						
12. r	0,165	,478**	0,16	,375**	0,223	0,194	0,234	-0,007	0,21	,385**	0,222	1					
13. r	0,263	,377**	0,252	,507**	,352**	0,13	0,246	0,011	0,08	,468**	0,203	,752**	1				
14. r	0,218	,460**	,273*	,550**	,330*	0,22	0,262	0,065	0,149	,487**	0,26	,830**	,886**	1			
15. r	0,11	,381**	0,245	,470**	,306*	0,188	0,205	0,021	0,065	,399**	0,195	,762**	,884**	,837**	1		
16. r	0,022	,452**	0,028	,321*	0,056	0,112	0,228	-0,093	0,095	0,257	0,117	,649**	,728**	,669**	,642**	1	
17. r	0,191	,474**	0,225	,502*	,297*	1,9	0,262	0,009	0,14	,453**	0,23	,898**	,946**	,950**	,911**	,789**	1

Pearson/Spearman Korelasyon Testi, *p<0,05**p<0,001

1: Bilişsel Duygu Düzenleme- Kendini Suçlama Boyutu

2: Bilişsel Duygu Düzenleme- Başkalarını Suçlama Boyutu

3: Bilişsel Duygu Düzenleme- Ruminasyon

4: Bilişsel Duygu Düzenleme- Felaketleştirme

5: Bilişsel Duygu Düzenleme- Kabul Etme

6: Bilişsel Duygu Düzenleme- Olumsuz Yeniden Odaklanma

7: Bilişsel Duygu Düzenleme- Bakış Açısına Yerleştirme

8: Bilişsel Duygu Düzenleme- Olumsuz Yeniden Değerlendirme

9: Bilişsel Duygu Düzenleme- Plana Tekrar Odaklanma

10: Uyumsuz Stratejiler Toplamı

11: Uyumlu Stratejiler Toplamı

12: Baba Kısa Semptom Envanteri- Anksiyete

13: Baba Kısa Semptom Envanteri- Depresyon

14: Baba Kısa Semptom Envanteri- Olumsuz Benlik

15: Baba Kısa Semptom Envanteri- Somatizasyon

16: Baba Kısa Semptom Envanteri- Hostilite

17: Baba Kısa Semptom Envanteri-Toplam

4.5 ÇDDÖ-R Puanını Yordayan Faktörler

ÇDDÖ-R puanını yordayan faktörler açısından; Ebeveyn Duygusal Erişilebilirliği, Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği uyumlu stratejiler toplam puanı ve uyumsuz stratejiler toplam puanı çoklu doğrusal regresyon analizi ile değerlendirildi.

ÇDDÖ-R puanına etki edebileceği düşünülen ebeveyn duygusal erişilebilirliğinin regresyon analizi sonucunda varyansının %007'sinin (R^2 adjusted= 0,007) bağımsız değişkenler tarafından açıklandığı saptandı. Buna göre ebeveyn duygusal erişilebilirlik ölçeği ÇDDÖ-R puanını yordamamaktadır ($p>0,05$).

Bilişsel duygu düzenleme ölçeğinin regresyon analizi sonucunda varyansının %0,030'unun (R^2 adjusted=0,030) bağımsız değişkenler tarafından açıklandığı bulundu. Bilişsel duygu düzenlemede yer alan uyumlu ve uyumsuz stratejiler toplam puanlarının ÇDDÖ-R puanını yordamadığı bulundu ($p>0,05$) (Tablo 41).

Tablo 41. Çoklu doğrusal regresyon analizi ile ÇDDÖ-R puanının değerlendirilmesi.

Bağımsız Değişkenler	β	Std.Hata	Beta	t	p
*Ebeveyn Duygusal Erişilebilirliği	-0,192	0,238	-0,111	-0,809	0,422
**BDDÖ- Uyumlu alt boyut	-0,1	0,196	-0,105	-0,511	0,611
**BDDÖ- Uyumsuz alt boyut	0,017	0,245	0,014	0,068	0,946

ÇDDÖ-R : Çocuk Depresyon Derecelendirme Ölçeği- Gözden Geçirilmiş Formu

BDDÖ: Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği

* $R = 0,111$ adjusted $R^2 = -0,007$ $F(0,654) = 1,941$ $p>0,05$

** $R = 0,009$ adjusted $R^2 = -0,030$ $F(0,232) = 2,552$ $p>0,05$

ÇDDÖ-R puanının değişkenlerini yordamak amacıyla baba İÖA ve KSE değişkenleri kullanılarak regresyon analizi yapılmış ve anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 42). Buna göre baba İÖA ve KSE ölçekleri ergenlerin ÇDDÖ-R puanını yordamamaktadır.

Tablo 42. Çoklu doğrusal regresyon analizi ile ÇDDÖ-R puanının değerlendirilmesi.

Bağımsız Değişkenler	β	Std.Hata	Beta	t	p
*Baba İOA-Güvenli Bağlanma	-0,964	1,176	-0,085	-0,562	0,577
*Baba İOA-Kayıtsız Bağlanma	-1,102	1,352	-0,135	-0,899	0,378
*Baba İOA-Korkulu Bağlanma	0,067	0,96	0,01	0,07	0,944
*Baba İOA-Saplantılı Bağlanma	1,646	1,788	0,144	0,926	0,359
**KSE-Toplam	-0,038	0,055	-0,094	-0,679	0,5

KSE: Kısa Semptom Envanteri

ÇDDÖ-R : Çocuk Depresyon Derecelendirme Ölçeği- Gözden Geçirilmiş Formu

İOA: İlişki Ölçekleri Anketi

*R = 0,177 adjusted R² = -0.048 F(0.395) = 2,543 p>0,05

** R = 0.094 adjusted R² = -0.010 F(0.461) = 2,445 p>0,05

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinde Majör Depresif Bozukluk tanısıyla takip edilen 12-18 yaş arasındaki ergenlerin babalarının bağlanma stillerinin, duygusal erişilebilirliklerinin, duygu düzenleme becerilerinin ve ruhsal belirtilerinin ergenlerin depresyonunun şiddeti ve bağlanma özellikleri üzerindeki etkilerinin araştırılması amaçlandı. Elde edilen veriler, güncel literatür eşliğinde tartışıldı.

5.1. Ergenlerin ve Ebeveynlerin Sosyodemografik Özelliklere Göre Değerlendirilmesi

Çalışmamızda, MDB tanısı alan ergenlerin %79,6'sı kız, %20,4'ü erkek olup, kız/erkek oranının 3,90 olduğu saptandı. Toplum bazlı epidemiyolojik örnekleme göre ergenlik döneminde MDB'nin kızlarda erkeklere göre 2-3 kat fazla görüldüğü belirtilmiştir [30, 31]. Çalışmamızda bu oranın daha yüksek çıkması, çalışmanın yapıldığı bölgede depresif erkeklerin tedaviye daha az başvurmuş olabileceklerini düşündürdü.

Çalışmamızda erkeklerin yaş ortalamasının $16,63 \pm 1,36$, kızların ise $15,92 \pm 1,62$ olduğu görüldü. Cinsiyetler arasında yaş ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. Ergenlerin %90,8'i lise öğrencisiydi. Literatürde, ergenlik döneminde MDB'nin yaşla birlikte artış gösterdiği ve 15-16 yaşlarında en yüksek seviyeye ulaştığı gösterilmiştir [198]. Bu veriler, çalışmamızın bulgularıyla uyumluydu.

Babaların %18,5'inin, annelerin ise %9,3'ünün üniversite mezunu olduğu görüldü. 2023 yılı TÜİK verilerine göre, çalışmamızın örneklem grubunun sosyokültürel düzeyinin ülke ortalamasının altında olduğu söylenebilir [199].

Ergenlerin babalarının %48,1'inin, annelerin ise %5,3'ünün işçi olduğu saptandı. Annelerin %70,4'ünün çalışmadığı ve ailelerin %94,4'ünün en az 4 kişilik olduğu görüldü. Bu verilere göre, çalışmamızın örneklem grubunun sosyoekonomik olarak Türkiye ortalamasının altında yer alabileceği düşünülebilir.

Ergenlerin %75,9'unda kendine zarar verme davranışı saptandı. Ülkemizde ergenlik dönemindeki gençlerin %21-57'sinde KZVD görüldüğü belirtilmiştir [200, 201]. Ayrıca depresyonun KZVD için risk faktörü olduğu gösterilmiş ve depresif ergenlerde KZVD oranı %45 olarak tespit edilmiştir [202]. Örneklem grubumuzda ek psikososyal risk faktörlerinin varlığı bu oranın yükselmesine sebep olmuş olabilir. SSGİ'ye dirençli depresyonun tedavisine yönelik yapılan TORDİA çalışmasında, KZVD'nin ergen intiharını öngördüğü ve MDB'si olan ergenlerin %30'unda intihar girişimi saptandığı belirtilmiştir [68]. Türk örnekleminde yapılan bir çalışmada ise intihar girişimi oranı %27 olarak bildirilmiştir [203]. Çalışmamızda bu oran %57,4 şeklinde saptandı. Örneklemimizde intihar girişiminin daha fazla olması birkaç sebeple açıklanabilir. Türk örnekleminde yapılan bir çalışmada, intihar girişiminde bulunan ergenlerin %45'inin aile içi sorunlar nedeniyle bu girişimde bulunduğu ifade edilmiştir [204]. Ayrıca güvensiz bağlanmanın da intihar girişimi için risk faktörü olduğu gösterilmiştir [205]. Çalışmamızdaki ergenlerin güvensiz bağlanma oranları göz önünde bulundurulduğunda, intihar girişimi oranının yüksekliğinin olası sebepleri; aile içi problemler ve güvensiz bağlanma olabilir. Komorbid hastalıkların da intihar girişimini artırabileceği bilinmektedir [205]. Örneklem grubumuzda komorbidite oranının yüksek olması da intihar girişimlerinin artmasına sebep olmuş olabilir. Aynı zamanda, ergenler soruyu yanıtlarken intihar girişimi ile intihar amaçlı olmayan kendine zarar verme davranışlarını ya da intihar düşüncesini karıştırmış olabilirler. Bu durum da oranların olduğundan yüksek çıkmasına yol açmış olabilir.

Çalışmamızda ergenlerin %92,6'sının anne ve babasının birlikte olduğu görüldü. Ergenlerin %24,1'inin yakın zamanda önemli bir yaşam olayı yaşadığı, %25,9'unun ailesinde alkol ya da uyuşturucu kullanımının olduğu, %7,4'ünün aile içi şiddete maruz kaldığı ve %16,7'sinin anne ve babasının arasında geçimsizlik olduğu saptandı. Luyten ve arkadaşları, aile içi olumsuz stres faktörlerinin, özellikle çocukluk ve ergenlik döneminde başlayan depresyonla yüksek oranda ilişkili olduğunu göstermiştir [206]. Örneklemimizdeki yüksek KZVD ve intihar oranlarının, bu olumsuz aile içi faktörlerle ilişkili olabileceği de düşünülebilir.

Dünya genelinde ergenler arasında sigara kullanımının arttığı belirtilmiştir [207]. Bingöl'de 2020 yılında yapılan bir çalışmada, 1235 ergenin %15,8'inin sigara kullandığı saptanmıştır [208]. Ayrıca ergenlerde depresyon tanısının sigara içme

sıklığını 2 kat artırdığı gösterilmiştir [207]. Çalışmamızda, literatürle uyumlu olarak, ergenlerin %25,9'unun her gün sigara kullandığı saptandı. Sigara ile depresyon arasındaki ilişkinin çift yönlü olduğu düşünülmektedir. Depresif ergenler sigarayı bir baş etme yöntemi olarak tercih edebileceği gibi, sigaranın da zamanla depresif semptomlara yol açtığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır [209, 210]. Ayrıca, sigaranın depresyonun şiddetini artırdığı da gösterilmiştir [211]. Örneklem grubumuzda alkol kullanımının çok nadir olduğu görüldü ve madde kullanan bir hastaya rastlanmadı.

Greenberg, psikopatoloji gelişiminin dört temel sebebini bağlanma, ebeveynlik tarzı, aile ekolojisi ve mizaç olarak tanımlamıştır [144]. Babalardan alınan bilgiye göre, ergenlerin yalnızca %1,9'unun zor mizaçlı olduğu saptandı. Zor mizaca sahip çocuklar çabuk öfkelenen, zor yatıştırılan, beslenme ve uyku ritimleri düzensiz olan, yeni insanlara ve durumlara karşı kaygı duyan bireyler olarak tanımlanır ve genel popülasyonun yaklaşık %10'unu oluşturur [212]. Bu özellikleri taşımayan çocuklar ise kolay mizaçlı olarak kabul edilir [213]. Kolay mizacın psikopatoloji gelişimi açısından koruyucu faktör olduğu, zor mizacın ise depresyonla ilişkili olduğu gösterilmiştir [214, 215]. Buna karşın, örneklem grubumuzda, normal popülasyona göre daha fazla kolay mizaçlı çocuk bulunması, depresyonun multifaktöryel etiyolojik yapısıyla açıklanabilir.

Günümüzde babaların, çocukların gelişimi üzerinde doğum öncesinden başlayarak yaşam boyu süren önemli etkilerinin olduğu kabul edilmektedir [216]. Babaların çocuk gelişimine katılımını etkileyen unsurlardan biri, babalığa hazır olup olmamasıdır [217]. Akbaş, planlanmış gebeliklerin daha olumlu ebeveynlikle ilişkili olduğunu belirtmiştir [217]. Örneklem grubumuzda %81,5 planlanmış gebelik olduğu görüldü. Ayrıca, örneklem grubumuzun %90,7'sinin 0-3 yaş arasında annesinden ayrı kalmadığı, %92,6'sının bakımının anne ve baba tarafından sağlandığı saptandı.

Bazı araştırmacılara göre bağlanmanın anne karnında başladığı kabul edilir [218]. Hamilelik, fetüse bağlanmanın başladığı dönem olmasının yanı sıra, biyopsikolojik değişikliklerin de yoğun yaşandığı bir süreç olması sebebiyle depresif semptomlar sıkça görülür [218]. 2020 yılında yapılan sistematik gözden geçirme çalışmasında, prenatal dönemde yaşanan depresif belirtilerin annenin bebeğe bağlanmasını azalttığı saptanmıştır [218]. Aynı çalışmada, annenin doğum öncesinde yaşamış olduğu

depresyon ile çocuğunun ergenlik döneminde yaşadığı depresyon arasında ilişki bulunmuştur [218]. Bunlara ek olarak, anne hamilelik döneminde, babaya babalık kimliğini benimsetmede önemli bir rol oynamaktadır [218]. Gelişmekte olan ülkelerde perinatal dönemde depresyonun %20 oranında görüldüğü belirtilmiştir [219]. Örneklemimizde ise bu oran %14,8 olarak saptandı. Örneklem grubumuzun depresif ergenlerden oluşması sebebiyle, perinatal depresyon oranlarının toplum örneklemine göre daha yüksek çıkmasını bekliyorduk. Annelerin perinatal dönemdeki ruh sağlığına ilişkin verilerin babalar aracılığıyla alınması, bu oranın gerçekte olduğundan daha düşük çıkmasına yol açmış olabilir.

Yapılan araştırmalar, aileden birinin hasta olmasının, ergenlerde depresyon riskini yaklaşık 2 kat artırdığını göstermiştir [220]. Çalışmamızda, depresif ergenlerin %5,6'sının babasında, %9,3'ünün annesinde, %1,9'unun hem anne hem babasında ve %1,9'unun kardeşinde ruhsal hastalık öyküsü bulunuyordu. Geniş ailenin içerisinde ise %18,51 oranında ruhsal hastalık, %27,7 oranında ise fiziksel hastalık öyküsü saptandı.

Depresif bozukluk tanısı alan ergenlerin babalarının %25,9'u, çocuklarında herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık olmadığını belirtirken, %1,9'u ise bu soruya yanıt vermedi. Çalışmamızla uyumlu şekilde Løchen'in yaptığı bir araştırmada, ergenlerin depresif belirtilerine yönelik öz bildirim ölçeklerinin, ebeveynlerinin belirttiklerinden daha yüksek depresif semptomları içerdiği tespit edilmiştir [221]. Bu durum, babaların ergenlerin yaşadığı ruhsal sıkıntıları fark edememeleri, bu belirtileri ergenlik çağının dönemsel özelliklerine bağlamaları veya yeterince ciddiye almamaları ile açıklanabilir. Diğer yandan ergenlerin ruhsal sıkıntılarını babalarından gizleme eğiliminde olabilecekleri de bir başka muhtemel açıklama olabilir.

Çalışmamızda, babaların %70,4'ünün çocuklarının psikiyatri muayenelerine eşlik etmediği öğrenildi. Eşlik edemeyen babaların %42,1'i iş nedeniyle katılamadığını belirtirken, %10,52'si bu soruya yanıt vermedi, %47,3'ü ise ergenin ruhsal durumuna annesinin daha hakim olduğunu düşündüğü için gelmediğini ifade etti. Bu bulgular, örneklem grubumuzdaki babalar ve ergenler arasındaki duygusal paylaşımın kısıtlı olabileceğini düşündürmektedir.

Kesitsel çalışmamızda, kızların depresif şikayetlerinin $31,47 \pm 22,96$ ay, erkeklerin ise $22,50 \pm 15,95$ aydır devam ettiği saptandı. Cinsiyetler arasındaki depresyon sürelerinde anlamlı bir fark görülmedi. Yapılan bir araştırmada çalışmamızla uyumlu

olarak, depresyonun kız ergenlerde daha erken başladığı, ancak 20 yaşına kadar erkeklerle benzer sürede depresif semptomlar yaşadıkları saptanmıştır [67]. Bununla birlikte, literatürde cinsiyet ve depresyon süresi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar çelişkili sonuçlar vermiştir [222]. Literatürde, ergenlerin depresyon süresinin ortalama 7-9 ay sürdüğü belirtilmiştir [223]. Yapılan bir çalışmada, depresyonun 15 yaşından önce başlaması, intihar düşüncesinin varlığı ve çocuk psikiyatri polikliniğine başvurunun olması gibi faktörler depresyon süresinin uzunluğuyla ilişkili bulunmuştur [222]. Örneklem grubumuzda bu faktörlerin büyük bir kısmının mevcut olması ergenlerin depresyon sürelerinin daha uzun olmasına yol açmış olabilir. Ergenlerin %96,3'ünün takipli hasta olduğu, bu hastaların %33'ünün medikal tedavi, %1,9'unun psikoterapi ve %61,1'inin ise hem medikal tedavi hem de psikoterapi aldığı saptandı.

Çalışmamızda, depresif ergenlerin %38,9'unda (n=21) eş tanı olduğu tespit edildi. MDB'ye en sık eşlik eden ruhsal bozukluğun ise yaygın anksiyete bozukluğu olduğu görüldü. Bunu sırasıyla %25,9 ile DEHB, %7,4 ile KOKGB ve sigara bağımlılığı, %3,7 ile davranım bozukluğu ve OKB izledi. Literatürde, çalışmamıza benzer şekilde, MDB'si olan ergenlerin %40-90'ında eşlik eden psikiyatrik bozuklukların bulunduğu, en yüksek komorbiditelerin ise %25-50 ile anksiyete bozukluğu ve %20 ile DEHB olduğu saptanmıştır [29, 224, 225]. Ayrıca, yüksek komorbiditenin olumsuz prognoz ile ilişkili olduğu belirtilmiştir [223].

5.2. Ergenlerin Depresyon Şiddetinin Değerlendirilmesi

Örneklem grubumuzun %24,1'inin depresyon şiddeti hafif, %35,2'sinin orta ve %38,9'unun ağır düzeyde olduğu saptandı. Amerika Birleşik Devletleri'nde toplum ve klinik örneklemde oluşan 10.123 ergenin katıldığı bir çalışmada ağır şiddetli depresyon oranı %25 olarak tespit edilmiştir [198]. Çalışmamızda bu oranın belirgin şekilde daha yüksek olması dikkat çekicidir. Literatürde, polikliniğe başvuran ergenlerin toplum örneklemine kıyasla daha ağır depresif semptomlar gösterme ve tedaviye daha dirençli olma eğiliminde oldukları belirtilmiştir [66, 226]. Bu durum polikliniklere başvuran hastaların genellikle semptomlarının daha şiddetli olması veya günlük yaşam aktivitelerini etkilemesi nedeniyle profesyonel yardım arama ihtiyacı hissetmeleriyle açıklanabilir. Toplum örnekleminde ise depresyonun daha hafif

formları, fark edilmeyen veya tedaviye başvurmamış vakalar daha sık görülebilir. Örneklem grubumuzda şiddetli vakaların daha fazla olmasının diğer bir nedeni anksiyete komorbiditesinin yüksek olması ya da düşük sosyoekonomik düzey olabilir. Araştırmalar depresyon şiddeti ile sosyoekonomik düzey arasında negatif korelasyon, depresyon şiddeti ile anksiyete komorbiditesi arasında pozitif korelasyon olduğunu göstermiştir [222, 227, 228].

Depresif semptomların süresi ve şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı. Literatürde de benzer şekilde depresyon şiddeti ile süresi arasında ilişki olduğu gösterilmiştir [222]. Bununla birlikte, her iki faktörün de olumsuz prognostik faktör olduğu ve tedavi direnciyle en çok ilişkilendirilen faktörler arasında yer aldığı belirtilmiştir [229]. Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak, depresyon şiddeti ile kendine zarar verme davranışı ve intihar girişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı.

Cinsiyetler arasında depresyon şiddeti açısından anlamlı bir fark görülmedi. Literatürde ise kız cinsiyetin depresyon şiddetini artırdığı gösterilmiştir [177, 230]. Çalışmamızda erkek örneklem sayısının yetersiz olması nedeniyle bu ilişkiyi saptayamamış olabiliriz.

5.3. Babaların Duygusal Erişilebilirliklerinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda babaların duygusal erişilebilirlik puan ortalamaları kızlarda $50,51 \pm 21,79$, erkeklerde $54,63 \pm 23,51$ olarak saptandı. Ergenlerin cinsiyetleri arasında babalarına yönelik duygusal erişilebilirlikleri açısından anlamlı farklılık görülmedi. Çalışmamıza benzer şekilde, Sheeber ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada da babaların duygusal erişilebilirliği ile depresif ergenlerin cinsiyetleri arasında bir ilişki saptanmamıştır [231]. Aynı duygusal erişilebilirlik ölçeğini kullanan Türk örnekleminde yapılan bir çalışmada, psikopatoloji saptanmayan ergenlerin babalarına yönelik duygusal erişilebilirlik puan ortalamalarının kızlarda $77,03 \pm 12,63$, erkeklerde $78,81 \pm 9,44$ olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada da kız ve erkek ergenler arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır [82]. Bu araştırmayla karşılaştırıldığında çalışmamızda, depresif ergenlerin babalarına yönelik duygusal erişilebilirlik puanlarının belirgin şekilde daha düşük olduğu dikkat çekmektedir. Bu bulgular,

duygusal erişilebilirliğin depresif kız ve erkek ergenlerde azaldığını, ancak bu azalmanın cinsiyetler arasında benzer olduğunu düşündürmektedir.

Literatürde, depresyon ile babanın duygusal erişilebilirliği arasında negatif yönlü bir ilişki bulunduğunu gösteren birçok çalışma mevcuttur [10, 11, 123, 124]. Biringen duygusal erişilebilirliği ebeveyn ve çocuk boyutu şeklinde ikiye ayırmıştır. Ebeveyn boyutunu oluşturan faktörleri; ebeveyn duyarlılığı (çocuğun sinyallerine karşı farkındalık ve yanıt verme), ebeveyn yapılandırması (duruma göre çocuğun liderliğini takip etme ya da ona koçluk yapma), ebeveynin müdahaleci olmaması (çocuğu engellemeden ulaşabilir olma), ebeveynin düşmanca davranmaması (etkileşim sırasında hayal kırıklığı, can sıkıntısı, öfke ifadelerinin olmaması) olarak tanımlamış; çocuk boyutunu ise çocuğun duyarlılığı ve ebeveynlerini iletişime dahil edip etmemesi olarak belirtmiştir [107]. Bu boyutlar ışığında, babaların duygusal erişilebilirliği ile depresyon arasındaki ilişki birkaç şekilde açıklanabilir. Ergenler, depresyonda olmalarından dolayı babalarının duygusal erişilebilirliğini daha düşük algılıyor olabilirler. Depresyonda olan ve olmayan kız ergenlerin babalarına yönelik duygusal erişilebilirliklerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, depresyon tanısı alan kızların daha az baba sıcaklığı hissettikleri, daha fazla reddedilme hissettikleri, babaları hakkında daha fazla olumsuz hisse sahip oldukları, babalarına bağlanma puanlarının daha düşük olduğu ve babalarıyla iletişimlerinin daha sorunlu olduğu saptanmıştır [176]. Bir başka çalışma erkek ergenlerin depresyona girdikten sonra babalarına yönelik duygusal erişilebilirliklerinin azaldığını göstermiştir [232]. Bu durum, depresif ergenlerin negatif duygusal işaretlere daha fazla odaklanmaları ve olumlu duyguları fark edebilme yetilerinin azalmasıyla açıklanabilir [233]. Diğer taraftan, babalar çocuklarının duygusal taleplerini ve tepkilerini görmezlikten gelerek ya da onlardan uzaklaşarak bu sorunlarla başa çıkmaya çalışıyor olabilirler. Babalarının duygularını önemsiz bulduğunu düşünen ergenlerde daha fazla içselleştirici semptom bildirilmiştir [234]. Depresyondaki bireylerin, kişilerarası ilişkilerde stres yarattıkları, olumlu duyguları ifade etmekte zorlandıkları ve olumsuz duyguları daha sık dile getirdikleri gösterilmiştir [235]. Depresyonun getirdiği bu duygusal yükler, ergenlerin babalarıyla olan ilişkilerini olumsuz etkileyebilir. Araştırmalar, depresyondaki ergenlerin babalarının, depresyonda olmayanlara kıyasla çocuklarının üzüntülerine karşı daha cezalandırıcı olduklarını, öfkelerine karşı daha küçümseyici davrandıklarını ve

aralarındaki iletişimin daha problemli olduğunu ortaya koymuştur [176, 236]. Bir diğer açıklama ise, ergenlerin depresyonda olmaları nedeniyle babalarıyla daha az paylaşımda bulunuyor olabilecekleridir. Ancak Shortt, depresyondaki ergenlerin sağlıklı ergenlere göre duygularını düzenlemekte daha fazla zorlanmaları sebebiyle ebeveynlerinden daha yoğun destek veya ilgi talep edebileceklerini belirtmiştir [236]. Başka bir çalışmada ergenlik döneminde psikopatoloji saptanmayan kızların babaya duygusal erişilebilirliklerinin, annelerine kıyasla daha düşük algılandığı bulgusu göz önünde bulundurulduğunda, bu duygusal taleplerin muhtemelen annelere yöneldiği söylenebilir [177]. Benzer şekilde, babaların duygusal erişilebilirliklerinde azalmanın yalnızca erkek ergenlerin depresif semptomatolojisiyle ilişkili olduğu, kızların ise bu durumu diğer sosyal ilişkileriyle telafi ettikleri ifade edilmiştir [237]. Örneklemimizde erkek sayısının kısıtlı olmasından dolayı cinsiyetler arası ilişkiyi gösterememiş olabiliriz.

Bebeklikten itibaren baba-çocuk etkileşimi, çocukların hem o dönemdeki hem de ilerleyen dönemdeki benlik saygısı, bilişsel esneklik, özgüven ve özerklik gelişimine katkıda bulunur [10, 238]. Çalışmamızda ergenlerin babalarına yönelik duygusal erişilebilirlikleri ile depresyon şiddetleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Bu bulgu, babaya yönelik duygusal erişilebilirliğin depresyonun şiddeti üzerinde tek başına olumsuz prognostik faktör oluşturmadığını düşündürdü. Bunun muhtemel sebeplerinden biri, gençlerin babalarından yeterince destek alamadıklarını hissettiklerinde annelerine yönelerek bu eksikliği telafi ediyor olmaları olabilir. Annelerin desteği, ergenlerin depresif semptomlarının azalmasına katkıda bulunabilir. Bu nedenle, çalışmamızda babaların duygusal erişilebilirliği ile depresyon şiddeti arasındaki ilişkinin saptanamaması, ergenlerin destek sistemlerinin çok yönlü olmasından kaynaklanıyor olabilir. Öte yandan, çalışmanın boylamsal olmaması da bu ilişkiyi saptayamamamızın bir başka nedeni olabilir. 1313 ergenin dahil edildiği bir çalışmada, daha yüksek depresif semptomlar gösteren ergenlerin 1-2 yıl içinde babalarıyla olan etkileşimlerinin kalitesinin düştüğü, başlangıçta destekleyici olan baba-ergen etkileşiminin zamanla daha reddedici hale geldiği saptanmıştır [237].

Çalışmamızda babalara yönelik duygusal erişilebilirlik ile babaların ruhsal sağlık durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Literatürde annenin depresyonu gibi psikopatolojilerin duygusal erişilebilirliği azalttığı gösterilmiş olsa da, örneklem

grubumuzdaki babalarda saptanan ruhsal belirtilerin az olması sebebiyle bir ilişki tespit edilmemiş olabilir [12].

5.4. Ergenlerin Bağlanma Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda en yüksek bağlanma stili sırasıyla kayıtsız, saplantılı, korkulu ve güvenli bağlanma şeklindeydi. Bağlanma teorileri ortaya atıldığından beri çocukların ruhsal iyilik durumlarını belirleyen en güçlü çevresel faktörlerden birinin bağlanma örüntüsü olduğu gösterilmiştir [59]. Yapılan meta-analiz çalışmalarında, güvensiz bağlanma ile depresyon arasında orta düzeyde bir ilişki ($d=.58$) saptanmıştır [59, 239]. Literatürdeki çalışmalar, güvensiz bağlanan bireylerde daha fazla depresif semptom görüldüğünü ortaya koysa da, bu semptomların hangi güvensiz bağlanma alt boyutuyla daha fazla ilişkili olduğu netlik kazanmamıştır [159-161]. Bu belirsizlik çalışmaların ölçüm tutarsızlıklarından kaynaklanıyor olabilir. Aynı ölçekle yapılan ve psikopatolojisi olmayan ergenler üzerinde gerçekleştirilen çalışmalarda da en yüksek puanı kayıtsız bağlanma almış, onu sırasıyla güvenli, korkulu ve saplantılı bağlanma izlemiştir [240, 241]. Bartholomew ve Horowitz'in dörtlü bağlanma modelini araştırdığı çalışmasında, sağlıklı örneklem grubunun %47'sinde güvenli bağlanma, %18'inde kayıtsız bağlanma, %14'ünde saplantılı bağlanma ve %21'inde korkulu bağlanma saptanmıştır [139]. Psikopatolojisi olmayan örneklemde en az görülen bağlanma türü olan saplantılı bağlanmanın, çalışmamızda depresif ergenler arasında en fazla puan alan boyutlardan olması ve güvenli bağlanmanın psikopatolojisi olmayan örneklemde yaygınken depresif ergenlerde en az görülen bağlanma paterni olarak karşımıza çıkması dikkat çekicidir. Bu bulgular doğrultusunda, depresif ergenlerde güvenli bağlanmanın daha az, saplantılı bağlanmanın ise daha fazla görülebileceğini söyleyebiliriz.

Hastaların cinsiyetler arası karşılaştırılmasında korkulu, kayıtsız ve güvenli bağlanma puanları açısından anlamlı bir fark görülmezken saplantılı bağlanma puanının depresif kızlarda anlamlı olarak daha fazla görüldüğü saptandı. Literatürde bazı çalışmalarda bağlanma ve depresyon arasındaki ilişkinin kızlarda erkeklere göre daha güçlü olduğu belirtilmiştir [16, 157]. Buna karşılık, bazı meta-analizlerde ise cinsiyetin moderatör etkisi gözlemlenmemiştir [59, 242]. Ancak bu çalışmaların çoğu

ya anne-bebek ya da anne-çocuk arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. Çalışmamızdaki puan ortalamaları değerlendirildiğinde, kızlarda korkulu ve saplantılı bağlanma puanlarının, erkeklerde ise kayıtsız ve güvenli bağlanma puanlarının daha yüksek olduğu saptandı. Bu durum, saplantılı ve korkulu bağlanmadaki olumsuz kendilik algısının kızların depresyon etiyolojisinde daha fazla rol oynadığını düşündürürken, erkeklerde kayıtsız ve güvenli bağlanmadaki olumlu kendilik algılarına rağmen depresyon gelişmesi bu süreçte farklı faktörlerin etkili olduğunu akla getirmektedir. Literatürde, güvensiz bağlanmanın kızlarda daha çok içselleştirici bozukluklara, erkeklerde ise dışsallaştırıcı bozukluklara yol açtığı belirtilmiştir [157, 243]. Bu durum, çalışmamızda yalnızca kızlarda güvensiz bağlanma ile depresyon arasında ilişkinin saptanmasını açıklayabilir. Ayrıca, başka bir çalışma kızlarda babaya yönelik saplantılı bağlanmanın, erkeklerde ise anneye yönelik korkulu bağlanmanın depresif semptomları öngördüğünü saptamıştır [244]. Çalışmamıza katılan erkek ergen sayısının az olması ve anneleri çalışmaya dahil etmememiz verilerimizin kapsamını kısıtlamıştır.

Ergenlerin bağlanma özellikleri ve depresyon şiddetleri arasında yalnızca güvenli bağlanmada istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptadık. Güvenli bağlanan ergenlerin depresyonlarının daha hafif şiddette olduğu görüldü. Literatürde, ergenlerin ebeveynlerine yönelik güvenli bağlanma puanlarındaki azalmanın depresyon şiddetini artırdığı gösterilmiştir [163, 245]. Güvensiz bağlanan ergenlerde yaşanan reddedilmeye hassasiyet, aşağılık duygusu ve boyun eğici davranışların depresyonun gelişmesine zemin hazırladığı gibi depresyonun da ergenliğin sonlarına doğru güvenli bağlanma puanlarını düşürdüğü saptanmıştır [177, 246]. 2360 ergenin değerlendirildiği bir yıllık boylamsal çalışmada, bağlanma puanları en güvenli olandan en güvensiz olana doğru dört eşit gruba ayrıldığında, güvensiz bağlanma puanlarındaki her artışın, depresyon şiddetini %36 oranında artırdığı tespit edilmiştir [163]. Çalışmalarda kaygılı ve kaçınan bağlanmanın daha şiddetli depresif semptomlarla ilişkili olduğu saptanmıştır [100, 161, 247]. Başka bir çalışma ise, korkulu bağlanan bireylerin üç yıl boyunca depresyonlarının daha kötü seyrettiğini, daha fazla depresif atak geçirdiklerini, daha uzun süre antidepresan kullandıklarını ve daha fazla artık semptomlara sahip olduklarını ortaya koymuştur [162]. Görüldüğü üzere, çalışmalar depresyonun güvensiz bağlananlarda daha sık ortaya çıktığı konusunda hemfikir olsa

da, hangi güvensiz bağlanma boyutunun depresyon şiddetini daha fazla artırdığı konusunda fikir birliği yoktur. Çalışmamızda, güvensiz bağlanma alt boyutlarının depresyon şiddetini artırdığını istatistiksel olarak gösteremesek bile güvenli bağlanmanın koruyucu faktör olduğunu söyleyebiliriz. Bu ilişkiyi gösteremememizin birkaç sebebi olabilir. Güvensiz bağlanan ergenlerin anne ve arkadaşlarından aldıkları sosyal destek, güvensiz bağlanmanın depresyon üzerindeki olumsuz etkisini hafifletmiş olabilir. Literatürde, aile desteği kadar akran desteğinin de depresif semptomların şiddetini azaltmada önemli bir rol oynadığı gösterilmiştir [248]. Çalışmamızda, anne ve arkadaşlardan algılanan sosyal desteği değerlendirmemiş olmamız, bulgularımızın gücünü azaltmış olabilir. Ayrıca örneklem sayısının az olması da bu ilişkiyi gösteremememizin bir başka nedeni olabilir.

Ölçekler içi korelasyonları değerlendirdiğimizde korkulu bağlanma ile kayıtsız bağlanma arasında pozitif, güvenli bağlanma arasında negatif korelasyon olduğunu saptadık. Korkulu bağlanan gençlerin kayıtsız bağlanma puanlarının anlamlı derecede yüksek, güvenli bağlanma puanlarının ise anlamlı derecede düşük olduğunu gözlemledik. Literatürde, hem korkulu hem de kayıtsız bağlanan bireylerin başkaları tarafından reddedilme korkusu nedeniyle duygusal yakınlıktan kaçma eğilimlerinin benzer olduğu belirtilmiştir [139, 142]. Bu bağlanma stillerinin, diğer insanlara karşı ortak zihinsel temsillere dayanması, aralarındaki ilişkinin saptanmasına katkı sağlamış olabilir.

Ergenlerin bağlanma özellikleri ile babalara yönelik duygusal erişilebilirlikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Araştırmalar, ergenlerin olgunlaştıkça ebeveynlerine olan duygusal erişilebilirliğin, bağlanma güvenliğini etkileyen temel bir faktör haline geldiğini ifade etmiştir [249]. Bu bilgiyle uyumlu olarak, çalışmalarda ergenlerin bağlanma özellikleri ile annelerin duygusal erişilebilirlikleri arasında bir ilişki gösterilmiştir. Bu ilişkinin çift yönlü olduğu, duygusal erişilebilirlikleri düşük ebeveynlerin ergenlerde güvensiz bağlanmaya yol açabileceği gibi, güvensiz bağlanan ergenlerin de ebeveynlerinin duygusal erişilebilirliklerini düşük yorumlayabilecekleri ifade edilmiştir [240, 250-252]. Ancak bu bulgular ergenler ile annelerinin incelendiği çalışmalardan elde edilmiştir. Babaların duygusal erişilebilirliği ile çocukların bağlanma özelliklerini araştıran çalışmalar ise erken çocukluk döneminde yapılmış olup çelişkili bulgular vermiştir

[253, 254]. Çocukların erken yaşlardan itibaren anneleriyle daha yakın ilişki içinde olmaları, babaların duygusal erişilebilirliğinin bağlanma üzerindeki etkisini sınırlayarak babaların bağlanma stilinde belirleyici bir faktör olmasını engellemiş olabilir. Ayrıca, ergenlerin bağlanma özelliği, sadece babanın duygusal erişilebilirliğinden değil, anne ve babanın birbirleri ile olan ilişkilerinin niteliğinden, anne-babanın sağlık durumundan, diğer aile büyüklerinin desteğinden, ailenin sosyoekonomik durumundan, ailenin genetik aktarımından ve ergenin mizaç özelliğinden de etkilenmektedir [174]. Bu nedenle, bağlanmanın dinamik yapısı içinde babanın rolü tek başına belirleyici olmayabilir. Diğer yandan, çalışmamızda kullanılan örneklem bu ilişkiyi saptamak için yeterince büyük olmayabilir. Daha büyük bir örneklem ile bu ilişkinin varlığı daha net bir şekilde incelenebilir.

5.5. Babaların Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Değerlendirilmesi

Örneklem grubumuzda babaların uyumlu başa çıkma stratejilerinin uyumsuz stratejilerden daha fazla puan aldığı görüldü.

Cinsiyetler arasında babaların duygu düzenleme strateji puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Babaların duygu düzenleme stratejileri ile ergenlerin depresyon şiddetleri arasında da anlamlı bir ilişki görülmedi. Depresyon şiddeti ağır olan gençlerin babalarının uyumsuz başa çıkma stratejisi puanlarının daha yüksek olduğu, depresyon şiddeti hafif olan gençlerin babalarının ise uyumlu başa çıkma stratejisi puanlarının daha yüksek olduğu görüldü; ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildi. Gottman ebeveynlerin çocuklarına rol model olarak ve onların olumsuz duygularını kabul edip bu duygularla başa çıkma konusunda rehberlik yaparak duygu düzenlemeyi öğrettiklerini ifade etmiştir [7]. Ancak kendi duygularını düzenlemekte zorlanan ebeveynler, ergenlerin duygularını yok sayarak ya da onları cezalandırarak çocuklarının duygu düzenleme becerisi kazanmalarını engelleyebilirler [255]. Bu beceriyi kazanamayan ergenlerin, olumsuz duygularını kontrol etmekte ya da olumlu duygularını sürdürmekte zorlanmaları sebebiyle depresyona yatkın oldukları saptanmıştır [8]. Bu literatür bilgileri ışığında, depresyon şiddeti fazla olan gençlerin babalarında olumsuz duygu düzenleme stratejilerinin anlamlı olarak yüksek çıkmasını

beklerdik. Çalışmamızda bu ilişkiyi gösteremememizin bir sebebi annelerin duygu düzenleme becerilerinin ergenler üzerinde belirgin etki yaratarak babanın rolünü sınırlamış olması olabilir. Çalışmamızla uyumlu olarak Cheung, ergenlerin duygu düzensizliklerinin babalar tarafından öngörülmeyp yalnızca anneler tarafından öngörüldüğünü saptamıştır [255]. Ayrıca ergenlerin depresyon şiddetlerine etki edebilecek arkadaş desteği gibi faktörleri araştırmamamız babanın duygu düzenleme becerisi ile ergenlerin depresyon şiddeti arasındaki ilişki hakkında çıkarım yapmamızı zorlaştırmaktadır.

Bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile duygusal erişilebilirlik arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Bu ilişkiyi saptayamamamızın birkaç sebebi olabilir. Babaların duygu düzenleme stratejilerinin özbildirim yoluyla değerlendirilmesi yanlılığa yol açmış olabilir. Bu bilgilerin anneden ya da çocuktan alınması veya gözlemsel olarak elde edilmesi, farklı sonuçlar almamızı sağlayabilirdi [193]. Diğer yandan, babaların uyumlu duygu düzenleme stratejilerinin yüksek olmasına rağmen duygusal erişilebilirlik ile pozitif bir ilişki saptanamaması, araya giren üçüncü bir değişkenin etkisiyle açıklanabilir. Depresyon, baba-ergen arasındaki iletişimin kalitesini bozarak babanın duygusal erişilebilirliğini azaltmış olabilir. Bu nedenle, babaların uyumlu duygu düzenleme becerileri yüksek olsa bile, depresyonun baba-ergen ilişkisini olumsuz etkileyerek duygusal erişilebilirlik ile duygu düzenleme stratejileri arasındaki ilişkinin ortaya çıkmasını engellemiş olması mümkündür. Diğer bir açıklama, Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği'nde uyumsuz stratejiler arasında yer alan bazı maddelerin, farklı bağlamlarda uyumlu olarak değerlendirilebilirken; uyumlu kabul edilen maddelerin ise uyumsuz hale gelebilmesidir. Örneğin, “yaşadıklarım hakkında ne düşündüğüme ve ne hissettiğıme takılırım” veya “bu olayda yaptığım hataları düşünürüm” maddeleri ruminasyon alt boyutunda değerlendirilip uyumsuz olarak atfedilirken, bu maddeler olumsuz durumlara ilişkin farkındalık ve zihinselleştirmeye çalışma becerisi şeklinde de yorumlanabilir ve bu durumda uyumlu olarak kabul edilmesi gerekebilir. Bu sebeple ölçeği yorumlarken maddeleri uyumlu ya da uyumsuz olarak sınıflandırmak yerine, stratejilerin ne sıklıkta kullanıldığının uyumluluğu belirlemede önemli bir rol oynayabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca, babaların uyumlu başa çıkma tarzlarından bazıları ergenler tarafından sıkıntılarının küçümsenmesi olarak da algılanabileceği için, duygu düzenleme ile duygusal

erişilebilirlik arasında anlamlı bir ilişki saptanmaması anlaşılabılır. Örneğin literatürde, olumlu yeniden odaklanma stratejisinin aslında bir kaçınma stratejisi olarak değerlendirilebileceği belirtilmektedir [256]. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği'nde ise bu stratejinin uyumlu bir baş etme yöntemi olarak kabul edilmesi, BDDÖ ile DEÖ arasındaki ilişkinin zayıflamasına yol açmış olabilir. Özetle, ölçüm araçlarının sınırlılıkları ya da üçüncü değişkenlerin rolü bu ilişkiyi saptamamızı engellemiş olabilir. Son olarak, duygusal erişilebilirlik ve duygu düzenleme becerilerinin kavramsal olarak birbirinden farklılaştığı noktalar bulunmaktadır. Duygusal erişilebilirlik daha çok dışa dönük ve ilişki odaklı bir süreçtir; babaların çocuklarıyla nasıl bir duygusal bağ kurduğuna, onları ne kadar anlayabildiğine ve onlara ne kadar duygusal destek sağlayabildiğine odaklanır. Buna karşın duygu düzenleme becerileri daha çok bireyin içsel süreçleriyle ilgilidir; kendi duygularını nasıl yönettiği, stresle başa çıkma stratejileri ve duygusal tepkilerini ne derece kontrol edebildiğiyle ilgilidir. Babalar, duygu düzenleme stratejileri uyumlu olmasına rağmen ergenin ihtiyaçlarına karşı yeterince duyarlı ya da yapılandırıcı olmayabilir veya düşmanca ya da müdahaleci davranabilir. Bundan dolayı, örneklemimizde babaların olumsuz duygularını regüle edebilmeleri çocuklarına karşı duyarlı ve yapılandırıcı olabilecekleri anlamına gelmeyebilir. Ayrıca ergenlerin babalarına karşı yeterince duyarlı olmamaları veya onları ilişkiye yeterince dahil etmemeleri de babaların duygusal erişilebilirliğini kısıtlayabilir. Duygusal erişilebilirlik ölçeğinde çocuk ve babaları ayrı ayrı ele alan alt boyutların olmaması, bu ilişkisizliğin hangi boyutla bağlantılı olduğunu saptamamızı engellemiş olabilir.

Babaların İÖA puanları ile bilişsel duygu düzenleme alt boyutları arasındaki ilişkiyi değerlendirdiğimizde, babaların kayıtsız bağlanmaları ile kendini suçlama, başkalarını suçlama, felaketleştirme, kabul etme, olumlu yeniden odaklanma, bakış açısına yerleştirme, uyumsuz stratejiler toplamı ve uyumlu stratejiler toplamı arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon saptandı. Kabul etme, olumlu yeniden odaklanma, bakış açısına yerleştirme gibi uyumlu stratejilerin de yüksek çıkması, kayıtsız bağlanan bireylerde diğer güvensiz bağlananlara göre daha az depresyon görüldüğünü saptayan literatür ile tutarlıdır [257, 258]. Diğer yandan, başka bir çalışma kayıtsız bağlanan bireylerin başkalarıyla yakınlık kurmaktan kaçındıklarını ve duygusal ihtiyaçlarını bastırma eğiliminde olmaları sebebiyle stresle başa çıkmakta

zorlandıklarını; bu durumun da uzun vadede duygusal iyi oluşlarını zayıflattığını öne sürmüştür [259]. Batholomew ve Horowitz'in dörtlü bağlanma modeline göre, bu bireylerin olumlu kendilik, olumsuz ötekiler algısına sahip oldukları saptanmıştır; ancak Bifulco ve arkadaşlarının çalışmasında kayıtsız bağlananlarda olumsuz kendiliğin de oldukça sık görüldüğü belirtilmiştir [139, 259]. Bu bulgular, çalışmamızdaki kayıtsız bağlanan babaların kendini suçlama, başkalarını suçlama, felaketleştirme gibi olumsuz stratejileri kullanmalarını açıklayabilir. Ayrıca, bu bulgular çalışmamızda kayıtsız bağlanan babaların, KSE alt boyutlarından olumsuz benlik ve hostilite ile pozitif bir korelasyon göstermesini de anlamlandırmamıza yardımcı olabilir. Çalışmamızda, babaların korkulu bağlanmaları ile felaketleştirme ve uyumsuz stratejiler toplamı arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon saptandı. Araştırmalarda, korkulu bağlanan bireylerin kendisine ve başkalarına karşı güvensiz hissettiği, sürekli bir tehdit algısına sahip olduğu ve bu bireylerin içsel güvensizlikleri nedeniyle olumsuz durumları abartma eğilimde oldukları gösterilmiştir [142, 260]. Çalışmamızda babanın saplantılı bağlanması ile başkalarını suçlama boyutu arasında anlamlı korelasyon tespit edildi. Literatürde, saplantılı bağlanan bireylerin ötekilerle yakınlık kurmaya aşırı ihtiyaç duydukları ve bu ihtiyaçları karşılanmadığında yoğun stres yaşadıkları, bu stresle başa çıkabilmek için olumsuzlukları öteki insanlara yükleme eğiliminde oldukları ifade edilmiştir [261].

5.6. Babaların Bağlanma Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Babaların en yüksek puanı güvenli bağlanma ile aldıkları görüldü. Güvenli bağlanmayı sırasıyla kayıtsız bağlanma , korkulu bağlanma ve saplantılı bağlanma izledi.

Ergenlerin cinsiyetleri ile babalarının bağlanma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Bu bulgu babaların bağlanma özelliklerinin, çocuklarının cinsiyetinden bağımsız olarak, daha erken dönemde kendi ebeveynleriyle olan ilişkilerinden etkilendiğini düşündürdü.

Çalışmamızda, babaların bağlanma özellikleri ile ergenlerin depresyon şiddeti arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Literatürde, babaların kaçınan bağlanmaları ile ergenlerin anksiyete şiddetleri arasında ilişki bulunsa da babaların bağlanma özelliği ile ergenlerin depresyon şiddetleri arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaya

rastlanmadı [262]. Bu ilişkiyi gösteremememizin bir nedeni, ergenlerde annenin bağlanması, arkadaşların bağlanması ve ergenin mizacı gibi çeşitli faktörlerin, babanın güvensiz bağlanmasına karşı koruyucu bir rol oynayarak depresyon şiddetini azaltması olabilir. Diğer bir neden ise, babanın güvenli bağlanmasının her zaman duygusal olarak erişilebilir olduğu ve ergenin depresif semptomlarını hafifleteceği anlamına gelmemesidir. Bu sebeplerden dolayı, babanın bağlanma özelliklerinin ergenin depresyon şiddeti üzerinde doğrudan bir etkisini gözlemleyememiş olabiliriz.

Babaların saplantılı ve kayıtsız bağlanmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif korelasyon saptandı. Bartholomew ve Horowitz'in dördü bağlanma modeline göre, saplantılı bağlanma stiline sahip bireylerde olumsuz kendilik ve olumlu öteki içsel temsilleri bulunurken, kayıtsız bağlanmada olumlu kendilik ve olumsuz öteki temsilleri ön plandadır [139]. Kayıtsız bağlanan bireyler, başkalarıyla yakınlaşmaktan endişe duyarken saplantılı bağlanan bireyler ötekilerden destek aldıkça rahatlarlar. Bu iki bağlanma tarzı, içsel çalışma modelleri açısından zıt gibi görünse de, her ikisi de güvenli bağlanma eksikliğine işaret etmeleri nedeniyle ortak bir psikolojik altyapıya sahip olabilirler. Bu bulgu ayrıca bireyin içinde bulunduğu dinamiklere bağlı olarak saplantılı ya da kayıtsız bağlanma özellikleri sergileyebileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda, babaların saplantılı bağlanmaları ile ergenlerin saplantılı bağlanmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir pozitif korelasyon saptandı. Bağlanma teorisine göre, ebeveynlerin kendi bağlanma yönelimleri, çocuklarının ihtiyaçlarını ve duygusal durumlarını nasıl yorumladıklarını ve bu ihtiyaçlara nasıl tepki verdiklerini etkiler [78]. Güvenli bağlanan ebeveynler, çocuklarının ihtiyaçlarına daha duyarlı ve empatik bir şekilde yaklaşır. Ebeveynlerin bu tepkileri, çocuğun güvenli bağlanma geliştirmesine katkıda bulunarak bağlanmanın kuşaklar arası aktarımını sağlar. Literatürde, anne-bebek arasındaki bağlanma stillerinin %66-75 arasında uyum gösterdiği, baba-çocuk arasındaki uyumun ise %69 oranında olduğu belirtilmiştir [18, 19]. Çalışmamızda diğer bağlanma stillerinde de benzer bir uyum beklememize rağmen, yalnızca saplantılı bağlanmada uyum tespit edebildik. Literatürdeki bu çalışmalarda, yenidoğan dönemindeki bağlanmanın ölçülmesi sebebiyle bu kadar yüksek bir uyum oranı ortaya çıkmış olabilir. Ergenlik dönemine kadar anne, baba ve arkadaşlarla yaşanan deneyimler bağlanma örüntüsü şekillendirir

ve bu örüntü zamanla daha stabil hale gelir. Bu nedenle çalışmamızda babanın güvenli, kayıtsız veya korkulu bağlanma örüntülerinin ergenlere aktarılmaması, ergenlerin bağlanma ilişkilerinin anne veya arkadaşlarının etkisi sonucunda değişime uğramasıyla açıklanabilir. Sonuçlarımız, ergenlerin bağlanma örüntülerinde babaların tek başına belirleyici bir etkisinin olmadığını, ancak saplantılı bağlanma örüntüsünün genetik aktarımının daha güçlü olabileceğini düşündürdü.

Çalışmamızda, babalara yönelik duygusal erişilebilirlik ile babaların bağlanma özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Alanyazında yapılan çalışmalar ebeveynlerin bağlanma ilişkilerinin, çocuklarının ihtiyaçlarına olan duyarlılıklarını ve bu ihtiyaçlara cevap verme şekillerini belirlediğini, bu sebeple duygusal erişilebilirlikleriyle ilişkili olduğunu vurgulamıştır [12, 240, 263]. Ancak bu çalışmaların ya sadece annelerle yapıldığı ya da anne ve babaların birlikte ele alındığı araştırmalar olduğu görüldü. Yalnızca babaların duygusal erişilebilirlikleri ile bağlanma özelliklerinin araştırıldığı meta-analizlerde de ilişki saptanmış, ancak bu ilişkinin anneden daha düşük olduğu belirtilmiştir [100, 109]. Gelişmiş toplumlarda da gelişmekte olan toplumlarda da geleneksel aile yapıları içerisinde çocuk bakımının daha çok annelerden beklendiği görülmektedir [217]. Türk toplumunun geleneksel yapısında, babaların çocuklarının fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarının karşılanmasını daha çok annelere bıraktığı ve çocuklarına karşı daha mesafeli davrandıkları ifade edilmiştir [217]. Kültürün bu etkisiyle babaların duygusal erişilebilirliği azalmaktadır. Çalışmamızda babaların güvenli bağlanma puanları yüksek olsa bile duygusal erişilebilirlikleriyle ilişkisini gösteremememizin sebebi bu olabilir. Ebeveynlik rollerinin tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de değiştiği ve modern babaların duygusal olarak aile içinde daha ulaşılabilir hale geldikleri saptanmıştır [217]. Çalışmamızın daha geniş örnekleme farklı sosyokültürel tabakaları içeren toplulukta yapılmaması bu ilişkinin anlamsız çıkmasına neden olmuş olabilir.

5.7. Babaların Ruhsal Belirtilerinin Değerlendirilmesi

Babanın KSE ölçeği alt boyutları arasında en yüksek puanın depresyon olduğu görüldü. Depresyonu sırasıyla anksiyete, olumsuz benlik, hostilite ve somatizasyon izledi. Depresif ergenlerin babalarında en yüksek ruhsal belirtinin depresif semptomlar olması şaşırtıcı değildir. Literatürde, depresif annelerin genetik faktörler, sosyal-

ekolojik faktörler ve duygu düzenlemekte zorlanmaları nedeniyle çocuklarının sıkıntılarını anlamakta ve olumsuz duyguları regüle etme becerisini kazandırmakta yetersiz kaldıkları, bunun da çocuklarda güvensiz bağlanma ve depresyon riskini artırabileceği gösterilmiştir [16]. Kız ve erkek ergenlerin babalarının ruhsal belirtileri benzerdi.

Babaların ruhsal belirtileri ile ergenlerin depresyon şiddetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Literatürde iki büyük örneklem üzerinde yapılan bir çalışmada, babanın depresif belirtilerindeki 1 standart sapmalı artışın, ergenlerin depresif belirtilerinde 0-0,4 standart sapmalı bir artışla ilişkili olduğu gösterilmiştir [264]. Ancak bazı çalışmalarda ise bu etki gösterilememiştir [265-267]. Çalışmamızda bu ilişkiyi gösteremememizin sebebi örneklemimizin küçük olması olabilir.

KSE'nin geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında, alt boyutlar arasında yüksek korelasyonlar olduğu ve maddelerin birbiriyle ilişkili olduğu belirtilmiştir [268]. Ayrıca bu çalışmada, KSE'deki alt boyutların semptom şiddetini öngördüğü, ancak klinik tanı koydurmadığı da belirtilmektedir [268]. Bu nedenle, alt boyut puanlarını değerlendirirken bunları klinik tanı gibi yorumlamamak gerekir. Bu çalışmayla uyumlu olarak bulgularımızda da anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon gibi içselleştirici belirtiler arasında anlamlı korelasyonlar saptandı. Literatürde KSE'de yer alan tüm ruhsal belirtilerin en az bir uyumsuz baş etme stratejisiyle ilişkilendirildiği saptanmıştır [269, 270]. Aynı şekilde Garnefski'nin çalışmasında da bilişsel duygu düzenleme alt boyutları değerlendirildiğinde, dışsallaştırıcı bozuklukların içselleştirici bozukluklardan daha yüksek puan aldığı alt boyut tanımlanmamıştır [256]. Bu araştırmalar çalışmamızda uyumsuz bilişsel duygu düzenleme alt boyutlarının büyük ölçüde KSE'deki içselleştirici bozukluklarla ilişkili olarak saptanmasını açıklamaktadır. Diğer yandan uyumlu bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden kabul etme boyutu ile depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve toplam puan arasında yapılan korelasyon analizinde pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptandı. Literatürde, başlangıçta uyumlu bir strateji gibi görülen bu kabul etme boyutunun, yüksek düzeyde kullanıldığında duygusal sorunları öngördüğü ve pasif boyun eğme ve çaresizlikle ilişkili olduğu gösterilmiştir [269]. Bu nedenle olumlu bir baş etme stratejisi olarak kabul edilmesine rağmen, çalışmamızda psikopatoloji ile ilişkili bulunmasının bu sebeple olabileceği düşünüldü.

Çalışmamızda depresyon şiddetini hastaların öz bildirim ölçekleri yerine yarı yapılandırılmış bir yöntemle değerlendirmemizin sonuçların daha objektif olmasına katkıda bulunduğunu düşünüyoruz. Ayrıca, literatürde ergenlerin depresyon şiddetini etkileyen faktörleri inceleyen çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Bu nedenle, çalışmamızın bu alana önemli bir katkı sağlayabileceği söylenebilir. Diğer yandan, bağlanma, duygusal erişilebilirlik ve duygu düzenleme üzerine yapılan araştırmaların genellikle anne-çocuk ilişkisine odaklandığı göz önünde bulundurulduğunda, çalışmamızın babaları ve ergenleri içermesinin bu alana özgün bir katkı sağladığını düşünüyoruz.

5.8. Kısıtlılıklar

- Çalışmamızın örneklem grubunu 54 depresif ergen ve babaları oluşturmaktadır. Örneklem sayımızın az olması ve kontrol grubunun bulunmaması, değişkenler arasındaki ilişkiyi incelememizi zorlaştırmıştır. Ayrıca babaların ve annelerin çocuğun gelişimsel dönemlerinde farklı roller üstlenmeleri, Türk toplumunda annenin daha kapsayıcı bir rol oynaması ve baba ile çocuğun arasındaki ilişkiyi dengelemesi sebebiyle çalışma grubuna anneleri dahil etmememiz değişkenler üzerinde annelerin etkilerini saptamamızı engellemiştir.
- Çalışmamızın kesitsel bir çalışma olması ve prospektif bir takibin yapılmaması nedeniyle, ergenlerin depresyon şiddeti ile babaların duygusal erişilebilirliği, duygu düzenleme stratejileri, ruhsal sağlık durumu, ergenlerin ve babaların bağlanma özellikleri arasında nedensel ilişkiyi saptamak mümkün olamamıştır.
- Bağlanma, duygusal erişilebilirlik, kısa semptom envanteri, bilişsel duygu düzenleme ölçeğinin öz bildirime dayalı olması, ölçümlerde yanlılığa ve çatışma düzeylerinin fazla gösterilmesine sebep olmuş olabilir. Ölçeklerin gözlemsel olması veya çoklu kaynaktan alınması, bulguların objektifliğini artıracaktır. Ayrıca, baba-çocuk etkileşimin ilişkisel bir yapıda olmasına rağmen ölçek kullanılması, bu ilişkiyi gerçekçi bir şekilde değerlendirmemizi kısıtlamıştır.
- Çalışmamızın örneklem grubunun tek merkezden benzer sosyoekonomik ve sosyokültürel özelliklere sahip bireylerin çocuklarından oluşması, kültürel faktörlerin

babanın duygusal erişilebilirliği üzerindeki etkisini incelemeyi ve bulgularımızı toplum örnekleme genellemeyi zorlaştırmaktadır.

- Çalışmamızın örneklem grubunun çoğunluğunun kızlardan oluşması bulguların genellenebilirliğini kısıtlamaktadır.

- Örneklem grubumuzun büyük bir kısmın takipli hasta olması, devam eden tedavi süreçleri ve hastaların yüksek komorbidite oranları, değişkenler arasındaki analizleri etkilemiş olabilir. Ayrıca örneklemin yalnızca hastaneden alınması, daha ağır depresyon şiddetine sahip hastaların örnekleme baskın olmasına yol açmış ve bulguların genellenebilirliğini azaltmış olabilir.

- Ergenlerde güvensiz bağlanma ile depresyon arasındaki ilişkide, ergenlerin duygu düzenleme stratejilerinin aracı etkileri gösterilmiş olsa da, çalışmamızda ergenlerin duygu düzenleme kapasitelerini değerlendirmedik; bir duygu düzenleme sorunu olan depresyonla ilişkisini inceledik. Ergenlerin duygu düzenleme stratejilerinin araştırılması, bulgularımızı zenginleştirebilirdi. Ayrıca babaların duygu düzenleme stratejileri ile depresyon arasındaki ilişkide, ergenlerin duygu düzenleme becerilerini test etme fırsatı da bulabilirdik.

- Çalışmaya dahil ettiğimiz babaların genel baba nüfusunu tam olarak temsil etmemesi, daha sağlıklı ve aileleriyle daha fazla ilgilenen babalara yönelik bir yanlılık yaratmıştır. Duygusal erişilebilirlik ve duygu düzenleme kapasitesi daha düşük olan babaların çalışmadan ayrıldıkları düşünüldü, bu durum babaya yönelik risk faktörlerinin test edilmesini zayıflatmış olabilir.

- Duygusal erişilebilirliğin ergen ve baba olmak üzere çift boyutu olmasına rağmen Duygusal Erişilebilirlik Ölçeği'nde her iki tarafın ilişkiye katkılarını ayrı ayrı tanımlamakta zorlandık. Bu durum, duygusal erişilebilirliğin diğer faktörlerle ilişkilendirilmesinde zorluk yaratmış ve analizlerimizin kapsamını sınırlamış olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızın amacı MDB tanılı ergenlerin depresyon şiddeti ve bağlanma özellikleri ile babaların duygusal erişilebilirlikleri, duygu düzenleme kapasiteleri, ruhsal belirtileri ve bağlanma özellikleri arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Çalışmamızda, kızların daha yüksek oranda depresyon tanısı aldığı saptandı. Örneklem grubumuzda toplum örneklemine kıyasla depresyon süresinin daha uzun olduğu, kendine zarar verme ve intihar girişimlerinin daha sık görüldüğü ve başta anksiyete olmak üzere yüksek komorbidite oranları saptandı. Çalışmamızda, babaların önemli bir kısmının çocuklarının psikiyatrik rahatsızlığı olmadığını düşündüğü ve büyük çoğunluğunun çocuklarının psikiyatri muayenelerine katılmadığı tespit edildi.

Ergenlerin depresyon şiddetinin depresif semptomların süresi, kendine zarar verme davranışları ve intihar girişimleri ile ilişkili olduğu görüldü. Ayrıca, depresyon şiddeti ile ergenlerin güvenli bağlanmaları arasında negatif korelasyon saptandı. Bununla birlikte, ergenlerin depresyon şiddetleri ile cinsiyetleri, babaların duygusal erişilebilirlikleri, duygu düzenleme stratejileri, bağlanma özellikleri ve ruhsal belirtileri arasında anlamlı bir ilişki görülmedi.

Babaların duygusal erişilebilirliği ile ergenlerin cinsiyetleri, bağlanma özellikleri, babaların duygu düzenleme stratejileri, bağlanma özellikleri ve ruhsal sağlık durumları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Örneklem grubumuzda ergenlerde en yüksek kayıtsız bağlanma puanları, en düşük güvenli bağlanma puanları saptandı. Cinsiyetler arasındaki farklara bakıldığında, yalnızca saplantılı bağlanmanın kızlarda anlamlı derecede daha yüksek olduğu görüldü. Ayrıca, ergenlerin korkulu ve kayıtsız bağlanma puanları arasında pozitif, güvenli bağlanma puanları arasında negatif bir korelasyon olduğu tespit edildi.

Babaların en yüksek puanı güvenli bağlanma ile aldıkları, en düşük puanı ise saplantılı bağlanma ile aldıkları görüldü. Ergenlerin cinsiyetleri arasında babaların bağlanma özellikleri değişmedi. Babaların saplantılı ve kayıtsız bağlanma puanları arasında pozitif korelasyon saptandı. Ayrıca, babaların saplantılı bağlanmaları ile ergenlerin saplantılı bağlanmaları arasında da pozitif korelasyon tespit edildi.

Babaların uyumlu bilişsel duygu düzenleme stratejilerini uyumsuz stratejilere kıyasla daha sık kullandıkları görüldü. Ergenlerin cinsiyetleri ile babaların duygu düzenleme stratejileri arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği'nin ölçek içi alt boyutları arasında ilişki vardı. Ayrıca, uyumsuz duygu düzenleme stratejisi puanları arttıkça babaların ruhsal belirtilerinin de arttığı görüldü. Babaların güvensiz bağlandıklarında uyumsuz duygu düzenleme stratejilerinin arttığı, babaların kayıtsız bağlandığı durumda ise ruhsal belirtilerinin arttığı saptandı. Babalarda en sık saptanan ruhsal belirti ise depresif semptomlardı.

Major depresif bozukluk, ergenlik döneminde en sık görülen psikiyatrik rahatsızlıklardan biridir ve tedavi edilmediğinde intihar girişimi, madde kullanımı, erken gebelik, akademik başarısızlık gibi ciddi sonuçlara yol açabilir. MDB'nin tedavisinde, ailelerin duygusal destek sunması terapötik müdahalelerin etkinliğini artıracaktır. Babaların bu süreçte duygusal olarak erişilebilir ve destekleyici olmaları, ergenlerin depresyonla başa çıkma becerilerini güçlendirecektir. Klinisyenin, babaların bu sürece aktif katılımını teşvik ederek neden ve nasıl etkili olabilecekleri konusunda farkındalık yaratması, ergenlerin depresif semptomlarının azalmasına katkıda bulunabilir. Ayrıca, depresyonun tedavi edilmesinden daha önemlisi depresyon gelişimini engellemektir. Doğum öncesinden itibaren babaların duygusal erişilebilirliklerini artırmaya ve duygu düzenleme stratejilerini geliştirmeye yönelik farkındalıklarını artırıp destek sağlayan ebeveyn rehberlik programları geliştirilmelidir. Babaların çocuk bakımında daha aktif rol almaları, çocuklarının ihtiyaçlarını fark etmeleri, çocuklarıyla açık ve güven verici iletişim kurmaları, çocukların olumsuz duygularını kabul edip yapılandırmalarına yardımcı olmaları, problem çözme becerileri konusunda rol model olmaları, onların bağımsızlıklarını ve özgüvenlerini desteklemeleri çocukların hayatla güvenli bir bağ kurmalarını sağlayacaktır.

Literatürde babaların çocuk ruh sağlığına etkilerini ele alan çalışmaların son yıllarda arttığı ancak hala kısıtlı olduğu görülmektedir. Daha geniş örneklem gruplarıyla, babaların ve annelerin ayrı ayrı ele alındığı boylamsal çalışmalar, ebeveynlerin çocuk ruh sağlığı üzerindeki etkilerinin daha iyi tanımlanmasına ve ebeveyn temelli müdahalelerin etkinliğinin artırılmasına katkı sağlayacaktır.

7.KAYNAKÇA

1. Association, A.P., *Depressive Disorders: DSM-5® Selections*. 2015: American Psychiatric Publishing.
2. Association, A.P., *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. 2013: American Psychiatric Publishing.
3. Zisook, S., et al., *Effect of age at onset on the course of major depressive disorder*. Am J Psychiatry, 2007. 164(10): p. 1539-46.
4. Hammen, C., et al., *Early onset recurrent subtype of adolescent depression: clinical and psychosocial correlates*. J Child Psychol Psychiatry, 2008. 49(4): p. 433-40.
5. Thompson, R.A., *Emotion regulation: a theme in search of definition*. Monogr Soc Res Child Dev, 1994. 59(2-3): p. 25-52.
6. Gross, J.J., *Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects*. Psychological Inquiry, 2015. 26(1): p. 1-26.
7. Gottman, J.M., L.F. Katz, and C. Hooven, *Meta-emotion: How families communicate emotionally*. 2013: Routledge.
8. VATAN, S. and T. ÇAPAR, *Duygular ve Duygu Düzenleme*. Türkiye Klinikleri Psychology-Special Topics, 2020. 5(2): p. 1-7.
9. Emde, R.N. and M.A. Easterbrooks, *Assessing Emotional Availability in Early Development*, in *Early Identification of Children at Risk: An International Perspective*, W.K. Frankenburg, R.N. Emde, and J.W. Sullivan, Editors. 1985, Springer US: Boston, MA. p. 79-101.
10. Allgood, S.M., T.E. Beckert, and C. Peterson, *The role of father involvement in the perceived psychological well-being of young adult daughters: A retrospective study*. North American Journal of Psychology, 2012. 14(1): p. 95-110.
11. Barnett, R.C., et al., *Adult daughter-parent relationships and their associations with daughters' subjective well-being and psychological distress*. Journal of Marriage and the Family, 1991: p. 29-42.
12. Licata, M., et al., *Maternal Emotional Availability and Its Association with Maternal Psychopathology, Attachment Style Insecurity and Theory of Mind*. Psychopathology, 2016. 49(5): p. 334-340.

13. Ainsworth, M.S., *The personal origins of attachment theory. An interview with Mary Salter Ainsworth. Interview by Peter L. Rudnytsky.* Psychoanal Study Child, 1997. 52: p. 386-405.
14. Bowlby, J., *Attachment and Loss: Separation: anxiety and anger.* 1973: Basic Books.
15. Bowlby, J., *A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory.* 1988: Routledge.
16. Spruit, A., et al., *The Relation Between Attachment and Depression in Children and Adolescents: A Multilevel Meta-Analysis.* Clin Child Fam Psychol Rev, 2020. 23(1): p. 54-69.
17. Conway, C.A., M.K. Falconier, and J. Kim, *The Relationships Among Parents' Anxious and Avoidant Attachment, Emotion Dysregulation, and Parenting.* Contemporary Family Therapy, 2023.
18. Zeanah, C.H., et al., *Representations of attachment in mothers and their one-year-old infants.* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1993. 32(2): p. 278-86.
19. Benoit, D. and K.C. Parker, *Stability and transmission of attachment across three generations.* Child development, 1994. 65(5): p. 1444-1456.
20. Verhage, M.L., et al., *Narrowing the transmission gap: A synthesis of three decades of research on intergenerational transmission of attachment.* Psychological Bulletin, 2016. 142(4): p. 337-366.
21. Cassidy, J., *Emotion regulation: influences of attachment relationships.* Monogr Soc Res Child Dev, 1994. 59(2-3): p. 228-49.
22. Bi, S., et al., *Father attachment, father emotion expression, and children's attachment to fathers: The role of marital conflict.* Journal of Family Psychology, 2018. 32(4): p. 456.
23. Graham, P., *Depression in Pre-pubertal Children.* Developmental Medicine & Child Neurology, 1974. 16(3): p. 340-349.
24. Bowlby, J., *Attachment and Loss.* 1980, New York: Basic Books. p.355.
25. Nomenclature, A.P.A.T.F.o. and Statistics, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III.* 1980: American Psychiatric Association.
26. Carlson G, G.J., *Developmental issues in the classification of depression in children.* Depression in young people : developmental and clinical perspectives, ed. M. Rutter, C.E. Izard, and P.B. Read. 1986, New York: Guilford Press. p.399-434.
27. Jane Costello, E., A. Erkanli, and A. Angold, *Is there an epidemic of child or adolescent depression?* J Child Psychol Psychiatry, 2006. 47(12): p. 1263-71.

28. Toros, F., et al., *Prevalence of depression as measured by the CBDI in a predominantly adolescent school population in Turkey*. Eur Psychiatry, 2004. 19(5): p. 264-71.
29. Birmaher, B., et al., *Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1996. 35(11): p. 1427-39.
30. Thapar, A., et al., *Depression in adolescence*. Lancet, 2012. 379(9820): p. 1056-67.
31. Salk, R.H., J.S. Hyde, and L.Y. Abramson, *Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms*. Psychol Bull, 2017. 143(8): p. 783-822.
32. DURSUN, O.B. and İ.S. ESİN, *Çocuk ve Ergenlerde Depresif Bozukluk Etiyolojisi ve Etiyopatogenezi*. Türkiye Klinikleri Child Psychiatry-Special Topics, 2016. 2(1): p. 43-49.
33. Goldberg, D., *The aetiology of depression*. Psychol Med, 2006. 36(10): p. 1341-7.
34. Weissman, M.M., *Recent advances in depression across the generations*. Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 2006. 15(1): p. 16-19.
35. Caspi, A., et al., *Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene*. Science, 2003. 301(5631): p. 386-9.
36. Owens, M., et al., *5-HTTLPR and Early Childhood Adversities Moderate Cognitive and Emotional Processing in Adolescence*. PLOS ONE, 2012. 7(11): p. e48482.
37. Jaffee, S.R., et al., *Differences in early childhood risk factors for juvenile-onset and adult-onset depression*. Arch Gen Psychiatry, 2002. 59(3): p. 215-22.
38. Dean, J. and M. Keshavan, *The neurobiology of depression: An integrated view*. Asian J Psychiatr, 2017. 27: p. 101-111.
39. Otte, C., et al., *Major depressive disorder*. Nat Rev Dis Primers, 2016. 2: p. 16065.
40. Mills, N.T., et al., *Research review: the role of cytokines in depression in adolescents: a systematic review*. J Child Psychol Psychiatry, 2013. 54(8): p. 816-35.
41. Copeland, W.E., et al., *Prevalence, comorbidity, and correlates of DSM-5 proposed disruptive mood dysregulation disorder*. Am J Psychiatry, 2013. 170(2): p. 173-9.

42. Feldman, R., A. Vengrober, and R.P. Ebstein, *Affiliation buffers stress: cumulative genetic risk in oxytocin-vasopressin genes combines with early caregiving to predict PTSD in war-exposed young children*. Translational Psychiatry, 2014. 4(3): p. e370-e370.
43. Bartz, J.A., et al., *Social effects of oxytocin in humans: context and person matter*. Trends Cogn Sci, 2011. 15(7): p. 301-9.
44. Hyde, J.S., A.H. Mezulis, and L.Y. Abramson, *The ABCs of depression: integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression*. Psychol Rev, 2008. 115(2): p. 291-313.
45. Allgood-Merten, B., P.M. Lewinsohn, and H. Hops, *Sex differences and adolescent depression*. J Abnorm Psychol, 1990. 99(1): p. 55-63.
46. Narbona, J., *[Depressive phenomenology at the outset of neuropaediatric diseases]*. Rev Neurol, 2014. 58 Suppl 1: p. S71-5.
47. Martin, A., F.R. Volkmar, and M.H. Bloch, *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*. 2017: Wolters Kluwer.
48. Franzen, P.L. and D.J. Buysse, *Sleep disturbances and depression: risk relationships for subsequent depression and therapeutic implications*. Dialogues Clin Neurosci, 2008. 10(4): p. 473-81.
49. Brown, J., et al., *Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1999. 38(12): p. 1490-6.
50. Nanni, V., R. Uher, and A. Danese, *Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: a meta-analysis*. Am J Psychiatry, 2012. 169(2): p. 141-51.
51. Brunstein Klomek, A., et al., *Bullying, depression, and suicidality in adolescents*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2007. 46(1): p. 40-49.
52. Beeri, A. and R. Lev-Wiesel, *Social rejection by peers: a risk factor for psychological distress*. Child Adolesc Ment Health, 2012. 17(4): p. 216-221.
53. Narr, R.K., et al., *Close Friendship Strength and Broader Peer Group Desirability as Differential Predictors of Adult Mental Health*. Child Dev, 2019. 90(1): p. 298-313.
54. Hill, J., et al., *Juvenile- versus adult-onset depression: multiple differences imply different pathways*. Psychol Med, 2004. 34(8): p. 1483-93.
55. Reinecke, M.A. and A. Simons, *Vulnerability to depression among adolescents: Implications for cognitive-behavioral treatment*. Cognitive and Behavioral Practice, 2005. 12(2): p. 166-176.

56. Rueter, M.A., et al., *First onset of depressive or anxiety disorders predicted by the longitudinal course of internalizing symptoms and parent-adolescent disagreements*. Arch Gen Psychiatry, 1999. 56(8): p. 726-32.
57. Pinquart, M., *Associations of Parenting Dimensions and Styles with Internalizing Symptoms in Children and Adolescents: A Meta-Analysis*. Marriage & Family Review, 2016. 53(7): p. 613-640.
58. Yap, M.B., et al., *Parental factors associated with depression and anxiety in young people: a systematic review and meta-analysis*. J Affect Disord, 2014. 156: p. 8-23.
59. Madigan, S., et al., *Representational and questionnaire measures of attachment: A meta-analysis of relations to child internalizing and externalizing problems*. Psychol Bull, 2016. 142(4): p. 367-99.
60. American Psychiatric, A. and D.-I. American Psychiatric Association Task Force on, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV-TR*. 4th ed., text revision ed. 2000, Washington, DC: American Psychiatric Association Washington, DC.
61. Rice, F., et al., *Adolescent and adult differences in major depression symptom profiles*. J Affect Disord, 2019. 243: p. 175-181.
62. McCauley, E., G.A. Carlson, and R. Calderon, *The role of somatic complaints in the diagnosis of depression in children and adolescents*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1991. 30(4): p. 631-5.
63. Nardi, B., et al., *Adolescent depression: clinical features and therapeutic strategies*. Eur Rev Med Pharmacol Sci, 2013. 17(11): p. 1546-51.
64. Cole, D.A., et al., *Structure and measurement of depression in youths: applying item response theory to clinical data*. Psychol Assess, 2011. 23(4): p. 819-33.
65. Rohde, P., et al., *Key Characteristics of Major Depressive Disorder Occurring in Childhood, Adolescence, Emerging Adulthood, Adulthood*. Clin Psychol Sci, 2013. 1(1).
66. Wilkinson, P., et al., *Treated depression in adolescents: predictors of outcome at 28 weeks*. British Journal of Psychiatry, 2009. 194(4): p. 334-341.
67. Salk, R.H., et al., *The contemporary face of gender differences and similarities in depression throughout adolescence: Development and chronicity*. J Affect Disord, 2016. 205: p. 28-35.
68. Birmaher, B., et al., *Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2007. 46(11): p. 1503-26.

69. Angold, A., *Comorbidity*. 1999, Journal of Child Psychology and Psychiatry 40. 57-87.
70. Costello, E.J., et al., *Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence*. Arch Gen Psychiatry, 2003. 60(8): p. 837-44.
71. Perrin, S., P. Smith, and W. Yule, *The assessment and treatment of Post-traumatic Stress Disorder in children and adolescents*. J Child Psychol Psychiatry, 2000. 41(3): p. 277-89.
72. KOÇ, E.B. and G. KARAÇETİN, *Çocuk ve Ergenlerde Depresif Bozukluk Farmakolojik Tedavisi*. Türkiye Klinikleri Child Psychiatry-Special Topics, 2016. 2(1): p. 55-61.
73. Hughes, C.W., et al., *Texas Children's Medication Algorithm Project: update from Texas Consensus Conference Panel on Medication Treatment of Childhood Major Depressive Disorder*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2007. 46(6): p. 667-686.
74. Cheung, A.H., et al., *Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part II. Treatment and Ongoing Management*. Pediatrics, 2018. 141(3).
75. March, J., et al., *Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) randomized controlled trial*. Jama, 2004. 292(7): p. 807-20.
76. Emslie, G.J., et al., *Fluoxetine for acute treatment of depression in children and adolescents: a placebo-controlled, randomized clinical trial*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2002. 41(10): p. 1205-15.
77. March, J., et al., *The Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS): outcomes over 1 year of naturalistic follow-up*. Am J Psychiatry, 2009. 166(10): p. 1141-9.
78. Simon, J.R., *Robert Burton (1577-1640) et l'Anatomie de la mélancolie*. 1964: Didier.
79. Olfson, M., et al., *Relationship between antidepressant medication treatment and suicide in adolescents*. Arch Gen Psychiatry, 2003. 60(10): p. 978-82.
80. Iruela, L.M., Picazo, J, Peláez, *tratamiento farmacológico de la depresión en niños y adolescentes [Pharmacological treatment of depression in children and adolescents]*. ed. T.c.S.N. Salud. 2009. 35-38.
81. Eisenberg, N., T. Spinrad, and A. Morris, *Regulation, Resiliency, and Quality of Social Functioning*. Self and Identity - SELF IDENTITY, 2002. 1: p. 121-128.

82. Akman, H., *11-14 yaş çocukların duygu düzenleme güçlüklerinin anne-baba duygu düzenleme güçlüğü ve ebeveynin duygusal erişilebilirliği ile ilişkisinin incelenmesi (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi)*. Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. 2019.
83. Denham, S., et al., *Parental Contributions to Preschoolers' Emotional Competence: Direct and Indirect Effects*. Motivation and Emotion, 1997. 21: p. 65-86.
84. Huberty, T.J., *Anxiety and Depression in Children and Adolescents: Assessment, Intervention, and Prevention*. Parental reactions to children's negative emotions: Relationships with emotion regulation in children with an anxiety disorder. 2012: Springer. 79-82.
85. Rutherford, H.J., et al., *Emotion Regulation in Parenthood*. Dev Rev, 2015. 36: p. 1-14.
86. Buckholdt, K.E., G.R. Parra, and L. Jobe-Shields, *Intergenerational Transmission of Emotion Dysregulation Through Parental Invalidation of Emotions: Implications for Adolescent Internalizing and Externalizing Behaviors*. J Child Fam Stud, 2014. 23(2): p. 324-332.
87. Yap, M.B., N.B. Allen, and L. Sheeber, *Using an emotion regulation framework to understand the role of temperament and family processes in risk for adolescent depressive disorders*. Clin Child Fam Psychol Rev, 2007. 10(2): p. 180-96.
88. Campos, B., et al., *Positive and negative emotion in the daily life of dual-earner couples with children*. Journal of Family Psychology, 2013. 27(1): p. 76-85.
89. Safranç, B., *Emotional aspects of psychological symptoms: the roles of parenting attitudes and emotion dysregulation* 2015.
90. Morris, A.S., et al., *The role of the family context in the development of emotion regulation*. Social development, 2007. 16(2): p. 361-388.
91. Ali, E., N. Letourneau, and K. Benzies, *Parent-Child Attachment: A Principle-Based Concept Analysis*. SAGE Open Nurs, 2021. 7: p. 23779608211009000.
92. Ainsworth, M.D.S., et al., *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. 1978, Oxford, England: Lawrence Erlbaum. xviii, 391-xviii, 391.
93. Fernandes, C., et al., *Early Attachment to Mothers and Fathers: Contributions to Preschoolers' Emotional Regulation*. Front Psychol, 2021. 12: p. 660866.
94. Malik, S., A. Wells, and A. Wittkowski, *Emotion regulation as a mediator in the relationship between attachment and depressive symptomatology: A systematic review*. J Affect Disord, 2015. 172: p. 428-44.

95. Carver, C. and M. Scheier, *Perspectives on psychology*. 1998: Cambridge University Press.
96. Gilliom, M., et al., *Anger regulation in disadvantaged preschool boys: Strategies, antecedents, and the development of self-control*. *Developmental Psychology*, 2002. 38(2): p. 222-235.
97. Contreras, J.M., et al., *Emotion regulation as a mediator of associations between mother-child attachment and peer relationships in middle childhood*. *J Fam Psychol*, 2000. 14(1): p. 111-24.
98. Kobak, R.R. and A. Sceery, *Attachment in Late Adolescence: Working Models, Affect Regulation, and Representations of Self and Others*. *Child Development*, 1988. 59(1): p. 135-146.
99. Mikulincer, M. and P.R. Shaver, *Attachment orientations and emotion regulation*. *Current Opinion in Psychology*, 2019. 25: p. 6-10.
100. Verhees, M., et al., *Attachment and the Development of Depressive Symptoms in Adolescence: The Role of Regulating Positive and Negative Affect*. *J Youth Adolesc*, 2021. 50(8): p. 1649-1662.
101. Kullik, A. and F. Petermann, *Attachment to Parents and Peers as a Risk Factor for Adolescent Depressive Disorders: The Mediating Role of Emotion Regulation*. *Child Psychiatry & Human Development*, 2013. 44(4): p. 537-548.
102. Li, J.-B., et al., *Parental attachment, self-control, and depressive symptoms in Chinese and Italian adolescents: Test of a mediation model*. *Journal of Adolescence*, 2015. 43: p. 159-170.
103. Onat, O. and M. Otrar, *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 2013. 31(31): p. 123-143.
104. Marganska, A., M. Gallagher, and R. Miranda, *Adult attachment, emotion dysregulation, and symptoms of depression and generalized anxiety disorder*. *Am J Orthopsychiatry*, 2013. 83(1): p. 131-41.
105. Waller, J.M., et al., *Co-rumination and co-problem solving in the daily lives of adolescents with major depressive disorder*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2014. 53(8): p. 869-78.
106. Biringen, Z. and M.A. Easterbrooks, *Emotional availability: concept, research, and window on developmental psychopathology*. *Dev Psychopathol*, 2012. 24(1): p. 1-8.
107. Biringen, Z., et al., *Emotional availability (EA): Theoretical background, empirical research using the EA Scales, and clinical applications*. *Developmental Review*, 2014. 34(2): p. 114-167.

108. Bretherton, I., *Emotional availability: An attachment perspective*. Attachment & Human Development, 2000. 2(2): p. 233-241.
109. De Wolff, M.S. and M.H. Van Ijzendoorn, *Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment*. Child development, 1997. 68(4): p. 571-591.
110. Biringen, Z., et al., *Maternal representation of the self as parent: Connections with maternal sensitivity and maternal structuring*. Attachment & human development, 2000. 2: p. 218-32.
111. Oyen, A.S., S. Landy, and C. Hilburn-Cobb, *Maternal attachment and sensitivity in an at-risk sample*. Attach Hum Dev, 2000. 2(2): p. 203-17.
112. Easterbrooks, M.A., G. Biesecker, and K. Lyons-Ruth, *Infancy predictors of emotional availability in middle childhood: the roles of attachment security and maternal depressive symptomatology*. Attach Hum Dev, 2000. 2(2): p. 170-87.
113. Tomlinson, M., P. Cooper, and L. Murray, *The mother-infant relationship and infant attachment in a South African peri-urban settlement*. Child Dev, 2005. 76(5): p. 1044-54.
114. Blum, R.W. and P.M. Rinehart, *Reducing the risk: Connections that make a difference in the lives of youth*. 1998: Division of General Pediatrics and Adolescent Health, University of Minnesota.
115. Dornbusch, S.M., et al., *The relation of family and school attachment to adolescent deviance in diverse groups and communities*. Journal of Adolescent Research, 2001. 16(4): p. 396-422.
116. Lum, J.J. and V. Phares, *Assessing the emotional availability of parents*. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 2005. 27: p. 211-226.
117. Biringen, Z., *Emotional availability: conceptualization and research findings*. Am J Orthopsychiatry, 2000. 70(1): p. 104-14.
118. Saunders, H., et al., *Emotional availability: theory, research, and intervention*. Front Psychol, 2015. 6: p. 1069.
119. Özdoğan, A.Ç. and F. Cenkeseven Önder, *Ergenlerde Reaktif-Proaktif Saldırganlık İle Ebeveyn Duygusal Erişilebilirliği: Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracı Rolü*. 2018, 2018. 43(194).
120. Steinberg, S.J. and J. Davila, *Romantic functioning and depressive symptoms among early adolescent girls: The moderating role of parental emotional availability*. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 2008. 37(2): p. 350-362.

121. Çörtük, A., *Genç yetişkinlerde ebeveyne duygusal erişebilirlik ve algılanan ebeveynlik biçiminin başa çıkma tutumları ile ilişkisi*. 2019, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
122. Karaoğlu, T., *Baba ve yetişkin kızları arasındaki ilişkide babaya duygusal erişilebilirlik ve algılanan ebeveyn biçiminin yetişkin kadınlarda duygusal tepkisellik ve dürtüsel davranışlar arasındaki ilişkinin incelenmesi*. 2018, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
123. Akbağ, M. and D. Ümmet, *Ana-babaya bağlanma ile öznel iyi oluş arasındaki ilişkide temel psikolojik ihtiyaçların doyumunun aracı rolü*. Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal, 2018. 8(50): p. 59-85.
124. Ferrari, L., et al., *Parent-child relationship and adoptees' psychological well-being in adolescence and emerging adulthood: Disentangling maternal and paternal contribution*. Family Science, 2015. 6(1): p. 77-86.
125. Steele, E.H. and C. McKinney, *Emerging adult psychological problems and parenting style: Moderation by parent-child relationship quality*. Personality and individual differences, 2019. 146: p. 201-208.
126. Soysal, A.Ş., et al., *Bebeklik dönemindeki bağlanma sürecine genel bir bakış*. Klinik Psikiyatri, 2005. 8(2): p. 88-99.
127. Akdemir, D. and F.Ç. Çetin, *Çocuk ve ergen psikiyatrisi bölümüne başvuran ergenlerin klinik özellikleri*. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 2008. 15(1): p. 5-13.
128. Doan, H.M. and A. Zimmerman, *Conceptualizing prenatal attachment: Toward a multidimensional view*. Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health, 2003. 18: p. 109-129.
129. Salter Ainsworth, M.D. and S.M. Bell, *Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation*, in *The Life Cycle: Readings in Human Development*. 1981, Columbia University Press. p. 57-71.
130. Ainsworth, M.S., *Attachments beyond infancy*. American psychologist, 1989. 44(4): p. 709.
131. Main, M. and J. Solomon, *Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern*, in *Affective development in infancy*. 1986, Ablex Publishing: Westport, CT, US. p. 95-124.
132. Ward, A., *Attachment and Childhood Development*. 2005. p. 103-120.
133. Brown, L.S. and J. Wright, *Attachment theory in adolescence and its relevance to developmental psychopathology*. Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice, 2001. 8(1): p. 15-32.

134. GÖKER, Z., *Ergen Ebeveynliği Bağlamında Bağlanma Teorisinin Gözden Geçirilmesi*. Türkiye Klinikleri Child Psychiatry-Special Topics, 2022. 8(3): p. 34-40.
135. van Ijzendoorn, M.H., C. Schuengel, and M.J. Bakermans-Kranenburg, *Disorganized attachment in early childhood: meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae*. Dev Psychopathol, 1999. 11(2): p. 225-49.
136. Chris Fraley, R., *Attachment Stability From Infancy to Adulthood: Meta-Analysis and Dynamic Modeling of Developmental Mechanisms*. Personality and Social Psychology Review, 2002. 6(2): p. 123-151.
137. Jones, J.D., et al., *Stability of Attachment Style in Adolescence: An Empirical Test of Alternative Developmental Processes*. Child Dev, 2018. 89(3): p. 871-880.
138. Kerstis, B., C. Åslund, and K. Sonnby, *More secure attachment to the father and the mother is associated with fewer depressive symptoms in adolescents*. Ups J Med Sci, 2018. 123(1): p. 62-67.
139. Bartholomew, K. and L.M. Horowitz, *Attachment styles among young adults: A test of a four-category model*. Journal of Personality and Social Psychology, 1991. 61(2): p. 226-244.
140. Collins, N.L. and B.C. Feeney. *Working Models of Attachment Shape Perceptions of Social Support: Evidence From Experimental and Observational Studies*. American Psychological Association [doi:10.1037/0022-3514.87.3.363]. 2004.
141. Sümer, N. and D. Güngör, *Yetişkin bağlanma stilleri ölçeklerinin Türk örnekleme üzerinde psikometrik değerlendirmesi ve kültürlerarası bir karşılaştırma*. Türk Psikoloji Dergisi, 1999. 14(43): p. 71-106.
142. Stanojević, T.S., *Adult Attachment and Prediction of Close Relationships*. Facta Universitatis-Philosophy, Sociology, Psychology and History, 2004(01): p. 67-81.
143. Kobak, R., et al., *Adolescent attachment hierarchies and the search for an adult pair-bond*. New Dir Child Adolesc Dev, 2007(117): p. 57-72.
144. Güvenir, T., *Bağlanma kuramı*. 2007, İstanbul: Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, 1.Basım. 41-53.
145. Nickerson, A. and R. Nagle, *Parent and Peer Attachment in Late Childhood and Early Adolescence*. Journal of Early Adolescence - J EARLY ADOLESCENCE, 2005. 25: p. 223-249.
146. Uytun, M., D.B. Öztop, and E. Eşel, *Ergenlik ve erişkinlikte bağlanma davranışının değerlendirilmesi*. Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences, 2013. 26(2): p. 177-189.

147. Bowlby, J., *Attachment and Loss*. 1969: Basic Books.
148. Cooper, M.L., P.R. Shaver, and N.L. Collins, *Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence*. Journal of personality and social psychology, 1998. 74(5): p. 1380.
149. Dykas, M.J., Y. Ziv, and J. Cassidy, *Attachment and peer relations in adolescence*. Attachment & human development, 2008. 10(2): p. 123-141.
150. Warren, S.L., et al., *Child and adolescent anxiety disorders and early attachment*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 1997. 36(5): p. 637-644.
151. De Ruiter, C. and M.H. Van Ijzendoorn, *Agoraphobia and anxious-ambivalent attachment: An integrative review*. Journal of Anxiety Disorders, 1992. 6(4): p. 365-381.
152. Lessard, J.C. and M.M. Moretti, *Suicidal ideation in an adolescent clinical sample: attachment patterns and clinical implications*. J Adolesc, 1998. 21(4): p. 383-95.
153. Levi-Belz, Y., et al., *Attachment patterns in medically serious suicide attempts: the mediating role of self-disclosure and loneliness*. Suicide Life Threat Behav, 2013. 43(5): p. 511-22.
154. Stovall-McClough, K.C. and M. Cloitre, *Unresolved attachment, PTSD, and dissociation in women with childhood abuse histories*. Journal of consulting and clinical psychology, 2006. 74(2): p. 219.
155. Rosenstein, D.S. and H.A. Horowitz, *Adolescent attachment and psychopathology*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1996. 64(2): p. 244-253.
156. Zachrisson, H.D. and F. Skårderud, *Feelings of insecurity: Review of attachment and eating disorders*. European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association, 2010. 18(2): p. 97-106.
157. DeKlyen, M. and M.T. Greenberg, *Attachment and psychopathology in childhood*. 2008.
158. Greenberg, M., *Attachment and psychopathology in childhood*. 1999.
159. Brumariu, L. and K. Kerns, *Parent-child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: A review of empirical findings and future directions*. Development and psychopathology, 2010. 22: p. 177-203.
160. Dagan, O., C.R. Facompré, and K. Bernard, *Adult attachment representations and depressive symptoms: A meta-analysis*. Journal of Affective Disorders, 2018. 236: p. 274-290.

161. Khan, F., et al., *Developmental trajectories of attachment and depressive symptoms in children and adolescents*. *Attach Hum Dev*, 2020. 22(4): p. 392-408.
162. Conradi, H.J. and P. de Jonge, *Recurrent depression and the role of adult attachment: a prospective and a retrospective study*. *J Affect Disord*, 2009. 116(1-2): p. 93-9.
163. Sund, A.M. and L. Wichstrøm, *Insecure attachment as a risk factor for future depressive symptoms in early adolescence*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2002. 41(12): p. 1478-85.
164. Dozois, D. and A. Beck, *Cognitive Schemas, Beliefs and Assumptions*. 2008. p. 119-143.
165. Beck, A.T., *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. 1967: Hoeber Medical Division, Harper & Row.
166. Brenning, K.M., et al., *Attachment and depressive symptoms in middle childhood and early adolescence: Testing the validity of the emotion regulation model of attachment*. *Personal Relationships*, 2012. 19(3): p. 445-464.
167. Banasr, M., et al., *Characterization of GABAergic marker expression in the chronic unpredictable stress model of depression*. *Chronic Stress (Thousand Oaks)*, 2017. 1.
168. Juster, R.P., B.S. McEwen, and S.J. Lupien, *Allostatic load biomarkers of chronic stress and impact on health and cognition*. *Neurosci Biobehav Rev*, 2010. 35(1): p. 2-16.
169. Hyde, C.L., et al., *Identification of 15 genetic loci associated with risk of major depression in individuals of European descent*. *Nature Genetics*, 2016. 48(9): p. 1031-1036.
170. Cyr, C., et al., *Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: a series of meta-analyses*. *Dev Psychopathol*, 2010. 22(1): p. 87-108.
171. Jaremka, L.M., M.E. Lindgren, and J.K. Kiecolt-Glaser, *Synergistic relationships among stress, depression, and troubled relationships: insights from psychoneuroimmunology*. *Depress Anxiety*, 2013. 30(4): p. 288-96.
172. AKTEPE, E., *Bağlanma Teorisinin Kökenleri: John Bowlby ve Mary Ainsworth*. *Türkiye Klinikleri Child Psychiatry-Special Topics*, 2022. 8(3): p. 1-8.
173. Brisch, K.H., *Treating attachment disorders: From theory to therapy*. 2012: Guilford press.

174. Biller Henry, B., *Fathers and families: Paternal factors in child development*. Westport, CT: Auburn House, 1993.
175. Day, R.D. and L.M. Padilla-Walker, *Mother and father connectedness and involvement during early adolescence*. Journal of Family Psychology, 2009. 23(6): p. 900-904.
176. Demidenko, N., I. Manion, and C.M. Lee, *Father–daughter attachment and communication in depressed and nondepressed adolescent girls*. Journal of Child and Family Studies, 2015. 24: p. 1727-1734.
177. Puissant, S.P., J.M. Gauthier, and R. Van Oirbeek, *The contribution of social rank and attachment theory to depression in a non clinical sample of adolescents*. Span J Psychol, 2011. 14(2): p. 832-42.
178. De Luca, S.M., P. Wyman, and K. Warren, *Latina adolescent suicide ideations and attempts: associations with connectedness to parents, peers, and teachers*. Suicide Life Threat Behav, 2012. 42(6): p. 672-83.
179. Mattheß, J., et al., *Past attachment experiences, the potential link of mentalization and the transmission of behavior to the child by mothers with mental health problems: cross-sectional analysis of a clinical sample*. 2023.
180. Waters, E., et al., *Attachment security in infancy and early adulthood: A twenty-year longitudinal study*. Child development, 2000. 71(3): p. 684-689.
181. Fonagy, P., H. Steele, and M. Steele, *Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age*. Child Dev, 1991. 62(5): p. 891-905.
182. Raby, K.L., et al., *Continuities and changes in infant attachment patterns across two generations*. Attach Hum Dev, 2015. 17(4): p. 414-28.
183. Besser, A. and B. Priel, *The apple does not fall far from the tree: attachment styles and personality vulnerabilities to depression in three generations of women*. Pers Soc Psychol Bull, 2005. 31(8): p. 1052-73.
184. Brenning, K., et al., *The role of depressogenic personality and attachment in the intergenerational similarity of depressive symptoms: A study with early adolescents and their mothers*. Personality and Social Psychology Bulletin, 2011. 37(2): p. 284-297.
185. George, C. and J. Solomon, *Representational Models of Relationships: Links between Caregiving and Attachment*. Infant Mental Health Journal, 1998. 17: p. 198-216.
186. Verhage, M.L., et al., *Narrowing the transmission gap: A synthesis of three decades of research on intergenerational transmission of attachment*. Psychol Bull, 2016. 142(4): p. 337-366.

187. Lucassen, N., et al., *The association between paternal sensitivity and infant-father attachment security: a meta-analysis of three decades of research*. J Fam Psychol, 2011. 25(6): p. 986-92.
188. Shenaar-Golan, V., U. Yatzkar, and Y. Yaffe, *Paternal Feelings and Child's Anxiety: The Mediating Role of Father-Child Insecure Attachment and Child's Emotional Regulation*. Am J Mens Health, 2021. 15(6): p. 15579883211067103.
189. Kaufman, J., et al., *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1997. 36(7): p. 980-8.
190. Gokler, B., et al., *Reliability and Validity of Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime Version-Turkish Version (K-SADS-PL-T)*. Turk J Child Adolesc Ment Health, 2004. 11: p. 109-116.
191. Mayes, T.L., et al., *Psychometric properties of the Children's Depression Rating Scale-Revised in adolescents*. J Child Adolesc Psychopharmacol, 2010. 20(6): p. 513-6.
192. Guney, S.A., H.B. Baykara, and N.I. Emiroglu, *Psychometric properties of the Turkish adaptation of the Children's Depression Rating Scale: revised in Turkish adolescents/Cocuklar icin Depresyon Degerlendirme Olcegi Revize Formunun Turk populasyonundaki ergenlerde psikometrik ozellikleri*. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2018. 19(S1): p. 41-49.
193. Garnefski, N., V. Kraaij, and P. Spinhoven, *Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems*. Personality and Individual Differences, 2001. 30: p. 1311-1327.
194. Griffin, D.W. and K. Bartholomew, *The metaphysics of measurement: The case of adult attachment*, in *Attachment processes in adulthood*. 1994, Jessica Kingsley Publishers: London, England. p. 17-52.
195. Derogatis, L.R., *The Brief Symptom Inventory (BSI) : administration, scoring & procedures manual-II*. 2nd ed. 1992, [Towson, Md.]: Clinical Psychometric Research.
196. hisli sahin, N. and A. Batigün, *Kisa Semptom Envanteri: Türk gençleri için uyarlanması*. Türk Psikoloji Dergisi, 1994. 9: p. 44-56.
197. Gökçe, G., *Ebeveynin duygusal erişilebilirliği ve genel psikolojik sağlık: Duygu düzenleme, kişilerarası ilişki tarzı ve sosyal desteğin rolü*. Ankara Üniversitesi, Ankara, 2013.

198. Avenevoli, S., et al., *Major depression in the national comorbidity survey-adolescent supplement: prevalence, correlates, and treatment*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2015. 54(1): p. 37-44.e2.
199. *Yükseköğretim İstihdam Göstergeleri, 2023*. 2024 [18.07.2024]; Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Yuksekogretim-Istihdam-Gostergeleri-2023-53466#:~:text=Lisans%20mezunlarının%20kayıtlı%20istihdam%20oranı,%67%2C7%20olarak%20hesaplandı.>
200. Zoroglu, S.S., et al., *Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation*. Psychiatry Clin Neurosci, 2003. 57(1): p. 119-26.
201. Lülecı, S., *Kendini yaralama davranışı olan ergenlerin psikiyatrik ve sosyokültürel özellikleri*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, TC Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2007.
202. Tuisku, V., et al., *Depressed adolescents as young adults—predictors of suicide attempt and non-suicidal self-injury during an 8-year follow-up*. Journal of affective disorders, 2014. 152: p. 313-319.
203. Soylu, N., Y. TANELİ, and S. Taneli, *Depresyonu Olan Ergenlerde İntihar Davranışını Etkileyen Sosyal, Emosyonel ve Kognitif Faktörlerin Araştırılması*. Archives of Neuropsychiatry/Nöropsikiyatri Arşivi, 2013. 50(4).
204. Sayar, M.K., M. Öztürk, and B. Acar, *Aşırı dozda ilaç alımıyla intihar girişiminde bulunan ergenlerde psikolojik etkenler*. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 2000. 10(3): p. 133-138.
205. Fergusson, D.M., L.J. Woodward, and L.J. Horwood, *Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood*. Psychological Medicine, 2000. 30(1): p. 23-39.
206. Luyten, P. and P. Fonagy, *The stress-reward-mentalizing model of depression: An integrative developmental cascade approach to child and adolescent depressive disorder based on the Research Domain Criteria (RDoC) approach*. Clin Psychol Rev, 2018. 64: p. 87-98.
207. Farooqui, M., et al., *Bidirectionality of smoking and depression in adolescents: a systematic review*. Trends in Psychiatry and Psychotherapy, 2023. 45: p. e20210429.
208. Mete, B., V. Söyiler, and E. Pehlivan, *Adölesanlarda sigara içme ve madde kullanma prevalansı*. Bağımlılık Dergisi, 2020. 21(1): p. 64-71.

209. Wu, L.T. and J.C. Anthony, *Tobacco smoking and depressed mood in late childhood and early adolescence*. Am J Public Health, 1999. 89(12): p. 1837-40.
210. Goodman, E. and J. Capitman, *Depressive symptoms and cigarette smoking among teens*. Pediatrics, 2000. 106(4): p. 748-55.
211. Martini, S., F.A. Wagner, and J.C. Anthony, *The association of tobacco smoking and depression in adolescence: evidence from the United States*. Subst Use Misuse, 2002. 37(14): p. 1853-67.
212. SARI, B.A., *Mizaç özellikleri ve gelişime etkileri*. Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics, 2018. 4(1): p. 5-9.
213. Kahraman, Ö.G., A. Özyürek, and N. Arabacı, *Okul Öncesi Dönem Çocuklarının Mizaç Özellikleri ve Anne-Çocuk İletişimi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2023. 25(2): p. 438-455.
214. Yoldaş, C. and H. Demircioğlu, *Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Psikososyal Risk Faktörleri ve Koruyucu Unsurlar*. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2019. 18(1): p. 40-48.
215. Letcher, P., et al., *Parenting style as a moderator of the effect of temperament on adolescent externalising and internalising behaviour problems*. The Australian Educational and Developmental Psychologist, 2004. 19(2): p. 5-34.
216. Cabrera, N., et al., *The Ecology of Father-Child Relationships: An Expanded Model*. Journal of Family Theory & Review, 2014. 6.
217. Akbaş, Ö.Z., *Günümüzde erkeklerin gözünden babalık ve aile*. Akdeniz İnsani Bilimler Dergisi, 2013. 3(2): p. 297-328.
218. Rollè, L., et al., *Prenatal Attachment and Perinatal Depression: A Systematic Review*. Int J Environ Res Public Health, 2020. 17(8).
219. KIRKAN, T.S. and N. AYDIN, *GEBELİK VE DOĞUM SONRASI DÖNEMDE DEPRESYON YAYGINLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER: BİR İZLEM ÇALIŞMASI*.
220. Rice, F., G. Harold, and A. Thapar, *The genetic aetiology of childhood depression: a review*. J Child Psychol Psychiatry, 2002. 43(1): p. 65-79.
221. Løchen, K.G., *Depressive symptoms in fathers and their adolescent offspring: Findings from a multi-informant two-wave study*. 2015.
222. McCauley, E., et al., *Depression in young people: Initial presentation and clinical course*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 1993. 32(4): p. 714-722.

223. Bozukluklarında, D., *Çocuk ve Ergenlerde Duygudurum Bozukluklarında Prognoz ve Öngörücü Faktörler*. Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics, 2016. 2(1): p. 96-100.
224. Brent, D. and F. Maalouf, *Depressive disorders in childhood and adolescence*, in *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. 2015. p. 874-892.
225. Lundervold, A.J., et al., *Co-occurring symptoms of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a population-based sample of adolescents screened for depression*. BMC Psychiatry, 2016. 16: p. 1-10.
226. Lewinsohn, P.M., P. Rohde, and J.R. Seeley, *Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications*. Clin Psychol Rev, 1998. 18(7): p. 765-94.
227. Wirback, T., et al., *Social factors in childhood and risk of depressive symptoms among adolescents-a longitudinal study in Stockholm, Sweden*. International Journal for Equity in Health, 2014. 13: p. 1-11.
228. Mitchell, J., et al., *Phenomenology of depression in children and adolescents*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1988. 27(1): p. 12-20.
229. Lorenzo-Luaces, L., N. Rodriguez-Quintana, and A.J. Bailey, *Double trouble: Do symptom severity and duration interact to predicting treatment outcomes in adolescent depression?* Behav Res Ther, 2020. 131: p. 103637.
230. McCauley, E., et al., *Depression in young people: initial presentation and clinical course*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1993. 32(4): p. 714-22.
231. Sheeber, L.B., et al., *Adolescents' relationships with their mothers and fathers: associations with depressive disorder and subdiagnostic symptomatology*. J Abnorm Psychol, 2007. 116(1): p. 144-54.
232. Kenny, M.E., et al., *Longitudinal Pathways Linking Adolescent Reports of Maternal and Paternal Attachments to Psychological Well-Being*. The Journal of Early Adolescence, 1998. 18(3): p. 221-243.
233. Miller, C.H., et al., *Meta-analysis of Functional Neuroimaging of Major Depressive Disorder in Youth*. JAMA Psychiatry, 2015. 72(10): p. 1045-53.
234. Lunkenheimer, E.S., A.M. Shields, and K.S. Cortina, *Parental emotion coaching and dismissing in family interaction*. Social Development, 2007. 16(2): p. 232-248.
235. Biglan, A., et al., *Problem-solving interactions of depressed women and their husbands*. Behavior Therapy, 1985. 16(5): p. 431-451.
236. Shortt, J.W., et al., *Emotion socialization in the context of risk and psychopathology: Mother and father socialization of anger and sadness in adolescents with depressive disorder*. Soc Dev, 2016. 25(1): p. 27-46.

237. Branje, S.J.T., et al., *Longitudinal Associations Between Perceived Parent-Child Relationship Quality and Depressive Symptoms in Adolescence*. Journal of Abnormal Child Psychology, 2010. 38(6): p. 751-763.
238. Kahraman, M. and E. İkiz, *Ergenlerin Ebeveyn Duygusal Erişilebilirliği, Benlik Kurgusu ve Bilişsel Esneklik Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi*. Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi, 2021(52): p. 58-76.
239. Madigan, S., et al., *Attachment and internalizing behavior in early childhood: a meta-analysis*. Dev Psychol, 2013. 49(4): p. 672-89.
240. Aybı Turanoğlu, M., *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kliniğine Başvuran Ergenlerde ve Annelerinde Geçmiş Travma Öyküleri, Bağlanma Özellikleri, Zihinselleştirme Becerileri ve Ebeveynlerin Duygusal Erişilebilirliklerinin İncelenmesi*. 2023.
241. Müjdecioglu-Demir, G., *Kendine zarar verme davranışı ve/veya intihar girişimi olan ergenlerde çocukluk çağı travmaları ve bağlanma stillerinin değerlendirilmesi (Uzmanlık tezi)*. Akdeniz Üniversitesi, Antalya, 2017.
242. Groh, A.M., et al., *The Significance of Insecure and Disorganized Attachment for Children's Internalizing Symptoms: A Meta-Analytic Study*. Child Development, 2012. 83(2): p. 591-610.
243. Fearon, R.P., et al., *The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: a meta-analytic study*. Child Dev, 2010. 81(2): p. 435-56.
244. Liu, Y.-L., *An Examination of Three Models of the Relationships between Parental Attachments and Adolescents' Social Functioning and Depressive Symptoms*. Journal of Youth and Adolescence, 2008. 37(8): p. 941-952.
245. Shochet, I.M., et al., *How do school connectedness and attachment to parents interrelate in predicting adolescent depressive symptoms?* J Clin Child Adolesc Psychol, 2008. 37(3): p. 676-81.
246. Allen, J.P., et al., *Stability and change in attachment security across adolescence*. Child Dev, 2004. 75(6): p. 1792-805.
247. Lee, A. and B.L. Hankin, *Insecure attachment, dysfunctional attitudes, and low self-esteem predicting prospective symptoms of depression and anxiety during adolescence*. J Clin Child Adolesc Psychol, 2009. 38(2): p. 219-31.
248. Puissant, S.P., J.-M. Gauthier, and R. Van Oirbeek, *The Contribution of Social Rank and Attachment Theory to Depression in a Non Clinical Sample of Adolescents*. The Spanish journal of psychology, 2011. 14(2): p. 832-842.

249. Margolese, S.K., D. Markiewicz, and A.B. Doyle, *Attachment to parents, best friend, and romantic partner: Predicting different pathways to depression in adolescence*. Journal of Youth and Adolescence, 2005. 34(6): p. 637-650.
250. Becker-Stoll, F., A. Delius, and S. Scheitenberger, *Adolescents' nonverbal emotional expressions during negotiation of a disagreement with their mothers: An attachment approach*. International Journal of Behavioral Development - INT J BEHAV DEV, 2001. 25: p. 344-353.
251. Nelemans, S.A., et al., *Discrepancies Between Perceptions of the Parent-Adolescent Relationship and Early Adolescent Depressive Symptoms: An Illustration of Polynomial Regression Analysis*. J Youth Adolesc, 2016. 45(10): p. 2049-63.
252. Chen, W., et al., *Perceived social support and self-esteem as mediators of the relationship between parental attachment and life satisfaction among Chinese adolescents*. Personality and Individual Differences, 2017. 108: p. 98-102.
253. Wong, M.S., et al., *Parental beliefs, infant temperament, and marital quality: associations with infant-mother and infant-father attachment*. J Fam Psychol, 2009. 23(6): p. 828-38.
254. Cox, M.J., et al., *Prediction of infant-father and infant-mother attachment*. Developmental Psychology, 1992. 28(3): p. 474.
255. Cheung, R.Y.M., L.Y. Chan, and K.K.H. Chung, *Emotion dysregulation between mothers, fathers, and adolescents: Implications for adolescents' internalizing problems*. J Adolesc, 2020. 83: p. 62-71.
256. Garnefski, N., V. Kraaij, and M. van Etten, *Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and internalizing and externalizing psychopathology*. Journal of adolescence, 2005. 28(5): p. 619-631.
257. Jinyao, Y., et al., *Insecure attachment as a predictor of depressive and anxious symptomology*. Depression and anxiety, 2012. 29(9): p. 789-796.
258. Kesebir, S., S.Ö. Kavzoğlu, and M.F. Üstündağ, *Bağlanma ve Psikopatoloji*. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2011. 3(2): p. 321-342.
259. Bifulco, A., et al., *Adult attachment style. II: Its relationship to psychosocial depressive-vulnerability*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2002. 37(2): p. 60-67.
260. Meredith, P.J., J. Strong, and J.A. Feeney, *The relationship of adult attachment to emotion, catastrophizing, control, threshold and tolerance, in experimentally-induced pain*. Pain, 2006. 120(1-2): p. 44-52.

261. Clear, S.J., et al., *Common and distinct correlates of depression, anxiety, and aggression: Attachment and emotion regulation of sadness and anger*. Journal of Adult Development, 2020. 27(3): p. 181-191.
262. Li, M., et al., *Relationship between paternal adult attachment and adolescent anxiety: The chain-mediating effect of paternal psychological flexibility and father-adolescent attachment*. Int J Psychol, 2022. 57(3): p. 411-419.
263. Zeegers, M.A.J., et al., *Mind matters: A meta-analysis on parental mentalization and sensitivity as predictors of infant-parent attachment*. Psychol Bull, 2017. 143(12): p. 1245-1272.
264. Lewis, G., et al., *The association between paternal and adolescent depressive symptoms: evidence from two population-based cohorts*. The Lancet Psychiatry, 2017. 4(12): p. 920-926.
265. Narayanan, M.K. and A. Nærde, *Associations between maternal and paternal depressive symptoms and early child behavior problems: Testing a mutually adjusted prospective longitudinal model*. Journal of affective disorders, 2016. 196: p. 181-189.
266. Agerup, T., et al., *Associations Between Parental Attachment and Course of Depression Between Adolescence and Young Adulthood*. Child Psychiatry Hum Dev, 2015. 46(4): p. 632-42.
267. Hughes, E.K. and E. Gullone, *Reciprocal relationships between parent and adolescent internalizing symptoms*. Journal of Family Psychology, 2010. 24(2): p. 115.
268. Boulet, J. and M.W. Boss, *Reliability and validity of the Brief Symptom Inventory*. Psychological Assessment: a journal of consulting and clinical psychology, 1991. 3(3): p. 433.
269. Martins, E., M. Freire, and F. Ferreira-Santos, *Examination of adaptive and maladaptive cognitive emotion regulation strategies as transdiagnostic processes: associations with diverse psychological symptoms in college students*. 2016.
270. Tuna, E. and Ö. Bozo, *The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Factor structure and psychometric properties of the Turkish version*. Journal of psychopathology and behavioral assessment, 2012. 34: p. 564-570.

8.EKLER

EK-1: ETİK KURUL ONAYI



EK-2:SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU-ERGEN

Aşağıdaki soruları okuyunuz ve sizin için doğru olan seçenekleri daire içine alarak; açıklama istenen sorularda ise yazarak yanıt veriniz.

- 1) Adınız soyadınız: 2) Başvuru tarihiniz:
- 3) Doğum tarihiniz:/...../..... 4) Cinsiyetiniz: 1. Erkek
2.Kadın
- 5) Kaçıcı sınıfa gidiyorsunuz:
- 6) Telefon:
- 7) Anne ve Babanız;
 - a. Birlikteler b. Boşandılar
 - c. Boşanmadılar ancak ayrı yaşıyorlar
 - d. Ayrı yaşıyorlarsa ne zaman ayrıldılar, kiminle kaldınız, diğer ebeveynle ne sıklıkta görüşüyorsunuz?
- 8) Kaç kardeşiniz var, varsa kaç tane?
 - a. Tek çocuğum b..... tane kardeşim var.
- 9) Evlat edinilme durumunuz var mı?:
 - a. Hayır b. Evet
- 10) Babanızın eğitim düzeyine ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz
 - a. Okula gitmemiş b. İlkokul c. Ortaokul
 - d. Lise e. Üniversite
- 11) Annenizin eğitim düzeyine ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz
 - a. Okula gitmemiş b. İlkokul c. Ortaokul
 - d. Lise e. Üniversite
- 12)Babanızın mesleği:
 - a. İşçi b. Esnaf/Tüccar c. Memur
 - d. Çiftçi e. Serbest meslek (doktor, avukat vb)
 - f. Çalışmıyor
- 13) Annenizin mesleği:
 - a. İşçi b. Esnaf/Tüccar. c. Memur d. Çiftçi
 - e. Serbest meslek (doktor, avukat vb.) f. Çalışmıyor
- 14) Sizde önemli bir tıbbi rahatsızlık var mı?
 - a.Hayır b. Evet
 - Varsa (Açıklayınız).....
- 15) Şimdiye dek hiç psikiyatrist ya da psikoloğa gittiniz mi?
 - a. Hayır b. Evet

16) Halen size uygulanmaya devam edilen psikiyatrik tedaviye ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz

- a. Yok b. İlaç c. Psikoterapi
d. İlaç+psikoterapi e. Diğer yöntemler

17) Depresif şikayetleriniz ne zaman başladı?

18) Sigara kullanımınıza ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz

- a. Hiç kullanmam b. Bir iki kez c. Ayda birkaç kez
d. Haftada birkaç kez e. Her gün

19) Alkol kullanımınıza ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz

- a. Hiç b. Çok seyrek c. Ara sıra
d. Sık sık e. Sürekli

20) Uyuşturucu kullanımınıza ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz

- a. Hiç b. Çok seyrek c. Ara sıra
d. Sık sık e. Sürekli

21) Ailenizde siz hariç, kendini yaralama davranışı, intihar girişiminin varlığına ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz

- a. Yok b. Anne c. Baba
d. Kardeş e. Yakın akraba

22) Kendinizi yaraladığınız oldu mu?

- a. Hayır b. Evet

23) Daha önce intihar girişiminde bulundunuz mu? Bulunduysanız kaç kez bulundunuz?

- a. Hayır b. Evet

24) Yakın bir zamanda önemli bir yaşam olayı (bir yakının kaybı, depresyon, ciddi bir kaza yaşamak vb.) yaşadınız mı?

- a. Hayır b. Evet

25) Ailenizde suça karışmış olan var mı?

- a. Hayır b. Evet

Evetse kim/kimler ne şekilde?

(Açıklayınız).....

26) Ailenizde alkol ve/veya uyuşturucu madde kullanan var mı?

- a. Hayır b. Evet

Evetse kim/kimler ne kullanıyor? (Açıklayınız)

27) Aileniz içinde şiddet var mı?

- a. Hayır b. Evet

28) Annenizle babanız arasında şiddetli evlilik sorunları var mı?

- a. Hayır b. Evet

EK-3:SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU-BABA

Aşağıdaki soruları okuyunuz ve sizin için doğru olan seçenekleri daire içine alarak;açıklama istenen sorularda ise yazarak yanıt veriniz.

- 1) Ailenizin ortalama aylık geliri:
a. (0-10.000 TL) b. (10.000-20.000 TL) c. (20.000tl-üstü)
- 2) Çocuğunuzda herhangi bir psikiyatrik hastalık var mı? Varsa ilk ne zaman başladı?
a. Yok b. Var
- 3) Sizce çocuğunuz bir yaşına kadar nasıl bir bebektir?
a.Kolay bakılan bir bebek
b. Zor bir bebek
c. Ne kolay ne zor bir bebek
- 4) Doğum sonrası yoğun bakım/ küvöz öyküsü var mı?
a. Yok b. Var Süresi:
- 5) Anne doğum sonrasında ne zaman çalışmaya başladı?
- 6) Anne hamilelik sırasında ve sonrasında psikolojik sıkıntı yaşadı mı?
a. Hayır b. Evet
- 7) Ailenizde ruhsal/psikolojik rahatsızlığı olan var mı?
a. Hayır b. Evet
Evetse kimin/kimlerin ne rahatsızlığı var?
(Açıklayınız).....
- 8)Ailenizde önemli tıbbi rahatsızlığı olan var mı?
a. Hayır b. Evet
Evetse kimin/kimlerin ne rahatsızlığı var?
(Açıklayınız).....
- 8) Günde ortalama kaç saat çocuğunuzla aynı odada oluyorsunuz?
a. Hiç b. 0-1 saat c. 2-4 saat d. 4 saatten fazla
- 9) Çocuğunuzun psikiyatri muayenelerine genelde kim eşlik eder? Bu kişi siz değilseniz neden?
a. Anne b. Baba
1- İş dolayısıyla muayene saatleri uymuyor
2- Annesi çocuğun ruhsal durumu hakkında daha hakim
3- Diğer..
- 10) Planlanmış bir gebelik miydi ?
a. Hayır b. Evet

11) Anne sütü ne kadar aldı?

- a.Bilmiyorum
- b.1 seneden az
- c.1 seneden fazla

12) ocuęunuza 0-1 yaş, 1-3 yaş ve 3-6 yaş arası kim büyüttü?

- a.Anne-Baba
 - b. Büyükanne-büyükbaba
 - c. Akraba
 - d. Yetiştirme yurdu
- 0-1 yaş-
1-3 yaş-
3-6 yaş-

14) 3 yaşına kadar anneden ayrı kaldığı bir dönem oldu mu? Olduysa ne kadar süre?

- a. Hayır
- b. Evet...Süre

EK-4: ÇDDÖ-R

**ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON DEĞERLENDİRME
ÖLÇEĞİ, GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ FORMU (ÇDDÖ-R)
UYGULAMA KİTAPÇIĞI**

Çocuğun İsmi:

Kimlik No:

Yaş:

Cinsiyet: Kız ☐

Erkek ☐

Etnik Köken:

Görüşmeni Yapıldığı Tarih:

Görüşmeci:

Görüşme Yapılan Kişiler: ☐ Çocuk

☐ Anne

☐ Baba

☐ Diğer

(Belirtiniz).....

***Not:* Bu özet sayfanın geri kalanı, yalnızca bu uygulama kitapçığı çocuğun “Çocuklar için depresyon değerlendirme ölçeği” görüşmesinin skorlanması için kullanıldıysa tamamlanmalıdır. (Kitapçığın son sayfasının en altında yer alan talimatlar kısmına bakınız)**

Persentil	2	10	20	30	40	50	60	70	80	90	95	99																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
Ham Skor	17	1	20	1	1	1	1	30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

ÇDDÖ-R Ham Özet Skoru :

ÇDDÖ-R T-Skoru:

Çocuklar İçin depresyon değerlendirme Ölçeği T-Skorunun Yorumlanması

√	T-skor aralığı	Yorum
	39 ve altı	Bu kadar düşük skorlar oldukça seyrek gözlenir. Başkalarından bilgiedinilmesine ihtiyaç vardır, böylesine sık rastlanmayan skorlar ağır bir inkar durumuyla ilişkili olabilir.
	40-54	Depresif bozukluk tanısı pek olası görünmemektedir, ileri değerlendirme ile doğrulanmalıdır.
	55-64	Depresif bozukluğun kapsamlı bir tanı koydurucu değerlendirme ile doğrulanması olasıdır. Aşağıdaki durumlardan herhangi biri varsa mutlaka ileri değerlendirme yapılmalıdır: ● Semptomların görüldüğü herhangi bir alanda semptomların şiddetinin orta ile ağır arasında skorlanması ● Özkıym düşüncelerinin 3 ya da daha yüksek olarak skorlanması ● Depresif duygudurumun (eğlenememe, depresif duygular, deprese yüz afekt veya iritabilite vs.) klinik olarak belirgin olduğunu gösteren kronik gidiş (1 yıl ya da daha fazla vs.)
	65-74	Kapsamlı bir tanı değerlendirmesi ile doğrulanması kuvvetle muhtemel bir depresif bozukluk tanısı. İleri değerlendirme mutlaka yapılmalıdır..
	75-84	Doğrulanması kuvvetle muhtemel bir depresif bozukluk tanısı. İleri değerlendirme mutlaka yapılmalıdır.
	85 ve üzeri	Nerdeyse kesin bir biçimde depresif bozukluk tanısı. Acilen değerlendirilerek müdahale edilmelidir.

Tüm Kaynaklardan Elde Edilen Ölçümlerin Karşılaştırılması

Ölçümün Yapıldığı Kaynaklar

Değerlendirilen Belirti	Çocuk							Ebeveynler							Diğer							Çocuğa ait en iyi tanımlama						
Okul İşlevselliği	1	2	3	4	5			1	2	3	4	5			1	2	3	4	5			1	2	3	4	5		
Anhedoni	1	2	3	4	5			1	2	3	4	5			1	2	3	4	5			1	2	3	4	5		
Sosyal İçe çekilme	1	2	3	4	5			1	2	3	4	5			1	2	3	4	5			1	2	3	4	5		
Uyku Bozukluğu	1	2	3	4	5			1	2	3	4	5			1	2	3	4	5			1	2	3	4	5		
İştahta Bozulma	1	2	3	4	5			1	2	3	4	5			1	2	3	4	5			1	2	3	4	5		
Aşırı Yorgunluk	1	2	3	4	5			1	2	3	4	5			1	2	3	4	5			1	2	3	4	5		
Fiziksel Yakınmalar	1	2	3	4	5			1	2	3	4	5			1	2	3	4	5			1	2	3	4	5		
İrritabilite	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Aşırı Suçluluk Duyma	1	2	3	4	5			1	2	3	4	5			1	2	3	4	5			1	2		3	4	5	
Düşük Özgüven	1	2	3	4	5			1	2	3	4	5			1	2	3	4	5			1	2	3	4	5		
Depresif Duygular	1	2	3	4	5			1	2	3	4	5			1	2	3	4	5			1	2	3	4	5		
Morbid düşünce	1	2	3	4	5			1	2	3	4	5			1	2	3	4	5			1	2	3	4	5		
Özkıyım Düşünceleri	1	2	3	4	5			1	2	3	4	5			1	2	3	4	5			1	2	3	4	5		
Aşırı Ağlama	1	2	3	4	5			1	2	3	4	5			1	2	3	4	5			1	2	3	4	5		

Gözlemci Tarafından Puanlanan Sözel Olmayan Davranışlar	Çocuk							Ebeveynler	Diğer	Çocuğa ait en iyi tanımlama						
Depresif Yüz Afekti	1	2	3	4	5	6	7			1	2	3	4	5	6	7
Cansız Konuşma	1	2	3	4	5	6	7			1	2	3	4	5	6	7
Hipoaktivite	1	2	3	4	5	6	7			1	2	3	4	5	6	7

=Belirgin bir güçlük yok

=Klinik olarak belirgin zorluklar

=Ağır klinik olarak belirgin zorluklar

Yönerge: Bu çocuk için; her semptom alanını puanlarken; kutucuk içine yalnızca bir sayıyı yazın. Puanlama yapmak için yetersiz bilgi mevcutsa kutunun içine **PY** ("Puanlama Yapılmadı") yazın.

1. OKUL İŞLEVSELLİĞİNDE BOZULMA

- Okulda aldığın notlar nasıl? (Geçen seneye ya da geçen yarıyla göre fark var mı?)
- Okuldan hoşlanır mısın, hoşlanmaz mısın? (Hangi açılardan?)
- Öğretmenlerin ya da ailen daha iyi olman gerekirdi diye düşünürleri mi? (Neden? Sen de buna katılıyor musun?)
- Dikkatini vermekte zorluk yaşıyor musun? Neden? (Sana verilen görevi yapman diğer çocuklara oranla daha mı uzun sürüyor? Öğretmen sık sık dinlemen için seni uyarıyor mu? Diğer çocuklar seni rahatsız ediyor mu? Gün içinde dalıp gitmelerin oluyor mu?)
- TV'ye dikkatini vermekte zorluğun oluyor mu?
- Oyun oynarken oyuna dikkatini vermekte zorlandığın oluyor mu?
- Bu yeni ortaya çıkan bir sorun mu? Neden?

Okul işlevselliği çocuğun yapabilirlikleri ile uyumlu	1
	2
Okul işlevselliğinde ve/veya konsantrasyon kabiliyetinde azalma.....	3
	4
Pek çok konuda gösterilen performansta yaşanan belirgin bozulma.....	5
	6
Performans göstermek için hiç motive olamama.....	7
Yorumlar.....	

2. EĞLENMEDE/KEYİF ALMADAGÜÇLÜK ÇEKME

- Eğlenmek için ne yapmaktan hoşlanırsın? (Ayrıntıları tartışın.)
- Ne kadar sıklıkta eğlenirsin?
- Hiç sıkıldığın olur mu? (Ne sıklıkta?)
- TV’de ne izlemekten hoşlanırsın?
- Beğendiğin TV programlarında hoşlandığın şeylerin ne olduğunu bana anlatabilir misin? (Çocuk programı pasif olarak mı izliyor, programa kendini kaptırıyor mu? Karar vermeye çalışın.)

İlgi alanları ve yaptığı aktiviteler çocuğun yaşı, kişiliği vesosyal çevresi ile gerçekçi olarak uyumludur. En az geçtiğimiz 2 hafta süresince gözlenen davranışları her zamanki gibidir, belirgin bir değişiklik olmamıştır. Can sıkıntısı benzeri duygular kısa sürelerle gözlenebilir.

Bazı aktiviteleri günlük olarak değil de haftada birkaç kez gerçeğe uygun olacak şekilde keyif verici olarak tanımlar. İlgi gösterir ancak hevesli değildir.

Kolayca sıkılır. Günlük yaşantısından “ yapacak bir şey yok” şeklinde şikayetçidir. Yapılandırılmış aktivitelere “ ne olup bittiğini gözden geçirme” amacı ile katılır. (Gerçekte) günlük ya da haftalıktan daha seyrek olan aktivitelere, başlangıçta ilgi gösterebilir.

Herhangi bir aktiviteye katılmak için girişimde bulunmaz. Kendisini esasen pasif olarak tanımlamaktadır. Başkalarının oyun oynamasını ya da T.V’yi izler ama çok az ilgilidir. Bir aktiviteye katılmak için çok dil dökmek ve/veya zorlamak gereklidir. Hiç heves ya da gerçekten ilgi göstermez. Aktiviteleri isimlendirme de güçlük yaşar.

Yorumlar.....

3. SOSYAL İÇEÇEKİLME

- Birlikte oyun oynadığın arkadaşların var mı? (Evde mi? Okulda mı? Hangi oyunları oynarsınız? Ne sıklıkta oyun oynarsın?)
- Hiç arkadaşlarının seninle bir araya gelip oyun oynamak istediği ama senin dışarı çıkıp oynamayı canının istemediği zamanlar oldu mu? (Ne sıklıkta veya ne zaman? Ne kadar uzun süre böyle hissettin?)
- Hiç çok yakın bir arkadaşın oldu mu? (Şimdi bir tane var mı?)
- Hiçbir arkadaşını kaybettin mi? (Ne oldu?)
- Hiç diğer çocukların sana taktığı oldu mu? (Ne yaptılar? Sen ne yaptın? Senin tarafını tutan oldu mu?)

Okulda ve evde akranları ile arkadaşlık etmekten 1
keyif alır.

2

Aktif olarak kendisi arkadaş edinmeye çalışmaz,
fakat bunun yerine diğerlerinin arkadaşlık girişiminde 3
bulunmasını bekler. Sıklıkla
yapacak daha iyi bir alternatifi
olmamasına rağmen oyun oynama
fırsatlarını geri çevirir.

4

Sıklıkla diğerleriyle istenilen etkileşime girme fırsatlarından
kaçınır ya da bu fırsatları geri çevirir ve/veya reddedilmenin. 5
kaçınılmaz olduğu durumlar yaratır.

6

Diğer çocuklarla ilişkiye girmez. Kendisini “hiç arkadaşı yok”
olarak tanımlar veya yeni ya da eski arkadaşlarını aktif olarak 7
geri çevirmektedir.

Yorumlar.....

4. UYKU BOZUKLUKLARI

- Uyumakta güçlük çeker misin?
- Uykuya dalman için uzun süre geçmesi gerekir mi? (Ne kadar süre? Ne kadar sıklıkta?) (Yatağa gitmeye karşı dirençten ayırt edin)
- Gece yarısı uyandığın olur mu? (Uyandıktan sonra hemen uykuya dalar mısın yoksa uyanık mı kalırsın? Ne sıklıkta veya ne zaman? Sonra tekrar uykuya nasıl dalarsın?)
- Sabahları kalkman gereken zamandan önce uyandığın hiç oldu mu? (Ne kadar erken? Uyanık kaldın mı yoksa uyumaya devam mı ettin? Ne yaptın? Ne sıklıkta ya da ne zaman oldu bu?)

Durumsal olarak açıklanabilen güçlüğü sıklıkla ya da hiç yoktur.....	1
	2
Sıklıkla uyumakta hafif şiddette güçlüğü vardır.....	3
	4
Neredeyse her gece uyumakta güçlüğü vardır.....	5

Ek Bilgi (Puanlanmaz)

Uyku bozukluğunun ortaya çıkış zamanının belirlenmesi (tüm maddeleri kontrol edin):

- ilk kez yatağa girer girmez
- gece yarısı
- sabahın erken saatlerinde

Yorumlar.....

5. İŞTAHTA BOZULMA

- Yemek yemekten hoşlanır mısın?
- Ne yemekten hoşlanırsın?
- Bazı yemekler için/öğünlerde mi?, Çoğu yemek/öğünde mi? Yoksa tüm yemekler için/öğünlerde mi açlık duyarsın?
- Hiç acıkmadığın oldu mu? (Ne zaman? Sıklıkla olur mu? Bu yakın zamanda mı oldu?)
- Ailen yemek yemenden şikayet ederler mi?
- Son zamanlarda kilo aldın mı ya da kilo kaybın oldu mu? (Nasıl anladın?)

Yemek yeme alışkanlıklarında değişiklik ya da	1
Herhangi bir problem tanımlanmamaktadır.	2
Her zamanki yeme alışkanlıklarında hafif fakat.....	3
dikkat çekici değişiklikler	4
Yemekten kaçınır ve/veya çoğu zaman aç değildir VEYA iştahında dikkate değer bir artış ya da tıknırcasına.....	5
yemek yeme tanımlamaktadır.	

Ek Bilgi (Puanlanmaz)

Eğer uygulanabiliyorsa; iştahta bozulmanın çeşidini belirleyin :

- Artmış iştah
- Azalmış iştah

6. AŞIRI YORGUNLUK

- Gün boyunca yorgun hisseder misin? (Uykunu almış olsan bile? Ne zamanlar? Nerede?)
- Okuldan sonra yorgun hissettiğin olur mu? (Ne sıklıkta? Yorgunluk hissin ne kadar sürer? Seni ne kendine getirir?)
- Yapmak zorunda olmasan bile gidip kestirecek kadar yorgun hissettiğin. oldu mu hiç? (Ne zamanlar? Ne sıklıkta? Bu her zaman doğru muydu?)

Gün boyunca “ aşırı yorgunluk” tan normalden 1
farklı bir şekilde yakınma yoktur.

2

Yorgunluk yakınması bir miktar artmış görünmekte
olup bu durum can sıkıntısından ya da artmış aktivite 3
miktarından kaynaklanmamaktadır.

4

Yorgun hissetme günlük bir yakınma halindedir. 5

6

Günün çoğunda yorgun hissettiğinden yakınır.
Gün içinde uyandığında dinlenmiş hissetmediği
istemli uzun şekerlemeler yapar. Yorgunluk hissinin. 7
derecesi ile yaptığı aktiviteleri engellemektedir.

Yorumlar.....

Yukarıdaki soruların puanlamaları toplamı.....(Alt toplam 1)

7. FİZİKSEL YAKINMALAR

- Hiç karnının, başının ağrıdığı ya da bacaklarının sızladığı olur mu?(Ne sıklıkta? Neden?) (Organik nedenle ilişkili olanları saymayınız)
- Başka çeşit ağrı ya da sızılar/acıların olur mu? (Bunlar neye benzer? Ne sıklıkta olur?)

Organik olmayan şikayetler için:

- Hep bu tür şikayetlerin (acıların/ağrıların) var mıydı? Yoksa bunlar yeni mi?
- Ne zaman bu ağrıların/acıların olur ve ne kadar sürede geçer?
- Bunlar seni oynamaktan alıkoyar mı? Ne sıklıkta?

Genellikle aşırı olmayan yakınmalardan. 1
şikayetçidir. 2

Şikayetler hafifçe artmıştır 3
4

Günlük ağrı ve acılardan şikayet
etmektedir. Bunlar sıklıkla işlevselliğini 5
bozacak düzeydedir. 6

Ağrı ve acıları ile ilgili zihinsel uğraşları
vardır. Bunlar oyun aktivitelerini düzenli. 7
olarak engellemektedir.

Yorumlar.....

8. İRRİTABİLİTE

- Ne gibi şeyler senin yakınmana sebep olur ya da seni delieder/kızdırır? (Ne kadar deli olursun/ kızarsın?)
- Hiç kendini her şeyin seni rahatsız ettiği bir moda hissettiğin oldu mu? (Ne zaman? Bu modun/halin ne kadar sürer? Ne sıklıkta olur? Yakın zamandaböyle bir durum oldu mu?)
- Başkaları neden bu kadar huysuz olduğunu sorar mı? (Ailen? Kardeşlerin? Öğretmenlerin? Arkadaşların? Kuzenlerin?)

İrritabilite çok seyrek görülür. 1
2

Kolaylıkla öfkelenendirilebilir. İrritabilite
periyotları haftada birkaç defa görülür 3
ancak uzun sürmez. 4

Sıklıkla irritable. Artmış şekilde irritable
periyodları haftada birkaç defa ortaya çıkar 5
ancak yatıştırılması oldukça güçtür. 6

İrritabilite sürekli. Hiçbir şey bu duygudurumu 7
değiştiremez.

Yorumlar.....

9. AŞIRI SUÇLULUK

- Hiç herhangi kötü bir şey olduğunda bunun senin suçun olduğunu hissettiğin ya da kendini suçladığın olur mu?
- Yaptığın ya da yapmış olmayı dilediğin belirli şeyler için kendinikötü ya da üzgün hissettiğin hiç oldu mu? (Bunlar nedir? Ne sıklıkta olur? Bu yakınzamanda senin için bir problem haline geldi mi?) (Olayları ve suçluluk duygusunun eylemler ile orantılı olup olmadığını not edin)
- Suçlu kelimesinin ne anlama geldiğini biliyor musun?
- Neler sana kendini suçlu hissettirir?
- Ne sıklıkta suçlu hissedersin?

Uygun olmayan bir biçimde suçluluk
duymamaktadır. Ortaya çıkaran bir
olay karşısında uygun şekilde ortaya 1
çıkan suçluluk duygusu bildirilmektedir.

2

Tanımlanan olayla ilişkili olarak abartılı 3
suçluluk ve/veya utanma duygusu

4

Kontrolü altında olmayan olaylar hakkında
suçluluk duyar. Bu duygular günlük işlevselliğini. 5
bozacak düzeydedir.

6

Ağır suçluluk sanrıları 7

Yorumlar.....

10. DÜŞÜK ÖZGÜVEN

- Dış görünüşünden memnun musun? (Neye benzediğini bana tarif edebilir misin?) (Daha küçük yaş çocuğu için, gözlerinden, yüzünden, giysilerinden hoşlanıp hoşlanmadığını sorun)
- Akıllı olduğunu düşünür müsün? Yoksa değil misin?
- İyi olduğun şeyler neler/ Nelerde iyisin?
- Bazı şeylerde diğer çocuklardan daha iyi mi daha kötü mü olduğunu düşünürsün? (Daha iyi olduğun şeyler neler? Ya kötü oldukların? Bu durum seni üzer mi?)
- Çocukların çoğu senden hoşlanır mı ? (Senden hoşlanmayanlar var mı?- Neden? Sana isim takıldığı olur mu?- Ne gibi? Diğer çocuklar seni kötüler mi?)
- Sana yüklenildiğini hissettiğin hiç oldu mu?
- Kendinle ilgili değiştirmek istediğin şeyler var mı?

Kendisini tanımlarken öncelikle olumlu tanımlamalar kullanır.	1
	2
Bir tane önemli ya da baskın alanda bir eksiği olduğunu hissettiğini tanımlamaktadır.	3
	4
Kendisini baskın olarak negatif özellikleriyle tanımlar veya sorulan soruları üstü kapalı yanıtlarla geçirir.	5
	6
Kendisi hakkında aşağılayıcı tanımlamalar yapar. Diğer çocukların sıklıkla kendisine aşağılayan lakaplarla hitap ettiklerini söylemektedir. Kendisini aşağılar.	7

11. DEPRESİF DUYGULAR

- Neler senin mutsuz hissetmene yol açar? (Mutsuz hissettiğinde bu ne kadar zamanda geçer? Bir saat? Birkaç saat? Tüm gün?)
- Kendini mutsuz ya da üzgün hissettiğin zaman diğer insanlar bunu bilir mi? Kendini üzgün hissettiğin belli zamanlar var mı? Mesela annen uzaktayken?

Kendini mutsuz hissettiğin zaman ne kadar çaresiz hissedersin? (Bu durumun çok canını yaktığı oldu mu? Ne sıklıkta bu durum o kadar kötüleşir ki canın yanar?)

- Son zamanlarda kendini nasıl hissediyorsun? (Normalden daha mı mutsuzsun?)
- Mutsuz hissettiğinde ne sana kendini tekrar mutlu hissettirir? (Bu sana şu an kendini mutlu hissettirir miydi?)

Tek tük ortaya çıkan ve hızla kaybolan mutsuzluk duyguları	1
	2
Tanımlanan bazı olaylar karşısında yoğun olarak ortaya çıkan, uzun süren mutsuzluk periyodları tanımlanır.	3
	4
Major bir presbite edici durum olmaksızın zamanın çoğunda mutsuz hissetme	5
	6
Zamanının tamamında mutsuz hissetme; psişik acı duyma ile karakterizedir (örn: “buna dayanamıyorum”)	7

Yorumlar.....

12. MORBİD (HASTALIKLI)FİKİR OLUŞTURMA

- **Hiçbir ev hayvanının öldü mü? Ya da bir arkadaşın? Bir yakının? (Bukonuda düşünür müsün? Ne zaman? Bu konu hakkında ne sıklıkta düşünürsün?)**
- **Hiç ailenden birini ölmüş olarak düşünür müsün? Ailen dışındanbirini? (Kimi? Nasıl ölmüştüler? Bu konu hakkında ne sıklıkta düşünürsün?)**
- **Hiç ölebileceğini düşündüğün olur mu? (Bana bundan bahset)**
- **Ne sıklıkta bu tarz düşüncelerin olur? (Son dönemde bu düşüncelerinne sıklıkta oluyordu?)**

Hiç morbid düşünme tanımlanmamakta	1
Morbid düşünceleri kuvvetle inkar eder	2
Gerçek bir olayla ilişkili ancak duruma göre aşırı gibi görünen morbid düşünceleri tartışır	3
	4
Bir haftada birkaç kez morbid düşünceler ile zihninin meşgul olduğunu tanımlar	5
Bu morbid düşünceler dış gerçekliktenbağımsızdır.	6
Günlük olarak ölüm temaları ile zihinsel uğraşlar ya da ayrıntılandırılmış, aşırı veya bizar/tuhaf morbid düşünceler	7

Yorumlar.....

13. SUİSİD DÜŞÜNCESİ

- Hiç kendi canını acıtma düşüncen oldu mu?
 - Hiç kendi canını yakmayı denedin mi? (Ne zaman? Nasıl?)
 - İntihar kelimesinin ne demek olduğunu biliyor musun?
 - Hiç bunu yapmayı düşündüğün oldu mu? (Ne zaman? Nasıl yapmayı düşünmüştün?)
 - Bunu kastetmemiş/ gerçekten demek istememiş olsan da kendini öldürmek istediğini hiç söylediğin oldu mu?
 - Hiç kendini öldürmeyi denedin mi? (Ne zaman? Nasıl? Ne oldu?)
 - Bu durum eskiden olduğundan daha büyük bir sorun mu?
- (COLOMBIA İNTİHAR ŞİDDETİ DEĞELENDİRME ÖLÇEĞİNDE BAKINIZ (C-SSRS))

“Özkıyım” kelimesini anlar, ancak
bu kelimeyi kendisi ile bağdaştırmaz 1

Özkıyım düşüncelerinin kesinlikle 2
inkarı

Genellikle kızgın olduğunda, özkıyım veya
kendine zarar verme (eğer özkıyım kavramını 3
anlamıyorsa) düşüncelerine sahiptir.

4

Tekrarlayan ölüm düşünceleri vardır 5

6

Aktif olarak intihara meyillidir veya
geçtiğimiz 1 ay içinde bir özkıyım girişimi 7
olmuştur

Yorumlar.....

14. AŞIRI AĞLAMA

- Çok ağlar mısın? (Seni ne ağlatır? Hiç nedenini bilmeden ağladığın olur mu?)
- Bazen ağlamasan bile kendini ağlayacakmış gibi hissettiğin olur mu? (Ne çeşit şeyler sana kendini böyle hissettirir? Bu ne sıklıkta olur?)
- Arkadaşlarından daha fazla kendini ağlayacakmış gibi hissettiğin oluyor mu?

Bildirilen miktar yaşıyla uyumludur 1

Akranlarından daha sık ağladığını
ima eder veya ağlayacak gibi hisseder 2

Sıklıkla açık bir tetikleyici olmaksızın, ... 3
akranlarından daha fazla ağlar 4

Sıklıkla ağlar ya da ağlayacak gibi
hisseder (haftada birkaç kez). Nedenini 5
bilmeden ağladığını kabul eder 6

Hemen hemen her gün ağlar 7

Yorumlar.....

7-14 numaralı soruların puanlamaları toplamı: (Alt toplam 2)

DUR Eğer görüşme bir ebeveyn (ya da bir erişkin) ile yapılmışsa elde edilen bilgiler daha fazla puanlama için yeterli olmayacaktır. Yorumlama ve değeriendirme için ÇDDÖ-R el kitabının 3.bölümüne müracaat edilir.

DEVAM ET Eğer görüşme çocuk ile yapılmışsa. Geri kalan 3 belirti alanı için, çocuğun görüşme sırasındaki sözel olmayan özellikleri göz önüne alınarak puanlama yapılır.

15. DEPRESİF YÜZ AFFEKTİ

(Duygunun ya da afektin yüzdeki yansımasına odaklanın ((mesela; üzgün olma, emosyonel dışavurumun kısıtlı olması veya gözleri dolma/ağlamaklı olma)). Çocuk tarafından görüşme süresince sergilenen, özellikle ses olmak üzere, genel canlılık derecesinin yüzdeki afekt ile uyumunu da değerlendirin)

Görüşme esnasındaki ses ve yüz ifadesi deprese duygulanıma ait herhangi bir işaret yok.	1
Affektin hafif baskılanması. Spontanlığın. bir miktar kaybı.	2
Spontanlığın ortadan kalkması. Görüşmenin bölümleri sırasında mutsuz görünüm (örn; somurtkan yüz, bakışların aşağı bakması, yüzde canlılığın kaybı). Gülümseyebilir, tehdit edici olmayan alanlarda göz kontağı kurmaktan kaçınmaz.	3
4	
Görüşmenin çoğunda yüz ifadesinde ılımlı kısıtlılık, daha uzun ve sık periyotlarda mutsuz görünümü vardır. Hiç bir şey onu neşelendiremez gibi görünmektedir.	5
6	
Affektin ağır bir şekilde kısıtlı olması. Belirgin bir şekilde üzgün ve içe çekilmiştir. Görüşme esnasındaki sözel iletişimi minimaldir Ağlar ya da ağlamaklı görünür.	7

Yorumlar.....

16. CANSIZ KONUŞMA

(Paralingual alanda sözel olmayan semptomların değerlendirilmesi: Tempo, gürültülü konuşma, tonlama, iç çekme, inhalasyonlar ve gülmeler gibi ana içerikten uyumsuz (az ya da fazla) konuşma özellikleri. Bazı formlardaki yüz görünüşleri ile karşılaştırıldığında, konuşmanın bu boyutlarının bilinçli olarak manipüle edilmesi özellikle zordur. Örneğin üzüntü bir gülümseme ile maskelenebilir ancak sesteki üzüntüyü maskelemek çok daha zordur.

Önemli sapmalar olmaksızın konuşmanın kalitesi durumsal olarak duyarlılık gösterir	1
Yavaşlamış tempo, monotonluk, ya da fazlaca yumuşak tonda konuşma	2
Sapmaların görüldüğü, pek çok duraklama ile devam eden yavaşlamış tempo. İç çekmeyi de içeren tereddütler. Sesin kalitesi belirgin olarak monoton ve cansızdır, psişik rahatsızlık ve sıkıntı hissi taşır	3
.....	4
Aşırı derecede psişik sıkıntı hissi sesten anlaşılmaktadır veya derin bir boşluk hissi vardır. Görüşmeyi idare etmede zorluğu vardır.	5

Yorumlar.....

17. HİPOAKTİVİTE

(Bu bölüm vücut hareketlerini değerlendirir. Depresyonun değerlendirilmesinde özellikle vücut hareketlerindeki kısıtlılık veya motor retardasyon/yavaşlama ilgi alanını oluşturur. Çocuk için normal olandan daha kısıtlı vücut hareketlerinin; dalgınlık, dikkatin odaklanamaması gibi alanlara işaret ettiği düşünülür, bunlar depresyonun karakteristik özellikleridir. Dikkat eksikliği bozukluğu olan vakalarda not edilen çevresel uyaranlara aşırı yanıt vermenin tamtersi bir durumdur.

Vücut hareketleri canlıdır.(Burada hiperaktif ve/veya ajite çocuğun davranışının, normal olarak gözlenen	
distrakte edici olmayan davranıştan	1
ayrı edili edilemediği not edilmelidir;	
hiperaktivite mutlaka belirtilmelidir)	2
Vücut hareketleri bir şekilde sınırlanmış	3
ve/veya yavaşlamış gibi görünmektedir.	
	4
Vücut hareketlerinde belirgin bir kısıtlılık	
ve genel olarak hissedilen bir motor yavaşlama	 5
vardır.	
	6
Motor yavaşlama şiddetle hissedilmekte olup	7
katatoni benzeri özelliktedir.	

Yorumlar.....

14- 17 numaralı soruların puanlamaları toplamı: (Alt toplam 3)

Tüm alt toplamlar toplanıp ÇDDÖ-R Ham Özet Skoru olarak alınır:

$$\begin{array}{ccccccc} \dots\dots\dots & + & \dots\dots\dots & + & \dots\dots\dots & = & \dots\dots\dots \\ \text{Alt toplam 1} & & \text{Alt toplam 2} & & \text{Alt toplam 3} & & \text{Ham Özet Skoru} \end{array}$$

İlk olarak, ham özet skoru uygulama kitapçığında (birinci sayfasında) yer alan özetsayfasındaki “ ÇDDÖ-R Özet Skoru” yazan boşluğa kaydedilir. Aynı sayfa üzerinde bulunan “skorlama termometresi” üzerindeki orta hatta özet skorunun yeri bulunarak işaretlenir. Alt sıra üzerinde, özet skorunun işaretlendiği yerin tam altına tekabül eden yer T-skorunu vermektedir. Buradan elde edilen T-skoru “ÇDDÖ-R T Skoru” yazan yere kaydedilir. (Özet skoruna tekabül eden persentil, bunun tam olarak üstünde skorlama termometresinin en üst sırasında bulunur.)

Daha sonra, eğer herhangi bir uydurma, inkar ya da benzeri geçerlilik problemindenşüpheleniliyorsa yorumlamalar ve değerlendirmeler için ÇDDÖ-R manuelin 3.bölümüne bakılmalıdır.

Aksi takdirde, özet sayfasının tam ortasında yer alan, çocuğun T-skorunun içinde yer aldığı T-skor aralığı belirlenir.. Bu çocuğun T-skoruna uygun yorumlayıcı cümlelerin gösterildiği uygun olan T-skoru aralığının sol tarafında yer alan sütuna tik atılır.

Son olarak, aynı sayfanın en alt kısmında yer alan kısma geçilir ve tüm bilgi alınan kişilerin puanlamaları özetlenir.

EK-5: Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği

OLAYLARLA NASIL BAŞA ÇIKARSINIZ? Herkes zaman zaman tatlı acı olaylarla karşılaşmakta ve kendine özgü tepkiler vermektedir. Aşağıdaki sorular, olumsuz durumlarla karşılaştığınızda genelde neler düşündüğünüzü belirlemeyi amaçlamaktadır.	Hemen Hemen Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Sık Sık	Hemen Hemen Her Zaman
1. Genelde kendimi suçlu hissederim.	1	2	3	4	5
2. Olanları kabul etmek zorunda olduğumu düşünürüm.	1	2	3	4	5
3. Yaşadıklarım hakkında neler hissettiğimi sık sık düşünürüm.	1	2	3	4	5
4. Yaşadıklarımı düşünmekten ziyade daha iyi şeyler düşünmeyi tercih ederim.	1	2	3	4	5
5. Elimden gelenin en iyisinin ne olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
6. İçinde bulunduğum durumdan bir şeyler öğrenebileceğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
7. Herşey daha da kötü olabilirdi diye düşünürüm.	1	2	3	4	5
8. Yaşadıklarımın, diğerlerinin yaşadıklarından çok daha kötü olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
9. Olaylarda diğerlerinin suçlu olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
10. Olaylardan sorumlu olan kişinin ben olduğumu düşünürüm.	1	2	3	4	5
11. Durumu (olanları) kabullenmek zorunda olduğumu düşünürüm.	1	2	3	4	5
12. Yaşadıklarım hakkında ne düşündüğüme ve ne hissettiğime takılırım.	1	2	3	4	5
13. Yaşadığım olumlu olaylarla ilgili yapacak bir şeyimin olmadığını düşünürüm.	1	2	3	4	5
14. Durumla en iyi şekilde nasıl başa çıkabileceğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
15. Olaylardan sonra daha güçlü bir kişi haline geldiğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
16. Diğerlerinin daha kötü olaylarla karşılaştıklarını düşünürüm.	1	2	3	4	5
17. Sürekli olarak, yaşadıklarımın ne denli kötü şeyler olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
18. Olanlardan diğerlerinin sorumlu olduğunu hissederim.	1	2	3	4	5
19. Bu olayda yaptığım hataları düşünürüm.	1	2	3	4	5

20. Olayla ilgili olarak birşeyleri değiştiremeyeceğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
21. Yaşadıklarımın dolaylı hissettiklerimin sebebini anlamaya çalışırım.	1	2	3	4	5
22. Olanlardan ziyade iyi şeyler düşünmeyi yeğlerim.	1	2	3	4	5
23. Durumu nasıl değiştirebileceğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
24. Kötü olayların iyi yönlerinin de olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
25. Son yaşadığımın, diğer yaşadıklarım kadar kötü olmadığını düşünürüm.	1	2	3	4	5
26. Başıma gelenlerin, bir kişinin başına gelebilecek en kötü şeyler olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
27. Bu sorunda, diğerlerinin yaptıkları hataları düşünürüm.	1	2	3	4	5
28. Asıl sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm.	1	2	3	4	5
29. Olumsuz durumlarla yaşamayı öğrenmek zorunda olduğumu düşünürüm.	1	2	3	4	5
30. Olayın bende uyandırdığı hisleri derinlemesine irdelerim.	1	2	3	4	5
31. Yaşadığım güzel olayları düşünürüm.	1	2	3	4	5
32. Yapabileceğim en iyi planın ne olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
33. Sorunun olumlu yanlarını bulmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
34. Hayatta daha kötü şeylerin de olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
35. Devamlı olarak, sorunun ne denli kötü olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
36. Sebebin, temelde diğerlerinden kaynaklandığını düşünürüm.	1	2	3	4	5

EK-6: İlişki Ölçekleri Anketi (Baba)

İLİŞKİ ÖLÇEKLERİ ANKETİ (RELATIONSHIP SCALES QUESTIONNAIRE)

Aşağıda yakın duygusal ilişkilerinizde kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin çeşitli ifadeler yer almaktadır. Yakın duygusal ilişkilerden kastedilen arkadaşlık, dostluk, romantik ilişkiler ve benzerleridir. Lütfen her bir ifadeyi bu tür ilişkilerinizi düşünerek okuyun ve her bir ifadenin sizi ne ölçüde tanımladığını aşağıdaki 7 aralıklı ölçek üzerinde değerlendiriniz.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7							
Beni hiç							
tanımlamıyor							
Beni kısmen							
tanımlıyor							
Tamamıyla							
beni tanımlıyor							

1. Başkalarına kolaylıkla güvenemem.	1	2	3	4	5	6	7
2. Kendimi bağımsız hissetmem benim için çok önemli.	1	2	3	4	5	6	7
3. Başkalarıyla kolaylıkla duygusal yakınlık kurarım.	1	2	3	4	5	6	7
4. Bir başka kişiyle tam anlamıyla kaynaşıp bütünleşmek isterim.	1	2	3	4	5	6	7
5. Başkalarıyla çok yaklaşırsam incitileceğimden korkuyorum.	1	2	3	4	5	6	7
6. Başkalarıyla yakın duygusal ilişkilerim olmadığı sürece oldukça rahatım.	1	2	3	4	5	6	7
7. İhtiyacım olduğunda yardıma koşacakları konusunda başkalarına her zaman güvenebileceğimden emin değilim.	1	2	3	4	5	6	7
8. Başkalarıyla tam anlamıyla duygusal yakınlık kurmak istiyorum.	1	2	3	4	5	6	7
9. Yalnız kalmaktan korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
10. Başkalarına rahatlıkla güvenip bağlanabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
11. Çoğu zaman, romantik ilişkide olduğum insanların beni gerçekten sevmediği konusunda endişelenirim.	1	2	3	4	5	6	7
12. Başkalarına tam anlamıyla güvenmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5	6	7
13. Başkalarının bana çok yaklaşması beni endişelendirir.	1	2	3	4	5	6	7
14. Duygusal yönden yakın ilişkilerim olsun isterim.	1	2	3	4	5	6	7

EK-7: İlişki Ölçekleri Anketi (Ergen)

İLİŞKİ ÖLÇEKLERİ ANKETİ-Ergen

Aşağıda yakın duygusal ilişkilerinizde kendinizi nasıl hissettiğinize dair çeşitli ifadeler yer almaktadır. Yakın duygusal ilişkiden kastedilen arkadaşlık, dostluk, romantik ilişkiler ve benzerleridir.

Lütfen her ifadeyi bu tür ilişkilerinizi düşünerek okuyun ve her bir ifadenin sizi ne ölçüde tanımladığını aşağıdaki 7 aralıklı ölçek üzerinde değerlendiriniz.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Beni hiç Beni kısmen Tamamıyla
tanımlamıyor tanımlıyor beni tanımlıyor

1. Başkalarına kolaylıkla güvenemem	1	2	3	4	5	6	7
2. Kendimi bağımsız hissetmem benim için çok önemli.	1	2	3	4	5	6	7
3. Başkalarıyla kolaylıkla duygusal yakınlık kurarım.	1	2	3	4	5	6	7
4. Başkalarıyla çok yakınlaşırsam incitileceğimden korkuyorum	1	2	3	4	5	6	7
5. Başkalarıyla yakın duygusal ilişkilerim olmadığı sürece oldukça rahatım	1	2	3	4	5	6	7
6. Başkalarıyla tam anlamıyla duygusal yakınlık kurmak istiyorum	1	2	3	4	5	6	7
7. Yalnız kalmaktan korkarım	1	2	3	4	5	6	7
8. Başkalarına rahatlıkla güvenip bağlanabilirim	1	2	3	4	5	6	7
9. Başkalarına tamamiyle güvenmekte zorlanırım	1	2	3	4	5	6	7
10. Başkalarının bana dayanıp bel bağlaması konusunda oldukça rahatımdır	1	2	3	4	5	6	7
11. Başkalarının bana, benim onlara verdiğim kadar değer vermediğinden kaygılanırım.	1	2	3	4	5	6	7
12. Kendi kendime yettiğimi hissetmem benim için çok önemli	1	2	3	4	5	6	7
13. Başkalarının bana bağlanmamalarını tercih ederim	1	2	3	4	5	6	7
14. Başkalarıyla yakın olmak beni rahatsız eder	1	2	3	4	5	6	7
15. Başkalarının bana, benim istediğim kadar yakınlaşmakta gönülsüz olduklarını düşünüyorum.	1	2	3	4	5	6	7
16. Başkalarına bağlanmamayı tercih ederim	1	2	3	4	5	6	7
17. Başkaları beni kabul etmeyecek diye korkarım	1	2	3	4	5	6	7

EK-8 : Kısa Semptom Envanteri

KISA SEMPTOM ENVANTERİ

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtiler ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatlice okuyun. Daha sonra belirtinin SİZİ BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR RAHATSIZ ETTİĞİNİ yandaki bölmede uygun olan yerde işaretleyin. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin. Eğer fikriniz değişirse ilk yanıtınızı silin. Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendirin:

Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

0. Hiç Yok 1. Biraz Var 2. Orta Derecede Var 3. Epey Var 4. Çok Fazla Var

Aşağıdakiler Sizi Ne Kadar Rahatsız Ediyor:	Hiç	Biraz	Orta Derecede	Epey	Çok fazla
1. İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	0	1	2	3	4
2. Baygınlık, baş dönmesi.	0	1	2	3	4
3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri.	0	1	2	3	4
4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu.	0	1	2	3	4
5. Olayları hatırlamada güçlük.	0	1	2	3	4
6. Çok kolayca kızıp öfkelenme.	0	1	2	3	4
7. Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar.	0	1	2	3	4
8. Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu.	0	1	2	3	4
9. Yaşamınıza son verme düşünceleri.	0	1	2	3	4
10. İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi.	0	1	2	3	4
11. İştahta bozukluklar.	0	1	2	3	4
12. Hiçbir nedeni olmayan ani korkular.	0	1	2	3	4
13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları.	0	1	2	3	4
14. Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek.	0	1	2	3	4
15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek.	0	1	2	3	4
16. Yalnızlık hissetmek.	0	1	2	3	4
17. Hüzünlü, kederli hissetmek.	0	1	2	3	4
18. Hiçbir şeye ilgi duymamak.	0	1	2	3	4
19. Ağlamaklı hissetmek.	0	1	2	3	4
20. Kolayca incinebilme, kırılmak.	0	1	2	3	4
21. İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak.	0	1	2	3	4
22. Kendini diğerlerinden daha aşağı	0	1	2	3	4

görme.					
23. Mide bozukluğu, bulantı.	0	1	2	3	4
24. Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu.	0	1	2	3	4
25. Uykuya dalmada güçlük.	0	1	2	3	4
26. Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek.	0	1	2	3	4
27. Karar vermede güçlükler.	0	1	2	3	4
28. Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak.	0	1	2	3	4
29. Nefes darlığı, nefessiz kalmak.	0	1	2	3	4
30. Sıcak soğuk basmaları.	0	1	2	3	4
31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak.	0	1	2	3	4
32. Kafanızın “bomboş” kalması.	0	1	2	3	4
33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar.	0	1	2	3	4
34. Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği.	0	1	2	3	4
35. Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları.	0	1	2	3	4
36. Konsantrasyonda (dikkati birşey üzerinde toplama) güçlük/zorlanmak.	0	1	2	3	4
37. Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi.	0	1	2	3	4
38. Kendini gergin ve tedirgin hissetmek.	0	1	2	3	4
39. Ölme ve ölüm üzerine düşünceler.	0	1	2	3	4
40. Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği.	0	1	2	3	4
42. Diğerlerinin yanındayken yanlış birşeyler yapmamaya çalışmak.	0	1	2	3	4
43 Kalabalıklarda rahatsızlık duymak.	0	1	2	3	4
44. Bir başka insana hiç yakınlık duymamak.	0	1	2	3	4
45. Dehşet ve panik nöbetleri.	0	1	2	3	4
46. Sık sık tartışmaya girmek.	0	1	2	3	4
47. Yalnız bırakıldığında / kalındığında sinirlilik hissetmek.	0	1	2	3	4
48. Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek.	0	1	2	3	4
49. Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek.	0	1	2	3	4
50. Kendini değersiz görmek / değersizlik duyguları.	0	1	2	3	4
51. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu.	0	1	2	3	4
52. Suçluluk duyguları.	0	1	2	3	4
53. Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri.	0	1	2	3	4

EK-9 :**EBEVEYN DUYGUSAL ERİŞİLEBİLİRLİĞİ ÖLÇEĞİ****LEAP**

Aşağıda anne ve babanızla ilgili çeşitli ifadeler yer almaktadır. Her bir ifade anneniz ve babanızın size nasıl davrandığıyla ilgilidir. Her bir ifadeyi dikkatlice okuyarak anne ve babanızın size yönelik davranışlarını 6 dereceli ölçek üzerinden değerlendiriniz. Bu ölçekte doğru-yanlış ya da verilmesi gereken bir yanıt söz konusu değildir. Bu nedenle, her bir ifadeyi lütfen kendi değerlendirmenize göre işaretleyiniz. Hem anneniz hem de babanız için işaretleme yapınız.

(Nadiren)						(Sık sık)						(Her zaman)											
1		2		3		4		5		6		1		2		3		4		5		6	
(Hiçbir zaman)						(Bazen)						(Çok sık)											