



T. C.

İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANA BİLİM DALI

**ERGENLERDE DEPRESYON TEDAVİSİNDE
ANTİDEPRESAN KULLANIMININ KOGNİTİF VE
METAKOGNİTİF DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİ**

Dr. Alican GÜLER

TIPTA UZMANLIK TEZİ

**Aralık 2024
İSTANBUL**



T. C.

İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

ANA BİLİM DALI

**ERGENLERDE DEPRESYON TEDAVİSİNDE
ANTİDEPRESAN KULLANIMININ KOGNİTİF VE
METAKOGNİTİF DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİ**

Dr. Alican GÜLER

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Alperen BIKMAZER

TEZ EŞ DANIŞMANI

Prof. Dr. Vahdettin GÖRMEZ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Aralık 2024

İSTANBUL

ONAY

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda uzmanlık öğrencisi olarak çalışan Alican GÜLER'in ERGENLERDE DEPRESYON TEDAVİSİNDE ANTİDEPRESAN KULLANIMININ KOGNİTİF VE METAKOGNİTİF DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİ başlıklı uzmanlık tezi başarılı olarak kabul edilmiştir.

JURİ ÜYELERİ

Tez Danışmanı:

.....

İstanbul Medeniyet Üniversitesi

İMZA

.....

Üyeler:

.....

İstanbul Medeniyet Üniversitesi

.....

.....

İstanbul Medeniyet Üniversitesi

.....

Tez Savunma Tarihi: 12 / 12 / 2024

YAZAR BİLDİRİMİ

“ERGENLERDE DEPRESYON TEDAVİSİNDE ANTİDEPRESAN KULLANIMININ KOGNİTİF VE METAKOGNİTİF DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİ” isimli uzmanlık tezinde Dr. Alican GÜLER;

Bu tezin kabulünden önce nerede ve ne kadarının yayınlandığını “Bilgilendirme” bölümünde belirtmiştir.

Tezin hazırlanmasında katkısı olanları “Bilgilendirme” bölümünde eksiksiz olarak belirtmiştir.

Bu tez ile ilgili çıkar çatışması olup olmadığını “Bilgilendirme” bölümünde belirtmiştir.

Tez içerisinde başkalarının yayınlanmış veya yayınlanmamış çalışmalarından yapılan alıntılar için gerekli kaynakları açıkça belirtmiştir.

Tez içerisinde başka kaynaklardan kopyalanmış olan kısımları tırnak içerisinde alarak ve izin alınan kaynağı belirterek kullanmıştır.

Aralık, 2024

Dr. Alican GÜLER

İmza:

BİLGİLENDİRME

- Bu tez daha önce herhangi bir yerde yayınlanmamıştır.
- Tezin hazırlanmasında; tez danışmanım Doç. Dr. Alperen BIKMAZER ve tez eş danışmanım Prof. Dr. Vahdettin GÖRMEZ katkıda bulunmuştur.
- Bu çalışmada adı geçen ilaç, tıbbi cihaz ve laboratuvar malzemelerinin üreticileri ile herhangi bir çıkar ilişkisi yoktur.
- Bu çalışmaya ait herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Dr. Alican GÜLER

TEŞEKKÜR

Bilişsel davranışçı terapinin belki de meslek hayatımda karşılaşacağım en eğlenceli formunu dört yıl boyunca gözlemlememe fırsat veren; mesleki etik sınırlarımın zihnimde netleşmesine yardımcı olan; mesleğe duyduğu merakı, heyecanı ve bilgisiyle bana örnek olan; asistanlarla kurduğu ilişkideki duygusal yakınlığın bende her zaman karşılık bulacağı kıymetli hocam Prof. Dr. Vahdet Görmez'e,

Asistanlık eğitimi boyunca yardım istemediğinde dahi insanı güvende hissettiren, hakkaniyete karşı hassasiyetiyle örnek aldığım, bilgisi ve özverisiyle eğitim sürecime büyük katkısı olan çok sevgili hocam Doç. Dr. Alperen Bıkmazer'e,

Asistanlık sürecimin sonlarında tanışmış olmamıza rağmen eğitimime büyük katkısı olan değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Yavuz Meral'e, mesleki enerjisi ve destekleyici tavırlarıyla kısa sürede saygımı uyandıran sevgili hocam Doç. Dr. Uğur Tekin'e, bana ACT'i sevdirecek üçüncü dalga terapilere dair meta-farkındalığımı borçlu olduğum sevgili hocam Doç. Dr. Hasan Turan Karatepe'ye, yetişkin psikiyatri rotasyonumda bana yol gösteren kıymetli hocalarım Prof. Dr. Aynur Görmez'e, Doç. Dr. Emrah Karadere'ye, Doç. Dr. Rümeyza Yeni Elbay'a,

Asistanlığında deneyimlerinden çokça faydalandığım ve yardımını eksik etmeyen sevgili hocamız Doç. Dr. Nuran Gözpınar'a, desteğini hiç esirgemeyen Uzm. Dr. Burcu Yıldırım Budak'a, eğitimime devasa katkısı olan Uzm. Psk. Esra Altınbilek'e, asistanlığımıza polikliniğinde başlamış olmaktan gurur duyduğum Doç. Dr. Süleyman Çakıroğlu'na, bana asistanlığım boyunca yol gösteren Prof. Dr. Funda Gümüştaş'a, Uzm. Dr. Sebile Aslı Eke Altunoğlu'na, Uzm. Dr. Meltem İnci Kefal'e, Uzm. Dr. Elvan Başak Usta Gündüz'e,

Sevgili dostum Dr. Berfin Merve Gören'e, asistanlığımıza renk katan Dr. Nida Deniz Albayrak, Dr. Fatma Melike Özreisoglu ve Dr. Naile Erdoğan'a, rotasyonlarda eşlik etmekten keyif aldığım sevgili eş kıdemim Dr. Aybala Nur Tohumoglu Balık'a, asistanlığın zorlu süreçlerini birlikte geçirdiğimiz eş kıdemlerim Dr. Burak Demirci, Dr. Tuba Sürücü, Dr. Ecren Parlak Kuvvet ve Dr. Nımtac Abdullayeva'ya, fahri eş kıdemlerim Dr. Oğuzhan Koyuncu ve Dr. Aygün Hüseynova'ya ve bütün Medeniyet Üniversitesi Çocuk Psikiyatri ekibine; kıymetli dostum As. Prof. Erdem Dogukan Yılmaz'a içten teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Alican GÜLER

İÇİNDEKİLER

ONAY.....	iii
YAZAR BİLDİRİMİ	iv
BİLGİLENDİRME	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR	x
TABLO LİSTESİ	xi
ŞEKİL LİSTESİ.....	xiii
ÖZET	xiv
ABSTRACT.....	xvi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. DEPRESYON	3
2.1.1. Depresyonun epidemiyolojisi	4
2.1.2. Depresyonun etiyolojisi	4
2.1.2.1. Psikososyal faktörler.....	4
2.1.2.2. Genetik faktörler.....	5
2.1.2.3. Biyolojik faktörler	5
2.1.3. Depresyonda tedavi direnci.....	6
2.1.3.1. Depresyon tedavisinde temel kavramlar.....	6
2.1.3.2. Depresyon tedavisinde tedavi direnci.....	7
2.2. BİLİŞSEL KURAM.....	8
2.3. ÜSTBİLİŞSEL KURAM	9
2.4. BİLİŞSEL VE ÜSTBİLİŞSEL KURAMIN KLİNİK KARŞILIKLARI.....	12
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	16
3.1. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ	16
3.2. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	16
3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	19
3.3.1. Çocuk ve Ebeveyn için Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	19

3.3.2. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	19
3.3.3. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu-DSM-5-Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T).....	19
3.3.4. Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği – Yenilenmiş (ÇADÖ-Y).....	19
3.3.5. Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ).....	20
3.3.6. Üstbiliş Ölçeği Çocuk ve Ergen Formu (ÜBÖ-ÇE)	20
3.3.7. Ruminatif Tepkiler Ölçeği-Kısa Form (RTÖ-KF).....	21
3.3.8. Çocukların Otomatik Düşünceleri Ölçeği (ÇODÖ).....	21
3.3.9. Çocuklarda (8-14 Yaş) Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (ÇFOTÖ) ..	21
3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	22
4. BULGULAR.....	23
4.1. SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLER	23
4.2. ÖLÇEKLER İÇİN GÜVENİLİRLİK ANALİZLERİ	26
4.3. ÖLÇEK DEĞERLERİNİN ÜÇ AYLIK DEĞİŞİMİ	26
4.4. BAŞLANGIÇ ÖLÇEK DEĞERLERİNİN KORELASYONU	28
4.5. TEDAVİ SONRASI TANI EŞİĞİNİN ALTINA DÜŞENLERLE DÜŞMEYENLERİN KİYASLANMASI	29
4.6. DEPRESYON ÖLÇEKLERİNDEKİ DEĞİŞİM YÜZDELERİ İLE BAŞLANGIÇ ÖLÇEKLERİNİN KORELASYONU	31
4.7. DEPRESYON ÖLÇEK DEĞİŞİM YÜZDELERİNİN DİĞER DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİ.....	32
4.8. ÖLÇEKLERİN ÜÇ AYLIK DEĞİŞİM YÜZDELERİNİN KORELASYONU	35
4.9. YAŞ, CİNSİYET VE EBEVEYN EĞİTİM DÜZEYİ İLE DEPRESYON TEDAVİ YANITI ARASINDAKİ İLİŞKİ ÜZERİNE EK ANALİZLER.....	36
4.10. BAŞLANGIÇ VERİLERİ ÜZERİNDEN TEDAVİ SONUCUNU İNCELEYEN REGRESYON ANALİZLERİ	39
4.11. TEDAVİ SÜRECİNİ İNCELEYEN REGRESYON ANALİZİ.....	42
5. TARTIŞMA.....	44
5.1. TEMEL BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	44
5.2. YAŞ, CİNSİYET VE EBEVEYN EĞİTİM DURUMUNUN TARTIŞILMASI	48

5.3. DİĞER BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	51
5.4. KISITLILIKLAR VE GÜÇLÜ YANLAR	52
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	55
KAYNAKLAR	56
EKLER	66
EK 1: ETİK KURUL ONAY FORMU.....	66
EK 2: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU EBEVEYN	69
EK 3: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU ÇOCUK.....	71
EK 4: SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU.....	73
EK 5: ÇOCUKLARDA DEPRESYON ANKSİYETE ÖLÇEĞİ -YENİLENMİŞ – ÇOCUK FORMU	75
EK 6: ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ.....	77
EK 7: ÜSTBİLİŞ ÖLÇEĞİ ÇOCUK VE ERGEN FORMU	79
EK 8: ÇOCUKLARDA (14-18 YAŞ) FONKSİYONEL OLMAYAN TUTUMLAR ÖLÇEĞİ.....	80
EK 9: ÇOCUKLARDA OTOMATİK DÜŞÜNCELER ÖLÇEĞİ.....	81
EK 10: RUMİNATİF TEPKİLER ÖLÇEĞİ KISA FORM.....	81
EK 10: RUMİNATİF TEPKİLER ÖLÇEĞİ – KISA FORM.....	82
EK 11: OKUL ÇAĞI ÇOCUKLARI İÇİN DUYGULANIM BOZUKLUKLARI VE ŞİZOFRENİ GÖRÜŞME ÇİZELGESİ - ŞİMDİ VE YAŞAM BOYU ŞEKLİ - DSM-5	83
EK 12: ORJİNALLİK BEYAN FORMU.....	91

KISALTMALAR

BİCS.....	Batıl İnançlar, Ceza ve Sorumluluk İnançları Alt Ölçeği
ÇADÖ-Y	Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği - Yenilenmiş
ÇDÖ	Çocuklar için Depresyon Ölçeği
ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T	Okul Çağı Çocukları için Duygudurum Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu-DSM-5-Türkçe Uyarlaması
ÇFOTÖ	Çocuklarda (8-14 Yaş) Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği
ÇODÖ	Çocukların Otomatik Düşünceleri Ölçeği
DEHB.....	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DSM-5	Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5
KOKGB	Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
RTÖ-KF	Ruminatif Tepkiler Ölçeği Kısa Formu
SSRI	Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörü
TSSB.....	Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.	24
Tablo 4.2. Katılımcıların klinik özellikleri.	25
Tablo 4.3. Ölçeklerin tedavi öncesi ortalama puanı, her ay için başlangıç puanı üzerinden aylık değişimleri ve üç aydaki değişim ortalamaları.	27
Tablo 4.4. Tedavi başlangıcındaki ölçek değerlerinin korelasyon analizi.	28
Tablo 4.5. Klinisyen ve ölçek kesme değerlerine göre tanı eşiğinin altına düşen ve düşmeyen hastaların başlangıç ölçeklerinin kıyaslanması.	30
Tablo 4.6. Tanı eşiğinin altına düşen ve düşmeyen hastaların başlangıç ölçekleri normal dağılmadığında yapılan Mann-Whitney U testi.	30
Tablo 4.7. ÇADÖ-Y Depresyon ve ÇDÖ değişim yüzdeleri ile başlangıç ölçek puanlarının korelasyonu.	32
Tablo 4.8. Belirtilen özelliği olanların, olmayanlarla tedavi yanıtının kıyaslanması.	33
Tablo 4.9. Hastalar üç aylık takip sonunda kullanılmakta olan ilaç üzerinden gruplanarak örneklemin kalanına kıyasla tedavi yanıt yüzdelerinin karşılaştırılması.	34
Tablo 4.10. Ölçeklerin üç aylık değişim yüzdelerinin korelasyon tablosu.	35
Tablo 4.11. Yaşın cinsiyetlere göre üstbilis ölçekleriyle, tedavi yanıt yüzdeleriyle ve bu yüzdeler ÜBÖ-ÇE toplam puanıyla kontrol edildiğinde korelasyonları.	37
Tablo 4.12. Cinsiyet ve ebeveyn eğitimi gruplamalarının tedavi yanıtı kıyaslaması.	37
Tablo 4.13. Erkeklerde ölçek yanıt yüzdeleri normal dağılım göstermeyen ebeveyn eğitim düzeyi gruplamaları için yapılan Mann Whitney U testi.	38
Tablo 4.14. Babası lise mezunu olanların, olmayanlarla cinsiyetlere göre üstbilis ölçek skor farkları.	38
Tablo 4.15. Üstbilis ölçekleri gruplarda normal dağılmadığında yapılan Mann-Whitney U testi.	39
Tablo 4.16. Annesi lise mezunu olanların, olmayanlarla cinsiyetlere göre üstbilis ölçek puan farkları.	39
Tablo 4.17. Üç ay sonraki depresyon ölçek puanlarını başlangıç verileri üzerinden bulmayı amaçlayan lineer regresyon analizleri.	40
Tablo 4.18. Depresyon ölçeklerinin tedavi sonu puanı için kurulan regresyon denkleminde, tedavi öncesi bilişsel ve üstbilis ölçeklerin tek veya sabit değişkenlerle eklendiğinde anlamlılığı ve denkleme katkısı.	41

Tablo 4.19. Klinisyene ve ölçek kesme değerlerine göre tedavi sonrası tanı eşiğın altına düşme olasılığının tahmin edildiğı lojistik regresyon denklemleri.....	42
Tablo 4.20. Depresyon ölçek skorlarının aylık verilerle açıklanmaya çalışıldığı panel data analiz tablosu.	43



ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 4.1. Çalışmanın Akış Şeması.....	18
--	----



ÖZET

ERGENLERDE DEPRESYON TEDAVİSİNDE ANTİDEPRESAN KULLANIMININ KOGNİTİF VE METAKOGNİTİF DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİ

Bu çalışmanın amacı Major Depresif Bozukluk tanısıyla poliklinikte antidepresan tedavisi başlanan hastaların tedavi yanıtı ile hastaların ara inançlar ve üstbilişsel inanç düzeylerinin ilişkisini analiz etmektir. Bu amaçla, çalışmamız 15.10.2023-15.10.2024 tarihleri arasında Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvurarak poliklinikte Major Depresif Bozukluk tanısıyla antidepresan tedavisi başlanan 12-18 yaş arasında 51 hasta ile 12 haftalık izlem çalışması olarak gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara tedavinin başlangıcında ve 12 haftalık takip sonunda Okul Çağı Çocukları için Duygudurum Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu-DSM-5-Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) ile tanısal değerlendirme yapılmıştır. Katılımcılara tedavi başlangıcında ve sonrasında 12 haftalık takip sırasında aylık olarak Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ), Çocukta Anksiyete Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş-Çocuk Formu (ÇADÖ-Y), Üstbiliş Ölçeği Çocuk ve Ergen Formu (ÜBÖ-ÇE), Çocuklarda (8-14 Yaş) Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (ÇFOTÖ), Çocukların Otomatik Düşünceleri Ölçeği (ÇODÖ), Ruminatif Tepkiler Ölçeği Kısa Formu (RTÖ-KF) doldurtulmuştur.

Başlangıç depresyon ölçek puanı, cinsiyet, geçirilmiş depresyon öyküsü varlığı, kaygı bozukluğu eş tanısı varlığı kontrol değişkeni yapılarak; üç aylık tedavi sonrası depresyon ölçek puanlarının bağımlı değişken olduğu regresyon analizleri yapılmıştır. Analize ayrı ayrı dahil edilen üstbilişsel ve bilişsel değişkenlerden ÜBÖ-ÇE toplam puanı her iki depresyon ölçeği için dirençle ilişkili anlamlı sonuç vermiş olup (ÇADÖ-Y Depresyon için $B=0,254$, $p=0,012$; ÇDÖ için $B=0,318$, $p=0,029$), denklemin tedavi sonrası depresyon ölçek puanı varyansını açıklama gücüne belirgin katkı sağlamıştır (ÇADÖ-Y için $\Delta R^2=0,0733$; ÇDÖ $\Delta R^2=0,0592$). Aynı regresyon analizinde kontrol değişkenleri varlığında

anlamli sonuç veren tek alt lek Olumlu st Endişeler olmuştur (ÇADÖ-Y için $B=0,019$, $p=0,045$ $\Delta R^2=0,0476$). Başlangıç Olumlu st Endişeler ve B-E toplam puanları depresyon leklerinin tedavi sonu değişim yüzdesiyle negatif yönde anlamli korelasyon göstermiştir. Üç aylık takipte, aylık verileri içeren bireysel sabit etkili panel data analizinde, bağımsız değişken olarak üstbiliş alt ölçekleri ve FOT alınığında; Olumsuz st Endişeler puanı her iki depresyon leği için de denklemde en belirgin sonucu veren değişken olmuştur (ÇADÖ-Y için $B=0,784$ $p<,001$; D için $B=0,791$ $p=0,001$). Olumlu st Endişeler ise bu denklemde anlamli sonuç vermemiştir. Başlangıç puanı depresyon leklerinin başlangıç puanıyla korelasyon göstermeyen tek lek Olumlu st Endişeler olmuştur. Tedavi sonrası tüm ölçeklerde anlamli düşüş görülürken, Olumlu st Endişeler puanında anlamli değişim görülmemiştir.

Çalışmamızdaki bulgular ergenlerde depresyonun antidepresanla tedavisinde, başlangıç toplam metakognisyon puanının önemli bir direnç faktörü olduğunu öne srmştir. Olumsuz stbilişsel inançlardaki azalma tedavi yanıtını açıklayabilirken; olumlu stbilişsel inançlar antidepresan tedavisiyle değişmemiş ve tedavi direnciyle ilişkili bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: biliş, bilişsel tedavi, depresyon, serotonin geri alım inhibitrleri, stbiliş

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN ANTIDEPRESSANT TREATMENT AND COGNITIVE AND METACOGNITIVE VARIABLES IN TREATING DEPRESSION IN ADOLESCENTS

This study aimed to analyze the relationship between the antidepressant treatment response and levels of automatic thoughts, intermediate beliefs and meta-cognitive beliefs of patients with major depressive disorder. The study was conducted as a 12-week follow-up involving 51 patients aged 12–18 years who were diagnosed with major depressive disorder and initiated on antidepressant therapy at Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın City Hospital's Child and Adolescent Psychiatry Outpatient Clinic between 15.10.2023 and 15.10.2024. Diagnostic evaluations were conducted at the beginning of treatment and at the 12-week follow-up using the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version- DSM-5. The Children's Depression Inventory (CDI), Child Anxiety Depression Scale-Revised-Child Version (RCADS), Metacognitions Questionnaire Child and Adolescent Form (MCQ-C), Dysfunctional Attitudes Scale for Children (DAS-C), Ruminative Response Questionnaire – Short Form, and Children's Automatic Thoughts Scale (CATS) were given to the participants at the beginning of the treatment and monthly thereafter during the 12-week follow-up period.

Regression analyses were conducted with baseline depression scores, gender, history of depression, and comorbid anxiety disorders as control variables, and post-treatment depression scores as dependent variables. The baseline total MCQ-C score was significantly associated with resistance for both scales (RCADS Depression $B=0.254$, $p=0.012$; CDI $B=0.318$, $p=0.029$), contributing significantly to variance explanation (RCADS $\Delta R^2=0.0733$; CDI $\Delta R^2=0.0592$). Among subscales, baseline Positive Meta-Worry was the only significant predictor in controlled analyses (RCADS $B=0.019$, $p=0.045$, $\Delta R^2=0.0476$). Baseline Positive Meta-Worry and total MCQ-C scores were negatively correlated with post-

treatment depression score changes. Panel data analysis revealed Negative Meta-Worry as the most significant predictor for both depression scales (RCADS $B=0.784$, $p<0.001$; CDI $B=0.791$, $p=0.001$), while Positive Meta-Worry showed no significance in this model. Positive Meta-Worry did not correlate with baseline depression scores or show significant change during treatment.

The findings suggest that initial metacognition scores are key resistance factors in antidepressant treatment for depression in adolescents. Decreases in negative metacognitions may explain treatment response, while positive metacognitions were unchanged and associated with treatment resistance.

Keywords: cognition, cognitive therapy, depression, metacognition, serotonin uptake inhibitors

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Major Depresif Bozukluk dünya çapında 280 milyondan fazla insanı etkileyen ve ciddi sosyoekonomik maliyetlere sebep olan önemli bir küresel sağlık sorunudur (1). Ergenlik dönemi, fiziksel, duygusal ve bilişsel gelişimde hızlı değişim gerçekleşen bir dönem olarak; bireyleri depresyona karşı daha duyarlı hale getirebilir (2). Ergenlik döneminde görülen depresyon; bireyin akademik başarısını, sosyal ilişkilerini ve genel yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilen önemli bir araştırma alanıdır (3).

Biliş (kognisyon); duyum ve algılarımızın işlenmesini içeren zihinsel yapı, süreç ve işlevlerin aracılık ettiği karmaşık bir zihinsel işlem mekanizmasıdır (4). Aaron T. Beck'in kurucusu olduğu bilişsel kuram, depresyon tedavisinde önemli bir yol kat edilmesini sağlamıştır (5). Bilişsel kurama göre depresyon; kişinin olumsuz otomatik düşünceleri, işlevsiz ara inançları ve olumsuz temel inançlarındaki işlevsizlik ve mantık hatalarıyla ilişkilidir. Bunlardan temel inançlar (şemalar) ve ara inançlar (varsayımlar), geçmiş yaşantılar sonucunda elde edilir ve daha derinde bulunmaktadır. Olumsuz bir yaşam olayı sonrası bu bilişler tetiklenerek iç ve dış gerçekliğin çarpık algılanmasına, böylece olumsuz duygulanıma neden olacak olan olumsuz otomatik düşüncelerin ortaya çıkmasına, tüm bunların sonucu olarak da ruhsal patolojilere zemin oluşturmaktadır (6).

Üstbiliş (metakognisyon); zihne gelen bilişleri monitörize eden, yorumlayan ve düzenleyen üst düzey yapı, bilgi ve süreçlere verilen isimdir (7). Adrian Wells tarafından "Kendini Düzenleyici Yönetici İşlev" modeli üzerinden uyarlanarak bir terapi yaklaşımına dönüştürülmüştür (8). Bu kurama göre psikopatolojilerin merkezinde bilişsel kuramdan farklı olarak işlevsiz ve irrasyonel düşünceler değil; kişinin bu olumsuz düşüncelerle baş etmek için kullandığı üstbilişsel yöntemler yatar. Kişi olumsuz düşüncelerle tekrarlayıcı ve sıkıntı verici etkileşimlere girerek (ruminasyon ve endişe gibi) psikopatolojinin olumsuz duygusal komponentini pekiştirir. Örneğin depresyondaki kişi, kendisi ve depresif oluşu hakkında ruminasyon olarak isimlendirilen perseveratif analizler yapar. Üstbilişsel terapiye göre; olumlu üstbilişsel inançlar bu sıkıntı verici düşünme süreçlerinin faydalarına dikkat çekerek, kişinin üstbilişsel bir baş etme stratejisi olarak bu düşünme süreçlerini başlatma sıklığını artırır. Olumsuz üstbilişsel inançlar ise; kişinin hissettiklerine, düşündüklerine

veya düşüncelerini kontrol edemiyor oluşuna dair olumsuz atıflar yaparak olumsuz duygulanımı arttırır. Böylece kişinin bu düşünme sürecine dair kontrolü ve farkındalığı azalabilir. Metakognitif (üstbilişsel) terapiye göre bu olumlu ve olumsuz üstbilişsel inançlar psikopatolojilerin ortaya çıkmasında ve sürmesinde belirgin rol oynar (9, 10).

Antidepresan tedavisi, özellikle seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI'lar) ergenlerde depresyon tedavisinde yaygın olarak kullanılır (11). Bu ilaçlar serotoninin sinaptik aralıkta geri alımını engelleyerek beyinde serotonin miktarını arttırır ve depresif semptomların hafiflemesine yardımcı olur. Antidepresanların nörokimyasal etkinliği açıklanabilse de (12), bu etkinin bilişsel ve üstbilişsel süreçlerle ilişkisi tam olarak anlaşılmamıştır. Bu düşünce süreçlerini doğrudan ele alan metakognitif terapi gibi müdahaleler olmaksızın, antidepresan tedavinin üstbilişsel süreçlerde kalıcı bir değişim sağlamada yetersiz kalabileceği düşünülmektedir (10). Antidepresan kullanımının üstbilişsel süreçlere etkisini inceleyen çalışma sayısı kısıtlıdır (13, 14), bu çalışmalarda depresyon tedavisinde olumlu ve olumsuz üstbilişlerin sürece etkisi incelenmemiştir (15). Yaptığımız literatür taramasında çocuk ve ergen popülasyonunda antidepresanların üstbilişsel süreçlere etkisini inceleyen çalışma bulunmamıştır. Bu çalışmanın amacı, ergenlerde depresyon tedavisinde antidepresan kullanımının olumsuz otomatik düşüncelere, fonksiyonel olmayan tutumlara, olumlu ve olumsuz üstbilişsel inançlara yaptığı etkiyi ve bu değişkenlerin depresyon tedavi direnciyle ilişkisini incelemektedir.

Yukarıda sayılan amaçlar doğrultusunda çalışmanın hipotezleri sırasıyla aşağıda verilmiştir:

H1: Tedavi başlangıcında kişinin üstbilişsel inançlarının yüksek olması, ergenlerde depresyonun antidepresan ile tedavisinde tedavi yanıtına direnç oluşturmaktadır.

H2: Olumlu üstbilişsel inançlar, ergenlerde depresyonun antidepresan ile tedavisi sırasında belirgin değişime uğramamaktadır.

H3: Olumlu üstbilişsel inançlar, ergenlerde depresyonun antidepresan ile tedavisinde tedavi yanıtına olumsuz üstbilişsel inançlara kıyasla daha belirgin direnç oluşturmaktadır.

H4: Olumsuz üstbilişsel inançlar, ergenlerde depresyonun antidepresan tedavisinde tedaviye verilen yanıtla olumlu üstbilişsel inançlardan daha fazla ilişkilidir.

H5: İşlevsel olmayan ara inançlar ergenlerde depresyonun antidepresan ile tedavisinde tedavi direnci oluşturmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DEPRESYON

Major Depresif Bozukluk; kişinin en az iki hafta boyunca neredeyse her gün ve günün büyük kısmında kendisini üzgün veya boşlukta hissettiği ya da neredeyse bütün aktivitelere karşı ilgisinin belirgin şekilde azaldığı, kilo almaya veya vermeye çalışmıyorken belirgin kilo değişikliği görülebilen, neredeyse her gün uyku sorunu görülebilen, neredeyse her gün başkalarınca gözlemlenebilecek düzeyde hareketlilikte azalma veya ajitasyonun görülebildiği, değersizlik ve suçluluk hissinin eşlik edebildiği, dikkat dağınıklığı ve kararsızlık görülebilen, yineleyici intihar düşünceleri barındırabilen bir duygudurum bozukluğudur. Tanı konabilmesi için, bu belirtiler kişinin işlevselliğini bozmalı; kişinin mani veya hipomani öyküsü bulunmamalı; mevcut durum başka bir sağlık sorunuyla, madde kullanımıyla veya farklı bir psikopatoloji ile daha iyi açıklanabilir olmamalıdır (16).

Amerikan Psikiyatri Derneği tarafından ilk kez 1952’de yayımlanan DSM-I’de (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-I) depresif reaksiyon (17) ve 1967’de yayınlanan DSM-II’de nörotik depresyon tanımları geçmekteydi (18). Günümüzde yaygın olarak kullanılan iki ölçek olan Beck Depresyon Ölçeği (19) ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği’nin (20) 1960’ların başında geliştirilmesinin ardından; depresyon hakkında literatür bilgisi hızla artmıştır. Böylece bugün bildiğimiz tanısal anlamıyla depresyon, 1980 yılında DSM-III’te Duygudurum Bozuklukları başlığı altında bir semptom kümesi olarak tanımlanmıştır (21). 2013 yılında DSM-V’in yayınlanmasıyla Duygudurum Bozuklukları başlığı “Bipolar ve İlişkili Bozukluklar” ve Major Depresif Bozukluğun içinde yer aldığı “Depresyon Bozuklukları” şeklinde ikiye ayrılmıştır (16).

Ergenlik dönemi; kişinin önemli fiziksel ve bilişsel değişiklikler geçirdiği, aile ve arkadaş ilişkilerini yeniden şekillendirdiği bir dönem olarak sosyal ve akademik sorunlara karşı hassasiyet barındırır (22). Ergenlik; üstbilişsel becerilerin gelişmesinin de etkisiyle, kişinin yaşadığı üzüntüyü ve olumsuzlukları daha derin bir perspektiften algılayabildiği ve depresyona daha yatkın hale geldiği; ancak bu olumsuzluklarla baş etme becerilerinin henüz yetişkinlikteki kadar gelişmediği bir dönemdir (23). Ergenlik depresyonu, yetişkin depresyonuna benzerlik göstermektedir. İlgi kaybı, aktivitelere azalma, sosyal içe

kapanma, ölüm düşünceleri, intihar girişimleri, akran ilişkilerinde bozulma, okuldan kaçma, alkol-madde kullanımı gibi belirtilerin yanı sıra; ergen depresyonun yetişkinlerden en belirgin farkı sinirlilik ve iritabilitenin sık eşlik edebilmesidir (24). Ergen depresyonunun yetişkinlikteki depresyondan diğer farkları nörovegetatif ve somatik belirtilerin daha sık, anhedoni ve dikkat sorunlarının daha az görülmesidir (25, 26).

2.1.1. Depresyonun epidemiyolojisi

Yetişkinlerde yapılan bir çalışmada Major Depresif Bozukluk için 12 aylık prevalans %6,6; yaşam boyu prevalansı %16,2 bulunmuştur (27). Ülkemizde yetişkinlerde yapılan bir çalışmada 12 aylık prevalansı %4 (%5,4 kadın, %2,3 erkek) bulunmuştur (28). Yetişkinlerde yaş dağılımına bakıldığında 30-35 yaş aralığında sıklığın arttığı (%19-23), 65 yaş üstünde azaldığı (%10) görülmüştür (29). Kadın cinsiyette daha sık bulunurken (%20-26), erkek cinsiyette (%8-12) daha az görülmektedir (30).

Dünya çapında yapılan güncel bir meta-analiz çalışmasında ergenlerde Major Depresif Bozukluk nokta prevalansı %8, bir yıllık prevalansı %8 ve yaşam boyu prevalansı %19 bulunmuştur (31). Ülkemizde 10-14 yaş aralığında yapılan bir çalışmada major depresif bozukluğun sıklığı %1,55 (32); 6-14 yaş aralığında bir çalışmada %1,4 (33); 8-10 yaş aralığında yapılan güncel bir çalışmada %1,06 bulunmuştur (34). Cinsiyet dağılımı açısından değerlendirildiğinde ergenlik öncesi kız ve erkeklerde depresyon sıklığı eşit iken, ergenlik sonrası kızlarda üç kat daha sıktır (35).

2.1.2. Depresyonun etiyolojisi

2.1.2.1. Psikososyal faktörler

Hem çocuk ve ergen popülasyonda, hem de yetişkinlerde depresyonun ortaya çıkmasıyla ilişkili en temel psikososyal faktör olumsuz yaşam olaylarıdır (36). Ancak olumsuz yaşam olaylarının depresyonun sebebi değil, tetikleyicisi olma rolünün daha baskın olduğu düşünülmektedir. Takip çalışmalarında çocuk ve ergen popülasyonda olumsuz yaşam olayları depresif belirtilerin sıklığını artırırken, depresif belirtilerin de olumsuz yaşam olaylarının sıklığını arttırdığı görülmüştür (37, 38).

Çocukluk çağı travmaları, boşanma, ebeveyn vefatı, ebeveyn alkol kullanımı, ihmal ve istismar; depresyon gelişimi, intihar girişimi ve intihar düşüncesi sıklığında artışa sebep olur (39). Depresif mizaç, sosyal destek eksikliği, tıbbi hastalıklar, düşük eğitim düzeyi, kadın cinsiyet depresyona eğilimi artırır (40). Anne depresyonu hem çocuklarda hem ergenlerde depresyon için önemli bir risk faktörüdür (41). Akran zorbalığına uğramak da, akran

zorbaliğı yapmak da depresyon tanısı almak için faktörüdür (42). Cinsel yönelim farklılığı (43), başta anne kaybı olmak üzere ebeveyn kaybı risk faktörleridir (44).

2.1.2.2. Genetik faktörler

Ebeveyn veya kardeşlerde major depresif bozukluk bulunması depresyon riskini 4 kat arttırır (45). Ebeveynlerden birinde psikopatoloji bulunması ergenlerde daha erken yaşta ve daha şiddetli depresyon ile ilişkili bulunmuştur (46). İkiz çalışmalarında kalıtım oranı %40 bulunup, depresyonda kalıtsallık anksiyete birlikteliği ve ergenlik sonrası depresyonla ilişkilidir (47). Depresyondaki kalıtsal özelliklerin ergenlik öncesi depresyonla ilişkisi düşük bulunmuştur. Depresyondaki kalıtsallığın; ergenlik sonrası için erken yaşta depresyon, anksiyete birlikteliği, tekrarlayan depresyon atakları ve postpartum depresyon riskini arttırdığı gösterilmiştir (48).

Depresyondaki kalıtsallık HPA aksı ve glutamat transmisyonunu düzenleyen genlerle ilişkili bulunmuştur. Bu genlerin duygu düzenleme becerileri, nörotisizm, olumsuz olaylara karşı bilişsel yanlılıkla ilişkili olabileceği öne sürülmüştür (47, 49). Depresyon etiyolojisinde serotonin taşıyıcı genin rol oynayabildiği gösterilmiştir. Bu genin uzun ve kısa alel polimorfizmi olup, kısa aleli olmasının serotonin taşıyıcısının fonksiyonunu azaltarak depresyona yatkınlık yarattığı düşünülmektedir (50).

2019 yılında yapılan bir meta-analiz çalışmasında 807,553 kişide (246,363'ü depresyon tanılı) 8,098,588 genetik varyant taranarak yapılan çalışmada, depresyonla istatistiksel anlamlılıkta ilişkilendirilebilecek 87 varyant bulunmuştur. Aynı çalışmada depresyonla ilişkilendirilen genler ikili genetik korelasyonda şizofreni ve bipolar bozukluk ile ilişkili bulunmuştur. Genlerin anatomik ekspresyon bölgelerine bakıldığında ise korteks, anterior singulat korteks ve frontal korteks ile ilişkili bulunmuştur (51).

2.1.2.3. Biyolojik faktörler

Monoamin oksidaz inhibitörlerinin ve trisiklik antidepresanların kullanılmaya başlamasının ardından; 1950'li yıllarda serotonin, nöradrenalin, dopaminden birinin veya reseptörünün eksikliği, fazlalığı, işlevsizliği üzerinden depresyonun açıklanmaya çalışıldığı "Monoamin Hipotezi" öne sürülmüştür. Ancak güncel beyin çalışmaları bu ajanların kendi aralarında etkileştiklerini ve etki mekanizmalarının daha karmaşık olduğunu göstermiştir (52, 53).

Depresyon; HPA aksında yüksek bazal kortizol düzeyi, stresöre daha fazla kortizol yanıtı ve deksametazon baskılama testinde baskılama yanıtının azalmasıyla ilişkili bulunmuş

olup (54), antidepresan tedavisi sonrası bu durumun geri döndürebildiği gösterilmiştir (53). Serotonin nöroplastisitede etkili olup, depresyonda görülen hipokampus hacim kaybının bu işlevdeki aksaklık sonucu olabileceği belirtilmektedir (55).

İnterlökin-2 ve interferon gama tedavilerinin depresif belirtilerde artış yaratabilmesi, depresyon hastalarında bağışıklık dizgelerinde anomaliler saptanabilmesi ve çeşitli proinflamatuvar sitokinlerin depresyonda yükseldiğinin gösterilmesi depresyonla bağışıklık yanıtının ilişkili olduğunu düşündürse de; aralarında ilişkinin yönü ve mekanizması bilinmemektedir (56). 107 çalışmanın değerlendirildiği bir meta-analizde; depresyonda pek çok inflamatuvar değişkende anlamlı artış görülürken, özellikle C-reaktif protein ve interlökin-12 seviyelerinde kararlı bir artış bulunmuştur (57).

Depresyon tanılı ergenlerde yapılan fMRI çalışmalarında olumsuz duygulanıma karşı amigdala, dorsal anterior singulat korteks ve insulada aktivite artışı; dorsolateral prefrontal kortekste aktivite azalması görülmüştür (58). Yapısal çalışmalarda kalıtsal özellikli depresyonda sol subgenual prefrontal korteks ve orbitofrontal korteks hacimlerindeki azalmanın daha belirgin olduğu gösterilmiştir. Hipokampus hacminde azalma depresyon için risk faktör olarak bulunmuştur (59).

2.1.3. Depresyonda tedavi direnci

2.1.3.1. Depresyon tedavisinde temel kavramlar

Depresyon tedavisinde farmakolojik tedaviler, psikoterapi, elektrokonvülsif tedavi (EKT), vagal sinir uyarımı, transkranyal manyetik uyarım gibi yöntemler kullanılır. Hafif ve orta şiddetli depresyon atağında psikososyal tedaviler önerilirken, orta-ağır şiddetli depresyonda psikoterapi veya antidepresanla kombine tedavi önerilir (60).

Depresyon tedavisinde terapi yöntemlerinden en sık BDT kullanılır. Güncel bir meta-analiz çalışmasında BDT ile antidepresanlar arasında belirgin etki farkı görülmezken, BDT'deki iyileşmenin antidepresanlar kıyasla daha kalıcı olabildiği gösterilmiştir (61). Aynı çalışmada BDT ile antidepresanın kombine kullanımı, tek başına BDT veya antidepresan kullanımından daha etkili bulunmuştur.

Depresyon tedavisinde antidepresanlar sık kullanılmaktadır. Çocuklar için depresyon tedavisinde sadece fluoksetin ve essitalopram için FDA onayı bulunurken; selektif serotonin geri alım inhibitörü (SSRI) grubundaki diğer antidepresanların da çocuklar için güvenli ve etkili bir tedavi yöntemi olduğu gösterilmiştir (11). TORDIA çalışmasında ergenlerde

dirençli depresyon için venlafaksin SSRI'lardan kısmen daha etkili bulunsa da, aradaki fark istatistiksel anlamlılık yaratmamış; venlafaksinde hipertansiyonla ilişkili yan etkilerin daha sık görüldüğü gösterilmiştir (62). Antidepresanlar çocuk ve ergen popülasyonda depresyon, kaygı bozukluğu ve OKB'de etkili bulunurken; yetişkinlerden farklı olarak henüz Travma Sonrası Stres Bozukluğu tedavisindeki etkinliklerine dair yeterli veri bulunmamaktadır (11).

Depresyon tedavisinde tedavi yanıtı klinik ölçeklerle ölçüldüğünde, tüm ölçeklerde ölçekteki yüzde değişimi kullanılabilir. Bu durumda ölçek skorunun tedavi başlangıcından %50 ve daha fazla azalması “yanıt” (response) olarak değerlendirilir. %25-50 arasındaki düşme kısmi yanıt, %25'in altında düşme ise yanıtızlık olarak değerlendirilir (63). Kişinin semptom düzeyi depresyona hiç girmemiş birinin seviyesine geldiğinde “düzelme” (remission) kavramı kullanılır. Eğer remisyonu belirlerken klinik ölçekte kesme değeri baz alınacaksa, hastanın belirtilerinin toplum örneklemini seviyesine düşüşünü temsil eden kesme puanını ile değerlendirilir (64). Remisyon döneminin ardından en az 6 ay depresif semptom bulunmamasına “iyileşme” (recovery) denir. Eğer depresif semptomlar remisyon döneminde nüks ederse “depreşme” (relapse), eğer remisyon 6 ay sürüp iyileşme sürecine girildikten sonra nüks ederse “yineleme” (recurrence) ismi verilir (64-66).

2.1.3.2. Depresyon tedavisinde tedavi direnci

Yetişkinlerde yapılan çalışmalarda depresyon tedavisinde; daha az tedavi yanıtıyla ilişkili bulunan psikososyal etkenler arasında erken başlangıçlı depresyon, depresyonun sık tekrar etmesi, depresyonun tam remisyona girmemesi (67), 65 yaş üstü olmak, mevcut epizodunun süresinin uzunluğu (68), 30 yaş altında olmak (69), düşük gelir düzeyi, işsizlik, düşük eğitim seviyesi, TSSB eş tanısı, OKB eş tanısı, Yaygın Anksiyete Bozukluğu eş tanısı, Agorafobi eş tanısı, Panik Bozukluk eş tanısı, komorbid psikiyatrik tanı sayısı (70), intihar riski bulunması, geçmişte ilk başlanan antidepresana yanıtız olmak, melankolik özellikler (71), ilk ve son depresif nöbet arasındaki sürenin kısalığı (72) bulunmuştur.

Ergen popülasyonda depresyon tedavi direnciyle ilişkili psikososyal etkenler arasında anhedoni varlığı (73), somatik belirtilerin varlığı, intihar düşüncelerinin eşlik etmesi, umutsuzluk, başlangıç depresyon ölçek skor yüksekliği, kendine zarar verici davranış varlığı (62), ilk depresyonun erken yaşta başlaması (74), depresyonun süresi, ilk 6 hafta tedaviye yanıtız olma, ergen tarafından algılanan aile çatışması, anksiyete bozukluğu eş tanısı, distimi eş tanısı (62, 75), geçmişte depresif epizod geçirmiş olmak, geçmişte geçirilen depresif epizod sayısı (76), sub-sendromal manik semptom veya bipolar bozukluk

varlığı (72, 77), madde kullanım bozukluğunun eşlik etmesi, insomnianın eşlik etmesi (78), ihmal ve istismar öyküsü (79) bulunmuştur.

Depresyon tedavisinde dirençle ilişkilendirilen genetik risk faktörleri arasında glukokortikoid reseptör hassasiyetini azaltan bir protein kodlayan FKBP5 polimorfizmi (80), kısa serotonin transporter polimorfizmi (81, 82), antidepresanları hızlı metabolize etmek (82) tanımlanmıştır. Fonksiyonel barsak hastalıkları (83) ve tiroid patolojileri tedavi direnciyle ilişkili bulunmuştur (84). Tedavi öncesinde kanda ölçülen (serotonin, dihidroksifenilasetat gibi) metabolit düzeyleri (85), bazı EEG farklılıkları (86), kanda ölçülen TNF, TNF-R2 ve IL-6 yüksekliği (87) depresyon tedavisinde tedavi direnciyle ilişkilendirilmiştir.

2.2. BİLİŞSEL KURAM

Bilişsel terapi 1960'lı yıllarda Aaron T. Beck tarafından geliştirilmiştir (88). Aslen psikodinamik yönelimli bir terapist olan Beck, depresyon hastalarını takip ederken hastalarda “yenik düşmüşlük, terkedilmişlik, reddedilmişlik” temalı ortak düşünceler bulunduğunu fark ederek depresyonu “bir düşünce bozukluğu” olarak nitelendirmiştir (89).

Bilişsel kuram psikopatolojiyle ilişkili bilişleri otomatik düşünceler, ara inançlar ve temel inançlar şeklinde üç gruba ayırır. Bunlardan en yüzeyde otomatik düşünceler, en derinde temel inançlar (şemalar), bu iki biliş türünün arasında ara inançlar bulunur. Otomatik düşünceler aklımıza biz çaba harcamadan hızla gelen söz veya imgelerdir. Otomatik düşünceler dikkatimizden kaçabilir, ancak bu düşünceye eşlik eden duygu yükü sıklıkla fark edilir. Otomatik düşünceler tek başına patoloji oluşturmazken, düşünce hatalarının etkisiyle uyumsuz, işlevsiz ve irrasyonel düşüncelere dönüşerek psikopatolojilere zemin hazırlar. Bu düşünce hatalarından bazıları; kişinin yaşadıklarını siyah ya da beyaz algılaması (ya hep ya hiç şeklinde düşünme), somut deliller olmadan gelecekle ilgili olumsuz tahminler yapması (felaketleştirme), tek bir durum üzerinden genel kurallar üretmesi (aşırı genelleme), bir durumu değerlendirirken olumlu yanlarını yok sayması (olumluyu görmezden gelme), kendine karşı yargılayıcı olması (etiketleme), olumsuzlukların nedeni olarak kendisini görmesi (kişiselleştirme), karşısındakinin ne düşündüğüne dair önyargısını gerçek gibi kabul etmesi (zihin okuma) olarak örneklendirilebilir (4).

Ara inançlar otomatik düşüncelere kaynaklık eden varsayım ve çıkarımlardır. “Eğer iyi bir iş çıkarmıyorsa, bu değersiz olduğum anlamına gelir”, “Eğer arkadaşlarım beni aramıyorsa, o zaman beni sevmiyorlar demektir.”, “İnsanların beni sevmesi için, onlara karşı

kusursuz olmalıyım.” gibi cümleler depresyondaki ara inançlara örnek verilebilir. Bu ara inançların etkisiyle otomatik düşünceler ortaya çıkar. Ara inançların altında ise derinlerde bulunan temel inançlar (şemalar) yatar. Temel inançlar geçmiş yaşantılardan köken alan derin inançlardır. Değişime dirençlidirler, ancak öğrenilen bilgilerle pekişebilir veya zayıflayabilirler. Aktif veya inaktif olabilirler. Önemli bir yaşam olayı sonrasında temel inançlar tetiklenebilirler, bunun sonucunda ara inançları aktif hale getirerek klinik tabloya neden olabilirler. Örneğin yetersiz olduğuna dair temel inancı olan bir çocuğun “Eğer konuları iyi öğrenemiyorsam, bu kapasitemin yetersizliğini gösterir.” şeklinde ara inancı olabilir. Liseye başlayınca derslerin zorlaşmasının tetikleyiciliğiyle bu varsayımlar aktifleşebilir. Böylece gün boyu aklına “Sınavım kötü geçecek.”, “Sınıfta kalacağım.” gibi olumsuz otomatik düşünceler gelerek anksiyete bozukluğu ve depresyona zemin hazırlayabilir (4, 90).

Bilişsel terapide kişinin yaşadığı soruna dair açık uçlu sorularla Sokratik sorgulama yöntemi kullanılarak konuşulur. Sorulara cevap olarak verilen otomatik düşüncelerin altında yatan ara inançlar (varsayımlar) keşfedilmeye çalışılır. Bu ara inançlardaki mantık hataları (bilişsel çarpıtmalar), işlevsizlik ve uyumsuzluklar formüle edilir. Böylece danışanla birlikte bu mantık hataları rasyonel açıdan sorgulanarak “bilişsel yeniden yapılandırma” yapmak hedeflenir (91).

Bilişsel terapi başlangıçta davranışçı terapilerden farklı ve tedavi etkisi sıklıkla davranışçı terapilerle kıyaslanan bir terapi akımı iken; 1980’li ve 1990’lı yıllarda bilişsel terapi ile davranışçı terapinin birlikte kullanımının daha etkili bulunması nedeniyle, bu iki ekol zamanla “Bilişsel Davranışçı Terapi” çatı ismi altında birleşti. Davranışçı ve bilişsel terapiler, birinci ve ikinci dalgayı temsil ederken; bu iki terapi akımının birleşmesinden sonra ortaya çıkan terapiler “Üçüncü Dalga Bilişsel Davranışçı Terapi” ismini aldı. Bu akımlar arasında Metakognitif (Üstbilişsel) Terapi, Kabul ve Kararlılık Terapisi, Diyalektik Davranış Terapisi, EMDR gibi terapiler yer almaktadır (92).

2.3. ÜSTBİLİŞSEL KURAM

Üstbiliş kavramı ilk kez gelişimsel psikoloji alanında çalışan Flavell tarafından kullanılmıştır (93). Kişinin bilme, unutma, öğrenme, düşünme, hissetme, deneyimleme gibi zihinsel süreçlerine karşı aldığı zihinsel pozisyonu betimler. Bilişleri inceleyen, denetleyen, kontrol etmeye çalışan veya yönlendiren tüm strateji ve süreçler üstbiliş kavramına girer (94).

Metakognitif terapi (üstbilişsel terapi) bir üçüncü dalga bilişsel davranışçı terapidir (92). Adrian Wells tarafından geliştirilerek “bilişsel terapinin bir türü” olarak tanımlanmıştır (10). Temelinde “Kendini Düzenleyici Yönetici İşlev” (Self Regulatory Executive Function: S-REF) bulunur (95). Beck’in öne sürdüğü bilişsel kuramdan en temel farkı; psikopatolojileri açıklarken olumsuz düşüncelerin kendisine değil, bu düşüncelerle kurulan etkileşim şekline dikkat çekmesidir. Üstbilişsel süreçler; üstbilişsel bilgi ve inanç (örneğin depresyonla mücadele etmek için yaşadığı deneyimi analiz etmenin gerekliliğine inanmak şeklinde olumlu üstbilişsel inanç), üstbilişsel deneyim (örneğin bilme-unutma hissi veya endişeleniyor olmaktan endişelenmek), üstbilişsel strateji (örneğin bir düşüncüyü kontrol etmek için başka bir şey düşünmek) şeklinde üçe ayrılabilir (94). Düşünce ve inançlar iki farklı modda deneyimlenebilir: nesne modu ve metakognitif mod. Nesne modunda kişi düşünceleri nesnel dünyanın bir parçası olarak görür ve düşüncelerden nesnellik bekler. Böylece kişi aklına istemsizce gelen düşüncelerden ötürü suçluluk duyabilir, düşüncesi mantıksız olduğu için kendini kötü hissedebilir veya mantıklı olup olmadığına dair düşünceleriyle yorucu etkileşimlere girebilir. Metakognitif modda ise; kişi düşüncelerini gerçekliğin kendisi değil, birer temsili olarak kabul eder. Bu temsilin gerçeklikle kusurlu ilişkisi olabileceğini, bazen gerçeklikle ilişkisiz olabileceğini kabul eder. Metakognitif modun daha ileri bir hali olarak “Mesafeli Kendinelik” (Detached Mindfulness) kavramı tanımlanmıştır. Bu durumdayken kişi düşünceleriyle etkileşimi keserek kendi benlik deneyimini düşüncelerden ayırabilir. Başka bir deyişle, düşünceleri “sadece bir düşünce” olarak algılayarak dikkatini kolayca düşüncelerden ayırabilir (10).

Metakognitif terapiye göre psikopatolojilerin merkezinde belirli konulara aşırı odaklanan, perseveratif, ruminatif düşünme süreçleri yatar. Bu düşünme süreçleri olumlu üstbilişler ile başlar. Olumlu üstbilişsel inançlar düşünme sürecini veya bu süreçte kullanılan üstbilişsel stratejiyi olumlayan inançlardır. Örneğin aklına değersizlik düşüncelerinin sık geldiğini fark eden kişi, “Neden değersiz hissettiğimi anlayabilirsem, depresyondan çıkabilirim.” şeklinde bir olumlu üstbiliş ile ruminasyonu başlatabilir. “Kaygılanmak tehlikelere karşı önlem almama yardımcı olur” düşüncesi, kişinin kaygılı düşüncelere daldığı uzun ve yorucu bir endişe sürecini başlatabilir. “Travmatik anımı aklıma getirip onunla yüzleşirsem, sorunumu çözebilirim.” düşüncesi, Travma Sonrası Stres Bozukluğunda sık görülen bir olumlu üstbiliştir. Olumlu üstbilişsel inançların patoloji oluşturmaları için olumsuz üstbilişsel inançların devreye girmesi gerekir. Olumsuz üstbilişler kişinin düşünme sürecine, düşüncelerini kontrol edemiyor oluşuna veya hissettiklerine dair olumsuz atıflar yapar. Örneğin aklına gelen değersizlik düşüncelerini analiz etmek için ruminasyon yapan kişi; “Bu

kadar düşünmek beni delirtecek.”, “Düşüncelerimin kontrolünü kaybediyorum, beynimde bir hastalık var.” şeklinde olumsuz üstbilişlerin devreye girmesiyle kendisini daha da kötü hissedebilir. Bu olumsuz duygulanımın etkisiyle kişi düşüncelerinin kontrolünü ve sürece dair farkındalığını kaybederek düşüncelerin içinde kaybolabilir. Olumlu ve olumsuz üstbilişlerin aracılık ettiği bu perseveratif düşünme süreçleri; kişinin sorunun ciddiyetine dair algısını güçlendirip, tehdit tarama amacıyla dikkatini soruna daha fazla odaklamasına sebep olabilir. Böylece kişinin seçici dikkatinin bu olumsuz düşüncelere daha çok yönelmesi, olumsuz düşüncelerle girilen bu etkileşim sonucu gün boyu olumsuz duygulanımın ortaya çıkmasına sebep olabilir. Bu olumsuz duygulanımın karşısında zorlanan birey, işlevsel olmayan başa çıkma yöntemlerine yönelerek (davranışsal kaçınma, alkol-madde vb.) sorunu daha da pekiştirebilir. Bu tablo Bilişsel Dikkat Sendromu (Cognitive Attention Syndrome) olarak tanımlanır. Metakognitif terapiye göre depresyon, anksiyete bozukluğu, TSSB ve OKB’nin temelinde Bilişsel Dikkat Sendromu yer alır (10).

Depresyondaki kişi; kötü hissetme, aklına gelen olumsuz intruzif düşünceler, yorgun hissetme, isteksizlik gibi depresyon belirtilerini sorunun bir parçası olarak görerek; seçici dikkatini bu belirtilere yöneltir. Böylece hem bu belirtileri gözlemleme sıklığı artar ve sorunun ciddiyetine dair algısı pekişir, hem de bu belirtileri her fark ettiğinde olumlu üstbilişsel inançların etkisiyle çözüm arayışı için sıklıkla ruminasyon sürecini başlatır. Böylece farkında olmadan gün boyu ruminasyon yapan kişi; ruminasyon nedeniyle gündelik aktiviteler sırasında dikkat dağınıklığı yaşarken, dikkatini dış dünyanın gerçekliğinden uzaklaştırarak iç dünyasındaki sıkıntı verici analizlere yöneltmeye başlar. Ruminasyon sırasında kötü hisseden kişi; bu kötü histen uzaklaşmak için kötü düşünceleri akla getirebilecek bazı davranışlardan kaçınmaya veya işlevsel olmayan rahatlatıcı eylemlere yönelebilir (gün içinde uyuma, duygusal yemek yeme, oyun bağımlılığı, alkol-madde bağımlılığı gibi). Böylece kişinin depresyon öncesindeki gündelik rutini kaybolarak, yerini giderek neden depresyonda olduğuna dair analiz yapmak ve depresif duygulanımdan kurtulmaya çalışmak şeklinde bir kısır döngüye bırakır (9, 10).

Metakognitif terapinin amacı; kişinin olumlu ve olumsuz üstbilişsel inançlarını ve soruna dair kullandığı üstbilişsel baş etme stratejilerini keşfetmesini sağlamak, bu stratejilerin işlevselliğini sorgulamasına aracılık etmektir. Başka bir deyişle, kişiye düşünme süreçlerine dair “meta-farkındalık” kazandırmak amaçlanır. Buna ek olarak kişinin dikkatini düşüncelerinden ayırıştırma beceri ve alışkanlığını geliştirmesi için dikkati eğitme teknikleri ve mesafeli kendindelik teknikleri kullanılır (10).

2.4. BİLİŞSEL VE ÜSTBİLİŞSEL KURAMIN KLİNİK KARŞILIKLARI

Güncel bir meta-analiz çalışmasında, depresyon ve anksiyete semptomları ile üstbiliş ölçeklerinin toplam puanı ve tüm alt ölçekleri arasında korelasyon bulunmuş olup; en yüksek korelasyon kontrol edilemezlik ve tehlike faktörü (Olumsuz Üst Endişeler) ile anksiyete semptomları arasında saptanmıştır (96). Üstbiliş toplam puanı ile OKB ($r=0,40-0,69$), TSSB ($r=0,47-0,49$) ve psikoz ($r=0,49$) ölçekleri arasında anlamlı korelasyon olduğu görülmüştür (97). Olumsuz üstbilişlerle ilişkili bir faktör olan “düşünceleri kontrol ihtiyacı” (Batıl İnançlar, Ceza ve Sorumluluk İnancı; BİCS) puanı ise en çok OKB ile ilişkili bulunmuştur (98, 99).

Üstbilişlerle yaşın ilişkisi incelendiğinde, Üstbiliş Ölçeği Çocuk ve Ergen Form (ÜBÖ-ÇE) toplam puanı ile yaş arasında özellikle ergenlik sonrasında belirginleşen pozitif ilişki olduğu gösterilmiştir (100, 101). Üstbilişlerle cinsiyetin ilişkisini incelerken çocuk ve ergenler birlikte ele alındığında, üstbiliş puanlarını cinsiyetle ilişkisiz bulan (100, 102, 103) ya da ÜBÖ-ÇE toplam puanı ve Olumsuz Üst Endişeler puanını kızlarda daha yüksek bulan (101) çalışmalar mevcuttur. Bacow’un çalışmasında çocuk ve ergenlerin üstbilişleri ayrı değerlendirildiğinde; çocuklarda cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunmazken, ergenlerde kızların toplam üstbiliş puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (100).

Bilişsel parametrelerden olumsuz otomatik düşünceler ve işlevsiz ara inançların psikopatolojilerle ilişkisini gösteren birçok çalışma bulunmaktadır (104-107). Çocuklarda yapılan çalışmalarda, otomatik düşüncelerin tedavilere iyi yanıt verdiği gösterilmiştir (108).

Ara inançlar, tedavi sürecini açıklamak amacıyla Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (Dysfunctional Attitude Scale - DAS) (109) üzerinden pek çok depresyon tedavi çalışmasında değerlendirilmiştir (110). Yetişkinlerde, başlangıç Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği puanının tedavi yanıtıyla ters korelasyon gösterebildiği ve tedavi ile değişime daha dirençli olabildiği gösterilmiştir (111) Çocuk ve ergenlerde yapılan 20 aylık bir takip çalışmasında; fonksiyonel olmayan tutumların, cinsiyet ve olumsuz yaşam olayı moderatörlüğünde depresif semptomlara aracılık ettiği gösterilmiştir (112).

Üstbilişsel terapinin ortaya çıkmasıyla bilişsel ve üstbilişsel değişkenleri kıyaslayan çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Klinik olmayan bir yetişkin örnekleimde, üç ay aralıklarla yapılan ölçümlerde depresyon ve anksiyete puanları incelenmiş; başlangıçta ölçülen olumsuz otomatik düşünceler puanı üç ay sonraki depresyon puanını yordayabilirken, üstbiliş toplam puanının hem anksiyete hem de depresyon puanlarını yordayabildiği

gösterilmiştir (113). Depresyon tanılı 39 yetişkin hastaya metakognitif terapi uygulanan bir çalışmada, üstbilişsel inançların fonksiyonel olmayan tutumlara kıyasla hem tedavi sonucunu hem de 3,5 yıl sonra ölçülen depresyon puanlarını daha iyi tahmin ettiği bulunmuştur (114). Depresyon tedavisinde 41 yetişkin hastaya metakognitif eğitim uygulanan bir çalışmada, 6 ay sonra kontrol grubuna kıyasla Olumlu Üstbilişsel İnançlar, Olumsuz Üstbilişsel İnançlar ve Düşünceyi Kontrol İhtiyacı (ÜBÖ-ÇE karşılığı BİCS) ölçeklerinde anlamlı düşüş görülmüştür. Ayrıca Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği de değerlendirmeye alınarak, depresyon semptomlarındaki düşüşe en güçlü aracılık eden değişkenin Düşünceyi Kontrol İhtiyacı (BİCS) olduğu bulunmuştur (115). Depresyon tanılı 84 yetişkin hastada yapılan Kontrol Edilemezlik ve Tehlike (ÜBÖ-ÇE karşılığı Olumsuz Üst Endişeler) ve Düşünceyi Kontrol İhtiyacı (ÜBÖ-ÇE karşılığı BİCS) puanları ile Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği puanının gelecekteki depresyon puanlarını yordadığı saptanmıştır. Ancak bu yordayıcılığın fonksiyonel olmayan tutumlar için daha belirgin olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte, 3,5 yıllık takipte üstbilişsel inançların daha az değişim gösterdiği ve depresyona yatkınlaştırıcı olabileceği öne sürülmüştür (116).

Olumsuz üstbilişsel inançların depresyon puanlarındaki değişimle ilişkili olduğunu öne süren çeşitli çalışmalar mevcuttur. Lise öğrencilerinin oluşturduğu klinik olmayan örneklemde, 12 ay boyunca üstbiliş, anksiyete ve depresyon puanlarının 4 aylık periyodlarla ölçüldüğü bir çalışmada; üstbiliş toplam puanı ve tüm üstbiliş alt ölçekleri, anksiyete ve depresyon puanlarıyla ilişkili bulunmuştur. Ancak depresyon ve anksiyete puan değişimiyle en yüksek ilişkinin Olumsuz Üst Endişeler puanları ile olduğu saptanmıştır (117). Ülkemizde üniversite öğrencilerinden oluşan 172 kişilik klinik olmayan bir örneklemde; altı ay sonraki depresyon ve anksiyete ölçek puanlarının başlangıç puanları kontrol edildiğinde, olumsuz üstbilişlerle anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (118).

Olumlu üstbilişlerin diğer klinik ölçeklerden belirgin farkları olduğunu öne sürmek mümkündür. Öncelikle, Olumlu Üst Endişeler puanının psikiyatrik semptomlarla korelasyonu gösterilmiş olsa da (97); bu korelasyon hasta olan ve olmayanlar arasında diğer üstbiliş ölçeklerine ($g=0,45-1,22$) kıyasla Olumlu Üst Endişeler için ($g=0,11$) daha az belirgindir (96). Bununla birlikte, çeşitli çalışmalarda prospektif olarak tedavi yanıtını veya semptom puanlarını öngörme özelliği bulunmuştur. Örneğin, ruminasyona dair olumlu üstbilişlerin klinik olmayan yetişkin örneklemde, ruminasyon puanı üzerindeki dolaylı etkisi yoluyla iki ay sonraki depresyon puanlarını etkilediği gösterilmiştir (119). Ülkemizde yetişkinlerde ruminasyon hakkında olumlu ve olumsuz üstbilişsel inançlar ile fonksiyonel olmayan tutumların karşılaştırıldığı kesitsel bir çalışmada, ruminasyon hakkında hem

olumlu hem de olumsuz üstbilişsel inançların fonksiyonel olmayan tutumlardan daha güçlü bir yordayıcı olduğu bulunmuştur (120). Travmatik deneyim yaşayan 10-16 yaş çocuklarda olumlu üstbilişlerin ölçüldüğü bir çalışmada, başlangıç olumlu üstbiliş puanlarının Akut Stres Bozukluğu tanısı ($r=0,26$) ve 6 ay sonraki travma semptomlarıyla ($r=0,34$) anlamlı korelasyon gösterdiği görülmüştür (121).

Metakognitif terapilerde olumlu üstbilişlerin azaltılabildiği ($g=0,86$) gösterilmişse de (122); bilişsel davranışçı terapinin (BDT) ve diğer terapi yaklaşımlarının olumlu üstbilişlere etkisi tartışmalıdır. Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanılı 7-12 yaş aralığındaki çocuklara BDT uygulanan bir çalışmada; tedavi sonrası Olumsuz Üst Endişeler puanında anlamlı düşüş görülürken, Olumlu Üst Endişeler puanında anlamlı bir değişim görülmemiştir (123). Çeşitli anksiyete bozukluğu tanıları olan 7-12 yaş aralığında 44 çocukla yapılan bir BDT müdahale çalışmasında; üstbiliş toplam puanı ve Çocukların Otomatik Düşünceleri Ölçeği (ÇODÖ) puanının müdahale sonrası orta etki gücünde azaldığı ($d=0,55$), ancak toplam üstbiliş puanındaki bu azalmanın daha çok Olumsuz Üst Endişeler puanındaki düşüşle gerçekleştiği gösterilmiştir (124). Aynı çalışmada, 6 ay sonraki takipte üstbiliş puanlarının azalmaya devam ettiği görülmüştür. Sosyal Anksiyete Bozukluğu tanılı 8-17 yaş aralığındaki çocuklarla yapılan bir BDT müdahale çalışmasında, 12 hafta sonra semptom şiddetinde azalma gözlenmiş, ancak Olumlu Üst Endişeler ve Olumsuz Üst Endişeler ölçek puanları ile hastaların tanı statüsünde anlamlı değişim olmamıştır. Aynı çalışmada, 6 aylık takipte her iki ölçek puanında anlamlı düşüş olduğu bildirilmiştir (125). Klinik olmayan ergen popülasyonda mindfulness eğitimi içeren bir çalışmada, mindfulness eğitim alanların bekleme listesindekilere göre üstbiliş toplam puanında ve Düşüncelerin Kontrol Edilemezliği (ÜBÖ-ÇE karşılığı Olumsuz Üst Endişeler) alt ölçek puanlarında anlamlı düşüş görülmüş olup, diğer alt ölçeklerde anlamlı değişim görülmemiştir (126).

Depresyon tedavisi için bilişsel davranışçı terapiyi (BDT) diğer terapilerle kıyaslayan, 409 çalışmayı içeren güncel bir meta-analizde (61); BDT'nin kontrol grubuna göre etki gücü $g=0,79$ olarak bulunmuş, ancak bu sonucun yüksek düzeyde heterojenlik gösterdiği bildirilmiştir ($I^2=\%85$). Bu etki gücü 6-9 ay sonraki takiplerde korunurken ($g=0,74$), 10-12 ay sonraki takiplerde gerileme göstermiştir ($g=0,45$). Çocuk ve ergenlerde 39 çalışmada BDT'nin etki gücü $g=0,41$ ($I^2=\%78$) bulunmuştur. BDT'nin depresyonda tüm yaş grupları değerlendirildiğinde yanıt oranı $\%42$ ($I^2=\%82$), remisyon oranı $\%36$ ($I^2=\%80$) bulunmuştur. Diğer terapi yaklaşımlarıyla kıyaslandığı 87 çalışmada, BDT'nin ufak bir üstünlüğü ($g=0,06$, $I^2=\%31$) görülmüş; ancak yanlılık riski olan çalışmalar çıkarılınca etki farkı gözlenmemiştir. Aynı meta-analizde BDT'nin antidepresanlarla kıyaslandığı 38

Çalışmada anlamlı etki farkı görülmezken, 6-12 ay takiplerinde BDT farmakoterapilere üstün bulunmuş olup ($g=0,34$), yayınlanma yanlılığı kontrollerinde bu sonuçlar şüpheli bulunmuştur. BDT ile antidepresanların kombine tedavisi, tek başına antidepresana ($g=0,51$) ve tek başına BDT'ye ($g=0,19$) göre daha etkili bulunmuştur.

BDT'nin kaygı bozukluğu tedavisindeki etkinliğini 41 çalışma üzerinde inceleyen bir meta-analizde; BDT'nin hedef tanıdaki semptomlara etki gücü $g=0,56$, toplam anksiyete puanına etki gücü $g=0,38$, depresyon puanına etki gücü $g=0,31$, yanıt için Risk Oranı (OR)=2,97 bulunmuştur (127).

Farklı tanıları için metakognitif terapinin yapıldığı 25 çalışmanın değerlendirdiği bir meta-analiz çalışmasında; metakognitif terapinin grup içi etki gücü $g=1,72$ ($I^2=\%69,7$), takip değerlendirmesi içeren 22 çalışmada 8,2 ay ($\pm 5,9$ ay) sonra etki gücü $g=1,57$ ($I^2=\%74,6$) bulundu. Kontrol grubuyla kıyaslanan 9 çalışmada metakognitif terapinin etki gücü $g=2,06$ ($I^2=\%71,8$); BDT ve davranış aktivasyonu ile kıyaslanan 8 çalışmada etki gücü $g=0,69$ ($I^2=\%59,09$); takiplerde 7 çalışmada BDT ve davranış aktivasyonuna kıyasla etki gücü $g=0,37$ bulunmuştur (122).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Bu çalışma 15.10.2023 ve 15.10.2024 tarihleri arasında Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvuran ergenler ve ebeveynleri ile yürütülmüştür. Çalışma için etik kurul başvurusu, İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 11.10.2023 tarihinde 2023/0685 karar numarası ile onaylanmıştır.

Çalışmanın örneklemini, Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvurarak poliklinik hekimi tarafından Major Depresif Bozukluk tanısı ile antidepresan tedavisi başlanan, en az 2 haftadır (fluoksetin için 5 hafta) stimulan dışında psikiyatrik ilaç kullanmayan 12-18 yaş arası ergenler tarafından oluşturuldu. Yarı-yapılandırılmış görüşme ile Major Depresif Bozukluk tanısının doğrulanmaması; aktif terapi sürecinde olmak; klinik görüşme izlenimi ile zihinsel yetersizlik düşünülmesi; otizm, psikoz, bipolar bozukluk tanılarının olması; nörolojik bozukluklar (epilepsi vb.); madde kullanımı ve kafa travması öyküsü dışlama kriteri olarak alındı. Çalışmaya katılım şartlarını sağlayan ergenler ve ebeveynleri çalışmaya davet edildi, çalışmaya katılmayı kabul ettiklerine dair yazılı onam formu okutulup imzalayan ergenler ve ebeveynleri ile çalışma yürütüldü. Çalışma için hedeflenen üç aylık takip süresi 51 hasta ile tamamlandı.

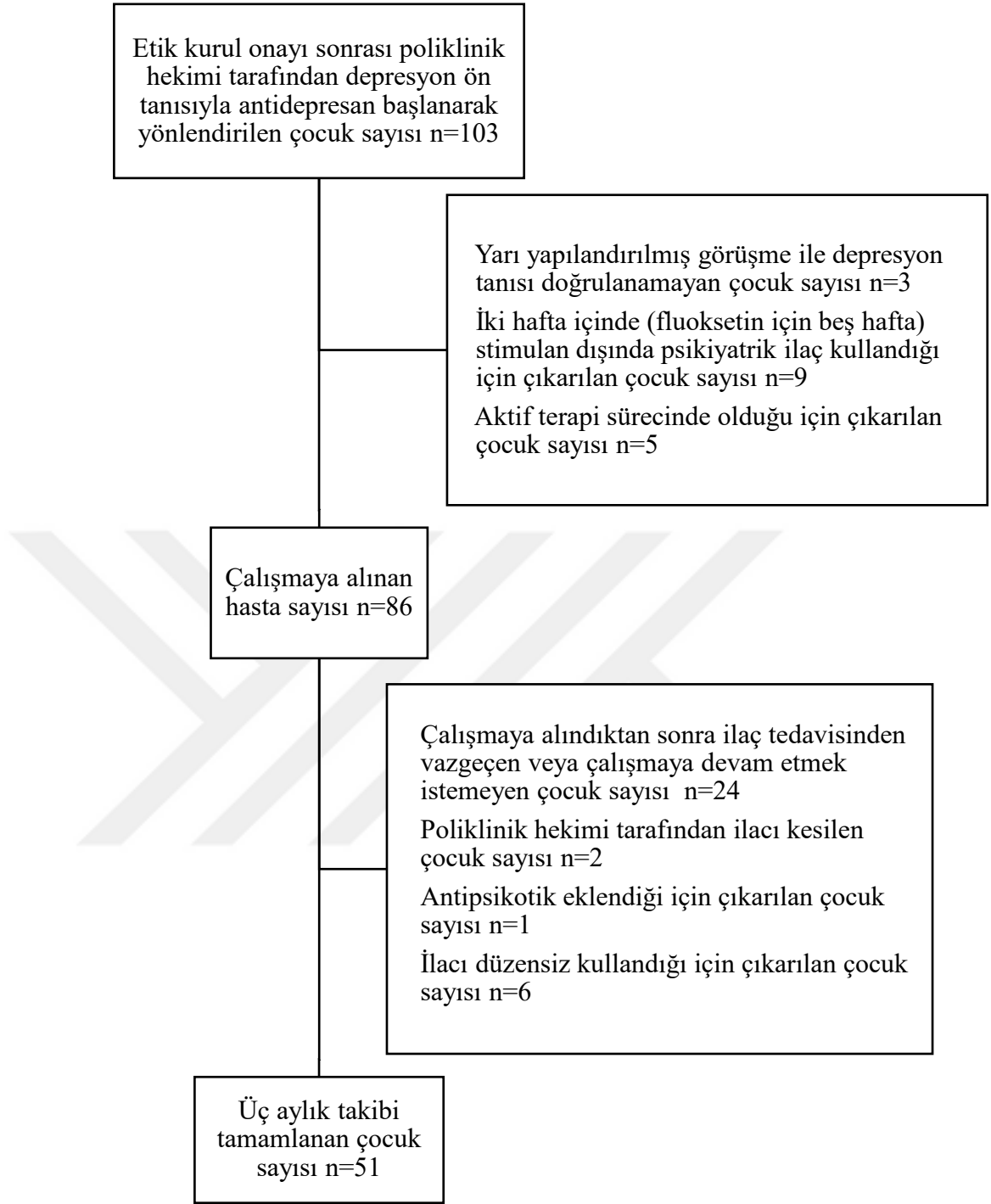
3.2. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Çalışmamız gözlemsel özellikte ve üç aylık takip içeren boylamsal bir klinik çalışma olarak planlandı. Katılımcılara ilaca başlanacağı gün araştırma hekimi tarafından Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-DSM-5-Türkçe (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) yapıldı. Çalışmaya katılan ebeveynlere doldurmaları için Sosyodemografik form verildi. Çalışmaya katılan çocuklara doldurmaları için Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ), Çocuklarda Anksiyete Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş-Çocuk Formu (ÇADÖ-Y), Üst-Biliş Ölçeği Çocuk ve Ergen Formu (ÜBÖ-ÇE), Çocuklarda (8-14 Yaş) Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (ÇFOTÖ), Çocukların

Otomatik Düşünceleri Ölçeği (ÇODÖ) ve Ruminatif Tepkiler Ölçeği Kısa Formu (RTÖ-KF) tedavi başlangıcında ve üç aylık takip boyunca aylık olarak verildi. Çalışmada veri analizine katılan hastaların tamamında antidepresan tedavisi öncesi ve tedavinin üçüncü ayındaki ölçek verileri elde edildi. Çalışmayı tamamlayan hastalara üç aylık takibin sonunda araştırmacı hekim tarafından tanısal değerlendirme amacıyla Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-DSM-5-Türkçe (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) tekrarlandı.

Katılımcılar araştırma hekimi tarafından aylık olarak görüldü ve poliklinik hekiminin kararları takip edildi. Son bir ayda ayın %75'inin altında ilaç devamlılığı beyan etmek, antidepresan tedavisine ek psikiyatrik ilaç başlanması, dış merkezden terapi sürecine başlamak, ilaç tedavisinin kesilmesi, ilaç kullanmaktan veya çalışmaya katılmaktan vazgeçmek çalışmadan çıkarılma kriteri olarak sayıldı. Poliklinik hekim tarafından antidepresan ilaç dozunun değiştirilmesi veya başka bir antidepresan tedavisine geçilmesi çalışmadan çıkarılma kriteri olarak sayılmadı.

Çalışma için poliklinikten Major Depresif Bozukluk ön tanısıyla antidepresan başlanarak yönlendirilen ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 103 hasta değerlendirildi. Bu hastalardan 3'ü yarı-yapılandırılmış görüşme ile Major Depresif Bozukluk tanısı doğrulanamadığı için, 9'u son iki hafta içinde (fluoksetin için 5 hafta) stimulan dışı psikiyatrik ilaç kullanımı beyan ettiği için, 5'i aktif terapi sürecinde olduğunu beyan ettiği için çalışmaya alınmadı. Böylece ilk görüşme sonrası 86 hasta çalışmaya dahil edilmiş olup, hedeflenen 3 aylık takip süresi bu hastalardan 51'i ile tamamlanabildi. Çalışmayı tamamlayamayan 33 hastadan 24 tanesi 3 aylık takip sürecinde ilaç kullanmaktan vazgeçtiği veya çalışmaya devam etmek istemediğini beyan ettiği için, 6 hasta aylık %75'in altında ilaç kullanımı beyan ettiği için, 2 hasta poliklinik hekimi tarafından ilaçsız takip kararı verildiği için, 1 hasta poliklinik hekimi tarafından tedaviye antipsikotik eklendiği için çalışmadan çıkarıldı. Poliklinik hekiminin ilaçsız takip kararı verdiği hastalar incelendiğinde bir hastanın verilen antidepresan ile intihar girişiminde bulunduğu, diğer hastanın serotonerjik ilaçlarla midriyazis yan etkisinin ortaya çıktığı öğrenildi. Tüm hastalarla tedavi başlangıcında ve üç ay boyunca aylık poliklinik değerlendirmeleri sırasında toplamda 4 görüşme yapıldı. Poliklinik hekimi tarafından aylık olarak takip edilen bu hastalardan, klinik tabloları ağır seyreden 2 hasta için ek görüşme yapıldığı öğrenildi (hastalardan birinde 1, diğerinde 2 ek görüşme). Bu iki hasta örneklemden çıkarılmadı. Çalışmanın tamamlandığı 51 hastadan 2'si psikostimulan kullanıyordu. Kullanım dozu ve miktarı değişmediği sürece stimulan kullanımı dışlama kriteri olarak sayılmadığı için bu hastalar istatistiğe dahil edildi.



Şekil 4.1. Çalışmanın Akış Şeması.

3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.3.1. Çocuk ve Ebeveyn için Bilgilendirilmiş Onam Formu

Araştırmanın içeriği ve süreciyle ilgili bilgiler taşıyan, hastaların araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair onamlarının alındığı formdur.

3.3.2. Sosyodemografik Bilgi Formu

Katılımcı çocukların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, psikiyatrik ve tıbbi öyküleri ile ebeveynlerinin yaş, eğitim, meslek, psikiyatrik öykü gibi bilgilerinin toplandığı araştırmacı tarafından hazırlanmış bir formdur.

3.3.3. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu-DSM-5-Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T)

Kaufman ve arkadaşları tarafından 1997 yılında geliştirilen, geçmiş ve mevcut psikopatolojinin değerlendirildiği, klinisyen tarafından yapılan yarı yapılandırılmış bir tanı görüşmesidir (128). Görüşmenin ilk kısmında çocukla ve ebeveynle yapılandırılmamış şekilde görüşülerek sosyodemografik özellikler, tıbbi ve psikiyatrik öykü, okulda ve evdeki işlevsellik durumuyla ilgili bilgiler değerlendirilir. İkinci bölümde psikopatolojilere dair 200'den fazla belirtiyi içeren tarama soruları ile belirtilerin güncel ve geçmiş durumu değerlendirilir. Üçüncü bölümde yapılan değerlendirme ve gözlemler ile DSM-5 tanıları doğrulanır. DSM-5'e göre düzenlenmiş şeklinin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Ünal ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (129).

3.3.4. Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği – Yenilenmiş (ÇADÖ-Y)

Çocuk ve ergenlerde depresyon ve anksiyete bozukluklarını tarama amacıyla geliştirilen DSM-IV temelli bir ölçektir (130). Aynı soruların çocuğun ve ebeveynin dilinden sorulduğu çocuk ve ebeveyn formları bulunur. 0-3 puan şeklinde 4'lü likert içeren 47 sorudan oluşur. Major Depresif Bozukluk için 10 madde, Yaygın Anksiyete Bozukluğu için 9 madde, Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu için 7 madde, Sosyal Anksiyete Bozukluğu için 9 madde, Panik Bozukluk için 9 madde, Obsesif Kompulsif Bozukluk için 6 madde üzerinden puanlanır. Yaş ve cinsiyeti de değerlendirilerek tanılar için çocuk ve ebeveyn formlarının T skorlaması yapılabilmektedir. T skorun 65-70 arası olması sınır klinik değeri işaret ederken, 70 ve üzeri klinik değerleri temsil eder. Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması 8-17 yaş aralığında Görmez ve ekibi tarafından 2017 yılında yapılmıştır (131).

3.3.5. Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)

Kovacs tarafından Beck Depresyon Ölçeği temel alınarak geliştirilen (132) ve Türkçe geçerlilik güvenilirliği 1991 yılında Öy tarafından yapılan öz bildirim dayalı 6-17 yaş arası ergenlerde uygulanabilen depresyon ölçeğidir (133). 3'lü likert şeklinde 27 sorudan oluşur. Kesme noktası 19 puandır. Ters kodlanmış maddeler içerir. Her soru 0-2 puan arası değerlendirilir, maksimum puan 54'tür.

3.3.6. Üstbiliş Ölçeği Çocuk ve Ergen Formu (ÜBÖ-ÇE)

Bacow, Pincus, Ehrenreich ve Brody tarafından 2009 yılında geliştirilmiştir (100). Cartwright-Hatton ve arkadaşlarının geliştirdiği Üstbiliş Ölçeği-30 (MCQ-30) ölçeğinin (134), 13-17 yaş arası ergenlere uyarlanmış hali olan Üstbiliş Ölçeği-Ergen (Meta-Cognitions Questionnaire for Adolescents, MCQ-A) ölçeği (135) temel alınarak geliştirilmiştir. 30 maddeden oluşan Üstbiliş Ölçeği-Ergen ölçeğine ait 6 maddelik Bilişsel Özgüven alt ölçeği çıkarıldığı için 24 maddeden oluşmaktadır. 4'lü likert şeklindedir. 8-17 yaş aralığında Türkçe geçerlilik güvenilirliği Irak tarafından 2012 yılında yapılmıştır (101). Soruların soruluş tarzı çocuklara uyarlanmış olmakla birlikte, yetişkin versiyonu olan Üstbiliş-30 (MCQ-30) ile 6 soruluk Bilişsel Özgüven alt ölçeğinin olmaması dışında benzer sorular ve alt ölçekler içermektedir. 6'şar sorudan oluşan alt ölçeklerin faktör isimleri sabit bırakılmış, ancak isimlendirmesi Üstbiliş-30'dan farklı yapılmıştır: Olumlu Üst Endişeler (faktör ismi olumlu inançlar), Olumsuz Üst Endişeler (faktör ismi kontrol edilemezlik ve tehlike), Batıl İnançlar, Ceza ve Sorumluluk İnançları (faktör ismi düşünceleri kontrol ihtiyacı), Bilişsel İzleme (faktör ismi bilişsel farkındalık).

ÜBÖ-ÇE'nin alt ölçeklerinden Olumlu Üst Endişeler; kişinin deneyimlediği psikiyatrik bozukluğa dair düşünme süreçlerini olumlayarak, bu süreçleri başlatıcı rol oynayan olumlu üstbilişsel inançları ölçmeyi hedeflemektedir. Olumsuz Üst Endişeler alt ölçeği ise, endişeyi kontrol edebilmenin gerekliliği ve düşüncelerin kontrol edilemezliğinin tehlikesine dair ifadelerle olumsuz üstbilişsel inançları ölçmeyi hedefler. Batıl İnançlar, Ceza ve Sorumluluk İnançları (BICS) alt ölçeği düşünceleri kontrol etmenin önemi ve kişinin düşüncelerinden sorumlu olduğuna dair olumsuz üstbilişlerle ilişkili maddeler barındırır. Bilişsel İzleme alt ölçeği, zihinden geçen düşünceleri izlemenin önemine dair maddeler barındırır. Düşünceleri izleme alışkanlığının, kişinin düşünceleriyle tekrarlayıcı ve sıkıntı verici etkileşime girdiği düşünme süreçlerin (Bilişsel Dikkat Sendromu) sonucunda, düşüncelerini bir tehdit olarak algılayarak onları kontrol etmeyi amaçlayan üstbilişsel stratejilerle ilişkili olabileceği düşünülmektedir (134).

3.3.7. Ruminatif Tepkiler Ölçeği-Kısa Form (RTÖ-KF)

Ruminatif Tepkiler Ölçeği Nolen-Hoeksema ve Morrow tarafından 1991 yılında geliştirilen öz bildirimine dayalı 71 maddelik Yanıt Biçimleri Ölçeği'nde (Response Styles Questionnaire) bulunan 21 maddelik bir alt ölçek olup (136), Yanıt Biçimleri Ölçeği'nin diğer alt ölçeklerine oranla psikopatolojilerle ilişkisi yüksek bulunduğundan tek başına kullanımı yaygınlaşmıştır. Treynor ve arkadaşları tarafından 21 madde arasında depresif semptomlara benzerlik gösteren maddelerin çıkarılması sonucunda, 2003 yılında 10 soruluk kısa versiyonu türetilmiştir (137). 4'lü likert şeklindedir. 5'er soruluk iki alt ölçekten oluşmaktadır: Derinlemesine Düşünme (Reflection) ve Geviş Getirir Gibi Düşünme (Brooding). Derinlemesine Düşünme alt ölçeğinde, depresif belirtiye karşı kişinin aktif bir şekilde iç dünyasına dönerek çözüm araması sorgulanır. Ölçeğin maddeleri "analiz etmek", "duyguları anlamak" ve "düşünürken bir köşeye çekilmek" gibi ifadeler barındırır. Geviş Getirir Gibi Düşünme alt ölçeğinde ise; kişinin daha pasif bir tutum alarak, karşılayamadığı standartlar üzerine düşünmesi sorgulanır. Örneğin, "Neden bu şekilde tepki verdim?" ya da "Neden olayları idare edemiyorum?" gibi daha reaktif maddeler barındırır. 10 Soruluk kısa formunun 14-18 yaş aralığında Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Erdur-Baker ve Bugay tarafından 2010 yılında yapılmıştır (138).

3.3.8. Çocukların Otomatik Düşünceleri Ölçeği (ÇODÖ)

Schniering ve Rapee tarafından 2002 yılında geliştirilen; 5'li likert şeklinde, 40 maddelik ve öz bildirimine dayanan bir ölçektir (139). Psikopatolojilere zemin hazırlayan olumsuz otomatik düşünceleri ve çocuğun kendi hakkında negatif yorumlarının sıklığını ölçmeyi amaçlamaktadır. 10'ar soruluk 4 alt ölçekten oluşur: Sosyal tehdit, Kişisel Başarısızlık, Düşmanlık ve Fiziksel Tehdit. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması 9-16 yaş arası çocuklarda Atalan-Ergin ve Kapçı tarafından 2013 yılında yapılmıştır (140).

3.3.9. Çocuklarda (8-14 Yaş) Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (ÇFOTÖ)

Beck ve Weissman'ın 1978 yılında depresif duygudurumu ortaya çıkaran olumsuz biliş ve şemaları değerlendirmek amacıyla geliştirdiği 100 maddeden oluşan Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (Disfunctional Attitudes Scale) temel alınarak (109); 6-14 yaş arası çocuklara uygulanmak üzere D'Alessandro ve Burton tarafından 2006 yılında geliştirilen 22 ölçektir (141). Maddeleri bilişsel teorinin öne sürdüğü ara inançları ölçmeyi hedefleyen varsayımlar barındırır. Öz bildirimine dayanır. 5'li likert şeklindedir. Alt ölçeği yoktur. Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Oral ve Günlü tarafından 2020 yılında 8-14 yaş arası çocuklarda yapılmıştır (142).

3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Verilerin istatistik analizinde ölçeklerin Cronbach alfa değerleri, ölçeklerin dağılımının değerlendirilmesi, korelasyon analizleri, bağımlı değişkenler t testi, bağımsız değişkenler t testi, Mann-Whitney U ve Wilcoxon işaretli sıralar testi için SPSS 27.0 uygulaması kullanıldı. Çoklu lineer regresyon, çoklu lojistik regresyon ve bireysel sabit etkili panel data analizi için Stata 17 uygulaması kullanıldı. Metrik verilerin çarpıklık ve basıklık değerleri +2 ile -2 arasında bulunduğunda, verilerin normal dağıldığı varsayıldı. Sürekli değişkenlerin karşılıklı değişimini sorgulamak için normal dağılım görüldüğünde Pearson, normal dağılım görülmediğinde Spearman korelasyon analizi yapıldı. Ölçeklerin grup içinde zaman içindeki değişimlerinin anlamlılığını sorgulamak için, değişimin normal dağıldığı durumlarda bağımlı değişkenler t testi yapıldı. Değişim normal dağılmadığında Wilcoxon işaretli sıralar testi kullanıldı. Farklı gruplar arasındaki metrik veri farkının anlamlılığını sorgulamak için; metrik veri gruplarda normal dağılım gösterdiğinde bağımsız değişkenler t testi, normal dağılım göstermediğinde Mann-Whitney U testi yapıldı.

Üstbiliş toplam puanının depresyon tedavi direnciyle ilişkisini ölçmek için beş farklı regresyon denklemi kuruldu. İlk ikisinde ÇADÖ-Y depresyon ve ÇDÖ ölçeklerinin başlangıç puanı kontrol değişkeni olarak alınarak lineer regresyon üzerinden bu ölçeklerin üç ay sonraki değeri tahmin edilmeye çalışıldı. Tedavi depresyon tanı eşiğinin altına düşmek yarı yapılandırılmış görüşme ile klinisyen tarafından, ÇADÖ-Y T skorun 65'in altına düşmesi üzerinden ve ÇDÖ puanının kesme puanı olan 19'un altında düşmesi üzerinden değerlendirildiği üç farklı regresyon denklemi kuruldu. ÇADÖ-Y-Depresyon ve ÇDÖ skorlarının tedavideki seyrini bilişsel ve üstbilişsel değişkenlerle açıklayabilmek üzere bireysel sabit etki içeren panel data analiz yapıldı. Sonuçlar %95 güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde, $p < 0,01$ ileri anlamlılık düzeyince değerlendirilmiştir.

Üstbilişsel değişkenlerin depresyon tedavisinde oluşturduğu direncin etki gücüne dair veri yetersizliğinden ötürü, çalışma öncesi örneklem sayısını belirlemek için G-power analizi yapılamamıştır. Kurduğumuz lineer regresyon denklemlerinde yapılan post-hoc güç analizinde; güç değerleri hem ÇADÖ-Y Depresyon için, hem de ÇDÖ için %99 olarak ölçülmüş olup; örneklem sayısının hipotez testi için yeterli olduğu varsayılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLER

Tablo 4.1’de özetlendiği üzere; çalışma, yaş aralığı 12,66 ile 17,83 arasında değişen (ortalama yaş $16,05 \pm 1,39$) 51 katılımcı ile tamamlandı. Katılımcıların 37’si (%72,5) kızlardan oluştu. Kızların yaş ortalaması $16,17 \pm 1,38$ olarak, erkeklerin yaş ortalaması $15,72 \pm 1,41$ bulundu. Katılımcılardan 6’sı (%11,8) açık öğretime yazılması veya okulu bırakması nedeniyle örgün eğitime devam etmediğini belirtti. Katılımcıların 9’unun (%17,6) ebeveynleri boşanmıştı. Ebeveynleri boşanmış olan bir katılımcıda ebeveyn vefatı öyküsü vardı. Katılımcıların anne yaşı ortalaması $44,25 \pm 5,65$; baba yaşı ortalaması $47,78 \pm 5,65$ bulundu. Katılımcıların 21’inin (%41,2) annesi, 45’inin babası (%88,2) aktif bir işte çalıştığını beyan etti. Katılımcıların 28’inin (%54,9) annesinin, 27’sinin (%52,9) babasının, 36’sının (%70,6) herhangi bir ebeveyninin lise veya üzerinde eğitimi vardı. Katılımcıların 26’sının (%51) annesinde, 10’unun (%19,6) babasında, 30’unun (%58,8) herhangi bir ebeveyninde antidepresan kullanım öyküsü vardı. Gelir düzeyini asgari ücretin altında belirten 1 katılımcı (%2), asgari ücret veya asgari ücretin iki katına kadar belirten 21 katılımcı (%41,1), asgari ücretin iki katı veya üç katına kadar belirten 21 katılımcı (%41,1), asgari ücretin üç katı veya üzerinde belirten 8 katılımcı (%15,7) oldu.

Çalışmaya katılan 51 katılımcının klinik özellikleri Tablo 4.2’de özetlenmiştir. Katılımcılara tedavi başlangıcında yapılan Okul Çağı Çocukları için Duygudurum Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu – DSM – 5 -Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) değerlendirmesinde, katılımcıların 41’inde (%80,4) depresyona eşlik eden tanı bulundu. Özgül Fobi dışlandığında 34 hastada (%66), dışlanmadığında 39 hastada (%76,4) anksiyete bozukluğu eş tanısı bulundu. Katılımcıların 14’ünde (%27,4) Yaygın Anksiyete Bozukluğu; 8’inde (%15,7) Panik Bozukluğu; 6’sında (%11,8) Agorafobi; 6’sında (%11,8) Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu; 13’ünde (%25,4) Sosyal Fobi; 11’inde (%21,7) Özgül Fobi; 7’sinde (%13,8) Obsesif Kompulsif Bozukluk; 14’ünde (%27,5) Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu; 3’ünde (%5,9) Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, 2’sinde (%3,9) Travma Sonrası Stres Bozukluğu, 1’inde (%2) Enürezis tanısı bulundu. Katılımcıların 19’unda (%37,2) kendine zarar verici davranış

öyküsü, 11’inde (%21,6) intihar girişimi öyküsü bulundu. İntihar girişimi öyküsü olanlardan 3’ünün (%5,9) birden çok intihar girişimi öyküsü vardı. Katılımcıların 39’unun (%76,4) geçmişte psikiyatrik başvurusu, 17’sinin (%33,3) geçirilmiş depresyon öyküsü vardı, 15’inin (%29,4) geçmişte antidepresan kullanım öyküsü, 20’sinin (%39,2) herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanım öyküsü vardı.

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.

Yaş	Ortalama ± Standart Sapma	Medyan (Min. – Maks.)
Tüm Hastalar	16,05 ± 1,39	16,41 (12,66–17,83)
Kızlar	16,17 ± 1,38	16,41 (12,66–17,83)
Erkekler	15,72 ± 1,41	15,96 (13,5–17,41)
Anne Yaşı	44,25 ± 5,65	44 (33–56)
Baba Yaşı	47,78 ± 5,65	47 (37–63)
	Sıklık (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kız	37	72,5
Erkek	14	27,5
Okula Devam Durumu		
Okula Devam Ediyor	45	88,2
Açık Öğretimde/Okulu Bıraktı	6	11,8
Ebeveyn Birliktelik Durumu		
Birlikte	44	86,2
Boşanmış	9	17,6
Ebeveyn Mezuniyet Durumu		
Herhangi Bir Ebeveyn Lise veya Üzeri	36	70,6
Baba Lise veya Üzeri	27	52,9
Anne Lise veya Üzeri	28	54,9
Ebeveyn Çalışma Durumu		
Baba Aktif Bir İşte Çalışıyor	45	88,2
Anne Aktif Bir İşte Çalışıyor	21	42,2
Ebeveynde Antidepresan Öyküsü		
Herhangi Bir Ebeveynde	30	58,8
Annede Antidepresan Öyküsü	26	51
Babada Antidepresan Öyküsü	10	19,6
Gelir Düzeyi		
Asgari Ücretin Altı	1	2
Asgari Ücretin İki Katına Kadar	21	41,1
Asgari Ücretin Üç Katına Kadar	21	41,1
Asgari Ücretin Üç Katı ve Üzeri	8	15,7

Tablo 4.2. Katılımcıların klinik özellikleri.

	Sıklık	Yüzde
Eş tanı varlığı	41	80,4
Anksiyete Bozukluğu Eş Tanısı	39	76,5
Özgül Fobi Hariç Anksiyete Bozukluğu Eş Tanısı	34	66,7
Yaygın Anksiyete Bozukluğu Eş Tanısı	14	27,4
Panik Bozukluğu Eş Tanısı	8	15,7
Agorafobi Eş Tanısı	6	11,8
Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu Eş Tanısı	6	11,8
Sosyal Fobi Eş Tanısı	13	25,4
Özgül Fobi Eş Tanısı	11	21,7
OKB Eş Tanısı	7	13,8
TSSB Eş Tanısı	2	3,9
DEHB Eş Tanısı	14	27,5
KOKGB Eş Tanısı	3	5,9
Enürezis Eş Tanısı	1	2
Psikiyatrik Başvuru Öyküsü	39	76,4
Herhangi Bir Psikiyatrik İlaç Kullanım Öyküsü	20	39,2
Antidepresan Kullanım Öyküsü	15	29,4
Geçirilmiş Depresyon Öyküsü	17	33,3
Kendine Zarar Verici Davranış Öyküsü	19	37,3
İntihar Girişimi Öyküsü	11	21,6
Bir Defadan Çok İntihar Girişimi Öyküsü	3	5,9

Başlangıç antidepresanı olarak poliklinik hekimi tarafından 51 hastadan 30'unda (%58,8) sertralin, 16'sında (%31,4) fluoksetin, 3'ünde (%5,9) essitalopram, 1'inde (%2) paroksetin, 1'inde (%2) venlafaksin tedavisinin başlandığı gözlemlendi. Üç aylık takip sonunda 14 hasta (%27,5) başlangıç antidepresanında farklı bir ilaç kullanıyordu. İlk ay 11 hastada (%21,6) antidepresan değişikliği yapılırken, ikinci ay 4 hastada (%7,8) antidepresan değişikliği yapıldı. Üç aylık takip sürecinin sonunda hastalardan 25'i sertralin (%49), 18'i fluoksetin (%35,3), 3'ü venlafaksin (%5,9), 3'ü essitalopram (%5,9), 1'i fluvoksamin (%2), 1'i paroksetin (%2) kullanmaktaydı. Üç aylık takibin son görüşmesinde hastaların kullandığı ortalama sertralin dozu 71 mg; fluoksetin dozu 31,1 mg; essitalopram dozu 10 mg; venlafaksin dozu 87,5 mg; fluvoksamin dozu 100 mg; paroksetin dozu 20 mg olarak bulundu. Poliklinik hekimlerinden alınan bilgiler doğrultusunda, 12 hastada (%23,5) ilaç değişim kararında rol oynayan yan etkiler görüldü. Bu yan etkilerden 8'i uyuklama hissetme (%15,7), 2'si uyumada güçlük (%3,9), 1'i (%2) kabus görme ve 1'i (%2) uygunsuz gülme

şikayeti oldu. İlaç değişim kararından bağımsız olarak 12 hastada (%23,5) tedavinin bir döneminde uykulu hissetme şikayeti görüldü. Bu yan etkinin ilaçlara göre dağılımına baktığımızda; tedavinin bir döneminde sertralin kullanan toplam 33 hastanın 6'sında (%18,1), fluoksetin kullanan 22 hastanın 3 'ünde (%16,7), essitalopram kullanan 4 hastanın 1'inde uykulu hissetme yan etkisi görüldü.

4.2. ÖLÇEKLER İÇİN GÜVENİLİRLİK ANALİZLERİ

Araştırmada kullanılan ölçeklerin Cronbach alfa testinde bulunan iç tutarlılık katsayıları Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) için 0,867 bulunmuştur. Çocuklarda Anksiyete Depresyon Ölçeği – Yenilenmiş - Çocuk Formu (ÇADÖ-Y) için iç tutarlılık katsayısı 0,758; alt ölçeklerinden Depresyon için 0,896; Ayrılık Anksiyetesi için 0,758; Sosyal Fobi için 0,897; Obsesif Kompulsif Bozukluk için 0,716; Panik için 0,909; Yaygın Anksiyete için 0,836 bulunmuştur. Üstbilis Ölçeği Çocuk ve Ergen Formu (ÜBÖ-ÇE) için iç tutarlılık katsayısı 0,863; alt ölçeklerinden Olumlu Üst Endişeler için 0,809; Olumsuz Üst Endişeler için 0,832; Batıl İnançlar, Ceza ve Sorumluluk İnançları (BİCS) için 0,743; Bilişsel İzleme için 0,705 bulunmuştur. Çocuklarda (8-14 Yaş) Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (ÇFOTÖ) için iç tutarlılık katsayısı 0,936 bulunmuştur. Ruminatif Tepkiler Ölçeği Kısa Formu (RTÖ-KF) için iç tutarlılık katsayısı 0,837; alt ölçeklerinden Derinlemesine Düşünme için 0,733; Geviş Getirir Gibi Düşünme için 0,790 bulunmuştur. Çocukların Otomatik Düşünceleri Ölçeği (ÇODÖ) için iç tutarlılık katsayısı 0,962; alt ölçeklerinden Sosyal Tehdit için 0,841; Kişisel Başarısızlık için 0,820; Fiziksel Tehdit için 0,883; Düşmanlık için 0,885 bulunmuştur.

4.3. ÖLÇEK DEĞERLERİNİN ÜÇ AYLIK DEĞİŞİMİ

Tablo 4.3'te ölçek değerlerinin başlangıç ortalaması ve her ay için başlangıç puanına kıyasla ortalama değişim gösterilmektedir. Tabloda “Δ” simgesiyle başlangıca göre ortalama puan değişimi, “±” simgesiyle standart sapma gösterilmiştir. Değişim miktarı normal dağılım gösterenlerde bağımlı örneklem t testi, normal dağılım göstermeyenlerde Wilcoxon işaretli sıralar testi (Z ve asimptotik p değeri içerenler) yapılmıştır. Birinci ay ve üçüncü ay verileri 51 hastanın tamamında mevcutken; birinci ay için 27 hastaya, ikinci ay için 37 hastaya ait veriler bulunmaktadır. Üç aylık takip sonunda ÇADÖ-Y Depresyon değerlerinde ortalama 7,6 puan ile %35,94, ÇDÖ değerlerinde ortalama 7,8 puan ile %27,83 azalma görüldü. Birinci ayda ÇADÖ-Y depresyon puanlarındaki azalma anlamlı düzeyde bulunmazken (asimptotik p=0,210), ikinci aydan itibaren ÇADÖ-Y ve CDI değerleri anlamlı azalma gösterdi. Üç ay sonra anlamlı değişim göstermeyen tek ölçek Olumlu Üst Endişeler

oldu (ortalama değişim 0,33 puan, $p=0,47$). Olumlu Üst Endişeler ikinci ayda artma yönünde anlamlı sonuç verirken, tedavi sürecinde ortalaması artış gösteren tek ölçek oldu. Olumsuz Üst Endişeler ise üç ayda ortalama %17,9 azalarak en belirgin azalan üstbiliş ölçeği oldu. Bilişsel ölçeklerden ÇFOTÖ üç ayda ortalama %14,44 azalırken, bütün ÇODÖ alt

Tablo 4.3. Ölçeklerin tedavi öncesi ortalama puanı, her ay için başlangıç puanı üzerinden aylık değişimleri ve üç aydaki değişim ortalamaları.

Ölçekler	Başlangıç n=51	1. Ay n=27	2. Ay n=37	3. Ay n=51	3 Aylık Değişim
ÇADÖ-Y Depresyon	21,8 ±5,1	$\Delta=-1,52 \pm 5,58$ Z=-1,25 Asimptotik $p=0,210$	$\Delta=-4,7 \pm 7,17$ t=-3,99 $p<,001^{**}$	$\Delta=-7,65 \pm 6,21$ t=-8,79 $p<,001^{**}$	-%35,94
ÇDÖ	28 ±7,6	$\Delta=-2,44 \pm 5,68$ t=-2,24 $p=0,034^{*}$	$\Delta=-4,78 \pm 7,48$ t=-3,89 $p<,001^{**}$	$\Delta=-7,8 \pm 9,54$ t=-5,84 $p<,001^{**}$	-%27,83
Olumlu Üst Endişeler	11,3 ±3,7	$\Delta=0,22 \pm 3,36$ t=0,34 $p=0,733$	$\Delta=1,19 \pm 3,48$ t=2,06 $p=0,047^{*}$	$\Delta=0,33 \pm 3,27$ t=0,73 $p=0,47$	%0,06
Olumsuz Üst Endişeler	20,4 ±3,6	$\Delta=-1,22 \pm 2,67$ t=-2,38 $p=0,025^{*}$	$\Delta=-2,56 \pm 3,85$ t=-3,98 $p<,001^{**}$	$\Delta=-3,73 \pm 4,35$ t=-6,12 $p<,001^{**}$	-%17,9
BİCS	19 ±3,2	$\Delta=-0,19 \pm 2,73$ t=-0,35 $p=0,728$	$\Delta=-1,06 \pm 3,22$ t=-1,96 $p=0,057$	$\Delta=-2,35 \pm 4,2$ t=-4 $p<,001^{**}$	-%11,48
Bilişsel İzleme	18 ±3	$\Delta=-0,22 \pm 3,37$ t=-0,34 $p=0,735$	$\Delta=-0,53 \pm 3,39$ t=-0,93 $p=0,357$	$\Delta=-1,9 \pm 3,19$ t=-4,26 $p<,001^{**}$	-%9,6
ÜBÖ-ÇE Toplam	68,8 ±9,6	$\Delta=-1,41 \pm 7,31$ t=-1,01 $p=0,326$	$\Delta=-3,08 \pm 9,7$ t=-1,9 $p=0,065$	$\Delta=-7,65 \pm 10,7$ t=-5,1 $p<,001^{**}$	-%10,97
ÇFOTÖ	71,5 ±17,5	$\Delta=-2,35 \pm 15,14$ Z=-0,53 Asimptotik $p=0,600$	$\Delta=-5,63 \pm 15,73$ Z=-1,94 Asimptotik $p=0,52$	$\Delta=-9,78 \pm 19,22$ t=-3,6 $p<,001^{**}$	-%14,44
Sosyal Tehdit	31,8 ±8,6	$\Delta=-0,19 \pm 7,44$ t=-0,13 $p=0,896$	$\Delta=-2,5 \pm 9,17$ t=-1,64 $p=0,111$	$\Delta=-6,2 \pm 8,6$ t=-5,15 $p<,001^{**}$	-%17,69
Kişisel Başarısızlık	31,7 ±7,7	$\Delta=-2,5 \pm 7,3$ Z=-1,9 Asimptotik $p=0,057$	$\Delta=-3,86 \pm 9,02$ Z=-2,36 Asimptotik $p=0,018^{*}$	$\Delta=-6,47 \pm 8,2$ t=-5,64 $p<,001^{**}$	-%18,91
Fiziksel Tehdit	32,6 ±9	$\Delta=-3,54 \pm 9,42$ t=-1,92 $p=0,067$	$\Delta=-3,94 \pm 10,44$ t=-2,27 $p=0,03^{*}$	$\Delta=-9,04 \pm 9,88$ t=-6,53 $p<,001^{**}$	-%25,9
Düşmanlık	33,1 ±8,6	$\Delta=-1,58 \pm 8,86$ t=-0,91 df=25 $p=0,373$	$\Delta=-4,64 \pm 9,39$ t=-2,97 $p=0,005^{**}$	$\Delta=-8,25 \pm 9,41$ t=-6,27 $p<,001^{**}$	-%23,72
ÇODÖ Toplam	129,1 ±31,6	$\Delta=-7,81 \pm 31,34$ t=-1,27 $p=0,216$	$\Delta=-14,86 \pm 35,74$ t=-2,5 $p=0,017^{*}$	$\Delta=-29,9 \pm 34,29$ t=-6,23 $p<,001^{**}$	-%22
Derinlemesine Düşünme	13,6 ±2,7	$\Delta=0,04 \pm 2,78$ t=0,07 $p=0,945$	$\Delta=-1,22 \pm 2,68$ t=-2,73 $p=0,01^{*}$	$\Delta=-2,25 \pm 3,38$ t=-4,76 $p<,001^{**}$	-%15,58
Geviş Getirir Gibi Düşünme	15,5 ±3,1	$\Delta=0,19 \pm 3,82$ t=-0,25 $p=0,803$	$\Delta=-1,81 \pm 3,96$ t=-2,74 $p=0,01^{*}$	$\Delta=-3,31 \pm 4,23$ t=-5,6 $p<,001^{**}$	-%18
RTÖ-KF Toplam	29,1 ±4,9	$\Delta=0,22 \pm 5,81$ t=-0,2 $p=0,844$	$\Delta=-3,03 \pm 6,06$ t=-3 $p=0,005^{**}$	$\Delta=-5,57 \pm 6,53$ t=-6,09 $p<,001^{**}$	-%18,32
ÇADÖ-Y Ayrılık Anksiyetesi	6,6 ±4,1	$\Delta=-1,07 \pm 2,84$ t=-1,96 $p=0,06$	$\Delta=-0,97 \pm 2,59$ t=-2,29 $p=0,028^{*}$	$\Delta=-2,18 \pm 3,34$ t=-4,66 $p<,001^{**}$	-%35,26
ÇADÖ-Y Yaygın Anksiyete	12,4 ±4	$\Delta=-1,07 \pm 3,3$ t=-1,69 $p=0,103$	$\Delta=-2,51 \pm 4$ Z=-3,42 Asimptotik $p<,001^{**}$	$\Delta=-3,94 \pm 3,92$ t=-7,18 $p<,001^{**}$	-%31
ÇADÖ-Y Panik	15,3 ±6,7	$\Delta=-1,89 \pm 5,82$ t=-1,69 $p=0,104$	$\Delta=-3,81 \pm 7,77$ t=-2,99 $p=0,005^{**}$	$\Delta=-4,98 \pm 6,19$ t=-5,75 $p<,001^{**}$	-%35,3
ÇADÖ-Y Sosyal Fobi	19,8 ±6,1	$\Delta=-1,78 \pm 5,23$ t=-1,77 $p=0,089$	$\Delta=-2,68 \pm 7,11$ Z=-2,47 Asimptotik $p=0,014^{*}$	$\Delta=-4,65 \pm 6,52$ t=-5,09 $p<,001^{**}$	-%21,77
ÇADÖ-Y OKB	10,8 ±3,5	$\Delta=-1,3 \pm 2,91$ Z=-2,19 Asimptotik $p=0,028^{*}$	$\Delta=-2,59 \pm 4,25$ t=-3,71 $p<,001^{**}$	$\Delta=-3,96 \pm 3,95$ t=-7,16 $p<,001^{**}$	-%35,86
ÇADÖ-Y Toplam Anksiyete	64,7 ±19,8	$\Delta=-6,7 \pm 15,22$ Z=-2,19 Asimptotik $p=0,029^{*}$	$\Delta=-12,81 \pm 21,79$ Z=-3,46 Asimptotik $p<,001^{**}$	$\Delta=-19,71 \pm 19,4$ t=-7,25 $p<,001^{**}$	-%29,9

ölçeklerinde daha belirgin azalma görüldü (%17,69-25,9). Toplam anksiyete puanı ilk aydan itibaren anlamlı azalma göstererek, üç ay sonunda ortalama %29,9 azaldı.

4.4. BAŞLANGIÇ ÖLÇEK DEĞERLERİNİN KORELASYONU

Tablo 4.4'te tedavi başlangıcındaki ölçek değerlerinin Pearson korelasyon analizi verilmiştir. Tüm başlangıç ölçekleri normal dağılım göstermektedir. Olumlu Üst Endişeler dışındaki bütün başlangıç ölçekleri; ÇADÖ-Y Depresyon, ÇDÖ ve Olumsuz Üst Endişeler

Tablo 4.4. Tedavi başlangıcındaki ölçek değerlerinin korelasyon analizi.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. ÇADÖ-Y Depresyon	1									
2. ÇDÖ	,724** p<,001	1								
3. Olumlu Üst Endişeler	,256 p=,069	,227 p=,109	1							
4. Olumsuz Üst Endişeler	,590** p<,001	,407** p=,003	,021 p=,882	1						
5. BİCS	,417** p=,002	,432** p=,002	,211 p=,138	,640** p<,001	1					
6. Bilişsel İzleme	,356* p=,01	,372** p=,007	,184 p=,196	,449** p=,001	,524** p<0,001	1				
7. ÜBÖ-ÇE Toplam	,577** p<,001	,506** p<,001	,525** p<,001	,746** p<,001	,826** p<,001	,738** p<,001	1			
8. Derinlemesine Düşünme	,401** p=,004	,393** p=,004	,168 p=,24	,377** p=,006	,331* p=,018	,491** p<,001	,476** p<,001	1		
9. Geviş Getirir Gibi Düşünme	,479** p<0,001	,436** p=,001	,145 p=,311	,404** p=,003	,374** p=,007	,226 p=,11	,407** p=,003	,402** p=,003	1	
10. RTÖ-KF Toplam	,528** p<,001	,496** p<,001	,186 p=,192	,466** p=,001	,422** p=,002	,418** p=,002	,524** p<,001	,815** p<,001	,858** p<,001	1
11. ÇFOTÖ	,419** p=,002	,582** p<,001	,398** p=,004	,300* p=,032	,366** p=,008	,232 p=,101	,465** p=,001	,359** p=,01	,383** p=,006	,444** p=,001
12. Sosyal Tehdit	,478** p<,001	,670** p<,001	,057 p=,691	,378** p=,006	,384** p=,005	,136 p=,343	,337* p=,016	,311* p=,026	,443** p=,001	,455** p=,001
13. Kişisel Başarısızlık	,556** p<,001	,687** p<,001	,144 p=,313	,363** p=,009	,348* p=,012	,036 p=,803	,321* p=,021	,278* p=,049	,367** p=,008	,388** p=,005
14. Düşmanlık	,620** p<,001	,684** p<,001	,186 p=,192	,483** p<0,001	,422** p=,002	,082 p=,565	,423** p=,002	0,248 p=,08	,519** p<,001	,468** p=,001
15. Fiziksel Tehdit	,590** p<,001	,791** p<,001	,226 p=,11	,279* p=,048	,378** p=,006	,126 p=,38	,360** p=,009	,290* p=,039	,493** p<,001	,475** p<,001
16. ÇODÖ Toplam	,602** p<,001	,762** p<,001	0,166 p=,244	,400** p=,004	,410** p=,003	,104 p=,466	,387** p=,005	,303* p=,031	,491** p<,001	,481** p<,001
17. ÇADÖ-Y Ayrılık Anksiyetesi	,492** p<,001	,535** p<,001	0,103 p=,47	,324* p=,021	,249 p=,079	,184 p=,196	,305* p=,029	,018 p=,903	,208 p=,143	,142 p=,321
18. ÇADÖ-Y Yaygın Anksiyete	,621** p<,001	,551** p<,001	,162 p=,256	,582** p<,001	,436** p=,001	,136 p=,342	,473** p<,001	,188 p=,185	,554** p<,001	,457** p=,001
19. ÇADÖ-Y Panik	,542** p<,001	,437** p=,001	,254 p=,072	,510** p<,001	,316* p=,024	,343* p=,014	,508** p<,001	,356* p=,01	,543** p<,001	,543** p<,001
20. ÇADÖ-Y Sosyal Fobi	,523** p<,001	,498** p<,001	,164 p=,251	,304* p=,03	0,162 p=,255	,069 p=,63	,256 p=,07	0,138 p=,333	,404** p=,003	,333* p=,017
21. ÇADÖ-Y OKB	,488** p<,001	,407** p=,003	,276* p=,05	,484** p<,001	,280* p=,046	,342* p=,014	,495** p<,001	,312* p=,026	,423** p=,002	,442** p=,001
22. ÇADÖ-Y Anksiyete Toplam	,678** p<,001	,611** p<,001	,249 p=,078	,548** p<,001	,354* p=,011	,271 p=,054	,511** p<,001	,275 p=,051	,555** p<,001	,505** p<,001

Tablo 4.4. (Devam) Tedavi başlangıcındaki ölçek değerlerinin korelasyon analizi.

	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
11. ÇFÖTÖ	1										
12. Sosyal Tehdit	,649** p<,001	1									
13. Kişisel Başarısızlık	,677** p<,001	,809** p<,001	1								
14. Düşmanlık	,602** p<,001	,814** p<,001	,854** p<,001	1							
15. Fiziksel Tehdit	,678** p<,001	,842** p<,001	,823** p<,001	,830** p<,001	1						
16. ÇODÖ Toplam	,697** p<,001	,929** p<,001	,929** p<,001	,936** p<,001	,940** p<,001	1					
17. ÇADÖ-Y Ayrılık Anksiyetesi	,239 p=,092	,298* p=,033	,357* p=,01	,441** p=,001	,363** p=,009	,392** p=,004	1				
18. ÇADÖ-Y Yaygın Anksiyete	,439** p=,001	,587** p<,001	,602** p<,001	,726** p<,001	,592** p<,001	,671** p<,001	,480** p<,001	1			
19. ÇADÖ-Y Panik	,447** p=,001	,451** p=,001	,431** p=,002	,516** p<,001	,427** p=,002	,491** p<,001	,527** p<,001	,621** p<,001	1		
20. ÇADÖ-Y Sosyal Fobi	,509** p<,001	,455** p=,001	,481** p<,001	,563** p<,001	,524** p<,001	,543** p<,001	,510** p<,001	,656** p<,001	,433** p=,001	1	
21. ÇADÖ-Y OKB	,348* p=,012	,266 p=,06	,325* p=,02	,462** p=,001	,257 p=,069	,352* p=,011	,398** p=,004	,564** p<,001	,678** p<,001	,451** p=,001	1
22. ÇADÖ-Y Anksiyete Toplam	,521** p<,001	,539** p<,001	,560** p<,001	,686** p<,001	,560** p<,001	,630** p<,001	,723** p<,001	,828** p<,001	,847** p<,001	,783** p<,001	,750** p<,001

puanlarıyla orta veya yüksek derecede pozitif korelasyon gösterdi. Olumlu Üst Endişeler ÇFOTÖ ($r=0,398$, $p=0,004$) ve ÇADÖ-Y OKB ölçeği ($r=0,276$, $p=0,078$) dışında hiçbir ölçekle korelasyon göstermedi. Bilişsel İzleme ise, çalışmadaki bilişsel ölçekler olan Çocuklarda Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (ÇFOTÖ) ve Çocukların Otomatik Düşünceleri Ölçeği (ÇODÖ) ve ÇODÖ'nün alt ölçekleri ile korelasyon göstermedi.

4.5. TEDAVİ SONRASI TANI EŞİĞİNİN ALTINA DÜŞENLERLE DÜŞMEYENLERİN KIYASLANMASI

Hastalar üç aylık tedavi sonunda hastalara klinisyenin yaptığı Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu-DSM-5-Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) değerlendirmesinde tanı statüsünü kaybetme, ÇADÖ-Y Depresyon T skorunun 65 puanın altına inmesi ve ÇDÖ puanının kesme değeri olan 19'un altına düşmesi şeklinde üç farklı tanısal değerlendirme yapılmıştır. Bu değerlendirmelerde, başlangıç T skorları ve ÇDÖ kesme değeri eşik değerin altına olanlar ilgili değerlendirmeye alınmamış olup; ÇADÖ için değerlendirme 49 hasta üzerinden, ÇDÖ için 46 hasta üzerinden yapılmıştır. Böylece klinisyen değerlendirmesiyle 51 hastadan 38'i (%74,5), ÇADÖ-Y Depresyon T skoru üzerinde değerlendirildiğinde 49 hastadan 30'u (%61,2), ÇDÖ kesme değeri üzerinde değerlendirildiğinde 46 hastanın 20'si

Tablo 4.5. Klinisyen ve ölçek kesme değerlerine göre tanı eşiğinin altına düşen ve düşmeyen hastaların başlangıç ölçeklerinin kıyaslanması.

	Klinisyen			ÇADÖ-Y Depresyon			ÇDÖ		
	t	Ortalama Fark ± Standart Hata	p	t	Ortalama Fark ± Standart Hata	p	t	Ortalama Fark ± Standart Hata	p
ÇDÖ	-3,52	-7,07 ± 2,01	<,001	-3,55	-6,65 ± 1,87	<,001	-2,09	-3,97 ± 1,9	0,043
ÇADÖ-Y Depresyon	-3,39	-4,63 ± 1,36	<,001	-2,92	-3,83 ± 1,31	0,005	-2,56	-3,48 ± 1,36	0,015
Olumlu Üst Endişeler	-3,22	-3,21 ± 1	0,002	-2,03	-2,16 ± 1,07	0,048	-2,93	-2,98 ± 1,02	0,005
Olumsuz Üst Endişeler	-	-2,08 ± 1,04	-	-3,15	-2,56 ± 0,81	0,003	-2,48	-2,33 ± 0,94	0,017
BİCS	-	-2,26 ± 0,88	-	-	-2,48 ± 0,89	-	-1,88	-1,75 ± 0,93	0,067
Bilişsel İzleme	-4,4	-3,4 ± 0,77	<,001	-2,91	-2,45 ± 0,84	0,005	-1,59	-1,41 ± 0,89	0,118
ÖBÖ-ÇE Toplam	-	-10,95 ± 2,36	-	-	-9,66 ± 2,44	-	-	-8,48 ± 2,47	-
ÇFOTÖ	-2,85	-12,72 ± 4,46	0,007	-	-13,75 ± 4,68	-	-	-14,97 ± 4,29	-
Sosyal Tehdit	-1,52	-3,79 ± 2,5	0,135	-1,78	-4,2 ± 2,37	0,082	-1,74	-4,06 ± 2,34	0,089
Kişisel Başarısızlık	-1,75	-3,86 ± 2,21	0,087	-	-5,2 ± 2,11	-	-2,08	-4,42 ± 2,13	0,044
Düşmanlık	-1,4	-3,48 ± 2,49	0,168	-1,77	-4,2 ± 2,37	0,084	-1,85	-4,44 ± 2,4	0,071
Fiziksel Tehdit	-1,87	-4,82 ± 2,58	0,068	-1,64	-4,21 ± 2,57	0,107	-1,38	-3,63 ± 2,48	0,150
ÇODÖ Toplam	-1,77	-16,05 ± 9,08	0,083	-2,06	-17,91 ± 8,67	0,045	-1,91	-16,4 ± 8,6	0,063
Derinlemesine Düşünme	-3,25	-2,38 ± 0,73	0,002	-2,5	-1,89 ± 0,76	0,016	-2,6	-1,95 ± 0,75	0,013
Geviş Getirir Gibi Düşünme	-	-0,73 ± 0,91	-	-	-1,54 ± 0,88	-	-	-2,48 ± 0,85	-
RTÖ-KF Toplam	-2,27	-3,11 ± 1,37	0,028	-2,57	-3,44 ± 1,34	0,014	-3,48	-4,43 ± 1,27	0,001
ÇADÖ-Y Ayrılık Anksiyetesi	-1,73	-2,04 ± 1,18	0,089	-1,82	-2,12 ± 1,17	0,075	-0,56	-0,68 ± 1,21	0,578
ÇADÖ-Y Yaygın Anksiyete	-1,13	-1,34 ± 1,18	0,262	-1,33	-1,51 ± 1,14	0,192	-1,91	-2,19 ± 1,15	0,63
ÇADÖ-Y Panik	-3,16	-5,75 ± 1,82	0,003	-2,85	-5,18 ± 1,82	0,006	-2,92	-5,4 ± 1,85	0,005
ÇADÖ-Y Sosyal Fobi	-	-1,97 ± 1,79	-	-	-1,1 ± 1,76	-	-	-1,8 ± 1,81	-
ÇADÖ-Y OKB	-2,72	-2,65 ± 0,97	0,009	-2,78	-2,6 ± 0,93	0,008	-2,96	-2,77 ± 0,94	0,005
ÇADÖ-Y Toplam Anksiyete	-2,55	-14,05 ± 5,52	0,014	-2,38	-12,51 ± 5,25	0,021	-2,4	-12,85 ± 5,36	0,021

Tablo 4.6. Tanı eşiğinin altına düşen ve düşmeyen hastaların başlangıç ölçekleri normal dağılmadığında yapılan Mann-Whitney U testi.

	Klinisyen				ÇADÖ-Y Depresyon				CDI			
	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asimptotik p	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asimptotik p	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asimptotik p
Olumsuz Üst Endişeler	193	754	-2,07	0,039*	-	-	-	-	-	-	-	-
BİCS	174	735	-2,44	0,015*	158,5	623,5	-2,62	0,009**	-	-	-	-
ÜBÖ-ÇE Toplam	82,5	643,5	-4,24	<,001**	104,5	569,5	-3,71	<,001**	119	329	-3,13	0,002**
ÇFOTÖ	-	-	-	-	157	622	-2,63	0,009**	127,5	337,5	-2,94	0,003**
Başarısızlık	-	-	-	-	149,5	614,5	-2,78	0,005**	-	-	-	-
Geviş Getirir Gibi Düşünme	232	793	-1,29	0,197	205	670	-1,65	0,099	140	350	-2,68	0,007**
ÇADÖ-Y Sosyal Fobi	237,5	798,5	-1,18	0,239	257	722	-0,58	0,564	234,5	444,5	-0,57	0,570

(%43,4) tedavi sonrası klinik eşiğin altında bulunmuştur. Hastalar bu üç değerlendirme şekline göre ayrı ayrı gruplandırıldığında, tedavi sonu tanı eşiğinin altına inenler ve inmeyenlerin başlangıç ölçek puanlarının kıyaslanması Tablo 4.5'te görülmektedir. Burada negatif değerler tanı statüsünü kaybedenlerde başlangıç ölçek puanının daha düşük olduğunu göstermektedir. Ölçek puanları gruplar arasında normal dağılmadığında Mann Whitney U testi yapılmıştır (Tablo 4.6). Üç değerlendirme şeklinde de tanı statüsünü kaybedenlerin başlangıç ÇDÖ, ÇADÖ-Y Depresyon, Olumlu Üst Endişeler, Olumsuz Üst Endişeler, ÜBÖ-ÇE toplam puanı, Derinlemesine Düşünme, Ruminatif Tepkiler Ölçeği-Kısa Form (RTÖ-KF) toplam puanı, Çocuklarda Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (ÇFOTÖ), ÇADÖ-Y Panik, ÇADÖ-Y OKB ve ÇADÖ-Y toplam anksiyete puanı anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Bilişsel ölçeklerden ÇFOTÖ üç grupta da anlamlı fark gösterirken, Çocukların Otomatik Düşünceleri Ölçeği (ÇODÖ) sadece ÇADÖ-Y eşik değeriyle ayrılan gruplarda, Kişisel Başarısızlık alt ölçeği ise ÇADÖ-Y ve ÇDÖ için ayrılan gruplarda anlamlı fark göstermiştir.

4.6. DEPRESYON ÖLÇEKLERİNDEKİ DEĞİŞİM YÜZDELERİ İLE BAŞLANGIÇ ÖLÇEKLERİNİN KORELASYONU

Tablo 4.7'de tedavi yanıtının metrik verisi olan ÇADÖ-Y Depresyon ve ÇDÖ puanlarındaki başlangıca göre aylık değişim yüzdeleri ile bütün ölçeklerin başlangıç puanlarının korelasyon analizi gösterilmiştir. Normal dağılım göstermediği ikinci aya ait ÇADÖ-Y Depresyon değişim yüzdeleri için Pearson korelasyon yerine Spearman korelasyon kullanılmıştır. İlk ayda başlangıç ölçekleri depresyon ölçeklerinin yüzde değişimiyle anlamlı korelasyon gösterememiş olup, Olumlu Üst Endişeler puanının ÇDÖ için anlamlılığa yaklaştığı görülmüştür ($r=-0,352$, $p=0,072$). Olumlu Üst Endişeler puanı ikinci ayda ÇDÖ ($r=-0,33$ $p=0,046$) ve ÇADÖ-Y Depresyon ($r_s=-0,346$ $p=0,036$) değişim yüzdesi ile anlamlı korelasyon göstermiştir. İkinci ay ÇADÖ-Y Depresyon ile anlamlı korelasyon gösteren diğer ölçek, RTÖ-KF alt ölçeklerinden Derinlemesine Düşünme olmuştur. Üçüncü ayda ÇADÖ-Y Depresyon ve ÇDÖ için sadece üstbiliş ölçekleri anlamlı korelasyon göstermiştir. ÜBÖ-ÇE toplam puan ve Olumlu Üst Endişeler her iki ölçeğin değişim yüzdesiyle; Batıl İnançlar, Ceza ve Sorumluluk İnançları (BİCS) ise ÇADÖ-Y Depresyon değişim yüzdesiyle negatif yönlü anlamlı korelasyon göstermiştir. En yüksek korelasyon ÜBÖ-ÇE ile ÇADÖ-Y Depresyon değişim yüzdesi arasında görülmüştür ($r=-0,368$ $p=0,008$). Görülen tüm korelasyonlar negatif yönlü olup, tedavi direnci için yordayıcılık şeklinde yorumlamak mümkündür.

Tablo 4.7. ÇADÖ-Y Depresyon ve ÇDÖ değişim yüzdeleri ile başlangıç ölçek puanlarının korelasyonu.

Ölçeklerin Başlangıç Puanları	1. Ay Yanıt Yüzdesi (n=27)		2. Ay Yanıt Yüzdesi (n=36)		3. Ay Yanıt Yüzdesi (n=51)	
	ÇDÖ	ÇADÖ-Y Depresyon	ÇDÖ	ÇADÖ-Y Depresyon	ÇDÖ	ÇADÖ-Y Depresyon
ÇDÖ	r=0,26 p=0,19	r=0,116 p=0,564	r=-0,068 p=0,69	rs=-0,123 p=0,467	r=0,002 p=0,987	r=-0,027 p=0,849
ÇADÖ-Y Depresyon	r=0,221 p=0,267	r=0,368 p=0,368	r=0,036 p=0,831	rs=0,03 p=0,859	r=-0,2 p=0,159	r=-0,130 p=0,364
Olumlu Üst Endişeler	r=-0,352 p=0,072	r=-0,222 p=0,266	r=-0,330 p=0,046*	rs=-0,346 p=0,036*	r=-0,299 p=0,033*	r=-0,328 p=0,019*
Olumsuz Üst Endişeler	r=0,132 p=0,51	r=0,218 p=0,275	r=0,167 p=0,323	rs=0,003 p=0,986	r=-0,142 p=0,319	r=-0,15 p=0,293
BİCS	r=-0,052 p=0,797	r=0,011 p=0,956	r=-0,115 p=0,498	rs=-0,18 p=0,286	r=-0,180 p=0,206	r=-0,295 p=0,036*
Bilişsel İzleme	r=-0,269 p=0,175	r=-0,288 p=0,145	r=-0,108 p=0,526	rs=-0,126 p=0,458	r=-0,172 p=0,228	r=-0,267 p=0,058
ÜBÖ-ÇE Toplam	r=-0,222 p=0,266	r=-0,11 p=0,586	r=-0,168 p=0,319	rs=-0,222 p=0,186	r=-0,285 p=0,042*	r=-0,368 p=0,008**
ÇFOTÖ	r=-0,177 p=0,378	r=0,097 p=0,631	r=-0,2 p=0,234	rs=-0,132 p=0,438	r=-0,166 p=0,245	-0,173 p=0,224
Sosyal Tehdit	r=0,265 p=0,182	r=0,234 p=0,241	r=0,032 p=0,85	rs=0,083 p=0,626	r=-0,030 p=0,835	r=0,017 p=0,907
Kişisel Başarısızlık	r=0,336 p=0,086	r=0,379 p=0,51	r=0,064 p=0,706	rs=0,72 p=0,672	r=-0,097 p=0,500	r=-0,04 p=0,78
Düşmanlık	r=0,322 p=0,102	r=0,317 p=0,107	r=0,126 p=0,457	rs=0,136 p=0,423	r=-0,019 p=0,896	r=0,02 p=0,887
Fiziksel Tehdit	r=0,285 p=0,15	r=0,351 p=0,073	r=-0,002 p=0,992	rs=-0,075 p=0,658	r=0,021 p=0,883	r=0,044 p=0,762
ÇODÖ Toplam	r=0,325 p=0,098	r=0,344 p=0,079	r=0,06 p=0,724	rs=0,022 p=0,897	r=-0,029 p=0,838	r=0,012 p=0,933
Derinlemesine Düşünme	r=-0,25 p=0,208	r=-0,121 p=0,546	r=-0,192 p=0,254	rs=-0,438 p=0,007**	r=-0,188 p=0,188	r=-0,23 p=0,104
Geviş Getirir Gibi Düşünme	r=0,132 p=0,512	r=0,22 p=0,270	r=0,054 p=0,752	rs=0,026 p=0,877	r=-0,079 p=0,582	r=-0,057 p=0,69
RTÖ-KF	r=-0,038 p=0,851	r=0,096 p=0,633	r=-0,084 p=0,619	rs=-0,246 p=0,143	r=-0,155 p=0,277	r=-0,165 p=0,246
ÇADÖ-Y Ayrılık Anksiyetesi	r=0,038 p=0,849	r=-0,019 p=0,926	r=0,186 p=0,27	rs=0,189 p=0,262	r=-0,066 p=0,646	r=-0,038 p=0,792
ÇADÖ-Y Yaygın Anksiyete	r=0,157 p=0,435	r=0,058 p=0,772	r=0,271 p=0,105	rs=0,213 p=0,205	r=-0,041 p=0,773	r=-0,048 p=0,738
ÇADÖ-Y Panik	r=-0,161 p=0,422	r=-0,081 p=0,687	r=0,192 p=0,256	rs=0,123 p=0,467	r=-0,153 p=0,283	r=-0,149 p=0,296
ÇADÖ-Y Sosyal Fobi	r=0,054 p=0,788	r=0,031 p=0,880	r=0,197 p=0,243	rs=0,038 p=0,824	r=-0,039 p=0,788	r=0,00 p=0,998
ÇADÖ-Y OKB	r=-0,054 p=0,787	r=-0,011 p=0,957	r=0,171 p=0,313	rs=0,057 p=0,739	r=-0,169 p=0,235	r=-0,194 p=0,174
ÇADÖ-Y Anksiyete Toplam	r=-0,033 p=0,87	r=-0,38 p=0,849	r=0,26 p=0,12	rs=0,136 p=0,422	r=-0,126 p=0,377	r=-0,104 p=0,468

4.7. DEPRESYON ÖLÇEK DEĞİŞİM YÜZDELERİNİN DİĞER DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİ

Yaş ile tedavi yanıtının ilişkisini incelemek amacıyla üç ay sonundaki ÇADÖ-Y Depresyon ve ÇDÖ değişim yüzdeleri ile korelasyon analizi yapıldığında negatif yönde anlamlı korelasyon bulunmuştur (ÇADÖ-Y için $r=-0,295$, $p=0,035$; ÇDÖ için $r=-0,278$, $p=0,049$). Klinisyen, ÇADÖ-Y Depresyon T skoru ve ÇDÖ kesme değeri için yapılan farklı

tanısal değerlendirmelerde; tanı statüsünü kaybeden ve kaybetmeyenler arasında bağımsız örneklem t testinde anlamlı yaş farkı görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.8. Belirtilen özelliği olanların, olmayanlarla tedavi yanıtının kıyaslanması.

	n	t	p	ÇADÖ-Y Depresyon Yüzde Değişim		t	p	ÇDÖ Yüzde Değişim	
				Ortalama Fark	Standart Hata			Ortalama Fark	Standart Hata
Kız Cinsiyet	37	-2,36	0,022*	-19,75	8,37	-2,88	0,006**	-25,75	8,94
Geçirilmiş Depresyon Öyküsü	17	-2,23	0,03*	-17,77	7,97	-1,6	0,115	-14,3	8,9
Ebeveynde Antidepresan Öyküsü	30	0,99	0,327	7,85	7,93	0,96	0,341	8,35	8,68
Annede Antidepresan Öyküsü	26	0,84	0,408	6,53	7,83	0,9	0,375	7,67	8,57
Babada Antidepresan Öyküsü	10	-	-	7,56	9,87	-	-	1,23	10,86
Kendine Zarar Verici Davranış Öyküsü	19	0,42	0,675	3,44	8,14	-	-	1,18	8,92
İntihar Girişimi Öyküsü	11	-1,4	0,167	-13,19	9,39	-	-	-6,11	10,45
Ebeveynde Boşanma Öyküsü	9	-0,21	0,833	-2,2	10,33	-0,49	0,624	-5,58	11,3
Asgari Ücretin İki Katı Üzerinde Gelir	29	1,01	0,319	7,93	7,88	0,22	0,830	1,88	8,71
Lise ve Üstü Eğitimli Ebeveyn Olması	36	-2,43	0,019*	-19,88	8,2	-1,72	0,092	-15,82	9,19
Babada Lise veya Üstü Eğitim Olması	27	-3,38	0,001**	-24	7,11	-2,54	0,014*	-20,61	8,12
Annede Lise veya Üstü Eğitim Olması	28	-1,6	0,115	-12,37	7,72	-0,95	0,357	-8,15	8,59
Annenin Aktif Çalışması	21	0,63	0,535	4,98	7,98	0,8	0,428	6,97	8,71
Eş Tanı Varlığı	41	-1,58	0,122	-15,26	9,68	-1,98	0,053	-20,71	10,46
Anksiyete Bozukluğu Eş Tanısı Varlığı	34	-1,72	0,091	-13,98	8,12	-1,9	0,064	-16,79	8,84
DEHB Eş Tanısı	14	-0,147	0,633	-4,24	8,81	-2,04	0,047*	-18,91	9,28
Yaygın Anksiyete Bozukluğu Eş Tanısı	14	0,462	0,646	4,07	8,81	-0,21	0,835	-2,03	9,68
Sosyal Fobi Eş Tanısı	13	-0,03	0,98	-1,56	9,04	-	-	-1,9	9,9
Özgül Fobi Eş Tanısı	11	0,42	0,676	4,02	9,56	-	-	3,21	10,48
Panik Bozukluk Eş Tanısı	8	-1,02	0,314	-10,91	10,72	-0,28	0,778	-3,36	11,85
Agorafobi Eş Tanısı	6	0,22	0,826	2,7	12,23	0,11	0,912	1,49	13,39
Ayrılık Anksiyetesi Eş Tanısı	6	-0,41	0,682	-5,04	12,21	-	-	-5,98	13,36
OKB Eş Tanısı	7	-1,05	0,301	-11,85	11,32	-0,64	0,526	-7,97	12,49

Tablo 4.8’de hastalar farklı kategorik değişkenler üzerinden iki gruba ayrılarak; belirtilen özelliğe sahip olanların üçüncü aydaki ÇADÖ-Y Depresyon ve ÇDÖ değişim yüzdelerinin, o özelliğe göstermeyenlerle kıyaslandığı bağımsız örneklem t testi sonuçları görülmektedir. Hastalar gruplandığında ölçek değişim yüzdelerinde normal dağılım görülmediği durumlarda t ve p değerleri boş bırakılmış, bu gruplamalar için yapılan Mann-Whitney U testinde anlamlı sonuç bulunmamıştır. Bu tabloda negatif değerler, belirtilen özelliğe sahip grubun tedaviye daha az yanıt verdiğini göstermektedir. Kız cinsiyetten

olanların erkeklere kıyasla 3 aylık tedavi sonrası ÇADÖ-Y puanları ortalama %19,75; ÇDÖ skorları ortalama %25,75 daha az düşüş gösterdi (ÇADÖ-Y için $p=0,022$, ÇDÖ için $p=0,006$). Geçirilmiş depresyon öyküsü bulunanların ÇADÖ-Y Depresyon skorları, bulunmayanlara göre ortalama %17,77 daha az yanıt göstermesi anlamlılık düzeyindeyken ($p=0,03$), ÇDÖ için görülen ortalama %14,3 yanıt farkı anlamlı bulunmadı ($p=0,115$). Katılımcılardan herhangi bir ebeveyninin lise veya üzeri eğitimi olanların ÇADÖ-Y Depresyon skorlarında %19,88 daha az yanıt görülürken ($p=0,019$); ÇDÖ skorlar yanıtlarında oluşan %15,82 azalma anlamlılık göstermedi ($p=0,09$). Lise veya üzeri eğitilmiş babaya sahip olanlarda her iki ölçekte de istatistiksel olarak anlamlı ($p=0,001$ ve $p=0,014$) ve belirgin daha az yanıt görüldü (%24-20,61). Lise veya üzeri eğitilmiş annesi olanlar tedaviye daha az yanıt (%12,37-8,15) vermekle birlikte, bu fark anlamlılık düzeyine ulaşmadı ($p=0,115$ ve $p=0,357$). Depresyonun yanında herhangi bir eş tanısı bulunanlar tedaviye daha az yanıt verirken (%15,26-20,71); ÇDÖ için anlamlılık düzeyine yakın ($p=0,053$) olacak şekilde iki ölçek için de fark anlamsız çıktı (ÇADÖ-Y için $p=0,122$). Anksiyete bozukluğu tanısı varlığı TORDIA çalışmasında Özgül Fobi dışlanarak direnç faktörü olarak bulunduğu için, Özgül Fobi dışlanarak bakıldı; anksiyete bozukluğu tanısı olanlarla olmayanların yanıt farkı her iki ölçek için de anlamlılık sınırında bulundu ($p<0,1$). DEHB eş tanısı varlığında, eş tanısı olmayanlara kıyasla ÇDÖ skor yanıtları ortalama %18,83 azalırken ($p=0,048$); ÇADÖ-Y Depresyon yanıtı için anlamlı fark bulunmadı ($p=0,646$). Diğer eş tanıları alan ve almayan gruplar arasında tedavi yanıt yüzdeleri arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 4.9’da hastaların üçüncü ayda aktif kullandıkları ilaç üzerinden gruplanarak, üç aylık ÇADÖ-Y Depresyon ve ÇDÖ değişim yüzdeleri ilacı kullanmayanlarla bağımsız örneklem t test ile karşılaştırılmıştır. Fluoksetin ve sertralin kullanmak, örneklemin kalanıyla kıyaslandığında depresyon ölçek değişim yüzdelerinde anlamlı fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.9. Hastalar üç aylık takip sonunda kullanılmakta olan ilaç üzerinden gruplanarak örneklemin kalanına kıyasla tedavi yanıt yüzdelerinin karşılaştırılması.

	n	ÇADÖ-Y Depresyon Yüzde Değişim				ÇDÖ Yüzde Değişim			
		t	p	Ortalama Fark	Standart Hata	t	p	Ortalama fark	Standart Hata
Sertralin	25	0,8	0,428	6,27	7,83	0,76	0,453	6,5	8,58
Fluoksetin	18	-0,309	0,745	2,54	8,24	0,12	0,901	-1,12	9,03

4.8. ÖLÇEKLERİN ÜÇ AYLIK DEĞİŞİM YÜZDELERİNİN KORELASYONU

Tablo 4.10’da ölçek skorlarının tedavi sürecindeki değişimlerinin karşılıklılığı hakkında fikir vermesi için yaptığımız, ölçeklerin üç aylık değişim yüzdelерinin korelasyon analizi bulunmaktadır. Normal dağılım göstermediği için ÇADÖ-Y Ayrılık Anksiyetesi, ÇODÖ alt ölçeklerinden Düşmanlık ve RTÖ-KF alt ölçeklerinden Geviş Getirir Gibi Düşünme korelasyona dahil edilmemiştir. Yüzde değişimleri ÇADÖ-Y Depresyon ve ÇDÖ ölçekleriyle anlamlı korelasyon göstermeyen iki ölçek, üstbilis ölçeklerinden Olumlu Üst Endişeler (ÇADÖ-Y için $p=0,247$, ÇDÖ için $p=0,592$) ve Bilişsel İzleme (ÇADÖ-Y ile ÇDÖ ile $p=0,43$) oldu. Olumlu Üst Endişeler ölçeği sadece ÜBÖ-ÇE toplam puanındaki değişimle

Tablo 4.10. Ölçeklerin üç aylık değişim yüzdelерinin korelasyon tablosu.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. ÇADÖ-Y Depresyon Yüzde	1								
2. ÇDÖ Yüzde	,834** $p<,001$	1							
3. Olumlu Üst Endişeler Yüzde	-,165 $p=,247$	-,077 $p=,592$	1						
4. Olumsuz Üst Endişeler Yüzde	,516** $p<,001$	,555** $p<,001$	0,06 $p=,676$	1					
5. BİCS Yüzde	,367** $p=,008$	,458** $p=,001$	0,155 $p=,276$	,512** $p<,001$	1				
6. Bilişsel İzleme Yüzde	,218 $p=,124$	,115 $p=,421$	,098 $p=,495$	,473** $p<,001$	,513** $p<,001$	1			
7. ÜBÖ-ÇE Toplam	,387** $p=,005$	,444** $p=,001$	,398** $p=,004$	,759** $p<,001$	,837** $p<,001$	,736** $p<,001$	1		
8. Derinlemesine Düşünme Yüzde	,391** $p=,005$	,444** $p=,001$	0,028 $p=,845$	0,26 $p=,065$	,506** $p<,001$	,306* $p=,029$	,428** $p=,002$	1	
9. RTÖ-KF Toplam	,585** $p<,001$	,570** $p<,001$	-0,05 $p=,725$	,387** $p=,005$	,507** $p<,001$	,350* $p=,012$	,477** $p<,001$	,792** $p<,001$	1
10. ÇFOTÖ Yüzde	,703** $p<,001$	,714** $p<,001$	-0,094 $p=,515$	,292* $p=,04$	,443** $p=,001$	0,156 $p=,28$	,344* $p=,014$	,475** $p<,001$	,598** $p<,001$
11. Sosyal Tehdit Yüzde	,772** $p<,001$	,720** $p<,001$	-,075 $p=,599$	,554** $p<,001$	,549** $p<,001$	,404** $p=,003$	,566** $p<,001$	,475** $p<,001$	,664** $p<,001$
12. Kişisel Başarısızlık Yüzde	,673** $p<,001$	,609** $p<,001$	-0,09 $p=,528$	,471** $p<,001$	,567** $p<,001$	,432** $p=,002$	,545** $p<,001$	,585** $p<,001$	,722** $p<,001$
13. Fiziksel Tehdit Yüzde	,782** $p<,001$	,748** $p<,001$	-0,064 $p=,653$	,540** $p<,001$	,579** $p<,001$	,419** $p=,002$	,573** $p<,001$	,467** $p=,001$	,622** $p<,001$
14. ÇODÖ Toplam Yüzde	,796** $p<,001$	,752** $p<,001$	-,074 $p=,608$	,556** $p<,001$	,602** $p<,001$	,426** $p=,002$	,596** $p<,001$	,525** $p<,001$	,707** $p<,001$
15. ÇADÖ-Y Yaygın Anksiyete Yüzde	,708** $p<,001$	,697** $p<,001$	-,002 $p=,991$	,580** $p<,001$	,498** $p<,001$	0,252 $p=,074$	,524** $p<,001$	,263 $p=,062$	,493** $p<,001$
16. ÇADÖ-Y Panik Yüzde	,759** $p<,001$	,768** $p<,001$	-,124 $p=,385$	,431** $p=,002$	,388** $p=,005$	0,022 $p=,878$	,321* $p=,021$	,202 $p=,156$	,387** $p=,005$
17. ÇADÖ-Y Sosyal Fobi Yüzde	,737** $p<,001$	,676** $p<,001$	-,137 $p=,338$	,416** $p=,002$	,406** $p=0,003$	,036 $p=,8$	,310* $p=,027$	,412** $p=,003$	,508** $p<,001$
18. ÇADÖ-Y OKB Yüzde	,469** $p=,001$	,444** $p=,001$	0,008 $p=,954$	,522** $p<,001$	,412** $p=,003$	,275 $p=,051$	,468** $p=,001$	,319* $p=,023$	,440** $p=,001$
19. ÇADÖ-Y Anksiyete Toplam Yüzde	,802** $p<,001$	,752** $p<,001$	-,113 $p=,043$	,515** $p<,001$	,516** $p<,001$	,158 $p=,267$	,449** $p=,001$	,389** $p=,005$	,568** $p<,001$

Tablo 4.10. (Devam) Ölçeklerin üç aylık değişim yüzdelerinin korelasyon tablosu.

	10	11	12	13	14	15	16	17	18
10. ÇFOTÖ Yüzde	1								
11. Sosyal Tehdit Yüzde	,691** p<,001	1							
12. Kişisel Başarısızlık Yüzde	,692** p<,001	,850** p<,001	1						
13. Fiziksel Tehdit Yüzde	,687** p<,001	,904** p<,001	,856** p<,001	1					
14. ÇODÖ Toplam Yüzde	,721** p<,001	,952** p<,001	,930** p<,001	,959** p<,001	1				
15. ÇADÖ-Y Yaygın Anksiyete Yüzde	,452** 0,001	,699** p<,001	,604** p<,001	,671** p<,001	,717** p<,001	1			
16. ÇADÖ-Y Panik Yüzde	,639** p<,001	,657** p<,001	,523** p<,001	,603** p<,001	,656** p<,001	,654** p<,001	1		
17. ÇADÖ-Y Sosyal Fobi Yüzde	,592** p<,001	,660** p<,001	,654** p<,001	,652** p<,001	,701** p<,001	,593** p<,001	,610** p<,001	1	
18. ÇADÖ-Y OKB Yüzde	,377** p=,007	,577** p<,001	,466** p=,001	,538** p<,001	,561** p<,001	,661** p<,001	,516** p<,001	,455** p=,001	1
19. ÇADÖ-Y Anksiyete Toplam Yüzde	,590** p<,001	,765** p<,001	,702** p<,001	,738** p<,001	,797** p<,001	,838** p<,001	,791** p<,001	,854** p<,001	,734** p<,001

korelasyon gösterdi. Üstbilişsel ölçekler arasında değişim yüzdesi ÇADÖ-Y Depresyon ve ÇDÖ ile en belirgin korelasyon gösteren Olumsuz Üst Endişeler oldu ($r=0,516$ ve $r=0,555$). Anksiyete bozukluğu ölçekleri dahil bütün ölçeklerle yüzdelik değişimi anlamlı korelasyon gösteren tek ölçek ÜBÖ-ÇE toplam puanı oldu. Bütün bilişsel ölçek ve alt ölçekler ÇADÖ-Y Depresyon ve ÇDÖ değişimleriyle yüksek korelasyon gösterdi ($r>0,6$).

4.9. YAŞ, CİNSİYET VE EBEVEYN EĞİTİM DÜZEYİ İLE DEPRESYON TEDAVİ YANITI ARASINDAKİ İLİŞKİ ÜZERİNE EK ANALİZLER

Yaş, cinsiyet ve ebeveyn eğitimi düzeyinin yüksekliği ergen popülasyonda depresyon tedavisi için literatürde tanımlanmış direnç faktörleri olmadığından; bu verileri incelemek için ileri analizler yapıldı. Cinsiyetler arasındaki yanıt farklılığının üstbilişlerle ilişkisini incelemek için bağımsız örneklem t test ile kıyaslandığında bütün üstbiliş alt ölçek puanları ve toplam puan ortalamaları kızlarda daha yüksek çıkarken, puan farkı anlamlılık göstermedi (ÜBO-ÇE toplam için ortalama $4,06 \pm 2,98$ puan farkı, $p=0,179$).

Hastaların yaşının ÇADÖ-Y Depresyon ve ÇDÖ yüzdelik değişimi ile gösterdiği negatif yönlü korelasyonun, üstbiliş puanları ve cinsiyetle ilişkili olabileceği düşüncesiyle yaş ve üstbilişlerin korelasyonu bakıldı (Tablo 4.11). Yaşın Olumsuz Endişeler, BİCS,

Bilişsel İzleme ve toplam ÜÇÖ-ÇE puanıyla anlamlı korelasyonu olduğu görüldü. Cinsiyet gruplarında bakıldığında kızlarda Olumlu Üst Endişeler dışında tüm alt ölçeklerin yaş ile korelasyonu artarken, erkeklerde anlamlı korelasyon bulunmadı. Yaş ile tedavi yanıtı arasında, ÜBÖ-ÇE toplam puanı kontrol edilerek yapılan parsiyel korelasyon analizinde hem kızlarda hem de tüm örnekleme yaş ile tedavi yanıtları arasındaki korelasyon katsayılarının azaldığı ve anlamlılığın ortadan kalktığı görüldü ($p>0,05$).

Tablo 4.11. Yaşın cinsiyetlere göre üstbiliş ölçekleriyle, depresyon ölçeği yanıt yüzdeleriyle ve bu yüzdeler ÜBÖ-ÇE toplam puanıyla kontrol edildiğinde korelasyonları.

	Tüm Hastalarda Yaş		Erkeklerde Yaş		Kızlarda Yaş	
Olumlu Üst Endişeler	$r=0,115$	$p=0,424$	$r=0,343$	$p=0,229$	$r=0,033$	$p=0,846$
Olumsuz Üst Endişeler	$r=0,340$	$p=0,015^*$	$r=0,083$	$p=0,777$	$r=0,414$	$p=0,011^*$
BİCS	$r=0,377$	$p=0,006^{**}$	$r=0,058$	$p=0,843$	$r=0,477$	$p=0,003^{**}$
Bilişsel İzleme	$r=0,399$	$p=0,004^{**}$	$r=0,065$	$p=0,825$	$r=0,488$	$p=0,002^{**}$
ÜBÖ-ÇE Toplam	$r=0,427$	$p=0,002^{**}$	$r=0,195$	$p=0,504$	$r=0,476$	$p=0,003^{**}$
ÇADÖ-Y Depresyon Yüzde	$r=-0,295$	$p=0,035^*$	$r=-0,077$	$p=0,794$	$r=-0,346$	$p=0,036^*$
ÇDÖ Yüzde	$r=-0,278$	$p=0,049^*$	$r=-0,090$	$p=0,759$	$r=-0,305$	$p=0,067$
ÇADÖ-Y D. Yüzde (ÜBÖ-ÇE Kontrol)	$r=-0,164$	$p=0,256$	$r=-0,125$	$p=0,685$	$r=-0,136$	$p=0,428$
ÇDÖ Yüzde (ÜBÖ-ÇE Kontrol)	$r=-0,180$	$p=0,212$	$r=-0,175$	$p=0,568$	$r=-0,134$	$p=0,436$

Ebeveyn eğitimi lise veya üzeri olanların, olmayanlara kıyasla gösterdiği yanıt farklarının cinsiyetle ilişkisini incelemek için; örneklem cinsiyet ve ebeveyn eğitimi açısından gruplanarak ÇADÖ-Y Depresyon ve ÇDÖ ile ölçülen tedavi yanıt yüzdesi bağımsız örneklem t testi ile kıyaslanmıştır (Tablo 4.12). Tedavi yanıt yüzdelerinin normal dağılım göstermediği gruplar için Mann Whitney U testi yapılmıştır. (Tablo 4.13). Babası lise veya üzerinde eğitimi olan kızların tedavi yanıtı, babası lise mezunu olmayanlara kıyasla anlamlı şekilde düşük çıkarken (ÇADÖ-Y için %27,43 $p<0,001$; ÇDÖ için %23,36 $p=0,009$); babası lise veya üzeri eğitimi olan ve olmayan erkekler arasındaki yanıt

Tablo 4.12. Cinsiyet ve ebeveyn eğitimi gruplamalarının tedavi yanıtı kıyaslaması.

		ÇADÖ-Y Yanıt					ÇDÖ Yanıt			
		n	t	Ortalama Fark	Standart Hata Farkı	p	t	Ortalama Fark	Standart Hata Farkı	p
	Herhangi Ebeveyn Lise veya Üzeri	36	-2,43	-19,88	8,17	0,019*	-1,72	-15,82	9,19	0,092
Tüm Hastalarda	Anne Lise veya Üzeri	28	-1,6	-12,37	7,72	0,115	-0,95	-8,15	8,59	0,357
	Baba Lise veya Üzeri	27	-3,38	-24	7,11	0,001**	-2,54	-20,61	8,12	0,014*
Kızlarda	Anne Lise veya Üzeri	21	0,22	-1,93	8,6	0,824	0,68	6,39	9,29	0,496
N=37	Baba Lise veya Üzeri	19	-3,83	-27,43	7,15	<,001**	-2,79	-23,36	8,39	0,009**
Erkeklerde	Anne Lise veya Üzeri	7	-2,8	-35,77	12,76	0,016*	-	-40,95	12,04	-
N=14	Baba Lise veya Üzeri	8	-	-18,37	15,71	-	-1,1	-17,82	16,26	0,295

Tablo 4.13. Erkeklerde ölçek yanıt yüzdeleri normal dağılım göstermeyen ebeveyn eğitim düzeyi gruplamaları için yapılan Mann Whitney U testi.

Erkeklerde: N:14	Ölçek	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	p
Anne Lise veya Üzeri	ÇDÖ	4	32	-2,62	0,009**
Baba Lise veya Üzeri	ÇADÖ-Y	15	51	-1,16	0,282

farkı (ortalama %35,77-40,95) istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Annesi lise veya üzerinde eğitimi olan kızlarda, olmayan kızlara göre tedavi yanıtında anlamlı fark görülmezken; annesi lise veya üzeri eğitilmiş erkeklerin tedavi yanıtı, olmayan erkeklere göre anlamlı şekilde düşük bulunmuştur (ÇADÖ-Y için %35,77, $p=0,016$).

Kız ve erkeklerin baba eğitim düzeyi gruplamalarında gösterdikleri tedavi yanıt farkının üstbilişlerle ilişkisini test etmek için, grupların başlangıç üstbiliş ölçek puanları bağımsız örneklem t testi ile kıyaslandı (Tablo 4.14). Gruplarda üstbiliş ölçekleri normal dağılım göstermediğinde Mann-Whitney U testi yapıldı (Tablo 4.15). Babası lise veya üzeri eğitilmiş olan ve olmayan erkeklerin başlangıç üstbiliş ölçek puanlarında anlamlı fark görülmezken; babası lise veya üzeri eğitilmiş olan kızlarda olmayanlara göre başlangıç Olumsuz Üst Endişeler ölçek puanı anlamlılık sınırında (ortalama fark 2,34; $p=0,059$), Bilişsel İzleme ölçek puanı ise belirgin yüksek (ortalama fark: 3,17; $p<0,001$) bulundu. Babası lise mezunu olan erkeklerde kızlardan farklı olarak Bilişsel İzleme puanı ortalama 2,54 daha düşük bulunmuş olup, bu fark istatistiksel anlamlılık göstermemiştir ($p=0,09$). Babası lise veya üzeri eğitilmiş olan kızlarda, olmayanlara göre başlangıç ÜBÖ-ÇE toplam puanı 7,96 yüksek bulunurken; erkeklerde anlamlı fark görülmedi. Cinsiyetlere göre babası lise mezunu olan ve olmayanların bilişsel süreçlerine dair diğer ölçek puan farkları incelendiğinde, RTÖ-KF alt ölçeklerinden başlangıç Derinlemesine Düşünce puanı; babası lise ve üzeri eğitilmiş olan kızlarda, olmayan kızlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu (ortalama fark: 2,43; $p<0,005$).

Tablo 4.14. Babası lise mezunu olanların, olmayanlarla cinsiyetlere göre üstbiliş ölçek skor farkları.

	Babası Lise veya Üzeri Eğitimi Olanlar ve Olmayanların Kıyaslanması											
	Kızlarda				Erkeklerde				Tüm Örneklemede			
	Ortalama	Standart	Hata Farkı	p	Ortalama	Standart	Hata Farkı	p	Ortalama	Standart	Hata Farkı	p
	t	Fark			t	Fark			t	Fark		
Olumlu Üst Endişeler	0,78	1,04	1,33	0,438	-	1,88	1,27	-	1,15	1,19	1,04	0,258
Olumsuz Üst Endişeler	1,98	2,34	1,19	0,059	0,34	0,67	1,98	0,742	1,79	1,84	1,03	0,081
BİCS	1,29	1,4	1,09	0,206	0,39	0,63	1,59	0,702	1,33	1,18	0,89	0,19
Bilişsel İzleme	3,51	3,17	0,9	<,001**	-1,84	-2,54	1,38	0,09	1,86	1,56	0,84	0,069
ÜBÖ-ÇE Toplam	-	7,96	3,08	-	0,15	0,63	4,28	0,886	-	5,77	2,59	-
Derinlemesine Düşünme	3,0	2,43	0,8	0,005**	-	0,5	1,34	-	2,49	1,81	0,73	0,016*

Tablo 4.15. Üstbiliş ölçekleri gruplarda normal dağılmadığında yapılan Mann-Whitney U testi.

	Babası Lise veya Üzeri Eğitim Olanlar ve Olmayanların Kıyaslanması											
	Kızlar				Erkekler				Tüm Örneklem			
	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asimptotik p	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asimptotik p	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asimptotik p
Olumlu Üst Endişeler	-	-	-	-	15	36	-1,18	0,24	-	-	-	-
ÜBÖ-ÇE Toplam	94,5	265,5	-2,33	0,02*	-	-	-	-	207,5	507,5	-2,2	0,028*

Tablo 4.16. Annesi lise mezunu olanların, olmayanlarla cinsiyetlere göre üstbiliş ölçek puan farkları.

	Annesi Lise veya Üzeri Eğitimi Olanlar ve Olmayanların Kıyaslanması											
	Kızlarda				Erkeklerde				Tüm Örneklemde			
	Ortalama t	Standart Fark	Hata Farkı	p	Ortalama t	Standart Fark	Hata Farkı	p	Ortalama t	Standart Fark	Hata Farkı	p
Olumlu Üst Endişeler	-2,44	-3,06	1,25	0,02*	-	1	1,34	-	-1,79	-1,83	1,02	0,079
Olumsuz Üst Endişeler	-	1,24	1,22	-	-1,6	-2,86	1,79	0,136	-	0,15	1,04	-
BİCS	0,17	0,19	1,12	0,866	-1,35	-2	1,48	0,201	-0,45	-0,4	0,9	0,657
Bilişsel İzleme	-	0,6	1,05	-	-1,76	-2,43	1,38	0,103	-0,2	-0,17	0,87	0,843
ÜBÖ-ÇE Toplam	-	-1,02	3,39	-	-1,64	-6,29	3,83	0,127	-0,84	-2,26	2,7	0,407
Derinlemesine Düşünme	-0,06	-0,05	0,77	0,954	-0,043	-0,57	1,32	0,674	0,02	0,02	0,91	0,984

Tablo 4.16’da cinsiyetlere göre annesi lise mezunu olan ve olmayanların başlangıç üstbiliş ölçek puan farkına dair bağımsız örneklem t testi sonuçları listelenmiştir. Annesi lise veya üzeri mezuniyeti olan erkeklerin, olmayanlara göre üstbiliş ölçek puanları anlamlı fark göstermemiş olup, ÜBO-ÇE toplam puanı 6,29 daha düşük bulundu. Tüm örneklemde bakıldığında annesi lise veya üzeri eğitimi olanların, olmayanlara göre bilişsel ölçek puanlarının daha düşük çıktığı, ÇODÖ toplam puan için farkın anlamlı olduğu (ortalama fark: $18,2 \pm 8,6$; $p=0,039$) görüldü.

4.10. BAŞLANGIÇ VERİLERİ ÜZERİNDEN TEDAVİ SONUCUNU İNCELEYEN REGRESYON ANALİZLERİ

Çalışmamızdaki temel hipotez olan, üstbilişsel inançların kişinin depresyon tedavi yanıtını olumsuz etkileyeceği varsayımını test etmek için regresyon analizleri yapıldı. Bu analizlerde, başlangıç verileri üzerinden üç ay sonraki depresyon ölçek puanları açıklanmaya çalışıldı. ÇADÖ-Y Depresyon ve ÇDÖ için ölçeklerin başlangıç puanları bağımsız değişken yapılarak, üç ay sonraki değerlerinin bağımlı değişken olduğu iki ayrı lineer regresyon denklemi kuruldu. Çalışmamızda çeşitli açılardan tedavi direnci lehine sonuç veren bir sosyodemografik olarak özellik olarak kız cinsiyetten olmak kontrol değişkeni yapıldı. Diğer kontrol değişkeni olarak depresyon tedavisi için ergenlerde tanımlanmış bir direnç faktörü

olan (76); aynı zamanda depresyonun erken yaşta başlaması, tam remisyona girmemesi, sık tekrar etmesi (67), ilk antidepresana yanıtı olmamak (71), ilk ve son epizodun arasındaki sürenin kısalığı (72) gibi diğer direnç faktörlerini de dolaylı yoldan kontrol edeceği düşünülen geçirilmiş depresyon öyküsü varlığı denkleme alındı. Depresyon tedavi direnci için tanımlanmış diğer bir risk faktörü olan (75) kaygı bozukluğu tanısı varlığı üçüncü kontrol değişkeni yapıldı. TORDIA çalışmasında olduğu gibi (75), kaygı bozukluğu eş tanısı varlığı değerlendirilirken Özgül Fobi dahil edilmemiştir. Hipotezi test etmek üzere başlangıç ÜBÖ-ÇE Ölçeği Çocuk ve Ergen Form (ÜBÖ-ÇE) toplam puanı bağımsız değişken olarak denkleme alındı. Tablo 4.17’de kurulan regresyon modelleri görülmektedir. ÜBÖ-ÇE toplam puanı her iki denklemde de dirençle ilişkili yorumlanabilecek anlamlı sonuçlar verdi (ÇADÖ-Y için $B=0,254$, $p=0,012$; ÇDÖ için $B=0,318$, $p=0,029$). Bu denkleme göre diğer değişkenler sabit kaldığında; depresyon tanısıyla başvuran hastanın tedavi başlangıcında ölçülen ÜBÖ-ÇE toplam puanındaki her bir puanlık artış; hastanın üç aylık tedavi sonunda ÇADÖ-Y Depresyon puanının 0,254, ÇDÖ puanının 0,318 daha yüksek bulunmasını öngörerek tedavi direnci oluşturmaktadır.

Tablo 4.17. Üç ay sonraki depresyon ölçek puanlarını başlangıç verileri üzerinden bulmayı amaçlayan lineer regresyon analizleri.

	Tedavi Sonu ÇADÖ-Y Depresyon				Tedavi Sonu ÇDÖ			
	B	Standart Hata	t	p	B	Standart Hata	T	p
Başlangıç ÇADÖ-Y Depresyon	0,44	0,181	2,43	0,019*	-	-	-	-
Başlangıç ÇDÖ	-	-	-	-	0,418	0,178	2,35	0,023*
ÜBÖ-ÇE Toplam Puan	0,254	0,097	2,62	0,012*	0,318	0,141	2,25	0,029*
Cinsiyet (Kız)	3,663	1,766	2,07	0,044*	6,89	2,729	2,53	0,015*
Depresyon Öyküsü	3,12	1,588	1,96	0,056	3,514	2,439	1,44	0,157
Kaygı Eş Tanısı	1,741	1,668	1,04	0,302	2,479	2,573	0,96	0,341
	$R^2 = 0,5198$				$R^2 = 0,4727$			
	Düzeltilmiş $R^2 = 0,4665$				Düzeltilmiş $R^2 = 0,4142$			
N=51	$p=0,0000$				$p=0,0000$			

Tablo 4.18’de; Tablo 4.17’deki regresyon denkleminde olduğu gibi depresyon ölçeklerinin başlangıç puanları kontrol değişkeni yapılarak üç aylık tedavi sonrasındaki değerleri bağımlı değişken yapılmış; cinsiyet, geçirilmiş depresyon öyküsü varlığı ve kaygı bozukluğu eş tanısı varlığı sabit değişken yapılmış; her bir sabit değişken analize tek başına ve diğer iki sabit değişkenin varlığında dahil edilerek anlamlılıkları ve denklemin varyansı açıklama gücüne sundukları katkı (ΔR^2) gösterilmiştir. Aynı tablo içinde ÜBÖ-ÇE toplam

puanı, diğer üstbiliş alt ölçekleri ve Çocuklarda (8-14 yaş) Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (ÇFOTÖ) için başlangıç puanlarının aynı denklemde tek başına ve sabit değişkenlerle eklendiğinde anlamlılığı ve denklemin R^2 değerine sundukları katkı listelenmiştir. Tablo 4.18'deki bütün analizlerde depresyon ölçeklerinin başlangıç puanları kontrol değişkeni yapılmıştır. Üstbiliş Ölçeği Çocuk ve Ergen Form (ÜBÖ-ÇE) toplam puanı her iki denklemde için hem tek başına hem sabit değişkenlerle anlamlı sonuç vermiş; bilişsel ve üstbilişsel değişkenler arasında varyansı açıklama gücüne en belirgin katkısı yapan değişken olmuştur. Olumlu Üst Endişeler ise; tek başına her iki denklemde anlamlı sonuç vermiş, ÇADÖ-Y Depresyon için kurulan denklemde sabit değişkenlerle anlamlı sonuç verirken, ÇDÖ için kurulan denklemde sabit değişkenlerle anlamlı sonuç vermemiştir. Batıl İnançlar, Ceza ve Sorumluluk İnançları (BİCS) ile Bilişsel İzleme puanları anlamlı sonuç vermemiş olmakla birlikte, ÇADÖ-Y Depresyon için hem tek başına hem de kontrol değişkenleriyle anlamlılık düzeyine yaklaşmış ($p<0,1$) ve denklemin varyansı açıklama gücüne belirgin katkı sağlamıştır (tek başlarına $\Delta R^2=0,0454-0,0538$; sabit değişkenlerle $\Delta R^2=0,0376-0,369$).

Tablo 4.18. Depresyon ölçeklerinin tedavi sonu puanı için kurulan regresyon denkleminde, tedavi öncesi bilişsel ve üstbilişsel ölçeklerin tek veya sabit değişkenlerle eklendiğinde anlamlılığı ve denkleme katkısı.

Sabit Değişkenler	ÇADÖ-Y 3. Ay (Başlangıç ile kontrol)				ÇDÖ 3. Ay (Başlangıç ile kontrol)			
	Tek Eklendiğinde		Sabit Değişkenlerle		Tek Eklendiğinde		Sabit Değişkenlerle	
	p	ΔR^2	p	ΔR^2	p	ΔR^2	p	ΔR^2
Cinsiyet (Kız)	0,014*	0,0851	0,028*	0,0617	0,004**	0,1222	0,01**	0,092
Depresyon Öyküsü	0,05*	0,0553	0,042*	0,0528	0,162	0,0304	0,134	0,0296
Kaygı Eş Tanısı	0,073	0,0465	0,295	0,0135	0,067	0,0514	0,311	0,0134
ÜBÖ-ÇE Toplam	0,031*	0,1105	0,012*	0,0733	0,025*	0,0927	0,029*	0,0592
Olumlu Üst Endişeler	0,019*	0,0773	0,045*	0,0476	0,037*	0,0661	0,091	0,0364
Olumsuz Üst Endişeler	0,161	0,0115	0,476	0,0062	0,378	0,0306	0,214	0,02
BİCS	0,076	0,0454	0,077	0,0376	0,185	0,0274	0,169	0,0244
Bilişsel İzleme	0,053	0,0538	0,08	0,0369	0,14	0,0339	0,201	0,0211
ÇFOTÖ	0,357	0,0125	0,65	0,0025	0,222	0,0233	0,364	0,0108

Kurulan regresyon modelinin tedavi sonucunun farklı yöntemlerle değerlendirildiği durumlarda göstereceği sonuçları incelemek amacıyla; tedavi sonunda klinisyen tarafından yapılan Okul Çağı Çocukları için Duygudurum Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu – DSM – 5 -Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) değerlendirmesinde tanı eşiğinin altına düşmek, ÇADÖ-Y Depresyon ölçümünde T skoru 65'in altına düşmek ve ÇDÖ kesme puanı olan 19'un altına düşmek üzerinden üç farklı tanısal değerlendirme için; tanı eşiğinin altına düşmenin bağımlı değişken yapıldığı

lojistik regresyon denklemleri kuruldu. Burada başlangıç ÇADÖ-Y Depresyon T skoru 65'in altında olanlar ve başlangıç ÇDÖ puanı 19'un altında dahil edilmediği için, ÇADÖ-Y tanısallık değerlendirme 49 hasta, ÇDÖ değerlendirme 46 hasta, klinisyen değerlendirme 51 hasta üzerinden yapılmıştır. Lojistik regresyon denklemlerine, önceki denklemlerde bulunan ÜBÖ-ÇE toplam puanı ile cinsiyet, depresyon öyküsünün varlığı, kaygı eş tanısının varlığı bağımsız değişken olarak eklenmiştir (Tablo 4.19). ÜBÖ-ÇE toplam puanı üç denklemde de dirençle ilişkili anlamlı sonuç vermiştir.

Tablo 4.19. Klinisyene ve ölçek kesme değerlerine göre tedavi sonrası tanı eşiğinin altına düşme olasılığının tahmin edildiği lojistik regresyon denklemleri

	Klinisyen				ÇADÖ-Y				ÇDÖ			
	B	Standart Hata	Z	P	B	Standart Hata	z	P	B	Standart Hata	Z	p
ÜBÖ-ÇE Toplam	-0,195	0,06	-3,25	0,001**	-0,167	0,06	-2,80	0,005**	-0,135	0,055	-2,45	0,014*
Cinsiyet (Kız)	-2,27	1,249	-1,82	0,069	-2,33	1,306	-1,79	0,074	-2,457	1,007	-2,44	0,015*
Depresyon Öyküsü	-0,566	0,847	-0,67	0,504	-1,514	0,874	-1,73	0,083	-0,437	0,803	-0,54	0,586
Kaygı Eş Tanısı	0,411	0,948	0,43	0,665	-0,518	0,946	-0,55	0,584	0,7	0,883	0,08	0,937
	Psödo R ² = 0,3838				Psödo R ² = 0,3842				Psödo R ² = 0,3228			
	p<0,0001		N=51		p<0,0001		N=49		p=0,0004		N=46	

4.11. TEDAVİ SÜRECİNİ İNCELEYEN REGRESYON ANALİZİ

Önceki analizlerde başlangıç verileri üzerinden üç ay sonraki sonucu tahmin etmeyi hedefleyen regresyon denklemleri kurulmuştu. Depresyon ölçek puanlarının tedavi başı, birinci ay, ikinci ay ve üçüncü aydaki değerlerinin; o zaman dilimine ait diğer ölçek puanları üzerinden açıklamaya çalışılacağı regresyon modeli olarak panel data analiz kullanıldı. Panel data analiz yapılırken hastalara ait zamana bağlı değişmeyen özelliklerin kategorik bir kontrol değişkeni olarak denkleme alındığı bireysel sabit etki modeli kullanıldı. Önceki denklemlerde yer alan cinsiyet, geçirilmiş depresyon öyküsü varlığı ve kaygı eş tanısı varlığı; bireysel sabit etki modeli ile kontrol edildiği için regresyona alınmadı. Üstbilişsel değişkenlerin tedavi süreciyle etkileşimini daha iyi aydınlatmak için ÜBÖ-ÇE toplam puanı yerine, ÜBÖ-ÇE'nin alt ölçekleri kullanıldı. Böylece bilişsel parametre olarak ÇFOTÖ; üstbilişsel parametre olarak Olumlu Üst Endişeler, Olumsuz Üst Endişeler, BİCS ve Bilişsel İzleme ölçeklerinin bağımsız değişken olduğu, dört farklı aylık zamansal noktada 51 hastaya ait toplam 163 gözlem üzerinden ÇADÖ-Y Depresyon ve ÇDÖ puanlarının açıklanmaya çalışıldığı bireysel sabit etkili panel data analiz yapıldı.

Tablo 4.20. Depresyon ölçek skorlarının aylık verilerle açıklanmaya çalışıldığı panel data analiz tablosu.

	ÇADÖ-Y Depresyon				ÇDÖ			
	Sağlam Standart				Sağlam Standart			
	B	Hata	t	p	B	Hata	t	p
Olumlu Üst Endişeler	-0,175	0,178	-0,98	0,331	-0,202	0,253	-0,8	0,430
Olumsuz Üst Endişeler	0,784	0,172	4,57	<,001**	0,791	0,226	3,5	0,001**
BİCS	0,234	0,151	1,55	0,127	0,542	0,233	2,33	0,024*
Bilişsel İzleme	0,078	0,217	0,36	0,718	-0,147	0,268	-0,55	0,584
ÇFOTÖ	0,12	0,056	2,14	0,038*	0,152	0,063	2,39	0,020*
Toplam Hasta = 51	Genel R-kare=0,5139				Genel R-kare=0,5393			
Toplam Gözlem = 163	Zaman İçi R-kare=0,5498				Zaman İçi R-kare=0,5601			
	Birimler Arası R-kare=0,5041				Birimler Arası R-kare=0,5069			
	p<0,0001				p<0,0001			

Tablo 4.20’de panel data analiz sonuçları gösterilmektedir. Kurduğumuz regresyon denklemleri ÇADÖ-Y için varyansın %51,39’unu, ÇDÖ için varyansın %53,93’sini açıklamaktadır (Genel R kare değerleri). Denklemden depresyon ölçek sonuçlarını açıklamakta en etkili değişken Olumsuz Üst Endişeler olmuştur (ÇADÖ-Y için B=0,784, t=4,57; p<0,001; ÇDÖ için B=0,791; t=3,5; p<0,001). Çocuklarda (8-14 Yaş) Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği daha düşük bir etki gücüyle (ÇADÖ-Y için B=0,12, t=2,14; ÇDÖ için B=0,152, t=2,39) her iki denklemden anlamlı sonuç vermiştir. Olumsuz üstbilişlerle ilişkili olan Batıl İnançlar, Ceza ve Sorumluluk İnançları (BİCS) ölçeği ÇDÖ sonuçları için anlamlı sonuç verirken (p=0,024); Bilişsel İzleme ve Olumlu Üst Endişeler her iki ölçeğe ait regresyon analizinde anlamsız sonuç verdi (p>0,05).

5. TARTIŞMA

Çalışmamızın amacı depresyon için antidepresan tedavisi alan ergenlerde; üç aylık tedavi boyunca üstbilişsel inançların alt boyutları, olumsuz otomatik düşünceler, ara inançlar, ruminasyon alt boyutları ve kaygı puanlarının seyrini ve bu değişkenlerin tedavi yanıtına etkilerini incelemektir. Bildiğimiz kadarıyla bu çalışma; ergen popülasyonunda depresyonun antidepresanla tedavisinde, tedavi yanıtının üstbilişsel değişkenlerle ilişkisini inceleyen ilk çalışmadır. Çalışmamızda başlangıç üstbiliş toplam puanı ve başlangıç olumlu üstbiliş puanı tedavi direnciyle ilişkili anlamlı bulgular vermiş, olumsuz üstbiliş puanı ise tedavi sırasında depresyon puanlarındaki düşüşü açıklama açısından anlamlı sonuçlar vermiştir.

5.1. TEMEL BULGULARIN TARTIŞILMASI

Çalışmamızın temel hipotezi ergenlerde depresyonun antidepresan ile tedavisinde, tedavi başlangıcında üstbilişsel inançların yüksek olmasının, tedaviye direnci oluşturacağı yönündeydi. Çalışmadaki tüm başlangıç ölçekleri üzerinden yapılan korelasyon analizinde, üç ay sonraki tedavi yanıtıyla sadece üstbiliş ölçekleri arasında anlamlı korelasyon bulundu. Başlangıç ÜBÖ-ÇE toplam puanı ile hem ÇADÖ-Y Depresyon, hem de ÇDÖ puanlarının tedavi sonrası değişim yüzdesi arasında negatif korelasyon bulundu. Tedavi sonunda tanı eşiğinin altına düşen hastalar klinisyen tarafından veya ölçek kesme değerleri üzerinden değerlendirildiğinde, tüm değerlendirme şekillerinde başlangıç ÜBÖ-ÇE toplam puanı tanı eşiğinin altına düşen hastalarda anlamlı düzeyde daha düşük bulundu. Tedavi sonundaki depresyon ölçek değerlerini tahmin eden regresyon denklemlerinde; ÜBÖ-ÇE toplam puanı dirençle ilişkili anlamlı sonuç verirken, denklemin varyansı açıklama gücüne (R^2) en çok katkı sağlayan değişken oldu. Tanı eşiğinin altına düşmeyi yordayan lojistik regresyon denklemlerinde dirençle ilişkili anlamlı sonuç verdi. Bu bulgular klinik olmayan örneklemde (113) ve depresyon tanılı örneklemde (114) üstbiliş toplam puanının depresif semptomlar üzerinde yordayıcı etkisi olduğunu gösteren önceki çalışmalarla uyumludur.

Hipotezlerimiz arasında olumlu üstbilişsel inançların antidepresan tedavisiyle belirgin değişim göstermeyeceği ve tedaviye direnç oluşturacağı bulunmaktaydı. Çalışmamızdaki diğer tüm ölçeklerde bağımlı örneklem t test ile başlangıç değerine göre

üçüncü ayda anlamlı düşüş görülürken, Olumlu Üst Endişeler puanı üç aylık takibin sonunda ortalama 0,33 puan (%0,06) artarak anlamlı değişim göstermeyen tek ölçek oldu. Olumlu Üst Endişeler puanı çalışmamızda depresyon ölçek puanlarıyla korelasyon göstermeyen tek ölçek oldu. Bu durum, olumlu üstbilişsel inançların diğer alt ölçeklere göre psikopatolojilerle daha az korelasyon gösterebildiği yönündeki literatür bilgisiyle uyumludur (96, 97). Başlangıç Olumlu Üst Endişeler puanı, hem ikinci ayda hem de üçüncü ayda her iki depresyon ölçek değişim yüzdesiyle negatif yönlü anlamlı korelasyon gösterdi. Hastaların tedavi sonrası tanı eşiğinin altına düşmesinin klinisyen tarafından ve ölçek kesme değerleri üzerinden değerlendirilmesinde, başlangıç Olumlu Üst Endişeler puanı tüm değerlendirme şekillerinde tanı eşiğinin altına düşenlerde anlamlı düzeyde daha düşük bulundu. Üç ay sonraki depresyon ölçek puanlarının, aynı ölçeğin başlangıç değeri kontrol edilerek bulunmaya çalışıldığı regresyon denklemlerinde; başlangıç Olumlu Üst Endişeler puanı denkleme tek başına alındığında her iki depresyon ölçeği için, diğer değişkenlerle birlikte alındığında ÇADÖ-Y Depresyon için kurulan denklemde dirençle ilişkili anlamlı sonuç vermiştir. Bu bulgular, olumlu üstbilişsel inançların ergenlerde depresyonun antidepresan ile tedavisinde direnç oluşturduğu hipotezini desteklemekle birlikte; üstbilişsel inançların depresif semptomları (119) ve diğer klinik semptomları (121) öngörebildiğine dair önceki çalışmalarla uyumludur. Çalışmamızda Olumlu Üst Endişeler puanı antidepresan tedavisiyle anlamlı değişim göstermemiş olup, BDT ve mindfulness müdahalelerinde de değişiminin kısıtlı olduğu yönünde bulgular mevcuttur (123-126). Bu bulgular olumlu üstbilişsel inançların depresyon tedavi planlanması yaparken dikkate alınması gereken bir direnç faktörü olabileceğini göstermektedir.

Çalışmamızdaki hipotezlerden biri olumsuz üstbilişsel inançların ergenlerde depresyonun antidepresan ile tedavisinde, tedaviye verilen yanıtla ilişkili olacağı yönündeydi. Olumsuz Üst Endişeler puanı tedavi başlangıcında depresyon ölçekleriyle en belirgin korelasyon gösteren üstbiliş ölçeği oldu (ÇADÖ-Y Depresyon için $r=0,590$ $p<0,001$; ÇDÖ için $r=0,407$ $p=0,003$). Çalışmamızda üç aylık tedavi sonrası ÜBO-ÇE alt ölçekleri arasında en belirgin değişim gösteren Olumsuz Üst Endişeler ölçeği oldu ($-\%17,9$; ortalama $-3,73 \pm 4,35$ puan, $p<0,001$). Bu durum klinik örnekleme BDT ve mindfulness temelli terapi süreçlerinde tedavi sonrası üstbiliş ölçeklerinden en çok olumsuz üstbilişlerde değişim gerçekleştiğini gösteren çalışmalarla uyumludur (123, 124, 126). Depresyon ölçeklerindeki üç aylık değişim yüzdesiyle üstbiliş ölçeklerinin değişim yüzdesi kıyaslandığında, üstbiliş ölçeklerinden en belirgin korelasyon Olumsuz Üst Endişeler ile oldu (ÇADÖ-Y Depresyon için $r=0,516$ $p<0,001$; ÇDÖ için $r=0,555$ $p<0,001$). Yaptığımız

panel data analiz modelinde ÇADÖ-Y Depresyon ve ÇDÖ ölçeklerinin üç aylık takipte aylık olarak elde edilen puanlarının, bu zaman aralıklarındaki diğer üstbiliş ölçekleri ve Çocuklarda (8-14 yaş) Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (ÇFOTÖ) ile birlikte açıklanmaya çalışıldığı bireysel sabit etkili panel data analiz denkleminde; Olumsuz Üst Endişeler puanı her iki ölçek için de depresyon belirtilerinin tedavi sürecindeki puanlarını en belirgin açıklayan ölçek oldu (ÇADÖ-Y Depresyon için $B=0,784$ $p<0,001$; ÇDÖ için $B=0,791$ $p=0,001$). Bu bulgular klinik olmayan örnekleme, ergenlerin olumsuz üstbilişsel inanç düzeylerinin depresyon semptomlarına eşlik ettiğini gösteren literatür bilgisiyle uyumludur (117). Bu bulgular eşliğinde Olumsuz Üstbilişsel Endişeler ölçeğinin depresyon hastalarındaki depresif belirtilerin hem başlangıç düzeyleri hem de tedavi sürecindeki değişimlerini açıklama özelliğinin yüksek olduğunu; antidepresan tedavisinin depresyondaki tedavi edici etkisinin önemli bir kısmını, ergenlerin üstbilişsel inanç düzeylerini azaltarak gösterdiğini söylemek mümkündür.

Çalışmamızda Olumsuz Üst Endişeler ölçeği, başlangıç verileri üzerinden tedavi sonucunu tahmin eden regresyon denklemlerinde anlamsız sonuç vermiştir. Bu bulgular olumsuz üstbilişsel inançların geleceğe yönelik depresyon puan değişimini yordayabildiğini gösteren çalışmalarla uyumsuzdur (116-118). 2011 yılında Yılmaz tarafından (117) ve 2023 yılında Schulzt (118) tarafından yapılan çalışmalarda klinik olmayan örneklem takip edilmiştir. Faissner'in 2018 yılındaki çalışmasında (116) ise depresyon hastalarına metakognitif eğitim temelli müdahale yapılmıştır. Bu çalışmalardan farklı olarak mevcut çalışmamızda tüm hastalar antidepresan kullanmıştır. Antidepresanın olumsuz duygulanımı azaltma yönündeki etkisinin; olumsuz duygu oluşturarak etki gösteren olumsuz üstbilişsel inançların, depresif semptomlar üzerindeki geleceğe yönelik yordayıcı gücünü azaltmış olabileceğini öne sürmek mümkündür. Konu hakkında ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda Batıl İnançlar, Ceza ve Sorumluluk İnançları (BİCS) ile Bilişsel İzleme ölçekleri tedavi direnciyle ilişkilendirilebilecek bulgular vermiştir. Başlangıç BİCS puanı üçüncü ayda ÇADÖ-Y değişim yüzdesi ile negatif yönlü anlamlı korelasyon göstermiştir ($r=-0,295$, $p=0,036$). Depresyon ölçeklerinin başlangıç değeri kontrol edilerek üç ay sonraki puanının tahmin edildiği denklemlerde başlangıç BİCS ve Bilişsel İzleme puanları denkleme tek başına ve sabit değişkenlerle katıldığında anlamlılığa yakın ($p<0,1$) ve denklemin varyansı açıklamasına belirgin katkı sunan sonuçlar vermiştir. Bu bulgular Kontrol İhtiyacı alt faktörünün (ÜBÖ-ÇE karşılığı BİCS) geleceğe yönelik depresyon tedavi sonuçlarını yordayabileceğini öne süren (116) ve hem BİCS hem de Bilişsel İzleme

puanlarını klinik olmayan örnekleme geleceğe yönelik depresif semptomları yordayabildiğini öne süren çalışmalarla (117) uyumludur.

BİCS puanının üç aylık değişim yüzdesi, ÇADÖ-Y Depresyon ve ÇDÖ üç aylık değişim yüzdesiyle anlamlı korelasyon göstermiştir (ÇADÖ-Y için $r=0,367$, $p=0,008$; ÇDÖ için $r=0,458$ $p=0,001$). BİCS puanı, diğer üstbilis ölçekleri ve ÇFOTÖ puanlarının kontrol edilerek aylık veriler üzerinden ÇDÖ puanının açıklandığı bireysel sabit etkili panel data analiz denklemimizde anlamlı sonuç vermiştir ($B=0,542$, $p=0,024$). Bu bulgular kontrol ihtiyacı faktörünün depresif semptomların düşüşüne aracılık ettiği yönündeki önceki bulgularla uyumludur (115). Ancak çalışmamızda bu özellik olumsuz üstbilisleri daha doğrudan ölçen Olumsuz Üst Endişeler puanı için daha belirgin bulunmuş olup, bunun sebebinin olumsuz üstbilislerin antidepresanlara daha iyi yanıt vermesi olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak otomatik düşünceler antidepresan tedaviye iyi yanıt vermiştir (108). Bilişsel terapidaki ara inançları ölçen Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği'nin, geleceğe yönelik depresif semptomlar üzerinde yordayıcılığı olduğu gösteren çalışmalar mevcuttur (111, 114, 116). Ancak çalışmamızda Çocuklarda (8-14 yaş) Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (ÇFOTÖ) için depresif semptomlarda geleceğe yönelik yordayıcılık yönünde güçlü bulgular ortaya çıkmamıştır. Bunun sebebinin 12-18 yaş arası örnekleminizin, ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapıldığı 8-14 yaş aralığı ile birebir örtüşmemesi olması mümkün olmakla birlikte; çalışmamızda ÇFOTÖ için Cronbach alfa değeri 0,936 bulunmuş olup, yüksek iç tutarlılığa sahiptir. Çalışmamızda ÇFOTÖ puanının depresif semptomlar üzerindeki geleceğe yönelik yordayıcılık özelliğinin zayıf bulunmasının muhtemel sebebi, antidepresan tedavisinin olumsuz duygulanımı zayıflatması olabilir. Ara inançları depresif semptomlar için yordayıcı bulan çalışmalarda antidepresan kullanılmamıştır. Çalışmamızda ara inançlarla ilgili bir diğer bulgu, tıpkı olumsuz üstbilisler gibi ara inançların da depresif semptomlarla farklı zaman aralıklarında ilişkiselliğini korumayarak depresif semptomları açıklama özelliği olmasıdır. Yaptığımız bireysel sabit etkili panel data analizde, aylık veri bulunduran dört farklı zaman aralığı diğer üstbilis ölçeklerinin kontrolünde değerlendirildiğinde; ÇFOTÖ her iki ölçek için de depresyon semptomlarıyla anlamlı ilişki göstermiştir.

5.2. YAŞ, CİNSİYET VE EBEVEYN EĞİTİM DURUMUNUN TARTIŞILMASI

Çalışmamızda çocukların yaşı ile tedavi sonrası depresyon ölçek değişim yüzdeleri arasında negatif yönde anlamlı korelasyon bulunmuştur (ÇADÖ-Y için $r=-0,295$; ÇDÖ için $r=-0,278$). Yaş, ergenlerde depresyon tedavisinde direnç oluşturmaya beklenen bir faktör değildir (75). Örneklemimizde yaşı Olumsuz Üst Endişeler, BİCS ve toplam ÜBÖ-ÇE puanıyla pozitif korelasyon gösterdiği görülmüştür. Bu durum ergenlerde üstbiliş toplam puanının yaşla birlikte artabildiğini öne süren çalışmalarla uyumludur (100, 101, 143). Ancak bu çalışmalardan farklı olarak, Irak 2015 yılındaki çalışmasında üstbiliş puanlarında ergenlikten yetişkinliğe doğru azalma trendi bulmuştur (102). Örneklemimizi cinsiyetlere ayırdığımızda; erkeklerde yaş ile üstbiliş ölçekleri arasında anlamlı korelasyon görülmezken, kızlarda Olumlu Üst Endişeler dışındaki tüm üstbiliş alt ölçekleri ve ÜBÖ-ÇE toplam puanı ile anlamlı korelasyon bulunmuştur. Bu durum yaşı özellikle kızlarda olumsuz üstbilişlerin artışıyla ilişkili bulunduğu Shakeshaft'ın 2020 yılındaki çalışmasıyla uyumludur (143). Çalışmamızda yaşı ÇADÖ-Y ve ÇDÖ tedavi yanıt yüzdeleriyle gösterdiği korelasyonun üstbilişsel inançlarla ilişkisini incelemek amacıyla; başlangıç ÜBÖ-ÇE toplam puanı kontrol edilerek parsiyel korelasyon analizi yapıldığında, hem kızlarda hem de tüm örneklemde yaşı tedavi yanıtıyla gösterdiği korelasyonun katsayısı azalmış ve sonuçlar anlamlılığını yitirmiştir.

Çalışmamızda kız cinsiyetten olanlar erkeklere göre bağımsız değişkenler t testinde anlamlı bulunacak şekilde üç ay sonrasında ÇADÖ-Y puanlarında %19,75 ÇDÖ puanlarında %25,75 daha düşük yanıt vermiştir. Daha geniş örneklemli çalışmalarda, ergenlerde cinsiyet depresyon tedavi direnci için risk faktörü olarak bulunmamıştır (75). Yetişkin kadınlarda antidepresan tedavisinde bu durumun tam tersi söz konusu olup, bazı çalışmalarda menopoza öncesinde kadınların SSRI grubu antidepresanlara daha iyi yanıt verebildiğini bulunmuştur (144). Yetişkinlerde yapılan 31,422 hastalık bir kohort çalışmasında kadın cinsiyet depresyonda direnç için risk faktörü bulunurken (83), 177,144 örneklemli başka bir kohort çalışmasında erkek cinsiyet dirençle ilişkilendirilmiştir (69). Ergenlik döneminde erkeklerin depresif süreçleri farklı özellikler barındırabilmektedir (145, 146). Ergenlikte kızlarda depresyonun erkeklerden daha ağır seyrettiği ve kalıcılık gösterme eğiliminde olduğuna dair çalışmalar mevcuttur (147, 148). Kızların ebeveynleriyle duygusal olarak yakın hissetmediklerinde; erkeklere göre 2,3 kat daha çok depresif belirti gösterdiği görülmüştür (149). TORDIA çalışmasında ebeveynlerin çocuklarıyla ilişki sorunlarına dair bildirdiği puanlar tedavi direnciyle ilişkisiz çıkarken, ergenlerin ebeveynleriyle yaşadıkları çatışmaya

dair bildirdiği puanlar tedavi direnciyle ilişkili bulunmuştur (62). Kızların bu çatışmaya daha duyarlı olması, örneklemimizde kızların gösterdiği tedavi direncinin bir sebebi olabilir.

Çalışmamızda babası lise veya üzeri mezuniyeti olan hastaların depresyon ölçeklerinin değişimi üzerinden görülen tedavi yanıtı, olmayanlara kıyasla istatistiksel anlamlı şekilde ÇADÖ-Y için %24, ÇDÖ için %20,61 daha düşük bulunmuştur. Baba eğitimi ile cinsiyetlerin ilişkisi incelendiğinde; babası lise veya üzeri eğitimi olan kızların, olmayanlara göre istatistiksel anlamlılık düzeyinde ÇADÖ-Y için %27,43; ÇDÖ için %23,36 daha az yanıt verdiği görüldü. Erkeklerde ise yanıt farkı istatistiksel anlamlılık göstermedi. Kızlarda ve tüm örneklemde annesi lise veya üzeri mezuniyeti olanlar ve olmayanlar arasında anlamlı fark görülmezken, erkeklerde annesi lise veya üzeri eğitilmiş olanlarda anlamlı düzeyde ÇADÖ-Y için %35,77; ÇDÖ için %40,95 düşük yanıt bulundu. Ebeveyn eğitim düzeyinin depresyon tedavi yanıtına etkisi yetişkinlerde kontrol edilen bir özellik değilken (68), ergenlerde yapılan TORDIA çalışmasında yanıtla ilişkili bulunmamıştır (62). Ancak TORDIA çalışmasında ebeveyn eğitimine anne ve baba, kız ve erkek hasta için ayırım yapılarak bakılmamıştır. Ebeveyn eğitim düzeyinin yüksek olmasının daha rasyonel ebeveynlik stilleri (150), daha yüksek sosyoekonomik sınıfa dahil olma (151), çocuğa daha yüksek statülü sosyal ve ekonomik etkileşim ağı sağlama (152), daha iyi eğitim hayatı ve sağlıklı alışkanlıklarıyla kazandırma (153), daha iyi bir ebeveyn-çocuk ilişkisi kurma (154) gibi yollarla depresyona karşı korucuyu etkileri olabildiği öne sürülmüştür. Öte yandan ebeveyn eğitim düzeyinin çocukların depresif süreçlerine olumsuz etkili olabildiğini iddia etmek de mümkündür. Ebeveyn eğitim düzeyinin yüksek olmasının; çocukların algıladığı akademik stresi arttırıp, refah hissini azaltabildiği gösterilmiştir (155). Annelerin eğitim düzeyi arttıkça anneliğe ve özyeterliliğe dair algıladıkları stresin artabildiği gösterilmiş olup (156), bu durumun çocuğun psikolojik sağlığını olumsuz etkilemesi mümkündür.

Ebeveyn eğitim düzeyinin yüksek olmasının ergenlikte depresyon prevalansını azalttığını (157), arttırdığını (158) ve değiştirmedğini (159) öne süren çalışmalar vardır. Yakın zamanda yapılmış bir meta-analiz çalışmasında ebeveyn eğitim düzeyindeki her 1 yıllık artışın ergenlerde depresyon prevalansını %2,1 azalttığı bulunmuştur (160). Aynı çalışmada bu koruyucu etki Avrupa'da, Amerika'da ve yüksek gelirli ülkelerde daha güçlü bulunurken; Asya'da ve orta-düşük gelirli ülkelere korelasyonun azaldığı bulunmuştur. Bu durum doğu toplumlarında ebeveynlerin çocuklarında daha başarı odaklı bir eğitim beklentisi olmasıyla (161) veya ülkemizin de içine girdiği düşük-orta gelirli ülkelere yüksek ebeveyn eğitim düzeyinin sosyoekonomik avantajlarının azalmasıyla (162) ilişkili olabileceği öne sürülebilir. TORDIA çalışmasında ebeveyn eğitim düzeyi ergenlerde

depresyon tedavisinde dirençle ilişkili bulunmamıştır (62). Ülkemizin orta gelirli bir ülke oluşu, TORDIA çalışmasının ise yüksek gelirli bir ülke olan ABD’de yapılmış olması dikkate alındığında; örneklemimizde ebeveyn eğitiminin ergenlerde depresyona karşı yüksek gelirli ülkelere görülen bu koruyucu özelliklerin geri plana düşerek, depresyon tedavisinde bir direnç faktörü haline gelmiş olması mümkündür.

Örneklemimizde babası lise ve üzeri mezuniyeti olan kızların, olmayan kızlara kıyasla; başlangıç ÜBÖ-ÇE toplamı ortalama 7,96 puan ($p=0,02$), üstbiliş ölçeklerinden başlangıç Bilişsel İzleme puanları ortalama 3,17 puan daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Benzer şekilde başlangıç Derinlemesine Düşünme alt ölçeği ortalama 2,43 puan daha yüksek çıkmıştır ($p=0,005$). Kişinin olumsuzluğa reaktif olarak daha pasif bir tutum içinde kara kara düşünmesini temsil eden Geviş Getirir Gibi Düşünme alt ölçeğinden farklı olarak; Derinlemesine Düşünme alt ölçeği, kişinin olayları görece nötr ve objektif olma çabasıyla derinlemesine analiz ederek ruminasyon yapmasını ölçer (137). Bilişsel İzleme ise, kişinin tekrarlayıcı ruminasyon, endişe gibi olumsuz düşünsel süreçler sonrasında, düşünceleri bir tehdit olarak algılayıp onları izleme ihtiyacını ölçmeye çalışır (134). Bilişsel İzleme ve düşünceleri kontrol ihtiyacı (BİCS) puanlarının, yetişkinlerde eğitimle azaldığı gösterilmiş olup; bu durumun eğitim düzeyindeki artışının insanların düşünsel işleyişlerine duydukları güvenin arttırmasıyla ilişkili olabileceği öne sürülmüştür (102). Babası daha yüksek eğitim düzeyinde olan kızların, etkileştikleri aile ortamında sorunların daha zengin bir kelime dağarcığıyla ve daha rasyonel bir düzlemde ele alınmasını içselleştirebileceği iddia edilebilir. Daha eğitilmiş, dolayısıyla zihinsel süreçlerine dair daha özgüvenli bir babaya sahip olan kızların; kendi düşünsel süreçlerinde bir sorun görüp, olumsuz düşünceleri analiz etme ihtiyacını arttırabileceğinden bahsedilebilir. Bunu metakognitif terapi anlatımıyla birleştirirsek; kendi düşüncelerini rasyonel bir zeminde analiz eden bireylerin; düşüncelerden nesnellik beklenen nesne modunda hareket ettiğinde, doğası gereği gerçekliği mükemmel betimleyemeyen düşünceleriyle sıkıntı verici etkileşimleri artabilir. Böylece kişi depresyona girdiğinde, bu rasyonel zeminli ruminatif süreçler depresif semptomları pekiştirebilir ve kişi depresyon tedavisine daha dirençli hale gelebilir.

Annenin lise ve üzerinde eğitilmiş olması ise; özellikle erkeklerde anlamlı düzeyde düşük yanıtla ilişkili bulunurken; çalışmamızda 14 erkek bulunduğunu göz önünde bulundurursak, bu sonucun hatalı pozitif çıkma ihtimali yüksektir. Kızlarda ise annesi lise mezunu olan ve olmayan kızlar arasında anlamlı fark görülmemiş olması dikkat çekicidir. Annesi lise ve üzeri eğitilmiş olan kızlarda, olmayanlara kıyasla başlangıç Olumlu Üst Endişeler puanı anlamlı şekilde 3,06 puan düşük çıkmıştır. Tüm cinsiyetlerde bakıldığında

başlangıç Çocukların Otomatik Düşünceleri Ölçeği (ÇODÖ) puanı, annesi lise ve üzeri eğitimi olanlarda anlamlı şekilde 18,2 puan düşük bulunmuştur. Tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda, örneklemimizde bir şekilde eğitilmiş ebeveyn çocukları tedaviye daha düşük yanıt verirken; anne eğitiminin bu konuda koruyucu bir faktör olması ihtimali akla gelmektedir. Örneklem sayımız dikkate alındığında, teorik alt yapısı sağlam olmayan istatistiksel bulguların hatalı sonuçlara yönlendirmesi olasıdır. Anne ve baba eğitim düzeyinin depresyon tedavi yanıtına etkisinin yönü ve mekanizmasının anlaşılması için ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

5.3. DİĞER BULGULARIN TARTIŞILMASI

Çalışmamızdaki 51 hastalık örnekleminin 37'sinin kızlardan oluşmaktadır. Bu durum ergenlik döneminde depresyonun kızlarda daha yaygın görüldüğüne dair önceki bilgilerle uyumludur (35). Çalışmamızda hastaların %80,4'ünde depresyona eşlik eden herhangi bir tanı, %76,4'ünde eşlik eden bir anksiyete bozukluğu bulunmaktadır. En sık eşlik eden tanılar Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu %27,4; Yaygın Anksiyete Bozukluğu sıklığı %27,4; Özgül Fobi %21,7; Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu %25,4'dur. Bu durum literatürdeki komorbidite bilgileriyle uyumlu olmakla birlikte (163, 164), örneklem klinik popülasyondan seçildiği için komorbidite oranları toplum örneklemine göre yüksek çıkmıştır.

Çalışmamızda kullanılan bütün ölçeklerin ve alt ölçeklerinin Cronbach alfa testinde güvenilirlik katsayıları 0,7'nin üzerinde bulunmuştur. Ülkemizde geçerlilik güvenilirliği 8-14 yaş arasında yapılan (142) Çocuklarda (8-14 Yaş) Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (ÇFOTÖ) çalışmamızdaki 12-18 yaş aralığındaki örnekleme yüksek iç tutarlılığa sahip bulunmuş olup, Cronbach alfa katsayısı 0,936'dır.

Çalışmamızda kaygı bozukluğu tanılarına bağımsız örneklem t test ile tek tek bakıldığında tanısı olanlar ve olmayanların, ÇDÖ ve ÇADÖ-Y Depresyon ile ölçülen tedavi yanıt oranlarında anlamlı fark görülmemiştir. Özgül Fobi dışlanarak herhangi bir anksiyete bozukluğu eş tanısı varlığı veya yokluğu üzerinden yapılan karşılaştırmada ise anlamlılık sınırına yakın (ÇADÖ-Y için $p=0,091$, ÇDÖ için $p=0,064$) şekilde daha az yanıt görülmüştür (%13,98-16,79). Depresyon ölçeklerinin başlangıç değerini kontrol ederek tedavi sonu puanını tahmin edildiği regresyon denklemlerinde kaygı bozukluğu eş tanısı tek başına anlamlılık düzeyine yakın (ÇADÖ-Y için $p=0,073$, ÇDÖ için $p=0,067$) ve denkleme belirgin katkı sağlayacak şekilde (ÇADÖ-Y için $\Delta R^2=0,0465$, ÇDÖ için $\Delta R^2=0,0514$) sonuç verdi. Bu sonuçlar kaygı bozukluğu eş tanısının direnç faktörü olduğu literatür bilgisiyle uyumlu

olup (62, 74), sonuçların anlamlılık düzeyine ulaşmamasının örneklem sayısının düşüklüğü ile ilişkili olabileceği düşünülebilir.

Geçmişte depresyon öyküsü bulunan hastalar; depresyon öyküsü bulunmayan hastalara kıyasla ÇADÖ-Y için tedaviye anlamlılık düzeyinde %17,77 daha az yanıt vermiş olup, ÇDÖ için fark anlamlı bulunmamıştır. Depresyon ölçeklerinin başlangıç değerini kontrol ederek tedavi sonu puanını tahmin eden regresyon denklemlerinde ise; ÇADÖ-Y için hem tek başına hem de diğer değişkenlerle anlamlı sonuç vermiş olup, ÜBÖ-ÇE toplam puanının denkleme eklenmesiyle anlamlılık sınırında ($p=0,056$) sonuç vermiştir. Bu durum Geçirilmiş depresyon öyküsünün ergenlerde depresyon tedavi direnci için risk faktörü olarak bulunduğu literatür bilgisiyle uyumludur (76). Benzer şekilde depresyonun erken yaşta başlaması (62), depresyonun tam remisyona girmemesi, depresyonun sık tekrar etmesi (67), ilk başlanan antidepresana yanıtız olmak (71), ilk ve son depresif epizod arasındaki sürenin kısalığı (72) ilişkili diğer tanımlanmış direnç faktörleridir.

Çalışmamızda DEHB eş tanısı olanlar, olmayanlara göre ÇDÖ için tedaviye anlamlı düzeyde %18,91 daha az yanıt vermiş olup, ÇADÖ-Y Depresyon için gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Daha önce ergenlerde depresyon tedavisinde DEHB eş tanısını tedavi direnciyle ilişkisiz bulan (62, 76) ve özellikle erkeklerde olacak şekilde bir direnç faktörü olarak bulan (74) çalışmalar mevcuttur.

5.4. KISITLILIKLAR VE GÜÇLÜ YANLAR

Yanıt verme kriteri olarak ölçek sonuçlarının ≥ 50 düşmesi, kısmi yanıt verme kriteri olarak ölçek sonucunun 49-25 düşmesi baz alındığında; çalışmamızdaki 51 hastanın ÇADÖ-Y Depresyon için 16'sında (%31,4), ÇDÖ için 13'ünde (%25,5) yanıt görüldü. ÇADÖ-Y Depresyon için 19 hastada (%37,3), ÇDÖ için 16 hastada (%31,4) kısmi yanıt görüldü. ÇADÖ-Y Depresyon için 16 hastada (%31,4), ÇDÖ için 22 hastada (%43,1) tedaviye yanıt görülmedi. TORDIA çalışmasında BDT müdahalesi olmadan antidepresan kullanan depresyon hastalarında 12 hafta sonunda %40 yanıt görülürken (166), yetişkinlerde depresyonda sitalopram tedavisiyle yapılan STAR*D çalışmasında 14 hafta sonra yanıt oranları %47 bulundu (70). Bu çalışmaların örneklemimin dirençli depresyon hastalarından oluştuğu bilgisi göz önünde bulundurulduğunda, örneklemimizdeki yanıt oranları beklenenin altındadır. Örneklemimiz çocuk psikiyatri yataklı servisi bulunan bir üçüncü basamak sağlık kurumuna başvuran hastalardan oluşmakta olup, yataklı servisi olan kliniklere daha dirençli hastaların başvurusu beklenen bir durumdur. Çalışmamızda tedavi yanıtının düşük bulunmasının diğer olası sebepleri arasında, çalışmamızda başlangıç

depresyon ölçek değerlerinin normalden daha düşük ölçülmesine sebep olabilecek bir metodolojik kusur öne sürülebilir. Natüralistik bir izlem çalışması olarak tasarlanan bu çalışmada; hastalar araştırmacı hekimle karşılaşmadan önce, poliklinik hekimi tarafından değerlendirilerek depresyon tanısıyla antidepresan tedavisinin düzenlendiği bir görüşme yapmıştır. Bu durumda; araştırmaya katılan hastaların ölçekleri poliklinik görüşmesinden sonra doldurması, ölçek sonuçlarının daha düşük çıkmasına; böylece tedavi sonundaki puanlarla kıyaslandığında tedavi yanıtının daha düşük bulunmasına sebep olmuş olabilir.

Çalışmamızdaki bir diğer kısıtlılık ise antidepresan kullanımının depresyon tedavi seyrindeki etkilerini gözlemlemeyi amaçlarken; natüralistik izlem çalışması olmanın doğal bir sonucu olarak, aylık takiplerde poliklinik hekiminin yaptığı görüşmelerin terapötik etkisinin kontrol edilememiş olmasıdır. Çalışmamızda aktif terapi sürecindeki hastalar dışlanmıştır. Ancak hastalar polikliniğimizde aylık görüşmelerle takip edilmiş, bu takipler sırasında poliklinik hekimi tarafından yapılan görüşmelerin antidepresan tedavisine karıştırıcı etkisi olmuştur. Ayrıca depresif semptomları ağır seyreden iki hasta ile poliklinik hekiminin ek görüşme yapması gerekmiş; bu ek görüşmeler bir hasta için bir kez, diğer hasta için iki kez yapılmıştır.

Ruminasyona özgü olumlu ve olumsuz üstbilişsel inançlar; üstbilişsel kurama göre depresyonun psikopatolojisinde önemli bir faktör olmasına karşın (10), bu konudaki ölçekler henüz Türkçe çocuk ve ergen popülasyona uyarlanmadığı için çalışmamızda kontrol edilememiştir. Olumlu Üst Endişeler alt ölçeğine ait maddeler kaygının olumlanması temasına odaklanmaktadır. Buna rağmen, Olumlu Üst Endişeler hem Weber'in çalışmasında (119), hem de mevcut çalışmamızda depresif semptomlara dair öngörücü özellik göstermiştir. Bunun olası sebepleri arasında kaygı hakkındaki olumlu üstbilişler ile ruminasyon hakkındaki olumlu üstbilişlerin gösterdiği korelasyon (167) öne sürülebilir. Diğer yandan; özellikle çalışmamızda ÇADÖ-Y üzerinden ölçülen toplam kaygı puanı ile depresyon ölçek puanlarının üç ayda gösterdiği yüzdelerik değişiminin gösterdiği yüksek korelasyon dikkate alındığında (ÇADÖ-Y Depresyonu için $r=0,802$ $p<0,001$; ÇDÖ $r=0,752$ $p<0,001$), Olumlu Üst Endişeler puanlarının anksiyete semptomlarında yarattığı direncin dolaylı olarak depresyon puanlarına yansımış olması mümkündür. Örneklemdeki hastaların %76'sında eşlik eden kaygı bozukluğu eş tanısının bulunduğu dikkate alındığında; yüksek kaygı bozukluğu komorbiditesinin karıştırıcı etkisi nedeniyle çalışmamızda Olumlu Üst Endişeler puanı depresyon tedavisinde hatalı bir şekilde direnç faktörü görüntüsü vermiş olması mümkündür. Yine de depresyonda kaygı bozukluğu komorbiditesi sık görülen bir durum olup, bu karıştırıcı etkinin depresyonun doğal bir özelliği olduğu da iddia edilebilir.

Nitekim Wells endişe etmenin depresyonun doğal bir parçası olduğunu öne sürmüştür (10). Depresif hastalar sıklıkla depresyonun hiç geçmemesi ihtimali, kendini iyi hissediyor olsa dahi depresif semptomların tekrar etme ihtimali veya depresif semptomlarla baş edemeyeceği ihtimali gibi felaket senaryolarından endişe duymakta; bu endişeyle ruminasyon süreçleri pekişebilmektedir.

Çalışmamızdaki kısıtlılıklardan bir diğeri örneklem sayımızdır. Post-hoc power analizde örneklem sayımız üstbiliş puanlarının tedavi yanıtına etkisini incelemek için yeterli bulunmuş olmasına karşın, daha geniş bir örneklemde tedavi direnciyle ilişkili olabilecek daha fazla faktörü kontrol değişkeni yapacağımız bir regresyon denklemi kurmak mümkün olabilirdi.

Çalışmamızda Major Depresif Bozukluk tanılı 12-18 yaş aralığında ergenlerde, antidepresan tedavisi sırasında bilişsel ve üstbilişsel inançlardaki değişim incelenmiştir. Bildiğimiz kadarıyla bu çalışma, çocuk ve ergen popülasyonda antidepresanların üstbilişsel inançlarla ilişkisini inceleyen ilk çalışmadır. Yetişkin popülasyonda ise bildiğimiz kadarıyla depresyon hastalarında üstbilişsel inançlar ve ara inançların tedavi sürecine etkisini araştıran tek çalışma vardır (116). Çalışmada tanılar yarı yapılandırılmış klinik görüşme ile doğrulanmıştır. Çalışmamız uzunlamasına bir çalışma olup, üç ay boyunca aylık veri elde edilmiş, bireysel sabit etkinin kontrol edildiği panel data analiz ile verilerin aylık değişimini inceleme fırsatı bulunmuştur. Kurulan regresyon denklemleri ile bilişsel inançlar ve üstbilişsel inançların alt faktörlerinin tedavi sürecine ve sonucuna etkisi kontrol değişkenleriyle birlikte değerlendirilmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda ergenlerde depresyonun antidepresanla tedavisinde üstbilişsel inançların direnç oluşturduğu bulunmuştur. Üstbiliş alt faktörlerinden olumlu üstbilişsel inançların en belirgin tedavi direncini oluştururken; düşüncelere karşı artmış kontrol ihtiyacı ve bilişleri izleme ihtiyacını ölçen alt ölçekler de tedavi direnciyle ilişkili bulgular vermiştir. Üstbiliş ölçeğinin alt faktörlerinden olumsuz üstbilişlerin ve bilişsel bir parametre olan işlevsiz ara inançların önceki literatür bulgularından farklı olarak geleceğe yönelik depresif semptomları öngörme özelliği bulunmamıştır. Bu durumun; çalışmamızda diğer çalışmalardan farklı olarak antidepresan kullanılmış olmasının, olumsuz üstbilişlerin ve işlevsiz ara inançların depresif semptomları geleceğe yönelik öngörücü özelliğini azaltmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda yaş artışı, kız cinsiyet ve üstbilişsel inançların yüksek olması arasında tedavi direncini yordayan bir ilişki bulunmuştur. Baba eğitim düzeyi yüksek olan kızların tedavi yanıtı daha düşük bulunmuş olup, bu bulguyu açıklamak için çalışmadaki verilerin yetersizliğine vurgu yapılmıştır.

Konu hakkında daha geniş örneklemli çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Benzer bir çalışma planlandığında kaygı hakkında olumlu üstbilişsel inançlara ek olarak ruminasyona özgü üstbilişsel ölçeklerin kullanılması faydalı olacaktır. Ergenlik döneminde depresyon üzerine yapılan bir çalışmada, ebeveynler ile yaşanan çatışmanın ölçüldüğü bir ölçeğin çalışmaya katılması, depresyon tedavisi için ergenlerde önemli olabilecek bir değişkenin kontrolüne imkân verebilir. Çalışmamızda kızlarla erkekler yaş, anne eğitim düzeyi ve baba eğitim düzeyi için gruplandığında üstbilişsel inançlar açısından farklılıklar göstermiş olup, ileri çalışmalarda direnç faktörlerinin cinsiyetler arasında kontrol edilmesinin faydalı olacağı kanaati oluşmuştur.

KAYNAKLAR

1. Collaborators GMD. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*. 2022;9(2):137-50.
2. Steinberg L. Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in cognitive sciences*. 2005;9(2):69-74.
3. Birmaher B, Brent D, Issues AWGoQ. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2007;46(11):1503-26.
4. Türkçapar H. Bilişsel terapi: Temel ilkeler ve uygulama: HYB Yayıncılık, 2002 (Medico Graphics Ofset); 2009.
5. Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders*: Penguin; 1979.
6. Leahy RL, Holland SJ, Aslan S, Türkçapar H, Köroğlu E. Depresyon ve anksiyete bozukluklarında tedavi planları ve girişimleri: HYB; 2009.
7. Tosun A, Irak M. Üstbiliş Ölçeği-30'un Türkçe Uyarlaması, Geçerliliği, Güvenirliği, Kaygı ve Obsesif-Kompulsif Belirtilerle İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2008;19(1).
8. Wakefield J, Horwitz A, Lorenzo-Luaces L, DeRubeis R, Strunk D. *The Oxford Handbook of Mood Disorders*. 2015(History of Depression):10-23.
9. Wells A, Matthews G. *Attention and emotion (Classic edition): A clinical perspective*: Psychology Press; 2014.
10. Wells A. *Metacognitive therapy for anxiety and depression*: Guilford press; 2011.
11. Dwyer JB, Bloch MH. Antidepressants for Pediatric Patients. *Curr Psychiatry*. 2019;18(9):26-42f.
12. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Chaimani A, Atkinson LZ, Ogawa Y, et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet*. 2018;391(10128):1357-66.
13. Besiroglu L, Çetinkaya N, Selvi Y, Atli A. Effects of selective serotonin reuptake inhibitors on thought-action fusion, metacognitions, and thought suppression in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*. 2011;52(5):556-61.
14. Fox CA, Lee CT, Hanlon AK, Seow TXF, Lynch K, Harty S, et al. An observational treatment study of metacognition in anxious-depression. *eLife*. 2023;12:RP87193.
15. Kheirabadi GR, Yousefian Z, Zargar F, Bahrami M, Maracy MR. Citalopram and metacognitive therapy for depressive symptoms and cognitive emotion regulation in patients with major depressive disorder: a randomized controlled trial. *Journal of education and health promotion*. 2020;9(1):6.
16. APA. *DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 2013.
17. APA. *DSM-I: Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders*. 1952.

18. APA. DSM II: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 1968.
19. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*. 1961;4(6):561-71.
20. Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*. 1960;23(1):56.
21. APA. DSM III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 1980.
22. Weir JM, Zakama A, Rao U. Developmental risk I: depression and the developing brain. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. 2012;21(2):237-59.
23. Keyes KM, Kreski NT, Patrick ME. Depressive Symptoms in Adolescence and Young Adulthood. *JAMA Network Open*. 2024;7(8):e2427748-e.
24. Tamar M, Özbaran B. Çocuk ve ergenlerde depresyon. *Klinik Psikiyatri*. 2004;2(1):84-92.
25. Nardi B, Francesconi G, Catena-Dell'osso M, Bellantuono C. Adolescent depression: clinical features and therapeutic strategies. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2013;17(11):1546-51.
26. Rice F, Riglin L, Lomax T, Souter E, Potter R, Smith DJ, et al. Adolescent and adult differences in major depression symptom profiles. *J Affect Disord*. 2019;243:175-81.
27. Karg RS, Bose J, Batts KR, Forman-Hoffman VL, Liao D, Hirsch E, et al. Past year mental disorders among adults in the United States: results from the 2008–2012 Mental Health Surveillance Study. *CBHSQ Data Review*. 2014.
28. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yeti yitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanım sonuçları. *Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu*. 1998;1.
29. Kessler RC, Birnbaum H, Bromet E, Hwang I, Sampson N, Shahly V. Age differences in major depression: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Psychological medicine*. 2010;40(2):225-37.
30. Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, Grant BF. Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Archives of general psychiatry*. 2005;62(10):1097-106.
31. Shorey S, Ng ED, Wong CHJ. Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Psychol*. 2022;61(2):287-305.
32. Demir T, Karacetin G, Demir DE, Uysal O. Epidemiology of depression in an urban population of Turkish children and adolescents. *Journal of Affective Disorders*. 2011;134(1-3):168-76.
33. Bilaç Ö, Ercan ES, Uysal T, Aydın C. Prevalence of anxiety and mood disorders and demographic characteristics of elementary school students. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2014;25(3):171.
34. Karacetin G, Arman AR, Fis NP, Demirci E, Ozmen S, Hesapcioglu ST, et al. Prevalence of Childhood Affective disorders in Turkey: An epidemiological study. *Journal of affective disorders*. 2018;238:513-21.
35. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(8):837-44.
36. Meyer SE, Chrousos GP, Gold PW. Major depression and the stress system: a life span perspective. *Development and psychopathology*. 2001;13(3):565-80.

37. Hankin B, Roesch L, Mermelstein R, Flay B, editors. Depression, stressors, and gender differences in adolescence: examination of a transactional stress generation hypothesis in a multiwave study. World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies; 2004.
38. Abela JR, Hankin BL, Sheshko DM, Fishman MB, Stolow D. Multi-wave prospective examination of the stress-reactivity extension of response styles theory of depression in high-risk children and early adolescents. *Journal of abnormal child psychology*. 2012;40:277-87.
39. Conner KR, Bossarte RM, Lu N, Kaukeinen K, Chan G, Wyman P, et al. Parent and child psychopathology and suicide attempts among children of parents with alcohol use disorder. *Arch Suicide Res*. 2014;18(2):117-30.
40. Ünal S, Küey L, Güleç C, Bekaroğlu M, Evlice YE, Kırılı S. Depresif bozukluklarda risk etkenleri. *Klinik Psikiyatri*. 2002;5(1):8-15.
41. Tully EC, Iacono WG, McGue M. An adoption study of parental depression as an environmental liability for adolescent depression and childhood disruptive disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2008;165(9):1148-54.
42. Zwierzyńska K, Wolke D, Lereya TS. Peer victimization in childhood and internalizing problems in adolescence: a prospective longitudinal study. *Journal of abnormal child psychology*. 2013;41:309-23.
43. Friedman MS, Marshal MP, Guadamuz TE, Wei C, Wong CF, Saewyc EM, et al. A meta-analysis of disparities in childhood sexual abuse, parental physical abuse, and peer victimization among sexual minority and sexual nonminority individuals. *American journal of public health*. 2011;101(8):1481-94.
44. Brent D, Melhem N, Donohoe MB, Walker M. The incidence and course of depression in bereaved youth 21 months after the loss of a parent to suicide, accident, or sudden natural death. *American Journal of Psychiatry*. 2009;166(7):786-94.
45. Weissman MM, Wickramaratne P, Geleroff MJ, Warner V, Pilowsky D, Kohad RG, et al. Offspring of depressed parents: 30 years later. *American Journal of Psychiatry*. 2016;173(10):1024-32.
46. Kindt KC, Kleinjan M, Janssens JM, Scholte RH. Evaluation of a school-based depression prevention program among adolescents from low-income areas: A randomized controlled effectiveness trial. *International journal of environmental research and public health*. 2014;11(5):5273-93.
47. Thapar A, Rice F. Twin studies in pediatric depression. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. 2006;15(4):869-81.
48. Kendall K, Van Assche E, Andlauer T, Choi K, Luyckx J, Schulte E, et al. The genetic basis of major depression. *Psychological Medicine*. 2021;51(13):2217-30.
49. Smith DJ, Escott-Price V, Davies G, Bailey ME, Colodro-Conde L, Ward J, et al. Genome-wide analysis of over 106 000 individuals identifies 9 neuroticism-associated loci. *Molecular psychiatry*. 2016;21(6):749-57.
50. Caspi A, Hariri AR, Holmes A, Uher R, Moffitt TE. Genetic sensitivity to the environment: the case of the serotonin transporter gene and its implications for studying complex diseases and traits. *American journal of Psychiatry*. 2010;167(5):509-27.
51. Howard DM, Adams MJ, Clarke T-K, Hafferty JD, Gibson J, Shirali M, et al. Genome-wide meta-analysis of depression identifies 102 independent variants and highlights the importance of the prefrontal brain regions. *Nature neuroscience*. 2019;22(3):343-52.
52. Willner P, Scheel-Krüger J, Belzung C. The neurobiology of depression and antidepressant action. *Neuroscience & biobehavioral reviews*. 2013;37(10):2331-71.
53. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *Lancet*. 2018;392(10161):2299-312.

54. Lopez-Duran NL, Kovacs M, George CJ. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation in depressed children and adolescents: a meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*. 2009;34(9):1272-83.
55. Kraus C, Castrén E, Kasper S, Lanzenberger R. Serotonin and neuroplasticity - Links between molecular, functional and structural pathophysiology in depression. *Neurosci Biobehav Rev*. 2017;77:317-26.
56. Leonard BE. Inflammation and depression: a causal or coincidental link to the pathophysiology? *Acta Neuropsychiatr*. 2018;30(1):1-16.
57. Osimo EF, Pillinger T, Rodriguez IM, Khandaker GM, Pariante CM, Howes OD. Inflammatory markers in depression: a meta-analysis of mean differences and variability in 5,166 patients and 5,083 controls. *Brain, behavior, and immunity*. 2020;87:901-9.
58. Miller CH, Hamilton JP, Sacchet MD, Gotlib IH. Meta-analysis of Functional Neuroimaging of Major Depressive Disorder in Youth. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(10):1045-53.
59. Schmaal L, Hibar DP, Sämann PG, Hall GB, Baune BT, Jahanshad N, et al. Cortical abnormalities in adults and adolescents with major depression based on brain scans from 20 cohorts worldwide in the ENIGMA Major Depressive Disorder Working Group. *Mol Psychiatry*. 2017;22(6):900-9.
60. National Institute for Health and Care Excellence: Guidelines. Depression in children and young people: identification and management. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE)
Copyright © NICE 2019.; 2019.
61. Cuijpers P, Miguel C, Harrer M, Plessen CY, Ciharova M, Ebert D, et al. Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: a comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients. *World Psychiatry*. 2023;22(1):105-15.
62. Maalouf FT, Porta G, Vitiello B, Emslie G, Mayes T, Clarke G, et al. Do sub-syndromal manic symptoms influence outcome in treatment resistant depression in adolescents? A latent class analysis from the TORDIA study. *J Affect Disord*. 2012;138(1-2):86-95.
63. Mulder RT, Joyce PR, Frampton C. Relationships among measures of treatment outcome in depressed patients. *Journal of affective disorders*. 2003;76(1-3):127-35.
64. Riedel M, Möller H-J, Obermeier M, Schennach-Wolff R, Bauer M, Adli M, et al. Response and remission criteria in major depression—a validation of current practice. *Journal of psychiatric research*. 2010;44(15):1063-8.
65. Frank E, Prien RF, Jarrett RB, Keller MB, Kupfer DJ, Lavori PW, et al. Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder. Remission, recovery, relapse, and recurrence. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48(9):851-5.
66. Prien RF, Carpenter LL, Kupfer DJ. The definition and operational criteria for treatment outcome of major depressive disorder: a review of the current research literature. *Archives of General Psychiatry*. 1991;48(9):796-800.
67. Dudek D, Rybakowski JK, Siwek M, Pawłowski T, Lojko D, Roczeń R, et al. Risk factors of treatment resistance in major depression: association with bipolarity. *Journal of affective disorders*. 2010;126(1-2):268-71.
68. De Carlo V, Calati R, Serretti A. Socio-demographic and clinical predictors of non-response/non-remission in treatment resistant depressed patients: A systematic review. *Psychiatry Res*. 2016;240:421-30.

69. Lähteenvuori M, Taipale H, Tanskanen A, Rannanpää S, Tiihonen J. Courses of treatment and risk factors for treatment-resistant depression in Finnish primary and special healthcare: A nationwide cohort study. *Journal of Affective Disorders*. 2022;308:236-42.
70. Trivedi MH, Rush AJ, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Warden D, Ritz L, et al. Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR*D: implications for clinical practice. *Am J Psychiatry*. 2006;163(1):28-40.
71. Souery D, Papakostas GI, Trivedi MH. Treatment-resistant depression. *J Clin Psychiatry*. 2006;67 Suppl 6:16-22.
72. Kautzky A, Baldinger-Melich P, Kranz GS, Vanicek T, Souery D, Montgomery S, et al. A new prediction model for evaluating treatment-resistant depression. *The Journal of clinical psychiatry*. 2017;78(2):13579.
73. McMakin DL, Olino TM, Porta G, Dietz LJ, Emslie G, Clarke G, et al. Anhedonia predicts poorer recovery among youth with selective serotonin reuptake inhibitor treatment-resistant depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012;51(4):404-11.
74. Chen L-C, Chen Y-H, Bai Y-M, Chen T-J, Chen M-H, Su T-P. Antidepressant resistance in adolescents with major depressive disorder: a nationwide longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*. 2020;262:293-7.
75. Asarnow JR, Emslie G, Clarke G, Wagner KD, Spirito A, Vitiello B, et al. Treatment of selective serotonin reuptake inhibitor-resistant depression in adolescents: predictors and moderators of treatment response. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009;48(3):330-9.
76. Strawn JR, Aaronson ST, Elmaadawi AZ, Schrodtt GR, Holbert RC, Verdoliva S, et al. Treatment-resistant depression in adolescents: clinical features and measurement of treatment resistance. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 2020;30(4):261-6.
77. Serra G, Uchida M, Battaglia C, Casini MP, De Chiara L, Biederman J, et al. Pediatric Mania: The Controversy between Euphoria and Irritability. *Curr Neuropharmacol*. 2017;15(3):386-93.
78. Emslie GJ, Mayes T, Porta G, Vitiello B, Clarke G, Wagner KD, et al. Treatment of Resistant Depression in Adolescents (TORDIA): week 24 outcomes. *American Journal of Psychiatry*. 2010;167(7):782-91.
79. Nanni V, Uher R, Danese A. Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2012;169(2):141-51.
80. Brent D, Melhem N, Ferrell R, Emslie G, Wagner KD, Ryan N, et al. Association of FKBP5 polymorphisms with suicidal events in the Treatment of Resistant Depression in Adolescents (TORDIA) study. *Am J Psychiatry*. 2010;167(2):190-7.
81. Kronenberg S, Apter A, Brent D, Schirman S, Melhem N, Pick N, et al. Serotonin transporter polymorphism (5-HTTLPR) and citalopram effectiveness and side effects in children with depression and/or anxiety disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2007;17(6):741-50.
82. Axelson DA, Perel JM, Birmaher B, Rudolph GR, Nuss S, Bridge J, et al. Sertraline pharmacokinetics and dynamics in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41(9):1037-44.
83. Huang SS, Chen HH, Wang J, Chen WJ, Chen HC, Kuo PH. Investigation of early and lifetime clinical features and comorbidities for the risk of developing treatment-resistant depression in a 13-year nationwide cohort study. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):541.
84. Joffe RT. Refractory depression: treatment strategies, with particular reference to the thyroid axis. *J Psychiatry Neurosci*. 1997;22(5):327-31.
85. Kaddurah-Daouk R, Boyle SH, Matson W, Sharma S, Matson S, Zhu H, et al. Pretreatment metabotype as a predictor of response to sertraline or placebo in depressed outpatients: a proof of concept. *Transl Psychiatry*. 2011;1(7):e26-.

86. Baskaran A, Milev R, McIntyre RS. The neurobiology of the EEG biomarker as a predictor of treatment response in depression. *Neuropharmacology*. 2012;63(4):507-13.
87. Haroon E, Daguanno AW, Woolwine BJ, Goldsmith DR, Baer WM, Wommack EC, et al. Antidepressant treatment resistance is associated with increased inflammatory markers in patients with major depressive disorder. *Psychoneuroendocrinology*. 2018;95:43-9.
88. Beck AT. THINKING AND DEPRESSION. II. THEORY AND THERAPY. *Arch Gen Psychiatry*. 1964;10:561-71.
89. Beck AT, Hurvich MS. Psychological correlates of depression: 1. Frequency of "masochistic" dream content in a private practice sample. *Psychosomatic Medicine*. 1959;21(1):50-5.
90. ÖRENGÜL AC. Anksiyete Çocuk ve Gençlerde Bilişsel Davranışçı Terapi. 2019.
91. GÖRMEZ V. BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİDE TEMEL KAVRAMLAR: BİR TEKNİSYEN OLARAK TERAPİSTİN MALZEME ÇANTASINA GENEL BAKIŞ.
92. Hayes SC, Hofmann SG. The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry*. 2017;16(3):245-6.
93. Flavell JH. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive—developmental inquiry. *American psychologist*. 1979;34(10):906.
94. Wells A. Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 1995;23(3):301-20.
95. Wells A, Matthews G. Modelling cognition in emotional disorder: the S-REF model. *Behav Res Ther*. 1996;34(11-12):881-8.
96. Thingbak A, Capobianco L, Wells A, O'Toole MS. Relationships between metacognitive beliefs and anxiety and depression in children and adolescents: A meta-analysis. *J Affect Disord*. 2024;361:36-50.
97. Myers SG, Solem S, Wells A. The Metacognitions Questionnaire and Its Derivatives in Children and Adolescents: A Systematic Review of Psychometric Properties. *Front Psychol*. 2019;10:1871.
98. Farrell LJ, Waters AM, Zimmer-Gembeck MJ. Cognitive biases and obsessive-compulsive symptoms in children: examining the role of maternal cognitive bias and child age. *Behav Ther*. 2012;43(3):593-605.
99. Matthews L, Reynolds S, Derisley J. Examining cognitive models of obsessive compulsive disorder in adolescents. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2007;35(2):149-63.
100. Bacow TL, Pincus DB, Ehrenreich JT, Brody LR. The metacognitions questionnaire for children: Development and validation in a clinical sample of children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders*. 2009;23(6):727-36.
101. Irak M. Üstbiliş Ölçeği Çocuk ve Ergen Formunun Türkçe standardizasyonu, kaygı ve obsesif-kompulsif belirtilerle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2012;23(1):47-54.
102. Irak M, Çapan D, Soylu C. Üstbilişsel Süreçlerde Yaşa Bağlı Değişiklikler. *Turkish Journal of Psychology/Türk Psikoloji Dergisi*. 2015;30(75).
103. Francis R, Hawes DJ, Abbott MJ, Costa DS. Cognitive mechanisms for worry in early adolescence: Re-examining the role of high verbal intelligence. *Personality and Individual Differences*. 2018;120:179-84.
104. Muris P, Mayer B, den Adel M, Roos T, van Wamelen J. Predictors of change following cognitive-behavioral treatment of children with anxiety problems: a preliminary investigation on negative automatic thoughts and anxiety control. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2009;40(1):139-51.

105. ERGİN DA, KAPÇI EG. ÇOCUKLARDA OLUMSUZ OTOMATİK DÜŞÜNCELERİN YAYGINLIĞI VE OLUMSUZ OTOMATİK DÜŞÜNCELERİN SOSYODEMOGRAFIK VE PSİKOLOJİK DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ.
106. Yıldırım T, Çıkrıkçı Ö, Çıkrıkçı N. Predicting Social Life Integration Based on Automatic Thoughts and Resilience Among Children and Adolescents. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. 2024;42(2):447-58.
107. EROGUL C, Rezan A. PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE CHILDREN'S AUTOMATIC THOUGHTS SCALE (CATS) IN TURKISH CHILDREN WITH AGE AND GENDER DIFFERENCES. *Journal of Cognitive & Behavioral Psychotherapies*. 2013;13(2).
108. Schniering CA, Lyneham HJ. The Children's Automatic Thoughts Scale in a clinical sample: psychometric properties and clinical utility. *Behav Res Ther*. 2007;45(8):1931-40.
109. AN W, editor Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: a preliminary investigation. Paper presented at the 62nd Annual Meeting of the American Educational Research Association, Toronto, Ontario (Canada), 1978; 1978.
110. Liu Y, Zhang N, Bao G, Huang Y, Ji B, Wu Y, et al. Predictors of depressive symptoms in college students: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *J Affect Disord*. 2019;244:196-208.
111. Köhler S, Unger T, Hoffmann S, Mackert A, Ross B, Fydrich T. Dysfunctional cognitions of depressive inpatients and their relationship with treatment outcome. *Compr Psychiatry*. 2015;58:50-6.
112. Li W, Chen J, Liu Y, Liu Y, Hu X, Mu F, et al. The mediating effects of dysfunctional attitudes and moderating effect of sex between stressful life events and depressive symptoms among Chinese college students. *Sci Rep*. 2023;13(1):10910.
113. Hjemdal O, Stiles T, Wells A. Automatic thoughts and meta-cognition as predictors of depressive or anxious symptoms: a prospective study of two trajectories. *Scand J Psychol*. 2013;54(2):59-65.
114. Holdhus L. The role of metacognitions and dysfunctional attitudes in metacognitive therapy for depression 2021.
115. Jelinek L, Van Quaquebeke N, Moritz S. Cognitive and Metacognitive Mechanisms of Change in Metacognitive Training for Depression. *Scientific Reports*. 2017;7(1):3449.
116. Faissner M, Kriston L, Moritz S, Jelinek L. Course and stability of cognitive and metacognitive beliefs in depression. *Depress Anxiety*. 2018;35(12):1239-46.
117. Schultz K, Kannis-Dymand L, Jamieson D, McLoughlin LT, Loughnan S, Allen A, et al. Examining the Longitudinal Relationship Between Metacognitive Beliefs and Psychological Distress in an Adolescent Population: A Preliminary Analysis. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2023.
118. Yılmaz AE, Gençöz T, Wells A. The temporal precedence of metacognition in the development of anxiety and depression symptoms in the context of life-stress: a prospective study. *J Anxiety Disord*. 2011;25(3):389-96.
119. Weber F, Exner C. Metacognitive beliefs and rumination: A longitudinal study. *Cognitive therapy and research*. 2013;37:1257-61.
120. Yılmaz AE, Gençöz T, Wells A. Unique contributions of metacognition and cognition to depressive symptoms. *The Journal of general psychology*. 2015;142(1):23-33.
121. Meiser-Stedman R, Dalgleish T, Smith P, Yule W, Glucksman E. Diagnostic, demographic, memory quality, and cognitive variables associated with acute stress disorder in children and adolescents. *J Abnorm Psychol*. 2007;116(1):65-79.

122. Normann N, Morina N. The Efficacy of Metacognitive Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychol.* 2018;9:2211.
123. Holmes MC, Donovan CL, Farrell LJ, March S. The efficacy of a group-based, disorder-specific treatment program for childhood GAD--a randomized controlled trial. *Behav Res Ther.* 2014;61:122-35.
124. Normann N, Lønfeldt NN, Reinholdt-Dunne ML, Esbjørn BH. Negative thoughts and metacognitions in anxious children following CBT. *Cognitive therapy and research.* 2016;40:188-97.
125. Hearn CS, Donovan CL, Spence SH, March S. Do worry and its associated cognitive variables alter following CBT treatment in a youth population with Social Anxiety Disorder? Results from a randomized controlled trial. *J Anxiety Disord.* 2018;53:46-57.
126. Sanger KL, Dorjee D. Mindfulness training with adolescents enhances metacognition and the inhibition of irrelevant stimuli: Evidence from event-related brain potentials. *Trends in Neuroscience and Education.* 2016;5(1):1-11.
127. Carpenter JK, Andrews LA, Witcraft SM, Powers MB, Smits JAJ, Hofmann SG. Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depress Anxiety.* 2018;35(6):502-14.
128. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 1997;36(7):980-8.
129. Ünal F, Öktem F, Çetin Çuhadaroglu F, Çengel Kültür SE, AKDEMİ D, Foto Özdemir D, et al. Reliability and validity of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version, DSM-5 November 2016-Turkish adaptation (K-SADS-PL-DSM-5-T). *Turkish Journal of Psychiatry.* 2019;30(1).
130. Chorpita BF, Yim L, Moffitt C, Umemoto LA, Francis SE. Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: A revised child anxiety and depression scale. *Behaviour research and therapy.* 2000;38(8):835-55.
131. Gormez V, Kilincaslan A, Ebesutani C, Orengul AC, Kaya I, Ceri V, et al. Psychometric properties of the parent version of the revised child anxiety and depression scale in a clinical sample of Turkish children and adolescents. *Child Psychiatry & Human Development.* 2017;48:922-33.
132. Kovacs M. Children's Depression Inventory. In: *Multi-Health Systems I*, editor. North Tonawanda, NY1992.
133. Oy B. Çocuklar için Depresyon Ölceği geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk. Psikiyatri Dergisi.* 1991;2:137-40.
134. Cartwright-Hatton S, Wells A. Beliefs about worry and intrusions: the Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *J Anxiety Disord.* 1997;11(3):279-96.
135. Cartwright-Hatton S, Mather A, Illingworth V, Brocki J, Harrington R, Wells A. Development and preliminary validation of the Meta-cognitions Questionnaire—Adolescent Version. *Journal of anxiety disorders.* 2004;18(3):411-22.
136. Nolen-Hoeksema S, Morrow J. Response styles questionnaire. *Psychological Assessment.* 1991.
137. Treynor W, Gonzalez R, Nolen-Hoeksema S. Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive therapy and research.* 2003;27:247-59.

138. Erdur-Baker Ö, Bugay A. The short version of ruminative response scale: reliability, validity and its relation to psychological symptoms. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2010;5:2178-81.
139. Schniering C, Rapee R. Development and validation of a measure of children's automatic thoughts: the children's automatic thoughts scale. *Behaviour research and therapy*. 2002;40(9):1091-109.
140. Ergin DA, Kapçı E. Çocuk ve ergenlerde olumsuz bilişlerin değerlendirilmesi: Çocukların otomatik düşünceleri ölçeği'nin uyarlanması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*. 2013;2(2):72-7.
141. D'Alessandro DU, Burton KD. Development and validation of the Dysfunctional Attitudes Scale for Children: Tests of Beck's cognitive diathesis-stress theory of depression, of its causal mediation component, and of developmental effects. *Cognitive Therapy and Research*. 2006;30:335-53.
142. Oral T, Günlü A. Adaptation of the dysfunctional attitudes scale in children (8-14 years) into Turkish Culture. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*. 2020;10(57):255-75.
143. Lachat Shakeshaft Y, Lecerf T, Morosan L, Badoud DM, Debbané M. Validation of the French version of the « Meta-Cognition Questionnaire » for adolescents (MCQ-Af): Evolution of metacognitive beliefs with age and their links with anxiety during adolescence. *PLoS One*. 2020;15(3):e0230171.
144. Sramek JJ, Murphy MF, Cutler NR. Sex differences in the psychopharmacological treatment of depression. *Dialogues Clin Neurosci*. 2016;18(4):447-57.
145. Crockett MA, Martínez V, Jiménez-Molina Á. Subthreshold depression in adolescence: Gender differences in prevalence, clinical features, and associated factors. *Journal of Affective Disorders*. 2020;272:269-76.
146. Bennett DS, Ambrosini PJ, Kudes D, Metz C, Rabinovich H. Gender differences in adolescent depression: do symptoms differ for boys and girls? *J Affect Disord*. 2005;89(1-3):35-44.
147. Weller EB, Kloos A, Kang J, Weller RA. Depression in children and adolescents: does gender make a difference? *Curr Psychiatry Rep*. 2006;8(2):108-14.
148. Apicella M, Serra G, Iannoni ME, Trasolini M, Maglio G, Andracchio E, et al. Gender Differences in the Psychopathology of Mixed Depression in Adolescents with a Major Depressive Episode. *Curr Neuropsychopharmacol*. 2023;21(6):1343-54.
149. Lewis AJ, Kremer P, Douglas K, Toumborou JW, Hameed MA, Patton GC, et al. Gender differences in adolescent depression: Differential female susceptibility to stressors affecting family functioning. *Australian Journal of Psychology*. 2015;67(3):131-9.
150. Carr A, Pike A. Maternal scaffolding behavior: links with parenting style and maternal education. *Dev Psychol*. 2012;48(2):543-51.
151. Bradley RH, Corwyn RF. Socioeconomic status and child development. *Annual review of psychology*. 2002;53(1):371-99.
152. Reiss F, Meyrose AK, Otto C, Lampert T, Klasen F, Ravens-Sieberer U. Socioeconomic status, stressful life situations and mental health problems in children and adolescents: Results of the German BELLA cohort-study. *PLoS One*. 2019;14(3):e0213700.
153. Jablonska B, Lindblad F, Ostberg V, Lindberg L, Rasmussen F, Hjern A. A national cohort study of parental socioeconomic status and non-fatal suicidal behaviour--the mediating role of school performance. *BMC Public Health*. 2012;12:17.
154. Zayas LH, Kaplan C, Turner S, Romano K, Gonzalez-Ramos G. Understanding suicide attempts by adolescent Hispanic females. *Soc Work*. 2000;45(1):53-63.

155. Jang J, Lee G, Seo J, Na EJ, Park JY, Jeon HJ. Suicidal attempts, insomnia, and major depressive disorder among family members of suicide victims in South Korea. *J Affect Disord.* 2020;272:423-31.
156. Andersson E, Hildingsson I. Mother's postnatal stress: an investigation of links to various factors during pregnancy and post-partum. *Scand J Caring Sci.* 2016;30(4):782-9.
157. Cheng CM, Hsu JW, Huang KL, Bai YM, Su TP, Li CT, et al. Risk of developing major depressive disorder and anxiety disorders among adolescents and adults with atopic dermatitis: a nationwide longitudinal study. *J Affect Disord.* 2015;178:60-5.
158. Park M, Katon WJ, Wolf FM. Depression and risk of mortality in individuals with diabetes: a meta-analysis and systematic review. *Gen Hosp Psychiatry.* 2013;35(3):217-25.
159. Sonego M, Llácer A, Galán I, Simón F. The influence of parental education on child mental health in Spain. *Qual Life Res.* 2013;22(1):203-11.
160. Xiang Y, Cao R, Li X. Parental education level and adolescent depression: A multi-country meta-analysis. *J Affect Disord.* 2024;347:645-55.
161. Shin Y, Chin M. A Mediating Effect of Peer Relations on the Association between Parental Achievement-Oriented Expectation and Depression among High School Students. *Human Ecology Research.* 2020;58(2):229-38.
162. Karlsson O, De Neve JW, Subramanian SV. Weakening association of parental education: analysis of child health outcomes in 43 low- and middle-income countries. *Int J Epidemiol.* 2019;48(1):83-97.
163. Angold A, Costello EJ, Erkanli A. Comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry.* 1999;40(1):57-87.
164. Garber J, Weersing VR. Comorbidity of Anxiety and Depression in Youth: Implications for Treatment and Prevention. *Clin Psychol (New York).* 2010;17(4):293-306.
165. Hadžikapetanović H, Babić T, Bjelošević E. Depression and intimate relationships of adolescents from divorced families. *Med Glas (Zenica).* 2017;14(1):132-8.
166. Brent D, Emslie G, Clarke G, Wagner KD, Asarnow JR, Keller M, et al. Switching to another SSRI or to venlafaxine with or without cognitive behavioral therapy for adolescents with SSRI-resistant depression: the TORDIA randomized controlled trial. *Jama.* 2008;299(8):901-13.
167. Zhou H, Liu H, Ma X, Deng Y. The psychometric properties of positive and negative beliefs about the rumination scale in Chinese undergraduates. *BMC Psychol.* 2023;11(1):107.

EKLER

EK 1: ETİK KURUL ONAY FORMU

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64) KARAR FORMU					
SAYI:		Tarih: 11.10.2023			
KONU: Etik Kurulu Kararı					
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Ergenlerde depresyon, anksiyete ve OKB tedavisinde antidepresan kullanımının kognitif ve metakognitif değişkenlerle ilişkisi			
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU					
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu			
	AÇIK ADRESİ:	Doktor Erkin Cnd. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi			
	TELEFON	216 570 91 90			
	FAKS	216 565 55 26			
	E-POSTA	etik@sbgoztepehastanesi.gov.tr			
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Alperen Bıkmazer- Doç. Dr. Vahdettin Görmez- Dr. Alican Güler			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
FAZ 4		☐			
Gözlemsel ilaç çalışması		☐			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		☐			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐			
	İlaç dışı klinik araştırma	☒			
	Retrospektif	☐			
	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama			
	SİGORTA	☐			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐			
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐			
	İLAN	☐			
	YILLIK BİLDİRİM	☐			
	SONUÇ RAPORU	☐			
	GUVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐			
	DİĞER:	☐			
	KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2023/0685	Tarih: 11.10.2023		
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekeceği, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.					

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64)
KARAR FORMU

SAYI:

Tarih: 11.10.2023

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ergenlerde depresyon, anksiyete ve OKB tedavisinde antidepresan kullanımının kognitif ve metakognitif değişkenlerle ilişkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki	Katılım *	İmza
Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER	Tıbbi Farmakoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Aytekin OĞUZ	İç Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. Işıl MARAL	Halk Sağlığı Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Asif Yıldırım	Üroloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Süleyman Daşdağ	Biyofizik	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Derya Büyükkayhan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	T.C. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Doç. Dr. Asiye KANBAY	Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Doç. Dr. Sıdika Şeyma ÖZKANLI	Tıbbi Patoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Hacer Hicran Mutlu	Aile Hekimliği	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr Öğretim Üyesi Ergül Demirçivi	Kadın Hastalıkları ve Doğum	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Avukat Mahmut ÇELİK	Avukat	Çelik Hukuk Bürosu	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Saliha Şahin	İşçi		E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

*:Toplantıda Bulunma

Karar: ☒ Onaylandı ☐ Reddedildi

El
U
İn

20.12.2023

İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK
KURULU BAŞKANLIĞI'NA

15.10.2023/15.12.2024 tarihleri arasında Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda yürütülmesi planlanan "Ergenlerde depresyon, anksiyete ve OKB tedavisinde antidepresan kullanımının kognitif ve metakognitif değişkenlerle ilişkisi" isimli, 11.10.2023 tarih ve 2023/0685 karar numaralı etik kurul onayı bulunan çalışmamın ismi "Ergenlerde depresyon tedavisinde antidepresan kullanımının kognitif ve metakognitif değişkenlerle ilişkisi" şeklinde değiştirilmiştir.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Doç. Dr. Alperen BIKMAZER

İstan

Çocuk

Dip.1

İSTAN

Doç.

Dip.1

Uygundur

25.12.2023

EK 2: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU EBEVEYN

İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE PROF. DR. SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU (EBEVEYN)

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı tarafından yürütülen “Ergenlerde depresyon, anksiyete ve OKB tedavisinde antidepressan kullanımının kognitif ve metakognitif değişkenlerle ilişkisi” başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkına da sahipsiniz. Çalışmadan çıkmanız halinde tedavinizde herhangi bir aksaklık olmayacaktır. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Çocuğunuza verilen formların doldurulması yaklaşık **25 dakika** sürecektir ve formlarda toplamda bulunmaktadır. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

Araştırmanın Amacı

Depresyon ve anksiyete bozuklukların ortaya çıkmasında genetik ve çevresel faktörler, travmatik yaşam olayları, akran ilişkileri, aile içi çatışmalar gibi pek çok etmen rol almaktadır. Bu etmenlerin arasında bazı olumsuz otomatik düşüncelerin, fonksiyonel olmayan tutumların, düşünceler hakkındaki düşüncelerin (üstbilis, metakognisyon); depresyon ve anksiyete bozukluklarının ortaya çıkması ve sürmesinde etkisi olduğu düşünülmektedir. Çalışmamız; çocuklardaki bu otomatik düşüncelerin, fonksiyonel olmayan tutumların ve üstbilislerin antidepressan tedavisi sırasındaki seyrini ve tedavi yanıtıyla ilişkisini incelemeyi hedeflemektedir.

Araştırmanın İçeriği

Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvurarak depresyon ve anksiyete bozukluğu tanılarıyla antidepressan tedavi başlanan hastalardan çalışmaya katılmaya gönüllü olanlara hekim tarafından ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T isimli psikiyatrik tanı taraması yapılacaktır. İlk görüşmede çocuklardan anksiyete ve depresyon semptomlarını tarayan ölçekleri (Çocuklar için Depresyon Ölçeği, Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş-Çocuk Form), depresyon ve anksiyete bozukluğu ilişkili biliş ve üstbilisleri ölçen ölçekleri (Üstbilis Ölçeği Çocuk ve Ergen Form, Çocukların Otomatik Düşünceleri Ölçeği, Çocuklarda 8-14 Yaş Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği, Ruminatif Tepkiler Ölçeği Kısa Formu) doldurmaları istenecektir. Antidepressan tedavisi boyunca 4. 8. ve 12. haftalarda yeniden görüşme sağlanarak çocuklardan anksiyete ve depresyon semptomlarını tarayan ölçekleri (Çocuklar için Depresyon Ölçeği, Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş-Çocuk Form), depresyon ve anksiyete bozukluğu ilişkili biliş ve üstbilisleri ölçen ölçekleri (Üstbilis Ölçeği Çocuk ve Ergen Form, Çocukların Otomatik Düşünceleri Ölçeği, Çocuklarda 8-14 Yaş Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği, Ruminatif Tepkiler Ölçeği Kısa Formu) tekrar doldurmaları istenecektir. Bu sayede tedavi sırasında ölçek puanlarındaki değişim takip edilecektir.

2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkânı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:
İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı:
İmzası:



EK 3: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU ÇOCUK

İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE PROF. DR: SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU (ÇOCUK)

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı tarafından yürütülen “Ergenlerde depresyon, anksiyete ve OKB tedavisinde antidepresan kullanımının kognitif ve metakognitif değişkenlerle ilişkisi” başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkına da sahipsiniz. Çalışmadan çıkmanız halinde tedavinizde herhangi bir aksaklık olmayacaktır. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Çocuğa verilen formların doldurulması yaklaşık **25 dakika** sürecektir ve formlarda toplamda bulunmaktadır. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

Araştırmanın Amacı

Depresyon ve anksiyete bozuklukların ortaya çıkmasında genetik ve çevresel faktörler, travmatik yaşam olayları, akran ilişkileri, aile içi çatışmalar gibi pek çok etmen rol almaktadır. Bu etmenlerin arasında bazı olumsuz otomatik düşüncelerin, fonksiyonel olmayan tutumların, düşünceler hakkındaki düşüncelerin (üstbilis, metakognisyon); depresyon ve anksiyete bozukluklarının ortaya çıkması ve sürmesinde etkisi olduğu düşünülmektedir. Çalışmamız; çocuklardaki bu otomatik düşüncelerin, fonksiyonel olmayan tutumların ve üstbilislerin antidepresan tedavisi sırasındaki seyrini ve tedavi yanıtıyla ilişkisini incelemeyi hedeflemektedir.

Araştırmanın İçeriği

Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvurarak depresyon ve anksiyete bozukluğu tanılarıyla antidepresan tedavi başlanan hastalardan çalışmaya katılmaya gönüllü olanlara hekim tarafından ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T isimli psikiyatrik tanı taraması yapılacaktır. İlk görüşmede çocuklardan anksiyete ve depresyon semptomlarını tarayan ölçekleri (Çocuklar için Depresyon Ölçeği, Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş-Çocuk Form), depresyon ve anksiyete bozukluğu ilişkili biliş ve üstbilisleri ölçen ölçekleri (Üstbilis Ölçeği Çocuk ve Ergen Form, Çocukların Otomatik Düşünceleri Ölçeği, Çocuklarda 8-14 Yaş Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği, Ruminatif Tepkiler Ölçeği Kısa Formu) doldurmaları istenecektir. Antidepresan tedavisi boyunca 4. 8. ve 12. haftalarda yeniden görüşme sağlanarak çocuklardan anksiyete ve depresyon semptomlarını tarayan ölçekleri (Çocuklar için Depresyon Ölçeği, Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş-Çocuk Form), depresyon ve anksiyete bozukluğu ilişkili biliş ve üstbilisleri ölçen ölçekleri (Üstbilis Ölçeği Çocuk ve Ergen Form, Çocukların Otomatik Düşünceleri Ölçeği, Çocuklarda 8-14 Yaş Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği, Ruminatif Tepkiler Ölçeği Kısa Formu) tekrar doldurmaları istenecektir. Bu sayede tedavi sırasında ölçek puanlarındaki değişim takip edilecektir.

2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkânı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:
İmzası:

Katılımcının Ebeveyninin (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:
İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı:
İmzası:

EK 4: SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Sosyodemografik Bilgi Formu

Ad Soyad:

Tarih:

Cinsiyet: Kız / Erkek

Cep Tel: Anne:

Doğum Tarihi:

Baba:

Sınıf:

Kardeş Sayısı:

Kaçıncı Çocuk:

Okul Devam Durumu: Düzenli gidiyor () Devamsızlığı var ancak devam ediyor () Devamsız ()
Okulu bıraktı () Açık öğretimde ()

Sınıf Tekrarı: Var () Yok ()

Ders Başarısı: Çok iyi () İyi () Orta () Kötü ()

ANNE: Sağ () Vefat etmiş ()

Yaş:

Eğitim Durumu: İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite () Lisans üstü ()

Mesleği:

Annenin Psikiyatrik Başvurusu: var () yok ()

Varsa tanısı: ...

BABA: Sağ () Vefat ()

Yaş:

Eğitim Durumu: İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite () Lisans üstü ()

Mesleği:

Babanın Psikiyatrik Başvurusu: var () yok ()

Varsa tanısı: ...

Anne Baba: Birlikte () Ayrı () Boşanmış () Anne/Baba ölümü ()

Ailenin Aylık Geliri: Asgari ücretin altında () Asgari ücretin iki katına kadar miktarda ()
Asgari ücretin üç katına kadar miktarda () Asgari ücretin üç katının üstünde ()

Oturduğunuz Evin Aidiyeti: Ev sahibi () Kira ()

PSİKİYATRİK ÖZGEÇMİŞ: İlk başvuru () Uzun zaman sonra ilk başvuru () Birkaç aydır takipli ()
Bir yıla yakın takipli () Birkaç yıldır takipli ()

Varsa geçmiş başvurulardaki tanısı/şikayeti: ...

Daha önceki antidepresan kullanımı: Hiç kullanmadı () Bir aydan kısa süre kullandı () Bir ayın
üzerinde kullanımı oldu ()

Varsa geçmiş antidepresan kullanımları ve ilaç bırakma nedenleri: ...

Daha önce terapi aldı mı? Evet () Hayır ()

Terapinin ismini biliyor musunuz? Hayır () Evet ise açıklayınız: ...

Ne kadar sık görüştü? Haftada birden çok () Haftada bir () Ayda birkaç kez () Ayda bir ()
Ayda birden az ()

Kaç seans görüştü? 1-2 Seans () 3-5 Seans () 6-8 Seans () 9-12 Seans () 12-18 Seans ()
>18 Seans ()

Sigara kullanımı: Yok () Var () Miktarı: ...

Kendine Zarar verici davranış: Hiç olmadı () 3 defadan az oldu () Çok sayıda oldu ()

Son bir ay içinde kendine zarar verici davranış: Olmadı () 3 defadan az oldu () Çok sayıda oldu ()

İntihar Girişimi Öyküsü: Olmadı () Bir defa oldu () 2-3 defa oldu () 4 veya üzeri sayıda oldu ()

Yakın zamanda hayatını etkileyen önemli bir olay oldu mu? Evet () Hayır ()

Varsa açıklayınız: ...

Kronik tıbbi hastalığı: Yok () Var ()

Varsa açıklayınız: ...

Nörolojik hastalığı: Yok () Var ()

Varsa açıklayınız: ...

Kardeşlerinde psikiyatrik hastalık: Yok () Var ()

Varsa açıklayınız: ...

Ailede psikiyatrik hastalığı olan biri/birileri: Yok () Var ()

Varsa açıklayınız: ...

EK 5: ÇOCUKLARDA DEPRESYON ANKSİYETE ÖLÇEĞİ - YENİLENMİŞ – ÇOCUK FORMU

ÇADÖ-Y (Çocuk Formu)

Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş (ÇADÖ-Y)

Adı ve Soyadı:

Yaş:

Cinsiyet:

Eğitimi (sınıfı):

Aşağıda insanların kendini nasıl hissettiklerini tanımlayan ifadeler bulunmaktadır. Her ifadeyi dikkatlice okuyun ve sizin için doğru olana seçeneğe karar verin (" Asla doğru değil ise 0'ı, Bazen doğru ise 1'i, Sık Sık doğru ise 2'yi, Her Zaman doğru ise 3'ü işaretleyin).

		ASLA	BAZEN	SIK SIK	HER ZAMAN
1.	Bazı konularda endişe/kaygı duyarım	(0)	(1)	(2)	(3)
2.	Kendimi üzgün veya boşlukta hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
3.	Bir sorunum olduğunda midemde tuhaf bir his olur	(0)	(1)	(2)	(3)
4.	Bir işte başarısız olduğumu veya işi iyi yapmadığımı düşündüğüm zaman endişelenirim/kaygılanırım	(0)	(1)	(2)	(3)
5.	Evde yalnız kalmaktan korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
6.	Hiçbir şeyden eskisi kadar zevk almıyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
7.	Sınava gireceğim zaman korkarım/ endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
8.	Birinin bana kızgın olduğunu düşündüğümde endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
9.	Ailemden uzakta olmak beni endişelendirir	(0)	(1)	(2)	(3)
10.	Aklımdaki kötü ya da aptalca düşünceler veya görüntüler beni rahatsız eder	(0)	(1)	(2)	(3)
11.	Uyku sorunum var	(0)	(1)	(2)	(3)
12.	Okulda başarısız olacağımdan korkarım/ endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
13.	Ailemden birinin başına çok kötü bir şey geleceğinden endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
14.	Hiçbir neden yokken aniden sanki nefes alamıyorum gibi hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
15.	İştahım ile ilgili sorunlarım var	(0)	(1)	(2)	(3)
16.	Yaptığım şeyleri tam veya doğru yapıp yapmadığımı tekrar tekrar kontrol ederim (lambaların kapatıldığından, kapının kilitlendiğinden emin olmak gibi)	(0)	(1)	(2)	(3)
17.	Kendi başıma uyumam gerekirse bundan korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
18.	Sabahları gergin veya endişeli hissettiğimden okula gitmek istemem	(0)	(1)	(2)	(3)
19.	Hiçbir şey için enerjim yok	(0)	(1)	(2)	(3)
20.	Aptalca görüldüğümünden endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
21.	Kendimi çok yorgun hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
22.	Başıma kötü şeyler geleceğinden endişe ederim	(0)	(1)	(2)	(3)
23.	Kötü ve saçma düşünceleri kafamdan atamıyorum	(0)	(1)	(2)	(3)

ÇADÖ-Y (Çocuk Formu)

		ASLA	BAZEN	SIK SIK	HER ZAMAN
24.	Bir sorunum olduğunda kalbim çok hızlı atar	(0)	(1)	(2)	(3)
25.	Rahat bir şekilde düşünemem	(0)	(1)	(2)	(3)
26.	Hiçbir nedeni yokken aniden titreme ve ürperme hissedirim	(0)	(1)	(2)	(3)
27.	Başıma kötü bir şey geleceğinden endişe ediyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
28.	Bir sorunum olduğunda titrediğimi hissedirim	(0)	(1)	(2)	(3)
29.	Kendimi değersiz hissediyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
30.	Yanlış yapmaktan kaygılanırım/endişe ederim	(0)	(1)	(2)	(3)
31.	Kötü şeylerin olmasını engellemek için özel bazı düşünceleri(sayılar, kelimeler gibi) aklımdan geçirmem gerekir	(0)	(1)	(2)	(3)
32.	Diğer insanların benim hakkında ne düşündükleri beni endişelendirir	(0)	(1)	(2)	(3)
33.	Kalabalık yerlerde (alışveriş merkezi, sinema, otobüsler, yoğun oyun alanları gibi) bulunmaktan korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
34.	Hiçbir nedeni yokken birden yoğun korku duyarım	(0)	(1)	(2)	(3)
35.	Gelecek hakkında endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
36.	Hiçbir nedeni yokken aniden başım döner ve bayılacak gibi olurum	(0)	(1)	(2)	(3)
37.	Ölüm hakkında düşünürüm	(0)	(1)	(2)	(3)
38.	Sınıfımın önünde konuşma yapmak beni korkutur	(0)	(1)	(2)	(3)
39.	Kalbim sebepsiz yere aniden çok hızlı çarpmaya başlar	(0)	(1)	(2)	(3)
40.	Hareket etmek istemiyor gibi hissedirim	(0)	(1)	(2)	(3)
41.	Ortada korkulacak bir şey yokken aniden korkutucu bir his yaşamaktan endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
42.	Aynı şeyi tekrar tekrar yapmak zorunda hissedirim (ellerimi yıkamak, temizlik yapmak veya bir şeyleri belli bir sıraya koymak gibi)	(0)	(1)	(2)	(3)
43.	İnsanların önünde aptal durumuna düşmekten korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
44.	Kötü şeylerin olmasını engellemek için bazı şeyleri "tam olması gereken biçimde" yapmak zorunda hissedirim	(0)	(1)	(2)	(3)
45.	Geceleri yatağa gittiğimde endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
46.	Gece evden uzakta kalmaktan (başkasının evinde uyumak gibi) korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
47.	Kendimi huzursuz hissedirim	(0)	(1)	(2)	(3)

EK 6: ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Çocuklar için Depresyon Ölçeği

Adı Soyadı:

Tarih:

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

- A)** 1. Kendimi arada sırada üzgün hissedirim.
2. Kendimi sık sık üzgün hissedirim.
3. Kendimi her zaman üzgün hissedirim.
- B)** 1. İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.
2. İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.
3. İşlerim yolunda gidecek.
- C)** 1. İşlerimin çoğunu doğru yaparım.
2. İşlerimin bir çoğunu yanlış yaparım.
3. Her şeyi yanlış yaparım.
- D)** 1. Birçok şeyden hoşlanırım.
2. Bazı şeylerden hoşlanırım.
3. Hiçbir şeyden hoşlanmam.
- E)** 1. Her zaman kötü bir çocuğum.
2. Çoğu zaman kötü bir çocuğum.
3. Arada sırada kötü bir çocuğum.
- F)** 1. Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünüyorum.
2. Sık sık başıma kötü bir şeylerin geleceğinden endişelenirim.
3. Başıma kötü şeyler geleceğinden eminim.
- G)** 1. Kendimden nefret ederim.
2. Kendimi beğenmem.
3. Kendimi beğenirim.
- H)** 1. Bütün kötü şeyler benim hatam.
2. Kötü şeylerin bazıları benim hatam.
3. Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.
- I)** 1. Kendimi öldürmeyi düşünmem.
2. Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapmam.
3. Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.
- İ)** 1. Her gün içimden ağlamak gelir.
2. Bir çok günler içinden ağlama gelir.
3. Arada sırada içimden ağlamak gelir.
- J)** 1. Her şey her zaman beni sıkır.
2. Her şey sık sık beni sıkır.
3. Her şey arada sırada beni sıkır.
- K)** 1. İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.
2. Çoğu zaman insanlara beraber olmaktan hoşlanmam.
3. Hiçbir zaman insanlarla beraber olmaktan hoşlanmam.
- L)** 1. Her hangi bir şey hakkında karar veremem.
2. Her hangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir.
3. Her hangi bir şey hakkında kolayca karar veririm.

- M) 1. Güzel \ yakışıklı sayılırım.
2. Güzel \ yakışıklı olmayan yanlarım var.
3. Çirkinim.
- N) 1. Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.
2. Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.
3. Okul ödevlerini yapmak sorun değil.
- O) 1. Her gece uyumakta zorluk çekerim.
2. Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.
3. Oldukça iyi uyurum.
- Ö) 1. Arada sırada kendimi yorgun hissederim.
2. Birçok gün kendimi yorgun hissederim.
3. Her zaman kendimi yorgun hissederim.
- P) 1. Hemen her gün canım yemek yemek istemez.
2. Çoğu gün canım yemek yemek istemez.
3. Oldukça iyi yemek yerim.
- R) 1. Ağrı ve sızılardan endişe etmem.
2. Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
3. Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
- S) 1. Kendimi yalnız hissetmem.
2. Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.
3. Her zaman kendimi yalnız hissederim.
- Ş) 1. Okuldan hiç hoşlanmam.
2. Arada sırada okuldan hoşlanırım.
3. Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.
- T) 1. Bir çok arkadaşım var.
2. Bir çok arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterim.
3. Hiç arkadaşım yok.
- U) 1. Okul başarıım iyi.
2. Okul başarıım eskisi kadar iyi değil.
3. Eskiden iyi olduğum derslerde çok başarısızım.
- Ü) 1. Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.
2. Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.
3. Diğer çocuklar kadar iyiyim.
- V) 1. Kimse beni sevmez.
2. Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.
3. Beni seven insanların olduğundan eminim.
- Y) 1. Bana söyleneni genellikle yaparım.
2. Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.
3. Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.
- Z) 1. İnsanlarla iyi geçinirim.
2. İnsanlarla sık sık kavga ederim.
3. İnsanlarla her zaman kavga ederim.

EK 7: ÜSTBİLİŞ ÖLÇEĞİ ÇOCUK VE ERGEN FORMU

Üstbiliş Ölçeği Çocuk ve Ergen Formu (ÜBÖ-ÇE)

Bu anket gençlerin nasıl düşündüklerini incelemektedir. Aşağıda sizin gibi genç bireyler tarafından ifade edilmiş bazı cümleler listelenmiştir. Her bir maddeyi okuyarak her birinin sizin için **genellikle** ne kadar uygun olduğunu ilgili rakamı daire içine alarak belirtin. Lütfen tüm maddeleri cevaplandırın. Bu ankette doğru ya da yanlış cevap bulunmamaktadır.

	1: kesinlikle katılmıyorum 3: biraz katılıyorum	2: biraz katılmıyorum 4: kesinlikle katılıyorum		
	Kesinlikle katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Bir şeyler hakkında şimdi endişelenirsem, gelecekte daha az sorun yaşarım	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Endişelenmek iyi bir şey değil çünkü bana hiç iyi gelmiyor.	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Kafamdan geçenleri çoğu zaman fark ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Eğer çok endişelenirsem kendimi hasta edebilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Bir sorunu düşünürken, kafamın nasıl çalıştığına dikkat ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Endişelendiğim bir düşünceyi durduramazsam ve sonra kötü bir şey olursa, benim hatam olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Endişelenmek, kendimi ve çevremi düzenli tutmama yardımcı olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Engellemeye çalışsam da endişe verici düşüncelerim devam eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Kafam karıştığında, endişelenmek bunları düzene sokmama yardım eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Beni endişelendiren şeyleri düşünmeden duramıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Kafamdaki düşünceleri takip edebilmek için çok çaba harcarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. İstediğim zaman düşünmeye başlayabilmeli ya da düşünmeyi durdurabilmeliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Endişelenmek beni çıldırtabilir.	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Sürekli kafamdan geçenleri düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Nasıl düşündüğüme sürekli dikkat ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Endişelenmek kendimi daha iyi hissetmemi sağlar.	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Düşüncelerimi durduramazsam, benim için hiç iyi olmaz.	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Endişelenmeye başladığımda bunu durduramam.	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Eğer düşüncelerimi durduramazsam kötü şeyler olacak.	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Endişelenmek sorunları çözmeme yardım eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
21. Bazı şeyler hakkında düşünmek kötüdür.	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Düşüncelerimi kontrol edemezsem, darmadağın olurum.	(1)	(2)	(3)	(4)
23. İşlerimi bitirmek için endişelenmeye ihtiyacım var.	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Düşüncelerimi tekrar tekrar gözden geçiririm.	(1)	(2)	(3)	(4)

EK 8: ÇOCUKLARDA (14-18 YAŞ) FONKSİYONEL OLMAYAN TUTUMLAR ÖLÇEĞİ

Çocuklarda (8-14 Yaş) Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği

	Aşağıdaki cümleler düşündükleriniz ve hissettikleriniz ile ilgilidir. Lütfen kendinizi düşünerek her bir cümleye ne kadar katıldığınızı veya katılmadığınızı (X) şeklinde işaretleyerek belirtiniz.	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılıyorum Ne de katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	Ancak herkesin beni sevdiğini bilirse mutlu olabilirim.	1	2	3	4	5
2	Eğer her zaman iyi olursam insanlar beni sever.	1	2	3	4	5
3	Zekice fikirleri olan insanlar zekice fikirleri olmayan insanlardan daha önemlidir.	1	2	3	4	5
4	Diğer insanların benim hakkımda ne düşündüğü çok önemlidir.	1	2	3	4	5
5	Güzel görünen insanlar çirkin olanlardan daha mutludur.	1	2	3	4	5
6	Genç insanlar yaptıkları her şeyde en iyi olmalıdır.	1	2	3	4	5
7	İnsanlar istediği şeye sahip olamazsa üzülmalıdır.	1	2	3	4	5
8	Eğer saçma bir şey söylersem bu benim yetersiz olduğum anlamına gelir.	1	2	3	4	5
9	Ne zaman bir hata yapsam hep kötü şeyler olur.	1	2	3	4	5
10	Diğer çocuklardan daha iyi olmalıyım.	1	2	3	4	5
11	Bir kişi beni sevmezse asla kimse beni sevmez.	1	2	3	4	5
12	Bir kere başarısız olursam her zaman başarısız olurum.	1	2	3	4	5
13	Diğer insanlarla aynı fikirde olmazsam benden nefret ederler.	1	2	3	4	5
14	Denediğim bir şeyi mükemmel yapamazsam o şeyi tekrar denemem gerekir.	1	2	3	4	5
15	Bir hata yaptığım zaman kendime kızmalıyım.	1	2	3	4	5
16	Diğer insanların istediğini yapmam, kendi istediğimi yapmamdan daha önemlidir.	1	2	3	4	5
17	Eğer yardıma ihtiyacım varsa bu yetersiz olduğum anlamına gelir.	1	2	3	4	5
18	Diğer insanlar benim hakkımda sadece güzel şeyler söyledikleri zaman kendimi iyi hissedebilirim.	1	2	3	4	5
19	Denediğim her şeyde iyi olmalıyım.	1	2	3	4	5
20	Diğer çocukların beni sevmesi için onları etkilemeliyim.	1	2	3	4	5
21	Sorunlarımı her zaman kendim çözebilmeliyim.	1	2	3	4	5
22	Diğer insanların beni sevmesi için en az bir şeyde en iyi olmalıyım.	1	2	3	4	5

EK 9: ÇOCUKLARDA OTOMATİK DÜŞÜNCELER ÖLÇEĞİ

Çocuklarda Otomatik Düşünceler Ölçeği

	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sayılır	Sık Sık	Her Zaman
1. Çocuklar benim aptal olduğumu düşünecek.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2. Bana sataşacaklar diye endişeleniyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3. Çocuklar bana gülecek.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4. Salak gibi görüneceğim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5. İnsanlar benim hakkımda kötü şeyler düşünüyor.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6. Diğer çocukların hakkımda ne düşüneceği beni korkutuyor.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7. Aptal biri gibi görünüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8. Diğer çocuklar benimle dalga geçiyor.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9. Herkes bana bakıyor.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10. Kendimi salak durumuna düşürecek diye korkuyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11. Hiçbir şeyi doğru dürüst yapamam.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12. Değersizim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13. Artık hiçbir şeyin bana yararı olmaz.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14. İşlerin ters gitmesi benim hatam.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15. Hayatımı karmakarışık bir hale getirdim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16. Hiçbir zaman diğer insanlar kadar iyi olamayacağım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17. Başarısız biriyim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18. Hayat yaşamaya değmez.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19. Hiçbir zaman problemlerimin üstesinden gelemeyeceğim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20. Kendimden nefret ediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21. Eğer hak ederlerse insanlardan öcümü alma hakkım vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22. Diğer çocuklar aptal.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
23. Çoğu insan bana karşı.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24. Bana takanların yaptıkları yanlışlarına kar kalmayacak.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
25. Eğer biri bana zarar verirse benim de ona zarar verme hakkım vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
26. Bazı insanlar başına gelen şeyleri hak eder.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
27. Benim hatam olmayan şeylerden dolayı her zaman suçlanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
28. İnsanlar her zaman beni bir belaya bulaştırmaya çalışıyor.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
29. Bazı insanlar kötüdür.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
30. Kötü insanlar cezalandırılmayı hak eder.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
31. Bir kaza geçireceğim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
32. Delireceğim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
33. Öleceğim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
34. Annem veya babam zarar görecek.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
35. Kontrolümü kaybetmekten korkuyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
36. Zarar göreceğim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
37. Çok kötü bir şey olacak.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
38. Biri ölebilir diye korkuyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
39. Bende bir terslik var.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
40. Değer verdiğim birinin başına bir şey gelecek.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

EK 10: RUMİNATİF TEPKİLER ÖLÇEĞİ – KISA FORM

Ruminatif Tepkiler Ölçeği (Kısa Form)

İnsanlar kötü bir deneyim yaşadıklarında bir sürü farklı şey yapar ya da düşünürler. Lütfen Aşağıdaki cümleleri okuyup, **son iki hafta içinde**, belirtilenleri ne kadar sıklıkla yaptığınızı işaretleyin. Lütfen, ne yapmanız gerektiğini değil, gerçekten ne yaptığınızı belirtin.

	Hiçbir Zaman	Bazen	Çoğunlukla	Her Zaman
1. “Bunu hak etmek için ne yaptım?” diye ne sıklıkta düşünüyorsun?	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Son zamanlarda yaşadığın olayları analiz edip “Kendimi niye böyle üzgün hissediyorum” diye ne sıklıkta düşünüyorsun?	(1)	(2)	(3)	(4)
3. “Niye bu şekilde bir tepki gösteriyorum?” diye ne sıklıkta düşünüyorsun?	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Bir köşeye çekilip “Neden bu şekilde hissediyorum?” diye ne sıklıkta düşünüyorsun?	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Ne sıklıkta, düşüncelerini yazıp, çözümlemeye ve anlamaya çalışıyorsun?	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Son zamanlarda yaşadığın olaylar hakkında “Keşke daha iyi sonuçlansaydı” diye ne sıklıkta düşünüyorsun?	(1)	(2)	(3)	(4)
7. “Niye benim problemlerim var da, diğer insanların yok” diye ne sıklıkta düşünüyorsun?	(1)	(2)	(3)	(4)
8. “Neden olayları daha iyi idare edemiyorum” diye ne sıklıkta düşünüyorsun?	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Kişilik özelliklerini analiz edip “Kendimi niye böyle üzgün hissediyorum” diye ne sıklıkta düşünüyorsun?	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Ne sıklıkla tek başına bir yere gidip duygularını anlamaya çalışıyorsun?	(1)	(2)	(3)	(4)

EK 11: OKUL ÇAĞI ÇOCUKLARI İÇİN DUYGULANIM BOZUKLUKLARI VE ŞİZOFRENİ GÖRÜŞME ÇİZELGESİ - ŞİMDİ VE YAŞAM BOYU ŞEKLİ - DSM-5

DEPRESİF BOZUKLUK				
1	Çökkün duygudurum	0	1	2 3
2	Huzursuzluk ve öfke	0	1	2 3
3	Keyif alamama			
a	Tekrarlayan ölüm düş.	0	1	2 3
b	İntihar düş.	0	1	2 3
c	İntihar girişimi-ciddiyeti	0	1	2 3
d	İntihar eylemi-ölüm riski	0	1	2 3
e	İntihar olmayan kendine zarar verme	0	1	2 3
Herhangi bir soruda 3 aldysa EK-1 DEPRESİF BZK doldur.				
MANİ				
1	Kabarmış-taşkın duygudurum	0	1	2 3
2	Uyku gereksiniminin azalması	0	1	2 3
3	Amaca yönelik etkinliklerde artış	0	1	2 3
4	Fikir uçuşması	0	1	2 3
Herhangi bir soruda 3 aldysa EK-1 MANİ doldur.				
PSİKOZ				
1	Varsanılar	0	1	2 3
2	Sanrılar	0	1	2 3
Herhangi bir soruda 3 aldysa EK-2 PSİKOTİK BZK doldur.				
PANİK BZK				
1	Panik ataklar	0	1	2 3
Soruda 3 aldysa EK-3 PANİK BZK doldur.				
AYRILIK ANKSİYETESİ BZK				
1	Felaket korkusu	0	1	2 3
2	Bağılanılan kişiye zarar korkusu	0	1	2 3
3	Okul reddi	0	1	2 3
4	Yalnız uyumaktan korkma	0	1	2 3
5	Evde yalnız kalmaktan korkma	0	1	2 3
Herhangi bir soruda 3 aldysa EK-3 AYRILIK ANKSİYETESİ BZK doldur.				
KAÇINMA BZK/ SOSYAL FOBİ				
1	İlişinin kısıtlanması	0	1	2 3
2	Toplumsal durumlardan korkma	0	1	2 3
3	Tanıdık kişilerle toplumsal ilişki	0	1	2 3
4	Süre ≥ 6 ay	0	1	2
5	İşlevsellikte azalma			
a	Sosyal ilişkilerde	0	1	2
b	Ailesiyle	0	1	2
c	Okulda	0	1	2
d	Ciddi anksiyete/tutturma	0	1	2
e	Kaçınma	0	1	2
6	Tetikleyici varlığı	0	1	2
7	Çocukluk Dönemi Kaçınma Bzk (DSM_3R)	0	1	2
8	Sosyal fobi(DSM_4)	0	1	2
AGORAFOBİ ve ÖZGÜL FOBİLER				
1	Sıkıntı	0	1	2 3
2	Kaçınma	0	1	2 3
En yoğun fobi:.....				
Diğer fobiler:.....				
Herhangi bir soruda 3 aldysa EK-3 AGORAFOBİ doldur.				

YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUğU				
1	Geleceğe ilişkin gerçek dışı endişe	0	1	2 3
2	Somatik yakınmalar	0	1	2 3
3	Aşırı duyarlılık	0	1	2 3
4	Belirgin gerginlik/rahatlayamama	0	1	2 3
Herhangi bir soruda 3 aldysa EK-3 YAB doldur.				
OBSESİF KOMPULSİF BZK				
1	Kompulsiyonlar	0	1	2 3
2	Obsesyonlar	0	1	2 3
Herhangi bir soruda 3 aldysa EK-3 OKB doldur.				
ENÜREZİS				
1	Tekrarlayan işeme			
a	Gece - ne sıklıkta	0	1	2
b	Gündüz - ne sıklıkta	0	1	2
c	Toplam – toplam sıklık	0	1	2
Sıkıntı:				
İşlevselik:.....				
Süre :.....				
ENKOPREZİS				
1	Tekrarlayan kaka kaçışma			
a	Gece - ne sıklıkta	0	1	2
b	Gündüz - ne sıklıkta	0	1	2
c	Toplam – toplam sıklık	0	1	2
Sıkıntı:				
İşlevselik:.....				
Süre :.....				
ANOREKSİYA NERVOSA				
1	Aşırı şışman olma korkusu	0	1	2 3
2	Aşırı zayıflama	0	1	2 3
Herhangi bir soruda 3 aldysa EK-5 ANOREKSİYA NERVOSA doldur.				
BULİMİYA NERVOSA				
1	Kilo verme yöntemleri			
a	Diyet ilaçları	0	1	2 3
b	Laksatif	0	1	2 3
c	İdrar söktürücü	0	1	2 3
d	Kusmak	0	1	2 3
e	Aşırı egzersiz	0	1	2 3
f	> 1 hafta kalorisiz sıvı	0	1	2 3
g	Kombine yöntemler	0	1	2 3
2	Tıkanırçasına yeme/ yeme atakları	0	1	2 3
Herhangi bir soruda 3 aldysa EK-5 BULİMİYA NERVOSA doldur.				
DİKKAT EKSİKLİğİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUğU				
1	Dikkatini sürdürmekte güçlük	0	1	2 3
2	İlgisinin kolayca dağılabilmesi	0	1	2 3
3	Yerinde oturmakta güçlük	0	1	2 3
4	Dürtüsellik	0	1	2 3
Herhangi bir soruda 3 aldysa EK-4 DEHB doldur.				

KARŞIT OLMA KARŞIT GELME BOZUKLUĞU					
1	Kendini kaybeder	0	1	2	3
2	Yetişkinlerle çok tartışır	0	1	2	3
3	Kurallara karşı gelir	0	1	2	3
Herhangi bir soruda 3 aldysa EK-4 KOKG doldur.					
DAVRANIM BOZUKLUĞU					
1	Yalan söyleme	0	1	2	3
2	Okuldan kaçma	0	1	2	3
3	Fiziksel kavga başlatma	0	1	2	3
4	Tehdit etme, zorbalık	0	1	2	3
5	Saldırgan olmayan hastalık	0	1	2	3
Herhangi bir soruda 3 aldysa EK-4 DAVRANIM BZK. doldur.					
TİK BOZUKLUĞU					
1	Motor tikler	0	1	2	3
2	Ses tikleri	0	1	2	3
Herhangi bir soruda 3 aldysa EK-5 TİK BZK. doldur.					
SİGARA/TÜTÜN KULLANIMI					
1	Kullanım				
a	Hiç sigara?	0	1	2	
b	Hiç tütün?	0	1	2	
2	Sigara kullanım miktarı				
a	Şimdiki sigara miktarı /gün				
b	Maks. Sigara miktarı/gün ve kaç yaşında				
3	Düzenli kullanıma başladığı yaş				
4	Bırakma girişimi	0	1	2	
5	Hiç bırakmış mı?	0	1	2	
6	En uzun kaç ay bırakmış				
ALKOL KÖTÜYE KULLANIMI					
1	Kullanım				
a	Düzenli alkol kullanma yaşı				
b	En az 4 kez haftada 2 kadeh	0	1	2	
Herhangi bir soruda 2 aldysa aşağıdaki formu doldur.					
ALKOL KÖTÜYE KULLANIMI					
1	Miktarı	0	1	2	
2	Sıklık	0	1	2	
3	İçmesi ile ilgili başkasının düş.	0	1	2	
Herhangi bir soruda 2 aldysa EK-5 ALKOL KK doldur.					
MADDE KÖTÜYE KULLANIMI					
1	İlaç kullanımı	0	1	2	
a	Kannabis	0	1	2	
b	Uyarıcılar	0	1	2	
c	Sedatif- hipnotikler	0	1	2	
d	Kokain	0	1	2	
e	Opioidler	0	1	2	
f	PCP	0	1	2	
g	Halüsinojenler	0	1	2	
h	Uçucular	0	1	2	
i	Diğer	0	1	2	
Herhangi bir soruda 2 aldysa aşağıdaki formu doldur.					
MADDE KÖTÜYE KULLANIMI					
1	Sıklık				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif- hipnotikler	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioidler	0	1	2	3

f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojenler	0	1	2	3
h	Uçucular	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
Herhangi bir soruda 2 aldysa EK-5 MADDE KK doldur.					
TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU					
1	Travmatik olaylar				
a	Araba kazası	0	1	2	
b	Başka kazalar	0	1	2	
c	Yangın	0	1	2	
d	Doğal afetlere tanıklık	0	1	2	
e	Şiddet içeren olaya tanıklık	0	1	2	
f	Şiddet içeren olayın kurbanı	0	1	2	
g	Travmatik haber almak	0	1	2	
h	Ev içi şiddete tanık	0	1	2	
i	Fiziksel kötüye kullanım	0	1	2	
j	Cinsel kötüye kullanım	0	1	2	
TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU					
Tarama Maddeleri					
1	Yineleyici düş/ görüntüler	0	1	2	
2	Kaçınma çabası	0	1	2	
3	Kabuslar	0	1	2	
4	Uykusuzluk	0	1	2	
5	Huzursuzluk/ öfke atakları	0	1	2	
TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU_EK SORULAR					
1	Tekrarlayan oyun/ yeniden canlandırma	0	1	2	
2	Dissosiatif ataklar-yanılsama-varsanı				
a	Dissosiatif ataklar	0	1	2	
b	Yanılsamalar	0	1	2	
c	Varsanılar	0	1	2	
3	Olaya benzer uyarılarla sıkıntı	0	1	2	
4	Kaçınma çabası	0	1	2	
5	Hatırlayamama	0	1	2	
6	İlgide azalma	0	1	2	
7	Yabancılaşma duygusu	0	1	2	
8	Kısıtlı duygulanım	0	1	2	
9	Geleceğe olumsuz bakış	0	1	2	
10	Dikkati toplamada güçlük	0	1	2	
11	Hipervijilans	0	1	2	
12	Abartılmış irkilme	0	1	2	
13	Fizyolojik tepkiler	0	1	2	
14	İşlevsellikte bozulma				
a	Sosyal	0	1	2	
b	Ailesiyle	0	1	2	
c	Okulda	0	1	2	
15	Süre (hafta olarak)				
16	Travma sonrası stres bozukluğu				
a	DSM_3R	0	1	2	
b	DSM_4	0	1	2	
17	Akut stres bozukluğu	0	1	2	

ÇOCUKLAR İÇİN GENEL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ PUANI

ŞİMDİKİ DURUM-SON 2 HAFTA

GEÇMİŞ- EN KÖTÜ İŞLEVSELLİK

GEÇMİŞ- EN İYİ İŞLEVSELLİK

EK-1 DUYGULANIM BOZUKLUKLARI EKİ				
DEPRESYON EKİ				
1	Çökkün duygudurumun değişmemesi	0	1	2 3
2	Disforik duygudurumun yastan farklılığı	0	1	2 3
3	Gün içinde duygudurum değişikliği	0	1	2 3
4	Uyku bzk			
a	Uykuya dalmakta güçlük	0	1	2 3
b	Uykuda bölünme	0	1	2 3
c	Erken uyanma	0	1	2 3
d	Uyku düzeninde bozulma	0	1	2 3
e	Dinlendirmeyen uyku	0	1	2 3
f	Fazla uyuma	0	1	2 3
5	Halsizlik- enerji azlığı	0	1	2 3
6	Bilişsel bozukluklar			
a	Konsantrasyon bozukluğu	0	1	2 3
b	Kararsızlık	0	1	2 3
7	İştah - kilo	0	1	2 3
a	İştahta azalma	0	1	2 3
b	Kilo kaybı	0	1	2 3
c	İştahta artış	0	1	2 3
d	Kilo alma	0	1	2 3
8	Psikomotor bzk.	0	1	2 3
a	Ajitasyon	0	1	2 3
b	Psikomotor yavaşlama	0	1	2 3
9	Kendilik algısı	0	1	2 3
a	Değersiz hissetme	0	1	2 3
b	Aşırı suçluluk	0	1	2 3
10	Ümitsizlik, çaresizlik	0	1	2 3
11	Reddedilmeye duyarlılık	0	1	2 3
Diğer ölçütler				
1	Tetikleyici varlığı.....	0	1	2
2	Menstruasyon ile belirti ilişkisi	0	1	2
3	İşlevsellikte bozulma			
a	Sosyal	0	1	2
b	Ailesiyle	0	1	2
c	Okulda	0	1	2
4	Major depresif bozukluk (DSM_3R/4)	0	1	2
5	Melankolik depresyon			
a	DSM_3R	0	1	2
b	DSM_4	0	1	2
6	Mevsimsel bir örüntü	0	1	2
7	Atipik depresyon	0	1	2
8	Psikotik özellikte Major Depresif Bzk.	0	1	2
9	Şizoaffektif Bzk.- depresyon tipi	0	1	2
10	Distimi	0	1	2
11	Distimi- primer tip	0	1	2
12	Distimi- sekonder tip	0	1	2
13	Depresif bzk-NOS	0	1	2
14	Çökkün duygudurumlu uyum Bzk.	0	1	2
MANİ EKİ				
1	Kendini büyük görme	0	1	2 3
2	Basıncılı konuşma	0	1	2 3

3	Yargılama zayıflığı	0	1	2	3
4	Dikkat dağınıklığı	0	1	2	3
5	Fiziksel huzursuzluk	0	1	2	3
6	Madde / alkol etkisi	0	1	2	3
7	Taşkın duygudurum süresi.....	0	1	2	3
8	İşlevsellikte bozulma				
a	Sosyal	0	1	2	
b	Ailesiyle	0	1	2	
c	Okulda	0	1	2	
d	Hastanede yatma	0	1	2	
e	Diğer	0	1	2	
9	Mani				
a	DSM_3R ölçütleri	0	1	2	
b	DSM_4 ölçütleri	0	1	2	
c	Toplam – toplam sıklık	0	1	2	
10	Alt tipler				
a	Bipolar bzk. Manik	0	1	2	
b	Bipolar bzk. Depresif	0	1	2	
c	Bipolar bzk. Karışık	0	1	2	
d	Hızlı döngülü	0	1	2	
11	Hipomani				
a	DSM_3R ölçütleri	0	1	2	
b	DSM_4 ölçütleri	0	1	2	
12	Siklotimi	0	1	2	
13	Bipolar Bzk.-BTA	0	1	2	
14	Şizoaffektif Bzk.-manik tip	0	1	2	
EK-2 PSİKOTİK BOZUKLUKLAR EKİ					
PSİKOZ EKİ					
I-VARSANILAR					
1	İşitsel varsanılar				
a	Sözel olmayan sesler	0	1	2	3
b	Komut veren sesler	0	1	2	3
c	Yorum yapan sesler	0	1	2	3
d	Birbiriyle konuşan sesler	0	1	2	3
e	Sesli düşünceler	0	1	2	3
f	Diğer sözel varsanılar	0	1	2	3
2	Seslerin yeri				
a	Yalnızca kafanın içinden	0	1	2	3
b	Yalnızca dışarıdan	0	1	2	3
c	Her ikisi birlikte	0	1	2	3
3	Görsel varsanılar	0	1	2	3
4	Dokunma varsanıları	0	1	2	3
5	Koku varsanıları	0	1	2	3
6	Yanılsamalar	0	1	2	3
7	Kültürel olarak kabul gören	0	1	2	
8	Varsanıların süresi	0	1	2	
9	Duygulanım bzk. ile birliktelik	0	1	2	

10	Travma ile birliktelik	0	1	2
11	Madde kullanımı ile birliktelik	0	1	2
12	Tetikleyicinin varlığı	0	1	2
13	Süre >1 hafta	0	1	2
II- SANRILAR				
1	Büyüklik sanrıları	0	1	2
2	Suçluluk/ günah	0	1	2
3	Kontrol edilme sanrıları	0	1	2
4	Bedensel sanrılar	0	1	2
5	Nihilizm	0	1	2
6	Düşünce yayınlanması	0	1	2
7	Düşünce sokulması	0	1	2
8	Düşünce çalınması	0	1	2
9	TV/ radyoda mesaj alma	0	1	2
10	Zarar görme sanrıları	0	1	2
11	Düşünce okunması	0	1	2
12	Referans sanrıları	0	1	2
13	Diğer tuhaf sanrılar	0	1	2
14	Alt kültüre özgü sanrılar	0	1	2
15	Birden fazla sanrılar	0	1	2
16	Sanrılar duygudurum bzk den 2 hafta sonra	0	1	2
17	Sanrılar madde kullanımından sonra	0	1	2
18	Sanrılar duygudurumu ile ilişkili	0	1	2
19	Tetikleyicinin varlığı	0	1	2
20	Süre >1 hafta	0	1	2
III-DİĞER PSİKOTİK BELİRTİLER				
1				
a	Künt duygulanım	0	1	2
b	Uyumsuz duygulanım	0	1	2
2				
a	Enkoherans	0	1	2
b	Çağrışımların çözülmesi	0	1	2
3	Katatolik davranış	0	1	2
İŞLEVSELLİK (HASTALIĞIN AKTİF EVRESİNDE)				
a	Okulda	0	1	2
b	Akran ilişkilerinde	0	1	2
c	Aile ilişkilerinde	0	1	2
d	Öz bakımında	0	1	2
EK-3 ANKSİYETE BOZUKLUKLARI EKİ				
PANİK BOZUKLUĞU EKİ				
1	Nefes darlığı (dispne)	0	1	2
2	Baş dönmesi	0	1	2
3	Çarpıntı	0	1	2
4	Titreme/sarsılma	0	1	2
5	Terleme	0	1	2
6	Boğuluyor gibi olma	0	1	2
7	Bulantı	0	1	2
8	Depersonalizasyon	0	1	2
9	Uyuşma/ karıncalanma	0	1	2

10	Ateş basması	0	1	2	3
11	Göğüs ağrısı	0	1	2	3
12	Ölüm korkusu	0	1	2	3
13	Kontrolünü kaybetme korkusu	0	1	2	3
14	Eşlik eden belirli uyaran	0	1	2	
15	Beklenmeyen atak	0	1	2	
16	En az belirti ölçütleri	0	1	2	
17	Atakların sıklığı	0	1	2	
18	Başka atak geçirme korkusu	0	1	2	
19	Atakların başlangıcı	0	1	2	
20	Agorafobi	0	1	2	
21	İşlevsellikte bozulma				
a	Sosyal	0	1	2	
b	Aile	0	1	2	
c	Okul	0	1	2	
22	Agorafobisiz panik bozukluğu				
a	DSM_3-R	0	1	2	
b	DSM_4	0	1	2	
23	Sınırlı belirtilerle giden ataklar	0	1	2	
AYRILIK ANKSİYETESİ EKİ					
1	Kabuslar	0	1	2	3
2	Ayrılık gününde fiziksel belirtiler	0	1	2	3
3	Ayrılık beklentisi ile sıkıntı	0	1	2	3
4	Ayrılık durumunda aşırı sıkıntı	0	1	2	3
5	Süre (en az 2 hafta).....	0	1	2	
6	İşlevsellikte bozulma				
a	Sosyal	0	1	2	
b	Ailesiyle	0	1	2	
c	Okulda	0	1	2	
7	Tetikleyici etkenler.....	0	1	2	
8	Ayrılık anksiyetesi bozukluğu				
a	DSM_3-R	0	1	2	
b	DSM_4	0	1	2	
FOBİK BOZUKLUKLAR EKİ					
1	Fobik durumlar				
a	Yükseklik	0	1	2	3
b	Karanlık	0	1	2	3
c	Kan	0	1	2	3
d	Köpekler	0	1	2	3
e	Diğer hayvanlar	0	1	2	3
f	Böcekler	0	1	2	3
g	Evin dışında yalnız kalma	0	1	2	3
h	Kalabalık	0	1	2	3
i	Açık alan	0	1	2	3
j	Yolculuk	0	1	2	3
k	Asansör	0	1	2	3
l	Diğer kapalı alanlar	0	1	2	3
m	Köprü ve tünel	0	1	2	3
n	Diğer	0	1	2	3
2	Korkunun aşırılığını fark etme	0	1	2	

3	Süre ≥ 6 ay	0	1	2
4	İşlevsellikte bozulma			
a	Sosyal	0	1	2
b	Ailesiyle	0	1	2
c	Okulda	0	1	2
5	Tetikleyici faktörlerin varlığı	0	1	2
6	Fobi			
a	Basit fobi: DSM_3-R	0	1	2
b	Özgül Fobi: DSM_4	0	1	2
7	Alt tipleri			
a	Hayvan tipi	0	1	2
b	Doğal çevre tipi	0	1	2
c	Kan, enjeksiyon,yara tipi	0	1	2
d	Durumsal tip	0	1	2
e	Diğer tip	0	1	2
8	Agorafobi	0	1	2
9	Agorafobili panik bozukluğu	0	1	2
AŞIRI / YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU EKİ				
1	Geçmiş davranış ile aşırı uğraş	0	1	2
2	Yeterlilik üzerine aşırı yoğunlaşma	0	1	2
3	Rahatlatılma ihtiyacı	0	1	2
4	Endişelerini kontrol yeteneği	0	1	2
5	YAB'nin diğer belirtileri			
a	Kas gerginliği,ağrı ya da acı duyma	0	1	2
b	Huzursuzluk	0	1	2
c	Kolay yorulma	0	1	2
d	Huzursuzluk , gerilme ya da sınırdaki hissetme	0	1	2
e	Dikkat toplamada güçlük	0	1	2
f	Uykuya dalma /sürdürmede zorluk	0	1	2
g	Tedirginlik	0	1	2
6	Süre >6 ay	0	1	2
7	İşlevsellikte bozulma			
a	Sosyal	0	1	2
b	Ailesiyle	0	1	2
c	Okulda	0	1	2
8	Tetikleyici varlığı	0	1	2
9	Aşırı anksiyete bozukluğu (DSM_3R)	0	1	2
10	YAB (DSM_4)	0	1	2
OKB EKİ				
KOMPULSİYONLAR				
1	Kompulsyonların tipleri			
a	Dokunma	0	1	2
b	Sayma	0	1	2
c	Temizleme/yıkama	0	1	2
d	Kontrol etme	0	1	2
e	Biriktirme	0	1	2
f	Sıralama / düzenleme	0	1	2
h	Yineleme /yeniden yapma	0	1	2
g	Planlama	0	1	2

i	Diğer	0	1	2	3
2	Kompulsyonların amacı	0	1	2	
3	Kompulsyonların algılanması	0	1	2	
4	Zaman harcama	0	1	2	
5	İşlevsellikte bozulma				
a	Sosyal	0	1	2	
b	Ailesiyle	0	1	2	
c	Okulda	0	1	2	
d	Aşırı sıkıntı	0	1	2	
OBSESYONLAR					
1	Obsesyonların içeriği				
a	Bulaşma, somatik	0	1	2	3
b	Saldırgan düşünceler	0	1	2	3
c	Nihilistik düşünceler	0	1	2	3
d	Simetri gereksinimi	0	1	2	3
e	Anlamsız sözcükler	0	1	2	3
f	Cinsel obsesyonlar	0	1	2	3
g	Biriktirme/ saklama	0	1	2	3
h	Dinsel	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
2	Girici/anlamsız düşünceler	0	1	2	
3	Baskılama	0	1	2	
4	Düşüncelerin kaynağı	0	1	2	
5	Zaman harcama	0	1	2	
6	İşlevsellikte bozulma				
a	Sosyal	0	1	2	
b	Ailesiyle	0	1	2	
c	Okulda	0	1	2	
d	Aşırı sıkıntı	0	1	2	
7	OKB-DSM_3R				
a	Obsesyonların varlığı	0	1	2	
b	Kompulsyonların varlığı	0	1	2	
8	OKB-DSM_4	0	1	2	
EK-4 DAVRANIŞ BOZUKLUKLARI EKİ					
DEHB EKİ					
1	Çok sayıda hata	0	1	2	3
2	Söylenenleri dinlemez	0	1	2	3
3	Yönergeleri izleyemez	0	1	2	3
4	İşlerini düzenlemekte zorlanır	0	1	2	3
5	Dikkat gerektiren işlerden kaçır	0	1	2	3
6	Eşyalarını kaybeder	0	1	2	3
7	Günlük etkinliklerde unutkan	0	1	2	3
8	Yerinde duramaz	0	1	2	3
9	Çok fazla koşar	0	1	2	3
10	Sürekli hareket halindedir	0	1	2	3
11	Sessizce oynamakta zorlanır	0	1	2	3
12	Soruları söz almadan yanıtlar	0	1	2	3
13	Sıra beklemekte zorlanır	0	1	2	3
14	Söz keser	0	1	2	3

15	Bir etkinlikten diğerine geçer	0	1	2	3
16	Fazla konuşur	0	1	2	3
17	Tehlikeli işlere girer	0	1	2	3
18	Süre > 6 ay	0	1	2	
19	Başlangıç yaşı.....	0	1	2	
20	İşlevsellikte bozulma				
a	Sosyal	0	1	2	
b	Ailesiyle	0	1	2	
c	Okulda	0	1	2	
21	DEHB (DSM_3R)	0	1	2	
22	DEHB (DSM_4)	0	1	2	
23	Dikkatsizlik baskın olduğu tip	0	1	2	
24	Aşırı hareketlik baskın olduğu tip	0	1	2	
25	Bileşik tip	0	1	2	
26	DEHB-NOS	0	1	2	
KOKGB EKİ					
1	Kolay sinirlenir	0	1	2	3
2	Öfkeli küskün	0	1	2	3
3	Kinci	0	1	2	3
4	Küfür eder	0	1	2	3
5	Başkasını bilerek kızdırır	0	1	2	3
6	Hataları için başkasını suçlar	0	1	2	3
7	Süre > 6 ay	0	1	2	
8	İşlevsellikte bozulma				
a	Sosyal	0	1	2	
b	Ailesiyle	0	1	2	
c	Okulda	0	1	2	
9	Tetikleyici uyaran.....	0	1	2	
10	KOKGB BZK				
a	DSM_3R	0	1	2	
b	DSM_4	0	1	2	
DAVRANIM BOZUKLUĞU EKİ					
1	Vandalizm	0	1	2	3
2	Bir yere zorla girmek	0	1	2	3
3	Saldırganlık olan hırsızlık	0	1	2	3
4	Yangın çıkarma	0	1	2	3
5	Geceyi dışarıda geçirme	0	1	2	3
6	Evden kaçma	0	1	2	3
7	Silah kullanma	0	1	2	3
8	Fiziksel eziyet etme	0	1	2	3
9	Cinsel etkinliğe zorlama	0	1	2	3
10	Hayvanlara eziyet etme	0	1	2	3
11	İşlevsellikte bozulma				
a	Sosyal	0	1	2	
b	Ailesiyle	0	1	2	
c	Okulda	0	1	2	
12	Süre > 6 ay	0	1	2	
13	Grup tipi	0	1	2	

14	Tek başına saldırgan tip	0	1	2	
15	Ayrılmamış tip	0	1	2	
16	Çocukluk başlangıçlı tip	0	1	2	
17	Ergenlik başlangıçlı tip	0	1	2	
18	Davranım bzk.				
	• DSM_3R	0	1	2	
	• DSM_4	0	1	2	
	• Çocukluk başlangıçlı	0	1	2	
	• Ergenlik başlangıçlı	0	1	2	
	• Hafif	0	1	2	
	• Orta	0	1	2	
	• Ağır	0	1	2	
EK-5 MADDE KÖTÜYE KULLANIM VE DİĞER BZK LER EKİ					
ALKOL KÖTÜYE KULLANIM EKİ					
1	Sıklık	0	1	2	3
2	Miktar	0	1	2	3
3	Planladığından çok içme	0	1	2	3
4	Fiziksel olumsuz sonuçlar	0	1	2	3
5	Tehlikeli davranışlar	0	1	2	3
6	Psikolojik olumsuz sonuçlar	0	1	2	3
7	Mesleki olumsuz sonuçlar	0	1	2	3
8	Sosyal olumsuz sonuçlar	0	1	2	3
9	Yasal olumsuz sonuçlar	0	1	2	3
10	Sorumluluk zamanında sarhoş olma	0	1	2	3
11	Etkinliklerin bırakılması	0	1	2	3
12	Zaman harcama	0	1	2	3
13	Tolerans	0	1	2	3
14	Bırakma girişimi	0	1	2	3
15	Çekilme belirtileri	0	1	2	
16	Çekilme için alkol kullanımı	0	1	2	
17	Süre > 1 ay	0	1	2	
18	Alkol kötüye kullanımı				
a	DSM_3R	0	1	2	
b	DSM_4	0	1	2	
19	Alkol bağımlılığı				
a	DSM_3R	0	1	2	
b	DSM_4	0	1	2	
MADDE KÖTÜYE KULLANIM EKİ					
1	Sıklık				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojenler	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3

2	Planlanandan fazla kullanım			
a	Kannabis	0	1	2 3
b	Uyarıcılar	0	1	2 3
c	Sedatif	0	1	2 3
d	Kokain	0	1	2 3
e	Opioid	0	1	2 3
f	PCP	0	1	2 3
g	Halüsinojen	0	1	2 3
h	Çözücüler	0	1	2 3
i	Diğer	0	1	2 3
j	Çoklu madde	0	1	2 3
3	Fiziksel olumsuz sonuçlar			
a	Kannabis	0	1	2 3
b	Uyarıcılar	0	1	2 3
c	Sedatif	0	1	2 3
d	Kokain	0	1	2 3
e	Opioid	0	1	2 3
f	PCP	0	1	2 3
g	Halüsinojen	0	1	2 3
h	Çözücüler	0	1	2 3
i	Diğer	0	1	2 3
j	Çoklu madde	0	1	2 3
4	Tehlikeli davranışlar			
a	Kannabis	0	1	2 3
b	Uyarıcılar	0	1	2 3
c	Sedatif	0	1	2 3
d	Kokain	0	1	2 3
e	Opioid	0	1	2 3
f	PCP	0	1	2 3
g	Halüsinojen	0	1	2 3
h	Çözücüler	0	1	2 3
i	Diğer	0	1	2 3
j	Çoklu madde	0	1	2 3
5	Psikolojik olumsuz sonuçlar			
a	Kannabis	0	1	2 3
b	Uyarıcılar	0	1	2 3
c	Sedatif	0	1	2 3
d	Kokain	0	1	2 3
e	Opioid	0	1	2 3
f	PCP	0	1	2 3
g	Halüsinojen	0	1	2 3
h	Çözücüler	0	1	2 3
i	Diğer	0	1	2 3
j	Çoklu madde	0	1	2 3
6	Mesleki olumsuz sonuçlar			
a	Kannabis	0	1	2 3
b	Uyarıcılar	0	1	2 3
c	Sedatif	0	1	2 3

d	Kokain	0	1	2 3
e	Opioid	0	1	2 3
f	PCP	0	1	2 3
g	Halüsinojen	0	1	2 3
h	Çözücüler	0	1	2 3
i	Diğer	0	1	2 3
j	Çoklu madde	0	1	2 3
7	Sosyal olumsuz sonuçlar			
a	Kannabis	0	1	2 3
b	Uyarıcılar	0	1	2 3
c	Sedatif	0	1	2 3
d	Kokain	0	1	2 3
e	Opioid	0	1	2 3
f	PCP	0	1	2 3
g	Halüsinojen	0	1	2 3
h	Çözücüler	0	1	2 3
i	Diğer	0	1	2 3
j	Çoklu madde	0	1	2 3
8	Yasal olumsuz sonuçlar			
a	Kannabis	0	1	2 3
b	Uyarıcılar	0	1	2 3
c	Sedatif	0	1	2 3
d	Kokain	0	1	2 3
e	Opioid	0	1	2 3
f	PCP	0	1	2 3
g	Halüsinojen	0	1	2 3
h	Çözücüler	0	1	2 3
i	Diğer	0	1	2 3
j	Çoklu madde	0	1	2 3
9	Sorumluluk zamanında sarhoş olma			
a	Kannabis	0	1	2 3
b	Uyarıcılar	0	1	2 3
c	Sedatif	0	1	2 3
d	Kokain	0	1	2 3
e	Opioid	0	1	2 3
f	PCP	0	1	2 3
g	Halüsinojen	0	1	2 3
h	Çözücüler	0	1	2 3
i	Diğer	0	1	2 3
j	Çoklu madde	0	1	2 3
10	Etkinliklerin bırakılması			
a	Kannabis	0	1	2 3
b	Uyarıcılar	0	1	2 3
c	Sedatif	0	1	2 3
d	Kokain	0	1	2 3
e	Opioid	0	1	2 3
f	PCP	0	1	2 3
g	Halüsinojen	0	1	2 3

h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
11	Zaman harcama				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojen	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
12	Tolerans				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojen	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
13	Bırakma girişimi				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojen	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
TİK BOZUKLUKLARI EKİ					
1	Göz kırpma	0	1	2	
2	Diğer yüz tikleri	0	1	2	
3	Kafa hareketleri	0	1	2	
4	Omuz hareketleri	0	1	2	
5	Kol hareketleri	0	1	2	
6	Karın seyirmeleri	0	1	2	
7	Bacak hareketleri	0	1	2	
8	Diğer	0	1	2	
KARMAŞIK MOTOR TİKLER					
1	Dokunma / Vurma hareketleri	0	1	2	
2	Zıplama / dönme hareketleri	0	1	2	

3	Ekokinezis	0	1	2
4	Kendine zarar verme	0	1	2
5	Diğer	0	1	2
BASİT SES TİKLERİ				
1	Burun çekme / Öksürme	0	1	2
2	Horlama / Hırlama	0	1	2
3	Diğer	0	1	2
KARMAŞIK SES TİKLERİ				
1	Kendi sözlerini yineleme	0	1	2
2	Başkasının sözlerini tekrarlama	0	1	2
3	Kaprolali	0	1	2
4	Hakaret / Irk ayrımı	0	1	2
5	Diğer	0	1	2
6	İşlevsellikte bozulma			
a	Sosyal	0	1	2
b	Ailesiyle	0	1	2
c	Okulda	0	1	2
7	Tourette Send.Ölçütleri			
a	DSM_3R	0	1	2
b	DSM_4	0	1	2
8	Kronik Tik Bzk.			
a	DSM_3R	0	1	2
b	DSM_4	0	1	2
9	Geçici Tik Bzk.			
a	DSM_3R	0	1	2
b	DSM_4	0	1	2

EK 12: ORJİNALLİK BEYAN FORMU

ERGENLERDE DEPRESYON TEDAVİSİNDE ANTİDEPRESAN KULLANIMININ KOGNİTİF VE METAKOGNİTİF DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİ

ORJİNALLİK RAPORU

%**8**

BENZERLİK ENDEKSİ

%**7**

İNTERNET KAYNAKLARI

%**6**

YAYINLAR

%**4**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Emma F. Garland, Oliver Dennett, Laurie C. Lau, David S. Chatelet, Michel Bottlaender, James A. R. Nicoll, Delphine Boche. "The mitochondrial protein TSPO in Alzheimer's disease: relation to the severity of AD pathology and the neuroinflammatory environment", Journal of Neuroinflammation, 2023 Yayın	% 1
2	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 1
3	openaccess.hacettepe.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
4	www.motto.tc İnternet Kaynağı	<% 1
5	Submitted to Izmir Katip Āelebi Āniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
6	acikerisim.uludag.edu.tr İnternet Kaynağı	