

**T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI
VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ-GÖZDEN
GEÇİRİLMİŞ FORMUNUN TÜRKÇE UYARLAMASININ TÜRK
POPULASYONUNDAKİ ERGENLERDE PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. SEVAY ALŞEN

TEZ DANIŞMANLARI

DOÇ.DR. F.NESLİHAN İNAL EMİROĞLU

YRD.DOÇ.DR. H.BURAK BAYKARA

İZMİR-2012

İÇİNDEKİLER	i
TABLO LİSTESİ	v
EKLER LİSTESİ	viii
TEŞEKKÜR	ix
ÖZET	xi
ABSTRACT	xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1.Giriş	1
1.2.Amaç	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Tarihçe	3
2.2. Etiyoloji	4
2.2.1. Bireysel Biyolojik Risk Faktörleri	4
2.2.2. Cinsiyet	5
2.2.3. Stresli Yaşam Olayları	6
2.2.4. Erken Çocukluk Dönemi ve Bağlanma.....	7
2.2.5. Bilişsel Stiller	7
2.2.6. Çocukluk Çağında Anksiyete.....	8
2.2.7. Ailesel Risk Faktörleri	8
2.3. Sıklık	12
2.4. Başlangıç ve Gidiş	12
2.5. Klinik Özellikler	15
2.6. Eş Tanı	16
2.7. Depresyonda Ruhsal Belirti Kümeleri	24
2.7.1. Bilişsel Alandaki Belirtiler	24
2.7.2. Motivasyonel Belirtiler.....	24
2.7.3. Somatik ve Vejetatif Belirtiler	24

2.8. Depresyonun Klinik Sınıflaması.....	25
2.9. Depresyon ile İlişkili Diğer Durumlar.....	29
2.9.1. Depresyon ve Kişilik Bozuklukları.....	29
2.9.2. Depresyon ve İntihar Davranışı	29
2.9.3. Depresyonun İşlevsellik Üzerine Etkisi	30
2.10. Çocuk ve Ergenlerde Depresyonun Tanısal	
Değerlendirmesi	31
2.10.1. Tanı Koyma Sürecinde Güvenirlik	32
2.10.2. Değerlendirme Sürecinde Bilgi Kaynakları.....	32
2.10.3. Hastalığın Şiddetinin Değerlendirilmesi	33
2.10.4. DSM IV-TR'ye Göre Depresif Atak	
Şiddetinin Ölçülmesi	34
2.11. Çocuk ve Ergenlerde Depresif Bozukluğun Tedavisi	35
3. ÇOCUK VE ERGENLERDE DEPRESYON TANISINI	
DEĞERLENDİRME ÖLÇEKLERİ VE YAPILANDIRILMIŞ	
TANI KOYDURUCU GÖRÜŞMELER.....	36
3.1. Çocuk ve Ergenlerde Depresyonu Klinik Olarak	
Değerlendirmek ve Ölçmek İçin Kullanılan Ölçekler	37
3.1.1. Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeği	37
3.1.2. Depresyon Öz Değerlendirme Ölçeği	37
3.1.3. Beck Depresyon Ölçeği.....	37
3.1.4.Çocuklar için Depresyon Ölçeği.....	37
3.1.5. Reynolds Ergen/Çocuk Depresyon Ölçekleri.....	38
3.1.6. Duygudurum ve Duygular Anketi	38
3.1.7. Kutchner Ergenler için Depresyon Ölçeği	38
3.1.8. Çocuklar için Depresyon Değerlendirme	
Ölçeği-Gözden Geçirilmiş formu	38
3.2. Psikiyatrik Belirtileri Araştıran ve	
Tarama Amaçlı Bazı Ölçekler	39
3.3. Bazı Tanı Koydurucu Yapılandırılmış	
Klinik Görüşmeler	40
3.4. Psikososyal İşlevsellik, Yıkım ve Yaşam Kalitesinde	
Düzelmeyi Ölçen Bazı Ölçekler	41

4. ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ- GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ FORMU (ÇDDÖ-R).....	43
4.1. Genel Tanımlama.....	43
4.2. ÇDDÖ-R'in Geliştirilmesi ve Standardizasyonu	46
4.2.1. İlkokul Dönemindeki Çocuklara Odaklanılma Nedenleri.....	46
4.2.2. ÇDDÖ'ün Geliştirilmesi	47
4.2.3. Maddelerin Seçimi	48
4.2.4. ÇDDÖ'nün Puanlanması.....	48
4.2.5. Yarı yapılandırılmış Yaklaşım.....	49
4.2.6. ÇDDÖ'nün Klinik Kullanımı ve Psikometrik Özellikleri	50
4.2.7. ÇDDÖ'nün Gözden Geçirilmesi.....	52
4.2.8. ÇDDÖ ile ÇDDÖ-R Formu Arasında Ölçeğin Kullanımına ve Yorumlanmasına Yönelik Ek Değişiklikler.....	55
4.2.9. Standardizasyon	57
4.3. ÇDDÖ-R Formunun Psikometrik Özellikleri	62
4.3.1. ÇDDÖ-R Formunun Geçerlik ve Güvenirliği.....	
Hakkındaki Öncü Çalışmalar	62
4.3.2. ÇDDÖ-R Formunun Güvenirliği	64
4.3.3. ÇDDÖ-R Formunun Geçerliliği.....	67
4.3.4. Sosyo demografik Faktörlerin Etkisi.....	77
4.3.5. Çocuklar ve ebeveynleri ile yapılan görüşmelerin puanlanması arasındaki ilişki	79
4.3.6. İntihar düşünceleri maddesine ait puanlamaların longitudinal karşılaştırılması.....	83
5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	84
5.1. Örneklem.....	84
5.1.1. Olgu Grubunun Oluşturulması.....	84
5.2. Çalışmanın Deseni.....	86
5.2.1. Uyarılama	86

5.2.2. Uygulama.....	87
5.3. Gereçler.....	88
5.3.1. Okul Çağı (11-18 yaş) Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG/ŞY)	88
5.3.2. Çocuklar için Depresyon Değerlendirme Ölçeği-R Formu (ÇDDÖ-R)	88
5.3.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	89
5.3.4. Çocuklar için Depresyon Ölçeği (CDI)	90
5.3.5. Klinik Global İzlem-Şiddet (CGI-S) Formu	90
5.3.6. Çocuklar için Global Değerlendirme Ölçeği (CGAS).....	91
5.3.7. Sosyodemografik Veri Formu	91
6. BULGULAR.....	93
6.1. Sosyodemografik Verilere İlişkin Bulgular.....	93
6.2. Güvenirlğe İlişkin Bulgular.....	100
6.3. Geçerliğe İlişkin Bulgular.....	105
6.3.1. Yapı Geçerliği.....	105
6.3.2. Ölçüt Geçerliği.....	108
6.3.3. Diskriminant (Ayırt ettirici) Geçerlik	111
6.3.4. Kriterle İlişkili Geçerlik	115
7. TARTIŞMA.....	116
8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	132
8.1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Sonuçlar.....	132
8.2. Güvenirlğe İlişkin Sonuçlar.....	133
8.3. Geçerliğe İlişkin Sonuçlar.....	134
8.4. Kısıtlılıklar	136
9. KAYNAKLAR.....	138
10. EKLER	151

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Çocuk ve Gençlerde Gözlenen Depresif Belirtilerin Özellikleri	20
Tablo 2. Klinik Pratikte Sık Karşılaşılan Depresyon Alt Tipleri	26
Tablo 3. Psikiyatrik Belirtileri Araştıran ve Tarama Amaçlı Bazı Ölçekler	39
Tablo 4. Bazı Tanı Koydurucu, Yapılandırılmış Klinik Görüşmeler	40
Tablo 5. Psikososyal işlevsellik, Yıkım ve Yaşam Kalitesinde Düzelmeyi Ölçen Bazı Ölçekler	41
Tablo 6. ÇDDÖ ve ÇDDÖ-R formunun maddeler ve madde puanlamaları açısından karşılaştırılması	54
Tablo 7. Klinik örnekleme de yer alan çocukların sosyodemografik özellikleri	59
Tablo 8. Klinik örnekleme de yer alan çocukların klinik özellikleri	59
Tablo 9. Normatif örnekleme de yer alan çocukların sosyodemografik özellikleri	61
Tablo 10. ÇDDÖ-R formunun klinik ve klinik dışı örnekleme de madde-total korelasyonları	66
Tablo 11. Depresif, depresif olmayan ve klinik dışı örnekleme de seçilen Çocukların ÇDDÖ-R formu farklı ham puan seviyelerinde elde edilen kümülatif oranlar	70
Tablo 12. Klinik tanı alıp almama durumlarına göre çocukların ÇDDÖ-R formu <i>T skoru</i> ortalamaları	73
Tablo 13. Klinik dışı örnekleme de seçilen çocuklardan intihar düşünceleri olan grup ile olmayan grup arasındaki ÇDDÖ-R formu maddelerine ait puanların ortalamalarının karşılaştırılması	75
Tablo 14. Klinik dışı örnekleme de seçilen çocuklarda depresyonun ek belirtilerinin yüzdeleri	76
Tablo 15. Yaş, cinsiyet, etnik köken ve sosyoekonomik durumlara göre sınıflandırılan ÇDDÖ-R ham özet puanı ortalama değerleri ve standart deviasyonları	78
Tablo 16. Bağımsız olarak klinik dışı örnekleme de alınan çocuk-ebeveyn çiftleri ile yapılan ÇDDÖ-R formu uygulanması sonucu 14 belirti alanında elde edilen puanların karşılaştırılması	80

Tablo 17. Bağımsız olarak klinik örneklemden alınan çocuk-ebeveyn çiftleri ile yapılan ÇDDÖ-R formu uygulanması sonucu 14 belirti alanında elde edilen puanların karşılaştırılması	82
Tablo 18. Çocuk ve ebeveynlerin intihar düşünceleri maddesine verdikleri yanıtın longitudinal olarak karşılaştırılması	83
Tablo 19. Klinik tanı alıp almama durumlarına göre ergenlerin cinsiyet dağılımları	93
Tablo 20. Klinik tanı alıp almama durumlarına göre ergenlerin yaş ortalamaları ve standart sapmaları	93
Tablo 21. Klinik tanı alıp almama durumlarına göre ergenlerin eğitim düzeyi	94
Tablo 22. Klinik tanı alıp almama durumlarına göre ergenlerin sosyoekonomik düzeyine göre dağılımı	94
Tablo 23. Klinik tanı alıp almama durumlarına göre ergenlerin sosyoekonomik düzeyi	95
Tablo 24. Annelerin eğitim düzeyine göre dağılımı	96
Tablo 25. Annelerin eğitim düzeyi	96
Tablo 26. Babaların eğitim düzeyine göre dağılımı	97
Tablo 27. Babaların eğitim düzeyi	97
Tablo 28. Annelerin Mesleklerine Göre dağılımı	98
Tablo 29. Annelerin meslek grupları	98
Tablo 30. Babaların Mesleklerine Göre dağılımı	99
Tablo 31. Babaların meslek grupları	99
Tablo 32. Eksen I tanısı (MDB) olan ergenlerin oluşturduğu grupta iç tutarlılık	100
Tablo 33. İç Tutarlılık ve Madde-Total Korelasyonları (n=38) (Depresif bozukluk tanısı olan grup)	101
Tablo 34. Görüşmeciler arası Güvenirlilik	102
Tablo 35. Depresif bozukluk tanısı alan ergenlerde görüşmeciler arası tutarlılık	104
Tablo 36. Çocuklar için Depresyon Değerlendirme Ölçeği'nin faktör yapısı (rotated component matrix) (n=38)	106

Tablo 37. Faktörlerin ve Faktörlere ait İç Tutarlılığın	
Yorumlanması	107
Tablo 38a,b. Ölçek puan ortalamaları ve korelasyonlar	109
Tablo 39. 13-18 yaş grubu ergenlerin ÇDŞG-ŞY yarı yapılandırılmış klirik tanı koydurucu görüşmeye göre eksen I tanılarının (var/yok) ÇDDÖ-R formu ve BDÖ'nün sonuçları ile karşılaştırılması	110
Tablo 40. Klinik tanı alıp almama durumlarına göre ergenlerin ÇDDÖ-R formu birinci değerlendirmeci ve ikinci değerlendirmeci ham özet puan ve T skoru ortalamaları	111
Tablo 41. ÇDŞG-ŞY yarı yapılandırılmış tanı koyma görüşmesi sonrasında depresif bozukluk tanısı alan ve almayan ergenlerde ÇDDÖ-R madde puanlarının ortalama değerleri	112
Tablo 42. ÇDDÖ-R Madde-puan frekans dağılımı ve puan ortalamaları (SD)	113
Tablo 43. ÇDDÖ-R formu puan korelasyon matriksi (Pearson korelasyon katsayıları)	114
Tablo 44. Çalışmaya katılan olgu ve kontrol grubunu oluşturan ergenlerden intihar düşüncesi olduğundan söz edenler ve etmeyenler arasındaki ÇDDÖ-R formu ortalama madde puanlarının karşılaştırılması	115

EKLER:

- 1.Ek1: Çocuklar için Depresyon Değerlendirme Ölçeği Gözden Geçirilmiş Formu (ÇDDÖ-R)**
- 2. Ek 2: Beck Depresyon Ölçeği (Beck's Depression Scale-BDÖ)**
- 3. Ek 3: Çocuklar için Depresyon Ölçeği (Children's Depression Scale-CDI)**
- 4. Ek 4: Klinik Global İzlenim-Şiddet (CGI-S) formu**
- 5. Ek 5: Sosyodemografik veri formu**

TESEKKÜR

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları eğitimim boyunca gerek mesleki gerek insani duruşuyla kendisinden pek çok şey öğrendiğim değerli hocam Prof.Dr. Süha Miral'e çok teşekkür ederim.

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları eğitimim sürecinde pek çok alanda birlikte çalışma olanağı bulduğum, bilgisinden ve deneyimlerinden yararlandığım sevgili hocam Prof.Dr. Aynur Akay'a çok teşekkür ederim.

Asistanlık sürecimin başından bu yana pek çok alanda birlikte çalışma şansı bulduğum ve öğrenme sürecimde çok önemli yeri olan, her alanda desteğini gördüğüm, son olarak da tez danışmanım olarak bilgisini, desteğin, ilgisini ve zamanını hiçbir zaman esirgemeyen değerli tez danışmanım Doç.Dr. Neslihan İnal Emiroğlu'na çok teşekkür ederim.

Yine asistanlık dönemimin en başından bu yana pek çok çalışmada kendisiyle birlikte çalışma ve öğrenme fırsatı bulduğum ve tez sürecimde konuyla ilgili bilgisini ve her alanda desteğini esirgemeye, her zaman kapısını bana açan ve bıkmıp usanmadan sorularımı yanıtlayan sevgili yardımcı tez danışmanın Yrd.Doç.Dr.Hüseyin Burak Baykara'ya çok teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimim süresince kendilerinden hem eğitim sürecime dair, hem hekim hem de insan olarak çok şey öğrendiğim, Doç.Dr.Şahbal Aras'a, Doç.Dr.Özlem Gencer Kıdak'a, Doç.Dr. Aylın Özbek'e, Doç.Dr.Taner Güvenir'e ve Doç.Dr.Fatma Varol Taş'a mesleki kimliğimi geliştirmemdeki paha biçilmez katkılarından dolayı en içten sevgilerimle çok teşekkür ederim.

Tez sürecimde yardımlarını esirgemeyen ve bu tezin gerçekleşmesinde büyük katkıları olan Doç.Dr.Kerim Münir'e çok teşekkür ederim.

Anabilim Dalımızın kurucusu değerli hocam Prof.Dr.Ayşen Baykara'ya eğitimime olan katkılarından dolayı çok teşekkür ederim.

Asistanlık sürecimde birlikte çalışma şansını yakaladığım ve her türlü desteği gördüğüm arkadaşlarım Uzm.Dr.Şermin Yalın Sapmaz'a, Uzm.Dr. Birsen Şentürk'e, Uzm.Dr.Seçil İncekaş'a, Uzm.Dr.Özlem Önen Doğan'a, Uzm.Dr.Nagihan Cevher Binici'ye Uzm.Dr. Enis Sargın'a, Uzm.Dr. Caner Mutlu'ya, Uzm.Dr.Onur Burak Dursun'a, Uzm.Dr.Burcu Serim Demirci'ye, Uzm.Dr.Sibelnur Avcil'e, Dr.Handan Özek Erkuran'a, Dr.Fatma Yıldırım'a, Dr. Ceren Evcen Janbakhishov'a, Dr. Canem Ergin Kavurma'ya, Dr.Damla Eyüboğlu'na, Dr.Dilay Karaarslan'a, Dr.Eyaz Karay'a, Dr.Gonca Engin'e, Dr. Enver Üney'e, Dr.Yusuf Öztürk'e, Dr.Mustafa Can Erkan'a, Dr. Murat Kaçar'a, Dr.Murat Eyüboğlu'na, Dr.Ferhat Yaylacı'ya, Dr.Deniz Argüz'e, Dr.Burçin Şeyda Karaca'ya, Dr.Bariş Güller'e, Dr.Gözde Tunçinan'a, Dr.Önder Küçük'e,

Uzm.Dr.Deniz Özbay Gediz'e, Uzm.Dr.Selçuk Şimşek'e, Uzm.Dr.Selma Polat Özdemir'e, Uzm.Dr.Aslı Çiftçi'ye, Uzm.Dr. Serap Kasar'a, Uzm.Dr. Özlem Akgün'e, Dr.Arzu Bilgin'e, Dr.Başak Bağcı'ya, Dr.Yaprak Çilem Yalçın Arslan'a, Dr.Levent Var'a, Dr.Deniz Ceylan'a, Dr.Nefize Yalın'a, Dr.Sinem Yeşilyurt'a, Dr.Zeliha Ersoy'a, Dr.Mehmet Kavurma'ya en içten sevgilerimle teşekkür ederim.

Tez çalışmamda, istatistiksel değerlendirmeler sırasındaki yardımları için Doç.Dr.Yücel Demiral'a çok teşekkür ederim.

Psikiyatri rotasyonum sırasında eğitim sürecime katkıları büyük olan hocalarım Prof.Dr.Zeliha Tunca, Prof.Dr.Can Cimilli, Prof.Dr.Tunç Alkın, Prof.Dr.Köksal Alptekin, Prof.Dr.Ayşegül Özerdem, Prof.Dr.Beyazıt Yemez, Prof.Dr. Yıldız Akvardar, Prof.Dr.Ayşegül Yıldız, Prof.Dr.Berna Binnur Akdede, Doç.Dr.Elif Onur Aysevener ve Doç.Dr.Halis Ulaş'a çok teşekkür ederim.

Çocuk Nörolojisi rotasyonum boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Prof.Dr.Semra Hız'a, ayrıca tüm pediatri uzmanı ve asistanı arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Asistanlığım süresince birlikte çalışmaktan her zaman keyif aldığım değerli arkadaşlarım Uzman Psikolog Lalecan İşcanlı Ekin'e, Uzman Psikolog Esmahan Orçin'e, Psikolog Ümit Şahin'e, Özel Eğitim Uzmanı Aysu Eroğlu'na, Çocuk Gelişim Uzmanı Oya Kasapçı'ya, Sorumlu Hemşire Emel Çevrim'e ve tüm hemşire arkadaşlarıma, Sosyal Hizmet Uzmanı Tülin Aslaner'e, polikliniğimizin olmazsa olmazları sevgili Naciye Özegemen'e ve Selcan Uluçay'a ve servis sekreteri Gülçin Algüller'e, birlikte çalışma imkanı bulduğum arşiv sorumlumuz Mehmet Havare'ye, Cemal Eğilli'ye, Yunus Bigül'e, Sevinç Gülbahar'a, Güler Bayır'a ve Fatih Tüylek'e içten sevgilerimle teşekkür ederim.

Gerek eğitimimi zenginleştirmeye, gerekse bireysel süreçlerimi yeni bir bakış açısıyla değerlendirebilmeye değerli katkılarından dolayı Doç.Dr.Ayhan Eğrilmez'e çok teşekkür ederim.

Son beş yılımı zenginleştiren, her koşulda yanımda olan, varlıklarıyla, destekleriyle ve paylaşımlarıyla yaşamımı güzelleştiren sevgili dostlarım; Nagihan'a ve Dilay'a, Ferhat'a, Burçin'e, Deniz'e, Nefize'ye, Aysu'ya ve Naciye'ye, Ümit'e, Selcan'a, Oya'ya, Ülkü'ye ve Aysel'e en içten sevgilerimle teşekkür ederim, iyi ki vardınız ve varsınız.

Her şeyimi borçlu olduğum çok sevgili anneme, babama, babaanneme ve kardeşime ve son olarak bugün geldiğim noktada olduğum insan olmamı sağlayan değerli öğretmenim Gülçin Eroğlu'na ve değerli ablam Uzm.Dr.Meltem Efe Sevim'e çok teşekkür ederim.

ÖZET:

ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ-GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ FORMUNUN TÜRKÇE UYARLAMASININ TÜRK POPULASYONUNDAKİ ERGENLERDE PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİ

Dr.Sevay ALŞEN

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı, Narlıdere, 35340, İnciraltı, İZMİR.

Tez Danışmanları:

Doç.Dr.F.Neslihan İnal Emiroğlu

Yrd.Doç.Dr.H.Burak Baykara

Amaç: Çocukluk çağı depresyonu tanı konulmasında belirlenmesi zor noktalar içerdiğinden şiddetinin ölçülmesi için çeşitli değerlendirme yöntemlerine ihtiyaç duyulmuştur.

Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş formu (ÇDDÖ-R), ebeveynler, çocuk ve klinik gözlem ile elde edilen bilgilerin bir araya getirilmesine ihtiyaç duyulan, değerlendirmeyi klinisyenin yaptığı bir ölçektir. Klinik örneklemede ÇDDÖ-R formu, depresyonun şiddeti ve depresif belirti profili hakkında genel bir bilgi sağlar. Ölçek yalnızca teşhisle değil, hastalık tanısının konulmasını takiben başlangıçta ve izlem sürecinde tedaviye yanıtın ölçümü ile ilgili de bilgi edinilmesine olanak verir.

Bu çalışmadaki amacımız çocukluk ve ergenlik yaş grubunda depresyon tanısı almış olgularda ÇDDÖ-R formunun Türkçeye çevrilerek; Türk toplumundaki kullanımında psikometrik özelliklerinin belirlenmesidir. Bu amaç doğrultusunda ÇDDÖ-R formunun çeviri ve geri çevirileri yapılarak Türkçe formu elde edilmiştir. Ölçeğin Türkçe formunun iç tutarlılığı, görüşmeciler arası güvenilirliği, yapı geçerliği, ölçüt geçerliği, diskriminant (ayırt edici) geçerliği, kriter ilişkili geçerliği belirlenerek; ölçeğin kullanıldığı görüşmeler ile elde edilen veriler, Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Genel Klinik İzlenim-Şiddet formu (Clinical Global Impression-Severity

Form-CGI-S) ve Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği (Children's Global Assessment Scale-CGAS) uygulanarak elde edilen veriler ile karşılaştırılmıştır.

Yöntem: Çalışma 12-18 yaş aralığında DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre eksen I'de Major Depresif Bozukluk tanısı olan 38 ergen ve eksen I'de herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı olmayan 38 ergen olmak üzere, toplam 76 kişilik bir örneklem grubu ile yapılmıştır. Katılan tüm olgularla Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY) ve Çocuklar için Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu (ÇDDÖ-R) görüşmeleri yapılmış, olgulara sosyodemografik veri formu, yaşlarına göre Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (14-18 yaş) veya Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) (8-14 yaş), Genel Klinik İzlenim-Şiddet formu (CGI-S) ve Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği (CGAS) uygulanmıştır. Değerlendirmelerin tamamı klinisyenler tarafından yapılmıştır. Görüşmeciler arası güvenilirlik için olgular ve aileleri önceden bilgilendirilmiş, onayları alınarak ÇDDÖ-R formu görüşmelerinin video kaydı yapılmış, böylelikle ikinci klinisyenin görüşmeleri puanlaması sağlanmıştır.

Bulgular: Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular ile ÇDDÖ-R formunun Türkçe uyarlamasının psikometrik özellikleri değerlendirilmiştir. ÇDDÖ-R formunun Major depresif bozukluk tanılı çocuk ve ergenin oluşturduğu örneklemde elde edilen veriler ile hesaplanan Cronbach's α değeri (0.876) yüksek düzeyde güvenilir olarak bulunmuştur. Görüşmeciler arası güvenilirlik için hesaplanan gruplar arası korelasyon katsayısı (Intraclass correlation coefficients-ICC) değerleri MDB tanısı olan grupta her bir madde için 0.92 ile 0.99 arasında değişmekte olup, bu grupta görüşmeciler arası güvenilirlik istatistiksel olarak anlamlı ve belirgin olarak yüksek bulunmuştur. Eksen I'de MDB tanısı olan grupta tüm ÇDDÖ-R formu maddeleri anlamlı düzeyde birbirleriyle korelasyon göstermiştir.

Geçerlik kapsamı içinde, Yapı geçerliliği için yapılan faktör analizinde, özdeğer istatistiği 1'den büyük olan dağılımın %94.1'ini tanımlayan 16 faktör elde edilmiştir. Varimax döndürme işlemi uygulanmış ve özdeğeri 1'in üstünde olan 4 faktör değerlendirmeye alınmıştır. ÇDDÖ-R formu maddelerine ilişkin ortak varyansların 0.45 ile 0.87 arasında değiştiği gözlenmektedir.

Ölçüt geçerliliğine katkıda bulunmak için, aynı görüşmede klinisyen tarafından değerlendirilen CGI-S ölçeği ve CGAS ölçeği puan ortalamaları ile ÇDDÖ-R formu Ham özet puan ortalamaları karşılaştırılmış; yüksek derecede korelasyon bulunmuştur.

Eşzaman geçerliliğini belirlemek için yapılan değerlendirmelerde ise BDÖ'nün duyarlılığı %90,9; özgüllüğü %87,8; olumlu öngörü değeri %88 ve olumsuz öngörü değeri ise %90 olarak bulunurken; bu değerlerin hepsinin ÇDDÖ-R formu için %100 olarak bulunmuş olması dikkat çekici olmuştur.

Sonuç: Çalışmamızda ÇDDÖ-R formunun Türkçe uyarlamasının, Türk populasyonundaki ergenlerde psikometrik özellikleri değerlendirilmiş bu kapsamda Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliğine ait öncül veriler elde edilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Major Depresif Bozukluk, Ergen, Çocuklar için Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu

SUMMARY

ADAPTATION OF CHILDREN’S DEPRESSION RATING SCALE-REVISED IN TURKISH AND IT’S PSYCHOMETRIC PROPERTIES IN TURKISH ADOLESCENTS

Sevay ALŞEN, MD.

Dokuz Eylul University School of Medicine Child and Adolescent Psychiatry Department,
Narlidere, 35340, Inciralti, IZMIR.

Supervisors:

Associated Professor Dr F.Neslihan Inal Emiroglu

Assistant Professor Dr H.Burak Baykara

Objective: Because it has several difficulties to determine how to diagnose childhood depression, it has been needed reliable different evaluation enstruments to decide the existence and severity of this disorder. Children Depression Rating Scale-Revised (CDRS-R) is an estrument that is evaluated by a clinican and it needs bringing up the information from child/adolescent, parents and clinical assesment together. In clinical population, CDRS-R provides general information about depressive symptomatology and severity of depression also. It provides information not only during diagnosis but also during the course of disease and it’s treatment response.

The aim of this study is to translate and adaptation of CDRS-R in Turkish and evaluate it’s psychometric properties in adolescence in Turkish population.

Because of this purpose CDRS-R has been translated and retranslated. Turkish form has been established at the end of the translation process. It has been determined internal consistancy, interrater reliability, construct validity, discriminant validity and criterion validity of CDRS-R Turkish form. The information were derived from the visits in which CDRS-R Turkish form used, compared with the information from Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children, Present and Lifetime Version (K-SADS P/L) evaluation, Beck Depression Scale, Clinical Global Impression-Severity Form (CGI-S), Children’s Global Assesment Scale (CGAS).

Method: This study was designed with 76 adolescents. 38 adolescents within range 12-18 of age; that were diagnosed as Major Depressive Disorder (MDD) and 38 adolescents within range 12-18 of age; who had no axis I disorder indeed. It had been performed both K-SADS P/L and CDRS-R clinical interviews with all subjects and applied socio-demographic data form, considering of their age Beck Depression Scale (14-18) or Children Depression Inventory (8-14), both CGAS and CGI-S to all. All the evaluations were performed by the clinicians. After the parents and the child/adolescent had been informed, the CDRS-R interviews were recorded to achieve the second clinician to grade CDRS-R for the evaluation of interrater reliability.

Findings: With all data we had provided from our study, we evaluated CDRS-R's psychometric properties for Turkish adaptation in Turkish adolescents. From the data we had provided from the population who had diagnosed as MDD, we found the value of Cronbach's α (0.876) was highly reliable. To determine interrater reliability we calculated Intraclass correlation coefficients (ICC) for MDD diagnosed group. We found ICC between the range of 0.92 to 0.99 for each item that means interrater reliability was found statistically significant and highly correlated. Each of CDRS-R items were significantly correlated with each other in the group of MDD diagnosed patients.

For validity evaluation, it had been performed factor analysis for construct validity, we had managed to identify 16 factors that's eigenvalues were bigger than one. Varimax rotation was performed and four factors were evaluated. It has been observed that CDRS-R's items common variables were within the range of 0.45 to 0.87.

To support the construct validity of the CDRS-R, CGI-S and CGAS points that were determined by the clinician during the interview were compared with the CDRS-R Raw score; and they were found highly correlated.

To determine parallel form validity we performed statistical analysis. We found Beck Depression Scale's sensitivity was 90.9%, and specificity 87.8% and positive predictive value was 88%, negative predictive value was 90%. We found 100% both sensitivity, specificity, positive and negative predictive values for CDRS-R that were significantly high.

Conclusion: In our study we evaluated CDRS-R's psychometric properties in Turkish adolescents and in this context we performed its Turkish adaptation and identified the preliminary findings of validity and reliability. We found that CDRS-R Turkish version

has reliability and validity for using the diagnosis and rating of severity of MDD in Turkish children and adolescents.

Key Words: Major Depressive Disorder, Adolescent, Children's Depression Rating Scale-Revised

BİRİNCİ BÖLÜM

1.1. GİRİŞ

Major depresif bozukluk (MDB) sıklıkla kronik seyreden, tekrarlayan, işlevselliği çeşitli derecelerde bozan bir bozukluktur. Çocuk ve ergenler arasında yaygın olarak görülen psikiyatrik bozukluklar arasında yer alır (1).

Çocuk ve ergenlerde depresyonun gelişimini anlamak, tanı koymak ve tedavi etmek oldukça karmaşık bir süreçtir. Pek çok çocuk ve ergen klinisyene kendi istekleri ile değil, ebeveynlerinin ortaya çıkan sorunları görerek yardım arayışı ile getirilmektedir. Bunun nedenleri arasında pek çok olgunun iyi olmadığını kendisinin fark etmesinde (yaşadığı öznel rahatsızlık duygularının nedeni olarak aileyi, okulu veya arkadaşları sorunlardan sorumlu tutma v.b. gibi) ve öznel olumsuz deneyimlerini kelimelere dökmede yaşadıkları güçlükler, bir klinisyen tarafından değerlendirilmek istememe veya değerlendirilmekten korkma gibi sebepler yer alır. Mutsuzluk normal bir duygusal deneyim olup, okul, dalga konusu olma, ilişkilerin bozulması, ebeveynlerin hastalığı ya da sınav baskısı gibi günlük olaylara olağan bir yanıt olarak ortaya çıkabilir (1).

Klinisyenin bir çocuk ya da ergenin belirtilerinin bir psikiyatrik bozukluğun ölçütlerini tam olarak karşılayıp karşılamadığına ilişkin karar vermesi, gelişimsel sürecini biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel açılarından değerlendirmesi, semptomların olgunun günlük hayatına etkisini, aile işlevselliği ile ilişkisini, tedavi gerektirecek düzeyde olup olmadığını ve eğer tedavi gerekiyorsa hangi tedavinin en uygun tedavi olarak seçileceğini belirlemesi gerekmektedir (1,2).

Dünya sağlık örgütü (WHO); depresif bozukluğun dünya çapında her alanda işlevsellikte bozulmaya yol açan en önemli sebeplerden biri olduğunu ve çok sayıda insanı

etkilediğini bildirmiş ve 2020 yılına dek bu hastalıktan etkilenen insan sayısının katlanarak artacağına dair uyarıda bulunmuştur (3). İşlevsellik alanlarında ortaya çıkan engellenmenin yanında, depresyonun hayat boyu süren bir problem olduğu göz önüne alınırsa ortaya çıkan tedavi maliyetinin büyüklüğü de dikkati çekmektedir. Depresyon tıbbi rahatsızlık riskini arttıran, akademik, iş, sosyal alanlarda ve aile içinde belirgin sorunlara neden olan ve gençlerde intiharın en önemli nedeni olarak gösterilen bir psikiyatrik rahatsızlıktır (4).

1.2. AMAC

Sınırları kesin olarak belirlenmiş olan bir sendrom olarak tanımlanması güç olsa da; çocukluk çağı depresyonu artan oranlarda konulan psikiyatrik bir tanı haline gelmiştir. Çocukluk çağı depresyonu tanı konulmasında belirlenmesi zor noktalar içerdiğinden şiddetinin ölçülmesi için çeşitli değerlendirme yöntemlerine ihtiyaç duyulmuştur.

Bu çalışmada, Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş formunun (ÇDDÖ-R) Türkçeye çevrilerek Türk toplumundaki kullanımında psikometrik özelliklerinin belirlenmesi ve ÇDDÖ-R formunun Türk ergenlerinde görülebilecek depresyon tanı, değerlendirme ve tedavisinde etkin olarak kullanılabilirliğinin sağlanması amaçlanmıştır.

İKİNCİ BÖLÜM

2. GENEL BİLGİLER

Depresyon kelimesi çeşitli psikolojik rahatsızlıkların bir semptomu, bir sendrom ya da bir hastalık anlamında kullanılabilirken, klinik depresyon tanımı major depresif bozukluk ve distimiyi içeren bir hastalık grubunu temsil etmektedir (1).

Depresyon ataklarla ya da kronik seyir gösteren bir psikiyatrik rahatsızlık olup, süregelen ve yaygın bir üzüntü veya mutsuzluk hali, günlük etkinliklerden keyif alamama, irritabilite, iç sıkıntısı ve bunlara eşlik eden olumsuz düşünme, enerjinin azalması/yokluğu, konsantrasyon güçlüğü, iştah ve uyku düzeninde meydana gelen değişiklikler ile karakterize bir durumdur. Depresif bozukluğa sahip bireyin işlevsellik alanlarında da bozulma belirgindir (1).

Depresyon; yaşa, cinsiyete ve kültürel altyapıya göre çeşitli klinik görünümleri olan süreklilik arzeden bir durumdur. Belirtilerin şiddeti, yaygınlığı, işlevsellik alanlarında meydana gelen bozulmanın derecesi veya manik atağın varlığı ya da yokluğu göz önüne alınarak depresyonun çeşitli alt tipleri belirlenmiştir (1).

2.1. TARİHCE

Depresyon tüm tarihsel dönemlerde varlığı kayıt altına alınmış bir durumdur. Örneğin Robert Burton kitabı *Anatomy of Melancholy (1621)* de depresyonun belirtilerini tanımlamakla kalmamış, depresyonun ortaya çıkmasına neden olan psikolojik ve sosyal etkenlerden de bahsetmiştir. Alman psikiyatrist Emil Kreapelin (1856-1926), farklı bir durum olarak “manik depresyon” (Bipolar bozukluk) tanımını ilk kullanan hekimdir. Her ne kadar depresyon erişkinlikte uzun süredir bilinen bir psikiyatrik rahatsızlık olsa da bu hastalığa dair psikoterapi, elektrokonvulzif terapi ve antidepresan ilaçlar ancak 20.yy’ın başlarından itibaren kullanılmaya başlanmıştır.

Psikoanalitik teoriler depresyonu, agresif dürtülerin süperego etkisi altındaki içselleştirme süreci olarak tanımlamaktadır. Yine aynı teorilere göre çocukta süperego henüz gelişmemiş olduğundan agresyonun içselleştirilmesi, dolayısıyla da depresyonun deneyimlenmesi mümkün görünmemektedir. 20. yy’ın ilk yarısında psikoanalitik

yaklaşımların psikiyatrye hakim olması nedeniyle, yeni bakış açılarının ortaya atıldığı 1960'lara kadar çocukluk çağı depresyonu göz ardı edilen bir durum olmuştur. Örneğin "maskeli depresyon" teorisine göre; çocuk depresif olabilir ancak duygularını erişkinden farklı davranım sorunları ve fiziksel belirtilerle dışı vurur. Ancak pek çok klinisyenin klinik deneyimlerinde çocuklukta depresif görünyüye dair belirtileri gözlemlediği belirtilmiş ve maskeli depresyon teorisi çürütölerek giderek terk edilmiş bir teori halini almıştır.1970'lerden itibaren araştırmacılar çocukluk çağı depresyonunun varlığını kabul etmiş ve çalışmalarını belirtilerin tanımlanması üzerine yoğunlaştırmışlardır (5).

Amerikan Psikiyatri Birliğinin Ruhsal Hastalıklar için Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health-DSM)'nin 3. düzenlemesi "DSM-III" adı altında 1980 yılında yayımlandığında; pek çok otör çocukluk çağı depresif bozukluğunun erişkinlikte görülen depresyon ile aynı temel klinik özellikleri paylaştığı görüşünde birleşmekteydi. Bunun yanında çocukların, depresyon sırasında gelişim düzeylerine özgü ancak erişkin dönem için karakteristik olmayan; somatik yakınmalar, negativist tutum, agresiflik gibi başka bazı semptomlarda sergileyebilecekleri ise bir diğeri önemli konuydu. DSM'nin bir sonraki düzenlenmesi olan DSM-IV'te çocuk, ergen ve erişkinlerde depresif bozukluğun çekirdek semptomları ortak olarak kabul edilmiştir. Farklı olarak DSM IV'te çocukluk çağında yaşla korele olarak "irritabl duygudurum" depresif duygudurumun tanısal eş değeri olarak değeri değerlendirmeye alınmıştır. Dünya Sağlık Örgütünün Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması 10 (ICD-10)'da da durum benzerdir (5).

Distimik bozukluk ya da Distimi kavramı, ilk kez DSM-III'de üzerinde durulan bir kavram olup; depresyonun çocukluk çağında da görülebilen, daha az şiddetli ancak daha kronik formu olarak tanımlanmıştır. Bu durum DSM-IV ve ICD-10'da da benzer şekilde tanımlanmış olup distiminin depresyonun bir alt tipi olmaktan daha farklı bir psikiyatrik rahatsızlık olup olmadığı konusunda halen sorular bulunmaktadır (6). DSM IV-TR'de erişkinlerde tanı konulabilmesi için belirlenen 2 yıllık süre ölçütünden farklı olarak distimi ve siklotimik bozukluk için süre çocuk ve ergenler için 1 yıl olarak belirlenmiştir (7).

Gözden geçirilmiş sınıflama sistemlerinin yayınlanması yaklaşmaktadır (DSM V-ICD 11), ancak çocukluk çağı depresyonuna özgü belirgin değişiklikler olmayacağı beklenmektedir. Fakat özgün alt tiplerin tanımlanması (melankoli vs.), boyutsal yaklaşımlarla kategorik yaklaşımlar arasındaki karşılaştırmalar ve anksiyete bozuklukları ve depresyon arasındaki binişik durumlara (tek bir durumun var olabileceğinden bahsedilmektedir) dair tartışmalar devam etmektedir (8).

2.2. ETİYOLOJİ

2.2.1. Bireysel Biyolojik Risk Faktörleri

Genetik faktörlerin depresyon geçirme riskini arttırdığı bilinmektedir (9). Günümüze dek, özellikle davranış genetiği ile uğraşan bilim adamları, hem kız hem erkek cinsiyet için, genetik faktörlerin yaklaşık %40'a varan oranlarda etkili olduğunu belirtmekle beraber, hastalığın ortaya çıkışını etkileyen geri kalan yüzdeyi oluşturan faktörlerin, her bir birey için kendine has çevresel faktörler olduğuna dikkat çekmişlerdir (10).

Günümüzde yapılan ikiz çalışmalarında depresif bozukluk için herediter faktörlerin kızlarda erkeklerden daha yüksek oranda etkili olduğunu gösteren bulgular elde edilmiştir (11). İkiz çalışmalarında depresif belirtilerin konkordansının monozigotik ikizlerde %76, dizigotik ikizlerde ise %19 olduğu ve monozigot ikizler farklı ortamlarda büyütülürse bu oranın %67'ye gerilediği; kalımsal geçişin %40 ila %65 oranında görüldüğü ve bu oranın ergenlerde çocuklardan daha yüksek olduğu gösterilmiştir (12,13). İkiz çalışmaları prepubertal başlangıçlı depresyon ile karşılaştırıldığında adolesanlarda görülen depresyonun daha fazla genetik komponentle ilişkili olduğunu göstermiştir. Bu bulgu erken başlangıçlı depresyonun kaotik çevresel etmenlere yanıt olarak ortaya çıkabildiğini destekleyici niteliktedir (14). Örneğin İsveç'te yapılan bir çalışmada herediter faktörlerin rolü erkeklerde %29, kızlarda ise %42 olarak gösterilmiştir (15).

Yapılan çalışmalarda çeşitli genlerin rol oynadığı genetik yolların bazılarının, çeşitli çocukluk çağı stresli yaşam olayları özellikle de kötü muameleye maruz kalma ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu ilişkilerden en iyi bilineni ise serotonin taşıyıcı gen ve bu gene ilişkin yollardır. Bu bulgular aynı stres yaratan olayın klinik açıdan bir ergende büyük bir depresojenik etkisi olurken diğer bir ergende nasıl böyle bir etkiye sebep olmadığının açıklıyor olabilir (16,17).

Depresyona eğilim ile anksiyete belirtilerinin benzer kalımsal geçiş özelliği gösterdikleri, kalıtımın rolünün ise %61 ila %65 arasında değiştiği gösterilmiştir (9,18, 19). Anksiyete ortaya çıkmasını etkileyen genlerin, yaşam olaylarına karşı duyarlılığı artırmak yoluyla postpubertal depresyonun daha yüksek oranlarda görülmesine neden olabileceği düşünülmektedir (20).

2.2.2. Cinsiyet

MDB, puberteden önce göreceli olarak daha seyrek görülür ve bu dönemde kızlar ve erkeklerde görülme sıklığı hemen hemen eşittir ya da erkeklerde hafifçe daha yüksektir. Puberte ile birlikte iki değişiklik meydana gelir. İlk olarak her iki cinsiyette de MDB görülme oranları puberte öncesine oranla artar. İkinci olarak da puberte ile birlikte MDB ve depresif belirtiler erişkinlik dönemine benzer şekilde kızlarda erkeklere oranla 2-3 kat daha sıklıkla görülür. Bu durumu açıklamak için aralarında genetik, hormonal ve sosyal teorilerinde yer aldığı pek çok teori öne sürülmüştür (11). Her ne kadar genetik farklılıklar olsa bulgular bu durumu açıklamakta yetersiz kalmaktadır. Puberte ile birlikte başlayan tekrarlayan şekilde östrojen çekilmesi, östrojenin görevlerinden birini (stres sırasında salınımı artan kortikosteroidlerin nötralizasyonu) bozucu etki gösteriyor ve bu şekilde stresle tetiklenen depresif atak riskini arttırıyor olabilir (21). Kızlarda depresyonun daha sık görülmesini açıklamaya yönelik pek çok psikososyal faktör öne sürülmüştür. Örneğin ergenlikte her iki cinsiyetteki ergen için de arkadaş çevresi büyük önem taşırken; kızların arkadaşlık ağına daha fazla duygusal yatırım yaptıkları ve erkeklere oranla daha fazla yakın arkadaş değiştirdikleri bilinmektedir. Bu nedenle ergenlik dönemindeki kızlar ilişkilerinde daha fazla hayal kırıklığı yaşamakta olup, bu hayal kırıklıkları depresyon riskini arttırıcı rol oynuyor olabilir(11, 22).

2.2.3. Stresli Yaşam Olayları

Yazında, depresif atakların sıklıkla stresli yaşam olaylarını takiben başladığını gösteren çok sayıda çalışma bulunmaktadır (23,24,25). Stresli yaşam olaylarının genetik yatkınlığının varlığında (serotonin taşıyıcısının daha kısa allel formunun varlığı vs.), erken başlangıçlı depresyon ile sonuçlanacağını gösteren uzunlamasına çalışmalar bulunmaktadır (16, 26).

Stresli yaşam olayları diğer psikiyatrik rahatsızlıkların da ortaya çıkmasını kolaylaştırıcı bir faktör olarak göze çarpar. Bazı olaylar depresif atakların ortaya çıkışını hızlandırır tarzda etki gösterirken, diğerleri depresyona yatkınlığı arttırıcı yönde etki edebilir. Çocuğun kötü muameleye maruz kalması her iki şekilde de depresyon riskini arttırmaktadır. Çocukluk döneminde cinsel istismar, depresyon, anksiyete bozukluğu, yeme bozuklukları, kendine zarar verme davranışları şeklindeki psikiyatrik tablolarla kendini gösterebilir ve bu durum erişkinlik döneminde de depresif ataklar yaşanmasına yatkınlığı

ve psikiyatrik incinebilirliği arttırıcı rol oynar. Çocukluk çağında aralarında fiziksel ve cinsel kötüye kullanımında bulunduğu geniş bir yelpazede kötü muameleye maruz kalmak, ergenlik ve erişkinlik dönemlerinde yüksek oranda depresyon ve anksiyete bozukluğu ile ilişkilendirilen yaşam olayları olarak karşımıza çıkmaktadır (27,28).

Aileden birinin ölümü ya da yakın bir arkadaşın kaybı gibi yaşanan kayıplar, depresif atağın ortaya çıkışını hızlandıran ve diğer psikiyatrik rahatsızlıklardan çok depresif bozukluk ile ilişkilendirilen olaylardır (29).

2.2.4. Erken Çocukluk Dönemi ve Bağlanma

Erken dönem bağlanmanın kalitesinin, sonraki dönemlerde ortaya çıkan depresif belirtiler ve anksiyete belirtileri ile ilişkili olduğunun gösterildiği çok sayıda çalışma bulunmaktadır (30). Erken dönem yaşanan duygusal yoksunluklar, bağlanmanın distorsiyonu ile sonuçlanabilmekte, hipotalamo-pitüitüer-adrenal aksın yanıtlarında ve ileri dönemde yaşanan streslere yanıtta artışa neden olabilmektedir (31,32). Bağlanmada gözlenen distorsiyonun erken dönemde yaşanan ağır yoksunluklar ile ilişkili olduğunu gösteren pek çok klinik veri bulunmaktadır (33).

2.2.5. Bilissel Stiller

Depresyon ile ilişkili olarak; kendileri hakkında olumsuz inançları olan veya dünyayı olumsuz algılayarak yaşam olayları ve sonuçlarını olumsuz şekilde anlamlandıran bireyler ile ilgili pek çok bilişsel teori bulunmaktadır. Bu bireyler açısından dünyayı kötümser bir bakış açısından yorumlamak, depresyon riskini arttırıcı bir faktör olarak düşünülmektedir (34). Büyük yaş çocuğu ve ergenlerde negatif kognisyonlar ve negatif tarzda olayları açıklayıcı yaklaşımların, depresif belirtilerin ortaya çıkışını arttırdığını gösteren uzunlamasına yapılan çalışmalardan elde edilen deneysel kanıtlar bulunmaktadır (35,36). Sonuç olarak olumsuz bilişlerin çocuk ve ergenlerde depresyon riskini arttırdığı kesindir. Ancak açık olmayan nokta; olumsuz bilişlerin klinik depresyonun erken dönem belirtileri mi, yoksa nedeni mi olarak değerlendirileceği konusudur. Bununla birlikte olumsuz bilişsel tarz depresyonun nedenleri arasında ise, neden belli bazı çocuk ve ergenin olumsuz bilişler geliştirirken diğerlerinin geliştirmedeği sorusu akla gelmektedir (1).

2.2.6. Çocukluk Çağında Anksiyete

Depresyonu olan çocuk ve gençlerde en sık görülen eştanı anksiyete bozukluğu spektrumudur. Yüksek riskli aileler ve klinik örneklem ile yapılan çalışmalarda, depresif atak sıklıkla anksiyete bozukluğunu takiben ortaya çıktığı gösterilmiştir (37,38). Çocukluk çağında ortaya çıkan anksiyete bozukluklarını, ergenlik döneminde tipik olarak depresyon takip etmektedir. Erken dönemde ortaya çıkan anksiyete bozukluğunu ilerleyen dönemde depresif bozukluğun izlemesi şeklindeki bu ortaya çıkış sırasının yorumlanması karmaşık bir durumdur. Çocukluk çağındaki anksiyete bozukluğunu ergenlikte depresyonun takip etmesi şeklindeki sıra, tek bir bozukluğun ardışık tezahürleri olabilir (*heterotipik devamlılık*), anksiyete bozukluğu ve hatta semptomları depresif bozukluk için risk faktörleri olarak yorumlanabilir (37,38).

Yıkıcı davranış bozukluklarının da depresyonun öncülü olduğunu savunan, akranları tarafından dışlanma, akademik başarısızlık ve sosyal izolasyon gibi faktörlerin de depresyon riskini artırıcı etkilerinin gösterildiği çalışmalar da vardır (39).

2.2.7. Ailesel Risk Faktörleri

i. Ebeveynlerde Duygudurum Bozuklukları ve Çocukluk Çağı Depresyonu

Çocuk ve ergenlerde depresif bozukluğun en fazla replike edilen risk faktörleri arasında ebeveynlerde görülen depresyon yer almaktadır. Ebeveynlerde görülen depresif bozukluğun çocuk ve ergenlerdeki depresif bozukluk riskini arttırması, hem genetik hem de çevresel faktörlerle ilişkilendirilmektedir (34,40). Ebeveynlerinde depresif bozukluk tanısı olmayan ergenler ile karşılaştırıldığında, ebeveynlerinde depresif bozukluk tanısı olan ergenlerin duygudurum bozukluğu geliştirme riski 3-4 kat artmıştır. Yapılan bir çalışmada özellikle annelerinde depresyon olan çocuklarda diğer psikiyatrik rahatsızlıkların daha yüksek oranda görüldüğü bildirilmiştir. Bu çalışmada depresif anneleri olan çocukların gelişimsel süreçleriyle ilişkili olarak okul çağında davranışsal bozukluklar ve anksiyete bozuklukları, ergenlik döneminde depresyon ve madde kullanımı, genç erişkinlik döneminde ise yine depresyon ve madde kötüye kullanımı açısından artmış risk taşıdıkları gösterilmiştir (41).

Ebeveynlerde depresif bozukluğun olması, depresyonun çocukluk çağında başlama riskini 8 kat, erken erişkinlik çağında başlama riskini ise 5 kat arttırmakta iken, ergenlik dönemi başlangıçlı depresyon üzerinde ise risk artırıcı etkisi bulunmamaktadır. Ergenlik döneminde özellikle kız hastalarda, ebeveynlerde depresif bozukluk olmasından bağımsız olarak depresif bozukluk görülme sıklığı belirgin olarak artmaktadır (42,43).

Çocukluk dönemi, ergenlik ve erişkinlik dönemlerinde ailesel yüklülüğe bağlı depresyon görülmesi, farklı nedensel yolların aracılık ettiği bir süreç olabilir. Ebeveynlerinde depresif bozukluk tanısı olan çocuk ve ergenler ile pek çok çalışma yapılmış olmasına rağmen, çocuklarında depresyon olan ebeveynleri araştıran çalışmalar kısıtlıdır. Çocuklarında depresyon tanısı olan anne-babalarla yapılan bir çalışmada her iki cinsiyetteki çocuk ve ergenin ebeveynlerinde en sık görülen psikiyatrik bozukluğun yine MDB olduğu, bu bozukluğun ise ebeveynlerden en sık anneyi etkilediği gösterilmiştir. Bu çocukların babalarında ise en sık görülen psikiyatrik bozukluklar madde kötüye kullanımı ve antisosyal kişilik bozukluklarıdır. Çocuklarında depresif bozukluk tanısı bulunan 117 anne ile yapılan bir başka çalışmada ise panik bozukluk %17, yaygın anksiyete bozukluğu görülme oranı %17 ve major depresif bozukluk görülme oranı ise %14 olarak bulunmuştur (44,45).

Bipolar ebeveynlere sahip çocuk ve ergenlerde de genetik geçişe ait kanıtlar bulunmaktadır. Örneğin Akiskal ve arkadaşlarının (1985), yaşları 6 ile 24 arasında değişen bipolar ebeveynlere sahip 68 bireyle yaptığı bir çalışmada, prepubertal 10 çocuktan 4'ünün hipomanik belirtiler sergilediği; puberte öncesinde tam olarak manik atak belirtilerini karşılayan herhangi bir olgunun olmadığı; üç yıllık takipte ise katılımcıların yarısının, belirtilerin ortalama başlangıç yaşının 15 olduğu ve bipolarite belirtileri gösterdiği bildirilmiştir. Lapalme ve ark.'nın (1997); ebeveynlerinde bipolar bozukluk tanısı olan çocukların, ebeveynlerinde bipolar bozukluk tanısı olmayanlara göre affektif bozukluk tanısı alma riskinin 4 kat, herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı alma riski ise 2.7 kat artmış olduğunu gösterdikleri bir metanaliz çalışması bulunmaktadır.

Klein, Depue ve Slater (1985), bipolar hastaların çocukları olan ergenlerde siklotiminin varlığını araştırmışlardır. Bu ergenlerin yüksek oranda afektif bozukluk tanısına sahip oldukları (%38) ve özellikle de siklotiminin bu grupta yüksek oranda görüldüğü (%24) bildirilmiştir.

ii. Aile içi İlişkiler, Ebeveynlik ve Ailesel İşlevsellik

Ebeveynlerin temel görevleri bakım sağlama, koruma, sevgi verme ve yol göstermektir. Farklı ebeveynlik tutumları için belirleyici olan iki faktörün varlığından söz edilmektedir. Bu faktörler, bakım ve kontrol veya talep etme ve uygun yanıt vermedir. Bakım ve kontrolün düşük ya da aşırı olması sonucu dört farklı ebeveynlik tutumu ortaya çıkar. Bu dört farklı ebeveynlik tutumu arasında müsamahakâr, otoriter, güvenilir ve ilgisiz ebeveynlik yer alır.

Ebeveynlerde depresyonun varlığı, çoğunlukla marital problemler ve aile içi uyuşmazlıklar ile ilişkiliyken, aile işlevselliğinde yaşanan bozulma çocuk ve ergenlerde gözlenen depresif bozukluk için risk faktörleri arasında yer almaktadır. Depresif ebeveynin olduğu ailelerde ebeveynin depresyonu, var olan diğer pek çok risk faktörünün varlığını gölgede bırakabilmektedir. Örneğin ebeveynlerinde depresyon olan çocuk ve ergenlerde sıcaklıktan uzak ve kontrolcü ebeveynlik tutumlarının, depresif bozukluğun gelişimini arttırıcı yönde belirgin olarak etki göstermediği ancak ebeveynlerinde depresyon tanısı olmayan çocuk ve ergenlerde ise depresyon gelişme riskini 5 kat arttırdığı bildirilmiştir (46).

Depresif ebeveynin olduğu ailelerde toplum temelli ve seçilmemiş klinik örneklemelerde, ailesel risk faktörlerinin ayrı ayrı ele alınması; riski arttıran çocuklar üzerindeki birbirinden bağımsız etkilerinin daha iyi anlaşılabilmesi açısından önem taşımaktadır. Depresif ebeveyn çocuklarında; depresyon ile çocuğun ebeveynleri tarafından kabul görmemesi ve ebeveynleri tarafından aşırı kontrolcü yaklaşıma maruz kalması arasında bir ilişki bulunmaktadır. Ebeveynler tarafından kabul görmeme başlığı altında, çocuğa karşı ebeveynleri tarafından beslenen düşmanca duygu ve gösterilen düşmanca yaklaşımların çocukluk çağında görülen depresyon ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu gösterilmiştir (47).

Anne-baba arası geçimsizlik, depresif ebeveynlerin çocuklarında depresyon ve yanı sıra dört farklı psikiyatrik rahatsızlık riskini belirgin olarak arttırıcı bir faktördür (48). Marital çatışmalar ebeveynlik becerileri ile yakından ilişkilidir, çünkü çatışmalar yetersiz ve uygunsuz ebeveynlik tutumlarının gelişmesiyle sonuçlanabilir (49).

iii. *Interpersonel (Kişiler arası) ve Psikoanalitik Teoriler*

Garber (2006), kişiler arası incinebilirlik ve depresyon arasında iki dikkat çeken bağlantı olduğunu öne sürmektedir. Bunlardan ilki, depresif ebeveynler ile ilişkide aile içinde dikkat çeken ebeveynlik ve bağlanmaya dair defisitler, ikincisi ise, depresif ergenlerin kendilerinin iletişim kurmada ve problem çözmede yaşadıkları sorunlar olarak sınıflandırılmıştır. Buna ek olarak bu ergenlerin, depresif olmayanlara göre kendilerine güvenleri belirgin ölçüde azalmıştır. Depresif ergenlerde tipik olarak gözlemlendiği şekilde belirgin özgüven kaybı, bu ergenlerin kişiler arası ilişkilerde yaşadıkları zorlukları arttırmakta; bunun dışında kişiler arası ilişkilerde ortaya çıkan güçlüklerin varlığı da ergenlerde depresyona neden olabilmektedir (34).

Ergen depresyonuna ilişkin günümüz psikoanalitik teorileri, bağlanma bozukluklarını depresyon için incinebilirliği arttıran faktörlerden biri olarak görmektedir. Yapılan çalışmalar sonucunda elde edilen bilgiler, bağlanma sırasında ortaya çıkan defisitlerin depresyon ve diğer psikiyatrik rahatsızlıklara zemin hazırlayıcı faktörler olarak etki ettiği yönündedir (50).

Bazı psikodinamik yönelimli çalışmacılar odaklandığı bir diğer nokta; eksternal ve internal kayıpların ergenlerde depresif bozukluğu kolaylaştırıcı etkileridir. Eksternal kayıplara bir ebeveynin ya da akrabanın kaybı, internal kayıplara ise ebeveynlerin çocukluk çağına ait içselleştirilmiş imajlarının kaybı örnek olarak verilebilir (51).

iv. *Sosyal Risk Faktörleri*

Çocukların psikolojik sağlıklarının korunması ve devamlılığının sağlanması yalnızca bakım verenlerin inisiyatifinde değildir. Psikolojik sağlık üzerinde okullar ve çevre de oldukça etkilidir. Okulların imkanlarının çeşitliliği, okul sonrası programlar, çevrede oyun parkları ve rekreasyon alanlarının olup olmaması gibi faktörler de çocuk ve ergenlerde depresyon ortaya çıkması üzerine etkilidir. Fakirlik, sosyal kontrolün derecesi, komşuların birbirleriyle olan ilişkileri gibi, yaşanan çevreye ait özelliklerde çocukların ruhsal sağlığı üzerinde etkisi olan faktörlerdir (52).

2.3. SIKLIK

Depresif belirtileri inceleyen yurt dışı çalışmalarda depresif belirtilerin çocuklarda %10-13 (53,54,55,56), ergenlerde ise % 21 ila 56 arasında değişen oranlarda görüldüğü bulunmuştur (57,58, 59,60,61). Ülkemizde ilköğretim öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada %30 oranında orta, %6 oranında ağır depresif belirti (62), lise öğrencilerinde de %27 oranında depresif belirti saptanmıştır (63). Çocuk ve ergenlerde depresif bozukluğun sıklığı incelendiği çalışmalar gözden geçirildiğinde; depresif bozukluğun yaşla artış gösterdiği; okul öncesi çocuklarda %1'den (64,65), okul çağında %3'ten (54,66,67), az olduğu, ergenlerde ise bu oranın 20'ye kadar çıktığı görülmektedir (58,67,68,69).

Yapılan çalışmalarda ergenlik öncesi depresif bozukluk ve depresif belirtilerde cinsiyet farkı bulunmamıştır (53,55,62). Ergenliğin başından itibaren hem depresif belirtilerin hem de depresif bozukluğun kız ergenlerde erkeklerden fazla görüldüğü saptanmıştır. Prepubertal dönemde erkek/kız oranı 1/1 iken, puberte ile birlikte depresif bozukluk görülme riski kız cinsiyet lehine 3-4 kat kadar artar (67,69 70).

Ergenlikte depresyon kızlar arasında erkeklerden daha yaygındır, depresyonun altta yatan faktörlerinden biri olarak meydana gelen nörobiyolojik değişikliklerin, ortaya çıkan cinsiyet farklılığının nedeni olabileceğini düşünülmektedir. Kızlarda erken puberte ergenlik dönemi depresif bozukluklar için risk faktörüdür. Depresyonda cinsiyetler arası farklılık Tanner evre III'de gerçekleşir. O dönemde erkeklerde gerçekleşen adrenarş erkeklerde depresyona karşı koruyucu bir faktör iken; kızlardaki gonadal hormonal döngü ise depresyona yatkınlığı artırır. Östradiol; Monoamin oksidaz aktivitesini azaltır. Nörotransmisyon artar ve duygudurum yükselirken; progesteron tam ters yönde etki ederek depresyona yatkınlık sağlar (71,72).

2.4. BAŞLANGIC VE GİDİŞ

Prepubertal depresyon pek çok başka sorun için risk faktörü olup, davranış bozukluklarının gidişine benzer bir gidişle eşanlı davranış sorunları ve ailevi sorunların (aile içi uyuşmazlıklar, ebeveynlerde suç davranışı, ebeveynlerin madde kötüye kullanımı) görüldüğü, artmış antisosyal kişilik örgütlenmesi riski ile giden bir bozukluktur; ancak erişkin hayatta depresyon ile ilişkili bulunmamıştır (73,74,75). Bunun tersine ergenlik dönemi başlangıçlı depresyonun erişkin hayatta görülen rekküren depresif ataklarla yüksek oranda ilişkili olduğu gösterilmiştir (42,76,77).

Prepubertal dönemde MDB nokta prevalans %1-2 iken; ergenlik döneminde prevalans %3-8 ve ergenlik dönemi sonunda yaşam boyu prevalans %20 olarak bildirilmektedir. Depresyon giderek daha yaygın ve daha erken yaşta başlayan bir rahatsızlık haline gelmekte olup; hayatları boyunca depresyon yaşayacak olan kişilerin ilk depresif ataklarını 20 yaşından önce deneyimlemiş olacıklarına dair çalışmalar bulunmaktadır (2).

Bu durum çocukluk çağında depresyonun tanınması ve uygun tedavi edilmesinin önemini bir kez daha vurgulamaktadır. Puberte öncesinde başlayan depresyonun, ergenlik ya da erişkin hayatta başlayan depresyondan farklı olabileceği, en azından daha heterojen özellikler taşıyabileceği düşünülmektedir. Çocukluk döneminde başlayan depresyonun klinik görünümü de ergenlik dönemi ve erişkinlikte başlayan depresyondan farklı olabilmektedir. Depresif ergenlerde umutsuzluk ve çaresizlik hissi, yorgunluk ya da enerji azalması/yokluğu, aşırı uyuma, kilo kaybı, madde kötüye kullanımı, sanrılar ile intihar düşünceleri ve girişimleri çocuklardan daha sıklıkla gözlenen belirtilerdir. Bunun aksine çocukluk döneminde irritabilite, varsanılar, ayrılık anksiyetesi eştanısı ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) belirtileri daha sık oranda gözlenir (78).

Ergenlik döneminde uygulanan depresyon tedavisinde elde edilen yanıtlar erişkin hayattakine daha fazla benzerlik gösterir ki bu durum depresyonu ortaya çıkaran nörobiyolojik alt yapının ergenlikte erişkine benzer yapıda ve değişim özelliklerine sahip olmasına bağlanmaktadır, daha küçük yaştaki çocuklarda uygulanan farmakolojik tedaviye yanıtların ise önceden tahmin edilmesi güçtür (79,80).

Erişkinlerdekine benzer şekilde ergenlerde depresyonun ortaya çıkmasında genetik yatkınlık önem taşırken, çocuklarda depresyon üzerine çevresel faktörlerin daha önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir. Ergenlikte ortaya çıkan depresyonların büyük bölümü yeni başlamış bir psikiyatrik rahatsızlık olsa da, bu ergenlerin küçük ama önemli bir bölümünün prepubertal dönemde de depresyon, anksiyete bozukluğu DEHB veya davranım sorunları yaşadığı bilinmektedir (81). Bu durumların binişik halde bulunması ihtimaline karşı çocukluk döneminde depresyon dışında bahsi geçen psikiyatrik bozuklukları tedavi eden klinisyenlerin ayırıcı ve eştanıda depresif belirtiler açısından da dikkatli olmaları önem arz etmektedir.

Erişkinlere benzer şekilde çocuk ve ergenlerde de MDB; relapslarla seyreden bir psikiyatrik rahatsızlıktır. Klinik olarak tanı alan ve tedavi edilen grupta depresif bozukluk

atağı ortalama 7 ila 9 ay sürmekte iken, kliniklere başvuru yapmayan toplum örneğinde bu sürenin daha da kısa olduğu bildirilmiştir (82).

MDB tedavisini konu alan çalışmalardaki yüksek plasebo yanıtıyla da ilişkilendirilebilecek bir biçimde MDB kendiliğinden remisyona girebilen bir rahatsızlıktır. Bununla birlikte hastalığın rekkürens riski ilk 2 yıl içinde %40'ı bulduğu, atağı takip eden 5 yıllık süreçte de %70'lere kadar yükselebildiği yapılan izlem çalışmaları ile gösterilmiştir. Erişkinlerde sonraki atağın ortaya çıkma riski de çocuk ve ergendekine benzer şekilde %60 ila 70 oranında değişmektedir (78). Bu nedenlerle MDB; remisyon ve rekürenslerle seyreden kronik bir durum olarak kabul edilmeli ve astım ya da epilepsi gibi yaşam boyu süren ve takip ve tedavi gerektiren bir tıbbi durum olarak ele alınmalıdır. Depresyon ele alınırken tedavi ile atağın süresini kısaltmak ve işlevsellik alanlarındaki bozulmayı en aza indirmek oldukça önemlidir. Ancak bir diğer göz ardı edilmemesi gereken nokta da rekkürenslerin önlenmesidir. Depresyonu olan çocuk ve ergenlerde hipomaniye kayma oranları erişkinlerden daha yüksek bulunmuştur. Bu durumun %40 gibi yüksek oranlarda olduğunu iddia eden araştırmacılar vardır (82).

Her ne kadar hastalığın başlangıç yaşı depresif alt grupların tanımlanmasında yeterli bilgi edinmemize yardımcı olacak bilgiler sağlamasa da; biliyoruz ki erken başlangıç yaşı erişkin hayatta pek çok farklı alanda yaşanan zorluklar ile ilişkili bulunmuştur. Erişkin hayatta hiç evlenmeme, sosyal ve iş hayatında işlevsellikte yaşanan daha ağır bozulmalar, yaşam kalitesinde kötüleşme, daha fazla tıbbi ve psikiyatrik eştanı alma, hayat süresince daha fazla sayı ve sıklıkta depresif atak geçirme, depresif belirtilerin daha şiddetli olması ve daha fazla intihar girişimi depresif bozukluğun daha erken yaşta başlaması ile ilişkili bulunmuştur (83).

Bununla birlikte hastalığın iyileşme, relaps ve rekkürens risklerine dair belirleyiciler çocuk ve ergen grupta da erişkin dönemde başlayan MDB atağından farklı değildir. Atağın şiddeti, kronik seyir, tekrarlayan atakların varlığı, eştanı, umutsuzluk duygularının yoğunluğu, olumsuz bilişsel yaklaşımların varlığı, ailevi problemler, düşük sosyoekonomik düzey, istismara maruz kalma, aile içi çatışmaların varlığı hem çocuk ve ergen hem de erişkin grupta olumsuz prognozla ilişkili bulunan belirleyiciler olarak dikkat çekmektedir (82).

2.5. KLİNİK ÖZELLİKLER

Depresyon çocuk ya da ergenin hayatını, duygudurumdan tavır ve davranışlara, düşünce tarzından bedensel işlevselliğe pek çok açıdan etkileyen bir bozukluktur. Tüm olgularda ortaya çıkan belirtiler (büyüme dönemi gözönüne alınarak; uyku ihtiyacı, kilo değişiklikleri vs.) , her bir olgu için kendi gelişimsel dönemi içinde değerlendirilmelidir.

Çocukluk dönemi ve ergenlikte depresif bozukluk, çekirdek belirtiler olarak inatçı ve yaygın üzüntü hali, hayattan zevk alamama, kolay sıkılma ve irritabilitenin gözleendiği; işlevsellik alanlarında bozulma ile giden; memnun eden etkinlikler, ilişkiler ve diğer insanların ilgi ve dikkati gibi normalde rahatlama hissettiren deneyimlere göreceli olarak yanıtız bırakan bir bozukluk olarak görölmektedir. Çocuk ve ergenlikte depresyon ile normal kabul edilebilen iniş çıkışlar arasındaki ayrımı yapabilen tek ve en önemli belirteç depresyonun işlevsellikteki bozulma ile olan ilişkisidir (26).

Okul öncesi çocuklardaki MDB belirtileri, üzgün görünme, gülümsememe, kolay ağlama, mızızlanma, kilo almama, hareketlerde yavaşlama, oyuna ve etkinliklere ilgisizlik gibi depresif belirtilerin yanı sıra karın ağrısı, ayrılık anksiyetesi belirtilerinde artış, oyuncaklara, eşyalara, kendisine ya da başkalarına yönelik agresyon gibi diğer belirtilerin varlığı olarak tanımlanır.

Birçok çalışmada okul öncesi çocuklarda depresif bozukluğu olan çocuklarda somatik belirtilerin sık görüldüğü ve yaş küçüldükçe bu belirtilerin arttığı bulunmuştur. Çocukluktan erişkinliğe depresif belirtilerin incelendiği bir çalışmada depresif duygudurum, dikkati toplamada güçlük, uyku bozukluğu ve özkıyım düşüncelerinin her yaşta benzer oranda görüldüğü, yaş arttıkça depresif görünüş, ve somatik yakınmaların azalıp, anhedoni, umutsuzluk, psikomotor yavaşlama ve sanrılarının arttığı bulunmuştur (84).

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

Ergenlerdeki MDB belirtileri, can sıkıntısı, huzursuzluk, arkadaşlara ve daha önceden keyif alınan etkinliklere karşı ilgi kaybı, içe kapanma, okul başarısında düşme,

devamsızlık, dikkat toplamada zorluk, konsantrasyon azalması, psikomotor yavaşlama, aşırı yeme, aşırı uyuma, iştahta azalma, uyku süresinde azalmaya dair diürinal değişiklikler, yalnızlık, sevilmediği duygusu, düşük benlik saygısı, özkıyım düşünce ve girişimleri ve gelişim dönemiyle uyumlu olarak sanrılarının ortaya çıkması olarak sayılabilir. Okuldan ve evden kaçma, sigara, alkol, madde kullanımı, hatta hırsızlık gibi davranış sorunları depresyonu maskeleyebilir (85).

Çocukluk ve ergenlikte başlayan MDB'nin klinik tablo ve gidişinin karşılaştırıldığı bir başka çalışmada ise melankolik belirtilerin (anhedoni, psikomotor retardasyon, sabah erken uyanma, iştahta azalma, kilo kaybı) depresif ergenlerde depresif çocuklardan daha fazla görüldüğü; diğer depresif belirtilerin ise her iki grupta da benzer olduğu saptanmıştır (86).

MDB'nin çocukluk, ergenlik, erişkinlik ve yaşlılıkta hangi belirtilerle seyrettiğini inceleyen bir başka çalışmada, genel klinik belirtilerin tüm yaş gruplarında benzer olduğu, uyku ve iştahta bozulma ile sanrılarının yaşla değiştiği gözlenmiştir. Sanrılarının en fazla yaşlılarda, en az çocuk ve ergenlerde, iştahsızlık ve kilo kaybının yine en sık yaşlılarda, aşırı uykunun en fazla ergen ve genç erişkinlerde, en az çocuk ve yaşlılarda görüldüğü saptanmıştır (87).

Distimik bozukluğu olan çocuklarda MDB tanısı olan çocuklara göre anhedoni, sosyal içe çekilme, uyku ve iştah bozukluğu gibi nörovejetatif belirtilerin ve madde kullanımının daha az, depresif duygudurum, öfke, sevilmediği duygusu, düşük benlik saygısı ve dış görünüşünü beğenmeme gibi belirtilerin daha fazla görüldüğü saptanmıştır (87).

2.6. ES TANI

Eştani, bireyde eşzamanlı ancak birbirinden bağımsız olarak iki ya da daha fazla farklı hastalığın varlığı olarak tanımlanır. Tüm çocukluk ve ergenlik çağı psikiyatrik rahatsızlıkları için eş tanıluluk hem teoride hem de pratik uygulamalarda, örneğin tedavi düzenlenmesinde- sık rastlanılan ve karmaşık bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. DSM IV ve ICD 10 tanılama sistemleri eştanıluluk durumunu farklı açılardan ele almaktadır. Bir kaç istisnai durum haricinde, DSM IV; bir hastalığa ait belirtiler bir başka hastalığa ait belirtiler arasında sayılmadığı sürece, bir çocuk ya da ergen her hastalık için belirlenen ölçütleri karşılıyorsa iki, üç ya da daha fazla hastalık tansını aynı anda alabilmektedir (MDB, DEHB, KOKGB vs.). Örneğin DSM IV'e göre; bir çocuk ya da ergen KOKGB tanısı aldığı anda ve gözlenen irritabilite KOKGB ile daha iyi

açıklanabiliyorsa eşlik eden major depresif bozukluk için irritabilite bir belirti olarak değerlendirilmemelidir. Pek çok araştırmacı bu kuralı çalışmalarında uygulamada güçlük yaşamakta, bu güvenilirliği azaltan bir durum olarak ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle pek çok çalışmada gösterilen eştanılılık oranları yüksek bulunmuştur. DSM IV tanılama sisteminin kullanıldığı pek çok epidemiyolojik çalışmada eştanılılık iki hastalık için %22, üç hastalık için %5 ve dört hastalık için ise %2 olarak gösterilmiştir (88).

ICD 10 tanı sınıflaması; aynı anda gözlenen farklı durumlara ait belirtileri büyük oranda tek bir bozukluğun farklı görünüşleri olarak değerlendirir. Bu sınıflamada belirtiler iki ya da daha fazla eş zamanlı birbirinden ayrı durumdansa tek bir bozukluğun atipik klinik görünümü şeklinde yorumlanır.

Örneğin bir çocuk ya da ergenin belirtileri, major depresif bozukluk ve davranım bozukluğu ölçütlerini karşılıyorsa bu birey ICD 10'a göre "depresif belirtili davranım bozukluğu", DSM IV'e göre ise hem "MDB" hem de "davranım bozukluğu" tanılarını almaktadır.

Ancak bir bozukluğun yalnız başına görülmesinden, eşlik eden başka bozukluklar ile birlikte ve aynı anda görülmesi daha sıklıkla gözlenen bir durum olduğundan eştanılılık kuramsal anlamda ilgi çeken ve üzerinde durulması gereken bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır.

Çocuk ve ergenlerde hem toplumsal örneklem hem de klinik örneklem incelendiğinde, depresif bozukluğa yüksek oranda diğer psikiyatrik rahatsızlıkların eşlik ettiği belirlenmiştir. Bu çocuk ve ergenlerin işlevsellik alanlarında gözlenen bozulmanın tek başına depresif bozukluğu olan gruptan daha yüksek oranda görüldüğü bilinmektedir. Eştanılılık, bu çocuk ve ergenler için erişkin hayatta daha kötü sonuçlar ile ilişkili bulunmuştur. Örneğin, çocukluk çağı MDB tanısı, davranım bozukluğu veya madde kötüye kullanımı ile eştanı olarak bulunuyorsa; işlevsellikte bozulma bu bireylerde 24 yaşına gelindiğinde, çocuk ve ergenlikte sözü edilen tanıların tek başlarına görüldüğü gruptan daha şiddetli olmakta, şiddet içerikli davranış örüntüsü eştanının gözlendiği grupta daha sıklıkla görülmektedir (89).

Depresyon ile en sıklıkla eştanı alan psikiyatrik rahatsızlıklar arasında anksiyete bozuklukları, davranım sorunları, DEHB, obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) ve öğrenme bozuklukları bulunmaktadır. Yapılan bir epidemiyolojik çalışmada, depresif bozukluk tanısı alan çocuk ve ergenlerin, tanıyı takip eden 3 aylık sürede, %28'inin anksiyete bozukluğu, %7'sinin DEHB, %3'ünün KOKGB, %3'ünün davranım bozukluğu, %1'inin ise madde kullanım bozukluğu eştanılarını da aldığı gösterilmiştir (67). Bu çalışmanın

linik pratiğe uyarlanmasında, bir çocuk eğer bir psikiyatrik rahatsızlığa ait belirtiler gösteriyor ve bir klinik tanı alıyor ise, bunun değerlendirmenin yalnızca ilk basamağı olarak görülmesi ve diğer rahatsızlıklara ait belirtilerin de dikkatle araştırılması gerekmektedir.

Depresif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları (her ikisi de *emosyonel bozukluklar* veya *içe yönelim bozuklukları* olarak tanımlanmaktadır) arasındaki ilişki, bu iki rahatsızlığa ait belirtilerin sıklıkla aynı anda gözlenmesi nedeniyle iyi bilinmektedir. Bu bireyler, depresif atakları ve anksiyete ataklarını sıklıkla, hayatlarının farklı zamanlarında deneyimlemişlerdir. Bir depresif atak geçirmiş olmak yalnızca sonraki depresif ataklar için değil (*homotipik süreklilik*), anksiyete bozuklukları için de (*heterotipik süreklilik*) riski arttıran bir durum olarak karşımıza çıkar (8,67, 90). Çalışmalarda depresyon ve anksiyete eştanısını çocuk ve ergenlik dönemi için %38-72 arasında ölçülmektedir. Anksiyete ve depresyonun prevalansı dikkate alındığında çocukluk çağında bu iki bozukluğun şans eseri eş tanı olarak görülme olasılığı %1 kadardır (91). Eştanılı olguların %67'sinde depresif bozukluk başlamadan önce anksiyete belirtileri ortaya çıkmaktadır. Çocukluk çağı depresyonuna eşlik eden anksiyete belirtileri, ayrılık anksiyetesi bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğudur (92). Çocukluk çağı anksiyete bozuklukları depresif bozukluklar için risk faktörü olarak belirlenmiştir. Depresyona yatkınlık anksiyete semptomları ile birlikte kalıtılır (%61-65 genetik kalıtılabilirlik). Bu durum depresyon ve anksiyete aynı bozukluğun farklı zamansal ve farklı belirtisel görünümü olabilir mi? sorusunu akla getirmektedir (8).

Depresyon ile travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) eştanılılık oranları yüksek psikiyatrik rahatsızlıklardır. Özellikle ergenlerin, yaşadıkları travmatik olayı takip eden bir yıl içerisinde depresyon ve intihar riski açısından incinebilirlikleri artmıştır. Depresyon ile süreçte ilişkilendirilebilecek şekilde travma sonrası stres bozukluğu, panik bozukluk, diğer anksiyete bozuklukları, davranışsal sorunlar, disosiyatif belirtiler ve madde kötüye kullanımı ilişkili bulunmuştur (93).

Özellikle klinik örneklem incelendiğinde depresif çocuk ve ergenlerde, eştanının az görülen bir durumdan çok bir çeşit kural olduğu göze çarpar. Anksiyete tüm duygudurum bozuklukları için oldukça sıklıkla bir öncül olarak gözlenirken, özellikle MDB ile eş zamanlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile depresyon da sıklıkla eş zamanlı olarak görülür (94). Alkol, ilaç ve tütün kötüye kullanımının depresyon ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Yapılan uzunlamasına çalışmalar çift yönlü bir nedensellik olabileceğine işaret etmekte olup, madde kötüye

kullanımının depresyonun hem nedeni hem de sonucu olarak ortaya çıkabileceğine işaret etmektedir (95,96,97).

Davranış bozuklukları ise sıklıkla prepubertal dönemde depresyonla eştanı olarak karşımıza çıkar (98). Daha geniş kapsamlı olarak, depresif bozuklukta eştanının sık görülmesinin paylaşılan risk faktörleri ile ilişkili olduğu söylenebilir. Örnek olarak duygudurum bozuklukları, davranış bozuklukları ve madde kötüye kullanımının eştanı olarak görülmesinin; ebeveynlerde madde kötüye kullanımı ve suç davranışı, aile içi şiddete maruz kalma ve aile içi yaşanan anlaşmazlıklar gibi ortak prespite edici faktörler olmasından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir (99). Eş tanılılık, örneğin anksiyete ve tütün kullanımında da gözlendiği gibi, bu durumun depresyona öncül olarak ya da depresyonun bir sonucu olarak ortaya çıkmış olması nedeniyle de sık görülen bir durum olabilir.

Tablo 1. Çocuk ve Gençlerde Gözlenen Depresif Belirtilerin Özellikleri (100).

SEMPTOM	AÇIKLAMA
<p>Çekirdek Belirtiler</p> <p>Günün çoğunda, hemen hemen hergün, kişinin kendisi tarafından belirtilen ve çevredekiler tarafından da gözlenebilen depresif ya da irritabl duygudurumun varlığı</p>	<ul style="list-style-type: none">• Özellikle çocuklarda, duygudurum sıklıkla depresif olmaktan çok irritabl'dır.• Çocuklar duygularını tam olarak söze dökemeyebilirler• Özellikle eşitlik varlığında, yetişkinler belirtileri gözden kaçırabilirler.• İritabilite fiziksel kavga şeklinde de gözlenebilir.
<p>Her alanda ya da hemen hemen her alanda, hemen hemen her gün ve günün büyük bir kısmında ilgilerde ve memnuniyette belirgin azalma gözlenir.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Kronik sıkılma hali ile prezente olabilir.• Ayırt edici bir belirti zıtlıkla ile karıştırılıyor olabilir (Çocuğun etkinliklere katılmayı asık suratlı bir şekilde istemediği zamanlarda).• Bazı ergenler yapılandırılmış etkinliklere olan ilgilerini deprese oldukları için değil de sosyalleşmek istedikleri ya da bilgisayar oyunları gibi yalnız kaldıkları etkinlikleri tercih ettikleri için kaybedebilirler.• Bu durum içe çekilme ya da sosyal izolasyon olarak kendini gösterebilir.• Erişkin popülasyon ile karşılaştırıldığında anhedoni çocuk ve ergenlerde çok daha az gözlenen bir durumdur.

SEMPTOM	AÇIKLAMA
<p>Eşlik Eden Belirtiler</p> <p>Hemen her gün gözlenen halsizlik ya da enerji kaybı</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Klinisyen bu durumun eşlik eden bir tıbbi rahatsızlık (kronik yorgunluk sendromu, anemi, viral enfeksiyonlar vs.), uykusuzluk ya da madde kötüye kullanımı gibi sebeplerle daha iyi açıklanabilir olup olmadığını iyi değerlendirmelidir • Fiziksel bir rahatsızlığın varlığı ile belirtinin şiddeti uyumlu değilse, bu belirti depresyon olasılığı ile ilişkili olması muhtemel bir durum olarak değerlendirilmelidir.
<p>Eşlik Eden Belirtiler</p> <p>Hemen her gün gözlenen değersizlik hissi, aşırı ve durumla uyumsuz suçluluk duyguları</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Çocuk ve gençlerin çoğu kendine güvenme konusunda geçici kriz dönemleri yaşayabilir. Belirleyici olabilmesi için bu duyguların sürekli olup olmadığına bakılmalıdır. • Aşırı suçluluk duygusu, çocuk ve gençlerde sık rastlanmayan bir durum olup, varlığı ayırt ettiricidir. • Sıklıkla bu belirtiler delüzyonel bir yoğunlukta karşımıza çıkabilir.
<p>Tekrarlayıcı ölüm düşünceleri, tekrarlayıcı özkıyım düşünceleri, bir özkıyım girişimi veya özkıyıma yönelik özellikli bir planın varlığı</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ölüm korkusu yoktur • Özkıyım düşünceleri ya da girişimleri her zaman depresyonun varlığına dair riski arttıran durumlardır. • Bu düşüncelerin öfkeyle söylenen, manipüle etmeye ya da zarar vermeye yönelik açıklamalar olup olmadığını ayırt edilmesi gereklidir. Pratikte bunun ayırt edilmesi oldukça güç olabilir. Çünkü depresif çocuk ve ergenlerin engellenme eşiği düşüktür, kolaylıkla öfkelenebilirler ve kolaylıkla intihara eğilimli olabilirler. • Ergenlerde kendine zarar verme davranışı (faça atma vs.) oldukça sıktır. • Bu belirti yaşın büyümesiyle artar.

SEMPTOM	AÇIKLAMA
<p>Hemen her gün gözlenen konsantrasyonda ve düşünme kapasitesinde azalma, emin olamama</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bu durum genellikle akademik performansta düşme ile gün ışığına çıkar. • Dikkat ve konsantrasyon ile ilişkili daha önceden bilinen bir problem yoksa, depresif dönemin varlığında bu belirtinin giderek belirgin bir şekilde arttığına gösterilmesine ihtiyaç vardır.
<p>Hemen her gün olan, başkaları tarafından da gözlemlenebilen, psikomotor ajitasyon veya retardasyon</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Çocuklarda bu belirti öfke patlamaları (temper tantrum, irritabilite, protesto) şeklinde ortaya çıkabilir. • Daha önceden tanı almış hiperaktivite varlığında, depresif atak süresince belirtilerde açıkça gözlenen bir artışın olması gereklidir.
<p>Hemen hemen her gün gözlenen insomni (uykusuzluk) veya hipersomni (aşırı uyuma)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pek çok çocuk ve ergenin daha fazla uykuya ihtiyaç duyma, geç saatlere kadar uyanık kalmak isteme ve geç uyumaya eğilimi olması normal olarak kabul edilebilir. • Üzüntülü olma hali veya irritabilitenin varlığında, uyku-uyanıklık paterninde meydana gelen bir değişiklik (mesela, uyumak ve okula gitmeyi reddetmek gibi), depresyona ait bir semptom olabilir.
<p>Diyet yapılmadığı halde belirgin bir kilo kaybı veya kilo alımı veya hemen her gün olan iştahta artış ya da azalma</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Çocuklarda, beklenen kilo alımının olmaması göz önünde bulundurulmalıdır. • Ergenlerde büyümenin hızlandığı dönemde, bazen kilo kaybedilmiş gibi görünebilir. • İştahta değişim olgunun yeme paterninde içinde bulunduğu dönem için moda olan bir değişiklik nedeniyle (örn;Ducan diyeti) ortaya çıkan bir farklılıkla karıştırılabilir. • Yiyecekler için aşırı istek duyma, veya artmış iştahta, çocuk ve ergen depresyonunda yaygın olan bir durumdur

SEMPTOM	AÇIKLAMA
<p>Diğer belirtiler ya da işaretler</p> <p>Özgüven kaybı</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Çocuk ve ergenlerin, başarısızlık karşısında kolaylıkla hayal kırıklığına uğradıkları ve cesaretlerinin kırıldığı göz önüne alındığında, bu belirti klinik olarak açık bir şekilde depresif duygudurum veya irritabilite ile ilişkilendirilebilmelidir.
<p>Diğer belirtiler ya da işaretler</p> <p>Sık ve açıklanamayan somatik şikayetler: hasta hissetmek, baş ağrısı, karın ağrısı</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Klinisyen bu belirtinin, eşlik eden tıbbi bir rahatsızlık veya başka bir psikiyatrik bozukluk ile daha iyi açıklanıp açıklanmadığını mutlaka değerlendirmelidir (anksiyete vs.). • Fiziksel rahatsızlığın şiddeti ile uyumsuz aşırılıkta olan semptomlar, yüksek olasılıkla depresyon ile ilişkili olabilir.
<p>Anksiyete, fobiler, okul reddi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bu belirtiler önceden beri var olsalar bile, depresif bozuklukla birlikte şiddetleri artar. • Prepubertal çocuklarda daha sık gözlenirler.
<p>Ümitsizlik, yardım arayışında olmama</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Çocuk ya da ergenin var olan koşulları ile uyumsuz şekilde gözlenen belirtilerdir.
<p>Tepkisizlik</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Memnuniyet veren bir deneyim karşısında yalnızca geçici bir süre için affekt olumlu hale gelir, ya da buna rağmen çocuk ya da ergen depresif görünmeye devam edebilir.
<p>Varsanı veya sanrılar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Psikotik depresyonda gözlenir. • İşitsel varsanılar daha çok çocuklarda gözlenirken, sanrılar ergenlerde daha yaygındır.

2.7. DEPRESYONDA RUHSAL BELİRTİ KÜMELERİ

i. Bilişsel alandaki belirtiler:

Tedavinin belirlenmesi açısından önemli olan bir başka konuda karakteristik olarak bilişsel alanda meydana gelen değişiklikler olarak göze çarpar (örneğin depresif düşünce paterni). Depresif çocuk ve ergenlerde, depresif duygudurumun etkisi altında bilişsel alanlarda da olumsuz çarpıtmalar ortaya çıkar ve bu durum çocuk ya da ergenin kendisi ve dünyayı algılayışında da değişikliklere neden olur. Sonuç olarak, kendini küçümseyici düşünce tarzı, olumlu deneyimlerin göz ardı edilmesi, olumsuz olaylara odaklanma ve olayların negativist, abartılarak ya da katastrofik manalar yüklenerek yorumlanması (örneğin bir arkadaşından beklediği telefon gelmeyen ya da bir toplantıya davet edilmeyen ergenin bu durumu “kimse benden hoşlanmıyor” olarak yorumlaması) gibi bilişsel çarpıtmalar ortaya çıkar. Bu çarpıtmalar çocuğun ya da gencin değersizlik duygularını arttırır (ben başarısız biriyim, eziğim) ve bu durum umutsuzluk ve her şeyin daha kötü olacağına dair duyguları arttıran bir kısır döngünün bilişsel olarak yerleşmesi ile katlanarak devam eder (2).

ii. Motivasyonel belirtiler

Konsantre olmada güçlük, kararsızlık, apati, enerji ve motivasyon kaybı yaygın olarak gözlenen belirtilerdendir. Kendilerini odalarına kapatabilir ve zamanlarının çoğunu yataktan çıkmayarak geçirebilirler. Bu durum okul işlevselliğinde belirgin bozulma, spor ve sosyal etkinliklerden çekilme ile sonuçlanabilir. Bu belirtiler depresif bozukluğun sıklıkla ilk göze çarpan dışavurumlarıdır (2).

iii. Somatik ve nörovejetatif belirtiler

Somatik yakınmalar arasında uykunun azalması, uykuya dalma ve sürdürmede güçlük, iştahta değişiklikler (aşırı yeme ve kilo alma ya da iştahsızlık ve kilo kaybı), yorgunluk, halsizlik ve tıbbi olarak açıklanamayan ağrı ve sızılar yer alır. Klasik olarak nitelendirilen melankolik depresyonun nörovejetatif bulguları (psikomotor yavaşlama,

afektif kısıtlılık vb.) erişkin grupta daha sık gözlenirken, çocuk ve ergenlerde duygulanım çevresel uyaranlar ve akran grubuna karşı reaktif kalabilir. Depresif çocuk ve ergenlerin öznel olarak halen mutsuzluk duydukları yönünde bilgi verseler de (“cesur yüz halimi takınmalıyım”, “benim için üzüldüklerinden dolayı benimle basketbol oynuyorlar) afektleri değişik şartlar altında, kısa sürelerle (örneğin akranları ile basketbol oynarken) canlanabilir (2).

2.8. DEPRESYONUN KLİNİK SINIFLAMASI

Yıllar boyunca araştırmacılar alt tiplere ait çeşitli sınıflamalar yapmışlardır (primer ve sekonder depresyon, endojen ya da reaktif depresyon, nörotik ya da psikotik depresyon vb.).Depresyonun alt tiplerinin sınıflandırılarak, hastanın hangi alt tipe ait belirtilerinin olduğunun belirlenmesi hem etyoloji, hem prognoz hem de uygun tedavi seçeneklerinin belirlenmesi açısından önem arz eden bir konudur. Örneğin bozukluğun mevsimsel özelliğe sahip olması daha hafif bir sağaltım sürecinin uygulanabilirliğini ortaya koyarken, çifte depresyon (distiminin üzerine eklenen major depresif bozukluk) daha kötü bir prognozun göstergesi olabilmekte; depresyon bipolar bozukluğun bir parçası olarak ortaya çıkmışsa, tedavisi unipolar depresyondan farklı bir yaklaşım gerektirmektedir.

Depresyonun diğer alt tipleri arasında bir tıbbi hastalık ya da madde kullanımı sonrası ortaya çıkan depresif bozukluk, katatonik depresyon, postpsikotik depresyon ve premenstrual disforik bozukluk yer alır.

**TABLO 2.DSM IV'E GÖRE KLİNİK PRATİKTE SIK KARŞILAŞILAN
DEPRESYON ALT TİP TANIMLAMALARI**

Unipolar Depresyon	Manik, hipomanik ya da mikst atak öyküsü olmaksızın gözlenen major depresyon
Bipolar Depresyon	En az bir tane ilaç ile indüklenmiş olmayan mani, hipomani ya da mikst atak öyküsünün varlığı. Eğer bilinen atak manik ya da mikst ise DSM IV'e göre bipolar tip I depresyon, hipomanik ise bipolar tip II depresyon olarak adlandırılır.
Psikotik Depresyon	Psikotik bozukluk tanısının olmadığı durumlarda, çocuk ya da ergenin MDB tanısına eşlik eden varsanı ve sanrılarının olması
Melankolik depresyon, melankolik özellikli major depresyon veya melankoli	Depresif ataklar baskın olarak kilo kaybı, psikomotor retardasyon, belirgin uyku bozuklukları, diürinal duygudurum değişiklikleri, tepkisizlik gibi nörovejetatif değişikliklerle karakterizedir.

<p>Distimik Bozukluk veya distimi</p>	<p>Major depresyon tanısını karşılayacak kadar şiddetli olmayan, en az 1 yıldır devam eden kronik depresif duygudurumun varlığı ile karakterizedir. Belirtilerin olmadığı dönemler 2 aydan daha kısa sürelidir ve geçmişte mani, hipomani veya mikst atak öyküsü bulunmamaktadır.</p>
<p>Çifte Depresyon</p>	<p>Halihazırda distimi tanısı olan bir çocuk ya da gencin tablosuna major depresyonun eklenmesi ile karakterizedir.</p>
<p>Mevsimsel Depresyon (mevsimsel özellikteki major depresyon, mevsimsel affektif bozukluk)</p>	<p>Major depresyon belirtilerinin başlaması ve remisyona girmesi yılın belli zamanları ile ilişkili bir örüntüdedir (bu durum en az 2 yıldır bu özelliğindedir). Genellikle atak sonbahar ya da kışın başlar ve ilkbaharda remisyona girer. Ancak bu durum okulların açılıp kapanma dönemlerine uyduğundan, okul stresi ile tetiklenen depresyondan ayırtedilmelidir.</p>

<p>Başka türlü adlandırılmayan duygudurum bozukluğu</p>	<p>Çocuk ve ergenlerin belirgin duygudurum semptomları gösterdiği, işlevselliklerinin bozulduğu, ancak belirtilerin, karmaşık klinik dışavurumlar nedeniyle (depresif ve manik belirtiler vs.), özgün bir duygudurum bozukluğuna ait ölçütleri karşılamadığı durumdur.</p>
<p>Depresif duygudurum ile giden uyum bozukluğu</p>	<p>Belirgin bir stresöre yanıt olarak izleyen 3 ay içerisinde ortaya çıkan, major depresyon ölçütlerini karşılamayan klinik olarak belirgin depresif belirtiler (mutsuzluk, ağlamaklı olma, ümitsizlik) ile karakterize bir durumdur. Semptomların başlatıcı stresör ortadan kalktıktan sonraki 6 ay içinde ortadan kaybolması beklenir.</p>
<p>Minör depresyon, subsendromal depresyon, subklinik depresyon</p>	<p>Major depresyon ölçütlerinin, tam olarak karşılanmadığı (bir çekirdek belirti, 1-3 tane eşlik eden belirti ve işlevselliğin hafifçe etkilenmesi vs.) durumlarıdır. Önlem ve erken girişim çalışmalarında sıklıkla kullanılan bir tanımlamadır.</p>

2.9. DEPRESYON İLE İLİŞKİLİ DİĞER DURUMLAR

2.9.1. Depresyon ve Kişilik Bozuklukları

Ergenlik ve erişkinlik döneminde, kişilik yapılanmasına ait örüntüler giderek pek çok alanda belirleyici hale gelmeye başlar. Sınır kişiliğe ait örüntüler, bu bireylerin disforik duygudurumları ve reddedilmeye aşırı duyarlı oluşları nedeniyle özellikle depresyona yatkınlıklarını arttırmaktadır. Terk edilme korkuları bazen yoğun bazense kısa süreli mutsuzluk ve öfke atakları veya irritabilite artışı ile kendini göstermekte; bunlar ise bazen kendine zarar verme davranışı olarak dışa yansımaktadır. Hem depresif bozukluk hem de sınır kişilik örgütlenmesi ya da bozukluğu sıklıkla bir arada bulunan eştanılar olarak karşımıza çıkar. Bir başka açıdan, ergenin kişilik özellikleri nedeniyle olayları dramatize etmesi sonucu mutsuzluk ve irritabilite depresyon belirtileri olarak yanlış değerlendirilebilirken; var olan depresyon normal kişilik özelliklerinin abartılı hale gelmesine neden olarak ortada kişilik bozukluğu olmasa bile bireyin kişilik bozukluğu olarak değerlendirilmesine neden olabilir. Gerçek bir kişilik bozukluğu eştanı olarak bulunmuyorsa, bireyin depresif atağı tedavi edildikten sonra kişilik bozukluğunu taklit eden belirtilerinin de ortadan kalkması beklenir. Depresif bozukluğu olan bir ergenin kişilik örgütlenmesi değerlendirilirken, depresif bozukluk dışındaki döneme ait belirtilerin ve işlevselliğinin değerlendirilmesi önem taşır. Depresif bozukluğun gözlemlendiği ergenler arasında mükemmeliyetçilik ve takıntılı olmaya dair kişilik örüntüleri de sıklıkla gözlenir (101).

2.9.2. Depresyon ve İntihar Davranışı

Amerika Birleşik Devletleri ve dünya genelinde intihar, ergenlik döneminde meydana gelen ölümlerin önde gelen sebebi olarak dikkati çekmektedir. Ergenlik döneminde, her bir tamamlanmış intihara karşılık 100 intihar girişimi bildirilmektedir. İntihar düşünceleri çocuk ve ergenlerde yaygındır, 12-16 yaş aralığındaki kızlardan her 6'sından 1'i, erkeklerin ise her 10'undan 1'i geçmiş 6 ay içinde intihar düşünceleri olmuş olduğundan bahsetmekte olup, bu sıklık klinik örneklemede daha fazla olarak bulunmuştur. Her ne kadar intihar her bir birey için arasında psikososyal faktörlerinde yer aldığı birçok

değişik faktörün bir araya gelmesiyle ortaya çıkan, ruhsal sorunların da önemli rol oynadığı bir durum olsa da; depresyonun en önemli risk faktörü olduğunu gösteren pek çok çalışma bulunmaktadır. İntihar düşünceleri depresif ergenlerin %60'ında gözlenirken, bu ergenlerin %30'u intihar girişiminde bulunmuştur. İntihar riskini arttıran durumlar arasında, daha önceden intihar girişiminde bulunmuş olmak, ailede intihar girişimi öyküsü, depresif bozukluğa eşlik eden başka psikiyatrik bozuklukların varlığı, dürtüsellik, agresyon, ölümcül araçlara ulaşabilme ve olumsuz yaşam olaylarına maruz kalma (disiplin sorunları, fiziksel ve/veya cinsel istismar vs.) gibi durumlar yer almaktadır (82). Özellikle depresif bozukluk tanılı çocuk ve ergenlerde, intihar düşünceleri ve riskinin değerlendirilmesi dikkatle üzerinde durulması gereken bir durum olarak karşımıza çıkar.

2.9.3. Depresyonun İşlevsellik Üzerine Etkisi

2001 yılında erişkinlik dönemi depresyonunun, yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerde hastalıkların (yaşam yıllarına uyarlandığında ortaya çıkan işlevsellik kaybı olarak) toplum sağlığı göz önüne alındığında getirdikleri yükün, iskemik kalp hastalıkları ve serebrovasküler hastalıklardan sonra üçüncü en büyük yük olacağı tahmin edilmekteydi (102). Depresif bozukluğun direk, indirek ve önceden tahmin edilemeyen sonuçlarının, getireceği bir takım yükler bulunmaktadır. Direk yükler arasında tıbbi (ayaktan ya da yatarak tedavi ve ilaç harcamaları, vs.) ve ulaşım, sosyal servislerin kullanımı gibi tıbbi olmayan kayıplardan bahsedilmektedir. İndirek kayıplar arasında; işyerinde bulunamama sonucu ortaya çıkan üretim kaybı veya morbidite ve prematüre ölümler sonucu ortaya çıkan üretkenlikte azalma sayılabilmektedir. Hastanın ve ailesinin yaşam kalitesinde meydana gelen bozulma ise eşlik eden diğer kayıplar arasında önem taşır. İsveç'te yapılan bir çalışmada, depresyonun maliyeti 1997'de 1.7 milyar € iken, 2005 yılında 3.5 milyar € olarak hesaplanmıştır. Artan maliyetin en önemli sebebi olarak artan indirekt harcamalar (malülen emeklilik, erken emeklilik vs.) gösterilirken, direk harcamaların değişmeden kaldığı gösterilmiştir (103).

Depresyonun çocukluk çağında getirdiği ekonomik yükün çalışıldığı oldukça az sayıda çalışma mevcuttur. Bununla birlikte çocukluk çağı depresyonunun erişkinlik döneminde de yüksek oranda yinelediği göz önüne alındığında, ortaya çıkan yükün mortalite dahil pek çok alanda varlığını sürdürdüğü varsayılmaktadır (4,103,104). Örnek olarak bir çalışmada, rastgele seçilen erken başlangıçlı depresif bozukluk tanısı olan 21 yaşındaki bir kadının, MDB tanısı olmayan ya da 21 yaşından sonra MDB tanısı alan bir

başka kadın ile karşılaştırıldığında, gelecekte %12 ila 18 oranında kazanç kaybına yol açacağı tahmin edilmektedir (105).

Depresyonun getirdiği yüke ait elde edilen bilgiler önemlidir; bu bilgiler depresyondan korunmanın, erken tanı ve tedavinin maliyet düşürücü etkisinin önemini altını çizmekte, bu konuda birinci basamak tıbbi hizmetlerinin olası rolüne dikkati çekmektedir.

2.10. ÇOCUK VE ERGENLERDE DEPRESYONUN TANISAL DEĞERLENDİRMESİ

Depresif atak için çekirdek semptomlar deprese ya da irritabl duygudurumun varlığı veya hemen tüm etkinliklere olan ilginin kaybı ve atak öncesinde keyif veren etkinliklerden keyif almanın belirgin olarak azalması ve yokluğu olarak (Anhedoni) tanımlanmaktadır. Bu semptomlar çocuk ya da gencin tüm işlevsellik alanlarında yaygın olmalı (günün büyük bir bölümünde) ve devamlı (en az 2 haftadır hemen her gün) olarak gözlenmelidir. Klinik pratikte depresif atağın temel belirtilerinin çocuk ve ergenlerde davranışsal veya fiziksel yakınmalarla kendini göstermesi, hastalığın fark edilmesi ve tanısının koyulmasını daha zor hale getirmektedir. Endişe ve iç sıkıntısı hislerinin kronik olarak varlığını sürdürmesi yine bu grupta sıklıkla gözlenir (2).

Psikiyatrik rahatsızlıklarda tanı koyma sürecinde çok çeşitli pratik nedenlerden dolayı kategorik ve kalitatif sınıflandırma kullanılır. Örneğin klinisyenler hastalık var/yok tarzındaki bir modeli kullanmak üzere eğitim alırlar. Bu yaklaşım hangi olgunun tedavi ihtiyacı olduğu, hangisinin olmadığı yönünde de bilgi sağlayan, kolaylaştırıcı bir modeldir. Bununla birlikte klinisyenler tanı ve tedavi düzenlenmesi sürecinde farklı yollara ilişkin de bilgi sahibi olmak zorundadır (boyutsal veya kantitatif değerlendirmeler vs.). Bunun en önemli sebebi, özellikle depresyon var ya da yok demek için, tanı koyma sistemlerinin aksine özellikle çocuk ve ergenlik dönemi için klinik pratikte o kadar keskin sınırların olmamasıdır (MDB karşısında subsendromal depresyonun varlığı; çekirdek beş belirti yerine dört belirtinin gözleniyor olması gibi...) (8).

Tanı sıklıkla tedavi ve araştırma çalışmalarında da sıklıkla kullanılan; Kuzey Amerika da “*Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-4.baskı* (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition/DSM IV) ve Avrupa ve Asya ülkelerinde “*Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması-10* (International Classification of Disease/ICD 10) denilen iki ana sınıflama sisteminden biri göz önüne alınarak yapılır. Her iki tanılama sistemi arasında taksonomik açıdan ufak tefek farklılıklar bulunmaktadır

(örneğin hastalığın şiddeti DSM IV'te “ major depresif atak/ major depresif bozukluk”, ICD 10 tanılama sisteminde ise “depresif bozukluk/depresif atak” terimleri ile değerlendirilir).

Tanı koyma sürecindeki belirtilerin çocuğun/gençin, sorunlar ortaya çıkmadan önceki karakter özellikleri ve işlevselliğinden farklılık gösterdiğinin kesin olarak belirlenmesi önemlidir. Örneğin öncesinde herhangi bir yıkıcı davranış bozukluğu öyküsü olmayan bir çocuk/gençte bir süredir devam eden karşıt olma karşıt gelme belirtileri ya da okul başarısında düşme gözleendiğinde, depresyon ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken bir durum olarak değerlendirilmelidir (2).

2.10.1. Tanı Koyma Sürecinde Güvenirlik

Klinik görüşmeler ile major depresif bozukluk tanısının konulmasında sağlanan güvenilirlik, çoğu emosyonel bozukluk tanısının konulması sırasında sağlanan güvenirlikten çok da farklı olmayan bir biçimde ortalama düzeydedir (kapa=0.5-0.6) (106). Tanı konması sırasında güvenirligi etkileyen faktörler arasında bilgi verenler arası farklılıklar, örneklemin tipi (klinik ya da toplum kaynaklı örneklem grupları), klinisyenin deneyimi, eştanıların varlığı, konu hakkında klinisyenin aldığı eğitimin düzeyi ve olguyu klinisyene yönlendiren kişinin verdiği birinci basamağa ait bilgilerin düzeyi yer almaktadır. Klinik değerlendirmeyi desteklemek amacıyla değerlendirme ölçeklerinin ve yapılandırılmış tanı koyma görüşmelerinin kullanılması doğru ve ortak tanının konulma şansını arttırmaktadır. Distimik bozukluk tanısının güvenirligi ise yapılan çalışmalarla düşük olarak bulunmuştur (1,2).

2.10.2. Değerlendirme Sürecinde Bilgi Kaynakları

Ebeveynlerin ve öğretmenlerin, çocuk ve gençlerdeki depresif duyguları fark etmede güçlük yaşadığını gösteren kanıtlar bulunmaktadır. Ek olarak; farklı kaynaklar tarafından doldurulan bilgi formları ve anketler de yer alan bilgiler sıklıkla kendi içinde tutarsızlık göstermektedir. Bu durum gerçekleri saklama ya da dürüst yanıtlar vermeme çabasıdan çok, gözlemcinin çocuğun duygu ve davranışlarını yorumlarken yaşadığı güçlüklerden ve çocuk hakkında sınırlı bilgiye sahip olmalarından kaynaklanmaktadır (örneğin öğretmeni gençin yalnızca sınıf içindeki durumunu gözleme şansına sahipken, evde ya da sosyal ortamlardaki duygu ve davranışlarına tanık olma şansına sahip değildir). Örneğin 13-17

yaş arası 1340 ergenin katıldığı bir çalışmada, klinik olarak belirgin depresyon tanısı olan 64 ergenden %72'sinin ebeveynlerinin çocuklarının depresif belirtilerinin farkında olmadığı dikkat çekmiştir. Bu durumun tersine ebeveynleri tarafından depresif oldukları söylenen 55 ergenin %67'si klinik olarak belirgin düzeyde depresif belirtileri olmadığı yönünde bilgi vermiştir (107). Ancak çocuk ve ergenlerin duygularına dair kesin bir fikre sahip olabilmek için, pek çok farklı zamanda yapılacak klinik görüşmeler ise tanı koymanın esasını oluşturmaktadır. Bu bağlamda klinisyenin sahip olması gereken anahtar beceri, pek çok kaynaktan elde edilen bilginin bir araya getirilerek bir yargıya varılmasıdır. Depresif bozukluk tanısının konma süreci; DEHB ve davranım sorunları gibi psikiyatrik bozuklukların aksine, ebeveyn ve öğretmenden elde edilen bilgilerin dikkate alınmasının gerekliliğinin yanında, çocuk ya da ergenden elde edilen bilgilere daha fazla önem verilmesini gerektirir (1,2).

2.10.3. Hastalığın Şiddetinin Değerlendirilmesi

Pek çok tıbbi durumda olduğu gibi, depresif atağın şiddetinin değerlendirilmesi önemlidir, çünkü tedavi rehberleri uygulanacak tedavinin çeşidini belirlerken hastalığın şiddetini önemli bir belirleyici bileşen olarak ele alır. Ayrıca uygulanacak tedavinin, yarar-zarar oranının tahmini içinde hastalığın şiddetinin bilinmesi önem taşır (4,82).

Depresyonun şiddetinin bilinmesi, tedavi çalışmalarının sonuçları değerlendirilirken ya da çalışma düzenlenirken de yorumlama sürecini etkileyen anahtar noktalardan biridir. Hafif derecede depresyon tanısı alan bir örneklem ile yapılan bir çalışmanın sonuçlarının daha şiddetli depresyonu olan bir gruba uyarlanması uygun olmayabilir. Örneğin pek çok randomize kontrollü çalışmada intihara meyilli olgular çalışma dışı bırakılırken, çocuk ve ergen depresyonunda intihar düşünceleri ve girişimleri klinik izlemde oldukça sık görülen bir durumdur (1,2,4).

2.10.4. DSM IV'e göre depresif atak şiddetinin ölçülmesi (American Psychiatry Associaton 1994.)

- i. Hafif Depresif Atak:** Tanı koymak için gerekli olan en az sayıda depresif belirti mevcuttur. İşlevselli alanlarındaki bozulma en az düzeydedir.
- ii. Orta Depresif Atak:** Belirtiler ve işlevsellik alanlarında meydana gelen bozulma “hafif düzey” ile “şiddetli düzey” arasındadır.
- iii. Psikotik Özelliklerin Olmadığı Şiddetli Depresif Atak:** Tanı koymak için gerekli olan belirtiler çok çeşitli ve her alanda yaygın biçimde gözlenir. İşlevsellik alanlarında şiddetli bir bozulmadan söz edilmektedir.
- iv. Psikotik Özellikli Depresif Atak:** Şiddetli depresif atak bulgularına ek olarak sanrı ve varsanılar bulunmaktadır.
- v. Kısmi Remisyon:** Bir depresif atak tanısı koymak için gerekli olan ölçütlere ait belirtilerin hepsi bulunmamaktadır, ancak hali hazırda devam eden bazı depresif belirtiler mevcuttur. Ya da 2 aydan daha kısa bir süreyle, herhangi bir depresif belirti gözlenmemektedir.
- vi. Tam Remisyon:** Geçtiğimiz iki aylık zaman diliminde hiçbir depresif belirti gözlenmemiştir (7).

ICD 10 ise depresyonun şiddetini belirtilerin sayısına göre; “*depresyon yok*” (4 belirtiden daha az belirti varlığı), “*hafif*” (dört belirtinin varlığı), “*orta*” (beş ya da altı belirtinin varlığı), “*şiddetli*” (psikotik özelliklerin eşlik edebildiği ya da etmediği yedi ya da daha fazla belirtinin varlığı) şeklinde sınıflamaktadır (108).

Belirti sayısına göre şiddetin belirlenmesi yeterli olmamakta; olgu özelinde klinik görüş ve klinisyenin deneyim ve yetenekleri de önem kazanmaktadır. Klinik semptomatoloji ve işlevsellikte bozulmanın dışında, kendine ya da başkalarına zarar verme düşünceleri ya da davranışları gibi başka bazı faktörler de hastalığın şiddetini ve şiddetine uygun tedaviyi belirlemede önemli faktörler arasında yer almaktadır (7).

2.11. Çocuk ve ergenlerde depresif bozukluğun tedavisi

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

Ayrıca bu müdahalelerin tümünün etkinliklerini tek başlarına değerlendiren çalışmalar ile bunlara ek olarak seçici serotonin geri alım inhibitörleri ve BDT kombinasyonunun etkinliklerini değerlendiren çok merkezli büyük bir çalışma yer almaktadır. Son yıllarda Depresyon Tanılı Ergenlerin Tedavisi Çalışması (*TADS: treatment for Adolescents with Depression Study*) ekibi (2004); 12-17 yaş arasındaki 439 ergeni 12 hafta süren 3 tedavi grubuna bölmüşlerdir. Bunlar sadece fluoksetin (10-40 mg/g) tedavisi alan grup, BDT ve aynı doz aralığında fluoksetin eş zamanlı alan kombine tedavi verilen grup ve sadece BDT alan gruplar olarak ayrılmışlardır. ÇDDÖ-R formu ve CGI ölçeği ile yapılan ölçümlerde, kombine tedavi alan ergenlerin tedaviye yanıt oranları diğer iki gruba göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek bulunmuştur. Genel klinik iyileşme temel alındığında kombine tedavi uygulanan grubun tedaviye iyi ya da oldukça iyi yanıt verme oranları %71, yalnızca fluoksetin alan grubun %61, sadece BDT uygulanan grubun ise %43 olarak saptanmıştır. Bu nedenle bu kapsamlı çalışma gözönüne alındığında ergen depresyonunda kombine tedavinin en uygun seçenek olduğu düşünülebilir (107).

Bunun yanı sıra çocukluk ve ergenlik dönemi depresyonunda ailenin eğitimi ve aktif katılımı özellikle etkin çatışma çözümü için gerekli bir tedavi bileşeni olarak göze çarpmaktadır. Bazı olgularda sosyal beceri eğitiminin de tedavide yeri vardır. Model olma ve rol oyun teknikleri sorun çözme becerilerinin geliştirilmesi açısından yararlı olabilmektedir (1,2,107).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. COCUK VE ERGENLERDE DEPRESYON TANISINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEKLERİ VE YAPILANDIRILMIŞ TANI KOYDURUCU GÖRÜŞMELER

Değerlendirme ölçekleri, depresif belirtilerin ve belirtilerle ilişkili diğer noktaların etkin bir şekilde tespit ve ölçümünü sağlamakta kullanılır ve değerlendirme sürecinin önemli bir parçasını oluştururlar. Değerlendirme ölçekleri altın standart olarak tanımlanan klinik görüşmenin yerini almak için oluşturulmamıştır ve klinisyenler tarafından kullanım amaçları, ölçeklerin yaygın kullanılması ve popüler olmalarından çok, ölçeğin psikometrik özelliklerinden faydalanılması olmalıdır (109).

Yapılandırılmış tanı koydurucu görüşmeler güvenilirliği sağlamak amacıyla, sıklıkla bilimsel çalışmalarda kullanılırlar. Tanı koydurucu görüşmeler, yapılandırılmamış (klinik görüşme vs.), yarı yapılandırılmış (örneğin: Okul Çağı (11-18 yaş) Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu-ÇDŞG-ŞY-Kiddie and Young Adult Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-K-SADS P/L vs.) (Kaufman 1997) ve yapılandırılmış (örneğin: Tanı koydurucu klinik görüşme çizelgesi- çocuklar için versiyonu-IV. DISC-IV) (Shaffer 2000) görüşmeler olarak sınıflandırılırlar. Yarı yapılandırılmış görüşmeler için daha çok zamana ve eğitim alınmasına ihtiyaç olurken, yapılandırılmış görüşmeler için nispeten daha az eğitim alınmasına ihtiyaç olur. Erişkin hasta popülasyonunda tanı koydurucu görüşmeler ile öz bildirim ölçeklerinin kombinasyonu ile depresyonun kanıta dayalı değerlendirmesinin yapılması son dönemde en yaygın olarak kullanılan yöntemdir. Çocuk ve ergen hasta grubunda da tanı koyulurken erişkin gruba benzer bir yol izlenmesi önerilmektedir (110,111).

3.1. ÇOCUK VE ERGENLERDE DEPRESYONU KLİNİK OLARAK DEĞERLENDİRMEK VE ÖLÇMEK İÇİN KULLANILAN ÖLÇEKLER

*i. **Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeği*** (Center for Epidemiological Studies Depression Scale- CED-D), erişkinler için oluşturulan, ancak ergenlerde de geçerliliği ve güvenilirliği yapılan, ergen grup için de oldukça iyi psikometrik özellikleri olan bir ölçektir. *Çocuklar için Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeği* (Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children- CES-DC), 6-17 yaş çocuk ve ergenler için oluşturulmuş bir ölçektir. Ergenlerde geçerliliği ve güvenilirliği iyi iken, çocuk grubu için yeterince iyi geçerliliği ve güvenilirliği yoktur (112).

*ii. **Depresyon Öz Değerlendirme Ölçeği*** (Depression Self-rating Scale-DSRS), çocuklar için uygun olacak şekilde basit bir dil kullanılarak hazırlanan, hem sağlıklı hem de hasta grubu ile yapılan çalışmalarda geçerliliği kanıtlanmış bir ölçektir (113). Ancak depresyonu diğer bozukluklardan ayırma kabiliyeti tartışmalıdır. Bu durum açıklığa kavuşturulduğunda bu ölçek kendisine yaygın bir kullanım alanı bulacaktır (109).

*iii. **Beck Depresyon Ölçeği*** (*Beck's Depression Scale-BDÖ*), ergenler için yaygın olarak kullanılan, öz-bildirime dayalı bir ölçektir (Beck 1993). BDÖ, kısa, pek çok dilde kullanılan, birinci basamak sağlık hizmetleri için de kullanıma uygun versiyonları geliştirilmiş olan bir ölçektir. Polikliniğe başvuran depresif bozukluğu olan ergenleri olmayanlardan ayırmada oldukça iyi psikometrik özellikleri olan bir ölçektir. Ancak aileler için olan versiyonu yoktur. Buna ek olarak da ergenlerdeki depresyonun şiddetini ölçebilme kapasitesi şüphelidir (114).

*iv. **Çocuklar için Depresyon Ölçeği*** (*Children's Depression Inventory-CDI*), pek çok dile çevrilmiş olan ve çocuklar için yaygın olarak kullanılan bir diğer öz-bildirim ölçeğidir (115). Ailelerden bilgi almaya yönelik türlerinin olmaması, ergenler için uygun olmaması, özellikle yaşı küçük olan çocuklarda öz-bildirime dayalı bir ölçeğin sorgulanabilir olması zayıf yönleridir (109).

v. Reynolds Ergen/Cocuk Depresyon Ölçekleri (*Reynolds Adolescent/Child Depression Scales- RADS/RCDS*), Hem öz-bildirime hem de ebeveyn bildirimine dayalı ölçeklerdir (116,117). Bu ölçekler özellikle okul örneklemi olmak üzere geniş kullanım alanına sahiptir ve birkaç dile çevrilmişlerdir. Oldukça iyi psikometrik özellikleri bulunmaktadır. Ergenler için olan formu oldukça iyi bir tarama materyali olmasına rağmen, tedavinin etkilerini değerlendirmede zayıf kaldığından klinik bağlamda daha az yardımcıdır (109).

vi. Duygudurum ve Duygular Anketi (*The Mood and Feelings Questionnaire-MFQ*), pek çok bilgi kaynağından yararlanır. Bu kaynaklardan; öz-bildirim, ebeveynlere ait bildirim ve öğretmen formları kullanılarak bilgi toplanır. Bu ölçek hem toplum için iyi bir tarama materyali hem de klinik bağlamda kullanışlı bir ölçektir. Özellikle öz-bildirim ve ebeveyn formları birlikte kullanıldığında, çocuk ve gençlerde, farklı demografik ve klinik özelliklerdeki depresyonu tanımlayabilen iyi psikometrik özellikleri olan ölçeklerdir. Uzun ve kısa formları bulunmaktadır (109,118).

vii. Kutchner Ergenler için Depresyon Ölçeği (*The Kutcher adolescent depression Scale-KADS*), hem klinik hem de klinik dışı alanlarda uygulanması olası, ilk çalışmaların sonuçlarına göre iyi psikometrik özellikleri olduğu gösterilen, bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Bu ölçeğin kısa formu da bulunmakta olup, potansiyel bir tarama materyali olduğu düşünülmektedir (109,119).

viii. Çocuklar için Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş versiyonu (*The Children's Depression Rating Scale-Revised-CDRS*) ebeveynler, çocuk ve klinik gözlem ile elde edilen bilgilerin bir araya getirilmesine ihtiyaç duyulan, değerlendirmeyi klinisyenin yaptığı bir ölçektir. *Çocukların Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş versiyonu* ölçeği, değerlendirmeciler arası güvenilirliği (inter-rater reliability) oldukça yüksek olan ve kullanılan ilaçlar ile ortaya çıkan etkilere hassas bir ölçektir. Bu nedenle tedavi değerlendirmesi amacıyla pek çok çalışmada yaygın olarak kullanılmaktadır. Klinisyenin görüşmesi ile diğer kaynaklardan alınan bilgilerin birlikte değerlendirmeye alındığı bir ölçek olması nedeniyle *Çocukların Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Versiyonu*'nun diğer ölçekler arasında farklı bir yeri ve önemi vardır (109,120).

**3.2. PSİKIYATRİK BELİRTİLERİ ARASTIRAN VE TARAMA AMACLI
BAZI ÖLÇEKLER**

Tablo 3.

ÖLÇEK	DEĞERLENDİRMECİ (Hedef Kitle)	YORUMLAR
Güçler ve güçlükler anketi (The Strengths and Difficulties Questionnaire- SDQ)(121)	Öz-bildirim, ebeveyn formu, öğretmen formu (Çocuk ve ergenler)	<ul style="list-style-type: none">• Oldukça kısadır, 5 ölçek arasında bölünmüş 25 itemden oluşur. Hepsi bir sayfaya sığar.• Daha uzun olan Çocuklar için davranış kontrol ölçeği (Child Behaviour Check List-CBCL) ile yüksek oranda korelidir.• Özgüllüğü yüksektir, tarama materyali olarak iyi psikometrik özelliklere sahiptir.• Ücretsizdir.• Pek çok dile çevrilmiştir.• http://www.sdqinfo.com
Empirik Temelli Değerlendirmeye dayalı Achenbach Sistemi (Achenbach System of Empirically Based Assesment: ASEBA)(122)	Özbildirim, ebeveynler, öğretmen	<ul style="list-style-type: none">• Uzun bir ankettir(>100 madde).• Anksiyete ve depresyonu da içeren pek çok dar fenotip sendromu tarar.• Özgüllüğü düşüktür.• Klinik ve araştırma uygulamalarında yaygın olarak kullanılır.• Pek çok dile çevrilmiştir.• http://www.aseba.org/index.html

3.3. BAZI TANI KOYDURUCU, YAPILANDIRILMIŞ KLİNİK GÖRÜŞMELER

Tablo 4.

ÖLÇEK	DEĞERLENDİRMECİ (Hedef kitle)	YORUM
Okul Çağı (11-18 yaş) Çocukları İçin Duygulanım Bozukluk- ları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (K-SADS P- L) (110)	Klinisyen (Çocuk ve ergenler)	<ul style="list-style-type: none">• Tedavi araştırmalarında yaygın şekilde kullanılır• Psikometrik değerlendirme özellikleri oldukça iyidir.• Yarı yapılandırılmıştır, zaman alan bir görüşmedir.• Çocuk ve ebeveynlere görüşülmesi gereklidir. Mümkün olursa okuldan alınan bilgileride değerlendirmeye alır. Kaynakların verdiği bilgiler arasında ortaya çıkabilecek uyumsuzlıklarda karar görüşmeci klinisyene aittir.• Uygulayabilmek için eğitimini alınmasına ihtiyaç vardır.• Affektif bozukluklar için olan modülü tek başına da kullanılabilir.• Ücretsizdir• http://www.wpic.pitt.edu/ksads/default.htm
DISC-IV (Tanı koydurucu Görüşme Çizelgesi Çocuklar için Versiyonu- IV) (111)	Eğitimi Görüşmeciler (çocuklar, ergenler)	<ul style="list-style-type: none">• Oldukça yapılandırılmıştır.• Zaman alan ve monoton bir görüşmedir.• Duygudurum bozuklukları modülü ayrı olarak kullanılabilir.• Epidemiyolojik araştırmalarda kullanışlıdır.• Uygulanabilmesi için bazı eğitimlere ihtiyaç vardır. Bilgisayar destekli uygulamalarda eğitim ihtiyacı azalır.

3.4. PSİKOSOSYAL İŞLEVSELLİK, YIKIM VE YASAM KALİTESİNDE DÜZELMEYİ ÖLÇEN BAZI ÖLÇEKLER

Tablo 5.

ÖLÇEK	DEĞERLENDİRMECİ (Hedef kitle)	YORUM
Çocuklar için Global Değerlendirme Ölçeği (CGAS: Children's Global Assessment Scale) (123)	Klinisyen (Çocuk ve Ergenler)	<ul style="list-style-type: none">• DSM-IV'ün beş eksenli tanılama sistemi temel alınarak işlevselliğin genel olarak değerlendirilmesini yapar.• Tedavi çalışmalarında yaygın olarak kullanılır.• Tedavinin etkinliğine duyarlı bir ölçektir.• İyi bir psikometrik değerlendirilmedir.
Genel Klinik İzlenim Ölçeği (CGI: Clinical Global Impression Scale) (124)	Klinisyen (Çocuk ve Ergenler)	<ul style="list-style-type: none">• Şiddeti ve iyileşmeyi ölçer• Genel değerlendirme sağlar; hızlı ve kolaydır.• Birincil ya da ikincil sonuçların ölçüldüğü tedavi çalışmalarında yaygın olarak kullanılır.
Çocuk ve Ergenler İçin Ulusal Sağlık Getirileri Ölçeği (HoNOSCA: Health of the Nation Outcome Scales for the Children and Adolescents) (125)	Klinisyen (Çocuk ve Ergenler)	<ul style="list-style-type: none">• Geçen ay süresince ortaya çıkan psikiyatrik problemlerin genel yükünü ölçer.• Çocuk/genç ve ebeveynleri ile yapılan yarı yapılandırılmış bir görüşmedir.• Öz-bildirim ve ebeveyn formları geliştirilmiştir.

ÖLÇEK	DEĞERLENDİRMECİ (Hedef kitle)	YORUM
<p>Çocuk ve Ergenler İçin Ulusal Sağlık Getirileri Ölçeği (HoNOSCA: Health of the Nation Outcome Scales for the Children and Adolescents) (125)-devam</p>	<p>Klinisyen (Çocuk ve Ergenler)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avrupa ve Austuralya’da yaygın olarak kullanılmaktadır. • İyi psikometrik değerlendirme sağlar ancak güvenilirliği hakkında yanıtlanmamış sorular vardır.
<p>Pediyatrik yaşam kalitesi, keyif alma ve doyum Anketi (PQ-LES-Q: Pediatric Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (126)</p>	<p>Özbildirim (Çocuk ve Ergenler)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • İyi psikometrik özellikler taşır. • Pediyatrik grupta depresyonun tedavisinin değerlendirildiği yeni pek çok çalışmada kullanılmıştır. • Rölatif olarak yeni bir ölçektir. Toplum örnekleminde daha fazla geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmasına ihtiyaç vardır.
<p>Çocuk ve Ergenler için Sosyal Uyum Envanteri (SAICA: Social Adjustment Inventory for Children and Adolescents) (127)</p>	<p>Klinisyen (Çocuk ve Ergenler)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sınırlı psikometrik veri sağlar. • Uzun süre (yaklaşık 30 dk) alır. • Yaygın kullanımı yoktur. • Klinisyenin yargısını yanıtı dayalı olduğundan fazla göz önüne almaz. • Eğitim gerektirmez.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ-GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ FORMU (ÇDDÖ-R)

4.1. Genel Tanımlama

Klinik örnekleme Çocuklar için Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu (ÇDDÖ-R), depresyonun şiddeti ve depresif belirti profili hakkında genel bir bilgi sağlar. Ölçek yalnızca teşhisle değil, hastalık tanısının konulmasını takiben başlangıçta ve izlem sürecinde tedaviye yanıtın ölçümü ile ilgili de bilgi edinilmesine olanak verir.

Klinik dışı örnekleme ise, örneğin okullarda veya çocuk hastalıkları uzmanları ve aile hekimleri içinse çocukluk çağı ve ergenlerde depresyonun taranması için kullanılabilecek önemli bir enstrümandır (120).

Uygun olarak eğitim aldıkları takdirde psikiyatristler, aile hekimleri, sosyal çalışmacılar, pediatrikler, okul psikologları, okul hemşireleri gibi profesyoneller de ÇDDÖ-R formunu kolaylıkla uygulayabilirler (120).

Tercih edilen uygulama modelinde ÇDDÖ-R formu, çocuğun yanında onunla ilgili güvenilir bilgi kaynağı olabilecek ebeveynleri, öğretmeni veya bakımdan sorumlu kişilerinde bulunabilmesine olanak verirken, direk olarak çocuğa uygulanır. Çocuk ve erişkinle ayrı ayrı görüşmeler de yapılabilirken, amaçlanan çocuğun ya da ergenin durumu hakkında mümkün olduğunca fazla bilgiye sahip olabilmektir. ÇDDÖ-R formu görüşmesi ve puanlama ortalama 20-30 dakika sürmektedir (120).

Ölçek tarafından değerlendirilen 17 belirtiden 14'ü, klinik görüşme sırasında çocuğun kendisine yöneltilen sorulara verdiği sözel yanıtlara göre değerlendirilir. Bu belirti alanları; hafiften şiddetliye doğru puanlamanın yapıldığı; bozulmuş okul işlevselliği, eğlenme/keyif almada güçlük, sosyal içe çekilme, iştahta bozulma, uykunun bozulması, aşırı halsizlik hali, fiziksel yakınmalar, irritabilite, yoğun suçluluk duyguları, düşük benlik saygısı, depresif duygular, morbid fikirler, intihar fikirleri ve yoğun ağlama olarak maddeleştirilmiştir. Geri kalan 3 belirti alanı, depresif belirtilerin sözel olmayan özellikleri

arasında yer alan ve görüşmecinin değerlendirdiği, depresif afekt, cansız konuşma ve hipoaktivitedir.

Tüm yaşlarda MDB tanısı olan çocuk ve ergenlerde en önemli sorun intihara eğilim olarak gösterilmektedir. ÇDDÖ-R formunda intihar riskini değerlendirmek, belirlemek ve yorumlayabilmek adına intihar fikirleri ile diğer belirti alanları arasındaki ilişki ayrıntılandırılmaya çalışılmıştır. Klinik örnekleme, izlemde 2.hafta, 4.hafta ve 6.ayda ÇDDÖ-R formu ile yapılan değerlendirmeler sonucu ele edilen bilgiler ile depresyona yatkınlığın değerlendirilmesinin mümkün olacağı belirtilmektedir (120).

Her ne kadar, ÇDDÖ-R formu 6-12 yaş arası çocuklar için tasarlanan bir depresyon tarama enstrümanı olsa da, ergenler içinde başarı ile uygulanabilmektedir (128). ÇDDÖ-R formunun ergenler için psikometrik özelliklerinin değerlendirildiği Mayes ve ark. (2010) tarafından yapılan çalışmada; çalışmaya alınan 12-18 yaş 145 ergene tarama, tanı (taramayı izleyen 2 haftalık süreç içinde K-SADS yarı yapılandırılmış tanı koyma görüşmesi ile) ve tanı aldıktan ve tedavi (fluoksetin) başladıktan sonraki 12.haftada toplam 3 kez ÇDDÖ-R formu uygulanmıştır (129). Yapılan her ÇDDÖ-R formu değerlendirme görüşmesinde klinisyenler her bir olgu için *Genel Klinik İzlenim Ölçeği-Şiddet formu* (the Clinical Global Impression-Severity-CGI-S) ve *Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği* (the Children's Global Assessment Scale-CGAS) doldurmuşlardır (123,124). Çalışmada ortalama CDRS-R toplam puanı 53.0 ± 10.4 , ortalama CGI-S puanı 4.4 ± 1.0 ve ortalama CGAS puanı 53.5 ± 7.4 olarak bulunmuştur. İç tutarlılık (Cronbach's α) her üç vizitte de iyi olarak bulunmuştur. Başlangıçta tarama sırasında 0.79, tanı sırasında 0.74 ve 12.haftada ise 0.92 olarak bulunmuştur. Tarama sırasında depresif duygudurum maddesi, en kuvvetli madde puanı-tüm maddeler toplam puanı arası korelasyonu olan madde olmuştur ($r=0.71$). Her üç uygulama sonrasında ise madde puanı- tüm maddeler toplam puanı arası en yüksek korelasyona sahip olan maddeler, depresif duygudurum, keyif almada güçlük, sosyal iç çekilme, depresif afekt ve azalmış benlik saygısı maddeleri olarak belirlenmiştir. Tarama ve tanı konmasından hemen sonra yapılan görüşmelerin sonuçlarına bakıldığında ise; depresif duygudurum hariç diğer maddelerin puanlarının toplam puan ile genel olarak orta derecede korele olduğu bulunmuştur. Madde puanı-tüm maddeler toplam puanı arası en yüksek korelasyonlar ise (0.24 ile 0.82 arasında) 12.haftanın bitimindeki değerlendirmeye ait olanlardır. Yapısal geçerlilik değerlendirildiğinde ise, başlangıçtaki katılan MDB tanısı olan ve olmayan tüm ergenlerin değerlendirildiği tek vizit olan tarama viziti sırasında tüm ergenler arasında ÇDDÖ-R puanları arasında, tanılama görüşmesinde KSADS-PL ile MDB tanısı alan ergenlerde korelasyonun yüksek olduğu ($r=0.64; p<0.01$) gözlenmiştir.

Her 3 vizitte de (tarama, tanı ve 12.hafta), ÇDDÖ-R toplam puanları ile CGI-Şiddet ölçeği puanları arasındaki korelasyonlar yüksek bulunmuştur ($r=0.87,0.80,0.93;p<0.01$). CGAS puanları ile ÇDDÖ-R toplam puanlarının belirgin olarak korele olduğu tek ziyaret ise 12.haftada yapılan vizittir ($r=-0.77;p<0.01$). MDB tanısı alan ve tedavi başlanan ergenlerin (n=88), tanı sonrası ziyaret ile tedavinin başladığı 12.haftadaki ziyaret arasında, ÇDDÖ-R formu puanlarındaki değişim ortalama -28.9 ± 13.4 olup, tedavi alanların çoğunun (%77.3;n=68), CGI-Düzelme (Clinical Global Impression-improvement-CGI-I) puanları göz önüne alındığında tedaviye yanıt verdiği ve ÇDDÖ-R formu total puanlarında ise en az %50 oranında düşme olduğu gözlenmiştir. 12.hafta ÇDDÖ-R formu toplam puanı ile CGI-Düzelme puanları ($r=0.92;p<0.01$) arasında ve tanı sonrası ve 12.hafta toplam puanlarındaki değişiklik arasında ($r=-0.82;p<0.01$) korelasyonlar yüksektir. Bu da ÇDDÖ-R formunun belirtilerde meydana gelen değişiklikleri ölçmede oldukça güçlü olduğunu göstermektedir. ÇDDÖ-R formu, klinisyene tedavi sırasında değişmeyen ya da tamamen ortadan kalkmayan belirtiler hakkında ayrıntılı değerlendirme yapma imkanı vererek, kalan belirtilerin hedef olarak alındığı yeni bir tedavi planı hazırlanmasına olanak sağlamaktadır. Bu çalışmanın sonucunda elde edilen verilerle, 12-18 yaş arası ergenlerde ÇDDÖ-R formunun psikiyatrik özelliklerinin, çocuk çağındakilerle (Poznanski ve Makros 1996) benzer olduğu gösterilmiştir. Özellikle ölçeğin tarama, tanı sonrası ve tedavi sonrası puanları arasında iç tutarlılığı ÇDDÖ-R formunun çocukluk çağında uygulanmasına benzer şekilde yüksek olarak bulunmuştur. Depresif belirtilerin bazılarının diğer psikiyatrik rahatsızlıklara ait belirtilerle çakışıyor olması nedeniyle (anksiyete bozuklukları, DEHB vs.), tarama ve tanı sonrası ilk ziyarette elde edilen madde puanı-tüm maddeler toplam puanı arasındaki korelasyonun beklendiği kadar iddialı olmasının sebebi, depresyon dışı diğer psikiyatrik rahatsızlıkların varlığı olabilir denilmektedir. Bu çalışma ile daha önce çocuk hastalarda gösterilenle uygun şekilde, ergenlerde de ÇDDÖ-R formunun geçerliği ve güvenilirliği gösterilmiştir (129).

4.2. ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİNİN (ÇDDÖ) (Children Depression Rating Scale, CDRS) GELİŞTİRİLMESİ VE STANDARDİZASYONU

İlk olarak 1970’lerde prepubertal çocuklarda depresyonun varlığı ve fark edilmesi ve tanı konulmasına yönelik pek çok çalışma yürütülmeye başlanmıştır. Çocukların depresyonu “maskelenmiş” olarak yaşadıkları ve belirtilerini yalnızca indirek yollarla dışa vurdukları inancının aksine yapılan klinik çalışmalar, kendilerine sorulduğunda çocuklarında duygusal yaşantıları hakkında bilgi vermede güvenilir kaynaklar olduklarına dair inançları giderek arttırmıştır (120).

Bu bağlamda ortaya çıkan bir gereksinim olarak Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği, (ÇDDÖ) çocuklarda depresyonun değerlendirilmesine yönelik klinik bir enstrüman olarak geliştirilmiştir. ÇDDÖ’nün geliştirilmesi ve geliştirilmesinin sonraki adımında gözden geçirilerek ÇDDÖ-R formunun ortaya çıkmasındaki amaç, yalnızca bir araştırma enstrümanı olarak kullanılması değil, bunun yanı sıra klinik bir değerlendirmeyi kolaylaştıran bir enstrüman olmasıdır (120).

Ölçeğin geliştirilmesi süreci 2 major basamaktan oluşmaktadır. İlk basamak 1970’lerin sonlarında başlayan, 80’lerin başlarında tamamlanan ÇDDÖ’nün tasarlanması ve geliştirilmesine dair süreçtir. 1980’lerin ortalarından itibaren ölçeğin gözden geçirilme ve standardizasyon süreçleri tamamlanmıştır (120).

4.2.1. İlkokul dönemindeki çocuklara odaklanılma nedenleri

ÇDDÖ 6-12 yaş aralığındaki çocuklarda depresyonun şiddetinin klinik olarak değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Bu yaş aralığındaki çocukları hedef alarak bir ölçek geliştirme ihtiyacının iki ana nedeni bulunmaktadır. Bunlardan ilki, ergenlik döneminde görülen depresyon hem erişkinlik hem de çocukluk dönemine ait belirtileri barındırmaktayken, ilkokul yaşındaki çocuklarda depresif bozukluğa dair belirtilerin daha eş dağılımlı özellikler göstermesidir. Bu durum bu döneme özel içeriğe sahip bir enstrümanın geliştirilmesi ihtiyacı ortaya çıkmaktadır. İkinci neden olarak, okul öncesi çocuklara oranla ilkokul dönemindeki çocukların, yeterli sözel becerilere sahip olması ve karşılıklı konuşmayı devam ettirebilecek gelişimsel basamağa ulaşmış olmaları olarak belirtilmektedir (120).

4.2.2. ÇDDÖ'ün geliştirilmesi

Çocukluk çağı depresyonun araştırıldığı erken dönem çalışmalarda Poznanski (1979), çocukluk depresyonun, belirtileri direk olarak gözlemlenebilen ve çocuk ile hakkında konuşulabilen bir psikiyatrik durum olduğundan bahsetmektedir (130). Bu bakış açısı ÇDDÖ'nün geliştirilmesine esas oluşturan durumdur. Bu prensip esas alınarak bir ölçek geliştirilmesi, geleneksel çocuk psikiyatrisi pratiğinden farklılık gösteren bir durum olup, esas bilgi kaynağının ebeveynlerden ve çocukla yapılandırılmamış, oyun oryante görüşmeden elde edilen bilgiler olması görüşünün de yerine geçmiştir.

Ebeveynlerden elde edilen bilgilere güvenmek yerine ÇDDÖ, kendi afektif deneyimlerinin en önemli kaynağı durumundaki çocuğu bilgi kaynağı olarak değerli kılmaktadır. Bununla birlikte yapılandırılmamış bir görüşmeden edinilen bilgilerden çok, standardize bir yaklaşım izlenerek yürütülen elde edilen bilgilerin puanlandığı ve çocuklar hakkında klinik bilgisi olan eğitilmiş bir değerlendirmenin deneyimlerini görüşmeye katmasına olanak sağlayan yarı yapılandırılmış bir görüşme olarak planlanmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşmenin amacı, değerlendirilen belirti alanlarının oluşturduğu bir çerçevede, klinisyenin optimal kontrolünü sağlamasıdır. Bununla birlikte alınan bilgilerin güvenilirliğini desteklemek amacıyla görüşmeci, çocuk/aile arasında mümkün olduğunca güvene dayalı bir ilişkinin kurulmasını sağlamalıdır. Bunun nedeni yapılandırılmış bir görüşme uygulanırken, görüşmenin fazlaca yapılandırılmış ve mekanik bir şekilde uygulanmasının, güven ve yakınlık duygusu gelişmesinin önemini göz ardı edilmesine yol açabileceğidir (130).

ÇDDÖ'nin başlangıçtaki deseni, erişkinlerde kullanılmak üzere geliştirilen bir klinik puanlama ölçeği olan *Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği'nden* (131) esinlenerek oluşturulmuştur. Hamilton ölçeğinin içerdiği özellikler ÇDDÖ'nin geliştirilmesine model olmuştur. Bunlar arasında (a) açıkça belirlenmiş çok maddeli belirti alanları, (b) ölçekte yer alan her bir maddeye ait, artan patolojinin temsil edildiği, açıkça tanımlanmış bir puanlama sisteminin varlığı, (c) bahsi geçen herhangi bir belirti alanında, pek çok kaynaktan elde edilen bilginin kullanım olanağı (d) tüm belirti alanlarında yapılan puanlamayı esas alan, depresyonun şiddetini ölçen bir "özet puanı" geliştirilmiş olması yer almaktadır (130).

4.2.3. Maddelerin Seçimi

ÇDDÖ'nin ilk sürümünde, çocuklarda depresyona ilişkin klinik deneyim ve fenomenoloji üzerine yapılan araştırmaların rehberliğinde, 18 madde veya belirti alanı seçilerek yer almıştır. Bu maddeler, DSM III ölçütleri (Amerikan Psikiyatri Birliği,1980) ve Araştırma Tanılama Ölçütleri olarak adlandırılan major tanılama sistemlerinin geliştirilmesi ve kullanımı sırasında ortaya atılan maddeleri içermektedir (132). ÇDDÖ'nin ilk sürümünde yer alan maddeler; depresif duygudurum, aşırı ağlama, kendine güven, intihar düşünceleri, morbid düşünceler, uyku, okul ödevleri, eğlenme/keyif alma kapasitesi, iletişim kurma, hipoaktivite, yeme düzeninde bozulma, genel somatik yakınmalar, fiziksel yakınmaların sıklığı, sosyal içe çekilme, irritabilite, afekte gözlenen değişimler, anksiyete ve hiperaktivite idi (130).

Ölçeğin ilk değerlendirmelerinde, 18 maddeden 3 dışında kalan tüm maddelerin depresyon ile pozitif korelasyonu gösterilmiştir. Depresyon ile ilişkisiz olarak görünen bu 3 madde ya da belirti alanı “maskeli depresyon” tanımlamasını gösterdiği düşüncesinden yola çıkılarak ölçeğe dahil edilen, affekte gözlenen değişimler, anksiyete ve hiperaktivite maddeleri olarak belirlenmiştir. Depresif çocuklar, her ne kadar bu 3 maddenin sorgulandığı alanlarda da problem yaşasalar da, bu maddelerin depresif sendromla sistematik olarak ilişkilendirilemediği pek çok çalışmadan elde edilen tutarlı sonuçlarla doğrulanmıştır. Bu maddelerin sorgulandığı alanlardaki belirtiler; yakın dönem dek yapılan pek çok araştırmada gösterildiği şekilde depresyonu olan çocuklarda sıklıkla eş tanı olarak bulunduğu düşünülen, anksiyete veya öğrenme bozukluklarını gösteren belirtilerdir. Bu nedenle ÇDDÖ'nin ilk basımında yer alan bu 3 madde, sonradan çıkarılmıştır (120).

4.2.4. ÇDDÖ'nün Puanlanması

Psikopatolojinin özelliklerini tanımlayan belirteçlere göre; hastalık hafif, orta ya da şiddetli olarak sınıflanmaktadır. Ancak örtüşen belirtilerin klinisyenler için ifade ettiği anlamlarda farklılıklar olabilmektedir. Puanlamanın yapıldığı ölçeklerin kullanılması, genel olarak nosolojik tartışmalar ve klinik vakalar özelindeki karşılaştırmalar sonucunda ortak bir anlamlandırma oluşmasını kolaylaştırmaktadır.

Aşağıdaki tabloda ÇDDÖ'nün ilk sürümünde 15 belirti alanına dair puanlama yapılırken esas alınan noktalar gösterilmektedir. Tüm maddelerin puanlanması tek yönlüdür. Normal işlevselliğin varlığını gösteren puan 1 olup, artan puanlar patolojideki

artışın seviyesini göstermektedir. Sıfır puanın, klinisyenin o madde için puanlama yapamadığı durumları göstermek için işaretlenmesi önerilmiştir. Her bir madde için yapılan puanlama çeşitlilik gösterir; 6 madde için yapılan puanlama 0-3 puan üzerinden, 2 madde için yapılan puanlama 0-4 puan üzerinden ve diğer 7 madde için yapılan puanlama ise 0-5 puan üzerinden yapılmaktadır (130).

Çoklu kaynaklardan edinilen bilgilerin, çocuğun psikiyatrik değerlendirmesinde veri oluşturması geçmişten günümüze yaygın olarak kullanılan bir değerlendirme yöntemidir. Pek çok vakada toplanan bilgilerin, kaynaklarının çok çeşitli olması ve bazen tutarsızlık göstermesi; değerlendirme alanlarından her biri için doğruya en yakın tek bir puanlamanın yapılması gerektiğinden klinisyenin toplanan bilgileri klinik yargısını temel alarak bir arada değerlendirmesine gereksinim yaratmaktadır.

ÇDDÖ'nün geliştirilmesi sırasında depresyonun şiddetinin değerlendirilmesine yönelik ihtiyaç ortaya çıkmıştır. Böyle bir şiddet ölçümünün yapılabilmesi için, klinisyen tarafından tüm bilgi kaynaklarından elde edilen bilgilerin de değerlendirilmesi sonucu, 15 belirti alanında yapılan puanlamaların toplamının yorumlanması gerekmektedir. Özet puanı olarak, 15 belirti alanı için elde edilebilecek en düşük puan toplamı sıfır, en yüksek olası puanlama ise 61'dir (130).

4.2.5. Yarı yapılandırılmış Yaklaşım

ÇDDÖ formunun tasarlanması ve geliştirilmesindeki temel amaç, okul çağı çocuklarında depresyonun şiddetinin ölçülmesine yardımcı olabilecek klinik olarak kullanışlı bir enstrüman oluşturulmasıdır. Böyle bir enstrüman, değerlendirmecinin psikopatoloji ile ilişkili belirti alanlarını tararken ve her bir belirti alanını puanlarken açık olarak tanımlanmış ölçütleri kullanarak değerlendirmeye yardımcı olabilecek, bu sırada görüşmecinin görüşmenin durumuna göre kullanacağı tanılama sorularını görüşmeye uygun olarak esnetebileceği özellikler taşımalıdır. Bu enstrüman, klinisyenin depresyonu değerlendirirken deneyim ve bilgisini kullanmasına yardımcı olabilecek özellikler taşımalıdır, bu nedenle ÇDDÖ tasarlanırken yarı yapılandırılmış bir ölçek olarak geliştirilmesi düşünülmüştür. Ne değerlendirme soruları, ne de belirtilerin değerlendirilme sırası değişmez biçimde tanımlanmıştır. Bu görüşmecinin görüşme dilini çocuğun yaşına ve sosyokültürel geçmişine uygun olarak ayarlamasına olanak verir (130).

4.2.6. ÇDDÖ'nün Klinik Kullanımı ve Psikometrik Özellikleri

ÇDDÖ, devam eden klinik bir araştırma bağlamında, bilimsel veriler ışığında ve depresyonun şiddetinin klinik olarak ölçümüne fayda sağlayacak bir şekilde geliştirilmiştir. Bu klinik araştırmanın odaklandığı nokta olarak ÇDDÖ'nin klinik kullanımının araştırıldığı ilk sistematik değerlendirmeler, ölçeğin kullanımı sırasında özellikle zorluk yaşanılacağı düşünülen iki klinikte, bir pediatri (133) ve bir psikiyatri (134) servisi koşullarında başlatılmıştır. Bu çalışmada her iki kliniğe ait servis, bir eğitim ve araştırma hastanesi bünyesinde bulunmaktaydı. Bu üçüncü basamak merkez, tipik olarak tıbbi ve psikiyatrik tanı ve tedavileri en komplike olan vakaları barındırmaktaydı.

Çocukluk çağı depresyonu tanısının üzerinde pek çok tartışmanın olduğu ve yapılan değerlendirmeler sırasında pek dikkate alınmadığı 1970'lerin sonlarında, bu servislerde yatan ve günlük hayata dair işlevselliklerinin pek çok alanında zorlukları olan hastaların ÇDDÖ'nün klinik yararlarının değerlendirilebilmesi için ideal bir örneklem oluşturuyor olabileceği düşünüldü. Her iki klinik örneklem içinde klinik kullanımı ve yararın değerlendirilmesi amacıyla, Beck depresyon değerlendirme ölçeğinin (1961) geliştirilmesi süreci model alındı (135).

Pediyatrik Yatan Hasta Örnekleminden elde edilen ÇDDÖ verileri: Pediyatrik yatan hasta örnekleme ÇDDÖ'nün klinik kullanım ve psikometrik özelliklerinin ilk olarak sistematik olarak değerlendirildiği örneklemdir. Ortalama yaşları 8.6 olan 11'i kız ve 19'u erkek, toplam 30 olgu ÇDDÖ kullanılarak değerlendirilmiştir. Her çocuk, iki çocuk psikiyatrisinin yer aldığı ve sıra ile devam ettirdikleri bir görüşme ile değerlendirilmiştir. Özellikle çocukların doğru bilgi verebilecek olmalarına daha az güvenilen yeme alışkanlıkları ve irritabilite gibi alanları daha iyi değerlendirebilmek amacıyla ebeveynler veya hemşirelerden de bilgi toplanmıştır. Görüşmelerin sonunda, her bir psikiyatrist tarafından depresyonun olup olmadığını tanımlamak amacıyla Depresyonun Genel Puanlanması ayrı ayrı yapılmıştır. Depresyonun Genel Puanlanması 5 puanlı bir ölçek olup puanlama: 1= depresyon yok, 2= şüpheli depresyon, 3= hafif depresyon, 4= orta depresyon ve 5= şiddetli depresyon şeklindedir.

30 çocukta 8'i, birbirinden bağımsız olarak değerlendirme yapan her iki psikiyatrist tarafından da orta ya da şiddetli depresyon olarak değerlendirilmişlerdir. Bu 8 çocuğun tamamı, hastaneye depresyon dışında nedenlerle yatırılmış ve bu değerlendirmenin öncesinde depresyonun varlığı hatta söz konusu bile olabileceği düşünülmemiştir.

Poznanski ve ark(1979), o dönemde “Klinik tıbbi gerçekler göz önüne alındığında, depresyonun ebeveynler, hemşireler ve diğer başka disiplinlerin hekimleri tarafından tanınmama oranlarının bu kadar yüksek olmasını görmek şaşırtıcı değildir. Bu durum çocukluk çağı depresyonu için tanısal belirtiler ile şiddetin değerlendirildiği değerlendirme ölçeklerinin kesin olarak tanımlanmasının önemini vurgulamaktadır.” diyerek bu duruma dikkat çekmiştir.

Değerlendirmeciler arası güvenilirlik, iki çocuk psikiyatrisi tarafından yapılan Depresyonun genel değerlendirilmesi ve ÇDDÖ özet puanlarının karşılaştırılması yoluyla belirlenmiştir. İki değerlendirme arası korelasyon puanları ÇDDÖ özet puanları için 0.96, Depresyonun genel değerlendirilmesi puanları için 0.92 olarak bulunmuştur. Eş zamanlı güvenilirlik ise, bir değerlendirme arası Genel değerlendirme puanları ile diğer değerlendirme arası ÇDDÖ özet puanları karşılaştırılması yoluyla yapılmış, 0.89 ve 0.92 korelasyon puanları elde edilmiştir.

Ölçeğin iç tutarlılığının değerlendirilmesi amacıyla madde analizleri uygulanmıştır. Bu analizler arasında her bir maddenin genel değerlendirme puanları ve ÇDDÖ özet puanları ile korelasyonlarına bakılması yer almaktadır. Bir psikiyatriste ait madde-tüm puan korelasyon aralığı 0.38 ile 0.88 arasında bulunurken; ikinci psikiyatrist için korelasyon aralığının 0.32 ile 0.92 arasında değiştiği görülmüştür. İki psikiyatriste ait değerlendirme puanları arasındaki ortalama korelasyon katsayısı 0.70 olarak bulunmuştur. Her iki psikiyatriste ait değerlendirmeler arasında en yüksek korelasyona sahip maddelerin, depresyon tanısını koyduran maddeler olduğu gözlenmiştir (133).

Psikiyatrik Yatan Hasta Örnekleminden Elde Edilen ÇDDÖ Verileri. ÇDDÖ'nin psikometrik özellikleri ve klinik kullanımının değerlendirildiği ikinci grup, psikiyatrik yatan hasta örnektir. Yatışlarının başlangıcından itibaren daha önceki örnekleme benzer görüşmeler yapıldığı ve analitik veri toplama süreçlerinin işlediği, ortalama yaşları 10.1 olan, 24 erkek ve 6 kız olmak üzere toplam 30 olgu psikiyatrik yatan hasta örneğini oluşturmuştur. Bu örneklemin değerlendirilmesi sırasında, pediatrik yatan hasta örneklemindeki süreçten en önemli fark ise, ÇDDÖ'yü daha önce uygulamış iki deneyimli değerlendirme arası, ölçek hakkında daha kısıtlı deneyime sahip başka iki değerlendirme arası ile çiftler oluşturularak iki gruba ayrılmış olmasıdır. Bu eşleşmedeki amaç, ÇDDÖ'nün yeterli ancak öncesinde ÇDDÖ uygulama deneyimi olmayan klinisyenler tarafından ne kadar kolay uygulanabilir olduğunun değerlendirilmesidir. ÇDDÖ uygulaması temel alındığında, değerlendirilen 30 olgudan 9'unun (%30) şiddeti ortadan

ağıra değişen düzeylerde MDB tanısı olduğu görülmüştür. Bu çocuklardan çoğunun tanıları arasında öncesinde depresif bozukluk yer almadığı dikkat çekmiştir. Bu çocukların başka psikiyatrik yakınmalarının yanı sıra MDB tanısı da almış olmaları ile tedavilerinde ve izlemlerinde izlenen yol değişmiştir.

Görüşmeciler arası güvenilirliğin değerlendirilmesi amacıyla, ÇDDÖ uygulama deneyimi olan değerlendirmecilerin genel değerlendirme puanları ve ÇDDÖ özet puanları ile, ilk kez uygulayan değerlendirmecilerin puanlamaları karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırma sonucu elde edilen korelasyon katsayıları Depresyonun genel değerlendirilmesi puanları için 0.83, ÇDDÖ özet puanları için 0.80 olarak bulunmuştur. Bir ÇDDÖ uygulama konusunda deneyimli değerlendirmecinin depresyon değerlendirme puanları ile diğer deneyimli değerlendirmecinin ÇDDÖ özet puanları arasındaki korelasyon 0.74 iken, bir daha öncesinde ÇDDÖ uygulaması konusunda deneyimli olmayan değerlendirmecinin depresyon değerlendirme puanları ile diğer deneyimli olmayan değerlendirmecinin ÇDDÖ özet puanları arasındaki korelasyon 0.75 olarak bulunmuştur. ÇDDÖ özet puanları için deneyimli klinisyenler arası madde-tüm maddeler arası korelasyon puanları 0.13 ile 0.90 arasında değişirken ortalama korelasyon puanı 0.62 olup; ÇDDÖ özet puanları için öncesinde ÇDDÖ uygulama deneyimi olmayan klinisyenler arası madde-tüm maddeler arası korelasyon puanları 0.13 ile 0.88 arasında olup, ortalama korelasyon puanı 0.61'dir.

Her ne kadar ÇDDÖ'nün psikiyatrik hastalar arasındaki psikometrik özellikleri pediatri hastalarının oluşturduğu örneklemden daha düşük bulunmuş olsa da; bu sonucun ÇDDÖ'yü uygulama konusunda deneyimi olmayan görüşmecilerin değerlendirmeleri nedeniyle ortaya çıkmadığı düşünölmüştür. Bu örneklemin, psikiyatrik eş tanı ve bu tanılara ait belirtilerin karıştırmacı etkileri nedeniyle, ÇDDÖ'yü uygulamada deneyimli klinisyenler için bile zorlayıcı olduğu düşünölmüştür (134).

4.2.7. ÇDDÖ'nün Gözden Geçirilmesi

ÇDDÖ'nün pediatrik ve psikiyatrik hasta popülasyonunda yapılan ilk değerlendirmesine ait sonuçlar ölçeğin klinik uygulamasında yararları ve psikometrik özellikleri açısından cesaret vericidir. Bununla birlikte ölçeğin nispeten daha az deneyimli uygulayıcılar tarafından kullanılırken de güvenilir olduğunun ve hastanede yatan çocuklarda depresyonu tanımlar ya da dışlarken depresyonun dikkatten kaçmasını da engelleyen bir enstrüman olarak kullanılabilmeğinin altı çizilmiştir. Bu iki klinik örneklem

grubunda ÇDDÖ'nin uygulanması ile ölçeğin standardizasyonu için bir takım gözden geçirmelere ihtiyaç olduğu da görülmüştür. Poznanski, Freeman ve Makros (1985); bu gözden geçirmeye ait ilk bulguları yayınlamıştır. Değerlendirme ve gözden geçirmeler ile bu ölçeğin kullanımı ve yorumlanmasına dair veriler arttırılmıştır (128).

Ölçeğin kendi yapısında üç önemli değişiklik yapılmıştır. Bu değişiklikler arasında iki belirti alanının eklenmesi, bazı değerlendirilen belirti alanlarının yeniden adlandırılması ve değerlendirme sorularının yenilenmesi yer almaktadır.

Eklenen ve yeniden adlandırılan belirti alanları. ÇDDÖ'ye iki yeni belirti alanı eklenmiş olup bu alanlar; aşırı suçluluk duyma ve depresif duygulardır. Daha öncesinde suçluluk kendine güven adı altında sorgulanmaktaydı. Bu belirti alanları kendilerine has maddeler olarak eklenmiş, böylelikle her birinin bağımsız olarak analizi sağlanmıştır. Bu ayırım akla yakın gözükmemektedir, çünkü çocuklarda kendine güvenin düşük olması çok yaygın gözlenen bir durum olup değerlendirilmesi güçtür ve sorgulanırken suçluluk duygularının ayrıntılı ele alınmasına olanak vermemektedir. Depresif duygular maddesinin eklenmesi ile çocuğa direk olarak depresif duygu durumunun sorulmasının; depresif afekt olmayan ancak depresif duygular hisseden çocuklar ile sözel olmayan yollardan depresif duyguları afektine yansıyan ancak mutsuzluk duygularını kesin bir dille inkar eden çocukları ayırmada klinik olarak işe yarayabileceği düşünülmüştür (128).

Ölçeğin kullanıcıları tarafından daha tanınabilir hale getirebilmek amacıyla, bazı belirti alanlarının adları değiştirilmiştir. Bazı belirti alanlarında küçük, ancak anlaşılmayı kolaylaştıracak değişiklikler yapılmıştır. Bu değişikliklerden en bariz olanları; genel somatik yakınmaların aşırı yorgunluk, iletişim kurma şeklinin ise cansız konuşma olarak değiştirilmesidir (128).

Ölçeğin puanlanmasının gözden geçirilmesi. Değerlendirmeciler genellikle çocuğun depresyonunun belirti profiline ait, hafif ancak dikkat çeken değişiklikleri göz önüne alarak puanlama yaptıklarını bildirmişlerdir. Bu geribildirim temel alınarak, ölçeğin puanlama yelpazesi belirtinin artan patolojisine göre genişletilmiş, böylelikle hastalık ve/veya remisyon sürecinde yapılan değerlendirmelerde, ölçeğin belirtilerin iyileşme veya kötüleşmesini gözlemlene duyarlılığını arttırmak amaçlanmıştır.

Aşağıdaki tabloda da görülebileceği gibi, 3 madde dışındaki belirti alanlarında puanlama 7'ye dek genişletilmiştir. Geri kalan 3 belirti alanı (uykuda bozulma, iştahta

bozulma ve cansız konuşma) içinse puanlama 5 puana dek genişletilmiştir. Sıfır puanlaması ise özet puanı etkilemediğinden ölçekten çıkarılmıştır (128).

Tablo 6. ÇDDÖ ve ÇDDÖ-R formunun maddeler ve madde puanlamaları açısından karşılaştırılması

ÇDDÖ maddeleri	Madde puanlamaları	ÇDDÖ-R formu maddeleri	Madde puanlamaları
Okul işlevselliği	0-5	Bozulmuş okul işlevselliği	1-7
Eğlenme kapasitesi	0-5	Keyif almada güçlük	1-7
Sosyal içe çekilme	0-5	Sosyal içe çekilme	1-7
Uyku	0-3	Uyku bozukluğu	1-5
Yeme düzeninde bozulma	0-3	İştahta bozulma	1-5
Genel Somatik	0-3	Aşırı yorgunluk	1-7
Fiziksel yakınmaların sıklığı	0-4	Fiziksel şikayetler	1-7
İrritabilite	0-5	İrritabilite	1-7
Kendine güven	0-5	Aşırı Suçluluk duyguları	1-7
		Azalmış kendine güven	1-7
		Depresif duygular	1-7
Morbid fikirler	0-4	Morbid düşünceler	1-7
İntihar düşünceleri	0-5	İntihar düşünceleri	1-7
Aşırı ağlama	0-3	Aşırı ağlama	1-7
<i>Sözel olmayan davranışlar</i>		<i>Sözel olmayan davranışlar</i>	
Depresif duygudurum	0-5	Depresif afekt	1-7
İletişim tarzı	0-3	Cansız konuşma	1-5
Hipoaktivite	0-3	Hipoaktivite	1-7
Özet puan aralığı	(15)-61	Özet puan aralığı	17-113

4.2.8. CDDÖ ile CDDÖ-R Formu Arasında Ölçeğin Kullanımına ve Yorumlanmasına Yönelik Ek Değişiklikler

Ölçeğin kendi içinde yapılan değişikliklerin yanı sıra, olgularla yapılan görüşmeler sırasında bilgilerin toplanması, değerlendirilmesi ve yorumlanması konularında da yeni yaklaşımlar ortaya konulmuştur. Bu değişiklikler, görüşme sırasında her bir görüşme alanına ait belirtilerin sorgulanma yolları, çoklu kaynaktan bilgi alınması sırasında elde edilen verilerin bir araya getirilerek bir sonuca varılması ve çocukla yapılan görüşmeden elde edilen bilgilerin ölçeğin özet puanını oluşturmak için puanlanması konularını içermektedir (120,128).

Görüşme sırasında belirti alanlarına yönelik verilerin toplanması amacıyla geliştirilen sorular:

CDDÖ’de her bir belirti alanına ait kısa tanımlamalar yer almaktaydı. Ancak süreçte, çocuklarla sürekli iletişim içinde olan ve görüşme yapan değerlendirmeciler için olduğu kadar, rutin olarak psikiyatrik görüşme yapmayan değerlendirmeciler için de, önerilen sorgulama cümlelerinin ölçeğe eklenmesi ile belirti alanlarının sorgulanmasının kolaylaşacağına yönelik bir fikir oluşmuştur. Belirti alanlarını taramak için önerilen soru kalıplarının katılması ile ölçeğin geliştirilmesi, bu ölçeği klinik örneklemede uygulayarak yapılan çalışmaların sonuçları ve bu çalışmalar sırasında tecrübe kazanan klinisyenlerin önerilerinden yararlanılarak gerçekleştirilmiştir. Ancak daha öncede belirtildiği gibi, bu yarı yapılandırılmış bir ölçek olup görüşme sırasında belirti alanları taranırken, önerilen sorulara katı bir uyumun sağlanması gereklilik arz etmemektedir (120,128).

Çoklu bilgi kaynağından elde edilen bilgilerin bir araya getirilerek yorumlanması.

CDDÖ’nün ilk geliştirildiği dönemde, değerlendirmeci çocuk ve çevresindeki kaynaklardan elde ettiği tüm bilgileri tek bir puan halinde skorlamaktaydı. Amaç depresyonun şiddetinin ölçülmesi olduğundan, tüm puanlamalar son olarak bir özet puanı halinde bir araya getirilmekteydi. Ancak bilgilerin bir araya nasıl getirileceğine dair yol gösterici bir rehber olmadığından, yapılan son puanlama elde edilen verilerin klinisyen tarafından kendi klinik yargısı sonucu tek bir puanlama şekline getirilmesi sonucu olmaktadır. Ek olarak çocuğun verdiği bilgi dışında, diğer kaynaklardan elde edilen

verilerin çocuğun söyledikleri ile ne kadar bağlantılı olduğunu yordayacak ve son puanlamada klinisyenin karar vermesini kolaylaştıracak bilgileri gösteren net veriler bulunmamaktaydı. Tek bir kombine puanlama, çocuğun durumuna ilişkin her bir belirti alanı için tek doğru bir puanlama olduğu yanlışlığı yaratarak, diğer kaynaklardan elde edilen duruma dair işe yarar verilerin gözden kaçmasına da neden olabilmekteydi.

Bu nedenler göz önüne alınarak, tek kombine bir puanlama yapılması yerine, her bir belirti alanı için tüm kaynaklardan elde edilen verilere ait puanlamanın ayrı ayrı yapılacağı bir düzenleme ölçeğin gözden geçirilmiş formunda yer aldı. ÇDDÖ-R formunda yapılan bu uyarılama ile, elde edilen bilgiler arasında ortaya çıkan farklılıkların, yorumlama sürecinde ek veri olarak göz önünde bulundurulması sağlanmış oldu (120,128).

Yorumlama sürecine yardımcı olmak amacıyla çocuk ve ebeveynlerden elde edilen bilgiler arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmaların sonuçları da ölçeğin gözden geçirilmesi sırasında yapılan değerlendirmelerin odak noktalarından biri oldu (120,128).

ÇDDÖ-R formu özet puanının hesaplanması ve çocuğa ait en iyi tanımlamanın puanlanması sürecinin geliştirilmesi.

Ölçeğe iki yeni belirti alanının ve belirtilerin sorgulanabilmesi için yardımcı sorgulama cümlelerinin eklenmesi ile puanlama aralığı en düşük olası özet puanı 17, en yüksek olası özet puanı ise 113 olacak şekilde yeniden düzenlendi. Özet puanının hesaplanması sürecinde yapılan gözden geçirmeler sonrası ortaya çıkan en önemli değişiklik özet puanı toplamı aralığında değil, hesaplama yapılması için izlenen yöntemde oldu. Öncesinde özet puanı elde etmek için, tüm bilgi verenlerle yapılan değerlendirme görüşmeleri sonucu her bir madde için yapılan puanlamaların toplanması yoluna gidilmekteydi. Daha önce de belirtildiği gibi, bu yöntemin kullanılması ile, bir yol gösterici rehberin eksik olması ve çoklu kaynaklardan elde edilen bilgilerin bazılarının gözden kaçırılarak veri kaybının yaşanması puanlama sürecinde ve yorumlamada istenmeyen sonuçlar doğmasına neden olmaktaydı. Buna ek olarak, referans örneklemden elde edilen verilerin özet puanının standardizasyon için değiştirilmesini de zorlaştırmaktaydı. Çoklu kaynaktan alınan bilgiler doğrultusunda her bir belirti alanı için yapılan yorumlama ile özet puanlamanın oluşturulmasındansa, yalnızca çocuktan elde edilen bilgiler baz alınarak ÇDDÖ-R formu özet puanları hesaplanmaya başlandı. Diğer kaynaklardan elde edilen bilgilerin, çocuktan elde edilen verilerin yorumlanmasına katkıda bulunması sağlanarak “çocuğa ait en iyi tanımlama” puanı adı altında özet puanın hesaplanmasına yoluna gidildi (120).

4.2.9. Standardizasyon

Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü (National Institute of Mental Health-NIMH), 1980'li yıllarda çocukluk çağı depresyonunu konu alan uzunlamasına çalışmalar kapsamında ölçeğin yeniden gözden geçirilerek daha ileri düzeyde geliştirilmesine katkıda bulundu (120).

4.2.9.i Örneklem çalışmalarının özellikleri

Geliştirme, değerlendirme ve standardizasyon aşamalarında iki örneklem grubunda çalışmalar yapıldı. Bunlardan ilk örneklem grubu, çocukluk çağı depresyonu tanısı olan ve uzunlamasına olarak izlemi yapılan çocuklardan, ikincisi ise yalnızca bir kez değerlendirmenin yapıldığı okul örnekleminden seçilen çocuk ve onların ailelerinden oluşmaktaydı. Okul örnekleminden seçilen çocuklar ve ailelerinden oluşan referans örneklem grubundan elde edilen değerlendirme verileri ÇDDÖ-R formunun geliştirilmesi sürecinde özet puanlarının hesaplanması için normatif veri olarak kullanıldı (120).

4.2.9.ia Klinik Örneklem. Bu grupta yer alan çocuklardan, yapılan ilk değerlendirmede DSM III ölçütlerine göre depresif bozukluk tanısı alanlar, tanı aldıkları görüşmeyi takiben 6.hafta, 6.ay, 1.yıl ve ilerleyen süreçte uzunlamasına olarak izlenmeye devam ettiler. İlk değerlendirmeye katılan klinik örneklemde 28 kız, 50 erkek toplam 78 çocuk yer almaktaydı. Klinik örneklemini oluşturan çocukların ortalama yaşı 10 olup, çocukların %35'i afroamerikan, %58'i beyaz ırk, %7'i ise çoğunlukla ispanyol olan farklı etnik kökenlerden gelmekteydi. Bu örneklem grubunda etnik köken, sosyoekonomik düzey gibi demografik değişkenlerle ÇDDÖ-R formu belirti puanlaması arasında bir ilişki olup olmadığı da incelendi. İlk değerlendirmeye katılan 78 çocuktan 60 tanesi DSM III ölçütlerine göre depresyon tanısı aldı. 60 depresyonlu çocuktan 54 tanesi (%90) major depresif bozukluk tanı ölçütlerini karşılarken, geri kalan 6 tanesi (%10) distimik bozukluk tanısı almaktaydı. Bu çocuklardan hemen yarısı (%46.7), depresif bozukluk dışında bir başka psikiyatrik eş tanı da alan çocuklardı.

İlk değerlendirmeye katılan 78 çocuğun tüm tanı görüşmeleri değerlendirilip, değerlendirme süreçlerinde ÇDDÖ-R formu kullanıldı. ÇDDÖ-R formunun geçerliği ve güvenilirliğinin yapılması amacıyla yapılan bu çalışmada verileri toplanan çocukların bir

bölümünde bazı varyasyonlar olduğu gözlemlendi. Bu varyasyonlara neden olan pek çok faktör bulunmaktaydı. Örneğin; görüşmeciler arası güvenilirlik için, aynı çocuğun değerlendirme görüşmesinin birbirinden bağımsız olarak iki farklı psikiyatrist tarafından puanlaması yapıldı. Bu bağlamda 25 çocuk değerlendirmeye alındı. Konverjan geçerlik içinse bu ikili puanlama süreci tekrarlandı; ancak bu süreçte bir psikiyatrist değerlendirme görüşmesi sırasında çocuğun belirtilerini Depresyonun Genel Değerlendirmesi ve Hamilton Depresyon değerlendirme ölçeğini puanlarken, diğer psikiyatristten ÇDDÖ-R formunu puanlaması istendi. Bu bağlamda değerlendirmeye alınan çocuk sayısı ise 36 idi. Kalan 17 çocuk içinse, ikili değerlendirme ve puanlama sürecinin işlemesi zamanlama sorunu nedeniyle yapılamayarak, değerlendirme görüşmeleri tek bir psikiyatrist tarafından gerçekleştirildi.

Test-tekrar test güvenilirliği içinse, 52 çocuktan ilk değerlendirme görüşmesi ve takip eden 2.haftada yapılan ikinci bir değerlendirme görüşmesinden elde edilen puanlama sonuçları kullanıldı. Test-tekrar test güvenilirliği için çalışmanın deseni gereği, çalışmaya yalnızca depresyon tanısını alan 60 çocuk dahil edilirken, kalan 18 çocuğun 2.hafta değerlendirmeleri ve uzunlamasına takipleri yapılmadı. Bu depresyon tanılı 60 çocuktan 8 tanesi kendilerine verilen 2.hafta değerlendirme görüşmesi randevularına gelmediklerinden, test-tekrar test güvenilirliği hesaplamasında verileri göz önüne alınmadı.

Son olarak değerlendirilen tüm çocuklara konverjan geçerlik hesaplanması için ek bir ölçüme olanak sağlayan dexametazon baskılama testi uygulanması planlandı. 57 çocuktan elde edilen veriler değerlendirmeye alındı. Kalan 21 çocuktan veri elde edilmesini engelleyen çeşitli faktörler arasında, kan aldirmayı reddetme, talimatlar gereği dexametazon tabletin içilmesinde sorun yaşanması ve alınan kan örneklerinin laboratuvar ortamında kontaminasyonu yer almaktaydı (120,134).

Tablo 7. Klinik örnekleme de yer alan çocukların sosyodemografik özellikleri

	<u>Yaş(ay)</u>		<u>Cinsiyet</u>		<u>Etnik Köken</u>		
	<u>Ortalama</u>	<u>SD</u>	<u>Erkek</u>	<u>Kız</u>	<u>Afroam</u>	<u>Bevaz</u>	<u>Diğer</u>
			(a)	(b)	(c)	(d)	(e)
Depresyon yok(f)	117.3	28.0	%44	%56	%39	%44	%17
Depresyon var(g)	120.8	22.4	%70	%30	%33	%62	%5

N=78;

n(a)=50; n(b)28; n(c)=27; n(d)=45;n(e)=6 çoğunlukla İspanyol köken

n(f)=18.

n(g)=60.

Tablo 8. Klinik örnekleme de yer alan çocukların klinik özellikleri

Tanı kategorileri	Çocukların yüzdesi
Depresif bozukluk tanısı	%77
Yalnızca major depresyon	%35.9
MDB+diğer psikiyatrik tanılar	%32.1
Yalnızca distimi	%5.1
Distimi+diğer psikiyatrik tanılar	%2.6
MDB+distimi	%1.3
Depresif bozukluk tanısı yok	%23
Diğer psikiyatrik tanılar	%19.2
Psikiyatrik tanı yok	%3.8

N=78.

4.2.9.ib Okul Örnekleme. Chicago örnekleminde rastgele seçilen bir okuldan 223 çocuk çalışmaya alınarak klinik dışı örneklem verileri elde edildi. Katmanlaştırılmış rastgele örneklem prosedürüne uygun olarak, ebeveynlerinden onam istenen 606 çocuk arasından rastgele seçilen 223 çocuk ile değerlendirme görüşmeleri yapıldı. Onam formları 2 hafta ara ile 2 kez çocukların evlerine gönderildi. Aileleri yalnızca İspanyolca konuşan çocukların evlerine İspanyolca dilinde hazırlanan onam formları gönderildi. Gönderilen 606 onam formundan %51 oranında olumlu yanıt alındı.

Çalışmaya katılan çocuklardan her biri ile 6 deneyimli çocuk doktoru, 4 çocuk psikiyatristi, bir klinik hemşire ve bir klinik psikologdan biri ÇDDÖ-R formu değerlendirme görüşmesini yürüttü. Tüm değerlendirmeciler kadındı ve hepsi ÇDDÖ-R formunun uygulaması klinik hakkında eğitilmiş, deneyimli kişilerdi.

Bu çocuklardan 109'unun ebeveynleri ile bağımsız olarak değerlendirme görüşmeleri düzenlendi. Görüşmelerin yapıldığı 109 ebeveynin 102'si (%93), çocukların anneleriydi.

Klinik dışı örnekleme oluşturan çocukların yaşı 6 ile 12 arasında değişirken, yaş ortalaması yaklaşık 9.5 idi. Kızlar örneklemin %47.1'ini oluştururken, erkeklerin oranı %52.9 idi. Etnik kökenlere bakıldığında, katılımcıların 3'te 1'i afro-amerikan, %40'ı beyaz ırk ve %27'si (çoğunluğu İspanyol kökeninin oluşturduğu) diğer etnik kökenlerden gelmekteydi. Sosyoekonomik olarak örneklem düşük orta sosyoekonomik seviyedeydi.

Okul örnekleminde, ÇDDÖ-R formu puanları ile sosyodemografik veriler arasındaki ilişki araştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir bulguya rastlanmadı (120).

Tablo 9. Normatif örnekleme de yer alan çocukların sosyodemografik özellikleri

Tüm çocukların görüşmeleri(a)		Ebeveynleri ile de görüşme yapılabilen çocuklar(b)
Yaş (ay)		
Ortalama	112.0	110.7
SD	23.0	21.6
Cinsiyet		
Kız	105 (%47.1)	53(%48.2)
Erkek	118 (%52.9)	57(%51.8)
Etnik köken		
Afro-amerikan	74(%33.3)	42(%38.2)
Beyaz	88(%39.4)	47(%42.8)
Diğer(c)	61(%27.3)	21(%19.1)
Sosyoekonomik durum(d)		
Ortalama	33.4	33.4
SD	26.3	26.2

(a) N=223.

(b) N=109.

(c) Çoğunlukla İspanyol kökenli

(d)Duncan ölçeği kullanarak (Reis,1961), ailelerin sosyoekonomik düzeyleri ebeveynlerin iş durumları göz önüne alınarak değerlendirildi. Ebeveynlerin iş bilgileri 223 çocuktan ebeveynleri ile görüşme yapılan 115'den elde edilmiştir.

4.2.9. ii Standardize Edilmiş ÇDDÖ-R Formu Özet Puanları

ÇDDÖ-R formunun son normları klinik dışı 223 çocuktan elde edilen değerlendirme verilerinden elde edildi ve bu veriler kullanılarak normalize edilmiş T-skoru puanları bulundu. Normalize etme işlemi, normal bir eğri üzerine ham puanların dağılımı sonucu yapıldı. ÇDDÖ-R formunun özet puanının T-skorunun hesaplanması, ortalamanın 50 ve standart deviasyonun 10 olduğu bir klinik ölçeğin geliştirilmesi sırasında uygulanan standart prosedür doğrultusunda yapıldı. Puanlamaların direk ortalaması ve standart deviasyonlarından çok, ham puandaki kümülatif olasılıklar hesaplanarak T-skoru elde edildi (120).

4.3. COCUKLAR İÇİN DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ FORMUNUN (ÇDDÖ-R) PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİ

ÇDDÖ-R formunun psikometrik özellikleri, biri çocuk hastalıkları kliniğinde yatan (133) diğeri ise psikiyatri kliniğinde yatan (134) iki farklı çocuk hasta grubunda incelenmiştir. Bu iki farklı grup içinde de, bu konu üzerinde deneyimi olmayan klinisyenler tarafından uygulanmış olmasına rağmen ölçek, depresyonun şiddetini belirleme açısından geçerli ve güvenilir bulunmuştur (120).

ÇDDÖ-R formunun psikometrik özellikleri incelenirken ölçeğin; (a) geçerliği ve güvenilirliğine, (b) depresif duygudurum ve eşlik eden depresif belirtiler bağlamında klinisyenin yaptığı puanlama ile ölçeğin çocuğun hastalığını predikte etmesi arasındaki ilişkiye, (c) belirti alanlarının puanlanması ve ÇDDÖ-R formunun özet puanlarının belirlenmesi üzerine sosyodemografik belirtilerin etkilerine ve (d) bazı özellikli belirti alanlarında ebeveyn ve çocukların verdiği bilgiler arasındaki uyuma bakılmıştır (120).

4.3.1. ÇDDÖ-R Formunun Geçerlik ve Güvenirliği Hakkındaki Öncü Çalışmalar

ÇDDÖ-R formunun geçerliği ve güvenilirliği hakkındaki ilk çalışmalarda, iki farklı psikiyatri polikliniğinde 53 çocuk ile yapılan görüşmeler sonucu elde edilen bulguların ÇDDÖ'ye ait bulgular ile benzer olduğu gösterilmiştir. ÇDDÖ-R formunun özet puanları ile karşılaştırılarak görüşmeciler arası güvenilirliğe bakıldığında ise, korelasyon katsayısı 0.86

bulunmuştur. Her bir çocuğa ait ÇDDÖ-R özet puanları ile Depresyon Genel Değerlendirme (Global Rating of Depression) puanları arasındaki korelasyona bakılarak konverjan geçerlik değerlendirilmiş, korelasyon katsayısının 0.92 olduğu görülmüştür (120).

Yine aynı çalışmada; belirti alanlarına ait puanlarla çocuğun yaşı, *İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi* (Global Assessment of Functioning-GAF) sonucu elde edilen puanlar, *Depresyon Genel Değerlendirilme* puanları ve ÇDDÖ-R formunun özet puanları arasındaki korelasyonlara bakılmıştır (120).

İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi (GAF); 1970'lerin ortalarında Endicott ve ark. tarafından geliştirilen Genel Değerlendirme Ölçeğini model alan, DSM III-R ve DSM IV'e göre genel işlevselliğin değerlendirildiği ve eksen V'de puanlanan bir ölçektir (136). GAF puanı ÇDDÖ-R formu depresif bozukluğu olan çocuklarda özgün depresif belirtiler ile çocuğun genel işlevsellik seviyesi veya günlük aktiviteleri sırasında yaşadığı sorunlar arasındaki ilişkinin değerlendirilebilmesi amacıyla kullanılmıştır.

Klinik deneyim dikkate alınarak, 4 madde alt grubu tanımlanmış, bu alt grupların anlamlı belirti kümelerini temsil ettiği düşünülmüştür. Bunlar; (a) duygudurum belirtileri (Depresif duyular, depresif afekt, irritabilite ve aşırı ağlama), (b) somatik belirtiler (iştahta bozulma, uykuda bozulma, aşırı yorgunluk hali, hipoktivite, cansız konuşma ve fiziksel şikayetler), (c) öznel ifadeler (düşük benlik saygısı, aşırı/abartılı suçluluk duyguları, morbid düşünceler ve intihar düşünceleri) ve (d) davranışsal belirtiler (anhedoni, sosyal içe çekilme ve bozulmuş okul işlevselliği) şeklinde 4 alt grup olarak tanımlanmıştır. Beklenildiği biçimde, her bir alt grup ile, Depresyon Genel Değerlendirme puanları ve ÇDDÖ-R formunun özet puanları arasında pozitif ve belirgin bir korelasyonun varlığı gösterilmiştir. Buna ek olarak, her bir alt grubun puanları ile GAF skorları (bu ölçümde işlevsellikte bozulmanın varlığında düşük puanlar kodlanır) arasında negatif bir korelasyon vardır ancak istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon öznel belirtilerin toplandığı alt grup ile GAF puanları arasında gösterilmiştir. Yapılan istatistiksel analizler sırasında elde edilen en ilginç bulgu yaş ile ilişkili korelasyonlardır. Yaş ve belirlenen bu 4 alt grup puanları arasında belirgin bir korelasyon gösterilememiştir. Bu bulgu ile en azından poliklinik örnekleminde, ÇDDÖ-R formu puanlamasının yaştan etkilenmediğini söylemek mümkündür (120).

Son olarak, ÇDDÖ-R formunun psikometrik özelliklerinin çalışıldığı öncü çalışmalarda ilk olarak ölçeğin diskriminant (ayırt edici) geçerliği çalışılmıştır. Geliştirilen

ölçme aracından çıkacak sonuçlara yönelik hipotezler geliştirilir ve bu hipotezler test edilerek diskriminant geçerlik belirlenir.

DSM-III ölçütleri göz önüne alındığında MDB tanısı olmayan grubun ÇDDÖ-R formunun ham puanlarının, MDB tanısı olan grubun ham puanlarından ortalama olarak 23 puan daha düşük olduğu gösterilmiştir (128). Bu bulgular cesaret vericidir. Bulgular, öncüsü olan ÇDDÖ gibi ÇDDÖ-R formunun da depresif çocukları depresif olmayanlardan ayırabildiğini gösteren iç tutarlılık değeri ve değerlendirilen çocuğun yaşından bağımsız olarak değerlendirme yapabilme özelliği ile depresyonun şiddetini güvenilir olarak ölçen bir enstrüman olduğuna işaret etmektedir (120,128).

4.3.2. ÇDDÖ-Gözden Geçirilmiş Formunun Güvenirliği

Güvenirlik, hangi test puanlarının ölçüm hatalarından etkilenmediğini gösteren bir istatistiksel boyuttur. Ölçümün farklı şartlarda yapıldığı durumlarda, ölçüm puanları farklı nedenlerle etkilenebilir ve bu durum güvenilirliği bozucu şekilde etki eder.

ÇDDÖ-R formunun güvenilirliğinin değerlendirilmesi, (a) aynı olgunun, aynı görüşme için farklı değerlendirmeciler tarafından puanlanması (değerlendirmeciler arası güvenilirlik-interrater reliability), (b) aynı olgunun farklı zamanlarda farklı görüşmeciler tarafından puanlanması (test-tekrar test güvenilirliği) ve (c) enstrümanı oluşturan maddeler arasındaki ilişkinin (iç tutarlılık) incelenmesi ile yapılmıştır (120).

(a) Değerlendirmeciler arası güvenilirlik

Klinik örnekleme yer alan çocuklarla yapılan görüşmeler ile ÇDDÖ-Gözden geçirilmiş formu özet puanları elde edilmiş, değerlendirilmeciler arası güvenilirlik 0.92 olarak bulunmuştur (120,128).

(b) Test-tekrar test güvenilirliği

Klinik örnekleme yer alan çocuklar ile başlangıçta ve 2 hafta sonra görüşmeler yapılmış, ilk görüşme ile ikinci görüşme birbirine ve olgulara kör iki farklı görüşmeci tarafından puanlanmıştır. Bu yaklaşım ile yalnızca çocuğun depresif durumunun değişmeden kalması değil değerlendirilmeciler arası güvenilirlikte bir başka bakış açısı ile

değerlendirilmiştir. Ancak iki görüşme arasına giren zamansal boşluğun yorumu zorlaştırdığı dikkati çekmiştir. Yapılan istatistiksel analiz sonucu test tekrar test için korelasyon katsayısı 0.80 olarak belirlenmiştir (120,128).

(c) *İç tutarlılık*

ÇDDÖ-R formunun iç tutarlılığı Cronbach's alfa değeri hesaplanarak belirlenmiştir. 223 çocuğun katıldığı bir okul örnekleminde elde edilen veriler ile elde edilen alfa değeri 0.85 olarak bulunmuştur (120,128).

ÇDDÖ-R formu ile yapılan değerlendirilme sırasında elde edilen ölçek özet puanları veya bu puanların T-skorları, değerlendirme hakkında görüşmeciye olguya yönelik ilk yorumları sağlayan puanlar olduklarından ölçeğin güvenilirliğinin gösterilmiş olması önem taşımaktadır. Her bir belirti için görüşmeciler arası güvenilirlik ortalama 0.78 olup, 0.40 ile 0.95 arasında değişen bir yelpazededir. Kappa katsayısı her bir belirti için hesaplanırken, 3 puan temel alındığında iki yoruma ulaşılmıştır, bir belirti için (1) 3'ten daha düşük olarak puanlama yapılmışsa bu durum sorgulanan belirtinin olmadığına işaret etmekte olup, (2) 3 veya daha yüksek bir puanlama yapılmışsa bu durum belirtinin var olduğu şeklinde yorumlanmıştır. 17 madde için hesaplanan kappa katsayısı 0.35 ile 1.0 arasında değişmekte olup, 17 maddenin 12'sine ait kappa katsayısı 0.50'den yüksek olarak bulunmuştur (120).

Tablo 10. ÇDDÖ-R formunun klinik ve klinik dışı örnekleme madde-total korelasyonları

Madde	Klinik örneklem (a)	Klinik dışı örneklem (b)
Bozulmuş okul işlevselliği	0.28	0.52
Eğlenme güçlüğü/anhedoni	0.77	0.52
Sosyal içe çekilme	0.58	0.51
Uykunun bozulması	0.58	0.54
İştahta bozulma	0.42	0.36
Aşırı halsizlik	0.65	0.47
Fiziksel şikayetler	0.62	0.45
İrritabilite	0.44	0.58
Yoğun suçluluk duyguları	0.60	0.44
Düşük benlik saygısı	0.70	0.68
Depresif duygular	0.78	0.65
Morbid düşünceler	0.64	0.60
İntihar Düşünceleri	0.65	0.65
Aşırı ağlama	0.53	0.57
Depresif afekt	0.74	0.71
Cansız Konuşma	0.44	0.54
Hipoaktivite	0.43	0.50

N (a)=78.

N (b)=223

*p<0.01; diğer tüm maddeler istatistiksel olarak anlamlı olup p değeri <0.001'dir.

4.3.3. CDDÖ-Gözden Geçirilmiş (CDDÖ-R) Formunun Geçerliliği

Geçerlik, enstrümanın kullanımı sırasında puanlaması yapılan testin yanıtı aranan soruya uygunluğu, anlam taşıması ve kullanılabilirliğinin değerlendirilmesi anlamına gelmektedir

ÇDDÖ-R formunun geçerliği; yapısal geçerlik, ölçütlere ilişkin geçerlik, sosyodemografik değişkenlerin etki gücü ve çocuk ile aile görüşmelerinin birbiriyle karşılaştırılmasıyla değerlendirilmiştir. Ölçeği oluşturan maddelerin yapısal geçerliği, depresif bozukluk için DSM III, DSM III-R ve DSM IV’de yer alan işleme ölçütlerine uygun olarak doğrulanmıştır (120).

(a) Yapısal Geçerlilik

Yapı; belirteçlerinin ölçümü ile değerlendirilebilen, direk olarak gözlemlenme şansının olmadığı teoretik bir kavramdır. Yapısal geçerlik, belli bir teoretik yapının ölçümü için seçilen değişkenlerin ne kadar iyi seçildiğine dair kanıtların bir araya getirildiği bir süreçtir.

ÇDDÖ-Gözden geçirilmiş formunun yapısal geçerliğini desteklemek amacıyla, ölçeğin diğer depresyonu değerlendiren ölçüm araçları ile arasında nasıl bir ilişki olduğunu ve depresif çocuklarla depresif olmayanları birbirinden doğru olarak ayırt edip edemediğini araştıran pek çok çalışma düzenlenmiştir. Bu çalışmaların odaklandığı ilk nokta konverjan geçerliğinin, ikinci önemli nokta ise diskriminant geçerliğinin değerlendirilmesi olmuştur (120).

(b) Konverjan (Birleşim) Geçerlilik

Konverjan geçerliği, ÇDDÖ-R formunun depresyonu ölçen diğer enstrümanlar ile ilişkisini inceler. ÇDDÖ-R özet puanları ile Depresyonun Genel Puanlaması, Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği özet puanları ve Dexametazon baskılama testi sonucunda kortizolün baskılanmaması arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar yapılmıştır (120).

Depresyonun Genel Puanlaması (DGP). ÇDDÖ ve ÇDDÖ-R formunun psikometrik özelliklerinin birbirine benzer yöntemlerle değerlendirildiği çalışmalarda, özet

puanları ile bu ölçekten bağımsız olarak değerlendirilen DGP sonuçları birbiriyle korele bulunmuştur. Genel puanlama 7 puanlı bir skala kullanılarak yapılır. 1'den 7'ye doğru artan puanlama, belirlenen depresyonun şiddetindeki artışı temsil eder. Depresyonun Genel Puanlaması, klinik tablonun tüm açılarından değerlendirilmesinin sonucu ortaya çıkan klinik yargıyı gösteren bir göstergedir ve sonuçları ÇDDÖ-Gözden geçirilmiş formu özet puanları ile karşılaştırılmış, elde edilen korelasyon puanı $r=0.87$ bulunmuştur (120,128).

Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği. Konverjan geçerliği değerlendirmek için ikinci olarak ÇDDÖ-R formunun özet puanları ile Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeğinin modifiye edilmiş formunun özet puanları karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırma 9 yaş ve daha büyük çocuklar arasında yapılmış, iki ölçüme ait özet puanlar arasındaki korelasyon $r=0.48$ ($n=36$; $p<0.01$) bulunmuştur. Bu korelasyon depresyonun şiddetini değerlendiren iki enstrüman arasında kabul edilebilir bir konverjans olduğunu göstermektedir (120,128).

Dexametazon Baskılama Testi (DST). Geçerlik çalışmalarında önde gelen sınırlılıklardan biri, psikopatolojinin değerlendirilmesinde klinik yargı ve öznel bildirimlere dayanmayan, uygulanabilir nesnel ölçümlerin bulunmamasıdır. Bu amaçla, depresyonun araştırıldığı çalışmalarda depresyonun biyolojik belirteçlerini tanımlayabilmek için oldukça fazla çaba sarf edilmiştir. DST, bugüne dek depresyonun biyolojik belirteci olarak en yaygın kullanılan ölçümdür (137). DST, oral alınan dexametazon dozlarına yanıt olarak kortizol salgılanmasının baskılanmamasının ölçüldüğü bir uygulamadır. Kortizolün baskılanmaması var olan depresyonun bir belirteci olarak ortaya çıkar denilmektedir.

Klinik örneklemden seçilen 57 çocuğa ÇDDÖ-Gözden R formu uygulanması ile elde edilen özet puanlar ile bu çocuklara DST uygulanması sonucu kortizolün baskılanmaması ile elde edilen veriler karşılaştırılarak, bu iki ölçüm sonuçları arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Elde edilen sonuçlar, CDRS-R formu özet puanlarının kortizolü baskılanmayan çocuklarda, önceden tahmin edildiği şekilde daha yüksek olduğu yönündedir [$F(1,55)=5.31$; $p<0.03$]. Yapılan ikinci değerlendirmede de; ÇDDÖ-R formu özet puanları median değere göre yüksek ve düşük puanlar alanlar şeklinde ikiye ayrılmış, yapılan istatistiksel analizler ile, yüksek puanların kortizolün baskılanmaması, düşük puanların ise kortizolün baskılanması ile anlamlı derecede ilişkili olduğu gösterilmiştir [$\chi^2(1)=6.98$; $p<0.009$] (120).

(c) Diskriminant Geçerliği

ÇDDÖ-R formunun diskriminant geçerliğinin değerlendirilmesi amacıyla, üç grup çocuğun ÇDDÖ-R formu özet puanları birbiriyle karşılaştırılmıştır. Graplama (a) psikiyatrik değerlendirmeler sonucu DSM III ölçütlerine göre MDB ve distimiyi içeren depresif bozukluk tanısı alan çocuklar (n=60), (b) psikiyatrik olarak değerlendirilerek depresif bozukluk tanısı dışında herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı alan çocuklar (n=18), (c) klinik dışı örneklemden seçilen çocuklar (n=223) şeklinde yapılmıştır.

Depresif bozukluk tanısı almış çocukların ÇDDÖ-R formu puanlarının, hem depresif bozukluk dışı psikiyatrik bozukluk tanısı olan hem de klinik dışı örneklemden seçilen çocuklardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Depresif bozukluk tanısı almış çocukların ÇDDÖ-R formu puanları ($M=53.68$; $SD=15.7$), depresif bozukluk dışı psikiyatrik bozukluk tanısı olan gruptan ($M=34.12$; $SD=8.4$) 19 puan, klinik dışı örneklemden seçilen gruptan ise ($M=27.8$; $SD=8.9$) 25 puan daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Bu üç grup çocuğun, ÇDDÖ-Gözden geçirilmiş özet ham puanlarına bakıldığında, puanların her grup için farklı kümülatif oranları olduğu dikkati çekmiştir. Bu gruplar arasında bazı çakışmalar olsa da, gruplar teorik tahminlerle bağdaşan şekilde açık olarak farklı dağılımlar göstermektedir (120,133,134).

Tablo 11. Depresif, depresif olmayan ve klinik dışı örneklemden seçilen çocukların ÇDDÖ-R formu farklı ham puan seviyelerinde elde edilen kümülatif oranlar

ÇDDÖ-R(ham) Özet Puanları	Klinik Örneklem Depresif grup (a)	Klinik Örneklem Depresif olmayan grup (b)	Klinik dışı örneklem(c)
17			1.8
18			4
19			10.8
20			19.7
21			27.4
22			35.4
23		5.6	40.4
24		5.6	44.4
25		16.7	48.9
26		22.2	54.7
27		33.3	60.1
28		33.3	64.9
29		38.9	68.2
30	1.7	44.4	72.2
31	1.7	44.4	73.1
32	1.7	44.4	75.3
33	5.0	44.4	78.5
34	10	61.1	81.2
35	11.7	66.7	83.9
36	16.7	66.7	85.2
37	16.7	66.7	87.4
38	23.3	66.7	88.8
39	23.3	72.2	91.5
40	26.7	72.2	92.4

ÇDDÖ-R(ham) Özet Puanları	Klinik Örneklem Depresif grup (a)	Klinik Örneklem Depresif olmayan grup (b)	Klinik dışı örneklem(c)
41	26.7	72.2	93.7
42	30.0	77.8	94.2
43	30.0	83.3	95.1
44	36.7	88.9	95.1
45	40.0	88.9	95.1
46	40.0	88.9	95.1
47	46.7	88.9	95.5
48	46.7	94.4	95.5
49	48.3	94.4	95.5
50	48.3	100.0	96.0
51	48.3		96.9
52	48.3		97.3
53	50.0		98.2
54	55.0		98.2
55	58.3		98.2
56	58.3		98.2
57	61.7		98.2
58	66.7		98.2
59	66.7		98.2
60	66.7		99.1
61	66.7		99.1
62	70.0		99.1
63	75.0		99.6
64	76.7		100.0
65-66	80.0		
67-69	86.7		
70-71	86.7		
72-74	90.0		

ÇDDÖ-R(ham) Özet Puanları	Klinik Örneklem Depresif grup (a)	Klinik Örneklem Depresif olmayan grup (b)	Klinik dışı örneklem(c)
75-76	90.0		
77-79	95.0		
80-81	95.0		
82-84	95.0		
85-86	96.7		
87-89	96.7		
90-91	96.7		
92-94	98.3		
95-96	100.0		

N(a)=60.

N(b)=18.

N(c)=223.

ÇDDÖ formu ham özet puanları bir çevirme formülü ile ÇDDÖ-R formu eş değerlerine Poznanski, Grossman, Buchsbaum, Freeman ve Gibbons (1984) tarafından değiştirilmiştir (128).

Tablo 12. Klinik tanı alıp almama durumlarına göre çocukların ÇDDÖ-R formu T skoru ortalamaları (128,133,134).

	N	T-skoru Ortalaması
Depresif Bozukluklar		
Major Depresif Bozukluk ile birlikte:		
Ek tanı var	26	71
Ek tanı yok	28	74
Distimik Bozukluk	6	64
Tüm Depresif Bozukluklar	60	71
Diğer Psikiyatrik Tanılar		
Yatan Hasta (a)	30	60
Ayaktan Hasta	18	58
Diğer Tıbbi Tanılar		
Yatan Hasta (b)	30	56
Klinik Dışı Örneklem		
	223	53

- (a) ÇDDÖ'nin geliştirilmesi sırasında çalışılan psikiyatri yataklı servisi
(b) ÇDDÖ'nin geliştirilmesi sırasında çalışılan çocuk hastalıkları yataklı servisi

(d) Ölçüt ile İlişkili Geçerlik

Kullanılan enstrümandan elde edilen bilgileri açıklamak veya öngörmek amacını güden her türlü değişken "ölçüt" olarak adlandırılır. Pratikte ölçüt ile ilişkili geçerlik çalışmalarının çoğunluğu öngörülebilirliğe odaklanmıştır. Klinik dışı örneklem grubunda ölçüt ilişkili geçerliği belirlemek amacıyla, (a) ÇDDÖ-R formunun belirti değerlendirme puanları ile intihar düşüncesi ve davranışları arasındaki ve (b) ÇDDÖ-R formu ile yapılan değerlendirme sonucu belirlenen disforik duygu durum ile ek depresif belirti sayısı arasındaki ilişki incelenmiştir (120).

İntihar düşüncesi ve davranışları. İntihar düşüncesi ve davranışı bu rahatsızlığa özgül bir belirti olmasa da, yaygın olarak depresyon ile ilişkilendirilmiştir (138). Erişkinlerde intihar düşüncelerinin ve davranışlarının varlığı ve şiddeti ile depresyon arasında oldukça yüksek bir korelasyonun varlığı gösterilmiştir. Eğer intihar davranışı depresyonun şiddetinin klinik bir yansıması olarak değerlendirilecek olursa, intihara eğilimi olan depresif olguların, intihar düşüncesi olmayanlara oranla belirgin olarak daha yüksek bir patolojiye sahip olduklarını beklemek yanlış olmaz. ÇDDÖ-R formunun uygulandığı klinik dışı örneklem grubunda intihar düşünce ve davranışları maddesi ile çocukla yapılan görüşmede çocuğun sözel ifadelerine göre değerlendirmenin yapıldığı geri kalan 13 madde karşılaştırılmıştır. Bu maddenin özellikle diğerleri ile karşılaştırılmasındaki amaç, intihar düşünceleri olan çocukların bu düşüncelerini sıklıkla ebeveynleri ve yakınları ile paylaşmıyor olmalarıdır.

Bu maddeler karşılaştırılırken intihar düşünce ve davranışları maddesinin sorgulanması ile elde edilen sonuçlara göre örneklem, intihar düşüncesinin olmadığını gösteren 1 ve 2 puan alan ve intihar düşüncesinin olduğunu gösteren 3 puan ve üstü alan grup olacak şekilde ikiye ayrılmıştır. 1 ve 2 puan alan çocukların oluşturduğu grupta kendi içerisinde, 2 puan alan grubun intihara ait düşüncelerini potansiyel olarak inkar ediyor olabilecek çocuklardan oluşması nedeniyle ikiye ayrılarak sınıflandırılmıştır. Ancak 1 veya 2 puan alan çocuklar arasında yapılan karşılaştırmada herhangi bir anlamlı farklılık gösterilememiştir. Sonuç olarak intihar düşünce ve davranışları olan grupta yer alan çocukların diğer 13 maddeye verdikleri sözel yanıtların puanlanması sonucunda elde edilen değerlerin diğer grupla karşılaştırıldığında anlamlı olarak yüksek olduğu dikkati çekmiştir (120).

Tablo 13. Klinik dışı örneklemden seçilen çocuklardan intihar düşünceleri olan grup ile olmayan grup arasındaki ÇDDÖ-R formu maddelerine ait puanların ortalamalarının karşılaştırılması

Belirti Alanları	İntihar düşünceleri olduğunu söyleyen çocuklar(a)		İntihar düşüncesi olmayan çocuklar(b)	
	Ortalama	SD	Ortalama	SD
Bozulmuş okul işlevselliği	2.2	1.5 **	1.4	0.8 **
Keyif almada güçlük	1.9	1.1 **	1.5	0.8 **
Sosyal içe çekilme	1.9	1.2 **	1.3	0.6 **
Uyku bozukluğu	2.1	1.3 **	1.6	0.9 **
İştahta bozulma	1.6	0.9 **	1.2	0.6 **
Aşırı halsizlik	2.2	1.4 **	1.6	0.9 **
Fiziksel Şikayetler	1.9	1.2 **	1.5	0.8 **
İrritabilite	2.3	1.2 **	1.6	0.8 **
Aşırı suçluluk duyguları	1.9	0.9 **	1.6	0.9 **
Düşük benlik saygısı	3.2	1.6 **	1.9	1.3 **
Depresif duygular	2.3	1.0 **	1.6	0.8 **
Morbid düşünceler	3.2	1.3 **	2.1	1.0 **
Aşırı Ağlama	2.8	1.6 **	1.8	1.2 **

Not. N=223.

(a) İntihar düşünceleri hakkındaki puanlama ≥ 3 ; n=37.

(b) İntihar düşünceleri hakkındaki puanlama ≤ 3 ; n=186

* İstatistiksel olarak anlamlı farkın ortalamasına ait *t-testleri* p=0.05.

** * İstatistiksel olarak anlamlı farkın ortalamasına ait *t-testleri* p=0.001.

Disforik Duygu durum ve ek depresif semptomlar arasındaki ilişki: ÇDDÖ-R uygulanması sırasında değerlendirilen son 3 belirti, çocuğun sözel ifadesine göre değil klinisyenin özellikle çocuğun uygulama sırasındaki sözel olmayan ifadelerini gözlemlemesine dayanarak puanladığı belirtilerdir. Çocuğun sözel olarak ifade ettiği disforik duygu durumu ile klinisyenin görüşme sırasında gözlediği disforik duygu duruma yönelik sözel olmayan dışa vurumlar arasındaki ilişki üzerine oldukça ayrıntılı incelemeler

yapılmıştır. Veriler analiz edilirken yine klinik dışı seçilen 223 çocukla yapılan ÇDDÖ-R formu değerlendirmesi sırasında elde edilen bilgiler değerlendirilmiştir. Bu analiz sırasında 223 çocuk, sözel ifadelerine dayalı olarak (örn. depresif duygular) veya klinisyenin sözel olmayan ifadeleri gözlemine dayanan (örn. depresif afekt) puanlanan disforik duygu duruma göre tanımlanan, 4 kategoriden birine yerleştirilmiştir.

Tablo 14. Klinik dışı örneklemden seçilen çocuklarda depresyonun ek belirtilerinin yüzdeleri

Kategori	Ek belirtiler				
	Hiç yok	1-2 belirti	3-4 belirti	5-6 belirti	≥7 belirti
Çocuk ve klinisyen tarafından rapor edilen disfori	%0	%6	%23	%18	%53
Yalnızca çocuk tarafından ifade edilen disfori	%3	%32	%29	%26	%10
Yalnızca klinisyenin rapor ettiği disfori	%7	%21	%29	%29	%14
Disfori yok	%30	%43	%18	%8	%1

Not. N=223.

Hem klinisyen tarafından belirlenen hem de çocuğun sözel olarak ifade ettiği disforik duygu duruma sahip grupta yer alan çocuklarda yüksek oranda, klinik olarak da belirgin şekilde ek psikopatolojilerin ve buna dair belirtilerin varlığı gösterilmiştir. Bu grupta yer alan çocukların hepsinin en az bir ek depresif belirtisi, %94 oranında en az 3 anlamlı ek depresif belirtisi, %53 oranında ise 7 ve daha fazla ek depresif belirtisi olduğu gösterilmiştir. Bunun tersine disforik duygu durumun gözlenmediği çocuklarda 7 ve daha fazla ek depresif belirti bulunma oranı %1, 2 veya daha az ek depresif belirti bulunma oranı %73 olarak belirlenmiştir. Çocuk ya da klinisyenden herhangi birinin disforik duygu durumdan söz ettiği gruplardan elde edilen sonuçlar ise bu yelpazenin ortalarında kendilerine yer bulmuşlardır (120,128).

Disforinin çocuk ve klinisyen tarafından puanlanması ile elde edilen sonuçlar doğrultusunda ek depresif belirtilerin varlığına dair verilere, bir log-lineer analizi, özellikle bir logit analizi uygulanmış, elde edilen veriler 3 yollu bir tabloya uygun şekilde

yeniden düzenlenmiştir (2x2x5: klinisyenin puanlaması x Çocuğun puanlaması x ek belirtilerin sayısı). Bu analizde 3 model test edilmiştir. Her bir model klinisyenin değerlendirmesi ile çocuğun sözel ifadeleri sonucu yapılan puanlama parametreleri arasında uygulanan logit analizlerini içermektedir (120).

Bu analizlerle, çocuğun görüşme sırasındaki sözel olmayan davranışlarının klinisyen tarafından disfori olarak tanımlandığı ve bununla birlikte çocuğunda sözel ifadelerinde disforiyi tarif ettiği grupta, çocukta şiddetli depresyonun olduğunun iyi bir göstergesi olduğuna dair sonuçlar elde edilmiştir. Bu puanlama, klinisyenin yargısının da göz önüne alınması ile birlikte yorumlanmalı, depresyonun fark edilmesi ve tanı konulması aşamasındaki en hayati rolün klinisyenin değerlendirmesi olduğu gerçeğinin önemi göz ardı edilmemesi vurgulanmaktadır. ÇDDÖ-R formu, uygulanması sonucu elde edilen veriler ile klinisyene değerlendirme sırasında yardımcı olan bir enstrümandır ve bir yargıya varabilmek için bir çerçeve oluşturmak amacıyla kullanılmaktadır (120,128).

4.3.4. Sosyodemografik Faktörlerin Etkisi

ÇDDÖ-R formu uygulanması ile elde edilen verilerin yorumlanması sırasında düzenleyici değişkenlere ait etkilerin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Klinik dışı örneklemden seçilen çocuklarda ÇDDÖ-R formunun uygulanması ile elde edilen özet puanlara, yaş, cinsiyet, etnik köken ve sosyoekonomik durum göz önüne alınarak tanımlayıcı istatistiksel analizler uygulanmıştır. ÇDDÖ-R formu uygulanırken değerlendirilen 17 farklı belirti alanın puanları üzerine 4 farklı sosyodemografik değişkenin etkileri varyans analizleri (ANOVA) ve çok yönlü (multivariate) varyans analizleri (MANOVA) uygulanarak değerlendirilmiştir. Hem klinik hem de klinik dışı örneklemden oluşturulan gruplarda yapılan bu analizler sonucunda yaş, cinsiyet, etnik köken ve sosyoekonomik durumun, puanlama yapılan herhangi bir belirti alanı üzerine istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı gösterilmiştir. Bu bulgular ÇDDÖ-R formunun uygulanması sırasında hem çocuktan hem de aileden elde edilen veriler doğrultusunda yapılan puanlamalar içinde geçerlidir. Bu dört sosyoekonomik değişken ile ölçeğin özet puanları arasında da hem klinik hem de klinik dışı örneklemden, istatistiksel olarak anlamlı bulguya rastlanmamıştır. Hem ANOVA hem de MANOVA ile tüm uygulanmak istenen gruplar için ÇDDÖ-R formunun tek bir norm bütünlüğü olduğu doğrulanmıştır (120).

Tablo 15. Yaş, cinsiyet, etnik köken ve sosyoekonomik durumlara göre sınıflandırılan ÇDDÖ-R ham özet puanı ortalama değerleri ve standart deviasyonları

	N	ÇDDÖ-R Özet Puanları	
		Ortalama	SD
Tüm klinik dışı örneklem	223	27.8	8.9
Yaş(yıl)			
6	34	24.7	6.5
7	30	25.7	6.9
8	34	28.4	10.3
9	32	29.0	7.7
10	35	31.4	10.6
11	34	27.6	9.4
12	24	27.5	8.9
Cinsiyet			
Kız	105	28.8	9.8
Erkek	118	26.9	8.0
Etnik Köken			
Siyah	74	28.3	9.7
Beyaz	88	27.0	8.3
Diğer(a)	61	28.2	8.9
Sosyoekonomik Durum(b)			
0-1	25	33.1	10.0
2-16	21	29.5	11.8
17-42	22	29.1	9.5
43-58	20	31.9	9.5
59-84	27	28.0	8.9

(a) Çoğunluk İspanyol kökenli

(b) Sosyoekonomik durum Duncan sosyoekonomik indeksi (Reis,1961)

kullanılarak ölçülmüştür. Bu başlık altında yapılan gruplama Duncan indeks skalasına ait puanlamalar olup, veriler hemen hemen birbirine eşit büyüklükteki 5 gruba bölünmüştür.

4.3.5. Çocuklar ve ebeveynleri ile yapılan görüşmelerin puanlanması arasındaki ilişki

ÇDDÖ geliştirilirken üzerinde en fazla çaba harcanan konulardan biri, birden fazla bilgi verenden alınan bilgilerin entegre edilmesini sağlayan bir rehber oluşturmak olmuştur (130). Bu bölümde, klinik ve klinik dışı örnekleme, ÇDDÖ-R formunun uygulanması sırasında çocuk dışında çocuğa ilişkin en fazla bilgi edinilen kaynak olan ebeveynlerden edinilen bilgiler ile çocuktan alınan bilgiler karşılaştırıldığında elde edilen sonuçlardan bahsedilecektir.

Klinik Dışı Örnekleme. Aşağıda yer alan tabloda klinik dışı örnekleme, 109 çocuk-ebeveyn çiftinin değerlendirilmesi sonucu elde edilen ÇDDÖ-R formu puanlarının istatistiksel olarak karşılaştırılması ile elde edilen sonuçlar ve standart sapmalar yer almaktadır.

Yapılan değerlendirmelerde, çocukların ebeveynleri ile karşılaştırıldığında 6 belirti alanında (uyku bozukluğu, aşırı yorgunluk, depresif duygular, morbid düşünceler, intihar düşünceleri ve aşırı ağlama) daha fazla zorluk yaşadıklarına dair sözel ifadelerinin olduğu, ebeveynlerin ise çocuklarından farklı olarak 3 alanda (sosyal içe çekilme, fiziksel şikayetler ve irritabilite) yaşanan zorlukların daha belirgin olduğuna dair bilgi verdikleri, geri kalan 5 alanda (okul işlevselliğinde bozulma, keyif almada güçlük, iştahta bozulma, aşırı suçluluk, düşük özgüven) yapılan puanlamada ise çocuklar ve ebeveynleri arasında belirgin bir farklılık olmadığı görülmektedir. Genel olarak çocuklar düşümsel bağlamdaki depresif belirtileri daha fazla ifade ederken, ebeveynlerin çocuklarının dışa vuran davranışlarında gözledikleri depresif belirtileri daha iyi değerlendirebildikleri düşünülmüştür. Ancak bu durum çocukların, depresyonun belirtilerinden dışa vuran davranışları etkileyenlerinin şiddetini daha düşük olarak ifade etme eğiliminde oldukları anlamına gelmemektedir. Çocuğun depresif belirtilerinin, çocuk ve ebeveynlerle yapılan görüşmeler ile puanlanması arasında çok az belirti alanında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuş olup, bu korelasyonların istatistiksel olarak anlamlılığı da oldukça düşüktür (120,133).

Tablo 16. Bağımsız olarak klinik dışı örneklemden alınan çocuk-ebeveyn çiftleri ile yapılan ÇDDÖ-R formu uygulanması sonucu 14 belirti alanında elde edilen puanların karşılaştırılması

Belirti alanı	R	Çocuğa ait puanl ama		Ebeveynlere ait puanlama	
		Ortalama	SD	Ortalama	SD
Bozulmuş okul işlevselliği	0.42*	1.8	1.1	2.0	1.1
Keyif almada güçlük	0.25*	1.7	1.0	1.9	1.1
Sosyal içe çekilme	0.13	1.5	0.9	1.9	1.1**
Uyku bozukluğu	0.17	2.0	1.1**	1.4	0.8
İştahta bozulma	0.13	1.3	0.7	1.3	0.7
Aşırı halsizlik	0.12	1.9	1.0**	1.5	0.8
Fiziksel şikayetler	0.42*	1.7	0.9	2.0	1.0**
İrritabilite	0.23*	1.9	1.1	2.3	1.7**
Aşırı suçluluk duyma	0.33*	1.7	1.0	1.6	0.9
Düşük özgüven	0.31*	2.5	1.5	2.6	1.5
Depresif duygular	0.07	1.9	1.0**	1.5	0.8
Morbid fikirler	0.06	2.5	1.2**	2.1	1.1
İntihar düşünceleri	0.10	1.7	1.0**	1.1	0.5
Aşırı Ağlama	-0.01	2.2	1.5**	1.7	1.2
Özet puanı	0.38	25.9	8.4	24.9	6.8

Not.109 çocuk-ebeveyn çiftinden elde edilen veriler; Sözel bildirimlere dayalı olmayan belirti alanları dışlanmıştır.

*p<0.05.

**p<0.05 paired t-test temel alınarak.

Klinik Örneklem. Aşağıda yer alan tabloda klinik örnekleme, 34 çocuk-ebeveyn çiftinin değerlendirilmesi sonucu elde edilen ÇDDÖ-R formu puanlarının istatistiksel olarak karşılaştırılması ile elde edilen sonuçlar ve standart sapmalar yer almaktadır. Tüm değerlendirme görüşmeleri sırasında elde edilen sonuçlar karşılaştırıldığında; klinik örnekleme oluşturan grubun ebeveynleri çocukları hakkında, klinik dışı örnekleme oluşturan grubun ebeveynlerinin çocuklarından daha fazla alanda güçlükler yaşadığına dair bilgiler vermişlerdir. Ayrıca yapılan korelasyon analizleri sonucu, klinik dışı örnekleme oluşturan çocuk-ebeveyn çiftleri ile yapılan ÇDDÖ-R formu görüşmelerinden farklı olarak, klinik örnekleme oluşturan grupta yer alan ebeveyn-çocuk çiftleri ile yapılan ÇDDÖ-R formu görüşmeleri sonucu yapılan değerlendirmelerde çocuk ve ebeveyn değerlendirmelerinin birbiriyle belirgin olarak uyumluluk göstermesi dikkat çekicidir. Klinik örneklem ($r=0.77$) ve klinik dışı örneklem ($r=0.10$) karşılaştırıldığında; klinik örnekleme özellikle intihar düşünceleri maddesi için çocuk ve ebeveynler arasındaki korelasyonun yüksek oranda uyumlu olduğu görülmüştür.

Bunun tersine, klinik dışı örnekleme çocukların sözel ifadelerine göre yapılan puanlamanın sonucu 6 madde için ebeveynlerinden daha yüksek puan almalarına rağmen, klinik örnekleme bu 6 maddeden yalnızca biri (aşırı yorgunluk) çocuklarla yapılan görüşmelerde ailelerinden daha yüksek puanlanmıştır. Ebeveynlerle klinik örnekleme yer alan çocukları için ÇDDÖ-R formu uygulaması sırasında yapılan puanlamada, 6 maddenin (bozulmuş okul işlevselliği, keyif almada güçlük, sosyal içe çekilme, fiziksel şikayetler, irritabilite ve aşırı ağlama) çocuklarından daha yüksek puanlandığı gösterilmiştir. Geri kalan diğer 7 maddenin (uykuda bozulma, iştahta bozulma, düşük özgüven, aşırı suçluluk, depresif duygular, morbid düşünceler ve intihar düşünceleri) puanlanmasında, çocuk ve ebeveyn ile yapılan görüşmelere ait değerlendirme puanları arasında istatistiksel olarak belirgin bir farklılık bulunmamaktadır.

Çocukları için psikiyatrik değerlendirme ihtiyacı içinde olan ebeveynlerin, olmayanlara oranla çocuklarının yaşadığı afektif işlevsellik bozukluklarına işaret eden anahtar belirtilere daha duyarlı oldukları ve bu durumu değerlendirme sırasında daha fazla ifade ettikleri açıktır (120,128,134).

Tablo 17. Bağımsız olarak klinik örneklemden alınan çocuk-ebeveyn çiftleri ile yapılan ÇDDÖ-R formu uygulanması sonucu 14 belirti alanında elde edilen puanların karşılaştırılması

Belirti alanı	R	Çocuğa ait puanl ama		Ebeveynlere ait puanlama	
		Ortalama	SD	Ortalama	SD
Bozulmuş okul işlevselliği	0.59*	2.5	1.5	3.3	1.9**
Keyif almada güçlük	0.45*	3.0	1.6	3.6	1.3**
Sosyal içe çekilme	-0.15	2.1	1.3	3.3	1.6**
Uyku bozukluğu	0.47*	2.3	1.4	2.3	1.2
İştahta bozulma	-0.03	1.5	1.0	1.8	1.2
Aşırı halsizlik	0.21	2.3	1.3	1.9	0.8
Fiziksel şikayetler	0.12	2.0	1.3	2.4	1.6
İrritabilite	0.35*	3.1	1.6	4.1	1.9**
Aşırı suçluluk duyma	0.29	2.0	1.4	2.3	1.4
Düşük özgüven	0.14*	3.7	1.7	3.9	1.5
Depresif duygular	0.23	2.9	1.5	2.6	1.8
Morbid fikirler	0.08	2.7	1.5	2.4	1.7
İntihar düşünceleri	0.77*	2.2	1.6	2.5	2.2
Aşırı Ağlama	0.22	2.3	1.2	3.1	1.9**
Özet puanı	0.44*	34.1	9.63	39.6	12.1

Not.34 çocuk-ebeveyn çiftinden elde edilen veriler; Sözel bildirimlere dayalı olmayan belirti alanları dışlanmıştır.

*p<0.05.

**p<0.05 paired t-test temel alınarak.

4.3.6. İntihar düşünceleri maddesine ait puanlamaların uzunlamasına karşılaştırılması

Klinik ve klinik dışı örnekleme oluşturan çocuklar ebeveynleri ile birlikte, ilk değerlendirmelerini takip eden 2.hafta, 6.hafta ve 6.ayda ÇDDÖ-R formu ile yeniden değerlendirilmiştir. Aşağıdaki tabloda bu değerlendirmelerin her birinin sonuçlarına ait korelasyon katsayıları yer almaktadır. Ayrıca, klinik örnekleme ait yapılan ilk değerlendirmelerin ve klinik dışı örnekleme ait değerlendirmelerin ortalama değerleri ve korelasyonları referans noktası olarak alındığından tabloda yer almaktadır. Bu çalışma, ebeveynlerin çocuklarının psikiyatrik değerlendirilmesini takiben intihar düşünceleri üzerine farkındalıklarının hızla azaldığını; buna karşın çocuklarla yapılan ÇDDÖ-R formu görüşmelerinin sonuçlarına göre, çocukların intihar düşüncelerinin azalma hızının süreçte çok daha yavaş olduğunu göstermiştir (120,128,133,134).

Tablo 18. Çocuk ve ebeveynlerin intihar düşünceleri maddesine verdikleri yanıtın uzunlamasına olarak karşılaştırılması

	<u>Cocuğun</u> <u>ifadelerine göre</u> <u>yapılan</u> <u>değerlendirme</u>		<u>Ebeveynlerin</u> <u>ifadelerine göre</u> <u>yapılan</u> <u>değerlendirme</u>		<u>Çocuk-</u> <u>ebeveyn</u> <u>ciftlerinin</u> <u>sayısı</u>	<u>r</u>
	<u>Ortalama</u>	<u>SD</u>	<u>Ortalama</u>	<u>SD</u>		
Klinik Örneklem						
İlk değerlendirme	2.2	1.6	2.5	2.2	34	0.77**
2.hafta	2.3	1.7	1.8	1.6	30	0.62*
6.hafta	2.1	1.7	1.5	1.2	27	-0.06
6.ay	1.7	1.1	1.3	0.7	24	0.17
Klinik Dışı Örneklem						
	1.7	1.0	1.1	0.5	109	0.10

p değerinin 0.001 seviyesinde anlamlılığını gösterir

BEŞİNCİ BÖLÜM

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1.Örneklem:

5.1.1. Olgu Grubunun Oluşturulması:

Çalışmaya DEÜTF Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi AD polikliniğine 01 Ocak 2011-31 Aralık 2011 tarihleri arasında başvuran ya da izlenmekte olan, yaşları 12-18 arasında değişen, DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre Depresif bozukluk tanısı almış ergenlerin katılımı planlanmıştır. Katılması planlanan olguların tanıları deneyimli bir çocuk psikiyatrisi klinisyeni tarafından DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre yeniden değerlendirilmiş ve tüm olgulara Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY) yarı yapılandırılmış klinik tanısız görüşme uygulanmıştır (110). Olgu grubunun oluşturulması amacı ile değerlendirmeye alınan 45 ergen arasında 8 ergen depresif yakınmaları olmasına rağmen depresif bozukluk tanı ölçütlerini karşılamadığından çalışmaya alınmamıştır. Çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 12- 18 yaş aralığında ki 38 ergen ve aileleri çalışmaya alınmıştır. Ölçeğin geçerliliğini değerlendirmek amacıyla olgulara verilecek olan öz bildirim ölçeklerinin doğru anlaşılabilmesi ve doldurabilmesi açısından hem olgu grubu hem de kontrol grubunda olguların klinik olarak normal zekada olmaları ve okuma yazma kapasitesine sahip olmaları grupların seçiminde dikkate alınacak diğer ölçütler arasındadır.

Olgu Grubunun Çalışmaya Alınma Ölçütleri:

1. Çalışmaya katılımı planlanan ergenlerin DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre deneyimli bir çocuk psikiyatrisi klinisyeni tarafından Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY) yarı yapılandırılmış klinik tanısız görüşme ile depresif bozukluk tanısı konulmuş olması.

2. Depresif bozukluk tanısı alan ergenlerin yaşlarının 12-18 yaş aralığında olması.

3. Ergenlerin klinik olarak normal zekada olması.

4. Ergen ve ebeveynlerinin çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmiş olmalarıdır.

Olgu Grubunun Dışlama Ölçütleri:

DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre Depresif bozukluk dışındaki duygudurum bozuklukları ve atakları (siklotimik bozukluk, manik atak, hipomanik atak, mikst atak v.b gibi), yöneltilen soruları doğru olarak anlayıp içinde buldukları duruma uygun olarak yanıt verebilmelerini engellenmesi gibi olası güçlükler neden olabilecek psikotik bozukluklar ve/veya yaygın gelişimsel bozukluklar eş tanılarının olmasıdır.

ÇDDÖ-Gözden Geçirilmiş Formunun Eksen I Tanısı Olmayan Ergenlerdeki Psikometrik Özelliklerinin Değerlendirildiği Grubunun Oluşturulması:

Klinik olarak psikiyatrik yakınması olmayan grup, yapılan değerlendirmeler sonucunda DSM IV-TR tanı ölçütlerine göre eksen I tanısı olmayan, 12-18 yaş aralığında 38 ergenden oluşmaktadır. Bu grup çocuk ve ergen Dokuz Eylül Üniversitesi epidemiyolojik alanından kliniğimize ya da çocuk hastalıkları kliniğine herhangi bir nedenle başvurmuş ama eksen I tanı almamış ve çalışmaya katılıma onam veren olgulardan alınmıştır. Ölçeğin geçerliliğine dair psikometrik özellikleri değerlendirmek amacıyla olgulara verilecek olan öz bildirim ölçeklerinin doğru anlaşılabilmesi ve doldurabilmesi açısından olguların klinik olarak normal zekada olmaları ve okuma yazma kapasitesine sahip olmaları eksen I tanısı olmayan çocuk ve ergenlerin oluşturduğu grubun seçiminde dikkate alınacak diğer ölçütler arasında yer almıştır. Çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan ve çalışmayı kabul eden 38 ergen çalışmaya alınmıştır.

Eksen I Tanısı Olmayan Ergenlerin Çalışmaya Alınma Ölçütleri:

1. Çalışmaya katılımı planlanan ergenlerin DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre ve uygulanan Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY) yarı yapılandırılmış klinik tanısız görüşme sonunda herhangi bir psikiyatrik bozukluğa dair eksen I tanısı almamış olmaları.

2. Herhangi bir eksen I tanısı almayan ergenlerin yaşının 12-18 yaş aralığında olması.

3. Ergenlerin klinik olarak normal zekada olması.
4. Ergen ve anne babalarının çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmeleridir.

5.2.Çalışmanın Deseni

5.2.1 Uyarılama

Çocuklar için Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş formu (ÇDDÖ-R) (Children Depression Rating Scale-Revised/CDRS-R) 'nun telif hakları ile ilişkili olarak "Western Psychological Services (WPS)" ile görüşülerek onay alınmıştır. Harvard Üniversitesi Tıp Fakültesi Harvard Çocuk Hastanesi Öğretim üyesi Doç.Dr.Kerim Münir'in yönetimindeki Fogarty NIH Mental Health and Developmental Disabilities (MH/DD) Research Education Program (Fogarty Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü Ruh sağlığı/Gelişimsel Bozukluklar Araştırma Eğitimi Programı) tarafından ölçeğin telif haklarının karşılanmış ve profesyonel çevirilerin giderleri desteklenmiştir.

Ölçeğin Türkçe çevirisi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (ÇERSAH) alanında çalışan, iyi derecede İngilizce bilen ve daha önce de benzer çalışmalarda deneyimi olan bir araştırma görevlisi tarafından yapıldıktan sonra, ölçek iyi derecede İngilizce bilen ve daha önce de benzer çalışmalarda deneyimi olan iki ÇERSAH öğretim üyesi tarafından incelenmiş; çeviri anlam uyumu, dil kullanımı, kültürel uygunluğu, kavram uygunluğu ve imla kuralları açısından uygun gördüğü düzeltmeler ve değişiklikler yapılarak 2.çeviri metni elde edilmiştir.

Elde edilen ortak metin klinik bilgi ve deneyimi olmayan ancak her iki dil ve kültür konusunda deneyimli profesyonel bir çevirmene gönderilerek İngilizce'ye geri tercüme ettirilmiş ve yeni bir İngilizce metin elde edilmiştir (geri çeviri metin).

Ölçeğin yeniden İngilizceye çevrilmiş formu Doç.Dr.Kerim Münir ve WPS'ye gönderilerek onay alındıktan sonra ölçeğin Türkçe formu elde edilmiştir.

5.1.2.Uygulama

Deneyimli bir çocuk psikiyatrisi klinisyeni tarafından uygulanan Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY) Kiddie and Young Adult Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia- K-SADS P/L) (110) kullanılarak yapılan klinik tanısal görüşmeler ile tüm olguların tanıları kesinleştirilmiştir. Eksen I'de herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı olmayan grupta bulunabilecek psikiyatrik tanılarının dışlanması amacı ile olgulara ÇDŞG-ŞY klinik tanısal görüşme formu aynı klinisyen tarafından uygulanmıştır.

Çalışmaya katılan ergenler ile yapılan görüşmeler, çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları son yıl Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Dr. Sevay Alşen tarafından yapılmıştır. Görüşmeler video kaydına alınarak, bu alanda deneyimli ikinci klinisyen olan tez danışmanı öğretim üyesi Doç.Dr. Neslihan Emiroğlu'nun, diğer klinisyene kör olarak ölçeği puanlamak için görüşmeyi izlemesi sağlanmıştır. Olgularla yapılan klinik değerlendirme görüşmesi sonrasında, olguların ebeveynleri/birincil bakım verenler ile de görüşme yapılması planlanmıştır. Ölçeğin puanlanması yapılan görüşmeler sonrasında elde edilen veriler ışığında iki klinisyen tarafından ayrı ayrı yapılmıştır. Görüşme sonrasında görüşmeci her bir olgu için, ÇDDÖ-R formunun yanı sıra, Genel Klinik İzlenim-Şiddet formunu (Clinical Global Impression-Severity Form) ve Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeğini (Children's Global Assessment Scale) doldurmuştur.

Görüşme sonrasında olgulara 8-14 yaş grubuna sırası ile *Çocuklar için Depresyon Ölçeği (Children's Depression Scale-CDI)*, 15-18 yaş grubuna ise *Beck Depresyon Ölçeği (Beck's Depression Scale-BDÖ)* verilerek öz bildirime dayalı bu ölçekleri doldurmaları istenmiştir.

Araştırmaya dahil olma ölçütlerine uyan çocukların kendileri ve aileleri ile görüşülerek, araştırma hakkında bilgi verilmiş ve katılmak isteyen ebeveyn ve ergenlerden yazılı onam formu alınmıştır.

Bu çalışmanın yapılabilmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 19.08.2011 tarih ve 476 sayı ile onay alınmıştır.

5.3. GERECLER

5.3.1. Okul Çağı (11-18 yaş) Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu/Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children, Present and Lifetime Version (ÇDŞG-ŞY/K-SADS P/L)

Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY), 6–18 yaş arasındaki çocuk ve ergenlerde psikiyatrik bozuklukları DSM-III ve DSM-IV'e göre taramak amacıyla Kaufman ve arkadaşları (1996) tarafından geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir ölçektir (110). ÇDŞG-ŞY ile çocuk ve ergendeki geçmiş ve şu andaki psikiyatrik bozukluklar anne babadan ve çocuktan alınan bilgiler doğrultusunda sorgulanmakta ve klinik tanı klinisyenin gözlemleriyle de birleştirilerek konulmaktadır. Ölçeğin tarama bölümünde çocukluk ve ergenlik döneminde görülen psikopatolojilerin temel belirtileri sorgulanmakta ve her bir belirti kendisine özgü dereceleme yöntemiyle 0–3 puan arasında değerlendirilmektedir. Herhangi bir belirtiden 3 puan alan kişiye psikopatolojiye ilişkin ayrıntılı ek sorular sorulmakta ve sonuçta DSM-III-R ya da DSM-IV'e göre tanı konulmaktadır (110). Bizim çalışmamızda DSM-IV'e göre tanılandırma uygulanmıştır.

ÇDŞG-ŞY için Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Gökler ve arkadaşları (2004) tarafından yapılmıştır. Bu ölçek ile yapılan görüşme ile konulan tanılarının geçerliğinin dışa atım bozuklukları açısından çok iyi, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve tik bozukluğu için iyi, duygulanım bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve karşı olma karşı gelme bozukluğu için ise orta derecede olduğu bulunmuştur (139).

5.3.2 Çocuklar için Depresyon Değerlendirme Ölçeği Gözden Geçirilmiş Formu (CDDÖ-R)

ÇDDÖ-R; ebeveynler, çocuk ve klinik gözlem ile elde edilen bilgilerin bir araya getirilmesine ihtiyaç duyulan, değerlendirmeyi klinisyenin yaptığı bir ölçektir (120). ÇDDÖ-R formu, değerlendirmeciler arası güvenilirliği (inter-rater reliability) oldukça yüksek olan ve kullanılan ilaçlar ile ortaya çıkan etkilere hassas bir ölçektir. Bu nedenle tedavi değerlendirmesi amacıyla pek çok çalışmada yaygın olarak kullanılmaktadır. Klinisyenin görüşmesi ile diğer kaynaklardan alınan bilgilerin birlikte değerlendirmeye

alındığı bir ölçek olması nedeniyle ÇDDÖ-R nun diğer ölçekler arasında farklı bir yeri ve önemi vardır (109).

Erişkinler için depresyonun değerlendirilmesinde kullanılan Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği temel alınarak geliştirilen ÇDDÖ-R, ilk olarak 6-12 yaş arası çocuklara uygulanması planlanarak geliştirilmiş bir ölçektir. 17 maddeden oluşan bir ölçek olup, maddelerin puanlanması 1 ile 5 ya da 1 ile 7 arasında olacak şekilde yapılmaktadır. Olası en düşük toplam puan 17, en yüksek toplam puan ise 113 olarak belirlenmiştir. Ölçek klinisyen tarafından çocuk ve aile ile yapılan bir görüşme ile uygulanarak puanlanır. Toplam puanın ≥ 40 olması depresyonu işaret ederken, toplam puanın ≤ 28 olması remisyon sürecini (belirtiler minimal ya da yok) tanımlamaktadır (129) (EK 1).

5.3.3 Beck Depresyon Ölçeği (Beck's Depression Scale-BDÖ)

Beck tarafından 1961'de geliştirilen, ergenler için yaygın olarak kullanılan, öz-bildirime dayalı bir ölçektir. BDÖ; kısa, pek çok dilde kullanılan, birinci basamak sağlık hizmetleri için de kullanıma uygun şekilde hazırlanan çeşitleri de olan bir ölçektir. Polikliniğe başvuran depresif bozukluğu olan ergenleri olmayanlardan ayırmada oldukça iyi psikometrik özellikleri olan bir ölçektir. Ancak ailelerin doldurması için kullanılan bir çeşidi yoktur (140).. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Teğin (1980), Hisli (1988) tarafından yapılan Beck Depresyon Ölçeği karamsarlık, başarısızlık duygusu, doyum almama, suçluluk duyguları, huzursuzluk, yorgunluk, iştah azalması, kararsızlık, uyku bozukluğu, sosyal çekilme gibi depresif belirtilere ilişkin 21 maddeden oluşmaktadır. Her madde depresyona özgü bir davranışı belirleyen dört dereceli kendini değerlendirme ifadesini içermektedir. Hastadan uygulama günü de dahil son bir hafta içinde kişinin kendini nasıl hissettiğini en iyi ifade eden cümleyi seçerek işaretlemesi istenir. Her madde 0 ile 3 arasında puan alır. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksek oluşu depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksek oluşunu gösterir. On beş yaş üzerindeki kişilere uygulanabilir. BDE'nin Türkçe versiyonu geliştirilirken kesme noktaları incelenmiş, 17 ve üzerindeki puanların tedavi gerektirebilecek depresyonu %90 üzerinde bir doğrulukla ayırt edebildiği görülmüştür (141) (EK 2).

5.3.4 Çocuklar için Depresyon Ölçeği (Children's Depression Scale-CDÖ)

Pek çok dile çevrilmiş olan ve çocuklar için yaygın olarak kullanılan bir diğer öz-bildirim ölçeğidir (115). Ailenin doldurmasına yönelik hazırlanan bir çeşidinin olmaması, ergenler için uygun olmaması, özellikle yaşı küçük olan çocuklarda öz-bildirime dayalı bir ölçeğin sorgulanabilir olması zayıf yönleridir (109). Çocuklar için depresyon ölçeği (ÇDÖ), Kovacs tarafından 1992 yılında, çocuklar ve gençlerde depresyonun şiddetinin belirlenebilmesi amacıyla geliştirilmiştir. ÇDÖ'nün, depresyonun şiddetini belirleyen iyi bir ölçme aracı olduğu bildirilmiştir. Bir kendini değerlendirme ölçeğidir; çocuklara okunarak veya çocuğun kendisi okuyarak doldurulur. Uygulaması yaklaşık olarak 30 dakika sürmektedir. 6-17 yaş aralığında uygulanmak üzere hazırlanan ölçek ülkemizde 9-13 yaş çocuklarına uygulanmaktadır. Toplam 27 maddeden oluşmakta; her madde çocuğun son iki haftasını değerlendirerek, aralarında seçim yapabileceği üç cümle seti bulundurmaktadır. Her set çocukluk depresyonunun belirtilerine ilişkin ifadeler içermektedir. Yanıtlara 0-2 arasında değişen puanlar verilir. Yüksek puan depresyon düzeyini gösterir, kesme noktası 19'dur. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 54'tür. Ölçeği uygulayabilmek için özel bir eğitim gerekmemektedir. Ölçek, 1990 yılında Öy tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (62). Ölçeğin güvenilirliği belirlenirken test-tekrar test güvenilirliğine bakılmış ve 0.80 olarak bulgulanmıştır (109) (EK 3).

5.3.5 Klinik Global İzlem-Siddet (CGI-S) Formu:

Özgün adı Clinical Global Impressions olup, Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından geliştirilerek 1976 yılında yayınlanmıştır (124) Gözlemcinin puanladığı bu ölçek, klinik çalışmalardaki hastaların değerlendirilmesini ve izlem sürecindeki tedavinin ortaya çıkardığı değişiklikleri gözlemek amacıyla geliştirilmiştir. Klinik Global İzlenim Ölçeği, hastalık şiddeti, düzelme ve yan etki şiddetini içeren 3 sorudan oluşur. Bu çalışmada yalnızca hastalık şiddeti (severity index-SI) bölümü kullanılmıştır.

CGI-S, toplam yedi değerlikli likert tipi bir ölçektir. Psikiyatrik bozukluğu olan kişi, ölçeğin doldurulduğu sıradaki rahatsızlığının şiddetine göre 1 ile 7 puan arasında değerlendirilir; 1=Normal, hasta değil, 2=Ruhsal hastalık sınırda, 3=Hafif derecede hasta,

4=Orta derecede hasta, 5=Belirgin derecede hasta, 6=Şiddetli derecede hasta, 7=En ağır derecede hasta, olarak puanlanır (EK 4).

5.3.6 Çocuklar için Global Değerlendirme Ölçeği (CGAS: Children's Global Assessment Scale)

DSM-IV'ün beş eksenli tanılama sistemi temel alınarak işlevselliğin genel olarak değerlendirilmesini yapar. Tedavi çalışmalarında yaygın olarak kullanılır. Tedavinin etkinliğine duyarlı bir ölçektir. ÇGDÖ, erişkinler için hazırlanan ve psikiyatrik bozukluğun şiddetini ölçmeye yarayan İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi ve Sağlık-Hastalık Ölçeklerinin çocuk ve ergenlere uyarlanmış halidir (123). ÇGDÖ, sağlık ve hastalık arasındaki düzlemde, çocuk ya da ergenin işlevselliğini en ağır şekilde bozan durumu göz önüne alarak klinisyenin yaptığı tahmini ölçmeyi içerir. 1'den 100'e kadar puanlanır ve en sağlıksızdan en sağlıklıya doğru giden 10 bölüm içinde incelenir. Her bölüm içinde belirtilen örnek durumlara uygunluğuna göre belirlenen bölüm aralığında bir puan verilir.

5.3.7. Sosyodemografik Veri Formu:

Veri formunda çocuğa ilişkin; doğum tarihi, okula devam edip etmediği, okul başarısı, akran ilişkileri, ailenin kaçınıcı çocuğu olduğu, doğum öyküsü, gelişim öyküsü bilgileri yer almaktadır. Aileye ilişkin olarak; anne ve babanın eğitim düzeyleri, mesleki durumları, ailenin kaç çocuğa sahip olduğu, anne babada tanı konmuş fiziksel ve/veya ruhsal hastalık öyküsü bilgileri bulunmaktadır (EK 5).

Çalışmada; ÇDDÖ-R istatistiksel geçerliğini belirlemeye yönelik faktör analizi, ÇDŞG-ŞY yarı yapılandırılmış tanı koydurucu klinik görüşme, Klinik Global İzlenim-Hastalık Şiddeti Ölçeği (CGI-S), Çocuklar için Global Değerlendirme Ölçeğini (Children's Global Assessment Scale-CGAS) ve Beck depresyon ölçekleri ile korelasyonlar; özgüllük ve duyarlılık ölçümleri kullanılmıştır. Örneklem grubunun yeterli sayıda olmaması ve amacın psikometrik özelliklerin değerlendirmesi olması nedeniyle ölçek için daha önceden yapılan çalışmalar ile belirlenen kesme puanları kullanılmıştır

İstatistiksel analizler SPSS 15.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır.

Yapı geçerliğinde değişken sayısını azaltmak ve değişkenler arasındaki ilişkilerden yararlanarak yeni yapılar ortaya çıkarmak amacıyla faktör analiz yöntemi uygulanmıştır. Veri setinin faktör analizine uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla Keiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliliği ölçütü ve Barlett testi uygulanarak değişkenler arası korelasyona bakılmıştır.

Çocuklar için Depresyon Değerlendirme Ölçeği'nin faktör yapısı belirlenirken kullanılan istatistiksel yöntemler; ekstraksiyon metodu olarak Principle komponent analizi, rotasyon metodu olarak ise Kaiser Normalizasyonu, isimlendirilebilir, yorumlanabilir ve anlamlı faktörler elde etmek amacıyla varimax rotasyonu uygulanmıştır.

ÇDDÖ-Gözden Geçirilmiş formunun iç tutarlılığının sınanması amacıyla Kuder & Richardson 20,21 yöntemi ve Spearman Brown ve Gutman Split güvenirlik istatistiksel yöntemleri kullanılarak Cronbach's α değeri hesaplanmıştır.

ALTINCI BÖLÜM

6. BULGULAR

6.1.1. DEMOGRAFİK VERİLER

Çalışmaya Çocuklar için Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu'nun psikometrik özelliklerini değerlendirmek amacıyla 38 depresif bozukluk tanısı olan ergen ile DSM IV-TR'ye göre herhangi bir eksen I tanısı olmayan 38 ergen alınmıştır.

Tablo 19. Klinik tanı alıp almama durumlarına göre ergenlerin cinsiyet dağılımları

Cinsiyet	Klinik tanı (MDB) var (n)	Klinik tanı yok (n)	Toplam (n)
Erkek	8 (%21.1)	10 (%26.3)	18 (%23.7)
Kız	30 (%79.9)	28 (%73.7)	58 (76.3)
Toplam	38 (%100)	38 (%100)	76 (%100)
P değeri*	>0.05		

*Ki-kare test

MDB; Major Depresif Bozukluk

Klinik olarak Depresif bozukluk tanısı alan grupta 38 olgudan 8'i (%21.1) erkek, 30'u (%79.9) kızdır. Klinik olarak eksen I tanısı olmayan grupta ise 38 olgudan 10'u (%26.3) erkek, 28'i (%73.7) kız olgudur. Klinik olarak eksen I tanısı olan ve olmayan gruplar arasında cinsiyet dağılımı açısından istatistiksel anlamlı fark saptanamamıştır (Ki-kare=0.006, $p > 0.05$)

Tablo 20. Klinik tanı alıp almama durumlarına göre ergenlerin yaş ortalamaları ve standart sapmaları

	Yaş ortalaması ve standart sapmaları
Klinik tanı (MDB**) var (n=38)	15.2±1.6
Klinik tanı yok (n=38)	15.4±1.9
p değeri*	0.582

*bağımsız iki grup arası farkların t-testi

MDB; Major depresif bozukluk

Klinik olarak Depresif bozukluk tanısı alan grubun yaş ortalaması 15.2±1.6 olup; klinik olarak eksen I tanısı olmayan grubun yaş ortalaması 15.4±1.9'dir. Klinik olarak eksen I tanısı olan ve olmayan olguların oluşturduğu grupların yaş ortalaması arasında anlamlı fark bulunmamaktadır (p= 0.582; Tablo 20).

Tablo 21. Klinik tanı alıp almama durumlarına göre ergenlerin eğitim düzeyi

Eğitim düzeyi	Klinik tanı (MDB) var (n)	Klinik tanı yok (n)	Toplam (n)
İlköğretimde okuyan (n)	4 (%11.4)	4 (%11.4)	8 (%11.4)
Lisede okuyan (n)	34 (%88.6)	34 (%88.6)	68 (%88.6)
Toplam (n)	38 (%100.0)	38 (%100.0)	76 (%100.0)
p değeri*	>0.05		

*(Fisher kesin teste göre p> 0.05)
MDB; Major Depresif Bozukluk

Klinik olarak Depresif bozukluk tanısı alan grupta 4 (%11.4) olgu ilköğretimde okumakta, 34 (%88.6) olgu ise liseye devam etmektedir. Klinik olarak eksen I tanısı olmayan grupta da benzer şekilde 4 (%11.4) olgu ilköğretimde okumakta, 34 (%88.6) olgu ise liseye devam etmekte olup; iki grup arasında eğitim durumu açısından anlamlı bir fark yoktur (Fisher kesin teste göre p>0.05).

Tablo 22. Klinik tanı alıp almama durumlarına göre ergenlerin sosyoekonomik düzeyine göre dağılımı:

Sosyoekonomik düzey	Klinik tanı (MDB) var (n)	Klinik tanı yok (n)	Toplam (n)
Düşük (n)	16 (%42.1)	15 (%39.5)	31 (%40.8)
Orta (n)	17 (%44.7)	17 (%44.7)	34 (%44.7)
Yüksek (n)	5(%13.2)	6 (%15.8)	11 (%14.5)
Toplam (n)	38 (%100)	38 (%100)	76 (%100.0)

Klinik olarak Depresif bozukluk tanısı alan olguların 16'sı (%42.1) düşük, 17'si (%44.7) orta ve 5'i (%13.2) yüksek sosyoekonomik düzey bildirmişlerdir. Klinik olarak

eksen I tanısı olmayan olguların 15'i (%39.5) düşük, 17'si (%44.7) orta ve 6'sı (%15.8) yüksek sosyoekonomik düzeye sahiptir. Sosyoekonomik durum ailelerin algısına göre belirlenmiştir.

Tablo 23. Klinik tanı alıp almama durumlarına göre ergenlerin sosyoekonomik düzeyi

Sosyoekonomik düzey	Klinik tanı (MDB) var (n)	Klinik tanı yok (n)	Toplam (n)
Düşük (n)	5 (%13.2)	6 (%15.8)	11 (%14.5)
Yüksek-Orta (n)	33(%86.8)	32 (%84.2)	65 (%85.5)
Toplam (n)	38 (%100.0)	38 (%100.0)	76 (%100.0)
p değeri*	>0.05		

*Ki-kare

MDB; Major Depresif Bozukluk

Tablo 23 istatistiksel yöntemine uygun bir tablo olmadığı için (dağılımlarda beklenen değer katsayısının %20 'inin üzerinde olması nedeniyle) , yüksek ve orta sosyoekonomik düzeye sahip olanlar bir grupta toplanıp istatistik olarak fark olup olmadığına bakılmıştır. Eksen I tanısı olan ve olmayan gruplar arasında sosyoekonomik düzey açısından bir fark bulunmamıştır (Ki-kare; $p>0.05$).

6.1.2. ANNE BABALARIN SOSYO DEMOGRAFİK BULGULARI

Çalışmada yer alan tüm gençlerin anne ve babalarının yaşları, eğitim düzeyleri ve mesleki durumları sosyo demografik veri formuna kaydedilerek değerlendirilmiştir.

Çalışmaya katılan eksen I tanısı olan gruptaki çocuk ve gençlerin annelerinin yaş aralığı 33 ile 61 (ortalama 45.5 ± 6.7) arasındadır. Eksen I tanısı olmayan ergenlerin annelerinin yaş aralığı 36 ile 50 (ortalama 43.5 ± 4.8) arasındadır. Babaların yaş aralığı eksen I tanısı olan grupta 38-70 (ortalama 49.2 ± 8.2), eksen I tanısı olmayan grupta ise 40-53 (ortalama 46.3 ± 4.4) arasında yer almaktadır.

Tablo 24. Annelerin eğitim düzeyine göre dağılımı

Anne eğitim düzeyi	Klinik tanı (MDB) var (n)	Klinik tanı yok (n)	Toplam (n)
İlkokul (n)	13 (%34.2)	15 (%39.5)	28 (%36.8)
Ortaokul (n)	8 (%21.1)	7 (%18.4)	15 (%19.7)
Lise (n)	10 (%26.3)	10 (%26.3)	20 (%26.3)
Üniversite (n)	7 (%18.4)	6 (%15.8)	13 (%17.2)
Toplam (n)	38 (%100.0)	38 (%100.0)	76 (%100.0)

*MDB; Major Depresif Bozukluk

Çalışmaya katılan eksen I tanısı olan gruptaki ergenlerin annelerinin 13'ü (%34.2) ilkokul, 8'i (%21.1) ortaokul, 10'u (%26.3) lise ve 7'si (%18.4) üniversite mezunudur. Eksen I tanısı olmayan ergenlerin annelerinin 15'i (%39.5) ilkokul, 7'si (%18.4) ortaokul, 10'u (%26.3) lise ve 6'sı (%15.8) üniversite mezunudur.

Tablo 25. Annelerin eğitim düzeyi

Anne eğitim düzeyi	Klinik tanı (MDB) var (n)	Klinik tanı yok (n)	Toplam (n)
İlkokul (n)	13 (%34.2)	15 (%39.5)	28 (%36.8)
Ortaokul,lise, üniversite (n)	25 (%65.8)	23 (%60.5)	48 (%63.2)
Toplam (n)	38 (%100.0)	38 (%100.0)	76 (%100.0)
p değeri*	>0.05		

* Ki-kare

MDB; Major Depresif Bozukluk

Tablo 24 istatistiksel yöntemeye uygun bir tablo olmadığı için (dağılımlarda beklenen değer katsayısının %20 'inin üzerinde olması nedeniyle) annelerin eğitim düzeyi ortaokul, lise ve üniversite olanlar bir grupta toplanarak istatistik olarak fark olup olmadığına bakılmıştır. Eksen I tanısı olan ve olmayan gruplar arasında annelerin eğitim düzeyleri açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (Ki-kare; $p>0.05$).

Tablo 26. Babaların eğitim düzeyine göre dağılımı

Baba eğitim düzeyi	Klinik tanı (MDB) var (n)	Klinik tanı yok (n)	Toplam (n)
İlkokul (n)	9 (%23.7)	9 (%23.7)	18 (%23.7)
Ortaokul (n)	9 (%23.7)	10 (%26.3)	19 (%25.0)
Lise (n)	12 (%31.6)	10(%26.3)	22 (%28.9)
Üniversite (n)	8 (%21.0)	9 (%23.7)	17 (%22.4)
Toplam (n)	38 (%100.0)	38 (%100.0)	76 (%100.0)

MDB; Major Depresif Bozukluk

Çalışmaya katılan eksen I tanısı olan gruptaki ergenlerin babaların 9'u (%23.7) ilkokul, 9'u (%23.7) ortaokul, 12'si (%31.6) lise ve 8'i (%21.0) üniversite mezunudur. Eksen I tanısı olmayan gruptaki ergenlerin babalarının ise 9'u (%23.7) ilkokul, 10'u (%26.3) ortaokul, 10'u (%26.3) lise ve 9 (%23.7) üniversite mezunudur.

Tablo 27. Babaların eğitim düzeyi

Baba eğitim düzeyi	Klinik tanı (MDB) var (n)	Klinik tanı yok (n)	Toplam (n)
İlkokul, ortaokul (n)	18 (%47.4)	19 (%50.0)	37 (%48.7)
Lise, üniversite (n)	20 (%52.6)	19 (%50.0)	39 (%51.3)
Toplam (n)	38 (%100.0)	38 (%100.0)	76 (%100.0)
p değeri*	>0.05		

*Ki-kare

MDB= Major depresif bozukluk

Tablo 26 istatistiksel yöntemine uygun bir tablo olmadığı için (dağılımlarda beklenen değer katsayısının %20 'inin üzerinde olması nedeniyle) babaların eğitim düzeyi ilkokul ve ortaokul olanlar bir grupta, lise ve üzeri olanlar diğer grupta toplanıp istatistik olarak fark olup olmadığına bakılmıştır. Eksen I tanısı olan ve olmayan gruplar arasında babaların eğitim düzeyleri açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (Ki-kare; $p > 0.05$).

Tablo 28. Annelerin Mesleklerine Göre Dağılımı

Anne mesleği	Klinik tanı (MDB) var (n)	Klinik tanı yok (n)	Toplam (n)
Ev hanımı (n)	20 (%52.6)	18 (%47.4)	38 (%50.0)
Memur (n)	10 (%26.3)	18 (%47.4)	28 (%36.8)
Diğer (n)	8 (%21.1)	2 (%5.2)	10 (%13.2)
Toplam (n)	38 (%100.0)	38 (%100.0)	76 (%100.0)

Çalışmaya katılan eksen I tanısı olan gruptaki ergenlerin annelerinin 20'si (%52.6) ev hanımı, 10'u (%26.3) memur ve 8'i (%21.1) diğer meslek gruplarındandır (özel sektör, emekli, v.b.). Eksen I tanısı olmayan gruptaki ergenlerin annelerinin 18'i (%47.4) ev hanımı, 18'i (%47.4) memur ve 18'i (%47.4) diğer meslek gruplarındandır.

Tablo 29. Annelerin meslek grupları

Anne mesleği	Klinik tanı (MDB) var (n)	Klinik tanı yok (n)	Toplam (n)
Ev hanımı(n)	20 (%52.6)	18 (%47.4)	38 (%50.0)
Memur,serbest meslek ve diğer (n)	18 (%47.4)	20 (%52.6)	38 (%50.0)
Toplam (n)	38 (%100.0)	38 (%100.0)	76 (%100.0)
*p değeri	>0.05		

*Ki-kare

MDB; Major Depresif Bozukluk

Tablo 29 istatistiksel yönteme uygun (dağılımlarda beklenen değer katsayısının %20 'inin üzerinde olması nedeniyle) bir tablo olmadığı için annelerin mesleği ev hanımı olanlar bir grupta, memur, serbest meslek ve diğer meslek gruplarından olanlar farklı bir grupta toplanıp her iki grup arasında istatistik olarak fark olup olmadığına bakılmıştır. Eksen I tanısı olan ve olmayan gruplar arasında annelerin meslekleri açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (Ki-kare; $p > 0.05$).

Tablo 30. Babaların Mesleklerine Göre Dağılımı

Baba Mesleği	Klinik tanı (MDB) var (n)	Klinik tanı yok (n)	Toplam (n)
Memur (n)	19 (%50.0)	15 (%39.5)	34 (%44.7)
Serbest meslek (n)	10 (%26.3)	10 (%26.3)	20 (%26.4)
Diğer (n)	9 (%23.7)	13 (%34.2)	22 (%28.9)
Toplam (n)	38 (%100.0)	38 (%100.0)	76 (%100.0)

Çalışmaya katılan eksen I tanısı olan gruptaki ergenlerin babalarının 19'u (%50.0) memur, 10'u (%26.3) serbest meslek ve 9'u (%23.7) diğer meslek gruplarındandır (özel sektör, emekli, v.b.). Eksen I tanısı olmayan gruptaki ergenlerin babalarının 15'i (%39.5) memur, 10'u (%26.3) serbest meslek ve 13'ü (%34.2) diğer meslek gruplarındandır.

Tablo 31. Babaların meslek grupları

Baba mesleği	Klinik tanı (MDB) var (n)	Klinik tanı yok (n)	Toplam (n)
Memur, serbest meslek (n)	29 (%76.3)	25 (%65.8)	54 (%71.1)
Diğer (n)	9 (%23.7)	13 (%34.2)	22 (%28.9)
Toplam (n)	38 (%100.0)	38 (%100.0)	76 (%100.0)
*p değeri	>0.05		

*Ki-kare

MDB; Major Depresif Bozukluk

Tablo 30 istatistiksel yöntemeye uygun (dağılımlarda beklenen değer katsayısının %20'nin üzerinde olması nedeniyle) bir tablo olmadığı için babaların mesleği memur ve serbest meslek olanlar bir grupta toplanıp istatistik olarak fark olup olmadığına bakılmıştır. Eksen I tanısı olan ve olmayan gruplar arasında babaların meslekleri açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (Ki-kare; $p>0.05$).

6.2.GÜVENİRLİĞE İLİSKİN BULGULAR

Güvenirlığe ait bulgulardan iç tutarlılık yalnızca eksen I tanısı olan grubu oluşturan ergenler ile yapılan klinik görüşmeden elde edilen veriler kullanılarak değerlendirilmiştir. Bunun nedeni ölçeğin bir klinik görüşme olması ve yalnızca depresif belirtileri olan çocuklara uygulandığında elde edilen verilerin istatistiksel olarak anlam ifade edecek varyans göstermesidir. Eksen I'de herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı olmayan grupta ölçek yardımı ile depresif belirtileri taranmıştır.

Çocuklar için Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş(ÇDDÖ-R) Forumu güvenirlığının Türk ergenlerinde değerlendirilmesi, (a) aynı olgunun, aynı görüşme için farklı değerlendirmeciler tarafından puanlanması (değerlendirmeciler arası güvenirlilik-interrater reliability), (b) enstrümanı oluşturan maddeler arasındaki ilişkinin (iç tutarlılık) incelenmesi ile yapılmıştır.

ÇDDÖ-R formunun iç tutarlılığı Cronbach's α değeri hesaplanarak belirlenmiştir. 38 major depresif bozukluk tanılı çocuk ve ergenin oluşturduğu örneklemden elde edilen veriler ile hesaplanan alfa değeri 0.876 olarak bulunmuştur.

Tablo 32. Eksen I tanısı (MDB) olan ergenlerin oluşturduğu grupta iç tutarlılık

Cronbach's α		
Bölüm 1	Değer	.737
	Madde Sayısı	9(a)
Bölüm 2	Değer	.829
	Madde Sayısı	8(b)
	Toplam Madde	17
İki form arasındaki korelasyon		.754
Gutman Split-Half Coefficient		.858
Spearman Brown Coefficient		.860

(a) okul işlevselliği, anhedoni, sosyal içe çekilme, uyku, iştah, aşırı yorgunluk, fiziksel şikayetler, irritabilite, yoğun suçluluk duyguları

(b) düşük özgüven, depresif duygular, morbid fikirler, intihar düşünceleri, aşırı ağlama, depresif afekt, monoton konuşma, hipoaktivite

Tablo 33. İç Tutarlılık ve Madde-Total Korelasyonları (n=38) (Depresif bozukluk tanısı olan grup)

Belirti Alanları	Ortalama	Madde-total korelasyon katsayısı (<i>r it</i>)	Madde yok sayıldığında Cronbach's alfa değeri
Okul işlevselliği	4.5 ±1.4	0.57	0.867
Anhedoni	4.7± 1.6	0.62	0.865
Sosyal içe çekilme	4.0± 2.0	0.41	0.874
Uykuda bozulma	3.9±1.3	0.27	0.878
İştahta bozulma	3.6±1.1	0.37	0.874
Aşırı yorgunluk	5.0±1.9	0.45	0.873
Fiziksel şikayetler	3.6±1.5	0.43	0.872
İrritabilite	4.0±1.7	0.42	0.874
Yoğun suçluluk duyguları	3.3±1.5	0.53	0.869
Düşük özgüven	4.1±1.6	0.55	0.868
Depresif duygular	4.9±1.5	0.71	0.862
Morbid düşünce	3.8 ±2.1	0.60	0.866
İntihar düşüncesi	3.2±2.0	0.46	0.873
Aşırı ağlama	4.2±2.1	0.60	0.865
Depresif afekt	3.4±1.4	0.70	0.863
Cansız konuşma	2.7±1.1	0.54	0.870
Hipoaktivite	2.9±1.0	0.59	0.869
ÇDDÖ-R Ham özet puanı	65.8±15.9		
Cronbach's alfa	0.876		

Tablo 34. Görüşmeciler arası Güvenirlik

Belirti Alanları	Depresif bozukluk tanısı alan ergenlerde görüşmeciler arası tutarlılık ICC katsayıları*	Eksen I tanısı olmayan ergenlerde görüşmeciler arası tutarlılık ICC katsayıları*
Bozulmuş okul işlevselliği	0.95	0.85
Keyif almada güçlük	0.93	0.49
Sosyal içe çekilme	0.95	0.93
Uyku bozukluğu	0.97	0.79
İştahta bozulma	0.93	0.88
Aşırı halsizlik/yorgunluk	0.97	0.75
Fiziksel Şikayetler	0.96	0.88
İrritabilite	0.96	0.95
Aşırı suçluluk duyguları	0.92	0.33
Düşük benlik saygısı	0.98	0.95
Depresif duygular	0.95	0.68
Morbid düşünceler	0.98	-
İntihar düşünceleri	0.99	-
Aşırı ağlama	0.97	1.00
Depresif afekt	0.98	-
Cansız konuşma	0.99	-
Hipoaktivite	0.93	-
ÇDDÖ-R Ham Özet Puanı	0.96	0.79

*ICC; intraclass correlation coefficient

**p<0.05

*** Eksen I tanısı olmayan ergenler ile yapılan klinik görüşmelerde elde edilen veriler arasında ölçeği oluşturan 17 maddeden 12'sinin varyans göstermesi nedeniyle görüşmeciler arası intraclass korelasyon katsayısı hesaplanabilmiştir.

ÇDDÖ-R formu ile yapılan değerlendirilme sırasında elde edilen ölçek özet puanları veya bu puanların T-skorları, değerlendirme hakkında görüşmeciye olguya dair ilk yorumları sağlayan puanlar olduklarından ölçeğin güvenilirliğinin gösterilmiş olması önem taşımaktadır. Her bir belirti için MDB tanısı olan grupta görüşmeciler arası güvenilirlik ortalama 0.96 olup, her bir madde için 0.93 ile 0.99 arasında değişen bir yelpazededir. Eksen I tanısı olmayan grupta ise görüşmeciler arası güvenilirlik ortalama 0.79 olup, güvenilirlik katsayıları 0.33 ile 1 arasında değişmektedir. Ölçülen maddelerden 5 tanesinin ise varyans göstermediklerinden korelasyon katsayılarını hesaplamak mümkün olmamıştır.

Depresif bozukluk tanılı ergenlerde görüşmeciler arası tutarlılık %95 güven aralığında değerlendirildiğinde; elde edilen değerler tablo 35'de gösterilmiş olup tüm maddeler için ICC katsayıları $p < 0.001$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur.

Tablo 35. Depresif bozukluk tanısı alan ergenlerde görüşmeciler arası tutarlılık

Belirti Alanları	ICC katsayıları*	%95 güven aralığı		F test	
		Alt sınır	Üst sınır	Değer	p
Bozulmuş okul işlevselliği	0.947	0.901	0.972	37.090	<0.0001
Keyif almada güçlük	0.934	0.877	0.965	29.342	<0.0001
Sosyal içe çekilme	0.950	0.907	0.974	39.288	<0.0001
Uyku bozukluğu	0.971	0.944	0.985	67.351	<0.0001
İştahta bozulma	0.934	0.876	0.965	29.149	<0.0001
Aşırı halsizlik/yorgunluk	0.966	0.935	0.982	57.164	<0.0001
Fiziksel Şikayetler	0.960	0.924	0.979	48.847	<0.0001
İrritabilite	0.963	0.930	0.981	53.442	<0.0001
Aşırı suçluluk duyguları	0.917	0.846	0.956	23.085	<0.0001
Düşük benlik saygısı	0.978	0.958	0.989	90.135	<0.0001
Depresif duygular	0.953	0.912	0.975	41.694	<0.0001
Morbid düşünceler	0.983	0.968	0.991	119.730	<0.0001
İntihar düşünceleri	0.990	0.980	0.995	190.805	<0.0001
Aşırı ağlama	0.974	0.951	0.986	76.158	<0.0001
Depresif afekt	0.979	0.960	0.989	93.289	<0.0001
Cansız konuşma	0.988	0.978	0.994	171.595	<0.0001
Hipoaktivite	0.937	0.882	0.967	30.613	<0.0001

*ICC=Intraclass correlation coefficient

Birinci ve ikinci görüşmecinin ÇDDÖ-R formu maddelerini puanlaması arasındaki ilişkinin derecesini görmek için, birbirleriyle olan korelasyonları hesaplanmıştır (Tablo 35).

6.3. GEÇERLİĞE İLİSKİN BULGULAR

Geçerlik; bir ölçeğin ölçmek istediği şeyi gerçekten ölçüp ölçmediğini gösteren ve ölçeği başka standartlar ile karşılaştıran değerlendirmelerdir. Çalışmada; ÇDDÖ-R istatistiksel geçerliğini belirlemeye yönelik faktör analizi, ÇDŞG-ŞY yarı yapılandırılmış tanı koydurucu klinik görüşme, Klinik Global İzlenim-Hastalık Şiddeti Ölçeği (CGI-S), Çocuklar için Global Değerlendirme Ölçeğini (Children's Global Assessment Scale-CGAS) ve Beck depresyon ölçekleri ile korelasyonlar; özgüllük ve duyarlılık ölçümleri kullanılmıştır. Örneklem grubunun yeterli sayıda olmaması ve amacın psikometrik özelliklerin değerlendirmesi olması nedeniyle ölçek için daha önceden yapılan çalışmalar ile belirlenen kesme puanları kullanılmıştır (120,128,133,134).

6.3.1. Yapı geçerliği

Yapı geçerliğinde değişken sayısını azaltmak ve değişkenler arasındaki ilişkilerden yararlanarak yeni yapılar ortaya çıkarmak amacıyla faktör analiz yöntemi uygulanmıştır. Faktör elde etmede en sık kullanılan yöntem ana bileşen analizidir (principle component analysis).

Veri setinin faktör analizine uygunlunun değerlendirilmesi amacıyla Keiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliliği ölçütü ve Barlett testi uygulanarak değişkenler arası korelasyona bakılmıştır. İsimlendirilebilir, yorumlanabilir ve anlamlı faktörler elde etmek amacıyla varimax rotasyonu uygulanmıştır. Bu değerlendirme ölçeğin yapı geçerliğini desteklemektedir.

Ortak varyans (communality) bir değişkenin analizde yer alan diğer değişkenlerle paylaştığı varyans miktarıdır. ÇDDÖ-R formunun maddelerine ilişkin ortak varyansların 0.45 ile 0.87 arasında değiştiği gözlenmektedir (Tablo 36).

Tablo 36. Çocuklar için Depresyon Değerlendirme Ölçeği Gözden Geçirilmiş formunun faktör yapısı (rotated component matrix) (n=38)

Belirti Alanları	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4
Hipoaktivite	<u>0.723</u>			0.457
Cansız konuşma	<u>0.886</u>			
Depresif afekt	<u>0.708</u>			0.336
Aşırı ağlama		<u>0.676</u>	0.449	
İntihar düşünceleri		<u>0.731</u>		
Morbid Fikirler		<u>0.841</u>		
Depresif duygular	0.398	<u>0.605</u>		
Düşük özgüven	0.344			<u>0.824</u>
Yoğun suçluluk				<u>0.763</u>
İrritabilite		<u>0.475</u>		0.320
Fiziksel şikayetler			<u>0.765</u>	
Aşırı yorgunluk			<u>0.724</u>	0.303
İştah			<u>0.773</u>	-0.334
Uyku			<u>0.659</u>	
Sosyal içe çekilme	<u>0.650</u>	0.430		
Anhedoni	<u>0.772</u>	0.371		
Bozulmuş okul işlev.	<u>0.486</u>			<u>0.438</u>

Çocuklar için Depresyon Değerlendirme Ölçeği'nin faktör yapısı belirlenirken kullanılan istatistiksel yöntemler; ekstarksyon metodu olarak Principle komponent analizi, rotasyon metodu olarak ise Kaiser Normalizasyonu ve Varimax yöntemidir.

Tablo 37. Faktörlerin ve Faktörlere ait İç Tutarlılığın Yorumlanması

Faktör	Ağırlıklı Yüğü olan maddeler	Yük	Cronbach α
Faktör 1	Gözlenen Depresif duygudurum ve anhedoni		.737
	17 Hipoaktivite	.723	
	16 Monoton konuşma	.886	
	15 Depresif afekt	.708	
	3 Sosyal içe çekilme	.650	
	2 Keyif almada güçlük	.772	
Faktör 2	Morbid Düşünce ve Davranışlar		.829
	14 Aşırı ağlama	.676	
	13 İntihar düşünceleri	.731	
	12 Morbid fikirler	.841	
	11 Depresif duygular	.605	
	8 İritabilite	.475	
Faktör 3	Somatik Belirtiler		.754
	7 Fiziksel yakınmalar	.449	
	6 Aşırı yorgunluk	.765	
	5 İştahta azalma	.724	
	4 Uykuda azalma	.773	
Faktör 4	İfade Edilen Depresif Duygudurum		.860
	10 Düşük özgüven	.824	
	9 Yoğun suçluluk	.763	

Çalışmamızda ise eksen I tanısı MDB olan 38 ergen ile yapılan klinik görüşmelerden elde edilen veriler istatistiksel olarak değerlendirilmiş ve faktör analizi yapılmıştır. Yüklerine göre belirlenen bu faktörler; faktör 1-Gözlenen duygudurum ve anhedoni (hipoaktivite, monoton konuşma, depresif afekt, sosyal içe çekilme, keyif almada güçlük,), faktör 2-Morbid düşünce ve davranışlar (aşırı ağlama, intihar düşünceleri, morbid fikirler, depresif duygular, irritabilite), faktör 3-Somatik belirtiler (fiziksel yakınmalar, aşırı yorgunluk, iştahta azalma, uykuda azalma), faktör 4-ifade edilen depresif duygudurum (düşük özgüven, yoğun suçluluk duyguları) olarak belirlenmiştir.

Çalışmamızda yüklerine göre belirlenen faktörler, bu faktörleri oluşturan maddeler ve yükleri ile faktörlerin Cronbach's α değerleri tablo 36 ve 37'de gösterilmiştir. Faktörlere ait Cronbach's α değerleri 0.737 ile 0.860 arasında değişmektedir. Faktörler arasında iç tutarlılık ölçeğin güvenilirliğini destekleyici ölçüde yüksek olarak değerlendirilmiştir.

6.3.2. Ölçüt Geçerliliği

Tablo 38a'da eksen I tanısı olarak MDB tanısı olan ergenlerin (n=38); tablo 38b'de ise eksen I tanısı alıp almamalarına bakılmaksızın çalışmaya alınan tüm ergenlerin (n=76); ÇDDÖ-R formu, Klinik Global İzlenim-Hastalık Şiddeti Ölçeği (CGI-S), Çocuklar için Global Değerlendirme Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ve bu ölçeklere ait toplam puanların birbirleriyle korelasyonları yer almaktadır.

Tablo 38a. Ölçek puan ortalamaları ve korelasyonlar

	Ortalama	ÇDDÖ-R formu ham özet puanı (r)*	CGI-S (r) **	CGAS (r)***
ÇDDÖ-R formu ham özet puanı (r)*	65.8±15.9	1	0.85*	-0.80
CGI-S (r)**	4.7±1.0	0.85*	1	-0.90
CGAS (r)***	50.2±10.3	-0.80*	-0.90*	1

N=38 (ÇDŞG-ŞY yarı yapılandırılmış tanı koyma görüşmesi ile eksen I depresif bozukluk tanısı alan çocuk ve ergenlerden oluşan grup)

Pearson Two Tailed korelasyon testi kullanılmıştır.

*P<0.001.

Tablo 38b. Ölçek puan ortalamaları ve korelasyonlar

	Ortalama	ÇDDÖ-R formu ham özet puanı (r)*	CGI-S (r)**	CGAS (r)***
ÇDDÖ-R formu ham özet puanı (r)*	42.4±26.1	1	0.97	-0.96
CGI-S (r)**	2.8±1.9	0.97	1	-0.98
CGAS (r)***	72.9±24.3	-0.96	-0.98	1

N=76

Pearson Two Tailed korelasyon testi kullanılmıştır.

P<0.001.

Hem eksen I tanısı olarak MDB tanısı alan grupta, hem de eksen I tanısı olan ve olmayan ergenlerin tamamının katıldığı grupta ölçeklerin birbirleriyle yüksek derecede korele oldukları saptanmıştır. CGAS ölçeği ile diğer ölçekler arasında, ölçeğin puanının artması ile işlevsellik düzeyinde bozulma arasında negatif ilişki olduğundan; negatif korelasyonlar saptanmıştır.

Tablo 39. 13-18 yaş grubu ergenlerin ÇDŞG-ŞY yarı yapılandırılmış klinik tanı koydurucu görüşmeye göre eksen I tanılarının (var/yok) ÇDDÖ-R formu ve BDÖ'nün sonuçları ile karşılaştırılması

	Depresyon var N=33	Depresyon yok N=33	Duyarlılık (%)	Özgüllük (%)	Pozitif Öngörü Değeri(%)	Negatif Öngörü Değeri(%)
Beck DÖ.						
Var	30	4	%90,9	%87,8	%88	%90
Yok	3	29				
ÇDDÖ- R						
Var	33	33	%100	%100	%100	%100
Yok	0	0				

* ÇDŞG-ŞY yarı yapılandırılmış değerlendirme görüşmesi ile eksen I tanıları

**Beck Depresyon Ölçeği'ne göre depresif bozukluk tanıları (Kesme noktası ≥ 17 olarak alındığında)

***ÇDDÖ-R formuna göre depresif bozukluk tanıları (Ham özet puan kesme noktası ≥ 40)

Çalışmaya katılan 78 olgunun 66 tanesi Beck Depresyon ölçeğini dolduracak yaş aralığında olduğundan eksen I tanısı olarak MDB tanısı olan gruptan 33 olgu; eksen I tanısı olmayan gruptan 33 olgu BDÖ ile değerlendirilebilmiştir.

6.3.3.Diskriminant (Ayırt edici) Geçerlilik

Tablo 40. Klinik tanı alıp almama durumlarına göre ergenlerin ÇDDÖ-R formu birinci değerlendirmeci ve ikinci değerlendirmeci ham özet puan ve T skoru ortalamaları

	N	ÇDDÖ-R Ham özet puan ortalaması(a)	ÇDDÖ-R Ham özet puan ortalaması(b)	ÇDDÖ-R T skoru ortalaması(a)	ÇDDÖ-R T skoru ortalaması(b)
Depresif bozukluk yok*	38	18.9±1.8	18.6±1.9	35.9±5.4	34.9±5.5
Depresif bozukluk var**	38	65.8±15.9	65.9±15.4	77.6±7.2	77.8±7.1

(a) Birinci değerlendirmeci

(b) İkinci değerlendirmeci

* ÇDŞG-ŞY yarı yapılandırılmış tanı koyma görüşmesi sonucu Eksen I tanısı olmayan grup

** ÇDŞG-ŞY yarı yapılandırılmış tanı koyma görüşmesi sonucu Eksen I'de depresif bozukluk tanısı alan grup

Tablo 41. ÇDŞG-ŞY yarı yapılandırılmış tanı koyma görüşmesi sonrasında depresif bozukluk tanısı alan ve almayan ergenlerde ÇDDÖ-R madde puanlarının ortalama değerleri

Belirti alanları	Depresif bozukluk tanısı var (n=38)		Depresif bozukluk tanısı yok (n=38)		p
	<u>Ortalama</u>	<u>SD</u>	<u>Ortalama</u>	<u>SD*</u>	
Okul işlevselliği	4.5	1.4	1.2	0.5	0.001
Keyif almada güçlük	4.7	1.6	1.1	0.3	0.001
Sosyal içe çekilme	4.0	2.0	1.1	0.4	0.001
Uykuda bozulma	3.9	1.3	1.1	0.3	0.001
İştahta bozulma	3.6	1.1	1.2	0.6	0.001
Aşırı yorgunluk	5.0	1.9	1.3	0.5	0.001
Fiziksel şikayetler	3.6	1.5	1.1	0.3	0.001
İrritabilite	4.0	1.7	1.3	0.5	0.001
Yoğun suçluluk duyguları	3.3	1.5	1.1	0.3	0.001
Düşük özgüven	4.1	1.6	1.2	0.5	0.001
Depresif duygular	4.9	1.5	1.2	0.4	0.001
Morbid düşünceler	3.8	2.1	1.0	0.0	0.001
İntihar düşünceleri	3.2	2.0	1.0	0.0	0.001
Aşırı ağlama	4.2	2.1	1.1	0.4	0.001
Depresif afekt	3.4	1.4	1.0	0.0	0.001
Cansız konuşma	2.7	1.1	1.0	0.0	0.001
Hipoaktivite	2.9	1.0	1.0	0.0	0.001

* Ortalamalar arası t-testi; p<0.001 düzeyinde anlamlı fark bulunmuştur.

Tablo 42. ÇDDÖ-R Madde-puan frekans dağılımı ve puan ortalamaları (SD)

Madde	Madde puan frekansı (%)							Ortalama (SD)
	1	2	3	4	5	6	7	
Okul işlevselliği		3 (%7.9)	8 (%21.1)	6 (%15.8)	12 (%31.6)	7 (%18.4)	2 (%5.3)	4.47 (1.37)
Keyif almada güçlük		3 (%7.9)	8 (%21.1)	5 (%13.2)	10 (%26.3)	6 (15.8)	6 (%15.8)	4.68 (1.56)
Sosyal içe çekilme	5 (%13.2)	5 (%13.2)	6 (%15.8)	5 (%13.2)	9 (%23.7)	2 (%5.3)	6 (%15.8)	4.0 (1.95)
Uykuda bozulma	1 (%2.6)	6 (%15.8)	9 (%23.7)	5 (%13.2)	16 (%42.1)		1 (%2.6)	3.86 (1.33)
İştahta bozulma	1 (%2.6)	6 (%15.8)	12 (%31.6)	9 (%23.7)	10 (%26.3)			3.55 (1.13)
Aşırı yorgunluk	3 (%7.9)	2 (%5.3)	4 (%10.5)	3 (%7.9)	8 (%21.1)	6 (%15.8)	12 (%31.6)	5.02 (1.93)
Fiziksel şikayetler	6 (%15.8)	3 (%7.9)	7 (%18.4)	9 (%23.7)	10 (%26.3)			3.60 (1.55)
İrritabilite	4 (%10.5)	3 (%7.9)	6 (%15.8)	9 (%23.7)	9 (%23.7)	3 (%7.9)	4 (%10.5)	4.07 (1.73)
Yoğun suçluluk duyguları	5 (%13.2)	6 (%15.8)	12 (%31.6)	6 (%15.8)	6 (%15.8)	3 (%7.9)		3.28 (1.46)
Düşük özgüven	2 (%5.3)	3 (%7.9)	12 (%31.6)	2 (%5.3)	13 (%34.2)	3 (%7.9)	3 (%7.9)	4.10 (1.59)
Depresif duygular			8 (%21.1)	8 (%21.1)	8 (%21.1)	6 (%15.8)	8 (%21.1)	4.94 (1.45)
Morbid düşünceler	7 (%18.4)	4 (%10.5)	9 (%23.7)	4 (%10.5)	5 (%13.2)	3 (%7.9)	6 (%15.8)	3.76 (2.05)
İntihar düşünceleri	10 (%26.3)	5 (%13.2)	10 (%26.3)	2 (%5.3)	5 (%13.2)	2 (%5.3)	4 (%10.5)	3.23 (1.99)
Aşırı ağlama	3 (%7.9)	9 (%23.7)	3 (%7.9)	3 (%7.9)	11 (%28.9)		9 (%23.7)	4.21 (2.05)
Depresif afekt		11 (%28.9)	15 (%39.5)	2 (%5.3)	6 (%15.8)	3 (%7.9)	1 (%2.6)	3.42 (1.40)
Cansız konuşma	1 (%2.6)	20 (%52.6)	10 (%26.3)	4 (%10.5)	2 (%5.3)	1 (%2.6)		2.71 (1.06)
Hipoaktivite		14 (%36.8)	19 (%50)	1 (%2.6)	3 (%7.9)	1 (%2.6)		2.89 (0.98)

Tablo 43. ÇDDÖ-R formu puan korelasyon matrisi (Pearson korelasyon katsayıları)

	Okul işlev.	Keyif alma güçl.	İçe Çekil-me	Uyku bzk	İştah bzk.	Aşırı Yor-gunluk	Fizik-sel yak.	İrrita-bilite	Suçlu-luk	.Dü-şük özgüv.	Depre-sif duyg.	Morbid düşün-celer	İntihar düşün-celeri	Aşırı ağla-ma	Dep-resif afekt	Cansız konuş-ma	Hipo-aktiv
Okul İşlev.	1																
Keyif almama	.489	1															
İçe çekil.	.292	.663	1														
Uyku	.020	.173	.113	1													
İştah	.210	.040	.085	.263	1												
Yorg.	.362	.253	.121	.387	.548	1											
Fizik. Y.	.154	.159	.053	.378	.605	.381	1										
İrritab.	.121	.220	.136	.156	.074	.265	.243	1									
Suçluluk	.454	.394	.056	.034	.210	.320	.099	.257	1								
Özgüv.	.485	.264	.061	-.031	.237	.376	.182	.390	.681	1							
Dep.Duy.	.421	.541	.342	.261	.216	.256	.291	.325	.413	.366	1						
Morbid d	.367	.405	.389	.135	.104	.164	.308	.430	.229	.354	.629	1					
İntihar d.	.374	.303	.415	.032	.072	-.100	.153	.214	.271	.308	.369	.581	1				
Ağlama	.376	.341	.235	.266	.309	.358	.518	.352	.302	.365	.593	.472	.403	1			
Dep.afekt	.482	.616	.363	.102	.325	.333	.264	.208	.541	.402	.633	.427	.330	.380	1		
Cansız konuş.	.468	.595	.415	.143	.114	.214	.125	.204	.471	.338	.375	.202	.212	.050	.716	1	
Hipoaktiv.	.521	.437	.253	.216	.200	.243	.256	.260	.513	.493	.376	.175	.262	.199	.660	.851	1

6.3.4. Ölçütle İlişkili Geçerlik

Tablo 44. Çalışmaya katılan MDB tanısı olan ve eksen I tanısı olmayan grubu oluşturan ergenlerden intihar düşüncesi olduğundan söz edenler ve etmeyenler arasındaki ÇDDÖ-R formu ortalama madde puanlarının karşılaştırılması

Belirti Alanları	İntihar düşünceleri olduğunu söyleyen çocuklar(a)		İntihar düşüncesi olmayan çocuklar(b)	
	<u>Ortalama</u>	<u>SD*</u>	<u>Ortalama</u>	<u>SD*</u>
Bozulmuş okul işlevselliği	4.6	1.3	2.0	1.5
Keyif almada güçlük	4.8	1.4	2.0	1.8
Sosyal içe çekilme	4.3	1.9	1.8	1.5
Uyku bozukluğu	3.8	1.1	1.9	1.6
İştahta bozulma	3.4	1.2	1.9	1.4
Aşırı halsizlik/yorgunluk	4.8	1.2	2.4	2.1
Fiziksel Şikayetler	3.6	1.6	1.8	1.4
İrritabilite	4.2	1.9	2.0	1.4
Aşırı suçluluk duyguları	3.5	1.6	1.7	1.1
Düşük benlik saygısı	4.4	1.5	1.9	1.5
Depresif duygular	5.3	1.5	2.0	1.6
Morbid düşünceler	4.8	1.7	1.3	1.0
Aşırı Ağlama	4.7	1.8	1.8	1.6

n=76

(a) İntihar düşünceleri puanlaması ≥ 3 ; n=23

(b) İntihar düşünceleri puanlaması < 3 ; n=53

* istatistiksel olarak anlamlı farkın ortalamasına ait *t-testleri* $p < 0.05$.

YEDİNCİ BÖLÜM

7. TARTIŞMA:

ÇDDÖ-R formunun psikometrik özellikleri incelenirken ölçeğin; (a) geçerliği ve güvenilirliğine, (b) depresif duygudurum ve eşlik eden depresif belirtiler bağlamında klinisyenin yaptığı puanlama ile, ölçeğin çocuğun/ergenin hastalığını öngörmesi arasındaki ilişkiye, (c) belirti alanlarının puanlanması ve ÇDDÖ-R ham özet puanları ve T-skorlarının belirlenmesi yardımı ile hastalığın şiddetine (d) bazı özellikli belirti alanlarında hastalığın varlığı ve şiddeti ile çocukların verdiği bilgiler arasındaki uyuma bakılmıştır (120,128).

Çalışmamızda ÇDDÖ-R formu Türkçeye uyarlanmış; ölçeğin DSM-IV-TR tanı ölçütlerini göre MDB tanısı almış 38 ergen ile DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre herhangi bir eksen I tanısı olmayan 38 ergene ait bulgular yardımıyla psikometrik özellikleri değerlendirilmiştir. Psikometrik özellikler incelenirken, kısıtlı örneklem grubunda geçerlik ve güvenilirliğe dair bulgular değerlendirilmiş; eksen I'de MDB tanısı olan grup ile eksen I tanısı olmayan grupta depresif duygudurum ve eşlik eden depresif belirtiler klinisyen tarafından puanlanmış; çeşitli belirti alanları ayrı ayrı puanlanarak ÇDDÖ-R formu özet puanları belirlenmiştir. Sosyodemografik verilerin eksen I'de MDB tanısı olan grup ile olmayan grup arasında farklılık gösterip göstermediği istatistiksel analizlerle değerlendirilmiş, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı gösterilmiştir. Eksen I'de MDB tanısı olan grup ile Eksen I'de herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı olmayan gruba ait ÇDDÖ-R formu ham özet puanları ve bu puanların T skorları karşılaştırılarak ölçeğin hastalığın varlığı ve şiddetine yönelik yaptığı değerlendirmelerin sonuçları, MDB tanısı için altın standart olarak belirlenen ÇDŞG-ŞY görüşmesi sonucu elde edilen sonuçlar, CGAS ve CGI-S puanları ile karşılaştırılmıştır. İki gruba ait değerlendirmeler ile elde edilen veriler ÇDDÖ-R'in ölçüt geçerliği, eş zaman geçerliği, diskriminant (ayırt edici) geçerlik, duyarlılık, özgüllük, olumlu ve olumsuz öngörü değerlerinin istatistiksel olarak incelenmesi amacıyla kullanılmıştır.

ÇDDÖ-R Türkçe formunun iç tutarlılığı Cronbach's α değeri hesaplanarak belirlenmiştir. 38 major depresif bozukluk tanılı ergenin oluşturduğu örneklemden elde edilen veriler ile hesaplanan Cronbach's α değeri 0.876 olarak bulunmuştur. Cronbach's α

değerinin 0.876 olarak bulunması, ÇDDÖ-R formunun Türkçe versiyonun iç tutarlılığının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin iç tutarlılığının değerlendirilmesi ile ölçülmek istenilen özelliğin ölçülüp ölçülemediğinin belirlenmesi amaçlanır. İç tutarlılık güvenilirlik katsayısının yüksek bulunması, ölçüm için kullanılan maddelerin homojen bir yapıyı ölçtüğünün gösterilmesi açısından önem taşımaktadır (145). ÇDDÖ-Gözden Geçirilmiş formunun iç tutarlılığının sınanması amacıyla Kuder & Richardson 20,21 yöntemi ve Spearman Brown ve Gutman Split güvenilirlik istatistiksel yöntemleri kullanılarak Cronbach's α değeri hesaplanmıştır. ÇDDÖ-R orijinal formunun iç tutarlılığı benzer şekilde Cronbach's α değeri hesaplanarak belirlenmiştir. 223 çocuğun katıldığı bir okul örnekleminde elde edilen veriler ile elde edilen alfa değeri 0.85 olarak bulunmuştur (128). Yine Poznanski ve ark.'ın (1996), 6-12 yaş aralığında çocuk grubunda ÇDDÖ-R formunun psikometrik özelliklerini değerlendirdiği bir başka çalışmada; iç tutarlılık değeri olan Cronbach's α 0.85 olarak bulunmuş; madde-total korelasyonlarına bakıldığında ise elde edilen değerlerin 0.28 ile 0.78 arasında değiştiği görülmüştür. Depresif duygular (0.78), keyif almada güçlük (0.77), depresif afekt (0.74) ve azalmış kendine güven (0.70) maddelerinin toplam puan ile en yüksek korelasyon gösteren maddeler olduğu belirlenmiştir (120).

Bir ölçeğin güvenilirliğinin belirlenmesinde kullanılan bir diğer yöntem de değerlendirmeciler arası güvenilirlik olup; bir ölçeği puanlayan farklı kişilerin verdiği yanıtların karşılaştırılmasıdır. Aynı denek grubunu değerlendiren değerlendirmeciler arasındaki uyumu gösterir. Psikiyatrik yapının yineleyen biçimde değerlendirilmesinin pek uygun olmadığı durumlarda kullanılmaktadır. Bunun en belirgin örneği psikiyatrik tanıdır. Puan olarak uyum sağlanamayan maddeler iyi tanımlanmamış ya da ayırt edilmesi güç yapıları oluşturmaktadır (146).

Bizim çalışmamızda; depresif bozukluk tanılı ergenlerde görüşmeciler arası tutarlılık %95 güven aralığında değerlendirildiğinde; elde edilen değerler tablo 35'de gösterilmiş olup tüm maddeler için ICC katsayıları $p < 0.001$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Bu bulgu ÇDDÖ-R formunun Türkçe uyarlamasının Türk popülasyonundaki psikometrik özellikleri değerlendirildiğinde, güvenilirliğinin yüksek olduğuna dair önemli bir bulgudur.

ÇDDÖ-R formu ile yapılan değerlendirilme sırasında elde edilen ölçek ham özet puanları veya bu puanların T-skorları, değerlendirme hakkında görüşmeciye olguya dair ilk yorumları sağlayan puanlar olduklarından ölçeğin güvenilirliğinin gösterilmiş olması önem taşımaktadır. Çalışmamızda her bir belirti için MDB tanısı olan grupta görüşmeciler

arası güvenilirlik ortalama 0.96 olup, her bir madde için güvenilirlik katsayıları 0.93 ile 0.99 arasında değişen bir yelpazededir. Eksen I tanısı olmayan grupta ise görüşmeciler arası güvenilirlik ortalama 0.79 olup, güvenilirlik katsayıları 0.33 ile 1 arasında değişmektedir. Ölçülen maddelerden 5 tanesinin ise varyans göstermediklerinden korelasyon katsayılarını hesaplamak mümkün olmamıştır.

Çalışmamızda hem MDB tanısı olan hem de eksen I'de herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan grupta görüşmeciler arası güvenilirlik değerlendirilmiş, her bir madde için ayrı ayrı ve Ham özet puanları karşılaştırılarak Intraclass korelasyon katsayıları (ICC) belirlenmiştir. MDB tanısı olan grupta her bir madde için elde edilen ICC değerleri 0.93 ile 0.99 arasında değişmekte olup, bu grupta görüşmeciler arası güvenilirlik belirgin olarak yüksek bulunmuştur. Görüşmeciler arası ICC değerlerinin en yüksek olduğu maddeler; görüşmecinin görüşme sırasındaki kendi kanaatine göre puanladığı cansız/monoton konuşma (0.99), olgunun kendi söylemlerinden yola çıkılarak puanlanan intihar düşünceleri (0.99), yine görüşmecinin kendi izlenimine göre puanlama yaptığı depresif afekt (0.98) ve olgunun kendi ifade ettiği morbid düşünceler (0.98) ve düşük benlik saygısı (0.98) olarak bulunmuştur. Toplam puanlara bakıldığında (Ham özet puanı); görüşmeciler arası ICC değeri 0.96 olarak hesaplanmıştır. Eksen I tanısı olmayan grupta ise 17 maddeden yalnızca 12'sine ait ICC değerleri hesaplanabilmiştir. 5 maddenin (olguların sözel ifadelerine göre puanlanan morbid düşünceler ve intihar düşünceleri ile klinisyen tarafından görüşmecinin izlenimine göre puanlanan depresif afekt, cansız konuşma ve hipoaktivite) puanlamaları görüşmeciler arasında hiç varyasyon göstermediğinden ICC değerleri hesaplanamamıştır. Hesaplanabilen ICC değerleri ise 0.33 ile 1.00 arasında değişmekte; en yüksek ICC değerini aşırı ağlama maddesi alırken (1.00), en düşük ICC değerini suçluluk duyguları maddesi almıştır. Eksen I tanısı olmayan çocuk ve ergenlerden elde edilen verilerin değerlendirilmesi ile elde edilen en yüksek görüşmeciler arası ICC değerleri sırası ile aşırı ağlama (1.00), düşük benlik saygısı (0.95), irritabilite (0.95), fiziksel şikayetler (0.88) ve iştahta bozulma (0.88)'dir. Ham özet puanlarına ait görüşmeciler arası hesaplanan ICC değeri ise 0.79 olarak belirlenmiştir.

Bir ölçeğin güvenilirliği ölçülen özelliğin değişmemesi ve aynı görüşmeyi puanlayan ölçek hakkında benzer bilgi ve eğitime sahip farklı kişiler tarafından puanlanırken benzer özellikler göstermesi ve böylelikle ölçümlerin tekrarlandığı durumlarda kararlılık göstermesi durumu olarak tanımlanabilir. Güvenirliğin dayandığı temel kavram tahmin edilebilirlik, öngörülebilirliktir (145). ÇDDÖ-R formunun psikometrik özelliklerinin değerlendirildiği öncül çalışmalar ile yapılan değerlendirilme sırasında elde edilen ölçek

özet puanları veya bu puanların T-skorumları, değerlendirme hakkında görüşmeceye olguya dair ilk yorumları sağlayan puanlar olduklarından ölçeğin güvenilirliğinin gösterilmiş olması önem taşımaktadır (120,128,133,134). Bizim çalışmamızda da güvenilirliğe ait öncül bulgularımız ÇDDÖ-R formunun Türkçe uyarlamasının güvenilirliğinin yüksek olduğunu destekler niteliktedir.

Poznanski ve ark. (1970) tarafından klinik örnekleme yer alan çocuklarla yapılan görüşmeler ile ÇDDÖ-R orjinal formu özet puanları elde edilmiş; değerlendirmeciler arası güvenilirlik 0.92 olarak bulunmuştur (120). ÇDDÖ-R formunun Türkçe uyarlamasının değerlendirmeciler arası güvenilirlik değeri de bu bulgu ile benzerdir. ÇDDÖ-R formunun psikometrik özellikleri, biri çocuk hastalıkları kliniğinde yatan (133) diğeri ise psikiyatri kliniğinde yatan (134) iki farklı çocuk hasta grubunda incelenmiştir. Bu iki farklı grup içinde de, bu konu üzerinde deneyimi olmayan klinisyenler tarafından uygulanmış olmasına rağmen ölçek, depresyonun şiddetini belirleme açısından geçerli ve güvenilir bulunmuştur.

Çalışmamıza katılan ve yarı yapılandırılmış klinik tanı koydurucu görüşmeler ile eksen I'de MDB tanısı alan grupta 38 olgudan 8 (%21.1) tanesi erkek, 30 (%79.9) tanesi kızdır. Klinik olarak eksen I tanısı olmayan grupta ise 38 olgudan 10 (%26.3) tanesi erkek, 28 (%73.7) tanesi kız olgudur. Yapılan çalışmalarda ergenlik öncesi depresif bozukluk ve depresif belirtilerde cinsiyet farkı bulunamamışken; (6,53,62) ergenliğin başından itibaren hem depresif belirtilerin hem de depresif bozukluğun kız ergenlerde erkeklerden fazla görüldüğü saptanmıştır (67,69,70). Çalışmalarda amaçlanan yöntemin gerçekçi ve geçerli olup olmadığının sınanması ve yaşama geçirilmesi için; taşıdığı özelliklerle evreni temsil eden bir örneklemin belirlenmesi gerekir (144). Bizim çalışmamızda da eksen I'de MDB tanısı olan ergenlerin yüksek oranda kız olması, ergenlik döneminde depresif belirti ve bozuklukların baskın olarak kız cinsiyette görüldüğü bilgisini yordar niteliktedir.

Çalışmamızda Eksen I tanısı olan çocuk ve ergenlerle yapılan görüşmelerde elde edilen veriler ile hesaplanan ÇDDÖ-R formu ham özet puanları ile yapılan istatistiksel değerlendirmeler sonucu ölçülen Cronbach's α değeri 0.876 olarak bulunmuştur. Depresif duygudurumun çocuk ve ergen gruplarında güçlü madde-total korelasyonuna sahip ($r_{it}=0.71$) olduğu ve madde-total korelasyon katsayılarının 0.27 ile 0.71 arasında değiştiği gösterilmiştir (129). En zayıf madde-total korelasyonuna sahip madde uykuda bozulma ($r_{it}=0.27$) olarak belirlenmiş; depresif duygudurum (0.71), depresif afekt (0.70), keyif almada güçlük (0.62), morbid düşünceler (0.60) ve aşırı ağlama (0.60) en yüksek madde-total korelasyonu gösteren maddeler olarak dikkati çekmiştir. Depresif duygudurumun

çocuk ve ergen gruplarında yapılan çalışmalarda bulgularımıza benzer şekilde en güçlü madde-total korelasyonuna sahip olduğu saptanmıştır (128,130). Ergen popülasyonda ÇDDÖ-R formunun psikometrik özelliklerinin değerlendirildiği bir diğer çalışmada depresif belirtileri olan 145 ergen çalışmaya dahil edilmiş, klinisyenlerin ergenlerle yaptıkları görüşmeler sonucu elde edilen veriler ile hesaplanan Cronbach's α değeri 0.79 olarak belirlenmiştir. Depresif duygudurumun en güçlü madde-total korelasyonuna sahip olduğu ($r=0.71$) olduğu ve madde-total korelasyon katsayılarının 0.12 ile 0.71 arasında değiştiği gösterilmiştir (129).

Tüm maddeler gözden geçirildiğinde ise 6-12 yaş çocuk örneklemiyle yapılan çalışmada elde edilen sonuçlara benzer şekilde; depresif duygudurum, keyif almada güçlük, sosyal içe çekilme, depresif afekt ve azalmış kendine güven maddelerinin en yüksek madde-total korelasyonuna sahip olduğu dikkati çekmiştir (129).

ÇDDÖ-R formu 17 maddeden oluşmakta ve maddelerin puanlanması 1-5 ya da 1-7 puan arasında değişmektedir (128). Böylelikle görüşmenin sonunda klinisyenin her bir madde için yaptığı puanlama sonucunda; çocuk ve ergenin alabileceği olası puan minimum 17, maksimum da 113 olarak belirlenmiştir. Toplam ham özet puanının ≥ 40 olması depresyon tanısına işaret ederken; 28 puan ve altı (yani minimal belirtiler ya da iç belirti olmaması) sıklıkla remisyona anlamına gelmektedir (120).

Çalışmamızda MDB tanısı alan ergenlerin sayısı kesme puanı belirlemek açısından yeterli olmadığından, daha önce Poznanski ve ark. (1985) tarafından belirlenen ve testin değerlendirilmesinde kullanılan kesme noktaları kullanılmıştır. Buna göre çalışmaya katılan ergenlerin Ham özet puan ortalamaları 65.8 ± 15.9 olarak bulunmuştur.

Geçerlilik bir ölçüm aracının ölçülmek istenilen özelliği tam ve doğru bir şekilde ölçebilmesi olarak tanımlanabilir (146). Bir ölçeğin amacı doğrultusunda çalışıp çalışmadığının belirlenmesi sürecinde önem taşıyan, yapı geçerliliğinin değerlendirilmesinde kullanılan yöntemlerden biri faktör analizidir. Gelişmekte olan bir ölçme aracında yer alan her bir uyarana (maddeye) cevaplayıcıların verdiği tepkiler arasında belli bir düzen olup olmadığı araştırmacının ortaya koymak istediği sonuçlardan biridir. Bu amaçla kullanılan faktör analizi sosyal bilimlerde, başta psikolojik boyutların tanınmasında ve boyutların içeriği ile ilgili bilgi edinilmesinde kullanılan çok değişkenli analiz tekniklerinden biridir (146,147,148). Faktör analizi, birbirleriyle orta düzeyde ya da oldukça ilişkili değişkenleri birleştirerek az sayıda ancak bağımsız değişken kümeleri elde etmede ampirik bir temel sağlayan bir tekniktir. Böylece pek çok değişkenin birkaç küme

ya da boyuta indirgenmesi mümkün olmaktadır. Bu boyut ya da kümelerden her birine faktör adı verilir (149).

Faktör analizi, aynı yapıyı ya da niteliği ölçen değişkenleri bir araya toplayarak ölçmeyi az sayıda faktör ile açıklamayı amaçlayan bir istatistiksel tekniktir. Faktör analizi bir faktörleşme ya da ortak faktör adı verilen yeni kavramları (değişkenleri) ortaya çıkarma ya da maddelerin faktör yük değerlerini kullanarak kavramların işlevsel tanımlarını elde etme süreci olarak da tanımlanmaktadır (150). Faktör analizi, tüm veri yapıları için uygun olmayabilir. Verilerin, faktör analizi için uygunluğu Kaiser- Meğer-Olkin (KMO) katsayısı ve Barlett küresellik (sphericity) testiyle incelenebilir. KMO katsayısı, veri matrisinin faktör analizi için uygun olup olmadığını, veri yapısının faktör çıkarma için uygunluğu hakkında bilgi verir. Faktörleşebilirlik (factorability) için KMO' nun 0.60'tan yüksek çıkması beklenir. Barlett testi, değişkenler arasında ilişki olup olmadığını kısmi kolerasyonlar temelinde inceler (150). Analiz sonunda elde edilen varyans oranları ne kadar yüksekse, ölçeğin faktör yapısı da o kadar güçlü olmaktadır (149,150). Ancak, sosyal bilimlerde yapılan analizlerde %40 ile %60 arasında değişen varyans oranları yeterli kabul edilmektedir. Faktör örüntüsünün oluşturulmasında ise, 0.30 ile 0.40 arasında değişen faktör yüklerinin alt kesme noktası olarak alınabileceği belirtilmektedir(151). Araştırmacı, bir faktör analizi tekniğini uygulayarak elde ettiği kadar önemli faktörü, "bağımsızlık, yorumlamada açıklık ve anlamlılık " sağlamak amacıyla bir eksen döndürmesine (rotation) tabi tutabilir. Eksenlerin döndürülmesi sonrasında maddelerin bir faktördeki yükü artarken, diğer faktördeki yükleri azalır. Böylece faktörler, kendileri ile yüksek ilişki veren maddeleri bulurlar ve faktörler daha kolay yorumlanabilir (150). Dik döndürme yöntemleri içinde; Quartimax, Varimax ve Equamax en yaygın kullanılanlardır. Varimax yönteminde basit yapıya ve anlamlı faktörlere ulaşmada faktör yükleri matrisinin sütunlarına öncelik verilir. Varimax yönteminde daha az değişkenle faktör varyanslarının maximum olması sağlanacak şekilde döndürme yapılır (152).

Faktör analizi uygulanırken dikkat edilmesi gereken hususlar vardır. Bunlar; 1.Örneklemin büyüklüğü, 2.Normallik, 3.Doğrusallık olarak sıralanır. Faktör analizinde aynı yapıyı ölçmeyen maddelerin ayıklanmasında genellikle aşağıda belirtilen 3 ölçüt dikkate alınır.

1)Maddelerin yer aldıkları faktördeki yük değerlerinin yüksek olması (0.45 ya da daha yüksek olması seçim için iyi bir ölçüdür. Ancak bu sınır değer 0.30'a kadar indirilebilir.

2) Maddelerin tek bir faktörde yüksek yük değerine, diğer faktörde ise düşük yük değerine sahip olması (yüksek iki yük değeri arasındaki farkın en az 0.10 olması önerilir)

3) Önemli faktörlerin, herhangi bir madde de (değişkende) birlikte açıkladıkları ortak faktör varyansının yüksek olması. (maddelerin ortak faktör varyanslarının 1.00' a yakın ya da 0.66'nın üzerinde) (148,149,150).

Faktör analizi sonucu iki tip durum ortaya çıkar; faktör analizi herhangi kavramsal anlamlı faktörleri ortaya çıkarmaz (ciddi bir problemdir, içerik geçerliliği süreci gözden geçirilmeli ve yeni faktör analizi için yeni cevap verileri toplanmalıdır.) ya da anlamlı faktörler oluşabilir fakat onlar yargısal kategorilere karşılık gelmeyebilir (yargısal kategoriler ile yapıların uygunluğunun yokluğu ve incelenmeye gereksinim duyar). İdeal durum içerik ve yapı geçerliliği çalışması arasındaki uyumdur (152).

Bu çalışmada ÇDDÖ-R formunun yapı geçerliliğini belirlemek amacı ile yarı yapılandırılmış tanı koydurucu bir klinik görüşme olan Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (Kiddie and Young Adult Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia) ÇDŞG-ŞY ile eksen I tanısı olarak MDB olan 38 ergen ile faktör analizi yapılmıştır. ÇDDÖ-R formunun Türkçe uyarlamasının faktör yapısı belirlenirken kullanılan istatistiksel yöntemler; ekstarksyon metodu olarak Principle Component (Temel bileşenler) analizi, rotasyon metodu olarak ise Kaiser Normalizasyonu ve Varimax yöntemidir.

Çalışmamızda yüklerine göre belirlenen faktörler, bu faktörleri oluşturan maddeler ve yükleri ile faktörlerin Cronbach's α değerleri tablo 36 ve 37'de gösterilmiştir. Faktörlere ait Cronbach's α değerleri 0.737 ile 0.860 arasında değişmektedir. Faktörler arasında iç tutarlılık ölçeğin güvenilirliğini destekleyici ölçüde yüksek olarak değerlendirilmiştir.

Bizim çalışmamızda ise eksen I tanısı MDB olan 38 ergen ile yapılan klinik görüşmelerden elde edilen veriler istatistiksel olarak değerlendirilmiş ve faktör analizi yapılmıştır. Yüklerine göre belirlenen bu faktörler; faktör 1-Gözlenen duygudurum ve anhedoni (hipoaktivite, monoton konuşma, depresif afekt, sosyal iç çekilme, keyif almada güçlük), faktör 2-Morbid düşünce ve davranışlar (aşırı ağlama, intihar düşünceleri, morbid fikirler, depresif duygular, irritabilite), faktör 3-Somatik belirtiler (fiziksel yakınmalar, aşırı yorgunluk, iştahta azalma, uykuda azalma), faktör 4-İfade edilen depresif duygudurum (düşük özgüven, yoğun suçluluk duyguları) olarak belirlenmiştir. Faktör 1'e ait Cronbach's α değeri 0.737; faktör 2'ye ait Cronbach's α değeri 0.829; faktör 3'e ait Cronbach's α değeri 0.754 ve faktör 4'e ait Cronbach's α değeri ise 0.860 olarak bulunmuştur.

Görüldüğü üzere; faktörlere ait Cronbach's α değerleri 0.737 ile 0.860 arasında değişmektedir. Maddelerin yer aldığı faktördeki yük değerleri olması gerektiği şekilde 0.45 ve üzerinde bulunmuş, sınıflama bu değerler göz önüne alınarak yeniden gözden geçirilmiştir. Ölçeği oluşturan maddelerden okul işlevselliği maddesinin yük değeri dışında diğer tüm faktörleri oluşturan maddelerin yükleri, tek bir faktörde yüksek yük değerine, diğer faktörde ise düşük yük değerine sahiptir. Faktör 4'teki yükünün faktör 1'deki yükü arasındaki farkın yaklaşık 0.05 (yüksek iki yük değeri arasındaki farkın en az 0.10 olması önerilir) olması nedeniyle okul işlevselliği maddesi herhangi bir faktör altında sınıflanmamıştır.

Yazında ulaşılabildiği kadarıyla ÇDDÖ-R formunun faktör analizinin yapıldığı çalışma sayısı kısıtlıdır. Çalışmalardan ilkinde Poznanski ve ark.(1985)'nin ÇDDÖ'yü gözden geçirdikleri dönemde kendi klinik deneyimleri doğrultusunda, 4 madde alt grubu tanımlanmış, bu alt grupların anlamlı belirti kümelerini temsil ettiği düşünülmüştür. Bunlar; (a) duygudurum belirtileri (Depresif duygular, depresif afekt, irritabilite ve aşırı ağlama), (b) somatik belirtiler (iştahta bozulma, uykuda bozulma, aşırı yorgunluk hali, hipoktivite, cansız konuşma ve fiziksel şikayetler), (c) öznel ifadeler (düşük benlik saygısı, aşırı/abartılı suçluluk duyguları, morbid düşünceler ve intihar düşünceleri) ve (d) davranışsal belirtiler (anhedoni, sosyal içe çekilme ve bozulmuş okul işlevselliği) şeklinde 4 alt grup olarak tanımlanmıştır. Beklenildiği biçimde, her bir alt grup ile Depresyon Genel Değerlendirme puanları ve ÇDDÖ-R formu özet puanları arasında pozitif ve belirgin bir korelasyonun varlığı gösterilmiştir (120,128). Daha yakın dönemde Guo ve ark.(2010)'nın, Çocuklar için Depresyon Değerlendirme Ölçeği-R formunun faktör analizini konu aldığı 315 çocuk ve ergenin katılımı ile gerçekleştirilen bir diğer çalışmada ise maddeler yüklerine göre değerlendirilerek 5 faktör belirlenmiştir. Bu faktörler; faktör 1-Gözlenen depresif duygudurum (konuşma temposu, hipoaktivite, depresif afekt), faktör 2-Anhedoni (sosyal içe çekilme, keyif almada güçlük), faktör 3-Morbid düşünceler (morbid fikirler, intihar düşünceleri), faktör 4-Somatik belirtiler (aşırı yorgunluk, uyku, fiziksel şikayetler, okul işlevselliği), faktör 5-İfade edilen depresif duygudurum (ağlama, depresif duygular, özgüven) olarak sınıflandırılmıştır (143). Ancak bu çalışmada ölçeği oluşturan maddelerden üç tanesi (iştahta bozulma, irritabilite ve yoğun uçluluk duyguları) herhangi bir faktörde sınıflandırılmamıştır. Bir faktörü oluşturan maddelerin ortak faktör varyanslarının 1.00' a yakın ya da 0.66'nın üzerinde olması yapılan analizin gücünü belirleyen bileşenlerden biri olduğu göz önüne alınırsa (150), çalışmamızda faktörlere ait ortak varyansların 0.737 ile 0.860 arasında değişiyor olması çalışmamızın güçlü

yönlerinden biri olarak değerlendirilmiştir. Sonuç olarak; faktörler arasında iç tutarlılık ölçeğın güvenirliliğini destekleyici ölçüde yüksek olarak değerlendirilmiştir denilebilir. Ancak faktör analizinde örneklem büyüklüğü önemli olup, hesaplanan korelasyon katsayısının örneklem büyüklüğü azaldıkça daha az güvenilir olması nedeniyle, değişkenler arası korelasyonun güvenirliliği için çalışmaya katılan ve eksen I'de MDB tanısı olan olguların sayısının düşük olması çalışmamızın en önemli kısıtlılıkları arasında yer almaktadır.

Bir ölçeğın geçerliliğini değerlendirmede kullanılan yöntemlerden bir diğeri ölçüt geçerliliğidir. Ölçüt geçerliliğinin bir bölümü olan eşzaman geçerliliğinde, geliştirilen ölçme aracı sonucu ile daha önceden geliştirilmiş, geçerliliği yüksek olan ve aynı özelliği ölçen başka bir ölçme aracı ile arasındaki korelasyon katsayısı karşılaştırılır (145).

Bu çalışmada ölçüt geçerliliğine katkıda bulunmak için, aynı görüşmede klinisyen tarafından değerlendirilen CGI-S (Genel Klinik İzlenim-Şiddet/ Clinical Global Impression-Severity) ölçeği ve CGAS (Genel Klinik Değerlendirme Ölçeği/ Clinical Global Assessment Scale) ölçeği puan ortalamaları ile ÇDDÖ-R formu Ham özet puan ortalamaları karşılaştırılmış; bu karşılaştırma hem yalnızca eksen I tanısı MDB olan ergenlerden hem de çalışmaya katılan ergenlerin tümünden elde edilen veriler kullanılarak yapılmıştır. CGAS puanı ÇDDÖ-R formunun incelendiği çalışmalarda, depresif bozukluğu olan ergenin, özgün depresif belirtiler ile genel işlevsellik seviyesi veya günlük aktiviteleri sırasında yaşadığı sorunlar arasındaki ilişkinin değerlendirilebilmesi amacıyla kullanılmıştır.

Eksen I tanısı MDB olan 38 ergenin ÇDDÖ-R formu Ham özet puanları ile CGI-S puanı arasında önceki çalışmadakine benzer şekilde (143), yüksek derecede anlamlı korelasyon bulunmuştur ($r=0.85$) (Tablo 20a). Çalışmaya katılan tüm çocuk ve ergenlerin ÇDDÖ-R formu Ham özet puanları ile CGI-S puanları arasında ise yalnızca MDB tanısı olan olgularinkine benzer şekilde yüksek derecede korelasyon olduğu gösterilmiştir ($r=0.97$) (Tablo 38b). CGI-S, toplam yedi değerlikli likert tipi bir ölçektir. Ölçeğın doldurulduğu zamandaki bozukluğun şiddetine göre 1 ile 7 puan arasında bir değerlendirme klinisyen tarafından yapılır. Gözlemcinin puanladığı bu ölçek, klinik çalışmalardaki hastaların değerlendirilmesini ve izlem sürecindeki tedavinin ortaya çıkardığı değişiklikleri gözlemek amacıyla geliştirilmiştir. Bozukluğun şiddeti arttıkça alınan CGI-S 'dan elde edilen puanlar artar (124). ÇDDÖ-R formu Ham özet puanının CGI-S ile korelasyonunun hem yalnızca MDB tanısı olan grupta hem de çalışmaya katılan

tüm olgular için yüksek korelasyon göstermesi; ÇDDÖ-R formu Ham özet puanın klinik şiddeti ölçtüğünün bir göstergesi olarak kabul edilebilir.

Gou ve ark.(2010)'nın ÇDDÖ-R formunun ergenler için psikometrik özelliklerini inceledikleri çalışmada, ÇDDÖ-R formu Ham özet puanları ile CGI-S puanları arasında yüksek derecede korelasyon olduğu ($r=0.87$), CGAS puanları ile ise orta derecede korelasyon olduğu ($r=-0.54$) gösterilmiştir (143).

Eksen I tanısı MDB olan 38 ergenin ÇDDÖ-R formu Ham özet puanları ile CGAS puanlarının önceki çalışmadakine benzer şekilde (143), ölçek işlevsellikte bozulma ne kadar fazla ise o kadar düşük olarak puanlandığından, yani CGAS ölçeği ile diğer ölçekler arasında, ölçeğin puanının artması ile işlevsellik düzeyinde bozulma arasında negatif ilişki bulunduğundan, negatif korele olduğu ancak Guo ve ark.(2010)'nın çalışmasından ($r=-0.54$) farklı olarak korelasyonun orta derecede değil yüksek derecede anlamlı olduğu ($r=-0.80$) çalışmamızda elde edilen bulgular arasındadır (Tablo 38a).

Çalışmaya katılan tüm ergenlerin ÇDDÖ-R formu Ham özet puanları ile CGAS puanları arasında ise yalnızca MDB tanısı olan olgularınkine benzer şekilde yüksek derecede korelasyon olduğu gösterilmiştir ($r=-0.96$) (Tablo 38b). CGAS; DSM-IV'ün beş eksenli tanılama sistemi temel alınarak işlevselliğin genel olarak değerlendirmesini yapar. Tedavi çalışmalarında yaygın olarak kullanılır. Tedavinin etkinliğine duyarlı bir ölçektir. CGAS, sağlık ve hastalık arasındaki düzlemde, çocuk ya da ergenin işlevselliğini en ağır şekilde bozan durumu göz önüne alarak klinisyenin yaptığı tahmini skorlamayı içerir. 1'den 100'e kadar puanlanır ve en sağlıksızdan en sağlıklıya doğru giden 10 bölüm içinde incelenir. Her bölüm içinde belirtilen örnek durumlara uygunluğuna göre belirlenen bölüm aralığında bir puan verilir (123). ÇDDÖ-R formu Ham özet puanının CGAS ile korelasyonunun hem yalnızca MDB tanısı olan grupta hem de çalışmaya katılan tüm olgular için yüksek-ancak negatif-korelasyon göstermesinin; ÇDDÖ-R formu Ham özet puanının işlevsellik alanlarındaki bozulmayı ölçebildiğinin önemli bir göstergesi olduğu düşünülmüştür.

Eşzaman geçerliğini belirlemede kullanılan bir başka yöntem ise ölçekten elde edilen sonuçların daha kesin tanı koydurucu bir araç karşısında ayırt edebilme gücünün saptanmasıdır. Sonuç olarak yeni yöntemin altın standarda göre hastaların ne kadarını ayırt edebildiği “duyarlılığı” gösterirken, gerçekte sağlam olanları doğru bir şekilde ayırt edebilmesi yeteneği ise “özgüllüğü” gösterir. Öngörü geçerliğinde ölçme aracından elde edilen sonuç ile gelecekte gözlenecek olan sonuç arasındaki bağıntıya bakılır. Olumlu öngörü değeri (pozitif prediktif değer), ölçme aracının uygulandığı örnekleme pozitif

sonucu olanların gerçekte hasta olma olasılığıdır. Olumsuz öngörü değeri (negatif prediktif değer) ise ölçme aracının uygulandığı örnekleme negatif sonucu olanların gerçekte hasta olmama olasılığıdır (145,148).

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) Beck tarafından 1961'de geliştirilen; ergenler için yaygın olarak kullanılan, öz-bildirime dayalı bir ölçektir (114). Depresif bozukluğu olan ergenleri olmayanlardan ayırmada oldukça iyi psikometrik özellikleri olan bir ölçektir. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Teğin (1980), Hisli (1988) tarafından yapılan Beck Depresyon Ölçeği karamsarlık, başarısızlık duygusu, doyum almama, suçluluk duyguları, huzursuzluk, yorgunluk, iştah azalması, kararsızlık, uyku bozukluğu, sosyal çekilme gibi depresif belirtilere ilişkin 21 maddeden oluşmaktadır. Her madde depresyona özgü bir davranışı belirleyen dört dereceli kendini değerlendirme ifadesini içermektedir. Hastadan uygulama günü de dahil son bir hafta içinde kişinin kendini nasıl hissettiğini en iyi ifade eden cümleyi seçerek işaretlemesi istenir. Her madde 0 ile 3 arasında puan alır. On beş yaş üzerindeki kişilere uygulanabilir. BDE'nin Türkçe versiyonu geliştirilirken kesme noktaları incelenmiş, 17 ve üzerindeki puanların tedavi gerektirebilecek depresyonu %90 üzerinde bir doğrulukla ayırt edebildiği görülmüştür (140,141).

BDÖ ile ÇDDÖ-R formunun duyarlılık ve özgüllük değerlerinin karşılaştırıldığı bir okul örnekleminde seçilen 13-18 yaş aralığındaki (ortalama \pm SD; 15.6 \pm 0.6 yaş) 181 ergen ile yapılan bir çalışmada; BDÖ'nün duyarlılığı %63, özgüllüğü ise %73 olarak değerlendirilirken; ÇDDÖ-R formunun duyarlılık ve özgüllük değerleri sırası ile %36 ve %82 olarak bulunmuştur. Bu çalışmaya göre bir öz bildirim ölçeği olan BDÖ'nün duyarlılığı ÇDDÖ-R formu ile karşılaştırıldığında daha yüksek olarak değerlendirilmişken, ÇDDÖ-R formunun özgüllüğü BDÖ'ye göre daha yüksek olarak bulunmuştur (153).

Çalışmamızda bir öz bildirim ölçeği olan BDÖ'nün ve klinisyenin görüşme sırasında çocuk, ergen ve gerekli görüldüğünde aileden de bilgi alarak puanladığı ÇDDÖ-R formunun; bir tanı koyduran yarı yapılandırılmış görüşme olan ÇDŞG-ŞY altın standart yöntem olarak alındığında özgüllük ve duyarlılıkları karşılaştırılmıştır. BDÖ için kesme puanı ≥ 17 olarak (141), ÇDDÖ-Gözden geçirilmiş formunun kesme puanı ise ≥ 40 olarak alınmış (120); çalışmaya katılan 78 olgunun 66 tanesi Beck Depresyon ölçeğini dolduracak yaş aralığında olduğundan (13-18 yaş); eksen I tanısı olarak MDB tanısı olan gruptan 33 olgu, eksen I tanısı olmayan gruptan 33 olgu BDÖ ile değerlendirilebilmiştir. Çalışmamızda BDÖ'nün duyarlılığı %90,9; özgüllüğü %87,8; olumlu öngörü değeri %88 ve olumsuz öngörü değeri ise %90 olarak bulunurken; bu değerlerin hepsinin ÇDDÖ-R

formu için %100 olarak bulunmuş olması dikkat çekici olmuştur. ÇDDÖ-R formu için duyarlılık, özgüllük, olumlu öngörü değeri ve olumsuz öngörü değerinin %100 olarak bulunmuş olmasının; çalışmamızın en önemli kısıtlılığı olan örneklem sayımızın küçük olması nedeniyle olduğu düşünülmüştür. Yine de çalışmamızda elde edilen öncül sonuçların psikometrik özellikler açısından bakıldığında; klinik bir görüşme ile değerlendirmenin yapıldığı ÇDDÖ-R formu için, örneklem sayısı çoğaltıldığında da duyarlılık, özgüllük, olumlu öngörü değeri ve olumsuz öngörü değerinin diğer öz bildirim ölçeklerinden daha yüksek olacağını ön gördüğü söylenebilir.

Çalışmamızda ÇDDÖ-R formu Ham özet puanlarının bakıldığında eksen I'de MDB tanısı olan ergenler için ortalama puan; puanlamayı yapan birinci değerlendirmeci için 65.8 ± 15.9 , ikinci değerlendirmeci için 65.9 ± 15.4 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda eksen I'de herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı olmayan ergenler için ÇDDÖ-R formu Ham özet puanlarının bakıldığında ortalama puan; puanlamayı yapan birinci değerlendirmeci için 18.9 ± 1.8 , ikinci değerlendirmeci için 18.6 ± 1.9 olarak bulunmuştur. Eksen I'de MDB tanısı olan ergenler için ÇDDÖ-R formu Ham özet puanlarının, eksen I'de herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı olmayan ergenler için ÇDDÖ-R formu Ham özet puanlarından yaklaşık 46 puan daha yüksek olduğu çalışmamızda elde edilen bulgular arasındadır.

ÇDDÖ-R formunun psikometrik özelliklerinin çalışıldığı öncü çalışmalarda, bizim çalışmamıza benzer şekilde ölçeğin ayırt edici (diskriminant) geçerliği çalışılmıştır. DSM-III ölçütleri göz önüne alındığında MDB tanısı olmayan grubun ÇDDÖ-R formu ham puanlarının, MDB tanısı olan grubun ham puanlarında ortalama olarak 23 puan daha düşük olduğu gösterilmiştir (120,128) ÇDDÖ-R formunun ayırt edici geçerliğinin değerlendirilmesi amacıyla, üç grup çocuğun ÇDDÖ-R formunun Ham özet puanları birbiriyle karşılaştırılmıştır. Gruplama (a) Psikiyatrik değerlendirmeler sonucu DSM III ölçütlerine göre MDB ve distimiye içeren depresif bozukluk tanısı alan çocuklar ($n=60$), (b) Psikiyatrik olarak değerlendirilerek depresif bozukluk tanısı dışında herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı alan çocuklar ($n=18$), (c) klinik dışı örneklemde seçilen çocuklar ($n=223$) şeklinde yapılmıştır. Depresif bozukluk tanısı almış çocukların ÇDDÖ-R formu puanlarının, hem depresif bozukluk dışı psikiyatrik bozukluk tanısı olan hem de klinik dışı örneklemde seçilen çocuklardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Depresif bozukluk tanısı almış çocukların ÇDDÖ-R formu puanları ($M=53.68$; $SD=15.7$), depresif bozukluk dışı psikiyatrik bozukluk tanısı olan gruptan ($M=34.12$; $SD=8.4$) 19 puan, klinik dışı örneklemde seçilen gruptan ise ($M=27.8$; $SD=8.9$) 25 puan daha yüksek olduğu gözlenmiştir (133,134).

ÇDDÖ-R formu ile yapılan değerlendirilme sırasında elde edilen ölçek özet puanları veya bu puanların T-skorumları, değerlendirme hakkında görüşmeceye olguya dair ilk yorumları sağlayan puanlar olduklarından ölçeğin güvenilirliğinin gösterilmiş olması önem taşımaktadır (120). ÇDDÖ-R formu T-skoru puanlarının bakıldığında eksen I'de MDB tanısı olan ergenler için ortalama puan; puanlamayı yapan birinci değerlendirmeci için 77.6 ± 7.2 , ikinci değerlendirmeci için ise 77.8 ± 7.1 olarak bulunmuştur. ÇDDÖ-R formu için ölçeğin orijinalinde yer alan T-skoru yorumlanması bölümüne bakıldığında bu ortalamaların yer aldığı 75-84 T-skoru aralığı; “*Doğrulanması kuvvetle muhtemel bir depresif bozukluk tanısı*” şeklinde değerlendirilmiştir. Bu yorumlama çalışmamıza katılan ve eksen I'de MDB tanısı olduğu düşünülen çocuk ve ergenler için MDB tanısını doğrular niteliktedir. ÇDDÖ-R formu T-skoru puanlarına bakıldığında eksen I'de herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı olmayan çocuk ve ergenler için ortalama puan; puanlamayı yapan birinci değerlendirmeci için 35.9 ± 5.4 , ikinci değerlendirmeci için ise 34.9 ± 5.5 olarak bulunmuştur. ÇDDÖ-R formu için ölçeğin orijinalinde yer alan T-skoru yorumlanması bölümüne bakıldığında bu ortalamaların yer aldığı T-skoru ≤ 39 aralığı; “*Bu kadar düşük skorlar oldukça seyrek gözlenir. Başkalarından bilgi edinilmesine ihtiyaç vardır*” şeklinde değerlendirilirken; 40-54 aralığı ise “*Kuşkulu depresif bozukluk tanısı, ileri değerlendirme ile doğrulanmalıdır.*” şeklinde yorumlanmıştır (120,128).

ÇDDÖ-R formunun geliştirildiği Poznanski ve ark. (1996)'nın çalışmasında, son normlar klinik dışı 223 çocuktan elde edilen değerlendirme verileriyle oluşturulmuş ve bu veriler kullanılarak normalize edilmiş T-skoru puanları bulunmuştur. Normalize etme işlemi, normal bir eğri üzerine ham puanların dağılımı ile gerçekleştirilmiştir. ÇDDÖ-R formunun özet puanının T-skorunun hesaplanması, ortalamanın 50 ve standart deviasyonun 10 olduğu bir klinik ölçeğin geliştirilmesi sırasında uygulanan standart prosedür doğrultusunda yapılmıştır. Puanlamaların doğrudan ortalaması ve standart sapmalarından çok, ham puandaki kümülatif olasılıklar hesaplanarak T-skoru elde edilmiştir (120,128).

ÇDDÖ-R formunun maddeleri için normal işlevselliğin varlığını gösteren puan 1 olup, artan puanlar patolojideki artışın seviyesini göstermektedir. Her bir madde için yapılan puanlama çeşitlilik gösterir; 3 madde dışındaki belirti alanlarında puanlama 7'ye iken; 3 belirti alanı (uykuda bozulma, iştahta bozulma ve cansız konuşma) içinse puanlama 5 puan üzerinden yapılmaktadır (120,128).

Çalışmamızda, ÇDDÖ-R formunu oluşturan maddelerin ortalama puanları ve standart sapmalarına bakıldığında eksen I'de MDB tanısı olan ergenler için madde puanlarının en düşük 2.7 ± 1.1 (değerlendirmecinin görüşmedeki izlenimine göre

değerlendirdiği maddelerden hipoaktivite), en yüksek ise 5.0 ± 1.9 (hastanın sözel ifadelerine göre görüşmecinin puanladığı maddelerden aşırı yorgunluk) olduğu; diğer maddelerin ortalama ve SD değerlerinin de bu aralıkta değiştiği görülmüştür. Eksen I'de herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı olmayan ergenler için ÇDDÖ-R formu maddelerinin ortalama puanları ve standart sapmaları incelendiğinde ise madde puanlarının en düşük 1.0 ± 0.0 (değerlendirmecinin görüşmedeki izlenimine göre değerlendirdiği maddelerin tümü; depresif afekt, cansız konuşma, hipoaktivite ve hastanın sözel ifadelerine göre görüşmecinin puanladığı maddelerden intihar düşünceleri ve morbid düşünceler), en yüksek ise 1.3 ± 0.5 (hastanın sözel ifadelerine göre görüşmecinin puanladığı maddelerden aşırı yorgunluk) olduğu görülmüştür. Ortalamalar arası t-testi ile her iki gruba ait maddelerden elde edilen puanların ortalamaları karşılaştırılmış ve her iki grup arasında $p<0.001$ düzeyinde anlamlı fark bulunmuştur. Bu durum olguların eksen I MDB tanıları olup olmaması ve ÇDDÖ-R formunu oluşturan maddelerin MDB belirtilerini ölçebilme kapasiteleri ile uyumludur.

Kullanılan enstrümandan elde edilen bilgileri açıklamak veya öngörmek amacını güden her türlü değişken “ölçüt” olarak adlandırılır. Pratikte ölçüt ile ilişkili geçerlik çalışmalarının çoğunluğu öngörülebilirliğe odaklanmıştır (145,148). Çalışmaya katılan tüm çocuk ve ergenlerin oluşturduğu grupta ölçüt ilişkili geçerliği belirlemek amacıyla, ÇDDÖ-R formunun belirti değerlendirme puanları ile intihar düşüncesi ve davranışları arasındaki ilişki incelenmiştir.

İntihar düşüncesi ve davranışı bu rahatsızlığa özgül bir belirti olmasa da, yaygın olarak depresyon ile ilişkilendirilmiştir (138). Erişkinlerde intihar düşüncelerinin ve davranışlarının varlığı ve şiddeti ile depresyon arasında oldukça yüksek bir korelasyonun varlığı gösterilmiştir. Eğer intihar davranış depresyonun şiddetinin klinik bir yansıması olarak değerlendirilecek olursa, intihara meyli olan depresif olguların, intihar düşüncesi olmayanlara oranla belirgin olarak daha yüksek bir patolojiye sahip olduklarını beklemek yanlış olmaz. ÇDDÖ-R formunun uygulandığı klinik dışı örneklem grubunda intihar düşünce ve davranışları maddesi ile çocukla yapılan görüşmede çocuğun/ergenin sözel ifadelerine göre değerlendirmenin yapıldığı geri kalan 13 madde karşılaştırılmıştır. Bu maddenin özellikle diğerleri ile karşılaştırılmasındaki amaç, intihar düşünceleri olan çocukların bu düşüncelerini sıklıkla ebeveynleri ve yakınları ile paylaşmıyor olmalarıdır (120). Çalışmamızda intihar düşünce ve davranışları maddesinin sorgulanması ile elde edilen sonuçlara göre örneklem, intihar düşüncesinin olmadığını gösteren 1 ve 2 puan alan

(n=23) ve intihar düşüncesinin olduğunu gösteren 3 puan ve üstü alan (n=53) grup olacak şekilde ikiye ayrılmıştır. 1 ve 2 puan alan çocukların oluşturduğu grupta kendi içerisinde, 2 puan alan grubun intihara ait düşüncelerini potansiyel olarak inkar ediyor olabilecek çocuklardan oluşması nedeniyle ikiye ayrılarak sınıflandırılmıştır. Ancak 1 veya 2 puan alan çocuklar arasında yapılan karşılaştırmada herhangi bir anlamlı farklılık gösterilememiştir. Sonuç olarak intihar düşünce ve davranışları olan grupta yer alan çocukların diğer 13 maddeye verdikleri sözel yanıtların puanlanması sonucunda elde edilen değerlerin diğer grupla karşılaştırıldığında anlamlı olarak yüksek olduğu dikkati çekmiştir (istatistiksel olarak anlamlı farkın ortalamasına ait *t-testleri* $p < 0.05$).

Çocuk ve ergenlerde depresyonun gelişimini anlamak, tanı koymak ve tedavi etmek oldukça karmaşık bir süreçtir. Ayrıca çocukluk çağı ve ergenlik dönemi depresyon tanısı, konulmasında belirlenmesi zor noktalar içerdiğinden şiddetinin ölçülmesi için çeşitli değerlendirme yöntemlerine gereksinim ortaya çıkmaktadır (2,120,142,143).

Gün geçtikçe artan prevalans ve insidansı dikkate alındığında; çocuk ve ergenlerde depresyonun erken tanı ve müdahalesini kolaylaştıracak, tedavi süreci sırasında gidişi ve yapılan çeşitli tedavilerin kliniğe yansıyan etkilerinin nesnel olarak belirlenmesini sağlayacak güvenilir ve geçerli değerlendirme ölçeklerine ihtiyaç duyulmaktadır (120). Bu çalışmanın başlıca amacı, ÇDDÖ-R formunun Türkçeye çevrilmesini ve Türk populasyonunda ergenlerde psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesini sağlamak ve bu sayede ileride daha yüksek örneklem gruplarında düzenlenecek çalışmalar ile Türkiye için geçerlik ve güvenilirliğini belirleme yolunda ilk ve önemli bir adım atmaktır.

Çalışmamız, çocuk ve ergenlerde klinisyen tarafından pediatrik depresyonun sayısal değerlendirmesini sağlaması açısından Türkiye'de bir ilk olma özelliği taşımaktadır. Ülkemizde çocuk ve ergenlerde depresyonun değerlendirilmesinin amaçlandığı öz bildirim ölçekleri mevcuttur (139,140). Ancak öz bildirim dayalı ölçeklerle çocuk ve ergen populasyonunda depresif bozukluğu taramanın zayıf yönlerinden biri hastaların iç görü durumlarıdır. Pek çok çocuk ve ergen klinisyene kendi istekleri ile değil, ebeveynlerinin ortaya çıkan sorunları görerek yardım arayışı ile getirilmektedir. Bunun nedenleri arasında pek çok olgunun iyi olmadığını kendisinin fark etmesinde (yaşadığı öznel rahatsızlık duygularının nedeni olarak aileyi, okulu veya arkadaşları sorunlardan sorumlu tutma v.b. gibi) ve öznel olumsuz deneyimlerini kelimelere dökmede yaşadıkları güçlükler önemli bir yer tutmaktadır. Öz bildirim ölçekleri ile depresif bozukluğun tanılama ve izlem sürecindeki bir diğer kısıtlılık ise çocuk ve ergenlerin bilişsel durum, dil kullanım ve okuma becerilerinde gözlenebilen farklılıklardır. Bir başka sorun ise depresyona yönelik

kullanılan ölçeklerin yalnızca çocuk ve ergenlerin kendilerine yönelik olması ve diğer kaynaklardan elde edilecek ve hastalığın varlığını, şiddetini ya da uygulanan tedavinin etkinliğine dair bilgilerin yalnızca tek bir kaynaktan toplanmasıdır (2,120,128,133,134). Oysa ÇDDÖ-R çocuk ve ergenlerin kendilerinin dışında gerekli görüldüğü takdirde diğer bilgi kaynaklarının da (özellikle birincil bakım verenler) kullanılmasına olanak sağlayan yapısı nedeniyle değerli bir klinik araç olarak öne çıkmaktadır (153). Bu nedenlerle çocuk ve ergen popülasyonunda tedavi planlama, izlem, klinik çalışmalar, intihar vb. risklerin değerlendirilmesi açısından ÇDDÖ-R formunun kullanımının yarar sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızın en önemli kısıtlılığı, eksen I'de MDB tanısı olan grubun, ÇDDÖ-R formunun Türkiye için geçerlilik ve güvenilirliğini belirlemek için görece küçük kalmasıdır. Kesme puanı belirlenirken çalışmamıza katılan ve herhangi bir eksen I tanısı olmayan ergenlerin ÇDDÖ-R formu puanlarının varyansta farklılık yaratmaması nedeniyle yalnızca eksen I'de MDB tanısı olan çocuk ve ergenlerden elde edilen veriler değerlendirilmiş; bu nedenle ROC eğrisiyle ÇDDÖ-R formunun bu çalışma için kesme puanını belirlemek mümkün olmamıştır. Bir diğer kısıtlılık prepubertal ve adolesan grubun özelliklerini ayrı ayrı değerlendirememiş olmasıdır. Çalışmaya katılan ergenler arasında cinsiyetler arası varyansa bakılmaması da örneklem küçüklüğü nedeniyle ortaya çıkan bir diğer kısıtlılık olarak göze çarpmaktadır. Çalışmamız bir izlem çalışması olarak planlanmadığından deseninde test-tekrar test güvenilirliği yer almamıştır.

Sonuç olarak; ÇDDÖ-R formuna ait öncül psikometrik değerlendirme sonuçlarımız ışığında daha büyük bir örneklem grubundan (klinik ve klinik dışı örneklem) elde edilen verilerle, depresif bozukluğun izlemine de içeren daha kapsamlı değerlendirmelere ihtiyaç vardır.

SEKİZİNCİ BÖLÜM

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, Elva O.Poznanski ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve gözden geçirilmiş formu elde edilen “Children Depression Rating Scale-Revised” özgün isimli ölçeğin yaşam boyu formunun, “Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu” adıyla Türkçe uyarlaması ve Türk popülasyonundaki ergenlerde ergenlerde psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi çalışmalarının yapılması amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda ölçeğin DSM-IV-TR tanı ölçütlerini göre MDB tanısı almış 38 ergen ile DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre herhangi bir eksen I tanısı olmayan 38 ergene ait bulgular yardımıyla iç tutarlılık, görüşmeciler arası güvenilirlik, yapı geçerliliğinin değerlendirilmesi amacıyla faktör analizi, ölçeğin CGI-S (Genel Klinik İzlenim-Şiddet/ Clinical Global Impression-Severity) ölçeği ve CGAS (Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği/ Children’s Global Assesment Scale) ölçeği ile karşılaştırılması, yapı geçerliliğini belirlemek amacı ile yarı yapılandırılmış tanı koydurucu bir klinik görüşme olan ÇDŞG-ŞY/K-SADS P/L (Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu/Kiddie and Young Adult Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia) altın standart olarak alınarak özgüllüğü ve duyarlılığı, olumlu öngörü değeri ve olumsuz öngörü değeri hesaplanmıştır.

Bu çalışmada çocuk ve ergenler ile yapılan görüşmelerle ÇDDÖ-R formunun geçerliliği ve güvenilirliği ile ilgili öncül kanıtların elde edildiği psikometrik özelliklere dair veriler sunulmaktadır.

8.1.Sosyodemografik Özelliklere Ait Sonuçlar

- Klinik olarak Depresif bozukluk tanısı alan grupta 38 olgudan 8 (%21.1) tanesi erkek, 30 (%79.9) tanesi kızdır. Klinik olarak eksen I tanısı olmayan grupta ise 38 olgudan 10 (%26.3) tanesi erkek, 28 (%73.7) tanesi kız olgudur.

- Klinik olarak Depresif bozukluk tanısı alan grubun yaş ortalaması 15.2 ± 1.6 olup; klinik olarak eksen I tanısı olmayan grubun yaş ortalaması 15.4 ± 1.9 'dir.
- Klinik olarak Depresif bozukluk tanısı alan grupta 4 (%11.4) olgu ilköğretimde okumakta, 34 (%88.6) olgu ise liseye devam etmektedir. Klinik olarak eksen I tanısı olmayan grupta da benzer şekilde 4 (%11.4) olgu ilköğretimde okumakta, 34 (%88.6) olgu ise liseye devam etmektedir.
- Klinik olarak Depresif bozukluk tanısı alan olguların 16 (%42.1) tanesi düşük, 17 (%44.7) tanesi orta, 5(%13.2) tanesi yüksek sosyoekonomik düzey bildirmişlerdir. Klinik olarak eksen I tanısı olmayan olguların 15 (%39.5) tanesi düşük, 17 (%44.7) tanesi orta, 6 (%15.8) tanesi yüksek sosyoekonomik düzeye sahiptir.

8.2. Güvenirlige İlişkin Sonuclar

- ÇDDÖ-R formunun iç tutarlılığı Cronbach's α değeri hesaplanarak belirlenmiştir. Major depresif bozukluk tanılı ergenin oluşturduğu örneklemden elde edilen veriler ile hesaplanan Cronbach's α değeri (0.876) yüksek düzeyde güvenilir olarak bulunmuştur.
- Uykuda bozulma maddesinin madde-toplam korelasyon değeri düşük olarak bulunmuştur.
- Uykuda bozulma maddesi ölçekten çıkarıldığında Cronbach's α değerinde artış saptanmıştır.
- Görüşmeciler arası güvenilirlik için hesaplanan gruplar arası korelasyon katsayısı (Intraclass correlation coefficients-ICC) değerleri MDB tanısı olan grupta her bir madde için 0.92 ile 0.99 arasında değişmekte olup, bu grupta görüşmeciler arası güvenilirlik istatistiksel olarak anlamlı ve belirgin olarak yüksek bulunmuştur.
- İrinci ve ikinci görüşmecinin ÇDDÖ-R formunun her bir maddesi için puanlamaları arasındaki ilişkinin derecesini görmek için, birbirleriyle olan korelasyonları hesaplanmıştır. Eksen I'de MDB tanısı olan grupta tüm ÇDDÖ-R formu maddeleri anlamlı düzeyde birbirleriyle korelasyon göstermiştir.

8.3. Gecerliğe İlişkin Sonuclar

- Yapı geçerliliği için yapılan faktör analizinde, özdeğer istatistiği 1'den büyük olan dağılımın %94.1'ini tanımlayan 16 faktör elde edilmiştir.
- Ölçeğin üç boyutlu yapısına uygun olarak daha kolay yorumlanabilmesi için ve daha anlamlı olduğu için varimax döndürme işlemi uygulanmış ve özdeğeri 1'in üstünde olan 4 faktör değerlendirmeye alınmıştır.
- ÇDDÖ-R formu maddelerine ilişkin ortak varyansların 0.45 ile 0.87 arasında değiştiği gözlenmektedir.
- Bu çalışmada ölçüt geçerliliğine katkıda bulunmak için, aynı görüşmede klinisyen tarafından değerlendirilen CGI-S (Genel Klinik İzlenim-Şiddet/ Clinical Global Impression-Severity) ölçeği ve CGAS (Genel Klinik Değerlendirme Ölçeği/ Clinical Global Assessment Scale) ölçeği puan ortalamaları ile ÇDDÖ-R formu Ham özet puan ortalamaları karşılaştırılmış; bu karşılaştırma hem yalnızca eksen I tanısı MDB olan ergenlerden hem de çalışmaya katılan tüm çocuk ve ergenlerin tamamından elde edilen veriler kullanılarak yapılmıştır. Bu ölçümde hesaplanan Pearson korelasyon katsayısı CGI-S için hem yalnızca eksen I tanısı MDB olan çocuk ve ergenlerde (0.85), hem de çalışmaya katılan tüm ergenlerin tamamında (0.97) yüksek derecede anlamlı bulunmuştur. Benzer şekilde CGAS için hem yalnızca eksen I tanısı MDB olan ergenlerde (0.80), hem de çalışmaya katılan tüm ergenlerin tamamında (0.96) yüksek derecede anlamlı bulunmuştur.
- Eşzaman geçerliliğini belirlemek için yapılan değerlendirmelerde ise BDÖ'nün duyarlılığı %90,9; özgüllüğü %87,8; olumlu öngörü değeri %88 ve olumsuz öngörü değeri ise %90 olarak bulunurken; bu değerlerin hepsinin ÇDDÖ-R formu için %100 olarak bulunmuş olması dikkat çekici olmuştur.
- ÇDDÖ-R formu Ham özet puanlarının bakıldığında eksen I'de MDB tanısı olan ergenler için ortalama puan; puanlamayı yapan birinci değerlendirmeci için 65.8 ± 15.9 , ikinci değerlendirmeci için 65.9 ± 15.4 olarak bulunmuştur.

- ÇDDÖ-R formu T-skoru puanlarının bakıldığında eksen I'de MDB tanısı olan ergenler için ortalama puan; puanlamayı yapan birinci değerlendirmeci için 77.6 ± 7.2 , ikinci değerlendirmeci için ise 77.8 ± 7.1 olarak bulunmuştur.
- Eksen I'de herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı olmayan ergenler için ÇDDÖ-R formu Ham özet puanlarının bakıldığında ortalama puan; puanlamayı yapan birinci değerlendirmeci için 18.9 ± 1.8 , ikinci değerlendirmeci için 18.6 ± 1.9 olarak bulunmuştur.
- ÇDDÖ-R formu T-skoru puanlarının bakıldığında eksen I'de herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı olmayan ergenler için ortalama puan; puanlamayı yapan birinci değerlendirmeci için 35.9 ± 5.4 , ikinci değerlendirmeci için ise 34.9 ± 5.5 olarak bulunmuştur.
- Ortalamalar arası t-testi ile her iki gruba ait maddelerden elde edilen puanların ortalamaları karşılaştırılmış ve her iki grup arasında $p < 0.001$ düzeyinde anlamlı fark bulunmuştur. Bu durum olguların eksen I MDB tanıları olup olmaması ve ÇDDÖ-R formunu oluşturan maddelerin MDB belirtilerini ölçebilme kapasiteleri ile uyumludur.
- Ölçüt ile ilişkili geçerlik değerlendirildiğinde intihar düşünce ve davranışları olan grupta yer alan çocukların ($n=53$) diğer 13 maddeye verdikleri sözel yanıtların puanlanması sonucunda elde edilen değerlerin intihar düşünce ve davranışları olmayan grupla ($n=23$) karşılaştırıldığında anlamlı olarak yüksek olduğu dikkati çekmiştir (istatistiksel olarak anlamlı farkın ortalamasına ait *t-testleri* $p < 0.05$).

Depresif bozukluk, çocuk ve ergenler arasında yaygın görülen, tüm işlevsellik alanlarını çeşitli derecelerde ancak çoğu zaman belirgin bozulmaya neden olacak şekilde etkileyen, sıklıkla kronik seyreden ve tekrarlayan bir bozukluktur. Ülkemizde depresyonun tanınmasına yardımcı olacak özelliklere sahip, bozukluğun şiddetini ve tedavi etkinliğini belirlemede kullanılacak klinik değerlendirme araçlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Çalışmamız öz bildirim ölçekleri dışında bu alanda kullanılacak, nesnel bir yarı yapılandırılmış değerlendirme aracı olan ÇDDÖ-R formunun Türkçe'ye uyarlanması ve öncül psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi yoluyla bu alanda yaşanan önemli bir boşluğu doldurmayı amaçlamıştır.

Çalışmamızda ÇDDÖ-R formunun psikometrik özellikleri değerlendirilmiş, bu kapsamda formun Türkçe uyarlamasının Türk popülasyonundaki ergenlerde geçerlilik ve güvenilirliğine ait öncül veriler elde edilmiştir.

ÇDDÖ-R formu, pek çok ülkede gerek çocuk gerekse ergen popülasyonunda depresif bozukluklar için tanılama, işlevsellik alanlarında bozulmayı değerlendiren maddeleri ile depresyonun şiddetini değerlendirme, tedavi yararlılığını izleme ve bilimsel çalışmalarda objektif veriler elde etme amaçlı yaygın olarak kullanılan bir yarı yapılandırılmış değerlendirme aracıdır. Çocuk ve ergenlerde farklı ve çok çeşitli belirtilerle kliniğe yansıyan depresif bozuklukların ayırt edilmesi, bozukluğun şiddetinin değerlendirilerek tedavi seçeneklerinin belirlenmesi, olguların seçilen tedaviden sağladıkları yararın nesnel olarak takibinin yapılabilmesi, relaps ve rekkürenslerin daha kolay belirlenebilmesi, değerlendirmeci tarafından yöneltilen sorulara olguların sözel olarak verdiği cevapların yanı sıra değerlendirmecinin görüşmede edindiği izlenimi de puanlayabildiği sorular içermesi ve eksik ya da yetersiz bilgilerin özellikle küçük çocuklarda görüşmeye dahil edilebilen diğer bilgi kaynaklarından alınacak veriler ile tamamlanarak zenginleştirilebilmesi gibi özellikleri nedeniyle ÇDDÖ-R formu oldukça önemli özelliklere sahip bir değerlendirme aracıdır.

4.Kısıtlılıklar

- ÇDDÖ-R formunun Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması için olgu sayımız yeterli değildir ve elde ettiğimiz veriler kısıtlı sayıda olgudan elde edilen sonuçları içermektedir. Kesme puanı belirlenirken çalışmamıza katılan ve herhangi bir eksen I tanısı olmayan ergenlerin ÇDDÖ-R formu puanlarının varyansta farklılık yaratmaması nedeniyle yalnızca eksen I'de MDB tanısı olan ergenlerden elde edilen veriler değerlendirilmiştir; bu nedenle ROC eğrisiyle ÇDDÖ-R formunun bu çalışma için kesme puanını belirlemek mümkün olmamıştır.
- Bir diğer kısıtlılık prepubertal ve adolesan grubun özelliklerini ayrı ayrı değerlendirilememiş olmasıdır. Çalışmaya katılan çocuk ve ergenler arasında cinsiyetler arası varyansa bakılmaması da örneklem küçüklüğü nedeniyle ortaya çıkan bir diğer kısıtlılık olarak göze çarpmaktadır.

- Çalışmamızın deseninde test-tekrar test güvenilirliği yer almamıştır. Ancak hastalığın şiddetini de ölçtüğü çeşitli çalışmalar ile gösterilen bu değerlendirme ölçeğinin daha geniş örneklem grubunda hastalık izleminde nasıl çalıştığının gösterilmesi için düzenlenecek kapsamlı çalışmalara da ihtiyaç vardır.

Sonuç olarak öncül psikometrik değerlendirme sonuçlarımız ışığında daha büyük bir örneklem grubundan (klinik ve klinik dışı örneklem) elde edilen verilerle, depresif bozukluğun izlemini de içeren daha kapsamlı değerlendirmelere ihtiyaç vardır.

DOKUZUNCU BÖLÜM

KAYNAKLAR

1. Rey JM, Birmaher B. Treating child and adolescent depression. Lippincott Williams & Wilkins 2009.
2. Birmaher B, Arbelaez C, Brent D. Course and outcome of children and adolescent major depressive disorder. Child Adolesc Psychiatric clin N Am 11 2002; 619-37.
3. Murray CJL, Lopez AD. Alternate projections of mortality and disability by cause 1990-2020: global burden of disease study. Lancet. 1997;349:1498-1504.
4. National Institute for Health and Clinical Excellence. Depression in children and young people: identification and management of primary, community and secondary care. National Clinical Practice Guideline No.28.Leicester, UK: The British Psychological Society 2005.
5. Carlson G, Garber J. Developmental issues in the classification of depression in children. In: Rutter M, Izard CE, Read PB, eds. Depression in Young People: Developmental and Clinical Perspectives, 1986:399-434 .
6. Goodman SH, Schwab-Stone M, Lahey BB, et al. Major depression and dysthymia in children and adolescents: discriminant validity and differential consequences in a community sample. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2000;39:761-770.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders. 4th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
8. Cole J, McGuffin P, Farmer AE. The classification of depression: are we still confused? Br J Psychiatry 2008;192:83-85.
9. Thapar A, Rice F. Twin studies in pediatric depression. Child Adolesc Psychiatry Clin N Am. 2006;15:869-881.
10. Thapar A, McGuffin P. Genetic influences on life events in childhood. Psychol Med. 1996;26:813-820.
11. Goldberg D. The etiology of depression. Psychol Med. 2006;36:1341-1347.

12. McGuffin P, Katz R, Watkins S, Rutherford J. A Hospital based Twin Register of the heritability of DSM-IV unipolar depression. *Arch Gen Psych.*1996;53(2);129-136.
13. Glowinski AL, Madden PAF, Bucholz KK, Lynskey MT, Heath AC. Genetic epidemiology of self reported lifetime DSM-IV major depressive disorder in a population based twin sample of female adolescents. *J of Child Psychol Psychiatry and Allied Disciplines*, 2003; 44:988-996.
14. Socurfield J, Rice F, Thapar A, Harold TG, Martin N, McGuffin P. Depressive symptoms in children and adolescents: changing aetiological influences with development. *J of Child Psychol Psychiatry*, 2003;Vol 44,7.
15. Kendler KS, Gatz M, Gardner CO, et al. A Swedish national twin study of lifetime major depression. *AmJ Psychiatry.*2006;163:109-114.
16. Caspi A, Sugden K, Moffitt Te, et al. Influence of life stres on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science.* 2003;301:386-389.
17. Kaufman J, Yang B-Z; Douglas-Palumberi H, et al. Social supports and serotonin transporter gene moderete depression in maltreated children. *Proc Natl Acad Sci USA.*2004;101:17316-17321.
18. Hudziak JJ, et al. A twin study of inattentive, agressive, and anxious/depressed behaviours. *J Am Acad child Adolesc Psychiatry.*2000; 39(4):469-76.
19. Leech SL, Larkby CA, Day R, Day LN. Predictors and correlates of high levels of depression and anxiety symptoms among children at age 10. *J Am Acad child Adolesc Psychiatry.* 2006; 45(2):223-230.
20. Eaves L, Silberg J, Erkanlı A. Resolving multiple epigenetic pathways to adolescent depression. . *J of Child Psychol Psychiatry.* 2003; Vol.44;7.
21. Seeman MV. Psychopathology in women and men: focus on female hormones. *Am J Psychiatry.* 1997;154:1641-1647.
22. Goodyer IM, Herbert J; Tamplin A, et al. Recent life events, cortisol, dehydroepiandrosterone and the onset of major depression in high risk adolescents. *Br J Psychiatry.* 2000;1777:499-504.
23. Brown GW, Hariss T. Social origins of depression: a reply. *Psychol Med.*1978;8:577-588.
24. Hammen C, Ellicott a, Gitlin M, et al. Sociotrophy/autonomy and vulnerability to specific life events in patients with unipolar depression and bipolar disorders. *J Abnorm Psychol.*1989;98:154-160.

25. Hammen C, Davila J, Brown G, et al. Psychiatric history and stress: predictors of severity of unipolar depression. *J Abnorm Psychol.*1992;101:45-52
26. Zalsman G, Brent DA, Weersing VR. Depressive disorders in childhood and adolescents: An overview . Epidemiology, clinical manifestation and risk factors. *Child and Adolesc Psychiatric Clin of N Am* 2006; 827-841
27. Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, et al. The long-term impact of the physical, emotional and sexual abuse of children: a community study. *Child Abuse Negl.*1996;20:7-21.
28. Kendler KS, Kuhn JW, Prescott CA. Childhood sexual abuse, stressful life events and risk for major depression in women. *Psychol Med.*2004;34:1475-1482.
29. Tiet QQ, Bird HR, Hoven CW, et al. Relationship between specific adverse life events and psychiatric disorders. *J Abnorm Child Psychol.*2001;29:153-164.
30. Field TM. Early interactions between infants and their postpartum depressed mothers. *Infant Behav Dev.*2002;25:25-29.
31. Gunner MR. Stress effects on the developing brain. In: Romer D, Walker EF, eds. *Adolescent Psychopathology and the Developing Brain: Integrating Brain and Prevention Science.* New York: Oxford University Press;2007:127-147.
32. Heim C, Meinlschmidt G, Nemeroff CB. Neurobiology of early life stress. *Psychiatric Ann.*2003,33:18-26.
33. Rutter ML, Kreppner JM, O'Conner TG. Specificity and heterogeneity in children's responses to profound institutional privation. *Br J Psychiatry.*2001;179:97-103.
34. Garber J. Depression in children and adolescents: linking risk research and prevention. *Am J Prevent Med.* 2006;31:S104-S125.
35. Weisz JR, Southam, Gerow MA, McCarty CA. Control-related beliefs and depressive symptoms in clinic-referred children and adolescents: developmental differences and model specificity. *J Abnorm Psychol.*2001;110: 97-109.
36. Abela JR, Aydin C, Auerbach RP. Operationalizing the "vulnerability" and "stress" components of the hopelessness theory of depression: a multi-wave longitudinal study. *Behav Res Ther.*2006;44: 1565-1583.
37. Merikangas KR, Zhang H, Avenevoli S, et al. Longitudinal trajectories of depression and anxiety in a prospective community study. *Arch Gen Psychiatry.*2003;60:993-1000.

38. Cole Da, Peke LG, Martin JM, et al. A longitudinal look at the relation between depression and anxiety in children and adolescents. *J Consulting Clin Psychol.*1998;66: 451-460.
39. Lahey BB, Loeber R, Burke J, et al. Waxing and waning in concert: dynamic comorbidity of conduct disorder with other disruptive and emotional problems over 7 years among clinic-referred boys. *J Abnorm Psychol.*2002;111:556-567.
40. Weissman MM, Wickramaratne PJ, Nomura Y, et al. Offspring of depressed parents:20 years later. *Am J Psychiatry.*2006;163:1001-1008.
41. Weissman MM, Gammon GD; John K, et al. Children of depressed parents. Increased psychopathology and early onset of major depression. *Arch Gen Psychiatry.*1987;44:847-853.
42. Weissman MM, Wickramaratne PJ. Age of onset and familial risk in major depression. *Arch Gen Psychiatry.*2000;57:513-514.
43. Wickramaratne PJ, Weissman MM. Onset of psychopathology in offspring by developmental phase and parental depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.*1998;37:933-942.
44. Mitchell J, McCauley E, Burke P, et al. Psychopathology in parents of depressed children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1989;28(3);352-357.
45. Ferro T, Verdeli H, Pierre F, et al. Screening for depression in mothers bringing their off-spring for evaluation or treatment of depression. *Am J Psychiatry.*2000;157:375-379.
46. Pilowsky DJ, Wickramaratne P, Nomura Y, et al. Family discord, parental depression, and psychopathology in offspring: 20-year follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.*2006;45:452-46
47. McLeod BD, Weisz JR, Wood JJ. Examining the association between parenting and childhood depression: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev.*2007;27:986-1003.
48. . Cummings EM, Keller PS, Davies PT. Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms :exploring multiple relations with child and family functioning. *J Child Psychol Psychiatry.*2005;46:479-489.

- 49.** Schoppe-Sullivan SJ, Schermerhorn AC, Cummings E. Marital conflict and children's adjustment: evaluation of the parenting process model. *J Marriage Fam.*2007;69:1118-1134.
- 50.** Allen JP, Porter M, McFarland C, et al. The relation of attachment security to adolescents' parental and peer relationships, depression and externalizing behavior. *Child Dev.*2007;78:1222-1239.
- 51.** Zaslow S. Depressed adolescents. In: O'Brien JD, Pilowsky DJ, Lewis OW;eds. *Psychotherapies with children and adolescents: adapting the psychodynamic process.* Washington DC: American Psychiatric Association.1992:209-230.
- 52.** Fitzpatrick KM, Piko BF, Wright DR, et al. Depressive Symptomatology, exposure to violence, and the role of social capital among African American adolescents. *Am J Orthopsychiatry.*2005;75:262-274.
- 53.** Kashani JH, Sherman DD. Childhood depression: epidemiology, etiological models, and treatment implications. *Integr Psychiatry* 1988;6:1-8.
- 54.** Polaino-Lorenzo A, Domenech E. Prevalence of childhood depression: results of the first study in Spain. *J Child Psychol Psychiatry* 1993; 34:1007-17.
- 55.** Goodman SH, Schwab-Stone M, Lahey BB, et al. Major depression and dysthymia in children and adolescents: discriminant validity and differential consequences in a community sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:761-70.
- 56.** Pruetz JR, Luby JL. Recent advances in prepubertal mood disorders: phenomenology and treatment. *Curr Opin Psychiatr* 2004;17:31-6.
- 57.** Kandel D, Davies M. Epidemiology of depressive mood in adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 1982;39:1205-12.

58. Kashani JH, Carlson GA, Beck NC, et al. Depression, depressive symptoms, and depressed mood among a community sample of adolescents. *Am J Psychiatry* 1987a;144:931-34.

59. Olsson G, Von Knorring A. Beck's depression inventory as a screening instrument for adolescent depression in Sweden : gender differences. *Acta Psychiatr Scand* 1997;95:277-82.

60. Kashani JH, McNaul JP. Mood disorders in adolescents. *Text Book of Child and Adolescent Psychiatry*. American Psychiatric Press Inc, Washington DC 1997;343-85.

61. Kovacks M. Gender and the course of major depressive disorder through adolescents in clinically referred youngsters. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:1079-85.

62. Öy B. Çocuklar için depresyon ölçeği: geçerlilik güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991;2:132-36.

63. Çuhadaroğlu F, Sonuvar B. Adolesanlarda depresyon. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Günleri Kongre el Kitabı* 1992;350-8.

64. Kashani JH, Carlson GA. Seriously depressed preschoolers. *Am J Psychiatry* 1987;144:348-50.

65. Gadow, Sprafkin JM, Nolan E. DSM IV symptoms in community and clinic preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:1383-92.

66. Kashani JH, McGee RO, Clarkson SE, et al. Depression in a sample of 9-year-old children: prevalence and associated characteristics. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:1217-23.

67. Costello EJ, Mustillo s, Erkanli A, et al. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60(8):837-44.

- 68.** Garrison CZ, Schuller MD, Schoenbach VJ, et al. Epidemiology of depressive symptoms in young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28:343-51.
- 69.** Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clin Psychol Rev* 1998;18(7):765-94.
- 70.** Birmaher B, Ryan N, Williamson DE, et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.1996;35:1427-1439.
- 71.** Parker GB, et al. From diathesis to dimorphism: the biology of gender differences in depression. *J Nerv Ment Dis*.2004; 192(3):210-6.
- 72.** Frye CA, Paris JJ. Progesterone turnover to its 5 α -reduced metabolites in the ventral tegmental area of the midbrain is essential for initiating social and affective behaviour and progesterone metabolism in female rats. *J Endocrinol Invest*. 2011;34(7):E188-199.
- 73.** Harrington R, Fudge H, Rutter M, et al. Adult outcomes of childhood and adolescent depression.I. Psychiatric status. *Arc gen Psychiatry* 1990;47:465-73.
- 74.** Harrington R, Rutter M, Weissman M, et al. Psychiatric disorders in relatives of depressed probands.I. comparison of prepubertal, adolescent and early adulthood onset cases. *J Affect Disord* 1997;42:9-22.
- 75.** Weissman MM, Wolk S, Wickramaratne P, et al. Children with prepubertal onset major depressive disorder and anxiety grown up. *Arch gen Psychiatry* 1999;56:794-801.
- 76.** Graber JA, Seeley JR, Brooks-Gunn J, et al. Is pubertal timing associated with psychopathology in young adulthood? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43(6):718-26.
- 77.** Wickramaratne P, Greenwald S, Weissman MM. Psychiatric disorders in the relatives of probands with prepubertal-onset or adolescent-onset major depression.*J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:1396-405.
- 78.** Birmaher B, Ryan N, Williamson DE, et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.1996;35:1427-1439.
- 79.** Hazel P, O'Connell D, Hetahcote D, et al. Ticyclic drugs for depression in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*.2002;2:CD002317.

- 80.** Bridge JA, Iyengar S, Salary CB, et al. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicid attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trails. *JAMA*.2007;297:1683-1696.
- 81.** Carlson GA. The challenge of diagnosing depression in childhood and adolescence. *J Affect Disord*.2000;61:3-8.
- 82.** Birmaher B, Brent D, AACAP Work group on Quality Issues, et al. Practice parameter for the assesment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.2007;46:1503-1526.
- 83.** Zisook S, Lesser I, Stewert JW, et al. Effect of age at onset on the course of major depressive disorder. *Am J Psychiatry*.2007;164:1539-1546.
- 84.** Carlson GA, Kashani JH. Phenomenology of major depression from childhood through adulthood: Analysis of three studies. *Am J Psychiatry* 1988;145:1222-1225.
- 85.** Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları.
- 86.** Birmaher B, Williamson D, Ronald D, et al. Clinical presentation and course of depression in youth: Does onset in childhood differ from onset in adolescence? . *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43:63-70.
- 87.** Kovacs M, Akiskal HS, Gatsonis C, et al. Childhood-onset dysthymic disorder: Clinical features and prospective naturalistic outcome. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:365-374 .
- 88.** Ford T, Goodman R, Meltzer H. The British child and adolescent mental health survey 1999: the prevalance of DSM IV disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.2003;42:1203-1211.
- 89.** Copeland WE, Miler-Jhonson S, keler G, et al. Childhood psychiatric disorders and young adult crime: a prospective, population based study. *Am J Psychiatry*. 2007;164:1688-1675.
- 90.** Fergusson DM, Horwood LJ, Boden JM. Structure of internalizing symptoms in early adulthood. *Br J Psychiatry*.2006;189:540-546.
- 91.** Sorenson JM, Niessen JB, Mors O, Thomsen PH. Age and gender differences in depressive symptomatology and comorbidity: an incident sample of psychiatrically admitted children. *J Affective Disorders*. 2005;84:85-91.
- 92.** Kovacks M, Gatsonis C, Paulauskas SL, Richards C. Depressive disorders in chilhood: IV. A longitudinal study of comorbidity with and risk for anxiety disorders. *Arc Gen. Psychiatry*.1989; 46(9), 776-782.

- 93.** Perrin S, Smith P, Yule W. The assesment and tretament of post-traumatic stres disorder in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*.2000;4:277-289.
- 94.** Angold A, Costello EJ, Erkanli A. Comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry* 1999;40:57-87.
- 95.** Rhode P, Lewinsohn PM, Brown RA, et al. Psychiatric disorders, familial factors and cigarette smoking: I. Associations with smoking initiation. *Nicotine Tob Res* 2003;5(1):85-98.
- 96.** Rhode P, Kahler CW, Lewinsohn PM, et al. Psychiatric disorders, familial factors and cigarette smoking:II. Associations with progression to daily smoking. *Nicotine Tob Res* 2004;6(1):119-32
- 97.** Rhode P, Kahler CW, Lewinsohn PM, et al. Psychiatric disorders, familial factors and cigarette smoking:III. Associations with cessation by young adulthood among daily smokers. *Nicotine Tob res* 2004; 6(3):509-22.
- 98.** Harrington R, Rutter M, Fombonne E. Developmental pathways in depression: multipl meanings, antecedents, and endpoints. *Dev Psychopatol* 1996;8:601-16.
- 99.** Fergusson DM, Woodward LJ. Mental health, educational, and social role outcomes of adolescent with depression. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:225-31.
- 100.** Hazel P. David T (ed). *Depression. Recent Advances in Pediatrics*. London: Royal Society of Medicine 2004:217-229
- 101.** Parker G, Roy K. Adolescent depression: a rewiev. *Aust N Z J Psychiatry*.2001;35:572-580.
- 102.** Lopez AD, Mathers Cd, ezzati M, et al. Global and regional burden of disease and risk factors,2001:systematic analysis of population health data. *Lancet*.2006;367:1747-1757.
- 103.** Sobocki P, Lekander I, Borgstrom F, et al. The economic burden of depression in Sweden from 1997 to 2005. *Eur Psychiatry*.2007;22:146-152.
- 104.** Weisman MM, Wolk S; Goldstein RB, et al. Depressed adolescents grown up. *Jama*.1999;281:1707-1713.
- 105.** Berndt Er, Koran LM, Finkelstein SN, et al. Lost human capital from early onset chronic depression. *Am J Psychiatry*.2000;157:940-947.
- 106.** Rey JM, Plapp JM, Stewart GW. Reliability of Psychiatric diagnosis in referred adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 1989;30:879-888.

107. March J, Silva S, Petrycki S, Curry J, Wells K, Fairbank J, Burns B, Domino M, McNulty S, Vitello B, Severe J. Floxetine, cognitive behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for adolescents with depression study (TADS). *JAMA*.2004;292(7):807-820

108. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Clinical descriptors and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1993.

109. Myers K, Winters NC. Ten year review of rating scales II: Scales for internalizing disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psych*.2002;41:634-659.

110. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS P/L): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psych*.1997;36:980-988.

111. Shaffer D, Fisher P, Lucas C, Dulcan M, Schwab-Stone M. NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children, Version IV (NIMH DISC-IV): description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *J Am Acad Child Adolesc Psych*.2000;39: 28-38.

112. Fendrich M, Weissman M, Warner V. Screening for depressive disorder in children and adolescents: validating the center for epidemiologic studies depression scale for children. *Am J Epidemiol*.1990;131(3):538-551.

113. Ivarsson TT, Lidberg AA, Gillberg CC. The Birleson depression Self-Rating Scale (DSRS). Clinical evaluation in an adolescent inpatient population. *J Affect disord*. 1994; 115-125.

114. Beck AT, Ster RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory. Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rewv*. 1998;8:77-100.

115. Kovacks M. The Children's Depression Inventory (CDI). New York: Multi-health Systems, Inc.;1992.

116. Reynolds MW. The Reynolds Adolescent/Child Depression Scales-RADS/RCDS.1987-1989.

117. Walker L, et al. The Reynolds Adolescent Depression Scale in New Zealand adolescents. *Aust N Z J Psychiatry*.2005; 39(3):136-140.

118. Daviss BW, Birmaher B, Melhem NA, Axelson DA, Michaels SM, Brent d. Criterion validity of the Mood and Feelings Questionnaire for depressive episodes in clinic and nonclinic subjects. *J of Child Psychol and Psychiatry*.2006;47(9):927-934.

- 119.** Brooks SJ, Krulewicz S, Kutcher S. The Kutcher Adolescent Depression Scale: assesment of its evaluative properties over the course of an 8-week pediatric pharmacotherapy trial. *J Child Adolesc Psychopharmacology*, 13,337-349.
- 120.** Poznanski E, Makros H. Children's Depression Rating Scale-Revised (CDRS-R). Los Angeles: WPS;1996.
- 121.** Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionarre: A Resaerch Note. *J Child Psychol and Psychiatry*.1997;38:581-586.
- 122.** Achenbach TM. The Achenbach System of Emprically Based Assesment (ASEBA):Development, findings, theory and aplications. Burlington, VT: University of Vermont Research Centre for Children, Youth and Families.2009.
- 123.** Shaffer D, Gould M, Brasic J, Ambrossini P, Fisher P,Bird H, Aluwahlia S. A Children's Global Assesment Scale (CGAS) (for children 4-16 years of age). *Psychopharmacol Bull*.1985;21:747-748
- 124.** Guy W. Clinical Global Impression (CGI). ECDEU Assesment Manual for Psycopharmacology, revised National Institute of Mental Health, Rockville, MD.1976.
- 125.** Gowers SG, Harrington RC, Whitton A, et al. Brief scale for measuring the outcomes of emotional and behavioural disorders in children. *Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA)*. *British J Psychiatry*.1999;174:413-416.
- 126.** Endicott J, et al. Pediatric Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (PQ-LES-Q): reliability and validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.2006; 45(4):401-407.
- 127.** John K, Gammon GD, Prusoff BA, Warner V. The Social Adjustment Inventory for Children and Adolescents (SAICA): testig of a new semistructural interview. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.1987;26:898-911.
- 128.** Poznanski EO, Freeman LN, Makros HB. Children's depression rating scale-revised. *Psychopharmacol Bull*.1985;21:979-89.
- 129.** Mayes TL, Bernstein IH, Haley CL, Kennard BD, Emsile GJ. Psychometric properties of the Children's Depression Rating Scale-Revised in adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol*.2010;Vol 20:6.
- 130.** Poznanski EO, Zrull JP. Childhood depression: Clinical characteristes of overtly depressed children. *Archives of General Psychiatry*,1970:23,8-15.
- 131.** Warren WL. Revised Hamilton rating scale for depression: Manual, Los Angeles: Western Psychological Services 1994.

- 132.** Spitzer RL, Endicott J & Robins E. Research diagnostic criteria: rationale and reliability. *Archives of General Psychiatry.* 1978;335:773-782.
- 133.** Poznanski EO, Cook SC, Carroll BJ. A depression rating scale for children. *Pediatrics.* 1979;64(4),442-450.
- 134.** Poznanski EO, Cook SC, Carroll BJ, Corzo H. Use of Children's Depression Rating Scale in an inpatient psychiatric population. *J Clin Psychiatry.*1983; 44(6):200-203.
- 135.** Beck AT. A systematic investigation of depression. *Comprehensive Psychiatry.*1961;2:163-170.
- 136.** Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, & Cohen J. The global assessment scale: A procedure of measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of general Psychiatry.*1976; 33,766-771.
- 137.** Carroll BJ, Feinberg M, Greden JF, Tarika J, Alcala AA, Haskett RF, James NM, Kronfol Z, Lohr N, Steiner M, Vigne P & Young E. A specific laboratory test for the diagnosis of melancholia: standardization, validation, and clinical utility. *Archives of General Psychiatry.* 1981;38,15-22.
- 138.** Pfeffer CR. *The suicidal child.* New York: Guilford Press.1986.
- 139.** Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B, Kültür EÇ, Akdemir D, Taner Y. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşamboyu Şekli- Türkçe Uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi.* 2004; 11 (3):109-116.
- 140.** Teğin B. Depresyonda bilişsel bozukluklar: Beck modeline göre bir inceleme. Hacettepe Üniversitesi sosyal Bilimler enstitüsü, Ankara. 1980.
- 141.** Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi.* 1988;6(22):118-126.
- 142.** Luby JL, Heffelfinger AK, Mrakotsky C, Brown KM, Hessler MJ, Wallis JM, Spitznagel EL. The clinical Picture of depression in preschool children. *J Am Acad Adolesc Psychiatry.* 2003;42:340-348.
- 143.** Guo Y, Nilsson ME, Heiligenstein MS, Wilson MG, Emsile G. An exploratory Factor analysis of the Children's Depression Rating Scale-Revised. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2006; Vol 16:4.
- 144.** Aksakoğlu G. Araştırma Planlama. Sağlıkta Araştırma ve Çözümleme. Dokuz Eylül Üniversitesi Yayın Komisyonu, İzmir. 2006;100-124.
- 145.** Baydur H, Eser E. Uygulama: Yaşam kalitesi ölçeklerinin psikometrik çözümlenmesi Sağlıkta birikim, 2006;1(2):99-123)

- 146.** Karasar N. Bilimsel Araştırma Yöntemi.7.basım. Sim Matbaası. Ankara.1995.
- 147.** Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için Rehber I: ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. Hemşirelik Araştırma Dergisi.2002;4(1).
- 148.** Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için Rehber II: psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi.2003;1:3-11
- 149.** Borg WL, Gall. Educational Reaserch. New York, Longman.1989
- 150.** Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı. Ankara, Pegem Akademi.2009.
- 151.** Neale JM, Liebert L, Liebert RM. Science and Behaviour: an introduction to methods of psychological research.1995.
- 152.** Tavşancıl E. Tutmların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. Ankara, Nobel Yayın Dağıtım.2006.
- 153.** Russell PS, Basker M., Russell S, Moses PD, Nair MKC, Minju KA. Comparison of a Self-rated and a Clinician-rated Measure for Identifying Depression among Adolescents in a Primary-care Setting. Indian J Pediatr 2011.

ONUNCU BÖLÜM

EKLER:

- 1.Ek1: Çocuklar için Depresyon Değerlendirme Ölçeği Gözden Geçirilmiş Formu (ÇDDÖ-R)
2. Ek 2: Beck Depresyon Ölçeği (Beck's Depression Scale-BDÖ)
3. Ek 3: Çocuklar için Depresyon Ölçeği (Children's Depression Scale-CDI)
4. Ek 4: Klinik Global İzlenim-Şiddet (CGI-S) formu
5. Ek 5: Sosyodemografik veri formu

1. Ek 1: Çocuklar için Depresyon Değerlendirme Ölçeği Gözden Geçirilmiş Formu (ÇDDÖ-R)

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

UYGULAMA KİTAPÇIĞI

Çocuğun İsmi:

Kimlik No:

Yaş:

Cinsiyet: Kız Erkek

Etnik Köken:

Görüşmeni Yapıldığı Tarih:

Görüşmeci:

**Görüşme Yapılan Kişiler: Çocuk Anne Baba Diğer
(Belirtiniz).....**

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

ÇDDÖ-R Ham Özet Skoru :

ÇDDÖ-R T-Skoru:

Persentil	2	10	20	30	40	50	60	70	80	90	95	99																				
Ham Skoru	17	I	20	I	I	I	I	30	I	I	I	I	40	I	I	I	I	50	I	I	I	I	60	I	I	I	I	70	I	I	I	77-113
T-Skoru	30	33	40	44	48	51	53	55	57	59	61	62	63	64	65	66	67	68	69	71	73	75	76	78	80	81	82	83	84	85	> 85	

Çocuklar İçin depresyon değerlendirme Ölçeği T-Skorunun Yorumlanması

√	T-skor aralığı	Yorum
	39 ve altı	Bu kadar düşük skorlar oldukça seyrek gözlenir. Başkalarından bilgi edinilmesine ihtiyaç vardır, böylesine sık rastlanmayan skorlar ağır bir inkar durumuyla ilişkili olabilir.
	40-54	Depresif bozukluk tanısı pek olası görünmemektedir, ileri değerlendirme ile doğrulanmalıdır.
	55-64	Depresif bozukluğun kapsamlı bir tanı koydurucu değerlendirme ile doğrulanması olasıdır. Aşağıdaki durumlardan herhangi biri varsa mutlaka ileri değerlendirme yapılmalıdır: <ul style="list-style-type: none">• Semptomların görüldüğü herhangi bir alanda semptomların şiddetinin orta ile ağır arasında skorlanması• Özkıyım düşüncelerinin 3 ya da daha yüksek olarak skorlanması• Depresif duygudurumun (eğlenememe, depresif duygular, deprese yüz afekti veya irritabilite vs.) klinik olarak belirgin olduğunu gösteren kronik gidiş (1 yıl ya da daha fazla vs.)
	65-74	Kapsamlı bir tanı değerlendirmesi ile doğrulanması kuvvetle muhtemel bir depresif bozukluk tanısı. İleri değerlendirme mutlaka yapılmalıdır..
	75-84	Doğrulanması kuvvetle muhtemel bir depresif bozukluk tanısı. İleri değerlendirme mutlaka yapılmalıdır.
	85 ve üzeri	Nerdeyse kesin bir biçimde depresif bozukluk tanısı. Acilen değerlendirilerek müdahale edilmelidir.

Tüm Kaynaklardan Elde Edilen Ölçümlerin Karşılaştırılması

Ölçümün Yapıldığı Kaynaklar

Değerlendirilen Belirti Alanı	Çocuk							Ebeveynler							Diğer							Çocuğa ait en iyi tanımlama						
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Okul İşlevselliği	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
An-Hedoni	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Sosyal İçe Çekilme	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Uyku Bozukluğu	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
İştahta Bozulma	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Aşırı Yorgunluk	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Fiziksel Yakınmalar	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
İrritabilite	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Aşırı Suçluluk Duyuma	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Düşük Özgüven	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Depresif Duygular	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
morbid düşünce	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Özkıyım Düşünceleri	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Aşırı Ağlama	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

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

=Belirgin bir güçlük yok

=Klinik olarak belirgin zorluklar

=Ağır klinik olarak belirgin zorluklar

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

1. OKUL İŞLEVSELLİĞİNDE —————→
BOZULMA

§ Okuldan hoşlanır mısın, hoşlanmaz mısın? (Hangi açılardan?)

§ Okulda aldığın notlar nasıl? (Geçen seneye ya da geçen yarıyla göre fark var mı?)

§ Öğretmenlerin ya da ailen daha iyi olman gerekirdi diye düşünürler mi? (Neden? Sen de buna katılıyor musun?)

§ Dikkatini vermekte zorluk yaşıyor musun? Neden? (Sana verilen görevi yapman diğer çocuklara oranla daha mı uzun sürüyor? Öğretmen sık sık dinlemen için seni uyarıyor mu? Diğer çocuklar seni rahatsız ediyor mu? Gün içinde dalıp gitmelerin oluyor mu?)

§ TV'ye dikkatini vermekte zorluğun oluyor mu?

§ Oyun oynarken oyuna dikkatini vermekte zorlandığın oluyor mu?

§ Bu yeni ortaya çıkan bir sorun mu? Neden?

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

Yorumlar.....
.....
.....
.....

2. EĞLENMEDE/KEYİF ALMADA → GÜÇLÜK ÇEKME

§ Eğlenmek için ne yapmaktan hoşlanırsın? (Ayrıntıları tartışın.)

§ Ne kadar sıklıkta eğlenirsin?

§ Hiç sıkıldığın olur mu? (Ne sıklıkta?)

§ TV’de ne izlemekten hoşlanırsın?

§ Beğendiğin TV programlarında hoşlandığın şeylerin ne olduğunu bana anlatabilir misin? (Çocuk programı pasif olarak mı izliyor, programa kendini kaptırıyor mu? Karar vermeye çalışın.)

İlgi alanları ve yaptığı aktiviteler çocuğun yaşı, kişiliği ve sosyal çevresi ile gerçekçi olarak uyumludur.

En az geçtiğimiz 2 hafta süresince gözlenen davranışları1

her zamanki gibidir, belirgin bir değişiklik olmamıştır.

Can sıkıntısı benzeri duygular kısa sürelerle gözlenebilir.

2

Bazı aktiviteleri günlük olarak değil de haftada birkaç kez

gerçeğe uygun olacak şekilde keyif verici olarak tanımlar 3

İlgi gösterir ancak hevesli değildir.

4

Kolayca sıkılır. Günlük yaşantısından “ yapacak bir şey yok”

şeklinde şikayetçidir. Yapılandırılmış aktivitelere “ ne olup

bittiğini gözden geçirme” amacı ile katılır. (Gerçekte) günlük 5

ya da haftalıktan daha seyrek olan aktivitelere, başlangıçta

ilgi gösterebilir.

6

Herhangi bir aktiviteye katılmak için girişimde bulunmaz.

Kendisini esasen pasif olarak tanımlamaktadır. Başkalarının

oyun oynamasını ya da T.V’yi izler ama çok az ilgilidir. Bir 7

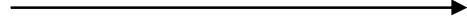
aktiviteye katılmak için çok dil dökmek ve/veya zorlamak

gereklidir. Hiç heves ya da gerçekten ilgi göstermez.

Aktiviteleri isimlendirme de güçlük yaşar.

Yorumlar.....
.....

3. SOSYAL İÇEÇEKİLME



§ Birlikte oyun oynadığın arkadaşların var mı? (Evde mi? Okulda mı? Hangi oyunları oynarsınız? Ne sıklıkta oyun oynarsın?)

§ Hiç arkadaşlarının seninle bir araya gelip oyun oynamak istediği ama senin dışarı çıkıp oynamayı canının istemediği zamanlar oldu mu? (Ne sıklıkta veya ne zaman? Ne kadar uzun süre böyle hissettin?)

§ Hiç çok yakın bir arkadaşın oldu mu? (Şimdi bir tane var mı?)

§ Hiçbir arkadaşını kaybettin mi? (Ne oldu?)

§ Hiç diğer çocukların sana taktığı oldu mu? (Ne yaptılar? Sen ne yaptın? Senin tarafını tutan oldu mu?)

Okulda ve evde akranları ile arkadaşlık etmekten 1
keyif alır. 2

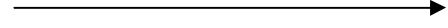
Aktif olarak kendisi arkadaş edinmeye çalışmaz,
fakat bunun yerine diğerlerinin arkadaşlık girişiminde 3
bulunmasını bekler. Sıklıkla yapacak daha iyi bir alternatifi
olmamasına rağmen oyun oynama fırsatlarını geri çevirir. 4

Sıklıkla diğerleriyle istenilen etkileşime girme fırsatlarından
kaçınır ya da bu fırsatları geri çevirir ve/veya reddedilmenin 5
kaçınılmaz olduğu durumlar yaratır. 6

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

Yorumlar.....
.....
.....
.....

4. UYKU BOZUKLUKLARI



§ Uyumakta güçlük çeker misin?

§ Uykuya dalman için uzun süre geçmesi gerekir mi? (Ne kadar süre? Ne kadar sıklıkta?) (Yatağa gitmeye karşı dirençten ayırt edin)

§ Gece yarısı uyandığın olur mu? (Uyandıktan sonra hemen uykuya dalar mısın yoksa uyanık mı kalırsın? Ne sıklıkta veya ne zaman? Sonra tekrar uykuya nasıl dalarsın?)

§ Sabahları kalkman gereken zamandan önce uyandığın hiç oldu mu? (Ne kadar erken? Uyanık kaldın mı yoksa uyumaya devam mı ettin? Ne yaptın? Ne sıklıkta ya da ne zaman oldu bu?)

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

Ek Bilgi (Puanlanmaz)

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

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

Yorumlar.....
.....
.....
.....

5. İŞTAHTA BOZULMA



§ Yemek yemekten hoşlanır mısın?

§ Ne yemekten hoşlanırsın?

§ Bazı yemekler için/öğünlerde mi?, Çoğu yemek/öğünde mi? Yoksa tüm yemekler için/öğünlerde mi açlık duyarsın?

§ Hiç acıkmadığın oldu mu? (Ne zaman? Sıklıkla olur mu? Bu yakın zamanda mı oldu?)

§ Ailen yemek yemenden şikayet ederler mi?

§ Son zamanlarda kilo aldın mı ya da kilo kaybın oldu mu? (Nasıl anladın?)

Yemek yeme alışkanlıklarında değişiklik ya da 1
Herhangi bir problem tanımlanmamaktadır. 2

Her zamanki yeme alışkanlıklarında hafif fakat 3
dikkat çekici değişiklikler 4

Yemekten kaçınır ve/veya çoğu zaman aç değildir
VEYA iştahında dikkate değer bir artış ya da tıknırcasına..... 5
yemek yeme tanımlamaktadır.

Ek Bilgi (Puanlanmaz)

Eğer uygulanabiliyorsa; iştahta bozulmanın çeşidini belirleyin :

..... Artmış iştah

..... Azalmış iştah

Yorumlar.....
.....
.....
.....

6. AŞIRI YORGUNLUK

§ Gün boyunca yorgun hisseder misin? (Uykunu almış olsan bile?
Ne zamanlar? Nerede?)

§ Okuldan sonra yorgun hissettiğin olur mu? (Ne sıklıkta?
Yorgunluk hissin ne kadar sürer? Seni ne kendine getirir?)

§ Yapmak zorunda olmasan bile gidip kestirecek kadar yorgun
hissettiğin oldu mu hiç? (Ne zamanlar? Ne sıklıkta? Bu her zaman doğru muydu?)

Gün boyunca “ aşırı yorgunluk” tan normalden 1
farklı bir şekilde yakınma yoktur. 2

Yorgunluk yakınması bir miktar artmış görünmekte
olup bu durum can sıkıntısından ya da artmış aktivite3
miktarından kaynaklanmamaktadır. 4

Yorgun hissetme günlük bir yakınma halindedir 5

6

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

Yorumlar.....
.....
.....
.....

Yukarıdaki soruların puanlamaları toplamı: (Alt toplam 1)

7. FİZİKSEL YAKINMALAR

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

Organik olmayan şikayetler için:

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

Genellikle aşırı olmayan yakınmalardan 1 şikayetçidir.	2
Şikayetler hafifçe artmıştır	3
	4
Günlük ağrı ve acılardan şikayet etmektedir. Bunlar sıklıkla işlevselliğini	5
bozacak düzeydedir.	6
Ağrı ve acıları ile ilgili zihinsel uğraşları vardır. Bunlar oyun aktivitelerini düzenli	7
olarak engellemektedir.	

Yorumlar.....
.....
.....
.....

8. İRRİTABİLİTE

§ Ne gibi şeyler senin yakınmana sebep olur ya da seni deli eder/kızdırır? (Ne kadar deli olursun/ kızarsın?)

§ Hiç kendini her şeyin seni rahatsız ettiği bir moda hissettiğin oldu mu? (Ne zaman? Bu modun/halin ne kadar sürer? Ne sıklıkta olur? Yakın zamanda böyle bir durum oldu mu?)

§ Başkaları neden bu kadar huysuz olduğunu sorar mı? (Ailen? Kardeşlerin? Öğretmenlerin? Arkadaşların? Kuzenlerin?)

İrritabilite çok seyrek görülür	1
	2
Kolaylıkla öfkelenirilebilir. İrritabilite periyotları haftada birkaç defa görülür	3
ancak uzun sürmez.	4
Sıklıkla irritable. Artmış şekilde irritable periyotları haftada birkaç defa ortaya çıkar	5
ancak yatıştırılması oldukça güçtür.	6
İrritabilite sürekli. Hiçbir şey bu duygudurumu.....	7
değiştiremez.	

Yorumlar.....
.....
.....
.....

9. AŞIRI SUÇLULUK

§ Hiç herhangi kötü bir şey olduğunda bunun senin suçun olduğunu hissettiğin ya da kendini suçladığın olur mu?

§ Yaptığın ya da yapmış olmayı dilediğin belirli şeyler için kendini kötü ya da üzgün hissettiğin hiç oldu mu? (Bunlar nedir? Ne sıklıkta olur? Bu yakın zamanda senin için bir problem haline geldi mi?) (Olayları ve suçluluk duygusunun eylemler ile orantılı olup olmadığını not edin)

§ Suclu kelimesinin ne anlama geldiğini biliyor musun?

§ Neler sana kendini suçlu hissettirir?

§ Ne sıklıkta suçlu hissedersin?

Uygun olmayan bir biçimde suçluluk duymamaktadır. Ortaya çıkaran bir olay karşısında uygun şekilde ortaya çıkan suçluluk duygusu bildirilmektedir.	1
	2
Tanımlanan olayla ilişkili olarak abartılı suçluluk ve/veya utanma duygusu	3
	4
Kontrolü altında olmayan olaylar hakkında suçluluk duyar. Bu duygular günlük işlevselliğini bozacak düzeydedir.	5
	6
Ağır suçluluk sınırları	7

Yorumlar.....
.....
.....
.....

10. DÜŞÜK ÖZGÜVEN

§ Dış görünüşünden memnun musun? (Neye benzediğini bana tarif edebilir misin?) (Daha küçük yaş çocuğu için, gözlerinden, yüzünden, giysilerinden hoşlanıp hoşlanmadığını sorun)

§ Akıllı olduğunu düşünür müsün? Yoksa değil misin?

§ İyi olduğun şeyler neler/ Nelerde iyisin?

§ Bazı şeylerde diğer çocuklardan daha iyi mi daha kötü mü olduğunu düşünürsün? (Daha iyi olduğun şeyler neler? Ya kötü oldukların? Bu durum seni üzer mi?)

§ Çocukların çoğu senden hoşlanır mı ? (Senden hoşlanmayanlar var mı?- Neden? Sana isim takıldığı olur mu?- Ne gibi? Diğer çocuklar seni kötüler mi?)

§ Sana yüklenildiğini hissettiğin hiç oldu mu?

§ Kendinle ilgili değiştirmek istediğin şeyler var mı?

Kendisini tanımlarken öncelikle olumlu 1
tanımlamalar kullanır. 2

Bir tane önemli ya da baskın alanda bir eksiği 3
olduğunu hissettiğini tanımlamaktadır. 4

Kendisini baskın olarak negatif özellikleriyle
tanımlar veya sorulan soruları üstü kapalı5
yanıtlarla geçirir. 6

Kendisi hakkında aşağılayıcı tanımlamalar
yapar. Diğer çocukların sıklıkla kendisine7
aşağılayan lakaplarla hitap ettiklerini
söylemektedir. Kendisini aşağılar.

Yorumlar

.....
.....
.....
.....

11. DEPRESİF DUYGULAR

§ Neler senin mutsuz hissetmene yol açar? (Mutsuz hissettiğinde bu ne kadar zamanda geçer? Bir saat? Birkaç saat? Tüm gün?)

§ Kendini mutsuz ya da üzgün hissettiğin zaman diğer insanlar bunu bilir mi?

§ Kendini üzgün hissettiğin belli zamanlar var mı? Mesela annen uzaktayken?

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

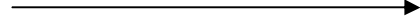
§ Son zamanlarda kendini nasıl hissediyorsun? (Normalden daha mı mutsuzsun?)

§ Mutsuz hissettiğinde ne sana kendini tekrar mutlu hissettirir? (Bu sana şu an kendini mutlu hissettirir miydi?)

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

Yorumlar.....
.....
.....
.....

12. MORBİD (HASTALIKLI) FİKİR OLUŞTURMA



§ Hiçbir ev hayvanının öldü mü? Ya da bir arkadaşın? Bir yakınını? (Bu konuda düşünür müsün? Ne zaman? Bu konu hakkında ne sıklıkta düşünürsün?)

§ Hiç aileden birini ölmüş olarak düşünür müsün? Ailen dışından birini? (Kimi? Nasıl ölmüşüler? Bu konu hakkında ne sıklıkta düşünürsün?)

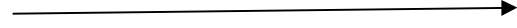
§ Hiç ölebileceğini düşündüğün olur mu? (Bana bundan bahset)

§ Ne sıklıkta bu tarz düşüncelerin olur? (Son dönemde bu düşüncelerin ne sıklıkta oluyordu?)

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

Yorumlar.....
.....
.....
.....

13. SUİSİD (ÖZKIYIM) DÜŞÜNCELERİ



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

“Özkıyım” kelimesini anlar, ancak bu kelimeyi kendisi ile bağdaştırmaz	1
Özkıyım düşüncelerinin kesinlikle inkarı	2
Genellikle kızgın olduğunda, özkıyım veya kendine zarar verme (eğer özkıyım kavramını anlamıyorsa) düşüncelerine sahiptir	3
Tekrarlayan ölüm düşünceleri vardır	4
Aktif olarak intihara meyillidir veya geçtiğimiz 1 ay içinde bir özkıyım girişimi olmuştur	5
Yorumlar.....	6
.....	7
.....	
.....	

14. AŞIRI AĞLAMA —————→

Ş Çok ağlar mısın? (Seni ne ağlatır? Hiç nedenini bilmeden ağladığın olur mu?)

Ş Bazen ağlamasan bile kendini ağlayacakmış gibi hissettiğin olur mu? (Ne çeşit şeyler sana kendini böyle hissettirir? Bu ne sıklıkta olur?)

Ş Arkadaşlarından daha fazla kendini ağlayacakmış gibi hissettiğin oluyor mu?

Bildirilen miktar yaşıyla uyumludur 1

Akranlarından daha sık ağladığını
ima eder veya ağlayacak gibi hisseder2

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

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

Hemen hemen her gün ağlar 7

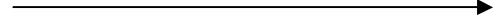
Yorumlar.....
.....
.....

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

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

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

15. DEPRESİF YÜZ AFFEKTİ

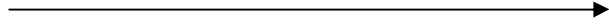


(Duygunun ya da afektin yüzdeki yansımasına odaklanın ((mesela; üzgün olma, emosyonel dışavurumun kısıtlı olması veya gözleri dolma/ağlamaklı olma)). Çocuk tarafından görüşme süresince sergilenen, özellikle ses olmak üzere, genel canlılık derecesinin yüzdeki afekt ile uyumunu da değerlendirin)

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

Yorumlar.....
.....
.....
.....

16. CANSIZ KONUŞMA

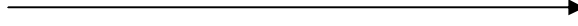


(Paralingual alanda sözel olmayan semptomların değerlendirilmesi: Tempo, gürültülü konuşma, tonlama, iç çekme, inhalasyonlar ve gülmeler gibi ana içerikten uyumsuz (az ya da fazla) konuşma özellikleri. Bazı formlardaki yüz görünümleri ile karşılaştırıldığında, konuşmanın bu boyutlarının bilinçli olarak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

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

Yorumlar.....
.....
.....
.....

17. HİPOAKTİVİTE



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

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

Yorumlar.....
.....
.....
.....

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

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

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

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

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

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

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

2. Ek 2: Beck Depresyon Ölçeği (Beck's Depression Scale-BDÖ)

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. BU GÜN DAHİL, GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Seçmiş olduğunuz cümlenin yanındaki numarayı daire içine alınız. Eğer bir grupta durumunuzu tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz. Seçiminizi yapmadan önce her gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz.

- 1- 0 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
1 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2 Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3 O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2- 0 Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
1 Gelecek hakkında karamsarım.
2 Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3 Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- 0 Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
1 Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2 Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3 Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum.
- 4- 0 Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
1 Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2 Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3 Her şeyden sıkılıyorum.
- 5- 0 Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
1 Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2 Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3 Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6- 0 Kendimden memnunum.
1 Kendi kendimden pek memnun değilim.
2 Kendime çok kızıyorum.
3 Kendimden nefret ediyorum.
- 7- 0 Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1 Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2 Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3 Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.
- 8- 0 Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1 Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor, fakat yapmıyorum.
2 Kendimi öldürmek isterdim.
3 Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

- 9- 0 Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1 Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
2 Çoğu zaman ağlıyorum.
3 Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesemde ağlayamıyorum.
- 10- 0 Şimdi her zaman olduğumdan sinirli değilim.
1 Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2 Şimdi hep sinirliyim.
3 Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyle şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 11- 0 Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1 Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2 Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.
3 Hiç kimseyle görüşüp, konuşmak istemiyorum.
- 12- 0 Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.
1 Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2 Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3 Artık hiç karar veremiyorum.
- 13- 0 Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum.
1 Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2 Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
3 Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14- 0 Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1 Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermek gerekiyor.
2 Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3 Hiç bir şey yapamıyorum.
- 15- 0 Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1 Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2 Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3 Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
- 16- 0 Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1 Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2 Yaptığım hemen her şey beni yoruyor.
3 Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 17- 0 İştahım her zamanki gibi
1 İştahım eskisi kadar iyi değil
2 İştahım çok azaldı.
3 Artık hiç iştahım yok.
- 18- 0 Son zamanlarda kilo verdim.
1 İki kilodan fazla kilo verdim.
2 dört kilodan fazla kilo verdim.
3 Altı kilodan fazla kilo verdim.

Daha az yiyerek kilo vermeye çalışıyorum.

Evet :.....

Hayır :.....

- 19- 0 Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1 Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
2 Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyler düşünmek zorlaşıyor.
3 Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünmüyorum.
- 20- 0 Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme farketmedim.
1 Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2 Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3 Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.
- 21- 0 Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
1 Cezalandırılabilceğimi seziyorum.
2 Cezalandırılmayı bekliyorum.
3 Cezalandırıldığımı hissediyorum.

3. Ek 3: Çocuklar için Depresyon Ölçeği (Children's Depression Scale-CDI)

ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ (CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY - CDI)

Adı Soyadı :

Tarih:

Cinsiyeti :

Okul :

Doğum Tarihi :

Sınıf :

Sevgili Öğrenciler,

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 sayıyı yuvarlak içine alınız.

- 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- Herşeyi 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 düşünürüm.
2- Sık sık başıma kötü bir şeylerin geleceğinden endişelenirim.
3- Başıma çok kötü şeylerin geleceğinden eminim.
- G) 1- Kendimden nefret ederim.
2- Kendimi beğenmem.

- 3- Kendimi beğenirim.
- H) 1- Bütün kötü şeyler benim hatam.
2- Kötü şeylerin bazıları benim hatam.
3- Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.
- I) 1- Kendimi öldürmeyi düşünmem.
2- Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapmam.
3- Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.
- İ) 1- Her gün içimden ağlamak gelir.
2- Birçok günler içimden ağlamak gelir.
3- Arada sırada içimden ağlamak gelir.
- J) 1- Herşey her zaman beni sıkır.
2- Herşey sık sık beni sıkır.
3- Herşey arada sırada beni sıkır.
- K) 1- İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.
2- Çoğu zaman insanlarla beraber olmaktan hoşlanmam.
3- Hiçbir zaman insanlarla beraber olmaktan hoşlanmam.
- L) 1- Herhangi birşey hakkında karar veremem.
2- Herhangi birşey hakkında karar vermek zor gelir.
3- Herhangi birşey 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 ödevlerimi 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 hergün 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- Birçok arkadaşım var.
2- Birçok arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterim.
3- Hiç arkadaşım yok.
- U) 1- Okul başarıml iyi.
2- Okul başarıml 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.

4. Ek 4: Klinik Global İzlenim-Şiddet (CGI-S) formu

KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ - HASTALIK ŞİDDETİ (CGI-S)

Bu hasta grubu ile olan klinik deneyimlerinize dayanarak, sizce bu kişi ne kadar hasta?

- | | |
|---------------------------|----|
| 1. Normal, hasta değil | .. |
| 2. Hastalık sınırında | .. |
| 3. Hafif düzeyde hasta | .. |
| 4. Orta düzeyde hasta | .. |
| 5. Belirgin düzeyde hasta | .. |
| 6. Ağır hasta | .. |
| 7. Çok ağır hasta | .. |

5. Ek 5: Sosyodemografik veri formu

OLGU RAPOR / VERİ KAYIT FORMU

HASTANIN ADI: SOYADI: DOSYA NO:

DOĞUM TARİHİ:

ADRES: TELEFON NO:

OKUL DURUMU:

ANNE ADI: MESLEK VE EĞİTİMİ:

BABA ADI: MESLEK VE EĞİTİMİ:

KARDEŞ ADI: YAŞI: OKUL DURUMU:

AİLE ÖYKÜSÜ:

PRENATAL ÖYKÜ:

POSTNATAL ÖYKÜ:

HASTANIN KSADS P/L'E GÖRE EŞ TANILARI(VARSA):

HASTANIN VARSA KULLANDIĞI İLACIN BAŞLANGIÇ TARİHİ VE DOZU:

