

Araştırma / Original article**Erken dönem uyumsuz şemaların
ergenlik dönemi depresif bozuklukla ilişkisi****Sebla GÖKÇE,¹ Arzu ÖNAL SÖNMEZ,² Canan YUSUFOĞLU,³
Yasemin YULAF,⁴ İbrahim ADAK⁵****Öz**

Amaç: Bu çalışmanın amacı, kliniğe başvuran ergenlerin erken dönem uyumsuz şemalarının depresif bozuklukla ilişkisini araştırmak ve depresif bozukluk tanısı konan ergenlerin erken dönem uyumsuz şemalarını, depresif bozukluk dışında psikiyatrik tanı konan ergenlerin erken dönem uyumsuz şemaları ile karşılaştırmaktır. **Yöntem:** Ocak-Mayıs 2016 tarihleri arası Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Dördüncü Baskı (DSM-IV) tanı ölçütlerine göre depresif bozukluk tanısı konan 80 ergen ve depresif bozukluk dışı psikiyatrik bozukluk tanıları konan 138 ergen çalışmaya alınmıştır. Sosyodemografik form uzmanlar tarafından, çocuk ve ergenler için Erken Dönem Uyumsuz Şema Ölçekler Takımı (ÇEŞÖT) ergenler tarafından doldurulmuştur. **Sonuçlar:** Çalışmaya alınan 11-18 yaşları arasındaki 218 ergenin (145 kız, 73 erkek) yaş ortalaması 14.8'dir. Depresif bozukluk tanısı konmayan klinik gruba dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, davranım bozukluğu, karşıt olma karşı gelme bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu tanıları konmuştur. Kusurluluk/utanma, kuşkuculuk ve kötüye kullanıma, duygusal yoksunluk, terk edilme ve tutarsızlık, başarısızlık, kendini onaylamama, karamsarlık şema puanları depresif bozukluk tanılı ergenlerde kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Regresyon analizi ile kusurluluk/utanma, kuşkuculuk/kötüye kullanıma, terk edilme ve tutarsızlık, kendini onaylamama şemaları depresif bozukluk ile ilişkili bulunmuştur. **Tartışma:** Ergenlik döneminde sıklıkla atlanmakta olan ve tedavi edilmediğinde intihar, madde kullanımı, obezite gibi sağlık sorunlarına yol açan depresif bozukluk, dünya genelinde önemli bir halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir. Daha önce yapılan çalışmalarda ve bu çalışmada depresif bozukluk ile ilişkilendirilen şemalar daha çok kopukluk ve reddedilmişlik alanı içinde bulunan, birincil bakım verenleri ile güvenli bağlanma gereksinmesinin giderilmemesi sonucu gelişen şemalardır. Ergenlik dönemi depresif bozukluk tedavisinde depresyon ile ilişkilendirilen uyumsuz şemaların belirlenmesi ve tedavide bu şemalar üzerine odaklanılması önemlidir. (Anadolu Psikiyatri Derg 2017; 18(3):283-291)

Anahtar sözcükler: Çocuk, ergen, depresyon, uyumsuz şema

**Relation between early maladaptive schemas of adolescents
and depressive disorder****ABSTRACT**

Objective: The aim of this study is to investigate relation between depressive disorder and early maladaptive

¹ Yrd. Doç. Dr., Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi ABD, İstanbul, Türkiye

² Yrd. Doç. Dr., Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Maslak Acıbadem Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi, İstanbul

³ Uzm. Dr., Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi, İstanbul, Türkiye

⁴ Uzm. Dr., Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Özel Kliniği, Tekirdağ, Türkiye

⁵ Uzm. Dr., İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD, İstanbul, Türkiye

Yazışma adresi / Correspondence address:

Yrd. Doç. Dr. Sebla GÖKÇE, Maltepe Ü. Hast., Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi ABD, Atatürk Cd. Çam Sk. No.3, Maltepe/İstanbul
E-mail: seblagokce@yahoo.com

Geliş tarihi: 05.08.2016, Kabul tarihi: 28.09.2016, doi: 10.5455/apd.238486

Anadolu Psikiyatri Derg 2017; 18(3):283-291

schemas of adolescents and to compare early maladaptive schemas of adolescents diagnosed with depressive disorder with schemas of adolescents diagnosed with other psychiatric disorders. **Methods:** Eighty adolescents with depressive disorder and 138 adolescents with other psychiatric disorders who had been diagnosed through Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) between January and May 2016 in Erenköy research and training hospital for psychiatry and neurology child and adolescent outpatient clinic were enrolled in this study. The sociodemographic form of the patients was filled out by the clinicians. The Early Maladaptive Schema Questionnaires Set for Children and Adolescents was filled out by adolescents. **Results:** There were 145 females and 73 males in the study. The mean age of the adolescents was 14.8 (range: 11-18) years. The control group was consisted of attention deficit hyperactivity disorder, anxiety disorders, obsessive compulsive disorder, conduct disorder, oppositional defiant disorder and post-traumatic stress disorder. Defectiveness/shame, mistrust/abuse, emotional deprivation, abandonment/instability, failure, non-self-approval, negativity/pessimism schema scores were significantly greater in adolescents diagnosed with depressive disorder than the control group. There was a statistically significant relation between the schemas of defectiveness/shame, mistrust/abuse, abandonment/instability, non-self-approval and depressive disorder in regression analysis. **Discussion:** Adolescent depressive disorder, frequently a missed diagnosis that when not treated can lead to health problems such as suicide, drug abuse and obesity, is accepted as an important public health issue. Consistent with literature, schemas under the title of disconnection and rejection and other directedness are related with the depressive disorder in adolescence and associated with the relationship of the primary caregivers and the children. Revealing maladaptive schemas and focusing on these schemas is important in adolescence depressive disorder treatment. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2017; 18(3):283-291)

Keywords: child, adolescent, depression, maladaptive schema

GİRİŞ

Fiziksel, duygusal ve bilişsel alanda büyük değişimlerin yaşandığı ergenlik dönemi yaşamın önemli dönüm noktalarından biri olarak kabul edilmektedir. Psikososyal sorunların sık görülebildiği bu dönem aynı zamanda psikiyatrik bozuklukların yaygınlık, şiddet ve ortaya çıkış biçiminde de değişikliklere karşılık gelmektedir.¹

Depresif bozukluk gerek görülme oranının yüksekliği, gerekse neden olduğu psikososyal işlev kaybı nedeni ile dünya genelinde ergenlik döneminin en önemli ruh sağlığı sorunlarından biri olarak görülmektedir.^{2,3} Çocukluk döneminde cinsiyetler arası farklılık göstermeyen ve yaklaşık %1 oranında görülen depresif bozukluk, ergenlik döneminde artış göstermekte ve kadın cinsiyetinde erkeklere göre daha yüksek oranda görülmektedir. Bu dönemde depresyonun görülme oranının %5-20 arasında değiştiği bildirilmiştir.^{4,5} Türkiye’de lise öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada depresyon yaygınlığı %18 olarak bulunmuştur.⁶ Türkiye’de yapılan yeni bir çalışmada bu oran %4.3 olarak saptanmıştır.⁷

Ergenlik döneminde görülen depresif bozukluk okul başarısında, sosyal ilişkilerde bozulma, madde kullanımı, obezite gibi önemli sağlık sorunlarına yol açabilmektedir. Ergenler arasında ölüm nedenleri arasında dünya genelinde ön sıralarda olan intihar nedeni ile ölen ergenlerin yarısından fazlasında depresif bozukluk olduğu bildirilmiştir.³

Ergenlik döneminde depresyon görülme oranının

daki artış, bu dönemde beyinde meydana gelen biyolojik değişim, bilişsel olgunluk ve beraberinde gelen sosyal değişimlerle ilişkilendirilmiştir.⁸

Genetik yatkınlık, erken olumsuz yaşam olayları, olumsuz biliş ve uyumsuz (maladaptif) şemalar, olumsuz duygulanımın yoğunluğu, pozitif duygulanımın yetersizliği ve davranışsal ketlenme gibi kişilik özellikleri depresif bozukluğun gelişiminde rol oynamaktadır.^{9,10}

Young ve arkadaşlarına göre, bireylerin ruhsal olarak sağlıklı ve uyumlu yetişebilmeleri için çocuklukta evrensel bazı temel duygusal gereksinimlerin karşılanması gerekmektedir.¹¹ Bu gereksinimler diğerlerine güvenli bağlanma, özerklik, yetkinlik ve kimlik algısı, duyguların ve gereksinimlerin belirtilmesi ile kendiliğinden olma ve oyundur. Erken dönem bağlanması güvenli olan bebekler büyüdüklerinde kendine daha güvenli ve yeterli hissedebilirlerken, güvensiz bağlanan bireyler kendine güvensiz ve yeterlilik duyguları gelişmemiş, kendilerini başkaları tarafından reddedilen olarak yansıtabilirler.^{12,13}

Young anne-baba tutumu ve psikopatoloji arasındaki ilişkiyi açıklayacak şema temelli bir model öne sürmüştü; bağlanma kuramından destek alan bazı kavramlardan ve araştırmalardan yararlanmıştır. Psikopatoloji gelişiminde erken dönem uyumsuz şemaların ve olumsuz temel inanışların önemli olduğunu öne sürmüştür.^{11,14}

İşlevsel olmayan şemalar, erken dönem birincil

bakım veren ile gelişen olumsuz ilişki biçimi ve olumsuz yaşam olayları ile gelişir ve bu durum, stresle karşılaşıldığında ruhsal sorunların ortaya çıkmasına daha duyarlı hale gelmelerine neden olmaktadır.¹⁵

Bilişsel kuramla ilgili temel varsayım kendi, ötekiler ve dünya ile ilgili olumsuz bilişsel inanışların emosyonel bozuklukların gelişmesi ve sürdürülmesinin altında yatan nedenler olduğudur.^{16,17} Özellikle depresif bozukluk ile erken dönem uyumsuz şemalar arasında ilişki olduğu yönünde çok sayıda çalışma vardır.¹⁸⁻²³

Türkiye’de ve dünyada ergenlik döneminde önemli bir ruh sağlığı sorunu olan depresif bozukluk ve şemalarla ilgili az sayıda çalışma olup, Türkiye’de depresif bozukluk ve ergenlerin sahip olduğu şemalar ile ilgili çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu çalışmanın amacı, ergenlik dönemi depresif bozukluk ile erken dönem uyumsuz şemalar arasında bulunan ilişkiyi incelemek, depresif bozukluk tanılı ergenlerin erken dönem uyumsuz şemaları ile depresif bozukluk tanısı dışında psikiyatrik tanıları konan ergenlerin erken dönem uyumsuz şemalarının karşılaştırılmasıdır. Çalışmanın varsayımı, ergenlik dönemi depresif bozukluğu ile erken dönem uyumsuz şemalar arasında anlamlı ilişki bulunduğu, depresif bozukluk tanısı konan ergenlerin, depresif bozukluk tanısı konmayan klinik gruba göre daha fazla erken dönem uyumsuz şemalara sahip olduğudur.

YÖNTEM

Araştırma grubunu Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği’ne Ocak-Mayıs 2016 ayları arasında başvuran ve daha önce psikiyatrik tedavi görmeyen 11-18 yaşları arasındaki 218 ergen oluşturmuştur. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Dördüncü Baskı (DSM-IV) tanı ölçütlerine göre, poliklinikte çalışan çocuk ve ergen psikiyatri uzmanları tarafından depresif bozukluk tanısı konulan ergenlerin şemaları ile kontrol grubu olarak depresif bozukluk dışında tanı konulan grubun şemalarının karşılaştırılması planlanmıştır. Psikotik bozukluklar, zeka geriliği, otizm spektrum bozuklukları, bipolar bozukluk, madde kullanım bozukluğu ve kronik tıbbi hastalık öyküsü olan hastalar çalışmaya alınmamıştır.

Klinik olarak 80’in altında zeka katsayısına sahip olduğu düşünülen ergenler çalışma dışı bırakıl-

mıştır.

Araştırmaya katılan olgular ve aileleri araştırma hakkında bilgilendirilerek sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Erenköy Ruh Sinir Hastalıkları Hastanesi Yerel Etik Kurulu’dan çalışma ile ilgili onay alınmıştır.

Gereçler

Sosyodemografik Bilgi Formu: Araştırma ile ilgili sosyodemografik özellikler araştırmacılar tarafından geliştirilen sosyodemografik bilgi formu kullanılarak elde edilmiştir. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, tıbbi özellikleri ve özgeçmiş ile ilgili bilgiler ergenlerin ailelerinden edinilmiştir.

10-16 Yaş Çocuk ve Ergenler için Erken Dönem Uyumsuz Şema Ölçekler Takımı (ÇEŞÖT): ÇEŞÖT toplam 97 maddeden ve yorumlanabilir beş ayrı gereksinme alanı ve 15 faktörden oluşan geçerli, güvenilir bir ölçek olarak kabul edilmiştir. Alt ölçekler sırasıyla, kopukluk ve reddedilmişlik gereksinme alanı içinde kusurluluk/utanma, kuşkuculuk/kötüye kullanıma, duygusal yoksunluk, terk edilme ve tutarsızlık; zedelenmiş özerklik ve performans alanı içinde bağımlılık/yetersizlik, yapışıklık ve gelişmemiş benlik, haklılık/büyükmecilik; zedelenmiş sınırlar alanı içinde yetersiz özdenetim, başkalarına yönelimlilik gereksinme alanı içinde boyun eğicilik, kendini onaylamama, onay arayıcılık; aşırı tetikte olma ve baskılama/ kettleme; gereksinme alanı içinde karamsarlık, cezalandırıcılık, dayanıksızlıktır. Katılımcılar, her maddeyi beşli likert üzerinde (1=Benim için tamamıyla yanlış, 5=Benim için tamamıyla doğru) derecelendirmektedir.²⁴

İstatistiksel değerlendirme

Verilerin istatistiksel incelenmesi SPSS Windows 20.0 istatistik paket programı ile yapılmıştır. Depresif bozukluk ve depresif bozukluk dışındaki psikiyatrik tanıların bulunduğu klinik grubun demografik özellikleri açısından karşılaştırmak için χ^2 testi uygulanmıştır. Depresyon ve diğer klinik grubun şema ölçeği puanlarını karşılaştırmak için Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. On beş ayrı şema puanlarının yaş ile ilişkisini değerlendirmek için Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Depresyon, DEHB, anksiyete bozuklukları, dışa vurum bozuklukları ve cinsiyetin 15 ayrı şema ile ilişkisini analiz etmek için çoklu doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Tüm ölçümlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$, güven aralığı %95 olarak kabul edilmiştir.

SONUÇLAR

2016 Ocak-Mayıs ayları arasında Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran 11-18 yaşları arasındaki 218 (145 kız, 73 erkek) ergen çalışmaya alınmıştır. Çalışmaya alınan ergenlerin yaş ortalaması 14.8 ± 1.8 yıldır (aralık: 11-18 yaş). Çalışmaya katılan 218 ergenin %36.7'sine (s=80) depresif bozukluk, %63.3'üne (s=138) ise depresyon dışı psikiyatrik bozukluk tanıları konmuştur. Depresif bozukluk tanısı konmayan klinik grubun %67.4'üne (s=93) dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), %18.8'ine (s=26) yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), %8'ine (s=11) obsesif kompulsif bozukluk (OKB), %2.9'una (s=4) davranım bozukluğu, %5.1'ine (s=7) karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB), %2.2'sine (s=3) travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) tanısı konmuştur. Depresyon tanısı konan grubun %5'ine (s=4) yaygın anksiyete bozukluğu, %3.8'ine (s=3) OKB, %3.8'ine (s=3) TSSB, %40'ına (s=32) DEHB, %2.5'ine (s=2) KOKGB, %10'una (s=8) dışı vurum bozuklukları (DB) eş tanıları konmuştur. Depresif bozukluk grubunun %75'i (s=60) kız, %25'i (s=20) erkek; depresyon dışı psikiyatrik bozukluklar grubunun %61.6'sı (s=85) kız, %38.4'ü (s=53) erkektir. Depresif bozukluk grubunda kız cinsiyeti oranı, depresif

bozukluk dışı tanı grubuna göre anlamlı oranda yüksektir ($p=0.043$, $\chi^2=4.09$). Depresif bozukluk grubunda annelerin yaş ortalaması 42.7 ± 6.04 , babaların yaş ortalaması 46.9 ± 6.78 iken; diğer psikiyatrik bozukluklar grubunda annelerin yaş ortalaması 41.4 ± 5.44 , babaların yaş ortalaması 45.21 ± 6.68 olarak bulunmuştur ($p>0.05$). Depresif bozukluk grubunun annelerinin %37.4'ü (s=30) ilkökul mezunu, diğer psikiyatrik bozukluklar grubunun annelerinin %42.3'ü (s=60) ilkökul mezunudur ($p>0.05$). Depresif bozukluk grubunun babalarının %38.5'i (s=31) lise mezunu, diğer psikiyatrik bozukluklar grubunun babalarının %26.9'u (s=60) lise mezunudur ($p>0.05$).

Depresif bozukluk grubun ders başarısı diğer klinik tanılara göre istatistiksel olarak anlamlı oranda daha düşüktür ($t=2.18$, $p=0.030$). Sosyodemografik özellikler Tablo 1'de gösterilmiştir.

Depresif bozukluk grubunda kusurluluk/utanma, kuşkuculuk/kötüye kullanılma, duygusal yoksunluk, terk edilme ve tutarsızlık, başarısızlık, kendini onaylamama, karamsarlık şema puanları depresyon dışı tanı grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0.021$, 0.012 , 0.048 , 0.018 , 0.040 , 0.007 , 0.031 , sırasıyla) (Tablo 2).

Tablo 1. Depresif bozukluk ve depresif bozukluk dışında diğer psikiyatrik bozukluklar tanılı ergenlerin sosyodemografik özellikleri

	Depresif bozukluk (s=80)		Diğer psikiyatrik tanılar(s=138)		İstatistik Test	p
	%	Sayı	%	Sayı		
Cinsiyet					$\chi^2=4.09$	0.043
Erkek	25.0	20	38.4	53		
Kız	75.0	60	61.6	85		
Yaş (Ort.±SS) (min-max)	15.1±1.8 (11-18)		14.7±1.7(11-18)		$t=-1.55$	0.123
Ders başarısı	3.16 (1-5)		3.47(1-5)		$t=2.18$	0.030
Annenin yaşı	42.7±6.0		41.4±5.4		$t=-1.48$	0.139
Babanın yaşı	46.9 ±6.7		45.2±6.6		$t=-1.77$	0.078
Annenin eğitim düzeyi					$\chi^2=3.24$	0.663
İlkokul	37.4	30	42.3	60		
Ortaokul	16.1	13	14.4	20		
Lise	29.9	24	30.8	43		
Üniversite	16.1	13	7.7	11		
Babanın eğitim düzeyi					$\chi^2=4.71$	0.195
İlkokul	31.2	25	31.1	43		
Ortaokul	13.8	11	19.5	27		
Lise	38.7	31	27.5	38		
Üniversite	16.2	13	21.7	30		

Tablo 2. Depresif Bozukluk ve depresif bozukluk dışı diğer psikiyatrik bozukluklar grubunda ÇEŞÖT puanlarının karşılaştırılması

	Depresif bozukluk (s=80) Ort.±SS	Diğer tanılar (s=138) Ort.±SS	p*
Kusurluluk/utanma	2.58±0.93	2.28±0.89	0.021
Kuşkuculuk/kötüye kullanma	2.75±1.37	2.33±0.98	0.012
Duygusal yoksunluk	2.55±1.04	2.28±1.05	0.048
Terkedilme ve tutarsızlık	2.69±1.03	2.33±0.88	0.018
Başarısızlık	2.50±0.88	2.22 ± 0.96	0.040
Bağımlılık/yetersizlik	2.40±0.92	2.23±0.88	0.175
Haklılık/büyükleme	2.78±0.79	2.68±0.79	0.348
Yetersiz özdenetim	3.04±0.94	2.98±0.99	0.634
Kendini onaylamama	2.41±1.07	2.00±0.91	0.007
Boyun eğicilik	2.32	2.30±0.81	0.863
Onay arayıcılık	2.94±1.01	2.76±1.05	0.250
Karamsarlık	3.18±1.11	2.82±1.10	0.031
Cezalandırıcılık	2.68±0.91	2.52±0.76	0.153
Yapışıklık/gelişmemiş benlik	2.82 ±1.25	2.79±1.16	0.915
Hastalık/tehditlere karşı dayanıksızlık	3.03±1.11	2.75±1.06	0.107

*: Mann Whitney U testi; ÇEŞÖT: Çocuk Ergenler için Erken Dönem Uyumsuz Şema Ölçekler Takımı

Tablo 3. Şemalara etki eden bağımsız değişkenlerin çoklu doğrusal regresyon modeli ile incelenmesi

Bağımlı değişkenler	Bağımsız değişkenler	F değişimi	R ²	Beta	t	p
Kusurluluk/utanma	Cinsiyet	1.289	0.030	-0.056	-0.808	0.420
	Depresif bozukluk			0.145	1.991	0.048
	DEHB			-0.023	-0.294	0.769
	Dışa vurum bozuklukları			-0.011	-0.161	0.872
	Kaygı bozuklukları			-0.017	-0.230	0.818
Kuşkuculuk/kötüye kullanma	Cinsiyet	1.751	0.040	-0.037	-0.538	0.591
	Depresif bozukluk			0.201	2.780	0.006
	DEHB			0.080	1.035	0.302
	Dışa vurum bozuklukları			-0.049	-0.713	0.476
	Kaygı bozuklukları			0.038	0.516	0.607
Terk edilme ve tutarsızlık	Cinsiyet	1.589	0.036	0.011	0.016	0.871
	Depresif bozukluk			0.174	2.395	0.017
	DEHB			-0.027	-0.355	0.723
	Dışa vurum bozuklukları			0.044	0.645	0.520
	Kaygı bozuklukları			0.035	0.472	0.637
Kendini onaylamama	Cinsiyet	2.024	0.46	0.002	0.022	0.983
	Depresif bozukluk			0.175	2.418	0.016
	DEHB			-0.043	-0.555	0.579
	Dışa vurum bozuklukları			-0.022	-0.317	0.752
	Kaygı bozuklukları			-0.090	-1.213	0.226

On beş uyumsuz şema puanları ve çalışmaya katılan ergenlerin yaşları arasında korelasyon analizi ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (p>0.05).

Örneklem grubunun tamamında ve depresif bozukluk grubunda 15 ayrı şema puanlarında cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

Bağımlı değişken olarak 15 uyumsuz şemanın analiz edildiği çoklu doğrusal regresyon modelinde depresif bozukluk, DEHB, anksiyete bozuklukları (YAB, OKB, TSSB), DB, KOKGB ve cinsiyet bağımsız değişkenler olarak belirlenmiştir. Tüm şemalar ayrı regresyon modeli ile değerlendirildiğinde kusurluluk/utanma ($\beta=0.145$, $t=1.99$, $p=0.048$), kuşkuculuk/kötüye kullanılma ($\beta=0.201$, $t=2.78$, $p=0.006$), terk edilme ve tutarsızlık ($\beta=0.174$, $t=2.40$, $p=0.0174$), kendini onaylamama ($\beta=0.175$, $t=2.42$, $p=0.016$) şemalarında, depresif bozukluk tanısı ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. Diğer 11 şema ve bağımsız değişkenler arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (her şema için $p>0.05$) (Tablo 3).

TARTIŞMA

Bu çalışmada klinikte depresif bozukluk tanısı konulan ergenlerin uyumsuz şemaları depresif bozukluk dışında psikiyatrik tanı konan grubun uyumsuz şemaları ile karşılaştırılmıştır. Türkiye’de klinik dışı ergenler arasında geçerlilik, güvenilirlik çalışması bulunan ÇEŞÖT uyumsuz şemaların ölçümünde kullanılmıştır. Terk edilme ve tutarsızlık, kusurluluk/utanma, kuşkuculuk/kötüye kullanılma, duygusal yoksunluk, bağımlılık/yetersizlik, yapışıklık/gelişmemiş benlik, başarısızlık, haklılık/büyükleme, yetersiz özdenetim, boyun eğicilik, kendini onaylamama, onay arayıcılık, karamsarlık, cezalandırıcılık ve hastalıklara/tehditlere karşı dayanıksızlık şemaları ÇEŞÖT tarafından belirlenebilmektedir. Bu çalışmanın en belirgin bulgusu, depresif bozukluk tanısı konan ergenlerde kusurluluk/utanma, kuşkuculuk/kötüye kullanılma, duygusal yoksunluk, terk edilme ve tutarsızlık, başarısızlık, kendini onaylamama ve karamsarlık şema puanlarının, diğer psikiyatrik tanı konan ergenlerin şema puanlarına göre anlamlı olarak daha yüksek olmasıdır. Doğrusal regresyon analizinde depresif bozukluk tanısı ile kusurluluk/utanma, kuşkuculuk/kötüye kullanılma, terk edilme ve tutarsızlık, kendini onaylamama şemaları ile anlamlı oranda ilişkili bulunurken; DEHB, anksiyete bozuklukları, DB ile şemalar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Depresif bozukluğu olan bireylerin daha fazla olumsuz şemalara sahip oldukları, kendilerini daha olumsuz sıfatlar ile tanımlama eğiliminde oldukları bilinmektedir.^{25,26}

Bu çalışma ile uyumlu olarak başarısızlık, hastalık ve tehditlere karşı dayanıksızlık, duygusal yoksunluk, terk edilme ve tutarsızlık, kusurluluk/utanma, bağımlılık/yetersizlik şema-

ları literatürde depresyon bulguları ile en yakından ilişkilendirilen şemalardır.²⁷ Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada erken uyumsuz şemalardan kusurluluk/utanma şeması, yetersiz özdenetim, hastalık ve tehditlere karşı dayanıksızlık, bağımlılık/yetersizlik şemalarının depresif bulgu şiddeti ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.²⁰ Başka bir çalışmada ise, terk edilme ve tutarsızlık, kusurluluk/utanma, başarısızlık, boyun eğicilik ve hastalık ve tehditlere karşı dayanıksızlık şemalarının depresyon şiddeti ile ilişkili olduğu saptanmıştır.²⁸ Kliniğe yönlendirilen 12-18 yaşları arasındaki ergenlerle yakın zamanda yapılan bir çalışmada, bu çalışmada olduğu gibi başarısızlık, utanma, bağımlılık ve duygusal yoksunluk şemaları depresyon ile ilişkili bulunmuştur.²⁹

Depresif bozukluğu olan ergenler akranları ile karşılaştırdıklarında kendilerini kusurlu, aşağı, değersiz ve birçok alanda sorumluluklarını yerine getiremeyecek ölçüde yetersiz olarak algılamaktadırlar.²⁹

Daha önce yapılan çalışmalarda bilişsel veriler açısından cinsiyetler arasında farklılıklar olduğu öne sürülmüştür. Depresyon kız ergenlerde erkeklerle göre daha yüksek oranda görülür.³⁰ Kız ergenlerin olumlu düşünme, olumsuz durumlara iyi uyum sağlama, onaylanma ve başarı gereksinmesi ile olumsuz bilişlerini kendine yöneltme düzeylerinin erkek ergenlere göre daha düşük düzeyde olduğu bildirilmiştir.³¹

Bu çalışmada da depresyon grubunda kız cinsiyeti diğer klinik gruba göre anlamlı oranda daha yüksek bulundu. Depresyon grubunda ve tüm örnekleme şema puanları açısından cinsiyetler arası farklılık incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar görülmüştür. Bilişsel şema duyarlılığı ergen depresyonundaki cinsiyet farklılıklarını açıklayan olası adaylardan birisidir.³² Önceki araştırmalarda bilişsel şema duyarlılığının kızlarda erkeklerle göre daha yaygın olduğu gösterilmiştir.^{31,33} Depresyondaki cinsiyet etkenleri ile ilgili düzeneklerin erken anne-baba/çocuk ilişkisine bağlı olabileceği gibi, stres etkenleri ile de ilişkili olduğu düşünülmektedir.³² Bazı araştırmacılar bu durumu kızların ergenlik boyunca daha stresli yaşam olayları yaşamaları ile açıklamaktadırlar.³⁴ Kızlardaki bazı bilişsel şema duyarlılığının, yaşadıkları olayları daha stresli hale dönüştürmeleri ve sonrasında bu durumun depresif bulgulara yol açması da olabilir.³⁵

Beck’e göre çocukluk döneminde yaşanan kayıp veya güçlükler uyumsuz şemaların gelişmesinde

etkilidir.³⁶ Bu şemalar stresli bir yaşam olayı ile uyarılarak harekete geçirebilmektedir. Daha önce yapılan çalışmalarda ve bu çalışmada depresyon ile ilişkilendirilen şemalar güven gereksinmesi, tutarlılık, korunma, kabul edilirlilik, duygusal doyum, başarısızlık gibi daha çok birincil bakım verenlerle kurulan ilişkiler sonucu oluşan kopukluk ve terk edilme alanı ile başkalarına yönelme gereksinme alanı (Young ve arkadaşlarının tanımladığı) altında bulunan şemalardır.¹¹ Erken dönemde güvenli bağlanmanın sağlanamaması, kopuk, soğuk ilişkilerin bulunduğu, duygusal, korunma, güven gereksinmelerinin karşılanamadığı aile ortamlarında büyümenin bu şemalarla ilişkili olduğu bildirilmiştir.²⁴

Olumsuz bilişsel yapı ve depresif bozukluk arasında çift yönlü bir ilişki tanımlanmıştır. Depresif bozukluk ve diğer psikiyatrik bozuklukların gelişiminde neden olarak gösterilen uyumsuz şemaların depresyon, TSSB gibi psikiyatrik bozuklukların var olan şemalarda bozulmaya neden olabildiği çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir.³⁷⁻³⁸ Depresyonun klinik bulguları iyileştikten sonra da olumsuz düşünce yapısının sürme eğiliminde olduğunu gösteren izleme çalışmaları vardır.³⁹ Özellikle ergenlik döneminde geçirilen depresyonun gelecekteki depresyonun en önemli belirtecini olduğu bilinmektedir.⁴⁰ Depresif bireylerde var olan ve depresyonun kendisinin de tetiklediği uyumsuz şemaların neden olduğu akran ve aile içi ilişki problemleri bireylerin

duygusal destek, yakınlık, onaylanma gibi sağlıklı ilişkinin getirdiği kazanımların elde edilmesini engellemektedir, bu da yineleyen depresyon riskini artırmakta ve var olan olumsuz bilişsel yapıyı desteklemektedir.⁴¹⁻⁴²

Sonuç olarak, ergenlik döneminde depresif bozukluk bireyin şimdi ve gelecekte işlevselliğini önemli derecede etkileyebilen dünya genelinde ve Türkiye’de sık görülen bir halk sağlığı sorunudur. Depresyon tanısı ergenlerde sıklıkla atlanabilmektedir ve tedavi edilmediğinde intihar, madde kullanımı, sağlık sorunları gibi daha ciddi sorunlara yol açmaktadır.³ Türkiye’de klinikte depresif bozukluk tanılı ergenlerin erken dönem şemalarını inceleyen başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma ve diğer araştırmalar, depresyon gelişiminde erken dönem anne-baba/çocuk ilişkisinin önemini düşündürmektedir. Depresif bozukluk ile erken dönem uyumsuz şemalar arasında ilişki olduğu daha önce yapılan çalışmalarda ve bu çalışmada gösterilmiştir.¹⁸⁻²³ Ergenlik dönemi depresif bozukluk tedavisinde ilaç tedavisinin yanında depresyon ile ilişkilendirilen uyumsuz şemaların belirlenmesi ve değiştirilmesine odaklanılabileceği söylenilebilir.

Tanı aracı olarak yapılandırılmış bir görüşme tekniğinin kullanılması ve depresyon şiddetini ölçen bir ölçeğin olmaması bu çalışmanın en önemli sınırlılığdır.

Yazarların katkıları: S.G.: Konuyu bulma, literatür tarama, araştırmanın yürütülmesi, istatistik yapma, makale yazma; A.Ö.: Literatür tarama, makale yazma; Y.Y.: İstatistik yapma, araştırmanın yürütülmesi; C.Y.: Araştırmanın yürütülmesi; İ.A.: Araştırmanın yürütülmesi.

KAYNAKLAR

1. Babore A, Trumello C, Candelori C, Paciello M, Cerniglia L. Depressive symptoms, self-esteem and perceived parent-child relationship in early adolescence. *Front Psychol* 2016; 7.
2. Saluja G, Iachan R, Scheidt PC, Overpeck MD, Sun W, Giedd JN. Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004; 158:760-765.
3. Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. *Lancet* 2012; 379:1056-1067.
4. Birmaher B, Brent D, Issues AW, Go Q. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46:1503-1526.
5. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Klein DN, Gotlib IH. Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: predictors of recurrence in young adults. *Am J Psychiatry* 2000; 157:1584-1591.
6. Eskin M, Ertekin K, Harlak H, Dereboy Ç. Lise öğrencisi ergenlerde depresyonun yaygınlığı ve ilişkili olduğu etmenler. *Türk Psikiyatri Derg* 2008; 19:382-389.
7. Demir T, Demir DE, Kayaalp L, Büyükkal B. Ergenlerde depresif bozuklukların yaygınlığı ve depresif bozukluğu olan ergenlerin özellikleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 1999; 6:3-11.
8. Patton GC, Viner R. Pubertaltransitions in health. *Lancet* 2007; 369:1130-1139.

9. Garber J. Depression in children and adolescents: linking risk research and prevention. *Am J Prev Med* 2006; 31:104-125.
10. DSM-5, American Psychiatric Association, 2013.
11. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. Guilford Press, 2003.
12. Bowlby J. *Teoriedello Sviluppo Psicologico*, 1978.
13. Bowlby J. Attachment and loss: retrospect and prospect. *Am J Orthopsychiatry* 1982; 52:664.
14. Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange, 1994.
15. Clak DA, Beck AT. *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of Depression*. John Wiley and Sons, 1999.
16. Beck JS. *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*. Guilford Press, 2011.
17. Bosmans G, Braet C, Van Vlierberghe L. Attachment and symptoms of psychopathology: early maladaptive schemas as a cognitive link? *Clin Psychol Psychother* 2010; 17:374-385.
18. Schmidt NB, Joiner Jr TE, Young JE, Telch MJ. The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognit Ther Res* 1995; 19:295-321.
19. Waller G, Meyer C, Ohanian V. Psychometric properties of the long and short versions of the Young Schema Questionnaire: Core beliefs among bulimic and comparison women. *Cognit Ther Res* 2001; 25:137-147.
20. Harris AE, Curtin L. Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults. *Cognit Ther Res* 2002; 26:405-416.
21. Glaser BA, Campbell LF, Calhoun GB, Bates JM, Petrocelli JV. The early maladaptive schema questionnaire-short form: A construct validity study. *Meas Eval Couns Dev* 2002; 35:2.
22. Welburn K, Coristine M, Dagg P, Pontefract A, Jordan S. The Schema Questionnaire-Short Form: Factor analysis and relationship between schemas and symptoms. *Cognit Ther Res* 2002; 26:519-530.
23. Baranoff J, Oei TP, Cho SH, Kwon S-M. Factor structure and internal consistency of the Young Schema Questionnaire (Short Form) in Korean and Australian samples. *J Affect Disord* 2006; 93:133-140.
24. Guner O. 10-16 Yaş Çocuk ve Ergenler için Erken Dönem Uyumsuz Şema Ölçekler Takımı'nın (ÇEŞÖT) geçerlik, güvenirlik ve norm çalışması. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2013.
25. Prieto SL, Cole DA, Tageson CW. Depressive self-schemas in clinic and nonclinic children. *Cognit Ther Res* 1992; 16:521-534.
26. Hammen C, Zupan BA. Self-schemas, depression, and the processing of personal information in children. *J Exp Child Psychol* 1984; 37:598-608.
27. Cooper MJ, Rose KS, Turner H. Core beliefs and the presence or absence of eating disorder symptoms and depressive symptoms in adolescent girls. *Int J Eat Disord* 2005; 38:60-64.
28. Petrocelli JV, Glaser BA, Calhoun GB, Campbell LF. Cognitive schemas as mediating variables of the relationship between the self-defeating personality and depression. *J Psychopathol Behav Assess* 2001; 23:183-191.
29. Van Vlierberghe L, Braet C, Bosmans G, Rosseel Y, Bögels S. Maladaptive schemas and psychopathology in adolescence: On the utility of Young's schema theory in youth. *Cognit Ther Res* 2010; 34:316-332.
30. Jane Costello E, Erkanli A, Angold A. Is there an epidemic of child or adolescent depression? *J Child Psychol Psychiatry* 2006; 47:1263-1271.
31. Calvete E, Cardeñosa O. Gender differences in cognitive vulnerability to depression and behavior problems in adolescents. *J Abnorm Child Psychol* 2005; 33:179-192.
32. Brenning K, Bosmans G, Braet C, Theuwis L. Gender differences in cognitive schema vulnerability and depressive symptoms in adolescents. *Behaviour Change* 2012; 29:164-182.
33. Cole DA, Jacquez FM, Truss AE, Pineda AQ, Weitlauf AS, Tilghman-Osborne CE, et al. Gender differences in the longitudinal structure of cognitive diatheses for depression in children and adolescents. *J Clin Psychol* 2009; 65:1312-1326.
34. Nolen-Hoeksema S, Girgus JS. The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychol Bull* 1994; 115:424-443.
35. Hammen C. Generation of stress in the course of unipolar depression. *J Abnorm Psychol* 1991; 100:555-561.
36. Beck AT. *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. University of Pennsylvania Press, 1967.
37. Rudolph KD, Hammen C, Burge D, Lindberg N, Herzberg D, Daley SE. Toward an interpersonal life-stress model of depression: The developmental context of stress generation. *Dev Psychopathol* 2000; 12:215-234.

38. Ahmadian A, Mirzaee J, Omidbeygi M, Holsboer-Trachsler E, Brand S. Differences in maladaptive schemas between patients suffering from chronic and acute posttraumatic stress disorder and healthy controls. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2015; 11:1677-1684.
39. Dozois DJ. Stability of negative self-structures: A longitudinal comparison of depressed, remitted, and nonpsychiatric controls. *J Clin Psychol* 2007; 63:319-338.
40. Tram JM, Cole DA. A multimethod examination of the stability of depressive symptoms in childhood and adolescence. *J Abnorm Psychol* 2006; 115:674-686.
41. Hankin BL, Mermelstein R, Roesch L. Sex differences in adolescent depression: stress exposure and reactivity models. *Child Dev* 2007; 78:279-295.
42. Rudolph KDJ. Gender differences in emotional responses to interpersonal stress during adolescence. *Adolesc Health* 2002; 30:3-13.