



T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANELERİ

**ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
KLİNİĞİ**

**DEPRESYON TANISI OLAN ERGENLERDE OTİSTİK
ÖZELLİKLERİN İNTİHAR DÜŞÜNCE VE İNTİHAR
DAVRANIŞI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

Dr. Duygu BİLGİLİ CAN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2024



T.C.

SAğLIK BAKANLIğI

SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

ANKARA BİL KENT ŞEHİR HASTANELERİ

**ÇOCUK VE ERGEN RUH SAğLIğI VE HASTALIKLARI
KLİNİğİ**

**DEPRESYON TANISI OLAN ERGENLERDE OTİSTİK
ÖZELLİKLERİN İNTİHAR DÜŞÜNCE VE İNTİHAR
DAVRANIŞI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

Dr. Duygu BİLGİLİ CAN

Tez Danıőmanı: Doç. Dr. Gülser ŞENSES DİNÇ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2024

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi birikiminden ve deneyimlerinden yararlandığım; tez danışmanlığı süresince samimiyeti, ilgisi ve güler yüzü ile hep yanımda olan, değerli hocam ve tez danışmanım sayın Doç. Dr. Gülser ŞENSES DİNÇ'e;

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini içtenlikle paylaşan, her koşulda destek ve anlayışını esirgemeyen kıymetli hocalarım Prof. Dr. Özden ÜNERİ, Prof. Dr. Esra ÇÖP, Dr. Öğr. Üyesi Elif AKÇAY, Başasistan Dr. Merve ONAT, Dr. Öğr. Üyesi Gökçen EKİCİ ve Doç. Dr. Zeynep GÖKER'e

Birlikte çalışmaktan keyif duyduğum tüm araştırma görevlisi arkadaşlarım, uzman doktorlarımız, psikologlarımız, çocuk gelişim uzmanlarımız, hemşirelerimiz ve sekreterlerimize,

Rotasyonlarımda eğitimime önemli katkılarda bulunan Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Erişkin Psikiyatri Bölümünün ve Ankara Şehir Hastanesi Çocuk Nöroloji Bölümünün saygıdeğer öğretim üyelerine ve uzmanlarına;

Bugünlere gelmemde büyük emeği olan, yaşamımın her alanında her zaman yanımda olan kıymetli annem Nur BİLGİLİ ve Canım kardeşim Nuray BİLGİLİ'ye

En önemlisi hayatımdaki en büyük şans olduğumu düşündüğüm, her zaman, her konuda, her duyguda beni destekleyen sevgili eşim Mehmet Ali CAN'a, varlığı ile her daim içimi sonsuz sevgi ve huzurla dolduran canım oğlum Alp CAN'a en içten teşekkürlerimi ve minnettarlığımı sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	v
TABLolar DİZİNİ	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. DEPRESYON	5
2.1.1. Tanımı ve Tarihçesi	5
2.1.2. Tanı Ölçütleri.....	5
2.1.3. Epidemiyoloji.....	7
2.1.4. Etiyoloji	8
2.1.4.1. Genetik faktörler	8
2.1.4.2. Nörobiyolojik faktörler	9
2.1.4.3. Psikososyal faktörler	10
2.1.5. Klinik Gidiş.....	12
2.1.6. Eşlik Eden Psikopatolojiler.....	12
2.1.7. Tedavi	13
2.2. İNTİHAR	14
2.2.1. Tanım ve Tarihçe	14
2.2.2. Epidemiyoloji.....	15
2.2.3. Tanı Ölçütleri.....	17
2.2.4. Risk Etmenleri	17
2.2.4.1. Yaş.....	17
2.2.4.2. Cinsiyet	18
2.2.4.3. Genetik ve biyolojik özellikler.....	18
2.2.4.4. Bireysel özellikler ve kişilik özellikleri	19
2.2.4.5. Psikiyatrik hastalıklar.....	20
2.2.4.6. Ailesel ve çevresel etmenler.....	21
2.2.5. Tedavi	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM	25

3.1. ARAŞTIRMANIN DESENİ.....	25
3.2. ARAŞTIRMA ÖRNEKLEMİ.....	25
3.3. UYGULAMA	27
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	28
3.4.1. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi–Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-DSM-V	28
3.4.2. Otizm Spektrum Anketi.....	28
3.4.3. Beck Depresyon Ölçeği	29
3.4.4. Beck Anksiyete Ölçeği	29
3.4.5. Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği	29
3.4.6. Ruminatif Tepkiler Ölçeği.....	30
3.4.7. Çocuk-Ergen Zorbalık Ölçeği-9 Kısa Form	30
3.4.8. Sosyodemografik Veri Formu	31
3.5. ETİK KURUL ONAYI.....	31
3.6. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ.....	31
4. BULGULAR.....	33
4.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE İLİŞKİN VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	33
4.2. ÖRNEKLEMİN PSİKİYATRİK EŞ TANI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	37
4.3. ÖRNEKLEMİN İLAÇ KULLANIMI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	38
4.4. ÖRNEKLEMİN ÖLÇEK SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ.....	39
4.5. OTİZM SPEKTRUM ÖLÇEĞİ KESME DEĞERİNE GÖRE VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	42
4.6. KORELASYON ANALİZLERİ.....	45
4.6.1. Çalışmaya Alınan Tüm Olgularda OSA ve BDÖ, BAÖ, RTÖ, CABS Puanlarına İlişkin Korelasyon Analizi	45
4.6.2. Çalışmaya Alınan Tüm Olgularda OSA ve İDÖ Puanlarına İlişkin Korelasyon Analizi	46
4.6.3. Çalışmaya Alınan Tüm Olgularda İDÖ ve BDÖ, BAÖ, RTÖ, CABS Puanlarına İlişkin Korelasyon Analizi	47
4.6.4. Çalışmaya Alınan Tüm Olgularda BDÖ, BAÖ, RTÖ, CABS Puanlarına İlişkin Korelasyon Analizi.....	50
5. TARTIŞMA	53
5.1. KLİNİK VE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE İLİŞKİN VERİLER	53

5.2. ÖRNEKLEMİN PSİKİYATRİK EŞ TANI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ	55
5.3. ÖRNEKLEMİN ÖLÇEK SONUÇLARI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ	56
5.4. OTİZM SPEKTRUM ÖLÇEĞİ KESME DEĞERİNE GÖRE VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	60
5.5. ÖRNEKLEMİN KORELASYON SONUÇLARI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ	61
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	63
7. KISITLILIKLAR VE GÜÇLÜ YÖNLER.....	65
KAYNAKLAR.....	67
EKLER	77
EK-1: Sosyodemografik Veri Formu	77
EK-2: Beck Depresyon Ölçeği	81
EK-3: Beck Anksiyete Ölçeği	83
EK-4: Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği	84
EK-5: Ruminatif Tepkiler Ölçeği	87
EK-6: Çocuk-Ergen Zorbalık Ölçeği-9 Kısa Form	88
EK-7: Etik Kurul Onayı	89
ÖZGEÇMİŞ	92

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

5HTTLPR	: Serotonin Taşıyıcı Genin Kısa Alelini
AACAP	: Amerikan Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Akademisi
AS	: Asperger Sendromu
BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
CABS	: Çocuk/Ergen Zorbalık Ölçeği
CRH	: Corticotropin Releasing Hormone
ÇDŞG-ŞY	: Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DSM-II	: Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders 2th. Ed.
DSM-III	: Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders 3th. Ed.
DSM-IV-TR	: Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders 4th. Ed., Text Revision
DSM-V	: Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders 5th. Ed.,
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FDA	: Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi
GABA	: Gamma-Aminobütirik Asit
HPA	: Hipotalamus-Pituitary-Adrenal
ICD-10	: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision
ICD-9	: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 9th Revision
İDÖ	: İntihar Düşüncesi Ölçeği
KOKGB	: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu
MDB	: Major Depresif Bozukluk
NICE	: Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
OSA	: Otizm Spektrum Anketi

OSB	: Otizm Spektrum Bozukluğu
p	: Tip 1 Hata Değeri
r	: Korelasyon Katsayısı
RKÇ	: Randomize Kontrollü Çalışmalar
RTÖ	: Ruminatif Tepkiler Ölçeği
SD	: Suisidal Depresyon
SNAP-25	: Snaptozin ilişkili protein geni
SOD	: Suisidal Olmayan Depresyon
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
SS	: Standart Sapma
TADS	: Ergen Depresyon Tedavi Çalışması
TDK	: Türk Dil Kurumu
TORDİA	: Ergenlerde Dirençli Depresyon Tedavisi
YGB	: Yaygın Gelişimsel Bozukluk
YGB-BTA	: Yaygın Gelişimsel Bozukluk-Başka Türlü Adlandırılmayan

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1: Grupların cinsiyet dağılımları	33
Tablo 2: Grupların yaş dağılımları	33
Tablo 3: Grupların öğrenim yılı dağılımları	33
Tablo 4: Grupların anne ve baba yaş dağılımları	34
Tablo 5: Grupların anne-baba eğitim durumu	34
Tablo 6: Grupların anne-baba çalışma durumu	34
Tablo 7: Grupların anne-baba birliktelik durumu ve aile yapısı	35
Tablo 8: Grupların aile gelir durumu	35
Tablo 9: Grupların anne-babada psikiyatrik hastalık öyküsü	36
Tablo 10: Grupların ailede psikiyatrik hastalık öyküsü	36
Tablo 11: Grupların anne ve babada intihar girişim öyküsü	36
Tablo 12: Grupların okul başarısı	37
Tablo 13: Grupların tıbbi ve nörolojik hastalık durumu	37
Tablo 14: Grupların eş tanı dağılımları	38
Tablo 15: Grupların ilaç kullanımı dağılımları	38
Tablo 16: Grupların BDÖ ve BAÖ puanları açısından karşılaştırılması	39
Tablo 17: Grupların İDÖ toplam puan ve alt ölçek puanları açısından karşılaştırılması	40
Tablo 18: Grupların OSA puanları açısından karşılaştırılması	41
Tablo 19: Grupların OSA puanı kesme değerine göre karşılaştırılması	41
Tablo 20: Grupların RTÖ puanları açısından karşılaştırılması	42
Tablo 21: Grupların CABS puanları açısından karşılaştırılması	42
Tablo 22: OSA puanı kesme değerine göre sosyodemografik verilerin dağılımı	43
Tablo 23: OSA puanı kesme değerine göre çocuğa ait bireysel özelliklerin karşılaştırılması	43
Tablo 24: OSA puanı kesme değerine göre BDÖ'ye göre suicidalite varlığı karşılaştırılması	44
Tablo 25: OSA puanı kesme değerine göre diğer ölçek puanlarının karşılaştırma sonuçları	44
Tablo 26: OSA ve BDÖ, BAÖ, RTÖ, CABS puanlarına ilişkin Korelasyon Analizi	45
Tablo 27: OSA ve İDÖ puanlarına ilişkin Korelasyon Analizi	46
Tablo 28: İDÖ ve BDÖ, BAÖ, RTÖ, CABS puanlarına ilişkin korelasyon Analizi	49
Tablo 29: BDÖ, BAÖ, RTÖ, CABS puanlarına ilişkin Korelasyon Analizi	51

ÖZET

DEPRESYON TANISI OLAN ERGENLERDE OTİSTİK ÖZELLİKLERİN İNTİHAR DÜŞÜNCE VE İNTİHAR DAVRANIŞI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Amaç: Bu çalışmada, 12-18 yaş aralığında yer alan depresyon tanısı olan ergenlerde otistik özellikleri incelenmek, otistik özellikler ile intihar düşünce ve davranışı, akran zorbalığına uğramış olmak ve ruminatif düşünceler arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmamızın örneklemini, 12-18 yaş aralığındaki Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde depresyon tanısıyla takipli olup intihar düşüncesi/planı/girişimi olan (Suisidal Depresyon-SD) 40 ergen, depresyon tanısıyla takipli olup intihar düşüncesi/planı ve intihar girişimi olmayan (Suisidal Olmayan Depresyon-SOD) 36 ergen ve 36 sağlıklı ergenden oluşmaktadır. Tüm katılımcılara psikiyatrik tanı ve komorbid tanıları değerlendirmek amacı ile araştırmacı tarafından Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli uygulanmıştır. Klinik görüşmede intihar düşünce ve planı bildiren hastalar, Beck Depresyon ölçeği (BDÖ) 9. maddesinde intihar düşüncesi bildiren hastalar ve son 3 ay içerisinde intihar girişimi olanlar klinisyen tarafından Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği uygulanarak değerlendirilmiş, ölçeğin tarama kısmından gerekli puanı karşılayanlar, intihar düşünce ve davranışı mevcut olan (SD) ergenler olarak çalışmaya alınmıştır. Tüm ergenler için ebeveyni tarafından Sosyodemografik Veri Formu ve Otizm Spektrum Anketi (OSA) doldurulmuştur. Ergenler tarafından ise BDÖ, Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Ruminatif Tepkiler Ölçeği (RTÖ), Çocuk/Ergen Zorbalık Ölçeği (CABS) doldurulmuştur. Araştırmaya dahil edilen tüm gençler ve ebeveynlerinden “Bilgilendirilmiş Onam Formu” alınmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza SD grubunda 40, SOD grubunda 36 ve sağlıklı kontrol (SK) grubunda 36 olmak üzere toplam 112 ergen dahil edilmiştir. Tüm gruplar OSA toplam puanı ve alt ölçek puanları açısından karşılaştırıldığında, SD olgularının SK olgularına göre daha yüksek puana sahip olduğu tespit edilmiştir. Gruplar BDÖ ve

BAÖ toplam puan ortalamalarına göre karşılaştırıldığında, BDÖ ve BAÖ puanları SD grubunda SOD ve SK grubuna göre, SOD grubunda ise SK grubuna göre daha yüksek olarak saptanmıştır. 3 grup RTÖ toplam puan ortalamalarına göre karşılaştırıldığında, RTÖ toplam puanları SD grubunda SOD ve SK grubuna göre, SOD grubunda ise SK grubuna göre daha yüksek olarak saptanmıştır. CABS puanı açısından değerlendirildiğinde SD olgularının SOD ve SK olgularına göre daha yüksek puan aldığını gösterilmiştir. Çalışmaya alınan tüm olguların korelasyon analizleri incelendiğinde, OSA puanları ile BDÖ, BAÖ, CABS, İDÖ toplam ve alt ölçek puanları arasında pozitif yönlü ilişki gösterilmiştir. Ayrıca İDÖ ile BDÖ, BAÖ, RTÖ ve CABS puanları arasında pozitif yönlü ilişki tespit edilmiştir.

Sonuç: Çalışmamızda depresyon tanısı olan intihar düşünce ve girişimi mevcut ergenlerde otistik özelliklerin sağlıklı kontrollerden daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Ayrıca otistik özellikler ile intihar düşüncelerinin, ruminatif düşüncelerin ve akran zorbalığının ilişkili olduğu gösterilmiştir. Otistik özelliklerin depresyon semptomları olan kişilerde intihar riskini arttırabileceği dikkate alınmalıdır. Bunun yanı sıra klinikte otistik özelliklerin depresyonu olan ergenlerde risk belirleyici olarak kullanılması için otistik özelliklere yönelik spesifik ve sensitif ölçme yöntemlerine ve otistik özellikler ile intihar arasındaki ilişkiyi netleştirmeye yönelik daha çok araştırmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Otistik Özellikler, İntihar, Ergen, Depresif Bozukluk

ABSTRACT

EXAMINING THE RELATIONSHIP BETWEEN AUTISTIC FEATURES AND SUICIDAL IDEATION AND SUICIDAL BEHAVIOR IN ADOLESCENTS DIAGNOSED WITH DEPRESSION

Objective: This study aimed to examine autistic features in adolescents diagnosed with depression between the ages of 12-18 and to evaluate the relationship between autistic features and suicidal thoughts and behavior, being subjected to peer bullying, and ruminative thoughts.

Materials and Methods: The sample of our research consists of 40 adolescents, aged 12-18, who are followed up with a diagnosis of depression and have suicidal thoughts/plans/attempts (Suicidal Depression-SD) at Ankara Bilkent City Hospital Child and Adolescent Mental Health and Diseases Clinic, who are followed up with a diagnosis of depression and have suicidal thoughts. It consists of 36 adolescents with no plans and no suicide attempts (Non-Suicidal Depression-NSD) and 36 healthy adolescents. In order to evaluate psychiatric diagnoses and comorbid diagnoses, the Affective Disorders and Schizophrenia Interview Schedule for School-Age Children - Present and Lifetime Form was administered to all participants by the researcher. Patients who reported suicidal thoughts and plans in the clinical interview, patients who reported suicidal thoughts in the 9th item of the Beck Depression Inventory (BDI), and those who attempted suicide in the last 3 months were evaluated by the clinician by applying the Beck Suicide Ideation Scale (BSSI). Those who met the required score from the screening part of the scale were evaluated with suicidal thoughts and behavior. They were included in the study as current (SD) adolescents. For all adolescents, the Sociodemographic Data Form and Autism Spectrum Questionnaire (AQ) were completed by their parents. BDI, Beck Anxiety Inventory (BAI), Ruminative Response Scale (RRS), Child/Adolescent Bullying Scale (CABS) were completed by the adolescents. "Informed Consent Form" was taken from all young people included in the study and their parents.

Results: A total of 112 adolescents were included in our study, 40 in the SD group, 36 in the NSD group and 36 in the healthy control (HC) group. When all groups were compared in terms of AQ total score and subscale scores, it was determined that

SD cases had higher scores than HC cases. When the groups were compared according to the BDI and BAI total score averages, BDI and BAI scores were found to be higher in the SD group than in the NSD and HC groups, and in the NSD group than in the HC group. When the 3 groups were compared according to the RRS total score averages, the RRS total scores were found to be higher in the SD group than in the NSD and HC groups, and in the NSD group than in the HC group. When evaluated in terms of CABS score, it was shown that SD cases received higher scores than NSD and HC cases. When the correlation analyzes of all cases included in the study were examined, a positive relationship was shown between AQ scores and BDI, BAI, CABS, BSSI total and subscale scores. Additionally, a positive relationship was detected between BSSI and BDI, BAI, RRS and CABS scores.

Conclusion: In our study, it was shown that autistic features were higher in adolescents diagnosed with depression and having suicidal thoughts and attempts than in healthy controls. It has also been shown that autistic features are associated with suicidal thoughts, ruminative thoughts and peer bullying. It should be noted that autistic features may increase the risk of suicide in people with depression symptoms. In addition, in order to use autistic features as risk markers in adolescents with depression, there is a need for specific and sensitive measurement methods for autistic features and more research to clarify the relationship between autistic features and suicide.

Key Words: Autistic Features, Suicide, Adolescent; Depressive Disorder

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İntihar, çocuk ve ergen yaş grubunda ölümlerin en sık 2. sebebi olan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu nedenle intiharla ilişkili faktörlerinin araştırılmasının önemli olduğu düşünülmektedir. İntiharla ilişkili pek çok risk faktörü bulunmuştur. Bunlardan bazıları major depresyon, anksiyete bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), yeme bozukluğu, bipolar afektif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu gibi psikiyatrik bozuklukların bulunması, aile ve akran ilişkilerinde güçlük, ailede intihar öyküsünün olması ve olumsuz yaşam olaylarıdır (1).

Son yıllarda yapılan çalışmalara göre Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) olan çocuk ve ergenlerde intihar riskinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (2). Ayrıca OSB tanısı olmayan ancak artmış otistik özelliklere sahip kişilerde daha yüksek intihar riski olduğuna dair bazı çalışma sonuçları da bulunmaktadır (3, 4). Çocuk ve ergen örnekleminde otistik özellikler ve intihar ilişkisini inceleyen çalışmalar, yüksek düzeyde otistik özelliklerin intihar davranışı için bir risk belirteci olabileceğini düşündürmektedir. İntihar oranlarını azaltmak için sadece hasta gruplarında değil, aynı zamanda genel popülasyonda da daha spesifik risk belirteçlerini belirlemek önemlidir.

Yüksek düzeyde otistik özellikler intihar düşüncesi ve davranışı ile ilişkilendirilirse, bu durum intihar riskinin yararlı bir göstergesi olabilir. Artmış otistik özellikler ile intihar eğilimi arasındaki ilişkinin hangi yollar aracılığı ile olduğu merak konusu olmuştur. Artmış otistik özellikler ile intihar eğilimi arasındaki ilişkide komorbidite varlığının özellikle de depresyon komorbiditesinin etkili olduğu bulunmuştur. Bunun yanı sıra sosyal güçlükler, kişilerarası ilişkilerdeki zorluklar, sosyal izolasyon ve sosyal desteğin azlığı da diğer ilişkili faktörler olarak saptanmıştır (2).

OSB, sosyal iletişimsel alanda belirgin yetersizlikler ve sınırlı tekrarlayıcı ve ilgi alanları ile karakterizedir. Yapılan çalışmalar sonucunda OSB'li çocukların, akranlarına oranla daha sık zorbalığa uğradığı rapor edilmiştir. Hem sözel olan hem de sözel olmayan iletişimdeki yaşadıkları yetersizlikler, sosyal izolasyona yatkın olmaları, yalnız olmayı tercih etmeleri, dar ilgi alanına sahip olmaları, başkalarının düşüncelerini okumakta/anlamakta zorluk çekmeleri zorbalığa daha fazla maruz kalma nedenlerindendir (5).

Akran zorbalığına uğrayan OSB'li çocuklarda anksiyete/depresyon belirtileri ve yalnız olma isteği gibi duygusal ve davranışsal sorunlar daha fazla görülmektedir. OSB olanlarda komorbid major depresyon ve anksiyete bozuklukları olması intihar riskinde artışla ilişkilendirilmiştir (6). OSB tanısı olmasa da otistik belirtileri yüksek olan bireylerde de sosyal sorunlar yaşanabilmektedir. Bu bireyler ayrıca psikiyatrik hastalıkların görülmesi açısından risk taşımaktadır (7).

Ruminatif düşünme, OSB'nin temel bir özelliğidir ve yüksek otistik özelliklere sahip bireyler arasında da daha fazla temsil edilir. Tekrarlayıcı düşünmenin olumsuz bir modeli olarak ruminasyon, genellikle problem çözme ve olumsuz duygularla baş etme yeteneğini etkileyerek psikiyatrik belirtileri şiddetlendirir. Yapılan bazı çalışmalarda ruminasyon, intihar riskinde artışla ilişkili olarak tanımlanmıştır (8).

Depresyonu olan ergenlerde otistik özellikler ile intihar düşünce ve davranışı arasındaki ilişkinin aydınlatılması, genel popülasyonda intihar oranlarını azaltmak için kullanılabilecek spesifik risk belirteçleri geliştirilmesine katkıda bulunabilir. Bu bilgilerle intihar ile ilgili değerlendirme araçları ve önleme stratejileri geliştirilmesine ışık tutulabilir. Alanyazın incelendiğinde çocuk ergen örnekleminde otistik özelliklerle intihar arasındaki ilişkiyi inceleyen çok az sayıda çalışma olduğu görülmektedir. Bu çalışmada depresyonu olan ergenlerde otistik özelliklerin değerlendirilmesi, otistik özelliklerle intihar düşünce ve davranışının ilişkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Ayrıca anksiyete, akran zorbalığı ve ruminatif düşüncelerle otistik özelliklerin ilişkisi de değerlendirilmiştir. Alanyazında depresyon tanılı ergenlerde otistik özelliklerle anksiyete, akran zorbalığı ve ruminatif düşüncelerin ilişkisini inceleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır.

Çalışmanın Hipotezleri:

1. İntihar girişim/plan/düşüncesi olan (suisidalitesi olan) depresif ergenlerde, intihar düşüncesi olmayan depresif ergenlere ve sağlıklı kontrol grubuna göre otistik özellikler daha yüksektir.
2. Otistik özellikleri yüksek olan depresyonlu ergenlerde intihar girişim/plan/düşüncesi daha fazladır.

3. İntihar girişim/plan/düşüncesi olan (suisidalitesi olan) depresif ergenlerde, intihar düşüncesi olmayan depresif ergenlere ve sağlıklı kontrol grubuna göre akran zorbalığı, ruminasyon ve anksiyete puanı daha yüksektir.
4. Otistik özelliklerin şiddeti arttıkça akran zorbalığı, ruminasyon ve anksiyete puanı artmaktadır.





2. GENEL BİLGİLER

2.1. DEPRESYON

2.1.1. Tanımı ve Tarihçesi

Major depresif bozuklu (MDB); keyifsizlik, isteksizlik, zevk alamama, huzursuzluk, enerjide azalma, odaklanmada güçlük, iştah ve uyku sorunları, değersizlik suçluluk düşünceleri gibi olumsuz düşünceler ile seyreden ruhsal bir bozukluktur (9).

Depresyon antik çağlardan beri bilinmektedir. Eski Yunan ve Romalı hekimler ile filozoflar, mani ve melankoli terimini ortaya atmışlardır. Depresyon hakkındaki modern düşüncelerin çoğu Fransız ve Alman okullarının çalışmaları ile on dokuzuncu yüzyılın ortaları ve sonlarında gelişmiştir. Yirminci yüzyılın başına kadar geçen dönemde depresyon ile ilgili anlayış doğa üstü açıklamalardan natüralistik açıklamalara kaymıştır. Yirminci yüzyılda teknolojik gelişmeler ile birlikte depresyonun çağdaş modelleri oluşmuştur (10).

1970'lere gelinceye kadar çocukların depresyon yaşayamayacakları düşünülmüştür. Çocukların gelişimsel olarak olgunlaşmamış olmaları, depresyon oluşumunda etkili olduğu düşünülen katı süperego ve öfkenin içe döndürülmesi sürecine sahip olmamaları bu düşüncenin temeli olmuştur. 1970'li yıllardan itibaren çocuk ve ergenlerde depresyon ile ilgili araştırmalar artmaya başlamıştır. Bu araştırmalar sonucunda çocuk ve ergenlerde de yetişkinlerdekine benzer şekilde depresyonun görülebileceğinin anlaşılmasıyla birlikte bu alanda alanyazına katkılar sağlanmaya başlanmıştır (11).

2.1.2. Tanı Ölçütleri

Alman psikiyatrist Emil Kraepelin 1896 yılında, “manik depresif psikoz” tanımı ile mani ve melankoliyi ele almıştır. Bu hastalığın döngüsellğine dikkat çekmiş ve erken bunamadan (dementia praecox) ayrı bir hastalık olduğunu ileri sürmüştür (12). Leonhard 1957 yılında, duygulanım bozukluklarının tek ve iki uçlu şeklinde sınıflandırılmasını önermiştir. Bu sınıflandırma sistemi, DSM ile de devam etmiştir. 1952 yılında yayınlanan DSM-I'de, ruhsal bozuklukların açıklamalarında savunma

mekanizmalarında sıkça manik depresif tepkiden bahsedilmiştir. 1968’de yayınlanan DSM-II’de, manik depresif hastalığın bir tepki olmaktan ziyade biyolojik faktörlerle ilişkili bir hastalık olduğu vurgulanmaya başlanmıştır. 1980 yılında yayınlanan DSM-III’te ve 1987 yılında yayınlanan revize halinde, tanı ölçütleri geliştirme çabası ile araştırmalara dayalı tanı ölçütlerine ağırlık verilmiştir. 1994’de yayınlanan ve 2000 yılında revize edilen DSM-IV’te değişiklik yapılmamıştır. 2013 yılında ise, günümüzde yaygın bir biçimde kullanılan DSM-V yayınlanmış ve daha önce “Duygudurum Bozuklukları” başlığı altında yer alan hastalıklar “Depresyon Bozuklukları” ve “Bipolar ve İlişkili Bozukluklar” şeklinde ikiye ayrılmıştır (13).

DSM-V’e göre MDB Tanı Ölçütleri

- A.** Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk almamadır.
1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örn. ağlamaklı görünür). (Not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan (irritabl) bir duygudurum olabilir.)
 2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (özel anlatıma göre ya da gözlemlerle belirlenir).
 3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örn. bir ay içinde ağırlığının %5’inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma. (Not: Çocuklarda beklenen kilo alımı sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır.)
 4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.
 5. Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, özel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).

6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü).
 7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısız olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).
 8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir).
 9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.
- B.** Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
- C.** Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
- D.** Major depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış, diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.
- E.** Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir.
- (14)

2.1.3. Epidemiyoloji

Ergenlerde depresif bozuklukların yaygınlığı geniş bir yelpazede yer almaktadır. Amerika'da yapılan epidemiyolojik bir çalışmaya göre MDB yaygınlığı okul öncesi dönemdeki çocuklarda yaklaşık olarak % 1, okul çağındaki çocuklarda % 2, ergenlerde de yaklaşık olarak %5 olarak bildirilmiştir (15).

Ergenler ile yapılan uluslararası araştırmalarda öz bildirim ölçeklerine dayalı depresyon yaygınlığının %5,5-7,7 arasında değiştiği (16-18); Türkiye'de ise bu oranın %9,9-30,7 arasında olduğu belirlenmiştir (19-21). ABD'de 12-17 yaşları arasındaki 160.000'den fazla ergen üzerinde yapılan bir yaygınlık çalışmasında, MDB

yaygınlığının 2009 ve 2019 yılları arasında %8,1'den %15,8'e yükselmesiyle yaklaşık iki katına çıktığı raporlanmıştır (22). Bir meta-analizde 13 yaşından küçük çocuklarda depresyon yaygınlığının %2,8, 13-18 yaş grubunda %5,7 olduğu belirlenmiştir (23). Bu sonuç, ergenlik dönemi ile birlikte depresyon yaygınlığının iki kat arttığını göstermektedir. MDB, kız ergenlerde erkek ergenlere göre daha yaygındır. Puberte sonrası kız erkek oranı yaklaşık 2:1 olarak tespit edilmiştir (24).

2.1.4. Etiyoloji

MDB etiopatogenezinde birden çok etken rol oynamaktadır. MDB, tek bir model ya da mekanizma ile hastalığın tüm yönlerinin açıklanamadığı kompleks bir hastalıktır (25). Yapılan çalışmalarda kalıtsal, epigenetik, monoamin sistemi, inflamasyon, stres, nöroendokrin, beyindeki fizyolojik ve yapısal değişimler, nöroplastisite, erken dönem travması gibi etkenlerin MDB etiolojisinde rol aldığı gösterilmiştir (26, 27).

2.1.4.1. Genetik faktörler: İkiz kardeş ve evlat edinme çalışmaları, genetik faktörlerin etiolojide önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Monozigot ikizlerden birisinde depresyon görülmesi halinde diğer ikiz kardeşte MDB görülme olasılığı %31-42 arasında değişmektedir (28, 29). Depresyon öyküsü olan ebeveynlerin çocuklarında depresyon görülme sıklığı sağlıklı ebeveynlerin çocuklarına göre 3-4 kat artmıştır. Hem genler hem de kalıtsal olmayan faktörlerin bu risk üzerine katkısı bulunmaktadır (30-32).

Serotonin taşıyıcı genin kısa alelini (5HTTLPR) taşıyan bireylerin çocukluk çağında zorlayıcı yaşantılar sonrası erişkin yaşamında depresyon ve intihar riskinin arttığı bildirilmiştir (33).

Depresyona genetik olarak yatkınlığı olan bireyler stresli yaşam olaylarına daha duyarlı olduğu bilinmektedir. Depresyona yatkınlık depresif semptomlarla sonuçlanabilecek stresli yaşam olaylarıyla birlikte %40-60 kalıtsallık ile açıklanabilmektedir (34). Genetik ve stresli yaşam olaylarının incelendiği bir çalışmada 12-17 yaş aralığında kız çocuklarında 5-HTTLPR kısa formunun stresle etkileşiminin depresif belirtilerin şiddetini etkilediği bulgusuna ulaşılmıştır (35).

Mizaç özelliklerinin depresyon etiolojisinde rol oynuyor olma olasılığı, çocuk ve ergenlerde genetik faktörlerin depresif belirtiler ve depresif bozuklukların gelişimine katkı sağladığına dair kanıtların bulunmasıyla akla gelmiştir (36).

2.1.4.2. Nörobiyolojik faktörler: Depresyonun temel biyokimyasal modeli “Monoamin Hipotezi”dir. Bu hipoteze göre serotonin, noradrenalin ve dopaminden oluşan üç monoaminden birinin veya birkaçının eksikliği, aktivitesinde azalma veya reseptör sayı veya duyarlılığının artması sonucu olarak depresyonun biyolojik mekanizmasının harekete geçtiği düşünülmektedir (36).

Glutamerjik sistemin de MDB gelişiminde önemli olduğu düşünülmektedir. Hayvan deneylerinde strese bağlı glutamerjik sistemde değişiklikler saptanması , NMDA reseptör antagonisti ketaminin antidepresan etkilerinin bulunması, glutamat salınımını önleyen ilaçların (lamortrijin, lityum gibi) depresif semptomlarda etkili olması bu düşüncayı destekler görünmektedir (37, 38).

Histamin, GABA (Gamma-Aminobütirik Asit) ve asetil kolin MDB ile ilişkilendirilen diğer nörotransmitterlerdir. Substans P, NPY (Nöropeptid Y), vasopressin, galanin ve CRH (Corticotropin Releasing Hormone) de MDB’de rolü olduğu düşünülen nöropeptidlerdir (39).

Depresyonla ilgili olarak, HPA (Hipotalamus-Pituitary-Adrenal) ekseninde aktivite artışı gösterilmiştir. HPA sirkadyen ritminde bozukluk, yüksek kortizol seviyeleri gibi HPA eksenini ile ilişkili anormallikler olduğu bulunmuştur (38).

Çocuk ve ergenlerde deksametazon supresyon testi (DST) kullanılarak yapılan çalışmalarda depresif ergenlerin %70’inde, depresif çocukların %43’ünde DST pozitifliği tespit edilmiştir. DST pozitifliğinin depresyon dönemi sonunda da düzelme gösterdiği belirtilmiştir (40).

Depresyonla ilişkilendirilen başka bir nöroendokrin mekanizma da hipotalamo-hipofiz-tiroid bezi aksıdır. Son yıllarda tedaviye dirençli depresyonlarda tedaviye triiodotironin (T3) eklenmesi ve bazı olgularda olumlu sonuç alınması, tiroid fonksiyonları ve depresyon arasındaki ilişkinin önemini kanıtlamaktadır (41).

Depresyonla ilişkili olduğu düşünülen diğer endokrin sistemler ise büyüme hormonu, prolaktin, melatonin, folikül uyarıcı hormon, lüteinizan hormon ve testosterondur (39).

Depresyonda beyindeki nöronal fonksiyonlarda meydana gelen değişiklikleri inceleyen araştırma sonuçlarına göre; depresyonda beyinde olumsuz duygusal ipuçlarına artmış dikkat ve olumsuz duygusal ipuçlarına olan yanıtı baskılayan kortikal mekanizmaları düzenleyen prefrontal işlevlerde yetersizlik, olumlu duygulanım ve ödül yollarındaki işlevlerde yetersizlik görülmektedir (42). Yapılan görüntüleme çalışmalarında hipokampus hacminin MDB hastalarında depresyonu olmayan kişilere kıyasla daha küçük olduğu gösterilmiştir (43). Araştırmalar hipokampus hacim kaybının derecesini tedavi edilmemiş yaşam boyu depresyon süresiyle ilişkilendirmiştir (44). Ayrıca depresyonda sol subgenual prefrontal korteks ve orbitofrontal kortekste hacim azalması tespit edilmiştir. MDB tanılı gençlerde yapılan Fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme çalışmaları olumsuz duygusal yanıtlara cevap olarak amigdala, dorsal anterior singulat korteks ve insulada artmış aktivasyon tespit ederken dorsolateral prefrontal kortekste ise azalmış aktivasyon tespit etmiştir (42). Dinlenme durumu bağlantısallığını araştıran çalışmalarda amigdala ve prefrontal korteks arasında azalmış bağlantısallık gösterilmiştir (45)

2.1.4.3. Psikososyal faktörler: Çocuk ve ergenlerde diğer faktörlere ek olarak çocukluk çağı travmaları ve olumsuz aile ortamı gibi çevresel faktörler de MDB ile ilişkili olarak saptanmıştır. Depresyonun başlangıcında olduğu kadar tekrarlamasında da kayıplar, ihmal, istismar, aile içi çatışmalar önemli risk faktörlerini oluşturmaktadır (46).

Çocukluk çağında yaşam stresinin depresyon riski ile ilgisini inceleyen bir çalışmada strese maruz kalan çocukların depresyon tanısı alma sıklığının kalmayanlara göre 2.5 kat fazla olduğu gösterilmiştir (47).

Yaşam olaylarının çeşidinin de yaşanan olumsuz olay sayısı gibi depresif belirtilerin gelişiminde önemli olduğu bildirilmiştir. Çalışmalar aile içi sorunlar, kayıplar, akademik zorluklar, akran zorbalığı ve kötü muamelenin çocuk ve ergenlerde depresyon için sık karşılaşılan risk faktörleri olduğunu göstermektedir (46, 48, 49).

Hem akran zorbalığına uğrayan çocukların hem de zorbalık yapan çocukların kontrol grubuna göre daha fazla MDB tanısı aldığı saptanmıştır. Akran zorbalığının olumsuz bilişleri artırarak depresif belirtileri artırmada uzun süreli etkileri olabilmektedir (50).

Psikanalitik kurama göre, depresyon gerçek sevgi nesnesi yitimi veya imgesel bir yitim duygusu ile ilişkilidir. Kişi bu duyguyla baş etmek için “içe atım” savunma mekanizmasını kullanır ve aynı zamanda tümgüçlü nesneyle bir birleşme çabası gösterir. Kişinin egosunun bir bölümü nesne haline gelir. Yitim ile ilişkili ambivalan duygular (sevgi ve bilinçdışı nefret) tetiklenir. Ambivalans nedeniyle süperego ile ego arasında bir çatışma başlar. Süperego, depresyonda daha yargılayıcı ve acımasız hale gelebilmektedir. Katı süperegonun etkisiyle, yitirilen nesneye dönük olan bilinçdışı nefret, kişinin kendisine yönelir. Bu durum, benlik değerinin çöküşü ya da azalmasıyla sonuçlanır. Süperegonun acımasızlığına karşı bir beğenilme arzusuyla ya da bir isyan olarak intihar davranışları görülebilir (51).

Bowlby tarafından öne sürülen bağlanma kuramına göre yaşamının ilk yıllarında primer bakım verenlerle kurulan bağlanmanın niteliğinin, ileride ortaya çıkabilecek olan depresyon gibi psikopatolojiler üzerinde etkilerinin olabileceği düşünülmektedir (52).

Davranışçı kurama göre kontrol edilemeyen olayların yaşanması sonucunda, gelecekte yaşanacak olayların sonuçlarının kontrol edilemeyeceği beklentisinin ortaya çıktığı ve bunun da depresif belirtilere yol açtığı ileri sürülmüştür (53). Tekrarlayan çaresizliğin, baş etmeye yönelik adaptif davranışların sönmesine neden olduğu varsayılmaktadır. Bu tarz deneyimleri olan kişilerin, olumsuz bir olay ile karşılaştıklarında, kolayca çaresizlik hissine kapıldıkları ve benlik değerlerinin düştüğü, bu durumun da depresif belirtilerin gelişmesine veya devam etmesine yol açtığı düşünülmektedir (54).

Bilişsel modele göre; insanların deneyimlerini yorumlama şekilleri, depresyona girip girmeyeceklerini ve tekrarlayan, şiddetli veya uzun süreli depresyon ataklarına karşı kırılgan olup olmayacaklarını belirler. “Çaresizlik”, “değersizlik” ve “sevilmeme” şeklinde üç ana tema etrafında şekillenen şemaların, bilişsel kırılganlığa neden olduğu; kişilerin olumsuz yaşam olaylarıyla karşılaşmalarıyla, olumsuz

şemalarıyla uyumlu bir bilgi işleme sürecinin devreye girdiği ve benlik, dış dünya ve gelecek hakkında olumsuz ve yanlış yorumlara ve buna bağlı olarak da depresif belirtilerin gelişmesine yol açtığı düşünülmektedir (55).

2.1.5. Klinik Gidiş

Depresif bozukluk ergenlerde oldukça sık görülen, işlev bozukluğuna sebep olan, yinelemenin sık görüldüğü, intihar girişimi ve madde kullanımı gibi sonuçlara sebep olabilen bir hastalıktır. Depresyon dönemi belirtileri genellikle yavaş ve sinsi başlangıç gösterebilmektedir (33). Ataklar ortalama 7-9 ay sürmektedir. Hastaların %90'ı 1-2 yıl içinde düzelirken, geri kalanlarda ataklar daha uzun sürebilir veya kronik depresyon gelişebilir (56, 57).

MDB nedeniyle tedavi edilen hastaların yaklaşık %25'inde ilk altı ay içerisinde, %30-50'sinde ilk iki yıl içerisinde, %50-70'inde ise ilk beş yıl içerisinde yineleme görülmektedir (58).

Ergenlik yaş grubundaki yakınmalar erişkinlere benzerdir. Ergenlerde irritabilite, dürtüsellik ve davranış değişiklikleri ön plandadır. Okul performansında düşüş görülebilir. Erişkin ile kıyaslandığında daha çok somatik yakınmalar gösterebilir (59). Bu yaş grubu daha küçük yaş gruplarıyla karşılaştırıldığında daha çok uyku ve iştah değişiklikleri gösterir. Anhedoni, can sıkıntısı, umutsuzluk, alkol/madde kullanımı, intihar düşünce ve girişimleri yaygın görülmektedir (60).

Depresyonun iyileşmesinden sonra da ergenler olumsuz bilişsel atıflarını sürdürebilirler, subklinik belirtiler görülmeye devam edebilir. Kişilerarası ilişkilerde ve işlevsellikte yetersizlik, sigara içme, fiziksel sorunlar, intihara eğilim, erken gebelik gibi sonuçlara yol açabilir (61).

2.1.6. Eşlik Eden Psikopatolojiler

Depresyon tanıılı ergenlerin üçte ikisinde en az bir komorbid psikiyatrik hastalık bulunmaktadır. % 10-15'inde ise iki veya daha fazla komorbidite mevcuttur (62). En sık görülen komorbideler anksiyete bozuklukları, yıkıcı davranış bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları, enürezis/enkoprezis, ayrılma anksiyetesi bozukluğu ve dissosiyatif bozukluklardır (46).

Ergenlerde MDB ile birlikte yaygın anksiyete bozukluğunun yaklaşık % 20, DEHB'nin % 7, davranım bozukluğunun % 3, karşıt olma karşı gelme bozukluğunun % 3, madde kullanım bozukluğunun % 1 oranında komorbid olarak görüldüğü saptanmıştır (16).

Komorbiditeler özellikle şiddetli depresyonda daha fazla görülür, tedavisi daha zordur ve daha kötü prognoz ile ilişkilidir (63). Komorbiditenin depresyonun yineleme riskini ve intihar düşüncesi veya intihar davranışında bulunma olasılığını arttırdığı, depresif atak süresini uzattığı, günlük işlevsellik düzeyini olumsuz etkilediği bilinmektedir (64).

2.1.7. Tedavi

MDB tedavisi akut, sürdürüm ve idame tedavisi olmak üzere 3 bölümden oluşmaktadır. Akut tedavideki amaç semptomların belirgin bir şekilde azaltılmasıdır. Sürdürüm tedavisinde amaç remisyon (düzelme) elde edilmesi ve rölaps (nüksetme)'lerin engellenmesidir. İdame tedavisindeki amaç ise iyileşme evresindeki hastanın iyilik halinin sürdürülmesi ve rekürrens (yineleme)'lere engel olmaktır (65).

Hafif/orta şiddetteki depresyonun tedavisinde farmakoterapi ve psikoterapinin etkinliğinin benzer olduğu gösterilmiştir. Şiddetli olgularda ise tek başına farmakolojik tedavi ya da kombine tedavi önerilmektedir (66).

Farmakoterapide ilk seçenek ilaçlar seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSGİ)'dir. MDB tanılı ergenlerle ilgili yapılan çalışmalarda etkinlik ile ilgili en çok kanıt bulunan SSGİ fluoksetindir. Yapılan randomize kontrollü çalışmalar (RKÇ)'da essitalopram MDB tedavisinde etkili bulunmuştur. Paroksetin ve sertralin ile ilgili çelişkili sonuçlar bulunmuştur (67).

Geniş ölçekli bir çalışma olan Ergen Depresyon Tedavi Çalışması'na (TADS) göre en yüksek tedavi başarısının (%71 yanıt) fluoksetin ve bilişsel davranışçı terapi (BDT) kombinasyonu ile sağlandığı gösterilmiştir. Tek başına fluoksetin kullanımının tedavi yanıtı %60,6 olarak bulunmuştur. BDT'nin ise tek başına plasebodan farklı olmadığı (%43,2 yanıt oranına karşı %32,8 yanıt oranı gösterilmiştir) bildirilmiştir (68).

Ergenlerde Dirençli Depresyon Tedavisi (TORDIA) çalışmasında ise SSGİ tedavisine cevap vermeyen 334 ergende BDT kombinasyonu ile veya BDT kombinasyonsuz ikinci bir SSGİ veya venlafaksin kullanımı incelenmiştir. Klinik global izlem puanlarına göre belirlenen yanıt oranlarının TADS çalışmasına benzer şekilde kombinasyon tedavisi alanlarda ilaç monoterapisinden daha üstün olduğunu göstermiştir (69). Risk ve fayda göz önüne alındığında, fluoksetinin BDT ile kombinasyonunun ergen klinik depresyonu için öne çıkan bir tedavi olduğu görülmektedir (70). BDT ile ilgili RKÇ'nin meta analizinde BDT'nin çocuk ve ergenlerde depresyonu tedavi etmede etkinliğiyle ilgili güçlü kanıtlar tespit edilmiştir (71).

Çocuk ve ergenlerin MDB tedavisinde kullanılan diğer psikoterapiler, kişilerarası psikoterapi ve psikodinamik psikoterapidir. Farmakoterapi ve psikoterapi dışındaki tedavi yöntemleri; EKT, transkraniyal manyetik stimülasyon, vagal sinir uyarımı, fototerapidir (60).

2.2. İNTİHAR

2.2.1. Tanım ve Tarihçe

İntihar; kişinin ölme niyetiyle kendine yönelik, ölümle sonuçlanan yaralayıcı bir davranışta bulunması olarak tanımlanmaktadır.

İntihar eylemi için kullanılan günümüze gelmiş en eski sözcük, Yunanca bir sözcük olan Autoktonia' dır. Etimolojik yönden (auto) kendi-kendini, (ktonia) öldürmek anlamındadır. İntiharın İngilizce'de "suicide" olarak kullanımı 1662 yılına dayanmaktadır. Latince ben anlamına gelen "sui"; ve öldürmek anlamına gelen "cedere" kelimelerinin birleşmesi sonucu oluşmuştur (72). Sözcüğün türkçe karşılığı olarak intihar kelimesi Arapçada kurban anlamına gelen "nahr" kelimesinden köken almaktadır. Nahr; boğazın alt kısmındaki çukur demektir. İntihar sözcüğü asıl olarak kendini boğarak öldürme anlamına gelmektedir (73). Ancak günümüzde bu sözcük kendini öldürmenin her şekli için kullanılmaktadır. Günümüzde Türk Dil Kurumu (TDK), intiharın Türkçe karşılığı olarak "özkıym" kelimesinin kullanılması önerilmektedir (74). TDK intihar sözcüğünü 'kişinin toplumsal ve ruhsal sebeplerin etkisi ile hayatına son vermesi' olarak tanımlamaktadır (75). Dünya Sağlık Örgütü

(DSÖ), intiharı; kişinin sonucunu bilerek, değişik yollar kullanarak, ölme amacı güderek kendisine zarar vermesi şeklinde tanımlar (76).

İntihar hakkında bilinen en eski yazı, kimliği bilinmeyen bir kişi tarafından milattan önce 2000’li yıllarda yazılmış olan “İntihar Üzerine Bir Tartışma” başlıklı Mısır papirüsünde yer almaktadır. Bu papirüste yaşamdan yorulmuş bir adamın yaşam ile ölüm arasında bir seçim yapması için ruhu ile girdiği bir diyalog yer almaktadır (77).

İntihar konusunda ilk kapsamlı bilimsel çalışma Fransız sosyolog Émile Durkheim tarafından yapılmıştır. Durkheim 1897 tarihinde yayınladığı “İntihar” (Le Suicide) adlı eserinde, intihar ve nedenlerinin sosyolojik açıdan anlaşılmasına yönelik katkılar sunmuştur. Durkheim intiharı açıklarken kişisel faktörlerin tek başına yetersiz olduğuna ve kişinin toplumla kurduğu ilişkinin önemine odaklanmıştır (78). Durkheim’in bu önemli çalışmasının ardından sosyoloji ve psikoloji kökenli kuramcılar, bilimsel araştırmacılar intihar davranışını araştırmaya devam etmiştir.

Kişinin kendini öldürmek amacıyla düşündüğü veya yaptığı, ölüm ya da fiziksel hasarla sonuçlanabilecek düşünce ya da eylemlere intihar davranışı denir. İntihar davranışı; intihar düşünceleri, intihar girişimleri ve tamamlanmış intiharlar olarak üç kavramı içine almaktadır (1, 73). İntihar düşünceleri; intiharın eyleme geçmemesi ile sonuçlanan; bireyin kendini nerede, ne zaman, nasıl öldüreceğini ve bunun çevresindekileri ne şekilde etkileyeceği hakkındaki düşünceler ile karakterize niyet ve planlardır (79). İntihar girişimleri, ölüm ile sonuçlanmayıp kişinin yaralanması veya kendine zarar vermesi ölçüsünde kalan davranışlar olarak tanımlanır. Ölümle sonuçlanmış intihar ise tamamlanmış intihar olarak tanımlanmaktadır (1).

2.2.2. Epidemiyoloji

DSÖ’nün 2018 verilerine göre dünyada her yıl 800.000 kişi intihar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Yaşa göre standardize edilmiş intihar hızı dünyada 2015’te yüzbinde 11,4 iken, 2016 yılında yüzbinde 10,6’ya düşmüştür. Düşük ve orta gelirli ülkelerde intiharlar, tüm ülkelerdeki intiharların %75’ini oluşturmuştur. 2016 yılında ise bu oran %79’a yükselmiştir. Dünyada intihar hızı düşüş gösterirken, düşük ve orta

gelir ülkelerdeki intihar oranlarının arttığı görülmektedir. Bu durum, yüksek gelirli ülkelerde uygulanan intiharı önleme programları ve bunların sonucuyla intihar hızının düşmesiyle bağlantılı olabilir (6).

ABD 2014 yılı istatistik verilerine göre 15-24 yaş arasında tamamlanmış intihar eylemi gerçekleştiren genç sayısı 5079 iken (11,6 /100.000), 10-14 yaş arasında bu sayı 425 (2,1/100.000) olarak ifade edilmektedir (80). DSÖ verilerine göre intihar, 15-29 yaş grubunda ölüm nedenleri arasında 2.sıradadır (81). Ülkemizde intiharlar ergenlik döneminde kazalarla birlikte en sık görülen ölüm nedenlerindendir. 2015 yılında ülkemizde tüm yaşlardan intihar edenlerin %34.3'ünü 15-29 yaş grubundakiler oluşturmuştur (82)

Amerika ulusal istatistikleri merkezi kayıtlarına göre 15-24 yaş arasında erkeklerde intihar hızı 19,1/100.000 iken, kızlarda 5,3 /100.000 olarak bildirilmiştir (80). Yapılan çalışmalarda intihar düşüncesi ve girişimi açısından kızların, tamamlanmış intihar açısından ise erkeklerin daha yüksek risk altında olduğu görülmektedir. Genellikle erkek çocuk ve ergenlerin daha ölümcül yöntemleri kullanarak (ateşli silahlar, ası, delici-kesici aletler vb.) girişimde bulunduğu bilinmekte ve ergenlerde intihar nedeniyle hayatını kaybedenlerin %70'ini erkekler oluşturmaktadır (83).

19 yaş altında 333 tamamlanmış intihar vakası ile yapılan, intihar yöntemlerinin incelendiği bir çalışmada genç erkeklerde en sık kullanılan yöntemler sırasıyla ateşli silahlar, ası ve demiryollarına veya yüksekten atlama iken genç kızlarda tercih edilen yöntemlerin sırasıyla demiryollarına atlama, yüksekten atlama, ası ve entoksikasyon olarak saptanmıştır. Araştırmacılar yöntemin ulaşılabilirliğinin seçilen yöntem üzerinde önemli etkiye sahip olduğunu belirtmişlerdir (84). Tamamlanmamış intihar girişimlerinde ise en sık kullanılan yöntemin hem erişkinler hem de ergenlerde entoksikasyon olduğu saptanmıştır (85). Türkiye'de tamamlanmış intiharlarda en sık kullanılan yöntemler sırasıyla ası, ateşli silahlar, yüksekten atlama, ilaç ve kimyevi madde kullanımıdır. Çocuk ve ergenlerde kullanılan yöntemler erişkinlerle benzerlik göstermektedir (82).

2.2.3. Tanı Ölçütleri

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı-5'in "Daha İleri Araştırma Gerektiren Durumlar" bölümünde İntihar Davranışı Bozukluğu tanısı için önerilen tanı ölçütleri aşağıda belirtilmiştir (14).

A. Son 24 ay içerisinde, kişi bir intihar girişiminde bulunmuştur.

Not: İntihar girişimi kişinin kendi kendine başlattığı davranışlar dizisidir. Başlangıç zamanında, kişi bir seri eylemin kendi ölümüne yol açabileceğini beklemiştir (uygulanan yöntemi içeren davranışın gerçekleştiği zaman, "başlangıç zamanı"dır).

B. Eylem, intihar olmayan kendini yaralamanın kriterlerini karşılamaz. Yani, olumsuz duygu veya bilişsel durumdan rahatlamayı tetiklemek için veya olumlu duygudurumu elde etmek için gerçekleştirilen vücudun dış yüzeyine yönelmiş kendini yaralamayı kapsamaz.

C. Tanı, intihar fikirleri veya hazırlayıcı eylemler için uygulanmaz.

D. Eylem, bir deliryum veya konfüzyon durumu sırasında başlamamıştır.

E. Eylem, yalnızca politik veya dini amaç için gerçekleştirilmemiştir.

Varsa belirtiniz:

Devam eden: Son girişimden bu yana 12 aydan fazla zaman geçmemiştir.

Erken remisyonunda: Son girişimden bu yana 12-24 ay geçmiştir.

2.2.4. Risk Etmenleri

2.2.4.1. Yaş: Genel olarak intihar riski gençlerde ve ileri yaşlarda yüksektir (81). Ergenlik döneminde biyolojik, psikolojik ve sosyal olarak hızlı değişiklikler yaşanmaktadır. Bu değişiklikler ergenleri çevresel zorlayıcılara daha duyarlı hale getirmektedir. Bireyselleşmenin de artmasıyla birlikte aile, okul ve sosyal destek sistemlerinin desteği azalmaktadır. Yaşa özgü bazı bilişsel özellikler olan sorun çözme becerilerindeki yetersizlik ve benmerkezcilik de ergenlerdeki intihar davranışı üzerine etkilidir (1). Ayrıca duygudurum bozuklukları ve alkol-madde kullanımının başlangıcının da ergenlikte olması gençlerdeki yüksek intihar oranlarının sebeplerinden biri olarak görülmektedir (86).

2.2.4.2. Cinsiyet: Dünyanın çoğu bölgesinde en çok intihar girişiminde bulunanlar kadınlar iken intihar sonucunda yaşamını yitirenler ise erkeklerdir (87). Genç yaş grubunda E/K oranı düşmektedir. 15 yaş altında E/K oranı 1 iken 15-29 yaş aralığında ise 1,2 olarak gösterilmiştir (82).

2.2.4.3. Genetik ve biyolojik özellikler: İntihar davranışının genetiğine yönelik çalışmalar aday gen çalışmalarının yanı sıra kalıtılabilirlik ile ilişkili aile, ikiz ve evlat edinme çalışmalarını da kapsamaktadır. Geniş örnekleme sahip ikiz ve evlat edinme çalışmaları monozigot ikizlerde dizigotik ikizlerden daha yüksek oranda intihar davranışı olduğunu, intihar davranışının kalıtılabilirliğinin %30-50 arasında olduğunu göstermektedir (88).

İntihar davranışında özellikle serotonerjik sistem ile ilgili bozukluklar ön plana çıkmaktadır. Serotonerjik aktivite düşüklüğü, serotonin reseptör işlev bozuklukları ve serotonin reseptör polimorfizimleri intihar davranışı ile ilişkili gibi görünmektedir. İntihar girişimde bulunan bireylerde, serebrospinal sıvıda düşük 5-HIAA düzeyleri tespit edilmiştir (89). Periferik triptofan düzeyi düşüklüğü majör depresyon ve intihar düşünceleri ile ilgili görülmektedir (90). 5-HT reseptör genetik polimorfizimleri, reseptör işlevi üzerinden serotonerjik sistemi etkilemektedir (91, 92). 5-HTR1A rs6295 G polimorfizminin psikiyatrik hastalıklar zemininde intihar davranışı sıklığını arttırdığı düşünülmektedir. 5-HTR1B rs6298-T polimorfizminin intihar girişimi olanlarda daha sık görüldüğü ve rs6296-C polimorfizminin de intihar düşüncelerinin bulunmasıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (93).

GABA' nın sinir sisteminde ana inhibitör nörotransmitter olması ve intihar davranışında prefrontal kortekste inhibisyonda azalma olduğuna işaret eden veriler nedeniyle GABAerjik sistem üzerinde çalışılmıştır. GABAa reseptör alt ünitelerinin birbiriyle etkileşiminin intihar eden bireylerde kontrole göre farklı olduğu gösterilmiştir (94). İntihar eden bireylerin beyinlerinde GABA reseptör genlerinin ifadesinde değişiklikler bildirilmiştir (95).

NMDA reseptör antagonisti olan ketaminin depresyon tedavisinde işe yaraması ve intihar düşüncelerini azaltması nöropatolojide glutamerjik işlev bozukluğunun katkıda bulunduğunu düşündürmektedir (96).

İntihar olgularında prefrontal korteks ve hipokampusta BDNF, mRNA ve trk B ifadesinin düzeylerinde anlamlı olarak düşüş olduğu gösterilmiştir (96).

Zorlanma-yanıt sisteminin ana bileşenlerinden biri olan HPA eksenini depresyonda olduğu gibi intihar ile de ilgili gibi görünmektedir. DST’de baskılanma göstermeyen depresyon olgularında daha yüksek intihar riski gösterilmiştir (97). İntihar ile ölen kişilerde CRH aktivitesi artmış, buna yanıt olarak CRH reseptör sayısı azalmış olarak görülmektedir (98).

İntihar olgularında, hücre içi sinyal ileti sistemlerinden CREB’in protein ifadesi ve mRNA düzeyi prefrontal kortekste düşük olarak bulunmuştur. Lityumun intiharı önlemede CREB ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (98).

İntihar olgularında beyinde artmış sitokin düzeyleri gösterilmiştir. İntihar sonucu ölen kişilerde prefrontal kortekste IL-1B, IL-6, TNF-alfa ve lenfotoksin A’nın mRNA’sı ve protein düzeylerinin , kontrollere göre anlamlı derecede arttığını ve anti-inflamatuar sitokin IL-10 ve IL-1 reseptör antagonisti düzeylerinin ise azaldığı gösterilmiştir (99).

2.2.4.4. Bireysel özellikler ve kişilik özellikleri: Gençlerde görülen saldırgan ve dürtüsel davranışlar, duygudurum bozukluğu zemininde intihar davranışı ile yüksek oranda ilişkili bulunmuştur. Bu özelliğin intihar davranışının ailesel geçişi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (100).

Umutsuzluk intihar davranışı için önemli risk etmenlerindendir. Umutsuzluk ile ilişkilendirilen karamsar kişiliğin depresyondan bağımsız bir şekilde intihar girişimlerinde bulunanlarda daha sık olduğu düşünülmektedir (101).

İntiharı düşüncesi ya da davranışı olan ergenlerin öfke ve düşmanlık ölçeklerinden aldığı puanların daha yüksek olduğu gösterilmiştir (102).

Sorun çözme becerilerindeki yetersizlik, bilişsel katılık (rijidite), ya hep ya hiç biçiminde (ikili-dikotom) düşünme, mükemmeliyetçilik intihar davranışı için üzerinde en fazla durulan risk etmenlerindendir. Son yıllarda ruminasyon, aşırı genelleme, felaketleştirme, kişisel algılama, seçici soyutlama gibi bilişsel etmenlerin de intihar düşüncesi ve davranışıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir (103).

Lezbiyen, gey ve biseksüellerde intihar düşünce ve girişimlerinin daha sık olduğu bildirilmektedir. Geniş kapsamlı toplum çalışmaları erkeklerde homoseksüellik ve intihar arasındaki ilişkinin daha güçlü olduğuna işaret etmektedir (104).

2.2.4.5. Psikiyatrik hastalıklar: İntihar için en önemli risk etmeni psikiyatrik hastalıklardır (101). İntihar edenlerin yaklaşık %90'ında psikiyatrik hastalık bulunmaktadır. Major depresyon ve bipolar bozukluk ergenlerde intihar ile en yakın ilişkili psikiyatrik bozukluklardır (105).

Yapılan bir çalışmaya göre ergenlik dönemindeki intihar düşünce ve girişimleriyle en sık ilişkilendirilen psikiyatrik bozukluk sırasıyla bulimia nervoza (%48), depresyon ve kaygı bozuklukları (%349, karşıt olma karşı gelme bozukluğu (%33), DEHB-bileşik görünüm (%22), anoreksiya nervoza (%22) , otizm (%18), zihinsel yetersizlik (%17) ve DEHB-dikkat eksikliği görünümü (%8) şeklinde bulunmuştur (106). Başka çalışmada ise depresif bozukluklar, fiziksel istismar ve intihar amaçlı olmayan kendine zarar verme davranışlarının ergenlerde yaşamboyu intihar girişimleri için güçlü yordayıcılar olduğu gösterilmiştir (107).

OSB'de intihar davranışının incelendiği çalışmalarda hem ergen hem de erişkin OSB olan bireylerde intihar riskinin arttığı gösterilmektedir. Bu riskin intihar ile ilgili diğer risk etmenlerinden bağımsız olduğu gösterilmiştir (108).

Psikiyatri servislerinde yatan hastaların intiharı da nadir değildir. Hastaneden taburcu olduktan sonraki 1. hafta ve 1. ay intihar riskinin en yüksek olduğu dönemlerdir. Bu risk birkaç ay kadar daha devam ederken daha sonra yavaş yavaş azalır, fakat taburculuktan uzun zaman sonra bile genel nüfustan çok daha yüksek seviyededir (109).

Geçmişte intihar girişimi öyküsü intihar için önemli risk etmenlerindendir. İntihar eylemlerinin yaklaşık %30'unda intihar girişimi öyküsü olduğu gösterilmiştir. İntihar girişimi sonrasındaki tekrarlama olasılığı, öncesinde girişim olmayanlara göre 20 kat fazla olarak bulunmuştur (110).

2.2.4.6. Ailesel ve çevresel etmenler: Birinci derece akrabalarda intihar öyküsü ve ailede psikiyatrik hastalık bulunması önemli risk etmenlerindendir. Aile içi şiddet, ihmal ve istismar öyküsü, zorlayıcı yaşam olayları diğer risk etmenlerindendir (101).

İntihara eğilimli bireylerin %10-40'ında yaşamın ilk yıllarında olumsuz yaşam olaylarına maruz kalma vardır. Çocuklukta fiziksel ve cinsel istismara uğramış kişilerde, psikopatolojinin etkisi kontrol edildikten sonra bile yetişkin dönemdeki intihar davranışının yüksek olduğu gösterilmiştir (111).

Sosyal izolasyon ya da yalnız yaşama intihar riskini yükseltirken aile/yakın arkadaşlar ve akrabalar riskin daha az olmasına katkıda bulunmaktadır.

Akademik olarak kendilerini başarısız olarak algılayan öğrencilerde intihar düşünceleri, planları ve girişimleri ya da kasıtlı olarak kendine zarar verme davranışları daha fazla görülmektedir (112). Gençlerin okul yaşamında karşılaşılabileceği önemli stresörlerden olan akran zorbalığı önemli intihar risk faktörlerindendir. Zorbalığa maruz kalma ile ergenlerde depresyon ve intihar gelişimi arasında ilişki kuran çalışmalara göre zorbalık depresyon aracılığı ile intihar davranışını artırıyor gibi gözükmemektedir (113).

Kronik hastalıklar ve ölümcül hastalığın bulunması, süregelen ağrı da intihar riskini yükseltir (6). Ekonomik krizler, işsizlik, gelir düzeyinin azalması erkek bireylerde daha fazla olmak üzere intihar riskini arttırmaktadır (114).

Medyada intihar haberleriyle sık karşılaşma, intihar riskini arttırabilir. Medyada yer alan intihar haberi çok dramatik bir şekilde işlendiyse, nasıl ve nerede olduğu hakkında detaylı bilgi verildiyse, intihar eden kişi ünlüyse, haber tekrar tekrar medyada yer aldıysa haberin kişiler üzerinde etkisi artabilir (101). Olumsuz etkileri olduğu gibi olumlu olarak da medyada intihar ile ilgili olumlu bahsetme yöntemlerine yer verilmesinin koruyucu etkisi olabilir (115).

2.2.5. Tedavi

İntihara yönelik tedavi yaklaşımları farmakoterapi, psikoterapötik yaklaşımlar ve koruyucu yaklaşımlar olarak sınıflandırılabilir.

İntihara yönelik spesifik bir farmakolojik yaklaşım bulunmamaktadır. Yapılan randomize kontrollü çalışmalarda, depresyon tedavisinde kullanılan antidepresanların 25 yaş ve üstünde intihar düşüncesini azalttığı gösterilmiştir (116).

2004 yılında Food and Drug Administration (FDA) gençlerde antidepresan kullanımının intihar riskini artırabileceğine dair bir uyarı yayınlamıştır. Bu uyarının sonrasında gençlere yönelik antidepresan tedavinin azalması ve sonucunda bu dönemdeki gençlerin intihar girişimlerinde artış göze çarpmıştır (117). Epidemiyolojik ve klinik çalışmaların sonuçları değerlendirildiğinde; antidepresanların özellikle tedavinin başlangıcındaki günlerde ve haftalarda intihar riskini bir miktar arttığı, tedavi ile 3-6 ay sonrasında riskin anlamlı olarak azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (118).

Antidepresanlar dışında lityumun intihara yönelik koruyucu etkisi, randomize kontrollü çalışmalarda gösterilmiştir (119). Bazı çalışmalarda bir glutamaterjik ajan olan ketaminin, tek ve tekrarlayan dozlarda intihar düşüncesini azaltabileceği gösterilmiştir (120). Antipsikotik ilaçlardan klozapin, şizofrenide intihar düşüncesi ve girişimlerini azaltmada diğer antipsikotiklere göre daha etkili görülmektedir (121). Farmakolojik tedavilere ek olarak elektrokonvülsif terapi, intihar riski yüksek olan depresif hastalarda etkili bulunmuştur (122).

Psikoterapötik müdahalelerin ergen intihar davranışı üzerindeki etkileri 2582 ergende araştırılmıştır. Çoğu çalışmada psikoterapötik müdahaleler sonrası intihar düşüncesi ve/veya intihar girişimlerinde azalma tespit edilmiştir. Terapiye aile üyeleri dahil edildiğinde etki büyüklüğünün arttığı görülmüştür (123). Bir meta-analiz çalışmasında intihar girişiminde bulunan ergenlerde en yüksek etki büyüklüğüne ulaşan üç terapi yöntemi olarak BDT, Zihinselleştirme Temelli Terapi ve özellikle sınır kişilik örgütlenmesi ve tekrarlayan intihar düşünceleri olan gençlerde Diyalektik Davranışçı Terapi gösterilmiştir (124).

Çocuk ve ergen yaş grubunda okullar intiharı önleme programları için büyük bir öneme sahiptir. Okul temelli intihar önleme stratejileri ile risk altındaki gençleri tarama, beceri geliştirme ve okul görevlilerine eğitim verme hedeflenir. Okul taramalarının riskli gençleri tespit etme ve ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanmasını sağlamada etkili olduğu görülmüştür (125).

Risk altındaki gençlerde altta yatan psikiyatrik hastalığın tedavisinin yapılmasının intihar davranışını azaltmada etkili olduğu gösterilmiştir. Ayrıca birinci basamakta çalışan hekimlerin intihar ve önleme ile ilgili eğitim alması, ateşli silahlar, pestisitler ve ilaçlar gibi kullanılan yöntemler ile köprüler gibi noktalara ulaşımın kısıtlanmasının da intihar davranışlarını azaltmada olumlu etkileri olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır (123).

DSÖ, 2021 yılında intiharı önlemeye yönelik “LIVE LIFE” isimli bir uygulama kılavuzu yayınlamıştır (126). Bu kılavuz, intiharı önlemek için kanıta dayalı dört etkili müdahale içermektedir:

- Pestisitler (tarım ilaçları) ve ateşli silahlar gibi intihar araçlarına erişimin sınırlandırılması
- İntihar ile ilgili içeriklerin uygun bir şekilde sunulması için yayın organları ile etkileşimde bulunulması
- Ergenlerde sosyal ve duygusal yaşam becerilerinin geliştirilmesi
- İntihar davranışında bulunan kişilerin erken tespiti, değerlendirilmesi, yönetimi ve takibi

Çalışmamızda depresyonu olan ergenlerde otistik özelliklerin değerlendirilmesi, otistik özellikler ile intihar düşünce ve davranışının ilişkisinin incelenmiştir. Çocuk ve ergen örnekleme bu ilişkiyi inceleyen çok az sayıda çalışma vardır. Ayrıca depresyonu olan ergenlerde otistik özelliklerle anksiyete, akran zorbalığı ve ruminatif düşüncelerin ilişkisinin de değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Alanyazında depresyonlu ergenlerde otistik özelliklerle anksiyete, akran zorbalığı ve ruminatif düşüncelerin etkisini inceleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma ile risk etmenlerini ve birbirleri ile ilişkilerini aydınlatmaya yönelik katkı sunmaya ve risk grubu belirlenmesine etkide bulunabilecek verilere ulaşmayı amaçlamaktadır.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN DESENİ

Araştırmamız depresyon tanılı ve intihar girişim/plan/düşüncesi olan ergenler (Suisidal Depresyon-SD), depresyon tanısı olup intihar girişim/plan/düşüncesi olmayan ergenler (Suisidal Olmayan Depresyon-SOD) ve sağlıklı kontrollerin otistik özellikler, akran zorbalığı ve ruminatif düşünceler açısından incelendiği kesitsel nitelikte bir vaka kontrol araştırmasıdır.

3.2. ARAŞTIRMA ÖRNEKLEMİ

Araştırmamız Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde 01.10.2023-15.12.2023 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmamızın örneklemini, 12-18 yaş aralığındaki Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde depresyon tanısıyla takipli olup intihar düşüncesi/planı/girişimi olan 40 ergen, depresyon tanısıyla takipli olup intihar düşüncesi/planı ve intihar girişimi olmayan 36 ergen ve 36 sağlıklı ergenden oluşmaktadır.

Depresif bozukluğu olan intihar düşüncesi/planı ve intihar girişimi mevcut olan (SD) ergenler için çalışmaya dahil edilme ve dışlama ölçütleri

Dahil Edilme Ölçütleri

1. 12-18 yaş aralığında olmak
2. DSM-5'e göre depresif bozukluk tanısı almak
3. Çalışmaya gönüllü olmak
4. Ebeveyni tarafından çalışmaya katılmasına onay verilmiş olması
5. Son 3 ay içinde intihar girişimi veya son 1 aydır intihar düşüncesi olan ergenler

Dışlama Ölçütleri

1. 12 yaşından küçük, 18 yaşından büyük olması
2. Mental kapasitesinin çalışmadaki ölçeklerin doldurmasına engel olacak ölçüde geri olması
3. OSB ve Psikotik bozukluk tanılarının olması

4. Klinik görüşme veya ölçekler ile suisidalitesinin (intihar düşüncesi/planı/girişimi) tespit edilmemiş olması

Depresif bozukluğu olan intihar düşüncesi/planı ve intihar girişimi mevcut olmayan (SOD) ergenler için çalışmaya dahil edilme ve dışlama ölçütleri

Dahil Edilme Ölçütleri

1. 12-18 yaş aralığında olmak
2. DSM-5'e göre depresif bozukluk tanısı almak
3. Çalışmaya gönüllü olmak
4. Ebeveyni tarafından çalışmaya katılmasına onay verilmiş olması
5. Klinik görüşme veya ölçekler ile suisidalitesinin (intihar düşüncesi/planı/girişimi) tespit edilmemiş olması

Dışlama Ölçütleri

1. 12 yaşından küçük, 18 yaşından büyük olması
2. Mental kapasitesinin çalışmadaki ölçeklerin doldurmasına engel olacak ölçüde geri olması
3. OSB, Psikotik Bozukluk tanılarının olması
4. Klinik görüşme veya ölçekler ile suisidalitesinin (intihar düşüncesi/planı/girişimi) tespit edilmiş olması

Sağlıklı kontrol grubunun çalışmaya dahil edilme ve dışlama ölçütleri

Dahil Edilme Ölçütleri

1. 12 yaşından büyük ,18 yaşından küçük olmak
2. Psikiyatrik hastalığının olmaması
3. Kronik fiziksel hastalığının olmaması
4. Çalışmaya gönüllü olmak
5. Ebeveyni tarafından çalışmaya katılmasına onay verilmiş olması

Dışlama Ölçütleri

1. 12 yaşından küçük,18 yaşından büyük olmak
2. Psikiyatrik hastalığının olması
3. Kronik fiziksel hastalığının olması

3.3. UYGULAMA

Araştırma grubu Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran ve depresyon tanısı alan, çalışmaya katılma ölçütlerini karşılayan ergenlerden ve sağlıklı kontrol grubu ise Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Adölesan polikliniğine başvuran ve sağlıklı gönüllülerden oluşturulmuştur. Araştırmacı tarafından araştırmaya alınan tüm ergenlere psikopatolojiyi değerlendirmek için yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme olan Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY) uygulanmıştır. ÇDŞG-ŞY ile depresif bozukluk tanısı alan çocuklar araştırmacı tarafından suisidalite açısından değerlendirilmiştir. Klinik görüşmede intihar düşünce ve planı bildiren hastalar, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) 9. maddesine “Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum” ya da “Kendimi öldürmek isterdim” ya da “Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm” cevaplarından birini veren hastalar ve son 3 ay içerisinde intihar girişimi olanlar klinisyen tarafından Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği uygulanarak değerlendirilmiş, ölçeğin tarama kısmından gerekli puanı karşılayanlar, intihar davranışı mevcut olan ergenler (SD) olarak çalışmaya alınmıştır. İntihar düşüncesi/planı ve intihar girişimi olan ergenler 1. Çalışma grubuna, depresif bozukluk tanısı olup intihar düşünce/plan/girişimi olmayan ergenler ise SOD olarak 2. Çalışma grubunu oluşturulmuştur. Psikiyatrik tanısı olmayan ve sağlıklı kontrol grubu dahil edilme kriterlerini karşılayan 36 ergen sağlıklı kontrol grubunu oluşturmuştur.

Tüm ergenler için ebeveyni tarafından Sosyodemografik Veri Formu ve Otizm Spektrum Anketi (OSA) doldurulmuştur. Ergenler tarafından ise BDÖ, Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Ruminatif Tepkiler Ölçeği (RTÖ), Çocuk/Ergen Zorbalık Ölçeği (CABS) doldurulmuştur. Araştırmaya dahil edilen tüm gençler ve ebeveynlerinden “Bilgilendirilmiş Onam Formu” alınmıştır.

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.4.1. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi–Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-DSM-V (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T; The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime version- KSADS-PL)

ÇDŞG-ŞY çocuk ve ergenlerde şimdiki ve yaşam boyu olan psikopatolojileri saptamak amacıyla kullanılan yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. Belirtilerin varlığına ve şiddetine çocuğun ya da ergenin, anne babanın ve klinisyenin görüşleri birleştirilerek karar verilmektedir. ÇDŞG-ŞY ile duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, dışa atım bozuklukları, yıkıcı davranım bozuklukları, madde kötüye kullanımı, yeme bozuklukları ve tik bozuklukları değerlendirilebilmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Gökler ve arkadaşları tarafından 2004 yılında yapılmıştır.

3.4.2. Otizm Spektrum Anketi (OSA)

Otizm-Spektrum sorgulama ölçeği ile toplumdaki normal bireylerde görülen eşik altı otistik özellikler ve otizm spektrumundaki erişkinleri tanılama amacı için kullanılmaktadır (Köroğlu ve Aydemir, 2012). Ölçek 50 sorudan oluşan dörtlü likert tipindedir ve beş alt ölçeği mevcuttur. Alt ölçekler iletişim, sosyal beceri, ayrıntıya dikkat etme, dikkati kaydırabilme ve hayal gücüdür. Zayıf iletişim, zayıf sosyal beceri, zayıf hayal gücü, ayrıntılara çok fazla dikkat etme, dikkati kaydırmada yetersizlik ve dikkatin kuvvetli odaklanması olarak değerlendirilmektedir.

Alt ölçeklerin tümü 10 soru içermektedir ve otizm fenotipi olarak tanımlanan ve aynı düzlemde yanıtlanan her soru için 1 puan alınmaktadır ve toplam puan 50'dir. Otizm Spektrum Anketinin, tanı amaçlı kullanılmaktan ziyade araştırma ve klinik çalışmalar için tarama aracı olarak kullanılmasının daha uygun olacağı düşünülmüştür (Wakabayashi et al., 2006). Klinik içi ve klinik dışı gruplarda bu ölçeğin kullanılabileceği, yorumlama için kesme puanının hesaplandığı ve karşılaştırmalı olarak kullanılması önerilmiştir. OSA Ergen Versiyonu Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirlik çalışması 2019 yılında yapılmıştır.

3.4.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

BDÖ, ergen ve erişkinlerdeki depresyonun davranışsal bulgularını ölçmek amacıyla Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (260). Depresyonu tanımlayabilmek, şiddetini ölçmek ve tedavi ile olan değişimleri izleyebilmek amacıyla tasarlanmıştır. Toplam puan olarak 0-9 = minimal, 10-16 = hafif, 17-29 = orta, 30-63 = şiddetli belirti şeklinde yorumlanmaktadır. BDÖ'nün geçerlik ve güvenirlik çalışması 1989 yılında Hisli tarafından yapılmış ve depresyon için kesim noktası 17 olarak kabul edilmiştir.

3.4.4. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

1988 yılında Aaron T. Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen Beck Anksiyete ölçeği Ulusoy ve ark. 1998 tarafından Türkçe'ye uyarlanmış ve geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır. Toplam 21 maddeden oluşan ölçeğin 13 maddesi sübjektif kaygıyı, 8'i ise somatik semptomları değerlendirmektedir. Cevap şıkları 0 ile 3 arasında puanlandırılmakta ve ölçekten en fazla 63 puan alınmaktadır.

3.4.5. Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği (BİDÖ)

İntihar düşüncesi kavramını “Yaşam ve Ölüme Dair Tutumun Özellikleri”, “İntihar Düşüncesi ve Arzusunun Özellikleri”, “Tasarlanan Girişimin Özellikleri”, “Tasarlanan Girişimin Gerçekleştirilmesi” ve “Arka Plan Faktörleri” olmak üzere 5 bölümde araştıran ölçek 1979 yılında Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Beck ve ark, 1979). Kişinin beyanlarına dayanarak klinisyenin doldurduğu bu ölçeğin ilk bölümü tarama olarak değerlendirilir ve bu 5 maddeye verilen cevaplar olumluysa (1 ve 2 puan), kalan kısımları cevaplandırır ve aksi halde ölçek sonlandırılır (Reineck MA, 2005). Ölçekten toplam alınan puan tüm maddelerden alınan puanların aritmetik toplamı ile elde edilir. Tarama kısmı 0-10 puan arası, toplam puan ise 0-38 arasındadır. Puanın yüksek olması intihar düşüncesinin belirgin ve ciddi olması anlamına gelmektedir. Türkçe geçerliliği Özçelik ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Özçelik ve ark, 2005). Bir çalışmada adolesanlar için 6 ve üzeri puan klinik olarak “kesme değeri”olarak düşünülmüştür (Sacore ve ark, 2003)

3.4.6. Ruminatif Tepkiler Ölçeği (RTÖ)

Nolen-Hoeksema ve Morrow (1991) tarafından depresif duygudurumu söz konusu olduğunda ortaya çıkan tepkileri ölçmek amacıyla 71 maddeden oluşan Tepki Biçimleri Envanteri geliştirilmiştir. RTÖ ise bu ölçeğin alt ölçeğinden geliştirilmiştir ve kişilerin olumsuz durumlarda ruminasyon eğilimlerini ölçmeyi amaçlamaktadır (Treynor, Gonzalez ve Nolen-Hoeksema, 2003). RTÖ'nün iki alt boyutu bulunmaktadır. Bu alt boyutlar, “derinlemesine düşünme” (reflective pondering) ve “geviş getirir gibi düşünme” (brooding) şeklindedir.

Ölçek Dörtlü Likert tarzı puanlanmaktadır (1 = Hiçbir zaman, 4 = Her zaman). Ölçekten yüksek puan alınması, kişilerin ruminatif düşünceleri baş etme tepkisi olarak daha çok kullandıklarını göstermektedir. Alt boyutların iç tutarlılık katsayılarının ise derinlemesine düşünme alt boyutu için .72, geviş getirir gibi düşünme alt boyutu için .77 olduğu görülmektedir (Treynor, Gonzalez ve Nolen-Hoeksema, 2003). Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Neziroğlu (2010) tarafından yapılmıştır. 22 maddelik ölçek ile yapılan analizler sonucunda; 5 maddenin (5, 10, 13, 15 ve 16) “geviş getirircesine düşünme” alt boyutunu, 5 maddenin de (7, 11, 12, 20, 21) “derinlemesine düşünme” alt boyutunu temsil ettiği görülmüştür. RTÖ'nün toplam test tekrar korelasyon katsayısının, .72 olduğu bulunmuştur. Bu değer, “geviş getirircesine düşünme” alt boyutu için .63 iken, “derinlemesine düşünme” alt boyutu için .74 olarak bulunmuştur.

3.4.7. Çocuk-Ergen Zorbalık Ölçeği-9 Kısa Form (CABS)

Vessey ve arkadaşları (2019) tarafından geliştirilen CABS, 4 aralıklı (1 = Kesinlikle Katılmıyorum, 2 = Katılmıyorum, 3= Katılıyorum, 4 = Kesinlikle Katılıyorum) tek faktörün altında Likert tipi ölçek ile değerlendirilen 9 maddeden oluşmakta ve zorbalık mağduru olan çocukları belirlemeyi amaçlamaktadır. Ölçeğin puanları, her bir madde için belirlenmiş olan sayısal puanlar toplanarak hesaplanmaktadır. Alınan yüksek puan, yüksek düzeyde zorbalığa maruz kalındığını belirtmektedir. Ölçeğin orijinal halinin (CABS) (Vessey et al., 2018) geliştirilme aşamasında gençlerin zorbalığa uğrama deneyimlerini değerlendirmek için ilk olarak 22 maddelik bir ölçek oluşturulmuştur. Daha sonrasında yine aynı araştırma grubu (Strout et al., 2019), kalabalık uygulama ortamlarında kullanışlı bir işlev görmesi adına bu ölçeği 9 maddeden oluşan daha kısa bir format haline getirmiştir. Ölçeği

orijinal versiyonu yaşları 10-18 yaşları arasında değişen 352 çocuk ve ergen üzerinde yapılan çalışmalar sonucu elde edilmiştir. Elde edilen bulgulara göre, ölçeği tek boyuttan oluştuğu ve ölçek maddelerinin faktör yüklerinin .54 ile .76 arasında değişmekte olduğu bilinmektedir. CABS'in Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı .88 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Kırıcı ve arkadaşları tarafından 2023 yılında yapılmıştır.

3.4.8. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen, katılımcılar ve ailelerinin yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi, aile yapısı, fiziksel ve psikiyatrik hastalık öyküsü gibi sosyodemografik özelliklerini içeren katılımcının ailesi tarafından doldurulan formdur

3.5. ETİK KURUL ONAYI

Araştırmamız için Ankara Şehir Hastanesi 2 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 01.11.2023 tarihli ve E2-23-5436 karar numaralı etik kurul onayı alınmıştır.

3.6. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

“Depresyon tanısı olan ergenlerde otistik özelliklerin intihar düşünce ve intihar davranışı ile ilişkisinin incelenmesi” amacıyla yapılan bu çalışmanın örnek büyüklüğünü hesaplamada, her değişken için Power (Testin Gücü) en az %80 ve Tip-1 hata %5 alınarak belirlenmiştir. Çalışmadaki sürekli ölçümlerin normal dağılıp dağılmadığına Shapiro-Wilk ve Skewness-Kurtosis testleri ile bakılmış ve ölçümler normal dağıldığından dolayı parametrik testler uygulanmıştır. Çalışmadaki sürekli değişkenler için tanımlayıcı istatistikler; ortalama, standart sapma, sayı (n) ve yüzde (%) olarak ifade edilmiştir. Kategorik faktörler arasındaki ilişkileri belirlemede “Ki-kare” ve “Fisher’s exact” testi hesaplanmıştır. “Kategorik faktörlere” göre “sürekli ölçümlerin” karşılaştırılmasında “Bağımsız T-testi” ve “Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)” kullanılmıştır. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılmayanlarda ise Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis-H testleri uygulanmıştır. Varyans analizini takiben farklı grupları belirlemede “Duncan testi” kullanılmıştır.

Ölçümler arası ilişkiyi belirlemede ise Pearson korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Hesaplamalarda istatistik anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak alınmış ve analizler için SPSS (IBM SPSS for Windows, ver.26) istatistik paket programı kullanılmıştır.



4. BULGULAR

4.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE İLİŞKİN VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmamıza SD tanılı grupta 40, SOD tanılı grupta 36 ve sağlıklı kontrol grubunda 36 olmak üzere toplam 112 ergen dahil edilmiştir. Toplam örneklemin 73'ü (%65,18) kız iken 39'u (%34,82) erkektir. SD grubunun 31'i (%77,5) kız, 9'ı (%22,5) erkek, SOD grubunun 23'ü (%63,89) kız, 13'ü (%36,11) erkek, kontrol grubunun ise 19'u (%52,78) kız, 17'si (%47,22) erkekti (Tablo1). Gruplar arasında cinsiyet dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 1: Grupların cinsiyet dağılımları

		SD n (%)	SOD n (%)	Kontrol n (%)	X ²	p
Cinsiyet	Kız	31 (%77,5)	23 (%63,89)	19 (%52,78)	5,141*	0,076
	Erkek	9 (%22,5)	13 (%36,11)	17 (%47,22)		

n: Sayı; %: Dağılımsal Yüzdesi; *: Ki-Kare testi; p: anlamlılık (p<0,05)

Grupların yaş dağılımları incelendiğinde gruplar arasında yaş ortancası açısından anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 2).

Tablo 2: Grupların yaş dağılımları

	SD Ortanca (Min.Mak.)	SOD Ortanca (Min.Mak.)	Kontrol Ortanca (Min.Mak.)	X ²	p
Yaş	16,55 (13,1-22,8)	15,9 (13,2-18,6)	15,95 (9,9-46,4)	2,618**	0,270

Min.:Minimum; Mak.:Maksimum; X²: Kruskal Wallis-H testi; p anlamlılık (p<0,05)

Gruplar arasında öğrenim yılı ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 3).

Tablo 3: Grupların öğrenim yılı dağılımları

	SD Ort.±S.S.	SOD Ort.±S.S.	Kontrol Ort.±S.S.	F	p
Öğrenim Yılı	10,17±1,50	10,17±1,52	10,25±1,68	0,031*	0,270

Ort.: Ortalama; S.S.: Standart Sapma; *F: Tek yönlü ANOVA testi; p anlamlılık (p<0,05)

Gruplar arasında anne ve baba yaş ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4).

Tablo 4: Grupların anne ve baba yaş dağılımları

	SD	SOD	Kontrol	F	p
	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.		
Anne Yaş	43,33±6,5	42,89±5,94	43,28±5,32	0,059*	0,942
Baba Yaş	46,53±5,93	46,75±7,15	46,06±5,6	0,116*	0,891

Ort.: Ortalama; S.S.: Standart Sapma; *F: Tek yönlü ANOVA testi; p anlamlılık (p<0,05)

Grupların anne ve baba eğitim düzeyleri dağılımı Tablo 5'te verilmiştir. Gruplar arasında anne baba eğitim düzeyi dağılımında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 5).

Tablo 5: Grupların anne-baba eğitim durumu

		SD n (%)	SOD n (%)	Kontrol n (%)	X ²	p
Anne Öğrenim Durumu	İlkokul	12 (%30)	12 (%33,33)	7 (%19,44)	4,413*	0,621
	Ortaokul	6 (%15)	5 (%13,89)	10 (%27,78)		
	Lise	14 (%35)	10 (%27,78)	10 (%27,78)		
	Üniversite	8 (%20)	9 (%25)	9 (%25)		
Baba Öğrenim Durumu	İlkokul	10 (%25)	4 (%11,11)	3 (%8,33)	8,868*	0,181
	Ortaokul	7 (%17,5)	12 (%33,33)	8 (%22,22)		
	Lise	11 (%27,5)	13 (%36,11)	11 (%30,56)		
	Üniversite	12 (%30)	7 (%19,44)	14 (%38,89)		

n: Sayı; %: Dağılımsal Yüzdesi; *: Ki-Kare testi; **Fisher Exact testi; p: anlamlılık (p<0,05)

Grupların anne ve baba çalışma durumu dağılımı Tablo 6'da verilmiştir. Gruplar arasında annenin çalışma durumu dağılımında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ancak baba çalışma durumu dağılımında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır. Gruplarda baba çalışmama durumu değerlendirildiğinde SD grubunun SOD ve kontrol grubu ile benzer oran gösterdiği, kontrol grubunda çalışmayan baba oranının SOD grubundakilere göre yüksek olduğu gösterilmiştir. Ayrıca babaların emekli olma oranı değerlendirildiğinde SD ve kontrol grubunun benzerlik gösterdiği, SOD grubunun ise kontrol ve SD grubuna göre daha yüksek oranlara sahip olduğu gösterilmiştir ($X^2=112,176$; $p=0,015$). Babaların çalışıyor olma durumu ise üç grupta da benzer bulunmuştur.

Tablo 6: Grupların anne-baba çalışma durumu

		SD n (%)	SOD n (%)	Kontrol n (%)	X ²	p
Anne Çalışma Durumu	Çalışıyor	16 (%40)	12 (%33,33)	13 (%36,11)	0,369*	0,832
	Çalışmıyor	24 (%60)	24 (%66,67)	23 (%63,89)		
Baba Çalışma Durumu	Çalışıyor	33 (%82,5)a	26 (%72,22)a	29 (%80,56)a	112,176*	0,016
	Çalışmıyor	3 (%7,5)ab	0 (%0)b	5 (%13,89)a		
	Emekli	4 (%10)a	10 (%27,78)b	2 (%5,56)a		

n: Sayı; %: Sütun Yüzde; p anlamlılık (p<0,05); *: Ki-Kare testi; a,b: Satır oranları arası anlamlı farklılığı gösterir (z-test)

Anne baba birliktelik durumu ve aile yapısı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Her iki grupta da aile yapısının çoğunlukla çekirdek aile olduğu gözlemlenmiştir (Tablo 7).

Tablo 7: Grupların anne-baba birliktelik durumu ve aile yapısı

		SD n (%)	SOD n (%)	Kontrol n (%)	X ²	pp
Anne Baba Birliktelik Durumu	Evli	30 (%75)	32(%88,89)	29 (%80,56)	5,467**	,478
	Boşanma	7 (%17,5)	2 (%5,56)	5 (%13,89)		
	Ayrı yaşama	3 (%7,5)	1 (%2,78)	2 (%5,56)		
	Anne/Baba vefatı	0 (%0)	1 (%2,78)	0 (%0)		
Aile Yapısı	Çekirdek	31 (%77,5)	30 (%83,33)	29 (%80,56)	0,886**	,967
	Geniş aile	2 (%5)	2 (%5,56)	2 (%5,56)		
	Tek ebeveyn	7 (%17,5)	4 (%11,11)	5 (%13,89)		

n: Sayı; %: Dağılımsal Yüzdesi; *: Ki-Kare testi; ** Fisher Exact testi; p: anlamlılık (p<0,05)

Gruplar arasında ailelerin aylık gelir durumu karşılaştırıldığında üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 8).

Tablo 8: Grupların aile gelir durumu

		SD n (%)	SOD n (%)	Kontrol n (%)	X ²	p
Aile Geliri	15000 altı	19 (%47,5)	17 (%47,22)	16 (%44,44)	12,990**	0,072
	15000-30000	15 (%37,5)	11 (%30,56)	11 (%30,56)		
	30000-45000	4 (%10)	7 (%19,44)	1 (%2,78)		
	45000-60000	1 (%2,5)	1 (%2,78)	7 (%19,44)		
	60000 üstü	1 (%2,5)	0 (%0)	1 (%2,78)		

n: Sayı; %: Dağılımsal Yüzdesi; *: Ki-Kare testi; ** Fisher Exact testi; p: anlamlılık (p<0,05)

Gruplar arasında ebeveynlerin psikiyatrik hastalık öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. SD grubunda çocukların annelerinin %22,5'inde (n:9), SOD grubunda %19,44'ünde (n:7) psikiyatrik hastalık öyküsü saptanmışken kontrol grubunda annede psikiyatrik hastalık öyküsü saptanmamıştır ($X^2=8,987$; $p=0,011$). SD ve SOD gruplarında annede psikiyatrik hastalık bulunma oranları benzerken kontrol grubundakilere göre anlamlı olarak daha yüksektir. SD grubunda çocukların babalarının %25'inde (n:10), SOD grubunda %8,33'ünde (n:3), kontrol grubunda %5,56'sında (n:2) psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmaktadır ($X^2=6,536$; $p=0,034$). SD grubunda babada psikiyatrik hastalık bulunma oranı kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo 9).

Tablo 9: Grupların anne-babada psikiyatrik hastalık öyküsü

		SD n (%)	SOD n (%)	Kontrol n (%)	X ²	p
Anne Psikiyatrik Hastalık	Var	9 (%22,5)a	7 (%19,44)a	0 (%0)b	8,987*	,011
	Yok	31 (%77,5)a	29 (%80,56)a	36 (%100)b		
Baba Psikiyatrik Hastalık	Var	10 (%25)a	3 (%8,33)ab	2 (%5,56)b	6,536**	,034
	Yok	30 (%75)a	33 (%91,67)ab	34 (%94,4)b		

*n: Sayı; %: Sütun Yüzde; p: anlamlılık (p<0,05); *: Ki-Kare testi; ** Fisher Exact testi a,b: Satır oranları arası anlamlı farklılığı gösterir (z-test)*

Gruplar arasında ailede psikiyatrik hastalık bulunması incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı fark tespit edilmiştir. SD grubunda çocukların %57,5'inin (n:23), SOD grubunda %27,78'inin (n:10), kontrol grubunda %8,33'ünün (n:3) ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmaktadır ($X^2=21,463$; $p<0,001$). Her üç grup arasında anlamlı fark tespit edilmiş olup, en yüksek oran SD grubunda, en düşük oran ise kontrol grubunda saptanmıştır (Tablo 10).

Tablo 10: Grupların ailede psikiyatrik hastalık öyküsü

		SD n (%)	SOD n (%)	Kontrol n (%)	X ²	p
Ailede Psikiyatrik Hastalık	Var	23 (%57,5)a	10 (%27,78)b	3 (%8,33)c	21,463*	<0,001
	Yok	17 (%42,5)a	26 (%72,22)b	33 (%91,67)c		

*n: Sayı; %: Sütun Yüzde; p: anlamlılık (p<0,05); *: Ki-Kare testi; a,b,c: Satır oranları arası anlamlı farklılığı gösterir (z-test)*

Gruplar anne ve baba intihar girişimi öyküsü açısından karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 11).

Tablo 11: Grupların anne ve babada intihar girişim öyküsü

		SD n (%)	SOD n (%)	Kontrol n (%)	X ²	p
Anne İntihar Girişimi	Var	3 (%7,5)	3 (%8,33)	0 (%0)	3,198**	0,245
	Yok	37 (%92,5)	33 (%91,67)	36 (%100)		
Baba İntihar Girişimi	Var	4 (%10)	3 (%8,33)	0 (%0)	3,895**	0,19
	Yok	36 (%90)	33 (%91,67)	36 (%100)		

*n: Sayı; %: Dağılımsal Yüzdesi; *: Ki-Kare testi; ** Fisher Exact testi; p: anlamlılık (p<0,05)*

Gruplar okul başarısı açısından karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 12). SOD ve Kontrol gruplarında okul başarısı ortalama altında olanların yüzdesi benzerken, SD grubundakilerde ortalama altında olanların oranı anlamlı olarak daha yüksektir. Okul başarısı ortalama üzerinde olanların oranı SD ve Kontrol grubunda SOD grubuna göre daha yüksek iken, okul başarısı orta düzeyde olanların oranı SOD grubunda diğer iki gruptan daha yüksektir.

Tablo 12: Grupların okul başarısı

		SD n (%)	SOD n (%)	Kontrol n (%)	X^2	p .
Okul Başarısı	Ortalama Üzerinde	19 (47,5%)a	14 (38,9%)b	22 (61,1%)a	10,007*	0,040
	Orta Düzeyde	11 (27,5%)a	18 (50,0%)b	12 (33,3%)a		
	Ortalama Altında	10 (25,0%)a	4 (11,1%)b	2 (5,6%)b		
<i>n: Sayı; %: Sütun Yüzde; p: anlamlılık (p<0,05); *: Ki-Kare testi; a,b: Satır oranları arası anlamlı farklılığı gösterir (z-test)</i>						

Gruplar tıbbi ve nörolojik hastalık bulunma durumuna göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 13).

Tablo 13: Grupların tıbbi ve nörolojik hastalık durumu

		SD n (%)	SOD n (%)	Kontrol n (%)	X ²	p
Çocukta Tıbbi Hastalık Varlığı	Var	12 (%30)	7 (%19,44)	3 (%8,33)	5,636*	0,060
	Yok	28 (%70)	29 (%80,56)	33 (%91,67)		
Çocukta Nörolojik Hastalık Varlığı	Var	2 (%5)	1 (%2,78)	0 (%0)	1,669**	0,773
	Yok	38 (%95)	35 (%97,22)	36 (%100)		
n: Sayı; %: Dağılımsal Yüzdesi; *: Ki-Kare testi; ** Fisher Exact testi; p: anlamlılık (p<0,05)						

4.2. ÖRNEKLEMİN PSİKİYATRİK EŞ TANII AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Örneklem psikiyatrik eş tanıları açısından değerlendirilmiştir. SD grubunun %67,5’inde (n:27), SOD grubunun %47,2’sinde (n:17) depresif bozukluğa eşlik eden psikiyatrik tanı mevcuttur. Kontrol grubunda herhangi bir olguda psikiyatrik tanı saptanmamıştır (X^2 :37,595; $p<0,001$). Her üç grup birbiri ile anlamlı farklılık göstermiştir. SD grubunda psikiyatrik eş tanı varlığı hem SOD grubundan hem de kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek iken SOD grubundaki psikiyatrik eş tanı varlığı da kontrol grubundan yüksektir (Tablo 14).

Kontrol grubunda psikiyatrik tanı olmadığından eş tanıların ayrı ayrı karşılaştırılması SD ve SOD grubu arasında yapılmıştır. SD ve SOD grupları DEHB eş tanısı yönünden karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,005$). SD olanların %25’inde (n:10) DEHB eş tanısı varken, SOD grubunun %19,44’ünde (n:7) DEHB tanısı mevcuttur (X^2 =9,948; $p=0,007$).

Gruplar SAB (Sosyal Anksiyete Bozukluğu) eş tanısı yönünden karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,005$). SD olanlardaki SAB eş tanı oranı (%25) SOD grubundan (%5,56) daha fazladır (X^2 =9,948; $p=0,007$).

Gruplar arasında eşlik eden diğer tanıları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 14).

Tablo 14: Grupların eş tanı dağılımları

Eş Tanı	Var Yok	SD n (%)	SOD n (%)	Kontrol n (%)	X^2	p
		27 (%67,5)a	17 (%47,2)b	0 (%0)c		
		13 (%32,5)a	19 (%52,8)b	36 (%100)c	37,595*	0,001
Konuşma bozukluğu		1 (%2,5)	0 (%0)	0 (%0)	1,701**	1,000
Ayrılık anksiyetesi bozukluğu		3 (%7,5)	0 (%0)	0 (%0)	3,758**	0,106
Agorofobi		0 (%0)	2 (%5,56)	0 (%0)	2,852**	0,203
Davranım bozukluğu		0 (%0)	1 (%2,78)	0 (%0)	1,912**	0,643
Panik bozukluk		1 (%2,5)	4 (%11,11)	0 (%0)	4,580**	0,077
Özgül fobi		1 (%2,5)	2 (%5,56)	0 (%0)	1,885**	0,526
Disosiyatif bozukluk		2 (%5)	1 (%2,78)	0 (%0)	1,669**	0,773
Obsesif kompulsif bozukluk		1 (%2,5)	1 (%2,78)	0 (%0)	1,199**	1,000
Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu		10 (%25)	7 (%19,44)	0 (%0)	9,948*	0,007
Yaygın anksiyete bozukluğu		5 (%12,5)	3 (%8,33)	0 (%0)	4,848**	0,093
Sosyal anksiyete bozukluğu		10 (%25)	2 (%5,56)	0 (%0)	12,512**	<0,001
Anksiyete Bozukluğu (Toplam)		20 (%57,5)	13 (%56,5)	0 (%0)	1,740*	0,083
Travma sonrası stres bozukluğu		3 (%7,5)	0 (%0)	0 (%0)	3,758**	0,106

n: Sayı; %: Dağılımsal Yüzdesi; *: Ki-Kare testi; ** Fisher Exact testi; p: anlamlılık ($p<0,05$)
a,b,c: Satır oranları arası anlamlı farklılığı gösterir (z-test)

4.3. ÖRNEKLEMİN İLAÇ KULLANIMI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Örneklem değerlendirme esnasındaki ilaç kullanımı ve kullanılan ilaç türü açısından değerlendirilmiştir. Kontrol grubunda ilaç kullanan kişi bulunmamaktadır. SD ve SOD grubu arasında ilaç kullanımı ve ilaç türü açısından istatistik olarak anlamlı bir ilişki gözlenmiştir ($p=0,008$). Bu kapsamda; satır oranları arası anlamlı farklılık bulunan hücreler küçük harfler ile gösterilmiştir. SOD grubunda ilaç kullanmayan kişi sayısı SD grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Ayrıca “Antidepresan+Antipsikotik” kullanan kişi sayısı SD Grubunda SOD grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 15).

Tablo 15: Grupların ilaç kullanımı dağılımları

		SD		SOD		X^2	p .
		n	%	n	%		
İlaç	Yok	8 a	27,6%	21 b	72,4%	15,520	0,008
	SSGİ	19 a	63,3%	11 a	36,7%		
	SSGİ+ Antipsikotik	9 a	90,0%	1 b	10,0%		
	Metilfenidat	1 a	33,3%	2 a	66,7%		
	Atomoksetin	1 a	50,0%	1 a	50,0%		
	Metilfenidat +SSGİ	2 a	66,7%	1 a	33,3%		

*: Ki-Kare testi; p: anlamlılık ($p<0,05$); a,b: Satır oranları arası anlamlı farklılığı gösterir (z-test)

4.4. ÖRNEKLEMİN ÖLÇEK SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Gruplar BDÖ toplam puan ortalamalarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.001$). Gruplar ayrı ayrı kıyaslandığında BDÖ toplam puanları SD grubunda SOD ve SK grubuna göre, SOD grubunda ise SK grubuna göre daha yüksek olarak saptanmıştır ($p^{ab}<0.001$; $p^{ac}<0.001$; $p^{bc}<0.001$) (Tablo 16).

Gruplar BAÖ toplam puan ortalamalarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.001$). Grupların ikili karşılaştırmaları sonucunda BAÖ toplam puanları SD grubunda SOD ve SK grubuna göre, SOD grubunda SK grubuna göre daha yüksek olarak saptanmıştır ($p^{ab}=0.001$; $p^{ac}<0.001$; $p^{bc}<0.001$) (Tablo 16).

Tablo 16: Grupların BDÖ ve BAÖ puanları açısından karşılaştırılması

	SD(a) Ort.±S.S.	SOD(b) Ort.±S.S.	Kontrol (c) Ort.±S.S.	F	p
BDÖ	36,85±10,66	26,75±6,33	9,75±5,44	111,864*	<0.001 $p^{ab}<0.001$ $p^{ac}<0.001$ $p^{bc}<0.001$
BAÖ	34,6±12,98	26±9,5	9,58±5,22	61,826*	<0.001 $p^{ab}=0.001$ $p^{ac}<0.001$ $p^{bc}<0.001$

Ort.: Ortalama; S.S.: Standart Sapma; *F: Tek yönlü ANOVA testi; p anlamlılık ($p<0.05$); p^{ab} : a ve b grupları arasındaki anlamlılık; p^{ac} : a ve c grupları arasındaki anlamlılık; p^{bc} : b ve c grupları arasındaki anlamlılık

Gruplar İDÖ toplam puan ve tüm alt ölçek puan ortalamalarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.001$). Bu farka neden olan durum SD grubunun İDÖ toplam puan ve tüm alt ölçek puanlarının SOD ve SK grubuna göre daha yüksek olmasıdır ($p^{ab}<0.001$; $p^{ac}<0.001$) (Tablo 17).

Tablo 17: Grupların İDÖ toplam puan ve alt ölçek puanları açısından karşılaştırılması

	SD (a) Ort.±S.S.	SOD (b) Ort.±S.S.	SK (c) Ort.±S.S.	F	p
İDÖ Yaşam Ölüme Dair Tutumun Özellikleri	7,25±1,58	0,67±0,76	0±0	574,304*	<0,001 p ^{ab} <0,001 p ^{ac} <0,001
İDÖ İntihar Düşüncesi Arzusu Karakteristiği	6,78±2,86	0±0	0±0	201,666*	<0,001 p ^{ab} <0,001 p ^{ac} <0,001
İDÖ Tasarlanan Girişimin Özellikleri	3,3±2,76	0±0	0±0	51,490*	<0,001 p ^{ab} <0,001 p ^{ac} <0,001
İDÖ Tasarlanan Girişimin Gerçekleştirilmesi	1,88±1,91	0±0	0±0	56,259**	<0,001 p ^{ab} <0,001 p ^{ac} <0,001
İDÖ Arka Plan	1,13±1,36	0±0	0±0	56,259**	<0,001 p ^{ab} <0,001 p ^{ac} <0,001
İDÖ Toplam	19,2±8,13	0,67±0,76	0±0	192,147*	<0,001 p ^{ab} <0,001 p ^{ac} <0,001

Ort.: Ortalama; S.S.: Standart Sapma; *F: Tek yönlü ANOVA testi; p anlamlılık (p<0,05); p^{ab}: a ve b grupları arasındaki anlamlılık; p^{ac}: a ve c grupları arasındaki anlamlılık; p^{bc}: b ve c grupları arasındaki anlamlılık

Tüm gruplar OSA toplam puanı ve alt ölçek puanları açısından karşılaştırılmıştır (Tablo 17). Gruplar arasında OSA toplam puan ortalaması açısından anlamlı fark gösterilmiş olup (**p=0,004**), söz konusu farka neden olan durum SD olgularının OSA toplam puanının SK olgularına göre daha yüksek olması idi (**p^{ac}=0,003**).

OSA iletişim alt ölçeğinden elde edilen puanlar açısından yapılan karşılaştırmada gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir (**p=0,008**). SD ve SOD gruplarının OSA iletişim alt ölçek puanları benzer olmakla birlikte SK grubuna göre daha yüksek düzeyde idi (**p^{ac}=0,007**; **p^{bc}<0,001**) (Tablo 17).

OSA sosyal beceri, hayal gücü ve dikkat kaydırabilme alt ölçek puanlarının karşılaştırılmasında da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Bu farka neden olan durum, SD grubunun bu alt ölçek puanlarının SK grubundan daha yüksek olmasıdır (sırasıyla **p^{ac}=0,012**, **p^{ac}=0,016**, **p^{ac}=0,012**). Gruplar arasında OSA ayrıntıya dikkat etme alt ölçek puanları açısından ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 18).

Tablo 18: Grupların OSA puanları açısından karşılaştırılması

	SD (a) Ort.±S.S.	SOD (b) Ort.±S.S.	SK (c) Ort.±S.S.	F	p
OSA İletişim	3,7±1,95	3,31±1,89	2,44±1,34	4,990*	0,008 p^{ac}=0,007 p^{bc}<0,001
OSA Sosyal Beceri	4,35±2,32	3,53±1,92	3,08±2,2	3,399*	0,037 p^{ac}=0,012
OSA Hayal Gücü	3,75±2,19	3,5±1,72	2,58±1,38	4,276*	0,016 p^{ac}=0,016
OSA Ayrıntıya Dikkat Etme	5,5±2,01	5,47±2,16	5,86±2,22	0,380*	0,685
OSA Dikkat Kaydırabilme	5,43±1,39	5,06±1,57	4,53±1,63	3,281*	0,041 p^{ac}=0,012
OSA Toplam	22,73±5,77	20,86±5,17	18,5±5,16	5,828*	0,004 p^{ac}=0,003

Ort.: Ortalama; S.S.: Standart Sapma; *F: Tek yönlü ANOVA testi; p anlamlılık (p<0,05); p^{ab}: a ve b grupları arasındaki anlamlılık; p^{ac}: a ve c grupları arasındaki anlamlılık; p^{bc}: b ve c grupları arasındaki anlamlılık

Örneklem OSA kesme puanı (≥ 26) kullanılarak 2 gruba ayrıldıktan sonra da karşılaştırılmıştır. OSA puanında kesim değerine göre dağılım oranları tüm gruplarda benzer bulunmuştur (Tablo 19).

Tablo 19: Grupların OSA puanı kesme değerine göre karşılaştırılması

		SD n (%)	SOD n (%)	Kontrol n (%)	X ²	p
OSA puanı	26 altı	29 (%72,5)	29 (%80,56)	32 (%88,89)	3,225*	0,199
	26 ve üstü	11 (%27,5)	7 (%19,44)	4 (%11,11)		

n: Sayı; %: Dağılımsal Yüzdesi; *: Ki-Kare testi; p: anlamlılık (p<0,05)

Gruplar RTÖ toplam puan ortalamalarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (**p<0.001**). Gruplar ayrı ayrı kıyaslandığında RTÖ toplam puanları SD grubunda SOD ve SK grubuna göre, SOD grubunda SK grubuna göre daha yüksek olarak saptanmıştır (**p^{ab}=0,001; p^{ac}<0,001; p^{bc}<0,001**) (Tablo 18). RTÖ geniş getirircesine düşünme alt ölçek puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı derecede istatistiksel fark gözlenmiştir (**p<0.001**). Grupların ayrı karşılaştırılmasında RTÖ geniş getirircesine düşünme alt ölçek puanları SD grubunda SOD ve SK grubuna göre, SOD grubunda SK grubuna göre daha yüksek olarak saptanmıştır (**p^{ab}=0,015; p^{ac}<0,001; p^{bc}<0,002**). RTÖ derinlemesine düşünme alt ölçek puanları açısından da gruplar arasında anlamlı istatistiksel fark vardır. SD grubunun RTÖ derinlemesine düşünme alt ölçek puanı SK grubuna göre anlamlı olarak daha yüksektir (**p^{ac}=0,002**) (Tablo 20).

Tablo 20: Grupların RTÖ puanları açısından karşılaştırılması

	SD (a) Ort.±S.S.	SOD (b) Ort.±S.S.	SK (c) Ort.±S.S.	F	p
RTÖ Geviş Getirircesine Düşünme	15,9±2,92	13,75±3,52	11,09±3,36	20,042*	<0,001 pab=0,015 pac<0,001 pbc=0,002
RTÖ Derinlemesine Düşünme	12,05±4,21	11,06±3,46	9,03±3,33	6,454*	0,002 pac=0,002
RTÖ Toplam	67,74±12,97	57,75±11,05	44,74±10,75	35,851*	<0,001 pab=0,001 pac<0,001 pbc<0,001

Ort.: Ortalama; S.S.: Standart Sapma; *F: Tek yönlü ANOVA testi; p anlamlılık ($p<0,05$); p^{ab} : a ve b grupları arasındaki anlamlılık; p^{ac} : a ve c grupları arasındaki anlamlılık; p^{bc} : b ve c grupları arasındaki anlamlılık

Tüm gruplar CABS puanı açısından karşılaştırılmıştır (Tablo 19). Gruplar arasında CABS puan ortalaması açısından anlamlı fark gösterilmiş olup ($p<0,001$), söz konusu farka neden olan durum SD olgularının SOD ve SK olgularına göre daha yüksek puana sahip olması idi ($p^{ab}=0,015$; $p^{ac}<0,001$) (Tablo 21).

Tablo 21: Grupların CABS puanları açısından karşılaştırılması

	SD (a) Ort.±S.S.	SOD (b) Ort.±S.S.	SK (c) Ort.±S.S.	F	p
CABS	22,45±7,79	18,53±6,90	14,89±6,56	10,691*	<0,001 pab=0,015 pac<0,001

Ort.: Ortalama; S.S.: Standart Sapma; *F: Tek yönlü ANOVA testi; p anlamlılık ($p<0,05$); p^{ab} : a ve b grupları arasındaki anlamlılık; p^{ac} : a ve c grupları arasındaki anlamlılık

4.5. OTİZM SPEKTRUM ÖLÇEĞİ KESME DEĞERİNE GÖRE VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

SD ve SOD grubunu içeren depresyon tanılı ergenleri içeren örnekleme (n=76) OSA ölçeği kesim değeri (≥ 26) pozitifliği ile kategorik değişkenlerin ilişkisi ve dağılımı Tablo 22 ve Tablo 23'te verilmiştir. İki grup arasında cinsiyet, anne-baba eğitim düzeyleri, anne-baba çalışma durumu, anne-baba psikiyatrik hastalık varlığı, ailede psikiyatrik hastalık varlığı, anne-baba intihar girişimi varlığı dağılımında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 22). Gruplar okul başarısı, çocukta psikiyatrik hastalık durumu, çocukta nörolojik hastalık durumu açısından incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 23).

Tablo 22: OSA puanı kesme değerine göre sosyodemografik verilerin dağılımı

		OSA Puanı					
		26 altı		26 ve üstü		X2	p
		n	%	n	%		
Cinsiyet	Kız	42	77,80%	12	22,20%	0,221*	0,639
	Erkek	16	72,70%	6	27,30%		
Anne öğrenim durumu	İlkokul	17	70,80%	7	29,20%	4,815*	0,186
	Ortaokul	7	63,60%	4	36,40%		
	Lise	22	91,70%	2	8,30%		
	Üniversite	12	70,60%	5	29,40%		
Annenin çalışma durumu	Çalışıyor	20	71,40%	8	28,60%	0,586*	0,444
	Çalışmıyor	38	79,20%	10	20,80%		
Annede psikiyatrik hastalık	Var	14	87,50%	2	12,50%	1,403*	0,236
	Yok	44	73,30%	16	26,70%		
Annede intihar girişimi	Var	4	66,70%	2	33,30%	0,336*	0,562
	Yok	54	77,10%	16	22,90%		
Baba öğrenim durumu	İlkokul	13	92,90%	1	7,10%	3,501**	0,321
	Ortaokul	14	73,70%	5	26,30%		
	Lise	16	66,70%	8	33,30%		
	Üniversite	15	78,90%	4	21,10%		
Babanın çalışma durumu	Çalışıyor	46	78,00%	13	22,00%	3,195**	0,202
	Çalışmıyor	1	33,30%	2	66,70%		
	Emekli	11	78,60%	3	21,40%		
Babada psikiyatrik hastalık	Var	10	76,90%	3	23,10%	0,003*	0,955
	Yok	48	76,20%	15	23,80%		
Babada intihar girişimi	Var	7	100,00%	0	0,00%	2,393*	0,122
	Yok	51	73,90%	18	26,10%		
Anne baba birliktelik durumu	Evli	49	79,00%	13	21,00%	2,56**	0,465
	Boşanma	6	66,70%	3	33,30%		
	Ayrı yaşama	2	50,00%	2	50,00%		
	Anne ya da baba vefat	1	100,00%	0	0,00%		
Ailede ruhsal hastalık	Var	24	72,70%	9	27,30%	0,416*	0,519
	Yok	34	79,10%	9	20,90%		

n: Sayı; %: Dağılımsal Yüzdesi; *: Ki-Kare testi; ** Fisher Exact testi; p: anlamlılık (p<0,05)

Tablo 23: OSA puanı kesme değerine göre çocuğa ait bireysel özelliklerin karşılaştırılması

		OSA puanı				X2	p
		26 altı		26 ve üstü			
		n	%	n	%		
Okul başarısı	Ortalama Üzerinde	24	72,70%	9	27,30%	2,599*	0,273
	Orta Düzeyde	21	72,40%	8	27,60%		
	Ortalama Altında	13	92,90%	1	7,10%		
Çocukta nörolojik hastalık	Var	2	66,70%	1	33,30%	0,161**	0,688
	Yok	56	76,70%	17	23,30%		

n: Sayı; %: Dağılımsal Yüzdesi; *: Ki-Kare testi; ** Fisher Exact testi; p: anlamlılık (p<0,05)

OSA ölçeği kesim değerine (≥ 26) göre ayrılan gruplar BDÖ 9. maddeye verilen yanıtı göre suicidalite varlığı açısından da karşılaştırılmıştır. BDÖ 9. maddeye “Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok” yanıtını verenleri “BDÖ’ye göre

suisidalite yok'' olarak tanımlanmıştır. Aynı maddeye ''Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur, fakat yapmıyorum'', '' Kendimi öldürmek isterdim'', ''Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm'' yanıtlarından birini verenler ise ''BDÖ'ye göre suisidalite var'' olarak gruplandırılmıştır. OSA ölçeği kesim değerinin altında ve üstünde olan gruplarda BDÖ'ye göre suisidalite varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 24).

Tablo 24: OSA puanı kesme değerine göre BDÖ'ye göre suisidalite varlığı karşılaştırılması

		OSA puanı				X2	p
		26 altı		26 ve üstü			
		n	%	n	%		
BDÖ-9. madde	BDÖ- Suisidalite Yok	28	80,0%	7	20,0%	0,427*	0,485
	BDÖ- Suisidalite Var	30	73,2%	11	26,8%		

n: Sayı; %: Dağılımsal Yüzdesi; *: Ki-Kare testi; p: anlamlılık ($p < 0,05$)

OSA ölçeği (26 kesim değeri) pozitifliğine göre diğer ölçek puanlarının karşılaştırma sonuçları tablo 25'te verilmiştir.

Katılımcıların ''BDÖ puanında'', ''OSA ölçeği pozitifliğine göre'' istatistik olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($p > 0,05$). Benzer şekilde; katılımcıların ''diğer tüm ölçek skorlarında'', ''OSA ölçeği pozitifliğine göre'' istatistik olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($p > 0,05$).

Tablo 25: OSA puanı kesme değerine göre diğer ölçek puanlarının karşılaştırma sonuçları

	OSA puanı		t	p
	26 altı	26 ve üstü		
	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.		
BDÖ	31,53±10,02	33,78±10,76	-0,815	0,418
BAÖ	31,03±12,05	28,89±12,8	0,65	0,518
CABS	20,5±7,75	20,89±7,25	-0,189	0,851
RTÖ Toplam	62,21±13,92	59,56±11,42	0,734	0,465
RTÖ Derinlemesine Düşünme	11,88±3,88	10,61±3,84	1,214	0,228
RTÖ Geviş Getirir Gibi Düşünme	14,88±3,82	14±3,6	0,865	0,39
İDÖ	9,76±10,66	15,06±14,45	-1,687	0,096

Ort.: Ortalama; S.S.: Standart Sapma; *Bağımsız (Independent) örneklem t-testi, p: anlamlılık ($p < 0,05$)

4.6. KORELASYON ANALİZLERİ

4.6.1. Çalışmaya Alınan Tüm Olgularda OSA ve BDÖ, BAÖ, RTÖ, CABS Puanlarına İlişkin Korelasyon Analizi

Çalışmaya alınan tüm olgularda

OSA toplam puanı ile,

BDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır ($r=0.266$; $p=0.005$).

BAÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır ($r=0.231$; $p=0.014$).

Hastaların OA İletişim puanı ile,

BDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır ($r=0.273$; $p=0.004$).

BAÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır ($r=0.282$; $p=0.003$).

CABS toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı orta ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır ($r=0.3$; $p=0.001$).

Hastaların OA Hayal Gücü puanı ile,

BDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır ($r=0.289$; $p=0.002$).

OSA Toplam puanı ve tüm alt ölçek puanları ile RTÖ Toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Tablo 26: OSA ve BDÖ, BAÖ, RTÖ, CABS puanlarına ilişkin Korelasyon Analizi

	BDÖ	BAÖ	RTÖ Toplam	CABS
OSA İletişim	0,273**	0,282**	0,180	0,300**
OSA Sosyal Beceri	0,170	0,180	0,045	0,059
OSA Hayal Gücü	0,289**	0,204*	0,172	0,108
OSA Ayrıntıya Dikkat Etme	-0,061	-0,114	-0,142	-0,150
OSA Dikkat Kaydırabilme	0,138	0,161	0,079	0,058
OSA Toplam	0,266**	0,231*	0,100	0,116

r =Spearman korelasyon analizi ** $p<0,01$ * $p<0,05$

4.6.2. Çalışmaya Alınan Tüm Olgularda OSA ve İDÖ Puanlarına İlişkin Korelasyon Analizi

OSA Toplam puanı ile,

İDÖ toplam ve tüm alt ölçek puanları arasında orta düzeyde ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır.

OSA iletişim puanı ile,

İDÖ toplam ve tüm alt ölçek puanları arasında orta düzeyde ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır.

OSA Sosyal Beceri puanı ile,

İDÖ Yaşam Ölümüne Dair Tutumun Özellikleri puanları, İDÖ İntihar Düşüncesi Arzusu Karakteristiği puanları, İDÖ Tasarlanan Girişimin Özellikleri puanları, İDÖ Arka Plan puanları ve İDÖ Toplam puanları arasında zayıf düzeyde ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır.

OSA Hayal Gücü puanı ile,

İDÖ Yaşam Ölümüne Dair Tutumun Özellikleri puanı, İDÖ İntihar Düşüncesi Arzusu Karakteristiği puanı, İDÖ Tasarlanan Girişimin Özellikleri puanı, İDÖ Arka Plan puanı ve İDÖ Toplam puanları arasında zayıf düzeyde ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır.

OSA dikkati kaydırabilme puanı ile,

İDÖ toplam ve tüm alt ölçek puanları arasında zayıf düzeyde ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır.

Tablo 27: OSA ve İDÖ puanlarına ilişkin Korelasyon Analizi

	İDÖ Yaşam Ölümüne Dair Tutumun Özellikleri	İDÖ İntihar Düşüncesi Arzusu Karakteristiği	İDÖ Tasarlanan Girişimin Özellikleri	İDÖ Tasarlanan Girişimin Gerçekleştirilmesi	İDÖ Arka Plan	İDÖ Toplam
OSA Toplam	0.332**	0.295**	0.331**	0.31**	0.321**	0.332**
OSA İletişim	0.284**	0.28**	0.297**	0.332**	0.287**	0.308**
OSA Sosyal Beceri	0.23*	0.198*	0.248**	0.130	0.343**	0.222*
OSA Hayal Gücü	0.222*	0.199*	0.157	0.203*	0.173	0.21*
OSA Ayrıntıya Dikkat Etme	-0.004	-0.018	-0.004	0.031	-0.107	-0.004
OSA Dikkati kaydırabilme	0.245**	0.245**	0.313**	0.274**	0.274**	0.278**

r=Spearman korrelasyon analizi **p<0,01 * p<0,05

4.6.3. Çalışmaya Alınan Tüm Olgularda İDÖ ve BDÖ, BAÖ, RTÖ, CABS Puanlarına İlişkin Korelasyon Analizi

İDÖ Yaşam Ölüme Dair Tutumun Özellikleri puanı ile,

BDÖ puanı arasında yüksek düzeyde ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır.

BAÖ puanı arasında yüksek düzeyde ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır.

RTÖ Geviş Getirircesine Düşünme alt ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır.

RTÖ Derinlemesine Düşünme alt ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır.

RTÖ Derinlemesine Düşünme alt ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır.

RTÖ Toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır.

CABS puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır.

İDÖ İntihar Düşüncesi Arzusu Karakteristiği puanı ile,

BDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı yüksek düzeyde ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır.

BAÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı yüksek düzeyde ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır.

RTÖ Geviş Getirircesine Düşünme alt ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı orta şiddette ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır.

RTÖ Derinlemesine Düşünme alt ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır.

RTÖ Toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı orta şiddette ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır.

CABS puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı orta ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır.

İDO Tasarlanan Girişimin Özellikleri puanı ile,

BDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır.

BAÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır.

RTÖ Geviş Getirircesine Düşünme alt ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı orta şiddette ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır.

RTÖ Toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı orta şiddette ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır.

CABS puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı orta ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır.

İDÖ Tasarlanan Girişimin Gerçekleştirilmesi puanı ile,

BDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır.

BAÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır.

RTÖ Geviş Getirircesine Düşünme alt ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf şiddette ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır.

RTÖ Derinlemesine Düşünme alt ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır.

RTÖ Toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı orta şiddette ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır.

CABS puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı orta ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır.

İDÖ Arka Plan puanı ile,

BDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf düzeyde ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır.

BAÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır.

RTÖ Geviş Getirircesine Düşünme alt ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf şiddette ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır.

RTÖ Derinlemesine Düşünme alt ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır.

RTÖ Toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı orta şiddette ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır.

CABS puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır.

IDÖ Toplam puanı ile,

BDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı yüksek düzeyde ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır.

BAÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı yüksek düzeyde ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır.

RTÖ Geviş Getirircesine Düşünme alt ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı orta şiddette ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır.

RTÖ Derinlemesine Düşünme alt ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır.

RTÖ Toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı orta şiddette ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır.

Tablo 28: IDÖ ve BDÖ, BAÖ, RTÖ, CABS puanlarına ilişkin korelasyon Analizi

	BDÖ	BAÖ	RTÖ Geviş Getirircesine Düşünme	RTÖ Derinlemesine Düşünme	RTÖ Toplam	CABS
Yaşam Ölümüne Dair Tutumun Özellikleri	0.67**	0.605**	0.417**	0.24*	0.532**	0.359**
İntihar Düşüncesi Arzusu Karakteristiği	0.55**	0.507**	0.389**	0.202*	0.492**	0.388**
Tasarlanan Girişimin Özellikleri	0.36**	0.331**	0.306**	0.184	0.492**	0.377**
Tasarlanan Girişimin Gerçekleştirilmesi	0.387**	0.473**	0.277**	0.224*	0.409**	0.393**
Arka Plan	0.279**	0.405**	0.252**	0.24*	0.454**	0.282**
Toplam	0.558**	0.526**	0.389**	0.226*	0.384**	0.399**

*r=Spearman korelasyon analizi **p<0,01 * p<0,05*

4.6.4. Çalışmaya Alınan Tüm Olgularda BDÖ, BAÖ, RTÖ, CABS Puanlarına İlişkin Korelasyon Analizi

BDÖ puanı ile,

BAÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı yüksek düzeyde ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır ($r=0.752$; $p<0,001$).

RTÖ Geviş Getirircesine Düşünme puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı orta şiddette ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır ($r=0.531$; $p<0,001$).

RTÖ Derinlemesine Düşünme puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı orta şiddette ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır ($r=0.387$; $p<0,001$).

RTÖ Toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı yüksek düzeyde ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır ($r=0.673$; $p<0,001$).

CABS puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır ($r=0.352$; $p<0,001$).

BAÖ puanı ile,

RTÖ Toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı yüksek düzeyde ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır ($r=0.638$; $p<0,001$).

RTÖ Derinlemesine Düşünme puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı orta şiddette ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır ($r=0.341$; $p<0,001$).

RTÖ Geviş Getirircesine Düşünme puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı orta şiddette ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır ($r=0.532$; $p<0,001$).

CABS puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı orta ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır ($r=0.381$; $p<0,001$).

CABS puanı ile,

RTÖ Geviş Getirircesine Düşünme puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı orta şiddette ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır ($r=0.41$; $p<0,001$).

RTÖ Toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı orta şiddette ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır ($r=0.41$; $p<0,001$).

Tablo 29: BDÖ, BAÖ, RTÖ, CABS puanlarına ilişkin Korelasyon Analizi

	RTÖ Toplam	RTÖ Derinlemesine Düşünme	RTÖ Geniş Getirircesine Düşünme	CABS	BAÖ
BDÖ	0.673**	0.387**	0.532**	0.352**	0.752**
BAÖ	0.638**	0.341**	0.5**	0.381**	
CABS	0.422**	0.178	0.41**		
RTÖ Geniş Getirircesine Düşünme	0.8**	0.519**			
RTÖ Derinlemesine Düşünme	0.743**				

*r=Spearman korelasyon analizi **p<0,01 * p<0,05*



5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, 12-18 yaş aralığında yer alan intihar düşünce/girişim/planı olan ve olmayan depresyon tanısı olan ergenlerde otistik özellikler, akran zorbalığına uğramış olmak ve ruminatif düşüncelerle otistik özellikler arasındaki ilişkiyi incelenmiştir.

5.1. KLİNİK VE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE İLİŞKİN VERİLER

Çalışmamıza SD grubunda 40, SOD grubunda 36 ve Kontrol grubunda 36 olmak üzere toplam 112 ergen dahil edilmiştir. SD grubundaki ergenlerin %77,5'i kız cinsiyette idi. Bulgumuz literatürde yer alan çalışmalar ile uyumludur. Ergenlerde ve genç erişkinlerde intihar davranışında cinsiyet farklılıklarının incelendiği boylamsal çalışmaların meta analizi; kadınların erkeklerden neredeyse iki kat daha fazla intihar girişimi riskine sahip olduğunu, erkeklerin ise intihardan ölme riskinin kadınlardan neredeyse üç kat daha fazla olduğunu göstermiştir (127).

Gruplar arasında anne baba eğitim durumu ve ailelerin aylık gelir durumu karşılaştırıldığında gruplar arasında farklılık saptanmamıştır. Ancak SD grubunun %95'inin, Kontrol grubunun ise % 77,78'inin gelir düzeyi TÜİK verilerine göre yoksulluk sınırının altında bulunmuştur (128). Yapılan araştırmalarda düşük sosyoekonomik düzey intihar girişimleri için risk faktörü kabul edilmektedir (1).

Örnekleminizde anne baba birliktelik durumu açısından tüm gruplar benzer bulunmuştur. SD grubunun %25'inin, SOD grubunun %8,34'ünün kontrol grubunun ise %19,45'inin ebeveynleri boşanmış ya da ayrı yaşamaktadır. Alanyazın incelendiğinde çoğu araştırma da bizim bulgumuzun aksine parçalanmış ailede yaşamanın ergenlerde daha fazla intihar düşünce ve girişimleri ile ilişkili olduğu gösterilmektedir (129). Çalışmamızın kesitsel nitelikte olması ve örneklem sayısının az olması böyle bir sonuca yol açmış olabilir.

Gruplar arasında ebeveynlerin psikiyatrik hastalık öyküsü açısından fark saptanmıştır. SD ve SOD gruplarında annede psikiyatrik hastalık bulunma oranları benzerken her iki grupta kontrol grubundakilere göre daha yüksektir. Babada

psikiyatrik hastalık bulunma oranı ise SD grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek olarak bulunmuştur. Bunun yanısıra SD grubunun %57,5'inde, SOD grubunun %27,78'inde ve Kontrol grubunun %8,33'ünde ailede psikiyatrik hastalık öyküsü saptanmıştır. SD grubunda hem SOD hem de Kontrol grubuna göre ailede psikiyatrik hastalık öyküsü daha fazladır. Bulgumuz ailede psikiyatrik hastalık bulunmasının intihar için önemli risk etmenlerinden olduğunu gösteren çalışmalar ile uyumludur. Çalışmalarda risk etmenleri incelendiğinde etmenlerin hem kalıtsal hem de kalıtsal olmayan faktörler ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (101). Ailedeki psikiyatrik hastalığın getirdiği psikososyal zorluklar bu riske katkıda bulunuyor gibi gözükmemektedir. Psikiyatrik hastalık öyküsü olan ailelerin birinci basamak sağlık hizmeti aracılığı ile takip edilmesi, sosyal desteklerinin güçlendirilmesi intiharı önleme amaçlı müdahaleler planlama hedeflerinden birisi olabilir.

Gruplar arasında anne ve babada intihar girişimi öyküsü karşılaştırıldığında Kontrol grubunda yer alan ergenlerin ebeveynlerinde intihar öyküsü bulunmamasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bulgumuz birinci derece akrabalarda intihar öyküsünün önemli risk etmenlerinden olduğu düşünüldüğü alanyazın ile uyumlu gözükmemektedir (101),(129). Bu uyumsuzluk örneklem sayısının az olması ve görüşme sırasında soruların tek ebeveyne yöneltilmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda gruplar arasında okul başarısı açısından istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır. SD grubunda SOD ve Kontrol grubuna göre daha yüksek oranda ortalamanın altında okul başarısı gösteren kişi bulunmaktadır. Bulgumuz alanyazın ile uyumlu gözükmemektedir. Akademik olarak kendilerini başarısız olarak algılayan öğrencilerde intihar düşünceleri, planları ve girişimleri ya da kasıtlı olarak kendine zarar verme davranışları daha fazla görülmektedir (130). 9-18 yaş grubunda toplum temelli bir örneklem çalışmasında intihar girişiminde bulunanlar, girişimde bulunmayanlara göre önemli ölçüde daha düşük okul başarısı sahip olduğu gösterilmiştir. Çalışmada intihar girişimi ve düşük okul başarısı arasındaki ilişki depresyonun etkileriyle açıklanmıştır (131).

Örneklemimizde SD grubunda yüzde %30, SOD grubunda %19,4, Kontrol grubunda ise %8,33 oranında fiziksel hastalık eşlik ettiği gösterilmiş ancak gruplar

arasında fark bulunmamıştır. Alanyazına göre kronik hastalıklar, ölümcül hastalığın bulunması ve süregelen ağrı intihar riskini yükseltmektedir (6). Bu farklılık örneklem büyüklüğünden kaynaklanabileceği gibi, örneklemin polikliniğe başvuran hastalardan seçilmiş olması, serviste kronik hastalıklar sebebiyle yatan hastaların çalışmaya dahil edilmemesi ile ilişkili de olabilir.

5.2. ÖRNEKLEMİN PSİKİYATRİK EŞ TANI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmamızda, şimdiki ve yaşam boyu psikiyatrik eş hastalıklar açısından yaptığımız değerlendirme ile eş tanılar ortaya konulmuştur. SD grubuna %67,5 , SOD grubuna %47,2 depresyona eşlik eden psikiyatrik tanı vardır. Bulgularımız literatür ile uyumlu gözükmektedir. Gençlerdeki intihar davranışı için risk faktörleri olarak psikiyatrik hastalıkların incelendiği bir meta-analiz çalışmasına göre psikiyatrik eş tanı varlığı intihar eğilimi için birincil risk faktörünü oluşturmaktadır (132).

SD grubuna en sık SAB (%25) ve DEHB (%25) tanıları eşlik etmektedir. Diğer eşlik eden tanılar sırası ile YAB (%12,5), TSSB (%7,5), AAB (%7,5), Disosiyatif bozukluk (%5), Özgül fobi (%2,5), Panik bozukluk (%2,5), OKB'dir (%2,5). Gruplar arasında eş tanıların karşılaştırılması ile SAB ve DEHB tanısı gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Bulgularımız literatür ile uyumlu gözükmektedir. Ergenler ile yapılmış çalışma sayısı az olmakla birlikte duygudurum bozuklukları, kaygı bozuklukları, dürtü kontrol bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları gençlerde en sık intihar riski ile ilişkilendirilen hastalıklar olarak gözükmektedir (132). Çalışmalar karşılaştırıldığında eş tanı oranlarının değişkenlik gösterdiği görülmektedir. Bazı çalışmalarda eş tanıların tespiti yapılandırılmış görüşmeler ile sağlanırken bazı çalışmalarda hastane verilerinin kullanıldığı görülmektedir. Ayrıca eş tanıların gruplandırılarak ya da ayrı ayrı istatistiksel değerlendirilmesi, aynı hastada birden fazla eş tanı varlığında yapılan değerlendirmelerin standardize olmaması bu farklılıkları açıklayabilir. Ayrıca çalışmamızda alanyazın ile uyumlu olmayan şekilde eş tanı olarak madde kullanım bozukluğu saptanmamıştır. Bu durum madde kullanım bozuklukları olan hastaların büyük bir kısmının izleminin AMATEM kliniğinde yapılması, kliniğimize bu tanı ile başvuran hastaların sayısının daha düşük olması, yapılandırılmış görüşme esnasında

gençlerin adli ve sosyal kaygılar nedeniyle madde kullanımı ile ilgili eksik bilgi vermesi ile açıklanabilir.

5.3. ÖRNEKLEMİN ÖLÇEK SONUÇLARI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

İntihar için en önemli risk etmeni psikiyatrik hastalıklardır (101). Major depresyon ve bipolar bozukluk ergenlerde intihar ile en yakın ilişkili psikiyatrik bozukluklardır (105). Çalışmamızda depresyonu değerlendirmek amacıyla BDÖ kullanılmıştır. SD grubunda BDÖ puanı hem SOD hem de SK grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Bulgularımız alanyazın ile uyumludur. 17-19 yaş arasındaki 1253 öğrenci ile yapılan çalışmada depresif semptomların yüksek olmasının persistan intihar düşünceleri ile ilişkili olduğu saptanmıştır (133). Veras ve arkadaşlarının çalışmasında ise depresif semptomlar ile intihar riski önemli derecede ilişkili olarak bulunmuştur (134). Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada ise depresyonun intihar girişimi ile ilişkili önemli etkenlerden biri olduğu gösterilmiştir (135).

Çalışmamızda anksiyete semptomlarını değerlendirmek amacıyla BAÖ kullanılmıştır. BAÖ puanları gruplar arasında karşılaştırıldığında SD grubundaki BAÖ puanları hem SOD hem de SK grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Alanyazında depresyona anksiyete bozuklukları eş tanısından bağımsız olarak anksiyete semptomlarının eşlik etmesinin intihar davranışı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bulgumuz alanyazını desteklemektedir (136-138).

Ruminasyon, derin ve tekrarlayıcı düşünceler anlamına gelmektedir. Kişi içinde bulunduğu olumsuz duygularının nedenlerini ve sonuçlarını tekrarlayıcı bir şekilde sürekli düşünmekte ve olumsuz bir durum ile karşılaşınca bunlar "neden benim başıma geliyor?", "Neden böyle hissediyorum?" gibi zihninde tekrar eden düşünceler oluşturmaktadır. Ruminasyon stresle baş etmeyi zorlaştırmakta ve depresyon başta olmak üzere bir çok psikolojik soruna zemin hazırlamaktadır (139). Ruminatif düşünce ergenlik döneminde artış göstermekte ve bu düşüncenin içselleştirme, dışsallaştırma sorunları ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (140). Araştırma sonuçları, ruminasyonun olumsuz duygudurum ve semptomları uzattığını ve yoğunlaştırdığını göstermiştir (141). Çalışmamızda ruminasyonu değerlendirmek amacıyla RTÖ kullanılmıştır. Hem RTÖ toplam puanı hem de geniş getirerek düşünme alt ölçek puanı

SD grubunda SOD ve SK grubuna göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Bulgularımız ile uyumlu olarak son yıllardaki çalışmalar ruminasyonun intihar düşüncesi ve davranışıyla ilişkili olduğunu göstermektedir (103). Ruminasyonun intihar düşüncesi ve intihar girişimi ile ilişkisinin değerlendirildiği bir meta analiz çalışmasında ruminasyonun, geviş getirircesine düşünme ve derinlemesine düşünme ile birlikte ve ayrı ayrı intihar düşüncesiyle ilişkili olduğunu, genel olarak ruminasyonun ve geviş getirircesine düşünmenin intihar girişimiyle ilişkili olduğunu göstermiştir (142). Ergen yaş grubunda intihar düşüncesi üzerinde bilişsel risk ve koruyucu faktörlerin değerlendirildiği boylamsal bir çalışmada ise olumsuz duygulara tepki olarak verilen ruminasyonun intihar düşüncesini öngördüğü tespit edilmiştir (143).

Zorbalık, vurma, itme, dalga geçme gibi fiziksel veya sözlü zorbalığı içeren doğrudan zorbalık ya da dışlama, tehdit etme gibi sosyal ve siber zorbalığı içeren dolaylı zorbalık olarak iki farklı sınıflandırmada ele alınmaktadır (144). Bir davranışın zorbalık olarak kabul edilebilmesi için zorbanın zarar verme niyetiyle davranışı sürekli olarak tekrarlaması ve mağdur ile zorba arasında bir güç dengesizliğinin olması gerekmektedir (145). Okullarda yapılan zorbalığın sayısı her geçen gün artmaktadır ve bu sebeple okullarda önemli bir sorun haline dönüşmektedir. DSÖ tarafından 11-15 yaşları arasında 134000 çocuk ile yürütülen uluslararası bir çalışmaya göre çocukların üçte birinin zorbalık yaptığı veya zorbalığa maruz kaldığı gösterilmiştir (146). Çalışmamızda akran zorbalığını değerlendirmek amacıyla CABS uygulanmış ve tüm gruplar CABS puanı açısından karşılaştırılmıştır. SD olgularının SOD ve SK olgularına göre daha yüksek puana sahip olduğu gösterilmiştir. Bulgularımız alanyazınla uyumludur. Gençlerin okul yaşamında karşılaşılabileceği önemli stresörlerden olan akran zorbalığının önemli intihar risk faktörlerinden olduğu düşünülmektedir. Zorbalığa maruz kalma ile ergenlerde depresyon ve intihar gelişimi arasında ilişki kuran çalışmalara göre zorbalık depresyon aracılığı ile intihar davranışını arttırıyor gibi gözükmektedir (113). 12 ila 15 yaşları arasındaki 48 ülkeden 134.229 ergen zorbalık mağduriyeti ve intihar girişimleri açısından değerlendirilmiştir. Çalışmaya göre son 30 gün içinde en az 1 gün zorbalığa uğramış olmak, intihar girişimi için 3 kattan daha yüksek oranla ilişkili bulunurken, zorbalığa

maruz kalarak geçen daha fazla sayıda gün, intihar girişimi için artan oranlarla ilişkili olarak bulunmuştur (147).

Tüm gruplarda otistik özellikleri tespit etmek amacıyla OSA anketi kullanılmıştır. OSA toplam puanı ve alt ölçekler puanları karşılaştırılmıştır. Gruplar arasında OSA toplam puan ortalaması SD grubunda SK olgularına göre daha yüksek bulunmuştur. SD grubu ile SOD grubu ve SOD grubu ve Kontrol grubu arasında fark gösterilememiştir. Bulgularımız alanyazında OSB tanısı olmayan ancak artmış otistik özelliklere sahip kişilerde daha yüksek intihar riski olduğuna dair çalışma sonuçları ile uyumludur (3).

İsveç'te 1987-2009 yılları arasında doğan kişilerin verileri incelenerek yapılan çalışmada, OSB olan bireylerin intihar girişimi ve intihar riskinin genel popülasyondan daha yüksek olduğu gösterilmiştir (148). İntihar girişiminde bulunan otistik erişkinlerin intihar girişiminde bulunmamış otistik erişkinlerle karşılaştırıldığı bir çalışmada da daha yüksek OSA dikkat değiştirme ve OSA iletişim puanları bulunmuştur. İletişim bozukluklarının yardım isteme güçlüğüne artırabileceğini ve dikkat değiştirmedeki eksikliklerin, değişikliklerle başa çıkmada ruminasyonu artırabileceğini veya ek zorluklar ortaya çıkarabileceğini öne sürmüşlerdir (149).

Takara ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptığı çalışmada 206'sı MDB, 120'si Bipolar Bozukluk olmak üzere 336 yetişkin çalışmaya alınarak intihar girişimleri değerlendirilmiştir. Çalışmada değerlendirme esnasında 37 (%11) kişiye ile DSM-IV ölçütlerine göre Yaygın Gelişimsel Bozukluk-YGB (25 kişi YGB-Başka Türü Adlandırılmayan (BTA) , 9 kişi Asperger Sendromu-AS, 23 kişi tipik otizm) tanısı konulmuştur. İntihar girişimi olan grupta intihar girişimi olmayan gruba göre daha yüksek oranda YGB-BTA tanı oranı gösterilmiştir. Ek olarak depresif dönem sırasındaki ajitasyon, geçmiş intihar davranışları ve eşlik eden YGB-BTA intihar girişimleri ile ilişkili olarak bulunmuştur. Çalışmada otizm spektrumunun daha hafif semptomlar ile seyreden kişilerin intihar girişimi ile ilişkilendirilmesinin üzerine çalışmalar AS gibi spektrumun bir ucundaki hasta popülasyonları ve geniş otizm fenotipi olarak adlandırılan topluma yayılan otistik özelliklere sahip kişilere odaklanmaya başlamışlardır (4).

AS tanısı almış 374 erişkin (256 erkek, 118 kadın) üzerinde yapılan bir klinik kohort çalışmasından elde edilen verilere göre AS'li erişkinlerin %66'sının yaşam boyu en az bir kez intihar düşüncelerinin olduğunu , bu oranın genel popülasyon (%17) ve psikoza hastalardan (%59) daha yüksek olduğu gösterilmiştir (2).

Genç erişkin bir popülasyonda geniş otizm fenotipini ve intihar ile ilişkisini değerlendiren ilk çalışmaya bakıldığında araştırmacılar, OSA puanlarının yaşam boyu intihar eğilimi ile pozitif ilişki içinde olduğunu göstermişlerdir. Yazarlar, bu ilişkinin kişiler arası intihar kuramı bileşenleri olan 'algılanan yük olma' ve 'engellenmiş aidiyet' 'in önemli ölçüde aracılık ettiğini göstermişlerdir (150).

227 üniversite öğrencisinin yer aldığı başka bir çalışmada otistik özellikler ile yaşam boyu intihar düşünceleri ve davranışları arasındaki ilişkinin önemli ölçüde 'kamufle etme' ve 'engellenen aidiyet' aracılığı ile olduğu gösterilmiştir. Sosyal kamuflej, otistik özelliklere sahip olan kişilerin diğerleriyle daha iyi uyum sağlama çabasıyla sosyal durumlarda otistik özelliklerini aktif olarak maskeleye ve telafi etmeye çalışması olarak tanımlanmaktadır. Çalışmada elde edilen bulgular ile otistik özelliklerden intihara giden yolun, kişinin otistik özelliklerini kamufle ederek engellenmiş aidiyet duygularına yol açması şeklinde olduğu yorumlanmıştır (151).

Çocuk ergen yaş grubundaki ilk çalışma ise Tayvanda yaşayan 8-14 yaş arası 4816 çocuklardan oluşan klinik olmayan bir örneklem kullanılarak yapılmıştır. Artmış otistik özelliklere sahip çocukların intihar düşünceleri, planları ve girişimleri açısından daha yüksek risk gösterip göstermediğini araştırmıştır. İntihar eğilimi olanlar, OSB belirtilerini değerlendiren bir ölçek olan SRS-C'de intihar eğilimi olmayanlara göre daha yüksek puanlarına sahip olduğu ve SRS-C puanlarının intihar eğilimindeki şiddete göre arttığı gösterilmiştir. İntihar eğilimi olan katılımcıların, olmayanlara göre akademik performans ve aile işlevselliğinde daha düşük puanlara, anksiyete/depresyon ölçeğinde daha yüksek puanlara sahip olduğu gösterilmiştir (152).

Ergenlerde yapılan popülasyona dayalı bir kohort çalışmasında sosyal iletişimdeki bozukluklar; intihar düşünceleri, intihar planı ve intihar niyetiyle kendine zarar verme riskinde artışla ilişkili olarak bulunmuştur. Ancak sosyal iletişimdeki bozukluklar intihar niyeti olmadan kendine zarar verme ile ilişkili bulunmamıştır. Sosyal iletişim becerilerinde bozulma, erken ergenlik dönemindeki depresif belirtiler

için güçlü bir risk faktörü olarak gösterilmiştir. Depresyonun, çocukluktaki otistik özellikler ile intihar davranışı arasındaki ilişkinin yaklaşık üçte birini açıklamakla birlikte, önemli bir kısmın açıklanamadığı belirtilmektedir. Bu bulgu, bu ilişkide potansiyel olarak değiştirilebilen diğer bireysel ve çevresel mekanizmaların (örneğin kaygı, akran zorbalığı vb.) tanımlanması ihtiyacını vurgulamaktadır (153).

Alanyazın incelendiğinde intihar ile otistik özelliklerin ilişkisini inceleyen çalışmalarda örneklemin genellikle intihar davranışı olan ve kontrol grubu şeklinde seçildiği gözlenmiştir. Depresyonlu kişilerde suisidalitesi olan ve olmayan ergenleri kıyaslayan yalnızca iki çalışmaya ulaşılmıştır. Yavuz ve arkadaşlarının yayınlanmamış tez çalışmasında çalışma örneklemini SD, SOD ve kontrol grubu olarak belirlenmiştir (154). SD ve SOD grubunda otistik özellikler benzer iken her iki grupta kontrol grubundan fazla bulunmuştur. Ayrıca otistik özelliklerin intihar davranışı yordamadığı bulunmuştur. Altunkaya ve arkadaşlarının yayınlanmamış tez çalışmasında ise intihar davranışı olan, intihar düşüncesi olan ve intihar davranış/düşüncesi olmayan depresyon tanımlı ergenlerin otistik özellikleri incelenmiştir. İntihar girişimi ve intihar düşüncesi gruplarının otistik OSA toplam puanı ve OSA iletişim puanı intihar davranış/düşüncesi olmayan gruptan daha yüksek bulunmuştur (155). Çalışmamızda OSA toplam puanlarına bakıldığında en yüksek puan SD grubunda, sonrasında SOD grubunda, en düşük ise kontrol grubundadır. Ancak hipotezimizin aksine istatistiksel anlamlılık yalnızca SD grubu ve kontrol grubu arasında saptanmıştır. Bu çelişkili sonuçlar örneklem sayılarının az olması, otistik özelliklerin farklı araçlarla değerlendirilmiş olması ve intiharın birçok faktörün etkileşimiyle ortaya çıkan karmaşık etiyolojiye sahip olmasıyla ilişkili olabilir. Bu nedenle depresyon, intihar ve otistik özelliklerin ilişkisini inceleyen geniş örneklemli ileri çalışmalara gereksinim vardır.

5.4. OTİZM SPEKTRUM ÖLÇEĞİ KESME DEĞERİNE GÖRE VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmamızda depresyon grubunda yer alan ergenler (SD ve SOD grubu) OSA kesme değerine göre gruplara ayrılmıştır. İntihar riskini ölçmek için kullanılan İDÖ puanı ve BDÖ 9.madde yanıtına göre suisidalite varlığı açısından OSA Toplam puanı < 26 ve OSA Toplam puanı ≥ 26 olan grupta bu değişkenler açısından farklılık

gösterilmemiştir. Bulgularımız alanyazın ile uyumlu gözükmemektedir. İntihar girişiminde bulunan 132 erişkinin OSA ile değerlendirildiği bir çalışmada birden fazla intihar girişiminde bulunan yetişkinlerin toplam OSA puanları ile iletişim ve hayal gücü alt ölçek puanları, bir kez intihar girişiminde bulunan yetişkinlere göre anlamlı derecede yüksek olarak bulunmuştur. Çalışmada tanı aracı olmayan ancak klinik önemi belirtmek için kullanılan OSA puanı, intihar girişiminde bulunanların yüzde %53,9’unda kesme değerinin üzerinde bulunmuştur. Teşhis edilmiş veya şüphelenilen otizmlili (n = 34) katılımcıları çıkardıktan sonra bile, örneklemin %40,6’sının eşik değeri (≥ 26) üzerinde puan aldığı saptanmıştır (156). Bizim çalışmamızda ise SD olan kişilerin %26,8’si OSA kesme değeri üzerinde bulunmuştur. Bulgumuzun alanyazınla çelişmesi, çalışmanın kesitsel ve örneklem sayısının az olması, diğer çalışmada en az bir kez intihar girişiminde bulunan kişilerin örnekleme alınmış olması ile ilişkili olabilir. Ayrıca çalışmamızda OSB tanısı olması dışlama ölçütü olarak belirlenmiştir. Alanyazındaki çalışmaların çoğunda OSB tanısı dışlama ölçütü olarak alınmamıştır.

5.5. ÖRNEKLEMİN KORELASYON SONUÇLARI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Tüm örneklemin OSA toplam puanları ile İDÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları arasında orta düzeyde ilişki gösterilmiştir. Benzer şekilde OSA İletişim puanı ile İDÖ toplam puanı ve OSA sosyal beceri puanı ve İDO Arka plan puanları arasında da orta düzeyde ilişki mevcuttur. Bulgularımız önceki bazı çalışmaların artan otistik özellikler ile intihar düşüncelerinin ilişkili olduğunu gösteren bulgular ile uyumludur. Bu bulgunun aksine alanyazında OSB tanısı olan kişilerle yapılmış bazı çalışmalarda, OSA puanı yüksekliği ile intihar düşüncelerinin anlamlı olmadığı hatta bazı çalışmalarda semptomların şiddetinin intihar düşünceleri ile negatif ilişkili olduğu gösterilmiştir (157). Başka bir çalışmada OSB-BTA kişilerin, OSB tanısı olan diğer kişilere göre daha fazla anksiyete ve depresyon gibi semptomlara sahip olduğu bildirilmektedir (158). Bozukluğun farkında olmayan bireylerin, uzun yıllardır izolasyon altında oldukları, kişilerarası ve toplumsal sorunlar yaşadıkları varsayılmaktadır. Bu, benlik saygısında azalmaya ve başkalarından destek almada başarısızlığa yol açabilir. Bilişsel katılık, duygusal düzensizlik ve sıkıntılı duyguları

belirlemedeki zorluk bu kişilerde intihar düşüncesi veya davranışlarını tetikleyebilir. Bu nedenle, atipik ve hafif otistik özelliklere sahip bireyler paradoksal olarak daha yüksek intihar eğilimi riski altında olabilir (4). Alanyazındaki çelişkili bulgular nedeniyle bu ilişkiyi inceleyen geniş örneklemli ileri çalışmalar yararlı olacaktır.

CABS puanı ile OSA iletişim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta şiddette ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır. CABS puanı ile diğer alt ölçekler arasında anlamlı ilişki gösterilememiştir. Akran istismar maruziyetine göre otistik özelliklerin değerlendirildiği bir çalışmada, akran zorbalığına uğrayanlarda OSA puanları ve tüm alt ölçek puanları daha yüksek olarak gösterilmiştir (159). OSB’li çocuklar dil ve iletişim konusunda yaşadıkları yetersizliklerden dolayı akran zorbalığına maruz kalabilmektedirler (160). Hem ifade edici dilde hem alıcı dilde yaşanan sorunlar temel sorunlardır. Ek olarak metafor kullanımını anlamakta zorluk çekebilirler. Akranlarıyla iletişim halindeyken sosyal ipuçlarını okuyamayabilirler. Soru sorulduğunda garip bir cevap vermeleri alay konusuna neden olabilmektedir (161). Çalışmamızda iletişim alt ölçeği dışında farklılık gösterilememiş olması örneklemin küçük olması ile ilgili olabilir.

RTÖ toplam puanı ile İDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı yüksek ve pozitif yönlü ilişki gösterilmiştir. RTÖ geniş getirircesine düşünme puanı ile İDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak orta derecede ve pozitif yönlü ilişki gösterilirken, RTÖ derinlemesi düşünme puanı ile zayıf korelasyon gösterilmiştir. Bulgumuz intihar düşünce ve girişimiyle ruminasyon arasında ilişkiyi gösteren çalışma sonuçları ile uyumludur (142,143).

Çalışmamızda CABS puanı ile RTÖ toplam ve RTÖ Geviş Getirircesine Düşünme puanları orta şiddette ve pozitif yönlü ilişkili gösterilmiştir. Ergenlerde akran zorbalığı ve ruminasyonun depresyon ile ilişkisinin değerlendirildiği bir çalışmada bulgularımız ile benzer olarak ruminasyon ve akran zorbalığı arasında ilişki gösterilmiştir (162). Çalışmalara göre sosyal zorluklar ve diğer yaşam stres faktörleri, ergenlerde zaman içinde yüksek düzeyde ruminasyonu öngörmektedir. Araştırmacılara göre ruminasyon, yaşam stres faktörleri ve içselleştirici semptomlar arasındaki ilişkiye aracılık etmektedir (163).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda depresyon tanısı olan 12-18 yaş arasındaki ergenlerde otistik özellikleri incelenerek, otistik özellikler ile intihar düşünce ve davranışı, ruminasyon ve akran zorbalığı arasındaki ilişki değerlendirilmiştir.

1. SD grubundaki ergenlerin sağlıklı kontrollere göre OSA toplam puanı ve OSA İletişim, Sosyal beceri, Hayal gücü, Dikkati kaydırabilme alt ölçek puanları daha yüksektir. SD grubu ile SOD grubu karşılaştırıldığında OSA toplam ve alt ölçek puanları benzer bulunmuştur. Ek olarak SOD grubu ve Kontrol grubu OSA toplam ve alt ölçek puanları açısından benzerlik göstermiştir.
2. Örneklem OSA kesme puanı (≥ 26) kullanılarak 2 gruba ayrıldıktan sonraki karşılaştırmada, OSA puanında kesim değerine göre sosyodemografik özelliklerin ve ölçek sonuçlarının dağılım oranları tüm gruplarda benzer bulunmuştur.
3. BDÖ toplam puanı grup dağılımlarına bakıldığında SD grubunda hem SOD hem kontrol grubundan daha yüksek iken SOD grubunda da kontrol grubundan daha yüksektir.
4. BAÖ toplam puan grup dağılımlarına bakıldığında SD grubunda en yüksek iken kontrol grubunda ise en düşük saptanmıştır.
5. RTÖ toplam puan grup dağılımlarına bakıldığında en SD grubunda en yüksek iken kontrol grubunda ise en düşüktür.
6. CABS toplam puanlarına bakıldığında SD grubunun SOD ve kontrol olgularına göre daha yüksek iken SOD ve kontrol grubu ise benzerlik göstermektedir.
7. Çalışmamızda tüm örneklemin BDÖ ve BAÖ puanları ile OSA toplam puanları arasında pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Ayrıca OSA İletişim puanları ile CABS toplam puanları arasında pozitif yönlü ilişki saptanmıştır.
8. Çalışmamızda OSA toplam puanları ile İDÖ toplam puanları arasında pozitif yönlü ilişki saptanmıştır.
9. İDÖ toplam puanları ile BDÖ, BAÖ, RTÖ ve CABS toplam puanları arasında pozitif yönlü ilişki gösterilmiştir.

İntihar risk faktörlerinin kompleks şekilde rol oynadığı önemli bir halk sağlığı sorunudur. Otistik özelliklerin depresyon semptomları olan kişilerde intihar riskini arttırabileceği dikkate alınmalıdır. Yaşam boyu süren nörogelişimsel bir bozukluk olan OSB farklı klinik görünümlere sahip olabilir. Tanı almamış OSB'li bireyler ya da topluma yayılmış silik otistik belirtilere sahip kişiler daha yüksek oranda depresyon ve intihar riski ile kliniklere başvurabilir. Bunun yanı sıra klinikte otistik özelliklerin depresyonu olan ergenlerde risk belirleyici olarak kullanılması için otistik özelliklere yönelik spesifik ve sensitif ölçme yöntemlerine ve otistik özellikler ile intihar arasındaki ilişkiyi netleştirmeye yönelik daha çok araştırmaya ihtiyaç vardır.



7. KISITLILIKLAR VE GÜÇLÜ YÖNLER

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Olguların tek merkezde polikliniğine başvuran kişilerden seçilmiş kesitsel tipte bir çalışmadır. Kullanılan ölçeklerin özbildirim niteliğinde olması, bazı ölçeklerin ebeveyn tarafından doldurulması, tek bir ebeveynden bilgi alınmış olması, dahil edilen olguların zeka düzeyinin psikometrik test ile ölçülmeyp sadece klinik olarak değerlendirilmesi kısıtlılıklarıdır. Ayrıca örneklemin küçük olması çalışma bulgularının genellenebilmesini kısıtlamaktadır. Çalışmamızda depresyon tanısının yarı yapılandırılmış bir görüşme olan KDSADS ile doğrulanmış olması, kullanılan ölçeklerin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğinin olması çalışmamızın güçlü yönlerindendir. Çalışmamız ülkemizde ergen yaş grubunda otistik özellikler ve intihar ilişkisini inceleyen ilk çalışmalardandır. Alanyazında bu ilişkinin klinik örnekleme incelendiği çalışma sayısı oldukça azdır. Bu sebeple çalışmamızın alanyazına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.



KAYNAKLAR

1. Öncü B. İntihar Davranışı. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kitabı. Ankara: Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği; 2008.
2. Cassidy S, Bradley P, Robinson J, Allison C, McHugh M, Baron-Cohen S. Suicidal ideation and suicide plans or attempts in adults with Asperger's syndrome attending a specialist diagnostic clinic: a clinical cohort study. *The Lancet Psychiatry*. 2014;1(2):142-7.
3. Cassidy S, Bradley L, Shaw R, Baron-Cohen S. Risk markers for suicidality in autistic adults. *Molecular autism*. 2018;9:1-14.
4. Takara K, Kondo T. Comorbid atypical autistic traits as a potential risk factor for suicide attempts among adult depressed patients: a case-control study. *Annals of general psychiatry*. 2014;13(1):1-8.
5. Cappadocia MC, Weiss JA, Pepler D. Bullying experiences among children and youth with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*. 2012;42:266-77.
6. Öncü B. İntihar Davranışı: Tanım, Epidemiyoloji ve Risk Etmenleri. In: Halise Devrimci Özgüven MS, editor. İntiharı Anlama ve Müdahale. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği; 2019.
7. Warren ZE, Foss-Feig JH, Malesa EE, Lee EB, Taylor JL, Newsom CR, et al. Neurocognitive and behavioral outcomes of younger siblings of children with autism spectrum disorder at age five. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2012;42:409-18.
8. Denson TF, Moulds ML, Grisham JR. The effects of analytical rumination, reappraisal, and distraction on anger experience. *Behavior therapy*. 2012;43(2):355-64.
9. (APA) APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, D.C.1994.
10. Yetkin S, Özgen F. Tarihsel bakış içinde depresyon. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*. 2007;3(47):1-5.
11. B Aal. Depresif Bozukluklar. In: FÇ Ç, editor. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Ankara 2008.
12. Berrios GE, OLSON T. The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology Since the Nineteenth Century. Springer; 1999.
13. Blashfield RK, Keeley JW, Flanagan EH, Miles SR. The cycle of classification: DSM-I through DSM-5. *Annual review of clinical psychology*. 2014;10:25-51.
14. APA Releases Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition ed2022.
15. Rey JM B-aT, Liu J. Depression in children and Adolescent.Chapter E.1 Mood disorders. IACAPAP Textbook of Child and adolescent Mental Health2012.
16. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of general psychiatry*. 2003;60(8):837-44.
17. Wiens K, Williams JV, Lavorato DH, Duffy A, Pringsheim TM, Sajobi TT, et al. Is the prevalence of major depression increasing in the Canadian adolescent population? Assessing trends from 2000 to 2014. *Journal of Affective Disorders*. 2017;210:22-6.
18. Madrid SC. Prevalence and characteristics of depressive symptomatology in non-clinical adolescents. *Actas Esp Psiquiatr*. 2011;39(4):217-25.
19. Bodur S, Küçükendirci H. Prevalence of depressive symptoms in Turkish adolescents. *Eur J Gen Med*. 2009;6(4):204-12.
20. Demir T, Karacetin G, Demir DE, Uysal O. Epidemiology of depression in an urban population of Turkish children and adolescents. *Journal of Affective Disorders*. 2011;134(1-3):168-76.

21. Unsal A, Ayranci U. Prevalence of students with symptoms of depression among high school students in a district of western Turkey: an epidemiological study. *Journal of School Health*. 2008;78(5):287-93.
22. Daly M. Prevalence of depression among adolescents in the US from 2009 to 2019: analysis of trends by sex, race/ethnicity, and income. *Journal of Adolescent Health*. 2022;70(3):496-9.
23. Jane Costello E, Erkanli A, Angold A. Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of child psychology and psychiatry*. 2006;47(12):1263-71.
24. TAŞĞIN E, ÇETİN ÇF. Ergenlerde major depresyon: Risk etkenleri, koruyucu etkenler ve dayanıklılık. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2006;13(2):87-93.
25. Nestler EJ, Hyman SE. Animal models of neuropsychiatric disorders. *Nature neuroscience*. 2010;13(10):1161-9.
26. Malhi GS, Mann JJ. Course and prognosis. *Lancet*. 2018;392(10161):2299-312.
27. Saveanu RV, Nemeroff CB. Etiology of depression: genetic and environmental factors. *Psychiatric clinics*. 2012;35(1):51-71.
28. Ebmeier KP, Donaghey C, Steele JD. Recent developments and current controversies in depression. *The Lancet*. 2006;367(9505):153-67.
29. Yazici O, Oral T, Vahip S. Depresyon Sagaltim Kilavuzu Kaynak Kitabı. Ankara: Türkiye Psikiyatri Dernegi Yayinlari. 2008:13-8.
30. Rice F, Harold G, Thapar A. The genetic aetiology of childhood depression: a review. *Journal of child Psychology and Psychiatry*. 2002;43(1):65-79.
31. Tully EC, Iacono WG, McGue M. An adoption study of parental depression as an environmental liability for adolescent depression and childhood disruptive disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2008;165(9):1148-54.
32. Weissman MM, Wickramaratne P, Gameroff MJ, Warner V, Pilowsky D, Kohad RG, et al. Offspring of depressed parents: 30 years later. *American Journal of Psychiatry*. 2016;173(10):1024-32.
33. Öztürk MO UaA. Duygudurum Bozuklukları Bölümü: Nobel Tıp Kitabevleri; 2015.
34. Craddock N, O'Donovan MC, Owen MJ. The genetics of schizophrenia and bipolar disorder: dissecting psychosis. *Journal of medical genetics*. 2005;42(3):193-204.
35. Eley TC, Sugden K, Corsico A, Gregory AM, Sham P, McGuffin P, et al. Gene-environment interaction analysis of serotonin system markers with adolescent depression. *Molecular psychiatry*. 2004;9(10):908-15.
36. Rao U. Biomarkers in pediatric depression. *Depression and anxiety*. 2013;30(9):787.
37. Kendell SF, Krystal JH, Sanacora G. GABA and glutamate systems as therapeutic targets in depression and mood disorders. *Expert opinion on therapeutic targets*. 2005;9(1):153-68.
38. Murphy BEP. Steroids and depression. *The Journal of steroid biochemistry and molecular biology*. 1991;38(5):537-59.
39. Işık E, Işık U, Taner Y. Çocuk, ergen, erişkin ve yaşlılarda depresif ve bipolar bozukluklar. Ankara, Rotatıp Kitabevi. 2013.
40. Weller E, Weller R, Fristad MA, Preskorn S, Teare M. The dexamethasone suppression test in prepubertal depressed children. *The Journal of clinical psychiatry*. 1985;46(12):511-3.
41. ME T. Mood disorders: neurobiology. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry 7th ed. Philadelphia, PA, USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
42. Miller CH, Hamilton JP, Sacchet MD, Gotlib IH. Meta-analysis of functional neuroimaging of major depressive disorder in youth. *JAMA psychiatry*. 2015;72(10):1045-53.

43. Schmaal L, Hibar D, Sämann PG, Hall G, Baune B, Jahanshad N, et al. Cortical abnormalities in adults and adolescents with major depression based on brain scans from 20 cohorts worldwide in the ENIGMA Major Depressive Disorder Working Group. *Molecular psychiatry*. 2017;22(6):900-9.
44. Cole J, Costafreda SG, McGuffin P, Fu CH. Hippocampal atrophy in first episode depression: a meta-analysis of magnetic resonance imaging studies. *Journal of affective disorders*. 2011;134(1-3):483-7.
45. Hulvershorn LA, Cullen K, Anand A. Toward dysfunctional connectivity: a review of neuroimaging findings in pediatric major depressive disorder. *Brain imaging and behavior*. 2011;5:307-28.
46. Birmaher B, Brent D, Issues AWGoQ. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2007;46(11):1503-26.
47. LeMoult J, Humphreys KL, Tracy A, Hoffmeister J-A, Ip E, Gotlib IH. Meta-analysis: exposure to early life stress and risk for depression in childhood and adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2020;59(7):842-55.
48. Restifo K, Bögels S. Family processes in the development of youth depression: Translating the evidence to treatment. *Clinical psychology review*. 2009;29(4):294-316.
49. Seeley JR, Stice E, Rohde P. Screening for depression prevention: identifying adolescent girls at high risk for future depression. *Journal of abnormal psychology*. 2009;118(1):161.
50. Zwierzyńska K, Wolke D, Lereya TS. Peer victimization in childhood and internalizing problems in adolescence: a prospective longitudinal study. *Journal of abnormal child psychology*. 2013;41:309-23.
51. Brenner C. A psychoanalytic perspective on depression. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 1991;39(1):25-43.
52. Bowlby J, Bowlby R. *The making and breaking of affectional bonds*; Routledge; 2012.
53. Miller AB, Esposito-Smythers C, Leichtweis RN. A short-term, prospective test of the interpersonal-psychological theory of suicidal ideation in an adolescent clinical sample. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2016;46(3):337-51.
54. Carvalho JP, Hopko DR. Behavioral theory of depression: Reinforcement as a mediating variable between avoidance and depression. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2011;42(2):154-62.
55. Beck AT. *Cognitive therapy of depression*; Guilford press; 1979.
56. Rao U. Development and natural history of pediatric depression: treatment implications. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*. 2006.
57. Lewinsohn PM, Clarke GN, Seeley JR, Rohde P. Major depression in community adolescents: age at onset, episode duration, and time to recurrence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1994;33(6):809-18.
58. Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry*; New Delhi: Wolters Kluwer, 2007; 2007.
59. Richardson LP, Katzenellenbogen R. Childhood and adolescent depression: the role of primary care providers in diagnosis and treatment. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*. 2005;35(1):6-24.
60. Grover S, Avasthi A. Clinical practice guidelines for the management of depression in children and adolescents. *Indian journal of psychiatry*. 2019;61(Suppl 2):226.
61. Parker G, Roy K. Adolescent depression: a review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2001;35(5):572-80.

62. Ford T, Goodman R, Meltzer H. The British child and adolescent mental health survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry*. 2003;42(10):1203-11.
63. Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. *The lancet*. 2012;379(9820):1056-67.
64. Birmaher B, Dahl RE, Perel J, Williamson DE, Nelson B, Stull S, et al. Corticotropin-releasing hormone challenge in prepubertal major depression. *Biological Psychiatry*. 1996;39(4):267-77.
65. Stahl SM. Stahl'ın Temel Psikofarmakolojisi: İstanbul Tıp Kitabevi; 2015.
66. Davidson JR. Major depressive disorder treatment guidelines in America and Europe. *The Journal of clinical psychiatry*. 2010;71(suppl E1):27767.
67. Bridge JA, Birmaher B, Iyengar S, Barbe RP, Brent DA. Placebo response in randomized controlled trials of antidepressants for pediatric major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2009;166(1):42-9.
68. Domino ME, Burns BJ, Silva SG, Kratochvil CJ, Vitiello B, Reinecke MA, et al. Cost-effectiveness of treatments for adolescent depression: results from TADS. *American Journal of Psychiatry*. 2008;165(5):588-96.
69. Brent D, Emslie G, Clarke G, Wagner KD, Asarnow JR, Keller M, et al. Switching to another SSRI or to venlafaxine with or without cognitive behavioral therapy for adolescents with SSRI-resistant depression: the TORDIA randomized controlled trial. *Jama*. 2008;299(8):901-13.
70. March JS, Silva S, Petrycki S, Curry J, Wells K, Fairbank J, et al. The Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS): long-term effectiveness and safety outcomes. *Archives of general psychiatry*. 2007;64(10):1132-43.
71. Weisz JR, McCarty CA, Valeri SM. Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: a meta-analysis. *Psychological bulletin*. 2006;132(1):132.
72. Eyüpoğlu İZ. Türk Dilinin Etimoloji Sözlüğü. İstanbul: Sosyal yayımlar; 1988.
73. Eskin M. İntihar:Açıklama Değerlendirme Tedavi ve Önleme: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 2014.
74. Özön N. Büyük Dil Kılavuzu. İstanbul: Yapı Kredi Bankası Yayınları; 1985.
75. Kurumu TD. Türkçe sözlük (10. baskı). Ankara: Türk Dil Kurumu. 2005.
76. Shneidman E. Definition of Suicide. New York: Wiley; 1985.
77. Glen Evans NLF. The Encyclopedia of Suicide. New York: Facts on File. Inc; 2003.
78. Durkheim E. İntihar (Z. İlgelen, Çev.). İstanbul: Pozitif Yayınları. 2013.
79. Bilgiç A. İntihar ve Kasıtlı Olarak Kendine Zarar Verme. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları; 2016. p. 580-93.
80. Murphy SL, Kochanek KD, Xu J, Arias E. Mortality in the United States, 2020. 2021.
81. DSÖ. Suicide key facts 2018 [
82. TÜİK. Türkiye İstatistik kurumu, İntihar istatistikleri veritabanı 2013 [
83. Rhodes AE, Boyle MH, Bridge JA, Sinyor M, Links PS, Tonmyr L, et al. Antecedents and sex/gender differences in youth suicidal behavior. *World journal of psychiatry*. 2014;4(4):120.
84. Hepp U, Stulz N, Unger-Köppel J, Ajdacic-Gross V. Methods of suicide used by children and adolescents. *European child & adolescent psychiatry*. 2012;21:67-73.
85. Parellada M, Saiz P, Moreno D, Vidal J, Llorente C, Álvarez M, et al. Is attempted suicide different in adolescent and adults? *Psychiatry Research*. 2008;157(1-3):131-7.

86. Platt B, Hawton K, Simkin S, Mellanby RJ. Suicidal behaviour and psychosocial problems in veterinary surgeons: a systematic review. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2012;47:223-40.
87. Borges G, Nock MK, Abad JMH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, et al. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *The Journal of clinical psychiatry*. 2010;71(12):21777.
88. Lutz P, Mechawar N, Turecki G. Neuropathology of suicide: recent findings and future directions. *Molecular psychiatry*. 2017;22(10):1395-412.
89. Placidi GP, Oquendo MA, Malone KM, Huang Y-Y, Ellis SP, Mann JJ. Aggressivity, suicide attempts, and depression: relationship to cerebrospinal fluid monoamine metabolite levels. *Biological psychiatry*. 2001;50(10):783-91.
90. Messaoud A, Mensi R, Douki W, Neffati F, Najjar MF, Gobbi G, et al. Reduced peripheral availability of tryptophan and increased activation of the kynurenine pathway and cortisol correlate with major depression and suicide. *The World Journal of Biological Psychiatry*. 2018.
91. Wasserman D, Geijer T, Sokolowski M, Rozanov V, Wasserman J. The serotonin 1A receptor C (-1019) G polymorphism in relation to suicide attempt. *Behavioral and Brain Functions*. 2006;2:1-5.
92. Donaldson Z, Le Francois B, Santos T, Almli L, Boldrini M, Champagne F, et al. The functional serotonin 1a receptor promoter polymorphism, rs6295, is associated with psychiatric illness and differences in transcription. *Translational psychiatry*. 2016;6(3):e746-e.
93. Kao W-T, Yang M-C, Lung F-W. Association between HTR1B alleles and suicidal ideation in individuals with major depressive disorder. *Neuroscience letters*. 2017;638:204-10.
94. Poulter MO, Du L, Zhurov V, Palkovits M, Faludi G, Merali Z, et al. Altered organization of GABAA receptor mRNA expression in the depressed suicide brain. *Frontiers in molecular neuroscience*. 2010;3:1208.
95. Sequeira A, Mamdani F, Ernst C, Vawter MP, Bunney WE, Lebel V, et al. Global brain gene expression analysis links glutamatergic and GABAergic alterations to suicide and major depression. *PloS one*. 2009;4(8):e6585.
96. De Berardis D, Fornaro M, Valchera A, Cavuto M, Perna G, Di Nicola M, et al. Eradicating suicide at its roots: preclinical bases and clinical evidence of the efficacy of ketamine in the treatment of suicidal behaviors. *International journal of molecular sciences*. 2018;19(10):2888.
97. Yerevanian BI, Feusner JD, Koek RJ, Mintz J. The dexamethasone suppression test as a predictor of suicidal behavior in unipolar depression. *Journal of affective disorders*. 2004;83(2-3):103-8.
98. Costanza A, D'Orta I, Perroud N, Burkhardt S, Malafosse A, Mangin P, et al. Neurobiology of suicide: do biomarkers exist? *International journal of legal medicine*. 2014;128:73-82.
99. Pandey GN, Rizavi HS, Ren X, Dwivedi Y, Palkovits M. Region-specific alterations in glucocorticoid receptor expression in the postmortem brain of teenage suicide victims. *Psychoneuroendocrinology*. 2013;38(11):2628-39.
100. Sourander A, Helstelä L, Haavisto A, Bergroth L. Suicidal thoughts and attempts among adolescents: a longitudinal 8-year follow-up study. *Journal of affective disorders*. 2001;63(1-3):59-66.
101. Chehil S, Kutcher SP. Suicide risk management: A manual for health professionals: John Wiley & Sons; 2012.
102. Miotto P, De Coppi M, Frezza M, Petretto D, Masala C, Preti A. Suicidal ideation and aggressiveness in school-aged youths. *Psychiatry research*. 2003;120(3):247-55.
103. Öncü B, Sakarya A. Ergen özkıyımlarında bilişsel etmenler ve çarpıtmaların rolü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2013;5(2):232-45.

104. Arnarsson A, Sveinbjornsdottir S, Thorsteinsson EB, Bjarnason T. Suicidal risk and sexual orientation in adolescence: A population-based study in Iceland. *Scandinavian journal of public health*. 2015;43(5):497-505.
105. Hauser M, Galling B, Correll CU. Suicidal ideation and suicide attempts in children and adolescents with bipolar disorder: a systematic review of prevalence and incidence rates, correlates, and targeted interventions. *Bipolar disorders*. 2013;15(5):507-23.
106. Mayes SD, Calhoun SL, Baweja R, Mahr F. Suicide ideation and attempts in children with psychiatric disorders and typical development. *Crisis*. 2015.
107. Alqueza KL, Pagliaccio D, Durham K, Srinivasan A, Stewart JG, Auerbach RP. Suicidal thoughts and behaviors among adolescent psychiatric inpatients. *Archives of suicide research*. 2023;27(2):353-66.
108. Camm-Crosbie L, Bradley L, Shaw R, Baron-Cohen S, Cassidy S. 'People like me don't get support': Autistic adults' experiences of support and treatment for mental health difficulties, self-injury and suicidality. *Autism*. 2019;23(6):1431-41.
109. Bolton JM, Gunnell D, Turecki G. Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness. *Bmj*. 2015;351.
110. Spirito A, Esposito-Smythers C. Attempted and completed suicide in adolescence. *Annu Rev Clin Psychol*. 2006;2:237-66.
111. Fergusson A, Howley M, Rose R. Responding to the mental health needs of young people with profound and multiple learning disabilities and autistic spectrum disorders: issues and challenges. *Mental Health and Learning Disabilities Research and Practice*. 2008;5(2):240-51.
112. Baron-Cohen S, Wheelwright S, Skinner R, Martin J, Clubley E. The autism-spectrum quotient (AQ): Evidence from asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. *Journal of autism and developmental disorders*. 2001;31:5-17.
113. Azúa Fuentes E, Rojas Carvallo P, Ruiz Poblete S. Bullying as a risk factor for depression and suicide. *Revista chilena de pediatría*. 2020;91(3):432-9.
114. Reeves A, McKee M, Stuckler D. Economic suicides in the great recession in Europe and North America. *The British Journal of Psychiatry*. 2014;205(3):246-7.
115. Niederkrotenthaler T, Till B. Suicide and the media: From Werther to Papageno effects—A selective literature review. *Suicidologi*. 2019;24(2).
116. Gibbons RD, Brown CH, Hur K, Davis JM, Mann JJ. Suicidal thoughts and behavior with antidepressant treatment: reanalysis of the randomized placebo-controlled studies of fluoxetine and venlafaxine. *Archives of general psychiatry*. 2012;69(6):580-7.
117. Lu CY, Zhang F, Lakoma MD, Madden JM, Rusinak D, Penfold RB, et al. Changes in antidepressant use by young people and suicidal behavior after FDA warnings and media coverage: quasi-experimental study. *Bmj*. 2014;348.
118. Valuck RJ, Libby AM, Sills MR, Giese AA, Allen RR. Antidepressant treatment and risk of suicide attempt by adolescents with major depressive disorder: a propensity-adjusted retrospective cohort study. *CNS drugs*. 2004;18:1119-32.
119. Cipriani A, Hawton K, Stockton S, Geddes JR. Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: updated systematic review and meta-analysis. *Bmj*. 2013;346.
120. Wilkinson ST, Ballard ED, Bloch MH, Mathew SJ, Murrrough JW, Feder A, et al. The effect of a single dose of intravenous ketamine on suicidal ideation: a systematic review and individual participant data meta-analysis. *American journal of psychiatry*. 2018;175(2):150-8.
121. Hennen J, Baldessarini RJ. Suicidal risk during treatment with clozapine: a meta-analysis. *Schizophrenia research*. 2005;73(2-3):139-45.
122. Fink M, Kellner CH, McCall WV. The role of ECT in suicide prevention. *The journal of ECT*. 2014;30(1):5-9.

123. Becker M, Correll CU. Suicidality in childhood and adolescence. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2020;117(15):261.
124. Ougrin D, Tranah T, Stahl D, Moran P, Asarnow JR. Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2015;54(2):97-107. e2.
125. Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *The lancet*. 2012;379(9834):2373-82.
126. Organization WH. Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries. 2021.
127. Miranda-Mendizabal A, Castellví P, Parés-Badell O, Alayo I, Almenara J, Alonso I, et al. Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *International journal of public health*. 2019;64:265-83.
128. Yoksulluk ve Yaşam Koşulları İstatistikleri [Internet]. 2023. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Yoksulluk-ve-Yasam-Kosullari-Istatistikleri-2022-49746>.
129. Evans E, Hawton K, Rodham K, Deeks J. The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2005;35(3):239-50.
130. Gould MS, Shaffer D, Greenberg T. The epidemiology of youth suicide. *Suicide in children and adolescents*. 2003:1-40.
131. Lewis SA, Johnson J, Cohen P, Garcia M, Noemi Velez C. Attempted suicide in youth: its relationship to school achievement, educational goals, and socioeconomic status. *Journal of abnormal child psychology*. 1988;16:459-71.
132. Gili M, Castellví P, Vives M, de la Torre-Luque A, Almenara J, Blasco MJ, et al. Mental disorders as risk factors for suicidal behavior in young people: A meta-analysis and systematic review of longitudinal studies. *Journal of affective disorders*. 2019;245:152-62.
133. Wilcox HC, Arria AM, Caldeira KM, Vincent KB, Pinchevsky GM, O'Grady KE. Prevalence and predictors of persistent suicide ideation, plans, and attempts during college. *Journal of affective disorders*. 2010;127(1-3):287-94.
134. de Araújo Veras JL, Ximenes RCC, de Vasconcelos FMN, Sougey EB. Prevalence of suicide risk among adolescents with depressive symptoms. *Archives of psychiatric nursing*. 2016;30(1):2-6.
135. Gülşen Ü, Aksoy Z, Ersan EE. İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerin değerlendirilmesi. *Pamukkale Medical Journal*. 2014;7(3):176.
136. Esposito CL, Clum GA. Psychiatric symptoms and their relationship to suicidal ideation in a high-risk adolescent community sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2002;41(1):44-51.
137. Ghaziuddin N, King CA, Naylor MW, Ghaziuddin M. Anxiety contributes to suicidality in depressed adolescents. *Depression and Anxiety*. 2000;11(3):134-8.
138. Tuisku V, Pelkonen M, Karlsson L, Kiviruusu O, Holli M, Ruutu T, et al. Suicidal ideation, deliberate self-harm behaviour and suicide attempts among adolescent outpatients with depressive mood disorders and comorbid axis I disorders. *European child & adolescent psychiatry*. 2006;15:199-206.
139. Elma Ö. Ergenlerde Ruminasyon ile Yeme Tutumları Arasındaki İlişkinin Bir Takım Değişkenlere Göre İncelenmesi: İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2018.
140. Akkaya S. Ergenlik dönemi ruminasyonuna yakın bir bakış: Muhtemel risk faktörleri ve düzenleyici değişkenlerin incelenmesi. Ankara: Orta Doğu Teknik Üniversitesi 2017.
141. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. *Perspectives on psychological science*. 2008;3(5):400-24.

142. Rogers ML, Joiner TE. Rumination, suicidal ideation, and suicide attempts: A meta-analytic review. *Review of General Psychology*. 2017;21(2):132-42.
143. Burke TA, Connolly SL, Hamilton JL, Stange JP, Abramson LY, Alloy LB. Cognitive risk and protective factors for suicidal ideation: A two year longitudinal study in adolescence. *Journal of abnormal child psychology*. 2016;44:1145-60.
144. Olweus D. Bullying at school: Tackling the problem. *OECD observer*. 2001:24-.
145. Solberg ME, Olweus D, Endresen IM. Bullies and victims at school: Are they the same pupils? *British journal of educational psychology*. 2007;77(2):441-64.
146. Craig W, Harel-Fisch Y, Fogel-Grinvald H, Dostaler S, Hetland J, Simons-Morton B, et al. A cross-national profile of bullying and victimization among adolescents in 40 countries. *International journal of public health*. 2009;54:216-24.
147. Koyanagi A, Oh H, Carvalho AF, Smith L, Haro JM, Vancampfort D, et al. Bullying victimization and suicide attempt among adolescents aged 12–15 years from 48 countries. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2019;58(9):907-18. e4.
148. Hirvikoski T, Boman M, Chen Q, D'Onofrio B, Mittendorfer-Rutz E, Lichtenstein P, et al. Individual risk and familial liability for suicide attempt and suicide in autism: a population-based study. *Psychological medicine*. 2020;50(9):1463-74.
149. Paquette-Smith M, Weiss J, Lunskey Y. History of suicide attempts in adults with Asperger syndrome. *Crisis*. 2014.
150. Pelton MK, Cassidy S. Are autistic traits associated with suicidality? A test of the interpersonal-psychological theory of suicide in a non-clinical young adult sample. *Autism research*. 2017;10(11):1891-904.
151. Cassidy S, Gould K, Townsend E, Pelton M, Robertson A, Rodgers J. Is camouflaging autistic traits associated with suicidal thoughts and behaviours? Expanding the interpersonal psychological theory of suicide in an undergraduate student sample. *Journal of autism and developmental disorders*. 2020;50:3638-48.
152. Chen C, ZHANG X, JU Z, HE W. Advances in the research of cytokine storm mechanism induced by Corona Virus Disease 2019 and the corresponding immunotherapies. *Chinese journal of burns*. 2020:E005-E.
153. Culpin I, Mars B, Pearson RM, Golding J, Heron J, Bubak I, et al. Autistic traits and suicidal thoughts, plans, and self-harm in late adolescence: population-based cohort study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2018;57(5):313-20. e6.
154. Yavuz BE. İntihar davranışı ile başvuran ergenlerin sosyal kognisyon ve nörobilişsel özelliklerinin intihar davranışı göstermeyen depresyon tanılı ergenler ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması. 2023.
155. Altunkaya A. Depresif bozukluk tanılı ergenlerde intihar davranışı sıklığı ve şiddetinin otistik özellikler ile ilişkisi. 2023.
156. Richards G, Kenny R, Griffiths S, Allison C, Mosse D, Holt R, et al. Autistic traits in adults who have attempted suicide. *Molecular Autism*. 2019;10:1-10.
157. Shtayermman O. Peer victimization in adolescents and young adults diagnosed with Asperger's syndrome: A link to depressive symptomatology, anxiety symptomatology and suicidal ideation. *Issues in comprehensive pediatric nursing*. 2007;30(3):87-107.
158. Snow AV, Lecavalier L. Comparing autism, PDD-NOS, and other developmental disabilities on parent-reported behavior problems: little evidence for ASD subtype validity. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2011;41:302-10.
159. ERGEN ÇV. OTİZM SPEKTRUM ANKETİ-ERGEN VERSİYONU TÜRKÇE FORMUNUN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI.

160. Humphrey N, Hebron J. Bullying of children and adolescents with autism spectrum conditions: A 'state of the field' review. *International Journal of Inclusive Education*. 2015;19(8):845-62.
161. Blacher J, Lauderdale S. Don't laugh at me, Don't call me names. *The Exceptional Parents*. 2008;38(8):62-4.
162. Erdur-Baker Ö. Peer victimization, rumination, and problem solving as risk contributors to adolescents' depressive symptoms. *The Journal of psychology*. 2009;143(1):78-90.
163. Michl LC, McLaughlin KA, Shepherd K, Nolen-Hoeksema S. Rumination as a mechanism linking stressful life events to symptoms of depression and anxiety: longitudinal evidence in early adolescents and adults. *Journal of abnormal psychology*. 2013;122(2):339.





EKLER

EK-1: Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

TARİH:

FORMU DOLDURAN KİŞİ: Anne / Baba

TELEFON NUMARASI:

Anne Cep:

Baba Cep:

Ev tel no:

ÇOCUĞUNUZUN;

ADI-SOYADI :

BOY:

KİLO:

CİNSİYETİ: 1- Erkek 2- Kız

DOĞUM TARİHİ :

ÖĞRENİM DURUMU : (Kaçınıcı sınıfa devam ediyor?).....yıl

AİLENİN KAÇINCI ÇOCUĞU : 1 / 2 / 3 / 4 / 5 ve üstü

ANNENİN;

ADI-SOYADI:

YAŞI:

ANNENİN ÖĞRENİM DURUMU :yıl

- 1- İlkokul mezunu
- 2- Ortaokul mezunu
- 3- Lise mezunu
- 4- yüksekokul veya üniversite mezunu

ANNE :

- 1- Çalışıyor (MESLEĞİ:.....)
- 2- Ev hanımı

ANNEDE PSİKİYATRİK HASTALIK:

- 1- Var (Tanılarınız ve kullanmakta olduğunuz tedaviler:.....) 2- Yok

ANNEDE İNTİHAR GİRİŞİMİ :

- 1- Var (Ne zaman:.....) 2- Yok

BABANIN;

ADI-SOYADI:

YAŞI:

BABANIN ÖĞRENİM DURUMU :yıl

- 1- İlkokul mezunu
- 2- Ortaokul mezunu
- 3- Lise mezunu
- 4- yüksekokul veya üniversite mezunu

BABA :

- 1- Çalışıyor (MESLEĞİ:.....)
- 2- Çalışmıyor
- 3- Emekli

BABADA PSİKİYATRİK HASTALIK:

- 1- Var (Tanılarınız ve kullanmakta olduğunuz tedaviler:.....) 2- Yok

BABADA İNTİHAR GİRİŞİMİ :

- 1- Var (Ne zaman:.....) 2- Yok

ANNE-BABA ARASINDA AKRABALIK 1. VAR..... 2. YOK

ANNE -BABANIN BİRLİKTELİK DURUMU :

- 1- Evli
- 2- Boşanmışlar
- 3- Aynı oturuyorlar
- 4- Anne yada babadan biri ölmüş

AİLENİN YAPISI:

- 1- Çekirdek aile (anne, baba ve çocuklar olarak)
- 2- Geniş aile (anne, baba ve çocuklarla birlikte diğer akrabalarından bir veya birkaçı ile birlikte)
- 3- Tek ebeveynli (anne ile beraber / baba ile beraber) 4- Diğer (.....)

AİLENİN GELİR DURUMU :

Aylık gelir düzeyiniz (Haneye gelen her türü gelir toplamı):.....YTL

Sosyal Güvenceniz:

- 1- Var (SSK / Bağkur / Emekli Sandığı / Özel sağlık sigortası / Yeşil kart) 2- Yok

AİLEDE TIBBİ HASTALIK ÖYKÜSÜ(Geniş aile) :.....

- 1- Var
- 2- Yok

AİLEDE RUHSAL HASTALIK ÖYKÜSÜ(Geçmişte veya halen ilaç kullanan ve/veya hastaneye yatan biri var mı?) :

- 1- Var
- 2- Yok

OKUL BAŞARISI: (Hastalık süreci başlamadan kısa bir süre öncesi ve halen) :

- 1- Ortalamanın üstünde 2- Orta düzeyde 3- Ortalamanın altında

ÇOCUĞUNUZUN BİLİNER TIBBİ HASTALIĞI VAR MI?

Yakın zamanda tanı konulan veya geçmişten beri takip ve tedavi edilmekte olduğu bilindik bir hastalığı olup olmadığını belirtiniz.

- 1-Var (Belirtiniz:.....) 2- Yok

ÇOCUĞUNUZUN BİLİLEN PSİKİYATRİK BİR HASTALIĞI VAR MI?

(Zeka geriliği, bipolar bozukluk, depresyon, otizm spektrum bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, özgül öğrenme güçlüğü, gibi..)

Yakın zamanda tanı konulan veya geçmişten beri takip ve tedavi edilmekte olduğu bilindik bir psikiyatrik hastalığı olup olmadığını belirtiniz.

1-Var (Belirtiniz:.....) 2- Yok

ÇOCUĞUNUZUN BİLİLEN NÖROLOJİK BİR HASTALIĞI VAR MI?

Yakın zamanda tanı konulan veya geçmişten beri takip ve tedavi edilmekte olduğu bilindik bir nörolojik hastalığı olup olmadığını belirtiniz.

1-Var (Belirtiniz:.....) 2- Yok

EK-2: Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

	ANKARA ŞEHİR HASTANESİ 6-17 YAŞ ÇOCUK VE ERGENLER İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ	Doküman Kodu	PS.FR.137
		Yayın Tarihi	01.01.2019
		Rev. Tarihi	
		Rev. No	
		Sayfa No	1/1

Adı, Soyadı : Cinsiyeti : Tarih : Doğum Tarihi : Okul : Sınıf :

Aşağıdaki gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatlice okuyunuz. Her grup için, **BUGÜN DAHİL SON İKİ HAFTA İÇİNDE size en uygun olan cümlelerin** yanındaki numarayı daire içine alınız. Teşekkürler.

A		N	
	0- Kendimi arada sırada üzgün hissedirim.		0- Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım
	1- Kendimi sık sık üzgün hissedirim.		1- Ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım
	2- Kendimi her zaman üzgün hissedirim.		2- Okul ödevlerimi yapmak sorun değil
B		O	
	0- İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.		0- Her gece uyumakta zorluk çekerim
	1- İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.		1- Birçok gece uyumakta zorluk çekerim
	2- İşlerim yolunda gidecek.		2- Oldukça iyi uyurum
C		Ö	
	0- İşlerimin çoğunu doğru yaparım.		0- Arada sırada kendimi yorgun hissedirim
	1- İşlerimin çoğunu yanlış yaparım.		1- Birçok gün kendimi yorgun hissedirim
	2- Her şeyi yanlış yaparım.		2- Her zaman kendimi yorgun hissedirim
D		P	
	0- Birçok şeyden hoşlanırım.		0- Hemen her gün canım yemek yemek istemez
	1- Bazı şeylerden hoşlanırım.		1- Çoğu gün canım yemek yemek istemez
	2- Hiçbir şeyden hoşlanmam.		2- Oldukça iyi yemek yerim
E		R	
	0- Her zaman kötü bir çocuğum		0- Ağrı ve sızılardan endişe etmem
	1- Çoğu zaman kötü bir çocuğum		1- Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim
	2- Arada sırada kötü bir çocuğum		2- Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim
F		S	
	0- Arada sırada başıma kötü şeylerin geleceğini düşünürüm		0- Kendimi yalnız hissetmem
	1- Sık sık başıma kötü şeylerin geleceğinden endişelenirim		1- Çoğu zaman kendimi yalnız hissedirim
	2- Başıma çok kötü şeylerin geleceğinden eminim		2- Her zaman kendimi yalnız hissedirim
G		Ş	
	0- Kendimden nefret ederim		0- Okuldan hiç hoşlanmam
	1- Kendimi beğenmem		1- Arada sırada okuldan hoşlanırım
	2- Kendimi beğenirim		2- Çoğu zaman okuldan hoşlanırım
H		T	
	0- Bütün kötü şeyler benim hatam		0- Birçok arkadaşım var
	1- Kötü şeylerin bazıları benim hatam		1- Birçok arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterdim
	2- Kötü şeyler genellikle benim hatam değil		2- Hiç arkadaşım yok
I		U	
	0- Kendimi öldürmeyi düşünmem		0- Okul başarımla iyi
	1- Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapmam		1- Okul başarımla eskisi kadar iyi değil
	2- Kendimi öldürmeyi düşünüyorum		2- Eskiden iyi olduğum derslerden çok başarısızım
İ		Ü	
	0- Her gün içimden ağlamak gelir		0- Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum
	1- Birçok günler içimden ağlamak gelir		1- Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum
	2- Arada sırada içimden ağlamak gelir		2- Diğer çocuklar kadar iyiyim
J		V	
	0- Her şey her gün beni sıkır		0- Kimse beni sevmez
	1- Her şey sık sık beni sıkır		1- Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim
	2- Her şey arada sırada beni sıkır		2- Beni seven insanların olduğundan eminim
K		Y	
	0- İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım		0- Bana söyleneni genellikle yaparım
	1- Çoğu zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam		1- Bana söyleneni çoğu zaman yaparım
	2- Hiçbir zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam		2- Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam
L		Z	

	0- Herhangi bir şey hakkında karar veremem		0- İnsanlarla iyi geçinirim
	1- Herhangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir		1- İnsanlarla sık sık kavga ederim
	2- Herhangi bir şey hakkında kolayca karar veririm		2- İnsanlarla her zaman kavga ederim
M			
	0- Güzel/yakışıklı sayılıyorum		
	1- Güzel/yakışıklı olmayan yanlarım var		
	2- Çirkinim		



EK-3: Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

designed by Emrah SONGUR M.D.

EK-4: Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği (BİDÖ)

İNTİHAR DÜŞÜNCEİ ÖLÇEĞİ*

1.Yaşam / Ölüme Dair Tutumun Özellikleri

1.Yaşama arzusu ()

- 0.Orta veya şiddetli
- 1.Zayıf
- 2.Yok

2.Ölme arzusu ()

- 0.Yok
- 1.Zayıf
- 2.Orta veya şiddetli

3.Yaşam / Ölüm için nedenler ()

- 0.Yaşam ölümden ağır basmakta
- 1.Yaşam ve ölüm için nedenler eşit
- 2.Ölmek yaşamaktan ağır basıyor

4.Aktif intihar girişiminde bulunma arzusu ()

- 0.Yok
- 1.Zayıf
- 2.Orta veya şiddetli

5.Pasif intihar girişimi ()

- 0.Yaşamı korumak için intihar girişimi
- 1.Yaşamayı ölmeyi şansa bırakabilir
- 2.Hayatını korumak ve sürdürmek için önlemlerden kaçınma

2.İntihar Düşüncesi /Arzusu Karakteristiği

6.Zaman boyutu: Süresi ()

- 0.Kısa ve geçici dönemler
- 1.Uzun dönemler
- 2.Kronik veya hemen daima sürekli

7.Zaman boyutu: Sıklık ()

- 0.Nadiren
- 1.Aralıklı
- 2.Sebat eden veya süregelen

8.Düşünce ve arzuya karşı tutum ()

- 0.Kabul etmeyen
- 1.Ambivalan, tepkisiz
- 2.Kabul eden

9.İntihar davranışını /Acting outu kontrol etme arzusu ()

- 0.Kabul etme duygusu mevcut
- 1.Kontrol edeceğinden emin değil
- 2.Kontrol etme duygusu yok

10.Aktif girişimden caydıran etmenler (din, aile, başarılı olmayan ()

- Ciddi hasar. Geri dönüş yok
- 0.Caydırıcılar sebebi ile intihar etmeme

*Bu ölçek alanın uzmanları tarafından oluşturulmuş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ulusal/uluslararası ölçektir. Ankara Bilkent Şehir Hastanesi için dış kaynaklı doküman sınıfındadır.

İNTİHAR DÜŞÜNCEİ ÖLÇEĞİ*

1. Caydırıcılar hakkında biraz ilgi gösterme
2. Caydırıcılar hakkında hiç ya da minimal ilgi taşıma

11. Düşünülen girişim için sebep ()

0. Çevreyi etkilemek, dikkat çekmek, intikam
- 1.0 ve 2 nin kombinasyonu
2. Problemden kaçma, çözmek, tamamen sona erdirmek

3. Tasarlanan Girişimin Özellikleri

12. Yöntem: Özgüllük ve Planlama ()

0. Dikkate alınmama
1. Dikkate alınmış fakat detaylar çalışmamış
2. Detaylar çalışmış ve çok iyi planlanmış

13. Yöntem: Erişilebilirlik ()

0. Yönteme ulaşamıyor, fırsat yok
1. Yöntem zaman ve çaba istiyor, fırsat gerçekten yok
- 2a. Yöntem ve fırsata erişilebilir
- 2b. Gelecekte yöntem ile ilgili fırsat veya erişilebilirlik önceden tahmin edilebilir.

14. Girişim gerçekleştirme yeteneğine ilişkin duyuları olması ()

0. Cesaret yok, korkmuş, çok zayıf, yeteneksiz
1. Cesaret konusunda emin değil, yeteneği var
2. Yeteneği ve cesareti var

15. Gerçek girişimin beklentisi / öngörüsü ()

0. Yok
1. Belirsiz, emin değil
2. Evet

4. Tasarlanan Girişimin Gerçekleştirilmesi

16. Gerçek Hazırlık ()

0. Yok
1. Kısmen
2. Tam

17. İntihar Notu ()

0. Yok
1. Başlamış fakat tamamlamamış ya da bırakmamış, sadece düşünce
2. Tamamlamış, bırakmış

18. Ölüm beklentisi içinde yapılan son hareketler ()

0. Yok
1. Düşünmüş ve bazı düzenlemeler yapmış
2. Kesin planlar yapmış ya da düzenlemeleri tamamlamış

19. Tasarlanan girişimin gizlenmesi ya da aldatıcı bir tavır sergilenmesi ()

0. Tasarıları açıkça belli etmek
1. Açıklamaktan çekinmek
2. Yalan söyleme, aldatma, gizli tutma girişimlerinde bulunur

*Bu ölçek alanın uzmanları tarafından oluşturulmuş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ulusal/uluslararası ölçektir. Ankara Bilkent Şehir Hastanesi için dış kaynaklı doküman sınıfındadır.

İNTİHAR DÜŞÜNCESİ ÖLÇEĞİ*

5.Arka Plan Faktörleri

20.Önceki intihar girişimi ()

- 0.Yok
- 1.1
- 2.Birden fazla

21.Son giriřimle ilgili ölme eğilimi ()

- 0.Düşük
- 1.Orta derecede, ikilemli, emin değil
- 2.Yüksek

*Bu ölçek alanın uzmanları tarafından oluşturulmuş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ulusal/uluslararası ölçektir. Ankara Bilkent Şehir Hastanesi için dış kaynaklı doküman sınıfındadır.

EK-5: Ruminatif Tepkiler Ölçeği (RTÖ)

Lütfen aşağıdaki maddeleri, düşünceler ve duygularınızla ilgili en uygun ifadelerden birini işaretleyin.

	Neredeyse Her Zaman	Bazen	Asla	Neredeyse Hiç Zaman
	4	3	2	1
1. Ne kadar yakın hissettiğimi düşünürüm.				
2. "Kendimi iyileştirmem için yapmamam lazım" diye düşünürüm.				
3. Yorgun hissettiğimi ve ağladığımı düşünürüm.				
4. Her şey hakkında ne kadar gıcık olduğumu düşünürüm.				
5. "Beni bu kadar çok mı sevdi?" diye düşünürüm.				
6. Ne kadar yakın ve uzak olduğumu düşünürüm.				
7. Neden sürekli ağladığımı düşünürüm, ya da yakın olmamla ilgili düşüncelerim.				
8. Artık nasıl hissettiğimi düşünürüm.				
9. "Neye kadar yakın hissettiğimi düşünürüm, ya da yapmamam lazım?" diye düşünürüm.				
10. "Neye kadar yakın hissettiğimi düşünürüm, ya da yapmamam lazım?" diye düşünürüm.				
11. Her şeyi düşünürüm, neden böyle hissettiğimi düşünürüm.				
12. Ne düşündüğümü ya da hissettiğimi düşünürüm.				
13. Yalnız olmamla ilgili düşüncelerim, ya da daha iyi hissettiğimi düşünürüm.				
14. "Ne kadar yakın hissettiğimi düşünürüm, ya da yapmamam lazım" diye düşünürüm.				
15. "Bazılarında düşünürüm, ama ben böyle değilim" diye düşünürüm.				
16. "Düşünürüm, ama ben böyle değilim" diye düşünürüm.				
17. Ne kadar yakın hissettiğimi düşünürüm.				

EK-6: Çocuk-Ergen Zorbalık Ölçeği-9 Kısa Form (CABS-9)

ÇEZO-9 Kısa Form - Çocuk-Ergen Zorbalık Ölçeği-9 Kısa Form

Açıklama: Lütfen aşağıda bulunan soruları dikkatle cevaplayınız. Cevaplamak istemediğiniz soruları boş bırakabilirsiniz. Yanıtlarınız size doğru ve yanlış ile değerlendirilecektir. Adınızı veya başka bir kişisel bilgiyi yazmamanız gerek yoktur.

Bu okulda ya diğer okullarda çocuklara başına gelmiş veya başına gelebilir durumları. Lütfen size en yakın gelen cevapları doğru olarak işaretleyiniz.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1. Çocuklar arasında birinde kimisi, kimsi zorlar, yemeye veya içmeye zorlar.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
2. Zorbalık konusunda o kadar çok endişelenirim ki okula dikkatimi toplayamam.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
3. Çocuklar farklı okuduğu için beni diğer ya da gösteren gelir.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
4. Başka bir öğrenci tarafından kılıf veya kuru bir şekilde saldırıya uğradım.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
5. Başka bir öğrenci tarafından baskın saldırıya uğradım.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
6. Okulundaki çocuklar diğerlerini buna karşı koymaya çalışır.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
7. Okulundaki çocuklar beni baskın gösteren gelir.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
8. Okulundaki çocuklar benimle saldıran saldırıya uğradım.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
9. Okulundaki çocuklar arkadaşlarımın, arkadaşlarımın ya da arkadaşlarımın başına gelir.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum

EK-7: Etik Kurul Onayı

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Depresyon Tanısı Olan Ergenlerde Otistik Özelliklerin İntihar Düşüncesi ve İntihar Davranışı İle İlişkisinin İncelenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Ankara Şehir Hastanesi 2 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurul
	AÇIK ADRESİ:	Üniversiteler Mah. Bilkent Cad. No:1 ÇANKAYA /ANKARA
	TELEFON	0312 552 66 00
	FAKS	0312 552 99 82
	E-POSTA	ankarash.etikkurul2@saglik.gov.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ

KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Gülser Şenses DİNÇ			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniği			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi			
VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-			
DESTEKLEYİCİ	-			
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-			
DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
	FAZ 2	☐		
	FAZ 3	☐		
	FAZ 4	☐		
	Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
	Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
	İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
	İlaç dışı klinik araştırma	☐		
	Diğer ise belirtiniz: Anket Çalışması (Dr. Duygu Bilgili CAN'ın tezi)			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

2 Nolu Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Fuat Emre CANPOLAT
İmza:

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Depresyon Tanısı Olan Ergenlerde Otistik Özelliklerin İntihar Düşüncesi ve İntihar Davranışı İle İlişkisinin İncelenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

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

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişki	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Fuat Emre CANPOLAT	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Neonatoloji	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ E ☒		
Prof. Dr. İlkan TATAR	Anatomi	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ E ☒		
Prof. Dr. Dilek ŞAHİN	Kadın Hastalıkları ve Doğum /Perinatoloji	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒ E ☒		
Prof. Dr. Mehmet Ali Nahit ŞENDUR	Tıbbi Onkoloji	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi (YBÜ)	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ E ☒		
Prof. Dr. Bilgen BAŞGUT	Farmakoloji	Başkent Üniversitesi Eczacılık Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☐ E ☐		
Prof. Dr. Özlem Yılmaz TAŞDELEN	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒ E ☒		
Prof. Dr. Bedia DİNÇ	Tıbbi Mikrobiyoloji	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi (S.B.Ü)	E ☐ K ☒	E ☐ H ☐ E ☐		
Prof. Dr. Gülhan KURTOĞLU ÇELİK	Acil Tıp	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi(YBÜ)	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒ E ☒		
Prof. Dr. Dilek ÖZTAŞ	Halk Sağlığı	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi (YBÜ)	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒ E ☒		
Doç. Dr. Hayriye Gözde KANMAZ KUTMAN	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Neonatoloji	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒ E ☒		
Doç. Dr. Ayça Tuba DUMANLI ÖZCAN	Anestezi ve Reanimasyon	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒ E ☒		
Doç. Dr. Muhammet Kadri ÇOLAKOĞLU	Gastroenteroloji Cerrahisi	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ E ☒		
Sağ. Mens. Olm. Üye. Mehmet Hilmi ŞEÇİLMİŞ	İktisat Maliye	Emekli	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ E ☒		
Av. Mesut KELEKÇİBAŞI	Hukuk	Serbest Avukat	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ E ☒		
Mühendis Erhan BAYSAL	Biyomedikal Mühendis	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ E ☒		

*:Toplantıda Bulunma

2 Nolu Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı:Prof. Dr. Fuat Emre CANPOLAT
İmza:

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Depresyon Tanısı Olan Ergenlerde Otistik Özelliklerin İntihar Düşüncesi ve İntihar Davranışı İle İlişkisinin İncelenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama
	SİGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	İLAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
	DİĞER:	☐		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: E2-23-5436	Tarih: 01/11/2023		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.			

2 Nolu Etik Kurul Başkanının
 Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Fuat Emre CANPOLAT
 İmza:

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı : Duygu BİLGİLİ CAN
Doğum Yeri ve Tarihi :
Uyruğu : T.C.
Medeni Durumu : Evli
E-posta adresi :
Telefon :
Yabancı Dil : İngilizce

II- Eğitimi

2006-2013 Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
2002-2006 Aydın Fen Lisesi

III- Mesleki Deneyimi

2017-halen SBÜ Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Kliniği, Asistan hekim
2015-2016 Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, Asistan hekim
2013-2014 Van Erciş Devlet Hastanesi , Pratisyen hekim

IV- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

- 1) Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği
- 2) Türkiye Psikiyatri Derneği