

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

**MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK TANISI OLAN
ERGENLERDE İNTİHAR DAVRANIŞININ
DÜRTÜSELLİK VE YÜRÜTÜCÜ İŞLEVLER İLE
İLİŞKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. Merve ONAT

İZMİR-2016

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

**MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK TANISI OLAN
ERGENLERDE İNTİHAR DAVRANIŞININ
DÜRTÜSELLİK VE YÜRÜTÜCÜ İŞLEVLER İLE
İLİŞKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. Merve ONAT

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ:

PROF. DR. Aynur PEKCANLAR AKAY

İZMİR-2016

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	ii
TABLO LİSTESİ	vi
KISALTMALAR	viii
TEŞEKKÜR	ix
ÖZET	1
ABSTRACT	3
1. MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK	5
1.1. Major Depresif Bozukluk Tanımı	5
1.2. Tarihçe	5
1.3. Epidemiyoloji	6
1.4. Etiyoloji Ve Risk Etkenleri	6
1.4.1. Ailesel Etkenler	7
1.4.2. Psikososyal Etkenler	8
1.4.3. Emosyonel Etkenler ve Komorbid Hastalıklar	8
1.4.4. Biyolojik Etkenler	9
1.4.4.1. Monoamin Hipotezi ve Nöroendokrinolojik Etkenler	9
1.4.4.2. Beyin Görüntüleme Çalışmaları	9
1.5. Komorbidite	10
1.6. Klinik Tanı	10
1.7. Tanısal Değerlendirme	13
2. İNTİHAR	15
2.1. İntihar Davranışının Tanımı	15
2.2. İntihar Davranışını Açıklayan Kuramlar	15
2.3. İntihar Davranışının Epidemiyolojisi	17
2.4. İntihar Davranışı İçin Risk Etkenleri	19
2.4.1. İntihar Düşüncesi	19

2.4.2. Önceki İntihar Girişimi.....	19
2.4.3. Ölümcül Araçlara Ulaşabilme.....	19
2.4.4. Psikiyatrik Bozukluklar	19
2.4.5. İntihar ve Kişilik Özellikleri.....	20
2.4.6. Tıbbi Bozukluklar.....	21
2.4.7. Ailesel ve Çevresel Etkenler	21
2.4.8. İntihar Davranışı ve Yürütücü İşlevler	21
2.5. İntihar Davranışında Değerlendirme.....	25
3. AMAÇ VE HİPOTEZ.....	29
3.1. Çalışmanın Amacı.....	29
3.2. Hipotez.....	30
4. GEREÇ VE YÖNTEM.....	31
4.1. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı.....	31
4.2. Araştırma Deseni.....	31
4.3. Örneklem Grubu.....	31
4.4. Yöntem.....	33
4.5. Gereçler	34
4.5.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	34
4.5.2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY) (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children Kiddie-SADS-lifetime Version (K-SADS-PL).....	34
4.5.3. Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu (CDRS-R).....	35
4.5.4. Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği (WISC-R)	35
4.5.5. Wechsler Yetişkinler için Zeka Ölçeği (WAIS).....	36
4.5.6. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ).....	36

4.5.7. Barratt İçtepisellik Ölçeği (BIS-10)	36
4.5.8. İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)	37
4.5.9. İntihar Davranışı Ölçeği.....	37
4.5.10.Stroop Testi-Temel Bilimler Araştırma Grubu Formu (ST-TBAG)	37
4.5.11.Wisconsin Kart Eşleme Testi.....	38
5. BULGULAR	41
5.1. Sosyodemografik Özellikler	41
5.1.1. Yaş	41
5.1.2. Cinsiyet	41
5.1.3. Okul Başarısı.....	41
5.1.4. Ailedeki Çocuk Sayısı	42
5.1.5. Aile Yapısı	43
5.1.6. Ebeveynlerin Eğitim Düzeyi.....	43
5.1.7. Ebeveynlerin Çalışma Durumu.....	45
5.1.8. Ailede Kronik Tıbbi ve Ruhsal Hastalık Varlığı	46
5.1.9. Yaşam Olayı Varlığı	47
5.1.10. El Tercihi	47
5.1.11. İntihar Planı, İntihar Düşüncesi ve Ailede İntihar Girişimi Öyküsü	48
5.1.12. İntihar Girişiminin Özellikleri.....	49
5.2. MDB epizod süresi, epizod sayısı, hastalık başlangıç yaşı, tedavi.....	50
5.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ).....	51
5.4. CDRS-R Ölçeği	52
5.5. İntihar Olasılığı Ölçeği	53
5.6. İntihar Davranışı Ölçeği	54
5.7. Barratt Dürtüsellik Ölçeği.....	54
5.8. Stroop Testi TBAG Formu	55

5.9. Wisconsin Kart Eşleme Testi (WKET)	57
5.10. Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği (WISC-R) ve Wechsler Yetişkinler için Zeka Ölçeği (WAIS)	58
6. TARTIŞMA	60
6.1. Sosyodemografik Özellikler	60
6.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve CDRS-R Sonuçları	66
6.3. İntihar Davranışı Ölçeği ve İntihar Olasılığı Ölçeği Sonuçları	67
6.4. Barratt Dürtüsellik Ölçeği Sonuçları	69
6.5. Stroop Testi TBAG Formu ve Wisconsin Kart Eşleme Testi Sonuçları	71
6.6. Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği (WISC-R) ve Wechsler Yetişkinler için Zeka Ölçeği (WAIS) Sonuçları	74
7. SONUÇ VE ÖNERİLER	77
7.1. Sonuçlar	77
7.2. Öneriler	78
7.3. Çalışmanın Kısıtlılıkları	78
7.4. Çalışmanın Güçlü Yönleri	79
8. KAYNAKLAR	80
EKLER	100
EK 1. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	101
EK 2. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ	104
EK 3. İÇTEPİSELLİK ÖLÇEĞİ	108
EK 4. İNTİHAR DAVRANIŞI ÖLÇEĞİ	109
EK 5. İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ (İOÖ)	110

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Major Depresif Bozukluk Risk Etkenleri	7
Tablo 2. Akut Dönemde İntihar Riski Belirleyicileri	26
Tablo 3. Çalışmadaki MDB, MDB ile İntihar ve Kontrol Gruplarının Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması	41
Tablo 4. Çalışma Grubundaki Ergenlerin Okul Başarısı	42
Tablo 5. Çalışma Grubundaki Ergenlerin Ailelerindeki Çocuk Sayısı	42
Tablo 6. Çalışma Grubundaki Ergenlerin Aile Yapısı	43
Tablo 7. Çalışma Grubundaki Ergenlerin Annelerinin Eğitim Düzeyi	44
Tablo 8. Çalışma Grubundaki Ergenlerin Babalarının Eğitim Düzeyi	44
Tablo 9. Çalışma Grubundaki Ergenlerin Annelerinin Çalışma Durumu	45
Tablo 10. Çalışma Grubundaki Ergenlerin Babalarının Çalışma Durumu	46
Tablo 11. Çalışma Grubundaki Ergenlerin Ailelerinde Kronik Tıbbi Hastalık Varlığı	46
Tablo 12. Çalışma Grubundaki Ergenlerin Ailelerinde Ruhsal Hastalık Varlığı	47
Tablo 13. Çalışma Grubundaki Ergenlerde Yaşam Olayı Varlığı	47
Tablo 14. Çalışma Grubundaki Ergenlerin El Tercihi	48
Tablo 15. Çalışma Grubundaki Ergenlerin İntihar Planı	48
Tablo 16. Çalışma Grubundaki Ergenlerin İntihar Düşüncesi	49
Tablo 17. Çalışma Grubundaki Ergenlerin Ailelerinde İntihar Girişimi Öyküsü	49
Tablo 18. Çalışma Grubundaki Ergenlerin Gördükleri Tedavi	51
Tablo 19. Çalışma Grubundaki Ergenlerin Beck Depresyon Ölçeği Sonuçları	52
Tablo 20. Çalışma Grubundaki Ergenlerin CDRS-R Sonuçları	53
Tablo 21. Çalışma Grubundaki Ergenlerin İntihar Olasılığı Ölçeği Karşılaştırmalı Alt Test Puanları	54
Tablo 22. Çalışma Grubundaki Ergenlerin Barratt Dürtüsellik Ölçeği Karşılaştırmalı Alt Test Puanları	55
Tablo 23. Çalışma Grubundaki Ergenlerin Stroop Testi TBAG Formu Karşılaştırmalı Sonuçları	57

Tablo 24. Çalışma Grubundaki Ergenlerin Wisconsin Kart Eşleme Testi (WKET) Karşılaştırmalı Sonuçları.....	58
Tablo 25. Çalışma Grubundaki Ergenlerin WISC-R ve WAIS Karşılaştırmalı Sonuçları	59



KISALTMALAR

K-SADS-PL	: Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and Lifetime Version (Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli)
WISC-R	: Wechsler Intelligence Scale for Children (Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeği)
WAIS	: Wechsler Adult Intelligence Scale (Wechsler Yetişkinler için Zeka Ölçeği)
CDRS-R	: Children's Depression Rating Scale, Revised (Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu)
ST-TBAG	: Stroop Testi -Temel Bilimler Araştırma Grubu Formu
WKET	: Wisconsin Kart Eşleme Testi
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
BIS-10	: Barratt Impulsiveness Scale-10 (Barratt İçtepisellik Ölçeği-10)
İÖÖ	: İntihar Olasılığı Ölçeği
İDÖ	: İntihar Davranışı Ölçeği
MDB	: Major Depresif Bozukluk
HPA	: Hipotalamik Hipofizer Adrenokortikal aks
DST	: Deksametazon Supresyon Testi
DEHB	: Dikkat Eksikliği / Hiperaktivite Bozukluğu
KOKGB	: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu
OSB	: Otizm Spektrum Bozukluğu
CDI	: Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
SSRI	: Selektif Serotonin Re-uptake İnhibitörü
DDT	: Diyalektik Davranışçı Terapi
BPB	: Bipolar Bozukluk

TEŞEKKÜR

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini istek ve özveriyle paylaşan değerli hocam Prof. Dr. Şahbal Aras'a ve ilk süpervizörüm Prof.Dr. Süha Miral'e çok teşekkür ederim.

Bölümümüzün kurucusu sayın hocam Prof. Dr. Ayşen Baykara'ya çok teşekkür ederim.

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, tez sürecinde gösterdiği emek ve desteği için minnettar olduğum değerli tez hocam Prof. Dr. Aynur Akay'a, Prof. Dr. Neslihan İnal Emiroğlu'na ve Doç.Dr. Burak Baykara'ya teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Uzmanlık eğitimime katkıda bulunan değerli hocalarım Prof. Dr. Özlem Gencer Kidak, Doç. Dr. Taner Güvenir, Doç. Dr. Aylin Özbek, Yard. Doç.Dr. Sevay Alşen Güney ve Uzm. Dr. Burcu Demirgören'e teşekkür ederim.

Tez çalışmamda yapılan yürütücü işlev testleri sırasındaki yardımları için Prof. Dr. Ayşegül Özerdem, Yard. Doç. Ceren Hıdıroğlu, Psikolog Ümit Şahin ve Psikolog Ayşegül İldiz'a;

Tez çalışmamda, istatistiksel değerlendirme sırasındaki yardımları için Prof. Dr. Hülya Ellidokuz'a;

Asistanlığım boyunca beraber çalıştığım meslektaşlarım Handan, Sevay, Fatma, Ceren, Canem, Damla, Dilay, Gonca, Yusuf, Eyaz, Enver, Mustafa Can, Murat Kaçar, Murat Eyüpoğlu, Ferhat, Deniz, Burçin, Barış, Gözde, Önder, Pelin, Ayça, Didem, Aybüke, Begüm, Mert, Bari, Berrin, Serkan, Seçil, Cansu, Elif, Gökhan, Beste, Fatmanur, Çağatay, Oğulcan, Doğukan, Mustafa ve Emin'e;

Psikiyatri rotasyonum sırasında destekleri ve yardımlarını esirgemeyen hocalarım Prof. Dr. Berna Binnur Akdede, Prof. Dr. Ayşegül Özerdem, Prof. Dr. Can Cimilli, Prof. Dr. Tunç Alkın, Prof. Dr. Elif Onur Aysevener, Prof.Dr. Köksal Alptekin, Prof. Dr. Beyazıt Yemez, Prof.Dr. Ayşegül Yıldız, Doç. Dr. Halis Ulaş, Uzm. Dr. Tolga Binbay ve psikiyatri asistanlarına;

Çocuk nörolojisi rotasyonum boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Prof. Dr. Semra Kurul'a, Doç Dr. Uluç YİŞ'e ayrıca tüm pediatri uzman ve asistanlarına;

Asistanlık eğitimim boyunca birlikte çalıştığım Özel Eğitim Uzmanı Aysu Eroğlu, Uzm. Psikolog Esmahan Orçin, Psikolog Özge Karakuş, anabilim dalı sekreterlerimiz Naciye Özegemen ve Duygu Çalışkan'a, poliklinik sekreterimiz Yasin Küçükçapraz'a, servis sekreterimiz Kadriye Gülçin Algüller'e, arşiv sorumlumuz Ozan Şakar'a ve tüm personele;

Hiçbir zaman desteklerini esirgemeyen, sahip olduğum her şeyi borçlu olduğumu bildiğim aileme; canım kardeşim Meriç'e, çok değerli ve kalıcı olduğunu bildiğim dostluğu için Deniz'e; Nur Ayça, Tuğba ve Esra'ya çok teşekkür ederim.

Merve ONAT

İzmir 2016

ÖZET

MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK TANISI OLAN ERGENLERDE İNTİHAR DAVRANIŞININ DÜRTÜSELLİK VE YÜRÜTÜCÜ İŞLEVLER İLE İLİŞKİSİ

Amaç: Bu çalışmada major depresif bozukluk tanısı olup intihar girişiminde bulunmuş olan ergen hastaların intihar girişimi olmayan ergen hastalar ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırılarak intihar davranışının dürtüsellik, intihar olasılığı, depresyon şiddeti ve yürütücü işlevler ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Bu çalışmaya, çalışmanın başlamasından önceki son bir yıl içerisinde ve çalışma süresince intihar girişimi nedeniyle Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (DEÜTF ÇERSAH) Polikliniğine başvuran ve depresif bozukluk tanısı konmuş olan 14 yaşından gün alan ve 18 yaşını tamamlayana kadarki 32 ergen hasta, Aralık 2015-Haziran 2016 tarihleri arasında DEÜTF ÇERSAH Polikliniğine başvuran ve depresif bozukluk tanısı konmuş olan aynı yaş aralığındaki 30 ergen hasta ve bunlarla yaş, cinsiyet, sosyoekonomik düzey açısından eşleştirilmiş 30 sağlıklı gönüllü ergen alınmıştır. Çalışmaya katılanlara Sosyodemografik Veri Formu, K-SADS-PL (Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli), Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeği (WISC-R) testi ya da Wechsler Yetişkinler için Zeka Ölçeği (WAIS), Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu (CDRS-R), Wisconsin Kart Eşleme Testi (WKET) ve Stroop Testi-TBAG Formu uygulanmıştır ve Sosyodemografik Veri Formu, Beck Depresyon Ölçeği, Barratt İçtepisellik Ölçeği (BIS-10), İntihar Olasılığı Ölçeği, İntihar Davranışı Ölçeği verilmiştir. Çalışmanın verileri SPSS 15.0 paket programında değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizlerde kategorik olmayan gruplarda ki kare testi, kategorik değişkenler için t testi, one way anova ve post hoc analizi uygulanmıştır. $p=0.05$ 'ten küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Sosyodemografik özellikler açısından, okul başarısının depresif hasta grubunda sağlıklı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu ($p<0,001$), intihar edenlerin kardeş sayısının daha fazla olduğu ($p=0,021$), depresif hastaların babalarının eğitim düzeyinin daha düşük olduğu ($p=0,002$), depresif hastaların ailesinde daha yüksek oranda ruhsal hastalık bulunduğu

($p=0,024$), depresif hastaların daha çok intihar planı yaptıkları ($p<0,001$) saptandı. Diğer sosyodemografik özellikler açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı. BDÖ ve CDRS-R ölçekleri ile saptanan depresyon şiddetinde intihar girişiminde bulunan ve bulunmayan depresif hastalar arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,317$, $p=1,000$). İntihar olasılığı açısından intihar girişiminde bulunan ve bulunmayan depresif hasta grubunda anlamlı farklılık bulunmadı. Barratt Dürtüsellik Ölçeği'ne göre saptanan dürtüsellik düzeyi açısından depresif hasta grubunun kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha dürtüsel olduğu saptandı ($p=0,007$ ve $p<0,001$). Ancak intihar girişiminde bulunan ve bulunmayan gruplar arasında dürtüsellik açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p=1,000$). İntihar girişiminde bulunan depresif hastaların bulunmayanlara göre Stroop testini daha uzun sürede bitirdikleri bulundu. Stroop testi 1. ve 4. bölüm süre puanı açısından intihar girişiminde bulunan grup ile sağlıklı kontrol grubu arasında anlamlı farklılık saptandı ($p=0,040$, $p=0,011$). 3. bölümde depresif bozukluk grubundaki hastalar diğer gruplara göre anlamlı düzeyde daha kötü performans sergiledi. WKET puanları açısından olgu ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Depresif olgu grubunun zeka düzeyinin sağlıklı kontrol grubundan daha düşük olduğu saptandı.

Sonuç: İntihar girişimi olan depresif ergenlerin intihar girişimi olmayan depresif ergenlere benzer düzeyde dürtüsel oldukları; intihar girişimi olanların girişimi olmayan depresif hastalara kıyasla Stroop testini daha uzun sürede bitirdikleri, test zorlaştıkça depresif hastaların kontrol grubundakilere oranla daha çok düzeltme yaptıkları; WKET puanları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı; depresif grubun zeka düzeyinin sağlıklı kontrolden daha düşük olduğu sonucuna varıldı. Daha geniş örneklem grubunda farklı bölgelerde intihar girişiminde bulunan ergenlerde bu çalışmadakilerden başka nöropsikolojik testlerin de uygulandığı yürütücü işlevler ve dürtüsellik üzerine daha fazla çalışma yapılması gerektiği düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: İntihar, yürütücü işlevler, nöropsikolojik değerlendirme, ergen, major depresif bozukluk

ABSTRACT

EXECUTIVE FUNCTIONS AND IMPULSIVITY IN SUICIDE ATTEMPTER ADOLESCENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

Aim: This study aims to investigate the relationship between suicide and executive functions, impulsivity, suicide probability and depression severity in adolescents with major depressive disorder.

Method: In this study, depressed 14-18 years-old adolescents who have made a suicide attempt in last year (n=32); depressed adolescents without a suicide attempt (n=30) and control group (n=30), in Dokuz Eylul University Child and Adolescent Psychiatry Department, who met the inclusion criteria and gave consent were involved. The clinical diagnoses were evaluated with the Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and Lifetime Version (K-SADS-PL). Data were collected by using a sociodemographic data form, Beck Depression Inventory, Barratt Impulsiveness Scale-10, Suicide Probability Scale, Suicidal Behavior Questionnaire, The Children's Depression Rating Scale, Revised (CDRS-R). To evaluate intelligence Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC-R) or Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS) were applied to all participants. Also, to determine performance based executive functions, Wisconsin Card Sorting Test (WCST) and Stroop Test were applied to the all participants. The study data were analyzed using SPSS 15.0 software package. Chi-square test for non- categorical group and t test, one way ANOVA and post hoc analysis for categorical variables was performed in the statistical analysis and p-values less than 0.05 were considered statistically significant.

Findings: Major depressive disorder was related poor academic performance and suicide plans. Parents of patients with major depressive disorder were lowly educated, also psychiatric disorders were much more common in this group compare to controls. Patients who had made suicide attempt had more number of siblings. There were not any statistically significant difference between other sociodemographic values. There were not any statistically significant difference

between depressive patients with or without suicide attempt groups on depression severity, determined by Beck Depression Inventory and CDRS-R. However, there were not any statistically significant difference between depressive patients with or without suicide attempt groups on suicide probability, measured by Suicide Probability Scale. Impulsivity found more severe in depressive patients compare to controls. But, there were not any statistically significant difference between depressive patients with or without suicide attempt groups. The participants who had made suicide attempt displayed lower performance on Stroop Test, especially in part 1 and part 4. Also depressive patients exhibited lower performance on Stroop Test, part 3. We could not detect any statistical differences in WCST scores between all groups. Intelligence scores found worse in depressive patient groups compare to controls.

Conclusion: Depressive patients without suicide attempt were impulsive as patients with suicide attempt. Patients with suicide attempt displayed lower performance on Stroop Test compare to controls. Also, while Stroop Test get harder, depressive patients had to make more corrections. There were no statistically significant differences on WCST scores between all groups. The level of intelligence has concluded that the depressed group was lower than healthy controls. More studies need to focus on impulsivity and executive functions in patients with suicide attempt.

Key words: suicide, executive functions, neuropsychological assessment, adolescents, major depressive disorder.

1. MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK

1.1. Major Depresif Bozukluk Tanımı

“Depresyon” çeşitli ruhsal bozuklukların bir belirtisi, bir sendrom ya da bir hastalık anlamında kullanılabilirken, klinik depresyon tanımı major depresif bozukluk ve distimiye içerir (Ray,2009). Depresyon ataklarla ya da süregelen seyir gösteren bir psikiyatrik rahatsızlık olup, kronik ve yaygın bir üzüntü veya mutsuz olma hali, günlük aktivitelerden keyif alamama, irritabilite, iç sıkıntısı ve bunlara eşlik eden olumsuz düşünme, enerjinin azalması/yokluğu, dikkat sorunları, iştah ve uyku değişiklikleri ile karakterize bir durumdur (Ray, 2009). Depresif bozukluklar küçük çocuklar dışında çocuklar ve ergenlerde oldukça sık görülen, belirgin sıkıntı ve işlev bozukluklarına yol açan, sıklıkla başka ruhsal bozukluklarla birlikte olan, intihar girişimi ve madde kullanımı gibi ciddi sonuçlar doğurabilen, çoğu zaman tekrarlayan, erişkinlikte de devam edebilen, bütün bu nedenlerle erken tanı ve tedavinin önemli olduğu ciddi ruhsal bozukluklardır (Ağaoğlu, 2008).

1.2. Tarihçe

Erişkinlerde depresyon yıllardır araştırıldığı halde, 1960’lı yıllara kadar çocuklarda depresyon üzerinde pek durulmamış, yalnızca bebeklik ve erken çocuklukta, çoğu zaman önemli nesne kayıpları ile ortaya çıkan depresif durumlar tanımlanmıştır. Birçok psikanalist, çocuklarda ergenlik öncesinde üst benliğin yeterince gelişmemiş olması nedeni ile depresyonun görülemeyeceğini savunmuştur. 1960’lı yılların sonlarına doğru analistlerin görüşü yerini pek çok araştırmacı tarafından desteklenen maskeli depresyon kavramına bırakmıştır. Maskeli depresyon kavramına göre çocuklarda depresyon, depresif duygu ve belirtiler şeklinde açıkça gözlenmez, çeşitli ruhsal belirtilerle maskelenir. Bu kavram giderek genişletilmiş ve hemen her çeşit ruhsal belirti bir maske ya da depresyon eş değeri olarak görülmeye başlanmıştır. Bu sorunlar çocuk psikiyatrisi kliniklerine başvuruların neredeyse tamamını oluşturduğundan, bütün bu sorunların arkasında depresyonun yer alması akla yatkın bulunmamış ve bu görüş yavaş yavaş önemini yitirmiştir. 1970’li yılların ortalarından itibaren çocuk ve ergenlerde depresyonla ilgili araştırmalar giderek artmış, çocuklarda da depresyonun erişkinlerde görülen belirtilerle seyrettiği kabul edilmiştir. Amerikan Psikiyatri Birliği’nin ruhsal bozuklukları sınıflandırması olan DSM-III’te çocuklar için ayrı tanı ölçütleri

belirlenmemiş, bazı farklılıkla birlikte erişkinler için olan depresif bozukluk ölçütlerinin çocuk ve ergenlerde de geçerli olduğu kabul edilmiştir (Ağaoğlu, 2008). Bununla birlikte, çocukların gelişim düzeylerine özgü agresyon, somatik yakınmalar, negativist tutum gibi belirtiler gösterebilecekleri göz önünde bulundurularak DSM-IV'te çocuk, ergen ve erişkinlerde depresif bozukluğun çekirdek belirtileri ortak olarak kabul edilmiş, fakat çocukluk çağında "irritabl duygudurum" depresif duygudurumun tanısal eş değeri olarak değerlendirmeye alınmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması 10'da da durum benzerdir (Carlson,1986).

1.3. Epidemiyoloji

Major depresif bozukluk prevalansı yaklaşık olarak çocuklarda %2, ergenlerde ise %4-8 oranında bildirilmektedir (Birmaher, 1996). Yakın zamanda yapılan bir epidemiyolojik çalışmada MDB yaygınlığı okul öncesi dönemde yaklaşık olarak %1, okul çağında %2, ergenlerde %5 şeklinde saptanmıştır (Rey,2012). Çocukluk yıllarında erkek/kız oranı 1:1 iken bu oran ergenlikte 1:2 olarak değişmektedir (Birmaher, 1996). Son yıllarda 14 yaşından küçük çocuklarda MDB yaygınlığının %0,2'den %7,5'e yükseldiği gösterilmiştir (Avanci, 2012). Depresyon riski özellikle kız ergenlerde puberteden sonra 2-4 kat artmakla birlikte toplum örnekleminde 18 yaşındaki prevalansın %20'lere yükseldiği görülmektedir (Birmaher, 1996). Bu cinsiyetler arası farklılığın nedeni olarak, depresyonun etiyolojisinde yer aldığı düşünülen nörobiyolojik değişiklikler öne sürülmektedir. Kızlarda gonadal hormonal döngü depresyona yatkınlığı artırmakta ve erken puberte ergenlik döneminde depresif bozukluk için risk etkeni iken erkeklerde adrenarş, depresyondan koruyucu bir etkidir (Parker, 2004; Frye, 2011).

Çocuk ve ergenlerin yaklaşık %5-10'unda ise eşik altı depresif belirtiler saptanmaktadır. Bu çocuklar, depresyon açısından ailesel yüklülük ve psikososyal sorunlara sahip olmaları nedeniyle gelecekte MDB tanısı alma ve intihar davranışı açısından risk altındadırlar (Birmaher, 1996).

1.4.Etiyoloji Ve Risk Etkenleri

Depresif bozuklukların etiyolojisi yıllardır araştırılmakta ve günümüzde biyolojik ve psikososyal etkenlerin birlikte rol oynadığı kabul edilmektedir (Ağaoğlu, 2008). Nörokimyasal, genetik ve beyin görüntüleme çalışmaları depresyonun etiyolojisini

anlamak için ümit vaat etmekte, fakat klinik uygulamada halen kullanılmamaktadır (Hulvershorn, 2011; Zalsman, 2006).

Tablo 1. Major Depresif Bozukluk Risk Etkenleri (IACAPAP, 2012)

Biyolojik Risk Etkenleri • Ailede depresyon öyküsü • Ebeveynlerde alkol-madde kullanımı • Ailede bipolar bozukluk öyküsü • Kız cinsiyet • Erken menarş • Kronik tıbbi hastalık • Geçmişte depresyon öyküsü bulunması
Psikolojik Risk Etkenleri • Komorbid psikiyatrik bozukluk (özellikle anksiyete bozukluğu) • Nevrotik ya da aşırı duygusal mizaç • Travmanın eşlik etmesi • Yas ve kayıplar
Ailesel Risk Etkenleri • İhmal, istismar • Olumsuz ebeveyn tutumu (reddetme, bakımın yetersiz olması) • Ailesel ruhsal hastalık • Aile-çocuk arasında çatışma
Sosyal Risk Etkenleri • Akran zorbalığı • Suça sürüklenme • Kurum bakımında olma, evsiz ya da mülteci olma

1.4.1. Ailesel Etkenler

Major depresif bozukluk için güçlü ailesel yüklülük, bu bozukluğun gelişimini yordayan en önemli ve tek risk etkenidir (Birmaher, 1996). Kalıtımın depresyondaki rolü %40-60 civarındadır (Craddock, 2005). Çocuk ve ergenlerde, anne-babanın

psikiyatrik rahatsızlık öyküsü olması, MDB'un bireyde daha erken yaşta başlaması ve daha şiddetli seyretmesi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Kindt, 2014).

1.4.2. Psikososyal Etkenler

Kayıplar, fiziksel ya da cinsel istismar, ihmal, devam eden çatışmalar, engellenmeler ve şiddete maruziyet gibi stresörlerin varlığı majör depresyonun başlamasına ya da tekrarlamasına neden olabilmektedir. Ayrıca, bu stresörlerin çocuk üzerine etkisi çocuğun zeka düzeyi, sosyoekonomik durumu, strese karşı sorun çözme kapasitesi ve bilişsel becerileri, ailesel ve sosyal desteği ve muhtemel diğer genetik etkenlere de bağlıdır. Böylelikle, negatif bilişsel stilleri, ruminasyon ve umutsuzluğa yatkınlığı olan bireyler negatif yaşam olaylarıyla karşılaştıklarında major depresif bozukluk için yüksek risk altında olurlar (Alloy, 2007). Nöronal serotonin presinaptik geri alım bölgesi için daha az fonksiyonel allele sahip homozigot ya da heterozigot bireylerin tekrarlayıcı negatif yaşam olaylarına maruz kaldıklarında daha çok major depresif bozukluk tanısı aldıkları gösterilmiştir (Caspi,2003; Kendler, 2005).

1.4.3. Emosyonel Etkenler ve Komorbid Hastalıklar

Anksiyete bozukluğu ve madde kötüye kullanımı gibi diğer ruhsal bozukluklar için pozitif aile öyküsü, gencin geçmişte depresyon tanısı alması ya da eşik altı depresif belirtilerinin olması veya anksiyete bozukluğu, madde kötüye kullanımı, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, yeme bozukluğu gibi diğer psikiyatrik rahatsızlıklarının, diyabet gibi tıbbi rahatsızlıklarının, kortikosteroid gibi tedavi kullanımının ve çeşitli sosyokültürel etkenlerin depresif belirtilerin gelişimi ve sürekliliğinde etkili olduğu bilinmektedir (Alloy, 2007; Birmaher, 1996; Caspi,2003; Costello, 2002; Kendler,2005; Pine, 1998; Reinherz, 2003; Weissman, 2006a-b). Hipotalamohipofizer aks etkinliği ve kortizol düzeylerinde artışın depresyonun tekrarlaması ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Rao, 2013). Aynı zamanda utangaç, özgüveni düşük, kaygılı ve bağımlı kişilik özellikleri olan çocuk ve ergenlerde MDB'un daha fazla oranda görüldüğü bildirilmiştir (Tamar, 2004).

1.4.4. Biyolojik Etkenler

1.4.4.1. Monoamin Hipotezi ve Nöroendokrinolojik Etkenler

Psikiyatrik bozuklukların tedavisinde trisiklik antidepresanların ve monoamin oksidaz inhibitörlerinin kullanılmaya başlanmasıyla birlikte “Monoamin Hipotezi” üzerinde düşünölmeye başlanmıştır. Monoamin hipotezine göre Dopamin, Serotonin ve Noradrenalin aminlerinden birinin eksikliğinde ya da işlevlerindeki bozulmanın depresif belirtilere yol açabileceğı düşünölmüştür (Racagni, 1999). Bununla birlikte, antidepresanların etkisiyle ilgili beyin alanlarında monoamin düzeyleri hızla yükselmekte, ancak beklenen klinik etki haftalar sonra görölmektedir. Bu durum da klinik etkinin, nörotransmitter düzeylerindeki ani artışın neden olduğı nörotransmitter reseptör duyarlılığındaki değışiklikler ile ilişkili olduğunu düşünörmektedir (Stahl, 2015).

Major depresif bozukluk tanılı erişkinlerde kortikotropin serbestleştirici faktörün artmış salınımına bağılı olarak hipotalamik hipofizer adrenokortikal aksın (HPA) kronik hiperaktivitesi vardır (Francis, 1999). Aynı şekilde MDB’u olan çocuk ve ergenlerde kronik HPA hiperaktivitesi olup olmadığı konusu halen tartışılmakta olan bir konudur. Bu konuyla ilgili yapılan çalışmalarda şiddetli depresyonu olan ya da intihar girişiminde bulunmuş çocuk ve ergenlerde kortizol aşırı salınımı saptanmıştır (Liu, 1997). Bu yaş grubunda yapılan bir incelemede, depresif ergenlerin %43’ünde depresif çocukların ise %70’inde deksametazon supresyon testi (DST) pozitifliği bulunmuştur. DST pozitif olan depresif çocuk ve ergenler tekrar değeriendirildiklerinde depresyonu düzelen olgularda DST’nin düzeldiğı, depresyonu sürenlerde DST pozitifliğinin devam ettiğı saptanmıştır (Weller, 1985).

1.4.4.2. Beyin Görüntöleme Çalışmaları

Yapılan beyin görüntöleme çalışmalarında MDB’da frontostriatal ve frontolimbik ağılarda fonksiyonel ve yapısal sorunlar olduğı gösterilmiştir (Rao,2013). SPECT çalışmasında depresif ergenlerde sol temporal kortikal ve sol anterofrontal alanlarda azalmış perfüzyon saptanmıştır (Tutus, 1998). Çocuk ve erişkin yaş grubunda yapılan çalışmalarda MDB olan bireylerde hipokampus hacminde azalma olduğı aynı zamanda amigdala, ventral striatum ve prefrontal kortikal sistemin depresyonda önemli olduğı gösterilmiştir (McKinnon, 2009; Ernst, 2009).

1.5. Komorbidite

Ergenlerde major depresif bozukluğa %40-70 oranında eşlik eden psikiyatrik bozukluk olduğu gösterilmiştir (Birmaher, 1996). Depresif bozukluk tanısı alan çocuk ve ergenlerde, tanıyı takip eden 3 aylık sürede komorbid olarak %28 anksiyete bozukluğu, %7 dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), %3 karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB), %3 davranım bozukluğu ve %1 madde kötüye kullanımı saptanmıştır (Costello, 2003).

Anksiyete bozukluğu ve davranım bozukluğu MDB'dan daha önce başlama eğilimindeyken madde kötüye kullanımı MDB epizodundan birkaç yıl sonra ortaya çıkmaktadır (Cicchetti, 1998).

1.6. Klinik Tanı

Günümüzde major depresif bozukluk tanısı DSM-5 ya da ICD-10 tanı ölçütlerine dayanılarak konulmaktadır. DSM-IV ve DSM-5'teki MDB tanı ölçütleri birbirine benzerlik göstermektedir. DSM-5'te yas ile ilişkili olan ve olmayan depresyon; risk etkeni, fenomenoloji ve gidiş açısından benzer olduğu için "yas" dışlama ölçütü olmaktan çıkarılmıştır (Hamdan, 2012).

DSM-5'e göre Major Depresif Bozukluk 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 hissederya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örn. ağlamaklı görünür). (Not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan 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 (öznel anlatıma göre ya da gözlemlle 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 alımını 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, öznel, 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 (sanrısallık 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 şizoafektif bozukluk, şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrısallık 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.

Major depresif bozukluğun çocuk ve ergenlerdeki görünümü psikososyal gelişim düzeyleriyle ilişkili olan bazı farklılıklar dışında erişkinlerdeki görünümüyle benzerlik göstermektedir (Birmaher, 1996; Lewinsohn, 2003; Luby, 2004; Yorbik, 2004). Çocuk ve ergenlerde depresif bozukluk; inatçı ve yaygın üzüntü hali, hayattan zevk alamama, çabuk sıkılma ve iritabilitenin görüldüğü; işlevsellikte

bozulma ile giden bir bozukluk olarak görülmektedir. Depresyon ile normal iniş çıkışlar arasındaki ayırım yapabilmemizi sağlayan tek ve en önemli belirteç depresyonun işlevsellikteki bozulma ile olan ilişkisidir (Zalsman, 2006).

Okul öncesi çocuklardaki MDB belirtileri; üzgün görünme, mızızlanma, gülümsememe, ağlama, kilo almama, oyuna ve etkinliklere ilginin azalması, hareketlerde yavaşlama gibi depresif belirtilerin yanı sıra karın ağrısı ve ayrılık anksiyetesinde artış, kendisine ya da çevresine yönelik agresyon gibi diğer belirtilerin varlığı olarak tanımlanır. Yapılan çalışmalarda okul öncesi dönemdeki depresif çocuklarda somatik belirtilerin sık görüldüğü ve yaş küçüldükçe bu belirtilerin arttığı gösterilmiştir. Ayrıca depresif duygudurum, uyku ve dikkat sorunları ile intihar düşüncelerinin her yaşta benzer oranda görülmekle birlikte; yaş arttıkça depresif görünüm ve somatik yakınmaların azalıp umutsuzluk, anhedoni, psikomotor yavaşlama ve sanrılarının arttığı bulunmuştur (Carlson, 1988).

Ergenlerdeki MDB belirtileri, can sıkıntısı, huzursuzluk, arkadaşlara ve etkinliklere ilgi kaybı, içe kapanma, okul başarısında düşme, dikkati toplamada zorluk, psikomotor yavaşlama, aşırı yeme ve aşırı uyuma, yalnızlık, sevilmediği duygusu, düşük benlik saygısı, intihar düşünce ve girişimleri ve sanrılar şeklinde görülebilir. Okuldan ve evden kaçma, sigara, alkol, madde kullanımı, hatta hırsızlık gibi davranış sorunları depresyonu maskeleyebilir (Ağaoğlu, 2008).

MDB'un farklı alttipleri bulunmaktadır. DSM-5'te mani ya da hipomani ölçütlerini karşılamayan en az üç manik belirtinin olduğu karma özellikleri belirten yeni bir belirteç eklenmiştir. Karma özelliklerin olduğu bireyler tedaviye daha az cevap verir ve bipolar bozukluk açısından risk altındadırlar. Aynı zamanda anksiyetenin eşlik ettiği durumlarda yalnızca ilaç tedavisine göre ilaç tedavisi ve bilişsel davranışçı terapinin birlikte uygulandığı durumlarda tedaviye yanıtın daha iyi olduğu bilindiğinden "anksiyete ile birlikte" belirteci eklenmiştir. "Psikotik depresyon" bipolar bozukluk ve psikotik özellikli depresyon aile öyküsü, şiddetli depresyon, daha fazla uzun dönem morbidite, antidepresan monoterapisine direnç ve bipolar bozukluk için artmış risk ile ilişkilidir. MDB'da artmış reaktivite, letarji, iştah artışı karbonhidrat aşırma ve hipersomni gibi "atipik" belirtiler ortaya çıkabilmektedir. "Mevsimsel duygudurum bozukluğu" olan ergenler daha az gün ışığı olan mevsimlerde depresif belirtiler göstermektedirler. Bununla birlikte okul ayları da bu

mevsimlere denk geldiğinden, bu bozukluk okul stresiyle tetiklenen depresyondan ayırt edilmelidir (Birmaher, 2016).

1.7. Tanısal Değerlendirme

Depresif bozukluğu değerlendirmek için öncelikle çocuğun gelişimsel düzeyi, cinsiyeti, çevresel durumu, kültürel altyapısı göz önünde bulundurularak kapsamlı bir psikiyatrik tanısal değerlendirme yapılmalıdır. Depresyon tanısını onaylamak için klinik olarak herhangi bir biyokimyasal ya da görüntüleme yöntemi bulunmamaktadır. Değerlendirme sırasında hem çocuktan hem de ebeveynlerinden DSM-5 ya da ICD-10'a göre depresif bozukluk ve alttıplerinin belirtileri, bipolar bozukluk, diğer psikiyatrik ve tıbbi rahatsızlıklar, o anki ve geçmişte alınan tedaviler, tedaviye verilen cevap ve yan etkiler, çocuğun o anki okul aile ve sosyal işlevsellik düzeyi, çocuk ve ailenin güçlükleri, akut ya da devam eden stresli yaşam olayları, ailenin psikiyatrik ve tıbbi hastalık öyküsü sorgulanmalıdır. Bununla birlikte çocuğun işlevsellik düzeyi, depresyonunun şiddeti, homisidal ve suisidal riskler, psikotik belirti, madde bağımlılığı, ajitasyon gibi durumların varlığı, çocuk ve ailenin tedaviye uyumu, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ve çocuğun yaşadığı ortama göre verilecek tedavinin niteliğini belirlenmeli, bireyin ve diğerlerinin güvenliğini sağlayacak önlemler alınmalıdır (Birmaher,2016).

Depresyonun ilk epizodunda, unipolar depresyonu bipolar bozukluğun depresif fazından ayırt etmek oldukça zordur. Bipolar bozukluk için ailesel yüklülük, psikotik belirti, mani/hipomani için subklinik belirtilerin varlığı, ilaçla indüklenen mani/hipomani bipolar bozukluk gelişimi için belirleyicilerdir (Birmaher, 1996). Göze çarpmayan ya da kısa süren hipomanik belirtilerin değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Çünkü bu çocuk ve ergenler antidepresan tedavisiyle manik epizoda girmeye yatkındırlar (Martin, 2004). Bununla birlikte antidepresan tedavi alan çocukların %5-10 kadarında disinhibisyon görülebilir ve bu çocukların hepsi bipolar bozukluk geliştirmeyecektir (Wilens, 1998).

Depresif bozukluklar anksiyete bozukluğu, DEHB, KOKGB, otizm spektrum bozukluğu (OSB), madde kötüye kullanımı gibi psikiyatrik bozukluklardan; hipotiroidi, mononükleoz, anemi, kanser, otoimmün hastalıklar ve kronik yorgunluk sendromu gibi tıbbi rahatsızlıklardan ayırt edilmelidir (Birmaher, 2007). Migren, epilepsi gibi santral sinir sistemini etkileyen, astım, inflamatuvar barsak hastalığı gibi

süreğen inflamatuvar bileşeni olan kronik tıbbi hastalıklarda depresyon daha yüksek oranlarda görülmektedir. Aynı zamanda bu hastalıklar da görülen düşük özgüven, moral bozukluğu, yorgunluk, uyku bozuklukları ve dikkat sorunları depresif belirtilerle karışabilir. Stimulanlar, kortikosteroidler ya da kontraseptifler de depresyon benzeri belirtilere neden olabilirler (Birmaher, 2016).

Depresif epizodun şiddetinin belirlenmesi uygulanacak tedaviyi saptamak ve tedaviye bağlı yarar/zarar oranını tahmin etmek açısından oldukça önemlidir. (National Institute for Health and Clinical Excellence,2005; Birmaher,2007). Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu (CDRS-R), Hamilton Depresyon Ölçeği gibi klinisyene dayalı ölçekler; Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (CDI), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) gibi self-report ölçekler tedavi öncesinde, tedavi sırasında ve sonrasında depresyonun şiddetini değerlendirmek için kullanılabilmektedir (Poznanski, 1995; Hamilton,1960; Kovacs, 1985; Beck, 1961).

DSM-IV'e göre depresif atak şiddetinin ölçülmesi

Hafif Depresif Atak: Tanı koymak için gereken en az sayıda depresif belirti mevcuttur. İşlevsellik alanlarında bozulma en az düzeydedir.

Orta Depresif Atak: Belirtiler ve işlevsellik alanlarında meydana gelen bozulma hafif ile şiddetli düzey arasındadır.

Psikotik Özelliklerin Olmadığı Şiddetli Depresif Atak: Tanı koymak için gerekli olan belirtiler çok çeşitli ve her alanda yaygın biçimde gözlenir. İşlevsellik alanlarında şiddetli bir bozulma mevcuttur.

Psikotik Özellikli Depresif Atak: Şiddetli depresif atak bulgularına ek olarak varsanı ve sanrılar bulunmaktadır.

Kısmi Remisyon: Bir depresif atak tanısı koymak için gerekli olan ölçütlere ait belirtilerin hepsi bulunmamakla birlikte halen devam eden bazı depresif belirtiler mevcuttur. Ya da 2 aydan daha kısa bir süreyle, herhangi bir depresif belirti gözlenmemiştir.

Tam Remisyon: Geçen iki aylık zaman diliminde hiçbir depresif belirti gözlenmemiştir (American Psychiatry Association, 1994).

2. İNTİHAR

2.1. İntihar Davranışının Tanımı

Kişinin kendini öldürmek niyetiyle düşündüğü ya da yaptığı, ölüm ya da yaralanmayla sonuçlanabilecek, düşünce ya da eylemlere intihar yazınında intihar davranışı adı verilir. İntihar düşünceleri; intiharı düşünme, isteme ya da planlama fakat bu amaçla eyleme geçmeme olarak tanımlanırken, intihar girişimleri kişinin kendine zarar vermesi ya da yaralamasıyla sonuçlanan ölümcül olmayan eylemler şeklinde tanımlanır. Tamamlanmış intihar, ölümle sonuçlanmış intihar girişimleridir (Öncü, 2008).

2.2. İntihar Davranışını Açıklayan Kuramlar

Bu bölümde intihar davranışına ilişkin kuramlar tarihsel sıralama içinde gözden geçirilecektir.

Durkheim'in Toplumsal Kuramı

Durkheim'a göre intihar, birey ile toplum arasındaki ilişki bozukluğunun sonucu meydana gelen bir durumdur. Durkheim, toplumda ortak kıyım eğilimi olduğuna ve bu eğilimin bireyleri intihar eylemine sürüklediğine inanmaktadır. Bu kurama göre bireylerin toplumla bütünleşmeleri intihar davranışı sayısının azalmasına, toplumdan soyutlanmaları ise sayıların artışına yol açmaktadır (Durkheim, 1897).

Psikanalitik Kuram

Freud'a göre sevgi nesnesinin yitimi, bu nedenle yaşanan düş kırıklıkları ve yaralanmalar melankoli ve yas tutma sürecine yol açarlar. Bu süreçte yitirilen sevgi nesnesi içe alınır ve onunla özdeşilir. Bir yandan da sevgi nesnesinin kaybının neden olduğu düş kırıklıkları ve yaralanmalar düşmancıl duygular doğurur. Bu düşmancıl duygu ve dürtüler sevgi nesnesinden intikam alma, onu yok etme ve öldürme istemlerinin kaynaklarıdır. Sevgi nesnesinin yitimi ile boşta kalan libido benliğe yönelir. Benlik içinde yitirilen sevgi nesnesi ile özdeşimde kullanılır. Bu özdeşim benliğe yitirilen sevgi nesnesinin niteliklerini verir ve üstbenlik sevgi nesnesi ile benlik arasında bir ayırım yapmamaktadır. Bu yüzden kendini suçlama, cezalandırma ve kınamalar aslında yitirilen sevgi nesnesinin kınanması, suçlanması ve cezalandırılmasıdır (Freud, 1916).

Menninger'a göre İntihar

Meninger'e göre yıkıcı ve yapıcı dürtüler birbirleri ile sürekli bir ilişki içindedirler, ayrışır ya da bütünleşirler. Bütünleştikleri zaman yapıcı, ayrıştıklarındaysa yıkıcı öğeler baskın hale gelir. Freud'a göre de gelişimin ilk dönemlerinde kendiliğe yönelik bu yıkıcı ve yapıcı dürtüler zamanla bütünleşir, nötralize olur ve dış nesnelere yönelirler. Yıkıcı ve yapıcı dürtülerin dışa yönltilmesindeki bozukluklar, bu dürtülerin tekrardan ayrışarak kendiliğe geri dönmelerine neden olur. Ayrışım saldırganlığın artıp yapıcı öğeleri bastırmasına neden olur ve sonuç olarak intihar eğilimleri şiddetlenir (Menninger, 1938).

Öğrenme Kuramı

Öğrenme kuramına göre intihar davranışı öğrenilmiş bir strateji, çatışmanın bir işleme biçimi ve öğrenilmiş çaresizliktir (Ferster, 1973; Lauterbach, 1976; Seligman, 1976).

Presuisidal Sendrom

Presuisidal sendrom kuramına göre intihar tek başına bir hastalıktır ve insanlar hastayken intihar girişiminde bulunabilirler. Ringel, bu kişilerde daralma ve kısıtlanma, kişinin kendisine yönelmiş saldırganlık, intihar düşünceleri şeklinde temel belirtileri olan presuisidal sendrom ismini verdiği ruhsal bir bozukluğun bulunduğu inancını geliştirmiştir (Ringel, 1969).

Narsisistik Kuram

Henseler'e göre intihar narsisistik bir çatışmanın sonucu olarak ortaya çıkan bir davranıştır. İntihar girişiminde bulunan birey kendilik duygusunda, özgüven ve özdeğerliliğinde bir bozulma gösterir. Bunun sonucunda yalnızlık, terkedilmişlik ve çaresizlik duygularına kapılacağından ve bu duygularla baş edemeyeceğinden korkmaktadır. Doğum öncesi dönemde çocuk ile annenin oluşturduğu bütün; rahatlığın, sınırsız bir güvenin, bitmeyen bir dinginliğin ve sorgusuz bir korunmanın simgesidir. Henseler, bireyin intihar davranışında bulunarak bu durumun yaratılmasını amaçladığını düşünmektedir. Böylece hem kendilik duygusundaki bozukluğun onarımına, hem narsisistik yaralanmalardan kurtuluşa çözüm bulunmuş, bununla birlikte özlenen dinginliğe ulaşılmış olur (Henseler, 1984).

Shneidman'a göre İntihar

Shneidmann intiharı ağır sorunları ve dayanılmaz acıları olan gücü azalmış benliğin çözüm arayıcı bir davranışı olarak görmektedir (Shneidman, 1985).

Nesne İlişkileri Kuramı

Bu kurama göre intihar çatışmalı bir ilişkiden kaynaklanır ve bu nedenle intihar bir ilişki içinde anlaşılmalıdır. Bu durumda var olan sorunu anlayabilmek için ilkel nesne ilişkilerinin anlaşılması gerekmektedir. Kind'a göre intihar davranışının öncelikli amacı yaşamı sonlandırmak değil, bir ilişkiyi ve bu ilişkinin merkezinde bulunan nesneyi değiştirmektir (Kind, 1992).

2.3.İntihar Davranışının Epidemiyolojisi

İntihar davranışı tüm dünyada özellikle ergenlerde önemli bir halk sağlığı sorunudur (Pelkonen, 2003). 2010 yılında Amerika'da ergen ve genç erişkinlerde ölüm nedenleri sıralamasında 3. sırada intihar yer almakta olup bu yaş grubunda ölümlerin %11'inin intihara bağlı olduğu söylenmektedir (CDC,2010). Bazı ülkelerde intiharla ölüm oranlarının diğer ülkelere göre çok daha fazla olduğu bildirilmektedir. Finlandiya'da 2000 yılında yapılan bir araştırmada 15-19 yaş erkeklerde tüm ölümlerin %34'ünün intihara bağlı olduğu gösterilmiştir (CDC,2010). Son dönemde Amerika'da ergenler arasında yapılan bir çalışmada intihar girişiminin yaşam boyu prevalansı %4.1 olarak bulunmuş, bu oran intihar planı için %4, intihar düşüncesi için %12.1 olarak saptanmıştır (Nock, 2013). Ülkemizde 805 lise öğrencisi ile yapılan bir çalışmada intihar düşünce oranı %23, intihar girişim oranı ise %2.5 olarak bulunmuştur (Eskin, 2007). Türkiye'de 15-24 yaş grubunda intiharın ölüm nedenleri arasında 2. sırada yer aldığı ve 1994-2003 yılları arasında 24 yaş altı intiharların 2 kat arttığı bildirilmektedir (Türkiye İstatistik Yıllığı, 2004). Dünya çapındaki verilere göre ise ergen yaş grubunda son 20 yılda intihar oranlarında kısmi bir azalma bildirilmekte ve bu azalma seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin kullanılmasıyla birlikte anksiyete bozuklukları ve depresyonun daha iyi tedavi edilmesine bağlanmaktadır (McLoughlin, 2015).

Yaş: İntihar girişimi ve tamamlanmış intihar oranı yaşla birlikte artmaktadır. Bu durum ergenlikte psikopatoloji riskinin artması, intihar planı hazırlamak ve gerçekleştirmek için artmış bir bilişsel kapasite ve yaşla birlikte süpervizyonun azalmasına bağlanmaktadır. Aynı zamanda ergenlikte bilişsel kapasitenin ve intihar

planı yapma ve uygulama becerisinin yeterince gelişmesinin de intihar oranlarını artırmada etkili olduğu düşünülmektedir (Groholt, 1998). Prepubertal dönemde çocukların intihar düşüncesi olsa da bilişsel immatüriteleri ölümcül intihar girişimi ve planı yapmalarını kısıtlamaktadır. Son veriler 10 yaşından önce intihar düşüncesinin %1'den az olduğunu, 12 yaşa doğru yavaşça artarken 17 yaşına kadar daha hızlı arttığını göstermektedir. Bununla birlikte intihar planı ve girişim oranları 12-15 yaş arasında doğrusal olarak artarken 17 yaşa doğru daha yavaş olarak artar (Nock, 2013). Ülkemizde 14 yaş altı intihar oranı 100.000'de 0.45, 15-19 yaş aralığında 100.000'de 6.06 olarak bildirilmiştir (TİK, 2014).

Cinsiyet ve cinsel yönelim: Erkeklerde tamamlanmış intihar oranı, kızlara kıyasla belirgin olarak daha yüksektir ve 2010 yılı verilerine göre erkeklerde 5 kat daha sık olduğu söylenmektedir (CDC, 2010). Fakat Çin, Hindistan gibi bazı ülkelerde 15-24 yaş grubunda tamamlanmış intiharların kadınlarda erkeklerden daha sık olduğu gösterilmekte, bu durumun toplumun kültürel yapısıyla ilgisi olduğu düşünülse de kesin sebebi bilinmemektedir (Moscicki, 2014). Ülkemizde ise tamamlanmış intiharların %72,7'sinin erkeklerde, %27,3'ünün kadınlarda görüldüğü saptanmıştır (TİK, 2014). Bununla birlikte kızlarda intihar düşüncesi erkeklerden daha sık görülmekte ve kızlar daha sık intihar girişiminde bulunmaktadır (Eaton, 2012). Tamamlanmış intiharın erkeklerde daha yüksek oranda görülmesi; erkeklerde alkol ve madde kullanımı ve agresyon şiddetinin daha yüksek oluşu ve erkeklerin intihar girişiminde daha ölümcül araçları kullanma eğiliminin olmasına bağlanabilir (Esposito-Smythers, 2014). Heteroseksüel ergenler diğerlerine göre intihar girişimi ve düşüncesi açısından daha az risk altındadır. Bu durum diğer ergenlerin geçmiş dönemde yaşadığı kötüye kullanılma, akran istismarı ya da ebeveynleri tarafından reddedilmelerine bağlı olabilir (Marshal, 2011).

Sosyoekonomik Durum: Ebeveyn-çocuk iletişiminin yetersiz olduğu düşük sosyoekonomik düzeyine sahip bir ailede olmanın hem intihar girişimi hem de tamamlanmış intiharla ilişkisi gösterilmiştir (Hawton, 2008). Fakat bazı çalışmalarda ailede intihar davranışı ve psikiyatrik hastalık varlığı kontrol edildikten sonra, tamamlanmış intihar ile düşük sosyoekonomik düzey arasındaki ilişkinin azaldığı bildirilmiştir (Agerbo, 2002; Burrows, 2010).

2.4. İntihar Davranışı İçin Risk Etkenleri

2.4.1. İntihar Düşüncesi

2013 yılında yapılan bir çalışmada intihar düşüncesi olan ergenlerin yaklaşık %33'ünün intihar planı yaptığı; bunların %63'ünde intihar düşüncelerinin 1 yıl süresince devam ettiği; benzer olarak intihar düşüncesi olan ergenlerin %33'ünün intihar girişiminde bulunurken %86'sının intihar düşüncesi başladıktan sonraki bir yıl içerisinde intihar girişiminde bulunduğu gösterilmiştir (Nock, 2013).

2.4.2. Önceki İntihar Girişimi

İntihar girişimi için en güçlü yordayıcı etken geçmişte intihar girişimi öyküsünün bulunmasıdır (Brent, 1999). İntihar girişiminde bulunan ergenlerin %25-30'unda geçmişte intihar girişimi öyküsü olduğu saptanmıştır (Brent, 1993; Shaffer, 1996). Önceki intihar girişimi, erkeklerde tamamlanmış intihar riskini 30 kat, kızlarda ise intihar riskini 3 kat artırır (Shaffer, 1996). İntihar girişiminde bulunan ergenlerde yapılan izlem çalışmaları, ilk kez intihar girişiminde bulunanların %6.8'inin bir yıl içinde tekrar intihar girişiminde bulunduğunu ve çoklu intihar girişimleri olanlarda bu oranın %24.6'ya yükseldiğini ve intihar girişimi için en riskli dönemin intihar girişiminden sonraki ilk üç ay olduğunu göstermektedir (Hulten, 2001; Goldston, 1999). Tamamlanmış intihar için en önemli risk etkeni ise geçmişte asi, ateşli silah ve yüksekten atlama gibi ölümcül yöntemlerle intihar girişimi öyküsünün olmasıdır (Beautrais, 2004).

2.4.3. Ölümcül Araçlara Ulaşabilme

2010 yılında Amerika'da tamamlanmış intiharlarda yaklaşık %45 oranında yöntem olarak ateşli silah kullanıldığı görülmüştür (CDC, 2010). Olgü kontrol çalışmalarına göre intihar girişimi ölümle sonuçlanan bireylerin evlerinde ateşli silah daha sık oranda bulunmaktadır. Ev içerisinde ateşli silah bulunduğu zaman intihar yöntemi olarak ateşli silahın seçilme riski oldukça yükselmektedir. Bir çalışmada, ergende herhangi bir psikopatoloji bulunmasa bile, evde ateşli silah bulunmasının tamamlanmış intihar için riski 30 kat artırdığı bulunmuştur (Brent, 2003).

2.4.4. Psikiyatrik Bozukluklar

İntihar girişiminde bulunan ergenlerde %96'ya varan oranlarda psikopatoloji saptanmaktadır (Nock, 2013). Özellikle 15 yaş altındaki çocuklarda ve ergenlerde

psikiyatrik bozukluk ile intihar arasındaki ilişki daha belirgindir (Brezo, 2008). Duygudurum bozuklukları en sık karşılaşılan rahatsızlıktır. İntihar girişiminde bulunanların %80'den çoğunda ve tamamlanmış intiharların %60'ında en az bir duygudurum bozukluğu için tanı ölçütlerinin karşılandığı bulunmuştur (Brent, 1993). Duygudurum bozuklukları, tamamlanmış intihardan ziyade intihar girişimi ile daha çok ilişkilidir ve bu ilişki özellikle kızlarda daha belirgindir (Beautrais, 2003). Aynı zamanda major depresif bozukluğa benzer şekilde eşik altı depresif belirtiler ve distimik bozukluk da intihar düşünce ve girişimi ile ilişkili bulunmuştur (Goldston, 2009). Depresif belirtilerin sayısının ve depresyon şiddetinin de intihar girişimi ve tekrarlayıcı intihar girişimleri ile ilişkisi gösterilmiştir (Nrugham, 2008; Esposito, 2003). Duygudurum bozukluklarının yanı sıra çocukluk dönemi anksiyete bozukluğunun ergenlikteki intihar davranışı ile ilişkili olduğu; panik bozukluğun intihar davranışı için bağımsız bir risk etkeni olduğu ortaya konmuştur (Brezo, 2008; Goldston, 2009). Davranım bozukluğu, alkol ve madde kötüye kullanımı da intihar ile ilişkili olduğu bilinen diğer psikiyatrik bozukluklardır (Gould, 2003; Goldston, 2009).

2.4.5. İntihar ve Kişilik Özellikleri

Dürtüsellik ve agresyon gibi etkenler hem intihar davranışı hem de tamamlanmış intihar için risk etkenidir (Kerr, 2007; Tureki, 2005). “Umutsuzluk” depresyonla ilişkisinin ötesinde, intihar niyeti ile korelasyon göstermekte ve tamamlanmış intihar ya da intihar girişiminin tekrarlaması açısından bir risk etkeni olarak bilinmektedir (Goldston, 2001). Strese karşı uzamış ve ciddi negatif duygulanıma yatkın olma, problem çözme becerilerinde yetersizlik ile karakterize olan “nörotisizm” ve “mükemmeliyetçilik” de intihar girişimiyle ilişkili diğer bir kişilik özelliği olarak bulunmuştur (Fergusson, 2000).

Dürtüsellik, çeşitli alternatifleri gereği kadar değerlendirmeksizin hareket etmek ve kişinin hem kendisi hem de çevresindeki bireyler üzerindeki olumsuz sonuçları düşünmeden içsel ve dışsal uyaranlara hızlı, planlanmamış tepkiler vermesi olarak tanımlanmaktadır (Moeller, 2001). Literatürde ergenlerde intihar davranışı ile dürtüsellik arasındaki ilişkisiyi araştıran pek çok çalışma yapılmıştır. Kingsbury ve arkadaşlarının 1999 yılında yaptıkları çalışmaya göre dürtüsellik yüksek dozda ilaç alan ergenlerde depresyondan bağımsız bir etken gibi görünmektedir (Kingsbury, 1999). Ergenler üzerinde yapılan bir çalışmada dürtüsel davranışlar, intihar planlarının önemli bir yordayıcısı olarak bulunmuştur (McKeown, 1998). Dürtüsel

intihar girişimlerine ergenlerde daha sık rastandığı, ayrıca kadınlarda erkeklere oranla daha çok görüldüğü belirtilmektedir (Williams, 1980).

2.4.6. Tıbbi Bozukluklar

Pediyatrik popülasyonda santral sinir sistemini etkileyen epilepsi, migren gibi rahatsızlıklar ve astım, inflamatuvar barsak hastalığı gibi inflamasyonla seyreden kronik tıbbi bozukluklar intihar girişimi ve intihar düşüncesi ile ilişkili bulunmuştur (Scott, 2010).

2.4.7. Ailesel ve Çevresel Etkenler

Cinsel istismar ve fiziksel şiddetin intihar davranışı için risk etkeni olduğu bilinmektedir. Çocukluk çağında cinsel istismara uğramış çocukların yaklaşık olarak yarısının intihar girişiminde bulunduğu, intihar riskinin özellikle bu gruptaki erkek çocuklarda daha yüksek olduğu saptanmıştır (Eisenberg, 2007; Martin, 2004).

Literatürde intiharın ailesel geçişi üzerine yapılan birçok çalışma bulunmaktadır. Ailesel yüklülük erken yaşta intihar girişimi ile ilişkili bulunmuş, bu durumda dürtüsellik ve agresyon ile ilişkilendirilmiştir (McGirr, 2008; Brent, 2008). İntihar davranışında bulunan ergenlerin birinci derece akrabalarında intihar davranışı normal popülasyona göre 2-6 kat daha fazla görülmektedir (Brent, 2008). Ayrıca, duygudurum bozukluğu olan ve intihar girişiminde bulunmuş bireylerin çocukları, intihar girişimi öyküsü olmayan bireylerin çocuklarına göre intihar girişimi açısından 4-6 kat daha fazla risk altındadırlar (Melhem, 2007). Ergen intiharı üzerine yapılan bir çalışmada intihar girişiminde bulunan ergenlerin %50'sinin ailesinde psikiyatrik hastalık, %25'inin ailesinde intihar girişimi öyküsü saptanmıştır (Houston, 2001).

2.4.8. İntihar Davranışı ve Yürütücü İşlevler

Nöropsikolojik testler, psikolojik süreçler kapsamına giren bilişsel ve güdüsel süreçlerle kişilik özelliklerinin ölçülmesini sağlar ve bunların temelinde yatan beyin yapı ve süreçlerinin işlevde bulunuş biçimi konusunda bilgi verir. Bu testler nöroloji, nöroşirurji, psikiyatri, nöropsikoloji, klinik psikoloji gibi uygulamalı bilim alanlarında ve bu alanlarda yürütülen klinik uygulamalarda; tanı koyma, hastalığın seyri ve tedavinin

etkililiğini değerlendirmede ve rahabilitasyon programlarının hazırlanmasında kullanılır.

Nöropsikolojik testler psikofizyoloji ve bilişsel psikofizyoloji gibi temel bilim alanları açısından da kritik öneme sahiptir. Bu dallarda, gerek kullanılan deneysel paradigmaların, gerekse beyin elektriksel faaliyetlerinin hangi zihinsel/bilişsel olayları temsil ettiğine ilişkin ifadeler temelde yoruma dayanmaktadır. Söz konusu elektrofizyolojik tepkilerle bunların ilgili olduğu süreç veya özellikleri ölçen nöropsikolojik testlerin hemzaman olarak kullanılması ve bu iki ölçüm dizisi arasındaki ilişkilerin belirlenmesi, yapılan yorumların niceliksel temele dayandırılması ve bilimselliği açısından büyük önem taşımaktadır. Ülkemizde araştırma geliştirme çalışmaları yapılmış olan nöropsikolojik testlerden bazıları Wisconsin Kart Eşleme Testi, Stroop Testi TBAG Formu, Wechsler Bellek Ölçeği Geliştirilmiş Formu, Sayı Dizisi Öğrenme Testi, Görsel İşitsel Sayı Dizileri Testi B Formu, Çizgi Yönünü Belirleme Testi, İşaretleme Testi, Raven Standart Progresif Matrisler Testi şeklindedir (Karakaş, 2011). Yürütücü işlevler, çalışma belleğinin bölümlerinden merkezi yöneticinin işlevleri arasında yer almaktadır.

Son yıllarda bilişsel davranışçı terapi, yeni psikotrop ilaç tedavileri gibi yöntemler psikiyatrik rahatsızlıkların tedavisinde kullanılsa da, intihar oranlarında belirgin bir azalma görülmemektedir. Bu nedenle intihar riskinde artışa yol açan etkenleri ve bireylerin neden kendi hayatlarını sonlandırdığını anlayabilmek için daha fazla araştırmaya gereksinim duyulmaktadır. Son yıllarda araştırmacılar intihara meyilli bireylerin bilişsel rijidite gösterdikleri üzerinde durmaktadırlar (Bredemeier, 2015). Bu varsayım birçok farklı yolla araştırılmış fakat bilimsel olarak değerlendirilerek kanıtlanmasının zor olduğu düşünölmüştür. Bilişsel ve nörofizyolojik araştırmalarda bahsedilen bilişsel rijiditenin yürütücü işlevlerdeki bozulmayı yansıtabileceği tartışılmaktadır. Yürütücü işlevler gibi, bilişsel işlevlerin bir alt birimindeki eksikliğin, intiharın genetiğini araştıran çalışmalar için “endofenotip” olarak değerlendirilebileceği öne sürölmektedir (Mann, 2009). Duygudurum bozuklukları intihar için en önemli risk etkenlerinden biridir (Bredemeier, 2015). Depresyonda nörofizyolojik disfonksiyonun intihar davranışı için risk etkeni olduğu ve yürütücü işlev bozukluklarının büyük rol oynadığı düşünölmektedir (Keilp, 2013). Yürütücü işlevler muhakeme, problem çözme, planlama, strateji oluşturma, organizasyon, bir

durumdan başka bir duruma geçiş, bilişsel esneklik, davranışı kontrol etme ve ayarlama, uygunsuz davranışı inhibe etmeyi içerir (Burton, 2011).

Araştırmacılar tarafından yürütücü işlevlerin çok boyutlu olduğunu öne srlmektedir. Miyake ve arkadaşlarının yürütücü işlevler üzerine yapılan araştırmaları gözden geçirerek oluşturdukları modele göre, amaca yönelik davranışlar üç ayrı fonksiyona bağlıdır:

- 1) İnhibisyon: Alışkanlık ya da prepotent cevapları baskılama/nleme.
- 2) Yer değiştirme: Görevler ya da mental durumlar arası değişim.
- 3) Güncelleştirme: Çalışma belleği içeriğini kontrol etme (Miyake, 2000).

Bu işlevler prefrontal korteksle ilgilidir ve algı, motor yanıtlar gibi bilişsel süreçleri düzenleyerek özellikle rutin dışı durumlarda önem kazanırlar (Alvarez, 2006; Banich, 2009). Bu işlevlerdeki bireysel farklılıkların geniş çaplı psikolojik ve davranışsal sonuçları olduğu dşnlmektedir (Miyake, 2012).

Yürütücü işlev eksikliğinin intihar riskini nasıl artırabileceğini açıklayan bazı hipotezler vardır. Yürütücü işlevlerdeki eksiklikler bireyin duygu düzenlemesi, düşünce ve davranışlarını etkileyerek intihar düşünce ya da davranışıyla sonuçlanacak durumlara neden olabilir. Örneğin “yer değiştirme” alanında eksikliği olan bireyler kendine zarar verme ile ilgili düşüncelerini kontrol etmekte ya da stresle başa çıkma mekanizmalarını hayata geçirmekte daha çok zorlanabilirler. Bu düşünce doğrultusunda intihar ruminasyona yatkınlıkla ve problem çözmedeki yetersizlikle ilişkilidir (Miranda, 2007; Pollock, 2004). Aynı zamanda özellikle “güncelleme” alanında yetersizliği olan birey geçmişte yaşadığı anıları geri getirmekte ve olası gelecek sonuçları kafasında canlandırmakta zorlanabilir (Williams, 1996,2006). Bu durum da intiharın en güçlü yordayıcısı olan umutsuzluğa katkı sağlayabilir. “İnhibisyon” alanında güçlüğü olan birey kendine zarar verme düşüncesi ortaya çıktığında bu dürtüye karşı koymakta zorlanabilir. Aslında hem intihar hem de yürütücü işlev eksikliği karar almada zorluk ve dürtüsellik ile ilişkilidir (Brand, 2007; Jollant, 2005; Logan, 1997; McGirr, 2008). Yürütücü işlev eksikliği ve intihar arasında ilişki olduğunu destekleyen dolaylı kanıtlar; artmış intihar riski bulunan psikiyatrik hastalıklarda yürütücü işlev eksikliği bulunması ve intiharın prefrontal kortekste

yapısal ve işlevsel anormalliklerle ilişkili olmasıdır (Snyder, 2013; Audenaert, 2002; Jollant, 2011).

Farklı psikiyatrik tanıları olan bireylerde intihar davranışı ve yürütücü işlev eksikliği arasında bazı çalışmalarda ilişki bulunurken bazılarında bulunamamıştır. Yapılan bazı çalışmalarda ise bipolar bozukluğa göre major depresif bozuklukta intihar ve yürütücü işlev eksikliği arasında daha güçlü bir ilişki saptanmış, ayrıca yürütücü işlev eksikliği daha ölümcül intihar girişimi olan bireylerde daha fazla bulunmuştur (Bredemeier, 2015). Psikotik bozukluk gibi diğer psikiyatrik hastalıklarda ise intihar davranışı iyi yürütücü işlev performansı ile ilişkili bulunmuştur (Kim 2003, Nangle 2006). Yapılan çalışmaların çoğunlukla erişkin yaş grubunu kapsadığı; 2001 yılında Horesh ve arkadaşlarının, 2009 yılında Dougherty ve arkadaşlarının ve 2011 yılında Dour ve arkadaşlarının ergenlerde intihar davranışı ve yürütücü işlevler arasındaki ilişkiyi araştırdığı görülmüştür. Fakat bu çalışmalarda intihar davranışında bulunan karmaşık tanı gruplarındaki hastaların yürütücü işlevlerine bakılmıştır (Horesh, 2001; Dougherty, 2009; Dour, 2011).

Ülkemizde depresif bozukluk tanı grubundaki ergen bireylerde intihar davranışı ile yürütücü işlev arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışma bulunmamaktadır. Ancak, psikotik bozukluk yada şizofreni tanılı hastalardaki intihar davranışı ve bilişsel işlevler arasındaki ilişkinin araştırıldığı bazı çalışmalara ulaşılmıştır: İnal ve Altinyazar'ın 2013 yılında yaptığı araştırmasında; psikotik bozukluk tanısıyla tedavi gören ve DSM-IV tanı sınıflandırmasına göre şizofreni, şizoaffektif bozukluk, sanrısız bozukluk tanısı olan klinik olarak remisyonda veya stabil durumdaki 101 hasta ve 101 sağlıklı kontrol dahil edilmiştir. Psikoz grubunda yer alan hastaların %52.5'inde halen aktif intihar düşüncesi olduğu saptanmıştır. Aktif intihar düşüncesi olan ve olmayan hastaların Wisconsin Kart Eşleme Testi (WKET) Perseveratif Hata yüzdeleri, kontrol grubundan istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (İnal, Altinyazar, 2013). Ülkemizde yapılan bir diğer çalışmada şizofreni hastalarında intihar davranışının bilişsel işlevlerle ilişkisi değerlendirilmiştir. DSM-IV-TR ölçütlerine göre şizofreni tanısı konan 70 hastada, bilişsel işlevlerin intihar davranışı ile ilişkisi araştırılmıştır. İntihar girişimi olan ve intihar girişimi olmayan şizofreni hastaları karşılaştırıldığında WKET toplam tepki sayısı intihar girişimi olan şizofreni hastalarında anlamlı olarak yüksek saptanmış, ayrıca WKET toplam tepki sayısının intihar riskini öngörecektir düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır (Kocatürk, 2015).

2.5. İntihar Davranışında Değerlendirme

İntihar davranışının terapi veya ilaç tedavisiyle önlenmesi için, öncelikle hastanın ölüm riskinin ve durumun aciliyetinin farkında olmak gereklidir. Hangi bireylerin intihar açısından risk altında olduğunu belirlemenin yanı sıra bu bireylerin özellikle ne zaman risk altında olduklarını da saptamak gerekmektedir. Psikiyatrik rahatsızlığı bulunan birçok hastanın ilaç tedavisi yardımıyla belirtilerinde azalma sağlanmakla birlikte bu ilaç tedavilerinin intiharı önleyebilme üzerine etkisi halen tam olarak bilinmemektedir (Goldsmith, 2002).

İntihar riski değerlendirmesi oldukça zor bir durumdur. Ciddi intihar girişiminde bulunan bireylerin intihar düşüncesini sakladıkları, çevresindekilerle paylaşmadıkları bilinmektedir (Apter, 2001). Bununla birlikte herhangi bir psikolojik test, klinik yöntem ya da biyolojik belirteç bireyin yakın zamandaki intihar riskini değerlendirmek açısından yeterince duyarlı ve özgül değildir (Goldstein, 1991). Görüşmede ya da standardize psikolojik testlerle intihar riskini belirleyebilmek için intihara ilişkin belirtileri, risk etkenlerini ve stresle başa çıkabilme becerilerini değerlendirmek oldukça önemlidir (Bech, 2001).

İntihar niyeti kişinin ölme isteğinin derecesi olarak tanımlanmakta ve değerlendirme sırasında bireyin intihar niyeti olup olmadığını ve bu niyetin ciddiyetini belirlemek gerekmektedir. İntihar niyetini belirleyebilmek için bireyin ölme isteğinin derecesi, intihar mektubu yazma gibi hazırlık davranışları olup olmadığı, girişim sonrası kurtarılmasını zorlaştıran planlar yapıp yapmadığı ve intihar niyeti ile ilgili haber vermesi gibi unsurlar değerlendirilmelidir. Ölme isteğinin ifade edilmesi, vaktinden önce intihar girişimini planlamak, bulunmayı zorlaştıran şekilde girişi zamanlama ve girişim öncesi intihar planını açığa vurmak tekrarlayan ve tamamlanmış intiharla ilişkilidir (Kingsbury, 1993). Ası, ateşli silah kullanımı gibi daha ölümcül intihar girişimleri sıklıkla daha ciddi intihar niyeti ile ilişkilidir. Daha ölümcül yöntem kullanan bireylerde tamamlanmış intihar riski daha yüksektir (Brent, 1999). Bununla birlikte ölüm amacı taşımayan kendine zarar verici davranışların intihar girişiminden ayırt edilmesi gerekmektedir.

Değerlendirme sırasında üzerinde durulması gereken diğer bir konu da intihar davranışını tetikleyen bir durum olup olmadığıdır. Ergenlerde intihar davranışı için en sık görülen zemin hazırlayıcı etken, ebeveynleriyle ya da romantik bir ilişkideki

kişiler arası çatışma ya da kayıplardır. Özellikle tekrarlayan fiziksel ya da cinsel istismar gibi kronik, halen devam etmekte olan tetikleyici etkenler tekrarlayan intihar girişimleri ya da tamamlanmış intihar gibi olumsuz sonuçlarla ilişkilidir (Brent, 1999).

Tablo 2. Akut Dönemde İntihar Riski Belirleyicileri (IACAPAP,2012)

Öykü • Önceki intihar girişimi • Çevresinde intihar girişimi Stres Etkenleri • Sevilen bir yakının kaybı (ölüm, kaza, ayrılık, ebeveynlerin boşanması ya da yokluğu) • Yakın ilişkinin sonlanması • Akran gruplarında zayıf ilişki, yalnız hissetme ya da reddedilme (özellikle göç, taşınma gibi durumlarda) Belirtiler ve Komorbid Durumlar • Agresif davranış ve suç davranışı • Psikiyatrik bozukluklar (depresyon, madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığı) • Disiplin sorunları, okul devamsızlığı Aile Öyküsü • Aile bireylerinde intihar davranışı • Ailede ruhsal hastalık öyküsü • Aile içi şiddet, ailede madde kullanımı • Aile içi çatışma, sosyal desteğin kaybı

İntihar davranışını değerlendirmek ve intihar riskini öngörebilmek amacıyla uygulanabilecek çeşitli psikolojik testler bulunmaktadır.

İntihar Olasılığı Ölçeği: Cull ve Gill (1988) tarafından geliştirilen ölçek (Suicide Probability Scale) ergen ve yetişkinlerdeki olası intihar riskini belirlemek üzere geliştirilmiştir. Toplam 36 maddeden oluşan İntihar Olasılığı Ölçeği, 'Hiçbir Zaman veya Nadiren' (1) ile 'Çoğu Zaman veya Her Zaman' (4) arasında değişen 4'lü Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin tamamından alınabilecek en düşük puan 36, en yüksek puan 144 iken, elde edilen puanın yüksek olması intihar

olasılığının/riskinin yüksek olduğuna işaret etmektedir. İntihar Olasılığı Ölçeği'nin ilk çeviri, geçerlik ve güvenirlik çalışması Eskin (1993) tarafından yapılmıştır. Şahin ve Batıgün (2000) tarafından yapılan Türkçe uyarlama ve geçerlik- güvenirlik çalışması, intihar girişiminde bulunan kişiler, depresyon tanısı almış psikiyatrik hastalar ve normal örneklem üzerinde yürütülmüştür. Yapılan faktör analizi sonucunda olumsuz benlik ve tükenme, hayata bağlılıktan kopma ve öfke olmak üzere üç faktör bulunmuştur. İntihar Olasılığı Ölçeğinin klinik örneklemdeki geçerlik ve güvenirlik çalışması Eskin ve Atılı tarafından yapılmıştır (Atılı, 2009).

İntihar Davranışı Ölçeği: Linehan ve Nielsen tarafından 1981 yılında geliştirilen ölçek dört maddeden oluşmaktadır. Birinci madde; "İntihar Plan ve Girişimi" geçmişe ait intihar öyküsü ile ilgili olup 6 seçenekten oluşmuştur. 0-5 puan arasında değerlendirilir. İkinci madde; "İntihar Düşüncesi" ile ilgili olup, 5 seçenek bulunmaktadır. 0-4 arası puanlanmaktadır. Üçüncü madde; "İntihar Tehdidi" ile ilgili olup iki seçenekten oluşmakta ve hayır 0, evet 1 olarak puanlanmaktadır. Dördüncü madde; "İntiharın Tekrar Edilebilirliği" ile ilgili olup, 5 seçenekten oluşmakta ve 0- 4 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 14'tür ve en yüksek puan en ciddi intihar davranışını göstermektedir. Ülkemizde geçerlik ve güvenirliği Bayam ve arkadaşları tarafından 1995 yılında yapılmıştır (Bayam, 1995).

İntihar Niyeti Ölçeği: İntihar niyeti, öldürücü yöntemlere ulaşma kolaylığı, yöntemler hakkında bilgi ve çevrede müdahale edebilecek koruyucu insanların var olması gibi etkenleri de içeren intihar riski ya da potansiyellerinin bir ögesidir. Genel olarak intihar niyeti tek bir etkenle belirlenemez. İzolasyon, zamanlama, yardım çağrısı, girişimin amacı, ciddiyeti, girişime tepki ve daha önceki girişimlerin sayısı ve benzeri çeşitli değişkenlerin dikkate alınmasını gerektirir. Beck, Schuyler ve Herman tarafından geliştirilen İntihar Niyeti Ölçeği, intihar girişimi anındaki kişinin ölme arzusunun şiddetini belirlemek üzere hazırlanmıştır. Dolayısıyla intihar girişiminde bulunmuş kişilere uygulanan bir ölçektir. Ölçek 20 madde ve 3 kısımdan oluşmaktadır ve yüksek puanlar intihar niyetinin ciddiyetini göstermektedir (Palabıykoğlu, 2008).

İntihar Düşüncesi Ölçeği: On yedi maddeden oluşan bu ölçek Beck, Kovacs ve Weissman tarafından psikiyatrik hastalarda intihar niyetinin derecesini kantatif olarak belirlemek üzere hazırlanmıştır. Ölçekte her bir madde "Doğru-Yanlış" veya "Evet-Hayır" şeklinde işaretlenmekte, puanlama 0-1 arasında yapılmakta ve yüksek puanlar

intihar düşüncesinin yoğunluğunu ve eyleme geçme riskinin yüksekliğini göstermektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 17'dir. Ölçeğin Türkçe çevirisi Dilbaz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Palabıykoğlu, 2008).



3. AMAÇ VE HİPOTEZ

Son yıllarda bilişsel davranışçı terapi, yeni psikotrop ilaç tedavileri gibi yöntemler psikiyatrik rahatsızlıkların tedavisinde kullanılsa da, intihar oranlarında belirgin bir azalma görülmemektedir. İntihar riskinde artışa yol açan etkenleri ve bireylerin neden kendi hayatlarını sonlandırdığını anlayabilmek için daha fazla araştırmaya gereksinim duyulmaktadır. Duygudurum bozuklukları intihar için en önemli risk etkenlerinden biridir (Bredemeier, 2015). Depresyonda nörofizyolojik disfonksiyonun intihar davranışı için risk etkeni olduğu ve yürütücü işlev bozukluklarının büyük rol oynadığı düşünülmektedir (Keilp, 2013). Yürütücü işlevler muhakeme, problem çözme, planlama, strateji oluşturma, organizasyon, bir durumdan başka bir duruma geçiş, bilişsel esneklik, davranışı kontrol etme ve ayarlama, uygunsuz davranışı inhibe etmeyi içerir (Burton, 2011). Farklı psikiyatrik tanıları olan bireylerde intihar davranışı ve yürütücü işlev eksikliği arasında bazı çalışmalarda ilişki bulunurken bazılarında bulunamamıştır. Yapılan bazı çalışmalarda ise bipolar bozukluğa göre major depresif bozuklukta intihar ve yürütücü işlev eksikliği arasında daha güçlü bir ilişki saptanmış, ayrıca yürütücü işlev eksikliği daha ölümcül intihar girişimi olan bireylerde daha fazla bulunmuştur (Bredemeier, 2015). Psikotik bozukluk gibi diğer psikiyatrik hastalıklarda ise intihar davranışı iyi yürütücü işlev performansı ile ilişkili bulunmuştur (Kim 2013, Nangle 2006).

Yapılan çalışmaların çoğunlukla erişkin yaş grubunu kapsadığı, 2001 yılında Horesh ve arkadaşlarının, 2009 yılında Dougherty ve arkadaşlarının ve 2011 yılında Dour ve arkadaşlarının ergenlerde intihar davranışı ve yürütücü işlevler arasındaki ilişkiyi araştırdığı görülmüş fakat bu çalışmalarda intihar davranışında bulunan karmaşık tanı gruplarındaki hastaların yürütücü işlevlerine bakılmıştır. Bizim çalışmamızda ergen hasta grubunda çalışılması, yalnızca major depresif bozukluk tanısı alan hastaların hedef alınması, aynı zamanda depresyon şiddetinin değerlendirilerek sadece orta ve ağır depresyonu olan hastaların çalışmaya dahil edilmesi planlanmış ve böylece intihar davranışı ile yürütücü işlevler arasındaki ilişkinin daha anlaşılır bir biçimde ortaya çıkarılabileceği düşünülmüştür.

3.1. Çalışmanın Amacı

Bu çalışmada major depresif bozukluk tanısı konmuş olan ergen hasta grubunda intihar davranışında bulunan ve bulunmayan iki ayrı gruptaki bireyleri, yaş,

cinsiyet ve sosyoekonomik düzey bakımından eşleştirilmiş psikiyatrik bir hastalık bulunmayan sağlıklı kontrol grubu ile yürütücü işlevler açısından karşılaştırarak gruplar arası farkların ortaya çıkarılması planlanmıştır. Ek olarak intihar davranışı ile ilişkili olabilecek dürtüsellik, depresyonun şiddeti, intihar olasılığı gibi etkenler de değerlendirilecektir.

3.2. Hipotez

Bu çalışmada major depresif bozukluk gruplarında sağlıklı kontrol grubuna göre yürütücü işlevlerin daha bozuk bulunacağı; intihar girişiminde bulunan MDB tanılı grupta intihar girişiminde bulunmayan MDB tanılı gruba göre yürütücü işlevlerin daha bozuk bulunacağı; dürtüsellik intihar girişiminde bulunanlarda daha yüksek bulunacağı; depresyonu olan olgu grubunda kontrol grubuna göre ve intihar girişiminde bulunanlarda girişimi olmayanlara göre intihar olasılığının daha yüksek bulunacağı varsayılmıştır.

4. GEREÇ VE YÖNTEM

4.1. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı

Araştırma Aralık 2015–Haziran 2016 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniğinde yapılmıştır.

4.2. Araştırma Deseni

Çalışma; tek merkezli, olgu-kontrol bir araştırma olarak planlanmıştır. Çalışmaya başlamadan önce Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan 17.12.2015 tarih ve 2015/28-16 nolu etik kurul kararı ile etik onay alınmıştır. Bütün ebeveynlerden çalışmaya katılmaya gönüllü olduğuna dair yazılı onam ve çocuklardan da sözlü onam alınmıştır.

4.3. Örneklem Grubu

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi (DEÜTF) Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına başvuran çalışmaya başladıktan önceki son bir yıl içerisinde ve çalışma süresince intihar girişiminde bulunmuş olan ve ayrıca Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi (DEÜTF) Hastanesi Acil Servisi ve Çocuk Acil Servisine çalışmaya başladıktan önceki son bir yıl içerisinde ve çalışma süresince intihar girişimi nedeniyle başvurduğu için Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı bölümünden konsültasyon istenilen, 14 yaşından gün alan ve 18 yaşını tamamlayana kadarki yaş aralığında, ebeveyni/yasal vasisi ve kendisi bu çalışmaya katılmayı kabul eden tüm ergenler arasından major depresif bozukluk tanı ölçütlerine uyan ergenler, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran ve depresif bozukluk tanısı işleme kriterlerini taşıyan ergenler ve sağlıklı gönüllüler çalışma grubunu oluşturmuştur. Sağlıklı gönüllülere ulaşmak için, hastane genelinde panolara çalışmayı tanıtan ilanlar asılmıştır. Bu ilanlar üzerine çalışmada sağlıklı gönüllü olmak isteyen hastane personelinin çalışmaya konu olan risk grubuyla yaş ve cinsiyet açısından eşleşen çocukları çalışmanın alınma ve dışlanma ölçütleri göz önünde bulundurularak çalışmaya alınmıştır. Ayrıca hastanenin havzasında (catchment area) ikamet eden, çalışmaya alınma ve çalışmadan dışlama ölçütlerine göre belirlenen

ruhsal ve bedensel olarak sağlıklı ergen gönüllüler çalışmanın kontrol grubu olarak alınmıştır.

Çalışmaya Alınma Ölçütleri

1. Ailesinin ve ergenin çalışmaya katılmaya gönüllü olması.
2. 14 yaşından gün almış olmak ve en fazla 18 yaşını tamamlamış olmak.
3. WISC-R sonucuna göre tüm puanın 70'in üzerinde olması.
4. İntihar girişimi olan ve olmayan Major Depresif Bozukluk grubu için; çocuk psikiyatrisi hekimi tarafından yapılan K-SADS yarı yapılandırılmış değerlendirme görüşmesine göre major depresif bozukluk tanısı konması ve CDRS-R ölçeğinde T Skoru 65 ve üzeri puan alan orta ve ağır depresyonu olması.
5. Kontrol grubu için; K-SADS yarı yapılandırılmış değerlendirme görüşmesine göre herhangi bir psikiyatrik tanı ölçütünü karşılamayan sağlıklı gönüllü olmak.

Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri

1. Ailesinin ya da kendisinin çalışmaya katılmak istememesi.
2. 14 yaşından gün almamış ya da 18 yaşından büyük olmak.
3. WISC-R sonucuna göre tüm puanın 70 ve altında olması.
4. Herhangi bir nörolojik ya da ek tıbbi hastalık varlığı, nöropsikolojik testleri yapmaya engel herhangi bir fiziksel rahatsızlığının bulunması, perinatal komplikasyon ya da kafa travması öyküsü olması.
5. İntihar girişimi olan ve olmayan Major Depresif Bozukluk grubu için; Ek psikiyatrik hastalık tanısı varlığı, son 6 ay içerisinde SSRI (Selektif Serotonin Re-uptake İnhibitörü) ve antipsikotik ilaçlar dışında benzodiazepin, psikostimülan gibi bir psikotrop ilaç kullanmış olma,
6. Kontrol grubu için; uygulanan K-SADS sonucu aktif psikopatolojisi olması ya da geçmişte aktif psikiyatrik hastalık öyküsü bulunması, psikotrop ilaç kullanım öyküsü olması, ailesinin ya da kendisinin çalışmaya katılmak istememesi olarak belirlenmiştir.

Çalışma Grubu

Çalışmada Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi (DEÜTF), Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D. Polikliniği'ne Aralık 2015-Haziran 2016 tarihleri arasında çalışmaya başlandıktan önceki son bir yıl içerisinde ve çalışma süresince intihar girişimi nedeniyle başvuran ve Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisi ve Çocuk Acil Servisine intihar girişimi sebebiyle başvurması nedeniyle Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları bölümünden konsültasyon istenilen, depresif bozukluk tanısı almış 14 yaşından gün alan ve 18 yaşını tamamlayana kadarki yaş aralığından toplam 62 kişiye ulaşıldı. Bu kişilerden 41'i çalışmaya katılmayı kabul etti. Çalışmaya katılmayı kabul edenlerin altısında K-SADS-PL yarı yapılandırılmış görüşme formuna göre Major Depresif Bozukluk dışında ek psikiyatrik tanı saptandığı ve üçünde yapılan zeka testi sonucunda Mental Retardasyon saptandığı için 9 ergen çalışmaya alınmadı. İntihar girişiminde bulunmuş MDB grubuna çalışmanın dışlama-içleme ölçütlerini karşılayan toplam 32 kişi alındı. MDB grubu için DEÜTF Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D. Polikliniğine başvuran çalışmanın içleme-dışlama ölçütlerini karşılayan 43 kişiye ulaşıldı. 10 kişi çalışmaya katılmayı kabul etmedi ve 3 kişide yapılan zeka testi sonucunda Mental Retardasyon saptandığı için MDB grubuna 30 kişi dahil edildi. Kontrol grubuna gönüllü olan çalışmanın içleme-dışlama ölçütlerini karşılayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 30 kişi alındı. Çalışmaya MDB olup intihar girişimi olan 32 olgu, MDB olup intihar girişimi olmayan 30 olgu ve 30 sağlıklı kontrol grubu olmak üzere toplam 92 kişi alındı.

4.4. Yöntem

Ebeveyni veya yasal vasisi ve kendisi bu çalışmayı kabul etmiş, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne çalışmaya başlandıktan önceki son bir yıl içerisinde ve çalışma süresince intihar girişimi nedeniyle başvuran, depresif bozukluk tanısı almış 14 yaşından gün alan ve 18 yaşını tamamlayana kadarki tüm ergenler ve Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisi ve Çocuk Acil Servisine çalışmaya başlandıktan önceki son bir yıl içerisinde ve çalışma süresince intihar girişimi sebebiyle başvurması nedeniyle Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları bölümünden konsültasyon istenilen ve depresif bozukluk tanısı almış aynı yaş aralığındaki tüm ergenler, Aralık 2015- Haziran 2016 tarihleri arasında Dokuz Eylül

Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran ve depresif bozukluk tanısı işleme kriterlerini taşıyan ve çalışmaya onam veren ergenler ve yaş, cinsiyet, sosyoekonomik düzey açısından eşleştirilmiş aynı sayıda sağlıklı gönüllü ergene K-SADS-PL (Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli), 14-16 yaş için Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeği (WISC-R) testi, 16-18 yaş için Wechsler Yetişkinler için Zeka Ölçeği (WAIS), Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu (CDRS-R), Wisconsin Kart Eşleme Testi (WKET) ve Stroop Testi-TBAG Formu uygulanmış; Sosyodemografik Veri Formu, Beck Depresyon Ölçeği, Barratt İçtepisellik Ölçeği (BIS-10), İntihar Olasılığı Ölçeği, İntihar Davranışı Ölçeği verilmiştir. Çalışmanın verileri SPSS 15.0 paket programında değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizlerde kategorik olmayan gruplarda ki kare testi, kategorik değişkenler için t testi, one way anova ve post hoc analizi uygulanmıştır. $p=0.05$ 'ten küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4.5. Gereçler

4.5.1. Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmada yer alan çocukların ve ebeveynlerinin sosyodemografik özelliklerini saptamak amacıyla yazarlar tarafından oluşturulmuştur (Ek-4).

4.5.2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY) (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children Kiddie-SADS-lifetime Version (K-SADS-PL))

Kaufman ve arkadaşları (1997) tarafından çocuk ve ergenlerde görülen psikiyatrik bozuklukların değerlendirilmesinde ve araştırmalarda kullanılmak üzere Chambers ve arkadaşları tarafından geliştirilen (1984) K-SAD-P'den uyarlanmış ve son şekli verilmiştir. Çocuklara ve ebeveynlerine uygulanan bu yapılandırılmış görüşme duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, psikotik bozukluklar, davranış bozuklukları, madde kötüye kullanımı ve diğer bozukluklar olmak üzere beş adet tanı eki, bu tanıların alt tanı ekleri ve çocuklar için genel değerlendirme ölçeğini içermektedir. Türkçe'de geçerlilik, güvenirlik çalışması Gökler ve arkadaşları tarafından 2004 yılında yapılmıştır (Gökler, 2004).

4.5.3. Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu (CDRS-R)

Klinik örneklemede Çocuklar için Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu depresyonun şiddeti ve depresif belirtiler hakkında genel bilgi sağlar. Ölçek, hastalık tanısının konulmasını takiben başlangıçta ve izlem sürecinde tedaviye yanıtın ölçümü ile ilgili bilgi edinilmesini sağlar. Klinik dışı örneklemede ise, örneğin okullarda veya çocuk hastalıkları uzmanları ve aile hekimleri içinse çocukluk çağı ve ergenlerde depresyonun taranması için kullanılabilir. Uygun eğitim aldıkları takdirde psikiyatristler, aile hekimleri, sosyal çalışmacılar, peditristler, okul psikologları, okul hemşireleri gibi profesyoneller de ölçeği kolaylıkla uygulayabilirler. Ölçek tarafından değerlendirilen 17 belirtiden 14'ü, klinik görüşme sırasında çocuğun kendisine yöneltilen sorulara verdiği sözel yanıtlara göre değerlendirilir. Bu belirtiler alanları; hafiften şiddetliye doğru puanlamanın yapıldığı; bozulmuş okul işlevselliği, eğlenme/keyif almada güçlük, sosyal içe çekilme, iştahta bozulma, uykunun bozulması, aşırı halsizlik hali, fiziksel yakınmalar, irritabilite, yoğun suçluluk duyguları, düşük benlik saygısı, depresif duygular, morbid fikirler, intihar fikirleri ve yoğun ağlama olarak maddeleştirilmiştir. Geri kalan 3 belirtiler alanı, depresif belirtilerin sözel olmayan özellikleri arasında yer alan ve görüşmecinin değerlendirdiği, depresif affekt, cansız konuşma ve hipoaktivitedir (Mayes, 2010; Poznanski, 1996). Her ne kadar, CDRS-R 6-12 yaş arası çocuklarda depresyonu taramak için tasarlansa da ergenler içinde başarı ile uygulanabilmektedir CDRS-R formunun ergenler için psikometrik özellikleri Mayes ve arkadaşları (2010) tarafından 2010 yılında yapılan çalışmada değerlendirilmiştir. 12-18 yaş arası ergenlerde CDRS-R ölçeğinin psikometrik özelliklerinin, çocuk çağındakilerle (Poznanski ve Makros 1996) benzer olduğu gösterilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği 2012 yılında Alşen ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Alşen, 2012).

4.5.4. Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği (WISC-R)

Wechsler tarafından 1949 yılında geliştirilen Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeğinin (WISC) 1974 yılında gözden geçirilmiş şekli olan WISC-R, sözel ve performans olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Sözel Alt testlerde; Genel Bilgi, Benzerlikler, Aritmetik, Yargılama ve Sayı Dizileri; Performans Alt testlerde ise; Resim Tamamlama, Resim Düzenleme, Küplerle Desen, Parça Birleştirme, Şifre

bulunmaktadır. WISC-R'in Türk çocukları üzerinde standardizasyonu Savaşır ve Şahin (1988) tarafından 1638 kişilik bir örneklem üzerinde gerçekleştirilmiştir.

4.5.5. Wechsler Yetişkinler için Zeka Ölçeği (WAIS)

Wechsler Testlerinin ilki 1939'da Wechsler-Bellevue adı altında basılmıştır. 1955'de daha da geliştirilip yayınlanan Wechsler Yetişkinler için Zeka Ölçeği (WAIS) 1981'de yeniden gözden geçirilmiştir. Türkçe uyarlaması olan testin Türk normları mevcut değildir. Üniversite örnekleriyle yapılan bir araştırma Amerikan normlarının üniversite örnekleminde oldukça uygun olduğunu göstermiştir (Kılıç, 2011).

4.5.6. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck tarafından 1961'de ilk formu geliştirilen, 1978'de gözden geçirilen Beck Depresyon Ölçeği depresif belirti ve tutumu değerlendiren 21 maddeden oluşur. Son bir haftadır kendini nasıl hissettiğiyle ilgili 21 sorudan oluşan ölçekte her soruda 0 ile 3 arasında bir puan alınan 4 seçenek bulunmaktadır. 15 yaşın üzerinde ergen ve yetişkinlere uygulanabilen ölçek duygudurum, kötümserlik, başarısızlık duygusu, doyumsuzluk, suçluluk duygusu, cezalandırılma duygusu, kendinden nefret etme, kendini suçlama, kendini cezalandırma arzusu, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal geri çekilme, kararsızlık, bedensel imge, çalışabilirliğin ketlenmesi, uyku bozukluğu, yorgunluk-bitkinlik, iştahsızlık, kilo kaybı, somatik yakınmalar, cinsel dürtü kaybı gibi belirti kategorileri içermektedir. Araştırmada Türkçe geçerlik-güvenilirlik çalışması Hisli tarafından yapılmış olan 1978 yılında gözden geçirilen formu kullanılmıştır. Hisli'nin yapmış olduğu geçerlik ve güvenirlik çalışmasında ölçeğin kesme puanı 17 olarak bulunmuş, 17 ve üzerindeki BDÖ puanlarının tedavi gerektirebilecek depresyonu büyük oranda ayırt edebildiği saptanmıştır (Hisli, 1989). Ancak ölçeğin kullanım amacı tanı koymak olmayıp hastalığın şiddetini belirlemektir. Epidemiyolojik araştırmalarda ve tedavilerin değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılmaktadır.

4.5.7. Barratt İçtepisellik Ölçeği (BIS-10)

Dürtüselliğin ölçüldüğü Barratt İçtepisellik Ölçeği'nin ilk versiyonu Barratt tarafından 1959 yılında hazırlanmıştır. (Barratt, 1959) Likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Maddelerden elde edilen puanlar toplanır ve en yüksek toplam puan en yüksek dürtüsellik derecesi anlamına gelir. Dikkatsel dürtüsellik, motor dürtüsellik ve plansızlık dürtüselliği olmak üzere 3 alt ölçeği vardır. Ülkemizde Bayar ve arkadaşları tarafından Barrat İçtepisellik Ölçeğinin (BIS-10) 13-19 yaş grubundaki ergenler üzerinde Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (Bayar, 1999).

4.5.8. İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)

Cull ve Gill (1988) tarafından geliştirilen ölçek (Suicide Probability Scale) ergen ve yetişkinlerdeki olası intihar riskini belirlemek üzere geliştirilmiştir. Toplam 36 maddeden oluşan İntihar Olasılığı Ölçeği, ‘Hiçbir Zaman veya Nadiren’ (1) ile ‘Çoğu Zaman veya Her Zaman’ (4) arasında değişen 4'lü Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin tamamından alınabilecek en düşük puan 36, en yüksek puan 144 iken, elde edilen puanın yüksek olması intihar olasılığının/riskinin yüksek olduğuna işaret etmektedir. İntihar Olasılığı Ölçeği'nin ilk çeviri, geçerlik ve güvenirlik çalışması Eskin (1993) tarafından yapılmıştır. Şahin ve Batıgün (2000) tarafından yapılan Türkçe uyarlama ve geçerlik-güvenirlik çalışması, intihar girişiminde bulunan kişiler, depresyon tanısı almış psikiyatrik hastalar ve normal örneklem üzerinde yürütülmüştür. Yapılan faktör analizi sonucunda olumsuz benlik ve tükenme, hayata bağlılıktan kopma ve öfke olmak üzere üç faktör bulunmuştur. İntihar Olasılığı Ölçeğinin klinik örneklemdeki geçerlik ve güvenirlik çalışması 14-76 yaş arasındaki örneklemde Eskin ve Atlı tarafından yapılmıştır (Atlı, 2009).

4.5.9. İntihar Davranışı Ölçeği

Linehan ve Nielsen tarafından 1981 yılında geliştirilen ölçek dört maddeden oluşmaktadır. Birinci madde; “İntihar Plan ve Girişimi” geçmişe ait intihar öyküsü ile ilgili olup 6 seçenekten oluşmuştur. 0-5 puan arasında değerlendirilir. İkinci madde; “İntihar Düşüncesi” ile ilgili olup, 5 seçenek bulunmaktadır. 0-4 arası puanlanmaktadır. Üçüncü madde; “İntihar Tehdidi” ile ilgili olup iki seçenekten oluşmakta ve hayır 0, evet 1 olarak puanlanmaktadır. Dördüncü madde; “İntiharın Tekrar Edilebilirliği” ile ilgili olup, 5 seçenekten oluşmakta ve 0- 4 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 14'tür ve en yüksek puan en ciddi intihar davranışını göstermektedir. Ülkemizde geçerlik ve güvenirliği Bayam ve arkadaşları tarafından 1995 yılında yaş aralığı 15-59 olan 180 hasta arasında yapılmıştır (Bayam, 1995).

4.5.10. Stroop Testi -Temel Bilimler Araştırma Grubu Formu (ST-TBAG)

Stroop testi ile ilgili çalışmalar, test performansının sol prefrontal lobla ilgili olduğunu, testin odaklanmış dikkat, seçici dikkat, tepki ketlenmesi, bozucu etkiye karşı koyma ve bilgi işleme gibi süreçleri ölçtüğünü göstermektedir. Nesne veya renk isimlerini söylemenin bunlarla ilgili kelimeleri okumadan daha uzun zaman aldığı McKeen Cattell (1886) tarafından keşfedilmiştir. Ülkemizde çocuklar üzerindeki

güvenirlilik araştırmaları Kılıç ve arkadaşları (2002) tarafından yapılan Stroop Testi TBAG Formu, orijinal Stroop testi (Stroop 1935) ile Victoria Formunun (Spreeen ve Strauss 1991) birleşiminden oluşturulmuştur. Stroop Testi TBAG Formu beş bölüm halinde uygulanmaktadır. Bu bölümler ve ilgili kartlar, uygulama sıralarına göre şöyledir: Siyah olarak basılmış renk isimlerinin bulunduğu kartın (1. Kart) okunduğu 1. Bölüm; farklı renklerde basılmış renk isimlerinin bulunduğu kartın (2. Kart) okunduğu 2. Bölüm; renkli basılmış dairelerin bulunduğu karttaki (3. Kart) dairelerin renginin söylendiği 3. Bölüm; renk ismi olmayan nötr kelimelerin bulunduğu karttaki (4. Kart) kelimelerin renklerinin söylendiği 4. Bölüm ve farklı renklerde basılmış renk isimlerinin bulunduğu karttaki (2. Kart) kelimelerin renklerinin söylendiği 5. Bölüm. 5. Bölüm bozucu etkinin ortaya çıktığı kritik bölüm olup, diğer bölümler okuma ve renk söylemedeki temel düzeylerin belirlendiği kontrol koşulları niteliğindedir. Yapılan alışmalar, testin puanlanmasında basitçe tamamlama süresi puanlarını kullanmanın yeterli olduğunu göstermektedir. Kılıç ve arkadaşları tarafından 2002 yılında Stroop Testi TBAG formunun 6-11 yaş grubunda standardizasyon çalışması yapılmıştır. Bu alışma sonucunda süre puanları için elde edilen test-tekrar test güvenirlilik katsayıları yetişkinler gibi çocuklar için de kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur. Stroop testi TBAG formu süre puanları açısından, ölkemiz örnekleminde güvenilir bir ölçme aracı olarak kullanılabilir (Kılıç, 2012).

4.5.11.Wisconsin Kart Eşleme Testi

Soyutlama ve kavramsallaştırma becerilerini değerlendirmek amacıyla Berg tarafından 1948 yılında geliştirilmiş ve Heaton tarafından standardizasyonu yapılmıştır. Soyutlama ve kavramsallaştırma becerisini değerlendirdiği gibi, kişinin oluşturduğu kurulumu sürdürüebilme, gerektiğinde bu kurulumu değiştirebilme, amaca yönelik hareketi planlama gibi frontal lobla ilişkili karmaşık sistemlerin değerlendirilmesinde yararlı bir testtir. Gerek soyutlama, akıl yürütme ve kavramsallaştırma becerisi, gerekse karmaşık dikkat (dikkati sürdürme, sebatlık, amaca yönelik davranışı sürdürme, çeldiricilere direnç, uygun olmayan tepki eğilimini kitleme), daha çok frontal lob tarafından düzenlenir. WKET dikkat, özellik belirleme, perseverasyon, çalışma belleği, yönetici işlevler, kavramsallaştırma ve soyut düşünme gibi özelliklerle ilişkilendirilmektedir. Bir frontal lob testi olarak kullanılan WKET, sağ frontal lobda dorsolateral prefrontal korteksi de içeren bir yayılıma sahiptir. WKET, 64'er adet tepki kartının meydana getirdiği iki kart destesinden ve 4 adet uyarıcı karttan oluşmaktadır. Kartların her birinde değişik renk (mavi, kırmızı,

sarı ve yeşil) ve miktarlarda (bir, iki, üç ve dört) şekiller (artı, daire, yıldız ve üçgen) bulunmaktadır. WKET'de deneğin yapması gereken görev, tepki kartlarını uygun gördüğü uyarıcı kartları ile eşleştirmektir. Uygun eşleme kategorisi renk, şekil, miktar, renk, şekil, miktar olarak sıralanmakta, art arda 10 doğru eşlemeden sonra, bir sonraki kategoriye geçilmektedir. WKET'de 13 puan hesaplanmaktadır: Toplam yanlış sayısı (WKET 2) ve toplam doğru sayısı (WKET 3), sırasıyla, doğru eşlemenin yapılmamış olduğu ve doğru eşlemenin yapıldığı kartların toplamından oluşmaktadır. Bu iki değer toplamı toplam tepki sayısını (WKET 1) oluşturmaktadır. Tamamlanan kategori sayısı (WKET 4), art arda 10 kez doğru tepkinin verilmiş olduğu kategorilerin toplamını ifade etmektedir. Yineleyici tepki sayısı (WKET 5), ardışık 10 doğru tepkiden sonra da bir önceki kategori için doğru olan eşleme ilkesine göre veya birey tarafından geliştirilmiş bir yineleme ilkesine göre yinelenen tepkilerin toplamından oluşmaktadır. Yineleyici hata sayısı (WKET 6), yineleyici olan tepkilerden aynı zamanda da yanlış olanlarıdır. Yineleyici olmayan hata sayısı (WKET 7), toplam hata sayısından yineleyici hata sayısı çıkarılarak elde edilmektedir. Toplam yineleyici hata sayısının testteki toplam tepki sayısına bölünüp 100 ile çarpılması, yineleyici hata yüzdesini (WKET 8) vermektedir. İlk kategoriye ilişkin tepkilerin toplamı, ilk kategoriye tamamlamada kullanılan tepki sayısını (WKET 9) oluşturmaktadır. Kavramsal düzey tepki sayısı (WKET 10), en az üç tanesi birbirini izleyen doğru tepkilerin toplamı; bunun toplam cevap sayısına bölünerek 100 ile çarpılması ise kavramsal düzey tepki yüzdesini (WKET 11) oluşturmaktadır. Deneğin art arda 5–9 tepki verdiği ancak ardışık 10 doğru tekrar ölçütüne ulaşamadığı tepki bloklarının sayısı, kurulumu sürdürmede başarısızlık puanını (WKET 12) vermektedir. En az üç kategoriye tamamlayan katılımcılarda hesaplanan öğrenmeyi öğrenme puanı (WKET 13) için, her bir kategorideki hata yüzdesinden bir sonraki kategorinin hata yüzdesi çıkarılarak fark puanları hesaplanmakta, fark puanlarının ortalaması, öğrenmeyi öğrenme puanını oluşturmaktadır. Yalçın ve arkadaşlarının çalışmasında yaşı WKET performansı üzerine etkisi 6-14 yaş grubundaki çocuklarda incelenmiştir. Çalışmanın bulguları 12 yaş üstü Türk örnekleminin WKET performansının yetişkin düzeydekine benzediğini göstermiştir (Yalçın, 2007). Bizim çalışmamızda WKET'nin bilgisayar versiyonu kullanılmıştır.

Çalışmanın verileri SPSS 15.0 paket programında değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizlerde kategorik olmayan grupta ki kare testi, kategorik

değişkenler için t testi, one way anova ve post hoc analizi uygulanmıştır. $p=0.05$ 'ten küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.



5. BULGULAR

Çalışmaya MDB olup intihar girişimi olan 32 olgu, MDB olup intihar girişimi olmayan 30 olgu ve 30 sağlıklı kontrol grubu olmak üzere toplam 92 kişi alındı.

5.1. Sosyodemografik Özellikler

5.1.1. Yaş

MDB grubunda yer alan ergenlerin yaş ortalaması $190,27 \pm 12,27$ ay; intihar girişiminde bulunmuş MDB grubunda yer alan ergenlerin yaş ortalaması $190,87 \pm 14,87$ ay; kontrol grubundaki ergenlerin yaş ortalaması ise $191,90 \pm 16,43$ ay olarak bulunmuştur. Oneway ANOVA analizine göre grupların yaş ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,909$).

5.1.2. Cinsiyet

MDB grubunda bulunan ergenlerin 24'ü (%80) kız, 6'sı (%20) erkektir. İntihar girişiminde bulunmuş MDB grubundakilerin 31'i (%96,9) kız, 1'i (%3,1) erkektir. Kontrol grubunda bulunanların ise 21'i (%70) kız, 9'u (%30) erkektir. Ki-kare testi sonucuna göre gruplar arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,018$). İntihar girişiminde bulunmuş MDB grubunda kız olguların sayısı, MDB ve kontrol gruplarına göre daha fazladır.

Tablo 3. Çalışmadaki MDB, MDB ile İntihar ve Kontrol Gruplarının Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması

Cinsiyet	MDB Grubu n(%)	MDB ve İntihar Grubu n(%)	Kontrol Grubu n(%)	p*
Kız	24 (%80)	31 (%96,9)	21 (%70)	0,018
Erkek	6 (%20)	1 (%3,1)	9 (%30)	

*Ki-kare testi uygulanmıştır.

5.1.3. Okul Başarısı

Çalışmaya katılan ergenlerin okul başarısı sosyodemografik veri formundaki kendilerine göre okul başarılarının nasıl olduğu sorusuyla öğrenildi. MDB grubundaki ergenlerin 12'si okul başarısını (%40) iyi, 7'si (%23,3) orta ve 11'i (%36,7) kötü olarak değerlendirdi. İntihar girişiminde bulunmuş MDB grubundaki

ergenlerin 8'i (%25) okul başarısını iyi, 18'i (%56,3) orta, 6'sı (%18,8) kötü olarak değerlendirdi. Kontrol grubundaki ergenlerin 23'ü (%76,7) iyi ve 7'si (%23,3) orta olarak değerlendirdi. Yapılan ki-kare testi sonucuna göre gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$). Bu farklılık kontrol grubunda okul başarısının daha iyi ve MDB grubunda daha kötü olduğundan kaynaklanmaktadır.

Tablo 4. Çalışma Grubundaki Ergenlerin Okul Başarısı

Okul Başarısı	MDB Grubu n(%)	MDB ve İntihar Grubu n(%)	Kontrol Grubu n(%)	p*
İyi	12 (%40)	8 (%25)	23 (%76,7)	<0,001
Orta	7 (%23,3)	18 (%56,3)	7 (%23,3)	
Kötü	11 (%36,7)	6 (%18,8)	0	

*Ki-kare testi uygulanmıştır

5.1.4. Ailedeki Çocuk Sayısı

MDB grubundaki ergenlerin 3'ünün (%10) kardeşi yokken 22'sinin (%73,3) 2 kardeş, 5'inin (%16,7) 2'den fazla kardeş olduğu öğrenildi. İntihar girişiminde bulunmuş MDB grubundaki ergenlerin 6'sının (%18,8) kardeşi yokken 14'ünün (%43,8) 2 kardeş, 12'sinin (%37,5) 2'den fazla kardeş olduğu öğrenildi. Kontrol grubundaki ergenlerin 11'inin (%36,7) kardeşinin olmadığı, 13'ünün (%43,3) 2 kardeş olduğu, 6'sının ise 2'den fazla kardeş olduğu öğrenildi. Yapılan ki-kare testi sonucuna göre gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptandı ($p=0,021$).

Tablo 5. Çalışma Grubundaki Ergenlerin Ailelerindeki Çocuk Sayısı

Çocuk Sayısı	MDB Grubu n(%)	MDB ve İntihar Grubu n(%)	Kontrol Grubu n(%)	p*
Tek Çocuk	3 (%10)	6 (%18,8)	11 (%36,7)	0,021
2 Çocuk	22 (%73,3)	14 (%43,8)	13 (%43,3)	
2'den fazla çocuk	5 (%16,7)	12 (%37,5)	6 (%20)	

*Ki-kare testi uygulanmıştır.

5.1.5. Aile Yapısı

MDB grubundaki ergenlerin 25'inin (%86,2) anne ve babası birlikte iken 4'ünün (%13,8) ailesi boşanmış olduğu belirlenmiştir. İntihar girişiminde bulunmuş ergenlerin 23'ünün (%74,2) anne babası birlikte, 8'inin (%25,8) ise anne babası boşanmıştır. Kontrol grubundakilerin 26'sının (%86,7) anne babası birlikteyken 4'ünün (%13,3) anne babası boşanmıştır. Yapılan ki-kare testine göre gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,352$).

Tablo 6. Çalışma Grubundaki Ergenlerin Aile Yapısı

Medeni Durum	MDB Grubu n(%)	MDB ve İntihar Grubu n(%)	Kontrol Grubu n(%)	p*
Birlikte	25 (%86,2)	23 (%74,2)	26 (%86,7)	0,352
Boşanmış	4 (%13,8)	8 (%25,8)	4 (%13,3)	

*Ki-kare testi uygulanmıştır.

5.1.6. Ebeveynlerin Eğitim Düzeyi

MDB grubundaki ergenlerin annelerinin 13'ü (%43,3) ilkokul ya da ortaokul mezunu, 9'u (%30) lise mezunu ve 8'i (%26,7) yüksekokul ya da üzeri eğitim düzeyindedir. İntihar girişiminde bulunmuş MDB grubundaki ergenlerin annelerinin 17'si (%53,1) ilkokul ya da ortaokul mezunu, 10'u (%31,3) lise mezunu, 5'i (%15,6) yüksekokul ya da üzeri eğitim düzeyindedir. Kontrol grubundaki ergenlerin annelerinin 6'sı (%20) ilkokul ya da ortaokul mezunu, 12'si (%40) lise mezunu, 12'si (%40) ise yüksekokul ya da ileri eğitim düzeyindedir. Yapılan ki-kare testine göre gruplar arası istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0,076$).

Tablo 7. Çalışma Grubundaki Ergenlerin Annelerinin Eğitim Düzeyi

Anne Eğitim Düzeyi	MDB Grubu n(%)	MDB ve İntihar Grubu n(%)	Kontrol Grubu n(%)	p*
İlk ve ortaokul	13 (%43,3)	17 (%53,1)	6 (%20)	0,076
Lise	9 (%30)	10 (%31,3)	12 (%40)	
Yüksekokul ve üzeri	8 (%26,7)	5 (%15,6)	12 (%40)	

*Ki-kare testi uygulanmıştır.

MDB grubundaki ergenlerin babalarının 9'u (%30) ilkokul ya da ortaokul mezunu, 5'i (%16,7) lise mezunu ve 16'sı (%53,3) yüksekokul ya da üzeri eğitim düzeyindedir. İntihar girişiminde bulunmuş MDB grubundaki ergenlerin babalarının 14'ü (%43,8) ilkokul ya da ortaokul mezunu, 11'i (%34,4) lise mezunu, 7'si (%21,9) yüksekokul ya da üzeri eğitim düzeyindedir. Kontrol grubundaki ergenlerin babalarının 2'si (%6,7) ilkokul ya da ortaokul mezunu, 15'i (%50) lise mezunu, 13'ü (%43,3) ise yüksekokul ya da ileri eğitim düzeyindedir. Yapılan ki-kare testine göre gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,002$). Kontrol grubunda ebeveynlerin lise ve üzeri eğitim almış olma oranları MDB ve intihar girişiminde bulunmuş MDB grubuna göre daha yüksektir.

Tablo 8. Çalışma Grubundaki Ergenlerin Babalarının Eğitim Düzeyi

Baba Eğitim Düzeyi	MDB Grubu n(%)	MDB ve İntihar Grubu n(%)	Kontrol Grubu n(%)	p*
İlk ve ortaokul	9 (%30)	14 (%43,8)	2 (%6,7)	0,002
Lise	5 (%16,7)	11 (%34,4)	15(%50)	
Yüksekokul ve üzeri	16 (%53,3)	7 (%21,9)	13 (%43,3)	

*Ki-kare testi uygulanmıştır.

5.1.7. Ebeveynlerin Çalışma Durumu

Annelerin çalışma durumları işçi, esnaf/tüccar, memur, çiftçi, serbest meslek ve ev hanımı olmak üzere 6 gruba ayrılarak; babaların çalışma durumları ise işçi, esnaf/tüccar, memur, çiftçi ve serbest meslek olmak üzere 5 gruba ayrılarak değerlendirilmiştir.

MDB grubundaki ergenlerin annelerinin 5'i (%16,7) işçi, 5'i (%16,7) memur, 8'i (%26,7) serbest meslek ve 12'si (%40) ev hanımıdır. İntihar girişiminde bulunmuş MDB grubundaki ergenlerin annelerinin 6'sı (%19,4) işçi, 2'si (%6,5) esnaf/tüccar, 2'si (%6,5) memur, 8'i (%25,8) serbest meslek sahibi ve 13'ü (%41,9) ev hanımıdır. Kontrol grubundaki ergenlerin annelerinin biri (%3,3) işçi, biri (%3,3) esnaf/tüccar, 8'i (%26,7) memur, biri (%3,3) çiftçi, 7'si (%23,3) serbest meslek sahibi ve 12'si (%40) ev hanımıdır.

Tablo 9. Çalışma Grubundaki Ergenlerin Annelerinin Çalışma Durumu

Anne Çalışma Durumu	MDB Grubu n(%)	MDB ve İntihar Grubu n(%)	Kontrol Grubu n(%)
İşçi	5 (%16,7)	6 (%19,4)	1 (%3,3)
Esnaf/Tüccar	0	2 (%6,5)	1 (%3,3)
Memur	5 (%16,7)	2 (%6,5)	8 (%26,7)
Çiftçi	0	0	1 (%3,3)
Serbest Meslek	8 (%26,7)	8 (%25,8)	7 (%23,3)
Ev Hanımı	12 (%40)	13 (%41,9)	12 (%40)

MDB grubundaki ergenlerin babalarının 5'i (%12,7) işçi, 2'si (%6,9) esnaf/tüccar, 10'u (%34,5) memur, 12'si (%41,4) serbest meslek sahibidir. İntihar girişiminde bulunmuş MDB grubundaki ergenlerin babalarının 6'sı (%18,8) işçi, 6'sı (%18,8) esnaf/tüccar, 6'sı (%18,8) memur, biri (%3,1) çiftçi ve 13'ü (%40,6) serbest meslek sahibidir. Kontrol grubundaki ergenlerin babalarının 3'ü (%10) işçi, 5'i (%16,7) esnaf/tüccar, 8'i (%26,7) memur, biri (%3,3) çiftçi ve 13'ü (%43,3) serbest meslek sahibidir. Dağılım nedeniyle ebeveynlerin çalışma durumu açısından istatistiksel analiz yapılamamıştır.

Tablo 10. Çalışma Grubundaki Ergenlerin Babalarının Çalışma Durumu

Baba Çalışma Durumu	MDB Grubu n (%)	MDB ve İntihar Grubu n(%)	Kontrol Grubu n(%)
İşçi	5 (%12,7)	6 (%18,8)	3 (%10)
Esnaf/Tüccar	2 (%6,9)	6 (%18,8)	5 (%16,7)
Memur	10 (%34,5)	6 (%18,8)	8 (%26,7)
Çiftçi	0	1 (%3,1)	1 (%3,3)
Serbest Meslek	12 (%41,4)	13 (%40,6)	13 (%43,3)

5.1.8. Ailede Kronik Tıbbi ve Ruhsal Hastalık Varlığı

MDB grubundaki ergenlerin 4'ünün (%13,3) ailesinde kronik tıbbi bir hastalık varken 26'sının (%86,7) ailesinde kronik tıbbi hastalık yoktur. İntihar girişiminde bulunmuş MDB grubundaki ergenlerin 9'unun (%28,1) ailesinde kronik tıbbi bir hastalık varken 23'ünün (%71,9) ailesinde kronik tıbbi hastalık yoktur. Kontrol grubundakilerin ise 5'inin (%16,7) ailesinde kronik tıbbi bir hastalık bulunurken 25'inin (%83,3) ailesinde kronik tıbbi hastalık yoktur. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık yoktur ($p=0,303$).

Tablo 11. Çalışma Grubundaki Ergenlerin Ailelerinde Kronik Tıbbi Hastalık Varlığı

Ailede Tıbbi Hastalık	MDB Grubu n(%)	MDB ve İntihar Grubu n(%)	Kontrol Grubu n(%)	p*
Var	4 (%13,3)	9 (%28,1)	5 (%16,7)	0,303
Yok	26 (%86,7)	23 (%71,9)	25 (%83,3)	

*Ki-kare testi uygulanmıştır.

MDB grubundaki ergenlerin 9'unun (%30), intihar girişiminde bulunmuş MDB grubundaki ergenlerin 6'sının (%18,8), kontrol grubundaki ergenlerin birinin (%3,3) ailesinde ruhsal hastalık öyküsü olduğu öğrenilmiştir. Yapılan ki-kare testinde ailede ruhsal hastalık varlığı açısından gruplar arasında istatistiksel açıdan farklılık saptanmıştır ($p=0,024$).

MDB grubundaki ergenlerin 5'inin (%16,7) annesinde MDB, birinin (%3,3) babasında MDB, birinin (%3,3) annesinde anksiyete bozukluğu, birinin (%3,3) 2.

derece akrabasında ve birinin (%3,3) kardeşinde bir psikiyatrik hastalık öyküsü vardır. İntihar girişiminde bulunmuş MDB grubundaki ergenlerin 3'ünün (%9,4) annesinde MDB, birinin (%3,1) annesinde bipolar bozukluk, 2'sinin (%6,3) 2. derece akrabasında bir psikiyatrik bozukluk öyküsü bulunduğu öğrenilmiştir. Kontrol grubundaki ergenlerin birinin (%3,3) annesinde anksiyete bozukluğu olduğu öğrenilmiştir.

Tablo 12. Çalışma Grubundaki Ergenlerin Ailelerinde Ruhsal Hastalık Varlığı

Ailede Ruhsal Hastalık	MDB Grubu n(%)	MDB ve İntihar Grubu n(%)	Kontrol Grubu n(%)	p*
Yok	21 (%70)	26 (%81,3)	29 (%96,7)	0,024
Var	9 (%30)	6 (%18,8)	1 (%3,3)	

*Ki-kare testi uygulanmıştır.

5.1.9. Yaşam Olayı Varlığı

Yaşam olayı varlığı sosyodemografik veri formunda “Yakın bir zamanda önemli bir yaşam olayı (bir yakının kaybı, ciddi bir kaza vb) yaşadınız mı?” sorusu sorularak öğrenilmiştir.

MDB grubundaki ergenlerin 8'inin (%26,7), intihar girişiminde bulunmuş MDB grubundaki ergenlerin 11'inin (%34,4), kontrol grubundaki ergenlerin ise 4'ünün (%13,3) yakın zamanda önemli bir yaşam olayı yaşadıkları öğrenilmiştir. Ki-kare testi sonucuna göre gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0,155).

Tablo 13. Çalışma Grubundaki Ergenlerde Yaşam Olayı Varlığı

Yaşam Olayı	MDB Grubu n(%)	MDB ve İntihar Grubu n(%)	Kontrol Grubu n(%)	p*
Var	8 (%26,7)	11 (%34,4)	4 (%13,3)	0,155
Yok	22 (%73,3)	21 (%65,6)	26 (%86,7)	

*Ki-kare testi uygulanmıştır.

5.1.10. El Tercih

MDB grubundaki ergenlerin 29'unun (%96,7), intihar girişiminde bulunmuş MDB grubundakilerin 30'unun (%93,8) ve kontrol grubundakilerin 25'inin (%83,3) el

tercihi sağ eldir. Dağılım nedeniyle el tercihi açısından istatistiksel analiz yapılamamıştır.

Tablo 14. Çalışma Grubundaki Ergenlerin El Tercihi

El Tercihi	MDB Grubu n(%)	MDB ve İntihar Grubu n(%)	Kontrol Grubu n(%)
Sağ	29 (%96,7)	30 (%93,8)	25 (%83,3)
Sol	1 (%3,3)	2 (%6,3)	5 (%16,7)

5.1.11. İntihar Planı, İntihar Düşüncesi ve Ailede İntihar Girişimi Öyküsü

Çalışmaya katılan ergenlerin intihar planı yapıp yapmadıkları sosyodemografik veri formunda “Hiç intihar planı yaptığınız oldu mu?” sorusu sorularak öğrenilmiştir. MDB grubundaki ergenlerin 16’sı (%53,3), intihar girişiminde bulunan MDB grubundaki ergenlerin 19’u (%59,4) ve kontrol grubundakilerin 4’ü (%13,3) daha önce intihar planı yaptıklarını bildirmiştir. Yapılan ki-kare testi sonucuna göre gruplar arası istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$). MDB grubu ve intihar girişiminde bulunmuş MDB grubunda intihar planı oranı kontrol grubuna göre daha yüksektir.

Tablo 15. Çalışma Grubundaki Ergenlerin İntihar Planı

İntihar Planı	MDB Grubu n(%)	MDB ve İntihar Grubu n(%)	Kontrol Grubu n(%)	p*
Var	16 (%53,3)	19 (%59,4)	4 (%13,3)	<0,001
Yok	14 (%46,7)	13 (%40,6)	26 (%86,7)	

*Ki-kare testi uygulanmıştır.

Çalışmadaki ergenlerin intihar düşüncesi olup olmadığı sosyodemografik veri formunda “Şu anda intihar düşünceniz var mı?” sorusu sorularak öğrenilmiştir. MDB grubundaki ergenlerin 3’ünün (%10), intihar girişiminde bulunmuş MDB’lu ergenlerin 8’inin (%25) intihar düşüncesi olduğu ve kontrol grubundaki ergenlerin hiçbirinin intihar düşüncesi olmadığı öğrenilmiştir. Dağılımdan dolayı istatistiksel analiz yapılamamıştır.

Tablo 16. Çalışma Grubundaki Ergenlerin İntihar Düşüncesi

İntihar Düşüncesi	MDB Grubu n(%)	MDB ve İntihar Grubu n(%)	Kontrol Grubu n(%)
Var	3 (%10)	8 (%25)	0
Yok	27 (%90)	24 (%75)	30 (%100)

MDB grubundaki ergenlerin 5'inin (%16,7), intihar girişiminde bulunmuş MDB grubundaki ergenlerin 10'unun (%31,3) ve kontrol grubundaki ergenlerin 4'ünün (%13,3) ailesinde intihar girişimi öyküsü vardır. Yapılan ki-kare testi sonucunda gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0,177$).

Tablo 17. Çalışma Grubundaki Ergenlerin Ailelerinde İntihar Girişimi Öyküsü

Ailede İntihar Girişimi	MDB Grubu n(%)	MDB ve İntihar Grubu n(%)	Kontrol Grubu n(%)	p*
Var	5 (%16,7)	10 (%31,3)	4 (%13,3)	0,177
Yok	25 (%83,3)	22 (%68,8)	26 (%86,7)	

*Ki-kare testi uygulanmıştır.

5.1.12. İntihar Girişiminin Özellikleri

İntihar girişiminde bulunan MDB grubundaki ergenlerin 19'unun (%59,4) ilaç alarak, birinin (%3,1) ası yöntemiyle, birinin (%3,1) diğer bir yöntemle intihar girişiminde bulunduğu ve 11'inin (%34,4) birden fazla intihar girişiminin olduğu belirlenmiştir. Bu gruptaki ergenlerin 12'sinin (%37,5) intihar girişimi öncesi intihar planı yaptığı, 16'sının (%50) intihar girişimi öncesi bir günden uzun süre boyunca intihar düşüncesinin olduğu, 6'sının (%18,8) girişim öncesi intihar edeceğiyle ilgili tehdit davranışında bulunduğu, 6'sının (%18,8) girişim öncesi son bir hafta içerisinde psikiyatri kliniğine başvurduğu ve 30'unun (%93,8) girişimin hemen öncesinde sıkıntı veren stresli bir olayla karşılaştıkları saptanmıştır. Ayrıca, bu gruptaki 19 ergenin (%59,4) girişim sonrası kendilerine sıkıntı verecek bir yaşantıları olacağını düşündüğü, 8'inin (%25) çevresinde kendilerine destek olan bir kişinin olmadığı ve 19'unun (%59,4) girişim sonrası yardım arama davranışında bulunduğu belirlenmiştir.

5.2. MDB epizod süresi, epizod sayısı, hastalık başlangıç yaşı, tedavi

Yapılan K-SADS-PL görüşmesiyle MDB ve intihar girişiminde bulunmuş MDB grubundaki ergenlerin MDB epizod süresi, epizod sayısı, hastalığın başlangıç yaşı ve verilen tedaviye ilişkin bilgiler edinilmiştir.

MDB grubundaki ergenlerin epizod süresi ortalaması $17,03 \pm 11,61$ ay, intihar girişiminde bulunmuş MDB grubundaki ergenlerin ise $21,47 \pm 13,04$ ay olarak bulunmuştur. Yapılan t testi sonucuna göre gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p=0,162$).

MDB grubundaki ergenlerin ortalama MDB epizod sayısı t testine göre $1,10 \pm 0,40$ bulunurken intihar girişiminde bulunmuş MDB grubundaki ergenlerin ortalama MDB epizod sayısı $1,21 \pm 0,66$ olarak bulunmuştur. Yapılan t-testi sonucuna göre iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,393$).

MDB grubundaki ergenlerin hastalık başlangıç yaşı ortalaması $13,90 \pm 1,32$ iken intihar girişiminde bulunmuş MDB grubundaki ergenlerin hastalık başlangıç yaşı ortalaması $13,47 \pm 1,13$ olarak saptanmıştır. Yapılan t-testi sonucuna göre iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,175$).

MDB grubundaki ergenlerin 23'ü (%76,7) ve intihar girişiminde bulunan MDB grubundaki ergenlerin 22'sinin (%68,8) herhangi bir ilaç tedavisi olmadığı öğrenilmiştir. MDB grubundaki ergenlerin 2'sinin (%6,7) Fluoksetin, 2'sinin (%6,7) Sertralin, birinin (%3,3) Essitalopram, 2'sinin (%6,7) SSRI ile birlikte antipsikotik ilaç kullandığı; intihar girişiminde bulunmuş MDB grubundaki ergenlerin 7'sinin (%21,9) Sertralin, 2'sinin (%6,3) Essitalopram ve birinin (%3,1) SSRI ile birlikte antipsikotik kullandığı belirlenmiştir.

Tablo 18. Çalışma Grubundaki Ergenlerin Gördükleri Tedavi

Tedavi	MDB Grubu n(%)	MDB ve İntihar Grubu n(%)
Yok	23 (%76,7)	22 (%68,8)
Fluoksetin	2 (%6,7)	0
Sertralin	2 (%6,7)	7 (%21,9)
Essitalopram	1 (%3,3)	2 (%6,3)
SSRI ve Antipsikotik	2 (%6,7)	1 (%3,1)

5.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Çalışmaya katılan tüm ergenlere Beck Depresyon Ölçeği verilmiştir. MDB grubunda Beck Depresyon Ölçeği ortalaması $22,90 \pm 10,74$ puan, intihar girişiminde bulunmuş MDB grubunda $27,34 \pm 13,66$ puan, kontrol grubunda $6,77 \pm 6,03$ puan olarak saptanmıştır. Oneway ANOVA testine göre gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,001$). Post hoc analizinde MDB ve intihar girişiminde bulunmuş MDB grupları ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur (Sırasıyla $p < 0,001$ ve $p < 0,001$). MDB grubu ile intihar girişiminde bulunmuş MDB grubu arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0,317$).

Beck Depresyon Ölçeğinden alınan puanlar 0-13 arası, 14-24 arası, 25 ve üstü olmak üzere 3 ayrı gruba bölünerek karşılaştırılmıştır. MDB grubundaki ergenlerin 7'si (%23,3) Beck Depresyon ölçeğinden 0-13 puan arası, 10'u (%33,3) 14-24 puan arası, 13'ü (%43,3) ise 25 puan ve üstü almıştır. İntihar girişiminde bulunmuş MDB grubundaki ergenlerin 6'sı (%18,8) Beck Depresyon Ölçeğinden 0-13 puan arası, 9'u (%28,1) 14-24 puan arası ve 17'si (%53,1) 25 puan ve üstü almıştır. Kontrol grubundaki ergenlerden 25'i (%83,3) 0-13 puan arası, 5'i (%16,7) 14-24 puan alırken bu gruptaki hiçbir ergen 25 ve üstü puan almamıştır. Yapılan ki-kare testi sonucuna göre gruplar arası istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,001$). Kontrol grubunda BDÖ puanı daha çok 0-13 aralığında iken diğer gruplarda 14-24 ile 25 ve üstü puan aralığındadır.

Tablo 19. Çalışma Grubundaki Ergenlerin Beck Depresyon Ölçeği Sonuçları

Beck Depresyon Ölçeği Puanı	MDB Grubu n(%)	MDB ve İntihar Grubu n(%)	Kontrol Grubu n(%)	p*
0-13	7 (%23,3)	6 (%18,8)	25 (%83,3)	<0,001
14-24	10 (%33,3)	9 (%28,1)	5 (%16,7)	
25 ve üstü	13 (%43,3)	17 (%53,1)	0	

*Ki-kare testi uygulanmıştır.

5.4. CDRS-R Ölçeği

Çalışmaya katılan tüm ergenlere CDRS-R ölçeği uygulanmıştır. CDRS-R puan ortalamaları; MDB grubunda $73,80 \pm 7,10$, intihar girişiminde bulunmuş MDB grubunda $74,78 \pm 5,92$ ve kontrol grubunda $39,47 \pm 7,49$ olarak bulunmuştur. Oneway ANOVA analizine göre gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0.001$). Post hoc testine göre MDB ve intihar girişiminde bulunmuş MDB grupları ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık vardır (Sırasıyla $p < 0,001$ ve $p < 0,001$). MDB grubu ve intihar girişiminde bulunmuş MDB grubu arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p = 1,000$).

CDRS-R ölçeğinde “Suisid (Özkıyım) Düşünceleri” başlığı altında incelenen ölçek puanı ortalaması MDB grubunda $3,17 \pm 1,29$; intihar girişiminde bulunmuş MDB grubunda $4,00 \pm 1,95$; kontrol grubunda $1,00 \pm 0,00$ olarak saptanmıştır. Oneway ANOVA analizine göre gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,001$). Post-hoc analizine göre MDB grubu ve intihar girişiminde bulunmuş MDB grupları ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark varken ($p < 0,001$) MDB grubu ile intihar girişiminde bulunmuş MDB grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p = 0,055$).

Çalışmamızda MDB ve intihar girişiminde bulunmuş MDB gruplarında CDRS-R ölçeğinden 65 puan altı alan ergenler çalışmaya alınmamıştır. CDRS-R ölçeğinden MDB grubundaki ergenlerin 17’si (%56,7) 65-74 puan arası, 11’i (%36,7) 75-84 puan arası ve 2’si (%6,7) 85 ve üzeri puan almıştır. İntihar girişiminde bulunmuş MDB grubundaki ergenlerin 14’ü (%43,8) 65-74 puan arası; 17’si (%53,1) 75-84 puan arası ve biri (%3,1) 85 ve üzeri puan almıştır. Kontrol grubundakilerin tümü

CDRS-R ölçeğinden 65 puan altı almıştır. Dağılım nedeniyle istatistiksel analiz yapılamamıştır.

Tablo 20. Çalışma Grubundaki Ergenlerin CDRS-R Sonuçları

CDRS-R Puanı	MDB Grubu n(%)	MDB ve İntihar Grubu n(%)	Kontrol Grubu n(%)
65 puan altı	0	0	30 (%100)
65-74 puan	17 (%56,7)	14 (%43,8)	0
75-84 puan	11 (%36,7)	17 (%53,1)	0
85 ve üzeri	2 (%6,7)	1 (%3,1)	0

5.5. İntihar Olasılığı Ölçeği

Çalışmaya katılan tüm ergenlere İntihar Olasılığı Ölçeği verilmiştir. İntihar Olasılığı Ölçeğine ilişkin veriler ölçeğin kendisinde olduğu gibi 3 başlık altında toplanmıştır: (1) olumsuz benlik ve tükenme, (2) hayata bağlılıktan kopma (3) öfke.

Yapılan Oneway ANOVA analizine göre gruplar arasında her üç alt test puanı için istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptandı ($p<0,001$). Post-Hoc analizine göre her üç alt testte MDB grubu ve kontrol grubu arasında ve intihar girişiminde bulunmuş MDB grubu ve kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$). İntihar olasılığı ölçeğinin her üç alt testinde MDB grubu ve intihar girişiminde bulunmuş MDB grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Tablo 21. Çalışma Grubundaki Ergenlerin İntihar Olasılığı Ölçeği Karşılaştırmalı Alt Test Puanları

İntihar Olasılığı Ölçeği Alt Testleri	MDB Grubu ort±SS	MDB ve İntihar Grubu ort±SS	Kontrol Grubu ort±SS	p*
Olumsuz Benlik ve Tükenme	49,50±11,58	55,16±11,50	33,87±9,26	p<0,001
Hayata Bağılılıktan Kopma	20,57±5,64	21,84±5,74	13,70±3,76	p<0,001
Öfke	18,47±5,18	20,16±4,78	13,67±3,97	p<0,001

*Oneway ANOVA testi uygulanmıştır.

5.6. İntihar Davranışı Ölçeği

İntihar Davranışı Ölçeği ortalaması MDB grubunda 4,30±2,78, intihar girişiminde bulunmuş MDB grubunda 5,69±3,36, kontrol grubunda ise 0,87±1,65 olarak saptanmıştır. Oneway ANOVA analizine göre gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0,001). Post hoc analizinde MDB ve intihar girişiminde bulunmuş MDB grupları ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0,001). MDB grubu ile intihar girişiminde bulunmuş MDB grubu arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0,141).

5.7. Barratt Dürtüsellik Ölçeği

MDB grubunda Barratt Dürtüsellik Ölçeği toplam puan ortalaması 73,57±11,47 puan; intihar girişiminde bulunmuş MDB grubunda 76,34±11,03 puan ve kontrol grubunda 64,33±11,66 olarak saptanmıştır. Oneway ANOVA testine göre gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0,001). Post-hoc analizine göre MDB grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,007). Aynı zamanda intihar girişiminde bulunmuş MDB grubu ile kontrol grubu arasında da istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur

($p<0,001$). Ancak MDB grubu ile intihar girişiminde bulunmuş MDB grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=1,000$).

Barratt Dürtüsellik Ölçeğine ilişkin veriler ölçeğin kendisinde olduğu gibi dikkatsel dürtüsellik, motor dürtüsellik ve plansızlık dürtüsellliği olmak üzere 3 alt başlığa ayrılarak incelendi. Oneway ANOVA testi uygulandığında gruplar arasında motor dürtüsellik ve plansızlık dürtüsellliği alt test puanlarının ortalamasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır (Sırasıyla $p<0,001$ ve $p=0,001$). Dikkatsel dürtüsellik alt test puan ortalamasında ise istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,119$). Post-hoc analizine göre, motor dürtüsellik alt testinde MDB grubu ile kontrol grubu arasında ve intihar girişiminde bulunmuş MDB grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır (Sırasıyla $p<0,001$ ve $p<0,001$). MDB grubu ile intihar girişiminde bulunmuş MDB grubu arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=1,000$). Plansızlık dürtüsellliği alt testinde ise intihar girişiminde bulunmuş MDB grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$). Ancak MDB grubu ile intihar girişiminde bulunmuş MDB grubu ile ve MDB grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır (Sırasıyla $p=0,168$ ve $p=213$).

Tablo 22. Çalışma Grubundaki Ergenlerin Barratt Dürtüsellik Ölçeği Karşılaştırmalı Alt Test Puanları

Barratt Dürtüsellik Ölçeği Alt Testleri	MDB Grubu ort $\pm$ SS	MDB ve İntihar Grubu ort $\pm$ SS	Kontrol Grubu ort $\pm$ SS	p*
Motor	31,63 $\pm$ 6,30	31,87 $\pm$ 6,44	25,13 $\pm$ 5,74	p<0,001
Dikkat	19,93 $\pm$ 3,59	21,72 $\pm$ 3,93	20,10 $\pm$ 3,66	0,119
Plansızlık	20,93 $\pm$ 3,32	22,84 $\pm$ 4,03	19,10 $\pm$ 4,23	0,001

*Oneway ANOVA testi uygulanmıştır.

5.8. Stroop Testi TBAG Formu

Çalışmaya katılan tüm ergenlere Stroop Testi TBAG Formu uygulanmıştır. Oneway ANOVA testine göre MDB grubu, intihar girişiminde bulunmuş MDB grubu ve kontrol grubu arasında 1. bölüm ve 4. bölümün süre ortalamaları

arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır (Sırasıyla, $p=0,029$ ve $p=0,015$). Ayrıca 3. Bölümdeki düzeltme sayı ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,017$). Bununla birlikte 3. ve 5. bölüm toplam süre ortalamaları için gruplar arasında anlamlıya yakın farklılık saptanmıştır (Sırasıyla, $p=0,067$ ve $p=0,059$). 3. ve 5. bölüm toplam süre ortalamaları için saptanan bu farklılık intihar girişiminde bulunmuş MDB grubu ve kontrol grubu arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır (Sırasıyla $p=0,061$ ve $p=0,066$).

Yapılan Post hoc testine göre Stroop testi 1. bölüm süre ortalamaları için; intihar girişiminde bulunmuş MDB grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,040$). MDB grubu ile kontrol grubu arasında ve MDB grubu ile intihar girişiminde bulunmuş MDB grubu arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır (Sırasıyla $p=1,000$ ve $p=0,115$). Stroop testi 3. bölüm düzeltme sayısı ortalamaları için; MDB grubu ile intihar girişiminde bulunmuş MDB grubu arasında istatistiksel farklılık bulunmuştur ($p=0,033$). Aynı zamanda MDB grubu ile kontrol grubu arasında da istatistiksel açıdan anlamlı farklılık vardır ($p=0,049$). İntihar girişiminde bulunmuş MDB grubu ile kontrol grubu arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=1,000$). 4. bölüm süre ortalamaları için intihar girişiminde bulunmuş MDB grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,011$). MDB grubu ile kontrol grubu arasında ve MDB grubu ile intihar girişiminde bulunmuş MDB grubu arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır (Sırasıyla $p=0,361$ ve $p=0,516$).

1. ve 4. bölümde hata ve düzeltme sayı ortalamaları arasında; 3. bölümde ise süre ve hata sayısı ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bununla birlikte 2. ve 5. bölümün süre, hata sayısı ve düzeltme sayısı ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 23. Çalışma Grubundaki Ergenlerin Stroop Testi TBAG Formu Karşılaştırmalı Sonuçları

Stroop Testi TBAG Formu		MDB Grubu ort±SS	MDB ve İntihar Grubu ort±SS	Kontrol Grubu ort±SS	p*
Bölüm 1	Süre	8,67±1,37	9,50±1,50	8,50±1,78	0,029
	Hata	0	0	0	-
	Düzeltilme	0,07±0,25	0,06±0,24	0,07±0,25	0,997
Bölüm 2	Süre	9,70±2,52	9,94±2,12	9,07±2,35	0,324
	Hata	0,03±0,18	0	0	0,360
	Düzeltilme	0,13±0,43	0,12±0,34	0,13±0,34	0,995
Bölüm 3	Süre	12,20±1,77	12,84±2,76	11,50±2,03	0,067
	Hata	0	0	0,03±0,18	0,360
	Düzeltilme	1,13±1,28	0,44±0,76	0,47±1,07	0,017
Bölüm 4	Süre	15,03±2,85	16,16±3,57	13,73±3,15	0,015
	Hata	0	0	0	-
	Düzeltilme	1,17±1,29	0,78±1,01	0,70±0,88	0,200
Bölüm 5	Süre	24,00±5,97	24,87±6,84	21,33±4,89	0,059
	Hata	0,63±0,99	0,41±0,71	0,20±0,55	0,102
	Düzeltilme	2,73±2,05	1,97±1,55	1,93±1,31	0,113

*Oneway ANOVA testi uygulanmıştır.

5.9. Wisconsin Kart Eşleme Testi (WKET)

Tüm ergenlere Wisconsin Kart Eşleme Testi (WKET) uygulandı. Toplam Yanlış Sayısı ile aynı istatistiksel oranları verecek olan Toplam Tepki Sayısı ve Toplam Doğru Sayısı hesaplanmadı. Toplam Perseveratif Hata Sayısı ile aynı istatistiksel oranları verecek olan Perseveratif Hata Yüzdesi; Kavramsal Düzey Tepki Sayısı ile aynı istatistiksel oranları verecek olan Kavramsal Düzey Tepki Yüzdesi hesaplamaya dahil edilmedi.

Hesaplanan WKET puanları açısından olgu ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

Tablo 24. Çalışma Grubundaki Ergenlerin Wisconsin Kart Eşleme Testi (WKET) Karşılaştırmalı Sonuçları

WKET puanları	MDB Grubu ort±SS	MDB ve İntihar Grubu ort±SS	Kontrol Grubu ort±SS	p*
WKET 2	24,57±17,80	28,44±18,12	20,33±13,14	0,162
WKET 4	5,57±1,33	5,53±1,08	5,83±0,59	0,472
WKET 5	14,43±14,42	17,03±13,59	10,57±6,26	0,111
WKET 6	12,57±11,19	15,09±11,31	10,00±5,64	0,129
WKET 7	12,00±8,54	13,34±8,18	10,33±8,49	0,373
WKET 9	19,77±22,51	18,41±13,20	17,50±10,85	0,863
WKET 10	67,27±12,27	69,94±10,12	67,03±6,54	0,991
WKET 12	0,80±1,21	0,78±0,79	0,63±0,89	0,769
WKET 13	-0,17±4,29	-0,19±8,13	0,03±4,24	0,987

*Oneway ANOVA testi uygulanmıştır.

WKET 2: Toplam yanlış sayısı; WKET 4: Tamamlanan kategori sayısı; WKET 5: Yineleyici tepki sayısı; WKET 6: Yineleyici hata sayısı; WKET 7: Yineleyici olmayan hata sayısı; WKET 9: ilk kategoriye tamamlamada kullanılan tepki sayısını; WKET 10: Kavramsal düzey tepki sayısı; WKET 12:Kurulumu sürdürmede başarısızlık puanı; WKET 13: Öğrenmeyi öğrenme puanı

5.10.Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği (WISC-R) ve Wechsler Yetişkinler için Zeka Ölçeği (WAIS)

Çalışmaya katılan tüm ergenlere, yaş aralıklarına göre WISC-R ya da WAIS zeka testi uygulanmıştır. Oneway ANOVA testine göre MDB grubu, intihar girişiminde bulunmuş MDB grubu ve kontrol grubu arasında zeka testinin sözel puan, performans puanı ve tüm puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur (Sırasıyla $p<0,001$; $p=0,015$ ve $p<0,001$).

Yapılan post hoc testine göre sözel puan ortalamaları için; MDB grubu ile kontrol grubu arasında ve intihar girişiminde bulunmuş MDB grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır (Sırasıyla $p<0,001$ ve $p<0,001$). MDB grubu ile intihar girişiminde bulunmuş MDB grubu arasında ise

istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0,160$). Performans puan ortalamaları için; intihar girişiminde bulunmuş MDB grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,013$). MDB grubu ile intihar girişiminde bulunmuş MDB grubu ve MDB grubu ile kontrol grubu arasında ise performans puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Sırasıyla, $p=1,000$ ve $p=0,167$). Tüm puan ortalamaları için ise MDB grubu ile kontrol grubu arasında ve intihar girişiminde bulunmuş MDB grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır (Sırasıyla, $p=0,003$ ve $p<0,001$). MDB grubu ile intihar girişiminde bulunmuş MDB grubu arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0,396$).

Tablo 25. Çalışma Grubundaki Ergenlerin WISC-R VE WAIS Karşılaştırmalı Sonuçları

WISC-R/WAIS	MDB Grubu ort $\pm$ SS	MDB ve İntihar Grubu ort $\pm$ SS	Kontrol Grubu ort $\pm$ SS	p*
Sözel Puan	95,83 $\pm$ 12,65	90,12 $\pm$ 12,12	107,63 $\pm$ 8,95	p<0,001
Performans Puanı	92,83 $\pm$ 13,24	89,66 $\pm$ 14,12	99,57 $\pm$ 12,56	0,015
Tüm Puan	94,14 $\pm$ 12,48	89,56 $\pm$ 12,50	104,43 $\pm$ 10,03	p<0,001

*Oneway ANOVA testi uygulanmıştır.

6. TARTIŞMA

6.1. Sosyodemografik Özellikler

İntihar girişiminde bulunmuş MDB grubundaki 14 yaşından gün alan ve 18 yaşını tamamlayana kadarki yaş aralığındaki olgular cinsiyet özelliklerine bakılmaksızın çalışmaya alınmıştır. MDB grubu ve kontrol grubuna alınan ergenler ise intihar girişiminde bulunmuş MDB grubu ile yaş açısından eşleştirilmiştir. Çalışmamızda yaş ortalaması MDB grubunda $190,27 \pm 12,27$ ay; intihar girişiminde bulunmuş MDB grubunda $190,87 \pm 14,87$ ay; kontrol grubunda ise $191,90 \pm 16,43$ ay olarak bulunmuştur. Grupların yaş ortalamaları arasında eşleştirildikleri için istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Cinsiyet dağılımı açısından ise MDB grubunda bulunan ergenlerin 24'ü kız, 6'sı erkek; intihar girişiminde bulunmuş MDB grubundakilerin 31'i kız, 1'i erkek; kontrol grubunda bulunanların ise 21'i kız ve 9'u erkektir. Gruplar arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. İntihar girişiminde bulunmuş MDB grubunda kız olguların sayısı, MDB ve kontrol gruplarına göre daha fazladır. Literatürde çocuk ve ergenlerde yapılan çalışmalarda kızların erkeklere göre daha fazla intihar girişiminde bulundukları belirtilmiştir. Boeninger ve ark. yaşları 11-19 arasında değişen 1244 ergende yaptıkları çalışmada, intihar girişimi oranını kızlarda %10, erkeklerde %5,4 olarak bulmuştur (Boeninger,2010). Ülkemizde ise Ünlü ve arkadaşlarının yaşları 15-17 arasında değişen 61 olguda yaptıkları çalışmada kız/erkek oranı 2.8 olarak belirlenmiştir (Ünlü,2014). Aktepe ve arkadaşlarının 7-16 yaş aralığındaki intihar girişiminde bulunmuş 58 olguda yaptıkları çalışmada olguların %89,7'sinin kız olduğu saptanmıştır (Aktepe,2006). Akın ve ark. 12-18 yaş aralığındaki 36 olguda yaptıkları çalışmada kız/erkek oranını 3/1 olarak bulmuştur (Akın, 2012). Bu çalışmanın bulguları literatürle uyumludur.

Çalışmamızda ergenlerin okul başarısı sosyodemografik veri formundaki kendilerine göre okul başarılarının nasıl olduğu sorusuyla öğrenilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuş ve bu farklılık kontrol grubunda okul başarısının daha iyi ve MDB grubunda daha kötü olduğundan kaynaklanmaktadır. Literatürde MDB'un ergenlerde okul ve sosyal işlevselliği olumsuz etkilediği belirtilmektedir. Bazı çalışmalarda MDB'un akademik performansta düşüş ve okul hayatında sorunlara yol açtığı gösterilmiştir (Birmaher ve ark. 1996). Flament ve arkadaşları 11-20 yaşları arasındaki depresyon ve distimi

tanısı olan 70 olguyu 135 kontrol ile karşılaştırdıkları çalışmalarında aile ve okul işlevselliğini araştırmış ve psikososyal işlevselliğin depresif grupta bozulduğunu göstermişlerdir (Flament, 2001). Beautrais ve arkadaşlarının 129 intihar girişiminde bulunmuş ergeni 153 kontrol ile karşılaştırdıkları çalışmada intihar girişiminde bulunan ergenlerin okul başarısının düşük olduğu gösterilmiştir (Beautrais 1998). Aktepe ve ark. eğitim başarısı düşük grubun intihar girişimi açısından risk altında olduğunu saptamıştır (Aktepe,2006). Çalışmamızın bulgularının literatürle uyumludur.

Çalışmamızda MDB grubundaki ergenlerin 3'ünün kardeşi yokken 22'sinin 2 kardeş, 5'inin 2'den fazla kardeş olduğu öğrenilmiştir. İntihar girişiminde bulunmuş MDB grubundaki ergenlerin 6'sının kardeşinin olmadığı, 14'ünün 2 kardeş, 12'sinin 2'den fazla kardeş olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubundaki ergenlerin 11'inin kardeşinin olmadığı, 13'ünün 2 kardeş olduğu, 6'sının ise 2'den fazla kardeş olduğu öğrenilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır. Çalışmamızın bulguları ailede çocuk sayısı fazlalığının intihar girişimlerinde ek bir etken olabileceği yönündeki literatür bulguları ile uyumlu görünmektedir (Çuhadaroğlu,1993). Aktepe ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada intihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerin %74,2'sinin 2-4 çocuklu ailelere sahip olduğu gösterilmiştir (Aktepe,2006).

Çalışmamızda MDB grubundaki ergenlerin 25'inin anne ve babası birlikte iken 4'ünün ailesi boşanmıştır. İntihar girişiminde bulunmuş ergenlerin 23'ünün anne babası birlikte iken 8'inin anne babası boşanmıştır. Kontrol grubundakilerin ise 26'sının anne babası birlikte, 4'ünün anne babası boşanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır. Afifi ve arkadaşları yaşları 15-54 arasında değişen 5159 olguda çocuk istismarı ve 15 yaş altında aile boşanması ile psikiyatrik rahatsızlıklar ve intiharın ilişkisini araştırmışlardır. Bu olguların 674'ünün (%13) ailesinin boşanmış olduğu 489'unun hem çocuk istismarına maruz kalıp hem de ailesinin boşanmış olduğu görülmüştür. Ailesinin boşanmış olması duygudurum bozuklukları, depresyon, distimi, bipolar bozukluk tip 1 ve posttravmatik stres bozukluğu (PTSB) için artmış risk ile ilişkili bulunmuştur. Bununla birlikte olguların ailesinin boşanmış olması ile intihar girişimi arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır (Afifi, 2009). Lizardi ve ark. ailesi boşanan bireylerin diğerlerine göre 1.33 kat daha fazla intihar girişiminde bulunduklarını saptamıştır

(Lizardi, 2009). Bizim çalışmamızda da istatistiksel açıdan anlamlı olmamakla birlikte literatürle uyumlu olarak, intihar girişiminde bulunmuş MDB grubundaki ergenlerin ailelerinde boşanma oranı MDB grubu ve kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur.

Bizim çalışmamızda MDB grubundaki ergenlerin annelerinin 13'ü (%43,3) ilkokul ya da ortaokul mezunu, 9'u (%30) lise mezunu ve 8'i (%26,7) yüksekokul ya da üzeri eğitim düzeyindedir. İntihar girişiminde bulunmuş MDB grubundaki ergenlerin annelerinin 17'si (%53,1) ilkokul ya da ortaokul mezunu, 10'u (%31,3) lise mezunu, 5'i (%15,6) yüksekokul ya da üzeri eğitim düzeyindedir. Kontrol grubundaki ergenlerin annelerinin 6'sı (%20) ilkokul ya da ortaokul mezunu, 12'si (%40) lise mezunu, 12'si (%40) ise yüksekokul ya da ileri eğitim düzeyindedir. Çalışmamızda gruplar arası istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır. MDB grubundaki ergenlerin babalarının 9'u (%30) ilkokul ya da ortaokul mezunu, 5'i (%16,7) lise mezunu ve 16'sı (%53,3) yüksekokul ya da üzeri eğitim düzeyindedir. İntihar girişiminde bulunmuş MDB grubundaki ergenlerin babalarının 14'ü (%43,8) ilkokul ya da ortaokul mezunu, 11'i (%34,4) lise mezunu, 7'si (%21,9) yüksekokul ya da üzeri eğitim düzeyindedir. Kontrol grubundaki ergenlerin babalarının 2'si (%6,7) ilkokul ya da ortaokul mezunu, 15'i (%50) lise mezunu, 13'ü (%43,3) ise yüksekokul ya da ileri eğitim düzeyindedir. Babaların eğitimi açısından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Kontrol grubunda ebeveynlerin lise ve üzeri eğitim almış olma oranları MDB ve intihar girişiminde bulunmuş MDB grubuna göre daha yüksektir. Aktepe ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada annelerin %67.2'sinin ilkokul mezunu, babaların %44.8'inin ilkokul mezunu, %24.1'inin ise lise mezunu olduğu bulunmuştur (Aktepe, 2006). Çalışmamızın bulguları alt sosyoekonomik düzeyde intihar girişiminin daha yüksek oranda görüldüğünü destekleyen çalışma bulgularıyla uyumludur (Aktepe, 2006; Ercan, 2000; Beautrais,1998).

Çalışmamızda intihar girişiminde bulunan ergenlerin ailelerinde diğer gruplara kıyasla daha yüksek oranda kronik tıbbi hastalık bulunduğu saptanmakla birlikte gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır. Literatürde ailelerinde fiziksel hastalık bulunan çocuk ve ergenlerin bazı psikososyal güçlükler yaşadığı bildirilmektedir. Barkmann ve ark. 4-18 yaşları arasındaki 1950 çocuğun ebeveynlerinde ciddi hastalık prevalansını %4,1 olarak bulmuş ve bu gruptaki çocuk

ve ergenlerin psikososyal uyum göstermede güçlük çektiğini; içe yönelim belirtilerinin dışı yönelim belirtilerinden sık olduğunu saptamıştır (Barkmann,2007). Osborn ve ark. ailelerinde kanser tanısı olan çocuk ve ergenlerin ciddi psikososyal güçlük yaşamadıklarını, fakat içe yönelim sorunları açısından nispeten daha yüksek risk altında olduklarını ve bu durumdan en çok kız ergenlerin etkilendiğini öne sürmüştür (Osborn, 2007).

Çalışmamızda ailede ruhsal hastalık varlığı açısından gruplar arasında istatistiksel açıdan farklılık saptanmıştır. MDB ve intihar girişiminde bulunmuş MDB grubundaki ergenlerin ailesinde ruhsal hastalık öyküsünün daha fazla olduğu bulunmuştur. Çalışmamıza katılan MDB tanılı ergenlerin ailelerinde MDB diğer ruhsal bozukluklara göre daha fazla oranda görülmektedir. Literatürde daha çok ebeveynin intihar davranışı ya da duygudurum bozukluğunun, bu bireylerin çocuklarını nasıl etkilediği araştırılmıştır. Ailede ruhsal hastalık varlığının çocuk ve ergenlerde psikiyatrik sorunları genel olarak artırdığı bildirilmektedir. Barker ve ark. 7429 annenin çocuğunu değerlendirdikleri çalışmalarında, klinik olarak depresif olan annelerin çocuklarının annenin rahatsızlığıyla ilişkili olarak daha çok risk etkenine maruz kaldıklarını ve bu çocuklarda içe yönelim ve dışı yönelim sorunlarının artmış oranda saptandığını belirtmiştir (Barker, 2012). Aile çalışmalarında, ailelerinde MDB olan çocuklarda psikiyatrik bozukluk görülme riskinin arttığı, her iki ebeveynde MDB görülen çocuklarda ise bu riskin daha da yüksek olduğu gösterilmiştir (Weissman,1997). Williamson ve ark. 76 MDB tanılı olgunun ve 34 kontrolün akrabalarıyla yaptıkları çalışmada MDB tanılı olguların 1. derece akrabalarında MDB ve diğer psikiyatrik bozuklukların istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek görüldüğünü saptamışlardır. Bu çalışmada aynı zamanda intihar eğilimi olan depresif ergenlerin 1. derece akrabalarının yaşam boyu intihar davranışı açısından daha riskli oldukları bulunmuştur (Williamson, 1995). Toros ve arkadaşlarının 4256 çocuk ve ergende yaptıkları çalışmada akrabalarda ruhsal sorunların olması çocuklarda intihar girişimi açısından en önemli risk etkenlerinden biri olduğu belirtilmiştir (Toros, 2003). Akın ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada intihar girişiminde bulunan ergen grubundaki annelerin kontrol grubuna göre daha yüksek oranda psikiyatrik tedavi gördükleri bulunmuştur (Akın, 2012). Çalışmamızın bulguları literatürle uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızda MDB ve intihar girişiminde bulunmuş ergenlerde olumsuz yaşam olayı daha yüksek oranda saptanmış olsa da gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır. Literatürde akran ya da ebeveyn kaybı, yas, akademik hayatta sorunlar, yakın birinin intiharı gibi bazı stresli yaşam olaylarının ergenlerde depresyonla olan ilişkisi ortaya konmuştur (Parker, 2001). Monroe ve arkadaşlarının 1470 ergenin katıldığı çalışmasında yakın zamanda romantik bir ilişkinin sonlanması, MDB epizodunun başlamasıyla ilişkili bulunmuş, fakat bu durumunun rekürrensi etkilemediği saptanmıştır (Monroe, 1999). Bazı çalışmalarda da olumsuz yaşam olaylarının disfonksiyonel düşünce varlığında MDB epizodunun hem başlangıç hem de rekürrensinde öngörücü bir etken olduğunu öne sürülmektedir (Lewinshon 1999, 2001). Literatürde olumsuz yaşam olaylarının intihar girişimi için riski artırdığına yönelik çalışmalara sıkça rastlanmaktadır. Enns ve arkadaşlarının 7076 kişide yaptıkları çalışmada çocukluk döneminde ihmal ve istismara uğramanın intihar düşünce ve girişimiyle ilişkili olduğunu saptanmıştır (Enns, 2006).

Çalışmamızda MDB grubundaki ergenlerin 16'sı (%53,3), intihar girişiminde bulunan MDB grubundaki ergenlerin 19'u (%59,4) ve kontrol grubundakilerin 4'ü (%13,3) daha önce intihar planı yaptıklarını bildirmiştir. Gruplar arası istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Depresif bozukluğun intihar girişimi için risk etkeni olduğu ve başa çıkma mekanizmaları yetersiz olan depresif ergenlerin intiharın sorunlarını çözeceğine inandıkları düşünülecek olursa, beklendiği üzere MDB grubu ve intihar girişiminde bulunmuş MDB grubunda intihar planı oranı kontrol grubuna göre daha yüksek saptanmıştır. Akın ve arkadaşlarının intihar girişiminde bulunan ergenlerde yaptıkları çalışmada da bizim çalışmamızla benzer şekilde geçmişte intihar girişimleri olan ergenlerin % 57.1'inin düşünmeden, % 42.9'unun ise planlı ya da isteyerek intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır (Akın, 2012). Ünlü ve arkadaşlarının çalışmasında ise olguların yalnızca %15'inin açık ölüm istediği ve %3,3'ünün daha önceden planlayarak intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır (Ünlü,2014).

Çalışmamızda MDB grubundaki ergenlerin 5'inin, intihar girişiminde bulunmuş MDB grubundaki ergenlerin 10'unun ve kontrol grubundaki ergenlerin 4'ünün ailesinde intihar girişimi öyküsü olduğu fakat gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmadığı görülmektedir. Literatürde intihar davranışın ailesel

geçişiyile ilgili birçok çalışmaya rastlanmaktadır. 2012 yılında yayınlanan bir metaanalizde ailede intihar davranışı öyküsü, ergenin intihar girişiminde bulunması için risk etkeni olarak bulunmuştur (Geulayov,2012). Marusic ve arkadaşlarının 184 lise öğrencisinde yaptıkları çalışmada akrabalarda intihar davranışının, öğrencilerin intihar düşüncesi, intihar planı ve intihar girişimi ile pozitif korelasyon gösterdiği bulunmuştur (Marusic, 2004). İntihar davranışında bulunan ergenlerin birinci derece akrabalarında intihar davranışı normal popölasyona göre 2-6 kat daha fazla görölmektedir (Brent, 2008).

İntihar girişiminde bulunan MDB grubundaki ergenlerin 19'unun (%59,4) ilaç alarak, birinin (%3,1) ası yöntemiyle, birinin (%3,1) diğeri bir yöntemle intihar girişiminde bulunduğı ve 11'inin (%34,4) birden fazla intihar girişiminin olduğı öğrenilmiştir. Ünlü ve arkadaşlarının intihar girişiminde bulunmuş 61 olguda yaptıkları çalışmada ilaç alımı (%83,6) en yaygın intihar yöntemi olarak bulunmuştur (Ünlü, 2014). Akın ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada intihar girişiminde bulunan ergenlerin büyük çoğunluğunun (%94,4) oral yoldan ilaç alımı ile intihar girişimini gerçekleştirdiğı saptanmıştır. Çalışmamızın bulgularının literatürle uyumlu olduğı görölmektedir. Çalışmamızdaki olguların 1/3'ünün birden çok kez intihar girişiminde bulunduğı göz önüne alındığında çalışmanın bulguları önceki intihar girişiminin, intihar davranışı açısından en önemli risk etkenlerinden biri olduğı bulgusunu destekler niteliktedir (Esposito-Smythers, 2014).

Çalışmamızda MDB grubundaki ergenlerin epizod süresi ortalaması $17,03 \pm 11,61$ ay, intihar girişiminde bulunmuş MDB grubundaki ergenlerin ise $21,47 \pm 13,04$ olarak bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır. MDB grubundaki ergenlerin ortalama MDB epizod sayısı $1,10 \pm 0,40$ bulunurken intihar girişiminde bulunmuş MDB grubundaki ergenlerin ortalama MDB epizod sayısı $1,21 \pm 0,66$ olarak bulunmuştur. İki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır. MDB grubundaki ergenlerin hastalık başlangıç yaşı ortalaması $13,90 \pm 1,32$ iken intihar girişiminde bulunmuş MDB grubundaki ergenlerin hastalık başlangıç yaşı ortalaması $13,47 \pm 1,13$ olarak saptanmıştır. İki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır. Yapılan çalışmalara göre depresyonun ergenlerde %12-25 oranında göröldüğü, 13-14 yaşlarında yaygınlığın %8,4'ten 17-18 yaşlarında %15,4'e yükseldiğı saptanmıştır (Lewandowski, 2013; Öner, 2004). Akın ve arkadaşlarının

çalışmasında intihar girişiminde bulunan ergenlerin %44'ü 15-16 yaşlarında, %36,1' ise 12-13 yaşlarında bulunmuştur (Akin, 2012). Ünlü ve arkadaşlarının çalışmasında olguların %78,7'nin 15-17 yaş aralığında olduğu saptanmıştır (Ünlü, 2014). Le Heuzey ve arkadaşlarının çalışmasında ise vakaların %81'i 13 yaş ve üzerinde bulunmuştur (Le Heuzey, 1995). Bizim çalışmamızda da hastalık başlangıç yaşının özellikle 13 yaş civarında yoğunlaştığı bulunmuştur. Bu yaş grubundaki ergenlerin ortaokuldan liseye geçiş döneminde oldukları göz önünde bulundurulmalıdır. Liseye hazırlık döneminde ergenin o güne kadar edindiği akademik bilgisinin sınanması ve yeni ortama uyum sağlamak zorunda kalmasının ergende ek bir ruhsal stres etkeni olduğu ve bunun gibi etkenlerin hastalık başlangıç yaşının erkene çekilmesinde rol oynadığı düşünülebilir.

6.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve CDRS-R Sonuçları

Çalışmamızda MDB grubunda Beck Depresyon Ölçeği ortalaması $22,90 \pm 10,74$ puan, intihar girişiminde bulunmuş MDB grubunda $27,34 \pm 13,66$, kontrol grubunda $6,77 \pm 6,03$ puan olarak saptanmıştır. MDB ve intihar girişiminde bulunmuş MDB grupları ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. MDB grubu ile intihar girişiminde bulunmuş MDB grubu arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır. CDRS-R puan ortalamaları; MDB grubunda $73,80 \pm 7,10$ puan, intihar girişiminde bulunmuş MDB grubunda $74,78 \pm 5,92$ puan ve kontrol grubunda $39,47 \pm 7,49$ puan olarak bulunmuştur. MDB ve intihar girişiminde bulunmuş MDB grupları ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık vardır. MDB grubu ve intihar girişiminde bulunmuş MDB grubu arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Literatürde depresyon şiddeti ile intihar davranışı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara daha çok erişkin yaş grubunda rastlanmaktadır. Depresyon şiddeti arttıkça intihar riskinin de arttığını gösteren birçok çalışma mevcuttur (Wang, 2015; Casey, 2015). Ergen hasta grubunda da depresif belirti şiddeti ile intihar düşünce ve davranışı arasında ilişkiyi gösteren çalışmalar mevcuttur (Storch, 2015; Gabbay, 2015). Çalışmamızın bulgularında ise depresyon şiddetini gösteren BDÖ ve CDRS-R ölçeklerinden alınan puanlar açısından intihar girişiminde bulunmuş ve bulunmamış gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamış ve bu iki grup için ölçeklerin puan ortalamaları birbirine yakın saptanmıştır. Bu durum ergenlerde depresyon şiddetinin intihar davranışı için erişkinlerde olduğu kadar

yordayıcı olmadığı şeklinde yorumlanabilir. Ergenlerin anlık kararlar alabilmeleri, sonucunu öngöremediği davranışlarda bulunabilmeleri gibi dönemsel özellikleri intihar davranışının bu dönemde depresyon şiddetinden daha çok dürtüsellik ile ilişkili olduğunu düşündürebilir. Bununla birlikte çalışmamızın işleme kriterlerinde MDB tanısı olan ergenlerin CDRS-R puanlarının 65 ve üstünde olması, çalışmaya hafif depresif belirtileri olan bulguların katılamamasına neden olmuştur. Her iki grupta depresyon şiddetinin birbirine yakın olması buna bağlanabilir ve bu durum depresyon şiddeti ile intihar davranışı arasındaki ilişkiyi yorumlamayı güçleştirmektedir. Seo ve ark. yaptıkları çalışmada MDB tanılı ergen ve erişkinler arasında intihar eğiliminin yaşla değişen farklılıklarını incelemiş ve depresyon şiddetini ölçmek için Hamilton Depresyon Ölçeği kullanmıştır. Çalışmada ılımlı ve şiddetli depresyonu olan 1003 hastadan 103'ü genç (25 yaş altı), 900'ü ise erişkin (25 yaş üstü) yaş grubundadır. Bu çalışmada intihar düşünce ve girişiminin ergen yaş grubunda daha fazla olduğu saptanmıştır. Ayrıca erişkin yaş grubunun aksine, ergenlerde intihar eğiliminin depresyon şiddeti ile korele olmadığı gösterilmiştir. Bu nedenle ergen yaş grubundaki bireylerin ılımlı depresif belirtileri olsa da intihar açısından dikkatli olunmalıdır (Seo, 2015).

6.3. İntihar Davranışı Ölçeği ve İntihar Olasılığı Ölçeği Sonuçları

Çalışmamızda İntihar Davranışı Ölçeği ortalaması MDB grubunda $4,30 \pm 2,78$ puan, intihar girişiminde bulunmuş MDB grubunda $5,69 \pm 3,36$ puan, kontrol grubunda ise $0,87 \pm 1,65$ puan olarak saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Ölçekten alınan yüksek puan daha ciddi intihar davranışını göstermektedir. Depresif bozukluk tanısının intihar girişimi için önemli bir risk etkeni olması nedeniyle, beklenildiği üzere intihar girişimi olan ve olmayan MDB grupları ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. MDB grubu ile intihar girişiminde bulunmuş MDB grubu arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Çalışmaya katılan tüm ergenlere İntihar Olasılığı Ölçeği verilmiştir. İntihar Olasılığı Ölçeğine ilişkin veriler ölçeğin kendisinde olduğu gibi 3 başlık altında toplanmıştır: (1) olumsuz benlik ve tükenme, (2) hayata bağlılıktan kopma (3) öfke. Çalışmamızda gruplar arasında her üç alt test puanı için istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır. Her üç alt testte MDB grubu ve kontrol grubu arasında ve intihar girişiminde bulunmuş MDB grubu ve kontrol grubu arasında istatistiksel

açından anlamlı farklılık bulunmuştur. İntihar olasılığı ölçeğinin her üç alt testinde MDB grubu ve intihar girişiminde bulunmuş MDB grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır. Literatürde depresif ergenlerde İntihar Olasılığı Ölçeğinin kullanıldığı çeşitli çalışmalara rastlanmaktadır. Witte ve ark. yaş ortalaması 19,3 olan bir kez intihar girişimi olan 35 birey, ikiden fazla intihar girişimi olan 19 birey ve intihar girişimi öyküsü olmayan 54 bireyi 4 hafta boyunca her gün İntihar Olasılığı Ölçeği ile değerlendirmiştir. Bu çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde, intihar girişiminde bulunanların İntihar Olasılığı Ölçeği ortalamaları, intihar girişiminde bulunmayan grubun ortalamasına göre daha yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda çok sayıda intihar girişiminde bulunanların intihar düşüncesinin diğer gruptakilere göre daha fazla günlük dalgalanma gösterdiği saptanmıştır (Witte, 2005). Ülkemizde 2015 yılında Sabancıoğulları ve ark.'nın yaptıkları çalışmada erişkin yaş grubunda psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi görmekte olan 155 hastanın intihar olasılığı düzeyi araştırılmıştır. Bu çalışmada depresyon tanısı olan, daha önce kendisini öldürmeyi düşünen ve intihar girişiminde bulunan, şu anda intihar düşüncesi olan hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puan ortalamaları diğer hastalara göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. (Sabancıoğulları, 2015) Tuğcu ve ark. 1996 yılında MDB tanısı konmuş 100 hasta ve 100 sağlıklı kontrolü karşılaştırdıkları çalışmada ailesinde veya yakın çevresinde intihar olayı olanların daha fazla intihar olasılığı ortalamasına sahip oldukları gösterilmiştir. (Tuğcu, 1996) Şireli ve ark.'nın 2015 yılında ergenlerin depresyon düzeyleri ve intihar olasılıkları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla 927 lise öğrencisinde yaptıkları çalışmalarında İntihar Olasılığı Ölçeği puanları ile depresyon şiddeti arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Şireli, 2015). 2004 yılında 516 lise öğrencisi üzerinde ergenlerde intihar olasılığının yordanması amacıyla yapılan çalışmada psikolojik sorun, ailede ya da yakınlar arasında yaşanmış intihar girişimi intihar olasılığı ile ilişkili bulunmuştur (Gençtanırım, 2004).

Depresif bozukluk tanısı ya da geçmişte intihar girişimi öyküsü olmasının, intihar girişimi için önemli birer risk etkeni olduğu bilindiğinden, çalışmamızın MDB grubu ve intihar girişiminde bulunan MDB gruplarında intihar olasılığının sağlıklı kontrollere kıyasla daha yüksek saptanması beklenen bir durumdur. İntihar girişiminde bulunan ve bulunmayan MDB grupları arasında ise intihar olasılığının farklı bulunmamasının; umutsuzluk, nörotisizm, olumsuz yaşam olayları, problem

özme becerileri ve dürtüsellik gibi diğ er etkenlerin de intihar olasılığını etkilemesiyle açıklanabileceği d üş  n lm şt r.

6.4. Barratt Dürtüsellik  leği Sonuçları

MDB grubunda Barratt Dürtüsellik  leği toplam puan ortalaması $73,57 \pm 11,47$ puan, intihar girişiminde bulunmuş MDB grubunda $76,34 \pm 11,03$ puan ve kontrol grubunda $64,33 \pm 11,66$ puan olarak saptanmıştır. Kontrol grubu ile MDB ve intihar girişiminde bulunmuş MDB grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Ancak intihar girişiminde bulunanların ortalaması daha yüksek olsa da MDB grubu ile intihar girişiminde bulunmuş MDB grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Çalışmamızda Barratt Dürtüsellik  leğine ilişkin veriler ölçeğin kendisinde olduğu gibi dikkatsel dürtüsellik, motor dürtüsellik ve plansızlık d rt sellik i olmak üzere 3 alt başlığa ayrılarak incelenmiştir. Gruplar arasında motor dürtüsellik ve plansızlık d rt sellik i alt test puanlarının ortalamasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır. Dikkatsel dürtüsellik alt test puan ortalamasında ise istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır. Motor dürtüsellik alt testinde MDB grubu ile kontrol grubu arasında ve intihar girişiminde bulunmuş MDB grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır. MDB grubu ile intihar girişiminde bulunmuş MDB grubu arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır. Plansızlık d rt sellik i alt testinde ise intihar girişiminde bulunmuş MDB grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır. Ancak MDB grubu ile intihar girişiminde bulunmuş MDB grubu ile ve MDB grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Literatürde intihar davranışı ile dürtüsellik arasındaki ilişki olduğunu gösteren birçok çalışmaya rastlanmaktadır (Gvion-Apter, 2011; Perroud 2011). Conner ve ark. toplum örnekleminde 15-20 yaş arası 625 erkek ergen ve erişkinde yaptıkları çalışmada dürtüsellik ve irritabilite ile intihar düşüncesi arasında güçlü bir ilişki olduğunu saptamıştır (Conner, 2004). Bununla birlikte dürtüsellik ve intihar arasındaki ilişkinin daha farklı açılardan ele alınması gerektiğini gösteren bazı çalışmalara da rastlanmaktadır. Yakın zamanda yayınlanmış bir metaanaliz sonucuna göre dürtüsel kişilik özelliğinin intihar girişimi ile az bir ilişkisi olduğu

gösterilmiştir (Anestis, 2014). Beautrais ve ark. 25 yaş altındaki 129 intihar girişiminde bulunan olgu ve 153 kontrol ile yaptıkları çalışmada intihar girişiminde bulunanlarda dürtüselliğin artmış bulunduğunu fakat umutsuzluk, nörotisizm gibi bireysel etkenler intihar girişimi riskini anlamlı düzeyde artırırken dürtüselliğin intihar girişimi riskiyle anlamlı düzeyde ilişkili olmadığını saptamıştır (Beautrais, 1999). Baca-Garcia ve ark. 242 intihar girişiminde bulunmuş erişkin bireyde yaptıkları çalışmada dürtüsel intihar girişimi ile bireylerin dürtüselliği arasında ilişki olmadığını saptamıştır (Baca-Garcia, 2005). Hill ve ark. intihar eğilimi olan 130 ergende yaptıkları çalışmada son bir hafta içinde tetikleyici olay yaşayan ve yaşamayan bireyleri karşılaştırmış ve gruplar arasında dürtüsellik açısından farklılık olmadığını saptamış, intihar girişimindeki dürtüsellik ile kişinin dürtüsel bir birey olmasının farklılığını vurgulamıştır (Hill, 2012). Akın ve ark.'ın 12-18 yaş aralığındaki intihar girişiminde bulunmuş 36 hastayı sağlıklı kontrollerle karşılaştırdıkları çalışmada, intihar girişiminde bulunan ergen grubunda Barratt Dürtüsellik Ölçeği toplam ve alt puan ortalamaları kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Akın, 2012). Bizim çalışmamızda da intihar girişiminde bulunan ergenlerde dürtüsellik ölçek puan ortalamaları sağlıklı kontrollerinkine kıyasla anlamlı ölçüde daha yüksektir. Ancak bizim çalışmamızda, intihar davranışında bulunan ergenlerde komorbid olarak ılımlı ve ağır MDB tanısı bulunmaktadır. Bu sayede intihar girişiminde bulunmuş MDB tanılı olgular, intihar girişiminde bulunmamış MDB tanılı olgularla karşılaştırıldığında depresyon ve farklı komorbid psikiyatrik rahatsızlıklardan bağımsız olarak intiharın dürtüsellikle ilişkisini ortaya koyabilmek amaçlanmıştır. Çalışmamızın sonucunda da bu iki grup arasında istatistiksel açıdan farklılık olmadığı görülmekte ve bu durum ergenlerdeki intihar davranışında dürtüselliğin, psikiyatrik, bireysel ve ailesel özellikler ve olumsuz yaşam olayları gibi birçok farklı risk etkeni ile aynı anda görüldüğü durumlarda etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızın bir diğer dikkat çeken bulgusu da MDB tanılı grup ile sağlıklı kontroller arasında dürtüsellik açısından anlamlı farklılık saptanmasıdır. Literatürde erişkin yaş grubunda MDB ve dürtüsellik ilişkisini araştıran ve birbirinden farklı sonuçlar veren çeşitli çalışmalara rastlanmıştır. Bazı çalışmalarda depresyon ve dürtüsellik arasında ilişki olmadığı bildirilmiştir (Baca-Garcia, 2005; Lester, 1993). Ekinci ve ark. 60 MDB olgusu ile 50 kontrolü karşılaştırdıkları çalışmada

sosyodemografik ve klinik özellikler gibi bazı karıştırıcı etkenler hesaba alındığında MDB tanılı olguların dürtüselliğinin daha yüksek olduğunu saptamıştır. Bununla birlikte 2014 yılında yayınlanmış bir gözden geçirmede dürtüsellik ile depresyon arasında depresyon resmîyonda olsa bile güçlü bir ilişki olduğu belirtilmiştir (Saddichha, 2014). Perroud ve arkadaşlarının 138 BPB ve 186 MDB tanılı olgu ile kontrol grubunu karşılaştırdıkları çalışmada BPB ve MDB tanılı grupların kontrol grubuna kıyasla dürtüsellik puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (Perroud, 2011). Hur ve Kim, 56 MDB tanılı olguyu aynı sayıda sağlıklı kontrol ile karşılaştırdıkları çalışmalarında, BIS-11 ölçeğinin motor dürtüsellik alt test puanının MDB tanılı olgularda daha yüksek olduğunu saptamışlardır (Hur ve Kim, 2009). Sanches ve ark. çocuk ve ergen yaş grubundaki 52 Bipolar Bozukluk (BPB), 31 MDB, 20 BPB tanılı bireyin etkilenmemiş çocuğu ve 45 sağlıklı kontrolü dürtüsellik açısından BIS-11 ölçeği kullanarak karşılaştırdıkları çalışmada MDB tanılı gruptaki çocukların sağlıklı kontrol grubundakilere kıyasla BIS-11 ölçeğinden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puanlar aldıklarını saptamıştır (Sanches, 2014). Bizim çalışmamızın ergen hasta grubunda yapılmış olması dürtüsellik ve depresyon arasındaki ilişkiye gelişimsel açıdan yaklaşarak yeni bir bakış açısı kazandırmıştır. Dürtüsellik; bireylerin ani kararlar alması, geleceği planlamadaki güçlükleri, olaylara kısa sürede tepki vermeleri gibi durumlara neden olarak ileri dönemde bir depresif epizod açısından risk etkeni oluşturabilir. Aynı zamanda literatür bulguları göz önüne alındığında yalnızca bir grup MDB tanılı olguda dürtüselliğin daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır.

6.5. Stroop Testi TBAG Formu ve Wisconsin Kart Eşleme Testi Sonuçları

Çalışmamızda ergenlerin yürütücü işlevlerini değerlendirebilmek için Stroop Testi TBAG Formu ve Wisconsin Kart Eşleme Testini (WKET) kullanılmıştır. Yürütücü işlevler; perseverasyon, kavramsallaştırma, kurulumu sürdürme değiştirebilme, soyutlama gibi yetenek alanlarıyla karar verme, problem çözme, akıl yürütme, planlama, zihinsel esneklik, yaratıcılık, bozucu etkiye karşı koyabilme ve tepki ketlemesi yapabilme gibi işlevleri kapsamaktadır (Karakaş, 2000).

WKET ve Stroop yürütücü işlevleri göstergeler de birbirlerinden farklı alanları ölçmektedir. Literatürde WKET'in ölçtüğü özellik bakımından araştırmacıların büyük kısmı perseverasyon üzerinde birleşmektedir. WKET'in ölçtüğü diğer özellikler arasında soyut irdeleme, kavram oluşturma, kavramsal irdeleme, özellik belirleme,

Çalışma belleği, yönetici işlevler ve dikkat bulunmaktadır. Stroop Testi ise bozucu etki altında algısal kurulum ve tepkiyi değiştirebilme becerisini, bilgi işlemle hızı ve dikkati ölçmektedir (Karakaş, 2011).

Çalışmamızda intihar girişimi olan gruptaki ergenlerin, tüm bölümleri daha uzun sürede tamamlandığı görülmüştür. Bununla birlikte 1. bölüm ve 4. bölümün süre ortalamaları arasında ve 3. bölümdeki düzeltme sayı ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Stroop Testi 1. bölüm süre ortalamaları için; intihar girişiminde bulunmuş MDB grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Stroop testi 3. bölüm düzeltme sayısı ortalamaları için; MDB grubu ile intihar girişiminde bulunmuş MDB grubu arasında ve MDB grubu ile kontrol grubu arasında da istatistiksel açıdan anlamlı farklılık vardır. 4. bölüm süre ortalamaları için yalnızca intihar girişiminde bulunmuş MDB grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır.

Bununla birlikte 3. ve 5. bölüm toplam süre ortalamaları için gruplar arasında anlamlıya yakın farklılık saptanmıştır ve bu farklılık intihar girişiminde bulunmuş MDB grubu ve kontrol grubu arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır.

1. ve 4. bölümde hata ve düzeltme sayı ortalamaları arasında; 3. bölümde ise sre ve hata sayısı ortalamaları arasında; 2. ve 5. bölümün süre, hata sayısı ve düzeltme sayısı ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çalışmamızda hesaplanan WKET puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Literatüre göre depresyonu olan erişkinlerin çoğunun bilişsel işlevlerinde bozulma saptanmış olmasına rağmen ocuk ve ergen yaş grubundaki çalışmalar karmaşık sonuçlar vermektedir (Wagner, 2015). Yakın zamanda yayınlanan, MDB tanılı ocuk ve ergenlerde zeka, yürütücü işlevler, sözel hafıza ve dikkat üzerine yapılmış 17 çalışmanın verileri kullanılarak yapılan bir metaanalize göre MDB tanılı ocuk ve ergenlerin sağlıklı kontrollere kıyasla daha kötü nöropsikolojik test performansı sergiledikleri bulunmuştur (Wagner, 2015). ocuk ve ergenlerde saptanan bu defisit in özellikle inhibisyon, fonemik sözel akıcılık, dikkati sürdürme, sözel hafıza ve planlama alanında olduğu belirtilmektedir. Stroop Testinin kullanıldığı  çalışmanın verileri incelendiğinde sağlıklı kontrollerin MDB tanılı

çocuk ve ergenlerden daha hızlı olduğu sonucuna varılmıştır (Wagner, 2015). Brooks ve ark. 9-17 yaş aralığındaki 30 MDB tanılı çocuk ve ergeni sağlıklı kontrollerle karşılaştırdığı çalışmada Stroop Testi dahil farklı nöropsikolojik testler uygulamış ve MDB grubundakilerin yürütücü işlevlerinde problem olduğunu saptamıştır (Brooks, 2010). Cataldo ve ark. 9-17 yaşları arasındaki 21 duygudurum bozukluğu tanısı almış depresif çocuk ve ergeni, 21 sağlıklı kontrol ile karşılaştırdıkları çalışmada Stroop Testi ve diğer yürütücü işlev testleri uygulamış ve depresif çocuk ve ergenlerde yavaş tepki süresi ve dikkat problemleri olduğunu saptamıştır. Bu çalışmada depresif çocuk ve ergenler sağlıklı kontrollere kıyasla Stroop Testinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha kötü performans sergilemiştir (Cataldo, 2005). Literatürle uyumlu olarak bizim çalışmamızda da özellikle intihar girişiminde bulunmuş MDB gruplarında, Stroop Testindeki 5 kategorinin tümünde depresif ergenlerin sağlıklı kontrollerden (1. ve 4. kategori için istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde) daha yavaş oldukları saptanmıştır. Favre ve ark. 8-17 yaş aralığındaki 39 MDB tanılı olguyu 25 sağlıklı kontrol ile WKET ve Stroop Renk Kelime Testi ve diğer yürütücü işlev testleri kullanarak karşılaştırdıkları çalışmada depresif grup ve kontrol grubu arasında WKET puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmamıştır (Favre, 2009). Çalışmamızın bulguları literatür ile uyumludur.

Literatürde intihar girişimi ve yürütücü işlev ilişkisini araştıran çalışmaların daha çok ileri yaş ya da yetişkin hasta grubunda yapıldığı dikkat çekmiştir. Ayrıca yürütücü işlevi değerlendirebilmek için birbirinden farklı testlerin kullanıldığı ve intihar girişiminde bulunmuş farklı tanılardaki hasta gruplarında çalışma yapıldığı göze çarpmaktadır. Horesh ve ark. 37 intihar girişiminde bulunmuş ergeni kontrol grubuyla karşılaştırdıkları çalışmada intihar girişiminde bulunanların yürütücü işlev testlerinde daha fazla hata yaptıklarını bulmuştur (Horesh, 2001). Dougherty ve arkadaşlarının kendine zarar verme davranışı olan 56 ergende yaptıkları çalışmada ise intihar girişimi olan ve olmayan gruplar arasında yürütücü işlev bakımından anlamlı farklılık bulunmamıştır (Dougherty, 2009). Miranda ve arkadaşlarının 18-22 yaşları arasındaki 13 intihar girişimi olan ve 32 intihar girişimi olmayan 45 genç yetişkinde yaptıkları 6 aylık izlem çalışmasında WKET'deki perseveratif hataların intihar girişimi olan olgularda intihar düşüncesini öngörebildiğini saptamışlardır (Miranda, 2012). Duygudurum bozukluğu tanılı hasta gruplarında yürütücü işlevleri

araştıran çalışmaların da büyük bir bölümünün erişkin hasta grubunda yürütüldüğü görülmektedir. Keilp ve arkadaşlarının major depresif epizoddaki 29'u intihar girişiminde bulunmuş 50 yetişkin hastayı sağlıklı kontrollerle WKET, Stroop Testi ve diğer yürütücü işlev testleriyle karşılaştırdıkları çalışmada, daha ölümcül intihar girişiminde bulunmuş grubun diğer gruplardan daha kötü yürütücü işlev performansı sergilediği bulunmuştur (Keilp, 2001). Keilp ve arkadaşlarının major depresif epizoddaki 152 MDB ve BPB tip 1 tanılı, 72'si intihar girişiminde bulunmuş olguyu WKET, Stroop ve diğer yürütücü işlev testlerini kullanarak sağlıklı kontrollerle karşılaştırmışlardır. Bu çalışmada, intihar girişiminde bulunan olguların, intihar girişiminde bulunmamış deprese olgular ve sağlıklı kontrollerden daha kötü Stroop performansı sergiledikleri fakat WKET'de gruplar arasında farklılık olmadığı saptanmıştır (Keilp, 2013). Bilinebildiği kadarıyla literatürde, intihar girişiminde bulunmuş MDB tanılı ergenlerde Stroop Testi ve WKET kullanılarak yürütücü işlevlerin MDB grubu ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızın bulguları, literatürdeki erişkin hasta grubunda yapılan çalışmalarla uyumlu olarak, intihar girişiminde bulunmuş MDB tanılı ergenlerin sağlıklı kontrollere göre daha kötü Stroop performansı sergiledikleri fakat WKET'de gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı yönündedir. Bununla birlikte, hem intihar eğilimi hem de yürütücü işlev performansı gelişimsel değişiklik gösterebileceğinden intihar girişiminin yürütücü işlevlerle olan ilişkisinin yaş etkeniyle nasıl değiştiğinin anlaşılabilmesi için ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Çalışmamızda depresif gruplar ve kontrol grubu arasında zeka düzeyi açısından anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur. Bu farklılığın yürütücü işlevlerdeki eksikliğe katkıda bulunmuş olabileceği düşünülmüş olmakla birlikte, literatürde yürütücü işlev testleri ile zeka düzeyi arasında ilişki olup olmadığını araştıran çalışmalara göre WKET'in zeka testlerinde ölçülenden daha farklı bir yeteneği ölçtüğü belirtilmektedir. (Karakaş, 2011)

6.6.Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği (WISC-R)ve Wechsler Yetişkinler için Zeka Ölçeği (WAIS) Sonuçları

Çalışmaya katılan tüm ergenlere, yaş aralıklarına göre WISC-R ya da WAIS zeka testi uygulanmıştır. MDB grubu, intihar girişiminde bulunmuş MDB grubu ve kontrol grubu arasında zeka testinin sözel puan, performans puanı ve tüm puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Sözel puan

ortalamaları için; MDB grubu ile kontrol grubu arasında ve intihar girişiminde bulunmuş MDB grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır. Performans puan ortalamaları için; intihar girişiminde bulunmuş MDB grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Tüm puan ortalamaları için ise MDB grubu ile kontrol grubu arasında ve intihar girişiminde bulunmuş MDB grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır.

Literatürde çocuk ve ergenlerde MDB ile zeka düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çeşitli çalışmalara rastlanmaktadır. Lundy ve ark. 6-11 yaş aralığındaki 335 çocukta anksiyöz, depresif yakınmalar ve içe çekilme belirtileri ile zeka düzeyi arasındaki ilişkiyi WASI (The Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence) testi ile incelemiştir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre performans puanı anksiyöz, depresif belirtiler ile; sözel puan içe çekilme belirtileri ile ve tüm puan ise anksiyöz, depresif ve içe çekilme belirtilerinin tümüyle negatif korele bulunmuştur (Lundy, 2010). McClure ve ark. 44 depresif yakınması olan kız ergende sözel, performans ve tüm zeka puanını kontrole göre daha düşük bulmuştur (McClure, 1997). Günther ve ark. 6-17 yaşları arasında 31 depresif bozukluk, 34 anksiyete bozukluğu ve 33 sağlıklı kontrolün zeka seviyesini WISC-III kullanarak karşılaştırdıkları çalışmada sağlıklı kontrol grubundaki çocuk ve ergenlerin tüm puan ortalamalarını depresif hastalardan yüksek bulmuştur (Günther, 2004). Çalışmamızın bulguları literatürle uyumludur.

Literatürde çocuk ve ergenlerde intihar davranışı ve zeka düzeyi arasındaki ilişkinin araştırıldığı çeşitli çalışmalar mevcuttur. Seymour ve ark. intihar davranışında bulunan ve kendine zarar verme davranışında bulunan 13-17 yaş aralığındaki 60 genci sağlıklı kontrollerle emosyonel yüz tanıma açısından karşılaştırdıkları çalışmalarında intihar davranışında bulunan ergenlerle sağlıklı kontroller arasında WASI kullanılarak saptanan zeka ölçeğinde tüm puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır (Seymour, 2016). Ackerman ve ark. 15-19 yaş aralığındaki 14 intihar girişiminde bulunmuş gencin zeka düzeyini saptamak için Kaufman Brief Intelligence Test, 2nd Edition uygulamış ve intihar girişiminde bulunan ve bulunmayanlar arasında zeka puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır (Ackerman, 2015). Bununla birlikte 4799 ergen arasında yürütülen bir kohort çalışmasında WISC-III kullanılarak çalışmaya katılanların zeka düzeyi ölçülmüş ve düşük zeka düzeyi suicidal kendine zarar verme davranışı için risk etkeni

olarak bulunmuştur (Mars, 2014). İsveç'te yapılan geniş örneklemli 36 yıllık izlem çalışmasında da benzer şekilde düşük zeka düzeyinin intihar girişimi riskini artırdığı saptanmıştır (Sörberg, 2013). Yeni Zelanda'da yapılan 1265 çocuğun 25 yıllık izlem çalışmasında, 8-9 yaşında WISC-R uygulanarak saptanan zeka düzeyi düştükçe, 15-21 yaş aralığında saptanan intihar girişimi oranı artmakta olduğu bulunmuştur (Fergusson, 2005). Literatürde intihar ve zeka düzeyi arasındaki ilişki arasında farklı sonuçlar bulunması zeka seviyesini ölçmek için kullanılan yöntemin çalışmadan çalışmaya değişmesi ve çalışmaların farklı toplumlarda yapılmasına bağlı olabilir. Bizim çalışmamızın bulguları özellikle geniş örneklemli izlem çalışmalarında bulunduğu gibi intihar girişiminde bulunan ergenlerin sağlıklı kontrollere göre daha düşük zeka seviyesinde oldukları yönündedir. Bilinebildiği kadarıyla depresyonu olan ergenlerde intihar girişimi olan ve olmayan ergenler arasında zeka düzeyi açısından farklılık olup olmadığını araştıran bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bizim çalışmamızda intihar girişiminde bulunan ve bulunmayan depresif ergenlerin zeka düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu durumda, zeka düzeyi ile intihar girişimi arasındaki ilişki, daha çok ergenin depresif yakınmaları nedeniyle zeka testine uyumunun bozulması ve zeka puanlarının buna bağlı olarak düşük saptanmasıyla açıklanabilir.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

7.1. Sonuçlar

Çalışmada 14 yaşından gün alan ve 18 yaşını tamamlayana kadarki MDB tanılı intihar girişiminde bulunmuş ergenler, aynı bölgede yaşayan, benzer yaş ve cinsiyet özelliklerine sahip MDB tanılı ergenler ve sağlıklı gönüllüler ile sosyodemografik özellikler, depresyon şiddeti, intihar olasılığı, dürtüsellik, yürütücü işlevler ve zeka düzeyi açısından karşılaştırıldı. Her üç grupta da mental retardasyon da dahil olmak üzere ek psikiyatrik bozukluğu olanlar çalışma dışı bırakıldı.

Sonuç olarak;

- İntihar girişiminde bulunmuş MDB grubunda kız olguların sayısının MDB ve kontrol gruplarına göre daha fazla olduğu,
- Okul başarısının depresif olgu grubunda daha kötü olduğu,
- İntihar girişiminde bulunanların kardeş sayısının daha fazla olduğu,
- Kontrol grubunda ebeveynlerin lise ve üzeri eğitim almış olma oranlarının olgu grubuna göre daha yüksek olduğu saptandı.

Ayrıca, anlamlı düzeyde olmasa da

- İntihar girişiminde bulunan ergenlerin anne-babalarında boşanma oranının daha yüksek olduğu,
- İntihar girişiminde bulunan ergenlerin ailelerinde daha yüksek oranda kronik tıbbi hastalık bulunduğu,
- MDB ve intihar girişiminde bulunmuş MDB grubundaki ergenlerin ailesinde ruhsal hastalık öyküsünün daha fazla olduğu,
- Depresif olgu grubundaki ergenlerde olumsuz yaşam olayı daha yüksek oranda olduğu,
- İntihar girişiminde bulunan grubun ailesinde intihar girişimi öyküsünün diğer gruplardan daha fazla oranda bulunduğu,
- MDB grubu ve intihar girişiminde bulunmuş MDB grubunda intihar planı oranı kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu,
- Depresyon şiddetinin intihar girişiminde bulunan ve bulunmayan gruplar arasında birbirine yakın olduğu,
- Olgu grubunda intihar olasılığının kontrol grubundan fazla olduğu ve intihar girişimi olan ve olmayan depresif hastaların intihar olasılığının birbirine benzer düzeyde olduğu,

- İntihar girişiminde bulunan ve bulunmayan depresif hastaların kontrol grubundakilerden daha dürtüsel olduğu ve intihar girişiminde bulunmayanların intihar girişimi olanlara benzer düzeyde dürtüsel oldukları,
- İntihar girişiminde bulunanların Stroop testini girişimi olmayan depresif hastalardan daha uzun sürede bitirdikleri, test zorlaştıkça depresif hastaların kontrol grubundakilere oranla daha çok düzeltme yaptıkları,
- WKET sonucunun olgu ve kontrol grubunda birbirine benzer olduğu,
- Depresif olgu grubunun zeka düzeyinin kontrol grubundan daha düşük olduğu saptandı.

7.2. Öneriler

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Daha geniş örneklem grubunda farklı illerde ve kliniklerde intihar girişiminde bulunan ergenlerde yürütücü işlev ve dürtüsellikle ilgili çalışmaların yapılması,
- Yapılacak ileri çalışmalarda Stroop Testi ve WKET testlerine ek olarak diğer nöropsikolojik testlerinde uygulanması,
- Yürütücü işlev bozukluğunun gelecekteki intihar girişimlerini öngörebilmesinin saptanması açısından izlem çalışmalarının yapılması,
- İntihar girişiminde bulunan farklı tanı gruplarındaki olgularda yürütücü işlevlerin araştırıldığı ileri çalışmaların yapılmasıintihar girişiminin etiyolojisinde yürütücü işlev bozukluğunun yerini aydınlatmak açısından önerilir.

7.3. Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmanın en önemli kısıtlılıkları örneklem sayısının düşük olması ve ebeveynlerin sosyoekonomik düzey açısından çalışma örnekleminin içinde bulunduğu toplumu yansıtmamasıdır. Bu kısıtlılık çalışmamızdan elde edilen verilerin genelleştirilebilmesini güçleştirmektedir. Bununla birlikte Beck Depresyon Ölçeği ve İntihar Davranışı Ölçeği'nin 15 yaşındaki ergenlere verilebilir olması çalışmamızın bir diğer kısıtlılığıdır. Ergenlerin depresyon ve intihar girişimi nedeniyle tedavi almak amacıyla hastane başvuran ergenlerden oluşması da, çalışmadan elde edilen verilerin klinik dışı populasyon için genelleştirilebilmesini zorlaştırmaktadır. Ayrıca çalışmada kız cinsiyet oranının fazla olması, saptanan bulguların erkek cinsiyetine genelleştirilebilmesini güçleştirmektedir.

7.4. Çalışmanın Güçlü Yönleri

Literatürde bu alanda şu ana dek yapılan ilk çalışma olması, ruhsal ve fiziksel bozuklukların yarı yapılandırılmış klinik görüşme ve öykü ile dışlanması, mental retardasyonun zeka testleri ile dışlanması ve yürütücü işlevler için altın standart olarak kabul edilen testlerin kullanılması çalışmamızın güçlü yönleri olarak öne çıkmaktadır.



8. KAYNAKLAR

Ackerman JP, McBee-Strayer SM, Mendoza K, Stevens J, Sheftall AH, Campo JV, Bridge JA. Risk-Sensitive Decision-Making Deficit in Adolescent Suicide Attempters. *Journal Of Child And Adolescent Psychopharmacology*, 2015, 25(2): 109-113.

Afifi TO, Boman J, Fleisher W, Sareen J. The relationship between child abuse, parental divorce, and lifetime mental disorders and suicidality in a nationally representative adult sample. *Child Abuse & Neglect*, 2009, 33: 139–147.

Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen PB. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case control study. *BMJ*, 2002, 325: 74.

Ağaoğlu B. Bölüm 39: Depresif Bozukluklar. Çuhadaroğlu Çetin F. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı 2008. HYB Basım Yayın. Ankara, sayfalar:373-380.

Akın E, Berkem M. İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerde Öfke ve Dürtüsellik. *Marmara Medical Journal*, 2012, 25: 148-52.

Akın E, Berkem M. İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerde Psikiyatrik Tanıların, Demografik ve Klinik Özelliklerin Değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 2012, 17(4): 228-232.

Aktepe E, Kandil S, Göker Z, Sarp K, Topbaş M, Özkorumak E. İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerde Sosyodemografik ve Psikiyatrik Özelliklerin Değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2006, 5 (6): 444-454.

Alloy LB, Abramson LY. The adolescent surge of depression and emergence of gender differences: a biocognitive vulnerability-stress model in developmental context, in *Adolescent Psychopathology and Developing Brain*. Edited by Romer D, Walker E.F. New York, Oxford University Press, 2007.

Alşen S, İnal Emiroğlu N. Çocuklar için depresyon değerlendirme ölçeği-gözden geçirilmiş formunun Türkçe uyarlamasının Türk popülasyonundaki ergenlerde psikometrik özellikleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, İzmir, 2012.

Alvarez JA, Emory E. Executive function and the frontal lobes: A meta-analytic review. *Neuropsychology Review*, 2006, 16: 17–42.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 2007; 46(11):1503-1526.

American Psychiatry Associaton. Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders.4th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association;1994.

Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5) Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.

Anestis MD, Soberay KA, Gutierrez PM, Hernandez TD, Joiner TE. Reconsidering the Link Between Impulsivity and Suicidal Behavior. *Personality and Social Psychology Review*, 2014,18(4): 366–386.

Apter A, Horesh N, Gothelf D, Graffi H, Lepkifker E. Relationship between selfdisclosure and serious suicidal behavior. *Comprehensive Psychiatry*, 2001, 42(1): 70-75.

Atlı Z, Eskin M, Dereboy Ç. İntihar Olasılığı Ölçeğinin (İÖÖ) Klinik Örneklemede Geçerlik ve Güvenirliği, *Klinik Psikiyatri*, 2009, 12: 111-124.

Audenaert K, Goethals I, Van Laere K, Lahorte P, Brans B, Versijpt J. SPECT neuropsychological activation procedure with the Verbal Fluency Test in attempted suicide patients. *Nuclear Medicine Communications*, 2002, 23: 907–916.

Avanci J, Assis S, Oliveira R. Childhoods depression. Exploring the association between family violence and other psychosocial factors in low-income Brazilian scholl-children. *Child Adolesc Psychiatry Mental Health*, 2012, 6: 26.

Baca-Garcia E, Diaz-Sastre C, Resa EG, Blasco H, Conesa DB, Oquendo MA, Saiz-Ruiz J, Leon J. Suicide attempts and impulsivity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 2005, 255:152-156.

Banich, M. Executive function: The search for an integrative account. *Current Directions in Psychological Science*, 2009, 18: 89–94.

Barker ED, Copeland W, Maughan B, Jaffee SR, Uher R. Relative impact of maternal depression and associated risk factors on offspring psychopathology. *Br J, Psychiatry*, 2012, 200(2):124-9.

Barkmann C, Romer G, Watson M, Schulte-Markwort M. Parental physical illness as a risk for psychosocial maladjustment in children and adolescents: epidemiological findings from a national survey in Germany. *Psychosomatics*, 2007, 48(6):476-81.

Barratt ES. Anxiety and impulsiveness related to psychomotor efficiency. *Percept MotSkills*, 1959, 9: 191-198.

Bayam G, Dilbaz N, Bitlis V, Holat H, Tüzer T. İntihar davranışı ile depresyon, ümitsizlik, intihar düşüncesi ilişkisi: İntihar Davranış Ölçeği geçerlik, güvenirlik çalışması. *Kriz Dergisi*, 1995, 3(1-2):223-225.

Bayar N, Sayıl M. Ergenlerde Risk Alma Davranışı: İçtepkisellik, Aile Yapısı ve Demografik Değişkenler Açısından Gelişimsel Bir İnceleme. H.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 1999.

Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Personality Traits and Cognitive Styles As Risk Factors For Serious Suicide Attempts Among Young People. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1999, 29(1): 37-47.

Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Youth suicide attempts: a social and demographic profile. *Aust N Z J Psychiatry*, 1998, 32: 349-357.

Beautrais AL. Further suicidal behavior among medically serious suicide attempters. *Suicide Life Threat Behav*, 2004, 34(1):1-11.

Beautrais AL. Suicide and serious suicide attempts in youth: a multiple-group comparison study. *Am J Psychiatry*, 2003, 160:1093-1099.

Bech P, Olsen LR, Niméus A. Psychometric scales in suicide assessment. Wasserman D, Editor. *Suicide: An Unnecessary Death*, 2001, pp. 147-157, London: Martin Dunitz.

Beck AT, Ward CH, Mendelson, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 1961, 4: 561-571.

Berg EA. A simple objective technique for measuring flexibility in thinking. *J Gen Psychol*, 1948, 39: 15-22.

Birmaher B, Brent D, Bernet W. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2007, 46(11):1503-1526.

Birmaher B, Brent DA. Chapter 13: Depressive and Druptive Mood Dysregulation Disorders ed. Dulcan M.K. *Dulcan's Textbook of Child and*

Adolescent Psychiatry, Second Edition. American Psychiatric Association, 2016, 245-270.

Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE. Child and adolescent depression: A review of the past 10 years: Part I. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 1996, 35(11): 1427-1439.

Boeninger DK, Masyn KE, Feldman BJ, Conger RD. Sex Differences in Developmental Trends of Suicide Ideation, Plans, and Attempts among European American Adolescents. Suicide Life Threat Behav, 2010, 40(5): 451–464.

Brand M, Recknor EC, Grabenhorst F, Bechara A. Decisions under ambiguity and decisions under risk: Correlations with executive functions and comparisons of two different gambling tasks with implicit and explicit rules. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 2007, 29: 86–99.

Bredemeier K, Miller IW. Executive function and suicidality: A systematic qualitative review, Clinical Psychology Review, 2015, 40: 170-183.

Brent D, Emslie G, Clarke G. 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, 299:901-913.

Brent DA, Baugher M, Bridge J. Age and sex related risk factors for adolescent suicide. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1999, 38(12):1497-1505.

Brent DA, Bridge J. Firearms availability and suicide: evidence, interventions and future directions. Am Behav Sci, 2003, 46(9):1192-1210.

Brent DA, Melhem N. Familial transmission of suicidal behavior. Psychiatr Clin North Am, 2008, 31(2):157-177.

Brent DA, Perper JA, Moritz G, Allman C, Friend A, Roth C, Schweers J, Balach L, Baugher M. Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-control study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1993, 35: 521-9.

Brent DA. Depression and suicide in children and adolescents. Pediatr Rev, 1993, 14(10): 380-388.

Brezo J, Barker ED, Paris J. Childhood trajectories of anxiousness and disruptiveness as predictors of suicide attempts. Arch Pediatr Adolesc Med, 2008, 162:1015-1021.

Brooks BL, Iverson GL, Sherman EM, Roberge MC. Identifying cognitive problems in children and adolescents with depression using computerized neuropsychological testing. *Appl Neuropsychol*, 2010, 17(1):37-43.

Burrows S, Laflamme L. Socioeconomic disparities and attempted suicide: state of knowledge and implications for research and prevention. *Int J Inj Contr Saf Promot*, 2010, 17: 23–40.

Burton CZ, Vella L, Weller JA, Twamley EW. Differential Effects of Executive Functioning on Suicide Attempts, *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 2011, 23(2):173-9.

Carlson G, Garber J. Developmental issues in the classification of depression in children. In: Rutter M, Izard CE, Read PB, eds. *Depression in Young People: Developmental and Clinical Perspectives*, 1986:399-434.

Carlson GA, Kashani JH. Phenomenology of major depression from childhood through adulthood: Analysis of three studies. *Am J Psychiatry*, 1988, 145:1222-1225.

Casey P, Jabbar F, O’Leary E, Doherty AM. Suicidal behaviours in adjustment disorder and depressive episode. *Journal of Affective Disorders*, 2015, 174:441–446.

Caspi A, Sugden K, Moffitt TE. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 2003, 301(5631):386-389.

Cataldo MG, Nobile M, Lorusso ML, Battaglia M, Molteni M. Impulsivity in depressed children and adolescents: a comparison between behavioral and neuropsychological data. *Psychiatry Res*, 2005, 15;136(2-3):123-33.

Centers for Disease Control and Prevention: Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS). Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 2010.

Cicchetti D, Toth SL. The development of depression in children and adolescents. *American Psychologist*, 1998, 53(2):221-241.

Conner KR, Meldrum S, Wieczorek WF, Duberstein PR, Welte JW. The association of irritability and impulsivity with suicidal ideation among 15 to 20 year old males. *Suicide Life Threat Behav*, 2004, 34: 363-373.

Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A. Prevalance and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry*, 2003, 60(8):837-44.

- Costello EJ, Pine DS, Hammen C.** Development and natural history of mood disorders. *Biol Psychiatry*, 2002, 52(6):529-542.
- Craddock N, O'Donovan MC, Owen MJ.** The genetics of schizophrenia and bipolar disorder: dissecting psychosis. *J Med Genet*, 2005, 42(3):193-204.
- Çuhadaroğlu F, Sonuvar B.** Adolesan intiharları ve kendilik imgesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1993, 4(1): 29-38.
- Dougherty DM, Mathias CW, Marsh-Richard DM, Prevetie KN, Dawes MA, Hatzis ES, Palmes G, Nouvion SO.** Impulsivity and clinical symptoms among adolescents with non-suicidal self-injury with or without attempted suicide. *Psychiatry Res*, 2009, 169(1):22-7.
- Dour HJ, Cha CB, Nock MK.** Evidence for an emotion-cognition interaction in the statistical prediction of suicide attempts. *Behav Res Ther*, 2011, 49(4):294-8.
- Durkheim E.** *La Suicide*, Almanca: *Selbstmord* 1987, 3. Baskı. Fransızcadan Almancaya Çeviren: Sebastian H, Herkommer H, Frankfurt: Suhrkamp Taschenbuch, 1993.
- Eaton DK, Kann L, Kinchen S.** Youth risk behavior surveillance-United States, 2011. *MMWR Surveill Summ*, 2012, 61(4):1-162.
- Eisenberg ME, Ackard DM, Resnick MD.** Protective factors and suicide risk in adolescents with a history of sexual abuse. *J Pediatr*, 2007, 151:482-487.
- Ekinci O, Albayrak Y, Caykoylu A.** Impulsivity in euthymic patients with major depressive disorder: the relation to socio-demographic and clinical properties. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 2011, 199(7): 454-458.
- Enns MW, Cox BJ, Afifi TO. et al.** Childhood adversities and risk for suicidal ideation and attempts: a longitudinal population-based study. *Psychol Med*, 2006, 36(12):1269-1278.
- Ercan EE, Varan A, Aydın C.** İntihar girişiminde bulunan ergenlerde sosyodemografik, psikiyatrik ve ailesel özelliklerin araştırılması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 2000, 7: 81-91.
- Ernst M, Korelitz KE.** Cerebral maturation in adolescence: behavioral vulnerability. *Encephale*, 2009, 35 (Suppl 6):182-189.
- Eskin M, Ertekin K, Dereboy Ç.** Risk factors for and protective factors against adolescent suicidal behavior in Turkey. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 2007, Vol 28(3): 131-139.

Esposito C, Spirito A, Boergers J. Affective, behavioral and cognitive functioning in adolescents with multiple suicide attempts. *Suicide Life-Threat Behav*, 2003, 33: 389-399.

Esposito-Smythers C, Weismore J, Zimmermann RP. Suicidal behaviors among children and adolescents. *The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury*, edited by Matthew K.Nock. Oxford University Press, 2014, New York.

Favre T, Hughes C, Emslie G, Stavinoha P, Kennard B, Carmody T. Executive Functioning In Children And Adolescents With Major Depressive Disorder. *Child Neuropsychology*, 2009, 15: 85–98.

Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM. Show me the child at seven II: childhood intelligence and later outcomes in adolescence and young adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2005, 46(8): 850–858.

Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychol Med*, 2000, 30: 23-39.

Ferster CB. A functional analysis of depression. *Ame. Psichology*, 1973, 28: 287-870.

Flament MF, Cohen D, Choquet M, Phillipe J, Ledoux S. Phenomenology, psychosocial correlates, and treatment seeking in major depression and dysthymia of adolescence. *Journal of the Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2001, 40(9): 1070-1078.

Francis DD, Caldji C, Champagne F, Plotsky PM, Meaney MJ. The role of corticotropin-releasing factor-norepinephrine systems in mediating the effects of early experience on the development of behavioral and endocrine responses to stress. *Biol Psychiatry*, 1999, 46: 1153-1166.

Freud S. Tauer und Melancholie, 1916. GW, Bd X, 427-446. İngiliz: Morning and Melancholia. London: Hogart Press, 1955. 14: 237-260.

Frye CA, Paris JJ. Progesterone turnover to its 5 α -reduced metabolites in the ventral tegmental area of the midbrain is essential for initiating social and affective behaviour and progesterone metabolism in female rats. *J Endocrinol Invest*, 2011, 34(7):E188-199.

Gabbay V, Johnson AR, Alonso CM, Evans LK, Babb JS, Klein RG. Anhedonia, but not Irritability, Is Associated with Illness Severity Outcomes in Adolescent Major

Depression. Journal Of Child And Adolescent Psychopharmacology, 2015, 25(3): 194–200.

Gençtanırım D, Akman Y. Ergenlerde intihar olasılığının yordanması. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2004.

Geulayov G, Gunnell D, Holmen TL, Metcalfe C. The association of parental fatal and non-fatal suicidal behaviour with offspring suicidal behaviour and depression: a systematic review and meta-analysis. Psychol Med, 2012, 42(8):1567-80.

Goldsmith SK, Pellmar TC, Kleinman AM, Bunney WE. Reducing Suicide: A National Imperative. Institute of Medicine (US) Committee on Pathophysiology and Prevention of Adolescent and Adult Suicide; Washington (DC): National Academies Press (US), 2002.

Goldstein RB, Black DW, Nasrallah A, Winokur G. The prediction of suicide. Sensitivity, specificity, and predictive value of a multivariate model applied to suicide among 1906 patients with affective disorders. Archives of General Psychiatry, 1991, 48(5): 418-422.

Goldston DB, Daniel SS, Erkanlı A. Psychiatric diagnoses as contemporaneous risk factors for suicide attempts among adolescents and young adults: Developmental changes. J Consult Clin Psychol, 2009, 77: 281-290.

Goldston DB, Daniel SS, Reboussin BA. Cognitive risk factors and suicide attempts among formerly hospitalized adolescents: a prospective naturalistic study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2001, 40(1): 91-99.

Goldston DB, Daniel SS, Reboussin DM. Suicide attempts among formerly hospitalized adolescents: a prospective naturalistic study of risk during the first 5 years after discharge. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1999, 38(6):660-671.

Gould MS, Greenberg T, Velting DM. Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2003, 42: 386-405.

Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu şekli-Türkçe uyarlaması'nın geçerlik ve güvenirliği. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 2004, 11: 109-16.

Groholt B, Ekeberg O, Wichstrom L. Suicide among children and younger and older adolescents in Norway: A comparative study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1998, 37: 473-481.

Günther T, Holtkamp K, Jolles J, Herpertz-Dahlmann B, Konrad K. Verbal memory and aspects of attentional control in children and adolescents with anxiety disorders or depressive disorders. *J Affect Dis*, 2004, 82: 265–269.

Gvion Y, Apter A. Aggression, Impulsivity and Suicide Behavior: A Review of the Literature. *Archives of Suicide Research*, 2011, 15: 93–112.

Hamdan S, Melhem NM, Porta G. The phenomenology and course of depression in parentally bereaved and non-bereaved youth. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2012, 51(5): 528-536.

Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1960, 23: 56-62.

Hawton K, Fortune S. Suicidal Behavior and Deliberate Self-Harm. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, 2008, Editor: Michael Rutter et al. 5. Ed. Blackwell Publishing.

Heaton RK. A Manual for Wisconsin Card Sorting Test. Odessa FL: Psychological Assessment Resources, 1981.

Henseler H. Narsistische Krise. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1984.

Hill RM, Pettit JW, Green KL, Morgan ST, Schatte DJ. Precipitating events in adolescent suicidal crises: exploring stres-reactive and nonreactive risk profiles. *Suicide and Life Threatening Behavior*, The American Association of Suicidology, 2012, 42(1):11-21.

Hisli N. Beck Depresyon Envateri'nin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*, 1989, 7: 3-13.

Horesh N. Self-report vs. computerized measures of impulsivity as a correlate of suicidal behavior. *Crisis*, 2001, 22(1):27-31.

Houston K, Hawton K, Shepperd R. Suicide in young people aged 15-24: a psychological autopsy study. *J Affect Disord*, 2001, 63: 159-70.

Hulten A, Jiang GX, Wasserman D. Repetition of attempted suicide among teenagers in Europe: frequency, timing and risk factors. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2001, 10(3):161-169.

Hulvershorn LA, Cullen K, Anand A. Toward dysfunctional connectivity: a review of neuroimaging findings in pediatric major depressive disorder. *Brain Imaging Behav*, 2011, 5(4):307-328.

Hur JW, Kim YK. Comparison of clinical features and personality dimensions between patients with major depressive disorder and normal control. *Psychiatry Investigation*, 2009, 6(3): 150–155.

İnal HS, Altinyazar V. Psikotik bozukluk hastalarında güncel intihar düşüncelerinin, yaşam olayları, problem çözme becerileri ve kognitif fonksiyonlarla ilişkisi. Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Aydın, 2013.

Jans T, Taneli Y, Warnke A. Chapter E.4. Suicide and Self-Harming Behaviour. *IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health*, 2012.

Jay MS, Graham CJ, Flowers C. Adolescent suicide attempters presenting to a pediatric facility. *Adolescence*, 1989 Summer, 24(94):467-72.

Jollant F, Bellivier F, Leboyer M, Astruc B, Torres S, Verdier R. Impaired decision making in suicide attempters. *American Journal of Psychiatry*, 2005, 162: 304–310.

Jollant F, Lawrence NL, Olié E, Guillaume S, Courtet P. The suicidal mind and brain: A review of neuropsychological and neuroimaging studies. *World Journal of Biological Psychiatry*, 2011, 12: 319–339.

Karakaş S, Doğutepe Dinçer E. Bölüm 1 Giriş. BİLNOT Bataryası El Kitabı Nöropsikolojik Testlerin Çocuklar İçin Araştırma ve Geliştirme Çalışmaları BİLNOT-Çocuk, Cilt 1, 2011, Sayfa 9.

Karakaş S, Doğutepe Dinçer E. Bölüm 2 Orijinal Testlerin Tanıtımı Türk Formlarını Geliştirme Çalışmaları. BİLNOT Bataryası El Kitabı Nöropsikolojik Testlerin Çocuklar İçin Araştırma ve Geliştirme Çalışmaları BİLNOT-Çocuk, Cilt 1, 2011, Sayfa 13-23.

Karakaş S, Doğutepe Dinçer E. Bölüm 5 Geçerlik Araştırmaları, Wisconsin Kart Eşleme Testi (WCST). BİLNOT Bataryası El Kitabı Nöropsikolojik Testlerin Çocuklar İçin Araştırma ve Geliştirme Çalışmaları BİLNOT-Çocuk, Cilt 1, 2011, Sayfa 79-80.

Karakaş S, Karakaş HM. Yönetici İşlevlerin Ayrıştırılmasında Multidisipliner Yaklaşım: Bilişsel Psikolojiden Nöroradyolojiye, *Klinik Psikiyatri*, 2000, 3: 215-27.

Karakaş S. BİLNOT Bataryası El Kitabı: Nöropsikolojik Testler için Araştırma ve Geliştirme Çalışmaları. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2004.

Kaufman J, Birmaher B, Brent D. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1997, 36: 980-988.

Keilp JG, Gorlyn M, Russell M, Oquendo MA, Burke AK, Harkov-Friedman J, Mann JJ. Neuropsychological function and suicidal behavior: attention control, memory and executive dysfunction in suicide attempt. Psychol Med, 2013, 43(3): 539-551.

Keilp JG, Sackeim HA, Brodsky BS, Oquendo MA, Malone KM, Mann JJ. Neuropsychological dysfunction in depressed suicide attempters. Am J Psychiatry, 2001, 158(5):735-41.

Kendler KS, Kuhn JW, Vittum J. The interaction of stressful life events and a serotonin transporter polymorphism in the prediction of episodes of major depression: a replication. Arch Gen Psychiatry, 2005, 62(5):529-535.

Kerr DC, Washburn JJ, Feingold A. Sequelae of aggression in acutely suicidal adolescents. J Abnorm Child Psychol, 2007, 35: 817-830.

Kılıç A, Elmastaş-Dikeç B. Klinik Nöropsikoloji-Bilişsel Yetilerin Değerlendirilmesi. Öztürk M.O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Cilt 1. Yenilenmiş 11. Baskı. Ankara, 2011, sayfalar:197-217.

Kılıç BG, Koçkar Aİ, Irak M, Şener Ş, Karakaş S. Stroop Testi TBAG Formu'nun 6-11 yaş grubu çocuklarda standardizasyon çalışması. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 2002, 9(2): 86-99.

Kim C, Jayathilake K, Meltzer HY. Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behavior. Schizophrenia Research, 2003, 60: 71-80.

Kind H. Suicidal. Göttingen, Wandenhook und Ruprecht, 1992.

Kindt KCM, Kleinjan M, Janssens JMAM. Evaluation of a school-based depression prevention program among adolescents from low-income areas: A randomized controlled effectiveness trial. Int J Environ Res Public Health, 2014, 11: 5273-5293.

Kingsbury S, Hawton K, Steinhardt K, James A. Do adolescents who take overdoses have specific psychological characteristics? A comparative study with

psychiatric and community controls. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1999, 38: 1125-1131.

Kingsbury SJ. Clinical components of suicidal intent in adolescent overdose. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1993, 32(3):518-520.

Kocatürk BK, Eşsizoglu A, Aksaray G, Akarsu FÖ, Musmul A. Şizofreni Hastalarında İntihar Davranışının Bilişsel İşlevler ve Depresyon ile İlişkisi. Arch Neuropsychiatr, 2015, 52: 169-73.

Kovacs M. The Children's Depression Inventroy (CDI). Psychopharmacol Bull, 1985, 21(4):995-998.

Lauterbach M. Suizidales Verhalten bei Kindernund Jugendlichen. Universitat Berlin: Diss. Med, 1976.

Le Heuzey MF, Isnard P, Badoual AM, Dugas M. Suicidal children and adolescents. Arch Pediatr, 1995, 2: 130-5.

Lester D. Functional and dysfunctional impulsivity and depression and suicidal ideation in a subclinical population. Journal of General Psychology, 1993, 120(2): 187–188.

Lewandowski RE, Acri MC, Hoagwood KE. Evidence for the management of adolescent depression. Pediatrics, 2013, 132:996-1009.

Lewinsohn PM, Allen NB, Seeley JR, Gotlib IH. First onset versus recurrence of depression: Differential processes of psychosocial risk. Journal of Abnormal Psychology, 1999, 108(3): 483-489.

Lewinsohn PM, Joiner TE, Rohde P. Evaluation of cognitive diathesis-stress models in predicting major depressive disorder in adolescents. Journal of Abnormal Psychology, 2001, 110(2): 203-215.

Lewinsohn PM, Pettit JW, Joiner TE Jr. The symptomatic expression of major depressive disorder in adolescents and young adults. J Abnorm Psychol, 2003, 112(2):244-252.

Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Psychosocial functioning of young adults who have experienced and recovered from major depressive disorder during adolescence. J Abnorm Psychol, 2003, 112(3):353-363.

Linehan MM, Nielsen SL. Assessment of suicide ideation and parasuicide: hopelessness and social desirability. J Consult Clin Psychol, 1981, 49: 773-775.

Liu D, Diorio J, Tannenbaum B, Caldji C, Francis D, Freedman A, Sharma S, Pearson D, Plotsky PM, Meaney MJ. Maternal care, hippocampal glucocorticoid receptors, and hypothalamic-pituitary-adrenal responses to stress. *Science*, 1997, 277:1659-1662.

Lizardi D, Thompson RG, Keyes K, Hasin D. Parental Divorce, Parental Depression, and Gender Differences in Adult Offspring Suicide Attempt. *J Nerv Ment Dis*, 2009, 197(12): 899–904.

Logan GD, Schachar RJ, Tannock R. Impulsivity and inhibitory control. *Psychological Science*, 1997, 8: 60–64.

Luby JL, Mrakotsky C, Heffelfinger A. Characteristics of depressed preschoolers with and without anhedonia: evidence for a melancholic depressive subtype in young children. *Am J Psychiatry*, 2004, 161(11):1998-2004.

Lundy SM, Silva GE, Kaemingk KL, Goodwin JL, Quan SF. Cognitive Functioning and Academic Performance in Elementary School Children with Anxious/Depressed and Withdrawn Symptoms. *Open Pediatr Med Journal*, 2010 Apr, 14;4: 1–9.

Mann JJ, Arango VA, Avenevoli S, Brent DA, Champagne FA, Clayton P. Candidate endophenotypes for genetic studies of suicidal behavior. *Biological Psychiatry*, 2009, 65: 556–563.

Mars B, Heron J, Crane C, Hawton K, Kidger J, Lewis G, Macleod J, Tilling K, Gunnell D. Differences in risk factors for self-harm with and without suicidal intent: Findings from the ALSPAC cohort. *Journal of Affective Disorders*, 2014, 168: 407-414.

Marshal MP, Dietz LJ, Friedman MS. Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: a meta-analytic review. *J Adolesc Health*, 2011, 49(2):115-123.

Martin A, Young C, Leckman JF. Age effects on antidepressant-induced manic conversion. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2004, 158(8):773-780.

Martin G, Bergen HA, Richardson AS. Sexual abuse and suicidality: Gender differences in a large community sample of adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 2004, 28: 491-503.

Marusic A, Roskar S, Hughes RH. Familial study of suicidal behavior among adolescents in Slovenia. *Crisis*, 2004, 25: 74-77.

Mayes TL, Bernstein IH, Haley CL, Kennard BD, Emsile GJ. Psychometric properties of the Children's Depression Rating Scale-Revised in adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 2010, 20: 6.

McClure E, Rogeness GA, Thompson NM. Characteristics of adolescent girls with depressive symptoms in a so-called "normal" sample. *J Affect Disord*, 1997, 42(2-3):187-97.

McGirr A, Renaud J, Bureau A. Impulsive-aggressive behaviours and completed suicide across the life cycle: a predisposition for younger age of suicide. *Psychol Med*, 2008, 38(3):407-417.

McKeown RE, Garrison CZ ve Cuffe SP. Incidence and Predictors of Suicidal Behaviors in a Longitudinal Sample of Young Adolescents *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 1998, 37(6): 612-619.

McKinnon MC, Yucel K, Nazarov A. A metaanalysis examining clinical predictors of hippocampal volume in patient with major depressive disorder. *J Psychiatry Neurosci*, 2009, 34: 41-54.

McLoughlin AB, Gould MS, Malone KM. Global trends in teenage suicide: 2003-2014. *QJM*, 2015, 108(10): 765-80.

Melhem N.M, Brent D.A, Ziegler M. Familial pathways to early onset suicidal behavior: familial and individual antecedents of suicidal behavior. *Am J Psychiatry*, 2007, 164(9):1364-1370.

Menninger K. *Man Against Himself*, 1938. *Almancaşı* (1989) 3. Baskı. Frankfurt. Suhrkamp Verlag. *Almancaya Çeviri*: Hilde Weller.

Miranda R, Gallagher M, Bauchner B, Vaysman R, Marroquin B. Cognitive Inflexibility As A Prospective Predictor Of Suicidal Ideation Among Young Adults With A Suicide Attempt History. *Depression And Anxiety*, 2012, 29: 180–186.

Miranda R, Nolen-Hoeksema S. Brooding and reflection: Rumination predicts suicidal ideation at 1-year follow-up in a community sample. *Behaviour Research and Therapy*, 2007, 45: 3088–3095.

Miyake A, Friedman NP, Emerson MJ, Witzki AH, Howerter A, Wager TD. The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex “frontal lobe” tasks: A latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, 2000, 41: 49–100.

Miyake A, Friedman NP. The nature and organization of individual differences in executive functions: Four general conclusions. *Current Directions in Psychological Science*, 2012, 21: 8–14.

Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM. Psychiatric aspects of impulsivity. *Am J Psychiatry*, 2001, 158:1783–93.

Monroe Rohde P, Seeley JR, Lewinsohn PM. Life events and depression in adolescence: relationship loss as a prospective risk factor for first onset of major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 1999, 108:606–614.

Moscicki EK. Suicidal Behaviors Among Adults. *The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury*, edited by Matthew K.Nock. Oxford University Press, 2014, New York.

Nangle JM, Clarke S, Morris DW, Schwaiger S, McGhee KA, Kenny N, Murphy K, Gill M, Corvin A, Donohoe G. Neurocognition and suicidal behaviour in an Irish population with major psychotic disorders. *Schizophrenia Research*, 2006, 85: 196-200.

National Institute for Health and Clinical Excellence. Depression in children and young people: identification and management of primary, community and secondary care. National Clinical Practice Guideline No.28. Leicester, UK: The British Psychological Society, 2005.

Nock MK, Green JG, Hwang I. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*, 2013, 70(3):300-310.

Nrugham L, Larsson B, Sund AM. Specific depressive symptoms and disorders associates and predictors of suicidal acts across adolescence. *J Affect Disord*, 2008, 111: 83-93.

Osborn T. The psychosocial impact of parental cancer on children and adolescents: a systematic review. *Psychooncology*, 2007, 16(2):101-26.

Öncü B. Bölüm 50. İntihar Davranışı. Çuhadaroğlu Çetin F. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı, 2008, HYB Basım Yayın, Ankara, sayfalar: 503-510.

Öner S, Buğdaycı R, Şaşmaz T. Mersin çıraklık eğitim merkezi öğrencilerinde depresyon sıklığı ve etkileyen faktörler. *Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, Nisan-Mayıs-Haziran 2004, sy:36-42.

- Palabıykoğlu R, Anafarta Şendağ M.** İntihar Davranışını Değerlendirmede Kullanılan Psikolojik Testler. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics, 2008,1(3).
- Parker G, Roy K.** Adolescent depression: a review. Aust N Z J Psychiatry, 2001, 35(5):572-80.
- Parker GB.** From diathesis to dimorphism: the biology of gender differences in depression. J Nerv Ment Dis, 2004, 192(3):210-6.
- Pelkonen M, Marttunen M.** Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors and approaches to prevention. Pediatr Drugs, 2003, 5: 243-265.
- Perroud N, Baud P, Mouthon D, Courtet P, Malafosse A.** Impulsivity, aggression and suicidal behavior in unipolar and bipolar disorders. Journal of Affective Disorders, 2011, 134(1–3): 112–118.
- Pine DS, Cohen P, Gurley D.** The risk for early adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with with anxiety and depressive disorders. Arch Gen Psychiatry, 1998, 55(1):56-64.
- Pollock LR, Williams JMG.** Problem-solving in suicide attempters. Psychological Medicine, 2004, 34: 163–167.
- Poznanski E, Makros H.** Children's Depression Rating Scale-Revised (CDRS-R). Los Angeles: WPS, 1996.
- Poznanski EO, Freeman LN, Makros HB.** Children's depression rating scale-revised. Psychopharmacol Bull, 1985, 21: 979-89.
- Racagni G, Brunella N.** Physiology to functionality: the brain and neurotransmitter activity. Int Clin Psychopharmacol, 1999, 14(Suppl 1):3-7.
- Rao U.** Biomarkers in pediatric depression. Depress Anxiety, 2013, 30: 787-791.
- Reinherz HZ, Paradis AD, Giaconia RM.** Childhood and adolescent predictors of major depression in the transition to adulthood. Am J Psychiatry, 2003, 160(12):2141-2147.
- Rey J.M, Birmaher B. Treating child and adolescent depression. Lippincott Williams & Wilkins, 2009.
- Rey JM, Bella-Awusah TT, Liu J.** Depression in children and adolescents. Chapter E.1 Mood Disorder. IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health 2012.
- Ringel E.** Selbstmordverhütung. Bern-Stuttgart-Wien, Huber Verlag, 1969.

Sabancioğulları S, Avcı D, Doğan S, Kelleci M, Ata E. Psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda intihar olasılığı ve etkileyen etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2015, 16(3): 164-72.

Saddichha S, Schuetz C. Impulsivity in remitted depression: A meta-analytical review. *Asian Journal of Psychiatry*, 2014, 9: 13-16.

Sanches M, Scott-Gurnell K, Patel A, Caetano SC, Zunta-Soares GB, Hatch JP, Olvera R, Swann AC, Soares JC. Impulsivity in children and adolescents with mood disorders and unaffected offspring of bipolar parents. *Comprehensive Psychiatry*, 2014, 55: 1337–1341.

Savaşır I, Şahin N. Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği (WISC-R) El Kitabı. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 1995.

Scott KM, Hwang I, Chiu WT. Chronic physical conditions and their association with first onset of suicidal behavior in the World mental health surveys. *Psychosom Med*, 2010, 72(7):712-719.

Seligmann MEP. *Erlernte Hilflosigkeit*. München-Weinheim, Psychologie Verlags Union, 1986.

Seo HJ, Song HR, Yim HW, Kim JB, Lee MS, Kim JM, Jun TY. Age-related differences in suicidality between young people and older adults with depression: data from a nationwide depression cohort study in Korea (the CRESCEND study). *Comprehensive Psychiatry*, 2015, 56: 85–92.

Seymour KE, Jones RN, Cushman GK, Galvan T, Puzia ME, Kim KL, Spirito A, Dickstein DP. Emotional face recognition in adolescent suicide attempters and adolescents engaging in non-suicidal self-injury. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2016, 25(3):247-259.

Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, Flory M. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry*, 1996, 53: 339-48.

Shneidman E. *Definition of Suicide*. John Wiley und Sons, 1985.

Snyder HR. Major depressive disorder is associated with broad impairments on neuropsychological measures of executive function: A meta-analysis and review. *Psychological Bulletin*, 2013, 139: 81–132.

Sörberg A, Allebeck P, Melin B, Gunnell D, Hemmingsson T. Cognitive ability in early adulthood is associated with later suicide and suicide attempt: the role of risk factors over the life course. *Psychol Med*, 2013, 43(1):49-60.

Spirito A, Esposito-Smythers C. Attempted and Completed Suicide in Adolescence. *Annu. Rev. Clin. Psychol*, 2006, 2: 237–66.

Stahl SM. Basic psychopharmacology of antidepressant, part 1: Antidepressants have seven distinct mechanism of action. *J Clin Psychiatry*, 1998, 59(Suppl 4):5-14.

Stahl SM. Bölüm 7: Antidepresanlar. (ed.) Alkın T. Stahl'ın Temel Psikofarmakolojisi 4. Baskı. İstanbul Tıp Kitabevi, 2015, sayfalar: 284-369.

Storch EA, Hanks CE, Mink JW, McGuire JF, Adams HR, Augustine EF, Vierhile A, Thatcher A, Bitsko R, Lewin AB, Murphy TK. Suicidal Thoughts and behaviors in Children and Adolescents with Chronic Tic Disorders. *Depression and Anxiety*, 2015, 32: 744-753.

Şireli Ö, Çolak M, Orak Y, Sakıncı N. Ergenlerde algılanan sosyal destek düzeyinin depresyon ve intihar olasılığı ile ilişkisi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 2015, 22(2):97-106.

Tamar M, Özbaran B. Çocuk ve ergenlerde depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 2004, 2: 84-92.

Toros F, Bilgin NG, Buğdaycı R. ve ark. Çocuk ve ergenlerde intihar girişimi ve risk faktörleri, *Adli Bilimler Dergisi*, 2003, 2: 11-17.

Tuğcu H, Özgüven E. Normal ve depresif kişilerde çeşitli faktörlere göre intihar olasılığı. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Doktora Tezi, Ankara, 1996.

Tureki G. Dissecting the suicide phenotype: The role of impulsive-aggressive behaviors. *J Psychiatry Neurosci*, 2005, 30: 398-408.

Tutus A, Kibar M, Sofuoğlu S. A technetium -99m hexamethyl propylene amine oxime brain single-photon emission tomography study in adolescent patients with major depressive disorder. *Eur J Nucl Med*, 1998, 25: 601-606.

Türkiye İstatistik Kurumu (2014) İntihar İstatistikleri, 2013, www.tuik.gov.tr.

Türkiye İstatistik Yıllığı. TC Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, 2004, Ankara.

Ünlü G, Aksoy Z, Ersan EE. İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerin değerlendirilmesi. *Pam Tıp Derg*, 2014, 7(3):176-183.

- Wagner S, Müller C, Helmreich I, Huss M, Tadic A.** A meta-analysis of cognitive functions in children and adolescents with major depressive disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2015, 24: 5–19.
- Wang Y, Jiang N, Cheung EFC, Sun H, Chan RCK.** Role of depression severity and impulsivity in the relationship between hopelessness and suicidal ideation in patients with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 2015, 183: 83–89.
- Weintraub S.** Neuropsychological assesment of mental state. Mesulam M.M, ed. *Principles of Behavioral and Cognitive Neurology* 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 2000, 121-73.
- Weissman M, Warner V, Wickramaratne P, Moreau D, Olfson M.** Offspring of depressed parents: 10 years later. *Archives of General Psychiatry*, 1997, 54:932–940.
- Weissman MM, Pilowsky DJ, Wickramaratne PJ.** Remissions in maternal depression and child psychopathology: a STAR*D-child report. *JAMA*, 2006(b), 295(12):1389-1398.
- Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y.** Offspring of depressed parents: 20 years later *Am J Psychiatry*, 2006(a), 163(6):1001-1008.
- Weller EB, Weller RA, Fristad MA, Preskorn SH, Teare M.** The dexamethasone suppression test in prepubertal depressed children. *J Clin Psychiatry*, 1985, 46(12):511-3.
- Wilens TE, Wyatt D, Spencer TJ.** Disentangling disinhibition. *J Am Child Adolesc Psychiatry*, 1998, 37(11):1225-1227.
- Williams CL, Davidson JA, Montgomery I.** Impulsive Suicidal Behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 1980, 36(1): 90-94.
- Williams JMG, Ellis NC, Tyers C, Healy H, Rose G, MacLeod AK.** The specificity of autobiographical memory and imageability of the future. *Memory & Cognition*, 1996, 24: 116–125.
- Williams JMG.** Capture and rumination, functional avoidance, and executive control (CaRFAX): Three processes that underlie overgeneral memory. *Cognition & Emotion*, 2006, 20: 548–568.
- Williamson DE, Ryan ND, Birmaher B, Dahl RE, Kaufman J, Rao U, Puig-Antich J.** A case-control family history study of depression in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1995, 34: 1596–1607.

Witte TK, Fitzpatrick KK, Warren KL, Schatschneider C, Schmidt NB. Naturalistic evaluation of suicidal ideation: Variability and relation to attempt status. *Behaviour Research and Therapy*, 2006, 44: 1029–1040.

Yalçın K, Karakaş S. Wisconsin Kart Eşleme Testi Performansında Gelişimin Niceliksel ve Niteliksel Etkileri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 2007, 14(1): 24-32.

Yorbik O, Birmaher B, Axelson D. Clinical characteristics of depressive symptoms in children and adolescents with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*, 2004, 65(12):1654-1659.

Zalsman G, Brent DA, Weersing VR. Depressive disorders in childhood and adolescents: An overview. Epidemiology, clinical manifestation and risk factors. *Child and Adolesc Psychiatric Clin of N Am*, 2006, 827-841.

Zalsman G, Oquendo MA, Greenhill L. Neurobiology of depression in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 2006, 15(4):843-868.

EKLER

EK 1. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU:

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

Adı-Soyadı:

Tarih:

1)Doğum tarihiniz:/...../.....

2) Doğum yeriniz:

3) Yaşadığınız semt ve il:

4) Cinsiyetiniz: 1.Erkek 2.Kadın

5) Medeni durum: 1. Bekar 2. Evli 3. Nişanlı/sözlü

6) Öğrenim durumu: kaçınıcı sınıfa devam ediyorsunuz:

1. Okur-yazar değil
2. İlkokul
3. Ortaokul
4. Lise

7) Anne ve Babanız

- 1.Birlikteler
- 2.Boşandılar
- 3.Boşanmadılar ancak ayrı yaşıyorlar
- 4.Annem vefat etti
- 5.Babam vefat etti
- 6.Annem ve babam vefat etti

8) Annenizin yaşı:

9) Babanızın yaşı:

10) Babanızın öğrenim durumu:

- 1.Hiçbir okul mezunu değil 2.İlkokul mezunu 3.Ortaokul mezunu 4. Lise mezunu 5. Yüksek okul mezunu 6. Üniversite mezunu 7. İleri eğitim görmüş(mastır, doktora)

11) Annenizin öğrenim durumu:

- 1.Hiçbir okul mezunu değil 2.İlkokul mezunu 3.Ortaokul mezunu 4. Lise mezunu 5. Yüksek okul mezunu 6. Üniversite mezunu 7. İleri eğitim görmüş(mastır, doktora)

12) Babanızın mesleği:

- 1.İşçi 2.Esnaf/Tüccar3.Memur 4. Çiftçi 5.Serbest meslek (doktor, avukat vb)

13) Annenizin mesleği:

- 1.İşçi 2.Esnaf/Tüccar3.Memur 4. Çiftçi 5.Serbest meslek (doktor, avukat vb)

14) Kardeş sayısı (toplam):

1. tek çocuk
- 2.2
- 3.2-5
- 4.5'ten fazla

- 15) Kimlerle yaşıyorsunuz?** 1. Anne-Baba 2. Kardeş 3. Akraba 4. Arkadaş 5. Diğer:
- 16) Evlat edinilme durumunuz var mı?** 1. Evet 2. Hayır
- 17) Okul başarınız size göre nasıl?** 1. Çok iyi 2. İyi 3. Orta 4. Kötü 5. Çok kötü
- 18) Bulunduğunuz yere başka bir yerden göç ederek mi geldiniz?** 1. Evet 2. Hayır
- 19) Şimdiye kadar herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı aldınız mı?** 1. Evet 2. Hayır
- 20) Bilinen herhangi bir hastalığınız var mı?** 1. Evet 2. Hayır
- 21) Yakın bir zamanda önemli bir yaşam olayı (bir yakının kaybı, ciddi bir kaza vb) yaşadınız mı?** 1. Evet 2. Hayır
- 22) Herhangi bir alışkanlığınız var mı?** 1. Sigara 2. Alkol 3. Madde
- 23) Hangi elinizle yazı yazıyorsunuz?** 1. Sağ 2. Sol
- 24) Ailenizde ruhsal/psikolojik rahatsızlığı olan var mı?** 1. Evet 2. Hayır
Evetse kimin/kimlerin ne rahatsızlığı var?
(Açıklayınız).....
- 25) Ailenizde önemli tıbbi rahatsızlığı olan var mı?** 1. Evet 2. Hayır
Evetse kimin/kimlerin ne rahatsızlığı var?
(Açıklayınız).....
- 26) Hiç intihar girişiminiz oldu mu?** 1. Evet 2. Hayır
Evet ise, kaç defa: hangi şekilde: hangi tarihlerde:
- 27) Hiç intihar planı yaptığınız oldu mu?** 1. Evet 2. Hayır
- 28) Daha önce ailenizde/ akrabalarınızda/ arkadaşlarınızda intihar girişiminde bulunan oldu mu?** 1. Evet 2. Hayır
Evet ise, kim: ne şekilde: ölen var mı:
- 29) Şu anda intihar düşünceniz var mı?** 1. Var 2. Yok

İNTİHAR GİRİŞİMİ OLANLAR İÇİN

- 30) Girişimin türü:** 1. Fazla miktarda ilaç içme 2. Kesici silahla 3. Ası 4. Tarım ilacı içme 5. Yüksekten atlama 6. Ateşli silahla 7. Diğer:
- 31) Girişim öncesi plan yaptınız mı?** 1. Evet 2. Hayır
- 32) Girişim öncesi bir günden uzun süre boyunca intihar düşünceniz oldu mu?** 1. Evet 2. Hayır
- 33) Girişim öncesinde herhangi bir tehdit davranışında bulundunuz mu?** 1. Evet 2. Hayır
- 34) Girişim öncesinde bilinen herhangi bir fiziksel hastalığınız var mıydı?** 1. Evet 2. Hayır
Evet ise: Hastalığın adı: Kullandığınız ilaçlar:

35) Girişim öncesi son bir hafta içinde herhangi bir psikiyatri kliniğine başvurdunuz mu?

1. Evet 2. Hayır

36) Girişim sırasında alkol ya da madde etkisi altında mıydınız?

1. Evet 2. Hayır

37) Girişimin hemen öncesinde size sıkıntı veren herhangi bir stresli olayla karşılaştınız mı?

1. Evet 2. Hayır

38) Girişimden sonraki dönemde size hala sıkıntı verebilecek bir yaşantınız olacak mı?

1. Var 2. Yok

39) Size destek olan kişiler var mı?

1. Var 2. Yok

40) Girişim sonrası yardım arama davranışında bulundunuz mu? (haber verme, hastaneye başvurma gibi)

1. Evet 2. Hayır

Major Depresif Bozukluk grupları için (Görüşemeci tarafından doldurulacaktır.)

1. Hastanın geçmiş/şimdiki tanısı/tanıları/MDB süresi/epizod sayısı (DSM-IV) (K-SADS GÖRÜŞMESİ İLE)

A).....

B).....

2. Hastalığın başlangıç yaşı :..... Toplam hastalık süresi :(yıl, ay)

3. Şimdiki tedavi: Tedavi almıyor ☐ Tedavi alıyor ☐

4. Kullanmakta olduğu ilaç isimleri ve dozları/ (varsa):

..... mg/g almakta olduğu süre: /hafta-ay-yıl

..... mg/g almakta olduğu süre: /hafta-ay-yıl

EK.2 BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

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

- 1- 0 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
1 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2 Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3 O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2- 0 Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
1 Gelecek hakkında karamsarım.
2 Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3 Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- 0 Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
1 Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2 Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3 Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum.
- 4- 0 Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
1 Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2 Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3 Her şeyden sıkılıyorum.
- 5- 0 Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
1 Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2 Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3 Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

- 6- 0 Kendimden memnunum.
1 Kendi kendimden pek memnun değilim.
2 Kendime çok kızıyorum.
3 Kendimden nefret ediyorum.
- 7- 0 Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1 Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2 Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3 Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.
- 8- 0 Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1 Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor, fakat yapmıyorum.
2 Kendimi öldürmek isterdim.
3 Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9- 0 Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1 Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
2 Çoğu zaman ağlıyorum.
3 Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesemde ağlayamıyorum.
- 10- 0 Şimdi her zaman olduğumdan sinirli değilim.
1 Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2 Şimdi hep sinirliyim.
3 Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyle şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 11- 0 Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1 Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2 Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.
3 Hiç kimseyle görüşüp, konuşmak istemiyorum.

- 12- 0 Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.
1 Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2 Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3 Artık hiç karar veremiyorum.
- 13- 0 Aynada kendime baktığımda bir değışiklik görmüyorum.
1 Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2 Görünüşümün çok değıştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
3 Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14- 0 Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1 Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermek gerekiyor.
2 Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3 Hiç bir şey yapamıyorum.
- 15- 0 Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1 Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2 Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3 Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
- 16- 0 Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1 Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2 Yaptığım hemen her şey beni yoruyor.
3 Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 17- 0 İştahım her zamanki gibi
1 İştahım eskisi kadar iyi değıl
2 İştahım çok azaldı.
3 Artık hiç iştahım yok.

- 18- 0 Son zamanlarda kilo verdim.
1 İki kilodan fazla kilo verdim.
2 dört kilodan fazla kilo verdim.
3 Altı kilodan fazla kilo verdim.

Daha az yiyerek kilo vermeye çalışıyorum.

Evet :.....

Hayır :.....

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

EK 3. İÇTEPİSELLİK ÖLÇEĞİ

YÖNERGE: İnsanlar, farklı durumlarda farklı düşünür ve farklı hareket ederler. Aşağıda sizin farklı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve nasıl davrandığınızı anlamak amacıyla bazı ifadeler yer almaktadır. Her bir ifadeyi okuyun ve sayfanın sağındaki boşlukta uygun maddeye X işareti koyun.

1-Hiçbir zaman 2-Nadiren 3-Sık sık 4- Her zaman

1- İşlerimi dikkatlice planlarım.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
2- Düşünmeden bazı şeyler yaptığım olur.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
3- Çabuk karar veririm.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
4- Hiçbir şeyi dert etmem.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
5- Genellikle dikkat etmem.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
6- Zihnime anında bir sürü düşünce üşüşür.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
7- Gezilerimi zamanından çok önce planlarım.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
8- Soğukkanlıyım.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
9- Dikkatimi kolay toplarım.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
10- Düzenli olarak para biriktirim.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
11- Derslerde ya da oyunlarda yerimde kıpırdar dururum.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
12- Herşeyi dikkatlice düşünürüm.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
13- İşimi sağlama almak için plan yaparım.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
14- Düşünmeden konuşurum.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
15- Karmaşık problemler üzerinde düşünmeyi severim.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
16- Aynı işle uzun süre uğraşmam.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
17- Aklıma estiği gibi hareket ederim.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
18- Düşünmeyi gerektiren problemleri çözerken çabuk sıkılırım.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
19- Bir anda karar vererek davranırım.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
20- Sürekli düşünen biriyim.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
21- Oturduğum yerde duramam.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
22- Düşünmeden alışveriş yaparım.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
23- Aynı anda tek bir problem üzerinde düşünürüm.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
24- Sık sık hobi değiştiririm.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
25- Harçlığımdan daha fazlasını harcarım.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
26- Bir şey düşünürken aynı anda aklıma başka düşünceler takılır.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
27- Gelecekte çok yaşadığım günle ilgilenirim.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
28- Tiyatroda ya da derslerde hareket etmeden duramam.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
29- Bulmacaları severim.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
30- Ben gelecek hakkında düşünen biriyim.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()

EK 4. İNTİHAR DAVRANIŞI ÖLÇEĞİ

İNTİHAR DAVRANIŞI ÖLÇEĞİ

1. Hiç kendinizi öldürmeyi düşündüğünüz veya öldürmeye teşebbüs ettiğiniz oldu mu?

- a) Asla
- b) Bir kez
- c) Bazen
- d) Sıklıkla
- e) Çok sık
- f) Her zaman

2. Son 1 yıl içinde ne kadar sıklıkla kendinizi öldürmeyi düşündünüz?

- a) Asla
- b) Bir kez
- c) Bazen
- d) Sıklıkla
- e) Çok sık

3. Birisine hiç intihar edebileceğinizi veya edeceğinizi söylediniz mi?

- a) Evet
- b) Hayır

4. Bir gün intihara teşebbüs etme olasılığınız nedir?

- a) Hiçbir zaman etmem
- b) Şimdi düşünmüyorum ama gelecekle ilgili kesin bir şey söyleyemem
- c) Belki
- d) Mutlaka
- e) Mutlaka birden fazla tekrarlama olasılığım var

EK 5. İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ (İÖÖ)

Yönerge: Aşağıda, geleceğe ilişkin düşünceleri içeren bazı ifadeler verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi dikkatle okuyarak bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Örneğin okuduğunuz ilk ifade size uygun değilse “hiç uygun değil” okuduğunuz ifade size nadiren uyuyorsa “nadiren uyuyor”, okuduğunuz ifade size sık sık uyuyorsa “sık sık uyuyor” okuduğunuz ifade size tamamen uyuyorsa “tamamen uyuyor” ifadesinin altındaki kutunun içine (X) işareti koyunuz.

		Hiç Uygun Değil	Nadiren Uyuyor	Sık Sık Uyuyor	Tamamen Uyuyor
1	Kızınca bir şeyler fırlatırım.	()	()	()	()
2	Beni gerçekten seven pek çok kişi var.	()	()	()	()
3	Ani kararlar vermeye ya da düşünmeden bazı davranışlarda bulunmaya eğilimliyim.	()	()	()	()
4	Başkalarına anlatılamayacak kadar kötü şeyler düşünüyorum.	()	()	()	()
5	Çok fazla sorumluluğum var.	()	()	()	()
6	Yapabileceğim pek çok faydalı şey olduğuna inanıyorum.	()	()	()	()
7	İntiharın başkalarını cezalandırmak için iyi bir yol olmadığına inanıyorum.	()	()	()	()
8	Başkalarına karşı düşmanca duygular içindeyim.	()	()	()	()
9	Kendimi insanlardan soyutlanmış hissediyorum.	()	()	()	()
10	İnsanların bana olduğum gibi değer verdiklerine inanıyorum.	()	()	()	()
11	Ölürsem pek çok insanın üzüleceğine inanıyorum.	()	()	()	()
12	Kendimi dayanılmayacak kadar yalnız hissediyorum.	()	()	()	()
13	İnsanların bana karşı düşmanca duygular içinde olduğunu sanıyorum.	()	()	()	()
14	Yeni baştan başlayabilsem, hayatımda pek çok değişiklikler yapabileceğimi düşünüyorum.	()	()	()	()
15	Pek çok şeyi iyi yapamadığımı düşünüyorum.	()	()	()	()
16	Sevdiğim kişilerle arkadaşlığımı sürdürmekte güçlük çekiyorum.	()	()	()	()

17	Ölürsem hiç kimsenin beni özlemeyeceğini sanıyorum.	()	()	()	()
18	İşlerimin yolunda gittiğini düşünüyorum.	()	()	()	()
19	İnsanların benden çok şey beklediklerini hissediyorum.	()	()	()	()
20	Yaptıklarım ve düşündüklerim için kendimi cezalandırmayı düşünmüyorum.	()	()	()	()
21	Dünyanın yaşamaya değer bir yer olduğunu düşünüyorum.	()	()	()	()
22	Geleceğim hakkında çok dikkatli bir şekilde plan yaptığımı sanıyorum.	()	()	()	()
23	Güvenebileceğim pek fazla arkadaşımın olmadığını düşünüyorum.	()	()	()	()
24	Ölümün insanları mutlu edeceğini sanmıyorum.	()	()	()	()
25	Yaşananlar ne kadar kötü olursa olsun, ölümü düşündürecek kadar kötü olamayacağını düşünüyorum.	()	()	()	()
26	Kendimi anneme yakın hissediyorum/hissediyordum.	()	()	()	()
27	Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum.	()	()	()	()
28	Hiç bir şeyin düzeleceğini sanmıyorum.	()	()	()	()
29	İnsanların beni ve yaptıklarımı doğru bulmadıklarını düşünüyorum.	()	()	()	()
30	Kendimi nasıl öldüreceğimi düşünmedim.	()	()	()	()
31	Para konusu beni endişelendiriyor.	()	()	()	()
32	İntihar etmeyi hiç düşünmedim.	()	()	()	()
33	Kendimi yorgun hissediyorum ve hiçbir şeye ilgim kalmadığını düşünüyorum.	()	()	()	()
34	Kızınca bir şeyler kırım.	()	()	()	()
35	Kendimi babama yakın hissediyorum/hissediyordum.	()	()	()	()
36	Nerede olursam olayım mutlu olabileceğini sanıyorum.	()	()	()	()

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

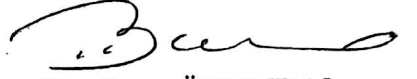
Konu: Karar hk.
Sayı : 939

21.12.2015

Sayın Prof.Dr.Aynur PEKCANLAR AKAY,

Kurulumuz tarafından 17.12.2015 tarih ve 2404-GOA protokol numaralı 2015/28-16 “**Major Depresif Bozukluk Tanısı Olan Ergenlerde İntihar Davranışının Dürtüsellik ve Yürütücü İşlevler ile İlişkisi**” konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Banu ÖNVURAL
Başkan

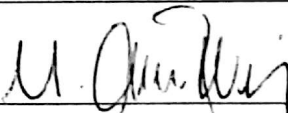
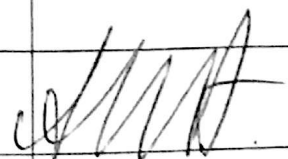
Ek: Etik Kurul Kararı

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2015/28-16	Tarih: 17.12.2015
	Prof.Dr.Aynur PEKCANLAR'ın sorumlusu olduğu "Major Depresif Bozukluk Tanısı Olan Ergenlerde İntihar Davranışının Dürtüsellik ve Yürütücü İşlevler ile İlişkisi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	

ETİK KURUL ÜYELERİ		
--------------------	--	--

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile İlişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sevinç ERASLAN	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Mukaddes GÜMÜŞTEKİN	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Şeyda SEREN İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	