

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**



**MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK TANILI
ERGENLERDE EBEVEYN TUTUMUNUN VE
EBEVEYNE BAĞLANMANIN İNTİHAR OLASILIĞI
İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

ARŞ. GÖR. DR. MERVE DİLLİ GÜRKAN

**ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ**

2023

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK TANILI
ERGENLERDE EBEVEYN TUTUMUNUN VE
EBEVEYNE BAĞLANMANIN İNTİHAR OLASILIĞI
İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

ARŞ. GÖR. DR. MERVE DİLLİ GÜRKAN

**ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ**

**DOÇ. DR. ŞAHİKA GÜLEN ŞİŞMANLAR
ETİK KURUL ONAYI: 26.12.2022 KÜGOKAEK**

2022/320

2023

İÇİNDEKİLER

1. GİRİŞ VE AMAÇ 1

2. GENEL BİLGİLER 2

2.1. Majör Depresif Bozukluk	2
2.1.1. Tanım ve Sınıflandırma	2
2.1.2. Klinik Özellikler	4
2.1.3. Epidemiyoloji.....	5
2.1.4. Etiyoloji	6
2.1.4.1. Biyolojik Faktörler.....	6
2.1.4.1.1. Genetik Etkenler.....	6
2.1.4.1.2. Nörokimyasal Etkenler.....	7
2.1.4.1.3. Nöroanatomik Etkenler.....	9
2.1.4.1.3. Nöroendokrin Etkenler.....	10
2.1.4.2. Çevresel Faktörler.....	11
2.1.5. Eşlik Eden Psikopatolojiler	12
2.1.6. Tedavi.....	13
2.1.7. Prognoz.....	13
2.2. İntihar.....	14
2.2.1. Tanımı ve Özellikleri	14
2.2.2. Epidemiyoloji.....	14
2.2.3. Risk Faktörleri.....	15
2.2.4. Prognoz ve Tedavi.....	16
2.3. Ebeveyn Tutumları.....	17
2.3.1. Tanım ve Sınıflama.....	17
2.3.2. Ebeveyn Tutumlarının Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri	18
2.3.2.1. Ebeveyn Tutumları ve Majör Depresif Bozukluk İlişkisi.....	19
2.3.2.2 Ebeveyn Tutumları ve İntihar İlişkisi.....	19
2.4. Bağlanma.....	20
2.4.1. Tanım	20
2.4.2. Bağlanmanın Gelişimi.....	20
2.4.3. Bağlanma Kuramı	21

2.4.4. Yetişkinlikte Bağlanma	23
2.4.5. Bağlanmanın Kuşaklar Arası Aktarımı	24
2.4.6. Bağlanmanın Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri.....	25
2.4.6.1. Bağlanma ve Majör Depresif Bozukluk İlişkisi.....	26
2.4.6.2. Bağlanma ve İntihar İlişkisi	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM	27
3.1. Katılımcıların Seçimi	27
3.1.1. Yöntem	28
3.1.2. Örneklem.....	28
3.2. Veri Toplama ve Ölçme Araçları.....	29
3.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	29
3.2.2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-DSM-5 (ÇDŞG-ŞY-5)	29
3.2.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	30
3.2.4. Anne Baba Tutum ölçeği (ABTÖ).....	30
3.2.5. Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Envanteri Kısa Form (EABE).....	30
3.2.6. İntihar Olasılığı Ölçeği.....	31
3.2.7. Ana Babaya Bağlanma Ölçeği.....	31
3.3. Verilerin İstatistiksel Analizi	32
4. BULGULAR	33
5. TARTIŞMA	61
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	74
7. ÖZET	77
8. ABSTRACT	78
9. EKLER	81
10. KAYNAKÇA	108

TEŞEKKÜR

Tezimin danışmanlığını üstelenen, tez çalışmam sırasında bilgi ve deneyimleriyle sabırla yanımda olan, asistanlık eğitimim boyunca kendisinden çok şey öğrendiğim değerli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Şahika Gülen Şişmanlar'a,

Eğitimimde kendisinden ve öğrencilerinden çok şey öğrendiğim, hekimlik duruşuyla her zaman kendime örnek aldığım ve öğrencisi olduğum için kendimi oldukça şanslı hissettiğim, değerli hocam Prof. Dr. Ayşen Coşkun'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca büyük bir içtenlikle bana yol gösterip destek olan, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, güler yüz ve içtenlikleriyle bana her konuda destek olan hocalarım Prof. Dr. Nursu Çakın Memik ve Prof. Dr. Özlem Yıldız Gündoğdu'ya,

Asistanlığım sürecinde ilgi, bilgi ve birikimlerini paylaşmaktan, desteklerini sunmaktan çekinmeyen Dr. Öğr. Üyesi İrem Damla Çimen'e, Dr. Öğr. Üyesi Burcu Kardaş'a ve Dr. Öğr. Üyesi Ömer Kardaş'a,

Rotasyon süresince bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Bülent Kara ve tüm yandal uzmanlarına,

Rotasyon süresince ve daha sonrasında birlikte çalıştığım, bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım Psikiyatri Anabilim Dalı'nın değerli hocaları, asistanları ve Psikiyatri Anabilim Dalı'nın tüm değerli çalışanlarına,

Birlikte keyifle çalıştığım tüm Çocuk ve Ergen Psikiyatri asistanı arkadaşlarıma ve bölümümüzün tüm değerli çalışanlarına,

Araştırmama katılmayı kabul eden tüm gençlere ve ailelerine,

Hedeflerim ve hayallerim doğrultusunda beni hep destekleyen, her başarımda gözleri ışıldayan, bu kez yanımda olamasa da bana uzaklardan kalbiyle sarıldığını ve gururlandığını hissettiğim canım babama,

Maddi manevi destekleriyle bugünlere gelmemde en büyük paya sahip olan, tüm içtenliğiyle her zaman yanımda olan canım anneme,

Ebeveynlerimden sonra hayatımda en büyük yere sahip olan, bana küçükken oyun arkadaşı, büyürken can yoldaşı, hayat boyu da güvenli liman olan canım abime,

Üniversite yıllarından beri hayatımda olan, bana yol arkadaşlığı yapan ve tanıdığım ilk günden beri kendimi mutlu, huzurlu hissetmemi sağlayan, sevgisiyle beni güçlü hissettiren, birlikte her türlü zorluğu aşabileceğimize yürekten inanmamı sağlayan, sabır ve sevgiyle her zaman yanımda olan canım eşim Dr. Erdem Gürkan'a,

Tez sürecinde varlığından haberdar olduğum, o günden beri heyecan ve mutlulukla tanışacağımız günü beklediğim, bu süreçte içimde dünyaya dair umutlarımı yeşerterek büyüyen canım kızıma,

Sonsuz sevgi, minnet ve teşekkürlerimle...

KISALTMALAR DİZELGESİ

5-HT	5-Hidroksitriptamin
ABBÖ	Ana Babaya Bağlanma Ölçeği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ABTÖ	Ana Baba Tutum Ölçeği
APOE	Apolipoprotein E
BDNF	Brain-Derived Neurotrophic Factor
BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
BOS	Beyin Omurilik Sıvısı
CRF	Corticotropin Releasing Factor
CRH	Corticotropin Releasing Hormone
ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T	Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-DSM-5-Türkçe
DA	Dopamin
DAT	Dopamin Taşıyıcısı
DB	Davranım Bozukluğu
DEHB	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DNA	Deoksiribonikleik Asit
DRD4	Dopamin Reseptörü D4
DSM- 5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5
DSM- 5 TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5 Text Revision
EABE	Ebeveyn ve Arkadaşa Bağlanma Envanteri – Kısa Form
EKT	Elektrokonvülsif Tedavi
GABA	Gamma-Aminobutyric Acid
GH	Growth Hormone
GHRH	Growth Hormone Releasing Hormone
GNB3	G Protein Subunit Beta 3
HPA	Hipotalamus – Pituitary - Adrenal
HPT	Hipotalamus – Pituitary - Thyroid
İÖÖ	İntihar Olasılığı Ölçeği
KSADS-PL	Kiddie Schedule For Affective Disorders And Schizophrenia - Present And Lifetime Version
K-SADS-PL-DSM-5	Kiddie Schedule For Affective Disorders And Schizophrenia - Present And Lifetime Version for DSM - 5
MAO-A	Monoamine Oxidase A
MAOI	Monoamine Oxidase Inhibitor
MDB	Majör Depresif Bozukluk
MTHFR	Metilentetrahidrofolat Redüktaz
NE	Norepinefrin
KZVD	Kendine Zarar Verme Davranışı
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
PET	Pozitron Emisyon Tomografisi
SERT	Serotonin Taşıyıcısı
SNRI	Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitors

SPSS	Statistical Package For The Social Sciences
SSRI	Selective Serotonin Reuptake Inhibitors
SSS	Santral Sinir Sistemi
TCA	Tricyclic Antidepressant
TRH	Thyrotropin Releasing Hormone
TRKB T1	Truncated Splice Variant of Tropomyosin-Related Kinase B
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
VAL66MET	A Methionine (met) Substitution for Valine (val) at Codon 66
VNTR	Variable Number of Tandem Repeat



TABLÖLAR DİZELGESİ

Tablo 1. DSM-5 TR’de Önerilen Tanı Ölçütleri

Tablo 2. Dörtlü Bağlanma Modeli

Tablo 3. Katılımcıların Genel Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 4. Katılımcıların Eğitim Durumuna Ait Özellikler

Tablo 5. Katılımcıların Bebeklik/Erken Çocukluk Dönemine Ait Özellikler

Tablo 6. Katılımcıların Ebeveynlerine Ait Özellikler

Tablo 7. Katılımcıların Sosyal İlişkilerine Ait Özellikler

Tablo 8. Psikososyal Risk Faktörlerine İlişkin Özellikler

Tablo 9. Katılımcılarda Psikiyatrik Değerlendirme

Tablo 10. Katılımcıların BDÖ Puanları

Tablo11. Katılımcıların ABTÖ Alt Boyut Puanları

Tablo 12. Katılımcıların ABTÖ’ye Göre Ebeveyn Tutumları

Tablo13. Katılımcıların EABE Alt Boyut Puanları

Tablo 14. Katılımcıların İÖÖ Alt Boyut Puanları

Tablo 15. Katılımcıların Ebeveynlerinin ABBÖ Alt Boyut Puanları

Tablo 16. Ergenlerde İntihar Düşüncesi

Tablo 17. İntihar Düşüncesi Varlığına Göre Ergenlerin BDÖ Puanları

Tablo 18. İntihar Düşüncesine Göre Ergenlerin ABTÖ Puanları

Tablo 19. İntihar Düşüncesine Göre Ergenlerin Ebeveyn Tutumları

Tablo 20. İntihar Düşüncesine Göre Ergenlerin EABE Puanları

Tablo 21. İntihar Düşüncesine Göre Ergenlerin İÖÖ Puanları

Tablo22. İntihar Düşüncesine Göre Ergenlerin Ebeveynlerinin ABBÖ Puanları

Tablo 23. Depresyon Tanılı Ergenlerin Ölçek Puanları Arasında Korelasyon Tablosu

Tablo 24. Sosyodemografik Özelliklerin İntihar Olasılığına Etkisine İlişkin Regresyon Analizi

Tablo 25. Eğitim Durumu Özelliklerinin İntihar Olasılığına Etkisine İlişkin Regresyon Analizi

Tablo 26. İntihar Olasılığına Bebeklik/Erken Çocukluk Dönemine Ait Özelliklerin Etkisine İlişkin Regresyon Tablosu

Tablo 27. İntihar Olasılığına Ebeveynlerle İlgili Özelliklerin Etkisine İlişkin Regresyon Tablosu

Tablo 28. İntihar Olasılığına Sosyal İlişkilerin Etkisine İlişkin Regresyon Tablosu

Tablo 29. İntihar Olasılığına Katılımcıya Ait Psikososyal Risk Faktörlerinin Etkisine İlişkin Regresyon Tablosu

Tablo 30. İntihar Olasılığına Aileye Ait Psikososyal Risk Faktörlerinin Etkisine İlişkin Regresyon Tablosu

Tablo 31. İntihar Olasılığına Arkadaşlara Ait Psikososyal Risk Faktörlerinin Etkisine İlişkin Regresyon Tablosu

Tablo 32. İntihar Olasılığına Eş Tanılarla İlgili Özelliklerin Etkisine İlişkin Regresyon Tablosu

Tablo 33. İntihar Olasılığına Ölçek Puanlarının Etkisine İlişkin Regresyon Tablosu



1.GİRİŞ VE AMAÇ

Ergenlik, hem fiziksel hem de bilişsel olarak önemli değişimlerin yaşandığı, duygusal ve davranışsal sorunların arttığı bir dönemdir. İntihar düşüncesinde de çocukluktan ergenliğe doğru çarpıcı bir artış gerçekleşmektedir.¹ Yakın zamanda yapılan bir çalışmada intihar düşüncesinde en yoğun artışın ergenlikte olduğu bulunmuştur.² İntihar düşüncesi, ergenlerde intihar girişimi ve intihara bağlı ölüm riskini artırmanın yanı sıra yüksek okul terki riski, kötü psikososyal işlevsellik, duygudurum bozuklukları ve dışsallaştırma bozuklukları gibi bir dizi önemli bozukluk için önemli bir belirteçtir.³ İntihar ölümleri sonrası yapılan psikolojik otopsi çalışmalarında, vakaların yaklaşık olarak 90%'ında ölüm öncesi bir psikopatolojiye sahip olduğu bildirilmiştir.⁴ Major depresif ataklar, intihar ölümlerinin yaklaşık yarısından sorumlu tutulmaktadır.⁵ İntihar girişimi veya intihar nedeniyle ölüm riski taşıyan ergenlere ulaşmak için klinik örneklerde; özellikle de majör depresif bozukluk (MDB) tanılı ergenlerde intihar düşüncesinin yordayıcılarının belirlenmesi önemlidir.

Bowlby'nin geliştirdiği bağlanma kuramında; çocukların anne-babalarıyla olan yaşantılarından, çocukluk yaşantıları ve sonraki anne-babalık davranışları arasında bir bağlantı oluşturan zihinsel yapılar geliştirdikleri ve bu yapıların hayat boyu kendi çocukları ile olan etkileşimlerini de içeren tüm ilişkilerini etkilediğini belirtilmektedir.⁶ Ayrıca, yapılan çalışmalar erken bağlanma deneyimlerinin; benlik saygısı, duygu düzenleme, ilişki işleyişi ve geleceğe yönelik beklentiler üzerindeki etkileriyle intihar düşüncesine hazırlayıcı faktörler olarak hizmet edebileceğini göstermektedir.⁷ Yine, güvensiz bağlanma (yüksek bağlanma kaygısı ve/veya kaçınma) sağlık, uyum ve iyilik hali üzerinde çeşitli olumsuz etkilerle^{7,8} ve daha da önemlisi intihar düşüncesi riskinin artmasıyla⁹ ilişkili bulunmuştur. Dolayısıyla, intihar düşüncesinin gelişiminde bağlanma stili gibi ilişkisel faktörlerin rolünün daha iyi anlaşılması, depresyon yaşayan ergenler için etkili, önleyici stratejiler ve müdahaleler geliştirmeye katkı sağlayabilir.

Ebeveynlerin çocuklarına karşı olan tutumları; toplumdan topluma, kültürden kültüre farklılıklar gösterdiği gibi, o toplumdaki aileler arasında da farklılıklar gösterebilir.¹⁰ Aile ortamındaki deneyimlerin gençlerin depresyona karşı savunmasızlığında ve depresyona karşı korunmada oynadığı kritik role dair mevcut kanıtlar kesindir.¹¹ Ebeveynler ve çocuklar arasındaki ilişki, ergenlerin sosyal etkileşimlerini, bağlılıklarını, ahlaki muhakemelerini, eğitimlerini ve sorunlu davranışlarını etkileyen en önemli faktörlerin başında gelmektedir.¹²

Bu nedenle, ebeveynlik tarzlarının ergenlerin intihar davranışlarını ve intihara yönelik tutumlarını etkilemesi beklenebilir.

Bu çalışma ile; majör depresif bozukluk tanılı ergenlerde intihar düşüncesinin sosyodemografik değişkenler esas alınarak önemli yordayıcılarını araştırmak, ergenlik döneminde intihar girişimleri için ilgili koruyucu ve risk faktörlerini tanımlamak, ebeveynle bağlanmanın, ebeveyn tutumlarının intihar düşüncesi üzerine etkisini araştırmak, intihar düşüncesi için ebeveynlik değişkenlerinin ve ebeveynlik tarzlarının ilişkisini, ebeveynlerin kendi ebeveynlerine bağlanma düzeylerinin çocuklarındaki depresyon ve intihar düşünceleri ile ilişkisini ortaya koymak amaçlanmıştır.

Literatür incelendiğinde yurtdışında ebeveyn tutumunun intihar düşüncesine etkisini araştıran çalışmalar bulunmakla birlikte Türkiye’de bu alanda az sayıda çalışma olduğu görülmüştür. Var olan çalışmalar çoğunlukla toplum temelli olup belirli bir hastalık grubundaki intihar düşüncesini kontrol grubuyla karşılaştırmalı olarak, yapılandırılmış ölçeklerle ve klinik görüşmelerle değerlendiren az sayıda çalışma bulunmaktadır. Ayrıca babaların çocuğa ve aileye katkılarına artan ilgiye rağmen¹³, araştırmaların önemli bir kısmı anneye bağlanma ile babaya bağlanma arasında ayırım yapmamıştır. Çoğunlukla anne babaya güvensiz bağlanma çocuğu en çok etkileyen ebeveynle sınırlı olarak değerlendirilmiş ya da anne ve babaya bağlanmanın birleşik toplamı rapor edilmiştir.¹⁴

Literatürde tedavi müdahalelerine açık ve daha hassas bir grup olduğu düşünülen ergenlerde yapılan çalışmalar erişkinlerde yapılan çalışmalara göre daha az sayıdadır. Bu çalışmanın bulguları ışığında depresyon tanısı olan ergenlerin ailelerindeki ebeveynlik tutumu ve ebeveynlerin kendi anne-babalarının tutumu ile ergenlerde intihar düşüncesi arasındaki ilişkinin saptanmasının uygun müdahalelerin geliştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Majör Depresif Bozukluk

2.1.1. Tanımı ve Sınıflandırma

Majör depresif bozukluk; sosyal, mesleki ve eğitimsel işlevsellikte ve yaşam kalitesinde önemli bozulmaya neden olan, intihar ve ölüm riskinin artmasıyla ilişkili olan olumsuz duygu, düşünce ve davranışlarla karakterize, yaygın bir duygudurum bozukluğudur.¹⁵ Klinik olarak MDB tanısı konulabilmesi için DSM-5 TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5 Text Revision) tanı kriterleri karşılanmalıdır (Tablo 1). Depresif çocuklarda erişkinlerden farklı olarak; somatik yakınmalar, agresyon, negativist tutum gibi belirtiler

olduğu bilinmesine karşın çocukluk depresyonu için farklı tanı kriterleri belirlenmemiş, sadece çökkün duygudurum ve kilo kaybı için özel durum tanımlanmıştır. Çocuklar için depresif ruh hali yerine irritabilite belirtilerinin, kilo kaybı yerine beklenen kilo alımının karşılanamamasının tanı ölçütünü karşılayabileceği belirtilmiştir.¹⁶

Tablo 1: DSM-5 TR’de Önerilen 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. Not: Açıkça başka bir sağlık durumuna bağlı belirtileri kapsamayın. 1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örn. ağlamaklı görünür). (Not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygudurum olabilir.) 2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (özel anlatıma göre ya da gözlemlerle belirlenir). 3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örn. bir ay içinde ağırlığının % 5’inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma. (Not: Çocuklarda beklenen kilo 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, özel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil). 6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü). 7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (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 (özel 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. Not: A-C tanı ölçütleri bir majör depresyon dönemini oluşturur. Not: Önemli bir yitim (kayıp) (örn. yas, batıklık [parasal çöküntü], doğal bir yıkım sonucu yitirilenler, önemli bir hastalık ya da yetiyitimi) karşısında gösterilen tepkiler arasında, A tanı ölçütünde belirtilen, yoğun bir üzüntü duygusu yaşama, yitimle ilgili düşünüp durma, uykusuzluk çekme, yeme isteğinde azalma ve kilo verme gibi belirtiler olabilir ve bunlar da bir depresyon dönemini andırabilir. Bu gibi belirtiler anlaşılabilir ya da yaşanan yitime göre uygun bulunabilirse de, önemli bir yitime olağan tepkinin yanı sıra bir yeğin depresyon döneminin de olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu karar, kişiden alınan öykünün ve yitim bağlamında yaşanan acının kültürel ölçülere göre dışavurumunun değerlendirilmesini gerektirir.
D. Majör depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.
E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir. Not: Mani benzeri ya da hipomani benzeri dönemler maddenin yol açtığı dönemlerse ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanabiliyorsa bu dışlama uygulanmaz.

2.1.2. Klinik Özellikleri

Çocuklarda görülen depresif belirtiler yetişkinlerinkinden çok daha farklı görünümelerde ortaya çıkabilmektedir. Yetişkin depresyonunda sıklıkla gördüğümüz üzüntü, umutsuzluk yaşama sevincinde ve heyecanında azalma, içe kapanıklık, ketlenme, yeme ve uyku bozuklukları gibi belirtiler çocukluk dönemi depresyonlarında daha az görülmektedir.¹⁷ Çocuklarda görülen depresyon çoğunlukla maskeli bir görünüme sahiptir, genellikle okul

başarısızlığı, saldırganlık, psikosomatik sorunlar, dikkat eksikliği ve hiperaktivite gibi belirtiler şeklindedir.¹⁸

Ergenlerde görülen depresyon ise prepubertal döneme göre yetişkinlik dönemi ile daha çok benzerlik göstermekte olup melankolik özelliklerin ve psikomotor bozuklukların daha nadir olması dışında ergen depresyonu erişkin depresyonundan keskin sınırlarla ayrılmamaktadır.¹⁹ Ancak yol açtıkları bireysel ve toplumsal sorunlara rağmen ergenlerde görülen depresif bozukluklar sıklıkla atlanmaktadır. Bunun en önemli nedeni, irritabilite, duygudurum değişiklikleri ve dalgalı gidiş gösteren depresyon belirtilerinin ergenlik dönem özellikleri olarak yorumlanabilmesidir.²⁰ Davranış bozuklukları, öfke patlamaları, evden kaçma, tekrarlayan kazalar, suça yönelim gibi durumlara ek olarak okul başarısızlığı, dikkat eksikliği, hiperaktivite, öğrenme güçlüğü ve okul reddi gibi belirtilerin ardında depresyon tespit edildiği birçok araştırma mevcuttur.²¹ Ergenlik depresyonunun belirgin özelliği irritabilite ve sinirlilik olarak gözlenmektedir. Bu durumun olgunlaşmamış biyolojik, psikososyal, bilişsel özellikler ve baş etme yetilerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.²²

2.1.3. Epidemiyoloji

Depresif bozuklukların hem çocuk hem de ergenler için engelliliğin önde gelen nedenlerinden olduğu bilinmektedir.²³ Majör depresif bozukluk 2008 yılında DSÖ tarafından dünya çapında hastalık yükünün üçüncü nedeni olarak belirtilmiş olup 2030 yılında birinci sırayı alacağı öngörülmektedir.²⁴ 2013 yılında yapılan Dünya Hastalık Yüğü Çalışmasında depresif bozuklukların 15-19 yaş grubunda yeti yitimine yol açan hastalıklar sıralamasında ikinci sırada olduğu saptanmıştır.²⁵ Çocukluk çağındaki MDB, genel olarak düşünülenenden daha yaygındır ve araştırmalar, nokta yaygınlığının %1-2 olduğunu öne sürmektedir.²⁶

Çocukluktan ergenliğe geçişte, başta depresyon olmak üzere bazı psikiyatrik bozuklukların görülme sıklığında artış bildirilmektedir.²⁷ Bir meta-analizde 13 yaşından küçük çocuklarda depresyon yaygınlığı %2,8, 13-18 yaş grubunda %5,7 olarak belirlenmiştir.²⁸ Bu sonuç, ergenlik dönemi ile birlikte depresyon yaygınlığının yaklaşık iki kat arttığını göstermektedir. Ebeveyn ve çocuk geribildirimleri baz alınarak yürütülen 2014 Ontario Çocuk Sağlığı Çalışmasında majör depresif dönemlerin 6 aylık prevalansı çocuklar (4-11 yaş arası) için ebeveyn geribildirimlerine göre %1,1 ve ergenler (12-17-yaş arası) için kendi geribildirimlerine göre %5,2; ebeveynlerinin geribildirimine göre ise %7,5 olarak bulunmuştur.²⁹

Ülkemizde ise prevalans çalışmaları genelde illerle sınırlıdır. Demir tarafından yürütülen ve İstanbul'da 3 okulda ilköğretim 4. ,5. sınıf ve ortaokul öğrencilerini kapsayan

çalışmada toplam depresif bozukluk prevalansı % 4,2 olarak bulunmuştur.³⁰ Aydın merkezli üç lisenin öğrencilerinde depresyon yaygınlığına bakılan bir çalışmada öğrencilerin %17,5'inin Çocukluk Depresyon Envanterinin kesme noktası olan 19 ve üzerinde puan aldığı bulunmuştur.³¹ İzmir'de 14-18 yaş arası 755 lise öğrencisi ile yapılan bir başka çalışmada ise öğrencilerin %41,9'unda depresif belirtilerin olduğu görülmüştür.³² Konya'da 7602 12-16 yaş arası ortaokul öğrencisinin katıldığı bir çalışmada her on öğrenciden birinde depresif semptomların olduğu bulunmuş; 14 yaşından büyük olma, düşük okul başarısına sahip olma, kız cinsiyet, ebeveynde kronik hastalık olması, düşük sosyoekonomik düzey risk faktörü olarak belirlenmiştir.³³ Toros ve arkadaşlarının Mersin'de 10-20 yaş arası 4256 öğrenci ile yaptıkları bir çalışmada ise öğrencilerin %12,55'inde depresif semptomlar olduğu görülmüştür.³⁴ İstanbul'da üç orta okulda yapılan bir çalışmada 1482 öğrenci Çocuk Depresyon Ölçeği ile incelenmiş; sonuçlara göre 320 öğrenciye K-SADS uygulanmıştır. Görüşme sonucuna göre 62 öğrenci depresyon tanısı almıştır ve prevalans %4,2 olarak belirlenmiştir.³⁵ Batıda bir ilçede 6 liseden 846 öğrencinin katılımıyla gerçekleşen bir çalışmada ise Beck Depresyon ölçeğine göre depresyon prevalansının %30,7 olduğu gösterilmiştir.³⁶ Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasında ise 15-24 yaş grubu erkeklerin %3,3'ünde, kadınların %5,1'inde depresyon olduğu belirlenmiştir.³⁷

2.1.4. Etiyoloji

Majör depresif bozukluğun biyolojik, genetik, çevresel ve psikososyal faktörleri içeren multifaktöriyel bir psikiyatrik hastalık olduğuna inanılmaktadır. MDB'nin nörobiyolojisine ilişkin anlayışımızdaki ilerlemelere rağmen, şu anda yerleşik hiçbir mekanizma hastalığın tüm yönlerini açıklayamamaktadır.³⁸ Depresyonun etiyojisine ilişkin mevcut görüş en iyi şekilde; kanser, hipertansiyon ve diyabet gibi diğer karmaşık hastalıklar için olana benzer prototipik bir genetik, epigenetik etkileşim modeli olarak özetlenmektedir.³⁹

Depresif bozukluğun etiyojisinde rol oynayan faktörler temelde biyolojik ve çevresel faktörler olarak ikiye ayrılabilir de bunlar arasında sıkı ilişkiler bulunması sebebiyle bu ayrımın çok da gerçekçi olamayacağına yönelik düşünceler mevcuttur.⁴⁰

2.1.4.1. Biyolojik Faktörler

Depresyonun etiyojisinde biyolojik açıdan; genetik, nörokimyasal, nöroanatomik ve nöroendokrin etkenler başta olmak üzere pek çok neden araştırılmıştır.

2.1.4.1.1 Genetik Etkenler

Depresyonun ortaya çıkmasında etkili olduğu gösterilen faktörlerden birisi genetik faktörlerdir. Yapılan aile ve evlat edinme çalışmalarında MDB hastalarının birinci derece akrabalarında depresyon riskinin arttığı ve biyolojik anne babasında depresyon olan evlat edinilmiş çocuklarda depresyona yakalanma riskinin daha fazla olduğu gösterilmiştir.^{41,42} MDB'nin aileler içinde kümелendiği bir asırdan fazla süredir bilinmektedir. MDB'li hastaların birinci derece akrabalarında MDB riski üç kat artmıştır ve bu bozukluk için kalıtsallık yaklaşık %35 olarak hesaplanmıştır.⁴³

MDB riski oldukça poligeniktir ve küçük etkilere sahip birçok gen içermektedir.⁴⁴ Gen analizi çalışmalarında en çok 1p, 3p, 4q, 7p, 8p, 11, 12q, 13q, 15q, 18q ve 21q kromozomlarında bulunan gen bölgeleri ile bağlantılı bulunmuştur.^{45,46} SERT geninde gözlenen kısa/uzun alel polimorfizmi en çok çalışılan genetik polimorfizmdir ve kısa alel taşıyan bireylerde depresyona yatkınlığın arttığı yapılan farklı meta analizlerdeki ortak sonuçtur.⁴⁷ Dopaminerjik sistem ile ilgili en tutarlı sonuçlar ise DRD4 (dopaminergic reseptör D4) ve DAT (dopamine transporter) genlerinde gözlenen VNTR (variable number of tandem repeat) polimorfizmlerinden elde edilmiştir.⁴⁸ Birçok çalışmada, BDNF (brain derived neurotrophic factor) genindeki Val66Met (a methionine substitution for valine at codon 66) polimorfizmi ile major depresyonun ilişkili olduğu gösterilmiştir.⁴⁷ Yazında belirtildiği üzere Met66 (methionine at codon 66) aleli BDNF salınımını bozarak strese duyarlılığa ve bu yolla da depresyona sebep olmaktadır.⁴⁹ Genetik polimorfizmin depresyon ile ilişkisini araştıran kapsamlı bir meta analizde APOE (apolipoprotein E), GNB3 (G protein subunit beta 3) ve MTHFR (methylene tetrahydrofolate reductase) genlerinde gözlenen genetik polimorfizmlerin depresyonla ilişkisi olduğu belirlenmiştir.⁵⁰ Histon modifikasyonu ve DNA (deoksiribonükleik asit) metilasyonu gibi epigenetik mekanizmalar da depresyona neden olabilmektedir.⁵¹ Ernst ve ark. (2009) depresyon sebebi ile intihar eden kişilerin astrosit hücrelerinde TrkB.T1 (truncated splice variant of tropomyosin-related kinase B) adlı metilasyonda rol oynanan molekülün azaldığını göstermişlerdir.⁵²

2.1.4.1.2 Nörokimyasal Etkenler

Monoamin nörotransmitterleri serotonin (5-hidroksitriptamin), noradrenalin ve dopamin, ilk olarak bir antihipertansif ilaç olan reserpin ile bu maddelerin seviyelerinin düştüğü ve bu ilaçları alan bazı hastalarda MDB geliştirdiği keşfedildikten sonra MDB ile ilişkilendirilmiştir. Monoaminlerin MDB'deki rolü, ilk antidepresan ilaçların - trisiklik antidepresanlar (TCA'lar) ve monoamin oksidaz inhibitörleri (MAOI'ler) – etki mekanizmalarının sorgulanmasıyla daha

da desteklenmiştir.⁵³ 1960'larda yeni antihistaminik ilaçlar geliştirmeye yönelik çalışmalar esnasında antidepressan özellikleri fark edilen imipramin gibi fenotiazin analoglarının keşfinden sonra, bu ilaçların etki mekanizmaları üzerinde çalışılarak monoamin hipotezi oluşturulmuştur. Monoamin hipotezi, monoamin nörotransmitterlerin eksikliğinin, depresyonun biyolojik etiyolojisindeki rolünü açıklamaya çalışan bir hipotezdir. Fakat, gerek yapılan araştırmalardaki çelişkili sonuçlar gerek hastaların bir kısmının monoamin geri alım inhibitörleri ile yapılan farmakolojik tedaviye yanıt vermemeleri yeni hipotezlerin geliştirilmesi gerektiğini göstermiştir.⁵⁴

Serotonin; duygurununun düzenlenmesinde, davranış inhibisyonunda, dürtüselliğin azaltılmasında, bellekte, nöroendokrin fonksiyonlarda ve uyku, iştah, libido gibi vejetatif işlevlerde görev almaktadır.⁵⁵ Postmortem beyin omurilik sıvısı (BOS) ve nöroendokrin çalışmaları, depresyonlu hastalarda serotonerjik nöronların aktivitesinde azalma olduğunu göstermektedir. Postmortem ve pozitron emisyon tomografisi (PET) görüntüleme çalışmalarından elde edilen yeni veriler, ilaçsız depresif hastaların orta beyin ve amigdalasındaki serotonin taşıyıcı (SERT) bağlanma bölgelerinin (seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) etki bölgesi) sayısında azalma olduğunu, bunun yanı sıra depresyon hastalarının hem presinaptik (orta beyinde) hem de postsinaptik (meziotemporal kortekste) 5-HT (5-hidroksitriptamin) reseptör alt tiplerinde bir azalmanın bulunduğunu göstermektedir.³⁹

Santral sinir sisteminde (SSS) noradrenerjik nöronların büyük bir kısmı 4. ventrikül tabanında bulunan lokus seruleusta yer almaktadır. Reseptörlerin SSS'de en yoğun olarak bulundukları yer ise hipotalamustur. Reseptörlerden $\alpha 1$ uyanıklık durumunda, $\alpha 2$ presinaptik oto reseptör sedasyon, postsinaptik olan ise dikkatin sürdürülmesinde önemlidir. β reseptörleri ise aktivatör nitelikte reseptörlerdir. SSS 'de bu sistemin aktivasyonu; dikkat kesilme, korku, alarm durumu ile kendini belli eden panik reaksiyonuna yol açarak anksiyete ve tremor oluşturur. Buna karşılık bu sistemin etkinliğinin azalması ise depresyon gelişiminde rol oynamaktadır.⁵⁶ Çünkü norepinefrin (NE) ve lokus seruleusun bilişsel işlevlerde, duygudurum, emosyonel durum ve davranışlarda önemli olduğu düşünülmektedir.⁵⁷ 5HT mevcudiyetini artıran ilaçlara benzer şekilde, nortriptilin ve reboksetin gibi NE geri alım inhibitörleri de etkili antidepressanlardır. Ayrıca, depresyon hastalarında yapılan nörokimyasal ve nöroendokrin çalışmalar MDB'li bireylerde sağlıklı bireylere göre lokus seruleusta nöronal yoğunluğun azaldığını gösterirken, intihar sonucu ölen depresyon hastalarında yapılan postmortem çalışmalar lokus seruleus hacminde de azalma meydana geldiğini göstermiştir.⁵⁸ Hem 5HT hem de NE nöronları üzerinde etkili olduğuna inanılan antidepressanların, yalnızca 5HT veya NE nöronları üzerinde etkili olanlardan daha etkili olup olmadığı tartışmalıdır;

ancak son metaanalizler, herhangi bir avantaj varsa da bunun nispeten küçük olduğunu göstermektedir.³⁹ Depresyonlu hastaların idrarında ve BOS’unda düşük seviyelerde NE metabolitleri bulunmuştur. Depresif olup intihar edenlerin korteksindeki postmortem beyin dokusunda artmış adrenerjik reseptör yoğunluğu saptanmıştır. Savunmasız bireylerde depresyonu tetikleyen stresin, beyindeki NE devrelerinin aktivitesini artırdığı ve depresyondaki bireylerde SSS’de artmış MAO-A (monoamine oxidase A) aktivitesinin olduğu saptanmıştır.⁵⁹

Dopaminerjik nöron gövdeleri arkuat nükleustan köken almakta ve en fazla ventral tegmental alanda yer almaktadır. Dopaminerjik sistemde, başlıca üç nöronal yolak bulunmaktadır: Bunlardan birincisi olan nigrostriatal yolak; motor fonksiyonun düzenlenmesinden, ikinci yol olan mezolimbik yolak; ödül ile motivasyondan ve sonuncu yol olan mezokortikal yolak ise çalışma belleği ve dikkatin toplanmasından sorumludur. Dopamin, mezolimbik nöronlardan salındıktan sonra limbik sistemin ödül, haz, bağımlılık merkezi olarak bilinen nükleus akumbense doğru geçmektedir. Bu nedenle dopamin hipotezinin ortaya çıkışı anhedoni (zevki deneyimleyememe) nin MDB’li hastalar tarafından tariflenen depresyonun en önemli patognomik bulgusu olması ile meydana gelmiştir.⁶⁰ Bazı araştırmacılar ise SSRI'lara ve SNRI'lara (seçici serotonin-norepinefrin geri alım inhibitörü) verilen yetersiz terapötik yanıtların, beyin DA (dopamin) devreleri üzerindeki göreceli etki eksikliğinden kaynaklanabileceğini öne sürmektedir.⁶¹ Hem postmortem doku hem de PET görüntüleme çalışmaları, azalmış DA taşıyıcı bağlanma bölgeleri ve artan postsinaptik DA D2/D3 reseptör yoğunluğunu ortaya çıkarmıştır, bu durum depresyonda DA'nın sinaptik mevcudiyetindeki bir azalmanın göstergesidir.⁶² Bu bulgular, monoamin oksidaz inhibitörleri, DA reseptörü agonistleri veya üçlü (5HT, NE ve DA) geri alım inhibitörleri (henüz araştırılmakta olan) gibi DA nörotransmisyonunu artıran tedavilerin, SSRI tedavisine yanıt vermeyenlere yeni bir yaklaşımı temsil edebileceğini düşündürmektedir.⁶³

Monoamin sistemi dışında diğer nörotransmitter sistemlerin de depresyon patogenezinde yer aldığına dair bazı kanıtlar vardır. Bunlar arasında glutamat-aminobütirik asit (GABA), P maddesi, beyin kaynaklı nörotrofik faktör (BDNF), tirotropin salgılayan hormon (TRH), kortikotropin salgılayan faktör (CRF), somatostatin, leptin ve asetilkolin içeren nöronlar yer almaktadır.⁶²

2.1.4.1.3. Nöroanatomik Etkenler

Beyin görüntüleme alanındaki gelişmeler, depresyon ile ilişkili beyin bölgelerinin ve ilgili devrelerin tanımlanmasına olanak sağlamıştır. Manyetik rezonans görüntüleme kullanılarak yapılan yapısal beyin görüntüleme çalışmaları, depresyonda çeşitli beyin bölgelerinin hacimlerinde değişiklikler olduğunu göstermektedir. En belirgin değişikliklerin hipokampal ve kaudat çekirdek boyutunda azalma ve hipofiz hacminde bir artış olduğu saptanmıştır.⁶⁴ Depresyon; limbik sistem ve serebrokortikal devrelerdeki anormallikler (frontal kortikal alanlarda azalmış aktivite ve amigdala ve diğer limbik bölgelerde artmış aktivite) ile karakterize edilmektedir. Subgenual singulat korteks çok önemli bir yere sahip olup SSRI'lar ve elektrokonvülsif terapiden sonra bu bölgenin aktivitesinde çarpıcı bir düşüş gözlenmektedir. Bu durum dirençli depresyon tedavisinde bu bölgenin derin beyin stimülasyonu için bir hedef olabileceğini göstermektedir.⁶⁵

2.1.4.1.4. Nöroendokrin Etkenler

Glukokortikoid hormonlar, stres durumunda hipotalamus- hipofiz- adrenal (HPA) eksen aracılığı ile salınmaktadır. Hipotalamus- hipofiz-adrenal (HPA) eksen MDB'de en çok araştırılan biyolojik sistemler arasındadır.⁶⁶ MDB'li hastalarda kortizol düzeylerinin arttığı sonucuna varılmıştır.⁶⁷ Ayrıca prospektif birkaç çalışma; artan kortizol düzeylerinin, risk altındaki popülasyonlarda MDB için bir risk faktörü olduğunu göstermiştir.⁶⁸ HPA değişikliklerinin depresyonlu hastalarda bozulmuş bilişsel işlev ile ilişkilidir ve melankolik ve/veya psikotik özellikleri olan ağır depresif hastalarda daha yaygın ve belirgin olduğu bildirilmiştir.⁶⁹ İngiltere’de birinci basamak sağlık hizmetlerinin veri tabanına kayıtlı kişilerle yapılan bir çalışmada sentetik glukokortikoid reçete edilen ve edilmeyen kişiler nöropsikiyatrik hastalık açısından karşılaştırılmış; sentetik glukokortikoid reçete edilen hastalarda intihar (yaklaşık yedi kat), MDB (yaklaşık iki kat), mani (yaklaşık dört kat); deliryum veya konfüzyon (yaklaşık 5 kat) riskinde artış gözlenmiştir.⁷⁰

MDB hastalarında tedavi süresince ise kortizol düzeyleri düşmektedir.⁷¹ MDB'li hastalarda beyin omurilik sıvısında (BOS) artan CRH seviyeleri gösterilmiş ve bu bilgiye dayalı yürütülen birkaç randomize kontrollü çalışmada, MDB tedavisinde CRH antagonistlerini incelemiş ancak tedavide etkinliği gösterilememiştir.⁷² Metirapon gibi glukokortikoid düşürücü bileşiklerin kullanıldığı klinik deneyler de karışık sonuçlar vermiştir.⁷³ Mineralokortikoid reseptör agonisti olan fludrokortizonun, bir randomize kontrollü çalışmada standart antidepresanların etki başlangıcını hızlandırdığı,⁷⁴ ve deneysel bir çalışmada da MDB hastalarında bilişsel işlevi iyileştirdiği gösterilmiştir.⁷⁵ Psikotik özellikli MDB’de,

glukokortikoid reseptör antagonisti mifepristonun (RU-486 olarak da bilinir) psikotik semptomları iyileştirdiği ancak terapötik kan seviyelerine ulaşmak için çok yüksek dozların gerekebileceği bulunmuştur.⁷⁶ Özetle, MDB'de HPA değişikliklerine ilişkin kanıtlar henüz yeni tedavilerin oluşturulmasında yetersiz görünmektedir.

Hipotalamik-Pitüiter-Tiroid (HPT) Eksenini bozuklukları MDB'nin etiyolojisinde araştırılan nöroendokrin alanlardan bir diğeridir. Tiroid hormonları hemen hemen tüm organ sistemlerinin işlevlerinde; özellikle beslenme metabolizmasında, ısı regülasyonunda, tüm vücut dokularının gelişiminde ve fonksiyonunda rol oynamaktadır. Bu primer endokrin fonksiyonunun yanı sıra TRH'nın; nöronal eksitabilite, davranış ve nörotransmitter regülasyonunda doğrudan etkisi bulunmaktadır. Hipertiroidizmde genellikle anksiyete, yorgunluk, depresyon, emosyonel labilite ve ajitasyon, hatta nadiren psikoz semptomları gözlenir. Gözlenen bu psikoz semptomları genellikle paranoya şeklindedir. Hipotiroidizmde ise psikomotor yavaşlama, yorgunluk, azalmış libido, depresif mizaç, intihar eğilimi, demans benzeri durum ve sekonder psikotik semptomlar gözlenmektedir.⁵⁷ Depresyonlu hastaların yaklaşık olarak % 25 'inde dışardan verilen TRH'ye TSH cevabının yetersiz olduğu gözlenmiştir.⁷⁷ Bir görüş; depresyondaki primer olayın TRH hipersekresyonu olduğu, TSH düşüklüğünün ve TRH'ye kör TSH cevabının hipotalomik TRH salınmasına sekonder olarak, hipofizer TRH reseptörlerinden gelişen duyarlılık azalmasına bağlı olduğu yönündedir. TRH hipersekresyonunun primer bir patoloji mi yoksa depresyonu tedavi etmek için oluşan kompensatuar bir mekanizma mı olduğu da tartışmalı bir konudur. Nitekim, depresyonlu hastalarda TRH'nın SSS'ne direkt olarak verilmesinin akut fakat kısa süreli bir antidepresan etkiye yol açtığı bulunmuştur.⁵⁷

Büyüme hormonu (GH) ise depresyonda etkisi araştırılan bir hormondur. Gelişim ve puberte için önemini bildiğimiz büyüme hormonunun bazı stres olaylarıyla seviyesinin azaldığı, major depresif bozukluğu ve distimik bozukluğu olan hastaların büyük yüzdesinde GH eksikliği olduğu bilinmektedir. Bazı prepubertal ve erişkin major depresyonu olan hastalar, insülin tolerans testi sırasında büyüme hormonu salgılatıcı hormon (GHRH) hiposekresyonu göstermektedirler. Bu durumun kolinerjik ve serotonerjik mekanizmalardaki değişikliği yansıttığı ifade edilmiştir.⁵⁷ Çocuk ve ergenlerde GH ile depresyon arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada; artmış nokturnal GH salınımı, başka bir çalışmada ise; azalmış nokturnal GH salınımı bildirilmiştir.⁷⁸

2.1.4.2. Çevresel Faktörler

MDB ile başvuran çocukların büyük çoğunluğunun; aile uyumsuzluğu, ev içi şiddet, fiziksel ve cinsel istismar, okul güçlükleri (ör. zorbalık, akademik başarısızlık) veya sosyal izolasyon gibi uzun süredir devam eden psikososyal stresörler yaşadığı saptanmıştır.⁷⁹

Çocukluk çağı travmatik deneyimleri maalesef toplumumuzda ve dünya çapında yaygındır. Çeşitli araştırmalar, depresyon gibi duygudurum bozukluklarının ortaya çıkışının çocuklukta meydana gelen stresli yaşam olaylarından etkilendiğini göstermiştir.^{80,81} Farklı sosyoekonomik düzeylerden yaklaşık 2000 kadınla yapılan toplum temelli bir çalışmada, çocuklukta fiziksel veya cinsel istismar öyküsü olanlarda depresyon ve anksiyete riski ve böyle bir geçmişi olmayan kadınlara göre uyuşturucu kullanımı veya intihara teşebbüs etme olasılıkları daha yüksek bulunmuştur.⁸¹ Erken yaşam travmasının depresyonun klinik seyrini de etkilediği gösterilmiştir. Çocukluk travması öyküsü olan depresyonlu hastalarda daha düşük remisyon ve iyileşme oranları, daha uzun depresyon dönemleri, daha kronik bir hastalık seyri ve daha erken başlayan depresif belirtiler vardır.⁸²

Çocuklar zamanlarının çoğunu ebeveynleri ve diğer aile üyeleri ile geçirdikleri için aile ortamı, çocuk ve ergenlerde depresyon gelişiminde önemli bir rol oynar. Çocuklukta aile problemleri, genellikle daha sonraki ruhsal sağlık sorunlarıyla bağlantılıdır.⁸³ Ebeveyn ruh sağlığı sorunları (özellikle annelerinki) ergen depresyonu riskinin artmasıyla da ilişkilidir.⁸⁴ Araştırmacılar, bir ebeveynin depresyonunun çocuklarında depresyonun başlamasına katkıda bulunan dört olası mekanizma tanımlamışlardır: genetik kalıtım, çocukta doğuştan işlevsiz nöro-düzenleyici mekanizmalar, çocuğun olumsuz ebeveynlik modellerine maruz kalması ve çocuğun hayatındaki stresli durumlar.⁸⁵ Çocuğun depresyonu için aile ile ilişkili predispozan faktörlerin şunları içerdiği gösterilmiştir: tek ebeveynlik, ebeveynin düşük eğitim düzeyi, ebeveynde işsizlik ve çocuklukta olumsuz yaşam olayları.^{86,87} Shonkoff ve arkadaşlarının (2012) yapmış olduğu bir çalışmaya göre çocukluk dönemindeki olumsuz deneyimler; beyindeki nörokimyasal devreleri ve organ fonksiyonlarını bozup enflamatuvar belirteçlerin seviyesini artırarak toksik stres oluşturabilmekte ve bu etkiler biriktiğinde çocukluk çağı depresyonu riskini artırabilmektedir.⁸⁸ Uzun süreli zararlı ebeveynlik kalıpları, çocuğun gelişmekte olan beyin yapısını olumsuz etkileyerek çocuğun davranışı ve genel stres düzeyi üzerinde uzun süreli etkilere neden olabilmektedir.⁸⁹

2.1.5. Eşlik Eden Psikopatolojiler

Ergenlerde MDB'ye eşlik eden ruhsal bozukluklar açısından alan yazın değerlendirildiğinde MDB tanısı alan ergenlerin %40- 90'nında en az bir ruhsal bozukluğun, yaklaşık %50'sine ise iki veya daha fazla ruhsal bozukluğun tabloya eşlik ettiği görülmektedir.⁹⁰ Çalışmalarda MDB ile birlikte en sık görülen bozukluklar, kaygı bozuklukları (çocuklarda ayrılık kaygısı bozukluğu, ergenlerde sosyal fobi ve yaygın anksiyete bozukluğu öncelikli olmak üzere), distimik bozukluk, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), karşıt olma karşı gelme bozukluğu, davranım bozukluğu, alkol ve madde kötüye kullanımı olarak bildirilmiştir.⁹¹

2.1.6. Tedavi

Yaygın bir hastalık olmasına rağmen MDB özellikle yakın döneme kadar çocuk ve ergenlerin hastalığı olarak görülmediği için MDB'de kanıta dayalı tedavi yöntemleri çocuklar için kısıtlı olup hastalık yetersiz tedavi edilebilmektedir.⁹² Psikoterapi ve ilaç tedavileri temel tedavi seçeneklerini oluşturmaktadır.⁹³ En uygun yaklaşıma karar vermede çocuğun bilişsel ve duygusal gelişim düzeyinin belirlenmesi önemli görülmektedir. Örneğin, okul öncesi dönemdeki depresif çocuklarda oyun terapisi ve ebeveyn eğitimi muhtemelen en uygun yöntemlerken, daha büyük çocuklar ve ergenlerde psikodinamik veya bilişsel davranışçı terapi daha uygun olmaktadır.⁹⁴

MDB tanısı alan tüm ergenlerde psikoeğitim tedavinin ilk basamağını oluşturmaktadır. Bunlar başa çıkma becerileri eğitimi, kişiler arası terapi, bilişsel davranışçı terapi (BDT), psikodinamik terapi ve aile terapisi olarak özetlenebilir.⁹² Genel olarak hafif şiddette MDB'si olan ergenlerde psikososyal çevre düzenlemeleri ve destekleyici psikoterapi yeterli olabilmektedir.⁹⁵ Önemli derecede işlevsellik kaybı, aktif intihar düşüncesi ve davranışları olan orta-ağır şiddette depresyon ya da tekrarlayıcı MDB atakları olan ergenlerde ise en uygun tedavinin BDT ve farmakoterapinin birlikte uygulanması olduğu belirtilmektedir.⁹⁶

Birinci basamak müdahaleler olarak belirtilmesine rağmen, depresyonu olan çocuklar için etkili psikososyal tedaviler eksiktir. Depresif semptomları olan ergenlik öncesi toplum örneklemi arasında BDT'nin tedavisiz kontrol grubuna göre etkinliğine yönelik köklü kanıtlar olmasına rağmen⁹⁷, BDT'yi diğer tedavilerle (gevşeme eğitimi, destekleyici terapi, yönlendirilmiş terapi) karşılaştıran az sayıda çalışma çocukların depresif semptomlarını azaltmada hiçbir fark bulamamıştır.⁹⁸ Bu çalışmaların şüpheli bulguları, depresyonlu çocukların tedavilerine ebeveynlerin dahil edilmesinin gerekliliğini göstermektedir. Çocuklar genellikle bir aile bağlamına ait olduklarından ve bakım, destek için ebeveynlerine bağımlı

olduklarından, çocukluk depresyonunun tedavisine ebeveyn katılımı kritik bir önem taşımaktadır.⁹⁹ Aile temelli müdahaleler, çocuklarda depresyonla ilişkili risk faktörlerini (yüksek düzeyde aile çatışması, düşük düzeyde aile bağlılığı ve uyumsuz ebeveyn-çocuk iletişimi vb.) azaltarak iyileşmeye katkı sunmaktadır.⁹¹

2.1.7. Prognoz

Ergenlerde depresyon, erken dönemde pek çok akut probleme neden olur ancak bu ergenler aynı zamanda çok çeşitli uzun vadeli, olumsuz sağlık sonuçları açısından da yüksek risk altındadırlar.¹⁰⁰ Çalışmalar, çocuk ve ergenlerin çoğunda ilk MDB dönemi sonrası iyileşme görüldüğünü ancak yineleme oranlarının yüksek olduğunu ve ergenlerin bir kısmında kronikleşme olabileceğini düşündürmektedir. Yineleme oranları düzelme sonrası ilk 2 yıl için %20-60, 5 yıl içerisinde ise %70 olarak bildirilmiştir.²⁰

Kötü uzun vadeli sosyal sonuçlar da ergenlik dönemindeki depresyonda görülebilmektedir. Depresyon tanısı olanlarda orta okulu bırakma, işsizlik, erken gebelik ve ebeveynlik riskinde artış tanımlanmıştır. Ayrıca, orta öğretim sonrası eğitime devam etme olasılıkları daha düşük bulunmuştur.¹⁰¹ Çocukluk ve ergenlikte başlayan depresyon; bireyler, aileler ve toplum üzerinde bir yük oluşturarak yetişkinliğe kadar devam edebilmektedir.¹⁰¹ Yakın tarihli bir sistematik gözden geçirme, depresyonu olan ergenlerin, depresyonu olmayan ergenlerle karşılaştırıldığında, yetişkinlikte depresyon geliştirme olasılığının yaklaşık 2,5 kat daha fazla olduğunu bulmuştur.¹⁰² Ergenlik döneminde depresyon öyküsü olanlar, yetişkinlikte intihar düşüncesi, girişimi ve intiharı tamamlama riski altındadır.¹⁰³ Psikiyatrik hastalığı olmayan kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, ergenlikte başlayan MDB tanısı olanlarda yetişkinlikte yüksek oranda intihar (%7,7); ilk intihar girişimi riskinde 5 kat, MDB riskinde 2 kat artış; psikiyatrik ve tıbbi hastaneye yatışların artması; iş, sosyal ve aile yaşamında işlevsellikte bozulma görülmektedir. Ergen MDB'si olanların %37'si yetişkinlikte bir MDB epizodu yaşamazken kontrol grubunda bu oran %69 olarak bulunmuştur.¹⁰⁴

2.2. İntihar

2.2.1. Tanımı ve Özellikleri

İntihar kavramı içerisinde; intiharla ilgili düşünceler, intihar girişimleri ve tamamlanmış intiharlar yer almaktadır. İntiharla ilgili düşünceler; bir kişinin ölme isteğini yansıtan ifadeler kullanması, intihar girişimleri ise ölüm niyetiyle bireyin kendisine zarar verici ya da kendisini yaralayıcı davranışlarda bulunması anlamına gelmektedir; tamamlanmış intiharlar ölümlü sonuçlanan intihar girişimleri olarak tanımlanmaktadır.¹⁰⁵

2.2.2. Epidemiyoloji

Ergenlik, hem fiziksel hem de bilişsel olarak önemli değişimlerin yaşandığı, duygusal ve davranışsal sorunların arttığı bir dönemdir. İntihar düşüncesinde çocukluktan ergenliğe doğru çarpıcı bir artış gerçekleşir.¹⁰⁶ Yakın zamanda (2016) yapılan bir çalışmada intihar düşüncesinin en yoğun olarak özellikle ilk ve orta ergenlikte yaşandığı bulunmuştur.¹⁰⁷ Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) intihar, 10- 14 yaş grubu ergenler arasında görülme sıklığı açısından kazalar, kanser ve cinayetlerin ardından dördüncü sırada ölüm nedeni olarak sayılırken, 15-24 yaş grubundaki ergenler arasında ise kazalar ve cinayetlerin ardından üçüncü ölüm nedeni olarak yer almaktadır.¹⁰⁸ ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) 10-14 yaş arası çocuklarda intihar nedeniyle ölümlerin 2007'den 2014'e kadar iki kat artış gösterdiğini bildirmiştir.¹⁰⁹

Türkiye'de ise bu oranlar ABD'ye göre daha düşük olmakla birlikte intihar girişiminde bulunanların büyük çoğunluğunu 15-19 yaş arasındaki gençler oluşturmaktadır.¹¹⁰ Türkiye'de Eskin'in yapmış olduğu bir çalışmada liselerde öğrenim gören gençlerin %10.9'unun yaşamları boyunca en az bir kez intihar girişiminde bulunduğu belirlenmiştir.¹¹¹

2.2.3. Risk Faktörleri

Biyolojik, klinik, psikolojik, sosyal, kültürel açıdan risk oluşturan ve koruyucu faktörlerin etkileşiminin son ürünü olan intihara giden yollar karmaşıktır.¹¹² İntihar için risk faktörlerine ilişkin bilgi son yıllarda belirgin bir şekilde artmasına rağmen¹¹², intiharı tahmin etme becerimiz şu anda 50 yıl öncesine göre daha iyi bir noktada görünmemektedir.¹¹³ İntihar davranışının önceki intihar davranışının ötesinde en güçlü yordayıcısı intihar düşüncesidir.¹¹⁴ İntihar düşüncesi, ergenlerde intihar girişimi ve intihara bağlı ölüm riskini artırmakla kalmaz; okul devamsızlığı, kötü psikososyal işlevsellik, duygudurum bozuklukları ve dışsallaştırma bozuklukları gibi bir dizi tablo için de önemli bir belirteçtir.³ Ergen intiharlarının nedenleri incelendiğinde; depresyon, madde kullanımı, iletişim bozuklukları gibi psikopatolojik faktörlerin; ailenin intiharla ilgili geçmişi, ailedeki psikiyatrik rahatsızlıklar, işlevsel olmayan anne baba tutumları gibi ailesel faktörlerin; serotonin salgısının azalması gibi biyolojik etkenlerin; istenmeyen gebelik, okul başarısında düşüklük, arkadaşlarla kavga etme, sevgiliden ayrılma gibi durumsal risk faktörlerinin rol oynadığı görülmektedir.¹⁰⁸ Psikopatoloji, özellikle depresif ve dürtüsel özellikler; intihar düşüncelerinin en güvenilir yordayıcılarından kabul edilmektedir.¹⁰⁶

Ergen yaş grubunda intihar düşüncesi riskini ölçerken aile işleyişinin de dikkate alınmasının önemli olduğu tespit edilmiştir. Aile disfonksiyonu, hem normatif hem de klinik

örneklerde tutarlı bir şekilde intihar düşüncesi ile ilişkilendirilmiştir.¹¹⁵ Genel olarak, pek çok bulgu, olumsuz ve işlevsiz ev ortamlarına maruz kalan gençlerin, intihar düşüncesi de dahil olmak üzere sonraki intihar davranışı açısından önemli ölçüde daha yüksek risk altında olduğunu göstermektedir.¹¹⁶ Aile içerisinde yaşanan olumsuzluklar ergenin ruh sağlığı üzerinde önemli etkiye sahiptir. Genç her ne kadar bağımsızmış, yetişkinmiş gibi görünse de aslında aileye ve onun sağlayacağı koşullara ihtiyaç duymaktadır. Aile ortamındaki bozukluk yetişkinlik ve gençlikteki intihar davranışıyla yakından ilgili görünmektedir.¹¹⁷ Bazı gençlerden zeka, beceri ve deneyimlerinin üzerinde başarı beklenmesi ve bu başarıyı gösterememesinin genç açısından aile sevgisini kaybetmekle eşdeğer algılanması da intihar nedeni olabilmektedir.¹¹⁸

Akran ilişkilerinin de intihar düşüncesi artışında rol oynadığına dair önemli kanıtlar bulunmaktadır.¹⁰⁰ Ancak akran ilişkilerinin intihar düşüncesine etkisini inceleyen çalışmalar az sayıdadır. Giletta ve ark. (2015), iki yıl boyunca 565 ergen arasında intihar düşüncesinin yordayıcılarını incelemiştir. Tanımlanan üç grup arasında (yüksek, düşük ve orta şiddetli intihar düşüncesi), yüksek şiddetli gruptaki ergenler, arkadaş desteği zayıf veya arkadaşsız olan ergenler olarak bulunmuştur.¹¹⁹

İntihar davranışı için önemli bir risk faktörü olarak görülen intihar düşüncelerinin madde kullanım davranışı olan ergenlerde daha fazla olduğu görülmektedir.¹²⁰ Kız ergenlerde depresyonun intihar riskiyle doğrudan ilişkili olduğu, erkek ergenlerde ise depresyonun madde kullanımına zemin hazırladığı ve daha sonra intihar riskinin arttığı ileri sürülmüştür.¹²¹

Erken çocuklukta fiziksel ve cinsel istismara uğrama, anne-baba ihmali gibi travmatik yaşantıların erişkinlikte intihar riskini artırdığı bildirilmektedir.¹²² Yapılan bir metaanaliz çalışmasında istismar geçmişi, intihar düşüncesi için en önemli beş prediktörden biri olarak gösterilmiştir.¹²³

Tüm bu risk faktörleri göz önüne alınarak bir sınıflama yapmak gerekirse; geçmişte depresyon nedeniyle intihar girişiminin bulunması, ergenin yoğun duygular yaşamasına neden olan bir tetikleyici durum yaşaması, yargısının bozulmasına neden olabilecek alkol, madde kullanımı ve öldürücü yöntemlere erişimini sağlayan bir ortam bulması intihara giden sürecinin basamakları olarak belirtilmektedir.¹²⁴

2.2.4. Prognoz ve Tedavi

İntihar düşüncesinin başlama yaşı, sıklığı ve süresi ergenler arasında gelecekteki intihar girişimlerini yordamaktadır.¹²⁵ Prinstein ve arkadaşları (2008), ergenlerden oluşan bir klinik örnekleimde intihar düşüncesinin zamansal seyri hakkında araştırma yapmışlardır. Elde ettikleri sonuçlar, bir yataklı servisten taburcu edilen ergenler için ortalama intihar düşüncesi seyrinin, ilk 6 ayda düşüş gösterdiği sonraki yılda yeniden ortaya çıktığı yönündedir.¹²⁶ Czyz, Liu ve King (2012) yaptıkları bir çalışmada yakın zamanda hastaneye kaldırılan 338 ergeni 1 yıl boyunca izlemişler ve aile bağlılığındaki artışların 1 yıllık takipte daha az şiddette intihar düşüncesini öngördüğünü, ancak yalnızca tek bir intihar girişimi öyküsü olan kişiler için bu ilişkinin geçerli olduğunu bulmuşlardır.¹²⁷

İntihara yönelik tedavi yaklaşımları koruyucu, farmakolojik ve psikoterapötik yaklaşımlar olarak sınıflandırılabilir. Koruyucu yaklaşımda okullar, işyerleri gibi toplu yaşam alanlarında yapılacak müdahaleler önemlidir. Pratisyen hekimlere yönelik, depresyon tanı ve tedavisini içeren eğitim programlarının intihar sıklığını azaltabileceği gösterilmiştir.¹²⁸ İntihara yönelik spesifik bir ilaç tedavisi bulunmamaktadır. Yapılan randomize kontrollü çalışmalarda, depresyon tedavisinde kullanılan antidepresanların 25 yaş ve üstünde intihar düşüncesini azalttığı gösterilmiştir.¹²⁹ 25 yaş altında antidepresan tedavisinin ise intihar olaylarına ilişkin riski 1%-2% oranında değiştirdiği belirtilmiştir.¹³⁰ Antidepresanlar dışında; lityum¹³¹, glutamaterjik bir ajan olan ketamin¹³² ve antipsikotik ilaçlardan klopazinin¹³³ intihar düşüncesi ve girişimlerinde azalma ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Farmakolojik tedavilere ek olarak; elektrokonvulziv terapi, yüksek intihar riski bulunan depresif hastalarda etkili bulunmuştur.¹³⁴ Tekrarlayan intihar girişimlerine yönelik en çok çalışılan psikoterapi yönteminin ise Diyalektik Davranış Terapisi (DDT) olduğu görülmektedir.¹³⁵

2.3. Ebeveyn Tutumları

2.3.1. Tanım ve Sınıflama

Aile; bireyin doğduğu, ilk sosyal deneyimlerini kazandığı ve sonraki yıllar için kişiliğinin temellerinin atıldığı yerdir. Bireyin kişilik temellerinin atıldığı ailede sağlanan öğrenme deneyimleri ve edinilen rol modeller, olumlu toplumsal davranış ve değerlerin geliştirilmesinde önemli bir yere sahiptir.¹³⁶ Ebeveyn Tutumu; anne-baba ve çocuğun birbirleriyle etkileşimini ifade eden ve bu etkileşim sonucu ortaya çıkan davranışlar bütünüdür. Bu tutumlar çocukların diğer insanlarla ilişkilerini belirlemekte ve öfke, sevgi gibi duygularının şekillenmesini sağlayarak kişiliklerinin oluşumunda anahtar bir rol

oynamaktadır. Ana babaların eğitim seviyesi, maddi durumları, yaşları, çocuklarının cinsiyeti gibi etkenler, tutumları konusunda belirleyici etkiye sahiptir.¹³⁷

Ebeveyn tutumlarına yönelik olarak Baumrind'in 1970'lerde yapmış olduğu sınıflama, bu alanda yapılan çalışmalara temel oluşturmaktadır. Baumrind okul öncesi dönemdeki çocukları ev ortamında gözlemleyerek, laboratuvar ortamında ebeveyn-çocuk iletişimine odaklanarak ebeveynliğin şu dört özelliğini incelemiştir: ebeveyn kontrolü, ebeveyn desteği, çocuktan olgunluk beklentisi, ebeveyn-çocuk iletişimde açıklık. Araştırmacı, bu özelliklere dayanarak üç farklı ebeveynlik tarzı olduğunu öne sürmüştü ve bu tarzları "otoriter", "demokratik" ve "izin verici" olarak sınıflandırmıştır.¹³⁸

1983 yılında Standford Üniversitesi'nden Eleanor Maccoby ve John Martin adlı araştırmacılar, Baumrind'den farklı olarak ebeveynliği, ebeveynin çocuğu kabulü (duyarlılığı) ve çocuğa yönelik talepkârlığı boyutları açısından incelediler ve buna dayanarak Baumrind'in sınıflandırmasındaki "izin verici ebeveynlik tutumu" nu ikiye ayırdılar. Böylece Baumrind'in ebeveynlik stillerini dört ebeveynlik tarzı içerecek şekilde yeniden geliştirdiler: "otoriter", "demokratik", "izin verici-hoşgörülü", "izin verici-ihmkâr".¹³⁹

Otoriter ebeveynlik; ebeveyn ve çocuklar arasında pek görüş alışverişi olmaması, çocukların kendilerine söyleneni koşulsuz kabul etmelerinin beklenmesidir. Türkiye'de ağırlıklı olarak geleneksel otoriter ebeveyn tutumları görüldüğü ancak sosyo-ekonomik düzeyin artması ve köyden kente göçle beraber daha demokratik ebeveyn tutumlarının benimsendiği ifade edilmektedir.¹⁴⁰

Demokratik ebeveynlik; çocuklara karşı sabırlı ve ilgili olunması, uyulması gereken kuralların açıkça nedenleriyle beraber ifade edilmesi ve çocuğun kabahatli olması durumunda ise ebeveynlerin yol gösterici ancak kontrolü elinden bırakmayan bir tavır sergilemeleridir.¹⁴⁰

İzin verici-hoşgörülü ebeveynlik, çocuklara yüksek düzeyde ilgi ve sıcaklık gösterilmesi ancak onlara sınır konulmamasıdır. İzin verici-ihmkâr ebeveynlik ise çocuklara sınır konulmazken ilgi ve sıcaklık da gösterilmemesi adeta ebeveynliğe ayrılmak vakit bulunmamasıdır.¹⁴¹

2.3.2. Ebeveyn Tutumlarının Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri

Diana Baumrind'in 1968 tarihli çalışmasında, otoriter ailede yetişen çocukların mutsuz, kaygılı, saldırganlık davranışı gösterme eğilimi yüksek olduğu görülmüş; diğer araştırmacıların yaptığı çalışmalar da bu fikri desteklemiştir. Örneğin; Maccoby ve Martin'in yaptığı çalışmalarda demokratik ailelerde yetişen çocukların, otoriter ve izin verici ailelerde yetişenlere kıyasla, akademik yeterlilik, sosyal olgunlaşma, benlik saygısı ve ruh sağlığı gibi

ölçümlerde daha yüksek puan aldıkları görülmüştür.¹³⁹ Lamborn ve arkadaşları 1991'de yaptıkları çalışmada; ebeveynlerini demokratik olarak değerlendiren ergenlerin akademik yeterlik ve psikososyal gelişiminin yüksek, problemli davranışlarının düşük olduğunu ortaya koymuştur.¹⁴² Dornbusch ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada da ergenin akademik başarısı ile ana-babanın demokratik ebeveynlik tutumu arasında olumlu yönde ilişki gösterilmiştir.¹⁴³ Lima ve arkadaşlarının (2010) ebeveyn-çocuk ilişkisi ve çocukların yetişkinlik dönemindeki psikiyatrik belirtileri arasındaki ilişkiyi inceledikleri bir derleme çalışmasında, ebeveyn ve çocuk arasındaki güçlü duygusal bağın ve ebeveyn tarafından çocuk özerkliğinin desteklenmesinin çocukların ilerleyen zamanda psikiyatrik belirtiler geliştirmesine karşı koruyucu faktörler olduğu bulunmuştur.¹⁴⁴

2.3.2.1 Ebeveyn Tutumları ve Majör Depresif Bozukluk İlişkisi

Hem kadın hem erkeklerde, aile ilişkisi ve yetişkinlik dönemi depresyon bozukluğu arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur.¹⁴⁵ Ebeveynlerinden sevgi olmadan kontrol davranışları deneyimleyenlerde ergenlikteki depresyon riskinin daha yüksek olduğu gözlenmektedir.¹⁴⁶ Lima ve arkadaşlarının (2010) derleme çalışmasında, işlevsel olmayan ebeveyn-çocuk ilişkisi ve yetişkinlikteki psikiyatrik belirtiler arasında (depresif belirtiler dahil) ilişki olduğu ortaya konmuştur. Düşük duygusal bağlanma ile kendini gösteren ebeveynin ihmali ve müdahaleci davranışla kendini gösteren olan aşırı koruyucu tutum, depresyonla ilişkili bulunmuştur.¹⁴⁴

2.3.2.2 Ebeveyn Tutumları ve İntihar İlişkisi

Çocukluk dönemindeki ebeveyn-çocuk arasında nitelikli, destekleyici, geliştirici ve besleyici ilişkilerin varlığı; ergenlik dönemindeki davranışların yönü için önemli göstergelerden biridir.¹⁴⁷ Ebeveynlerinden ilgi ve sıcaklık algılayan çocukların, soğuk ve baskıcı ailelerde büyüyen çocuklara oranla olumlu psikolojik özellikler ve davranışlar geliştirdiği gözlenmektedir.¹⁴⁸

Keitner ve Miller'ın depresyon gelişimi ve prognozunda ailenin önemini gözden geçirdikleri çalışmalarında ise aile işlevselliğinin depresyon gelişimi, prognozu, nüks oranları ve intihar davranışlarında rol oynadığı belirtilmiştir.¹⁴⁹ İntihar girişimi olan gençlerle yapılan çalışmalarda ana-baba arasındaki çatışmaların yoğun, çocuk yetiştirme tutumlarının ise tutarsız olduğu görülmektedir. Gençler sorunlarını aileleriyle paylaşmadıklarını, ailelerinden destek göremediklerini, iletişim güçlüğü yaşadıklarını düşünmektedir. Gençlerin ana babalarını sert, sevgisiz, reddedici algıladıkları görülmektedir.^{150,151}

Literatür gözden geçirildiğinde; intihar davranışı gösteren gençlerin ailelerinde anne ve babanın kendi özerkliklerini elde edemedikleri, kendi ailelerinden ayıramadıkları; öz değeri düşük, yetersiz, kolay incinebilen, intihar riski yüksek ve bağımlılık sorunları olan ebeveynler oldukları gözlenmektedir.¹⁵² İntihar girişiminde bulunan gençler, bulunmayanlara göre aile işlevlerini bozuk olarak algılamaktadır. Palabıyıkoglu ve arkadaşları (1991) tarafından yapılan bir çalışmada intihar girişiminde bulunan bireylerin aile işlevlerini nasıl algıladığı ve normal gruptan farklılığı incelenmiştir. İntihar girişiminde bulunan gençler ailelerinde hoşgörü, destek, sevgi ve ilgi yetersizliği algılamaktadırlar. Problem çözümünde yetersiz olarak algılanan bu ailelerde psikolojik ve sosyal tehditler karşısında katı ve düzensiz bir tavır takınılmaktadır.¹⁵³

2.4. Bağlanma

2.4.1. Tanım

Bağlanma, bebek ile birincil bakım veren kişi arasında gelişen ve bebekte güven duygusunu yerleştiren güçlü bir bağıdır.¹⁵⁴ Anne ve bebek arasındaki sıcak duygular, özellikle korkulu ve stresli anlarda birbirlerine sağladıkları rahatlık ve destek; bağlanmayı oluşturur. Bağlanma iki taraflı bir ilişkidir ve her iki tarafın da birbirinin ihtiyaçlarını karşılaması ile gelişir.¹⁵⁵

2.4.2. Bağlanmanın Gelişimi

Anne-bebek ilişkisindeki ilk süreç, açlık ve susuzluk gibi fizyolojik ihtiyaçların giderilmesidir. Daha sonra annenin bebeği ile geçirdiği zamanın süresi ve bu zaman dilimini nitelik olarak nasıl geçirdikleri önem kazanmaktadır. Bebeğin sosyal ve duygusal açıdan gelişebilmesinde, mevcut bağın kuvvetlenmesinde annenin duyarlılığı oldukça önemlidir.^{156–158} İnsan yavrusu, biyolojik açıdan daha yetersiz olması nedeniyle yaşamını sürdürebilmek için diğer türlerin yavrularına oranla çok daha uzun süre anne-babasının doğrudan yardımına muhtaçtır. Bu muhtaçlık da bağlanma ihtiyacını doğurur. Yani sadece fiziksel ihtiyaçlarının karşılanması gelişim için yeterli olmamaktadır. Doğumdan hemen sonra, hatta son dönem yapılan çalışmalara göre doğumdan önce başlayan bağlanma; meme arama, başı döndürme, emme, yutma, yakalama, parmak emme, anneye doğru yönelme, beslenme saatlerini sezme ve hazırlanma şeklinde kendisini göstermektedir.¹⁵⁴ Sekizinci haftayla birlikte bebek birincil bakım verenine yönelmeye başlamaktadır. Bebek bu dönemden itibaren bakıcısına gülümsemekte, uzun süreli göz ilişkisi kurmakta ve diğer insanlara göre ona daha fazla ses çıkarmaktadır. Onun yanında kendisini daha rahat hissetmektedir.¹⁵⁹

Yaşamın ilk iki yılını kapsayan bağlanma süreci üç döneme ayrılmaktadır.¹⁶⁰ Doğumdan 8-12. haftaya kadar uzanan ilk dönem yani bağlanma öncesi dönemde; bebek anneye yönelmiştir, annenin uyaranlarıyla hareketlenir. Çevresindeki kişilere yönelme davranışı gösterir ancak kişileri ayırt edebilme yetisi yoktur ya da çok kısıtlıdır.¹⁶¹ Bağlanmanın ilk işaretlerinin ortaya çıktığı 8-12 haftadan 6. aya kadar uzanan ikinci dönemde bebek anneyi yabancılardan ayırt etmeye ve dikkatini daha çok anneye yönlendirmeye başlar. Bağlanmanın tam olarak gözlemlendiği 6-24 ay arası son dönemdir. Sürecin sona erme noktasına ise “amacı koşullara göre düzeltilmiş ortaklık” adı verilmektedir. Bu evrede çocuk artık annesinden bağımsız olabilmektedir.¹⁶⁰

2.4.3. Bağlanma Kuramı

Bağlanma kuramı II. Dünya Savaşı sırasında Dünya Sağlık Örgütü’nün, evsiz çocukların ruh sağlığı hakkında bir raporu Bowlby’den istenmesi üzerine ortaya çıkmaya başlamıştır. John Bowlby anne-bebek etkileşimini irdelediği, çalma davranışı gösteren 44 çocuğa dair ilk çalışmasında, bu çocukların geçmişlerinde yaşadıkları anne yokluğu veya ayrılığını ortak bir etken olarak ortaya koymuştur. Ayrıca bu çocuklar ile çalma davranışı göstermeyen çocukları karşılaştırdığında, erken dönem bağlanma sorunlarının, çocuklar arasında ayırt edici olduğunu da belirtmiştir.¹⁶² Bowlby’nin bu çalışması sonucunda yayınlanan Dünya Sağlık Örgütü Raporu yaşamın ilk üç yılında, anne yoksunluğunun çocukların psikolojik ve fizyolojik bozukluklar gösterme ihtimalini artırdığını ortaya koymuştur.¹⁶³ Ancak ilk dönemde yapılan çalışmalar bu sonucun nasıl ortaya çıktığı hakkında bir açıklama getirmemiştir. Psikanalitik gelenekle eğitilen, Melanie Klein’in da öğrencisi olan Bowlby çalışmalarında ortaya çıkan durumun psikanalitik kuramla açıklanamadığını görmüş ve yalnızca bakım verenin bebeğin açlık dürtüsünü doyurmasının önemli olduğu argümanının bu sonuçlarla çeliştiğini ifade etmiştir. İlerleyen yıllarda ise sosyal ilişkiler bağlamında yakınlık kurmanın, evrensel olarak bebekliğin ilk yıllarından itibaren başladığı ortaya koyulmuştur.¹⁶⁴

Bowlby’ye göre bebekler doğduklarında kendilerine bakım verecek olan ötekilerle ilişkiyi sağlayacak davranış repertuarı ile doğmaktadırlar ve kendilerine yakın gördükleri bu kişilerle aralarında son derece güçlü duygusal bağlar oluştururlar. Bakım veren ile kurulan bu bağlar yakınlığın korunmasını sağlar ve bebeğe güven içinde gelişimini sağlayabileceği bir alan verir. Yani yakınlık bebek için hem çevresini keşfetmesine izin verir hem de tehlike durumunda koruyucu işlevi vardır.¹⁶⁵ Bowlby bebeklerin bakıma muhtaç varlıklar olduklarını ve bağlanmanın gerçekleşme amacının insan yavrusunun hayatta kalma olasılığını arttırmak

olduğunu ifade etmektedir.¹⁶⁵ Bu kurama göre bebeğin bakım vereni ile yaşadığı tüm yaşantılar (ihtiyaçlarının karşılanıp karşılanmadığı, istediğine ulaşp ulaşamadığı vb.), zihninde oluşturduğu izler, bilişsel şemalar içsel çalışma modellerini oluşturmakta ve bu modeller de bağlanma şekillerini düzenlemektedir. Bu bilişsel temsiller genel olarak bakım verenin çocuğa karşı tepkilerinden ve destekleme biçiminden kaynaklanmaktadır.¹⁶⁶ İçsel çalışma modelleri ergenliğe kadar tekrarlanan yaşantılar ile pekiştirilir ve oluştuktan sonra bilinçdışı bir şekilde çalışarak değişime dirençli hale gelirler. Ergenlikten sonra içsel çalışma modelleri, kurulan kişiler arası ilişkilerde bir rehber olarak kullanılırlar.¹⁶⁵

“Bağlanma kuramı” ifadesi ilk kez Bowlby tarafından ortaya atılmış olmakla beraber bağlanma kuramının gelişiminde en az Bowlby kadar katkısı olan Mary Ainsworth ise çocukların bağıllık örüntüsündeki farklılıkları tanımlamıştır. Bowlby’nin görüşlerinin deneysel olarak değerlendirilmesine olanak sağlayan “Yabancı Durum Testi” olarak bilinen prosedürü geliştirmiştir. Anne-çocuk arasında oluşmuş bağlanmanın niteliğinin değerlendirilmesine olanak sağlayan bu test, bağlanma kuramı üzerine yapılacak sonraki araştırmalar için de kaynak olmuştur. Bu deneye göre 12-18 aylık çocuklar öncelikle anne ile bir odada oyun oynamakta, bunu annenin odadan ayrılması izlemekte ve odada çocuk yabancı biriyle baş başa kalmakta ve sonra yeniden odaya annesinin girmesi izlenmektedir. Çocuğun bu süreçteki davranışları gözlemlenerek, özellikle çocuğun bakım verene karşı güven hissi ve bakım verenden ayrıldığında oluşan duygularına ve tepkilerine odaklanılarak Ainsworth, anne-çocuk arasındaki bağlanma örüntüsünü “güvenli, kaygılı-ikircikli ve kaçınan” olarak tanımlamıştır.¹⁶⁷

Yabancı ortam deneyine göre güvenli bağlanma gösteren çocuklar; annelerinin her zaman yanlarında olup, zorlu durumlarda yardımcı olacaklarından emin olan çocuklardır. Anne odadan ayrıldığında hafif huzursuzluk şeklinde bir tepki göstermelerine karşın odada oyun oynamaya devam edebilirler ve anne döndüğünde de kolaylıkla yatışırlar. Güvenli bağlanmanın gelişmesi için çocuğun kesintisiz, tutarlı tepki veren, duyarlı ve her zaman ulaşılabilir bir bakım verene sahip olması gerekmektedir. Güvensiz bağlanma stillerinden olan kaygılı-ikircikli bağlanma geliştiren çocuklar, annenin odadan çıkmasına çok büyük tepki verirler ve yabancıyla iletişim kurmadıkları gibi anne odaya geri döndüğünde sakinleşmeleri çok zor olmaktadır. Bu çocuklar daha sonra anneden ayrılmak istemezler ve önceki yaptıkları şeylere geri dönmeden anneye yapışık biçimde durmak isterler. Güvensiz bağlanma stillerinden bir diğeri olan kaçınan bağlanma geliştiren çocuklar ise anneleri yanlarındayken diğer kişilerle ve çevreleriyle ilgilenirler, anne odadan ayrıldığında tepkisiz kalırlar ve yabancıya annelerine benzer şekilde davranırlar. Anne odaya yeniden girdiğinde ise onu yok

sayıp başka tarafa odaklanırlar.¹⁶⁸ Daha sonra Ainsworth'ün öğrencileri olan Main ve Solomon “düzensiz bağlanma” adıyla dördüncü bir bağlanma stili tanımlamıştır. Bu örüntüye sahip bebekler kavuşma esnasında anlık olarak korkuya kapılmakta, bazıları ise önce yaklaşmakta daha sonra şaşkın bir şekilde geri çekilip umutsuzluk göstermektedir. Düzensiz bağlanma gösteren çocuklarda; aniden kesilen veya yavaşlayan hareketler, yönelim bozukluğuna işaret eden belirtiler, aileden biri ortama girdiğinde korkma davranışı dikkat çekmektedir. İstismar eden, erken yaşta ölen veya ayrılan ebeveynlerin çocuklarında bu bağlanma biçimi görülmektedir.¹⁶⁹

2.4.4. Yetişkinlikte Bağlanma

Bowlby bağlanma kavramının doğumdan ölüme kadar uzanarak yaşam boyu devam eden bir süreç olduğunu ve erken yaşlarda oluşan zihinsel süreçlerin çok fazla değişmeden yetişkinlikte de benzer şekilde devam ettiğini belirtmiştir. İlerleyen yıllarda, Bowlby ve Ainsworth'ün konuyla ilgili yaklaşımları yetişkinlik dönemi için de detaylı olarak ele alınmaya başlanmıştır.¹⁷⁰

Main ve arkadaşları 1985 yılında yarı yapılandırılmış bir ölçek ile Ainsworth'ün çocukluk deneyimlerini esas alarak ortaya sürdüğü üç bağlanma stilinin yetişkinlik için de geçerli olabileceğini ortaya koymuşlardır.¹⁷¹ Buna paralel olarak Hazan ve Shaver romantik sevgiyi bir bağlanma olarak görmüşler ve yetişkinlerin romantik ilişkilerdeki tutum ve inançlarının, Ainsworth ve arkadaşlarının sınıflandırmalarına benzer şekilde gruplanabileceğini söylemişlerdir. Hazan ve Shaver yaptıkları çalışmada güvenli bağlanma stilini benimsediği görülen bireylerin, hem romantik ilişkilerinde hem de çocukluk döneminde ebeveynleriyle olan ilişkilerinde daha olumlu deneyimlere ve düşüncelere sahip olduklarını ortaya koymuşlardır. Güvenli bağlanmanın ilişkilerde duyulan güven ve yakınlıkla pozitif yönde bir ilişkisi olduğu gözlenmiştir. Bununla birlikte kaygılı/kararsız bağlanan bireylerin ilişkilerinde aşırı kıskanç, partnerlerine ve yaşadığı ilişkiye takıntılı ve çoğunlukla duygusal iniş çıkış yaşayan bireyler olduğu saptanmıştır. Kaçınan bağlanma stilineki bireyler ise diğerleriyle kıyaslandığında insanlara en az güvenen, ilişkiler ve romantik sevgi hakkında olumsuz deneyim ve düşünceler içinde olan, yakınlık kurmaktan kaçınan kişiler olarak tanımlanmıştır.¹⁷⁰

Yetişkinlikte bağlanma kavramı üzerine çalışan birçok araştırmacı çocuk ve ebeveyn arasındaki bağlanma ilişkisi ile yetişkin bir çift arasındaki bağlanma arasında bazı farklılıklar olduğunu da ortaya koymuşlardır. Örneğin; Shaver, Hazan ve Bradshaw (1994) , romantik sevginin cinsel birleşme içerdiğini ve bu özelliğiyle çocukluk dönemi bağlanma stilinden

ayrıldığını söylemişlerdir. Bir diğer fark, bebeklik dönemindeki bağlanmanın tek taraflı, yetişkinlik dönemindeki bağlanmanın ise karşılıklı olmasıdır.¹⁷⁰

Bartholomew ve Horowitz, bağlanma kavramının süreçlerini göz önünde bulundurarak yetişkinlik dönemi bağlanma stillerini Dörtlü Bağlanma Modelini geliştirerek açıklamışlardır (Tablo2). Bu modele göre bireyler olumlu ve olumsuz benlik modeli (kendisinin sevilme ve desteklenmeye değer olduğu ve olmadığı) ile olumlu ve olumsuz başkaları modeline (diğer insanların güvenilir ve ulaşılabilir olmaları ya da güvenilmez ve reddedici olmaları) sahip olmalarına göre dört stilde ayrıldıklarını belirtmişlerdir.¹⁷²

Tablo2. Dörtlü Bağlanma Modeli

(Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. J Pers Soc Psychol. 1991 Aug;61(2):226-44.)

Bağlanma Stilleri	Benlik Algısı	Başkaları Algısı
Güvenli	Olumlu	Olumlu
Saplantılı	Olumsuz	Olumlu
Kayıtsız	Olumlu	Olumsuz
Korkulu	Olumsuz	Olumsuz

Güvenli bağlanma stiline sahip kişiler olumlu bir benlik algısı içinde olurlar, bir başkasına güvenmekte sıkıntı çekmezler, başkasıyla rahatlıkla iletişim kurabilirken kendi otonomilerini kaybetmezler. Sıkıntı yaşadıklarında bunları kabul etmede zorluk çekmeden başkalarından yardım isterler ve duygularını ifade etmekte zorluk çekmezler. Duygu düzenleme stratejilerini stresli yaşam olaylarında işlevsel olarak kullanırlar ve çözüm odaklıdır. Saplantılı bağlanma stiline sahip kişiler ise kendilerini sevilme değer bulmazlar, başkalarının onayına ve desteğine devamlı olarak ihtiyaç duyarlar. Kendileri ile ilgili olumsuz, başkaları ile ilgili olumlu bakış açısına sahip olurlar ve kaygı düzeyleri yüksektir. Kayıtsız bağlanma stiline sahip kişiler kendilerine karşı olumlu, başkalarına karşı olumsuz bakış açısına sahip olurlar. Yakın ilişkilerden kaçınırlar ve özerkliklerini sürdürmeye önem vererek kendi olumlu benlik algılarının devam etmesine çabalarlar. Korkulu bağlanma stiline sahip olanlar ise hem kendileri hem başkalarına yönelik olumsuz bakış açısına sahiptirler. Kendilerini sevilme değer hissetmedikleri gibi diğer insanları da neredeyse her zaman güvenilmez ve onaylayıcı olmayan şekilde farz ederler. Diğerlerinin reddedici tavrından kaçınmak için ilişki kurmaktan uzak durarak kendilerini korumaya çalışırlar.¹⁷³

2.4.5. Bağlanmanın Kuşaklar Arası Aktarımı

Kuşaklar arası bağlanma büyük ailelerde çocukların aile bireyleri ile olan etkileşimi ve onları gözlemlemesi yolu ile elde edilmektedir. Bu etkileşim ve gözlemle kurulan ilişki sonucu oluşan bağlanmanın biçimi gelecekte devam edecek olan bağlanmanın biçimi için bir model oluşturmaktadır.¹⁷⁴ Anne-babaların kendi çocukluklarında oluşturdıkları bağlanma modellerinin ebeveyn olduklarında bir bağlanma figürü olarak nasıl davranacaklarını belirlediğini gösteren araştırmalar bulunmaktadır.¹⁷⁵ Büyük anne\babadan anne\babaya, anne\babadan çocuğa geçen bağlanmanın sosyal ve genetik bir etkiye sahip olduğu söylenmektedir.²³³ Sosyal etki büyük anne\babanın torununa doğrudan etkisi veya büyük anne\babanın kendi öğrendiğı bilgi ve deneyimlerini aktarması yoluyla anne\babayı direkt olarak etkilemesini içermektedir. Genetik etki ise genler yolu ile aktarılan biyolojik bir geçiş olarak tanımlamaktadır.¹⁷⁶

Güngör, bağlanma ve ebeveynlik davranışları çerçevesinde bağlanma içsel çalışma modellerinin, kuşaklararası aktarım ile ebeveynlik davranışlarına etkisini incelemiştir. Araştırma sonucunda, güvenli bağlanma stiline sahip ebeveynlerin çocuklarının güvenli; korkulu bağlanma stillerine sahip ebeveynlerin çocuklarının korkulu, kayıtsız bağlanma stillerine sahip ebeveynlerin çocuklarının da kaçınan bağlanma stili gösterdiği ortaya konmuştur. Ebeveynlerin sahip oldukları bağlanma stillerine bağlı olarak çocukların belirli bağlanma stilleri geliştirecekleri belirtilmektedir.¹⁷⁷

2.4.6. Bağlanmanın Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri

Bowlby'ye göre kişinin temel bakım vereni ile bebeklikte kurduğu ilişkinin doğası, yetişkinlik döneminde kişinin duygu, düşünce ve davranışlarında son derece önemli bir rol oynamaktadır.¹⁶⁵ Güvenli bağlanma ruhsal gelişim açısından çok kritik bir yere sahiptir ve ileriki yıllarda kuracağı ilişkilerin sağlıklı bir zemine oturmasında yardımcı olacaktır.¹⁷⁸ Bowlby çocukluk döneminde bakım verenin çocuğa yönelik tepkilerinin zihinde oluşturuğu içsel modeller aracılığıyla çocukluk dönemindeki yaşantıların ve duyguların yetişkinlik döneminde psikolojik bozukluklara neden olabileceğini ifade etmiştir.¹⁷⁹

Bağlanma ilişkisinin niteliğı konusunda okul öncesi çocuklarla yapılan çalışmaların sonuçları incelendiğinde; güvenli bağlanma geliştiren çocukların yaşıtlarına göre sosyal becerilerinin yüksek, olumlu duygulanımlarının, olumsuz duygulanıma göre daha fazla olduğu; yetişkinlerle iş birliğı ve uyum içerisinde bulunabildikleri görülmüştür.¹⁸⁰ Güvenli bağlanmanın çocukluk, ergenlik ve yetişkinlik boyunca psikopatoloji ve ilişkili belirtilere karşı koruyucu bir faktör olduğu ifade edilmektedir.¹⁸¹

Güvensiz bağlanma geliştiren çocuklarınsa sosyal izolasyona eğilimli, sinirli, rahatsız, huzursuz, akranlarına ve öğretmenlerine karşı saldırgan, uyumsuz, depresif, imgeleme gerektiren oyunlarda başarısız oldukları ve sorumluluklarını yerine getiremedikleri gözlenmiştir.¹⁸² Güvensiz bağlanmaya sahip olan insanlar öz değer ve öz yeterlilikleri konusunda kendi içlerinde şüpheler barındırmaktadırlar. Olayların nedenlerini açıklamak için umutsuz ve çaresiz kalıplara başvurmakta; reddedilmeye, eleştiriye ve onaylanmamaya karşı savunmasız durumda olmaktadır. Yıkıcı olan bu bilişsel süreçlerin, güvensiz bağlanmaya sahip insanları psikopatolojilere açık hale getirdiği söylenmektedir.¹⁸³ Bir tehdidin varlığında ya da bir tehdit geleceği düşünüldüğünde birincil bağlanma stratejileri, yani yakınlık kurma ihtiyacı devreye girmektedir. Ancak güvenli bağlanmanın olmadığı durumlarda yani temel bakım verene ulaşılma ihtimalinin düşük olduğu şartta ikincil bağlanma stratejileri olan aşırı harekete geçirici ve hareketsiz hale getirici stratejiler devreye girmektedir.¹⁸⁴ Aşırı harekete geçirici stratejilerde bağlanma figürü ulaşılabilir olana kadar yoğun çaba harcanmakta ve devamlı tetikte olma durumu yaşanmaktadır; ayrıca bu strateji kaygılı bağlanma ile yakından ilişkilidir. Hareketsiz hale geçiricilerde ise bağlanma figürüne dair yakınlık arayışı azalır ve kişi stres yaratan durumla kendi başına başa çıkmaya çalışılmaktadır.¹⁸⁵

2.4.6.1. Bağlanma ve Majör Depresif Bozukluk İlişkisi

Bağlanma kuramı ve yapılan araştırmalara göre yetişkinlikte güvensiz bağlanma stilleri -çocukluğa benzer şekilde- bazı psikopatolojiler ile daha yakından ilişkili bulunmuştur. Örneğin kaygılı bağlanma daha çok depresyon ve anksiyete bozuklukları ile ilişkili iken; kaçınan bağlanma dışavurum bozuklukları ve dezorganize bağlanma ise disosiyatif bozukluklar ile ilişkili bulunmuştur.¹⁸⁶ Bowlby için kendi kuramı perspektifinden bakıldığında majör depresif bozukluk için iki nedensel durum tanımlanmıştır. İlk olarak bakım verenin kaybı gibi travmatik bir olayın bebekte çaresizlik, umutsuzluk gibi olumsuz duyguları yoğun olarak yaratmasıdır. İkinci olarak ise güvenli ilişki kurulamadığında veya bakıcı tarafından reddedildiğinde bebeğin kendisi veya öteki için olumsuz içsel çalışan modeller geliştirmesidir. Bu modeller doğrultusunda kendisinin seilmeye değer olmadığına, yetersiz ve eksik olduğuna dair inancı majör depresif bozukluk için risk oluşturmaktadır.¹⁶⁵

Geniş örnekleme yapılan bir çalışmada; erken çocukluk döneminde ebeveyninden ayrı kalmak yetişkinlik döneminde birçok psikopatoloji ile ilişkili bulunmuş; anne veya babanın ölümü ile özellikle fobiler ve alkol bağımlılığı arasında ilişki olduğu gösterilmiştir. Ayrıca ayrılık yaşantısı depresyon ve alkol bağımlılığı için önemli bir risk faktörü olarak ortaya çıkmıştır.¹⁸⁷ Obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluk ve depresyon tanısı alan kişilerle

hiçbir psikopatolojisi olmayan kişilerin bağlanma boyutları üzerinden karşılaştırıldığı bir çalışmada; her bir psikopatoloji için bağlanma kaygısı ve bağlanma kaçınması puanları kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bir diğer bulgu da depresyon tanılı grupta panik bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk tanılı gruplara göre daha yüksek bağlanma kaçınması puanı saptanmasıdır.¹⁸⁸ Depresyonun etiyolojisinde bağlanmanın rolünü inceleyen bir metaanaliz çalışmasında güvensiz bağlanma örüntüsü gösteren bireylerin güvenli bağlanma örüntüsü gösterenlere göre daha yüksek düzeyde depresif semptomlar sergiledikleri gösterilmiştir.¹⁸⁹ Bağlanma tipinin, bireysel otobiyografik bellek işleme modu üzerinde bir etkiye sahip olacağı kabul edilmektedir; güvenli bağlanan bireyler, otobiyografik anılarını daha kolay bir şekilde geri çağırabilirken, güvensiz bağlanan bireyler, erken dönem anılarını zorlukla geri çağırmakta veya negatifle ayıklamaya daha fazla eğilimli olmaktadır.¹⁹⁰ Yapılan bir çalışmaya göre güvensiz bağlanma, üniversite öğrencilerinin eşik altı depresyonu ile yakından ilişkilidir ve güvensiz bağlanma, benlik saygısının aracı rol oynadığı bireysel eşik altı depresyon düzeyi ile pozitif korelasyon göstermektedir.¹⁹¹

Özetle çalışmalar, erken bağlanma deneyimlerinin gelişen benliğin temelini oluşturduğunu savunurken, güvensiz bağlanma deneyimlerinin sadece depresyona "neden" olmadığını, duygusal sorunlara karşı da bir savunmasızlık oluşturduğunu göstermektedir.

2.4.6.2. Bağlanma ve İntihar İlişkisi

İntihar düşüncesi veya intihar girişimleri; olumsuz çocukluk çağı yaşantıları, ev içi işlevsel bozukluk ve karşılıklı, şefkatli ilişkilerin yokluğu ile de ilişkili olarak tanımlanmıştır.¹⁹² İntihar eğilimi (yani intihar düşünceleri ve/veya girişimleri) hakkındaki literatür; ilişkisel süreçleri sosyal destek, aidiyet ve/veya kişilerarası çatışma algıları açısından ölçmüştür.¹⁹³ Her bağlanma örüntüsünün stresli yaşam koşullarıyla başa çıkma konusunda kendine özgü stratejileri vardır ve bu durum intihar girişimlerinin ifadesinde de farklılıklara yol açabilmektedir.¹⁶⁵

Güvensiz bağlanma ve intihar ilişkisini inceleyen çalışmalarda tutarlı bir şekilde bağlanma stili ile intihar düşünceleri/girişimleri arasında anlamlı ilişkiler gösterilmiştir.¹⁹⁴ Güvensiz bağlanma; daha fazla sayıda intihar girişimi öyküsü¹⁹⁵, intihara meyilli olma¹⁹⁶, mevcut intihar girişimi riski¹⁹⁷ ve gelecekteki intihar girişimini daha yüksek oranda ifade etme¹⁹⁸ ile ilişkili bulunmuştur. Güvensiz bağlanma örüntüleri, intihar girişimlerine karşı savunmasızlığı artırabilir, dayanıklılığı azaltabilir veya bu süreçlerin her ikisine de aynı anda etki edebilir.¹⁹⁵ Güvensiz bağlanma stilleri, bireyin stresli yaşam olaylarına tepkisini tamponlamada yardımcı olan sosyal destek ağlarının kullanımını sınırlandırdığı için intihar

düşüncelerine göre hareket etme direncini azalttığı belirtilmiştir.¹⁹⁹ Önemli sonuçların tutarlılığı göz önüne alındığında; bağlanma, intiharı önleme araştırmaları için umut verici ve görece kullanılmayan bir yol gibi görünmektedir.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Katılımcıların Seçimi

3.1.1. Yöntem

Bu tez çalışması Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya dahil olmak isteyen gönüllülere davet posterleri aracılığıyla ulaşılmıştır. Çalışmaya katılmadan önce araştırmacı tarafından gençlere ve ebeveynlerine çalışma hakkında bilgi verilmiş, gencin ve ebeveynin kabul etmesi sonrasında, gençler kendileri için hazırlanmış olan Katılımcılar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formunu, ebeveynler ise Ebeveynler İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formunu okumuş ve imzalamışlardır. Etik kurul onayı 24 Aralık 2022 tarihli 2022/320 sayı ile Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan alınmıştır.

3.1.2. Örneklem

Çalışma grubuna Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniklerine Ocak 2023-Mart 2023 tarihleri arasında başvuran ve yeni majör depresif bozukluk (MDB) tanısı alan 15-18 yaş arası 53 ergen dahil edilmiş; kontrol grubunu ise yaş, cinsiyet açısından eşleştirilmiş, herhangi bir nedenle Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastalıkları Kliniği'ne aynı tarihlerde başvuran, ruhsal bozukluk tanısı olmayan 53 ergen oluşturmuştur.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Çalışma grubu için;

- 15-18 yaş arasında olma
- Ebeveyn ve çocuğun çalışmaya katılmaya gönüllü olması
- Hastanın polikliniğe başvurusunda DSM-V'e göre MDB tanısı alması
- MDB tanısı ile henüz medikal tedavi başlanmamış olması

Kontrol grubu için;

- 15-18 yaş arasında olma
- Ebeveyn ve çocuğun çalışmaya katılmaya gönüllü olması
- Herhangi bir psikiyatrik tanısının olmaması

Dışlanma Kriterleri

- Nörolojik bozukluk, organik beyin hasarı, otizm spektrum bozukluğu, mental retardasyon gibi soruları anlayarak cevaplamasını engelleyecek ek hastalığının olması
- Okuma yazma bilmemek
- İletişimi bozacak düzeyde işitme ve/veya konuşma engelinin bulunması
- Şizofreni ve bipolar bozukluk tanılarının olması

3.2. Veri Toplama ve Ölçme Araçları

Ergene sertifikalı bir çocuk psikiyatri hekimi tarafından Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-DSM-5 uygulanmıştır ve hem ergenlerden hem anne-babadan alınan bilgilerle Sosyodemografik Veri Formu doldurulmuştur. Ergenlerden Beck Depresyon Ölçeği, Anne Baba Tutum Ölçeği, Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Envanteri Kısa Formu, İntihar Olasılığı Ölçeğini doldurması istenmiştir. Hem anne hem baba ise Ana Babaya Bağlanma Ölçeğini doldurmuştur.

3.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form MDB tanısı olan ve olmayan ergenlerin kendileri ve anne-babalarından alınan bilgiler doğrultusunda doldurulmuştur. Gencin yaşı, cinsiyet, okula devam durumu, aile yapısı, kardeş sayısı, barınma durumu, sorunlarını paylaştığı kişiler, ailenin aylık gelir düzeyi, gelişim dönemlerinde bakımından sorumlu olan kişiler, anne ve babanın yaşı, eğitim durumları, ebeveyn çalışma durumu, ailedeki fiziksel ve ruhsal hastalıklar, kendisinde ve arkadaşlarında kendine zarar verme davranışı (KZVD), sigara-alkol-madde kullanım öyküsü, fiziksel-duygusal-cinsel istismar öyküsü, intihar girişimi ve düşünceleri geçmişinin olup olmadığı ve mevcut medikal tedavileri ile ilgili bilgileri içermektedir.

3.2.2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-DSM-5 (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T)

Kaufman ve arkadaşlarının (2016) DSM-5 tanı ölçütlerine göre güncelledikleri yarı yapılandırılmış bu görüşme çizelgesinin Türkçe uyarlaması araştırmacılar tarafından yapılmış, çeviri ve geri-çeviri metinlerindeki farklılıklar ve görüşme çizelgesinin işlerliğinin değerlendirildiği ana baba ve çocuklarla yapılan deneme görüşmelerinin gözden geçirilmesi ile ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T son şeklini almıştır.²⁰⁰

Formun Türkçe uyarlaması için geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ünal ve arkadaşları tarafından 2019 yılında yapılmıştır. Üç bölümden oluşan tanı amaçlı tarama görüşmesi, 200'den fazla semptomu değerlendirip 23 farklı tanıyı tarayabilmektedir.²⁰¹

Görüşme çizelgesinin ilk bölümünde yapılandırılmamış bir görüşme ile çocuğun ve ailesinin sosyodemografik özellikleri, yakınmaları, gelişim öyküsü, sağlık durumu, genel olarak okuldaki ve evdeki işlevselliği ile ilgili bilgiler sorgulanmaktadır. İkinci bölümde hem geçmiş hem de şu andaki (son iki aydaki) özgül belirtileri değerlendiren tarama soruları yer alır. Üçüncü bölüm DSM-5 tanılarını doğrulamak için yapılan değerlendirme ve gözlem sonuçlarından oluşur. Her bir bilgi kaynağından alınan bilgiler ayrı ayrı ve sonunda klinisyenin gözlemleriyle de birlikte birleştirilerek puanlanır.²⁰¹

3.2.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck ve arkadaşları tarafından 1961 yılında geliştirilen ve depresyonda görülen emosyonel, kognitif, somatik ve motivasyonel belirtileri değerlendirmekte kullanılan bir ölçektir.²⁰²

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Hisli ve arkadaşları tarafından 1988 senesinde yapılmıştır. Ölçeğin amacı hastalarda depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak belirlemektir. Kişinin, uygulama günü de dâhil olmak üzere son bir hafta içerisinde kendini en iyi ifade eden seçeneği işaretlemesi istenir. Beck depresyon ölçeği depresyon tanısı koymak için değil kişinin depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak kendisinin değerlendirmesi için kullanılır. Ölçekten alınan düşük puanlar depresif belirtilerin azlığına, yüksek puanlar ise çokluğuna işaret etmektedir. İçeriğinde 21 maddesi vardır. Her madde için 4 seçenek bulunur ve bu seçenekler 0-3 arasında puanlanır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63'tür.²⁰³

3.2.4. Ana Baba Tutum Ölçeği (ABTÖ)

Lamborn, Mounts, Steinberg ve Dornbusch (1991) tarafından, çocukların anne-babalarının tutumlarını algılayış şekilleri arasındaki farklılıkları değerlendirmek üzere geliştirilmiştir.²⁰⁴ Ölçek 10 yaş ve üzerindeki çocuk ve ergenlere uygulanabilmektedir. Toplam 26 maddeden oluşan bu ölçeğin, uygulanan faktör analizi sonucu; kabul/ilgi (acceptance/involvement), kontrol/denetleme (strictness/supervision) ve psikolojik özerklik (psychological autonomy) boyutları olmak üzere üç faktöre sahip olduğu gösterilmiştir. Ölçekteki kabul/ilgi ve psikolojik özerklik boyutlarındaki maddeler 4 dereceli Likert-tipi

ölçek üzerinden değerlendirilmektedir. Kontrol/denetleme boyutundaki maddelerin ilk ikisi 7 dereceli, diğer maddeler ise 3 dereceli Likert-tipi ölçek üzerinde değerlendirilmektedir.²⁰⁴

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Yılmaz ve arkadaşları tarafından 2000 yılında yapılmıştır.²⁰⁵

3.2.5. Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Envanteri - Kısa Formu (EABE)

Orijinali Armsden ve Greenberg tarafından geliştirilmiş olan Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Ölçeğinin Raja ve arkadaşları tarafından hazırlanan 12 maddelik kısa formudur.²⁰⁶ Ölçek Türkçeye Günaydın ve arkadaşları tarafından uyarlanmıştır.²⁰⁷ Ölçekteki her madde 1-7 arasında puanlanmaktadır (1=asla, 7=daima). Uyarlama çalışması sonucunda güven, iletişim ve yabancılaşma alt boyutları belirlenmiştir.

Güven, iletişim ve ters puanlanan yabancılaşma alt ölçeklerinin puanlanmasıyla toplam bağlanma puanı elde edilir. Toplamda ölçekten elde edilen puanın yüksekliği güvenli bağlanmaya işaret etmektedir. Bu ölçekte bağlanma puanı anne, baba ve arkadaş için ayrı ayrı hesaplanabilmektedir.^{207,208}

3.2.6. İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)

İntihar Olasılığı Ölçeği 1988 yılında Cull ve Gill tarafından ergenler ve yetişkinlerde intihar riskini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir.²⁰⁹ Ölçek ilk kez Eskin tarafından 1993 yılında Türkçe'ye uyarlanmış,²¹⁰ 2007 yılında Atlı tarafından klinik örneklem üzerinde geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmış olup çalışmada 14 yaş ve üzerinde İntihar Olasılığı Ölçeğinin Türk klinik örneklemde kullanılabilecek güvenilir ve geçerli bir ölçme aracı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.²¹¹ İÖÖ 36 sorudan oluşan, likert tip bir ölçektir. 1=hiçbir zaman veya nadiren, 2=bazen, 3=sık, 4=çoğu zaman olmak üzere 1-4 arası puanlandırılır. Umutsuzluk (12 madde), intihar düşüncesi (8 madde), kendini olumsuz değerlendirme (9 madde) ve düşmanlık (7 madde) olmak üzere 4 alt boyutu vardır. Umutsuzluk; 5, 12, 14,15, 17, 19, 23, 28, 29, 31, 33, 36., intihar düşüncesi 4,7, 20, 21, 24, 25, 30, 32, kendini olumsuz değerlendirme 2, 6, 10, 11, 18, 22, 26, 27, 35, düşmanlık alt boyutu 1, 3, 8, 9, 13, 16, 34. maddeleri kapsamaktadır. Kendini olumsuz değerlendirme alt boyutundaki maddeler ters şekilde hesaplanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 36, en yüksek puan ise 144'tür. Ölçekten alınan puan arttıkça, intihar olasılığı artmaktadır.²¹¹

3.2.7. Ana Babaya Bağlanma Ölçeği (ABBÖ)

Parker ve arkadaşlarının, çocuk-ana baba bağlanma örüntüsünü ölçmek üzere geliştirdikleri Ana Babaya Bağlanma Ölçeği, Bowlby'nin ana baba-çocuk bağlanma ilişkisinde ileri sürdüğü ilgi ve kontrol boyutlarını kapsamaktadır. Algılanan ana baba davranışları, bu iki boyuta göre ayrı ayrı puanlanmaktadır. Ayrıca, bu iki boyut birlikte ele alınarak, ana baba davranış örüntüsü dörtlü (quadrant) bir model/sınıflandırma içerisinde değerlendirilebilmektedir. Bu dörtlü modele göre, yeterli ilgi-aşırı korumama (high care-low overprotection) optimal bağlanma olarak tanımlanmaktadır.²¹²

Türkçe formunun geçerlik güvenirliği Kapçı ve arkadaşları tarafından 2006 yılında yapılmıştır.²¹³ Yaşamın ilk 16 yılında bireylerin ebeveynlerinden algıladığı tutum ve davranışları geriye dönük bir şekilde değerlendiren bir öz bildirim ölçeğidir. Aynı maddeleri kapsayan 25'er maddelik anne ve baba formundan oluşmakta ve katılımcılar anne ile babalarını ayrı ayrı değerlendirmektedir. 4'lü likert-tipi derecelendirme (tamamen böyleydi=3 - hiç böyle değildi=0) yapılmaktadır. İlgi alt boyutu için puanlar 0-36 arasında, kontrol/aşırı koruma alt boyutunda ise puanlar 0-39 arasında değişmektedir. İlgi alt boyutu için yüksek puan sıcak, anlayışlı ve kabul edici olarak algılanan, düşük puan ise soğuk ve reddedici olarak algılanan ana babayı yansıtmaktadır. Kontrol/aşırı koruma alt boyutunda yüksek puanlar aşırı kontrolcü ya da özerkliğe izin vermeyen ana baba algısına işaret etmektedir.²¹³

3.3. Verilerin İstatistiksel Analizi

Örneklem büyüklüğü hesaplamasında, 0,05 hata payı, 0,90 güç ve 0,63 etki büyüklüğü için iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulabilmek için G*Power 3.1.9.2 programına göre olgu grubu için 53, kontrol grubu için 53 olmak üzere toplam 106 ergenin çalışmaya dahil edilmesi planlanmıştır.

Veri analizi Statistical Package for the Social Science 24 (SPSS 24) programı kullanılarak yapılmıştır. İlk olarak demografik değişkenler ile ergenlerin depresyon durumları incelenmiş olup kategorik demografik değişkenlerle depresyon durumu arasındaki ilişkide ki-kare analiz yöntemi kullanılmıştır. Sürekli değişkenler için ise gruplar arasındaki karşılaştırmada bağımsız gruplar t testi yönteminden yararlanılmıştır. Tüm ölçek puanlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler verilmiş; ölçek puanlarının normallğinde çarpıklık ve basıklık değerine bakılmıştır. Tabacnnick ve Fidell (2013) bu değerlerin örneklem büyük olduğunda ($N>30$) kullanılması gerektiğini ve bu değerlerin ± 1.5 arasında olduğunda puanların normal dağılım gösterdiğini belirtmiştir.²¹⁴ Depresyon grubuna göre tüm ölçek skorlarının karşılaştırılmasında bağımsız gruplar t testi kullanılış olup bu yöntem için iki gruplu bir

kategorik değişken ile sürekli ve normal dağılım gösteren puanlar olması gerekir. Ayrıca veri sayısının gruplarda yeterli sayıda ($N>30$) olması gerekir. Depresyon tanısı olan ergenlerde intihar düşüncesinin tüm ölçek skorları ile karşılaştırılmasında Mann-Whitney U analiz yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntem bağımsız gruplar t testinin parametrik olmayan varsayımıdır. Depresyon tanısı olan ergenlerde intihar düşüncesi olanların veri sayısı $N<20$ olduğu için bu yöntem kullanılmıştır. Ölçek puanları arasındaki ilişki için Pearson korelasyon yöntemi kullanılmış olup ergenlerin demografik, eğitim düzeyi, aile ile ilgili özellikleri, ebeveyn ile ilgili özellikleri, arkadaşla ile ilgili özellikleri, ek hastalık durumu, bebeklik/çocukluk dönemi özellikleri ve diğer ölçek puanlarının intihar olasılığına olan etkisinde çoklu doğrusal regresyon analiz yöntemi kullanılmış olup gerekli olan varsayımlar analizden önce yapılmıştır. İstatiksel analizler için anlamlılık düzeyi $p \leq .05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Araştırmaya Katılanların Genel Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmada çalışma ve kontrol grubu 53'er ergenden oluşmuştur. Çalışmaya 89'u kız (%83,9) 17'si erkek (%16) toplam 106 ergen katılmıştır. MDB ve kontrol gruplarının arasında cinsiyete göre dağılım farkı yoktur ($p=0,427$). Çalışmaya katılan ergenlerin yaşları 15-18 arasında olup, MDB grubunda ortalama yaş $16,1 \pm 0,9$; kontrol grubunda ise $16,1 \pm 1,1$ olarak bulunmuştur. Gruplar arasında yaş ortalamaları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,771$) (Tablo3).

MDB tanısı olan ergenlerden %58,5'inin ($n=31$) sigara kullanmadığı, %13,2'sinin ($n=7$) kullandığı ama kullanımın düzenli olmadığı, %28,3'ünün ($n=15$) düzenli olarak kullandığı; kontrol grubunda bu oranların sırasıyla %92,5 ($n=49$), %5,7($n=3$) ve %1,9 ($n=1$) olduğu bulunmuş; MDB grubundakilerin %26,4'ünün ($n=14$) alkol kullandığı ama kullanımın düzenli olmadığı tanımlanırken bu oran kontrol grubunda %7,5 ($n=4$) olarak saptanmıştır. Sigara ve alkol kullanımı açısından yapılan gruplar arası karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuş olup MDB tanısı olan ergenlerde sigara ve alkol kullanımı daha yüksektir ($p=0,000$; $p=0,01$). Madde kullanımı sorgulandığında; MDB tanısı olan ergenlerden %1,9'unun ($n=1$) düzenli madde kullandığı; kontrol grubunda ise hiçbir ergenin madde kullanmadığı öğrenilmiştir. Madde kullanımı açısından yapılan gruplar arası karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,315$) (Tablo3).

MDB tanısı olan ergenlerin %9'unun (n=17) anne ve babası ayrılmış iken kontrol grubunda bu oran istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha düşük bir şekilde, %1,9 (n=1) bulunmuştur (p=0,008) (Tablo3).

MDB tanısı olan ergenlerin %54,7'sinin (n=29), kontrol grubundaki ergenlerin %77,4'ünün (n=41) 10000 TL ve üzeri aylık geliri olduğu saptanmıştır. Gruplar arası ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p=0,014) (Tablo3).

Kronik hastalık ve kardeş sayıları açısından MDB ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (sırasıyla p=1; p=0,315) (Tablo3)

Tablo 3: Katılımcıların Genel Sosyodemografik Özellikleri

Değişken	Grup	MDB (n=53)	KONTROL (n=53)	p
		n (%)	n (%)	
Cinsiyet	Kız	46(86,8)	43(81,1)	0,427*
	Erkek	7(13,2)	10(18,9)	
Kronik hastalık	Hayır	43(81,1)	43(81,1)	1*
	Evet	10(18,9)	10(18,9)	
Sigara kullanımı	Hayır	31(58,5)	49(92,5)	,000*
	Evet, düzenli değil	7(13,2)	3(5,7)	
	Evet, düzenli	15(28,3)	1(1,9)	
Alkol kullanımı	Hayır	39(73,6)	49(92,5)	0,01*
	Evet, düzenli değil	14(26,4)	4(7,5)	
Madde kullanımı	Hayır	52(98,1)	53(100)	0,315*
	Evet, düzenli	1(1,9)	0(0)	
Aile Yapısı	Beraber	44(83)	52(98,1)	0,008*
	Ayrı	9(17)	1(1,9)	
Aile aylık gelir	10000 TL altı	24(45,3)	12(22,6)	0,014*
	10000 TL üzeri	29(54,7)	41(77,4)	
Kardeş Sayısı	Yok	5(9,4)	8(15,1)	0,315*
	1	19(35,8)	26(49,1)	
	2	17(32,1)	9(17)	
	3	7(13,2)	7(13,2)	
	4	5(9,4)	3(5,7)	

* Ki kare Testi

4.2. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Ait Özellikler

Ergenlerin okul başarı durumuna verdikleri cevaplara göre MDB tanısı olan ergenlerin okul başarısının 28 ergende (%52,8) ortalama altı, 25 ergende (%47,2) ortalama üstü düzeyde olduğu öğrenilmiştir. Kontrol grubundaki ergenlerin okul başarısı; 13 ergende (%24,5) ortalama altı, 40 ergende (%75,5) ortalama üstü düzeydedir. Çalışma ve kontrol grupları

arasında okul başarısı düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,003$) (Tablo 4).

Ergenlerin okul devamsızlık durumu sorusuna verdikleri cevaplara göre MDB tanısı olan grupta içinde bulunulan eğitim öğretim yılı içerisinde 21 ergenin (%39,6) 10 günden az, 32 ergenin (%60,4) 10 günden fazla devamsızlığının olduğu; kontrol grubunda ise 35 ergenin (%66) 10 günden az, 18 ergenin (%34) 10 günden fazla devamsızlığının olduğu öğrenilmiştir. Gruplar arasında okul devamsızlık durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup olgu grubunda devamsızlık süresi daha yüksektir ($p=0,006$) (Tablo 4).

Kendi ve/veya ailelerinin istekleriyle okulu bırakma durumlarına verdikleri cevaplara göre ise MDB tanısı olanlarda 7 ergenin (%13,2) okulu bıraktığı, 46 ergenin (%86,8) okula devam ettiği, kontrol grubunda ise 2 ergenin (%3,8) okulu bıraktığı, 51 ergenin (%96,2) okula devam ettiği öğrenilmiştir. MDB grubunda okulu bırakmış olma oranı kontrol grubuna göre daha yüksek olsa da bu farklılık anlamlı değildir ($p=0,081$) (Tablo 4).

Tablo 4: Katılımcıların Eğitim Durumlarına Ait Özellikler

Değişken	Grup	MDB (n=53)	KONTROL (n=53)	p
		n (%)	n (%)	
Okul Başarı Algısı	Ortalama üzeri	25(47,2)	40(75,5)	0,003*
	Ortalama altı	28(52,8)	13(24,5)	
Okul Devamsızlık Durumu	10 günden az	21(39,6)	35(66)	0,006*
	10 günden fazla	32(60,4)	18(34)	
Okulu Bırakmış Olma	Evet	7(13,2)	2(3,8)	0,081*
	Hayır	46(86,8)	51(96,2)	

* Ki kare Testi

4.3. Katılımcıların Bebeklik/Erken Çocukluk Dönemine Ait Özellikler

MDB tanısı olan ergenlerin annelerinin %39,6'sı ($n=21$) çocuğun ilk 3 yaşına kadar kendilerini mutsuz olarak tariflerken kontrol grubunda bulunan ergenlerin annelerinin daha azı (%9,4) mutsuz olarak tariflemiştir. MDB grubundakilerin %28,3'ünün ($n=15$), kontrol grubundaki ergenlerin ise %52,8'inin ($n=28$) kreşe gitmiş olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda MDB tanısı olan ergenlerin %56,6'sının ($n=30$) ilk 3 yaşta anneleri ile sıcak bir ilişkileri varken kontrol grubundaki ergenlerde bu oran %94,3 ($n=50$) ile daha yüksektir. Belirtilen değişkenler açısından gruplar arası fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. (sırasıyla $p=0,001$; $p=0,027$; $p=0,000$) (Tablo 5).

Katılımcıları 0-1, 1-3, 3-6 ve 6 yaş üstü dönemlerde kimin büyüttüğü ile ilgili değişkenler açısından MDB tanısı olan ve olmayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (sırasıyla $p=0,139$; $p=0,186$; $p=0,374$; $p=0,141$) (Tablo5).

Çocukların bebeklik dönemi özellikleri ile ilgili değişkenlerden planlı gebelik, doğum şekli ve doğum sonrası kuvözde kalma değişkenleri açısından MDB ve kontrol grubu arasında yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (sırasıyla $p=0,232$; $p=0,534$; $p=54$). Ayrıca MDB ve kontrol grubundaki ergenlerin ortalama anne sütü alma süreleri benzer olup (sırasıyla; $14,3\pm 8,4$ ve $14,4\pm 13,2$) aralarındaki fark istatistiksel anlamlılığa ulaşmamıştır ($p=0,986$) (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların Bebeklik/Erken Çocukluk Dönemine Ait Özellikler

Değişken	Grup	MDB (n=53)	KONTROL (n=53)	p
		n (%)	n (%)	
Planlı gebelik	Planlı	35(66)	42(79,2)	0,232*
	Plansız	18(34)	11(20,8)	
Doğum şekli	Normal doğum	23(43,4)	26(49,1)	0,534*
	Sezeryan	30(56,6)	27(50,9)	
Doğum sonrası kuvözde kalma	Evet	7(13,2)	5(9,4)	0,54*
	Hayır	46(86,8)	48(90,6)	
Büyüten kişi (0-1 yaş)	Anne baba	44(83)	49(92,5)	0,139*
	Büyükanne baba	9(17)	4(7,5)	
Büyüten kişi (1-3 yaş)	Anne baba	42(79,2)	47(88,7)	0,186*
	Büyükanne baba	11(20,8)	6(11,3)	
Büyüten kişi (3-6 yaş)	Anne baba	45(84,9)	48(90,6)	0,374*
	Büyükanne baba	8(15,1)	5(9,4)	
Büyüten kişi (6 yaştan sonra)	Anne baba	47(88,7)	51(96,2)	0,141*
	Büyükanne baba	6(11,3)	2(3,8)	
Annenin çocuğun ilk üç yaşındaki genel ruh hali	Mutsuz	21(39,6)	5(9,4)	0,001*
	Mutlu	32(60,4)	48(90,6)	
Kreşe gitme	Evet	15(28,3)	28(52,8)	0,027*
	Hayır	38(71,7)	25(47,2)	
Anne ile çocuğun ilk 3 yaş ilişkisi	Sıcak	30(56,6)	50(94,3)	,000*
	Zor ilişki	23(43,4)	3(5,7)	

* Ki kare Testi

4.4. Katılımcıların Ebeveynlerine Ait Özellikler

MDB tanısı olan ergenlerin annelerinin %47,2'sinin (n=25) ortaokul ve altı, %52,8'inin (n=28) lise ve üzeri eğitim düzeyine; kontrol grubundaki ergenlerin annelerinin ise %28,3'ünün(n=15) ortaokul ve altı, %71,7'sinin (n=38) lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Annede fiziksel hastalık olma durumu sorgulandığında; MDB tanısı olan ergenlerin annelerinin %22,6'sının (n=12), kontrol grubundaki ergenlerin annelerinin ise %7,5'inin(n=4) fiziksel bir hastalığı olduğu görülmüştür. Annenin eğitim düzeyi ve annede fiziksel hastalık durumu değişkenleri için gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır (sırasıyla $p=0,045$; $p=0,030$) (Tablo6). MDB tanılı ergenlerin annelerinde eğitim düzeyi daha düşük fiziksel bir hastalığa sahip olma oranı daha yüksektir.

Ergenlerin ebeveynleri ile ilgili değişkenlerden annenin iş durumu, annede ruhsal hastalık, babanın eğitim düzeyi, babanın iş durumu, babada fiziksel hastalık, babada ruhsal hastalık, akraba evliliği değişkenleri açısından MDB ve kontrol grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (sırasıyla $p=0,695$; $p=0,272$; $p=1,00$; $p=0,239$; $p=0,164$; $p=0,093$; $p=0,696$). Ergenlerin annelerinin ve babalarının yaş ortalamaları da benzer olup her ikisi için de gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunamamıştır (sırasıyla $p=0,476$; $p=0,212$) (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların Ebeveynlerine Ait Özellikler

Değişken	Grup	MDB (n=53)	KONTROL (n=53)	p
		n (%)	n (%)	
Anne yaşı**, (Ort±ss)		43±7,6	43,9±4,2	0,476**
Baba yaşı**, (Ort±ss)		45,6±8,1	47,2±4,6	0,212**
Anne eğitim düzeyi	Ortaokul ve altı	25(47,2)	15(28,3)	0,045*
	Lise ve üzeri	28(52,8)	38(71,7)	
Annenin iş durumu	Çalışıyor	22(41,5)	24(45,3)	0,695*
	Çalışmıyor	31(58,5)	29(54,7)	
Annede fiziksel hastalık	Hayır	41(77,4)	49(92,5)	0,030*
	Evet	12(22,6)	4(7,5)	
Annede ruhsal hastalık	Hayır	44(83)	49(92,5)	0,272*
	Evet	9(17)	4(7,5)	
Baba eğitim düzeyi	Ortaokul ve altı	19(35,8)	19(35,8)	1,00*
	Lise ve üzeri	34(64,2)	34(64,2)	
Babanın iş durumu	Çalışıyor	45(84,9)	50(94,3)	0,239*
	Çalışmıyor	8(15,1)	3(5,7)	
Babada fiziksel hastalık	Hayır	43(81,1)	48(90,6)	0,164*
	Evet	10(18,9)	5(9,4)	
Babada ruhsal hastalık	Hayır	48(90,6)	52(98,1)	0,093*
	Evet	5(9,4)	1(1,9)	
Akraba evliliği	Evet	3(5,7)	4(7,5)	0,696*
	Hayır	50(94,3)	49(92,5)	

* Ki kare Testi ** Bağımsız gruplar t testi

4.5. Katılımcıların Sosyal İlişkilerine Ait Özellikler

Katılımcıların sosyal aktivitelerden (resim, müzik, tiyatro, spor, enstrüman çalma...) en az birine katılıyor olma durumu sorgulandığında MDB tanısı olan grupta 12 ergenin (%22,6); kontrol grubunda 26 ergenin (%49,1) katıldığı öğrenilmiştir; iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,005$) (Tablo7).

Ergenin sorunlarını annesi ile paylaşıp paylaşmadığı sorulduğunda MDB grubunda 24 ergen (%45,3) sorunlarını annesi ile paylaştığını belirtirken, kontrol grubunda 39 ergenin (%73,6) sorunlarını annesi ile paylaşmada bulunduğu öğrenilmiştir. Ergenin sorunlarını babası ile paylaşıyor olma durumu sorgulandığında ise MDB tanısı olan grupta sadece 3 ergen (%5,7) sorunlarını babası ile paylaştığını belirtmiş; kontrol grubunda ise 22 ergenin (%41,5) sorunlarını babası ile paylaştığı öğrenilmiştir. Her iki durumunda da MDB tanısı bulunan ergenlerin sorunlarını ebeveynleri ile paylaşımlarının kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlılığa ulaşacak düzede düşük olduğu bulunmuştur (sırasıyla $p=0,003$; $p=0,000$). Ancak

sorunlarını kardeş, arkadaş, öğretmen ile paylaşıyor olma durumuna göre gruplar karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark görülmemiştir (sırasıyla $p=0,253$; $p=0,314$; $p=0,727$) (Tablo7).

Ergenin ailesiyle olan ilişkisini nasıl algıladığı açısından gruplar karşılaştırıldığında yüksek düzeyde anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,000$). Çalışma grubundaki ergenlerin %43,4'ü ilişkiyi sıcak olarak algılarken, kontrol grubunda oran daha yüksektir (%92,5). Ek olarak, kontrol grubuna (%81,1) kıyasla MDB grubundaki ergenler daha azı (%60,4) ailesiyle yeterli zaman geçirebildiğini ifade etmiştir ve iki grup arasındaki bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0,019$) (Tablo7).

Kendisini aileye yük olarak görme ve aileye karşı yabancılaşma değişkenleri açısından gruplar karşılaştırıldığında yüksek düzeyde anlamlı farklılık bulunmuştur, MDB tanısı olan ergenler kendilerini daha yüksek oranda ailelerine yük olarak hissetmekte ve ailelerine yabancılaştıklarını düşünmektedir ($p=0,000$). MDB tanısı olan ergenlerin % 54,7'si ($n=29$) kendisini aileye yük olarak görmekte ve %56,6'sı ($n=30$) aileye yabancılaştıklarını düşünmektedir; kontrol grubundaki ergenlerin ise yalnızca %3,8'i ($n=2$) kendisini aileye yük olarak görmekte olup %3,8 ($n=2$)'i aileye yabancılaştıklarını düşünmektedir (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların Sosyal İlişkilerine Ait Özellikler

Değişken	Grup	MDB (n=53)	KONTROL (n=53)	p
		n (%)	n (%)	
Sosyal aktivite	Hayır	41(77,4)	27(50,9)	0,005*
	Evet	12(22,6)	26(49,1)	
Sorunlarını anne ile paylaşma durumu	Hayır	29(54,7)	14(26,4)	0,003*
	Evet	24(45,3)	39(73,6)	
Sorunlarını baba ile paylaşma durumu	Hayır	50(94,3)	31(58,5)	,000*
	Evet	3(5,7)	22(41,5)	
Sorunlarını kardeş ile paylaşma durumu	Hayır	43(81,1)	38(71,7)	0,253*
	Evet	10(18,9)	15(28,3)	
Sorunlarını arkadaş ile paylaşma durumu	Hayır	17(32,1)	22(41,5)	0,314*
	Evet	36(67,9)	31(58,5)	
Sorunlarını öğretmen ile paylaşma durumu	Hayır	48(90,6)	49(92,5)	0,727*
	Evet	5(9,4)	4(7,5)	
Aile ile ilişkisi	Sıcak	23(43,4)	49(92,5)	,000*
	Soğuk-mesafeli	30(56,6)	4(7,5)	
Aile ile Yeterli Zaman Geçirme Durumu	Hayır	21(39,6)	10(18,9)	0,019*
	Evet	32(60,4)	43(81,1)	
Kendisini Aileye Yük Olarak Görme	Hayır	24(45,3)	51(96,2)	,000*
	Evet	29(54,7)	2(3,8)	
Aileye Yabancılaşma	Hayır	23(43,4)	51(96,2)	,000*
	Evet	30(56,6)	2(3,8)	

* Ki kare Testi

4.6. Psikososyal Risk Faktörlerine İlişkin Özellikler

Ergenlerin daha önce istismara uğrama durumu sorgulandığında; iki grup arasında yalnızca fiziksel istismar açısından anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,026$). MDB tanısı olan gruptaki ergenlerin %17'si, kontrol grubundaki ergenlerin ise %3,8'i daha önce fiziksel istismara uğradığını belirtmiştir (Tablo8).

Ergenin daha önce intihar girişiminde ve kendine zarar verme davranışında bulunup bulunmadığı açısından gruplar karşılaştırıldığında her iki değişken için de gruplar arasında

yüksek düzeyde anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,000$). MDB grubundaki ergenlerin %50,9'unun, kontrol grubundaki ergenlerin %5,7'sinin daha önce bir intihar girişiminde bulunduğu; MDB grubundaki ergenlerin %83'ünün kontrol grubundaki ergenlerin ise %13,2'sinin daha önce kendine zarar verme davranışında bulunduğu görülmüştür (Tablo8).

Ergenlerin aileleri ile ilgili değişkenlerden göç öyküsü, ailede suça karışma öyküsü, ailede madde kullanma öyküsü, ailede intihar girişimi, ailede intihardan ölen kişilerin varlığı ve ailede kendine zarar verme davranışı bulunup bulunmadığı açısından gruplar karşılaştırılmıştır. Hem MDB tanısı olan ergenler için hem de kontrol grubu için bu değişkenlere ilişkin oranlar arasında farklılık olmasına rağmen bu farklılık anlamlı bulunmamıştır (sırasıyla $p=0,278$; $p=0,093$; $p=1$; $p=0,093$; $p=0,153$; $p=0,093$) (Tablo 8). Aileye ilişkin değişkenlerde sadece ailede fiziksel şiddet öyküsü bulunması gruplar arasında anlamlı fark yaratmıştır. MDB tanısı olan ergenlerin %18,9'unun ailesinde fiziksel şiddet tanımlanmış; kontrol grubunda ise %1,9 ile bu oranın çok daha düşük olduğu bulgusuna ulaşılmıştır ($p=0,004$) (Tablo 8)

Ergenlerin arkadaş grubunda intihar ve kendine zarar verme değişkenlerinin gruplar arasındaki dağılımına bakılmıştır. Ergenlerin arkadaşları arasında intihar girişimi olup olmadığı sorgulandığında; MDB tanısı olan ergenlerin % 28,3'inin ($n=15$), kontrol grubundaki ergenlerin ise yalnızca %7,5'inin ($n=4$) arkadaşları arasında intihar girişimi olduğu öğrenilmiştir. MDB grubundaki ergenlerin arkadaşları arasında intihar girişimi kontrol grubundan istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0,005$) (Tablo 8). Ergenlerin arkadaşları ile ilgili değişkenlerden arkadaşların intihar nedeniyle ölmesi ve arkadaşlarda kendine zarar verme davranışı değişkenleri açısından MDB tanısı olan ve olmayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (sırasıyla $p=0,153$; $p=0,085$) (Tablo 8).

Tablo 8. Psikososyal Risk Faktörlerine İlişkin Özellikler

Değişken	Grup	MDB	KONTROL	p
		(n=53)	(n=53)	
		n (%)	n (%)	
Katılımcıya Ait Özellikler				
Fiziksel istismar öyküsü	Evet	9(17)	2(3,8)	0,026*
	Hayır	44(83)	51(96,2)	
Cinsel istismar öyküsü	Evet	4(7,5)	2(3,8)	0,401*
	Hayır	49(92,5)	51(96,2)	
Duygusal istismar öyküsü	Evet	11(20,8)	8(15,1)	0,447*
	Hayır	42(79,2)	45(84,9)	
İntihar girişiminde bulunma	Evet	27(50,9)	3(5,7)	,000*
	Hayır	26(49,1)	50(94,3)	
Daha önce kendine zarar verme davranışı	Evet	44(83)	7(13,2)	,000*
	Hayır	9(17)	46(86,8)	
Aileye Ait özellikler				
Göç öyküsü	Var	6(11,3)	10(18,9)	0,278*
	Yok	47(88,7)	43(81,1)	
Ailede fiziksel şiddet	Var	10(18,9)	1(1,9)	0,004*
	Yok	43(81,1)	52(98,1)	
Ailede suça karışma öyküsü	Var	5(9,4)	1(1,9)	0,093*
	Yok	48(90,6)	52(98,1)	
Ailede madde kullanım öyküsü	Var	2(3,8)	2(3,8)	1*
	Yok	51(96,2)	51(96,2)	
Ailede intihar girişimi	Var	5(9,4)	1(1,9)	0,093*
	Yok	48(90,6)	52(98,1)	
Ailede intihardan ölen	Var	2(3,8)	0(0)	0,153*
	Yok	51(96,2)	53(100)	
Ailede kendine zarar verme davranışı	Var	5(9,4)	1(1,9)	0,093*
	Yok	48(90,6)	52(98,1)	
Arkadaşlara Ait Özellikler				
Arkadaşlarda intihar girişimi	Var	15(28,3)	4(7,5)	0,005*
	Yok	38(71,7)	49(92,5)	
Arkadaşlardan intiharla ölen	Var	2(3,8)	0(0)	0,153*
	Yok	51(96,2)	53(100)	
Arkadaşlarda kendine zarar verme davranışı	Var	19(35,8)	11(20,8)	0,085*
	Yok	34(64,2)	42(79,2)	

*:Ki kare Testi

4.7. Katılımcıların Psikiyatrik Değerlendirme Sonuçları

Çalışmaya katılan ergenlerin MDB dışındaki psikiyatrik tanılarına bakıldığında MDB tanısı olan ergenlerin %56,6'sının anksiyete bozukluğu, %32,1'inin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), %13,2'sinin obsesif kompulsif bozukluk (OKB), %15,1'inin yeme bozukluğu, %9,4'ünün davranım bozukluğu (DB), %7,5'inin travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), %5,7'sinin konverisyon bozukluğu eştanısı olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda bulunan ergenlerde ise hiçbir psikiyatrik tanı bulunmamaktadır (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcılarda Psikiyatrik Değerlendirme

Değişken	Grup	MDB (n=53)	KONTROL (n=53)	p
		n (%)	n (%)	
Anksiyete bozukluğu	Var	30(56,6)	0(0)	,000*
	Yok	23(43,4)	53(100)	
DEHB	Var	17(32,1)	0(0)	,000*
	Yok	36(67,9)	53(100)	
OKB	Var	7(13,2)	0(0)	0,006*
	Yok	46(86,8)	53(100)	
Yeme bozukluğu	Var	8(15,1)	0(0)	0,003*
	Yok	45(84,9)	53(100)	
DB	Var	5(9,4)	0(0)	0,022*
	Yok	48(90,6)	53(100)	
TSSB	Var	4(7,5)	0(0)	0,041*
	Yok	49(92,5)	53(100)	
Konversiyon bozukluğu	Var	3(5,7)	0(0)	0,039*
	Yok	50(94,3)	53(100)	

* Ki kare Testi; DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, DB: Davranım Bozukluğu, TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

4.8. Katılımcılara Ait Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

4.8.1. Majör Depresif Bozukluk Tanısı Olan ve Olmayan Ergenlerin Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan ergenlerin Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) puanları arasında anlamlı fark elde edilmiştir ($t=-8.196$, $p<.05$). MDB tanısı olan ergenlerin puan ortalaması olmayan ergenlere göre daha yüksektir (Tablo10).

Tablo 10. Katılımcıların BDÖ Puanları

Ölçek Puanları	MDB (N=53)	KONTROL (N=53)	t	p
	Ort±ss	Ort±ss		
BDÖ	29±12,5	12,2±8,2	-8,196	,000**

**Bağımsız gruplar t testi; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

MDB ve kontrol grubundaki ergenlerin Anne-Baba Tutum Ölçeği (ABTÖ) alt boyutları karşılaştırılmış; kabul ilgi ($t=5.496$, $p<.05$) ve psikolojik özerklik ($t=3.253$, $p<.05$) puanları arasında anlamlı fark elde edilmiştir. Kontrol grubundaki ergenlerin ABTÖ kabul ilgi ve psikolojik özerklik alt boyut puan ortalamaları MDB tanısı olan ergenlere göre daha yüksektir. Ancak olgu ve kontrol grubunda ergenlerin denetleme ($t=-0.349$, $p>.05$) alt boyut puanları arasında anlamlı fark yoktur (Tablo11).

Tablo11. Katılımcıların ABTÖ Alt Boyut Puanları

Ölçek Puanları	MDB (N=53)	KONTROL (N=53)	t	p
	Ort±ss	Ort±ss		
Kabul İlgi	23±5,8	28,4±4,2	5,496	,000**
Psikolojik Özerklik	19,8±5,6	23,4±6	3,253	0,002**
Denetleme	25,1±4,8	24,8±4,7	-0,349	0,728**

**Bağımsız gruplar t testi; ABTÖ: Anne-Baba Tutum Ölçeği

Ebeveynlerin genel tutum değişkeni gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark göstermiştir ($p=0,00$). Depresyon olmayan ergenlerde ebeveynleri demokratik ve izin verici olan ergenlerin oranı benzer olup ebeveynleri ihmalkâr ve otoriter olan ergenlerin oranından daha yüksektir. Depresyon olan ergenlerde ise ebeveynleri otoriter ve ihmalkâr olan ergenlerin oranı ebeveynleri demokratik ve izin verici olan çocukların oranından daha yüksektir (Tablo 12).

Tablo 12. Katılımcıların ABTÖ'ye Göre Ebeveyn Tutumları

Değişken	Grup	MDB (n=53)	KONTROL (n=53)	p
		n (%)	n (%)	
Genel Tutum	Demokratik	5(9,4)	18(34)	,000*
	İhmalkâr	16(30,2)	9(17)	
	Otoriter	24(45,3)	6(11,3)	
	İzin verici	8(15,1)	20(37,7)	

* Ki kare Testi; ABTÖ: Anne-Baba Tutum Ölçeği

Çalışmaya katılan ergenler Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Envanteri Kısa Formu (EABE) puanları açısından karşılaştırılmıştır. Anneye bağlanma genel puanları ($t=5.552$, $p<.05$) ile anneye güven ($t=4.268$, $p<.05$), anneye iletişim ($t=5.018$, $p<.05$) ve anneye yabancılaşma ($t=-5.27$, $p<.05$) alt boyut puanları arasında anlamlı fark elde edilmiştir. MDB tanısı olmayan ergenlerin anneye bağlanma toplam puan ortalaması ile anneye güven ve anneye iletişim alt boyut puan ortalamaları MDB tanısı olan ergenlere göre daha yüksek iken anneye yabancılaşma alt boyut puan ortalaması ise daha düşüktür (Tablo13).

Benzer şekilde grupların babaya bağlanma toplam puanları ($t=6.9$, $p<.05$) ile babaya güven ($t=6.472$, $p<.05$), babayla iletişim ($t=5.281$, $p<.05$) ve babaya yabancılaşma ($t=-6.121$, $p<.05$) alt boyut puanları arasında da anlamlı fark elde edilmiştir. MDB tanısı olmayan ergenlerin babaya bağlanma genel puan ortalaması ile babaya güven ve babayla iletişim alt boyut puan ortalamaları MDB tanısı olan ergenlere göre daha yüksek, babaya yabancılaşma alt boyut puan ortalaması daha düşük saptanmıştır (Tablo13).

Çalışmaya katılan olgu ve kontrol grubundaki ergenlerin arkadaşla bağlanma toplam puanları ($t=0.448$, $p>.05$) ile arkadaşla güven ($t=0.28$, $p>.05$), arkadaşla iletişim ($t=-0.147$, $p>.05$) ve arkadaşla yabancılaşma ($t=-0.948$, $p>.05$) alt boyut puanları arasında anlamlı fark yoktur (Tablo13).

Tablo13. Katılımcıların EABE Alt Boyut Puanları

Ölçek Puanları	MDB (N=53)	KONTROL (N=53)	t	p
	Ort±ss	Ort±ss		
Anneye Bağlanma				
Güven	18,3±6,4	23,1±5,2	4,268	,000**
İletişim	15,8±5,6	21,1±5,3	5,018	,000**
Yabancılaşma	15,6±6,1	9,6±5,4	-5,27	,000**
Toplam Bağlanma Puanı	50,5±15,9	66,6±13,8	5,552	,000**
Babaya Bağlanma				
Güven	14,1±7,8	22,3±5	6,472	,000**
İletişim	12,6±5,5	18,7±6,4	5,281	,000**
Yabancılaşma	18,6±6,7	10,9±6,2	-6,121	,000**
Toplam Bağlanma Puanı	40,1±17,6	62,1±15,2	6,9	,000**
Arkadaşla Bağlanma				
Güven	23,4±5,5	23,7±4,2	0,28	0,78**
İletişim	20,7±4,9	20,6±4,4	-0,147	0,884**
Yabancılaşma	9,7±5,3	8,8±5,2	-0,948	0,345**
Toplam Bağlanma Puanı	66,4±13,6	67,5±11,5	0,448	0,655**

** Bağımsız gruplar t testi; EABE: Ebeveyn ve Arkadaşla bağlanma Envanteri Kısa Formu

Çalışmaya katılan MDB ve kontrol grubundaki ergenlerin İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) toplam puanları ($t=-7.4$, $p<.05$) ile düşmanlık ($t=5.542$, $p<.05$), umutsuzluk ($t=-5.656$, $p<.05$), intihar düşüncesi ($t=-6.395$, $p<.05$) ve kendini olumsuz değerlendirme ($t=-6.564$, $p<.05$) alt boyut puanları açısından anlamlı fark elde edilmiştir. MDB tanısı olan ergenlerin İÖÖ toplam puan ortalaması ile düşmanlık, umutsuzluk, intihar düşüncesi ve kendini olumsuz değerlendirme alt boyut puan ortalamaları MDB tanısı olmayan ergenlere göre daha yüksektir (Tablo 14).

Tablo 14. Katılımcıların İÖÖ Alt Boyut Puanları

Ölçek Puanları	MDB (N=53)	KONTROL (N=53)	t	p
	Ort±ss	Ort±ss		
Düşmanlık	17,1±4,7	12,3±4	-5,542	,000**
Umutsuzluk	32,4±6,5	25,1±6,7	-5,656	,000**
İntihar düşüncesi	18,2±6,8	11±4,6	-6,395	,000**
Kendini olumsuz değerlendirme	24,6±4,8	18,4±4,9	-6,564	,000**
Toplam İntihar Olasılığı	92,2±18,3	66,9±16,9	-7,4	,000**

** Bağımsız gruplar t testi; İÖÖ:İntihar Olasılığı Ölçeği

Her iki gruptaki ergenlerin anne ve babasının kendi ebeveynlerine bağlanma düzeyleri Anne Babaya Bağlanma Ölçeği üzerinden değerlendirilmiş ve karşılaştırılmıştır. MDB ve kontrol grubundaki ergenlerin annelerinin kendi anneleri tarafından gördüğü ilgi ($t=1.163$, $p=0,248$) ile kontrol/aşırı koruma ($t=-1.684$, $p=0,095$) alt boyut puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 15). Benzer şekilde, annelerin kendi babaları tarafından gördüğü kontrol/aşırı koruma ($t=-1.15$, $p=0,253$) alt boyut puanları açısından da gruplar farklılaşmamaktadır. Ancak, annelerin kendi babaları tarafından görmüş olduğu ilgi ($t=2.187$, $p=0,031$) alt boyut puanları açısından gruplar arasında anlamlı fark elde edilmiş olup, MDB tanısı olmayan ergenlerin annelerinin, kendi babalarından gördüğü ilgi alt boyut puan ortalaması MDB tanısı olan ergenlere göre daha yüksektir (Tablo 15).

MDB ve kontrol grubundaki ergenlerin babalarının hem kendi anneleri hem de babalarından gördüğü kontrol/aşırı koruma (sırasıyla $t=-3.895$, $p=0,00$; $t=-2.526$, $p=0,013$) alt boyut puanları açısından gruplar arasında anlamlı fark elde edilmiş olup MDB tanısı olmayan ergenlerin babalarının hem anneleri hem de babaları tarafından gördüğü kontrol/aşırı koruma alt boyut puan ortalaması MDB tanısı olan ergenlere göre daha düşüktür. Ancak, çalışma ve kontrol grubundaki ergenlerin babalarının kendi anne ve babaları tarafından gördüğü ilgi

(sırasıyla $t=0.203$, $p=0,84$; $t=1.967$, $p=0,052$) alt boyut puanları arasında anlamlı yoktur (Tablo 15).

Tablo 15. Katılımcıların Ebeveynlerinin ABBÖ Alt Boyut Puanları

Ölçek Puanları	MDB (N=53)	KONTROL (N=53)	t	p
	Ort±ss	Ort±ss		
Annenin Annesi				
İlgi	24,9±7,8	26,7±8,1	1,163	0,248**
Kontrol/Aşırı Koruma	16,4±8	14±6,5	-1,684	0,095**
Annenin Babası				
İlgi	21,4±9,9	25,5±9,2	2,187	0,031**
Kontrol/Aşırı Koruma	15,8±7,4	14,2±6,8	-1,15	0,253**
Babanın Annesi				
İlgi	26,7±7,2	26,9±6,5	0,203	0,84**
Kontrol/Aşırı Koruma	15,8±5,4	11,9±4,9	-3,895	,000**
Babanın Babası				
İlgi	20,5±9,1	23,8±7,7	1,967	0,052**
Kontrol/Aşırı Koruma	16±6,9	12,5±7,5	-2,526	0,013**

**Bağımsız gruplar t testi; ABBÖ: Ana Babaya Bağlanma Ölçeği

4.9.2. Depresyon Tanısı Olan Ergenlerden İntihar Düşüncesi Olan ve Olmayan Ergenlerin Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

MDB tanısı olan ergenler K-SADS-PL ile değerlendirilerek intihar ekindeki maddelerden en az birinde yaşam boyu eşik düzeyi olarak belirlenen 3 puanı almış olanlar, intihar düşüncesi var olarak kabul edilirken; almamış olanlar, yok olarak kabul edilmiştir. Bu gruplandırmaya göre depresyonda olan 53 ergenden %28,3'ünde ($n=15$) intihar düşünceleri varken, %71,7'sinde ($n=38$) olmadığı saptanmıştır (Tablo 16).

Tablo 16. Ergenlerde İntihar Düşüncesi

Değişken	Grup	MDB (n=53)	KONTROL (n=53)	p
		n (%)	n (%)	
İntihar düşüncesi	Yok	38(71,7)	53(100)	,000*
	Var	15(28,3)	0(0)	

* Ki kare Testi.

MDB tanısı olan ergenlerde intihar düşüncesinin varlığına göre ergenlerin BDÖ puanları karşılaştırılmış; intihar düşüncesi olanların depresyon puan ortalaması, intihar düşüncesi olmayan ergenlere göre daha yüksek bulunmuştur ($Z=-4.674$, $p=0,00$) (Tablo 17).

Tablo 17. İntihar Düşüncesi Varlığına Göre Ergenlerin BDÖ Puanları

Ölçek Puanları	Var (N=15)	Yok (N=38)	Z	p
	Ort±sh	Ort±sh		
BDÖ	42,1±9,3	23,9±9,6	-4,674	,000***

*** Mann-Whitney U Testi; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

ABTÖ alt boyutları MDB tanısı olan ergenlerde intihar düşüncesi olma durumuna göre karşılaştırıldığında; ergenlerin ABTÖ kabul ilgi ($Z=-2.275$, $p=0,023$) puanları açısından anlamlı fark elde edilmiştir. Depresyon tanısı olan ergenlerden intihar düşüncesi olanların kabul ilgi alt boyut puan ortalamaları, intihar düşüncesi olmayan çocuklara göre daha düşüktür. Ancak, depresyonda olan ergenler için intihar düşüncesi olma durumuna göre ölçeğin psikolojik özerklik ($Z=-1.762$, $p=0,078$) ve denetleme ($Z=-0.813$, $p=0,416$) alt boyut puanları açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktur (Tablo 18).

Tablo 18. İntihar Düşüncesine Göre Ergenlerin ABTÖ Puanları

Ölçek Puanları	Var (N=15)	Yok (N=38)	Z	p
	Ort±ss	Ort±ss		
Kabul İlgi	19,8±5,6	24,2±5,5	-2,275	0,023***
Psikolojik Özerklik	17,6±4,7	20,7±5,7	-1,762	0,078***
Denetleme	25,5±5,4	25±4,6	-0,813	0,416***

*** Mann-Whitney U Testi; ABTÖ: Anne Baba Tutum Ölçeği

MDB tanısı olan ergenler için intihar düşüncesi olma durumuna göre ebeveyn genel tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p=0,222$). MDB tanısı olan ergenlerde intihar düşüncesi olanlar ve olmayanlar içinde ebeveyn genel tutumu otoriter olan en fazla olarak elde edilmiştir (Tablo 19).

Tablo 19. İntihar Düşüncesine Göre Ergenlerin Ebeveyn Tutumları

Değişken	Grup	Var	Yok	p
		f(%)	f(%)	
Genel Tutum	Demokratik	1(6,7)	4(10,5)	0,222
	İhmalkar	5(33,3)	11(28,9)	
	Otoriter	9(60)	15(39,5)	
	İzin verici	0(0)	8(21,1)	

* Ki kare Testi.

MDB tanıli ergenlerde intihar düşüncesinin bulunup bulunmamasına göre EBTÖ puanlarının dağılımı Tablo 20’de verilmiştir. MDB tanısı olan ergenlerin anneye bağlanma toplam puanları ($Z=-0.326$, $p=0,744$) ile anneye güven ($Z=-0.851$, $p=0,395$), anneye iletişim ($Z=-0.376$, $p=0,707$) ve anneye yabancılaşma ($Z=-0.119$, $p=0,906$) alt boyut puanları açısından intihar düşüncesi bulunan ve bulunmayanlar arasında anlamlı fark görülmemektedir (Tablo 20).

Ölçeğin babaya bağlanma ile ilgili puanları açısından ise babaya bağlanma toplam puanları ($Z=-2.084$, $p=0,037$) ile babaya güven ($Z=-2.171$, $p=0,03$) alt boyut puanları açısından anlamlı fark elde edilmiştir. İntihar düşüncesi olmayan ergenlerin babaya bağlanma toplam puan ortalaması ile babaya güven alt boyut puan ortalamaları intihar düşüncesi olan ergenlere göre daha yüksektir. Ancak intihar düşüncesi varlığına göre babayla iletişim ($Z=-1.846$, $p=0,065$) ve babaya yabancılaşma ($Z=-1.404$, $p=0,16$) alt boyut puanları anlamlı olarak farklılaşmamaktadır (Tablo 20).

EABÖ’nün arkadaşla bağlanma puanları arasında sadece arkadaşla yabancılaşma ($Z=-2.094$, $p=0,036$) alt boyut puanları açısından anlamlı fark elde edilmiştir. İntihar düşüncesi olmayan ergenlerin arkadaşla yabancılaşma alt boyut puan ortalamaları intihar düşüncesi olan ergenlere göre daha düşüktür. Ancak intihar düşüncesi olma durumuna göre arkadaşla bağlanma toplam puanları ($Z=-0.909$, $p=0,363$) ile arkadaşla güven ($Z=-0.02$, $p=0,984$) ve arkadaşla iletişim ($Z=-0.717$, $p=0,474$) bakımından anlamlı fark yoktur (Tablo 20).

Tablo 20. İntihar Düşüncesine Göre Ergenlerin EABE Puanları

Ölçek Puanları	Var (N=15)	Yok (N=38)	t	p
	Ort±ss	Ort±ss		
Anneye Bağlanma				
Güven	17,1±7	18,8±6,2	-0,851	0,395***
İletişim	15,3±5,4	16±5,8	-0,376	0,707***
Yabancılaşma	15,6±5,4	15,6±6,5	-0,119	0,906***
Toplam Bağlanma Puanı	48,8±16,9	51,2±15,7	-0,326	0,744***
Babaya Bağlanma				
Güven	10,6±6,8	15,5±7,8	-2,171	0,03***
İletişim	10,3±3,8	13,4±5,8	-1,846	0,065***
Yabancılaşma	20,8±4,8	17,7±7,2	-1,404	0,16***
Toplam Bağlanma Puanı	32,1±13	43,3±18,3	-2,084	0,037***
Arkadaşa Bağlanma				
Güven	22,7±6,8	23,7±4,9	-0,02	0,984***
İletişim	20,1±5,7	20,9±4,6	-0,717	0,474***
Yabancılaşma	12,1±5,9	8,8±4,7	-2,094	0,036***
Toplam Bağlanma Puanı	62,8±17,2	67,8±11,8	-0,909	0,363***

***Mann-Whitney U Testi; EABE: Ebeveyn ve Arkadaşa Bağlanma Envanteri Kısa Formu

MDB tanısı olan ergenler, intihar düşüncesi varlığına göre İÖÖ puanları açısından karşılaştırılmış; ergenlerin intihar olasılığı toplam puanları ($Z=-3.25$, $p=0,001$) ile umutsuzluk ($Z=-2.038$, $p=0,042$) ve intihar düşüncesi ($Z=-4.635$, $p=0,00$) alt boyut puanları açısından anlamlı fark elde edilmiştir. İntihar düşüncesi olan çocukların intihar düşüncesi toplam puan ortalaması ile umutsuzluk ve intihar düşüncesi alt boyut puan ortalamaları intihar düşüncesi olmayan ergenlere göre daha yüksektir. Ancak depresyonda olan çocuklar için intihar düşüncesi olma durumuna göre düşmanlık ($Z=1.238$, $p=0,216$), ve kendini olumsuz değerlendirme ($Z=-1.887$, $p=0,059$) alt boyut puanları açısından anlamlı fark yoktur (Tablo 21).

Tablo 21. İntihar Düşüncesine Göre Ergenlerin İÖÖ Puanları

Ölçek Puanları	Var (N=15)	Yok (N=38)	t	p
	Ort±ss	Ort±ss		
Düşmanlık	18,7±4,4	16,4±4,8	-1,238	0,216***
Umutsuzluk	35,2±5,1	31,3±6,7	-2,038	0,042***
İntihar düşüncesi	25,3±4,7	15,4±5,2	-4,635	,000***
Kendini olumsuz değerlendirme	26,5±4,6	23,8±4,7	-1,887	0,059***
İntihar olasılık Toplam	105,7±14,5	86,9±17	-3,25	0,001***

***Mann-Whitney U Testi

ABBÖ puanları açısından MDB tanısı olan ergenler için intihar düşüncesi olma durumuna göre değerlendirme yapıldığında; tüm alt boyut puanları açısından intihar düşüncesi bulunan ve bulunmayan grup arasında anlamlı fark elde edilmemiştir (Tablo 22).

Tablo22. İntihar Düşüncesine Göre Ergenlerin Ebeveynlerinin ABBÖ Puanları

Ölçek Puanları	Var (N=15)	Yok (N=38)	t	p
	Ort±ss	Ort±ss		
Annenin Annesi				
İlgi	25,6±8,9	24,6±7,4	-0,544	0,587***
Kontrol/Aşırı Koruma	16,9±9,2	16,1±7,5	-0,554	0,58***
Annenin Babası				
İlgi	23,5±10,4	20,6±9,7	-1,008	0,313***
Kontrol/Aşırı Koruma	15,9±7,4	15,8±7,5	-0,237	0,812***
Babanın Annesi				
İlgi	27,5±8,4	26,4±6,7	-0,9	0,368***
Kontrol/Aşırı Koruma	15,8±4,9	15,9±5,7	-0,081	0,935***
Babanın Babası				
İlgi	20,9±10,4	20,4±8,7	-0,326	0,744***
Kontrol/Aşırı Koruma	16,7±7	15,7±7	-0,594	0,553***

***Mann-Whitney U Testi; ABBÖ: Ana Babaya Bağlanma Ölçeği

4.9.3. Ölçeklerin Toplam Puanları ve Alt Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyonu

Depresyon tanılı ergenlerde ölçek puanları arasındaki ilişkiye Perason korelasyon yöntemi ile bakılmıştır.

Beck depresyon ölçeği puanları ile ABTÖ kabul ilgi ($r=-0.691$) ve psikolojik özerklik ($r=-0.414$) alt boyutları arasında negatif yönde anlamlı ilişki var iken denetleme boyutuyla anlamlı bir ilişki yoktur ($p<.05$). BDÖ puanları arttıkça ABTÖ kabul ilgi ve psikolojik özerklik alt boyut puanları düşmektedir. BDÖ puanları ile EABE puanlarının ilişkisine bakıldığında; anneye bağlanma ($r=-0.540$), babaya bağlanma ($r=-0.721$) ve arkadaşla bağlanma ($r=-0.234$) puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki vardır. BDÖ puanları arttıkça ergenlerin anneye bağlanma, babaya bağlanma ve arkadaşla bağlanma genel puanları düşmektedir ya da tam tersidir (Tablo 23).

Beck depresyon ölçeği puanları ile intihar olasılığı ölçeği ($r=0.821$) toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki vardır. Beck depresyon ölçeği puanları arttıkça ergenlerin intihar olasılığı ölçeği toplam puanları artmakta ya da tam tersi şekilde azaldıkça azalmaktadır (Tablo 23).

BDÖ puanları ile ebeveynlerin kendi anne-babalarına bağlanma düzeylerinin değerlendirildiği ABBÖ puanları korelasyon analizine tabi tutulmuş; BDÖ puanları ile ergenlerin annelerinin kendi annelerinden ($r=-0.189$) ve babalarından gördükleri ilgi ($r=-0.199$) alt boyut puanları arasında negatif yönde ve anlamlı ilişki var iken ergenlerin annelerinin kendi annelerinden ($r=0.245$), babalarının da kendi anneleri ($r=0.219$) ve babalarından gördükleri kontrol/aşırı koruma ($r=0.234$) alt boyut puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Beck depresyon ölçek puanları arttıkça annelerinin kendi anneleri ve babaları tarafından gördükleri ilgi alt boyut puanları düşerken; annelerinin kendi anneleri tarafından, babalarının kendi anneleri ve babaları tarafından gördükleri kontrol/aşırı koruma alt boyut puanları ise artmaktadır (Tablo 23).

ABTÖ'nün kabul ilgi alt boyut puanları ile EABE'nin anneye bağlanma ($r=0.633$) ve babaya bağlanma puanları ($r=0.744$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki var iken arkadaşla bağlanma toplam puanları ile arasında anlamlı ilişki yoktur. ABTÖ kabul ilgi alt boyut puanları arttıkça ergenlerin anneye bağlanma ve babaya bağlanma toplam puanları artmaktadır. Kabul ilgi alt boyut puanları ile ergenlerin annelerinin kendi anneleri tarafından gördükleri kontrol/aşırı koruma ($r=-0.197$), babalarının kendi anneleri ($r=-0.297$) ve babaları tarafından gördükleri kontrol/aşırı koruma ($r=-0.255$) alt boyut puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki vardır. Kabul ilgi alt boyut puanları arttıkça annelerinin kendi annelerinden, babalarının da hem kendi anneleri hem de kendi babalarından gördükleri kontrol/aşırı koruma alt boyut puanları ise düşmektedir (Tablo 23).

ABTÖ'nün psikolojik özerklik alt boyut puanları ile ilişkili ölçek puanları incelendiğinde; anneye bağlanma ($r=0.475$) ve babaya bağlanma ($r=0.477$) ile arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur; psikolojik özerklik alt boyut puanları arttıkça ergenlerin anneye bağlanma ve babaya bağlanma toplam puanları artmaktadır. Psikolojik özerklik alt boyut puanları ile çocukların hem annelerinin ($r=-0.320$) hem de babalarının kendi anneleri tarafından gördükleri kontrol/aşırı koruma ($r=-0.220$) ve babalarının kendi babalarından gördükleri kontrol/aşırı koruma ($r=-0.273$) alt boyut puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki görülmüştür. Psikolojik özerklik alt boyut puanları ile çocukların annelerinin kendi annelerinden gördükleri ilgi ($r=0.220$) alt boyut puanları arasında ise pozitif yönde anlamlı ilişki vardır. Psikolojik özerklik alt boyut puanları arttıkça annelerinin kendi annelerinden gördükleri ilgi alt boyut puanları artarken; annelerinin kendi anneleri tarafından, babalarının kendi anneleri ve babalarından gördükleri kontrol/aşırı koruma alt boyut puanları ise düşmektedir (Tablo 23).

ABTÖ'nün denetleme alt boyutu ile sadece arkadaşla bağlanma ($r=0.199$) toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki vardır. Denetleme alt boyut puanları arttıkça arkadaşla bağlanma toplam puanları artmaktadır (Tablo 23).

EABE'nin anneye bağlanma toplam puanları ile annelerinin kendi anne ($r=-0.313$) ve babalarından gördükleri kontrol/aşırı koruma puanları ($r=-0.202$) ve babalarının anne ($r=-0.339$) ve babalarından gördükleri kontrol/aşırı koruma ($r=-0.284$) alt boyut puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki vardır. Anneye bağlanma genel puanları ile çocukların annelerinin kendi anneleri tarafından gördükleri ilgi ($r=0.216$) alt boyut puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Anneye bağlanma toplam puanları arttıkça annelerinin kendi annelerinden gördükleri ilgi alt boyut puanları artarken; hem annelerinin hem de babalarının kendi anne ve babalarından gördükleri kontrol/aşırı koruma alt boyut puanları ise düşmektedir (Tablo 23).

EABE'nin babaya bağlanma toplam puanları ile ergenlerin annelerinin kendi annelerinden gördükleri kontrol/aşırı koruma ($r=-0.294$), babalarının kendi annelerinden gördükleri kontrol/aşırı koruma ($r=-0.248$) ve babalarının kendi babalarından gördükleri kontrol/aşırı koruma ($r=-0.207$) alt boyut puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki vardır. Babaya bağlanma toplam puanları ile ergenlerin annelerinin kendi annelerinden gördükleri ilgi ($r=0.213$) alt boyut puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki vardır. Babaya bağlanma genel puanları arttıkça ergenlerin annelerinin kendi annelerinden gördükleri ilgi alt boyut puanları artarken; annelerinin kendi anneleri tarafından gördükleri, annelerinin kendi babaları tarafından gördükleri ve babalarının hem anne hem babaları tarafından gördükleri kontrol/aşırı koruma alt boyut puanları ise düşmektedir (Tablo 23).

EABE'nin arkadaşla bağlanma toplam puanları ile ergenlerin ebeveynlerinin anne ve babalarının kendi ebeveynlerinden gördükleri ilgi ve kontrol/aşırı koruma puanları arasında anlamlı ilişki yoktur. (Tablo 23)

İntihar olasılığı ölçeğinden elde edilen puanların diğer ölçeklerin puanları ile ilişkisi değerlendirildiğinde; İÖÖ toplam puanları ile ergenlerin hem annelerinin ($r=0.239$) hem de babalarının ($r=0.301$) kendi annelerinden gördükleri kontrol/aşırı koruma alt boyut puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki vardır. İntihar olasılığı toplam puanları ile ergenlerin annelerinin kendi babalarından gördükleri ilgi ($r=-0.209$) alt boyut puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki vardır. İntihar olasılığı toplam puanı arttıkça annelerinin kendi babalarından gördükleri ilgi alt boyut puanları düşerken; annelerinin ve babalarının kendi annelerinden gördükleri kontrol/aşırı koruma alt boyut puanları ise düşmektedir. ABTÖ'nün kabul ilgi alt boyut puanları ile intihar olasılığı ($r=-0.628$) toplam puanları arasında negatif

yönde anlamlı ilişki vardır. Kabul ilgi alt boyut puanları arttıkça ergenlerin intihar olasılığı toplam puanları düşmektedir. ABTÖ'nün psikolojik özerklik alt boyut puanları ile intihar olasılığı ($r=-0.374$) toplam puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki görülmüştür. Psikolojik özerklik alt boyut puanları arttıkça çocukların intihar olasılığı toplam puanları düşmektedir. EABE'nin anneye ($r=-0.587$) ve babaya ($r=-0.683$) ve arkadaşına ($r=-0.331$) bağlanma genel puanları ile intihar olasılığı toplam puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Anneye, babaya ve arkadaşına bağlanma puanları arttıkça ergenlerin intihar olasılığı toplam puanları düşmektedir (Tablo 23).



Tablo 23. Depresyon Tanılı Ergenlerin Öçek Puanları Arasında Korelasyon Tablosu

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1.Beck	1															
2.Kabul İlgisi	-,691**	1														
3.Psikolojik Özerklik	-,414**	,376**	1													
4.Denetleme	0,018	0,132	-,197*	1												
5.Bağlanma (Anne)	-,540**	,633**	,475**	0,158	1											
6.Bağlanma (Baba)	-,721**	,744**	,447**	0,009	,651**	1										
7.Bağlanma (Arkadaş)	-,234*	0,117	0,086	,199*	,230*	0,136	1									
8.iOT	,821**	-,628**	-,374**	-,051	-,587**	-,683**	-,331**	1								
9.AA İlgisi	-,189*	0,138	,220*	0,136	,216*	,213*	0,065	-,0152	1							
10.AA Kontrol	,245*	-,197*	-,320**	-,0115	-,313**	-,294**	-,0013	,239*	-,529**	1						
11.AB İlgisi	-,199*	0,177	0,091	0,106	0,182	0,155	-,0005	-,209*	,411**	-,226*	1					
12.AB Kontrol	0,101	-,0135	-,0166	-,0124	-,212*	-,0167	0,067	0,125	-,283**	,531**	-,412**	1				
13.BA İlgisi	-,0108	0,007	0,057	0,004	-,0001	0,12	0,061	-,0164	0,146	-,0168	0,021	-,0076	1			
14.BA Kontrol	,219*	-,297**	-,220*	0,071	-,339**	-,248*	0,006	,301**	-,0114	,209*	-,0085	0,068	-,239*	1		
15.BB İlgisi	-,0087	0,116	,200*	-,0111	0,095	,192*	-,0088	-,0011	,279**	-,201*	,217*	-,0093	0,185	-,247*	1	
16.BB Kontrol	,234*	-,255**	-,273**	0,059	-,284**	-,207*	0,011	0,177	-,018	,288**	-,0038	0,177	-,211*	,579**	-,485**	1

* $p<0,05$; ** $p<0,01$; iOT: İntihar olasılığı toplamı; AA: Annenin Babası; BA: Babanın Annesi; BB: Babanın Babası

4.10. Depresyon Tanılı Ergenlerin Sosyodemografik Özelliklerinin İntihar Etme Olasılığına Etkisi

Depresyon tanısı olan ergenlerin sosyodemografik özelliklerinin intihar etme olasılığı genel puanlarına olan etkisine göre test edilen model istatistiksel olarak anlamlıdır ($F(8,44)=3.739$, $p<.05$) (Tablo 24). Alkol kullanımı ($B=21.454$, $t=2.64$, $p<.05$) ve kardeş sayısı ($B=-4.672$, $t=-2.109$, $p<.05$) değişkenleri bu modelde intihar olasılık genel puanları için anlamlı bir yordayıcı olarak elde edilmiştir. Depresyonda olan ergenlerden intihar olasılığı ölçeği toplam puanları; alkol kullananların kullanmayanlara göre 21.454 birim daha yüksek iken kardeş sayısı artması ise depresyonda olan çocukların intihar etme genel puanlarını 4.672 birim düşürmektedir. β değeri ise standart olan regresyon katsayısı olup modelde yer alan değişkenler için önem derecesini göstermektedir. Depresyonda olan bu ergenler için intihar etme olasılığı genel puanlarını anlamlı çıkan bu değişkenler içinde en çok etkileyen değişken alkol kullanımı olarak saptanmıştır (Tablo 24).

Tablo 24. Sosyodemografik Özelliklerinin İntihar Olasılığına Etkisine İlişkin Regresyon Analizi

Bağımsız Değişkenler	B	Standart Hata	β	t	p
Sabit	95,276	5,87		16,231	0
Cinsiyet (erkek)	-3,08	6,658	-0,058	-0,463	0,646
Kronik hastalık (evet)	-3,012	5,799	-0,065	-0,519	0,606
Sigara kullanımı (evet)	-2,332	4,01	-0,113	-0,582	0,564
Alkol kullanımı (evet)	21,454	8,128	0,522	2,64	0,011
Madde kullanımı (evet)	13,919	9,085	0,209	1,532	0,133
Ebeveyn Durumu (ayrı)	-0,33	6,539	-0,007	-0,05	0,96
Aylık gelir (1000 TL üzeri)	1,556	2,328	0,085	0,668	0,507
Kardeş sayısı	-4,672	2,215	-0,281	-2,109	0,041
$F_{(8,44)}=3.739$; $p=.002$					
$R=0.636$; $R^2=0.405$					

Depresyon tanısı olan ergenlerin eğitim durumu özelliklerinin intihar olasılığı ölçeği toplam puanlarına olan etkisine göre test edilen model istatistiksel olarak anlamlı değildir ($F(3,49)=0.459$, $p>.05$). Okulu bırakmamış olma, okul başarısı ve devamsızlık durumu depresyon tanısı olan ergenler için İntihar olasılığı ölçeği toplam puanlarının anlamlı bir yordayıcı olmadığı saptanmıştır ($p>.05$) (Tablo 25).

Tablo 25. Eğitim Durumu Özelliklerinin İntihar Olasılığına Etkisine İlişkin Regresyon Tablosu

Bağımsız Değişkenler	B	Standart Hata	β	t	p
Sabit	89,445	8,737		10,238	0
Okulu bırakmış olma (hayır)	-1,352	7,735	-0,025	-0,175	0,862
Okul başarısı (başarısız)	1,671	5,416	0,046	0,308	0,759
Devamsızlık (10 gün ve üzeri)	5,088	5,584	0,137	0,911	0,367
$F_{(3,49)}=0.459$; $p=0.712$					
$R=0.165$; $R^2=0.027$					

Depresyon tanısı olan ergenlerin bebeklik/erken çocukluk çocukluk dönemi ile ilgili özelliklerinin intihar olasılığı toplam puanlarına olan etkisine göre test edilen model istatistiksel olarak anlamlıdır ($F_{(10,42)}=2.31$, $p<.01$) (Tablo 26).

Çocuğu 1-3 yaş arasında büyüten kişi ($B=24.951$, $t=2.618$, $p<.05$) ve çocuğu 6 yaştan sonra arasında büyüten kişi ($B=22.445$, $t=2.141$, $p<.05$) değişkenleri bu modelde intihar olasılık toplam puanları için anlamlı bir yordayıcı olarak elde edilmiştir (Tablo 26).

Depresyonda olan ergenlerden intihar olasılığı toplam puanları 1-3 yaş arasında anne baba yanında büyümeyen çocukların anne baba ile büyüyenlere göre 24.951 birim ve 6 yaşımdan sonra anne baba yanında büyümeyen çocukların anne baba ile büyüyenlere göre 22.445 birim daha yüksektir. β değerine göre önem sırası incelendiğinde ise depresyonda olan bu ergenler için intihar olasılığı toplam puanlarını anlamlı çıkan bu değişkenler içinde en çok etkileyen değişken çocuğu 1-3 yaş büyüten kişi olarak saptanmıştır (Tablo 26).

Tablo 26. İntihar Olasılığına Bebeklik/Erken Çocukluk Dönemine Ait Özelliklerin Etkisine İlişkin Regresyon Tablosu

Bağımsız Değişkenler	B	Standart Hata	β	t	p
Sabit	96,342	7,866		12,248	0
Planlı gebelik (plansız)	1,309	4,856	0,043	0,27	0,789
Doğum şekli (sezaryen)	-5,298	5,077	-0,155	-1,044	0,303
Doğum sonrası kuvözde kalma (hayır)	-14,47	7,303	-0,27	-1,981	0,054
Büyüten kişi (0-1 yaş) (diğer)	-7,941	13,94	-0,164	-0,57	0,572
Büyüten kişi (1-3 yaş) (diğer)	24,951	13,745	0,558	1,985	0,037
Büyüten kişi (3-6 yaş) (diğer)	-15,682	13,46	-0,507	-1,908	0,063
Büyüten kişi (6 yaştan sonra) (diğer)	22,445	10,257	0,392	2,188	0,034
Anne çocuğun ilk üç yaşında (mutlu)	7,688	5,364	0,221	1,433	0,159
Kreşe gitme (hayır)	4,954	4,998	0,132	0,991	0,327
Anne ile çocuğun ilk 3 yaş ilişkisi (zor)	0,256	5,079	0,009	0,05	0,96
$F_{(10,42)}=2.31$; $p=.019$					
$R=0.596$; $R^2=0.355$					

Depresyon tanısı olan ergenlerin ebeveynleri ile ilgili özelliklerinin intihar olasılığı ölçeği toplam puanlarına olan etkisine göre test edilen model istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F_{(11,41)}=1.509$ $p>.05$). (Tablo 27).

Tablo 27. İntihar Olasılığına Ebeveynlerle İlgili Özelliklerin Etkisine İlişkin Regresyon Tablosu

Bağımsız Değişkenler	B	Standart Hata	β	t	p
Sabit	117,634	27,611		4,26	0
Anne yaşı	-0,192	0,374	-0,079	-0,514	0,61
Anne eğitim (lise ve üzeri)	12,267	5,929	0,338	2,069	0,055
Anne iş durumu (çalışmıyor)	-1,444	5,662	-0,039	-0,255	0,800
Anne fiziksel hastalık (evet)	8,555	6,46	0,197	1,324	0,193
Anne ruhsal hastalık (evet)	-0,595	0,47	-0,258	-1,267	0,212
Baba yaşı	-0,198	0,46	-0,087	-0,431	0,669
Baba eğitim (lise ve üzeri)	0,103	5,846	0,003	0,018	0,986
Baba iş durumu (çalışmıyor)	-2,136	6,107	-0,05	-0,35	0,728
Baba fiziksel hastalık (evet)	-6,008	7,016	-0,195	-1,182	0,058
Baba ruhsal hastalık (evet)	5,578	8,845	0,09	0,631	0,532
Akraba evliliği (hayır)	-12,899	11,095	-0,164	-1,163	0,252
$F_{(11,41)}=1.509$; $p=0.165$					
$R=0.537$; $R^2=0.288$					

Depresyon tanısı olan ergenlerin sosyal ilişkilerinin intihar olasılığı toplam puanlarına olan etkisine göre test edilen model istatistiksel olarak anlamlı görülmüştür ($F(10,42)=2.745$, $p<.05$). Kendini ailesine yük hissetme ($B=-19.032$, $t=2.64$, $p<.05$) bu modelde intihar olasılığı toplam puanları için anlamlı bir yordayıcı olarak elde edilmiştir. Depresyonda olan ergenlerden kendisini ailesine yük hissetmeyenlerin yük hissedenlere göre intihar etme genel puanları 19.032 birim daha düşüktür (Tablo 28).

Tablo 28. İntihar Olasılığına Sosyal İlişkilerin Etkisine İlişkin Regresyon Tablosu

Bağımsız Değişkenler	B	Standart Hata	β	t	p
Sabit	93,13	8,687		10,721	0
Sosyal aktivite (evet)	-3,856	5,541	-0,089	-0,696	0,49
Sorunlarını anne ile paylaşır (evet)	2,044	5,955	0,056	0,343	0,733
Sorunlarını baba ile paylaşır (evet)	-7,627	11,257	-0,097	-0,678	0,502
Sorunlarını kardeş ile paylaşır (evet)	2,462	5,81	0,053	0,424	0,674
Sorunlarını arkadaş ile paylaşır (evet)	3,75	5,949	0,097	0,63	0,532
Sorunlarını öğretmen ile paylaşır (evet)	2,7	7,939	0,044	0,34	0,735
Aile ile ilişkisi (soğuk)	9,691	6,338	0,265	1,529	0,134
Aile ile zaman (evet)	-3,756	2,962	-0,217	-1,268	0,212
Kendini ailene yük hissetme (hayır)	-19,032	8,449	-0,522	-2,253	0,03
Ailene yabancılaşma (hayır)	6,813	8,544	0,186	0,797	0,43

$F_{(10,42)}=2.745$; $p=.011$

$R=0.629$; $R^2=0.395$

Depresyon tanısı olan ergenlerin taşıdıkları psikososyal risk faktörlerine ilişkin özelliklerinin intihar etme olasılığı toplam puanlarına olan etkisine göre test edilen model istatistiksel olarak anlamlıdır ($F(5,47)=2.837$, $p<.05$). Daha önce kendine zarar verme davranışında bulunma ($B=-13.785$, $t=-1.988$, $p<.05$) bu modelde intihar olasılığı toplam puanları için anlamlı bir yordayıcı olarak elde edilmiştir. Depresyonda olan ergenlerden daha önce kendine zarar verme davranışında bulunmayan ergenlerin, kendine zarar verme davranışında bulunan ergenlere göre göre intihar etme genel puanları 13.785 birim daha düşüktür (Tablo 29).

Tablo 29. İntihar Olasılığına Katılımcıya Ait Psikososyal Risk Faktörlerinin Etkisine İlişkin Regresyon Tablosu

Bağımsız Değişkenler	B	Standart Hata	β	t	p
Sabit	96,143	3,952		24,325	0
Daha önce fiziksel istismar (evet)	2,218	6,694	0,046	0,331	0,742
Daha önce cinsel istismar (evet)	9,24	9,424	0,135	0,98	0,332
Daha önce duygusal istismar (evet)	1,782	6,297	0,04	0,283	0,778
İntihar girişiminde bulunma (hayır)	-6,156	5,283	-0,17	-1,165	0,25
Daha önce kendine zarar verme (hayır)	-13,785	6,934	-0,285	-1,988	0,043

$F_{(5,47)}=2.837$; $p=.024$

$R=0.404$; $R^2=0.163$

Depresyon tanılı ergenlerin ailelerine ait psikososyal risk faktörlerine ilişkin özelliklerinin intihar olasılığı toplam puanlarına olan etkisine göre test edilen model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F(7,42)=2.252, p<.05$). Ailede fiziksel şiddet ($B=-14.417, t=-2.147, p<.05$) bu modelde intihar olasılığı toplam puanları için anlamlı bir yordayıcı olarak saptanmıştır. Depresyon tanısı olan ergenlerden ailesinde fiziksel şiddete maruz kalmayan çocukların kendine ailesinde fiziksel şiddete maruz kalan çocuklara göre intihar etme genel puanları 14.417 birim daha düşüktür (Tablo 30).

Tablo 30. İntihar Olasılığına Aileye Ait Psikososyal Risk Faktörlerinin Etkisine İlişkin Regresyon Tablosu

Bağımsız Değişkenler	B	Standart Hata	β	t	p
Sabit	124,101	21,47		5,78	0
Göç öyküsü (yok)	6,891	8,234	0,12	0,837	0,407
Ailede fiziksel şiddet (yok)	-14,417	6,714	-0,311	-2,147	0,037
Ailede suça karışma öyküsü (yok)	5,292	9,086	0,085	0,582	0,563
Ailede madde kullanım öyküsü (yok)	-8,595	14,077	-0,195	-1,321	0,193
Ailede intihar girişimi (yok)	2,748	12,509	0,044	0,22	0,827
Ailede intihardan ölen (yok)	-9,251	17,836	-0,097	-0,519	0,607
Ailede kendine zarar verme (hayır)	-7,481	10,064	-0,121	-0,743	0,461
$F(7,45)=2,252; p=.029$					
$R=0.364; R^2=0.132$					

Depresyon tanısı olan ergenlerin arkadaşları ile ilgili özelliklerinin intihar olasılığı ölçeği toplam puanlarına olan etkisine göre test edilen model istatistiksel olarak anlamlı değildir ($F(3,49)=1.428 p>.05$). (Tablo 31)

Tablo 31. İntihar Olasılığına Arkadaşlara Ait Psikososyal Risk Faktörlerinin Etkisine İlişkin Regresyon Tablosu

Bağımsız Değişkenler	B	Standart Hata	β	t	p
Sabit	116	12,789		9,07	0
Arkadaşlarda intihar girişimi (var)	4,79	6,909	0,119	0,693	0,491
Arkadaşlardan intiharla ölen (var)	-8,325	13,816	-0,198	-1,75	0,056
Arkadaşlarda kendine zarar verme (var)	0,076	6,387	0,002	0,012	0,991
$F(3,49)=1.428; p=0.246$					
$R=0.284; R^2=0.08$					

Depresyon tanısı olan ergenlerin aş tanılarla ilgili özelliklerinin intihar olasılığı ölçeği toplam puanlarına olan etkisine göre test edilen model istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F_{(7,45)}=0.897$ $p>.05$). (Tablo 32).

Tablo 32. İntihar Olasılığına Eş Tanılarla İlgili Özelliklerin Etkisine İlişkin Regresyon Tablosu

Bağımsız Değişkenler	B	Standart Hata	β	t	p
Sabit	88,511	4,975		17,79	0
Anksiyete bozukluğu (var)	0,412	5,453	0,011	0,076	0,94
Okb (var)	7,117	7,941	0,133	0,896	0,375
Dehb (var)	-2,075	6,657	-0,053	-0,312	0,757
Yeme boz (var)	6,013	7,66	0,119	0,785	0,437
Tssb (var)	4,163	10,236	0,061	0,407	0,686
Db (var)	9,482	10,471	0,362	1,147	0,057
Konversiyon bozukluğu (var)	-2,384	11,686	-0,03	-0,204	0,839
$F_{(7,45)}=0.897$; $p=0.517$					
$R=0.350$; $R^2=0.122$					

4.11. Depresyon Tanılı Ergenlerin Ölçek Puanlarının İntihar Etme Olasılığına Etkisi

Depresyon tanısı olan ergenlerin Beck Depresyon Ölçeği, Anne Baba Tutum Ölçeği ile Ebeveyne ve Arkadaşa Bağlanma Envanteri Kısa Formu puanlarının İntihar Olasılığı Ölçeği toplam puanlarına olan etkisine göre test edilen model istatistiksel olarak anlamlıdır ($F_{(7,45)}=7.828$, $p<.01$). BDÖ ($B=0.877$, $t=4.25$, $p<.05$) puanları bu modelde intihar olasılığı ölçeği toplam puanları için anlamlı bir yordayıcı olarak elde edilmiştir. Depresyon tanısı olan ergenlerden beck depresyon ölçeği puanları 1 birim arttığında intihar etme olasılık genel puanları 0.877 birim artmaktadır. ABTÖ alt boyutları ile ebeveyne ve arkadaşla bağlanma toplam puanlarının depresyonda olan çocukların intihar etme olasılık genel puanlarına olan etkisi anlamlı değildir ($p>.05$) (Tablo 33).

Tablo 33. İntihar Olasılığına Ölçek Puanlarının Etkisine İlişkin Regresyon Tablosu

Bağımsız Değişkenler	B	Standart Hata	β	t	p
Sabit	89,124	22,152		4,023	0
Beck Depresyon	0,877	0,206	0,601	4,25	,000*
Kabul İlgisi	-0,233	0,489	-0,074	-0,475	0,637
Psikolojik Özerklik	-0,076	0,388	-0,023	-0,197	0,845
Denetleme	-0,196	0,445	-0,051	-0,44	0,662
Bağlanma (Anne)	-0,104	0,149	-0,091	-0,701	0,487
Bağlanma (Baba)	-0,053	0,156	-0,051	-0,338	0,737
Bağlanma (Arkadaş)	-0,048	0,141	-0,036	-0,343	0,733
$F_{(7,45)}=7.828; p<.001$					
$R=0.741; R^2=0.549$					

5. TARTIŞMA

Bu çalışmanın örneklem grubu Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'nde DSM – 5'e göre Majör Depresif Bozukluk (MDB) tanısı konulan 15-18 yaş arası ergenler ve ebeveynleri ile aynı yaş grubunda herhangi bir nedenle Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'ne başvuran ancak herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan ergen ve ailelerinden oluşmuştur. Araştırmamızda; ebeveyn tutumlarının, ebeveyne bağlanmanın, ebeveynin kendi anne-babalarının tutumlarının ergenlerdeki depresyon düzeyi ve depresyondaki ergenlerin intihar olasılığı ile ilişkisinin saptanması ve böylece uygun müdahalelerin geliştirilmesine katkı sağlanması amaçlanmıştır. Araştırmada saptanan bulguların gruplar arasında istatistiksel açıdan daha sağlıklı karşılaştırılması adına gruplar, sosyodemografik özelliklerden yaş ve cinsiyet değişkenleri açısından eşleştirilmiştir.

Çalışmamızda olgu grubunun yaş ortalaması $16,1 \pm 1,1$ yıl, kontrol grubunun yaş ortalaması ise $16,1 \pm 0,9$ yıldır. 15 -18 yaş aralığı; adolesan grubunda depresyon tanısının en sık görüldüğü dönem²⁵ olduğu için çalışmada bu yaş grubu tercih edilmiştir.

Majör depresif bozukluk ergenlik öncesi kız ve erkeklerde benzer oranlarda görülürken, ergenlikten sonra kızlarda görülme olasılığı erkeklere göre daha yüksektir.^{215–218} Yapılan bir çalışmada; 13-18 yaş arası depresyon görülme oranı kızlarda erkeklere göre yaklaşık 5 kat daha fazla bulunmuştur.²¹⁹ Kızlarda genetik ve hormonal yapının depresyon, anksiyete ve strese yatkınlık yarattığı düşünülmektedir.²²⁰ Çalışmamızda olgu grubundaki ergenlerin çoğunluğunu (%86,8) kız ergenler oluşturmaktadır. Kontrol grubu ise olgu grubu ile eşleştirme açısından benzer cinsiyet oranı gözetilerek seçilmiştir.

Son yıllarda yaygınlığının giderek artması ile dikkat çeken sigara, alkol ya da madde kullanımı ile ilgili yapılan araştırmalar; bağımlı bireylerdeki intihar, umutsuzluk ve depresyonun birbirleriyle ilişkili olduğunu, birbirlerini etkilediğini ve sosyal, biyolojik, psikolojik birçok faktör üzerinde etkileri bulunduğunu belirtmektedir.^{221,222} Çalışmamızda da bu bulguları destekler nitelikte, MDB tanısı olan ergenlerin kontrol grubuna göre daha fazla sigara ve alkol kullanımı olduğu görülmüş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu durumun; gençlerin sigara ve alkolü sorunlarla başa çıkma yöntemi olarak kullanmasından kaynaklanıyor olabileceğini düşünmekteyiz. Ancak madde kullanımı açısından yapılan gruplar arası karşılaştırmalarda madde kullanımı olgu grubunda daha fazla olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Bu sonuç örneklemdeki madde kullanan genç sayısının oldukça düşük (kontrol grubunda 0; MDB grubunda 1 kişi) olmasından kaynaklanmış olabilir. Wilcox ve arkadaşları (2004) ile Borges ve arkadaşları (2000) yaptıkları çalışmalarda intihar girişiminde bulunmanın alkol bağımlılığı olan kişiler arasında daha yaygın olduğu sonucuna ulaşmışlardır.^{223,224} Bu sonuçlara benzer şekilde bizim çalışmamızda da alkol kullanımının depresyon tanısı olan ergenlerde intihar olasılığı için önemli bir yordayıcı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışmamızda; herhangi bir ruhsal bozukluğu bulunmayan akranları ile kıyaslandığında MDB tanılı ergenlerde istatistiksel açıdan anlamlı şekilde anne-baba ayrılığının daha fazla olduğu bulunmuştur. Yazındaki çalışmalar incelendiğinde anne-baba ayrılığının çocuk ve ergen depresyonu için risk faktörü olduğu görülmektedir.²²⁵ Ergenin kimlik kazanması ve gelişimini tamamlaması için ebeveynin desteği oldukça önemlidir. Ebeveynlerin ayrı olması ise ergenin ebeveyn ilişkilerinin kalitesi ve niteliğini önemli ölçüde bozmaktadır.²²⁶ Bu nedenle ebeveynlerin ayrı olmasının ergen için büyük bir stres faktörü olabileceğini ve depresyona yatkınlık yaratabileceği düşünülmüştür.

Ekonomik sıkıntılar ve yoksulluk ergenlik döneminde görülen depresyonun psikososyal risk faktörlerinden biri olarak gösterilmektedir.²²⁷ Mojs ve ark. 2015'te üniversite öğrencilerinde yaptıkları bir çalışmada depresyon duyarlılığının öğrencinin mali durumu ile ilişkili olduğunu ve kötü mali durumun depresyon eğilimini arttırdığını bulmuşlardır.²²⁸ Çalışmamızda MDB grubu ve kontrol grubundaki ergenlerin aylık gelirinin istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklılık göstermesi ve sağlıklı ergenlerde daha yüksek olması bu bulguyu desteklemektedir. Yoksulluğun çocukların fiziksel sağlığı, bilişsel becerileri, akademik başarıları, sosyal ve duygusal gelişimleri üzerinde etkiye sahip olduğu ve aynı zamanda yoksulluk içinde yaşayan çocukların avantajlı yaşlıtlarına göre daha az fırsata sahip olduğu ve sosyal faaliyetlere katılımlarının sınırlı olduğu bilinmektedir.^{229,230} Tüm bunlar göz önünde

bulundurulduğunda ekonomik sıkıntılarla büyüyen çocukların çeşitli alanlarda hem bedensel hem ruhsal sağlığının etkilenmesi ve gençlik döneminde yaşlılarıyla benzer olanaklara sahip olmamak, ekonomik yetersizliğinden dolayı kısıtlamalar yaşıyor olmak depresyona zemin hazırlamış olabilir. Depresif ergenler ile ebeveyn çalışma çizelgesi ilişkisine bakılan bir çalışmada; ebeveynlerin çalışması, ev içinde düşük kaliteli bir ilişki ile bağlantılı bulunmuştur. Bu bağlantı ile ergen depresyon riskinin artmasına aracılık ettiği gösterilmiştir.²³¹ Aksini gösteren bir çalışmada ise; ebeveynlerin çalışmamasının ekonomik sıkıntının artmasına yol açarak ergende stres oluşturduğu, öz saygı azalmasına ve depresyona yol açtığı belirtilmiştir.²³² Bizim çalışmamızda gruplar arasında anne-baba iş durumu açısından fark olmaması ebeveynlerin çalışma durumundan ziyade çalışma koşullarının aile yaşantısına yansımaları, aileye kazandırdığı ekonomik girdi gibi yarattığı sonuçların aile bireylerinin ruh sağlığında daha etkili olmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda MDB ve kontrol grubu kardeş sayısı açısından anlamlı farklılık göstermezken kardeş sayısındaki artışın intihar olasılığını düşürdüğü saptanmıştır. Alptekin (2008) bizim çalışmamıza benzer şekilde bireylerin iyi ve samimi arkadaşlara sahip olmaları ve kardeşleri arasında yakın bir ilişkinin bulunması durumunda intihara daha az yöneldiklerini ortaya çıkarmıştır.²³³ Bulgumuzun aksine kardeş sahibi olmanın kıyaslanma ve dışlanan çocuk olma gibi nedenlerle intihar düşüncesini artırabileceğini gösteren çalışmalar da bulunmaktadır.²³⁴

Araştırma kapsamına alınan ve depresyonu bulunan ergenlerin okul başarıları kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşüktür. Bu bulgu; depresyon semptomları gösteren ergenlerde okul başarısında düşüklük olduğuna ilişkin görüşü desteklemektedir.²³⁵ Depresyondan kaynaklanan yürütücü işlev bozukluğu, bozulmuş öğrenme ve bellek, azalan dikkat; akademik başarıda gerilemeye sebep olabilmektedir.²³⁶

Öğrenci devamsızlığı; birçok sosyal, bağlamsal ve psikiyatrik risk faktörü ile ilişkilendirilmiştir.²³⁷ Davranışsal ve duygusal bozuklukların bir sonucu olarak ortaya çıkmakta ve bu nedenle de ayrı bir psikiyatrik tanı olarak değerlendirilmemektedir.²³⁸ Okul reddinin daha çok ayrılma anksiyetesi bozukluğu nedeniyle olduğu bilinmekle birlikte ağır seyirli okul reddinin depresyon ile ilişkili görülebildiği de bildirilmiştir.²³⁹ Bu durumun depresyonun belirtilerinden olan anhedoni ve düşük güdülenme kaynaklı olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca, okul başarısında düşme ve okul devamsızlığı birbirlerini tetikleyebilecek etkenler olarak da değerlendirilebilir.

Doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde annede depresif belirtilerin olmasının adolesan dönemde depresyon için risk faktörü olduğu belirtilmiştir.²⁴⁰ Çalışmamızda da MDB

grubundaki annelerin %39,6'sı; kontrol grubundaki annelerin %9,4'ü ergenin ilk 3 yaşında kendilerini mutsuz hissettiklerini belirtmiş olup bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Ayrıca anne ile çocuğun ilk 3 yaş ilişkisi MDB tanısı olan ergenlerde %43,4 oranında zor ilişki olarak tanımlanırken, kontrol grubunda bu oran yalnızca %5,7 dir. Ayrıca çocukluk döneminde büyüten kişinin ebeveyn dışında biri olması ergende intihar olasılığını arttıran bir faktör olarak saptanmıştır. Depresyon veya farklı bir nedenle çocukla yeterli duygusal bağ kurmakta ve nitelikli zaman geçirmekte güçlük çeken annelerin çocuklarının gelişimi ve tüm yaşamı etkilenebilmektedir.²⁴¹ Klasik psikanalitik kurama göre depresyonda; hayalde ya da gerçekte bir sevgi nesnesinin kaybı söz konusudur ve buna bağlı olarak kişinin benliğinde bir yoksullaşma, boşluk, terk edilmişlik duygularıyla birlikte öz değer (self-esteem) belirgin azalma veya yok olma tanımlanır. Bu görüşe göre depresyon; kaybedilen nesneye karşı olan düşmanca duyguların ve saldırgan dürtülerin kişinin kendine dönmesidir. Freud'a göre depresif kişiler çocukluk döneminde birincil bakım veren tarafından önemli narsistik yaralanmalar yaşamışlardır bu da öz değer düşmesine ve depresyona zemin hazırlamaktadır.²⁴² Bağlanma kuramı açısından ise intihar girişimi; tutarsız ve özensiz bir bakıcı ile büyüyen çocuklar tarafından bakıcıyı cezalandırmak ve aynı acıyı çekmesini sağlamak için güçlü bir arzu duymasının getirdiği sıkıntıyla baş etmek amacıyla gerçekleşmektedir.¹⁶⁴

Okul öncesi dönem, çocukların kendilerini tanımaları ve yönlendirmeleri açısından yaşamlarının önemli bir dönemidir.²⁴³ Kişiliğin ana hatlarının olduğu bu devrede çocuğun eğitimi daha da önem kazanmaktadır.²⁴⁴ Çocuğun okul öncesi eğitim programlarına dâhil edilmesi; bilişsel, sosyal ve duygusal gelişimlerine önemli katkı sağlamaktadır.²⁴⁵ Okul öncesi dönem, gelişimin hızlı olması ve bireyin yaşamında kalıcı etkiler oluşturmaları açısından da önem taşımaktadır.²⁴⁶ Çocuklar yetişkinlerle ve akranlarıyla olumlu sosyal ilişkiler kurmayı ve duygularını ifade etmeyi okul öncesi dönemde öğrenmektedirler. Bu da sosyal yönden yeterli olmalarını desteklemektedir.²⁴⁷ Yaptığımız çalışmada MDB tanısı olan ergenlerin, ruhsal bozukluk saptanmayan akranlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha düşük oranda kreşe gittikleri bulunmuştur. Sosyal ilişkiler kurmayı, toplumun bir parçası olmayı ve duygularını ifade etmeyi erken yaşlarda öğrenmek; stresi azaltarak depresyona karşı koruyucu bir rol üstlenmiş olabilir. Ayrıca, ebeveynlerin, çocuklarına yönelik tutum ve yaklaşımları konusunda öğretmenlerden geribildirim almaları da çocuğun sağlıklı ruhsal gelişimine katkı sağlayan bir başka koruyucu etken olarak görülebilir.

Yaptığımız çalışmada anne eğitim düzeyi depresyon tanılı ergenlerde kontrol grubuna göre daha düşük bulunurken baba eğitim düzeyi iki grup arasında farklılık göstermemiştir.

Gamsız ve arkadaşları çalışmalarında (2004) annelerin eğitim düzeyi düştükçe çocuğa ceza verme oranlarının arttığını belirlemişlerdir.²⁴⁸ Erken çocukluk yıllarında anne-çocuk ilişkisindeki bozuklukların depresyon riskini arttırdığı göz önünde bulundurulduğunda annenin eğitim düzeyinin; annenin çocuğa yaklaşım tarzını ve dolayısıyla çocukta depresyonu etkileyebileceği düşünülmektedir.²⁴⁹ Babanın eğitim düzeyine göre gruplar arası farklılık görülmemesi, kültürel olarak Türk toplumu aile yapısında kadın ve erkeğe verilen roller; kız ve erkek çocukların eğitime katılımının teşviki gibi faktörlerden etkileniyor olabilir.

Çalışma grubumuzdaki ergenlerden depresyon tanılı ergenlerin annelerinde fiziksel hastalık olması kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek iken babaların fiziksel hastalığı açısından gruplar arası karşılaştırmada anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ergen depresyonu riskini artıran aile etmenlerinden birisi de ebeveyn desteğinin yetersiz oluşudur.⁹⁵ Ebeveynlerde fiziksel hastalık varlığı yeterli düzeyde desteklerini hissettirmelerini engelliyor olabilir. Aynı zamanda ailede fiziksel hastalık varlığı stresli bir yaşam olayı olarak ergenlerde depresyonu tetiklemiş olabilir. Ülkemizdeki aile sisteminde annelerin çocuklar konusunda daha fazla sorumluluk almaları anne – baba fiziksel hastalığının depresyon üzerine etkisi arasındaki farkın sebebi olarak gösterilebilir.

Yapılan bir meta-analiz çalışmasında ergen annelerinde depresyon yaygınlığının %8-12 arasında değiştiği ve annelerin depresyonda olmasının çocuklarının depresyon, davranış sorunları gibi psikiyatrik problemleri için risk faktörü olduğu gösterilmiştir.²⁵⁰ Anne depresyonu ve ergen depresyonu arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada; ergenlik döneminde ergen-anne arasında yaşanan sorunların bu ilişkiye aracılık ettiği gösterilmiştir.²⁵¹ Son zamanlarda yapılan çalışmalarda babalar da çalışmalara dâhil edilmektedir. Amerika’da 21993 çocuk ve ergen ile yapılan çalışmada; babanın depresif semptomlarının çocuk ve ergenlerde duygusal ve davranış sorunlarını 1.72 kat arttırdığı saptanmıştır.²⁵² Yapılan çalışmalar, ebeveynlerde depresyon varlığının çocuğun hayat boyu depresyon geçirme sıklığını 3 kat arttırmakta olduğunu göstermektedir.²⁵³ Çalışmamızda ise ebeveyn ruh sağlığı ile ergen depresyonu arasında bir ilişki bulunamamıştır. Bu durum örneklemelerin farklı olması ve çalışma grubumuzun sayısal olarak yetersizliğinden kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca araştırmamızda ebeveynlerin fiziksel ve ruhsal hastalık öyküsüne dair bilgiler; bir klinisyen tarafından tanılanmış fiziksel hastalık öyküsü, psikiyatri kliniğine başvuru ve ilaç tedavisi önerisi varlığına göre elde edilmiş; ebeveynlere psikiyatrik bozukluklar açısından ek değerlendirme yapılmamıştır. Hastaların ebeveynlerinde psikiyatrik bozukluğu olmasına rağmen psikiyatri kliniğine başvurmamaları olabileceği gibi, psikiyatrik bozukluğu olmamasına rağmen psikiyatri kliniğine başvuranlar da olmuş olabilir. Bu durum da

ebeveynlerin fiziksel hastalık ve psikiyatrik bozukluk varlığı bilgilerinin güvenilirliğinin azalmasına yol açabilir.

Çalışma grubumuzda depresyon tanısı olan ergenlerin %22,6'sı en az bir sosyal aktiviteye katılıyorken, kontrol grubundaki ergenlerde katılım 2 katından fazladır ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Fiziksel aktivite ve depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok çalışma incelendiğinde bizim sonuçlarımıza benzer şekilde sosyal aktivite ve depresyon arasında ters yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.²⁵⁴ Fiziksel aktivitenin, anksiyete ve depresyonu azalttığı ve olumlu düşünmeyi geliştirerek stresle başa çıkmayı kolaylaştırdığı bilinmektedir.²⁵⁴ Yazında; müzik, görsel sanat (drama, tiyatro), hikâye anlatımı ve dans gibi sanat türlerinin depresyon üzerine etkisinin araştırıldığı çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalarda sanat uğraşlarının, çocukların depresyon düzeyini azaltmada etkili olduğu saptanmıştır.²⁵⁵

Sorunların anne, baba, kardeş, arkadaş ve öğretmen ile paylaşımının ergenlerde depresyon üzerine etkisine baktığımızda sağlıklı ergenlerde depresyonda olan ergenlere göre sorunlarını anne ile ve baba ile paylaşılmasının MDB tanılı ergenlere göre daha yüksek oranda olduğu bulunmuştur. Literatür incelendiğinde çalışmamızdaki bulguları destekler nitelikte ebeveyn ilgisinin ve desteğinin yetersiz oluşu depresyonun aile kaynaklı risk etmenlerinden birisi olarak görülmektedir.⁹⁶ Kardeş, arkadaş ve öğretmen ebeveyn kadar çocuğun yetiştirilmesinde ve desteklenmesinde rol sahibi olmadığı için bu kişilerle sorun paylaşımı depresyonla ilişkili bulunmamış olabilir. Bu sonuçları destekler nitelikteki bir başka bulgumuz da ergenlerin aile ile ilişkisi, aile ile yeterli zaman geçirme durumu, kendisini aileye yük olarak görme ve aileye yabancılaşma durumları açısından grupların farklılaşmasıdır. MDB tanısı olan ergenlerin aile ilişkilerini daha yüksek oranda soğuk-mesafeli tanımladıkları, aileleri ile yeterli zaman geçirmediikleri, kendilerini ailelerine yük olarak görme ve ailelerine yabancılaşma oranlarının daha yüksek olduğu ayrıca kendini aileye yük olarak hissetmenin ergenlerde intihar olasılığını arttırdığı görülmüştür. Çocuklar zamanlarının çoğunu ebeveynleri ve diğer aile üyeleri ile geçirdikleri için aile ortamı; çocuk ve ergenlerde depresyon gelişiminde önemli bir rol oynar. Literatürdeki veriler bulgularımızı destekler niteliktedir ve aileyle yaşanan problemlerin genellikle daha sonraki ruhsal sağlık sorunlarıyla bağlantılı olduğu görülmektedir.⁸³ Özellikle kronik ve şiddetli bir stresör olarak etki gösteren olumsuz aile ilişkileri ile depresyon bağlantısının gösterildiği çalışmalar mevcuttur.^{256,257}

Çeşitli araştırmalar, depresyon gibi duygudurum bozukluklarının ortaya çıkışının çocuklukta meydana gelen stresli yaşam olaylarından etkilendiğini göstermiştir.^{80,81} MDB ile

başvuran çocukların büyük çoğunluğunun; fiziksel ve cinsel istismar gibi uzun süredir devam eden psikososyal stresörler yaşadığı saptanmıştır.⁷⁹ Çalışmamızda da MDB tanısı olan ergenlerin daha önce fiziksel istismara uğrama oranı anlamlı olarak daha yüksek bulunurken cinsel istismar ve duygusal istismar gruplar arasında belirgin farklılık göstermemiştir. Bu durum duygusal istismarın çok yaygın olması nedeniyle normalleştirilmesinden ve ayırt edilememesinden²⁵⁸ cinsel istismarın ise utanç nedeniyle gizlenmesinden²⁵⁹ kaynaklanmış olabilir. MDB ile başvuran çocukların büyük çoğunluğunun yaşadığı diğer uzun süreli psikososyal stresörlerin aile uyumsuzluğu, ev içi şiddet olduğu saptanmıştır.⁷⁹ Evde fiziksel şiddet varlığının ergenlerde içe dönük semptomlar ve depresyonla ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur.^{260,261} Çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak; depresyon tanısı olan ergenlerde aile içi daha fazla fiziksel şiddet olduğu ve ailede fiziksel şiddet varlığının ergenin intihar olasılığını arttırdığı saptanmıştır.

Çalışmamızda depresyonda olan ergenlerde kontrol grubundaki ergenlere göre daha önce intihar girişiminde bulunma ve KZVD'nin daha yüksek olduğu ve ergende daha önce KZVD olmasının intihar olasılığını arttırdığı bulunmuştur. KZVD ve intihar girişimine ait risk faktörlerinin benzer olduğu ve depresyonun da bu risk faktörlerinden biri olduğu bilinmektedir.²⁶² KZVD ve intihar davranışı sıklıkla birbirine eşlik etmektedir; KZVD için geçmişte intihar girişiminde bulunmuş olma önemli bir risk faktörü iken, KZVD de intihar davranışının önemli yordayıcılarından biridir.²⁶³ Bulgularımız literatürle uyum göstermektedir.

Araştırmamızda arkadaşlarda KZVD ve intihar öyküsü gruplar arasında karşılaştırılmıştır. Ergenlik döneminde ebeveyn ilişkilerinin etkisi azalırken akran ilişkileri önem kazanmaya başlar. Ergenlerin akran ilişkilerinin hem sosyal destek hem de deneyim açısından önemli olduğu, bu ilişkilerin yetişkinlikte kişiliğin şekillenmesine katkıda bulunacağı bilinmektedir.²⁶⁴ Yakın bir arkadaşın riskli bir davranışta bulunması, ergenlerin madde kullanımı, alkol kullanımı, evden kaçma ve hatta riskli cinsel davranışlar dâhil olmak üzere riskli davranışlarda bulunmalarının güçlü bir boylamsal yordayıcısı olarak saptanmıştır.²⁶⁵⁻²⁶⁸ Sosyal etkileşim sonrası kişi gördüğü davranışı daha sonra taklit etmektedir. KZVD ve intihar davranışının sosyal etkileşim sonucu meydana geldiğine dair kanıtlar hem klinik hem de toplum örneklemelerinde gösterilmiştir.²⁶⁹ Çalışmamızda MDB tanısı olan ergenlerin arkadaşları arasında intihar girişiminde bulunma oranı kontrol grubundaki ergenlerin arkadaşlarına göre anlamlı derecede yüksekken MDB grubunda KZVD oranındaki yükseklik istatistiksel anlamlılığa ulaşmamaktadır.

Yapılan çalışmalarda, ergen depresyonuna komorbid bozuklukların eşlik etmesinin %20 ile %50 arasında değiştiği görülmektedir.²⁷⁰ Çalışmalarda MDB ile birlikte en sık

görülen bozukluğun ise kaygı bozuklukları olduğu belirtilmektedir.^{271,272} Bizim çalışmamızda da MDB tanılı ergenlerin %56,6 ile en fazla anksiyete bozukluğu eş tanısı olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda depresyon tanısı bulunan gençlerin ABTÖ (Anne Baba Tutum Ölçeği) alt boyutlarından kabul ilgi ve psikolojik özerklik puanları kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuş ancak beklenenin aksine denetleme puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Ayrıca ebeveynlerinin kendilerine kabul/ilgi ve psikolojik özerklik gösterme düzeyi arttıkça ergenlerin anne ve babalarına karşı daha güvenli bağlanma gösterdikleri, intihar olasılıklarının ise düştüğü görülmüştür. Lima ve arkadaşlarının (2010) derleme çalışmasında çalışmamızla benzer şekilde ebeveyn ve çocuk arasındaki güçlü duygusal bağın ve ebeveyn tarafından çocuk özerkliğinin desteklenmesinin çocukların ilerleyen zamanda psikiyatrik belirtiler geliştirmesine karşı koruyucu faktörler olduğu bulunmuştur.¹⁴⁴ Literatür incelendiğinde ergenlikteki depresyon riskinin ebeveynlerinden sevgi olmadan kontrol davranışları deneyimleyenlerde daha yüksek olduğu gözlenmektedir.¹⁴⁶ Bizim çalışmamızda denetleme puanları arasında fark bulunamamasının nedeni kültürel olarak bazı ailelerde ilginin denetleme yoluyla gösterilmeye çalışılması ve bu durumun grupları dengelemesi olabilir. Ayrıca çalışmamızda ebeveynlerin denetleme düzeyi arttıkça arkadaşlara bağlanma düzeyinin arttığı görülmüştür. Bu durum ise ailesi tarafından kısıtlandığını hissedenden ergenlerin arkadaşları tarafından daha iyi anlaşıldıklarını düşünerek onlara daha yakın hissetmesinden kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca çalışmamızda MDB tanısı olan ergenlerde intihar düşüncesi olanlar ve olmayanlar arasında Anne Baba Tutum Ölçeği alt boyut puanları karşılaştırmasında kabul ilgi alt boyut puanı intihar düşüncesi olmayanlarda intihar düşüncesi olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. İntihar girişimi olan gençlerle yapılan çalışmalar incelendiğinde intihar girişimleri olan gençlerin anne babalarını sert, sevgisiz, reddedici algıladıkları görülmektedir.^{149-151,273} Çin’de 2021 yılında 6194 ortaokul ve lise öğrencisi ile yapılan bir ölçek çalışması sonucunda ebeveyn ilgisinin ergenlerde depresyon ve intihar düşüncesi riskini azalttığı gösterilmiştir.²⁷⁴ Çalışmamız bu bulguları desteklemekle birlikte ek olarak ergende klinik olarak tanı konmuş depresyon olsa dahi anne ve baba tarafından hissettikleri kabul-ilginin intihar düşüncesine karşı koruyucu olabileceği bulunmuştur.

Olgu ve kontrol grupları ebeveyn genel tutumları açısından karşılaştırıldığında ise depresyon tanısı olmayan ergenlerde ebeveynleri demokratik ve izin verici olan ergenlerin oranı, depresyon olan ergenlerde ise ebeveynleri ihmalkâr ve otoriter olan ergenlerin oranı daha yüksek bulunmuştur. Maccoby ve Martin'in yaptığı çalışmada demokratik ailelerde yetişen çocukların, otoriter ve ihmalkar ailelerde yetişenlere kıyasla; akademik yeterlilik,

sosyal olgunlaşma, benlik saygısı ve ruh sağlığı gibi ölçümlerde daha yüksek puan aldıkları görülmüştür.²⁷⁵ Lamborn ve arkadaşları 1991'de yaptıkları çalışmada ebeveynlerini demokratik olarak değerlendiren ergenlerin akademik yeterlik ve psikososyal gelişimlerinin yüksek, problemli davranışlarının düşük olduğunu ortaya koymuştur.²⁰⁴ Ergenler içinde bulundukları dönemin özelliği nedeniyle kendini ispat etme, kendisine uygun bir kimlik bulma, arkadaşları içinde bir birey olarak kabul edilme çabası içinde olabilmektedirler.¹⁰ Anlaşılma çabası ile uğraşırken otoriteye baş kaldırma, riskli davranışlarda bulunma, söz dinlememe eğilimi görülebilmektedir.²⁷⁶ Bu dönemde en ihtiyaçları olan şeylerden biri de anne ve baba tarafından anlaşılmaya çalışılmaktır.¹⁰ Bu dönemde aile bireylerinin onları anlamaya çalışan yaklaşım yerine baskıcı, otoriter veya varlıklarını yok sayan ihmalkâr bir davranış sergiliyor olmaları ergenlerin depresif eğilimlerini destekliyor olabilir.

Ebeveynlik stiline, ek olarak intihar düşüncesi veya intihar girişimleri ile ilişkisine bakıldığında; literatürde az sayıda çalışmayla karşılaşmıştır. Hong-Kong'da ergenler ile yapılan bir çalışmada intihar düşüncesi otoriter ebeveynlik ile ilişkili bulunmuştur.²⁷⁷ Bu sonuç Avustralya'da yapılan başka bir çalışma tarafından desteklenmektedir; ebeveynleri otoriter olan ergenlerde intihar düşüncesi riski iki katına ve kasıtlı kendine zarar verme riski üç katına çıkmaktadır.²⁷⁸ Şili'de yapılan bir araştırma ise ebeveynlik tarzları ile intihar düşüncesi arasında oldukça zayıf bir ilişki bulmuştur.²⁷⁹ Donath ve arkadaşlarının 2014'te dokuzuncu sınıf öğrencileri ile yaptığı anket çalışmasına kadar Almanya'da ve hatta Avrupa'da ise bu araştırma sorusunu ele alabilecek verilere sahip hiçbir güncel çalışma yoktur.²⁸⁰ Yaptığımız çalışmada ise MDB tanısı olan ergenlerde intihar düşüncesi olup olmamasına göre genel ebeveyn tutumları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu sonuç örneklemimizin yetersiz olmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda kontrol grubundaki ruhsal açıdan sağlıklı ergenlerin anneye ve babaya bağlanma toplam puan ortalaması ile anneye ve babaya güven, anneyle ve babayla iletişim alt boyut puan ortalamaları MDB tanısı olan ergenlere göre daha yüksek iken anneye ve babaya yabancılaşma alt boyut puan ortalaması ise MDB tanısı olan çocuklara göre daha düşüktür. Depresyonun etiyolojisinde bağlanmanın rolünü inceleyen bir metaanaliz çalışmasında bulgularımızı destekler nitelikte güvensiz bağlanma örüntüsü sergileyen bireylerin güvenli bağlanma örüntüsü gösterenlere göre daha yüksek düzeyde depresif semptomlar sergiledikleri gösterilmiştir.¹⁸⁹ Üniversite öğrencilerinde yakın zamanlı(2020) yapılan bir çalışmaya göre güvensiz bağlanma, üniversite öğrencilerinin eşik altı depresyonu ile yakından ilişkili bulunmuş; benlik saygısının bu ilişkide aracı rol oynadığı bireysel eşik altı depresyon düzeyi ile güvensiz bağlanmanın pozitif korelasyon gösterdiği bildirilmiştir.¹⁹¹

Babaların ergenlerle geçirdikleri nitelikli vakit; ergenlik boyunca duygusal ilişkilerin seyri ve psikolojik iyi oluş üzerinde olumlu bir etkiye sahiptir.²⁸¹ Ergenlerde güvensiz bağlanma ve intihar düşüncesi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların önemli bir kısıtlılığının babaya bağlanmayı göz ardı etmeleri olduğu belirtilmektedir.²⁸² Hem anne hem babaya bağlanmanın ergenlerin intihar düşüncesine etkisini inceleyen literatürdeki ilk çalışma Norveç'te 2021 yılında yürütülmüş ebeveyne bağlanmanın intihar düşüncesi üzerine etkisini inceleyen bir çalışmadır ve anne - babaya kaygılı bağlanan ergenler daha yüksek intihar düşüncesi bildirmiştir.²⁸³ Çalışmamızda da bu bulguyla uyumlu olarak ergenlerin hem anneye hem babaya bağlanma puanı arttıkça intihar olasılığı düşmektedir ve babaya bağlanma puanları intihar düşüncesi olmayan grupta istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir.

Ergenlik döneminde bireyin hem çocuklukta ebeveyni ile bağlanma ilişkisinin niteliği ön plana çıkmakta hem de akranlarıyla yeni bağlanma ilişkileri kurmaktadır. Arkadaşları ile güvenli bağlanma ilişkisi kuran ergenlerin, psikolojik sağlıklarının daha iyi olduğu ve şiddet içeren davranışları daha az sergiledikleri gözlenmiştir.²⁸⁴ Bizim yaptığımız çalışmada da depresyon düzeyi ve intihar olasılığı ile arkadaşla bağlanma arasında negatif korelasyon olduğu gösterilmiştir. İntihar düşüncesi, girişimi olan insanların çoğunlukla sosyal olarak kendilerini izole ve yalnız hissettikleri görülmektedir.²⁸⁵ Çalışmamızda arkadaşla yabancılaşma puanı intihar düşüncesi olanlarda olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durum depresyon tanılı ergenlerde intihar düşüncesinin arkadaşlara yabancılaşma ve sosyal izolasyonla kendini göstermeye başlayabileceğini destekler niteliktedir.

İntihar ölümleri sonrası yapılan psikolojik otopsi çalışmalarında, vakaların yaklaşık olarak 90%'ında ölüm öncesi bir psikopatolojiye sahip olduğu bildirilmiştir.⁴ Major depresif ataklar, intihar ölümlerinin yaklaşık yarısından sorumlu tutulmaktadır.⁵ Çalışmamızda da öngördüğümüz gibi intihar olasılığı ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları; MDB tanısı olan ergenlerde kontrol grubuna göre daha yüksek olup depresyon düzeyi ile intihar olasılığı arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. İntihar girişimi olan vakalar umutsuzluk ve kontrolü kaybetmiş olma duygularını çok güçlü yaşamaktadırlar.²⁸⁵ İntihar düşüncesi olan depresif ergenlerde İntihar Olasılığı Ölçeği alt boyut puanlarından umutsuzluk puanının intihar düşüncesi olmayanlara göre yüksek olması bu bilgiyi desteklemektedir.

Anne-babaların kendi çocukluklarında oluşturdukları bağlanma modellerinin ebeveyn olduklarında bir bağlanma figürü olarak nasıl davranacaklarını belirlediğini gösteren araştırmalar bulunmaktadır.¹⁷⁵ Çalışmamızda da hem anne hem babanın kendi ebeveynlerinden gördükleri aşırı korumacı tutum düzeyi arttıkça ergenlere psikolojik özerklik tanıma ve kabul/ilgi gösterme düzeylerinin azaldığı görülmüştür. Güngör (2000), bağlanma ve

ebeveynlik davranışları çerçevesinde içsel çalışma modellerinin, kuşaklararası aktarım ile ebeveynlik davranışlarına etkisini incelemiştir. Araştırma sonucu, güvenli bağlanma stiline sahip ebeveynlerin çocuklarının güvenli; korkulu bağlanma stillerine sahip ebeveynlerin çocuklarının korkulu, kayıtsız bağlanma stillerine sahip ebeveynlerin çocuklarının da kaçınan bağlanma stili gösterdiği ortaya konmuştur.¹⁷⁷ Bağlanma kuramı, başkalarıyla yakın bağlar/ilişkiler kurmanın, yaştan bağımsız olarak tüm insanlar için merkezi bir öneme sahip olduğunu belirtmektedir. Kurama göre; erken çocukluk döneminde bakım verenlerle yaşanan deneyimlerden yaşam boyu kendimizle ve diğer insanlarla ilişki kurma şeklimiz üzerinde bir etkiye sahip olduğu varsayılan içsel çalışma modelleri oluşturulmaktadır.¹⁶⁴ Bu nedenle, bir annenin kendi bağlanma stiline çocuğuyla olan bağını etkileyeceği varsayılabilir. Yetişkin bağlanma stilleri, ebeveynliğin çeşitli yönleriyle ilişkili olarak incelenmiştir ve annenin bağlanma stilleri ile kendi bebeğine bağlanması arasındaki ilişkiye dikkat çekilmiştir.^{286,287}

Çalışmalarda gösterilmiştir ki anne bağlanmasında beslemek, alt değiştirmek, bakım vermek ön planda iken baba bağlanmasında çocukların oyun ve keşif davranışlarını destekleyerek güvenli bir üs işlevi görmek önem kazanmaktadır.²⁸⁸ Babaların çocuklarıyla aktif ve düzenli ilişki kurmasının, çocukta davranışsal ve psikolojik sorunların sıklığını azaltmak ve çocuğun bilişsel, duygusal gelişimini artırmak gibi çeşitli olumlu sonuçları öngördüğü gösterilmiştir.²⁸⁹ Baba-çocuk bağlanmasının olumlu etkileri ile ilgili yapılan ilk metaanalizde bu konuda yalnızca 8 çalışma olduğu görülmüş ve bu konuda daha fazla çalışma yapılması gerektiği vurgulanmıştır.²⁹⁰ Daha sonra Lucassen ve arkadaşlarının 2011’de yaptığı güncel bir metaanaliz çalışmasında da görülmüştür ki bu sürede babaya bağlanma ile ilgili yalnızca 8 çalışma daha literatüre eklenmiştir.²⁹¹ Yaptığımız çalışmada ise hem ergenlerin hem ebeveynlerin bağlanmaları, hem anne hem baba üzerinden incelenmiş olup bu durum çalışmamızın güçlü yanını oluşturmaktadır.

Hem çocuk hem de ebeveyn, ebeveyn-çocuk ilişkisindeki düşünceleri, duyguları ve davranışları etkileyen bağlanma davranış sistemlerine sahiptir.⁶ Ebeveynin kendi bağlanmayla ilgili ihtiyaçları ve bağlanma stilleri, çocuğunun ihtiyaçlarına uygun şekilde yanıt verme becerisini engelleyebilir. Bir bağlanma figüründen hassas ve duyarlı bakım alan kişi, muhtemelen kendisinin sevgiye ve ilgiye layık, bağlanma figürünün de hassas ve ihtiyaç anında güvenilebilecek biri olarak temsillerini oluşturacaktır. Yani bebekler ebeveyn-çocuk ilişkisinin her iki tarafını da içselleştirir.¹⁷¹ Bu da kendi çocuklarıyla ilişkilerindeki duygu, düşünce ve davranışları etkilemektedir.²⁹² Yaptığımız çalışmada ebeveynlerin kendi anne-babalarından gördükleri aşırı korumacı tutum düzeyi arttıkça ergenlerin anneye ve babaya bağlanma düzeylerinin azaldığı görülmüştür. Annelerin kendi anneleri tarafından gördükleri

ilgi düzeyi arttıkça ise ergen anne ve babasına daha güvenli bağlanmıştır ancak aynı ilişki babanın ilgi görerek büyüme seviyesi ile ergenin anne-babaya bağlanma düzeyi arasında görülememiştir. Bunun sebebi kültürümüzde annelerin çocukla daha fazla vakit geçirmesi sonucu annenin bağlanma stiline çocuğun bağlanma stilini daha fazla etkilemesi olabilir.

Chen ve Kaplan (2001), olumlu ebeveyn davranışlarının nesiller arası aktarımına odaklanılarak 20 yıl süren, 2338 kişinin katıldığı bir çalışma yürütmüşler ve olumlu ebeveyn davranışları ile büyüyen bireylerin kendi ebeveynlik davranışlarında da ılımlı ve pozitif bir yaklaşım benimsediklerini göstermişlerdir.²⁹³ Hops ve ark.'nın (2003) üç nesli kapsayacak şekilde yürüttükleri bir çalışmada ise birinci nesildeki agresif ebeveyn tutumlarının ikinci nesli de etkilediği ve onların da kendi çocuklarına agresif davrandıkları saptanmıştır.²⁹⁴ Ergenlerin psikolojik iyi oluşları, ebeveynlerin çocuklarını yetiştirmek için benimsedikleri ebeveynlik tarzlarından etkilenmektedir.²⁹⁵ Ebeveynlerinden ilgi ve sıcaklık algılayan, diğer bir deyişle “olumlu” aile ikliminde büyüyen çocukların, soğuk ve baskıcı ailelerde büyüyen çocuklara oranla, gözlenen alanların çoğunda olumlu psikolojik özellikler ve davranışlar geliştirdiği gösterilmiştir.²⁹⁶ Bizim yaptığımız çalışmada annenin kendi annesi tarafından gördüğü ilgi ya da kontrol/aşırı koruma puanları gruplar arası farklılık gözlenmezken annenin kendi babası tarafından gördüğü ilgi puanı sağlıklı ergenlerde daha yüksek bulunmuştur. Annenin görevi olarak görülen ilgi ve bakım vermenin ek olarak baba tarafından gösterilmesi bağlanma açısından gruplar arası farkın sebebi olabilir. Ayrıca Makusha ve ark.'nın yaptığı çalışmada hem annenin hem babanın ebeveynlik stiline baba – çocuk ilişkisinin çok önemli olduğu; baba ile kurulan ilişkinin erkek çocuklarının nasıl baba olacaklarına rehberlik ettiği, kız çocuklarının ise eşlerinden nasıl bir baba olmasına ilişkin beklentilerini şekillendirdiği gösterilmiştir.²⁹⁷ Bu durum da annenin kendi babasından gördüğü ilginin gruplar arası farklılık göstermesinin sebeplerinden olabilir. Babanın ise kendi annesinden ve kendi babasından gördüğü ilgi puanları arasında anlamlı fark bulunmazken; babanın her iki ebeveyninden gördüğü kontrol/aşırı koruma puanları olgu grubunda daha yüksek bulunmuştur. Çocukluk döneminde yanlış disiplin ve cezalandırılma ile büyüyen babaların kendi çocuklarına sert cezalar uyguladıkları, kendi ebeveynleri ile destekleyici ilişkileri olan babaların ise çocukları ile olumlu ilişkiler kurdukları gösterilmiştir.²⁹⁸ Kişinin kimlik gelişim döneminde ebeveyn tarafından tekrarlı olarak eleştiri ve aşırı müdahaleye maruz kalması; yetişkinlik döneminde kendini eleştirmesinde, güvensizlik yaşamasında ve duygu düzenleme becerilerinde etkili bulunmuştur.²⁹⁹ Lima ve arkadaşlarının (2010) ebeveyn-çocuk ilişkisi ve çocukların yetişkinlik dönemindeki psikiyatrik belirtileri arasındaki ilişkiyi inceledikleri derleme çalışmasında, ebeveyn-çocuk arasındaki duygusal bağın zayıfladığı ihmalkâr tutum

ve aşırı korumacı, müdahaleci tutumun çocukların yetişkinlik döneminde psikiyatrik belirtiler geliştirmesi için risk faktörleri olduğu sonucuna varılmıştır.¹⁴⁴ Bu bilgiler göz önünde bulundurulduğunda hem annesi hem babası tarafından aşırı korumacı tutuma maruz kalarak büyüyen babaların kendi kimliklerinin oluşumu sırasındaki bozukluklar ebeveynlik becerilerini ve dolaylı olarak çocuklarının psikopatolojilerini etkilemiş olabilir. Annenin kendi ebeveyninden gördüğü kontrol/aşırı koruma puanlarının gruplar arasında fark göstermemesinin nedeni ise kültürel olarak toplumumuzda kız çocuklarına karşı aşırı korumacı tutumun normal karşılanması olabilir.

Bilgimiz dahilinde literatürde ebeveynlerin kendi ebeveyni tarafından maruz kaldıkları tutum ve kendi ebeveynlerine bağlanma düzeylerinin ergenin suisid düşüncesine etkisini doğrudan araştıran bir çalışma bulunmamaktadır. Anne-babaların kendi çocukluklarında oluşturdukları bağlanma modellerinin ebeveyn olduklarında bir bağlanma figürü olarak nasıl davranacaklarını belirlediğini gösteren araştırmalar bulunmaktadır.¹⁷⁵ Ayrıca ergenlerin psikolojik iyi oluşlarının ebeveynlerin çocuklarını yetiştirmek için benimsedikleri ebeveynlik tarzlarından etkilendiği gösterilmiştir.²⁹⁵ Bu bilgiler göz önünde bulundurulduğunda ergenin duygu düzenleme becerileri ve bunun sonucunda suisid gibi riskli davranışlarda bulunmasının da anne-babalarının ebeveynleriyle olan çocukluk deneyimlerinden etkileneceği öngörülebilir. Çalışmamızda hem annenin hem babanın kendi annelerinden gördüğü aşırı korumacı tutum arttıkça ergenlerin intihar olasılığının arttığı bulunmuştur. Annenin ise kendi babası tarafından gördüğü ilgi düzeyi arttıkça ergenlerin intihar olasılığının azaldığı görülmüştür; aynı ilişki annenin kendi annesi tarafından gördüğü ilgi veya babanın kendi ebeveynlerinden gördüğü ilgi ile ergenlerin intihar olasılığı arasında görülmemiştir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çalışmamızda majör depresif bozukluk tanıılı ergenler ile majör depresif bozukluk tanısı olmayan ergenler yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş, buna göre bazı temel sosyodemografik özellikleri, ebeveyn tutumları, ebeveynlere ve arkadaşlara bağlanma düzeyleri, ebeveynlerinin kendi ebeveynlerine bağlanma düzeyleri karşılaştırılmış; majör depresif bozukluk tanıılı ergenlerde intihar düşüncesinin sosyodemografik değişkenler esas alınarak diğer önemli yordayıcıları; ebeveyne bağlanmanın, ebeveyn tutumlarının depresyon düzeyi ve intihar düşüncesi üzerine etkisi incelenmeye çalışılmıştır.

Çalışmamıza katılan majör depresif bozukluk (MDB) tanıılı ergenlerde kontrol grubuna göre sigara kullanımı, alkol kullanımı, parçalanmış aile yapısı, okula devamsızlık

süresi daha yüksek; ailenin aylık geliri, çocuğun okul başarısı, çocukluk döneminde kreşe gitme oranı, sosyal aktivitelere katılımları ise daha düşük bulunmuştur. Ayrıca MDB tanılı ergenlerin anneleri çocuğun ilk 3 yaşına kadar kendilerini daha mutsuz ve çocukla ilişkilerini zor ilişki olarak tanımlamışlardır; MDB tanılı ergenler ise aile ilişkilerini daha soğuk-mesafeli tanımlarken aile ile yeterli zaman geçirme, sorunlarını anne ve baba ile paylaşma durumlarının daha düşük olduğunu, kendilerini aileye yük hissetme ve aileye yabancılaşma duygularının ise daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Ek olarak MDB tanısı olan ergenlerin anne eğitim seviyesi daha düşük, annede fiziksel hastalık bulunma oranı ise daha yüksek bulunmuştur. Alkol kullanımı olması ve kardeş sayısının az olması depresyon tanısı olan ergenlerde intihar olasılığını arttıran faktörler olarak saptanmıştır.

Yapılan çalışmada depresyon tanılı ergenlerin fiziksel istismar, kendine zarar verme davranışı ve intihar girişimi öyküsü, aile içi fiziksel şiddet, arkadaşlarında intihar girişimi öyküsü kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Bu değişkenlerin depresyon için psikososyal risk faktörü olduğu düşünülmüştür. Ayrıca depresyon tanılı ergenlerde daha önce kendine zarar verme davranışının olmasının ve aile içi fiziksel şiddetin varlığının intihar olasılığını arttırdığı gösterilmiştir.

Araştırmamızda; olgu grubunun ebeveynlerinin çocuklarına karşı kabul -ilgi gösterme ve psikolojik özerklik tanıma düzeyleri kontrol grubuna göre daha düşüktür. Depresyon tanısı olmayan ergenlerde ebeveynleri demokratik ve izin verici olan ergenlerin oranı, depresyon olan ergenlerde ise ebeveynleri ihmalkâr ve otoriter olan ergenlerin oranı daha yüksek bulunmuştur. Geçirdikleri ruhsal, bedensel değişimler nedeniyle en çok anlaşılmaya ihtiyaç duydukları dönemde aile bireylerinin kendilerini anlamaya çalışan yaklaşım yerine baskıcı, otoriter veya varlıklarını yok sayan ihmalkâr bir ebeveyn davranışı sergiliyor olmaları ergenlerin depresif eğilimlerini destekliyor olabilir. Kabul ilgi alt boyut puanı depresyonda olan ergenlerden intihar düşüncesi olmayanlarda intihar düşüncesi olanlara göre daha yüksek saptanmıştır. Bu durum bize ergenin depresyon tanısı olması durumunda ebeveynlerinden gördükleri olumlu ebeveynlik tarzının intihar düşüncelerine karşı koruyucu olabileceğini düşündürmüştür.

Çalışmamızda kontrol grubundaki ruhsal açıdan sağlıklı ergenlerin anneye ve babaya bağlanma toplam puan ortalaması ile anneye ve babaya güven, anneye ve babayla iletişim alt boyut puan ortalamaları MDB tanısı olan ergenlere göre daha yüksek iken anneye ve babaya yabancılaşma alt boyut puan ortalaması ise MDB tanısı olan çocuklara göre daha düşüktür. Arkadaşa bağlanma puanları açısından; olgu ve kontrol grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamış olsa da yapılan korelasyon analizi sonucunda depresyon düzeyi

ile arkadaşla bağlanma arasında negatif korelasyon olduğu gösterilmiştir. Güvenli bağlanmanın depresyon için koruyucu bir faktör olduğu düşünülebilir. Ayrıca çalışmamızda literatürle uyumlu olarak ergenlerin hem anneye hem babaya hem de arkadaşlarına bağlanma puanı arttıkça intihar olasılığı düşmektedir. Ek olarak arkadaşla yabancılaşma puanı intihar düşüncesi olanlarda olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durum depresyon tanılı ergenlerde intihar düşüncesinin arkadaşlara yabancılaşma ve sosyal izolasyonla kendini göstermeye başlayabileceğini destekler niteliktedir.

Çalışmamızda anne ve babaların kendi ebeveynlerinden gördükleri aşırı korumacı tutum düzeyi arttıkça ergenlere psikolojik özerklik tanıma ve kabul/ilgi gösterme düzeylerinin azaldığı görülmüştür. Bu da bize ebeveynlerin ebeveynlik tutum ve becerilerinin kendi maruz kaldıkları ebeveynlik stilinden etkilendiğini göstermektedir.

Yaptığımız çalışmada ebeveynlerin kendi anne- babalarından gördükleri aşırı korumacı tutum düzeyi arttıkça ergenlerin anneye ve babaya bağlanma düzeylerinin azaldığı görülmüştür. Annelerin kendi anneleri tarafından gördükleri ilgi düzeyi arttıkça ise ergen anne ve babasına daha güvenli bağlanmıştır, aynı ilişki babanın ilgi görerek büyüme seviyesi ile ergenin anne-babaya bağlanma düzeyi arasında görülebilmiştir. Bunun sebebi annelerin çocuk büyürken çocuğun bakımıyla daha fazla ilgilenip çocukla daha fazla vakit geçirmesi sonucu annenin bağlanma stiline çocuğun bağlanma stilini daha fazla etkilemesi olabilir.

Çalışmamızda annenin kendi annesi tarafından gördüğü ilgi ya da kontrol/aşırı koruma puanları gruplar arası farklılık göstermezken annenin kendi babası tarafından gördüğü ilgi puanı sağlıklı ergenlerde daha yüksek bulunmuştur. Annenin görevi olarak görülen ilgi ve bakım vermenin baba tarafından gösterilmesi bağlanma açısından gruplar arası farkın sebebi olabilir.

Babanın kendi annesinden ve kendi babasından gördüğü ilgi puanları gruplar arasında anlamlı fark göstermezken; babanın her iki ebeveyninden gördüğü kontrol/aşırı koruma puanları depresyon grubunda daha yüksek bulunmuştur. Hem annesi hem babası tarafından aşırı korumacı tutuma maruz kalarak büyüyen babaların kendi kimliklerinin oluşumu sırasındaki bozukluklar ebeveynlik becerilerini ve dolaylı olarak çocuklarının psikopatolojilerini etkilemiş olabilir. Annenin kendi ebeveyninden gördüğü kontrol/aşırı koruma puanlarının gruplar arasında fark göstermemesinin nedeni kültürel olarak toplumumuzda kız çocuklarına aşırı korumacı tutumun normal karşılanması olabilir.

Bilgimiz dahilinde literatürde ebeveynlerin kendi ebeveyni tarafından maruz kaldıkları tutum ve kendi ebeveynlerine bağlanma düzeylerinin ergenin suisid düşüncesine etkisini doğrudan araştıran bir çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamızda hem annenin hem babanın

kendi annelerinden gördüğü aşırı korumacı tutum arttıkça ergenlerin intihar olasılığının arttığı bulunmuştur. Annenin ise kendi babası tarafından gördüğü ilgi düzeyi arttıkça ergenlerin intihar olasılığının azaldığı görülmüştür; aynı ilişki annenin kendi annesi tarafından gördüğü ilgi veya babanın kendi ebeveynlerinden gördüğü ilgi ile ergenlerin intihar olasılığı arasında görülmemiştir.

6.2. Öneriler

1. Ülkemizde çocuk ve ergenlerde sık görülen depresyon ve intihar düşüncelerinin risk etkenlerini anlamaya yönelik toplum tabanlı geniş örneklemli çalışmaların yapılması toplum ruh sağlığı ve koruyucu ruh sağlığı açısından oldukça önemlidir.
2. Ebeveyn tutumları açısından bakıldığında sağlıklı ergenlerin ebeveynlerinde demokratik ve izin verici; depresyon olan ergenlerin ebeveynlerinde ise ihmalkâr ve otoriter tutum olduğu görülmektedir. Ebeveynlerin çocuk yetiştirme stillerine yönelik müdahalelerin, çocukların ruh sağlığı açısından koruyucu olduğunu göstermektedir.
3. Bağlanma açısından bakıldığında; depresyonda olan ergenlerin bağlanma tarzlarının güvensiz bağlanma biçiminde olduğu ve hem anne hem baba hem de arkadaşlara bağlanma düzeyi arttıkça intihar olasılığının düştüğü saptanmıştır. Yüksek risk grubunda olan çocuklarda güvenli bağlanmanın gerçekleşmesi için erken dönemde anne-babaların bilgilendirilip düzenli bir şekilde takiplerinin yapılmasının koruyucu hekimlik açısından faydalı olacağı düşünülmektedir. Ayrıca güvensiz bağlanma stiline sahip olduğu tespit edilen depresyon tanılı ergenlerin intihar açısından daha yüksek risk altında olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.
4. Ebeveynlerin kendi anne-babalarından gördükleri ilgi veya aşırı korumacı tutumun; ergenin bağlanma stilini, depresyon tanısını ve depresyon tanısı olanlarda ise intihar düşüncesini etkileyebileceği görülmüştür. Bağlanmanın kuşaklar arası aktarımı göz önünde bulundurulduğunda, koruyucu faktörlerin devreye sokulması için bağlanma kuramı odaklı olarak doğum öncesi ve bebeklik dönemi ev ziyareti programlarının düzenlenmesi, bebek- ruh sağlığı polikliniklerinin oluşturulması, anne-babanın ebeveynlik becerilerinin geliştirilmesi, desteklenmesi güvenli bağlanmanın gerçekleşmesi için önerilebilir.

6.3. Kısıtlılıklar

Çalışmamız, kliniğe başvuran az sayıda örneklem ile yapılmıştır, bu nedenle kliniğe başvurmayan toplumsal örneklemi temsil etmemektedir. Elde edilen bulguların

genellenebilmesi için daha fazla olgu sayısı ile çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır. Ayrıca araştırmamızda depresif belirtileri olup klinik başvurusu olan grubu çoğunlukla kızlar oluşturduğu için, örneklemin çoğunluğu kız cinsiyettir. Bu nedenle bulgularımızı her iki cinsiyete genellemek zordur. Çalışmamızın kesitsel bir çalışma olması nedeniyle katılımcıların sadece araştırma yapıldığı dönemdeki özellikleri incelenebilmiştir ve neden sonuç ilişkilerinin kurulabileceği izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

7. ÖZET

Giriş ve Amaç: Çalışmamızda majör depresif bozukluk tanılı ergenlerde intihar düşüncesinin sosyodemografik değişkenler esas alınarak diğer önemli yordayıcılarını araştırmak, ergenlik döneminde intihar girişimleri için ilgili koruyucu ve risk faktörlerini tanımlamak, ebeveyn bağlanmanın, ebeveyn tutumlarının intihar düşüncesi üzerine etkisini araştırmak, intihar düşüncesi için ebeveynlik değişkenlerinin ve ebeveynlik tarzlarının ilişkisini, ebeveynlerin kendi ebeveynlerine bağlanma düzeylerinin çocuklarındaki depresyon ve intihar düşünceleri ile ilişkisini ortaya koymak amaçlanmıştır.

Yöntem: Ergene klinisyen tarafından Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-DSM-5 uygulanmış ve hem ergenlerden hem anne-babadan alınan bilgilerle Sosyodemografik Veri Formu doldurulmuştur. Ergenlerden; Beck Depresyon Ölçeği, Anne Baba Tutum Ölçeği, Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Envanteri Kısa Formu, İntihar Olasılığı Ölçeği'ni doldurması istenmiştir. Ebeveynlerden, hem anne hem babanın Ana Babaya Bağlanma Ölçeği doldurması istenmiştir. Hem ebeveyn hem çocuk tarafından aydınlatılmış onam formu doldurulmuştur.

Bulgular: Çalışmamızda depresyon tanısı olanlarda olmayanlara göre; kız cinsiyet, sigara ve alkol kullanımı, anne – baba ayrılığı, ekonomik sıkıntı, okul başarısı düşüklüğü, okul devamsızlığı, çocukluk döneminde annede depresif şikayetler, annede fiziksel hastalık, aile içi fiziksel şiddet, kendine zarar verme ve intihar girişimi, arkadaşlar arasında intihar girişimi, fiziksel istismar oranı daha yüksek; aile ile sıcak ilişki, kreşe gitme, annenin eğitim düzeyi, sosyal aktivite katılımı, sorunların anne – baba ile paylaşımı ise daha düşük saptanmıştır. Ayrıca alkol kullanımı, kardeş sayısı, kendini aileye yük hissetme, daha önce kendine zarar verme öyküsü, ailede fiziksel şiddet varlığı, çocukluk döneminde ebeveyn dışında birinin büyütmesi intihar olasılığını arttıran etkenler olarak bulunmuştur. Çalışmamızda anne ve babaların kendi ebeveynlerinden gördükleri aşırı korumacı tutum düzeyi arttıkça ergenlere psikolojik özerklik tanıma ve kabul/ilgi gösterme düzeylerinin azaldığı görülmüştür. Depresyon tanısı olmayan ergenlerin ebeveynlerinde demokratik ve izin verici tutum

hâkimken, depresyon olan ergenlerin ebeveynlerinde ise ihmalkâr ve otoriter tutum hâkim bulunmuştur. Ayrıca ebeveynlerin çocuklarına kabul/ilgi ve psikolojik özerklik gösterme düzeyi arttıkça ergenlerin anne ve babalarına karşı daha güvenli bağlanma gösterdikleri, intihar olasılıklarının ise düştüğü görülmüştür. Kontrol grubunda olgu grubunun aksine anne ve babaya güvenli bağlanmanın daha yüksek olduğu görülmüştür. Bunun yanı sıra, depresyon tanısı olan ergenlerin hem anneye hem babaya hem de arkadaşlarına bağlanma puanı arttıkça intihar olasılığı düşmektedir. Anne ve babaların kendi ebeveynlerinden gördükleri aşırı korumacı tutum düzeyi arttıkça ergenlere psikolojik özerklik tanıma ve kabul/ilgi gösterme düzeylerinin azaldığı, ergenlerin de anne ve babaya güvenli bağlanma düzeyinin azaldığı görülmüştür. Hem annenin hem de babanın kendi annelerinden gördükleri aşırı korumacı tutum arttıkça ergenlerin intihar olasılığının arttığı bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmamızda ebeveynlerin kendi ebeveynleri tarafından maruz kaldıkları tutumların çocuklarıyla olan ilişkileri, bağlanma düzeyleri ve çocuklardaki depresyon ile intihar düşüncesi üzerinde etkili olduğu bulunmuştur. Çalışmamız kesitsel bir çalışma olduğu için katılımcıların sadece araştırma yapıldığı dönemdeki özellikleri incelenmiştir, neden sonuç ilişkilerinin kurulabileceği toplum tabanlı geniş örneklemli izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

8. ABSTRACT

Introduction and Aim: The aim of this study was to investigate important predictors of suicidal ideation in adolescents with major depressive disorder based on sociodemographic variables, to define the relevant protective and risk factors for suicide attempts in adolescence, to determine the effects of parental attachment and parental attitudes on suicidal ideation and the effects of parenting variables for suicidal ideation. In addition, we aimed to reveal the relationship between parenting styles and the relationship between parents' attachment levels to their own parents and their children's depression and suicidal thoughts.

Materials and methods: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (6-18 Years) - Present and Lifetime Version - DSM-5 was applied to the adolescents by the clinician, and the Sociodemographic Data Form was filled in with the information obtained from both adolescents and parents. Adolescents were asked to fill out the Beck Depression Scale, the Parenting Scale, Parent and Friends Attachment Inventory Short Form and the Suicide Probability Scale. Parents were asked to fill in the Parent Attachment Scale for both parents. Informed consent forms were filled in by both parents and children

Results: In our study, those diagnosed with depression compared to those without; female gender, smoking and alcohol use, parental separation, economic distress, low school success,

school absenteeism, depressive complaints in the mother during childhood, physical illness in the mother, physical violence within the family, self-harm and suicide attempt, suicide attempt among friends, physical abuse is higher. Warm relationships with the family, going to nursery, mother's education level, participation in social activities, and sharing problems with parents were found to be lower. Additionally, alcohol use, number of siblings, feeling like a burden to the family, previous history of self-harm, presence of physical violence in the family, and being raised by someone other than a parent during childhood were found to be factors that increase the likelihood of suicide. In our study, it was observed that as the level of overprotective attitude of parents from their own parents increased, the level of recognition of psychological autonomy and acceptance/interest in adolescents decreased. While democratic and permissive attitudes were dominant in the parents of adolescents without a diagnosis of depression, the parents of adolescents with depression were found to have a negligent and authoritarian attitude. Contrary to the case group, in the control group, it was observed that there was a secure attachment to the mother and father. In addition, as the scores of attachment to both parents and friends of adolescents diagnosed with depression increase, the probability of suicide decreases. It was observed that as the level of overprotective attitude of the parents from their own parents increased, the level of recognition of psychological autonomy and acceptance/attention to adolescents decreased, and the level of secure attachment of adolescents to their parents decreased. It was found that the probability of suicide among adolescents increased as the overprotective attitude of both mothers and fathers from their own mothers increased.

Conclusion: In our study, it was found that the attitudes that parents are exposed to by their own parents have an effect on their relationships with their children, their level of attachment, and depression and suicidal ideation in children. Since our study is a cross-sectional study, only the characteristics of the participants at the time of the research were examined. There is a need for community-based follow-up studies with large samples in which cause-and-effect relationships can be established.

9. EKLER

1. EK – ETİK KURUL ONAYI



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Etik Kurul Bilgileri	Adı	Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu		
	Adres	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu, 3. Kat, 41380 Umuttepe Yerleşkesi /KOCAELİ		
	Tel / Faks / E-posta	0262 303 74 50 - 0262 303 74 63, gokaetikkurul@kocaeli.edu.tr		
Başvuru Bilgileri	Araştırmacının Adı	Majör depresif bozukluk tanılı ergenlerde ebeveyn tutumunun ve ebeveyne bağlanmanın intihar olasılığı ile ilişkisinin incelenmesi		
	Sorumlu Araştırmacı	Doç. Dr. Şahika Gülen Şişmanlar		
	Sorumlu Arş. Uzmanlığı	Çocuk Psikiyatrisi		
	Araştırma Merkez(ler)i	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi		
	Destekleyici			
	Araştırmacının Türü			
Karar ve Dayanak	Araştırmacının Tipi			
	Tarih : 22/12/2022	Karar No: KÜ GOKAEK-2022/21.04	Proje No: 2022/320	
Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23420); Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (09.12.2003/25311); Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (29.03.2011/27899); İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik (13.04.2013/28617); Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği (06.09.2014/29111); Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi; İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu; Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları; Türk Tabipleri Birliği Araştırma Etiği Bildirgesi ilgili maddelerine göre; yukarıda ismi geçmekte olan araştırmacının sorumluluğunda yapılan ve yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler, araştırmanın gerekçesi, amacı, yaklaşım ve yöntemleri, gönüllüler için beklenen yarar ve riskler dikkate alınarak değerlendirilmiş ve araştırmacının ilgili protokol doğrultusunda belirtilen merkezlerde yürütülmesi etik ve bilimsel açıdan, ☒ Uygun bulunmuştur. ☐ Uygun bulunmamıştır. ☐ Kapsam dışı olarak değerlendirilmiştir.				

ETİK KURUL ÜYELERİ					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Toplantıda Bulunma	İmza
Prof. Dr. Nurettin Özgür DOĞAN Başkan	Acil Tıp	Kocaeli Üni. Tıp Fakültesi	Erkek	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Cem CERİT Başkan Yardımcısı	Psikiyatri	Kocaeli Üni. Tıp Fakültesi	Erkek	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Canan BAYDEMİR Üye	Biyoistatistik	Kocaeli Üni. Tıp Fakültesi	Kadın	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Yusufhan YAZIR Üye	Histoloji ve Embriyoloji	Kocaeli Üni. Tıp Fakültesi	Erkek	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Evren DEMİRİSOY Üye	Dermatoloji	Kocaeli Üni. Tıp Fakültesi	Kadın	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Çiğdem VURAL Üye	Patoloji	Kocaeli Üni. Tıp Fakültesi	Kadın	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Ceyla ERALDEMİR Üye	Biyokimya	Kocaeli Üni. Tıp Fakültesi	Kadın	E ☐ H ☒	Katılmadı
Doç. Dr. Enver Alper SİNANOĞLU Üye	Ağız Diş ve Çene Radyolojisi	Kocaeli Üni. Diş Hek. Fak.	Erkek	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Aslıhan AKPINAR Raportör	Tıp Tarihi ve Etik	Kocaeli Üni. Tıp Fakültesi	Kadın	E ☒ H ☐	

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	Onay formu	09.02.2021/KOGOEK01.6	1/1

2.EK – ERGEN ONAM FORMU (VAKA)



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU

ERGEN BİLGİLENDİRME FORMU (VAKA)

1. Çalışmanın adı:
Majör depresif bozukluk tanılı ergenlerde ebeveyn tutumunun ve ebeveyne bağlanmanın intihar olasılığı ile ilişkisinin incelenmesi
2. Araştırmacıların adları, kurumları ve iletişim numaraları:
Doç. Dr. Şahika Gülen Şişmanlar, Arş. Gör. Dr. Merve Dilli Gürkan, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D. 02623038702.
3. Araştırma amacının anlaşılır ve özet açıklaması:
Bu çalışmada; ebeveyn tutumlarının ve ebeveyne bağlanmanın depresyon tanılı ergenlerde depresyonun şiddeti ve intihar düşüncesi üzerine etkisini araştırmayı amaçladık.
4. Neden ben seçildim?
Majör depresif bozukluk(depresyon) tanınız olduğu için bu çalışmaya alınıyorsunuz.
5. Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım?
Araştırmaya katılmak gönüllü olup, istediğiniz zaman herhangi bir gerekçe göstermeden çalışmadan ayrılabilirsiniz.
6. Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacaktır?
Yalnızca 45-60 dakikanızı ayırıp görüşmeye katılacak ve size verilen bazı ölçekleri dolduracaksınız. Görüşmeler sırasında herhangi bir görüntü ya da ses kaydı alınmayacaktır.
7. Araştırmaya katılmanın olası dezavantajları ve riskleri nelerdir?
Uygulanacak olan görüşme veya testlerin bir zararı yoktur.
8. Araştırmaya katılmanın olası yararları nelerdir?
Değerlendirme sonunda incelenen alanlarda sorun saptanması halinde tedavide bu alanlarda önerilerde bulunulacaktır.
9. Araştırma masrafları:
Katılımcılardan ücret istenmeyecektir.
10. Araştırmada ters giden bir şey olursa?
Katılımcılar araştırmadan istedikleri zaman ayrılabilirler. Uygulanacak olan testlerin ve görüşmenin üzerinizde kalıcı bir etkisi yoktur.
11. Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?

Form D= Katılımcı Bilgilendirme (D¹) ve Onam Formu (D²)

1



**T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ**

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Tüm formlar araştırmacılar tarafından toplanıp, dosyalarda tutulacaktır. Çalışmaya katılan araştırmacılar dışında kimse ile paylaşılmayacaktır.

12. Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi?
Bilgi istemeniz halinde araştırma bittiğinde çalışmacılardan bilgi alabilirsiniz.
13. Araştırma sonuçlarına ne olacak?
Kişinin kimliği bildirilmeden bilimsel bir dergide yayımlanacaktır.
14. Daha ayrıntılı bilgi için,
Doç. Dr. Şahika Gülen Şişmanlar Arş. Gör. Dr. Merve Dilli Gürkan, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D. 02623038702.
Kocaeli Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu Tel: 02623037164
15. Teşekkür:
Bu çalışmaya katıldığınız ve bilimsel çalışmalara katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederiz.
16. İAEK Onayı:
17. Şikâyet için başvuru adresi verilmelidir;
Doç. Dr. Şahika Gülen Şişmanlar, Arş. Gör. Dr. Merve Dilli Gürkan, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D. 02623038702.
Kocaeli Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu Tel: 02623037164

ONAM FORMU

Araştırmanın Adı: Majör depresif bozukluk tanılı ergenlerde ebeveyn tutumunun ve ebeveyne bağlanmanın intihar olasılığı ile ilişkisinin incelenmesi

	Evet	Hayır
Gönüllü Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	☐	☐
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	☐	☐
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?	☐	☐
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	☐	☐
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	☐	☐
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	☐	☐
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?	☐	☐
Araştırmada elde edilen biyolojik örneklerin madde 6'da belirtilen şartlarda gelecekte de kullanılmasına onay veriyor musunuz?	☐	☐
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı?		

Form D= Katılımcı Bilgilendirme (D¹) ve Onam Formu (D²)

2



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

--

Gönüllü	Araştırmacı
İmza:	İmza:
Adı / Soyadı:	Adı / Soyadı:
Tarih:	Tarih:

3. EK – ERGEN ONAM FORMU (KONTROL)



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU

ERGEN BİLGİLENDİRME FORMU (KONTROL)

1. Çalışmanın adı:
Majör depresif bozukluk tanılı ergenlerde ebeveyn tutumunun ve ebeveyne bağlanmanın intihar olasılığı ile ilişkisinin incelenmesi
2. Araştırmacıların adları, kurumları ve iletişim numaraları:
Doç. Dr. Şahika Gülen Şişmanlar, Arş. Gör. Dr. Merve Dilli Gürkan, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D. 02623038702.
3. Araştırma amacının anlaşılır ve özet açıklaması:
Bu çalışmada; ebeveyn tutumlarının ve ebeveyne bağlanmanın depresyon tanılı ergenlerde depresyonun şiddeti ve intihar düşüncesi üzerine etkisini araştırmayı amaçladık.
4. Neden ben seçildim?
Psikiyatrik açıdan sağlıklı bir ergen olduğunuz için bu çalışmaya alınıyorsunuz.
5. Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım?
Araştırmaya katılmak gönüllü olup, istediğiniz zaman herhangi bir gerekçe göstermeden çalışmadan ayrılabilirsiniz.
6. Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacaktır?
Yalnızca 45-60 dakikanızı ayırıp görüşmeye katılacak ve size verilen bazı ölçekleri dolduracaksınız. Görüşmeler sırasında herhangi bir görüntü ya da ses kaydı alınmayacaktır.
7. Araştırmaya katılmanın olası dezavantajları ve riskleri nelerdir?
Uygulanacak olan görüşme veya testlerin bir zararı yoktur.
8. Araştırmaya katılmanın olası yararları nelerdir?
Değerlendirme sonunda incelenen alanlarda sorun saptanması halinde tedavide bu alanlarda önerilerde bulunulacaktır.
9. Araştırma masrafları:
Katılımcılardan ücret istenmeyecektir.
10. Araştırmada ters giden bir şey olursa?
Katılımcılar araştırmadan istedikleri zaman ayrılabilirler. Uygulanacak olan testlerin ve görüşmenin üzerinizde kalıcı bir etkisi yoktur.
11. Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?



**T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ**

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Tüm formlar araştırmacılar tarafından toplanıp, dosyalarda tutulacaktır. Çalışmaya katılan araştırmacılar dışında kimse ile paylaşılmayacaktır.

12. Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi?
Bilgi istemeniz halinde araştırma bittiğinde çalışmacılardan bilgi alabilirsiniz.
13. Araştırma sonuçlarına ne olacak?
Kişinin kimliği bildirilmeden bilimsel bir dergide yayımlanacaktır.
14. Daha ayrıntılı bilgi için,
Doç. Dr. Şahika Gülen Şişmanlar Arş. Gör. Dr. Merve Dilli Gürkan, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D. 02623038702.
Kocaeli Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu Tel: 02623037164
15. Teşekkür:
Bu çalışmaya katıldığınız ve bilimsel çalışmalara katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederiz.
16. İAEK Onayı:
17. Şikâyet için başvuru adresi verilmelidir;
Doç. Dr. Şahika Gülen Şişmanlar, Arş. Gör. Dr. Merve Dilli Gürkan, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D. 02623038702.
Kocaeli Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu Tel: 02623037164

ONAM FORMU

Araştırmanın Adı: Majör depresif bozukluk tanılı ergenlerde ebeveyn tutumunun ve ebeveyne bağlanmanın intihar olasılığı ile ilişkisinin incelenmesi

	Evet	Hayır
Gönüllü Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	☐	☐
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	☐	☐
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?	☐	☐
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	☐	☐
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	☐	☐
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	☐	☐
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?	☐	☐
Araştırmada elde edilen biyolojik örneklerin madde 6'da belirtilen şartlarda gelecekte de kullanılmasına onay veriyor musunuz?	☐	☐
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı?		

Form D= Katılımcı Bilgilendirme (D¹) ve Onam Formu (D²)

2



**T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

--

Gönüllü	Araştırmacı
İmza:	İmza:
Adı / Soyadı:	Adı / Soyadı:
Tarih:	Tarih:

4. EK – EBEVEYN ONAM FORMU (VAKA)



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU

EBEVEYN BİLGİLENDİRME FORMU (VAKA)

1. Çalışmanın adı:
Majör depresif bozukluk tanılı ergenlerde ebeveyn tutumunun ve ebeveyne bağlanmanın intihar olasılığı ile ilişkisinin incelenmesi
2. Araştırmacıların adları, kurumları ve iletişim numaraları:
Doç. Dr. Şahika Gülen Şişmanlar, Arş. Gör. Dr. Merve Dilli Gürkan, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D. 02623038702.
3. Araştırma amacının anlaşılır ve özet açıklaması:
Bu çalışmada; ebeveyn tutumlarının ve ebeveyne bağlanmanın depresyon tanılı ergenlerde depresyonun şiddeti ve intihar düşüncesi üzerine etkisini araştırmayı amaçladık.
4. Neden ben seçildim?
Çocuğunuzun majör depresif bozukluk(depresyon) tanısı olduğu için bu çalışmaya alındınız.
5. Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım?
Araştırmaya katılmak gönüllü olup, istediğiniz zaman herhangi bir gerekçe göstermeden çalışmadan ayrılabilirsiniz.
6. Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacaktır?
Yalnızca 45-60 dakikanızı ayırıp görüşmeye katılacak ve size verilen bazı ölçekleri dolduracaksınız. Görüşmeler sırasında herhangi bir görüntü ya da ses kaydı alınmayacaktır.
7. Araştırmaya katılmanın olası dezavantajları ve riskleri nelerdir?
Uygulanacak olan görüşme veya testlerin bir zararı yoktur.
8. Araştırmaya katılmanın olası yararları nelerdir?
Değerlendirme sonunda incelenen alanlarda sorun saptanması halinde tedavide bu alanlarda önerilerde bulunulacaktır.
9. Araştırma masrafları:
Katılımcılardan ücret istenmeyecektir.
10. Araştırmada ters giden bir şey olursa?
Katılımcılar araştırmadan istedikleri zaman ayrılabilir. Uygulanacak olan testlerin ve görüşmenin çocuğunuz üzerinde kalıcı bir etkisi yoktur.
11. Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Tüm formlar araştırmacılar tarafından toplanıp, dosyalarda tutulacaktır. Çalışmaya katılan araştırmacılar dışında kimse ile paylaşılmayacaktır.

12. Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi?
Bilgi istemeniz halinde araştırma bittiğinde çalışmacılardan bilgi alabilirsiniz.
13. Araştırma sonuçlarına ne olacak?
Kişinin kimliği bildirilmeden bilimsel bir dergide yayımlanacaktır.
14. Daha ayrıntılı bilgi için,
Doç. Dr. Şahika Gülen Şişmanlar Arş. Gör. Dr. Merve Dilli Gürkan, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D. 02623038702.
Kocaeli Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu Tel: 02623037164
15. Teşekkür:
Bu çalışmaya katıldığınız ve bilimsel çalışmalara katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederiz.
16. İAEK Onayı:
17. Şikâyet için başvuru adresi verilmelidir;
Dr. Öğr. Üyesi İrem Damla Çimen, Prof. Dr. Nursu Çakın Memik, Arş. Gör. Dr. Şeyma Nur Kalaycı, Arş. Gör. Dr. Merve Dilli Gürkan, Arş. Gör. Dr. Sinem Yavuz, Arş. Gör. Dr. Aysel Denktaş Özdemir, Arş. Gör. Dr. Bülbül Aliyeva, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D. 3038702.
Kocaeli Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu Tel: 02623037164

ONAM FORMU

Araştırmanın Adı: Majör depresif bozukluk tanılı ergenlerde ebeveyn tutumunun ve ebeveyne bağlanmanın intihar olasılığı ile ilişkisinin incelenmesi

	Evet	Hayır
Gönüllü Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	☐	☐
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	☐	☐
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?	☐	☐
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	☐	☐
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	☐	☐
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	☐	☐
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?	☐	☐
Araştırmada elde edilen biyolojik örneklerin madde 6'da belirtilen şartlarda gelecekte de	☐	☐

Form D- Katılımcı Bilgilendirme (D¹) ve Onam Formu (D²)

2



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

kullanılmasına onay veriyor musunuz?		
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı?		

Gönüllü	Araştırmacı
İmza:	İmza:
Adı / Soyadı:	Adı / Soyadı:
Tarih:	Tarih:

5. EK – EBEVEYN ONAM FORMU (KONTROL)



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU

EBEVEYN BİLGİLENDİRME FORMU (KONTROL)

1. Çalışmanın adı:
Majör depresif bozukluk tanılı ergenlerde ebeveyn tutumunun ve ebeveyne bağlanmanın intihar olasılığı ile ilişkisinin incelenmesi
2. Araştırmacıların adları, kurumları ve iletişim numaraları:
Doç. Dr. Şahika Gülen Şişmanlar, Arş. Gör. Dr. Merve Dilli Gürkan, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D. 02623038702.
3. Araştırma amacının anlaşılır ve özet açıklaması:
Bu çalışmada; ebeveyn tutumlarının ve ebeveyne bağlanmanın depresyon tanılı ergenlerde depresyonun şiddeti ve intihar düşüncesi üzerine etkisini araştırmayı amaçladık.
4. Neden ben seçildim?
Çocuğunuz psikiyatrik açıdan sağlıklı bir birey olduğu için bu çalışmaya seçildiniz.
5. Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım?
Araştırmaya katılmak gönüllü olup, istediğiniz zaman herhangi bir gerekçe göstermeden çalışmadan ayrılabilirsiniz.
6. Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacaktır?
Yalnızca 45-60 dakikanızı ayırıp görüşmeye katılacak ve size verilen bazı ölçekleri dolduracaksınız. Görüşmeler sırasında herhangi bir görüntü ya da ses kaydı alınmayacaktır.
7. Araştırmaya katılmanın olası dezavantajları ve riskleri nelerdir?
Uygulanacak olan görüşme veya testlerin bir zararı yoktur.
8. Araştırmaya katılmanın olası yararları nelerdir?
Değerlendirme sonunda incelenen alanlarda sorun saptanması halinde tedavide bu alanlarda önerilerde bulunulacaktır.
9. Araştırma masrafları:
Katılımcılardan ücret istenmeyecektir.
10. Araştırmada ters giden bir şey olursa?
Katılımcılar araştırmadan istedikleri zaman ayrılabilirler. Uygulanacak olan testlerin ve görüşmenin çocuğunuz üzerinde kalıcı bir etkisi yoktur.
11. Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?
Tüm formlar araştırmacılar tarafından toplanıp, dosyalarda tutulacaktır. Çalışmaya katılan araştırmacılar dışında kimse ile paylaşılmayacaktır.



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

12. Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi?
Bilgi istemeniz halinde araştırma bittiğinde çalışmacılardan bilgi alabilirsiniz.
13. Araştırma sonuçlarına ne olacak?
Kişinin kimliği bildirilmeden bilimsel bir dergide yayımlanacaktır.
14. Daha ayrıntılı bilgi için,
Doç. Dr. Şahika Gülen Şişmanlar Arş. Gör. Dr. Merve Dilli Gürkan, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D. 02623038702.
Kocaeli Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu Tel: 02623037164
15. Teşekkür:
Bu çalışmaya katıldığınız ve bilimsel çalışmalara katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederiz.
16. İAEK Onayı:
17. Şikâyet için başvuru adresi verilmelidir;
Dr Öğr. Üyesi İrem Damla Çimen, Prof Dr Nursu Çakın Memik, Arş. Gör. Dr. Şeyma Nur Kalaycı, Arş. Gör. Dr. Merve Dilli Gürkan, Arş. Gör. Dr. Sinem Yavuz, Arş. Gör. Dr. Aysel Denктаş Özdemir, Arş. Gör. Dr. Bülbül Aliyeva, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D. 3038702.
Kocaeli Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu Tel: 02623037164

ONAM FORMU

Araştırmanın Adı: Majör depresif bozukluk tanılı ergenlerde ebeveyn tutumunun ve ebeveyne bağlanmanın intihar olasılığı ile ilişkisinin incelenmesi

	Evet	Hayır
Gönüllü Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	☐	☐
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	☐	☐
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?	☐	☐
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	☐	☐
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	☐	☐
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	☐	☐
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?	☐	☐
Araştırmada elde edilen biyolojik örneklerin madde 6'da belirtilen şartlarda gelecekte de kullanılmasına onay veriyor musunuz?	☐	☐



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı?

Gönüllü	Araştırmacı
İmza:	İmza:
Adı / Soyadı:	Adı / Soyadı:
Tarih:	Tarih:

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Adınız Soyadınız:

1.) Cinsiyet:

- ☐ Kız
☐ Erkek

2.) Yaş:.....

3.) Okula gidiyor musun?

- ☐ Evet..... Kaçınıcı sınıf?.....
☐ Hayır..... Okulu bıraktığı sınıf.....
Bırakma nedeni ☐ kendi isteği ☐ ailenin isteği ☐ ortak karar ☐ disiplin cezası

4.) Kardeş sayısı(kendisi dışında):.....

5.) Anne ve babanız için hangisi doğru?

- ☐ Beraberler
☐ Boşandılar/ayrılar
☐ Annem öldü
☐ Babam öldü
☐ Annem de babam da öldü

6.) Kimlerle yaşıyorsun?

- ☐ Anne ve baba ☐ Sadece anne ☐ Sadece baba ☐ Akraba ☐ Kurum

7.) Sizi yaş dönemlerinize göre büyüten kişi için doğru ifadeyi işaretleyiniz

- 0-1 yaş: ☐ Anne-Baba ☐ Büyükanne-büyükbaba ☐ Akraba ☐ Yetiştirme yurdu ☐ Diğer
1-3 yaş: ☐ Anne-Baba ☐ Büyükanne-büyükbaba ☐ Akraba ☐ Yetiştirme yurdu ☐ Diğer
3-6 yaş: ☐ Anne-Baba ☐ Büyükanne-büyükbaba ☐ Akraba ☐ Yetiştirme yurdu ☐ Diğer
6 yaş ve üzeri: ☐ Anne-Baba ☐ Büyükanne-büyükbaba ☐ Akraba ☐ Yetiştirme yurdu ☐ Diğer

8.) Anne yaşı.....

9.) Annenizin eğitim düzeyi nedir?

- ☐ Okur yazar değil ☐ Okur yazar ☐ ilkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite

10.) Annenin iş durumu nedir?

- ☐ Çalışıyor ☐ Çalışmıyor ☐ Emekli

11.) Annede bilinen fiziksel hastalık var mı?

- ☐ Hayır
☐ Evet, günlük işlerini yapmasını engellemiyor
☐ Evet, günlük işlerini yapmasını engelliyor

12.) Annede bilinen ruhsal hastalık var mı?

- ☐ Hayır
☐ Evet, depresif bozukluk
☐ Evet, kaygı bozukluğu
☐ Evet, psikotik bozukluk (şizofreni vb.)
☐ Evet, kişilik bozukluğu
☐ Evet, obsesif kompulsif bozukluk
☐ Evet, diğer.....

13.) Baba yaşı.....

14.) Babanızın eğitim düzeyi nedir?

- ☐ Okur yazar değil ☐ Okur yazar ☐ ilkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite

15.) Babanın iş durumu nedir?

- ☐ Çalışıyor ☐ Çalışmıyor ☐ Emekli

16.) Baba bilinen fiziksel hastalık var mı?

- ☐ Hayır
☐ Evet, günlük işlerini yapmasını engellemiyor
☐ Evet, günlük işlerini yapmasını engelliyor

17.) Babada bilinen ruhsal hastalık var mı?

- ☐ Hayır
☐ Evet, depresif bozukluk
☐ Evet, kaygı bozukluğu
☐ Evet, psikotik bozukluk (şizofreni vb.)
☐ Evet, kişilik bozukluğu
☐ Evet, obsesif kompulsif bozukluk
☐ Evet, diğer.....

18.) Ailenizin aylık gelirine ilişkin doğru ifadeyi işaretleyiniz.

- ☐ 0-5000 ☐ 5000-10000 ☐ 10000 ve üzeri

19.) Anne baba arasında akraba evliliği var mı?

- ☐ Evet ☐ Hayır

20.) Doktor tarafından tanısı koyulmuş ve sürekli takip olduğun bir hastalık var mı?(birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- ☐ Hayır
☐ Evet, fiziksel bir hastalık, yazınız.....
☐ Evet, ruhsal bir hastalık, yazınız.....

21.) Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?

- ☐ Hayır
☐ Evet, yazınız.....

22.) Ailede göç öyküsü var mı?

☐ Var ☐ Yok

23.) Aile içi fiziksel şiddet var mı?

☐ Var ☐ Yok

24.) Ailede suçla karışma öyküsü var mı?

☐ Var, çocuğa yakınlığını belirtiniz..... ☐ Yok

25.) Ailede madde kullanım öyküsü var mı?

☐ Var, çocuğa yakınlığını belirtiniz..... ☐ Yok

BUNDAN SONRASINI ÇOCUK TEK DOLDURACAK

26.) Son bir yıldaki okul başarın?

- ☐ Takdir belgesi
☐ Teşekkür belgesi
☐ Orta
☐ Zayıf

27.) Okula devam ediyor isen, bu yıl ne kadar devamsızlık yaptın:

- a.(0-5) b.(5-10) c.(10-15) d.(15-20) e.(20 günden fazla)

28.) Sigara kullanıyor musun?

- ☐ Hayır
☐ Evet ama düzenli değil
☐ Evet, düzenli

29.) Alkol kullanıyor musun?

- ☐ Hayır
☐ Evet ama düzenli değil
☐ Evet, düzenli

30.) Madde kullanıyor musun?

- ☐ Hayır
☐ Evet ama düzenli değil
☐ Evet, düzenli

31.) Gittiğin bir sosyal aktivite var mı?(futbol, yüzme, resim, tiyatro, gitar, keman.....vb.)

- ☐ Hayır
☐ Evet

32.) Sorunlarını kiminle paylaşırsın?(birden fazla işaretleyebilirsin)

- ☐ Anne ☐ Baba ☐ Kardeş ☐ Arkadaş ☐ Öğretmen

33.) Ailenle ilişkini nasıl tanımlarsın?

☐ Sıcak ☐ Soğuk-mesafeli

34.) Ailenin seninle yeterli zaman geçirebildiğini düşünüyor musun?

☐ Hayır. ☐ Evet, annemle ☐ Evet, babamla ☐ Evet her ikisiyle de

35.) Daha önce hiç istismara uğradın mı?(birden fazla seçenek işaretleyebilirsin.)

☐ Hayır

☐ Evet, fiziksel istismar, istismar eden kişinin size yakınlık derecesini belirtiniz.....

☐ Evet, cinsel istismar, istismar eden kişinin size yakınlık derecesini belirtiniz.....

☐ Evet, duygusal istismar, istismar eden kişinin size yakınlık derecesini belirtiniz.....

36.) Daha önce intihar girişiminde bulundun mu?

☐ Evet ☐ Hayır

37.) İntihar girişiminde bulunduysanız, girişimden önce kendinizi ailenize veya çevrenize karşı yük olarak hissediyor muydunuz? Evet/ Hayır

38.) İntihar girişiminde bulunduysanız, girişimden önce kendinizi ailenize veya çevrenize karşı yabancılaşmış hissediyor muydunuz? Evet/ Hayır

39.) Ailenizde intihar girişiminde bulunan var mı? Var (Kim?.....)/ Yok

40.) Ailenizde intiharla ölen var mı? Var(Kim?.....)/ Yok

41.)Daha önce kendine zarar verme davranışında bulundun mu? Evet/ Hayır

42.) Ailenizde kendine zarar verme davranışı olan var mı? Var(Kim?.....)/ Yok

43.) Arkadaşlarınız arasında intihar girişiminde bulunan var mı? Var/ Yok

44.) Arkadaşlarınız arasında intiharla ölen var mı? Var/ Yok

45.) Arkadaşlarınız arasında kendine zarar verme davranışı olan var mı? Var/Yok

46.) Günde kaç saat uyursunuz?

ANNE/BABA YALNIZ DOLDURACAK

47.) Çocuğa gebeliğiniz planlı mıydı?

☐ Planlı ☐ Plansız

48.) Doğum şekli?

☐ Normal doğum ☐ Sezeryan

49.) Doğum sonrası kuvözde kaldı mı?

☐ Evet ☐ Hayır

50.) Kaç ay anne sütü aldı?.....

51.) Anne çocuğun ilk 3 yaşında kendisini nasıl tarifler?

☐ Mutsuz ☐ Mutlu

52.) Çocuk kreşe gitti mi?

☐ Evet ☐ Hayır

53.) Anne çocuğun ilk 3 yaşında çocukla ilişkisini nasıl tarifler?

☐ Çok sıcak

☐ Çocuğun problemlerinden kaynaklanan zor ilişki. Problem:

☐ Kendi problemlerinden kaynaklanan zor ilişki. Problem:

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyeceğim gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde 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) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgıyım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utaniyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyor muyum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliyordum ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uyku her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolayı cezalandırılabilirliğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

ANNE-BABA TUTUM ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki soruları kendi **anne** ve **babanızı** düşünerek dikkatle okuyunuz.
Aşağıdaki durumun anne ve babanızın davranışına ne kadar benzediğini düşününüz.

Aşağıdaki cümlelerin başındaki kutunun içine eğer;

TAMAMEN BENZİYORSA 4; BİRAZ BENZİYORSA 3 BENZEMİYORSA 2; HİÇ BENZEMİYORSA 1 yazınız.

	1. Herhangi bir sorunun olduğunda, eminim annem ve babam bana yardım ederler.
	2. Annem ve babam büyüklerle tartışmamam gerektiğini söylerler.
	3. Annem ve babam yaptığım her şeyin en iyisini yapmam için beni zorlarlar.
	4. Annem ve babam herhangi bir tartışma sırasında başkalarını kızdırmamak için, susmam gerektiğini söylerler.
	5. Annem ve babam bazı konularda “sen kendin karar ver” derler.
	6. Derslerimden ne zaman düşük not alsam, annem ve babam kızar.
	7. Ders çalışırken anlayamadığım bir şey olduğunda, annem ve babam bana yardım ederler.
	8. Annem ve babam kendi görüşlerinin doğru olduğunu, bu görüşleri onlarla tartışmamam gerektiğini söylerler.
	9. Annem ve babam benden bir şey yapmamı istediklerinde, niçin bunu yapmam gerektiğini de açıklarlar.
	10. Annem ve babamla her tartıştığımda bana “büyüdüğün zaman anlarsın” derler.
	11. Derslerimden düşük not aldığımda, annem ve babam beni daha çok çalışmam için desteklerler.
	12. Annem ve babam yapmak istediklerim konusunda kendi kendime karar vermeme izin verirler.
	13. Annem ve babam arkadaşlarımı tanırlar.
	14. Annem ve babam istemedikleri bir şey yaptığımda, bana karşı soğuk davranırlar ve küserler.
	15. Annem ve babam sadece benimle konuşmak için zaman ayırırlar.
	16. Derslerimden düşük notlar aldığımda, annem ve babam öyle davranırlar ki suçluluk duyar ve utanırım.
	17. Ailemle birlikte hoşça vakit geçiririz.
	18. Annemi ve babamı kızdıracak bir şey yaptığımda, onlarla birlikte yapmak istediğim şeyleri yapmama izin vermezler.

Aşağıda her ifadenin yanında bulunan kutulardan sadece size uygun olanın içine çarpı (X) işareti koyunuz.

19. Genel olarak annen ve baban okul zamanı hafta içinde gece arkadaşlarıyla bir yere gitmene izin verirler mi?

Evet		Hayır	
-------------	--	--------------	--

Eğer cevabınız **Evet** ise, aşağıdaki soruyu cevaplayınız.

Hafta içinde en geç saat kaçta kadar gece dışarıda kalmanıza izin verilir (Pazartesi-Cuma arası)?

8:00'den önce		10:00 – 10:59 arası	
8:00 – 8:59 arası		11:00 ya da daha geç	
9:00 – 9:59 arası		İstediğim saate kadar	

20. Genel olarak annen ve baban hafta sonları gece arkadaşlarıyla bir yere gitmene izin verirler mi?

Evet		Hayır	
-------------	--	--------------	--

Eğer cevabınız **Evet** ise, aşağıdaki soruyu cevaplayınız.

Haftanın Cuma ya da Cumartesi akşamları en geç saat kaçta kadar gece dışarıda kalmanıza izin verilir?

8:00'den önce		10:00 – 10:59 arası	
8:00 – 8:59 arası		11:00 ya da daha geç	
9:00 – 9:59 arası		İstediğim saate kadar	

Annen ve baban aşağıdakileri öğrenmek için ne kadar çaba gösterirler?

	Hiç çaba göstermez	Çok az çaba gösterir	Çok çaba gösterir
21.Eğer gece bir yere gittiysen nereye gittiğini,			
22.Boş zamanlarında ne yaptığını,			
23.Okuldan çıktıktan sonra ne yaptığını,			

Annen ve babanın aşağıdakiler hakkında ne kadar bilgileri vardır?

	Bilgileri yoktur	Çok az bilgileri vardır	Çok bilgileri vardır
24.Eğer gece bir yere gittiysen nereye gittiğini,			
25.Boş zamanlarında ne yaptığını,			
26.Okuldan çıktıktan sonra ne yaptığını,			



EBEVEYN VE ARKADAŞLARA BAĞLANMA ÖLÇEĞİ KISA FORMU

Maddeleri okuyunuz ve 1 ile 7 puan arasında size uygun olan puanı yazınız.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Beni hiç tanımlamıyor. Beni kısmen tanımlıyor Tamamıyla beni tanımlıyor

Ölçek maddeleri (Anne Formu);

1. Annem duygularıma saygı gösterir.
2. Annem başka biri olsun isterdim.
3. Annem beni olduğum gibi kabul eder.
4. Sorunlarım hakkında annem ile konuştuğumda kendimden utanırım ya da kendimi kötü hissederim.
5. Evde kolayca keyfim kaçır.
6. Annemin kendi problemleri olduğundan, onu bir de kendiminkilerle sıkmak istemem.
7. Kim olduğumu daha iyi anlamamda annem bana yol gösterir.
8. Bir sorunum olduğunda ya da başım sıkıştığında bunu anneme anlatırım.
9. Anneme kızgınlık duyuyorum.
10. Annemden pek ilgi görmüyorum.
11. Kızgın olduğumda annem anlayışlı olmaya çalışır.
12. Annem bir şeyin beni rahatsız ettiğini hissederse, bana nedenini sorar.

Maddeleri okuyunuz ve 1 ile 7 puan arasında size uygun olan puanı yazınız.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Beni hiç tanımlamıyor. Beni kısmen tanımlıyor Tamamıyla beni tanımlıyor

Ölçek maddeleri (Baba Formu);

1. Babam duygularıma saygı gösterir.
2. Babam başka biri olsun isterdim.
3. Babam beni olduğum gibi kabul eder.
4. Sorunlarım hakkında babam ile konuştuğumda kendimden utanırım ya da kendimi kötü hissederim.
5. Evde kolayca keyfim kaçır.
6. Babamın kendi problemleri olduğundan, onu bir de kendiminkilerle sıkmak istemem.
7. Kim olduğumu daha iyi anlamamda babam bana yol gösterir.
8. Bir sorunum olduğunda ya da başım sıkıştığında bunu babama anlatırım.
9. Babama kızgınlık duyuyorum.
10. Babamdan pek ilgi görmüyorum.
11. Kızgın olduğumda babam anlayışlı olmaya çalışır.
12. Babam bir şeyin beni rahatsız ettiğini hissederse, bana nedenini sorar.

Maddeleri okuyunuz ve 1 ile 7 puan arasında size uygun olan puanı yazınız.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Beni hiç tanımlamıyor. Beni kısmen tanımlıyor Tamamıyla beni tanımlıyor

Ölçek maddeleri (Arkadaş Formu);

1. Arkadaşım duygularıma saygı gösterir.
2. Arkadaşım başka biri olsun isterdim.

3. Arkadaşım beni olduğum gibi kabul eder.
4. Sorunlarım hakkında arkadaşım ile konuştuğumda kendimden utanırım ya da kendimi kötü hissederim.
5. Evde kolayca keyfim kaçar.
6. Arkadaşımın kendi problemleri olduğundan, onu bir de kendiminkilerle sıkmak istemem.
7. Kim olduğumu daha iyi anlamamda arkadaşım bana yol gösterir.
8. Bir sorunum olduğunda ya da başım sıkıştığında bunu arkadaşıma anlatırım.
9. Arkadaşıma kızgınlık duyuyorum.
10. Arkadaşımdan pek ilgi görmüyorum.
11. Kızgın olduğumda arkadaşım anlayışlı olmaya çalışır.
12. Arkadaşım bir şeyin beni rahatsız ettiğini hissederse, bana nedenini sorar.



İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki her cümleyi dikkatle okuduktan sonra, her ifadenin yanındaki kutulardan size en uygun olan birinin içine (x) işareti koyunuz. Lütfen sadece bir seçeneği işaretleyiniz.

1	Tepem atınca bir şeyler fırlatırım	1	2	3	4
2	Benimle candan ilgili pek çok kişi olduğuna inanıyorum	1	2	3	4
3	Düşüncesizce hareket etmeye eğilimli olduğumu sanıyorum	1	2	3	4
4	Başkalarına anlatılmayacak kadar kötü şeyler düşünüyorum	1	2	3	4
5	Çok fazla sorumluluğumun olduğunu düşünüyorum	1	2	3	4
6	Yapabileceğim faydalı pek çok şey olduğuna inanıyorum	1	2	3	4
7	Başkalarını cezalandırmak için intiharı düşünüyorum	1	2	3	4
8	Başkalarına karşı düşmanca duygular duyuyorum	1	2	3	4
9	Kendimi insanlardan soyutlanmış hissediyorum	1	2	3	4
10	İnsanların bana olduğum gibi değer verdiklerini hissediyorum	1	2	3	4
11	Ölürsem pek çok kişinin üzüleceğine inanıyorum	1	2	3	4
12	Kendimi dayanılmayacak kadar yalnız hissediyorum	1	2	3	4
13	İnsanların bana karşı düşmanca duygular içinde olduğunu hissediyorum	1	2	3	4
14	Yeni baştan başlayabilsem, hayatımda pek çok değişiklikler yapardım	1	2	3	4
15	Pek çok şeyi iyi yapmadığımı sanıyorum	1	2	3	4
16	Sevdiğim bir işi bulmakta ve sürdürmekte güçlük çekiyorum	1	2	3	4
17	Ölürsem hiç kimsenin beni özleyeceğini sanmıyorum	1	2	3	4
18	İşlerim yolunda gidiyora benziyor	1	2	3	4
19	İnsanların benden çok şey beklediklerini hissediyorum	1	2	3	4
20	Yaptığım, düşündüğüm şeyler için cezalandırılmam gerektiğini düşünüyorum	1	2	3	4
21	Dünyanın yaşamaya değer bir yer olmadığını düşünüyorum	1	2	3	4
22	Geleceğim hakkında çok dikkatli bir şekilde plan yaparım	1	2	3	4
23	Güvenebileceğim pek fazla arkadaşım olmadığını hissediyorum	1	2	3	4
24	Ölsem insanların daha iyi olacağını hissediyorum	1	2	3	4
25	Böyle yaşamaktansa ölmenin daha az acı verici olduğunu düşünüyorum	1	2	3	4
26	Kendimi anneme yakın hissediyorum/hissediordum	1	2	3	4
27	Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum	1	2	3	4
28	Bir şeylerin iyi olacağı konusunda umutsuzum	1	2	3	4
29	İnsanların beni ve yaptıklarımı onaylamadıklarını hissediyorum	1	2	3	4
30	Kendimi nasıl öldüreceğimi düşünüyorum	1	2	3	4
31	Para konusu beni endişelendiriyor	1	2	3	4
32	İntihar etmeyi düşünüyorum	1	2	3	4
33	Kendimi yorgun ve kayıtsız hissediyorum	1	2	3	4
34	Tepem atınca (kızınca) bir şeyler kırarım	1	2	3	4
35	Kendimi babama yakın hissediyorum/hissediordum	1	2	3	4
36	Nerede olursam olayım mutlu olamayacağımı sanıyorum	1	2	3	4

ANA BABAYA BAĞLANMA ÖLÇEĞİ-1

Aşağıda, ana-babanızın çeşitli tutum ve davranışlarına ilişkin ifadeler yer almaktadır. 16 yaşıınıza kadar olan dönemde **annenizi** hatırlamaya çalışarak, her bir ifadeye en uygun seçeneğin karşısındaki paranteze X işareti koyunuz.

	Tamamen böyleydi	Kısmen böyleydi	Pek böyle değildi	Hiç böyle değildi
1. Benimle yumuşak ve arkadaşça bir tarzda konuşurdu.				
2. İhtiyaç duyduğum kadar yardım etmezdi.				
3. Hoşlandığım şeyleri yapmama izin verirdi.				
4. Duygusal olarak bana karşı soğuk görünürdü.				
5. Sorunlarımı ve endişelerimi anlıyor görünürdü.				
6. Bana karşı sevgi doluydu.				
7. Kendi kararlarımı vermemden memnuniyet duyardı.				
8. Büyümemi istemezdi.				
9. Yaptığım her şeyi kontrol etmeye çalışırdı.				
10. Mahremiyetime müdahale ederdi.				
11. Olan-bitenler hakkında benimle konuşmaktan keyif alırdı.				
12. Genellikle bana karşı güler yüzlüydü.				
13. Bana, bebekmişim gibi davranma eğilimi vardı.				
14. İhtiyaçlarımı ve isteklerimi anlamıyor gibiydi.				
15. Kendimle ilgili kararlar almama izin verirdi.				
16. İstenmediğimi hissettirirdi.				
17. Üzgün olduğum zamanlarda kendimi daha iyi hissetmemi sağlardı.				
18. Benimle pek fazla konuşmazdı.				
19. Ona bağımlı olduğum duygusunu yaşatmaya çalışırdı.				
20. Annem yanımda olmadığı zaman, kendime bakamayacağımı hissederdim.				
21. İstedğim kadar özgürlük tanırırdı.				
22. İstedğim zaman dışarı çıkmama izin verirdi.				
23. Bana karşı aşırı koruyucuydu.				
24. Beni övmezdi.				
25. İstedğim gibi giyinmeme izin verirdi.				

ANA BABAYA BAĞLANMA ÖLÇEĞİ-2

Aşağıda, ana-babanızın çeşitli tutum ve davranışlarına ilişkin ifadeler yer almaktadır. 16 yaşıınıza kadar olan dönemde **babanızı** hatırlamaya çalışarak, her bir ifadeye en uygun seçeneğin karşısındaki paranteze X işareti koyunuz.

	Tamamen böyleydi	Kısmen böyleydi	Pek böyle değildi	Hiç böyle değildi
1. Benimle yumuşak ve arkadaşça bir tarzda konuşurdu.				
2. İhtiyaç duyduğum kadar yardım etmezdi.				
3. Hoşlandığım şeyleri yapmama izin verirdi.				
4. Duygusal olarak bana karşı soğuk görünürdü.				
5. Sorunlarımı ve endişelerimi anlıyor görünürdü.				
6. Bana karşı sevgi doluydu.				
7. Kendi kararlarımı vermemden memnuniyet duyardı.				
8. Büyümemi istemezdi.				
9. Yaptığım her şeyi kontrol etmeye çalışırdı.				
10. Mahremiyetime müdahale ederdi.				
11. Olan-bitenler hakkında benimle konuşmaktan keyif alırdı.				
12. Genellikle bana karşı güler yüzlüydü.				
13. Bana, bebekmişim gibi davranma eğilimi vardı.				
14. İhtiyaçlarımı ve isteklerimi anlamıyor gibiydi.				
15. Kendimle ilgili kararlar almama izin verirdi.				
16. İstenmediğimi hissettirirdi.				
17. Üzgün olduğum zamanlarda kendimi daha iyi hissetmemi sağlardı.				
18. Benimle pek fazla konuşmazdı.				
19. Ona bağımlı olduğum duygusunu yaşatmaya çalışırdı.				
20. Babam yanımda olmadığı zaman, kendime bakamayacağımı hissederdim.				
21. İstedğim kadar özgürlük tanırırdı.				
22. İstedğim zaman dışarı çıkmama izin verirdi.				
23. Bana karşı aşırı koruyucuydu.				
24. Beni övmezdi.				
25. İstedğim gibi giyinmeme izin verirdi.				

10. KAYNAKÇA

1. Nock MK, Green JG, Hwang I, et al. Prevalence, Correlates, and Treatment of Lifetime Suicidal Behavior Among Adolescents. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(3):300. doi:10.1001/2013.jamapsychiatry.55
2. Adrian M, Miller AB, McCauley E, Vander Stoep A. Suicidal ideation in early to middle adolescence: sex-specific trajectories and predictors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2016;57(5):645-653. doi:10.1111/jcpp.12484
3. Reinherz HZ, Tanner JL, Berger SR, Beardslee WR, Fitzmaurice GM. Adolescent Suicidal Ideation as Predictive of Psychopathology, Suicidal Behavior, and Compromised Functioning at Age 30. *American Journal of Psychiatry*. 2006;163(7):1226-1232. doi:10.1176/ajp.2006.163.7.1226
4. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2004;4(1):37. doi:10.1186/1471-244X-4-37
5. Holma KM, Haukka J, Suominen K, et al. Differences in incidence of suicide attempts between bipolar I and II disorders and major depressive disorder. *Bipolar Disord*. 2014;16(6):652-661. doi:10.1111/bdi.12195
6. Altschul S. Attachment and Loss, Vol. 3. Loss, Sadness and Depression. By John Bowlby. *J Am Psychoanal Assoc*. 1984;32(1):216-218. doi:10.1177/000306518403200125
7. Mikulincer M, Shaver PR. An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*. 2012;11(1):11-15. doi:10.1016/j.wpsyc.2012.01.003
8. Mikulincer M, Shaver PR. Attachment orientations and emotion regulation. *Curr Opin Psychol*. 2019;25:6-10. doi:10.1016/j.copsyc.2018.02.006
9. Sheftall AH, Schoppe-Sullivan SJ, Bridge JA. Insecure Attachment and Suicidal Behavior in Adolescents. *Crisis*. 2014;35(6):426-430. doi:10.1027/0227-5910/a000273
10. Kulaksızoğlu A. Ergenlik Psikolojisi. 19th ed. Remzi Kitabevi; 2017.
11. Bögels SM, Brechman-Toussaint ML. Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clin Psychol Rev*. 2006;26(7):834-856. doi:10.1016/j.cpr.2005.08.001
12. Baumrind D. Harmonious parents and their preschool children. *Dev Psychol*. 1971;4(1, Pt.1):99-102. doi:10.1037/h0030373
13. Venta A, Mellick W, Schatte D, Sharp C. Preliminary Evidence that Thoughts of Thwarted Belongingness Mediate the Relations Between Level of Attachment Insecurity and

Depression and Suicide-Related Thoughts in Inpatient Adolescents. *J Soc Clin Psychol.* 2014;33(5):428-447. doi:10.1521/jscp.2014.33.5.428

14. Adrian M, Miller AB, McCauley E, Vander Stoep A. Suicidal ideation in early to middle adolescence: sex-specific trajectories and predictors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 2016;57(5):645-653. doi:10.1111/jcpp.12484
15. Otte C, Gold SM, Penninx BW, et al. Major depressive disorder. *Nat Rev Dis Primers.* 2016;2(1):16065. doi:10.1038/nrdp.2016.65
16. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 5th ed. American Psychiatric Publishing; 2013.
17. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal El Kitabı.* 5th ed. Hekimler Yayın Birliği; 2013.
18. Paul Kielholz. *Masked Depression.* Bernard Huber; 1973.
19. Patton GC, Coffey C, Posterino M, Carlin JB, Wolfe R. Adolescent Depressive Disorder: A Population-Based Study of ICD-10 Symptoms. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry.* 2000;34(5):741-747. doi:10.1080/j.1440-1614.2000.00825.x
20. Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. *The Lancet.* 2012;379(9820):1056-1067. doi:10.1016/S0140-6736(11)60871-4
21. Arbisio C. Le diagnostic clinique de la dépression chez l'enfant en période de latence. *Psychologie clinique et projective.* 2003;n° 9(1):29-58. doi:10.3917/pcp.009.0029
22. Parker G, Roy K. Adolescent Depression: A Review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry.* 2001;35(5):572-580. doi:10.1080/0004867010060504
23. Gore FM, Bloem PJ, Patton GC, et al. Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis. *The Lancet.* 2011;377(9783):2093-2102. doi:10.1016/S0140-6736(11)60512-6
24. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *The Lancet.* 2018;392(10161):2299-2312. doi:10.1016/S0140-6736(18)31948-2
25. Vos T, Barber RM, Bell B, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet.* 2015;386(9995):743-800. doi:10.1016/S0140-6736(15)60692-4
26. South P, Bitsko R, Blumberg S. *Mental Health Surveillance among Children.*; 2013.
27. Costello EJ, Copeland W, Angold A. Trends in psychopathology across the adolescent years: What changes when children become adolescents, and when adolescents become adults?

- Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2011;52(10):1015-1025. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02446.x
28. Jane Costello E, Erkanli A, Angold A. Is there an epidemic of child or adolescent depression? Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2006;0(0):061024022229003-??? doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01682.x
29. Georgiades K, Duncan L, Wang L, Comeau J, Boyle MH. Six-Month Prevalence of Mental Disorders and Service Contacts among Children and Youth in Ontario: Evidence from the 2014 Ontario Child Health Study. The Canadian Journal of Psychiatry. 2019;64(4):246-255. doi:10.1177/0706743719830024
30. Eralp Demir D. İlkokul ve Ortaokul Öğrencilerinde Depresif Bozuk- Lukların Görülme Sıklığıve Depresif Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerin Özellikleri. 1997.
31. Eskin M, Ertekin K, Harlak H, Dereboy Ç. Lise öğrencisi ergenlerde depresyonun yaygınlığı ve ilişkili olduğu etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi. 2008;19:382-389.
32. Özkul B, Parlak Günüşen N. Lise öğrencilerinde depresif belirti yaygınlığının ve etkileyen etkenlerin incelenmesi: Epidemiyolojik bir araştırma. Anatolian Journal of Psychiatry. 2020;21(2):203-210.
33. Bodur S, Küçükkendirci H. Prevalence of Depressive Symptoms in Turkish Adolescents. European Journal of General Medicine. 2009;6:204-212.
34. Toros F, Gamsiz Bilgin N, Bugdayci R, Sasmaz T, Kurt O, Camdeviren H. Prevalence of depression as measured by the CBTI in a predominantly adolescent school population in Turkey. European Psychiatry. 2004;19(5):264-271. doi:10.1016/j.eurpsy.2004.04.020
35. Demir T, Karacetin G, Demir DE, Uysal O. Epidemiology of depression in an urban population of Turkish children and adolescents. J Affect Disord. 2011;134(1-3):168-176. doi:10.1016/j.jad.2011.05.041
36. Unsal A, Ayranci U. Prevalence of Students With Symptoms of Depression Among High School Students in a District of Western Turkey: An Epidemiological Study. Journal of School Health. 2008;78(5):287-293. doi:10.1111/j.1746-1561.2008.00302.x
37. Ünal B, Ergör G. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu; 2013.
38. Otte C, Gold SM, Penninx BW, et al. Major depressive disorder. Nat Rev Dis Primers. 2016;2(1):16065. doi:10.1038/nrdp.2016.65
39. Saveanu R V., Nemeroff CB. Etiology of Depression: Genetic and Environmental Factors. Psychiatric Clinics of North America. 2012;35(1):51-71. doi:10.1016/j.psc.2011.12.001

40. Helvacı Çelik F, Hocaoglu Ç. Major Depresif Bozukluk' Tanımı, Etyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. *Journal of Contemporary Medicine*. 2016;6(1). doi:10.16899/ctd.03180
41. Elder BL, Mosack V. Genetics of Depression: An Overview of the Current Science. *Issues Ment Health Nurs*. 2011;32(4):192-202. doi:10.3109/01612840.2010.541588
42. Holmans P, Weissman MM, Zubenko GS, et al. Genetics of Recurrent Early-Onset Major Depression (GenRED): Final Genome Scan Report. *American Journal of Psychiatry*. 2007;164(2):248-258. doi:10.1176/ajp.2007.164.2.248
43. Geschwind DH, Flint J. Genetics and genomics of psychiatric disease. *Science* (1979). 2015;349(6255):1489-1494. doi:10.1126/science.aaa8954
44. Hyman S. Mental health: Depression needs large human-genetics studies. *Nature*. 2014;515(7526):189-191. doi:10.1038/515189a
45. Lohoff FW. Overview of the Genetics of Major Depressive Disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2010;12(6):539-546. doi:10.1007/s11920-010-0150-6
46. Opmeer EM, KorteKaas R, Aleman A. Depression and the role of genes involved in dopamine metabolism and signalling. *Prog Neurobiol*. 2010;92(2):112-133. doi:10.1016/j.pneurobio.2010.06.003
47. Yuluğ B, Ozan E, Kilic E. Brain-Derived Neurotrophic Factor Polymorphism as a Genetic Risk for Depression? A Short Review of the Literature. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2010;22(1):123.e5-123.e6. doi:10.1176/jnp.2010.22.1.123.e5
48. Şengül C, Herken H. Streste Genetik ve Epigenetik Mekanizmalar. *Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*. 2011;4(3):6-12.
49. López-León S, Janssens ACJW, González-Zuloeta Ladd AM, et al. Meta-analyses of genetic studies on major depressive disorder. *Mol Psychiatry*. 2008;13(8):772-785. doi:10.1038/sj.mp.4002088
50. Shadrina M, Bondarenko EA, Slominsky PA. Genetics Factors in Major Depression Disease. *Front Psychiatry*. 2018;9(334). doi:10.3389/fpsy.2018.00334
51. Haddad SK, Reiss D, Spotts EL, Ganiban J, Lichtenstein P, Neiderhiser JM. Depression and Internally Directed Aggression: Genetic and Environmental Contributions. *J Am Psychoanal Assoc*. 2008;56(2):515-550. doi:10.1177/0003065108319727
52. Ernst C, Deleva V, Deng X, et al. Alternative Splicing, Methylation State, and Expression Profile of Tropomyosin-Related Kinase B in the Frontal Cortex of Suicide Completers. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66(1):22. doi:10.1001/archpsyc.66.1.22

53. Schildkraut JJ. The Catecholamine Hypothesis of Affective Disorders: A Review of Supporting Evidence. *American Journal of Psychiatry*. 1965;122(5):509-522.
doi:10.1176/ajp.122.5.509
54. Stahl SM. *Stahl's Essential Psychopharmacology*. 2nd ed. Cambridge University Press; 2000.
55. Işık E. *Biyolojik Psikiyatri*. Sigma Publishing; 2012.
56. Delgado PL, Moreno FA. Role of norepinephrine in depression. *J Clin Psychiatry*. 2000;61 Suppl 1:5-12.
57. Williams and Wilkins. *Synopsis of Psychiatry*. In: Williams and Wilkins, ed. Kaplan and Sadock's. Vol 15. 9th ed. Lippincott; 2003:536-539.
58. Rajkowska G. *Anatomical Pathology*. In: Stein D, Kupfer D, Schatzberg A, eds. *Textbook of Mood Disorders*. 1st ed. The American Psychiatric Publishing; 2006:191-192.
59. Ressler KJ, Nemeroff CB. Role of Norepinephrine in the Pathophysiology of Neuropsychiatric Disorders. *CNS Spectr*. 2001;6(8):663-670.
doi:10.1017/S1092852900001358
60. Delgado P, Moreno F. *Neurochemistry of Mood Disorders*. In: Stein D, Kupfer D, Schatzberg AF, eds. *Textbook of Mood Disorders*. 1st ed. The American Psychiatric Publishing; 2006:101-110.
61. Dunlop BW, Nemeroff CB. The Role of Dopamine in the Pathophysiology of Depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(3):327. doi:10.1001/archpsyc.64.3.327
62. Nestler EJ, Carlezon WA. The Mesolimbic Dopamine Reward Circuit in Depression. *Biol Psychiatry*. 2006;59(12):1151-1159. doi:10.1016/j.biopsych.2005.09.018
63. Nemeroff CB. Recent Findings in the Pathophysiology of Depression. *Focus (Madison)*. 2008;6(1):3-14. doi:10.1176/foc.6.1.foc3
64. Kempton MJ, Salvador Z, Munafò MR, et al. Structural Neuroimaging Studies in Major Depressive Disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(7):675.
doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.60
65. Mayberg HS, Liotti M, Brannan SK, et al. Reciprocal Limbic-Cortical Function and Negative Mood: Converging PET Findings in Depression and Normal Sadness. *American Journal of Psychiatry*. 1999;156(5):675-682. doi:10.1176/ajp.156.5.675
66. Schatzberg AF. Anna-Monika Award Lecture, DGPPN Kongress, 2013: The role of the hypothalamic–pituitary–adrenal (HPA) axis in the pathogenesis of psychotic major depression. *The World Journal of Biological Psychiatry*. 2015;16(1):2-11.
doi:10.3109/15622975.2014.916414

67. Stetler C, Miller GE. Depression and Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Activation: A Quantitative Summary of Four Decades of Research. *Psychosom Med.* 2011;73(2):114-126. doi:10.1097/PSY.0b013e31820ad12b
68. Goodyer IM, Herbert J, Tamplin A, Altham PME. Recent life events, cortisol, dehydroepiandrosterone and the onset of major depression in high-risk adolescents. *British Journal of Psychiatry.* 2000;177(6):499-504. doi:10.1192/bjp.177.6.499
69. Hinkelmann K, Moritz S, Botzenhardt J, et al. Cognitive Impairment in Major Depression: Association with Salivary Cortisol. *Biol Psychiatry.* 2009;66(9):879-885. doi:10.1016/j.biopsych.2009.06.023
70. Fardet L, Petersen I, Nazareth I. Suicidal Behavior and Severe Neuropsychiatric Disorders Following Glucocorticoid Therapy in Primary Care. *American Journal of Psychiatry.* 2012;169(5):491-497. doi:10.1176/appi.ajp.2011.11071009
71. McKay MS, Zakzanis KK. The impact of treatment on HPA axis activity in unipolar major depression. *J Psychiatr Res.* 2010;44(3):183-192. doi:10.1016/j.jpsychires.2009.07.012
72. Aubry JM. CRF system and mood disorders. *J Chem Neuroanat.* 2013;54:20-24. doi:10.1016/j.jchemneu.2013.09.003
73. McAllister-Williams RH, Anderson IM, Finkelmeyer A, et al. Antidepressant augmentation with metyrapone for treatment-resistant depression (the ADD study): a double-blind, randomised, placebo-controlled trial. *Lancet Psychiatry.* 2016;3(2):117-127. doi:10.1016/S2215-0366(15)00436-8
74. Otte C, Wingenfeld K, Kuehl LK, et al. Mineralocorticoid Receptor Stimulation Improves Cognitive Function and Decreases Cortisol Secretion in Depressed Patients and Healthy Individuals. *Neuropsychopharmacology.* 2015;40(2):386-393. doi:10.1038/npp.2014.181
75. Otte C, Hinkelmann K, Moritz S, et al. Modulation of the mineralocorticoid receptor as add-on treatment in depression: A randomized, double-blind, placebo-controlled proof-of-concept study. *J Psychiatr Res.* 2010;44(6):339-346. doi:10.1016/j.jpsychires.2009.10.006
76. Gallagher P, Young AH. Mifepristone (RU-486) treatment for depression and psychosis: a review of the therapeutic implications. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2006;2(1):33-42.
77. Musselman DL, Nemeroff CB. Depression and endocrine disorders: focus on the thyroid and adrenal system. *Br J Psychiatry Suppl.* 1996;(30):123-128.
78. Jarrett DB. Recurrent Depression Is Associated With a Persistent Reduction in Sleep-Related Growth Hormone Secretion. *Arch Gen Psychiatry.* 1990;47(2):113. doi:10.1001/archpsyc.1990.01810140013002

79. Korczak DJ, Ofner M, LeBlanc J, Wong S, Feldman M, Parkin PC. Major Depressive Disorder Among Preadolescent Canadian Children: Rare Disorder or Rarely Detected? *Acad Pediatr.* 2017;17(2):191-197. doi:10.1016/j.acap.2016.10.011
80. Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison GP. The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study. *Child Abuse Negl.* 1996;20(1):7-21. doi:10.1016/0145-2134(95)00112-3
81. McCauley J, Kern DE, Kolodner K, et al. Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: unhealed wounds. *JAMA.* 1997;277(17):1362-1368.
82. Chapman DP, Whitfield CL, Felitti VJ, Dube SR, Edwards VJ, Anda RF. Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *J Affect Disord.* 2004;82(2):217-225. doi:10.1016/j.jad.2003.12.013
83. Bakker MP, Ormel J, Verhulst FC, Oldehinkel AJ. Childhood Family Instability and Mental Health Problems During Late Adolescence: A Test of Two Mediation Models—The TRAILS Study. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology.* 2012;41(2):166-176. doi:10.1080/15374416.2012.651990
84. Agerup T, Lydersen S, Wallander J, Sund AM. Maternal and paternal psychosocial risk factors for clinical depression in a Norwegian community sample of adolescents. *Nord J Psychiatry.* 2015;69(1):35-41. doi:10.3109/08039488.2014.919021
85. Goodman SH, Gotlib IH. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychol Rev.* 1999;106(3):458-490. doi:10.1037/0033-295X.106.3.458
86. Daryanani I, Hamilton JL, McArthur BA, Steinberg L, Abramson LY, Alloy LB. Cognitive Vulnerabilities to Depression for Adolescents in Single-Mother and Two-Parent Families. *J Youth Adolesc.* 2017;46(1):213-227. doi:10.1007/s10964-016-0607-y
87. Huurre T, Eerola M, Rahkonen O, Aro H. Does social support affect the relationship between socioeconomic status and depression? A longitudinal study from adolescence to adulthood. *J Affect Disord.* 2007;100(1-3):55-64. doi:10.1016/j.jad.2006.09.019
88. Shonkoff JP, Garner AS, Siegel BS, et al. The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. *Pediatrics.* 2012;129(1):e232-e246. doi:10.1542/peds.2011-2663
89. <https://developingchild.harvard.edu/wp-content/uploads/2009/05/Maternal-Depression-Can-Undermine-Development.pdf>. Center on the Developing Child at Harvard University (2009) Maternal depression can undermine the development of young children: working paper No. 8.
90. Avenevoli S, Swendsen J, He JP, Burstein M, Merikangas KR. Major Depression in the National Comorbidity Survey—Adolescent Supplement: Prevalence, Correlates, and

- Treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015;54(1):37-44.e2.
doi:10.1016/j.jaac.2014.10.010
91. Rao U, Chen LA. Characteristics, correlates, and outcomes of childhood and adolescent depressive disorders. *Dialogues Clin Neurosci*. 2009;11(1):45-62.
doi:10.31887/DCNS.2009.11.1/urao
92. Kazdin AE, Weisz JR. Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *J Consult Clin Psychol*. 1998;66(1):19-36. doi:10.1037/0022-006X.66.1.19
93. Hekim Ö, Temtek Güner S, Göker Z, Sekmen E, Üneri ÖŞ. Major Depresif Bozukluk Tanılı 350 Ergen Olgunun Klinik Özellikleri, Hastalık Şiddeti ve Tedavi Seçeneklerinin Değerlendirilmesi: Retrospektif Kesitsel Bir Çalışma. *Turkish Journal of Pediatric Disease*. Published online September 18, 2019:1-9. doi:10.12956/tchd.579013
94. Weller E, Weller R, Svadjian H. Mood disorders. In: Lewis M, ed. *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*. ; 1996:650-655.
95. Tamar M, Özbaran B. Çocuk ve ergenlerde depresyon. *Klinik Psikiyatri*. Published online 2004:84-92.
96. Maughan B, Collishaw S, Stringaris A. Depression in childhood and adolescence. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;22(1):35-40.
97. David-Ferdon C, Kaslow NJ. Evidence-Based Psychosocial Treatments for Child and Adolescent Depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2008;37(1):62-104. doi:10.1080/15374410701817865
98. Mccarty CA, Weisz JR. Effects of Psychotherapy for Depression in Children and Adolescents: What We Can (and Can't) Learn from Meta-Analysis and Component Profiling. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(7):879-886. doi:10.1097/chi.0b013e31805467b3
99. Hammen C, Rudolph K, Weisz J, Rao U, Burge D. The Context of Depression in Clinic-Referred Youth: Neglected Areas in Treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38(1):64-71. doi:10.1097/00004583-199901000-00021
100. Naicker K, Galambos NL, Zeng Y, Senthilselvan A, Colman I. Social, Demographic, and Health Outcomes in the 10 Years Following Adolescent Depression. *Journal of Adolescent Health*. 2013;52(5):533-538. doi:10.1016/j.jadohealth.2012.12.016
101. Clayborne ZM, Varin M, Colman I. Systematic Review and Meta-Analysis: Adolescent Depression and Long-Term Psychosocial Outcomes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2019;58(1):72-79. doi:10.1016/j.jaac.2018.07.896

102. Johnson D, Dupuis G, Piche J, Clayborne Z, Colman I. Adult mental health outcomes of adolescent depression: A systematic review. *Depress Anxiety*. 2018;35(8):700-716. doi:10.1002/da.22777
103. Zisook S, Lesser I, Stewart JW, et al. Effect of Age at Onset on the Course of Major Depressive Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2007;164(10):1539-1546. doi:10.1176/appi.ajp.2007.06101757
104. Weissman MM. Depressed Adolescents Grown Up. *JAMA*. 1999;281(18):1707. doi:10.1001/jama.281.18.1707
105. Pelkonen M, Marttunen M. Child and Adolescent Suicide. *Pediatric Drugs*. 2003;5(4):243-265. doi:10.2165/00128072-200305040-00004
106. Nock MK, Green JG, Hwang I, et al. Prevalence, Correlates, and Treatment of Lifetime Suicidal Behavior Among Adolescents. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(3):300. doi:10.1001/2013.jamapsychiatry.55
107. Adrian M, Miller AB, McCauley E, Vander Stoep A. Suicidal ideation in early to middle adolescence: sex-specific trajectories and predictors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2016;57(5):645-653. doi:10.1111/jcpp.12484
108. Davis J, Brock S. *Handbook Of In Crisis Counseling, Intervention, Prevention in the Schools*. 2nd ed. (Sandoval J, ed.); 2002.
109. QuickStats : Death Rates for Motor Vehicle Traffic Injury,* Suicide, † and Homicide § Among Children and Adolescents aged 10–14 Years — United States, 1999–2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2016;65(43):1203. doi:10.15585/mmwr.mm6543a8
110. Devrimci-Ozguven H, Sayıl I. Suicide Attempts in Turkey: Results of the WHO—EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2003;48(5):324-329. doi:10.1177/070674370304800508
111. Eskin M. Ergen ruh sağlığı sorunları ve intihar davranışıyla ilişkileri. *Klinik Psikiyatri*. Published online 2000:228-234.
112. O'Connor RC, Nock MK. The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry*. 2014;1(1):73-85. doi:10.1016/S2215-0366(14)70222-6
113. Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull*. 2017;143(2):187-232. doi:10.1037/bul0000084
114. Prinstein MJ, Nock MK, Simon V, Aikins JW, Cheah CSL, Spirito A. Longitudinal trajectories and predictors of adolescent suicidal ideation and attempts following inpatient hospitalization. *J Consult Clin Psychol*. 2008;76(1):92-103. doi:10.1037/0022-006X.76.1.92

115. Au ACY, Lau S, Lee MTY. Suicide ideation and depression: the moderation effects of family cohesion and social self-concept. *Adolescence*. 2009;44(176):851-868.
116. Joe S, Clarke J, Ivey AZ, Kerr D, King CA. Impact of Familial Factors and Psychopathology on Suicidality Among African American Adolescents. *J Hum Behav Soc Environ*. 2007;15(2-3):199-218. doi:10.1300/J137v15n02_12
117. Eskin M. İntihar. (Eskin M, ed.). Çizgi Tıp Yayınevi; 2003.
118. Ekşi A. Çocuk, Genç, Anne-Babalar. Bilgi Yayınevi; 1990.
119. Giletta M, Prinstein MJ, Abela JRZ, Gibb BE, Barrocas AL, Hankin BL. Trajectories of suicide ideation and nonsuicidal self-injury among adolescents in mainland China: Peer predictors, joint development, and risk for suicide attempts. *J Consult Clin Psychol*. 2015;83(2):265-279. doi:10.1037/a0038652
120. Reed KP, Nugent W, Cooper RL. Testing a path model of relationships between gender, age, and bullying victimization and violent behavior, substance abuse, depression, suicidal ideation, and suicide attempts in adolescents. *Child Youth Serv Rev*. 2015;55:128-137. doi:10.1016/j.chilyouth.2015.05.016
121. Metha A, Chen E, Mulvenon S, Dode I. A theoretical model of adolescent suicide risk. *Archives of Suicide Research*. 1998;4(2):115-133. doi:10.1023/A:1009624919469
122. Brodsky BS, Stanley B. Adverse Childhood Experiences and Suicidal Behavior. *Psychiatric Clinics of North America*. 2008;31(2):223-235. doi:10.1016/j.psc.2008.02.002
123. Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull*. 2017;143(2):187-232. doi:10.1037/bul0000084
124. Preyde M, Watkins H, Csuzdi N, et al. Non-suicidal self-injury and suicidal behaviour in children and adolescents accessing residential or intensive home-based mental health services. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012;21(4):270-281.
125. Miranda R, Ortin A, Scott M, Shaffer D. Characteristics of suicidal ideation that predict the transition to future suicide attempts in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2014;55(11):1288-1296. doi:10.1111/jcpp.12245
126. Prinstein MJ, Boergers J, Spirito A, Little TD, Grapentine WL. Peer Functioning, Family Dysfunction, and Psychological Symptoms in a Risk Factor Model for Adolescent Inpatients' Suicidal Ideation Severity. *J Clin Child Psychol*. 2000;29(3):392-405. doi:10.1207/S15374424JCCP2903_10

127. Czyz EK, Liu Z, King CA. Social connectedness and one-year trajectories among suicidal adolescents following psychiatric hospitalization. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2012;41(2):214-226. doi:10.1080/15374416.2012.651998
128. Rutz W, Knorrning L von, Wålinder J. Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatr Scand.* 1992;85(1):83-88. doi:10.1111/j.1600-0447.1992.tb01448.x
129. Gibbons RD, Brown CH, Hur K, Davis JM, Mann JJ. Suicidal Thoughts and Behavior With Antidepressant Treatment. *Arch Gen Psychiatry.* 2012;69(6):580. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.2048
130. Stone M, Laughren T, Jones ML, et al. Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. *BMJ.* 2009;339(aug11 2):b2880-b2880. doi:10.1136/bmj.b2880
131. Cipriani A, Hawton K, Stockton S, Geddes JR. Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: updated systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2013;346(jun27 4):f3646-f3646. doi:10.1136/bmj.f3646
132. Rajkumar R, Fam J, Yeo EYM, Dawe GS. Ketamine and suicidal ideation in depression: Jumping the gun? *Pharmacol Res.* 2015;99:23-35. doi:10.1016/j.phrs.2015.05.003
133. Hennen J, Baldessarini RJ. Suicidal risk during treatment with clozapine: a meta-analysis. *Schizophr Res.* 2005;73(2-3):139-145. doi:10.1016/j.schres.2004.05.015
134. Fink M, Kellner CH, McCall WV. The Role of ECT in Suicide Prevention. *J ECT.* 2014;30(1):5-9. doi:10.1097/YCT.0b013e3182a6ad0d
135. Valentine SE, Bankoff SM, Poulin RM, Reidler EB, Pantalone DW. The Use of Dialectical Behavior Therapy Skills Training as Stand-Alone Treatment: A Systematic Review of the Treatment Outcome Literature. *J Clin Psychol.* 2015;71(1):1-20. doi:10.1002/jclp.22114
136. Savaş Ülküer N, Buz S. 5–6 Yaş Çocukları Ana-Babalarının Ödüllendirme Ve Cezalandırma Yöntemleri. *Eğitim ve Bilim.* 1988;69.
137. Yavuzer H. Doğum Öncesinden Ergenlik Sonuna Çocuk Psikolojisi. Remzi Kitabevi; 2008.
138. Baumrind D. Current patterns of parental authority. *Dev Psychol.* 1971;4:1-103.
139. Yılmaz A. Çocuk Yetiştirme Tutumları: Kuramsal Yaklaşımlar ve Görgül Çalışmalar. *Türk Psikoloji Yazıları.* 1999;3(1):99-118.
140. Saylık ZF, Gezici Yalçın M. Otoriter veya Demokratik Ebeveyn Tutumunun ve Ebeveyne Bağlanma Biçiminin Suçluluk ve Utanç Duygularına Etkisinin Yarı-Deneysel Yöntemle İncelenmesi. *Psikoloji Çalışmaları.* 2018;38(2):95-127.

141. Maccoby EE. Parenting and its Effects on Children: On Reading and Misreading Behavior Genetics. *Annu Rev Psychol.* 2000;51(1):1-27. doi:10.1146/annurev.psych.51.1.1
142. Lamborn SD, Mounts NS, Steinberg L, Dornbusch SM. Patterns of Competence and Adjustment among Adolescents from Authoritative, Authoritarian, Indulgent, and Neglectful Families. *Child Dev.* 1991;62(5):1049. doi:10.2307/1131151
143. Dornbusch SM, Ritter PL, Leiderman PH, Roberts DF, Fraleigh MJ. The Relation of Parenting Style to Adolescent School Performance. *Child Dev.* 1987;58(5):1244. doi:10.2307/1130618
144. Lima AR, Mello MF, Mari J de J. The role of early parental bonding in the development of psychiatric symptoms in adulthood. *Curr Opin Psychiatry.* 2010;23(4):383-387. doi:10.1097/YCO.0b013e32833a51ce
145. Weich S, Patterson J, Shaw R, Stewart-Brown S. Family relationships in childhood and common psychiatric disorders in later life: systematic review of prospective studies. *British Journal of Psychiatry.* 2009;194(5):392-398. doi:10.1192/bjp.bp.107.042515
146. Nomura Y, Wickramaratne PJ, Warner V, Mufson L, Weissman MM. Family Discord, Parental Depression, and Psychopathology in Offspring: Ten-Year Follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2002;41(4):402-409. doi:10.1097/00004583-200204000-00012
147. Ongel Atar A, Yalcin O, Uygun E, Ciftci Demirci A, Erdogan A. The Assessment of Family Functions, Dyadic Adjustment, and Parental Attitude in Adolescents with Substance Use Disorder. *Noro Psikiyatr Ars.* 2016;53(1):38-44. doi:10.5152/npa.2015.8750
148. Sümer N, Gündoğdu Aktürk E, Helvacı E. Anne-Baba Tutum ve Davranışlarının Psikolojik Etkileri: Türkiye’de Yapılan Çalışmalara Toplu Bakış. *Türk Psikoloji Yazıları.* 2010;13(25):42-59.
149. Keitner GI, Miller IW. Family functioning and major depression: an overview. *American Journal of Psychiatry.* 1990;147(9):1128-1137. doi:10.1176/ajp.147.9.1128
150. Bolger N, Downey G, Walker E, Steininger P. The onset of suicidal ideation in childhood and adolescence. *J Youth Adolesc.* 1989;18(2):175-190. doi:10.1007/BF02138799
151. Stivers C. Parent-adolescent communication and its relationship to adolescent depression and suicide proneness. *Adolescence.* 1988;23(90):291-295.
152. Pfeffer C. *The Suicidal Child.* The Guilford Press; 1986.
153. Palabıyıkoglu R, Azizoglu S, Özayar H, Ercan A. İntihar Girişimlerinde Bulunanların Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi. XXVII Ulusal Psikiyatri Kongresi. Published online 1991.
154. Soysal AŞ, Bodur Ş, İşeri E, Şenol S. Bebeklik Dönemindeki Bağlanma Sürecine Genel Bir Bakış. *Klinik Psikiyatri.* 2005;8:88-99.

155. Kennell JH, Klaus MH. Bonding: recent observations that alter perinatal care. *Pediatr Rev.* 1998;19(1):4-12.
156. DeMulder EK, Denham S, Schmidt M, Mitchell J. Q-sort assessment of attachment security during the preschool years: Links from home to school. *Dev Psychol.* 2000;36(2):274-282. doi:10.1037/0012-1649.36.2.274
157. Denham SA. Mother-Child Emotional Communication and Preschoolers' Security of Attachment and Dependency. *J Genet Psychol.* 1994;155(1):119-121. doi:10.1080/00221325.1994.9914765
158. Isabella RA, Belsky J. Marital Change During the Transition to Parenthood and Security of Infant-Parent Attachment. *J Fam Issues.* 1985;6(4):505-522. doi:10.1177/019251385006004006
159. Kaplan H, Sadock B, Grebb J. *Synopsis of Psychiatry*; 1994.
160. Bowlby J. Bağlanma. (Beyaz A, ed.). Pinhan Yayıncılık; 2013.
161. Haight WL, Kagle JD, Black JE. Understanding and Supporting Parent-Child Relationships during Foster Care Visits: Attachment Theory and Research. *Soc Work.* 2003;48(2):195-207. doi:10.1093/sw/48.2.195
162. Bowlby J. Forty-Four Juvenile Thieves: Their Characters and Home-Life. In: *The Mark of Cain*. Routledge; 2013:49-56. doi:10.4324/9780203779958-9
163. Bowlby J. *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. Basic Books; 1988.
164. Coates SW. John Bowlby and Margaret S. Mahler: Their Lives and Theories. *J Am Psychoanal Assoc.* 2004;52(2):571-601. doi:10.1177/00030651040520020601
165. Bowlby J. *Attachment: Attachment and Loss*. Vol 1. 2nd ed. Basic Books; 1983.
166. Shaver PR, Mikulincer M. An Overview of Adult Attachment Theory, In *Attachment Theory and Research in Clinical Work with Adults*. (Obegi JH, Berant E, eds.). The Guilford Press; 2009.
167. Ainsworth MD, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of attachment: A Psychological study of the strange situation*. Hillsdale. Erlbaum, Hillsdale. Published online 1978.
168. Weinfield NS, Sroufe LA, Egeland B, Carlson E. Individual Differences in Infant-Caregiver Attachment: Conceptual and Empirical Aspects of Security. In J. Cassidy, & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*. 2nd ed. Guilford Press; 2008.

169. Reisz S, Duschinsky R, Siegel DJ. Disorganized attachment and defense: exploring John Bowlby's unpublished reflections. *Attach Hum Dev*. 2018;20(2):107-134. doi:10.1080/14616734.2017.1380055
170. Hazan C, Shaver P. Attachment as an Organizational Framework for Research on Close Relationships. *Psychological Inquiry*. 1994;5:1-22.
171. Main M, Kaplan N, Cassidy J. Security in Infancy, Childhood, and Adulthood: A Move to the Level of Representation. *Monogr Soc Res Child Dev*. 1985;50(1/2):66. doi:10.2307/3333827
172. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *J Pers Soc Psychol*. 1991;61(2):226-244. doi:10.1037/0022-3514.61.2.226
173. Ma K. Attachment theory in adult psychiatry. Part 1: Conceptualisations, measurement and clinical research findings. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2006;12(6):440-449. doi:10.1192/apt.12.6.440
174. Lieberman S. A transgenerational theory. *J Fam Ther*. 1979;1(3):347-360. doi:10.1046/j..1979.00506.x
175. Bretherton I. Attachment Theory: Retrospect and Prospect. *Monogr Soc Res Child Dev*. 1985;50(1/2):3. doi:10.2307/3333824
176. Sabatier C, Lannegrand-Willems L. Transmission of Family Values and Attachment: A French Three-Generation Study. *Applied Psychology*. 2005;54(3):378-395. doi:10.1111/j.1464-0597.2005.00216.x
177. Güngör D. Bağlanma Stilleri ve Zihinsel Modellerin Kuşaklararası Aktarımında Anababalık Stillerinin Rolü. Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2000.
178. Karen R. *Becoming Attached*. Oxford University Press; 1998.
179. Bowlby J. Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1982;52(4):664-678. doi:10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x
180. Cassidy J. Emotion regulation: influences of attachment relationships. *Monogr Soc Res Child Dev*. 1994;59(2-3):228-249.
181. Davila J, Ramsay M, Stroud CB, Steinberg SJ. Attachment as Vulnerability to the Development of Psychopathology. In: *Development of Psychopathology: A Vulnerability-Stress Perspective*. SAGE Publications, Inc.; 2005:215-242. doi:10.4135/9781452231655.n9
182. Horwitz A V, Widom CS, McLaughlin J, White HR. The impact of childhood abuse and neglect on adult mental health: a prospective study. *J Health Soc Behav*. 2001;42(2):184-201.
183. Mikulincer M, Shaver PR. *Attachment in Adulthood. Structure, Dynamics and Change*. The Guilford Press; 2007.

184. Shaver PR, Mikulincer M. Attachment-related psychodynamics. *Attach Hum Dev.* 2002;4(2):133-161. doi:10.1080/14616730210154171
185. Mikulincer M, Shaver PR. Attachment Security, Compassion, and Altruism. *Curr Dir Psychol Sci.* 2005;14(1):34-38. doi:10.1111/j.0963-7214.2005.00330.x
186. Kesebir S, Kavzoğlu SÖ, Üstündağ MF. Bağlanma ve Psikopatoloji. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.* 2011;3(2):321-342.
187. Otowa T, York TP, Gardner CO, Kendler KS, Hettema JM. The impact of childhood parental loss on risk for mood, anxiety and substance use disorders in a population-based sample of male twins. *Psychiatry Res.* 2014;220(1-2):404-409. doi:10.1016/j.psychres.2014.07.053
188. Sümer N, Ünal S, Selçuk E, Kaya B, Polat R, Çekem B. Bağlanma ve psikopatoloji: Bağlanma boyutlarının depresyon, panik bozukluk ve obsesif-kompulsif bozuklukla ilişkisi. *Türk Psikoloji Dergisi.* 2009;24(63):38-45.
189. Dagan O, Facompré CR, Bernard K. Adult attachment representations and depressive symptoms: A meta-analysis. *J Affect Disord.* 2018;236:274-290. doi:10.1016/j.jad.2018.04.091
190. Zhu L, Zhu Z. Relation of attachment type to cooperation in college students. *Chinese Mental Health Journal.* 2016;30(2):148-151.
191. You M, Song X, Tan X, Du J, Kong JH. Attachment and subthreshold depression in medical college students: Mediating effect of self-esteem. *China Journal of Health Psychology.* 2020;28(8):1211-1215.
192. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner TE. The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev.* 2010;117(2):575-600. doi:10.1037/a0018697
193. You S, Van Orden KA, Conner KR. Social connections and suicidal thoughts and behavior. *Psychology of Addictive Behaviors.* 2011;25(1):180-184. doi:10.1037/a0020936
194. Sheftall AH, Mathias CW, Furr RM, Dougherty DM. Adolescent attachment security, family functioning, and suicide attempts. *Attach Hum Dev.* 2013;15(4):368-383. doi:10.1080/14616734.2013.782649
195. Lizardi D, Grunebaum MF, Burke A, et al. The effect of social adjustment and attachment style on suicidal behaviour. *Acta Psychiatr Scand.* 2011;124(4):295-300. doi:10.1111/j.1600-0447.2011.01724.x
196. Stepp SD, Morse JQ, Yaggi KE, Reynolds SK, Reed LI, Pilkonis PA. The role of attachment styles and interpersonal problems in suicide-related behaviors. *Suicide Life Threat Behav.* 2008;38(5):592-607.

197. DiFilippo JM, Overholser JC. Suicidal Ideation in Adolescent Psychiatric Inpatients as Associated With Depression and Attachment Relationships. *J Clin Child Psychol.* 2000;29(2):155-166. doi:10.1207/S15374424jccp2902_2
198. Zeyrek EY, Gençöz F, Bergman Y, Lester D. Suicidality, Problem-Solving Skills, Attachment Style, and Hopelessness in Turkish Students. *Death Stud.* 2009;33(9):815-827. doi:10.1080/07481180903142407
199. Grunebaum MF, Galfalvy HC, Mortenson LY, Burke AK, Oquendo MA, Mann JJ. Attachment and social adjustment: Relationships to suicide attempt and major depressive episode in a prospective study. *J Affect Disord.* 2010;123(1-3):123-130. doi:10.1016/j.jad.2009.09.010
200. Kaufman J, Birhamer B, Brent D, et al. 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(7):980-988. doi:10.1097/00004583-199707000-00021
201. Unal F, Oktem F, Cetin Cuhadaroglu F, et al. Reliability and Validity of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version, DSM-5 November 2016-Turkish Adaptation (K-SADS-PL-DSM-5-T). *Turkish Journal of Psychiatry.* Published online 2019. doi:10.5080/u23408
202. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol.* 1988;56(6):893-897. doi:10.1037/0022-006X.56.6.893
203. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji dergisi.* 1989;7(23):3-13.
204. Lamborn SD, Mounts NS, Steinberg L, Dornbusch SM. Patterns of Competence and Adjustment among Adolescents from Authoritative, Authoritarian, Indulgent, and Neglectful Families. *Child Dev.* 1991;62(5):1049. doi:10.2307/1131151
205. Yılmaz A. Anne-Baba Tutum Ölçeğinin güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi.* 2000;7(3):160-172.
206. Raja SN, McGee R, Stanton WR. Perceived attachments to parents and peers and psychological well-being in adolescence. *J Youth Adolesc.* 1992;21(4):471-485. doi:10.1007/BF01537898
207. Günaydın G, Selçuk E, Sümer N, Uysal A. Ebeveyn ve arkadaşlara bağlanma envanteri kısa formu'nun psikometrik açıdan değerlendirilmesi. *Türk Psikoloji Yazıları.* 2005;8(16):13-23.

208. Shaffer D, Pfeffer CR. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Suicidal Behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(7):24S-51S. doi:10.1097/00004583-200107001-00003
209. Range LM. Book Review: Suicide Probability Scale. *J Psychoeduc Assess*. 1989;7(1):94-97. doi:10.1177/073428298900700112
210. Eskin M. Reliability of the turkish version of the perceived social support from friends and family scales, scale for interpersonal behavior, and suicide probability scale. *J Clin Psychol*. 1993;49(4):515-522. doi:10.1002/1097-4679(199307)49:4<515::aid-jclp2270490408>3.0.co;2-k
211. Atlı Z. İntihar Olasılığı Ölçeği Türkçe Geçerlik Güvenirlik Çalışması. Published online 2007.
212. Parker G, Tupling H, Brown LB. A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*. 1979;52(1):1-10. doi:10.1111/j.2044-8341.1979.tb02487.x
213. Kapçı EG, Küçüker S. Ana Babaya Bağlanma Ölçeği: Türk üniversite öğrencilerinde psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2006;17(4):286-295.
214. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using Multivariate Statistics*. 6th ed. Pearson; 2013.
215. Sims BE, Nottelmann E, Koretz D, Pearson J. Prevention of Depression in Children and Adolescents. *Am J Prev Med*. 2007;32(5):451-455. doi:10.1016/j.amepre.2007.02.011
216. Meadows SO, Brown JS, Elder GH. Depressive Symptoms, Stress, and Support: Gendered Trajectories From Adolescence to Young Adulthood. *J Youth Adolesc*. 2006;35(1):89-99. doi:10.1007/s10964-005-9021-6
217. Hauenstein EJ. Depression in Adolescence. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2003;32(2):239-248. doi:10.1177/0884217503252133
218. Garber J. Depression in Children and Adolescents. *Am J Prev Med*. 2006;31(6):104-125. doi:10.1016/j.amepre.2006.07.007
219. Angold A, Erkanli A, Silberg J, Eaves L, Costello EJ. Depression scale scores in 8-17-year-olds: effects of age and gender. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2002;43(8):1052-1063. doi:10.1111/1469-7610.00232
220. Jacobson KC, Rowe DC. Genetic and environmental influences on the relationships between family connectedness, school connectedness, and adolescent depressed mood: Sex differences. *Dev Psychol*. 1999;35(4):926-939. doi:10.1037/0012-1649.35.4.926
221. Simpson TL, Miller WR. Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems. *Clin Psychol Rev*. 2002;22(1):27-77. doi:10.1016/S0272-7358(00)00088-X

222. Dhossche DM, Meloukheia AM, Chakravorty S. The association of suicide attempts and comorbid depression and substance abuse in psychiatric consultation patients. *Gen Hosp Psychiatry*. 2000;22(4):281-288. doi:10.1016/S0163-8343(00)00085-2
223. Wilcox HC, Conner KR, Caine ED. Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug Alcohol Depend*. 2004;76:S11-S19. doi:10.1016/j.drugalcdep.2004.08.003
224. Borges G, Walters EE, Kessler RC. Associations of Substance Use, Abuse, and Dependence with Subsequent Suicidal Behavior. *Am J Epidemiol*. 2000;151(8):781-789. doi:10.1093/oxfordjournals.aje.a010278
225. Amato PR. Children of divorce in the 1990s: An update of the Amato and Keith (1991) meta-analysis. *Journal of Family Psychology*. 2001;15(3):355-370. doi:10.1037/0893-3200.15.3.355
226. Steinberg L. *Adolescence*. 8th ed. McGraw-Hill; 2007.
227. Gilman SE, Kawachi I, Fitzmaurice GM, Buka SL. Family Disruption in Childhood and Risk of Adult Depression. *American Journal of Psychiatry*. 2003;160(5):939-946. doi:10.1176/appi.ajp.160.5.939
228. Mojs EH, Warchoń-Biedermann K, Głowacka MD, Strzelecki W, Ziemska B, Samborski W. Are students prone to depression and suicidal thoughts? *Archives of Medical Science*. 2015;3:605-611. doi:10.5114/aoms.2013.38179
229. Skuse D, Bruce H, Dowdney L, Mrazek D. *Child Psychology and Psychiatry*. 2nd ed. Wiley; 2017. doi:10.1002/9781119170235
230. Wilmschurst L. *Abnormal Child Psychology*. Routledge; 2008. doi:10.4324/9780203893258
231. Han WJ, Miller DP. Parental work schedules and adolescent depression. *Health Sociology Review*. 2009;18(1):36-49. doi:10.5172/hesr.18.1.36
232. McLoyd VC, Jocoson RM, Williams AB. *Linking Poverty and Children's Development*. Vol 1. (Brady D, Burton LM, eds.). Oxford University Press; 2017. doi:10.1093/oxfordhb/9780199914050.013.8
233. Alptekin K. Sosyal Hizmet Bakış Açısından Genç Yetişkinlerde İntihar Girişimlerinin İncelemesi: Bir Model Önerisi. (Doktora Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. . Published online 2008.
234. Wagner BM, Silverman MAC, Martin CE. Family Factors in Youth Suicidal Behaviors. *American Behavioral Scientist*. 2003;46(9):1171-1191. doi:10.1177/0002764202250661

235. Rae-Grant N, Thomas BH, Offord DR, Boyle MH. Risk, Protective Factors, and the Prevalence of Behavioral and Emotional Disorders in Children and Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1989;28(2):262-268. doi:10.1097/00004583-198903000-00019
236. Weir JM, Zakama A, Rao U. Developmental Risk I: Depression and the Developing Brain. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2012;21(2):237-259. doi:10.1016/j.chc.2012.01.004
237. Ingul JM, Klöckner CA, Silverman WK, Nordahl HM. Adolescent school absenteeism: modelling social and individual risk factors. *Child Adolesc Ment Health*. 2012;17(2):93-100. doi:10.1111/j.1475-3588.2011.00615.x
238. FORD T, GOODMAN R, MELTZER H. The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The Prevalence of DSM-IV Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42(10):1203-1211. doi:10.1097/00004583-200310000-00011
239. Eisen A, Schaefer C. Separation Anxiety in Children and Adolescents: An Individualized Approach to Assessment and Treatment. Guilford Press; 2005.
240. Goodman SH, Gotlib IH. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychol Rev*. 1999;106(3):458-490. doi:10.1037/0033-295X.106.3.458
241. Dilbaz N, Enez A. Kadın ve depresyon: Doğum sonrası görülen duygudurum bozuklukları. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences Psychiatry*. 2007;3(47):32-40.
242. Özkan A. Freud ve Lacan'ın Psikanalitik Kuramlarında Yastan Ayrışan Melankolik Özne. *Psikoloji Çalışmaları / Studies in Psychology*. Published online December 24, 2020:317-333. doi:10.26650/SP2019-0056
243. Sevinç M. Erken Çocuklukta Gelişim ve Eğitimde Yeni Yaklaşımlar. Morpa Kültür Yayınları; 2003.
244. Adler A. Çocuk Eğitimi. 2. Baskı, Çeviren: Şipal K. Cem Yayınevi; 2000.
245. Stankovic D, Milojkovic A, Tanic M. Physical environment factors and their impact on the cognitive process and social behavior of children in the preschool facilities. *Facta universitatis - series: Architecture and Civil Engineering*. 2006;4(1):51-57. doi:10.2298/FUACE0601051S
246. Gülay H. Okul Öncesi Dönemde Akran İlişkileri, Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2009;12(22):82-93.
247. Rubin KH, Bukowski WM, Parker JG. Peer Interactions, Relationships, and Groups. In W. Damon, R. M. Lerner (Series Eds.), & N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of Child Psychology: Vol. 3. Social, Emotional, and Personality Development*. 6th ed. Hoboken, NJ: Wiley; 2006.

248. Bilgin Gamsız N, Toros F, Çamdeviren H, Şaşmaz T, Mert E. Evde Fiziksel ve Sözel Olarak Cezalandırılan Çocukların Sosyodemografik Özellikleri: Prevelans Çalışması. Yeni Symposium Dergisi. 2004;42(3):131-139.
249. Doğan O. Depresyonun Epidemiyolojisi. Duygudurum Dizisi. 2000;1:29-38.
250. Lovejoy MC, Graczyk PA, O'Hare E, Neuman G. Maternal depression and parenting behavior. Clin Psychol Rev. 2000;20(5):561-592. doi:10.1016/S0272-7358(98)00100-7
251. Raposa EB, Hammen CL, Brennan PA. Effects of Child Psychopathology on Maternal Depression: The Mediating Role of Child-Related Acute and Chronic Stressors. J Abnorm Child Psychol. 2011;39(8):1177-1186. doi:10.1007/s10802-011-9536-0
252. Weitzman M, Rosenthal DG, Liu YH. Paternal Depressive Symptoms and Child Behavioral or Emotional Problems in the United States. Pediatrics. 2011;128(6):1126-1134. doi:10.1542/peds.2010-3034
253. Hammen C, Burge D, Stansbury K. Relationship of mother and child variables to child outcomes in a high-risk sample: A causal modeling analysis. Dev Psychol. 1990;26(1):24-30. doi:10.1037/0012-1649.26.1.24
254. Mammen G, Faulkner G. Physical Activity and the Prevention of Depression. Am J Prev Med. 2013;45(5):649-657. doi:10.1016/j.amepre.2013.08.001
255. Kim I. The effect of group art therapy in children with withdrawn behaviors. Journal of Korean Academy of Child Health Nursing. 2005;11(4):396-404.
256. Rueter MA, Scaramella L, Wallace LE, Conger RD. First Onset of Depressive or Anxiety Disorders Predicted by the Longitudinal Course of Internalizing Symptoms and Parent-Adolescent Disagreements. Arch Gen Psychiatry. 1999;56(8):726. doi:10.1001/archpsyc.56.8.726
257. Restifo K, Bögels S. Family processes in the development of youth depression: Translating the evidence to treatment. Clin Psychol Rev. 2009;29(4):294-316. doi:10.1016/j.cpr.2009.02.005
258. Özgentürk İ. Çocuk istismarı ve ihmal. International Journal of Human Sciences. 2014;11(2):265-278.
259. Bulut S. Çocuk Cinsel İstismarı Hakkında Bir Derleme. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 2007;3(28):139-156.
260. Harris WW, Lieberman AF, Marans S. In the best interests of society. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2007;48(3-4):392-411. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01732.x

261. Helweg-Larsen K, Frederiksen ML, Larsen HB. Violence, a risk factor for poor mental health in adolescence: A Danish nationally representative youth survey. *Scand J Public Health*. 2011;39(8):849-856. doi:10.1177/1403494811421638
262. Klonsky ED, May AM, Glenn CR. The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: Converging evidence from four samples. *J Abnorm Psychol*. 2013;122(1):231-237. doi:10.1037/a0030278
263. Asarnow JR, Porta G, Spirito A, et al. Suicide Attempts and Nonsuicidal Self-Injury in the Treatment of Resistant Depression in Adolescents: Findings from the TORDIA Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;50(8):772-781. doi:10.1016/j.jaac.2011.04.003
264. Collins AW, Sprinthall AN. *Adolescent Psychology*. New York: McGraw-Hill International Edition.; 1995.
265. Andrews JA, Tildesley E, Hops H, Li F. The influence of peers on young adult substance use. *Health Psychology*. 2002;21(4):349-357. doi:10.1037/0278-6133.21.4.349
266. Borsari B, Carey KB. Peer influences on college drinking: A review of the research. *J Subst Abuse*. 2001;13(4):391-424. doi:10.1016/S0899-3289(01)00098-0
267. You J, Lin MP, Fu K, Leung F. The Best Friend and Friendship Group Influence on Adolescent Nonsuicidal Self-injury. *J Abnorm Child Psychol*. 2013;41(6):993-1004. doi:10.1007/s10802-013-9734-z
268. Duncan GJ, Boisjoly J, Kremer M, Levy DM, Eccles J. Peer Effects in Drug Use and Sex Among College Students. *J Abnorm Child Psychol*. 2005;33(3):375-385. doi:10.1007/s10802-005-3576-2
269. Jarvi S, Jackson B, Swenson L, Crawford H. The Impact of Social Contagion on Non-Suicidal Self-Injury: A Review of the Literature. *Archives of Suicide Research*. 2013;17(1):1-19. doi:10.1080/13811118.2013.748404
270. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE. Childhood and Adolescent Depression: A Review of the Past 10 Years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(11):1427-1439. doi:10.1097/00004583-199611000-00011
271. Birmaher B, Brent DA, Benson RS. Summary of the Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Depressive Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998;37(11):1234-1238. doi:10.1097/00004583-199811000-00029
272. Cheung AH. The use of antidepressants to treat depression in children and adolescents. *Can Med Assoc J*. 2006;174(2):193-200. doi:10.1503/cmaj.050855
273. Wright LS. Suicidal thoughts and their relationship to family stress and personal problems among high school seniors and college undergraduates. *Adolescence*. 1985;20(79):575-580.

274. Cong EZ, Cai YY, Wang Y, Wu Y. Association of depression and suicidal ideation with parenting style in adolescents. *Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi*. 23(9):938-943. doi:10.7499/j.issn.1008-8830.2105124
275. Maccoby E, Martin J. Socialization in the Context of Family: Parent Child Interaction. *Handbook of Child Psychology: Socialization, Personality and Social Development*. (Mussen P, Hetherington E, eds.); 1983.
276. Alikasıfoğlu M, Ercan O. Risky behaviors in adolescents. *Turkish Archives of Pediatrics*. 2009;44:1-6.
277. Lai KW, McBride-Chang C. Suicidal ideation, parenting style, and family climate among Hong Kong adolescents. *International Journal of Psychology*. 2001;36(2):81-87. doi:10.1080/00207590042000065
278. Martin G, Waite S. Parental bonding and vulnerability to adolescent suicide. *Acta Psychiatrica Scand*. 1994;89(4):246-254. doi:10.1111/j.1600-0447.1994.tb01509.x
279. Florenzano U R, Valdés C M, Cáceres C E, Santander R S, Aspillaga H C, Musalem A C. [Relation between suicidal ideation and parenting styles among a group of Chilean adolescents]. *Rev Med Chil*. 2011;139(12):1529-1533.
280. Donath C, Graessel E, Baier D, Bleich S, Hillemacher T. Is parenting style a predictor of suicide attempts in a representative sample of adolescents? *BMC Pediatr*. 2014;14(1):113. doi:10.1186/1471-2431-14-113
281. Harris KM, Furstenberg FF, Marmer JK. Paternal involvement with adolescents in intact families: the influence of fathers over the life course. *Demography*. 1998;35(2):201-216.
282. Gilreath TD, King G, Graham JW, Flisher AJ, Lombard C. Associations between maternal closeness, suicidal ideation, and risk behaviors in Cape Town. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2009;18(3):174-179. doi:10.1007/s00787-008-0718-4
283. Waraan L, Mehlum L, Rognli EW, Czajkowski NO, Aalberg M. Associations between insecure attachment styles to parents and suicidal ideation in adolescents with depression. *Scand J Child Adolesc Psychiatr Psychol*. 2021;9(1):41-51. doi:10.21307/sjcapp-2021-006
284. Steinberg L. *Ergenlik (F.Çok, Çev.) İstanbul: İmge Yayınları*; 2007.
285. Folkman S, Lazarus RS. Stress processes and depressive symptomatology. *J Abnorm Psychol*. 1986;95(2):107-113. doi:10.1037/0021-843X.95.2.107
286. Nonnenmacher N, Noe D, Ehrental JC, Reck C. Postpartum bonding: the impact of maternal depression and adult attachment style. *Arch Womens Ment Health*. 2016;19(5):927-935. doi:10.1007/s00737-016-0648-y

287. S. Hairston I, E. Handelzalts J, Assis C, Kovo M. Postpartum Bonding Difficulties and Adult Attachment Styles: The Mediating Role of Postpartum Depression and Childbirth-Related PTSD. *Infant Ment Health J.* 2018;39(2):198-208. doi:10.1002/imhj.21695
288. Lamb M. How do fathers influence children's development? Let me count the ways. *The Role of the Father in Child Development*. Published online 2010:1-26.
289. Cabrera NJ, Shannon JD, Tamis-LeMonda C. Fathers' Influence on Their Children's Cognitive and Emotional Development: From Toddlers to Pre-K. *Appl Dev Sci.* 2007;11(4):208-213. doi:10.1080/10888690701762100
290. Cowan PA. Beyond meta-analysis: a plea for a family systems view of attachment. *Child Dev.* 1997;68(4):601-603.
291. Lucassen N, Tharner A, Van IJzendoorn MH, et al. The association between paternal sensitivity and infant–father attachment security: A meta-analysis of three decades of research. *Journal of Family Psychology.* 2011;25(6):986-992. doi:10.1037/a0025855
292. Johnson SC, Dweck CS, Chen FS, Stern HL, Ok SJ, Barth M. At the Intersection of Social and Cognitive Development: Internal Working Models of Attachment in Infancy. *Cogn Sci.* 2010;34(5):807-825. doi:10.1111/j.1551-6709.2010.01112.x
293. Chen Z yin, Kaplan HB. Intergenerational Transmission of Constructive Parenting. *Journal of Marriage and Family.* 2001;63(1):17-31. doi:10.1111/j.1741-3737.2001.00017.x
294. Hops H, Davis B, Leve C, Sheeber L. Cross-generational transmission of aggressive parent behavior: A prospective, mediational examination. *J Abnorm Child Psychol.* 2003;31(2):161-169. doi:10.1023/A:1022522224295
295. Francis A, Pai MS, Badagabettu S. Psychological Well-being and Perceived Parenting Style among Adolescents. *Compr Child Adolesc Nurs.* 2021;44(2):134-143. doi:10.1080/24694193.2020.1743796
296. Spera C. A Review of the Relationship Among Parenting Practices, Parenting Styles, and Adolescent School Achievement. *Educ Psychol Rev.* 2005;17(2):125-146. doi:10.1007/s10648-005-3950-1
297. Makusha T, Richter L, Knight L, Van RH, Bhana D. “The good and the bad?” childhood experiences with fathers and their influence on women's expectations and men's experiences of fathering in rural KwaZulu-Natal, South Africa. *Fathering.* 2013;11:138-158.
298. Condon EM, Dettmer A, Baker E, McFaul C, Stover CS. Early life adversity and males: Biology, behavior, and implications for fathers' parenting. *Neurosci Biobehav Rev.* 2022;135:104531. doi:10.1016/j.neubiorev.2022.104531

299. Miklowitz DJ. The Role of the Family in the Course and Treatment of Bipolar Disorder. *Curr Dir Psychol Sci.* 2007;16(4):192-196. doi:10.1111/j.1467-8721.2007.00502.x

