

T.C.

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI



**SON BİR YIL İÇİNDE SUİSİD GİRİŞİMİ OLAN 12-18 YAŞ ARASI ÇOCUK
VE ERGENLERDE EŞLİK EDEN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE
HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU BELİRTİLERİ, YAVAŞ BİLİŞSEL TEMPO
BELİRTİLERİ VE EMOSYONEL REGÜLASYONUN İNCELENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Ecem BORU

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Eyüp Sabri ERCAN

İZMİR 2023

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI



**SON BİR YIL İÇİNDE SUİSİD GİRİŞİMİ OLAN 12-18 YAŞ ARASI ÇOCUK
VE ERGENLERDE EŞLİK EDEN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE
HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU BELİRTİLERİ, YAVAŞ BİLİŞSEL TEMPO
BELİRTİLERİ VE EMOSYONEL REGÜLASYONUN İNCELENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Ecem BORU

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Eyüp Sabri ERCAN

İZMİR 2023

ÖN SÖZ

Asistanlık sürecim boyunca ilk günden itibaren bilgisini, desteğini ve motivasyonunu esirgemeyen, çalışmamı tasarlamama yardımcı olup tüm süreçte varlığını hiç eksik hissettirmeyen, asistanı olmaktan gurur duyduğum sayın hocam **Prof. Dr. Eyüp Sabri ERCAN** başta olmak üzere, değerli ve kıymetli hocalarım **Prof. Dr. Tezan BİLDİK**, **Prof. Dr. Zeki YÜNCÜ**, **Prof. Dr. Burcu ÖZBARAN**, **Doç. Dr. Sezen KÖSE** ile **Doç. Dr. Birsen ŞENTÜRK PİLAN'a**,

Dostlukları ve desteklerini eksik etmeyen, asistanlık sürecimin ilk gününden bugüne güzel anılar biriktirdiğimiz **Dr. İlkin TAŞTABANOĞLU**, **Dr. Elif TORTOP**, **Dr. Buket ÜÇÜNCÜ'ye**; dostlukları haricinde akademik bilgisini de hiçbir zaman esirgemeyen, hep bir telefon uzağımda olan **Dr. Emel AKTAŞ** ve **Dr. İpek İNAL KALELİ'ye**, ayrıca uzmanlık eğitimimde polikliniği paylaştığım, her zaman birlikte çalışıp üretmekten keyif aldığım tüm asistan arkadaşlarıma,

Anabilim dalı hemşirelerimiz, sekreterlerimiz ve personelimize,

Hayatımda hiçbir koşulda desteklerini esirgemeyen, bana hep inanan, güvenen, hayatıma ışık olan, başarılarımda payı büyük olan canım annem Dr. Sare Meral CAKCAK, babam Dr. Tufan CAKCAK başta olmak üzere, babaannem ve rahmetli dedeme ayrıca kuzenden ziyade kardeşlerim olarak gördüğüm Ezgi ve Güner'e,

Hayatımın her alanında yanımda ve destekçim olan canım eşim Dr. Erinç BORU'ya ve içimizi ısıtan sevgili patili dostumuz Milka'ya

Tüm kalbimle teşekkür ederim.

Dr. Ecem BORU

İzmir, 2023

İÇİNDEKİLER

ÖN SÖZ	II
İÇİNDEKİLER	III
ÖZET	VII
ABSTRACT	IX
TABLolar.....	XI
KISALTMALAR LİSTESİ	XIII
1.GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. İntihar Girişimi.....	2
2.1.1.Tanım.....	2
2.1.2. Epidemiyoloji.....	3
2.1.3. Risk Faktörleri.....	4
2.1.3.1. Önceki İntihar Girişimi.....	4
2.1.3.2. Psikiyatrik Bozukluklar.....	4
2.1.3.3. Ailesel Risk Faktörleri.....	6
2.1.3.4. Çevresel Etmenler ve Stresli Yaşam Olayları.....	7
2.1.3.5. Fiziksel Hastalıklar.....	8
2.1.3.6. Genetik ve Biyolojik Etkenler.....	8
2.1.3.7. Bireysel Özellikler ve Kişilik Özellikleri.....	9
2.1.3.8. Ölümcül Araçlara Ulaşabilme.....	10
2.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu.....	11
2.2.1. Tanım.....	11
2.2.2. Tarihçe.....	12

2.2.3. Epidemiyoloji.....	13
2.2.4. Tanılama.....	14
2.2.5. Etiyoloji.....	15
2.2.6. Komorbidite.....	19
2.2.7. DEHB ve İntihar.....	21
2.3. Yavaş Bilişsel Tempo.....	22
2.3.1. Tanım.....	22
2.3.2. Tarihçe.....	23
2.3.3. Epidemiyoloji ve Demografik Özellikler.....	24
2.3.4. Etiyoloji.....	24
2.3.5. Nörogörüntüleme.....	25
2.3.6. Komorbidite.....	26
2.3.7. YBT ve İntihar.....	27
2.4. Emosyon Regülasyon(Duygu Düzenleme).....	28
2.4.1. Tanım ve Genel Bilgiler.....	28
2.4.2. Duygu Düzenleme Güçlüğü.....	28
2.4.3. Duygu Düzenleme Stratejileri.....	29
2.4.4. Duygu Düzenleme ve İntihar.....	32
2.5. Araştırmanın Amacı	34
2.6. Araştırmanın Hipotezleri	34
3. GEREÇ VE YÖNTEM	34
3.1. Araştırmanın Tipi	34
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	34
3.3. Araştırmanın Evreni	35

3.4. Araştırmanın Örneklemi	35
3.5. Örneklem Seçilimi	35
3.5.1.Olgu Grubunun Çalışmaya Alınma Ölçütleri.....	35
3.5.2.Sağlıklı Kontrol Grubunun Çalışmaya Alınma Ölçütleri.....	35
3.5.3. Olgu Grubunun Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri.....	36
3.5.4. Sağlıklı Kontrol Grubunun Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri.....	36
3.6. Değerlendirmede Kullanılan Ölçekler	37
3.6.1. Sosyodemografik Veri Formu (SDVF)	37
3.6.2. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Formu-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli DSM-5 Kasım 2016 Türkçe uyarlaması-ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T (K-SADS).....	37
3.6.3. Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği(DDGÖ)(Ergen Versiyonu).....	37
3.6.4. Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (Turgay DEHB Ölçeği)	38
3.6.5. Barkley Çocuk Dikkat Anketi(BÇDA).....	38
3.6.6. İntihar Niyeti Ölçeği(İNÖ).....	39
3.7. Uygulama	40
3.7.1. Etik Kurul Onayı	40
3.7.2. Çalışma Sürecinin İlerleyişi	40
3.8. Verilerin İstatistiksel Analizi	41
4. BULGULAR	41
4.1. Çalışmaya Katılan Tüm Katılımcıların Genel Özellikleri	41
4.2. Grupların Dağılımı ve Karşılaştırılması.....	50

4.2.1. Grupların Demografik Özellikler Bakımından Karşılaştırılması.....	50
4.2.2. Grupların Yaş Bakımından Karşılaştırılması.....	52
4.2.3. Grupların Sigara ve Alkol Kullanımı Bakımından Karşılaştırılması.....	52
4.2.4. Grupların Arasında Ailelerin Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	53
4.2.5. Grupların Arasında Soygeçmiş Özelliklerinin Karşılaştırması.....	54
4.2.6. Olgü ve Kontrol Gruplarının Turgay DEHB Ölçeğı Kullanılarak DEHB Belirtileri Bakımından Karşılaştırılması.....	55
4.2.7. Olgü ve Kontrol Gruplarının Turgay DEHB Ölçeğı Kullanılarak DEHB Ölçütleri Bakımından Karşılaştırılması.....	56
4.2.8. Olgü ve Kontrol Gruplarının Duygu Düzenleme Güçlükleri Ölçeğı (DDGÖ) Kullanılarak Duygu Düzenleme Bakımından Karşılaştırılması.....	56
4.2.9. Olgü ve Kontrol Gruplarının Barkley Çocuk Dikkat Anketi (BÇDA) Kullanılarak YBT Belirtileri Bakımından Karşılaştırılması.....	57
4.2.10. Suisid Girişimini Öngörme İçin Oluşturulan Modelin Çoklu Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.....	58
4.3. İntihar Niyeti Ölçeğinin Değerlendirilmesi.....	59
4.4. İNÖ ile Turgay DEHB Ölçeğı, BÇDA, DDGÖ'nün Korelasyon Analizi Sonuçları.....	61
5. TARTIŞMA	63
5.1 Sosyodemografik Özelliklerin İrdelenmesi.....	64
5.1.1. Cinsiyet ve Yaş.....	64
5.1.2. Eğitim Durumu.....	65
5.1.3. Aile Özellikleri.....	66
5.1.4. Aile ve Akrabalarda Psikiyatrik Hastalık ve Suisid Girişimi.....	67

5.1.5. Psikiyatrik Öykü.....	69
5.1.6. Travma ve KZVD Öyküsü.....	70
5.1.7. Sigara ve Alkol Kullanımı.....	71
5.2. Olgu Grubunun İntihar Girişimi Özellikleri ve İNÖ Açısından Değerlendirilmesi.....	72
5.3. Grupların DEHB Belirtileri Açısından Karşılaştırılması ve İntihar Girişimi ile DEHB İlişkisinin İncelenmesi.....	75
5.4. Grupların YBT Belirtileri Açısından Karşılaştırılması ve İntihar Girişimi ile YBT İlişkisinin İncelenmesi	77
5.5. Grupların Duygu Düzenleme Açısından Karşılaştırılması ve İntihar Girişimi ile Duygu Düzenleme İlişkisinin İncelenmesi.....	78
5.6. İNÖ ile Turgay DEHB Ölçeği, BÇDA, DDGÖ'nün Korelasyon Analizi Sonuçları.....	80
5.7. Çalışmanın Kısıtlılıkları.....	81
6. SONUÇ.....	81
7. KAYNAKLAR	83
8. EKLER	111

ÖZET

Son Bir Yıl İçinde Suisid Girişimi Olan 12-18 Yaş Arası Çocuk ve Ergenlerde Eşlik Eden Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Belirtileri, Yavaş Bilişsel Tempo Belirtileri ve Emosyonel Regülasyonun İncelenmesi

Giriş: İntihar davranışları yaşam boyu bir halk sağlığı sorunu olup çocuk ve ergenlerde bu davranışları önleme güçlüğü yaşanmaktadır. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), Yavaş Bilişsel Tempo (YBT) belirtilerinin ve emosyon regülasyon(duygu düzenleme) güçlüklerinin çocuk ve ergenlerin işlevselliğini etkilediği, intihar girişimine neden olduğu literatürde bildirilmektedir.

Amaç: Bu çalışmada son bir yıl içinde suisid (intihar) girişimi olan çocuk ve ergenlerde DEHB belirtileri, YBT belirtileri ve emosyon regülasyonun (duygu düzenlemenin) incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniklerine başvuran, son bir yıllık zaman diliminde intihar girişiminde bulunan 12-18 yaş grubundaki kız cinsiyette 57 olgu ve yakın sosyodemografik özelliklerde kız cinsiyette 55 sağlıklı kontrol grubu çalışmaya alınmıştır. Olgu grubuna, araştırmacı tarafından yönetilen Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Formu-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli DSM-5 Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) yarı yapılandırılmış görüşmesi uygulanmıştır. Olgu grubunun ebeveynleri, çocuklarıyla ilgili DEHB ve YBT belirtilerinin değerlendirilmesi için Turgay DEHB ve Barkley Çocuk Dikkat Anketi (BÇDA) ölçeklerini doldurmuşlardır. Olgu grubu, intihar girişimi sırasındaki niyetinin ve emosyon regülasyonunun değerlendirilebilmesi için İntihar Niyeti Ölçeği (İNÖ) ve Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ) doldurmuştur. Kontrol grubundaki gençler ise emosyon regülasyon becerilerinin değerlendirilebilmesi için DDGÖ doldurmuştur. Olguların ve ebeveynlerinin sosyodemografik özellikleri, araştırmacılar tarafından sosyodemografik veri formuna (SDVF) kaydedilmiştir.

Bulgular: Çalışmamızda olgu grubunda okulu bırakanların ($p=0,027$), ders başarısı kötü olanların ($p<0,001$), geniş aileyle yaşayanların ($p=0,004$), sigara kullananların ($p<0,001$) ve alkol kullananların ($p<0,001$) oranı; anne ve baba boşanma ($p<0,001$), ailede psikiyatrik hastalık ($p<0,001$), ailede intihar girişimi ($p<0,001$) oranı kontrol grubuyla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur. Olgu grubunda ders başarısı iyi olanların ($p<0,001$) oranı ve olgu grubunun maddi durumu ($p<0,001$); anne eğitim durumu ($p<0,001$), anne çalışma oranı ($p<0,001$), baba eğitim durumu ($p<0,001$), baba çalışma oranı ($p=0,015$) kontrol grubundan anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Kontrol grubunda anne ve baba ile yaşayanların oranı ($p=0,004$), anne ve baba birliktelik oranı ($p<0,001$) olgu grubundan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. DEHB belirtileri değerlendirmesinde olgu grubunda dikkat eksikliği, hiperaktivite-dürtüsellik, KOKGB, davranım bozukluğu ve DEHB toplam puanı kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p<0,001$, $p=0,004$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$) ayrıca olgu

grubunda dikkat eksikliği ölçütü 6 ve üzerinde olanların ($p=0,019$), KOKGB ölçütü 4 ve üzerinde olanların ($p=0,003$) oranı kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. YBT belirtileri değerlendirmesinde olgu grubunda hayallere dalma ($p<0,001$), yavaşlık ($p<0,001$) ve YBT toplam ($p<0,001$) puanları kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Duygu düzenleme güçlükleri değerlendirmesinde olgu grubunda netlik ($p<0,001$), farkındalık ($p<0,001$), dürtüsellik ($p<0,001$), reddetme ($p=0,001$), amaçlar ($p<0,001$), strateji ($p<0,001$) ve DDGÖ toplam ($p<0,001$) puanları kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. DEHB, YBT, duygu düzenleme güçlükleri toplam puanının suisid girişimini öngördüğü bulunmuştur. DEHB toplam puanı ≥ 14 olanların <14 olanlara göre suisid girişimi riski 4,489 kat fazladır ($p=0,008$). YBT toplam puanı ≥ 19 olanların <19 olanlara göre suisid girişimi riski 10,738 kat fazladır ($p<0,001$). DDGÖ toplam puanı ≥ 100 olanların <100 olanlara göre suisid girişimi riski 3,135 kat fazladır ($p=0,044$). İntihar girişimi öncesi plan yapanların girişimle ilgili şartlar ($p=0,015$), kendini değerlendirme ($p<0,001$), İNÖ toplam ($p<0,001$) puanları intihar öncesi plan yapmayanlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Sonuç: İntihar girişiminde bulunmuş olan gençlerde yeniden intihar girişiminde bulunma riski fazladır. İntihar girişiminin nedenleri kompleks yapıdadır. Klinisyenler için intihar niyetini anlamak ve intihar girişimini tahmin etmek zorlayıcıdır. İntihar girişimi için risk faktörleri değerlendirilirken, risk faktörleri içindeki psikiyatrik bozukluklar arasında olan Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Yavaş Bilişsel Tempo; ayrıca intihar girişiminin gelişiminde önemli bir rolü olan ve genellikle DEHB, YBT ile birlikte bulunan duygu düzenleme güçlükleri akılda bulundurulmalıdır. Ergenlik döneminde, sadece psikiyatrik bir bozukluk tanısı koymak yerine, belirli semptomların varlığı da potansiyel risk faktörlerini tanımak ve gelecekte olası sorunları önlemek açısından önemlidir.

Anahtar kelimeler: Suisid girişimi (intihar girişimi); DEHB; YBT; emosyon regülasyon (duygu düzenleme); ergenlik

ABSTRACT

Examination of Attention Deficit and Hyperactivity Disorder Symptoms, Slow Cognitive Tempo Symptoms and Emotional Regulation in Children and Adolescents Aged 12-18 Who Have Attempted Suicide in the Last Year

Introduction: Suicidal behaviors are a lifelong public health concern, and preventing these behaviors in children and adolescents can be challenging. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Slow Cognitive Tempo (SCT) symptoms, and difficulties in emotional regulation have been reported in the literature to impact the functionality of children and adolescents and contribute to suicide attempts.

Aim: The aim of this study is to investigate the symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Slow Cognitive Tempo (SCT), and emotional regulation in children and adolescents who have attempted suicide within the last year.

Method: A total of 57 female participants aged 12-18, who had attempted suicide within the past year and presented to the Department of Child and Adolescent Psychiatry at Ege University Faculty of Medicine, were included in the study. Additionally, 55 healthy female participants with similar sociodemographic characteristics were included as a control group. The case group was administered the The Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version, DSM-5-Turkish Adaptation (K-SADS-PL-DSM-5-T) by the researcher, which is a semi-structured psychiatric interview. The parents of the case group completed the Turgay DSM-IV-Based Child and Adolescent Disruptive Behavioral Disorders Screening and Rating Scale (T-DSM-IV-Scale) and the Barkley Child Attention Scale (BCAS) to assess symptoms of ADHD and SCT in their children. The case group completed the Suicide Intent Scale(SIS) and the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) to assess their thoughts during the suicide attempt and to evaluate emotional regulation difficulties. The youth in the control group, on the other hand, completed the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) to assess their emotion regulation skills. The sociodemographic characteristics of both the cases and their parents were recorded in the Sociodemographic Data Form (SDF) by the researchers.

Results: In our study, the rates of school dropout ($p=0.027$), poor academic performance ($p<0.001$), living with extended family ($p=0.004$), cigarette use ($p<0.001$), and alcohol use ($p<0.001$) were statistically significantly higher in the case group, when compared to the control group. Additionally, in the case group, the rates of good academic

performance ($p<0.001$) and financial status ($p<0.001$) were statistically significantly lower, along with lower maternal education ($p<0.001$), maternal employment status ($p<0.001$), paternal education ($p<0.001$), and paternal employment status ($p=0.015$), when compared to the control group. In the control group, the rates of living with both parents ($p=0.004$) and parental union ($p<0.001$) were statistically significantly higher than in the case group. In the assessment of ADHD symptoms, the case group showed significantly higher scores for attention deficit, hyperactivity-impulsivity, ODD, conduct disorder, and total ADHD score when compared to the control group ($p<0.001$, $p=0.004$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, respectively). Additionally, in the case group, the rates of meeting the criteria for attention deficit ($p=0.019$) and ODD ($p=0.003$) were statistically significantly higher than in the control group. In the assessment of SCT symptoms, the case group had significantly higher scores for daydreaming ($p<0.001$), slowness ($p<0.001$), and total SCT score ($p<0.001$) when compared to the control group. In the assessment of emotion regulation difficulties, the case group had significantly higher scores for clarity ($p<0.001$), awareness ($p<0.001$), impulsivity ($p<0.001$), rejection ($p=0.001$), goals ($p<0.001$), strategy ($p<0.001$), and total DERS score ($p<0.001$) when compared to the control group. It was found that the total scores of ADHD, SCT, and emotion regulation difficulties predict suicide attempts. The risk of suicide attempts was 4.489 times higher for those with a total ADHD score ≥ 14 compared to those with <14 ($p=0.008$). The risk of suicide attempts was 10.738 times higher for those with a total SCT score ≥ 19 compared to those with <19 ($p<0.001$). The risk of suicide attempts was 3.135 times higher for those with a total DERS score ≥ 100 compared to those with <100 ($p=0.044$). Those who planned their suicide attempts had statistically significantly higher scores in terms of circumstances related to the attempt ($p=0.015$), self-assessment ($p<0.001$), and total SIS ($p<0.001$) scores compared to those who did not plan their attempts.

Conclusion: In young individuals who have attempted suicide, there is a higher risk of further suicide attempts. The causes of suicide attempts are complex. Understanding suicide intent and predicting suicide attempts can be challenging for clinicians. When assessing risk factors for suicide attempts, it's important to consider Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Sluggish Cognitive Tempo (SCT) among psychiatric disorders among the risk factors. Additionally, difficulties in emotion regulation, which often co-occur with ADHD and SCT and play a significant role in the development of suicide attempts, should be taken into account. During adolescence, it's important not only to diagnose psychiatric disorders but also to recognize the presence of specific symptoms as potential risk factors and to take preventive measures against potential future problems.

Key words: Suicide attempt; ADHD; SCT; emotion regulation; adolescence

TABLolar

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Tablo 2. Katılımcıların Sigara ve Alkol Kullanımına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Tablo 3. Katılımcılar ve Ebeveynlerinin Yaşlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Tablo 4. Ailelerin Demografik Özelliklerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Tablo 5. Katılımcıların Soygeçmiş Özelliklerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Tablo 6. Olgu Grubunun Özgeçmiş Özelliklerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Tablo 7. Olgu Grubunun Mevcut Psikiyatrik Tanılarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Tablo 8. K-SADS Uygulanan Olgu Grubunun Mevcut Psikiyatrik Tanı Oranları

Tablo 9. Olgu ve Kontrol Gruplarının Demografik Özellikler Bakımından Karşılaştırılması

Tablo 10. Olgu ve Kontrol Gruplarının Yaş Bakımından Karşılaştırılması

Tablo 11. Olgu ve Kontrol Gruplarının Sigara ve Alkol Kullanımı Bakımından Karşılaştırılması

Tablo 12. Olgu ve Kontrol Gruplarının Ailelerinin Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo 13. Olgu ve Kontrol Grupları Arasında Soygeçmiş Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo 14. Olgu ve Kontrol Gruplarının Turgay DEHB Ölçeği Bakımından Karşılaştırılması

Tablo 15. Olgu ve Kontrol Grupları Arasında Turgay DEHB Ölçeği Ölçütlerinin Karşılaştırılması

Tablo 16. Olgu ve Kontrol Gruplarının DDGÖ Bakımından Karşılaştırılması

Tablo 17. Olgu ve Kontrol Gruplarının BÇDA Bakımından Karşılaştırılması

Tablo 18. Suisid Girişimini Öngörme İçin Oluşturulan Modelin Çoklu Lojistik Regresyon Analizi

Tablo 19. İNÖ Toplam ve Alt Boyut Puanları

Tablo 20. İNÖ Gruplarına Göre İntihar Girişimi Öncesi Plan Yapan ve Yapmayanların İstatistiksel Anlamlılık Verileri

Tablo 21. İNÖ Gruplarına Göre İntihar Girişimi Sayısı Gruplarının İstatistiksel Anlamlılık Verileri

Tablo 22. İNÖ Gruplarına Göre İntihar Girişimi Öncesi Psikiyatrik Tedavi Alan ve Almayanların İstatistiksel Anlamlılık Verileri

Tablo 23. İNÖ Gruplarına Göre Psikiyatri Servisinde Yatarak Tedavi Görmüş Olan ve Olmayanların İstatistiksel Anlamlılık Verileri

Tablo 24. İNÖ ile Turgay DEHB Ölçeği Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları

Tablo 25. İNÖ ile DDGÖ Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları

Tablo 26. İNÖ ile BÇDA Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları

KISALTMALAR LİSTESİ

SDVF: Sosyodemografik Veri Formu

BGOF: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

DSM: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı

DSM-R: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı-Yeniden Düzenlenmiş

ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T/K-SADS: Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Formu-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli DSM-5 Türkçe Uyarlaması (The Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia)

BÇDA: Barkley Çocuk Dikkat Anketi

İNÖ: İntihar Niyeti Ölçeği

Turgay DEHB Ölçeği: Turgay Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği

DDGÖ: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği

DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu

DavBoz: Davranım Bozukluğu

YBT: Yavaş Bilişsel Tempo

ADHD: Attention-Deficit Hyperactivity Disorder

SCT: Sluggish Cognitive Tempo

ODD: Oppositional Defiant Disorder

CDC: Conduct Disorder

DERS: Difficulties in Emotion Regulation Scale

SIS: Suicide Intent Scale

SPSS: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı

ark.: arkadaşları

1.BÖLÜM

GİRİŞ

İntihar davranışları yaşam boyu bir halk sağlığı sorunu olup 14-18 yaş grubundaki gençlerde bu davranışları önleme zorlukları yaşanmaktadır. Amerika'daki bir çalışmada lise çağındaki 14-18 yaş arası gençler arasında 2021 yılında 1.952 intihar vakası meydana gelmiş ve intiharın bu yaş grubu için üçüncü sıradaki ölüm nedeni olduğu saptanmıştır. İntihar, bu yaş grubundaki ölümlerin yaklaşık beşte birini (%18,6) oluşturmaktadır. Ölümler, intihar davranışı yükünün yalnızca bir kısmını oluşturmaktadır; gençler arasında intihar girişimleri ve intihar düşünceleriyle bu gruptaki ölümlerden daha sık karşılaşılmaktadır(1,2). Türkiye'de nüfusun genç kesimleri arasında ölümcül olmayan intihar davranışlarının, intihar düşüncesi ve girişiminin sık olduğu saptanmıştır(3,4). Türkiye'de 1262 üniversite öğrencisi ile yapılan güncel bir araştırmada, katılımcıların %42'sinin ölmeyi düşündüğü, %7'sinin ise yaşamları boyunca veya son bir sene içinde intihar girişiminde bulunduğu ortaya çıkmıştır(5).

İntihar girişiminde bulunan ergenlerin yaklaşık %90'ında psikiyatrik bozukluk mevcuttur ve intihar için 9 kat artmış risk oluşturur(6). DEHB, çocuk ve ergenlerin işlevselliğini etkilediği uzun süredir kabul edilen nörogelişimsel bir bozukluktur. DEHB tanılı bireyler, gelişimleriyle uygun olmayan düzeyde dikkatsizlik, hiperaktivite veya dürtüsellik kalıpları gösterirler(7). DEHB ile intihar arasındaki bağlantının incelendiği bir meta-analizde, DEHB tanısı olan bireylerde intihar girişiminde bulunma riski kontrollere göre 2,91 kat daha fazla bulunmuştur(8). Boylamsal bir takip çalışmasında, çocukluk döneminde DEHB tanısı almış bireylerin, DEHB olmayanlara kıyasla intiharı düşünme olasılıkları neredeyse iki kat, lisede intihar girişiminde bulunma olasılıkları ise yaklaşık 7 kat fazla bulunmuştur. Genç yetişkinliğe gelindiğinde, daha önce DEHB tanısı alan kişilerin intiharı düşünme olasılığı kontrollere göre 2,6 kat daha fazla bulunmuştur(9). Yavaş Bilişsel Tempo (YBT) uyanık kalmada zorlanma, zihni sisliymiş gibi görünme, hayallere dalma, kendi dünyasında yaşama, şaşkınlık, yavaşlık, fiziksel hipoaktivite/uyuşukluk ve ilgisizlik gibi davranışsal semptomlarla karakterize olan bilişsel uyarılma ve uyanıklık bozukluğudur(10). Okul çağındaki çocuklarda son zamanlarda yapılmış bir çalışmada, demografik özellikler, yalnızlık, ebeveyn psikopatolojisi ve ebeveynler ile çocuklar tarafından bildirilen depresif semptomlar da dahil olarak bağlantılı psikiyatrik semptomlar kontrol edildikten sonra bile, YBT, çocukların intihar davranışı riski ile ilişkilendirilmiştir(11). Emosyonel regülasyon (duygu düzenleme), insanların duygularının kendiliğinden akışını yeniden yönlendirmeye çalıştığı süreçler dizisi

olarak tanımlanabilir(12). Ergenlik, duygu düzenlemeyi ve düzensizliği anlamak için özellikle önemli bir gelişimsel dönemdir, çünkü genellikle duygu işlemeye etki eden önemli bilişsel, ilişkisel, nörolojik ve davranışsal değişiklikler bu dönemde meydana gelir(13,14). İntihar girişiminde bulunmuş ergenlerin duygularını ve dürtülerini düzenlemesi konusunda intihar düşüncesi olan ergenlere göre daha çok zorluk bildirdiği(15,16) ve ergenler arasında çoklu intihar girişimi olanların tek intihar girişimi olanlardan daha fazla duygu düzenlemede zorluk yaşadığı bulunmuştur(17).

Çalışmamızın amacı; son bir yıl içinde intihar girişiminde bulunmuş 12-18 yaş çocuk ve ergenlerde DEHB belirtileri, yavaş bilişsel tempo belirtileri ve duygu düzenlemenin araştırılmasıdır. Elde edilen veriler, bilimsel literatürdeki önceki çalışmaların ışığında analiz edilip tartışılacaktır.

2.BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1. İNTİHAR GİRİŞİMİ

2.1.1. Tanım:

Günümüzde kabul edilen intihar davranışı terminolojisi, intiharı, ölümcül olmayan intihar girişimlerini ve intihar düşüncesini tanımlamaktadır(18,19). İntihar düşüncesi, kişinin bildirdiği kendini öldürme düşüncesini içerir. İntihar girişimi, kişinin kendi kendine yaptığı ve ölme niyetinde olduğu, ciddi bir yaralanma olmasa bile yaralanma riskinin olduğu, ölümcül olmayan bir eylemdir. İntihar ise ölme niyetiyle kişinin kendisi tarafından açıkça ya da gizli olarak gerçekleştirilen yıkıcı ve ölümcül bir eylemdir(20). İntihar düşüncesi bulunan kişilerin %34'ünün düşüncelerinin intihar planına dönüştüğü ayrıca intihar planı bulunanların %72'sinin ise intihar girişimi gerçekleştirdiği saptanmıştır(21).

2.1.2. Epidemiyoloji:

Günümüzde intihar dünya genelinde en sık 15. ölüm nedenidir. Dünyada yaşam boyu intihar düşüncesi prevalansı %9,2 intihar girişimi prevalansı da %2,7'dir fakat ülkeler arasında oranlar değişebilmektedir(22,23).

13-18 yaş arası gençlerde intihar düşüncesi ve intihar girişimi prevalansı %12,1 ve %4,1 olarak bildirilmiştir(24). Ergenlik çağındaki gençler arasında yaşam boyu intihar girişimi tahminleri erkeklerde %1,3-3,8 ve kızlarda %1,5-10,1 arasında değişmekte olup, daha büyük ergenlik yaş aralığında kızlarda bu oranlar erkeklerden daha yüksektir(6). En zengin 34 ülkede yapılan bir çalışmada sadece bir yılda 15-24 yaş arası 15.555 gencin kendini öldürdüğü bulunmuştur(25). Yakın zamanda 15.977 ABD'li üniversite öğrencisini kapsayan bir çalışmada, öğrencilerin %9,5'inin intihar girişiminde bulunmayı ciddi bir şekilde düşündüğünü ve %1,5'inin önceki okul yılı içinde intihar girişiminde bulunduğunu bildirilmiştir(26).

Yakın zamanda yapılan, 513.188 ergeni kapsayan, intihar davranışıyla ilgili 128 toplum temelli çalışmanın gözden geçirmesinde, bulgular ergenlerin yaklaşık yüzde 10'unun hayatlarının bir noktasında intihar girişiminde bulunduğunu ve yüzde 30'unun hayatlarının bir noktasında kendini öldürmeyi düşündüğünü göstermiştir(27).

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC), lise öğrencilerinin toplam %18,8'inin intiharı ciddi olarak düşündüğünü, %15,7'sinin bir plan yaptığını ve %8,9'unun intihar girişiminde bulunduğunu açıklamıştır(28). CDC anket sonuçlarına göre, 9'dan 12.sınıfa kadar, öğrencilerin %16'sının intihar girişimini ciddi olarak düşündüğü ve %8'inin son bir sene içinde intihar girişiminde bulunduğu tespit edilmiştir(2).

Türkiye'de ergenlerde intihar düşüncesi ve girişiminin sık olduğu saptanmıştır(3,4). Türkiye'de 1262 üniversite öğrencisiyle yapılan güncel bir araştırmada, katılımcıların %42'sinin ölmeyi düşündüğü, %7'sinin ise yaşamları boyunca veya son bir senede intihar girişiminde bulunduğu ortaya çıkmıştır(5). Bununla birlikte, intihar girişiminde bulunan gençlerin çoğunun tedaviye başvurmaması veya doğru şekilde belgelenmemesi nedeniyle intihar girişimlerinin gerçek sayısı olduğundan düşük tahmin edilmektedir(29).

Cinsiyetlere göre incelendiğinde, kızların erkeklerden daha fazla ölümcül olmayan intihar davranışına girdiği, erkeklerin ise kızlardan daha fazla kendilerini öldürdüğü gösterilmiştir(30).

2.1.3. Risk Faktörleri:

2.1.3.1. Önceki İntihar Girişimi

Geçmişteki intihar girişimleri daha sonraki girişimlerin ve tamamlanmış intiharların en önemli yordayıcılarından biridir(31). Geçmişte intihar davranışı sergileyen ergenlerin intihar riski, bu davranışı sergilemeyen ergenlere göre daha fazladır(32). Daha önce intihar girişiminde bulunulması, gelecekte de intihar girişimi olasılığını 18 kat artırmaktadır(32). Ergenin daha önceki intihar girişimi en güçlü risk faktörü olup ve daha sonra intihar girişiminin tamamlanma riskini 10-60 kat artırır(6).

İntihar girişiminden sonra yeni bir girişimde bulunma riski, intihar girişiminde bulunmamış kişilere oranla yaklaşık 20 kat fazladır. Ölümcül bir intihar girişimi riski, önceki intihar girişimlerinin sayısı ile güçlü bir biçimde ilişkili bulunmuştur(33).

İntihar girişiminin tekrarlama riski, girişimden sonraki ilk 3 ila 6 ayda en yüksektir, ancak en az 2 yıl boyunca genel popülasyona göre oldukça yüksek kalır(6).

2.1.3.2. Psikiyatrik Bozukluklar

İntihar girişiminde bulunmuş olan ergenlerin ortalama %90'ında bir psikiyatrik bozukluk mevcuttur ve intihar için 9 kat artmış risk oluşturur(6). Benzer şekilde, toplumdaki intihar girişimi vakalarının yaklaşık %80'inde ilişkili psikopatolojik durumlar vardır(34–39). Aynı zamanda, bozukluğun kronikliği ve ciddiyeti, artan intihar riskiyle ilişkilendirilmiştir(40).

Umutsuzluk, değersizlik duyguları ve dürtüsel agresyon intihar eğilimi ile bağlantılıdır. Bu durumlar sıklıkla depresif bozukluk veya davranış bozukluğu bağlamında ortaya çıksa da psikiyatrik bozukluğu olmayan bireylerde de anlamlı olabilir(33).

Davranım bozukluğu/Antisosyal davranış (yıkıcı bozukluklar), vaka kontrolü ve boylamsal çalışmalarda gösterildiği gibi gençlerin intiharı için 3 ile 6 kat daha yüksek risk taşır(45,58).

Çalışmalar, bireyi intihara yatkın hale getiren en önemli faktörün dürtüsellik/saldırganlık, depresyon, umutsuzluk, kaygı, kişisel farkındalık/sosyal mesafe gibi

psikolojik yapıları içeren psikiyatrik hastalıklar olduğunu ortaya çıkarmıştır(41,42). Borderline kişilik bozukluğu, depresyon, bipolar bozukluk, opioid kullanımı, şizofreni ve özellikle kadınlarda anoreksiya nervoza ve alkol kullanım bozukluğunun intihar ölümlerini 10 kattan fazla artıran risk faktörleri olduğu rapor edilmiştir(43). Bir vaka kontrol çalışmasında yeme bozukluğu, ciddi intihar girişimi riskinin önemli ölçüde artmasıyla ilişkilendirilmiştir(35). İntihar girişiminde bulunan kadınların, yeme bozuklukları dahil anormal yeme davranışlarına sahip olma olasılıkları daha yüksektir(34,44).

Duygudurum bozuklukları her iki cinsiyette de tamamlanmış intihar ve intihar girişimi riskini önemli ölçüde artırır(32,36,39,50–53). Bazı çalışmalarda intihar riskini 20 kat artırdığı gösterilen majör depresyonun varlığı kızlar için en önemli görülen risk faktörü(45) olup ikincisi de daha önce bir intihar girişimi öyküsü olmasıdır. Bu durum da riski önemli ölçüde artırır(46). Erkekler için daha önce intihar girişiminde bulunulması en güçlü belirleyicidir ve riski 30 kattan fazla artırır(47,48). Bunu depresyon, madde bağımlılığı (alkol ya da uyuşturucu) ve yıkıcı davranışlar takip etmektedir(45,49).

Majör depresif bozukluk ile bipolar duygulanım bozukluğunun depresif ve karma dönemleri tamamlanmış intiharla ilişkilidir(54). Bipolar bozukluk, özellikle karma dönemde, tamamlanmış intihar açısından ciddi bir risk faktörü olarak bilinmektedir(55,56). Bipolar II ve bipolar NOS'un, epidemiyolojik ve klinik örneklerde girişim riskini büyük ölçüde artırdığı saptanmıştır(57). İntihar girişiminde depresyon da yaygındır. Brent ve ark. intihar düşüncesi ve girişimi öyküsü olan ve olmayan ergen hastaları psikiyatri servisinde taburcu olduktan sonra altı ay boyunca takip etmişlerdir. Takipte intihar girişimine dair riskleri hastaneye ilk yatışta majör depresif bozukluk tanısının olması ve takip döneminde depresif bozukluğun devam etmesi olarak saptamışlardır(40).

İntihar girişimlerinin, panik bozukluğu ve panik atağı olan kişilerde, psikiyatrik bozukluğu olmayan kişilere göre büyük bir oranda daha sık meydana geldiği saptanmıştır(37). Bir meta-analizde TSSB, panik bozukluk ve sosyal anksiyete bozukluğunun daha sonraki intihar girişiminin anlamlı yordayıcıları olduğu; intihar girişiminin en güçlü yordayıcısının TSSB olduğu ve bunu panik bozukluğunun takip ettiği gösterilmiştir(59).

Şizofreni intiharla ilişkili davranışlarla önemli ölçüde ilişkilidir(60,61) ve intihar genç şizofreni hastalarında birincil ölüm nedenidir(62).

2.1.3.3. Ailesel Risk Faktörleri

Ebeveyn psikopatolojisi ve ailedeki intihar davranışı öyküsü, çocuklarda daha yüksek intihar riski ile ilişkilidir. Ailelerde intihar eğilimi, ailede psikiyatrik hastalık öyküsünden bağımsız olabilir. Duygudurum bozukluğu olan ebeveynlerin çocukları, intihar girişimi olmayan ebeveynlerin çocukları ile karşılaştırıldığında, ebeveyn intihar öyküsü olduğunda daha fazla intihar girişiminde bulunur. Aile psikopatolojisi - özellikle annelerde intihar girişimleri ve her iki ebeveynde madde kötüye kullanımı - ve ailedeki anlaşmazlıklar, psikiyatrik morbidite kontrol altına alınsa bile ergenlik döneminde daha yüksek intihar eğilimini öngörmektedir(63,64).

Aile çalışmaları, intihar sonucu ölenlerin yakınlarında intihar girişimi riskinin arttığını ve bunun tam tersinin de geçerli olduğunu göstermektedir(65). Depresif bozukluk, madde bağımlılığı ve antisosyal davranış biçimleri dahil ebeveyn psikopatolojisi, gençlerin intihar girişiminde bulunması ve intiharı tamamlaması için bir risk faktörüdür(66-68).

İntihar davranışı için aile yükünün daha fazla olması, daha yüksek risk ve çocuklarda intihar girişimlerinin daha erken başlaması ile ilişkili bulunmuştur. Bu da bize erken başlangıçlı intihar davranışının özellikle ailesel olabileceğini düşündürmektedir(69).

Rodante ve arkadaşları, 16 yaş altı ergenlerin, özellikle de kızların, ruhsal hastalıkları ve/veya uyuşturucu/alkol ve sigara kullanımı olan ayrıca olumsuz bir aile ortamında büyümüş, ebeveynlerle iletişimleri zayıf, özgüvenleri düşük, davranışsal veya öğrenme sorunları olmasının ya da cinsel ilişkiye zorlanmasının intihar girişimine zemin hazırladığını belirtmiştir(70). Aile içi geçimsizlik, başarısız romantik ilişki ve akademik başarısızlık ergenliğin önemli sorunlarıdır ve bu nedenlerin 15-24 yaş grubunda intihar risk faktörleri arasında ön plana çıkması şaşırtıcı değildir(71).

Çeşitli araştırmalar, bir ebeveynin ölümü veya boşanma nedeniyle kaybının ya da biyolojik ebeveynlerden birinin veya her ikisinin de ayrı yaşamasının tamamlanmış intihar açısından ciddi bir risk taşıdığını göstermiştir(72-75). Lewinsohn ve arkadaşları, 12 yaşından önce ebeveyn kaybı ile birden fazla intihar girişimi arasında bir ilişki bulmuşlardır(29).

2.1.3.4. Çevresel Etmenler ve Stresli Yaşam Olayları

Ergenlerden bazıları (çoğunlukla majör depresif bozukluk tanılı kızlar) bir süredir intiharı düşünmüş ve çoğunlukla ölümleri için hazırlık yapmış gibi görünse de ergen intiharlarının çoğu dürtüsel görünmektedir(46). İntihar girişimine genellikle romantik bir ilişkinin kaybı, okul veya yasalarla ilgili disiplin sorunları, akademik veya ailevi zorluklar gibi stresli yaşam olayları neden olabilir. Bu stresler altta yatan ruhsal bozukluğun kendisinden kaynaklanabileceği gibi ruhsal bozukluğu olan ergenin baş edemeyebileceği kontrol edilemeyen olayların sonuçları da olabilir. Altta yatan ruhsal bozukluğu olan bir ergen, ortalama olarak sağlıklı bir ergene göre daha çok sayıda stresli olayla karşı karşıya kalabilir ya da yaşanan olayları daha stresli olarak algılayabilir(46).

Danimarka'da çocuk ve ergenlerde sık ikamet değişikliği intihar girişimiyle tamamlanmış intihar riskinde artış ile ilişkilendirilmiştir(76).

Zorbalık intihar girişimi ve kendine zarar verme davranışıyla ilişkilidir. İki yıllık boylamsal bir çalışmada zorbalık ve mağduriyet, intihar düşüncesiyle ilişkilendirilmiştir(77). Finlandiya'da yapılan bir çalışmada, psikopatoloji kontrol altına alındıktan sonra bile, kızlar arasında sık zorbalığa maruz kalma daha sonraki intihar girişimleri ve tamamlanmış intihar ile ilişkilendirilmiştir(78).

Diğer ilgili stres etkenleri arasında hapse girme veya diğer yasal sorunlar, okulla ilgili disiplin sorunları ve diğer zorluklar yer alır. Liselere yönelik rekabetçi yerleştirme sınavları intihara neden olabilir(33). İntihar girişimi riski okulu bıraktıktan veya okula belli bir süre devamsızlıktan sonra artabilir(35).

İnternette intiharla ilgili çok çeşitli web siteleri mevcuttur. İntiharı açıkça kutlayan, ölümcül yöntemler hakkında tavsiyeler veren, kullanıcıların intihar niyetlerini açıklayabilecekleri veya ortak intihar için tarih belirleyebilecekleri sohbet grupları sunan siteler vardır(79).

Fiziksel ve cinsel istismar, özellikle cinsel istismar, intihar girişimi ve tamamlanmış intiharla güçlü bir şekilde ilişkilidir(47,80). Daha küçük yaşta intihar eden gruplar genellikle büyük bir sıkıntı yüküne ve çocuklukta istismar/ihtmal geçmişine sahiptir(81).

2.1.3.5. Fiziksel Hastalıklar

Ergenlerde intihar davranışına sebep olan birçok fiziksel risk faktörü vardır. Çeşitli araştırmalar, zayıf fiziksel sağlık, kronik hastalık veya engelliliğin gençlerde intihar düşüncesi ve girişimi riskini önemli ölçüde artırdığını ortaya çıkarmıştır(82–84). İşlevsel bozukluk, bilişsel sorunlar, kronik ağrı, görme ve işitme kaybı gibi fiziksel sağlık sorunları, intihar riskini artırabilen faktörlerdir. Bu tür sağlık sorunları, kişinin başkalarına bağımlı olmasına sebep olup intihar düşüncesini tetikleyebilir. Özellikle kanserli hastalar arasında yapılan çalışmalar, bu grup içindeki intihar oranlarının normal popülasyona kıyasla 20 kat daha fazla olduğunu göstermekte olup fiziksel hastalıkların kişinin zihinsel sağlığı üzerindeki önemli etkilerini vurgulamaktadır(85). Bazı yayınlar intihar davranışı ile diyabet ve epilepsi gibi belirli kronik hastalıklar arasındaki bağlantıya değinmektedir(86,87). Bunun yanı sıra, kronik hastalıkların sağaltımında kullanılan kortikosteroidler, depresif semptomlara yol açarak intihar riskini artırabilir(88).

2.1.3.6. Genetik ve Biyolojik Etkenler

İkiz ve evlat edinme üzerine yapılan araştırmalar, intihar davranışlarının ailesel aktarımının bir kısmını genetik faktörlerin oluşturduğunu ve kalıtsallık tahminlerinin %30-50 arasında olduğunu göstermektedir(89,90).

Ailede intihar davranışı öyküsünün büyük bir kısmı ruhsal bozukluklarla ilişkili riskle açıklanabilir(91); ancak bazı çalışmalar, psikotik bozuklukların ve duygudurum bozukluklarının kontrol altına alınmasından sonra bile intihar davranışının ailesel olarak aktarıldığına dair kanıtlar sağlamıştır(92). İntihar davranışıyla en tutarlı şekilde ilişkilendirilen biyolojik etkenler, inhibitör bir nörotransmitter olan serotoninin işleyişindeki bozuklukları içermektedir. İntihar yoluyla ölen kişilerin beyin omurilik sıvılarında daha düşük seviyelerde serotonin metabolitleri bulunur(93,94), trombositlerde daha yüksek serotonin reseptör bağlanması (95) ve daha az presinaptik serotonin taşıyıcı bölgesi ve prefrontal korteks gibi beynin belirli bölgelerinde daha fazla postsinaptik serotonin reseptörü bulunur; bu da dürtüsel davranışı engelleme yeteneğinde eksiklik olduğunu düşündürmektedir(92).

Araştırmacılar, fenotipin karmaşık doğası ışığında moleküler genetik çalışmalarda intihar için genetik lokusları tanımlamamışlar(90,91) , bunun yerine gen-çevre etkileşimleri yoluyla ortaya çıkabilecek intihar davranışının biyolojik bağıntılarını araştırmışlardır(90,91).

2.1.3.7. Bireysel Özellikler ve Kişilik Özellikleri

Umutsuzluk : Umutsuzluk sıklıkla depresif ruh hali ile ilişkili olsa da, depresyon faktörü kontrol altındayken dahi intihar niyetiyle daha güçlü şekilde koreledir ve psikopatolojik özelliklerin ötesinde yeniden intihar girişiminde bulunma ve intiharı tamamlama riskini öngörür(96,97). Umutsuzluk, dürtüsel intihar girişimlerine göre duygudurum bozukluğu olanlarda daha yaygın olabilir(98). Umutsuzluk, yalnızca intihar riskiyle güçlü ilişkisi nedeniyle değil, aynı zamanda hastaların umutsuzluğa kapılarak tedaviyi bırakma ihtimali nedeniyle de önemlidir(99).

Dürtüsellik, Duygusal Düzenleme Güçlükleri ve Zayıf Problem Çözme Becerileri: İntihar girişiminde bulunan ergenler sıklıkla dürtüsel davranırlar ve girişimlerini nispeten az planlar veya sonuçları hakkında düşünmeden gerçekleştirirler. Bu tür gençler genellikle alternatif çözümler üretmek, bu alternatiflerin göreceli sonuçlarını değerlendirmek, bir eylem planı uygulamak ve yeniden değerlendirmek için gerekli becerilerden yoksundur(100). Ayrıca birçok intihar girişiminde bulunan kişi yalnızca duygudurum bozukluklarıyla değil, aynı zamanda duygusal düzenlemeyle (yani ruh halinin stresli durumlara yüksek tepki vermesiyle) de zorluklar yaşamaktadır(101).

Hostilite ve Agresyon: Bu alan dürtüsellik ve duygu düzenleme alanıyla örtüşmektedir. Düşmanlık ve dürtüsel saldırganlığa eğilim ve B kümesi kişilik bozukluğu, gençler arasında intihar davranışı ve tamamlanmış intiharla ilişkilidir ve aynı zamanda tekrarlanan intihar girişimlerinin habercisidir(102,103). Hayal kırıklığı veya provokasyona yanıt olarak düşmanlık veya saldırganlıkla yanıt verme eğilimi, merkezi serotoninindeki değişikliklerle yakından ilişkili bir özelliktir(104).

Sosyal Beceri Eksiklikleri: Pek çok intihar girişiminde bulunan kişi, düşmanlığını ifade etmek, dikkat çekmek veya diğer insanları etkilemek için intihar davranışına girer. Kendine zarar veren davranışlarda bulunmaya yönelik bu motivasyonlar, sosyal becerilerde ve kişilerarası etkililikte zorluklara işaret etmektedir(105).

Mükemmeliyetçilik: Mükemmeliyetçilik, özellikle ergenlerde ve genç yetişkinlerde artan intihar riskiyle bağlantılı bir kişilik özelliğidir. Özellikle zararlı olan iki mükemmeliyetçilik türü, toplumsal olarak öngörülen mükemmeliyetçilik veya başkalarının sizden mükemmellik talep ettiği inancı ve hatalar konusunda aşırı endişe ve eylemler hakkında şüphe içeren mükemmeliyetçi kaygılardır. Hem sosyal olarak belirlenmiş mükemmeliyetçiliğin hem de mükemmeliyetçi kaygıların ergenlerde daha yüksek intihar

eğilimi ile ilişkili olduğu(106) , obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalarda sosyal olarak belirlenmiş mükemmeliyetçilik ve mükemmeliyetçi kaygıların yaşam boyu intihar girişimlerini ve mevcut intihar düşüncelerini yordadığı(107) çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Muyan, Türk üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada, sosyal olarak belirlenmiş mükemmeliyetçiliğin bir türü olan ebeveyn eleştirisinin, öğrencilerde depresif belirtileri ve intihar düşüncesini öngördüğünü keşfetmiştir(108). 45 çalışmanın gözden geçirildiği bir meta-analizde de mükemmeliyetçi kaygıların, ebeveyn eleştirisinin ve ebeveyn beklentilerinin intihar düşüncesiyle ve intihar girişimleriyle ilişkili olduğu gösterilmiştir(109).

Cinsel Yönelim: Homoseksüel ve biseksüel gençler tıpkı çocuklukta cinsel veya fiziksel istismar mağduru ergenler gibi intihar girişimi açısından yüksek bir risk taşıır; sıklıkla birden fazla risk faktörüne sahiptirler (örn. depresyon, önceki intihar girişimleri, madde bağımlılığı, cinsel mağduriyet, aile çatışması ve okulda dışlanma)(46).

2.1.3.8. Ölümcul Araçlara Ulaşabilme

Epidemiyolojik, vaka kontrollü, yarı deneysel ve ileriye dönük çalışmalardan elde edilen ortak kanıtlar, evde silah bulunmasının tamamlanmış intihar açısından büyük bir risk oluşturduğunu göstermektedir. Evdeki silahın uzun bir silah yerine tabanca olması, boş yerine dolu olarak saklanması ve kilitli yerine kilidi açık olarak saklanması durumunda intihar riski daha yüksektir(110). Ölümcul ilaçlara ulaşabilir olmak intihar riskini ve bir intihar girişiminin tıbbi açıdan ölümüllüğünü artırabilir(98).

Tıbbi olarak yüksek ölümüllük taşıyan intihar girişimleri ası, ateşli silahla kendini vurmak, karbonmonoksit zehirlenmesi veya yüksekten atlamak gibi yöntemleri kullanmak, genellikle intihar niyetinin ciddi olduğunun göstergesidir. Bu tür girişimlerde bulunan bireyler, intiharı tamamlama riski son derece yüksek olan kişilerdir(55) fakat tam tersi her zaman geçerli olmak zorunda değildir, yani düşük ölümüllük taşıyan bir girişim, intihar niyetinin düşük olduğu anlamını göstermez. Bu özellikle ergenlik öncesi veya erken ergenlik dönemindeki çocuklar için geçerlidir. Daha genç hastalarda bilişsel olgunluk eksikliği, intihar düşüncesinde olan bir gencin ölümcul bir intihar planı oluşturmasını ve uygulamasını zorlaştırabilir. Bu nedenle, daha genç bireyler, oldukça tehlikeli olduğunu düşündükleri intihar davranışlarına yönelebilirler(47). Bu nedenle, ölümüllük her zaman intihar niyeti bağlamında değerlendirilmelidir. Ayrıca, ölümcul bir maddeye erişimi olan düşüncesiz bir birey için,

göreceli olarak düşük niyetle gerçekleştirilen bir girişim, tıbben ciddi ve hatta ölümcül bir girişime yol açabilir(47,49).

2.2. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

2.2.1. Tanım

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), çocuk ve ergenlerin işlevselliğini etkilediği uzun süredir kabul edilen nörogelişimsel bir bozukluktur. Bu bozukluğa sahip bireyler, gelişimleriyle uygun olmayan düzeyde dikkatsizlik, hiperaktivite veya dürtüsellik kalıpları gösterirler.

Dikkatsizlik: Bu terim, bir kişinin zihinsel odaklanma yeteneğinin eksik olduğu durumları ifade etmek için kullanılır. DEHB’li kişilerde dikkati toplayamama ve sürdürmemeye, dinlemekte ve talimatları takip etmede zorluk, dikkat hataları yapma, dalgınlık, görev ve etkinliklerin düzenlenmesinde zorluk, sürekli zihinsel olarak çabalamayı gerektiren görev ve sorumluluklardan kaçınma, unutkanlık, sık sık eşya kaybetme şeklinde görülebilmektedir.

Hiperaktivite: Aşırı fiziksel huzursuzluğu ve yerinde duramamayı içerir(genellikle ergenlerde ve yetişkinlerde). Çocuklarda ise bu durum yerinde durmakta güçlük çekme, yaşıtlarına göre daha hareketli olma, çok konuşma, çevresi tarafından sık uyarılma ve düşme-çarpma gibi belirtiler şeklinde görülebilmektedir.

Dürtüsellik: Düşünmeden hareket etme ve konuşma, acelecilik, beklemeye tahammülsüzlük, isteklerini erteleyememe, çevredekilerin sözünü kesme gibi belirtiler şeklinde görülebilmektedir(7).

Dikkat Eksikliği Bozukluğu ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu iki farklı tanı olmasına rağmen, DSM-IV bunları dikkat eksikliği baskın alt tip, hiperaktivite/dürtüsellik baskın alt tip ve bileşik tip olarak üç alt tipi olan tek bir bozuklukta birleştirmiştir(111).

DSM-IV’te ‘alt tip’ tanımlaması, DSM-V’te ‘görünüm (presentation)’ olarak değiştirilmiştir(112).

Güncel çalışmalar, bir hastalığın, alt tiplerinden ziyade hastalığın farklı belirtileri olarak tanımlanması gerektiğini çünkü alt tiplerin izlem süresince değişebileceğini

göstermektedir. Bunun yanında, hiperaktivite ve dikkatsizlik semptom sayılarının belirlenerek yapılan izlemlerin süreci daha işlevsel hale getirebileceği çalışmalarda bildirilmektedir(113).

2.2.2. Tarihçe

Dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik semptomlarıyla başvuran çocuklar son 200 yılda birçok yazar tarafından daha önce tanımlanmıştır. Tanımlanan işlev bozukluklarının klinik özellikleri, temel kavramları ve isimlendirilmesi zaman içinde değişmiştir ancak tarihsel tanımlamaların çoğu DEHB için günümüzdeki tanı kriterleriyle tutarlıdır(114).

DEHB'ye benzer görünen bir bozukluğun ilk örneği 1798 yılında Sir Alexander Crichton tarafından verilmiştir. Crichton'un açıklamaları 18. yüzyılın sonunda DEHB'nin varlığına dair bazı kanıtlar sağlamaktadır(114).

1844'te Alman psikiyatrist Heinrich Hoffmann, günümüzde DEHB'li çocuklar için popüler bir tanımlama olan "Kıpr Kıpr Phil (Zappelphilipp)" de içinde olduğu bazı resimli çocuk öyküleri yazmıştır. Kıpr Kıpr Phil'in hikayesinde Hoffmann, akşam yemeğinde Phil'in huzursuz davranışından kaynaklanan ve masadaki yemekle birlikte düşmesiyle sonuçlanan bir aile tartışmasını anlatmaktadır. Bu durum erken bir DEHB olgusu şeklinde yorumlanabilir(114). Hoffmann, ismi "Johnny Look-in-the-air" olan bir diğer hikayesinde ise dikkatsizlik belirtileri gösteren bir çocuğu betimlemektedir. Johnny her zaman "gökyüzüne ve yanından geçen bulutlara bakıyordu" ve bu nedenle "çoğu zaman dikkati yabancı uyaranlarla kolayca dağılırdı"(114).

Sir George Frederic Still'in 1902'deki Goulstonian Dersleri birçok yazar tarafından DEHB tarihinin bilimsel başlangıç noktası olarak kabul edilmektedir(115). 1902 yılında Lancet'te yayınlanan bir makalede DEHB motor ajitasyon, dikkat problemleri ve dürtü kontrol güçlükleri olarak tanımlanmıştır(116).

1917-1928 yılları arasında yaşanmış ve 20 milyon insanı etkilemiş olan bir ensefalit epidemisi ardından hayatta kalan çocukların bazılarında kişilik değişiklikleri, duygu düzenleme güçlükleri, bilişsel ve motor problemler, öğrenme güçlükleri, aşırı hareketlilik, dikkati sürdürmemeye ve irritabilite gözlenmiş olup bu mevcut tablo "postensefalitik davranış bozukluğu" şeklinde isimlendirilmiştir(114). İlerleyen yıllarda bu semptomların beyin hasarından kaynaklanmış olabileceği düşünülüp 'minimal beyin disfonksiyonu' şeklinde isimlendirilmiştir(117).

Dünya Sağlık Örgütü ICD-9 (International Statistical Classification of Diseases-Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması)(118) ile Amerikan Psikiyatri Birliği DSM-II’de “Çocukluktaki Hiperkinetik Sendrom” olarak tanımlamıştır ve bu tanıyla ilgili geçerlik güvenilirlik çalışmaları başlamıştır(119).

DSM-III’te(120) “Dikkat Eksikliği Bozukluğu” şeklinde isimlendirilmiş; hiperaktiviteli veya hiperaktivitesiz olarak iki gruba ayrılmış, ana belirtileri dikkatsizlik, dürtüsellik ve huzursuzluk olarak belirlenmiştir.

DSM –III-R’ de ise “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu” şeklinde isimlendirilmiş,tanı için 14 madde içinden en az 8 adet maddenin olması gerektiği belirtilmiştir(121).

DSM IV’te dikkat eksikliği baskın alt tip, hiperaktivite/dürtüsellik baskın alt tip ve bileşik tip olarak 3 adet alt gruba ayrılmıştır. ICD-10’da “Hiperkinetik Bozukluk” şeklinde adlandırılan hastalığın 7 yaştan önce başlamış olması gerektiği belirtilmiştir(122).

2013 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği’nin yayınladığı DSM-V ile DEHB, beyin görüntüleme çalışmalarında kortikal maturasyonda aksamaların tespit edilmesi nedeniyle, yeni oluşturulmuş olan “Nörogelişimsel Bozukluklar” başlığı altına yerleştirilmiştir. Semptomların yaş olarak başlangıç kriteri 12 yaş şeklinde değiştirilmiştir. Otizm Spektrum Bozukluğu tanısı dışlama kriteri olmaktan çıkmıştır(112).

2.2.3. Epidemiyoloji

Dünya genelinde DEHB yaygınlığı çocuklar ve ergenler için yaklaşık %5.29 ve yetişkinlikte %4.4 olarak belirlenmiştir fakat DEHB prevalansı çalışmaların metodolojik özelliklerinden oldukça etkilenmiş görünmektedir(123). Sonradan yapılan bir metaanaliz çalışmasında ise DEHB prevalansı %5.9-7.1 olarak bulunmuştur(113). Polanczyk ve arkadaşları ise 2015 yılında, bütün psikiyatrik bozuklukların prevalansını araştırdıkları bir metaanaliz çalışmasında DEHB prevalansını %3.4 olarak bildirmiştir(124).

Ülkemizde ise Ercan ve arkadaşlarının, 2008-2011 yılları arasındaki 4 yıllık DEHB prevalansını hesapladığı çalışmada DEHB prevalansı yıllara göre sırasıyla %13.38, %12.53, %12.22 ve %12.91 olarak tespit edilmiştir(125).

Türkiye’de çocuk ve ergenlerde psikopatolojilerin yaygınlığını belirlemeye yönelik en büyük ve kapsamlı epidemiyolojik çalışma olan EPICPAT-T çalışmasında 6-13 yaş aralığında

DEHB sıklığı %12,4 olarak; cinsiyete göre DEHB prevalansı ise kızlarda %8,6 erkeklerde ise %15,9 olarak bulunmuştur(126).

DEHB için erkek/kız oranları, klinik ve epidemiyolojik örneklemelerde sırasıyla 9:1 ile 3:1 olarak belirlenmiştir(127). Ciddi davranışsal semptomları olan gençlerin psikiyatrik tedaviye yönlendirilme ve bunların erkek olma olasılıklarının daha yüksek olduğu, dolayısıyla DEHB'nin erkekler arasında kızlardan çok daha yaygın olduğu görüşü mevcuttur(128).

2.2.4. Tanılama

DEHB tanısı çocuk ve ebeveynleriyle yapılan psikiyatrik değerlendirme sonrasında klinik olarak konulmaktadır. DEHB, DSM-V'te 'Nörogelişimsel Bozukluklar' kategorisinde yer almaktadır. Klinisyen, DSM-V'te listelenen 18 DEHB belirtisinin her biri hakkında aileyle ayrıntılı bir görüşme yapmalıdır. Her semptom için klinisyen semptomun mevcut olup olmadığını, süresini, şiddetini ve sıklığını belirlemelidir. Semptomların başlangıç yaşı değerlendirilmelidir.

Aile, çeşitli yaş grubundaki çocuklar için oluşturulup standartlaştırılmış, tanı koymaya yardımcı davranış derecelendirme ölçeklerinden doldurulmalıdır. Bu ölçekler aynı zamanda DEHB ile birlikte veya ayrıca görülebilecek diğer psikiyatrik semptomlara da değinmektedir(112,129).

Klinikte tanı koymaya yardımcı ölçeklerden Ercan Okul Öncesi Yıkıcı Davranış Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği ve ülkemizde geçerlik-güvenilirliği Prof. Dr. Eyüp Sabri ERCAN ve arkadaşları tarafından yapılan Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (Turgay Ölçeği) sıklıkla kullanılmaktadır(130).

Hastanın öğretmenlerinden benzer bir derecelendirme ölçeği doldurması ve okuldan hastaya ait karne, çalışma örnekleri gibi materyallerin incelenmesi önerilmektedir. Aile öyküsü ve aile işlevselliği değerlendirilmelidir. DEHB oldukça kalıtsal olduğundan, hastanın ebeveynleri ve kardeşleri arasında DEHB prevalansının yüksek olması muhtemeldir. Ailenin sosyal geçmişi incelenmelidir. DEHB'li hastalar yapılandırılmış ortamlarda daha iyi performans gösterdikleri için ailede tutarsız, düzensiz bir ortam yaratan herhangi bir faktör hastanın işlevselliğini daha da bozabilir. Hastanın yaşamış olabileceği herhangi bir fiziksel veya ruhsal travmaya (acil servise çok sayıda ziyaret dahil) ve mevcut psikososyal stres

etkenlerine ilişkin bilgiler toplanmalıdır. Hastanın perinatal geçmişi, gelişimsel dönüm noktaları, tıbbi geçmişi ve mental gelişimi hakkında bilgi alınmalıdır(112,129).

DEHB tanısı konabilmesi için dokuz dikkatsizlik ve/veya dokuz hiperaktivite/dürtüsellik belirtisinden minimum altı belirtinin bulunması ve bunların en az iki farklı ortamda görülüp en az 6 ay sürmesi, 12 yaşından önce başlamış ve işlevselliği bozuyor olması gerekmektedir. Altı ve daha fazla dikkatsizlik belirtisi mevcut ancak yeterli düzeyde hiperaktivite/dürtüsellik belirtisi mevcut değilse tanı, dikkat eksikliği baskın görünüm; altı ve daha fazla hiperaktivite/dürtüsellik belirtisi mevcut ancak yeterli düzeyde dikkatsizlik belirtisi mevcut değilse tanı hiperaktivite/dürtüsellik baskın görünümüdür. Her iki belirti grubu kümesinden altıdan fazla belirti mevcutsa tanı bileşik görünümüdür. 17 yaş üstünde ise dokuz maddeden beşinin mevcut olması tanı konulması için yeterlidir(112,129).

2.2.5. Etiyoloji

DEHB, tıp tarihinde en çok araştırılmış bozukluklardan biridir fakat etiyolojisi henüz tamamen aydınlatılamamıştır çünkü DEHB heterojen bir hastalıktır. Dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerinin yanında bazı oldularda ciddi davranım sorunları bulunması ve bu kadar farklı özelliklere sahip olguların DEHB tanısı altında tek bir grupta yer alması etiyolojinin aydınlatılmasını zorlaştırmaktadır. Günümüzde çalışmalar sonucu gelenen noktada çevresel, genetik ve biyolojik etkenlerin bir arada değerlendirilmesinin etiyolojinin aydınlatılmasında daha uygun olacağı ortaya konmuştur(7).

Genetik: Araştırmalar, DEHB'li çocukların ebeveynleri arasında DEHB riskinin topluma göre iki-sekiz kat arttığını, bu çocukların kardeşleri arasında da benzer oranda risk olduğunu bulmuştur(131). Çocuklukta DEHB tanısı almış ailelerin çocuklarının değerlendirildiği bir çalışmada, çocuklar %57 oranında DEHB kriterlerini karşılamıştır(132).

ABD, Avrupa Birliği, Avustralya ve İskandinavya'da yapılan 20 ikiz çalışmasının gözden geçirildiği DEHB ile ilgili bir meta-analizde kalıtlılabirliğin ortalama %76 oranında olduğu, DEHB'nin psikiyatrik bozukluklar arasında en kalıtsal olanlardan biri olduğunu göstermektedir(133).

Evlat edinme çalışmalarında ise evlat edinen ailelerin DEHB tanısını biyolojik anne babalara oranla daha az bir sıklıkta karşıladığı saptanmıştır(134).

DEHB etiyolojisinde dopaminerjik, seratonerjik ve noradrenerjik nörotransmitter sistemleri rol oynamaktadır(135). Dopaminerjik sistem genetiğinde DRD1, DRD2, DRD3,

DRD5, COMT, MAO-A, MAO-B, Tirozin hidroksilaz genleriyle de ilişki olmakla birlikte en çok araştırılan genler DRD4 ve DAT1(SLCA3) olmuştur(136).

DEHB'deki dürtüselliikle ilişkili olduğu düşünülen “yenilik arayışı kişilik özelliği”olanlarda ve makrogöç(uzun mesafeler) yapanlarda DRD4 uzun allelleri daha sık gözlenmiştir(137,138). Ülkemizde Ercan ve ark. gerçekleştirdiği bir çalışmada sadece dikkat eksikliği semptomları olan (DSM-V restriktif tip) olguların DRD4 7 tekrar alleleline sahip oldukları bulunmuştur(139).

Farelerde DAT1(SLC6A3) gen fonksiyonunun ortadan kaldırılmasının hiperaktivite ve davranış inhibisyonunda eksiklikler oluşturduğu saptanmıştır(140,141).

Dopaminerjik sistem dışında seratonerjik sistem(HTR1B, HTR2A, HTR2C, TPH1, TPH2, DDC), noradrenerjik sistem(NET1/SLC6A2, ADRA2A, ADRA2C), kolinerjik sistem(CHRNA4), glutaminerjik sistem(GRIN2A, GRM7) ve nöronal plastisite(SNAP-25, BDNF) genleriyle DEHB ilişkili bulunmuştur(136).

Genom çapı ilişkilendirme çalışmaları(GWAS) yüksek sayıda hasta/kontrol veya aile örneklemini kullanarak bir milyon tek nükleotid polimorfizmini(SNP) ve kopya sayısı farklılıklarını(CNV) test eder. Genetik çalışmalar artık gen merkezli değil de genom çapında yürütülmektedir(142). GWAS çalışmalarının bazılarında DEHB ile genom çapı düzeyinde anlamlı ilişkiler saptanmıştır(143).

Nörogörüntüleme: Yapısal beyin görüntüleme çalışmalarında, DEHB tanılı olgularda sağlıklı kontrol grubuna göre total beyin hacminin %2,5 ve total gri cevher hacminin %3 daha küçük olduğu, bunun yanında beyaz cevher hacminin farklı olmadığı tespit edilmiştir(144). Hacimsel kaybın corpus callosum(145,146), serebellum(147,148) ve striatal(149) yapılarda da mevcut olduğu tekrarlayan çalışmalarda gösterilmiştir.

Güncel bir mega-analizde toplam gri cevher hacminde, bazal ganglionlarda, serebellar hacimde azalma olduğu; putamen ve kaudat nükleusta bilateral hacim kaybı olduğuna işaret edilmiştir. Aynı çalışmada, DEHB'de amigdala, accumbens ve hipokampal yapıların hacminde kayıp olduğu saptanmıştır(150). En büyük hacimsel kayıp amigdalada saptanmış olup bu bölge duygusal düzenleme ile ilişkilidir. Duygusal düzenleme(emosyonel regülasyon) ile ilgili sorunlar DEHB'li oldularda sık görülmektedir(7).

DEHB'nin nörogelişimsel bir bozukluk olduğunu, beyindeki yapısal farklılıkların maturasyonda gecikmeye bağlı olabileceğini varsayan çeşitli araştırmacılar kortikal ölçümlerle (kortikal kalınlık, kortikal yüzey alanı, gri madde oluşumu gibi) korteksin farklı bölgelerinin

gelişimsel eğrilerini incelemiştir(151). DEHB’li olgularda kortikal kalınlık serebrum boyunca sağlıklı kontrollerden 3 yıl, zirve korteks kalınlığı da aynı şekilde sağlıklı kontrollerden 3 yıl geride kalmaktadır. Bu gerilik tüm serebral loblarda olmakla birlikte en belirgin prefrontal kortekste gözlenmiştir(152). DEHB’deki maturasyonel gecikmenin subkortikal yapıları da kapsadığı yakın tarihli mega-analizde gösterilmiştir(150).

Görece yeni bir manyetik rezonans görüntüleme(MRG) yöntemi olan Difüzyon Tensörü Görüntüleme(DTI) ile beyaz madde yolakları incelenebilmektedir. Son yıllarda, beyindeki bölgesel defisitlerden ziyade fonksiyonel ve yapısal bağlantıların incelendiği ‘‘connectivite’’ yaklaşımı benimsenmiştir(153). Bir metaanalizde DEHB’li olgularda fronto-striatal-serebellar beyaz networke ait beş alanda mikroyapısal bütünlükte bozulma tespit edilmiştir(145). Güncel DTI literatürü DEHB’de atipik interhemisferik bağlantıya işaret etmektedir(154).

DEHB etiyojisi hakkında yapılmış fonksiyonel magnetik rezonans(fMRI) çalışmalarında fronto-striato-parietal ve fronto-serebellar nöronal ağ yolaklarıyla ilgili bulgular elde edilmiştir. İnhibisyon(frontostriatal), dikkatin sürdürülmesi(fronto-parieto-temporal), motivasyonun kontrolü(fronto-limbik), zamanlama becerileri(fronto-striato-serebellar) gibi yürütücü işlevlerin tespitinde fMRI kullanılabileceği öne sürülmüştür(155). Bir meta-analizde bilateral ventral dikkat alanları ve özellikle sağ hemisferde fronto-temporo-parietal bölgelerde hipoaktivasyon olduğu gösterilmiştir(156). Bunun yanında, DEHB’li olguların sağ serebellum, sol cuneus, parieto-okspital bölgelerinde hiperaktivasyon olduğu, bu durumun dikkati sürdürebilmek için kompensasyon mekanizması olabileceği öne sürülmüştür(139,157).

Nörokimyasal: Dopaminerjik ve noradrenerjik nörotransmisyon, DEHB'nin patofizyolojisinde yaygın olarak rol oynamaktadır(158). Dopamin (DA) ve noradrenalin (NA), kimyasal yollarla yapısal olarak bağlantılıdır; dopaminin hidroksilasyonu ile noradrenalin oluşur(159).

Fronto-striato-serebellar devrelerin nöromodülasyonu yoluyla, her iki katekolamin de DEHB’li olgularda prefrontal yürütücü işlevlerde; dikkat, odaklanabilme, motive olma ve uyanıklık gibi kognitif(bilişsel) işlevlerde kritik bir rol oynar ve DEHB'de farmakoterapi için önemli bir hedeftirler ancak bozukluğun ve tedavisinin altında yatan kesin nörobiyolojik mekanizmalar henüz tam olarak anlaşılamamıştır(160).

Kortikal ve mezolimbik bölgede bulunan dopaminin eksikliği dikkati devam ettirme, uyarınları fark edememe ve motivasyon problemlerine, mezokortikal bölgedeki dopamin eksikliği ise bilgi işleme bellek işlevinde problemlere neden olmaktadır(161).

DEHB'nin patofizyolojisinde dopaminerjik aktivite düzensizliği merkezi bir rol oynasa da DEHB'nin nörobiyolojisini ve farmakolojik tedavisini anlamada noradrenerjik aktivitenin potansiyel katkısı da uzun süredir DEHB'nin patofizyolojisinde yer almaktadır(162). Noradrenalin projeksiyonları öncelikle locus coeruleus'taki nöronlardan kaynaklanır ve DEHB'de sıklıkla bozulan çalışma belleği(working memory) ve inhibitör tepki kontrolü(inhibitör response control) gibi yüksek düzeyli bilişsel işlevlerde kritik bir rol oynayan prefrontal korteksin de dahil olduğu birçok bölgeye projeksiyonlar gönderir(163). Orta düzeyde noradrenalin seviyeleri alfa-2a reseptörlerini etkileyerek bilişi(dürtü kontrolü dahil) iyileştirirken aşırı stres altında olduğu gibi yüksek seviyeleri alfa-1 adreno reseptörlerini devreye sokarak bilişi bozar(164).

Serotonerjik ve katekolaminerjik sistemler arasındaki etkileşimler nedeniyle, tek bir nörotransmitter yaklaşımı DEHB'nin etiolojisini açıklamada yeterli olmayabilir.

Yürütücü işlevler:

DEHB etiolojisinde yürütücü işlev disfonksiyonunun önemi çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir(165). Tepki ketleme, planlama-organizasyon, soyut düşünme, çalışma belleği(working memory), dikkati kaydırabilme, akıcı şekilde sözlü iletişim kurma, duygu düzenleme, öğrenilmiş bilgi ve becerilerin amaca uygun şekilde ve uygun zamanda kullanılmasını içeren bir dizi yetenekleri ifade eder(166). Prefrontal bölgede düzenlenen yürütücü işlevlerin, kişinin zihinsel ve sosyoemosyonel davranışlarını düzenlemede etkili olduğu gösterilmiştir(167).

Barkley, modelinde yürütücü işlevleri "tepki ketleme, işleyen bellek, dilin içselleştirilmesi, özdenetim, uyanıklığın düzenlenmesi" olarak tanımlamış ve DEHB'deki temel yürütücü işlev bozukluğunun metakognisyon(üstbilis/kişisel farkındalık ve işleyen bellek) eksikliği olduğunu belirtmiştir(168).

Çevresel ve psikososyal faktörler:

DEHB'nin pek çok çevresel faktörle ilişkili olduğu bildirilmektedir, ancak hangilerinin kesin nedeni olduğunu belirlemek zordur(169,170).

Prenatal ve perinatal risk faktörleri arasında hamileyken annenin sigara ve alkol içiyor olması, annenin strese maruz kalması üzerinde durulmuştur(171). Bir meta-analizde

DEHB'nin, özellikle de dikkat eksikliği alt tipinin, prematürite ve doğum ağırlığının düşüklüğü ile ilişkili olduğu bulunmuştur(172). Norveç, Avusturalya ve Danimarka'da yapılan üç ayrı çalışmada prematüritenin DEHB riski oluşturduğu ve gebelik süresi kısaldıkça bu riskin arttığını bulmuştur(173,174). Prematüriteye ilişkin bulgularla tutarlı olarak Clements ve ark.(175) DEHB ve düşük doğum ağırlığı arasında bir ilişki bulamamışlardır. Buna karşılık Norveç, Avusturalya ve Danimarka'da yapılan üç ayrı çalışma da bebeğin düşük kiloyla doğmasının DEHB riskini artırdığını bulmuştur(173,174). Hamilelik sırasında sigara kullanmayan anneler model alınarak yapılan bir çalışmada sezeryan ile doğum, preeklampsi, indüklenmiş doğum, 5.dakikada düşük apgar skorunun da DEHB riskini artırdığı söylenmiştir(176). Hamilelikte iskemik-hipoksik koşullara maruz kalmanın (örneğin plasentanın ayrılması, preeklampsi) DEHB riskini artırdığına dair kanıtlar vardır(177). Genç yaşta anne olanların çocuklarında DEHB riskinin arttığını gösteren çalışmalar vardır(175). Bu ilişki, DEHB'si olan gençlerin riskli cinsel davranışlarda bulunma olasılıklarının yüksekliği gibi ölçülemeyen faktörlere bağlı olabilir(178) ve bu da onların ergenlik çağında hamile kalmasına neden olabilir(179).

Pre ve perinatal risk faktörleri arasında özellikle organik kirleticiler ve kurşun gibi toksinlere maruz kalmanın sinir sisteminde hasar yaratması yoluyla DEHB riskini artırdığı düşünülmektedir(180).

DEHB'de olası etiyolojik faktörler arasında beslenme eksikliklerini(örn: çinko(181), magnezyum(182), çoklu doymamış yağ asitleri(183)) araştıran çalışmalar olsa da bu tür eksikliklerin nedensel bir etkisi olduğu hakkında güçlü bir kanıt bulunamamıştır(171).

Aile içi problemler ve düşük gelir düzeyi gibi psikososyal açıdan olumsuz durumların, DEHB ile ilişkili olduğu bulunmuştur(184). Kötü muameleye maruz kalan çocuklarda DEHB yaygınlığının yüksek olduğu görülmüştür(185). DEHB'nin başlangıcında nedensel bir rol oynamasa bile ailevi ve psikososyal olumsuzlukların, hastalığın ortaya çıkış şeklini değiştirmesi ve antisosyal davranışlar gibi ikincil olumsuz sonuçlara yol açması mümkündür(186). Annede psikopatoloji varlığının da DEHB riskini artırdığı çeşitli çalışmalarda yer almıştır(187).

2.2.6. Komorbidite

DEHB'nin sıkça diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikte bulunduğu iyi bilinmektedir(188). Araştırmalar, DEHB'li çocukların ve ergenlerin %54-%84 oranında

KOKGB kriterlerini karşılayabileceğini göstermiştir; bu hastaların önemli düzeyde bir kısmı daha sonra davranış bozukluğu geliştirebilmektedir(189). Buna ek olarak, DEHB'li hastaların %19'u sigara içmeye başlamakta(190) veya madde kullanım bozuklukları geliştirebilmektedir(191).

%25- %35'inde özgül öğrenme bozukluğu ve gelişimsel dil bozukluğu(188); üçte birinde ise anksiyete bozuklukları görülebilmektedir(188).

Araştırmalar, toplumla karşılaştırıldığında DEHB'li bireylerde tik bozukluklarının yaygınlığının daha yüksek olduğunu göstermiştir. DEHB'li çocukların yaklaşık %11'ine tik bozuklukları eşlik etmektedir(192). Tik bozuklukları ve DEHB'nin bazı ortak nörobiyolojik faktörleri paylaştığını gösteren kanıtlar vardır. Her iki durumda da kortiko-striato-talamo-kortikal (CSTC) devrelerde fonksiyon bozukluğu mevcuttur. Bu paylaşılan nöral yollar, tik bozuklukları ve DEHB'nin birlikte ortaya çıkmasına katkıda bulunabilir(193).

Toplum örneklerinde yapılan çalışmalar incelendiğinde, DEHB'li gençlerde majör depresif bozukluk oranının, DEHB'si olmayan gençlere göre 5,5 kat fazla olduğu ve oranların %12-%50 arasında değişebildiği rapor edilmiştir(194). DEHB'li gençlerde eşlik eden depresyon, klinik örneklerde toplum örneklerine kıyasla daha yüksek oranlarda görülmektedir(188,195). Bir çalışmada, komorbid hastalıklardan bağımsız olarak, DEHB'li gençlerde DEHB tanısı olmayan gençlerden daha yüksek oranda depresyon görüldüğü rapor edilmiştir(196).

DEHB ve bipolar bozukluğun bir arada bulunduğu vakalarda, yüksek derecede huzursuzluk ve saldırganlık, manik ataklar ve genel duygusal düzenlemede güçlükler bildirilmiştir(197,198).

Ülkemizde 6-18 yaş arasındaki DEHB'li olgularda komorbiditelerin incelendiği bir çalışmada olguların %96,3'ünde en az bir psikiyatrik komorbidite olduğu bulunmuştur. En sık eşlik eden tanı KOKGB (%69,4) iken bunu anksiyete bozuklukları (%49) ve dışa atım bozukluklarının (%27,8) izlediği; yıkıcı davranış bozuklukları DEHB-birleşik tipte daha yaygın görüldüğü; depresif bozukluk ve anksiyete bozukluklarının kızlarda daha yüksek sıklıkta görüldüğü; ayrılık anksiyetesi bozukluğu ve dışlanmanın çocuklarda daha sık görüldüğü, ergenlerde depresif bozukluk, bipolar bozukluk, OKB ve sosyal fobinin daha yaygın görüldüğü saptanmıştır(199).

2.2.7. DEHB ve İntihar

18-25 yaş grubunda ikinci sırada tespit edilen ölüm nedeni olarak intihar, ciddi bir halk sağlığı sorununu olarak görülmektedir(2). Amerika’da ulusal bir araştırmada, üniversiteye gitmekte olan öğrencilerin %6,4’ü son bir yılda intihar düşüncesi bildirmiştir(200), bu da intihar girişiminin güçlü bir göstergesidir(201).

Majör Depresif Bozukluk (MDB) semptomları intihar düşüncesini öngörse de(41), dürtüsel bozukluklar (örn. DEHB) yalnızca intihar düşüncesi riskini artırmakla kalmaz(202) aynı zamanda düşünceden girişime doğru ilerleyişi güçlü bir şekilde yordar(24).

DEHB ile intihar arasındaki bağlantı üzerine yapılan bir meta-analizde, DEHB tanılı bireylerde intihar girişiminde bulunma riski kontrollere göre 2,91 kat daha fazla bulunmuştur(8). Boylamsal bir takip çalışmasında, çocukken DEHB tanısı almış bireylerin, DEHB olmayanlara kıyasla intiharı düşünme olasılıkları neredeyse iki kat, lisede intihar girişiminde bulunma olasılıkları ise 7 kata kadar daha fazla bulunmuştur. Genç yetişkinliğe gelindiğinde, daha önce DEHB tanısı alan kişilerin intiharı düşünme olasılığı kontrollere göre 2,6 kat daha fazla bulunmuştur(9).

DEHB’nin dürtüsellik, duygu düzenleme bozukluğu gibi belirtileri DEHB’yi intihar açısından riskli kılmaktadır. DEHB’de intihar riskinin araştırıldığı çalışmalar temelde DEHB’nin intihar açısından bağımsız bir risk faktörü olup olmadığı ile ilgilidir. DEHB tanısı olan bireylerde intihar davranışının komorbiditelerin varlığında belirginleştiği söylenebilir. DEHB’de intihar riskinin her iki cinsiyette de komorbiditelerin varlığında arttığı söylenebilir. DEHB tanılı ergenlerin yaklaşık yarısında intihar düşünceleri gözlemlenmektedir(203).

DEHB tanılı çocuklarda psikiyatrik komorbiditelerin ve aile işlevselliğinin intihar davranışlarına etkisini inceleyen bir çalışmada, DEHB’li çocuklarda intihar davranışı riski, intihar düşüncesi, planı ve girişimi açısından DEHB olmayan çocuklara göre yaklaşık 4 kat yüksek bulunmuş ayrıca anksiyete/depresyonun, davranış sorunlarının ve aile işlevselliğinin tüm intihar davranışlarına etkili olduğu; DEHB’nin intihar davranışları üzerindeki etkilerinin genel olarak aile işlevselliği ve eşlik eden psikiyatrik durumların etkisi kontrol altına alınsa da aynı kaldığı bulunmuştur(204).

Çocuklarda DEHB belirtileri ve suisidaliteye depresyon, irritabilite ve anksiyetenin aracı rolünü inceleyen bir çalışmada, DEHB semptomları ile suisidalite arasındaki ilişkili olduğu ancak bu ilişkiye depresyon, irritabilite ve anksiyete semptomlarının aracılık ettiği saptanmıştır(205).

Her ne kadar depresif belirtiler, spesifik anksiyete bozuklukları, distimi semptomları, zayıf bilişsel işlevler ve aile işlev bozuklukları gibi DEHB ile eşzamanlı psikolojik sorunların intihar mekanizmalarında rol oynadığı bildirilse de, intihar eğilimi ve DEHB'ye ilişkin bir meta-analiz göstermiştir ki DEHB intihar eğilimi açısından bağımsız bir risk faktörüdür(206).

DEHB belirtileri özellikle akademik performansı etkileyebildiği için DEHB semptomları olan bireyler, diğer bireylerden daha fazla psikolojik sıkıntı gösterebilir, bu da bu popülasyonda intihar davranışlarının ve düşüncelerinin ortaya çıkma olasılığını artırır(206).

Çocukluk döneminde DEHB belirtileriyle birlikte sürekli yüksek düzeyde iritabilite varlığının, ergenlik döneminde DEHB sürekliliği, dışsallaştırma ve içselleştirme sorunlarını ve intihar davranışlarını önemli ölçüde öngördüğü bulunmuştur(207).

Yetişkinlerde DEHB semptomları ile suisid düşüncesi ve girişimini inceleyen bir çalışmada komorbiditelerin etkisi kontrol altına alındığında bile, daha fazla DEHB semptomu olan yetişkinlerin intihar davranışı olasılığı daha yüksek bulunmuştur(208).

DEHB ve intihar davranışına yönelik etiyolojik faktörleri araştıran bir çalışmada DEHB intihar girişimi ve tamamlanmış intihar riskinin artmasıyla ilişkili bulunmuş ayrıca farklı akrabalık düzeylerinde ailesel risklerin paterni, bu ilişki için paylaşılan genetik faktörlerin önemli olduğunu göstermiştir. Bu da, DEHB olan hastalarda intihar davranışı riskinin altında yatan mekanizmaları belirlemeye yönelik önemli bir adım olmuştur(209).

2.3. YAVAŞ BİLİŞSEL TEMPO: (SLUGGISH COGNITIVE TEMPO-SCT)

2.3.1. Tanım

Yavaş Bilişsel Tempo (YBT) uyanık kalmada zorlanma, zihni sisliymiş gibi görünme, hayallere dalma, kendi dünyasında yaşama, şaşkınlık, yavaşlık, fiziksel hipoaktivite/uyuşukluk ve ilgisizlik gibi davranışsal semptomlarla karakterize bir bilişsel uyarılma ve uyanıklık bozukluğudur(10).

YBT ilk tanımlandığı dönemlerde DEHB'nin dikkat eksikliği baskın alt tipi olarak düşünülmüş olup son çalışmalarda YBT'nin DEHB ile birlikte görülebileceği fakat tamamen

ayrı bir bozukluk olduğu belirtilmektedir(210). YBT'deki gündüz düşleri, uykulu görünüm, letarjik hal iki bozukluk arasındaki en ayırt edici özelliklerdir(211).

Penny ve ark. olduğu bir çalışmada YBT olgularının taramasında kullanılabilecek soruların özgüllük ve duyarlılığı araştırılmış olup toplamda 14 madde belirlenmiştir(212). Araştırmalarda YBT ile ilgili ortak özellikler(7):

- Yavaş/uyuşuk hareket etme
- Uykulu gibi görünme
- Hayal kurmaya yatkın olma
- Yorgun veya bitkin görünme
- Akli başka yerde gözükmeme, dikkatini verememe
- Boş gözlerle bakma
- Kafası karışık, zihni bulanık görünme
- Uyanık kalmada, harekete geçmekte zorlanma
- Yaşlılarından daha inaktif olma
- Anlatılanları yaşlıları kadar anlamıyor gibi gözükmeme
- İlgisiz olma ve etkinliklere az katılma
- Kendi düşüncelerinde kaybolma

Tanısal geçerlilik açısından, şu anda YBT'yi tanısal terimlerle tanımlayacak yeterli kanıt bulunmamakta olup YBT'nin tanı ötesi(transdiagnostik) bir yapı olarak kavramsallaştırılmasının değerlendirilmesi için gelecekteki araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır(213).

2.3.2. Tarihçe

Yavaş Bilişsel Tempo tarihi yaklaşık 200 yıl önceye kadar dayanmaktadır fakat son 30 yıldır daha iyi tanımlanmaya başlamıştır(7). Az uyarılma, düşük enerji, sersemlik ve hayal kurmayla karakterize edilen dikkat sorunlarının ilk tanımının, 1798'de Sir Alexander Crichton tarafından yazılmış bir makalede ortaya çıktığına inanılmaktadır(214). Sir Alexander Crichton'un düşük enerjili, sosyal olmayan, dış uyaranlara karşı duyarsız bireylere ilişkin tanımı YBT'nin günümüzdeki tanımıyla örtüşmektedir(215). YBT ile ilgili modern bilimsel çalışmalar 1980li yıllarda başlamıştır. DSM-III oluşturulurken DEHB hiperaktiviteli ve hiperaktivitesiz olarak iki alt tipe ayrılmıştır(120). YBT ile ilgili çalışmaların başlaması ise iki

grup arasındaki farklılıklara yoğunlaşma sonrası olmuştur. Çalışmacılar uyuşukluk, uykululuk, ilgisizlik, kendi dünyasında olma semptomlarının dikkat eksikliğinden mi yoksa başka bir kategoriden mi kaynaklandığını araştırmaya başlamışlardır(216). 1985 yılında Lahey ve ark. okullarda yürütülen bir çalışmada hiperaktivitesi olan ve olmayan DEHB tanılı çocukları karşılaştırmış; her iki grupta akademik yetersizlik olduğunu; hiperaktivitesiz grupta kaygı, utangaçlık, sosyal geri çekilme, uykululuk, dış uyaranlara duyarsızlık, yavaş hareket etme olduğunu; hiperaktiviteli çocuklarda davranış sorunları, akranlarıyla anlaşamama gibi sosyal açıdan daha fazla sorun olduğunu saptamıştır. Böylece YBT kavramı yüksek dikkatsizlik düzeyi, düşük hiperaktivite düzeyi ile tanımlanan bir alt kavram olarak ortaya çıkmıştır(216)

Günümüzde Cognitive Disengagement Syndrome (CDS) yani Bilişsel Kopma Sendromu olarak isimlendirilmeye başlanmıştır.

2.3.3. Epidemiyoloji ve Demografik Özellikler

YBT üzerine çalışmalar esas olarak DEHB çalışmaları sonrası ortaya çıkmıştır(217). Dikkat eksikliği alt tipi olan DEHB hastalarının %30 ila %59'u YBT belirtileri gösterse de çalışmalar, dikkat eksikliği alt tipi olan DEHB ile karşılaştırıldığında YBT'nin ayırt ediciliğini desteklemektedir(217,218). YBT yaygınlığına ilişkin Amerika Birleşik Devletleri'nde 6 ila 17 yaşları arasındaki 1800 kişilik örneklemle yapılan çalışmada olguların yaklaşık %6'sının oldukça şiddetli YBT semptomları sergilediği bulunmuştur. DEHB tanılı çocukların yaklaşık %39'unda yüksek YBT skorları, YBT tanılı çocukların ise %59'unda DEHB tanısı saptanmıştır. ABD'de yapılan çalışma, daha yüksek oranda YBT semptomlarının düşük ebeveyn eğitimi düzeyi, düşük yıllık hane geliri ve yüksek ebeveyn işsizliği ile ilişkili olduğunu ortaya çıkarmıştır(219). Bazı çalışmalarda YBT'nin azınlık, cinsiyet, yaş ile ilişkili olmadığı belirtilse de(220) bu konuda netlik sağlanamamıştır(219). Bir çalışmada YBT semptom şiddetiyle kız cinsiyette olma arasında ilişki olduğu ve YBT semptom şiddetinin yaşla ılımlı düzeyde pozitif ilişkili olduğu saptanmıştır(213).

2012-2013 yılları arasında Barselona'da 7 ile 10 yaş arasındaki çocuklarla, ailelerine The Child Behavior Checklist(CBCL) ölçeğindeki YBT tarama soruları doldurtularak yapılan bir çalışmada yavaş bilişsel tempo sıklığı %11 olarak bulunmuştur(221).

2.3.4. Etiyoloji

Uluslararası bir çalışma grubunun, YBT ile ilgili tüm araştırmaları derlediği güncel yayınında etiyolojik faktörler ikiz çalışmaları, moleküler genetik çalışmaları, prenatal-erken çocukluk-medikal risk faktörleri, nörofizyolojik faktörler olarak incelenmiştir(222).

İkiz çalışmaları: Yapılan ilk ikiz çalışması CBCL ölçeğindeki 3 maddeyi kullanarak orta düzeyde kalıtılabilirlik bulmuştur(223). Ailelerin 5-7 maddeyi puanladığı bir diğer çalışmada, anlamlı ve daha yüksek düzeyde kalıtılabilirlik bulunmuştur(224). Kalıtılabilirlik tahminlerindeki bu değişkenlik, paylaşılmayan çevresel etkiler ve ölçüm hatalarıyla açıklanmıştır.

Moleküler genetik çalışmaları: Yalnızca bir çalışma DEHB ve/veya YBT'deki dopamin taşıyıcı (DAT1/SLC6A3) ve dopamin D4 reseptörü (DRD4) genlerindeki polimorfizm sıklığını inceleyerek YBT riskinin artmasıyla ilişkili spesifik genetik mekanizmaları belirlemeye çalışmıştır(225). YBT grubu arasındaki tek anlamlı fark, DEHB grubuna kıyasla YBT grubu arasında DRD4 geninin 7 tekrar allelinin sıklığının artmasıydı; ancak bu sonuç farklı çalışmalarla da desteklenmelidir.

Prenatal-erken çocukluk-medikal risk faktörleri: Prenatal dönemde alkol veya annenin sigara kullanımına maruz kalan çocuklarda, pediatrik travmatik beyin hasarından kurtulanlarda ve spina bifidalı gençlerde YBT sıklığında artış rapor edilmiştir(226–228). Epilepsili hastalarda(229) ve pediatrik beyin tümörü(230) veya akut lenfoblastik lösemiden(231) kurtulanlarda farklı sonuçlar rapor edilmiştir. Psikiyatri kliniğinde yatan çocuklarda tiroid uyarıcı hormon düzeylerinin SCT ile zayıf düzeyde ilişkili olup DEHB ile ilişkili olmadığı bulunmuştur(232). Son olarak, bebeklik döneminde daha fazla demir eksikliğinin, çocuk ve ergenlik dönemlerinde daha fazla YBT ve DEHB semptomlarının habercisi olduğu saptanmıştır(233).

YBT ile ilgili yapılan bu çalışmalar YBT'nin etiyolojisini ve YBT ile ilişkili faktörleri açıklamak için yol gösterici olsa da maternal ilaç kullanımı gibi çeşitli dış faktörlerin rol oynayıp oynamadığını araştırmak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır(234).

2.3.5. Nörogörüntüleme

2015 yılında DEHB+YBT olan 12-17 yaş aralığındaki 39 olguyla yapılan bir fMRI çalışmasında YBT skorları yüksek DEHB tanılı grupta sol superior parietal lobda hipoaktivite saptanmış olup superior parietal lob yüksek YBT skorları ile ilişkili bulunmuştur(235).

Ülkemizde ergenlerle yapılan başka bir fMRI çalışmasında bunun tersi olarak, Go/No-Go görevi sırasında YBT komorbid DEHB'li olgularda posterior hiperaktivasyon saptanmıştır(236).

Ülkemizde yapılan bir yapısal beyin görüntüleme(DTI) çalışmasında ise YBT semptomları olan DEHB-dikkat eksikliği alt tipi olan grupta beyaz madde bölgelerinde; sağ ve

sol serebral pedinkül, sağ ve sol anterior ve posterior internal kapsül, sağ fornikte fraksiyonel anizotropi(FA) artışı tespit edilmiş olup bu bölgelerin SCT olgularına özgü olabileceği saptanmıştır(237).

Son olarak da, çocuklarda YBT ile ilgili yapılmış en kapsamlı nörogörüntüleme çalışmalarından biri, frontal korteksteki ön göz alanlarında(frontal eye fields) (dorsal attention network/dorsal frontoparietal network'ün bir parçasıdır) ve bilateral frontal operculumda gri ve beyaz madde genişlemesi saptamıştır(238).

2.3.6. Komorbidite

İki büyük, ulusal çaplı çalışmada YBT'ye en sık eşlik eden bozukluklar (her iki çalışmada da $\geq$ %5) DEHB, anksiyete, otizm, depresyon, konuşma gecikmesi, gecikmiş motor beceriler/koordinasyon ve okuma bozukluğu olarak saptanmıştır(219,239).

YBT ve DEHB farklı hastalıklar olsa da çok sık birliktelik göstermektedir. Barkley'in Amerika'da yaptığı geniş örneklemli bir çalışmada YBT tanısı alanların aynı zamanda %59'u DEHB tanısı almıştır. Bu olguların %22'si DEHB-dikkat eksikliği baskın tip %30'u DEHB bileşik tip %7'si DEHB-hiperaktivite baskın tip olarak değerlendirilmiştir. DEHB tanısı alan olguların ise %39'u YBT tanısı almıştır(240).

YBT ile somatik yakınmalar, depresif bozukluk ve anksiyete bozuklukları gibi içe yönelim bozuklukları ilişkili bulunmuştur(222). YBT'de görülen dikkat eksikliği sorunları kontrol altına alındığında bile içe yönelim bozukluğu semptomları sürmektedir(217,220). İçe yönelim bozukluklarının(özellikle depresyon ve anksiyete) DEHB ve YBT komorbid oldulara pür YBT'lilerden, pür YBT'lilerde de pür DEHB'lilerden, bu üç grupta da kontrollerden büyük oranda daha fazla görüldüğü bulunmuştur(239). DEHB'nin aksine yavaş bilişsel tempo davranım bozukluğu ve KOKGB gibi dışa yönelim bozukluklarıyla ilişkili bulunmamıştır(215).

Çocuk ve gençlerin özbildirimine dayalı yapılan bir çalışmada, YBT semptomları düşük öz değer, düşük duygusal engelleme, düzensiz duygu ifadesi ve zayıf duygu düzenleme ile güçlü şekilde ilişkili bulunmuştur(241). Başka bir çalışmada da aynı şekilde, YBT semptomları emosyon disregülasyonu ile ilişkili bulunmuştur(239). Ebeveyn tarafından bilgi alınarak değerlendirme yapılan bazı çalışmalarda ise sonuçlar tutarsız bulunmuştur(219,239,242). YBT ve duygu düzenleme ilişkisini daha iyi anlayabilmek için diğer metodolojiler(örn. eye tracking(göz takibi), psikofizyoloji, duygulanımın günlük ve anlık değerlendirmesi) kullanılabilir(222).

Ailelerin bildirimine dayalı olarak yapılan bir çalışmada YBT semptomları ile öğrenme güçlüğü-özellikle okuma ve yazma güçlüğü-, konuşma gecikmesi ilişkili bulunmuştur(219,239). Bir diğer çalışmada öğrenme güçlüğü yaşayan bireylerin daha yüksek oranda YBT semptomlarına sahip olduğu bulunmuştur(243). Bunun yanında meta-analizlerde, YBT ile düşük mental kapasite arasında küçük ama anlamlı bir ilişki gösterilmiştir(213).

Aile bildirimine dayalı çalışmalarda yüksek YBT skorları olan çocuklarda otizm spektrum bozukluğu tanısı kontrollere göre daha yaygın saptanmıştır(%13-16)(219,239). Çeşitli çalışmalarda da OSB tanısı olan çocuklarda daha yüksek YBT skorları saptanmıştır(%30-49)(244–246).

Madde kullanımıyla ilgili yapılmış tek çalışmada, YBT skoru yüksek olan üniversite öğrencileri arasında, YBT skoru düşük olan öğrencilere kıyasla daha fazla alkol kullanımının olduğu fakat esrar kullanımı için geçerli olmadığını bulunmuştur(247).

YBT, aileler tarafından gençlerde bildirilen uyku sorunları ve gündüz uykululuğu ile ilişkilidir(239,244). Üniversite öğrencileri ve yetişkinlerde yapılan çalışmalarda YBT, global uyku problemleri, daha kısa uyku süresi ve artan gündüz uykululuğuyla ilişkili bulunmuştur(248,249). Objektif ölçümlerin kullanıldığı bir çalışmada ise aile bildirimi ve polisomnografi uyku indeksi sonuçları arasında YBT skorları açısından anlamlı ilişki bulunamamıştır(244).

2.3.7. YBT ve İntihar

Yetişkinlerde intihar davranışlarıyla yavaş bilişsel tempo semptomlarının ilişkisini inceleyen bir çalışmada YBT demografik özelliklerin ve depresyon dahil diğer psikopatoloji semptomlarının ötesinde intihar davranışlarıyla ilişkili olarak bulunmuştur(250).

Okul çağındaki çocuklarda son zamanlarda yapılmış bir çalışmada, demografik özellikler, yalnızlık, ebeveyn psikopatolojisi ve ebeveyn ile çocukların ayrı ayrı bildirdiği depresif semptomlar da dahil bağlantılı psikiyatrik semptomlar kontrol edildikten sonra bile, YBT'nin, çocukların intihar riski ile ilişkili olduğu bulunmuştur(11).

YBT, aşırı hayal kurma, zihinsel karışıklık, davranış/düşünmede yavaşlama ve uyuşukluk/kayıtsızlık gibi bir dizi semptomla karakterize edilir ve araştırmalar, YBT semptomlarının diğer psikiyatrik semptomlardan farklı olduğunu ve bir dizi işlevsel bozuklukla benzersiz bir şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir(213,251).

YBT; gençlerin intihar eğilimiyle açıkça bağlantılı olan depresyon(210,252) ve duygusal düzensizlik(241) ile güçlü bir şekilde ilişkilidir(24,253,254).

YBT’de görülen özellikle geri çekilme ve yalnızlık gibi kişilerarası sorunlar, sosyal izolasyon, düşük özsaygı intiharla ilgili önemli bir teorik model olan intiharın kişilerarası kuramı(the interpersonal theory of suicide) ile uyumludur. Kuramdaki yapılardan biri olan 'engellenmiş aidiyet' sosyal izolasyon ile; yapılardan diğeri olan 'algılanan yük olma' düşük özsaygı ile ilişkili görünmektedir(210,241,252). Sosyal izolasyon intihar düşüncesi, intihar girişimi ve ölümcül intihar davranışlarının güçlü ve güvenilir bir öngörücüsüdür(255).

2.4. EMOSYONEL REGÜLASYON (DUYGU DÜZENLEME):

2.4.1. Tanım ve Genel Bilgiler:

Günlük yaşamda, insanlar sürekli olarak, mide rahatsızlığı gibi içsel duyumlardan ya da çalan müzik gibi dışsal olaylara kadar uzanan, duygu uyandıran uyaranlara maruz kalırlar. Buradan insanların neredeyse her zaman bir tür duygu düzenlemeyle meşgul olduğu sonucu çıkarılabilir. Duygu düzenleme, insanların duygularının kendiliğinden akışını yeniden yönlendirmeye çalıştığı süreçler dizisi olarak tanımlanabilir(12).

Bazı yaklaşımlar duygu düzenlemenin içsel bir süreç olduğunu savunmaktayken bazı yaklaşımlar duyguların dış çevre tarafından düzenlenmesini de dikkate almıştır. Örneğin, gelişimsel araştırmalar bakımverenlerin çocukların duygusal durumlarını düzenlemede önemli bir rol oynayabileceğini göstermektedir(256).

Duygu düzenleme sırasında insanların olumlu ve olumsuz duyguları artabilir, değişmeyebilir veya azalabilir ayrıca duygu düzenleme çoğunlukla duygusal tepkilerdeki değişiklikleri içerir. Bu değişiklikler insanların sahip oldukları duygu türlerinde, duyguları yaşadıklarında, duyguları nasıl deneyimledikleri ve ifade ettiklerinde ortaya çıkabilir(257).

Duygular dikkati çevreye yönlendirme, karar alma, davranışsal tepkileri hazırlama , sosyal etkileşimleri kolaylaştırma konusunda faydalı olabilir ancak duygular yanlış tür, süre ya da yoğunluğa sahip olduklarında, bireylere yardımcı oldukları kadar zarar da verebilirler(258).

2.4.2. Duygu Düzenleme Güçlüğü:

Duygu düzenleme güçlüğü, duyguları tanıma, anlama ve kabul etmedeki zorlukların yanı sıra farklı duyguları uygun stratejiler yoluyla düzenleme ve sıkıntı anında dürtüsel davranışlardan kaçınma sorunlarını ifade eder(259). Duygu düzenleme güçlüğü olan bireyler,

duygusal sorunları hafifletmek için uyumsuz başa çıkma stratejileri benimseme eğilimindedir ve bu genellikle daha fazla duygusal dengesizliğe ve kaygı, depresyon ve bağımlılık gibi psikiyatrik bozukluklara yol açar(260,261).

Geçtiğimiz on yıl boyunca araştırmacılar, riskli davranışların (yani kişiyi fiziksel, duygusal, sosyal veya finansal olarak olumsuz bir sonuç için risk altına sokan herhangi bir davranış) altında yatan veya sürdüren faktörlerle ilgilenmiştir. Madde kullanımı, riskli cinsel davranışlar, kasıtlı kendine zarar verme, saldırgan davranışlar ve yeme bozuklukları olarak belirlenen ve sağlığa zarar veren davranışlar hastalık, yaralanma ve sağlık hizmetlerinin yoğun kullanımı gibi çok çeşitli zararlar ve toplumsal maliyetlerle ilişkilendirilmiştir(262). Giderek artan sayıda araştırma, riskli davranışların duygu düzenlemedeki eksikliklerden kaynaklanabileceğini öne sürmektedir(263). Yeme bozukluğu ve alkol bağımlılığı modelleri, duyguları iyi düzenlenemeyen bireylerin, duygularından kaçmak veya duygularını azaltmak için sıklıkla yiyecek(264,265) veya alkole(266) yöneldiğini göstermektedir.

Duygu düzenleme güçlüğü DEHB tanısına sahip çocuk ve ergenlerin %25-45'inde ve erişkin bireylerin %30-70'inde bulunur(267). KOKGB gibi eşlik eden diğer bozukluklar kontrol edildikten sonra bile DEHB'si ve duygu düzenlemede zorlanan bireylerin akran ilişkileri, aile yaşamı, mesleki kazanımları ve akademik performanslarının, yalnızca DEHB'si olanlara göre daha fazla ölçüde bozulduğu saptanmıştır(268).

TSSB, intihar davranışları, KZVD, kişilik bozuklukları, otizm spektrum bozukluğunda da duygu düzenleme güçlükleri görülmektedir(269).

2.4.3. Duygu Düzenleme Stratejileri:

Ergenlik, çeşitli nedenlerden dolayı duygu düzenleme süreçlerini ve ilişkilerini keşfetmek için uygun bir zamandır. Birincisi, ergenlik dönemine geçiş, yeni duygusal uyarılma deneyimlerini ortaya çıkaran fiziksel ve psikososyal dönüşümler eşlik eder. İkincisi, duygu düzenlemesinin altında yatan hormonal, nöronal ve bilişsel sistemlerin çoğunun ergenlik dönemi boyunca olgunlaştığı görülmektedir. Üçüncüsü, duygusal ve davranışsal bozuklukların da içinde olduğu çeşitli psikopatolojilerin sıklığı ergenlik döneminde dramatik bir şekilde artmaktadır(270).

Duygu düzenleme, hem içselleştirme bozuklukları hem de dışsallaştırma bozuklukları dahil olmak üzere ergen psikopatolojisinin çeşitli biçimlerinde rol oynayabilir. Depresyon gibi içselleştirme bozuklukları muhtemelen üzüntü gibi olumsuz duyguları düzenleme

yeteneğindeki eksiklikleri veya olumlu duyguları düzenleme ve sürdürme güçlüğü içerir(263). Depresyonlu çocuklar ve ergenler, diğer çocuklar ve ergenler tarafından olumsuz duygulanımı iyileştirmek için kullanılan problem çözme veya bilişsel yeniden yapılandırma gibi stratejiler konusunda da beceriden yoksun olabilirler(271). Dışa yönelim bozuklukları davranışsal düzensizlik ile karakterize edilir; düzensiz duygulanımın, özellikle de öfkenin de bu bozuklukların bir özelliği olduğu ifade edilmektedir(272).

Duyguların sosyal olarak uygun ve adaptif olarak nasıl yönetileceği veya düzenleneceği, çocukların ve ergenlerin sağlıklı psikolojik gelişimi için çok kritiktir. Bu yüzden duygu düzenleme becerileri, bu yaş grubundaki bireylere davranışlarını yapıcı bir şekilde yönlendirmek ve yeni insanlar tanımak gibi önemli konulardada yardımcı olmaktadır. Öfke, stres veya üzüntü gibi duygusal güçlüklerin daha etkili ve uygun biçimde üstesinden gelmelerini sağlamaktadır(273).

Çocukluk ve ergenlik yıllarını içeren dönemde mantıklı düşünme yeteneklerinin gelişmesi nedeniyle duygu düzenleme becerilerinin gelişimi açısından bu yıllar verimli bir dönem olarak görülmektedir(274). Çocuk ve ergenlik döneminde duygu düzenleme becerilerinin kazanılması, yetişkinliğe gelindiğinde anksiyete bozuklukları, depresif bozukluklar, intihar eğilimi gibi çeşitli psikopatolojilerin gelişimini büyük ölçüde önlemektedir(274).

Cole ve arkadaşları, duygu düzenlemenin pek çok yönü olduğunu, duyguları aşırı düzenleme(overregulation) ve yetersiz düzenleme(underregulation) olarak sınırlamaya çalışmanın basitleştirme olacağını belirtmiştir(263). Yetersiz düzenleme durumunda, genellikle dürtüsel davranışlar ve agresif tepkiler göze çarparken, aşırı düzenleme durumundaysa içsel tepkiler, özellikle depresyon, anksiyete, suçlu hissetme ve utanma gibi duygusal tepkiler daha belirgin hale gelir(275). Yetersiz ya da aşırı düzenleme, çeşitli psikopatolojilere zemin hazırlar(263).

Gross, 5 temel duygu düzenleme stratejisine açıklık getirmiştir(276):

1- Durum Seçimi: Durum seçimi, duyguyu düzenlemek amacıyla belirli insanlara, yerlere veya herhangi başka şeylere yaklaşma veya kaçınma anlamına gelir (örneğin, büyük bir sınavdan önce diğer gergin öğrencilerle birlikte son dakika çalışmaya gitmek yerine, bizi her zaman güldüren bir arkadaşımızla akşam yemeğine gitmek).

2- Durum Değişikliği/Problem Odaklı Başa Çıkma: Durum değişimi, bir kişinin belirli bir durumu deneyimlerken o durumun yol açtığı duygusal etkiyi değiştirmeyi

amaçlayarak yönlendirmeye çalıştığı bir süreçtir (örneğin, büyük bir sınavdan önce arkadaşımız o sınav için hazır olup olmadığını sorduğunda, sınav dışında başka bir konuyu konuşmayı tercih etmek istememiz).

3- Dikkat Yönlendirme: Dikkat yönlendirme, odaklanılacak bir durumun birçok yönünden birini seçmek için kullanılır (örneğin, rahatsız edici bir şekilde gelişen bir konuşmadan tavan kiremitlerini sayarak uzaklaşmak). Bunun yanında dikkat yönlendirme, yoğun bir biçimde bir konuya ya da göreve odaklanma çabalarını veya bir sorunun kökenine inmek için üzerinde düşünmeyi içerir.

4- Bilişsel Değişim: Bilişsel değişim, bir durumun belli bir yönüne odaklanmanın ardından, o yönüne hangi olası anlamları bağlayacağınızı seçmeyi ifade eder (örneğin, sınavı insan değerinin bir ölçüsü olarak görmek yerine, "bu sadece bir test" şeklinde düşünmek).

5- Tepki Modülasyonu: Tepki modülasyonu, duygu ortaya çıktıktan sonra verilecek cevabı değiştirmeyi ifade eder (örneğin, sınav kötü geçtikten sonra utanmayı gizlemek).

Bu sıralamada ilk dört adım, öncül odaklı stratejileri temsil eder ve duygusal tepkiden önce gerçekleşen adımları içerir. Öncül odaklı strateji adımları, duygu üretme sürecindeki erken aşamalarda uygulanır ve bu nedenle sadece davranışsal ifadeleri değil, aynı zamanda kişinin öznel deneyimlerini de etkiler. Beşinci adım ise tepki odaklıdır ve tepki verildikten sonra gerçekleşir. Tepki odaklı duygu düzenleme stratejileri ise duygusal tepkinin tetiklendikten sonra devam eden duygusal ifade ve fizyolojik tepkiyi yönetmeyi içerir(277).

Gross, bilişsel değişim stratejisi içinde duygu üretim sürecindeki ‘bilişsel yeniden yapılandırma (reappraisal)’ya dikkat çekmektedir; bu genellikle negatif duyguları azaltmak için kullanılır ancak aynı zamanda negatif veya pozitif duyguları artırmak veya azaltmak için de kullanılabilir(278). Ek olarak Gross, sonraki süreç olan tepki odaklı stratejide ‘baskılama (suppression)’ kavramına dikkat çekmektedir; bu ise duygular meydana geldikten sonra duyguları gösteren davranışları azaltmak veya engellemek anlamındadır(277).

Bilişsel yeniden yapılandırmayı daha fazla uygulayan bireylerin olumlu duyguları daha sık deneyimledikleri, daha sağlam ilişkiler kurabildikleri ve bununla birlikte özsaygılarının, yaşama dair doyumlarının ve genel refahlarının daha yüksek olduğu rapor edilmektedir.

Baskılama stratejisini daha fazla kullanan eden bireyler ise, negatif duyguları daha yoğun bir şekilde deneyimlerler ve bu da bireylerin kendini kötü hissetmesine, bazen de depresif belirtiler göstermesine yol açabilir. Baskılamayı daha çok kullanan kişiler, sosyal

çevrelerinde olumlu ya da olumsuz duygularını paylaşmakta daha fazla zorluk yaşarlar ve bu nedenle yakın ilişkilerden kaçınabilirler. Bu durum, yaşama dair doyumlarının ve özsaygılarının daha düşük olduğu şeklinde rapor edilmektedir(279).

Gross ve ark. bir çalışmasında katılımcıların %84'ü, günlük hayatta olumsuz duyguları olumlu duygulardan daha sık düzenlemeye çalıştığını, sadece %16'sı olumlu duyguları daha fazla düzenlemeye çalıştığını belirtmiştir(280).

2.4.4. Duygu Düzenleme ve İntihar:

Önceki araştırmalar, duygu düzenleme sorunlarının intihar riski ile ilişkilendirilebileceğini göstermektedir(281). Üniversite öğrencilerinin dahil edildiği bir çalışmada, duyguları yönetme yeteneğinin intihar düşüncesi ile negatif ilişkide olduğu gösterilmiştir(282). Benzer şekilde, negatif duygulara daha az uyumlu tepki ve daha fazla uyumsuz tepki vermenin çocuklarda intihar düşüncesi, plan ve girişim olasılığını artırdığı bulunmuştur(283). İntihar girişiminde bulunan ergenlerin duygularını ve dürtülerini düzenleme konusunda intihar düşüncesi olanlara göre daha fazla zorluk bildirdiği(16) ve ergenler arasında çoklu intihar girişimi olanların tek intihar girişimi olanlardan daha fazla duygu düzenlemede güçlük yaşadığı saptanmıştır(17). Ergenlerde, çocuklukta kötü muameleye maruz kalmanın suisid girişimi ve KZVD üzerine etkisini araştıran bir çalışmada, duygu düzenleme becerilerindeki altı boyut arasında, dürtü kontrol sorunlarının intihar girişimlerinin önemli ve istikrarlı bir öngörücüsü olduğu gösterilmiştir(284).

Duygu düzenleme ve intihar arasındaki ilişkiyi inceleyen önceki araştırmalar duygu düzenlemeyi duyguların kontrolü ve bastırılması olarak kavramlaştırmıştır(285). Günümüzde duygu düzenlemenin çok boyutlu bir süreç olduğu kabul edilmektedir ve sadece olumsuz duyguların bastırılmasını değil, aynı zamanda duyguların çevre hakkında önemli bilgilerin kaynağı olarak adaptif rolünü kullanma amacıyla bilişsel ve davranışsal yanıtlarını içerdiği düşünülmektedir(286).

Baumeister, intiharın, öz farkındalıktan ve negatif duyguları kabul etme ve onaylama eksikliklerinden kaçmak için bir araç olarak hizmet ettiğini söylemiştir(287). Cry of Pain olarak adlandırılan bu modelde, intihar davranışının, bireyin hem mağlubiyeti kabullendiği hem de çözümsüz olarak algıladığı stresli durumlarda tepkisel bir işlev olduğunu teorileştirmiştir. Bu modele göre, bireyler yoğun negatif duygu olarak dayanılmaz deneyimlediklerinde (kabul etmeme) ve duyguyu uygun bir şekilde düzenlemek ve rahatsız

edici bir durumu çözmek için algılanan stratejilere sahip olmadıklarında, intihar davranışına yönelirler(288).

Ergenlik, duygu düzenlemeyi ve düzensizliği anlamak için özellikle önemli bir gelişimsel dönemdir, çünkü genellikle duygu işlemeye etki eden önemli bilişsel, ilişkisel, nörolojik ve davranışsal değişiklikler bu dönemde meydana gelir(13). Nörolojik olarak, ergenlik döneminde prefrontal korteks bölgeleri ile subkortikal limbik sistem arasında gelişim açısından farklılıklar gözlemlenmektedir(289). Duygusal uyarıları işlemekten sorumlu olan daha çok gelişmiş subkortikal limbik sistemle karşılaştırıldığında prefrontal korteks bilişsel kontrolden sorumlu olup tam olarak olgunlaşmamış durumdadır(289). Bu uyumsuzluk, subkortikal limbik sistem üzerinde etkili üstten aşağı kontrolü(top-down control) bozar, bu da ergenlikle sıkça ilişkilendirilen duygusal reaktivite ve risk alma davranışlarında ortaya çıkabilir(290). Bu dengesizlik, ruhsal bozukluklarının, intihar düşüncelerinin ve davranışlarının gelişiminde rol oynuyor olabilir.

Duygularını iyi bir şekilde düzenleyemeyen bireylerin, genellikle kişilerarası sorunlar yaşama eğilimleri daha yüksektir. Bu tür sorunlar, algılanan yük olma duygusunu artırabilir ve aitlik hissini engelleyebilir, bu da bu bireyleri intihar düşüncelerine daha yatkın hale getirebilir(291). Yüksek sıkıntıya tahammül edebilme, intihar düşünce aşamasında olan bireylerin intihar girişimine adım atma olasılığını artırır ancak birçok duygu düzenleme zorluğu yaşayan birey, intihar amaçlı olmayan KZVD gibi maladaptif duygu düzenleme stratejilerine başvurur. Bu davranışların intihar girişimi olasılığını artırdığı iyi bilinmektedir(292).

Genellikle kırsal, düşük gelirli topluluklardan gelen lise öğrencileri arasında yapılan, öznel olarak bildirilen intihar girişimleri, duygu düzenleme zorlukları ve genç-yetişkin ilişkileri arasındaki ilişkileri test eden bir çalışmada; duygu düzenleme zorlukları, evde ve okulda güvendiği yetişkinlerin eksikliği, depresif semptomlar ve demografik faktörler kontrol edildikten sonra bile, son bir yıl içinde içinde intihar girişiminde bulunma riski ile ilişkilendirilmiştir(293).

2.5. Araştırmanın Amacı:

Araştırmamız EÜTF ÇRS Anabilim Dalında yürütülmüştür. Araştırmamızda çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğinde takipli olup son 1 yıl içinde intihar girişiminde bulunmuş olan 12-18 yaş arasındaki gençlerin ve sağlıklı kontrollerin DEHB belirtileri, YBT belirtileri ve emosyon regülasyon becerileri açısından birbiriyle karşılaştırılması amaçlanmıştır.

2.6. Araştırmanın Hipotezleri:

- 1) İntihar girişiminde bulunmuş gençlerde DEHB belirtileri kontrol grubuna göre fazla görülür ve intihar niyeti ile DEHB belirtileri arasında ilişki vardır.
- 2) İntihar girişiminde bulunmuş gençlerde YBT belirtileri kontrol grubuna göre fazla görülür intihar niyeti ile YBT belirtileri arasında ilişki vardır.
- 3) İntihar girişiminde bulunmuş gençlerde duygu düzenleme güçlükleri kontrol grubuna göre fazla görülür ve intihar niyeti ile duygu düzenleme güçlükleri arasında ilişki vardır.
- 4) DEHB belirtileri intihar girişimini yordar.
- 5) YBT belirtileri intihar girişimini yordar.
- 6) Duygu düzenleme güçlükleri intihar girişimini yordar.

3.BÖLÜM GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırmamız son 1 yıl içinde intihar girişiminde bulunmuş olan 12-18 yaş arasındaki gençlerin ve sağlıklı kontrollerin DEHB belirtileri, YBT belirtileri ve emosyon regülasyon becerileri açısından birbiriyle karşılaştırıldığı tek merkezli, kesitsel, ilaç dışı, tanımlayıcı bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmamız, EÜTF ÇRS Anabilim Dalında yürütülmüş olup Mayıs 2023 tarihinden itibaren Ağustos 2023 tarihine kadar olgu alımı devam etmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmamızın örneklemini, EÜTF ÇRS Polikliniği'ne başvuran, son 1 yıl içinde suisid girişiminde bulunmuş olan, 12-18 yaş arası olgu grubu ile benzer sosyodemografik özelliklerde olan sağlıklı kontrol grubu oluşturmaktadır.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmamızın örneklemini, EÜTF ÇRS Polikliniği'ne başvuran, son 1 yıl içinde suisid girişiminde bulunmuş olan, 12-18 yaş arasında, 57 olgu ile 55 benzer sosyodemografik özelliklerde olan sağlıklı kontrol grubu oluşturmaktadır. Araştırmamızın başında hem kız hem erkek olgular çalışmaya alınmış fakat yeterli sayıda erkek olgu bulunamadığı için erkek olgular çalışma dışı bırakılmış ve hem olgu hem kontrol grubuna sadece kız cinsiyet alınmıştır.

3.5. Örneklem Seçimi

Araştırmamıza, polikliniklerimizde izlenen, son 1 yıl içinde suisid girişiminde bulunmuş olan 12-18 yaş arasındaki olgular alınmıştır. Çalışmanın ölçütlerini karşılayan gönüllü olgulardan ve ailelerinden yazılı şekilde onam formu alınmıştır. Olgu grubundaki tüm bireyler eşlik eden psikiyatrik bozuklukların belirlenmesi açısından Dr. Ecem BORU tarafından K-SADS yapılarak değerlendirilmiştir. Eşlik eden nörolojik bir hastalığı olan, mental retardasyonu olan, psikotik ve/veya manik bulgusu olan, otizm spektrum bozukluğu, madde kullanım bozukluğu tanısı olan olgular çalışmaya alınmamıştır.

3.5.1. Olgu Grubunun Çalışmaya Alınma Ölçütleri

1. 12-18 yaş grubunda olmak
2. Son bir yıl içinde suisid girişiminde bulunmak
3. Klinik olarak normal mental düzeyde olmak
4. Bilinen genetik, nörolojik patoloji ve uzamış bilinç kaybıyla giden travma öyküsü bulunmaması
5. Çalışmaya katılmaya gönüllü olunması ve onam formunun imzalanması

3.5.2. Sağlıklı Kontrol Grubunun Çalışmaya Alınma Ölçütleri:

1. 12-18 yaş grubunda olmak
2. Psikiyatrik rahatsızlığının olmaması

3. Daha önce hiç suisid girişiminde bulunmamış olmak
4. Klinik olarak normal mental düzeyde olmak
5. Bilinen genetik, nörolojik patoloji ve uzamış bilinç kaybıyla giden travma öyküsü bulunmaması
6. Çalışmaya katılmaya gönüllü olunması ve onam formunun imzalanması

3.5.3. Olgu Grubunun Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri:

1. 12 yaşından küçük, 18 yaşından büyük olmak
2. Madde kullanım bozukluğu
3. İki uçlu bozukluk ile ilişkili bozukluklar, şizofreni spektrum ve diğer psikotik bozukluklar
4. Zihinsel yetersizlik
5. Otizm spektrum bozukluğu
6. Bilinen genetik, nörolojik patoloji ve uzamış bilinç kaybıyla giden travma öyküsü bulunması
7. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmamak

3.5.4. Sağlıklı Kontrol Grubunun Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri

1. 12 yaşından küçük, 18 yaşından büyük olmak
2. Suisid girişiminde bulunmuş olmak
3. Eşlik eden psikiyatrik tanısının olması
4. Mental retardasyon
5. Bilinen genetik, nörolojik patoloji ve uzamış bilinç kaybıyla giden travma öyküsü bulunması
6. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmamak

3.6. Değerlendirmede Kullanılan Ölçekler

3.6.1. Sosyodemografik Veri Formu (SDVF)

Grupların sosyodemografik özelliklerine dair veri toplama amacıyla oluşturulmuştur. Form ile olguların yaşı, öğrenim durumu ve düzeyi, okul başarısı, kimlerle yaşadığı, sigara ve alkol kullanımı, travma, kendine zarar verme ve daha önce psikiyatrik tedavi ve hastane yatış öyküsü olup olmadığı; anne ve babanın yaşı, anne ve babanın eğitim ve çalışma durumu, evlilik durumu, maddi durum, ailede ve akrabalarda psikiyatrik hastalık ve intihar girişimi öyküsü olup olmadığı verileri kullanılmıştır.

3.6.2. . Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Formu-Şimdi ve Yaşam boyu Şekli DSM-5 Kasım 2016 - Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T): [Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (6-18 Years) - Present and Lifetime Version, K-SADS-PL-DSM-5 November 2016]:

Kaufman ve ark. DSM-5 tanı ölçütlerine göre güncelledikleri yarı yapılandırılmış bu görüşme çizelgesinin Türkçe uyarlaması da yapılmıştır. Görüşme çizelgesinin ilk kısmında çocuğun ve ailesinin sosyodemografik özellikleri, şikayetleri, gelişimsel öyküsü, tıbbi durumu, genel işlevselliğine dair bilgiler sorgulanır. İkinci kısımda hem geçmiş belirtileri hem de son iki ay içindeki belirtileri değerlendiren yaklaşık 200 adet tarama sorusu yer alır. Üçüncü kısım DSM-5 tanılarını doğrulamak içindir, değerlendirme ve gözlem sonuçlarını içerir. Her kaynaktan alınan bilgiler ayrı ayrı ve en son klinisyenin gözlemleriyle birleştirilerek puanlanır(294,295). Çalışmamızda bu form 12-18 yaş aralığındaki çocuk ve ergenlerde mevcut olan psikiyatrik tanıların tespit edilebilmesi için kullanılmış olup, olgu grubunu oluşturan çocuk ve ergenler için İki Uçlu Bozukluk ile İlişkili Bozukluklar ve/veya Şizofreni Spektrum ve Diğer Psikotik Bozukluklar tanı kriterlerini karşılayan psikiyatrik rahatsızlık tespit edilmesi durumunda veya kontrol grubunda psikiyatrik tanı tespit edilmesi durumunda çocuk veya ergenler çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.6.3. Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (Difficulties in Emotion Regulation Scale/DEERS):

Duygu düzenleme becerisini ve duygu düzenleme sürecindeki zorlukları değerlendirebilmek için bir öz bildirim ölçeği olarak Gratz ve Roemer tarafından (2004) geliştirilmiştir(259). 36 maddeden oluşmaktadır ve 5'li Likert tipinde hazırlanmıştır.

Farkındalık, netlik, kabul, strateji, dürtü ve amaçlar olmak üzere 6 alt-ölçeği bulunmaktadır. Ölçeğin Gratz ve Roemer tarafından hazırlanan ilk versiyonu 18-55 yaş aralığındaki yetişkinlere uygulanmış olup geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmıştır. Neumann ve ark. 2010 yılında Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği'nin genç populasyon için de geçerlilik ve güvenilirliğini göstermişlerdir(296). Ölçeğin Türkçe formu üzerine ilk olarak Rugancı ve Gençöz (2010) çalışmış, daha sonra Kavcıoğlu ve Gençöz (2011) çalışmasında bazı maddelerin Türkçe ifadesinde ufak değişiklikler önermiş, geçerlilik ve güvenilirliğini göstermiştir(297).

3.6.4. . Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV' e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (Turgay DEHB Ölçeği):

Atilla Turgay tarafından geliştirilmiş, soru şeklinde DSM-IV ölçütlerini içeren bir DEHB tanılama aracıdır. Ölçek toplam 41 madde ve 4 alt alandan meydana gelmektedir. 9 dikkat eksikliği, 6 aşırı hareketlilik, 3 dürtüsellik, 8 karşıt olma karşı gelme bozukluğu ve 15 davranım bozukluğu sorgulayan maddesi vardır. Ölçek çocukların ebeveynleri ve öğretmenleri tarafından işaretlenmektedir. Her bir madde için 0 (yok), 1 (biraz), 2 (fazla), 3 (çok fazla) olmak üzere seçenekler vardır.

Dikkat eksikliği için bu belirtilerle ilişkili 9 maddeden en az 6'sı 2 veya 3; hiperaktivite-dürtüsellik için bu belirtilerle ilişkili 9 maddeden en az 6'sı 2 veya 3; karşıt olma karşı gelme bozukluğu için buna ilişkin 8 maddeden en az 4'ü 2 veya 3; davranım bozukluğu tanısı için buna ilişkin 15 maddeden en az 3'ü veya 3 puan olarak puanlanmış olmalı ve belirtiler en az 6 ay sürmelidir. Ercan ve ark. tarafından 2001 yılında ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır(130).

3.6.5. Barkley Çocuk Dikkat Anketi (BÇDA)(Barkley's Child Attention Survey)

2013 yılında Russell Barkley tarafından geliştirilen bu ölçek 14 maddeden oluşur. Anketteki son iki soru, işlevselliklerin ev veya okul ortamında nasıl etkilendiği ile ilgilidir ve ilk 12 soru klinik görünümle ilişkilendirilir. Anket Likert tipi sorulardan oluşur ve puanlama şu şekildedir: 1: hiçbir zaman ya da nadiren, 2: bazen, 3: sık sık, 4: oldukça sık. Hem aileler hem de öğretmenler tarafından doldurulan ankette, kesim noktası 23 ve üzeri olarak kabul edilmiştir. Bu ölçek, YBT (Yavaş Bilişsel Tempo) vakalarını taramak için geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik-güvenilirlik çalışması 2018 yılında gerçekleştirilmiştir ve ölçeğin ölçüt

bağılantılı korelasyon analizi sonuçlarına göre, Yavaş Bilişsel Tempo ile pozitif ilişkili, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu/Dikkat Dağınıklığı (DEHB/D) ile negatif, içselleştirme sorunları ile pozitif ilişkilendirilmiştir; ancak dışsallaştırma sorunları ile bir ilişki bulunmamıştır. Bu nedenle, BÇDA'nın Cronbach alfa katsayısı 0.86 ile oldukça güvenilir olduğu sonucuna varılmıştır(298).

3.6.6. İntihar Niyeti Ölçeği- İNÖ (Suicide Intent Scale, SIS)

20 maddeden oluşan ölçek, Beck ve ark. tarafından geliştirilmiştir(299). Dilbaz ve ark. bu ölçeğin Türkçe formunun geçerlik-güvenilirlik çalışmasını gerçekleştirmiştir(300). Bu ölçek, kişinin intihar girişimi sırasında düşüncelerini değerlendirmek için kullanılır ve 15 adet puanlanan ve 5 adet puanlanmayan toplam olarak 20 madde içerir. Maddelerin her biri 0-2 arasında değişen bir puanla değerlendirilir. Görüşme sırasında maddelerin her biriyle ilgili yeterli bilgi toplandıktan sonra, en uygun seçeneği görüşmeci belirler. Total puan 0-30 arasında değişir ve bu puanlar her madde tarafından alınan puanların toplamıdır. İlk dokuz madde özellikle intihar girişimi ile ilgili gerçekler ve girişimi tetikleyen olaylarla ilgilidir ve "intihar girişimi koşulları" başlığını taşır. İkinci bölüm ise, hastanın girişim sırasında duygularını ve düşüncelerini geriye dönük olarak değerlendirmesi içindir ve "kendini değerlendirme bölümü" başlığını taşır. Son beş sorunun olduğu üçüncü bölüm ise görüşme sırasında belirsizlik nedeniyle puanlanmaz.

3.7. Uygulama

3.7.1. Etik Kurul Onayı

Araştırmamız için 6.04.2023 tarihinde EÜTF Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu tarafından düzenleme istenmiştir. Etik kurul protokolünde tarafımızca yapılan düzenlemeler 27.4.2023 tarihinde ve 23-4.1T-57 karar numarasıyla kabul edilmiştir.

3.7.2. Çalışma Sürecinin İlerleyişi

Çalışmamıza etik kurul onayının ardından başlanmıştır. Araştırmamızın örneklemini, EÜTF ÇRS polikliniklerine başvuran, 12-18 yaşları arasında, kız cinsiyete sahip, 57 suşid girişiminde bulunmuş olgu ile benzer sosyodemografik özelliklere sahip 55 sağlıklı kontrol olgusu oluşturmaktadır. Gruplar tanı açısından değerlendirildikten sonra, gönüllü olgulara onam formu imzalatılmıştır.

Tüm olgular Dr. Ecem BORU tarafından K-SADS yapılarak değerlendirilmiştir. Ek olarak, klinik değerlendirme sonucunda normal mental kapasitede olduğu düşünülen olgular çalışmaya alınmıştır.

Olgu ve kontrol grubuyla sosyodemografik veri formu doldurulmuş ve gruplara Turgay, Barkley, DERS ölçeği uygulanmıştır. Tüm olgularda duygu düzenleme becerilerini taramak için DERS ölçeği, intihar girişimi ile ilgili özellikleri değerlendirmek için İNÖ kullanılmıştır. Tüm olguların ailelerine olguların dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirtilerini değerlendirebilmek için Turgay ölçeği, yavaş bilişsel tempo belirtilerini taramak amacı ile Barkley ölçeği verilmiştir. Olgu grubuna uygulanan İNÖ dışındaki değerlendirmelerin hepsi sağlıklı kontrol grubuna ve ebeveynlerine de uygulanmıştır.

3.8.Verilerin İstatistiksel Analizi

Grupların verileri aşağıdaki istatistik yöntemleri kullanılarak tartışılmıştır. Olgü veri formundaki alınan veriler SPSS (The Statistical Package for Social Sciences) 25.0 paket programı ile değerlendirilmiştir. Nicel değişkenlerin normal dağılım varsayımı Kolmogorov-Smirnov testi ile kontrol edilmiştir. Bağımsız grup karşılaştırılmalarında normal dağılım gösteren değişkenler için bağımsız örneklem t testi, normal dağılım göstermeyen değişkenler için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren değişkenler için tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma, normal dağılım göstermeyen değişkenler için medyan (25.-75.persantil) şeklinde verilmiştir. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler ki kare bağımsızlık analizi ile belirlenmiştir. Kategorik değişkenlere ilişkin tanımlayıcı istatistikler frekans ve yüzde olarak verilmiştir. Ölçek toplam puanları arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon analizi ile incelenmiştir. Suisid girişimini öngörmeye DEHB, DDGÖ ve YBT toplam puanlarına ilişkin kesim noktaları ROC analizi ile belirlenmiştir. Suisid girişimini öngörmeye DEHB, DDGÖ ve YBT toplam puanlarının etkilerini belirlemek için çoklu lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. $p<0,05$ değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BÖLÜM

BULGULAR

4.1. Çalışmaya Katılan Tüm Katılımcıların Genel Özellikleri

Araştırmamıza toplamda 112 katılımcı dahil edilmiş olup tüm katılımcıların cinsiyeti kız idi. Tablo 1’de katılımcıların genel özellikleri verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

		n	%
Eğitim Durumu	Bırakmış	6	5,4
	Devam ediyor	106	94,6
Eğitim Düzeyi	Ortaokul	20	17,9
	Lise	84	75,0
	Üniversite	8	7,1
Ders Başarısı	Kötü	16	14,3
	Orta	44	39,3
	İyi	52	46,4
Maddi Durum	Kötü	8	7,1
	Orta	78	69,7
	İyi	26	23,2
Kimlerle Yaşadığı	Anne ve baba yok	1	0,9
	Tek ebeveyn	11	9,8
	Anne ve baba	90	80,4
	Geniş aile	10	8,9

Tanımlayıcı istatistikler frekans (n) ve yüzde (%) şeklinde belirtilmiştir.

Eğitim durumu: Araştırmamıza katılanların çoğu (%94.6) eğitime devam etmekte olup %5,4'ü eğitimini bırakmıştır.

Eğitim düzeyi: Araştırmamızda eğitim düzeyine bakıldığında katılımcıların çoğu (%75) lise düzeyindedir.

Ders başarısı: Katılımcıların %46,4'ünün ders başarısı iyi iken %39,3'ünün ders başarısı orta ve %14,3'ünün ise kötüdür.

Maddi durum: Ailelerin çoğunluğu (%69,7'si) maddi durumunun orta, %23,2'si iyi, %7,1'i ise kötü olduğunu belirtmiştir.

Kimlerle yaşadığı: Katılımcıların çoğu (%80,4) anne ve babasıyla birlikte, %9,8'i tek bir ebeveyniyle birlikte, %8,9'u geniş ailede ve %0,9'u ise anne ve babası olmadan yaşamaktadır (Tablo 1).

Tablo 2. Katılımcıların Sigara ve Alkol Kullanımına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

		n	%
Sigara Kullanımı	Hayır	81	72,3
	Evet	31	27,7
Alkol Kullanımı	Hayır	87	77,7
	Evet	25	22,3

Tanımlayıcı istatistikler frekans (n) ve yüzde (%) şeklinde belirtilmiştir.

Katılımcıların %27,7'si sigara kullandığını, %22,3'ü alkol kullandığını belirtmiştir (Tablo 2).

Tablo 3. Katılımcılar ve Ebeveynlerinin Yaşlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

	n	Ort.±SS	Min.	Mak.
Yaş	112	15,64±1,69	12	18
Anne Yaş	112	45,37±5,48	32	62
Baba Yaş	112	49,00±6,28	37	64

Tanımlayıcı istatistikler ortalama (Ort.) ± standart sapma (SS) şeklinde belirtilmiştir.

Katılımcıların yaş ortalaması 15,64±1,69, annelerinin yaş ortalaması 45,37±5,48 ve babalarının yaş ortalaması 49,00±6,28 yıl olarak saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 4. Ailelerin Demografik Özelliklerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

		n	%
Anne Baba Evlilik Durumu	Anne/baba kayıp	2	1,8
	Boşanmış	15	13,4
	Birlikte	95	84,8
Anne Eğitim Düzeyi	İlkokul	20	17,9
	Ortaokul	10	8,9
	Lise	25	22,3
	Üniversite/Lisans	57	50,9
Anne Çalışma Durumu	Emekli/çalışmıyor	54	48,2
	Çalışıyor	58	51,8
Baba Eğitim Düzeyi	İlkokul	16	14,3
	Ortaokul	14	12,5
	Lise	29	25,9
	Üniversite/Lisans	53	47,3
Baba Çalışma Durumu	Emekli/çalışmıyor	19	17,0
	Çalışıyor	93	83,0

Tanımlayıcı istatistikler frekans (n) ve yüzde (%) şeklinde belirtilmiştir.

Anne-Baba Evlilik Durumu: Katılımcıların %84,8'inin anne ve babası birlikte, %13,4'ünün boşanmış olduğu; %1,8'inin ise öldüğü saptanmıştır.

Anne Eğitim Düzeyi: Katılımcıların annelerinin çoğunluğu (%50,9) üniversite/lisans, 22,3'ü lise, %17,9'u ilkokul, %8,9'u ortaokul düzeyinde eğitim almıştır.

Anne Çalışma Durumu: Annelerin %51,8'i çalışmakta olup %48,2'si çalışmamaktadır ya da emekli olmuştur.

Baba Eğitim Düzeyi : Katılımcıların babalarının çoğunluğu (%47,3) üniversite/lisans, 25,9'u lise, %14,3'ü ilkokul, %12,5'u ortaokul düzeyinde eğitim almıştır.

Baba Çalışma Durumu: Babaların çoğu (%83) çalışmakta olup %17'si çalışmamaktadır ya da emekli olmuştur (Tablo 4).

Tablo 5. Katılımcıların Soygeçmiş Özelliklerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

		n	%
Ailede ve Akrabalarda Psikiyatrik Hastalık	Yok	72	64,3
	Var	40	35,7
Ailede ve Akrabalarda İntihar Girişimi	Yok	88	78,6
	Var	24	21,4
Ailede ve Akrabalarda İntihar Girişiminden Sonra Ölen	Yok	17	70,8
	Var	7	29,2

Tanımlayıcı istatistikler frekans (n) ve yüzde (%) şeklinde belirtilmiştir.

Ailede ve Akrabalarda Psikiyatrik Hastalık: Katılımcıların ailelerinin ve akrabalarının yaklaşık üçte birinde (%35,7) psikiyatrik bir hastalık bulunmakta olup kalanında (%64,3) bulunmamaktadır.

Ailede ve Akrabalarda İntihar Girişimi: Katılımcıların ailelerinin ve akrabalarının yaklaşık beşte birinde (%21,4) intihar girişimi öyküsü bulunmakla birlikte kalanında (%78,6) bulunmamaktadır.

Ailede ve Akrabalarda İntihar Girişiminden Sonra Ölen: Katılımcıların ailelerinde ve akrabalarında intihar girişiminde bulunanların %29,2'si intihar girişimi nedeniyle ölmüş olup %70,8'i ölmemiştir (Tablo 5).

Tablo 6. Olgu Grubunun Özgeçmiş Özelliklerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

		n	%
İntihar Girişimi Öncesi Psikiyatrik Tedavi	Yok	16	28,1
	Var	41	71,9
Psikiyatri Servisinde Yatış	Yok	32	56,1
	Var	25	43,9
Aktif İntihar Düşüncesi	Yok	30	52,6
	Var	27	47,4
İntihar Girişimi Öncesi Plan	Yok	42	73,7
	Var	15	26,3
İntihar Girişimi Öncesi Sıkıntı	Yok	21	36,8
	Var	36	63,2
İntihar Girişimi Türü	İlaç	43	75,4
	Kesici/delici alet	11	19,3
	Yüksekten atlama	3	5,3
İntihar Girişimine Tepki	Pişman	29	50,9
	Kabullenemiyor	3	5,3
	Pişman değil	25	43,8
İntihar Girişimi Sayısı	1 veya 2	34	59,6
	3 veya fazla	23	40,4
Destek Olarak Gördüğü Kişiler	Yok	4	7,0
	Var	53	93,0
Travma Öyküsü	Yok	43	75,5
	Var	14	24,5
Travma Türü	Fiziksel	2	14,3
	Cinsel	12	85,7
Daha Önce KZVD	Yok	13	22,8
	Var	44	77,2

Tanımlayıcı istatistikler frekans (n) ve yüzde (%) şeklinde belirtilmiştir.

İntihar Girişimi Öncesi Psikiyatrik Tedavi Alma: Olguların çoğunluğu (%71,9) intihar girişiminden önce psikiyatrik tedavi almakta olduğunu, kalanı ise (%28,1) daha önce psikiyatrik tedavi almadığını belirtmiştir.

Psikiyatri Servisinde Yatmış Olma: Olguların yaklaşık yarısı (%43,9) en az bir kere çocuk ve ergen psikiyatri servisinde yatarak tedavi gördüğünü, %56,1'i ise daha önce hiç çocuk ve ergen psikiyatri servisinde yatmadığını belirtmiştir.

Aktif İntihar Düşüncesi Olma: Olguların yaklaşık yarısı (%47,4) halen aktif olarak intiharı düşündüğünü, kalan %52,6'sı ise düşünmediğini ifade etmiştir.

İntihar Girişimi Öncesi Plan Yapma: Olguların %26,3'ü intihar girişimini planladığını, %73,7'si ise planlamadığını belirtmiştir.

İntihar Girişiminin Hemen Öncesinde Sıkıntı Yaşama: Olguların %63,2'si bir sıkıntı yaşamının hemen ardından intihar girişiminde bulunduğunu, kalan %36,8'inin ise intihar girişiminden hemen önce sıkıntı yaşamadığını belirtmiştir.

İntihar Girişiminin Türü: Olguların çoğunluğu (%75,4) ilaç içerek, %19,3'ü kesici-delici alet kullanarak, %5,3'ü yüksekten atlayarak intihar girişiminde bulunmuştur.

İntihar Girişimine Tepki: Olguların yaklaşık yarısı (%50,9) girişimden dolayı pişman olduğunu, %43,8'i pişman olmadığını, %5,3'ü ise hem girişimini hem de hayatta kalışını kabullenemediğini belirtmiştir.

İntihar Girişimi Sayısı: Olguların %59,6'sı toplamda 1 veya 2 defa intihar girişiminde bulunduğunu, %40,4'ü 3 veya daha fazla intihar girişiminde bulunduğunu belirtmiştir.

Destek Olarak Gördüğü Kişilerin Varlığı: Olguların büyük çoğunluğu (%93) çevresinde destek olarak gördüğü kişilerin olduğunu, kalanı ise (%7) olmadığını belirtmiştir.

Trama Öyküsü: Olguların %24,5'inin fiziksel ya da cinsel travma öyküsü mevcuttur, kalan %75,5'i ise travma öyküsü belirtmemiştir.

Travma Türü: Travma öyküsü olan grubun %85,7 oranla büyük çoğunluğu cinsel travma yaşamış olup kalan %14,3'ü ise fiziksel travma yaşamıştır.

Daha Önce KZVD Öyküsü: Olguların çoğunda (%77,2) daha önce KZVD öyküsü mevcut olup kalanında (%22,8) KZVD öyküsü yoktur (Tablo 6).

Tablo 7. Olgu Grubunun Mevcut Psikiyatrik Tanılarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

		n	%
K-SADS EK-1	Yok	11	19,3
	Var	46	80,7
K-SADS EK-3	Yok	27	47,4
	Var	30	52,6
K-SADS EK-4	Yok	44	77,2
	Var	13	22,8
K-SADS EK-5	Yok	49	86,0
	Var	8	14,0

Tanımlayıcı istatistikler frekans (n) ve yüzde (%) şeklinde belirtilmiştir.

EK-1 Depresif Bozukluklar: Olgu grubunun %80,7'sinde saptanmıştır.

EK-3 Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Sosyal Anksiyete Bozukluğu, Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu, Panik Bozukluk, Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB), Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB): Olgu grubunun %52,6'sında en az biri saptanmıştır.

EK-4: DEHB, KOKGB, Davranım Bozukluğu (DavBoz): Olguların %22,8'inde en az biri saptanmıştır.

EK-5: Yeme Bozuklukları: Olguların %14'ünde saptanmıştır (Tablo 7).

Tablo 8. K-SADS Uygulanan Olgu Grubunun Mevcut Psikiyatrik Tanı Oranları

		n	%
KSADS 1	Depresif Bozukluklar	46	80,7
KSADS 3	Yaygın anksiyete bozukluğu	19	33,3
	Sosyal anksiyete bozukluğu	6	10,5
	Ayrılık anksiyetesi bozukluğu	2	3,5
	Panik bozukluk	7	12,3
	OKB	8	14,0
	TSSB	4	7,0
KSADS 4	DEHB	13	22,8
	KOKGB	3	5,3
	DavBoz	2	3,5
KSADS 5	Yeme bozuklukları	8	14,0

Olgu grubunda:

- Depresif bozukluklar en yaygın görülen psikiyatrik bozukluk (%80,7) olarak saptanmıştır.
- Anksiyete bozuklukları (yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, panik bozukluk) ikinci en yaygın psikiyatrik bozukluk (%59,6) olarak saptanmıştır.
- Obsesif kompulsif bozukluk %14, travma sonrası stres bozukluğu %7, yeme bozuklukları %14 oranında saptanmıştır.
- Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu %22,8; karşıt olma karşı gelme bozukluğu %5,3 ve davranım bozukluğu %3,5 oranında saptanmıştır (Tablo 8).

Olgu Grubunda Ailede ve Akrabalardaki Psikiyatrik Hastalık Tanıları

		n	%
Psikiyatrik Hastalıklar	Depresif bozukluklar	25	45,4
	Panik bozukluk	5	9
	Yaygın anksiyete bozukluğu	4	7,2
	SCH	11	20
	BPB	4	7,2
	OKB	2	3,6
	AKB	2	3,6
	MKB	2	3,6

Tanımlayıcı istatistikler frekans (n) ve yüzde (%) şeklinde belirtilmiştir.

4.2. Grupların Dağılımı ve Karşılaştırılması

Çalışmamız metodolojik olarak iki grupta incelenmiştir. Grupların dağılımı 57 (%50,89) olgu ve 55 (%49,11) kontrol idi.

4.2.1. Olgu ve Kontrol Gruplarının Demografik Özellikler Bakımından Karşılaştırma Sonuçları

- Olgu grubunda okulu bırakanların oranı (%10,5), kontrol grubundan (%0) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (**p=0,027**).
- Olgu grubunda ders başarısı kötü olanların oranı (%28,1) kontrol grubundan (%0) anlamlı düzeyde yüksek, ders başarısı iyi olanların oranı (%24,6) kontrol grubundan (%69,1) anlamlı düzeyde düşüktür (**p<0,001**).
- Olgu grubunun maddi durumu kontrol grubundan anlamlı düzeyde düşüktür (**p<0,001**).
- Olgu grubunda geniş aile ile yaşayanların oranı (%17,5) kontrol grubundan (0) anlamlı düzeyde yüksek iken kontrol grubunda anne ve baba ile yaşayanların oranı (%89,1) olgu grubundan (%71,9) anlamlı düzeyde yüksektir (**p=0,004**) (Tablo 9).

Tablo 9. Olgu ve Kontrol Gruplarının Demografik Özellikler Bakımından Karşılaştırma Sonuçları

		Grup		p*
		Olgu	Kontrol	
Eğitim Durumu	Bırakmış	6 (10,5)	0 (0)	0,027
	Devam ediyor	51 (89,5)	55 (100)	
Eğitim Düzeyi	Ortaokul	12 (21,1)	8 (14,5)	0,537
	Lise	42 (73,7)	42 (76,4)	
	Üniversite	3 (5,3)	5 (9,1)	
Ders Başarısı	Kötü	16 (28,1) ^a	0 (0) ^b	<0,001
	Orta	27 (47,4) ^a	17 (30,9) ^a	
	İyi	14 (24,6) ^a	38 (69,1) ^b	
Maddi Durum	Kötü	8 (14,0) ^a	0 (0) ^b	<0,001
	Orta	46 (80,7) ^a	32 (58,2) ^b	
	İyi	3 (5,3) ^a	23 (41,8) ^b	
Kimlerle Yaşadığı	Anne/baba yok	1 (1,8) ^a	0 (0) ^a	0,004
	Tek ebeveyn	5 (8,8) ^a	6 (10,9) ^a	
	Anne ve baba	41 (71,9) ^a	49 (89,1) ^b	
	Geniş aile	10 (17,5) ^a	0 (0) ^b	

*:Ki-kare bağımsızlık analizi

Aynı satırda yer alan benzer harfler istatistiksel olarak benzerliği farklı harfler farklılığı ifade etmektedir. Tanımlayıcı istatistikler frekans (n) ve yüzde (%) şeklinde belirtilmiştir.

4.2.2. Olgu ve Kontrol Gruplarının Yaş Bakımından Karşılaştırma Sonuçları

Olgu ve kontrol grupları arasında yaş, anne yaşı ve baba yaşı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 10).

Tablo 10. Olgu ve Kontrol Gruplarının Yaş Bakımından Karşılaştırma Sonuçları

	Grup		p*
	Olgu (n=57)	Kontrol (n=55)	
Yaş	15,88±1,54	15,40±1,82	0,136
Anne Yaşı	44,74±5,97	46,02±4,91	0,218
Baba Yaşı	48,54±6,51	49,47±6,06	0,437

*:Bağımsız örneklem t testi

Tanımlayıcı istatistikler ortalama ± standart sapma şeklinde belirtilmiştir.

4.2.3. Olgu ve Kontrol Gruplarının Sigara ve Alkol Kullanımı Bakımından Karşılaştırma Sonuçları

Olgu grubunda sigara kullanım oranı (%49,1) kontrol grubundan (%5,5) anlamlı düzeyde yüksektir (**p<0,001**). Olgu grubunda alkol kullanım oranı (%42,1) kontrol grubundan (%1,8) anlamlı düzeyde yüksektir (**p<0,001**) (Tablo 11).

Tablo 11. Olgu ve Kontrol Gruplarının Sigara ve Alkol Kullanımı Bakımından Karşılaştırma Sonuçları

		Grup		p
		Olgu	Kontrol	
Sigara Kullanımı	Hayır	29 (50,9)	52 (94,5)	<0,001
	Evet	28 (49,1)	3 (5,5)	
Alkol Kullanımı	Hayır	33 (57,9)	54 (98,2)	<0,001
	Evet	24 (42,1)	1 (1,8)	

*:Ki-kare bağımsızlık analizi

Tanımlayıcı istatistikler frekans (n) ve yüzde (%) şeklinde belirtilmiştir.

4.2.4. Olgu ve Kontrol Grubu Arasında Ailelerin Demografik Özelliklerinin Karşılaştırma Sonuçları

- Olgu grubunda anne ve baba boşanma oranı (%21,1) kontrol grubundan (%5,5) anlamlı düzeyde yüksek iken kontrol grubunda anne ve baba birliktelik oranı (%94,5) olgu grubundan (%75,4) anlamlı düzeyde yüksektir (**p<0,001**).
- Olgu grubunda anne eğitim düzeyi kontrol grubundan anlamlı düzeyde düşüktür (**p<0,001**).
- Olgu grubunda anne çalışma oranı (%31,6) kontrol grubundan (72,7) anlamlı düzeyde düşüktür (**p<0,001**).
- Olgu grubunda baba eğitim düzeyi kontrol grubundan anlamlı düzeyde düşüktür (**p<0,001**).
- Olgu grubunda baba çalışma oranı (%73,7) kontrol grubundan (92,7) anlamlı düzeyde düşüktür (**p=0,015**) (Tablo 12).

Tablo 12. Olgu ve Kontrol Grupları Arasında Ailelerin Demografik Özelliklerinin Karşılaştırma Sonuçları

		Grup		p*
		Olgu	Kontrol	
Anne Baba Evlilik Durumu	Anne/baba kayıp	2 (3,5) ^a	0 (0) ^a	0,003
	Boşanmış	12 (21,1) ^a	3 (5,5) ^b	
	Birlikte	43 (75,4) ^a	52 (94,5) ^b	
Anne Eğitim Durumu	İlkokul	16 (28,1) ^a	4 (7,3) ^b	<0,001
	Ortaokul	9 (15,7) ^a	1 (1,8) ^b	
	Lise	16 (28,1) ^a	9 (16,4) ^a	
	Üniversite	16 (28,1) ^a	41 (74,5) ^b	
Anne Çalışıyor mu?	Emekli/çalışmıyor	39 (68,4)	15 (27,3)	<0,001
	Çalışıyor	18 (31,6)	40 (72,7)	
Baba Eğitim Durumu	İlkokul	13 (22,8) ^a	3 (5,5) ^b	<0,001
	Ortaokul	13 (22,8) ^a	1 (1,8) ^b	
	Lise	16 (28,1) ^a	13 (23,6) ^a	
	Üniversite	15 (26,3) ^a	38 (69,1) ^b	
Baba Çalışıyor mu?	Emekli/çalışmıyor	15 (26,3)	4 (7,3)	0,015
	Çalışıyor	42 (73,7)	51 (92,7)	

*:Ki-kare bağımsızlık analizi

Aynı satırda yer alan benzer harfler istatistiksel olarak benzerliği farklı harfler farklılığı ifade etmektedir. Tanımlayıcı istatistikler frekans (n) ve yüzde (%) şeklinde belirtilmiştir.

4.2.5. Olgu ve Kontrol Grupları Arasında Soygeçmiş Özelliklerinin Karşılaştırma Sonuçları

- Olgu grubunda ailede psikiyatrik hastalık oranı (%59,6) kontrol grubundan (%10,9) anlamlı düzeyde yüksektir (**p<0,001**).
- Olgu grubunda ailede intihar girişimi oranı (%42,1) kontrol grubundan (%0) anlamlı düzeyde yüksektir (**p<0,001**) (Tablo 13).

Tablo 13. Olgu ve Kontrol Grupları Arasında Soygeçmiş Özelliklerinin Karşılaştırma Sonuçları

		Grup		p [*]
		Olgu	Kontrol	
Ailede Psikiyatrik Hastalık	Yok	23 (40,4)	49 (89,1)	<0,001
	Var	34 (59,6)	6 (10,9)	
Ailede İntihar Girişimi	Yok	33 (57,9)	55 (100)	<0,001
	Var	24 (42,1)	0 (0)	

*:Ki-kare bağımsızlık analizi

Tanımlayıcı istatistikler frekans (n) ve yüzde (%) şeklinde belirtilmiştir.

4.2.6. Olgu ve Kontrol Gruplarının Turgay DEHB Ölçeği Kullanılarak DEHB Belirtileri Bakımından Karşılaştırma Sonuçları

Olgu grubunda dikkat eksikliği (**p<0,001**), hiperaktivite-dürtüsellik (**p=0,004**), KOKGB (**p<0,001**), davranım bozukluğu (**p<0,001**) ve DEHB toplam (**p<0,001**) puanları bakımından kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 14).

Tablo 14. Olgu ve Kontrol Gruplarının Turgay DEHB Ölçeği Kullanılarak DEHB Belirtileri Bakımından Karşılaştırma Sonuçları

	Grup		p [*]
	Olgu	Kontrol	
Dikkat Eksikliği	9,0 (5,0 – 14,0)	4,0 (1,0 – 6,0)	<0,001
Hiperaktivite-dürtüsellik	5,0 (2,0 – 10,0)	2,0 (0 – 7,0)	0,004
KOKGB	8,0 (4,5 – 12,0)	4,0 (2,0 – 7,0)	<0,001
Davranım Bozukluğu	1,0 (0 – 4,0)	0 (0 – 1,0)	<0,001
DEHB Toplam Puan	24,0 (14,0 – 40,0)	9,0 (5,0 – 21,0)	<0,001

*:Mann-Whitney U testi

Tanımlayıcı istatistikler medyan (25.-75.persantil) şeklinde belirtilmiştir.

4.2.7. Olgu ve Kontrol Grupları Arasında Turgay DEHB Ölçeği Kullanılarak DEHB Ölçütleri Bakımından Karşılaştırma Sonuçları

Olgu grubunda dikkat eksikliği ölçütü 6 ve üzerinde olanların oranı (%22,8) kontrol grubundan (%5,5) anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0,019$). Olgu grubunda KOKGB ölçütü 4 ve üzerinde olanların oranı (%31,6) kontrol grubundan (%7,3) anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0,003$) (Tablo 15).

Tablo 15. Olgu ve Kontrol Grupları Arasında Turgay DEHB Ölçeği Kullanılarak DEHB Ölçütleri Bakımından Karşılaştırma Sonuçları

		Grup		p [*]
		Olgu	Kontrol	
Dikkat Eksikliği Ölçüt	<6	44 (77,2)	52 (94,5)	0,019
	≥6	12 (22,8)	3 (5,5)	
Hiperaktivite-dürtüsellik Ölçüt	<6	53 (93,0)	55 (100)	0,119
	≥6	4 (7,0)	0 (0)	
KOKGB Ölçüt	<4	39 (68,4)	51 (92,7)	0,003
	≥4	18 (31,6)	4 (7,3)	
Davranım Bozukluğu Ölçüt	<3	52 (91,2)	55 (100)	0,057
	≥3	5 (8,8)	0 (0)	

*:Ki-kare bağımsızlık analizi

Tanımlayıcı istatistikler frekans (n) ve yüzde (%) şeklinde belirtilmiştir.

4.2.8. Olgu ve Kontrol Gruplarının Duygu Düzenleme Güçlükleri Ölçeği (DDGÖ) Kullanılarak Duygu Düzenleme Bakımından Karşılaştırma Sonuçları

Olgu grubunda netlik ($p<0,001$), farkındalık ($p<0,001$), dürtüsellik ($p<0,001$), reddetme ($p=0,001$), amaçlar ($p<0,001$), strateji ($p<0,001$) ve DDGÖ toplam ($p<0,001$) puanları bakımından kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 16).

Tablo 16. Olgu ve Kontrol Gruplarının DDGÖ Kullanılarak Duygu Düzenleme Bakımından Karşılaştırma Sonuçları

	Grup		p [*]
	Olgu	Kontrol	
Netlik	16,0 (11,0 – 21,0)	10,0 (8,0 – 13,0)	<0,001
Farkındalık	18,0 (15,0 – 22,5)	14,0 (12,0 – 17,0)	<0,001
Dürtüsellik	23,0 (14,0 – 26,5)	13,0 (9,0 – 17,0)	<0,001
Reddetme	14,0 (9,0 – 20,5)	9,0 (7,0 – 15,0)	0,001
Amaçlar	20,0 (16,5 – 23,5)	13,0 (10,0 – 20,0)	<0,001
Strateji	29,0 (19,0 – 34,0)	16,0 (12,0 – 12,0)	<0,001
DDGÖ Toplam Puan	123,0 (91,0 – 143,0)	77,0 (61,0 – 99,0)	<0,001

**:Mann-Whitney U testi*

Tanımlayıcı istatistikler medyan (25.-75.persantil) şeklinde belirtilmiştir.

4.2.9. Olgu ve Kontrol Gruplarının Barkley Çocuk Dikkat Anketi(BÇDA) Kullanılarak YBT Belirtileri Bakımından Karşılaştırma Sonuçları

Olgu grubunda hayallere dalma (**p<0,001**), yavaşlık (**p<0,001**) ve YBT toplam (**p<0,001**) puanları bakımından kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 17).

Tablo 17. Olgu ve Kontrol Gruplarının BÇDA Kullanılarak YBT Belirtileri Bakımından Karşılaştırma Sonuçları

	Grup		p [*]
	Olgu	Kontrol	
Hayallere Dalma	13,0 (9,0 – 17,0)	8,0 (7,0 – 10,0)	<0,001
Yavaşlık	9,0 (6,0 – 12,0)	7,0 (5,0 – 8,0)	<0,001
YBT Toplam Puan	22,0 (16,0 – 30,0)	14,0 (13,0 – 18,0)	<0,001

**:Mann-Whitney U testi*

Tanımlayıcı istatistikler medyan (25.-75.persantil) şeklinde belirtilmiştir.

4.2.10. Suisid Girişimini Öngörme için Oluşturulan Modelin Çoklu Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Suisid girişimini öngörmede DEHB, DDGÖ ve YBT toplam puanlarının etkilerini belirlemek için çoklu lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Suisid girişimini öngörmede DEHB, DDGÖ ve YBT toplam puanlarına ilişkin kesim noktaları ROC analizi ile belirlenmiş ve DEHB, DDGÖ ve YBT toplam puanları kesim noktalarına göre kategorize edilerek modele alınmıştır. Analiz için oluşturulan modelin uygunluğu, Hosmer Lemeshow testi ($p=0,473$) ile kontrol edilmiş ve model uygun olarak değerlendirilmiştir. Lojistik regresyon analizi sonucunda DEHB, DDGÖ ve YBT toplam puanların suisid girişimi üzerine anlamlı etkileri olduğu belirlenmiştir.

- DEHB toplam puanı ≥ 14 olanların <14 olanlara göre suisid riski 4,489 kat fazladır ($p=0,008$).
- DDGÖ toplam puanı ≥ 100 olanların <100 olanlara göre suisid riski 3,135 kat fazladır ($p=0,044$).
- YBT toplam puanı ≥ 19 olanların <19 olanlara göre suisid riski 10,738 kat fazladır ($p<0,001$) (Tablo 18).

Tablo 18. Suisid Girişimini Öngörme için Oluşturulan Modelin Çoklu Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

	%95 Güven Aralığı					
	B	S.E.	p*	OR	Alt	Üst
DEHB Toplam Puan (<14) [‡]	1,502	0,570	0,008	4,489	1,470	13,707
DDGÖ Toplam Puan (<100) [‡]	1,143	0,567	0,044	3,135	1,031	9,531
YBT Toplam Puan (<19) [‡]	2,374	0,520	<0,001	10,738	3,879	29,728

*:Çoklu regresyon analizi

‡:Referans kategori

4.3. İntihar Niyeti Ölçeğinin (İNÖ) Değerlendirilmesi

İNÖ intihar girişiminde bulunmuş olan olgu grubundaki bireylere uygulanmış ve ölçek toplam puanının 1-25 arasında değiştiği görülmüştür. İNÖ toplam puan ortalaması $12,67 \pm 5,64$ olarak saptanmıştır. Ölçeğin “girişimle ilgili şartlar” ve “kendini değerlendirme” bölümlerinden alınan ortalama puanlar sırasıyla $6,30 \pm 2,83$ ve $6,37 \pm 3,58$ olarak saptanmıştır (Tablo 19).

Tablo 19. İntihar Niyeti Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları

	Min.-Maks.	Ort. $\pm$ SS	Medyan
Girişimle İlgili Şartlar	0 - 14	$6,30 \pm 2,83$	6,0
Kendini Değerlendirme	0 - 12	$6,37 \pm 3,58$	6,0
İntihar Niyeti Toplam	1 - 25	$12,67 \pm 5,64$	13,0

Tanımlayıcı istatistikler ortalama (Ort.) $\pm$ standart sapma (SS) şeklinde belirtilmiştir.

Tablo 20. İNÖ Gruplarına Göre İntihar Girişimi Öncesi Plan Yapan ve Yapmayanların İstatistiksel Anlamlılık Verileri

	İntihar Girişimi Öncesi Plan		p [*]
	Yok (n=42)	Var (n=15)	
Girişimle İlgili Şartlar	6,00 (3,00 – 8,00)	8,00 (6,00 – 9,00)	0,015
Kendini Değerlendirme	5,50 (3,00 – 7,25)	11,0 (7,00 – 12,00)	<0,001
İntihar Niyeti Toplam	11,00 (7,75 – 14,50)	18,00 (14,00 – 21,00)	<0,001

**:Mann-Whitney U testi*

Tanımlayıcı istatistikler medyan (25.-75.persantil) şeklinde belirtilmiştir.

İntihar girişimi öncesi plan yapanların girişimle ilgili şartlar (**p=0,015**), kendini değerlendirme (**p<0,001**) ve intihar niyeti toplam (**p<0,001**) puanları intihar öncesi plan yapmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 20).

Tablo 21. İNÖ Gruplarına Göre İntihar Girişimi Sayısı Gruplarının İstatistiksel Anlamlılık Verileri

	İntihar Girişimi Sayısı		p [*]
	1 veya 2 (n=34)	3 veya fazla (n=23)	
Girişimle İlgili Şartlar	6,50 (3,75 – 9,00)	6,00 (5,00 – 8,00)	0,954
Kendini Değerlendirme	6,00 (3,75 – 9,25)	6,00 (5,00 – 10,00)	0,507
İntihar Niyeti Toplam	12,50 (8,00 – 17,25)	13,00 (10,00 – 17,00)	0,702

**:Mann-Whitney U testi*

Tanımlayıcı istatistikler medyan (25.-75.persantil) şeklinde belirtilmiştir.

Toplamda 1 veya 2 defa intihar girişiminde bulunanların girişimle ilgili şartlar (p=0,954), kendini değerlendirme (p=0,507) ve intihar niyeti toplam (p=0,702) puanları ile 3 veya daha fazla sayıda intihar girişiminde bulunanların puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 21).

Tablo 22. İNÖ Gruplarına Göre İntihar Girişimi Öncesi Psikiyatrik Tedavi Alan ve Almayanların İstatistiksel Anlamlılık Verileri

	İntihar Girişimi Öncesi Tedavi		p [*]
	Yok (n=16)	Var (n=41)	
Girişimle İlgili Şartlar	7,50 (3,75 – 9,75)	6,00 (4,00 – 8,00)	0,362
Kendini Değerlendirme	6,00 (3,50 – 9,50)	6,00 (4,00 – 10,00)	0,872
İntihar Niyeti Toplam	12,50 (10,25 – 17,50)	13,00 (8,50 – 17,00)	0,790

**:Mann-Whitney U testi*

Tanımlayıcı istatistikler medyan (25.-75.persantil) şeklinde belirtilmiştir.

İntihar girişimi öncesi psikiyatrik tedavi alanların girişimle ilgili şartlar (p=0,362), kendini değerlendirme (p=0,872) ve intihar niyeti toplam (p=0,790) puanları ile intihar girişimi öncesi psikiyatrik tedavi almayanların puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 22).

Tablo 23. İNÖ Gruplarına Göre Psikiyatri Servisinde Yatarak Tedavi Görmüş Olan ve Olmayanların İstatistiksel Anlamlılık Verileri

	Psikiyatri Servisinde Yatış		p*
	Yok (n=32)	Var (n=25)	
Girişimle İlgili Şartlar	6,00 (3,25 – 8,75)	7,00 (5,50 – 8,00)	0,722
Kendini Değerlendirme	6,00 (3,25 – 9,75)	6,00 (4,50 – 10,00)	0,897
İntihar Niyeti Toplam	12,00 (8,50 – 17,00)	14,00 (9,00 – 16,50)	0,705

*:Mann-Whitney U testi

Tanımlayıcı istatistikler medyan (25.-75.persantil) şeklinde belirtilmiştir.

Psikiyatri servisinde yatarak tedavi görmüş olanların girişimle ilgili şartlar (p=0,722), kendini değerlendirme (p=0,897) ve intihar niyeti toplam (p=0,705) puanları ile psikiyatri servisinde daha önce yatışı olmayanların puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 23).

4.4. İNÖ ile Turgay DEHB Ölçeği, BÇDA, DDGÖ'nün Korelasyon Analizi Sonuçları

Tablo 24. İNÖ ile Turgay DEHB Ölçeği Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları

		Girişimle İlgili Şartlar	Kendini Değerlendirme	İNÖ Toplam
Dikkat Eksikliği	r	0,013	0,131	0,095
	p	0,924	0,331	0,483
Hiperaktivite-dürtüsellik	r	0,064	0,074	0,085
	p	0,634	0,584	0,532
KOKGB	r	0,019	-0,014	0,015
	p	0,889	0,918	0,911
Davranım Bozukluğu	r	-0,068	0,171	0,068
	p	0,614	0,204	0,613
DEHB Toplam	r	-0,002	0,090	0,066

p 0,986 0,506 0,628

r: Spearman Korelasyon Katsayısı

İNÖ toplam puanı ve alt puanları ile Turgay DEHB Ölçeği toplam puan ve alt puanları arasında yapılan korelasyon analizinde ölçekler arasında istatistiksel anlamlı korelasyon bulunamamıştır (Tablo 24).

Tablo 25. İNÖ ile DDGÖ Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları

		Girişimle İlgili Şartlar	Kendini Değerlendirme	İNÖ Toplam
Netlik	r	0,152	,337*	,270*
	p	0,259	0,010	0,042
Farkındalık	r	0,050	,356**	0,238
	p	0,713	0,007	0,074
Dürtüsellik	r	0,082	0,189	0,162
	p	0,542	0,158	0,227
Reddetme	r	0,255	0,258	,286*
	p	0,055	0,052	0,031
Amaçlar	r	0,153	0,196	0,199
	p	0,256	0,144	0,138
Strateji	r	0,125	0,249	0,194
	p	0,355	0,062	0,148
DDGÖ Toplam	r	0,206	,327*	,295*
	p	0,124	0,013	0,026

r: Spearman Korelasyon Katsayısı

*: $p < 0,05$, **: $p < 0,01$

Kendini değerlendirme ile netlik ($r=0,337$, $p=0,010$), farkındalık ($r=0,356$, $p=0,007$) ve DDGÖ toplam ($r=0,327$, $p=0,013$) puanları arasında pozitif yönde zayıf ilişki vardır. İNÖ toplam puanı ile netlik ($r=0,270$, $p=0,042$), reddetme ($r=0,286$, $p=0,031$) ve DDGÖ toplam ($r=0,295$, $p=0,026$) puanları arasında pozitif yönde zayıf ilişki vardır (Tablo 25).

Tablo 26. İNÖ ile BÇDA Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları

		Girişimle İlgili Şartlar	Kendini Değerlendirme	İNÖ Toplam
Hayallere Dalma	r	0,046	-0,109	-0,056
	p	0,732	0,418	0,678
Yavaşlık	r	0,033	-0,123	-0,080
	p	0,809	0,361	0,553
YBT Toplam	r	0,023	-0,130	-0,087
	p	0,865	0,334	0,521

r: Spearman Korelasyon Katsayısı

İNÖ toplam puanı ve alt puanları ile BÇDA toplam puan ve alt puanları arasında yapılan korelasyon analizinde ölçekler arasında istatistiksel anlamlı korelasyon bulunamamıştır (Tablo 26).

5. BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu çalışmada suisid girişiminde bulunmuş 12-18 yaş arasındaki kız olgular ile psikiyatrik tanısı olmayan, daha önce suisid girişiminde bulunmamış sağlıklı kontrol grubu DEHB belirtileri, YBT belirtileri ve emosyon regülasyon özellikleri açısından incelenmiş ve gruplar birbirleri ile karşılaştırılmıştır. Tüm gruplar sosyodemografik özellikler açısından, olgu grubu ise ek psikopatolojiler, intihar girişimi özellikleri ve intihar niyeti açısından da değerlendirilmiştir.

5.1. Sosyodemografik Özelliklerin İrdelenmesi

5.1.1. Cinsiyet ve Yaş

Çalışmamızda katılımcıların yaş parametrelerine bakıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Literatürde ergenliğin, duygu düzenlemeyi ve düzensizliği anlamak için özellikle önemli bir gelişimsel dönem olduğu çünkü genellikle duygu işlemeye etki eden önemli bilişsel, ilişkisel, nörolojik, hormonal ve davranışsal değişikliklerin bu dönemde meydana geldiği belirtilmektedir(13,14). Ergenlerin neden bu yaşlarda intihar düşüncelerine sahip olmaya başladıklarını açıklayan bir çalışma, çocukların ergenlik döneminde duygusal zorluklar yaşamaya başladıklarını ve bunları kontrol etmeyi öğrendiklerini ancak savunma mekanizmalarının zayıf olması nedeniyle güçlü duyguları kontrol etmeyi her zaman başaramadıklarını ve daha sonra kendilerine zarar vererek veya intihar girişiminde bulunarak birikmiş duygusal fazlalıklarını, kaygılarını, öfkelerini veya korkularını atmaya çalıştıklarını ortaya koymuştur(301). Buna ek olarak literatürde intihar düşüncesinin 12 ila 17 yaşları arasında hızla artarken, intihar girişimi oranlarının 12 ila 15 yaşları arasında arttığı yer almaktadır(24). Bu bilgilere dayanarak çalışmamıza 12-18 yaş grubundaki ergenler dahil edilmiştir.

Çalışmamızda 57 olgu 55 kontrol grubu olmak üzere 112 katılımcı yer almıştır. Katılımcıların tümü kız cinsiyette idi. Çok sayıda çalışma, intihar girişiminin kızlar arasında daha yaygın olduğunu ortaya koymuştur(24,302). Bilimsel literatürdeki bulgular, kızların

erkeklere kıyasla 3 ila 9 kat daha fazla intihar girişiminde bulunduğunu göstermektedir(303,304). Örneklemimizin yalnızca kız hastalardan oluşması, polikliniklerimizde takip edilen son bir yıllık zaman diliminde intihar girişiminde bulunmuş erkek hasta sayısının önemli derecede az olmasındandır. Çalışmamızdaki katılımcıların tamamının kız olmasının çalışmamızın kısıtlılıkları arasında yer aldığını düşünmekteyiz.

5.1.2. Eğitim Durumu

Grupların eğitime devam etme durumu karşılaştırıldığında olgu grubunda okulu bırakanların oranı, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çalışmamızın sonucu literatürle kıyaslandığında benzer yorumlanmıştır. Önceden yapılmış çalışmalarda temel destek sistemlerinden (okul, iş ve aile) bağlantısı kesilen gençlerin intihar riskinin çok yüksek olduğu(67); intihar girişim riskinin okulu bırakanlar veya okula bir süre devamsızlık yapanlar arasında arttığı (35) ayrıca okulla bağlantının ve akademik başarının intihar davranışında bulunmaya karşı koruyucu bir rolü olduğu saptanmıştır(305). Okuldan ayrılmış olmak gençlerde sosyal izolasyona yol açabilir ayrıca eğitim düzeyinin düşük olması bireylerin yaşadığı duygusal zorlukları ifade etme becerisini ve problem çözme gibi baş etme becerilerini sınırlayabilir. Buna ek olarak, intihar girişiminde bulunmuş gençlerde psikiyatrik semptomların daha fazla ve ciddi olması, bu gençlerin eğitimlerini tamamlamalarını zorlaştırıp eğitim sürelerinin daha kısa olmasına sebep olabilir.

Grupların ders başarısı karşılaştırıldığında olgu grubunda ders başarısı kötü olanların oranı kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek, ders başarısı iyi olanların oranı kontrol grubundan anlamlı düzeyde düşük olarak saptanmıştır. Ergenlik döneminde ruhsal ve fiziksel sıkıntı, düşük akademik performans ve zorlu kişilerarası ilişkiler de dahil pek çok stres faktörünün ortaya çıktığı(306) ve bunun da potansiyel olarak intihar eğilimini artırabileceği literatürde yer almaktadır(307,308). Ders başarısının kötü olması aile ve öğretmenler tarafından eleştirilme, akran zorbalığına uğrama, kişilerarası ilişkilerini yürütememe, düşük özgüven, yalnız hissetme, tehlikeli kişilerle arkadaşlık kurma, sigara-alkol-madde kullanımı; gelecek kaygısı, umutsuzluk ve işe yaramama duygusu hissetme gibi nedenlerden dolayı psikiyatrik semptomlara ve bireylerin intihar girişimine yol açabilir.

5.1.3. Aile Özellikleri

Literatür incelendiğinde aile geçmişinde intihar ya da intihar girişimi olması, erken yaşta anne veya baba kaybı, fiziksel ya da cinsel istismar geçmişi, aileden ayrı yaşama, aile içinde iletişim sorunlarının bulunması ve ailenin düşük sosyoekonomik durumu gibi faktörler, intihar davranışının risk faktörleri olarak kabul görmektedir(309).

Çalışmamızda kontrol grubunda anne ve baba ile yaşayanların oranı olgu grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek; ayrıca olgu grubunda anne ve baba boşanma oranı kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek ve kontrol grubunda anne ve baba birliktelik oranı olgu grubundan anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Literatürde gençlerde intihar düşüncelerinin ve planlarının yaygınlığını değerlendiren çalışmalarda, tek ebeveynli ailelerde yaşayan çocukların, iki ebeveynli ailelerde yaşayanlara kıyasla daha sık intihar düşüncelerine sahip oldukları tespit edilmiştir(24). Literatürde intihar davranışı ve ebeveyn boşanması ilişkisini inceleyen çalışmalarda, intihar davranışında bulunan ergenlerin kontrol grubuna kıyasla ayrı yaşayan ailelerden gelme olasılığının önemli ölçüde daha yüksek olduğu bulunmuştur(73). Aile yapılarına ilişkin literatüre göre, Fransa'da yürütülen bir çalışma, boşanmış/ayrı yaşayan ya da tek ebeveynli ergen bireylerde suisid girişimi riskinin üç kat daha yüksek olduğunu göstermiştir(310). Benzer şekilde, Danimarka'da yapılan ergenlerle ilgili bir çalışma, ayrık ebeveyn ilişkilerinin bildirilme olasılığının on kat fazla olduğunu ortaya koymuştur(311). Türkiye'de yapılan çalışmalar ise ergenlerin %8,8 ile %52,4 arasında değişen oranlarda boşanmış veya ayrı yaşayan ebeveynlere sahip olduğunu göstermektedir(312,313). Literatürde boşanma ile intihar davranışı arasındaki ilişkinin, evlilikleri boşanmayla sona eren ebeveynlerin psikopatoloji oranının artmasından kaynaklanıyor olabileceği(72,314) ayrıca intihar girişimi ile evlilik sorunları arasındaki ilişkinin özellikle baba ve çocuk arasındaki ilişkinin kalitesi gibi diğer psikososyal risk faktörlerinden etkileniyor olabileceği tartışılmıştır(315,316). Önceki çalışmalar 15-24 yaş grubundaki bireylerin %36,4'ünün ailevi sorunlar yaşadığını göstermektedir(317). Bu yaş grubundaki intihar girişimlerinin yaygın bir tetikleyici faktörünün ebeveynlerle yaşanan sorunlar ve işlevsiz aile ilişkilerinin olduğu aktarılmaktadır(318). Olumlu ve destekleyici aile ilişkileri ergenin iyi bir rol modelinin olmasını, aile bağlarının güçlü olmasını, güvenli bağlanma stilleri geliştirmesini, stres yaratan durumlarla baş etme becerilerinin gelişmesini, yaşamlarının kontrolünün kendilerinde olduğunu düşünmesini sağladığını söylemek mümkündür.

Çalışmamızda olgu grubunda geniş aile ile yaşayanların oranı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Literatüre bakıldığında, geniş aile olarak yaşamanın olumlu ve olumsuz yönleri üzerinde dushulmuştur. Aileyi bir arada tutma, ekonomik destek sağlama, duygusal destek ve dayanışma olumlu yönler olarak aktarılırken, bireyin gelişimini ve kendine yetebilmesini ayrıca özgürlüğünü kısıtlama, kişisel değerlerin yok sayılması gibi durumlar olumsuz yönler olarak aktarılmıştır(319).

Çalışmamızda olgu ve kontrol grupları arasında anne yaşı ve baba yaşı kıyaslandığında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır. Olgu grubunda anne eğitim durumu ve anne çalışma oranı ayrıca baba eğitim düzeyi ve baba çalışma oranı kontrol grubundan anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır. Literatürde ebeveyn eğitim düzeyiyle intihar davranışının ilişkisini inceleyen çalışmaların sonuçlarının değişken olduğu görülmüştür. Bir meta-analizde ebeveyn eğitiminin düşük olmasının gençlerin intihar girişimiyle ilişkili olduğu ancak intihar düşüncesiyle ilişkili olmadığı; coğrafi bölge ve ülke gelir düzeyinin bu ilişkiyi etkilediği bulunmuştur. Ebeveyn eğitiminin düşük olması, Kuzey Amerika'da gençlerde intihar girişimi riskinin artmasıyla ilişkilendirilirken, Doğu ve Güneydoğu Asya'da riskin azalmasıyla ilişkilendirilmiştir. Yüksek gelirli ülkelerde düşük ebeveyn eğitimi ile gençlerde intihar düşüncesi riskinin artmasıyla ilişkili olduğu ancak düşük ve orta gelirli ülkelerde ilişkili olmadığı bulunmuştur(320).

Bir ebeveynin intihar ya da başka nedenlerden ölmesi, ailede psikiyatrik hastalık ya da işsizlik öyküsü olması, ebeveynin bekar olması, annenin göç etmesi, babanın eğitiminin zayıf olmasının gençlerin intihar etme olasılığını artırdığı; ailenin düşük sosyoekonomik konumunun, ailede ruhsal hastalıkların ve intiharın sıklığını artırdığını gösteren çalışmalar vardır(321). Çalışmamızda olgu grubunun maddi durumunun kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır. Literatürde pek çok çalışmada intihar girişiminde bulunmuş olan olguların genellikle alt ve orta sosyoekonomik düzeye mensup olduğu ve düşük sosyoekonomik düzeydeki ailelerden geldiğinden bahsedilmektedir(322,323).

5.1.4. Ailede ve Akrabalarda Psikiyatrik Hastalık ve Suisid Girişimi

Çalışmamızda olgu grubunda ailede psikiyatrik hastalık oranı ve intihar girişimi oranı kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Kesitsel ve ileriye dönük çalışmalarda akrabalarda ve çocuklarda psikopatoloji oranları kontrol edildikten sonra bile, intihar girişiminden ölen ve intihar girişiminde bulunan ergenlerin akrabalarında 2-6 kat artan

intihar davranışı oranı bulunmuştur. Ebeveynlerdeki duygudurum bozukluğu tanısının, çocuklarındaki intihar girişimine etkisini inceleyen çalışmalar, çocuklarda depresyon ve diğer psikopatolojilerden bağımsız olarak, intihar girişimi riskinde 5-6 kat artış bildirmektedir(324,325).

Literatüre bakıldığında ergenlerde intihar düşüncesi ile son bir yıl içinde bir arkadaş veya aile üyesinde intihar girişimi olması arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur(326). Bir çalışmada intihar girişiminde bulunmuş 10 ile 17 yaş arasındaki çocuk ve ergenlerin %40'ının çevrelerinde intihar girişimlerine maruz kaldığı ve bu grubun yaklaşık üçte birinde daha önce intihar girişimi olduğu saptanmıştır(311). Araştırmalar, özellikle çocuk, ergen ve genç yetişkin intiharlarında, başkalarının davranışlarını taklit etmenin ve bu davranışların bulaşıcı bir etkisi olabileceğini göstermektedir(327). Danimarka'da resmi kayıtların incelenmesiyle yapılan bir çalışmada; bir ebeveynin intihar ya da başka sebeplerden ölmesinin gençlerin intihar girişiminde bulunma olasılığını artırdığı saptanmıştır(73). İntiharın genetik risk faktörlerine dair literatür incelendiğinde ikizlerde ve evlat edinilmiş çocuklar üzerinde yapılan araştırmalar, ailedeki intiharlarda genetik faktörlerin rol oynadığını göstermektedir(328,329). Evlat edinme, ikiz ve aile çalışmalarından, intihar davranışının ailesel olduğuna ve belki de genetik olduğuna ve intiharla ilgili davranışlara eğilimin, psikiyatrik bozukluktan bağımsız olarak ailelere aktarıldığına dair güçlü kanıtlar bulunmaktadır. İntihar girişiminde bulunan bireylerin ailelerinde intihar riskinin arttığı görülmüştür(330). Bununla birlikte, genetik faktörler ruh sağlığı sorunları için risk aktarımında anahtar bir mekanizma olsa da, sosyal çevre de intihar davranışları üzerinde önemlidir. Olumsuz bir aile ortamı, psikiyatrik bozukluklar için genetik risk faktörlerinin ortaya çıkmasını artırabilir ayrıca bir yetişkinin kendi ruh sağlığı kötü olduğunda, bu durumu gençler için olumsuz bir örnek olabilir ve gencin ruh sağlığını olumsuz etkileyebilir. Aile içinde psikiyatrik bozuklukların bulunması ilgi ve anlayışın, duygusal ihtiyaçların karşılanmasının ve duygu düzenlemenin, problem çözme becerilerinin yetersizliğine; bireyin büyüdüğü ve geliştiği ortamın yeterince destekleyici olmamasına sebep olabilir. Bu nedenlerden dolayı, intihar girişimi olan çocuk ve gençlerin ebeveynlerinde psikiyatrik hastalıkların daha sık saptanması beklenen bir bulgudur. Aynı zamanda, çeşitli psikiyatrik semptomları olan ve intihar davranışları sergileyen gençlerin ebeveynlerinde gençlerin bu davranışları nedeniyle ruhsal zorlanmaların, yetersiz, çaresiz ve kaygılı hissetmenin, tükenmişliğin sağlıklı kontrol grubuna göre daha yaygın olabileceğini düşünmekteyiz.

5.1.5. Psikiyatrik Öykü

Olgu grubumuzda depresif bozukluklar en yaygın, anksiyete bozuklukları ikinci en yaygın ve DEHB ise üçüncü en yaygın psikiyatrik bozukluk olarak saptanmıştır. Bu tanılar dışında OKB, TSSB, KOKGB, DavBoz ve yeme bozuklukları da mevcut tanılar arasında yer almaktadır.

Komorbid tanıları olan ergenler, her bağımsız tanıyla ilişkili bilişsel çarpıtmalar yaşayabilir ve bu da ciddi bir bilişsel işlevsizliğe yol açar. Bilişsel işlev bozukluğundaki bu artış, komorbid durumlarda bulunan intihar davranışı riskinin artmasından sorumlu olabilir. Topluluk örnekleriyle yapılan çalışmalarda, depresif/kaygılı ergenler, yalnızca depresif ve kontrol gruplarına göre bilişsel süreçlerin daha fazla bozulduğunu bildirmişlerdir(331).

Amerika'ya yapılan, 13-18 yaş grubundaki ergenlerin katıldığı geniş çaplı bir çalışmada intihar düşüncesine sahip gençlerin %89'unda, intihar girişiminde bulunmuş gençlerin %93'ünde en az bir adet psikiyatrik bozukluk saptanmıştır. Psikiyatrik bozukluklardan en sık major depresif bozukluk veya distimi, sonrasında sırasıyla özgül fobi, KOKGB, aralıklı patlayıcı bozukluk, madde kullanım bozukluğu ve davranım bozukluğu olduğu görülmüştür. Bunun yanında, psikiyatrik bozuklukların prevalansının genellikle intihar davranışlarının şiddetinin artmasıyla birlikte arttığı (düşünce < plan < girişim) bulunmuştur(24). Literatüre bakıldığında intihar girişiminde bulunmuş 180 ergende yapılan prospektif bir çalışmada intihar girişimiyle eşzamanlı olarak ilişkilendirilen en yaygın tanı profilleri depresif + yıkıcı bozukluklar, depresif + anksiyete + madde kullanım bozuklukları, depresif + yıkıcı + madde kullanım bozuklukları, depresif + anksiyete bozuklukları, yalnızca depresif bozukluklar ve yalnızca yıkıcı bozukluklar olarak bulunmuş ve intihar girişimiyle ilişkili 98 komorbid tanı profilinin 87'sinde (%89) depresif bozukluklar saptanmış; komorbid tanılar kontrol altına alındıktan sonra intihar riskini yaklaşık 5 kat artırdığı görülmüştür. Bireyin yaşı ilerledikçe intihar girişimleri ve bu tanılar arasındaki ilişki güçlenmiştir(332).

Anksiyete bozuklukları gençlerde intihar girişimiyle ilişkili bulunmuştur ancak bazı çalışmalarda duygudurum bozukluğu ve diğer durumlar kontrol altına alındıktan sonra intihar riskine katkısının azaldığı görülmüştür(333) ancak panik bozukluğun duygudurum ve diğer bozuklukların kontrol altına alınmasından sonra bile intihar davranışı riskini artırdığı saptanmıştır(37). Anksiyete, kısmen stresli durumlarla ilişkili bilişsel çarpıtmalar yoluyla intihar davranışıyla ilişkili olabilir. Anksiyete bozukluğu olan ergenler, algılanan tehdit için daha düşük bir eşiğe sahip olma, algılanan tehditle baş etme becerilerini hafife alma ve tehdit

edici durumlarda olumsuz sonuçlar bekleme eğilimindedir(334). Zamanla, bu tür endişeli düşünceler, özellikle depresyonla ilişkili bilişsel çarpıtmalarla birleştiğinde, anksiyete ve duygudurum bozuklukları sıklıkla birlikte ortaya çıktığından, bunaltıcı hale gelebilir. Bu koşullar altında intihar davranışı bir kaçış yolu olarak değerlendirilebilir(335). Anksiyete bozukluğu olan kişilerde görülen davranışsal kaçınma sosyal izolasyon, yaşam kalitesinin düşmesi ve işlevsellikle bozulmaya neden olabilmektedir.

OKB tanılı bireylerdeki mükemmeliyetçilik, ciddi olumsuz öz değerlendirme, tatminsizliğe ve başarısızlık korkusuna yol açması nedeniyle intihar davranışının itici gücü olarak kabul edilmektedir. Gerçekçi olmayan beklentiler ve aleksitimi (duyguları tanımlama ve işlemedeki zorluk) de OKB tanılı bireylerde intihar eğilimini artırmaktadır(107).

Okul temelli bir çalışmada, depresyon ve cinsiyet kontrol edilse bile TSSB semptomatolojisinin intihar girişimi riskini artırdığı bulunmuştur(336). İntiharın kişilerarası modeline göre kendini yalnız-izole hissetme, başkaları için yük olarak görme, intihar yeterliliği kazanma yani acıya dayanma gücü geliştirme ayrıca TSSB’de görülen uyuşukluk/hissizlik yaşantısının ağrı ve acıya karşı toleransı artırması TSSB’de intihar girişimi riskinin artmasına neden olabilmektedir.

Shaffer ve ark. ebeveyn bildirimi kullanarak, intihar girişiminde bulunan genç kızlar arasında yeme bozukluğu yaygınlığının %5 olduğunu bulmuştur(333). İntihar girişiminde bulunan adolesanların, yeme bozuklukları ve anormal yeme davranışlarına sahip olma olasılıkları daha fazladır(34,44). Yeme bozukluğu olan gençlerde beden algısında bozukluk, depresif duygudurum, agresyon ve impulsivite olması; davranış ve duygu kontrolünün zayıf olmasının; bunlara ek olarak psikiyatrik komorbiditelerin, KZVD’nin ve istismarın intihar girişimi riskini artıracığını düşünmekteyiz.

5.1.6. Travma ve KZVD Öyküsü

Çalışmamızda olguların çoğunda (%77,2) daha önce KZVD öyküsü mevcuttur. Bilimsel literatürde yer alan verilere göre, intiharı düşünen ve intihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenler genellikle kendilerine zarar vermektedir(337,338). Geçmişte en az bir intihar girişimi veya KZVD öyküsü, intihar girişiminin önemli göstergeleridir(339). Litvanya’da yürütülen bir çalışmada(340) intihar girişiminde bulunan çocukların en az dörtte üçünün, vücutlarının çeşitli

kisimlerini keserek veya yakarak kendilerine zarar verdiklerini tespit edilmiş ve bu da literatürde intihar düşüncesi olan ve intihar girişiminde bulunan çocukların sıklıkla kendilerine zarar verdikleri bulgusunu desteklemiştir(337,338).

Çalışmamızda olguların %24,5'inin fiziksel ya da cinsel travma öyküsü mevcuttur; travma öyküsü olan grubun %85,7 oranla büyük çoğunluğu cinsel travma yaşadığını belirtmiştir. Fiziksel veya cinsel istismara maruz kalma, zorbalığa uğrama veya flört şiddetine maruz kalma gibi kötü muameleye maruz kalmanın da intihar düşüncesinden intihar girişimine geçişe katkıda bulunduğu saptanmıştır(341). Fiziksel ve cinsel istismar, özellikle de cinsel istismar, intihar girişimi ve tamamlanmış intiharla güçlü bir şekilde ilişkili bulunmuştur(44,305). Cinsel istismarın intihar davranışı üzerindeki ana etkisi, artan psikopatoloji riskinden kaynaklanıyor gibi görünse de, artan psikopatoloji riski ve diğer faktörler kontrol edildikten sonra bile hem risk hem de erken yaşta intihar girişimi açısından bağımsız bir etki olabileceği saptanmıştır(305).

5.1.7. Sigara ve Alkol Kullanımı

İntihar davranışları açısından alkol ve sigara kullanımı önemli birer risk faktörüdür(342). Bu konudaki çalışmalar incelendiğinde, alkol kullanımı ve sigara içmenin intihar düşüncesi, planı ve girişimleri ile pozitif korelasyon gösterdiği tespit edilmiştir(343). Çalışmamızda olgu grubunda sigara ve alkol kullanım oranı kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Bir araştırma ABD'de intihar girişiminde bulunan gençlerin %70'inin alkol kullandığını ortaya koymuştur(344). Alkol kullanım bozukluğu ve akut alkol kullanımı da intihar davranışı riskini artırmaktadır(345,346). Teorik olarak alkol kullanımı disinhibisyonu, dürtüsellik, saldırganlığı, negatif duygulanımı artırabilir(347). Aşırı alkol kullanımı sıkıntıyı artırır, kendine ve başkalarına karşı öfkeyi ve saldırgan davranışı artırır, intihara özgü alkol beklentilerini artırır (örneğin, "alkol bana intihar girişiminde bulunma cesaretini verecektir") ve uyumlu başa çıkmayı engeller. Psikolojik sıkıntı, saldırganlık ve bilişsel çarpıklıktaki bu eşzamanlı artış, savunmasız bireylerde intihar davranışıyla sonuçlanabilir(348). Sigara içmek ve artan intihar olasılığının doza bağımlı pozitif bir ilişkisi vardır. Önceki çalışmalar, düşük serotonerjik fonksiyonun daha fazla sigara içme ve intihar davranışıyla ilişkili olabileceğini öne sürmüştür. Sigara içmek aynı zamanda dürtüsellik ve agresyonla da ilişkilidir(349).

5.2. Olgu Grubunun İntihar Girişimi Özellikleri ve İNÖ Açısından Değerlendirilmesi

İntihar girişimi esnasında, kişinin hayatına son verme isteğinin yoğunluğunu, girişim esnasındaki çevresel faktörleri, girişimin ardından eğilimlerini ve girişim esnasındaki beklentilerini değerlendiren bu ölçeğin yüksek puanları kişinin intihar girişiminin ne kadar ciddi olduğunu gösterir(300).

Çalışmamızda intihar girişiminde bulunan 57 ergenin İNÖ toplam puan ortalaması $12,67 \pm 5,64$ olarak saptanmıştır. Ölçeğin “girişimle ilgili şartlar” ve “kendini değerlendirme” bölümlerinden alınan ortalama puanlar sırasıyla $6,30 \pm 2,83$ ve $6,37 \pm 3,58$ olarak saptanmıştır. Sivas ilinin merkezinde intihar davranışının prevalansını inceleyen bir çalışmada, intihar girişiminde bulunan bireylerin İNÖ (İntihar Niyeti Ölçeği) ortalama puanı $7,5 \pm 3,44$ olarak tespit edilmiştir(350). EUTF'nin üçüncü basamak hastane olması İNÖ ortalama puanının daha yüksek olmasına neden olmuş görünmektedir.

Çalışmamızda intihar girişimi öncesi plan yapanların girişimle ilgili şartlar, kendini değerlendirme ve intihar niyeti toplam puanları intihar öncesi plan yapmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. İntihar planı yapmanın girişimin ciddiyetini ve intihar girişiminin tekrarlama riskini artırdığı önceki çalışmalarda gösterilmiştir. İntihar planı ve/veya yüksek niyeti olan, ısrarcı intihar düşüncesi sergileyen kişilerin, intiharı tekrar deneme riski yüksek bulunmuştur(29).

Çalışmamızda olgu grubunun %73,7'sinin intihar girişiminden önce plan yapmadığı, %63,2'sinin intihar girişiminden hemen önce sıkıntılı bir olay yaşadığı tespit edilmiştir. Literatürdeki veriler incelendiğinde çocukların yarısından fazlasının plansız olarak intihar girişiminde bulunduğunu, kalan kısmının ise intiharı planladığı görülmektedir. Danimarka'da 2016 yılında yapılan bir araştırma, çocuk ve ergenlerin yetişkinlere kıyasla daha sık plansız olarak intihar girişiminde bulunduğunu ortaya koymuştur. Bu bulgu, çocuklarda zaman anlayışının yetişkinlere kıyasla farklılık göstermesi; dolayısıyla karar verirken sadece mevcut zorlukları ve davranışlarının kısa vadeli sonuçlarını göz önünde bulundurmaları ile açıklanmıştır(311). Çeşitli çalışmalar dürtüsellik ile ergenlerin intihar davranışı arasında bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Çoğu ergen intihar girişimi az planlama gerektirir ve dürtüsel alt grup için intiharın önlenmesi, ölümcül araçların sınırlandırılmasına odaklanmayı gerektirebilir(6). Dürtüsel saldırganlık, yani hayal kırıklığı veya yüzleşmeye yüksek düzeylerde düşmanlık/öfkeyle hızla yanıt vermek, sürekli olarak intihar davranışıyla ilişkilendirilmiştir(330).

Çalışmamızda olgu grubunda psikiyatri servisinde yatarak tedavi görme öyküsü olanların oranı %43,9 olarak bulunmuştur. Psikiyatri servisinde yatarak tedavi görmüş olanların İNÖ alt ve toplam puanları ile psikiyatri servisinde daha önce yatışı olmayanların puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Literatüre bakıldığında psikiyatrik tedavi için hastaneye yatırılan gençler tekrarlayan intihar davranışı açısından özellikle yüksek risk altında olan bir gruptur. Son 6 aylık takip çalışmalarında ergen psikiyatri hastalarında %10 ila %18 arasında hastaneye yatış sonrası takip döneminde en az bir intihar girişiminde bulunduğu bildirilmektedir(40,351). İntihar niyeti ciddi olan ve yüksek riskli gençlerin psiyatri servisinde yatırılarak koruma altına alındığı ve tedavi edildiği düşünüldüğünde, psikiyatri servisinde yatarak tedavi görme öyküsü olanların İNÖ puanlarının daha yüksek olması beklenmekteydi. Çalışmamızda örneklem sayısının az olması ve sadece kız cinsiyetten oluşmasının bu sonucu etkilemiş olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda olgu grubunda intihar girişimi öncesi psikiyatrik tedavi alanların oranı %71,9 olarak bulunmuştur. İntihar girişimi öncesi psikiyatrik tedavi alanların İNÖ alt ve toplam puanları ile intihar girişimi öncesi psikiyatrik tedavi almayanların puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bizim olgu grubumuzda intihar girişimi öncesi psikiyatri takibinin ve tedavi kullanımının olması intihar niyeti açısından fark yaratmamıştır. Bireyin yaşamını sonlandırma isteğinin şiddeti pek çok faktörden etkilenebilmektedir. Bu konuda daha detaylı çalışmaların yapılabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda olgu grubunun %59,6'sı 1 veya 2 defa intihar girişiminde bulunduğunu, %40,4'ü 3 veya daha fazla intihar girişiminde bulunduğunu belirtmiştir. Toplamda 1 veya 2 defa intihar girişiminde bulunanların İNÖ alt ve toplam puanları ile 3 veya daha fazla sayıda intihar girişiminde bulunanların puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. İntihar girişimi sayısının daha fazla olanların intihar niyetinin daha ciddi olması beklenmekteydi fakat intihar girişimi sayısı yaş değişkeni, ergenlik dönemi özellikleri gibi pek çok faktörden etkilenebilmektedir. Örneğin, olumsuz duygularla ve stresle başa çıkamama, kendini rahatlatma ihtiyacı, dürtüsellik, ilgi çekme isteği, intihar girişimini tepki verme yöntemi olarak kullanma. Geçlerin intihar girişimini çoğunlukla stresli bir olay sonrası dürtüsel olarak gerçekleştirdiği ve ölme niyetinin olmadığı düşünüldüğünde bu sonuç olasıdır.

Çalışmamızda olgu gurubunun %52,6'sı aktif intihar düşüncesinin olduğunu; %50,9'u pişman olduğunu %43,8'i ise pişman olmadığını; %59,6'sı 1 veya 2 defa intihar girişiminde bulunduğunu, %40,4'ü 3 veya daha fazla intihar girişiminde bulunduğunu belirtmiştir. Sonuçlarımıza dair literatür taraması yapıldığında daha önceki intihar girişimlerinin potansiyel

tekrarlanan intihar girişimlerinin belirlenmesinde önemli bir risk faktörü olduğunu tespit etmiştir(311). Litvanya’da yapılan bir çalışmada da benzer şekilde olguların üçte birinde intihar girişiminin tekrarladığı tespit edilmiştir(340). İntihar davranışının tekrarlanma riskine ilişkin tahminler, 6 aylık takipte %10’dan 21 aylık takipte %42’ye kadar değişmektedir ve ortalama tekrarlanma oranı yıllık %5-15’tir. İntihar girişiminde bulunanlar arasında daha sonra gerçekleşen intihar oranları yılda %0,5-1,0 olup, bu oran genel nüfusla karşılaştırıldığında önemli ölçüde yüksektir(337).

Çalışmamızda literatürle uyumlu bir bulgu olarak olarak en yaygın girişim yönteminin ilaçla olduğu; olgu grubunun %75,4’ünün ilaçla intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır. Araştırmalara göre, ergenler arasında intihar girişiminde en yaygın kullanılan yöntemin fazla miktarda ilaç alımı olduğu ifade edilmektedir(55). Kolay ulaşma ve uygulayabilme imkanı ergenlerin bu yolu tercih etmesinde önemli olabilir. İntihar girişiminde bulunmuş olan bireylerin çoğunun girişimden önce psikiyatrik tedavi alıyor olması ilaçlara ulaşımın daha kolay olmasına neden olabilmektedir. Gençlerin çoğunluğunun anlık bir kararla dürtüsel olarak girişimde bulunmaları ve girişimlerinin ölme düşüncesinden ziyade sıkıntı veren durum/olaylardan uzaklaşma, gerginliği azaltma, çevreye kendisini ispat etme, ilgi görme isteği amacı taşıdığı; tüm bu nedenlerle yanlarında çoğunlukla bulunan, kendilerine fazla zarar vermeyeceğine inandıkları ilaç içme yöntemini seçmiş olabilirler.

Çalışmamızda olguların %93’ü kendine destek olan kişi/kişilerin olduğunu ifade etmiştir. Literatürde, algılanan sosyal desteğin, stres veren yaşam olayları karşısında koruyucu rolü olduğunu ifade eden çalışmalar(352) olduğu gibi tersi bir duruma yol açabileceğini ifade eden çalışmalar da vardır. Örneğin: Algılanan sosyal destek, sosyal çevrenin intihar düşüncesine tepkisine bağlı olarak değişebilir. Çoğunlukla, sosyal çevre intiharla ilgili nasıl davranması gerektiğini bilemez ve olumsuz tepkiler verebilir. İntihar düşüncesi taşıyan bir kişi, yardım almayı umarak yakınlarına bu konuyu açtığında, yakınlarının tepkisizlikleri veya olumsuz tutumları, kişinin kendi kendine ve başkalarına yönelik olumsuz duygu ve düşüncelerini daha da pekiştirebilir(353). İntihar girişiminin etiyolojisi ve risk faktörleri çok geniş bir yelpaze olduğu ve çalışmamızın çeşitli kısıtlılıkları olması nedeniyle bu konuda daha ayrıntılı incelemeler gerekebileceğini düşünmekteyiz.

5.3. Grupların DEHB Belirtileri Açısından Karşılaştırılması ve İntihar Girişimi ile DEHB İlişkisinin İncelenmesi

Çalışmamızda olgu grubu dikkat eksikliği, hiperaktivite-dürtüsellik, KOKGB, davranım bozukluğu ve DEHB toplam puanları kontrol grubu puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Olgu grubunda dikkat eksikliği ölçütü 6 ve üzerinde olanların (12 olgu) ayrıca KOKGB ölçütü 4 ve üzerinde olanların (18 olgu) oranı kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda K-SADS uygulanarak klinik olarak tanı konulan DEHB oranı %22,8 (13 kişi) ve KOKGB oranı %5,3'tür (3 kişi) ayrıca DEHB tanısı olgu grubunda (depresif bozukluk ve anksiyete bozukluklarından sonra) üçüncü en sık saptanan psikiyatrik bozukluktur. DEHB tanı ve ölçüt sayıları arasında farklılık, klinisyenin değerlendirmesi ve ailenin ölçeği doldurarak değerlendirmesi arasındaki farklılıktan kaynaklanıyor gibi gözükmemektedir.

Literatürde intihar davranışları ve bunun içinde yer alan intihar girişimi ile DEHB birlikteliğinin sık olduğu gösterilmiştir. DEHB'li bireylerde intihar girişiminde bulunma riski kontrollere göre 2,91 kat daha fazla bulunmuştur(8). DEHB tanılı ergenlerin yaklaşık yarısında intihar düşünceleri gözlemlenmektedir(203). Boylamsal bir takip çalışmasında, çocuklukta DEHB tanısı almış bireylerin, DEHB olmayanlara kıyasla intiharı düşünme olasılıkları neredeyse iki kat, lisede intihar girişiminde bulunma olasılıkları da yedi kat daha fazla saptanmıştır. Genç yetişkinliğe gelindiğinde, daha önce DEHB tanısı alan kişilerin intiharı düşünme olasılığı kontrollere göre 2,6 kat daha fazla bulunmuştur(9).

Literatür incelendiğinde DEHB'de intihar riskinin araştırıldığı çalışmalar temelde DEHB'nin intihar için bağımsız bir risk etmeni olup olmadığı ile ilgilidir. DEHB tanısı olan bireylerde intihar davranışının komorbiditelerin varlığında belirginleştiği söylenebilir fakat komorbiditeler kontrol altına alındıktan sonra DEHB'nin intihar davranışları için bağımsız bir risk etmeni olduğu bulunmuştur. Literatürdeki çalışmalardan örnek verecek olursak, çocuklarda DEHB belirtileri ve suisidaliteye depresyon, iritabilite ve anksiyetenin aracı rolünü inceleyen bir çalışmada, DEHB semptomları ile suisidalite arasındaki ilişkili olduğu ancak bu ilişkiye depresyon, iritabilite ve anksiyete semptomlarının aracılık ettiği saptanmıştır(205). DEHB tanılı çocuklarda psikiyatrik komorbiditelerin ve aile işlevselliğinin intihar davranışlarına etkisini inceleyen bir çalışmada, DEHB'li çocuklarda intihar davranışı riski, intihar düşüncesi, planı ve girişimi açısından DEHB olmayan çocuklara göre yaklaşık dört kat daha yüksek bulunmuş ayrıca anksiyete/depresyon ve davranış sorunlarının ve aile işlevselliğinin tüm intihar davranışlarına etkili olduğu; DEHB'nin intihar davranışları

üzerindeki etkilerinin genel olarak aile işlevselliği ve eşlik eden psikiyatrik durumların etkisi kontrol altına alındıktan sonra da aynı kaldığı bulunmuştur(204). DEHB tanılı olgular arasında yapılan çalışmalarda her ne kadar depresif belirtiler, spesifik anksiyete bozuklukları, distimi semptomları, zayıf bilişsel işlevler ve aile işlev bozuklukları gibi DEHB ile eşzamanlı psikolojik sorunların intihar mekanizmalarında rol oynadığı bildirilse de, intihar eğilimi ve DEHB'ye ilişkin bir meta-analizde DEHB'nin intihar eğilimi için bağımsız bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir(206). Bir izlem çalışmasında da ilgili ortak değişkenler dikkate alınarak hesaplandığında, DEHB'li çocuk ve ergenlerin somut intihar düşüncesine kapılma ihtimalinin kontrollere göre %550'den fazla olduğunu, kontrollere kıyasla %200'den fazla intihar girişiminde bulunma ihtimaline sahip olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada ayrıca DEHB bileşik tip ve DEHB dikkat eksikliği baskın tipin, kontrollerle karşılaştırıldığında depresyonu öngördüğü; DEHB bileşik tip ve DEHB hiperaktivite baskın tipin, intihar girişimlerini öngördüğü saptanmış; bu bulgunun intihar davranışında dürtüsellik rolünü yansıtabileceği düşünülmüştür(202).

DEHB'nin dürtüsellik, duygu düzenleme bozukluğu gibi belirtileri DEHB'yi intihar açısından riskli kılmaktadır. Çocukluk döneminde DEHB belirtileriyle birlikte sürekli yüksek düzeyde irritabilite varlığının, ergenlik döneminde DEHB sürekliliği, dışsallaştırma ve içselleştirme sorunlarını ve intihar davranışlarını önemli ölçüde öngördüğü bulunmuştur(207). Prospektif 10 yıllık bir izlem çalışmasında, DEHB kombine tip tanılı olgularda KZVD ve intihar girişimi görülme oranı, DEHB dikkat eksikliği tip tanılı olgulardakinden daha yüksek saptanmıştır(354). Ergen ve genç erişkin çalışmaları intihar davranışı ile depresyon ve davranım bozukluğu, saldırganlık ve karşı olma-karşı gelme bozukluğu (KOKGB) arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir(84,332,355). Bazı araştırmalar, DEHB'nin değil, DEHB eş tanısının (özellikle davranış sorunları ve depresyon) ergen ve yetişkin intihar davranışı riskini artırdığını göstermektedir. Literatürde dürtü kontrol sorunlarının intihar davranışına yol açan önemli bir faktör olabileceği(354,356), benzer şekilde DEHB ile ilişkili dürtüsellik ve duygudurum değişkenliğinin intihar davranışı riskini artırabileceğine dair çalışmalar bulunmaktadır. Bunun yanına dürtüsellik saldırganlıkla doğrudan ilişkisi yoluyla dolaylı olarak intihar davranışıyla ilişkili olduğunu savunan çalışmalar da vardır(357). Bir çalışmada komorbid KOKGB olan çocuk ve ergenlerin yalnızca DEHB'si olan çocuk ve ergenlere göre girişimde bulunma olasılıkları da 11 kat daha fazla bulunmuştur(358). DEHB'de KOKGB komorbiditesi yaygın olduğundan ve çocukları ve ergenleri intihar davranışı riski altına soktuğundan, DEHB'li çocuk ve ergenleri değerlendirirken ve tedavi ederken KOKGB her zaman değerlendirilmelidir. Başka bir çalışmada, DEHB'li 125 çocukta

depresyon ve intihar girişimlerinin kontrollere göre daha fazla olduğu ancak yalnızca erken Davranım Bozukluğu semptomlarının ergenlikteki daha sonraki intihar girişimlerini öngördüğü saptanmıştır(202).

Literatürde bahsedildiği gibi DEHB semptomlarının akademik başarıyı etkiliyor olması (359) , DEHB tanısı olanlarda çocuklukta fiziksel ve cinsel istismar ile aile içi şiddetin daha yaygın olması (360,361) intihar girişimi riskini artırıyor olabilir.

Geniş çaplı bir çalışmada 16 yaşına kadar olan çocuk ve ergenlerde intihar eğilimi için proksimal risklerden depresyon, özellikle anksiyete (özellikle YAB) veya yıkıcı bozukluklarla (öncelikle KOKGB) birlikteyken önemli bir risk faktörü olarak saptanmıştır(355).

- Çalışmamızda DEHB belirtilerinin suisid girişimini ön görme gücü lojistik regresyon analizi yapılarak değerlendirilmiş, DEHB toplam puanında elde edilen sonuç istatistiksel anlamlı bulunmuştur. Bu sonuca göre DEHB belirtileri suisid girişimi için kendi başına bir risk faktörüdür. DEHB toplam puanı ≥ 14 olanların < 14 olanlara göre suisid riski 4,489 kat fazladır ($p=0,008$).

5.4. Grupların YBT Belirtileri Açısından Karşılaştırılması ve İntihar Girişimi ile YBT İlişkisinin İncelenmesi

Çalışmamızda gruplar BÇDA ile YBT yönünden kıyaslandığında olgu grubunda hayallere dalma, yavaşlık ve YBT toplam puanları kontrol grubu puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Önceki çalışmalara bakıldığında bulgularımızın literatürle uyumlu olduğunu görmekteyiz. Okul çağındaki çocuklarda son zamanlarda yapılmış bir çalışmada, demografik özellikler, yalnızlık, ebeveyn psikopatolojisi, çocuğun ve ebeveyninin ayrı ayrı bildirdiği depresif semptomlar dahil, bağlantılı psikiyatrik semptomlar kontrol edildikten sonra bile, YBT, çocukların intihar riski ile ilişkili bulunmuştur(11). Benzer olarak, yetişkinlerde intihar davranışlarıyla yavaş bilişsel tempo semptomlarının ilişkisini inceleyen bir çalışmada YBT demografik özelliklerin ve depresyon dahil diğer psikopatoloji semptomlarının ötesinde intihar davranışlarıyla ilişkili olarak bulunmuştur(250).

YBT, aşırı hayal kurma, zihinsel karışıklık, davranış/düşünmede yavaşlama ve uyuşukluk/kayıtsızlık gibi bir dizi semptomla karakterize edilir ve araştırmalar, YBT semptomlarının diğer psikiyatrik semptomlardan farklı olduğunu ve bir dizi işlevsel bozuklukla benzersiz bir şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir(213,251). YBT; gençlerin intihar eğilimiyle açıkça bağlantılı olan depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi içselleştirme

bozuklukları(210,252) ve duygusal düzensizlik(241,362) ile güçlü bir şekilde ilişkilidir(24,254,363). YBT’de görülen özellikle geri çekilme ve yalnızlık gibi kişilerarası sorunlar, sosyal izolasyon, düşük özsaygı intiharla ilgili önemli bir teorik model olan intiharın kişilerarası kuramı(the interpersonal theory of suicide) ile uyumludur. Kuramdaki yapılardan biri olan 'engellenmiş aidiyet' sosyal izolasyon ile; yapılardan diğeri olan 'algılanan yük olma' düşük özsaygı ile ilişkili görünmektedir(210,241). Ayrıca sosyal izolasyon intihar düşüncesi, girişimi ve ölümcül intihar davranışının en güçlü ve güvenilir öngörücüsüdür(255). YBT’li çocuklarda sosyal ipuçlarını algılama ve bilgileri işlemlerde zorluk, duygu düzenleme güçlükleri, kişilerarası problemler, düşük özsaygı ve yalnız hissetme, sosyal geri çekilme daha sık görülür(241,364) bu da intihar davranışı için risk oluşturur.

- Çalışmamızda YBT belirtilerinin suisid girişimini ön görme gücü lojistik regresyon analizi yapılarak değerlendirilmiş, YBT toplam puanında elde edilen sonuç istatistiksel anlamlı bulunmuştur. Bu sonuca göre YBT belirtileri suisid girişimi için kendi başına bir risk faktörüdür. YBT toplam puanı ≥ 19 olanların < 19 olanlara göre suisid riski 10,738 kat fazladır ($p < 0,001$).

5.5. Grupların Duygu Düzenleme Açısından Karşılaştırılması ve İntihar Girişimi ile Duygu Düzenleme İlişkisinin İncelenmesi

Çalışmamızda gruplar DDGÖ ile duygu düzenleme açısından kıyaslandığında olgu grubunda netlik, farkındalık, dürtüsellik, reddetme, amaçlar, strateji ve DDGÖ toplam puanları kontrol grubu puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Literatüre bakıldığında önceki araştırmalar, duygu düzenleme sorunlarının intihar riski ile ilişkilendirilebileceğini göstermektedir(281). Üniversite öğrencilerinin dahil edildiği bir çalışmada, duyguları yönetme yeteneğinin intihar düşüncesi ile negatif ilişkili olduğu gösterilmiştir(282). Negatif duygulara daha az uyumlu tepki ve daha fazla uyumsuz tepki vermenin çocuklarda intihar düşüncesi, planları ve girişimleri olasılığını artırdığı bulunmuştur(283). Benzer şekilde, intihar girişiminde bulunmuş olan gençlerin duygu ve dürtülerini düzenlemesi konusunda intihar düşüncesine sahip olanlardan daha fazla zorluk bildirdiği(15,16) ve ergenler arasında çoklu intihar girişimi olanların tek intihar girişimi olanlara kıyasla duygularını daha zor düzenleyebildiği bulunmuştur(17). Gençlerde, çocuklukta kötü muameleye maruz kalmanın suisid girişimi ve KZVD üzerine etkisini araştıran bir çalışmada, duygu düzenleme becerilerindeki altı boyut arasında, dürtü kontrol

sorunlarının intihar girişimlerinin önemli ve istikrarlı bir öngörücüsü olduğu gösterilmiştir(284).

Duygu düzenleme ve intihar arasındaki ilişkiyi inceleyen önceki araştırmalar duygu düzenlemeyi duyguların kontrolü ve bastırılması olarak kavramlaştırmıştır(285). Günümüzde duygu düzenlemesi artık çok boyutlu bir süreç olarak kabul edilmekte olup, sadece olumsuz duyguların bastırılmasını değil, aynı zamanda duyguların çevre hakkında önemli bilgilerin kaynağı olarak adaptif rolünü kullanma amacıyla duygu düzenlemesinin bilişsel ve davranışsal yanıtlarını içerdiği düşünülmektedir(286,365).

Baumeister, intiharın, öz farkındalıktan ve negatif duyguları kabul etme ve onaylama eksikliklerinden kaçmak için bir araç olarak hizmet ettiğini söylemiştir(287). Cry of Pain olarak adlandırılan bu modelde, intihar davranışının, bireyin hem mağlubiyeti kabullendiği hem de çözümsüz olarak algıladığı stresli durumlarda tepkisel bir işlev olduğunu teorileştirmiştir. Bu modele göre, bireyler yoğun negatif duygu olarak dayanılmaz deneyimlediklerinde (kabul etmeme) ve duyguyu uygun bir şekilde düzenlemek ve rahatsız edici bir durumu çözmek için algılanan stratejilere sahip olmadıklarında, intihar davranışına yönelirler(288).

Ergenlik, duygu düzenlemeyi ve düzensizliği anlamak için özellikle önemli bir gelişimsel dönemdir, çünkü genellikle duygu işleme etki eden önemli bilişsel, ilişkisel, nörolojik ve davranışsal değişiklikler bu dönemde meydana gelir(13,14). Nörolojik olarak, ergenlik döneminde prefrontal korteks bölgeleri ile subkortikal limbik sistem arasında gelişim açısından farklılıklar gözlemlenmektedir(289). Duygusal uyarıları işlemekten sorumlu olan daha çok gelişmiş subkortikal limbik sistemle karşılaştırıldığında prefrontal korteks bilişsel kontrolden sorumlu olup tam olarak olgunlaşmamış durumdadır(289,366). Bu uyumsuzluk, subkortikal limbik sistem üzerinde etkili üstten aşağı kontrolü(top-down control) bozar, bu da ergenlikle sıkça ilişkilendirilen duygusal reaktivite ve risk alma davranışlarında ortaya çıkabilir(290,367). Bu dengesizlik, ruhsal bozukluklarının, intihar düşüncelerinin ve davranışlarının gelişiminde rol oynuyor olabilir.

Duygularını iyi bir şekilde düzenleyemeyen bireylerin, genellikle kişilerarası sorunlar yaşama eğilimleri daha yüksektir. Bu tür sorunlar, algılanan yük olma duygusunu artırabilir ve aitlik hissini engelleyebilir, bu da bu bireyleri intihar düşüncelerine daha yatkın hale getirebilir(291). Yüksek sıkıntıya tahammül edebilme, intihar düşünce aşamasında olan bireylerin intihar girişimine adım atma olasılığını artırır ancak birçok duygu düzenleme zorluğu yaşayan birey, intihar olmayan kendine zarar verme gibi maladaptif duygu düzenleme

stratejilerine başvurur. Bu davranışların intihar girişimi olasılığını artırdığı iyi bilinmektedir(292).

Genellikle kırsal, düşük gelirli topluluklardan gelen lise öğrencileri arasında yapılan, öznel olarak bildirilen intihar girişimleri, duygu düzenleme zorlukları ve genç-yetişkin ilişkileri arasındaki ilişkileri test eden bir çalışmada; duygu düzenleme zorlukları, evde ve okulda güvendiği yetişkinlerin eksikliği, depresif semptomlar ve demografik faktörler kontrol altına alındıktan sonra bile, son bir yıl içinde içinde intihar girişiminde bulunma riski ile ilişkilendirilmiştir(293).

Ruh sağlığı ile olumlu ilişkilerine bağlı olarak, araştırmalar kontrol duygusu, yaşamda anlam ve düzenleyici duygusal öz yeterliliğin ergen intihar eğilimine karşı koruyucu etkiler sağladığını göstermiştir(368). Duygu düzenlemede öz yeterlik, ergenlerin duygusal uyumunu geliştirerek intihar riskini azaltabilir. Örneğin, olumsuz duyguları düzenlemeye olan inanç, bireylerin depresyon, umutsuzluk ve ruhsal acı gibi intihara bağlı duygusal sorunların etkili bir biçimde üstesinden gelmelerine yardımcı olabilir(369).

- Çalışmamızda duygu düzenleme güçlüklerinin suisid girişimini ön görme gücü lojistik regresyon analizi yapılarak değerlendirilmiş, DDGÖ toplam puanında elde edilen sonuç istatistiksel anlamlı bulunmuştur. Bu sonuca göre duygu düzenleme güçlükleri suisid girişimi için kendi başına bir risk faktörüdür. DDGÖ toplam puanı ≥ 100 olanların < 100 olanlara göre suisid riski 3,135 kat fazladır ($p=0,044$).

5.6. İNÖ ile Turgay DEHB Ölçeği, BÇDA, DDGÖ'nün Korelasyon Analizi Sonuçları

İNÖ toplam puanı ve alt puanları ile Turgay DEHB Ölçeği, BÇDA, DDGÖ toplam puan ve alt puanları arasında yapılan korelasyon analizinde ölçekler arasında istatistiksel anlamlı korelasyon bulunamamıştır. Bu sonucun, farklı ölçeklerin olgu grubunun farklı yönlerini değerlendirmesinden kaynaklı olabileceğini düşünmekteyiz.

5.7. Çalışmanın Kısıtlılıkları

Örneklemin homojen yapısı ve örneklem büyüklüğü, ölçeklerde özbildirim ve ebeveyn bildirim yanılığını çalışmamızın kısıtlı yönlerini oluşturmaktadır. Örneklemin daha büyük olması, örneklemin hem kız hem de erkeklerden oluşması çalışmada elde edilen sonuçların daha genel bir polülasıyona uyarlanabilmesini sağlamaktadır. Ölçeklerde özbildirim ve ebeveyn bildirim yanılığını ise bireylerin ve ailelerinin belirtileri, sorunlu davranışları yanlış hatırlama ve yorumlama olasılığı nedeniyle bir kısıtlılık olarak düşünülmektedir.

6. BÖLÜM

SONUÇ

Çalışmamızda son bir sene içinde intihar girişiminde bulunmuş olan 12-18 yaş grubundaki kız olgular sağlıklı kontrollerle DEHB belirtileri, YBT belirtileri ve duyu düzenleme güçlükleri açısından incelenmiş ve karşılaştırılmıştır. Çalışmamızın sonuçları:

1. Turgay DEHB Ölçeği ile yapılan değerlendirmede intihar girişiminde bulunan gençlerde DEHB belirtilerinin ve ölçek puanlarının sağlıklı kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır.
2. Lojistik regresyon analizine göre DEHB belirtilerinin intihar girişimini öngördüğü gösterilmiştir. DEHB toplam puanı ≥ 14 olanların < 14 olanlara göre intihar girişimi riski 4,489 kat fazla saptanmıştır.
3. Barkley Çocuk Dikkat Anketi ile yapılan değerlendirmede intihar girişiminde bulunan gençlerde YBT belirtilerinin ve ölçek puanlarının sağlıklı kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır.
4. Lojistik regresyon analizine göre YBT belirtilerinin intihar girişimini öngördüğü gösterilmiştir. YBT toplam puanı ≥ 19 olanların < 19 olanlara göre intihar girişimi riski 10,738 kat fazla saptanmıştır.

5. Duygu Düzenlemede Güçlükler  l   i ile yapılan değerlendirmede intihar girişiminde bulunan gençlerde duygu düzenleme güçlüklerinin sağlıklı kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır.
6. Lojistik regresyon analizine göre duygu düzenleme güçlüklerinin intihar girişimini öngördüğü gösterilmiştir. DDGÖ toplam puanı ≥ 100 olanların < 100 olanlara göre intihar girişimi riski 3,135 kat fazla saptanmıştır.
7. İntihar Niyeti  l   i ile yapılan değerlendirmede intihar girişimi öncesi plan yapanların alt ve toplam  l  ek puanları intihar girişimi öncesi plan yapmayanlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.
8. Hipotezimizden farklı olarak İntihar Niyeti  l   i ile Turgay DEHB  l   i, B DA, DDGA arasında yapılan korelasyon analizinde ölççekler arasında istatistiksel anlamlı korelasyon bulunmamıştır. İntihar niyeti ile DEHB, YBT belirtileri ve duygu düzenleme güçlükleri arasında ilişki bulunmamıştır.

İntihar girişiminde bulunmuş olan gençlerde yeniden intihar girişiminde bulunma riski fazladır. İntihar girişiminin nedenleri kompleks yapıdadır. Klinisyenler için intihar niyetini anlamak ve intihar girişimini tahmin etmek zorlayıcıdır. İntihar girişimi için risk faktörleri değerlendirilirken, risk faktörleri içindeki psikiyatrik bozukluklar arasında yer alan Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Yavaş Bilişsel Tempo; ayrıca intihar girişiminin gelişiminde önemli bir rolü olan ve genellikle DEHB, YBT ile birlikte bulunan duygu düzenleme güçlükleri akılda bulundurulmalıdır. Ergenlik döneminde, sadece psikiyatrik bir bozukluk tanısı koymak yerine, belirli semptomların varlığı da potansiyel risk faktörlerini tanımak ve gelecekte olası sorunları önlemek açısından önemlidir. Bunun yanında klinisyen ailesel, psikososyal ve kişilerarası etkenleri ergenle bir bütün olduğunu göz önünde bulundurarak ayrıntılı değerlendirilmelidir.

7. BÖLÜM

KAYNAKLAR

1. Gaylor EM, Krause KH, Welder LE, Cooper AC, Ashley C, Mack KA, vd. Suicidal Thoughts and Behaviors Among High School Students — Youth Risk Behavior Survey, United States, 2021. MMWR Suppl. 28 Nisan 2023;72(1):45-54.
2. Fatal Injury and Violence Data | WISQARS | Injury Center | CDC [Internet]. 2023 [a.yer 27 Eylül 2023]. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/injury/wisqars/fatal/index.html>
3. 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. Temmuz 1993;49(4):515-22.
4. Eskin M. Suicidal behavior as related to social support and assertiveness among Swedish and Turkish high school students: A cross-cultural investigation. Journal of Clinical Psychology. 1995;51(2):158-72.
5. Eskin M, Kaynak-Demir H, Demir S. Same-sex sexual orientation, childhood sexual abuse, and suicidal behavior in university students in Turkey. Arch Sex Behav. Nisan 2005;34(2):185-95.
6. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2006;47(3-4):372-94.
7. Nahit Motavalli Mukaddes ESE. Nörogelişimsel Bozukluklar. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2018.
8. James A, Lai FH, Dahl C. Attention deficit hyperactivity disorder and suicide: a review of possible associations. Acta Psychiatr Scand. Aralık 2004;110(6):408-15.
9. Barkley R, Fischer M. Suicidality in children with ADHD, grown up. Adhd Report, The. 01 Aralık 2005;13:1-6.
10. Becker SP, Marshall SA, McBurnett K. Sluggish cognitive tempo in abnormal child psychology: an historical overview and introduction to the special section. J Abnorm Child Psychol. Ocak 2014;42(1):1-6.
11. Becker SP, Withrow AR, Stoppelbein L, Luebke AM, Fite PJ, Greening L. Sluggish cognitive tempo is associated with suicide risk in psychiatrically hospitalized children. J Child Psychol Psychiatry. Aralık 2016;57(12):1390-9.
12. Koole S. The psychology of emotion regulation: An integrative review. Cognition & Emotion - COGNITION EMOTION. 01 Ocak 2009;23:4-41.
13. Casey BJ, Jones RM, Hare TA. The adolescent brain. Ann N Y Acad Sci. Mart 2008;1124:111-26.

14. Spear LP. The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. *Neurosci Biobehav Rev*. Haziran 2000;24(4):417-63.
15. Zlotnick C, Donaldson D, Spirito A, Pearlstein T. Affect regulation and suicide attempts in adolescent inpatients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Haziran 1997;36(6):793-8.
16. Zlotnick C, Wolfsdorf B, Johnson B, Spirito A. Impaired Self-Regulation and Suicidal Behavior Among Adolescent and Young Adult Psychiatric Inpatients. *Archives of Suicide Research - ARCH SUICIDE RES*. 01 Nisan 2003;7:149-57.
17. Esposito C, Spirito A, Boergers J, Donaldson D. Affective, behavioral, and cognitive functioning in adolescents with multiple suicide attempts. *Suicide Life Threat Behav*. 2003;33(4):389-99.
18. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll PW, Joiner Jr. TE. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2007;37(3):264-77.
19. O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman MM. Beyond the Tower of Babel: A Nomenclature for Suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. Eylül 1996;26(3):237-52.
20. Hill RM, Castellanos D, Pettit JW. Suicide-related behaviors and anxiety in children and adolescents: A review. *Clinical Psychology Review*. Kasım 2011;31(7):1133-44.
21. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. Temmuz 1999;56(7):617-26.
22. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [a.yer 19 Ocak 2023]. 89 s. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056>
23. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, vd. Cross-National Prevalence and Risk Factors for Suicidal Ideation, Plans, and Attempts. *Br J Psychiatry*. Şubat 2008;192:98-105.
24. Nock MK, Green JG, Hwang I, McLaughlin KA, Sampson NA, Zaslavsky AM, vd. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*. Mart 2013;70(3):300-10.
25. Johnson GR, Krug EG, Potter LB. Suicide Among Adolescents and Young Adults: A Cross-National Comparison of 34 Countries. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2000;30(1):74-82.
26. Kisch J, Leino EV, Silverman MM. Aspects of Suicidal Behavior, Depression, and Treatment in College Students: Results from the Spring 2000 National College Health Assessment Survey. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2005;35(1):3-13.

27. Evans E, Hawton K, Rodham K, Deeks J. The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Suicide Life Threat Behav.* Haziran 2005;35(3):239-50.
28. Ivey-Stephenson AZ, Demissie Z, Crosby AE, Stone DM, Gaylor E, Wilkins N, vd. Suicidal Ideation and Behaviors Among High School Students — Youth Risk Behavior Survey, United States, 2019. *MMWR Suppl.* 21 Ağustos 2020;69(1):47-55.
29. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology: Science and Practice.* 1996;3(1):25-46.
30. Eskin M. (5) Risk factors for and protective factors against adolescent suicidal behavior in Turkey | Mehmet Eskin - Academia.edu [İnternet]. [a.yer 06 Eylül 2023]. Erişim adresi: https://www.academia.edu/12951907/Risk_factors_for_and_protective_factors_against_a_dolescent_suicidal_behavior_in_Turkey
31. Hoertel N, Franco S, Wall MM, Oquendo MA, Kerridge BT, Limosin F, vd. Mental disorders and risk of suicide attempt: a national prospective study. *Mol Psychiatry.* Haziran 2015;20(6):718-26.
32. Lewinsohn P, Rohde P, Seeley J. Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts. *Journal of consulting and clinical psychology.* 01 Mayıs 1994;62:297-305.
33. Jans T. SUICIDE AND SELF-HARMING BEHAVIOUR.
34. Andrews JA, Lewinsohn PM. Suicidal Attempts among Older Adolescents: Prevalence and Co-occurrence with Psychiatric Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 01 Temmuz 1992;31(4):655-62.
35. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* Eylül 1996;35(9):1174-82.
36. Fergusson DM, Lynskey MT. Childhood circumstances, adolescent adjustment, and suicide attempts in a New Zealand birth cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* Mayıs 1995;34(5):612-22.
37. Gould MS, King R, Greenwald S, Fisher P, Schwab-Stone M, Kramer R, vd. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* Eylül 1998;37(9):915-23.
38. Lewinsohn P, Rohde P, Seeley J. Adolescent Suicidal Ideation and Attempts: Prevalence, Risk Factors, and Clinical Implications. *Clinical Psychology: Science and Practice.* 25 Ocak 2006;3:25-46.
39. Reinherz HZ, Giaconia RM, Silverman AB, Friedman A, Pakiz B, Frost AK, vd. Early psychosocial risks for adolescent suicidal ideation and attempts. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* Mayıs 1995;34(5):599-611.

40. Brent DA, Kolko DJ, Wartella ME, Boylan MB, Moritz G, Baugher M, vd. Adolescent psychiatric inpatients' risk of suicide attempt at 6-month follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Ocak 1993;32(1):95-105.
41. Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*. Nisan 2003;33(3):395-405.
42. Conner KR, Duberstein PR, Conwell Y, Seidlitz L, Caine ED. Psychological Vulnerability to Completed Suicide: A Review of Empirical Studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2001;31(4):367-85.
43. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*. 2014;13(2):153-60.
44. Borowsky IW, Ireland M, Resnick MD. Adolescent suicide attempts: risks and protectors. *Pediatrics*. Mart 2001;107(3):485-93.
45. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, vd. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry*. Nisan 1996;53(4):339-48.
46. Shaffer D, Pfeffer CR. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Suicidal Behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 01 Temmuz 2001;40(7, Supplement):24S-51S.
47. Brent DA, Baugher M, Bridge J, Chen T, Chiappetta L. Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Aralık 1999;38(12):1497-505.
48. Shaffer D, Craft L. Methods of adolescent suicide prevention. *J Clin Psychiatry*. 1999;60 Suppl 2:70-4; discussion 75-76, 113-6.
49. Brent DA, Perper J, Moritz G, Baugher M, Allman C. Suicide in adolescents with no apparent psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Mayıs 1993;32(3):494-500.
50. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Psychiatric illness in a New Zealand sample of young people making serious suicide attempts. *N Z Med J*. 27 Şubat 1998;111(1060):44-8.
51. Garrison CZ, Jackson KL, Addy CL, McKeown RE, Waller JL. Suicidal behaviors in young adolescents. *Am J Epidemiol*. 15 Mayıs 1991;133(10):1005-14.
52. Gould MS, King R, Greenwald S, Fisher P, Schwab-Stone M, Kramer R, vd. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Eylül 1998;37(9):915-23.
53. Joffe RT, Offord DR, Boyle MH. Ontario Child Health Study: Suicidal behavior in youth age 12–16 years. *The American Journal of Psychiatry*. 1988;145(11):1420-3.
54. Kutcher S, Chehil S. Suicide risk management: A manual for health professionals. Malden: Blackwell Publishing; 2007. viii, 134 s. (Suicide risk management: A manual for health professionals).

55. Brent DA, Perper JA, Goldstein CE, Kolko DJ, Allan MJ, Allman CJ, vd. Risk factors for adolescent suicide. A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. Arch Gen Psychiatry. Haziran 1988;45(6):581-8.
56. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Allman C, Friend A, Roth C, vd. Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-control study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Mayıs 1993;32(3):521-9.
57. Lewinsohn PM, Klein DN, Seeley JR. Bipolar disorders in a community sample of older adolescents: prevalence, phenomenology, comorbidity, and course. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Nisan 1995;34(4):454-63.
58. Grøholt B, Ekeberg O, Wichstrøm L, Haldorsen T. Suicide among children and younger and older adolescents in Norway: a comparative study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Mayıs 1998;37(5):473-81.
59. Bentley KH, Franklin JC, Ribeiro JD, Kleiman EM, Fox KR, Nock MK. Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analytic review. Clin Psychol Rev. Şubat 2016;43:30-46.
60. Pompili M, Amador XF, Girardi P, Harkavy-Friedman J, Harrow M, Kaplan K, vd. Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. Ann Gen Psychiatry. 16 Mart 2007;6:10.
61. Hor K, Taylor M. Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. J Psychopharmacol. Kasım 2010;24(4 Suppl):81-90.
62. De Hert M, McKenzie K, Peuskens J. Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia: a long-term follow-up study. Schizophr Res. 01 Mart 2001;47(2-3):127-34.
63. Björkenstam C, Kosidou K, Björkenstam E. Childhood adversity and risk of suicide: cohort study of 548 721 adolescents and young adults in Sweden. BMJ. 19 Nisan 2017;357:j1334.
64. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. Lancet. 19 Mart 2016;387(10024):1227-39.
65. Brent DA, Melhem N. Familial transmission of suicidal behavior. Psychiatr Clin North Am. Haziran 2008;31(2):157-77.
66. Brent DA. Risk factors for adolescent suicide and suicidal behavior: mental and substance abuse disorders, family environmental factors, and life stress. Suicide Life Threat Behav. 1995;25 Suppl:52-63.
67. Gould MS, Fisher P, Parides M, Flory M, Shaffer D. Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. Arch Gen Psychiatry. Aralık 1996;53(12):1155-62.

68. Pfeffer CR, Normandin L, Kakuma T. Suicidal children grow up: suicidal behavior and psychiatric disorders among relatives. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Ekim 1994;33(8):1087-97.
69. Brent DA, Oquendo M, Birmaher B, Greenhill L, Kolko D, Stanley B, vd. Peripubertal suicide attempts in offspring of suicide attempters with siblings concordant for suicidal behavior. *Am J Psychiatry*. Ağustos 2003;160(8):1486-93.
70. Rodante D, Rojas SM, Feldner MT, Dutton C, Rebok F, Teti GL, vd. Differences between female suicidal patients with family history of suicide attempt and family history of completed suicide. *Comprehensive Psychiatry*. 01 Ekim 2016;70:25-31.
71. Kartal E, Demir U, Hekimoglu Y, Keskin S, Asirdizer M. Suicides in Turkey: 25-year trend (1995–2019). *Journal of Forensic Sciences*. 2022;67(5):1858-66.
72. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Liotus L, Schweers J, Balach L, vd. Familial risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *Acta Psychiatr Scand*. Ocak 1994;89(1):52-8.
73. Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen PB. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. *BMJ*. 13 Temmuz 2002;325(7355):74.
74. Grøholt B, Ekeberg O, Wichstrøm L, Haldorsen T. Youth suicide in Norway, 1990-1992: a comparison between children and adolescents completing suicide and age- and gender-matched controls. *Suicide Life Threat Behav*. 1997;27(3):250-63.
75. Shafii M, Carrigan S, Whittinghill JR, Derrick A. Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. *Am J Psychiatry*. Eylül 1985;142(9):1061-4.
76. Qin P, Mortensen PB, Pedersen CB. Frequent change of residence and risk of attempted and completed suicide among children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry*. Haziran 2009;66(6):628-32.
77. Bannink R, Broeren S, Jansen PM van de L, Waart FG de, Raat H. Cyber and Traditional Bullying Victimization as a Risk Factor for Mental Health Problems and Suicidal Ideation in Adolescents. *PLOS ONE*. 09 Nisan 2014;9(4):e94026.
78. Klomek AB, Sourander A, Niemelä S, Kumpulainen K, Piha J, Tamminen T, vd. Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: a population-based birth cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Mart 2009;48(3):254-61.
79. Marchant A, Hawton K, Stewart A, Montgomery P, Singaravelu V, Lloyd K, vd. A systematic review of the relationship between internet use, self-harm and suicidal behaviour in young people: The good, the bad and the unknown. *PLoS One*. 2017;12(8):e0181722.
80. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Ekim 1996;35(10):1365-74.

81. Séguin M, Beauchamp G, Robert M, DiMambro M, Turecki G. Developmental model of suicide trajectories. *Br J Psychiatry*. Ağustos 2014;205(2):120-6.
82. Kim Y, Chang H. Effect of physical health conditions on suicidal ideation in Korean adolescents. *Korean Journal of Health Education and Promotion*. 30 Haziran 2016;33(2):27-37.
83. Pfledderer CD, Burns RD, Brusseau TA. School environment, physical activity, and sleep as predictors of suicidal ideation in adolescents: Evidence from a national survey. *J Adolesc*. Temmuz 2019;74:83-90.
84. Epstein JA, Spirito A. Risk factors for suicidality among a nationally representative sample of high school students. *Suicide Life Threat Behav*. Haziran 2009;39(3):241-51.
85. Conwell Y, Thompson C. Suicidal behavior in elders. *Psychiatr Clin North Am*. Haziran 2008;31(2):333-56.
86. Brent DA. Overrepresentation of epileptics in a consecutive series of suicide attempters seen at a children's hospital, 1978-1983. *J Am Acad Child Psychiatry*. Mart 1986;25(2):242-6.
87. Goldston DB, Kovacs M, Ho VY, Parrone PL, Stiffler L. Suicidal ideation and suicide attempts among youth with insulin-dependent diabetes mellitus. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Şubat 1994;33(2):240-6.
88. Ciriaco M, Ventrice P, Russo G, Scicchitano M, Mazzitello G, Scicchitano F, vd. Corticosteroid-related central nervous system side effects. *J Pharmacol Pharmacother*. Aralık 2013;4(Suppl1):S94-8.
89. Statham DJ, Heath AC, Madden PA, Bucholz KK, Bierut L, Dinwiddie SH, vd. Suicidal behaviour: an epidemiological and genetic study. *Psychol Med*. Temmuz 1998;28(4):839-55.
90. Fu Q, Heath AC, Bucholz KK, Nelson EC, Glowinski AL, Goldberg J, vd. A twin study of genetic and environmental influences on suicidality in men. *Psychol Med*. Ocak 2002;32(1):11-24.
91. Kendler KS, Myers J. The genetic and environmental relationship between major depression and the five-factor model of personality. *Psychological Medicine*. Mayıs 2010;40(5):801-6.
92. Mann JJ. Neurobiology of suicidal behaviour. *Nat Rev Neurosci*. Ekim 2003;4(10):819-28.
93. Samuelsson M, Jokinen J, Nordström AL, Nordström P. CSF 5-HIAA, suicide intent and hopelessness in the prediction of early suicide in male high-risk suicide attempters. *Acta Psychiatr Scand*. Ocak 2006;113(1):44-7.
94. Mann JJ, Malone KM. Cerebrospinal fluid amines and higher-lethality suicide attempts in depressed inpatients. *Biol Psychiatry*. 15 Ocak 1997;41(2):162-71.

95. Mann JJ, McBride PA, Brown RP, Linnoila M, Leon AC, DeMeo M, vd. Relationship between central and peripheral serotonin indexes in depressed and suicidal psychiatric inpatients. *Arch Gen Psychiatry*. Haziran 1992;49(6):442-6.
96. Kerfoot M, Dyer E, Harrington V, Woodham A, Harrington R. Correlates and short-term course of self-poisoning in adolescents. *Br J Psychiatry*. Ocak 1996;168(1):38-42.
97. Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatry*. Mayıs 1985;142(5):559-63.
98. Brent DA. Correlates of the medical lethality of suicide attempts in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Ocak 1987;26(1):87-91.
99. Brent DA, Kolko DJ, Birmaher B, Baugher M, Bridge J, Roth C, vd. Predictors of treatment efficacy in a clinical trial of three psychosocial treatments for adolescent depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Eylül 1998;37(9):906-14.
100. McLeavey BC, Daly RJ, Murray CM, O’Riordan J, Taylor M. Interpersonal problem-solving deficits in self-poisoning patients. *Suicide Life Threat Behav*. 1987;17(1):33-49.
101. Rotheram MJ. Evaluation of imminent danger for suicide among youth. *Am J Orthopsychiatry*. Ocak 1987;57(1):102-10.
102. Brent DA, Johnson B, Bartle S, Bridge J, Rather C, Matta J, vd. Personality disorder, tendency to impulsive violence, and suicidal behavior in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Ocak 1993;32(1):69-75.
103. Brent DA, Johnson BA, Perper J, Connolly J, Bridge J, Bartle S, vd. Personality disorder, personality traits, impulsive violence, and completed suicide in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Ekim 1994;33(8):1080-6.
104. Coccaro EF, Siever LJ, Klar HM, Maurer G, Cochrane K, Cooper TB, vd. Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders. Correlates with suicidal and impulsive aggressive behavior. *Arch Gen Psychiatry*. Temmuz 1989;46(7):587-99.
105. Brent DA. Assessment and Treatment of the Youthful Suicidal Patient. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2001;932(1):106-31.
106. de Jonge-Heesen KWJ, Rasing SPA, Vermulst AA, Engels RCME, Creemers DHM. How to Cope with Perfectionism? Perfectionism as a Risk Factor for Suicidality and the Role of Cognitive Coping in Adolescents. *J Rat-Emo Cognitive-Behav Ther*. 01 Haziran 2021;39(2):201-16.
107. Kim H, Seo J, Namkoong K, Hwang EH, Sohn SY, Kim SJ, vd. Alexithymia and perfectionism traits are associated with suicidal risk in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*. 01 Mart 2016;192:50-5.

108. Muyan M, Chang EC. Perfectionism as a Predictor of Suicidal Risk in Turkish College Students: Does Loneliness Contribute to Further Risk? *Cogn Ther Res.* 01 Aralık 2015;39(6):776-84.
109. Smith MM, Sherry SB, Chen S, Saklofske DH, Mushquash C, Flett GL, vd. The perniciousness of perfectionism: A meta-analytic review of the perfectionism-suicide relationship. *J Pers.* Haziran 2018;86(3):522-42.
110. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Baugher M, Schweers J, Roth C. Firearms and adolescent suicide. A community case-control study. *Am J Dis Child.* Ekim 1993;147(10):1066-71.
111. Magnus W, Nazir S, Anilkumar AC, Shaban K. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. İçinde: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [a.yer 12 Eylül 2023]. Erişim adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441838/>
112. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2013. xlv, 947 s. (Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed).
113. Willcutt EG. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics.* Temmuz 2012;9(3):490-9.
114. Lange KW, Reichl S, Lange KM, Tucha L, Tucha O. The history of attention deficit hyperactivity disorder. *Atten Defic Hyperact Disord.* Aralık 2010;2(4):241-55.
115. Conners C. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder – historical development and overview. *Journal of Attention Disorders.* 01 Ocak 2000;3:173-91.
116. Still GF. Some abnormal psychical conditions in children: excerpts from three lectures. *J Atten Disord.* Kasım 2006;10(2):126-36.
117. Clements SD, Peters JE. Minimal brain dysfunctions in the school-age child. Diagnosis and treatment. *Arch Gen Psychiatry.* Mart 1962;6:185-97.
118. World Health Organization. International classification of diseases : [9th] ninth revision, basic tabulation list with alphabetic index [Internet]. World Health Organization; 1978 [a.yer 13 Eylül 2023]. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39473>
119. DSM Library [Internet]. [a.yer 13 Eylül 2023]. DSM II. Erişim adresi: <https://dsm.psychiatryonline.org/doi/epdf/10.1176/appi.books.9780890420355.dsm-ii>
120. Pichot P. [DSM-III: the 3d edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders from the American Psychiatric Association]. *Rev Neurol (Paris).* 1986;142(5):489-99.
121. Kendell RE. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed., revised (DSM-III-R). *AJP.* Ekim 1988;145(10):1301-2.

122. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders : diagnostic criteria for research [Internet]. World Health Organization; 1993 [a.yer 13 Eylül 2023]. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37108>
123. Polanczyk G, Rohde LA. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Curr Opin Psychiatry*. Temmuz 2007;20(4):386-92.
124. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. Mart 2015;56(3):345-65.
125. Ercan ES, Kandulu R, Uslu E, Ardic UA, Yazici KU, Basay BK, vd. Prevalence and diagnostic stability of ADHD and ODD in Turkish children: a 4-year longitudinal study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 07 Ağustos 2013;7(1):30.
126. Ercan ES, Polanczyk G, Akyol Ardic U, Yuce D, Karacetin G, Tufan AE, vd. The prevalence of childhood psychopathology in Turkey: a cross-sectional multicenter nationwide study (EPICPAT-T). *Nord J Psychiatry*. Şubat 2019;73(2):132-40.
127. Gaub M, Carlson CL. Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Ağustos 1997;36(8):1036-45.
128. Staller J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder in girls: epidemiology and management. *CNS Drugs*. 2006;20(2):107-23.
129. Pliszka S, AACAP Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Temmuz 2007;46(7):894-921.
130. Es E, Amado S, Somer O, Cikoğlu S. Development of A Test Battery for the Assessment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health* [internet]. 2001 [a.yer 21 Aralık 2022]; Erişim adresi: <https://www.semanticscholar.org/paper/Development-of-A-Test-Battery-for-the-Assessment-of-Es-Amado/208142eb3b1c85420303bbeec7dbe03531366bc0>
131. Faraone S, Biederman J. Nature, Nurture, and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Developmental Review*. 01 Aralık 2000;20:568-81.
132. Biederman J, Faraone SV, Mick E, Spencer T, Wilens T, Kiely K, vd. High risk for attention deficit hyperactivity disorder among children of parents with childhood onset of the disorder: a pilot study. *Am J Psychiatry*. Mart 1995;152(3):431-5.
133. Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA, vd. Molecular Genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biological Psychiatry*. 01 Haziran 2005;57(11):1313-23.
134. Sprich S, Biederman J, Crawford MH, Mundy E, Faraone SV. Adoptive and Biological Families of Children and Adolescents With ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 01 Kasım 2000;39(11):1432-7.

135. Sharp SI, McQuillin A, Gurling HMD. Genetics of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Neuropharmacology*. Aralık 2009;57(7-8):590-600.
136. Li Z, Chang SH, Zhang LY, Gao L, Wang J. Molecular genetic studies of ADHD and its candidate genes: a review. *Psychiatry Res*. 30 Eylül 2014;219(1):10-24.
137. Ebstein RP, Novick O, Umansky R, Priel B, Osher Y, Blaine D, vd. Dopamine D4 receptor (D4DR) exon III polymorphism associated with the human personality trait of Novelty Seeking. *Nat Genet*. Ocak 1996;12(1):78-80.
138. Chen C, Burton M, Greenberger E, Dmitrieva J. Population migration and the variation of dopamine D4 receptor (DRD4) allele frequencies around the globe. *Evolution and Human Behavior*. 1999;20(5):309-24.
139. Ercan ES, Suren S, Bacanlı A, Yazici KU, Callı C, Ozyurt O, vd. Decreasing ADHD phenotypic heterogeneity: searching for neurobiological underpinnings of the restrictive inattentive phenotype. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. Mart 2016;25(3):273-82.
140. Gainetdinov RR, Wetsel WC, Jones SR, Levin ED, Jaber M, Caron MG. Role of serotonin in the paradoxical calming effect of psychostimulants on hyperactivity. *Science*. 15 Ocak 1999;283(5400):397-401.
141. Giros B, Jaber M, Jones SR, Wightman RM, Caron MG. Hyperlocomotion and indifference to cocaine and amphetamine in mice lacking the dopamine transporter. *Nature*. 15 Şubat 1996;379(6566):606-12.
142. Collins AL, Sullivan PF. Genome-Wide Association Studies in Psychiatry: What Have We Learned? *Br J Psychiatry*. Ocak 2013;202(1):1-4.
143. Lasky-Su J, Neale BM, Franke B, Anney RJL, Zhou K, Maller JB, vd. Genome-wide association scan of quantitative traits for attention deficit hyperactivity disorder identifies novel associations and confirms candidate gene associations. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 05 Aralık 2008;147B(8):1345-54.
144. Greven CU, Bralten J, Mennes M, O'Dwyer L, van Hulzen KJE, Rommelse N, vd. Developmentally stable whole-brain volume reductions and developmentally sensitive caudate and putamen volume alterations in those with attention-deficit/hyperactivity disorder and their unaffected siblings. *JAMA Psychiatry*. Mayıs 2015;72(5):490-9.
145. van Ewijk H, Heslenfeld DJ, Zwiers MP, Buitelaar JK, Oosterlaan J. Diffusion tensor imaging in attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. Nisan 2012;36(4):1093-106.
146. Onnink AMH, Zwiers MP, Hoogman M, Mostert JC, Dammers J, Kan CC, vd. Deviant white matter structure in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder points to aberrant myelination and affects neuropsychological performance. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 03 Aralık 2015;63:14-22.

147. Montes LGA, Ricardo-Garcell J, De la Torre LB, Alcántara HP, García RBM, Acosta DA, vd. Cerebellar gray matter density in females with ADHD combined type: a cross-sectional voxel-based morphometry study. *J Atten Disord*. Temmuz 2011;15(5):368-81.
148. McAlonan GM, Lee AM, Cheung V, Cheung C, Tsang KWT, Sham PC, vd. Immediate and sustained psychological impact of an emerging infectious disease outbreak on health care workers. *Can J Psychiatry*. Nisan 2007;52(4):241-7.
149. Frodl T, Skokauskas N. Meta-analysis of structural MRI studies in children and adults with attention deficit hyperactivity disorder indicates treatment effects. *Acta Psychiatr Scand*. Şubat 2012;125(2):114-26.
150. Hoogman M, Bralten J, Hibar DP, Mennes M, Zwiers MP, Schweren LSJ, vd. Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: a cross-sectional mega-analysis. *Lancet Psychiatry*. Nisan 2017;4(4):310-9.
151. Castellanos FX, Lee PP, Sharp W, Jeffries NO, Greenstein DK, Clasen LS, vd. Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA*. 09 Ekim 2002;288(14):1740-8.
152. Shaw P, Eckstrand K, Sharp W, Blumenthal J, Lerch JP, Greenstein D, vd. Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 04 Aralık 2007;104(49):19649-54.
153. Konrad K, Eickhoff SB. Is the ADHD brain wired differently? A review on structural and functional connectivity in attention deficit hyperactivity disorder. *Hum Brain Mapp*. Haziran 2010;31(6):904-16.
154. Aoki Y, Cortese S, Castellanos FX. Research Review: Diffusion tensor imaging studies of attention-deficit/hyperactivity disorder: meta-analyses and reflections on head motion. *J Child Psychol Psychiatry*. Mart 2018;59(3):193-202.
155. Rubia K, Halari R, Cubillo A, Mohammad AM, Brammer M, Taylor E. Methylphenidate normalises activation and functional connectivity deficits in attention and motivation networks in medication-naïve children with ADHD during a rewarded continuous performance task. *Neuropharmacology*. Aralık 2009;57(7-8):640-52.
156. Cortese S, Kelly C, Chabernaud C, Proal E, Di Martino A, Milham MP, vd. Toward systems neuroscience of ADHD: a meta-analysis of 55 fMRI studies. *Am J Psychiatry*. Ekim 2012;169(10):1038-55.
157. Hart H, Radua J, Mataix-Cols D, Rubia K. Meta-analysis of fMRI studies of timing in attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Neurosci Biobehav Rev*. Kasım 2012;36(10):2248-56.
158. Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biol Psychiatry*. 01 Haziran 2005;57(11):1215-20.

159. Julius Axelrod - Profiles in Science [Internet]. [a.yer 14 Eylül 2023]. Regulation of the Neurotransmitter Norepinephrine. Erişim adresi: <https://profiles.nlm.nih.gov/spotlight/hh/catalog.nlm:nlmuid-101584577X14-doc>
160. Del Campo N, Chamberlain SR, Sahakian BJ, Robbins TW. The roles of dopamine and noradrenaline in the pathophysiology and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*. 15 Haziran 2011;69(12):e145-157.
161. Weiss, G. W M. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. 3. bs. USA: Lewis M.; 2002. 645-670 s.
162. Arnsten AF, Steere JC, Hunt RD. The contribution of alpha 2-noradrenergic mechanisms of prefrontal cortical cognitive function. Potential significance for attention-deficit hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry*. Mayıs 1996;53(5):448-55.
163. Chamberlain SR, Robbins TW, Winder-Rhodes S, Müller U, Sahakian BJ, Blackwell AD, vd. Translational approaches to frontostriatal dysfunction in attention-deficit/hyperactivity disorder using a computerized neuropsychological battery. *Biol Psychiatry*. 15 Haziran 2011;69(12):1192-203.
164. Arnsten AFT, Li BM. Neurobiology of executive functions: catecholamine influences on prefrontal cortical functions. *Biol Psychiatry*. 01 Haziran 2005;57(11):1377-84.
165. Hammerman S, Rostain A. What Causes ADHD? Understanding What Goes Wrong and Why. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 01 Kasım 2007;46:1501-2.
166. Lezak MD, Howieson DB, Loring DW, Hannay HJ, Fischer JS. Neuropsychological assessment, 4th ed. New York, NY, US: Oxford University Press; 2004. xiv, 1016 s. (Neuropsychological assessment, 4th ed).
167. Alvarez JA, Emory E. Executive function and the frontal lobes: a meta-analytic review. *Neuropsychol Rev*. Mart 2006;16(1):17-42.
168. Child psychopathology, 3rd ed. New York, NY, US: The Guilford Press; 2014. xiv, 1010 s. (Mash EJ, Barkley RA. Child psychopathology, 3rd ed).
169. Lahey BB, D'Onofrio BM, Waldman ID. Using epidemiologic methods to test hypotheses regarding causal influences on child and adolescent mental disorders. *J Child Psychol Psychiatry*. Ocak 2009;50(1-2):53-62.
170. Thapar A, Rutter M. Do prenatal risk factors cause psychiatric disorder? Be wary of causal claims. *Br J Psychiatry*. Ağustos 2009;195(2):100-1.
171. Thapar A, Cooper M, Eyre O, Langley K. What have we learnt about the causes of ADHD? *J Child Psychol Psychiatry*. Ocak 2013;54(1):3-16.
172. Bhutta AT, Cleves MA, Casey PH, Cradock MM, Anand KJS. Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: a meta-analysis. *JAMA*. 14 Ağustos 2002;288(6):728-37.

173. Silva D, Colvin L, Hagemann E, Bower C. Environmental risk factors by gender associated with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. Ocak 2014;133(1):e14-22.
174. Henriksen L, Wu CS, Secher NJ, Obel C, Juhl M. Medical augmentation of labor and the risk of ADHD in offspring: a population-based study. *Pediatrics*. Mart 2015;135(3):e672-677.
175. Clements CC, Castro VM, Blumenthal SR, Rosenfield HR, Murphy SN, Fava M, vd. Prenatal antidepressant exposure is associated with risk for attention-deficit hyperactivity disorder but not autism spectrum disorder in a large health system. *Mol Psychiatry*. Haziran 2015;20(6):727-34.
176. Halmøy A, Klungsøyr K, Skjærven R, Haavik J. Pre- and perinatal risk factors in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*. 01 Mart 2012;71(5):474-81.
177. Getahun D, Rhoads GG, Demissie K, Lu SE, Quinn VP, Fassett MJ, vd. In utero exposure to ischemic-hypoxic conditions and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. Ocak 2013;131(1):e53-61.
178. Flory K, Molina BSG, Pelham WE, Gnagy E, Smith B. ADHD and Risky Sexual Behavior. *The ADHD Report*. Haziran 2007;15(3):1-4.
179. Harpin VA. The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Arch Dis Child*. Şubat 2005;90 Suppl 1(Suppl 1):i2-7.
180. Nigg JT, Kottner GM, Martel MM, Nikolas M, Cavanagh K, Karmaus W, vd. Low blood lead levels associated with clinically diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder and mediated by weak cognitive control. *Biol Psychiatry*. 01 Şubat 2008;63(3):325-31.
181. Arnold LE, DiSilvestro RA. Zinc in attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. Ağustos 2005;15(4):619-27.
182. Kozielc T, Starobrat-Hermelin B. Assessment of magnesium levels in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Magnes Res*. Haziran 1997;10(2):143-8.
183. Gillies D, Sinn JK, Lad SS, Leach MJ, Ross MJ. Polyunsaturated fatty acids (PUFA) for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 11 Temmuz 2012;2012(7):CD007986.
184. Pheula GF, Rohde LA, Schmitz M. Are family variables associated with ADHD, inattentive type? A case-control study in schools. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. Mart 2011;20(3):137-45.
185. Famularo R, Kinscherff R, Fenton T. Psychiatric diagnoses of maltreated children: preliminary findings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Eylül 1992;31(5):863-7.

186. Langley K, Fowler T, Ford T, Thapar AK, van den Bree M, Harold G, vd. Adolescent clinical outcomes for young people with attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry*. Mart 2010;196(3):235-40.
187. Sciberras E, Mulraney M, Silva D, Coghill D. Prenatal Risk Factors and the Etiology of ADHD-Review of Existing Evidence. *Curr Psychiatry Rep*. Ocak 2017;19(1):1.
188. Pliszka SR, Carlson CL, Swanson JM. ADHD with Comorbid Disorders: Clinical Assessment and Management. Guilford Press, 72 Spring Street, NY, NY 10012; Tel: 800-365-7006 (Toll Free); Web site: <http://www>; 1999.
189. Reebye P. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook For Diagnosis And Treatment, Third Edition. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. Şubat 2008;17(1):31-3.
190. Milberger S, Biederman J, Faraone SV, Chen L, Jones J. ADHD is associated with early initiation of cigarette smoking in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Ocak 1997;36(1):37-44.
191. Biederman J, Wilens T, Mick E, Faraone SV, Weber W, Curtis S, vd. Is ADHD a risk factor for psychoactive substance use disorders? Findings from a four-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Ocak 1997;36(1):21-9.
192. Khalifa N, von Knorring AL. Prevalence of tic disorders and Tourette syndrome in a Swedish school population. *Dev Med Child Neurol*. Mayıs 2003;45(5):315-9.
193. Peterson BS, Pine DS, Cohen P, Brook JS. Prospective, longitudinal study of tic, obsessive-compulsive, and attention-deficit/hyperactivity disorders in an epidemiological sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Haziran 2001;40(6):685-95.
194. Angold A, Costello EJ, Erkanli A. Comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry*. Ocak 1999;40(1):57-87.
195. Spencer T, Biederman J, Wilens T. Attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbidity. *Pediatr Clin North Am*. Ekim 1999;46(5):915-27, vii.
196. Blackman GL, Ostrander R, Herman KC. Children with ADHD and depression: a multisource, multimethod assessment of clinical, social, and academic functioning. *J Atten Disord*. Mayıs 2005;8(4):195-207.
197. Geller B, Zimmerman B, Williams M, Delbello MP, Bolhofner K, Craney JL, vd. DSM-IV mania symptoms in a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype compared to attention-deficit hyperactive and normal controls. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2002;12(1):11-25.
198. Wozniak J, Biederman J, Kiely K, Ablon JS, Faraone SV, Mundy E, vd. Mania-like symptoms suggestive of childhood-onset bipolar disorder in clinically referred children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Temmuz 1995;34(7):867-76.

199. Yüce M, Zoroglu SS, Ceylan MF, Kandemir H, Karabekiroglu K. Psychiatric comorbidity distribution and diversities in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder: a study from Turkey. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2013;9:1791-9.
200. American College Health Association. American College Health Association-National College Health Assessment Spring 2008 Reference Group Data Report (abridged): the American College Health Association. *J Am Coll Health*. 2009;57(5):477-88.
201. Borges G, Nock MK, Haro Abad JM, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, vd. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *J Clin Psychiatry*. Aralık 2010;71(12):1617-28.
202. Chronis-Tuscano A, Molina BSG, Pelham WE, Applegate B, Dahlke A, Overmyer M, vd. Very early predictors of adolescent depression and suicide attempts in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry*. Ekim 2010;67(10):1044-51.
203. Halise Devrimci Özgüven MS. İntiharı Anlama ve Müdahale. 1.baskı. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2019. 127 s. (Çalışma Birimleri Dizisi).
204. Chen YY, Chen YL, Gau SSF. Attention-deficit hyperactivity disorder and suicidality: The mediating effects of psychiatric comorbidities and family function. *J Affect Disord*. 01 Ocak 2019;242:96-104.
205. Levy T, Kronenberg S, Crosbie J, Schachar RJ. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) symptoms and suicidality in children: The mediating role of depression, irritability and anxiety symptoms. *J Affect Disord*. 15 Mart 2020;265:200-6.
206. Septier M, Stordeur C, Zhang J, Delorme R, Cortese S. Association between suicidal spectrum behaviors and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. Ağustos 2019;103:109-18.
207. Galera C, Orri M, Vergunst F, Melchior M, Van der Waerden J, Bouvard MP, vd. Developmental profiles of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and irritability: association with adolescent mental health, functional impairment, and suicidal outcomes. *J Child Psychol Psychiatry*. Şubat 2021;62(2):232-43.
208. Stickley A, Koyanagi A, Ruchkin V, Kamio Y. Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and suicide ideation and attempts: Findings from the Adult Psychiatric Morbidity Survey 2007. *J Affect Disord*. 01 Ocak 2016;189:321-8.
209. Ljung T, Chen Q, Lichtenstein P, Larsson H. Common etiological factors of attention-deficit/hyperactivity disorder and suicidal behavior: a population-based study in Sweden. *JAMA Psychiatry*. Ağustos 2014;71(8):958-64.
210. Willcutt EG, Chhabildas N, Kinnear M, DeFries JC, Olson RK, Leopold DR, vd. The internal and external validity of sluggish cognitive tempo and its relation with DSM-IV ADHD. *J Abnorm Child Psychol*. Ocak 2014;42(1):21-35.

211. Jacobson LA, Murphy-Bowman SC, Pritchard AE, Tart-Zelvin A, Zabel TA, Mahone EM. Factor structure of a sluggish cognitive tempo scale in clinically-referred children. *J Abnorm Child Psychol*. Kasım 2012;40(8):1327-37.
212. Penny AM, Waschbusch DA, Klein RM, Corkum P, Eskes G. Developing a measure of sluggish cognitive tempo for children: content validity, factor structure, and reliability. *Psychol Assess*. Eylül 2009;21(3):380-9.
213. Becker SP, Leopold DR, Burns GL, Jarrett MA, Langberg JM, Marshall SA, vd. The Internal, External, and Diagnostic Validity of Sluggish Cognitive Tempo: A Meta-Analysis and Critical Review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Mart 2016;55(3):163-78.
214. Crichton A. An inquiry into the nature and origin of mental derangement: on attention and its diseases. *J Atten Disord*. Kasım 2008;12(3):200-4; discussion 205-206.
215. Barkley RA. Attention-deficit/hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. 4th edn. New York, NY; 435-52 s.
216. Lahey BB, Schaughency EA, Frame CL, Strauss CC. Teacher ratings of attention problems in children experimentally classified as exhibiting attention deficit disorder with and without hyperactivity. *J Am Acad Child Psychiatry*. Eylül 1985;24(5):613-6.
217. Carlson CL, Mann M. Sluggish cognitive tempo predicts a different pattern of impairment in the attention deficit hyperactivity disorder, predominantly inattentive type. *J Clin Child Adolesc Psychol*. Mart 2002;31(1):123-9.
218. Barkley RA. Sluggish cognitive tempo (concentration deficit disorder?): current status, future directions, and a plea to change the name. *J Abnorm Child Psychol*. Ocak 2014;42(1):117-25.
219. Barkley RA. Distinguishing sluggish cognitive tempo from ADHD in children and adolescents: executive functioning, impairment, and comorbidity. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2013;42(2):161-73.
220. Garner AA, Marceaux JC, Mrug S, Patterson C, Hodgins B. Dimensions and Correlates of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Sluggish Cognitive Tempo. *J Abnorm Child Psychol*. Kasım 2010;38(8):1097-107.
221. Camprodon-Rosanas E, Ribas-Fitó N, Batlle-Vila S, Persavento C, Alvarez-Pedrerol M, Sunyer J, vd. Sluggish Cognitive Tempo: Sociodemographic, Behavioral, and Clinical Characteristics in a Population of Catalan School Children. *J Atten Disord*. Haziran 2017;21(8):632-41.
222. Becker SP, Willcutt EG, Leopold DR, Fredrick JW, Smith ZR, Jacobson LA, vd. Report of a Work Group on Sluggish Cognitive Tempo: Key Research Directions and a Consensus Change in Terminology to Cognitive Disengagement Syndrome (CDS). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Haziran 2023;62(6):629.

223. Moruzzi S, Rijdsdijk F, Battaglia M. A twin study of the relationships among inattention, hyperactivity/impulsivity and sluggish cognitive tempo problems. *J Abnorm Child Psychol*. Ocak 2014;42(1):63-75.
224. Willcutt EG. The etiology of ADHD in adolescents: Behavioral and molecular genetic approaches. İçinde: *ADHD in adolescents: Development, assessment, and treatment*. New York, NY, US: The Guilford Press; 2020. s. 36-55.
225. Bolat H, Ercan ES, Ünsel-Bolat G, Tahillioğlu A, Yazici KU, Bacanlı A, vd. DRD4 genotyping may differentiate symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and sluggish cognitive tempo. *Braz J Psychiatry*. 2020;42(6):630-7.
226. Eassey KE, Dyer ML, Timpson NJ, Munafò MR. Prenatal alcohol exposure and offspring mental health: A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*. 01 Nisan 2019;197:344-53.
227. Mahdavi S, Hasper E, Donders J. Sluggish cognitive tempo in children with traumatic brain injuries. *Appl Neuropsychol Child*. 2021;10(3):240-6.
228. Smith Z, Castillo A, Clark O, Holmbeck G. Working memory and cognitive flexibility predict growth trajectories of sluggish cognitive tempo in youth with spina bifida. *Child Neuropsychology*. 23 Şubat 2022;28:1-20.
229. Moreira F de S, de Lima AB, Fonseca PC, Maia-Filho H de S. Mental health of children and adolescents with epilepsy: analysis of clinical and neuropsychological aspects. *Arq Neuropsiquiatr*. Ağustos 2014;72(8):613-8.
230. Peterson RK, Jones K, Jacobson LA. The contribution of sluggish cognitive tempo to processing speed in survivors of pediatric brain tumors. *Child Neuropsychol*. Ekim 2021;27(7):960-72.
231. Peng L, Yang LS, Yam P, Lam CS, Chan ASY, Li CK, vd. Neurocognitive and Behavioral Outcomes of Chinese Survivors of Childhood Lymphoblastic Leukemia. *Front Oncol*. 2021;11:655669.
232. Becker SP, Luebke AM, Greening L, Fite PJ, Stoppelbein L. A Preliminary Investigation of the Relation Between Thyroid Functioning and Sluggish Cognitive Tempo in Children. *J Atten Disord*. Şubat 2017;21(3):240-6.
233. East PL, Doom JR, Blanco E, Burrows R, Lozoff B, Gahagan S. Iron Deficiency in Infancy and Sluggish Cognitive Tempo and ADHD Symptoms in Childhood and Adolescence. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2023;52(2):259-70.
234. Becker SP. Topical review: sluggish cognitive tempo: research findings and relevance for pediatric psychology. *J Pediatr Psychol*. Kasım 2013;38(10):1051-7.
235. Fassbender C, Krafft CE, Schweitzer JB. Differentiating SCT and inattentive symptoms in ADHD using fMRI measures of cognitive control. *Neuroimage Clin*. 2015;8:390-7.

236. Atar Kardaş B, Baytunca M, Ünsel Bolat G, Ercan ES, Calli C, Özyurt O, vd. An investigation of cranial functional magnetic resonance imaging results in children and adolescents with attention deficit and hyperactivity disorder and sluggish cognitive tempo (SCT. 25 Temmuz 2021;
237. Ünsel-Bolat G, Baytunca MB, Kardaş B, İpçi M, İnci İzmir SB, Özyurt O, vd. Diffusion tensor imaging findings in children with sluggish cognitive tempo comorbid Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*. 02 Kasım 2020;74(8):620-6.
238. Camprodon-Rosanas E, Pujol J, Martínez-Vilavella G, Blanco-Hinojo L, Medrano-Martorell S, Batlle S, vd. Brain Structure and Function in School-Aged Children With Sluggish Cognitive Tempo Symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Şubat 2019;58(2):256-66.
239. Burns GL, Becker SP. Sluggish Cognitive Tempo and ADHD Symptoms in a Nationally Representative Sample of U.S. Children: Differentiation Using Categorical and Dimensional Approaches. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2021;50(2):267-80.
240. Barkley RA. Distinguishing sluggish cognitive tempo from attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *Journal of Abnormal Psychology*. 2012;121:978-90.
241. Becker SP, Luebke AM, Joyce AM. The Child Concentration Inventory (CCI): Initial validation of a child self-report measure of sluggish cognitive tempo. *Psychol Assess*. Eylül 2015;27(3):1037-52.
242. Araujo Jiménez EA, Jané Ballabriga MC, Bonillo Martin A, Arrufat FJ, Serra Giacobbo R. Executive functioning in children and adolescents with symptoms of sluggish cognitive tempo and ADHD. *J Atten Disord*. Haziran 2015;19(6):507-14.
243. Camprodon-Rosanas E, Batlle S, Estrada-Prat X, Aceña-Díaz M, Petrizan-Aleman A, Pujals E, vd. Sluggish Cognitive Tempo in a Child and Adolescent Clinical Outpatient Setting. *J Psychiatr Pract*. Eylül 2016;22(5):355-62.
244. Mayes SD, Calhoun SL, Waschbusch DA. Relationship between sluggish cognitive tempo and sleep, psychological, somatic, and cognitive problems and impairment in children with autism and children with ADHD. *Clin Child Psychol Psychiatry*. Nisan 2021;26(2):518-30.
245. Brewe AM, Simmons GL, Capriola-Hall NN, White SW. Sluggish cognitive tempo: An examination of clinical correlates for adults with autism. *Autism*. Ağustos 2020;24(6):1373-83.
246. Duncan A, Tamm L, Birnschein AM, Becker SP. Clinical correlates of sluggish cognitive tempo in adolescents with autism spectrum disorder. *Autism*. Ağustos 2019;23(6):1354-62.
247. Lovett BJ, Wood WLM, Lewandowski LJ. Differential Diagnosis of Sluggish Cognitive Tempo Symptoms in College Students. *J Atten Disord*. Temmuz 2021;25(9):1251-9.

248. Becker SP, Luebbe AM, Langberg JM. Attention-deficit/hyperactivity disorder dimensions and sluggish cognitive tempo symptoms in relation to college students' sleep functioning. *Child Psychiatry Hum Dev*. Aralık 2014;45(6):675-85.
249. Fredrick JW, Yeaman KM, Yu X, Langberg JM, Becker SP. A multi-method examination of sluggish cognitive tempo in relation to adolescent sleep, daytime sleepiness, and circadian preference. *J Child Psychol Psychiatry*. Aralık 2022;63(12):1658-67.
250. Becker SP, Holdaway AS, Luebbe AM. Suicidal Behaviors in College Students: Frequency, Sex Differences, and Mental Health Correlates Including Sluggish Cognitive Tempo. *J Adolesc Health*. Ağustos 2018;63(2):181-8.
251. Barkley RA. Sluggish cognitive tempo (concentration deficit disorder?): current status, future directions, and a plea to change the name. *J Abnorm Child Psychol*. Ocak 2014;42(1):117-25.
252. Becker SP, Luebbe AM, Fite PJ, Stoppelbein L, Greening L. Sluggish cognitive tempo in psychiatrically hospitalized children: factor structure and relations to internalizing symptoms, social problems, and observed behavioral dysregulation. *J Abnorm Child Psychol*. Ocak 2014;42(1):49-62.
253. Tamás Z, Kovacs M, Gentzler AL, Tepper P, Gádoros J, Kiss E, vd. The relations of temperament and emotion self-regulation with suicidal behaviors in a clinical sample of depressed children in Hungary. *J Abnorm Child Psychol*. Ağustos 2007;35(4):640-52.
254. Pfeffer CR, Klerman GL, Hurt SW, Kakuma T, Peskin JR, Siefker CA. Suicidal children grow up: rates and psychosocial risk factors for suicide attempts during follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Ocak 1993;32(1):106-13.
255. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner TE. The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev*. Nisan 2010;117(2):575-600.
256. Southam-Gerow MA, Kendall PC. Emotion regulation and understanding: implications for child psychopathology and therapy. *Clin Psychol Rev*. Mart 2002;22(2):189-222.
257. Gross JJ. Emotion Regulation: Past, Present, Future. *Cognition and Emotion*. 01 Eylül 1999;13(5):551-73.
258. Gross JJ. Emotion Regulation: Conceptual and Empirical Foundations.
259. Gratz K, Roemer L. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 01 Mart 2004;26:41-54.
260. Çiray RO, Özyurt G, Turan S, Karagöz E, Ermiş Ç, Öztürk Y, vd. The association between pragmatic language impairment, social cognition and emotion regulation skills in adolescents with ADHD. *Nord J Psychiatry*. Şubat 2022;76(2):89-95.

261. Xu YM, Deng F, Zhong BL. Facial emotion identification impairments in Chinese persons living with schizophrenia: A meta-analysis. *Front Psychiatry*. 2022;13:1097350.
262. Cawley J, Ruhm C. The Economics of Risky Health Behaviors. *Handbook of Health Economics*. 01 Ocak 2012;2:95-199.
263. Cole PM, Michel MK, Teti LO. The development of emotion regulation and dysregulation: a clinical perspective. *Monogr Soc Res Child Dev*. 1994;59(2-3):73-100.
264. Fairburn CG, Norman PA, Welch SL, O'Connor ME, Doll HA, Peveler RC. A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Arch Gen Psychiatry*. Nisan 1995;52(4):304-12.
265. Polivy J, Herman CP. Causes of eating disorders. *Annu Rev Psychol*. 2002;53:187-213.
266. Tice DM, Bratslavsky E, Baumeister RF. Emotional distress regulation takes precedence over impulse control: if you feel bad, do it! *J Pers Soc Psychol*. Ocak 2001;80(1):53-67.
267. Shaw P, Stringaris A, Nigg J, Leibenluft E. Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*. Mart 2014;171(3):276-93.
268. Biederman J, Petty CR, Monuteaux MC, Evans M, Parcell T, Faraone SV, vd. The Child Behavior Checklist-Pediatric Bipolar Disorder profile predicts a subsequent diagnosis of bipolar disorder and associated impairments in ADHD youth growing up: a longitudinal analysis. *J Clin Psychiatry*. 21 Nisan 2009;70(5):732-40.
269. Sheppes G, Suri G, Gross JJ. Emotion regulation and psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol*. 2015;11:379-405.
270. Silk JS, Steinberg L, Morris AS. Adolescents' emotion regulation in daily life: links to depressive symptoms and problem behavior. *Child Dev*. 2003;74(6):1869-80.
271. Dodge KA. Emotion and social information processing. İçinde: Garber J, Dodge KA, editörler. *The Development of Emotion Regulation and Dysregulation* [internet]. Cambridge: Cambridge University Press; 1991 [a.yer 26 Eylül 2023]. s. 159-81. (Cambridge Studies in Social and Emotional Development). Erişim adresi: <https://www.cambridge.org/core/books/development-of-emotion-regulation-and-dysregulation/emotion-and-social-information-processing/1AB0D2CF046BFF08770011D1676F3301>
272. Dearing K, Hubbard J, Ramsden S, Parker E, Relyea N, Smithmyer C, vd. Children's Self Reports About Anger Regulation: Direct and Indirect Links to Social Preference and Aggression. *Merrill-Palmer Quarterly*. 01 Temmuz 2002;48:308-36.
273. Sabatier C, Restrepo D, Moreno Torres M, Hoyos De Los Ríos O, Palacio Sañudo J. Emotion Regulation in Children and Adolescents: concepts, processes and influences. *Psicologia desde el Caribe*. 01 Nisan 2017;34.
274. Zeman J, Cassano M, Perry-Parrish C, Stegall S. Emotion regulation in children and adolescents. *J Dev Behav Pediatr*. Nisan 2006;27(2):155-68.

275. Kerig P. Developmental psychopathology: From infancy through adolescence. 01 Ocak 2000 [a.yer 21 Eylül 2023]; Erişim adresi: https://www.academia.edu/16379689/Developmental_psychopathology_From_infancy_through_adolescence
276. Gross JJ. Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. Psychophysiology. Mayıs 2002;39(3):281-91.
277. Gross JJ, Thompson R. Emotion Regulation: Conceptual Foundations. Handbook of Emotion Regulation. 01 Ocak 2007;3-27.
278. Samson A, Gross J. Humor as emotion regulation: The differential consequences of negative versus positive humor. Cognition and Emotion. 01 Ocak 2012;26:375-84.
279. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. J Pers Soc Psychol. Ağustos 2003;85(2):348-62.
280. Gross JJ, Richards JM, John OP. Emotion Regulation in Everyday Life. İçinde: Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2006. s. 13-35.
281. Wagner BM, Zimmerman JH. Developmental Influences on Suicidality Among Adolescents: Cognitive, Emotional, and Neuroscience Aspects. İçinde: Cognition and suicide: Theory, research, and therapy. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2006. s. 287-308.
282. Ciarrochi J, Deane F, Anderson S. Emotional Intelligence Moderates the Relationship Between Stress and Mental Health. Personality and Individual Differences. 19 Ocak 2002;32:197-209.
283. Tamás Z, Kovacs M, Gentzler AL, Tepper P, Gádoros J, Kiss E, vd. The relations of temperament and emotion self-regulation with suicidal behaviors in a clinical sample of depressed children in Hungary. J Abnorm Child Psychol. Ağustos 2007;35(4):640-52.
284. Khanipour H, Hakim Shooshtari M, Bidaki R. Suicide Probability in Adolescents With a History of Childhood Maltreatment: The Role of Non-Suicidal Self-Injury, Emotion Regulation Difficulties, and Forms of Self-Criticism. Int J High Risk Behav Addict. Haziran 2016;5(2):e23675.
285. Thompson RA. Emotion regulation: A theme in search of definition. Monographs of the Society for Research in Child Development. 1994;59:25-52, 250-83.
286. Cole PM, Martin SE, Dennis TA. Emotion Regulation as a Scientific Construct: Methodological Challenges and Directions for Child Development Research. Child Development. 2004;75(2):317-33.
287. Baumeister RF. Suicide as escape from self. Psychol Rev. Ocak 1990;97(1):90-113.

288. Rasmussen SA, Fraser L, Gotz M, MacHale S, Mackie R, Masterton G, vd. Elaborating the cry of pain model of suicidality: Testing a psychological model in a sample of first-time and repeat self-harm patients. *Br J Clin Psychol*. Mart 2010;49(Pt 1):15-30.
289. Ernst M, Nelson EE, Jazbec S, McClure EB, Monk CS, Leibenluft E, vd. Amygdala and nucleus accumbens in responses to receipt and omission of gains in adults and adolescents. *Neuroimage*. 01 Mayıs 2005;25(4):1279-91.
290. Casey BJ, Jones RM. Neurobiology of the adolescent brain and behavior: implications for substance use disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Aralık 2010;49(12):1189-201; quiz 1285.
291. Law K, Khazem L, Anestis M. The role of emotion dysregulation in suicide as considered through the ideation to action framework. *Current Opinion in Psychology*. 01 Haziran 2015;3:30-5.
292. Eaddy M, Zullo L, Horton SE, Hughes JL, Kennard B, Diederich A, vd. A Theory-Driven Investigation of the Association Between Emotion Dysregulation and Suicide Risk in a Clinical Adolescent Sample. *Suicide Life Threat Behav*. Ağustos 2019;49(4):928-40.
293. Pisani AR, Wyman PA, Petrova M, Schmeelk-Cone K, Goldston DB, Xia Y, vd. Emotion regulation difficulties, youth-adult relationships, and suicide attempts among high school students in underserved communities. *J Youth Adolesc*. Haziran 2013;42(6):807-20.
294. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, vd. 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*. Temmuz 1997;36(7):980-8.
295. Ünal F, Öktem F, Çetin Çuhadaroğlu F, Çengel Kültür SE, Akdemir D, Foto Özdemir D, vd. [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)]. *Turk Psikiyatri Derg*. 2019;30(1):42-50.
296. Neumann A, van Lier PAC, Gratz KL, Koot HM. Multidimensional assessment of emotion regulation difficulties in adolescents using the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Assessment*. Mart 2010;17(1):138-49.
297. Ruganci RN, Gençöz T. Psychometric properties of a Turkish version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J Clin Psychol*. Nisan 2010;66(4):442-55.
298. Fırat S, Ünsel Bolat G, Gul H, Baytunca M, Atar Kardaş B, Aysev A, vd. Barkley child attention scale validity reliability study. *Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 19 Haziran 2018;31.
299. Beck AT, Schuyler D, Herman I. Development of suicidal intent scales. İçinde: *The prediction of suicide*. Oxford, England: Charles Press Publishers; 1974. s. xii, 249-xii, 249.

300. Bayam G, Dilbaz N, Bitlis V, Holat H, Tüzer T. İNTİHAR DAVRANIŞI İLE DEPRESYON, ÜMİTSİZLİK, İNTİHAR DÜŞÜNCESİ İLİŞKİSİ: İNTİHAR DAVRANIŞ ÖLÇEĞİ GEÇERLİLİK, GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI. *Kriz Dergisi*. 01 Mart 1995;3(1):223-5.
301. Lauw M, How CH, Loh C. *PILL Series*. Deliberate self-harm in adolescents. *Singapore Med J*. Haziran 2015;56(6):306-8; quiz 309.
302. Tan L, Xia T, Reece C. Social and individual risk factors for suicide ideation among Chinese children and adolescents: A multilevel analysis. *Int J Psychol*. Nisan 2018;53(2):117-25.
303. Joo SH, Wang SM, Kim TW, Seo HJ, Jeong JH, Han JH, vd. Factors associated with suicide completion: A comparison between suicide attempters and completers. *Asia Pac Psychiatry*. Mart 2016;8(1):80-6.
304. Klonsky ED, Victor SE, Saffer BY. Nonsuicidal self-injury: what we know, and what we need to know. *Can J Psychiatry*. Kasım 2014;59(11):565-8.
305. Borowsky IW, Resnick MD, Ireland M, Blum RW. Suicide attempts among American Indian and Alaska Native youth: risk and protective factors. *Arch Pediatr Adolesc Med*. Haziran 1999;153(6):573-80.
306. Blakemore SJ. Adolescence and mental health. *Lancet*. 18 Mayıs 2019;393(10185):2030-1.
307. Scott M, Wilcox H, Huo Y, Turner JB, Fisher P, Shaffer D. School-based screening for suicide risk: balancing costs and benefits. *Am J Public Health*. Eylül 2010;100(9):1648-52.
308. Wilkinson PO. Nonsuicidal self-injury: a clear marker for suicide risk. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Ağustos 2011;50(8):741-3.
309. Sadock BJ KH. *Synopsis of Psychiatry: Psychiatric Emergencies: Suicide* Lippincott Williams and Wilkins. New York, NY; 1988. 864-72 s.
310. Chau K, Kabuth B, Chau N. Gender and family disparities in suicide attempt and role of socioeconomic, school, and health-related difficulties in early adolescence. *Biomed Res Int*. 2014;2014:314521.
311. Hedeland RL, Teilmann G, Jørgensen MH, Thiesen LR, Andersen J, Study-Associated Pediatric Departments. Risk factors and characteristics of suicide attempts among 381 suicidal adolescents. *Acta Paediatr*. Ekim 2016;105(10):1231-8.
312. Aşilioğlu N, Uzunhasanoğlu E, Baysal K, Akbaş S. İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerde sosyodemografik ve psikiyatrik özelliklerin değerlendirilmesi. *Kriz Dergisi*. 01 Haziran 2009;17(2):1-11.
313. Örsel S, Karadağ H, Kahiloğulları A, Aktaş E. Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. İçinde 2011 [a.yer 04 Ekim 2023]. Erişim adresi: <https://www.semanticscholar.org/paper/Psikiyatri-hastalar%C4%B1nda->

%C3%A7ocukluk-%C3%A7a%C4%9F%C4%B1-travmalar%C4%B1n%C4%B1n-%C3%96rsel-Karada%C4%9F/64c7305a3192aeabd982e4c38c7ddc413122f382

314. Johnson JG, Cohen P, Gould MS, Kasen S, Brown J, Brook JS. Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Arch Gen Psychiatry*. Ağustos 2002;59(8):741-9.
315. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Eylül 1996;35(9):1174-82.
316. Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychol Med*. Ocak 2000;30(1):23-39.
317. Nimet Teğin NT. Siirt ilinde intihar girişimleri ve intihar olayları üzerine sosyolojik bir araştırma [İnternet]. Fırat Üniversitesi; 2014 [a.yer 04 Ekim 2023]. Erişim adresi: https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=y1ydBpuYZZ7XCXsZ6VxFBg&no=4nyK6fJaP0_ItOSmPBmjaQ
318. Jacobson C, Batejan K, Kleinman M, Gould M. Reasons for attempting suicide among a community sample of adolescents. *Suicide Life Threat Behav*. Aralık 2013;43(6):646-62.
319. Özgüven İ.E. Ailede İletişim ve Yaşam. Ankara: Pdrem yayınları; 2010.
320. Chen PJ, Mackes N, Sacchi C, Lawrence AJ, Ma X, Pollard R, vd. Parental education and youth suicidal behaviours: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 30 Mart 2022;31:e19.
321. Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen PB. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. *BMJ*. 13 Temmuz 2002;325(7355):74.
322. Aşilioğlu N, Uzunhasanoğlu E, Baysal K, Akbaş S. İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerde sosyodemografik ve psikiyatrik özelliklerin değerlendirilmesi. *Kriz Dergisi*. 01 Haziran 2009;17(2):1-11.
323. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Youth suicide attempts: a social and demographic profile. *Aust N Z J Psychiatry*. Haziran 1998;32(3):349-57.
324. Brent DA, Oquendo M, Birmaher B, Greenhill L, Kolko D, Stanley B, vd. Familial pathways to early-onset suicide attempt: risk for suicidal behavior in offspring of mood-disordered suicide attempters. *Arch Gen Psychiatry*. Eylül 2002;59(9):801-7.
325. Lieb R, Bronisch T, Höfler M, Schreier A, Wittchen HU. Maternal suicidality and risk of suicidality in offspring: findings from a community study. *Am J Psychiatry*. Eylül 2005;162(9):1665-71.
326. Bearman PS, Moody J. Suicide and friendships among American adolescents. *Am J Public Health*. Ocak 2004;94(1):89-95.

327. Hawton K, Heeringen K van. The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide. John Wiley & Sons; 2000. 776 s.
328. Roy A, Segal NL, Centerwall BS, Robinette CD. Suicide in twins. Arch Gen Psychiatry. Ocak 1991;48(1):29-32.
329. Schou M. Origin, prevention, and treatment of affective disorders. (No Title) [Internet]. [a.yer 30 Eylül 2023]; Erişim adresi: <https://cir.nii.ac.jp/crid/1130282270122662016>
330. Brent DA, Mann JJ. Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. Am J Med Genet C Semin Med Genet. 15 Şubat 2005;133C(1):13-24.
331. Ronan KR, Kendall PC. Self-talk in distressed youth: states-of-mind and content specificity. J Clin Child Psychol. Aralık 1997;26(4):330-7.
332. Goldston DB, Daniel SS, Erkanli A, Reboussin BA, Mayfield A, Frazier PH, vd. Psychiatric diagnoses as contemporaneous risk factors for suicide attempts among adolescents and young adults: developmental changes. J Consult Clin Psychol. Nisan 2009;77(2):281-90.
333. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, vd. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. Arch Gen Psychiatry. Nisan 1996;53(4):339-48.
334. Bögels SM, Zigterman D. Dysfunctional cognitions in children with social phobia, separation anxiety disorder, and generalized anxiety disorder. J Abnorm Child Psychol. Nisan 2000;28(2):205-11.
335. Spirito A, Esposito-Smythers C. Attempted and completed suicide in adolescence. Annu Rev Clin Psychol. 2006;2:237-66.
336. Mazza JJ. The relationship between posttraumatic stress symptomatology and suicidal behavior in school-based adolescents. Suicide Life Threat Behav. 2000;30(2):91-103.
337. Hawton K, James A. Suicide and deliberate self harm in young people. BMJ. 16 Nisan 2005;330(7496):891-4.
338. Taussig HN, Harpin SB, Maguire SA. Suicidality among preadolescent maltreated children in foster care. Child Maltreat. Şubat 2014;19(1):17-26.
339. Shain BN. Youth Suicide: The First Suicide Attempt. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Ekim 2018;57(10):730-2.
340. Kinciniene O, Sambaras R, Lesinskaite A, Zilinskaite V, Lesinskiene S. Psychosocial Aspects of Deliberate Physical Suicide Attempts by Children and Adolescents. Clin Pediatr (Phila). 01 Eylül 2023;62(8):885-93.
341. Taliaferro LA, Muehlenkamp JJ. Risk and Protective Factors that Distinguish Adolescents Who Attempt Suicide from Those Who Only Consider Suicide in the Past Year. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2014;44(1):6-22.

342. May AM, Czyz EK, West BT. Differentiating Adolescent Suicide Attempters and Ideators: A Classification Tree Analysis of Risk Behaviors. *Journal of Adolescent Health*. 01 Aralık 2020;67(6):837-50.
343. Wang M, Qin A, Wei Z, Sun L. Differentiating the associations between alcohol use, cigarette smoking, and conditional suicidal behaviors among adolescents. *Journal of Affective Disorders*. 15 Kasım 2023;341:112-8.
344. Leo Sher, Gil Zalsman. Alcohol and adolescent suicide. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*. 01 Temmuz 2005;17(3):197-204.
345. Boenisch S, Bramesfeld A, Mergl R, Havers I, Althaus D, Lehfeld H, vd. The Role Of Alcohol Use Disorder And Alcohol Consumption In Suicide Attempts-A Secondary Analysis Of 1921 Suicide Attempts. *European Psychiatry*. Kasım 2010;25(7):414-20.
346. Darvishi N, Farhadi M, Haghtalab T, Poorolajal J. Alcohol-Related Risk of Suicidal Ideation, Suicide Attempt, and Completed Suicide: A Meta-Analysis. *PLOS ONE*. 20 Mayıs 2015;10(5):e0126870.
347. Schilling EA, Aseltine RH, Glanovsky JL, James A, Jacobs D. Adolescent Alcohol Use, Suicidal Ideation, and Suicide Attempts. *Journal of Adolescent Health*. 01 Nisan 2009;44(4):335-41.
348. Hufford MR. Alcohol and suicidal behavior. *Clin Psychol Rev*. Temmuz 2001;21(5):797-811.
349. Malone KM, Waternaux C, Haas GL, Cooper TB, Li S, Mann JJ. Cigarette Smoking, Suicidal Behavior, and Serotonin Function in Major Psychiatric Disorders. *AJP*. Nisan 2003;160(4):773-9.
350. Doğan O, Akgüz G, Kuğu N, Polatöz Ö. Sivas il merkezinde intihar davranışının yaygınlığı ve bazı sosyodemografik faktörlerle ilişkisi. *Düşünen Adam - Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 2011;24(1):13-23.
351. King CA, Segal H, Kaminski K, Naylor MW, Ghaziuddin N, Radpour L. A prospective study of adolescent suicidal behavior following hospitalization. *Suicide Life Threat Behav*. 1995;25(3):327-38.
352. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull*. Eylül 1985;98(2):310-57.
353. Mehmet Eskin. İNTİHAR - Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme Bölüm 2: Toplumsal ve Kültürel Bağlam. 1. Baskı. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 2014. 364 s.
354. Hinshaw SP, Owens EB, Zalecki C, Huggins SP, Montenegro-Nevado AJ, Schrodek E, vd. Prospective follow-up of girls with attention-deficit/hyperactivity disorder into early adulthood: continuing impairment includes elevated risk for suicide attempts and self-injury. *J Consult Clin Psychol*. Aralık 2012;80(6):1041-51.

355. Foley DL, Goldston DB, Costello EJ, Angold A. Proximal psychiatric risk factors for suicidality in youth: the Great Smoky Mountains Study. *Arch Gen Psychiatry*. Eylül 2006;63(9):1017-24.
356. Cho SC, Kim JW, Choi HJ, Kim BN, Shin MS, Lee JH, vd. Associations between symptoms of attention deficit hyperactivity disorder, depression, and suicide in Korean female adolescents. *Depress Anxiety*. 2008;25(11):E142-146.
357. Goodman G, Gerstadt C, Pfeffer CR, Stroh M, Valdez A. ADHD and aggression as correlates of suicidal behavior in assaultive prepubertal psychiatric inpatients. *Suicide Life Threat Behav*. Şubat 2008;38(1):46-59.
358. Mayes SD, Calhoun SL, Baweja R, Feldman L, Syed E, Gorman AA, vd. Suicide Ideation and Attempts are Associated with Co-occurring Oppositional Defiant Disorder and Sadness in Children and Adolescents with ADHD. *J Psychopathol Behav Assess*. 01 Haziran 2015;37(2):274-82.
359. Owens J, Jackson H. Attention-deficit/hyperactivity disorder severity, diagnosis, & later academic achievement in a national sample. *Soc Sci Res*. Ocak 2017;61:251-65.
360. Clayton K, Lee JB, Cheung K, Theule J, Henrikson B. Quantifying the Relationship between Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Experiences of Child Maltreatment: A Meta-Analysis. *Child Abuse Review*. 2018;27(5):361-77.
361. Fuller-Thomson E, Lewis DA. The relationship between early adversities and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Abuse Negl*. Eylül 2015;47:94-101.
362. Jarrett MA, Rapport HF, Rondon AT, Becker SP. ADHD Dimensions and Sluggish Cognitive Tempo Symptoms in Relation to Self-Report and Laboratory Measures of Neuropsychological Functioning in College Students. *J Atten Disord*. Haziran 2017;21(8):673-83.
363. Fite PJ, Stoppelbein L, Greening L, Preddy TM. Associations between relational aggression, depression, and suicidal ideation in a child psychiatric inpatient sample. *Child Psychiatry Hum Dev*. Aralık 2011;42(6):666-78.
364. Flannery AJ, Becker SP, Luebke AM. Does Emotion Dysregulation Mediate the Association Between Sluggish Cognitive Tempo and College Students' Social Impairment? *J Atten Disord*. Eylül 2016;20(9):802-12.
365. Thompson R. Emotion Regulation: A Theme in Search of Definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 01 Şubat 1994;59:25-52.
366. Galvan A, Hare TA, Parra CE, Penn J, Voss H, Glover G, vd. Earlier development of the accumbens relative to orbitofrontal cortex might underlie risk-taking behavior in adolescents. *J Neurosci*. 21 Haziran 2006;26(25):6885-92.
367. Romer D. Adolescent risk taking, impulsivity, and brain development: implications for prevention. *Dev Psychobiol*. Nisan 2010;52(3):263-76.

368. Valois RF, Zullig KJ, Hunter AA. Association Between Adolescent Suicide Ideation, Suicide Attempts and Emotional Self-Efficacy. J Child Fam Stud. 01 Şubat 2015;24(2):237-48.
369. Troister T, Holden RR. Comparing psychache, depression, and hopelessness in their associations with suicidality: A test of Shneidman's theory of suicide. Personality and Individual Differences. 01 Kasım 2010;49(7):689-93.



8. EKLER

EK – 1: Etik Kurul Onay Raporu



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
TIBBİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

BAŞVURU BİLGİLERİ	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Son 1 yıl içinde suisid girişimi olan 12 -18 yas arası çocuk ve ergenlerde eşlik eden Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu belirtileri, Yavaş Bilişsel Tempo belirtileri ve emosyonel regülasyonun incelenmesi
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Eyüp Sabri ERCAN
YARDIMCI ARAŞTIRMACILAR	Dr. Ecem Boru
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İzmir Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
DESTEKLEYİCİ	Yok
ARAŞTIRMA TİPİ	Niceliksel Analitik Kesitsel

KARAR BİLGİLERİ	Karar Nu: 23-4.1T/57	Tarih: 27.04.2023
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak Kurulumuzca incelenmiş, araştırma giderlerinin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda araştırmaya başlanmasının etik açıdan uygun bulunduğu toplantıya katılan etik kurul üyelerince Oy birliği ile karar verilmiştir.	

EGE ÜNİVERSİTESİ TIBBİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU						
ÇALIŞMA ESASI		Ege Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. Guzide Aksu				
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Guzide Aksu Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	Hayır	Evet	Online Katıldı
Prof. Dr. Ceyda Kabaroğlu Başkan Yardımcısı	Tıbbi Biyokimya Uzmanı	EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	K	Hayır	Hayır	Kongre İzni
Doc. Dr. Aysun Ekşioğlu Raportör	Ebelik A.D.	Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı	K	Hayır	Evet	Online Katıldı
Prof. Dr. Zeliha Kerry Üye	Farmakoloji	Ege Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmakoloji AD	K	Hayır	Evet	Online Katıldı
Prof. Dr. Aliye Mandıracıoğlu Üye	Halk Sağlığı A.D.	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD	K	Hayır	Evet	Online Katıldı
Prof. Dr. Cengiz Çavuşoğlu Üye	Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	Hayır	Evet	Online Katıldı
Etik Kurul Başkanı Prof. Dr. Guzide Aksu		Araştırma Başvurusu Onay Belgesi		Belge Kodu 22	Rev. Tarihi / No.su: 28.09.2011/05	



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
TIBBİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

Prof. Dr. Yasemin Yıldırım Üye	İç Hastalıkları Hemşireliği	Hemşirelik Fakültesi	K	Hayır	Evet	Online Katıldı
Prof. Dr. Mehmet Çağdaş Eker Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	Hayır	Evet	Online Katıldı
Prof. Dr. Oya Türkoğlu Üye	Periodontoloji	Ege Üniversitesi Diş Hek. Fakültesi Periodontoloji A.D.	K	Hayır	Evet	Online Katıldı
Prof. Dr. Meltem Seziş Demirci Üye	İç Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları A.D.	K	Hayır	Evet	Online Katıldı
Prof. Dr. Şafak Dağhan Üye	Halk Sağlığı Hemşireliği A.D.	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD	E	Hayır	Evet	Online Katıldı
Prof. Dr. Gülbin Rudarlı Üye	Hareket ve Antrenman Bilimleri	Ege Üniversitesi Spor Bilimleri Fakültesi Hareket ve Antrenman Bilimleri AD.	K	Hayır	Evet	Online Katıldı
Prof. Dr. Ahmet Özgür Yeniel Üye	kadın hastalıkları ve Doğum	Ege Üniversitesi tıp fakültesi kadın hastalıkları ve doğum uzmanı	E	Hayır	Evet	Online Katıldı
Doc. Dr. Banu Sarsık Kumbaracı Üye	Tıbbi Patoloji	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı	K	Hayır	Evet	Online Katıldı
Doc. Dr. Tahir Atik Üye	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları A.D.	E	Hayır	Evet	Online Katıldı
Doc. Dr. Fatma Sert Üye	Radyasyon Onkolojisi	Ege Üniversitesi	K	Hayır	Evet	Online Katıldı
Doc. Dr. ALİ TEKİN Üye	Çocuk Cerrahisi/Çocuk Ürolojisi	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi A.D.	E	Hayır	Evet	Online Katıldı

Etik Kurul Başkanı Prof. Dr. Guzide Aksu		Araştırma Başvurusu Onay Belgesi	Belge Kodu 22	Rev. Tarihi / No.su: 28.09.2011/05
---	--	----------------------------------	------------------	---------------------------------------

EK – 2: BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU (BGOF)

12-18 Yaş Olgu Grubu Gençler için BGOF:

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU
LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!! Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.
Bu çalışmanın adı ne? Son 1 yıl içinde suisid girişimi olan 12 -18 yaş arası çocuk ve ergenlerde eşlik eden Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu belirtileri, Yavaş Bilişsel Tempo belirtileri ve emosyonel regülasyonun incelenmesi
Bu çalışmanın amacı ne? Çalışmamızın amacı son 1 yıl içinde suisid(yani intihar) girişimi olan 12-18 yaş olgular ile daha önce hiç suisid girişimi olmayan 12-18 yaş kontrollerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, yavaş bilişsel tempo belirtileri ve emosyon regülasyon(yani duygu düzenleme) becerileri açısından incelenmesi, birbirleriyle karşılaştırılmasıdır.
Size nasıl bir uygulama yapılacaktır? Çocuk psikiyatristi yaşıyor olabileceğin ruhsal sorunları tespit edebilmek adına önce seninle sonra ailenle görüşme yapacak;Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlaması psikiyatrist tarafından uygulanacak (yaklaşık 60 dk sürüyor) ve genel bilgilerinin sorgulandığı Sosyodemografik Veri Formu verdiğiniz bilgiler ile aynı anda psikiyatrist tarafından doldurulacak. Seni duyguları düzenlemekte yaşadığın güçlükleri ve intihar girişiminin özelliklerini değerlendirmek adına Duygusal Düzenlemede Zorluklar Ölçeği(yaklaşık 15 dk sürüyor) ve İntihar Niyeti Ölçeği?ni(yaklaşık 15 dk civarı sürüyor)doldurman için davet edeceğiz. Bu sırada baban veya annenden senin dikkat ve hareket özelliklerini anlayabilmemiz için Turgay Dikkat Ölçeği ve Barkley Çocuk Dikkat Anketi(yaklaşık 5er dk) doldurmalarını isteyeceğiz.Eğer poliklinik takibin sürecinde sana bu ölçekler uygulandıysa,oradaki sonuçlar kaydedilecektir.
Farklı tedaviler için araştırma gruplarına rastgele atanma olasılığı nedir? Bu araştırma herhangi bir tedaviyi incelemeye yönelik bir araştırma değil. Kesinlikle varsa şu an için almakta olduğun tedaviden farklı bir tedavi için herhangi bir araştırma grubunda yer almayacaksın.
Ne kadar zamanınızı alacaktır? Bütün anketlerin ve psikiyatrik değerlendirmenin tamamlanabilmesi için gereken süre en fazla 120 dakika (yani 2 saat) olarak belirlenmiştir.
Araştırmaya katılması beklenen tahmini gönüllü sayısı kaçtır? 124
Sizden alınacak biyolojik materyallere (kan, idrar ve doku örnekleriniz) ne olacak ve analizler nerede yapılacaktır? (Analizlerin yurtdışında yapılması durumunda biyolojik materyallerin nereye gönderileceği açıklanmalı), Vücudundan kan/ıdrar/saç teli gibi bir örnek alınmayacak.
Sizden beklenen nedir? Sizin sorumluluklarınız nelerdir? Araştırma ile ilgili olarak araştırmaya katılım göstermek ya da göstermemek konusundaki onamını sağlamak ve geri çekmek senin sorumluluğunda, istediğin zaman çalışmadan ayrılabilirsin.
Çalışmaya katılmak size ne yarar sağlayacaktır? Bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük ilkesine dayanıyor. Bu çalışma yalnızca araştırma amaçlı olduğundan doğrudan yarar görmeyeceksin, ancak bu çalışmadan çıkan sonuçlar başka insanlara faydalı olabilecektir.
Araştırmaya katılımının sona erdirilmesini gerektirecek durumlar nelerdir? Herhangi bir nedenle ayrılmak istediğinde araştırmadan çıkabilirsin.
Çalışmaya katılmak size herhangi bir zarar verebilir mi? Bu araştırmada sadece dosya verileri, anket ve ölçekler kullanılacağı için, herhangi bir girişim ya da tıbbi bir işlem yapılmayacağından sana bir zarar gelemez.
Eğer katılmak istemezseniz ne olur? Çalışmaya katılmak istemezseniz veya çalışmaya katılmanız halinde,çalışmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan ayrılmak isterseniz,ceza almayacaksınız, hiçbir hukuki yaptırımla karşılaşmayacaksınız veya çalışmaya başlamadan önce sahip olduğunuz haklarınızı kaybetmeyeceksiniz. Verileriniz kullanılmayacaktır.

Size uygulanabilecek olan alternatif yöntemler nelerdir?
Doktorun tarafından daha önce başlanmış tedavilerin mevcut ise herhangi bir yeni tedavi verilmeyecektir. Herhangi bir ilaç kullanıyorsanız yeni bir tedavi uygulanmayacaktır.
Bu çalışmaya katıldığım için bana herhangi bir ücret ödenecek mi?
Bu araştırmada yer alman nedeniyle sana veya ailine hiçbir ödeme yapılmayacaktır.
Bu çalışmaya katıldığım için ben herhangi bir ücret ödeyecek miyim?
Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.
Bu çalışmada size ait hangi kişisel veriler ve kişisel sağlık verileri kullanılacaktır?
Cinsiyetin, yaşı, öğrenim durumun, öğrenim düzeyin, okul başarın, kimlerle yaşadığın, kardeş sayın, evlat edinilme durumun; annenin ve babanın yaşı, eğitim durumu, meslek durumu, evlilik durumu, maddi durumu; intihar girişiminle ilgili bilgiler; sigara, alkol, madde kullanımının; travma öykünün, kendine zarar verme öykünün, suç öykünün olup olmadığı; ailede-akrabalarında psikiyatrik hastalık ve intihar girişimi olup olmadığı verileri kullanılacaktır.
Bilgilerin gizliliği:
Tüm kişisel ve tıbbi bilgileriniz gizli kalacak, sadece bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır. Kimliğinizi ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanamayacak; araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır. Araştırma kapsamında toplanacak kişisel verilerin, 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'na uygun toplanıp işlenecek, toplama/işleme amacından başka bir amaç için kullanılmayacak ve paylaşılmayacak, gönüllünün olurunun geri çekmesi, araştırmanın sonlanması veya kişisel verilerin işlenmesinin son bulmasıyla veriler imha edilecek ve toplanan kişisel verilerin destekleyici, sözleşmeli araştırma kuruluşları ve iştirakleri ile paylaşılmayacak, söz konusu hizmet, Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu ve yürürlükteki mevzuata uygun yürütülecektir.
Bu çalışmanın sorumlusunun iletişim bilgileri
1- Adı, soyadı: Eyüp Sabri ERCAN
2- Ulaşılabilir telefon numarası:
3- Görev yeri: İzmir Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Çalışmaya Katılma Onayı:		
Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Klinik araştırma kapsamında elde edilen tüm kişisel verilerim ile tüm kişisel sağlık verilerimin, bilimsel çalışmalarda kullanılmasını kabul ediyorum. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. "Bilgilerin gizliliği" başlığı altında belirtilen koşulları kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum. Bilgilendirilmiş gönüllü olurunun imzalı ve tarihli bir kopyasının bana verileceğini biliyorum.		
GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TELEFON		
TARİH		
Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasiinin		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TELEFON		
TARİH		
Araştırma ekibinde yer alan ve araştırma hakkında bilgilendirmeyi yapan yetkin bir araştırmacının		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TELEFON		
TARİH		

12-18 Yaş Olgu Grubu Gençlerin Ebeveynleri için BGOF:

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU
LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!
Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamaz ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.
Bu çalışmanın adı ne?
Son 1 yıl içinde suisid girişimi olan 12 -18 yaş arası çocuk ve ergenlerde eşlik eden Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu belirtileri, Yavaş Bilişsel Tempo belirtileri ve emosyonel regülasyonun incelenmesi
Bu çalışmanın amacı ne?
Çalışmamızın amacı son 1 yıl içinde suisid(yani intihar) girişimi olan 12-18 yaş olgular ile daha önce hiç suisid girişimi olmayan 12-18 yaş kontrollerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, yavaş bilişsel tempo belirtileri ve emosyon regülasyonu(yani duygu düzenleme) becerileri açısından incelenmesi, birbirleriyle karşılaştırılmasıdır.
Size nasıl bir uygulama yapılacaktır?
Çocuk psikiyatristi çocuğunuzun yaşıyor olabileceği ruhsal sorunları tespit edebilmek adına önce çocuğunuzla sonra sizinle görüşme yapacaktır;Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlaması psikiyatrist tarafından uygulanacak (yaklaşık 60 dk sürüyor) ve genel bilgilerinin sorgulandığı Sosyodemografik Veri Formu verdiğiniz bilgiler ile aynı anda psikiyatrist tarafından doldurulacaktır. Çocuğunuzu duyguları düzenlemekte yaşadığı güçlükleri ve intihar girişiminin özelliklerini değerlendirmek adına Duygusal Düzenlemede Zorluklar Ölçeği(yaklaşık 15 dk sürüyor) ve İntihar Niyeti Ölçeği?ni(yaklaşık 15 dk sürüyor) doldurması için davet edeceğiz.Bu sırada sizden çocuğunuzun dikkat ve hareket özelliklerini anlayabilmemiz için Turgay Dikkat Ölçeği ve Barkley Çocuk Dikkat Anketi(yaklaşık 5er dk sürüyor) doldurmanızı isteyeceğiz. Eğer poliklinik takibi sürecinde çocuğunuza bu ölçekler uygulandıysa oradaki sonuçlar kaydedilecektir
Farklı tedaviler için araştırma gruplarına rastgele atanma olasılığı nedir?
Bu araştırma herhangi bir tedaviyi incelemeye yönelik bir araştırma değil. Kesinlikle, varsa şu an için almakta olduğu tedaviden farklı bir tedavi için herhangi bir araştırma grubunda yer almayacaktır.
Ne kadar zamanınızı alacaktır?
Bütün anketlerin ve psikiyatrik değerlendirmenin tamamlanabilmesi için gereken süre en fazla 120 dakika (yani 2 saat) olarak belirlenmiştir.
Araştırmaya katılması beklenen tahmini gönüllü sayısı kaçtır?
124
Sizden alınacak biyolojik materyallere (kan, idrar ve doku örnekleriniz) ne olacak ve analizler nerede yapılacaktır? (Analizlerin yurtdışında yapılması durumunda biyolojik materyallerin nereye gönderileceği açıklanmalı),
Çocuğunuzun vücudundan kan/idrara/saç teli gibi bir örnek alınmayacaktır.
Sizden beklenen nedir? Sizin sorumluluklarınız nelerdir?
Araştırma ile ilgili olarak araştırmaya katılım göstermek ya da göstermemek konusundaki onamını sağlamak ve geri çekmek sizin sorumluluğunuzda, istediğiniz zaman çalışmadan ayrılabilirsiniz.
Çalışmaya katılmak size ne yarar sağlayacaktır?
Bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük ilkesine dayanıyor. Bu çalışma yalnızca araştırma amaçlı olduğundan doğrudan yarar görmeyeceksiniz ancak bu çalışmadan çıkan sonuçlar başka insanlara faydalı olabilecektir.
Araştırmaya katılımının sona erdirilmesini gerektirecek durumlar nelerdir?
Herhangi bir nedenle ayrılmak istediğinizde araştırmadan çıkabilirsiniz.
Çalışmaya katılmak size herhangi bir zarar verebilir mi?
Bu araştırmada sadece dosya verileri, anket ve ölçekler kullanılacağı için, herhangi bir girişim ya da tıbbi bir işlem yapılmayacağından çocuğunuza ve size bir zarar gelemez.
Eğer katılmak istemezseniz ne olur?
Çalışmaya katılmak istemezseniz veya çalışmaya katılmanız halinde,çalışmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan ayrılmak isterseniz,ceza almayacaksınız, hiçbir hukuki yaptırıma karşılaşmayacaksınız veya çalışmaya başlamadan önce sahip olduğunuz haklarınızı kaybetmeyeceksiniz. Verileriniz kullanılmayacaktır.

Size uygulanabilecek olan alternatif yöntemler nelerdir? Doktorunuz tarafından daha önce başlanmış tedavileri mevcut ise herhangi bir yeni tedavi verilmeyecektir. Herhangi bir ilaç kullanmıyorsa yeni bir tedavi uygulanmayacaktır.
Bu çalışmaya katıldığım için bana herhangi bir ücret ödenecek mi? Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.
Bu çalışmaya katıldığım için ben herhangi bir ücret ödeyecek miyim? Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.
Bu çalışmada size ait hangi kişisel veriler ve kişisel sağlık verileri kullanılacaktır? Çocuğunuzun cinsiyeti, yaşı, öğrenim durumu, öğrenim düzeyi, okul başarısı, kimlerle yaşadığı, kardeş sayısı, evlat edinilme durumu; annenin ve babanın yaşı, eğitim durumu, meslek durumu, evlilik durumu, maddi durumu; çocuğunuzun sigara, alkol, madde kullanımı; çocuğunuzun intihar girişimiyle ilgili bilgiler; çocuğunuzun travma öyküsü, kendine zarar verme öyküsü, suç öyküsü olup olmadığı; ailede-akrabalarda psikiyatrik hastalık ve intihar girişimi olup olmadığı verileri kullanılacaktır.
Bilgilerin gizliliği: Tüm kişisel ve tıbbi bilgileriniz gizli kalacak, sadece bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır. Kimliğinizi ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanamayacak; araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır. Araştırma kapsamında toplanacak kişisel verilerin, 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'na uygun toplanıp işlenecek, toplama/işleme amacından başka bir amaç için kullanılmayacak ve paylaşılmayacak, gönüllünün olurlarını geri çekmesi, araştırmanın sonlanması veya kişisel verilerin işlenmesinin son bulmasıyla veriler imha edilecek ve toplanan kişisel verilerin destekleyici, sözleşmeli araştırma kuruluşları ve iştirakleri ile paylaşılmayacak, söz konusu hizmet, Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu ve yürürlükteki mevzuata uygun yürütülecektir.
Bu çalışmanın sorumlusunun iletişim bilgileri 1- Adı, soyadı: Eyüp Sabri ERCAN 2- Ulaşılabilir telefon numarası: 3- Görev yeri: İzmir Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Çalışmaya Katılma Onayı:		
Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Klinik araştırma kapsamında elde edilen tüm kişisel verilerim ile tüm kişisel sağlık verilerimin, bilimsel çalışmalarda kullanılmasını kabul ediyorum. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. "Bilgilerin gizliliği" başlığı altında belirtilen koşulları kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum. Bilgilendirilmiş gönüllü olurunun imzalı ve tarihli bir kopyasının bana verileceğini biliyorum.		
GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TELEFON		
TARİH		
Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasiinin		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TELEFON		
TARİH		
Araştırma ekibinde yer alan ve araştırma hakkında bilgilendirmeyi yapan yetkin bir araştırmacının		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TELEFON		
TARİH		

12-18 Yaş Kontrol Grubu Gençler için BGOF

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU
LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!
Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.
Bu çalışmanın adı ne?
Son 1 yıl içinde suisid girişimi olan 12 -18 yaş arası çocuk ve ergenlerde eşlik eden Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu belirtileri, Yavaş Bilişsel Tempo belirtileri ve emosyonel regülasyonun incelenmesi
Bu çalışmanın amacı ne?
Çalışmamızın amacı son 1 yıl içinde suisid(yani intihar) girişimi olan 12-18 yaş olgular ile daha önce hiç suisid girişimi olmayan 12-18 yaş kontrollerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, yavaş bilişsel tempo belirtileri ve emosyon regülasyon(yani duygudurum) becerileri açısından incelenmesi, birbirleriyle karşılaştırılmasıdır.
Size nasıl bir uygulama yapılacaktır?
Çocuk psikiyatristi yaşıyor olabileceğin ruhsal sorunları tespit edebilmek adına önce seninle sonra ailenle görüşme yapacak;Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlaması psikiyatrist tarafından uygulanacak (yaklaşık 60 dk sürüyor) ve genel bilgilerinin sorgulandığı Sosyodemografik Veri Formu verdiğiniz bilgiler ile aynı anda psikiyatrist tarafından doldurulacak. Seni duyguları düzenlemekte yaşıyor olabileceğin güçlükleri değerlendirmek adına Duygusal Düzenlemede Zorluklar Ölçeği(yaklaşık 15 dk sürüyor) doldurman için davet edeceğiz. Bu sırada baban veya annenden senin dikkat ve hareket özelliklerini anlayabilmemiz için Turgay Dikkat Ölçeği ve Barkley Çocuk Dikkat Anketi doldurmalarını isteyeceğiz.
Farklı tedaviler için araştırma gruplarına rastgele atanma olasılığı nedir?
Bu araştırma herhangi bir tedaviyi incelemeye yönelik bir araştırma değil. Kesinlikle varsa şu an için almakta olduğun tedaviden farklı bir tedavi için herhangi bir araştırma grubunda yer almayacaksınız.
Ne kadar zamanınızı alacaktır?
Bütün anketlerin ve psikiyatrik değerlendirmenin tamamlanabilmesi için gereken süre en fazla 100 dakika olarak belirlenmiştir.
Araştırmaya katılması beklenen tahmini gönüllü sayısı kaçtır?
124
Sizden alınacak biyolojik materyallere (kan, idrar ve doku örnekleriniz) ne olacak ve analizler nerede yapılacaktır? (Analizlerin yurtdışında yapılması durumunda biyolojik materyallerin nereye gönderileceği açıklanmalı),
Vücudundan kan/idrarsaç teli gibi bir örnek alınmayacak.
Sizden beklenen nedir? Sizin sorumluluklarınız nelerdir?
Araştırma ile ilgili olarak araştırmaya katılım göstermek ya da göstermemek konusundaki onamını sağlamak ve geri çekmek senin sorumluluğunda, istediğin zaman çalışmadan ayrılabilirsin.
Çalışmaya katılmak size ne yarar sağlayacaktır?
Bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük ilkesine dayanıyor. Bu çalışma yalnızca araştırma amaçlı olduğundan doğrudan yarar görmeyeceksin, ancak bu çalışmadan çıkan sonuçlar başka insanlara faydalı olabilecektir.
Araştırmaya katılımının sona erdirilmesini gerektirecek durumlar nelerdir?
Herhangi bir nedenle ayrılmak istediğinde araştırmadan çıkabilirsin.
Çalışmaya katılmak size herhangi bir zarar verebilir mi?
Bu araştırmada sadece dosya verileri, anket ve ölçekler kullanılacağı için, herhangi bir girişim ya da tıbbi bir işlem yapılmayacağından sana bir zarar gelemeyiz.
Eğer katılmak istemezseniz ne olur?
Çalışmaya katılmak istemezseniz veya çalışmaya katılmanız halinde,çalışmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan ayrılmak isterseniz,ceza almayacaksınız, hiçbir hukuki yaptırımla karşılaşmayacaksınız veya çalışmaya başlamadan önce sahip olduğunuz haklarınızı kaybetmeyeceksiniz. Verileriniz kullanılmayacaktır.
Size uygulanabilecek olan alternatif yöntemler nelerdir?

Çalışma süresince ve sonrasında sana herhangi bir tedavi uygulanmayacaktır.	
Bu çalışmaya katıldığım için bana herhangi bir ücret ödenecek mi?	
Bu araştırmada yer alman nedeniyle sana veya ailene hiçbir ödeme yapılmayacaktır.	
Bu çalışmaya katıldığım için ben herhangi bir ücret ödeyecek miyim?	
Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.	
Bu çalışmada size ait hangi kişisel veriler ve kişisel sağlık verileri kullanılacaktır?	
Cinsiyetin, yaşı, öğrenim durumun, öğrenim düzeyin, okul başarın, kimlerle yaşadığın, kardeş sayın, evlat edinilme durumun; annenin ve babanın yaşı, eğitim durumu, meslek durumu, evlilik durumu, maddi durumu; sigara, alkol, madde kullanımının; travma öykünün, kendine zarar verme öykünün, suç öykünün olup olmadığı; ailede-akrabalarında psikiyatrik hastalık ve intihar girişimi olup olmadığı verileri kullanılacaktır.	
Bilgilerin gizliliği:	
Tüm kişisel ve tıbbi bilgileriniz gizli kalacak, sadece bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır. Kimliğinizi ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanamayacak; araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır. Araştırma kapsamında toplanacak kişisel verilerin, 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'na uygun toplanıp işlenecek, toplama/işleme amacından başka bir amaç için kullanılmayacak ve paylaşılmayacak, gönüllünün olurlarını geri çekmesi, araştırmanın sonlanması veya kişisel verilerin işlenmesinin son bulmasıyla veriler imha edilecek ve toplanan kişisel verilerin destekleyici, sözleşmeli araştırma kuruluşları ve iştirakleri ile paylaşılmayacak, söz konusu hizmet, Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu ve yürürlükteki mevzuata uygun yürütülecektir.	
Bu çalışmanın sorumlusunun iletişim bilgileri	
1- Adı, soyadı:	Eyüp Sabri ERCAN
2- Ulaşılabilir telefon numarası:	
3- Görev yeri:	İzmir Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Çalışmaya Katılma Onayı:		
Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Klinik araştırma kapsamında elde edilen tüm kişisel verilerim ile tüm kişisel sağlık verilerimin, bilimsel çalışmalarda kullanılmasını kabul ediyorum. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. "Bilgilerin gizliliği" başlığı altında belirtilen koşulları kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum. Bilgilendirilmiş gönüllü olurunun imzalı ve tarihli bir kopyasının bana verileceğini biliyorum.		
GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TELEFON		
TARİH		
Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasiinin		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TELEFON		
TARİH		
Araştırma ekibinde yer alan ve araştırma hakkında bilgilendirmeyi yapan yetkin bir araştırmacının		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TELEFON		
TARİH		

12-18 Yaş Kontrol Grubu Gençlerin Ebeveynleri için BGOF

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU
LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!
Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.
Bu çalışmanın adı ne?
Son 1 yıl içinde suisid girişimi olan 12 -18 yaş arası çocuk ve ergenlerde eşlik eden Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu belirtileri, Yavaş Bilişsel Tempo belirtileri ve emosyonel regülasyonun incelenmesi
Bu çalışmanın amacı ne?
Çalışmamızın amacı son 1 yıl içinde suisid(yani intihar) girişimi olan 12-18 yaş olgular ile daha önce hiç suisid girişimi olmayan 12-18 yaş kontrollerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, yavaş bilişsel tempo belirtileri ve emosyon regülasyon(yani duygudurum) becerileri açısından incelenmesi, birbirleriyle karşılaştırılmasıdır.
Size nasıl bir uygulama yapılacaktır?
Çocuk psikiyatristi çocuğunuzun yaşıyor olabileceği ruhsal sorunları tespit edebilmek adına önce çocuğunuzla sonra sizinle görüşme yapacak;Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlaması psikiyatrist tarafından uygulanacak (yaklaşık 60 dk sürüyor) ve genel bilgilerinin sorgulandığı Sosyodemografik Veri Formu verdiğiniz bilgiler ile aynı anda psikiyatrist tarafından doldurulacak. Çocuğunuzu duyguları düzenlemekte yaşadığı güçlükleri ve intihar girişiminin özelliklerini değerlendirmek adına Duygusal Düzenlemede Zorluklar Ölçeğini(yaklaşık 15 dk sürüyor) doldurması için davet edeceğiz.Bu sırada sizden çocuğunuzun dikkat ve hareket özelliklerini anlayabilmemiz için Turgay Dikkat Ölçeği ve Barkley Çocuk Dikkat Anketi(yaklaşık 5er dk sürüyor) doldurmanızı isteyeceğiz.
Farklı tedaviler için araştırma gruplarına rastgele atanma olasılığı nedir?
Bu araştırma herhangi bir tedaviyi incelemeye yönelik bir araştırma değil. Kesinlikle bir tedavi için herhangi bir araştırma grubunda yer almayacak.
Ne kadar zamanınızı alacak?
Bütün anketlerin ve psikiyatrik değerlendirmenin tamamlanabilmesi için gereken süre en fazla 100 dakika olarak belirlenmiştir.
Araştırmaya katılması beklenen tahmini gönüllü sayısı kaçtır?
124
Sizden alınacak biyolojik materyallere (kan, idrar ve doku örnekleriniz) ne olacak ve analizler nerede yapılacaktır? (Analizlerin yurtdışında yapılması durumunda biyolojik materyallerin nereye gönderileceği açıklanmalı),
Çocuğunuzun vücudundan kan/idrara/saç teli gibi bir örnek alınmayacak.
Sizden beklenen nedir? Sizin sorumluluklarınız nelerdir?
Araştırma ile ilgili olarak araştırmaya katılım göstermek ya da göstermemek konusundaki onamını sağlamak ve geri çekmek sizin sorumluluğunuzda, istediğiniz zaman çalışmadan ayrılabilirsiniz.
Çalışmaya katılmak size ne yarar sağlayacaktır?
Bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük ilkesine dayanıyor. Bu çalışma yalnızca araştırma amaçlı olduğundan doğrudan yarar görmeyeceksiniz ancak bu çalışmadan çıkan sonuçlar başka insanlara faydalı olabilecektir.
Araştırmaya katılımının sona erdirilmesini gerektirecek durumlar nelerdir?
Herhangi bir nedenle ayrılmak istediğinizde araştırmadan çıkabilirsiniz.
Çalışmaya katılmak size herhangi bir zarar verebilir mi?
Bu araştırmada sadece dosya verileri, anket ve ölçekler kullanılacağı için, herhangi bir girişim ya da tıbbi bir işlem yapılmayacağından çocuğunuza ve size bir zarar gelemez.
Eğer katılmak istemezseniz ne olur?
Çalışmaya katılmak istemezseniz veya çalışmaya katılmanız halinde,çalışmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan ayrılmak isterseniz,ceza almayacaksınız, hiçbir hukuki yaptırıma karşılaşmayacaksınız veya çalışmaya başlamadan önce sahip olduğunuz haklarınızı kaybetmeyeceksiniz. Verileriniz kullanılmayacaktır.
Size uygulanabilecek olan alternatif yöntemler nelerdir?

Çalışma süresince ve sonrasında çocuğunuza herhangi bir tedavi uygulanmayacaktır.	
Bu çalışmaya katıldığım için bana herhangi bir ücret ödenecek mi?	
Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.	
Bu çalışmaya katıldığım için ben herhangi bir ücret ödeyecek miyim?	
Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.	
Bu çalışmada size ait hangi kişisel veriler ve kişisel sağlık verileri kullanılacaktır?	
Çocuğunuzun cinsiyeti, yaşı, öğrenim durumu, öğrenim düzeyi, okul başarısı, kimlerle yaşadığı, kardeş sayısı, evlat edinilme durumu; annenin ve babanın yaşı, eğitim durumu, meslek durumu, evlilik durumu, maddi durumu; çocuğunuzun sigara, alkol, madde kullanımı; çocuğunuzun travma öyküsü, kendine zarar verme öyküsü, suç öyküsü olup olmadığı; ailede-akrabalarda psikiyatrik hastalık ve intihar girişimi olup olmadığı verileri kullanılacaktır.	
Bilgilerin gizliliği:	
Tüm kişisel ve tıbbi bilgileriniz gizli kalacak, sadece bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır. Kimliğinizi ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanamayacak; araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır. Araştırma kapsamında toplanacak kişisel verilerin, 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'na uygun toplanıp işlenecek, toplama/işleme amacından başka bir amaç için kullanılmayacak ve paylaşılmayacak, gönüllünün olurlarını geri çekmesi, araştırmanın sonlanması veya kişisel verilerin işlenmesinin son bulmasıyla veriler imha edilecek ve toplanan kişisel verilerin destekleyici, sözleşmeli araştırma kuruluşları ve iştirakleri ile paylaşılmayacak, söz konusu hizmet, Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu ve yürürlükteki mevzuata uygun yürütülecektir.	
Bu çalışmanın sorumlusunun iletişim bilgileri	
1- Adı, soyadı:	Eyüp Sabri ERCAN
2- Ulaşılabilir telefon numarası:	
3- Görev yeri:	İzmir Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Çalışmaya Katılma Onayı:		
Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Klinik araştırma kapsamında elde edilen tüm kişisel verilerim ile tüm kişisel sağlık verilerimin, bilimsel çalışmalarda kullanılmasını kabul ediyorum. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. "Bilgilerin gizliliği" başlığı altında belirtilen koşulları kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum. Bilgilendirilmiş gönüllü olurunun imzalı ve tarihli bir kopyasının bana verileceğini biliyorum.		
GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TELEFON		
TARİH		
Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasiinin		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TELEFON		
TARİH		
Araştırma ekibinde yer alan ve araştırma hakkında bilgilendirmeyi yapan yetkin bir araştırmacının		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TELEFON		
TARİH		

EK-3: Sosyodemografik Veri Formu

Cinsiyeti	1)Kız 2)Erkek	
Yaşı		
Öğrenim durumu	1. Öğrenimine devam ediyor 2. Öğrenimini bırakmış	
Öğrenim düzeyi	1. İlkokul 2. Ortaokul 3.Lise 4. Üniversite	
Okul başarınız size göre nasıl?	1.Kötü 2. Orta 3.İyi	
Kimlerle yaşadığı	1) Tek ebeveyn 2) Anne, baba, kardeş 3) Geniş aile	
Annenin yaşı		
Annenin eğitim durumu	1. Okuryazar değil 2. İlkokul mezunu 3. Ortaokul mezunu 4. Lise mezunu 5.Yüksekokul/Üniversite mezunu 6. İleri eğitim görmüş(master, doktora)	
Annenin meslek durumu	1. Çalışıyor 2.Çalışmıyor/Emekli	
Babanın yaşı		
Babanın eğitim durumu	1. Okuryazar değil 2. İlkokul mezunu 3. Ortaokul mezunu 4.Lise mezunu 5.Yüksekokul/Üniversite	

	mezunu 6. İleri eğitim görmüş(master, doktora)	
Babanın meslek durumu	1.Çalışıyor 2.Çalışmıyor/Emekli	
Anne-babanın evlilik durumu	1) devam ediyor 2) boşandılar 3) boşanmadılar ama ayrı yaşıyorlar 4) annem vefat etti 5)babam vefat etti 6)annem ve babam vefat etti	
Ailenin maddi durumu	1) düşük 2) orta 3) yüksek	
Sigara kullanım öyküsü	1)var 2)yok	
Alkol kullanım öyküsü	1)var 2)yok	
İntihar girişiminden önce psikiyatrik tedavi gördünüz mü?	1)evet 2)hayır	Hastanede yatış:
Ailenizde psikiyatrik hastalığı olan var mı?	1)var 2)yok	Hastalığının adı:
Daha önce ailenizde/ akrabalarınızda intihar girişiminde bulunan oldu mu?	1)evet 2)hayır	Ölen var mı:
Şu anda intihar düşünceniz var mı?	1)var 2)yok	
Önceki intihar girişiminizin türü	1)Fazla miktarda ilaç içme 2)Kesici-delici alet 3)Yüksekten atlama 4)Ateşli silah 5)Ası	
Girişim öncesi plan yaptınız mı?	1)evet 2)hayır	
Girişim öncesinde bilinen herhangi bir fiziksel hastalığınız var mıydı?	1)evet 2)hayır	

Girişimin hemen öncesinde size sıkıntı veren herhangi bir stresli olayla karşılaştınız mı?	1)evet 2)hayır	
Size destek olan kişiler var mı?	1)var 2)yok	
Daha önce travma öyküsü var mı?	1)var 2)yok	Fiziksel/Cinsel:
Daha önce kendine zarar verme davranışı var mı?	1)var 2)yok	

EK-4: Duygu Düzenlemede Güçlükler  l     (DDGÖ)

	Hemen hemen hiç	Bazen	Yaklaşık yarı yarıya	çoğu zaman	Heme n heme n her zaman
1. Ne hissettiğim konusunda netimdir	1	2	3	4	5
2. Ne hissetti�imi dikkate alırım	1	2	3	4	5
3. Duygularım bana dayanılmaz ve kontROLSüZ gelir	1	2	3	4	5
4. Ne hissettiğim konusunda hiç bir fikrim yoktur	1	2	3	4	5
5. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım	1	2	3	4	5
6. Ne hissetti�ime dikkat ederim	1	2	3	4	5
7. Ne hissetti�imi tam olarak bilirim	1	2	3	4	5
8. Ne hissetti�imi �nemserim	1	2	3	4	5
9. Ne hissettiğim konusunda karmaşa ya�arım	1	2	3	4	5
10. Kendimi kötü hissetmeyi kabullenebilirim	1	2	3	4	5
11. Kendimi kötü hissetti�imde böyle hissettiğim için kendime kızarım	1	2	3	4	5
12. Kendimi kötü hissettiğim için utanırım	1	2	3	4	5
13. Kendimi kötü hissetti�imde i�lerimi bitirmekte zorlanırım	1	2	3	4	5
14. Kendimi kötü hissetti�imde kontrolden �ıkarım	1	2	3	4	5
15. Kendimi kötü hissetti�imde uzun süre böyle kalaca�ıma inanırım	1	2	3	4	5



ÖZEL EĞİTİM

DİKKAT EKSKLİĞİ VE HİPERAKTİFİTE BOZUKLUĞU (DEHB) FORMU

Doküman Kodu BB.CR.015	Yayın Tarihi 17.06.2020	Revizyon No 0	Revizyon Tarihi 17.06.2020	Sayfa No / Sayısı 1 / 2
------------------------	-------------------------	---------------	----------------------------	-------------------------

LBÖLÜM

A- DİKKATSİZLİK SORUN

	Sorunun Derecesi			
	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
1- Dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde işinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.	0	1	2	3
2- Üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı oyunlarda dikkatini sürdürmede zorluk çeker.	0	1	2	3
3- Kendisine doğrudan hitap edildiğinde dinlemiyormuş gibi görünür.	0	1	2	3
4- Yönergeleri gerektiği gibi izlemez ve okul Ödevlerini, ufak tefek işleri ya da işyerindeki Görevlerini tamamlayamaz.	0	1	2	3
5- Görev ve etkinliklerini düzenlemekte güçlük çeker.	0	1	2	3
6- Uzun süreli dikkat gerektiren işlerden (okul- Ödevi – ev ödevi gibi) kaçırır.	0	1	2	3
7- Üzerine aldığı görev ya da etkinlikler için Gerekli olan eşyaları (kalem, kitap, oyuncak Araç-gereç gibi) kaybeder.	0	1	2	3
8- Dikkati kolayca dağılır.	0	1	2	3
9- Günlük etkinliklerde unutkan.	0	1	2	3

IA bölümünde karşılanan ölçüt sayısı

...../9

IA bölümünde alınan toplam puan

...../27

B-AŞIRI HAREKETLİLİK – DÜRTÜSELLİK

AŞIRI HAREKETLİLİK SORUN

	Sorunu Derecesi			
	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
10- Elleri ayakları kıpır kıpır ya da oturduğu yerde kıpırdanır.	0	1	2	3
11- Sınıfta ya da oturması gereken diğer durumlarda yerinde oturmaz.	0	1	2	3
12- Uygun olmayan durumlarda sağa sola koşuşturur ya da tırmanır. (Gençlerde ya da erişkinlerde huzursuzluk il sınırlı olabilir)	0	1	2	3
13- Sakince oyu oynamakta ya da boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker.	0	1	2	3
14- Hep hareket halindedir ya da sanki motor takmış Gibi davranır.	0	1	2	3
15- Çok konuşur.	0	1	2	3

DÜRTÜSELLİK SORUN

16- Soruların soru tamamlanmadan yanıt verir.	0	1	2	3
17- Sırasını beklemekte güçlük çeker.	0	1	2	3
18- Başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer. (başkalarının konuşmaları ya da oyunlarına burnunu sokar)	0	1	2	3

IA bölümünde karşılanan ölçüt sayısı

...../9

IA bölümünde alınan toplam puan

...../27

IA ve IB bölümlerinde karşılanan toplam ölçüt sayısı

...../18

Bölüm IA ve IB'nin toplam puanı

...../54

EK-6: Barkley Çocuk Dikkat Anketi (BÇDA)

Barkley Çocuk Dikkat Anketi

©Russell A. Barkley, Ph.D., 2013

Çocuğunuzun Adı _____ Tarih _____

Cinsiyet: Erkek _____ Kız _____

Çocuğunuzun Yaşı: _____ Sınıfı: _____

Çocukla Bağınız: Anne _____ Baba _____ Üvey Anne _____ Üvey Baba _____

Koruyucu Anne _____ Koruyucu Baba _____ Diğer _____

Yaşınız : _____ Eğitiminiz (yıl olarak): _____

Eşinizin Yaşı : _____ Eşinizin Eğitimi (yıl olarak): _____

Yönerge

Çocuğunuz aşağıda tanımlanan sıkıntıları ne kadar sıklıkla yaşamaktadır? Lütfen, **SON 6 AYLIK DÖNEMİ** göz önünde bulundurarak her madde için çocuğunuzun davranışını en iyi tanımladığını düşündüğünüz rakamı daire içine alınız. Eğer çocuğunuz herhangi bir psikiyatrik yada psikolojik rahatsızlıktan dolayı ilaç tedavisi görüyorsa, puanlama yaparken **İLAÇ ÖNCESİ DÖNEMİ** baz alarak değerlendiriniz.

	Asla yada Nadiren	Bazen	Sık Sık	Çok Sık
SCT1. Hayale dalıp gider (Hayal kurmaya yatkınlık)	1	2	3	4
SCT2. Uyanık kalmada yada harekete geçmede zorlanır	1	2	3	4
SCT3. Zihni bulanıktır ve şaşkın görünür	1	2	3	4
SCT4. Boş gözlerle uzun uzun bakar	1	2	3	4
SCT5. Kafası karışıktır; dikkatini çevresinde olanlara odaklayamaz ve aklı başka yerde gibi görünür.	1	2	3	4

EK-7: İntihar Niyeti Ölçeği:

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. İntiharla ilgili niyetiniz konusunda sizin durumunuzu en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Seçmiş olduğunuz cümlenin yanındaki kutuyu () işaretleyiniz.

Seçiminizi yapmadan önce her gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz.

1. İzolasyon;

Yanında biri var.

Yakınında yada ilişkide olduğu biri var,telefon da olabilir.

Yakınında yada ilişkide olduğu kimse yok.

2. Zamanlama;

Müdahaleye imkan verecek şekilde zamanlanmış.

Müdahaleye imkanı az olacak şekilde zamanlanmış.

Müdahale imkanı çok az olacak şekilde zamanlanmış.

3. Fark edilmeyen ve/veya müdahale edilmeyen önlemler;

Önlem alınmamış.

Pasif önlemler alınmış,insanlardan kaçınmış, fakat engelleyici müdahalelere karşı önlem almamış (Bir odaya kapıyı kilitlemeden kapanması gibi).

Aktif önlemler almış (Kendisini odaya kilitlemiş gibi).

4. Girişim süresince veya sonrasında yardım sağlayacak tarzda davranış;

Girişimle ilgili yardım edebilecek birisine haber vermiş.

Yardımcı olabilecek kişiyle ilişkiye geçmiş, fakat özellikle girişimden bahsetmemiş.

Yardımcı olabilecek kişilerle ilişki kurmamış.

5. Ölümü beklerken yapılan son eylemler;

Yok.

Ölümü beklerken bazı planlar yapmış veya yapmayı düşünmüş.

Kesinlikle planlar yapmış (Vasiyetinde değişiklik yapması, armağanlar bırakması, yaşam sigortasını iptal ettirmesi gibi).

6. İntihar girişimi için yapılan hazırlıkların derecesi;

Hiçbir hazırlık yok.

Minimum ya da orta derecede hazırlık.

Ciddi hazırlık.

7. İntihar notu;

Not yok.

Not yazmayı düşünmüş veya yazmış, ancak yırtmış.

Not var.

8. İntihar girişiminden önce niyetin açıkça belirtilmesi;

Yok.

Belirsiz biçimde.

Açık bir biçimde.

9. İntihar girişiminin amacı;

Temel olarak çevresini değiştirmek veya etkilemek.

Hem çevresini değiştirmek ve etkilemek, hem de bulunduğu çevreden kurtulmak.

Tamamen kendi çevresinden kurtulmak.

