T.C

BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

İNTİHAR DAVRANIŞI İLE BAŞVURAN ERGENLERİN SOSYAL KOGNİSYON VE NÖROBİLİŞSEL ÖZELLİKLERİNİN İNTİHAR DAVRANIŞI GÖSTERMEYEN DEPRESYON TANILI ERGENLER VE SAĞLIKLI KONTROLLERLE KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Büşra Ece YAVUZ

UZMANLIK TEZİ

BURSA-2023



T.C

BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

İNTİHAR DAVRANIŞI İLE BAŞVURAN ERGENLERİN SOSYAL KOGNİSYON VE NÖROBİLİŞSEL ÖZELLİKLERİNİN İNTİHAR DAVRANIŞI GÖSTERMEYEN DEPRESYON TANILI ERGENLER VE SAĞLIKLI KONTROLLERLE KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Büşra Ece YAVUZ

UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Şafak ERAY ÇAMLI

BURSA-2023

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR ..... **v**

TABLOLAR ..... **vii**

ÖZET ..... **ix**

İNGİLİZCE ÖZET ..... **xi**

GİRİŞ **1**

1.1. İntihar Davranışı **4**

1.1.1. İntihar Davranışının Tanımı ve Tarihçesi 4

1.1.2. İntihar Davranışının Sınıflandırılması 6

1.1.3. Tanı Kriterleri 6

1.1.4. İntihar Davranışı Epidemiyolojisi 7

1.1.5. Ergenlerde İntihar Davranışı ile İlişkili Risk Faktörleri 12

1.1.6. Ergenlerde intihar davranışının depresyonla ilişkisi 16

1.2. Major Depresif Bozukluk **20**

1.2.1. Tanımı ve Tarihçe 20

1.2.2. Tanı Kriterleri 22

1.2.3. Epidemiyoloji 24

1.2.4. Etiyoloji ve risk faktörleri 26

1.2.5. Depresyonun Klinik Özellikleri ve Gidiş 30

1.2.6. Ayırıcı Tanı ve Komorbiditele 32

1.2.7. Tedavi Yöntemleri 32

1.3. Nörobiliş, Yürütücü İşlevler ve Sosyal Kognisyon 34

1.3.1. Tanım ve Tarihçe 34

1.3.1.1. Dikkat 35

1.3.1.2. Bellek 36

1.3.1.3. Dil 36

1.3.1.4. Yürütücü işlevler 37

1.3.1.5. İşlem hızı 38

1.3.1.6. Sosyal Kognisyon 38

1.3.2. Depresyonda Nörokognisyon 40

1.3.3. Depresyonda Sosyal Kognisyon 41

1.3.4. İntihar Davranışında Nörobiliş 42

1.3.5. İntihar Davranışında Sosyal Kognisyon 44

1.4. Çalışmanın Amacı 45

1.5.Çalışmanın Hipotezleri 46

GEREÇ VE YÖNTEM 48

2.1. Yöntem 48

2.1.1. Çalışma Evreni 48

2.1.2. Örneklem Seçimi 48

2.1.3. İşlem 50

2.2. Gereçler 51

2.2.1. Sosyodemografik Veri Formu (EK 1) 51

2.2.2. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu-DSM-5(ÇDGŞG-ŞY-DSM-5-T) (Kiddie-SADS PL,Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children Present and Life-time) 52

2.2.3. UPPS-P Dürtüsel Davranış Ölçeği Kısa Versiyonu (S-UPPS-P) (EK 2) 52

2.2.4. Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği (C-İŞDÖ) (Columbia-Suicide Severity Rating Scale-C-SSRS) (EK 3) 53

2.2.5. İntihar Olasılığı Ölçeği (İOÖ) (Suicide probability scale- SPS) (EK 4)53

2.2.6. Çocuk Depresyon Derecelendirme Ölçeği-Revize (ÇDDÖ-R) Formu (EK 5).....54

2.2.7. Çocuklar için Anksiyete ve Depresyon ölçeği (ÇADÖ-Y) (EK 6) 54

2.2.8. Klinisyen Tarafından Derecelendirilmiş Öfke ve İrritabilite Ölçeği (CL-ARI).....54

2.2.9. Kısaltılmış Duygu Dışavurumu Düzeyi (KDDD) Ölçeği (EK 7) 55

2.2.10. Otizm Spektrum Tarama Ölçeği (OSTÖ) (Autism Spectrum Screening Questionnaire-ASSQ) (EK 8) 55

2.2.11. Pensilvanya Üniversitesi Bilgisayarlı Nörobilişsel Test Bataryası (Penn CNB).....56

2.2.11.1. Motor praxi testi 56

2.2.11.2. Yüz Hafıza Testi.....56

2.2.11.3. Penn Bilgisayarlı Parmak Dokunma Testi 57

2.2.11.4. Görsel Nesne Öğrenme Görevi.....57

2.2.11.5. Yüz Hafıza Testi ve Görsel Nesne Öğrenme Görevlerinin Geç Sürümleri 57

2.2.11.6. Duygu tanıma görevi 57

2.2.11.7. Penn Sürekli Performans Testi 58

2.2.11.8. Koşullu Dışlama Görevi.....58

2.2.11.9. Harf- ve- Geri Görevi (Letter-And-Back Test).....58

2.3. İstatistiksel Analiz 59

2.4. Etik 59

BULGULAR 61

TARTIŞMA 86

SONUÇ 96

KAYNAKLAR 97

EKLER 119

TEŞEKKÜR 138

KISALTMALAR

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

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı)

OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü)

NIMH: National Institute of Mental Health (Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü)

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

İDB: İntihar Davranışı Bozukluğu

MDB: Majör Depresif Bozukluk

KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu

DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

ÇADÖ: Çocuk Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

İOKY: İntihar Olmayan Kendini Yaralama

DDT: Diyalektik Davranışçı Terapi

ZTT: Zihinselleştirme Temelli Terapi

SSRI: Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (Seçici Serotonin Gerialım İnhibitörü)

ToM: Theory of Mind (Zihin Kuramı)

İOÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği

S-UPPS-P: UPPS-P Dürtüsel Davranış Ölçeği Kısa Versiyonu

C-İŞDÖ: Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği

ÇDDÖ-R: Çocuk Depresyon Derecelendirme Ölçeği-Revize

KDDD: Kısaltılmış Duygu Dışavurumu Düzeyi (KDDD) Ölçeği

OSTÖ: Otizm Spektrum Tarama Ölçeği

PENN CNB: The University of Pennsylvania Computerized Neurobehavioral Test Battery (Pensilvanya Üniversitesi Bilgisayarlı Nörobilişsel Test Bataryası)

TABLOLAR

Tablo 1. Grupların demografik özelliklerinin karşılaştırılması 61
Tablo 2. Grupların ailelerine ait özelliklerinin karşılaştırılması 62
Tablo 3. Grupların kronik hastalık, sigara ve alkol kullanımlarının karşılaştırılması 65
Tablo 4. Grupların ailelerinde intihar ile ilişkili özelliklerinin karşılaştırılması 66
Tablo 5. Grupların ÇADÖ-Y alt boyutlarının karşılaştırılması 67
Tablo 6. Grupların İntihar Olasılığı Ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması . 68
Tablo 7. Grupların ergenlerde Kısaltılmış Duygu Dışavurumu Düzeyi Ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması 69
Tablo 8. Grupların Otizm Spektrum Tarama Ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması 70
Tablo 9. Grupların S-UPPS-P dürtüsellik ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması 70
Tablo 10. Grupların Klinisyen Tarafından Derecelendirilmiş Öfke ve İrritabilite Ölçeği (CL-ARI) ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması 71
Tablo 11. Grupların Çocuk Depresyon Derecelendirme Ölçeği-Revize (ÇDDÖ-R) toplam puanının karşılaştırılması 72
Tablo 12. Grupların Penn bataryasında bakılan nörokognisyon alt testlerinin karşılaştırılması 72
Tablo 13. Grupların Penn bataryasında sosyal kognisyon parametrelerinin karşılaştırılması 74
Tablo 14. Hasta grubunda ÇADÖ-Y alt boyutları ve ÇDDÖ-R puanları ile PENN batarya sonuçlarının korelasyonu 75
Tablo 15. Hasta grubunda İnithar Olasılığı Ölçeği alt boyutları ile PENN batarya sonuçlarının korelasyonu 78
Tablo 16.Hasta grubunda S-UPPS-P Dürtüsellik Ölçeği ve Klinisyen Tarafından Derecelendirilmiş Öfke ve İrritabilite Ölçeği (CL-ARI) alt boyutları ile PENN batarya sonuçlarının korelasyonu 80

Tablo 17.Hasta grubunda İntihar Olasılığı Ölçeği (İOÖ) ile diğer ölçeklerin korelasyonu..... 82
Tablo 18.Intihari etkileyen faktörlerin adımsal ileriye yönelik ikili lojistik regresyon analiz sonuçları 84

ÖZET

Çalışmamızda, çocuk psikiyatri polikliniği ve çocuk acil servise başvuran intihar davranışı gösteren ve göstermeyen depresyon tanılı ergenlerde, intihar davranışını yordayan faktörlerin farklı veri toplama araçları ile değerlendirilmesi, ayrıca gruplara Pensilvanya Üniversitesi Bilgisayarlı Nörobilişsel Test Bataryası (Penn CNB) uygulanarak sosyal kognisyon ve nörobilişsel özelliklerinin birbirleriyle ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması ve böylece sosyal kognisyon ve nörobilişsel işlevlerin bir intihar davranışı modeli tahmini geliştirerek gelecekteki intihar girişimlerini öngörüp öngörmediğinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Araştırmamıza Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Acil Servis'i ve Çocuk ve Ergen Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran 3 grup dahil edilmiştir. Vaka grupları olarak; Major Depresif Bozukluk (MDB) tanısı alan ve son 3 ay içinde intihar girişiminde bulunan veya son 1 aydır plan ve niyet içeren intihar düşüncesi olan ergenler (grup 1); Major Depresyon tanısı alan ve intihar davranışı göstermeyen ve son 1 aydır plan ve niyet içeren intihar düşüncesi olmayan ergenler (grup 2) dahil edilmiştir. Hastalara MDB tanısı; hasta ve aile ile yapılan görüşmelerde psikiyatrik muayene ve Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli DSM-V (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) yarı yapılandırılmış görüşmesi ve Çocuk Depresyon Derecelendirme Ölçeği-Revize (ÇDDÖ-R) yarı yapılandırılmış görüşme formu ile değerlendirilerek konulmuştur. Hastaların intihar düşüncesi, düşüncelerin yoğunluğu ve intihar girişimi Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği (C-İŞDÖ) yarı yapılandırılmış görüşme formu ve intihar düşünceleri ve olasılığı ise İntihar Olasılığı Ölçeği (İOÖ) kullanılarak değerlendirilmiştir. Katılımcılara ayrıca dürtüselliği değerlendirmek amacıyla UPPS-P Dürtüsel Davranış Ölçeği Kısa Versiyonu (S-UPPS-P), anksiyete ve depresyon belirtilerini değerlendirmek için Çocuklar için Anksiyete ve Depresyon ölçeği (ÇADÖ-Y), katılımcının

hayatındaki en etkili kişinin algılanan duygu dışavurumunu değerlendirmek için Ergenlerde Kısaltılmış Duygu Dışavurum Ölçeği (KDDD) ve öfke patlamalarının ve sinirli ruh halinin sıklığını, süresini ve şiddetini değerlendirmek için Klinisyen Tarafından Derecelendirilmiş Öfke ve İrritabilite Ölçeği (CL-ARI) yarı yapılandırılmış görüşme formu uygulanmıştır. Katılımcıların nörobilişsel işlevleri Pensilvanya Üniversitesi Bilgisayarlı Nörobilişsel Test Bataryası (Penn CNB) ile değerlendirilmiş olup, sosyal kognisyon düzeylerini değerlendirmek amacıyla katılımcılara Otizm Spektrum Tarama Ölçeği (OSTÖ) ve Pensilvanya Üniversitesi Bilgisayarlı Nörobilişsel Test Bataryası (Penn CNB) uygulanmıştır. Gruplar birbirleriyle ve çalışmaya dahil edilen son grup olan sağlıklı kontrollerle (grup 3) karşılaştırılmıştır.

İntihar davranışı gösteren ve göstermeyen MDB tanılı ergenlerin nörobilişsel ve sosyal kognitif performanslarında kontrol grubundan anlamlı düzeyde düşüklük saptanırken iki depresyon grubundaki katılımcıların sosyal kognisyon ve nörobilişsel işlevlerinde anlamlı düzeyde farklılık olmadığı tespit edildi. İntihar davranışının yordayıcılarına bakıldığında ise yalnızca İntihar Olasılığı Ölçeği (İOÖ) puanlarındaki artışın bu davranışı yordadığı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Major Depresif Bozukluk, İntihar, Nörobiliş, Sosyal Kognisyon

SUMMARY

A Comparison Of The Social Cognition And Neurocognitive Characterıstics Of Adolescents With Suicide Behavior, Adolescent With Depression And Healthy Controls

In our study, we aimed to evaluate the predictive factors of suicidal behavior with different data collection tools and also by applying the University of Pennsylvania Computerized Neurocognitive Test Battery (Penn CNB) in adolescents with depression with and without suicidal behavior who applied to the child psychiatry outpatient clinic and pediatric emergency department, and to compare their social cognition and neurocognitive characteristics with each other.

Three groups who applied to Bursa Uludag University Medical Faculty Hospital Department of Pediatric Emergency Service and Child and Adolescent Psychiatry were included in our study. As case groups; Adolescents diagnosed with Major Depressive Disorder (MDD) who have attempted suicide in the last 3 months or have had suicidal ideation with a plan and intention for the last 1 month (group 1); Adolescents who were diagnosed with Major Depression and did not show suicidal behavior and did not have suicidal thoughts with plans and intentions for the past 1 month (group 2) were included. The patients were diagnosed with MDD; Psychiatric examination and Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children Present and Lifetime Version DSM-5-T (K-SADS-PL-DSM-5-T) DSM-V semi-structured interview and Child Depression Rating Scale-Revised (CDRS-R) semi-structured form were evaluated in interviews with patients and families. Suicide attempts, suicidal ideation and intensity of thoughts of the patients were evaluated using the Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-

SSRS) semi-structured interview form and and suicidal thoughts and probability of suicide were evaluated using the Suicide Probability Scale (SPS). Participants were also provided with the UPPS-P Impulsive Behavior Scale Short Version (S-UPPS-P) to assess impulsivity, the The Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS) to assess symptoms of anxiety and depression. Adolescents were evaluated with Shortened Level of Expressed Emotion Scale (EE) to evaluate the perceived emotional expression of the most influential person in the participant's life and were applied with the Clinician Affective Reactivity Index (CL-ARI) semi-structured interview form to evaluate the frequency, duration and severity of anger outbursts and irritable moods.The neurocognitive functions of the participants were evaluated with the University of Pennsylvania Computerized Neurocognitive Test Battery (Penn CNB), and the Autism Spectrum Screening Questionnaire (ASSQ) and the University of Pennsylvania Computerized Neurocognitive Test Battery (Penn CNB) were applied to the participants in order to evaluate their social cognition performance. The patient groups were compared with each other and with the healthy controls (group 3).

While the neurocognitive and social cognitive performances of adolescents with MDD with and without suicide behavior were found to be significantly lower than the control group, there was no significant difference in the social cognition and neurocognitive functions of the participants in the two depression groups. When the predictors of suicidal behavior were examined, it was found that only the increase in the Suicide Probability Scale (SPS) scores predicted this behavior.

Keywords: Major Depressive Disorder, Suicide, Neurocognition, Social Cognition

GİRİŞ

Gençlerde intihar davranışları önemli bir halk sağlığı sorunudur. 2019 yılı verilerine göre dünya genelinde tahminen 703.000 kişi intihar nedeniyle yaşamını kaybetmiş ve 15-29 yaş arasındaki ölümlerin dördüncü nedeni intihar olmuştur. Teşhis, tedaviler ve sağlık sistemlerine daha iyi erişimdeki gelişmelere rağmen intihar oranları dünya çapında artmaktadır (1,2). Çocuk ve ergenlerde intihar oranı, 2007 ile 2017 yılları arasında yaklaşık üç katına çıkarak 10-14 yaş arası gençler için 100.000 çocuk başına 2.5 ölüme ulaşmıştır (3). Gençlerde intihar davranışı, ölümle ilgili zihinsel uğraşlar, intihar düşüncesi, girişimi planlama ve ölümle sonuçlanabilecek bir spektrum olarak kabul edilir (4). İntihar için risk faktörleri genel olarak psikiyatrik, biyolojik ve çevresel faktörler olarak sınıflandırılmıştır. Geçmiş intihar girişimi öyküsü, gençlerde intiharının en güçlü yordayıcısıdır (5). İntihara meyilli gençlerin %90'ına varan oranda eşlik eden bir psikiyatrik bozukluk vardır, en yaygın olarak majör depresif bozukluk (MDB) görülmektedir (6,7). Bununla birlikte, MDB'li gençlerin çoğu intihar girişiminde bulunmaz, bu da gelecekteki intihar davranışı riskini ölçmede MDB tanısının pozitif öngörücü değerini azaltır.

Güncel araştırmalar intihar davranışını, savunmasızlık faktörleri ile stresli yaşam olayları arasındaki etkileşimin sonucu olarak tanımlamaktadır (8). Ruhsal bozukluklar, yetişkinler ve genç nüfusta hem teşebbüs edilen hem de tamamlanmış intiharlar dahil olmak üzere, intihar davranışına karşı bilinen en kötü savunmasızlık faktörleridir. Daha spesifik olarak, depresyon, intiharla ilişkili ana risk faktörüdür (9,10,11).

İntihar, bir dizi biyolojik ve çevresel faktörden kaynaklanan karmaşık, çok boyutlu bir süreçtir. Şimdiye kadar, intihar düşüncesi ve davranışı için birkaç model tanıtılmıştır. Sosyal ve genel nörobilişsel işlevsellik, intihar riskinin potansiyel düzenleyicileri olarak öne sürülmüştür (12,13). O'Connor ve Kirtley (2018) , 'entegre- istemli intihar davranışı modellerinde' (IMV modeli) sosyal kognisyondaki anormalliklerin yanı sıra genel nörobilişteki

anormalliklerin de intihar için güçlü risk faktörleri olan bir tuzağa düşme hissi uyandırabileceği veya kaçma/ kurtulma yolunun olmaması bakış açısını ortaya çıkarabileceğini öne sürmektedir (14). Nörobilişsel intihar davranışı modeline göre (12) bu ilişki, olumsuz duygulara daha fazla odaklanarak olayların çarpık yorumlanmasıyla açıklanabilir.

Sosyal kognisyon çalışmaları, ergen intihar düşüncesi ve girişimi ile ilişkili olarak kişilerarası zorlukları daha iyi anlamak için bir yol sunar. Sosyal kognisyon, geniş anlamda, kişinin kendisinin ve başkalarının düşüncelerini ve duygularını kodlama, saklama ve uygun bir şekilde anlama yeteneği olarak tanımlanır (15,16). Kavramsal olarak, sosyal kognisyon, kişinin duyguları tanıma, kendisinin/başkalarının zihinsel durumunu anlama, problem çözme ve bakış açısı oluşturma becerilerini kapsar (17–19). Ergenlikte, sosyal kognitif süreçler, kişinin prososyal davranışlarda bulunma, empati kurma (20) ve etkili bir şekilde iletişim kurma yeteneğini destekledikleri için, adaptif sosyo-duygusal gelişim için çok önemlidir (18). Sosyal kognitif süreçler bozulduğunda, ergenlerin kişilerarası işlevsellikte kayda değer zorluklar yaşaması şaşırtıcı değildir (21,22).

Ergen intihar düşüncesi ve girişimi ile ilgili olarak birkaç sosyal kognitif süreç incelenmiştir, öyle ki ergenler için kesitsel araştırmalar intihar girişimi riski ile kişilerarası problem çözme eksiklikleri (21), problemle başetme becerilerindeki zayıflık (22) ve bilişsel çarpıtmalar/olumsuz benlik algıları (23) arasında bağlantılar bulmuştur. Ayrıca sosyal koginitif eksiklikleri ve özellikle sosyal problem çözme eksikliklerini, bir topluluk ergen örneğinde intihar düşüncesiyle ilişkilendirilmiştir (24).

Son zamanlarda intihar davranışıyla ilgili olarak odak olan bir diğer faktör de, nörobilişsel işlevselliktir. Nörobilişteki eksiklikler, intihar riski için bir endofenotip olarak önerilmiştir (25–29). Ayrıca, bir dizi çalışma, intihar davranışının nörobilişsel eksiklikler, özellikle dikkatte azalma (29–31), hafıza (32), tepki engelleme (29,33) ve karar verme (34,35) gibi yürütücü işlevlerle ilişkili olduğunu göstermiştir. Gençlik ve yaşlılık dönemlerindeki nörobiyolojik işlevsellikte önemli değişikliklerle karakterize olan ve sosyal, işlevsel ve

psikolojik geçişler gösteren nörobilişsel kırılganlık dönemleri, bu iki yaş aralığında zirve yapan intihar davranışı için özellikle önemli olabilmektedir (36).

Nörobilişsel işlev bozukluğu, MDB olan yetişkinlerde intihar davranışı için bir risk faktörü olarak kabul edilmekte iken gençlerde intihar düşüncesinin bilişsel performansla nasıl ilişkili olduğu konusundaki veriler yetersizdir. Duygudurum bozukluğu olan bireylerde intihar davranışıyla ilişkili olarak nörobilişsel kırılganlığın yakın tarihli meta-analizleri, intihar girişiminde bulunanların ve intihar girişiminde bulunmayan depresif hastalar ve sağlıklı kontrollere kıyasla bilişsel kontrol süreçlerinde daha fazla bozulma, daha ciddi yürütücü işlev ve karar verme eksiklikleri olduğunu ortaya çıkarmıştır (33,37,38). Benzer şekilde, bellek defisitleri ile intihar davranışı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir meta-analiz, intihar girişiminde bulunanların, sağlıklı kontrollere kıyasla uzun süreli bellek, otobiyografik bellek ve çalışma belleğinde daha fazla bozulma olduğunu bulmuştur (32). Erişkinlerdeki bulgulara benzer şekilde Arie ve ark. (39) intihar girişimi öyküsü olan gençlerin, kontrollere kıyasla otobiyografik bellekte daha fazla zorluk yaşadıklarını tespit ederken, Bridge ve ark. (40), gençlerde karar vermede bozulma ile intihar girişimi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur.

MDB'li Gençlerin intihar davranışında nörokognisyonun ve sosyal kognisyonun rolünün daha iyi anlaşılması, bu tür davranışları destekleyen mekanizmaların anlaşılmasını arttırabilir ve böylece intiharı önleme müdahalelerinin geliştirilmesine rehberlik edebilir. Bu tür bilgiler, depresyonda olan gençlerde intihar için spesifik risk faktörlerini hedeflemek üzere tasarlanmış, etkili değerlendirme ve müdahale stratejilerinin geliştirilmesine de ışık tutabilir.

1.1. İntihar Davranışı

1.1.1. İntihar Davranışının Tanımı ve Tarihçesi

İntihar davranışı (suicidal behaviour) 'bireyin ölmeye dair niyet ve isteğini' (suicidal intent) barındıran kendini öldürme eylemine ilişkin tüm davranış ve düşünceleri kapsayan genel bir kavramdır. Kendine zarar verme davranışı (non-suicidal self-injury) ise; ölme niyeti ve isteği olmadan çoğunlukla var olan stresi azaltmak ve duygudurum regülasyonunu sağlamaya yönelik kendini kesme, yakma vb. şeklinde ortaya çıkan davranışlardır. İntihar davranışını kendini yaralama davranışından ayıran en önemli fark, kişinin bu davranışına 'ölüm niyetinin' eşlik ediyor olmasıdır (5,41,42).

İntihar davranışını tanımlarken dikkat edilmesi gereken üç temel unsur vardır. Birincisi kişinin kendisini öldürmek isteyip istemediği ile ilgili durumu ifade eden 'intihar niyetidir'. Kişinin yaşamına son vermeye yönelik yaptığı davranışa kendini öldürme niyeti eşlik ediyorsa, bu eylem intihar olarak adlandırılabilir. İkinci temel unsur, kişinin kendisini öldürmek amacı ile bir eylemde bulunmuş olmasıdır, burada önemle atfedilmesi gereken nokta bazen eylemsizlik halinin de intihar davranışı ile ilişkilendirilebileceğidir (ciddi bir hastalığı olan kişinin sağaltımı için alması gereken ilaçları almayı reddetmesi gibi). İntihar davranışının tanımındaki bir diğer önemli unsur ise intihar davranışında bulunan kişinin bu davranışı bilerek ve isteyerek yaptığını gösteren 'kendini öldürme güdüsüdür'. Ancak burada da, bütünüyle bilinç düzeyinde gerçekleşen bir eylem olarak kabul edilen intihar davranışında rol oynayan bilinçdışı süreçlerin etkisini unutmamak gerekir (43).

"İntihar" sözcüğü Arapça "nahr" sözcüğünden köken almaktadır. Nahr; boğazın alt kısmındaki çukur demektir ve intihar sözcüğü asıl olarak kendini boğarak öldürme anlamına gelmektedir (43). Ancak günümüzde bu sözcük kendini öldürmenin her şekli için kullanılmaktadır. Dilimize Türkçe karşılığı "özkıyım" olarak yerleşmiştir.

İntihar konusunda ilk kapsamlı bilimsel çalışma Fransız sosyolog Émile Durkheim tarafından yapılmıştır. Durkheim 1897 tarihinde yayınladığı “İntihar” (Le Suicide) adlı eserinde, intihar ve nedenlerinin sosyolojik açıdan anlaşılmasına yönelik katkılar sunmuştur. Durkheim, her toplumun kendine özgü olan ve büyük toplumsal dönüşümler ya da olağandışı durumlar olmadıkça durağan kalan bir toplumsal intihar oranı bulunduğunu, intiharın bireysel faktörler dışında toplumsal bağlamla da ilişkisi olduğunu öne sürmüştür (44).

Çocuk ve ergenlerde epizodik intihar davranışları ve intihar epidemilerinin ortaya çıkması, bu alanda bir takım araştırmalar ve düzenlemeler yapılmasını gerekli kılmıştır. 19.yüzyılda Goethe tarafından yayınlanan 'Genç Werther'in Yası' adlı kitabın ardından gençlerde intihar epidemileri ortaya çıkmıştır. Bu epidemi, bir aşk ilişkisinin bozulması sonrasında kendini vuran kitap kahramanının taklit edilmesi ile ilişkilendirilmiş ve kitap Avrupa'da yasaklanmıştır (45).

Genç intiharlarındaki önemli oranda artış, 1910'da Viyana'da, intihar davranışında risk etmenleri ile ilgili spesifik bir toplantının düzenlenmesini gerekli kılmıştır. Burada Freud, gençlerde intiharın en önemli sebebinin aşık olunan bireyle ilgili olduğu üzerinde dururken, çocukluk çağındaki dinamik etkenlerin daha derin çalışmalarla açığa çıkarılması gerektiğini bildirmiştir (45).

ABD'de, 15-24 yaş grubunda 1960'larda başlayıp 1977'lerde en üst noktaya ulaşan intihar oranlarında artış saptanmıştır. İlk kez 1980'lerde toplu gerçekleştirilen genç intiharları ile tanışılmıştır. Bunların sonucunda intihar davranışının engellenmesine yönelik yaygın bir toplumsal ilgi ortaya çıkmıştır. 1989'da Sağlık ve insan servisi tarafından “Gençlerde İntihar Davranışı” konulu bir konferans düzenlenmiş ve bunun sonucunda bir takım düzenlemeler yapılmış ve intihar girişimlerini önleme yöntemleri üzerinde artan bir ilgiyle durulmaya başlanmıştır (45).

1.1.2. İntihar Davranışının Sınıflandırılması

Tamamlanmış intihar (completed suicide): Açık ya da gizli bir biçimde ölme niyeti güderek kişinin kendi hayatına son vermesidir.

İntihar girişimi (suicide attempt): Açık ya da gizli bir biçimde ölme niyeti güderek yapılan ve kişinin ölümü ile sonuçlanmayan kendine zarar verme eylemidir.

İntihar planı (suicide plan): Ölme niyeti güderek kişinin kendini öldürmek amacı ile özgül bir yöntem planlamasıdır.

İntihar düşüncesi (suicide ideation): Eylemin eşlik etmediği, kişinin kendini öldürmek istemesiyle ilişkili niyet ve planın derecesine göre değişen aktif ya da pasif ölüm düşünceleridir (41,46,47).

1.1.3. Tanı Kriterleri

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı-5'in "Daha İleri Araştırma Gerektiren Durumlar" bölümünde yer alan "İntihar Davranışı Bozukluğu" (İDB) tanısı için önerilen tanı kriterleri:

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

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

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

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

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

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

Varsa belirtiniz:

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

Erken remisyonda: Son girişimden bu yana 12-24 ay geçmiştir" (48).

1.1.4. İntihar Davranışı Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün verilerine göre dünyada her yıl yaklaşık 800.000'den fazla kişi intihar sonucunu yaşamını yitirmektedir; bu,100.000 kişi başına 11,4 intihar ölümü oranını temsil etmektedir. 2019 yılında DSÖ verilerine göre her 40 saniyede bir kişinin intihar nedeniyle hayatını kaybetmekte olup spesifik olarak ergenlik çağındaki intiharların zaman aralığıyla ilgili bir veri belirtilmemiştir. 2019 yılı verilerine göre dünya genelinde tahminen 703.000 kişi intihar nedeniyle yaşamını kaybetmiş ve 15-29 yaş arasındaki ölümlerin dördüncü önde gelen nedeni intihar olmuştur (2). Ölümle sonuçlanmış intihar oranlarının yaklaşık 20 katı oranında ise intihar girişiminde bulunulduğu tahmin edilmektedir (2). Genel olarak, intiharlar dünya çapında erken ölümlerin% 1,4'ünü oluşturmaktadır (49).

Ergenlik ve genç yetişkinlik, intihar davranışının başlangıcı için kritik zamanlardır (46,50–55). Prevalans tahminleri farklı ülkeler ve çalışmalar arasında büyük farklılıklar göstermektedir (46,51). Ergenler ve genç yetişkinler için, yaşam boyu prevalansı tahminleri intihar düşüncesi için% 12,1 ila % 37,9, plan için %3,0 ila %20,3 ve girişim için %1,5 ila %12,1 arasında değişmektedir (46,52,55–58).

Bölgeler ve ülkeler arasında bireyin yaşı, cinsiyeti ve sosyoekonomik durumu, ilgili ülkenin intihar yöntemi ve sağlık hizmetlerine erişimi açısından farklılıklar ortaya çıkmaktadır.

Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD)'nün 2019 yılında yayımlanan raporuna göre intihar, birçok OECD ülkesinde önemli bir ölüm nedenidir ve 2016 yılında 100.000 kişi başına yaklaşık 12 intiharı temsil eden 152.000'den fazla ölümden sorumludur. 2016 yılında intihar oranları Türkiye, Yunanistan, İsrail ve Güney Afrika'da 100.000 nüfus başına 5 veya daha az

ölümle en düşük seviyedeydi. Letonya, Slovenya, Kore, Litvanya ve Rusya Federasyonu, intiharın neden olduğu 100.000 nüfus başına 18'den fazla ölümle sıralamanın en üstünde yer aldı. Sırasıyla en düşük ve en yüksek intihar oranlarına sahip iki ülke olan Türkiye ile Litvanya arasında on üç kat fark olduğu raporlandı (59).

Yakın tarihli yapılan 58 çalışmanın incelendiği bir metaanalizde yaşam boyu intihar düşüncesi, intihar girişimi ve intihar dışı kendine zarar verme prevalansı toplum örneklemlerinde sırasıyla %15,1, %2,6 ve %6,2 idi ve yaşam boyu intihar prevalansı genel popülasyonda 1 milyon çocuk başına 0,79 olarak raporlandı (60).

2009-2018 yılları arasında Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre ülkemizde intihar olgularıyla ilgili yapılan yakın tarihli bir çalışmada Türkiye'nin kaba intihar hızının on yıllık süreç içerisinde yüz bin kişide 3,50-4,00 arasında değerler aldığı ancak trend ki-kare analizine göre yıllar arasındaki kaba intihar hızlarında izlenen azalmaların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. Yine aynı çalışmada on yıllık süreç içinde erkeklerin kadınlara kıyasla 2-3 kat daha fazla intihar ettikleri, bilinen nedenler içerisinde en sık kaydedilen intihar nedenleri hastalık, geçim sıkıntısı ve aile içi geçimsizlik olduğu, en sık başvurulan üç intihar yöntemi sırasıyla ası, ateşli silah ve yüksekten atlama olarak kaydedildiği, ülkemizde intiharlar asıl olarak 15-24 yaş arasındaki genç nüfusu etkilediği ve intiharların en sık izlendiği mevsimler ilkbahar ve yaz olduğu gösterilmiştir (61).

Yaş ve Cinsiyet

İntihar ve intiharla ilgili davranışların yaşla birlikte arttığı iyi bilinmektedir. 12 yaş öncesinde intihar nadiren görülmektedir. 15 ila 29 yaş arasındaki ergenlerde ve genç yetişkinlerde, intihardan ölüm en yüksek mutlak sayılara ulaşmaktadır. ABD ölüm istatistikleri, 10 yaşına kadar intihardan ölümleri içermez. Bununla birlikte, 10-14 yaş grubunda, intihar üçüncü en yaygın ölüm nedenidir ve bundan sonra 34 yaşına kadar ikinci en yaygın nedeni temsil etmektedir (62). En güncel DSÖ verilerine bakıldığında dünyada

yaşa göre standardize edilmiş intihar oranı 2019 yılında yüz binde 9'dur (2). Küresel yaşa standardize edilmiş intihar oranı erkeklerde (100.000'de 12,6) kadınlardan (100.000'de 5,4) daha yüksektir (2).

Gençlerin intihar davranışı ile ilgili bir cinsiyet paradoksu vardır; intihar oranları erkekler arasında kızlara oranla daha yüksekken, kızlarda intihar düşüncesi ve intihar girişimi oranları daha yüksektir (1,63).

DSÖ'nün ülkelere göre intihar oranlarını açıkladığı tabloda 2019 yılında Türkiye'deki intihar oranının yüz binde 2,4 ve erkek/kadın cinsiyet oranının 3/1 olduğu görülmektedir (2). DSÖ'nün güncel verilerine göre Küresel olarak, yaşa standardize edilmiş intihar oranı erkeklerde kadınlara göre 2,3 kat daha yüksektir (2).

TÜİK verilerine göre 2002-2019 döneminde Türkiye'de 53.425 insanın intihar etmek suretiyle hayatına son verdiği görülmektedir. Türkiye'de belirtilen dönemde gerçekleşen 53.425 intihar olayının % 70,11'inin erkeklerden, % 29,89'unun da kadınlardan oluştuğu görülmektedir. Başka bir deyişle intihar eden erkekler, intihar eden kadınların 2,3 katıdır (64). 2019 yılı verilerine göre ise intihar oranı yüz binde 4.12, erkek/kadın cinsiyet oranı 3.36/1'dir (65). DSÖ verilerinin yaşa göre standardize edilmesi nedeniyle DSÖ ve TÜİK oranları arasında farklılıklar bulunmaktadır (2).

Dünyada ve ülkemizde tüm yaş gruplarında erkek intiharları kadın intiharlarından fazladır ancak 20 yaş altı grup incelendiğinde kadın ve erkek intihar oranlarının birbirine yaklaştığı görülmektedir. 2019 yılında Türkiye'de 15-19 yaşları arasında 193 erkek, 123 kız; 15 yaşın altında ise 38 erkek, 25 kız intihar nedeniyle hayatını kaybetmiştir (65). TÜİK'in 2019 yılı nedene göre intiharlar tablosu incelendiğinde intiharların ancak üçte birinin sebebinin bilindiği, bilinen en yaygın üç sebebin sırasıyla hastalık (genel tıbbi hastalık veya psikiyatrik bozukluk olarak ayrıca belirtilmemektedir), geçim zorluğu ve aile geçimsizliği olduğu görülmektedir. 19 yaş altındaki intiharların yaklaşık dörtte üçünün sebebi bilinmeyen ve diğer olarak açıklanmıştır (65).

Sosyoekonomik Düzey

İntihar oranlarının, Durkheim'ın çalışmalarına dayanan bir varsayım olan ekonomiden etkilendiği düşünülmektedir (44). Yapılan bir çok çalışmada gösterildiği üzere düşük sosyoekonomik durum intihar girişiminde bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. İntihar ve düşük sosyoekonomik düzey arasındaki ilişkiyi inceleyen bir dizi çalışma, işsizlik oranı ve gelir eşitsizliği gibi makroekonomik faktörlerin intihar düşüncesi ve girişimleri üzerindeki etkisini öne sürmüşlerdir. Bando ve ark. düşük gelirli topluluklarda intihar riskinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir (66). Inoue ve ark. intihar oranlarının hanehalkı harcanabilir geliri ile ilişkili olduğunu bildirmiştir (67). Avrupa'da intihar girişiminde bulunan kişilerin yarıdan fazlasının düşük sosyoekonomik grup içinde olduğu ifade edilmektedir (68). 2019 yılında tüm dünyada ve her yaşta görülen intiharların %77'si ve ergenlik çağındaki intiharların ise %88'i düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmiştir (2).

Psikopatoloji

Ergen intiharı ile ilişkili olan çok sayıda risk faktörü mevcuttur. İntiharla ilişkili en önemli risk faktörlerinden biri de eşlik eden psikiyatrik bozukluklardır. Psikiyatrik hastalıklar tamamlanmış intiharların ve intihar girişimlerinin büyük çoğunluğunu oluşturmaktadır; sayılar toplum örneklemine göre en az 10 kat daha yüksektir. Psikiyatrik bozukluklar, ergen intihara teşebbüs edenlerin % 80-90'ında mevcuttur (42). İntihar düşüncesinin ve intihar girişimlerinin tanısal belirleyicileri açısından, en az bir psikiyatrik bozukluğa sahip olanlarda yaşam boyu intihar olasılığı daha yüksektir ve özellikle iki veya daha fazla psikiyatrik bozukluğu olan gençlerde intihar davranışı gösterme eğilimi artmıştır. Bu bağlamda çocuk ve ergenlerde eşlik eden psikiyatrik komorbidite mevcudiyeti ve şiddeti, intihar davranışı açısından pozitif öngörücü faktör olarak kabul edilmektedir (69). Yaşam boyu intihar düşüncesi öyküsü olan ergenlik öncesi gençlerin %34,59'unun ve yaşam boyu intihar girişimi öyküsü olan gençlerin %54,82'sinin psikiyatrik tedavi gördüğü raporlanmıştır (69). Hem tamamlanmış hem de tamamlanmamış intihar girişiminde en sık görülen psikiyatrik durumlar duygudurum bozuklukları, yıkıcı davranım bozukluğu ve madde kullanım bozukluklarıdır (69,70). Bu bozukluklardan, duygudurum bozuklukları intihar

davranışlarıyla en güçlü şekilde ilişkili olan psikopatoloji olarak öne çıkmaktadır. Özellikle orta ve geç ergenlik döneminde depresyon oranı %4-20 arasındadır ve depresyon ile intihar girişimi arasında güçlü bir ilişki vardır (71). Duygudurum bozukluğu (major depresif bozukluk ve/veya distimi) tanısı olan ergenler olmayanlara göre 17 kat daha yüksek oranda intihara meyillidir. Major depresif bozukluk tanısıyla izlenen ergen ve çocuklar % 70 oranında intihar düşüncesinden ya da girişiminden bahsetmişlerdir (72). Ayrıca depresyona eşlik eden anksiyete bozukluklarının mevcut depresyonu şiddetlendirdiği ve dolayısıyla intihar girişimi riskini artması üzerine sinerjik bir role sahip olduğu gösterilmiştir (73,74). Bir diğer önemli risk faktörü olan madde bağımlılığı (alkol-uyuşturucu bağımlılığı), özellikle duygudurum bozukluğu veya yıkıcı davranım bozukluklarıyla birlikte ergen erkeklerde intihar riskine önemli ölçüde katkıda bulunur (6,54,72,75–78). Bununla birlikte, ergenlikte, davranış bozukluğu, karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB) ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) dahil olmak üzere eksternalizasyon bozukluklukları, intihar davranışı riskini arttırmaktadır (52). Karşıt olma karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluklarında intihar girişimine eğilim 13 kat artmaktadır (45). Şizofreni ve ilişkili psikotik bozukluklar, yetişkin intiharları için önemli risk faktörü oluşturmasına rağmen çocuk ve ergenlik döneminde nispeten daha nadir görülür ve bu sebeple tüm ergen intihar vakalarının çok küçük bir kısmında eşlik eden şizofreniye rastlanmıştır (79).

6-18 yaşları arasında psikiyatrik bozuklukları olan çocuk ve ergenlerde intihar düşüncesi ve girişimlerini karşılaştıran bir çalışmada ergenlik çağında intihar düşünceleri ve girişimleriyle en sık ilişkilendirilen psikiyatrik bozukluklar sırasıyla; bulimia nervoza %48, depresyon ve kaygı bozuklukları %34, karşıt olma karşı gelme bozukluğu %33, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu-birleşik tip %22, anoreksiya nervoza %22, otizm %18, zihinsel yetersizlik %17 ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu-dikkat eksikliği görünümü %8 şeklinde bulunmuştur (80).

Yakın tarihli yapılan 58 çalışmanın incelendiği bir meta-analizde yaşam boyu intihar düşüncesi, intihar girişimi ve intihar dışı kendine zarar

verme davranışı açısından erkek bireyler, ergenlik öncesi dönemde ergenliğe göre daha büyük risk altında olduğu ve bu grupta özellikle komorbid Dikkat eksikliği / hiperaktivite bozukluğu, depresyon, çocuklukta maruz kalınan kötü muamele ve ebeveyn desteği olmaması, intihar düşüncesi ve davranışları ile yakın ilişkili olduğu raporlanmıştır (60).

Kullanılan Yöntemler

Küresel intiharların yaklaşık % 20'sinin, çoğu düşük ve orta gelirli ülkelerdeki kırsal tarım alanlarında meydana gelen pestisit zehirlenmesinden kaynaklandığı tahmin edilmektedir (2). Tüm dünyada en sık tercih edilen intihar yöntemleri tarım ilaçları, ası ve ateşli silahlardır (2). Ergenlik döneminde ise intihar girişimlerinde en sık kullanılan yöntemin ilaç kullanımı olduğu gösterilmiştir (63,81). Ancak ergenlerde tamamlanmış intiharlarda en sık kullanılan yöntemler boğulma, ateşli silah, zehirleme ve yüksek atlama olarak bildirilmiştir (82). Türkiye'de en sık tercih edilen intihar yöntemleri ası, ateşli silah ve yüksekten atlamadır. 19 yaşın altında da bu yöntemler aynı sıklıkta tercih edilmiştir (65).

1.1.5. Ergenlerde İntihar Davranışı ile İlişkili Risk Faktörleri

Ergen intiharlarında kişisel, toplumsal ve çevresel pek çok risk etmeni olduğu gibi koruyucu etmenler de bulunmaktadır. Bir takım faktörlerin bir araya gelmesi, gençlerin intihar üzerine düşünmelerine ve sonrasında intihar amaçlı harekete geçmelerine neden olur. Ergenlerde intihar riskinin yüksek olması; ergenlik döneminde yaşanan hızlı psikolojik, biyolojik ve sosyal değişikliklere bağlı çevresel stresörlere karşı artmış duyarlılık, bireyselleşme arzusu nedeniyle daha az sosyal destek görme, ergenlik döneminde görülebilen omnipotent (tümgüçlü) düşünme biçimi, yetersiz problem çözme becerileri gibi etkenlerle açıklanmıştır (83).

Kişisel risk faktörleri arasında ailede intihar veya geçmiş intihar girişimi öyküsü; evlat edinme öyküsü, erkek cinsiyet; ebeveyn ruhsal bozuklukları, lezbiyen, gey, biseksüel veya sorgulayıcı cinsel yönelim; transseksüel kimlik, fiziksel veya cinsel istismar öyküsü; patolojik internet kullanımı, ruhsal

bozukluklar; özellikle majör depresif bozukluk, bipolar bozukluk, davranış bozukluğu ve madde (alkol ve uyuşturucu) kullanım bozuklukları, psikiyatrik komorbidite özellikle duygudurum bozuklukları, yıkıcı davranım problemleri ve madde bağımlılığı bozukluklarının kombinasyonu, kişilik bozuklukları (özellikle küme B bozuklukları), intihar olmayan kendini yaralama davranışı (İOKY), dürtüsel saldırganlık (hayal kırıklığına veya provokasyona saldırganlıkla tepki verme eğilimi), ölümcül araçlara kolay ulaşabilirlik, genellikle depresyona eşlik eden umutsuzluk ve değersizlik duyguları sayılabilir (84).

Sosyal ve çevresel risk faktörleri ise bozulmuş ebeveyn-çocuk ilişkisi, zorbalık, evin dışında yaşama, sosyal izolasyon, okulda zorluklar, okula devam etmeme ve romantik zorluklar veya bir ebeveynle tartışma gibi stresli yaşam olaylarının varlığını içerir.

Tekrarlayan intihar girişimlerinin en güçlü yordayıcılarından biri geçmişte intihar girişiminde bulunmaktır ve geçmişte intihar girişiminde bulunan ergenlerin intihar etme olasılıkları, intihar etmeyenlere göre 60 kat daha fazladır (5). İntihar eden gençlerin yaklaşık üçte birinin daha önce girişimde bulunma öyküsü vardır ve intihar eden çocukların ve ergenlerin yaklaşık üçte ikisi intihar niyetlerini sözlü olarak iletmiştir (85).

İntihar davranışının en büyük yordayıcısının ruhsal hastalıklar olduğu bilinmektedir. Chesney ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptığı bir meta-analizde major depresif bozukluktan sonra en yüksek intihar riskinin borderline kişilik bozukluğu ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır; bu bozukluğu olan kişiler, genel popülasyonunkinden 45 kat daha yüksek bir intihar riskine sahiptir. İntihar riskinin ayrıca kadınlarda anoreksiya nervoza (31 kat daha fazla risk), depresyon (20 kat daha fazla risk), bipolar bozukluk (17 kat daha fazla risk), opioid kullanımı (14 kat daha fazla risk) ve şizofreni ve psikotik bozukluklar (13 kat daha fazla risk) için de güçlü olduğu bulunmuştur (9).

Ebeveyn psikopatolojisi, ailede intihar davranışı öyküsü, aile uyumsuzluğu, ebeveynin ölümü veya boşanma, ebeveyn-çocuk ilişkisinin kalitesinin düşük olması ve kötü muamele gibi ailesel faktörler, ergen intiharı

ve intihar davranışı riskinin artmasıyla ilişkilidir (42).Yalaki ve ark. daha önce psikiyatrik bozukluk tanısı olan ergenlerin %86,8'inin intihar girişiminde bulundukları dönemde depresif belirtiler gösterdiğini göstermişlerdir. Ayrıca psikiyatrik tanı alan ergenlerin %73,7'sinin annelerinde depresif belirtiler görülmüştür. Bu sonuçlar ergenin ve/veya bir aile üyesinin depresif belirtileri ile aile içi sorunların birbirini etkileyeceğini ortaya koymuştur (86).

Yapılan önceki birçok çalışmada, intihar davranışı olan gençlerin ailelerinde, normal populasyondaki bireylerin ailelerine göre daha yüksek intihar davranışı oranları bildirilmiştir, bu da genetik faktörlerin intihar davranışında rol oynayabileceğini düşündürmektedir (87,88). İntihar davranışının iletimi saf genetik iletim (spesifik genler ve lokuslar), saf çevresel iletim (modelleme, kötüye kullanım, vb.) veya bu iki faktörün etkileşimi (gen-çevre etkileşimi [GXE]) yoluyla olabilir (88).

Yapılan bir çalışmadan intihar girişiminde bulunan ergenlerini ailelerinde %84 oranında psikiyatrik bozukluk öyküsü bulunduğu, vakaların neredeyse yarısında ailede intihar davranışı öyküsü olduğu raporlanmıştır. Bu veriler önceki çalışmalarda da gösterilen ailesel psikopatoloji ve ailede intihar davranışı öyküsü ile uyumludur. Ailesel intihar davranışının yüksek oranı, intihar davranışına maruz kalmanın bir göstergesi olabilir, aynı zamanda olası bir genetik etkiye de işaret eder (89).

İntihar girişiminde bulunan ergenler üzerinde yapılan araştırmalar, sağlıklı ergenlere göre öfke ve dürtüselliğin daha yaygın olduğunu göstermiştir (90). Dürtüsel, şiddet içeren davranışları olan ergenler, aile ve arkadaşlar tarafından daha az desteklendiklerini, umutsuz olduklarını ve olumlu başa çıkma becerilerinden ve problem çözme becerilerinden yoksun olduklarını hissederler; erkek-kız ilişkisi ve okul çalışmasından kaynaklanan stres, gençlerde intihara yönlendiren önemli faktörlerdendir.

Klomek ve ark. (2007) zorbalık ve depresyon arasındaki ilişkiyi değerlendirmiş ve zorbalığın ergen depresyonu için potansiyel bir risk faktörü olduğu sonucuna varmıştır; hem zorbalık yapan hem de zorbalık mağduru olan

erkeklerin, zorbalık davranışı sergilemeyenlere veya sadece mağdur olanlara kıyasla intihar davranışı olasılığının daha yüksek olduğunu bulunmuştur (91). Kızlar için zorbalığın farklı bir etkisi vardı; zorbalık mağduru olan kızların, zorbalık yapmayan ve mağdur olmayanlara kıyasla intihar davranışları sergileme olasılıkları daha yüksektir (91).

Televizyon veya sosyal medya aracılığıyla intiharla ilgili içeriklere maruz kalmanın, ergenleri yetişkinlerden daha fazla etkilediği ve küme tarzı intihar davranışlarına neden olduğu bildirilmiştir (82,92). İnternet kullanımının intihar ile ilişkisi incelendiğinde giderek artan sayıda kanıt, medya kullanımı ve maruziyetinin intihar davranışını teşvik edebileceğini göstermektedir. Bu kanıt, genellikle intihar konularıyla ilgili medya tanıtımının, bu tür davranışlara karşı savunmasız bireyler arasında intihar davranışını tetikleyebileceğini öne süren bir dizi uluslararası çalışmadan elde edilen bulguları içermektedir (93–100). Buna ek olarak, gençlerin belirli müzik tarzlarına ('rock / metal') ve internetteki büyük miktarda intihar bilgisine, hikayesine, oyununa ve tartışma grubuna maruz kalmasının da intihar davranışını teşvik edebileceğine dair endişeler vardır (101,102). Günlük 5 saati aşan internet ve video oyunları kullanımı, ergenlerde daha yüksek depresyon ve intihar eğilimi (düşünce ve girişim) ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu ve intiharla ilgili internet aramalarının genç yetişkinler arasında tamamlanmış intiharlarla ilişkili olduğu bildirilmiştir (82,103). Sonuç olarak intiharla ilgili medya içeriğine maruz kalma, popülasyondaki intihar kavramını 'normalleştirerek' intihar riskini artırabilir, böylece daha önce intiharı çevreleyen tabular azaltılabilir ve intihar, stres altındaki insanlar için yaygın ve kabul edilebilir bir seçenek olarak olarak algılanabileceği öne sürülmüştür (104).

Birçok çalışma intihar davranışı için risk faktörlerini incelemiş olsa da, nispeten az sayıda araştırma, gençlerde intihar davranışının gelişmesine karşı koruma sağlayabilecek bireysel, aile ve toplum faktörlerini belirlemeye odaklanmıştır. Bugüne kadar, bu alandaki çalışmalar, intihar için bilinen risk faktörlerine maruz kalmanın etkisini tamponlamada çeşitli sosyal desteklerin (örneğin aile uyumu veya sosyal bir akran grubuna ait olmak) rolüne

odaklanma eğilimindedir (105,106). Bireysel düzeyde, başa çıkma becerileri ve problem çözme eksiklikleri olanların intihar davranışı riskinin daha yüksek olduğuna dair görüşler vardır (107). Bu, yeterli veya iyi başa çıkma becerilerinin ve problem çözme davranışlarının ve bir dizi diğer uyumsal becerilerin intihara karşı koruyabileceği anlamına gelir. Olumlu ve yaşamı onaylayan inanç ve değerler, yüksek benlik saygısı ve intihara karşı tutum ve ahlaki değerlere sahip olma, ergen ile ebeveynler, okul ve arkadaşlar arasındaki devamlı bir bağlantı hali olması, diğer koruyucu faktörler olarak öne sürülmüştür (82,108).

1.1.6. Ergenlerde intihar davranışının depresyonla ilişkisi

Literatürde bir çok çalışmada intiharı yordayan en önemli risk faktörlerinden birinin eşlik eden psikopatoloji olduğu vurgulanmıştır ve intihar eden ergenlerin yaklaşık %90'ında psikiyatrik bozukluklar mevcuttur (42). Ruhsal bozukluklar arasında major depresif bozukluk %49 ile %64 arasında değişen prevalansı ile intihar girişiminde bulunan ergenler arasında en sık görülen psikiyatrik bozukluktur (42,109,110). Bu tanıyı alan grupta intihar riskinin genel popülasyona göre 20-30 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir (71,111).

Depresyon, çocukluk çağında nadir görülmekle birlikte, depresyon prevalansı ergenlik döneminde keskin bir şekilde artmaktadır ve bu nedenle depresyonun patogenezini anlamak için ergenlik dönemi yaşamda kritik bir aşama olarak görülebilir. Depresyon ergende psikososyal ve akademik işlevsellikte ciddi düzeyde bozulmalara yol açarak ergenin normal gelişimsel süreçteki deneyim ve kazanımlarını aksatan bir durum olarak karşımıza çıkar. Ergenlik döneminde birey stresli yaşam olayları ile baş etmeye çalışırken depresyon ve kaygı bozuklukları gibi ruhsal bozukluklar ortaya çıkabilmektedir (16). Ergenlik dönemindeki depresyonun altında yatan nedenlere bakıldığında en öne çıkan nedenler aile sorunları, anne babadan ayrılma, ailede psikiyatrik hastalık varlığı, okul başarısızlığı ve kronik hastalık olarak sıralanmaktadır (9,10).

Psikolojik otopsi çalışmaları, ergenlikte klinik depresyon ve intihar arasında önemli bir bağlantı olduğunu göstermiştir ve ergen intihar mağdurlarının %60'ına kadarı ölüm anında depresif bir bozukluğa sahip olduğunu raporlamıştır (6,75,78). Benzer şekilde, ergenlerin %40-80'i intihar girişimi sırasında depresyon için tanı kriterlerini karşılamaktadır (76,112). Depresyon, intihar düşüncesinin ana belirleyicisidir. Son zamanlarda yapılan çalışmalar, ergenlik döneminde intihar düşüncelerinin ve psikiyatrik sorunların yetişkin dönemde de intihar riskini önemli ölçüde artırdığını ve çocuklukta yaşanan bu durumun ileri dönemlerde adeta intihara açılan kapı olduğunu göstermekte olup, bu alanda yapılmış olan önceki araştırmaları doğrulamaktadır (113–115).

Depresyon hastalarında görülen intihar davranışı psikoanalitik kurama göre açıklanması da geleceğe yönelik karamsarlık, umutsuzluk ve benlik saygısının kaybı temel alınarak yapılmıştır. Benlik saygısı yitiminin geleceğe yönelik umutsuzluğu da etkilediği gösterilmiştir. Psikoanalitik kurama göre Freud (1957) "Yas ve Melankoli" adlı eserinde yas olayı ile melankoliyi karşılaştırırken, melankolide gerçek bir sevgi nesnesinin kaybı olmayabileceği üzerinde durarak yastan farklı olduğunu vurgulamıştır. Depresyonda gerçek ya da bilinç dışı sevgi nesnesi yitimi vardır. Bu, birey tarafından sevdiğinin onu terk etmesi; diğerleri tarafından sevilmeme, değersizlik ve yetersizlik duyguları şeklinde içe yansıtılır. Böylece bireyin benlik saygısı düşer. Birey bu sevgi yitimini değersizlik, kötümserlik ve umutsuzluk duygularına çevirir ve bu duygulan kendi içine yöneltmesi intihara neden olabilir (116).

Melankoli için tanı kriterlerini karşılayan şiddetli depresyonu olan hastalar özellikle yüksek intihar riski altındadır. Ayrıca sanrılarla ile seyreden depresyonu olan hastalarda intihar oranı son derece yüksektir. Hipokondriyak sanrı, kendini suçlama sanrısı veya yoksulluk sanrısı çeken depresif hastaların intihar oranı, bu tür sanrıları olmayanlara göre 5 kat daha yüksektir (117).

Depresif hastalarda görülen geleceğe dair umutsuzluk, intihar davranışına aracılık eden önemli bir faktör olmaktadır. Bazı araştırmacılar hastaların umutsuzluk duygularının gelecekteki intiharın habercisi olarak

büyük önem vermektedirler. Beck ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarda hem depresyonun hem de umutsuzluğun intihara yatkınlıkla ile ilişkili olduğunu, umutsuzluğun kontrol altına alınmasıyla depresyon ve intihar eğilimi arasındaki ilişkinin kaybolduğunu ama tersinin geçerli olmadığını saptamışlardır (117). Daha sonra yapılan bir çok araştırmada da depresyona eşlik eden umutsuzluğun intihar davranışı riskini arttırdığı gösterilmiş ve umutsuzluğun intihar tahmininde depresyondan daha belirleyici olabildiği bildirilmiştir (118–120).

Depresyon hastalarında intihar girişimine zemin hazırlayan diğer bir temel faktör olarak ruhsal acı, aşırı derecede hissedilen utanç, suçluluk, korku, endişe, yalnızlık gibi durumlarla karakterize klinik bir görünümdür. Bu durum, intiharın doğasının önce zihinsel süreçlerle başladığına, yani her intihar davranışının öncelikle bireyin zihninde meydana geldiğine işaret etmektedir (121). Depresif bireylerin yaşadığı olumsuz duygular ve düşünceler ancak başedilemez noktaya geldiği ve yoğun ruhsal sıkıntı yarattığı zaman intihar ederler, çünkü bu denli başedilmesi zor süreçler sonucunda intihar geriye kalan tek seçenektir. Bu tür bireyler, yaşamın dayanılmaz acılarla kabul edilemeyeceği sonucuna varırlar. Bu nedenle intihar, depresyonun spesifik bir belirtisi değildir. Bunun yerine, "mücadele etmeye karşı vazgeçmeyi birleştiren" bir davranıştır (122).

Problem çözme becerilerinde yetersizlik, düşük öz değer duygusu, kendisi ve çevreyle ilgili negatif bilişsel şemalar, olumsuz kendilik tasarımları ve benlik saygısında azalma depresyonu olan çocuk ve ergenlerde eşlik eden önemli bulgulardır. Literatürde birçok çalışmada düşük benlik saygısı ve olumsuz kendilik algısının intihar davranışı ile ilişkisi gösterilmiştir (118,120,123). Çocukluk dönemindeki düşük benlik saygısının ergenlik ve genç erişkinlik dönemindeki intihar düşünceleri üzerine etkisinin incelendiği ve olguların 3 yaşından 21 yaşına kadar takip edildiği bir çalışmada çocukluk çağındaki düşük benlik saygısının ergenlik ve genç erişkinlik dönemindeki intihar düşüncelerinin gelişmesine etkisi olduğu gösterilmiştir (124).

1.1.7. Tedavi Yöntemleri ve İntiharı Önleme ve Kontrol

İntihar davranışı ile başvuran hastalarda risk değerlendirmesi sonucu yüksek riskli bulunan hastaların gözlem altına tutulması ve hızlı müdahale amacıyla yatırılarak tedavi edilmesi önerilmektedir.

Altta yatan psikopatolojilere yönelik psikofarmakolojik yaklaşımların yanı sıra çeşitli psikoterapi yöntemleriöde intihar davranışının tedavisinde uygulanmaktadır.Yakın tarihli meta analizde intihar girişiminde bulunan ergenlerde en yüksek etki büyüklüğüne ulaşan üç terapi yönteminin Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), Zihinselleştirme Temelli Terapi ve özellikle sınır kişilik örgütlenmesi olan ve yineleyen intihar düşünceleri ve girişimleri olan ergenlerde Diyalektik Davranışçı Terapi (DDT) olduğu ifade edilmektedir (125).

İntiharlar önlenebilirdir. İntihar ve intihar girişimlerini önlemek için nüfus, alt nüfus ve bireysel düzeylerde alınabilecek bir takım önlemler vardır. İntiharın önlenmesine yönelik kapsamlı ve koordineli bir yanıt, intihar trajedisinin hayatlara mal olmaya devam etmemesini ve sevdiklerini kaybetme veya intihar girişimleri yoluyla milyonları etkilememesini sağlamak için kritik öneme sahiptir (2).

İntihar ölümlerinin azaltılması, DSÖ tarafından küresel bir hedef olarak önceliklendirilmiş ve Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'nde hedef 3.4'ün yanı sıra DSÖ'nün 13. Genel Çalışma Programı 2019–2023 ve 2030'a uzatılan DSÖ Ruh Sağlığı Eylem Planı 2013-2020'de bir gösterge olarak yer almıştır (2). Bu doğrultuda DSÖ Üye Devletleri, 2030 yılına kadar ülkelerdeki intihar oranını üçte bir oranında azaltma küresel hedefi doğrultusunda çalışmayı taahhüt etmişlerdir.

DSÖ'nün "LIVE LIFE: İntiharı Önleme" yaklaşımı, kanıta dayalı dört etkili müdahaleyi içermektedir:

1- İntihar araçlarına erişimi sınırlamak (örneğin pestisitler, ateşli silahlar, bazı ilaçlar);
2- İntihar ile ilgili içeriklerin uygun bir şekilde sunulması için yayın organları ile etkileşimde bulunmak;
3- Ergenlerde sosyo-duygusal yaşam becerilerini geliştirmek;

4- İntihar davranışlarından etkilenen herkesi erken tespit etmek, değerlendirmek, yönetmek ve takip etmek.

Bu müdahalelerin durum analizi, çok sektörlü işbirliği, farkındalık yaratma, kapasite geliştirme, finansman, gözetim, izleme ve değerlendirme gibi temel faktörlerle koordineli bir şekilde gitmesi gerekmektedir.

İntiharı önleme çabaları, sağlık sektörü ve eğitim, emek, tarım, işletme, adalet, hukuk, savunma, siyaset ve medya gibi diğer sektörler de dahil olmak üzere toplumun birçok sektörü arasında koordinasyon ve iş birliği gerektirir. Bu çabalar kapsamlı ve entegre olmalıdır, çünkü tek başına hiçbir yaklaşım intihar kadar karmaşık bir konu üzerinde önemli bir etki yaratamaz (2).

1.2. Major Depresif Bozukluk

1.2.1. Tanımı ve Tarihçe

Daha önce melankoli olarak bilinen depresyon veya birçok ruh sağlığı uzmanı tarafından yaygın olarak kullanılan majör depresif bozukluk uzun bir geçmişe sahiptir. Depresyonla ilgili bilinen ilk yazıtlar Mezopotamya'da MÖ iki binli yıllarda ortaya çıkmıştır. Bu yazılarda, tanımlanan depresyon fiziksel bir durumdan ziyade manevi bir durum olarak tartışılmıştır. Diğer akıl hastalıkları gibi, şeytani mülkiyetten kaynaklandığına inanılıyordu. Bu nedenle, doktorlar tarafından değil, rahipler tarafından ele alınmıştır (126). Depresyona şeytanlar ve kötü ruhların neden olduğu fikri, eski Yunanlılar, Romalılar, Babilliler, Çinliler ve Mısırlılar da dahil olmak üzere birçok kültürde var olmuştur. Bu inanç nedeniyle, şeytanları kovmak için genellikle dayak, fiziksel kısıtlama ve açlık gibi yöntemlere başvurulmuştur.

Antik Yunan'da ise Hipokrat, başlangıçta “melankoli” olarak adlandırdığı depresyonun, dört dengesiz vücut sıvısından kaynaklandığını öne sürdü: sarı safra, siyah safra, balgam ve kan. "Siyah", “kholé“ ve "safra"dan türetilen melankoli, Hipokrat tarafından belirli zihinsel ve fiziksel

semptomları olan ayrı bir hastalık olarak tanımlandı ve "uzun süre devam ederlerse tüm korku ve umutsuzlukları" hastalığın belirtisi olarak nitelendirdi (127).

İslami Altın Çağ'da müslüman doktorlar melankoli hakkında yeni fikirler geliştirdiler. 11. yüzyıl'da İbn-i Sina, melankoliyi, kişinin şüpheli hale gelebileceği ve belirli fobi türleri geliştirebileceği depresif bir duygudurum bozukluğu türü olarak tanımlamıştır. El-Kanun fi't-Tıb (The Canon of Medicine) adlı eseri, Avrupa'da Hipokrat ve Galen'inkilerle birlikte tıbbi düşüncenin standardı haline gelmiştir (128).

17. yüzyılda Robert Burton, depresyonun sosyal ve psikolojik nedenlerini (yoksulluk, korku ve yalnızlık gibi) özetlediği ufuk açıcı bilimsel çalışması olan "Melankolinin Anatomisi" ni yayınladı. Bu kitapta depresyon tedavisinde diyet, egzersiz, seyahat, pürgatifler (toksinleri vücuttan temizlemek için), kan alma, otlar ve müzik terapisi gibi önerilerde bulunmuştur (129). 19. yüzyıla kadar melankoli terimine atıflarda bulunulmuş ve çeşitli yazarlar taraından 30'a yakın altı grupları türetilmiştir (130).

Kelimenin kökeni olan "depress" sözcüğü ise, Latince "depressus"tan, yani "alçakta olmak, bastırmak"tan gelmektedir. 1665'te İngiliz yazar Richard Baker'ın Chronicle'ında ve İngiliz yazar Samuel Johnson tarafından 1753'te benzer bir anlamda kullanılmıştır (131).

Depresyona psikodinamik bakış açısında ise Freud, 1917 tarihli Yas ve Melankoli adlı makalesinde melankoli durumunu yas tutmaya benzetmişti. Kaybedilen nesneye karşı duyulan bilinçdışı öfkenin üstbenlik tarafından benliğe yöneltildiğini, bunun da suçluluk duygusu ve çökkünlüğe yol açtığını belirtmiştir. Benliğin kaybettiği nesne ile özdeşleştiğini, bir nesne kaybının sanki bir ego kaybına dönüştüğünü öne sürmüştür (116).

Bilişsel psikologlar, yirminci yüzyılın ortalarında depresyon üzerine teoriler sunmuşlardır. 1950'lerde, Albert Ellis, depresyonun sıkıntı zamanlarında uygunsuz kendini suçlamaya, kendine acımaya veya başka acımaya yol açan irrasyonel "zorunluluklar" dan kaynaklandığını savunmuş

olup (132) 1960'larda, Aaron Beck, depresyonun kendisi, geleceği ve dünya hakkında olumsuz düşünme kalıplarının veya şemaların "bilişsel triadından" kaynaklandığı teorisini geliştirmiştir(133).

Depresyon yetişkinlerde uzun yıllardır araştırılan psikiyatrik bir rahatsızlık olmasına karşın çocuklarda ilk olarak 1960'larda araştırılmaya başlanmıştır. Bunun nedeni genellikle psikodinamik kuram ile ilişkilendirilmiştir. Psikodinamik bakış açısıyla nevrotik bozukluklar sınıfında yer alan depresyonun gelişebilmesi için içselleştirilmiş bir üst benliğin gelişmiş olmasının gerekli olduğu varsayılıyordu. Birçok psikanaliste göre çocuk ve ergenlerde henüz üst benlik yeterince gelişmediği için depresyonun görülemeyeceği düşünülmekteydi. 1970'li yılların ortalarından itibaren çocuk ve ergenlerde depresyon ile ilgili araştırmalar artmaya başlamış, bu araştırmalar neticesinde çocuk ve ergenlerde de yetişkinlerdekine benzer şekilde depresyonun görülebileceği anlaşılmasıyla bu alanda literatüre artan bir ilgiyle katkılar sağlanmaya başlamıştır (134).

Depresyon ilk kez Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı'na DSM-I'de (1952), iç çatışmaya veya tanımlanabilir bir olaya aşırı tepki olarak tanımlanan depresif reaksiyon ve DSM-II'de (1968) *depresif nevroz* şeklinde girmiştir. Majör depresif bozukluk terimi, 1970'lerin ortalarında bir grup ABD'li klinisyen tarafından, semptom kalıplarına dayanan tanı kriterleri önerilerinin bir parçası olarak tanıtılmış ve 1980'de DSM-III'e dahil edilmiştir. Ayrıca DSM-III ile birlikte kavramsal bir değişiklik gerçekleşmiş, distimik bozukluk tanımı sınıflandırma sistemlerine girmiş ve kronik depresyon kişilik bozuklukları grubunda değil, duygudurum bozuklukları arasında ele alınmaya başlamıştır. DSM-IV-TR'de ise, semptomların "yas ile daha iyi açıklandığı" durumlar dışlanmıştır. Güncel olarak DSM-V-TR'de "Depresif Bozukluklar" başlığı altında değerlendirilmektedir (48).

1.2.2. Tanı Kriterleri

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur;

bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk almamadır**.**

Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örn. ağlamaklı görünür). (Not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan (irritabl) bir duygudurum olabilir.)

Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (öznel anlatıma göre ya da gözlemle belirlenir).

Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örn. bir ay içinde ağırlığının % 5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma. (Not: Çocuklarda beklenen kilo alımı sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır.)

Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.

Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).

Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü).

Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısal olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir).

Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

D. Major depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir (48).

1.2.3. Epidemiyoloji

MDB ergenlerde en sık görülen ruhsal bozukluklardandır. DSÖ'nün 2018'deki verilerine göre ruh sağlığı bozuklukları, ergenler arasında küresel hastalık ve yaralanma yükünün %16'sını oluştururken, depresyon dördüncü önde gelen hastalık ve sakatlık nedenidir (135).

Çok sayıda çalışma, toplum örneklemlerinde MDB prevalansını tahmin etmiştir. Ergenlerde depresif bozuklukların prevalansı, tanı ölçütlerinin, çalışmanın yapıldığı coğrafyanın, seçilen örneklemin ve bilgi alınan kaynakların farklı olmasından dolayı geniş bir yalpaze oluşturmaktadır. Literatürdeki çalışmalar, majör depresyon için % 0,2 ila % 17 arasında değişen % 4,0'lık bir medyan prevalans tahmini göstermektedir (136) ve MDB'nin nokta prevalansı bölgesel farklılıklarla birlikte küresel olarak %4,7 civarındadır (137,138). Bir meta-analizde 13 yaşından küçük çocuklarda depresyon yaygınlığının %2.8, 13-18 yaş grubunda %5,7 olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, ergenlik dönemi ile birlikte depresyon görülme sıklığının iki kat arttığını göstermektedir (139). Amerika Birleşik Devletleri'nde Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü (NIMH)' nin 2020 yılı verilerine göre 12 ila 17 yaşları arasındaki tahmini 4.1 milyon ergenin en az bir majör depresif atak geçirdiği görülmüştür.

Bu sayı, 12 ila 17 yaşları arasındaki ABD nüfusunun % 17'sini temsil etmektedir (140).

ABD'de 12-17 yaşları arasındaki 160.000'den fazla ergen üzerinde yapılan bir prevalans çalışmasında, MDB prevalansının 2009 ve 2019 yılları arasında %8,1'den %15,8'e yükselmesiyle yaklaşık iki katına çıktığı raporlanmıştır (141).

Depresyon prevalansının 3-5 yaş arası çocuklarda %0,08, 6-11 yaş arasında %1,7 ile oldukça düşük olduğu bildirilmiştir (142). 26 çalışmayı içeren bir meta-analiz, çocuklar arasında ergenlere kıyasla daha düşük bir prevalansı olduğunu göstermiştir: 13 yaşın altındakiler için %2,8 ve 13-18 yaşları arasında %5,6 olarak bulunmuştur (139).

Ülkemizde İstanbul'da yapılan 1482 orta okul öğrencisinin dahil edildiği bir çalışmada prevalans oranı tüm depresif bozukluklar için %4,2, majör depresif bozukluk için %1,55, distimik bozukluk için %1,75, çift depresyon için %0,26 ve başka türlü sınıflandırılamayan depresif bozukluk için %0,60 olduğu bulunmuştur (143).

Ülkemizde Mersin ilinde yapılan 4256 öğrencinin dahil edildiği bir başka prevalans çalışmasında major depresyon prevalansı %12,55 olarak bulunmuş olup kızlarda depresyon prevalansı erkeklere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu raporlanmıştır (144).

Amerika Birleşik Devletleri'nde Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü (NIMH)' nin 2020 yılı verilerine göre majör depresif dönem prevalansı adolesan kızlarda (%25,2) erkeklere (%9,2) göre daha yüksektir (140).

ABD'de 12-17 yaşları arasındaki 160.000'den fazla ergen üzerinde yapılan bir çalışmada MDB prevalansı, 2009 ve 2019 yılları arasında kızlar arasında 12 puan artarak %11,4'ten %23,4'e yükselmiş olup MDB prevalansındaki cinsiyet farkı 2009-2019 yılları arasında %6,4'ten %14,8'e yükseldiği raporlanmıştır (141).

Ergenlikten önce, erkek ve kız çocuklarının benzer depresyon oranlarına sahip oldukları görülmektedir (139,145)**.** Depresyon 13 yaşına kadar erkek ve kızlarda eşit oranda görülürken 13 yaşından sonra kızlarda erkeklere göre 2-3 kat daha fazla görülmektedir (146).

2020 yılında yayınlanan ve İzmir ilinde lise öğrencileriyle gerçekleştirilen bir araştırmada da kızlarda (%59,6) depresyon görülme oranları erkeklerden (%40,3) anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur (147).

Yeni Zelanda'da yapılan bir doğum kohort çalışmasında araştırmacılar, depresyonda cinsiyet farklılıklarının ortaya çıkışını ve ergenlik öncesinden genç yetişkinliğe kadar depresyonun genel gelişimini, 10 yıl boyunca 5 kez uygulanan yapılandırılmış tanısal görüşmelerle prospektif uzunlamasına bir yaklaşım kullanarak araştırdılar. Çalışmanın sonucunda depresyonun görülme sıklığındaki cinsiyet farklılıkları (kızlarda erkeklerden daha fazla görülmeye başlaması) ilk olarak 13 ila 15 yaşları arasında ortaya çıkmaya başladığı, bununla birlikte bu cinsiyet farklılığındaki en büyük artışın 15 ila 18 yaşları arasında meydana geldiği raporlanmıştır (148).

1.2.4. Etiyoloji ve risk faktörleri

Depresif bozukluğun etiyolojisinde biyolojik, genetik ve psikososyal faktörler arasında karşılıklı etkileşim önemli bir rol oynamaktadır. Hastalığın klinik olarak heterojen ve çeşitli nedenleri sebebiyle, adolesanlarda depresyonun patogenezini anlamak zordur. Diğer birçok hastalıkta olduğu gibi, depresyon riskini olasılıksal bir şekilde artırmak için çeşitli risk faktörleri etkileşime girer. Günümüzde depresyon oluşumunda özellikle serotonerjik ve noradrenerjik sistemler başta olmak üzere beyindeki birçok nörotransmitterlerle ilgili işlev bozukluklarının önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Bu değişiklikler hücresel düzeydeki mekanizmaları (protein kinazlar, cAMP, CREB, BDNF, G proteini, gen ekspresyonu ve nöral plastisite) etkileyerek depresyon oluşumuna yol açabilmektedir (149).

Birbiriyle ilişkili iki anahtar nöral devre ve ilişkili modülatör sistemler depresyon riski ile yakından bağlantılıdır. Bir devre amigdalayı hipokampusa

ve prefrontal korteksin (PFC) ventral genişliklerine ve hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) eksen aktivitesine bağlar. Bu devrenin bozulması, depresyonu, HPA stres sistemlerinde, beklenenden daha yüksek kortizol konsantrasyonları ve serotonerjik sistemdeki aktivite gibi stresle ilişkili sonuçlara yol açar. Bu devrenin ergenlikten sonra olgunlaştığına dair kanıtlar vardır. Bu devrede yüksek konsantrasyonlarda seks steroid reseptörleri tanımlanmıştır ve kızların neden erkeklerden daha yüksek depresyon riskine sahip olduklarına dair biyolojik bir mekanizma sağlayabilir. Depresyonda rol oynayan diğer anahtar devre, striatumu ve onun hem PFC hem de ventral dopamin bazlı sistemlere bağlantısını kapsar. İlk devre gibi, bu da ergenlik döneminde olgunlaşmaya devam eder. Her iki devrede de cinsiyet farklılıkları ortaya çıkar. Bu ödül devresi üzerine yapılan araştırmalar, azaltılmış aktivitenin depresyon riski ile bağlantılı olduğunu göstermektedir. Ödülleri içeren görevler sırasında azalan striatal ve PFC aktivitesi, hem majör depresyonu olan bireylerde hem de depresif ebeveynleri olanlarda kaydedilmiştir. Hem kalıtsal faktörler hem de stresle ilişkili durumlar bu değişikliklere katkıda bulunuyor gibi görünmektedir (150,151).

Birçok araştırma, spesifik gen varyantlarının gençler arasında depresyona sadece riski doğrudan artırarak değil, aynı zamanda bireyin sıkıntı gibi çevresel deneyimlere duyarlılığını etkileyerek de katkıda bulunduğunu göstermektedir. Yapılan güncel araştırmalar, serotonin taşıyıcı genindeki (5-HTTLPR) bir varyanta odaklanmıştır. 5-HTTLPR geninin kısa alellerini taşıyan erken dönemde kötü muameleye maruz kalan çocuklar, ergenliğin ilerleyen dönemlerinde uzun 5-HTTLPR aleline sahip olanlardan daha fazla depresyon riski altında görünmektedir (152,153).

Depresyon riskini olasılıksal bir şekilde artırmak için çeşitli risk faktörleri etkileşime girmektedir. Ergen depresyonu için risk faktörleri tespit stratejileri üzerine yapılan Delphi Konsensüs Çalışması'nda ergen depresyonu için otuz bir risk faktörü üretilmiş olup bunlar arasında depresyonla en yüksek ilişkili olan ailede depresyon öyküsü, zorbalığa maruz kalma, olumsuz bir aile ortamı, fiziksel hastalık veya sakatlık, kadın cinsiyeti, yas,

travmaya maruz kalma, madde bağımlılığı, düşük benlik saygısı, sosyal zorluklar, akademik stres, yoksulluk, aile kaybı, bilişsel çarpıtmalar, duygudurum değişiklikleri, ilgi kaybı, sosyal izolasyon, intihar eğilimi ve uyku değişiklikleri olarak raporlanmıştır (154).

Erken çocukluk döneminde depresyon prevalansı düşüktür (çoğu çalışmada % <1) ve ergenlik döneminde önemli ölçüde yükselir (142). Bu artışı açıklayan bir çok ilişkili faktör bulunmaktadır (155,156). Ergenlik, belirgin biyolojik ve sosyal değişikliklerle karakterize gelişimsel bir dönemdir ve hastalık gelişimine en çok katkıda bulunduğu öne sürülen iki faktör beyin gelişimi ve bilişsel olgunlaşmadır. Diğer öne çıkan faktörler arasında ise gelişmiş bir sosyal kognisyon, öz farkındalık (157) ödül ve tehlikeye verilen tepkilerle ilgili beyin devrelerindeki değişiklikler ve özellikle kızlarda bildirilen artan stres seviyeleri ve başa çıkmada yetersizlik yer almaktadır (158,159).

Ailesinde depresyon görülen çocukların depresyon geçirme riski daha yüksek olup depresyonun genetik geçişi olan bir psikiyatrik rahatsızlık olduğu ilgili yazında birçok çalışma ile de desteklenmektedir. Depresyonu olan ebeveynlerin çocukları, depresyon için üç ila dört kat daha yüksek risk altındadır (160). Her iki ebeveynde major depresyon epizodunun olduğu durumlarda bu oran daha da yükselmektedir.

Kalıtsal faktörlerin ergenlerde depresyona iki şekilde katkıda bulunduğu görülmektedir; genetik geçiş, sadece riski doğrudan artırarak değil, aynı zamanda dolaylı olarak gen-çevre etkileşimi yoluyla, özellikle bireyin sıkıntıya duyarlılığı artırarak depresyon gelişimine yatkınlık sağlar (161–163). Birçok ikiz ve aile çalışması, kalıtsal ve ailesel depresyon riski yüksek olan ergenlerin (özellikle kızların), stresli yaşam olayları, ailesel güçlükler gibi psikososyal risk faktörlerine (gen-çevre etkileşimi ile) karşı artan duyarlılık gösterdiğini göstermektedir (161).

Stres ergen depresyonunda büyük rol oynar. Stres, “bireylerin fiziksel ve/veya psikolojik sağlığını veya iyilik halini nesnel olarak tehdit eden çevresel olaylar veya kronik durumlar” olarak tanımlanabilir (164). Psikososyal

stresörler ihmal/istismar, aile içi dinamik problemler, zorbalığa maruz kalma, kronik fiziksel bir hastalığa sahip olma, akut stresli yaşam olaylarına maruz kalma gibi çevresel faktörleri kapsamaktadır. Bununla birlikte, bu tür maruziyetler her zaman ergenlerde depresyonun gelişmesine yol açmaz ancak genetik yatkınlığı olanlar bu tür stresörlerin etkilerine karşı özellikle hassas görünmektedir (165).

Ergenlik döneminde profesyonel müdahale olmaksızın potansiyel olarak değiştirilebilir varsayılan risk faktörleri, madde kullanımı (alkol, esrar ve diğer yasadışı uyuşturucular, tütün), diyet ve kilodur. Alkol kullanımının bu gelişimsel olarak hassas dönemde nörotoksik etkileri olduğu bilinmektedir. Esrar ve diğer yasadışı uyuşturucular, serotonin ve diğer nörotransmiterler üzerinde depresif semptomlarda artışa neden olabilir. Ayrıca, alkol, esrar ve diğer yasadışı uyuşturucu kullanımı, ergenler için depresyon riskini artırabilecek çeşitli zararlı sosyal ve akademik sonuçlara sahiptir. Aşırı kilo, depresyon riskini artıran öz imaj üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olabilir. Tütün kullanımı ve depresyon arasındaki ilişki belirsizdir. Bununla birlikte, bu bağlantının nikotinin beyindeki nörotransmitter aktivitesi üzerindeki etkilerinden kaynaklanabileceği ve nörotransmitter aktivitesinde değişikliklere neden olabileceği öne sürülmüştür (166).

Davranışsal inhibisyonu olan, utangaç, kaygılı, bağımlı özellikleri olan veya popüler olmadığı, güvende olmadığı, düşük benlik saygısına sahip olduğuna dair zihinsel uğraşları olma olarak tanımlanan 'içe yöneltme' eğilimi olan çocuk ve ergenlerde, depresyon riskini artmaktadır (167,168). Buna karşılık, 'dışa yöneltme' stili olan ergenlerde, madde bağımlılığı ve davranış bozuklukları riski artma eğilimindedir (168). Agresyon gibi bazı dışa yönelik davranışlar hem depresyon hem de madde bağımlılığı için risk faktörleri olarak bildirilmiştir. Bir kişilik özelliği olan ve “sinirlilik, öfke, üzüntü, endişe, düşmanlık, özbilinç ve kırılganlık” gibi özelliklere sahip olma olarak tanımlanan nevrotiklik (169), bireyin daha fazla stres yaşamasına katkıda bulunabileceği ve çocuklar ve ergenlerde depresyona karşı bir savunmasızlık görevi görebileceği öne sürülmüştür (164).

1.2.5. Depresyonun Klinik Özellikleri ve Gidiş

Klinik özelliklerle ilgili literatür, MDB'nin temel belirtilerinin yaşam boyu benzer olduğu, ancak çocuğun fiziksel, duygusal, bilişsel ve sosyal gelişim düzeyine göre semptomların ortaya çıkış şekli ve klinik görünümün etkilendiğini öne sürmektedir (170).

Epidemiyolojik ve klinik çalışmalar, majör depresyonun başlangıcının çoğu kişi için sinsi ve sadece küçük bir azınlık için akut başlangıçlı olduğunu bildirmiştir. Ataklar ortalama 7-9 ay sürme eğilimindedir ve %90'ı 1 ila 2 yıl içinde düzelirken, geri kalanlarda ataklar daha uzun sürebilir veya 'kronik' depresyon gelişebilir. Bu nedenle, uzunlamasına çalışmalar, depresyonun tekrarlama olasılığının 2 yıl içinde %40 ve 5 yıl içinde %70 olduğunu göstermektedir (171,172). Depresyon oranları çocukluk döneminde erkek ve kız çocuklar için benzer olsa da, ergenlikte, depresif kız ergenlerin oranı, erkek ergenlerinkinin iki katına çıkmaktadır (146).

Bebeklerde depresyon, büyüme gelişme geriliği, ciddi psikomotor gecikme, çevreye ilgisizlik, üzgün yüz ifadesi ve bakımverene yanıtsızlık olarak ortaya çıkabileceği öne sürülmektedir. Küçük çocuklarda bilişsel gelişim düzeyi göz önüne alındığında, çocukların üzgün görünebileceğini, ancak aynı şeyi sözel olarak ifade edemeyebileceklerini bilmek de önemlidir. Bunun yerine, bu çocuklar hayal kırıklığı, öfke nöbetleri ve davranışsal problemler şeklinde ortaya çıkabilecek sinirliliğe sahip olabilirler. Oyunlara katılımda azalma veya oyun içeriklerinde yıkıcı temaları seçebilirler. Ayrıca bu dönem çocuklarda depresyonla birlikte engellenmeye duyarlılığının artışı da görülebilir (173).

Daha büyük yaş gruplarının depresyonunda görülen düşük benlik saygısı, umutsuzluk ve suçluluk gibi bazı bilişsel belirtiler, çocukluk çağı depresyonunda soyut düşünmenin henüz yeterince gelişmemiş olması nedeniyle belirgin olmayabilir. Gelecekle ilgili endişe, umutsuzluk, ergenlerde daha sık görülürken, suçluluk duygusu çocuklarda ergenlerden daha sık görülür. Depresyonun erken dönemde yaygın ortaya çıkış şekli, organik bir hastalık yokluğunda somatik şikayetlerin görülmesidir (174). Somatik yakınmalar her iki cinsiyette de en sık görülen depresyon belirtilerindendir.

Popülasyon tabanlı bir çalışmada, depresyonun süresi ve şiddetinin somatik semptomların sayısı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (175). Ayrıca, somatik semptomların varlığı ile intihar düşüncesi, intihar girişimleri, yıkıcı davranışlar ve stresli ilişkiler arasında güçlü bir ilişki olduğu bildirilmiştir (176). DSM kriterlerinin yanı sıra, kanıtlar depresyonu olan küçük çocukların daha sık somatik semptomlar (baş ağrısı, karın ağrısı ve genel vücut ağrıları), anksiyete belirtileri (ayrılık anksiyetesi ve fobiler), huzursuzluk ve halüsinasyonlar gibi psikotik semptomlarla kendini gösterdiğini bildirmektedir (173) ve DSM'de belirtilen 2 haftalık semptom süresi kriterinin sıkı bir şekilde uygulanmasının çok küçük çocuklar için uygun olmayabileceği ve müdahale için erken davranılması gerektiği ileri sürülmektedir (173).

Ergenlik dönemi depresyonunda genellikle sanrılar şeklinde psikotik semptomlar bildirirler. Yetişkinlere kıyasla, bipolar bozukluk riskinin, psikotik semptomlar gösteren çocuklar ve ergenler arasında daha yüksek olduğunu bildirilmektedir (173). Bu dönemde yakınmalar erişkinlerinkine benzerdir ancak dürtüsellik, irritabilite ve davranış değişiklikleri daha ön plandadır. Okul performansında düşme görülebilir. Bu yaş grubunda daha küçük yaş gruplarına kıyasla daha çok uyku ve iştah değişiklikleri, anhedoni, can sıkıntısı, umutsuzluk, alkol, madde kullanımı, erişkine benzer intihar düşünce ve girişimleri yaygın görülmektedir (173). Cinsiyet farklılıklarına bakıldığında, kadınlarda üzüntü, yalnızlık hissi, sinirlilik, karamsarlık, kendinden nefret etme, ağlama, yeme bozuklukları, olumsuz beden imajı gibi semptomların daha sık olduğu; erkeklerde ise somatik şikayetler, düşünme veya konsantre olma yeteneğinde azalma, karar verme güçlüğü, huzursuzluk ve anhedoni gibi semptomların daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (177–179). Depresyonun iyileşmesinden sonra da ergenler olumsuz bilişsel atıflarını sürdürebilirler, subklinik belirtiler görülmeye devam edebilir. Kişilerarası ilişkilerde ve işlevsellik düzeyinde yetersizlik, sigara içme, fiziksel sorunlar, intihara eğilim, erken gebelik gibi sonuçlara yol açabilir (180).

1.2.6. Ayırıcı Tanı ve Komorbiditele

Genel olarak, komorbiditenin depresyonlu çocuk ve ergenlerde istisnadan ziyade bir kural olduğu söylenir (173). Sınıflandırma sistemlerinde belirgin depresif belirtiler ile karakterize edilen, ancak major depresyon tanı kriterlerini karşılamayan iki tanı, uyum bozukluğu ve distimik bozukluktur. Uyum bozukluğu kısa ömürlüdür, bir stresörün başlamasından sonraki 3 ay içinde ortaya çıkar ve stresörün azalmasından sonra 6 aydan daha uzun sürmez. Distimik bozukluk, çocuklar ve ergenler için en az 1 yıl süren çoğu gün ve çoğu zaman mevcut olan kronik depresyon semptomlarının bir modelini tanımlar (150). Bu iki bozukluk dışında majör depresif bozukluğun çocuklarda ayırıcı tanısına, yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğu, karşıt olma karşı gelme bozukluğu , bipolar bozukluk ve nadir durumlarda şizofreni girmektedir (181).

Depresyonu olan ergenlerin üçte ikisinde en az bir eşlik eden psikiyatrik bozukluk ve %10-15'inde ise iki veya daha fazla komorbidite vardır (182). Depresyonu olan ergenlerin anksiyeteye sahip olma olasılığı 6 ila 12 kat, yıkıcı bir davranış bozukluğuna sahip olma olasılığı 4 ila 11 kat daha fazladır ve madde kötüye kullanımı bozukluğuna sahip olma olasılığı depresyonda olmayan ergenlere göre 3 ila 6 kat daha fazladır (183). En sık görülen komorbiditeler dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu (DEHB), anksiyete bozuklukları, yıkıcı bozukluklar, madde kullanım bozuklukları, enürezis/enkoprezis, ayrılma anksiyetesi ve dissosiyatif/konversiyon bozukluklarıdır (184).

Komorbid tanılar, depresyonun yineleme riskini, depresif atak süresini, intihar düşüncesi veya intihar davranışında bulunma olasılığını, günlük işlevsellik düzeyini ve tedaviye yanıtı olumsuz etkilediği bilinmektedir (185).

1.2.7. Tedavi Yöntemleri

Genel olarak müdahaleler, depresyon teşhisi konan gençlerin tedavisini ve depresyonun başlamadan önce önlenmesini içerir. Çocuklarda ve ergenlerde depresyonun yönetimi için tedavi seçenekleri arasında

psikoterapiler, antidepresanlar, elektrokonvülsif tedavi (EKT) ve tekrarlayan transkraniyal manyetik stimülasyon (rTMS) gibi tedaviler bulunmaktadır (173).

Teksas Çocuk İlaç Algoritması Projesi'nin güncellenmesi, intihar düşünceleri veya davranışları riski olmayan gençler arasında daha hafif depresyon biçimleri için etkili müdahalelerin destekleyici, psikodinamik, aile terapisi ve psikoeğitimi içerdiğini bildirmektedir (186).

Majör depresif bozukluğu orta ila daha ciddi düzeyde olan gençler için, seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI'lar), bilişsel davranışçı terapi (BDT) veya her ikisi ile tedavi etme kararı, depresyonun ciddiyetini, intihar davranışı riskini, aile öyküsünü, tedavi yanıtlarını ve depresyonun tekrarlayan olup olmadığını dikkate alarak verilmelidir. SSRI'lar, depresyon için kanıta dayalı farmakolojik tedavide ilk tercihtir ve yapılan bir meta-analiz, SSRI'lar için % 60 ve plasebo için %49'luk bir ortalama yanıt oranı göstermiştir (186,187). Çeşitli antidepresanlar arasında, Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç İdaresi (FDA), 8 yaş ve üstü çocuklarda fluoksetin kullanımını ve 12 yaş ve üstü çocuklarda essitalopram kullanımını onaylamıştır (173).

Geniş ölçekli bir çalışma olan Ergen Depresyonunun Tedavisi Çalışması'na (TADS) göre fluoksetinin BDT ile kombinasyonun en yüksek tedavi başarısı sunduğu ve tek başına fluoksetin kullanımından daha iyi olduğu (%71 yanıt oranına karşı %60,6 yanıt oranı) ve BDT'nin ise tek başına plasebodan anlamlı olarak farklı olmadığı bildirildi (%43,2 yanıt oranına karşı %34,8 yanıt oranı). Ergenlerde Dirençli Depresyon Tedavisi (TORDIA) çalışmasında ise, ilk SSRI çalışmasına cevap vermeyen 334 ergende BDT'li veya BDT'siz ikinci bir SSRI veya venlafaksin kullanımını incelemiştir. TADS çalışmasına benzer şekilde, klinik global izlem (CGI-I) skorlarına yanıt oranları, kombinasyon tedavisinin, ilaç monoterapisinden daha üstün olduğunu göstermiştir (188). Hem risk hem de fayda göz önüne alındığında, fluoksetinin BDT ile kombinasyonunun ergen klinik depresyonu için öne çıkan bir tedavi olduğu görülmektedir (189).

1.3. Nörobiliş, Yürütücü İşlevler ve Sosyal Kognisyon

1.3.1. Tanım ve Tarihçe

Yürütücü bilişsel işlevler, insanların hedef odaklı faaliyetlerde bulunmalarını kolaylaştıran; bilinç, bellek, yönelim, zeka, dikkat, planlama, organize etme, problem çözme, karar verme, self-regülasyon, görsel-uzamsal işlevler, çalışma belleği ve motivasyon gibi önemli davranışları içerir ve frontal lobları ve beynin diğer alanlarını içeren karmaşık kortikal devrelerle bağlantılıdır (190). Ek olarak, yürütücü bilişsel işlevlerin duygu düzenleme süreçleriyle ilişkili olduğuna dair kanıtlar vardır (191).

İnsan zihninin işleyişi eski zamanlardan beri süre gelen bir merak konusu olmuştur. Bu nedenle bilişsel psikolojinin bilimsel tarihi, diğer psikoloji dallarına oranla çok daha önce olup 1870'lere dayanmaktadır. Bilişsel nöropsikoloji ilk olarak on dokuzuncu yüzyılın ikinci yarısında, konuşulan dilin anlaşılması ile ilgili bozukluklara (afazi) yönelik olarak gelişmeye başlamıştır. Broca (1861), Lichtheim (1873) ve Wernicke (1874) gibi nörologlar, afazili hastaları incelediler ve hastalarında gördükleri korunmuş ve bozulmuş dil yeteneklerinin kalıplarından normal dil işleme sisteminin bilgi işlem modellerini çıkarmışlardır (192–194). Bu bilişsel-nöropsikolojik yaklaşım, hem okuma hem de heceleme olmak üzere dil-anlatım bozukluklarının anlaşılmasına da uygulanmıştır (195) ve kısa sürede nesne tanıma (196), hesaplama (197) gibi diğer bilişsel alanlara yayılmıştır. O dönemde öne sürülen hipotezler ve kullanılan ekollerin öznel verilere dayanması ve davranışçılığın öne çıkmasıyla incelenmesi gereken tek şeyin, nesnel olarak gözlemlenebilecek olan davranış olduğu öne sürülmüş olup, bu durumun bilişsel nöropsikolojinin zihinsel işleme modellerini geliştirmesiyle uyumsuz olmasında ötürü bilişsel nöropsikoloji popülerliğini kaybetmiştir (198). Bilişsel nöropsikolojinin yeninden yükselmesi 1950-1970 yılları arasındeki gelişmelerle mümkün olmuştur (199). "Bilişsel Devrim" - davranışçılığın terk edilmesi ve doğrudan gözlemlenebilir olmasalar bile, zihinsel bilgi işlem sistemlerinin yapısını ve doğasını araştırmanın bilimsel olarak kabul edilebilir olmasıyla- 1950'lerin ortalarında İngiltere ve Kuzey

Amerika'da meydana gelmiştir. Başlangıçta dil ve ayrıca seçici dikkat olmak üzere çeşitli bilişsel işleme biçimlerinin yeni ve daha ayrıntılı modüler modelleri geliştirildi ve normal deneklerle yapılan deneylerden toplanan verilerin açıklamasına uygulanmıştır. Daha sonra, bu tür bir çalışma yapan bilişsel psikologlar ile klinikte beyin hasarının neden olduğu çeşitli biliş bozuklukları gören klinik nöropsikologlar arasında belirli araştırma işbirlikleri geliştirilmiştir (200). 1956 yılında, Princeton Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nde bilişsel psikolog olan George A. Miller tarafından "Sihirli Sayı Yedi, Artı veya Eksi İki: Bilgi İşleme Kapasitemizin Bazı Sınırları" adlı makalesi ve 1960'larda, bilişsel nöropsikolojinin yeniden doğuşuna işaret eden iki ufuk açıcı makale olan Marshall ve Newcombe'nin (1966) okuma üzerine ve Warrington & Shallice'in (1969) hafıza üzerine olan çalışmaları yayımlanmıştır (201,202). Böylece sonraki on yıl bilişsel nöropsikoloji yeniden yükselişe geçmiştir (203). Bilişsel nöropsikoloji, günümüzde, duyum, algılama (örn., görsel, işitsel, lisan ve nesne algılama), dikkat (örn., aktif, pasif, odaklanmış ve bölünmüş dikkat), lisan (örn., lisanın öğrenilmesi ve kavranması), bellek (örn., belleğin türleri, özümseme, depolama, geri çağırma), problem çözme gibi konularda geniş yelpazede bir veri tabanına sahiptir (199,204,205).

Nörobilişsel beceriler, DSM-5'te 6 alana ayrılmaktadır. Bunlar: Kompleks dikkat, öğrenme ve bellek, dil, yürütücü fonksiyonlar, algısal/duyusal-motor fonksiyonlar ve sosyal biliştir (48).

1.3.1.1. Dikkat

Dikkat, algının ve bilişsel kaynakların anlık olarak bir veya birkaç uyarana yönelmesini ve diğerlerini dışarda bırakma becerisini ifade etmektedir. Seçici (selective) dikkat, bölünmüş (divided) dikkat ve sürdürülen (sustained) dikkat olarak ayrılmaktadır. Seçici dikkat özel bir noktada dikkatin odaklanması iken, bölünmüş dikkat eş zamanlı iki girdi arasında dikkatin paylaşılmasını ifade etmektedir. Sürdürülen dikkat vijilans olarak da adlandırılır, kişinin zaman içinde performansını sürdürme yeteneği olarak ele alınmaktadır (206).

1.3.1.2. Bellek

Yürütücü işlevlerin temel bir bileşeni bellek bilgiyi akılda tutma, saklama ve geri çağırabilme yetisidir (207). Bellek süresine, zamanına ve bilgi türüne göre sınıflandırılır. Süre yönünden duyusal bellek, kısa süreli bellek ve uzun süreli bellek olarak üçe ayrılır (208). Gelen bilgi ilk önce çok kısa bir süre için duyusal belleğe girer ve sonra kaybolur. Kısa süreli bellek, öznenin çalışma belleğidir; seçilen girdileri duyusal bellekten ve ayrıca uzun süreli bellekten alır ve işler. Bu bilgilerin tekrarlanması ile yeterince uzun bir süre kısa bellekte tutulabilmesi sonucu uzun süreli belleğe aktarım olabildiği kabul edilir. Uzun süreli bellek ise sınırlı kapasiteli ancak sınırsız sayıda bilgi barındıran ve barındırdığı bazı bilgileri bir ömür boyu depolayabilen bir sistemdir. Uzun süreli bellek ikiye ayrılır. Bunlar: Dekleratif (bildirimsel) bellek ve işlemsel (prosedürel) bellektir. Deklaratif bellek, aynı zamanda açık (explicit), prosedürel bellek ise kapalı (implicit) bellek olarak adlandırılmaktadır. Deklaratif bellek anısal bellek (episodic memory) ve anlamsal bellek (semantic memory) olarak 2 alt gruba ayrılır (209). Anısal bellek (episodic memory) geçmişe dair sahip olduğumuz her türlü bilgi setini ve geçmiş anıları içerir. Anlamsal bellek (semantic memory) bilginin anlamlı hale gelmesini sağlar. Bilgilerin şemalar ve bilgi önerme ağları (propositional networks) şeklinde depolandığı, kavramlar, genellemeler, kurallar gibi genel bilgilerin yer aldığı bölümdür. İşlemsel bellek ise belirli bir işin yapılabilmesi ve öğrenilen becerilerin sürdürülmesi için gerekli olan işlem basamaklarının saklandığı alandır (209).

1.3.1.3. Dil

Dil becerisi, yazma, okuma veya konuşma yoluyla iletişim kurma yeteneğiyle güçlü bir şekilde bağlantılı olan karmaşık bir beceridir. Dil yetenekleri, nesneleri adlandırmak, doğru kelimeleri bulmak, konuşma kalıplarının akışkanlığı, dilbilgisi, sözdizimi ve alıcı dil gibi görevleri içerir. Afazilerde dil becerileri aksar; Akıcılık, anlama, adlandırma, tekrarlama, okuma, yazma becerilerinde bozulmalar görülür (210).

1.3.1.4. Yürütücü işlevler

Yürütücü fonksiyonlar, diğer bilişsel yetenekleri ve davranışları kontrol etmek ve koordine etmek için gereken üst düzey bilişsel yetenekleri ifade eder. Planlama, problem çözme, farklı tepkiler arasında seçim yapabilme ve değişen koşulları değerlendirerek uygun tepkiyi verme becerilerinin genel adıdır. Prefrontal korteks yürütücü işlevler açısından kritik bir öneme sahiptir. Çekirdek yürütücü işlevler; inhibisyon (davranışsal inhibisyon, seçici dikkat ve bilişsel inhibisyon), çalışma belleği (ÇB) ve bilişsel esneklik (zihinsel esneklik) olarak temelde üç başlıkta değerlendirilmektedir (211,212). Üst düzey yürütücü işlevler, birden fazla temel yürütücü işlevin aynı anda kullanılmasını gerektirir ve planlama, akıl yürütme ve problem çözme gibi kompleks görevleri içerir (213,214).

İnhibitör kontrol, kişinin dikkatini, davranışını, düşüncelerini veya duygularını kontrol edebilmeyi ve uygun koşullarda gerekli olanı yapmayı içerir. İnhibitör kontrol sayesinde, dürtülerin, eski düşünce veya eylem alışkanlıklarının gibi içsel ve çevresel uyaranların kontrolü altında otomatik tepki vermek engellenir ve bu kontrolü uygulama yeteneğine sahip olmak, değişim ve seçim olasılığı yaratarak adaptif bir yanıt ortaya konmasını sağlar (213).

Çalışma belleği (working memory), bilişsel işlevleri gerçekleştirmek için gerekli bilgileri kısa süreliğine depolayan, bu bilgilere hızlı bir şekilde ulaşan, bilgiyi işleyen ve zihinsel olarak bu bilgilerle çalışmayı içeren yürtücü bir işlevdir. Sözel ÇB ve sözel olmayan (görsel-mekansal) ÇB olarak iki türü vardır. ÇB, zaman içinde ortaya çıkan her şeyi anlamlandırmak için kritik öneme sahiptir, böylece daha önce olanları akılda tutmayı ve bunu daha sonra gelenlerle ilişkilendirmek mümkün olur (213).

Bilişsel esneklik , inhibitör kontrol ve çalışma belleğinden daha ileri seviye bir yürütücü işlevdir. Bilişsel esneklik eskiden sahip olunan perspektifleri yeni öğrenilen bilgilerle mekansal olarak veya kişilerarası olarak değiştirebilme yetisidir. Bilişsel esnekliğin bir başka yönü, bir şey hakkında

nasıl düşündüğümüzü değiştirmeyi, aynı zamanda değişen taleplere veya önceliklere uyum sağlamak için zihinsel olarak esnek olmayı içerir (213).

1.3.1.5. İşlem hızı

İşlem hızı, diğer birçok üst düzey bilişsel alana hizmet eden temel zihinsel süreçlerdendir. Bu üst düzey bilişsel alanlar arasında, davranışların ve tepkilerin organizasyonunu, ilgili bilgilerin seçici dikkatini ve gereksiz bilgilerin bastırılmasını ve bilişsel kümelerin korunmasını ve değiştirilmesini içeren biraz geniş bir yapı olan yürütücü işlevsellik bulunmaktadır. Bu alanlarda başarılı bir performans gösterilebilmesi için normal işlem hızı bir ön koşuldur (207). Bu nedenle, yürütücü işlev işlem hızına bağlıdır, ancak işlem hızı yürütücü işleyişe bağlı değildir. Temel olarak birbirinden farklı kavramlar olsa da, işlem hızı yürütücü işlevleri yönlendiren temel bilişsel süreçlerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Beyindeki her türlü fokal veya yaygın yaralanma özellikle beyaz cevher bozulması, beyaz cevherde diffüz lezyonlar işlem hızını olumsuz yönde etkiler (215).

1.3.1.6. Sosyal Kognisyon

Sosyal kognisyon, algıdan karar vermeye kadar uzanan bir dizi süreci ifade eder. Bireylerin sosyal etkileşiminin önemli bir önkoşulu olarak "başkalarının davranışlarını anlamlandırma" yeteneğinin altında yatan bir dizi nörobilişsel süreçtir (216). Sosyal kognisyon, sosyal olarak ilgili bilgileri tanıma, yönetme ve buna göre davranma yeteneği gibi sosyal sinyallerin algılanarak işlenmesini sağlayan ve bu algıyı motivasyon, duygu ve uyarlanabilir davranışa bağlayan nöral sistemler bütünüdür (217).

Sosyal kognitif yetenekler alt, orta ve üst düzey olarak sınıflandırılabilir (218). Düşük dereceli yetenekler, prozodi, yüzdeki duyguları işleme, ortak dikkat gibi sosyal durumları ifade eder. Orta düzey yetenekler zihin teorisi (ToM) olarak adlandırılır. ToM, duyguların, düşüncelerin, izlenimlerin, niyetlerin ve arzuların algılanması ve kişinin kendisinin ve diğer insanların zihinsel durumlarını anlama, tahmin etme, yargılama ve karar verme yeteneğidir. Üst düzey sosyal kognitif yeteneklere genellikle zihinselleştirme (mentalizasyon) veya metabilişsellik denir; bu, düşünceler hakkındaki

düşüncelere veya kişinin kendisinin ve başkalarının zihinsel ve duygusal durumları hakkında yansıtma ve akıl yürütme yeteneğine atıfta bulunur (218,219). Sosyal beynin kilit bölgeleri arasında amigdala, orbital frontal korteks, superior temporal sulcus, temporoparietal junction, temporal kutup ve insula'dır (220).

Sosyal kognitif süreçler, (a) yüzler ve duygusal ifadeler gibi sosyal bilgilerin algısal olarak işlenmesi (sosyal algılama), (b) başkalarının bilişsel veya duygusal durumlarını kavramak (sosyal anlama) ve (c) kendi hedeflerine ek olarak başkalarının hedeflerini de dikkate alarak davranışları planlamak (sosyal karar verme) ile ilişkili üç alanda kümelenebilir (221).

Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü (National Institute of Mental Health (NIMH)) destekli bir çalışmada, sosyal kognisyonun beş ana alanda incelenmesi önerilmiştir. Bu alanlar; duygu algılama, sosyal algı, sosyal bilgi, atıfsal yanlılık ve zihin teorisidir (ToM) (222). Duygusal algılama, yüzlerde veya seslerde gelen duyguların genel olarak duyguları algılamak ve kullanmak anlamına gelir (223). Sosyal algı kişinin sosyal rolleri, toplumsal kuralları ve sosyal bağlamı tanımlama yeteneğini ifade eder (224,225). Sosyal bilgi sosyal durumları karakterize eden ve sosyal etkileşimlere rehberlik eden rollerin, kuralların ve hedeflerin farkındalığını ifade eder (226–228). Atıf yanlılığı, insanların belirli olumlu ve olumsuz olayların nedenlerine dair nasıl çıkarım yaptıklarını yansıtır. Atıflar “çünkü" kelimesini içeren veya ima eden nedensel ifadelerdir (229). Zihin kuramı başkalarının davranışlarının arkasında olan niyetler, eğilimler, inançlar, duygular gibi zihinsel durumlardan çıkarım yapma, sosyal ipuçlarını anlama ve yargıda bulunma yeteneğini içerir. Normal gelişen çocuklar tarafından dört yaşlarında kazanılan zihinsel bir beceridir (230,231).

Sosyal kognitif bozukluklar, çeşitli nörodejeneratif (örneğin, frontotemporal demans), nöropsikiyatrik (örneğin, şizofreni, majör depresif bozukluk ve bipolar bozukluk) ve nörogelişimsel (örneğin, otizm spektrum bozukluğu ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu) durumların temel bir klinik yönüdür (220).

1.3.2. Depresyonda Nörokognisyon

Nörobilişsel eksiklikler Majör Depresif Bozuklukta (MDB) merkezi bir bileşendir. Hastaların %25-70'inde günlük işlevsellik kapasitesini etkileyecek nörobilişsel eksikliklerin olacağı tahmin edilmektedir (232,233). Depresyonda nörobilişsel bozukluğun nedenleri ve sonuçları hala tartışılmaktadır, bu alanda daha derin bir bakış açısı sunması için depresyonda nörobilişsel profil ile ilgili üç hipotez öne sürülmektedir. Durum hipotezi, bilişsel eksikliklerin depresif duygudurumun ve depresyonun klinik semptomlarının bir sonucu olduğunu öne sürer. Bu bakış açısı, bilişsel bozukluğun olumsuz duygudurum semptomlarının azalmasına paralel olarak normalleşeceğini öngörmektedir. Skar hipotezi, HPA ekseninin disregülasyonunun nörogenezi engelleyen çeşitli nörobiyolojik kökenlerden biri olduğu ileri sürmekte olup (234,235) depresyonun nörotoksik olduğunu ve zamanla geri dönüşümsüz bilişsel bozulmaya neden olduğunu göstermektedir (236,237). Son olarak, özellik hipotezi, depresif belirtilerden önce altta yatan nörobilişsel bir savunmasızlığın var olduğunu ve bu bilişsel bozukluğun süreğenliği, nüks riskinin artmasına katkıda bulunduğunu iddia etmektedir. Bu savunmasızlığın kökeni biyolojik olabilir, kalıtsal olabilir ve / veya doğum öncesi veya erken çocukluk yaşam stresi gibi çevresel mekanizmalardan kaynaklanabilir (238).

12-25 yaş arası depresif gençlerde nörobilişsel performansı inceleyen 7 makalenin incelemesini içeren bir çalışmada depresif ergenlerin yürütücü işlevsellik, çalışma belleği, psikomotor hız ve işlem hızı, sözel akıcılık ve görsel-mekansal hafıza görevlerinde önemli ölçüde daha kötü performans gösterdiğini bulmuşlardır (239).

23 çalışmanın meta-analizinini yapıldığı bir başka çalışma, sağlıklı kontrollere kıyasla, depresyondaki gençlerin dikkat, sözel bellek, görsel bellek, sözel akıl yürütme / bilgi ve IQ dahil olmak üzere çeşitli nörobilişsel alanlarda daha düşük performans sergilediklerini ortaya koymuştur. İşlem hızı / reaksiyon süresi ve sözel öğrenmenin de depresif örneklerde anlamlı derecede daha zayıf olduğu bulunmuştur (240).

Depresyonu olan gençlerde daha zayıf nörobilişsel işlevsellik, günlük işleyişin birçok yönünü etkileyebilir (241). Örneğin, işlem hızı, sözel öğrenme ve hafıza görevlerinde düşük performansın depresyonlu kişilerde zayıf akademik, mesleki ve günlük işleyişin öngörücü olduğu gösterilmiştir (242). Birlikte ele alındığında, tüm bu bulgular gençlerde bilişsel zorluklar için hedefli müdahalelerin daha fazla araştırmayı gerektirdiğini göstermektedir.

1.3.3. Depresyonda Sosyal Kognisyon

Sosyal bilgileri doğru yorumlamak, başarılı kişilerarası etkileşimin çok önemli bir parçasıdır. Sosyal kognisyonda bozulmanın, çeşitli psikiyatrik hastalıkların temel bir özelliği olduğu yaygın olarak kabul edilmektedir. Depresyonun sosyal kognitif işlevsellik üzerindeki etkisi daha az anlaşılmıştır ancak majör depresif bozukluğu olan hastalarda şizofreni, otizm gibi hastalardan daha az şiddetli de olsa sosyal kognisyon bozukluğunun görülebileceğini gösteren kanıtlar mevcuttur (243).

Araştırmalar, sosyal kognisyondaki değişikliklerin depresyonda gözlenen sosyal zorluklara katkıda bulunduğunu göstermektedir (244). Bu, özellikle ergenlikte belirgin olabilir, çünkü çocukluktan ergenliğe geçiş, artan sosyal özerklik ve akran ilişkilerine daha fazla güvenme ve etkileşimde artma da dahil olmak üzere birçok sosyal ve nörobiyolojik değişiklikle ilişkilendirilmiştir (245). Depresif bireylerde sosyal emosyonel bilgiyi çözümleme yeteneklerinde bozulmanın yanı sıra buna karşı motivasyonları ve yanıtlarının azaldığı da belirtilmiştir (246). Bu bağlamda değerlendirildiğinde depresyon tanılı bireylerin sosyal kognitif işlevselliği ve zihin kuramı becerilerinde bozulmadan bahsetmek mümkün olup bu durumun hastanın günlük hayatında bir handikap olduğu kabul edilebilir.

Depresif hastalarda en çok çalışılan sosyal becerilerden biri yüz duygu tanımadır. MDB'li hastalar, esas olarak olumsuz duyguların tanınmasına yönelik bir önyargı ile karakterize edilen duygu tanıma eksikliği gösterirler. Bu nedenle, bu hastalar mutlu yüzleri tanımama ve nötr yüzleri üzgün yüzler olarak tanıma eğilimindedir (247). Özellikle, MDB hastalarında üzgün yüzlere karşı bir dikkat yanlılığı vardır (248,249). 8 çalışmanın bir meta-analizi, majör

depresif bozukluğun, duygusal yüz ifadelerinin tanınmasında bozulmayla anlamlı derecede ilişkili olduğunu bulmuştur (250). 22 çalışmanın dahil edildiği bir başka meta-analizde depresyon, yüz duygu tanıma kapasitesi üzerinde önemli ancak oldukça küçük bir etki ile ilişkilendirilmiştir (251).

Çok sayıda çalışma depresyon tanılı hastalarda sosyal kognisyonun önemli parametrelerinden olan zihin kuramını (ToM) değerlendirmiştir. ToM zihinsel durumları (duygular, inançlar, niyetler ve arzular) başkalarına atfetme ve başkalarının davranışlarını zihinsel durumlarına dayanarak anlama ve tahmin etme yeteneğidir ve sosyal çevremize uyum sağlamak için kritik bir yetenektir. G*özlerdeki Zihni Okuma* görevini kullanılarak değerlendirilen MDB tanısı olan hastaların sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı 31 çalışmanın bir derlemesi ise MDB tanılı hastaların zihin teorisinde belirgin bozulma olduğunu göstermiştir (243).

Ülkemizde yapılan 18 çalışmayı içeren bir meta-analizde sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında, MDB'li bireyler çeşitli zihin teorisi görevlerinde (sözel / görsel, bilişsel / duyuşsal ve akıl yürütme / kod çözme) önemli ölçüde daha kötü performans gösterdiği bulunmuştur ve depresif semptomların şiddetinin daha düşük genel ToM performansı ile ilişkili olduğuna dair kanıtlar gösterilmiştir (252).

Ergenlerle yapılan bir çalışmada depresyonu olan ergen kızlar, sağlıklılı katılımcılarına kıyasla sosyo-ahlaki akıl yürütme testlerinde daha düşük sosyo-ahlaki olgunluk puanları göstermiştir. Azalmış sosyo-ahlaki olgunluk, uygunsuz sosyal davranışlara ve daha fazla kişilerarası çatışmalara veya geri çekilmeye dönüşebilir ve bu da bu popülasyonda gözlemlenen sosyal zorluklara katkıda bulunabilir (253).

1.3.4. İntihar Davranışında Nörobiliş

İntihar eden bireylerin bilişsel süreçlerinin ilk resmi araştırması, Edward Shneidman'ın intihar notları analizinden gelmiştir. İntihar girişiminde bulunanların genellikle bir durumu farklı bir perspektiften ele alamadıklarını ve

seçimlerini genellikle problem çözmede bir eksikliği temsil eden siyah beyaz (hepsi iyi ya da hepsi kötü) olarak gördüklerini keşfetmiştir (254).

Richard-Devantoy ve ark tarafından 2014'te yapılan 25 çalışmanın bir meta-analizinde, intihar girişimi öyküsü olan bireylerin, yürütücü işlevlerin üç alanı olan Iowa Kumar Görevi , kategorik sözel akıcılık ve Stroop görevlerinde intihar davranışı olmayan hastalar ve sağlıklı kontrollerden daha kötü performans gösterdiğini gözlemledi (38). Yine Richard-Devantoy ve ark. tarafından 2015'te yapılan 25 çalışmanın incelendiği bir başka metaanalizde intihar girşiminde bulunmuş deneklerin kısa dönem bellek, uzun dönem bellek ve çalışma belleği alanında sağlıklı kontrollere kıyasla belirgin düşük performans gösterdiği bulundu (32).

Westheide ve ark., intihar düşüncesi olan ve intihar girişiminde bulunanların, intihar düşüncesi olmayan sağlıklı kontrollere kıyasla, Iowa Kumar Testinde daha kötü performans gösterdiğini raporlamış olup, bu hastalarda yürütücü işlev ve karar verme eksikliklerinin intihar düşüncesi olanlarda görülen bilişsel katılığın olası bir yansıması olabileceğini düşündürmektedir (37).

Soyut, duygulanımsal olmayan işlemleri ifade eden "Soğuk" yürütücü işlevler ve anlamlı duygusal ortamlarda gösterilen işlemleri ifade eden "sıcak" yürütücü işlevlerdeki performansları araştıran yakın tarihli bir makalede, intihar girişiminde bulunan depresyon tanılı ergenler,intihar düşüncesi olmayan depresif tanılı ergenlere ve sağlıklı kontrollere kıyasla özellikle genel inhibitör kontrol alanında eksiklikler göstermiştir (255).

Huber ve ark. (2019) tarafından yapılan bir gözden geçirmede, Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından nörobiyolojik ve davranışsal boyutlara dayanarak geliştirilen, Araştırma Alanı Kriterleri (RDoC) Bilişsel Sistemler çerçevesi kullanılan ve bu çerçevede tanımlanan nörobilişsel farklılıkları araştırmak için intihar davranışının sistematik bir literatür taraması yapılmıştır. Bu çerçeveyi kullanarak, yazarlar inhibitör kontroldeki ve karar vermedeki

nörokognitif eksikliklerin tutarlı bir şekilde intihar davranışı ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır (26).

Yürütücü işlev eksiklikleri, duyguları, düşünceleri ve eylemleri kontrol etmede sorun yaşama gibi çok çeşitli zorluklara yol açabilir. Ayrıca kendine zarar verme ile ilgili düşünceleri kontrol etmede zorluk veya strese yanıt olarak daha olumlu veya uyarlanabilir düşünceye geçme zorluğu ile de ilişkili olabilir. Özetle, nörobilişsel anormallikler intihar davranışının transdiagnostik endofenotipini temsil edebileceği ilgili yazında yapılmış birçok çalışmayla da desteklenmektedir (256).

1.3.5. İntihar Davranışında Sosyal Kognisyon

Araştırmalar, sosyal bağlantılılığın intihara karşı koruyucu olduğunu göstermiştir. Tersine, sosyal izolasyon ise intihar düşüncesinin ve girişimlerinin en güçlü belirleyicilerinden biridir (257,258). Sosyal kognitif eksiklikler de, bireylerin başkalarıyla güçlü sosyal bağlantılar kurma yeteneklerini bozabilmektedir. Sosyal kognisyonun incelenmesi, ergen intihar düşüncesi ve girişimi ile ilişkili tanımlanmış kişilerarası zorlukları daha iyi anlamak için bir yol sunmaktadır.

ToM bozukluklarının ve hipermantalizasyonun özellikle ergenlikte intihar düşüncesi ve girişimi için potansiyel bilişsel risk faktörleri olması mümkündür. Aşırı ToM, intihar düşünceleri ve davranışları için özellikle göze çarpan bir sosyal kognitif risk faktörü olabileceği önceki araştırmalarda gösterilmiştir (259). Aşırı ToM'un yanı sıra ToM yokluğu veya azalmış ToM'un da intihar düşünceleri ve davranışları için risk faktörleri olması mümkündür, böylece başkalarının düşünceleri ve duyguları hakkında çıkarımlarda bulunma yeteneği azalmış veya tamamen yoksun olan gençler intihar düşüncesi ve davranışı yaşama riski altında olabilir. Özetle, ToM bozuklukları, ergen intihar düşüncesi ve davranışı için kritik bir yapı olabilir (260).

Adaptif olmayan sosyal kognisyon, bu gelişimsel zaman diliminde akran ilişkilerinin artan önemi düşünüldüğünde, özellikle ergenlerde intihar davranışı için göze çarpan temel bir risk faktörüdür. Düşük sosyal yeterlik

algısı ve olumsuz ilişkisel şemalar, ergenin intihara meyilli inanç sistemiyle ilişkilendirilebilir; intihar modu bu tür çağrışımlar ve ilişkisel şemalar tarafından tekrar tekrar etkinleştirildikçe güçlenir (261).

Psikiyatri servisinde çeşitli duygudurum bozuklukları tanılarıyla yatan 391 ergenin dahil edildiği bir çalışmada Aşırı ToM veya başkalarının zihinsel / duygusal durumlarına aşırı atıfta bulunmak, ergen yatan hastalarda intihar düşünceleri ve davranışlarıyla belirgin düzeyde ilişkili olduğu gösterilmiştir (260). Ek olarak Laghi ve ark. (2016) tarafından yapılan bir çalışmada, İOKY davranışı gösteren ergenlerde de ToM'u değerlendiren görevlerde İOKY olmayan gençlere göre daha kötü performans gösterdiği bulunmuştur (262). Williams ve ark. (2015), sosyal kognisyondaki bozuklukların, tıbbi yardım gerektiren ve potansiyel olarak ölümcül olan kendine zarar veren davranışlarla ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Bu tür davranışlar sergileyen bireyler, duygu tanıma ve yüz ifadelerinin ayrımcılığında eksiklikler yaşadıkları gösterilmiştir (263).

Sonuç olarak sosyal kognitif ve genel nörobilişsel alanda bozulmaların ergen intihar düşüncesi ve davranışı için belirgin risk teşkil eden faktörler olduğu literatürde yapılan çalışmalarla da desteklenmiş olup, bu alanlardaki bozulmanın intihar davranışını öngörebilecek bir endofenotip olabileceği varsayılmaktadır.

1.4. Çalışmanın Amacı

Depresyonda görülen yüksek intihar oranları göz önüne alındığında, adolesan dönemde görülen intihar davranışında gerek ülkemizde gerekse güncel yazında genel nörobilişsel beceriler, sosyal kognisyon ve intihar davranışı arasındaki ilişkileri inceleyen çalışmalar görece az sayıdadır. Çalışmamızda, ruhsal sağlık hizmetlerine erişen, 1) İntihar girişiminde bulunan veya plan ve niyet içeren aktif intihar düşüncesi olan, Major Depresif Bozukluk tanısı alan, 2) İntihar girişimi öyküsü ve aktif intihar düşüncesi bulunmayan

Major Depresif Bozukluk tanısı alan 11-17 yaş genç populasyonda intihar davranışını yordayan faktörlerin farklı veri toplama araçları ile değerlendirilmesi, ayrıca gruplara Pensilvanya Üniversitesi Bilgisayarlı Nörobilişsel Test Bataryası (PennCNB) uygulanarak nörobiliş ve sosyal kognisyon fonksiyonların birbirleriyle ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması ve böylece nörobilişsel ve sosyal kognitif işlevlerin bir intihar davranışı modeli tahmini geliştirerek gelecekteki intihar girişimlerini öngörüp öngörmediğinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

1.5.Çalışmanın Hipotezleri

1. İntihar davranışı gösteren veya aktif intihar düşüncesi bulunan depresyon tanılı ergenlerde depresyon şiddeti, eşlik eden irritabilite ve dürtüsellik, komorbid anksiyete belirtileri, kendine zarar verme davranışı, ailenin olumsuz tutumları, umutsuzluk ve olumsuz kendilik değerlendirmesi intihar davranışı gösteren özellikleri olmayan depresyon tanılı ergenler ve sağlıklı kontrollerden daha yüksektir.
2. İntihar davranışı gösteren veya aktif intihar düşüncesi bulunan depresyon tanılı ergenlerde yüz duygu tanıma, başkalarının davranışları ve duygularına dayanarak çıkarımda bulunma, zihin kuramı gibi sosyal bilişsel işlevlerde intihar davranışı göstermeyen depresyon tanılı ergenler ve sağlıklı kontrollere kıyasla belirgin bozulma görülmektedir.
3. İntihar davranışı gösteren veya aktif intihar düşüncesi olan depresyon tanılı ergenlerde yürütücü işlevler, karar verme, problem çözme, çalışma belleği, dikkat fonksiyonları gibi nörobilişsel işlevler, intihar davranışı göstermeyen depresyon tanılı ergenler ve sağlıklı kontrollere göre daha fazla bozulma göstermektedir.
4. İntihar davranışı göstermeyen depresyon tanılı ergenlerin sosyal kognitif işlevleri sağlıklı kontrollere göre bozulma göstermektedir.

5. İntihar davranışı göstermeyen depresyon tanılı ergenlerin nörobilişsel işlevleri sağlıklı kontrollere kıyasla bozulma göstermektedir.
6. Sosyal kognisyon ve nörobilişteki bozulma, depresyon şiddeti ve intihar olasılığı ile pozitif korelasyon göstermektedir.
7. Sosyal kognisyon ve nörobilişteki bozulmalar intihar davranışı için bir yordayıcıdır.

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Yöntem

2.1.1. Çalışma Evreni

Araştırmamızın vaka gruplarını Mayıs 2022- Ocak 2023 tarihleri arasında Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Acil Servis'i ve Çocuk ve Ergen Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran ve yapılan muayenelerinde 1- DSM-5'e göre Major Depresif Bozukluk tanısı alan ve son 3 ay içinde intihar girişiminde bulunan veya son 1 aydır plan ve niyet içeren intihar düşüncesi olan ve 2- DSM-5'e göre Major Depresif Bozukluk tanısı alan ve intihar davranışı göstermeyen ve son 1 aydır plan ve niyet içeren intihar düşüncesi olmayan 11-17 yaş arası ergenler, kontrol grubunu ise kliniğimize başvuran ve DSM-5'e göre tanı kriterlerini karşılayan herhangi bir psikopatolojisi olmayan 11-17 yaş arası ergenler oluşturmaktadır**.**

2.1.2. Örneklem Seçimi

Mayıs 2022- Ocak 2023 tarihleri arasında kliniğimize başvuran, aşağıda belirtilen çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan tüm hastaların ardışık olarak araştırmaya alınması planlanmış olup vaka grupları ile kontrol grubunun yaş ve cinsiyetleri eşleştirilecektir. Çalışmaya 3 grup dahil edilmiştir. Vaka grupları; Major Depresif Bozukluk tanısı alan ve son 3 ay içinde intihar girişiminde bulunan veya son 1 aydır plan ve niyet içeren intihar düşüncesi olan ergenler (grup 1); Major Depresif Bozukluk tanısı alan ve intihar davranışı göstermeyen ve son 1 aydır plan ve niyet içeren intihar düşüncesi olmayan ergenler (grup 2) dahil edilmiştir. Son olarak gruplar birbirleriyle ve çalışmaya dahil edilen son grup olan sağlıklı kontrollerle (grup 3) karşılaştırılmıştır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

Grup 1:

İntihar Davranışı Gösteren Major Depresif Bozukluk Vakalarının Dahil Edilme Kriterleri;

1. 11-17 yaş arasında olması,
2. Mayıs 2022-Ocak 2023 tarihleri arasında Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Acil Servis'i ve Çocuk ve Ergen Psikiyatri Polikliniği'ne başvurup DSM-5'e göre Major Depresif Bozukluk tanısı almış olması; Uygulanan Çocuk Depresyon Derecelendirme Ölçeği-Revize (ÇDDÖ-R) Formu ölçeğinin 40 puan üstünde olması,
3. Uygulanan Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği (C-İŞDÖ)' inde son 1 ay içinde plan ve niyet içeren intihar düşüncesi olması ve/veya son 3 ay içerisinde intihar girişiminde bulunması,
4. Katılımcılar ve ailelerinin çalışmanın amacı ve kullanılacak gereçler hakkında bilgilendirildikten sonra çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmeleri ve aydınlatılmış onamı imzalamış olmaları.

Grup 2:

Intihar davranışı göstermeyen Major Depresif Bozukluk Vakalarının Dahil Edilme Kriterleri

1. 11-17 yaş arasında olması,
2. Mayıs 2022- Ocak 2023 tarihleri arasında Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Polikliniği'ne başvurup DSM-5'e göre Major Depresif Bozukluk tanısı almış olması ve Uygulanan Çocuk Depresyon Derecelendirme Ölçeği-Revize (ÇDDÖ-R) Formu ölçeğinin 40 puan üstünde olması,
3. Uygulanan Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği(C-İŞDÖ)'inde son 1 ay içinde plan ve niyet içeren intihar düşüncesi olmaması ve son 3 ay içerisinde intihar girişiminde bulunmaması,
4. Katılımcılar ve ailelerinin çalışmanın amacı ve kullanılacak gereçler hakkında bilgilendirildikten sonra çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmeleri ve aydınlatılmış onamı imzalamış olmaları.

Grup 3:

Kontrol Grubuna Dahil Edilme Kriterleri;

1. 11-17 yaş arasında olması,
2. Mayıs 2022- Ocak 2023 tarihleri arasında yapılan çalışma duyurusu sonrası Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Polikliniği'ne başvurup DSM-5'e göre tanı kriterlerini karşılayan herhangi bir psikopatolojisi olmaması,
3. Katılımcılar ve ailelerinin çalışmanın amacı ve kullanılacak gereçler hakkında bilgilendirildikten sonra çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmeleri ve aydınlatılmış onamı imzalamış olmaları.

Çalışmadan Dışlanma Kriterleri:

1. 11-17 yaş arasında olmaması,
2. Katılımcılar ve ailelerinin çalışmanın amacı ve kullanılacak gereçler hakkında bilgilendirildikten sonra çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmemeleri veya aydınlatılmış onamı imzalamamaları,
3. Merkezi Sinir Sistemini etkileyen organik bir hastalığa sahip olmaları,
4. Katılımcıda veya ailesinde klinik görüşme sırasında sorulan soruları anlayıp, cevap vermeye, uygulanacak ölçekleri doldurmaya ve bilgisayarda uygulanacak bataryayı yapmaya engel olacak düzeyde fiziksel veya zihinsel gerilik, psikotik bozukluk, bipolar bozuluk (manik atak geçmişi olan) veya otizm spektrum bozukluğu tanılarının bulunması.

2.1.3. İşlem

Mayıs 2022-Ocak 2023 tarihleri arasında kliniğimize başvuran 11-17 yaş arası ergenler MDB tanıları açısından DSM-5 kriterleri sorgulanarak değerlendirmeye alınmıştır. Tanı kriterlerini karşılayan ergenlerin vaka grupları olarak araştırmaya alınması planlanmıştır. Yaşam boyu herhangi bir psikopatoloji için tanı ölçütlerini karşılamayan 11-17 yaş arası ergenler ise kontrol grubunu oluşturmaktadır.

Araştırmacı vaka ve kontrol grubundaki ergenlere ve ailelerine araştırmanın amacını ve kullanılacak gereçleri açıklamıştır, ardından

araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ve yazılı onamlarıyla çalışmaya katılmaya gönüllü olduklarını bildiren hastalar araştırmaya alınmıştır.

Araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formu ile ergenlerin ve ailelerinin genel bilgileri alınmıştır. Araştırmacı hem ergen hem aileyle "Aile ile Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli- DSM-5-T (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T)" adlı yarı yapılandırılmış görüşmeyi uygulayarak şimdiki ve geçmişe dönük psikiyatrik tanıları gözden geçirmiştir. Katılımcılarda zeka geriliği Penn Bilgisayarlı Nörobilişsel Batarya (CNB) ile dışlanmıştır (264). Araştırmaya alınan tüm hastaların psikiyatrik muayenesi araştırmacı çocuk ve ergen psikiyatrisi hekim tarafından yapılmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan ergenlerden "UPPS-P Dürtüsel Davranış Ölçeği Kısa Versiyonu (S-UPPS-P)", "İntihar Olasılığı Ölçeği (İOÖ)", "Çocuklar için Anksiyete ve Depresyon ölçeği (ÇADÖ-Y)", Ergenlerde Kısaltılmış Duygu Dışavurum Ölçeği (KDDD)" ve ebeveynlerinden "Otizm Spektrum Tarama Ölçeği (OSTÖ)" başlıklı öz bildirim ölçeklerini doldurmaları istenmiştir. Araştırmacı tarafından gönüllü ergenlere "Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği/C-İŞDÖ", "Çocuk Depresyon Derecelendirme Ölçeği-Revize (ÇDDÖ-R) Formu" ve "Klinisyen Tarafından Derecelendirilmiş Öfke ve İrritabilite Ölçeği (CL-ARI)" uygulanmıştır. Hastalar ayrıca "Penn Bilgisayarlı Nörobilişsel Batarya (CNB)" testini bilgisayarda araştırmacı gözletiminde yapmıştır.

2.2. Gereçler

2.2.1. Sosyodemografik Veri Formu (EK 1)

Araştırmacı tarafından geliştirilen, katılımcılar ve ailelerinin sosyodemografik özelliklerini, katılımcıların kendine zarar verme davranışlarını ve önceki intihar girişimlerini araştıran, görüşmeci tarafından katılımcı ve ailesi ile görüşülerek doldurulan formdur.

2.2.2. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- DSM-5-T (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) (Kiddie-SADS PL,Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children Present and Life-time Version DSM-5-T)

Kauffman ve ark. (1997) tarafından 6-18 yaşlar arasındaki çocuk ve ergenlerde şimdiki ve yaşam-boyu psikopatolojiyi taramak amacıyla geliştirilmiş olup DSM-V tanı ölçütleri doğrultusunda güncellenmiş üç bölümden oluşan, yarı yapılandırılmış bir görüşmedir (265). Sosyodemografik özellikler, genel sağlık durumu, daha önceki psikiyatrik başvurusu ve tedavisi, aile ve akran ilişkileri, okul bilgileri gibi genel bilgiler ilk bölümde sorgulanmaktadır. Şimdi ve geçmiş psikiyatrik belirtilerin sorgulandığı, tarayıcı sorular ve değerlendirme ölçekleri ikinci bölümde yer almaktadır. Tarama görüşmesi ile pozitif belirtiler varsa o psikopatolojiyi daha iyi değerlendirmek amacıyla ek belirti listesi sorgulanmaktadır. Belirtilerin varlığına ve şiddetine çocuğun ya da ergenin, anne babanın ve klinisyenin görüşleri birleştirilerek karar verilmektedir. ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T ile duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, dışa atım bozuklukları, yıkıcı davranım bozuklukları, madde kötüye kullanımı, yeme bozulukları ve tik bozuklukları gibi birçok psikopatoloji değerlendirilebilmektedir. Çocuğun değerlendirme yapıldığı andaki genel işlevsellik düzeyi ise üçüncü bölümde değerlendirilmektedir. ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T'nin Türkçe çevirisi ve geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ünal ve ark. (2016) tarafından yapılmıştır (266).

2.2.3. UPPS-P Dürtüsel Davranış Ölçeği Kısa Versiyonu (S-UPPS-P) (EK 2)

Tasarlama eksikliği 3, diğerleri 4 maddeden oluşan 5 ana başlık altında toplanan (tasarlama eksikliği, sebatsızlık, heyecan arayışı, negatif aciliyet ve pozitif aciliyet) 19 maddelik bir özbildirim ölçeğidir. DSM-IV tanı ölçütlerine göre çoklu dürtüsellik alanlarını değerlendirir. Negatif aciliyet, olumsuz duygulanımın bir sonucu olarak utanç veya pişmanlık verici

eylemlerde bulunma eğilimi olarak tanımlanırken pozitif aciliyet, alışılmadık derecede olumlu bir ruh halindeyken problem yaratan riskli davranışta bulunma eğilimini ifade eder. Tasarlama eksikliği, olası uzun vadeli sonuçları uygun şekilde hesap etmeden düşüncesizce davranma eğilimidir. Sebatsızlık zorlayıcı veya sıkıcı işlere odaklanmada güçlük ve son olarak heyecan arayışı ise yeni ve heyecan verici deneyimler arama eğilimi olarak adlandırılmaktadır. Ölçekte düşük puanlar dürtüselliğin yüksekliğini göstermektedir. Whiteside ve Lynam tarafından 4 faktörlü UPPS olarak 2001 yılında geliştirilmiş olup (267), 2007 yılında Cyders ve arkadaşları tarafından 5 faktörlü UPPS-P formu oluşturulmuştur ve 2014 yılında kısa versiyonu geliştirilmiştir (268). Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Eray ve arkadaşları tarafından 2021 yılında yapılmıştır (269).

2.2.4. Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği (C-İŞDÖ) (Columbia- Suicide Severity Rating Scale-C-SSRS) (EK 3)

Posner tarafından geliştirilen Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği / C-İŞDÖ, intihar düşüncesi, düşüncelerin yoğunluğu, intihar davranışı ve gerçekleşmiş intiharları, bu girişimlerin ciddiyetini sorgulayan 4 alt ölçekten oluşan yarı yapılandırılmış görüşme formatında değerlendirmeye imkan sağlayan bir ölçektir (270). Ölçeğin çocuk, ergen ve yetişkin populasyonda intihar düşüncesi, davranışı ve risklerinin değerlendirmede geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir. Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Kılınçaslan ve ark. tarafından yapılmıştır (271).

2.2.5. İntihar Olasılığı Ölçeği (İOÖ) (Suicide probability scale- SPS) (EK 4)

İntihar değerlendirmesi için sıklıkla kullanılan ölçeklerden biri de Cull ve Gill (1990) tarafından intihar girişimi riski taşıyan ergen ve yetişkinleri tanımak için geliştirilen intihar Olasılığı Ölçeği (İOÖ)'dir (272). Umutsuzluk, intihar düşüncesi, düşmanlık ve olumsuz kendilik değerlendirmesi olmak üzere 4 alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçekten alınan puanlar intihar olasılığının

yükseldiğine işaret etmektedir.Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Atlı ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılmıştır (273).

2.2.6. Çocuk Depresyon Derecelendirme Ölçeği-Revize (ÇDDÖ-R) Formu (EK 5)

Depresyonun şiddetini ve belirtilerdeki iyileşmeyi ölçmek için, Çocuk Depresyon Derecelendirme Ölçeği-Revize (ÇDDÖ-R) Formu en yaygın kullanılan yarı yapılandırılmış araçlardan biridir. Mayes ve ark. tarafından erişkinlerde kullanılan Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği temel alınarak geliştirilmiştir (274). 1'den 5'e veya 1'den 7'ye kadar olan puanlama aralığına sahip, 17 maddelik bir ölçektir. 40 puan, depresyon varlığını göstermekte olup remisyonu tanımlamak için gerekli kesme değeri çoğu zaman 28'dir (minimal veya hiç belirtisiz) (274). Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Güney ve ark. tarafından yapılmıştır (275).

2.2.7. Çocuklar için Anksiyete ve Depresyon ölçeği (ÇADÖ-Y) (EK 6)

Yenilenmiş Çocuk Ergen Anksiyete Depresyon Ölçeği, gençlerde depresyon ve anksiyete bozuklukları için DSM-IV baz alınarak oluşturulmuş klinik semptomları tarama ölçeğidir. Chorpita ve ark. (2000) (276) tarafından geliştirilmiş olup, Spence Çocuk Anksiyete Ölçeği temel alınarak oluşturulmuştur. Toplam 47 maddeden ve 6 alt boyuttan oluşur. Bu boyutlar Ayrılma Anksiyetesi, Sosyal Fobi, Obsesif Kompülsif Bozukluk, Panik Bozukluk, Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve Majör Depresif Bozukluktur. Ölçek tamamlandığında sekiz adet puan hesaplanabilir. Bunlar bu altı alt boyut ve anksiyete toplam puanı ve anksiyete-depresyon toplam puanı yani ölçeğin toplam puanıdır. Ölçek, Görmez ve ark. tarafından 2017'de Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır (277).

2.2.8. Klinisyen Tarafından Derecelendirilmiş Öfke ve İrritabilite Ölçeği (CL-ARI)

Çocukluk çağı irritabilitesine odaklanan, Klinisyen Tarafından Derecelendirilmiş Öfke ve İrritabilite Ölçeği (CL-ARI), çocukların öfke patlamalarının ve sinirli ruh halinin sıklığını, süresini ve şiddetini tanımlayan, ebeveyn ve çocuklarla yapılan ilk yarı yapılandırılmış görüşme ölçeğidir. CL-

ARI'deki sinirlilik, klinik olarak önemli iki bileşen etrafında kavramsallaştırılır: Öfke patlamaları ve uzun süreli sinirli ruh hali. Ek olarak, CL-ARI, sinirlilik ile ilgili günlük işlevsellikte bozulmayı değerlendirir. Üç bileşen ayrı alt ölçeklerde derecelendirilir. Ölçek Haller ve ark. (278) tarafından 2020 yılında geliştirilmiş olup, Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Turan ve ark. (279) tarafından 2021 yılında yapılmıştır.

2.2.9. Kısaltılmış Duygu Dışavurumu Düzeyi (KDDD) Ölçeği (EK 7)

Nelis ve ark. (280) tarafından geliştirilen ölçek, son üç ay içinde, katılımcının hayatındaki en etkili kişinin algılanan duygu dışavurumunu değerlendirmektedir. 33 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin üç alt grubu duygusal destek yokluğu, sinirlilik ve müdahalecilik alanlarını temsil eder. Yüksek skorlar, yüksek düzeyde duygu dışavurumuna işaret eder. Dörtlü Likert tipi bir ölçektir; ölçekte dört maddeli Likert yanıtları (doğru değil, kısmen doğru, büyük ölçüde doğru, doğru) kullanılmıştır. Türkçe uyarlamasının psikometrik özellikleri Vural ve ark. tarafından değerlendirilmiştir (281).

2.2.10. Otizm Spektrum Tarama Ölçeği (OSTÖ) (Autism Spectrum Screening Questionnaire-ASSQ) (EK 8)

Otizm Spektrum Tarama Ölçeği (OSTÖ) (Autism Spectrum Screening Questionnaire) Ehlers ve ark. (282) tarafından İsveç'te geliştirilmiş, eşik altı otistik belirtileri olan ergenlerin değerlendirilmesine yardımcı olan 27 maddelik bir ölçektir. Her bir ölçek maddesi için yanıtlayıcının "çocuğun yaşıtlarına göre diğerlerinden farklı olarak göze çarpan" özelliklerini belirtmesi istenmektedir. 'Hayır' (0 puan=normal), 'Biraz' (1 puan=biraz anormallik/olağandışılık), 'Evet' (2 puan=kesin anormallik/olağandışılık) şeklinde işaretleme yapılmasıyla 0-54 arasında ÖSTO puanı elde edilmektedir. ÖSTO orijinal olarak dört faktörü ölçmek üzere tasarlanmıştır: Sosyal etkileşim (11 madde), iletişim problemleri (6 madde), kısıtlı ve tekrarlayıcı davranışlar (5 madde), motor sakarlık ve motor ve vokal tikleri içeren diğer ilişkili belirtiler (5 madde). Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Köse ve ark.(283) tarafından yapılmıştır.

2.2.11. Pensilvanya Üniversitesi Bilgisayarlı Nörobilişsel Test Bataryası (Penn CNB)

Penn Bilgisayarlı Nörobilişsel Batarya (CNB), daha önce fonksiyonel nörogörüntüleme ile doğrulanmış testler kullanılarak belirli nörodavranışsal ve sosyal bilişsel alanlarda performans doğruluğunu ve hızı ölçmek için tasarlanmış nörokognitif bir testtir. Ruben C. Gur ve ark. (284) tarafından 2010 yılında geliştirilmiş olup, Eser ve ark. (285) tarafından 2021 yılında Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Penn Bilgisayarlı Nörobilişsel Batarya (CNB), 5 nörodavranış alanını değerlendiren 14 test içerir: 1- yürütücü işlevler (soyutlama ve zihinsel esneklik, dikkat, çalışma belleği), 2- epizodik (olaysal) bellek (kelimeler, yüzler ve şekiller), 3- karmaşık biliş (sözlü akıl yürütme, sözel olmayan akıl yürütme ve uzamsal işleme), 4- sosyal biliş (duygu tanımlama, duygu yoğunluğu farklılaşması ve yaş farklılaşması) ve 5- sensorimotor hız.

2.2.11.1. Motor praxi testi

Bu görev, katılımcının duyusal-motor becerilerini ve neredeyse tüm PennCNB görevlerinde kullanılan yanıt giriş aracı olan bilgisayar faresini kullanma becerisini ölçmek için tasarlanmıştır. Testte, zamanla küçülen yeşil kutuyu takip etmeleri ve olabildiğince hızlı olmaları istenmektedir.

2.2.11.2. Yüz Hafıza Testi

Yüz hafızasını ölçmektedir. Penn CNB yüz bellek testinin anlık ve gecikmeli olmak üzere iki versiyonunu içerir. İlk adımda katılımcılara daha sonra hatırlamaları istenecek 20 yüz gösterilir. Yüz hafızası anında yanıt görevinde, katılımcılar 20'si bu görevde gördükleri yeni yüzler ve 20'si ise bu görevde onlara gösterilmemiş yeni yüzler olmak üzere 40 fotoğraflık bir seri görürler. Katılımcıların görevi, yüzü önceden görüp görmediklerine karar vermektir. Soruyu cevaplamak için dört seçenekleri vardır: “kesinlikle hayır”, “muhtemelen hayır”, “muhtemelen evet” veya “kesinlikle evet”. Gecikmiş yüz hafıza testinde ise belirli bir süre sonra aynı görev tekrar yapılır.

2.2.11.3. Penn Bilgisayarlı Parmak Dokunma Testi

Motor beceri ve hızı ölçmek için kullanılır. Bu görevde, göreve başlamadan önce her iki el için beşer deneme vardır. Katılımcıların ekranda "İLERLE" yazısını gördüklerinde verilen talimatlara göre hem baskın hem de baskın olmayan ellerinin işaret parmaklarıyla boşluk tuşuna mümkün olduğunca hızlı basmaları istenir. Ekranda "DUR" ifadesi görünüyorsa, katılımcılar klavyeye dokunmamalıdır. Test, her biri 10 saniye süren 10 denemeden oluşur. "İLERLE" talimatı sırasındaki boşluk tuşuna dokunma sayısı program tarafından kaydedilir. Bu görev, hemen hemen tüm PennCNB görevlerinde kullanılan yanıt giriş aracı olan boşluk çubuğunu kullanma becerisini ve tepki sürelerini ölçmek için tasarlanmıştır.

2.2.11.4. Görsel Nesne Öğrenme Görevi

Görsel nesne öğrenme ve epizodik hafızanın bir ölçümüdür. Bu testin ilk bölümünde, katılımcılardan anında ve gecikmeli hatırlamalar için tanımlamaları istenecek olan çeşitli üç boyutlu Öklid şekilleri gösterilir. Anında hatırlama sırasında, katılımcılara 20 adet üç boyutlu Öklid şekli gösterilir, bunların 10 tanesi daha önce ezberlemeleri gereken yeni şekillerdir. Katılımcının görevi, şekli daha önce görüp görmediğine karar vermektir. Soruyu cevaplamak için dört seçenekleri vardır: "kesinlikle hayır", "muhtemelen hayır", "muhtemelen evet" veya "kesinlikle evet". Gecikmiş hatırlama testi sırasında ise, aynı görev belirli bir süre sonra tekrar uygulanır.

2.2.11.5. Yüz Hafıza Testi ve Görsel Nesne Öğrenme Görevlerinin Geç Sürümleri

Bataryanın sonraki aşamalarında katılımcılara yüz hafıza testi ve görsel nesne öğrenme testi tekrar uygulanarak bir önceki uygulamada gösterilen yüzlerin veya görsel nesnelerin sonraki versiyonlardaki yüzler ve nesnelerle örtüşüp örtüşmediğini hatırlamaları ve doğru cevabı seçmeleri beklenir.

2.2.11.6. Duygu tanıma görevi

Bu görev duygu tanımlamanın ölçümüdür. Katılımcılara Ekman'ın 40 yüz serisi tek tek gösterilir ve yüzlerin hangi duyguyu gösterdiğini belirlemeleri

istenir. 5 cevap seçeneği vardır: mutlu, üzgün, kızgın, korku ve duygu yok. Her seçenek için yarısı erkek yarısı kadın olmak üzere sekiz farklı yüz vardır.

2.2.11.7. Penn Sürekli Performans Testi

Görsel dikkat, uyanıklık ve dürtüselliğin ölçmektedir. Bu görevde, görevin ilk yarısında dijital sayılar ve bir dizi kırmızı dikey ve yatay çizgi (7 segmentte), diğer yarısında ise dijital harf yanıp söner. Görevin başında katılımcılara, bu satırlar tam sayı veya tam harf oluşturduğunda boşluk tuşuna basmaları talimatı verilir. Her denemede, katılımcılar 300 msn boyunca uyarıyı görürler ve ardından 700 msn boyunca siyah ekran görürler. Görev iki bölüme ayrılmıştır: katılımcılar 3 dakika tamamlanmış sayıları ve ardından 3 dakika tamamlanmış harfleri görünce boşluk tuşuna basarlar.

2.2.11.8. Koşullu Dışlama Görevi

Yürütücü işlevlerdeki soyutlama becerisini ölçmektedir. Katılımcılar, dört nesne arasından diğer üçlü ile ilgili olmadığını düşündükleri nesneyi seçmelidir. Farklı olan nesneyi seçmek için görev boyunca üç kriter vardır (çizgi kalınlığı, şekli ve boyutu). Örneğin: şekillerden birinin şekli, çizgi kalınlığı veya boyutu diğerlerinden farklı olabilir. Katılımcılar her denemede şekillerden birini seçerler ve görev doğru ya da yanlış olarak geri bildirim verir. Geri bildirime bağlı olarak, katılımcılar dışlamak için doğru kriterleri belirler. Katılımcı her bir kural için arka arkaya 10 doğru cevap verdiğinde uygulanan kriterler değişir ve katılımcının yeni stratejiye uyumu beklenir.

2.2.11.9. Harf- ve- Geri Görevi (Letter-And-Back Test)

Bu görev, dikkati ve çalışma belleğini değerlendirmektedir. Bu görevde katılımcılardan bilgisayar ekranında yanıp sönen harflere dikkat etmeleri ve 0 geri, 1 geri ve 2 geri olmak üzere üç farklı kurala göre boşluk tuşuna basmaları istenir. Her denemede uyaranlar 0,5 saniye süreyle görülür ve uyaranlar arasındaki süre 2,5 saniyedir. 0-geri sırasında katılımcı ekranda X harfi göründüğünde boşluk tuşuna basmalıdır. 1-geri sırasında ekrandaki harf bir önceki harfle aynı olduğunda boşluk tuşuna basmaları istenir (örn. “T”, “R”, “R” serisinde katılımcı ikinci "R" den hemen sonra boşluk tuşuna basmalıdır). 2-geri sırasında ekrandaki harf bir önceki harfle değil de iki önceki harfle aynı

olduğunda (yani "T", "G", "T" serisinde, katılımcı ikinci “T” den hemen sonra "boşluk" tuşuna basmalıdır). 2- geri görevinin deneme oturumlarında katılımcı yanlış cevap veriyorsa, görev tarafından yönlendirilerek 2-geri görevinde gereksinimin ne olduğunu anlamalarını kolaylaştırmak için katılımcılara adım adım bir örnek verilir.

2.3. İstatistiksel Analiz

Analizler SPSS (Statistical Package for Social Sciences; SPSS Inc., Chicago, IL) 22 paket programında değerlendirilmiştir. Çalışmada tanımlayıcı veriler kategorik verilerde n, % değerleri, sürekli verilerde ise medyan (minimum-maksimum) değerleri ile gösterilmiştir. Gruplar arası kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare analizi (Pearson Chi-kare), Fisher-Freeman-Halton ve Fisher’in Kesin Ki-kare testleri kullanılmıştır. Anlamlılık bulunması durumunda çoklu karşılaştırma testlerinden Bonferroni testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile değerlendirilmiştir. İkiden fazla ölçümsel değişkenlerin karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Normal dağılıma uymayan gruplar için veriler median (min-max) olarak verilmiştir. Sürekli değişkenlerin birbiriyle ilişkisinin incelenmesinde Spearman korelasyon testinden yararlanılmıştır. İntiharı etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla adımsal ileriye yönelik ikili lojistik regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

2.4. Etik

Çalışmanın etik kurul onayı Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 25.05.2022 tarihinde 2022-11/10 karar numarası ile alınmış olup 17.01.2023 tarihinde 2023-2/5 karar numarası ile yapılan değişiklik talebi onaylanmıştır.

Bu çalışma Uludağ Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından 61690618-622.03 proje numarası ile desteklenmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya 42'si (%32,6) intihar davranışı gösteren depresyon grubu, 44'ü (%34,1) intihar davranışı göstermeyen depresyon grubu ve 43'ü (%33,3) sağlıklı kontrol grubu olmak üzere toplam 129 katılımcı dahil edilmiştir. İntihar davranışı gösteren grubun %76,2'si, intihar davranışı göstermeyen depresyon grubun %84,1'i ve kontrol grubunun ise %67,4'ü kız olup gruplar arasında cinsiyet açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (p=0,192). İntihar davranışı gösteren grubun yaş ortancası 16,0 (10,1-17,7), intihar davranışı göstermeyen grubun yaş ortancası 15,6 (12,5-18,4) ve kontrol grubunun yaş ortancası 15,8 (11,9-18,1) olup aralarında anlamlı farklılık görülmemiştir (p=0,444)(Tablo 1).

TABLO 1. Grupların demografik özelliklerinin karşılaştırılması

		Grup 1		**Grup 2**		**Kontrol**		**p**
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet	Kız	32	76,2	37	84,1	29	67,4	0,192*
	Erkek	10	23,8	7	15,9	14	32,6	
Yaş, medyan (min-maks)		16,0 (10,1-17,7)		15,6 (12,5-18,4)		15,8 (11,9-18,1)		0,444**

*Kikare analizi, **Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır. [a,b,c]Farklılığın kaynaklandığı grup.

Grup 1:intihar davranışı gösteren depresyon grubu, Grup 2:intihar davranışı göstermeyen depresyon grubu.

İntihar davranışı gösteren depresyon grubunun, %52,4'ünün anne babası birlikte, intihar davranışı göstermeyen depresyon grubunun %81,8'inin anne babası birlikte ve kontrol grubunun ise %90,7'sinin anne babası birliktedir. Gruplar arasında anne baba birlikteliği açısından anlamlı farklılık görülmüştür (p=0,001). Bu farklılık birlikte olma durumu açısından intihar davranışı gösteren depresyon grubu ile diğer iki grup arasındaki farktan

kaynaklanmıştır. İntihar davranışı gösteren depresyon grubunun %35,7'sinin anne babası boşanmış, intihar davranışı göstermeyen depresyon grubunun %13,6'sının anne babası boşanmış ve kontrol grubunun ise %7'sinin anne babası boşanmıştır. Gruplar arasında anne baba birlikteliği açısından anlamlı farklılık görülmüştür (p=0,001). Bu farklılık boşanmış olma durumu açısından intihar davranışı gösteren depresyon grubu ile kontrol grubu arasındaki farktan kaynaklanmıştır. Gruplar arasında anne eğitim durumu (p=0,357), baba eğitim durumu (p=0,102), annenin çalışma durumu (p=0,440) ve babanın çalışma durumu (p=0,178) açısından anlamlı farklılık görülmemiştir. İntihar davranışı gösteren depresyon grubunun aylık gelirinin 16500 üzeri olma oranı %16,7 iken intihar davranışı göstermeyen depresyon grubun oranı %13,6 ve kontrol grubunun ise %39,5 şeklindedir. Gruplar arasında aylık gelir açısından anlamlı farklılık görülmüştür ve bu farklılık sadece intihar davranışı göstermeyen grup ile kontrol grubu arasındaki farktan kaynaklanmıştır (p=0,015). Gruplar arasında aile yapısı (p=0,062), kaçıncı çocuk olduğu (p=0,980), kardeş sayısı (p=0,788) ve ailede kronik hastalık varlığı (p=0,126) açısından anlamlı farklılık görülmemiştir. İntihar davranışı gösteren depresyon grubunun %29,3'ünün ve intihar davranışı göstermeyen depresyon grubunun %29,5'inin ailesinde psikiyatrik hastalık var iken kontrol grubunda yoktur ve aralarında anlamlı farklılık görülmüştür (p<0,001). Bu farklılık kontrol grubu ile diğer iki grup arasındaki farktan kaynaklanmıştır (Tablo 2).

TABLO 2. Grupların ailelerine ait özelliklerinin karşılaştırılması

		Grup 1		**Grup 2**		**Kontrol**		**p***
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Anne baba birlikteliği	Birlikte	22	52,4[a]	36	81,8[b]	39	90,7[b]	**0,001**
	Boşanmış	15	35,7[a]	6	13,6[a,b]	3	7,0[b]	
	Baba vefat	2	4,8[a]	1	2,3 [a]	0	,0 [a]	
	Anne vefat	3	7,1 [a]	1	2,3 [a]	1	2,3 [a]	
Anne eğitim durumu	Yok	2	4,8	2	4,5	4	9,3	0,357
	İlkokul	15	35,7	18	40,9	8	18,6	

	Ortaokul	5	11,9	6	13,6	5	11,6	
	Lise	12	28,6	8	18,2	10	23,3	
	Üniversite	8	19,0	10	22,7	16	37,2	
Baba eğitim durumu	Yok	3	7,1	2	4,5	1	2,3	0,102
	İlkokul	11	26,2	12	27,3	8	18,6	
	Ortaokul	5	11,9	13	29,5	4	9,3	
	Lise	10	23,8	10	22,7	18	41,9	
	Üniversite	13	31,0	7	15,9	12	27,9	
Annenin çalışma durumu	Ev hanımı	18	42,9	25	56,8	24	55,8	0,440
	Çalışıyor	20	47,6	18	40,9	18	41,9	
	Emekli	4	9,5	1	2,3	1	2,3	
Babanın çalışma durumu	Çalışmıyor	10	23,8	9	20,5	4	9,3	0,178
	Çalışıyor	25	59,5	30	68,2	36	83,7	
	Emekli	7	16,7	5	11,4	3	7,0	
Aylık gelir	<4750	8	19,0 [a]	4	9,1 [a]	2	4,7 [a]	**0,015**
	4750-16500	27	64,3 [a]	34	77,3 [a]	24	55,8 [a]	
	>16500	7	16,7 [a,b]	6	13,6 [b]	17	39,5 [a]	
Aile yapısı	Çekirdek aile	26	61,9	31	70,5	36	83,7	0,062
	Geniş aile	2	4,8	5	11,4	5	11,6	
	Akraba yanında	2	4,8	1	2,3	0	,0	
	Kurum	1	2,4	1	2,3	0	,0	
	Diğer	11	26,2	6	13,6	2	4,7	
Kaçıncı çocuk olduğu	1	20	47,6	23	52,3	22	51,2	0,980
	2	17	40,5	15	34,1	15	34,9	
	3	5	11,9	5	11,4	6	14,0	
	4	0	,0	1	2,3	0	,0	
Kardeş sayısı, medyan (min-maks)		2,0 (1,0-6,0)		2,0 (1,0-5,0)		2,0 (1,0-4,0)		0,788**
Ailede kronik hastalık	Var	17	40,5	16	36,4	9	20,9	0,126
	Yok	25	59,5	28	63,6	34	79,1	
	Var	12	29,3 [a]	13	29,5 [a]	0	,0 [b]	**<0,001**

Ailede psikiyatrik hastalık	Yok	29	70,7	31	70,5	43	100,0	

*Kikare analizi, **Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır. [a,b,c]Farklılığın kaynaklandığı grup.

Grup 1: İntihar davranışı gösteren depresyon grubu, Grup 2: İntihar davranışı göstermeyen depresyon grubu.

İntihar davranışı gösteren depresyon grubunun %2,4'ünde, intihar davranışı göstermeyen depresyon grubunun %15,9'unda ve kontrol grubunun %4,7'sinde kronik hastalık var iken aralarında anlamlı farlılık tespit edilmemiştir (p=0,077). İntihar davranışı gösteren depresyon grubunun %11,9'unda ve intihar davranışı göstermeyen depresyon grubunun ise %15,9'unda psikiyatrik komorbidite var iken kontrol grubunda yoktur. Gruplar arasında psikiyatrik komorbidite varlığı açısından anlamlı farklılık görülmüştür ve bu farklılık sadece intihar davranışı göstermeyen depresyon grubu ile kontrol grubu arasındaki farktan kaynaklanmıştır (p=0,017). İntihar davranışı gösteren depresyon grubunun 5'inde komorbidite var ve bunların 1'i DEHB, 3'ü yaygın anksiyete bozukluğu ve 1'i sosyal anksiyete bozukluğudur. İntihar davranışı göstermeyen grubun 7'sinde komorbidite var ve bunların 1'i DEHB, 3'ü yaygın anksiyete bozukluğu, 2'si sosyal anksiyete bozukluğu ve 1'i yeme bozukluğudur. Gruplar arasında komorbidite çeşidi açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (p=0,241). İntihar davranışı gösteren depresyon grubunun %38,1'i, intihar davranışı göstermeyen depresyon grubunun %18,2'si ve kontrol grubunun ise %4,7'si sigara kullanmakta olup aralarında anlamlı farklılık görülmüştür (p=0,001). Bu farklılık sadece intihar davranışı gösteren depresyon grubu ile kontrol grubu arasındaki farktan kaynaklanmıştır. İntihar davranışı gösteren depresyon tanılı ergenlerin %23,8'inin ilaç kullanımı yokken, %19,0'u tekli ilaç, %57,1'i çoklu ilaç kullanmaktaydı. İntihar davranışı göstermeyen depresyon tanılı ergenlerin ise %65,9'unun ilaç kullanımı yokken, %25'i tekli ilaç, %9,1'i çoklu ilaç kullanmaktaydı.

İntihar davranışı gösteren depresyon grubunun %14,3'ü alkol kullanıyor iken intihar davranışı göstermeyen depresyon grubu ve kontrol grubu kullanmıyor ve aralarında anlamlı farklılık görülmüştür (p=0,001). Bu

farklılık intihar davranışı gösteren depresyon grubu ile diğer iki grup arasındaki farktan kaynaklanmıştır (Tablo 3).

TABLO 3. Grupların kronik hastalık, sigara ve alkol kullanımlarının karşılaştırılması

		Grup 1		**Grup 2**		**Kontrol**		**p***
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Kronik hastalık	Var	1	2,4	7	15,9	2	4,7	0,077
	Yok	41	97,6	37	84,1	41	95,3	
Psikiyatrik komoridite	Var	5	11,9[a,b]	7	15,9[a]	0	,0[b]	**0,017**
	Yok	37	88,1	37	84,1	43	100,0	
Psikiyatrik komorbidite	Yok	37	88,1	37	84,1	43	100,0	0,241
	Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu	1	2,4	1	2,3	0	,0	
	Yaygın anksiyete bozukluğu	3	7,1	3	6,8	0	,0	
	Sosyal anksiyete bozukluğu	1	2,4	2	4,5	0	,0	
	Yeme bozukluğu	0	,0	1	2,3	0	,0	
Sigara kullanımı	Var	16	38,1 [a]	8	18,2 [a,b]	2	4,7 [b]	**0,001**
	Yok	26	61,9	36	81,8	41	95,3	
Alkol kullanımı	Var	6	14,3 [a]	0	,0 [b]	0	,0 [b]	**0,001**
	Yok	36	85,7	44	100,0	43	100,0	

*Kikare analizi uygulanmıştır. [a,b,c]Farklılığın kaynaklandığı grup.

Grup 1: İntihar davranışı gösteren depresyon grubu, Grup 2: İntihar davranışı göstermeyen depresyon grubu

İntihar davranışı gösteren depresyon grubunun %66,7'sinde önceden intihar girişimi var iken diğer iki grupta yoktur ve aralarında anlamlı farklılık görülmüştür (p<0,001). İntihar girişimi olan 28 kişinin %89,3'ü ilaçla, %3,6'sı ası ile ve %7,1'i ise kesi ile intihar girişiminde bulunmuştur. İntihar davranışı gösteren depresyon grubunun %92,9'unda ve intihar davranışı göstermeyen

depresyon grubunun ise %34,1'inde intihar olmayan kendini yaralama davranışı var iken kontrol grubunda yoktur. Gruplar arasında intihar olmayan kendini yaralama davranışı açısından anlamlı farklılık görülmüştür ve bu farklılık tüm gruplar arasındaki farktan kaynaklanmıştır (p<0,001). İntihar davranışı gösteren depresyon grubunun %95,2'sinde ve intihar davranışı göstermeyen depresyon grubunun ise %47,7'sinde önceden intihar düşüncesi var iken kontrol grubunda yoktur. Gruplar arasında önceden intihar düşüncesi açısından anlamlı farklılık görülmüştür ve bu farklılık tüm gruplar arasındaki farktan kaynaklanmıştır (p<0,001). İntihar davranışı gösteren depresyon grubunun %11,9'unun ve intihar davranışı göstermeyen depresyon grubunun ise %4,5'inin ailesinde intihar girişimi var iken kontrol grubunda yoktur. Gruplar arasında ailede intihar girişimi açısından anlamlı farklılık görülmüştür ve bu farklılık sadece intihar davranışı gösteren depresyon ile kontrol grubu arasındaki farktan kaynaklanmıştır (p=0,033). İntihar davranışı gösteren depresyon grubun %4,8'inin, intihar davranışı göstermeyen depresyon grubunun %2,3'ünün ailesinde tamamlanmış intihar var iken kontrol grubunda yoktur ve gruplar arasında ailede tamamlanmış intihar açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (p=0,320). İntihar davranışı gösteren depresyon grubunun ailesinde tamamlanmış intiharın 1'i ilaç ile 1'i de silah ile yapılmış iken intihar davranışı göstermeyen depresyon grubunun ailesinde tamamlanmış intiharın 1'i ası ile 1'i de kesi ile yapılmıştır ve aralarında anlamlı farklılık görülmemiştir (p=1,000) (Tablo 4).

TABLO 4. Grupların ve ailelerinin intihar ile ilişkili özelliklerinin karşılaştırılması

		Grup 1		**Grup 2**		**Kontrol**		**p***
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Önceden intihar girişimi	Var	28	66,7 [a]	0	,0 [b]	0	,0 [b]	**<0,001**
	Yok	14	33,3	44	100,0	43	100,0	
İntihar şekli	İlaç	25	89,3	-		-		
	Ası	1	3,6					
	Kesi	2	7,1					

İntihar olmayan kendini yaralama	Var	39	92,9[a]	15	34,1[b]	0	,0[c]	**<0,001**
	Yok	3	7,1	29	65,9	43	100,0	
Önceden intihar düşüncesi	Var	40	95,2[a]	21	47,7[b]	0	,0[c]	**<0,001**
	Yok	2	4,8	23	52,3	43	100,0	
Ailede intihar girişimi	Var	5	11,9[a]	2	4,5[a,b]	0	,0[b]	**0,033**
	Yok	37	88,1	42	95,5	43	100,0	
Ailede tamamlanmış intihar	Var	2	4,8	1	2,3	0	,0	0,320
	Yok	40	95,2	43	97,7	43	100,0	
Aile intihar şekli	İlaç	1	33,3	0	,0	-		1,000
	Silah	1	33,3	0	,0			
	Ası	1	33,3	1	50,0			
	Kesi	0	,0	1	50,0			

*Kikare analizi uygulanmıştır. [a,b,c]Farklılığın kaynaklandığı grup.

Grup 1: İntihar davranışı gösteren depresyon grubu, Grup 2: İntihar davranışı göstermeyen depresyon grubu.

Gruplar arasında ayrılık anksiyetesi, sosyal fobi, OKB, yaygın aksiyete bozukluğu ve major depresif bozukluk puanı açısından anlamlı farklılık görülmüştür (p<0,001). Bu farklılık bu 5 puan için de kontrol grubu ile diğer iki grup arasındaki farktan kaynaklanmıştır ve kontrol grubunun puanı daha düşük bulunmuştur. Gruplar arasında panik bozukluk puanları açısından anlamlı farklılık görülmüştür (p<0,001). Bu farklılık tüm gruplar arasındaki farktan kaynaklanmıştır ve intihar davranışı gösteren grubun puanı en yüksek kontrol grubunun ise en düşük olarak belirlenmiştir (Tablo 5).

TABLO 5. Grupların ÇADÖ-Y alt boyutlarının karşılaştırılması

	Grup 1	**Grup 2**	**Kontrol**	**p***
	Medyan (min-maks)	Medyan (min-maks)	Medyan (min-maks)	
Ayrılık anksiyetesi bozukluğu	6,0 (,0-18,0)[a]	6,0 (,0-17,0)[a]	2,0 (,0-13,0)[b]	**<0,001**

Sosyal fobi	21,5 (3,0-27,0)[a]	19,0 (3,0-25,0)[a]	9,0 (,0-22,0)[b]	**<0,001**
Obsesif kompulsif bozukluk	10,0 (3,0-17,0)[a]	10,0 (2,0-18,0)[a]	5,0 (,0-11,0)[b]	**<0,001**
Panik bozukluk	20,0 (2,0-27,0)[a]	12,0 (,0-27,0)[b]	7,0 (,0-16,0)[c]	**<0,001**
Yaygın anksiyete bozukluğu	13,5 (4,0-18,0)[a]	11,5 (3,0-17,0)[a]	6,0 (,0-14,0)[b]	**<0,001**
Major depresif bozukluk	25,5 (6,0-30,0)[a]	21,0 (8,0-29,0)[a]	8,0 (,0-16,0)[b]	**<0,001**

*Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır. [a,b,c]Farklılığın kaynaklandığı grup.

Grup 1: İntihar davranışı gösteren depresyon grubu, Grup 2: İntihar davranışı göstermeyen depresyon grubu.

Gruplar arasında umutsuzluk, intihar düşüncesi, düşmanca tutum ve toplam puanı açısından anlamlı farklılık görülmüştür (p<0,001). Bu farklılık bu 3 puan için de tüm gruplar arasındaki farktan kaynaklanmıştır ve intihar davranışı gösteren depresyon grubunun puanı en yüksek kontrol grubunun ise en düşük olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında olumsuz kendilik değerlendirmesi puanı açısından anlamlı farklılık görülmüştür (p<0,001). Bu farklılık kontrol grubu ile diğer iki grup arasındaki farktan kaynaklanmıştır ve kontrol grubunun puanı daha düşük bulunmuştur (Tablo 6).

TABLO 6. Grupların İntihar Olasılığı Ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması

	Grup 1	**Grup 2**	**Kontrol**	**p***
	Medyan (min-maks)	Medyan (min-maks)	Medyan (min-maks)	
Umutsuzluk	37,5 (23,0-46,0)[a]	31,0 (17,0-48,0)[b]	21,0 (13,0-36,0)[c]	**<0,001**
İntihar düşüncesi	23,0 (11,0-32,0)[a]	14,5 (8,0-28,0)[b]	9,0 (8,0-23,0)[c]	**<0,001**
Olumsuz kendilik değerlendirmesi	28,0 (17,0- 36,0)[a]	26,5 (15,0-36,0)[a]	20,0 (11,0-29,0)[b]	**<0,001**
Düşmanca tutum	18,5 (11,0-28,0)[a]	14,5 (8,0-25,0)[b]	9,0 (7,0-20,0)[c]	**<0,001**

İOÖ-toplam	105,0 (74,0-138,0)[a]	84,5 (52,0-122,0)[b]	59,0 (47,0-97,0)[c]	**<0,001**

*Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır. [a,b,c]Farklılığın kaynaklandığı grup.

Grup 1: İntihar davranışı gösteren depresyon grubu, Grup 2: İntihar davranışı göstermeyen depresyon grubu.

Gruplar arasında hayatındaki en etkili kişinin / ailenin duygusal destek yokluğu puanı açısından anlamlı farklılık görülmüştür (p<0,001). Bu farklılık kontrol grubu ile diğer iki grup arasındaki farktan kaynaklanmıştır ve kontrol grubunun puanı daha düşük bulunmuştur. Gruplar arasında hayatındaki en etkili kişinin / ailenin sinirlilik puanı açısından anlamlı farklılık görülmüştür (p=0,001). Bu farklılık sadece intihar davranışı gösteren depresyon grubu ile kontrol grubu arasındaki farktan kaynaklanmıştır ve intihar davranışı gösteren depresyon grubunun puanı daha yüksek bulunmuştur. Gruplar arasında hayatındaki en etkili kişinin / ailenin müdahalecilik puanı açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (p=0,082) (Tablo 7).

TABLO 7. Grupların ergenlerde Kısaltılmış Duygu Dışavurumu Düzeyi Ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması

	Grup 1	**Grup 2**	**Kontrol**	**p***
	Medyan (min-maks)	Medyan (min-maks)	Medyan (min-maks)	
Duygusal destek yokluğu	42,5 (15,0-60,0)[a]	40,0 (16,0-60,0)[a]	27,0 (15,0-51,0)[b]	**<0,001**
Sinirlilik	23,0 (11,0-44,0)[a]	18,0 (11,0-41,0)[a,b]	15,0 (11,0-34,0)[b]	**<0,001**
Müdahalecilik	15,0 (8,0-24,0)	13,5 (6,0-23,0)	13,0 (6,0-24,0)	0,082

*Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır. [a,b]Farklılığın kaynaklandığı grup.

Grup 1: İntihar davranışı gösteren depresyon grubu, Grup 2: İntihar davranışı göstermeyen depresyon grubu.

Gruplar arasında kısıtlayıcı ve tekrarlayıcı davranışlar, sosyal etkileşim ve iletişim problemleri puanı açısından anlamlı farklılık görülmüştür

(p<0,001). Bu farklılık kontrol grubu ile diğer iki grup arasındaki farktan kaynaklanmıştır ve kontrol grubunun puanı daha düşük bulunmuştur (Tablo 8).

TABLO **8.** Grupların Otizm Spektrum Tarama Ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması

	Grup 1	**Grup 2**	**Kontrol**	**p***
	Medyan (min-maks)	Medyan (min-maks)	Medyan (min-maks)	
Kısıtlı ve tekrarlayıcı davranışlar	3,5 (,0-15,0)[a]	2,0 (,0-13,0)[a]	,0 (,0-7,0)[b]	**<0,001**
Sosyal etkileşim	3,0 (,0-16,0)[a]	2,0 (,0-10,0)[a]	,0 (,0-7,0)[b]	**<0,001**
İletişim problemleri	3,0 (,0-12,0)[a]	3,0 (,0-8,0)[a]	,0 (,0-6,0)[b]	**<0,001**

*Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır. [a,b]Farklılığın kaynaklandığı grup.

Grup 1: İntihar davranışı gösteren depresyon grubu, Grup 2: İntihar davranışı göstermeyen depresyon grubu.

Gruplar arasında pozitif aciliyet ve negatif aciliyet puanı açısından anlamlı farklılık görülmüştür (p<0,001). Bu farklılık intihar davranışı gösteren depresyon grubu ile diğer iki grup arasındaki farktan kaynaklanmıştır ve intihar davranışı gösteren depresyon grubunun puanı daha düşük bulunmuştur. Gruplar arasında heyecan arayışı puanı açısından anlamlı farklılık görülmüştür (p=0,048). Bu farklılık intihar davranışı göstermeyen depresyon grubu ile kontrol grubu arasındaki farktan kaynaklanmıştır ve intihar davranışı göstermeyen depresyon grubunun puanı daha yüksek bulunmuştur (Tablo 9).

TABLO 9. Grupların S-UPPS-P dürtüsellik ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması

	Grup 1	**Grup 2**	**Kontrol**	**p***
	Medyan (min-maks)	Medyan (min-maks)	Medyan (min-maks)	
Pozitif aciliyet	8,0 (4,0-16,0)[a]	11,0 (5,0-16,0)[b]	11,0 (5,0-16,0)[b]	**<0,001**

Sebatsızlık	8,0 (6,0-11,0)	8,0 (4,0-10,0)	8,0 (4,0-11,0)	0,710
Tasarlama eksikliği	11,0 (6,0-15,0)	11,0 (7,0-14,0)	12,0 (7,0-15,0)	0,581
Heyecan arayışı	8,0 (4,0-16,0)[a,b]	9,0 (4,0-16,0)[a]	8,0 (4,0-13,0)[b]	**0,048**
Negatif aciliyet	7,0 (4,0-14,0)[a]	10,0 (4,0-16,0)[b]	11,0 (4,0-15,0)[b]	**<0,001**

*Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır. [a,b]Farklılığın kaynaklandığı grup.

Grup 1: İntihar davranışı gösteren depresyon grubu, Grup 2: İntihar davranışı göstermeyen depresyon grubu.

Gruplar arasında öfke patlamaları, irritabl duygudurum ve işlevsellik kaybı puanı açısından anlamlı farklılık görülmüştür (p<0,001). Bu farklılık tüm gruplar arasındaki farktan kaynaklanmıştır ve intihar davranışı gösteren depresyon grubunun puanı en yüksek, kontrol grubunun ise en düşük bulunmuştur (Tablo 10).

TABLO 10. Grupların Klinisyen Tarafından Derecelendirilmiş Öfke ve İrritabilite Ölçeği (CL-ARI) ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması

	Grup 1	**Grup 2**	**Kontrol**	**p***
	Medyan (min-maks)	Medyan (min-maks)	Medyan (min-maks)	
Öfke Patlamaları	9,5 (,0-19,0)[a]	5,0 (,0-17,0)[b]	3,0 (,0-10,0)[c]	**<0,001**
İrritabl duygudurum	3,0 (,0-8,0)[a]	2,0 (,0-8,0)[b]	1,0 (,0-4,0)[c]	**<0,001**
İşlevsellik kaybı	3,0 (,0-12,0)[a]	1,0 (,0-12,0)[b]	,0 (,0-4,0)[c]	**<0,001**

*Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır. [a,b]Farklılığın kaynaklandığı grup.

Grup 1: İntihar davranışı gösteren depresyon grubu, Grup 2: İntihar davranışı göstermeyen depresyon grubu.

Gruplar arasında ÇDDÖ-R puanı açısından anlamlı farklılık görülmüştür (p<0,001). Bu farklılık tüm gruplar arasındaki farktan kaynaklanmıştır ve intihar davranışı gösteren depresyon grubunun puanı en yüksek, kontrol grubunun ise en düşük bulunmuştur (Tablo 11).

TABLO 11. Grupların Çocuk Depresyon Derecelendirme Ölçeği-Revize (ÇDDÖ-R) toplam puanının karşılaştırılması

	Grup 1	**Grup 2**	**Kontrol**	**p***
	Medyan (min-maks)	Medyan (min-maks)	Medyan (min-maks)	
ÇDDÖ-R	63,0 (37,0-84,0)[a]	52,5 (43,0-72,0)[b]	21,0 (17,0-30,0)[c]	**<0,001**

*Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır. [a,b]Farklılığın kaynaklandığı grup.

Grup 1: İntihar davranışı gösteren depresyon grubu, Grup 2: İntihar davranışı göstermeyen depresyon grubu.

ÇDDÖ-R**:** Çocuk Depresyon Derecelendirme Ölçeği-Revize.

Gruplar arasında Parmak Dokunma Testi dominant el tepki süresi (p=0,01), Yüz Hafıza Testi Geç Sürümü doğru yanıt verme hızı (p=0,019), Görsel Nesne Öğrenme Testi doğru yanıt sayısı (p=0,008) ve Görsel Nesne Öğrenme Testi Geç Sürümü doğru yanıt sayısı (p=0,001) değeri açısından anlamlı farklılık görülmüştür. Bu farklılık kontrol grubu ile diğer iki grup arasındaki farktan kaynaklanmıştır ve kontrol grubunun değeri daha yüksek bulunmuştur. Gruplar arasında Yüz Hafıza Testi Geç Sürümü doğru yanıt sayısı değeri açısından anlamlı farklılık görülmüştür (p=0,009). Bu farklılık sadece intihar davranışı göstermeyen grup ile kontrol grubu arasındaki farktan kaynaklanmıştır ve intihar davranışı göstermeyen depresyon grubunun değeri daha düşük bulunmuştur. Gruplar arasında Görsel Nesne Öğrenme Testi doğru yanıt verme hızı değeri açısından anlamlı farklılık görülmüştür (p=0,033). Bu farklılık sadece intihar davranışı gösteren depresyon grubu ile intihar davranışı göstermeyen depresyon grubu arasındaki farktan kaynaklanmıştır ve intihar davranışı gösteren depresyon grubun değeri daha düşük bulunmuştur (Tablo 12).

TABLO 12. Grupların Penn bataryasında bakılan nörokognisyon alt testlerinin karşılaştırılması

	Grup 1	**Grup 2**	**Kontrol**	**p***

	Medyan (min-maks)	Medyan (min-maks)	Medyan (min-maks)	
MP.2RTCR	1045,5 (464,0-9915,0)	906,0 (529,0-10755,0)	871,0 (479,0-9035,0)	0,898
CPF.CR	29,0 (20,0-36,0)	29,0 (19,0-35,0)	29,0 (22,0-36,0)	0,268
CPF.RTCR	1538,0 (976,0-22405,0)	1582,0 (892,0-30195,0)	1777,0 (1152,0-16835,0)	0,062
SCTAPDOM	5383333,5 (1046667,0-8533333,0)[a]	5333333,0 (1000000,0-7066667,0)[a]	5766667,0 (2033333,0-8833333,0)[b]	**0,01**
SCTAPTOT	1256666,5 (1010000,0-9800000,0)	1240000,0 (1003333,0-9733333,0)	1233333,0 (1000000,0-9900000,0)	0,830
CPFD.CR	30,5 (15,0-39,0)[a,b]	29,0 (19,0-39,0)[a]	32,0 (24,0-37,0)[b]	**0,009**
CPFD.RTCR	1395,5 (568,0-14275,0)[a]	1378,0 (236,0-13315,0)[a]	1576,0 (1047,0-24075,0)[b]	**0,019**
PCET.CR	40,0 (19,0-72,0)	37,0 (24,0-69,0)	38,0 (2,0-58,0)	0,397
PCET.RTCR	1753,0 (1138,0-31345,0)	2076,0 (1157,0-24745,0)	1955,0 (1186,0-50625,0)	0,511
SVOLT.CR	14,0 (11,0-19,0)[a]	14,0 (9,0-19,0)[a]	16,0 (10,0-20,0)[b]	**0,008**
SVOLT.RTCR	1446,0 (776,0-21115,0)[a]	1713,0 (232,0-16445,0)[b]	1620,0 (1100,0-18415,0)[a,b]	**0,033**
SVOLTD.CR	13,0 (7,0-18,0)[a]	13,5 (5,0-18,0)[a]	16,0 (11,0-19,0)[b]	**0,001**
SVOLTD.RTCR	1534,0 (784,0-14635,0)	1467,5 (968,0-17965,0)	1548,0 (920,0-25235,0)	0,579
SCPN.TP	24,0 (,0-30,0)	24,5 (7,0-30,0)	27,0 (11,0-30,0)	0,124
SCPN.TPRT	503,0 (406,0-6265,0)	518,0 (312,0-5425,0)	525,0 (405,0-6275,0)	0,911
SCPL.TP	24,0 (,0-30,0)	25,5 (3,0-30,0)	26,0 (1,0-30,0)	0,146
SCPL.TPRT	578,5 (298,0-6585,0)	540,5 (333,0-5605,0)	590,0 (281,0-7085,0)	0,090
LNB2.TP	41,0 (24,0-45,0)	41,0 (30,0-45,0)	42,0 (27,0-45,0)	0,292
LNB2.RTC	549,5 (387,0-6735,0)	537,0 (375,0-5445,0)	520,0 (400,0-5635,0)	0,206

*Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır. [a,b]Farklılığın kaynaklandığı grup.

Grup 1: İntihar davranışı gösteren depresyon grubu, Grup 2: İntihar davranışı göstermeyen depresyon grubu.

MP.2RTCR: Motor praxi testi hızı,CPF.CR:Yüz Hafıza Testi doğru yanıt sayısı, CPF.RTCR: Yüz Hafıza Testi doğru yanıt verme hızı, SCTAPDOM: Parmak Dokunma Testi dominant el tepki süresi, SCTAPTOT: Parmak Dokunma Testi her iki el toplam tepki süresi, CPFD.CR: Yüz Hafıza Testi Geç Sürümü doğru yanıt sayısı, CPFD.RTCR :Yüz Hafıza Testi Geç Sürümü doğru yanıt hızı, PCET.CR:Koşullu Dışlama Görevi doğru yanıt sayısı, PCET.RTCR: Koşullu Dışlama Görevi doğru yanıt hızı, SVOLT.CR: Görsel Nesne Öğrenme Görevi doğru yanıt sayısı, SVOLT.RTCR: Görsel Nesne Öğrenme Görevi doğru yanıt hızı, SVOLTD.CR: Görsel Nesne Öğrenme Görevi Geç Sürümü doğru yanıt sayısı, SVOLTD.RTCR: Görsel Nesne Öğrenme Görevi Geç Sürümü doğru yanıt hızı, SCPN.TP: Sürekli Performans Sayı Testi doğru yanıt sayısı, SCPL.TPRT: Sürekli Performans Harf Testi doğru yanıt hızı, SCPL.TP: Sürekli Performans Harf Testi doğru yanıt sayısı, SCPL.TPRT: Sürekli Performans Harf Testi doğru yanıt hızı, LNB2.TP: Harf- ve- Geri Görevi doğru yanıt sayısı, LNB2.RTC: Harf- ve- Geri Görevi doğru yanıt hızı.

Gruplar arasında Duygu tanıma görevi nötral duygu tanıma değeri açısından anlamlı farklılık görülmüştür (p=0,025). Bu farklılık sadece intihar davranışı göstermeyen depresyon grubu ile kontrol grubu arasındaki farktan kaynaklanmıştır ve intihar davranışı göstermeyen depresyon grubunun değeri daha düşük bulunmuştur (Tablo 13). Depresyon grubu ve kontrol grubu yanlış pozitif yanıtlar açısından karşılaştırıldığında yanlış pozitif üzüntü (FPS) yanıtı için medyan değer hasta grubunda 2,00 (0-8), kontrol grubunda 1,00 (0-5) ve yanlış pozitif korku (FPF) yanıtı için medyan değer hasta grubunda 1,00 (0-5), kontrol grubunda 0 (0-5) bulunmuş olup, üzüntü ve korku duyguları yanlış pozitif yanıtları açısından hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur. (sırasıyla p= 0,030, p=0,025). Diğer duyguların (öfke, mutluluk, nötral duygu) yanlış pozitiflik puanları açısından hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05).

TABLO 13. Grupların Penn bataryasında sosyal kognisyon parametrelerinin karşılaştırılması

	Grup 1	**Grup 2**	**Kontrol**	**p***
	Medyan (min-maks)	Medyan (min-maks)	Medyan (min-maks)	
ER40.CR	32,0 (25,0-38,0)	34,0 (13,0-38,0)	34,0 (26,0-39,0)	0,091
ER40.RTCR	1796,5 (1324,0-22125,0)	1834,0 (1352,0-31755,0)	1911,0 (1334,0-21605,0)	0,490
ER40.ANGRY	5,5 (2,0-8,0)	6,0 (2,0-8,0)	6,0 (2,0-8,0)	0,761

ER40.FEAR	7,0 (3,0-8,0)	7,0 (1,0-8,0)	7,0 (3,0-8,0)	0,064
ER40.HAPPY	8,0 (5,0-8,0)	8,0 (3,0-8,0)	8,0 (6,0-8,0)	0,607
ER40.NOEMOT	7,0 (1,0-8,0)[a,b]	6,0 (2,0-8,0)[a]	7,0 (3,0-8,0)[b]	**0,025**
ER40.SAD	6,0 (3,0-8,0)	7,0 (2,0-8,0)	7,0 (3,0-8,0)	0,257

*Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır. [a,b]Farklılığın kaynaklandığı grup.

Grup 1: İntihar davranışı gösteren depresyon grubu, Grup 2: İntihar davranışı göstermeyen depresyon grubu.

ER40.CR: Duygu tanıma görevi doğru yanıt sayısı, ER40.RTCR: Duygu tanıma görevi doğru yanıt hızı, ER40.ANGRY: Duygu tanıma görevi kızgın duygu tanıma, ER40.FEAR: Duygu tanıma görevi korku tanıma, ER40.HAPPY: Duygu tanıma görevi mutlu duygu tanıma, ER40.NOEMOT: Duygu tanıma görevi nötral duyguyu tanıma, ER40.SAD: Duygu tanıma görevi üzgün duygu tanıma.

Hasta grubunda ÇADÖ-Y puanı ile PENN batarya sonuçları karşılaştırıldığında; ayrılık anksiyetesi puanları ile SCTAPDOM ve ER40.CR arasında negatif yönde anlamlı bir korelasyon görülmüştür. OKB puanları ile CPF.CR arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Panik bozukluk puanları ile PCET.CR arasında pozitif yönde; panik bozukluk puanları ile SVOLTD.CR ve ER40.CR arasında ise negatif yönde anlamlı bir korelasyon belirlenmiştir. Hasta grubunda ÇDDÖ-R toplam puan ile SVOLT.CR, SVOLTD.CR ve ER40.CR arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki görülmüştür (Tablo 14).

TABLO 14. Hasta grubunda ÇADÖ-Y alt boyutları ve ÇDDÖ-R puanları ile PENN batarya sonuçlarının korelasyonu

		Ayrılık anksiyetesi	Sosyal fobi	OKB	Panik boz.	Yaygın ank. Boz.	ÇDDÖ-R
MP.2RTCR	r	-,022	-,011	,040	-,002	,018	,130
	p	,838	,918	,717	,988	,871	234
CPF.CR	r	,126	,163	**,214**	,165	,126	-,022
	p	,252	,135	**,049**	,130	,247	,838

CPF.RTCR	r	,018	,042	,080	-,069	,000	,079
	p	,870	,699	,468	,531	,999	,472
SCTAPDOM	r	**-,231**	-,143	-,176	-,155	-,186	-,006
	p	**,033**	,189	,107	,157	,087	,959
SCTAPTOT	r	,124	,007	,027	,144	,172	-,074
	p	,258	,949	,809	,189	,114	,496
CPFD.CR	r	,118	,190	,156	,068	,066	-,007
	p	,281	,079	,154	,539	,546	,950
CPFD.RTCR	r	-,044	-,059	,105	-,021	-,089	,077
	p	,688	,592	,337	,848	,416	,479
PCET.CR	r	,053	,107	,082	**,214**	,058	,085
	p	,632	,326	,455	**,050**	,597	,435
PCET.RTCR	r	-,012	-,018	,020	-,048	,081	,083
	p	,913	,872	,854	,660	,461	,446
SVOLT.CR	r	-,073	,086	-,136	-,200	-,080	**-,230**
	p	,504	,429	,213	,066	,463	**,033**
SVOLT.RTCR	r	,044	,118	,076	-,018	-,010	-,104
	p	,689	,279	,492	,867	,929	,340
SVOLTD.CR	r	-,172	-,026	-,072	**-,298**	-,083	**-,231**
	p	,116	,814	,513	**,006**	,446	**,032**
SVOLTD.RTCR	r	,142	,146	,053	,057	,042	,148
	p	,195	,179	,632	,606	,704	,173
SCPN.TP	r	-,080	,053	-,085	,032	,039	-,024
	p	,465	,625	,439	,772	,724	,826
SCPN.TPRT	r	,071	-,022	-,058	,015	,087	-,121
	p	,521	,842	,598	,895	,428	,269

SCPL.TP	r	-,076	,108	-,081	-,016	-,067	,017
	p	,491	,324	,459	,886	,542	,879
SCPL.TPRT	r	,025	-,090	-,033	,095	,109	,184
	p	,824	,409	,766	,388	,318	,089
LNB2.TP	r	-,094	,082	,012	-,062	,067	,064
	p	,394	,453	,915	,571	,541	,558
LNB2.RTC	r	,039	-,114	,079	,063	,005	,049
	p	,721	,295	,472	,568	,962	,656
ER40.CR	r	**-,243**	,012	-,202	**-,263**	-,091	**-,260**
	p	**,025**	,913	,064	**,015**	,403	**,016**
ER40.RTCR	r	,064	,072	,071	,099	,096	,167
	p	,563	,511	,520	,369	,377	,125

Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır. MP.2RTCR: Motor praxi testi hızı, CPF.CR:Yüz Hafıza Testi doğru yanıt sayısı, CPF.RTCR: Yüz Hafıza Testi doğru yanıt verme hızı, SCTAPDOM: Parmak Dokunma Testi dominant el tepki süresi, SCTAPTOT: Parmak Dokunma Testi her iki el toplam tepki süresi, CPFD.CR: Yüz Hafıza Testi Geç Sürümü doğru yanıt sayısı, CPFD.RTCR :Yüz Hafıza Testi Geç Sürümü doğru yanıt hızı, PCET.CR:Koşullu Dışlama Görevi doğru yanıt sayısı, PCET.RTCR: Koşullu Dışlama Görevi doğru yanıt hızı, SVOLT.CR: Görsel Nesne Öğrenme Görevi doğru yanıt sayısı, SVOLT.RTCR: Görsel Nesne Öğrenme Görevi doğru yanıt hızı, SVOLTD.CR: Görsel Nesne Öğrenme Görevi Geç Sürümü doğru yanıt sayısı, SVOLTD.RTCR: Görsel Nesne Öğrenme Görevi Geç Sürümü doğru yanıt hızı, SCPN.TP: Sürekli Performans Sayı Testi doğru yanıt sayısı, SCPL.TPRT: Sürekli Performans Harf Testi doğru yanıt hızı, SCPL.TP: Sürekli Performans Harf Testi doğru yanıt sayısı, SCPL.TPRT: Sürekli Performans Harf Testi doğru yanıt hızı, LNB2.TP: Harf- ve- Geri Görevi doğru yanıt sayısı, LNB2.RTC: Harf- ve- Geri Görevi doğru yanıt hızı. ER40.CR: Duygu tanıma görevi doğru yanıt sayısı, ER40.RTCR: Duygu tanıma görevi doğru yanıt hızı, ER40.ANGRY: Duygu tanıma görevi kızgın duygu tanıma, ER40.FEAR: Duygu tanıma görevi korku tanıma, ER40.HAPPY: Duygu tanıma görevi mutlu duygu tanıma, ER40.NOEMOT: Duygu tanıma görevi nötral duyguyu tanıma, ER40.SAD: Duygu tanıma görevi üzgün duygu tanıma.

Hasta grubunda umutsuzluk ile SCPL.TPRT arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon görülmüştür. İntihar düşüncesi ile SCPL.TPRT arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon görülmüştür. Düşmanca tutum ile SCPL.TPRT arasında pozitif yönde; düşmanca tutum ile SVOLT.CR ve ER40.CR arasında ise negatif yönde anlamlı bir korelasyon görülmüştür. İOO

Toplam puan ile SCPL.TPRT ve SCPN.TPRT arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon görülmüştür (Tablo 15).

TABLO 15. Hasta grubunda İntihar Olasılığı Ölçeği alt boyutları ile PENN batarya sonuçlarının korelasyonu

		Umutsuzluk	İntihar düşüncesi	Olumsuz kendilik	Düşmanca tutum	Toplam
MP.2RTCR	r	,095	-,052	-,001	,075	,016
	p	,382	,634	,994	,490	,887
CPF.CR	r	,030	,062	,040	-,024	,041
	p	,782	,574	,712	,829	,708
CPF.RTCR	r	,014	-,087	,103	-,001	-,015
	p	,899	,427	,347	,992	,889
SCTAPDOM	r	-,068	-,040	-,116	-,131	-,078
	p	,531	,715	,289	,228	,475
SCTAPTOT	r	-,141	-,170	,032	-,040	-,137
	p	,194	,117	,773	,717	,209
CPFD.CR	r	,116	,099	-,018	,017	,084
	p	,286	,363	,869	,877	,440
CPFD.RTCR	r	,033	,058	,056	,031	,030
	p	,761	,595	,611	,779	,784
PCET.CR	r	,035	,104	,013	,101	,068
	p	,746	,339	,906	,354	,536
PCET.RTCR	r	,133	-,028	,135	,109	,098
	p	,221	,799	,216	,316	,367
SVOLT.CR	r	-,033	-,023	-,045	**-,252**	-,079
	p	,765	,832	,679	**,019**	,468

SVOLT.RTCR	r	-,027	-,056	,013	-,019	-,051
	p	,807	,611	,906	,859	,638
SVOLTD.CR	r	-,023	,056	-,065	-,192	-,028
	p	,833	,607	,551	,077	,796
SVOLTD.RTCR	r	,070	,067	,079	,083	,076
	p	,523	,541	,472	,448	,486
SCPN.TP	r	-,070	-,033	,033	-,053	-,041
	p	,521	,762	,761	,625	,707
SCPN.TPRT	r	,019	-,043	-,087	-,017	**,215**
	p	,864	,692	,425	,874	,047
SCPL.TP	r	-,124	-,110	-,064	-,020	-,114
	p	,256	,311	,557	,853	,297
SCPL.TPRT	r	**,226**	**,222**	-,087	**,268**	**,215**
	p	**,036**	**,040**	,425	**,012**	,047
LNB2.TP	r	-,021	,105	-,206	-,095	-,051
	p	,851	,336	,058	,386	,639
LNB2.RTC	r	,016	,080	,175	,000	,086
	p	,882	,464	,107	,999	,432
ER40.CR	r	-,151	-,137	-,149	**-,213**	-,200
	p	,164	,208	,171	**,049**	,065
ER40.RTCR	r	-,026	,136	-,033	-,015	,017
	p	,811	,213	,764	,893	,876

Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır. MP.2RTCR: Motor praxi testi hızı, CPF.CR:Yüz Hafıza Testi doğru yanıt sayısı, CPF.RTCR: Yüz Hafıza Testi doğru yanıt verme hızı, SCTAPDOM: Parmak Dokunma Testi dominant el tepki süresi, SCTAPTOT: Parmak Dokunma Testi her iki el toplam tepki süresi, CPFD.CR: Yüz Hafıza Testi Geç Sürümü doğru yanıt sayısı, CPFD.RTCR :Yüz Hafıza Testi Geç Sürümü doğru yanıt hızı, PCET.CR:Koşullu Dışlama Görevi doğru yanıt sayısı, PCET.RTCR: Koşullu Dışlama Görevi doğru yanıt hızı, SVOLT.CR: Görsel Nesne Öğrenme Görevi doğru yanıt sayısı, SVOLT.RTCR: Görsel Nesne Öğrenme Görevi doğru yanıt hızı, SVOLTD.CR: Görsel Nesne Öğrenme Görevi Geç Sürümü doğru yanıt sayısı, SVOLTD.RTCR: Görsel Nesne Öğrenme Görevi Geç Sürümü doğru yanıt hızı, SCPN.TP: Sürekli Performans Sayı Testi doğru yanıt sayısı, SCPL.TPRT: Sürekli Performans Harf Testi doğru yanıt hızı, SCPL.TP: Sürekli

Performans Harf Testi doğru yanıt sayısı, SCPL.TPRT: Sürekli Performans Harf Testi doğru yanıt hızı, LNB2.TP: Harf- ve- Geri Görevi doğru yanıt sayısı, LNB2.RTC: Harf- ve- Geri Görevi doğru yanıt hızı. ER40.CR: Duygu tanıma görevi doğru yanıt sayısı, ER40.RTCR: Duygu tanıma görevi doğru yanıt hızı, ER40.ANGRY: Duygu tanıma görevi kızgın duygu tanıma, ER40.FEAR: Duygu tanıma görevi korku tanıma, ER40.HAPPY: Duygu tanıma görevi mutlu duygu tanıma, ER40.NOEMOT: Duygu tanıma görevi nötral duyguyu tanıma, ER40.SAD: Duygu tanıma görevi üzgün duygu tanıma.

Hasta grubunda pozitif aciliyet ile SVOLTD.CR ve ER40.CR arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon tespit edilmiştir. Negatif aciliyet ile SCTAPDOM, SVOLT.CR, SVOLTD.CR ve ER40.CR arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon tespit edilmiştir (Tablo 16). Ayrıca hasta grubunda öfke patlamaları ile PCET.CR arasında pozitif yönde; öfke patlamaları ile SVOLTD.CR arasında ise negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır. İrritabl duygudurum ile SVOLT.CR ve SVOLTD.CR arasında negatif yönde anlamlı bir korelasyon vardır. Öfkeye bağlı işlevsellik kaybı ile MP.2RTCR, PCET.CR ve LNB2.RTC arasında pozitif yönde; öfkeye bağlı işlevsellik kaybı ile SVOLT.CR ve SVOLTD.CR arasında ise negatif yönde anlamlı bir korelasyon belirlenmiştir (Tablo 16).

TABLO 16.Hasta grubunda S-UPPS-P Dürtüsellik Ölçeği ve Klinisyen Tarafından Derecelendirilmiş Öfke ve İrritabilite Ölçeği (CL-ARI) alt boyutları ile PENN batarya sonuçlarının korelasyonu

		Pozitif aciliyet	Sebatsızlık	Tasarlama eksikliği	Heyecan arayışı	Negatif aciliyet	Öfke patlamaları	İrritabl duygudurum	İşlevsellik kaybı
MP.2RTCR	r	,063	,024	,053	,115	-,063	,155	,072	**,217**
	p	,562	,824	,627	,294	,563	,155	,513	**,045**
CPF.CR	r	,096	-,053	,195	-,099	,174	-,047	,018	-,123
	p	,381	,628	,072	,367	,108	,667	,866	,258
CPF.RTC	r	,008	,035	-,169	,050	-,043	,096	,140	,147
	p	,941	,751	,121	,647	,692	,381	,199	,177
	r	,151	-,136	,013	-,041	**,235**	-,189	-,196	-,156

SCTAPDOM	p	,165	,210	,902	,711	**,030**	,081	,070	,153
SCTAPTOT	r	,101	,158	,134	-,061	-,153	,161	,103	,092
	p	,353	,145	,218	,576	,159	,138	,346	,400
CPFD.CR	r	,151	-,064	,106	,008	,123	,026	-,042	-,117
	p	,166	,558	,333	,945	,260	,810	,699	,285
CPFD.RTCR	r	-,060	,100	-,026	-,092	-,067	,055	,047	,114
	p	,585	,361	,814	,398	,539	,615	,669	,297
PCET.CR	r	-,165	-,031	-,018	-,142	-,064	**,311**	,184	**,258**
	p	,128	,774	,869	,193	,556	**,004**	,090	**,016**
PCET.RTCR	r	,006	,013	,023	,198	-,036	-,004	-,049	,040
	p	,953	,902	,831	,068	,743	,970	,652	,715
SVOLT.CR	r	,208	-,189	-,011	,011	**,258**	-,185	**-,216**	**-,336**
	p	,054	,081	,917	,917	**,017**	,088	**,046**	**,002**
SVOLT.RTCR	r	,114	,054	,009	,020	,037	-,146	-,097	-,023
	p	,296	,622	,932	,857	,733	,181	,376	,836
SVOLTD.CR	r	**,266**	-,150	-,048	,095	**,252**	**-,293**	**-,235**	**-,406**
	p	**,013**	,167	,662	,386	**,019**	**,006**	**,030**	**,000**
SVOLTD.RTCR	r	,063	-,060	,166	,106	-,071	-,084	-,070	-,030
	p	,565	,586	,127	,333	,517	,440	,520	,781
SCPN.TP	r	,054	,053	-,178	,182	,110	,017	,000	-,117
	p	,624	,627	,101	,094	,312	,878	,997	,284
SCPN.TPRT	r	-,008	-,017	,040	-,030	,047	-,154	-,138	-,079
	p	,940	,879	,716	,785	,668	,157	,205	,472
SCPL.TP	r	,067	,106	-,099	,072	,047	-,075	-,151	-,174
	p	,540	,330	,366	,510	,670	,490	,164	,108
SCPL.TPRT	r	-,051	,042	-,102	-,053	-,028	,184	,162	,201
	p	,640	,702	,350	,629	,799	,091	,136	,063
LNB2.TP	r	,175	-,095	-,080	,057	,092	-,134	-,076	-,197

	p	,107	,383	,465	,604	,399	,220	,485	,069
LNB2.RTC	r	-,165	-,012	-,046	-,163	-,123	,121	,188	**,212**
	p	,128	,912	,676	,135	,261	,268	,083	**,050**
ER40.CR	r	**,329**	,059	,026	,138	**,232**	-,126	-,131	-,099
	p	**,002**	,590	,814	,204	**,032**	,250	,228	,364
ER40.RTCR	r	-,072	,122	,117	-,161	-,059	-,018	-,083	,054
	p	,509	,262	,285	,140	,587	,873	,445	,622

*Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır. MP.2RTCR: Motor praxi testi hızı, CPF.CR:Yüz Hafıza Testi doğru yanıt sayısı, CPF.RTCR: Yüz Hafıza Testi doğru yanıt verme hızı, SCTAPDOM: Parmak Dokunma Testi dominant el tepki süresi, SCTAPTOT: Parmak Dokunma Testi her iki el toplam tepki süresi, CPFD.CR: Yüz Hafıza Testi Geç Sürümü doğru yanıt sayısı, CPFD.RTCR :Yüz Hafıza Testi Geç Sürümü doğru yanıt hızı, PCET.CR:Koşullu Dışlama Görevi doğru yanıt sayısı, PCET.RTCR: Koşullu Dışlama Görevi doğru yanıt hızı, SVOLT.CR: Görsel Nesne Öğrenme Görevi doğru yanıt sayısı, SVOLT.RTCR: Görsel Nesne Öğrenme Görevi doğru yanıt hızı, SVOLTD.CR: Görsel Nesne Öğrenme Görevi Geç Sürümü doğru yanıt sayısı, SVOLTD.RTCR: Görsel Nesne Öğrenme Görevi Geç Sürümü doğru yanıt hızı, SCPN.TP: Sürekli Performans Sayı Testi doğru yanıt sayısı, SCPL.TPRT: Sürekli Performans Harf Testi doğru yanıt hızı, SCPL.TP: Sürekli Performans Harf Testi doğru yanıt sayısı, SCPL.TPRT: Sürekli Performans Harf Testi doğru yanıt hızı, LNB2.TP: Harf- ve- Geri Görevi doğru yanıt sayısı, LNB2.RTC: Harf- ve- Geri Görevi doğru yanıt hızı. ER40.CR: Duygu tanıma görevi doğru yanıt sayısı, ER40.RTCR: Duygu tanıma görevi doğru yanıt hızı, ER40.ANGRY: Duygu tanıma görevi kızgın duygu tanıma, ER40.FEAR: Duygu tanıma görevi korku tanıma, ER40.HAPPY: Duygu tanıma görevi mutlu duygu tanıma, ER40.NOEMOT: Duygu tanıma görevi nötral duyguyu tanıma, ER40.SAD: Duygu tanıma görevi üzgün duygu tanıma.Harf- ve- Geri Görevi doğru yanıt sayısı (LNB2.TP), Harf- ve- Geri Görevi doğru yanıt hızı (LNB2.RTC), Duygu tanıma görevi doğru yanıt sayısı (ER40.CR), Duygu tanıma görevi doğru yanıt hızı (ER40.RTCR)

Hasta grubunda İOÖ toplam puan ile ÇADÖ-Y alt boyutları, CLARI ölçeği alt boyutları ve ÇDDÖ-R toplam puanı arasında pozitif yönde; İOÖ toplam puanı ile pozitif aciliyet ve negatif aciliyet arasında ise negatif yönde anlamlı bir korelasyon görülmüştür (Tablo 17).

TABLO 17.Hasta grubunda İntihar Olasılığı Ölçeği (İOÖ) ile diğer ölçeklerin korelasyonu

		Umutsuzluk	İntihar düşüncesi	Olumsuz kendilik düşüncesi	Düşmanca tutum	Toplam
	r	**,408**	,171	,204	**,460**	**,375**

Ayrılık anksiyetesi bozukluğu	p	**,000**	,117	,061	**,000**	,000
Sosyal fobi	r	**,347**	,088	,121	**,346**	**,267**
	p	**,001**	,422	,269	**,001**	,013
	p	**,000**	**,002**	**,024**	**,000**	**,000**
Panik bozukluk	r	**,532**	**,447**	**,249**	**,675**	**,563**
	p	**,000**	**,000**	,021	**,000**	,000
Yaygın ank. Bozukluğu	r	**,312**	,121	,008	**,359**	**,230**
	p	**,003**	,268	,941	**,001**	,033
Major dep. Bozukluk	r	**,627**	**,518**	**,245**	**,523**	**,608**
	p	**,000**	**,000**	,024	**,000**	,000
Duygusal destek yokluğu	r	,205	**,267**	**,419**	**,254**	**,323**
	p	,059	**,013**	,000	**,019**	,003
Sinirlilik	r	,167	**,243**	**,224**	,198	**,244**
	p	,127	**,025**	,039	,070	,024
Müdahalecilik	r	,040	,105	,072	,190	,102
	p	,716	,337	,514	,082	,353
	p	,415	,341	,072	,591	,746
Sosyal etkileşim	r	-,024	,147	,092	,070	,108
	p	,831	,180	,402	,523	,326
İletişim problemleri	r	-,078	,065	,045	-,009	,036
	p	,477	,552	,681	,936	0,746
Pozitif aciliyet	r	**-,354**	**-,325**	-,086	**-,511**	**-,391**
	p	**,001**	**,002**	,430	**,000**	,000
Sebatsızlık	r	,125	,111	-,040	**,302**	,124
	p	,251	,308	,714	**,005**	,254
Tasarlama eksikliği	r	-,102	-,111	-,171	-,173	-,171

	p	,348	,307	,115	,112	,115
Heyecan arayışı	r	-,085	**-,240**	,029	-,138	-,122
	p	,438	**,026**	,788	,206	,262
Negatif aciliyet	r	**-,470**	**-,409**	-,236	**-,546**	-,**487**
	p	**,000**	**,000**	,029	**,000**	,000
Öfke patlamaları	r	**,378**	**,285**	,130	**,571**	,**387**
	p	**,000**	**,008**	,231	**,000**	,000
İrritabl duygudurum	r	**,341**	**,279**	,000	**,532**	**,337**
	p	**,001**	**,009**	,998	**,000**	,002
Öfkeyle ilişkili İşlevsellik kaybı	r	**,269**	**,225**	-,029	**,481**	**,271**
	p	**,012**	**,037**	,791	**,000**	**,012**
ÇDDÖ-R	r	**,499**	**,493**	-,196	**,507**	**,544**
	p	**,000**	**,000**	,070	**,000**	**,000**

Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır. ÇDDÖ-R**:** Çocuk Depresyon Derecelendirme Ölçeği-Revize

İntihar girişimine yatkınlığı etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla çalışmada yer alan değişkenlerin adımsal ileriye yönelik ikili lojistik regresyon analiz sonucu Tablo 18'de verilmiştir. Bunun sonucunda sadece İntihar Olasılığı Ölçeği intihar düşüncesi skoru anlamlı olarak modelde yer alırken diğer değişkenler anlamsız olduğu için modelden çıkartılmıştır. Bunun sonucunda İntihar Olasılığı Ölçeği intihar düşüncesi skorundaki artış intihar girişimini etkileyen risk faktörleri olarak anlamlı bulunmuştur.

TABLO 18.Intihari etkileyen faktörlerin adımsal ileriye yönelik ikili lojistik regresyon analiz sonuçları

	B	Standart Hata	p	OR	OR %95 Güven Aralığı	
					Üst	Alt

Önceden intihar girisimi (var)	-21,469	6975,441	,998	,000	,000	.
İntihar olmayan kendini yaralama (var)	1,762	,903	,051	5,822	,991	34,189
İntihar olasılığı ölçeği; intihar düşüncesi	,222	,081	**,007**	1,246	1,062	1,461

TARTIŞMA

Depresyon tanılı ergenlerde görülen yüksek intihar oranları göz önüne alındığında, adolesan dönemde görülen intihar davranışında gerek ülkemizde gerekse alanyazında genel nörobilişsel beceriler ve sosyal kognisyon profillerini inceleyen çalışmalar görece az sayıdadır. Çalışmamızda, intihar davranışı gösteren ve göstermeyen depresyon tanılı ergenlerin nörobilişsel ve sosyal kognitif profilleri ve intiharı yordayabilecek ailesel tutum, dürtüsellik, irritabilite, intihar amacı olmayan kendine zarar verme davranışları, umutsuzluk, olumsuz kendilik değerlendirmesi ve komorbid psikiyatrik belirtiler sağlıklı kontrollerle karşılaştırılarak incelenmiştir.

Sosyodemografik Bulguların Değerlendirilmesi

İntihar davranışı gösteren depresyon grubunda ebeveynlerde boşanma (%35,7) ve ebeveyn ölümü (%11,9) çalışmaya dahil edilen diğer gruplardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bridge ve ark. yaptığı bir çalışmada aile içi uyumsuzluk, ebeveynin ölümü veya boşanma, ebeveyn-çocuk ilişkisinin kalitesinin düşük olması ve kötü muamele gibi ailesel faktörler, ergen intihar davranışı riskinin artmasıyla ilişkili olduğu raporlanmış olup (42) bulgularımız bu çalışmadaki bilgilerle ile uyumludur.

Araştırmamızda kontrol grubunun gelir düzeyi hasta gruplarından anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan bir çok çalışmada gösterildiği üzere düşük sosyoekonomik durum intihar girişiminde bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Çalışmamız, Bando ve ark.'ın düşük gelirli topluluklarda intihar riskinin daha yüksek olduğunu bildirdiği (66), Inoue ve ark.'ın intihar oranlarının hanehalkı harcanabilir geliri ile ilişkili olduğunu bildirdiği (67) ve Avrupa'da intihar girişiminde bulunan kişilerin yarıdan fazlasının düşük sosyoekonomik grup içinde olduğu raporlandığı (68) çalışmalarla uyumludur. Buna göre düşük sosyoekonomik düzeye sahip

ailelerden gelen ergenlerin intihar girişimi açısından risk altında olduğu söylenebilir.

Bulgularımızda intihar davranışı gösteren depresyon grubunun %29,3'ünün ve intihar davranışı göstermeyen depresyon grubunun %29,5'inin ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü var iken kontrol grubunun ailelerinde psikiyatrik hastalık öyküsü saptanmamıştır. Literatürde intihar girişiminde bulunan ergenlerini ailelerinde %84 oranında psikiyatrik bozukluk öyküsü bulunduğu, vakaların neredeyse yarısında ailede intihar davranışı öyküsü olduğu raporlandığı ve ebeveyn psikopatolojisinin ergen intiharı ve intihar davranışı riskinin artmasıyla ilişkili olduğunu (42) bildiren çalışmalar olmakla birlikte sonuçlarımız alanyazınla uyumludur (89).

İntihar davranışı gösteren depresyon grubunun %11,9'unda ve intihar davranışı göstermeyen depresyon grubunun ise %15,9'unda psikiyatrik komorbidite vardır. Araştırmamızda depresyona eşlik eden komorbiditeler DEHB, yaygın anksiyete bozukluğu ve sosyal anksiyete bozukluğu ve yeme bozukluğudur. İntihar davranışının en büyük yordayıcısının ruhsal hastalıklar olduğu ve psikiyatrik bozuklukların, ergen intihara teşebbüs edenlerin % 80-90'ında mevcut olduğu bilinmektedir (42). İntihar düşüncesinin ve intihar girişimlerinin tanısal belirleyicileri açısından, en az bir psikiyatrik bozukluğa sahip olanlarda yaşam boyu intihar olasılığı daha yüksektir ve özellikle iki veya daha fazla psikiyatrik bozukluğu olan gençlerde intihar davranışı gösterme eğilimi artmıştır. Bu bağlamda çocuk ve ergenlerde eşlik eden psikiyatrik komorbidite mevcudiyeti ve şiddeti, intihar davranışı açısından pozitif öngörücü faktör olarak kabul edilmektedir (69).

Araştırmamızda intihar davranışı gösteren depresyon grubunun %11,9'unun ve intihar davranışı göstermeyen depresyon grubunun ise %4,5'inin ailesinde intihar girişimi olduğu ; ayrıca intihar davranışı gösteren depresyon grubun %4,8'inin, intihar davranışı göstermeyen depresyon grubunun %2,3'ünün ailesinde tamamlanmış intihar olduğu bulunmuştur. Bulgularımız, intihar davranışı olan gençlerin ailelerinde, normal populasyondaki bireylerin ailelerine göre daha yüksek intihar davranışı oranları

bildirilen ve genetik faktörlerin de intihar davranışında rol oynayabileceğini düşündüren önceki çalışmalarla uyumludur (87,88).

Ergenlerin Bireysel Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda intihar davranışı gösteren depresyon grubunda sigara ve alkol kullanımı diğer gruplardan önemli düzeyde yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda madde bağımlılığının (alkol, uyuşturucu bağımlılığı), özellikle duygudurum bozukluğu veya yıkıcı davranım bozukluklarıyla birlikte ergen erkeklerde intihar riskine önemli ölçüde katkıda bulunduğu ve alkol kullanımı, hem intihar düşünceleri üzerinde dürtüsel olarak hareket etme olasılığını artırabilen disinhibisyona neden olduğu bildirilmiş olup (6,54,72,75–78), araştırmamız bu açıdan intihar davranışında bulunan ergenlerin, kontrollere kıyasla daha fazla oranda alkol ve sigara kullandığı bildirilen diğer çalışmalar ile uyumlu görünmektedir (286–289).

Çalışmamızda intihar davranışı gösteren depresyon grubunun %92,9'unda ve intihar davranışı göstermeyen depresyon grubunun ise %34,1'inde İOKY görüldüğü bulunmuştur. Menninger, Man Against Himself (1938) adlı eserinde kendine zarar verme davranışını, intihar dürtülerini hafifleten bir davranış ve bir kendini cezalandırma yöntemi olarak tanımlamıştır. Kitapta, İOKY'nin arkasındaki mekanizmanın, bir nesneye karşı hissedilen nefretin tekrar kendine yönlendirildiği ve bu durumun kişinin kendi kendini cezalandırmasıyla sonuçlandığı intiharla aynı olduğunu savunmuştur (290). Bu açıdan bakıldığında İOKY'nin, intihar düşüncesi olan depresyon hastalarında intihar edebilme becerisini kazanmak ve intihar eylemini gerçekleştirmekle ilişkili acı ve korku ile baş etmeyi kolaylaştırdığı düşünülebilir. Bulgularımız, İOKY'nin , intihar girişimleri ve intihar düşüncesi için önemli bir risk faktör olduğunu bildiren alanyazın ile uyumludur (291–293).

Tekrarlayan intihar girişimlerinin en güçlü yordayıcılarından birinin geçmişte intihar girişiminde bulunmak olduğu bilinmektedir. Araştırmamızda intihar davranışı gösteren depresyon grubunun %66,7'sinde önceden intihar girişimi var iken diğer iki grupta olmadığı, intihar girişimi olan 28 kişinin %89,3'ü

ilaçla, %3,6'sı ası ile ve %7,1'i ise kesi ile intihar girişiminde bulunduğu bulunmuştur. Bulgularımız, geçmişte intihar girişiminde bulunan ergenlerin intihar etme olasılıkları, intihar etmeyenlere göre 60 kat daha fazla olduğunu (5) ve intihar eden gençlerin yaklaşık üçte birinin daha önce girişimde bulunma öyküsü bulunduğunu (85), bununla birlikte ergenlik döneminde intihar girişimlerinde en sık kullanılan yöntemin ilaç kullanımı ile olduğunu (63,81) raporlayan önceki çalışmalar ile uyumludur.

Araştırmamızda depresyon tanılı tüm ergenlerde kaygı belirtileri kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur. İntihar davranışı gösteren depresyon grubunda, göstermeyen grup ile karşılaştırıldığında ise anksiyete spektrumu belirtilerinden sadece panik bozukluk semptomları daha sık görülmüştür. Depresyona eşlik eden anksiyete bozukluklarının mevcut depresyonu şiddetlendirdiği literatürde belirtilmiştir (73,74). Anksiyetenin artması ile panik ataklara neden olabilecek belirtilerin ortaya çıkması, intihar davranışı üzerinde anksiyetenin rolüne dikkat çekmektedir. Yine çalışmamızda anksiyete puanlarındaki artış ile intihar olasılığı ölçeğindeki artışın ve depresyon şiddetini değerlendiren puanlardaki artışın varlığı da yazındaki mevcut bilgiyi destekler niteliktedir.

İntihar davranışı gösteren depresyon grubunda intihar düşüncesi, diğer gruplardan yüksek bulunmuştur. Baca-Garcia ve ark.'nın (2011) pasif intihar düşüncelerinin intihar girişim riski üzerine olan etkisini değerlendirdikleri bir yetişkin çalışmasında, pasif ölüm düşünceleri bildiren kişiler ile aktif intihar düşüncesi bildiren bireylerin yaşam boyu intihar girişim oranlarının benzer olduğu belirtilmiştir ve pasif ölüm düşüncelerinin intihar riski açısından önemli bir klinik belirteç olduğunun üzerinde durulmuştur (294). Bu bilgiler ışığında depresyon tanılı hastaların, özellikle sorgulanmadığında düşünce içeriklerini açmayabilecekleri göz önüne alınarak, klinik takiplerinde aktif ve pasif intihar düşüncelerinin detaylı olarak sorgulanmasına önem atfedilmesi gerektiği düşünülmektedir.

İntihar davranışı gösteren depresyon hastalarında geleceğe dair umutsuzluk, diğer gruplardan yüksek bulunmuştur. Bulgularımız, depresyona

eşlik eden umutsuzluğun, intihar davranışı riskini arttırdığının gösterildiği ve umutsuzluğun intihar tahmininde depresyondan daha belirleyici olabildiğinin bildirildiği bir çok araştırma ile uyumludur (118–120).

Olumsuz kendilik değerlendirmesi, depresyon tanılı ergenlerde, sağlıklılara kıyasla yüksek bulunmuştur. Literatürde birçok çalışmada düşük benlik saygısı ve olumsuz kendilik algısının intihar davranışı ile ilişkisi gösterilmiş (118,120,123) olup bulgularımız bu açıdan mevcut literatür ile desteklenmektedir.

Çalışmamızda depresyon tanılı ergenler aileleri ile ilişkilerinde daha fazla duygusal destek yokluğu ifade etmekte olup, intihar davranışı gösteren depresyon tanılı ergenlerin ailelerinde daha yüksek oranlarda duygu dışavurum saptanmıştır. Bu bulgular ışığında çalışmamız, ergenlerde olumsuz aile ilişkilerinin intihara yatkınlığı arttırdığını, dengeli ebeveyn-çocuk etkileşiminin koruyucu bir faktör olarak iş görerek intihar davranışı riskini azalttığını bildiren çalışmalar ile uyumlu görünmektedir (286,287).

Araştırmamızda intihar davranışı gösteren depresyon tanılı ergenlerde alışılmadık derecede olumlu bir ruh halindeyken problem yaratan riskli davranışta bulunma eğilimi ve olumsuz duygulanımın bir sonucu olarak utanç veya pişmanlık verici eylemlerde bulunma eğilimi, diğer gruplardan yüksek saptanmıştır. Bu durum, intihar davranışı gösteren depresyon tanılı ergenlerin, yoğun olumlu ve olumsuz duygular altında, davranışlarını planlama ve tepki engelleme gibi yürütücü işlev güçlükleri yaşadığı dolayısıyla daha fazla dürtüsel davranma eğiliminde olduğunu düşündürmektedir. Elde ettiğimiz bu bulgu, Assari'nin Amerikalı çocuklarda, olumlu ve olumsuz duygulanımla ilişkili dürtüselliğin intihar riski ile güçlü bir bağlantı olduğunu bildirdiği çalışma ile uyumludur (295).

Çalışmamızda intihar davranışı gösteren depresyon tanılı ergenlerde öfke patlamaları, irritabl duygu durum ve irritabilite ile ilişkili okul, aile ve akran ilişkilerinde bozulmanın intihar davranışı göstermeyen depresyon tanılı ergenler ve sağlıklı kontrollerden yüksek olduğu bulunmuştur. Bulgularımız

Orri ve ark.'nın çocukluk döneminde kronik irritabilitenin özellikle depresif/ kaygılı duygudurum ile kombine edildiğinde, ergen intiharı için yüksek bir risk ile ilişkili olabileceği, Benarous ve ark.'ın yüksek düzeyde irritabiliteye sahip gençlerin, duygusal stresörlere orantısız bir şekilde tepki vermeye ve dürtüsel intihar davranışı göstermeye daha yatkın olduğunu bildirdiği çalışmalarla uyumludur (296,297).

Çalışmamızda intihar davranışı gösteren ergenlerde depresyon şiddetinin intihar davranışı göstermeyen ergenlerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Wilcox ve ark.'nın (298) 17-19 yaş arası 1253 ergenle yaptıkları 4 yıllık izlem çalışmasında; depresyon şiddetinin izlem sürecinde artmış intihar davranışı riski ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde Eskin ve ark.'nın (299) 13-18 yaş arası lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada depresyon şiddeti artmış intihar riski ile ilişkili bulunmuştur. Bulgularımız bu açıdan mevcut literatürle uyumludur.

Sosyal Kognisyon Değerlendirilmesi

Grupların sosyal kognitif profilleri iki temel test ile değerlendirilmiş olup bunlar OSTÖ ve Penn bataryasında Duygu Tanıma Görevi'dir. Ergenin sosyal etkileşim ve iletişimsel becerilerinin ebeveyn tarafından bildirilen OSTÖ ile değerlendirilmesi, bize bu alanda subjektif veriler sunarken, katılımcılara uygulanan Penn bataryası bu alanda bize ergenle ilgili objektif veriler sağlamaktadır. Çalışmamızda sosyal etkileşimde bozulmanın ve iletişim problemlerinin depresyon tanılı ergenlerde yüksek olduğu saptanmıştır. Sosyal kognisyon, genel olarak kişinin kendisinin ve başkalarının düşüncelerini ve duygularını kodlama, depolama ve anlamlı bir şekilde anlama yeteneği olarak tanımlanır (15,16). Sosyal bilgileri doğru yorumlamak, başarılı kişilerarası etkileşimin çok önemli bir parçasıdır. Sosyal kognisyondaki eksikliklerin değerlendirilmesi, depresyon ve intihar düşüncesi ve girişimi ile ilişkili olarak kişilerarası sorunların altında yatan süreçler hakkında önemli bilgiler sunar; ancak bu alanda az sayıda araştırma yapılmıştır (260). Bulgularımız, hasta gruplarında sosyal kognitif becerilerde bozulmanın, kişiler arası iletişim problemleri ve sosyal etkileşim becerilerinde bozulmalarla

ilişkili olarak depresyon gelişmesi ve intihar davranışı için potansiyel bir risk yaratabileceğini düşündürmektedir.

MDB'li hastalar, esas olarak olumsuz duyguların tanınmasına yönelik bir önyargı ile karakterize edilen duygu tanıma eksikliği gösterirler. Bu nedenle, bu hastalar mutlu yüzleri tanımama ve nötr yüzleri üzgün yüzler olarak tanıma eğilimindedir (247). Özellikle, MDB hastalarında üzgün yüzlere karşı bir dikkat yanlılığı vardır (248,249). Çalışmamızda depresyon ve kontrol grupları arasında mutlu, kızgın, korkmuş, üzgün yüzleri tanıma açısından bir farklılık saptanmamış olup sadece nötral duygu tanıma becerisi intihar davranışı göstermeyen depresyon tanılı ergenlerde kontrol grubuna kıyasla düşük bulunmuştur. Bununla birlikte literatürle uyumlu olarak depresyonu olan ergenlerin , depresyonu olmayan akranlarıyla karşılaştırıldığında olumsuz yüz ifadelerine (üzüntü ve korku) daha fazla oranda yanlış pozitif cevap verdiği bulunmuştur.

Nörobilişin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda, nörobilişsel profilin incelendiği Penn bataryası alt testlerinde gruplar arasında; Parmak Dokunma Testi dominant el tepki süresi, Yüz Hafıza Testi Geç Sürümü doğru yanıt sayısı, Yüz Hafıza Testi Geç Sürümü doğru yanıt verme hızı, Görsel Nesne Öğrenme Testi Geç Sürümü doğru yanıt sayısı ve Görsel Nesne Öğrenme Testi doğru yanıt sayısı test performansları kontrol grubunda yüksek bulunmuştur.

Parmak dokunma testi motor beceri ve hızı ölçmek için kullanılır. Çalışmamızdaki hasta gruplarında parmak dokunma testi tepki süresinde yavaşlama depresyon hastalarında psikomotor aktivitenin yavaşladığını göstermektedir. Bulgularımız, Pier ve ark.'larının majör depresif bozukluğu (MDB) olan ilaçsız yetişkinlerin hareketi başlatma ve hareket sürelerini incelediği ve bu grubun hem hareketi başlatma hem de hareket sürelerinde kontrollerden anlamlı derecede daha yavaş olduğunu buldukları çalışmayla uyumlu görünmektedir (300).

Çalışmamızda yüz hafıza testi ve görsel nesne öğrenme testi geç sürümlerinde, önceden uygulanmış olan testler tekrar uygulanarak bir önceki uygulamada gösterilen yüzlerin veya görsel nesnelerin sonraki versiyonlardaki yüzler ve nesnelerle örtüşüp örtüşmediğini hatırlamaları istenmektedir. Görsel Nesne Öğrenme Görevine ise anında hatırlamalar için ezberlemeleri istenecek olan çeşitli üç boyutlu Öklid şekilleri gösterilir. Bu testler yüzler ve şekiller için geçmişe dair sahip olduğumuz her türlü bilgi setini içeren epizodik hafızayı ve öğrenme becerisini ölçmektedir. Çalışmamızda, epizodik hafıza ve öğrenmeyi ölçen bu testler arasında yüz tanıma ve görsel hafızayı ölçen testlerin bir çoğunda depresyon tanılı ergenlerde doğru yanıt sayılarının sağlıklı kontrollerden anlamlı olarak düşük olduğu ve sorulara daha yavaş cevap verdikleri görülmüştür. Bu bulgu, depresyonlu çocuklarda işlem hızı, hafıza ve yürütücü işlevsellik ile ilgili üst düzey bilişsel işlevlerde bozulmanın görüldüğünü (301) ve bilgiyi işleme, öğrenme / hafızadaki eksikliklerin, diğer üst düzey bilişsel bozukluklara ve intihar davranışı riskine katkıda bulunabilecek bilgi işlemede kalıcı bir kusur oluşturduğunu bildiren (30) literatür ile tutarlıdır.

Araştırmamızda depresyon grubunda ÇADÖ-Y puanı ile PENN batarya sonuçları karşılaştırıldığında; anksiyete düzeyindeki artış yüzlerdeki duyguyu tanıma performansında azalmayla ilişkili olduğu saptanmıştır. Duygu tanıma üzerine yapılan çalışmaların çoğu, esas olarak depresyona odaklanırken, anksiyete ile ilgili konular hakkında çok az veri bulunmaktadır. Bu alanda bulgularımız, Winton ve ark.'ın yüksek kaygılı bireylerin, başkalarındaki farklı duygusal ifadeler arasında ayrım yapma yeteneğinin azaldığı ve başkalarının duygusal ifadelerini olumsuz olarak tanımlamaya yönelik bir önyargıya sahip olduklarını buldukları çalışmayla uyumludur (302).

Çalışmamızda depresyon tanılı ergenlerde CPT testinde yanıt hızının artması ile intihar düşüncesinin artışı arasında pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu durum, nörobiliş testlerine hızlı yanıt vermenin dürtüsellik ile ilişkili olduğu ve dürtüselliğin ise intihar düşüncesi ve davranışını arttırabileceği

şeklinde yorumlanabilir. Bu sonuç, dürtüselliğin intihar girşimi için önemli bir risk faktörü olduğunu raporlayan önceki çalışmalarla uyumludur (123,303).

Çalışmamamızda depresyon tanılı ergenlerin düşmanca tutumları arttıkça duygu tanıma becerilerinde azalma olduğunu saptadık. Bulgularımız, düşmanca tutumların yüksek olduğu bireylerin, başkalarının duygusal tepkilerini daha tehdit edici (öfkeli) ve daha az olumlu (mutlu) olarak yorumlamalarına neden olabildiğini bildiren bir çalışma ile uyumludur (304) .

Araştırmamızda duygu tanıma ile ilişkili sosyal kognisyonun dürtüsellikle ilişkisine bakıldığıda, depresyon hastalarında dürtüsellik oranı arttıkça, duygu tanıma becerileri ve dolayısıyla sosyal kognisyon işlevleri bozulmaktadır. Yapılan bir çalışmada olumsuz duygular altında dürtüsel davranma eğilimi olan bireylerin sosyal ipuçlarını düşmanca olarak yorumlamaya atıfsal yanlılığı olduğu bildirilmiş olup bulgularımız bu çalışma ile uyumlu görünmektedir (305).

Çalışmamızda hasta gruplarında depresyon şiddetinin artması ile, yüzdeki duyguları doğru tanıma, öğrenme ve epizodik bellek işlevlerinde bozulma görülmektedir. Sonuçlarımız depresyon şiddeti ile nörobilişsel ve sosyal kognitif işlevlerdeki eksiklikler arasında istikrarlı bir ilişki olduğunu raporlayan önceki çalışmalardaki verilerle uyumludur (246,306,307).

Araştırmamızda artan depresyon şiddetinin, eşlik eden yüksek irritabilite sıklığını, dürtüsel davranma eğilimini ve intihar girişimi olasılığını arttırdığı bulunmuş olup bulgularımız bu alanda yapılmış bir çok çalışma ile uyumludur (303,308,309).

Araştırmamızda intihar davranışının yordayıcılarına bakıldığında ise yalnızca; intihar düşüncesinin varlığının intihar düşüncesini yordadığı saptanmıştır. Çalışmamız bu açıdan, intihar düşüncesi varlığı ve intihar ile ilgili gelecek planlarının; intihar girişimine yatkınlık ile ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar ile uyumlu görünmektedir (118,119,294,310).

Kısıtlılıklar

Çalışmamızda hastalar tek bir merkezdeki psikiyatri servisi ve polikliniklerden; kontrol grubu ise hastaların yaşadığı semtler ve çevresinde ikamet eden sağlıklı gönüllülerden seçilmiştir. Çevresel koşulların üç grup açısından benzer olması çalışmanın güçlü yanı olmakla birlikte sınırlı bir örneklem grubu olması sonuçların genellenmesini zorlaştırmaktadır.

Bu çalışma, klinik grupta gerçekleştirilen kesitsel bir olgu-kontrol çalışmasıdır. Hastalıklar ve etki eden etiyolojik etkenler arasında daha net ve uygun bir nedensellik ilişkisi belirlemek için uzun süren ileriye yönelik izlem çalışmaları gereklidir.

Çalışma örneklememize dahil ettiğimiz bireylerin aldıkları eğitim süre ve niteliklerinin eşit olmaması nörobilişi ve sosyal kognisyonu değerlendiren testlerin sonuçlarını etkilemiş olabilir.

Depresyon tanılı hastaların bazıları çalışmaya katıldıkları sırada ilaç kullanmaktaydı. Başta dikkat olmak üzerine bazı bilişsel işlevlere etkisi olabilen antipsikotik ve antidepresan etkili ilaçlar, test performansını etkilemiş olabilir. Ancak bipolar tanılı hastalarla yapılan bir çalışmada denekler arasında duygudurum düzenleyici, SSRI gibi ilaçları kullanmayan ve kullanan hastaların nörobilişsel test performansında anlamlı farklılık bulunmadığı bildirilmiştir (311).

Güçlü Yönler

Çalışmamızda depresyon tanısının yarı yapılandırılmış bir ölçek ve ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T yarı yapılandırılmış görüşme formu ile konulmuş olması, aktif ve pasif intihar düşüncelerinin hem yarı yapılandırılmış bir görüşme formu hem de bir öz bildirim anketi ile değerlendirilmiş olması, yaş, cinsiyet, sosyodemografik özellikler, zeka düzeyi gibi karıştırıcı faktörlerin hasta ve kontrol grubunda eşleştirilerek en aza indirilmesi, katılımcıların nörobilişsel ve sosyal kognitif profillerinin bir bilgisayarlı test bataryası ile objektif olarak değerlendirilmesi çalışmamızın güçlü yönleridir.

SONUÇ

Çalışmamızın hipotezi, intihar olasılığı yüksek olan ve olmayan depresyon tanılı ergenlerin nörobilişsel ve sosyal kognitif performanslarında sağlıklı kontrollere göre bozulma görülmesiydi. Çalışmamızdaki bulgular bu hipotezimizi doğrulamaktadır ancak intiharı yordayan faktörler incelendiğinde nörobilişsel ve sosyal kognitif işlevlerdeki bozukluğun intiharı yordamada yeterli olmadığı, bu davranışı yordayan tek faktörün ise İntihar Olasılığı Ölçeği (İOÖ) ile sorgulanan intihar düşüncesinin olduğu görülmüştür. Bu da bir halk sağlığı sorunu olan intihar davranışının, klinisyenler tarafından sorgulanmasının önemine dikkat çekmektedir.

Tüm kısıtlılıklara rağmen, mevcut literatürdeki boşluk ve intihar davranışı gösteren ve göstermeyen depresyon tanılı çocuk ve ergenlerin nörobilişsel ve sosyal kognitif özelliklerinin yeterince araştırılmadığı göz önüne alınınca, çalışmamız mevcut literatüre ve ülkemizde yapılacak gelecek çalışmalara katkı sunmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, web-based injury statistics query and reporting system (WISQARS). 2021.
2. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. 2021;35.
3. Curtin SC, Heron M. Death Rates Due to Suicide and Homicide Among Persons Aged 10-24: United States, 2000-2017. NCHS Data Brief. 2019;(352): 1-8.
4. Sveticic J, de Leo D. The hypothesis of a continuum in suicidality: A discussion on its validity and practical implications. Ment Illn. 2012;4(2). e15.
5. Posner K, Oquendo MA, Gould M, Stanley B, Davies M. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. American Journal of Psychiatry. 2007;164(7):1035-43.
6. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. Arch Gen Psychiatry. 1996;53(4):339-48.
7. Hawton K, Arensman E, Townsend E, et al. Deliberate self harm: Systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. Br Med J. 1998; 317(7156):441-7.
8. Oquendo MA, Galfalvy H, Russo S, et al. Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. American Journal of Psychiatry. 2004;161(8):1433-41.
9. 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.
10. Gili M, Castellví P, Vives M, et al. Mental disorders as risk factors for suicidal behavior in young people: A meta-analysis and systematic review of longitudinal studies. Journal of Affective Disorders. 2019;245:152-162.
11. Li Z, Page A, Martin G, Taylor R. Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies: A systematic review. Soc Sci Med. 2011;72(4):608-16.
12. Jollant F, Lawrence NL, Olié E, Guillaume S, Courtet P. The suicidal mind and brain: A review of neuropsychological and neuroimaging studies. World Journal of Biological Psychiatry. 2011;12(5):319-39.

13. O'Connor RC, Nock MK. The psychology of suicidal behaviour. The Lancet Psychiatry. 2014;1(1):73-85.
14. O'Connor RC, Kirtley OJ. The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour.Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences. 2018;373(1754):20170268.
15. Beer JS, Ochsner KN. Social cognition: A multi level analysis. Brain Res. 2006;1079(1):98-105.
16. Fiske ST, Taylor SE. Social Cognition from brains to culture 2nd edition. Reference & Research Book News. 2013;28(2):672.
17. Bandura A. Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. Psychology: the Journal of the Hellenic Psychological Society. 2020;12(3):313–333.
18. Choudhury S, Blakemore SJ, Charman T. Social cognitive development during adolescence. Soc Cogn Affect Neurosci. 2006;1(3):165-74.
19. Lochman JE, Dodge KA. Social-cognitive processes of severly violent, moderately aggressive, and nonaggressive boys. J Consult Clin Psychol. 1994;62(2):366-74.
20. Eisenberg N, Miller PA, Shell R, McNalley S, Shea C. Prosocial Development in Adolescence: A Longitudinal Study. Dev Psychol. 1991;27(5), 849–857.
21. Rotheram-Borus MJ, Trautman PD, Dopkins SC, Shrout PE. Cognitive Style and Pleasant Activities Among Female Adolescent Suicide Attempters. J Consult Clin Psychol. 1990; 58(5):554-61.
22. Sadowski C, Kelley M lou. Social Problem Solving in Suicidal Adolescents. J Consult Clin Psychol. 1993;61(1):121-127.
23. Wolff J, Frazier EA, Esposito-Smythers C, et al. Cognitive and social factors associated with NSSI and suicide attempts in psychiatrically hospitalized adolescents. J Abnorm Child Psychol. 2013;41(6):1005-13.
24. Labelle R, Breton JJ, Pouliot L, Dufresne MJ, Berthiaume C. Cognitive correlates of serious suicidal ideation in a community sample of adolescents. J Affect Disord. 2013;145(3):370-7.
25. Brent DA, Melhem N. Familial Transmission of Suicidal Behavior. Psychiatric Clinics of North America. 2008;31(2):157-77.
26. Huber RS, Hodgson R, Yurgelun-Todd DA. A qualitative systematic review of suicide behavior using the cognitive systems domain of the research domain criteria (RDoC) framework. Psychiatry Research. 2019:282:112589.
27. Mann JJ, Arango VA, Avenevoli S, et al. Candidate Endophenotypes for Genetic Studies of Suicidal Behavior. Biological Psychiatry. 2009;65(7):556-63.

28. Jeglic EL, Sharp IR, Chapman JE, Brown GK, Beck AT. History of family suicide behaviors and negative problem solving in multiple suicide attempters. Archives of Suicide Research. 2005;9(2):135-46.
29. Keilp JG, Gorlyn M, Russell M, et al. Neuropsychological function and suicidal behavior: Attention control, memory and executive dysfunction in suicide attempt. Psychol Med. 2013;43(3):539-51.
30. Keilp JG, Beers SR, Burke AK, et al. Neuropsychological deficits in past suicide attempters with varying levels of depression severity. Psychol Med. 2014;44(14):2965-74.
31. Keilp JG, Gorlyn M, Oquendo MA, Burke AK, Mann JJ. Attention deficit in depressed suicide attempters. Psychiatry Res. 2008;159(1-2):7-17.
32. Richard-Devantoy S, Berlim MT, Jollant F. Suicidal behaviour and memory: A systematic review and meta-analysis. World Journal of Biological Psychiatry. 2015;16(8):544-66.
33. Richard-Devantoy S, Gorwood P, Annweiler C, Olié JP, le Gall D, Beauchet O. Suicidal behaviours in affective disorders: A deficit of cognitive inhibition? Canadian Journal of Psychiatry. 2012; 57(4):254-62.
34. Jollant F, Bellivier F, Leboyer M, et al. Impaired decision making in suicide attempters. American Journal of Psychiatry. 2005;162(2):304-10.
35. Malloy-Diniz LF, Neves FS, Abrantes SSC, Fuentes D, Corrêa H. Suicide behavior and neuropsychological assessment of type I bipolar patients. J Affect Disord. 2009;112(1–3).
36. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. The Lancet. 2016;387(10024):1227-39.
37. Westheide J, Quednow BB, Kuhn KU, et al. Executive performance of depressed suicide attempters: The role of suicidal ideation. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2008;258(7):414-21.
38. 38.Richard-Devantoy S, Berlim MT, Jollant F. A meta-analysis of neuropsychological markers of vulnerability to suicidal behavior in mood disorders. Psychol Med. 2014;44(8):1663-73.
39. Arie M, Apter A, Orbach I, Yefet Y, Zalzman G. Autobiographical memory, interpersonal problem solving, and suicidal behavior in adolescent inpatients. Compr Psychiatry. 2008; 49(1):22-9.
40. Bridge JA, McBee-Strayer SM, Cannon EA, et al. Impaired decision making in adolescent suicide attempters. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2012;51(4):394-403.
41. Hill RM, Castellanos D, Pettit JW. Suicide-related behaviors and anxiety in children and adolescents: A review.Clinical Psychology Review. 2011; 31(7):1133-44.

42. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines. 2006;47(3-4):372-94.
43. Eskin M. İntihar Açıklama Değerlendirme Tedavi ve Önleme. Ankara, 2012.
44. İlkgelen Z. Durkheim E: İntihar, (Çev.), İstanbul, Pozitif Yayınları, 2013.
45. Atay İ, Kerimoğlu E. Ergenlerde İntihar Davranışı. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 2003;10(3):128-136.
46. 46. Nock MK, Borges G, Bromet EJ. Suicide and suicidal behavior. Epidemiol Rev. 2008;30(1):133–54.
47. 47. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll PW, Joiner 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 Life Threat Behav. 2007;37(3):264-77.
48. APA Releases Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR). 2022
49. Värnik P. Suicide in the world. Int J Environ Res Public Health. 2012;9(3):760-71.
50. Bolger N, Downey G, Walker E, Steininger P. The onset of suicidal ideation in childhood and adolescence. J Youth Adolesc. 1989;18(2):175-90.
51. Nock MK, Borges G, Bromet EJ,et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. British Journal of Psychiatry. 2008;192(2):98-105.
52. Nock MK, Green JG, Hwang I, et al. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. JAMA Psychiatry. 2013;70(3):300-10.
53. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 1999; 56(7):617-26.
54. Beautrais AL, Wells JE, McGee MA, Oakley Browne MA. Suicidal behaviour in Te Rau Hinengaro: The New Zealand Mental Health Survey. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2006;40(10):896-904
55. Evans E, Hawton K, Rodham K, Psychol C, Deeks J. The Prevalence of Suicidal Phenomena in Adolescents: A Systematic Review of Population-Based Studies. Suicide Life Threat Behav. 2005;35(3):239-50.
56. Bruffaerts R, Mortier P, Auerbach RP, et al. Lifetime and 12-month treatment for mental disorders and suicidal thoughts and behaviors among first year college students. In: International Journal of Methods in Psychiatric Research. 2019:28(2):e1764.

57. Wunderlich U, Bronisch T, Wittchen HU, Carter R. Gender differences in adolescents and young adults with suicidal behaviour. Acta Psychiatr Scand. 2001;104(5):332-9.
58. Miché M, Hofer PD, Voss C. et al. Mental disorders and the risk for the subsequent first suicide attempt: results of a community study on adolescents and young adults. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2018;27(7):839-848.
59. OECD Social Indicators. Society at a Glance 2019.
60. Liu RT, Walsh RFL, Sheehan AE, Cheek SM, Sanzari CM. Prevalence and Correlates of Suicide and Nonsuicidal Self-injury in Children: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2022;79(7):718-726.
61. Yıldırım Öztürk E, Öztürk M, 2009-2018 arasında Türkiye'de intihar hızı ve ilişkili özellikler. 2021;35(1):23–32.
62. Centers for Disease Control and Prevention. 10 Leading Causes of Death by Age Group, United States – 2017.
63. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, et al. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Youth risk behavior surveillance--United States, 2007. MMWR Surveill Summ. 2008;57(4):1-131.
64. Hüseyin ŞAHBAZ Coğrafi Bir Bakış Açısıyla 2002-2019 Döneminde Türkiye'deki İntiharlar. 2022; 15, 64 – 103.
65. Türkiye İstatistik Kurumu, Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri 2019.
66. Bando DH, Brunoni AR, Benseñor IM, Lotufo PA. Suicide rates and income in São Paulo and Brazil: A temporal and spatial epidemiologic analysis from 1996 to 2008. BMC Psychiatry. 2012;12:127.
67. Inoue K, Nishimura Y, Okazazi Y, Fukunaga T. Discussion based on analysis of the suicide rate and the average disposable income per household in Japan. West Indian Medical Journal. 2014;63(4):340-3.
68. Deveci A, Aydemir Ö, Mızrak S. İntihar Girişiminde Bulunanlarda Sosyodemografik Özellikler, Stres Etmenleri Ve Ruhsal Bozukluklar. Kriz Dergisi. 2005;13(1):1–9.
69. Lawrence HR, Burke TA, Sheehan AE, et al. Prevalence and correlates of suicidal ideation and suicide attempts in preadolescent children: A US population-based study. Transl Psychiatry. 2021;11(1):489.
70. Rowan AB. Adolescent substance abuse and suicide. Depress Anxiety. 2001; 14(3):186-91.
71. Ertekin K, Harlak H, Dereboy Ç, Eskin M. Lise öğrencisi ergenlerde depresyonun yaygınlığı ve ilişkili olduğu etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi. 2008;19(4):382–9.

72. 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.
73. Hodgman CH, McAnarney ER. Adolescent depression and suicide: Rising problems. Hospital Practice. 1992;27(4):73-6, 81, 84-5 passim.
74. Tuisku V, Pelkonen M, Karlsson L, et al. Suicidal ideation, deliberate self-harm behaviour and suicide attempts among adolescent outpatients with depressive mood disorders and comorbid axis I disorders. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2006; 15(4):199-206.
75. 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. 1999;38(12).
76. Gould MS, King R, Greenwald S, et al. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1998; 38(12):497-505.
77. Renaud J, Brent DA, Birmaher B, Chiappetta L, Bridge J. Suicide in adolescents with disruptive disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1999; 38(7):846-51.
78. Shafii M, Steltz-Lenarsky J, Derrick AMC, Beckner C, Whittinghill JR. Comorbidity of mental disorders in the post-mortem diagnosis of completed suicide in children and adolescents. J Affect Disord. 1988;15(3):227-33.
79. Shahtahmasebi S. Youth suicide prevention. Suicide Life Threat Behav. 2001;31 Suppl:271–81.
80. Mayes SD, Calhoun SL, Baweja R, Mahr F. Suicide ideation and attempts in children with psychiatric disorders and typical development. Crisis. 2015;36(1):55-60.
81. Miniksar ÖH, Miniksar DY. Yoğun bakım ünitesinde takip edilen ergen ilaç intoksikasyonların retrospektif değerlendirilmesi. Journal of Health Sciences and Medicine. 2020;3(3):203–8.
82. Shain B. Suicide and suicide attempts in adolescents. Pediatrics. 2016; 138(1):e20161420.
83. Öncü B, Sakarya A. Ergen Özkıyımlarında Bilişsel Etmenler ve Çarpıtmaların Rolü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2013;5(2):232–45.
84. Cash SJ, Bridge JA. Epidemiology of youth suicide and suicidal behavior.Current Opinion in Pediatrics. 2009;21(5):613-9.
85. Brent DA, Perper JA, Morıtz G, et al. Psychiatric Risk Factors for Adolescent Suicide: A Case-Control Study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1993;32(3):521-9.
86. Yalaki Z, Tarihi G, Çakır İ, et al. Anne ve ergenlerdeki depresif belirtilerin ergen intiharları ile ilişkisi. Dicle Tıp Dergisi. 2012;39(3):350–8.

87. Roy A. Family history of suicide. Arch Gen Psychiatry. 1983;40(9):971–4.
88. Brent DA, Bridge J, Johnson BA, Connolly J. Suicidal behavior runs in families: A controlled family study of adolescent suicide victims. Arch Gen Psychiatry. 1996; 53(12):1145-52.
89. Portzky G, Audenaert K, van Heeringen K. Suicide among adolescents: A psychological autopsy study of psychiatric, psychosocial and personality-related risk factors. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2005;40(11):922–30.
90. Akın E, Berkem M. İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerde Öfke ve Dürtüsellik, Marmara Medical Journal. 2012; 148—52.
91. Brunstein KA, Marrocco F, Kleinman M, Schonfeld IS, Gould MS. Bullying, depression, and suicidality in adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007;46(1).
92. Copeland WE. Editorial: One Reason Why Not. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2020.
93. Wasserman IM. Imitation and Suicide: A Reexamination of the Werther Effect. Am Sociol Rev. 1984;49(3):427.
94. Barraclough B, Shepherd D, Jennings C. Do newspaper reports of coroners' inquests incite people to commit suicide? British Journal of Psychiatry. 1977;131(11):528–32.
95. Hassan R. Effects of newspaper stories on the incidence of suicide in Australia: A research note. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 1995;29(3):480-3.
96. Bollen KA, Phillips DP. Imitative suicides: a national study of the effects of television news stories. Am Sociol Rev. 1982;47(6):802-9.
97. Schmidtke A, Häfner H. Public attitudes towards and effects of the mass media on suicidal and deliberate self-harm behavior. Suicide and its prevention: The role of attitude and imitation. 1989:313–30.
98. Sonneck G, Etzersdorfer E, Nagel-Kuess S. Imitative suicide on the Viennese subway. Soc Sci Med. 1994; 38(3):453-7.
99. Gould MS, Shaffer D. The impact of suicide in television movies. Evidence of imitation. N Engl J Med. 1986; 315(11):690-4.
100. Martin G, Koo L. Celebrity suicide: Did the death of kurt cobain influence young suicides in australia? Archives of Suicide Research. 1997;3(3): 187–98.
101. Martin G, Clarke M, Pearce C. Adolescent Suicide: Music Preference as an Indicator of Vulnerability. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1993 32(3):530-5.
102. Baume P, Cantor CH, Rolfe A. Cybersuicide: the role of interactive suicide notes on the Internet. Crisis. 1997; 18(2):73-9.

103. Messias E, Castro J, Saini A, Usman M, Peeples D. Sadness, suicide, and their association with video game and internet overuse among teens: Results from the Youth Risk Behavior Survey 2007 and 2009. Suicide Life Threat Behav. 2011;41(3):307-15.
104. Goldney RD. Suicide: The role of the media. Australasian Psychiatry. 1989; 23(1):30-4.
105. Heikkinen M, Aro H, Lönnqvist J. Life Events and Social Support in Suicide. Suicide and Life-Threatening Behavior. 1993; 23(4):343-58.
106. Rubenstein JL, Heeren T, Housman D, Rubin C, Stechler G. Suıcıdal Behavıor In “Normal” Adolescents: Risk and Protective Factors. American Journal of Orthopsychiatry. 1989; 59(1):59-71.
107. 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.
108. Wichstrøm L. Book Reviews : M. Rutter & D. J. Smith (eds.): Psychosocial Disorders in Young People. Time Trends and Their Causes. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons Ltd, 1995;39(2):237–9.
109. Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2003; 42(4):386-405.
110. Brent DA, Mann JJ. Familial Pathways to Suicidal Behavior — Understanding and Preventing Suicide among Adolescents. New England Journal of Medicine. 2006; 355(26):2719-21.
111. Aydemir Ç, Temiz VH, Göka E. Majör depresyon ve özkıyımda kognitif ve emosyonel faktörler. Türk Psikiyatri Dergisi. 2002;13(1):33–9.
112. Goldston DB, Daniel SS, Reboussin BA, et al. Psychiatric diagnoses of previous suicide attempters, first-time attempters, and repeat attempters on an adolescent inpatient psychiatry unit. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1998; 37(9):924-32.
113. Reinherz HZ, Tanner JL, Berger SR, Beardslee WR, Fitzmaurice GM. Adolescent suicidal ideation as predictive of psychopathology, suicidal behavior, and compromised functioning at age 30. American Journal of Psychiatry. 2006;163(7):1226-32.
114. Herba CM, Ferdinand RF, van der Ende J, Verhulst FC. Long-term associations of childhood suicide ideation. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007; 46(11):1473-81.
115. Kerr DCR. Replicated prediction of men’s suicide attempt history from parent reports in late childhood. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2008;47(7):834-835.

116. Freud S. Mourning and Melancholia. Journal of Nervous and Mental Disease. 1922;56(5):543–5.
117. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Hopelessness and Suicidal Behavior: An Overview. JAMA: The Journal of the American Medical Association. 1975;234(11):1146-9.
118. Liu X, Gentzler AL, Tepper P, et al. Clinical features of depressed children and adolescents with various forms of suicidality. Journal of Clinical Psychiatry. 2006;67(9):1442-50.
119. Barbe RP, Williamson DE, Bridge JA, et al. Clinical differences between suicidal and nonsuicidal depressed children and adolescents. Journal of Clinical Psychiatry. 2005; 66(4):492-8.
120. Csorba J, Rózsa S, Gádoros J, et al. Suicidal depressed vs. non-suicidal depressed adolescents: differences in recent psychopathology. J Affect Disord. 2003;74(3):229–36.
121. Shneidman ES. Suicide as psychache. J Nerv Ment Dis. 1993; 181(3):145-7.
122. Weisman AD, Worden JW. Risk-Rescue Rating in Suicide Assessment. Arch Gen Psychiatry. 1972;26(6):553–60.
123. Pompili M, Innamorati M, Raja M, et al. Suicide risk in depression and bipolar disorder: Do impulsiveness-aggressiveness and pharmacotheraphy predict suicidal intent? Neuropsychiatr Dis Treat. 2008; 4(1):247-55.
124. Wagner KD, Rouleau M, Joiner T. Cognitive factors related to suicidal ideation and resolution in psychiatrically hospitalized children and adolescents. American Journal of Psychiatry. 2000;157(12):2017–21.
125. Ougrin D, Tranah T, Stahl D, Moran P, Asarnow JR. Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: Systematic review and meta-analysis. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2015; 54(2):97-107.e2.
126. Reynolds EH, Wilson JVK. Depression and anxiety in Babylon. Journal of the Royal Society of Medicine. 2013;106(12):478-81.
127. Hippocrates Classics: Aphorisms. 2019.
128. Haque A. Psychology from Islamic Perspective: Contributions of Early Muslim Scholars and Challenges to Contemporary Muslim Psychologists. Journal of Religion and Health 2004;43:357-77.
129. Brink A. Depression and loss: a theme in Robert Burton's "Anatomy of melancholy" (1621). Can J Psychiatry. 1979;24(8):767-72.
130. Radden, J. Is This Dame Melancholy? Equating Today's Depression and Past Melancholia. Philosophy, Psychiatry, & Psychology, 2003;10(1):37–52.

131. Chambers TL. Malignant Sadness: the Anatomy of Depression. J R Soc Med. 2002;95(1):52–3.
132. Dryden W, Bond FW. Reason and emotion in psychotherapy: Albert Ellis. Br J Psychiatry. 1994; 165(1):131-5.
133. Beck AT. Cognitive Therapy of Depression. 1979.
134. Ağaoğlu B. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı, Depresif Bozukluklar. In: Çetin FÇ, (editor). Ankara; 2008.
135. World Health Organization, Adolescent mental health. 2021- https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health (erişim tarihi: Aralık 2022)
136. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. Arch Gen Psychiatry. 2003; 60(8):837-44.
137. Ferrari AJ, Somerville AJ, Baxter AJ, et al. Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. Psychol Med. 2013;43(3):471–81.
138. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. Int J Epidemiol. 2014;43(2):476–93.
139. Jane Costello E, Erkanli A, Angold A. Is there an epidemic of child or adolescent depression? J Child Psychol Psychiatry. 2006;47(12).
140. The National Institute of Mental Health,NIMH Major depression.2022.
141. Daly M. Prevalence of Depression Among Adolescents in the U.S. From 2009 to 2019: Analysis of Trends by Sex, Race/Ethnicity, and Income. Journal of Adolescent Health. 2022;70(3):496-499.
142. Ghandour RM, Sherman LJ, Vladutiu CJ, et al. Prevalence and Treatment of Depression, Anxiety, and Conduct Problems in US Children. Journal of Pediatrics. 2019; 206:256-267.e3.
143. Demir T, Karacetin G, Demir DE, Uysal O. Epidemiology of depression in an urban population of Turkish children and adolescents. J Affect Disord. 2011 Nov 1;134(1–3):168–76.
144. Toros F, Bilgin NG, Bugdayci R, et al. Prevalence of depression as measured by the CBDI in a predominantly adolescent school population in Turkey. European Psychiatry. 2004 Aug 1;19(5):264–71.
145. Wichstrøm L, Berg-Nielsen TS, Angold A, et al. Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. J Child Psychol Psychiatry. 2012; 53(6):695-705.
146. Hoffmann JP, Baldwin SA, Cerbone FG. Onset of major depressive disorder among adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2003; 42(2):217-24.

147. Özkul B, Partlak Günüşen N, Lise öğrencilerinde depresif belirti yaygınlığının ve etkileyen etkenlerin incelenmesi: Epidemiyolojik bir araştırma. Anadolu Psikiyatri Derg. 2019;21(2):203–10.
148. Hankin BL, Abramson LY, Moffitt TE, et al. Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. J Abnorm Psychol. 1998; 107(1):128-40.
149. Işık TY. Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozuklukları. Işık E, Işık U (editor), Ankara, 2013;335–59.
150. Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. The Lancet. 2012 Mar 17;379(9820):1056–67.
151. Forbes EE, Dahl RE. Neural systems of positive affect: Relevance to understanding child and adolescent depression? Dev Psychopathol. 2005;17(3):827–50.
152. Uher R, McGuffin P. The moderation by the serotonin transporter gene of environmental adversity in the etiology of depression: 2009 update. Molecular Psychiatry. 2010; 15(1):18-22.
153. Goodyer IM. Genes, environments and depressions in young people. Archives of Disease in Childhood. 2015; 100(11):1064-9.
154. Wahid SS, Ottman K, Hudhud R, et al. Identifying risk factors and detection strategies for adolescent depression in diverse global settings: A Delphi consensus study. J Affect Disord. 2021; 279:66-74.
155. Patton GC, Viner R. Pubertal transitions in health.Lancet. 2007; 369(9567):1130-9.
156. Cyranowski JM, Frank E, Young E, Shear MK. Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression. A theoretical model. Archives of General Psychiatry. 2000; 57(1):21-7.
157. Blakemore SJ. The social brain in adolescence. Nature Reviews Neuroscience. 2008; 9(4):267-77.
158. Silberg J, Pickles A, Rutter M, et al. The influence of genetic factors and life stress on depression among adolescent girls. Arch Gen Psychiatry. 1999; 56(3):225-32.
159. Nelson EE, Leibenluft E, McClure EB, Pine DS. The social re-orientation of adolescence: A neuroscience perspective on the process and its relation to psychopathology. Psychological Medicine. 2005; 35(2):163-74.
160. Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. Lancet. 2012;379(9820):1056-67.
161. Lau JYF, Eley TC. Disentangling gene-environment correlations and interactions on adolescent depressive symptoms. J Child Psychol Psychiatry. 2008; 49(2):142-50.

162. Eaves L, Silberg J, Erkanli A. Resolving multiple epigenetic pathways to adolescent depression. J Child Psychol Psychiatry. 2003; 44(7):1006-14.
163. Thapar A, Rice F. Twin studies in pediatric depression. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2006;15(4):869-81.
164. Hankin BL. Adolescent depression: description, causes, and interventions. Epilepsy Behav. 2006;8(1):102–14.
165. Hariri AR, Mattay VS, Tessitore A, et al. Serotonin transporter genetic variation and the response of the human amygdala. Science (1979). 2002; 297(5580):400-3.
166. Boden JM, Fergusson DM, Horwood LJ. Cigarette smoking and depression: tests of causal linkages using a longitudinal birth cohort. Br J Psychiatry. 2010;196(6):440-6.
167. Caspi A, Moffitt TE, Newman DL, Silva PA. Behavioral observations at age 3 years predict adult psychiatric disorders. Longitudinal evidence from a birth cohort. Arch Gen Psychiatry. 1996;53(11):1033-9.
168. Reinherz HZ, Giaconia RM, Hauf AM, Wasserman MS, Paradis AD. General and specific childhood risk factors for depression and drug disorders by early adulthood. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2000 Feb;39(2):223-31.
169. Lahey BB. Public Health Significance of Neuroticism. American Psychologist. 2009;64(4):241–56.
170. Birmaher B, Heydl P. Biological studies in depressed children and adolescents. Int J Neuropsychopharmacol. 2001;4(2):149-57.
171. Rao, U. Development and natural history of pediatric depression: Treatment implications. Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation, 2006;3(3):194–204.
172. Lewinsohn PM, Clarke GN, Seeley JR, Rohde P. Major depression in community adolescents: age at onset, episode duration, and time to recurrence. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1994;33(6):809-18.
173. Grover S, Avasthi A. Clinical Practice Guidelines for the management of depression in children and adolescents. Indian J Psychiatry. 2019;61(Suppl 2):226-240.
174. Richardson LP, Katzenellenbogen R. Childhood and adolescent depression: the role of primary care providers in diagnosis and treatment. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. 2005;35(1):6-24.
175. Patton GC, Coffey C, Posterino M, Carlin JB, Wolfe R. Adolescent depressive disorder: a population-based study of ICD-10 symptoms. Aust N Z J Psychiatry. 2000;34(5):741-7.

176. Bohman H, Jonsson U, Von Knorring AL, et al. Somatic symptoms as a marker for severity in adolescent depression. Acta Paediatr. 2010;99(11):1724-30.
177. Bennett DS, Ambrosini PJ, Kudes D, Metz C, Rabinovich H. Gender differences in adolescent depression: Do symptoms differ for boys and girls? J Affect Disord. 2005;89(1–3): 35-44.
178. Crowe M, Ward N, Dunnachie B, Roberts M. Characteristics of adolescent depression. Int J Ment Health Nurs. 2006;15(1):10-8.
179. Kovacs M, Obrosky DS, Sherrill J. Developmental changes in the phenomenology of depression in girls compared to boys from childhood onward. J Affect Disord. 2003;74(1):33-48.
180. Parker G, Roy K. Adolescent depression: a review. Aust N Z J Psychiatry. 2001;35(5):572–80
181. Sarkhel S. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 10th edition.Indian J Psychiatry. 2009;51(4):331.
182. Ford T, Goodman R, Meltzer H. The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2003;42(10):1203-11.
183. Costello EJ, Foley DL, Angold A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental epidemiology. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2006;45(1):8-25.
184. Birmaher B, Brent D. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007; 46(11):1503-26.
185. Birmaher B, Dahl RE, Perel J, Williamson DE, Nelson B, Stull S, et al. Corticotropin-releasing hormone challenge in prepubertal major depression. Biol Psychiatry. 1996; 39(4):267-77.
186. Hughes CW, Emslie GJ, Crismon ML, et al. Texas children’s medication algorithm project: Update from Texas consensus conference panel on medication treatment of childhood major depressive disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007; 46(6):667-686.
187. Maughan B, Collishaw S, Stringaris A. Depression in Childhood and Adolescence. Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2013; 22(1):35-40.
188. Brent D, Emslie G, Clarke G, et al. Switching to another SSRI or to venlafaxine with or without cognitive behavioral therapy for adolescents with SSRI-resistant depression: The TORDIA randomized controlled trial. JAMA. 2008;299(8):901-913.

189. March JS. Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) randomized controlled trial. JAMA. 2004; 292(7):807-20.
190. Delis DC. Evaluating the Brain's Mind - Neuropsychological Assessment, 3rd Edition, Muriel D. Lezak (Ed.). 1995. New York: Oxford University Press. Journal of the International Neuropsychological Society. 1995;1(6).
191. Zelazo PD, Cunningham WA. Executive Function: Mechanisms Underlying Emotion Regulation. In J. J. Gross (Ed.), Handbook of emotion regulation 2007: (pp. 135–158).
192. Broca P. Remarques sur le siège de la faculté du langage articulé suivies d'une observation d'aphemie. Bull Soc Anthropol. 1861;6: 377-393.
193. Samra A, Ramtahal J. On Aphasia. Brain. 1885;7(4):433–84.
194. Der aphasische Symptomencomplex : eine psychologische Studie auf anatomischer Basis : Wernicke, Carl, 1848-1905.
195. Bastian HC. On the Various Forms of Loss of Speech in Cerebral Disease. Br Foreign Med Chir Rev. 1869; 43(85):209-236.
196. Dejerine, J. (1891). Sur un cas de cécité verbale avec agraphie suivi d'autopsie. Mémoires de la Société de Biologie, 1891;197-201.
197. Kalischer O. Dem Andenken an Max Lewandowsky. Z. f. d. g. Neur. u. Psych. 1919;51:1–44.
198. Karakaş S, Karakaş M. Yönetici işlevlerin Ayrıştırılmasında Multidisipliner Yaklaşım: Bilişsel Psikolojiden Nöroradyolojiye. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2000;3(4):215–27.
199. Eysenck MW. Cognitive psychology : an international review. 1990;324.
200. Coltheart M. Cognitive Neuropsychology. In Stevens' Handbook of Experimental Psychology, H. Pashler (Ed.), 2002.
201. Marshall JC, Newcombe F. Patterns of paralexia: A psycholinguistic approach. J Psycholinguist Res. 1973;2(3):175–99.
202. Warrington EK, Shallice T. The selective impairment of auditory verbal short-term memory. Brain. 1969;92(4):885–96.
203. Miller GA. The magical number seven, plus or minus two: Some limits on our capacity for processing information. Psychological Review. 1956;63(2):81–97.
204. Klatzky RL. Human memory : structures and processes. 1980;358.
205. Ellis HC, Henry C. Fundamentals of cognitive psychology. 1993;409.
206. Sergeant, J. A theory of attention: An information processing perspective. In GR Lyon, NA Krasnegor (Eds.), Attention, memory, and executive function. 1996;57–69.

207. Bora E. Bilişsel işlevler ve psikiyatri. Psikiyatride Güncel - Tanı ve Sağaltımda Bilişsel Belirtiler. Ankara: TPD yayınları, 2018.
208. Atkinson RC, Shiffrin RM. Human Memory: A Proposed System and its Control Processes. Psychology of Learning and Motivation - Advances in Research and Theory. 1968;2(C):89–195.
209. Gredler, Margaret E. Learning and Instruction: Theory into Practice (6th Edition). 2008.
210. Öztürk O, Uluşahin A. Mental Health and Disorders [Ruh Sağlığı ve Bozuklukları]. Nobel Tıp Kitabevleri. 2018;1–788.
211. Lehto JE, Juujärvi P, Kooistra L, Pulkkinen L. Dimensions of executive functioning: Evidence from children. British Journal of Developmental Psychology, 2003;21(1):59–80.
212. Miyake A, Friedman NP, Emerson MJ. The Unity and Diversity of Executive Functions and Their Contributions to Complex “Frontal Lobe” Tasks: A Latent Variable Analysis. Cogn Psychol. 2000;41(1): 49-100.
213. Diamond A. Executive functions. Annu Rev Psychol. 2013;64:135-68.
214. Chan RC, Shum D, Toulopoulou T, Chen EY. Assessment of executive functions: review of instruments and identification of critical issues. Arch Clin Neuropsychol. 2008;23(2):201-16.
215. Viana-Baptista M, Bugalho P, Jordão C, Ferreira N, Ferreira A, Forjaz Secca M, Esperança-Pina JA, Ferro JM. Cognitive function correlates with frontal white matter apparent diffusion coefficients in patients with leukoaraiosis. J Neurol. 2008;255(3):360-6.
216. Frith CD, Frith U. Social cognition in humans. Curr Biol. 2007: 21;17(16):R724-32.
217. Malle BF. Other Minds: How Humans Bridge the Divide between Self and Others. 2005. Three Puzzles of Mindreading; pp. 26–43.
218. Adolphs R. The neurobiology of social cognition. Curr Opin Neurobiol. 2001;11(2):231-9.
219. Tekin U, Erermiş HS, Satar A, et al. Social cognition in first episode adolescent depression and its correlation with clinical features and quality of life. 2020;26(1):140–53.
220. Kennedy DP, Adolphs R. The social brain in psychiatric and neurological disorders. Trends Cogn Sci. 2012;16(11):559–72.
221. Arioli M, Crespi C, Canessa N. Social Cognition through the Lens of Cognitive and Clinical Neuroscience. Biomed Res Int. 2018;2018:4283427.
222. Green MF, Penn DL, Bentall R, Carpenter WT, Gaebel W, Gur RC, et al. Social Cognition in Schizophrenia: An NIMH Workshop on Definitions, Assessment, and Research Opportunities. Schizophr Bull. 2008; 34(6):1211-20.

223. Barrett LF. The Wisdom in Feeling: Psychological Processes in Emotional Intelligence 2nd edition. 2002.
224. Toomey R, Schuldberg D, Corrigan P, Green MF. Nonverbal social perception and symptomatology in schizophrenia. Schizophr Res. 2002;53(1–2):83–91.
225. Sergi MJ, Green MF. Social perception and early visual processing in schizophrenia. Schizophr Res. 2003;59(2–3):233–41.
226. Corrigan PW, Green MF. Schizophrenic patients' sensitivity to social cues: The role of abstraction. American Journal of Psychiatry. 1993;150(4):589–94.
227. Corrigan PW, Wallace CJ, Green MF. Deficits in social schemata in schizophrenia. Schizophr Res. 1992;8(2):129–35.
228. Subotnik KL, Nuechterlein KH, Green MF, et al. Neurocognitive and social cognitive correlates of formal thought disorder in schizophrenia patients. Schizophr Res. 2006;85(1–3):84–95.
229. Zullow HM, Oettingen G, Peterson C, Seligman MEP. Pessimistic Explanatory Style in the Historical Record: CAVing LBJ, Presidential Candidates, and East Versus West Berlin. American Psychologist. 1988;673–82.
230. Baron-Cohen S, Wheelwright S, Hill J, Raste Y, Plumb I. The "Reading the Mind in the Eyes" Test Revised Version: A Study with Normal Adults, and Adults with Asperger Syndrome or High-functioning Autism. The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines. 2001;42(2):241–51.
231. Frith CD. The cognitive neuropsychology of schizophrenia: Classic edition. The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia: Classic Edition. 2015;11:1–139.
232. Tran T, Milanovic M, Holshausen K, Bowie CR. What is normal cognition in depression? Prevalence and functional correlates of normative versus idiographic cognitive impairment. Neuropsychology. 2021;35(1):33–41.
233. Wagner S, Doering B, Helmreich I, Lieb K, Tadić A. A meta-analysis of executive dysfunctions in unipolar major depressive disorder without psychotic symptoms and their changes during antidepressant treatment. Acta Psychiatr Scand. 2012;125(4):281–92.
234. Hansson PB, Murison R, Lund A, et al. Cognitive functioning and cortisol profiles in first episode major depression. Scand J Psychol. 2015;56(4):379–83.

235. Hansson PB, Murison R, Lund A, Hammar Å. Cognitive functioning and cortisol suppression in recurrent major depression. Psych J. 2013;2(3):167–74.
236. Gorwood P, Corruble E, Falissard B, Goodwin GM. Toxic effects of depression on brain function: Impairment of delayed recall and the cumulative length of depressive disorder in a large sample of depressed outpatients. American Journal of Psychiatry. 2008;165(6):731–39.
237. Moylan S, Maes M, Wray NR, Berk M. The neuroprogressive nature of major depressive disorder: pathways to disease evolution and resistance, and therapeutic implications. Molecular Psychiatry 2013;18(5):595–606.
238. Hammar Å, Ronold EH, Rekkedal GÅ. Cognitive Impairment and Neurocognitive Profiles in Major Depression—A Clinical Perspective. Front Psychiatry. 2022; 13:764374.
239. Baune BT, Fuhr M, Air T, Hering C. Neuropsychological functioning in adolescents and young adults with major depressive disorder – A review. Psychiatry Res. 2014;218(3):261–71.
240. Goodall J, Fisher C, Hetrick S. Neurocognitive Functioning in Depressed Young People: A Systematic Review and Meta-Analysis. Neuropsychol Rev. 2018;28(2):216–31.
241. Marvel CL, Paradiso S. Cognitive and neurological impairment in mood disorders. Psychiatric Clinics of North America. 2004;27(1):19–36.
242. Jaeger J, Berns S, Uzelac S, Davis-Conway S. Neurocognitive deficits and disability in major depressive disorder. Psychiatry Res. 2006;145(1):39–48.
243. Weightman MJ, Air TM, Baune BT. A Review of the Role of Social Cognition in Major Depressive Disorder. Front Psychiatry. 2014; 5:179.
244. Ladegaard N, Larsen ER, Videbech P, Lysaker PH. Higher-order social cognition in first-episode major depression. Psychiatry Res. 2014;216(1):37–43.
245. Steinberg L, Morris AS. Adolescent Development. Journal of Cognitive Education and Psychology. 2001;2(1):55–87.
246. Lee L, Harkness KL, Sabbagh MA, Jacobson JA. Mental state decoding abilities in clinical depression. J Affect Disord. 2005;86(2–3).
247. Leppänen JM, Milders M, Bell JS, Terriere E, Hietanen JK. Depression biases the recognition of emotionally neutral faces. Psychiatry Res. 2004;128(2):123–33.
248. Gotlib IH, Krasnoperova E, Yue DN, Joormann J. Attentional biases for negative interpersonal stimuli in clinical depression. J Abnorm Psychol. 2004;113(1):127–35.

249. Gotlib IH, Kasch KL, Traill S, at al. Coherence and specificity of information-processing biases in depression and social phobia. J Abnorm Psychol. 2004;113(3):386–98.
250. Demenescu LR, Kortekaas R, den Boer JA, Aleman A. Impaired Attribution of Emotion to Facial Expressions in Anxiety and Major Depression. PLoS One. 2010;5(12):e15058.
251. Dalili MN, Penton-Voak IS, Harmer CJ, Munafò MR. Meta-analysis of emotion recognition deficits in major depressive disorder. Psychol Med. 2015;45(6):1135–44252.
252. Bora E, Berk M. Theory of mind in major depressive disorder: A meta-analysis. J Affect Disord. 2016 Feb 1;191:49–55.
253. Porter-Vignola E, Booij L, Dansereau-Laberge ÈM, et al. Social cognition and depression in adolescent girls. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2022; 76:101750.
254. The Logic of Suicide (IN: Clues to Suicide, ed. by E S Shneidman) - Centre for Suicide Prevention. 1957;p.31-40.
255. Ho MC, Hsu YC, Lu ML, Gossop M, Chen VCH. “Cool” and “Hot” executive functions in suicide attempters with major depressive disorder. J Affect Disord. 2018;235:332–40.
256. Rutter SB, Cipriani N, Smith EC, et al. Neurocognition and the Suicidal Process. Curr Top Behav Neurosci. 2020;46:117–53.
257. Dervic K, Brent DA, Oquendo MA. Completed Suicide in Childhood. Psychiatric Clinics of North America. 2008;31(2):271–91.
258. van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC. The interpersonal theory of suicide. Psychol Rev. 2010;117(2):575–600.
259. Sharp C, Pane H, Ha C, et al. Theory of Mind and Emotion Regulation Difficulties in Adolescents With Borderline Traits. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2011;50(6):563-573.e1.
260. Hatkevich C, Venta A, Sharp C. Theory of mind and suicide ideation and attempt in adolescent inpatients. J Affect Disord. 2019;256:17–25.
261. Xu M, Rosario-Williams B, Kline EA, Miranda R. Social cognitive mechanisms between psychological maltreatment and adolescent suicide ideation: Race/ethnicity and gender as moderators. Psychology of Violence, 2022;12(6):393–402.
262. Laghi F, Terrinoni A, Cerutti R, et al. Theory of mind in non-suicidal self-injury (NSSI) adolescents. Conscious Cogn. 2016; 43:38-47.
263. Williams GE, Daros AR, Graves B, et al. Executive functions and social cognition in highly lethal self-injuring patients with borderline personality disorder. Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment. 2015; 6(2):107-16.

264. Gur RC, Moore TM, Weinberger R, Mekori-Domachevsky E, Gross R, Emanuel BS, et al. Relationship between intelligence quotient measures and computerized neurocognitive performance in 22q11.2 deletion syndrome. Brain Behav. 2021;11(8). e2221.
265. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1997;36(7):980–8.
266. Ünal F. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli Türkçe Uyarlamasının (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) Geçerlik ve Güvenirliği. 2019;30(1):42–50.
267. Whiteside SP, Lynam DR. The five factor model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. Pers Individ Dif. 2001;30(4):669–89.
268. Cyders MA, Littlefield AK, Coffey S, Karyadi KA. Examination of a short English version of the UPPS-P Impulsive Behavior Scale. Addictive Behaviors. 2014;39(9):1372–6.
269. Eray Ş, Sigirli D, Yavuz BE, et al. Turkish adaptation and validation of the Short-UPPS-P in adolescents and examination of different facets of impulsivity in adolescents with ADHD. Child Neuropsychology. 2022;1-17.
270. Posner K, Brown GK, Stanley B, et al. The Columbia-suicide severity rating scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. American Journal of Psychiatry. 2011; 168(12):1266-77.
271. Kilincaslan A, Gunes A, Eskin M, Madan A. Linguistic adaptation and psychometric properties of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale among a heterogeneous sample of adolescents in Turkey. Int J Psychiatry Med. 2019; 54(2):115-132.
272. Cull JG, Gill WS. Suicide Probability Scale (SPS). Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1988.
273. Atlı Z, Eskin M, Dereboy Ç. İntihar Olasılığı Ölçeğinin (İOÖ) Klinik Örneklemde Geçerlik ve Güvenirliği. Klinik Psikiyatri 2009;12:111-124.
274. Mayes TL, Bernstein IH, Haley CL, Kennard BD, Emslie GJ. Psychometric properties of the Children's Depression Rating Scale-Revised in adolescents. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2010;20(6):513-6
275. Alşen GS, Baykara HB, İnal Emiroğlu N. Psychometric properties of the Turkish adaptation of the children’s depression rating scale: Revised in Turkish adolescents. Anadolu Psikiyatri Derg. 2018; 19:41-48.

276. Chorpita BF, Moffitt CE, Gray J. Psychometric properties of the Revised Child Anxiety and Depression Scale in a clinical sample. Behaviour research and therapy. 2005 Mar;43(3):309–22.
277. Gormez V, Kılınçaslan A, Orengul AC, Ebesutani C, Kaya I, Ceri V, et al. Psychometric properties of the Turkish version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale – Child Version in a clinical sample. Psychiatry and Clinical Psychopharmacology. 2017;27:84-92.
278. Haller SP, Kircanski K, Stringaris A, et al. The Clinician Affective Reactivity Index: Validity and Reliability of a Clinician-Rated Assessment of Irritability. Behav Ther. 2020;51(2):283–93.
279. Turan S, Ermiş Ç, Eray Ş, Yavuz BE, et al. Psychometric properties of The Clinician Affective Reactivity Index for Assessment of Irritability in a clinical sample of Turkish children and adolescents. Scand J Child Adolesc Psychiatr Psychol. 2022;10(1):24–32.
280. Nelis SM, Rae G, Liddell C. The level of expressed emotion scale: A useful measure of expressed emotion in adolescents? J Adolesc. 2011;34(2):311–8.
281. Vural P, Siğirli D, Eray Ş, Ercan I, Kiliç EZ. The reliability and validity study of shortened level of expressed emotion scale in adolescents Ergenlerde Kısaltılmış Duygu Dışavurum Ölçeği Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences. 2013;33(1):191–9.
282. Ehlers S, Gillberg C, Wing L. A screening questionnaire for Asperger syndrome and other high-functioning autism spectrum disorders in school age children. J Autism Dev Disord. 1999;29(2):129–41.
283. Kose S, Bora E, Erermis S, Cahide A. Psychometric features of Turkish version of Autism-Spectrum Quotient. Alpha Psychiatry 2010;11:253-260
284. Gur RC, Richard J, Hughett P, et al. A cognitive neuroscience-based computerized battery for efficient measurement of individual differences: Standardization and initial construct validation. J Neurosci Methods. 2010; 187(2):254-62.
285. Izgi B, Moore TM, Yalcinay-Inan M, et al. Test–retest reliability of the Turkish translation of the Penn Computerized Neurocognitive Battery. Applied Neuropsychology:Adult. 2022;29(5):1258–67.
286. Ati NAL, Paraswati MD, Windarwati HD. What are the risk factors and protective factors of suicidal behavior in adolescents? A systematic review. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing. 2020: 34(1):7-18.
287. Toprak S, Cetin I, Guven T, Can G, Demircan C. Self-harm, suicidal ideation and suicide attempts among college students. Psychiatry Res. 2011;187(1-2).

288. Kokkevi A, Richardson C, Olszewski D, et al. Multiple substance use and self-reported suicide attempts by adolescents in 16 European countries. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2012;21(8):443-50.
289. Sher L. Alcohol consumption and suicide. QJM. 2006; (1):57-61.
290. Mennınger KA. Man against himself, 1938. Deutsch: Selbstzerstörung. Psychoanalyse des Selbstmordes. Frankfurt am, 1989.
291. Wilkinson PO. Nonsuicidal self-injury: A clear marker for suicide risk. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2011:50(8):741-3.
292. Klonsky ED, Oltmanns TF, Turkheimer E. Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. American Journal of Psychiatry. 2003;160(8):1501-8.
293. Klonsky ED, Olino TM. Identifying Clinically Distinct Subgroups of Self-Injurers Among Young Adults: A Latent Class Analysis. J Consult Clin Psychol. 2008; 76(1):22-27.
294. Baca-Garcia E, Perez-Rodriguez MM, Oquendo MA, et al. Estimating risk for suicide attempt: Are we asking the right questions?: Passive suicidal ideation as a marker for suicidal behavior. J Affect Disord. 2011;134(1–3).
295. Assari S. Racial Variation in the Association between Suicidal History and Positive and Negative Urgency among American Children. J Educ Cult Stud. 2020;4(4):39-53.
296. Orri M, Galera C, Turecki G, et al. Association of childhood irritability and depressive/anxious mood profiles with adolescent suicidal ideation and attempts. JAMA Psychiatry. 2018; 75(5):465-473.
297. Benarous X, Consoli A, Cohen D, et al. Suicidal behaviors and irritability in children and adolescents: a systematic review of the nature and mechanisms of the association. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2019;28(5):667–83.
298. Wilcox HC, Arria AM, Caldeira KM, et al. Prevalence and predictors of persistent suicide ideation, plans, and attempts during college. J Affect Disord. 2010;127(1–3).
299. Eskin M, Ertekin K, Dereboy C, Demirkiran F. Risk factors for and protective factors against adolescent suicidal behavior in Turkey.Crisis. 2007: 28(3):131-9.
300. Pier MPBI, Hulstijn W, Sabbe BGC. No psychomotor slowing in fine motor tasks in dysthymia. J Affect Disord. 2004;83(2–3).
301. Brooks BL, Iverson GL, Sherman EMS, Roberge MC. Identifying cognitive problems in children and adolescents with wepression using

computerized neuropsychological testing. Appl Neuropsychol. 2010; 17(1):37-43.
302. Winton EC, Clark DM, Edelmann RJ. Social anxiety, fear of negative evaluation and the detection of negative emotion in others. Behaviour Research and Therapy. 1995;33(2):193-6
303. Liu RT, Trout ZM, Hernandez EM, Cheek SM, Gerlus N. A behavioral and cognitive neuroscience perspective on impulsivity, suicide, and non-suicidal self-injury: Meta-analysis and recommendations for future research. Neuroscience and Biobehavioral Reviews. 2017:83:440-450.
304. Williams J, Watts F, Macleod C, Mathews A. Cognitive Psychology and Emotional Disorders Second Edition. Wiley. 1997
305. Gagnon J, Daelman S, McDuff P. Correlations of impulsivity with dysfunctional beliefs associated with borderline personality. North American Journal of Psychology. 2013;15(1):165-178.
306. Donges US, Kersting A, Dannlowski U, et al. Reduced awareness of others' emotions in unipolar depressed patients. Journal of Nervous and Mental Disease. 2005; 193(5):331-7.
307. Sarapas C, Shankman SA, Harrow M, Goldberg JF. Parsing trait and state effects of depression severity on neurocognition: Evidence from a 26-year longitudinal study. J Abnorm Psychol. 2012;121(4):830-7.
308. Althoff RR, Crehan ET, He JP, et al. Disruptive Mood Dysregulation Disorder at Ages 13-18: Results from the National Comorbidity Survey - Adolescent Supplement. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology. 2016;26(2):107-13.
309. Stringaris A, Maughan B, Copeland WS, Costello EJ, Angold A. Irritable mood as a symptom of depression in youth: Prevalence, developmental, and clinical correlates in the Great Smoky Mountains study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2013;52(8):831-40.
310. Busch KA, Fawcett J, Jacobs DG. Clinical correlates of inpatient suicide. Journal of Clinical Psychiatry. 2003;64(1):14-9.
311. Goswami U, Sharma A, Varma A, Gulrajani C, Ferrier IN, Young AH, et al. The neurocognitive performance of drug-free and medicated euthymic bipolar patients do not differ. Acta Psychiatr Scand. 2009;120(6): 456-63.

EKLER

EK-1: Sosyodemografi Veri Formu

EK-2: UPPS-P Dürtüsel Davranış Ölçeği Kısa Versiyonu (S-UPPS-P)

EK-3: Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği/C-İŞDÖ (Columbia-Suicide Severity Rating Scale-C-SSRS)

EK-4: İntihar Olasılığı Ölçeği (İOÖ) (Suicide probability scale- SPS)

EK-5: Çocuk Depresyon Derecelendirme Ölçeği-Revize (ÇDDÖ-R) Formu (CDRS-R)

EK-6: Çocuklar için Anksiyete ve Depresyon ölçeği (ÇADÖ-Y) (RCADS)

EK-7: Kısaltılmış Duygu Dışavurumu Düzeyi (KDDD) Ölçeği

EK-8: Otizm Spektrum Tarama Ölçeği (OSTÖ) (Autism Spectrum Screening Questionnaire-ASSQ)

EK-9: Etik Kurul Kararları

EK-1 Sosyodemografi Veri Formu

1.Cinsiyetiniz: ( )Kız ( )Erkek Sınıfınız:

2.Doğum tarihiniz: ……./……./……

3. Anne ve babanız birlikte mi? ( ) evet ( )boşanmış ( ) babam vefat etti ( )annem vefat etti

4.Annenizin eğitimi ( )Hiç okula gitmemiş ( )İlkokul mezunu ( )Ortaokul mezunu ( )Lise mezunu ( )Üniversite mezunu

5.Babanızın eğitimi:( )Hiç okula gitmemiş ( )İlkokul mezunu ( )Ortaokul mezunu ( )Lise mezunu ( )Üniversite mezunu

6.Annenizin şu andaki iş durumu:( ) Ev hanımı ( )Düzenli bir işte çalışıyor ( ) Emekli

7.Babanızın şu andaki iş durumu:( ) Çalışmıyor ( )Düzenli bir işte çalışıyor. ( ) Emekli

8.Ailenizin aylık ortalama gelir düzeyi:( ) 4750 tl ve altı ( ) 4750-16500tl ( ) 16500 tl üzeri

9.Kiminle birlikte yaşıyorsunuz? (uygun olanı işaretleyin) Çekirdek aile ( ) Geniş Aile ( ) Akraba yanı( ) Yurt ( ) Kurum( ) Diğer( )

10.Kaç kardeşsiniz? İşaretleyiniz. ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ve üzeri

11.Siz ailenizin kaçıncı çocuğusunuz? ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ve üzeri

12.Ailenizde kronik bir fiziksel hastalığı(örn: şeker hastalığı, yüksek tansiyon, kalp hastalığı, kanser, epilepsi, astım, kansızlık) ya da fiziksel özrü(örn: görme, işitme, konuşma engelli ya da tekerlekli sandalye kullanan) olan var mı? Açıklayınız.

( ) Evet, var: ( ) Hayır yok.

( )Annem…… ( )Babam…… ( )Kardeşim…….. ( )Diğer……

13.Ailenizde bir psikiyatristten(ruh sağlığı uzmanı) tanı aldığını bildiğiniz ruhsal hastalığı(örn: şizofreni, bipolar bozukluk, depresyon, zeka geriliği, otizm) olan var mı? Açıklayınız.

( ) Evet, var: ( ) Hayır yok.

( )Annem…… ( )Babam…… ( )Kardeşim…… ( ) Diğer……

14.Sizin kronik bir fiziksel hastalığınız(astım, alerji, şeker hastalığı v.b) var mı? Açıklayınız.

( ) Evet, var: …… ( ) Hayır yok

15.Sizin ruhsal bir hastalığınız var mı? Açıklayınız.

( ) Evet, var: …… ( ) Hayır yok

16.Sigara Kullanımı(varsa ne kadar): ( ) Evet, var: …… ( ) Hayır yok

17.Madde Kullanımı(varsa ne kadar): ( ) Evet, var: …… ( ) Hayır yok

18.Alkol Kullanımı(varsa ne kadar): ( ) Evet, var: …… ( ) Hayır yok

19.Önceden suisid girşimi: ( ) Evet, var: …… ( ) Hayır yok

20.Suisid şekli:……..

21.NSSI: ( ) Evet, var: …… ( ) Hayır yok

22.Önceden suisid düşüncesi: ( ) Evet, var: …… ( ) Hayır yok

23.Ailede tamamlanmış suisid: ( ) Evet, var: …… ( ) Hayır yok

24.Ailede suisid girşimi: ( ) Evet, var: …… ( ) Hayır yok

25.Ailede suisid şekli: ……

EK- 2 UPPS-P Dürtüsel Davranış Ölçeği Kısa Versiyonu (S-UPPS-P)

KISALTILMIŞ- UPPS-P DÜRTÜSEL DAVRANIŞ ÖLÇEĞİ

Aşağıda, insanların nasıl hareket ettiklerini ve düşündüklerini açıklayan birkaç ifade bulunmaktadır. Her bir ifade için lütfen ifadeye ne kadar katıldığınızı veya katılmadığınızı belirtin. **Kesinlikle** katıyorsanız **1**'i, **biraz** Katılıyorsanız **2**'yi, **Katılmıyorsanız 3**'ü, **Kesinlikle Katılmıyorsanız 4**'ü işaretleyiniz Aşağıdaki her ifade için katıldığınız veya katılmadığınızı işaretlediğinizden emin olunuz.

	Kesinlikle katılıyorum	**Biraz katılıyorum**	**Katılmıyorum**	**Kesinlikle katılmıyorum**
2. Düşüncelerim genellikle dikkatli ve bir amaca yöneliktir.	1	2	3	4
3. Kendimi çok iyi hissettiğimde bana problem yaratabilecek durumlara girme eğilimindeyim.	1	2	3	4
4. Bitmemiş işler çok canımı sıkar.	1	2	3	4
5. Bir şey yapmadan önce biraz durup yapacağım şey üzerine düşünmeyi severim.	1	2	3	4
6 Kendimi kötü hissettiğimde, sıklıkla kendimi o an iyi hissettiren fakat sonradan yaptığıma pişman olduğum şeyler yaparım.	1	2	3	4
7. Bir işe başladığımda, durmaktan nefret ederim.	1	2	3	4
8. Kendimi kötü hissettiğimde, beni daha kötü hissettirse bile yaptığım şeyi durduramam	1	2	3	4
9 .Risk almaktan oldukça hoşlanırım.	1	2	3	4
10. Kendimi çok iyi hissettiğimde kontrolümü kaybetme eğiliminde olurum.	1	2	3	4
11 Başladığım işi bitiririm.	1	2	3	4
12 Karşılaştığım şeylere mantıklı ve akılcı yaklaşım gösterme eğilimindeyim.	1	2	3	4
13. Üzgün olduğum zaman genellikle düşünmeden hareket ederim.	1	2	3	4
14. Biraz göz korkutucu ya da alışılmışın dışında dahi olsalar, yeni ve heyecanlı deneyimler ve duygular yaşamaya açığımdır.	1	2	3	4
15. Reddedildiğimi hissettiğim zaman, çoğu kez sonradan pişman olacağım şeyler söylerim	1	2	3	4
16. Bir uçağı uçurmayı öğrenmek isteyebilirim	1	2	3	4
17 Diğer insanlar, ben çok heyecanlandığımda yaptığım şeyler karşında şok olur veya endişelenir.	1	2	3	4
18. Yüksek bir dağ yamacından aşağıya hızla kayarken hissedilen duygular bana keyif verebilir.	1	2	3	4
19. Herhangi bir şey yapmadan önce genellikle iyice düşünürüm.	1	2	3	4
20. Gerçekten heyecanlandığımda düşünmeden davranma eğilimindeyim.	1	2	**3**	**4**

EK-3 Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği/C-İŞDÖ (Columbia- Suicide Severity Rating Scale-C-SSRS)

İNTİHAR DÜŞÜNCESİ		
1 ve 2. soruları sorun. Eğer her ikisi de olumsuz ise, "İntihar Davranışı" bölümüne geçin. 2. soruya verilen yanıt "evet" ise, 3, 4 ve 5. soruları sorun. Eğer 1. ve/veya 2. soruya verilen yanıt "evet" ise, aşağıda yer alan "Düşüncelerin Yoğunluğu" bölümünü doldurun.	Ömür Boyu – İntihara Eğilimli Olduğunu En Fazla Hissettiği Zaman	**Geçen Ay**
1. Ölme İsteği Kişi ölmüş ya da artık yaşamıyor olmak veya uykuya dalıp bir daha uyanmamak biçiminde istekleri olduğunu bildiriyor. ***Hiç ölmüş olmayı ya da uykuya dalıp bir daha uyanmamayı istediniz mi?*** Eğer yanıt evetse, açıklayın:	**Evet Hayır** ☐ ☐	**Evet Hayır** ☐ ☐
2. Spesifik Olmayan Aktif İntihar Düşünceleri Belirli bir yöntem, niyet veya plan olmaksızın kişinin yaşamını sonlandırma/intihar etme (örneğin: "Kendimi öldürmeyi düşündüm") düşünceleri ***Gerçekten hiç kendinizi öldürmeyi düşündünüz mü?*** Eğer yanıt evetse, tanımlayın:	**Evet Hayır** ☐ ☐	**Evet Hayır** ☐ ☐
3. Eyleme Dökme Niyeti Olmayan Herhangi Bir Yöntem İçeren (Plansız) Aktif İntihar Düşünceleri Kişi intihar düşüncelerini kabul eder ve değerlendirme süresinde en az bir yöntem düşünmüştür. Bu düşünce, zaman, yer ya da ayrıntıları düşünülmüş belirli bir plandan farklıdır (örneğin, hangi yöntemle kendini öldüreceğini düşünmüştür, ancak plan yapmamıştır). Kişi *"Yüksek dozda ilaç almayı düşündüm ancak bunu ne zaman, nerede ya da gerçekte nasıl yapacağıma ilişkin belirli bir plan yapmadım... ve bunu asla uygulamazdım"* gibi ifadeler kullanabilir. ***Bunu nasıl yapabileceğiniz üzerinde düşünüyor muydunuz?*** Eğer yanıt evetse, açıklayın:	**Evet Hayır** ☐ ☐	**Evet Hayır** ☐ ☐
4. Belirli Plan Olmaksızın bir Miktar Eyleme Dökme Niyeti İçeren Aktif İntihar Düşünceleri Kişi "intihar düşüncelerim var fakat kesinlikle bunlarla ilgili hiçbir şey yapmayacağım" sözünün aksine biraz eyleme dökme niyeti içeren kendini öldürme düşünceleri bildirir. ***Kendinizi öldürme düşünceleriniz oldu mu ve bu düşüncelerinizi gerçekleştirmeye hiç niyetlendiniz mi?*** Eğer yanıt evetse, açıklayın:	**Evet Hayır** ☐ ☐	**Evet Hayır** ☐ ☐
5. Belirli Bir Plan ve Niyet İçeren İntihar Düşünceleri Kişinin tam olarak ya da kısmen ayrıntıları üzerinde düşünülmüş bir plan içeren kendini öldürme düşünceleri ve bu planı gerçekleştirmeyle ilgili belli bir düzeyde niyeti vardır. ***Kendinizi nasıl öldüreceğinizle ilgili ayrıntılar üzerinde düşünmeye başladınız mı ya da bir plan yaptınız mı? Bu planınızı gerçekleştirme niyetiniz var mı?*** Eğer yanıt evetse, açıklayın:	**Evet Hayır** ☐ ☐	**Evet Hayır** ☐ ☐

DÜŞÜNCELERİN YOĞUNLUĞU		
Aşağıdaki özellikler en şiddetli düşünce biçimine göre değerlendirilmelidir (yani, yukarıdaki ifadeler için 1-5 arası, 1 en az şiddetli ve 5 en çok şiddetli olacak şekilde). Kendisini intihar etmeye en yakın hissettiği zamanı sorun. Ömür Boyu - ***En Şiddetli Düşünce:*** _____ _____ ***Tip No (1-5)*** ***Düşüncelerin Tanımı*** Geçen Ay - ***En Şiddetli Düşünce:*** _____ _____ ***Tip No (1-5)*** ***Düşüncelerin Tanımı***	En Şiddetli	En Şiddetli
Sıklığı ***Bu düşünceler kaç defa aklınıza gelmişti?*** (1) Haftada bir defadan az (2) Haftada bir (3) Haftada (4) Her gün ya da hemen (5) Her gün birçok defa 2-5 defa hemen her gün	___	___
Süresi ***Bu tip düşünceler aklınıza geldiğinde, ne kadar süre aklınızda kalıyor?*** (1) Çok az – birkaç saniye ya da dakika (4) 4-8 saat / günün büyük bir kısmında (2) 1 saatten az / bazen (5) 8 saatten fazla / kalıcı bir şekilde veya (3) 1-4 saat / çoğu zaman sürekli	___	___
Kontrol Edilebilirlik ***Kendinizi öldürmek ya da ölmeyi istemekle ilgili düşüncelerinizi istediğinizde durdurabilir misiniz / durdurabilirdiniz mi?*** (1) Düşünceleri kolayca kontrol edebilir (4) Düşünceleri çok zorlanarak kontrol edebilir (2) Düşünceleri az zorlanarak kontrol edebilir (3) Düşünceleri biraz zorlanarak kontrol edebilir (5) Düşünceleri kontrol edemez (0) Düşünceleri kontrol etmeye kalkışmaz	___	___

Caydırıcılar ***Ölmeyi istemenizi durduran ya da intiı engel olan şeyler – herhangi birisi ya da herhangi bir şe aile, din, ölüm acısı)*** (1) Bunlar intihar girişiminizi kesinlikle engelledi ***– var mı?*** (2) Bunlar muhtemelen sizi engelledi (4) Bunlar büyük bir olasılıkla sizi engellemedi (3) Bunların sizi engelleyip engellemediği belli değil (5) Bunlar sizi kesinlikle engellemedi (0) Geçerli değil	___	___

Düşüncelerin Nedenleri ***Ölmeyi istemeyi ya da kendinizi öldürmeyi düşünmeniz için acıyı bitirmek ya da bu şekilde hissetmeye bir son vermek (b hissettiğiniz durumda yaşamaya devam edemeyeceğiniz) mi başkalarından intikam ya da tepki almak için miydi? Ya da*** ***ne gibi nedenleriniz vardı? Çektiğiniz ışka bir deyişle, bu acıyla ya da di yoksa başkalarının dikkatini ekmek, her ikisi miydi?*** (1) Tamamen dikkat çekmek, başkalarından intikam ya da tepki almak için (2) Çoğunlukla dikkat çekmek, başkalarından intikam ya da tepki almak için (3) Dikkat çekmek/başkalarından intikam ya da tepki almak ve acıya son vermek/acıyı durdurmak eşit ölçüde etkili (4) Çoğunlukla acıya son vermek ya da acıyı durdurmak için (bu acıyla ya da hissettiğiniz durumda yaşamaya devam edemeyeceğin için) (5) Tamamen acıya son vermek ya da acıyı durdurmak için (bu acıyla ya da hissettiğiniz durumda yaşamaya devam edemeyeceğin için) (0) Geçerli değil	___	___
İNTİHAR DAVRANIŞI *(Aşağıdakiler ayrı durumlar olduğu sü biçimde işaretleyin)*	**Ömür oyu**	**Son 3 ay**
Gerçek Girişim: Bir miktar ölme isteği olan ve sonucunda kendine zarar verme ihtimali bulunan davranışta bulunma. Davranış kısmen de olsa kendini öldürme yöntemi olarak düşünülmüştür. Niyet %100 olmak zorunda değildir. Eğer eylemle ilgili ***herhangi*** bir ölme niyeti /arzusu varsa, bu gerçek bir intihar girişimi olduğu düşünülür. ***Burada herhangi bir yaralanma ya da zarar olması gerekmez***, sadece yaralanma ya da zarar görme olasılığı bulunması yeterlidir. Eğer kişi tabanca şakağındayken tetiği çekerse fakat tabanca bozuk olduğundan yaralanma olmasa da bu bir intihar girişimi olarak değerlendirilir. *Niyeti tahmin etme:* Kişi ölme niyetini/isteğini inkâr etse bile, davranışlarından ya da koşullardan intihar niyeti klinik olarak anlaşılabilir. Örneğin, kaza olmadığı açıkça belli olan, oldukça yüksek derecede ölümcül bir eylem söz konusu olduğunda intihar dışında bir niyetin olmadığı anlaşılabilir (kafaya ateş etmek, yüksek bir katın penceresinden atlamak gibi). Ayrıca, kişi ölme niyetini inkâr etse bile yaptığı şeyin öldürücü olabileceğini düşünüyorsa bu intihar/ölme niyeti olarak değerlendirilir. ***İntihar girişiminde bulundunuz mu?*** ***Kendinize zarar verecek herhangi bir şey yaptınız mı?*** ***Sizi öldürebilecek kadar tehlikeli herhangi bir şey yaptınız mı? Ne yaptınız?*** ***_____ davranışını hayatınızı sonlandırmanın bir yolu olarak mı yaptınız?*** ***_____ davranışını gerçekleştirirken (az da olsa) ölmek istediniz mi?*** ***_____ davranışını yaparken hayatınızı sonlandırmaya mı çalışıyordunuz?*** ***Veya _____ davranışı nedeniyle ölebileceğinizi düşündünüz mü?*** ***Ya da kendinizi öldürmekle ilgili HERHANGİ bir niyetiniz olmadan, tamamen başka nedenlerden (stresi hafifletmek, daha iyi hissetmek, diğerlerinin ilgisini çekmek ya da başka bir şeyin olmasını sağlamak için) mi yaptınız?*** (İntihar niyeti olmadan kendini yaralama eylemi.) Eğer yanıt evetse, açıklayın: **Kişi İntihar Niyeti Olmadan Kendini Yaralama Eyleminde Bulunmuş mudur?**	**Evet Ha ır** ☐ ☐ Girişiml toplam s erin ___ ayısı __ **Evet Ha ır**	**Evet Hayır** ☐ ☐ Girişimlerin toplam sayısı _____ **Evet Hayır**

Engellenen Girişim: Kişinin kendine zarar verme ihtimali bulunan bir eyleme başlamadan önce bir dış koşul tarafından engellenmesi *(o koşul olmasa, gerçek intihar girişimi meydana gelecekti).* Aşırı doz alımı: Kişinin elinde haplar vardır fakat yutmaktan alıkonulmuştur. Haplardan herhangi birini içtiğinde, bu yarıda kesilmiş bir eylemden ziyade gerçek bir eyleme dönüşür. Vurma (silahla): Kişinin kendine doğrulttuğu bir tabancası vardır, tabanca birisi tarafından elinden alınır ya da bir şekilde tetiği çekmesi önlenir. Bir kez tetiği çekerse, tabanca ateş almasa bile, bu bir intihar girişimidir. Atlama: Kişi yüksekten atlamak üzere hazırlanmıştır, fakat tutularak aşağı indirilir. Asma: Kişi ilmeği boynunun etrafına geçirir fakat henüz kendini asmaya başlamamıştır – eylemi yapması engellenir. ***Hayatınıza son vermek için bir şey yapmaya başladığınız ancak birisinin ya da bir şeyin siz bir şey yapmadan önce sizi durdurduğu bir zaman oldu mu?*** Eğer yanıt evetse, açıklayın:	**Evet Ha ır** ☐ ☐ Yarıda k girişiml silen erin toplam s ıyısı ____ _	**Evet Hayır** ☐ ☐ Yarıda kesilen girişimlerin toplam sayısı _____
Durdurulan Girişim: Kişinin intihar etme girişimine yönelik adımlar atmaya başlayıp gerçekten kendine zarar verecek herhangi davranışta bulunmadan kendini durdurması. Örnekler engellenen girişimdekine benzer ancak eylem başka şey/kişiler tarafından değil kişinin kendisi tarafından durdurulur. ***Hayatınıza son vermeyi denemek için bir şey yapmaya başladığınız ancak gerçekten herhangi bir şey yapmadan önce kendinizi durdurduğunuz bir zaman oldu mu?*** Eğer yanıt evetse, açıklayın:	**Evet Ha ır** ☐ ☐ Durdur lan erin girişiml toplam s ıyısı ____ _	**Evet Hayır** ☐ ☐ Durdurulan girişimlerin toplam sayısı _____
Hazırlayıcı Eylemler veya Davranışlar: Bir intihar girişimini gerçekleştirmek için yapılan eylemler ya da hazırlık. Bu bir düşünce ya da söylemin ötesinde belirli bir yöntem için gerekenleri toplamak (örneğin haplar satın almak, bir tabanca satın almak) ya da intihar sonucu kendi ölümü için hazırlanmak (örneğin eşyalarını dağıtmak, bir intihar notu yazmak) gibi herhangi bir şeyi kapsayabilir. ***Bir intihar girişiminde bulunmak ya da kendinizi öldürmek için hazırlanmaya yönelik herhangi bir adım attınız mı (hap biriktirmek, tabanca edinmek, değerli eşyaları dağıtmak ya da bir intihar notu yazmak gibi)?*** Eğer yanıt evetse, açıklayın:	**ır** **Evet Ha** ☐ ☐	**Evet Hayır** ☐ ☐
İntihar davranışı: Değerlendirme süresi boyunca intihar davranışı mevcut muydu?	**Evet Ha ır** ☐ ☐	**Evet Hayır** ☐ ☐

Sadece Gerçek Girişimler İçin Yanıtlayın	En Son Girişim Tarihi:	En Ölümcül Girişim Tarihi:	İlk / Birinci Girişim Tarihi:
Gerçek Ölümcüllük / Tıbbi Hasar 0. Fiziksel hasar yok ya da çok küçük fiziksel hasar (örneğin, yüzeysel hafif çizikler). 1. Küçük fiziksel hasar (örneğin, letarjik konuşma, birinci derece yanıklar, hafif kanama, burkulmalar). 2. Tıbbi bakım gerektiren orta derecede fiziksel hasar (örneğin bilinç kaybı olmadan uykululuk hali, uyarana kısmen yanıt vardır; ikinci derece yanıklar; ana damarın kanaması). 3. Orta derecede şiddetli fiziksel hasar; *tıbbi* nedenlerle hastaneye yatırılma ve muhtemelen yoğun bakım gerekli (örneğin reflekslerin korunduğu koma hali, vücudun %20'sinden azında üçüncü derece yanık, düzeltilebilen aşırı kan kaybı, büyük kırıklar). 4. Şiddetli fiziksel hasar; yoğun bakım gerektiren *tıbbi* hastaneye yatırılma gerekli (örneğin reflekslerin olmadığı koma hali, vücudun %20'sinden fazlasında üçüncü derece yanık, stabil olmayan yaşamsal bulgular ile birlikte aşırı kan kaybı, hayati bir bölgede büyük hasar). 5. Ölüm	*Kod Girin* _____	*Kod Gi ____ rin __*	*Kod Girin _____*

Potansiyel Ölümcüllük: Yalnızca Gerçek Ölümcüllük = 0 ise Yanıtlayın Eğer tıbbi hasar yoksa gerçek girişimin ölümcül olma olasılığı (aşağıdaki örnekler gerçek tıbbi hasar yokken, çok şiddetli ölümcüllük potansiyeli içerir: tabancayı ağzına soktu ve tetiği çekti fakat tabanca ateş almadı ve tıbbi hasar oluşmadı; tren yaklaşırken tren raylarına uzandı fakat tren üzerinden geçmeden geri çekildi). 0 = Davranışın yaralanma ile sonuçlanma olasılığı yoktur 1 = Davranış yaralanmayla sonuçlanabilir ancak ölüme neden olma olasılığı yoktur 2 = Davranışın mevcut tıbbi bakıma rağmen ölümle sonuçlanma olasılığı vardır	*Kod Girin* _____	*Kod Gi ____ rin __*	*Kod Girin _____*

EK-4 İntihar Olasılığı Ölçeği

	Hiçbir zaman veya nadiren	**Baz**en	Sıksık	Çoğu zaman veya herzaman
1.Kızınca bir şeyler fırlatırım.				
2.Benimle candan ilgili pek çok kişi olduğuna inanıyorum.				
3.Düşüncesizce hareket etmeye eğilimli olduğumu sanıyorum.				
4.Başkalarına anlatılmayacak kadar kötü şeyler düşünüyorum.				
5.Çok fazla sorumluluğumun olduğunu düşünüyorum.				
6.Yapabileceğim faydalı pek çok şey olduğuna inanıyorum.				
7.Başkalarını cezalandırmak için intiharı düşünüyorum.				
8.Başkalarına karşı düşmanca duygular duyuyorum.				
9.Kendimi insanlardan soyutlanmış hissediyorum.				
10. İnsanların bana olduğum gibi değer verdiklerini hissediyorum.				
11. Ölürsem pek çok kişinin üzüleceğine inanıyorum.				
12. Kendimi dayanılamayacak kadar yalnız hissediyorum.				
13. İnsanların bana karşı düşmanca duygular içinde olduğunu hissediyorum.				
14. Yeni baştan başlayabilsem, hayatımda pek çok değişiklikler yapardım.				
15. Pek çok şeyi iyi yapamadığımı sanıyorum.				
16. Sevdiğim bir işi bulmakta ve sürdürmekte güçlük çekiyorum.				

17. Ölürsem hiç kimsenin beni özlemeyeceğini sanıyorum.				
18. İşlerim yolunda gidiyora benziyor.				

19. İnsanların benden çok şey beklediklerini hissediyorum.				
20.Yaptığım veya düşündüğüm şeyler için kendimi cezalandırmam gerektiğini düşünüyorum.				
21. Dünyanın yaşamaya değer bir yer olmadığını düşünüyorum.				
22. Geleceğim hakkında çok dikkatli bir şekilde plan yaparım.				
23. Güvenebileceğim pek fazla arkadaşım olmadığını hissediyorum.				
24. Ölsem insanların daha iyi olacağını hissediyorum.				
25. Böyle yaşamaktansa ölmenin daha az acı verici bir şey olduğunu düşünüyorum				
26. Kendimi anneme yakın hissediyorum/hissediyordum.				
27. Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum..				
28. Bir şeylerin düzeleceği konusunda umutsuzum.				
29. İnsanların beni ve yaptıklarımı onaylamadıklarını hissediyorum.				
30. Kendimi nasıl öldüreceğimi düşünüyorum.				
31. Para konusu beni endişelendiriyor.				
32. İntihar etmeyi düşünüyorum.				
33. Kendimi yorgun ve kayıtsız hissediyorum.				
34. Tepem atınca (kızınca) bir şeyler kırarım.				
35. Kendimi babama yakın hissediyorum/hissediyordum.				
36. Nerede olursam olayım mutlu olamayacağımı sanıyorum.				

EK-5 Çocuk Depresyon Derecelendirme Ölçeği-Revize (ÇDDÖ-R) Formu (CDRS-R)

Belirti Alanı	Çocuk							Ebeveynler							Diğer							Çocuğa ait en iyi tanımlama						
Okul İşlevselliği	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Anhedoni	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Sosyal İçe Çekilme	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Uyku Bozukluğu	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
İştahta Bozulma	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Aşırı Yorgunluk	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Fiziksel Yakınmalar	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
İrritabilite	1	2						1	2						1	2						1	2					7
Aşırı Suçluluk Duyma	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Düşük Özgüven	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Depresif Duygular	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Morbid Düşünce	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Özkıyım Düşüncesi	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Aşırı Ağlama	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

Gözlemci Tarafından Puanlanan Sözel Olmayan Davranışlar	Çocuk							Ebeveynler	Diğer	Çocuğa ait en iyi tanımlama						
Depresif Yüz Afekti	1	2	3	4	5	6	7			1	2	3	4	5	6	7
Cansız Konuşma	1	2	3	4	5	6	7			1	2	3	4	5	6	7
Hipoaktivite	1	2	3	4	5	6	7			1	2	3	4	5	6	7

Yönerge: Bu çocuk için; her semptom alanını puanlarken; kutucuk içine yalnızca bir sayıyı yazın. Puanlama yapmak için yetersiz bilgi mevcutsa kutunun içine **PY** ("Puanlama Yapılmadı") yazın.

EK-6 Çocuklar için Anksiyete ve Depresyon ölçeği (ÇADÖ-Y) (RCADS)

ÇADÖ-Y (Çocuk Formu)

Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş (ÇADÖ-Y)

Adı ve Soyadı: Yaş: Cinsiyet: Eğitimi (sınıfı):

Aşağıda insanların kendini nasıl hissettiklerini tanımlayan ifadeler bulunmaktadır. Her ifadeyi dikkatlice okuyun ve sizin için doğru olana seçeneğe karar verin (" Asla doğru değil ise 0'ı, Bazen doğru ise 1'i, Sık Sık doğru ise 2'yi, Her Zaman doğru ise 3'ü işaretleyin).

		ASLA	BAZEN	SIK SIK	HER ZAMAN
1.	Bazı konularda endişe/kaygı duyarım	(0)	(1)	(2)	(3)
2.	Kendimi üzgün veya boşlukta hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
3.	Bir sorunum olduğunda midemde tuhaf bir his olur	(0)	(1)	(2)	(3)
4.	Bir işte başarısız olduğumu veya işi iyi yapmadığımı düşündüğüm zaman endişelenirim/kaygılanırım	(0)	(1)	(2)	(3)
5.	Evde yalnız kalmaktan korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
6.	Hiçbir şeyden eskisi kadar zevk almıyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
7.	Sınava gireceğim zaman korkarım/ endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
8.	Birinin bana kızgın olduğunu düşündüğümde endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
9.	Ailemden uzakta olmak beni endişelendirir	(0)	(1)	(2)	(3)
10.	Aklımdaki kötü ya da aptalca düşünceler veya görüntüler beni rahatsız eder	(0)	(1)	(2)	(3)
11.	Uyku sorunum var	(0)	(1)	(2)	(3)
12.	Okulda başarısız olacağımdan korkarım/ endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
13.	Ailemden birinin başına çok kötü bir şey geleceğinden endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
14.	Hiçbir neden yokken aniden sanki nefes alamıyorum gibi hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
15.	İştahım ile ilgili sorunlarım var	(0)	(1)	(2)	(3)
16.	Yaptığım şeyleri tam veya doğru yapıp yapmadığımı tekrar tekrar kontrol ederim (lambaların kapatıldığından, kapının kilitlendiğinden emin olmak gibi)	(0)	(1)	(2)	(3)
17.	Kendi başıma uyumam gerekirse bundan korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
18	Sabahları gergin veya endişeli hissettiğimden okula gitmek istemem	(0)	(1)	(2)	(3)
19.	Hiçbir şey için enerjim yok	(0)	(1)	(2)	(3)
20.	Aptalca göründüğümden endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
21.	Kendimi çok yorgun hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
22.	Başıma kötü şeyler geleceğinden endişe ederim	(0)	(1)	(2)	(3)
23.	Kötü ve saçma düşünceleri kafamdan atamıyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
24.	Bir sorunum olduğunda kalbim çok hızlı atar	(0)	(1)	(2)	(3)
25.	Rahat bir şekilde düşünemem	(0)	(1)	(2)	(3)
26.	Hiçbir nedeni yokken aniden titreme ve ürperme hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
27.	Başıma kötü bir şey geleceğinden endişe ediyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
28.	Bir sorunum olduğunda titrediğimi hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
29.	Kendimi değersiz hissediyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
30.	Yanlış yapmaktan kaygılanırım/endişe ederim	(0)	(1)	(2)	(3)
31.	Kötü şeylerin olmasını engellemek için özel bazı düşünceleri (sayılar, kelimeler gibi) aklımdan geçirmem gerekir	(0)	(1)	(2)	(3)
32.	Diğer insanların benim hakkında ne düşündükleri beni endişelendirir	(0)	(1)	(2)	(3)
33.	Kalabalık yerlerde (alışveriş merkezi, sinema, otobüsler, yoğun oyun alanları gibi) bulunmaktan korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
34.	Hiçbir nedeni yokken birden yoğun korku duyarım	(0)	(1)	(2)	(3)

1 (Lütfen iki sayfayı da doldurun)

35.	Gelecek hakkında endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
36.	Hiçbir nedeni yokken aniden başım döner ve bayılacak gibi olurum	(0)	(1)	(2)	(3)
37.	Ölüm hakkında düşünürüm	(0)	(1)	(2)	(3)
38.	Sınıfımın önünde konuşma yapmak beni korkutur	(0)	(1)	(2)	(3)
39.	Kalbim sebepsiz yere aniden çok hızlı çarpmaya başlar	(0)	(1)	(2)	(3)
40.	Hareket etmek istemiyor gibi hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
41.	Ortada korkulacak bir şey yokken aniden korkutucu bir his yaşamaktan endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
42.	Aynı şeyi tekrar tekrar yapmak zorunda hissederim (ellerimi yıkamak, temizlik yapmak veya bir şeyleri belli bir sıraya koymak gibi)	(0)	(1)	(2)	(3)
43.	İnsanların önünde aptal durumuna düşmekten korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
44.	Kötü şeylerin olmasını engellemek için bazı şeyleri "tam olması gereken biçimde" yapmak zorunda hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
45.	Geceleri yatağa gittiğimde endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
46.	Gece evden uzakta kalmaktan (başkasının evinde uyumak gibi) korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
47.	Kendimi huzursuz hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)

EK-7 Kısaltılmış Duygu Dışavurumu Düzeyi (KDDD) Ölçeği

Aşağıda, başkalarının size karşı davranma biçimlerini açıklayan çok sayıda açıklama bulunmaktadır. Her açıklamayı dikkatli bir şekilde okuyunuz ve **hayatınızdaki en etkili kişinin/ailenin** son 3 ay içinde size karşı bu şekilde davranıp davranmadıklarını aşağıdaki dört seçenek üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

1- Doğru değil. **2**- Kısmen doğru. **3**- Büyük ölçüde doğru. **4**-Doğru.

1. Moralim bozuk olduğu zaman beni sakinleştiriyor. **1 2 3 4**

2. Hasta veya moralim bozuk olduğu zaman bana karşı sempatiktir. **1 2 3 4**

3. Ona çok sorun yarattığımı hissetmiyor. **1 2 3 4**

4. Bir kişi olarak kendimi değerli hissetmemi sağlıyor. **1 2 3 4**

5. Stresli durumlarda kontrollü olmayı başarır. **1 2 3 4**

6. Moralim bozuk veya hasta olduğum zaman kendimi daha iyi hissetmemi sağlamaya çalışıyor. **1 2 3 4**

7.Yapabileceklerim ve yapamayacaklarım hakkında gerçekçidir. **1 2 3 4**

8. Beni sonuna kadar dinliyor. **1 2 3 4**

9.Yakınımda olduğu zaman rahatlamış hissetmemi sağlıyor. **1 2 3 4**

10. İşler iyi gitmese bile bana iyi davranır, beni zorlamaz. **1 2 3 4**

11. Hasta veya moralim bozuk olduğu zaman düşüncelidir. **1 2 3 4**

12. İhtiyacım olduğu zaman beni destekler. **1 2 3 4**

13. Kendimi iyi hissetmediğim zaman durumumu anlamak için daha fazla bilgi toplamaya isteklidir. **1 2 3 4**

14. Ben bir hata yapsam bile anlayışlı davranır. **1 2 3 4**

15. Kendimi kötü hissettiğimde bana güven vermeye çalışır. **1 2 3 4**

16. İyi olmadığımı söylediğim zaman sadece dikkat çekmek istiyorsun der. **1 2 3 4**

17. Beklentilerini gerçekleştiremediğimde beni aşağılar. **1 2 3 4**

18. Moralim bozuk olduğu veya kötü hissettiğim zaman bana yardımcı olmaz. **1 2 3 4**

19. Beklentilerine uygun bir şekilde yaşamazsam beni eleştirir. **1 2 3 4**

20. Kendimi iyi hissetmediğim zaman duygularımla nasıl baş edeceğini bilmiyor **1 2 34**

21. İşler yolunda gitmediğinde bana kızar. **1 2 3 4**

22. İyi olmadığım zaman beni durumu abartmakla suçlar. **1 2 3 4**

23. İşler yolunda gitmediği zaman meseleleri daha da kötüleştirir. **1 2 3 4**

24. Kendimi iyi hissetmediğim zaman beni, olayları uydurmakla suçlar. **1 2 3 4**

25. Bir işi iyi yapmadığım zaman çılgına döner. **1 2 3 4**

26. İşler yolunda gitmediği zaman gergin hale gelir. **1 2 3 4**

27. Kendimi iyi hissetmediğim zaman aynı düzeyde çaba bekler. **1 2 3 4**

28. Her zaman işlerime burnunu sokar. **1 2 3 4**

29. Her zaman, hakkımdaki her şeyi bilmek zorundadır. **1 2 3 4**

30. Özel meselelerime burnunu sokar. **1 2 3 4**

31. Hayatıma burnunu sokmaz. **1 2 3 4**

32. Benden çok fazla şey bekler. **1 2 3 4**

33. Çok fazla kişisel soru sormaz. **1 2 3 4**

EK-8 Otizm Spektrum Tarama Ölçeği (OSTÖ) (Autism Spectrum Screening Questionnaire-ASSQ)

Çocuğun ismi:…… Doğum Tarihi:……

Gözlemci İsmi:…….. Gözlem Tarihi:……

Bu çocuk yaşıtlarına göre aşağıdaki nedenlerden dolayı farklı olarak ayrılır;

Hayır Biraz Evet

1. Büyümüş de küçülmüş veya eski kafalı gibidir [ ] [ ] [ ]

2. Diğer çocuklar tarafından “Garip (eksantrik) profesör” olarak görülür [ ] [ ] [ ]

3. Kendine özgü sınırlı entelektüel ilgilerle kendi dünyasındaymış gibi yaşar [ ] [ ] [ ]

4. Belirli konulardaki somut gerçekleri zihninde biriktirebilir (ezbere dayalı hafızası iyi) fakat manasını pek anlamaz [ ] [ ] [ ]

5. Dilin mecazi ve muğlak kullanımını somut hali ile anlar [ ] [ ] [ ]

6. Eski moda, huysuz, resmi ya da robot gibi bir dil kullanan farklı bir iletişim biçimi vardır [ ] [ ] [ ]

7. Kendine özgü kelimeler ve ifadeler icat eder [ ] [ ] [ ]

8. Farklı bir sesi ve konuşması vardır [ ] [ ] [ ]

9. İstemsiz sesler çıkartır; boğaz temizler, homurdanır, ağız şıpırdatır, ağlar ve ya çığlık atar. [ ] [ ] [ ]

10. Şaşırtıcı bir şekilde bazı şeylerde çok iyi ve bazı şeylerde çok zayıftır [ ] [ ] [ ]

11. Dili özgürce kullanır fakat sosyal içerik/şartlara ya da farklı dinleyicilerin ihtiyaçlarına uyum sağlamakta başarısızdır [ ] [ ] [ ]

12. Empati becerisi yetersizdir [ ] [ ] [ ]

13. Safça ve mahcup edici yorumlarda bulunur [ ] [ ] [ ]

14. Normalden farklı bir bakış biçimi vardır [ ] [ ] [ ]

15. Sosyal olmayı ister ancak akranlarıyla ilişki kurmada başarısızdır [ ] [ ] [ ]

16. Diğer çocuklarla birlikte olabilir ancak sadece kendi şartlarıyla [ ] [ ] [ ]

17. En iyi diyebileceği bir arkadaşı yoktur [ ] [ ] [ ]

18. Sağduyu eksikliği vardır [ ] [ ] [ ]

19. Oyunlarda kötüdür; bir takım ile işbirliği hakkında hiçbir fikri yoktur, “kendi gollerinin” hesabını tutar [ ] [ ] [ ]

20. Sakar, koordinasyonu bozuk, hantal ve garip hareketleri ve ya jestleri vardır [ ] [ ] [ ]

21. İstemsiz yüz ve beden hareketleri vardır [ ] [ ] [ ]

22. Bazı hareket ve düşüncelerin zorunlu tekrarlarından dolayı günlük basit bir aktiviteyi tamamlamakta zorlanır [ ] [ ] [ ]

23. Özel rutinleri vardır; değişiklik olmaması üzerinde ısrar eder [ ] [ ] [ ]

24. Nesnelere kendine özgü bir bağlılık gösterir [ ] [ ] [ ]

25. Diğer çocuklar tarafından zorbalığa uğrar [ ] [ ] [ ]

26. Belirgin şekilde alışılmadık bir yüz ifadesi vardır [ ] [ ] [ ]

27. Belirgin şekilde alışılmadık bir duruşa sahiptir [ ] [ ] [ ]

Yukarıdakiler dışındaki gerekçeleri belirtiniz:

EK 9:ETİK KURUL KARARLARI

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	**İntihar Davranışı İle Başvuran Ergenlerin Sosyal Kognisyon ve Nörobilişsel Özelliklerinin İntihar Davranışı Göstermeyen Depresyon Tanılı Ergenler ve Sağlıklı Kontroller İle Karşılaştırılması**

Karar No: 2022-11/10 **Tarih: 25 Mayıs 2022**

KARAR BİLGİLERİ

Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelendi.
1-Araştırmanın başvurusu dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna,
2- Araştırmanın yürütülmesi sırasında Etik kurul kaşesi bulunan "Onam" formlarının kullanılması ve bu formun çalışmaya katılan gönüllülere çalışma hakkında sözlü bilgi verilmesi sonrasında eksiksiz bir şekilde doldurulmasına,
3-Araştırmanın başlama tarihinin bildirilmesi ve araştırma tamamlandığında özet bir sonuç raporunun hazırlanarak kurulumuza iletilmesine,
4-Araştırma protokolünde ve başvuru formunda yapılacak tüm değişiklikler için Etik Kuruldan izin alınması gerektiğinin sorumlu araştırıcılara iletilmesine toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

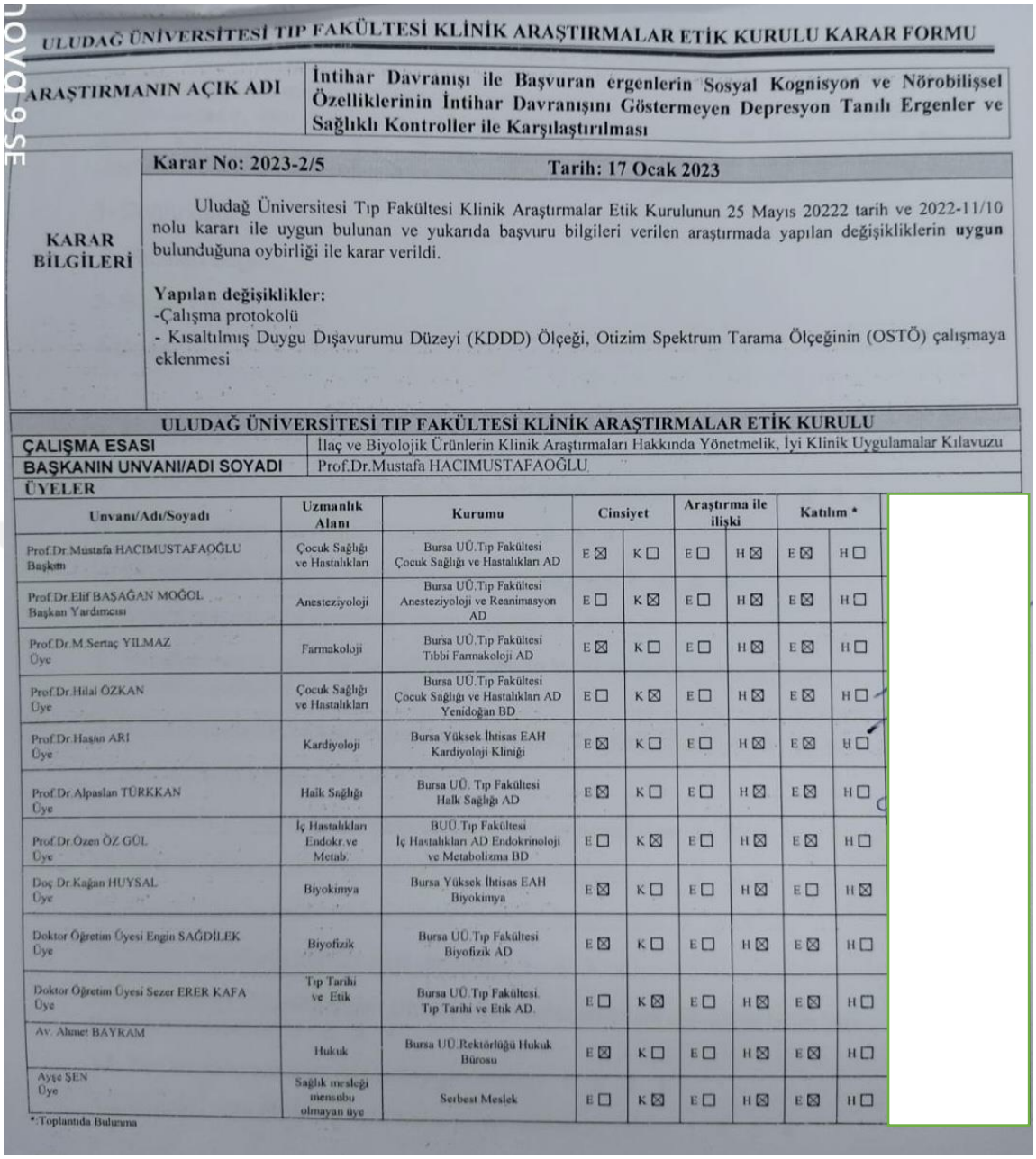
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI/ADI SOYADI	Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU

ÜYELER

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *	
Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒
Prof.Dr.Elif BAŞAĞAN MOĞOL Başkan Yardımcısı/Başkan Vek.	Anesteziyoloji	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Prof.Dr.M.Sertaç YILMAZ Üye	Farmakoloji	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Prof.Dr.Hilal ÖZKAN Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD Yenidoğan BD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Prof.Dr.Hasan ARI Üye	Kardiyoloji	Bursa Yüksek İhtisas EAH Kardiyoloji Kliniği	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Doç.Dr.Alpaslan TÜRKKAN Üye	Halk Sağlığı	Bursa UÜ. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Kağan HUYSAL Üye	Biyokimya	Bursa Yüksek İhtisas EAH Biyokimya	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Doç.Dr.Özen ÖZ GÜL Üye	İç Hastalıkları Endokr.ve Metab.	BUÜ.Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD Endokrinoloji ve Metabolizma BD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Doktor Öğretim Üyesi Engin SAĞDİLEK Üye	Biyofizik	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Biyofizik AD	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Doktor Öğretim Üyesi Sezer ERER KAFA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi. Tıp Tarihi ve Etik AD.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Av. Ahmet BAYRAM	Hukuk	Bursa UÜ.Rektörlüğü Hukuk Bürosu	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Tolga MUHTAR Üye	Sağlık mesleği mensubu olmayan üye	Serbest Meslek	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐

*:Toplantıda Bulunma



ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İntihar Davranışı ile Başvuran ergenlerin Sosyal Kognisyon ve Nörobilişsel Özelliklerinin İntihar Davranışını Göstermeyen Depresyon Tanılı Ergenler ve Sağlıklı Kontroller ile Karşılaştırılması

KARAR BİLGİLERİ

Karar No: 2023-2/5 **Tarih: 17 Ocak 2023**

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 25 Mayıs 20222 tarih ve 2022-11/10 nolu kararı ile uygun bulunan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırmada yapılan değişikliklerin **uygun** bulunduğuna oybirliği ile karar verildi.

Yapılan değişiklikler:
-Çalışma protokolü
- Kısaltılmış Duygu Dışavurumu Düzeyi (KDDD) Ölçeği, Otizim Spektrum Tarama Ölçeğinin (OSTÖ) çalışmaya eklenmesi

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI/ADI SOYADI	Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU

ÜYELER

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *	
Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Prof.Dr.Elif BAŞAĞAN MOĞOL Başkan Yardımcısı	Anesteziyoloji	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Prof.Dr.M.Sertaç YILMAZ Üye	Farmakoloji	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Prof.Dr.Hilal ÖZKAN Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD Yenidoğan BD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Prof.Dr.Hasan ARI Üye	Kardiyoloji	Bursa Yüksek İhtisas EAH Kardiyoloji Kliniği	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Prof.Dr.Alpaslan TÜRKKAN Üye	Halk Sağlığı	Bursa UÜ. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Prof.Dr.Özen ÖZ GÜL Üye	İç Hastalıkları Endokr.ve Metab.	BUÜ.Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD Endokrinoloji ve Metabolizma BD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Doç.Dr.Kağan HUYSAL Üye	Biyokimya	Bursa Yüksek İhtisas EAH Biyokimya	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒
Doktor Öğretim Üyesi Engin SAĞDİLEK Üye	Biyofizik	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Biyofizik AD	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Doktor Öğretim Üyesi Sezer ERER KAFA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Av. Ahmet BAYRAM	Hukuk	Bursa UÜ.Rektörlüğü Hukuk Bürosu	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Ayşe ŞEN Üye	Sağlık mesleği mensubu olmayan üye	Serbest Meslek	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐

*:Toplantıda Bulunma

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca ilgisini ve desteğini her alanda hissettiğim, yol göstericiliği ve yardımlarını hiçbir zaman bizlerden esirgemeyen, mesleğimi icra ederken öğrettiklerini daima hatırlayacağım, tez sürecime önemli katkıları olan tez danışmanım, değerli hocam Doç. Dr. Şafak Eray ÇAMLI'ya,

Uzmanlık eğitimim süresince engin bilgi ve deneyimlerini bizlerle paylaşan, desteklerini her daim hissettiğim değerli hocalarım Prof. Dr. Pınar VURAL'a, Doç. Dr. Caner MUTLU'ya ve Dr. Öğr. Üyesi Serkan TURAN'a,

Uzmanlık eğitimimin başlarında bilgi ve tecrübelerini aktararak yetişmeme katkıda bulunan kıymetli hocalarım Doç. Dr. Tülin FİDAN'a, Doç. Dr. Damla EYÜBOĞLU' ya ve Doç. Dr. Murat EYÜBOĞLU'ya

Rotasyonlarda eğitim hayatıma büyük katkı sağlayan sayın hocalarım Prof. Dr. Selçuk KIRLI'ya, Prof. Dr. Aslı SARANDÖL'e, Prof. Dr. Cengiz AKKAYA'ya, Prof. Dr. Saygın EKER'e, Doç. Dr. Enver Yusuf SİVRİOĞLU'na ve Prof. Dr. Dilşad TÜRKDOĞAN'a,

Tez sürecimde gösterdiği destek ve yardımları ile bana bu süreci kolaylaştıran Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Erdem UZUN'a,

Tez verilerinin istatiksel olarak yorumlanmasında bana yol gösteren ve destek olan Prof. Dr. Güven Özkaya'ya,

Projemize destek veren Uludağ Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi'ne,

Beraber çalışmaktan mutluluk duyduğum, eğitim ve çalışma sürecimin her anını keyifli ve anlamlı kılan tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma; servis ve poliklinikteki hemşire ve personel olmak üzere tüm Uludağ Üniversitesi Çocuk Ruh Sağlığı ailesine,

Bugünlere gelmemde en önemli pay sahibi olan, verdikleri emeklerin hakkını ödeyemeyeceğim canım aileme,

İçten teşekkür, sevgi ve saygılarımla…

ÖZGEÇMİŞ

yılında ’da doğdum. İlköğretimimi Özel İlkbahar İlköğretim Okulu’nda, lise öğrenimimi Şükrü Şankaya Anadolu Lisesi’nde tamamladım. 2011 yılında başladığım Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde 6 yıllık tıp eğitimi aldım ve 2017 yılında mezun oldum. 12 Nisan 2018 tarihinde Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’nda uzmanlık eğitimime başladım. 15 ay Eskişehir Osmangazi Üniversitesi’nde uzmanlık eğitimime devam ettikten sonra yeniden Tıpta Uzmanlık Sınavı’na girerek 16 Ağustos 2019 tarihi itibariyle ihtisasıma Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’nda devam ettim.