



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

İNTİHAR DÜŞÜNCE VE GİRİŞİMİ OLAN ERGENLERDE
BAĞLANMA

Dr. Berna POLAT
UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Veli YILDIRIM

MERSİN-2016



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

İNTİHAR DÜŞÜNCE VE GİRİŞİMİ OLAN ERGENLERDE
BAĞLANMA

Dr. Berna POLAT
UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Veli YILDIRIM

MERSİN-2016

TEŐEKKÜR

İnsanlığı, vicdanı, merhameti, iş disiplini, öz verili çalışmaları, öğrencisine duyduğu inancı, destekleyici tutumu, hoşgörölü tavırları, kararlılığı, azmi ile kendime örnek aldığım, mesleğimi sevmemde büyük etkisi olan, sadece mesleki değil hayata bakışı ile bana kattıkları sonsuz olan tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Veli Yıldırım'a

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini esirgemedi paylaşan, yol gösteren ve sürekli destek olan hocalarım; Prof. Dr. Fevziye Toros'a ve bölüm başkanımız Doç. Dr. Özalp Ekinci'ye

Psikiyatri rotasyonunda eğitimim sırasında emeği geçen sevgili hocalarım Prof. Dr. M. Kemal Yazıcı, Prof. Dr. Aylin Ertekin Yazıcı, Prof. Dr. Şenel Tot Acar, Doç. Dr. Ayşe Devrim Başterzi'ye

Çocuk nörolojisi rotasyonunda eğitimime, hoşgörölü ve candan yaklaşımı ile kişisel gelişimime büyük katkıları olan sevgili hocam Prof. Dr. Çetin Okuyaz' a,

Verileri toplama aşamasındaki destekleri için intern doktor arkadaşlarıma, motivasyonumu hep yüksek tutan ve tezimin her aşamasında bana destek veren Dr. Ayten Öztaş'a, klinikte beraber çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma

Hayatım boyunca yanımda olan, bana ve yapabileceklerime her zaman inanan, sevgileri ve sonsuz destekleri ile beni bugünlere getiren canım annem, babam, ablam ve kardeşime en derin sevgilerimi ve sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Berna POLAT

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÖZET	5
İNGİLİZCE ÖZET	6
GİRİŞ VE AMAÇ	7
GENEL BİLGİLER	9
İntihar	9
Bağlanma	14
GEREÇ VE YÖNTEMLER	21
Çalışma grubu seçimi	21
Ölçekler	23
BULGULAR	27
Sosyodemografik verilere ilişkin veriler	27
Ergen ve ebeveyn bağlanma ve depresyon ilişkisi	35
TARTIŞMA	47
SONUÇ VE ÖNERİLER	55
KAYNAKLAR	58
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	68
ŞEKİLLER VE RESİMLER DİZİNİ	69
TABLolar DİZİNİ	70
EKLER	72
EK-1 Sosyodemografik Veri Formu	
EK-2 Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği	
EK-3 Ebeveyn ve Arkadaşlarına Bağlanma Ölçeği	
EK-4 Erişkin Beck Depresyon Ölçeği	
EK-5 Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri	

ÖZET

İntihar dünyada önde gelen ölüm nedenlerinden birisidir ve önemli bir halk ve ruh sağlığı sorunudur. Ebeveyn ergen ilişkisinde değişiklikler olmasına rağmen ergenin duygusal sıkıntılarla baş etmesinde etkili ebeveyn bağlanmasının devam etmesi gerekmektedir. Özellikle ergenin intihar girişimi aile içinde ciddi bir kriz olmakta ve ebeveyn ergen iletişimini etkilemektedir.

Çalışmamızda 10-18 yaş aralığında intihar düşüncesi ve girişimi olan ergenler ile sağlıklı ergenlerde sosyodemografik veriler ışığında ebeveyne olan bağlanma ile birlikte, ergenin ve ebeveynin ruhsal hastalıklarının bağlanma ve intihara etkilerini araştırdık. İntihar girişimi grubunda 72, intihar düşüncesi grubunda 40 ve sağlıklı kontrol grubunda ise 44 ergen vardı. Ergenlere çocuklar için depresyon ölçeği ve ebeveyn ve akranlara bağlanma envanteri ölçekleri verilirken, ebeveynlere sosyodemografik veri formu, erişkin beck depresyon ölçeği ve yakın ilişkilerde yaşantılar envanteri verilmiştir.

İntihar girişimi ve düşüncesi olan gruptaki ergenler sağlıklı kontrollere göre daha depresifti. Bu iki gruptaki ergenlerin anneleri de sağlıklı kontrol grubuna göre daha depresifti. İntihar girişimi ve düşüncesi olan grupta sağlıklı kontrollere göre anne ve babaya daha az güvenli bağlanma vardı. İntihar grupları ile sağlıklı kontroller arasında annenin bağlanma tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark çıkmadı.

Kaliteli ebeveyn ergen ilişkisi hem ebeveyn hem de ergen ruh sağlığı için önemlidir. Özellikle ruh sağlığı uzmanlarının takip ve tedavisi, ebeveyn desteği ve psikososyal desteğin erken dönemde sağlanması gelecekte tekrarlayan intihar girişimlerini de engellemiş olacaktır. Ayrıca bağlanmanın onarılmasına yönelik terapötik görüşmelerin hem anne hem de babayla yapılması önemlidir. Çünkü ergenin kimliğinin anlaşılması ve mevcut psikopatolojisi açısından ebeveyn ergen ilişkisine yönelik müdahalelerin önemli olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: bağlanma, ebeveyn, ergen, intihar

ABSTRACT

The Attachment in Adolescents with Suicidal Ideation and Suicide Attempt

Suicide is one of the leading causes of death in the world and is an important public and mental health concern. Although changes in the relationship between adolescent and parents, it is necessary to continue the effective parent attachment for coping with emotional distress. Attempt to suicide especially of an adolescent becomes a serious family problem, which affects the communication between parents and adolescents.

In this study, we investigated the affects of mental illness of both the adolescent and the parents to attachment patterns and suicide, among the adolescents with suicidal ideation or attempts and healthy adolescents in the light of sociodemographic data. Children Depression Inventory and The Inventory of Parent and Peer Attachment have been applied to the groups of suicidal ideation or attempts. Sociodemographic data form, adults Beck Depression Inventory and The Experiences in Close Relationships Questionnaire have been applied to the parents.

In the groups of suicidal ideation and attempts were more depressive than to the control group. In addition, mothers of these adolescents were more depressive than the control group, too. There was less secure attachment between adolescents and the parents in the groups of suicidal ideation and attempts than the control group. Statistically there were no significant differences with the mothers' attachment patterns to their children.

Qualified relationships between adolescents and parents are important for both adolescents' and parents' mental health. Treatments, which are taken care of by Mental Health Professionals, parents' support and early psychosocial support, will prevent the next suicide attempts. Furthermore, interviews about restoration of attachment pattern are also important for both mothers and fathers. Because it is considered that, the interventions for the relationship between the adolescents and the parents are important for realizing adolescents' identity of whom has suicide attempts.

Key words: adolescent, attachment, parent, suicide

GİRİŞ ve AMAÇ

İntihar; bireyin duygusal, ruhsal ya da sosyal sebeplerin etkisiyle kendine zarar verme amacıyla yaşamına son vermesi eylemidir^{1,2}. Eğer bu davranış ölümlerle sonuçlanmazsa intihar girişimi olarak tanımlanmaktadır³.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2011’de intihar sonucu ölüm sayısını 2677 olarak bildirmiş olup, bu ölümlerin en büyük kısmını 15–19 yaş aralığındaki gençlerin oluşturduğu görülmektedir⁴. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) verilerine göre her yıl binlerce ergen intihar eyleminde bulunmaktadır. İntihar, 15–24 yaş arası ölümlerin 3. en sık nedeni olurken, 5–14 yaş arası ölüm nedenleri arasında 6. sırada yer almaktadır^{5,6}.

Bağlanma kavramı bebeklikteki; belirli bir kişiye olumlu tepkilerin verilmesi, zamanın büyük bir kısmının o kişiyle birlikte geçirilmek istenmesi, herhangi bir korku yaratan durum veya nesne karşısında hemen o kişinin aranması, bağlanılan kişinin varlığının duyumsanmasına ve rahatlama duygusunun eşlik etmesi gibi duygu ve davranış örüntülerinin tümünü kapsamaktadır^{7,8}.

Ergenlik bir geçiş dönemidir ve ebeveyne bağlanmada değişiklik göstermektedir⁹. Bu dönemde duygusal ve sosyal destek açısından akranlarına bağlanma daha fazla olmaktadır¹⁰. Ebeveyn ergen ilişkisinde değişiklikler olmasına rağmen ergenin duygusal sıkıntılarla baş etmesinde kaliteli ebeveyn bağlanmasının devam etmesi gerekmektedir¹¹. Ergenlerde intihar davranışı ve bağlanmayı etkileyen psikososyal faktörlerin varlığı ve bunlar arasındaki ilişkiler pek çok çalışmada araştırılmıştır^{12,13}. İntihar ile bağlanma arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmanın sonucuna göre, daha önce intihar girişiminde bulunmuş ergenlerin bağlanma figürlerini “az güvenli hissedilen” olarak algıladıkları görülmüştür¹⁴.

Doğumdan itibaren ilk sosyal ilişki olarak kabul edilen ebeveynle olan ilişki tarzı ve kalitesinin, ebeveynin ve çocuğun bağlanma örüntüsü, çocuk ebeveyn ilişkisi ve ruhsal durumlarının intihar davranışında anlamlı bir rolü olabileceği düşünülmektedir. Buradan yola çıkarak ebeveyne olan bağlanmanın, intihar girişimini ve/veya düşüncelerini etkileyip etkilemediği, intihar girişiminde

bulunan ergende ortaya çıkan ruhsal hastalıkların bağlanmayla olan ilişkisinin araştırılması çalışmamızın amacını oluşturmaktadır.

GENEL BİLGİLER

İntihar

İntiharın Tanımı ve Tarihçesi

İntihar yıllar içerisinde birçok bilim adamı tarafından tanımlanmış ve sınıflandırılmıştır. Çocuk ve ergenlerde ise özel bir tanımı yapılmamıştır.

19. yüzyılın sonlarına doğru intihar sosyal bir problem olarak ele alınmaya başlanmıştır. Bu yüzyılda Emile Durkheim sistematik bilimsel bir çalışma olarak intiharı ele alan ilk araştırmacılardan biridir¹⁵. Durkheim'in tanımına göre "Ölüme götüreceğini bilerek, olayın kurbanı tarafından girilen olumsuz eylemin doğrudan doğruya ya da dolaylı olarak meydana getirdiği her ölüme intihar" denilmektedir¹⁶.

İntihar davranışını tanımlarken üzerinde durulması 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 unutulmaması gereken bazen eylemsizlik halinin de intihar davranışı ile ilişkilendirilebileceğidir (ciddi bir hastalığı olan kişinin sağaltımı için alması gereken ilaçları almayı reddetmesi gibi). Üçüncü olarak da intihar davranışında bulunan kişinin bu davranışı bilerek ve isteyerek yaptığını gösteren "kendini öldürme güdüsüdür". Ancak burada da, bütünüyle bilinç düzeyinde gerçekleşen bir eylem olarak varsayılan intihar davranışında rol oynayan bilinç dışı süreçlerin etkisini unutmamak gerekir¹⁷.

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) intiharla ilgili bazı terimleri şu şekilde tanımlamıştır;

İntihar: Kişinin ölmeyi amaçladığının ya da ölmeye niyeti olduğunun açık ya da örtülü kanıtı ile birlikte kendi kendini öldürmesi¹⁸. Bu duruma tamamlanmış intihar da denmektedir¹⁹.

İntihar girişimi: Kişinin ölmeyi amaçladığının ya da ölmeye niyeti olduğunun açık ya da örtülü kanıtı ile birlikte, ölüm ile sonuçlanmayan kendine zarar verici davranış.

İntihar düşüncesi: Ölmeyi isteme düşünceleri. İntihar planının özgüllüğü ve intihar niyetinin derecesine bağlı olarak ciddiyeti değişebilir.

İntihar niyeti: Birinin öznel olarak yaşamına son verme arzusu ve beklentisi.

Durdurulmuş intihar girişimi: Kişinin ölmeyi amaçladığının ya da ölmeye niyeti olduğunun açık ya da örtülü kanıtının olduğu, fakat fiziksel hasar meydana gelmeden önce durduğu, potansiyel olarak kendine zarar verici davranış.

İntihar davranışının ölümcüllüğü: Bir intihar yöntemi ya da eylemi ile ilişkili olan nesnel hayati tehlike¹⁷.

İntiharın Epidemiyolojisi

Yakın tarihe geldiğimizde intiharlar, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli bir halk ve ruh sağlığı sorunu olmaya başlamış ve ergenlerde intihar düşünce ve girişimlerinde büyük bir artış göstermiştir²⁰⁻²³.

2013 yılının verilerine göre intihar ABD'de 10-14 yaş arasında ölümlerde üçüncü sıraya yerleşirken, 15-24 yaş arasında ise ikinci sıraya yerleşti²¹. Son yıllarda Çin'de yapılan bir çalışmada intihar düşüncesi ve girişiminin genel popülasyonda yaşam boyu yaygınlığı %3.9 ve %0.8 olarak bulunmuştur²⁴.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre dünya genelinde her yıl 800.000'den fazla insan intihar sebebiyle ölmekte, bunun yaklaşık 200.000'ini ergenler ve genç erişkinler oluşturmaktadır^{25,26}. 15-24 yaş arası erkeklerde intihar oranı 100,000'de 20 ve kadınlarda ise 100,000 de 4.9 olarak tahmin edilmektedir²⁷. Yaşam boyu intihar girişimlerinin prevalansı yaklaşık %3.5 ve tamamlanmış intiharlara kıyasla daha sıktır. Ayrıca intihar girişiminde bulunanların %10'dan fazlasının 10 yıl içinde tekrar girişimde bulunacakları tahmin edilmektedir^{28,29}.

İntihar girişimleri konusunda Türkiye geneline ait kayıtlara dayalı veriler azdır ve çoğunlukla da yetersizdir. Türkiye'de intihar girişimleri ile ilgili en geniş kapsamlı çalışmayı Sayıl ve arkadaşları Ankara'da yapmışlardır. Buna göre Ankara'da intihar girişimi sıklığı 1989 yılında 100.000'de 107, 1995 yılında ise 100.000'de 113' tür³⁰.

Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) verilerine göre; 2014 yılında genel popülasyonda kaba intihar hızı yüz binde 3.97 iken intihar edenlerin %74.3'ü erkekler, %25.7'sini kadınlar oluşturmaktadır³¹.

Yapılan birçok çalışma sonuçlarına göre çocuklarda tamamlanmamış intihar girişiminin prevalansı %1 civarındadır. Tamamlanmış intihar prevalansı 5–9 yaş arası çocuklarda düşük olup literatürde seyrek olarak tanımlanmaktadır. Ölümle sonuçlanan intihar olayları erkeklerde kızlardan 3–5 kat daha fazladır³². Ölümle sonuçlanmayan intihar girişimleri ise kızlarda erkeklerden en az 2–3 kat daha fazla görülmektedir³². Amerika'da lise öğrencilerinde yapılan ulusal bir çalışmada son bir yıl için ergenlerde intihar düşünce oranı %15.8, intihar planı yapma oranı %12.8 ve intihar girişimi oranı %7.8 olarak belirtilmiştir³⁴.

Klinik

İntihar davranışının temelinde kendine zarar verme amacı bulunmaktadır. İntihar niyeti açık ve güçlü olabileceği gibi, belirsiz de olabilir. Özellikle ergenlerde intihar ile ilgili klinik değerlendirme yapmak sıklıkla güçtür. İntihar davranışı ölüm isteği ile ilgili olmakla birlikte, çocuklarda olduğu gibi, ergenlerde de ölüm kavramının olgunlaşmamış olabileceği göz önünde bulundurularak farklılıklar gösterebilmektedir^{2,35}.

İntihar girişim öyküsü, gerek sonraki intihar girişimleri gerekse tamamlanmış intiharlar için ön belirleyici etkenler olmaktadır³⁶. İntihar girişiminde bulunan bireylerin heterojen olması nedeniyle her hastanın özellikleri ve yaşam koşulları ayrı ayrı değerlendirilmesi gerekmektedir³⁷.

Çocuklar ve ergenlerde intihar niyeti, çoğunlukla çaresizlik duyguları ile pozitif ilişki içerisindedir³⁸. Çocukta intihar niyetini motive eden karmaşık etkenler bulunabilir. Ebeveynlerin dikkatini çekmeye veya bulunduğu ortamı değiştirmeye çalışma, kaybettiği bir yakınıyla yeniden buluşma arzusu, zor bir durumdan kaçınma, öç alma niyeti bu karmaşık etkenler arasındadır^{39,40}.

Etiyoloji ve Risk Faktörleri

İntihar davranışı, sosyokültürel etmenler, psikiyatrik bozukluklar ve semptomlar, stres, zorlu yaşam koşulları ve sosyal desteklerin zayıf olması gibi etkenlerden etkilenen karışık bir belirtidir².

Ergenlerde bilinen risk faktörleri ile intihar düşüncesinin varlığı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmanın bulgularına göre, ait olma duygusu (sense of belonging) intihar düşüncesinin varlığını yordayan en önemli risk faktörleri arasındadır⁴¹.

Çocuk ve ergenlerde gelişim düzeyine bağlı olarak ölüm ve intihar kavramlarının farklı algılanması, psikososyal stresörlere karşı daha kırılgan bir yapıya sahip olmaları ve bunlarla baş etmede ebeveynlerine ihtiyaç duymaları, intihar davranışına neden olabilecek psikopatolojilere ait bulguların bazen silik bazen de karmaşık olması çocuk intiharlarını erişkininkinden farklı kılmaktadır^{1,42}.

Psikososyal Etkenler

Çatışmalı aile ve yaşıt ilişkileri, okul ile ilgili sorunlar gibi psikososyal etkenler de intihar davranışına neden olabilir⁴³. Ergenlerde stresli yaşam olayları; okul ya da ailede yaşanan sorunlar, okul başarısızlığı, kız–erkek arkadaştan ayrılma, anne–baba ölümü ya da boşanması, hastalık, hastaneye yatma gibi olaylardır⁴². Psikopatolojiyle stresli yaşam olayları arasında saptanan ilişkiye rağmen, ergenlerde yaşam olayları psikopatoloji kontrol edildikten sonra bile intihar için bir risk etkenidir¹.

Ertemir ve Ertemir tarafından 2003 yılında yapılan bir çalışmada, intihar girişimi ile acil servise başvuran 14–24 yaşları arasındaki 31 genç alınmıştır. İntihar girişimlerinin aile ve sevgili ile tartışma gibi olumsuz bir olay tarafından tetiklendiği, gençlerin sorunlar karşısında baş etme ve alternatif çözümler üretmede yetersiz kaldıkları, intiharı sonucunu düşünmeden intiharı çözüm yolu olarak gördükleri ve intihar girişimini tekrarlama eğiliminde oldukları saptanmıştır⁴⁴.

Farklı ortam ve toplumlarda yürütülen çalışmalarda aile bağlarının gevşemesi ya da kopmasının genç insanlar arasında intihar yaygınlığını etkileyen en önemli etkenler arasında olduğu saptanmış olup intihar davranışı gösteren ergen ailelerinin daha az destekleyici ve daha fazla çatışmacı olduğu, düşmanca tutumların ön plana çıktığı da bildirilmektedir⁴⁵.

Biyolojik ve Sosyodemografik Etkenler

Tamamlanmış intihar oranları kızlarda erkeklerden daha düşük iken intihar düşüncesi ve intihar girişimi kızlarda daha yüksek oranda görülmektedir. Cinsiyetler arasındaki bu farkın erkeklerde komorbid duygudurum bozukluğu ve

madde kötüye kullanımının sık görülmesinden, agresyon düzeyinin daha yüksek olmasından ve erkeklerin intihar girişimlerinde daha ölümcül yöntemler seçmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir⁴⁶.

Düşük sosyoekonomik durum, sınırlı eğitim başarısı, düşük gelir ve yoksulluk gibi özellikler ile tanımlanan sosyal dezavantajlı gençlerde intihar ve intihar girişimi riskinin arttığı bildirilmiştir^{47,48}. Yine okul ile ilişkili problemlerin, okula gitmeme ve işsizliğin intihar riskini arttırdığı saptanmıştır⁴⁹.

Biyolojik çalışmalarda hem erişkinlerde hem de ergenlerde hipotalamo hipofizer adrenal eksen ilişkisi ve artmış kortizol seviyeleri benzerdir^{50,51}. Ayrıca burada serotonerjik ve noradrenerjik sistemlerinde rol aldığı bilinmektedir⁵². İntihar öyküsü bulunan ergenlerde trombosit imipramin bağlanması daha düşük olduğu gözlenmiştir. Çeşitli çalışmalarda intihar eden ergenlerde serotonin öncüsü olan triptofan aminoasitinin, serumdaki diğer aminoasitlere oranının çok daha düşük seviyelerde saptanması sonucunda, triptofan oranlarının intihar riskini belirlemede öncü olabileceği öngörülmüştür⁵³. Monoaminlerin metabolizmasında rol oynayan Monoamin oksidaz A ve Katekol-O-Metil Transferaz enzimlerinin polimorfizmi intihar, öfke ve dürtüsellik ile ilişkili bulunmuştur^{54,55}.

İntihar davranışında genetik etkenlerin rolünü belirlemeye yönelik aile, evlat edinme ve ikiz çalışmaları yapılmıştır⁵⁶. Statham ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada tek yumurta ikizlerinde intihar riskinin çift yumurta ikizlerine göre 17 kat arttığı gösterilmektedir⁵⁷.

Psikiyatrik Bozukluklar

Çalışmalar intihar girişiminde bulunan ergenlerin %80-90'ında psikiyatrik bir bozukluğun mevcut olduğunu bildirmektedir^{58,59}. Ergen intihar girişimlerinde en önemli risk faktörlerinin duygu durum bozuklukları, yıkıcı davranış bozuklukları ve madde kötüye kullanımının olduğu bildirilmektedir⁶⁰. Major depresif bozukluk (MDB) tanısıyla izlenen ergen ve çocuklar % 70 oranında intihar düşüncesinden ya da girişiminden bahsetmişlerdir^{61,62}. Başka çalışmalarda ise ergenlerde depresyon varlığı intihar riskini 4-5 kat artırdığından söz etmektedir^{3,63}.

600 ergenle madde bağımlılıkların karşılaştırıldığı bir çalışmada, intihar düşüncelerinin %50 oranıyla en çok marihuana kullananlarda olduğu saptanırken, alkol bağımlılarında ise bu oran %36 olarak bulunmuştur⁶⁴.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) olan hastalarda intihar ve kendine zarar vermenin önemli derecede riskli olduğu gösterilmiştir⁶⁵. Özellikle DEHB'nin kombine alt tipinde daha fazla olduğu belirtilmiştir⁶⁶.

Brent ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada birden fazla intihar girişiminde bulunan ergenlerde özellikle borderline kişilik bozukluğunun olduğu bulunmuştur⁴².

Ülkemizde Ercan ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir çalışmada intihar girişiminde bulunan 15–19 yaş arası 40 kız ve 6 erkek ergen incelenmiş ve DSM–IV (Diagnostic and statistical manual of mental disorder) ölçütlerine göre yapılan tanı görüşmelerinin sonucunda, en sık rastlanan psikiyatrik tanıların major depresyon, uyum bozukluğu, konversiyon bozukluğu ve davranım bozukluğu olduğu belirlenmiştir⁶⁷.

Ailesel Faktörler

Ailede intihar davranışı öyküsü, ebeveyn psikopatolojisi (özellikle depresyon ve madde kullanımı), parçalanmış aile yapısı (ebeveynlerin ayrılması/boşanması, ebeveyn ölümü) bozulmuş ebeveyn-ergen iletişimi ve düşük düzeyde emosyonel destek ergenlerde intihar davranışı ile ilişkili bulunmuştur^{3,63,68–70}.

Bağlanma

Bağlanma Kuramı

Bağlanma, bebekle annesi ya da sürekli bakım sağlayan sabit bir kişi (birincil bakım veren) arasında kurulan, temel güven duygusunu geliştiren ilk bağıdır. Bağlanma kuramı, çocuğun zihinsel, duygusal ve davranışsal gelişiminde yakın ilişkilerin, özellikle de ebeveyn-çocuk ilişkisinin, etkisini ve ilgili dinamikleri açıklama bakımından en yaygın kabul gören kuramlardan birisi olmuştur. Bowlby'ye göre çocuklarıyla güvenli bağlanma ilişkisi kuran ebeveynler, aynı zamanda onlara değerli oldukları, güvende oldukları ve sevildiklerine ilişkin güvence vermiş olurlar. Bu güvence altında gelişen çocuklar bir taraftan başarı için gerekli olan öz güveni kazanırken diğer taraftan da bireyselleşmeye doğru adım atarlar^{71,72}.

Bowlby, çocuk yuvası ve hastanelerde kalan çocukların ve bebeklerin bakımverenlerinden ayrılma davranışlarını incelemiştir. Güvenli bir bağlanma

ilişkisi yaşamış olan çocukların ve bebeklerin annelerinden ayrılmaya karşı gösterdikleri davranışların benzer bir süreç içerisinde gerçekleştiğini gözlemlemiştir. Bowlby bu davranışları, karşı koyma, umutsuzluk ve kopma (ayrılma) olarak tanımlamıştır. Karşı koyma aşamasında, çocuk annesinin kendisini bıraktığı ile ilgili düşünce ve ifadelerle, endişe, üzüntü, yoğun ağlama davranışları gösterir. Umutsuzluk aşamasında, çocuk yardım istemez, ara sıra ağlar, fiziksel olarak kendini geri çekme görülür. Son aşama olan kopma aşamasında ise; çocuklar çevresi ile daha fazla ilgilenmeye başlar, sosyal davranışlar gözlenir⁷².

Bowlby (1982), bağlanma ilişkisinin, a) yakın bakım veya bakıcıya yakın olma, b) çevreyi keşfederken ve yeni davranışlar öğrenirken yeterince rahat olabileceği “güvenli üs” olarak bakıcıyı kullanma ve c) bebeğin rahatlık, destek ve yeniden güvence için bakıcıya güvenmesi anlamında güvenli bir sığınak olması olarak üç çeşit işlevi olduğunu ifade etmektedir⁷².

Çocuk geliştikçe bağlanma yaşantılarını, “içsel çalışma modelleri”ni veya kendisinin ve diğerlerinin zihinsel temsillerini oluşturarak içselleştirir. Bakıcının çocuğa verdiği tepkiler ve onun yakınlık isteğine karşı sergilediği davranışlar bilişsel temsiller olarak kodlanır. İçsel çalışan modeller Bowlby’nin kuramının temelini oluşturur⁷². Çocuğun kendisi ve başkalarına ilişkin bilişlerinden oluşan içsel çalışan modeller, bakıcının tepkileri ile ilişkilidir. Çocuk ihtiyacı olduğunda bakıcısından gereken desteği ve olumlu tepkiyi görürse bakıcısının ulaşılabilir, güvenilir ve destekleyici olduğuna ilişkin bilişsel temsiller geliştirir. Ters durumda ise çocuğun bakıcısı çocuğun gereksinimlerine duyarsız kaldığında ya da birbiriyle uyuşmayan tepkilerle karşılık verdiğinde çocuk bağlanma figürünü reddedici, kendisini de sevmeye ve desteklenmeye değer biri olarak görür. Bununla birlikte çalışma modellerinin, geçmişteki olayların bir yansıması olmadığını, aksine bir değerlendirme ve bütünleştirme süreci olduğunu, dolayısıyla “çalışma modeli” teriminin öznel deneyimlere dayanan kişisel bir oluşum olduğunu da vurgular^{72,73}. İçsel çalışan modeller çocukluktan ergenliğe kadar sürekli olarak pekiştirilir. Ergenliğin sonunda içsel çalışan modeller daha sürekli ve değişime karşı daha dirençli hale gelirler. Ergenler ve erişkinler oluşturdukları içsel çalışan modelleri kendileri için önemli olan ilişkilerde kullanırlar.

Çalışma modellerinin iki önemli ögesi aşağıdaki şekilde özetlenebilir;

a) Bağlanma figürünün, çocuğun korunma ve desteklenme isteklerine genellikle uygun tepki veren bir insan olarak değerlendirilip değerlendirilmediği (diğerleri hakkındaki içsel çalışma modeli)

b) Bireyin bağlanma figürü nazarında ne kadar iyi ve ne kadar değerli olduğunu kavramasıdır (kendi hakkındaki içsel çalışma modeli)⁷⁴.

Bağlanma Biçimleri

Bağlanma Kuramına en önemli bilimsel katkılar, Ainsworth ve arkadaşlarının (1978), “Yabancı Durumu” deneyleriyle yapılmıştır. Bu çalışmalarda bebeklerin, anneleri varken, gittiğinde ve geri döndüğünde verdikleri tepkilere göre farklılaştıkları belirlenmiştir. Buna göre ilk bağlanma kategorileri Ainsworth tarafından;

1- Güvenli Bağlanma

2- Güvensiz Bağlanma olarak tanımlanmıştır.

Güvensiz bağlanmanın ise kendi içinde iki farklı bağlanma örüntüsü sergilediği belirlenmiştir. Bunlar;

a-Ambivalan Bağlanma ve

b-Kaçıngan Bağlanma'dır.

Bağlanma kategorilerinin oluşmasıyla ilişkili bulunan temel bakım verme örüntüleri ile kategorilerin özellikleri ise şunlardır;

1- Güvenli Bağlanma: Bakım verenin çocuğun ihtiyaçlarına tutarlı ve olumlu bir şekilde cevap vermesi güvenli bağlanmayla sonuçlanır.

2- Güvensiz/Kaçıncı Bağlanma: Bakım verenin, çocuğun temel ilgi ve ihtiyaçlarına karşı tutarlı olarak tepkisiz olması güvensiz/kaçıncı bağlanmaya yol açar. Çocuk, bu ilgisizliğin yarattığı hayal kırıklığının etkilerini azaltmak için kayıtsız davranır. Yabancı Durumu deneyinde, ebeveynleri odayı terk ettiğinde ve odaya geri döndüğünde, en az tepki verenler güvensiz/kaçıncı bağlanmış çocuklardır.

3- Güvensiz/Ambivalan Bağlanma: Verilen bakımın tutarsız ve kalitesiz olması, güvensiz-ambivalan bağlanmayla sonuçlanır. Bu şekilde bağlanmış

çocuklar, Yabancı Durumu deneyinde, ebeveyni gittiğinde yatıştırılması en zor olan ve döndüğünde ebeveyne yapışircasına tutunan gruptur⁷⁵.

Araştırmacılar bu tepkiler üzerinden bağlanmayı güvenli, kaygılı-ambivalan ve kaçınan olarak 3 gruba ayırmışlardır. Annelerinin her zaman yanlarında olup, stres durumlarında yardımcı olacaklarından emin olan çocuklar güvenli bağlanma gösterirler⁷⁶. Anne ayrıldığında tepki göstermelerine karşın döndüğünde kolaylıkla yatışırlar. Güvenli bağlanma çocuğun kesintisiz, tutarlı tepki veren, duyarlı ve her zaman ulaşılabilir bir bakım verene sahip olmasıyla gerçekleşir. Kaygılı/ikircikli bağlanma örüntüsü olan çocuklar, çağırdıklarında annenin yanıt vereceğinden ya da yardımcı olacağından emin olmayan çocuklardır^{74,77}. Bu nedenle ayrılığa direnirler ve anne döndüğünde yatışmazlar. Araştırmacı davranışlarda bulunmaya ilişkin kaygıları vardır. Kaçınan bağlanma örüntüsü olan çocuklar ise annelerinin yardımcı olacağına ilişkin hiç güveni olmayan çocuklardır⁷⁸. Sürekli olarak çocuklarını geri çeviren ya da reddeden annelerin çocukları ayrılığa tepkisiz kalıp anne döndüğünde yakınlaşmazlar.

Bu bağlanma örüntülerine daha sonra Main ve Solomon dağınık bağlanma örüntüsünü (dezorganize) eklemiştir⁷⁹. Stres ile baş etmede organize bir davranış göstermeme, yabancı durum testinde stereotipik, asimetrik ve zamansız hareketlerin varlığı, donup kalma ya da hareketlerde yavaşlama dağınık bağlanma ölçütü sayılmaktadır. Bu çocukların annelerinin fiziksel taciz ya da ihmalde bulunan, psikiyatrik bozukluk oranları yüksek olan ya da kendi bağlanma nesnelere ile olan sorunlarını çözememiş anneler olduğu bildirilmektedir. Dağınık bağlanma örüntüsünün altında yatan temel duygu bakım verenden korku duymaktır^{79,80}.

Dörtlü Bağlanma Modeli

Bağlanma stillerinin dörtlü sınıflandırması, içsel çalışan model temelinde, kişinin kendini ve diğerlerini algılarının dört olası kombinasyonundan geliştirilmiştir. Kişinin kendine (olumlu veya olumsuz) ve diğerlerine ilişkin (olumlu veya olumsuz) içsel modeli dört bağlanma örüntüsünü oluşturmuştur. Aşağıda bu model şekil-1 olarak verilmiştir⁸¹.

BARTHOLOMEW VE HOROWITZ'E GÖRE DÖRTLÜ BAĞLANMA MODELİ

DİĞERİ MODELİ	KENDİLİK MODELİ	
	Olumlu	Olumsuz
Olumlu	Güvenli	Saplantılı
Olumsuz	Kayıtsız	Korkulu

Şekil 1: Bartholomew ve Horowitz'in dörtlü bağlanma modeli

Güvenli bağlanma: Bu bağlanma stili, olumlu benlik modeli ve olumlu başkaları modelinin birleşiminden oluşur. Güvenli bağlanmaya sahip bireyler yakın ilişkilerde yakınlık konusunda rahattır ve kendileri hakkında değerlik duygusunu içselleştirmişlerdir⁸². Güvenli bağlanma, diğer insanların genellikle kabul edici ve uygun tepki vereceği beklentisi, sevebilirlik ve değerlilik duygusunu yansıtmaktadır⁷⁴.

Kayıtsız bağlanma: Bu bağlanma stili, olumlu benlik modeli ve olumsuz başkaları modelinin birleşiminden oluşur. Kayıtsız bireyler olumsuz beklentilerinden dolayı sıklıkla yakınlıktan kaçarlar. Fakat yakın ilişkilerin değerini savunmacı bir şekilde inkâr etmek yoluyla benlik değeri duygusunu sürdürürler⁸². Bu bağlanma stili, diğer insanlara karşı olumsuz bir tavırla birlikte bir sevgi-değerlilik duygusunu ifade etmektedir. Bu bağlanma stilindeki bireyler yakın ilişkilerden kaçınarak, özerklik ve incitilmezlik duygularını geliştirerek kendilerini hayal kırıklıklarına karşı korumaktadırlar⁷⁴.

Saplantılı bağlanma: Bu bağlanma stili, olumsuz benlik modeli ve olumlu diğerleri modeli birleşiminden oluşur. Saplantılı bireyler diğerleri tarafından güven ve kabul kazanmak konusunda kaygılıdır⁸². Saplantılı bağlanma, diğer insanların olumlu değerlendirilmesiyle birlikte bir değersizlik duygusunu göstermektedir. Bu bağlanma stili özelliği gösteren bireyler yakın ilişkilerinde kişisel değerlilik ve kişisel yeterliliği bulmak için çabalarlar⁷⁴.

Korkulu bağlanma: Bu bağlanma stili, olumsuz benlik modeli ve olumsuz diğerleri modelinin birleşiminden oluşur. Korkulu bireyler diğerleri tarafından kabul ve onaylanma düşüncelerinin yüksek olması nedeniyle saplantılı bireylere benzerdir. Fakat reddedilme ve kaybetme acısını engellemek için yakınlıktan kaçarlar⁸². Korkulu bağlanma, bireyin başkalarının güvenilmez ve reddeden bireyler olacağı düşüncesi ile kendisinin sevmeyeceğine ilişkin beklentileri ve değersizlik duygusunu ifade etmektedir. Bu stil, diğer insanlarla yakın olmaktan kaçınarak, reddedilme riskine karşı kendilerini koruma çabalarını ifade etmektedir⁷⁴.

Bartholomew ve Horowitz (1991) güvenli ve kayıtsız bağlanmanın, benlik kavramı ile pozitif bir ilişkiye sahip olduğunu, bununla birlikte; korkulu ve saplantılı bağlanmanın ise; benlik kavramı ile negatif bir ilişki gösterdiğini bulmuşlardır. Ayrıca güvenli ve saplantılı bağlanmanın sosyallik ile pozitif bir ilişkiye sahip olduğunu, kayıtsız ve korkulu bağlanma ile sosyallik arasında ise, negatif bir ilişki olduğunu ifade etmektedirler⁷⁴.

Ergenlik, Ebeveyn İlişkisi, Bağlanma ve İntihar

Ergenlik süreci ile beraber gencin bireyleşme çabaları ve artan bağımsızlık ihtiyaçlarına yönelik aile tarafından bilinçli ya da bilinç dışı verilen tepkiler bu dönemde yaşanan çatışmanın ana kaynağıdır. Ana-baba ve ergen çatışmalarının düzeyi, aile ortamı ve algılanan ana baba tutumları tarafından belirlenmektedir. Ergenlik sürecinde ebeveyn ile kurulan ilişki, ergenin psikososyal uyumunun gelişimi açısından oldukça önemli bir rol oynar. Ebeveynle olan ilişkideki anlaşmazlık ve çatışma algısı ise ergenin stres düzeyini arttırarak ruhsal sorunlara ve intihar davranışına yol açabilmektedir^{70,83}.

Blos' a göre (1979) ergenlik, ikinci bireyleşme evresidir. İkinci bireyleşme evresinde genç, ebeveynle olan bağlarını yeniden gözden geçirir ve kendisinin farklı olduğunu hisseder. Kendi yaşamının sorumluluğunu almayla karşı karşıyadır⁸⁴. Aileden uzaklaşıp özerklik sağlamak ve bireyleşmek, kendine destek sağlayacak arkadaş grubu bulmak, duygusal bağımsızlık kazanmak, sağlam ve uyumlu bir kimlik duygusu geliştirmek, bu değişiklikler arasındadır⁸⁵. Ayrılma-bireyleşme süreciyle, uyumlu bir kimlik ve kendilik hissi oluşur. Bireyleşmenin artması için ebeveynlerden uzaklaşabilmek çok önemlidir. Bu şekilde genç, bağımsız olarak işlev görebilir hale gelir.

Çocukluktan ergenliğe geçiş döneminde ergen-ebeveyn arasındaki ilişkinin, ebeveyne görece yüksek bir bağımlılık durumundan, bireyleşmeye izin veren dengeli bir bağlılığa; güç ilişkisinin ise tek taraflı bir ebeveyn otoritesinden, karşılıklılığın olduğu uyumlu bir ilişkiye dönüşmesi beklenir⁸⁶.

Bowlby (1973) intihar girişiminin, ebeveynin ilgisini çekmek için bir yardım çağrısı veya ebeveyni cezalandırma yolu olabileceğini düşünmüştür. Ancak intihar davranışını daha çok, ebeveynin çocuğunu terk etme tehdidi olarak kullanmasının sakıncalarını vurgulamak kaydıyla gündeme getirmiştir⁷¹.

Ergenlerde psikopatoloji ve ebeveyn tutumu arasındaki ilişkinin araştırıldığı bazı çalışmalarda, intihar girişimi olan ve depresyon tanısı almış ergenlerin ebeveynlerini disiplinli, reddedici, kendilerine yabancı ve iletişimsiz olarak algıladıkları gösterilmiştir^{87,88}.

Doğumdan itibaren ilk sosyal ilişki olarak kabul edilen ebeveynle olan ilişkinin tarzı ve kalitesinin, kuramsal olarak ifade etmek gerekirse ebeveynin ve çocuğun bağlanma örüntüsü, çocuk ebeveyn ilişkisi ve ruhsal durumları intihar davranışında anlamlı bir rol üstlenebilmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma öncesinde Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurul komitesinden, 12 Şubat 2015 Tarihli toplantıda (karar sayısı: 41) etik kurul onayı alınmıştır.

Çalışma Grubunun Seçimi

Bu çalışma Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine, acilden yönlendirilen ya da direk polikliniğimize intihar girişimi ve düşüncesi ile 20 Şubat 2015 ve 20 Ekim 2015 tarihleri arasında ardışık olarak başvurmuş olan 10-18 yaş aralığında; 72 intihar girişimi ve 40 intihar düşüncesi olan toplam 112 olgu çalışmaya alınmıştır. Kontrol grubunda tamamen sağlıklı 44 kişi genel pediatriye üst solunum yolları enfeksiyonu gibi kronik hastalığı olmayan yaş ve cinsiyeti uyumlu çocuklar psikiyatri doktoru annesi ve çocukla görüşerek olmak üzere 146 bireyle yapıldı. Çalışmanın dahil edilme ve hariç tutma kriterlerine uyan tüm bireyler çalışmaya alındığından, Power analizi yapılmadı.

Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri :

- 1- Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatri Polikliniği'ne ve diğer bölümlerden konsültasyon istenmiş olgular
- 2- Herhangi bir ruhsal hastalığı ve kronik tıbbi hastalığı olmayan sağlıklı gönüllüler
- 3- 10-18 yaş arasındaki olgular
- 4- Ruhsal bozukluk tanılarını DSM-4 TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision) kriterlerine göre deneyimli çocuk psikiyatristi tarafından değerlendirilmiş olgular
- 5- İntihar girişimi grubundaki hastalar; son bir ay içerisinde intihar girişiminde bulunan ergenler
- 6- İntihar düşüncesi grubundaki hastalar; son bir ay içerisindeki intihar düşüncesi olan ergenler

7- Sağlıklı kontrol grubundaki gönüllüler; hiç intihar girişimi olmayan ve herhangi bir psikiyatrik tanı almayan ergenler, intihar grubunun yaş ve cinsiyet dağılımına olabildiğince dikkat edilerek seçilmiştir.

Çalışmadan Dışlanma Kriterleri:

- 1- Zihinsel yetersizlik bulunan olgular
- 2- Kronik sistemik hastalığı olanlar
- 3- 18 yaş üstü olgular

Yöntem

Çalışmaya katılmaya gönüllü olan intihar girişimi veya düşüncesi olan olgular ve ebeynleri hastalar grubunu, çalışmaya katılmaya gönüllü sağlıklı ergenler ve ebeveynleri ise kontrol grubunu oluşturdu. Çalışma grupları; intihar girişimi olan ergenler ve ebeveynleri, intihar düşüncesi olan ergen ve ebeveynleri, intihar düşünce ve girişimi olmayan sağlıklı ergen ve ebeynleri olarak üçe ayrıldı.

Ergenlere, Çocuklar için Depresyon Ölçeği ile Ebeveyn ve Akranlarına Bağlanma Ölçeği uygulanarak toplamda 47 soru, olguların ebeveynlerine ise Sosyodemografik veri formu ile birlikte Yetişkin Beck Depresyon Ölçeği ve Yakın İlişkilerde Yaşantılar Ölçeği uygulanarak toplamda 57 soru soruldu. Bu üç gruba verilen ölçekler ile sosyodemografik bilgiler ışığında intihar girişimi ve düşüncesi olan grupla sağlıklı kontrol grubu arasındaki ilişkiye bakıldı.

Çalışmada ergenlerin; anne babası birlikte olan veya anne babası ayrı olan şeklinde aile durumu incelenmiştir.

Gereçler

Sosyodemografik veri formu

Polikliniğimize başvuran her çocuk ve ergen için kullanılan bilgi formunda çocuk ve ergen (yaş, eğitim düzeyi, kardeş sayısı, yürüme-konuşma-tuvalet eğitimi zamanı, doğum seyri ve komplikasyonları, fiziksel hastalık, fiziksel şiddete maruziyet) ve ebeveynlere (yaş, eğitim düzeyi, meslek, ruhsal ve fiziksel hastalık, ailenin yapısı ve durumu, fiziksel şiddet) ait sosyodemografik bilgiler sorgulanmaktadır (EK-1).

Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)

Çocuklarda depresyonunun şiddeti ÇDÖ ile değerlendirilmektedir. Kovacs(1981) tarafından Beck Depresyon Ölçeği esas alınarak geliştirilen, Çocuklar için Depresyon Ölçeği 6-17 yaş çocuklarına uygulanabilen, bir kendini değerlendirme ölçeğidir⁸⁹. Ölçek çocuğa okunarak ya da çocuk tarafından okunarak doldurulur. Çocuktan son iki hafta için kendisine en uygun cümleyi seçmesi istenir. 27 maddelik ölçekte her madde için üç değişik seçenek bulunmaktadır. Her madde, belirtinin şiddetine göre 0, 1 veya 2 puan alır. En üst puan 54'tür. Kesim puanı 19 olarak önerilmektedir. ÇDÖ'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Öy (1991) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin test-tekrar test güvenirliliği 0.72 ve iç tutarlılık katsayısı 0.86 olarak bulunmuştur⁹⁰ (EK-2).

Ebeveyn ve Arkadaşlarına Bağlanma Ölçeği (EABE)

Gençlerin anne-baba ve akranlarıyla bağlılıklarını ölçmek amacıyla Armsden ve Greenberg (1987) tarafından geliştirilen bu ölçme aracı 12 maddelik anne-baba ve akranlar için hazırlanmış iki ayrı formdan oluşmaktadır. Katılımcılardan her bir maddenin anne/baba ve akranlarıyla ilişkilerini ne kadar iyi tanımladığını 7 dereceli likert tipi bir ölçek (1-asla; 7-daima) üzerinde değerlendirmeleri istenmiştir. (Ör. madde: Problemlerimi ve sorunlarımı anneme/babama söylerim"). (Ör. madde: "Problemlerimi ve sorunlarımı arkadaşlarıma söylerim"). Böylelikle, güven, İletişim ve ters kodlanan yabancılaşıma alt ölçeklerinin toplanmasıyla toplam bağlanma puanı, anne ve baba için ayrı ayrı hesaplanabilmektedir⁹¹.

EABE kısa formu Günaydın ve ark. (2005) tarafından Türk örnekleminde anne ve babaya bağlanmayı ölçmek için kullanılmış, toplam puanla hesaplanan bağlanma güvenliğinin erken ergenlik döneminde gösterilen empati ve kendini başkalarının yerine koyabilme davranışlarıyla ilişkili olduğu ortaya konulmuştur. Yapılan analizler sonucunda EABE' nin yüksek düzeyde test-tekrar güvenirliliği gösterdiği bulunmuştur. Aralıklı olarak ölçülen anneye bağlanma puanları arasında ise 0.87, babaya bağlanma puanları arasında ise 0.88 düzeyinde anlamlı ilişki olduğu gözlenmiştir. Anne ve babaya bağlanma toplam puanları arasında güçlü ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir⁹² (EK-3).

Erişkin Beck Depresyon Ölçeği

Sağlıklı ve psikiyatrik hasta gruplarına uygulanan, kendini değerlendirme ölçeğidir. Amacı, depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmektir. Toplam 21 kendini değerlendirme maddesi içeren bu form, dördümlük likert tipi ölçüm sağlar. Her madde 0–3 arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilir. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksek olması depresyon şiddetinin yüksekliğini gösterir. Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilmiştir⁹³. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Hisli (1989) tarafından yapılmış ve ölçeğin kesme puanı 17 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada ise ölçeğin iç tutarlık kat sayısı hasta grubu için 0.87, tüm örneklem (normal + psikiyatrik hasta) için 0.90 bulunmuştur⁹⁴ (EK–4).

Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri (YİYE)

Brennan ve arkadaşları (1998) tarafından geliştirilen YİYE, bağlanmada temel iki boyut olan yakın ilişkilerde yaşanan kaygı ve başkalarından kaçınmayı ölçmeyi amaçlamaktadır. Toplam 36 maddeden oluşan ölçekte her bir boyut 18'er madde ile ölçülmektedir. Katılımcılar, her bir maddenin kendilerini ne derece tanımladığını yedi basamaklı ölçekler kullanarak değerlendirmişlerdir. (1 = beni hiç tanımlamıyor; 7 = tamamıyla beni tanımlıyor). Brennan ve arkadaşları dört bağlanma stiline iki boyut üzerinde yapılan küme analizi yöntemi ile oluşturulmasını önermişlerdir. Bu analizde her iki boyuttan da düşük puan alanlar (düşük kaygı ve kaçınmaya sahip olanlar) güvenli, her iki boyuttan da yüksek puan alanlar korkulu, kaygı boyutundan yüksek kaçınma boyutundan düşük puan alanlar saplantılı ve kaygı boyutundan düşük kaçınma boyutundan yüksek puan alanlar kayıtsız bağlanma stili içinde sınıflandırılmaktadır⁹⁵. Sümer (2006) tarafından ölçeğin Türkçe versiyonunun iç tutarlık kat sayıları kaygı boyutu için 0.86, kaçınma boyutu için, 0.90'dır⁹⁶ (EK–5).

İstatistiksel Analiz

Verilerin istatistiksel analizi için SPSS 11.5 istatistik paket programı kullanılmıştır. Yaş, anne-baba eğitim yılı gibi sürekli değişkenler için normal dağılım kontrolü Shapiro Wilk testi ile yapıp normal dağılım göstermeyen bu değişkenler için özet istatistik olarak medyan, ortalama \pm standart sapma,

minimum ve maksimum değerleri kullanılmıştır. İntihar grupları arasında yaş, anne-baba eğitim yılı medyanları arasındaki farklılığı tespit etmek için parametrik olmayan testlerden Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. İntihar grupları ve bağlanma tipi gruplarında ölçek puan ortalamaları arasındaki farkların araştırılması için parametrik testlerden ANOVA kullanılmıştır. Grup ortalamaları arasındaki farklılığa sebep olan grubu tespit etmek için çoklu karşılaştırma (post-hoc) testlerinden Bonferroni testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler için zet istatistik olarak sayı ve yüzdeler verilmiştir. Kategorik değişken olan sosyodemografik özellikler ile gruplar arasındaki ilişkilerin incelenmesi için Ki-kare testi kullanılmıştır. İlişki bulunan iki değişkenin oranları arasındaki farkı tespit etmek için iki oran Z testi kullanılmıştır. Tüm karşılaştırmalar için istatistik önem seviyesi (p) 0.05 olarak alınmıştır.

BULGULAR

Sosyodemografik verilere ilişkin bulgular

1. Yaş

İntihar girişimi grubunun yaş ortalaması 15.27±1.35, intihar düşüncesi olan grubun yaş ortalaması 15.20±1.63 ve sağlıklı kontrol grubunun yaş ortalaması 14.02±1.98 bulunmuştur (Tablo 1).

Tablo 1. Gruplar arasındaki yaş dağılımı

	YAŞ			p
	Ort± ss	Medyan	Min-max	
İntihar Girişimi (n=72)	15.27±1.35	16	12-18	0.001
İntihar Düşüncesi (n=40)	15.20±1.63	16	12-18	
Sağlıklı Kontrol (n=44)	14.02±1.98	14	11-18	

n= kişi sayısı; Ort± ss=ortalama-standart sapma; p= <0.05

2. Cinsiyet

İntihar girişimi olan grubun %90.3'ü kız cinsiyet iken, %9.7'si erkek cinsiyet oluşturmaktadır. İntihar düşüncesi olan grubun %82.5'i kız cinsiyet iken, %17.5'i erkek cinsiyet oluşturmaktadır. Sağlıklı kontrol grubunun %68.2'si kız cinsiyet iken, %31.8'i erkek cinsiyet oluşturmaktadır.

Cinsiyet ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (p<0.05). Bu ilişki kontrol grubunun cinsiyetlerinin benzer oranda seçilememesinden kaynaklanmaktadır (Tablo 2).

Tablo 2. Gruplar arasında cinsiyet dağılımı

Cinsiyet	İntihar Girişimi		İntihar Düşüncesi		Sağlıklı Kontrol		Toplam		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Kız	65	90.3	33	82.5	30	68.2	128	82.1	0.01
Erkek	7	9.7	7	17.5	14	31.8	28	17.9	
Toplam	72	100	40	100	44	100	156	100	

n= kişi sayısı; p= <0.05

3. Çocuğun eğitim durumu

İntihar girişimi olan grubun %2.8'i ilkokul, %20.8'i ortaokul, %76.4'ü lisede okumaktadır. İntihar düşüncesi olan grubun %27.5'i ortaokul, %72.5'i lisede okumakta iken sağlıklı kontrol grubunda %2.3'ü ilkokul, %59.1'i ortaokul, %38.6'sı lisede okumaktadır (Tablo 3).

Tablo 3. Gruplar arasında ergenlerin eğitim durumu

Ergenin Eğitim Durumu	İlkokul		Ortaokul		Lise		Toplam		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
İntihar Girişimi	2	2.8	15	20.8	55	76.4	72	100	<0.001
İntihar Düşüncesi	0	0	11	27.5	29	72.5	40	100	
Sağlıklı Kontrol	1	2.3	26	59.1	17	38.6	44	100	
Toplam	3	1.9	52	33.3	101	64.7	156	100	

n= kişi sayısı; p= <0.05

4. Anne baba eğitim durumu

Annenin eğitim durumu; intihar girişimi grubunda 7.31±4.13 yıl, intihar düşüncesi grubunda 8.025±4.13 yıl ve sağlıklı kontrol grubunda ise 6.68±5.06 yıl bulunmuştur. Babanın eğitim durumu; intihar girişimi grubunda 8.25±4.18 yıl, intihar düşüncesi grubunda 8.42±4.08 yıl ve sağlıklı kontrol grubunda ise 9.06±4.82 yıl bulunmuştur. Annenin ve babanın eğitim durumu, gruplar arasında medyan puanları arasındaki farka bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (p>0.05) (Tablo 4).

Tablo 4. Gruplara göre ebeveynlerin eğitim durumları

	Annenin Eğitim Yılı				Babanın Eğitim Yılı				P
	Ort±ss	Medyan	Min-max	p	Ort±ss	Medyan	Min-max		
İntihar Girişimi (n=72)	7.31±4.13	5	0-15	0.425	8.25±4.18	8	0-15	0.581	
İntihar Düşüncesi (n=40)	8.03±4.13	8	0-15						
Sağlıklı Kontrol (n=44)	6.68±5.06	5	0-15						

n= kişi sayısı; Ort± ss=ortalama-standart sapma; p= <0.05

5. Anne babanın yaşı

Annenin ortalama yaşı; intihar girişimi grubunda 41.56±6.51, intihar düşüncesi grubunda 42.10±6.17, sağlıklı kontrol grubunda 40.77±5.45 iken, babanın ortalama yaşı; intihar girişimi grubunda 46.30±7.58, intihar düşüncesi grubunda 46.45±6.75 ve sağlıklı kontrol grubunda 44.88±5.78 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında babanın yaşına ve annenin yaşına ait medyanlar arasındaki farklara bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (p>0.05) (Tablo 5).

Tablo 5. Gruplara göre anne ve babanın yaş dağılımı

	Annenin Yaşı			p	Babanın Yaşı			P
	Ort±ss	Medyan	Min-max		Ort±ss	Medyan	Min-max	
İntihar Girişimi	41.56±6.51	40.5	30-55	0.640	46.30±7.58	44	32-72	0.611
İntihar Düşüncesi	42.10±6.17	41.5	31-57		46.45±6.75	46	37-65	
Sağlıklı Kontrol	40.77±5.45	40.5	31-53		44.88±5.78	45	35-59	

n= kişi sayısı; Ort± ss=ortalama-standart sapma; p= <0.05

6. Annenin ruhsal hastalığı

Annenin ruhsal hastalık durumu ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (p<0.05). İntihar girişimi olan grubun %34.7' sinde (n=25) ve sağlıklı kontrol grubunun %11.4'ünde (n=5) annenin en az bir ruhsal hastalığı vardır. Bu iki grubun oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. İntihar düşüncesi olan grubun %45'inde (n=18) ve sağlıklı kontrol grubunun % 11.4'ünde (n=5) annenin en az bir ruhsal hastalığı vardır. Bu iki grubun oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Annesinde ruhsal hastalığı olan intihar girişimi grubu ile intihar düşüncesi grubu arasındaki oran farkı istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05).

İntihar girişimi olan grubun %65.3'ünde (n=47) ve sağlıklı kontrol grubunun %88.6'sında (n=39) annede herhangi bir ruhsal hastalık yoktur. İntihar düşüncesi olan grubun %55'inde (n=22) ve sağlıklı kontrol grubunun %88.6'sında (n=39) annede herhangi bir ruhsal hastalığı yoktur. Bu ikili

grupların oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 6).

Tablo 6. Gruplara göre annenin ruhsal hastalık durumu

Annenin ruhsal hastalığı	İntihar Girişimi		İntihar Düşüncesi		Sağlıklı Kontrol		Toplam		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Var	25	34.7	18	45	5	11.4	48	30.8	0.002
Yok	47	65.3	22	55	39	88.6	108	69.2	
Toplam	72	100	40	100	44	100	156	100	

n= kişi sayısı; $p = < 0.05$

7. Babanın ruhsal hastalık durumu

İntihar girişimi grubunun %16.7'sinde (n=12), intihar düşüncesi grubunun %12.5'inde (n=3) ve sağlıklı kontrol grubunun %12.8'inde (n=20) babanın en az bir ruhsal hastalığı vardı. Babanın ruhsal hastalık durumu ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p > 0.05$).

Tablo 7. Gruplar göre babanın ruhsal hastalık durumu

Babanın ruhsal hastalığı	İntihar Girişimi		İntihar Düşüncesi		Sağlıklı Kontrol		Toplam		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Var	12	16.7	5	12.5	3	6.8	20	12.8	0.305
Yok	60	83.3	35	87.5	41	93.2	136	87.2	
Toplam	72	100	40	100	44	100	156	100	

n= kişi sayısı; $p = < 0.05$

8. Annenin çalışma durumu

İntihar girişimi grubunun %23.6'sında (n=17), intihar düşüncesi olan grubun %22.5'i (n=9) ve sağlıklı kontrol grubunun %20.5'inde (n=9) annesi çalışıyordu. İntihar girişimi grubunun %76.4'ünde (n=55), intihar düşüncesi grubunun %77.5'inde (n=31) ve sağlıklı kontrol grubunun %79.5'inde (n=35) annesi çalışmıyordu. Annenin çalışma durumu ile tablo 8'de belirtilen üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p > 0.05$) (Tablo 8).

Tablo 8. Gruplara göre annenin çalışma durumu

Annenin Çalışma Durumu	İntihar Girişimi		İntihar Düşüncesi		Sağlıklı Kontrol		Toplam		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Çalışıyor	17	23.6	9	22.5	9	20.5	35	22.4	0.925
Çalışmıyor	55	76.4	31	77.5	35	79.5	121	77.6	
Toplam	72	100	40	100	44	100	156	100	

n= kişi sayısı; p= <0.05

9. Babanın çalışma durumu

Babanın çalışma durumu ile tabloda belirtilen üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$) (Tablo 9).

Tablo 9. Gruplara göre babanın çalışma durumu

Babanın Çalışma Durumu	İntihar Girişimi		İntihar Düşüncesi		Sağlıklı Kontrol		Toplam		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Çalışıyor	60	83.3	36	90.0	40	90.9	136	87.2	0.410
Çalışmıyor	12	16.7	4	10.0	4	9.1	20	12.8	
Toplam	72	100	40	100	44	100	156	100	

n= kişi sayısı; p= <0.05

10. Aile durumu

Burada aile durumu olarak; anne babası ayrı olan ve anne babası birlikte olan diye ikiye ayrılmıştır. Anne babası ayrı olanlar içerisinde birkaç ergenin ebeveyn kaybından dolayı tek ebeveynle yaşayan ergenler de dahil edilmiştir.

Aile durumu ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$). İntihar girişimi grubunda %70.8'i (n=51) ve sağlıklı kontrol grubunun %90.9'unda (n=40) anne babası birlikte dir. İntihar girişimi grubunda anne babası birlikte olanlar sağlıklı kontrol grubuna göre daha azdır ve bu iki grup oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

İntihar girişimi grubunun %29.2'sinde (n=21) ve sağlıklı kontrol grubunun %9.1'inde (n=4) anne babası ayrıdır ve bu iki grup oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Anne babası birlikte veya anne babası ayrı olması; intihar düşüncesi grubu ile sağlıklı kontrol grubun oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 10).

Tablo 10. Gruplar arasında aile durumu

Aile Durumu	İntihar Girişimi		İntihar Düşüncesi		Sağlıklı Kontrol		Toplam		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Anne baba birlikte	51	70.8	31	77.5	40	90.9	122	78.2	0.039
Anne baba ayrı	21	29.2	9	22.5	4	9.1	34	21.8	
Toplam	72	100	40	100	44	100	156	100	

n= kişi sayısı; p= <0.05

11. Doğum şekli

İntihar girişimi olan grupta normal doğum %69.4 (n=50), intihar düşüncesi olan grupta %85.0 (n=34) ve sağlıklı kontrol grubunda ise %52.3 (n=23) oranındadır. Ayrıca intihar girişimi olan grupta sezeryan doğum %30.6 (n=22), intihar düşüncesi olan grupta % 15.0 (n=6) ve sağlıklı kontrol grubunda ise %47.7 (n=21) oranındadır.

Doğum şekli ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (p<0.05). İntihar düşüncesi olan grupta normal doğum oranı %85.0 (n=34) iken sağlıklı kontrol grubunda %52.3'dür (n=23) ve bu oranlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. İntihar düşüncesi olan grupta sezeryan doğum %15.0 (n=6) ve sağlıklı kontrol grubunda ise %47.7'dir (n=21) ve bu oranlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 11).

Tablo 11. Gruplara göre doğum şekli

Doğum Şekli	İntihar Girişimi		İntihar Düşüncesi		Sağlıklı Kontrol		Toplam		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Normal doğum	50	69.4	34	85.0	23	52.3	107	68.6	0.005
Sezeryan	22	30.6	6	15.0	21	47.7	49	31.4	
Toplam	72	100	40	100	44	100	156	100	

n= kişi sayısı; p= <0.05

12. Ergenin daha önceki intihar girişimi

Ergenin daha önce intihar girişiminde bulunma durumu ile intihar grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$). Daha önce intihar girişiminde bulunan ergenlerin, intihar girişimi grubunda olanların oranı ile intihar düşüncesi grubunda olanların oranı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$) (Tablo 12).

Tablo 12. Gruplara göre ergenin daha önceki intihar girişimi

Önceki intihar girişimi	İntihar Girişimi		İntihar Düşüncesi		Sağlıklı Kontrol		Toplam		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Var	71	98.6	9	22.5	0	0	107	68.6	<0.001
Yok	1	1.4	31	77.5	44	100	49	31.4	
Toplam	72	100	40	100	44	100	156	100	

n= kişi sayısı; p= <0.05

13. Ergende ruhsal hastalık durumu ve grup ilişkileri

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun (DEHB) olup olmaması ile intihar grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$).

Bipolar bozukluğunun (BPB) olup olmaması ile intihar grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Majör depresif bozukluğunun (MDB) olup olmaması ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$). İntihar girişimi olan grupta MDB oranı %61.1 ($n=44$) iken intihar düşüncesi olan grupta ise %37.5'dir ($n=15$). Bu iki grup arasındaki oran farkları istatistiksel olarak anlamlıdır. MDB'si olmayanlarda intihar girişimi olan grubun %38.9'u ($n=28$) ve intihar düşüncesi olan grubun ise %62.5'idir ($n=25$). Bu iki grup arasındaki oran farkları istatistiksel olarak anlamlıdır.

Obsesif kompulsif bozukluğunun (OKB) olup olmaması ile intihar grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$). İntihar girişimi olan grupta OKB görülme oranı %2.8 ($n=2$) iken intihar düşüncesi olan grupta %17.5'dir ($n=7$). Bu gruplar arasındaki oran farkları istatistiksel olarak anlamlıdır. OKB'si olanlarda girişim ve düşünce grubundaki oran farkları istatistiksel olarak anlamlıdır. OKB'nin olmama oranı intihar girişimi olan grupta %97.2 ($n=70$) iken intihar düşüncesi olan grupta ise %82.5'dir ($n=33$). Bu iki grup arasındaki oran farkları istatistiksel olarak anlamlıdır.

Anksiyete bozukluğunun olup olmaması ile intihar grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

Sosyal fobinin olup olmaması ile intihar grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

Post-travmatik stres bozukluğunun (PTSB) olup olmaması ile intihar grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$). PTSB'si olmayan ergenlerde, intihar düşüncesi grubu ile sağlıklı kontrol grubunun oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Davranım bozukluğunun olup olmaması ile intihar grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

Borderline kişilik özellikleri olup olmaması ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$). Borderline kişilik özellikleri olmayanlarda, girişim ve sağlıklı grubundaki oran farkları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Borderline kişilik özellikleri olmayanlarda düşünce ve sağlıklı grubundaki oran farkları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 13).

Tablo 13. Gruplar arasında ergenlerde ruhsal hastalık durumu

		İntihar Girişimi		İntihar Düşüncesi		Sağlıklı Kontrol		Toplam		p
		N	%	N	%	N	%	N	%	
DEHB	Var	24	33.3	15	37.5	0	0	39	25	<0.00012
	Yok	48	66.7	25	62.5	44	100	117	75	
BPB	Var	2	2.8	2	5	0	0	4	2.6	0.218
	Yok	70	97.2	38	95	44	100	152	97.4	
MDB	Var	44	61.1	15	37.5	0	0	59	37.8	<0.001
	Yok	28	38.9	25	62.5	44	100	97	62.2	
OKB	Var	2	2.8	7	17.5	0	0	9	5.8	0.001
	Yok	70	97.2	33	82.5	44	100	147	94.2	
Anksiyete Bozukluğu	Var	7	9.7	5	12.5	0	0	12	7.7	0.06
	Yok	65	90.3	35	87.5	44	100	144	92.3	
Sosyal Fobi	Var	3	4.2	3	7.5	0	0	6	3.8	0.1
	Yok	69	95.8	37	92.5	44	100	150	96.2	
PTSB	Var	2	2.8	5	12.5	0	0	7	4.5	0.013
	Yok	70	97.2	35	87.5	44	100	149	95.5	
Davranım Bozukluğu	Var	7	9.7	3	7.5	0	0	10	6.4	0.029
	Yok	65	90.3	37	92.5	44	100	146	93.6	
Borderline Kişilik	Var	15	20.8	8	20	0	0	23	14.7	0.005
	Yok	57	79.2	32	80	44	100	133	85.3	

n= kişi sayısı; p= <0.05

Kardeş sayısı, infertilite tedavisi olup olmaması, anneanneninin tekrar evlenme durumu, akraba evliliğinin olup olmaması, akrabada ruhsal hastalık varlığı veya yokluğu, aile yapısı, planlı gebelik olup olmaması, ebeveynlerin evlilik ve tekrar evlenme durumu, doğumda komplikasyon olup olmaması, yeni doğan küvez durumu ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Ergen ve ebeveynlerinin bağlanma ve depresyon ilişkileri

14. Ebeveyn ve ergen bağlanma ve depresyonun gruplar arasındaki ilişkisi

Gruplar arasındaki anne EABE güven puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Bunun sebebi, intihar düşüncesi grubundaki anne EABE güven puan ortalaması ile intihar girişimi ve sağlıklı kontrol gruplarındaki puan ortalamaları farklarının istatistiksel olarak anlamlı olmasından kaynaklanmaktadır ($p<0.05$). Buna göre intihar düşüncesi

grubundaki puan ortalaması intihar girişimi ve sağlıklı kontrol grubunun puan ortalamasından düşüktür.

Gruplar arasındaki anne EABE yabancılaşma puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Bunun sebebi, sağlıklı kontrol grubundaki anne EABE yabancılaşma puan ortalamaları ile intihar düşüncesi ve intihar girişimi grubundaki puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmasıdır ($p<0.05$). Anneye yabancılaşma intihar girişimi ve intihar düşüncesi gruplarının sağlıklı kontrol grubuna göre daha fazla olmasıdır.

Gruplar arasındaki anne EABE iletişim puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Gruplar arasındaki anne EABE toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Bunun sebebi, sağlıklı kontrol grubundaki anne EABE toplam puanları ile intihar düşüncesi ve intihar girişimi grubundaki toplam puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmasıdır ($p<0.05$). Sağlıklı grubundaki puan ortalaması düşünce ve girişim grubundaki puan ortalamasından yüksektir. Anneye bağlanma sağlıklı kontrollerde diğer iki gruba göre daha fazlaydı.

Gruplar arasındaki baba EABE güven puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Bunun sebebi, sağlıklı kontrol grubundaki baba EABE güven puan ortalamaları ile intihar düşüncesi ve intihar girişimi grubundaki puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmasıdır ($p<0.05$). Sağlıklı grubundaki puan ortalaması düşünce ve girişim grubundaki puan ortalamasından yüksektir. Babaya güven intihar düşüncesi ve intihar girişimi grubunda sağlıklı kontrollere göre daha azdı.

Gruplar arasındaki baba EABE iletişim puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Bunun sebebi, sağlıklı kontrol grubundaki baba EABE iletişim puan ortalamaları ile intihar düşüncesi ve intihar girişimi grubundaki puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmasıdır ($p<0.05$). Sağlıklı kontrol grubunun puan ortalaması, intihar düşüncesi ve intihar girişimi grubundaki puan ortalamasından yüksektir. Babayla iletişim, intihar düşünce ve intihar girişimi gruplarında sağlıklı kontrollere göre daha düşüktü.

Gruplar arasındaki baba EABE yabancılaşma puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Bunun sebebi, sağlıklı kontrol grubundaki baba EABE yabancılaşma puan ortalamaları ile intihar düşüncesi ve intihar girişimi grubundaki puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmasıdır ($p<0.05$). Babaya yabancılaşma intihar düşüncesi ve intihar girişimi gruplarında sağlıklı kontrollere göre daha fazlaydı.

Gruplar arasındaki baba EABE toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Bunun sebebi, sağlıklı kontrol grubundaki puan ortalamaları ile intihar düşüncesi ve intihar girişimi grubundaki puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmasıdır ($p<0.05$). Sağlıklı grubundaki puan ortalaması düşünce ve girişim grubundaki puan ortalamasından yüksektir. Babaya bağlanma, intihar düşüncesi ve intihar girişimi gruplarında sağlıklı kontrollere göre daha düşüktü.

Gruplar arasındaki anne Beck puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Bunun sebebi, sağlıklı kontrol grubundaki puan ortalamaları ile düşünce ve girişim grubundaki puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmasıdır ($p<0.05$). Sağlıklı grubundaki puan ortalaması düşünce ve girişim grubundaki puan ortalamasından düşüktür. İntihar düşüncesi ve intihar girişimi gruplarının anneleri sağlıklı kontrollere göre daha depresifti.

Gruplar arasındaki çocuk depresyon puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Bunun sebebi, sağlıklı kontrol grubundaki puan ortalamaları ile intihar düşüncesi ve intihar girişimi grubundaki puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmasıdır ($p<0.05$). Sağlıklı kontrol grubundaki puan ortalaması, intihar düşüncesi ve intihar girişimi grubundaki puan ortalamasından düşüktür. İntihar düşüncesi ve intihar girişimi gruplarındaki ergenler sağlıklı kontrollere göre daha depresifti.

Gruplar arasındaki YIYE kaçınma ve kaygı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 14).

Tablo 14. Ebeveyn ve ergenin, bağlanma ve depresyonun gruplar arasındaki ilişkisi

	İntihar Girişimi (N=72)		İntihar Düşüncesi (N=40)		Sağlıklı Kontrol (N=44)		p
	Ort±ss	Min-Max	Ort±ss	Min-Max	Ort±ss	Min-Max	
Anne EABE Güven	21.01±6.50	5-28	18.10±7.97	4-28	22.41±5.04	12-28	0.017
Anne EABE İletişim	18.57±5.64	4-28	17.50±5.86	4-28	20.27±5.45	7-28	0.077
Anne EABE Yabancılaşma	17.72±6.14	7-28	16.50±6.24	4-28	21.50±5.27	6-28	<0.001
Anne EABE Toplam puanı	57.08±15.98	22-84	51.77±17.94	14-84	64.18±14.31	33-84	0.002
Baba EABE İletişim	14.58±5.9	4-28	14.05±6.29	4-28	18.59±6.70	6-28	0.001
Baba EABE Yabancılaşma	16.59±11.61	4-28	15.87±7.03	4-28	20.43±6.69	4-28	0.048
Baba EABE Güven	17.64±7.10	4-28	16.77±7.23	4-28	21.84±5.93	9-28	0.001
Baba EABE Toplam	47.50±17.26	12-84	46.82±18.72	12-78	60.86±16.87	25-83	<0.0001
Anne Beck depresyon ölçeği	16.72±11.27	0-43	18.92±12.31	1-52	12.45±7.72	1-39	0.008
Çocuk depresyon ölçeği	22.48±10.15	1-48	20.97±8.74	5-40	12.43±7.05	0-28	<0.0001
YİYE Kaçınma	57.72±19.45	19-96	56.10±20.46	22-117	52.11±20.75	25-108	0.344
YİYE Kaygı	67.05±23.48	10-118	61.72±18.45	26-99	64.16±21.29	28-119	0.447

n= kişi sayısı; Ort± ss=ortalama-standart sapma; p= <0.05

15. YİYE bağlanma tipleri ve dağılımı

Annenin bağlanma tipleri; sırasıyla intihar girişimi, intihar düşüncesi ve sağlıklı kontrol gruplarında güvenli bağlanma tipi %23.6 (n=17), %27.5 (n=11) ve %29.5 (n=13); kayıtsız bağlanma tipi %23.6 (n=17), %20 (n=8), %11.4 (n=5); korkulu bağlanma tipi %33.3 (n=24), %35 (n=14), %27.3 (n=12); saplantılı bağlanma tipi ise %19.4 (n=14), %17.5 (n=7), %31.8 (n=14) idi.

Bağlanma tipi ile intihar grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (p>0.05) (Tablo 15).

Tablo 15. Annenin bağlanma tipi ve gruplara göre

YİYE bağlanma tipi	İntihar Girişimi		İntihar Düşüncesi		Sağlıklı Kontrol		Toplam		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Güvenli	17	23.6	11	27.5	13	29.5	41	26.3	0.488
Kayıtsız	17	23.6	8	20	5	11.4	30	19.2	
Korkulu	24	33.3	14	35	12	27.3	50	32.1	
Saplantılı	14	19.4	7	17.5	14	31.8	35	22.4	
Toplam	72	100	40	100	44	100	156	100	

n= kişi sayısı; p= <0.05

16. Çocuk depresyon ölçeği puanı ile aile durumu

Anne babası birlikte olanlarda, gruplar arasında depresyon puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Bu farklılığın sebebi; anne babası birlikte olanlarda, intihar düşüncesi olan ergenlerin depresyon puan ortalaması ile sağlıklı ergenlerin depresyon puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Anne babası birlikte olanlarda, intihar girişimi olan ergenlerin depresyon puan ortalaması ile sağlıklı ergenlerin depresyon puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Bunun dışında kalan puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Anne babası boşanmış olanlarda, intihar gruplarında depresyon puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 16).

Tablo 16. Çocuk depresyon ölçeği puanı ile aile durumu

		Çocuk depresyon ölçeği puanı			p
		N	Ort± ss	Min-max	
Anne baba birlikte	İntihar Girişimi	51	22.35±10.17	1-48	0.0001
	İntihar Düşüncesi	31	20.32±8.05	5-38	
	Sağlıklı Kontrol	40	12.57±7.21	0-28	
Anne baba ayrı	İntihar Girişimi	21	22.81±10.35	2-41	0.105
	İntihar Düşüncesi	9	23.22±11.04	9-40	
	Sağlıklı Kontrol	4	11.00±5.77	4-18	

n= kişi sayısı; Ort± ss=ortalama-standart sapma; p= <0.05

17. Anne EABE toplam puanı ile aile durumu

Anne babası birlikte olanlarda, intihar gruplarında Anne EABE toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu farklılığın sebebi; anne babası birlikte olanlarda, intihar düşüncesi olan grup ile sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerin anne EABE toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Bunun dışında kalan puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Anne babası boşanmış olanlarda, gruplar arasında anne EABE toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Bu farklılığın sebebi; anne babası boşanmış olanlarda, intihar düşüncesi grubunun anne EABE toplam puan ortalaması, intihar girişimi grubundan daha düşüktür. Bunun dışında kalan puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 17).

Tablo 17. Anne EABE toplam puanı ile aile durumu

		Anne EABE Toplam			p
		N	Ort± ss	Min-max	
Anne baba birlikte	İntihar Girişimi	51	57.74±14.82	22-84	0.019
	İntihar Düşüncesi	31	55.25±18.44	14-84	
	Sağlıklı Kontrol	40	65.17±14.07	33-84	
Anne baba ayrı	İntihar Girişimi	21	55.47±18.81	30-84	0.037
	İntihar Düşüncesi	9	39.77±9.14	19-49	
	Sağlıklı Kontrol	4	54.25±14.79	40-75	

n= kişi sayısı; Ort± ss=ortalama-standart sapma; p= <0.05

18. Annenin ruhsal hastalık durumu ile bağlanma ilişkisi

Ruhsal hastalığı olan annede, gruplar arasında anne EABE toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Ruhsal hastalığı olmayan annede, gruplar arasında anne EABE toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Bu farklılığın sebebi aşağıda belirtilen grup ortalamaları arasındaki farktan kaynaklanmaktadır.

Ruhsal hastalığı olmayan annede, intihar düşüncesi grubu ile sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerin anne EABE toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Ruhsal hastalığı olmayan annede, intihar düşüncesi grubu ile intihar girişimi grubundaki ergenlerin anne EABE toplam puanı ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Ruhsal hastalığı olmayan anneye bağlanma; intihar düşüncesi grubunun, intihar girişimi ve sağlıklı kontrol grubundan daha düşüktü. Bunun dışında kalan ortalamalar arası fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 18).

Tablo 18. Annenin ruhsal hastalık durumu ile bağlanma ilişkisi

Annenin Ruhsal Hastalığı		N	Anne EABE Toplam		p
			Ort± ss	Min-max	
Var	İntihar Girişimi	25	53.28±14.24	22-84	0.608
	İntihar Düşüncesi	18	58.00±16.42	14-79	
	Sağlıklı Kontrol	5	55.00±15.62	33-72	
Yok	İntihar Girişimi	47	59.10±16.63	30-84	<0.001
	İntihar Düşüncesi	22	46.68±17.86	19-84	
	Sağlıklı Kontrol	39	65.35±13.91	35-84	

n= kişi sayısı; Ort± ss=ortalama-standart sapma; p= <0.05

19. Annenin ruhsal hastalığı ile çocuk depresyon ölçeği

Ruhsal hastalığı olan annede, intihar gruplarında Çocuk depresyon puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Bu farklılığın sebebi aşağıda belirtilen grup ortalamaları arasındaki farktan kaynaklanmaktadır.

Ruhsal hastalığı olan annede, intihar girişimi grubu ile sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerin depresyon puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Bunun dışında kalan ortalamalar arası fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Ruhsal hastalığı olmayan annede, gruplar arasında depresyon toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Bu farklılığın sebebi aşağıda belirtilen grup ortalamaları arasındaki farktan kaynaklanmaktadır.

Ruhsal hastalığı olmayan annede, intihar düşüncesi grubu ile sağlıklı kontrol grubundaki depresyon puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Ruhsal hastalığı olmayan annede, intihar girişimi grubu ile sağlıklı kontrol grubunun depresyon toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Bunun dışında kalan ortalamalar arası fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 19).

Tablo 19. Annenin ruhsal hastalığı ile çocuk depresyon ölçeği ilişkisi

Annenin Ruhsal Hastalığı		Çocuk Depresyon Ölçeği			p
		N	Ort± ss	Min-max	
Var	İntihar Girişimi	25	24.96±9.50	7-48	0.018
	İntihar Düşüncesi	18	19.94±8.03	6-35	
	Sağlıklı Kontrol	5	13.00±8.60	7-28	
Yok	İntihar Girişimi	47	21.17±10.34	1-40	<0.001
	İntihar Düşüncesi	22	21.81±9.38	5-40	
	Sağlıklı Kontrol	39	12.35±6.96	0-25	

n= kişi sayısı; Ort± ss=ortalama-standart sapma; p= <0.05

20. Babanın ruhsal hastalığı ile çocuk depresyon puanı

Ruhsal hastalığı olan babada, gruplar arasında depresyon puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Bu farklılığın sebebi aşağıda belirtilen grup ortalamaları arasındaki farktan kaynaklanmaktadır.

Ruhsal hastalığı olan babada, intihar düşüncesi grubu ile sağlıklı kontrol grubundaki depresyon puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Ruhsal hastalığı olan babada, intihar girişimi grubu ile sağlıklı kontrol grubunun depresyon puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Bunun dışında kalan ortalamalar arası fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Ruhsal hastalığı olmayan babada, gruplar arasında depresyon puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Ruhsal hastalığı olmayan babada, intihar düşüncesi grubu ile sağlıklı kontrol grubunun depresyon puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır

($p < 0.05$). Ruhsal hastalığı olmayan babada, intihar girişimi grubu ile sağlıklı kontrol grubunun depresyon toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Bunun dışında kalan ortalamalar arası fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 20).

Tablo 20. Babanın ruhsal hastalığı ile çocuk depresyon puanı

Babanın Ruhsal Hastalığı		N	Çocuk Depresyon Ölçeği		p
			Ort± ss	Min-max	
Var	İntihar Girişimi	12	24.08±8.12	11-37	0.028
	İntihar Düşüncesi	5	25.60±7.30	20-38	
	Sağlıklı Kontrol	3	10.66±2.51	8-13	
Yok	İntihar Girişimi	60	22.16±10.54	1-48	<0.001
	İntihar Düşüncesi	35	20.31±8.82	5-40	
	Sağlıklı Kontrol	41	12.56±7.27	0-28	

n= kişi sayısı; Ort± ss=ortalama-standart sapma; p= <0.05

21. Anne ve ergenin bağlanma ilişkisi

Annelerin bağlanma tipi güvenli olan ergenlerde; gruplar arasında anne EABE toplam puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Bu farklılığın sebebi annelerinin bağlanma tipi güvenli olan ergenlerde; intihar düşüncesi grubuyla intihar girişimi grubundaki anne EABE toplam ve intihar düşüncesi grubuyla sağlıklı kontrol grubundaki anne EABE toplam puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).

Annelerinin bağlanma tipi kayıtsız, saplantılı ve korkulu bağlanması olan ergenlerde gruplar arasında anne EABE toplam puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 21).

Tablo 21. Anne ve ergenin bağlanma ilişkisi

YİYE Bağlanma Tipleri		Anne EABE Toplam Puanı			
		N	Ort± ss	Min-max	p
Güvenli	Girişim	17	61.17±15.79	34-84	0.001
	Düşünce	11	41.45±12.89	19-61	
	Sağlıklı	13	63.23±15.02	36-83	
Kayıtsız	Girişim	17	58.23±19.89	22-82	0.343
	Düşünce	8	48.12±20.59	14-78	
	Sağlıklı	5	64.20±20.77	35-84	
Korkulu	Girişim	24	51.16±12.92	34-78	0.092
	Düşünce	14	54.71±18.55	19-84	
	Sağlıklı	12	63.41±16.38	33-81	
Saplantılı	Girişim	14	60.85±14.22	33-78	0.479
	Düşünce	7	66.28±9.77	48-75	
	Sağlıklı	14	65.71±10.26	47-78	

n= kişi sayısı; Ort± ss=ortalama-standart sapma; p= <0.05

22. Annenin bağlanma tipi ve ergenin depresyon ilişkisi

Bağlanma tipi güvenli olan annelerin, gruplar arasında ergen depresyon puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Bu farklılığın sebebi; annelerinin bağlanma tipi güvenli olan ergenlerde, intihar düşüncesi grubu ile sağlıklı kontrol grubundaki ergen depresyon puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Annelerinin bağlanma tipi korkulu olan ergenlerde gruplar arasında depresyon puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Bu farklılığın sebebi; annelerinin bağlanma tipi korkulu olan ergenlerde intihar girişimi grubuyla sağlıklı kontrol grubundaki depresyon puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Annelerinin bağlanma tipi saplantılı olan ergenlerde gruplar arasında ergen depresyon puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$) bu farklılığın sebebi; annelerinin bağlanma tipi saplantılı olan ergenlerde intihar girişim grubuyla sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerin depresyon puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Annelerinin kayıtsız bağlanma tipi olan ergenlerde gruplar arasında ergen depresyon puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 22).

Tablo 22. Annenin bağlanma tipi ve ergenin depresyon ilişkisi

YİYE Bağlanma Tipleri		N	Çocuk Depresyon Ölçeği		p
			Ort± ss	Min-max	
Güvenli	Girişim	17	19.58±11.16	1-40	0.010
	Düşünce	11	23.45±11.15	8-40	
	Sağlıklı	13	10.61±7.41	3-21	
Kayıtsız	Girişim	17	21.76±10.72	2-40	0.532
	Düşünce	8	19.500±5.58	13-30	
	Sağlıklı	5	16.40±10.03	0-24	
Korkulu	Girişim	24	24.37±8.64	7-48	0.010
	Düşünce	14	20.42±7.43	5-34	
	Sağlıklı	12	15.58±6.66	4-28	
Saplantılı	Girişim	14	23.64±10.78	2-41	0.001
	Düşünce	7	19.85±10.80	6-38	
	Sağlıklı	14	10.00±4.50	3-17	

n= kişi sayısı; Ort± ss=ortalama-standart sapma; p= <0.05

23. Anne ve ergen depresyon ilişkisi

İntihar girişimi grubunda anne Beck puanı ile ergen depresyon puanı arasında %23.9'luk zayıf kuvvette pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$).

İntihar düşüncesi grubunda anne Beck puanı ile ergen depresyon puanı arasında %21.9'luk çok zayıf kuvvette pozitif bir ilişki vardır ancak bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Sağlıklı kontrol grubunda anne Beck puanı ile ergen depresyon puanı arasında ilişki yoktur ($p>0.05$) (Tablo 23).

Tablo 23. Anne depresyon puanı ile ergen depresyon puanı arasındaki ilişki

Anne Beck Depresyon	Çocuk Depresyon Ölçeği					
	İntihar girişimi		İntihar düşüncesi		Sağlıklı kontrol	
	r	p	r	P	r	p
	0.239	0.0430	0.219	0.174	0.232	0.129

r=korelasyon; p<0.05

TARTIŞMA

Çalışmamızda 10-18 yaş aralığında intihar düşüncesi ve girişimi olan ergenler ile sağlıklı ergenlerde sosyodemografik veriler ışığında ebeveyne olan bağlanma ile birlikte, ergenin ve ebeveynin ruhsal hastalıklarının bağlanma ve intihara etkisi araştırıldı.

İntihar dünyada önde gelen ölüm nedenlerinden birisidir ve önemli bir halk ve ruh sağlığı sorunudur^{97,98}. İntihar oranları tüm dünyada son yıllarda bir miktar azalmasına rağmen hala ciddi boyuttadır. Her 17 dakikada bir kadın veya erkekten biri kendisini öldürmektedir⁹⁹. Ergen intiharları ABD’de yaklaşık %1-2 bulunurken, Avustralya’ da ise bu oran %2.4 olarak bulunmuştur¹⁰⁰. İntihar girişimlerine bakıldığında ise; Çin’de yapılan bir çalışmada 15-34 yaş aralığında, üniversite öğrencileri arasındaki yaygınlığı %2.8 olarak bulunmuştur¹⁰¹. Ülkemizde de ergenlerde intihar davranışları ciddi bir problem oluşturmaktadır. Polikliniğimize veya diğer bölümlerden konsültasyon ile başvuran ergenlerde intihar davranışlarını sık görmekteyiz.

Çalışmamızda sosyodemografik verilerden yaş ve cinsiyet parametrelerine bakıldığında, intihar girişimi grubunun yaş ortalaması 15.27±1.35, intihar düşüncesi olan grubun yaş ortalaması 15.20±1.63 ve sağlıklı kontrol grubunun yaş ortalaması 14.02±1.98 bulunmuştur. Yaş, cinsiyet, psikotrop ilaç kullanımı kendine zarar verme davranışında risk faktörleri olarak önemli rol oynamaktadır. Çalışmamıza baktığımızda, 10-18 yaş aralığındaki ergenlerde, intihar gruplarında medyan yaş 16 idi. Bu da orta ergenlik ile geç ergenlik dönemine denk gelmektedir. Ergenlerde, ileri yaş daha önceki sonuçlarla uyumludur¹⁰².

Cinsiyet açısından bakılacak olursa, ergenlerde intihar girişimi kadınlarda erkeklerden daha sık görülmektedir, fakat tamamlanmış intiharda ise bunun tam tersi olarak erkek cinsiyet de daha fazla olmaktadır^{32,33,103,104}. Bizim çalışmamızda intihar girişimi olan grubun %90.3’ü kız cinsiyet iken, %9.7’si erkek cinsiyet oluşturmaktadır ve bu farklılık literatürle uyumlu bulunmuştur. Literatürde, bu durum kızların erkeklere oranla daha az ölümcül yöntemlere başvurduğu, erkeklere oranla daha gizli yardım arama yöntemlerini yeğlediği ve puberte sonrası kızlarda duygulanım bozukluklarının daha yaygın olduğu gibi

nedenler bu farkı açıklamak için öne sürülmektedir¹⁰⁵. Başka bir çalışmada puberte sonrası kızlarda depresyonun ve hastanede tedavi almanın erkek ergenlere göre daha fazla olduğu bu nedenle aradaki farklılığın bundan kaynaklanabileceği bildirilmiştir¹⁰⁶. Endokrinolojik olarak bakıldığında hormonal etkiler de cinsiyetler arasındaki intihar girişimi oranlarını etkileyebilmektedir¹⁰⁷. Buna karşın intihar niyeti ile intihar girişimi olan ergenler arasında yapılan karşılaşmada cinsiyet farklılığının anlamlı bir düzeyde olmadığı, intihar girişimde bulunan kadınların aslında intihar niyeti olmadan kendine zarar verdiğini göstermektedir¹⁰⁸.

Çalışmamızda intihar girişimi olan grubun annelerinin %34.7'sinde, intihar düşüncesi olan grubun annelerinin %45'inde ve sağlıklı kontrol grubunun annelerinin %11.4'ünde en az bir ruhsal hastalığı vardır. İntihar girişimi ve düşüncesi olan grup ile sağlıklı kontrol grubu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.002$). Ebeveynin ruhsal hastalığı çocuk-ebeveyn iletişimini bozabilmektedir. Bir çalışmada bir ebeveyninin geçmiş öyküsünde intihar girişimi var ve duygudurum bozukluğu için risk altında ise çocuklarında intihar girişimi beş kat artmaktadır¹⁰⁹. Başka bir çalışmada da aile içi anlaşmazlık, annenin intihar girişimi, anne ve babanın madde kullanımı varlığı, ergenin hayat boyu intihar girişimi sıklığının daha fazla olduğu gösterilmiştir¹¹⁰. Polikliniğimize anneler, babalara göre daha sık gelmekte, anneler hakkında daha ayrıntılı bilgi edinilmektedir. Ayrıca annelerin çalışma durumu da düşünüldüğünde daha çok ergenle zaman geçiren kişi olmaktadır. Aynı zamanda çalışmamızda kızların ağırlıklı olduğu da göz önünde bulundurulursa, kültürel etkenler nedeniyle kızlarla annelerinin iletişimde yansıyan farklılıklarda bu farka etki etmiş olabilir.

İntihar girişimi olan ergenlerin ailelerinde, sağlıklı kontrol grubuna göre anne baba ayrılığı daha fazladır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.039$). Buna karşın intihar düşüncesi olan grup ile sağlıklı kontrol grubu arasında ebeveynin birlikte veya ayrı olması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Literatürdeki bir çalışmada ergenlerde intiharın; tek ebeveyn ile yaşayanlarda daha riskli olabileceği gösterilmiştir¹¹¹. Başka bir çalışmada ABD'de anne baba ayrılığının hayat boyu intihar girişimi riskini artırdığı belirtilmektedir¹¹². Diğer bir çalışmada ise tek ebeveyne sahip olmanın, ergenlerde intihar düşüncesi ya da girişimi sıklığını etkilemediği gösterilmiştir¹¹³.

Ailedeki psikososyal desteğin niteliğinin iki ebeveynle daha iyi olabileceği tahmin edilse de bazı durumlarda tek ebeveynle bu nitelik daha da artabilir. Ancak ergenin intihar girişimi gibi şiddetli krizlerde tek kişilik sigorta yerine iki kişilik bir sigorta olması daha iyi bir psikososyal destek sağlayabilir.

Ergenlerde intihar girişimi sonrası ilk bir yılda nüks riski vardır ve yaklaşık %25 oranındadır^{114,115}. Çalışmamızda daha önce intihar girişimi bulunan ergenlerin, intihar girişimi grubunda olanların oranı ile intihar düşüncesi grubunda olanların oranı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$) (Tablo 12). İntihar girişiminde bulunan ergenler on yıllık izleme alınmış, ilk bir yıldan sonra klinik takibi bırakan ergenlerde takibi bırakmayanlara göre ayrılmış ebeveyn ile psikiyatrik bir komorbidite varlığı yüksek rekürrensle ilişkili bulunmuştur¹¹⁴.

Hem erkeklerde hem de kadınlarda herhangi bir psikiyatrik bozukluğu (özellikle depresyon) olması intihar için risk faktörüdür¹¹⁶. İntihar girişimi ve düşüncesi olan ergenlerde ruhsal hastalıklara bakacak olursak, çalışmamızda DSM-4 TR tanı kriterlerine göre dokuz ruhsal bozukluk (DEHB, BPB, MDB, OKB, Anksiyete bozukluğu, Sosyal Fobi, PTSB, Davranım Bozukluğu ve Borderline Kişilik özelliği) araştırılmıştır. Çalışmamızda MDB, OKB ve PTSB'nin olup olmaması intihar grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenirken, diğer ruhsal bozuklukların intihar grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür (Tablo 13).

Yapılan bir çalışmada; psikiyatri servisinde yatan ergen hastaların %51.2'sinin intihar girişiminde bulunduğu tespit edilmiştir. Bu hastalarda psikiyatrik bozukluklar arasında en sık duygudurum bozuklukları ve arkasından nevrotik bozukluklar görülmüştür¹¹⁷. Bu çalışmada intihar girişimi olan grupta MDB görülme oranı %61.1 ve intihar düşüncesi olan grupta ise %37.5 bulunmuştur. MDB intihar girişimi olan grupta daha fazla görülmüştür. Bu iki grup arasındaki oran farklılığı istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır. Yapılan birçok çalışmada intihar düşüncesi ve girişimi olan ergenlerde en sık görülen ruhsal bozukluğun MDB olduğu bildirilmiş ve bu bizim bulgularla da uyumlu idi. İntihar düşüncesi olan depresif ergenler ile karşılaştırıldığında intihar girişimi olan depresif ergenlerde daha şiddetli anhedoni olduğu belirlenmiştir¹¹⁸. Yatarak

tedavi gören intihar girişimi olan ergenlerde risk faktörleri olarak MDB ve yüksek depresyon puanları tespit edilmiştir¹¹⁹.

İntihar düşüncesi olan ergenlerde, en sık saptanan ruhsal bozukluğun depresyon olduğu ardından sosyal fobi ve yeme bozukluğu gelmektedir¹²⁰. Bu hastalarda en önemli intihar girişimi prediktörleri; mikst epizod, psikotik semptomlar, kendine zarar verici davranışlar, panik bozukluk, madde kullanımı, geçmişte hastane yatışlarıdır¹²¹. Başka bir çalışmada ise predispozan faktörler olarak, çaresizlik, düşük benlik saygısı, olumsuz duygularla başa çıkmada yetersizlik¹²². İntihar riski olan ergenlerin büyük çoğunluğu, ruh sağlığı hizmetlerini daha az almakta ve daha az yardım arayışında bulunmaktadır. Yaygın olarak bildirilen sebep ise ergenin kendi sorunlarını kendi çözmesi gerektiği algısıdır¹²³.

DEHB tanısı; intihar girişimi ve intihar düşüncesi olan gruplarda benzer oranda bulunmuştur. Kolombiya 'da DEHB'si olan ergenlerde intihar davranışı incelenmiş ve intihar davranışı kadınların %31'inde, erkeklerin ise %23'ünde tespit edilmiştir¹²⁴. DEHB olan ergenlerde özellikle de dürtüselliliği fazla olanlarda intihar girişimi daha fazla görülebilmektedir.

Yapılan başka bir çalışmada 7-17 yaş arası BPB tanısı alan çocuk ve ergenlerde, intihar riskinin yüksek olduğu belirlenmiştir¹²⁵. Çalışmamızda BPB tanısı; intihar girişimi ve intihar düşüncesi olan gruplarda literatürle karşılaştıracak olursak daha az oranda görülmüştür. Prospektif bir çalışmada beş yıllık izlemde bipolar bozukluğu olan ergenlerin %18'i en az bir kere intihar girişiminde bulunmuştur¹²⁶. Bu çalışmamızda daha az görülmesinin nedeni intihar gruplarındaki çoğu hastanın ilk kez görülmesi ve ergenlerde BPB tanı koyma zorluklarının etkisi olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca BPB sıklığı ve hasta sayılarımız göz önüne alındığında daha kesin sonuçlar için daha büyük hasta gruplarının olduğu çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

BPB tip 1 ve 2 olan ergenlerde intihar riski değerlendirilmiş, bipolar 1 ve 2 arasında bir farklılık yokken kadın ergenlerde risk ve insidansı daha fazla bulunmuştur¹²⁷. Depresif ve mani belirtileri değerlendirilen ergenlerde, mani belirtileri ve depresif belirtilerin varlığı yalnızca depresif belirtilerin varlığından daha fazla suicidal davranışlar gözlemlenmiştir¹²⁸.

İntihar düşüncesi olan grupta OKB, intihar girişimi olan gruptan daha fazla görülmüştür. Bu farklılığın sebebi intihar düşüncesi olan gruptaki ergenlerin, daha çok klinikte uzun süreli takip edilen hastalar olmasıdır. İntihar girişimi olan gruptaki ergenler ise daha çok ilk defa görülen hasta grubu olduğundan dolayı böyle bir farklılık olabileceği düşünülmektedir. Erişkin OKB hastalarında aleksitimi varlığı; hastalığın şiddeti, içgörü azlığı, aşırı sorumluluk algısı depresif semptomlardan bağımsız olarak intihar düşüncesi ile ilişkili olduğu bulunmuştur^{129,130}. Yine bir çalışmada OKB'nin varlığı hafif düzeyde intihar davranışı ile ilişkili olduğu, ayrıca eşlik eden bir ruhsal hastalık varlığında, geçmişte intihar girişimi öyküsü, umutsuzluk hissi intihar davranışının seviyesi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir¹³¹. Bu çalışmalarda suicidal obsesyonlar olabileceği, bu nedenle bizim çalışmamızda da intihar düşüncesi grubunda daha çok OKB çıktığı düşünülebilir.

Borderline kişilik özellikleri intihar girişimi olan grupta %20.8 iken intihar düşüncesi olan grupta ise %20.0 bulunmuştur. İntihar girişiminde bulunan ergenlerden borderline kişilik özellikleri olup olmamasına göre ayrılan bir çalışmada; borderline kişilik özelliği olan ergenler daha çok kötü başa çıkma stratejilerine ve kaçınma stratejilerine sahiptir. Ayrıca bu ergenlerde intihar düşüncesi ile ilişkili faktör olarak 'başta çıkma' ortaya çıkmıştır. Kaçınma stratejilerini kullanan borderline kişilik özelliği olan ergenler duygusal düzenlemesini artırmak için intihar girişiminde bulunabilmektedir¹³².

Üç grup arasındaki annenin Beck depresyon puan ortalamalarına baktığımızda; intihar girişimi ve intihar düşüncesi olan grupların, sağlıklı kontrollere daha yüksek puana sahip oldukları gözlenmiştir (Tablo 14). Fakat intihar girişimi ve intihar düşüncesi grupları kendi arasında karşılaştırıldıklarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır. İntihar girişimi veya düşüncesi olan ergenlerin annelerinin daha depresif oldukları tespit edilmiştir. Pfeffer ve arkadaşları; intihar girişiminde bulunmuş çocukları kontrol grubu ile karşılaştırdıklarında, annedeki depresyonun önemli bir risk etkeni olduğunu belirlemişlerdir¹³³.

Ergenlerin depresyon ölçeği puanlarına bakıldığında; intihar girişimi ve intihar düşüncesi olan grupların depresyon ölçeği puan ortalamaları sağlıklı

kontrollere göre daha yüksek çıkmıştır. Bu bulgular literatür ile uyumlu bulunmuştur. İntihar girişimi ile intihar düşüncesi grupları arasındaki ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Ergenlerde ister intihar düşüncesi olsun ister intihar girişimleri olsun çalışmamızda da görüldüğü gibi önemli derecede ruh sağlığını etkilediği görülmektedir.

Anne Beck puan ortalamaları ile çocuk depresyon puan ortalamaları arasındaki ilişkiye baktığımızda; yapılan analizde intihar girişimi olan grupta zayıf kuvvette pozitif bir ilişki vardı ve istatistiksel açıdan anlamlıydı. İntihar düşüncesi grubunda ise istatistiksel olarak zayıf kuvvette pozitif bir ilişki olsa da anlamlı değildi. İntihar girişimi veya düşüncesi olan ergenlerin ebeveynleri bu durumla karşılaştığında; ebeveynin o anki ruhsal durumunu etkileyecek ciddi bir durum olabilmektedir. Depresif semptomları olan ergen ve anneleri uzunlamasına incelenmiş ve gelecekteki oluşabilecek psikopatoloji ile ilişkili olmadığı görülmüştür¹³⁴.

Ebeveynde ruhsal psikopatolojiler ergen ruh sağlığını etkileyebilmekte ve intihar davranışı için bir risk faktörü olabilmektedir. Ebeveyn çocuk ilişkisi, ebeveynle birlikte problem çözme ve anlaşılabilme ergen intiharlarında önemli bir faktördür. Kişiler arası teoride biz biliyoruz ki intihar davranışları olan ergenlerde düşük aidiyet duygusu ve ilişkilere yüklediği önem arasında bağlantı kurabiliriz. Zorluklar karşısında ergen kendisini yalnız hissettiğinde ve arkadaşları, öğretmenleri ve aileleri tarafından anlaşılmadığını düşündüğünde intihar girişiminde bulunabilmektedirler^{135,136}. Annedeki depresyon, özellikle doğumdan sonraki ilk yıllarda anne-çocuk ilişkisini ve çocuğun anneye bağlanma biçimini olumsuz yönde etkilemekte, annenin çökkün duygudurumu ile özdeşim yapan çocukta kendisine zarar verici davranışlar görülmektedir¹³³. Bizim çalışmamızda annede ruhsal hastalık varlığı durumunda intihar girişimi ve düşüncesi olan gruplarda sağlıklı kontrollere göre ergen depresyon puanları daha yüksek çıkmıştır. Brent ve arkadaşları (1988), intihar girişiminde bulunmuş 67 ergeni kontrol grubu ile karşılaştırmış, intihar grubunun anne-babalarında depresyon ve madde kötüye kullanımı kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulmuştur¹³⁷. Ergen kızlarda yapılan bir çalışmada ise ebeveynlerinde saptanan psikopatoloji, ergen kızlarda depresyon ve anksiyete ile ilişkili bulunmuştur¹³⁸.

Ergenlerde anneye bağlanmada; EABE toplam puanları açısından bakıldığında intihar girişimi ve düşüncesi olan grupların sağlıklı kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktü. Bu da intihar düşüncesi ve girişimi olan gruplarda anneye olan bağlanmanın zayıf olduğu görülmektedir. EABE anne alt ölçek puanlarına bakacak olursak, anne iletişim alt puanlarında gruplar arasında fark olmazken, anneye yabancılaşma intihar girişimi ve düşüncesi olan ergenlerde sağlıklı kontrollere göre daha fazlaydı. Anne EABE güvende ise intihar düşüncesi olan ergenlerde, intihar girişimi ve sağlıklı kontrollere göre daha düşüktü (Tablo 14). Ergenlerde babaya bağlanmada; EABE toplam puanları açısından bakıldığında intihar düşüncesi ve intihar girişimi gruplarında sağlıklı kontrollere göre babaya bağlanma daha düşüktü. EABE baba alt ölçek puanlarına bakacak olursak; babaya güven, babayla iletişim ve yabancılaşma intihar düşünce ve intihar gruplarında sağlıklı kontrollere göre daha düşüktü. İntihar girişiminde bulunan ergenler ile bulunmayan ergenler karşılaştırılmış anne ve babaya daha az bağlanma ve daha az ailesel uyum olduğu görülmüştür¹³⁹. Daha önce intihar girişiminde bulunmuş ergenlerin bağlanma figürlerini “az güvenli hissedilen” olarak algıladıkları belirlenmiştir¹⁴. İntihar davranışları olan ergenler ile ebeveynleri arasındaki bağ; bakım ve aşırı koruma boyutları ile araştırılmış, ciddi intihar davranışı olan ergenlerin, anneleri tarafından daha az bakımda bulunduğu ve aşırı koruyucu olduğunu düşünmekteydi¹⁴⁰. Yine bir çalışmada diğer kontrol gruplarına göre depresif ergenlerin ebeveyne daha az güvenli bağlandığı gösterilmiştir. Ayrıca hem anneye hem babaya daha az güvenli bağlanan ergenler, depresyonun seyri ile ilişkili bulunmuştur¹⁴¹. Ebeveynlerine güvensiz bağlanan ergenlerde daha fazla uyumsuz yükleme biçimleri, ayrılık anksiyetesi varlığı ve intihar düşüncesi ile ilişkili bulunmuştur⁸⁸.

Annenin bağlanma tiplerinin görülme sıklığı sırasıyla intihar girişimi, intihar düşüncesi ve sağlıklı kontrol gruplarında; güvenli bağlanma tipi %23.6, %27.5, %29.5; kayıtsız bağlanma tipi %23.6, %20, %11.4; korkulu bağlanma tipi %33.3, %35, %27.3; saplantılı bağlanma tipi ise %19.4, %17.5, %31.8 bulunmuştur. Bu üç grup arasında bağlanma tipleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 15). Literatüre baktığımızda güvensiz bağlanması olan ebeveynlerin çocuklarında daha şiddetli intihar davranışları görülmüştür¹⁴². Uyumsuz ebeveyn davranışlarının ergenlerde depresif

belirtilerle ve intihar davranışları ile ilişkili olduğu belirtilmiştir¹⁴³. Annenin bağlanma tarzının ergenin olumsuz duygularla ilişkili olduğu bulunmuştur. Özellikle kaçınan bağlanması olan annenin çocuklarında daha negatif emosyonlar görülmüştür¹⁴⁴. Ebeveynin bağlanma tipi belki de anne çocuk ilişkisi, sosyal kültürel değerlerin günümüzde hızla değişmesi, eğitim ve ekonomik sebepler, ebeveyn psikopatoloji, aile içi ilişkiler gibi birçok faktörden etkilenebilmektedir. Ayrıca çalışmanın metodu ve örneklem sayısının etkileyici bir faktör olacağını düşünmekteyiz.

SONUÇLAR ve ÖNERİLER

İntihar girişimi grubunun yaş ortalaması 15.27 ± 1.35 , intihar düşüncesi olan grubun yaş ortalaması 15.20 ± 1.63 ve sağlıklı kontrol grubunun yaş ortalaması 14.02 ± 1.98 bulunmuştur.

İntihar girişimi olan grubun %90.3'ü kız cinsiyet iken, %9.7'si erkek cinsiyet oluşturmaktadır. İntihar düşüncesi olan grubun %82.5'i kız cinsiyet iken, %17.5'i erkek cinsiyet oluşturmaktadır. Sağlıklı kontrol grubunun %68.2'si kız cinsiyet iken, %31.8'i erkek cinsiyet oluşturmaktadır.

İntihar girişimi olan grubun %34.7' sinde ve sağlıklı kontrol grubunun %11.4'ünde annenin en az bir ruhsal hastalığı vardır. İntihar düşüncesi olan grubun %45'inde ve sağlıklı kontrol grubunun % 11.4'ünde annenin en az bir ruhsal hastalığı vardır.

İntihar girişimi grubunun %16.7'sinde, intihar düşüncesi grubunun %12.5'inde ve sağlıklı kontrol grubunun %12.8'inde babanın en az bir ruhsal hastalığı vardır.

İntihar girişimi olan grupta Major Depresif Bozukluk oranı %61.1 iken intihar düşüncesi olan grupta ise %37.5'dir.

Gruplar arasındaki anne EABE toplam puan ortalamaları; sağlıklı kontrol grubunun puan ortalaması intihar düşüncesi ve girişim grubundaki puan ortalamasından yüksektir. Anneye bağlanma sağlıklı kontrollerde diğer iki gruba göre daha fazlaydı.

Gruplar arasındaki baba EABE toplam puan ortalamaları; sağlıklı kontrol grubunun puan ortalaması intihar düşüncesi ve girişim grubundaki puan ortalamasından yüksektir. Babaya bağlanma, intihar düşüncesi ve intihar girişimi gruplarında sağlıklı kontrollere göre daha düşüktü.

Gruplar arasındaki anne Beck puan ortalamaları; sağlıklı kontrol grubunun puan ortalaması düşünce ve girişim grubundaki puan ortalamasından düşüktür. İntihar düşüncesi ve intihar girişimi gruplarının anneleri sağlıklı kontrollere göre daha depresifti.

Gruplar arasındaki çocuk depresyon puan ortalamaları; sağlıklı kontrol grubundaki puan ortalaması, intihar düşüncesi ve intihar girişimi grubundaki puan ortalamasından düşüktür. İntihar düşüncesi ve intihar girişimi gruplarındaki ergenler sağlıklı kontrollere göre daha depresifti.

Gruplar arasındaki YIYE kaçınma ve kaygı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Annenin bağlanma tipi intihar girişimi ve intihar düşüncesi gruplarında en sık korkulu bağlanma tipi görülürken, daha sonra benzer oranlarda güvenli, kayıtsız ve en az oranda saplantılı bağlanma tipi bulunmuştur. Sağlıklı kontrol grubunda ise en sık saplantılı, daha sonra güvenli, korkulu ve kayıtsız bağlanma tipleri gelmekteydi.

Anne babası boşanmış olanlarda, intihar düşüncesi grubunun anne EABE toplam puan ortalaması, intihar girişimi grubundan daha düşüktür.

Ruhsal hastalığı olan annede, intihar girişimi grubu ile sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerin depresyon puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Ruhsal hastalığı olan babada, intihar girişimi ve düşüncesi grubu ile sağlıklı kontrol grubundaki depresyon puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Annelerinin bağlanma tipi güvenli olan ergenlerde, intihar düşüncesi grubu ile sağlıklı kontrol grubundaki ergen depresyon puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Kaliteli ebeveyn ergen ilişkisi hem ebeveyn hem de ergen ruh sağlığı için önemlidir. Ebeveynin ruh sağlığının ve ebeveynin bağlanmasının iyi olması, ergen ruh sağlığını ve bağlanmasını etkilemektedir.

Ebeveyn ve ergen ruh sağlığı için erken teşhis, tedavi ve takip önemlidir. Özellikle ruh sağlığı uzmanlarının takip ve tedavisi, ebeveyn desteği ve psikososyal desteğin erken dönemde sağlanması gelecekte tekrarlayan intihar girişimlerini de engellemiş olacaktır. Uzunlamasına takip çalışmalarıyla ergen ebeveyn ilişkisi, bağlanma örüntülerinin karşılıklı etkileşimleri hakkında sonuçlarının neler olduğunu görmek gerekir. Bu bağlanmanın onarılmasına

yönelik terapötik görüşmelerin hem anneyle hem de babayla yapılması önemlidir. Çünkü ergenin mevcut psikopatolojisi ve kimliğinin anlaşılması açısından ebeveyn ergen ilişkisine ve bağlanmaya yönelik müdahalelerin intihar davranışları olan ergenlerde çok önemli olduğunu düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

1. Öncü B. İntihar davranışı. In: Çuhardaroğlu F, Coşkun A, Miral S ve ark. (eds). Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Ankara: HYB Basım Yayın, 2008:503-513.
2. Atay İM, Kerimoğlu E. Ergenlerde intihar davranışı. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 2003;10(3):128-136.
3. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. J Child Psychol Psychiatry Allied Discip 2006;47(3-4):372-394.
4. Türkiye İstatistik Kurumu. İntihar İstatistikleri – Suicide Statistics 2011. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, 2012;16.
5. Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. Lancet 2012;379(9834):2373-2382.
6. Sandoval J (Ed). Handbook of crisis counseling, intervention, and prevention in the schools. 2nd ed. Handb Cris Couns Interv Prev Sch 2002.
7. Erkuş A. Psikolojik Terimler Sözlüğü. Ankara: Emel matbaacılık; 1994.
8. Morgan CT. Psikolojiye Giriş: Ders Kitabı. In: Karakaş S (ed). Ankara: Meteksan; 1991.
9. Grotevant HD, Cooper CR. Individuation in family relationships. Human Development 1986;29, 82–100.
10. Youniss J, Haynie DL. Friendship in adolescence. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics 1992;13, 59–66.
11. Quamma JP, Greenberg MT. Children's experience of life stress: The role of family social support and social problemsolving skills as protective factors. Journal of Clinical Child Psychology 1994;23, 295–305.
12. Sheftall AH, Schoppe-Sullivan SJ, Bridge JA. Insecure attachment and suicidal behavior in adolescents. Crisis 2014;35(6):426-430.
13. Shimshock CM, Williams RA, Sullivan BJ. Suicidal thought in the adolescent: exploring the relationship between known risk factors and the presence of suicidal thought. J Child Adolesc Psychiatr Nurs 2011;24(4):237-244.

14. West ML, Spreng SW, Rose SM, Adam KS. Relationship between attachment-felt security and history of suicidal behaviours in clinical adolescents. *Can J Psychiatry* 1999;44(6):578-582.
15. Hassan R. One hundred years of Emile Durkheim's Suicide: A Study in Sociology. *Aust N Z J Psychiatry* 1998;32(2):168-171.
16. Durkheim, E. *Suicide: A study in sociology*. Translated by JA Spaulding and G. Simpson. London: Routledge 1951;8, 210.
17. Eskin M. *İntihar: Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme*. Ankara: HYB Yayıncılık, 2012.
18. Sadock BJ, Sadock VA. Suicide, Violence, and Other Psychiatric Emergencies. In: Kaplan&Sadock's *Pocket Handbook of Clinical Psychiatry*. 5th Editio. Philedelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2010:332-348.
19. Pelkonen M, Marttunen M. Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors, and approaches to prevention. *Paediatr Drugs*. 2003;5(4):243-265.
20. Altındağ A. Türkiye'de intihar hızındaki değişiklikler. *Türkiye'de Psikiyatr*. 2001;2:79-86.
21. Statistics/Suicide/Violence Prevention/Injury Center /CDC <http://www.cdc.gov/violenceprevention/suicide/statistics/index.html>. Accessed October 19, 2015.
22. Hill RM, Castellanos D, Pettit JW. Suicide-related behaviors and anxiety in children and adolescents: a review. *Clin Psychol Rev*. 2011;31(7):1133-1144.
23. Polewka A, Kroch S, Chrostek Maj J. Suicidal behavior and suicide attempts in adolescents and young adults:epidemiology, risk factors, prevention and treatment. *Przegląd Lek* 2004;61(4):261-264.
24. Cao XL, Zhong BL, Xiang YT, et al. Prevalence of suicidal ideation and suicide attempts in the general population of China: A meta-analysis. *Int J Psychiatry Med*. 2015;49(4):296-308.
25. WHO/Suicide. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>. Accessed October 20, 2015.
26. Greydanus DE, Calles J. Suicide in Children and Adolescents. *Prim Care - Clin Off Pract*. 2007;34(2):259-273.

27. World Health Organization. Preventing Suicide. A Resource for Primary Care Health Workers. Geneva World Heal Organ. 2000.
28. Suominen K, Isometsä E, Suokas J, Haukka J, Achte K, Lönnqvist J. Completed Suicide after a Suicide Attempt: A 37-Year Follow-Up Study. *Am J Psychiatry* 2004;161(3):562-563.
29. McKeown RE, Garrison CZ, Cuffe SP, Waller JL, Jackson KL, Addy CL. Incidence and predictors of suicidal behaviors in a longitudinal sample of young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37(6):612.
30. Sayıl I, Berksun OE, Palabıyıkoglu R, ve ark. Attempted suicides in Ankara in 1995. *Cris J Cris Interv Suicide Prev* 1998;19(1):47-48.
31. Türkiye İstatistik Kurumu.<http://www.tuik.gov.tr/Start.do>. Accessed October 20, 2015.
32. Quinlan-Davidson M, Sanhueza A, Espinosa I, Escamilla-Cejudo JA, Maddaleno M. Suicide among young people in the Americas. *J Adolesc Heal* 2014;54(3):262-268.
33. Moens GF, Haenen W, Van de Voorde H. Epidemiological aspects of suicide among the young in selected European countries. *J Epidemiol Community Health*. 1988;42(3):279-285.
34. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, et al. Youth risk behavior surveillance - United States, 2011. *Morb Mortal Wkly Report Surveill Summ* 2012;61(4):1-162.
35. Pfeffer CR. Suicidal behavior in children and adolescents: a clinical and research perspective. *Yale J Biol Med*. 1990;63(4):325-332.
36. Gökçen C, Köylü R. Acil Servisten İntihar Girişimi Nedeniyle Psikososyal Destek Birimine Yönlendirilen 18 Yaş Altı Olguların Değerlendirilmesi. *JAEM*. 2011:18-21.
37. Can SS, Sayıl I. Yineleyici intihar girişimleri. *Kriz Derg*. 2004;12(3):53-62.
38. Kazdin AE, French NH, Unis AS, Esveldt-Dawson K, Sherick RB. Hopelessness, depression, and suicidal intent among psychiatrically disturbed inpatient children. *J Consult Clin Psychol*. 1983;51(4):504-510.
39. Ackerly WC. Latency-age children who threaten or attempt to kill themselves. *J Am Acad Child Psychiatry* 1967;6(2):242-261.
40. Lukianowicz N. Attempted suicide in children. *Acta Psychiatr Scand* 1968;44(4):415-435.

41. Sund AM, Wichstrøm L. Insecure attachment as a risk factor for future depressive symptoms in early adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41(12):1478-1485.
42. Pfeffer CR. Suicidal behavior in children and adolescents: Causes and management. In: Lewis M (ed). *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*. Philadelphia; 2002.
43. Özsan HH, Odabaşoğlu G, Doğangün B, Kayaalp ML. Çocukta intihar girişimleri: olgu örnekleriyle gözden geçirme. *Türkiye'de Psikiyatr*. 2005;7(2):73-80.
44. Ertemir D, Ertemir M. Gençlerin İntihar Girişimlerinin Özellikleri. *Düşünen Adam Psikiyatr ve Nörolojik Bilim Derg*. 2003;16:231-234.
45. Sayar K, Öztürk M, Acar B. Aşırı Dozda İlaç Alımıyla İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerde Psikolojik Etkenler. *Klin Psikofarmakol Bülteni*. 2000;10(3):133-138.
46. 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):1497-1505.
47. Güleç G, Aksaray G. İntihar girişiminde bulunan gençlerin sosyodemografik-sosyokültürel ve aile özelliklerinin değerlendirilmesi. *Yeni Symp*. 2006;44(3):141-150.
48. Beautrais AL. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Aust N Z J Psychiatry*. 2000;34(3):420-436.
49. Gould MS, Fisher P, Parides M, Flory M, Shaffer D. Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Arch Gen Psychiatry*. 1996;53(12):1155-1162.
50. Dahl RE, Puig-Antich J, Ryan ND, et al. EEG sleep in adolescents with major depression: the role of suicidality and inpatient status. *J Affect Disord*. 1990;19(1):63-75.
51. Pfeffer CR, Klerman GL, Hurt SW, Lesser M, Peskin JR, Siefker CA. Suicidal children grow up: Demographic and clinical risk factors for adolescent suicide attempts. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1991;30(4):609-616.
52. Mann JJ, Currier DM. Stress, genetics and epigenetic effects on the neurobiology of suicidal behavior and depression. *Eur Psychiatry*.

- 2010;25(5):268-271.
53. Clark DB. Serum tryptophan ratio and suicidal behavior in adolescents: A prospective study. *Psychiatry Res.* 2003;119(3):199-204.
 54. Mann JJ. Neurobiology of suicidal behaviour. *Nat Rev Neurosci.* 2003;4(10):819-828.
 55. Ono H, Shirakawa O, Nushida H, Ueno Y, Maeda K. Association between catechol-O-methyltransferase functional polymorphism and male suicide completers. *Neuropsychopharmacology.* 2004;29(7):1374-1377.
 56. Özalp E. İntihar Davranışının Genetiği. *Türk Psikiyatr Derg.* 2009;20(1):85-93.
 57. Statham DJ, Heath AC, Madden PA, et al. Suicidal behaviour: an epidemiological and genetic study. *Psychol Med.* 1998;28:839-855.
 58. Levinson DF, Mowry BJ, Sharpe L, Endicott J. Penetrance of schizophrenia-related disorders in multiplex families after correction for ascertainment. *Genet Epidemiol.* 1996;13(1):11-21.
 59. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry.* 1996;53(4):339-348.
 60. Rowan a B. Adolescent substance abuse and suicide. *Depress Anxiety.* 2001;14(3):186-191.
 61. Myers K, McCauley E, Calderon R, Mitchell J, Burke P, Schloredt K. Risks for suicidality in major depressive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1991;30(1):86-94.
 62. De Hepcée C, Reynaert C, Jacques D, Zdanowicz N. Suicide in adolescence: attempt to cure a crisis, but also the fatal outcome of certain pathologies. *Psychiatr Danub.* 2015;27 Suppl 1:296-299.
 63. Evans E, Hawton K, Rodham K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Clin Psychol Rev.* 2004;24(8):957-979.
 64. Licanin I, Music E, Laslo E, et al. Suicidal thoughts related to psychoactive substance abuse among adolescents. *Med Arh.* 2003;57(4):237-240.
 65. Hinshaw SP, Owens EB, Zalecki C, et al. Prospective follow-up of girls with attention-deficit/hyperactivity disorder into early adulthood: continuing impairment includes elevated risk for suicide attempts and self-injury. *J*

- Consult Clin Psychol. 2012;80(6):1041-1051.
66. Murphy KR, Barkley R a, Bush T. Young adults with attention deficit hyperactivity disorder: subtype differences in comorbidity, educational, and clinical history. *J Nerv Ment Dis.* 2002;190(3):147-157.
 67. Ercan, E.S; Varan, A; Aydın C. İntihar girişiminde bulunan ergenlerde sosyoemografik, psikiyatrik ve ailesel özelliklerin araştırılması. *Çocuk ve Genc Ruh Sağlığı Derg.* 2000;7:81-91.
 68. Cash SJ, Bridge JA. Epidemiology of youth suicide and suicidal behavior. *Curr Opin Pediatr.* 2009;21(5):613-619.
 69. Jakobsen IS, Christiansen E. Young people's risk of suicide attempts in relation to parental death: a population-based register study. *J Child Psychol Psychiatry.* 2011;52(2):176-183.
 70. Xing X-YY, Tao F-BB, Wan Y-HH, et al. Family factors associated with suicide attempts among Chinese adolescent students: a national cross-sectional survey. *J Adolesc Heal.* 2010;46(6):592-599.
 71. Bowlby J. *Attachment and Loss Vol:II Separation.* New York: Basic Book; 1973.
 72. Bowlby J. *Attachment and Loss: Vol I. Attachment.* New York: Basic Book (2.baskı); 1982.
 73. Cassidy J. *Emotion Regulation: Influences Of Attachment Relationships.* In: Fox NA (ed). *The Development Of Emotion Regulation: Biological And Behavioral Considerations.* Monographs Of The Society For Research in Child Development, 1994; 59.
 74. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *J Pers Soc Psychol.* 1991;61(2):226-244.
 75. Ainsworth, Blehar W& W. *The Ainsworth Strange Situation Scoring System for Interactive Behaviors In The Strange Situation.* In: *Patterns of Attachment.*; 1978.
 76. Stevenson-Hinde J. Attachment theory and John Bowlby: some reflections. *Attach Hum Dev.* 2007;9(March 2015):337-342.
 77. Bowlby J. The making and breaking of affectional bonds: Etiology and psychopathology in the light of attachment theory. *Br J Psychiatry.* 1977;130:201-210.
 78. Bowlby J. The nature if the child's tie to his mother. *Int J Psychoanal.*

- 1958;39(5):350-373.
79. Main M, Solomon J. Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In: Brazelton TB, Yogman MW (eds). *Affective Development in Infancy*. Westport CT: Ablex. 1986:95-124.
 80. Lamb ME, Teti DM, Bornstein M. Developmental phases: infancy. In: Lewis M (ed). *Child and Adolescent Psychiatry*. 3rd ed. Philadelphia; 2002:293-323.
 81. Klohnen E, Oliver P. Working Models of Attachment: A Theory-Based Prototype Approach. In: Simpson JA, Rholes WS (eds). *Attachment Theory and Close Relationships*. New York: Guilford Press; 1998.
 82. Bartholomew K, Shaver PR. Methods of assessing adult attachment: Do they converge? *Attach theory close relationships*. 1998:25-45.
 83. Miller E, McCullough C, Johnson J. The Association of Family Risk Factors with Suicidality Among Adolescent Primary Care Patients. *J Fam Violence*. 2012;27:523-529.
 84. Aro H, Marttunen M. Adolescent development and youth suicide. *Suicide Life Threat Behav*. 1993;23(4):359.
 85. Priel B, Mitrany D, Shahar G. Closeness, support and reciprocity: A study of attachment styles in adolescence. *Pers Individ Dif*. 1998;25:1183-1197.
 86. Feldman S, Gehring TM. Changing perceptions of family cohesion and power across adolescence. *Child Dev*. 1988;59(4):1034-1045.
 87. Corder BF, Shorr W, Corder RF. A study of social and psychological characteristics of adolescent suicide attempters in an urban, disadvantaged area. *Adolescence*. 1974;9(33):1-6.
 88. Armsden GC, McCauley E, Greenberg MT, Burke PM, Mitchell JR. Parent and peer attachment in early adolescent depression. *J Abnorm Child Psychol*. 1990;18(6):683-697.
 89. Kovacs M. Rating scales to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiatr*. 1981;46:305-315.
 90. Öy B. Çocuklar için depresyon ölçeği: Geçerlilik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikiyat Derg*. 1991;2:132-136.
 91. Armsden GC, Greenberg MT. The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well being in adolescence. *J Youth Adolesc*. 1987;16:427-454.

92. Günaydın G, Selçuk E, Sümer N, Uysal A. Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Envanteri Kısa Formu'nun Psikometrik Açıdan Değerlendirilmesi. *Türk Psikoloji Yazıları*. 2005; 8(16):13-23 .
93. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*. 1961; 4, 561-571.
94. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliliği üzerine bir çalışma. *Psikol Derg*. 1988;6:118-122 .
95. Brennan KA, Clark CL, Shaver PR. Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In: Simpson JA, Rholes WS (eds). *Attachment theory and close relationships*. New York: Guilford. 1998; 46-76.
96. Sümer N. Yetişkin bağlanma ölçeklerinin kategoriler ve boyutlar düzeyinde karşılaştırılması. *Türk Psikoloji Dergisi*. 2006; 21, 1-22.
97. Kann L, Kinchen S, Shanklin SL, et al. Youth risk behavior surveillance- United States, 2013. *MMWR Surveill Summ*. 2014;63(4):1-168.
98. Manceaux P, Jacques D, Zdanowicz N. Hormonal and developmental influences on adolescent suicide: a systematic review. *Psychiatr Danub*. 2015;27(1):300-304.
99. Beck-Little R, Catton G. Child and adolescent suicide in the United States: a population at risk. *J Emerg Nurs*. 2011;37(6):587-589.
100. Niedzwiedz C, Haw C, Hawton K, Platt S. The definition and epidemiology of clusters of suicidal behavior: a systematic review. *Suicide Life Threat Behav*. 2014;44(5):569-581.
101. Yang L-S, Zhang Z-H, Sun L, Sun Y-H, Ye D-Q. Prevalence of Suicide Attempts among College Students in China: A Meta-Analysis. *PLoS One*. 2015;10(2):1-13.
102. Gould MS, Shaffer D, Greenberg T. The epidemiology of youth suicide. In: King RA (ed). *Suicide in children and adolescents*. Cambridge, UK: Cambridge University Press. 2003;1-40.
103. Clerici CA, Gentile G, Marchesi M, Muccino E, Veneroni L, Zoja R. Two decades of adolescent suicides assessed at Milan University's medicolegal unit: Epidemiology, forensic pathology and psychopathology. *J Forensic Leg Med*. 2015;37:15-21.
104. Kölves K, De Leo D. Adolescent Suicide Rates Between 1990 and 2009:

- Analysis of Age Group 15-19 Years Worldwide. *J Adolesc Health*. 2015.
105. Çuhadaroğlu F, Sonuvar B. Adolesan intiharları. Risk faktörleri üzerine bir inceleme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1992;3: 222-226.
 106. Olfson M, Gameroff MJ, Marcus SC, Greenberg T, Shaffer D. Emergency treatment of young people following deliberate self-harm. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(10):1122-1128.
 107. Rice TR, Sher L. Adolescent suicide and testosterone. *Int J Adolesc Med Health*. 2015.
 108. Nock MK, Joiner Jr TE, Gordon KH, et al. Non-suicidal selfinjury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res* 2006;144, 65–72.
 109. Brent DA, Melhem NM, Oquendo M, et al. Familial pathways to early-onset suicide attempt: a 5.6-year prospective study. *JAMA psychiatry*. 2015;72(2):160-168.
 110. Pfeffer C, Normandin I, Kakuma T. Suicidal Children Grow Up: Relations Between Family Psychopathology and Adolescents' Lifetime Suicidal Behavior. *J Nerv Ment Dis*. 1998;186(5):269-275.
 111. Cuadrado C, Zitko P, Covarrubias T, et al. Association Between Adolescent Suicide and Sociodemographic Factors in Chile. *Crisis*. 2015;36(4):281-290.
 112. Alonzo D, Thompson RG, Stohl M, Hasin D. The influence of parental divorce and alcohol abuse on adult offspring risk of lifetime suicide attempt in the United States. *Am J Orthopsychiatry*. 2014;84(3):316-320.
 113. Lee K, Namkoong K, Choi W-J, Park JY. The relationship between parental marital status and suicidal ideation and attempts by gender in adolescents: results from a nationally representative Korean sample. *Compr Psychiatry*. 2014;55(5):1093-1099.
 114. Ligier F, Guillemin F, Angot C, Bourion S, Kabuth B. Recurrence of suicide attempt in adolescents lost to contact early by clinicians: The 10-year repeaters cohort of french adolescents. *J Adolesc*. 2015;43:111-118.
 115. Granboulan V, Rabain D, Basquin M. The outcome of adolescent suicide attempts. *Acta Psychiatr Scand*. 1995;91(4):265-270.
 116. Crump C, Sundquist K, Sundquist J, Winkleby MA. Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: a Swedish national cohort

- study. *Psychol Med.* 2014;44(2):279-289.
117. Krajewska K, Gawlik-Kotelnicka O, Gmitrowicz A. The relation of selected psychiatric disorders to occurrence of suicide attempts among teenage psychiatrically hospitalized patients. *Pol Merkur Lekarski.* 2015;38(228):329-331.
 118. Auerbach RP, Millner AJ, Stewart JG, Esposito EC. Identifying differences between depressed adolescent suicide ideators and attempters. *J Affect Disord.* 2015;186:127-133.
 119. Consoli A, Cohen D, Bodeau N, et al. Risk and Protective Factors for Suicidality at 6-Month Follow-up in Adolescent Inpatients Who Attempted Suicide: An Exploratory Model. *Can J Psychiatry.* 2015;60(2):27-36.
 120. Tupler LA, Hong JY, Gibori R, Blitchington TF, Krishnan KRR. Suicidal ideation and sex differences in relation to 18 major psychiatric disorders in college and university students: anonymous web-based assessment. *J Nerv Ment Dis.* 2015;203(4):269-278.
 121. Rajewska-Rager A, Sibilski P, Lepczyńska N. Risk factors for suicide among children and youths with bipolar spectrum and early bipolar disorder. *Psychiatr Pol.* 2015;49(3):477-488.
 122. Rucklidge JJ. Psychosocial functioning of adolescents with and without paediatric bipolar disorder. *J. Affect. Disord.* 2006; 91(2–3):181–188.
 123. Labouliere CD, Kleinman M, Gould MS. When self-reliance is not safe: associations between reduced help-seeking and subsequent mental health symptoms in suicidal adolescents. *Int J Environ Res Public Health.* 2015;12(4):3741-3755.
 124. Restrepo-Bernal D, Bonfante-Olivares L, Torres de Galvis Y, Berbesi-Fernández D, Sierra-Hincapié, G. Suicidal Behavior and Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adolescents of Medellin (Colombia), 2011-2012. *Revista Colombiana de P.* 2014;43(4):186-193.
 125. Rende R, Birmaher B, Axelson D, et al. Childhood-onset bipolar disorder: Evidence for increased familial loading of psychiatric illness. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2007; 46(2): 197–204.
 126. Goldstein TR, Ha W, Axelson DA, et al. Predictors of prospectively examined suicide attempts among youth with bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2012;69(11):1113-1122.

127. Tondo L, Pompili M, Forte A, Baldessarini RJ. Suicide attempts in bipolar disorders: comprehensive review of 101 reports. *Acta Psychiatr Scand.* 2015.
128. Straub J, Keller F, Sproeber N, Koelch MG, Plener PL. Suicidal behavior in german adolescents. Prevalence and association with depressive and manic symptoms. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother.* 2015;43(1):39-45.
129. De Berardis D, Serroni N, Campanella D, et al. Alexithymia, responsibility attitudes and suicide ideation among outpatients with obsessive-compulsive disorder: an exploratory study. *Compr Psychiatry.* 2015;58:82-87.
130. De Berardis D, Serroni N, Marini S, et al. Alexithymia, suicidal ideation, and serum lipid levels among drug-naïve outpatients with obsessive-compulsive disorder. *Rev Bras Psiquiatr.* 36(2):125-130.
131. Angelakis I, Gooding P, TARRIER N, Panagioti M. Suicidality in obsessive compulsive disorder (OCD): a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2015;39:1-15.
132. Knafo A, Guilé JM, Breton JJ, et al. Coping strategies associated with suicidal behaviour in adolescent inpatients with borderline personality disorder. *Can J Psychiatry.* 2015;60(2):46-54.
133. Pfeffer CR, Conte HR, Plutchik R, Jerrett I. Suicidal behavior in latency age children: an empirical study. *J Am Acad Child Psychiatry,* 18: 679-92, 1979.
134. Rice F, Lifford KJ, Thomas HV, Thapar A. Mental health and functional outcomes of maternal and adolescent reports of adolescent depressive symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007;46(9):1162-1170.
135. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner TE. The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review,* 2010;117(2):575-600.
136. The Interpersonal-Psychological Theory of Suicidal Behavior: Current Empirical Status. <http://www.apa.org/science/about/psa/2009/06/sci-brief.aspx>. Accessed November 23, 2015.
137. Brent DA, Perper JA, Goldstein CE, et al. Risk factors for adolescent suicide. A comparison of adolescent suicide victims with suicidal

- inpatients. *Arch Gen Psychiatry*, 45: 581-8, 1988.
138. Rasing SPA, Creemers DHM, Janssens JMAM, Scholte RHJ. The association between perceived maternal and paternal psychopathology and depression and anxiety symptoms in adolescent girls. *Front Psychol*. 2015;6:963.
 139. Sheftall AH, Mathias CW, Furr RM, Dougherty DM. Adolescent attachment security, family functioning, and suicide attempts. *Attach Hum Dev*. 2013;15(4):368-383.
 140. Freudenstein O, Zohar A, Apter A, Shoval G, Weizman A, Zalsman G. Parental bonding in severely suicidal adolescent inpatients. *Eur Psychiatry*. 2011;26(8):504-507.
 141. Agerup T, Lydersen S, Wallander J, Sund AM. Associations Between Parental Attachment and Course of Depression Between Adolescence and Young Adulthood. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2015;46(4):632-642.
 142. MacGregor EK, Grunebaum MF, Galfalvy HC, et al. Depressed parents' attachment: effects on offspring suicidal behavior in a longitudinal family study. *J Clin Psychiatry*. 2014;75(8):879-885.
 143. Khasakhala L, Ndeti D, Mutiso V, Mbwanyo A, Mathai M. The prevalence of depressive symptoms among adolescents in Nairobi public secondary schools: association with perceived maladaptive parental behaviour. *Afr J Psychiatry*. 2012;15(2):106-113.
 144. Jones JD, Brett BE, Ehrlich KB, Lejuez CW, Cassidy J. Maternal Attachment Style and Responses to Adolescents' Negative Emotions: The Mediating Role of Maternal Emotion Regulation. *Parent Sci Pract*. 2014;14(3-4):235-257.

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

APA: American Psychiatric Association, Amerikan Psikiyatri Birliği

BPB: Bipolar Bozukluk

ÇDÖ: Çocuklar için Depresyon Ölçeği

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

EABE: Ebeveyn ve Arkadaşlarına Bağlanma Ölçeği

DSM-4 TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Text Revision

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

PTSB: Posttravmatik Stres Bozukluğu

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

WHO: World Health Organisation, Dünya Sağlık Örgütü

YİYE: Yakın İlişkilerdekilerde Yaşantılar Envanteri

ŞEKİL ve RESİMLER

Şekil

Sayfa no

Şekil-1: (Bartholomew ve Horowitz'in dörtlü bağlanma modeli)

18

TABLolar

Tablolar	Sayfa no
Tablo 1. (Gruplar arasındaki yaş dağılımı)	27
Tablo 2. (Gruplar arasında cinsiyet dağılımı)	27
Tablo 3. (Gruplar arasında ergenlerin eğitim durumu)	28
Tablo 4. (Gruplara göre ebeveynlerin eğitim durumları)	28
Tablo 5. (Gruplara göre anne ve babanın yaş dağılımı)	29
Tablo 6. (Gruplara göre annenin ruhsal hastalık durumu)	30
Tablo 7. (Gruplar göre babanın ruhsal hastalık durumu)	30
Tablo 8. (Gruplara göre annenin çalışma durumu)	31
Tablo 9. (Gruplara göre babanın çalışma durumu)	31
Tablo 10. (Gruplar arasında aile durumu)	32
Tablo 11. (Gruplara göre doğum şekli)	33
Tablo 12. (Gruplara göre ergenin daha önceki intihar girişimi)	33
Tablo 13. (Gruplar arasında ergenlerde ruhsal hastalık durumu)	35
Tablo 14. (Ebeveyn ve ergenin, bağlanma ve depresyonun gruplar arasındaki ilişki)	38
Tablo 15. (Annenin bağlanma tipi ve gruplara göre)	39
Tablo 16. (Çocuk depresyon ölçeği puanı ile aile durumu)	39
Tablo 17. (Anne EABE toplam puanı ile aile durumu)	40
Tablo 18. (Annenin ruhsal hastalık durumu ile bağlanma ilişkisi)	41
Tablo 19. (Annenin ruhsal hastalığı ile çocuk depresyon ölçeği ilişkisi)	42
Tablo 20. (Babanın ruhsal hastalığı ile çocuk depresyon puanı)	43

Tablo 21. (Anne ve ergenin bağlanma ilişkisi)	44
Tablo 22. (Annenin bağlanma tipi ve ergenin depresyon ilişkisi)	45
Tablo 23. (Anne depresyon puanı ile ergen depresyon puanı arasındaki ilişki)	46

EK-1 Sosyodemografik veri formu

T.C. MERSİN UNİVERSİTESİ Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastahları SOSYODEMOGRAFIK BİLGİ FORMU	
Hastanın adı soyadı:	Baba eğitim durumu (yıl olarak):
Anne Telefon numarası:	Baba iş:
Baba Telefon numarası:	1. İşsiz 2. Çalışıyor
Başvuru Tarihi (yıl olarak):	Baba yaş:
Başvuru Şekli:	Babada kronik fiziksel hastalık:
1-kendileri	1. Var 2. Yok
2- eğitim kuruluşu	Babada ruhsal hastalık:
3-psikiyatrist	1. Var 2. Yok
4-özel dr	Baba ruhsal hastalık ne :
5-Adli makam	1. Depresyon
6-Konsultasyon	2. Psikoz
Yaş (doğum tarihi):	3. Bağımlılık
Cinsiyet:	4. Zeka geriliği
1. Kız 2. Erkek	5. Kişilik bozukluğu
Kardeş sayısı:	6. Bipolar bozukluk
Kaçıncı çocuk:	7. Nöroz
Eğitimi (yıl olarak):	8. Diğer:
Anne yaşı:	Babada tekrar evlenme var mı?
Anne eğitim durumu (yıl olarak):	1. var 2. yok
Anne iş:	Babaanne ve dede arasında boşanma ayrılık
1. Ev hanımı 2. Çalışıyor	var mı? 1. var 2. yok
Annede kronik fiziksel hastalık:	Aile durumu:
1. Var 2. Yok	1. Anne-baba birlikte
Annede ruhsal hastalık:	2. Boşanmış
1. Var 2. Yok	3. Parçalanmış
Anne ruhsal hastalık ne:	Annede tekrar evlenme var mı?
1. Depresyon	1. var 2. yok
2. Psikoz	Anneanne ve dede arasında boşanma ayrılık
3. Bağımlılık	var mı? 1. var 2. yok
4. Zeka geriliği	Anne-baba arasında akrabalık:
5. Kişilik bozukluğu	1. Var 2. Yok
6. Bipolar bozukluk	
7. Nöroz	
8. Diğer:	
<small>Solunum Kodu: Yayınlı Tarihi: Revizyon Tarihi: Revizyon No: 00 Sayfa No: 1/2</small>	

Y.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Çocuk Ruh Sağlığı ve
Hastalıkları

SOSYODEMOGRAFIK BİLGİ FORMU

Ailede ruhsal bozukluk:

1. var 2. yok

Aile yapısı:

1. Çekirdek aile

2. Geniş aile

3. Tek ebeveyn ile

5. Üvey anne/baba ile

6. Evlat edinilmiş

7. Kurumda

8. Diğer:

Çocuğun kronik bir hastalığı:

1. var 2. yok

Çocuğun kronik fiziksel hastalığı ne:

Eş tanı:

1. var 2. yok

Eş tanıları neler:

CIDO puanı:.....

CISKO puanı:.....

İntihar girişimi:

1. var 2. yok

İntihar sayısı:

Evlilik süresi

a) 3 yıldan az, b) 3-5 yıl, c) 5 yıldan fazla

Aylık gelir yalıdağık olarak;

a) 1000 ve veya üstü B) 1000 altı

Anneye yardımcı kişi 1. var 2. yok

İlk yaşayan bebek evliliğin kaçınıcı yılında:

..... yılında

İnfertilite tedavisi var mı?

1. var 2. yok

Gebelik sayısı

a) tek b) 2 den fazla

Düşük sayısı 1. var 2. yok

Kürtaj sayısı 1. var 2. yok

Ölü doğum 1. var 2. yok

Doğduktan sonra ölen 1. var 2. yok

Tedavi gebeliği mi?

Planlı gebelik mi? 1. var 2. yok

Gebelikte sorun 1. var 2. yok

Gebelik süresi?

a) 37hf ve veya altı b) 38hf ve veya üstü

Doğum şekli a) sezeryan b) normal

Doğumda sancı 1. var 2. yok

Doğumda komplikasyon (sorun)?

1. var 2. yok

Doğumsal hastalık? 1. var 2. yok

Yenidoğan servisinde(kuvözde) yatma?

1. var 2. yok

Anne sütünü ne kadar süre almış:.....ay olarak

EK-2 Çocuklar için Depresyon Ölçeği

MERSİN ÜNİVERSİTESİ	
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	
ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ	
Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılmıştır. Her gruptaki cümleleri dikkatlice okuyunuz. Her gruptan bir cümle seçip, yanındaki numarayı daire içine alınız.	
A	Kendimi arada sırada üzgün hissederim. 0
	Kendimi sık sık üzgün hissederim. 1
	Kendimi her zaman üzgün hissederim. 2
B	İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek. 2
	İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim. 1
	İşlerim yolunda gidecek. 0
C	İşlerimin çoğunu doğru yaparım. 0
	İşlerimin çoğunu yanlış yaparım. 1
	Her şeyi yanlış yaparım. 2
D	Birçok şeyden hoşlanırım. 0
	Bazı şeylerden hoşlanırım. 1
	Hiçbir şeyden hoşlanmam. 2
E	Her zaman kötü bir çocuğum. 2
	Çoğu zaman kötü bir çocuğum. 1
	Arada sırada kötü bir çocuğum. 0
F	Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünürüm. 0
	Sık sık başıma kötü şeylerin geleceğinden endişelenirim. 1
	Başıma çok kötü şeylerin geleceğinden eminim. 2
G	Kendimden nefret ederim. 2
	Kendimi beğenmem. 1
	Kendimi beğenirim. 0
H	Bütün kötü şeyler benim hatam. 2
	Kötü şeylerin bazıları benim hatam. 1
	Kötü şeyler genellikle benim hatam değil. 0
I	Kendimi öldürmeyi düşünmem. 0
	Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapmam. 1
	Kendimi öldürmeyi düşünürüm. 2
İ	Her gün içimden ağlamak gelir. 2
	Birçok günler içimden ağlamak gelir. 1
	Arada sırada içimden ağlamak gelir. 0
J	Her şey her zaman beni sikar. 2
	Her şey sık sık beni sikar. 1
	Her şey arada sırada beni sikar. 0
K	İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım. 0
	Çoğu zaman insanlarla beraber olmaktan hoşlanmam. 1
	Hiçbir zaman insanlarla beraber olmaktan hoşlanmam. 2
L	Herhangi bir şey hakkında karar veremem. 2
	Herhangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir. 1
	Herhangi bir şey hakkında kolayca karar veririm. 0
M	Güzel, yakışıklı sayılırım. 0
	Güzel, yakışıklı olmayan yanlarım var. 1
	Çirkinim. 2
N	Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım. 2
	Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım. 1
	Okul ödevlerimi yapmak sorun değil. 0
O	Her gece uyumakta zorluk çekerim. 2
	Birçok gece uyumakta zorluk çekerim. 1
	Oldukça iyi uyurum. 0
Ö	Arada sırada kendimi yorgun hissederim. 0
	Birçok gün kendimi yorgun hissederim. 1
	Her zaman kendimi yorgun hissederim. 2
P	Hemen her gün canım yemek yemek istemez. 2
	Çoğu gün canım yemek yemek istemez. 1
	Oldukça iyi yemek yerim. 0
R	Ağrı ve sızılardan endişe etmem. 0
	Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim. 1
	Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim. 2
S	Kendimi yalnız hissetmem. 0
	Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim. 1
	Her zaman kendimi yalnız hissederim. 2
Ş	Okuldan hiç hoşlanmam. 2
	Arada sırada okuldan hoşlanırım. 1
	Çoğu zaman okuldan hoşlanırım. 0
T	Birçok arkadaşım var. 0
	Birkaç arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterdim. 1
	Hiç arkadaşım yok. 2
U	Okul başarımla iyi. 0
	Okul başarımla eskisi kadar iyi değil. 1
	Eskiden iyi olduğum derslerden çok başarısızım. 2
Ü	Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum. 2
	Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum. 1
	Diğer çocuklar kadar iyiyim. 0
V	Kimse beni sevmez. 2
	Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim. 1
	Beni seven insanların olduğundan eminim. 0
Y	Bana söyleneni genellikle yaparım. 0
	Bana söyleneni çoğu zaman yaparım. 1
	Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam. 2
Z	İnsanlarla iyi geçinirim. 0
	İnsanlarla sık sık kavga ederim. 1
	İnsanlara her zaman kavga ederim. 2
Toplam puanımı yaz:	

EK-3 Ebeveyn ve Arkadaşlarına Bağlanma Ölçeği

MERSİN ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.

EABE

Aşağıda, anneniz ve babanızla olan ilişkileriniz hakkında cümleler verilmiştir. Her bir cümlede anlatılan durumu ne sıklıkla yaşadığınızı 7 aralıklı ölçek üzerinde, ilgili rakam üzerine çarpı (X) koyarak gösteriniz. Bunu anne ve babanız için ayrı ayrı yapmanızı istenmektedir. Hiçbir maddenin doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Önemli olan her cümle ile ilgili olarak kendi durumunuzu doğru bir şekilde yansıtmamızdır. Anne ve/veya babanızı kaybetmişseniz yetişmeniz en çok katkısı olan kişiyi göz önüne alınız.

Aşağıdaki maddeleri annenizle ilişkinizi göz önünde bulundurarak doldurunuz.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Asla Bazen Daima

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

Aşağıdaki maddeleri babanızla ilişkinizi göz önünde bulundurarak doldurunuz.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Asla Bazen Daima

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

EK-4 Erişkin Beck Depresyon Ölçeği

MERSİN ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.
ERİŞKİN BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Adı soyadı:		Kendimden memnunum.		30
Tarih:		K	Kendimden pek memnun değilim.	1
Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.			Kendime kırgınım.	2
			Kendimden nefrete ediyorum.	3
A	Uzğun ve sıkıntılı değilim.	L	İştahım her zamanki gibi.	30
	Kendimi tüstütlü ve sıkıntılı hissediyorum.		Eskisinden daha iştahsızım.	1
	Hep tüstütlü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.		İştahım çok azaldı.	2
	Ö kadar uzğun ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.		Hiçbir şey yiyemiyorum.	3
B	Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.	M	Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.	30
	Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.		Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.	1
	Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.		Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.	2
	Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.		Her şeyi yanlış yapıyor muyum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.	3
C	Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.	N	Son zamanlarda zayıflamadım.	30
	Gelecek için karamsarım.		Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.	1
	Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.		Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.	2
	Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.		Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.	3
D	Her zamankinden farklı gördüğümü sanmıyorum.	O	Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.	30
	Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyor.		Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor, ama yapmıyorum.	1
	Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.		Kendimi öldürmek isterdim.	2
	Kendimi çok çirkin buluyorum.		Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.	3
E	Kendimi başarısız biri olarak görüyorum.	O	Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.	30
	Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.		Ağrılar, mide sancuları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.	1
	Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.		Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanırım ve kafama başka şeylere vermekte zorlanıyorum.	2
	Kendimi tüstüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.		Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünmüyorum.	3
F	Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.	P	İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.	30
	Her zaman yaptığım işler şimdi gözetimde büyüyor.		Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.	1
	Ufacak bir iş bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.		Çoğu zaman ağlıyorum.	2
	Artık hiçbir iş yapamıyorum.		Eskiden ağlayabiliirdim, ama şimdi istesen de ağlayamıyorum.	3
G	Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.	R	Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.	30
	Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.		Eskisine oranla sekse ilgim az.	1
	Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.		Cinsel isteğim çok azaldı.	2
	Her şeyden sıkılıyorum.		Hiç cinsel istek duymuyorum.	3
H	Uykum her zamanki gibi.	S	Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.	30
	Eskisi gibi uyuyamıyorum.		Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.	1
	Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.		Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.	2
	Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.		Canımı sıkın şeylere bile artık kızmıyorum.	3
I	Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.	T	Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.	30
	Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.		Yaptıklarımın dolayı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.	1
	Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.		Cezamı çekmeyi bekliyorum.	2
	Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.		Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.	3
J	Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.	U	Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.	30
	Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.		Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.	1
	Her şey beni yoruyor.		Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.	2
	Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.		Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.	3
		Toplam BECK-D skoru:		

EK-5 Yakın İlişkilerdekilerde Yaşantılar Envanteri

T.C. MERSİN ÜNİVERSİTESİ Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D. (YIYE)									
<p>Aşağıdaki maddeler romantik ilişkilerinizde hissettiğiniz duygularla ilgilidir. Bu araştırmada sizin <u>ilişkinizde yalnızca şu anda değil, genel olarak neler olduğuyla ve da neler yaşadığınızla ilgilenmekteyiz</u>. Maddelerde sözü geçen "birlikte olduğum kişi" ifadesi ile romantik ilişkide bulunduğunuz kişi kastedilmektedir. Eğer halihazırda bir romantik ilişki içerisinde değilseniz, aşağıdaki maddeleri bir ilişki içinde olduğunuzu varsayarak cevaplandırınız. Her bir maddenin ilişkilerinizdeki duygu ve düşüncelerinizi ne oranda yansıttığını karşılardaki 7 aralık ölçek üzerinde, ilgili rakamı yuvarlak içine alarak gösteriniz.</p>									
		1-----2-----3-----4-----5-----6-----7							
		Hiç	Kararsızım/ fikrim yok				Tamamen		
		Katılmıyorum					katılıyorum		
+	1. Gerçekte ne hissettiğimi birlikte olduğum kişiye göstermemeyi tercih ederim.	1	2	3	4	5	6	7	
	2. Terk edilmekten korkarım.	1	2	3	4	5	6	7	
	3. Romantik ilişkide olduğum kişilere yakın olma konusunda çok rahatımdır.	1	2	3	4	5	6	7	
	4. İlişkilerimi kafama çok takarım.	1	2	3	4	5	6	7	
	5. Birlikte olduğum kişi bana yaklaşmaya başlar başlamaz kendimi geri çekerim.	1	2	3	4	5	6	7	
	6. Romantik ilişkide olduğum kişilerin beni, benim onları önemsemediğim kadar önemsemeyeceklerinden endişe duyarım.	1	2	3	4	5	6	7	
	7. Romantik ilişkide olduğum kişi benimle çok yakın olmak istediğinde rahatsızlık duyarım.	1	2	3	4	5	6	7	
	8. Birlikte olduğum kişiyi kaybedeceğim diye oldukça endişelenirim.	1	2	3	4	5	6	7	
	9. Romantik ilişkide olduğum kişilere açılma konusunda kendimi rahat hissetmem.	1	2	3	4	5	6	7	
	10. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin bana duyduğu hislerin benim ona duyduğum hisler kadar güçlü olmasını isterim.	1	2	3	4	5	6	7	
	11. Birlikte olduğum kişiye yakın olmak isterim, ama sürekli kendimi geri çekerim.	1	2	3	4	5	6	7	
	12. Genellikle, romantik ilişkide olduğum kişilerle tamamen bütünleşmek isterim ve bu bazen onları korkutup uzaklaştırır.	1	2	3	4	5	6	7	
	13. Birlikte olduğum kişiler benimle çok yaklaştığında gergin hissederim.	1	2	3	4	5	6	7	
	14. Yalnız olmaktan endişelenirim.	1	2	3	4	5	6	7	
	15. Özel duygu ve düşüncelerimi birlikte olduğum kişiyle paylaşmak konusunda kendimi rahat hissederim.	1	2	3	4	5	6	7	
	16. Çok yakın olma arzumu bazen insanları korkutup uzaklaştırır.	1	2	3	4	5	6	7	

T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.
(YTYE)

	1	2	3	4	5	6	7
	Hiç Katılmıyorum		Kararsızım/ fikrim yok			Tamamen katılıyorum	
17. Birlikte olduğum kişiyle çok yakınlaşmaktan kaçınmaya çalışırım.	1	2	3	4	5	6	7
18. Birlikte olduğum kişinin beni sevdiğine inanmam için bu konuda bana sürekli güven vermesine ihtiyaç duyarım.	1	2	3	4	5	6	7
19. Birlikte olduğum kişiyle kolayca yakınlaşabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
20. Birlikte olduğum kişileri bazen daha fazla duygu ve bağlılık göstermeleri için zorladığımı hissedirim.	1	2	3	4	5	6	7
21. Birlikte olduğum kişilere güvenip dayanma konusunda kendimi rahat bırakmakta zorlanırım.	1	2	3	4	5	6	7
22. Terk edilmekten pek korkmam.	1	2	3	4	5	6	7
23. Romantik ilişkide olduğum kişilere fazla yakın olmamayı tercih ederim.	1	2	3	4	5	6	7
24. Birlikte olduğum kişinin bana ilgi göstermesini sağlayamazsam üzülür ya da kızarım.	1	2	3	4	5	6	7
25. Birlikte olduğum kişiye hemen hemen her şeyi anlatırım.	1	2	3	4	5	6	7
26. Birlikte olduğum kişinin, bana benim istediğim kadar yakınlaşmak istemediğini düşünürüm.	1	2	3	4	5	6	7
27. Genellikle, birlikte olduğum kişiyle sorunlarımı ve kaygılarımı tartışırım.	1	2	3	4	5	6	7
28. Romantik bir ilişkim olmadığı zaman kendimi biraz kaygılı ve güvensiz hissedirim.	1	2	3	4	5	6	7
29. Romantik ilişkide olduğum kişilere güvenip dayanma konusunda rahatımdır.	1	2	3	4	5	6	7
30. Birlikte olduğum kişi istediğim kadar yakımda olmadığında kendimi hayal kırıklığına uğramış hissedirim.	1	2	3	4	5	6	7
31. Romantik ilişkide olduğum kişiden destek, öğüt ya da yardım istemekten rahatsız olmam.	1	2	3	4	5	6	7
32. İhtiyaç duyduğumda birlikte olduğum kişi yanımda olmazsa kendimi hayal kırıklığına uğramış hissedirim.	1	2	3	4	5	6	7
33. Zor zamanlarımda, romantik ilişkide olduğum kişiden yardım istemek bana iyi gelir.	1	2	3	4	5	6	7
34. Romantik ilişkide olduğum kişiler beni onayladıkları zaman kendimi değersiz hissedirim.	1	2	3	4	5	6	7
35. Rahatlamaya, desteğe, güvene ihtiyaç duyduğumda ve bunun gibi pek çok durumda birlikte olduğum kişiye başvururum.	1	2	3	4	5	6	7
36. Birlikte olduğum kişi benden ayrı zaman geçirdiğinde buna içerlerim.	1	2	3	4	5	6	7