

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

ANABİLİM DALI

**İNTİHAR DÜŞÜNCESİ VE GİRİŞİMİ OLAN
ERGENLERDE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK
VE ERKEN DÖNEM MALADAPTİF ŞEMALARIN
İNCELENMESİ**

BERKİN AKBAYDAR

UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2022

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

ANABİLİM DALI

**İNTİHAR DÜŞÜNCESİ VE GİRİŞİMİ OLAN
ERGENLERDE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK
VE ERKEN DÖNEM MALADAPTİF ŞEMALARIN
İNCELENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

BERKİN AKBAYDAR

Danışman Öğretim Üyesi: Doç. Dr. SEVAY ALŞEN GÜNEY

İÇİNDEKİLER

TABLOLAR.....	vii
KISALTMALAR.....	x
TEŞEKKÜR.....	xi
ÖZET	1
ABSTRACT	3
1.GİRİŞ.....	5
2. GENEL BİLGİLER	8
2.1. İntihar.....	8
2.1.1. İntihar İle İlgili Kavramlar	8
2.1.2. İntihar İle İlgili Kuramlar.....	10
2.1.3. Epidemiyoloji.....	14
2.1.4. Demografik Özellikler.....	16
2.1.5. Risk Faktörleri.....	17
2.2. Psikolojik Dayanıklılık	23
2.2.1. Psikolojik Dayanıklılıkta Nörobiyolojik Faktörler.....	24
2.2.2. Psikolojik Dayanıklılık ve Psikiyatrik Hastalıklar	26
2.3. Duygusal Yılmazlık Kavramı.....	28
2.4. Erken Dönem Maladaptif Şemalar	28
2.4.1. Tanımlanan Şemalar	30
2.4.2. Şemalar ve Psikopatoloji İlişkisi	33
2.4.3. Şemalar ve İntihar Davranışı	34
3. HİPOTEZLER.....	35
4. GEREÇ VE YÖNTEM	36

4.1. Araştırmanın Türü	36
4.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	36
4.3. Araştırmanın Örneklemi	36
4.4. Örneklem Seçimi	37
4.5. Veri Toplama Kaynakları	38
4.5.1. Aydınlatılmış Bilgilendirme ve Onam Formu	38
4.5.2. Sosyodemografik Veri Formu	38
4.5.3. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Formu-Şimdi ve Yaşam boyu Şekli DSM-5 Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) [Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (6-18 Years) – Present and Lifetime Version, K- SADS-PL-DSM-5]	38
4.5.4. Columbia İntihar Riskini Derecelendirme Ölçeği (Columbia-Suicide Severity Rating Scale)	39
4.5.5. Duygusal Yılmazlık Ölçeği (DYÖ)	40
4.5.6. Ergen Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (EPDÖ)	40
4.5.7. Çocuk ve Ergenler için Erken Dönem Uyumsuz Şema Ölçekler Takımı (ÇEŞÖT)	41
4.6. Etik Kurul Onayı	41
4.7. Araştırmanın İstatistiği	41
5.BULGULAR	42
5.1. Katılımcıların Bireysel ve Ailesel Özellikleri	42
5.1.1. Yaş	42
5.1.2. Cinsiyet	42
5.1.3. Eğitim Durumu	43
5.1.4-Ders Başarısı	43
5.1.5-Arkadaş İlişkileri	44
5.1.6-Yaşanılan Ortam	45
5.1.7-Aile Yapısı	46

5.1.8-Anne ve Babaların Eğitim Durumu	46
5.1.9-Kardeş Sayısı ve Sıralaması	47
5.1.10-Mevcut Psikiyatrik Tanılar.....	48
5.1.11-Sigara Kullanımı	50
5.1.12-Alkol Kullanımı	51
5.1.13- Kronik Tıbbi Hastalıklar	51
5.1.14-Travma Öyküsü	52
5.1.15-Aile Özellikleri	52
5.1.16-Kendine Zarar Verici Davranış.....	53
5.2. Hastaların İntihar Girişimlerinin Özellikleri.....	54
5.2.1. İntihar Girişimlerinin Şekli.....	54
5.2.2. İntihar Girişimlerinin Sayısı	55
5.2.3. Geçmişteki Gerçek İntihar Girişimleri	55
5.2.4. Engellenen Girişimler	56
5.2.5. Durdurulan Girişimler	57
5.2.6. Hazırlayıcı Eylemler ve Davranışlar	58
5.2.7. Girişimlerin Gerçek ve Potansiyel Ölümcüllüğü	59
5.3. Hastaların İntihar Düşüncelerinin Özellikleri	59
5.3.1. Caydırıcı Faktörler	59
5.3.2. İntihar Düşüncelerinin Nedenleri.....	59
5.3.3. İntihar Düşüncelerinin Şiddeti	60
5.4. Olgu Grubunun Tahmini Rölatif Riskleri.....	60
5.5. Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	61
5.5.1. Tüm Örneklem Resilience Ölçeklerinin Toplam Puanları Üzerinden Karşılaştırılması	61
5.5.2. Tüm Örneklem Resilience Ölçeklerinin Alt Ölçek Puanları Üzerinden Karşılaştırılması.....	62
5.5.3. Tüm Örneklem Şema Alanı ve Şema Ölçek Puanları Üzerinden Karşılaştırılması ..	64

5.5.4. Şema ve Şema Alanlarının Ergen Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Puanlarıyla Korelasyonu	68
5.5.5. Şema ve Şema Alanlarının Duygusal Yılmazlık Ölçeği Puanlarıyla Korelasyonu	72
6. TARTIŞMA.....	75
6.1. Sosyodemografik Veriler, Bireysel ve Ailesel Özellikler	75
6.2. İntihar Düşünce ve Girişimleri.....	84
6.3. Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	87
6.3.1. Ergen Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Puanları.....	87
6.3.2. Duygusal Yılmazlık Ölçeği Puanları.....	89
6.3.3. Şema Alanı ve Şema Alt Ölçek Puanları	90
6.3.4. Şemalar ve Resilience İlişkisi	95
7.SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	98
7.1. Sonuçlar	98
7.2. Öneriler	101
8. KISITLILIKLAR	102
9.KAYNAKÇA.....	103
10.EKLER	143
EK 1. Sosyodemografik Veri Formu.....	143
EK 2. Ergen Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği.....	147
EK 3. Duygusal Yılmazlık Ölçeği.....	148
EK 4. Çocuk ve Ergenler için Erken Dönem Uyumsuz Şema Ölçekler Takımı (ÇEŞÖT)	
.....	150

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Olgu ve Kontrol Gruplarının Yaş Ortalamalarının Karşılaştırılması	42
Tablo 2. Olgu ve Kontrol Gruplarının Cinsiyet Dağılımı Açısından Karşılaştırılması....	43
Tablo 3. Olgu ve Kontrol Gruplarının Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılması.....	43
Tablo 4. Olgu ve Kontrol Gruplarının Ders Başarısı Açısından Karşılaştırılması.....	44
Tablo 5. Olgu ve Kontrol Gruplarının Arkadaş İlişkileri Açısından Karşılaştırılması.....	44
Tablo 6. Olgu ve Kontrol Gruplarının Yaşadıkları Ortam Açısından Karşılaştırılması	45
Tablo 7. Olgu ve Kontrol Gruplarının Aile Yapısı Açısından Karşılaştırılması.....	46
Tablo 8. Olgu ve Kontrol Gruplarının Anne Eğitim Düzeyi Açısından Karşılaştırılması.....	46
Tablo 9. Olgu ve Kontrol Gruplarının Baba Eğitim Düzeyi Açısından Karşılaştırılması.....	47
Tablo 10. Olgu ve Kontrol Gruplarının Kardeş Sayısı Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	47
Tablo 11. Olgu ve Kontrol Gruplarının Doğum Sıralarının Karşılaştırılması.....	48
Tablo 12. Olgu ve Kontrol Gruplarının Psikiyatrik Tanılar Açısından Karşılaştırılması.....	49
Tablo 13. Olgu ve Kontrol Gruplarının Psikiyatrik Tanı Sayısı Açısından Karşılaştırılması.....	50
Tablo 14. Olgu ve Kontrol Gruplarının Depresyon ve Anksiyete Komorbiditesi Açısından Karşılaştırılması.....	50
Tablo 15. Olgu ve Kontrol Gruplarının Sigara Kullanımı Açısından	

Karşılaştırılması.....	51
Tablo 16. Olgu ve Kontrol Gruplarının Alkol Kullanımı Açısından Karşılaştırılması...	51
Tablo 17. Olgu ve Kontrol Gruplarının Kronik Hastalıklar Açısından	
Karşılaştırılması.....	52
Tablo 18. Olgu ve Kontrol Gruplarının Travma Öyküsü Açısından Karşılaştırılması...	52
Tablo 19. Olgu ve Kontrol Gruplarının Soygeçmiş Özellikleri Açısından	
Karşılaştırılması.....	53
Tablo 20. Olgu ve Kontrol Gruplarının Yaşamboyu Kendine Zarar Verici Davranışlar	
Açısından Karşılaştırılması.....	54
Tablo 21. İntihar Girişim Grubunun Yaşamboyu Gerçekleşen İntihar Girişim	
Türleri.....	55
Tablo 22. İntihar Girişim Grubunda İntihar Girişimlerinin Sayısı.....	55
Tablo 23. Olgu ve Kontrol Gruplarının Geçmiş İntihar Girişimlerine Göre	
Karşılaştırılması.....	56
Tablo 24. Olgu ve Kontrol Gruplarının Engellenen İntihar Girişimleri Açısından	
Karşılaştırılması.....	57
Tablo 25. Olgu ve Kontrol Gruplarının Durdurulan İntihar Girişimleri Açısından	
Karşılaştırılması.....	58
Tablo 26. Olgu ve Kontrol Gruplarının İntihar Girişimi Öncesi Hazırlayıcı Eylemler	
Açısından Karşılaştırılması.....	58
Tablo 27. İntihar Düşünce Grubunda İntihar Düşüncelerine Engel Olan Caydırıcı	
Faktörlerin Dağılımı.....	59
Tablo 28. İntihar Düşünce Grubunda İntihar Düşüncelerinin Nedenlerinin Dağılımı...	60
Tablo 29. İntihar Düşünce Grubunda İntihar Düşüncelerinin Şiddetinin Dağılımı.....	60
Tablo 30. İntihar Girişim Grubunun İntihar Düşünce Grubuyla Kikare Testiyle	
Karşılaştırılması.....	61

Tablo 31. Olgu ve Kontrol Gruplarının EPDÖ Toplam Puanları Açısından Karşılaştırılması.....	61
Tablo 32. Olgu ve Kontrol Gruplarının DYÖ Toplam Puanları Açısından Karşılaştırılması.....	62
Tablo 33. Olgu ve Kontrol Gruplarının EPDÖ Alt Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması.....	63
Tablo 34. Olgu ve Kontrol Gruplarının DYÖ Alt Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması.....	64
Tablo 35. Olgu ve Kontrol Gruplarının Şema Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması.....	65
Tablo 36. Olgu ve Kontrol Gruplarının Şema Alanı Puanları Açısından Karşılaştırılması.....	67
Tablo 37. Şemaların Ergen Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puanı, Aile Desteği, Akran Desteği ve Okul Desteği Alt Ölçek Puanlarıyla Korelasyonu.....	69
Tablo 38. Şemaların Ergen Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Uyum, Mücadele ve Empati Alt Ölçek Puanlarıyla Korelasyonu.....	71
Tablo 39. Şemaların Duygusal Yılmazlık Ölçeği Alt Ölçek Puanlarıyla Korelasyonu...	73

KISALTMALAR

K-SADS-PL : Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and

Lifetime Version (Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli)

DYÖ: Duygusal Yılmazlık Ölçeği

ÇEŞÖT: Çocuk ve Ergenler için Erken Dönem Uyumsuz Şema Ölçekler Takımı

EPDÖ: Ergen Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

MDB : Major Depresif Bozukluk

DEHB : Dikkat Eksikliği / Hiperaktivite Bozukluğu

BPB : Bipolar Bozukluk

APA: Amerikan Psikiyatri Birliği

DSM-5: Diagnostic Statistical Manual-5 (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)

CRH: Corticotropin-Releasing Hormon

GC: Glucocorticoid

BDNF: Brain-Derived Neurotrophic Factor

vmPFC: Ventromedial Prefrontal Cortex

TEŞEKKÜR

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini istek ve özveriyle paylaşan değerli hocam Prof. Dr. Neslihan İnal'a , Prof. Dr. Aynur Akay'a, Prof. Dr. Şahbal Aras'a, Doç.Dr. Burak Baykara'ya ve Doç.Dr. Burcu Serim Demirgören'e çok teşekkür ederim. Bölümümüzün kurucusu sayın hocam Prof. Dr. Ayşen Baykara'ya teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, akademik bilgi birikiminden faydalanabildiğim için kendimi her zaman şanslı hissettiğim, tez sürecinde gösterdiği emek ve desteği için minnettar olduğum değerli tez hocam Doç.Dr.Sevay Alşen Güney'e çok teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimime katkıda bulunan değerli hocalarım Prof.Dr. Süha Miral'e, Prof. Dr. Özlem Gencer Kıdak'a, Doç. Dr. Aylin Özbek'e çok teşekkür ederim.Psikiyatri rotasyonum sırasında destekleri ve yardımlarını esirgemeyen hocalarım Prof. Dr. Elif Onur Aysevener, Prof. Dr. Can Cimilli, Prof. Dr. Tunç Alkın, Prof.Dr. Köksal Alptekin, Doç.Dr. Neşe Direk Tecirli, Doç.Dr. Tolga Binbay ve Burak, Yağmur, Buğra, Mahmut, Simge, Bilge başta olmak üzere tüm psikiyatri asistanlarına; Çocuk nörolojisi rotasyonum boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Prof. Dr. Semra Kurul'a, Prof. Dr. Uluç YİŞ'e ve ayrıca tüm çocuk nörolojisi uzman ve asistanlarına; Asistanlık eğitimim boyunca birlikte çalıştığım, 4 yıllık asistanlık sürecimi keyifli ve eğlenceli geçirmemi sağlayan, farklı zamanlarda birçok farklı konuda bilgilerinden istifade ettiğim başta Beste, Cansu, Elif, Seçil, Bari, Serkan, Oğulcan, Berrin, Emin, Oğusan, Ezgi, Bahar, Nurten, Ecem, Zeynep, Berkay, Eren, Nazan olmak üzere tüm asistan ve uzman arkadaşlarıma teşekkür ederim. Ayrıca tez sürecindeki katkıları için Oben, Ceren, Gizem, Ekin, Samet, Eda, Özüm, Nilay ve Fadime'ye çok teşekkür ederim. Uzakta olduğu halde akademik bilgileri ile her zaman yanımda olan, hiçbir zaman yardım elini esirgemeyen, en zor konularda varlığından güven duyduğum Çağatay'a da çok teşekkür ederim. Asistanlık eğitimim boyunca sıcaklık, yardım ve işbirliği gibi alanlarda da birçok şey öğrendiğim ve her zaman desteklerini gördüğüm başta Duygu Hanım, Naciye Hanım, Ozan Bey, Burcu Hanım ve Döndü Abla olmak üzere bölümümüzün tüm personeline ve psikologlarına teşekkür ederim.

Benim için öncelikle aynı bölümdeki varlığı, bilgi birikimi, kültürel derinliği, her zaman pratik ve çözüme yönelik tavrı, tez sürecimdeki desteği ile bir meslektaş olarak hayatıma

girerek asistanlık hayatımın vazgeçilmez bir parçası olan, daha sonra ise tüm bunların ötesine geçerek yaşamımın bir tamamlayıcısı ve hayat arkadaşım haline gelen, sadece mesleki alanla sınırlı kalmayıp hayatımın geri kalan tüm alanlarında yanımda olduğu ve olacağı için heyecan ve mutluluk duyduğum, benim için 5 yıllık asistanlık hayatımın en büyük şansı Buket Belendir'e çok teşekkür ederim.

Bana hiçbir zaman desteğini esirgemeyen, tüm fedakarlıklarını bildiğim, her zaman özgüvenimi, enerjimi ve motivasyonumu arttırarak beni daha iyiye yönelten, sahip olduğum her şeyi borçlu olduğumu bildiğim annem Sıdika Alçıçek'e, babama ve abime çok teşekkür ederim.

Berkin AKBAYDAR İzmir 2022



ÖZET

İNTİHAR DÜŞÜNCESİ VE GİRİŞİMİ OLAN ERGENLERDE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK VE ERKEN DÖNEM MALADAPTİF ŞEMALARIN İNCELENMESİ

Erken dönem maladaptif şemalar (EDMŞ) psikopatoloji gelişimi için risk faktörleri arasında yer almakta, yetişkin örneklemelerinde yapılan çalışmalarda bildirildiği üzere intihar davranışına (İD) yatkınlık yaratabilmektedirler. Psikolojik dayanıklılık (PD) ise yaşamsal stresörler veya intiharla ilişkili risk faktörleriyle karşı karşıya kalındığında, bireyi intihar girişiminden alıkoyan en önemli içsel koruyucu faktördür. Çalışmamızda neden bazı bireylerin sadece intihar düşüncesine sahipken bazılarının intihar girişiminde bulunduğu sorusu psikolojik dayanıklılık ve erken dönem maladaptif şemalar bağlamında araştırılmıştır. 10-18 yaş aralığındaki çalışma kriterlerine uygun hastalar, DSM-5 tanı kriterleri göz önüne alınarak psikiyatrik değerlendirmeleri yapılarak çalışmaya dahil edildi. Son 3 ay içinde intihar girişimi olan grup (İG), son 1 ay intihar düşüncesi olan grup (İD) ve klinik kontrol (KK) grubu olarak 3 grup oluşturuldu. İntihar davranışları Columbia İntihar Riskini Derecelendirme Ölçeği ile; psikolojik dayanıklılık düzeyleri Ergen Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Duygusal Yılmazlık Ölçeği ile; maladaptif şemalar ise Çocuk ve Ergenler için Erken Dönem Uyumsuz Şema Ölçekler Takımı ile değerlendirildi. İD ve İG gruplarında klinik kontrollere göre sigara kullanımı daha sık, geçmiş intihar girişim öyküsü daha fazla, yaşamboyu kendiliğinden durdurulan girişimler daha fazla, kendine zarar verici davranış sıklığı daha yüksek, toplam psikolojik dayanıklılık düzeyleri daha düşük, İD grubunda 5 şema alanında, İG grubunda 3 şema alanında puanları daha yüksek bulunmuştur. İG grubunda, İD grubuna göre ise daha sık alkol kullanımı, daha fazla başkası tarafından engellenen girişim öyküsü ve daha sık gerçek girişim öyküsü görülürken iki grup arasında psikiyatrik tanılar, psikolojik dayanıklılık düzeyleri, duygusal yılmazlık düzeyleri, şema alanı ve şema alt ölçek puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. İD grubunda şema alanı ve şema alt ölçek puanlarının daha yüksek oluşu dikkat çekmiştir. Kopukluk ve Reddedilmişlik Şema Alanı ile toplam psikolojik dayanıklılık seviyeleri arasında orta düzeyde korelasyon saptanmıştır. Toplam duygusal yılmazlık seviyelerinin ise Başkalarına Yönelimlilik Şema Alanıyla orta düzeyde, kalan tüm diğer şema alanlarıyla ise yüksek düzeyde korelasyon saptanmıştır. İD ve İG gruplarının benzer psikolojik dayanıklılık özelliklerine sahip olmaları göz önüne

alındığında erken dönem maladaptif şemaların aktifleşmesi için olası tetikleyicilerin belirlenmesini konu alan çalışmalara ihtiyaç vardır. Ayrıca benzer psikolojik dayanıklılık düzeyleri, İD ve İG gruplarının ayırımında koruyucu faktörlerden öte risk faktörlerinin önemine tekrar dikkat çekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Erken Dönem Maladaptif Şemalar; Psikolojik Dayanıklılık; İntihar Düşüncesi; İntihar Girişimi



ABSTRACT

EXAMINATION OF RESILIENCE AND EARLY MALADAPTIVE SCHEMAS IN ADOLESCENTS WITH SUICIDAL IDEATIONS AND ATTEMPTS

Early maladaptive schemas (EDS) are among the risk factors for the development of psychopathology, and they may predispose to suicidal behavior (ID), as reported in studies conducted with adult samples. Psychological resilience (PD), on the other hand, is the most important internal protective factor that prevents a person from attempting suicide when faced with life stressors or suicide-related risk factors. In our study, the question of why some people only have suicidal ideation while others attempt suicide was investigated in the context of resilience and early maladaptive schemas. Patients aged 10-18 years who met the study criteria were included in the study after their psychiatric evaluations were made considering the DSM-5 diagnostic criteria. Three groups were formed as the group with suicide attempt in the last 3 months (SA), the group with suicidal ideation (SI) in the last 1 month, and the clinical control (CC) group. Suicidal behaviors were evaluated with the Columbia Suicide Risk Rating Scale; psychological resilience levels were evaluated with Adolescent Resilience Scale and Emotional Resilience Scale; maladaptive schemas were evaluated with the Early Maladaptive Schema Scales Questionnaires for Children and Adolescents. Compared to clinical controls, cigarette smoking was more common, a history of suicide attempts was higher, life-long aborted attempts were more frequent, the frequency of self-harming behaviors were higher, the total psychological resilience levels were lower in the SI and SA groups and also the scores were found higher in 5 schema areas in the SI group and in the 3 schema areas in the SA group. Alcohol use, history of interrupted attempts and history of actual attempts were significantly more frequent in the SA group than in the SI group, whereas no significant difference was found between the two groups in terms of psychiatric diagnoses, psychological resilience levels, emotional resilience levels, schema domain and schema subscale scores. It was remarkable that in the SI group, the scores of schema domains were higher. A moderate correlation was found between the Disconnection and Rejection Schema Domain and total psychological resilience levels. On the other hand, total emotional resilience levels were moderately correlated with the Other Orientation Schema Domain and highly correlated with all the remaining schema domains. Considering that the SI and SA groups have similar resilience characteristics; there is a need for studies on identifying possible triggers for the activation of early maladaptive schemas. In addition, similar

resilience levels again draw attention to the importance of risk factors rather than protective factors in the differentiation of SI and SA groups.

Keywords: Early Maladaptive Schemes; Psychological Resilience; Suicidal Ideation; Suicide Attempt



1.GİRİŞ

İntihar davranışı yazında ölüm niyeti taşıyan tüm düşünce ve davranışları içeren genel bir kavram olarak tanımlanmaktadır. Öznel olarak kendini öldürme arzusu, kendini öldürme güdüsü ve ölümü hedefleyen bir eylemde bulunulması en temel özellikleri arasında sıralanır. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) intiharla ilgili terimlerine bakıldığında intihar düşüncesinin ölümü arzulama düşünceleri olarak tanımlandığı, intihar girişiminin ise kişinin ölmeyi hedeflediğinin veya ölmeye niyetinin olduğunun açık veya örtülü kanıtı ile beraber, ölüm ile sonuçlanmayan kendine zarar verici davranış olarak ifade edildiği görülmektedir (1). Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre, 15-24 yaşları arasındaki her 100.000 gençten 13'ü kendi yaşamına son vermektedir (2). Ergenlikte intihar riskini arttıran faktörlere bakıldığında: artan psikiyatrik hastalık oranları, geçmiş intihar girişimleri, ebeveynlerde psikiyatrik hastalık öyküsü, olumsuz yaşam deneyimleri, çocukluk çağı fiziksel ve cinsel istismar öyküsü, ihmal, bağlanma sorunları, kognitif çarpıtmalar, yüksek agresyon düzeyleri, impulsivite ve umutsuzluk göze çarpmaktadır (3,4). Ayrıca beyinde gerçekleşen beyaz cevher artışı gibi yapısal ve işlevsel değişiklikler, özgül hormonal değişiklikler, serotonerjik sistem ve glukokortikoidlere artmış duyarlılık da ergenlik döneminde intihar riskini arttırmaktadır (5)(6). Ergen intiharlarında psikiyatrik hastalık altyapısı önemli bir yer tutmakta olup intihar girişiminde bulunan ergenlerde psikopatoloji sıklığının %90'lara kadar ulaştığı görülmektedir (2)(7). Bu psikiyatrik hastalıklar arasında özellikle duygudurum bozuklukları, şizofreni, madde-alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı ve yeme bozuklukları gibi psikiyatrik hastalıklar oldukça önemli yer tutar (2).

Türkçeye Psikolojik Dayanıklılık olarak tercüme edilen *Resilience* kavramından literatürde zaman zaman “yılmazlık”, “psikolojik sağlamlık”, “kendini toparlama gücü”, “dirençlilik”, “çabuk iyileşme gücü” şeklinde de söz edilmekte olup son yıllarda Türkiye’de giderek daha çok üzerinde araştırmalar yapılmaya başlanmıştır . Psikolojik dayanıklılığı yüksek olan bireyler yüksek riskli koşullara rağmen toparlayabilme, beklenenden iyi sonuç gösterme özelliğine sahiptir: stresörler karşısında işlevselliklerini sürdürebilir, zorlayıcı koşullara ve travmatik yaşam olaylarına uyum sağlayabilirler. Yine bir başka görüşe göre psikolojik dayanıklılık, koruyucu faktörler ve risk faktörleri arasındaki dinamik etkileşim sonucunda ortaya çıkar ve temel hedefi adaptasyondur. Dayanıklılık kavramının, “eğitsel yılmazlık, akademik yılmazlık ve duygusal yılmazlık” şeklinde alt gruplara ayrıldığı görülmektedir (8). Duygusal yılmazlık pozitif düşünce alışkanlığı olup baş edilmesi gereken tek bir olumsuz

olayın üstesinden gelmekten ziyade pozitif düşünme alışkanlıkları ve emosyonel kontrol yetenekleri sayesinde yaşam boyu stresli olaylar karşısında rasyonel kararlar alabilme, tüm yaşamlarını yönetebilme yeteneğini gösterebilmektir. Kavramın can alıcı noktası kişilerin duygularını kontrol ederek, hedeflerine ulaşma ve problem çözme çabalarını devam ettirebilmeleridir (8).

Bilişsel davranışçı terapinin kronik psikiyatrik bozuklukların tedavisinde yetersiz kalması üzerine Young; bilişsel, davranışçı, kişilerarası, psikodinamik, Gestalt, yaşantısal terapiler ve transaksiyonel analiz, bağlanma ve nesne ilişkileri kuramı öğelerini bir araya getiren bütünleştirici bir teori ve terapi yöntemi olan şema terapiyi geliştirmiştir. Şema terapiye göre; psikiyatrik bozuklukların temelinde, çocukluk döneminde temel ihtiyaçların yeterince karşılanmaması nedeniyle ortaya çıkan erken dönem maladaptif şemalar (Early Maladaptive Schemas - EMS) vardır. Erken dönem maladaptif şemalar; çocukluk döneminde oluşan, ergenlik ve sonraki dönemlerde gelişen; anılar, duygular, bilişler ve bedensel duyumlardan oluşan, önemli derecede işlevsiz olan, kişinin kendisine ve başkalarına yönelik algılarını etkileyen ve yaşam boyu sürekli tekrar eden kalıplardır. Young, çocukluk döneminde yeterince karşılanmayan 5 temel duygusal gereksinim sonucunda, 5 şema alanı ve 18 erken dönem maladaptif şema tanımlamıştır. Bu şema alanları: Ayrılma ve Reddedilme, Zedelenmiş Özerklik ve Performans, Zedelenmiş Sınırlar, Başkalarına Yönelimlilik, Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama alanlarıdır. Erken dönem şema alt boyutlarına bakıldığında Terk edilme/İstikrarsızlık, Güvensizlik/Suistimal Edilme, Duygusal Yoksunluk, Kusurluluk/Utanç, Sosyal İzolasyon/Yabancılaşma, Bağımlılık/Yetersizlik, Hastalıklar ve Tehditler Karşısında Dayanıksızlık, Yapışıklık/Gelişmemiş Benlik, Başarısızlık, Hak Görme/Büyüklenmecilik, Yetersiz Özdenetim/Özdisiplin, Boyun Eğicilik, Kendini Feda Etme, Onay Arayıcılık, Olumsuzluk/Karamsarlık, Duygusal Baskılama/Ketleme, Yüksek Standartlar/Aşırı Eleştiricilik, Cezalandırıcılık/Acımasızlık şemaları görülür (9).

Literatüre bakıldığında erken dönem maladaptif şemalar ile intihar arasındaki ilişkiyi karşılaştıran çok az çalışma olmakla beraber sonuç olarak erken dönem maladaptif şemaların intihar eğilimi ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir. Majör depresyon hastalarında intihar davranışına yatkınlık oluşturduğu düşünülen erken dönem maladaptif şemalar erişkin grupta araştırılmış olup çocuk ve ergenlerde ise benzer çalışmalara rastlanmamıştır. Psikolojik dayanıklılık ve intihar arasındaki ilişkiye bakıldığında ise, psikolojik dayanıklılığın, stresörler veya intiharla ilişkili risk faktörleriyle karşılaştıldığında, bireyi intihar girişiminden alıkoyan

yetenek, algılama ya da inanç grubu olduğu; intihara karşı bir içsel koruyucu faktör; stresin zararlı etkilerine karşı koruyan olumlu bir öz değerlendirme olarak anlaşılması önerilmektedir (10). Psikolojik dayanıklılık bireylerin stresörler ile baş etme durumunu olumlu yönde etkilemekte ve intihara karşı koruyucu etki etmektedir. İntihar riski açısından riskli olan psikiyatri hastalarında psikolojik dayanıklılığın irdelenmesinin hastaların baş etme tutumlarını geliştirmeye yönelik önlemlerin alınmasında yol gösterici olacağı düşünülmektedir (11). Erken dönem maladaptif şemaların psikolojik dayanıklılıkla ilişkisine bakıldığında negatif yönde bir ilişki olduğu görülmüştür. Erken dönem maladaptif şemalar psikopatoloji gelişimi için bir risk faktörü iken, psikolojik dayanıklılık koruyucu ve risk faktörleri ile psikopatoloji arasında bir tampon görevi görmektedir (12).

Çalışmamızın stresli ve riskli yaşam koşulları söz konusu olduğunda neden bazı insanların psikolojik olarak daha dayanıklı olduğunu anlamak, bu yetiyi desteklemek ve koruyucu önlemler almak adına psikolojik dayanıklılık araştırmalarını sürdürmek açısından önemli olacağı düşünülmektedir. Zorlu veya riskli yaşam koşullarına rağmen daha pozitif bir yaşam sürdürebilmenin dinamiklerini öğrenmeye yönelik çalışmaların, gençlere daha destekleyici koşullar oluşturmaya da katkı sağlayacağı öngörülmektedir.

Yine çalışmamızda erken dönem maladaptif şemaların intihar davranışının şekli, karakteristiği, geçmiş intihar girişimleri, intihar düşüncelerinin yoğunluğu ile ilişkisine de bakılmış ve neden bazı bireylerin sadece intihar düşüncesine sahipken bazılarının girişimde bulunduğu sorusu erken dönem maladaptif şemalar bağlamında incelenmiştir. Ayrıca çocuk ve ergenlerde erken dönem uyumsuz şemaların psikolojik dayanıklılık ile ilişkisini inceleyen araştırmaların yetersizliğinden dolayı, olumsuz bilişsel şemaların psikopatolojiye katkısını psikolojik dayanıklılık üzerinden çalışılmasının da literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İntihar

2.1.1. İntihar İle İlgili Kavramlar

İntihar ve intihar girişimleriyle ilgili terminoloji dikkatle incelendiğinde kavramların genellikle eyleme yönelik niyetlere, motivasyonlara ve eylemin sonuçlarına ilişkin işaretlere vurgu yaptığı görülür (örneğin, dikkat çekme, rahatlama, sıkıntılardan kurtulma, kendi kendini cezalandırma). Tanımlamaları daha karışık hale getiren bu faktörleri olabildiğince dışarıda tutabilmek için de nötr ifadelerle bağlı kalınması ve intihar, tamamlanmış intihar, intihar girişimi ve intihar eğilimi gibi kavramların kullanılması önerilmektedir. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-5) da, aynı ilkeye bağlı kalarak , özellikle tanımlayıcı olmaları nedeniyle, “intihar” ve “intihar davranışı bozukluğu”, “intihar amaçlı olmayan kendine zarar verme” gibi terimleri kullanmaktadır (13).

Temelinde kendini öldürme arzusunun bulunduğu düşünce ve eylemlere genel bir ifadeyle intihar davranışı denilir ki burada vurgu ölüm arzusundadır. Bu davranışın ölümle sonuçlanması şartı aranmaz, yaralanmayla da sonuçlanabilir. İntihar düşünceleri; herhangi bir eylemde bulunmaksızın sadece intiharı düşünme, arzulama ya da plan tasarımı gibi daha düşünsel alanla sınırlıyken, intihar girişimleri kişinin eyleme geçmesine vurgu yapar. İntihar girişimindeki eylemin yine ölümcül olması gerekmeyip kendine zarar verme veya yaralanmaya neden olabilir ki vurgu sadece eylemdir. Tamamlanmış intihar ise eylemin ölümle sonuçlanmasına vurgu yaparak kişi kendi hayatına kasten son vermiştir. (14)

İntihar eylemlerinin amacının ölüm olup olmaması veya sonucunun ölümle sonuçlanıp sonuçlanmamasına göre farklı kavramlar tanımlamak bir ayırım yapılabildiğine dair izlenim yaratsa da dinamik bir yaklaşımla ele alındığında bu ayırımın daha da zorlaştığı anlaşılr. Eylemin bilinçdışı nedenleri, güdüler ve amacı araştırıldığında kavramlar arası sınırlar daha bulanık hale gelir. Amaçların benzer olduğu, ölüm olduğu eylemlerde sadece sonuca bakılarak kavramsallaştırma yapılması eylemden sonra rastlantısal olarak hayatta kalmayı intihar girişimi olarak kavramsallaştırır. Amacı ölüm olmayan eylemlerin istemeden de olsa ölümle sonuçlanması ise yine sonuca bakılarak tamamlanmış intihar olarak kavramsallaştırılır. Böylelikle buradaki kavramsallaştırmalarda amaç veya sonuca bakarak karar verilmiş olması yetersiz kalmakta ve diğer bilinçdışı süreçleri ihmal etmektedir. İntihar girişimleri ve tamamlanmış intiharlarda amaçların farklı olduğu, güdülenmelerin farklı kaynaklardan

geldiğine inanılır. Amacın çevreden uzaklaşma ya da çevreye yönelme şeklinde farklılaşması, ölme niyetinin şiddetinin yoğunluğunun farklı olması gibi ayrımlara bakılması önerilir. Amaç ve sonuçlar kadar kişilerin güdülenmelerinin kaynakları, problem çözme becerileri, deneyimleri, diğer insanlarla kurdukları ilişkileri, ölümle ilgili bilinçdışı tasarımları da kavramları ayırmada faydalanılması gereken ölçütlerden olmalıdır(15)

İntihar ile ilgili kavramların tanımlarının net olmaması çocuklar ve ergenler arasında intihara yönelik araştırmalarda zorluk yaşanmasına neden olmaktadır. Çünkü intihar davranışı sadece intihar düşüncesi, intihar planları veya eylemlerinden de ibaret değildir. İntihar girişimleri, yarıda kesilen girişimler, durdurulan girişimler ve intihara hazırlık eylemleri de dahil olmak üzere ölme niyetinin olduğu bir dizi davranış vardır.

İntihar eyleminin, sadece kendine zarar verme eylemini değil, aynı zamanda intihar niyetini de vurgulaması, bireyler hayatlarını sona erdirmek dışındaki nedenlerle kendilerine zarar verme davranışlarında bulunduklarında, bu davranışın intihar amaçlı olmayan kendine zarar verme davranışı olarak kavramsallaştırılmasını sağlar. Kasıtlı kendine zarar verme davranışları ise daha genel bir tanım olup niyetleri ne olursa olsun kendine zarar verme davranışlarını içerir (16).

İntihar düşüncesi, kişinin kendi hayatına son verme düşüncesi veya arzusudur. Pasif intihar düşüncesi ölmeyi istemek olarak tanımlanırken; aktif intihar düşüncesi kendini öldürmek istemek veya bunun nasıl yapılacağına dair belirli bir yöntem üzerinde düşünmek olarak tanımlanabilir. Toplum temelli ergen çalışmaları intihar düşüncesi olan ergenlerde bu düşüncelerin tipik olarak orta sıklıkta (örneğin haftada 1 düşünce) görüldüğünü, ve düşüncelerin şiddetinin genellikle hafif ila orta arasında değiştiğini göstermiştir (17)(18). İntihar girişimi, kişinin kendi hayatına kasten son vermeyi amaçlayan bir eylemdir. Gençler arasında en yaygın yöntem tipik olarak aşırı doz ilaç kullanımı, ardından ası ile boğulma ve kesici alet kullanımıdır (19). Tamamlanmış intihar ise kişinin kendi hayatına kasten son vermek için yaptığı ölümle sonuçlanan eylemdir. Tamamlanmış intiharlar için kullanılan yöntemlere bakıldığında gençler arasında en sık ası ile boğulma, aşırı doz ilaç kullanımı ve ateşli silahların kullanımı görülür (20)(21) .

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA)'nin intiharla ilgili tanımlamalarına bakıldığında ise intihar kavramının yine ölüm arzusu ve bu arzuya yönelik gizli veya açık kanıtlarla beraber kişinin kendisini öldürmesi olduğu görülür (22). Aynı tanıma göre kişi hayatını

sonlandıramadıysa ve sadece kendine zarar verici bir davranış olarak kaldıysa intihar girişimi adını alır. İntihar düşüncesi ise ölümü isteme, ölümü arzu etme düşünceleri olup niyetin yoğunluğu ve hangi intihar planının yapıldığına göre değişir. İntihar niyeti: Kişinin sübjektif ve içsel bir arzuyla hayatına son verme güdüsüdür. Durdurulmuş intihar girişimi: Kişinin ölmeyi arzuladığına dair tüm gizli veya açık kanıta rağmen fiziksel hasar ortaya çıkmadan durdurulduğu, kendine zarar verme olasılığının bulunduğu davranıştır. İntihar davranışının ölümcüllüğü ise nesnel ölüm tehlikesidir (23).

2.1.2. İntihar İle İlgili Kuramlar

2.1.2.1. Sosyolojik Kuramlar

Emile Durkheim (1858-1917)'a göre üç ayrı intihar türü var olup bunları Bencil (Egoistic) İntihar, Elcil İntihar (Altruistic) ve Kuralsızlık İntiharı (Anomik) olarak gruplandırır. Bencil İntihar, intihar kavramının ilkel toplumlarda görülmediğini, modern yaşamda bireyin yalnızlaşması, bireycilik adı altında aile, toplum, sosyal çevre ve din gibi kendisini daha bütünlük içinde hissetmesini sağlayacak kurumlarla bağlarının zayıflaması sonucu arttığını vurgular (24). Elcil intihar ise daha çok ilkel toplumda görüldüğü savunulan, bireyin toplum karşısında baskı altında kalıp kendi ihtiyaçlarını feda etmek zorunda bırakıldığı, toplumsal beklentileri gidermek zorunda olduğu ve aksi taktirde şerefini kaybetmek gibi yaptırımlarla karşılaştığı bir intihar türüdür (25). Köle sahipleri öldüğünde kölelerin intiharı, eşleri öldüğünde kadınların intiharı, yaşlılığa bağlı veya ölümcül hastalıklara bağlı çalışamaz hale gelen kişilerin intiharı, dini oluşumlarda görülebilen toplu intiharlar, ülkemizde görülebilen töre intiharları, Japonya ve Hindistan'da sık görülen bireyin kendi yaşam gayesi olarak kabul ettiği mistik hedefine ulaşmak için kişisel varlığından soyunmak amacıyla gerçekleştirdiği intiharlar bu gruba örnektir.

Kuralsızlık İntiharı (Anomik) ise toplumun düzenleyici gücünü vurgulayarak bireyin dizginlenemez istek ve arzuları üzerinde toplumsal yasaların dengeleyici unsur olduğunu, ancak iyi yönde veya kötü yönde herhangi bir toplumsal ani değişimin bu düzenleyicilik işlevini devre dışı bırakarak intihara neden olabileceğini savunur (26). Halbwachs'ın Psiko-Toplumbilimsel İntihar Kuramı'na göre ise intihar nedenleri öncelikle kişinin yakın çevresince fark edilen görünürdeki nedenler ve olaylar; sekonder olarak hekim ve psikologların ön planda gördüğü psikiyatrik ve organik rahatsızlıklar ve son olarak sosyologların işaret ettiği toplumsal çevre ve statü gibi kavramlarda yatar. Bu kurama göre yaşadığı toplumun sorunlarından şikayetçi olan

bireye intiharı önleme açısından o toplum yardımcı olamaz (27). Gibbs ve Martin'in Toplumsal Bütünleşme Kuramı'na göre ise bireyin ötekinden beklentileri ile toplumun bireyden beklentileri bireyin topluluk içindeki statüsüne uygun olmalı, yani statü entegrasyonu sağlanmalıdır. Toplumla uyumsuz statüler veya nadir görülen statü birleşimleri intihar riskini artırır. Üst ve alt sınıflardaki intihar hızlarının orta sınıftan yüksek olması bu kuramı destekler (28). Henry ve Short'un Engellenme-Saldırganlık Kuramı'na göre ise bireyin dış çevre tarafından engellenmesi sonucu hedefine ulaşamaması saldırganlığa neden olur ve kişi bu saldırganlığı başkasına yöneltirse cinayet, kendisine yöneltirse intihar olarak sonuçlanır (29). Bunun sonucu olarak zorlukları dışsallaştırma eğiliminde olan düşük toplumsal statülü bireylerde cinayet hızları yükselirken, kendini suçlama eğilimi fazla olan yüksek statülü bireylerde intihar hızları yükselir (30). Lester'in Kritik Kitle Kuramı'na göre ise toplumda yüksek intihar hızları hem taklit yoluyla hem toplumun intiharlarla tanışmasının artması yoluyla bireysel intihar hızlarını da ivmelendirir (31). Lester'in Alt Kültür Kuramı'na göre ise toplumla bütünleşmesi iyi olmayan bireylerin özellikle okul, cezaevi, psikiyatri hastanesi gibi intiharın uygun bir davranış olarak görüldüğü muhtemel alt kültür gruplarıyla temas etmesi intihar riskini arttırabilir (32).

2.1.2.2. Psikanalitik Kuramlar

Freudiyen açıdan intiharın mekanizmasına bakıldığında nesnelere yönelik bilinç düzeyinde sevgi, bilinçdışında ise nefret olmak üzere ambivalan duygular mevcuttur ve sevgi nesnesinin kaybı ile beraber bu duygular intihara zemin hazırlar. Ego kayıp sevgi nesnesini içe alarak özdeşim kurar ve ardından nesneye yönelik saldırgan dürtüler özdeşleşilen bu Ego parçasına yönelir; sonuç olarak içeriye yöneltilmiş saldırganlık söz konusudur (33). İntihar kavramına üst ben-ben ilişkisi açısından bakıldığında ise sadistik bir süperego ve suçluluğu dindirilip rahatlamak için cezalandırılmayı bekleyen bir ego söz konusudur. Freud'a göre ölümün canlı durumdan organik öncesi, tüm gerilimlerin sona erdiği cansız duruma dönme eğilimini içeren ve homeostazisin sağlandığı Nirvana seviyesi olduğu da düşünüldüğünde, intihar saldırganlık kadar haz amacı güden libidinal unsurları da bünyesinde barındırır (34).

Meninger de intihar davranışını öldürme arzusunun neden olduğu bir tür cinayet olarak tanımlar ve ona göre de gerçek nesne yerine içe projekte edilen nesne öldürülür (35).

Nesne ilişkileri kuramı çerçevesinde bakıldığında ise öncelikle Melanie Klein'ın görüşüne göre intiharda tek amaç içe alınan kötü nesnenin yok edilmesi olmayıp aynı zamanda

iyi nesnenin de korunması ve hatta depresif hastalarda bu iyi nesne ile bütünleşme arzusudur. Paranoid Şizoid Konum'un ardından kişi Depresif konumda daha önceden nesneye yöneltmiş olduğu sadist fantezilerinden dolayı duyduğu suçluluk duygusundan çıkamazsa, kendi yıkıcılığını ortadan kaldırmak adına da intihar edebilir (36). Otto Kernberg de intihar davranışında kişinin hedefinin hem çevresi hem kendisi olduğunu ileri sürmüş ve intiharı habis (kötücül) narsizm ile bağlantılandırarak temelinde şiddetli bir nefret duygusunun var olduğunu savunmuştur. İntihar davranışında birey diğer insanları oldukça yoğun kötücül duygularla içselleştirir ve bütünleştiremediği için de kaotik bir durumla sonuçlanır (37).

Winnicott ise intihar davranışını bir kendilik ve kişilik sorunu olarak görür. Sahte kendilik nedeniyle otoritesini, bağımsızlığını ve yaratıcılığını başkaları uğruna kaybeden, kendi ihtiyaçlarını bile karşılayamayan kişi gerçek kendiliğinin yok olma tehdidi altına girdiğini hisseder ve onunun yörüngesine tekrar girebilmek için uğraşır. İntihar ederek tüm kendiliğini ortadan kaldırmaya teşebbüs ediyormuş gibi görünse de esas amacı gerçek kendiliğini aşağılanmaktan kurtarmaktır. Bu nedenle intihar davranışı bu sistem içerisinde anlamı olan, tutarlı ve hedef odaklı bir eylemdir (38). Kohut'a göre ise intiharın temelinde katlanılamayan kusurluluk duygusu ve isimsiz utançtan kurtulma arzusu ve buna yönelik doyum arayışı yatar. Ayrıca kendilik nesnesi olarak ifade edilen, yani kendiliğinin sürdürülmesini sağlayacak bir nesnenin zihinsel tasarımının yokluğu sonucu parçalanma kaygısı oluşur ki intihar davranışı sayesinde bu kaygı dindirilmeye çalışılır (39).

2.1.2.3. Bilişsel Davranışçı Modeller

Beck'in intihar kavramı ile ilgili bilişsel yaklaşımı incelendiğinde felaketleştirme, olumsuzluğu aşırı büyütme ve aşırı genelleme gibi kognitif çarpıtmaların oldukça önemli yer edindiği görülür. Bu çarpıtmalar sonrasında umutsuzluk ve çaresizlik ortaya çıkar ki Beck'e göre intihar ile doğrudan ilişkilidir (40). Shneidman'a göre ise intihar davranışının amacı ruhsal acılara katlanılamadığı için çözüm aranması olup yaşam içindeki kaynaklar tükenmiştir. Ayrıca kişi, çevresindekileri harekete geçirme güdüsü de taşımaktadır (40). Rudd'a göre ise kişiyi intihar davranışına sürükleyen, bireysel risk faktörlerindeki artış sonucu aktiflenen İntihar Modudur (41). Wenzel'e göre ise intihar davranışının oluşabilmesi için 3 temel yapı gerekir ki kuramını Beck'in bilişsel kuramına dayandırmıştır. Bunlar: yatkınlık faktörleri, psikiyatrik hastalıkla ilgili bilişsel süreçler ve intihar eylemi ile ilgili bilişsel süreçler (42). Yatkınlık faktörleri incelendiğinde dürtüsellik, problem çözme becerisindeki eksiklik, aşırı genelleşmiş bellek, sürekli uyumsuz bilişsel tarz ve kişilik ön plana çıkar. İntihara eğilimli bireyler

sorunlarını çözerken alternatif yolları üretmekte sığ kaldıkları gibi kaçınma ve yadsıma gibi yollara daha çok başvururlar. Aşırı genelleşmiş bellek ise kişinin anılarını detaylarıyla beraber tam hatırlayamaması olup bu durum güncel zorluklara çözüm üretirken geçmiş deneyimlerinden faydalanamamaya sonuçlanır. Sürekli uyumsuz bilişsel tarz ise kişinin intihar düşüncesi olsun olmasın tüm yaşamına egemen olan dikotomik düşünme, olumluyu yok sayma gibi kognitif çarpıtmalarıdır. Kişilik olarak ise mükemmeliyetçilik ve nörotisizm intihar davranışına yatkınlık yaratabilir. Psikiyatrik hastalıkla ilgili bilişsel süreçlerden kast edilen ise kişinin psikiyatrik hastalıklara özgü olarak aktifleşen şemalarıdır. İntihar eylemi ile ilgili bilişsel süreçlere bakıldığında ise sürekli umutsuzluk şeması, katlanamama şeması, bilgi işleme yanlışlıkları, dikkat yanlılığı/seçiciliği, dikkatin saplanması ön plana çıkar. Dikkat yanlılığı kişinin ölüm, umutsuzluk, kendini öldürme, ızdırap gibi temaları olan günlük ayrıntılara yönelik bir dikkat yönelmesidir. Dikkatin saplanması ise intihar davranışı öncesinde görülen irritabilite, kendini sakinleştirememeye, hareketlilik, çözüm yollarının daralması ve kendini öldürme düşüncesine fikse olup akılcı karar verememe halidir (42).

2.1.2.4. Kişilerarası Psikolojik İntihar Kuramı

Thomas Joiner tarafından ileri sürülen bu kuram ise bireysel etmenler ve toplumsal etmenler şeklinde iki farklı uca hapsedilen intihar kavramını tüm bu etmenleri entegre ederek açıklamayı denemiştir (43). Kuramın üç temel kavramı mevcuttur:

Engellenmiş Aidiyet: Kişinin ait olma gereksinimi doğal bir ihtiyaç olup doyurulmadığı takdirde intihar düşüncesine yatkınlık yaratır.

Algılanan Yük Olma: Bireyin çevresine, ailesine yük olduğunu hissetmesi kendini algılamasını da olumsuz etkilemekte, özsaygısını düşürmekte ve intihara yatkın hale getirmektedir.

Edinilmiş İntihar Yeterliği: Az önceki iki kavram intihara yatkınlık yaratsa da tamamlanmış intihar için yeterli değildir. Çünkü ölüm kaygısı ciddi bir engel teşkil eder ve aşılabilmesi için ölüm korkusunun ortadan kalkması gerekir (44). Bunun gerçekleşebilmesi için ise kişinin fiziksel acı eşiğinin yükselmesi gerekmektedir. Kazalar, fiziksel travmalar, ameliyatlar, sakatlıklar, kendine zarar verici davranışlar ve hatta dövme yaptırmak bile bu eşiği yükselterek kişinin acıya dayanmasını kolaylaştırır. Tüm bunların üzerine aidiyette azalma ve çevreye yük olma algısı da eklenince intihar davranışına yatkınlık oluşur (45) .

2.1.3. Epidemiyoloji

İntihar halk sağlığını ilgilendiren en önemli meselelerden biridir. Çünkü intihar, 10 ile 24 yaş arasındaki gençlerde üçüncü önde gelen ölüm nedenidir (46). Genel olarak intihar girişimleri ve planları 12 yaşından 15 yaşına kadar lineer olarak artarken, 15-17 arası bu artış yavaşlayarak devam eder (47).

Gençler arasında intihar düşüncelerinin prevalansı %19,8-%24,0; intihar girişimlerinin yaşam boyu prevalansı ise %3,1-%8,8 arasındadır. Dolayısıyla intihar girişimleri düşüncelere göre daha az yaygındır (48). Bu girişimlerin %20-40 oranında önemli bir kesimi herhangi bir planın yokluğunda gerçekleşse de, ergen intihar girişimlerinin genellikle yine de bir plan bağlamında gerçekleştiği söylenebilir (49) .

İntihar düşünceleri 10 yaş öncesi nadir görülür ve prevalansı 12-17 yaş arasında hızla artar (50). Tamamlanmış intihar girişimleri ise 15-19 yaşları arasında giderek yaygınlaşmakta olup çocuklar arasında daha az sıklıkta görülür. Ancak 5-8 yaşlarında da bildirilmiş intihar vakaları mevcuttur (51,52) .

Ölüm kavramının irreversible, süreklilik arz etmeyen bir sona eriş, tüm canlıları ilgilendiren evrensel bir gerçek oluşu ve deterministik bir temel üzerine gerçekleştiği gibi özelliklerini çocuk ancak ergenlik dönemine girince genel hatlarıyla algılayabilir (53). Dolayısıyla intihar kavramının ergenlikle birlikte gündemi daha çok işgal etmesi, ölüm kavramının tüm yapı taşlarıyla anlaşılmış olması ve bunun sonucunda intiharı düşünebilme yetisinin gelişmesiyle bağlantılıdır. 7 yaş çocuğu için kendisinin de ölebileceği gerçeği ne kadar müphem ise 10 yaş sonrası bir çocuk için ölüm artık sadece başkalarının başına gelmeyen, çocuğu da ilgilendiren bir olgudur. 12-18 yaş arası soyut işleme döneminde ölümün irreversible özelliği de eklenince intihar için gerekli zemin sağlanmış olur (54). Ergenlik döneminin psikopatoloji sıklığı açısından da çocukluk dönemine göre daha farklı olması yine intihar kavramının bu dönemde gündeme gelmesinin bir başka nedenidir. İntihar girişiminde bulunan ergenlerin %90'ında psikiyatrik hastalık mevcut olup özellikle majör depresif bozukluk, bipolar bozukluk gibi hastalıklarla yakından ilişkilidir (55) Ayrıca ergenlikte limbik sistem, prefrontal kortekse göre daha hızlı olgunlaşır ki intihara yatkınlık yaratan dürtüsellik özelliğinin oluşması kolay hale gelir. Prefrontal korteks karar verme yetisi ve emosyonel regülasyon açısından oldukça önemlidir. Dolayısıyla ergenlik döneminin beyin yapısındaki gerek yapısal gerek fonksiyonel dönüşümler de intihar için önemlidir (54).

İntihar ölüm oranları Sovyet sonrası ülkelerde (örneğin Litvanya, Letonya, Özbekistan) çarpıcı bir şekilde yüksek olup, oranlar ergenler ve genç yetişkinler için 100.000'de 14.5 ile 24,3 iken çocuklar ve ön ergenler için 100.000'de 0,3 ila 2,8 arasında değişmektedir. Gençler arasında intihar oranlarının yüksek olduğu diğer ülkeler arasında Yeni Zelanda, Finlandiya ve Japonya da yer almaktadır. Yeni Zelanda, tüm yaş gruplarında genel olarak nispeten düşük bir intihar oranına sahipken genç intihar oranları daha yüksektir. Litvanya ve Letonya gibi ülkeler hem genç hem de genel intihar oranları açısından üst sıralarda yer almaktadır (56) .

Ergen intiharları ülkemiz içinde önemli bir halk sağlığı meselesi olup intihar hızlarında 1994-2003 yılları arasında artış görülürken 2004-2013 yılları arasında dikkate değer bir değişiklik tespit edilmemiştir (54). Yine 2017 yılında 15 yaş öncesi intiharlar üm intiharların %2,1'ini kaplarken, 15-19 yaş grubundakiler ise %10,8'ini meydana getirmektedir (57). Aynı sene tamamlanmış intihar sayısı 3 bin 168 iken 2018 yılında 3 bin 161 kişi olarak saptanmıştır. Cinsiyete göre dağılım %75,6 oranında erkek cinsiyet, %24,4 oranında ise kadın cinsiyet olarak tespit edilmiştir. Kaba intihar hızı, 2017 yılında yüz binde 3,94 iken 2018 yılında yüz binde 3,88'e düşmüştür. Başka bir deyişle 2018 senesinde her yüz bin kişiden yaklaşık dördü intihar etmiştir (58).

İntihar düşünceleri olan ergenlerin intihar düşünceleri olmayan ergenlere kıyasla 30 yaşına kadar intihar girişiminde bulunma ihtimalleri hemen hemen 12 kat daha fazladır (59). Takip sürecinde bu ergenlerin üçte birinden fazlası intihar girişiminde bulunmaktadır (50). Hatta yataklı tedaviye alındıktan sonra bile pek çok ergenin intihar düşünceleri sebat etmektedir (60). Bu düşüncelerin bilhassa sık, ciddi ve kronik doğada olmaları intihar girişimini kolaylaştırabilmektedir (60). Yine de düşünce düzeyinden girişim düzeyine geçiş yapan ergenlerin çoğunluğu, bunu düşüncenin başlangıcından 1-2 sene sonra gerçekleştirir (61). Bu geçiş sürecinin kolaylaşmasında depresyon/distimi, yeme bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, davranım bozukluğu, aralıklı patlayıcı bozukluk gibi psikiyatrik hastalıklar da oldukça etkili rol oynamaktadır (50) .

Tüm bunlardan da anlaşıldığı üzere, intihar girişimi, intihar düşüncesine göre biraz daha geç bir başlangıç yaşına sahiptir. Seyrine bakıldığında 12 yaşından önce nadir olmakla birlikte prevalansının ergenlik döneminde arttığı 20'li yaşların başında ise stabilize olduğu görülür (61). Klinik gruplarla yapılan çalışmalara göre, geç ergenlikten sonraki intihar girişimlerinin çoğunun yeniden denemeler şeklinde olduğu ve bu denemeler arasındaki sürenin git gide

kısıldığı bulunmuştur (62). Gelecekteki intihar girişimi açısından geçmiş intihar denemelerinin niteliğinin ve niceliğinin öngörücü olduğu bilinen bir gerçektir. Geçmişteki herhangi bir deneme, ilerideki tekrarlama riskini hemen hemen 10 katına kadar arttırır (63). Bilhassa girişim sonrası ilk 1 sene %15-30 arasında olan risk, seneler geçtikçe ise düşmektedir (63). Geçmişte nasıl bir girişimin tercih edildiği de oldukça önemli bir öngörücü olup ateşli silah ve ası gibi teknikler gelecek açısından daha risklidir (64).

2.1.4. Demografik Özellikler

2.1.4.1. Cinsiyet

İntihar davranışının prevalansı veya klinik şiddeti açısından cinsiyetler arasında yaklaşık 11 yaşına kadar belirgin bir fark yoktur (65). Son bulgular, başlangıç yaşlarında küçük farklılıklar olabileceğini; özellikle intihar düşüncelerinin kızlarda, intihar girişiminin ise erkeklerde daha erken başlayabileceğini ifade etse de farklı klinik şiddetlerde durum değişebilir. Genel olarak yapılan birçok araştırmaya göre kız ergenlerde erkek ergenlere göre daha fazla intihar düşüncesi görülürken intihar girişiminde bulunma olasılıkları da daha yüksektir. Erkek ergenlerin ise intihar girişimleri daha fazla ölümle sonuçlanır (66)(67)(68)(69). Gençler arasındaki intihar ölüm oranlarındaki bu cinsiyet farkı, yetişkinler arasında bulunan cinsiyet farklarını taklit etme eğilimindedir, öyle ki erkek ergen ve genç erkekler, kız ergenlerin ve genç kadınlarınkinin iki katından ve bazen üç katından fazla bir oranda intihar ederek ölürlere (56). 2013 yılı rakamlarına göre ülkemizde de tamamlanmış suisid oranları erkekler için %72.7 ve kadınlar için %27.3 olarak bulunmuştur (70). Erkeklerde tamamlanmış intihar nedenlerine bakıldığında alkol madde tüketimi ve yüksek saldırganlık gibi özelliklerin daha tehlikeli ve riskli yöntemlerin tercih edilmesine yol açabileceği düşünülmektedir (64). Ayrıca suisid girişiminde bulunan kız ergenlerde daha introvert semptomlar görülürken erkek ergenlerde ekstravert bulguların ön planda olduğu, dolayısıyla cinsiyetler arasında intihar davranışının kökenlerine yönelik değişiklikler olabileceği düşünülmektedir (71).

2.1.4.2. Yaş

İntihar davranışının niteliği, gerçekleştiği yaş dönemleriyle de ilişkilidir. Daha ileri yaştaki ergenlerin intihar nedeniyle ölme olasılığı, çocuklara ve genç ergenlere göre daha fazladır (72)(73). 2013 yılı rakamlarına göre ülkemizde bu oranlar 14 yaş ve öncesi için 100.000’de 0.45; 15-19 yaş arası için ise 100.000’de 6,06 olarak dağılım göstermiştir (70). Daha

büyük ergenler arasındaki bu artmış eğilim, en azından bir şekilde, madde kötüye kullanımı ve intihar niyetinin arttığı psikopatolojilerin daha yaygın olmasına bağlanmaktadır (73). İntihar yöntemlerinin seçiminde de yaşlara göre dikkate değer paternler mevcuttur. Örneğin, ası ile boğulma ergenlere kıyasla çocuklarda daha yaygındır (74)(75)(76). Kesici delici alet kullanımı ise yetişkinlere kıyasla ergenler arasında daha yaygındır (77).

2.1.4.3 Kullanılan Yöntemler

Ülkemizde çocuk ve ergenlerin başvurduğu suisid methodlarının da erişkinlerle benzer bir paterne sahip olduğu bilinmektedir (78). Tamamlanmış suisidlerin yarısı ası ile boğulma olup ardından ateşli silah kullanımı, yüksekten atlama, ilaç ve kimyasal madde kullanımı gelmektedir. Ülkemizde cinsiyetler arası ayrımın en gözle görülebilir düzeyde belirginleştiği yöntem ateşli silah kullanımı olup erkeklerde daha fazladır. Ancak ateşli silah kullanımı açısından çocuk ve ergen grubu için böyle bir cinsiyet ayrımı yoktur. Yine erkekler için ası, kızlar için ise yüksek yerden atlama ve ilaç, kimyasal madde tüketimi daha sık kullanılan yöntemlerdendir (78) .

2.1.5. Risk Faktörleri

Çocuk ve ergen intiharlarının özellikleri yetişkin intiharlarından farklıdır (79). Depresyon, bu yaş grubunda intihar eğilimi ile güçlü şekilde ilişkilidir (80). Ancak her koşulda depresyonun mevcut olmaması, depresyonda olmayan ergenlerde de intihar düşüncesi ve/veya intihar girişiminin görülebilmesi, intihar davranışının birden fazla etmenin bir araya gelmesinin sonucu olduğunu düşündürür (81)(82)(83). Ayrıca, depresif çocuk ve ergenlerin tümünde intihar düşüncesi veya davranışı görülmez ki sosyal faktörlerin, mizaç özelliklerinin de işin içine karıştığı daha biyopsikososyal bir etkileşim söz konusudur (84)(85).

2.1.5.1. Duygudurum Bozuklukları

Suisid girişimleri ile psikiyatrik hastalıklar arasındaki birliktelik 15 yaş altı çocuk ve ergenler için daha belirgindir (86). Çocuk ve ergen intiharlarının kökenlerine yönelik yapılan çalışmalarda gerek klinik örneklerde gerek klinik olmayan örneklerde depresyon önemli bir etmendir (87)(88)(89). Diğer psikiyatrik hastalıklar, cinsiyet, yaş, etnik köken ve sosyoekonomik durum gibi faktörler kontrol edildikten sonra bile, Majör Depresif Bozukluk intihar girişim riskini 5 kat arttırmaktadır (80)(88)(89).

Çocukluk çağının aksine ergenlik dönemi, depresyonun ortaya çıkması için oldukça elverişli koşullara sahiptir. Bu nedenledir ki depresyon oranları ergenliğe girilmesiyle birlikte

2,5-3 kat artma eğilimi gösterir (90). Depresyondaki ergenlerle yapılan bir çalışmada %60– 70 oranlarında intihar düşünceleri ve %13–39 oranlarında da intihar girişimleri görüldüğü saptanmıştır (91). Yapılan başka bir araştırmaya göre de çocukluk çağı depresyonu olan hastaların takip süreçlerinde %85'lere varan oranlarda intihar düşüncesinin olduğu, yaklaşık üçte birinin de ergenlik ve genç erişkinlik sürecinde girişimde bulunduğu görülmüştür (92). Depresyona eşlik eden davranım bozukluğu, kaygı bozukluğu gibi komorbiditeler depresif belirtileri daha da yoğun hale getirmeleri nedeniyle suicidal düşünceleri arttırmaktadır (93).

İntihar davranışı ile MDB arasındaki ilişki sadece klinik olarak tanının var olup olmamasına indirgenmemelidir. Belirtilerin yoğunluk derecesi; uykusuzluk, odaklanma ve dikkat güçlüğü, umutsuzluk gibi özellikli belirtilerin olup olmaması da oldukça belirleyicidir (94). Hatta bir çalışmaya göre subklinik depresif belirtiler ve distimik bozukluk gibi klinik görüngüler de suicidal düşünce ve davranışlarına major depresyon kadar etkili bulunmuştur (95).Yine başka bir çalışmaya göre sadece Beck Depresyon Ölçeği üzerinden araştırılan depresif semptomatolojinin intihar davranışı ile umutsuzluk arasındaki ilişkiye aracılık ettiği görülmüştür (96). Gelecek intihar girişimlerini öngörmeye yönelik çalışmalar da oldukça önemli olup depresyondaki toplam semptom sayısı, değersizlik düşüncelerinin yoğunluğu gibi parametreler öngörücülük bakımından anlamlı bulunmuştur (94).

İntihar davranışı ile Bipolar Bozukluk arasında da önemli bir ilişki var olup yapılan bir çalışmaya göre 405 bipolar bozukluk tanılı çocuk ve ergenin hemen hemen üçte birlik bölümünde suicidal girişim öyküsü saptanmıştır (97). Özellikle karma epizod ve Bipolar Bozukluğun psikotik belirtiler ile seyreden alt tiplerinin, intihar riskini arttırdığı görülmektedir (98).

2.1.5.2. Diğer Psikiyatrik Bozukluklar

Çocuklarda ve ergenlerde intihar davranışının birlikte görüldüğü diğer psikiyatrik hastalıklara bakıldığında anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları, bipolar bozukluk, psikotik bozukluklar, affektif disregulasyon, uyku bozuklukları ve dışa yönelim bozuklukları önemli yer tutar (82)(97)(99)(100)(101)(102)(103)(104)(105).

Kaygı bozukluklarının intihar davranışı ile ilişkisi incelendiğinde farklı yaklaşımların olduğu görülmektedir. Yaklaşımlardan birine göre kaygı bozuklukları doğrudan olmasa da depresyona zemin hazırlamaları üzerinden intihar davranışı ile ilişkilidir (106). Diğer bir yaklaşım ise anksiyete spektrumundaki bozuklukların tek başına etkili olmaktan ziyade daha

çok duygudurum bozukluğu, alkol madde kullanımı gibi diğer psikopatolojilerle komorbiditesine vurgu yapar (107). Örneğin anksiyete depresyona eşlik ettiğinde birçok ek psikopatolojiye davetiye çıkararak suisid davranışına veya güvenlik davranışı olarak alkol madde kullanım bozukluğuna sebep olur (108). Yine bir diğer araştırmaya göre Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Depresyon komorbiditesi benzer bir sonuç yaratır (109). İntihar davranışı ile kaygı bozuklukları arasında daha doğrudan bir ilişkiyi araştıran çalışmaların sonuçları ise genel olarak incelendiğinde tekrarlayıcı suisid düşünceleri ile anksiyete arasında bağlantı olabileceği; çocukluk çağındaki kaygı bozukluklarının özellikle yoğunluk derecesinin, ergenlik ve genç erişkinlik dönemindeki intihar davranışını etkileyebileceği; ergenlik döneminde Panik Bozukluk tanısının gelecekteki intihar girişimi açısından birçok etmen kontrol edildikten sonra bile etkili olabileceği dikkat çekicidir (86)(95)(110). Netice olarak kaygı bozukluklarının tek başına da olsa depresyon komorbiditesiyle de olsa suisidal düşünceleri arttırdığı ancak komorbidite halinde riskin daha da fazla arttığı söylenebilir (111).

Davranım Bozukluğu ile intihar davranışı arasındaki ilişki incelendiğinde ise tamamlanmış suisidlerin hemen hemen üçte birinde önceden Davranım Bozukluğu teşhisinin konulduğu göze çarpar (112). Özellikle depresyonla komorbiditesi davranım bozukluğunu suisid davranışı üzerinde daha da etkileyici kılar (106). DEHB ve intihar davranışı arasındaki ilişkiye bakıldığında da farklı değerlendirmeler göze çarpmaktadır. Komorbid bozuklukların kontrol edildiği DEHB tanılı hastalarla yapılan bir çalışmada suisid davranışı ile DEHB arasında bağlantı görülmemiştir (95). Aksine başka bir çalışmada ise Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun bileşik alt tipi ile intihar eğilimi arasında korelasyon olduğu tespit edilmiştir (113). Ergenlik döneminde artması beklenen dürtüsellik, DEHB'lilerde daha fazla artar. Ayrıca DEHB'li çocuk ve ergenlerin okul hayatlarında tekrarlayıcı şekilde daha fazla olumsuz yaşantıları olur, ilişkisel çatışma alanları artar. Tüm bunların sonucunda bireyin özsaygısı da düşer (114). Dolayısıyla DEHB'nin kendisi de diğer psikopatolojilere yatkınlık yaratır ve MDB, Davranım bozukluğu, Karşıt Olma Karşıt Gelme bozukluğu gibi psikiyatrik bozuklukların DEHB'ye eşlik etmesinin suisidalite riskini arttırdığı düşünülür (115).

Otizm Spektrum Bozukluklarındaki intihar riskini araştıran çalışmalar da suisidalite riski açısından vurguyu yine komorbid bozukluklara yapar ve komorbiditeler arttıkça intihar riskinin arttığı kabul edilir (80).

2.1.5.3. Önceki İntihar Girişimi

Önceki intihar girişimleri, gelecekteki intihar girişimlerinin önemli bir öngörücüsüdür. Gerek klinik örneklerde gerek klinik olmayan örneklerde intihar girişiminde bulunan bireylerin takibi sırasında tekrarlama riski üç kattan fazla artmaktadır (97)(116). Benzer şekilde, diğer prospektif çalışmalardan elde edilen sonuçlar da önceki intihar davranışının intihar planlarıyla güçlü şekilde ilişkili olduğunu göstermiştir (117).

2.1.5.4. Madde ve Alkol Kötüye Kullanımı

Alkol kötüye kullanımı intihar davranışı için bir risk faktörüdür (82)(100)(118)(119). Hatta alkol kötüye kullanımı, yüksek şiddette depresif belirtilerin yokluğunda bile intihar düşüncelerini tetikleyebilir (82). 15-24 yaş grubundaki suisid yapan gençlerle yapılan bir çalışmada kan tetkiklerinde alkol bakılmış ve %35’inde anlamlı fark bulunmuştur (120).

Aynı şekilde sigara tüketimi ve madde kötüye kullanımı da intihar davranışı riskini artırır (89)(99)(100)(121)(122). Özellikle komorbid psikiyatrik bozuklukların varlığı, alkol kullanımı ile sık birlikteliğinin olması madde kullanımının suisid üzerindeki etkisini daha da artırır (80)(123)(124). Bir çalışmaya göre alkol ve madde kullanımı olan ailelerin çocuklarında bile tamamlanmış suisidler açısından anlamlı fark bulunmuştur (125).

2.1.5.5. Diğer Riskli Davranışlar

Sosyal açıdan kişinin kendini daha az yeterli görmesi, yakın zamandaki özellikle son 1 yıl içinde kavgalara karışması gibi riskli davranışlar da intihar davranışı ile ilişkili bulunmuştur (100).

2.1.5.6. Olumsuz Yaşam Olayları

İntihar davranışlarından önce birtakım olumsuz yaşam olaylarının görülmesi sık karşılaşılan bir durumdur (83)(100)(126). Bu yaşam olayları intihar girişimlerini tek başına açıklamasa da riskli bireylerde tetikleyici olabilirler. Keza bununla uyumlu olarak stres-diyatez modeli de stresli yaşam olaylarının kişideki vulnerabilite denilen incinebilirlik faktörleriyle etkileşime girerek intihar olasılığını arttırdığını öne sürmüştür. Bununla birlikte, stresli yaşam olayları çocuk ve ergenin içinden geçtiği gelişim basamağına göre değişiklik gösterir. Genel olarak bunlar aile içi çatışmalar, akademik stresörler (akran zorbalığı, sınav stresi vb.), travmatik olaylar ve diğer stresli yaşam olayları olarak ifade edilebilir (46).

2.1.5.7. Aile İçi Çatışmalar

Aile içi çatışmalar intihar davranışıyla ilişkili önemli bir stresör kaynağıdır. Hatta yapılan araştırmalarda cinsiyet, yaş ve psikiyatrik hastalıklardan bağımsız olarak intihar davranışı üzerinde etkili olduğu görülmüştür (100)(119). İntihar girişimi öyküsü olan ergenlerin ebeveynleriyle daha fazla ilişkisel sorunları olduğu, ebeveynlerinden ayrı yaşama oranlarının daha yüksek olduğu, ev dışında hayatlarında destek alabilecekleri başka bir erişkin figürünün bulunmadığı dikkat çeken özellikler arasındadır. Yine bu ergenlerin ebeveynlerinden herhangi biri tarafından daha fazla fiziksel istismara maruz kaldıkları ve evden kaçma gibi davranışsal sorunların da daha sık görüldüğü bilinmektedir (127)(128).

İntihar riskini arttıran diğer ailesel faktörlere bakıldığında ebeveynlerden birinde intihar davranışı, ebeveynlerin boşanması, erken ebeveyn kaybı, akrabalarda ruhsal hastalık öyküsü, işsizlik, düşük ekonomik düzey, ihmal, ve aile içi şiddet gibi özellikler tanımlanmıştır (99)(105)(129)(130).

2.1.5.8. Akademik Stresörler

Çocuk ve ergenlerin okul yaşamları ve öğrenme becerilerinin intihar davranışı üzerindeki etkileri oldukça önemlidir. Akademik performanslarını başarısız olarak algılayan öğrencilerde intihar düşünceleri, planları ve girişimleri ya da kasıtlı olarak kendine zarar verme davranışları daha fazla görülür (131). Kişinin okul yaşamında önemli stresörlerden biri olan akran zorbalığı da ihmal edilemeyecek kadar önemli bir etkidir (105)(132). Bazı akran zorbalığı mağdurlarının intihar düşünceleri karşısında daha da savunmasız kalmalarının nedeninin, ebeveyn psikopatolojisi ve evlerinde deneyimledikleri reddedilme duyguları olabileceği düşünülmektedir (133). Ayrıca unutulmamalıdır ki sadece zorbalığa uğrayanlar değil, zorbalık yapanlar da intihar davranışı açısından risk altındadır (134)(135).

2.1.5.9. Travma ve Diğer Olumsuz Yaşam Olayları

Aile içi çatışmalar veya akademik stresörlere ek olarak, erken travmatik yaşantılar ve diğer olumsuz yaşam deneyimleri de intihar davranışı üzerinde etkili olur. Yapılan bir araştırmaya göre çocuklukta cinsel istismar öyküsünün, 4-12 yaş arasındaki intihar girişimi olasılığında 10,9 kat; 13-19 yaş arasındaki intihar girişimi olasılığında ise 6,1 kat artışa neden olduğu bulunmuştur (130).

Ayrıca taşınmalar da bireyin çevresiyle olan sosyal bağının bozulmasının yanı sıra tanıdık bir çevrenin kaybedilmesine neden olarak stres ve uyum sorunlarına yol açabilir ve sonuç olarak

intihar davranışı riskini arttırabilir (136). İntihar davranışı öncesinde yaşanabilecek diğer olumsuz yaşam olaylarına bakıldığında ise akran çatışmaları, yasal sorunlar, cinsel yönelimle ilgili kaygılar, romantik ilişkisel ayrılıklar, intihar girişimine maruz kalmak gibi yaşam olayları dikkat çekicidir (87)(99)(105)(121)(126)(137).

2.1.5.10. Mizaç ve Kişilik

Bazı kişilik özelliklerinin intihara yatkınlık yarattığı bilinen bir gerçektir. Bunlar incelendiğinde nevrotizm, mükemmeliyetçilik, kişilerarası ilişkilerde bağımlılık, yenilik arayışı, karamsarlık, düşük benlik saygısı, kişinin akranlarından daha kötü olduğuna dair kendilik algısı, özeleştir ve dürtüsellik ergenlerde intihar için önemli risk faktörleri olarak gösterilmiştir (99)(117)(131)(138)(139)(140)(141). Benzer şekilde, uygunsuz baş etme yöntemleri de hem depresyon hem de intihar düşünceleri açısından yatkınlaştırıcı bir risk faktörüdür (142).

2.1.5.11. Kronik Hastalıklar

Çocukluk ve ergenlik döneminin doğası, psikiyatrik hastalıklar ve intihar davranışlarının gelişimine yatkınlık yaratan bir dönemdir (143). Aynı dönemde kronik hastalıkların varlığı ise bu tür komorbiditelerin ortaya çıkışı açısından riskleri daha da arttırır (144)(145). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada herhangi bir fiziksel engeli veya kronik hastalığı olan ergenler arasında sağlıklı öğrencilere göre intihar düşüncelerinin görülme riskinin 2.7 kat ve intihar girişim riskinin 3.5 kat daha yüksek olduğu bulunmuştur (146).

Kronik hastalıklar arasında epilepsi ve suisid ilişkisine bakıldığında epilepsili çocukların %20.3'ünde intihar düşüncelerinin görüldüğü, hatta epilepsinin bağımsız bir değişken olarak suisidalite ile doğrudan ilişkili olabileceği düşünülmüştür (147)(148). Bir diğer sık görülen kronik hastalık olarak migrenin, özellikle auralı migren türünün intihar davranışı için bağımsız bir risk faktörü olabileceği ile ilgili bazı kanıtlar vardır (149)(150). Bununla birlikte, migreni, artan intihar yatkınlığını ve psikiyatrik komorbiditelerin birbiri ile ilişkisini açıklayan mekanizmalar iyi tanımlanmamıştır.

Solunum yolu hastalıklarına bakıldığında ise araştırmaların çoğu astımlı gençlerdeki intihar davranışıyla ilgilenmiştir. Depresyon riskinin artması ve bunun doğal sonucu olarak intihar davranışlarıyla birlikte araştırmacılar, gençlerde ve ergenlerde astım ve intihar eğilimi arasında güçlü ve bağımsız bir ilişki de tespit etmişlerdir (151)(152)(153).

Kronik hastalıklar arasında Tip 1 diyabet ise tipik olarak çok genç yaşta teşhis edilmesi ve vücutları insülin üretemediği için bireyleri yaşamları boyunca etkilemesiyle bilinir (154). Diyabetik gençlerde, depresyonun daha şiddetli seyretmesi bunun doğal sonucu olarak intihar davranışlarında da artışa neden olur (155). İlaç uyumunun bozulması, ilaçların kötüye kullanılması şeklinde görülen kendine zarar verici davranışlar da diyabetiklerde suisid risklerini artırır (156)(157). Özellikle tekrarlayan hiperglisemi atakları ile sonuçlanan insülin tedavi uyumsuzluğu daha yaygın görülen bir kendine zarar verme davranışdır (157).

2.2. Psikolojik Dayanıklılık

Psikolojik dayanıklılık, olumsuz ve stresli yaşam olaylarıyla karşılaşıldığında kişinin eski iyilik haline geri dönebilme yetisi olarak tanımlanmaktadır (158). Tetikleyici bir olumsuz yaşam olayıyla karşılaşan bazı kişiler psikolojik bir çöküş yaşamaksızın bu stresörlere dayanabilirken, bazıları ise çok daha düşük dozda bir stresörle psikolojik çöküş yaşayabilir. Stres diyatez modeli olarak bilinen bu gerçek, bireyin biyopsikososyal incinebilirliğini ve psikiyatrik hastalıkların gelişimi açısından risk yatkınlığını konu alır. İşte dayanıklılık kavramı da risk faktörleri karşısında kişinin uyum sağlayabilme ya da uyum sağlayamama sprekturumu arasında bir yere denk düşer (159). Sonuç olarak psikolojik dayanıklılık düzeyinin artması koruyucu bir faktör olarak rol alırken düşük olması vulnerabilite denilen incinebilirliği artırarak psikiyatrik hastalıklara karşı kişiyi yatkınlaştırır (160).

Psikolojik dayanıklılık kişinin psikobiyolojik dengesini sarsıntıya uğratan uyaranlara karşı koruyucu, psikolojik bir esneklik yetisidir. Temel özelliklerine bakıldığında: her türlü yüksek riskli duruma rağmen, iyi bir sonuç elde edilmesi; stresörle karşılaşılsa da devamlılığı olan bir yetkinlik ve yeterlilik; yaşanan travmayı alt etmekle kalmayıp büyüme gelişme için kullanabilmek ve hatta gelecekteki zorlukları daha katlanılabilir kılabilmek gibi özellikler görülür (161).

Yazında psikolojik dayanıklılık, kişide bulunan veya bulunmayan, tek boyutlu veya iki boyutlu bir özellik olarak tanımlanmamıştır. Dayanıklı bir kişinin, belirli bir vakit süresince hayatın birden çok farklı alanında olumlu sonuçlar göstermesi, problem çözme becerisi bakımından türlü derecelerde çeşit çeşit yetileri de sergileyebilmesi gerekir (162)(163). Literatürde dayanıklılık hakkındaki tanımlamaların ortak noktası, kişinin ciddi sorunlar

açısından diğerlerinden daha fazla risk altında olmasına rağmen umulandan daha başarılı bir hayatı idame ettirebilmesidir (164).

Dayanıklılık kavramı için olmazsa olmaz, risk faktörleri ve koruyucu faktörlerin varlığıdır. Tüm bu faktörler etkileşecek, dayanıklılık sayesinde olumlu sonlanımlar artarken olumsuz sonlanımlar azalacaktır (165). Psikolojik dayanıklılık, zayıf yönlerin aksine güçlü yönlerle odaklanır; daha ziyade risklere maruz kalınmasına rağmen sağlıklı gelişmeyi ve iyi sonuçları almayı gündeme taşır (166).

Genel olarak dayanıklı çocukların beş özelliği vardır: (a) sosyal yeterlilik, (b) problem çözme becerileri, (c) eleştirel bakış açısı, (d) özerklik ve (e) azim duygusu. Sosyal yeterlilik, empati, ilgi gösterme, esneklik, iletişim becerileri ve mizah duygusu gibi kazanımları içerir (167)(168). Sosyal açıdan yeterli çocuklar, gerek akranları ile gerek erişkinlerle olumlu ilişkiler tesis ederek aileleri, okulları ve diğer çevreleri ile bağlar oluştururlar. Problem çözme becerisi ise soyut düşünebilme yetisi ile ilişkili olup bilişsel ve sosyal sorunlar için alternatif çözüm yolları üretebilme yeteneğini içerir. Eleştirel bakış açısı, zulmedici olaylara (örneğin, alkolik bir ebeveyninden gelmiş olabilir) ilişkin iç görüş sahibi olmayı ve bunların üstesinden gelmek için stratejiler üretmeyi içerir. Özerklik, kişinin kendi kimliği olduğu duyumsamasına, bağımsız hareket etme kapasitesine ve çevre üzerinde bir miktar kontrol uygulama fırsatına sahip olmasıdır. Son olarak azim duygusu, angaje olunabilmiş hedefleri, amaçları, eğitim öğretimle ilgili arzuları ve parlak bir yarına olan inancı içerir (167).

2.2.1. Psikolojik Dayanıklılıkta Nörobiyolojik Faktörler

Beypinde stres yanıtıyla ilgili birçok bölge bulunur ki bu bölgelerin bireyin dayanıklılığı ile ilişkisi vardır. Hormonlar, nörotransmitterler ve nöropeptidler arasındaki etkileşimler, tüm bunların işlevi, dengesi ve etkileşimindeki farklılıklar kişiler arası stres direncinin de farklılaşmasına neden olur (169).

Kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH), stres cevabı olarak hipotalamus tarafından salınır ve hipotalamus-hipofiz-adrenal eksen (HPA eksen) aktive eder. Bu aktivasyon sonucu ortaya çıkan kortizolün kısa vadeli etkileri koruyucu ve adaptasyonu destekleyici olsa da, çok yüksek kortizol seviyelerine sürekli maruz kalmak tehlikeli olabilir ve tansiyon, immun sistem, kalp damar sistemi hastalıklarına ve diğer sağlık sorunlarına yol açabilir (170). Glukokortikoidler (GC'ler) de stres adaptasyonu açısından oldukça önemli olup hemen hemen tüm organ ve dokularda geniş bir gen dizisini etkileyerek vücutta sistemik etki yaratırlar. Bunun

sonucunda da gerek bazal gerek strese bağı homeostazın önemli düzenleyicileri olarak kabul edilirler (171).

Akut stres yanıtı ile ilişkili diğer sistemlere bakıldığında noradrenerjik sistem, serotonerjik sistem ve dopaminerjik sistemin önemi görülür (172). Nöropeptid Y'nin(NPY) amigdala, hipokampus, hipotalamus ve locus coeruleus'ta CRH'nin anksiyojenik etkilerine karşı koyduğu, dolayısıyla dayanıklılığın, stres sırasında NPY ve CRH seviyeleri arasındaki dengenin korunmasıyla ilişkili olabileceği de düşünülmektedir (173). Dayanıklılığın psikonöroendokrinolojisine bakıldığında, galanin, testosteron ve östrojen gibi çoklu hormonların dayanıklılığın oluşumunda ve sürdürümünde rol oynadığıyla ilgili artan bir literatür bulunmaktadır (174) (175) (176).

Dayanıklılıktaki rolü iyi araştırılmamış olsa da, beyin kaynaklı nörotrofik faktörün (BDNF) gelişimsel açıdan önemli olduğu veya dayanıklılık açısından koruyucu bir faktör olduğu ve düşük BDNF düzeylerinin incinebilirliği arttırarak psikiyatrik bozukluklara yatkınlık yarattığını gösteren araştırmalar vardır (177).

Bireyin pozitif özelliklerinin temelinde bulunan nöronal sistemler de araştırmalara konu olmaktadır (178). Korku devresi, ödül devresi ve emosyonel düzenleme olmak üzere üç ana devre, dayanıklılık çalışmalarında göze çarpmaktadır (179). Travmatik stresör altında dayanıklılığın azalması korku devresiyle; özellikle korkunun anormal öğrenimi ve korkunun nöral dizgesindeki bir fonksiyon bozukluğu ile ilişkilidir. Bu korku devresinde amigdala, hipokampus ve ventromedial prefrontal korteks (vmPFC) bulunur (180). Optimizm olarak bilinen iyimser özelliğin de ödül devresi fonksiyonu üzerinden dayanıklılıkla bağlantılı olabileceği varsayılmaktadır (181). Bir çalışmada, katılımcıların gelecekteki olumlu ve olumsuz yaşam olaylarına yönelik hayal kurmalarına bakılmıştır. Amigdala ve rostral anterior singulat korteksteki (ACC) aktivasyon artışı , gelecekteki olayların pozitif olmasını bekleme eğilimi ile daha ilişkili bulunmuştur (182). Duygu düzenleme devresi ise, amigdala, hipokampus, subgenual ACC ve PFC fonksiyon bölgelerini içerir. Ayrıca ayna nöronlar (kortikal nöronlar), limbik sistem ve vmPFC'den oluşan sosyal davranış devreleri de vardır. Eşduyum kapasitesi, bireyin sosyal bağlamlarda uygun duygusal tepki verebilmesini sağlar ve dayanıklılığı yüksek bireylerde görülen sosyal yeterlilik özelliği ile bağlantılı olabilir (183).

2.2.2. Psikolojik Dayanıklılık ve Psikiyatrik Hastalıklar

Güncel araştırmalar, dayanıklılığın gelişiminde genetik, epigenetik, gelişimsel, psikolojik ve nörokimyasal mekanizmaların etkili olduğunu düşündürmektedir. Psikolojik dayanıklılık gelişimindeki bu mekanizmaların stres karşısında incinebilirliği arttırarak psikiyatrik bozukluklara yatkınlık yaratan mekanizmalarla da benzer oluşu dikkat çekicidir (184). Yüksek psikolojik dayanıklılık düzeyleri, psikiyatrik bir hastalığı veya semptomu olan kişilerde var olan bozukluğun şiddetini en aza indirebilir ya da bir hastalığa evrilmesini önleyebilir (185). Dayanıklılık, sadece bir risk markeri olarak değil aynı zamanda tedaviye yanıtın bir belirteci olarak da incelenmektedir; iyileşmenin ne kadar hızlı olacağı, psikoterapiye katılım ve yararlanımın derecesi de dayanıklılık düzeyinden etkilenebilir. Sonuç olarak şu denilebilir ki dayanıklılık kavramı hem psikopatolojinin bir yordayıcısı; hem başlı başına psikopatolojinin kendisi hem de psikopatolojiye yönelik risk ve iyileşmenin bir belirteci olarak değerlendirilebilir (186).

Dayanıklılık ve intihar davranışı arasındaki ilişkinin ele alındığı çalışmalar, dayanıklılığın ergen intiharları üzerinde potansiyel olarak koruyucu etkileri olabileceğini göstermiştir. Bu koruyuculukta özellikle emosyonel uyum yeteneği, problem çözme becerisi, umutlu ve iyimser olmak ve yardım arayabilme yetisi temel niteliklerdir. Başka bir çalışmaya göre de, olumlu yaşam doyumu ve sosyal destek gibi dayanıklılıkla ilgili özelliklerin, depresif semptomların intihar düşünceleri üzerindeki etkisini hafifletebileceğini göstermiştir (187)(188)(189)(190)(191)(192)(193).

2.2.3. Dayanıklılıkta Koruyucu Faktörler ve Risk Faktörleri

Erken dönem yaşam deneyimleri psikolojik gelişim üzerinde oldukça etkili olup bu deneyimlerin neden farklı bireylerde farklı farklı tepkileri tetiklediğini anlamak çok önemlidir (194) (195). Olumsuz bir yaşam olayı karşısında koruyucu faktörlerin devreye girmesi, kötü sonlanım ihtimalini azaltırken risk faktörleri ise kötü sonlanım ihtimalini arttırır. Daha da önemlisi bu koruyucu faktörler ve risk faktörleri stabil birimler olmayıp dinamik, sürekli değişen kavramlardır (196). Hangi çevresel faktörlerin çocukları ve gençleri riske attığını ve ayrıca çocuklarda dayanıklılığı geliştirmek ve desteklemek için hangi koruyucu faktörlerin beslenebileceğini anlamak önemlidir (197).

2.2.3.1. Koruyucu Faktörler

2.2.3.1.1. Bireysel özellikler

Psikolojik dayanıklılığı yüksek çocukların mizaç özelliklerine bakıldığında, aile üyelerinden ve tanımadıkları kişilerden olumlu geri bildirimler, olumlu yanıtlar aldıkları görülür. Bu kişilerin okul öncesi çocukluk döneminde belirgin bir özerklik ve güçlü sosyal uyum becerisine sahip oldukları dikkat çekmektedir (198)(199).

Diğer bireysel özellikler arasında yaşamın ilk yılında bakım verenle yakın bir ilişki; acı çekmeye bile sebep olsa, bu yaşam deneyimlerine dair iyimser bir bakış açısı; gerektiğinde aktif bir yardım isteme yetisi oldukça önemli yer tutar (199). Ayrıca, zeka, bağlanma, sağlıklılık, cinsiyet ve içsel motivasyon da psikolojik dayanıklılığa katkıda bulunur (197)(200)(201).

2.2.3.1.2. Self Regulasyon

Araştırmacılar, yumuşak/uysal mizaç ve iyi bir self regulasyonunu dayanıklılıkta koruyucu faktörler olarak tanımlamıştır (202)(203)(204). Beş yaşındaki çocuklarla yürütülen boylamsal bir çalışmaya göre; olumlu ve coşkun duygulanımların regülasyonundaki eksiklikler dışa vuran problemli davranışları ve düşük düzey sosyal davranışları öngörmektedir. Öte yandan, olumlu duygular ve coşkun duygulanım, yüksek düzey toplumsal davranışlarla da ilişkilendirilmiştir (205).

Dayanıklı bireyler, engelleri kat etmeye çalışırken kendi yeteneklerine güvenirler (204). Bu kişiler etraflarındaki fırsatları ve kaynakları kullanabilen, zorlukları birer öğrenme deneyimleri olarak gören bireylerdir. Hayatlarında olumlu eylemlere katılımı da yüksektir (Örneğin, eğitim fırsatlarını takip etmek, ders dışı etkinliklere katılmak) (206).

2.2.3.1.3. Benlik Kavramı

Dayanıklı çocukların yaşamlarındaki merkezi bir bileşenin, işlerin yoluna gireceğine dair güven veya inanç duygularına sahip olduğu bulunmuştur (199). Ayrıca dayanıklılık açısından oldukça önemli olduğu kabul edilen pozitif benlik saygısının, benlik duygusu ve anlamlı bağlanma figürlerine sahip olmakla ilişkili olduğu da bilinmektedir (207).

2.2.3.2. Risk Faktörleri

Biyolojik kökenli risk etmenleri arasında konjenital problemler ve düşük doğum ağırlığı birincildir (208). Gebelik sürecinde düşük gelirli annelerin uygun beslenme ve tıbbi kontrollerini ihmal etmeleri her iki risk faktörünün de ortaya çıkmasına neden olabilir. Daha

çok çevresel kaynaklı problemlere bakıldığında ise madde bağımlısı annelerin çocuklarının, ciddi fiziksel ve duygusal problemlerle doğduğu görülür. Sağlıklı doğan çocuklar ise yoksulluk, ebeveynlerin eğitim düzeyi ve aile içi çatışmalar nedeniyle risk altındadır (164)(208)(209)(210).

Kötü muamele, şiddet, istismar, ihmal gibi olumsuz yaşam deneyimleri de kötü yaşam sonuçlarının yordayıcılarıdır (164)(208)(209)(210). Gelişimsel süreçte risklerin belirli bir zamanda görülmesi veya zamanla birikmesi, doğası gereği birtakım kötü sonuçlarla ilişkilidir. Bunlar arasında madde kullanımı, şiddet davranışları, zayıf akademik başarı, okulu bırakma, genç hamilelik, çocuk suçları, psikiyatrik bozukluklar en çok bilinenlerdir (164)(165)(211).

2.3. Duygusal Yılmazlık Kavramı

Literatürde psikolojik dayanıklılık, eğitsel yılmazlık, akademik yılmazlık ve duygusal yılmazlık gibi bazı alt boyutlarda da ele alınmıştır. Duygusal Yılmazlık kavramının temelinde pozitif düşünce alışkanlığı ve emosyonel kontrol yetisi var olup baş edilmesi gereken tek bir olumsuz olayın üstesinden gelmekten ziyade pozitif düşünme alışkanlıkları ve emosyonel kontrol yetenekleri sayesinde yaşam boyu stresli olaylar karşısında rasyonel kararlar alabilme, tüm yaşamlarını yönetebilme yeteneğini gösterebilmektir. Burada bir diğer odak noktası stresörler karşısında kişinin olumsuz duygularıdır. Bu olumsuz duyguların şiddeti, bunların düzenlenmesi, bu duygulara katlanabilmek için kişinin gerek iç dünyasında gerek davranışsal düzlemde neler yaptığı, hangi tepkileri verdiği duygusal yılmazlığın temel özellikleridir (8)(212)(213).

2.4. Erken Dönem Maladaptif Şemalar

Beck'e (1991) göre şemalar bilişsel kırılganlıklardır. Çocukluk döneminin zorluklarına cevap olarak oluşmuşlardır ve erişkin yaşamın psikopatolojisi ile de bağlantıları vardır (214). Young ve ark. (2003) ise Beck'in düşüncelerini genişletmiştir. Erken dönem maladaptif şemaları “çocukluk veya ergenlik döneminde geliştirilen, kişinin kendisi ve başkalarıyla olan ilişkileriyle ilgili anılar, duygular, bilişler ve bedensel duyumlardan oluşan, yaşam boyu ve önemli ölçüde işlevsiz, yaygın bir tema veya örüntü” olarak tanımlamışlardır. Onlara göre şemalar, bilişsel, duygusal, somatik ve bellek temelli öğelerden meydana gelir (215). Şemalar olumlu ya da olumsuz olabilen, bireyin yaşamının birçok alanını kuşatan, yaygın ve değişime

dirençli bilişsel yapılardır. Bireyin çevresindeki uyaranları nasıl kodladığı, taradığı, yorumladığı ve bunlara nasıl tepki verdiği şemalar tarafından yönlendirilir (215)(216).

Young'a göre erken dönem maladaptif şemaların kökeninde 2 temel faktör vardır. Bunlar kişinin travmatik yaşantılarına yönelik tepkisi ve erken çocukluk döneminin karşılıksız bırakılmış duygusal ihtiyaçlarıdır. Travmatik yaşantı ifadesinin anlamı cinsel travmalar gibi açıkça yaşanmış istismarlar olabileceği gibi daha gizil kalmış, süregiden doğada yaşamaya devam etmiş duygusal ihmal gibi travmatik deneyimler de olabilir. Erken dönemde yaşanması muhtemel bu olumsuz deneyimleri düzenlemek ve sınıflamak adına Young Şema Modeli, dört alan tanımlamıştır: (a) ihtiyaçların toksik düzeyde engellenmesi, (b) travmatizasyon ve mağduriyet, (c) aşırı izin vericilik ya da aşırı korumacılık ve (d) seçici içselleştirme ya da özdeşim.

İhtiyaçların toksik düzeyde engellenmesi: Çocuğun tutarlı, sürekli bir bakım ve manevi ilgi gibi iyi ve olumlu şeyleri az deneyimlemesidir. Bunun sonucunda Duygusal Yoksunluk şeması, Terk Edilme şeması gibi şemalar ortaya çıkar (215).

Travmatizasyon veya mağduriyet: Çocuğun fiziksel, duygusal ve cinsel istismar gibi zarar gördüğü deneyimlerdir. Bu deneyimlerin en güçlü şekilde Güvensizlik/ Suistimal Edilme şeması ve Kusurluluk/ Utanç şeması ile ilişkili olduğu düşünülmüştür (215).

Aşırı izin verme veya aşırı korumacılık: Sağlıklı sınırlara olan ihtiyaçların yeterince karşılanmamasıyla sonuçlanır. Ebeveynler çocuğun yaşamına aşırı derecede dahil olabilir ve sonuç olarakta Bağımlılık/Yetersizlik şeması gelişebilir (215).

Seçici içselleştirme veya özdeşleşme: Çocuğun ebeveyni ile özdeşleşmesini ve ebeveynin düşünce ve davranışlarını benimsemesidir (215). Örneğin, ebeveyni karamsar ve kaygılı olma eğiliminde olan bir çocuk, bu düşünce kalıplarını benimseyebilir ve Olumsuzluk/Karamsarlık şeması geliştirebilir.

Erken çocukluk döneminin karşılıksız bırakılmış duygusal ihtiyaçlarını tanımlamak için ise 5 şema alanı bulunmaktadır. Young ve arkadaşlarının 18 erken dönem uyumsuz şeması, bu beş ayrı şema alanına girer. Bu alanlar şunları içerir: kişinin güvenlik, istikrar, empati, kabul ve sıcaklık gibi temel ihtiyaçlarının başkaları tarafından karşılanmayacağı korkusu olan kopukluk ve reddedilme alanı (terk edilme/tutarsızlık, kuşkuculuk/kötüye kullanma , duygusal yoksunluk, kusurluluk/ utanma, sosyal izolasyon)); kişinin hayatta kalamayacağı veya diğer

insanlardan bağımsız olarak çalışamayacağı inancı olan zedelenmiş özerklik ve performans alanı (bağımlılık/ yetersizlik , hastalık ve tehditlere karşı dayanıksızlık, yapışıklık ve gelişmemiş benlik, başarısızlık); uzun vadeli hedef belirleme eksikliği ve kişinin sorumluluktan yoksun olduğuna dair inanç olan zedelenmiş sınırlar alanı (haklılık/ büyüklenmecilik, yetersiz özdenetim); genellikle kendi ihtiyaçlarını karşılamama pahasına diğer insanların ihtiyaçlarını karşılamaya aşırı odaklanma olan başkalarına yönelimlilik alanı (boyun eğicilik, kendini feda etme, onay arayıcılık); ve kişinin kendi duygularını/düşüncelerini bastırması ve aşırı yüksek davranış standartlarına sahip olması gerektiği inancını içeren aşırı tetikte olma ve baskılama/ketleme alanı (karamsarlık, duyguları bastırma, yüksek standartlar ve aşırı eleştiricilik, cezalandırıcılık) (215).

Yetişkin yaşamdaki herhangi bir deneyim eğer hatalı olarak bu erken dönem travmatik deneyimlere benzer olarak algılanırsa, şema aktifleşir ve bunun sonucunda da dış gerçeklik çarpıtılır, işlemlenmesi bozulur; güçlü olumsuz bir duygulanım ve maladaptif baş etme yöntemleri ortaya çıkar (217). Örneğin, Terk Edilme şeması olan bir kişi, eşinin göz temasından kaçınması gibi müphem sosyal ipuçlarını, terk edilmek üzere olduğu şeklinde yorumlayabilir. Böyle bir yorum da kişiyi aşırı derecede yapışkan hale getirebilir, hatta şemasını doğrularcasına eşini kendisinden daha da uzaklaştırabilir. Halbuki bu kişinin yaşamında istikrar, güvenlik gibi karşılanmamış duygusal ihtiyaçlar vardır ve bunları karşılamaya çalışmak yerine daha da maladaptif yollara sivrulmuştur (218). Klasik bilişsel yaklaşımlardan farklı olarak şema teorilerinin erken yaşam deneyimlerini bu kadar gündemine alması şema terapide de aynı noktaya odaklanılmasına neden olur (219). Şema Terapi bu deneyimlerin ruhsal hastalıklar açısından bilişsel incinebilirlik yarattığını savunarak temel çocukluk anılarını deneysel birtakım yöntemlerle işlemlemeyi odağına alır (220).

2.4.1. Tanımlanan Şemalar

Farklı kişiler benzer koşulların etkisi altında benzer davranış ve düşünce kalıpları oluşturabilir ki erken dönem maladaptif şemalar bu düşünce ve davranış kümelerinin ifadesidir.

2.4.1.1. Terk Edilme ve Tutarsızlık Şeması (TET) (Abandonment/ Instability)

Kişinin yaşamındaki önemli insanlardan aldığı desteği sürdüremeyeceği, bu insanlarla arasındaki bağların devam edemeyeceğine dair beklentisidir (215). Teması ayrılık olan sıradan olaylar yoğun duygusal tepkilerle sonuçlanır; bu bazen basit bir okul mezuniyeti de olabilirken bazen oturlan yerin değişimi gibi basit bir taşınma da olabilir (221).

2.4.1.2. Kuşkuçuluk ve Kötüye Kullanılma Şeması (KÖK) (Mistrust/Abuse)

Kişinin diğer insanlar tarafından kötü amaçlarla kullanılacağı, maniple edileceği, insanlar tarafından incitileceği şeklindeki beklentisidir (215). Dış dünya ona doğruları söylemeyecek, hatta ona zarar verecektir.

2.4.1.3. Duygusal Yoksunluk Şeması (DUY) (Emotional Deprivation)

Kişinin duygusal destek gerektiğinde bu ihtiyacının yeterince karşılanmayacağına yönelik beklentisidir (215). Yakın çevresindeki kişilere ihtiyaç duyduğu zaman ulaşamayacak, onların desteğini, sevgisini ve ilgisini alamayacak, kimse ona eş duyum gösteremeyecek, sorunlarına karşı önderlik edip yol gösteren de olmayacaktır (221).

2.4.1.4. Kusurluluk/ Utanma Şeması (KUS) (Defectiveness/ Shame)

Kusurlu, kötü, istenmeyen, aşağı veya sevilmeyen olmak şeklindeki beklentidir (215). Kendisini bu şekilde algılayan ve neticede kendi kendini utandıran kişi, sosyal çevresinde de rahat değildir. En ufak bir kıyaslanma, tenkit edilme, talebinin olumsuz cevaplanması gibi durumlara karşı hassasiyet gösterebilir. Bu kişilerin erken çocukluk dönemlerinde hataları nedeniyle sık sık tenkit edildikleri düşünülür (221).

2.4.1.5. Sosyal İzolasyon Şeması (SİZ) (Social isolation/ Alienation)

Yakın aile üyeleri dışındaki çevrelere adapte olamayacaklarına dair inançları da vardır. Erken çocukluktaki akran istismarları; sosyal ortamlar, özellikle akran grupları tarafından kabul edilmeme öyküsü bu kişilerde daha sık görülebilir (Bernstain, 2015).

2.4.1.6. Bağımlılık/ Yetersizlik Şeması (BAĞ) (Dependence/ Incompetence)

Kişi günlük sorumluluklarını yerine getiremeyeceği inancını taşır (215). Problem çözme becerilerinin yetersiz olduğunu, mutlaka diğer insanların desteğini araması gerektiğini, aksi taktirde tek başına var olamayacağını düşünür (221).

2.4.1.7. Hastalık ve Tehditlere Karşı Dayanıksızlık Şeması (DAY) (Vulnerability harm or illness)

Özellikle yaygın anksiyete bozukluğundaki bilişsel özellikleri anımsatan, dış dünyaya yönelik felaketleştirici atıfların söz konusu olduğu, her an kötü bir şey olacağı ve bununla baş edilemeyeceğine dair bir beklenti, korku söz konusudur. Bu nedenledir ki kişi kendini rahat da hissedememektedir (221).

2.4.1.8. Yapışıklık/ Gelişmemiş Benlik Şeması (YAP) (Enmeshment/ Undeveloped self)

Kişinin kendini ayrı, bağımsız bir birey olarak deneyimleyememesi, bağımlı olduğu kişiden ayrılaşamaması söz konusudur. Zaman içinde her türlü sosyal ve bireysel ihtiyaçlarından da feragat ederek iyice izole olabilir. Sonuç olarak da motivasyonsuzluk, hedefinin kalmaması, sıkışmışlık hissi, emosyonel zorluklar ortaya çıkabilir (221).

2.4.1.9. Başarısızlık Şeması - BAŞ (Failure)

Gerçekliğe uygun olup olmamasına bakılmaksızın kişinin eğitim öğretim, meslek, spor gibi birçok alanda yeterli olamayacağına dair inancı vardır. Bunun sonucunda performans gerektiren işlerden kaçınma, görev almama görülebilir. Akademik zorluklarla karakterize çocukluk dönemi öğrenme güçlüğü öyküsü bu kişilerde daha çok görülebilir (221).

2.4.1.10. Haklılık/ Büyüklenmecilik Şeması (HAK) (Entitlement/ Grandiosity)

Kendilerini her koşulda haklı gören, imtiyaz sahibi olduğunu düşünen, istediklerinin gerçekleşmesi için tutturmaları olan kişilerdir (221).

2.4.1.11. Yetersiz Özdenetim Şeması (YÖD) (Insufficient self-control/ Self-discipline)

Hazrı erteleyemeyen, geleceğe dair öngöründe bulunmak yerine anı yaşayan ve dürtü kontrol sorunları olan, engellenme toleransı düşük kişilerdir. Madde bağımlılığı ile ilişkili bulunmuştur (221).

2.4.1.12. Boyun Eğicilik Şeması (BOY) (Subjugation)

Kendi duygu ve ihtiyaçlarını geri plana atan, terk edilmemek veya karşı tarafın olumsuz tepkisini üzerine çekmemek için ilişkinin tüm denetimini karşı tarafa veren kişilerdir.

2.4.1.13. Kendini Feda Etme Şeması (FED) (Self-sacrifice)

Özellikle erken çocukluk döneminde intruziv ve müdahaleci herhangi bir ebeveyne sahip olan kişilerde görüldüğü düşünülen, kendi ihtiyaçlarından kendi rızası ile vazgeçen kişilerdir. Diğer insanlara sorun çıkarmamak, haksızlık yapmamak, sadece kendini düşünen biri konumunda olmamaya çalışmak gibi güdülenmeleri olabilir (221).

2.4.1.14. Onay Arayıcılık Şeması (ONA) (Approval-seeking/ Recognition-seeking)

Öteki tarafından kabul edildiği kadar kendisini iyi hisseden, özsaygısı başkaları tarafından kabul edilmediği, beğenilmediği, tasdik edilmediği takdirde ağır yara alan kişilerdir (221).

2.4.1.15. Karamsarlık Şeması (KAR) (Negativity/ Pessimism)

Bu şemaya sahip birey işlerin yolunda gitmeyeceği, her şeyin kötü sonuçlanacağına dair abartılı bir beklentiye sahip olur. Yanlış bir şey yapıp zor bir duruma düşme ihtimalinden çok korkar (215)(221).

2.4.1.16. Duyguları Bastırma Şeması (DUB) (Emotional Inhibition)

Daha rasyonel davranan, olumlu veya olumsuz duygu, istek ve dürtülerini bastıran, duygu ifadeleri oldukça rijid kişilerdir. Eğer bu bastırmayı yapmazlarsa eleştirileceklerini düşünürler (221).

2.4.1.17. Yüksek Standartlar Şeması (YÜS) (Unrelenting standards/ Hypercriticalness)

Sosyal çevre tarafından en çok pekiştirilen şema olup bu kişiler kendilerine ve çevrelerine sürekli ulaşamayacakları yüksek standartlar koyan, çevredekiler bu standartları karşılayamayınca yargılayıcı davranabilen kişilerdir. Gerek inanç gerek ahlak konularında katı, kuralcı, yaşamın birçok alanında titiz kişilerdir. Böyle bir paternin ardında kabul görmek, utandırılmaktan korunmak gibi motivasyonlar bulunabilir. Erken çocukluk döneminde ebeveynleri de bu çocuklara karşı yüksek beklentili tutumlar sergilemiş olabilir (221).

2.4.1.18. Cezalandırıcılık Şeması (CEZ) (Punitiveness)

Çevresindekilerin yanlışlarına, hatalarına karşı bağışlayıcı olmayan, aynı sert tutumu kendi hatalarına karşı da sergileyen, daha çok kızgınlık ve merhametsizlik gibi özelliklerin ön plana çıktığı kişilerdir.

2.4.2. Şemalar ve Psikopatoloji İlişkisi

Erken dönem maladaptif şemalar, yıllar boyunca değişmeme, sabit kalma özelliğine sahiptir. Vulnerabilite ve şemalar arasındaki yakın ilişki de klinik sorunların persiste etmesine neden olur. Özellikle depresyon, yeme bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, kişilik bozuklukları sosyal anksiyete bozukluğu, borderline semptomatoloji saldırganlıkve madde kötüye kullanımı gibi dışavurum bozuklukları ile erken dönem maladaptif şemalar arasında ilişki vardır (222)(223)(224)(225)(226)(227)(228)(229)(230)(231)(232).

Depresif belirtiler ile Duygusal Yoksunluk, Kusurluluk/ Utanma , Sosyal İzolasyon ve Başarısızlık şemaları arasında; anksiyete belirtileri ile Hastalık ve Tehditlere Karşı Dayanıksızlık şeması arasında; yeme patolojileri ile Kusurluluk/Utanma, Sosyal İzolasyon ve Boyun Eğicilik şemaları arasında ilişki bulunmuştur (233).

Borderline semptomatoloji ile ise Terk Edilme ve Tutarsızlık Şeması, Duygusal Yoksunluk, Sosyal İzolasyon ve Bağımlılık/Yetersizlik şemaları arasında; dışavurum bozukluklarına bakıldığında ise saldırganlık ile Haklılık/ Büyüklenmecilik Şeması arasında; madde kullanımı ile Terk Edilme ve Tutarsızlık Şeması, Başarısızlık şeması ve Yetersiz Özdenetim Şeması arasında ilişki bulunmuştur. Haklılık/ Büyüklenmecilik Şemasına sahip bireyler, özel muameleyi hak ettiklerine ve sosyal yaşamın gerektirdiği kuralların kendileri için geçerli olmadığına inanırlar. Buna karşılık, madde ve alkol kullanımına, sıkıntılardan uzaklaşma ve self kontrol arzusunu yansıtan bir şema olan Yetersiz Özdenetim Şeması hakimdir (223).

Yapılan bazı çalışmalara göre sosyal anksiyete ile Kopukluk ve Reddedilme alanındaki şemalar arasında; agorafobinin eşlik ettiği Panik Bozukluktaki bazı semptomlar ile Bağımlılık/ Yetersizlik Şeması arasında; Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ile Hastalık ve Tehditlere Karşı Dayanıksızlık Şeması, Kuşkuculuk ve Kötüye Kullanılma Şeması , Sosyal İzolasyon Şeması ve Duyguları Bastırma Şeması arasında; OKB ile Yüksek Standartlar Şeması arasında ilişki bulunmuştur (234)(235)(236)(237)(238).

2.4.3. Şemalar ve İntihar Davranışı

İntihar davranışını açıklamaya çalışan kuramların ortak özelliklerinden biri, bilişsel risk faktörlerinin önemini vurgulamalarıdır. Özellikle Kişilerarası İntihar Teorisi, Entegre Motivasyonel-İstek Modeli, İntiharın Şematik Değerlendirme Modeli gibi modellerin tanımladıkları bilişsel faktörlerin birçoğu Young'ın erken dönem maladaptif şemalarıyla kavramsal olarak örtüşmektedir. Şema teorisiyle uyumlu olarak, bu modeller de kişilerarası ihtiyaçların engellendiğine dair oluşan algıların intihar düşüncesinin gelişmesinde ve davranışa ilerlemesinde temel rol oynadığını vurgular. Bu ilişkinin altında hangi mekanizmaların yattığı, şemaların kavramsallaştırılmasındaki temel noktadır (215).

Bunlara daha detaylı bakıldığında örneğin umutsuzluk faktörü, kavramsal olarak Young'ın Başarısızlık şeması ve Olumsuzluk/Karamsarlık şemasıyla örtüşmektedir. Başarısızlık şeması, kişinin kaçınılmaz olarak başarısız olacağı ve diğerlerine kıyasla yetersiz kalacağına dair beklentileriyle ilgilidir. Olumsuzluk/Karamsarlık ise, olumlu yönleri en aza indirirken, ölüm ve acı gibi yaşamın olumsuz yönlerine aşırı odaklanma ile karakterize edilir. Bu şemaların her ikisi de hayatın kaçınılmaz olarak kötü olduğuna ve iyileşmeyeceğine dair bir umutsuzluk duygusunu içerir ve bu nedenle intihar riskinin önemli yordayıcıları olabilir. Van

Orden tarafından tanımlanan Engellenmiş Aidiyet kavramı da, bilişsel açıdan “Ben yalnızım” düşüncesi ile ilişkilidir. Young'ın Sosyal İzolasyon şemasına bakıldığında kişinin izole edilmiş, diğerlerinden farklı ve bir grubun veya topluluğun parçası olmadığı hissine sahip olduğu görülür. Dolayısıyla bu iki kavram birbiri ile örtüşür. Aynı şekilde birinin bir yük veya kusurlu olduğuna dair kendisiyle ilgili algıları, Young'ın Kusurluluk/Utanma şeması ve Duygusal Yoksunluk şeması ile örtüşmektedir. Sonuç olarak Kişilerarası İntihar Teorisindeki bilişsel faktörler ile Sosyal İzolasyon, Başarısızlık, Kusurluluk/Utanma ve Duygusal Yoksunluk şemalarının kavramsal olarak benzer oldukları söylenebilir.

Literatürde yapılmış olan çalışmalar incelendiğinde ise intihar davranışı ile birçok farklı şema arasında ilişki olduğu görülür. 2016 yılında yapılan bir çalışmaya göre Bipolar Bozukluk hastalarında intihar girişimi ile şemalar arasındaki ilişkiye bakılmış ve Sosyal İzolasyon şeması, Bağımlılık/Yetersizlik şeması ve Haklılık/Büyüklenmecilik şeması ile suisidalite arasında başka çalışmalarla benzer şekilde bağlantı olduğu görülmüştür (239)(240)(241). 2017 yılında ise suisidalite ile şemalar arasındaki ilişki OKB popülasyonunda bakılmış, sonuç olarak Kuşkuculuk ve Kötüye Kullanılma Şeması ile intihar girişimi arasında ilişki bulunmuştur (242). Yine 2017 yılında başka bir çalışmada da hem intihar düşüncesi hem intihar girişimi ile Terk Edilme ve Tutarsızlık şeması, Kusurluluk/ Utanma şeması arasında ilişki bulunmuştur (243).

3. HİPOTEZLER

1-İntihar düşüncesine sahip olan ve intihar girişimi öyküsü olan çocuk/ergenlerin klinik karşılaştırma grubuna göre psikolojik dayanıklılıklarının daha düşük olacağı düşünülmektedir.

2-İntihar düşüncesine sahip olan çocuk/ergenler ile intihar girişimi öyküsü olan çocuk/ergenler birbiriyle karşılaştırıldığında intihar girişiminde bulunan çocuk/ergenlerin psikolojik dayanıklılıklarının daha düşük olacağı düşünülmektedir.

3-Erken dönem maladaptif şema alanlarının tümü ile psikolojik dayanıklılık arasında negatif ilişki vardır.

4-İntihar düşüncesine sahip olan ve intihar girişimi öyküsü olan çocuk/ergenlerin klinik karşılaştırma grubu ile karşılaştırıldıklarında, erken dönem maladaptif şemalar yönünden birebirlerinden farklılık göstereceği düşünülmektedir.

5-İntihar düşüncesine sahip olan ve intihar girişimi öyküsü olan çocuk/ergenler birbiriyle karşılaştırıldığında, erken dönem maladaptif şemaların intihar girişiminin ortaya çıkışını yordayacağı düşünülmektedir.

6-Erken dönem maladaptif şemaların hem intihar düşüncesi hem de intihar girişimiyle ilişkisinde, psikolojik dayanıklılığın yüksek olmasının koruyucu bir role sahip olacağı öngörülmektedir.

4. GEREÇ VE YÖNTEM

4.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, intihar düşüncesine sahip olan ve intihar girişimi öyküsü olan çocuk/ergenlerin psikolojik dayanıklılık ve erken dönem maladaptif şemalar açısından incelenmesi ve bulguların klinik karşılaştırma grubu ile kıyaslanması amacıyla planlanan, kesitsel desende bir olgu-kontrol çalışmasıdır.

4.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma Kasım 2020 – Aralık 2021 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinde gerçekleştirilmiştir.

4.3. Araştırmanın Örneklemi

Çalışmada intihar girişimi öyküsü olan çocuk/ergenlerin oluşturduğu bir grup ile intihar düşüncesine sahip olan ancak girişim öyküsü olmayan çocuk/ergenlerden oluşan bir grup olmak üzere 2 adet olgu grubu ve bir klinik karşılaştırma grubu bulunmaktadır. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi (DEÜTF) Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına başvuran, çalışma süresince son 1 ay intihar düşüncesi olan veya son 3 ay intihar girişiminde bulunmuş olan, 10 yaşından gün alan ve 18 yaşını tamamlayana kadarki yaş aralığında, ebeveyni/yasal vasisi ve kendisi bu çalışmaya katılmayı kabul eden kriterlere uygun tüm hastalar olgu grubunu oluşturmaktadır. İntihar düşüncesi olan 29 çocuk/ergen; intihar davranışı olan 29 çocuk/ergen; intihar düşüncesi ve davranışı olmayan klinik örneklem grubunu oluşturan 29 çocuk/ergen olmak üzere toplam 87 çocuk/ergen alınması planlanmıştır. Ancak belirlenen süre içerisinde intihar düşüncesi olan 42 çocuk/ergen; intihar davranışı olan 44 çocuk/ergen; intihar düşüncesi ve davranışı olmayan klinik örneklem grubunu oluşturan 38 çocuk/ergen olmak üzere toplam 124 çocuk/ergen çalışmaya alınabilmektedir. Tüm katılımcılarda

psikiyatrik bozukluklar KSADS-PL (Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli) kullanılarak değerlendirilmiştir. Çalışmada olgu ve klinik karşılaştırma gruplarında intihar şiddetinin değerlendirilmesi için Columbia İntihar Riskini Derecelendirme Ölçeği kullanılmıştır. Hem olgu hem klinik karşılaştırma gruplarına Sosyodemografik Veri Formu, Duygusal Yılmazlık Ölçeği, Ergen Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, Çocuk ve Ergenler için Erken Dönem Uyumsuz Şema Ölçekler Takımı (ÇEŞÖT) verilerek doldurmaları istenmiştir.

4.4. Örneklem Seçimi

İntihar Düşünce Grubu İçin Çalışmaya Dahil Edilme Ölçütleri:

- Ailesinin ve ergenin çalışmaya katılmaya gönüllü olması
- 10-18 yaş aralığında olmak
- Klinik olarak normal zeka düzeyine sahip olmak
- Son bir ay içerisinde intihar düşüncesine sahip olmak

İntihar Girişim Grubu İçin Çalışmaya Dahil Edilme Ölçütleri:

- Ailesinin ve ergenin çalışmaya katılmaya gönüllü olması ;
- 10-18 yaş aralığında olmak;
- Klinik olarak normal zeka düzeyine sahip olmak;
- Son üç ay içerisinde intihar girişiminde bulunmuş olmak

Klinik Karşılaştırma Grubu İçin Çalışmaya Dahil Edilme Ölçütleri:

- Ailesinin ve ergenin çalışmaya katılmaya gönüllü olması
- 10-18 yaş aralığında olmak
- Klinik olarak normal zeka düzeyine sahip olmak
- Belirlenen olgu gruplarıyla benzer psikiyatrik tanıları olan, intihar düşüncesi ve intihar girişim öyküsü olmayan çocuk ve ergenler

Tüm Gruplar İçin Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri:

- Ailesinin ya da kendisinin çalışmaya katılmak istememesi
- 10-18 yaşından aralığının dışında olmak
- Klinik olarak zihinsel yetersizliği bulunması
- Otizm, Şizoaffektif Bozukluk, Şizofreniform Bozukluk ve Şizofreni tanılarının bulunması
- Çalışmada uygulanan ölçeklere ve görüşmelere katılımı önleyecek düzeyde gelişimsel veya bedensel (nörolojik, metabolik, endokrin vb.) sorunların olması

4.5. Veri Toplama Kaynakları

4.5.1. Aydınlatılmış Bilgilendirme ve Onam Formu

Çalışmanın konusunun ve amacının tanıtıldığı, hangi yöntemlerle yapılacağını açıklandığı, çalışmayla ilgili ayrıntılı bilgilerin paylaşıldığı formdur. Çocuk ve ergenlere yönelik olduğu gibi ebeveynlere yönelikte hazırlanmıştır. Paylaşılan açıklamaları öğrenmiş olan ve çalışmada yer almayı kabul eden çocuk, ergen ve ebeveynler gönüllü olduklarına dair imzalarını atarak formu doldururlar.

4.5.2. Sosyodemografik Veri Formu

Bu formun amacı çalışmaya katılan çocuk ve ergenlerin özgeçmiş ve soygeçmiş bilgilerini öğrenmek, yaşadıkları çevrenin adresini, sosyoekonomik durumunu, aile üyelerini, aile yapısını, eğitim öğretim, yaş, cinsiyet gibi demografik özellikleri ortaya koymaktır. Bu doğrultuda çalışmayı yürütenler tarafından düzenlenmiştir.

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

Semptomlar dört puan üzerinden ele alınır: 0 = bilgi yok, 1 = yok, 2 = eşik düzey bulgu ve 3 = eşik altı düzey bulgu. Tarama görüşmesi, hastalıklara özgü birkaç sorudan oluşur ve eğer bunlar taranan hastalığın olabileceğine işaret ediyorsa görüşmeci ilgili ek bölüme geçer. Ek görüşmede amaç tanıyı doğrulamak için diğer soruları sormaktır. Tarama görüşmesi belirli bir bozukluğu göstermiyorsa, görüşmeci eklerde kalan hastalığa özgü diğer tüm soruları atlar. Hastadan, ebeveynlerinden alına bilgiler en son görüşmeci tarafından entegre edilir,

uyumsuzluk varsa da klinik kanaat ağır basar. Bu form sayesinde taranabilen primer tanılar: majör depresif bozukluk, süreğen depresif bozukluk, mani, hipomani, siklotimi, bipolar bozukluklar, yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğu, şizoafektif bozukluklar, şizofreni, şizofreniform bozukluk, kısa tepkisel psikoz, panik bozukluk, agorafobi, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, basit fobiler, sosyal anksiyete bozukluğu/seçici konuşmazlık, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, davranım bozukluğu, karışık olma/karşı gelme bozukluğu, enürezis, enkoprezis, anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıknırcasına yeme bozukluğu, geçici tik bozuklukları, Tourette bozukluğu, kronik motor ya da vokal tik bozukluğu, alkol kötüye kullanımı, madde kötüye kullanımı, travma sonrası stres bozukluğu ve otizm spektrumu bozukluklarıdır. Kaufman ve arkadaşlarının (2016) DSM-5 tanı ölçütlerine göre güncelledikleri yarı yapılandırılmış bu görüşme çizelgesinin Türkçe uyarlaması ve daha sonra bu uyarlamanın geçerlik güvenirliği de araştırmacılar tarafından yapılmıştır (244)(245).

4.5.4.Columbia İntihar Riskini Derecelendirme Ölçeği (Columbia-Suicide Severity Rating Scale)

Geçerlik ve güvenirlik çalışması Posner ve ark. (2011) tarafından yapılmış olan bu ölçeğin Türkçe çevirisi ve geçerlik güvenirlik çalışması ise Kılınçaslan ve ark. (2019) tarafından yapılmıştır. Hastayla görüşmek suretiyle uygulanan yarı yapılandırılmış bir ölçektir. Bu ölçeğin amacı suid düşüncesi ve davranışlarını ele almaktır. Düşünceleri, girişimleri, suid amaçlı olmayan kendine zarar verici davranışları, intihara hazırlayan girişim öncesi süreçleri, tam bir intihar girişimine dönüşemeyen riskli davranışları ele alması ve net sınırlarla tanımlamaya çalışması, bu ölçeğin oldukça detaylı bir suid değerlendirmesi yapmasını olanaklı kılar. 4 alt ölçekten meydana gelmekte olup bunlar : intihar düşüncesi, düşüncelerin yoğunluğu, intihar davranışı ve gerçekleşmiş girişimin ölümcüllüğü alt ölçekleridir. İlk üç ölçekten elde edilen bilgiler sonucunda genel bir suid risk seviyesine ulaşılmış olur.

“İntihar düşüncesi” alt ölçeği toplam 5 puan üzerinden ele alınır. “İntihar düşüncesinin yoğunluğu” alt ölçeği ise sıklık, süre, kontrol edilebilirlik, caydırıcılar ve intihar nedeni parametrelerine bakılarak toplam 5 maddeden oluşmuştur. Her bir madde 5 puan üzerinden puanlanır. Dolayısıyla intihar düşüncesi alt testi toplam 0-5 arasında, düşüncelerin yoğunluğu alt testi toplam 0-25 arasında değer alabilmektedir. Üçüncü alt ölçek; intihar davranışı alt ölçeğidir. Bu alt ölçekte gerçekleştirilmiş girişimler, başka şeyler veya kişiler tarafından durdurulmuş girişimler, kişinin kendisi tarafından yarıda kesilmiş girişimler, intihara

hazırlayıcı davranışlar ve intihar amacı olmayan kendine zarar verme davranışları değerlendirilir. Bu aşamada numerik puanlama olmayıp sözel ifadeye başvurulur (246).

4.5.5. Duygusal Yılmazlık Ölçeği (DYÖ)

SandraPrince – Embury’in meydana getirdiği “Yılmazlık Ölçekleri” grubunun içeriğinde 3 ölçek yer alır ve duygusal yılmazlık ölçeği de bunlardan biridir. Güvenirlilik ve geçerlik çalışması Kurtoğlu ve Doğan tarafından 2016 yılında yapılmıştır. 8-14 yaş aralığındaki çocuk ve ergenlere uygulanır. Alınan düşük puanlar daha yüksek bir duygusal yılmazlık seviyesine, yüksek puanlar ise daha düşük bir duygusal yılmazlık seviyesine işaret eder. Her maddenin 5 puan üzerinden değerlendirildiği 20 maddelik bir ölçektir. 3 alt boyutu değerlendirmeye alır ki bunlar hassasiyet, iyileşme-düzelme ve bozulma alt boyutlarıdır.

“Hassasiyet” alt boyutu emosyonel tepkileri ve bu tepkilerin yoğunluğunu ifade eder. Bu alt ölçekte altı madde (1, 2, 3, 4, 5, 6) bulunmaktadır. Bu maddeler, kişinin moralinin nasıl olumsuz hale geldiğini, bunun kolayca gerçekleşip gerçekleşmediğini sorgular. “İyileşme-Düzelme” alt boyutu, emosyonel iyilik halinin kötüleşmesi ve bir duygusal tepkinin ardından tekrar eski haline geri dönebilme yetisini tanımlar. Burada bulunan dört madde (10, 11, 12, 13), eski denge durumuna geri dönene kadar geçen zaman aralığını ele alır. “Bozulma” alt boyutunda ise bozulan emosyonel dengenin ardından verilebilecek olumsuz reaksiyonlar değerlendirilir. Bu alt boyutta 10 madde (7, 8, 9, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20) yer almaktadır. Bu reaksiyonlar: kontrolü yitirme, hatalar yapma, düzgün düşünememe ve başını derde sokma gibi örneklerde olduğu gibi olabilir (247).

4.5.6. Ergen Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (EPDÖ)

Bulut, Doğan, Altundağ (2012) tarafından meydana getirilen bu ölçek 29 maddeden oluşur. Bu maddeler 6 alt boyutu değerlendirir ki bunlar: aile desteği, okul desteği, akran desteği, uyum, empati, mücadele azmi. Her madde 4 puan üzerinden değerlendirilir; 1 puan: Bana hiç uygun değil, 4 puan: bana çok uygun. Toplam puan 29-116 arasındadır. Yüksek puanlar psikolojik dayanıklılığın daha iyi olduğuna işaret eder. Aile desteği alt boyutunu 7 madde, akran desteği alt boyutunu 5 madde, okul desteği alt boyutunu 5 madde, uyum boyutunu 4 madde, mücadele azmi boyutunu 5 madde, empati boyutunu ise 3 madde değerlendirmektedir (248).

4.5.7. Çocuk ve Ergenler için Erken Dönem Uyumsuz Şema Ölçekler Takımı (ÇEŞÖT)

Güner tarafından, Young'ın Şema Terapi Kuramı çerçevesinde geliştirilmiştir. Şema Terapi Kuramındaki karşılanmamış beş ihtiyaç alanını temel alan beş ayrı ölçekten meydana geldiği için bir ölçekler takımı olarak tanımlanmaktadır. 10-16 yaş arasındaki çocuk ve ergenlerin erken dönem uyumsuz şemalarını belirlemek amacıyla kullanılır.

ÇEŞÖT; yorumlanabilir 5 şema alanı, 15 şema ve 97 maddeden meydana gelir. Katılımcının öz bildirimine dayanır. Her madde 5 puan üzerinden değerlendirilir: 1=Benim için tamamıyla yanlış, 2=Benim için çoğunlukla yanlış, 3=Benim için ne doğru ne de yanlış, 4=Benim için çoğunlukla doğru, 5=Benim için tamamıyla doğru.

Kopukluk ve reddedilmişlik şema alanında kusurluluk/utanma, kuşkuculuk/kötüye kullanılma, duygusal yoksunluk, terk edilme ve tutarsızlık şemaları; zedelenmiş özerklik ve performans şema alanında başarısızlık, bağımlılık/yetersizlik, yapışıklık ve gelişmemiş benlik, hastalık ve tehditlere karşı dayanıksızlık şemaları; zedelenmiş sınırlar şema alanında haklılık/büyükleme, yetersiz özdenetim şemaları; başkalarına yönelimlilik şema alanında kendini onaylamama, boyun eğicilik, onay arayıcılık şemaları; aşırı tetikte olma ve baskılama/ketleme şema alanında karamsarlık, cezalandırıcılık şemaları yer almaktadır.

Belirlenen yaş gruplarının norm tabloları mevcut olup her şemanın bir cut off değeri vardır. Bu değer ve üstündeki puanlar o şemanın aktif olduğu anlamına gelmektedir (249).

4.6. Etik Kurul Onayı

Bu çalışma başlamadan önce Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 18.01.2021 tarih ve 2021/02-03 sayılı karar no. ile onayı alınmıştır.

4.7. Araştırmanın İstatistiği

Ölçümle elde edilen sürekli değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma, kategorik değişkenler ise yüzde ve sayı şeklinde ifade edilmiştir. Çalışmanın verileri SPSS paket programında değerlendirilmiştir. Tüm analizlerde 0.05'ten küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Sayısal değişkenler normal dağılım göstermiş olup üç grup arasındaki ortalamaların karşılaştırılmasında ANOVA varyans analizler kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin analizinde Pearson kare testi kullanılmıştır. Korelasyon analizleri veriler normal dağıldığı için Pearson korelasyon analizi ile yapılmıştır.

5.BULGULAR

Bulgular değerlendirilirken intihar düşüncesi ve psikiyatrik tanıları olan ilk olgu grubu Düşünce Grubu, intihar girişimi olan ve psikiyatrik tanıları bulunan ikinci olgu grubu Girişim Grubu, intihar düşüncesi ve girişimi olmayan fakat psikiyatrik tanıları bulunan hastalardan oluşan klinik kontrol grubu ise Kontrol Grubu olarak isimlendirilmiştir.

5.1. Katılımcıların Bireysel ve Ailesel Özellikleri

5.1.1. Yaş

Çalışmamıza yaş ortalaması 15.27 ± 1.5 olan 123 katılımcı alınmıştır.İntihar düşünce grubunun yaş ortalama değeri 15.05 ± 1.7 , intihar girişim grubunun yaş ortalama değeri 15.45 ± 1.3 , klinik kontrol grubunun yaş ortalama değeri 15.29 ± 1.4 olarak tespit edilmiştir. Grupların varyanslarının homojen bir dağılım gösterdiği belirlendiği için Tek Yönlü Varyans Analizi uygulanmıştır (One-Way ANOVA).İntihar düşünce, girişim ve klinik kontrol grupları arasında yaş ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.461$).

Tablo 1. Olgu ve Kontrol Gruplarının Yaş Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Düşünce (n=41)	Girişim (n=44)	Kontrol (n=38)	P değeri	F değeri
Yaş,Ortalama $\pm$ SS	15.05 ± 1.7	15.45 ± 1.3	15.29 ± 1.4	0.461	0.78

Gruplar arası ANOVA Testi

5.1.2. Cinsiyet

Çalışmamızdaki gruplar cinsiyet dağılımı açısından değerlendirildiğinde düşünce grubundaki katılımcıların %90'ının (n=37) , girişim grubundaki katılımcıların %88'inin (n=39), kontrol grubundaki katılımcıların %81'inin (n=31) kız cinsiyette olduğu bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.479$).

Tablo 2. Olgu ve Kontrol Gruplarının Cinsiyet Dağılımı Açısından Karşılaştırılması

Cinsiyet	Düşünce (n=41)	Girişim (n=44)	Kontrol (n=38)	P değeri	χ^2
Kız, n(%)	37 (%90.2)	39 (%88.6)	31 (%81.6)	0.479	1.47
Erkek, n(%)	4 (%9.8)	5 (%11.4)	7 (%18.4)		

Ki-kare testine göre üç grubun karşılaştırılması

5.1.3. Eğitim Durumu

Çalışmamıza katılan katılımcılar ortaokul ve lise olarak 2 ayrı eğitim düzeyine göre ayrıldığında düşünce grubundaki katılımcıların %73'ü (n=30), girişim grubundaki katılımcıların %84'ü (n=37), kontrol grubundaki katılımcıların ise %89'unun (n=33) lise düzeyinde olduğu görülmüştür. 3 grup karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamamıştır (p=0.166).

Tablo 3. Olgu ve Kontrol Gruplarının Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılması

Eğitim	Düşünce (n=41)	Girişim (n=44)	Kontrol (n=37)	P Değeri	χ^2
Ortaokul, n(%)	11 (%26.8)	7 (%15.9)	4 (%10.8)	0.166	3.58
Lise, n(%)	30 (%73.2)	37 (%84.1)	33 (%89.2)		

Ki-kare testine göre üç grubun karşılaştırılması

5.1.4-Ders Başarısı

Çalışmamıza katılan katılımcıların ders başarı durumları 55 puan ve altı için kötü, 55-70 puan arası için orta, 70-85 puan arası için iyi, 85-100 puan arası için ise pekiyi ve ayrıca devamsız olarak beş gruba ayrılarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel açıdan karşılaştırma yapabilmek için devamsızlık grubu ile ders başarısı kötü olan grup birleştirilmiş ve toplam 4 sınıflama yapılmıştır. Düşünce grubundaki katılımcıların toplam %48.8'i kendini pekiyi ve iyi olarak tanımlarken bu oran girişim grubundaki katılımcılarda %56.8 ve kontrol grubu için de %54.0 olarak saptanmıştır. 3 grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır (p =0.375).

Tablo 4. Olgu ve Kontrol Gruplarının Ders Başarısı Açısından Karşılaştırılması

Ders Başarısı	Düşünce (n=41)	Girişim (n=44)	Kontrol (n=37)	P Değeri	χ^2
Pekiyi(85-100),	13 (%31.7)	8 (%18.2)	11 (%29.7)	0.375	6.4
İyi(70-85), n(%)	7 (%17.1)	17 (%38.6)	9 (%24.3)		
Orta(55-70),	13 (%31.7)	11 (%25.0)	12 (%32.4)		
Kötü veya Devamsız (55'in altı), n(%)	8 (%19.5)	8 (%18.2)	5 (%13.5)		

*Ki-kare testine göre üç grubun karşılaştırılması

5.1.5-Arkadaş İlişkileri

Çalışmamızdaki katılımcıların arkadaş ilişkilerini değerlendirmeleri istenmiştir. İstatistiksel açıdan karşılaştırmak için kötü ve çok kötü grupları birleştirilmiş ve dört temel sınıflama yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda üç grup arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.049$).Yapılan analizlerde bu anlamlı farklılık intihar düşünce ve klinik kontrol grubu arasında saptanmıştır ($p=0.007$). İntihar düşünce ve girişim grupları arasında değerlendirme yapıldığında ise anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0.567$). Gruplara göre dağılım ve yüzde oranları Tablo 5’de verilmiştir.

Tablo 5. Olgu ve Kontrol Gruplarının Arkadaş İlişkileri Açısından Karşılaştırılması

Arkadaş leri	Düşünce (n=41)	Girişim (n=44)	Kontrol (n=37)	P Değeri	χ^2
Çok iyi, n(%)	12 (%29.3)	10 (%22.7)	9 (%24.3)	0.049* 0.567** 0.007***	12.6 2.0 12
İyi, n(%)	10 (%24.4)	15 (%34.1)	20 (%54.1)		
Orta, n(%)	8 (%19.5)	11 (%25.0)	7 (%18.9)		

Kötü veya Çok Kötü, n(%)	11 (%26.8)	8 (%18.2)	1 (%2.7)		
-----------------------------	------------	-----------	----------	--	--

*Ki-kare testine göre üç grubun karşılaştırılması

**Ki-kare testine göre İntihar Girişim ve Düşünce gruplarının karşılaştırılması

***Ki-kare testine göre İntihar Düşünce ve Kontrol gruplarının karşılaştırılması

5.1.6-Yaşanılan Ortam

Çalışmamıza katılan katılımcılar yaşadıkları ortamlar açısından 3 gruba ayrılmıştır. İki ebeveyn veya tek ebeveynle yaşayanlar iki ayrı grup olarak değerlendirilmiş, kurum, akraba yanı, koruyucu aile gibi başka yerlerde yaşayanlar ise diğer grup adı altında üçüncü bir grup olarak değerlendirilmiştir. Düşünce grubundaki katılımcıların %56'sı, girişim grubundaki katılımcıların %52'si, kontrol grubundaki katılımcıların ise % 71'i iki ebeveyniyle birlikte yaşadıklarını belirtmiştir. Yapılan değerlendirme sonucunda üç grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0.165).

Tablo 6. Olgu ve Kontrol Gruplarının Yaşadıkları Ortam Açısından Karşılaştırılması

Yaşanılan Ortam	Düşünce (n=41)	Girişim (n=44)	Kontrol (n=38)	P Değeri	χ^2
İki Ebeveynle, n (%)	23 (%56.1)	23 (%52.3)	27(%71.1)	0.165	6.5
Tek Ebeveynle, n (%)	13 (%31.7)	11 (%25.0)	9 (%23.7)		
Diğer, n (%)	5 (%12.2)	10 (%22.7)	2 (%5.3)		

Ki-kare testine göre üç grubun karşılaştırılması

5.1.7-Aile Yapısı

Aile yapısı açısından katılımcılar değerlendirildiğinde, anne babası evli olanlar, boşanmış olanlar ve diğer adı altında 3 kategori oluşturulmuştur. Ebeveyn kaybı olanlar ve ebeveynleri boşanmadığı halde ayrı yaşayanlar ise Diğer grup kategorisinde değerlendirilmiştir. İntihar düşünce grubundaki katılımcıların %56'sı, girişim grubundaki katılımcıların %59'u, kontrol grubundaki katılımcıların ise % 73'ü ebeveynlerinin evli olduğunu belirtmiştir. Yapılan değerlendirme sonucunda üç grup arasında da ($p=0.468$) anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 7. Olgu ve Kontrol Gruplarının Aile Yapısı Açısından Karşılaştırılması

Aile Yapısı	Düşünce (n=41)	Girişim (n=44)	Kontrol (n=37)	P Değeri	χ^2
Anne Baba Evli, n (%)	23 (%56.1)	26 (%59.1)	27(%73.0)	0.468	3.61
Anne Baba Boşanmış, n (%)	14 (%34.1)	16 (%36.4)	9 (%24.3)		
Diğer, n (%)	4 (%9.8)	2 (%4.5)	1 (%2.7)		

Fisherin kesin testine göre üç grubun karşılaştırılması

5.1.8-Anne ve Babaların Eğitim Durumu

3 grup arasında babaların eğitim düzeyi açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.106$). Tablo 8'de yüzdeler ayrıntılı olarak verilmiştir.

Tablo 8. Olgu ve Kontrol Gruplarının Baba Eğitim Düzeyi Açısından Karşılaştırılması

Babanın Eğitimi	Düşünce (n=41)	Girişim (n=43)	Kontrol (n=37)	P Değeri	χ^2
İlkokul ve okuryazar, n (%)	11 (%26.8)	16 (%37.2)	4 (%10.8)	0.106	10.4
Ortaokul, n (%)	8 (%19.5)	5 (%11.6)	6 (%16.2)		
Lise, n (%)	11 (%26.8)	13 (%30.2)	19 (%51.4)		
Üniversite, n (%)	11 (%26.8)	9 (%21)	8 (%21.6)		

*Ki-kare testine göre üç grubun karşılaştırılması

3 grup arasında annelerin eğitimi durumu yönünden istatistiksel açıdan karşılaştırma yapabilmek adına okuryazar olmayanlar, ilkokul terk, ilkokul mezunu ve ortaokul mezunu olanlar ilköğretim ve altı kategorisine alınmıştır. Lise mezunu ve üniversite mezunu olanlar ise ortaöğretim ve üstü kategorisine dahil edilmiştir. Sonuç olarak anne eğitim düzeyi bakımından üç grup arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p=0.207$). Klinik kontrol grubunda anne eğitim düzeyleri ortaöğretim ve üstü olan kişilerin oranı intihar düşünce ve girişim gruplarından anlamlı olmasa da daha yüksektir. Tablo 9’da yüzdeler ayrıntılı olarak verilmiştir.

Tablo 9. Olgu ve Kontrol Gruplarının Anne Eğitim Düzeyi Açısından Karşılaştırılması

Annenin Eğitimi	Düşünce (n=41)	Girişim (n=43)	Kontrol (n=37)	P Değeri	χ^2
İlköğretim ve altı	18 (%42.9)	23 (%54.8)	13 (%35.1)	0.207	3.14
Ortaöğretim ve üstü	24 (%57.1)	19 (%45.2)	24 (%64.9)		

Ki-kare testine göre üç grubun karşılaştırılması

5.1.9-Kardeş Sayısı ve Sıralaması

Düşünce grubunun kardeş sayısı ortalama değeri 1.46 ± 1.14 , girişim grubunun kardeş sayısı ortalama değeri 1.81 ± 1.20 , kontrol grubunun kardeş sayısı ortalama değeri 1.10 ± 0.99 olarak tespit edilmiştir. İntihar düşünce, girişim ve klinik kontrol grupları arasında kardeş sayısı ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.020$). Post hoc analizlere göre intihar girişim grubu ile klinik kontrol grubu arasında anlamlı farklılık vardır ($p=0.016$). Tablo 10’da ortalamalar ayrıntılı olarak verilmiştir.

Tablo 10. Olgu ve Kontrol Gruplarının Kardeş Sayısı Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Düşünce (n=41)	Girişim (n=44)	Kontrol (n=37)	P değeri	F değeri
Kardeş Sayısı, Ortalama $\pm$	1.46 ± 1.14	1.81 ± 1.2	1.10 ± 0.99	0.020*	4.0

Gruplar arası ANOVA Testi

*Post Hoc Girişim grubu > Kontrol grubu ($p=0.016$)

Doğum sırası bakımından yapılan karşılaştırmalarda ise üç grup arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p=0.420$). Tablo 11’de ortalamalar ayrıntılı olarak verilmiştir.

Tablo 11. Olgu ve Kontrol Gruplarının Doğum Sıralarının Karşılaştırılması

Doğum Sırası	Düşünce (n=41)	Girişim (n=44)	Kontrol (n=37)	P değeri	χ^2
Birinci Çocuk	14 (%34.1)	19 (%43.2)	18 (%48.6)	0.420	1.73
İkinci Çocuk ve Üzeri	27 (%66.0)	25 (%56.8)	19 (%51.4)		

Ki-kare testine göre üç grubun karşılaştırılması

5.1.10-Mevcut Psikiyatrik Tanılar

Her üç grupta yer alan ergenlerle yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) yapılarak mevcut eksen I psikiyatrik tanıları değerlendirilmiştir. Olgularda Major Depresif Bozukluk, Bipolar Bozukluk- Depresif Epizod, Nörogelişimsel Bozukluk, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Anksiyete Spektrum Bozukluğu, Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Yeme Bozuklukları tanıları saptanmıştır. Bipolar Depresyon tanısı sadece intihar girişim grubunda 2 kişide (%4.7) saptanmış olup Major Depresif Bozukluk tanısı ile birleştirilmiş ve Duygudurum Bozuklukları/Depresyon adıyla yeni bir kategori oluşturulmuştur. Ayrıca herhangi bir klinik tanıyı karşılamayan olgular için tanı almayan hasta grubu kategorisi, klinik olarak Anksiyete Spektrum Bozukluğu tanısını karşılamayan ancak anksiyete semptomları olan hastalar için de eşikaltı anksiyete semptomları kategorisi tanımlanmıştır.

İntihar düşünce grubunda 33 kişi (% 78.6), intihar girişim grubunda 35 kişi (%78.6) ve klinik kontrol grubunda 17 kişi (%44.7) ile en çok saptanan tanı Duygudurum Bozuklukları/Depresyondur. İntihar düşünce grubunda 4 kişi (%10.5) ile Travma ve Stresör ile İlişkili Bozukluklar, girişim grubunda 4 kişi (%9.3) ile Nörogelişimsel Bozukluklar, klinik kontrol grubunda 7 kişi (%18.4) ile Anksiyete Spektrum Bozuklukları ikinci sırada gelmektedir. Yeme Bozuklukları ise intihar düşünce grubunda 2 kişide (%5.3) ve klinik kontrol grubunda 1 kişide (%2.3) görülmüş olup intihar girişim grubunda saptanmamıştır. Eşikaltı anksiyete semptomları intihar düşünce grubunda 6 kişide (%14.3), intihar girişim grubunda 2 kişide (%4.7) ve klinik kontrol grubunda ise 8 kişide (%21.1) görülmüştür. OKB tanısı ise intihar düşünce ve girişim grubunda görülmemiş olup klinik kontrol grubunda ise 4 kişide (%10.5) saptanmıştır. Tanı almayan grup ise intihar düşünce grubunda %19, intihar girişim grubunda %18.6 ve klinik kontrol grubunda ise %21.1 olarak tespit edilmiş olup her grupta 8 kişidir.

İntihar düşünce, girişim ve klinik kontrol grupları istatistiksel açıdan karşılaştırıldığında Duygudurum Bozuklukları/Depresyon tanısı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.001$). Geri kalan psikiyatrik hastalıklar açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Sadece intihar düşünce ve girişim grupları arasında Duygudurum Bozuklukları/Depresyon açısından ikili karşılaştırma yapıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0.745$). Her bir tanı için mevcut p değeri tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12. Olgu ve Kontrol Gruplarının Psikiyatrik Tanılar Açısından Karşılaştırılması

Mevcut Psikiyatrik Tanılar	Düşünce (n=42)	Girişim (n=43)	Kontrol (n=38)	P değeri	χ^2
Duygudurum Bozuklukları/Depresyon	33(%78.6)	35 (%81.4)	17 (%44.7)	$p<0.001^*$ 0.745**	15.37 0.10
Anksiyete Spektrum Bozuklukları	4 (%9.5)	3 (%7)	7 (%18.4)	0.269***	2.6
Nörogelişimsel Bozukluk	4 (%9.5)	4 (%9.3)	6 (%15.8)	0.637***	1.05
Travma ve Stresör ile İlişkili Bozukluklar	4 (%10.5)	1 (%2.4)	3 (%7.0)	0.350***	2.18
Tanı Almayan Grup	8 (%19)	8 (%18.6)	8 (%21.1)	0.088*	0.08

* Pearson ki-kare testine göre üç grubun karşılaştırılması

** Pearson ki-kare testine göre iki grubun karşılaştırılması

*** Fisherin kesin testine göre üç grubun karşılaştırılması

Gruplar arasında sadece 1 psikiyatrik hastalığı olanlar ve komorbiditelerle birlikte toplam 2 psikiyatrik hastalığı olanlar bakımından karşılaştırma yapılmış ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0.918$). İntihar düşünce grubunda 34 kişi (%81), intihar girişim grubunda 35 kişi (%81.6) ve klinik kontrol grubunda 30 kişi (%79) en az 1 psikiyatrik tanıyı karşılamaktadır. Komorbiditelerle birlikte 2 psikiyatrik tanısı olanlar intihar düşünce grubu için 8 kişi (%19), intihar girişim grubu için 11 kişi (%25.6) ve klinik kontrol grubu için ise 10 kişi (%26.3) olarak tespit edilmiştir

Tablo 13. Olgu ve Kontrol Gruplarının Psikiyatrik Tanı Sayısı Açısından Karşılaştırılması

Psikiyatrik Hastalık Sayıları	Düşünce (n=42)	Girişim (n=43)	Kontrol (n=38)	P değeri	χ^2
0 Hastalık	8 (%19.0)	8 (%18.6)	8 (%21.1)	0.918	0.94
1 Hastalık	26 (%62.0)	24 (%56.0)	20 (%52.6)		
2 Hastalık	8 (%19.0)	11 (%25.6)	10 (%26.3)		

Pearson ki-kare testine göre üç grubun karşılaştırılması

Anksiyete Spektrum Bozuklukları tanısı alanlar ve tanı almasalar da eşikaltı anksiyete semptomları olanlar birleştirilmiş ve Major Depresif Bozukluk ile komorbiditelerine bakılmıştır. Düşünce grubunda 8 kişi (%19), intihar girişim grubunda 5 kişi (%11.6) ve klinik kontrol grubunda 6 kişi (%15.8) komorbidite göstermiş olup gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0.637$).

Tablo 14. Olgu ve Kontrol Gruplarının Depresyon ve Anksiyete Komorbiditesi Açısından Karşılaştırılması

	Düşünce (n=42)	Girişim (n=43)	Kontrol (n=38)	P değeri	χ^2
Mdb+Anksiyete Bozukluğu ve Semptomları	8 (%19.0)	5 (%11.6)	6 (%15.8)	0.637	0.9

Pearson ki-kare testine göre üç grubun karşılaştırılması

5.1.11-Sigara Kullanımı

Düşünce grubundaki olguların %24.4'ü, girişim grubundaki olguların %36.4'ü, kontrol grubundaki olguların ise %5.4'ü sigara kullanmaktadır. Olgu ve kontrol grupları sigara kullanımı açısından karşılaştırıldığında 3 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.004$). İntihar düşünce ($p=0.020$) ve intihar girişim ($p=0.001$) gruplarında klinik kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha fazla sigara kullanımı saptanmıştır.

Tablo 15. Olgu ve Kontrol Gruplarının Sigara Kullanımı Açısından Karşılaştırılması

	Düşünce (n=41)	Girişim (n=44)	Kontrol (n=37)	P değeri	χ^2
Sigara Kullanımı	10 (%24.4)	16 (%36.4)	2 (%5.4)	0.004* 0.231**	11.0 1,4

*Ki-kare testine göre üç grubun karşılaştırılması

** Ki-kare testine göre intihar düşünce ve girişim grubunun karşılaştırılması

5.1.12-Alkol Kullanımı

İntihar düşünce grubundaki olguların %14.6'ü, girişim grubundaki olguların %40.9'u, kontrol grubundaki olguların ise %10.8'i alkol kullanmaktadır. Olgu ve kontrol grupları alkol kullanımı açısından karşılaştırıldığında 3 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0.002).İntihar girişim grubunda hem intihar düşünce grubuna göre (p=0.001) hem de klinik kontrol grubuna göre (p=0.002) anlamlı düzeyde daha fazla alkol kullanımı saptanmıştır.

Tablo 16. Olgu ve Kontrol Gruplarının Alkol Kullanımı Açısından Karşılaştırılması

	Düşünce (n=41)	Girişim (n=44)	Kontrol (n=37)	P değeri	χ^2
Alkol Kullanımı	6 (%14.6)	18 (%40.9)	4 (%10.8)	0.002* 0.001**	12.7 7.2

*Ki-kare testine göre üç grubun karşılaştırılması

** Ki-kare testine göre intihar düşünce ve girişim grubunun karşılaştırılması

5.1.13- Kronik Tıbbi Hastalıklar

Diyabet, astım, epilepsi, kanser, fiziksel engellilik, kardiyovasküler hastalıklar ve otoimmün hastalıkların tespit edildiği olgular kronik tıbbi hastalıklar adı altında değerlendirilmiştir. Düşünce grubundaki olguların %29.3'ü, girişim grubundaki olguların %18.2'si, kontrol grubundaki olguların ise %29.7'si kronik fiziksel/tıbbi bir hastalığa sahiptir. Olgu ve kontrol grupları kronik hastalık bakımından karşılaştırıldığında 3 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0.387).

Tablo 17. Olgu ve Kontrol Gruplarının Kronik Hastalıklar Açısından Karşılaştırılması

	Düşünce (n=41)	Girişim (n=44)	Kontrol (n=37)	P değeri	χ^2
Kronik Hastalıklar	12 (%29.3)	8 (%18.2)	11 (%29.7)	0.387	1.9

Ki-kare testine göre üç grubun karşılaştırılması

5.1.14-Travma Öyküsü

Düşünce grubundaki olguların %29.3'ü, girişim grubundaki olguların %18.2'si, kontrol grubundaki olguların ise %16.2'si bir travma öyküsüne sahiptir. Olgu ve kontrol grupları travma öyküsü bakımından karşılaştırıldığında 3 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0.305).

Tablo 18. Olgu ve Kontrol Gruplarının Travma Öyküsü Açısından Karşılaştırılması

	Düşünce (n=41)	Girişim (n=44)	Kontrol (n=37)	P değeri	χ^2
Travma Öyküsü	12 (%29.3)	8 (%18.2)	6 (%16.2)	0.305	2.3

Ki-kare testine göre üç grubun karşılaştırılması

5.1.15-Aile Özellikleri

3 grup arasında 1.derece akrabalarında psikiyatrik hastalık olup olmadığı bakımından yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p=0.308). İntihar Düşünce grubunda %24.4 oranında, intihar girişim grubunda %34.1, klinik kontrol grubunda ise %40.5 oranında birinci derece akrabalarında psikiyatrik öykü saptanmıştır.

Annede MDB öyküsü açısından 3 grup arası karşılaştırma yapıldığında da anlamlı fark bulunmamıştır (p=0.198).Düşünce grubunun annelerinde %7.3 oranında, girişim grubununkilerde %18.2 oranında, kontrol grubununkilerde ise %21.1 oranında Annede MDB öyküsü saptanmıştır.

3 grup arasında 2. ve 3.derece akrabalarında psikiyatrik hastalık olup olmadığı bakımından yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p=0.424). Düşünce grubunda %19.5 oranında, girişim grubunda %27.3, kontrol grubunda ise %32.4 oranında ikinci ve üçüncü derece akrabalarında psikiyatrik öykü saptanmıştır.

Ailede intihar öyküsü açısından 3 grup karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır (p=0.700). İntihar düşünce grubunda %9.8 oranında, intihar

girişim grubunda %16.0 oranında ve klinik kontrol grubunda %13.5 oranında ailede intihar öyküsü saptanmıştır.

3 grup arasında ailede Anne, Baba ve 2.derece akrabaları dahil ederek kronik fiziksel hastalık öyküsü olup olmadığı bakımından yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0.154$). İntihar düşünce grubunda %34 oranında, intihar girişim grubunda yaklaşık %32 oranında, klinik kontrol grubunda ise %51.4 oranında ailede tıbbi hastalık saptanmıştır.

Tablo 19. Olgu ve Kontrol Gruplarının Soygeçmiş Özellikleri Açısından Karşılaştırılması

	Düşünce (n=41)	Girişim (n=44)	Kontrol (n=37)	P Değeri	χ^2
1.Derece Akrabalarda Psikiyatrik Hastalık	10 (%24.4)	15 (%34.1)	15 (%40.5)	0.308	2.3
Annede MDB Öyküsü	3 (%7.3)	8 (%18.2)	8 (%21.1)	0.198	3.2
2.ve 3.Derece Akrabalarda Psikiyatrik Hastalık	8 (%19.5)	12 (%27.3)	12 (%32.4)	0.424	1.7
Ailede İntihar Öyküsü	4 (%9.8)	7 (%16.0)	5 (%13.5)	0.700	0.7
Ailede Fiziksel Hastalık Öyküsü	14 (%34.1)	14 (%31.8)	19 (%51.4)	0.154	3.7

Ki-kare testine göre üç grubun karşılaştırılması

5.1.16-Kendine Zarar Verici Davranış

Gruplar arasında yaşam boyu kendine zarar verici davranışlar açısından karşılaştırma yapıldığında 3 grup arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0.007$). İntihar düşünce grubu için %46.3, girişim grubu için %48.8 ve kontrol grubu için %15.6 oranında yaşam boyu kendine zarar verici davranış görülmektedir. İntihar düşünce ($p=0.006$) ve intihar girişim ($p=0.003$)

gruplarında klinik kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha fazla yaşam boyu kendine zarar verici davranış görülmektedir. İntihar düşünce ve girişim grupları kendi aralarında karşılaştırıldığında ise kendine zarar verici davranış varlığı açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0.819).

Kendine zarar verici davranış türleri incelendiğinde kesi atma davranışı ve diğer davranışlar şeklinde iki kategori oluşturulmuştur. Sigara söndürme, ilaç içme, tırnakları ile kendini çizme, iğne batırma, kendini yumruklama şeklindeki davranışlar diğer davranışlar kategorisine dahil edilmiştir. İntihar düşünce grubunda 23 kişi, intihar girişim grubunda 17 kişi ve klinik kontrol grubunda 4 kişi kesi atma şeklinde kendine zarar verici davranışta bulunmuştur. Diğer kendine zarar verici davranış türlerinin görüldüğü kişi sayısı ise intihar düşünce grubunda 7 kişi, intihar girişim grubunda 2 kişi ve klinik kontrol grubunda 1 kişidir.

Tablo 20. Olgu ve Kontrol Gruplarının Yaşamboyu Kendine Zarar Verici Davranışlar Açısından Karşılaştırılması

KZVD	Düşünce (n=41)	Girişim (n=43)	Kontrol (n=38)	P Değeri	χ^2
Yaşamboyu	19 (%46.3)	21 (%48.8)	5 (%15.6)	0.007* 0.819** 0.006*** 0.003*****	10.0 0.05 7.68 8.93

*Ki-kare testine göre üç grubun karşılaştırılması

** Ki-kare testine göre intihar düşünce ve girişim grubunun karşılaştırılması

*** Ki-kare testine göre intihar düşünce ve kontrol grubunun karşılaştırılması

**** Ki-kare testine göre intihar girişim ve kontrol grubunun karşılaştırılması

5.2. Hastaların İntihar Girişimlerinin Özellikleri

5.2.1. İntihar Girişimlerinin Şekli

Yaşamboyu gerçek intihar girişiminde bulunan 44 hastada %88.6 oranında ilaç içme girişimi, %23.7 oranında kesi atma, %6.8 oranında ası ile girişim, %4.5 oranında yüksekten atlama girişimi saptanmıştır.

Tablo 21. İntihar Girişim Grubunun Yaşamboyu Gerçekleşen İntihar Girişim Türleri

İntihar Girişim Türleri , Yaşamboyu	Yaşamboyu (n=44)
İlaç İçme	39 (%88.6)
Kesi Atma	10 (%23.7)
Ası	3 (%6.8)
Yüksekten Atlama	2 (%4.5)

5.2.2. İntihar Girişimlerinin Sayısı

Girişim grubu için yaşamboyu intihar girişimlerinin sayısı ortalama 2.0 iken son 3 ay içinde gerçekleşen girişimlerin sayısı ortalama 1.4 şeklinde bulunmuştur. Aynı grupta yaşamboyu intihar girişimi sayısı %43.2 oranında 1 kez, %25.0 oranında 2 kez, %15.9 oranında 3 kez ve %15.9 oranında 3'den fazla girişim olarak saptanmıştır.

Tablo 22. İntihar Girişim Grubunda İntihar Girişimlerinin Sayısı

İntihar Girişimi Sayısı, Yaşamboyu	İntihar Girişimi (n=44)
1 kez	19 (%43.2)
2 kez	11 (%25.0)
3 kez	7 (%15.9)
3'den fazla	7 (%15.9)

5.2.3. Geçmişteki Gerçek İntihar Girişimleri

İntihar düşünce ve girişim gruplarının ve klinik kontrol grubunun geçmiş intihar girişimlerine bakıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuş olup intihar girişim grubunda 25 kişi (%56.8), intihar düşünce grubunda 13 kişi (%31.7) ve klinik kontrol grubunda 2 kişi (%5.3) geçmişte en az 1 kez intihar girişiminde bulunmuştur ($p<0.001$). İntihar düşünce

($p=0.003$) ve intihar girişim ($p<0.001$) grupları klinik kontrollere göre anlamlı düzeyde daha fazla intihar girişim öyküsüne sahiptir. İntihar düşünce ve girişim grubu kendi arasında karşılaştırıldığında ise intihar girişim grubunda anlamlı düzeyde daha fazla geçmiş girişim öyküsü bulunmaktadır ($p=0.020$).

Tablo 23. Olgu ve Kontrol Gruplarının Geçmiş İntihar Girişimlerine Göre Karşılaştırılması

	Düşünce (n=41)	Girişim (n=44)	Kontrol (n=38)	P değeri	χ^2 değeri
Geçmişte Girişim Var	13 (%31.7)	25 (%56.8)	2 (%5.3)	$p<0.001^*$ 0.020^{**} 0.003^{***} $p<0.001^{****}$	24.7 5.4 8.96 24.53

* Ki-kare testine göre üç grubun karşılaştırılması

** Ki-kare testine göre intihar düşünce ve girişim grubunun karşılaştırılması

*** Ki-kare testine göre intihar düşünce ve kontrol grubunun karşılaştırılması

**** Ki-kare testine göre intihar girişim ve kontrol grubunun karşılaştırılması

5.2.4. Engellenen Girişimler

Kişinin son 3 ay içinde intihar girişiminde bulunmak üzereyken bir başkası tarafından engellenen girişimlerinin oranlarına bakıldığında oranların intihar düşünce grubu için %12.2, girişim grubu için %22.7, kontrol grubu için %0 olduğu görülmüştür. Kişinin yaşam boyu intihar girişiminde bulunmak üzereyken bir başkası tarafından engellenen girişim öyküsüne bakıldığında intihar düşünce grubu için %12.2, girişim grubu için %29.5, kontrol grubu için %2.6 olduğu görülmüş ve 3 grup arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p=0.003$). İntihar girişim grubunda klinik kontrol grubuna göre engellenen girişimler anlamlı düzeyde daha fazla görülmüştür ($p=0.001$). İntihar düşünce ve girişim grubu arasında karşılaştırma yapıldığında da girişim grubunda anlamlı düzeyde daha fazla engellenen girişim öyküsü bulunmaktadır ($p=0.050$).

Tablo 24. Olgu ve Kontrol Gruplarının Engellenen İntihar Girişimleri Açısından Karşılaştırılması

Engellenen Girişim	Düşünce (n=41)	Girişim (n=44)	Kontrol (n=38)	P Değeri	χ^2
Yaşamboyu	5 (%12.2)	13 (%29.5)	1 (%2.6)	0.003* 0.050** 0.203*** 0.001****	11.8 3.8 10.43

*Ki-kare testine göre üç grubun karşılaştırılması

** Ki-kare testine göre intihar düşünce ve girişim grubunun karşılaştırılması

*** Fisher testine göre intihar düşünce ve kontrol grubunun karşılaştırılması

**** Ki-kare testine göre intihar girişim ve kontrol grubunun karşılaştırılması

5.2.5. Durdurulan Girişimler

Kişinin son 3 ay içinde intihar girişiminde bulunmak üzereyken yarıda keserek kendi kendini durdurduğu girişimlerin oranlarına bakıldığında düşünce grubu için %29.3, girişim grubu için %27.3, kontrol grubu için %0 olduğu görülmüştür.

Kişinin yaşam boyu intihar girişiminde bulunmak üzereyken yarıda keserek kendi kendini durdurduğu girişimlerin oranlarına bakıldığında 3 grup arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.001$). Oranlar intihar düşünce grubu için %48.8, intihar girişim grubu için %45.5, klinik kontrol grubu için %2.6 şeklindedir. İntihar düşünce ve girişim gruplarının yaşamboyu kendiliğinden durdurulan girişim öyküleri klinik kontrol grubundan anlamlı düzeyde daha fazladır ($p<0.001$). İntihar düşünce ve girişim grubu arasında ise yaşamboyu kendiliğinden durdurulan girişim öyküsü bakımından anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0.759$).

Tablo 25. Olgu ve Kontrol Gruplarının Durdurulan İntihar Girişimleri Açısından Karşılaştırılması

Durdurulan Girişim	Düşünce (n=41)	Girişim (n=44)	Kontrol (n=38)	P Değeri	χ^2
Yaşamboyu	20 (%48.8)	20 (%45.5)	1 (%2.6)	p<0.001* 0.759** p<0.001*** p<0.001****	23.4 0.09 21.52 19.62

*Ki-kare testine göre üç grubun karşılaştırılması

** Ki-kare testine göre intihar düşünce ve girişim grubunun karşılaştırılması

*** Ki-kare testine göre intihar düşünce ve kontrol grubunun karşılaştırılması

**** Ki-kare testine göre intihar girişim ve kontrol grubunun karşılaştırılması

5.2.6. Hazırlayıcı Eylemler ve Davranışlar

Kişinin son 3 ay içinde İntihar girişimi öncesi hazırlayıcı eylemleri veya davranışları incelendiğinde hap biriktirmek, intihar notu yazmak ve diğer davranışlar şeklinde 3 kategori oluşturulmuştur. Değerli eşyaları dağıtmak, tabanca edinmek gibi davranışlar diğer davranışlar kategorisine alınmıştır.

İntihar notu yazma oranları düşünce grubu için %19.5, girişim grubu için %31.8, kontrol grubu için %0 olduğu görülmüştür. İntihar düşünce ve girişim grubu intihar notu yazma eylemleri bakımından karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0.196). Hap biriktirme davranışı ise %13.6 oranıyla sadece intihar girişim grubunda saptanmıştır.

Tablo 26. Olgu ve Kontrol Gruplarının İntihar Girişimi Öncesi Hazırlayıcı Eylemler Açısından Karşılaştırılması

Hazırlayıcı Eylemler	Düşünce (n=41)	Girişim (n=44)	P Değeri	χ^2
İntihar Notu Yazmak	8 (%19.5)	14 (%31.8)	0.196	1.6

Ki-kare testine göre intihar düşünce ve girişim grubunun karşılaştırılması

5.2.7. Girişimlerin Gerçek ve Potansiyel Ölümcüllüğü

İntihar girişimlerinin %83'ünde tıbbi hasar saptanmamıştır. %7'sinde küçük fiziksel hasar, %5'inde orta derecede fiziksel hasar ve %5'inde de orta derecede şiddetli fiziksel hasar tespit edilmiştir.

Tıbbi hasar saptanmamış intihar girişimlerinin %3'ünün yaralanmayla sonuçlanma olasılığı, %11.4'ünün ise ölümle sonuçlanma olasılığı saptanmıştır. Dolayısıyla tüm girişimlerin yaklaşık %9'unun ölümle sonuçlanma olasılığı vardır.

5.3. Hastaların İntihar Düşüncelerinin Özellikleri

5.3.1. Caydırıcı Faktörler

Ölmeyi istemeyi durduran veya intihar düşüncelerini gerçekleştirmeye engel olan caydırıcı faktörler ele alındığında aile, din, arkadaş, ölüm acısı ve evcil hayvan şeklinde 5 caydırıcı saptanmıştır. Düşünce grubunun %87.8'sinde caydırıcı faktörler tespit edilmiştir. Bunlar %63.4 oranında aile, %14.6 oranında arkadaş, %19.5 oranında din, %12.2 oranında ölüm acısı ve %7.3 oranında evcil hayvan, %9.8 diğer faktörler olarak tanımlanmıştır.

Tablo 27. İntihar Düşünce Grubunda İntihar Düşüncelerine Engel Olan Caydırıcı Faktörlerin Dağılımı

Caydırıcı Faktörler	Caydırıcı Varlığı	Aile	Din	Arkadaş	Ölüm	Evcil an	Diğer
Grup 1 (n=41)	36 (%87.8)	26 (%63.4)	8 (%19.5)	6 (%14.6)	5 (%12.2)	3 (%7.3)	9 (%9.8)

5.3.2. İntihar Düşüncelerinin Nedenleri

İntihar düşüncelerinin nedenlerine bakıldığında ise dikkat çekmek, intikam almak veya tepki almak olarak ifade edilen bir kategori; çekilen acıya ya da hissedilen duruma son vermek şeklinde ikinci bir kategori ve her ikisinin de eşit oranda etkili olabileceği üçüncü bir kategori tanımlanmıştır. Düşünce grubunun %12'sinde dikkat çekmek, intikam almak veya tepki almak amacının, %76.6'sında çekilen acıya ya da hissedilen duruma son vermek amacının ve %12.2'sinde ise her ikisinin de eşit oranda etkili olduğu saptanmıştır.

Tablo 28. İntihar Düşünce Grubunda İntihar Düşüncelerinin Nedenlerinin Dağılımı

İntihar Düşüncelerinin Nedenleri	Dikkat Çekmek	Hem Acıya Son Vermek Hem Dikkat Çekmek	Acıya Son Vermek
Grup 1 (n=41)	5 (%12.2)	5 (%12.2)	31 (%76.6)

5.3.3. İntihar Düşüncelerinin Şiddeti

İntihar Düşüncelerinin şiddetine bakıldığında ise en azdan en şiddetliye doğru şu kategoriler tanımlanmıştır: sadece ölme isteğinin olduğu bir kategori; kendini öldürme isteğinin olduğu ama intihar niyeti, planı ve yönteminin düşünülmediği ikinci bir kategori; intihar yönteminin düşünüldüğü üçüncü bir kategori; intihar niyetinin olduğu dördüncü bir kategori ve intihar planının düşünüldüğü beşinci bir kategori. Bunlar en az şiddetli olandan en şiddetli olan şeklinde sıralanmıştır. İntihar düşünce grubu hastalarının %12'sinde sadece ölme isteği, %5'inde sadece kendini öldürme düşüncesi, %29'unda kendini öldürme yöntemi düşüncesinin varlığı, %17'sinde intihar niyeti ve %36.6'sında intihar planı tespit edilmiştir.

Tablo 29. İntihar Düşünce Grubunda İntihar Düşüncelerinin Şiddetinin Dağılımı

İntihar Düşüncelerinin Şiddeti	Ölme İsteği	Kendini Öldürme İsteği	İntihar Yöntemi	İntihar Niyeti	İntihar Planı
Grup 1 (n=41)	5 (%12.0)	2 (%5.0)	12 (%29.0)	7 (%17.0)	15 (%36.6)

5.4. Olgu Grubunun Tahmini Rölatif Riskleri

İntihar düşünce ve girişim grupları, aralarında anlamlı fark oluşturan değişkenlere göre ki kare testi ile karşılaştırılarak tahmini rölatif riskleri (odds ratio) hesaplanmıştır. Kesitsel olarak değerlendirildiğinde intihar girişimi olan çocuk ve ergenlerde intihar düşüncesi olan çocuk ve ergenlere göre alkol kullanımının 4.0 kat ($p<0.01$), geçmiş gerçek girişim öyküsünün 2.8 kat($p=0.02$) daha fazla bildirildiği görülmüştür.

Tablo 30. İntihar Girişim Grubunun İntihar Düşünce Grubuyla Kikare Testiyle Karşılaştırılması

Değişkenler	χ^2	p değeri	Tahmini Rölatif Risk güven aralığı)
Alkol kullanımı	7.2*	0.001	4.0 (1.4-11.5)
Girişim öyküsü	5.4*	0.020	2.8 (1.1-6.8)

*Pearson Kikare testi

**Fisher kesin testi

5.5. Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

5.5.1. Tüm Örneklemin Resilience Ölçeklerinin Toplam Puanları Üzerinden Karşılaştırılması

Olgu ve kontrol grupları Resilience ölçeklerinin ana ölçek puanları açısından One-way ANOVA Testi ile karşılaştırılmıştır. Ergen Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (EPDÖ) toplam puanları açısından üç grup arasında anlamlı farklılık bulunduğu saptanmıştır (p=0.003).

Üç grup arasında ikili grup karşılaştırması yapmak için One-way ANOVA Post-hoc değerlendirmeler yapılmıştır. Yapılan Post-Hoc değerlendirme sonucunda ise klinik kontrol grubu ile intihar düşünce grubu arasında (p=0.040) ve klinik kontrol grubu ile intihar girişim grubu arasında (p=0.002) EPDÖ toplam puanları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. İntihar düşünce ve girişim grubu arasında ise ölçek toplam puanı bakımından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Post-hoc değerlendirme sonuçları tablo 31'in altında yer almaktadır.

Tablo 31. Olgu ve Kontrol Gruplarının EPDÖ Toplam Puanları Açısından Karşılaştırılması

Ölçek	Düşünce (n=41)	Girişim (n=44)	Kontrol (n=38)	P değeri	F değeri
EPDÖ Toplam, Ortalama $\pm$	79.6 $\pm$ 7.1	78 $\pm$ 8.4	84 $\pm$ 7.6	0.003	6.25

Post Hoc Kontrol grubu> Düşünce grubu (p=0.040); Kontrol grubu> Girişim grubu (p=0.002)

Duygusal Yılmazlık Ölçeği (DYÖ) toplam puanları açısından karşılaştırma yapıldığında üç grup arasında anlamlı farklılık bulunduğu saptanmıştır (p<0.001). Yapılan Post-Hoc değerlendirme sonucunda ise kontrol grubu ile intihar düşünce grubu arasında (p=0.026) ve

kontrol grubu ile intihar girişim grubu arasında($p<0.001$) DYÖ toplam puanında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. İntihar düşünce ve girişim grubu arasında ise ölçek toplam puanı bakımından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Post-hoc değerlendirme sonuçları tablo 32'nin altında yer almaktadır.

Tablo 32. Olgu ve Kontrol Gruplarının DYÖ Toplam Puanları Açısından Karşılaştırılması

Ölçek	Düşünce (n=39)	Girişim (n=43)	Kontrol (n=37)	P değeri	F değeri
DYÖ Toplam,Ortalama ± SS	42.0 ±14.7	46.8± 17.6	32.1±15.8	p<0.001	8.4

Post Hoc Kontrol grubu <Düşünce grubu ($p=0.026$); Kontrol grubu <Girişim grubu ($p<0.001$)

5.5.2. Tüm Örneklemin Resilience Ölçeklerinin Alt Ölçek Puanları Üzerinden Karşılaştırılması

Olgu ve kontrol grupları Ergen Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin 6 alt ölçek puanı açısından One Way Anova testi ile karşılaştırılmıştır. Aile desteği ($p<0.001$), okul desteği ($p=0.027$), uyum ($p=0.018$), akran desteği ($p=0.001$), mücadele ($p=0.011$) ve empati ($p=0.004$) alt ölçekleri açısından üç grup arasında anlamlı farklılık saptanmıştır.

Üç grup arasında ikili grup karşılaştırması yapmak için One-way ANOVA Post-hoc değerlendirmeler yapılmıştır. Yapılan Post-Hoc değerlendirmeler sonucunda intihar düşünce grubu ile klinik kontrol grubu arasında aile desteği ($p=0.038$), akran desteği ($p=0.003$), uyum ($p=0.031$) ve empati ($p=0.030$) alt ölçeklerinde istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuş olup intihar düşünce grubunun ortalama puanları daha düşük saptanmıştır. Okul desteği ($p=0.024$) ve mücadele ($p=0.038$) alt ölçeklerinde ise intihar düşünce grubunun ortalama puanları anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır.

Klinik kontrol grubu ile intihar girişim grubu arasında aile desteği ($p<0.001$), akran desteği ($p=0.005$) ve empati ($p=0.004$) alt ölçekleri bakımından anlamlı farklılık bulunmuş olup intihar girişim grubunun ortalama puanları daha düşük saptanmıştır. Mücadele alt ölçeği ortalama puanları da iki grup arasında anlamlı düzeyde farklı olup girişim grubunun ortalama puanları daha yüksek saptanmıştır ($p=0.018$).

İntihar düşünce ve girişim grubu arasında ise hiçbir alt ölçek ortalama puanı bakımından anlamlı fark saptanmasa da aile desteği, okul desteği ve empati alt ölçek puanları intihar girişim grubunda daha düşük saptanmıştır. Post-hoc değerlendirme sonuçları tablo 33'ün altında yer almaktadır.

Tablo 33. Olgü ve Kontrol Gruplarının EPDÖ Alt Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

EPDÖ	Düşünce (n=42)	Girişim (n=43)	Kontrol (n=38)	P değeri	F değeri
Aile Desteği, Ortalama $\pm$ SS	19.0 $\pm$ 5.2	17.2 $\pm$ 6.1	22.1 $\pm$ 4.9	p<0.001^a	8.3
Akran Desteği, Ortalama $\pm$ SS	15.1 $\pm$ 4.2	15.3 $\pm$ 4.4	18.07 $\pm$ 2.3	0.001^b	7.0*
Okul Desteği, Ortalama $\pm$ SS	12.2 $\pm$ 4.2	11.3 $\pm$ 4.0	9.8 $\pm$ 3.5	0.027^c	3.7
Uyum, Ortalama $\pm$ SS	10.0 $\pm$ 2.3	11.1 $\pm$ 1.9	11.2 $\pm$ 1.9	0.018^d	4.1
Mücadele, Ortalama $\pm$ SS	14.0 $\pm$ 2.3	14.1 $\pm$ 3.3	12.4 $\pm$ 2.4	0.011^e	4.6*
Empati, Ortalama $\pm$ SS	9.0 $\pm$ 2.0	8.8 $\pm$ 2.2	10.2 $\pm$ 1.3	0.004^f	5.8*

^a Post Hoc Kontrol grubu > Düşünce grubu (p=0.038); Kontrol grubu > Girişim grubu (p<0.001)

^b Post Hoc Kontrol grubu > Düşünce grubu (p=0.003); Kontrol grubu > Girişim grubu (p=0.005)

^c Post Hoc Düşünce grubu > Kontrol grubu (p=0.024)

^d Post Hoc Kontrol grubu > Düşünce grubu (p=0.031)

^e Post Hoc Girişim grubu > Kontrol grubu (p=0.018); Düşünce grubu>Kontrol grubu (p=0.038)

^f Post Hoc Kontrol grubu > Düşünce grubu (p=0.030); Kontrol grubu > Girişim grubu (p=0.004)

*Welch Testi

Olgü ve kontrol grupları Duygusal Yılmazlık Ölçeği'nin 3 alt ölçek puanı açısından One Way Anova testi ile karşılaştırılmıştır. Hassasiyet alt ölçeği (p=0.006), iyileşme-düzelme alt ölçeği (p=0.049) ve bozulma alt ölçeği (p<0.001) puanları bakımından üç grup arasında anlamlı farklılık saptanmıştır.

Üç grup arasında ikili grup karşılaştırması yapmak için One-way ANOVA Post-hoc değerlendirmeler yapılmıştır. Yapılan Post-Hoc değerlendirmeler sonucunda intihar düşünce ve klinik kontrol grupları arasında hassasiyet alt ölçeği ($p=0.021$) ve bozulma alt ölçeği ($p=0.027$) puanları bakımından anlamlı düzeyde farklılık saptanmış olup intihar düşünce grubunun puanları daha yüksektir.

Klinik kontrol grubu ile intihar girişim grubu arasında da hassasiyet alt ölçeği ($p=0.012$), bozulma alt ölçeği ($p<0.001$) ve iyileşme-düzelme alt ölçeği ($p=0.043$) puanları bakımından istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuş olup girişim grubunun ortalama puanları daha yüksek saptanmıştır.

Düşünce ve girişim grubu arasında ise duygusal yılmazlık alt ölçek puanlarının hiçbirini bakımından anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 34. Olgu ve Kontrol Gruplarının DYÖ Alt Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

DYÖ	Düşünce (n=39)	Girişim (n=44)	Kontrol (n=38)	P değeri	F değeri
Hassasiyet, Ortalama $\pm$ SS	15.1 $\pm$ 5.5	15.3 $\pm$ 5.3	11.6 $\pm$ 5.7	0.006^a	5.3
İyileşme-Düzelme, Ortalama $\pm$ SS	8.4 $\pm$ 4.1	9.4 $\pm$ 4.8	6.9 $\pm$ 4.6	0.049^b	3.1
Bozulma, Ortalama $\pm$ SS	18.0 $\pm$ 8.4	21.4 $\pm$ 10.0	12.6 $\pm$ 8.1	p<0.001^c	9.8

^a Post Hoc Düşünce grubu > Kontrol grubu ($p=0.021$); Girişim grubu > Kontrol grubu ($p=0.012$)

^b Post Hoc Girişim grubu > Kontrol grubu ($p=0.043$)

^c Post Hoc Düşünce grubu > Kontrol grubu ($p=0.027$); Girişim grubu > Kontrol grubu ($p<0.001$)

5.5.3. Tüm Örneklem Şema Alanı ve Şema Ölçek Puanları Üzerinden Karşılaştırılması

Olgu ve kontrol grupları ÇEŞÖT şema ölçek puanları açısından One-way ANOVA Testi ile karşılaştırılmıştır. Her üç grup arasında anlamlı farklılık olduğu tespit edilen şemalar şunlardır: Kusurluluk/ Utanma ($p<0.002$), Kuşkuculuk ve Kötüye Kullanılma ($p<0.06$), Duygusal Yoksunluk ($p<0.001$), Terk Edilme ve Tutarsızlık ($p=0.047$), Başarısızlık ($p=0.002$), Bağımlılık/ Yetersizlik ($p=0.004$), Haklılık/ Büyükleme ($p=0.005$), Kendini Onaylamama ($p<0.001$), Karamsarlık ($p<0.001$), Cezalandırıcılık Şemaları ($p=0.003$).

Üç grup arasında ikili grup karşılaştırması yapmak için One-way ANOVA Post-hoc değerlendirmeler yapılmıştır. Yapılan Post-Hoc değerlendirmeler sonucunda intihar düşünce grubu ile klinik kontrol grubu arasında anlamlı fark saptanan ve intihar düşünce grubunda daha yüksek ortalama puanların görüldüğü şemalar: Kusurluluk/ Utanma ($p=0.004$), Kuşkuculuk ve Kötüye Kullanılma ($p=0.005$), Duygusal Yoksunluk ($p<0.001$), Terk Edilme ve Tutarsızlık ($p=0.041$), Başarısızlık ($p=0.002$), Bağımlılık/ Yetersizlik ($p=0.004$), Haklılık/ Büyükleme ($p=0.008$), Kendini Onaylamama ($p<0.001$), Karamsarlık ($p<0.001$), Cezalandırıcılık Şemaları ($p=0.002$).

İntihar girişim grubu ile klinik kontrol grubu arasında anlamlı fark saptanan ve intihar girişim grubunda daha yüksek ortalama puanların görüldüğü şemalar: Kusurluluk/ Utanma ($p<0.015$), Duygusal Yoksunluk ($p<0.001$), Başarısızlık Şeması ($p=0.022$), Haklılık/ Büyükleme ($p=0.025$), Kendini Onaylamama ($p<0.007$), Karamsarlık ($p=0.002$), Cezalandırıcılık Şeması ($p=0.042$).

İntihar düşünce ve girişim grupları arasında şema ortalama puanları bakımından anlamlı fark saptanmamış olup genel olarak intihar düşünce grubunun puanları daha yüksektir. Sadece Duygusal Yoksunluk Şeması ile Onay Arayıcılık Şemasının puanları intihar girişim grubunda düşünce grubuna göre anlamlı olmasa da daha yüksektir. Puan dağılımları ve p değerleri tablo 35’de gösterilmiştir.

Tablo 35. Olgu ve Kontrol Gruplarının Şema Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

ÇEŞÖT, Şemalar	Düşünce (n=41)	Girişim (n=44)	Kontrol (n=37)	P değeri	F değeri
Kusurluluk/ Utanma, Ortalama $\pm$ SS	16.3 $\pm$ 4.6	15.7 $\pm$ 5.3	12.6 $\pm$ 4.1	0.002^a	6.3
Kuşkuculuk ve Kötüye Kullanılma Şeması, Ortalama $\pm$ SS	23.8 $\pm$ 7.0	22.3 $\pm$ 6.9	18.7- $\pm$ 6.9	0.006^b	5.3
Duygusal Yoksunluk Şeması, Ortalama $\pm$ SS	33.4 $\pm$ 9.9	33.9 $\pm$	23.9 $\pm$ 8.9	p<0.001	11.8
Terk Edilme ve Tutarsızlık Şeması,Ortalama $\pm$ SS	12.7 $\pm$ 3.2	11.7 $\pm$ 3.7	10.7 $\pm$ 3.5	0.047^d	3.1

Başarısızlık Şeması, Ortalama $\pm$ SS	26.1 $\pm$ 7.7	24.6 $\pm$ 9.0	19.7 $\pm$ 6.9	0.002^e	6.7
Bağımlılık/ Yetersizlik Şeması, Ortalama $\pm$ SS	21.9 $\pm$ 7.9	18.2 $\pm$ 6.9	16.6 $\pm$ 6.2	0.004^f	5.6
Yapışıklık ve Gelişmemiş Benlik Şeması, Ortalama $\pm$ SS	8.3 $\pm$ 3.8	7.0 $\pm$ 3.1	7.2 $\pm$ 3.3	0.192	1.6
Hastalık ve Tehditlere Karşı Dayanıksızlık Şeması, Ortalama $\pm$ SS	11.3 $\pm$ 3.6	10.7 $\pm$ 3.3	9.5 $\pm$ 3.5	0.078	2.6
Haklılık/ Büyüklenmecilik Şeması, Ortalama $\pm$ SS	46.2 $\pm$ 12.1	45.0 $\pm$ 14.3	37.3 $\pm$ 11.5	0.005^g	5.4
Yetersiz Özdenetim Şeması, Ortalama $\pm$ SS	17.2 $\pm$ 4.8	17.0 $\pm$ 5.5	15.9 $\pm$ 4.8	0.463	0.8
Kendini Onaylamama Şeması, Ortalama $\pm$ SS	16.0 $\pm$ 6.1	14.7 $\pm$ 6.2	10.7 $\pm$ 4.5	p<0.001^h	10.8*
Boyun Eğicilik Şeması, Ortalama $\pm$ SS	20.3 $\pm$ 7.0	19.1 $\pm$ 7.1	16.9 $\pm$ 6.3	0.082	2.5
Onay Arayıcılık Şeması, Ortalama $\pm$ SS	12.8 $\pm$ 4.7	13.0 $\pm$ 4.9	11.1 $\pm$ 4.6	0.175	1.7
Karamsarlık Şeması, Ortalama $\pm$ SS	33.1 $\pm$ 6.5	31.0 $\pm$ 8.3	24.8 $\pm$ 9.3	p<0.001ⁱ	10.1*
Cezalandırıcılık Şeması, Ortalama $\pm$ SS	16.8 $\pm$ 5.2	15.6 $\pm$ 5.5	12.8 $\pm$ 4.5	0.003^j	6.2

^a Post Hoc Düşünce grubu > Kontrol grubu (p=0.004);

Girişim grubu > Kontrol grubu (p=0.015)

^b Post Hoc Düşünce grubu > Kontrol grubu (p=0.005)

^c Post Hoc Düşünce grubu > Kontrol grubu (p<0.001);

Girişim grubu > Kontrol grubu (p<0.001)

^d Post Hoc Düşünce grubu > Kontrol grubu (p=0.041)

^e Post Hoc Düşünce grubu > Kontrol grubu (p=0.002);

Girişim grubu > Kontrol grubu (p=0.022)

^f Post Hoc Düşünce grubu > Kontrol grubu (p=0.004)

^g Post Hoc Düşünce grubu > Kontrol grubu (p=0.008);

Girişim grubu > Kontrol grubu (p=0.025)

^h Post Hoc Düşünce grubu > Kontrol grubu (p<0.001);

Girişim grubu > Kontrol grubu (p=0.007)

¹ Post Hoc Düşünce grubu > Kontrol grubu (p<0.001);
 Girişim grubu > Kontrol grubu (p=0.002)
^j Post Hoc Düşünce grubu > Kontrol grubu (p=0.002);
 Girişim grubu > Kontrol grubu (p=0.042)
 *Welch Testi

Olgu ve kontrol grupları ÇEŞÖT şema alanları açısından One-way ANOVA Testi ile karşılaştırılmıştır. Tüm şema alan puanları bakımından üç grup arasında anlamlı farklılık bulunmuştur.

Üç grup arasında ikili grup karşılaştırması yapmak için One-way ANOVA Post-hoc değerlendirmeler yapılmıştır. Yapılan Post-Hoc değerlendirmeler sonucunda intihar düşünce ve klinik kontrol grupları arasında tüm şema alanları bakımından anlamlı fark saptanmış olup intihar düşünce grubunun puanları daha yüksektir.

İntihar girişim ve klinik kontrol grupları arasında ise Kopukluk ve Reddedilmişlik (p=0.002), Başkalarına Yönelimlilik (p=0.044), Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama /Ketleme (p=0.002) Şema Alanlarında anlamlı farklılık saptanmış olup girişim grubunun ortalama puanları daha yüksektir.

İntihar düşünce ve girişim grupları arasında ise şema alan puanları bakımından anlamlı farklılık saptanmamış olup intihar düşünce grubunun puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 36. Olgu ve Kontrol Gruplarının Şema Alanı Puanları Açısından Karşılaştırılması

ÇEŞÖT, Şema Alanları	Düşünce (n=41)	Girişim (n=44)	Kontrol (n=37)	P değeri	F değeri
Kopukluk ve Reddedilmişlik	86.2 ± 21.4	83.7 ± 24	66.1 ± 20.9	p<0.001^a	9.4
Zedelenmiş Özerklik ve Performans	67.7 ± 16.9	60.6 ± 17.1	53.1 ± 15	0.001^b	7.6
Zedelenmiş Sınırlar	63.5 ± 15.6	62.1 ± 18.9	53.2 ± 15.4	0.017^c	4.2

Başkalarına Yönelimlilik	49.2 ± 14.8	46.9 ± 15.5	38.8 ± 13.5	0.006^d	5.3
Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama /Ketleme	50.0 ± 10.2	46.7 ± 12.0	37.6 ± 12.1	p<0.001^e	12.0

^a Post Hoc Düşünce grubu > Kontrol grubu (p<0.001); Girişim grubu > Kontrol grubu (p=0.002)

^b Post Hoc Düşünce grubu > Kontrol grubu (p<0.001)

^c Post Hoc Düşünce grubu > Kontrol grubu (p=0.025)

^d Post Hoc Düşünce grubu > Kontrol grubu (p=0.007); Girişim grubu > Kontrol grubu (p=0.044)

^e Post Hoc Düşünce grubu > Kontrol grubu (p<0.001); Girişim grubu > Kontrol grubu (p=0.002)

5.5.4. Şema ve Şema Alanlarının Ergen Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Puanlarıyla Korelasyonu

Şema alanları ve şemalar ile Ergen Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği alt ölçek ve toplam puanları arasındaki korelasyon Tablo 37’de gösterilmiştir.

Kopukluk ve Reddedilmişlik Şema Alanının Ergen Dayanıklılık Ölçeği toplam puanı, aile desteği, akran desteği ve empati alt ölçekleri ile arasında orta düzeyde anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır.

Kusurluluk ve Utanma Şemasının aile desteği, akran desteği ve empati alt ölçekleri ile arasında orta düzeyde anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır.

Kuşkuculuk ve Kötüye Kullanılma Şemasının aile desteği, akran desteği ve empati alt ölçekleri ile arasında orta düzeyde anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır.

Duygusal Yoksunluk Şemasının toplam dayanıklılık puanı, akran desteği ve empati alt ölçekleri ile arasında orta düzeyde, aile desteği alt ölçeği ile arasında ise yüksek düzeyde anlamlı korelasyon saptanmıştır.

Terk Edilme ve Tutarsızlık Şemasının empati alt ölçeği ile arasında orta düzeyde anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır.

Zedelenmiş Özerklik ve Performans Alanının uyum alt ölçeği ile arasında orta düzeyde anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır.

Başarısızlık Şemasının aile desteği ve akran desteği alt ölçekleri ile arasında orta düzeyde anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır.

Bağımlılık ve Yetersizlik Şemasının uyum alt ölçeği ile arasında orta düzeyde anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır.

Zedelenmiş Sınırlar Alanının aile desteği alt ölçeği ile arasında orta düzeyde anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır.

Haklılık Büyükenmecilik Şemasının aile desteği alt ölçeği ile arasında orta düzeyde anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır.

Başkalarına Yönelimlilik Alanının aile desteği ve akran desteği alt ölçekleri ile arasında orta düzeyde anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır.

Kendini Onaylamama Şemasının aile desteği, akran desteği ve empati alt ölçekleri ile arasında orta düzeyde anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır.

Onay Arayıcılık Şemasının aile desteği, akran desteği ve uyum alt ölçekleri ile arasında orta düzeyde anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır.

Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama Ketleme Alanının aile desteği, akran desteği ve empati alt ölçekleri ile arasında orta düzeyde anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır.

Karamsarlık Şemasının aile desteği ve empati alt ölçekleri ile arasında orta düzeyde anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır.

Cezalandırıcılık Şemasının aile desteği alt ölçeği ile arasında orta düzeyde anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır.

Tablo 37. Şemaların ve Şema Alanlarının Ergen Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puanı, Aile Desteği, Akran Desteği ve Okul Desteği Alt Ölçek Puanlarıyla Korelasyonu

		Aile Desteği	Akran Desteği	Okul Desteği	Toplam
Kopukluk ve Reddedilmişlik Alanı	r	-0.53	-0.47	0.50	-0.35
	p	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001
Kusurluluk ve Utanma Şeması.	r	-0.40	-0.37	0.47	-0.24
	p	p<0.001	p<0.001	p<0.001	0.006
Kuşkuculuk ve Kötüye Kullanılma Şeması	r	-0.34	-0.43	0.40	-0.27
	p	p<0.001	p<0.001	p<0.001	0.002

Duygusal Yoksunluk Şeması	r	-0.65	-0.46	0.48	-0.42
	p	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001
Terk Edilme ve Tutarsızlık Şeması	r	-0.24	-0.29	0.36	-0.11
	p	0.007	0.001	p<0.001	0.202
Zedelenmiş Özerklik ve Performans Alanı	r	-0.25	-0.28	0.43	-0.09
	p	0.005	0.001	p<0.001	0.305
Başarısızlık Şeması	r	-0.41	-0.31	0.46	-0.20
	p	p<0.001	p<0.001	p<0.001	0.023
Bağımlılık ve Yetersizlik Şeması	r	-0.20	-0.22	0.40	-0.05
	p	0.023	0.015	p<0.001	0.575
Yapışıklık ve Gelişmemiş Benlik Şeması	r	0.32	0.001	-0.03	0.17
	p	p<0.001	0.950	0.733	0.052
Hastalık ve Tehditlere Karşı Dayanıksızlık Şeması	r	-0.14	-0.20	0.20	-0.03
	p	0.124	0.030	0.026	0.705
Zedelenmiş Sınırlar Alanı	r	-0.41	-0.18	0.36	-0.15
	p	p<0.001	0.047	p<0.001	0.101
Haklılık ve Büyüklenmecilik Şeması	r	-0.43	-0.21	0.38	-0.17
	p	p<0.001	0.019	p<0.001	0.055
Yetersiz Özdenetim Şeması	r	-0.27	-0.06	0.21	-0.05
	p	0.002	0.523	0.020	0.580
Başkalarına Yönelimlilik Alanı	r	-0.31	-0.34	0.40	-0.20
	p	p<0.001	p<0.001	p<0.001	0.038
Kendini Onaylamama Şeması	r	-0.38	-0.42	0.48	-0.24
	p	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001
Boyun Eğicilik Şeması	r	-0.17	-0.20	0.24	-0.11
	p	0.055	0.029	0.008	0.205

Onay Arayıcılık Şeması	r	-0.25	-0.24	0.30	-0.12
	p	0.005	0.007	0.001	0.165
Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama Ketleme Alanı	r	-0.44	-0.30	0.40	-0.23
	p	p<0.001	0.001	p<0.001	0.009
Karamsarlık Şeması	r	-0.40	-0.25	0.32	-0.22
	p	p<0.001	0.005	p<0.001	0.012
Cezalandırıcılık Şeması	r	-0.37	-0.26	0.39	-0.17
	p	p<0.001	0.004	p<0.001	0.054

Tablo 38. Şemaların ve Şema Alanlarının Ergen Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Uyum, Mücadele ve Empati Alt Ölçek Puanlarıyla Korelasyonu

		Uyum	Mücadele	Empati
Kopukluk ve Reddedilmişlik Alanı	r	-0.22	0.45	-0.35
	p	0.015	p<0.001	p<0.001
Kusurluluk ve Utanma Şeması	r	-0.23	0.36	-0.316
	p	0.010	p<0.001	p<0.001
Kuşkuculuk ve Kötüye Kullanılma Şeması	r	-0.21	0.38	-0.346
	p	0.017	p<0.001	p<0.001
Duygusal Yoksunluk Şeması	r	-0.15	0.44	-0.352
	p	0.092	p<0.001	p<0.001
Terk Edilme ve Tutarsızlık Şeması	r	-0.21	0.32	-0.137
	p	0.016	p<0.001	0.132
Zedelenmiş Özerklik ve Performans Alanı	r	-0.33	0.42	-0.19
	p	p<0.001	p<0.001	0.037
Başarısızlık Şeması	r	-0.23	0.40	-0.264
	p	0.011	p<0.001	0.003
Bağımlılık ve Yetersizlik Şeması	r	-0.43	0.42	-0.128

	p	p<0.001	p<0.001	0.160
Yapışıklık ve Gelişmemiş Benlik Şeması	r	-0.05	-0.06	-0.027
	p	0.571	0.460	0.766
Hastalık ve Tehditlere Karşı Dayanıksızlık Şeması	r	-0.14	0.29	-0.001
	p	0.105	0.001	0.986
Zedelenmiş Sınırlar Alanı	r	-0.14	0.46	-0.26
	p	0.115	p<0.001	0.004
Haklılık Büyüklenmecilik Şeması	r	-0.14	0.44	-0.27
	p	0.125	p<0.001	0.002
Yetersiz Özdenetim Şeması	r	-0.12	0.41	-0.17
	p	0.184	p<0.001	0.062
Başkalarına Yönelimlilik Alanı	r	-0.28	0.33	-0.15
	p	0.002	p<0.001	0.096
Kendini Onaylamama Şeması	r	-0.22	0.44	-0.34
	p	0.014	p<0.001	0.008
Boyun Eğicilik Şeması	r	-0.28	0.14	0.05
	p	0.002	0.127	0.573
Onay Arayıcılık Şeması	r	-0.20	0.30	-0.11
	p	0.026	0.001	0.213
Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama Ketleme Alanı	r	-0.21	0.44	-0.30
	p	0.020	p<0.001	0.001
Karamsarlık Şeması	r	-0.18	0.43	-0.31
	p	0.049	p<0.001	p<0.001
Cezalandırıcılık Şeması	r	-0.20	0.33	-0.16
	p	0.029	p<0.001	0.068

5.5.5. Şema ve Şema Alanlarının Duygusal Yılmazlık Ölçeği Puanlarıyla Korelasyonu

Şema alanları ve şemalar ile Duygusal Yılmazlık Ölçeği alt ölçek ve toplam puanları arasındaki korelasyon Tablo 39'da gösterilmiştir.

Duygusal Yılmazlık Ölçeği toplam puanı; Kopukluk ve Reddedilmişlik Alanı,Zedelenmiş Özerklik ve Performans Alanı,Zedelenmiş Sınırlar Alanı ve Aşırı Tetikte Olma/Baskılama Ketleme Alanı ile istatistiksel olarak anlamlı yüksek düzeyde pozitif korelasyon, Başkalarına Yönelimlilik Alanı ile ise orta düzey pozitif korelasyon göstermiştir.

Duygusal Yılmazlık Ölçeği toplam puanının şemalarla ilişkisine bakıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı yüksek düzeyde pozitif korelasyon gösterdiği şemalar şunlardır: Kusurluluk ve Utanma Şeması, Kuşkuculuk ve Kötüye Kullanılma Şeması, Duygusal Yoksunluk Şeması,Terk Edilme ve Tutarsızlık Şeması,Başarısızlık Şeması,Bağımlılık ve Yetersizlik Şeması,Haklılık Büyükleme Şeması,Onay Arayıcılık Şeması,Karamsarlık Şeması,Cezalandırıcılık Şeması. Aynı ölçeğin istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde pozitif korelasyon gösterdiği şemalar ise şunlardır: Hastalık ve Tehditlere Karşı Dayanıksızlık Şeması, Yetersiz Özdenetim Şeması, Kendini Onaylamama Şeması.

Duygusal Yılmazlık Ölçeğinin alt ölçeklerinin şema alanları ile ilişkisine bakıldığında Hassasiyet alt ölçeği, İyileşme Düzelmeye alt ölçeği ve Bozulma alt ölçeği; tüm şema alanları ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif korelasyon göstermiştir.

Alt ölçeklerin şemalarla ilişkisine bakıldığında ise Hassasiyet alt ölçeği tüm şemalar ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif korelasyon gösterirken İyileşme Düzelmeye alt ölçeği ile Bozulma alt ölçeği puanları; Yapışıklık ve Gelişmemiş Benlik Şeması haricindeki diğer tüm şemalarla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif korelasyon göstermişlerdir.

Tablo 39. Şemaların Duygusal Yılmazlık Ölçeği Alt Ölçek Puanlarıyla Korelasyonu

		Hassasiyet	İyileşme-Düzelme	Bozulma	Toplam
Kopukluk ve Reddedilmişlik Alanı	R	0.63	0.57	0.63	0.70
	P	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001
Kusurluluk ve Utanma Şeması,	R	0.53	0.49	0.44	0.53
	P	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001
Kuşkuculuk ve Kötüye Kullanılma Şeması	R	0.60	0.52	0.56	0.64
	P	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001
Duygusal Yoksunluk	R	0.56	0.52	0.64	0.66

Şeması	P	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001
Terk Edilme ve Tutarsızlık Şeması	R	0.48	0.43	0.42	0.50
	P	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001
Zedelenmiş Özerklik ve Performans Alanı	R	0.63	0.53	0.50	0.60
	P	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001
Başarısızlık Şeması	R	0.52	0.52	0.48	0.56
	P	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001
Bağımlılık ve Yetersizlik Şeması	R	0.57	0.43	0.42	0.51
	P	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001
Yapışıklık ve Gelişmemiş Benlik Şeması	R	0.22	-0.001	0.05	0.11
	P	0.013	0.955	0.596	0.238
Hastalık ve Tehditlere Karşı Dayanıksızlık Şeması	R	0.41	0.44	0.35	0.43
	P	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001
Zedelenmiş Sınırlar Alanı	R	0.53	0.42	0.56	0.58
	P	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001
Haklılık Büyükleme Şeması	R	0.55	0.43	0.59	0.61
	P	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001
Yetersiz Özdenetim Şeması	R	0.34	0.30	0.37	0.36
	P	p<0.001	0.001	p<0.001	p<0.001
Başkalarına Yönelimlilik Alanı	R	0.44	0.41	0.37	0.45
	P	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001
Kendini Onaylamama Şeması	R	0.47	0.42	0.37	0.46
	P	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001
Boyun Eğicilik Şeması	R	0.24	0.25	0.21	0.25
	P	0.007	0.006	0.022	0.005
Onay Arayıcılık Şeması	R	0.45	0.40	0.41	0.50

	P	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001
Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama Ketleme Alanı	R	0.63	0.60	0.62	0.70
	P	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001
Karamsarlık Şeması	R	0.61	0.57	0.57	0.64
	P	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001
Cezalandırıcılık Şeması	R	0.48	0.47	0.51	0.56
	P	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001

6. TARTIŞMA

6.1. Sosyodemografik Veriler, Bireysel ve Ailesel Özellikler

İntihar girişim grubu, intihar düşünce grubu ve klinik kontrol grupları arasında, yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı farkın olmaması grupları karşılaştırılabilir kılmaktadır.

Çalışmamızda intihar düşünce grubunun yaş ortalama değeri 15.05 ± 1.7 , intihar girişim grubunun yaş ortalama değeri 15.45 ± 1.3 olarak bulunmuştur. Literatürde de ergenlerde intihar düşüncelerinin 12-17 yaş arasında arttığı, intihar girişimlerinin de 12-15 yaş arası lineer artış 15-17 arasında artışın azalarak devam ettiği bilinmektedir (47)(50)(52). Ergenlik döneminin gelişimsel açıdan psikopatoloji sıklığını arttırması, özellikle geç ergenlik döneminde depresyonun daha sık görülmesi, dönem özelliği olarakta akran sorunları, gelecek kaygısı ve artan sorumlulukların stresör etkisi yaratması bu yaş grubunda intihar davranışlarında artışa sebep olabilir (250).

İntihar girişim grubundaki katılımcılardan 37 kişi (%90) ve intihar düşünce grubundakilerden 39 kişi (%88) kız cinsiyette bulunmuştur. Birçok araştırmaya göre kız ergenlerde erkek ergenlere göre daha fazla intihar düşüncesi görülürken intihar girişiminde bulunma olasılıkları da daha yüksektir. Dolayısıyla cinsiyet bulgularımız literatürle uyumludur. Kızların daha fazla yardım arayışında olmaları, cinsiyete göre seçilen intihar yönteminin farklılaşması ve kız cinsiyetin oldukça sık tercih ettiği ilaç alımı göz önüne alındığında ilaçlara ulaşımın daha kolay olması, kızlarda olumsuz duyguların introvert semptomlarla birlikteliği, erkeklerin ise olumsuz duyguları daha ekstrovert semptomlarla birlikte sergilemeleri bu cinsiyet farklılığının nedeni olabilir.

Çalışmamızda intihar düşünce grubundaki katılımcıların %73'ünün (n=30), intihar girişim grubundaki katılımcıların ise %84'ünün (n=37) eğitim düzeyinin lise düzeyinde olduğu görülmüştür. Literatürde de intihar düşünce ve girişimlerinin prepubertal dönemdeki ortaokul çocuklarında daha az görüldüğü bilinmektedir (251).

İntihar düşünce grubundaki katılımcıların toplam %48.8'i ders başarılarını pekiyi ve iyi olarak tanımlarken bu oran intihar girişim grubundaki katılımcılarda %56.8 ve klinik kontrol grubu için de %54.0 olarak saptanmış olup aralarında anlamlı fark görülmemiştir. Literatürde akademik performanslarını daha başarısız algılayan veya okul devamsızlığı olan ergenlerde intihar düşünceleri ve girişimlerinin daha fazla görüldüğünü tespit eden çalışmalar var olup bazı araştırmalarda bu ilişkinin depresyonun klinik şiddeti ile ilişkili olabileceği vurgulanmaktadır (252)(253). Bazı araştırmalarda ise çalışmamızda olduğu gibi intihar düşünceleri ve girişimleri ile akademik performans arasında ilişki bulunamamıştır (254)(255). Akademik beklentilerin yüksek olduğu, buna karşın çevresel desteklerin yetersiz algılandığı, bilişsel düşünce kalıpları bakımından yatkınlığı da olan gençlerde intihar, etkin olmayan bir baş etme yöntemi olarak tercih edilebilmektedir. Dolayısıyla çalışmamızdaki intihar düşünce ve girişim gruplarında saptanan yüksek ders başarılarının, beraberinde akademik beklentileri arttırabileceği ve yatkınlaştırıcı birtakım koşulların da bir araya gelmesi sonucunda yetersizlik düşüncelerini aktifleyen tetikleyici birer stresör haline dönüşebileceği de düşünülebilir (256). İntihar düşünce ve girişimi olan ergenlerin akademik başarılarının yüksek olmasının bir diğer nedeni de üniversite girişi sınavı ve eğitim sisteminin oldukça rekabetçi bir ortama sebep olması ve gençler üzerindeki günlük stresi arttırması olabilir ki Güney Kore'de bunu destekleyen çalışmalar mevcuttur (257)(258).

Arkadaş ilişkilerine bakıldığında ise intihar düşünce grubunun %26.8'inin, intihar girişim grubunun %18.2'sinin ve klinik kontrol grubunun %2.7'sinin akran ilişkileri kötü veya çok kötü olarak görülmüş, intihar düşünce grubu ile klinik kontrol grubu arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0.007$).Yine çalışmamızda intihar düşünce grubunun %53.7'sinin, intihar girişim grubunun %56.8'inin, klinik kontrol grubunun %78.4'ünün arkadaş ilişkilerini iyi ve çok iyi olarak algıladıkları görülmüş olup intihar düşünce ve girişim gruplarının kontrollere göre akran ilişkilerini daha az iyi algılama eğiliminde oldukları burada da belirgindir. Depresyondaki bireylerin olumsuz bilişsel atıfları nedeniyle akran ilişkilerinin daha kötü olabileceği ve intihar düşünce ve girişim gruplarındaki depresyon oranlarının daha yüksek olduğu düşünüldüğünde bu farklılık anlaşılabilir. Ancak bu sonuçlar intihar düşünce ve

girişim gruplarında iyi ve çok iyi olarak algılanan akran ilişkilerinin yine de yüksek olduğunu göz önüne sermektedir. Literatürde bazı araştırmalar suicidal gençlerde akran desteği olarak algılanan şeyin aslında akranlarla daha fazla riskli davranış birlikteliği, daha fazla antisosyal davranım sorunu, daha fazla suçluluk ve artmış uygunsuz duygusal baş etme yöntemleri ile ilişkili olduğu, dolayısıyla bu desteğin olumsuz olabileceğini ifade etmektedir (259)(260). Örneğin bir çalışmada ergen intihar girişimleri ile arkadaşlarının intihar girişimleri arasında, başka bir çalışmada da ergen intihar düşüncelerinin akranlarıyla kurdukları sapkın, madde kullanımını ve depresyonu pekiştiren ilişkiler yoluyla arttığı görülmüştür (261)(262). Çalışmamızın sonuçları bu çalışmaların sonuçlarıyla olan benzerlik bakımından da dikkate değerdir.

Aile yapılarına bakıldığında evlilik, boşanma ve ebeveyn kaybı ile intihar davranışı arasındaki ilişki incelenmiştir. İntihar düşünce grubundaki katılımcıların %56'sı, girişim grubundaki katılımcıların %59'u, kontrol grubundaki katılımcıların ise %73'ü ebeveynlerinin evli olduğunu belirtmiş, intihar düşünce ve girişim gruplarında kontrollere göre evli ebeveyn oranlarının daha düşük olduğu görülse de gruplar arasında aile yapıları bakımından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Literatürdeki çalışmalara göre boşanmanın intihar girişimi ve düşüncesi ile ilişkisinde çelişkili bulgular mevcut olup intihar davranışı üzerindeki etkisinin oldukça düşük olduğu, daha çok boşanma sonrası yaşanan ekonomik ve ilişkisel zorluklar üzerinden zayıf bir bağlantı olabileceği vurgulanmıştır (263)(264)(265)(266)(267)(268)(269)(270)(271). Çalışmamızda evlilik, boşanma ve ebeveyn kaybı açısından gruplar arasında anlamlı farklılıklar elde edilmemesi, aile yapısı bakımından daha farklı etmenlere dikkatleri çekmektedir. Özellikle yazında intihar düşünce ve girişimi olan çocuk ve ergenlerin ebeveynleriyle ilişkilerinde kendilerini aileye yük olarak görme, istenmeme, onaylanmama düşünceleri, aile içi iletişimin zayıf olması, ebeveynlerle olan çatışmaların fazlalığı, ebeveynlerin kendi aralarındaki çatışma ve şiddet gibi kaotik ortamlar, ruhsal hastalığı olan ebeveyne daha fazla maruz kalmak gibi faktörlerin etkili olduğu düşünüldüğünde çalışmamızdaki sonuçlar algılanan ailesel destek ve ev içi ortamı daha önemli kılmaktadır (272)(273)(274)(275)(276)(277)(278). Dolayısıyla aile yapılarından öte bu etmenler intihar davranışı açısından daha önemli olabilir.

Yaşanılan ortama bakıldığında ise intihar düşünce grubundaki katılımcıların %56'sı, girişim grubundaki katılımcıların %52'si, kontrol grubundaki katılımcıların ise %71'i her iki

ebeveyniyle birlikte yaşadıklarını belirtmiş ve gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Literatürde intihar girişimi ile yaşanan ev ortamı arasındaki ilişkiye bakıldığında tek ebeveynle yaşama veya her iki ebeveynin de yokluğunun intihar girişimi olan grupta sağlıklı kontrollere göre daha fazla görüldüğü, klinik kontrollerle ise aralarında anlamlı fark bulunmadığına dair çalışmalar mevcuttur (279)(280)(281). Bizim çalışmamızda da intihar girişimi ile klinik kontrol grupları arasında tek ebeveynle yaşama ve her iki ebeveyn yokluğu bakımından literatürle uyumlu olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. İntihar düşüncelerinin yaşanan ev ortamıyla ilişkisine bakıldığında ise bazı çalışmalarda özellikle her iki ebeveyn yokluğunda daha fazla olmak üzere tek ebeveynle yaşamanın da intihar düşüncelerini arttırdığı saptanmıştır (281)(282)(283)(284)(285). Bizim çalışmamızda ise intihar düşünce grubunda tek ebeveyn ile yaşama ve her iki ebeveyn yokluğu oranları bakımından klinik kontrol grubuyla aralarında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bu durum kişinin kaç ebeveyn ile yaşadığından öte destekleyici çevre, akran desteği, okul desteği ve ebeveyn desteği gibi diğer koruyucu mekanizmalar ve bunlar arasındaki etkileşimlerin kompanse edici etkisiyle ilgili olabilir. Ayrıca kişinin kendisine sağlanan desteğin düzeyinden çok onu algılaması daha önemlidir. Neticede kişinin algıladığı destek onun yeni konuları denemeye yönelik güveni, yaşam doyumunu, özbakımını, özgüvenini ve hayatta kalma oranlarını artırır (286). Başka bir deyişle, ilişkiler, ihtiyaçlarını karşılayan mevcut ve etkili kaynaklar olarak algılanmadıkça, destek kaynakları değildir. Bazen bir konuya verilen destek zamansız, etkisiz veya kişinin iradesine aykırıdır; bu nedenle, bir kişinin destek algısı, destekten daha önemlidir (287).

Annelerin eğitim düzeyi yönünden sonuçlarımız incelendiğinde lise ve üniversite mezunu annelerin dahil edildiği ortaöğretim ve üstü mezunların oranı intihar girişim grubu için %45.2 iken intihar düşünce grubu için %57.1, klinik kontrol grubu için ise %64.9 olarak görülmektedir. Dolayısıyla intihar düşünce ve girişim grubu ile klinik kontrol grubu arasında anne eğitim düzeyi bakımından anlamlı farklılık saptanmamış olsa da intihar düşünce ve girişimi olanların anne eğitim düzeyleri klinik kontrollere göre daha düşük olma eğilimindedir. Ayrıca intihar girişiminde bulunan kişilerin anne eğitim düzeyleri de intihar düşüncesi olanların anne eğitim düzeyinden anlamlı olmasa da daha düşüktür. Çalışmamızda olguların babalarının eğitim düzeyleri bakımından da gruplar arasında anlamlı farklılık yoktur. Ancak yine de klinik kontrol grubuna göre intihar düşünce ve girişim gruplarındaki baba eğitim düzeyleri daha düşüktür. Literatürde yapılan bir çalışmada düşük anne eğitim düzeyinin intihar girişimi ile ilişkili olduğu, baba eğitim düzeyinin ise ilişkili olmadığı bulunmuştur (255). İntihar düşünce

ve girişimlerinin önlenmesinde ebeveynlerin, çocuklarının yaşadıkları olumsuz duygulara ve zorluklara karşı destekleyici bir çevre yaratmalarındaki önemi düşünüldüğünde uygun baş etme ve tutum geliştirebilmeleri, sorun çözebilme becerileri açısından eğitim düzeyleri önemli olabilir. Özellikle çocuk ve ergenlerin duygularını düzenleme ve yatıştırabilme yetilerini kazanabilmeleri açısından primer bağlanma nesneleri olarak anneleriyle olan erken dönem ilişkileri bu bakımdan daha da önemli olabilir.

Gruplar arasında kardeş sayıları açısından bir karşılaştırma yapıldığında intihar girişim grubundaki kardeş sayısı, klinik kontrol grubunun kardeş sayısından anlamlı olarak fazla bulunmuştur. Literatürde ailedeki çocuk sayısındaki artışın intihar girişimi ile ilişkisinde çelişkili sonuçlar mevcut olup bazı çalışmalara göre daha fazla kardeşe sahip olmanın intihar girişimi riskini azalttığı görülmektedir. (288)(289). Ülkemizde yapılan çalışmalara göre ise ailedeki kardeş sayısının artması intihar girişimi için bir risk faktörü olarak tespit edilmiştir ki bizim çalışmamızın bulguları da bu sonuçlarla uyumludur (290)(291).

Doğum sırası üzerinden bulgular incelendiğinde intihar düşünce, girişim ve klinik kontrol grupları arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. İntihar düşüncesi olan grupta 27 kişi (%66), intihar girişiminde bulunanlarda 25 kişi (%56.8) ikinci veya üzeri doğum sırasındadır. Bir çalışmaya göre son doğan çocukların ilk doğan çocuklara göre daha fazla intihar girişiminde bulunduğu ifade edilmiştir (292). Özellikle daha geç doğum sırasındaki küçük çocukların aile içindeki konumları bakımından kendilerini daha değersiz bir aile üyesi olarak algılama olasılıklarının daha yüksek olduğu düşünülmüştür (254). Yine ailede küçük kardeş olmanın, ebeveynlik becerilerinin intihar düşünceleri üzerindeki önemini veya etki alanını artırıyor olabileceği iddia edilmiştir (293).

Çalışmamızda intihar düşünce grubunda 34 kişi (%81), intihar girişim grubunda ise 35 kişi (%81.6) en az 1 psikiyatrik tanıya sahiptir. Literatürde bazı araştırmalarda intihar düşünceleri olan veya intihar girişiminde bulunan gençlerin %70-91'inde bir psikiyatrik bozukluk olduğu, bazı araştırmalarda da intihar davranışı olan kişilerin yaklaşık %90'ında en az 1 psikiyatrik hastalık bulunduğu şeklinde bulgular mevcuttur ki çalışmamızın sonuçları literatürle uyumludur (294)(295).

Çalışmamızda intihar düşünce grubunda 33 kişi (% 78.6), intihar girişim grubunda 35 kişi (%81.4) ve kontrol grubunda 17 kişi (%44.7) ile en çok saptanan tanı Duygudurum Bozuklukları/Depresyondur. Yapılan birçok araştırmada depresif bozukluk, ergen intihar

düşünce ve girişiminin en güçlü yordayıcıları arasında olup intihar davranışı olan gruplarda %65'e yakın oranlarda depresyon veya depresif belirtiler saptanmıştır (296)(297)(298)(299)(300). Yine literatürde intihar düşünce ve girişim gruplarında en sık saptanan psikopatolojinin depresyon olduğu görülmüştür (288)(301)(302). Dolayısıyla çalışmamızın sonuçları literatürle uyumludur. Çalışmamızda intihar düşünce grubu ile girişim grubu arasında depresyon tanısı bakımından anlamlı farklılık görülmemiştir. İntihar düşünce ve girişimleri arasında ayrııcı özelliklere bakan diğer araştırmalarda intihar girişimi açısından depresyonun önemine işaret eden bulgular olduğu gibi düşünce girişim ayrımında depresyonun zayıf bir öngörücü olduğunu savunan çalışmalar da mevcuttur. Yine literatürde psikiyatrik tanımlar bakımından da gruplar arasında farklılık olmadığı bildirilmiştir ki çalışmamızın sonuçlarıyla uyumludur (288)(303)(304).

Anksiyete spektrum bozuklukları ile intihar davranışı arasındaki ilişkiye bakıldığında çelişkili sonuçlar görülür. Bir metaanalize göre anksiyete bozukluğunun varlığı intihar oranlarını arttırmaktadır. Özellikle toplum örneklemelerinde yapılan çalışmalarda anksiyete komorbiditesinin intihar davranışı riskini arttırdığı, klinik örneklemelere dayanan çalışmalarda ise intihar davranışı için risk faktörü olmadığı iddia edilmektedir (303)(305)(306)(307)(308). İntihar düşünceleri açısından bakıldığında depresyona eşlik eden anksiyete bozukluğunun riski arttırdığı, intihar girişimleri açısından ise eşanlı olsun veya olmasın anksiyete bozukluğunun riski etkilemediği görülmektedir (306)(307)(309)(310)(311). Literatürde başka bir bakış açısına göre ise depresyona klinik olarak anksiyete tanısının eşlik etmesinden öte anksiyete semptomlarının varlığının intihar davranışıyla ilişkili olduğu ifade edilmiştir (303)(312)(313)(314)(315). Dolayısıyla bizim çalışmamızda anksiyetenin ister eşik düzeyde ister eşikaltı düzeyde olsun depresyona eşlik etmesinin intihar davranışına etkisini daha iyi yakalayabilmek için anksiyete bozukluğu tanısı ve anksiyete semptomları varlığı birlikte ele alınarak total anksiyete kavramı üretilmiştir. Depresyona total anksiyete komorbiditesi intihar düşünce grubunda 8 kişi (%19), intihar girişim grubunda 5 kişi (%11.6) olarak bulunmuş olup gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmasa da literatürle uyumlu olarak intihar düşünce grubunda daha yüksek komorbidite oranları elde edilmiştir.

İntihar davranışı ile psikiyatrik komorbiditeler arasındaki ilişkiye bakıldığında çalışmamızda komorbid psikiyatrik hastalığı olanlar intihar düşünce grubu için 8 kişi (%19), intihar girişim grubu için 11 kişi (%25.6) ve klinik kontrol grubu için ise 10 kişi (%26.3) olarak tespit edilmiştir. Literatürde psikiyatrik komorbidite artışının intihar girişim riskini arttırdığı

şeklinde çalışmalar mevcut olsa da bizim çalışmamızda en az iki psikiyatrik hastalığı olanların intihar girişim grubundaki oranı klinik kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde farklı bulunmamıştır (315)(316).

Yazında intihar davranışı ile sigara tüketimi arasındaki ilişkiye bakıldığında sigara tüketiminin hem intihar düşünceleriyle hem de intihar girişimleriyle ilişkili olduğu görülür. İntihar girişimine dönüşüm açısından ise çelişkili bulgular var olup bazı çalışmalar sigara tüketimini bir öngörücü olarak kabul ederken bazı çalışmalar erken başlangıçlı nikotin bağımlılığı ile girişime dönüşüm arasında bağlantı bulamamıştır (283)(304)(317). Özellikle intihar girişimi için risk faktörü olan psikiyatrik hastalıkların kendisi de sigara tüketimini arttırmakta ve sigara ile intihar davranışı arasında doğrudan ilişkinin araştırılmasını zorlaştırmaktadır (318). Yine başka bir kesitsel çalışmada intihar girişim grubunun intihar düşünce grubuna göre daha fazla sigara tükettiği bulunmuştur (319). Bizim çalışmamızda intihar düşünce grubunun %24.4'ü, girişim grubunun %36.4'ü, kontrol grubunun ise %5.4'ü sigara kullanmaktadır. Dolayısıyla intihar düşünce ve girişim gruplarının sigara kullanımı literatürle uyumlu olarak klinik kontrol grubundan anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. İntihar düşünce ve girişim grupları arasında ise anlamlı farklılık saptanmasa da girişim grubunda yine literatürle uyumlu olarak daha yüksek oranlar elde edilmiştir. Sigara tüketimi olumsuz duygular karşısında uygunsuz bir baş etme yöntemi olarak kullanılabildiği gibi depresyonda haz alamamaya karşı beyindeki ödül sistemini uyaran bir tür self medikasyon mekanizması da olabilir.

Çalışmamızda intihar düşünce grubunun %14.6'sı, intihar girişim grubunun %40.9'u ve klinik kontrol grubunun %10.8'i alkol kullanmakta olup intihar girişim grubunda hem klinik kontrollere göre hem de intihar düşünce grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek oranlarda alkol kullanımı saptanmıştır. Dolayısıyla intihar girişimine dönüşüm açısından alkol kullanımının önemli bir öngörücü olduğu ifade edilebilir. Literatürde yapılan araştırmalara göre alkol tüketimi ile intihar girişimi arasında ilişki olduğu, gerek intihar düşüncesi olmayan gençler arasındaki alkol kullanımının gerek intihar düşüncesi olan gençler arasındaki alkol kullanımının intihar girişim riskini arttırdığı görülmektedir (283)(299)(320)(321). Yine başka bir çalışmaya göre alkol kötüye kullanımı ergenlerde depresif belirtiler kontrol edildikten sonra bile intihar girişimi ile ilişkili bulunmuştur (322). Alkol tüketimi ve intihar düşüncesi arasındaki ilişkiye bakılan bir çalışmada ise alkolün intihar girişimlerini artırırken intihar düşünceleri üzerinde etkisinin olmadığı görülmüştür (323). Dolayısıyla sonuçlarımız literatürdeki

alışmalarla uyumludur. Alkol kullanımı olumsuz duygularla baş etme yöntemi olabileceği gibi dürtü kontrolünü azaltarak intihar girişiminde bulunup harekete geçme konusunda depresif hastayı cesaretlendirebilir veya karar verme yetisini bozabilir. Ayrıca eşlik eden psikopatoloji varsa, alkol kullanımıyla daha da bozulabilir. Tüm bunlara ek olarak, bilişsel daralma (daralmış dikkat, algılanan olası çözümlerin bir ikiliğe indirgenmesi - acil çözümler veya intihar) intihar girişiminden önce sıklıkla gözlenir ki alkol, alkol miyopisi olarak adlandırılan bir süreç yoluyla bilişsel işleme üzerinde benzer bir etki yaratır, bu da alkolün bilişsel daralmalarda önemli bir rol oynayabileceğini düşündürür (324). Yine araştırmalar, alkol kullanımının davranışsal aktivasyonla ilgili merkezi beyin mekanizmalarını arttırdığını göstermiştir (325). Bu da alkolün neden intihar girişim riskini artırdığını, ancak intihar düşüncesini artırmadığını açıklayabilir (323).

Olgu ve kontrol grupları kronik tıbbi hastalıklar bakımından karşılaştırıldığında intihar düşünce grubundaki olguların %29.3'ünün, girişim grubundaki olguların %18.2'sinin ve kontrol grubundaki olguların %29.7'sinin kronik fiziksel/tıbbi bir hastalığı mevcut olup gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Literatürde akut veya kronik hastalık varlığı ile intihar eğilimi arasında ilişki olmadığına dair çalışmalar mevcuttur (326). Kronik hastalığı olan gençlerin özellikle depresyon ve anksiyete bozuklukları başta olmak üzere psikiyatrik hastalıklara daha yatkın hale geldikleri, özellikle depresyon aracılığıyla dolaylı yoldan intihar düşünce ve davranış riskinin de arttığı düşünülmektedir (327). Bizim çalışmamızda da üç grupta benzer oranlarda en az 1 psikiyatrik hastalık görülmesi, özellikle intihar düşünce ve girişim grupları arasındaki depresyon oranlarının benzerliği gruplar arası anlamlı fark çıkmamasına sebep olmuş olabilir.

Olgu ve kontrol grupları travmatik öykü bakımından karşılaştırıldığında intihar düşünce grubunda 12 kişide (%29.3), intihar girişim grubunda 8 kişide (%18.2) ve klinik kontrol grubunda 6 kişide (%16.2) travma öyküsü bulunmakta olup üç grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Travmatik yaşam olayları sonrası artan depresyon, anksiyete, davranım bozukluğu gibi psikiyatrik hastalıklar, intihar davranışlarına da yatkınlık yaratabilir (328)(329)(330)(331). Literatüre göre sadece psikiyatrik hastalıklar değil, ayrıca travmatik olayların türü, kaç tane travmatik olaya maruz kalındığı, aile işleyişi ve desteği, cinsiyet, umutsuzluk düzeyi gibi parametreler de travmatik olayın intihar düşünce ve girişimlerini ne derecede etkileyeceğini belirlemektedir (332)(333). Bizim çalışmamızda bu parametrelerin değerlendirilmemesi bir kısıtlılık olsa da intihar düşünce ve girişim grupları arasındaki benzer

depresyon oranları, üç grup arasındaki benzer cinsiyet ve psikiyatrik tanı oranları travmatik öykü bakımından anlamlı fark oluşmamasına neden olmuş olabilir. Ayrıca kişilerin erken dönem travmalarını bildirmeme ihtimali de unutulmamalıdır.

Ailede intihar öyküsü intihar düşünce grubunda 4 kişide (%9.5), intihar girişim grubunda 7 kişide (%16.3) ve klinik kontrol grubunda 5 kişide (%13.2) görülmüş olup gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. İntihar girişim grubundaki oranlar diğer gruplara göre anlamlı olmasa da daha yüksektir ki literatürdeki çalışmalar intihar girişimi olan gençlerin aile üyelerinde de intihar davranışı varlığının arttığını bildirmektedir (334). Bu ilişki sosyal aktarım, genetik, taklit gibi nedenlerden kaynaklanabilir. Özellikle evlat edinen akrabalara göre biyolojik akrabalarındaki intihar davranışı ile olan yüksek ilişki biyolojik faktörleri daha ön plana geçirmektedir (335)(336)(337)(338). Literatürde bir araştırmaya göre intihar düşünce ve girişimlerinin ailedeki intihar girişim öyküsü ile ilişkisinin olmadığı da bildirilmiş olup çalışmamızın sonuçları bu sonuçlarla uyumludur (339).

1.derece ve 2.derece akrabalarda psikiyatrik hastalık öyküsü ile annede depresyon öyküsü bakımından çalışmamızda 3 grup arasında anlamlı farklılık bulunamamış, intihar girişim grubundaki oranlar anlamlı olmasa da intihar düşünce grubundan daha yüksek saptanmıştır. Literatürde ebeveyn psikopatolojisinin, özellikle ebeveynde depresyon varlığının ergendeki intihar girişim ve düşünceleriyle ilişkili olduğu, hatta tamamlanmış intiharların ergendeki psikopatolojiden bağımsız olarak ailesel bir psikopatoloji yüküyle ilişkili olabileceğine dair çalışmalar mevcuttur (340)(341)(342)(343). Çalışmamızda intihar girişim grubunda anlamlı olmasa da düşünce grubundan yüksek oranlar görülmesi bu biyolojik bağlantıya işaret ediyor olabilir. Yine çalışmamızda intihar grupları ve klinik kontrol grupları arasında anlamlı farkın olmaması literatürde Gould ve arkadaşlarının çalışmasıyla benzer sonuçlara işaret etmektedir ki ebeveyn psikopatolojisinin gençlerdeki intihar riskine katkısının olmadığını bildirmiştir (344).

İntihar niyeti olmayan kendine zarar verici davranışları intihar düşünce grubunda %46.3, intihar girişim grubunda %48.8 ve klinik kontrol grubunda %15.6 oranında saptanmış olup intihar düşünce ve girişim gruplarında klinik kontrollere göre anlamlı olarak daha yüksektir. Literatürdeki birçok çalışma intihar niyeti olmayan kendine zarar verme davranışlarının gerek intihar düşünceleriyle gerek intihar girişimleriyle arasında ilişki olduğunu bildirmiştir (345)(346)(347)(348). Kendine zarar verici davranışlar intihar düşüncelerini arttıran birer risk

faktörü olabildiği gibi ergenin ölüm üzerinde bir kontrolü olduğuna dair yanılsama yaratarak intihar düşüncelerini azaltadabilir (349)(350). Ayrıca intihar düşünceleri ve kendine zarar verici davranışlar birbirleriyle benzer psikiyatrik ve çevresel risk faktörlerine sahiptir ki bu da birlikte görülme olasılıklarını arttırmaktadır (346)(351)(352)(353)(354).İntihar girişimleri bakımından ele alındığında ise kendine zarar verici davranışların, kişinin ağrı toleransını bozması, acı eşiğini yükselterek kişiyi fiziksel acıya duyarsızlaştırması ve kendine zarar verme korkusunu azaltması Joiner'in Teorisi ile de uyumlu olarak bireyi intihar girişimlerine yatkınlaştırmaktadır (355)(356).İntihar niyeti olmayan kendine zarar verme davranışlarının özellikle depresyon başta olmak üzere anksiyete bozukluğu ile ilişkisi vardır (355)(356)(357)(358)(359)(360)(361). İntihar düşünce ve girişim gruplarında benzer ve yüksek oranda depresyon ve anksiyete bozukluğu görülmüş olması kendine zarar verici davranışlar açısından iki grup arasında anlamlı fark oluşmamasına sebep olmuş olabilir.

6.2. İntihar Düşünce ve Girişimleri

Çalışmamızda intihar grubundaki 44 hastada %88.6 oranında ilaç içme girişimi, %23.7 oranında kesi atma, %6.8 oranında ası ile girişim, %4.5 oranında yüksekten atlama girişimi saptanmıştır. Araştırmalar ilaç içmenin en yaygın intihar girişim yöntemi olduğunu ve bunu bilek kesmenin izlediğini bildirmekte, ilaç içme girişimlerinin %83.6 gibi oranlara ulaştığını göstermektedir (362)(363)(364)(365)(366). Dolayısıyla çalışmamızın sonuçları literatürle uyumludur.

Çalışmamızda intihar girişim grubunun %56.8'inin, intihar düşünce grubunun ise %31.7'sinin geçmişte girişim öyküsü var olup iki grup arasında anlamlı fark oluşmuştur. İntihar girişimlerinin önemli bir bölümünde geçmişte de girişim öyküsünün var olduğu ve her girişimin bir sonraki girişim için riski arttırdığı literatürde bilinen bir gerçektir (299)(367)(368). Girişimlerin tekrarlaması, muhtemelen kazanılmış intihar yeteneğinin güçlenmesine sebep olmaktadır (369).

Girişimlerin ölümle sonuçlanma riski ele alındığında bu oran çalışmamızda tüm intihar girişimleri arasında yaklaşık %9 olarak bulunmuştur. Literatürde de ergen intihar girişimlerinin çoğunluğunun tıbbi olarak ölümcüllük düzeyinin düşük olduğu, girişimlerin yaklaşık %5-10'luk bir bölümünün ciddi ölüm olasılığı içerdıği bildirilmektedir (298).

İntihar girişimi öncesi hazırlayıcı eylemlere bakıldığında intihar düşünce ve girişim grupları arasında not/mektup yazılması bakımından anlamlı fark saptanmamışken ($p=0.196$) hap biriktirme eylemi sadece intihar girişim grubunda görülmüştür.

İntihar düşünce grubunda ölmeyi istemeyi durduran veya intihar düşüncelerini gerçekleştirmeye engel olan caydırıcı faktörler ele alındığında caydırıcılar arasında %63.4 ile birinci sırada aile gelmekte iken %19.5 oranıyla ikinci sırada din gelmektedir. Literatürde yapılan araştırmalarda aile uyumunun ve aileye karşı sorumluluk hissinin oldukça sık tespit edilen koruyucu bir faktör olduğu görülür (370)(371). Ülkemizde diğer Asya ülkelerine benzer şekilde aile bağlarına atfedilen geleneksel önem, batı kültüründeki bireysellik yerine daha aile birliğinin öne çıkması, ergenlerin intihar davranışlarının aileleri üzerindeki etkisinin farkına varmalarına neden olmuş olabilir. Dindarlığın intihar üzerindeki koruyucu rolü incelendiğinde ise Durkheim'ın (1966) 'ın sosyal bütünleşme modeline uygunluğu dikkat çekicidir. Literatürde de dindarlığın gerek intihar davranışı gerek depresif bozukluk karşısındaki koruyucu etkisini gösteren birçok çalışma mevcuttur (372)(373)(374).

İntihar düşüncelerinin nedenleri ele alındığında ise çalışmamızda intihar düşünce grubunun %76.6'sının tamamen çekilen acıya ya da hissedilen duruma son vermek amacıyla intiharı düşündüğü, dikkat çekme motivasyonunun %23.4 oranında kaldığı görülmüştür. Literatürde ölümü arzulamak, acıyı sonlandırmak gibi motivasyonlar depresyon varlığı ve hatta depresyonun daha yüksek klinik seviyeleriyle bağlantılıdır (298). Bizim çalışmamızda da intihar düşünce grubunda klinik şiddet düzeyi bilinmese de %78.6 oranındaki depresyon varlığı böyle bir sonucu desteklemiş olabilir.

Kişinin yaşam boyu intihar girişiminde bulunmak üzereyken bir başkası tarafından engellenen girişimlerinin oranlarına bakıldığında intihar düşünce grubunun %12.2'sinin, intihar girişim grubunun ise %29.5'inin geçmişte engellenen girişim öykülerinin olduğu görülmüştür. Engellenen girişimler intihar girişim grubunda intihar düşünce grubuna göre anlamlı düzeyde daha fazladır. Kişinin yaşam boyu intihar girişiminde bulunmak üzereyken yarıda keserek kendi kendini durdurduğu girişimler ise intihar düşünce grubunda %48.8, intihar girişim grubunda %45.5 olup gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. İntihar düşünce ve girişim grupları klinik kontrol grubuyla karşılaştırıldığında ise kendiliğinden durdurulan girişimler hem intihar düşünce hem de girişim grubunda; başkasınca engellenen girişimler ise sadece intihar girişim grubunda anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Bizim çalışmamız çocuk ve ergen grubunda yapılan ilk araştırmalardan olma özelliğinde olup literatürde başkasınca engellenen ve kendiliğinden durdurulan girişimlerle ilgili çalışmalar daha çok erişkin örneklemelerinden elde edilmiştir. Bir çalışmaya göre psikiyatrik bir örnekleme başkasınca engellenen intihar girişimleri %29.8 ve kendiliğinden durdurulan intihar girişimleri %34.6 olarak bulunmuş, başka bir çalışmada da yatan psikiyatri hastalarının %52.6'sının yaşam boyu en az bir kez kendiliğinden durdurulmuş intihar girişimi öyküsü olduğunu göstermiştir. (375)(376).

Literatürde başkalarınca engellenen girişimlerin ileride tamamlanmış intiharla ilişkili olabileceği ifade edilmektedir (377). Bir çalışmaya göre 5-10 yıl boyunca takip edilen ve intihar girişimleri nedeniyle hastaneye yatırılan 499 kişiden oluşan bir örnekleme, başkasınca engellenmiş intihar girişimi öyküsü olanların, gerçek bir intihar öyküsü olanlara göre intihar nedeniyle ölme olasılığının üç kat daha fazla olduğu bulunmuştur (377).Yine araştırmalar kendiliğinden durdurulan intihar girişimlerinin de gerçek intihar girişimleriyle yüksek oranda ilişkili olduğunu göstermiştir (376)(378). En az bir durdurulmuş intihar girişimi öyküsü olan bireylerin yaşamları boyunca gerçek bir intihar girişimi yapmış olma olasılıkları, durdurulmuş bir intihar girişimi öyküsü göstermeyen bireylere göre iki kat daha fazla bulunmuştur (378).Araştırmalar engellenmiş ve/veya kendiliğinden durdurulmuş intihar girişimi öyküsü olan kişilerle, gerçek bir intihar girişimi öyküsü olan kişilerin birbirlerinden farklılaşmadıklarını, hatta bu bireylerin intiharı planlarken gerçek girişimi olanlara göre benzer düzeyde intihar niyeti taşıdıklarını söylemektedir (377)(378). Klinik olmayan örnekleme yapılan bir çalışmada bile engellenen ve/veya kendiliğinden durdurulan intihar girişimi olanların yarısından fazlasının gerçek bir intihar girişimi öyküsü bildirdiği gösterilmiştir (379).

Joiner'in Kişilerarası İntihar Teorisi'ne göre engellenen ve/veya kendiliğinden durdurulan intihar girişimi olanlar gerçek bir intihar girişimi olanlarla benzer engellenmiş aidiyet ve külfetlilik düzeyine sahiptir (379). Ayrıca engellenen veya kendiliğinden durdurulan intihar girişimlerinde kişi, attığı fiziksel adımlarla ölüm korkusuna alışmakta, planlanan girişimi hem zihinsel olarak hazırlamakta hem de prova etmekte, dolayısıyla kazanılmış intihar yeteneği bakımından da değişmektedir (356).

6.3. Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

6.3.1. Ergen Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Puanları

Literatürde yapılan araştırmalara göre psikolojik dayanıklılık seviyelerinin yüksek olması gerek intihar girişimlerine karşı gerek stresli yaşam olaylarına karşı tamponlayıcı bir rol üstlenmektedir (380)(381). Buna karşın düşük psikolojik dayanıklılık seviyeleri intihar eğilimi ve intihar girişimi ile bağlantılıdır (382)(383).

Bizim çalışmamızda Ergen Psikolojik Dayanıklılık ölçeklerinden elde edilen sonuçlar göstermiştir ki her iki intihar düşünce ve girişim grubunun psikolojik dayanıklılıkları literatürle uyumlu olarak klinik kontrol grubundan daha düşüktür. Özellikle akran desteği, aile desteği ve empati alt ölçek puanları tüm intihar düşünce ve girişim gruplarında klinik kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşüktür. Ancak intihar girişim grubu ile intihar düşünce grubu arasında psikolojik dayanıklılık düzeyleri bakımından anlamlı farklılık oluşmamıştır. Bu durum intihar girişim grubunun psikolojik dayanıklılığının daha düşük olacağını varsayan hipotezimize aykırıdır. Dolayısıyla çalışmamızda psikolojik dayanıklılığın düşük olmasının intihar düşünce ve girişimi açısından tek başına fark oluşturmadığı görülmüş, intihar girişiminde bulunmanın biyopsikososyal incinebilirliği arttıran pek çok faktörün bir arada bulunması sonucu oluştuğu kanaatine varılmıştır. Ayrıca psikolojik dayanıklılık ve depresyon ilişkisi düşünüldüğünde, intihar düşünce ve girişim grupları arasında depresyon oranlarının benzer olması, psikolojik dayanıklılık bakımından da gruplar arasında anlamlı fark oluşmamasına katkı sağlamış olabilir. Literatürde yaklaşık 13-15 yaş arası 400 ergen ve 14-18 yaş arası 300 ergenle yapılan çalışmalarda, daha yüksek düzeyde psikolojik dayanıklılığın daha düşük düzey depresif belirtilerle ilişkili olduğu görülmektedir (384)(385).

Aile ile ilgili faktörlerin intihara karşı koruyuculuğu literatürde geniş yer kaplamaktadır. Bunlar arasında özellikle aile bağlılığı, ebeveynlerle iletişim, ebeveyn mevcudiyeti, aile ile birlikte paylaşılan etkinlikler, aile ittifakı, uyum ve aile desteği bildirilmektedir (386)(387)(388)(389)(390)(391)(392). Yapılan bir araştırmaya göre aile desteği depresyon ve intihar düşüncesi arasındaki ilişkide tamponlayıcı rol oynamaktadır (393). Bizim çalışmamıza göre de aile desteği hem intihar düşüncelerine karşı hem de intihar girişimlerine karşı koruyucudur.

Akran desteğinin intihara karşı koruyuculuğu ise özellikle birbirine yakından bağlı bir arkadaş grubuna sahip olmak, yoğun arkadaşlık ağları, akran kabulü ve desteği ve sosyal bağlılık gibi faktörlerden etkilenmektedir (394)(395)(396)(397).Yapılan çalışmalar akran desteğinin yüksek şiddette depresyonu olan gençlerde daha sınırlı bir dayanıklılık rolü göstermekle beraber düşük-orta şiddette depresyonu olan gençler arasında intihar riskine karşı daha büyük bir tampon oluşturduğunu bildirmektedir (398). Çalışmamızda intihar gruplarındaki depresyon kliniklerinin şiddeti bilinmese de akran desteğinin hem intihar düşünceleri hem intihar girişimlerine karşı koruyucu olduğu görülmüştür.

Duygusal empati alt ölçeği özgüven, benlik saygısı, iyimserlik ve empati gibi birçok farklı alanın dikkate alındığı bir alt ölçek olup çalışmamızda intihar düşünce ve girişimlerine karşı potansiyel koruyucudur (399). Bir çalışmada fiziksel istismara uğramış kız ergenler arasında duygusal empatinin intihar düşüncelerini azalttığı bildirilmiştir (400).

Okul desteği alt ölçek puanlarında ise intihar grupları ile kontrol grupları arasında anlamlı fark saptanmadığı gibi intihar düşünce grubunun puanları daha da yüksek bulunmuştur. Literatürde bir çalışmada okulda bir destek olarak güvenilir bir yetişkinin bulunmasının duygu düzenleme eksiklikleri ile intihar girişimleri arasında koruyucu bir rol üstlenip üstlenmediğine bakılmış ve anlamlı bir sonuç bulunamamıştır (401). Yine başka bir çalışmada cinsel yönelim bakımından azınlıkların oluşturduğu bir örnekleme okul desteğinin intihar girişimini azaltmadığı bildirilmiştir (402).

Uyum alt ölçeği dayanıklılığın önemli bir özelliği olan sıkıntılar sonrasında eski haline geri dönebilme yetisi ya da yeni koşullara adapte olabilmeye becerisi ile ilgilidir (403). Literatürde duygusal uyum yeteneğinin intihar davranışı üzerinde koruyucu etkisi olduğundan söz edilmektedir (404)(405). Bizim çalışmamızda da intihar düşünce grubunun uyum yeteneği klinik kontrol grubundan anlamlı düzeyde daha düşük saptanmıştır. İntihar girişim grubunun ise klinik kontrol grubu ve intihar düşünce grubundan anlamlı farklılığı bulunmamıştır.Dolayısıyla bulgularımız incelendiğinde intihar düşüncelerinin oluşmasında uyum becerilerinin düşük olması önemli bir faktör olarak ön plana çıkarken, intihar girişimi için uyum yeteneği normal olsa da girişimin yordayıcılarının farklı olabileceği yönünde kanaatimiz oluşmuştur.

Mücadele azmi alt ölçeği ise daha çok direnç seviyesi yüksek, sıkıntılarla savaşabilen güçlü bireyler için kullanılmaktadır (406). Azim duygusu, angaje olunabilmiş hedefleri,

amaçları, eğitim öğretimle ilgili arzuları ve parlak bir yarına olan inancı içerir ki dayanıklı bireylerin özelliklerindendir (167). Çalışmamızda bu alt ölçeğin puanları intihar düşünce ve girişim gruplarında klinik kontrol grubundan daha yüksek bulunmuştur. Dolayısıyla çalışmamızda mücadele azmi normal de olsa intihar düşünce ve girişimlerine yönelik daha farklı yordayıcıların olabileceği düşünülmüştür.

6.3.2. Duygusal Yılmazlık Ölçeği Puanları

İntihar düşünce ve girişim gruplarının klinik kontrol grubuna göre duygusal yılmazlık ölçeği toplam puanları daha yüksek; yani duygusal yılmazlık düzeyleri daha düşüktür. Literatürde duygusal sıkıntıya tahammül etme güçlüklerinin algılanan külfet ve engellenen aidiyet üzerinden intihar eğilimi için risk faktörü olduğu görülmektedir (407). Yine başka bir çalışmada belirli duygu düzenleme stratejilerindeki eksiklikler de intihar düşüncesiyle ilişkilendirilmiştir (408). Dolayısıyla çalışmamızda intihar gruplarının duygusal yılmazlık düzeylerinin daha düşük bulunması literatürle uyumludur. Yapılan araştırmalar duyguların düzenlenmesi ile ilgili yaşanan zorlukların, psikopatolojilerle de ilişkili olduğunu göstermiştir. Çalışmamızda intihar grupları ve klinik kontrol grubu arasındaki psikopatolojiler arasında özellikle depresyon oranlarının anlamlı farklılığı düşünüldüğünde duygusal yılmazlık düzeylerindeki farklılaşmaya bu da katkı sağlamış olabilir (409).

İntihar düşünceleri olan ve intihar girişiminde bulunan kişilerin klinik kontrol grubuna göre duygusal yılmazlık hassasiyet parametrelerinin daha kötü olması bu kişilerde olumsuz duygulanımların daha yoğun yaşandığı veya daha kolay ortaya çıktığına işaret etmektedir. İyileşme-Düzelme parametrelerindeki bozulma ise bu olumsuz duyguların eski denge haline, eski iyilik haline dönebilmesi için gereken sürenin uzun olduğu, kişinin kendini ve olumsuz duygularını yatıştırmakta zorlandığını düşündürmektedir. Klinik kontrol grubuyla karşılaştırıldığında iyileşme-düzelme yetisindeki azalma intihar girişim grubunda riski artırırken, intihar düşünce grubu için risk faktörü olmamıştır. Ayrıca intihar girişim grubunun iyileşme-düzelme yetisi intihar düşünce grubundan anlamlı olmasa da daha düşüktür. Literatürde olumsuz duyguların varlığı ya da yokluğundan çok bu duygulara dayanma yetisi ve kişinin olumsuz duygulara yanıt olarak kullandığı başa çıkma yöntemlerinin intihar riski bakımından daha önemli olduğu görülmektedir (410)(411). Duygularını anlamakta, yönetmekte ve ifade etmekte zorlanan bireylerin intihar girişiminde bulunma riski yüksektir (412)(413). Bu kişiler içsel durumlarını yönetmekte zorlandıkları gibi olumsuz duygular karşısında kendine zarar verici davranışlar gibi uygunsuz tepkileri daha fazla gösterirler (414)(415).

Çalışmamızda intihar gruplarında duygusal yılmazlığın bozulma alt parametresindeki kötü puanlar ise kişinin olumsuz duygularla baş etmek için kullandığı yöntemlerin, özellikle davranışsal tepkilerin uygunsuzluğu ile ilgilidir ki intihar girişiminin kendisinin uygunsuz bir baş etme yöntemi olduğu bilinen gerçektir. Ayrıca intihar girişim grubunun bozulma düzeyi intihar düşünce grubundan anlamlı olmasa da daha fazladır. Olumsuz duygular karşısında verilen uygunsuz tepkiler acı verici veya kışkırtıcı davranışlar olabilir, bunlar tekrarlandıkça ölüm korkusunu yenmek ve fiziksel acıyı tolere etmek kolaylaşabilir; başka bir ifadeyle kazanılmış intihar yeteneği artabilir ki intihar girişim riski artar. Yine uygunsuz tepkiler arasında olumsuz duygular karşısında aceleyle davranma eğilimi de olabilir ki intihar girişimleri için riski arttırıcıdır (416)(417).

Ruhsal hastalıklar bakımından incinebilirlik-dayanıklılık stres modeline göre birey stresle karşılaştığında koruyucu faktörlerin ve risk faktörlerinin etkileşimi sonucunda stresöre adaptasyonu belirlenir. Yüksek düzeyde dayanıklılık bireyin daha olumlu yönde tepki vermesini sağlar (418). Çalışmamızda intihar düşünce ve girişim gruplarının klinik kontrollere göre psikolojik dayanıklılık düzeylerinin daha düşük olması intiharı anlamada koruyucu faktörlerin, bireyin rezilyansının önemine dikkat çekmektedir. Ancak intihar düşüncesi olanların ve intihar girişiminde bulunanların psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında anlamlı fark olmaması intihar girişimlerinin sadece içsel koruyucu mekanizmalarla öngörülelemeyeceğine, ek olarak bireyin taşıdığı risk faktörlerinin ve dışsal tetikleyici stresörlerin de önemine işaret etmektedir.

6.3.3. Şema Alanı ve Şema Alt Ölçek Puanları

6.3.3.1. Şema Alanı Puanları

İntihar düşünce ve girişim grupları arasında yaş, cinsiyet, eğitim başta olmak üzere birçok sosyodemografik değişken, bireysel ve ailesel özellik açısından benzer özelliklerin saptanmış olması grupların karşılaştırılmasını kolaylaştırmakta, şemaları aktifleme potansiyeli olan diğer etmenleri olabildiğince azaltmaktadır.

İntihar düşünce grubunda tüm şema alanlarında klinik kontrollerden anlamlı fark yaratacak düzeyde yüksek puanlar elde edilmiştir. Literatürde depresyondaki erişkinlerle yapılan bir çalışmada Zedelenmiş Özerklik ve Performans Alanı ile Kopukluk ve Reddedilmişlik Alanı puanları intihar düşünceleri olanlarda daha yüksek bulunmuştur (419). 15-24 yaş arasındaki geç adölesanlarla yapılan bir başka araştırmada ise Kopukluk ve

Reddedilmişlik alanı ile Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama /Ketleme Alanının intihar düşünceleri ile ilişkili olduğu görülmüştür (420).

Çalışmamızda intihar girişim grubunda ise Kopukluk ve Reddedilmişlik Alanı, Başkalarına Yönelimlilik Alanı, Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama /Ketleme Alanında klinik kontrollerden anlamlı fark yaratacak düzeyde yüksek puanlar elde edilmiştir. Literatürde intihar girişimi olan depresif hastaların klinik kontrollerle karşılaştırıldığı bir araştırmada Kopukluk ve Reddedilmişlik Alanı, Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama /Ketleme Alanında daha yüksek puanların elde edildiği görülmüştür ki çalışmamız bu sonuçlarla uyumludur (421).

Kopukluk ve Reddedilmişlik alanı kişinin güvenlik, istikrar, empati, kabul ve sıcaklık gibi temel ihtiyaçlarının başkaları tarafından karşılanmayacağı inancıyla ilgili olup bu alandaki yüksek puanlar intihar kuramlarıyla örtüşür. Joiner'in kişilerarası-psikolojik intihar teorisine göre birinin diğer insanlara karşı yük olduğu inancı (algılanan külfet) ve kişinin herhangi bir topluluğa aidiyetinin kalmaması ya da topluluk için faydasız, önemsiz olması (engellenmiş aidiyet) intihar riskini artırır. Yine bilinmektedir ki sosyal aidiyet, toplumla birliktelik kurma; aile, akraba gibi toplumun küçük birimleriyle birliktelik kurma ve sosyal destek intihar davranışını azaltmak bakımından oldukça önemlidir (422)(423)(424).

Başkalarına Yönelimlilik Alanı kişinin genellikle kendi ihtiyaçlarını karşılamama pahasına diğer insanların ihtiyaçlarını karşılamaya aşırı odaklanmasıyla ilgili olup boyun eğicilik, kendini onaylamama, onay arayıcılık gibi şemalar bu alanla ilgilidir. Bu alanla ilgili şemalar genel olarak kişiyi diğer insanlarla kurduğu ilişkide daha duyarlı hale getirir ki depresif bilişlere yatkınlık yaratan bu durum kişinin özsaygısını kolaylıkla düşürebilir. Kişinin kendi davranışlarını başkalarına göre düzenleyerek onları memnun etmeye çalışması reel yaşamda her zaman mümkün olmayacağı için hem kolaylıkla depresif duygudurum ortaya çıkacak hem de bireyler engellenmelerle karşılaştıklarında kırılğan özsaygıları nedeniyle kolaylıkla intihar davranışına yatkın hale gelecektir. Kişinin ayrıca kendi ihtiyaçlarını geri plana itmesi de bir süre sonra düşük özsaygı ve depresif duygudurumla sonuçlanabilir (425)(426)(427)(428)(429).

Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama /Ketleme Alanında kişinin kendi duygularını/düşüncelerini bastırması ve aşırı yüksek davranış standartlarına sahip olması gerektiği inancı hakimdir. Kişinin bastırılan olumsuz duygularını kendine yöneltmesi intihar davranışına yatkınlık yaratabilir. Ayrıca yüksek standartlara sahip olma inancı ve reel yaşamda bunların karşılanamaması, engellenmelere neden olarak duygusal kırılğanlığı arttırabilir. Keza

çalışmamızda intihar girişim grubunun akademik başarısının yüksek olması yüksek standartlar açısından buna örnek olarak verilebilir.

Zedelenmiş özerklik ve performans alanı kişinin hayatta kalamayacağı veya diğer insanlardan bağımsız olarak çalışamayacağı inancıyla ilgilidir. Joiner'in kişilerarası-psikolojik intihar teorisine göre birinin diğer insanlara karşı yük olduğu inancı intihar düşünceleri için oldukça önemli bir zemin teşkil edebilir. Ayrıca bu alandaki bilişler kişinin kendi yaşamı üzerinde hiçbir kontrolü olmadığı duygusu yaratabilir ve bu da umutsuzluğa, depresif ruh haline ve intihara yönelik düşünce süreçlerine neden olabilir. Literatürde bu şema alanı özellikle depresyonla ilişkilendirilmiştir (430)(431).

Zedelenmiş sınırlar alanı ise uzun vadeli hedef belirleme eksikliği ve kişinin sorumluluktan yoksun olduğuna dair inançlarla ilgilidir ve haklılık/ büyüklenmecilik, yetersiz özdenetim gibi şemalar bu alandadır. Bu alanın kişiyi diğer insanlarla kurduğu ilişkide kırılgan hale getirmesi, dürtü kontrol sorunlarının fazla olması, engellenme toleransının düşüklüğü intihar davranışına yatkınlık yaratabilir.

6.3.3.2. Şema Alt Ölçek Puanları

6.3.3.2.1 İntihar Girişim Grubu ve Klinik Kontrol Grubunun Karşılaştırılması

İntihar girişim grubunda klinik kontrol grubuna göre Kusurluluk/ Utanma Şeması, Kuşkuculuk ve Kötüye Kullanılma Şeması, Duygusal Yoksunluk Şeması, Başarısızlık Şeması, Haklılık/ Büyüklenmecilik Şeması, Kendini Onaylamama Şeması, Karamsarlık Şeması ve Cezalandırıcılık Şeması puanları anlamlı fark yaratacak düzeyde yüksek bulunmuştur.

Literatürde yapılan araştırmalar incelendiğinde çocuk ve ergenlerde şemalar ve intihar davranışı arasındaki ilişkiyle ilgili çalışmaların yeterince bulunmadığı görülmektedir. İntihar girişimi olan ve olmayan depresif erişkinlerle yapılan bir çalışmada kusurluluk/utanma, duygusal yoksunluk, terk edilme ve tutarsızlık, sosyal izolasyon şemaları intihar girişimi öyküsüyle ilişkilendirilmiştir (432). Başka bir çalışmada, intihar girişimi olanlarda bütün şemalar istatistiksel olarak yüksek bulunurken; bir diğer çalışmada, kusurluluk/utanma ve başarısızlık şemaları daha yüksek bulunmuştur (433)(434). Yine erişkinlerle yapılan çalışmalarda Haklılık/Büyüklenmecilik Şeması, Kusurluluk/ Utanma Şeması, Hastalık ve Tehditlere Karşı Dayanıksızlık Şeması, Boyun Eğicilik Şeması, Yetersiz Özdenetim Şeması, Duyguları Bastırma Şemasının tekrarlayıcı intihar girişimleriyle ilişkili olduğu görülmüştür (435).

Kendini Onaylamama alt ölçeği ÇEŞÖT'te onay arayıcılık alt ölçeği ile birlikte değerlendirilerek Onay Arayıcılık Şeması hakkında bilgi verir Onay Arayıcılık şemasında kişinin kendine verdiği değer ile toplumdan aldığı geri bildirim arasında oldukça güçlü bir bağlantı olup reel hayatın gerçekleri gereği sosyal onay almadıklarında, reddedildiklerinde kırılğan hale gelir ve depresif duyguduruma girebilirler. Kişi ayrıca bu durumun önüne geçmek için adeta başarısız bir self medikasyon girişimi gibi sürekli başkalarının sevgisine ve onayına bağımlı hale gelir. Ancak bu durum kişiyi diğerlerinin duygu ve düşünceleri konusunda daha da duyarlı hale getirerek faydadan çok zarar getirir ve kişi bir kısır döngüye girer. Çünkü kişiler arası duyarlılığın yüksekliği de depresyon için bir risk faktörüdür ki herhangi bir ilişkinin kaybı tetikleyici olabilir (436)(437)(438)(439).

Kusurluluk/Utanma şemasında kişi kendini kusurlu görmekte ve bundan da utanç duymaktadır. Bu kişilerin değersizlik, istenmeme, umutsuzluk, eleştiriye tahammülsüzlük gibi özellikleri var olup kolaylıkla yaşamayı hak etmedikleri şeklinde bir kanaate sahip olabilirler (440).

Başarısızlık şemasında kişinin kendini yetersiz, yeteneksiz algılaması oldukça yaygındır ki depresyonun temel inançlarından biri de yetersizliktir. Diğerlerinden aşağı olma fikri kişinin özsaygınlığını düşürür ki literatürde düşük özsaygı intiharla ilişkilendirilmiştir (441).

Karamsarlık şemasında da kişinin geleceğe yönelik olumsuz atıfları kolaylıkla umutsuzluk düşüncelerine sebep olur. Umutsuzluğun intihar düşünceleri için önemli bir yordayıcı olduğu bilinmektedir (442).

Cezalandırma şemasında birey kendi hatalarını affetmez, kendini daha az ödüllendirir ve olumlu hazzardan da mahrum kalır, hatalarına katı bir tutumla cezalandırma eğiliminde olması depresyona yatkınlık yarattığı gibi girişimle de sonuçlanabilir (443).

Duygusal yoksunluk şemasında yeterince sıcaklık, sevgi veya destek bulamadığını düşünen ve hayalkırıklığı yaşayan kişiler, bir başkasının onları fark etmesini, destek olmasını da istemezler. Kimse tarafından anlaşılmadıklarını ve bu dünyada yapayalnız olduklarına inanırlar. Ayrıca sevgi, sıcaklık , şefkat gibi ihtiyaçlarını diğer kişilere ifade etmedikleri gibi talepte etmezler ve sonuç olarak almazlar da. Nihai sonuç olarak depresyon kaçınılmaz hale gelir ve şemanın ciddiyeti ya da psikolojik dayanıklılığa bağlı olarak intihar girişim riski doğar (421). Literatürde yapılan bir çalışma duygusal yoksunluk şemasının hem depresif duyguduruma sebep olduğunu, depresif duygudurumun ise bu şemanın şiddetini daha da

arttırdığını göstermiştir (444). Duygusal yoksunluk şemasının intihar eğilimini arttırması Joiner'in "algılanan külfet" ve "aidiyetin engellenmesi" kavramlarıyla da uyumludur.

Haklılık/ Büyüklenmecilik Şeması aktif olan kişinin diğerlerinden daha üstün olduğu ve bu nedenle özel hak ve ayrıcalıklara sahip olması gerektiği şeklindeki inancı bu kişileri daha kırılgan hale getirebilir. İntihar girişimi olan ve olmayan erişkin bipolar bozukluk hastalarıyla yapılan bir çalışmada Haklılık/Büyüklenmecilik şemasının intihar girişimi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (445).

Kuşkuculuk ve Kötüye Kullanılma Şeması olan kişiler diğer insanlar tarafından kötü amaçlarla kullanılacağı, manuple edileceği, insanlar tarafından incitileceği şeklinde beklentiye sahip olup dış dünya onlara doğruları söylemeyecek, hatta onlara zarar verecektir. Kişiler arası ilişkilerde öfke, düşmanlık ve saldırgan-dürtüsel davranışlarla sonuçlanabileceği için intihar davranışına yatkınlık yaratabilir. Ayrıca çalışmalara göre kuşkuculuk ve kötüye kullanılma şeması, çocuklukta fiziksel ve cinsel istismar gibi intihara yönelik risk faktörleriyle de ilişkili olabilir (446). OKBli erişkinlerde yapılan bir çalışmada da Kuşkuculuk ve Kötüye Kullanılma Şemasının intihar girişimlerini ve intihar düşüncelerini yordadığı bulunmuştur (447).

6.3.3.2.2 İntihar Girişim Grubu ve İntihar Düşünce Grubunun Karşılaştırılması

İntihar düşünce ve girişim grupları arasında beş şema alanının tamamında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Ancak intihar düşünce grubunun şema alanı puanları daha yüksektir. Şema alt ölçeklerinin puanları bakımından karşılaştırma yapıldığında da iki grup arasında hiçbir şema puanında anlamlı fark oluşmamıştır. Duygusal Yoksunluk Şeması ve Onay Arayıcılık Şeması haricinde tüm şema puanları intihar düşünce grubunda daha yüksektir. İntihar girişim grubunun ise Duygusal Yoksunluk Şeması ve Onay Arayıcılık Şeması puanları daha yüksek saptanmıştır.

Literatürde intihar girişimi olan ve olmayan depresif erişkinlerle yapılan bir çalışmada duygusal yoksunluk şeması intihar girişimi öyküsüyle ilişkili bulunmuştur (289). Üniversite öğrencileri ile yapılan başka bir çalışmada da duygusal yoksunluk şeması intihar davranışıyla ilişkilendirilmiştir (448).

Literatürde erken dönem maladaptif şemaların depresyonla ilişkisi bilinen bir gerçek olup depresyona bilişsel yatkınlıkta rol oynadıkları görüşü hakimdir. Özellikle erişkinlerle yapılan bir çalışmada şema alanlarının tümünün depresyonla ilişkili olduğu bulunmuştur (449). Çocuk

ve ergenlerle yapılan kısıtlı çalışmalara göre ise kusurluluk/utanma, kuşkuculuk ve kötüye kullanılma, terk edilme ve tutarsızlık, kendini onaylamama şemalarının depresyonla ilişkili olduğu görülmüştür (450). Bizim çalışmamızda intihar düşünce ve girişim gruplarının kendi aralarında hem şema alanları hem şema alt ölçek puanları açısından anlamlı fark oluşmaması, her iki grubun depresyon oranlarının benzer olmasından etkilenmiş olabilir. Yine aynı şekilde intihar gruplarında klinik kontrol grubuna göre aktif şema puanlarının daha yüksek olması da bu gruplardaki anlamlı derecede yüksek bulunan depresyon oranlarıyla ilişkili olabilir.

6.3.4. Şemalar ve Resilience İlişkisi

6.3.4.1 Ergen Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Şemalar

Literatürdeki çalışmalar daha çok erişkin örneklemeden elde edilse de psikolojik dayanıklılık ile erken dönem maladaptif şemalar arasında anlamlı bir negatif ilişki olduğu bilinmektedir (451)(452)(453). Erken adölesanlarla yapılan bir çalışmada olumlu şema içeriğinin psikolojik dayanıklılıkla ilişkili olduğu ancak olumsuz şema içeriğinin psikolojik dayanıklılığa önemli bir katkısının olmadığı bildirilirken başka bir çalışmada olumsuz şema içeriğinin düşük psikolojik dayanıklılık düzeyini güçlü bir şekilde yordadığı ifade edilmiştir (454). Çalışmamızın sonuçlarının literatürdeki yetersiz ve çelişkili sonuçlar nedeniyle yazına katkı sağlaması beklenmektedir.

Erken dönem maladaptif şemalar kişinin zorlayıcı yaşam olayları karşısında nasıl tepki vereceğini, davranışlarını etkileyebilir. Bu şemalar ne kadar belirginse kişinin zorluklara uyum sağlama kapasitesi de o kadar düşük olabilir, başka bir ifadeyle daha düşük psikolojik dayanıklılık düzeyiyle sonuçlanabilir (455). Ayrıca psikolojik dayanıklılığın her ne kadar dinamik bir doğası olsa da oluşum sürecinde çevreyle olan özellikle erken dönem ilişkilerin de önemi vardır. İşte maladaptif şemalar, kişinin bu yaşam deneyimlerini çarpıtarak da dayanıklılığın gelişim sürecini normalden saptırabilir.

Çalışmamızda psikolojik dayanıklılığın Kopukluk ve Reddedilmişlik Şema Alanı ile orta düzeyde, Başkalarına Yönelimlilik Şema Alanı ile düşük düzeyde, Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama Ketleme Şema Alanı ile düşük düzeyde negatif ilişkisi olduğu bulunmuştur. Zedelenmiş Özerklik ve Performans Alanı ile Zedelenmiş Sınırlar Alanının psikolojik dayanıklılıkla ilişkisi bulunamamıştır.

Literatürde yapılan bir araştırmaya göre Kopukluk ve Reddedilmişlik Alanı ile Başkalarına Yönelimlilik Alanının psikolojik dayanıklılıkla arasında negatif bir ilişki olduğu bulunmuştur ki çalışmamızın sonucunu desteklemektedir. Ancak bu araştırmada bizim çalışmamızdan farklı olarak Zedelenmiş Özerklik ve Performans Alanıyla Zedelenmiş Sınırlar Alanının da psikolojik dayanıklılıkla negatif ilişkili olduğu görülmektedir (456).

Çalışmamızda psikolojik dayanıklılığın Duygusal Yoksunluk şemasıyla orta düzeyde; Kusurluluk ve Utanma Şeması, Kuşkuculuk ve Kötüye Kullanılma Şeması, Başarısızlık Şeması, Yapışıklık ve Gelişmemiş Benlik Şeması, Kendini Onaylamama Şeması, Cezalandırıcılık Şeması ve Karamsarlık Şeması ile düşük düzeyde negatif ilişkisi olduğu bulunmuştur.

Literatürde yapılan bir araştırmaya göre Duygusal Yoksunluk Şeması, Başarısızlık Şeması, Karamsarlık Şeması, Cezalandırıcılık Şeması, Kusurluluk ve Utanma Şemasının psikolojik dayanıklılıkla arasında olumsuz ilişki olduğu görülmektedir ki çalışmamızın sonucunu desteklemektedir. Ancak bu çalışmada bizimkinden farklı olarak Hastalık ve Tehditlere Karşı Dayanıksızlık Şeması, Onay Arayıcılık Şeması, Yetersiz Özdenetim Şeması, Boyun Eğicilik Şeması, Terk Edilme ve Tutarsızlık Şeması, Bağımlılık ve Yetersizlik Şeması ile psikolojik dayanıklılık arasında da olumsuz bir ilişki bulunmuştur. (457).

Eva, Katalin ve Ildiko (2013) tarafından yapılan bir araştırmada da borderline kişilik bozukluğu olan kişilerde psikolojik dayanıklılık ile erken dönem maladaptif şemalar arasındaki bağlantıya bakılmış ve sonuçları sağlıklı kontrollerle karşılaştırılmıştır. Neticede çalışmamızın sonuçlarını destekler nitelikte Yapışıklık ve Gelişmemiş Benlik Şeması ile Başarısızlık Şemasının ve çalışmamızdan farklı olarak Bağımlılık ve Yetersizlik Şemasının psikolojik dayanıklılıkla arasında negatif bağlantı öne çıkmıştır (458).

6.3.4.2 Duygusal Yılmazlık Ölçeği ve Şemalar

Çalışmamızda toplam duygusal yılmazlık düzeyinin şema alanları ile yüksek düzey pozitif korelasyonu dikkat çekicidir. Kopukluk ve Reddedilmişlik Alanı, Zedelenmiş Özerklik ve Performans Alanı, Zedelenmiş Sınırlar Alanı, Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama Ketleme Alanı ile yüksek düzey; Başkalarına Yönelimlilik Alanıyla ise orta düzey pozitif ilişki bulunmuştur. Toplam duygusal yılmazlık düzeyinin maladaptif şemalarla ilişkisine bakıldığında da Yapışıklık ve Gelişmemiş Benlik Şeması haricindeki şemaların tamamıyla pozitif korelasyon saptanmıştır. Olumlu korelasyon saptanan maladaptif şemaların

çoğunluğunda yüksek düzey, geri kalanında ise orta düzey olumlu korelasyon olması yine dikkat çekicidir. Dolayısıyla düşük toplam duygusal yılmazlık düzeyinden kaynaklanan duygusal ve davranışsal sorunlar, aktiflenen maladaptif şemaların ve şema alanlarının yarattığı duygusal ve davranışsal sıkıntılarla iç içe geçmiş durumdadır. Bu karşılıklı ilişkiye yönelik kanıtlar yazında da mevcuttur. Literatür hem erken dönem maladaptif şemaların hem de duygu düzenleme güçlüklerinin, bakım verenle olan ilişkinin etkisiyle yaşamın erken dönemlerinde geliştiğini ortaya koymaktadır. Her ikisinin de erken dönem olumsuz yaşam deneyimleriyle ilişkisinin olması duygusal yılmazlık düzeyi ve şemalar arasında güçlü bir ilişki olmasına sebep olabilir (459)(460).

Kopukluk ve Reddedilmişlik alanında başkalarıyla istikrarlı ve sevecen bağlanmaların kurulamayacağı baskın inancı (Young ve ark., 2003); Zedelenmiş Özerklik ve Performans alanında diğerlerinden bağımsız olamama inancı; Zedelenmiş Sınırlar alanında öz kontrol eksikliği; Başkalarına Yönelimlilik alanında genellikle başkalarının ihtiyaçlarını karşılama ve kendi ihtiyaçlarını görmezden gelme; Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama /Ketleme Alanında yüksek standartları karşılama ve duyguları bastırma hakim olan temel inanç ve alışkanlıklardır. Herhangi bir stresörün etkisi sonucunda bu inançların tetiklenmesi yoğun duyguların ortaya çıkmasına neden olur. Duygusal yılmazlığı düşük kişiler gerek duygusal farkındalıklarının düşük olması, gerek duyguları bastırma veya bunlardan kaçınma gibi birçok duygu düzenleme güçlüğü göstermeleri nedeniyle bu olumsuz duygularla baş ederken zorlanır ve aktiflenen şemanın yarattığı sıkıntıyı tolere edemezler. Bu olumsuz duyguların sönümlenmesi de zaman alacağı için aktiflenmiş şemalar daha da güçlenerek kişinin uygun tepkileri verememesi ve uyumunun bozulmasına sebep olabilir. Duygusal yılmazlık seviyeleri düşük kişilerin yoğun duyguları düzenleyememeleri, olumsuz bilişlerin gelişmesini veya yaşanan stresli olaylara daha farklı, kötü anlamlar yüklemelerini de kolaylaştırabilir ki başka bir ifadeyle düşük duygusal yılmazlık, maladaptif şemaların aktifleşmesini yatkınlaştırıyor olabilir. Duygusal yılmazlık düzeyi yüksek olan kişiler ise duygularını düzenleme ve yönetme yetisi yüksek, duruma uygun bilişsel ve davranışsal tepkiler verebilen kişilerdir ki stresli yaşam olayları karşısında adaptasyon sağlamış olurlar ve aktifleşen şemaların yarattığı sıkıntıları daha iyi yönetebilir, hatta azaltabilirler. Sonuç olarak düşük duygusal yılmazlık düzeyleri hem maladaptif şemaların aktifleşmesini kolaylaştırırken hem de aktifleşen şemaların yarattığı sıkıntıyı daha da arttırabilir.

İlişkinin diğer yönüne bakıldığında ise erken dönem maladaptif şemaları olan kişilerin sahip oldukları şemaların da özelliklerine bağlı olarak daha fazla duygu düzenleme güçlüğü yaşadıkları görülmektedir (9). Daha yüksek yoğunluktaki erken dönem maladaptif şema seviyeleri, daha fazla duygu düzenleme bozukluğu ile ilişkilidir (461).Yine yapılan bir araştırmaya göre erken dönem maladaptif şemaların aktiflenmesi ile tetiklenen duygular ve ardından kişinin bu duygularla uygunsuz baş etme yöntemleri daha da güçlü olumsuz duygulara sebep olmakta, bu olumsuz duygulanımlar da psikopatolojiye yatkınlık yaratmaktadır (462). Bu bağlamda erken dönem maladaptif şemaların daha düşük düzeyde bir duygusal yılmazlığa sebep olduğu düşünülebilir.

7.SONUÇLAR VE ÖNERİLER

7.1. Sonuçlar

Çalışmamızda intihar düşüncesine sahip olan 41 çocuk/ergen ve intihar girişimi öyküsü olan 44 çocuk/ergenin psikolojik dayanıklılık ve erken dönem maladaptif şemalar açısından incelenmesi ve bulguların klinik karşılaştırma grubu ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Sosyodemografik verilere baktığımızda üç grup arasında yaş, cinsiyet, eğitim durumu, ders başarısı, yaşanan ortam, aile yapısı, anne ve baba eğitim durumu, doğum sırası açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Arkadaş ilişkileri, kardeş sayısı açısından ise gruplar arası anlamlı farklılık bulunmuştur. Klinik kontrollere göre intihar düşünce grubunun arkadaş ilişkileri daha kötü, intihar girişim grubunun kardeş sayıları daha fazladır.

Üç grup arasında yapılan analizlere bakıldığında mevcut psikiyatrik tanılar, sigara ve alkol kullanımı, kendine zarar verici davranışlar, geçmiş intihar girişimleri, başkası tarafından engellenen girişim öyküsü, kendiliğinden durdurulan girişim öyküsü, girişim öncesi intihar notu yazma eylemi bakımından anlamlı farklılık saptanmıştır.

Klinik kontrollere göre intihar düşünce ve girişim gruplarında Duygudurum Bozuklukları/Depresyon tanısı, sigara kullanımı, kendine zarar verici davranışlar, geçmişte gerçek intihar girişim öyküsü, kendiliğinden durdurulan girişim öyküsü anlamlı düzeyde daha fazla saptanmıştır. İntihar düşünce ve girişim grupları birbirleriyle karşılaştırıldığında ise intihar girişim grubunda alkol kullanımı, geçmişte gerçek intihar girişim öyküsü, başkası tarafından engellenen girişim öyküsü anlamlı düzeyde daha fazladır.

Üç grup arasında ölçeklerle yapılan analizlere bakıldığında EPDÖ toplam puanı, EPDÖ Aile Desteği, Akran Desteği, Okul Desteği, Uyum, Mücadele, Empati alt puanları; DYÖ toplam puanı, Hassasiyet, İyileşme-Düzelme, Bozulma alt puanları; Kusurluluk/ Utanma Şeması, Kuşkuculuk ve Kötüye Kullanılma Şeması , Duygusal Yoksunluk Şeması, Terk Edilme ve Tutarsızlık Şeması, Başarısızlık Şeması Bağımlılık/ Yetersizlik Şeması, Haklılık/ Büyüklenmecilik Şeması, Kendini Onaylamama Şeması, Karamsarlık Şeması, Cezalandırıcılık Şeması; Kopukluk ve Reddedilmişlik Alanı, Başkalarına Yönelimlilik Alanı, Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama /Ketleme Alanı, Zedelenmiş Özerklik ve Performans Alanı, Zedelenmiş Sınırlar Alanı bakımından anlamlı farklılık bulunmuştur.

Klinik kontrollerle karşılaştırıldığında intihar düşünce grubunda tüm şema alanlarında; intihar girişim grubunda ise Kopukluk ve Reddedilmişlik Alanı, Başkalarına Yönelimlilik Alanı, Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama /Ketleme Alanı, Kusurluluk/ Utanma Şeması, Kuşkuculuk ve Kötüye Kullanılma Şeması, Duygusal Yoksunluk Şeması, Başarısızlık Şeması, Haklılık/ Büyüklenmecilik Şeması, Kendini Onaylamama Şeması, Karamsarlık Şeması ve Cezalandırıcılık Şeması puanlarında anlamlı düzeyde yüksek puanlar elde edilmiştir.

İntihar düşünce ve girişim grupları birbirleriyle karşılaştırıldığında ise iki grup arasında anlamlı fark hiçbir şema ve şema alanında saptanmamıştır. Duygusal Yoksunluk Şeması ve Onay Arayıcılık Şeması puanları intihar girişim grubunda intihar düşünce grubundan anlamlı olmasa da daha yüksektir. Diğer tüm şemalarda intihar düşünce grubunun puanları daha yüksektir.

Çalışmaya katılan tüm katılımcıların aldığı puanların ortalamasına göre çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki korelasyonu değerlendirmek amacıyla analiz yapıldığında yüksek ve orta düzey korelasyon sonuçları şöyledir:

Duygusal Yılmazlık Ölçeği toplam puanı; Kopukluk ve Reddedilmişlik Alanı, Zedelenmiş Özerklik ve Performans Alanı, Zedelenmiş Sınırlar Alanı ve Aşırı Tetikte Olma/Baskılama Ketleme Alanı ile istatistiksel olarak anlamlı yüksek düzeyde pozitif korelasyon, Başkalarına Yönelimlilik Alanı ile ise orta düzey pozitif korelasyon göstermiştir. Duygusal Yılmazlık Ölçeği toplam puanının şemalarla ilişkisine bakıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı yüksek düzeyde pozitif korelasyon gösterdiği şemalar şunlardır: Kusurluluk ve Utanma Şeması, Kuşkuculuk ve Kötüye Kullanılma Şeması, Duygusal Yoksunluk Şeması, Terk Edilme ve Tutarsızlık Şeması, Başarısızlık Şeması, Bağımlılık ve Yetersizlik Şeması, Haklılık

Büyüklenmecilik Şeması, Onay Arayıcılık Şeması, Karamsarlık Şeması, Cezalandırıcılık Şeması. Aynı ölçeğin istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde pozitif korelasyon gösterdiği şemalar ise şunlardır: Hastalık ve Tehditlere Karşı Dayanıksızlık Şeması, Yetersiz Özdenetim Şeması, Kendini Onaylamama Şeması.

Duygusal Yılmazlık Ölçeğinin alt ölçeklerinin şema alanları ile ilişkisine bakıldığında Hassasiyet alt ölçeği, İyileşme Düzelleme alt ölçeği ve Bozulma alt ölçeği; tüm şema alanları ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif korelasyon göstermiştir. Alt ölçeklerin şemalarla ilişkisine bakıldığında ise Hassasiyet alt ölçeği tüm şemalar ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif korelasyon gösterirken İyileşme Düzelleme alt ölçeği ile Bozulma alt ölçeği puanları; Yapışıklık ve Gelişmemiş Benlik Şeması haricindeki diğer tüm şemalarla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif korelasyon göstermişlerdir.

Şema alanları ve şemaların ergen dayanıklılık ölçeği toplam puanı ve alt ölçek puanları ile ilişkisine bakıldığında şunlar dikkat çekmektedir: Kopukluk ve Reddedilmişlik Şema Alanının, Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama Ketleme Alanının, Kusurluluk ve Utanma, Kuşkululuk ve Kötüye Kullanılma, Kendini Onaylamama Şemalarının Ergen Dayanıklılık Ölçeği toplam puanı, aile desteği, akran desteği ve empati alt ölçekleri ile arasında orta düzeyde; Duygusal Yoksunluk Şemasının Ergen Dayanıklılık Ölçeği toplam dayanıklılık puanı, akran desteği ve empati alt ölçekleri ile arasında orta düzeyde, aile desteği alt ölçeği ile arasında ise yüksek düzeyde; Terk Edilme ve Tutarsızlık Şemasının empati alt ölçeği ile arasında orta düzeyde; Zedelenmiş Özerklik ve Performans Alanının, Bağımlılık ve Yetersizlik Şemasının uyum alt ölçeği ile arasında orta düzeyde; Başarısızlık Şemasının ve Başkalarına Yönelimsizlik Alanının aile desteği ve akran desteği alt ölçekleri ile arasında orta düzeyde; Zedelenmiş Sınırlar Alanının, Haklılık Büyüklenmecilik Şemasının, Cezalandırıcılık Şemasının aile desteği alt ölçeği ile arasında orta düzeyde, Onay Arayıcılık Şemasının aile desteği, akran desteği ve uyum alt ölçekleri ile arasında orta düzeyde; Karamsarlık Şemasının aile desteği ve empati alt ölçekleri ile arasında orta düzeyde anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır.

Çalışmamızda intihar düşünce grubunun şema puanlarının intihar girişim grubundan yüksek olması dikkat çekicidir. Bu durum intihar düşünce grubunun girişim grubuna göre bilişsel açıdan daha aktif süreçlerden geçtiğini düşündürmektedir. Şemalar kendi kendini sürdüren bilişsel modeller olarak düşüncelere ve duygulara hükmeder. Neticede olumsuz duygular ve işlevsiz düşünceler ortaya çıkar. Aktive olan maladaptif şemanın tetiklediği yoğun

duygular, sıkıntıdan kurtulmak için uyumsuz tepkilere de sebep olabilir. Bu nedenledir ki çalışmamızda kişinin intihar girişiminde bulunması uyuma yönelik olmayan bir tepki de olsa sıkıntıdan kurtulmayı sağladığı için intihar girişim grubunun şema puanları düşmüş olabilir. Ancak intihar girişimi gibi uyumsuz tepkiler uzun vadede hastaya düzeltici deneyimleri sağlayamadığı için şemanın sürmesine de sebep olabilir ki intihar girişim grubunun şema puanları klinik kontrollerden yüksek bulunmuştur.

İntihar düşünce ve girişim grubu arasında maldaptif şemalar bakımından anlamlı fark oluşmaması dışsal tetikleyicilerin önemine işaret edebilir. Ayrıca iki grubun psikolojik dayanıklılıklarının da benzer olduğu düşünüldüğünde koruyucu faktörlerden öte risk faktörlerinin önemi tekrar ortaya çıkmaktadır.

7.2. Öneriler

1.İntihar girişimlerini önleme çalışmalarında kişinin dayanıklılığını güçlendirmek adına dayanıklılığın özellikle aile, akran ve empati alanlarında koruyucu müdahaleler geliştirilebilir.

2.Çalışmamızın sonucuna göre erken dönem maladaptif şemaların psikolojik dayanıklılığı azalttığı düşünüldüğünde, klinisyenlere şema terapi ile ruhsal sağlığı koruma yolu da açılmıştır.

3.İntihar girişimlerini önleme veya intihar düşüncelerine yönelik müdahalelerin bilişsel şemalara yönelik tedavileri de içermesi depresif hastalarda intihar eğilimini tedavi ederken faydalı olabilir. İntihar girişim grubu açısından önemli olan Duygusal Yoksunluk Şeması ve Onay Arayıcılık Şeması başta olmak üzere çalışmamızda klinik kontrollere göre de yüksek puanların elde edildiği şemalar depresif hastalarda şema terapilerin öncelikli hedefi olabilir. Bununla birlikte, bu bulguları klinik uygulamaya uygulamak için daha fazla tekrara ve sonuçların genişletilmesine de ihtiyaç vardır.

4. Şema teorisi, erken dönem maladaptif şemaların çocukluk ve ergenlik dönemindeki travmatik deneyimlerden ve karşılanmayan ihtiyaçlardan kaynaklandığını öne sürer. İntihar düşüncesi ve girişimi olan hastalarda bazı şemalardaki yüksek puanlar, erken çocukluk dönemi ve travmatik yaşam deneyimleriyle ilişkili olabilir. Daha fazla araştırma, erken yaşamdaki olumsuzluklar, erken dönem maladaptif şemalar ve intihar davranışı arasındaki olası mekanizmaları netleştirmeye odaklanmalıdır.

5.İntihar düşünce ve girişim gruplarının benzer psikolojik dayanıklılık özelliklerine sahip olmaları göz önüne alındığında; erken dönem maladaptif şemaların aktifleşmesi için olası tetikleyicilerin belirlenmesini konu alan çalışmalara da ihtiyaç vardır.

8. KISITLILIKLAR

Bu çalışmanın dikkate alınması gereken önemli kısıtlılıklarına bakıldığında:

1.Çalışmamızın kesitsel bir araştırma olması bulgularımız arasında nedensellik kurulması önünde bir engeldir. Gelecekteki araştırmalarda, boylamsal çalışmalar, hangi maladaptif şemaların intihar düşünce ve girişimi ayrımını yordadığını belirlemede daha önemli olacaktır.

2.Örneklem büyüklüğü nispeten küçük olup bulgularımızın genellenebilirliğini etkileyebilir. Bu durum bazı verilerde gruplar arasında fark olmasına rağmen, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmamasına da yol açmıştır.

3.İntihar girişimleri son 3 ayı kapsayan girişimler olduğu için girişim grubundaki bazı aktif maladaptif şemaların puanları zaman içinde düşmüş olabilir.

4.Maladaptif şemaların gelişimine etki edebilecek birçok farklı değişken nedeniyle de şema puanları yüksek çıkmış olabilir.

5.İntihar düşünce ve girişim gruplarındaki depresyon oranlarına benzer depresyon rakamlarına klinik kontrol grubunda ulaşamaması, şemaların intihar düşünce ve girişimleri ile ilişkisinde karıştırıcı bir faktör olabilir.

6.İstismar ve ihmal gibi travmatik öyküye yönelik sorular, kendine zarar verici davranışlara yönelik sorular hastalar tarafından doğru cevaplanmamış olabilir. Özellikle cinsel istismar gibi travmatik yaşantıların önyargıyla karşılanabilme riskine karşı gerçeğe yönelik bildirim yapılmama olasılığı yüksek olup verilerin daha düşük çıkmasına sebep olmuş olabilir.

7.Çocuk ve Ergenler için Erken Dönem Uyumsuz Şema Ölçekler Takımının (ÇEŞÖT) şema alanlarındaki bazı şemaların farklı kategorize edilmesi, uluslararası literatür ve araştırma verilerinin karşılaştırılmasını zorlaştırmaktadır.

8.Literatürde çocuk ve ergenlerde maladaptif şemaların intihar davranışı ve psikolojik dayanıklılıkla ilişkisini inceleyen yeterli araştırma bulunmamaktadır.

9.KAYNAKÇA

1. Eskin M. İntihar:(açıklama, değerlendirme, tedavi ve önleme). HYB Yayıncılık; 2012.
2. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of child psychology and psychiatry*. 2006;47(3-4):372–94.
3. Öncü B, Sakarya A. Ergen özkıyımlarında bilişsel etmenler ve çarpıtmaların rolü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2013;5(2):232–45.
4. Jans T, Taneli Y, Warnke A. Suicide and self-harming behaviour. *Proceedings of the Geneva, International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions*. 2012;
5. Braquehais MD, Picouto MD, Casas M, Sher L. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysfunction as a neurobiological correlate of emotion dysregulation in adolescent suicide. *World Journal of Pediatrics*. 2012;8(3):197–206.
6. Brent D, Melhem N, Ferrell R, Emslie G, Wagner KD, Ryan N, et al. Association of FKBP5 polymorphisms with suicidal events in the Treatment of Resistant Depression in Adolescents (TORDIA) study. *American Journal of Psychiatry*. 2010;167(2):190–7.
7. Fleischmann A, Bertolote JM, Belfer M, Beautrais A. Completed suicide and psychiatric diagnoses in young people: a critical examination of the evidence. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2005;75(4):676–83.
8. Kurtoğlu G, Doğan S. Duygusal yılmazlık ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: Güvenirlik ve geçerlik çalışması. *FSM İlmi Araştırmalar İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi*. 2016;(8):223–39.
9. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: A practitioner's guide*. guilford press; 2006.
10. Johnson J, Wood AM, Gooding P, Taylor PJ, Tarrier N. Resilience to suicidality: The buffering hypothesis. *Clin Psychol Rev*. 2011;31(4):563–91.
11. Friborg O, Barlaug D, Martinussen M, Rosenvinge JH, Hjemdal O. Resilience in relation to personality and intelligence. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2005;14(1):29–42.
12. Terzi Ş. Üniversite öğrencilerinde kendini toparlama gücü'nün içsel koruyucu faktörlerle ilişkisi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2008;35(35):297–306.

13. Bachmann, S. (2018). Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *International journal of environmental research and public health*, 15(7), 1425.
14. Öncü B. İntihar Davranışı. In: Çuhadaroğlu Çetin F, editor. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Ankara: HYB Basım Yayın; 2008. p. 503–10.
15. Odağ C. İntihar. 3rd ed. İzmir: , Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Eğitim Hizmetleri, Org. Ltd. Şti Yayınları; 2008. 25–26 p.
16. Parellada M, Saiz P, Moreno D, Vidal J, Llorente C, Álvarez M, et al. Is attempted suicide different in adolescent and adults? *Psychiatry Research*. 2008 Jan 15;157(1–3):131–7.
17. Miranda R, Ortin A, Scott M, Shaffer D. Characteristics of suicidal ideation that predict the transition to future suicide attempts in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 2014 Nov 1;55(11):1288–96.
18. Nock MK, Prinstein MJ, Sterba SK. Revealing the Form and Function of Self-Injurious Thoughts and Behaviors: A Real-Time Ecological Assessment Study Among Adolescents and Young Adults. *Journal of Abnormal Psychology*. 2009;118(4):816–27.
19. Cloutier P, Martin J, Kennedy A, Nixon MK, Muehlenkamp JJ. Characteristics and co-occurrence of adolescent non-suicidal self-injury and suicidal behaviours in pediatric emergency crisis services. *Journal of Youth and Adolescence*. 2010 Mar;39(3):259–69.
20. Li, X. Y., Phillips, M. R., Zhang, Y. P., Xu, D., & Yang, G. H. (2008). Risk factors for suicide in China's youth: a case-control study. *Psychological Medicine*, 38(3), 397-406.
21. Beautrais AL. Suicide and serious suicide attempts in youth: A multiple-group comparison study. *American Journal of Psychiatry*. 2003 Jun;160(6):1093–9.
22. Sadock BJ, Sadock VA. Suicide, Violence, and Other Psychiatric Emergencies. In: Kaplan&Sadock's Pocket Handbook of Clinical Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2012. p. 332–48.
23. Eskin, M. (2012). *İntihar:(açıklama, değerlendirme, tedavi ve önleme)*. HYB Yayıncılık.
24. Durkheim E. İntihar. 4th ed. İstanbul: Cem Yayınevi; 1987. 236–237 p.
25. Durkheim E. İntihar. 4th ed. İstanbul: Cem Yayınevi; 1987. 248–256 p.
26. Durkheim E. İntihar. 4th ed. İstanbul: Cem Yayınevi; 1987. 280–281 p.

27. Halbwachs, M. (1978). The causes of suicide. New York: Free Press.
28. Gibbs, J. P., & Martin, W. T. (1958). A theory of status integration and its relationship to suicide. *American Sociological Review*, 140-147.
29. Henry, A. F., & Short, J. F. (1954). *Suicide and homicide: Some economic, sociological and psychological aspects of aggression* (Vol. 91442). New York: Free Press.
30. Lester, D. (1997). Making sense of suicide: An in-depth look at why people kill themselves.
31. Lester D. A Critical-Mass Theory of National Suicide Rates. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1988;18(3):279–84.
32. Lester, D. (1992). *Why people kill themselves: A 1990s summary of research findings on suicidal behavior*. Charles C Thomas, Publisher.
33. Clewell, T. (2004). Mourning beyond melancholia: Freud's psychoanalysis of loss. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 52(1), 43-67.
34. Freud S. The ego and the id. New York, NY, US: W.W. Norton & Company; 1961.
35. Meninger KA. Man against himself. New York: Harcourt, Brace & World; 1938.
36. Klein M. A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. In: Klein M, editor. *Love, guilt and reparation*. London: ViragoPressLtd; 1935. p. 262–305.
37. Kernberg OF. The inseparable nature of love and aggression: Clinical and theoretical perspectives. American Psychiatric Publishing; 2012.
38. Winnicott DW. *Playing and reality*. London: Tavistock; 1971.
39. Kohut H. *The Restoration of the self*. New York: International Universities Press; 1978.
40. Sargın A. E. TM. İntiharın bilişsel davranışçı modeli ve terapisi. In: Devrimci Özgüven H. SM, editor. *İntiharı Anlama ve Müdahale Temel Kitap*. 1st ed. Ankara: Bayt Press; 2019. p. 248–9.
41. Rudd MD. Cognitive therapy for suicidality: An integrative, comprehensive, and practical approach to conceptualization. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2004 Mar;34(1):59–72.
42. Wenzel, A., & Beck, A. T. (2008). A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied and preventive psychology*, 12(4), 189-201.
43. Joiner T. *Why people die by suicide*. 2007.

44. van Orden K. A. WTK, CKC, BSR, SEA, & JJTE. The interpersonal theory of suicide. . Psychological Review. 2010;117(2):575–600.
45. Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
46. Carballo, J. J., Llorente, C., Kehrmann, L., Flamarique, I., Zuddas, A., Purper-Ouakil, D., ... & Arango, C. (2020). Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents. *European child & adolescent psychiatry*, 29(6), 759-776.
47. Bridge JA, Horowitz LM, Fontanella CA, Sheftall AH, Greenhouse J, Kelleher KJ, et al. Age-related racial disparity in suicide rates among US youths from 2001 through 2015. *JAMA Pediatrics*. 2018;172(7):697–9.
48. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev*. 2008;30(1):133–54.
49. Witte TK, Merrill KA, Stellrecht NE, Bernert RA, Hollar DL, Schatschneider C, et al. “Impulsive” youth suicide attempters are not necessarily all that impulsive. *J Affect Disord*. 2008;107(1–3):107–16.
50. Nock MK, Green JG, Hwang I, McLaughlin KA, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(3):300–10.
51. Grøholt B, Ekeberg Ø, Wichstrøm L, Haldorsen TOR. Suicide among children and younger and older adolescents in Norway: a comparative study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1998;37(5):473–81.
52. Bridge JA, Asti L, Horowitz LM, Greenhouse JB, Fontanella CA, Sheftall AH, et al. Suicide trends among elementary school-aged children in the United States from 1993 to 2012. *JAMA Pediatr*. 2015;169(7):673–7.
53. Slaughter V. Young children’s understanding of death. *Aust Psychol*. 2005;40(3):179–86.
54. Uran P. Çocuk ve ergenlerde intihar düşünce ve davranışlarına müdahale. *Psikiyatride Güncel*. 2017;7(1):54–5.
55. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of child psychology and psychiatry*. 2006;47(3-4):372–94.

56. Cha CB, Franz PJ, M. Guzmán E, Glenn CR, Kleiman EM, Nock MK. Annual Research Review: Suicide among youth—epidemiology,(potential) etiology, and treatment. *Journal of Child Psychology and psychiatry*. 2018;59(4):460–82.
57. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. Türkiye Sağlık Araştırması , 2016. 2017.
58. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. Ölüm İstatistikleri, 2018. 2019.
59. Reinherz HZ, Tanner JL, Berger SR, Beardslee WR, Fitzmaurice GM. Adolescent suicidal ideation as predictive of psychopathology, suicidal behavior, and compromised functioning at age 30. *American Journal of Psychiatry*. 2006;163(7):1226–32.
60. Wolff JC, Davis S, Liu RT, Cha CB, Cheek SM, Nestor BA, et al. Trajectories of suicidal ideation among adolescents following psychiatric hospitalization. *J Abnorm Child Psychol*. 2018;46(2):355–63.
61. Glenn CR, Lanzillo EC, Esposito EC, Santee AC, Nock MK, Auerbach RP. Examining the course of suicidal and nonsuicidal self-injurious thoughts and behaviors in outpatient and inpatient adolescents. *J Abnorm Child Psychol*. 2017;45(5):971–83.
62. Goldston DB, Daniel SS, Erkanli A, Heilbron N, Doyle O, Weller B, et al. Suicide attempts in a longitudinal sample of adolescents followed through adulthood: Evidence of escalation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2015;83(2):253.
63. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of child psychology and psychiatry*. 2006;47(3-4):372–94.
64. Esposito-Smythers C, Weismoore J, Zimmermann RP, Spirito A. Suicidal behaviors among children and adolescents. 2014;
65. Nock MK, Kazdin AE. Examination of affective, cognitive, and behavioral factors and suicide-related outcomes in children and young adolescents. *Journal of clinical child and adolescent psychology*. 2002;31(1):48–58.
66. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Baldwin CL. Gender differences in suicide attempts from adolescence to young adulthood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2001;40(4):427–34.

67. Kokkevi A, Rotsika V, Arapaki A, Richardson C. Adolescents' self-reported suicide attempts, self-harm thoughts and their correlates across 17 European countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2012;53(4):381–9.
68. Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychol Med*. 2000;30(1):23–39.
69. Brent DA, Baugher M, Bridge J, Chen T, Chiappetta L. Age-and sex-related risk factors for adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1999;38(12):1497–505.
70. Türkiye İstatistik Kurumu. İntihar İstatistikleri, 2013. 2014.
71. Bettes BA, Walker E. Symptoms associated with suicidal behavior in childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1986;14(4):591–604.
72. Grøholt B, Ekeberg Ø, Wichstrøm L, Haldorsen TOR. Suicide among children and younger and older adolescents in Norway: a comparative study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1998;37(5):473–81.
73. Brent DA, Baugher M, Bridge J, Chen T, Chiappetta L. Age-and sex-related risk factors for adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1999;38(12):1497–505.
74. Kölves K, de Leo D. Suicide methods in children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2017;26(2):155–64.
75. Sheftall AH, Asti L, Horowitz LM, Felts A, Fontanella CA, Campo J v, et al. Suicide in elementary school-aged children and early adolescents. *Pediatrics*. 2016;138(4).
76. Olfson M, Gameroff MJ, Marcus SC, Greenberg T, Shaffer D. National trends in hospitalization of youth with intentional self-inflicted injuries. *American Journal of Psychiatry*. 2005;162(7):1328–35.
77. Parellada, M., Saiz, P., Moreno, D., Vidal, J., Llorente, C., Álvarez, M., ... & Bobes, J. (2008). Is attempted suicide different in adolescent and adults?. *Psychiatry Research*. 157(1-3), 131-137.
78. İntihar İstatistikleri. Ankara; 2011.

79. Parellada M, Saiz P, Moreno D, Vidal J, Llorente C, Álvarez M, et al. Is attempted suicide different in adolescent and adults? *Psychiatry Research*. 2008;157(1–3):131–7.
80. Goldston DB, Daniel SS, Erkanli A, Reboussin BA, Mayfield A, Frazier PH, et al. Psychiatric diagnoses as contemporaneous risk factors for suicide attempts among adolescents and young adults: developmental changes. *J Consult Clin Psychol*. 2009;77(2):281.
81. Arria AM, O’Grady KE, Caldeira KM, Vincent KB, Wilcox HC, Wish ED. Suicide ideation among college students: A multivariate analysis. *Archives of suicide research*. 2009;13(3):230–46.
82. Arria AM, O’Grady KE, Caldeira KM, Vincent KB, Wilcox HC, Wish ED. Suicide ideation among college students: A multivariate analysis. *Archives of suicide research*. 2009;13(3):230–46.
83. Beautrais AL. Suicide and serious suicide attempts in youth: a multiple-group comparison study. *American journal of psychiatry*. 2003;160(6):1093–9.
84. Birmaher B, Brent D, Issues AWG on Q. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2007;46(11):1503–26.
85. Carballo JJ, Llorente C, Kehrmann L, Flamarique I, Zuddas A, Purper-Ouakil D, et al. Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020;1–18.
86. Brezo J, Barker ED, Paris J, Hébert M, Vitaro F, Tremblay RE, et al. Childhood trajectories of anxiousness and disruptiveness as predictors of suicide attempts. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2008;162(11):1015–21.
87. Vitiello B, Silva S, Rohde P, Kratochvil C, Kennard B, Reinecke M, et al. Suicidal events in the Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS). *J Clin Psychiatry*. 2009;70(5):741.
88. King RA, Schwab-Stone M, Flisher AJ, Greenwald S, Kramer RA, Goodman SH, et al. Psychosocial and risk behavior correlates of youth suicide attempts and suicidal ideation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2001;40(7):837–46.
89. Park HS, Koo HY, Schepp KG. Predictors of suicidal ideation for adolescents by gender. *Journal of Korean academy of nursing*. 2005;35(8):1433–42.
90. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clin Psychol Rev*. 1998;18(7):765–94.

91. Liu X, Gentzler AL, Tepper P, Kiss E, Kothencnè VO, Tamás Z, et al. Clinical features of depressed children and adolescents with various forms of suicidality. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2006;67(9):1442.
92. Barbe RP, Williamson DE, Bridge JA, Birmaher B, Dahl RE, Axelson DA, et al. Clinical differences between suicidal and nonsuicidal depressed children and adolescents. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2005;66(4):492–8.
93. Osona Rodriguez B, Gonzalez Vicent M, Mencía Bartolomé S, Casado Flores J. Suicide in pediatric patients: 30 cases. *Anales espanoles de pediatria*. 2000;52(1):31–5.
94. Nrugham L, Larsson B, Sund AM. Specific depressive symptoms and disorders as associates and predictors of suicidal acts across adolescence. *J Affect Disord*. 2008;111(1):83–93.
95. Goldston DB, Daniel SS, Erkanli A, Reboussin BA, Mayfield A, Frazier PH, et al. Psychiatric diagnoses as contemporaneous risk factors for suicide attempts among adolescents and young adults: developmental changes. *J Consult Clin Psychol*. 2009;77(2):281.
96. Spann M, Molock SD, Barksdale C, Matlin S, Puri R. Suicide and African American teenagers: Risk factors and coping mechanisms. *Suicide and life-threatening behavior*. 2006;36(5):553–68.
97. Goldstein TR, Birmaher B, Axelson D, Ryan ND, Strober MA, Gill MK, et al. History of suicide attempts in pediatric bipolar disorder: factors associated with increased risk. *Bipolar Disord*. 2005;7(6):525–35.
98. Hauser M, Galling B, Correll CU. Suicidal ideation and suicide attempts in children and adolescents with bipolar disorder: a systematic review of prevalence and incidence rates, correlates, and targeted interventions. *Bipolar Disord*. 2013;15(5):507–23.
99. O'Connor RC, Rasmussen S, Hawton K. Predicting deliberate self-harm in adolescents: a six month prospective study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2009;39(4):364–75.
100. King RA, Schwab-Stone M, Flisher AJ, Greenwald S, Kramer RA, Goodman SH, et al. Psychosocial and risk behavior correlates of youth suicide attempts and suicidal ideation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2001;40(7):837–46.
101. Fischer S, Grange D le. Comorbidity and high-risk behaviors in treatment-seeking adolescents with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 2007;40(8):751–3.

102. Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen PB. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. *Bmj*. 2002;325(7355):74.
103. Kelleher I, Corcoran P, Keeley H, Wigman JTW, Devlin N, Ramsay H, et al. Psychotic symptoms and population risk for suicide attempt: a prospective cohort study. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(9):940–8.
104. Singareddy R, Krishnamurthy VB, Vgontzas AN, Fernandez-Mendoza J, Calhoun SL, Shaffer ML, et al. Subjective and objective sleep and self-harm behaviors in young children: a general population study. *Psychiatry Research*. 2013;209(3):549–53.
105. Klomek AB, Sourander A, Niemelä S, Kumpulainen K, Piha J, Tamminen T, et al. Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: a population-based birth cohort study. *Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry*. 2009;48(3):254–61.
106. Ayhan B. İntihar ve Kasıtlı Olarak Kendine Zarar Verme. In: Akay AP, Ercan ES, editors. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. 9th ed. Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları; 2016. p. 582–4.
107. Ekici G, Savaş HA, Çıtak S. İntihar riskini artıran psikososyal etmenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2001;2(4):204–12.
108. Beidel DC, Turner SM, Morris TL. Psychopathology of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1999;38(6):643–50.
109. Foley DL, Goldston DB, Costello EJ, Angold A. Proximal psychiatric risk factors for suicidality in youth: the Great Smoky Mountains Study. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(9):1017–24.
110. Esposito C, Spirito A, Boergers J, Donaldson D. Affective, behavioral, and cognitive functioning in adolescents with multiple suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2003;33(4):389–99.
111. Norton PJ, Temple SR, Pettit JW. Suicidal ideation and anxiety disorders: elevated risk or artifact of comorbid depression? *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2008;39(4):515–25.
112. Gould MS, Greenberg TED, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2003;42(4):386–405.

113. Murphy KR, Barkley RA, Bush T. Young adults with attention deficit hyperactivity disorder: subtype differences in comorbidity, educational, and clinical history. *J Nerv Ment Dis.* 2002;190(3):147–57.
114. Babinski DE, Pelham Jr WE, Molina BSG, Gnagy EM, Waschbusch DA, Yu J, et al. Late adolescent and young adult outcomes of girls diagnosed with ADHD in childhood: An exploratory investigation. *Journal of Attention Disorders.* 2011;15(3):204–14.
115. Reinherz HZ, Giaconia RM, Silverman AB, Friedman A, Pakiz B, Frost AK, et al. Early psychosocial risks for adolescent suicidal ideation and attempts. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 1995;34(5):599–611.
116. Hulten A, Jiang GX, Wasserman D, Hawton K, Hjelmeland H, de Leo D, et al. Repetition of attempted suicide among teenagers in Europe: frequency, timing and risk factors. *European Child & Adolescent Psychiatry.* 2001;10(3):161–9.
117. 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. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 1998;37(6):612–9.
118. Rossow I, Ystgaard M, Hawton K, Madge N, van Heeringen K, de Wilde EJ, et al. Cross-national comparisons of the association between alcohol consumption and deliberate self-harm in adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior.* 2007;37(6):605–15.
119. Brent DA, Emslie GJ, Clarke GN, Asarnow J, Spirito A, Ritz L, et al. Predictors of spontaneous and systematically assessed suicidal adverse events in the treatment of SSRI-resistant depression in adolescents (TORDIA) study. *American Journal of Psychiatry.* 2009;166(4):418–26.
120. Miller AL, Glinski J. Youth suicidal behavior: Assessment and intervention. *Journal of Clinical Psychology.* 2000;56(9):1131–52.
121. Asarnow JR, Baraff LJ, Berk M, Grob C, Devich-Navarro M, Suddath R, et al. Pediatric emergency department suicidal patients: two-site evaluation of suicide ideators, single attempters, and repeat attempters. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 2008;47(8):958–66.
122. Wilcox HC, Anthony JC. The development of suicide ideation and attempts: an epidemiologic study of first graders followed into young adulthood. *Drug Alcohol Depend.* 2004;76:S53–67.

123. Ayhan Bilgiç. İntihar ve Kasıtlı Olarak Kendine Zarar Verme. 9th ed. Akay AP, Ercan ES, editors. Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği; 2016. 584–585 p.
124. Lea S, Black K, Asbridge M. An overview of injuries to adolescents and young adults related to substance use: data from Canadian emergency departments. *Canadian journal of emergency medicine*. 2009;11(4):330–6.
125. Wagner BM, Silverman MAC, Martin CE. Family factors in youth suicidal behaviors. *American Behavioral Scientist*. 2003;46(9):1171–91.
126. Pan SW, Spittal PM. Health effects of perceived racial and religious bullying among urban adolescents in China: A cross-sectional national study. *Global Public Health*. 2013;8(6):685–97.
127. Wagner BM, Cole RE, Schwartzman P. Psychosocial correlates of suicide attempts among junior and senior high school youth. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1995;25(3):358–72.
128. Wild LG, Flisher AJ, Lombard C. Suicidal ideation and attempts in adolescents: associations with depression and six domains of self-esteem. *J Adolesc*. 2004;27(6):611–24.
129. Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen PB. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. *Bmj*. 2002;325(7355):74.
130. Bruffaerts R, Demyttenaere K, Borges G, Haro JM, Chiu WT, Hwang I, et al. Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *The British journal of psychiatry*. 2010;197(1):20–7.
131. Martin G, Richardson AS, Bergen HA, Roeger L, Allison S. Perceived academic performance, self-esteem and locus of control as indicators of need for assessment of adolescent suicide risk: implications for teachers. *J Adolesc*. 2005;28(1):75–87.
132. Fisher, H. L., Moffitt, T. E., Houts, R. M., Belsky, D. W., Arseneault, L., & Caspi, A. (2012). Bullying victimisation and risk of self harm in early adolescence: longitudinal cohort study. *Bmj*, 344, e2683.
133. Herba CM, Ferdinand RF, Stijnen T, Veenstra R, Oldehinkel AJ, Ormel J, et al. Victimization and suicide ideation in the TRAILS study: Specific vulnerabilities of victims. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008;49(8):867–76.

134. Klomek AB, Marrocco F, Kleinman M, Schonfeld IS, Gould MS. Bullying, depression, and suicidality in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2007;46(1):40–9.
135. Kim YS, Leventhal B. Bullying and suicide. A review. *Int J Adolesc Med Health*. 2008;20(2):133–54.
136. Qin P, Mortensen PB, Pedersen CB. Frequent change of residence and risk of attempted and completed suicide among children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66(6):628–32.
137. Kiss L, Yun K, Pocock N, Zimmerman C. Exploitation, violence, and suicide risk among child and adolescent survivors of human trafficking in the Greater Mekong Subregion. *JAMA Pediatr*. 2015;169(9):e152278–e152278.
138. Chabrol H, Saint-Martin C. Psychopathic traits and suicidal ideation in high-school students. *Archives of Suicide Research*. 2009;13(1):64–73.
139. Barber JG. Relative misery and youth suicide. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2001;35(1):49–57.
140. Dougherty DM, Mathias CW, Marsh-Richard DM, Prevette KN, Dawes MA, Hatzis ES, et al. Impulsivity and clinical symptoms among adolescents with non-suicidal self-injury with or without attempted suicide. *Psychiatry Res*. 2009;169(1):22–7.
141. Horesh N, Orbach I, Gothelf D, Efrati M, Apter A. Comparison of the suicidal behavior of adolescent inpatients with borderline personality disorder and major depression. *J Nerv Ment Dis*. 2003;191(9):582–8.
142. Mirkovic B, Labelle R, Guilé JM, Belloncle V, Bodeau N, Knafo A, et al. Coping skills among adolescent suicide attempters: results of a multisite study. *Can J Psychiatry*. 2015;60(2 Suppl 1):S37.
143. Duffy A. Early identification of recurrent mood disorders in youth: the importance of a developmental approach. *Evid Based Ment Health*. 2015;18(1):7–9.
144. Barnes AJ, Eisenberg ME, Resnick MD. Suicide and self-injury among children and youth with chronic health conditions. *Pediatrics*. 2010;125(5):889–95.
145. Erickson JD, Patterson JM, Wall M, Neumark-Sztainer D. Risk behaviors and emotional well-being in youth with chronic health conditions. *Children's Health Care*. 2005;34(3):181–92.

146. Jones SE, Lollar DJ. Relationship between physical disabilities or long-term health problems and health risk behaviors or conditions among US high school students. *Journal of School Health*. 2008;78(5):252–7.
147. Harnod T, Lin CL, Kao CH. Prevalence of suicide attempts and their risk factors in school-aged patients with epilepsy: a population-based study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2018;27(8):1047–53.
148. Jones JE, Siddarth P, Gurbani S, Shields WD, Caplan R. Screening for suicidal ideation in children with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 2013;29(3):521–6.
149. Breslau N, Davis GC, Andreski P. Migraine, psychiatric disorders, and suicide attempts: an epidemiologic study of young adults. *Psychiatry Res*. 1991;37(1):11–23.
150. Wang SJ, Juang KD, Fuh JL, Lu SR. Psychiatric comorbidity and suicide risk in adolescents with chronic daily headache. *Neurology*. 2007;68(18):1468–73.
151. Goodwin RD, Marušič A. Asthma and suicidal ideation among youth in the community. *Crisis*. 2004;25(3):99–102.
152. Christiansen E, Stenager E. Risk for attempted suicide in children and youths after contact with somatic hospitals: a Danish register based nested case–control study. *J Epidemiol Community Health*. 2012;66(3):247–53.
153. Bandiera FC, Ramirez R, Arheart KL, Canino G, Goodwin RD. Asthma and suicidal ideation and behavior among Puerto Rican adolescents. *J Nerv Ment Dis*. 2013;201(7).
154. Iannucci J, Nierenberg B. Suicide and suicidality in children and adolescents with chronic illness: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*. 2021;101581.
155. Kakleas K, Kandyla B, Karayianni C, Karavanaki K. Psychosocial problems in adolescents with type 1 diabetes mellitus. *Diabetes Metab*. 2009;35(5):339–50.
156. Jain V, Satapathy AK, Yadav J. Surreptitious insulin overdosing in adolescents with type 1 diabetes. *Indian Pediatr*. 2015;52(8):701–3.
157. Garrison MM, Katon WJ, Richardson LP. The impact of psychiatric comorbidities on readmissions for diabetes in youth. *Diabetes Care*. 2005;28(9):2150–4.

158. Norris FH, Tracy M, Galea S. Looking for resilience: Understanding the longitudinal trajectories of responses to stress. *Soc Sci Med*. 2009;68(12):2190–8.
159. Stratta P, Capanna C, Dell’Osso L, Carmassi C, Patriarca S, di Emidio G, et al. Resilience and coping in trauma spectrum symptoms prediction: A structural equation modeling approach. *Personality and Individual Differences*. 2015;77:55–61.
160. Tusaie K, Dyer J. Resilience: A historical review of the construct. *Holist Nurs Pract*. 2004;18(1):3–10.
161. Agaibi CE, Wilson JP. Trauma, PTSD, and resilience: A review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2005;6(3):195–216.
162. Cicchetti D, Rogosch FA. The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. *Dev Psychopathol*. 1997;9(4):797–815.
163. Alvord MK, Grados JJ. Enhancing resilience in children: A proactive approach. *Professional psychology: research and practice*. 2005;36(3):238.
164. Brooks JE. Strengthening resilience in children and youths: Maximizing opportunities through the schools. *Children & Schools*. 2006;28(2):69–76.
165. Fergus S, Zimmerman MA. Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annu Rev Public Health*. 2005;26:399–419.
166. Masten AS. Ordinary magic: Resilience processes in development. *American psychologist*. 2001;56(3):227.
167. Bernard B. Fostering resilience in children. Retrieved from ERIC database. ED386327. 1995;
168. Benard B. Fostering resiliency in kids. *Educational leadership*. 1993;51(3):44–8.
169. Feder A, Nestler EJ, Charney DS. Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nature Reviews Neuroscience*. 2009;10(6):446–57.
170. Franklin TB, Saab BJ, Mansuy IM. Neural mechanisms of stress resilience and vulnerability. *Neuron*. 2012;75(5):747–61.
171. Reul JM, Collins A, Saliba RS, Mifsud KR, Carter SD, Gutierrez-Mecinas M, et al. Glucocorticoids, epigenetic control and stress resilience. *Neurobiology of Stress*. 2015;1:44–59.

172. Berger M, Sarnyai Z. "More than skin deep": stress neurobiology and mental health consequences of racial discrimination. *Stress*. 2015;18(1):1–10.
173. Cohen H, Liu T, Kozlovsky N, Kaplan Z, Zohar J, Mathé AA. The neuropeptide Y (NPY)-ergic system is associated with behavioral resilience to stress exposure in an animal model of post-traumatic stress disorder. *Neuropsychopharmacology*. 2012;37(2):350–63.
174. Sciolino NR, Smith JM, Stranahan AM, Freeman KG, Edwards GL, Weinshenker D, et al. Galanin mediates features of neural and behavioral stress resilience afforded by exercise. *Neuropharmacology*. 2015;89:255–64.
175. Charney DS. Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress. *American journal of Psychiatry*. 2004;161(2):195–216.
176. Wei J, Yuen EY, Liu W, Li X, Zhong P, Karatsoreos IN, et al. Estrogen protects against the detrimental effects of repeated stress on glutamatergic transmission and cognition. *Mol Psychiatry*. 2014;19(5):588–98.
177. Rothman SM, Mattson MP. Activity-dependent, stress-responsive BDNF signaling and the quest for optimal brain health and resilience throughout the lifespan. *Neuroscience*. 2013;239:228–40.
178. Burgdorf J, M Colechio E, Stanton P, Panksepp J. Positive emotional learning induces resilience to depression: a role for NMDA receptor-mediated synaptic plasticity. *Curr Neuropharmacol*. 2017;15(1):3–10.
179. LeDoux JE. Emotion circuits in the brain. *Annu Rev Neurosci*. 2000;23(1):155–84.
180. Kim JJ, Jung MW. Neural circuits and mechanisms involved in Pavlovian fear conditioning: a critical review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2006;30(2):188–202.
181. Ganzel BL, Kim P, Glover GH, Temple E. Resilience after 9/11: multimodal neuroimaging evidence for stress-related change in the healthy adult brain. *Neuroimage*. 2008;40(2):788–95.
182. Maynard AS, Monk JD, Booker KW. Building empathy through identification and expression of emotions: A review of interactive tools for children with social deficits. *Journal of Creativity in Mental Health*. 2011;6(2):166–75.

183. Iarocci, G., Yager, J., & Elfers, T. (2007). What gene–environment interactions can tell us about social competence in typical and atypical populations. *Brain and Cognition*, 65(1), 112-127.
184. Wu G, Feder A, Cohen H, Kim JJ, Calderon S, Charney DS, et al. Understanding resilience. *Front Behav Neurosci*. 2013;7:10.
185. Masten AS. Ordinary magic: Resilience processes in development. *American psychologist*. 2001;56(3):227.
186. Shrivastava A, de Sousa A, Lodha P. Resilience as a psychopathological construct for psychiatric disorders. In: *Frontiers in Psychiatry*. Springer; 2019. p. 479–89.
187. Yeh ZT. Negative mood regulation, anxiety, social support, life events and suicide ideations in adolescence: Chinese Annual report of guidance and counseling. 2001.
188. Johnson J, Gooding PA, Wood AM, Tarrier N. Resilience as positive coping appraisals: Testing the schematic appraisals model of suicide (SAMS). *Behaviour research and therapy*. 2010;48(3):179–86.
189. Nagra GS, Lin A, Upthegrove R. What bridges the gap between self-harm and suicidality? The role of forgiveness, resilience and attachment. *Psychiatry Research*. 2016;241:78–82.
190. Burke TA, Connolly SL, Hamilton JL, Stange JP, Abramson LY, Alloy LB. Cognitive risk and protective factors for suicidal ideation: A two year longitudinal study in adolescence. *J Abnorm Child Psychol*. 2016;44(6):1145–60.
191. Johnson J, Gooding PA, Wood AM, Tarrier N. Resilience as positive coping appraisals: Testing the schematic appraisals model of suicide (SAMS). *Behaviour research and therapy*. 2010;48(3):179–86.
192. Breton JJ, Labelle R, Berthiaume C, Royer C, St-Georges M, Ricard D, et al. Protective factors against depression and suicidal behaviour in adolescence. *Can J Psychiatry*. 2015;60(2 Suppl 1):S5.
193. Siegmann P, Teismann T, Fritsch N, Forkmann T, Glaesmer H, Zhang XC, et al. Resilience to suicide ideation: A cross-cultural test of the buffering hypothesis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2018;25(1):e1–9.

194. Garmezy N, Masten AS, Tellegen A. The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. *Child Dev.* 1984;97–111.
195. Rutter M. Meyerian psychobiology, personality development, and the role of life experiences. *American Journal of Psychiatry.* 1986;143(9):1077–87.
196. Walsh F. Family resilience: A framework for clinical practice. *Fam Process.* 2003;42(1):1–18.
197. Alvord MK, Grados JJ. Enhancing resilience in children: A proactive approach. *Professional psychology: research and practice.* 2005;36(3):238.
198. Murphy LB, Moriarty AE. Vulnerability, coping and growth from infancy to adolescence. 1976;
199. Werner, E. E. (1984). Resilient children. *Young children.*
200. Benzie K, Mychasiuk R. Fostering family resiliency: A review of the key protective factors. *Child & Family Social Work.* 2009;14(1):103–14.
201. Masten AS. Ordinary magic: Resilience processes in development. *American psychologist.* 2001;56(3):227.
202. Eisenberg N, Valiente C, Morris AS, Fabes RA, Cumberland A, Reiser M, et al. Longitudinal relations among parental emotional expressivity, children's regulation, and quality of socioemotional functioning. *Dev Psychol.* 2003;39(1):3.
203. Buckner JC, Mezzacappa E, Beardslee WR. Characteristics of resilient youths living in poverty: The role of self-regulatory processes. *Dev Psychopathol.* 2003;15(1):139–62.
204. Werner EE. Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Dev Psychopathol.* 1993;5(4):503–15.
205. Rydell AM, Berlin L, Bohlin G. Emotionality, emotion regulation, and adaptation among 5-to 8-year-old children. *Emotion.* 2003;3(1):30.
206. Werner EE, Smith RS. Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery. Cornell University Press; 2001.
207. Marton P, Golombok H, Stein B, Korenblum M. The relation of personality functions and adaptive skills to self-esteem in early adolescence. *J Youth Adolesc.* 1988;17(5):393–401.
208. Rak CF, Patterson LE. Promoting resilience in at-risk children. *Journal of counseling & development.* 1996;74(4):368–73.

209. Masten AS. Resilience in children threatened by extreme adversity: Frameworks for research, practice, and translational synergy. *Dev Psychopathol.* 2011;23(2):493–506.
210. Luthar SS. Vulnerability and resilience: A study of high-risk adolescents. *Child Dev.* 1991;62(3):600–16.
211. Resnick MD. Protective factors, resiliency, and healthy youth development. *Adolescent medicine: State of the art reviews.* 2000;11(1):157–64.
212. Bernard ME, Pires D. Emotional resilience in children and adolescence: Implications for rational-emotive behavior therapy. In: *Rational emotive behavioral approaches to childhood disorders.* Springer; 2006. p. 156–74.
213. Kent P. Pathways to Competence: Encouraging Healthy Social and Emotional Development in Young Children By Sarah Landy (2002). Baltimore, MD: Paul H Brookes 582 pp., \$147.00 (paperback). *Behaviour Change.* 2003;20(4):234–5.
214. Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy as the integrative therapy.
215. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: A practitioner's guide.* guilford press; 2006.
216. Beck AT, Alford BA, Beck MDAT, Alford PDBA. *Depression.* University of Pennsylvania Press; 2014.
217. Blissett J, Walsh J, Harris G, Jones C, Leung N, Meyer C. Different core beliefs predict paternal and maternal attachment representations in young women. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice.* 2006;13(3):163–71.
218. Pilkington, P., Younan, R., & Bishop, A. (2021). Early maladaptive schemas, suicidal ideation, and self-harm: A meta-analytic review. *Journal of affective disorders reports*, 3, 100051.
219. Simard V, Moss E, Pascuzzo K. Early maladaptive schemas and child and adult attachment: A 15-year longitudinal study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice.* 2011;84(4):349–66.
220. Hoffart Lunding S, Hoffart A. Perceived parental bonding, early maladaptive schemas and outcome in schema therapy of cluster c personality problems. *Clin Psychol Psychother.* 2016;23(2):107–17.

221. Bernstein DP, RE, YJE. Şema Terapi: ayırıcı özellikler. M. Şaşıoğlu (çev)., editor. İstanbul: Psikonet Yayınları; 2015.
222. Riso LP, Froman SE, Raouf M, Gable P, Maddux RE, Turini-Santorelli N, et al. The long-term stability of early maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*. 2006;30(4):515–29.
223. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner’s guide. guilford press; 2006.
224. Waller G, Meyer C, Ohanian V. Psychometric properties of the long and short versions of the Young Schema Questionnaire: Core beliefs among bulimic and comparison women. *Cognitive Therapy and Research*. 2001;25(2):137–47.
225. Cockram DM, Drummond PD, Lee CW. Role and treatment of early maladaptive schemas in Vietnam veterans with PTSD. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*. 2010;17(3):165–82.
226. Ball SA, Cecero JJ. Addicted patients with personality disorders: Traits, schemas, and presenting problems. *J Pers Disord*. 2001;15(1):72–83.
227. Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, van Tilburg W, Dirksen C, van Asselt T, et al. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(6):649–58.
228. Calvete E, Orue I, Hankin BL. Early maladaptive schemas and social anxiety in adolescents: The mediating role of anxious automatic thoughts. *J Anxiety Disord*. 2013;27(3):278–88.
229. Lawrence KA, Allen JS, Chanen AM. A study of maladaptive schemas and borderline personality disorder in young people. *Cognit Ther Res*. 2011;35(1):30–9.
230. Dozois DJA, Martin RA, Faulkner B. Early maladaptive schemas, styles of humor and aggression. *Humor*. 2013;26(1):97–116.
231. Shorey RC, Stuart GL, Anderson S. Early maladaptive schemas among young adult male substance abusers: A comparison with a non-clinical group. *J Subst Abuse Treat*. 2013;44(5):522–7.

232. Shorey RC, Stuart GL, Anderson S. Differences in early maladaptive schemas between a sample of young adult female substance abusers and a non-clinical comparison group. *Clin Psychol Psychother.* 2014;21(1):21–8.
233. Fairburn CG, Cooper Z. Thinking afresh about the classification of eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2007;40(S3):S107.
234. Pinto-Gouveia J, Castilho P, Galhardo A, Cunha M. Early maladaptive schemas and social phobia. *Cognitive Therapy and Research.* 2006;30(5):571–84.
235. Hedley LM, Hoffart A, Sexton H. Early maladaptive schemas in patients with panic disorder with agoraphobia. *Journal of Cognitive Psychotherapy.* 2001;15(2):131–42.
236. Cockram DM, Drummond PD, Lee CW. Role and treatment of early maladaptive schemas in Vietnam veterans with PTSD. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice.* 2010;17(3):165–82.
237. Harding HG, Burns EE, Jackson JL. Identification of child sexual abuse survivor subgroups based on early maladaptive schemas: Implications for understanding differences in posttraumatic stress disorder symptom severity. *Cognitive Therapy and Research.* 2012;36(5):560–75.
238. Haaland AT, Vogel PA, Launes G, Haaland VØ, Hansen B, Solem S, et al. The role of early maladaptive schemas in predicting exposure and response prevention outcome for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour research and therapy.* 2011;49(11):781–8.
239. Castille K, Prout M, Marczyk G, Shmidheiser M. The early maladaptive schemas of self-mutilators: Implications for therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy.* 2007;21(1):58.
240. Dutra L, Callahan K, Forman E, Mendelsohn M, Herman J. Core schemas and suicidality in a chronically traumatized population. *J Nerv Ment Dis.* 2008;196(1):71–4.
241. Dale R, Power K, Kane S, Stewart AM, Murray L. The role of parental bonding and early maladaptive schemas in the risk of suicidal behavior repetition. *Archives of Suicide Research.* 2010;14(4):311–28.
242. Khosravani V, Bastan FS, Ardestani MS, Ardakani RJ. Early maladaptive schemas and suicidal risk in an Iranian sample of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res.* 2017;255:441–8.

243. Langhinrichsen-Rohling J, Thompson K, Selwyn C, Finnegan H, Misra T. Maladaptive schemas mediate poor parental attachment and suicidality in college students. *Death Stud.* 2017;41(6):337–44.
244. Unal F, Öktem F, Cuhadaroglu F, Kultur E, Akdemir D, Foto Ozdemir D, et al. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-DSM-5 Kasım 2016 -Türkçe Uyarlamasının (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) Geçerlik ve Güvenirliği 2. 2019 May 11;
245. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao UMA, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 1997;36(7):980–8.
246. Kilincaslan A, Gunes A, Eskin M, Madan A. Linguistic adaptation and psychometric properties of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale among a heterogeneous sample of adolescents in Turkey. *The International Journal of Psychiatry in Medicine.* 2019;54(2):115–32.
247. Kurtoğlu G, Doğan S. Duygusal Yılmazlık Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. *FSM İlmî Araştırmalar İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi.* 2016;(8):223–39.
248. Bulut S, Doğan U, Altundağ Y. Ergen psikolojik dayanıklılık ölçeği (EPDÖ): Geçerlik ve güvenirlilik çalışması. In: *International Counseling and Education Conference (ICEC 2012).* 2012. p. 3–5.
249. Güner, O. (2013). *10-16 yaş çocuk ve ergenler için erken dönem uyumsuz şema ölçekler takımı (Çeşöt)'nin geçerlik, güvenirlilik ve norm çalışması* (Doctoral dissertation, Marmara Üniversitesi (Turkey)).
250. Lewandowski RE, Aciri MC, Hoagwood KE, Olfson M, Clarke G, Gardner W, et al. Evidence for the management of adolescent depression. *Pediatrics.* 2013;132(4):e996–1009.
251. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Baldwin CL. Gender differences in suicide attempts from adolescence to young adulthood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 2001;40(4):427–34.
252. Gould, M. S., Shaffer, D., & Greenberg, T. (2003). The epidemiology of youth suicide.
253. Lewis SA, Johnson J, Cohen P, Garcia M, Noemi Velez C. Attempted suicide in youth: its relationship to school achievement, educational goals, and socioeconomic status. *J Abnorm Child Psychol.* 1988;16(4):459–71.

254. Reinherz HZ, Giaconia RM, Silverman AB, Friedman A, Pakiz B, Frost AK, et al. Early psychosocial risks for adolescent suicidal ideation and attempts. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1995;34(5):599–611.
255. Tang TC, Ko CH, Yen JY, Lin HC, Liu SC, Huang CF, et al. Suicide and its association with individual, family, peer, and school factors in an adolescent population in southern Taiwan. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2009;39(1):91–102.
256. Miller AB, Esposito-Smythers C, Leichtweis RN. Role of social support in adolescent suicidal ideation and suicide attempts. *Journal of Adolescent health*. 2015;56(3):286–92.
257. Miller AB, Esposito-Smythers C, Leichtweis RN. A short-term, prospective test of the interpersonal–psychological theory of suicidal ideation in an adolescent clinical sample. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2016;46(3):337–51.
258. Shin SH, Ko SJ, Yang YJ, Oh HS, Jang MY, Choi JM. Comparison of boys’ and girls’ families for actor and partner effect of stress, depression and parent-adolescent communication on middle school students’ suicidal ideation: triadic data analysis. *J Korean Acad Nurs*. 2014;44(3):317–27.
259. Dishion, T. J., & Owen, L. D. (2009). A longitudinal analysis of friendships and substance use: bidirectional influence from adolescence to adulthood.
260. Dishion TJ, Spracklen KM, Andrews DW, Patterson GR. Deviancy training in male adolescent friendships. *Behav Ther*. 1996;27(3):373–90.
261. Prinstein MJ, Boergers J, Spirito A, Little TD, Grapentine WL. Peer functioning, family dysfunction, and psychological symptoms in a risk factor model for adolescent inpatients’ suicidal ideation severity. *J Clin Child Psychol*. 2000;29(3):392–405.
262. Prinstein MJ, Boergers J, Spirito A. Adolescents’ and their friends’ health-risk behavior: Factors that alter or add to peer influence. *J Pediatr Psychol*. 2001;26(5):287–98.
263. Reinherz HZ, Giaconia RM, Silverman AB, Friedman A, Pakiz B, Frost AK, et al. Early psychosocial risks for adolescent suicidal ideation and attempts. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1995;34(5):599–611.

264. Kovacs M, Goldston D, Gatsonis C. Suicidal behaviors and childhood-onset depressive disorders: a longitudinal investigation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1993;32(1):8–20.
265. Ivarsson T, Larsson B, Gillberg C. A 2–4 year follow up of depressive symptoms, suicidal ideation, and suicide attempts among adolescent psychiatric inpatients. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 1998;7(2):96–104.
266. De Wilde, E. J., Kienhorst, I. C., Diekstra, R. F., & Wolters, W. H. (1992). The relationship between adolescent suicidal behavior and life events in childhood and adolescence. *The American Journal of Psychiatry*.
267. Kaplan SJ, Pelcovitz D, Salzinger S, Mandel F, Weiner M, Labruna V. Adolescent physical abuse and risk for suicidal behaviors. *Journal of Interpersonal Violence*. 1999;14(9):976–88.
268. King RA, Schwab-Stone M, Flisher AJ, Greenwald S, Kramer RA, Goodman SH, et al. Psychosocial and risk behavior correlates of youth suicide attempts and suicidal ideation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2001;40(7):837–46.
269. Kosky, R., Silburn, S., & Zubrick, S. (1986). Symptomatic depression and suicidal ideation: A comparative study with 628 children. *Journal of Nervous and Mental Disease*.
270. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Liotus L, Schweers J, Balach L, et al. Familial risk factors for adolescent suicide: A case-control study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1994;89(1):52–8.
271. 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):1155–62.
272. Wagner BM, Cohen P. Adolescent sibling differences in suicidal symptoms: The role of parent-child relationships. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1994;22(3):321–37.
273. Rosenthal, P. A., & Rosenthal, S. (1984). Suicidal behavior by preschool children. *The American journal of psychiatry*.
274. Woznica JG, Shapiro JR. An analysis of adolescent suicide attempts: The expendable child. *Journal of Pediatric Psychology*. 1990;15(6):789–96.
275. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of child psychology and psychiatry*. 2006;47(3-4):372–94.

276. 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):1155–62.
277. Im Y, Oh WO, Suk M. Risk factors for suicide ideation among adolescents: five-year national data analysis. *Arch Psychiatr Nurs*. 2017;31(3):282–6.
278. Portzky G, Audenaert K, van Heeringen K. Suicide among adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005;40(11):922–30.
279. Wagner BM, Cole RE, Schwartzman P. Psychosocial correlates of suicide attempts among junior and senior high school youth. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1995;25(3):358–72.
280. KELLEY A, GOLDSTON DB, BRUNSTETTER R, DANIEL S, levers C, REBOUSSIN DM. First-time suicide attempters, repeat attempters, and previous attempters on an adolescent inpatient psychiatry unit. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1996;35(5):631–9.
281. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Baugher M, Roth C, Balach L, et al. Stressful life events, psychopathology, and adolescent suicide: A case control study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1993;23(3):179–87.
282. Zubrick SR, Hafekost J, Johnson SE, Lawrence D, Saw S, Sawyer M, et al. Suicidal behaviours: prevalence estimates from the second Australian Child and Adolescent Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2016;50(9):899–910.
283. Im, Y., Oh, W. O., & Suk, M. (2017). Risk factors for suicide ideation among adolescents: five-year national data analysis. *Archives of psychiatric nursing*, 31(3), 282-286.
284. Roberts RE, Chen YW. Depressive symptoms and suicidal ideation among Mexican-origin and Anglo adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1995;34(1):81–90.
285. Stewart SM, Lam TH, Betson C, Chung SF. Suicide ideation and its relationship to depressed mood in a community sample of adolescents in Hong Kong. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1999;29(3):227–40.
286. Wong ST, Wu A, Gregorich S, Pérez-Stable EJ. What type of social support influences self-reported physical and mental health among older women? *J Aging Health*. 2014;26(4):663–78.

287. Thoits PA. "We know what they're going through": social support from similar versus significant others. *The Sociological Quarterly*. 2021;62(4):643–64.
288. Nock MK, Green JG, Hwang I, McLaughlin KA, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(3):300–10.
289. Brent DA, Baugher M, Bridge J, Chen T, Chiappetta L. Age-and sex-related risk factors for adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1999;38(12):1497–505.
290. Cuhadaroglu F, Sonuvar B. Adolesan intiharları ve kendilik imgesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1993;4(1):29–38.
291. Aktepe E, Kandil S, Göker Z, Sarp K, TOPBAŞ M, Özkorumak E. İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerde sosyodemografik ve psikiyatrik özelliklerin değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2006;5(6).
292. Lester D. Suicide and sibling position. *Individual Psychology*. 1987;43(3):390–5.
293. Wagner BM, Cohen P. Adolescent sibling differences in suicidal symptoms: The role of parent-child relationships. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1994;22(3):321–37.
294. Gould MS. Suicide and the media. *Ann N Y Acad Sci*. 2001;932(1):200–24.
295. Gould MS, King R, Greenwald S, Fisher P, Schwab-Stone M, Kramer R, et al. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1998;37(9):915–23.
296. Beautrais AL. Suicide and serious suicide attempts in youth: a multiple-group comparison study. *American journal of psychiatry*. 2003;160(6):1093–9.
297. Kovacs M, Goldston D, Gatsonis C. Suicidal behaviors and childhood-onset depressive disorders: a longitudinal investigation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1993;32(1):8–20.
298. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Adolescent suicidal ideation and attempts: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 1996;3(1):25.

299. Bilsen J. Suicide and youth: risk factors. *Front Psychiatry*. 2018;540.
300. Rujescu D, Giegling I. The genetics of neurosystems in mental ill-health and suicidality: beyond serotonin. *European psychiatry*. 2010;25(5):272–4.
301. Murphy SL, Xu J, Kochanek KD, Curtin SC, Arias E. National vital statistics reports. *National vital statistics reports*. 2013;61(4).
302. Selby EA, Yen S, Spirito A. Time varying prediction of thoughts of death and suicidal ideation in adolescents: Weekly ratings over 6-month follow-up. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2013;42(4):481–95.
303. Wetzler S, Asnis GM, Bernstein R, Virtue C, Zimmerman J, Rathus JH. Characteristics of suicidality among adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1996;26(1):37–45.
304. Mars B, Heron J, Klonsky ED, Moran P, O'Connor RC, Tilling K, et al. What distinguishes adolescents with suicidal thoughts from those who have attempted suicide? A population-based birth cohort study. *Journal of child psychology and psychiatry*. 2019;60(1):91–9.
305. Goldston DB, Daniel SS, Reboussin BA, Reboussin DM, Kelley AE, Frazier PH. Psychiatric diagnoses of previous suicide attempters, first-time attempters, and repeat attempters on an adolescent inpatient psychiatry unit. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1998;37(9):924–32.
306. Wunderlich U, Bronisch T, Wittchen HU. Comorbidity patterns in adolescents and young adults with suicide attempts. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 1998;248(2):87–95.
307. Esposito CL, Clum GA. The relative contribution of diagnostic and psychosocial factors in the prediction of adolescent suicidal ideation. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2003;32(3):386–95.
308. Kanwar, A., Malik, S., Prokop, L. J., Sim, L. A., Feldstein, D., Wang, Z., & Murad, M. H. (2013). The association between anxiety disorders and suicidal behaviors: A systematic review and meta-analysis. *Depression and anxiety*, 30(10), 917-929.
309. Beautrais AL. Suicide and serious suicide attempts in youth: a multiple-group comparison study. *American journal of psychiatry*. 2003;160(6):1093–9.

310. Strauss J, Birmaher B, Bridge J, Axelson D, Chiappetta L, Brent D, et al. Anxiety disorders in suicidal youth. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2000;45(8):739–45.
311. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1996;35(9):1174–82.
312. Esposito CL, Clum GA. Psychiatric symptoms and their relationship to suicidal ideation in a high-risk adolescent community sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2002;41(1):44–51.
313. Kosky, R., Silburn, S., & Zubrick, S. R. (1990). Are children and adolescents who have suicidal thoughts different from those who attempt suicide?. *Journal of Nervous and Mental Disease*.
314. Ghaziuddin N, King CA, Naylor MW, Ghaziuddin M. Anxiety contributes to suicidality in depressed adolescents. *Depress Anxiety*. 2000;11(3):134–8.
315. Tuisku, V., Pelkonen, M., Karlsson, L., Kiviruusu, O., Holi, M., Ruutu, T., ... & Marttunen, M. (2006). Suicidal ideation, deliberate self-harm behaviour and suicide attempts among adolescent outpatients with depressive mood disorders and comorbid axis I disorders. *European child & adolescent psychiatry*, 15(4), 199-206.
316. Milos, G., Spindler, A., Hepp, U., & Schnyder, U. (2004). Suicide attempts and suicidal ideation: links with psychiatric comorbidity in eating disorder subjects. *General hospital psychiatry*, 26(2), 129-135.
317. Kessler RC, Borges G, Sampson N, Miller M, Nock MK. The association between smoking and subsequent suicide-related outcomes in the National Comorbidity Survey panel sample. *Mol Psychiatry*. 2009;14(12):1132–42.
318. Pulay, A. J., Stinson, F. S., Ruan, W. J., Smith, S. M., Pickering, R. P., Dawson, D. A., & Grant, B. F. (2010). The relationship of DSM-IV personality disorders to nicotine dependence-results from a national survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 108(1-2), 141-145.
319. King RA, Schwab-Stone M, Flisher AJ, Greenwald S, Kramer RA, Goodman SH, et al. Psychosocial and risk behavior correlates of youth suicide attempts and suicidal ideation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2001;40(7):837–46.
320. Schilling, E. A., Aseltine Jr, R. H., Glanovsky, J. L., James, A., & Jacobs, D. (2009). Adolescent alcohol use, suicidal ideation, and suicide attempts. *Journal of Adolescent Health*, 44(4), 335-341.

321. Bagge CL, Lee HJ, Schumacher JA, Gratz KL, Krull JL, Holloman Jr G. Alcohol as an acute risk factor for recent suicide attempts: a case-crossover analysis. *J Stud Alcohol Drugs*. 2013;74(4):552–8.
322. Aseltine Jr RH, Schilling EA, James A, Glanovsky JL, Jacobs D. Age variability in the association between heavy episodic drinking and adolescent suicide attempts: findings from a large-scale, school-based screening program. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2009;48(3):262–70.
323. Sellers, C. M., Iriarte, A. D. V., Battalen, A. W., & O'Brien, K. H. M. (2019). Alcohol and marijuana use as daily predictors of suicide ideation and attempts among adolescents prior to psychiatric hospitalization. *Psychiatry research*, 273, 672-677.
324. Steele CM, Josephs RA. Alcohol myopia: Its prized and dangerous effects. *American psychologist*. 1990;45(8):921.
325. Bagge CL, Sher KJ. Adolescent alcohol involvement and suicide attempts: Toward the development of a conceptual framework. *Clinical Psychology Review*. 2008;28(8):1283–96.
326. Sher L, Zalsman G. Alcohol and adolescent suicide. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*. 2005;17(3):197–204.
327. Greydanus D, Patel D, Pratt H. Suicide risk in adolescents with chronic illness: implications for primary care and specialty pediatric practice: a review. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2010;52(12):1083–7.
328. Borges G, Angst J, Nock MK, Ruscio AM, Walters EE, Kessler RC. A risk index for 12-month suicide attempts in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Psychol Med*. 2006;36(12):1747–57.
329. Nock MK, Kessler RC. Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: analysis of the National Comorbidity Survey. *J Abnorm Psychol*. 2006;115(3):616.
330. Kaplow JB, Dodge KA, Amaya-Jackson L, Saxe GN. Pathways to PTSD, part II: Sexually abused children. *American Journal of Psychiatry*. 2005;162(7):1305–10.
331. Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Lynskey, M. T. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(10), 1365-1374.

332. Borges G, Benjet C, Medina-Mora ME, Orozco R, Molnar BE, Nock MK. Traumatic events and suicide-related outcomes among Mexico City adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008;49(6):654–66.
333. Martin, G., Bergen, H. A., Richardson, A. S., Roeger, L., & Allison, S. (2004). Sexual abuse and suicidality: Gender differences in a large community sample of adolescents. *Child abuse & neglect*, 28(5), 491-503.
334. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of child psychology and psychiatry*. 2006;47(3-4):372–94.
335. Schulsinger F. Biological psychopathology. *Annual Review of Psychology*. 1980;31(1):583–606.
336. Asarnow JR, Baraff LJ, Berk M, Grob C, Devich-Navarro M, Suddath R, et al. Pediatric emergency department suicidal patients: two-site evaluation of suicide ideators, single attempters, and repeat attempters. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2008;47(8):958–66.
337. Dhingra K, Boduszek D, O'Connor RC. Differentiating suicide attempters from suicide ideators using the Integrated Motivational–Volitional model of suicidal behaviour. *J Affect Disord*. 2015;186:211–8.
338. O'Connor RC, Rasmussen S, Hawton K. Distinguishing adolescents who think about self-harm from those who engage in self-harm. *The British Journal of Psychiatry*. 2012;200(4):330–5.
339. Goldston DB, Erkanli A, Daniel SS, Heilbron N, Weller BE, Doyle O. Developmental trajectories of suicidal thoughts and behaviors from adolescence through adulthood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2016;55(5):400–7.
340. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Liotus L, Schweers J, Balach L, et al. Familial risk factors for adolescent suicide: A case-control study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1994;89(1):52–8.
341. Fergusson DM, Lynskey MT. Childhood circumstances, adolescent adjustment, and suicide attempts in a New Zealand birth cohort. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1995;34(5):612–22.
342. Joffe, R. T., Offord, D. R., & Boyle, M. H. (1988). Ontario Child Health Study: Suicidal behavior in youth age 12–16 years. *The American journal of psychiatry*.

343. Kashani JH, Goddard P, Reid JC. Correlates of suicidal ideation in a community sample of children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1989;28(6):912–7.
344. 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):1155–62.
345. Young, R., Sproeber, N., Groschwitz, R. C., Preiss, M., & Plener, P. L. (2014). Why alternative teenagers self-harm: exploring the link between non-suicidal self-injury, attempted suicide and adolescent identity. *BMC psychiatry*, 14(1), 1-14.
346. Cruz D, Narciso I, Muñoz M, Pereira CR, Sampaio D. Adolescents and self-destructive behaviours: An exploratory analysis of family and individual correlates. *Behavioral psychology/Psicología conductual: Revista internacional de psicología clínica y de la salud*. 2013;21:271–88.
347. Grandclerc S, de Labrouhe D, Spodenkiewicz M, Lachal J, Moro MR. Relations between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior in adolescence: a systematic review. *PLoS One*. 2016;11(4):e0153760.
348. Kirchner, T., Ferrer, L., Forns, M., & Zanini, D. (2011). Self-harm behavior and suicidal ideation among high school students. Gender differences and relationship with coping strategies. *Actas españolas de psiquiatría*, 39(4), 226-235.
349. Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. Guilford Publications; 2018.
350. Nock MK. Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Curr Dir Psychol Sci*. 2009;18(2):78–83.
351. Kelada L, Hasking P, Melvin G. The relationship between nonsuicidal self-injury and family functioning: adolescent and parent perspectives. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2016;42(3):536–49.
352. Gouveia-Pereira M, Abreu S, Martins C. How do families of adolescents with suicidal ideation behave? *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2014;27:171–8.
353. Ghinea D, Koenig J, Parzer P, Brunner R, Carli V, Hoven CW, et al. Longitudinal development of risk-taking and self-injurious behavior in association with late adolescent borderline personality disorder symptoms. *Psychiatry Res*. 2019;273:127–33.

354. Costa ACB, Mariusso LM, Canassa TC, Previdelli ITS, Porcu M. Risk factors for suicidal behavior in a university population in Brazil: A retrospective study. *Psychiatry Res.* 2019;278:129–34.
355. Joiner Jr TE, van Orden KA, Witte TK, Selby EA, Ribeiro JD, Lewis R, et al. Main predictions of the interpersonal–psychological theory of suicidal behavior: Empirical tests in two samples of young adults. *J Abnorm Psychol.* 2009;118(3):634.
356. Joiner TE. *Why people die by suicide.* Harvard University Press; 2005.
357. Guerreiro DF, Sampaio D, Figueira ML, Madge N. Self-harm in adolescents: A self-report survey in schools from Lisbon, Portugal. *Archives of suicide research.* 2017;21(1):83–99.
358. Cloutier P, Martin J, Kennedy A, Nixon MK, Muehlenkamp JJ. Characteristics and co-occurrence of adolescent non-suicidal self-injury and suicidal behaviours in pediatric emergency crisis services. *Journal of Youth and Adolescence.* 2010;39(3):259–69.
359. Wichstrøm L. Predictors of non-suicidal self-injury versus attempted suicide: similar or different? *Archives of Suicide Research.* 2009;13(2):105–22.
360. Hawton K, Rodham K, Evans E, Weatherall R. Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *Bmj.* 2002;325(7374):1207–11.
361. Klonsky ED, Oltmanns TF, Turkheimer E. Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *American journal of Psychiatry.* 2003;160(8):1501–8.
362. Becker, M., & Correll, C. U. (2020). Suicidality in childhood and adolescence. *Deutsches Ärzteblatt International*, 117(15), 261.
363. Gülşen Ü, Aksoy Z, Ersan EE. İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerin değerlendirilmesi. *Pamukkale Tıp Dergisi.* 2014;(3):176–83.
364. Hawton K. *Suicide and attempted suicide among children and adolescents.* Sage Publications, Inc; 1986.
365. Spirito A, Stark L, Fristad M, Hart K, Owens-Stively J. Adolescent suicide attempters hospitalized on a pediatric unit. *Journal of Pediatric Psychology.* 1987;12(2):171–89.
366. Brent DA. Correlates of the medical lethality of suicide attempts in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 1987;26(1):87–91.

367. Cooper J, Kapur N, Webb R, Lawlor M, Guthrie E, Mackway-Jones K, et al. Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *American Journal of Psychiatry*. 2005;162(2):297–303.
368. Pisani AR, Wyman PA, Petrova M, Schmeelk-Cone K, Goldston DB, Xia Y, et al. Emotion regulation difficulties, youth–adult relationships, and suicide attempts among high school students in underserved communities. *J Youth Adolesc*. 2013;42(6):807–20.
369. van Orden KA, Witte TK, Gordon KH, Bender TW, Joiner Jr TE. Suicidal desire and the capability for suicide: tests of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior among adults. *J Consult Clin Psychol*. 2008;76(1):72.
370. Lee, S. Y. (2011). Reasons for living and their moderating effects on Korean adolescents' suicidal ideation. *Death Studies*, 35(8), 711-728.
371. Gould, M. S., Greenberg, T. E. D., Velting, D. M., & Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(4), 386-405.
372. Hilton SC, Fellingham GW, Lyon JL. Suicide rates and religious commitment in young adult males in Utah. *Am J Epidemiol*. 2002;155(5):413–9.
373. Miller L, Warner V, Wickramaratne P, Weissman M. Religiosity and depression: Ten-year follow-up of depressed mothers and offspring. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997;36(10):1416–25.
374. Siegrist M. Church attendance, denomination, and suicide ideology. *J Soc Psychol*. 1996;136(5):559–66.
375. Al Habeeb, A. A., Sherra, K. S., Al Sharqi, A. M., & Qureshi, N. A. (2013). Assessment of suicidal and self-injurious behaviours among patients with depression. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*, 19 (3), 248-254, 2013.
376. Marzuk PM, Tardiff K, Leon AC, Portera L, Weiner C. The prevalence of aborted suicide attempts among psychiatric in-patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1997;96(6):492–6.
377. Steer RA, Beck AT, Garrison B, Lester D. Eventual suicide in interrupted and uninterrupted attempters: a challenge to the cry-for-help hypothesis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1988;18(2):119–28.

378. Barber ME, Marzuk PM, Leon AC, Portera L. Aborted suicide attempts: a new classification of suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*. 1998;155(3):385–9.
379. Burke, T. A., Hamilton, J. L., Ammerman, B. A., Stange, J. P., & Alloy, L. B. (2016). Suicide risk characteristics among aborted, interrupted, and actual suicide attempters. *Psychiatry research*, 242, 357-364.
380. Johnson J, Gooding PA, Wood AM, Tarrier N. Resilience as positive coping appraisals: Testing the schematic appraisals model of suicide (SAMS). *Behaviour research and therapy*. 2010;48(3):179–86.
381. Nrugham L, Holen A, Sund AM. Associations between attempted suicide, violent life events, depressive symptoms, and resilience in adolescents and young adults. *J Nerv Ment Dis*. 2010;198(2):131–6.
382. Rossetti MC, Tosone A, Stratta P, Collazzoni A, Santarelli V, Guadagni E, et al. Different roles of resilience in depressive patients with history of suicide attempt and no history of suicide attempt. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2017;39:216–9.
383. Liu DWY, Fairweather-Schmidt AK, Roberts RM, Burns R, Anstey KJ. Does resilience predict suicidality? A lifespan analysis. *Archives of Suicide Research*. 2014;18(4):453–64.
384. Hjemdal O, Aune T, Reinfjell T, Stiles TC, Friborg O. Resilience as a predictor of depressive symptoms: a correlational study with young adolescents. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2007;12(1):91–104.
385. Hjemdal O, Vogel PA, Solem S, Hagen K, Stiles TC. The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive–compulsive symptoms in adolescents. *Clin Psychol Psychother*. 2011;18(4):314–21.
386. Bearman PS, Moody J. Suicide and friendships among American adolescents. *Am J Public Health*. 2004;94(1):89–95.
387. de Wilde EJ, Kienhorst ICWM, Diekstra RFW, Wolters WHG. The specificity of psychological characteristics of adolescent suicide attempters. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1993;32(1):51–9.
388. Borowsky IW, Ireland M, Resnick MD. Adolescent suicide attempts: risks and protectors. *Pediatrics*. 2001;107(3):485–93.

389. Resnick MD, Bearman PS, Blum RW, Bauman KE, Harris KM, Jones J, et al. Protecting adolescents from harm: findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *Jama*. 1997;278(10):823–32.
390. 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):957–79.
391. Rew L, Horner SD. Youth resilience framework for reducing health-risk behaviors in adolescents. *J Pediatr Nurs*. 2003;18(6):379–88.
392. Walsh E, Eggert LL. Suicide risk and protective factors among youth experiencing school difficulties. *Int J Ment Health Nurs*. 2007;16(5):349–59.
393. Brausch AM, Decker KM. Self-esteem and social support as moderators of depression, body image, and disordered eating for suicidal ideation in adolescents. *J Abnorm Child Psychol*. 2014;42(5):779–89.
394. King CA, Merchant CR. Social and interpersonal factors relating to adolescent suicidality: A review of the literature. *Archives of suicide research*. 2008;12(3):181–96.
395. Bearman PS, Moody J. Suicide and friendships among American adolescents. *Am J Public Health*. 2004;94(1):89–95.
396. Breton JJ, Labelle R, Berthiaume C, Royer C, St-Georges M, Ricard D, et al. Protective factors against depression and suicidal behaviour in adolescence. *Can J Psychiatry*. 2015;60(2 Suppl 1):S5.
397. Rew L, Thomas N, Horner SD, Resnick MD, Beuhring T. Correlates of recent suicide attempts in a triethnic group of adolescents. *Journal of Nursing Scholarship*. 2001;33(4):361–7.
398. Matlin SL, Molock SD, Tebes JK. Suicidality and depression among african american adolescents: the role of family and peer support and community connectedness. *American journal of orthopsychiatry*. 2011;81(1):108.
399. Bulut S, Dogan U, Altundag Y. Adolescent psychological resilience scale: validity and reliability study. *Suvremena psihologija*. 2013;16(1):31.
400. Kwok SYCL, Yeung JWK, Low AYT, Lo HHM, Tam CHL. The roles of emotional competence and social problem-solving in the relationship between physical abuse and adolescent suicidal ideation in China. *Child Abuse & Neglect*. 2015;44:117–29.

401. Pisani AR, Wyman PA, Petrova M, Schmeelk-Cone K, Goldston DB, Xia Y, et al. Emotion regulation difficulties, youth–adult relationships, and suicide attempts among high school students in underserved communities. *J Youth Adolesc.* 2013;42(6):807–20.
402. Hatzenbuehler ML, Birkett M, van Wagenen A, Meyer IH. Protective school climates and reduced risk for suicide ideation in sexual minority youths. *Am J Public Health.* 2014;104(2):279–86.
403. Masten AS. Ordinary magic: Resilience processes in development. *American psychologist.* 2001;56(3):227.
404. Abdollahi A, Abu Talib M, Yaacob SN, Ismail Z. The role of hardiness in decreasing stress and suicidal ideation in a sample of undergraduate students. *Journal of Humanistic Psychology.* 2015;55(2):202–22.
405. Nagra GS, Lin A, Uptegrove R. What bridges the gap between self-harm and suicidality? The role of forgiveness, resilience and attachment. *Psychiatry Research.* 2016;241:78–82.
406. Begun AL. Human behavior and the social environment: The vulnerability, risk, and resilience model. *Journal of Social Work Education.* 1993;29(1):26–35.
407. Anestis MD, Bagge CL, Tull MT, Joiner TE. Clarifying the role of emotion dysregulation in the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior in an undergraduate sample. *J Psychiatr Res.* 2011;45(5):603–11.
408. Tamás Z, Kovacs M, Gentzler AL, Tepper P, Gádoros J, Kiss E, et al. The relations of temperament and emotion self-regulation with suicidal behaviors in a clinical sample of depressed children in Hungary. *J Abnorm Child Psychol.* 2007;35(4):640–52.
409. Werner K, Gross JJ, Kring AM, Sloan DM. Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment. *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment.* 2010;13–37.
410. Selby EA, Anestis MD, Bender TW, Joiner Jr TE. An exploration of the emotional cascade model in borderline personality disorder. *J Abnorm Psychol.* 2009;118(2):375.
411. Rajappa K, Gallagher M, Miranda R. Emotion dysregulation and vulnerability to suicidal ideation and attempts. *Cognitive Therapy and Research.* 2012;36(6):833–9.

412. Cha CB, Nock MK. Emotional intelligence is a protective factor for suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2009;48(4):422–30.
413. Jacobson CM, Marrocco F, Kleinman M, Gould MS. Restrictive emotionality, depressive symptoms, and suicidal thoughts and behaviors among high school students. *Journal of Youth and Adolescence*. 2011;40(6):656–65.
414. Zlotnick C, Donaldson D, Spirito A, Pearlstein T. Affect regulation and suicide attempts in adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997;36(6):793–8.
415. Zlotnick C, Wolfsdorf BA, Johnson B, Spirito A. Impaired self-regulation and suicidal behavior among adolescent and young adult psychiatric inpatients. *Archives of Suicide Research*. 2003;7(2):149–57.
416. Yen S, Shea MT, Sanislow CA, Grilo CM, Skodol AE, Gunderson JG, et al. Borderline personality disorder criteria associated with prospectively observed suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*. 2004;161(7):1296–8.
417. Miranda R, Tsypes A, Gallagher M, Rajappa K. Rumination and hopelessness as mediators of the relation between perceived emotion dysregulation and suicidal ideation. *Cognitive Therapy and Research*. 2013;37(4):786–95.
418. Breton JJ, Labelle R, Berthiaume C, Royer C, St-Georges M, Ricard D, et al. Protective factors against depression and suicidal behaviour in adolescence. *Can J Psychiatry*. 2015;60(2 Suppl 1):S5.
419. Flink, N., Lehto, S. M., Koivumaa-Honkanen, H., Viinamäki, H., Ruusunen, A., Valkonen-Korhonen, M., & Honkalampi, K. (2017). Early maladaptive schemas and suicidal ideation in depressed patients. *The European Journal of Psychiatry*, 31(3), 87-92.
420. Valikhani A, Aflakseir A, Hashemi R, Fathi M, Momeni H, Abbasi Z. The relationship between personality characteristics and early maladaptive schema with suicide ideation in Iranian late adolescents. *Practice in Clinical Psychology*. 2017;5(4):271–80.
421. Ahmadpanah M, Astinsadaf S, Akhondi A, Haghighi M, Bahmani DS, Nazaribadie M, et al. Early maladaptive schemas of emotional deprivation, social isolation, shame and abandonment are related to a history of suicide attempts among patients with major depressive disorders. *Compr Psychiatry*. 2017;77:71–9.

422. O'Connor RC, Nock MK. The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*. 2014;1(1):73–85.
423. Bryan CJ, Rudd MD. Advances in the assessment of suicide risk. *J Clin Psychol*. 2006;62(2):185–200.
424. de Catanzaro D. Reproductive status, family interactions, and suicidal ideation: Surveys of the general public and high-risk groups. *Ethology and Sociobiology*. 1995;16(5):385–94.
425. Boyce P, Parker G, Barnett B, Cooney M, Smith F. Personality as a vulnerability factor to depression. *The British Journal of Psychiatry*. 1991;159(1):106–14.
426. Monkul ES, Hatch JP, Nicoletti MA, Spence S, Brambilla P, Lacerda ALT de, et al. Fronto-limbic brain structures in suicidal and non-suicidal female patients with major depressive disorder. *Mol Psychiatry*. 2007;12(4):360–6.
427. Eberhart NK, Auerbach RP, Bigda-Peyton J, Abela JRZ. Maladaptive schemas and depression: Tests of stress generation and diathesis-stress models. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2011;30(1):75–104.
428. Besser A. Interpersonal relatedness and self-definition: Two primary lines of personality development and experiences of depression. 2005.
429. Shah R, Waller G. Parental style and vulnerability to depression: The role of core beliefs. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2000;188(1):19–25.
430. Renner F, Lobbestael J, Peeters F, Arntz A, Huibers M. Early maladaptive schemas in depressed patients: Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *J Affect Disord*. 2012;136(3):581–90.
431. Wang CEA, Halvorsen M, Eisemann M. Stability of dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas: A 9-year follow-up study of clinically depressed subjects. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2010;41(4):389–96.
432. Ahmadpanah M, Astinsadaf S, Akhondi A, Haghighi M, Bahmani DS, Nazaribadie M, et al. Early maladaptive schemas of emotional deprivation, social isolation, shame and abandonment are related to a history of suicide attempts among patients with major depressive disorders. *Compr Psychiatry*. 2017;77:71–9.

433. Akbari B, Rahbar M. A comparison of relationship between early maladaptive schemas with depression severity in suicidal group and non-clinical sample. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2013;84:1072–7.
434. Dutra L, Callahan K, Forman E, Mendelsohn M, Herman J. Core schemas and suicidality in a chronically traumatized population. *J Nerv Ment Dis*. 2008;196(1):71–4.
435. Dale R, Power K, Kane S, Stewart AM, Murray L. The role of parental bonding and early maladaptive schemas in the risk of suicidal behavior repetition. *Archives of Suicide Research*. 2010;14(4):311–28.
436. Monkul ES, Hatch JP, Nicoletti MA, Spence S, Brambilla P, Lacerda ALT de, et al. Fronto-limbic brain structures in suicidal and non-suicidal female patients with major depressive disorder. *Mol Psychiatry*. 2007;12(4):360–6.
437. Boyce P, Parker G, Barnett B, Cooney M, Smith F. Personality as a vulnerability factor to depression. *The British Journal of Psychiatry*. 1991;159(1):106–14.
438. Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview.
439. Besser, A. (2005). Interpersonal relatedness and self-definition: Two primary lines of personality development and experiences of depression.
440. Méa CP della, Zancanella S, Ferreira VRT, Wagner MF. Early maladaptive schemas in hospitalized patients for suicide attempt. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. 2015;11(1):3–9.
441. McGee ROB, Williams S. Does low self-esteem predict health compromising behaviours among adolescents? *J Adolesc*. 2000;23(5):569–82.
442. Joiner Jr TE, Rudd MD. Disentangling the interrelations between hopelessness, loneliness, and suicidal ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1996;26(1):19–26.
443. Rehm LP. A self-control model of depression. *Behav Ther*. 1977;8(5):787–804.
444. Stopa L, Waters A. The effect of mood on responses to the Young Schema Questionnaire: short form. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2005;78(1):45–57.
445. Nilsson, K. K. (2016). Early maladaptive schemas in bipolar disorder patients with and without suicide attempts. *The Journal of nervous and mental disease*, 204(3), 236-239.

446. Jimenez-Trevino L, Gonzalez-Blanco L, Garcia-Portilla MP, Fontecilla HB, Castroman JL, Courtet P, et al. Childhood trauma in suicide attempters: Case-control study. *European Psychiatry*. 2016;33(S1):S111–S111.
447. Khosravani, V., Bastan, F. S., Ardestani, M. S., & Ardakani, R. J. (2017). Early maladaptive schemas and suicidal risk in an Iranian sample of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry research*, 255, 441-448.
448. Langhinrichsen-Rohling J, Thompson K, Selwyn C, Finnegan H, Misra T. Maladaptive schemas mediate poor parental attachment and suicidality in college students. *Death Stud*. 2017;41(6):337–44.
449. Renner F, Lobbestael J, Peeters F, Arntz A, Huibers M. Early maladaptive schemas in depressed patients: Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *J Affect Disord*. 2012;136(3):581–90.
450. Gökçe S, Önal Sönmez A, Yusufoğlu C, Yulaf Y, Adak İ. Erken dönem uyumsuz şemaların ergenlik dönemi depresif bozuklukla ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2017;18(3).
451. Bamber M, McMahon R. Danger—Early maladaptive schemas at work!: The role of early maladaptive schemas in career choice and the development of occupational stress in health workers. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*. 2008;15(2):96–112.
452. Foumani GE, Salehi J, Babakhani M. The relationship between resilience and personality traits in women. *Journal of Educational and Management Studies*. 2015;5(2):116–20.
453. Mc Donnell, E., Hevey, D., McCauley, M., & Ducray, K. N. (2018). Exploration of associations between early maladaptive schemas, impaired emotional regulation, coping strategies and resilience in opioid dependent poly-drug users. *Substance use & misuse*, 53(14), 2320-2329.
454. Friedmann JS, Lumley MN, Lerman B. Cognitive schemas as longitudinal predictors of self-reported adolescent depressive symptoms and resilience. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2016;45(1):32–48.
455. Bogdanov EN. Sotsial'no-psikhologicheskaya adaptatsiya vzroslykh v svyazi s rannimi dezadaptivnymi skhemami [Socio-psychological Adaptation of Adults in Maladaptive Schemas]. *Prikladnaya yuridicheskaya psikhologiya [Applied Legal Psychology]*. 2019;(1):46.

456. Jazayeri M, Vatan Khah HR, Badiei MM. The relationship between defense styles and early maladaptive schemas with resilience in boy students of high school in Tehran city. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2014;8(30):7–16.
457. FARAJI H, Kübra U, BORAN NB. RELATIONSHIP BETWEEN EARLY MALADAPTIVE SCHEMAS AND PSYCHOLOGICAL RESILIENCE. *Asya Studies*. 6(19):203–14.
458. KNAPEK É, BALÁZS K, Ildikó KS. Reziliencia és korai maladaptív sémák kodependens, borderline és egészséges személyek körében. *Alkalmazott Pszichológia*. 2015;15(1):111–29.
459. Rellini AH, Vujanovic AA, Gilbert M, Zvolensky MJ. Childhood maltreatment and difficulties in emotion regulation: Associations with sexual and relationship satisfaction among young adult women. *Journal of Sex Research*. 2012;49(5):434–42.
460. Dvir Y, Ford JD, Hill M, Frazier JA. Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities. *Harv Rev Psychiatry*. 2014;22(3):149.
461. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: A practitioner's guide*. guilford press; 2006.
462. Masomi R, Hejazi M, Sobhi A. The relationship between depression and early maladaptive schemas, obsessive rumination and cognitive emotion regulation. *Indian Journal of Fundamental and Applied Life Sciences*. 2014;4(3):1159–70.

10.EKLER

EK 1. Sosyodemografik Veri Formu

Hasta Numarası:

Doğum tarihiniz:

Cinsiyetiniz:

1-Kız 2-Erkek

Okul Adı: _____

Doğduğu Şehir: _____

Ev Adresi: _____

Ulaşılması gerektiğinde kullanılacak telefon numaraları:

Öğrenim durumunuz:

1-İlkokul 2-Ortaokul 3- Lise 4-Açık Lise 5-Devamsız

Okul başarınız:

1-Pekiyi(85-100) 2-İyi(70-85) 3- Orta(55-70) 4- Kötü(55'in altı) 5- Devamsız

Arkadaş ilişkileriniz nasıl?

1-Çok iyi 2-İyi 3-Orta 4-Kötü 5-Çok kötü

Kardeş Sayısı:

Kaçıncı Çocuksunuz:

Anne ve babaya ilişkin aşağıdakilerden hangisi/hangileri uygun?

() 1. Öz anne ve baba ile birlikte

() 2. Anne baba boşandı.

() 3. Anne öldü.

() 4. Baba öldü.

() 5. Üvey anne veya babanın olduğu ev ortamı (Üvey anne mi? Üvey baba mı? _ _ _ _ _)

() 6. Anne-babadan sadece biriyle birlikte yaşama.(Kiminle/hangisiyle _ _ _ _ _)

() 7. Evlat edinilmiş.

() 8. Kurum bakımında.

() 9. Aileye dair ek bilgi : _ _ _ _ _

Anne ve babanın

ANNE

BABA

Yaşı:

Doğum yeri:

Mesleği – işi:

Anne ve babanın En son bitirdiği okul

ANNE

BABA

1. Okuma-yazma bilmiyor

()

()

2. İlkokulu bitirmemiş-Okuma yazma biliyor

()

()

3. İlkokul

()

()

4. Ortaokul

()

()

5. Lise

()

()

6. Üniversite/Yüksekokul

()

()

Kronik fiziksel/tıbbi bir hastalığınız var mı?

1-Var 2-Yok

Önemli bir kaza veya travma geçirdiniz mi?

1- Var 2-Yok

Psikiyatrik bir ilaç kullanıyor musunuz?

1-Var 2-Yok

Herhangi bir psikiyatri servisine yatışınız oldu mu?

1. Evet (Kaç kere____) 2.Hayır

Sigara kullanıyor musunuz?

1-Evet 2-Hayır

Sigara içiyorsanız miktarı nedir?

1.Günde 10 adetten az

2-Günde 10-20 adet

3-Günde 20 adet ve fazla

Alkol kullanıyor musunuz?

1-Evet 2-Hayır

Alkol düzenli içiyorsanız miktarı nedir?

1.Hemen hemen her gün

2.Haftada 1-2 kez

3.Ayda1-2 kez

Uyuşturucu madde kullanıyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır

Uyuşturucu maddeyi düzenli içiyorsanız miktarı nedir?

1.Hemen hemen her gün

2.Haftada 1-2 kez

3.Ayda1-2 kez

Hangi uyuşturucu maddeleri kullandınız?

Ailenizde ruhsal hastalığı olan var mı?

1- Var (Kim ve hastalık tanısı_____) 2-Hayır

Ailenizde fiziksel hastalığı olan var mı?

1- Var (Kim ve hastalık tanısı _____) 2-Hayır

Ailenizde intihar öyküsü var mı?

1-Var (Kim ve nasıl? _____) 2-Yok



EK 2. Ergen Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

Lütfen aşağıdaki maddeleri dikkatle okuyarak her maddede yer alan ifadenin size ne derece uygun olduğuna (sizi ne derece tanımladığına) karar veriniz. Vereceğiniz cevapların doğru ya da yanlışlığı yoktur. Verdiğiniz karara göre aşağıdaki ifadeleri dikkate alarak yanındaki boşluklardan bir tanesine çarpı (X) işareti koyunuz. Lütfen boş bırakmadan hepsini işaretlemeye çalışınız. Samimi olarak cevap vereceğinize inanıyor ve katılımınızdan dolayı teşekkür ediyorum.		Bana Çok Uygun	Bana Uygun	Bana Uygun Değil	Bana Hiç Uygun Değil
1	Ailem benimle gerçekten ilgilenir.				
2	Ailem başarılı olacağıma inanır.				
3	Ailemle eğlenceli zaman geçiririm				
4	Aile içinde alınan kararlarda fikirlerim dikkate alınır				
5	Yaşam zorluklarına karşı dayanıklıyım.				
6	Zor şartlarda dahi serinkanlı davranabilirim.				
7	Genelde olaylara kötümser bakarım.				
8	Ailem paylaşacak bir şeyim olduğunda beni dinler.				
9	Ailem sorunlarım olduğunda bunu fark eder.				
10	Öğretmenlerimden benimle gerçekten ilgilenen kimse yok.				
11	Öğretmenlerim içinde yaptığımı takdir eden kimse yok				
12	Ailemin yanında bulunmaktan mutluluk duyarım.				
13	Şartlar değiştiğinde ne yapmam gerektiğini çabucak anlarım				
14	Kendimde hedeflerime ulaşacak kararlılığı göremiyorum				
15	Sorumluluk almak bana zor geliyor				
16	Hayat, bana pek yaşanılabilir gelmiyor.				
17	Öğretmenlerim arasında beni dinleyecek kimse yok				
18	Hayal ettiğim geleceğe ulaşabileceğime inanıyorum.				
19	Bir kişinin bir olay ya da durum karşısında nasıl hissedeceğini anlamakta iyiyimdir				
20	Diğer insanlara ilgi göstermekten hoşlanırım				
21	Karşımdaki kişinin o anda neler hissettiğini anlayabilirim				
22	Okulda olmasam hiçbir öğretmenim bunu fark etmez.				
23	Okulda güzel bir şey yaptığımda kimse bunu takdir etmez				
24	Yokluğumu fark edecek arkadaşlarım vardır.				
25	Sorunlarımı anlatabileceğim arkadaşlarım vardır.				
26	Yaşamımın alacağı yön üzerinde yeterince kontrolümün olmadığını hissediyorum				
27	Zor zamanlarımda kendisine güvenebileceğim arkadaşlarım vardır				
28	Zor durumda kaldığımda arkadaşlarım bana yardım ederler				
29	Güzel zaman geçirdiğim arkadaşlarım vardır				

EK 3. Duygusal Yılmazlık Ölçeği

0	1	2	3	4			
Hiçbir Zaman	Çok Nadir	Bazen	Sıklıkla	Her Zaman			
			0	1	2	3	4
1. Moralim kolay bozulur.							
2. İnsanlar moralimin kolay bozulduğunu söylerler.							
3. Biri moralimi bozarsa, ben de ona aynı şekilde karşılık veririm.							
4. İşler benim istediğim gibi gitmediğinde moralim çok bozulur.							
5. İnsanlar benden hoşlanmadığında moralim çok bozulur.							
6. Moralim o kadar çok bozulur ki, böyle hissetmeye dayanamam.							
7. Moralim çok fazla bozulduğunda kontrolümü kaybederim.							
8. Moralim bozulduğunda, doğru düşünemem.							
9. Moralim bozulduğunda düşünmeden davranırım.							
10. Moralim bozulduğunda bu durum saatlerce sürer.							

11. Moralim bozulduğunda bu durum bütün gün sürer.					
12. Moralim bozulduğunda bu durum birkaç gün sürer.					
13. Moralim bozulduğunda hatalar yaparım.					
14. Moralim bozulduğunda yanlış bir şey yaparım.					
15. Moralim bozulduğunda başımı derde sokarım.					
16. Moralim bozulduğunda sonradan kötü hissedeceğim şeyler yaparım.					
17. Moralim bozulduğunda kendime zarar veririm.					
18. Moralim bozulduğunda başka birinin kalbini kırarım.					
19. Moralim bozulduğunda aklım karışır.					

EK 4. Çocuk ve Ergenler için Erken Dönem Uyumsuz Şema Ölçekler Takımı (ÇEŞÖT)

1	2	3	4	5
Benim için tamamıyla yanlış	Benim için çoğunlukla yanlış	Benim için ne doğru ne yanlış	Benim için çoğunlukla doğru	Benim için tamamıyla doğru
1	Sıklıkla eşyalarım çalınabilir diye düşünürüm.			1 2 3 4 5
2	Sevgi ihtiyacımın yeterince karşılanmadığını düşünürüm.			1 2 3 4 5
3	Biri beni överse, içten olmadığını, öylesine söylediğini düşünürüm.			1 2 3 4 5
4	Arkadaş gruplarının içinde kendimi rahatsız hissedirim.			1 2 3 4 5
5	Büyüdüğümde anne ve babamdan ayrılacak olmak beni endişelendirir.			1 2 3 4 5
6	Gerçekten yetenekli olduğum bir alan olmadığını düşünürüm.			1 2 3 4 5
7	İsteklerim hemen yerine getirilmez ise çok bozulurum.			1 2 3 4 5
8	Çalışma planı yapsam da uyamam.			1 2 3 4 5
9	İşlerimin çoğunun yolunda gitmediğini düşünürüm.			1 2 3 4 5
10	Başkalarının çıkarları için kullandığımı düşünürüm.			1 2 3 4 5
11	Yakınlarımin bana karşı yeterince sıcak ve ilgili olmadığını düşünürüm.			1 2 3 4 5
12	Yarışmalı oyunları “zaten kazanamam” düşüncesi ile oynarım.			1 2 3 4 5
13	Kötü bir şeyler olacak düşüncesi sürekli aklımın bir köşesindedir.			1 2 3 4 5
14	Büyüdüğümde anne ve babama çok yakın bir evde yaşamak isterim.			1 2 3 4 5
15	Ders başarımın yetersiz olduğunu düşünürüm.			1 2 3 4 5
16	Sevdiğim insanların beni beğenmesi için onların istediği gibi olmaya çalışırım.			1 2 3 4 5
17	Haksızlığa uğrasam bile olayın üzerine gidemem.			1 2 3 4 5
18	Her zaman haklı olduğumu düşünürüm.			1 2 3 4 5
19	Yakınlarım sorumsuz olduğumu düşünür.			1 2 3 4 5
20	Bütün aksiliklerin beni bulacağını düşünürüm.			1 2 3 4 5
21	Başkaları tarafından her an küçük düşürülebilirim diye düşünürüm.			1 2 3 4 5
22	Yakınlarımin beni yeterince koruyup, kollayamadığını düşünürüm.			1 2 3 4 5
23	Yaşadığım ortamı beğenmeyeceklerini düşündüğüm için arkadaşlarımı eve davet etmem.			1 2 3 4 5

24	Arkadaşlarımla arasında rahat davranmam.	1	2	3	4	5
25	Yakınlarımla başına kötü şeyler gelecek diye endişelenirim.	1	2	3	4	5
26	Büyüdüğümde de ailem bana çocukken olduğu kadar ilgi gösterebilir isterim.	1	2	3	4	5
27	Ödevimi öğretmenin tam istediği şekilde yapamadığımı düşünürüm.	1	2	3	4	5
28	Yakınlarım beni herhangi bir konuda eleştirdiklerinde çok üzülürüm.	1	2	3	4	5
29	Haklı olduğumu bilsem bile, kendimi savunamam.	1	2	3	4	5
30	Sorumluluklarımı yerine getirmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
31	İşlerimin ters gideceğini düşünürüm.	1	2	3	4	5
32	Elimden geleni yapmadığım için kaybetmeyi hak ediyorum.	1	2	3	4	5
33	Yakınlarım onlara çok yapıştığını düşünür.	1	2	3	4	5
34	Yüzüme güldüğü halde, arkamdan kötü konuşan çok kişi olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
35	Beni gerçekten seven biri olmadığını düşünürüm.	1	2	3	4	5
36	Olumlu özelliklerimin çok az olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
37	Yakınlarımla arasında bile kendimi yalnız hissedirim.	1	2	3	4	5
38	Kötü şeyler gelip geçtikten sonra bile, endişelerim sona ermez.	1	2	3	4	5
39	Oyunlarda/yarışmalarda genellikle kaybederim.	1	2	3	4	5
40	Yakınlarımla istediği gibi bir insan olmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
41	Haklı olduğumu bilsem de sorun çıkmasın diye haksız olduğumu kabullenebilirim.	1	2	3	4	5
42	Gerekli olmadığı halde başka insanların görevlerini de yaparım.	1	2	3	4	5
43	Herhangi bir konuda haksız olduğumu kabullenmekte çok zorlanırım.	1	2	3	4	5
44	Kurallı ortamlardan (kurs, okul vb.) hoşlanmam.	1	2	3	4	5
45	Nedense kötü şeyler hep benim başıma gelir.	1	2	3	4	5
46	Kurallara uymadığım için cezayı hak ediyorum.	1	2	3	4	5
47	Durup dururken yakınlarım ölecek diye endişe ederim.	1	2	3	4	5
48	Arkadaşlarımla benimle sık sık alay ettiğini düşünürüm.	1	2	3	4	5
49	Yakınlarımla beni hiç anlamadığını düşünürüm.	1	2	3	4	5
50	Eğlenceli biri olmadığımı düşünürüm.	1	2	3	4	5
51	Arkadaşlarım arasında iken, kendimi onlardan biri gibi hissetmiyorum.	1	2	3	4	5
52	Oyun/gidilecek yer seçimini arkadaşlarıma bırakırım.	1	2	3	4	5
53	Okul yaşamımda hiçbir zaman yeterince başarılı olamayacağımı düşünürüm.	1	2	3	4	5

54	İstediğimi elde edemezsem öfkelenirim.	1	2	3	4	5
55	Öfkemi kontrol altına alamam.	1	2	3	4	5
56	Hata yaptığımda kendime çok kızarım.	1	2	3	4	5
57	İyi bir şey olduğunda bile, hemen arkasından kötü bir şey olacağını düşünürüm.	1	2	3	4	5
58	Anne ve babam ayrılacaklar diye endişe ederim.	1	2	3	4	5
59	Sık sık başkalarının benim arkamdan işler çevirdiğini düşünürüm.	1	2	3	4	5
60	Aile içinde değerli olduğumu hissetmem.	1	2	3	4	5
61	Yeterince zeki olmadığımı düşünürüm.	1	2	3	4	5
62	Hangi kıyafeti giymem gerektiğine tek başıma karar veremem.	1	2	3	4	5
63	Tartışmalar beni fazlasıyla endişelendirir.	1	2	3	4	5
64	İleride iş yaşamımda parlak başarılar elde edemeyeceğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
65	Başkaları tarafından beğenilmek benim için fazlasıyla önemlidir.	1	2	3	4	5
66	Bana çok ters gelse bile, yakınlarım için istemediğim şeyleri yaparım.	1	2	3	4	5
67	İsteklerimin olması için insanları çok zorlarım.	1	2	3	4	5
68	Eğlenceye ayırdığım zaman, ödeve ayırdığım zamandan çok daha fazladır.	1	2	3	4	5
69	Öğretmenin sorduğu en zor soru kesin bana denk gelir diye düşünürüm.	1	2	3	4	5
70	Arkadaşlarım beni terk edecekler diye endişelenirim.	1	2	3	4	5
71	Kimseye sırlarımı paylaşacak kadar güvenemem.	1	2	3	4	5
72	Yardıma ihtiyacım olduğunda kimsenin benimle ilgilenmeyeceğini düşünürüm.	1	2	3	4	5
73	Yeteneksiz olduğumu düşünürüm.	1	2	3	4	5
74	Kendim için neyin doğru neyin yanlış olduğuna karar veremem.	1	2	3	4	5
75	Zorluklar karşısında hemen ağlamaya başlarım.	1	2	3	4	5
76	Ödev yapmaktan nefret ederim.	1	2	3	4	5
77	Şanssız biriyim.	1	2	3	4	5
78	Öğretmenler kurallara uymayan tüm öğrencileri cezalandırmalıdır diye düşünürüm.	1	2	3	4	5
79	Sevdiklerimin başkalarıyla yakınlaşmaları beni endişelendirir.	1	2	3	4	5
80	Çoğu kişinin “kötü niyetli” olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
81	Dış görünümümü hiç beğenmem.	1	2	3	4	5
82	Yanımda bana yön veren biri olmadıkça kendimi rahat hissetmem.	1	2	3	4	5
83	Beğendiğim şeyleri arkadaşlarım beğenmedi ise kullanmam.	1	2	3	4	5

84	Bana başkalarından daha ayrıcalıklı davranılmasını isterim.	1	2	3	4	5
85	Sıkıcı işlere hiç tahammül edemem.	1	2	3	4	5
86	İçimden geldiğince rahat davranamıyorum.	1	2	3	4	5
87	Sorunlarımı tek başıma çözemem.	1	2	3	4	5
88	Benden bir şey istenince “hayır” diyemem.	1	2	3	4	5
89	Sıra beklemek benim için işkence gibidir.	1	2	3	4	5
90	Okulda kurallara uyamam.	1	2	3	4	5
91	Benim gibi biri ile kimse arkadaş olmak istemez diye düşünürüm.	1	2	3	4	5
92	Güvendiğim birine danışmadan karar vermekte güçlük çekerim.	1	2	3	4	5
93	Kuralların benim için göz ardı edilmesini isterim.	1	2	3	4	5
94	Zor işlere gelemem.	1	2	3	4	5
95	Öğretmenlerin bana ayrıcalıklı davranmasını isterim.	1	2	3	4	5
96	Pahalı şeyleri herkesten çok hak ettiğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
97	Diğer insanlar gibi sırada beklemek zorunda olmadığımı düşünürüm.	1	2	3	4	5

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2021/02-03	Tarih:18.01.2021			
	Doç.Dr. Sevil Alşen Güney'in sorumlusu olduğu "İntihar Düşüncesi Ve Girişimi Olan Ergenlerde Psikolojik Dayanıklılık Ve Erken Dönem Maladaptif Şemaların İncelenmesi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.				
ETİK KURUL BİLGİLERİ					
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
ETİK KURUL ÜYELERİ					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?	İmza
Prof.Dr.Sadık Kıvanç METİN (Başkan)	Kalp ve Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	[Redacted Signature Area]
Prof.Dr. Sermin ÖZKAL (Başkan Yardımcısı)	Tıbbi Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Serkan YENER	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Pinar TUNCEL	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Nil Hocaoglu AKSAY	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Tufan ÇANKAYA	Tıbbi Genetik	Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Ayfer DAYI	Davranış Fizyolojisi	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Korcan DEMİR	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Mahmut Cem ERGON	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	
Doç.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç YÜKSEL	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐ H ☒	
Av.Esra FIRTINA	Avukat	DEU Rektörlüğü Hukuk Müşavirliği	Kadın	E ☐ H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐ H ☒	

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Kararı