

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

**ERGENLERDE OLUMSUZ YAŞAM OLAYLARI İLE
DEPRESYON VE İNTİHAR İLİŞKİSİNDE DUYGU
DÜZENLEME, BİLİNÇLİ FARKINDALIK VE DUYUSAL
İŞLEME HASSASİYETİNİN ROLÜ**

Dr. Ezgi ÖZTÜRK

**UZMANLIK TEZİ
Olarak hazırlanmıştır.**

**ANKARA
2022**

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

**ERGENLERDE OLUMSUZ YAŞAM OLAYLARI İLE
DEPRESYON VE İNTİHAR İLİŞKİSİNDE DUYGU
DÜZENLEME, BİLİNÇLİ FARKINDALIK VE DUYUSAL
İŞLEME HASSASİYETİNİN ROLÜ**

Dr. Ezgi ÖZTÜRK

**UZMANLIK TEZİ
Olarak hazırlanmıştır.**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Dilşad FOTO ÖZDEMİR**

**ANKARA
2022**

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca kendisinden çok şey öğrendiğim, tez çalışmamın her aşamasında önerileriyle yol göstererek desteğini esirgemeyen değerli danışman hocam Prof. Dr. Dilşad Foto Özdemir'e;

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Hekimi olarak mesleki kimliğimin ve yeterliliğimin oluşmasında önemli katkıları olan değerli hocalarım Prof. Dr. Füsün Çuhadaroğlu Çetin, Prof. Dr. Fatih Ünal, Prof. Dr. Sadriye Ebru Çengel Kültür, Prof. Dr. Devrim Akdemir, Doç. Dr. Tuna Çak Esen, Doç. Dr. Şükran Gülin Evinç, Doç. Dr. Dilek Ünal, Dr. Öğr. Üyesi Burcu Ersöz Alan, Uzm. Dr. Kevser Nalbant ve Uzm. Dr. Cihan Aslan'a,

Asistanlık sürecimde birlikte çalışmaktan çok keyif aldığım ve tez dönemimde yardımlarını esirgemeyen tüm asistan arkadaşlarıma, bölüm psikoloğumuz Şeniz Özusta, sosyal hizmet uzmanlarımız Ferda Karadağ ve Yaşar Çavdar, bölüm sekreterlerimiz Ayşe Mert, Nuran İnceoğlu ve Sevim Tombaş'a,

Rotasyonlarımı tamamladığım Hacettepe Üniversitesi Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı ve Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı'ndaki tüm değerli hocalarıma,

Tez ve eğitim sürecimde emeği olan, varlıklarından mutluluk duyduğum tüm aileme, her türlü fedakarlıkla bugünlere ulaşmamı sağlayan, sevgi ve desteklerini her zaman yanımda hissettiğim annem Yıldız Öztürk'e ve babam Baki Öztürk'e sonsuz teşekkür ve minnetlerimi sunarım.

Dr. Ezgi Öztürk

Mart 2022

ÖZET

Öztürk, E. Ergenlerde Olumsuz Yaşam Olayları ile Depresyon ve İntihar İlişkisinde Duygu Düzenleme, Bilinçli Farkındalık ve Duyusal İşleme Hassasiyetinin Rolü, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Tezi, Ankara, 2022. Bu çalışma 12-18 yaş arasında Majör Depresif Bozukluk (MDB) tanımlı ergenler ve intihar girişiminde bulunan ergenler ile herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan ergenlerin depresif belirtiler, olumsuz yaşam olayları, duygu düzenleme (DD), bilinçli farkındalık (BF) becerileri ve duyusal işleme hassasiyeti (DİH) açısından karşılaştırıldığı, intihar girişimi olan ergenlerde bu faktörler ile intihar niyeti şiddetinin ilişkisinin incelendiği ve bu faktörlerin olumsuz yaşam olayları ile depresyon belirtileri arasında aracı ve düzenleyici rollerinin araştırıldığı kesitsel bir çalışmadır. Çalışmaya 12-18 yaş arasında MDB tanımlı 47 ergen, intihar girişimi olan 40 ergen ve 38 sağlıklı kontrol olgusu olmak üzere toplam 125 ergen alınmıştır. Araştırma grubundaki ergenlerde MDB tanısı ile intihar girişimini doğrulamak ve kontrol grubundaki ergenlerde psikiyatrik hastalıkları dışlamak için Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşamboyu Versiyonu (KSADS-PL) kullanılmıştır. Ergenlerin değerlendirilmesi için Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu, Olumsuz Yaşam Olayları Formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Ergen ve Yetişkin Bilinçli Farkındalık Ölçeği (EYBFÖ), Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği (EİDDÖ), Hassasiyeti Yüksek Birey Ölçeği (HYBÖ), intihar girişimi grubundaki ergenler için ayrıca İntihar Niyeti Ölçeği (İNÖ) kullanılmıştır. Çalışma sonuçlarına göre sağlıklı kontrollere kıyasla MDB tanımlı ergenlerin olumsuz yaşam olayı sayısı daha fazla, bilinçli farkındalık (BF) düzeyi daha düşük olup içsel ve dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme (DD) stratejilerini daha fazla, dışsal işlevsel DD stratejilerini daha az kullanmaktadırlar. Tüm örneklem değerlendirildiğinde olumsuz yaşam olayları sayısı ile depresif belirtilerin arasındaki ilişkiye bilinçli farkındalık, kendini kabullenme, dışsal işlevsel, içsel işlevsel olmayan ve dışsal işlevsel olmayan DD stratejileri aracılık etmektedir. İntihar girişimi olan ergenlerin yaşadıkları olumsuz olayların sayısı sağlıklı kontrollere göre daha fazla, BF ve kendini kabullenme düzeyleri daha düşük olup, dışsal ve içsel işlevsel olmayan DD stratejilerini daha fazla kullanmaktadırlar. Bu ergenlerde intihar niyetinin şiddeti yalnızca depresif belirti düzeyi ile ilişkili bulunmuştur. Duyusal işleme hassasiyeti açısından gruplar arasında fark bulunmamaktadır.

Anahtar sözcükler: Depresyon, intihar, yaşam olayları, duygu düzenleme, bilinçli farkındalık

ABSTRACT

Öztürk, E. The Impact of Emotion Regulation, Mindfulness and Sensory Processing Sensitivity in the Relation of Negative Life Events with Depression and Suicide in Adolescents, Hacettepe University Faculty of Medicine, Thesis in Child and Adolescent Psychiatry, Ankara, 2022. This is a cross-sectional study comparing adolescents diagnosed with major depressive disorder (MDD) and adolescents who attempted suicide and adolescents without any psychiatric disorder, regarding depressive symptoms, negative life events (NLEs), emotion regulation (ER), mindfulness and sensory processing sensitivity (SPS). This study also investigates the association between these factors and the severity of suicide intent in adolescents who attempted suicide and the mediator and moderator roles of these factors in the relation of NLEs and depressive symptoms. One hundred and twenty five adolescents between the ages 12-18 were enrolled in the study, 47 in MDD group, 40 in suicide attempt group and 38 in healthy control group. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children- Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) was used to confirm MDD diagnosis and suicide attempt and to exclude any psychiatric disease in healthy control group. Sociodemographic and Clinical Information Questionnaire, Negative Life Events Questionnaire, Beck Depression Inventory (BDI), Adolescent and Adult Mindfulness Scale (AAMS), The Regulation of Emotions Questionnaire (REQ) and The Highly Sensitive Child Scale-Mother Report were used to evaluate all adolescents and those in the suicide attempt group were also interviewed to fill Suicide Intent Scale (SIS). As a result, it was shown that adolescents with MDD experienced higher number of NLEs, have lower levels of mindfulness, use internal dysfunctional and external dysfunctional ER strategies more and external functional ER strategies less compared to healthy controls. When the whole sample was evaluated, the relation between the number of NLEs and depressive symptoms were mediated by mindfulness, self acceptance, external functional, external dysfunctional and internal dysfunctional ER strategies. Adolescents who had a suicide attempt had higher number of NLEs, lower levels of mindfulness and self acceptance and used internal dysfunctional and external dysfunctional ER strategies more compared to healthy controls. Severity of suicide intent in those adolescents was only correlated with the severity of depressive symptoms. There was no difference regarding sensory processing sensitivity between groups.

Key words: Depression, suicide, life events, emotion regulation, mindfulness

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR	x
TABLolar DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Konunun Önemi.....	1
2.1. Major Depresif Bozukluk.....	4
2.1.1. Tanımı ve Klinik Özellikleri.....	4
2.1.2. Epidemiyoloji.....	6
2.1.3.Etiyoloji.....	6
2.1.4. Olumsuz Yaşam Olayları ile Majör Depresif Bozukluk İlişkisi	10
2.1.5. Eşlik Eden Psikopatolojiler	12
2.1.6. Tedavi.....	12
2.1.7. Gidiş	14
2.2.İntihar	15
2.2.1. İntiharın Tanımı ve Özellikleri	15
2.2.2. İntiharın Epidemiyolojisi	16
2.2.3. İntihar için Risk faktörleri.....	17
2.2.4. Olumsuz Yaşam Olayları ile İntihar İlişkisi.....	19
2.2.5. Tedavi.....	20
2.2.6. Önleme	21
2.3. Duygu Düzenleme	22
2.3.1.Genel Bilgiler.....	22
2.3.2. Duygu Düzenleme Stratejileri.....	23
2.3.3.Duygu Düzenleme ve Majör Depresif Bozukluk	24
2.3.4. Duygu Düzenleme ve İntihar	26
2.4. Bilinçli Farkındalık.....	27
2.4.1. Genel Bilgiler	27
2.4.2. Bilinçli Farkındalık ve Majör Depresif Bozukluk.....	28
2.4.3.Bilinçli Farkındalık ve İntihar	30
2.4.4.Bilinçli Farkındalık Temelli Psikoterapiler	31

2.5. Duyusal İşleme Hassasiyeti	33
2.5.1. Genel Bilgiler	33
2.5.2. Psikolojik Sonuçlar	35
2.6. Araştırmanın Amacı	37
3. YÖNTEM VE GEREÇLER.....	39
3.1. Araştırmanın Deseni	39
3.2. Araştırmanın Örnekleme	39
3.3. Örneklemin Seçimi.....	39
3.4. Araştırmada Kullanılan Gereçler.....	41
3.4.1. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu	42
3.4.2. Beck Depresyon Ölçeği –BDÖ (Beck Depression Inventory- BDI)	42
3.4.3. Ergen-Yetişkin Bilinçli Farkındalık Ölçeği - EYBFÖ (Adolescent and Adult Mindfulness Scale - AAMS)	43
3.4.4. Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği - EİDDÖ (The Regulation of Emotions Questionnaire - REQ).....	44
3.4.5. Olumsuz Yaşam Olayları Formu.....	44
3.4.6. Hassasiyeti Yüksek Birey Ölçeği - HYBÖ (Highly Sensitive Child Scale – Mother Report - HSCS).....	45
3.4.7. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşamboyu Versiyonu - ÇDŞG-ŞY (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children, Present and Lifetime Version - K-SADS-PL).....	45
3.4.8. İntihar Niyeti Ölçeği- İNÖ (Suicide Intent Scale, SIS)	46
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistikler	47
3.6. Uygulama	47
4. BULGULAR.....	49
4.1. Değişkenlerin Normallığı.....	49
4.2. Ergenlerin Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri	51
4.2.1. Sosyodemografik Özellikler	51
4.2.2. Klinik Özellikler	53
4.3. Ergenlerin Depresif Belirtileri ve İlişkili Özelliklerin Değerlendirilmesi	54
4.3.1. Depresif Belirtiler.....	54
4.3.2. Olumsuz Yaşam Olayları	55
4.3.3. Bilinçli Farkındalık Düzeyleri.....	57
4.3.4. Duygu Düzenleme Stratejileri.....	58
4.3.5. Duyusal İşleme Hassasiyeti Düzeyleri	59

4.4. İntihar Girişimi Grubundaki Ergenlerde İntihar Niyetinin Şiddetinin Değerlendirilmesi	60
4.5. Ergenlerin Ölçek Puanlarının Birbiriyle İlişkisinin Değerlendirilmesi	60
4.5.1. Tüm Örnekleme Ölçek Puanlarının Birbiriyle İlişkisinin Değerlendirilmesi	60
4.5.2. İntihar Girişimi Grubunda Ölçek Puanlarının Birbiriyle İlişkisinin Değerlendirilmesi	62
4.5.3. Majör Depresif Bozukluk Grubunda Ölçek Puanlarının Birbiriyle İlişkisinin Değerlendirilmesi	63
4.6. Olumsuz Yaşam Olayları ile Depresif Belirtilerin İlişkisinde Bilinçli Farkındalık, Duygu Düzenleme Stratejileri ve Duyusal İşleme Hassasiyetinin Rolü	64
4.6.1. Olumsuz Yaşam Olayları Sayısı ile Depresif Belirtilerin İlişkisinde Bilinçli Farkındalığın Aracı Rolü	64
4.6.2. Olumsuz Yaşam Olayları ile Depresif Belirtilerin İlişkisinde Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü	68
4.6.3. Olumsuz Yaşam Olayları ile Depresif Belirtilerin İlişkisinde Duyusal İşleme Hassasiyetinin Düzenleyici Rolü	71
5. TARTIŞMA	72
5.1. Örneklemin Değerlendirilmesi	72
5.1.1. Sosyodemografik Özellikler	72
5.1.2. Araştırma Gruplarında Psikiyatrik Tanı ve Eşhastalanım	76
5.1.3. Depresif Belirtilerin Değerlendirilmesi	77
5.2. Ergenlerde Depresyonun Olumsuz Yaşam Olayları, Bilinçli Farkındalık, Duygu Düzenleme ve Duyusal İşleme Hassasiyeti ile İlişkisinin Değerlendirilmesi	78
5.2.1. Depresyon ve Olumsuz Yaşam Olayları	78
5.2.2. Depresyon ve Bilinçli Farkındalık	80
5.2.3. Depresyon ve Duygu Düzenleme Stratejileri	82
5.2.4. Depresyon ve Duyusal İşleme Hassasiyeti	84
5.3. Ergenlerde İntihar ile Depresif Belirtiler, Olumsuz Yaşam Olayları, Bilinçli Farkındalık, Duygu Düzenleme ve Duyusal İşleme Hassasiyeti İlişkisinin Değerlendirilmesi	85
5.3.1. İntihar Girişimi Grubunda İntihar Niyetinin Değerlendirilmesi	85
5.3.2. İntihar ve Depresif Belirtiler	86
5.3.3. İntihar ve Olumsuz Yaşam Olayları	86
5.3.4. İntihar ve Bilinçli Farkındalık	89
5.3.5. İntihar ve Duygu Düzenleme Stratejileri	90
5.3.6. İntihar ve Duyusal İşleme Hassasiyeti	91

5.4. Ergenlerde Olumsuz Yaşam Olayları ile Depresif Belirtilerin İlişkisinde Bilinçli Farkındalık ve Duygu Düzenleme Stratejilerinin Rolü	92
5.4.1. Olumsuz Yaşam Olayları Sayısı ile Depresif Belirtilerin İlişkisinde Bilinçli Farkındalığın Aracı Rolü	92
5.4.2. Olumsuz Yaşam Olayları Sayısı ile Depresif Belirtilerin İlişkisinde Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü	94
5.5. Çalışmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları	96
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	98
KAYNAKLAR	101

EKLER

EK 1: Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu

EK 2: Beck Depresyon Ölçeği

EK 3: Ergen ve Yetişkin Bilinçli Farkındalık Ölçeği

EK 4: Olumsuz Yaşam Olayları Formu

EK 5: Hassasiyeti Yüksek Birey Ölçeği

EK 6: İntihar Niyeti Ölçeği

SİMGELER VE KISALTMALAR

ACT: Kabul ve Kararlılık Terapisi

BAB: Bipolar Afektif Bozukluk

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

BF: Bilinçli Farkındalık

ÇDŞG-ŞY: Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu

DAS: Davranışsal Aktivasyon Sistemi

DBT: Diyalektik Davranış Terapisi

DD: Duygu Düzenleme

DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DİH: Duyusal İşleme Hassasiyeti

DİS: Davranışsal İnhibisyon Sistemi

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)

EİDDÖ: Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği

EYBFÖ: Ergen-Yetişkin Bilinçli Farkındalık Ölçeği

HYBÖ: Hassasiyeti Yüksek Birey Ölçeği

İNÖ: İntihar Niyeti Ölçeği

KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu

MBCT: Bilinçli Farkındalık Temelli Kognitif Terapi (Mindfulness Based Cognitive Therapy)

MBSR: Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma (Mindfulness Based Stress Reduction)

MDB: Majör Depresif Bozukluk

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

TADS: Treatment for Adolescents with Depression Study

χ^2 : Ki Kare

n: Kişi sayısı

p: Anlamlılık düzeyi

Ort: Ortalama

Ss: Standart sapma

M: Medyan

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 4.1: Ölçek Puanlarının Normalliğin Sınanması	49
Tablo 4.2: Sayısal Özelliklerin Normalliğin Sınanması	50
Tablo 4.3: Grupların Sosyodemografik Özellikler Açısından Karşılaştırılması	52
Tablo 4.4: Grupların Klinik Özellikler Açısından Karşılaştırılması	54
Tablo 4.5: Grupların Depresif Belirti Şiddeti Açısından Karşılaştırılması	54
Tablo 4.6: Grupların Olumsuz Yaşam Olayı Sayısı Açısından Karşılaştırılması	55
Tablo 4.7: Grupların Olumsuz Yaşam Olayları Açısından Karşılaştırılması	56
Tablo 4.8: Grupların Bilinçli Farkındalık Düzeylerinin Karşılaştırılması	58
Tablo 4.9: Grupların Duygu Düzenleme Stratejilerinin Karşılaştırılması	59
Tablo 4.10: Grupların Duyusal İşleme Hassasiyeti Açısından Karşılaştırılması	59
Tablo 4.11: Tüm Örneklemde Ölçek Puanlarının Birbiriyle İlişkisi	61
Tablo 4.12: İntihar Girişimi Grubunda Ölçek Puanlarının Birbiriyle İlişkisi	62
Tablo 4.13: Majör Depresyon Grubunda Ölçek Puanlarının Birbiriyle İlişkisi	64
Tablo 4.14: Olumsuz Yaşam Olayları Sayısı ile Depresif Belirtilerin İlişkisinde Bilinçli Farkındalığın Aracı Rolü	65
Tablo 4.15: Olumsuz Yaşam Olayları Sayısı ile Depresif Belirtilerin İlişkisinde Kendini Kabullenme Boyutunun Aracı Rolü	66
Tablo 4.16: Olumsuz Yaşam Olayları Sayısı ile Depresif Belirtilerin İlişkisinde Dikkat ve Farkındalık Boyutunun Aracı Rolü	66
Tablo 4.17: Olumsuz Yaşam Olayları Sayısı ile Depresif Belirtilerin İlişkisinde Tepkisizlik Boyutunun Aracı Rolü	67
Tablo 4.18: Olumsuz Yaşam Olayları Sayısı ile Depresif Belirtilerin İlişkisinde Yargılayıcı Olmama Boyutunun Aracı Rolü	68
Tablo 4.19: Olumsuz Yaşam Olayları Sayısı ile Depresif Belirtilerin İlişkisinde İçsel İşlevsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü	69
Tablo 4.20: Olumsuz Yaşam Olayları Sayısı ile Depresif Belirtilerin İlişkisinde Dışsal İşlevsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü	69
Tablo 4.21: Olumsuz Yaşam Olayları Sayısı ile Depresif Belirtilerin İlişkisinde İçsel İşlevsel Olmayan Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü	70

Tablo 4.22: Olumsuz Yaşam Olayları Sayısı ile Depresif Belirtilerin İlişkisinde Dışsal İşlevsel Olmayan Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü	71
Tablo 4.23: Olumsuz Yaşam Olayları Sayısı ile Depresif Belirtilerin İlişkisinde Duyusal İşleme Hassasiyetinin Düzenleyici Rolü	71

1. GİRİŞ

1.1. Konunun Önemi

Major depresif bozukluk (MDB); mutsuzluk, ilgi kaybı, günlük aktivitelerden keyif alamama, huzursuzluk, enerji azalması, konsantrasyon güçlüğü, iştah ve uyku bozuklukları, olumsuz düşünme gibi bulgularla karakterize epizodik bir ruhsal bozukluktur (1). Ergenlerde depresif bozuklukların nokta prevalansı % 3-8, ergenlik sonuna kadar yaşam boyu prevalansı % 20 olarak tespit edilmiştir (2-4). Depresyon dünya çapında sağlık ile ilişkili maluliyetin önde gelen sebeplerinden biri olup küresel hastalık yükünü önemli oranda artırmaktadır (5). Major depresif bozukluk ergenlerde ciddi sosyal ve akademik zorluklara yol açmaktadır ve risk altındaki gençlerin tespit edilmesine ihtiyaç vardır (6, 7). Depresyonun yol açtığı en ciddi sonuç tamamlanmış intiharlardır. Ergenlik döneminde yaşam boyu intihar düşüncesi % 12,1-29,9 arasında bulunmuştur (8). Çocukluk çağındaki depresyonun ergenlik ve erken erişkinlik arasındaki dönemde intihar girişimi ihtimalini 5 kat artırdığı tespit edilmiştir (9). Çocuk ve ergenlerde depresyonun önlenmesi ve intihar ile diğer olumsuz sonuçların engellenmesi için uygun şekilde tedavi edilmesi toplum sağlığı açısından önem arz etmektedir.

Çocuk ve ergenlerde akut ve kronik stresörler ile depresif belirtilerin ilişkisi ileriye dönük yapılan çalışmalar ile ortaya konmuştur (10). Ergenlerde olumsuz yaşam olaylarının depresyon ile pozitif yönde ilişkili olduğu, olumsuz yaşam olayları arttıkça depresif belirtilerin arttığı saptanmıştır (11). Bu yaş grubunda intihar davranışı için risk faktörlerini araştıran bir meta analiz çalışmasında ise ailevi problemler, akademik stresörler, erken dönem travmaları ve diğer olumsuz yaşam olayları intihar davranışı ile ilişkili bulunmuştur (6). Çocuk ve ergenlerin strese tepki verme ve baş etme biçimleri de depresif belirtilerin gelişimde önem teşkil etmektedir (12). Mizaç özelliklerinin depresyon etiolojisinde rol oynuyor olabileceği düşünülmektedir (13). Özellikle mizaç özelliklerinden olumsuz duygulanımın fazla ya da olumlu duygulanımın az olması çocuk ve ergenlerde depresyonla ilişkili bulunmuştur (14, 15). Son yıllarda mizaç ve kişilik özelliklerinin ruhsal sorunlar ile ilişkisini araştıran çalışmalarda duygusal işleme hassasiyeti kavramı giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Duyusal işleme hassasiyeti (DİH), temel olarak kişilerin

sosyal ve fiziksel çevrelerindeki içsel veya dışsal kaynaklı uyaranları algılama, yorumlama ve bunlara tepki verme yetilerindeki hassasiyet olarak tanımlanan kalıtsal bir mizaç özelliğidir (16). Bu biyolojik yatkınlığa sahip bireylerin hem olumlu hem de olumsuz çevresel koşulların etkisine daha açık olduğu ve buna bağlı olarak bu bireylerin olumlu çevresel koşullardan daha fazla yararlandığı, olumsuz çevresel koşullardan ise daha kötü etkilendiği öne sürülmektedir (17). Erişkinlerde duyuşal işleme hassasiyeti ile depresif belirtilerin ilişkisiyle ilgili yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir (18-20). Çocuk ve ergenlerde duyuşal işleme hassasiyeti ile anksiyete, depresyon gibi içe yönelim belirtilerin ilişkisini inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmaların sonuçları duyuşal işleme hassasiyeti arttıkça içe yönelim problemleri ve depresif belirtilerin artış gösterdiğine işaret etmektedir (21-23).

Ergenlerde depresyon ve intihar girişimleri üzerindeki etkisi araştırılan etkenlerden bir diğeri duyuşal düzenleme güçlükleridir. Duyuşal düzenleme, bireyin amaçlarını gerçekleştirmede kendisi için yoğun ve geçici niteliğindeki duyuşal tepkilerini izleme, değerlendirme ve değiştirmede kullandıkları içsel ve dışsal tepkilerden oluşmaktadır (24). Erken ergenlik dönemindeki çocukların depresif belirtilerinin duyuşal düzenleme güçlükleri açısından incelendiği bir çalışmada, duyuşal düzenleme güçlükleri ve duyuşal düzenleme stratejilerinin kullanılmasındaki kısıtlılıkların kesitsel olarak depresif belirtilerde artışla ilişkili olduğu saptanmış, ayrıca uzunlamasına olarak bakıldığında erken ergenlik dönemindeki duyuşal düzenleme güçlüklerinin orta ergenlikteki depresif belirtileri yordadığı görülmüştür (25). Bir başka çalışmada ise duyuşal düzenleme güçlükleri depresif belirtilerden bağımsız olarak son bir yıl içerisinde intihar girişiminde artışla ilişkili bulunmuştur (26).

Gençlerde depresyonu azaltmak ve intiharı önlemek için uygulanan pek çok müdahale yöntemi bulunmaktadır. Son yıllarda bilinçli farkındalık temelli müdahaleler popülerite kazanmakta ve gençlerde depresyon tedavisinde yarar sağladığını destekleyen kanıtlar bulunmaktadır (27). Bilinçli farkındalık, kişinin şu anda meydana gelen olaylara ve durumlara dikkatini vermesi süreci olarak tanımlanmaktadır. Bazı araştırmacılar bilinçli farkındalığın bir kişilik özelliği olarak tanımlanabileceğini ve bilinçli farkındalık özelliğinin fazla olmasının olumsuz

deneyimler karşısında daha az psikolojik stres yaşama ile sonuçlandığını öne sürmektedir (28). Bilinçli farkındalık temelli müdahalelerden umut verici sonuçlar alınması, bir kişilik özelliği olarak bilinçli farkındalık ile majör depresif bozukluk (MDB) arasındaki ilişkinin araştırılmasını sağlamıştır (29). Yapılan çalışmalarda ergenlerde bilinçli farkındalık becerilerindeki artışın depresif belirtilerde azalmayla ilişkili olduğu bildirilmiştir (30, 31). Ergenlerde intihar davranışıyla ilgili bir çalışmada ise bilinçli farkındalık ile intihar girişimi varlığı arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır (32). Bununla beraber erişkinler ile yapılan çalışmalarda bilinçli farkındalık ile intihar riski arasında negatif yönde ilişki olduğuna dair kanıtlar bulunmuştur (33).

Ergenlerde depresyon için yatkınlık yaratan ve depresyonunun ortaya çıkmasında etkili olan faktörlerin anlaşılması, depresyonun olası olumsuz sonuçlarının önlenmesinde önem teşkil etmektedir. Major depresif bozukluğun ergenlerde sosyal, akademik ve kişisel alanlarda zorluğa yol açtığı bilinmektedir (29, 34, 35). Ayrıca ergenlikteki depresyonun erişkin çağda depresyon tanısı alma için güçlü bir yordayıcı olduğu saptanmıştır (36). Çalışmalar depresyonu olan ergenlerde hem intihar düşüncesinin hem de intihar girişimlerinin yaygın olduğunu göstermiştir (37). Erişkinlerde yapılmış çalışmalar sonucunda depresyonun intihar riskini diğer psikiyatrik bozukluklara kıyasla 3,5-4,5 kat, genel popülasyona kıyasla da 22-36 kat arttırdığı bildirilmiştir (38). Çocuk ve ergenlerde olumsuz yaşam olaylarının depresyon ve intihar davranışı ile ilişkisi birçok çalışma ile ortaya konmuş olsa da yaşam olaylarının depresif belirtiler veya intihar girişimlerine ne şekilde yol açtığına ilişkin anlaşılmasına, dolayısıyla bu ilişkiyi düzenleyen faktörlerin daha iyi araştırılmasına ihtiyaç vardır. Olumsuz yaşam olayları ile depresif belirtilerin ilişkisinde bilinçli farkındalık, duygu düzenleme becerileri ve duyuşal işleme hassasiyetinin rolü ve bunların intihar girişimleri ile ilişkisini araştıran çalışmaların çoğu klinik tanısı olan kişileri içermeyen ve erişkin yaş grubu ile yapılan çalışmalardır. Bu çalışma ergenlerde olumsuz yaşam olayları ile depresif belirtilerin ilişkisinde duyuşal işleme hassasiyeti, bilinçli farkındalık ve duygu düzenleme becerilerinin yerini ve bu faktörlerin ergenlerde intihar girişimleriyle ilişkisini aydınlatarak alan yazınına katkı sağlayacak olması nedeniyle önemlidir.

2. GENELBİLGİLER

2.1. Major Depresif Bozukluk

2.1.1. Tanımı ve Klinik Özellikleri

Major depresif bozukluk (MDB); mutsuzluk, ilgi kaybı, günlük aktivitelerden keyif alamama, huzursuzluk, enerji azalması, konsantrasyon güçlüğü, iştah ve uyku bozuklukları, olumsuz düşünme gibi bulgularla karakterize epizodik bir ruhsal bozukluktur (1). Unipolar depresyon olarak da adlandırılan bu bozukluk, manik, karma veya hipomanik epizod öyküsü olmadan meydana gelir ve bu yönüyle bir başka duygudurum bozukluğu olan bipolar afektif bozukluktan ayrılır (39).

Hem MDB tanısı olan gençlerde hem de eşik altı depresif belirtileri bulunan gençlerde işlev kaybı belirgindir (40). Sosyal ilişkilerde zorluklar ve eğitim hayatıyla ilgili sorunlar görülebilir. Kişisel alanda özellikle kendilik algısı, beden algısı ve yaşam tatmini açısından olumsuz sonuçlar ortaya çıkmaktadır (29). MDB'nin obezite, sigara ve madde kullanımında artış gibi beden sağlığı için risk yaratan durumlara da yol açtığı bilinmektedir. Bunlara ek olarak, MDB, intihar davranışı için de büyük bir risk faktörüdür (7).

MDB erişkinlerde ve ergenler de benzer şekillerde tanımlanmaktadır. Buna rağmen ergenlerde MDB tanısı erişkinlere göre daha sık gözden kaçabilmektedir (41). Bunun olası sebepleri arasında ergenlerde irritabilitenin daha baskın olması, duygusal reaktivite, belirtilerin dalgalanma göstermesi veya ana yakınmanın açıklanamayan fiziksel belirtiler, yeme bozuklukları, anksiyete, okul reddi, madde kullanımı veya davranış problemleri gibi farklı klinik görünümde olması sayılabilir (7).

DSM-5'e göre majör depresif bozukluk tanısının konabilmesi için aşağıdaki ölçütlerin sağlanması gerekir (42).

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya çökkün duygudurum ya da ilgisini yitirme ya da zevk almamadır.

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

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

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

4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.

5. Neredeyse her gün, psiko devinsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama (Başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu olarak taşıma değil).

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

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

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

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

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

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

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

E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir.

2.1.2. Epidemiyoloji

Dünya Sağlık Örgütü 10-19 yaş arası kişilerde küresel hastalık yükünün % 16'sını ergenlerin ruh sağlığı sorunlarının oluşturduğunu tahmin etmektedir (43). Ergenlerde depresif bozuklukların nokta prevalansı % 3-8, ergenlik sonuna kadar yaşam boyu prevalansı % 20 olarak tespit edilmiştir (2-4). Düşük ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerdeki çalışmalarda erkeklerde % 10-13, kızlarda % 12-18 şeklinde daha yüksek nokta prevalanslar bildirilmiştir (44, 45). Ülkemizde yapılan çalışmalara göre ergenlerde depresyon sıklığı % 12.5-17.5 arasında değişmektedir (46, 47).

Majör depresif bozukluk, kız ergenlerde erkek ergenlere göre daha yaygındır (43). Puberte sonrası kız erkek oranı yaklaşık 2:1 olarak tespit edilmiştir (40, 48). Bu puberte sonrası cinsiyet farklılığı tam olarak anlaşılammış olsa da kızlardaki hormonal değişikliklerin beyni stresin etkilerine karşı daha hassas hale getirerek bu farka katkıda bulunduğu düşünülmektedir (7). Hayvan çalışmalarında östrojen artışının prefrontal korteksteki stres cevabını artırdığı gösterilmiştir(49).

2.1.3.Etiyoloji

Klinik heterojenite ve hastalığa yol açan sebeplerdeki çeşitlilik nedeniyle ergenlerde MDB patogenezinin anlaşılması zordur. Birçok risk faktörünün etkileşerek MDB riskini artırdığı düşünülmektedir (7).

Kalıtsal faktörler ve erken yaşam olayları doğrudan veya dolaylı olarak depresyona eğilime yol açıyor olabilir (7). Bu tür faktörlerin etkilerini mizaç, kişilik özellikleri ve bilişler aracılığıyla ortaya çıkarıyor olabileceği öne sürülmüştür (50). Bu faktörler hormonal ve gelişimsel değişikliklerle birlikte bireyin strese karşı hassasiyetini değiştirebilmektedir. Fakat bunların risk faktörü mü mediatör mü olduğunu araştıran çalışmalar kısıtlıdır (7).

Depresyonun ortaya çıkmasında etkili olduğu düşünölen çeşitli genetik, biyolojik, bireysel ve çevresel faktörler bildirilmiştir (7).

Genetik Faktörler

Ergenlik döneminde ortaya çıkan majör depresif bozukluğa yatkınlık yaratan genetik faktörlerin anlaşılabilmesi için ikiz çalışmaları, evlat edinme çalışmaları ve uzunlamasına aile çalışmaları yapılmıştır. İkiz çalışmalarında depresif belirtilerin monozigot ikizlerde dizigotik ikizlere göre daha fazla konkordansa sahip olduğu ve kalıtılabilirliğin yaklaşık % 40 olduğu saptanmıştır. Ayrıca ergenlik çağı başlangıçlı depresyonun prepubertal depresyona göre daha kalıtsal olduğu tespit edilmiştir (51).

Depresyon öyküsü olan ebeveynlerin çocuklarında depresyon görülme sıklığı sağlıklı ebeveynlerin çocuklarına göre 3-4 kat artmıştır (52, 53). Hem genler hem de kalıtsal olmayan faktörlerin bu risk üzerine katkısı bulunmaktadır (52, 54). Uzunlamasına çalışmalar, evlat edinilmiş çocuklar ile yapılan çalışmalar ve maternal depresyon tedavi çalışmaları, erken maternal depresyonun oluşturduğu riske annede devam eden belirtilerin veya ilişkili psikososyal zorlukların aracılık ettiğini ortaya koymuştur (7, 55).

2013 yılında Ripke ve arkadaşları tarafından 9.420 MDB hastası ve 18.759 sağlıklı kontrol olgusunun dahil edildiği bir mega analiz çalışması yapılmıştır. Bu çalışmada hiçbir gen ile MDB arasında ilişki bulunamamıştır (56). Bununla beraber, çalışmalarda MDB ile ilişkili en sık bildirilen aday gen varyantı serotonin taşıyıcı geninin (5HTTLPR) daha az işlevsel olan allelik varyantıdır. Bu varyant olumsuz yaşam olayları, istismar öyküsü veya akran zorbalığı varlığında erken başlangıçlı depresyon ile ilişkilendirilmiştir fakat bu bulguların gücü ve tutarlılığı değişiklik göstermektedir (57).

Kalıtsal faktörlerin ergenlik çağı depresyonuna doğrudan riski artırma dışında gen çevre etkileşimi aracılığıyla da katkıda bulunduğu öne sürölmüştür. Birçok çalışma özellikle depresyon için ailesel riskin yüksek olduğu kız ergenlerde psikososyal risk faktörleriyle karşılaşma olasılığının ve bu risklere karşı hassasiyetin arttığını göstermiştir. Genetik faktörlerin, yaşamsal zorluklara karşı hassasiyeti veya riskli çevresel koşullara maruz kalma ihtimalini artırarak dolaylı yoldan depresyonun oluşmasına sebep olabileceği düşünölmektedir (51, 58-60).

Biyolojik Faktörler

Genetik faktörler dışındaki biyolojik faktörleri inceleyen hayvan çalışmaları hem olgunlaşmamış ergen beyninin erişkin beynine göre genetik ve çevresel etkilere daha duyarlı olduğunu göstermiş hem de belli devrelerde değişikliklerin meydana geldiği spesifik beyin bölgeleri tanımlamıştır (61, 62). İlişkili bulunan devrelerden biri amigdalayı hipokampus ve prefrontal korteksin ventral kısımlarına bağlar ve hipotalamo-hipofiz-adrenal aks aktivitesi ile bağlantılıdır. Majör depresif bozukluk hastalarında bu devredeki aktivitenin arttığı saptanmıştır (63). Bu nöral değişikliklerin bazıları sağlıklı ama davranışsal inhibisyon gibi bazı mizaç özelliklerine sahip veya depresyon için genetik risk altındaki kişilerde de görülmüştür (64, 65). Ayrıca bu devrede seks steroidi reseptörlerinin fazla olmasının kızlarda erkeklere göre depresyon riskinin daha fazla olmasını açıklayan biyolojik mekanizma olabileceği düşünülmektedir (7).

Depresyonda öne çıkan bir diğer devre striatum ve onun prefrontal korteks ile ventral dopamin temelli sistemler ile bağlantılarını kapsamaktadır. Çalışmalar bu ödül devresindeki aktivite azalmasının depresyon riski ve depresyonun ortaya çıkmasıyla ilişkili olduğuna işaret etmektedir. Hem majör depresif bozukluk tanılı kişilerde hem de ebeveynlerinde MDB olan kişilerde ödül içeren görevler sırasında striatum ve prefrontal korteks aktivitesinin azalmış olduğu tespit edilmiştir (66).

Bireysel faktörler

Mizaç özelliklerinin depresyon etiyojisinde rol oynuyor olma olasılığı, çocuk ve ergenlerde genetik faktörlerin depresif belirtiler ve depresif bozuklukların gelişimine katkı sağladığına dair kanıtların bulunmasıyla akla gelmiştir (13).

Reid ve arkadaşları (1998) beyin görüntüleme çalışmaları sonucunda bazı bireylerin depresyona karşı, görece daha az sol frontal lob aktivasyonu ve olumsuz olaylara karşı artmış tepki ile karakterize bir biyolojik yatkınlığa sahip olduğunu öne sürmüşlerdir. Frontal aktivasyondaki bu anlamlı farklılıkların mizaç ve baş etme stillerindeki bireysel farklılıklarla ilişkili olabileceği düşünülmüştür (67).

Daha fazla olumsuz duygulanım ve beraberinde daha az olumlu duygular deneyimleme eğilimi doğrudan depresyonun disforik ve anhedonik belirtilerine zemin hazırlamaktadır. Artmış uyarılabilirlik ise hem davranışsal inhibisyon hem de

depresyon ile bağlantılıdır. Davranışsal içe çekilme en çok anksiyete ile ilişkilendirilmekle birlikte sosyal içe çekilme hali depresyonda da karakterizedir. Dikkat regülasyonunda zayıflık depresyonun belirleyici belirtilerindendir. Bu bilgiler mizaç özelliklerinin depresyon gelişime katkısı olduğu varsayımını güçlendirmektedir (13).

Olumlu ve olumsuz duygulanım kavramları kalıcı bireysel farklılıklar olarak ele alınmaktadır (68, 69). Olumlu duygulanım genel olarak yüksek enerji düzeyini, zihinsel uyanıklığı, neşeyi, kısacası olumlu duygusal deneyimler konusunda kalıcı bir bireysel ayrılığı ifade eder (68). Diğer yandan olumsuz duygulanım stres, öfke, düşmanlık gibi olumsuz duyguların daha yoğun hissedildiği bir bireysel farklılık boyutu olarak görülmektedir (68-71). Birçok çalışmada erişkinler ve üniversite öğrencilerinde mizaç özellikleri ile depresif belirtiler ve bozukluklar arasında korelasyon bildirilmiş ve tutarlı olarak depresyon ile olumsuz duygulanım arasında pozitif yönde, olumlu duygulanım ile ise negatif yönde ilişki olduğu gösterilmiştir (72, 73).

Çocuk ve ergenlerde; çocuk, ebeveyn ve akranlardan alınan bilgilerin kullanıldığı farklı değerlendirmeler sonucunda olumsuz duygulanımın fazla olması anksiyete ve depresyonla ilişkili bulunurken, olumlu duygulanımın az olması sadece depresyonla ilişkili bulunmuştur (14, 15). Anne babaları boşanma sürecinde olan çocuklarla yapılan bir çalışmada ebeveynlik biçimleri ile depresyon belirtileri arasındaki ilişkide mizaç özelliklerinin rolü araştırılmıştır. Ebeveyn reddinin olumlu duygulanımı az olan çocuklarda daha fazla depresif belirti ile ilişkili olduğu, olumlu duygulanımın fazla olmasının çocuğu ebeveyn reddinin olumsuz etkilerinden koruduğu görülmüştür. Ayrıca çocuğun dürtüsellüğünün fazla olmasının ebeveynin disiplinindeki tutarsızlığı ile depresif belirtiler arasındaki ilişkiyi güçlendirdiği saptanmıştır (13, 74).

Dikkat kontrolünün bir mizaç özelliği olarak strese cevap vermede kullanılan otomatik dikkat süreçleriyle bağlantılı olabileceği düşünülmektedir (13). Tekrarlayan karın ağrısı olan çocuklarla yapılan bir çalışmada dikkat kontrolünün zayıf olmasının anksiyete ve depresyon belirtilerinde artışla ilişkili olduğu bulunmuştur. Ancak bu ilişkiye dikkat dağıtma, kabullenme, bilişsel yeniden yapılandırma ve olumlu

düşünme gibi stresle baş etme yöntemlerinin aracılık ettiği saptanmıştır (75). Bu bulgu, dikkat üzerindeki kontrolün daha fazla olmasının, çocuğun dikkatini başka bir şeye yönlendirebilmesini, durumu daha olumlu şekilde yeniden yorumlayabilmesini, seçici olarak daha olumlu düşünce ve uyaranlara odaklanmasını sağladığı şeklinde yorumlanmıştır. Dikkat kontrolünün çocuğun daha az depresif ve anksiyöz duygular yaşamasını sağlayacak karmaşık bilişsel baş etme süreçlerini kullanılabilmesini kolaylaştırdığı öne sürülmüştür(13).

Çevresel Faktörler

Çocuk ve ergenlerde diğer etmenlere ek olarak çocukluk çağı travmaları ve olumsuz aile ortamı gibi çevresel faktörler de MDB ile ilişkili bulunmuştur (76). Depresyonun başlangıcında olduğu kadar tekrarlamasında da kayıplar, ihmal, istismar, aile içi çatışmalar önemli risk faktörlerini oluşturmaktadır (77).

2.1.4. Olumsuz Yaşam Olayları ile Majör Depresif Bozukluk İlişkisi

Majör depresif bozukluk tanılı ergenlerin %60'ı depresyonun başlangıcından önceki bir ay içinde olumsuz bir yaşam olayı deneyimlemektedirler (78). Hem yaralanma, kayıp gibi akut olumsuz yaşam olayları hem de kötü muamele, aile çatışması, akran zorbalığı, fiziksel hastalık gibi kronik yaşamsal zorlukların depresyon ile ilişkisi araştırılmıştır. Ergenlerde yaşam olayları ile depresyon ilişkisini inceleyen bir meta analiz çalışmasında olumsuz yaşam olayları ile depresyonun pozitif yönde ilişkili olduğu ve bu ilişkiye cinsiyet, yaşam olayının çeşidi ve kültürel yapının aracılık ettiği saptanmıştır. Kızlarda erkeklere göre, Çin çalışmalarında batılı ülkelerdeki çalışmalara göre ve günlük zorluklar bildirenlerde kritik yaşam olayları bildirenlere göre olumsuz yaşam olaylarını depresyon ile ilişkisi daha fazla saptanmıştır (11). Erken yaşam stresine maruz kalan çocuk ve ergenlerde depresyon riskini inceleyen bir başka meta analiz çalışmasında bu çocuk ve ergenlerde depresyon tanısı alma sıklığının erken yaşam stresine maruz kalmayanların 2,5 katı olduğu görülmüştür (79). Benzer şekilde ülkemizde düşük sosyoekonomik düzeydeki 358 ergen ile yapılan toplum temelli bir çalışmada 7. ve 8. sınıf öğrencilerinin deneyimledikleri olumsuz yaşam olayları sayısının, içe yönelim ve dışa yönelim problemlerini hem doğrudan hem de özdenetim becerisi üzerinden dolaylı olarak yordadığı saptanmıştır(80).

Olumsuz yaşam olaylarının depresyon için oluşturduğu risk tek bir olumsuz yaşam olayı yaşayanlara göre birden çok olumsuz yaşam olayı deneyimleyenlerde daha fazla olduğu görülmüştür (7, 81). Bununla beraber, yaşam olaylarının çeşidinin de yaşanan olumsuz olay sayısı gibi depresif belirtilerin gelişiminde önemli olduğu bildirilmiştir. Çalışmalar aile içi sorunlar, kayıplar, akademik zorluklar, akran zorbalığı ve kötü muamelenin çocuk ve ergenlerde depresyon için sık karşılaşılan risk faktörleri olduğunu göstermektedir (77, 82-85). LeMoult ve arkadaşları (2019) yaptıkları meta analiz çalışmasında cinsel istismar, fiziksel istismar, duygusal istismar, bir aile üyesinin ölümü ve ev içi şiddetin MDB riskinde artışla ilişki olduğunu bulurken yoksulluk, hastalık/ yaralanma ve doğal afetleri MDB ile ilişkili bulmamışlardır (79). Tüzün ve Çuhadaroğlu-Çetin (2011) ise 467 ergenle yaptıkları çalışmada yakın dönemde (son 4 ay) yaşanan stresli yaşam olaylarının daha uzun vadeli (son 1 yıl) yaşanan olaylara kıyasla depresif belirtileri daha iyi yordadığını bildirmişlerdir. Bu çalışmada depresif belirtilerle en güçlü ilişkiye sahip yaşam olaylarının yakın bir arkadaşla kavga etme veya ayrılma ve aileyle şiddete varan şekilde kavga etme olduğu görülmüştür (86).

Depresyon gelişimiyle ilişkisi hakkında en fazla bilgi bulunan yaşam olayı çocukluk döneminde ebeveyn kaybı olarak bildirilmiştir (39). Kayıpların ergen ruh sağlığı üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalarda diğer risk faktörleri kontrol edildiğinde dahi ebeveyn veya akran kaybının depresyon riskini 3 kat artırdığı görülmüştür (87, 88). Bu riskin daha önce depresyon öyküsü olanlarda arttığı saptanmıştır (87, 89).

Fiziksel veya cinsel istismar, ihmal ve ev içi şiddete maruz kalmak depresyonun başlangıcı ve tekrarlaması ile ilişkili bulunmuştur. Depresyon açısından ailesel riskin fazla olduğu vakalarda istismarın depresyona yol açma ihtimali artmaktadır (90).

Hem akran zorbalığına uğrayan çocukların hem de zorbalık yapan çocukların kontrol grubuna göre daha fazla MDB tanısı aldığı saptanmıştır. Akran zorbalığının olumsuz bilişleri artırarak depresif belirtileri artırmada uzun süreli etkileri olabilmektedir (91). Akran zorbalığına uğramanın sık görüldüğü cinsel azınlık gruplarındaki gençlerde (lezbiyen, gey, biseksüel, transseksüel) MDB'nin

heteroseksüel gençlerin 3 katı oranında görüldüğü ve bu etkiye akran zorbalığının aracılık ettiği saptanmıştır (92, 93).

Ergenlerde MDB ile ilişkili durumlardan bir diğeri fiziksel sağlık sorunları olmasıdır. Kronik hastalıkların sinir sistemi veya inflamatuvar sistemler üzerindeki sistemik etkileri dışında, eğlenceli veya özgüven artırıcı aktivitelere katılımın kısıtlanmasının da depresif belirtiler üzerinde etkisi olduğu düşünülmektedir (3, 36).

2.1.5. Eşlik Eden Psikopatolojiler

Depresyon tanılı ergenlerin üçte ikisinde en az bir komorbid psikiyatrik bozukluk bulunmaktadır. % 10-15'inde ise iki veya daha fazla komorbidite mevcuttur (94). En sık görülen komorbid bozukluklar anksiyete bozuklukları, yıkıcı davranış bozuklukları ve madde kullanım bozukluklarıdır (77, 95). Depresyonu olan ergenlerde depresif olmayanlara göre anksiyete 12 kat, yıkıcı davranış bozuklukları 4-11 kat, madde kullanım bozukluğu 3-6 kat fazla görülmektedir (96). Ergenlerde MDB ile birlikte yaygın anksiyete bozukluğunun yaklaşık % 20, yıkıcı davranım bozukluklarından dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun % 7, davranım bozukluğunun % 3, karşıt olma karşı gelme bozukluğunun % 3, madde kullanım bozukluğunun % 1 görüldüğü saptanmıştır (4). Cinsiyet farklılıklarına bakıldığında yeme bozuklukları kızlarda erkeklere göre daha sık eşlik ederken, erkeklerde yıkıcı davranış bozuklukları ve madde kullanım bozukluğu kızlara kıyasla daha sıktır (97). Komorbiditeler özellikle ağır depresyonda artmıştır, tedaviyi zorlaştırır ve karmaşılaştırır ve daha kötü prognoz ile ilişkilidir (7).

2.1.6. Tedavi

Hafif depresyonu olan kişiler sadece psikiyatrik değerlendirme ve psikoeğitimden fayda görebilirler (77). Orta-ağır depresyonda ise antidepresan tedavisi, bilişsel davranışçı terapi, kişilerarası psikoterapi veya ilaç tedavisi ile psikoterapi kombinasyonları kanıta dayalı tedavi seçenekleridir (2).

Farmakolojik Tedaviler

Çocuk ve ergenlerde depresyonun farmakolojik tedavisinde farklı antidepresan ilaçların etkinliği araştırılmıştır. Trisiklik antidepresanlar üzerine yapılan çalışmalar erişkinlerden farklı olarak çocuk ergen depresyonunda etkinliğinin bulunmadığını göstermiştir. Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) arasında

ise MDB tanılı ergenlerde etkinliğine dair en çok kanıt bulunan fluoksetindir (98, 99). MDB tanısı olan 438 ergen ile yapılan randomize plasebo kontrollü “Treatment for Adolescents with Depression Study” (TADS) çalışmasında 12 haftalık izlem sonucunda fluoksetinin tek başına MDB tedavisinde etkili olduğu saptanmıştır (100). Çocuk ve ergenlerde yapılan diğer plasebo kontrollü randomize çalışmalarda essitalopram MDB tedavisinde etkili bulunurken (101) paroksetin ve sertralin ile çelişkili sonuçlar veya zayıf pozitif etki görülmüştür (98).

Kliniğin daha ağır olması, uyku bozukluğu, komorbidite varlığı ve ailesel çatışma varlığında SSRI tedavisine cevabın daha düşük olduğu bildirilmiştir (102-104). Tedavi uyumsuzluğu ve düşük ilaç konsantrasyonları da tedaviye düşük cevap ile ilişkilendirilmiştir (105, 106).

Psikososyal Tedaviler

Ergenlerde MDB tedavisinde kullanılan psikoterapi yöntemleri arasında bilişsel davranışçı terapi, psikodinamik psikoterapi, kişilerarası psikoterapi, aile terapileri ve mentalizasyon temelli terapiler yer almaktadır.

Bilişsel davranışçı terapi (BDT) depresyonun olumsuz veya çarpıtılmış bilişler ve işlevsiz davranışlardan kaynaklandığı veya sürdüğü varsayımına dayanan psikoterapötik yöntemler kullanılan bir psikoterapi çeşididir. MDB için uygulanan BDT işlevsiz düşünce ve davranış örüntülerini değiştirecek müdahalelerin depresif belirtileri azaltacağı varsayımına dayanır (98). BDT ile ilgili randomize kontrollü çalışmaların meta analizinde BDT'nin çocuk ve ergenlerde depresyonu tedavi etmede etkinliğiyle ilgili güçlü kanıtlar ortaya konmuştur (107). BDT'nin ergenlerde intihar girişimleri için de koruyucu olduğunu destekleyen bulgular bulunmaktadır (108).

TADS çalışmasında 12 haftalık izlemde ergenlerde tek başına bilişsel davranışçı terapinin MDB için etkinliğinin plasebodan yüksek, tek başına fluoksetinden ise düşük olduğu bulunmuş, iki tedavinin kombine edilmesinin ise hem tek başına BDT hem de tek başına fluoksetine göre daha etkili olduğu ortaya konmuştur. Çalışmanın 36 haftalık izlem sonuçlarında BDT ile fluoksetinin etkinliği aynı bulunurken kombine tedavinin daha etkili olduğu bulgusu desteklenmiştir (100).

Bir başka çalışmada ise fluoksetin tedavisine BDT eklenmesinin tedavi sonuçlarında iyileşme sağlamadığı gözlenmiştir (109).

Psikodinamik terapiler, terapist ile hasta arasında terapötik ilişki kurularak bilinçdışı çatışmaların aktarım ve yorumlama yoluyla keşfedilmesi ve çözülmesine dayanır. Psikodinamik psikoterapilerin MDB tedavisinde etkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmakla birlikte diğer psikoterapi yöntemlerine üstünlük bildirilmemiştir (110). Çocuk ve ergenlerle yapılan bir çalışmada 9-15 yaş arası depresyon tanılı çocuk ve ergenlerde psikodinamik psikoterapinin şiddetli ve orta depresyonda etkili olduğu ortaya konmuştur (111).

Ergenlerde MDB tedavisinde kullanılan bir diğer psikoterapi yöntemi kişilerarası psikoterapidir. Kişilerarası psikoterapi yaklaşımına göre depresyon kişilerarası bağlamda ortaya çıkar ve tedavi cevabı da hasta ve yakınları arasındaki kişilerarası ilişkilerden etkilenir. Ergenler için kişilerarası psikoterapinin amacı kişilerarası işlevselliği artırarak depresif belirtilerin azaltılmasıdır (98). Ergenlerde kişilerarası psikoterapinin depresyonun akut tedavisinde etkili olduğuna dair birçok kontrollü çalışma vardır (112, 113). Ayrıca bir yıllık izlemde iyilik halinin devam ettiği, hastaneye yatış ve intihar davranışlarının azaldığı saptanmıştır (114).

Ergenlerde MDB için etkinliğine dair daha az kanıt bulunan diğer psikoterapi yöntemleri ebeveynler ve ergen arasında olumlu ve destekleyici bir ilişki sağlamaya odaklanan bağlanma temelli aile terapisi (115) ve ergenler ile ebeveynlerin eylemlerini duygu ve düşünceler bağlamında anlama kapasitesi ve kendini kontrol etme becerisini artırmayı hedefleyen mentalizasyon temelli terapilerdir (116). Mentalizasyon temelli terapilerin özellikle sınırda kişilik bozukluğu ve depresif belirtileri olan ergenlerde kendine zarar verme davranışı ve depresif belirtileri azalttığı bulunmuştur (116).

2.1.7. Gidiş

Klinik başvurusu olan MDB tanılı gençlerde ortalama depresif nöbet süresi 8 ayken, toplum örneğinde bu süre 1-2 aydır (117). Uzun dönemli çalışmalar remisyonun 1-2 yıl sonra rekürrens oranlarının % 20-60 arasında olduğunu ortaya koymuştur. Remisyonun 5 yıl sonra bu oranın % 70'e çıktığı görülmüştür.

Çocukluk ve ergenlik çağında depresyon görülen hastaların %20-40'ı yaşamının bir döneminde bipolar afektif bozukluk tanısı almaktadır. Bipolar afektif bozukluk (BAB) riski artmış kişiler depresif nöbet sırasında psikotik belirti gösteren, ailesinde BAB öyküsü bulunan ve farmakolojik olarak tetiklenen mani veya hipomani nöbetleri geçirmiş hastalardır (98).

Çocukluk çağında MDB tanısı alan kişilerin erişkinliğe kadar takip edildiği bir çalışmada intihar riski % 2,45 olarak hesaplanmış, katılımcıların % 44,3'ünün en az bir kez intihar girişiminde bulunduğu görülmüştür (118). Bir başka çalışmada araştırmacılar pediatrik depresyonun ergenlik ve erken erişkinlik arasındaki 10 yılda intihar girişimi ihtimalini 5 kat artırdığını öne sürmüşlerdir (9). Aktif intihar düşünceleri veya yakın zamanda intihar girişimi olan gençlerin psikiyatri servisinde yatırılarak tedavi görmesi uygundur (98).

Belirtilerin şiddetinin daha ağır olması, kronik gidiş veya rekürrens, komorbid durumlar, rezidüel belirtiler, karamsarlık, ümitsizlik, aile içi çatışma, düşük sosyoekonomik düzey ve kronik çevresel stresörlerin varlığı ergenlik çağı depresyonu için daha kötü sonuçlar ile ilişkilendirilmiştir (77, 119).

2.2.İntihar

2.2.1. İntiharın Tanımı ve Özellikleri

İntihar davranışı kişinin kendini öldürme niyetiyle eylemlerde bulunması ve bu eylemleri gerçekleştirmeyi düşünmesi olarak tanımlanmaktadır (120). Dünya Sağlık Örgütü intiharı, intihar eylemi ve intihar girişimi olarak ikiye ayırmaktadır. İntihar eylemi veya tamamlanmış intiharlar ölümle sonuçlanır. İntihar girişimi ise, bireyin kendisini yok etmek, zarar vermek amacıyla gerçekleştirdiği intihara yönelik, ölümle sonuçlanmayan tüm istemli girişimleri kapsamaktadır (121, 122).

İntihar tüm dünyada özellikle ergenlik ve geç erişkinlik döneminde önemli bir halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir. Çalışmalar intihar davranışında bulunan kişilerin çoğunlukla yardım arayışının olmadığını, yardım arayan gençlerin çoğunun ise akranlarından yardım istediğini ortaya koymaktadır (123).

0-19 yaş arası 333 tamamlanmış intihar vakası ile yapılan, intihar yöntemlerinin incelendiği bir çalışmada genç erkeklerde en sık kullanılan yöntemler sırasıyla ateşli silahlar, ası ve demiryollarına veya yüksekten atlama iken genç

kızlarda tercih edilen yöntemlerin sırasıyla demiryollarına atlama, yüksekten atlama, ası ve entoksikasyon olarak saptanmıştır. Araştırmacılar yöntemin ulaşılabilirliğinin seçilen yöntem üzerinde önemli etkiye sahip olduğunu belirtmişlerdir (124). Tamamlanmamış intihar girişimlerinde ise en sık kullanılan yöntemin hem erişkinler hem de ergenlerde entoksikasyon olduğu saptanmıştır (125, 126). Türkiye’de tamamlanmış intiharlarda en sık kullanılan yöntemler sırasıyla ası, ateşli silahlar, yüksekten atlama, ilaç ve kimyevi madde kullanımınıdır. Çocuk ve ergenlerde kullanılan yöntemler erişkinlerle benzerlik göstermektedir (127).

İntihar girişimlerinin altında yatan neden dikkat çekme, başkalarının davranışlarını etkileme, istemsiz olarak kontrolünü kaybetme veya kendini öldürme olabilmektedir (125). Ergen ve erişkinlerde intihar girişimlerinin özelliklerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada erişkinlerde intihar niyetinin daha ciddi olduğu ve bu farkın kadınlarda istatistiksel olarak anlamlıyken erkeklerde anlamlı olmadığı bulunmuştur. Aynı çalışmada erişkinlerin %43,9’u ölümün kesin olduğunu düşünürken, ergenlerde bu oran %13,6’dır. Çocuk ve ergenlerde intihar davranışının özellikleri erişkinlerden farklılık göstermektedir ve risk altındaki gençlerin tespit edilmesine ihtiyaç vardır (6).

2.2.2. İntiharın Epidemiyolojisi

İntihar davranışının yaygınlığıyla ilgili yapılan çalışmalarda ergenlik döneminde yaşam boyu intihar düşüncesi % 12.1-29.9 arasında ve intihar girişimi oranı % 10 olarak saptanmıştır (8). Dünya genelinde 15-19 yaş arasında tamamlanmış intihar oranı ise 100.000’de 7,4 olarak bulunmuştur (128).

Ülkemizde 805 lise öğrencisi ile yapılan bir çalışmada, intihar düşünce oranı %23, intihar girişim oranı ise %2.5 olarak bildirilmiştir(46). 2013 yılında ülkemizde gerçekleşen tamamlanmış intiharların % 32,42’sinin 15-24 yaş arası gençleri kapsadığı bildirilmiştir (129).

Tamamlanmış intiharlar erkeklerde kızlara göre 2-5 kat daha fazla görülmektedir. 2000 yılında küresel intihar hızı 5-14 yaş arası kızlarda 100000’de 0,4 iken erkeklerde 100000’de 1,5 olarak tespit edilmiştir. 15-24 yaş arası için bu hız kızlarda 100000’de 4,9 iken erkeklerde 22 olarak hesaplanmıştır (130). Bununla birlikte tüm yaş gruplarına bakıldığında son 40 yılda kadın hastalarda erkeklere

kıyasla intihar ile ölüm oranlarında daha fazla artış görülmektedir. İntihar düşüncesi ve intihar girişimleri kadınlarda erkeklere göre daha sıktır. Ergen ve genç erişkinlerde kızların intihar girişiminde bulunma riski erkeklerin neredeyse 2 katıdır (131).

2.2.3. İntihar için Risk faktörleri

Genetik Faktörler

Ailede intihar davranışı öyküsü bulunması ergenlerde intihar düşüncesi ve intihar ile ölüm riskini artırmaktadır (2). İkiz çalışmalarında ölümcül ve ölümcül olmayan intihar davranışlarının monozigotik ikizlerdeki konkordansının dizigotik ikizlerden fazla olduğunu göstermiştir (132). Evlatlık alınan gençlerle yapılan çalışmalarda intihar sonucu hayatını kaybeden gençlerin biyolojik akrabalarında intihar sıklığının intihar girişimi olmayan gençlerden fazla olduğu, ayrıca intihar sıklığının evlat edinen ailenin çocuklarına göre biyolojik kardeşlerinde daha fazla olduğu görülmüştür (133, 134).

Psikiyatrik Bozukluklar

Alan yazınında majör depresyon, anksiyete bozuklukları ve kişilik bozuklukları intihar riskinde artışla ilişkilendirilmiştir (135). 2020 yılında yayınlanan bir sistematik gözden geçirme çalışması ise çocuk ve ergenlerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı ile izlemde intihar düşüncesi veya intihar girişimlerinin ortaya çıkması arasında pozitif yönde ilişki olduğunu göstermiştir (136). Cinsiyetler arası farklılıklara bakıldığında bipolar afektif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu ve yeme bozuklukları kızlarda intihar düşüncesi ve girişimleriyle daha ilişkiliyken, erkeklerde antisosyal kişilik bozukluğu ve yıkıcı davranış bozuklukları intihar düşüncesi ve girişimiyle daha ilişkili bulunmuştur (135). Ülkemizde intihar girişimi olan 64 ergenle yapılan bir çalışmada ergenlerin % 73,4'ünün en az bir, % 40,6'sının birden fazla psikiyatrik bozukluk tanısı aldığı gösterilmiştir (137).

Tamamlanmış intihar girişimi olan ergenlerin % 60 kadarında depresif bozukluk bulunduğu saptanmıştır (138) fakat tüm vakalarda depresif bozukluk tanısı bulunmaması intihar davranışının birçok faktörün etkileşimi sonucu ortaya çıktığını göstermektedir. Benzer şekilde depresyonu olan tüm çocuk ve ergenlerin intihar

düşüncesi veya girişimi olmaması da etiyolojide başka etmenlerin varlığını desteklemektedir (6). Depresyonu olan ergenlerde intihar davranışı için tespit edilen risk faktörleri depresyon şiddeti ve kronik olması, intihar düşüncesi veya intihar girişimi öyküsünün bulunması, intihar niyeti olmadan kendine zarar verme davranışı öyküsünün bulunması, uykusuzluk, komorbid anksiyete, davranım veya madde kullanım bozukluklarının bulunması, ümitsizlik, yüksek seviyede dürtüsel agresyon, ailede intihar davranışı öyküsü bulunması, istismar, aile için çatışma ve desteğin bulunmamasıdır (2). MDB tanılı ergenler ile yapılan bir başka çalışmada intihar girişimi ile ilişkili etkenler dağılmış aileden gelme, yetersiz algılanan aile desteği ve yüksek oranda davranışsal sorunların varlığı olarak saptanmıştır (37).

Bireysel Özellikler

Geçmişte intihar girişimi öyküsünün bulunması tamamlanmış intihar için en güçlü yordayıcı etmendir. İntihar düşüncesi ise özellikle plan ve niyet varlığında önemli bir risk faktörüdür (131).

Çuhadaroğlu-Çetin (2001) intihar girişiminde bulunan ergenler, intihar girişimi olmayan psikiyatri hastaları ve sağlıklı kontrol olgularından oluşan üç grubu karşılaştırarak ergenlerde intihar girişimleri ile benlik imajının ilişkisini araştırdığı çalışmasında; intihar girişimi olan grupta diğer gruplara göre benlik imajının sadece aile ilişkileriyle ilgili boyutunun daha olumsuz olduğu saptanmıştır (139).

Mizaç ve kişilik özelliklerinin intihar davranışıyla ilişkisini araştıran çalışmalar ise, dürtüsellik, agresyon, nörotisizm, mükemmeliyetçilik, irritabilite ve sürekli kaygı gibi özelliklerin majör psikiyatrik bozukluklardan kısmen bağımsız olarak intihar girişimlerine aracılık ediyor olabileceğini öne sürmektedir (140). Umutsuzluğun ergenlerde depresyondan bağımsız şekilde de intihar davranışı için bir risk faktörü olduğu belirlenmiştir (141, 142). Ergenlerde “ya hep ya hiç” şeklinde düşünme biçimi, sosyal problem çözme ve karar almada zorluklar da intihar girişimleriyle ilişkili bulunmuştur (2). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise intihar girişimi olan ergenlerin sağlıklı kontrol olgularına kıyasla stresle başa çıkma açısından daha olumsuz özelliklere sahip oldukları ve benlik saygılarının daha düşük olduğu ortaya konmuştur (143).

Çevresel Faktörler

İntihar davranışını etkileyen çevresel faktörleri inceleyen uzunlamasına çalışmalar erken bağlanma sorunları dahil ebeveyn çocuk ilişkisindeki zorluklar ve algılanan ebeveyn bakım ve iletişiminin az olmasının çocuk ve ergenlerde intihar ve intihar girişimlerini artırdığını göstermiştir (2). Aile ve akran ilişkileri; hem algılanan sosyal destek ve bağın az olması hem de kişilerarası çatışmalar üzerinden, ergenlerde intihar düşüncesi ve girişimlerinin sıklığında artışla ilişkilendirilmiştir (131). İntihar davranışı için risk oluşturan bir diğer çevresel faktör ise olumsuz yaşam olaylarıdır.

2.2.4. Olumsuz Yaşam Olayları ile İntihar İlişkisi

Hem günlük yaşamdaki stresörler hem de olumsuz yaşan olayları ergenlerde depresyon ve intihar düşüncesi ile ilişkilendirilmiştir (6, 144). Uzunlamasına bir çalışmada 345 ergen lise 1. ve 4. sınıfta stresli yaşam olayları, baş etme becerileri ve intihar düşüncesi açısından değerlendirilmiş, yaşam olayları ve adaptif olmayan baş etme stratejileri ile intihar düşüncesi sıklığı ilişkili bulunmuştur (145).

İntihar girişimi için risk faktörlerinin araştırıldığı bir çalışmada olaydan 48 saat önce yaşanmış olumsuz yaşam olaylarının (özellikle kız veya erkek arkadaşla sorun yaşamamanın) intihar girişimi riskini artırdığı saptanmıştır (146). Ülkemizde yapılan, intihar girişiminde bulunan 71 ergenin incelendiği bir çalışmada da benzer şekilde olumsuz yaşam olaylarının intihar girişiminin tetikleyicilerinden olduğu görülmüştür (147). Yine ülkemizde yapılan başka bir çalışmada intihar girişimi olan 12-18 yaş arası 36 ergen ve 34 sağlıklı kontrol olgusu değerlendirilmiş, intihar girişiminde bulunan grupta olumsuz yaşam olaylarının toplam sayısının sağlıklı olgulara göre daha fazla olduğu saptanmıştır (148).

Grover ve arkadaşları (2009), hem kronik stres hem de yaşam olayları kaynaklı stresin intihar düşüncesi ve girişimi ile ilişkili olduğunu, problem çözme becerilerinin yaşam olayları kaynaklı stres ile intihar düşüncesi ve girişimi arasındaki ilişkide moderatör role sahip olduğunu bildirmiştir (149).

Farklı olumsuz yaşam olaylarının intihar davranışı üzerine etkileri araştırılmıştır. Çocuk ve ergenlerde intihar davranışı için risk faktörlerinin araştırıldığı bir meta analiz çalışmasında ailevi problemler, akademik stresörler, erken dönem travmaları ve diğer olumsuz yaşam olayları intihar davranışı ile ilişkili

bulunmuştur (6). Foto-Özdemir, Akdemir ve Çuhadaroğlu (2016) intihar girişimiyle acil servise başvuran 12-17 yaş arası ergenlerin % 82,8'inin stresli yaşam olayı öyküsü bulunduğunu bildirmişlerdir. Bu yaşam olayları sıklığa göre sırasıyla ebeveynlerle çatışma (% 35,9), arkadaşlarla sorun (% 20,3), akademik başarısızlık (% 7,8), bir yakınıyla kavga etme (% 7,8) ve bir yakınının kaybı (% 1,5) olarak belirtilmiştir (137). Ülkemizde aşırı dozda ilaç alımıyla intihar girişiminde bulunan ergenlerle yapılan başka bir çalışmada intihar girişimi için tetikleyici etkenlerin aile için sorunlar (% 45), erkek ya da kız arkadaşla ilgili sorunlar (% 24), okulla ilgili sorunlar (% 12), iş yaşantısıyla ilgili sorunlar (% 9), yoğun karamsarlık duyguları (% 3) ve ilgi çekme isteği (% 3) olduğu saptanmıştır (150).

Birçok çalışmada anne baba arasında çatışma olması, anne babanın ayrılması veya boşanması ergenlerde intihar riskinde artışla ilişkili olduğu ortaya konmuştur (2, 135, 151). Çocukluk çağında cinsel veya fiziksel istismara uğrama da intihar girişimleri ve kendine zarar verme davranışlarıyla güçlü şekilde ilişkilidir. Çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalma aynı zamanda erişkinlik döneminde intihar girişimleri ile ilişkilendirilmiştir (2). Fiziksel sağlık sorunlarına sahip olma ve birçok kronik hastalığın intihar düşüncesi ve kendine zarar verme davranışlarını artırdığı saptanmıştır (152, 153).

İntihar girişiminde bulunan veya intihar sonucu hayatını kaybeden gençler üzerine yapılan çalışmalarda bu gençlerin intihar davranışı göstermeyen gençlere göre okulla ilişkili daha fazla sorun yaşadıkları veya okulu bırakma oranlarının daha fazla olduğu görülmüştür (153, 154). Okulu bırakmanın intihar için bir risk faktörü olduğu farklı ülkelerdeki çalışmalarda gösterilmiştir. Okulu bırakmayan fakat özel eğitim ihtiyaçları olan gençler arasında da özel eğitim ihtiyacı olmayan gençlere göre intihar davranışı sıklığı fazladır (2). İntihar düşüncesi ve girişimleriyle ilişkisine dair kanıtlar bulunan bir başka olumsuz yaşam olayı akran zorbalığına uğramadır (155).

2.2.5. Tedavi

İntihar girişiminde bulunmuş gençlerin tedavisi öncelikle intihar riskinin değerlendirilmesini ve çeşitli müdahaleleri içerir. Gencin intihar niyetinden uzaklaşmadığı durumlarda çocuk ve ergen psikiyatrisi servisinde yatırılarak tedavi edilmesi gerekmektedir. Taburculuk öncesinde hasta ve doktor intihar düşüncelerinin

yinelemesi durumunda kullanılacak bireysel bir acil durum planı geliştirmelidir. Uzun dönemde intihar girişimini tetikleyebilecek durumların değiştirilmesi amacıyla ailesel, okul ile ilişkili ve diğer çevresel faktörlerle ilgili önlemlerin alınması gerekebilir. Psikoterapi ve gereklilik halinde farmakoterapi ile altta yatan psikiyatrik hastalığın tedavi edilmesi büyük öneme sahiptir (156).

Psikososyal tedaviler

Bir sistematik gözden geçirme çalışmasında psikoterapötik müdahalelerin ergende intihar davranışı üzerine etkileri 23 çalışma dahil edilerek incelenmiştir. Psikoterapötik müdahalelerin 2582 ergende intihar davranışı üzerine etkileri araştırılmıştır. Bu gözden geçirmeye dahil edilen çoğu çalışmada psikoterapötik müdahaleler sonrası intihar düşüncesi ve/veya intihar girişimlerinde azalma tespit edilmiştir. Etki büyüklüğünün özellikle aile üyeleri terapiye dahil edildiğinde arttığı görülmüştür (156, 157). Acil serviste aile temelli kriz müdahalelerinin hastane yatışlarını % 55'ten % 33'e düşürdüğü (158) bağlanma temelli aile terapisinin ise intihar düşüncesi sıklığını % 87'den % 52'ye düşürdüğü saptanmıştır (159). Ergenlerde diyalektik davranış terapisi üzerine yapılan çalışmalar intihar düşüncesi, kendine zarar verme davranışı ve intihar girişimlerinde azalma olduğunu göstermiştir (160, 161).

Farmakoterapi

Akut durumda etkilenen genç sıklıkla yoğun stres altındadır. Gerekli durumlarda benzodiazepin veya düşük potanslı birinci kuşak antipsikotikler gibi sedatifler önerilmektedir. Ağır depresyon, anksiyete bozukluğu veya obsesif kompulsif bozukluk varlığında psikoterapinin yanında antidepresan tedavisi başlanması düşünülebilir (156, 162). İlaç tedavisi başlanan gençlerde psikoeğitim ve yakın takip önem arz etmektedir (156).

2.2.6. Önleme

Gençlerde intiharı önleme amaçlı aktiviteler ergenlerin belli özelliklerini göz önünde bulundurarak planlanmalıdır. Ergenlerde intiharın sosyal bulaşı, cinsel yönelimle ilişkili sorunlar ve akran zorbalığı hedef alınarak, yardım arama davranışı, özgüven ve psikolojik dayanıklılığı artırmak amaçlanmalıdır (163). Okullar çocuk ve

ergenlerde intiharı önleme programları için büyük öneme sahiptir (156). Okul temelli intihar önleme stratejileri risk altındaki gençleri tarama, beceri geliştirme ve okul görevlilerine eğitim vermeyi içerir. Okul taramalarının okuldaki görevliler tarafında tespit edilemeyen riskli gençleri tespit etme ve ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanmasını sağlamada etkili olduğu görülmüştür fakat yanlış pozitif ve negatif sonuçlar ile karşılaşabilmektedir (163). Bununla beraber taramalarda ergenlere intihar düşünceleriyle ilgili soru sormanın intihar davranışını artırmadığı, aksine azalttığı tespit edilmiştir (164).

Risk altında olduğu tespit edilen gençlerde altta yatan psikiyatrik hastalığın psikoterapötik veya farmakolojik tedavisinin yapılması, birinci basamakta çalışan doktorların konu ile ilgili eğitim alması, ateşli silahlar, pestisitler ve ilaçlar gibi kullanılan yöntemler ve köprüler gibi noktalara ulaşımın kısıtlanmasının de intihar davranışlarını azaltmada olumlu etkileri olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır (156).

2.3. Duygu Düzenleme

2.3.1.Genel Bilgiler

Duygular; insanlarda bilişsel işlevselliği, belleği ve genel iyi halini etkileyen, günlük yaşamın bileşenleridir. Duygular hem içsel hem de kişilerarası süreçleri etkiler (165). Günlük hayattaki işlevselliğin sürdürülebilmesi için duyguların içinde bulunulan bağlama uygun olarak düzenlenebilmesi gerekmektedir (166). Bu düzenleme yapılamadığında duygular günlük hayatta zorlayıcı ve yıkıcı etkilere sebep olabilir (165).

Duygu düzenleme, bireyin amaçlarını gerçekleştirmede, kendisi için yoğun ve geçici niteliği olan duygusal tepkilerini izleme, değerlendirme ve değiştirmede kullandıkları içsel ve dışsal tepkilerden oluşmaktadır (24). Çocuklar duygularını düzenleyebilmek için genellikle yetişkinlerden destek alırlar veya davranışsal yöntemler kullanırlar. Çocukluktan ergenliğe geçildiğinde ise özellikle stresli yaşam olayları karşısında giderek daha sık planlama yaparak problem çözmeye ve bilişsel stratejileri kullanmaya başlarlar (165). Olumsuz duyguların işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejileri ile azaltılmaya çalışılması veya sürdürülmesi ise psikopatolojilere zemin hazırlamaktadır (166).

Duygu düzenleme becerileri bir dizi genetik, biyolojik ve çevresel faktörden etkilenmektedir. İkiz çalışmalarında monozigotik ikizlerin emosyon kontrolü açısından dizigotik ikizlere göre daha fazla benzediği saptanmıştır. Nörobiyolojik açıdan bakıldığında, kişilerin duygusal dışavurum ve duygu düzenlemesini etkileyen serotonin seviyelerinde bireysel farklılık saptanmıştır. Prefrontal korteks, amigdala ve hipokampusun gelişimi, daha yüksek karar verme süreçleri, dikkat kontrolünün sürdürülmesi ve duygu düzenleme kapasitesinde artışla ilişkili olarak bildirilmiştir (165).

Çevresel faktörler de özellikle bebeklik ve erken çocukluk döneminde duygu düzenleme becerilerinin gelişiminde rol oynar. 6 aya kadar bebeğin duygu düzenlemesi bakım verenle etkileşimi aracılığıyla gerçekleşir. Fakat çocuk büyüdükçe, ebeveynin duygu düzenleme biçimi, diğerlerinin sosyal ve duygusal ipuçlarını okuma anlamına gelen sosyal referans alma, akran etkisi ve ebeveynlerin çocuğun duygularını gösterme davranışlarına tepkileri gibi çeşitli faktörler etkili hale gelir. Kültür de farklı bağlamlarda hangi davranışın uygun olduğu, kabul veya değer gördüğünü belirleyerek duygu düzenlemeyi etkileyebilmektedir (165).

2.3.2. Duygu Düzenleme Stratejileri

Duygu düzenlemeyle ilgili çalışmalarda araştırmacılar duygu düzenleme stratejilerini farklı şekillerde sınıflandırmışlardır. Eisenberg ve Spinrad içsel ve dışsal düzenleme arasında ayırım yapmanın avantajlı olduğunu öne sürmüşlerdir. Dışsal duygu düzenleme ebeveyn, öğretmen ve akranlar gibi duygu düzenlemeyi etkileyen dış faktörler ile ilişkilidir ve özellikle duygu düzenlemenin birincil formunun yetişkinlerden destek alma olduğu erken çocukluk döneminde etkilidir. İçsel düzenleme ise kişinin kendi çabasıyla duygusal cevabını düzenlemek için seçtiği çeşitli bilişsel ve davranışsal stratejileri içeren kendilik düzenlemesi anlamına gelir (165, 167).

Duygu düzenleme stratejilerinin sınıflandırılmasında kullanılan bir yaklaşım işlevselliğe göre sınıflandırmadır. Bu sınıflandırma duyguların önemli bir işlevinin durum hakkında yararlı bilgiler sağlamak ve bireyin bu durumlarla baş etme kapasitesini artırmak olduğu varsayımına dayanır. Duyguyu tutmayı ve işlemeyi sağlayarak iyilik haline katkıda bulunacak, amaca yönelik davranışları kolaylaştıran

düzenleme stratejileri işlevsel veya uyumlu (adaptif) olarak adlandırılmaktadır (168). Aksi şekilde, bilgiyi yararlı bir şekilde kullanmayan ve işlemeyen, duyguları engelleyen veya reddeden stratejiler işlevsiz olarak değerlendirilmektedir (169). Bu stratejiler duygulara karşı tolerans gelişimini engeller ve duygusal sıkıntının artmasına yol açabilir (170).

Gross'un öne sürdüğü Duygu Düzenlemede Süreç Modeli'ne göre duygu düzenlemede kullanılan stratejiler öncül odaklı ve sonuç odaklı olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Öncül odaklı stratejiler duygu oluşum sürecinin erken döneminde duyguları ortaya çıkaran ipuçlarının etkisini değiştirerek etkili olur. Sonuç odaklı stratejiler ise sürecin daha sonrasında ortaya çıkarak davranışsal cevapları etkiler (171). Sıklıkla kullanılan bir öncül odaklı strateji bilişsel yeniden değerlendirmedir. Bilişsel yeniden değerlendirme duygusal etkiyi azaltmak için belirli bir durumun yorumlanmasını değiştirmeyi içerir ve uyumlu bir düzenleme stratejisi olarak değerlendirilmektedir. Sık görülen sonuç odaklı bir duygu düzenleme stratejisi ise ifade edici bastırmadır. İfade edici bastırmada bireyler deneyimledikleri duyguların sözel veya sözel olmayan ifade şekillerini azaltmaya veya bastırmaya çalışırlar (172). Bu strateji beraberinde önemli fizyolojik ve bilişsel yükler getirmesi sebebiyle uyumsuz bir stratejidir (166).

Duygu düzenleme yöntemleriyle ilgili bir başka sınıflandırma bilişsel duygu düzenleme stratejileriyle ilgili yapılmıştır. Bilişsel duygu düzenleme, sıkıntı veren sorun ve duyguların üstesinden ruhsal yollar kullanarak gelme olarak tanımlanmaktadır. Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden kendini suçlama, diğerlerini suçlama, ruminasyon ve felaketleştirme uyumsuz başa çıkma stratejileri olarak görülürken, kabul, plan yapmaya yeniden odaklanma, olumlu yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme ve olayın değerini azaltma stratejileri uyumlu stratejiler olarak belirlenmiştir(173-175).

2.3.3.Duygu Düzenleme ve Majör Depresif Bozukluk

Alan yazınında ergenlerde depresif belirtiler ile duygu düzenleme stratejileri ve güçlüklerinin ilişkisinin incelendiği pek çok çalışma yer almaktadır. 246 gencin erken ergenlik döneminde depresif belirtiler ve duygu düzenleme güçlükleri açısından incelendiği bir çalışmada, duygu düzenleme güçlükleri ve duygu

düzenleme stratejilerinin kullanılmasındaki kısıtlılıkların kesitsel olarak depresif belirtilerde artışla ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu ilişki kızlarda erkeklere göre daha güçlü bulunmuştur. Aynı çalışmada uzunlamasına olarak bakıldığında erken ergenlik dönemindeki duygu düzenleme güçlüklerinin orta ergenlikteki depresif belirtileri yordadığı görülmüştür (25).

Ergenlerde bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile depresif belirtilerin ilişkisinin incelendiği bir meta-analiz çalışması depresif belirtisi bulunan ergenlerin duygu düzenleme stratejilerinden problem çözme, kabullenme, bilişsel yeniden değerlendirmeyi daha az, kaçınma, bastırma ve ruminasyonu daha fazla kullandığını ortaya koymuştur (176).

Cinsiyetler arasındaki farklılıkların araştırıldığı, ergenlerde günlük duygusal olaylar ve duygu düzenlemeyle ilgili bir çalışmada 12-17 yaş arası kızlarda duygu düzenleme stratejilerinin anlık kullanımı ile depresif belirtiler arasında ilişki bulunamazken, erkeklerde kabullenme ile depresyon arasında ters bir ilişki bulunmuştur (177).

Ergenlerde yeniden değerlendirme becerisinin incelendiği davranışsal çalışmalardan ikisinde olayı yeniden değerlendirme başarısının MDB tanılı ergenler ile sağlıklı kontrol grubu arasında farklılık göstermediği bulunurken (178, 179) üçüncü bir çalışmada depresyon grubunun yeniden değerlendirme başarısının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu saptanmıştır (180). Depresyonu olan ergenlerde yeniden değerlendirme becerisinde bozulma görülen bir çalışmada depresyon belirtisi şiddetinin daha fazla olması nedeniyle depresyon şiddetinin etkili şekilde yeniden değerlendirme yapılmasını engelliyor olabileceği düşünülmüştür (172).

Duygu düzenleme güçlüklerinin doğrudan bir risk faktöründen çok psikopatoloji gelişiminde aracı role sahip olabileceği de öne sürülmüştür. 52'si klinik örneklemden depresyon tanılı hastalar, 346'sı toplum örnekleminden olmak üzere 398 ergenle yapılan bir çalışmada stresli yaşam olayları ile depresif belirtiler arasındaki ilişkide duygu düzenleme stratejilerinin aracı rolü araştırılmıştır. Yaşam olaylarının yarattığı stres düzeyi katılımcılar tarafından puanlanmış ve stresli yaşam olayları puanı ile depresif belirtiler arasındaki ilişkiye maladaptif duygu düzenleme stratejilerinden kendini suçlama, felaketleştirme ve ruminasyonun aracılık ettiği

görülmüştür (181). Benzer şekilde, psikiyatri servisinde yatarak tedavi gören ve travmatik yaşantı öyküsü olan 12-17 yaş 50 ergen ile yapılan bir çalışmada ebeveynin tehdit edici davranışlar sergilemesi ile depresyon belirtileri arasındaki ilişki ve bu ilişkide duygu düzenleme bileşenlerinden duygusal tepkilerin anlaşılması anlamına gelen emosyonel açıklığın etkisi incelenmiştir. Annenin tehdit edici davranışlarının fazla olmasının emosyonel açıklık ile ilgili güçlükleri daha fazla olan ergenlerde daha şiddetli depresyon belirtileriyle ilgili olduğu bildirilmiştir(182).

Ülkemizde erişkinler ile yapılan çalışmalar çocuklukta travmatik yaşantılara ve istismara maruz kalmanın duygu düzenleme güçlükleriyle ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (183, 184). 300 kadın katılımcı ile yapılan bir çalışmada duygu düzenleme güçlüklerinin çocukluk çağı ruhsal travmaları ile depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu belirtileri arasında kısmi aracılık rolü olduğu görülmüştür (184). Üniversite öğrencilerinde de benzer şekilde çocukluk çağı travmaları ile depresif belirtiler arasındaki ilişkiye duygu düzenleme güçlüklerinin aracılık ettiği saptanmıştır (185).

2.3.4. Duygu Düzenleme ve İntihar

Ergenlerde duygu düzenleme becerileri ile intihar düşüncesi ve intihar girişimleri arasındaki ilişki klinik örneklemeler ve toplum örneklemelerinde araştırılmıştır. Eaddy ve arkadaşları (2019) ruhsal sorunlar yaşayan ergenlerde duygu düzenleme güçlükleri ile intihar riski arasında pozitif korelasyon olduğunu bulmuşlardır (186). O'Neil Rodriguez ve Kendall (2014) ise ergenlerde depresif belirtiler kontrol edildikten sonra duygu düzenleme güçlüklerinin anlamlı şekilde daha yüksek intihar düşüncesi seviyeleriyle ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (187). Düşük gelirli bölgelerde yaşayan ergenlerde yapılan bir çalışmada etkili duygu düzenleme stratejilerini bulmada güçlük yaşayan öğrencilerin intihar girişimi bildirme ihtimalinin arttığı tespit edilmiştir. Bu çalışmada da duygu düzenleme güçlüklerinin depresif belirtilerden bağımsız olarak son 1 yıl içerisinde intihar girişiminde artışla ilişkili olduğu görülmüştür (26).

Klinik örneklemelerde yapılan çalışmalarda tutarlı şekilde duygu düzenleme güçlükleri ile intihar girişimleri arasında pozitif ilişki bildirilmiştir (188). Psikiyatri servisinde yatarak tedavi gören 547 ergenle yapılan bir çalışmaya göre duygu

düzenleme stratejilerinde sınırlılık ve dürtü kontrol zorlukları son 1 yıl içinde intihar düşüncesi varlığı ile ilişkilidir (189). Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanılı çocuklarda duygu düzenleme güçlüklerinin intihar düşüncesi varlığı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (190).

Ergenlerde olumsuz yaşam olaylarının incelendiği çalışmalara bakıldığında, çocukluk çağında kötü muamele öyküsü olan ergenlerde duygu düzenleme güçlüklerinden yalnızca dürtü kontrol sorunlarının intihar olasılığını yordadığı görülmektedir (191). Ülkemizde üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada çocukluk çağı travmaları, bilişsel duygu düzenleme stratejileri ve riskli davranışlar arasındaki ilişki araştırılmıştır. Bu araştırma sonucunda duygusal istismar ve intihar eğilimi arasındaki ilişkide kendini suçlama ve felaketleştirme stratejilerinin aracı bir rol oynadığı tespit edilmiştir (192).

2.4. Bilinçli Farkındalık

2.4.1. Genel Bilgiler

Bilinçli farkındalık, kişinin dikkatini şu anda meydana gelmekte olanlara yargılamadan ve kabullenici bir şekilde vermesi olarak tanımlanır. Dikkat ve farkındalık, normal işlevsellik içinde nispeten süreklilik gösteren özellikler olsa dahi, bilinçli farkındalık andaki deneyime veya mevcut gerçekliğe karşı dikkat ve farkındalığın artması olarak değerlendirilebilir (193). Bilinçli farkındalık bakış açısından kabullenme, farkında olduğumuz anda olayların olmasına izin vermeye istekli olma ve hem hoş giden hem de acı veren deneyimleri kabul etme anlamına gelir (194).

Bilinçli farkındalık konseptinin kökenleri bilinçli dikkat ve farkındalığın aktif şekilde kazanılmaya çalışıldığı Budizm ve benzeri doğu geleneklerine dayanır (193). Budist gelenekte bilinçli farkındalık, kişisel acıyı azaltmaya giden yolda merkezi bir role sahiptir. Çağdaş psikolojide ise duygusal gerginlik ve uyumsuz davranışlara yol açan ruhsal süreçleri ustalıkla karşılamayı ve farkındalığı artırmayı sağlayan bir yaklaşım olarak benimsenmiştir (195).

Birçok felsefi, spiritüel ve psikolojik gelenek, iyilik halinin devamı ve geliştirilmesi için bilinçlilik halinin önemini vurgulamıştır (196). Bazı araştırmacılar bilinçli farkındalığın bir kişilik özelliği olarak tanımlanabileceğini ve bilinçli

farkındalık özelliğinin fazla olmasının olumsuz deneyimler karşısında daha az psikolojik stres yaşama ile sonuçlandığını öne sürmektedir (28). Bilinçli farkındalık konusunda yapılan çalışmalarda; bilinçli farkındalığı yüksek olan bireylerin pozitif duygular, iyimserlik, akademik performans, sosyal ve duygusal düzenlemede de daha iyi durumda oldukları görülmüştür (197). Bilinçli farkındalığın az olduğu durumlarda duyguların farkındalık dışında meydana gelerek, kişi onları açıkça onaylamadan davranışlarını yönlendirebileceği düşünülmektedir (193). Bilinçli farkındalığa yönelik eğitim almanın ise kişilerin kendini algılama ve duygu düzenleme becerilerini artırdığı tespit edilmiştir (197, 198).

Birçok çalışma bilinçli farkındalık uygulamalarının bilinçli farkındalık özelliğini artırarak psikolojik sıkıntıda azalma ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Kişilik özelliği olarak bilinçli farkındalık, bilinçli farkındalık temelli müdahalelerin psikolojik sağlık üzerine etkilerini anlamak için önemli bir temel oluşturmaktadır. Dahası, kişilik özelliği olarak bilinçli farkındalık bir psikolojik dayanıklılık veya risk faktörü olarak kavramsallaştırılabilir (199).

Çocuk ve ergenlerde kendileri tarafından bildirilen bilinçli farkındalık seviyelerinin mutluluk ve yaşamdan memnuniyet ile ilişkili olduğu ve bilinçli farkındalık özelliğinin ergenleri sigara içmeye başlama riskine sokan karar verme süreçlerine karşı koruyucu olduğu bildirilmiştir. Ayrıca ergenlerde yüksek bilinçli farkındalık seviyeleri daha az içe yönelim ve dışa yönelim sorunlarıyla ilişkilendirilmiştir (31).

2.4.2. Bilinçli Farkındalık ve Majör Depresif Bozukluk

Bilinçli farkındalık temelli müdahalelerin ergenlerde depresyonu azaltmadaki etkileri birçok çalışmada araştırılmıştır. Bu müdahalelerin umut verici sonuçları bir kişilik özelliği olarak bilinçli farkındalık ile MDB arasındaki ilişkiye dikkat çekmiştir (29). Erişkin çalışmaları ile yapılan bir meta analiz çalışmasında bilinçli farkındalık ile depresif belirtiler arasında negatif yönde ilişki olduğuna dair kanıtlar bulunmuştur (199). Ergenlerde konuyla ilgili yapılan çalışmalarda bilinçli farkındalık becerilerindeki artışın depresif belirtilerde azalmayla ilişkili olduğu bildirilmiştir (30, 31). Bilinçli farkındalık ile depresif belirtiler arasındaki ilişkiyi araştırmak için 1067 ergenle yapılan bir çalışmada bilinçli farkındalık ile depresif belirtiler arasında

negatif yönlü bir ilişki bulunmuş ve duygu düzenleme becerilerinin bu ilişkide aracı role sahip olduğu görülmüştür(30).

Bilinçli farkındalığın farklı boyutlarının depresyonla ilişkisini inceleyen çalışmalar da mevcuttur. Ergenlerde depresif belirtiler ile bilinçli farkındalık ve bilinçli farkındalığın tanımlama, farkındalıkla davranma, içsel deneyimlere tepkisizlik ve yargılamama boyutları arasında ters yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir (29, 200). Ülkemizde yapılan erişkin çalışmalarında da bilinçli farkındalığın depresif belirtileri negatif yönde yordadığı ve bilinçli farkındalığın tanımlama, farkındalıkla hareket etme, içsel deneyimleri yargılamama ve tepkisizlik boyutları ile depresyon arasında ters yönde ilişki olduğu gözlenmiştir (201-203).

Kişilerin yaşam olayları içerisinde öznel olarak algıladıkları stres ve ortaya çıkan depresif belirtiler, çeşitli faktörlerden olumlu veya olumsuz biçimde etkilenmektedir. Bilinçli farkındalığın bu değişkenlerden biri olduğu düşünülmektedir. Arslan (2018) bilinçli farkındalık arttıkça algılanan stres ve depresyonun azaldığını bildirmiştir (204).

Calvate ve arkadaşları (2019) ergenlerde 3 farklı bilinçli farkındalık profili belirlemişlerdir. Belirlenen bu profiller orta dereceli bilinçli farkındalık (moderate mindfulness) % 65,5, yargılayıcı gözleme (judge mental observing) % 24,2, yargılayıcı olmayan farkındalık (nonjudge mentaly aware) % 10,3 şeklinde tanımlanmıştır. Yargılayıcı gözleme profilinin daha fazla depresif belirti, uyumsuz şemalar, algılanan stres ve stres ilişkili hormonlarda yükseklik içeren daha kötü uyum ile ilişkili olduğu ve yaşça daha büyük ergenlerde daha sık bulunduğu görülmüştür. Yargılayıcı olmayan farkındalık profilinin ise aksine daha iyi uyumla ilişkili ve yaşça küçük ergenlerde daha sık görüldüğü saptanmıştır (205).

Başka bir çalışmada 317 lise öğrencisinin yakın zamandaki yaşamsal zorlukları, ruminasyon, bilinçli farkındalık, depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri araştırılmıştır. Sonuç olarak ruminasyonun yaşamsal zorluklar ile depresyon ve anksiyete belirtileri arasındaki ilişkiyi şiddetlendirdiği, bilinçli farkındalığın ise yaşamsal zorluklar ile depresyon, anksiyete belirtileri ve stres düzeyleri arasındaki ilişkiyi zayıflattığı gösterilmiştir (144).

Geniş yaş aralığını kapsayan bir çalışmada (14-81 yaş) stresli yaşam olayları ile olumsuz duygulanım arasındaki ilişkide bilinçli farkındalığın düzenleyici rol oynadığı görülmüştür (206). Üniversite öğrencileri ile yapılan iki farklı çalışmada ise olumsuz yaşam olayları ile depresif belirtiler arasındaki ilişkiye bilinçli farkındalığın ve uyku kalitesinin aracılık ettiği saptanmıştır (207, 208).

2.4.3.Bilinçli Farkındalık ve İntihar

Erişkinler ile yapılan çalışmalarda bilinçli farkındalık ile intihar riski arasında ters yönde ilişki olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır (33). Üniversite öğrencileri arasında intihar girişimi öyküsü olan gençlerin olmayan gençlere göre bilinçli farkındalık düzeyinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Bilinçli farkındalık ile intihar girişimi öyküsü arasındaki ilişkide dürtüsel agresyonun etkisi de incelenmiş, fakat düzenleyici role sahip olmadığı görülmüştür. Bu çalışmada araştırmacılar bilinçli farkındalığın intihar girişimlerine eğilim açısından koruyucu bir faktör olabileceğini öne sürmüşlerdir (209). Aynı yaş grubunda yapılan bir başka çalışmada bilinçli farkındalığın hem depresif belirtilerin hem de sınırda kişilik özelliklerinin intihar düşüncesine sahip olma üzerine etkisini azalttığını göstermiştir (210).

Ergenlerle yapılan bir çalışmada ise bilinçli farkındalık ile intihar girişimi varlığı arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır (32). Alan yazınında ergenlikte bilinçli farkındalık ile intihar davranışı ilişkisi hakkında yeterli bilgi bulunmadığı ve konu ile ilgili çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmektedir. Bununla beraber ergenlerde bilinçli farkındalık temelli müdahalelerin depresif belirtileri ve intihar düşüncesini azalttığına dair kanıtlar bulunmaktadır (211, 212). Aileleri tarafından terk edilmiş 11-13 yaş arası ergenlerde 8 haftalık bilinçli farkındalık eğitimi, bilinçli farkındalık düzeylerini artırarak sosyal kaygı ve intihar düşüncelerini azaltmıştır (212).

Üniversite öğrencilerinde olumsuz yaşam olaylarının depresif belirtiler ve intihar riski ile ilişkisini araştıran bir başka çalışmada intihar riski; intihar girişimi, düşüncesi, birini intihar ile tehdit etme ve kişinin kendi değerlendirmesine göre gelecekte intihar girişiminde bulunma ihtimaline bakılmıştır. Bilinçli farkındalığın olumsuz yaşam olaylarıyla depresif belirtiler arasındaki ilişkiye aracılık ettiği fakat olumsuz yaşam olaylarıyla intihar riski arasındaki ilişkide aracı role sahip olmadığı görülmüştür (208).

2.4.4.Bilinçli Farkındalık Temelli Psikoterapiler

Bishop'a göre her bireyin farklı düzeyde olsa da bilinçli farkındalık becerisi vardır ve farkındalık pratik ile geliştirilebilen psikolojik bir süreç olup bilinçli farkındalık temelli müdahaleler ile bilinçli farkındalık arttırılabilir (195).Son yıllarda bilinçli farkındalık temelli müdahaleler popülerite kazanmakta ve gençlerde depresyon tedavisinde yarar sağladığını destekleyen kanıtlar bulunmaktadır (27).

Bilinçli farkındalık temelli müdahaleler bireylerin şu anki duygularının farkında olmalarını, yaptıkları işe dikkatlerini vermelerini ve içsel huzur ve mutluluğu sağlamayı amaçlamaktadır. Bilinçli farkındalığın fiziksel ve ruhsal sağlık üzerine nasıl etki ettiğini açıklayabilecek birçok mekanizma öne sürülmüştür. Bunlar arasında dikkat düzenleme, kabullenmenin artırılması, duygu, düşünce ve duyumlara maruz bırakma aracılığıyla alışma, duygu düzenleme, duygulara bağlanmanın azaltılması ve duygu ve düşüncelere gerçeğin göstergeleri şeklinde değil, oldukları haliyle muamele edilen bir tutumun kolaylaştırılması sayılabilir (213-216).

Bilinçli farkındalık temelli müdahaleler ilk olarak erişkinler için tasarlanmış, daha sonra çocuk ve ergenlere uyarlanmıştır. Köklü bilinçli farkındalık temelli müdahalelerin arasında “Bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programı” (MBSR), “Bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi” (MCBT), “Kabul ve kararlılık terapisi” (ACT) ve “Diyalektik davranış terapisi” (DBT) sayılabilir(27). Ek olarak, ergen ve genç yetişkinler için bilinçli farkındalık müdahaleleri okul ortamında da yapılabilmekte ve pozitif eğitim için etkili bir araç görevi görmektedir (217, 218). Mevcut çalışmalarda bilinçli farkındalık temelli müdahaleler öğrencilerde olumlu duyguların artması ve olumsuz duygularının azalmasıyla ilişkilendirilmiştir (219-221).

Bilinçli farkındalık temelli stres azaltma (MBSR) programı bu müdahaleler içinde en önce geliştirilen ve en sık kullanılan yöntemdir. MBSR esas olarak fiziksel hastalığı bulunan hastaların ağrı, stres ve olumsuz duygularla baş etmesine yardımcı olmak için geliştirilmiştir (222). Günümüzde stres, anksiyete ve depresyonun hafifletilmesinde genel popülasyonda yaygın olarak kullanılmaktadır. 12-25 yaş arası gençlerle yapılan çalışmaların meta analizi sonucunda MBSR gençlerde depresyonu azaltmada orta düzeyde etkili bulunmuştur (27).

Çocuk ve ergenlerde bilinçli farkındalık temelli stres azaltma ve bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi klinik olmayan popülasyonlarda tedavi görmeyen kontrollere kıyasla stres, depresyon ve anksiyete belirtilerinin azaltılmasında etkili bulunmuştur (223). Ergen ve erişkinler ile yapılmış çalışmaların meta analizinde bilinçli farkındalık temelli müdahalelerin intihar düşüncesinin azalmasında da etkili olduğu görülmüştür (224).

Bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi, bilinçli farkındalığın farklı yönleri ile bilişsel davranışçı terapiyi bütünleştirir. Ergenlerde bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapinin depresyon tedavisinde MBSR ve bilinçli farkındalığı temel alan psikososyal müdahalelerden daha etkili olduğu görülmüştür (225). Tedavi öncesinde depresyonu olan hastalarda tedavi öncesi bilinçli farkındalık düzeylerindeki düşüklüğün 12 aylık izlemde majör depresif bozukluk rekürrensini yordadığı görülmüştür. Bu hastalarda bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi (MBCT) ile müdahale edildiğinde bilinçli farkındalık seviyelerinin tedavi sırasında anlamlı şekilde yükseldiği saptanmıştır ki bu rekürrensini azalması açısından koruyucu olabileceğini düşündürmektedir (226).

Kabul ve kararlılık terapisi (ACT) işlevsel bağlamsal ve ilişkisel çerçeve kuramına dayanır. Kabul ve kararlılık terapisinde amaç kişilerin değerlere dayanan bir şekilde davranmak için şimdiki anla etkileşim halinde olmasını sağlayacak psikolojik esnekliği kazanmasıdır. ACT'nin altı sürecinden dördü (ayrışma, kabul, şimdiki anla temas ve bağlamsal olarak kendilik) doğrudan bilinçli farkındalık temelli uygulamalardır. ACT çocuk ve ergenlerde klinik popülasyonlarda 10-20 haftalık tedavi sonrası anksiyete ve depresyon tedavisinde diğer tedavi yöntemleriyle benzer etkinlikte bulunmuştur (223).

Diyalektik davranış terapisi (DBT) duygusal ve davranışsal regülasyonda zorluk yaşayan sınır kişilik bozukluğu tanımlı hastaların tedavisi için geliştirilmiştir. Kabullenme ve yargılamadan anda kalma bu terapi yönteminde öğretilen becerilerin temelini oluşturur (223). Diyalektik davranışçı terapinin etkinliği özellikle kendine zarar verme davranışları, intihar düşüncesi veya girişimleri olan ergenlerde incelenmiştir. Çalışmalara göre depresyon ve intihar niyeti olmaksızın kendine zarar verme davranışı olan ergenlerde DBT depresif belirtilerde iyileşme ve kendine zarar

verme davranışında azalma sağlamaktadır (227).İntihar girişim öyküsü veya intihar düşüncesi nedeniyle psikiyatri servisinde yatarak tedavi görmekte olan ergen hastalarda 1 yıllık izlemde rutin tedaviye göre DBT depresif belirtiler, intihar davranışları ve intihar düşüncesini azaltmada daha etkili bulunmuştur (228). İntihar düşüncesi ve sınır kişilik özellikleri olan ergenlerde DBT tedavisi sonrası intihar düşüncesi, genel psikiyatrik belirtiler ve sınır kişilik belirtilerinde azalma görülmüştür (229).

2.5. Duyusal İşleme Hassasiyeti

2.5.1. Genel Bilgiler

Duyusal işleme, duyu organları, periferik ve santral sinir sistemi dahil nöral sistemler tarafından yönetilmesini kapsayan bir süreçtir (230). Bu nörobiyolojik süreç kaydetme, modülasyon, ayırt etme, bütünleme ve motor planlama aşamalarını içerir ve dikkat, görsel algı, bellek ve eylemlerin planlanması gibi bilişsel süreçler için gereklidir (231).

Mizaç, geniş tanımıyla, yaşamın erken döneminde ortaya çıkan, farklı durumlar ve zaman içinde tutarlılık gösteren ve biyolojik bir temeli olduğu varsayılan, duygusal ve davranışsal stillerdeki bireysel farklılıklardır (232, 233).Çoğu kavramsallaştırmaya göre mizaç özellikleri genetik kökene sahiptir fakat deneyim ile değişime uğrayabilir (13).

Duyusal işleme hassasiyeti (DİH), temel olarak kişilerin sosyal ve fiziksel çevrelerindeki içsel veya dışsal kaynaklı uyaranları algılama, yorumlama ve bunlara tepki verme yetilerindeki hassasiyet olarak tanımlanan kalıtsal bir mizaç özelliğidir (16). Duyusal işleme hassasiyetinin kuramsal çerçevesini temel olarak hayvan türlerindeki mizaç özellikleri oluşturmaktadır. Mizaç türleri hayvanların yaşadıkları çevreye ve hayatta kalma stratejilerine göre şekillenmektedir (234). Duyusal işleme sürecini farklı deneyimleyen kişiler de duyu uyaranları fark etme, algılama ve tepki verme durumlarında anlamlı olarak birbirlerinden farklılaşırlar. Kişilerarası bu farklılık, yaşam etkinlikleri, ilgi alanları, çevreyle uyumu, duygusal ve davranışsal tepkileri şekillendirerek kişilik ve mizaç özelliklerinin oluşmasında temel rol oynayan önemli bir faktör haline gelir (235, 236).

Çok sayıda çalışma çocuklukta zor mizaca sahip olmanın çevreye karşı artmış hassasiyet ile ilişkili olduğunu öne sürmektedir (237). Zor mizacın hangi boyutunun çevresel hassasiyet ile ilişkili olduğunu araştıran bir meta analiz negatif duygusallığın ebeveynliğe karşı hassasiyeti yordayan özellik olabileceğini öne sürmüştür (238). Beş büyük kişilik özelliğinden içedönüklük, nörotisizm ve deneyime açıklık da çevresel etkilere karşı artmış reaktivite ile ilişkilendirilmiştir (239-241). Yapılan çalışmalarda DİH bahsi geçen mizaç ve kişilik özelliklerinden içedönüklük, negatif emosyonalite ile düşük orta derecede ilişkili bulunmuştur. Fakat birkaç özellik beraber değerlendirildiğinde dahi DİH'in kavramsal olarak bu özelliklerden farklı olduğu görülmüştür (242).

Duyusal işleme hassasiyeti kavramı altta yatan daha derin bilgi işleme, artmış duygusal tepkisellik ve empati, çevredeki küçük detaylara karşı artmış farkındalık ve kolaylaşmış aşırı uyarılabilirlik ile karakterize bir fenotipik özellik (mizaç) olarak belirtilmektedir (243). DİH'in bilişsel işleme sürecinin derinliği, davranışın inhibisyonu, uyarıcı hassasiyeti ve duygusal/ fizyolojik tepkisellik olmak üzere dört temel özelliği tanımlanmıştır (244, 245). Bilişsel işleme sürecinin derin olması içsel ve dışsal kaynaklı uyarıların daha ayrıntılı ve hassasiyetle algılanması/ işlenmesi anlamına gelir. Derin bilişsel işleme süreci yaşayan kişilerde karmaşık durumlarla karşı karşıya kalmak ya da aynı anda birden fazla görevi yerine getirmenin gerekmesi bilişsel yükü artırır (16, 245). Davranışsal inhibisyon ise daha önce Gray (1981) tarafından öne sürülen bir kavramdır (246). Gray'in öne sürdüğü iki faktörlü kişilik kuramına göre davranışsal inhibisyon sistemi (DİS) ceza durumlarında gösterilen kaçınma motivasyonu anlamına gelirken davranışsal aktivasyon sistemi (DAS) ödül durumlarında yaklaşma motivasyonu olarak tanımlanmaktadır. DİS uyarıcı sistemi aktive edildiğinde kaçınma motivasyonunu tetikleyerek kişilerin olaylar ve durumlar karşısında duraksama ve kontrol etme ihtiyacını ortaya çıkarmaktadır (16, 245). DİH'in temel özelliklerinden uyarıcı hassasiyeti ise dışsal uyaranlara karşı aşırı hassas olma durumudur. Bu hassasiyet sadece dışsal uyaranlara değil duygulara karşı da geliştirilebilir. Aşırı hassas kişiler duyusal eşik düzeylerinin düşük olması nedeniyle uyaranlardan daha şiddetli ve daha uzun süre etkilenirler. Duygusal tepkisellik ise insanların sosyal ilişkilerinde sık sık ve yoğun bir şekilde duygusal uyarılma yaşamaları ve bu duygusal uyarılmalar

sonucu çeşitli duyguları yoğun şekilde hissederek kişinin duygusal tepkilerinin ön plana çıkmasıdır (16, 245).

İlk çalışmalarda bireylerin duygusal işleme hassasiyetine göre iki gruba ayrıldığı ve daha yüksek DİH'e sahip bireylerin toplumun yaklaşık %20'ini oluşturduğu düşünülmüştür (247). Daha sonraki çalışmalar ise yüksek, orta ve düşük hassasiyet olmak üzere üç farklı grubun varlığını göstermiştir. Çocuk ve ergenlerde bu grupların dağılımı yüksek hassasiyet % 20-35, orta hassasiyet % 41-47, düşük hassasiyet % 25-35 şeklindedir (248).

Yüksek duygusal işleme hassasiyetine sahip olmak farklı çevresel koşullara karşı duyarlılık yaratmaktadır. Bu biyolojik yatkınlığa sahip bireylerin hem olumlu hem de olumsuz çevresel koşulların etkisine daha açık olduğu ve buna bağlı olarak bu bireylerin olumlu çevresel koşullardan daha fazla yararlandığı ve olumsuz çevresel koşullardan ise daha kötü etkilendiği öne sürülmektedir(17).

2.5.2. Psikolojik Sonuçlar

Çocuk ve ergenlerde DİH ile anksiyete, depresyon gibi içe yönelim belirtilerin ilişkisini inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. 3-16 yaş arası çocuklarda DİH ile günlük işlevsellik arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada yüksek DİH seviyelerine sahip çocukların baş ağrısı, karın ağrısı gibi tıbbi olarak açıklanamayan fiziksel belirtiler, uyku ve yeme problemlerini daha fazla gösterdiği, yalan söyleme, kavga, zorbalık gibi antisosyal davranışları daha az gösterdikleri saptanmış ve çocuklarda DİH'in daha fazla içe yönelim ve daha az dışa yönelim problemleriyle ilişkili olabileceği öne sürülmüştür (22). Kibe ve arkadaşları (2020) duygusal işleme hassasiyeti yüksek olan 15-16 yaş arasındaki ergenlerde özgüven ve öz yeterliliğin daha düşük, depresif belirtilerin ise daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Sonuçlar kız ve erkek ergenler için benzer bulunmuştur (23).

Duyusal işleme hassasiyetinin bazı çevresel faktörlerin çocuk ve ergen ruh sağlığı üzerindeki etkilerini ne şekilde değiştirdiği de incelenmiştir. Bir çalışmada ergenlerde yaşam olayları ile sosyoemosyonel iyilik halinin ilişkisinde duygusal işleme hassasiyetinin yeri araştırılmıştır. Bu çalışmada 114 ergenden 4 hafta boyunca her hafta yaşadıkları 2 önemli olayı yazmaları ve bu olayların kendileri üzerindeki olumlu veya olumsuz etkisini değerlendirmeleri istenmiştir. Sonuçlar yüksek duygusal

işleme hassasiyetine sahip gençlerin sosyoemosyonel iyilik hali açısından hem olumsuz hem de olumlu olaylardan etkilenme ihtimalinin daha fazla olduğunu ortaya koymuştur (249). Ülkemizde 9-18 yaş arası 351 çocuk ve ergen ile toplum örnekleminde yapılan bir çalışmada DİH, ebeveyn reddi algısı, cinsiyet ve içe yönelim sorunları arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmada hem algılanan anne ve baba reddi hem de duyusal işleme hassasiyeti ile çocuk ve ergenlerin içe yönelim problemleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca erkeklere kıyasla, duyusal hassasiyeti yüksek olan kızların içe yönelim problemlerini daha çok yaşadıkları saptanmıştır (21).

Duyusal işleme hassasiyeti ile ilgili erişkinlerle yapılan çalışmalar çocuk ve ergenlere kıyasla daha fazladır. Bu çalışmalarda yüksek DİH seviyelerinin daha düşük mutluluk seviyesi (250), daha yüksek stres seviyeleri (251, 252) ve zayıf stres yönetim becerileri ile ilişkili olduğu ortaya konmuştur (253). Liss ve arkadaşları (2005) üniversite öğrencileriyle yaptıkları DİH ve ebeveyn ile ilgili faktörlerin ilişkisini inceleyen çalışmalarında DİH'in depresyon belirtilerini ebeveyne bağlanmadan bağımsız olarak yordadığını ve DİH seviyeleri arttıkça kötü ebeveyn bakımı almış olmanın daha yüksek depresyon seviyeleriyle ilişkili olduğunu saptamışlardır (18). Wu ve arkadaşları (2021) DİH'in alt boyutlarından kolay uyandırılabilirliğin algılanan stres ile depresyon belirtileri arasındaki ilişkide moderatör rolü oynadığını bildirmişlerdir (19). Bir başka çalışmada DİH ile depresyon belirtileri arasındaki ilişkiye duygu düzenleme stratejilerine ulaşmada zorluk, duyguların daha fazla farkında olma ve sıkıntılı hisleri kabullenememenin kısmen aracılık ettiği saptanmıştır (253). Ülkemizde üniversite öğrencileri ile yapılan bir araştırmada benzer şekilde depresif belirtiler ile duyusal işleme hassasiyeti arasında pozitif yönlü ilişki olduğu görülmüştür. Bu ilişkinin kısmi olarak işlevsel olmayan tutumlar ve duygu düzenleme aracılığı ile gerçekleştiği saptanmıştır (254). Bunlara karşın, Neal ve arkadaşları (2012) DİH ile depresyon belirtileri arasında anlamlı ilişki bulunmadığını bildirmişlerdir (20). Yano ve arkadaşları (2019) ise 430 üniversite öğrencisinin katıldığı çalışmalarında DİH'in sadece kişinin dünyayı anlaşılabilir, yönetilebilir ve anlamlı olarak görmesi anlamına gelen bütünlük (tutarlılık) duygusunun düşük olan katılımcılarda bunun yüksek depresyon skorlarıyla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (255, 256).

Hjordt ve Stenbæk (2019) klinik örnekleme yaptıkları mevsimsel duygudurum bozukluğu ile ilgili çalışmalarında hem remisyon hem de semptomatik safhada mevsimsel duygudurum bozukluğu tanılı kişilerin sağlıklı kontrollere göre daha yüksek DİH seviyelerine sahip olduğu görülmüştür (257).

Erişkinlerin dahil edildiği örneklemlerde çevresel faktörler ile DİH etkileşimini inceleyen çalışmalara rastlanmaktadır. Booth ve arkadaşları (2015) erişkinlerde olumlu veya olumsuz çocukluk deneyimlerinin yaşam memnuniyetine etkisinde DİH'in rolünü araştırmışlardır. Araştırma bulguları DİH'in çocukluk deneyimleriyle yaşam memnuniyeti arasındaki ilişkide moderatör role sahip olduğunu, yüksek DİH seviyelerine sahip kişilerin olumsuz çocukluk deneyimlerinden yaşam memnuniyeti açısından daha kötü etkilendiğini fakat olumlu çocukluk deneyimleri için yüksek ve düşük DİH seviyeleri arasında yaşam memnuniyeti açısından bir fark olmadığını göstermiştir (258). COVID-19 pandemisi sırasında ergen ve genç erişkinler ile yapılan bir çalışmada ise duyuşal işleme hassasiyeti ile COVID-19 ilişkili stres arasında pozitif yönde zayıf ama anlamlı bir ilişki bulunmuş, bu ilişkiye psikolojik dayanıklılığın aracılık ettiği görülmüştür (259).

2.6. Araştırmanın Amacı

Bu kesitsel vaka-kontrol çalışmasının amacı Majör Depresif Bozukluk tanısı alan 12-18 yaşındaki ergenler ile intihar girişimi olan 12-18 yaşındaki ergenlerde olumsuz yaşam olayları sıklığı ile depresif belirtiler arasındaki ilişkiyi ve bu ilişkide bilinçli farkındalık, duygu düzenleme becerileri ve duyuşal işleme hassasiyetinin rolünü ve intihar girişimi öyküsü olan grupta intihar niyetinin şiddeti ile olumsuz yaşam olaylarının sıklığı, bilinçli farkındalık, duygu düzenleme becerileri ve duyuşal işleme hassasiyeti düzeylerinin ilişkisini araştırmaktır.

Bu araştırmanın hipotezleri şunlardır:

MDB tanılı ergenler ve intihar girişimi olan ergenlerde sağlıklı kontrol grubuna göre olumsuz yaşam olayları sayısı, duyuşal işleme hassasiyeti düzeyleri ve işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerinin kullanımı daha fazla, işlevsel duygu düzenleme stratejilerinin kullanımı ve bilinçli farkındalık düzeyleri daha düşüktür.

Ergenlerde olumsuz yaşam olayları sayısı, bilinçli farkındalık, duygu düzenleme stratejileri ve duygusal işleme hassasiyeti depresif belirtilerin şiddetiyle ilişkilidir.

Ergenlerde olumsuz yaşam olayları ile depresif belirtilerin arasındaki ilişkide bilinçli farkındalık ve duygu düzenleme aracı role sahiptir.

Ergenlerde olumsuz yaşam olayları ile depresif belirtilerin arasındaki ilişkide duygusal işleme hassasiyeti düzenleyici role sahiptir.

İntihar girişimi olan ergenlerde intihar niyetinin şiddeti; olumsuz yaşam olayları sayısı, bilinçli farkındalık, duygu düzenleme, duygusal işleme hassasiyeti ile ilişkilidir.

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1. Araştırmanın Deseni

Bu araştırma karşılaştırmalı ve kesitsel bir çalışma olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Örneklemi

Bu araştırma 21 Nisan 2021 – 21 Kasım 2021 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'nde yapılmıştır.

Araştırma, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvurarak Majör Depresif Bozukluk tanısı alan, dahil etme ölçütlerini karşılayan, çalışmaya katılmayı kabul eden 12-18 yaş arası 47 ergen, aynı yaşlar arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne intihar girişimi nedeniyle başvuran ve bu nedenle değerlendirilmek üzere anabilim dalımızdan konsültasyon istenerek polikliniğimize yönlendirilen 40 ergen ve aynı yaşlar arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran ve herhangi bir psikopatoloji belirlenmeyen 38 sağlıklı ergen ile yapılmıştır. Araştırma Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 20.04.2021 tarih ve 2021/09-03 karar numarası ile onaylanmıştır.

3.3. Örneklemin Seçimi

Araştırma Gruplarının Oluşturulması

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran, klinik Majör Depresif Bozukluk tanısı düşünülen, çalışmaya katılmayı kabul eden 12-18 yaş arasındaki hastalar ile Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne intihar girişimi nedeniyle başvuran ve bu nedenle değerlendirilmek üzere konsültasyon istenerek polikliniğimize yönlendirilen, çalışmaya katılmayı kabul eden 12-18 yaş arasındaki hastalar araştırma ekibine yönlendirilmiştir. Araştırmanın amacı ve yöntemine ilişkin bilgilendirildikten sonra katılmaya gönüllü olan, dahil etme ölçütlerini karşılayan ve onam veren ergenler ve ebeveynleri ile yarı yapılandırılmış “Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam

boyu Versiyonu- ÇDŞG-ŞY” ile görüşme yapılarak tanı konmuş ve araştırma grubu oluşturulmuştur.

İlk araştırma grubu Majör Depresif Bozukluk tanısı alan, 12-18 yaş arasında 47 ergenden oluşmaktadır. İkinci araştırma grubu intihar girişimi ile hastaneye başvuran, 12-18 yaş arasında 40 ergenden oluşmaktadır.

Araştırmaya dahil olma kriterleri (Major Depresif Bozukluk araştırma grubu)

- a. DSM-5 ölçütlerine göre Major depresif bozukluk tanısı alıyor olma
- b. İntihar girişimi öyküsüne sahip olmama
- c. 12-18 yaş arasında olma
- d. Klinik olarak zihinsel geriliğin olmaması
- e. Psikotik bozukluk, bipolar duygudurum bozukluğu, psikotik depresyon gibi ağır psikopatolojilerin bulunmaması
- f. Nörolojik ve uzun süreli takip gerektirecek kronik bir hastalığın olmaması
- g. Çalışmaya katılmayı kabul etme

Araştırmaya dahil olma kriterleri (İntihar girişimi araştırma grubu)

- a. Son 1 ay içinde intihar girişimi öyküsüne sahip olma
- b. 12-18 yaş arasında olma
- c. Klinik olarak zihinsel geriliğin olmaması
- d. Psikotik bozukluk, bipolar duygudurum bozukluğu, psikotik depresyon gibi ağır psikopatolojilerin bulunmaması
- e. Nörolojik ve uzun süreli takip gerektirecek kronik bir hastalığın olmaması
- f. Çalışmaya katılmayı kabul etme

Araştırmadan dışlama kriterleri

- a. 12 yaşından küçük ve 18 yaşından büyük olma
- b. Klinik olarak zeka geriliğinin olması
- c. Nörolojik ve uzun süreli takip gerektirecek kronik bir hastalığın olması
- d. Çalışmaya katılmayı kabul etmeme

Kontrol Grubunun Oluşturulması

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran, değerlendirmeler sonucunda şu anda herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı almayan ve psikiyatrik tedavi almasına gerek görülmeyen, nörolojik ya da uzun süreli takip gerektirecek kronik fiziksel hastalığı olmayan 12-18 yaş arasındaki ergenler araştırma ekibine yönlendirilmiştir. Çalışmanın amacı ve yöntemine ilişkin bilgilendirildikten sonra katılmaya gönüllü olan ve onam veren ergenler ve ebeveynleriyle ÇDŞG-ŞY ile yapılan görüşme sonucunda geçmişte ya da şu anda herhangi bir psikiyatrik hastalık tanı ölçütünü karşılamadığı doğrulanan 38 gönüllü ergen kontrol grubuna alınmıştır.

Araştırmaya dahil olma kriterleri

- a. 12-18 yaş arasında olma
- b. Klinik olarak zihinsel geriliğin olmaması
- c. Herhangi bir psikiyatrik hastalığın olmaması
- d. Nörolojik ve uzun süreli takip gerektirecek kronik bir hastalığın olmaması
- e. Çalışmaya katılmayı kabul etme

Araştırmadan dışlama kriterleri

- a. 12 yaşından küçük ve 18 yaşından büyük olma
- b. Klinik olarak zeka geriliğinin olması
- c. Nörolojik ve uzun süreli takip gerektirecek kronik bir hastalığın olması
- d. Çalışmaya katılmayı kabul etmeme

3.4. Araştırmada Kullanılan Gereçler

Araştırmaya katılan tüm ebeveynler ve ergenlerle kısa bir klinik görüşme yapılarak, görüşme sırasında araştırmacılar tarafından hazırlanan Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu ile olumsuz yaşam olaylarının sayısını değerlendirmek için Olumsuz Yaşam Olayları Formu doldurulmuştur.

Çalışmaya katılan tüm ergenlere depresyon belirti düzeylerini değerlendirmek için Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) - Beck Depression Inventory (BDI), bilinçli farkındalık becerilerini değerlendirmek için Ergen ve Yetişkin Bilinçli Farkındalık Ölçeği (EYBFÖ) –Adolescent and Adult Mindfulness Scale (AAMS), duygu düzenleme becerilerini değerlendirmek için Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği (EİDDÖ) - The Regulation of Emotions Questionnaire (REQ) verilmiştir. Ayrıca şimdiki ve geçmiş dönemdeki depresyon tanısını doğrulamak ve sağlıklı kontrol grubunun psikiyatrik bir tanıya sahip olmadığını doğrulamak için Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşamboyu Versiyonu (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children, Present and Lifetime Version - K-SADS-PL) yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır.

Çalışmaya katılan ergenlerin ebeveynlerine; ergenlerin duyuşsal işleme hassasiyeti düzeylerini belirlemek için Hassasiyeti Yüksek Birey Ölçeği (HYBÖ) – Highly Sensitive Child Scale – Mother Report (HSCS) verilmiştir. Kontrol grubunu oluşturan ergenlere ve ebeveynlerine de aynı değerlendirme araçları uygulanmıştır.

Son 1 ay içinde intihar girişimi öyküsü bulunan ergenlere intihar niyetinin şiddetini değerlendirmek için araştırmacılar tarafından yüz yüze İntihar Niyeti Ölçeği (İNÖ) – Suicide Intent Scale (SIS) uygulanmıştır.

3.4.1. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından geliştirilen bu form sosyodemografik bilgilere ek olarak tıbbi öykü ve soygeçmiş bilgilerini sorgulamaktadır. Araştırmacılar tarafından yüz yüze uygulanacaktır. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kardeş sayısı, anne-babanın yaşları, eğitim durumları, meslekleri, gelir düzeyleri, çocuğun hastalık, hastane yatışı, psikiyatri başvurusu, ilaç kullanım durumu, intihar girişimi öyküsü, anne-babanın fiziksel veya psikiyatrik hastalık öyküsü ile ilgili sorular bulunmaktadır (Bkz. EK 1).

3.4.2. Beck Depresyon Ölçeği –BDÖ (Beck Depression Inventory- BDI)

Beck Depresyon Ölçeği, ergen ve erişkinlerdeki depresyonun davranışsal bulgularını ölçmek amacıyla Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (260). Depresyonu tanımlayabilmek, şiddetini ölçmek ve tedavi ile olan değişimleri

izleyebilmek amacıyla tasarlanmıştır. Ölçek 21 maddeden oluşmaktadır ve her bir maddeye 0-3 arasında puan verilmiştir. Hastalardan içinde buldukları durumu en iyi tanımlayan ifadeyi işaretlemeleri istenmektedir. 1978 yılında ölçeğin tümü gözden geçirilerek hastalığın şiddetini tanımlayan tekrarlayıcı sorular ayıklanmış ve kişilerin son bir haftadaki durumlarını işaretlemeleri istenmiştir. Ölçeğin orijinali klinisyenin maddeleri yüksek sesle hastaya okuması şeklinde tasarlanmış iken, ölçek daha sonra kendini değerlendirme ölçeği olarak uygulanmaya başlanmıştır. Toplam puan olarak 0-9 = minimal, 10-16 = hafif, 17-29 = orta, 30-63 = şiddetli belirti şeklinde yorumlanmaktadır. BDÖ'nün geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1989 yılında Hisli tarafından yapılmış ve depresyon için kesim noktası 17 olarak kabul edilmiştir (261)(Bkz. EK 2).

3.4.3. Ergen-Yetişkin Bilinçli Farkındalık Ölçeği - EYBFÖ (Adolescent and Adult Mindfulness Scale - AAMS)

Bu ölçek Droutman, Golubb, Oganesyana ve Read (2018) tarafından geliştirilmiştir (262). Sarıçam ve Çelik (2018) tarafından Türkçeye uyarlanmış ve psikometrik özellikleri incelenmiştir. Araştırmanın çalışma grubunu 317 üniversite öğrencisi ve 200 lise öğrencisi oluşturmuştur. Ölçeğin psikometrik özellikleri, dilsel eşdeğerlik, açıklayıcı faktör analizi, doğrulayıcı faktör analizi, uyum geçerliği, iç tutarlık ve test-tekrar test yöntemleriyle incelenmiştir. Uyum geçerliği için Doğayla İlişkili Olma Ölçeği (DİOÖ-6) ve Düşünsel İyi Olma Ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin yapı geçerliği için uygulanan açıklayıcı faktör analizi sonucu maddeler orijinal formula uygun olarak dört boyutta toplanmıştır. Uyum geçerliği çalışmasında dikkat ve farkındalık ile doğayla ilişkililik ve düşünsel iyi olma arasında pozitif ilişkiler görülmüştür. Cronbach alfa iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı ölçeğin bütünü için $\alpha = .84$; test-tekrar test korelasyon katsayısı ölçeğin bütünü için $r = .64$ olarak bulunmuştur. Ayrıca düzeltilmiş madde-toplam korelasyonlarının .33 ile .80 arasında sıralandığı görülmüştür. Bu sonuçlara göre ölçeğin pozitif psikoloji, sağlık ve eğitim alanında kullanılacak geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu söylenebilir (263)(Bkz. EK 3).

3.4.4. Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği - EİDDÖ (The Regulation of Emotions Questionnaire - REQ)

Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği (EİDDÖ) Phillips ve Power (2007) tarafından ergenlerin duygu düzenleme yöntemlerini belirlemek için geliştirilmiş (170), Duy ve Yıldız (2014) tarafından Türkçe güvenirlik geçerlilik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı sırasıyla içsel işlevsel duygu düzenleme alt boyutu için .74, dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme alt boyutu için .76, içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme alt boyutu için .68 ve dışsal işlevsel duygu düzenleme alt boyutu için .57 olarak bulunmuştur. Ölçeğin iki hafta ara ile 175 öğrenciye uygulanması sonucu elde edilen test-tekrar test güvenirlik katsayısı içsel işlevsel duygu düzenleme alt boyutu için .51, dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme alt boyutu için .70, içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme alt boyutu için .56 ve dışsal işlevsel duygu düzenleme alt boyutu için .52 olarak bulunmuştur. Analizler sonucunda, EİDDÖ'nün ergenler üzerinde yeterli düzeyde geçerlik ve güvenirlik değerlerine sahip olduğu görülmüştür (264).

3.4.5. Olumsuz Yaşam Olayları Formu

Akın tarafından (2013), Johnson ve arkadaşları (265) ile Wilde ve arkadaşlarının (266) çocuk ve ergenlerde intihar davranışı ile özgül bazı olumsuz yaşam olayları arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmaların makalelerinden yararlanılarak ergenin yaşamında önemli olabilecek olayların varlığını sorgulamak amacıyla olumsuz yaşam olayları listesi hazırlanmıştır (148). Listede çocuğun kendisine, okul ve arkadaş çevresine ve ailesine ait çeşitli olumsuz yaşam olayları yer almaktadır. Bu çalışmada kullanılmak üzere “Olumsuz Yaşam Olayları Listesi” ve “Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşamboyu Versiyonu” içerisindeki travmatik olaylar listesi incelenmiştir. Olumsuz Yaşam Olayları Listesi'nde bulunmayan “Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşamboyu Versiyonu” içerisindeki travmatik olaylar listesindeki ilgili maddeler eklenerek araştırmacılar tarafından 24 maddelik bir olumsuz yaşam olayları formu oluşturulmuştur (Bkz. EK 4).

3.4.6. Hassasiyeti Yüksek Birey Ölçeği - HYBÖ (Highly Sensitive Child Scale – Mother Report - HSCS)

Hassasiyeti Yüksek Birey Ölçeği (HYBÖ) çocukların duyuşsal işleme hassasiyeti düzeylerini değerlendirmek için Aron (2002) tarafından geliştirilmiştir (267). Ölçeğin ilk versiyonu toplam 38 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin yapısını araştırmak amacıyla Boterberg (2016) tarafından 6-17 yaş arası çocuğu olan 439 anne ile yapılan çalışmada faktör analizleri sonucu ölçeğin öz-bildirim versiyonlarından alınan maddelerin faktör yükünün düşük olduğu görölmüş ve analizlere 23 maddelik versiyon ile devam edilmiştir. İleri analizler 19 madde ile 2 faktörlü bir yapı ortaya çıkarmıştır fakat ölçeğin yapısı daha geniş bir örneklem ile incelenmek istendiği için kalan 4 madde de dahil edilerek 23 maddelik ölçek oluşturulmuştur (22). Anneler tarafından cevaplandırılan ölçek 5’li Likert tipi bir ölçektir. Türkçeye uyarlama Akkaya, Ertekin ve Berument (2019) tarafından yapılmıştır (268)(Bkz. EK 5).

3.4.7. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşamboyu Versiyonu - ÇDŞG-ŞY (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children, Present and Lifetime Version - K-SADS-PL)

ÇDŞG-ŞY, çocuk ve ergenlerin DSM-5 tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve şu andaki psikopatolojilerini saptamak amacıyla ilk kez Kaufman ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur (269). Formun ilk Türkçe’ye çeviri-geri çevirisi, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hacettepe Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı’nda çalışan bir ekip tarafından yapılmıştır.(270) DSM-5 için görüşme çizelgesinin güncellenmesi yine Hacettepe Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı’nda yapılmıştır (271).

Görüşme çizelgesi üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm yapılandırılmamış bir başlangıç görüşmesidir ve bu bölümde çocuğun demografik özellikleri, genel sağlık durumu, varsa daha önceki psikiyatri başvurusu ve tedavisi, aile ve akran ilişkileri, okul bilgileri gibi onu genel olarak tanımaya yarayan bilgiler sorgulanır. İkinci bölüm psikiyatrik tanıları değerlendirmek amacıyla özgül belirtilerin sorgulandığı tarayıcı sorular ve değerlendirme ölçütlerini içermektedir. Tarama

görüşmesi ile pozitif belirtiler varsa o psikopatolojiyi daha iyi değerlendirmek amacıyla ek belirti listesi sorgulanmaktadır. Belirtilerin varlığına ve şiddetine çocuğun ya da ergenin, anne babanın ve klinisyenin görüşleri birleştirilerek karar verilmektedir. ÇDŞG-ŞY ile duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, dışa atım bozuklukları, yıkıcı davranım bozuklukları, madde kötüye kullanımı, yeme bozuklukları ve tik bozuklukları değerlendirilebilmektedir. Üçüncü bölüm çocuğun değerlendirme yapıldığı zamanda işlev düzeyini belirlemek amacıyla kullanılan genel değerlendirme ölçeğidir. Her bir bilgi kaynağından alınan bilgiler ayrı ayrı ve sonunda klinisyenin gözlemleriyle de birlikte birleştirilerek puanlanır. Tüm görüşme 45-120 dakika sürer.

ÇDŞG-ŞY anne-baba ve çocuğun kendisiyle görüşme yoluyla uygulanır ve en sonunda tüm kaynaklardan (anne-baba, çocuk, okul) alınan bilgilerin doğrultusunda puanlama yapılır. Ergenlik öncesi döneme uygulanırken önce anne-baba ile görüşme yapılır. Ergenlerle çalışılıyorsa, önce ergenin kendisi ile görüşülür. Eğer farklı kaynaklardan gelen bilgiler arasında uyumsuzluk varsa, klinisyen kendi klinik yargısını kullanır. Bu araştırmada psikiyatrik bozukluk tanıları ÇDŞG-ŞY ile DSM-5 tanı ölçütlerine göre konmuştur.

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

Yirmi maddeli bu ölçek, Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (272). Ölçeğin Türkiye örneklemindeki geçerlik ve güvenirlik çalışması Dilbaz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (273). Kişinin intihar girişimi sırasındaki beklentilerini değerlendiren, puanlanan 15 ve puanlanmayan beş olmak üzere, 20 maddeden oluşan bir ölçektir. Her madde, 0-2 arasında değişen şekilde puanlanmaktadır. Görüşme sırasında her bir madde ile ilgili yeterli bilgiler alındıktan sonra, görüşmeci ölçekteki en uygun seçeneği belirler. Toplam puan 0 ile 30 arasında değişmekte olup, her maddeden alınan puanlar aritmetik olarak toplamı belirlemektedir. İlk dokuz madde esas olarak girişimle ilgili gerçekler ve girişimi belirleyen olaylarla ilgili bilgi vermekte olup, 'intihar girişimi ile ilgili koşullar' başlığını taşımaktadır. İkinci bölüm ise, hastanın girişim esnasındaki duygu ve düşüncelerinin geriye dönük olarak değerlendirmesi olup, 'kendini değerlendirme bölümü' olarak adlandırılır. Son beş soruyu içeren üçüncü bölüm ise, görüşme sırasındaki seçeneklerin belirsizliği nedeniyle puanlanmamaktadır (Bkz. EK 6).

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistikler

Verilerin analizi SPSS 26.0 programı ile yapılmış ve %95 güven düzeyi ile çalışılmıştır. Demografik özellikler için frekans (n) ve yüzde (%), ölçek puanları (nicel) için ortalama (Ort), standart sapma (ss), medyan (M) istatistikleri verilmiştir. Çalışmada test tekniklerinden iki kategorik değişken arasındaki ilişkinin incelenmesinde Kikare, bağımsız iki nicel değişken arasındaki doğrusal ilişkinin yönü ve kuvvetinin belirlenmesinde Pearson korelasyon, bağımsız 2'den fazla grubun sayısal değişken bakımından karşılaştırıldığı analizlerde Tek yönlü ANOVA/ Kruskal Wallis, bağımsız 2 grubun sayısal değişken bakımından karşılaştırıldığı bağımsız grupların analizlerinde t/ Mann Whitney testi kullanılmıştır. Ayrıca Process Regresyon analizi yapılmıştır. Tüm testlerde $p < 0,05$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Process Analizi

Yakın zamana kadar, iki değişen arasındaki olası bir aracı etkinin istatistiki olarak test edilmesinde genellikle Baron ve Kenny (1986) tarafından önerilen nedensel adımlar yaklaşımı büyük ilgi görmüş ve araştırmacılar tarafından yoğun şekilde tercih edilmiştir (274). Ancak son yıllarda bazı araştırmacılar, Baron ve Kenny yönteminin aracılık testleri için güçlü bir yöntem olmadığını öne sürerek bu geleneksel yöntem yerine bootstrap tekniğine dayanan ve daha geçerli ve güvenilir sonuçlar veren modern yaklaşımın kullanılmasını gerektiğini öne sürmüşlerdir (275-279). Modern yaklaşımda, aracılık modeli analizlerinde öncelikli odak noktası dolaylı ve doğrudan etki değerlerinin hesaplanması ve hesaplanan değerlerden çıkarımlar yapılmasıdır.

Dolaylı etki, bağımsız değişkenin (X), aracı değişken (M) üzerindeki etkisi (a) ile aracı değişkenin (M), bağımlı değişken (Y) üzerindeki etkisinin (b) çarpımıdır (a.b). Modern yaklaşıma göre; verilen aracı etki modelinde, bootstrap testi sonucunda X'in dolaylı etkisinin (a.b) anlamlı olması halinde aracılık modeli doğrulanmış kabul edilmektedir. Başka herhangi bir teste ihtiyaç duyulmamaktadır.

3.6. Uygulama

Araştırma ve kontrol gruplarında çalışmaya katılım ölçütlerini karşılayan ergenlere ve ebeveynlerine araştırmanın amacı, değerlendirme sürecinde yapılacak

işlemler ve çalışmanın yararlı olabilecek sonuçları anlatılarak aydınlatılmış yazılı onamları alınmıştır. Çalışmaya alınacak ergenlere, araştırma grubunu oluşturmak üzere DSM-5 kriterlerine göre Major Depresif Bozukluk (MDB) tanısı alıp almadığını ve intihar girişimi varlığını doğrulamak için ÇDŞG-ŞY uygulanmıştır. Benzer şekilde kontrol grubunu oluşturmak üzere herhangi bir psikiyatrik tanısı bulunmadığını doğrulamak için ÇDŞG-ŞY uygulanmıştır. MDB tanısı aldığı doğrulanan hastalar, son 1 ay içinde intihar girişimi öyküsü bulunan hastalar ve kontrol grubuna alınan ergenler klinik olarak değerlendirilirken sosyodemografik veri formu ve olumsuz yaşam olayları formu doldurulmuştur. İntihar girişimi öyküsü bulunan araştırma grubundaki ergenlere ayrıca yüz yüze İntihar Niyeti Ölçeği (İNÖ) uygulanmıştır. Öz bildirim ölçekleri ayrıntılı olarak anlatılmış, ergen ve ebeveynlerin bu ölçekleri doldurmaları istenmiştir. Psikiyatrik görüşme yapılması ve ölçeklerin doldurulması her bir olgu için yaklaşık olarak bir buçuk saat sürmüştür. COVID-19 pandemi süreci nedeniyle görüşmeler sırasından maske, fiziksel mesafe ve hijyen kurallarına dikkat edilmiş, görüşmenin 30. ve 60. dakikalarında oda değiştirilerek odalar havalandırılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Değişkenlerin Normalliği

Parametrik test uygulayabilmek için tüm gruplarda sayısal değişkenin normal dağılması gerekmektedir. Shapiro-Wilk testine göre bu sağlanamamaktadır.

Tablo 4.1: Ölçek Puanlarının Normalliğin Sınanması

Değişken	Grup	Shapiro-Wilk		Katsayılar	
		İstatistik	p	Çarpıklık	Basıklık
HYBÖ	İntihar	0,985	0,876	-0,122	-0,143
	MDB	0,989	0,929	-0,275	0,145
	Kontrol	0,940	0,043*	-0,526	1,105
Olumsuz Yaşam Olayları Sayısı	İntihar	0,902	0,003*	1,211	1,732
	MDB	0,939	0,016*	0,729	0,591
	Kontrol	0,815	0,000*	1,168	0,656
BDÖ	İntihar	0,976	0,548	-0,190	-0,827
	MDB	0,965	0,166	0,264	-0,734
	Kontrol	0,929	0,019*	0,447	-0,993
EYBFÖ Toplam	İntihar	0,967	0,311	0,359	1,231
	MDB	0,987	0,889	0,065	-0,318
	Kontrol	0,934	0,026*	0,375	1,613
Tepkisizlik	İntihar	0,933	0,022*	0,143	-1,184
	MDB	0,946	0,030*	0,449	-0,764
	Kontrol	0,944	0,056	0,490	-0,671
Yargılayıcı Olmama	İntihar	0,936	0,028*	0,227	-1,092
	MDB	0,936	0,012*	0,235	-1,119
	Kontrol	0,959	0,176	0,035	-0,847
Kendini Kabullenme	İntihar	0,903	0,003*	0,238	-1,251
	MDB	0,971	0,282	0,019	-0,860
	Kontrol	0,959	0,183	-0,308	0,671
Dikkat, Farkındalık	İntihar	0,952	0,099	-0,543	-0,343
	MDB	0,973	0,355	0,026	-0,833
	Kontrol	0,956	0,141	-0,429	-0,482
İçsel İşlevsel Duygu Düzenleme (DD)	İntihar	0,953	0,106	-0,260	-0,876
	MDB	0,965	0,166	-0,472	0,311
	Kontrol	0,970	0,395	-0,380	0,887
Dışsal İşlevsel DD	İntihar	0,952	0,098	0,559	-0,213
	MDB	0,972	0,319	0,338	0,262
	Kontrol	0,968	0,351	0,092	-0,806
İçsel İşlevsel Olmayan DD	İntihar	0,905	0,003*	-0,502	-1,099
	MDB	0,975	0,397	-0,128	-0,627
	Kontrol	0,920	0,010*	1,064	1,486
Dışsal İşlevsel Olmayan DD	İntihar	0,965	0,255	0,408	-0,470
	MDB	0,958	0,092	0,262	-0,801
	Kontrol	0,911	0,005*	0,908	0,378
İNÖ	İntihar	0,921	0,008*	1,021	1,071

*p<0,05 normal dağılım göstermemekte

Regresyon modelleri için normal dağılım şartı önem arz etmektedir. Ölçeklerden elde edilen puanların, nicel değişkenlerin normal dağılıma uygunluğunun incelenmesi için yapılan bir diğer işlem çarpıklık ve basıklık değerlerinin hesaplanmasıdır. Ölçek puanlarından elde edilen basıklık ve çarpıklık değerlerinin +3 ile -3 arasında olması normal dağılım için yeterli görülmektedir (280-283). Buna göre ölçek puanlarının normal dağılım gösterdiği kabul edilmiştir. Analizlerde parametrik yöntemler kullanımı uygundur.

Tablo 4.2: Sayısal Özelliklerin Normalliğin Sınanması

Değişken	Grup	Shapiro-Wilk		Katsayılar	
		Statistic	P	Çarpıklık	Basıklık
Yaş	İntihar	0,965	0,351	0,403	-0,725
	MDB	0,975	0,607	-0,097	-0,567
	Kontrol	0,930	0,123	-0,101	-1,113
Eğitim	İntihar	0,936	0,053	-0,159	-0,651
	MDB	0,927	0,022*	-0,313	-0,800
	Kontrol	0,918	0,068	-0,380	-0,678
Kardeş sayısı	İntihar	0,919	0,018	0,435	-0,350
	MDB	0,886	0,002*	0,572	0,002
	Kontrol	0,764	0,000*	2,856	10,707
Anne yaş	İntihar	0,910	0,010*	0,870	0,671
	MDB	0,981	0,784	0,134	-0,027
	Kontrol	0,926	0,100	0,896	0,847
Baba yaş	İntihar	0,912	0,011*	0,627	1,170
	MDB	0,705	0,000*	-2,630	9,117
	Kontrol	0,964	0,578	0,386	-0,071
Gelir	İntihar	0,871	0,001*	1,207	1,952
	MDB	0,915	0,010*	0,668	-0,755
	Kontrol	0,456	0,000*	4,143	18,460

*p<0,05 normal dağılım göstermemekte

Demografik sayısal değişkenler için benzer normallik kriterleri incelendiğinde kardeş sayısı, baba yaşı, gelir normal dağılım göstermemektedir (Çarpıklık ve basıklık katsayıları sağlanmamıştır). Bu nedenle karşılaştırma testlerinde parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. Yaş, eğitim süresi, anne yaşı ise normal dağılım sağlamıştır. Bu değişkenler için karşılaştırma testlerinde parametrik yöntemler kullanılmıştır.

4.2. Ergenlerin Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

4.2.1. Sosyodemografik Özellikler

Araştırmamıza 12-18 yaş aralığında 47'si MDB tanılı, 40'ı intihar girişiminde bulunmuş, 38'i sağlıklı kontrol grubunda olmak üzere toplam 125 ergen katılmıştır. Ergenlerin buldukları gruplar arasında cinsiyet, anne-baba eğitimi, aile yapısı, kardeş sayısı ve gelir düzeyi açısından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$).

Major depresyonu olan ergenlerin yaş ortalaması $15,14\pm 1,58$, İntihar grubunda yaş ortalaması $15,47\pm 1,24$, kontrol grubundaki ergenlerin yaş ortalaması ise $15,32\pm 1,86$ yıldır. Gruplar arasında yaş ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Cinsiyet açısından bakıldığında intihar (% 92,5) ve MDB (% 83,0) gruplarında kız oranı sağlıklı kontrol grubuna (% 55,3) göre daha yüksektir ($p=0,000$). İntihar ve MDB grupları arasında cinsiyet açısından anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Aile yapısı açısından gruplar karşılaştırıldığında MDB grubunda anne/baba ayrı olma veya kayıp durumu en yüksek (% 34,0) iken kontrol grubunda çekirdek aile oranı (% 86,8) en yüksektir ($p<0,05$). Fark MDB grubu ile kontrol grubu arasındadır. Bulgular Tablo 4.3'te verilmiştir.

Kardeş sayısı gruplar arasında karşılaştırıldığında intihar grubunda kardeş sayısı ortancası 2 iken MDB ve kontrol gruplarında 1'dir. Gruplar arasındaki en yüksek kardeş sayısı intihar grubundadır. Post hoc test (Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney) sonuçlarına göre fark kontrol grubu ile diğer gruplar arasındadır ($p<0,05$).

Ebeveynlerin eğitim düzeyi gruplar arasında karşılaştırıldığında intihar grubunda anne (% 64,1 lise altı) ve baba (% 55,0 lise altı) eğitim düzeyleri en düşüktür. Fark intihar ve kontrol grupları arasındadır ($p<0,05$).

Ailenin aylık geliri bakımından kontrol grubunda gelir düzeyi en yüksek (10000 TL/ay) bulunmuştur. Post hoc test (Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney) sonuçlarına göre hem intihar hem MDB gruplarında aylık gelir düzeyi kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşüktür ($p<0,05$). İntihar ve MDB grupları arasında aylık gelir düzeyi açısından fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.3: Grupların Sosyodemografik Özellikler Açısından Karşılaştırılması

	İntihar		MDB		Kontrol		F/X ²	p
	M	Ort±ss	M	Ort±ss	M	Ort±ss	F	p
Yaş	15	15,47±1,24	15	15,14±1,58	15	15,32±1,86	0,472	0,625
		n (%)		n (%)		n (%)	X ²	p
Cinsiyet								
Kız		37 (92,5)		39 (83)		21 (55,3)	16,528	0,000*
Erkek		3 (7,5)		8 (17)		17 (44,7)		
	M	Ort±ss	M	Ort±ss	M	Ort±ss	F	p
Eğitim (Yıl)	10	9,98±1,33	10	9,7±1,5	9	9,42±1,95	1,160	0,317
Anne yaş	40	41,28±5,84	43	43,04±6,03	43	44,55±6,21	2,842	0,062
	M	Ort±ss	M	Ort±ss	M	Ort±ss	X ²	p
Baba yaş	45	45,79±6,63	46	45,42±11,8	49	48,92±6,07	4,780	0,092
Kardeş sayısı	2	1,83±1,24	1	1,57±1	1	1,21±1,51	9,458	0,009*
		n (%)		n (%)		n (%)	X ²	p
Aile yapısı								
Çekirdek		26 (65)		28 (59,6)		33 (86,8)	10,409	0,027*
Geniş		5 (12,5)		3 (6,4)		2 (5,3)		
Anne/baba ayrı/kayıp		9 (22,5)		16 (34)		3 (7,9)		
Anne eğitim								
Lise altı		25 (64,1)		14 (31,1)		8 (21,1)	25,498	0,000*
Lise		8 (20,5)		22 (48,9)		11 (28,9)		
Üniversite ve üstü		6 (15,4)		9 (20)		19 (50)		
Baba eğitim								
Lise altı		22 (55)		14 (31,8)		6 (16,2)	17,763	0,001*
Lise		12 (30)		16 (36,4)		11 (29,7)		
Üniversite ve üstü		6 (15)		14 (31,8)		20 (54,1)		
Anne iş								
Yok		24 (60)		21 (46,7)		16 (42,1)	2,754	0,252
Var		16 (40)		24 (53,3)		22 (57,9)		
Baba iş								
Yok		5 (12,8)		6 (14,3)		3 (8,1)	0,802	0,725
Var		34 (87,2)		36 (85,7)		34 (91,9)		

*p<0,05 anlamlı fark var, p>0,05 anlamlı fark yok; Tek yönlü ANOVA(F), Kruskal Wallis(X²), Kikare(X²)

Tablo 4.3 (devam): Grupların Sosyodemografik Özellikler Açısından Karşılaştırılması

	İntihar		MDB		Kontrol		F/X ²	p
	M	Ort±ss	M	Ort±ss	M	Ort±ss	X ²	p
Aylık Gelir (Türk Lirası)	4000	5342±2971	4250	5228±3242	10000	11204±11318	19,540	0,000*
	n (%)		n (%)		n (%)		X ²	p
Annede tıbbi hastalık								
Yok	34 (85)		41 (87,2)		34 (89,5)		0,401	0,894
Var	6 (15)		6 (12,8)		4 (10,5)			
Babada tıbbi hastalık								
Yok	31 (77,5)		42 (89,4)		35 (92,1)		3,910	0,142
Var	9 (22,5)		5 (10,6)		3 (7,9)			
Ailede psikiyatrik öykü								
Yok	26 (65)		39 (83)		35 (92,1)		9,429	0,009*
Var	14 (35)		8 (17)		3 (7,9)			

*p<0,05 anlamlı fark var, p>0,05 anlamlı fark yok; Tek yönlü ANOVA(F), Kruskal Wallis(X²), Kikare(X²)

Ergenlerin soygeçmiş özellikleri incelendiğinde annede veya babada tıbbi hastalık öyküsü açısından gruplar arası fark anlamlı değildir (p>0,05). Ailede psikiyatrik öykü varlığı intihar grubunda % 35, kontrol grubunda % 7,9 oranında bulunmuş olup iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark vardır (p<0,05). MDB grubu ile diğer iki grup arasında ailede psikiyatrik öykü varlığı açısından anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05).

4.2.2. Klinik Özellikler

İntihar grubunda değerlendirme sırasında psikiyatrik ilaç kullanım oranı % 32,5, MDB grubunda % 23,4'tür. Psikiyatrik ilaç kullanımı açısından iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

ÇDŞG-ŞY ile yapılan değerlendirme sonucunda intihar grubunda en sık psikiyatrik tanının MDB (% 95) olduğu, bunu Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite

Bozukluğu tanısının (% 30) izlediği görülmüştür. MDB grubunda komorbiditeler anksiyete bozuklukları (% 17), DEHB (% 6,4), yeme bozuklukları (% 4,3) ve obsesif kompulsif bozukluk (% 4,3). Her bir psikiyatrik tanı için yeterli sayıda hasta olmadığı için gruplar arası karşılaştırma yapılamamıştır.

Tablo 4.4: Grupların Klinik Özellikler Açısından Karşılaştırılması

		İntihar	MDB	Kontrol	X ²	p
Psikiyatrik ilaç	Yok	27 (67,5)	36 (76,6)	38 (100)	20,684	0,000*
	Var	13 (32,5)	11 (23,4)	0 (0)		
Psikiyatrik tanı	MDB	38 (95)	47 (100)	0 (0)	-	-
	DEHB	12 (30)	3 (6,4)	0 (0)	-	-
	Anksiyete bozuklukları	7 (17,5)	8 (17)	0 (0)	-	-
	Yeme bozuklukları	3 (7,5)	2 (4,3)	0 (0)	-	-
	KOKGB	2 (5)	0 (0)	0 (0)	-	-
	OKB	0 (0)	2 (4,3)	0 (0)	-	-

*p<0,05 anlamlı ilişki var, p>0,05 anlamlı ilişki yok; Kikare

MDB: Major depresif bozukluk, DEHB: Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, KOKGB: Karşıt olma karşı gelme bozukluğu, OKB: Obsesif kompulsif bozukluk

4.3. Ergenlerin Depresif Belirtileri ve İlişkili Özelliklerin Değerlendirilmesi

4.3.1. Depresif Belirtiler

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) puanına bakıldığında intihar girişimi ve MDB gruplarındaki ergenlerin sağlıklı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan aldıkları saptanmıştır (p=0,000). Post hoc test sonuçlarına göre intihar girişimi ve MDB grupları arasında BDÖ puanları açısından fark yoktur (p>0,05). Grupların ölçek puanları dağılımı Tablo 4.5'te verilmiştir.

Tablo 4.5: Grupların Depresif Belirti Şiddeti Açısından Karşılaştırılması

	İntihar		MDB		Kontrol		F	p
	M	Ort±ss	M	Ort±ss	M	Ort±ss		
BDÖ	36	33,93±10,97	30	30,66±8,8	6	7,71±4,79	107,471	0,000*

*p<0,05 anlamlı fark var, p>0,05 anlamlı fark yok; Tek yönlü ANOVA

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

4.3.2. Olumsuz Yaşam Olayları

Ergenler yaşadıkları olumsuz yaşam olayı sayısı açısından karşılaştırıldığında, intihar girişimi ve MDB gruplarındaki ergenlerin olumsuz yaşam olayı sayısının sağlıklı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olarak bulunmuştur ($p=0,000$). Post hoc test sonuçlarına göre intihar girişimi ve MDB grupları arasında olumsuz yaşam olayları sayısı açısından fark yoktur ($p>0,05$). Grupların olumsuz yaşam olayları sayıları Tablo 4.6’da verilmiştir.

Tablo 4.6: Grupların Olumsuz Yaşam Olayı Sayısı Açısından Karşılaştırılması

	İntihar		MDB		Kontrol		F	p
	M	Ort±ss	M	Ort±ss	M	Ort±ss		
OYO Sayısı	5	5,13±3,23	4	4,3±2	1	1,18±1,35	31,306	0,000*

* $p<0,05$ anlamlı fark var, $p>0,05$ anlamlı fark yok; Tek yönlü ANOVA

OYO: Olumsuz Yaşam Olayları

Farklı olumsuz yaşam olaylarının sıklığı gruplar arasında karşılaştırılmıştır. Ergenlerin bulunduğu gruplar arasında cinsel istismar mağduru olma, kız / erkek arkadaştan ayrılma, yakın bir arkadaşlığın bitmesi, ailede alkol / madde sorunu, ailede ruhsal / duygusal sorun, ailede ciddi yaralanma/hastalık, ebeveynler arası tartışma ya da fiziksel şiddet, ebeveynlerin ayrılması/boşanması, yakın bir arkadaşın ölümü, akran zorbalığına maruz kalma durumları açısından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$).

İntihar grubunda cinsel istismar mağduru olma, kız / erkek arkadaştan ayrılma, yakın bir arkadaşlığın bitmesi, ailede alkol / madde sorunu, ailede ruhsal / duygusal sorun, ailede ciddi yaralanma / hastalık, yakın bir arkadaşın ölümü, akran zorbalığına maruz kalma, ebeveynler arası tartışma / fiziksel şiddet ve ebeveynlerin ayrılması / boşanması oranları kontrol grubundan yüksektir ($p<0,05$). Yaşam olaylarının gruplara göre dağılımı Tablo 4.7’de verilmiştir.

Tablo 4.7: Grupların Olumsuz Yaşam Olayları Açısından Karşılaştırılması

		İntihar	MDB	Kontrol	X ²	p
Ciddi hastalık veya yaralanma	Yok	37 (92,5)	43 (91,5)	37 (97,4)	1,338	0,595
	Var	3 (7,5)	4 (8,5)	1 (2,6)		
Suç/terör olayına/kazaya tanık olma	Yok	36 (90)	42 (89,4)	37 (97,4)	2,205	0,323
	Var	4 (10)	5 (10,6)	1 (2,6)		
Suç/Şiddet mağduru olma	Yok	34 (85)	38 (80,9)	37 (97,4)	5,857	0,051
	Var	6 (15)	9 (19,1)	1 (2,6)		
Cinsel istismar mağduru olma	Yok	31 (77,5)	39 (83)	38 (100)	11,147	0,004*
	Var	9 (22,5)	8 (17)	0 (0)		
Yakın arkadaşının ciddi hastalığının olması veya yaralanması	Yok	37 (92,5)	42 (89,4)	37 (97,4)	1,946	0,423
	Var	3 (7,5)	5 (10,6)	1 (2,6)		
Kız/erkek arkadaştan ayrılma	Yok	23 (57,5)	35 (74,5)	34 (89,5)	10,324	0,006*
	Var	17 (42,5)	12 (25,5)	4 (10,5)		
Okul değişikliği	Yok	24 (60)	35 (74,5)	31 (81,6)	4,689	0,096
	Var	16 (40)	12 (25,5)	7 (18,4)		
Okul başarısızlığı/ Sınıf tekrarı	Yok	32 (80)	43 (91,5)	36 (94,7)	4,281	0,135
	Var	8 (20)	4 (8,5)	2 (5,3)		
Yakın bir arkadaşlığın bitmesi	Yok	28 (70)	35 (74,5)	38 (100)	20,007	0,000*
	Var	12 (30)	12 (25,5)	0 (0)		
Ailede alkol/madde sorunu öyküsü	Yok	32 (80)	43 (91,5)	37 (97,4)	6,088	0,045*
	Var	8 (20)	4 (8,5)	1 (2,6)		
Ailede ruhsal/duygusal sorun öyküsü	Yok	27 (67,5)	39 (83)	38 (100)	19,844	0,000*
	Var	13 (32,5)	8 (17)	0 (0)		
Ailede ciddi hastalık/yaralanma olması	Yok	23 (57,5)	37 (78,7)	34 (89,5)	11,256	0,004*
	Var	17 (42,5)	10 (21,3)	4 (10,5)		
Ailede birinin ölümü	Yok	32 (80)	31 (66)	32 (84,2)	4,306	0,116
	Var	8 (20)	16 (34)	6 (15,8)		
Ailede birinin tutuklanması veya yasal sorunları olması	Yok	34 (85)	39 (83)	35 (92,1)	1,717	0,424
	Var	6 (15)	8 (17)	3 (7,9)		
Kardeşin evi terk etmesi	Yok	38 (95)	43 (91,5)	38 (100)	3,183	0,247
	Var	2 (5)	4 (8,5)	0 (0)		
Ebeveynlerin eskisinden fazla tartışması veya ebeveynler arası fiziksel şiddet	Yok	26 (65)	28 (59,6)	35 (92,1)	13,880	0,001*
	Var	14 (35)	19 (40,4)	3 (7,9)		
Ebeveynlerin ayrılması veya boşanması	Yok	29 (72,5)	31 (66)	35 (92,1)	9,442	0,009*
	Var	11 (27,5)	16 (34)	3 (7,9)		
Yeni üvey anne veya babanın olması	Yok	36 (90)	47 (100)	37 (97,4)	4,921	0,054
	Var	4 (10)	0 (0)	1 (2,6)		
Bir ebeveynin sıklıkla ev dışında olması	Yok	34 (85)	38 (80,9)	37 (97,4)	5,857	0,051
	Var	6 (15)	9 (19,1)	1 (2,6)		
Anne ya da babanın iş kaybı veya parasal durumunda olumsuz değişiklik	Yok	29 (72,5)	37 (78,7)	35 (92,1)	5,579	0,061
	Var	11 (27,5)	10 (21,3)	3 (7,9)		
Yakın bir arkadaşın ölümü	Yok	34 (85)	46 (97,9)	38 (100)	8,039	0,008*
	Var	6 (15)	1 (2,1)	0 (0)		
Ebeveynin cezaevine girmesi	Yok	37 (92,5)	42 (89,4)	38 (100)	4,309	0,107
	Var	3 (7,5)	5 (10,6)	0 (0)		
Akran zorbalığına maruz kalma	Yok	25 (62,5)	31 (66)	38 (100)	26,823	0,000*
	Var	15 (37,5)	16 (34)	0 (0)		
Ciddi trafik kazası, yangın veya doğal afet yaşama	Yok	37 (92,5)	42 (89,4)	35 (92,1)	0,370	0,856
	Var	3 (7,5)	5 (10,6)	3 (7,9)		

***p<0,05 anlamlı ilişki var, p>0,05 anlamlı ilişki yok; Kikare**

İntihar ve MDB grupları arasındaki farka bakıldığında ailede ciddi yaralanma / hastalık ve yakın bir arkadaşın ölümü oranlarının intihar grubunda MDB grubuna göre yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$). MDB grubunda ebeveynler arası tartışma / fiziksel şiddet, ebeveynlerin ayrılması/ boşanması, cinsel istismar mağduru olma, yakın bir arkadaşlığın bitmesi, ailede ruhsal / duygusal sorun ve akran zorbalığına maruz kalma oranlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Diğer olumsuz yaşam olayları ile grup ilişkili değildir ($p>0,05$).

4.3.3. Bilinçli Farkındalık Düzeyleri

Ergen-Yetişkin Bilinçli Farkındalık Ölçeği (EYBFÖ) ile ergenlerin bilinçli farkındalık düzeyleri ve bilinçli farkındalığın alt boyutları gruplar arasında karşılaştırılmıştır. EYBFÖ'nün dikkat / farkındalık ölçeği odaklanma, dikkati sürdürme ve çevrenin, düşüncelerin, duygu ve duyuların farkında olma becerisini; yargılayıcı olmama alt ölçeği kişinin kendi düşünce ve duygularını değerlendirmekten uzak durarak onları gözlemleme becerisini; tepkisizlik alt ölçeği kişinin duygu ve düşüncelerin bastırmadan kabul etmesi ve ruminasyon gibi düşünce, duygu ve duyuların ikincil olarak ayrıntılı şekilde işlenmesini önleme becerisini ve kendini kabullenme alt ölçeği kişinin kendini eleştirmeden kabul etme becerisini ölçmektedir.

EYBFÖ alt ölçek ve toplam puanlarına bakıldığında sağlıklı kontrol grubunda toplam EYBFÖ puanı (64,58), dikkat/farkındalık (35,79) ve kendini kabullenme (10,03) puanları en yüksektir ($p<0,05$). Tepkisizlik ve yargılayıcı olmama alt ölçekleri açısından gruplar arasında fark yoktur ($p>0,05$). Post hoc test sonuçlarına bakıldığında dikkat/farkındalık açısından gruplar arasındaki fark ortadan kalkmaktadır. EYBFÖ toplam puanı için fark sağlıklı kontrol grubu diğer iki grup arasında, kendini kabullenme için sadece intihar grubu ile kontrol grubu arasındadır ($p<0,05$). İntihar ve MDB grupları arasında bilinçli farkındalık ölçek puanları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Bu bulgulara göre; majör depresyonu olan veya intihar girişiminde bulunan ergenlerin bilinçli farkındalık becerilerinin sağlıklı ergenlere göre daha zayıf olduğu, bilinçli farkındalığın alt boyutlarından yalnızca kişinin suçluluk, yetersizlik, beğenme ya da övünme duygularına kapılmadan kendini bütün olumlu ve olumsuz yönleriyle kabul

etmesi olarak tanımlanan kendini kabullenme açısından intihar girişimi olan ergenlerin sağlıklı ergenlere kıyasla daha fazla zorluk yaşadığı bulunmuştur. Grupların ölçek puanları dağılımı Tablo 4.8’de verilmiştir.

Tablo 4.8: Grupların Bilinçli Farkındalık Düzeylerinin Karşılaştırılması

EYBFÖ	İntihar		MDB		Kontrol		F	p
	M	Ort±ss	M	Ort±ss	M	Ort±ss		
Dikkat, Farkındalık	34	32,75±7,68	32	32,17±6,86	36	35,79±6,37	3,114	0,048*
Tepkisizlik	9	8,28±3,84	7	7,7±3,24	8	9,03±3,02	1,614	0,203
Yargılayıcı Olmama	10	9,78±4,41	10	10,47±4,63	10	9,74±3,67	0,405	0,668
Kendini Kabullenme	7	7,08±3,54	9	8,53±3,14	10	10,03±2,61	8,662	0,000*
Toplam	58	57,88±8,24	58	58,87±8,71	65	64,58±6,92	7,915	0,001*

* $p < 0,05$ anlamlı fark var, $p > 0,05$ anlamlı fark yok; Tek yönlü ANOVA

EYBFÖ: Ergen-Yetişkin Bilinçli Farkındalık Ölçeği

4.3.4. Duygu Düzenleme Stratejileri

Duygu düzenleme stratejileri açısından Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği (EİDDÖ) puanlarına bakıldığında ergenlerin grupları arasında dışsal işlevsel duygu düzenleme stratejileri, içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejileri ve dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejileri puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0,05$).

İntihar grubunda içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejileri (18,8) ve dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejileri (13,23) puanları en yüksektir ($p < 0,05$) Kontrol grubunda dışsal işlevsel duygu düzenleme stratejileri (12,34) puanı en yüksektir ($p < 0,05$).

Post hoc test sonuçlarına göre içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejileri ve dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejileri açısından fark kontrol grubu ile diğer iki grup arasındadır ($p < 0,05$). Buna göre MDB ve intihar girişimi gruplarındaki ergenler kendini cezalandırma, ruminasyon, kendini başkalarıyla kıyaslama, duygularını paylaşmama gibi içsel ve başkalarına bağırma, kavga etme, kötü hissettirme, zorbalık yapma ve eşyalara zarar verme gibi dışsal

işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerini kontrol grubuna göre daha sık kullanmaktadır.

Dışsal işlevsel duygu düzenleme stratejileri açısından fark sadece MDB ve kontrol grupları arasındadır ($p<0,05$). Buna göre MDB tanılı ergenler yakınlarıyla konuşma, tavsiye isteme, bedensel yakınlık kurma gibi dışsal işlevsel duygu düzenleme stratejilerini kontrol grubundaki ergenlere göre daha az kullanmaktadır. MDB ve intihar grupları arasında duygu düzenleme stratejileri açısından fark yoktur ($p>0,05$). Grupların ölçek puanları dağılımı Tablo 4.9’da verilmiştir.

Tablo 4.9: Grupların Duygu Düzenleme Stratejilerinin Karşılaştırılması

EİDDÖ	İntihar		MDB		Kontrol		F	p
	M	Ort±ss	M	Ort±ss	M	Ort±ss		
İçsel İşlevsel DD	15	13,98±3,79	14	13,7±2,82	15	14,76±3,3	1,138	0,324
Dışsal İşlevsel DD	11	10,53±3,94	10	10,26±2,85	12	12,34±3,64	4,295	0,016*
İçsel İşlevsel Olmayan DD	21	18,8±4,22	18	18,51±3,57	12	12,82±4,05	29,084	0,000*
Dışsal İşlevsel Olmayan DD	13	13,23±4,95	11	11,55±3,8	7	8,5±3,37	13,357	0,000*

* $p<0,05$ anlamlı fark var, $p>0,05$ anlamlı fark yok; Tek yönlü ANOVA

EİDDÖ: Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği, DD: Duygu Düzenleme

4.3.5. Duyusal İşleme Hassasiyeti Düzeyleri

Ergenlerin Hassasiyeti Yüksek Birey Ölçeği (HYBÖ) puanlarına bakıldığında grupların duyusal işleme hassasiyeti düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmemektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.10: Grupların Duyusal İşleme Hassasiyeti Açısından Karşılaştırılması

	İntihar		MDB		Kontrol		F	p
	M	Ort±ss	M	Ort±ss	M	Ort±ss		
HYBÖ	76	74,74±12,62	78	78,09±14,1	79	76,61±11,65	0,712	0,493

* $p<0,05$ anlamlı fark var, $p>0,05$ anlamlı fark yok; Tek yönlü ANOVA

HYBÖ: Hassasiyeti Yüksek Birey Ölçeği

4.4.İntihar Girişimi Grubundaki Ergenlerde İntihar Niyetinin Şiddetinin Değerlendirilmesi

İntihar girişiminde bulunan 40 ergenin intihar niyetinin şiddeti 30 puan üzerinden değerlendirilen İntihar Niyeti Ölçeğine göre ortalama $14,73 \pm 4,59$ olarak bulunmuştur.

4.5. Ergenlerin Ölçek Puanlarının Birbiriyle İlişkisinin Değerlendirilmesi

4.5.1. Tüm Örneklemde Ölçek Puanlarının Birbiriyle İlişkisinin

Değerlendirilmesi

Tüm örneklem Pearson korelasyon ile değerlendirildiğinde Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) puanı ile içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme puanları arasında güçlü düzeyde pozitif yönlü ($r > 0$) istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p < 0,05$). BDÖ puanı ile dışsal işlevsel duygu düzenleme stratejileri puanı arasında negatif yönlü ($r < 0$), dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejileri puanı arasında pozitif yönlü ($r > 0$), orta düzeyde istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p < 0,05$). Buna göre BDÖ puanı arttıkça ergenlerin içsel işlevsel olmayan ve dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerini daha fazla kullandığı, dışsal işlevsel duygu düzenleme stratejilerini daha az kullandığı görülmektedir.

BDÖ puanı ile Ergen Yetişkin Bilinçli Farkındalık Ölçeği (EYBFÖ) toplam puanı ve kendini kabullenme alt ölçek puanı arasında orta düzeyde, Dikkat / Farkındalık ve Tepkisizlik alt ölçek puanları ile zayıf düzeyde negatif yönlü ($r < 0$), istatistiksel anlamlı ilişki vardır ($p < 0,05$). Buna göre BDÖ puanı arttıkça ergenlerin bilinçli farkındalık düzeyleri düşmekte, odaklanma, dikkati sürdürme ve çevrenin, düşüncelerin, duygu ve duyuların farkında olma becerisi, duygu ve düşüncelerin bastırmadan kabul etme ve ruminasyon gibi düşünce, duygu ve duyuların ikincil olarak ayrıntılı şekilde işlenmesini önleme becerisi ve kendini eleştirmeden kabul etme becerisi zayıflamaktadır.

Tablo 4.11: Tüm Örneklemde Ölçek Puanlarının Birbiriyle İlişkisi

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
HYBÖ1	r	1	0,025	-0,131	,344**	-0,115	-,215*	-0,121	0,087	0,117	0,051	0,076	-0,109
	p		0,783	0,146	0,000	0,202	0,017	0,179	0,335	0,194	0,576	0,403	0,230
OYO Sayısı2	r		1	,573**	-0,121	-0,161	-0,156	-,335**	-,375**	-0,044	-,240**	,436**	,228*
	p			0,000	0,181	0,073	0,082	0,000	0,000	0,629	0,007	0,000	0,011
BDÖ3	r			1	-,233**	-,240**	0,043	-,381**	-,419**	-0,089	-,363**	,702**	,380**
	p				0,009	0,007	0,637	0,000	0,000	0,323	0,000	0,000	0,000
Dikkat, Farkındalık4	r				1	-,241**	-,294**	-0,172	,526**	,253**	0,131	-0,072	0,067
	p					0,007	0,001	0,055	0,000	0,004	0,144	0,425	0,456
Tepkisizlik5	r					1	,217*	,262**	,410**	-,177*	0,097	-,202*	-0,152
	p						0,015	0,003	0,000	0,048	0,284	0,024	0,092
Yargılayıcı Olmama6	r						1	,217*	,428**	-,519**	-0,049	-0,006	,180*
	p							0,015	0,000	0,000	0,585	0,949	0,045
Kendini Kabullenme7	r							1	,461**	-0,050	0,112	-,370**	-,294**
	p								0,000	0,583	0,215	0,000	0,001
EYBFÖ8	r								1	-0,139	0,167	-,289**	-0,029
	p									0,123	0,062	0,001	0,750
İçsel İşlevsel DD9	r									1	0,024	-0,056	-0,107
	p										0,789	0,533	0,235
Dışsal İşlevsel DD10	r										1	-,313**	-0,051
	p											0,000	0,570
İçsel İşlevsel Olmayan DD11	r											1	,408**
	p												0,000
Dışsal İşlevsel Olmayan DD12	r												1
	p												

* $p < 0,05$ anlamlı ilişki var, $p > 0,05$ anlamlı ilişki yok , Korelasyon katsayısı güç düzeyleri; $0 < r < 0,299$ zayıf, $0,300 < r < 0,599$ orta, $0,600 < r < 0,799$ güçlü, $0,800 < r < 0,999$ çok güçlü. ; kısmi korelasyon

HYBÖ: Hassasiyeti Yüksek Birey Ölçeği, OYO: Olumsuz Yaşam Olayları, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, EYBFÖ: Ergen-Yetişkin Bilinçli Farkındalık Ölçeği, DD: Duygu Düzenleme

Olumsuz yaşam olayları sayısı ile BDÖ puanı, içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejileri puanı arasında orta düzeyde, dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejileri puanı arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü ($r > 0$), EYBFÖ toplam ve kendini kabullenme puanları arasında orta düzeyde, dışsal işlevsel duygu düzenleme stratejileri puanı arasında zayıf düzeyde negatif yönlü ($r < 0$), istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p < 0,05$). Buna göre ergenlerin yaşadığı olumsuz olay sayısı arttıkça depresif belirtiler artmakta, içsel ve dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejileri daha fazla, dışsal işlevsel duygu düzenleme stratejileri daha az kullanılmaktadır. Olumsuz yaşam olayı sayısı daha fazla olan ergenlerin bilinçli farkındalık ve kendini kabullenme düzeylerinin daha düşük olduğu görülmektedir.

4.5.2. İntihar Girişimi Grubunda Ölçek Puanlarının Birbiriyle İlişkisinin Değerlendirilmesi

İntihar grubunda İntihar Niyeti Ölçeği (İNÖ) ile Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) puanları arasında orta düzeyde pozitif yönlü ($r>0$), istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre intihar girişimi olan ergenlerin depresif belirti şiddeti arttıkça intihar niyetinin şiddeti de artmaktadır. İNÖ ile diğer ölçekler arasında ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$)

Tablo 4.12: İntihar Girişimi Grubunda Ölçek Puanlarının Birbiriyle İlişkisi

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
HYBÖ1	r	1	0,014	-0,226	0,228	-0,053	-,319*	-0,244	-0,083	0,251	0,066	0,021	-0,110	-0,038
	p		0,935	0,166	0,162	0,751	0,048	0,134	0,617	0,123	0,692	0,898	0,505	0,821
OYO Sayısı2	r		1	0,175	-0,089	-0,028	-0,216	-0,189	-0,292	-0,004	-0,225	0,169	-0,174	0,233
	p			0,279	0,586	0,865	0,180	0,242	0,067	0,981	0,163	0,296	0,284	0,148
BDÖ3	r			1	0,058	-,346*	0,174	-0,173	-0,088	0,070	-,502**	-,611**	0,058	-,314*
	p				0,721	0,029	0,282	0,286	0,590	0,669	0,001	0,000	0,720	0,049
Dikkat, Farkındalık4	r				1	-,347*	-0,187	-,425**	-,489**	-,333*	0,032	0,271	-,364*	-0,159
	p					0,029	0,249	0,006	0,001	0,036	0,847	0,090	0,021	0,326
Tepkisizlik5	r					1	0,212	0,221	-,351**	-0,190	0,134	-0,290	-0,265	-0,243
	p						0,190	0,170	0,027	0,240	0,409	0,070	0,098	0,130
Yargılayıcı Olmama6	r						1	0,167	-,531**	-,352*	-0,061	0,029	0,024	0,152
	p							0,303	0,000	0,026	0,709	0,858	0,885	0,350
Kendini Kabullenme7	r							1	0,226	-0,044	-0,007	-0,222	0,018	-0,016
	p								0,160	0,788	0,968	0,168	0,912	0,922
EYBFÖ8	r								1	0,015	0,057	0,038	0,237	-0,188
	p									0,928	0,729	0,814	0,142	0,247
İçsel İşlevsel DD9	r									1	-0,025	0,147	0,219	-0,104
	p										0,879	0,364	0,174	0,524
Dışsal İşlevsel DD10	r										1	-,394*	0,161	-0,213
	p											0,012	0,322	0,187
İçsel İşlevsel Olmayan DD11	r											1	0,253	0,236
	p												0,116	0,143
Dışsal İşlevsel Olmayan DD12	r												1	-0,003
	p													0,986
İNÖ13	r													1
	p													

* $p<0,05$ anlamlı ilişki var , $p>0,05$ anlamlı ilişki yok , Korelasyon katsayısı güç düzeyleri; $0<r<0,299$ zayıf, $0,300<r<0,599$ orta, $0,600<r<0,799$ güçlü, $0,800<r<0,999$ çok güçlü. ; kısmi korelasyon

HYBÖ: Hassasiyeti Yüksek Birey Ölçeği, OYO: Olumsuz Yaşam Olayları, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, EYBFÖ: Ergen-Yetişkin Bilinçli Farkındalık Ölçeği, DD: Duygu Düzenleme, İNÖ: İntihar Niyeti Ölçeği

BDÖ puanı ile EYBFÖ'nün Tepkisizlik alt boyutu ve EİDDÖ'nün dışsal işlevsel duygu düzenleme stratejileri puanları arasında orta düzeyde negatif yönlü ($r<0$), içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejileri puanı arasında güçlü düzeyde pozitif yönlü ($r>0$) istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre intihar girişimi olan ergenlerin depresif belirtilerinin şiddeti arttıkça içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerini daha fazla, dışsal işlevsel duygu düzenleme stratejilerini daha az kullandığı görülmektedir. Ayrıca intihar girişimi grubundaki ergenlerin depresif belirtileri arttıkça duygu ve düşüncelerin bastırmadan kabul etme ve ruminasyon gibi düşünce, duygu ve duyumların ikincil olarak ayrıntılı şekilde işlenmesini önleme becerilerinin azaldığı anlaşılmaktadır. Ölçek puanlarının birbiri ile ilişkisi Tablo 4.12'de verilmiştir.

4.5.3. Majör Depresif Bozukluk Grubunda Ölçek Puanlarının Birbiriyle İlişkisinin Değerlendirilmesi

Majör depresyon grubunda BDÖ puanı ile Ergen Yetişkin Bilinçli Farkındalık Ölçeği (EYBFÖ) toplam puanı arasında orta düzeyde negatif yönlü ($r<0$), Duygu Düzenleme Ölçeği'nin (EİDDÖ) içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejileri puanları arasında orta düzeyde pozitif yönlü ($r>0$) istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre MDB tanılı ergenlerde depresyon şiddeti arttıkça bilinçli farkındalık becerileri azalmakta, içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerinin kullanımı ise artmaktadır.

MDB grubunda olumsuz yaşam olayları sayısı ile BDÖ puanı arasında ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$) Bu sonuç, klinik olarak majör depresyon tanısı alan ergenler içinde olumsuz yaşam olaylarının sayısının artmasının depresyon şiddetinde artışla ilişkili olmadığı göstermektedir. Ölçek puanlarının birbiri ile ilişkisi Tablo 4.13'te verilmiştir.

Tablo 4.13: Majör Depresyon Grubunda Ölçek Puanlarının Birbiriyle İlişkisi

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
HYBÖ1	r	1	0,089	-0,181	0,383**	-0,130	-0,102	-0,166	0,140	0,120	-0,024	0,117	-0,168
	p		0,554	0,224	0,008	0,382	0,497	0,265	0,350	0,420	0,874	0,435	0,259
OYO Sayısı2	r		1	0,263	0,139	-0,211	-0,236	-0,209	-0,170	0,097	-0,140	0,012	0,044
	p			0,074	0,352	0,154	0,110	0,158	0,253	0,516	0,349	0,938	0,771
BDÖ3	r			1	-0,191	-0,189	-0,155	-0,258	-,396**	0,140	-0,240	-,389**	0,002
	p				0,198	0,203	0,300	0,079	0,006	0,347	0,104	0,007	0,990
Dikkat, Farkındalık4	r				1	-0,092	-,296*	-0,284	-,494**	0,168	0,068	0,049	0,123
	p					0,540	0,044	0,053	0,000	0,259	0,650	0,745	0,410
Tepkisizlik5	r					1	0,155	-,303*	-,491**	-0,239	-0,105	-0,049	0,056
	p						0,299	0,039	0,000	0,106	0,483	0,745	0,708
Yargılayıcı Olmama6	r						1	-,391**	-,497**	-,642**	-0,041	-0,069	-,371*
	p							0,007	0,000	0,000	0,786	0,646	0,010
Kendini Kabullenme7	r							1	-,457**	-0,247	0,113	-0,207	-0,224
	p								0,001	0,094	0,448	0,162	0,131
EYBFÖ8	r								1	-,386**	0,034	-0,091	0,234
	p									0,007	0,822	0,544	0,113
İçsel İşlevsel DD9	r									1	-0,007	0,089	-0,274
	p										0,965	0,552	0,062
Dışsal İşlevsel DD10	r										1	-0,240	-0,116
	p											0,104	0,439
İçsel İşlevsel Olmayan DD11	r											1	0,116
	p												0,436
Dışsal İşlevsel Olmayan DD12	r												1
	p												

* $p < 0,05$ anlamlı ilişki var , $p > 0,05$ anlamlı ilişki yok , Korelasyon katsayısı güç düzeyleri; $0 < r < 0,299$ zayıf, $0,300 < r < 0,599$ orta, $0,600 < r < 0,799$ güçlü, $0,800 < r < 0,999$ çok güçlü. ; kısmi korelasyon

HYBÖ: Hassasiyeti Yüksek Birey Ölçeği, OYO: Olumsuz Yaşam Olayları, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, EYBFÖ: Ergen-Yetişkin Bilinçli Farkındalık Ölçeği, DD: Duygu Düzenleme

4.6. Olumsuz Yaşam Olayları ile Depresif Belirtilerin İlişkisinde Bilinçli

Farkındalık, Duygu Düzenleme Stratejileri ve Duyusal İşleme Hassasiyetinin

Rolü

4.6.1. Olumsuz Yaşam Olayları Sayısı ile Depresif Belirtilerin İlişkisinde

Bilinçli Farkındalığın Aracı Rolü

Olumsuz yaşam olayları sayısı ile BDÖ puanı arasındaki ilişkide Ergen Yetişkin Bilinçli Farkındalık Ölçeği (EYBFÖ) toplam puanının aracı rolünü test etmek amacıyla kurulan model istatistiksel olarak anlamlıdır ($F_{\text{model}}: p < 0,05$). EYBFÖ toplam puanı, BDÖ puanı üzerinde ($B = -0,399; p < 0,05$), olumsuz yaşam olayları sayısı EYBFÖ toplam puanı üzerinde ($B = -1,123; p < 0,05$) istatistiksel olarak anlamlı

şekilde etkilidir. Olumsuz yaşam olayları sayısının modelde BDÖ üzerindeki toplam etkisi (B=2,879), doğrudan etkisi (B=2,431;p<0,05) ve dolaylı etkisi (B=0,448 1 0,170:0,821) anlamlıdır (Güven aralığı sıfırı kapsamamaktadır). Buna göre olumsuz yaşam olayları sayısının depresif belirti şiddeti üzerindeki etkisinde bilinçli farkındalık aracı role sahiptir. Model Tablo 4.14'te verilmiştir.

Tablo 4.14: Olumsuz Yaşam Olayları Sayısı ile Depresif Belirtilerin İlişkisinde Bilinçli Farkındalığın Aracı Rolü

Etki	Bootstrap Tahminler					Model	
	B	sh.	p	%95 GA.alt	%95 GA.üst	R ²	F
OYO>EYBFÖ	-1,123	0,251	0,000*	-1,619	-0,627	0,141	20,104*
EYBFÖ>BDÖ	-0,399	0,129	0,003*	-0,655	-0,143	0,377	36,858*
OYO>BDÖ							
Toplam etki	2,879	0,372	0,000*	2,143	3,614	0,328	60,058*
Doğrudan etki	2,431	0,388	0,000*	1,664	3,198		
Dolaylı etki	0,448	0,168		0,170	0,821		

*p<0,05 anlamlı etki var, p>0,05 anlamlı etki yok; ProcessBootstrap n=5000 , model4

OYO: Olumsuz yaşam olayları, EYBFÖ: Ergen-yetişkin bilinçli farkındalık ölçeği, BDÖ: Beck depresyon ölçeği

Bilinçli farkındalığın alt ölçeklerinin rolü incelendiğinde, olumsuz yaşam olayları sayısı ile BDÖ puanı arasındaki ilişkide EYBFÖ'nün kendini kabullenme boyutunun aracı rolünü test etmek amacıyla kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($F_{\text{model}}:p<0,05$). Kendini kabullenme boyutu BDÖ üzerinde (B=-0,915;p<0,05), olumsuz yaşam olayları sayısı kendini kabullenme üzerinde (B=-0,393;p<0,05) istatistiksel olarak anlamlı etkilidir. Olumsuz yaşam olayları sayısının modelde BDÖ üzerindeki toplam etkisi (B=2,879), doğrudan etkisi (B=2,519;p<0,05) ve dolaylı etkisi (B=0,359 1 0,077:0,699) anlamlıdır (Güven aralığı sıfırı kapsamamaktadır). Buna göre olumsuz yaşam olayları sayısının depresif belirti şiddeti üzerindeki etkisinde bilinçli farkındalığın kişinin suçluluk, yetersizlik, beğenme ya da övünme duygularına kapılmadan kendini bütün olumlu ve olumsuz yönleriyle kabul etmesi anlamına gelen -kendini kabullenme boyutu- aracı role sahiptir. Model Tablo 4.15'te verilmiştir.

Tablo 4.15: Olumsuz Yaşam Olayları Sayısı ile Depresif Belirtilerin İlişkisinde Kendini Kabullenme Boyutunun Aracı Rolü

Etki	Bootstrap Tahminler					Model	
	B	sh.	p	%95 GA.alt	%95 GA.üst	R ²	F
OYO>KK	-0,393	0,100	0,000*	-0,590	-0,196	0,113	15,593*
KK>BDÖ	-0,915	0,328	0,006*	-1,564	-0,266	0,368	35,583*
OYO>BDÖ							
Toplam etki	2,879	0,372	0,000*	2,143	3,614	0,328	60,058*
Doğrudan etki	2,519	0,384	0,000*	1,759	3,279		
Dolaylı etki	0,359	0,158		0,077	0,699		

***p<0,05 anlamlı etki var, p>0,05 anlamlı etki yok; ProcessBootstrap n=5000 , model4**

OYO: Olumsuz yaşam olayları, KK: Kendini kabullenme, BDÖ: Beck depresyon ölçeği

Olumsuz yaşam olayları sayısı ile BDÖ puanı arasındaki ilişkide EYBFÖ'nün bir diğer alt ölçeği olan, odaklanma, dikkati sürdürme ve çevrenin, düşüncelerin, duygu ve duyuların farkında olma becerisini ölçen -dikkat / farkındalık boyutunun- aracı rolünü test etmek amacıyla kurulan model istatistiksel olarak anlamlıdır ($F_{\text{model}}:p<0,05$). Dikkat farkındalık boyutu BDÖ üzerinde negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı etkilidir ($B=-0,331;p<0,05$). Olumsuz yaşam olayları sayısının modelde BDÖ üzerindeki toplam etkisi ($B=2,879$) ve doğrudan etkisi ($B=2,778$) istatistiksel olarak anlamlı iken ($p<0,05$) dolaylı etki ($B=0,101$) anlamlı değildir (Güven aralığı sıfırı kapsamaktadır). Dolaylı etki olumsuz yaşam olayları sayısının dikkat / farkındalık üzerine etkisi ile dikkat / farkındalık puanının BDÖ üzerine etkisinin çarpımı şeklinde hesaplanmaktadır. Buna göre olumsuz yaşam olayları sayısının depresyon üzerindeki etkisinde dikkat / farkındalık aracı role sahip değildir. Model Tablo 4.16'da verilmiştir.

Tablo 4.16: Olumsuz Yaşam Olayları Sayısı ile Depresif Belirtilerin İlişkisinde Dikkat ve Farkındalık Boyutunun Aracı Rolü

Etki	Bootstrap Tahminler					Model	
	B	sh.	p	%95 GA.alt	%95 GA.üst	R ²	F
OYO>Dik/Far	-0,303	0,225	0,181	-0,747	0,142	0,015	1,813
Dik/Far>BDÖ	-0,334	0,147	0,025*	-0,624	-0,043	0,355	33,637*
OYO>BDÖ							
Toplam etki	2,879	0,372	0,000*	2,143	3,614	0,328	60,058*
Doğrudan etki	2,778	0,368	0,000*	2,049	3,506		
Dolaylı etki	0,101	0,100		-0,072	0,330		

***p<0,05 anlamlı etki var, p>0,05 anlamlı etki yok; ProcessBootstrap n=5000 , model4**

OYO: Olumsuz yaşam olayları, Dik/Far: Dikkat/Farkındalık, BDÖ: Beck depresyon ölçeği

Olumsuz yaşam olayları sayısı ile BDÖ puanı arasındaki ilişkide EYBFÖ'nün kişinin duygu ve düşüncelerin bastırmadan kabul etmesi ve ruminasyon gibi düşünce, duygu ve duyuların ikincil olarak ayrıntılı şekilde işlenmesini önleme becerisini – tepkisizlik boyutunun- aracı rolünü test etmek amacıyla kurulan model istatistiksel olarak anlamlıdır ($F_{\text{model}}:p<0,05$). Tepkisizlik boyutu BDÖ üzerinde negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı etkilidir ($B=-0,637;p<0,05$). Olumsuz yaşam olayları sayısının modelde BDÖ üzerindeki toplam etkisi ($B=2,879$) ve doğrudan etkisi ($B=2,756$) istatistiksel olarak anlamlı iken ($p<0,05$) dolaylı etki ($B=0,123$ 1 - 0,043:0,358) anlamlı değildir (Güven aralığı sıfırı kapsamaktadır). Bu nedenle olumsuz yaşam olayları sayısının depresyon üzerindeki etkisinde tepkisizlik aracı role sahip değildir. Model Tablo 4.17'de verilmiştir.

Tablo 4.17: Olumsuz Yaşam Olayları Sayısı ile Depresif Belirtilerin İlişkisinde Tepkisizlik Boyutunun Aracı Rolü

Etki	Bootstrap Tahminler					Model	
	B	sh.	p	%95 GA.alt	%95 GA.üst	R ²	F
OYO>Tepkisizlik	-0,193	0,107	0,073	-0,404	0,018	0,026	3,277
Tepkisizlik>BDÖ	-0,637	0,310	0,042*	-1,251	-0,023	0,351	32,926*
OYO>BDÖ							
Toplam etki	2,879	0,372	0,000*	2,143	3,614	0,328	60,058*
Doğrudan etki	2,756	0,372	0,000*	2,020	3,491		
Dolaylı etki	0,123	0,102		-0,043	0,358		

* $p<0,05$ anlamlı etki var, $p>0,05$ anlamlı etki yok; ProcessBootstrap n=5000 , model4

OYO: Olumsuz yaşam olayları, Dik/Far: Dikkat/Farkındalık, BDÖ: Beck depresyon ölçeği

Olumsuz Yaşam Olayları Sayısı ile BDÖ puanı arasındaki ilişkide EYBFÖ'nün kişinin kendi düşünce ve duygularını değerlendirmekten uzak durarak onları gözlemlenme becerisini ölçen -yargılayıcı olmama boyutunun- aracı rolünü test etmek amacıyla kurulan model istatistiksel olarak anlamlıdır ($F_{\text{model}}:p<0,05$). Yargılayıcı olmama boyutu BDÖ üzerinde, olumsuz yaşam olayları sayısı yargılayıcı olmama üzerinde anlamlı etkili değildir ($p>0,05$). Olumsuz yaşam olayları sayısının modelde BDÖ üzerindeki toplam etkisi ($B=2,879$) ve doğrudan etkisi ($B=2,985$) istatistiksel olarak anlamlı iken ($p<0,05$) dolaylı etki ($B=-0,106$ 1 -0,291:0,022) anlamlı değildir (Güven aralığı sıfırı kapsamaktadır). Buna göre olumsuz yaşam

olayları sayısının depresyon üzerindeki etkisinde yargılayıcı olmama aracı role sahip değildir. Model Tablo 4.18’de verilmiştir.

Tablo 4.18: Olumsuz Yaşam Olayları Sayısı ile Depresif Belirtilerin İlişkisinde Yargılayıcı Olmama Boyutunun Aracı Rolü

Etki	Bootstrap Tahminler					Model	
	B	sh.	p	%95 GA.alt	%95 GA.üst	R ²	F
OYO>YO	-0,235	0,134	0,082	-0,500	0,031	0,024	3,068
YO>BDÖ	0,451	0,247	0,071	-0,038	0,941	0,346	32,262*
OYO>BDÖ							
Toplam etki	2,879	0,372	0,000*	2,143	3,614	0,328	60,058*
Doğrudan etki	2,985	0,373	0,000*	2,247	3,722		
Dolaylı etki	-0,106	0,080		-0,291	0,022		

***p<0,05 anlamlı etki var, p>0,05 anlamlı etki yok; ProcessBootstrap n=5000 , model4**

OYO: Olumsuz yaşam olayları, YO: Yargılayıcı olmama, BDÖ: Beck depresyon ölçeği

4.6.2. Olumsuz Yaşam Olayları ile Depresif Belirtilerin İlişkisinde Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü

Olumsuz yaşam olayları sayısı ile BDÖ puanı arasındaki ilişkide içsel işlevsel duygu düzenleme stratejilerinin aracı rolünü test etmek amacıyla kurulan model istatistiksel olarak anlamlıdır ($F_{\text{model}}:p<0,05$). İçsel işlevsel duygu düzenleme puanı BDÖ üzerinde, olumsuz yaşam olayları sayısı içsel işlevsel duygu düzenleme puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkiye sahip değildir ($p>0,05$). Olumsuz yaşam olaylarının modelde depresyon üzerindeki toplam etkisi ($B=2,879$) ve doğrudan etkisi ($B=2,865$) istatistiksel olarak anlamlı iken ($p<0,05$) dolaylı etki ($B=0,014$ 1 -0,090:0,148) anlamlı değildir (Güven aralığı sıfırı kapsamaktadır). Buna göre olumsuz yaşam olayları sayısının depresyon üzerindeki etkisinde içsel işlevsel duygu düzenleme stratejilerinin kullanımı aracı role sahip değildir. Model Tablo 4.19’da verilmiştir.

Tablo 4.19: Olumsuz Yaşam Olayları Sayısı ile Depresif Belirtilerin İlişkisinde İçsel İşlevsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü

Etki	Bootstrap Tahminler					Model	
	B	sh.	p	%95 GA.alt	%95 GA.üst	R ²	F
OYO>İİ	-0,051	0,105	0,629	-0,259	0,157	0,002	0,235
İİ>BDÖ	-0,277	0,319	0,387	-0,910	0,355	0,332	30,347*
OYO>BDÖ							
Toplam etki	2,879	0,372	0,000*	2,143	3,614	0,328	60,058*
Doğrudan etki	2,865	0,372	0,000*	2,128	3,601		
Dolaylı etki	0,014	0,057		-0,090	0,148		

***p<0,05 anlamlı etki var, p>0,05 anlamlı etki yok; ProcessBootstrap n=5000 , model4**

OYO: Olumsuz yaşam olayları, İİ: İçsel işlevsel duygu düzenleme, BDÖ: Beck depresyon ölçeği

Olumsuz yaşam olayları sayısı ile BDÖ puanı arasındaki ilişkide dışsal işlevsel duygu düzenleme stratejilerinin aracı rolünü test etmek amacıyla kurulan model istatistiksel olarak anlamlıdır ($F_{\text{model}}:p<0,05$). Dışsal işlevsel duygu düzenleme BDÖ üzerinde ($B=-0,956;p<0,05$), olumsuz yaşam olayları sayısı dışsal işlevsel duygu düzenleme üzerinde ($B=-0,302;p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkilidir. Olumsuz yaşam olayları sayısının modelde BDÖ üzerindeki toplam etkisi ($B=2,879$), doğrudan etkisi ($B=2,591;p<0,05$) ve dolaylı etkisi ($B=0,288$ 1 0,055:0,639) anlamlıdır (Güven aralığı sıfırı kapsamamaktadır). Buna göre olumsuz yaşam olayları sayısının depresyon üzerindeki etkisinde dışsal işlevsel duygu düzenleme aracı role sahiptir. Model Tablo 4.20’de verilmiştir.

Tablo 4.20: Olumsuz Yaşam Olayları Sayısı ile Depresif Belirtilerin İlişkisinde Dışsal İşlevsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü

Etki	Bootstrap Tahminler					Model	
	B	sh.	p	%95 GA.alt	%95 GA.üst	R ²	F
OYO>Dİ	-0,302	0,110	0,007*	-0,519	-0,084	0,058	7,508*
Dİ>BDÖ	-0,956	0,293	0,001*	-1,536	-0,375	0,382	37,694*
OYO>BDÖ							
Toplam etki	2,879	0,372	0,000*	2,143	3,614	0,328	60,058*
Doğrudan etki	2,591	0,369	0,000*	1,861	3,320		
Dolaylı etki	0,288	0,152		0,055	0,639		

***p<0,05 anlamlı etki var, p>0,05 anlamlı etki yok; ProcessBootstrap n=5000 , model4**

OYO: Olumsuz yaşam olayları, Dİ: Dışsal işlevsel duygu düzenleme, BDÖ: Beck depresyon ölçeği

Tablo 4.21: Olumsuz Yaşam Olayları Sayısı ile Depresif Belirtilerin İlişkisinde İçsel İşlevsel Olmayan Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü

Etki	Bootstrap Tahminler				Model		
	B	sh.	p	%95 GA.alt	%95 GA.üst	R ²	F
OYO>İİO	0,729	0,136	0,000*	0,460	0,998	0,190	28,818*
İİO>BDÖ	1,676	0,196	0,000*	1,289	2,064	0,581	84,395*
OYO>BDÖ							
Toplam etki	2,879	0,372	0,000*	2,143	3,614	0,328	60,058*
Doğrudan etki	1,657	0,327	0,000*	1,008	2,305		
Dolaylı etki	1,222	0,296		0,708	1,868		

***p<0,05 anlamlı etki var, p>0,05 anlamlı etki yok; ProcessBootstrap n=5000 , model4**

OYO: Olumsuz yaşam olayları, İİO: İçsel işlevsel olmayan duygu düzenleme, BDÖ: Beck depresyon ölçeği

Olumsuz yaşam olayları sayısı ile BDÖ puanı arasındaki ilişkide içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerinin aracı rolünü test etmek amacıyla kurulan model istatistiksel olarak anlamlıdır ($F_{\text{model}}:p<0,05$). İçsel işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerinin BDÖ üzerinde ($B=1,676;p<0,05$), olumsuz yaşam olayları sayısının içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme üzerindeki etkisi ($B=0,729;p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlıdır. Olumsuz yaşam olayları sayısının modelde BDÖ üzerindeki toplam etkisi ($B=2,879$), doğrudan etkisi ($B=1,657;p<0,05$) ve dolaylı etkisi ($B=1,222$ | $0,708;1,868$) anlamlıdır (Güven aralığı sıfırı kapsamamaktadır). Buna göre olumsuz yaşam olayları sayısının depresyon üzerindeki etkisinde içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme aracı role sahiptir. Model Tablo 4.21’de verilmiştir.

Olumsuz yaşam olayları sayısı ile BDÖ puanı arasındaki ilişkide dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerinin aracı rolünü test etmek amacıyla kurulan model istatistiksel olarak anlamlıdır ($F_{\text{model}}:p<0,05$). Dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme BDÖ üzerinde ($B=0,838;p<0,05$), olumsuz yaşam olayları sayısı dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme üzerinde ($B=0,360;p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı etkilidir. Olumsuz yaşam olayları sayısının modelde BDÖ üzerindeki toplam etkisi ($B=2,879$), doğrudan etkisi ($B=2,577;p<0,05$) ve dolaylı etkisi ($B=0,302$ | $0,062;0,631$) anlamlıdır (Güven aralığı sıfırı kapsamamaktadır). Buna göre olumsuz yaşam olayları sayısının depresyon üzerindeki etkisinde dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme aracı role sahiptir. Model Tablo 4.22’de verilmiştir.

Tablo 4.22: Olumsuz Yaşam Olayları Sayısı ile Depresif Belirtilerin İlişkisinde Dışsal İşlevsel Olmayan Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü

Etki	Bootstrap Tahminler				Model		
	B	sh.	p	%95 GA.alt	%95 GA.üst	R ²	F
OYO>DİO	0,360	0,139	0,011*	0,086	0,635	0,052	6,742*
DİO>BDÖ	0,838	0,230	0,000*	0,382	1,294	0,394	39,650
OYO>BDÖ							
Toplam etki	2,879	0,372	0,000*	2,143	3,614	0,328	60,058*
Doğrudan etki	2,577	0,364	0,000*	1,857	3,297		
Dolaylı etki	0,302	0,149		0,062	0,631		

***p<0,05 anlamlı etki var, p>0,05 anlamlı etki yok; Process Bootstrap n=5000 , model4**

OYO: Olumsuz yaşam olayları, DİO: Dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme, BDÖ: Beck depresyon ölçeği

4.6.3. Olumsuz Yaşam Olayları ile Depresif Belirtilerin İlişkisinde

Duyusal İşleme Hassasiyetinin Düzenleyici Rolü

Olumsuz yaşam olayları sayısı ile BDÖ puanı arasındaki ilişkide duyuşal işleme hassasiyetinin düzenleyici rolünü test etmek amacıyla kurulan model istatistiksel olarak anlamlıdır ($F_{\text{model}}:p<0,05$). Modelde tek başına olumsuz yaşam olayları sayısının, HYBÖ puanının veya etkileşim teriminin BDÖ üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre olumsuz yaşam olayları sayısının depresyona etkisinde duyuşal işleme hassasiyeti düzenleyici role sahip değildir. Model Tablo 4.23'te verilmiştir.

Tablo 4.23: Olumsuz Yaşam Olayları Sayısı ile Depresif Belirtilerin İlişkisinde Duyusal İşleme Hassasiyetinin Düzenleyici Rolü

Etki	Bootstrap Tahminler				Model		
	B	sh.	p	%95 GA.alt	%95 GA.üst	R ²	F
OYO	3,895	2,952	0,190	-1,951	9,740		
HYBÖ	-0,115	0,155	0,459	-0,421	0,191	0,349	21,461*
Etkileşim	-0,013	0,038	0,729	-0,088	0,062		

***p<0,05 anlamlı etki var, p>0,05 anlamlı etki yok; Process Bootstrap n=5000 , model1**

OYO: Olumsuz yaşam olayları, HYBÖ: Hassasiyeti Yüksek Birey Ölçeği

5. TARTIŞMA

Bu çalışma 12-18 yaş arasında Majör Depresif Bozukluk (MDB) tanımlı ergenler ve intihar girişiminde bulunan ergenler ile herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan ergenlerin depresif belirtileri ile bununla ilişkili olması beklenen olumsuz yaşam olayları, duygu düzenleme, bilinçli farkındalık becerileri ve duygusal işleme hassasiyet açısından karşılaştırıldığı, intihar girişimi olan ergenlerde bu faktörler ile intihar niyeti şiddetinin ilişkisinin incelendiği, bu faktörlerin olumsuz yaşam olayları ile depresyon belirtileri arasında aracı ve düzenleyici rollerinin araştırıldığı kesitsel bir çalışmadır.

5.1. Örneklemin Değerlendirilmesi

5.1.1. Sosyodemografik Özellikler

Çalışmamızda kız oranının en yüksek olduğu grup % 92,5 ile intihar grubudur. Dünya genelinde ergen ve genç erişkinlerde intihar girişimleri kızlarda erkeklere göre daha sık görülmektedir (131). Yakın dönemde ülkemizde yapılan başka bir çalışmada intihar girişimi nedeniyle yoğun bakım ünitesinde yatarak tedavi gören ergenler incelenmiş ve çalışmamızla benzer şekilde ergenlerin % 88,5'inin kız olduğu görülmüştür (284). Majör depresyon grubunda kız oranı kontrol grubuna göre daha yüksekken, intihar ve MDB grupları arasında cinsiyet açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Majör depresif bozukluk, kız ergenlerde erkek ergenlere göre daha yaygındır (43). Ergenlik dönemindeki cinsiyet farklılığı tam olarak anlaşılammış olsa da kızlardaki hormonal değişikliklerin beyni stresin etkilerine karşı daha hassas hale getirerek bu farka katkıda bulunduğu düşünülmektedir (7). Konu ile ilgili çalışmalarda kızların erkeklere göre olumsuz çocukluk deneyimlerinden daha fazla etkilendiği saptanmıştır. Ayrıca kızların kültürel normlar ve sosyal roller açısından seçeneklerinin daha az olmasının da depresyon riskinde artışla ilişkili olduğu düşünülmektedir (285).

Yapılan çalışmalarda depresyonu olan ergenlerin okulla ilişkili daha fazla sorun yaşadıkları ve akademik zorlukların depresyon için risk faktörü olduğu öne sürülmüştür (77). Çalışmamızda intihar girişiminde bulunan, MDB tanısı olan ve herhangi bir psikiyatrik hastalığı bulunmayan ergenler arasında eğitim süresi açısından fark bulunmamıştır. Olumsuz yaşam olayları formuna göre okul

başarısızlığı/sınıf tekrarı maddesi açısından da bu gruplar arasında fark görülmemiştir. Bu bulgu, intihar davranışı veya depresif belirtileri olan ergenlerin akademik açıdan işlevselliğinin alan yazınında öne sürüldüğü ölçüde bozulmayabileceğini göstermektedir. Çalışmamızda öğrencilerin psikiyatrik sorunlardan önce ve sonraki not ortalamaları açısından kıyaslama yapılmamıştır. Ancak mevcut bulgular, alan yazınında öngörüldüğü şekilde ders başarısında meydana gelmiş olabilecek düşüşlerin eğitime devam etme oranlarını etkileyecek düzeyde olmadığı düşündürmektedir.

Aile yapısı açısından MDB grubunda ebeveynlerin ayrı ya da boşanmış olması veya kayıp durumunun sağlıklı kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek olduğu, sağlıklı kontrol grubunun ise aile yapısının en fazla çekirdek aile yapısında olduğu belirlenmiştir. Evde ebeveynlerden birinin ayrılma, boşanma veya ölüm nedeniyle olmamasının ergenlerde depresif nöbet için risk faktörü olduğu gösterilmiştir (286). Çocukluk çağında ebeveyn kaybı da güçlü şekilde depresyon ile ilişkilendirilmiştir (39). Çalışmamızın sonuçları bu bulguları desteklemektedir. Ebeveynle çocuk arasındaki yakın, güvenli ve sıcak ilişkisinin çocuğun kendilik / duygu düzenleme, öz yeterlilik, kendilikle ilgili olumlu bakış, benlik algısı, ego dayanıklılığı üzerindeki etkisi, çocuğun ruhsal, duygusal, sosyal gelişimsel ihtiyaçları düşünüldüğünde ebeveyn kaybının depresyonla ilişkili bulunması beklenmektedir.

İntihar grubundaki ergenlerin kardeş sayısı kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Alan yazınına bakıldığında Liu ve arkadaşları (2015) 12 yaşındaki 9276 ergenle yaptıkları çalışmada kardeşi olan ergenlerin ruh sağlığının kardeşi olmayanlara göre daha iyi olduğunu saptamışlardır. Kardeşi olan ergenler arasında kardeş sayısı ile ruh sağlığı arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (287). Kirkcaldy ve arkadaşları (2008) ise yaş ortalaması 13,3 olan 2553 çocuk ve ergenle yaptıkları çalışmada kardeş sayısının hem kendine zarar verme hem de intihar davranışıyla pozitif yönde ilişkili olduğunu göstermişlerdir. Yazarlar kardeşler arasında modelleme yolu ile küçük kardeşlerde kendine zarar verme davranışlarının artıyor olabileceğini öne sürmüşlerdir (288). Çalışmamızdaki bulgu Kirkcaldy ve arkadaşlarının hipotezini destekler nitelikte olmasına karşın yazında bu konuda tutarlı sonuçların olmadığı görülmüştür. Ayrıca çalışmamızda ailede psikiyatrik

hastalık öyküsü sorgulanmasına karşın özellikle kardeşte intihar girişimi dikkate alınarak bir değerlendirme yapılmamıştır.

Gelir düzeyi, eğitim ve çalışma durumu sıklıkla beraber ele alınan sosyoekonomik göstergelerdir. Çalışmamızda ergenlerin bulunduğu grup ile anne-babanın çalışma durumu arasında istatistiksel anlamlı ilişkisi bulunmazken, anne-baba eğitimi ve gelir düzeyi gruplar arasında farklılık göstermektedir. İntihar girişiminde bulunan ergenlerin anne ve baba eğitim düzeyleri en düşüktür, kontrol grubunda ise en yüksektir. Gelir düzeyi ise majör depresyon bozukluğu tanısı olan ergenlerde ve intihar girişiminde bulunan ergenlerde sağlıklı ergenlere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur. Sosyoekonomik durumun çocuk ve ergen ruh sağlığı üzerine etkilerinin araştırıldığı bir gözden geçirme çalışmasında sosyoekonomik açıdan dezavantajlı çocuk ve ergenlerin ruhsal sorunlar yaşama olasılığının diğer çocuk ve ergenlerin 2-3 katı olduğu ortaya konmuştur. Aynı çalışmada çocuğun ruhsal problemlerinin ebeveynin eğitim durumu ve gelir düzeyi ile ilişkisinin, ebeveynin çalışma durumu ile ilişkisinden daha güçlü olduğu saptanmıştır (289). Reiss ve arkadaşları (2019) sosyoekonomik faktörlerin 7-17 yaş arası 2111 çocuk ve ergenin ruh sağlığı üzerine etkilerini inceledikleri çalışmalarında, evin gelir düzeyinin az olmasının, ebeveynin eğitim düzeyinin düşük olmasının ve herhangi bir işte çalışmıyor olmasının 2 yıllık izlemde çocuklardaki ruh sağlığı sorunlarında artışla ilişkili olduğunu ortaya koymuşlardır. Aynı zamanda yüksek eğitim düzeyine sahip ebeveyni olan çocukların stresli yaşam durumları karşısında daha az ruhsal sorun yaşadığı da gösterilmiştir (290). Sosyal nedensellik hipotezi düşük sosyoekonomik düzey ile ruh sağlığı sorunları arasındaki ilişkiyi düşük sosyoekonomik düzeyden kaynaklanan stresin ruhsal bozuklukların gelişimine katkıda bulunmasıyla açıklamaktadır. Yoksulluk ve düşük sosyoekonomik düzey eğitime ulaşım, sağlık durumu, sağlık hizmetlerinin kullanımı gibi sosyal hayatın farklı alanlarını etkilemektedir. Erken yaşam dönemlerinde sosyoekonomik açıdan dezavantajlı olmak çocuğun gelişimi, okul başarısı ve sosyo-emosyonel işlevselliği bakımından olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Ayrıca, düşük sosyoekonomik düzeye sahip ailelerden gelen, özellikle de ebeveynlerinin eğitim düzeyi düşük olan çocuklar ruh sağlığı hizmetlerine ulaşım açısından zorluk yaşamaktadırlar (289). Günlük hayatta yaşadıkları yüksek stres düzeyine ek olarak, düşük sosyoekonomik düzeye

sahip çocuk ve ergenlerin, stresli yaşam olayları sonrası veya hafif psikiyatrik belirtiler gösterdikleri durumlarda ruh sağlığı hizmetlerine ulaşamamaları da ruhsal sorunların şiddetinin artmasına ve majör depresyonun gelişmesine zemin hazırlıyor olabilir.

Ebeveyn eğitim düzeyiyle ilgili, Amerika Birleşik Devletleri'nde farklı etnik gruplardaki 7-11 yaş arası çocukların karşılaştırıldığı bir çalışmada, ebeveynin eğitim düzeyinin yüksek olmasının depresif ruh haline karşı koruyucu olduğu fakat intihar girişimleri üzerinde etkisinin olmadığı bulunmuştur (291). Bu bulgu intihar girişimleri açısından çalışmamızın sonuçları ile farklılık göstermekle birlikte, bu farkın yaş gruplarının aynı olmaması ve ergenlik öncesi dönem ile ergenlik döneminin ruh sağlığı sorunları açısından farklılık göstermesinden kaynaklanıyor olması muhtemeldir. Aylık gelir düzeyi bakımından, bizim çalışmamızda hem intihar girişimi olan ergenlerin hem de depresyonu olan ergenlerin ailelerinin aylık gelir düzeyinin sağlıklı kontrollerin yarısından az olduğu görülmektedir. Bu bulguyla uyumlu şekilde, Tracy ve arkadaşları (2008) ergenlerde ailenin gelir düzeyi ile depresif belirtiler arasında negatif yönde ilişki olduğunu bildirmişlerdir (292). İntihar davranışı açısından bakıldığında, Alaimo ve arkadaşları yüksek gelir düzeyine sahip ailelerde düşük gelir düzeyi olanlara kıyasla ergenlerde intihar düşüncesi sıklığının daha fazla olduğunu bildirmiştir. Aynı çalışmada intihar girişimleri ile gelir düzeyi arasında ilişki bulunmazken gıda yetersizliğinin intihar girişimi sıklığı ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur (293). Blum ve arkadaşları (2000) ise 7-8. Sınıf öğrencilerinde düşük gelir düzeyinin intihar girişimlerinde artışla ilişkili olduğunu, lise dönemindeki ergenlerde ise gelir düzeyi ile intihar girişimlerinin ilişkili olmadığını saptamışlardır (294). Alan yazınında intihar davranışı ve ailenin gelir düzeyi arasındaki ilişki açısından farklı bulgular yer almaktadır. Bizim örneklemimizde intihar girişimi grubundaki gelir düzeyinin MDB grubuyla benzer şekilde sağlıklı kontrollere göre düşük olması, intihar grubundaki hastaların %95'inin MDB tanısı bulunmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmadaki ergenlerin soy geçmiş bilgilerine bakıldığında anne-babada tıbbi hastalık varlığı açısından gruplar arasında fark görülmezken; ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün kontrol grubuna intihar grubunda daha sık olduğu görülmektedir. MDB grubuyla diğer gruplar arasında ise ailede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından

fark bulunmamıştır. Ailede psikiyatrik hastalık varlığı birçok çalışmada ergenlerde depresyon ve intihar için risk faktörlerinden biri olarak tanımlanmıştır (135, 140, 295). Bu riskin hem genler hem de kalıtsal olmayan faktörlerden kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir (52, 54). Ailede psikiyatrik hastalık bulunmasının getirdiği psikososyal zorluklar da ergenlerde intihar girişimi için risk oluşturuyor olabilir. Çalışmamızda majör depresyon grubu ile kontrol grubu arasında ailede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından fark bulunmaması alan yazınıyla uyumsuzdur. Bu durum örneklem büyüklüğünden kaynaklanıyor olabileceği gibi ailede psikiyatrik tanı alabilecek kişilerin psikiyatri kliniklerine başvurmamış olmasıyla da ilişkili olabilir. Olumsuz yaşam olayları formuna göre ailede ruhsal / duygusal sorun varlığı oranı MDB grubunda kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur. Bu iki bulgu beraber değerlendirildiğinde MDB grubundaki ergenlerin ailelerinde ruhsal sorunları olan ve psikiyatrik hastalığa sahip olabilecek bireylerin tanı almamış olabileceğini düşündürmektedir.

5.1.2. Araştırma Gruplarında Psikiyatrik Tanı ve Eşhastalanım

Ergenlerde majör depresyona sıklıkla başka psikiyatrik bozukluklar eşlik etmektedir (94). Çalışmamızda MDB tanılı ergenlerin %17'sinde anksiyete bozuklukları, % 6,4'ünde DEHB, % 4,3'ünde yeme bozuklukları ve yine % 4,3'ünde OKB tanısı olduğu tespit edilmiştir. Costello ve arkadaşları (2003) MDB'nin en sık eştanısı olan anksiyete bozuklukları ve DEHB'nin ergenlerde depresyona eşlik etme sıklığını sırasıyla % 20 ve % 7 olarak saptamışlardır (4). Ülkemizde MDB tanılı ergenlerle yapılan bir çalışmada da benzer şekilde anksiyete bozuklukları % 20, DEHB % 7,1 oranında eştanı olarak görüldüğü bulunmuştur (296). MDB'de sık görülen eştanılar açısından çalışmamızın sonuçları alan yazını ile paralellik göstermektedir.

Çalışmamızın intihar girişimi grubundaki ergenlerin psikiyatrik tanılarına bakıldığında MDB %95, DEHB %30, anksiyete bozuklukları %17,5, yeme bozuklukları %7,5 ve KOKGB %5 oranında görülmektedir. Alan yazınında intihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerin % 90'ının retrospektif olarak en az bir psikiyatrik tanı aldıkları, yaklaşık %52'sinin MDB tanı kriterlerini karşıladıkları belirtilmiştir (297). İntihar girişimi ile hastaneye başvuran ergenlerin bir kısmı kendini öldürme niyetine sahipken bir kısmının kendini öldürme niyeti olmadığı ve

kendine zarar verme sebebi olarak ilgi çekme isteğini öne sürdükleri tespit edilmiştir (150). Konu ile ilgili çalışmalarda intihar girişimi kriterleri farklılık göstermektedir. Çalışmamızın intihar girişimi grubuna dahil edilen ergenler ÇDŞG-ŞY'e (Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni. Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-DSM-5) göre intihar girişimi ölçütlerini karşılayan, yani sadece kendini öldürme niyetiyle kendine zarar verecek bir davranışta bulunmuş olan ergenlerden oluşmaktadır. Kendini öldürme düşünceleri nispeten yoğun olan ergenlerin çalışmaya dahil edilmesi alan yazınına göre yüksek bulunan MDB tanısı oranının sebebi olabilir.

İntihar girişimi grubunda büyük oranda majör depresyon tanısı mevcutken, DEHB tanısının intihar grubunda (%30), MDB grubuna (%6,4) göre daha sık olduğu görülmektedir. MDB tanılı ergenlerde intihar düşüncesi sık görülmektedir fakat DEHB tanılı ergenlerin dürtüsel özellikleri intihar girişimi eyleminde bulunma ihtimalini artırıyor olabilir.

5.1.3. Depresif Belirtilerin Değerlendirilmesi

Çalışmamızdaki grupların depresif belirtilerine bakıldığında, intihar girişimi ve MDB gruplarındaki ergenlerin Beck Depresyon Ölçeği puanlarının sağlıklı kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. MDB tanılı ergenler ile intihar girişimi olan ergenler arasında depresif belirti şiddeti arasında fark saptanmamıştır. Erişkinlerle yapılan bir çalışmada benzer şekilde intihar girişimi olan ve olmayan majör depresyon hastalarında depresif belirti şiddeti arasında fark olmadığı saptanmıştır (298). Majör depresyonu olan tüm hastalar intihar girişiminde bulunmamaktadırlar ancak çalışmamızda intihar girişiminde bulunan ergenlerin çoğunluğunun MDB tanısı olduğu görülmektedir. Depresyon intihar için önemli bir risk faktörü olmakla beraber, bu bulgular intihar girişiminde bulunmanın doğrudan depresyonun şiddeti ile ilişkili olmadığını, girişimde bulunmada başka değişkenlerin etkisinin olduğunu düşündürmektedir.

5.2. Ergenlerde Depresyonun Olumsuz Yaşam Olayları, Bilinçli Farkındalık, Duygu Düzenleme ve Duyusal İşleme Hassasiyeti ile İlişkisinin Değerlendirilmesi

5.2.1. Depresyon ve Olumsuz Yaşam Olayları

Ergenlerde olumsuz yaşam olayları varlığı birçok çalışmada depresyon için bir risk faktörü olarak ortaya konmuştur (11, 79). Çalışmamızda ergenlerde olumsuz yaşam olaylarının sayısının artmasının depresif belirtilerde artışla ilişkili olduğu bulunmuştur. MDB, intihar girişimi ve sağlıklı kontrol grupları karşılaştırıldığında ise olumsuz yaşam olayları sayısının sağlıklı kontrol grubuna göre MDB grubunda anlamlı düzeyde fazla olduğu görülmüştür. Alan yazınında olumsuz yaşam olaylarının depresyon için oluşturduğu riskin tek bir olumsuz yaşam olayı yaşayanlara göre birden çok olumsuz yaşam olayı deneyimleyenlerde daha fazla olduğu belirtilmiştir (7, 81). Ülkemizde yapılan bir çalışmada da olumsuz yaşam olayları sayısının ergenlerde hem içe yönelim hem dışa yönelim problemlerini yordadığı saptanmıştır (80). Kişilerin algıladıkları stres düzeyinin depresyon ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (204). Olumsuz yaşam olaylarının yarattığı kronik stresin depresyonun gelişimde etkili olduğu düşünülmektedir (7). Buna göre çalışmamızdaki ergenlerin deneyimledikleri olumsuz yaşam olayları arttıkça stres düzeylerinin arttığı ve ergenlerin ruhsal açıdan daha fazla zorlanarak depresyon risklerinin arttığı söylenebilir.

Çalışmamızda ayrıca MDB tanısı almış ergenler arasında olumsuz yaşam olaylarının sayısı ile depresif belirti şiddetinin ilişkisi incelenmiştir. Depresif belirtileri klinik olarak MDB için eşik düzeyine ulaşmış ergenler içinde olumsuz yaşam olaylarının sayısının artmasının depresif belirti şiddetinde artışla ilişkili olmadığı saptanmıştır. Bu bulgular, ergenlerde olumsuz yaşam olayları sayısının hem eşik altı depresif belirtileri artırdığını hem de majör depresif bozukluğun ortaya çıkmasıyla ilişkili olduğunu, fakat yaşanan olumsuz deneyimlerin sayısının psikopatoloji geliştikten sonra depresyonun şiddeti üzerinde etkili olmadığını düşündürmektedir. Bu durum klinik düzeyde depresyonun şiddetlenmesinde yaşam olayları dışında farklı faktörlerin devreye girdiğini ve bunun daha fazla araştırılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Olumsuz yaşam olaylarının türü de depresyon ile ilişkilendirilmektedir (11). Bu bakımdan çalışmamızın sonuçları, MDB grubunda ebeveynler arası tartışma / fiziksel şiddet, ebeveynlerin ayrılması / boşanması, cinsel istismar mağduru olma, yakın bir arkadaşlığın bitmesi, ailede ruhsal / duygusal sorun ve akran zorbalığına maruz kalma oranlarının sağlıklı kontrollere göre daha yüksek olduğunu göstermiştir.

Tüm gruplar karşılaştırıldığında MDB grubunda ebeveynler arası tartışma / fiziksel şiddet ve ebeveynlerin ayrılması / boşanması görülme oranı en yüksektir. Evde anne veya babanın olmamasının ergenlerde depresif nöbet için risk faktörü olduğu gösterilmiştir (286). Alan yazınında evlilikteki çatışma ve boşanmanın çocukta uyum problemleri ve psikopatoloji gelişimiyle ilişkili olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır. Depresyonu olan çocukların ailelerinde birlikte yaşayan ebeveynler arası çatışmanın da artmış olduğu saptanmıştır (82). Konu ile ilgili çalışmalar boşanmanın çocuklar üzerindeki olumsuz etkilerinin de ayrılık veya boşanmanın kendisinden çok çiftler arasındaki çatışmanın fazla olmasıyla açıklanabileceği göstermektedir (299). Ebeveynlerin ne şekilde tartıştıkları da çocuk üzerindeki etkiler açısından önemlidir. Kavga sırasında fiziksel şiddet veya fiziksel şiddet tehdidi olmasının çocuk üzerinde daha zararlı etkileri olduğu görülmüştür (82). Çalışmamızda MDB tanımlı ergenlerde ebeveynler arası tartışma / fiziksel şiddet ve ebeveynlerin ayrılması / boşanmasının yüksek bulunması olumsuz aile ortamının etkileriyle ilgili alan yazınındaki bulguları destekler niteliktedir.

LeMoult ve arkadaşları (2019) yaptıkları meta analiz çalışmasında, çalışmamızla benzer şekilde çocuk ve ergenlerde cinsel istismarın depresyon ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (79). Alan yazınında çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalmanın ergenlerde düşük benlik saygısı, güçsüzlük ve suçluluk duygularıyla sonuçlandığı öne sürülmüştür. Bu ergenlerde depresyon gelişmesinde etkili olduğu düşünülen bir diğer faktör de öğrenilmiş çaresizliktir (300). Buna göre cinsel istismar mağduru olan ergenlerin kendileriyle ilgili olumsuz algıya sahip olmaları ve yaşadıkları olaylarla ilgili yoğun çaresizlik duyguları yaşamaları depresyon gelişimine yol açan etkenler olabilir.

Tüzün ve Çuhadaroğlu-Çetin (2011) 467 ergenle yaptıkları çalışmada depresif belirtilerle en güçlü ilişkiye sahip yaşam olaylarından birinin yakın bir arkadaşla kavga etme veya yakın arkadaşından ayrılma olduğunu bildirmişlerdir

(86). Bizim çalışmamızda yakın bir arkadaşlığın bitmesi MDB ile ilişkili bulunmuştur. Ergenlik akran ilişkilerinin ön planda olduğu bir dönem olduğu için özellikle akranlarla ilgili sorunların ergenin ruhsal durumunu olumsuz etkilemesi beklenen bir bulgudur. Akran ilişkileri açısından depresyonla ilişkilendirilmiş bir diğer durum ise akran zorbalığıdır. Hawker ve arkadaşları (2000) yaptıkları meta analiz çalışmasında akran zorbalığının depresyonla güçlü şekilde ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (84). Kişisel faktörlerden kendini suçlama ve baş etme becerilerinin bu ilişkiye aracılık ettiği öne sürülmüştür(301).

Ailesel risk faktörleri açısından, çalışmamızda ailede ruhsal / duygusal sorun öyküsü oranları sağlıklı kontrollere göre MDB tanılı ergenlerde daha sıktır. Alan yazınında ailede anksiyete, depresyon gibi ruhsal sorunların olmasının ergenlerde MDB riskini artırdığı belirtilmiştir (295). Ailede ruhsal / duygusal sorunlar yaşayan bir bireyin bulunması psikopatoloji gelişimi açısından genetik riski artırmaktadır. Bunun yanında ailede ruhsal sorunlar yaşayan bir bireyin varlığı ergenin günlük yaşantısında zorluklar yaratarak çevresel bir stresör olarak da etki ediyor olabilir.

5.2.2. Depresyon ve Bilinçli Farkındalık

Kişilik özelliği olarak bilinçli farkındalığın yüksek veya düşük olmasının ruhsal sorunlar için bir dayanıklılık veya risk faktörü olabileceği düşünülmektedir (199). Foster ve arkadaşları (2018) 13-15 yaş arası 108 ergenle yaptıkları çalışmada bilinçli farkındalık ile depresif belirtiler arasında ters yönde bir ilişki olduğunu bildirmişlerdir (31). Ma ve arkadaşları (2019) 1067 ergenle yaptıkları çalışmalarında daha geniş örnekleme aynı bulguyu yinelemişlerdir (30). Heath ve arkadaşları kendine zarar verme davranışı olan ve olmayan ergenleri bilinçli farkındalık ve depresif belirtiler açısından karşılaştırmış, her iki grupta da depresif belirtiler ile bilinçli farkındalık düzeyi arasında ters yönde ilişki saptamışlardır (200). Bizim çalışmamızda hem tüm örnekleme hem de MDB tanılı ergenler arasında depresif belirtiler ile bilinçli farkındalık düzeyi orta düzeyde ters yönde ilişkili bulunmuştur. Çalışmamızdaki gruplar karşılaştırıldığında ise majör depresyon tanılı ergenlerin bilinçli farkındalık düzeyinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar alan yazınındaki bilinçli farkındalık ile depresyon ilişkisine dair bulguları desteklemektedir. Bulgularımıza göre bilinçli farkındalık becerilerinin yüksek olması depresif belirtiler açısından koruyucu bir faktörken, düşük olması bir

risk faktörüdür. Ergenlerin dikkatini şu anda meydana gelmekte olanlara yargılamadan ve kabullenici bir şekilde vermesi, ruminatif şekilde olumsuz duygu ve düşünceler ile zihinlerinin meşgul olmasını önleyerek depresyona karşı koruyucu işlev görüyor olabilir. Benzer şekilde ergenlerin ana odaklanamayarak zihinlerini olumsuz duygu ve düşüncelerden uzaklaştıramamasının depresyona zemin hazırlığı düşünülebilir.

Bu bulgulara ek olarak, çalışmamızda MDB tanılı ergenler arasında depresif belirtiler ile bilinçli farkındalık düzeyi ters yönde ilişkili bulunması bilinçli farkındalık becerilerinin klinik depresyonu olan ergenlerde belirti şiddetini azaltan bir faktör olabileceğini düşündürmektedir. Bilinçli farkındalık temelli müdahaleler ile ergenlerde bilinçli farkındalık becerilerinin artırılmasının depresyon tedavisinde yarar sağladığını gösteren çalışmalar bu varsayımı desteklemektedir (27).

Bilinçli farkındalığın alt boyutlarına bakıldığında, tüm örnekleme depresif belirtiler ile kendini kabullenme arasında orta düzeyde, dikkat / farkındalık ve tepkisizlik arasında zayıf düzeyde negatif yönlü ilişki olduğu görülmüştür. Dikkat / farkındalık alt boyutu odaklanma, dikkati sürdürme ve çevrenin, düşüncelerin, duygu ve duyumların farkında olma becerisini; yargılayıcı olmama alt boyutu kişinin kendi düşünce ve duygularını değerlendirmekten uzak durarak onları gözleme becerisini; tepkisizlik alt boyutu kişinin duygu ve düşünceleri bastırmadan kabul etmesi ve ruminasyon gibi düşünce, duygu ve duyumların ikincil olarak ayrıntılı şekilde işlenmesini önleme becerisini ve kendini kabullenme alt boyutu kişinin kendini eleştirmeden kabul etme becerisini ölçmektedir. Royuela-Colomer ve Calvete (2016) bilinçli farkındalık düzeyini ölçmek için Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği (302) kullandıkları çalışmalarında ergenlerde depresif belirtiler ile bilinçli farkındalığın tanımlama, farkındalıkla davranma, içsel deneyimlere tepkisizlik ve yargılamama boyutları arasında ters yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir (29). Çalışmamızda Ergen-Yetişkin Bilinçli Farkındalık Ölçeğinin dikkat / farkındalık ve tepkisizlik alt boyutlarının depresif belirtilerle ilişkili bulunması bu çalışma ile paralellik gösterirken, yargılayıcı olmama boyutu ile depresif belirtiler arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmaması Royuela-Colomer ve Calvete'nin çalışmasından farklılık göstermektedir. İki çalışma beraber değerlendirildiğinde ergenlerin özellikle yaşadıkları olay, duygu ve düşüncelere

dikkat ederek farkında olmaları fakat aynı zamanda bu duygu ve düşünceleri zihinlerinde tekrarlamak yerine bastırmadan kabul edebilmelerinin depresif belirtilerin ortaya çıkmasını engellediği düşünülebilir.

5.2.3. Depresyon ve Duygu Düzenleme Stratejileri

Günlük hayattaki işlevselliğin sürdürülebilmesi için duyguların içinde bulunulan bağlama uygun olarak düzenlenebilmesi gerekmektedir (166). Duyguların düzenlenebilmesi için bebeklik döneminden itibaren çeşitli stratejiler geliştirilmektedir. Bu stratejilerden içsel duygu düzenleme stratejileri kişinin kendi çabasıyla duygusal cevabını düzenlemek için seçtiği çeşitli bilişsel ve davranışsal stratejileri içeren kendilik düzenlemesi anlamına gelirken, dışsal duygu düzenleme stratejileri ebeveyn, öğretmen ve akranlar gibi duygu düzenlemeyi etkileyen dış faktörler ile ilişkilidir (165, 167). Yıldız ve Duy (2019) 319 lise öğrencisi ile yaptıkları çalışmada hem içsel hem dışsal işlevsel duygu düzenleme stratejileri ile depresif belirtiler arasında negatif yönde, hem içsel hem dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejileri ile depresif belirtiler arasında pozitif yönde ilişki olduğunu saptamışlardır (303). Bizim çalışmamızda tüm örnekleme depresif belirtiler ile dışsal işlevsel duygu düzenleme stratejileri arasında negatif, içsel işlevsel olmayan ve dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejileri arasında pozitif yönde ilişki bulunurken, Yıldız ve Duy'un çalışmasından farklı olarak içsel işlevsel duygu düzenleme stratejilerinin depresif belirtiler üzerine etkisi olmadığı saptanmıştır.

Çalışmamızın MDB grubundaki ergenlere bakıldığında, içsel işlevsel olmayan ve dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerini sağlıklı kontrol grubundan daha fazla kullandıkları, dışsal işlevsel duygu düzenleme stratejilerini ise sağlıklı ergenlerden daha az kullandıkları görülmektedir. Dışsal işlevsel stratejilerin az kullanılması bu ergenlerin yakınlarıyla konuşma, tavsiye isteme, bedensel yakınlık kurma gibi davranışlarının azaldığını, dışsal işlevsel olmayan stratejilerin fazla kullanılması ise başkalarına bağırma, kavga etme, kötü hissettirme, zorbalık yapma ve eşyalara zarar verme gibi davranışlarının arttığı anlamına gelmektedir. MDB tanılı ergenler içinde depresif belirti şiddetindeki artış ise sadece içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerinin kullanımında artışla ilişkili bulunmuştur. Buna göre, ergenlerde eşik altı depresyon belirtilerindeki artışın ve majör depresyon

gelişmesinin kişinin geliştirdiği içsel stratejilerin işlevsiz olmasının yanında ebeveyn, öğretmen ve akranlar gibi duygu düzenlemeyi etkileyen dış faktörlerden de büyük ölçüde etkilenmekte olduğu söylenebilir. Bununla beraber, bulgular klinik olarak depresyon tanısı alan ergenlerin kendini cezalandırma, ruminasyon, kendini başkalarıyla kıyaslama, duygularını paylaşmama gibi içsel işlevsel olmayan stratejileri kullanmaya devam etmelerinin psikopatolojinin şiddetini artırdığını ve hastalığın sürmesine katkıda bulunduğunu düşündürmektedir. MDB tanılı ergenlerin tedavisinde özellikle içsel işlevsel olmayan stratejilerin kullanımının azaltılması depresyon şiddetinin azaltılmasına katkı sağlayabilir.

Alan yazınında bulgularımızı destekleyen, farklı duygu düzenleme ölçme araçlarının kullanıldığı çalışmalar mevcuttur. Ergenlerde içsel duygu düzenleme stratejileri ile depresif belirtilerin ilişkisinin incelendiği bir meta-analiz çalışması depresif belirti bulunan ergenlerin duygu düzenleme stratejilerinden problem çözme, kabullenme, bilişsel yeniden değerlendirmeyi daha az, kaçınma, bastırma ve ruminasyonu daha fazla kullandığını ortaya koymuştur. Bilişsel yeniden değerlendirme, olay veya uyarının anlamıyla ilgili düşünce ve inanışların değiştirilmesi; problem çözme istenmeyen duyguları ortaya çıkaran olumsuz koşulları değiştirmeyi amaçlayan davranışsal ve bilişsel stratejileri; kabullenme kişinin tepkilerinin belirmesine direnç göstermeden izin vermesini içermektedir. İşlevsel olmayan stratejilerde kaçınma duygular gibi içsel psikolojik olaylar veya dış uyaran ve durumlardan kaçınmayı; bastırma, duygu ifadesinin veya duysal deneyim ve düşünceler bastırılmasını ifade ederken ruminasyon tekrarlayıcı şekilde duygusal deneyimler, bunların nedenleri ve sonuçlarına odaklanma anlamına gelir (176). Çalışmamızla benzer şekilde hem depresyon tanılı ergenlerin hem de depresyon tanısı olmayan ergenlerin dahil edildiği bir çalışmada, depresyon grubundaki belirti şiddetinin içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerinden kendini suçlama, ruminasyon ve felaketleştirmenin yanında içsel işlevsel duygu düzenleme stratejilerinin de depresif belirtiler ile ilişkili olduğu bulunmuştur (181). Çalışmamızın sonuçları içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerinin etkisi açısından bu bulgular ile paralellik gösterirken, içsel işlevsel duygu düzenleme stratejilerinin etkisi açısından ayrılmaktadır. Çalışmamızın alan yazınındaki bilişsel duygu düzenleme stratejileri hakkındaki çalışmalarla ortak bulguları

değerlendirildiğinde ergenlerin özellikle olumsuz duyguları ifade etmekten kaçınma ve bu duyguları, nedenlerini ve sonuçlarını tekrarlayıcı şekilde düşünmelerinin depresif belirtilere zemin hazırladığı anlaşılmaktadır.

5.2.4. Depresyon ve Duyusal İşleme Hassasiyeti

Duyusal işleme hassasiyetinin yüksek olmasının farklı çevresel koşullara karşı duyarlılık yaratarak bireylerin olumlu çevresel koşullardan daha fazla yararlanmasına ve olumsuz çevresel koşullardan ise daha kötü etkilenmesine yol açtığı öne sürülmektedir (17). Çalışmamızda duyuşal işleme hassasiyeti ile depresif belirtiler arasında ilişki bulunmamıştır. Ergenlerin gruplarına bakıldığında, MDB, intihar ve sağlıklı kontrol grupları arasında duyuşal işleme hassasiyeti açısından da fark görülmemiştir. Konu ile ilgili diğer çalışmalarda, Boterberg ve arkadaşları (2016) 3-16 yaş arası çocuklarda DİH ile günlük işlevsellik arasındaki ilişkiyi incelemiş ve yüksek DİH seviyelerine sahip çocukların baş ağrısı, karın ağrısı gibi tıbbi olarak açıklanamayan fiziksel belirtiler, uyku ve yeme problemlerini daha fazla gösterdiğini saptamışlardır (22). Onursal Özer (2020) ise 9-18 yaş arası çocuk ve ergenlerde duyuşal işleme hassasiyeti ile çocuk ve ergenlerin içe yönelim problemleri arasında anlamlı bir ilişki olduğunu bulmuştur (21). Bu çalışmalarda bizim çalışmamızda olduğu gibi duyuşal işleme hassasiyetini ölçmek için ebeveynler tarafından doldurulan Hassasiyeti Yüksek Birey Ölçeği (HYBÖ) kullanılmıştır fakat bu çalışmalar doğrudan depresif belirtileri incelememektedir. Ayrıca bizim çalışmamıza göre küçük yaşta çocukları da içeren geniş bir yaş grubunu kapsamaktadır ve daha geniş bir örneklem büyüklüğüne sahiptir.

Kibe ve arkadaşları (2020) bir psikoeğitim programının 15-16 yaş arasındaki ergenlerdeki etkilerini inceledikleri çalışmada müdahale öncesinde duyuşal işleme hassasiyeti ile depresif belirtilerin ilişkisini incelemişlerdir. Herhangi bir psikososyal müdahale yapılmadan önce duyuşal işleme hassasiyeti yüksek olan ergenlerde depresif belirtilerin daha fazla olduğunu saptamışlardır (23). Bizim çalışmamızdan farklı olarak bu çalışmada duyuşal işleme hassasiyetini ölçmek için Highly Sensitive Child Scale for Adolescence (Ergenler için Hassasiyeti Yüksek Çocuk Ölçeği) kullanılmış ve eşik değerlere göre 3 farklı DİH grubu oluşturularak analiz yapılmıştır. Ergenler için Hassasiyeti Yüksek Çocuk Ölçeği bir öz bildirim ölçeği iken bizim çalışmamızda kullanılan Hassasiyeti Yüksek Birey Ölçeği ebeveynler

tarafından doldurulmaktadır. Ebeveynlerin ergenlik dönemindeki çocuklarının duyusal hassasiyetlerine yönelik bilgilere hakim olmamaları veya yanlış hatırlamış / tespit etmiş olmaları olasıdır. Ergenler için Hassasiyeti Yüksek Çocuk Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik çalışmasının bulunmaması nedeniyle çalışmamızda bu ölçek kullanılamamıştır. Ancak bu alanda alan yazında özellikle de çocuk ve ergen yaş grubunda yeterince araştırma olmadığı ve daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu düşünüldüğünde, ergenin doğrudan öz bildirimi ile belirlenecek olan duyusal işleme hassasiyeti düzeyinin depresif belirtiler, belirti şiddeti ve intihar girişimiyle ilişkisini ve yine olumsuz yaşam olayları ve depresyon arasındaki ilişkide düzenleyici rolünün olup olmadığını tekrar değerlendirmek bu konuda önemli katkılar sağlayacaktır.

Çocuk ve ergenlerde DİH ile ilgili az çalışma bulunmasına karşın erişkinlerde farklı sonuçlara sahip çalışmalar mevcuttur. Birçok çalışmada DİH ile depresif belirtiler arasında pozitif yönde ilişki bulunmasına karşın (18, 254, 304), Neal ve arkadaşları (2012) çalışmamızla uyumlu şekilde erişkinlerde DİH ile depresyon belirtileri arasında anlamlı ilişki bulunmadığını bildirmişlerdir (20).

5.3. Ergenlerde İntihar ile Depresif Belirtiler, Olumsuz Yaşam Olayları, Bilinçli Farkındalık, Duygu Düzenleme ve Duyusal İşleme Hassasiyeti İlişkisinin Değerlendirilmesi

5.3.1. İntihar Girişimi Grubunda İntihar Niyetinin Değerlendirilmesi

Çalışmamıza intihar girişiminde bulunarak hastanemize başvuran 40 ergen dahil edilmiştir ve bu ergenlerin kendini öldürme niyetinin şiddeti İntihar Niyeti Ölçeği (İNÖ) ile değerlendirilmiştir. Ergenlerin İNÖ puanları ortalama $14,73 \pm 4,59$ olarak bulunmuştur. Alan yazınına bakıldığında intihar girişiminde bulunmuş ergenlerin intihar niyetinin şiddetinin incelendiği çalışmalar olduğu görülmektedir. Bu çalışmalar ile 2008 yılında yapılan bir meta analiz çalışmasında çocuk ve ergenlerin ortalama İNÖ puanı $10,3 \pm 1,56$ olarak hesaplanmıştır (305). Bu ortalamanın çalışmamıza göre daha düşük bulunması 12 yaş altı çocukların dahil edilmesinden kaynaklanıyor olabilir. Çalışmamızda intihar girişimi grubuna ÇDŞG-ŞY'e (Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-DSM-5) göre intihar girişimi ölçütlerini

karşılamanın, yani sadece kendini öldürme niyetiyle kendine zarar verecek bir davranışta bulunmuş olan ergenlerin alınmış olması da diğer çalışmalara göre intihar niyeti şiddetini artırıyor olabilir.

5.3.2. İntihar ve Depresif Belirtiler

Majör depresif bozukluk, intihar girişimleri için en önemli risk faktörlerinden biridir (135). Çalışmamızda intihar girişimi grubundaki ergenlerin sağlıklı kontrollere göre daha fazla depresif belirti gösterdiği ve büyük oranda MDB tanısı aldığı bulunmuştur. Aynı zamanda depresif belirtilerin intihar niyeti ile ilişkisi de incelenmiş ve depresif belirtilerin düzeyi ile intihar niyetinin şiddeti arasında orta düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmuştur. Geçmiş çalışmalara bakıldığında, intihar girişimi olan 44 kız ergenle yapılan bir çalışmada depresif belirtiler ile intihar niyetinin şiddeti arasında ilişki bulunamamıştır (306). Sayar ve arkadaşları (2000) da aşırı dozda ilaç alımı ile hastaneye başvuran 33 ergenle yaptıkları çalışmada depresif belirtiler ile intihar niyeti arasında ilişki olmadığını bildirmişlerdir (150). Ülkemizde yapılan daha güncel bir çalışmada ise çalışmamızla uyumlu şekilde, 12-18 yaş arası 36 ergende depresyon şiddeti ile intihar niyeti arasında ilişki olduğu saptanmıştır (307). Alan yazınında intihar niyeti ve depresif belirti şiddetinin ilişkisine dair sonuçlar çelişkilidir. Bizim çalışmamız, intihar girişiminde bulunan ergenlerde depresyon ne kadar şiddetliyse girişim sırasında kendini öldürme niyetinin de o kadar fazla olduğu varsayımını desteklemektedir.

5.3.3. İntihar ve Olumsuz Yaşam Olayları

Çalışmamızda olumsuz yaşam olaylarının toplam sayısı ve belirli olumsuz yaşam olaylarının varlığı intihar girişimi grubuyla diğer gruplar arasında karşılaştırılmıştır. Olumsuz yaşam olaylarının toplam sayısı intihar girişimi grubunda sağlıklı kontrollere göre daha yüksek bulunmuştur. Akın ve Berkem (2013) de benzer şekilde intihar girişimi olan 36 ergen ve 34 sağlıklı kontrol olgusunu değerlendirdiği çalışmalarında, intihar girişiminde bulunan grupta olumsuz yaşam olaylarının toplam sayısının sağlıklı olgulara göre daha fazla olduğu saptamışlardır. Bu çalışmada olumsuz yaşam olayı sayısı intihar grubunda 6.22 ± 4.24 , kontrol grubunda 2 ± 2.32 olarak hesaplanmıştır (148). Bizim çalışmamızda bu sayılar intihar grubunda $5,13 \pm 3,23$, kontrol grubunda $1,18 \pm 1,35$ olup söz edilen çalışma ile benzerlik göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 12,801 ergenle yapılan

başka bir çalışmada da aynı şekilde olumsuz yaşam olaylarının sayısının artmasının intihar girişimi riskini artırdığı saptanmıştır (308).

Çalışmamızda olumsuz yaşam olaylarının sayısının yanında hangi yaşam olaylarının intihar ile ilişkili olabileceği de araştırılmıştır. İntihar grubunda cinsel istismar mağduru olma, kız / erkek arkadaştan ayrılma, yakın bir arkadaşlığın bitmesi, ailede alkol / madde sorunu, ailede ruhsal / duygusal sorun, ailede ciddi yaralanma / hastalık, akran zorbalığına maruz kalma, ebeveynler arası tartışma / fiziksel şiddet, yakın bir arkadaşın ölümü, ebeveynlerin ayrılması / boşanması oranlarının sağlıklı kontrollere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Alan yazınında bulgularımızı desteleyecek şekilde bu olumsuz yaşam olaylarının intihar ile ilişkisini ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır. Çocukluk çağında cinsel istismara uğrama intihar girişimleri ve kendine zarar verme davranışlarıyla güçlü şekilde ilişkilidir. Çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalma aynı zamanda erişkinlik döneminde intihar girişimleri ile ilişkilendirilmiştir (2). Bir çalışmada cinsel istismar mağduru olma ve intihar davranışı arasındaki ilişkiye kızlarda depresyon, ailede işlev bozukluğu ve umutsuzluğun aracılık ettiği, erkeklerde ise ilişkinin bu faktörlerden bağımsız olduğu görülmüştür (309). Çalışmamızda intihar grubundaki ergenlerin %92,5'inin kız olması ve %95'inin MDB tanısı alması nedeniyle depresyon ve umutsuzluğun bu ilişkiye aracılık ediyor olabileceği düşünülmüştür.

Aile ile ilişkili faktörlere bakıldığında, ailede psikiyatrik hastalık varlığı ergenlerde intihar için risk faktörlerinden biri olarak tanımlanmıştır (135, 140). Birçok çalışmada anne baba arasında çatışma olması, anne babanın ayrılması veya boşanmasının ergenlerde intihar riskinde artışla ilişkili olduğu ortaya konmuştur (2, 135, 151). Akran ilişkileri açısından bakıldığında, Sayar ve arkadaşları (2000) aşırı dozda ilaç alımıyla intihar girişiminde bulunan ergenlerin % 24'ünün erkek ya da kız arkadaşla ilgili sorunlar yaşadığını bildirmişlerdir (150). Foto-Özdemir ve arkadaşları (2016) ise intihar girişimiyle acil servise başvuran ergenlerin % 20,3'ünün arkadaşlarıyla sorun yaşadığını saptamışlardır (137). İntihar düşüncesi ve girişimleriyle ilişkisine dair kanıtlar bulunan bir başka olumsuz yaşam olayı da akran zorbalığına uğramadır (155). Olumsuz yaşam olaylarının ergenlerde hem intihar düşüncesiyle ilişkili olabileceği hem de intihar girişiminin tetikleyicilerinden

olabileceği düşünülmektedir (145-147). Bahsedilen yaşam olayları aynı zamanda alan yazınında ergenlerde depresif belirtilerin ortaya çıkması için risk faktörleri olarak yer almaktadır. Cinsel istismar, ailede ruhsal sorun yaşayan bir bireyin bulunması, anne baba arası çatışma ve akran ilişkilerindeki zorluklar ergenlerde kronik stres yaratarak majör depresyona ve bunun bir sonucu olarak intihar düşüncesi ve girişimlerine yol açıyor olabilir. Yang ve Clum (1996), stresli yaşam olaylarının intihar davranışı riskini bilişsel işlevsellik üzerine etki ederek artırdığını ileri sürmüşlerdir Düşük benlik saygısı, umutsuzluk, problem çözmede zorluklar gibi bilişsel değişkenlerin bu ilişkiye aracılık ettiği görülmüştür (310). Kronik stres ve sonuçlarına ek olarak, bu yaşam olaylarının olumsuz duygular ile baş etmede güçlük yaşayan ergenlerde intihar girişimleri için tetikleyici etkisi de olabilir. İntihar girişiminden 48 saat önce yaşanmış olumsuz yaşam olaylarının intihar girişimi riskini artırdığı bildirilmiştir (146). Bu bulgudan intihar girişiminde bulunan bazı ergenler için yakın dönemde meydana gelmiş stresli bir yaşam olayının duygu düzenleme güçlükleri ve zayıf problem çözme becerileri gibi faktörlerle ilişkili olarak intihar girişimi için risk oluşturduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda İntihar ve MDB grupları kıyaslandığında intihar grubunda yakın bir arkadaşın ölümü ve ailede ciddi hastalık / yaralanma oranları MDB grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Yakın bir arkadaşın ölümü MDB grubunda % 2,1 oranında görülürken bu oran intihar grubunda % 15'tir. Aileden birinin ölümü ise üç grup arasında farklılık göstermemektedir. Lise öğrencisi 12-20 yaş arasındaki ergenler ile yapılan bir çalışmada bir arkadaşın ölümünün hem intihar girişimi öyküsünde hem de intihar düşüncesinde artışla ilişkili olduğu bulunmuştur. Kardeş veya ebeveynin ölümü ise intihar davranışlarıyla ilişkili bulunmamıştır (311). Bu bulgular ergenlerin özellikle akranlarının ölümü karşısında kendi ölümüne karşı tutumlarının değişiyor olabileceğini ve depresif belirtilerden ayrı olarak intihar girişiminde bulunma risklerinin arttığını düşündürmektedir.

Çalışmamızda intihar grubunda majör depresyon grubuna göre daha fazla oranda görülen bir diğer yaşam olayı ailede ciddi yaralanma / hastalık olmasıdır. Aileden birinin fiziksel bir hastalığa sahip olması ve bu hastalığın bakım gerektirmesi aile bireylerinde yorgunluğa ve aile arasında çatışmaya sebep olabilmektedir (312). Bu durum ergenlerde ruhsal zorluklara yol açabilir.

Bulgularımız ailede ciddi yaralanma veya hastalık olmasının ergenlerde depresyondan bağımsız olarak intihar davranışı ile ilişkili olabileceğini göstermektedir. Buna göre, bir aile bireyinin hasta olması ve ergenin ona bakım verme yükümlülüğünün olması ergende depresif belirtilerin gelişmesine sebep olmanın ötesinde ergenin bu belirtiler ile baş etme becerilerini düşürüyor ve çaresizlik hissetmesine sebep oluyor olabilir. Olumsuz koşullar ile baş etmekte zorlanma ve çaresizlik duygularının yol açtığı kontrol kaybı ergenlerde intihar girişimi riskini artırmaktadır (313).

Söz edilen bulgular hem toplam olumsuz yaşam olayları sayısının artmasının hem de belirli yaşam olaylarının ergenlerde intihar için risk faktörü olduğuna işaret etmektedir. İntihar girişiminde bulunan ergenlerde olumsuz yaşam olaylarının intihar niyeti üzerine etkisi incelendiğinde ise, olumsuz yaşam olayları sayısı ile intihar niyetinin şiddeti arasında ilişki bulunamamıştır. Buna göre, olumsuz yaşam olaylarının artmasının intihar girişiminde bulunma riskini artırdığı fakat kendini öldürme isteğini artırmadığı düşünülebilir. Ancak çalışmamızda olumsuz yaşam olayları sayısı belirlenirken ergenlerden hayat boyu yaşadıkları olayların hepsini belirtmeleri istendiği göz önünde bulundurulmalıdır. Akut dönemde yaşanan olumsuz olayların sayısının intihar niyeti üzerine farklı etkilerinin olması olasıdır.

5.3.4. İntihar ve Bilinçli Farkındalık

Bilinçli farkındalık temelli müdahalelerin ergenlik döneminde intihar düşüncesini azaltmada etkili olduğu bildirilmiştir (211, 212). Bu sonuçlar bilinçli farkındalık düzeyinin düşük olmasının intihar girişimleri açısından risk oluşturuyor olabileceğini düşündürmektedir. Çalışmamızda bu varsayımı destekleyecek şekilde intihar girişimi olan ergenlerin bilinçli farkındalık düzeylerinin sağlıklı kontrollere göre daha düşük olduğu bulunmuştur.

Schneider ve arkadaşları (2020) 13-18 yaş arası ergenlerde intihar girişimi ile bilinçli farkındalığın ilişkisini değerlendirmişlerdir. Çalışmanın intihar grubunu intihar girişimi nedeniyle hastanede tedavi gören ergenler oluştururken kontrol grubu toplum örnekleminde rastgele seçilmiş ergenlerden oluşturulmuştur. Sonuçlar intihar girişimi olan ve olmayan ergenlerin bilinçli farkındalık düzeyleri arasında fark olmadığını göstermiştir (32). Bu çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak

kontrol grubu toplum örnekleminde seçilmiş ve psikiyatrik tanı alıp almadıkları araştırılmamıştır. Depresif belirtiler açısından gruplar arasında karşılaştırma yapılmış ve farklılık bulunmuştur. Ancak alan yazınında depresyon dışındaki ruhsal belirtilerin de düşük bilinçli farkındalık düzeyleriyle ilişkili olduğu bildirilmiştir (314). Schneider ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında kontrol grubunda olası psikiyatrik belirti veya bozukluklarının bulunması grubun bilinçli farkındalık düzeyi ortalamasının düşmesine sebep olmuş olabilir. Bizim çalışmamızda ise, kontrol grubunda psikopatoloji bulunmaması iki grup arasında bilinçli farkındalık düzeyindeki farkın belirgin hale gelmesini sağlamış olabilir. Benzer şekilde, üniversite öğrencileri arasında da intihar girişimi öyküsü olan gençlerin olmayan gençlere göre bilinçli farkındalık düzeyinin daha düşük olduğu saptanmıştır (209).

Çalışmamızda ayrıca bilinçli farkındalığın alt boyutlarının intihar girişimi ile ilişkisi incelenmiştir. Kendini kabullenme boyutunun intihar girişimi grubunda kontrol grubuna göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Kendini kabullenme ergenin kendisine karşı yargılayıcı olmamasını sağlamaktadır (315). Bu bakımdan ergenin kendini ve bulunduğu durumu olduğundan kötü algılamasını engelleyerek intihar girişimi için koruyucu etkiye sahip olduğu düşünülebilir. Bu bulgu aynı zamanda intihar girişimi sonucu başvuran veya intihar düşünceleri olan ergenlerin tedavisinde kendine kabullenme üzerine çalışılmasının önemini vurgulamaktadır.

İntihar niyetinin şiddeti ile bilinçli farkındalık düzeyi veya alt boyutları arasında ilişki bulunmamıştır. Bu bulgu bilinçli farkındalık düzeyinin düşük olmasının intihar girişiminde bulunma riskini artırırken, ergenlerin girişim sırasında ölme isteği üzerinde etkili olmadığını düşündürmektedir. Bu sonuçların daha geniş örnekleme tekrar değerlendirilerek gücünün artırılması intihar düşüncesi ve girişimine yaklaşım ve müdahalede geliştirilecek stratejilere oldukça katkısı olacağı kanaatindeyiz.

5.3.5. İntihar ve Duygu Düzenleme Stratejileri

Ergenlerde duygu düzenleme becerileri ile intihar davranışı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar ergenlerde duygu düzenleme güçlükleri ile intihar düşüncesi ve intihar riski arasında pozitif korelasyon olduğunu bildirmiştir (186, 187). Düşük gelir düzeyine sahip bölgelerde yaşayan ergenlerde yapılan bir çalışmada etkili duygu düzenleme stratejilerini bulmada güçlük yaşayan öğrencilerin intihar girişimi

bildirme ihtimalinin arttığı tespit edilmiştir (26). Çalışmamızda duygu düzenleme stratejileri açısından güçlükle yaşadığı varsayılan intihar girişiminde bulunan ergenlerin hangi duygu düzenleme stratejisi kategorilerini daha çok kullandıkları incelenmiştir. İntihar grubunda içsel işlevsel olmayan ve dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerinin kontrol grubuna göre daha fazla kullanıldığı bulunmuştur. Buna göre, intihar girişiminde bulunan ergenlerin ruhsal açıdan sağlıklı gençlere kıyasla olumsuz duygular karşısında hem başkalarına karşı rahatsız edici davranışları (bağırma, kavga etme, kötü hissettirme...) hem de kendisini kötü hissettirecek tutumları (kendini cezalandırma, kendini başkalarıyla kıyaslama,...) daha fazla sergiledikleri anlaşılmaktadır. Alan yazınında duygularını ifade edemeyen ergenlerin intihar riskinin arttığı bildirilmiştir (150, 316). Ülkemizde üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada da intihar eğilimi ile içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerinden kendini suçlama ve felaketleştirme stratejilerinin ilişkili olduğu bulunmuştur (192).

İntihar niyeti ile duygu düzenleme stratejileri arasındaki ilişki incelendiğinde hiçbir duygu düzenleme stratejisiyle intihar niyetinin şiddeti arasında ilişki bulunamamıştır. Olumsuz duygular karşısında duygu düzenlemenin yapılamaması ergenin kendini öldürme niyetini artırmaktan çok belirli bir anda kontrolünü kaybederek girişimde bulunma ihtimalini artırıyor olabilir.

Çalışmamızın sonuçlarına göre intihar girişiminde bulunan ergenler işlevsel duygu düzenleme stratejilerini sağlıklı kontroller kadar kullanabiliyorken, intihar girişimi riskini işlevsel olmayan stratejilerin fazlalığı artırmaktadır. Bu gençlerin tedavisinde işlevsel olmayan duygu düzenleme yöntemlerinin kullanımının öncelikli olarak azaltılmasının hedeflenmesi uygun olabilir.

5.3.6. İntihar ve Duyusal İşleme Hassasiyeti

Yüksek duyusal işleme hassasiyeti seviyelerine sahip kişilerin çevresel koşullara karşı duyarlı olduğu ve olumsuz çevresel koşullar karşısında depresyon anksiyete gibi ruhsal sorunları yaşama ihtimalinin daha fazla olduğu öne sürülmüştür (17). Bu varsayımdan yola çıkarak çalışmamızda duyusal işleme hassasiyetindeki artışın intihar girişimleri için risk faktörü olup olmadığı araştırılmak istenmiştir. İntihar girişimi olan ergenler ve sağlıklı kontrol grubu karşılaştırıldığında duyusal

işleme hassasiyeti seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığı görülmüştür. İntihar girişimi olan ergenlerde intihar niyetinin şiddeti ile duyuşal işleme hassasiyeti arasında da ilişki bulunmamıştır. Duyusal işleme hassasiyeti ile intihar girişimi ilişkisi hakkında alan yazınında bilgi bulunmamaktadır. Çevresel koşullara hassasiyetteki artışın intihar riskini artırmadığını söyleyebilmek için konu ile ilgili daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır.

5.4. Ergenlerde Olumsuz Yaşam Olayları ile Depresif Belirtilerin İlişkinde Bilinçli Farkındalık ve Duygu Düzenleme Stratejilerinin Rolü

5.4.1. Olumsuz Yaşam Olayları Sayısı ile Depresif Belirtilerin İlişkinde Bilinçli Farkındalığın Aracı Rolü

Olumsuz yaşam olaylarının ergenlerde depresif belirtiler için risk faktörü olduğu pek çok çalışmada gösterilmiştir (11, 79). Bizim çalışmamızın sonuçları da ergenlerin yaşadığı olumsuz olayların sayısı arttıkça depresif belirtilerin arttığını desteklemektedir. Bununla beraber ergenlerin olumsuz yaşam olayları karşısındaki tepkilerinin birbirinden farklılık gösterdiği bilinmektedir. Olumsuz yaşam olaylarının bazı ergenlerde depresif belirtilerin ortaya çıkmasına ne şekilde yol açtığı halen araştırılan bir konudur. Olası mekanizmalardan birinin bilinçli farkındalık becerileri olduğu düşünülmektedir (207, 208). Bilinçli farkındalık bir kişilik özelliği olarak tanımlanmaktadır (28). Ancak bilinçli farkındalık temelli müdahalelerin sonuçları bilinçli farkındalık düzeyinin değişebildiğini göstermiştir (29).

Çalışmamızda olumsuz yaşam olayları sayısı bilinçli farkındalık ve alt boyutu olan kendini kabullenme ile ters yönde ilişkili bulunmuştur. Aracılık analizleri sonucunda olumsuz yaşam olayları sayısı ile depresif belirtilerin ilişkisine bilinçli farkındalık düzeyi ve kendini kabullenmenin aracılık ettiği saptanmıştır. Buna göre, olumsuz yaşam olayları arttıkça bilinçli farkındalık becerileri azalmakta, bilinçli farkındalık düzeyinin azalması da depresif belirtileri artırmaktadır. Aynı şekilde olumsuz yaşam olaylarının artması ergenin kendini kabullenmesini azaltmakta ve kendini kabullenmenin azalması depresif belirtileri artırmaktadır.

Marks ve arkadaşları (2010) ergenlerde yakın zamandaki yaşamsal zorluklar ile depresyon arasındaki ilişkide bilinçli farkındalığın düzenleyici rolünü araştırmışlardır. 317 lise öğrencisinin katıldığı çalışmada bilinçli farkındalığın

düzenleyici role sahip olduğu ve yaşamsal zorluklar ile depresyon belirtileri arasındaki ilişkiyi zayıflattığını gösterilmiştir (144). Marks ve arkadaşlarının (2010) çalışması bilinçli farkındalık düzeyi düşük olay ergenlerde olumsuz yaşantıların depresif belirtiler üzerindeki etkisinin daha fazla olduğunu gösterirken bizim çalışmamız buna ek olarak ergenlerde olumsuz yaşantıların fazla olmasının bilinçli farkındalık düzeyini düşürerek depresif belirtilere yol açtığını ortaya koymuştur.

Alan yazınında olumsuz yaşam olaylarının depresif belirtiler ile ilişkisinde bilinçli farkındalığın aracı rolünü inceleyen yetişkinlerle yapılmış çalışmalar bulunmaktadır. Teng ve arkadaşları (2017) üniversite öğrencilerinde olumsuz yaşam olayları ile depresif belirtiler arasındaki ilişkiye bilinçli farkındalığın ve uyku kalitesinin aracılık ettiği saptanmıştır (207). Chang ve arkadaşları (2017) da üniversite öğrencilerinde olumsuz yaşam olayları ile depresif belirtilerin ilişkisinde bilinçli farkındalığın aracı rol üstlendiğini bulmuşlardır. Çalışmalarında aynı zamanda intihar riski değerlendirilmiş, fakat bilinçli farkındalığın olumsuz yaşam olaylarıyla intihar riski arasındaki ilişkide aracı role sahip olmadığı görülmüştür (208).

Olumsuz çocukluk deneyimlerinin yetişkin dönemdeki etkilerini inceleyen çalışmalarda bilinçli farkındalığın olumsuz çocukluk deneyimleri ile içe yönelim sorunları, depresif belirtiler ve psikolojik iyilik hali ilişkisine aracılık ettiği bildirilmiştir (317-319). Çalışmamız yetişkinlerden elde edilen bu bulguları desteklemektedir. Ergenlerin ruhsal gelişim açısından yetişkinlerden farklı olması nedeniyle bilinçli farkındalığın aracı rolünün ergenlerde de gösterilmiş olması ergen depresyonunun ortaya çıkma mekanizmalarının anlaşılması bakımından önemlidir.

Çalışmamızda bilinçli farkındalık becerilerinden özellikle kendini kabullenmenin ergenlerde olumsuz yaşam olaylarının depresyon üzerindeki etkilerine aracılık ettiği gösterilmiştir. Ergenlikten yetişkinliğe geçerken olgunlaşma ölçütleri içerisinde kendini tanıma ve kabullenme son derece önemlidir (315). Kendini kabullenme ergenlik döneminde geliştirilmekte olan bir özellik olduğu için bu açıdan ergenlerin yetişkinlere göre daha kırılgan olduğu düşünülebilir. Çalışmamızın sonuçları ergenlerin olumsuz yaşam olayları karşısında kendilerini kabul etmelerinin azaldığı, suçluluk ve yetersizlik duygularına kapılmalarının kolaylaştığı ve depresif belirtilerin ortaya çıktığı şeklinde yorumlanabilir.

5.4.2. Olumsuz Yaşam Olayları Sayısı ile Depresif Belirtilerin İlişkisinde Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü

Ergenlerin duygu düzenlemede hangi stratejileri kullandıkları ruhsal durumları açısından belirleyici olmaktadır (176). Ergenlerin olumsuz durumlar karşısında yaşadıkları duygu düzenleme güçlükleri yapılan çalışmalarda depresif belirtilerle ilişkilendirilmiştir (25, 176). Ayrıca, yapılan meta analiz çalışmaları çocukluk çağında kötü muameleye maruz kalmanın çocuk ve ergenlerde duygu düzenleme güçlükleri ile ilişkili olduğunu göstermiştir (320, 321). Çalışmamızda olumsuz yaşam olaylarının sayısı arttıkça ergenlerde depresif belirti şiddetinin arttığı tespit edilmiştir. Buna ek olarak olumsuz yaşam olaylarının depresif belirtiler üzerindeki etkisine hangi duygu düzenleme stratejilerinin aracılık ettiği araştırılmıştır. Bulgularımıza göre, olumsuz yaşam olaylarının sayısının artması ergenlerin içsel ve dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerini kullanımını arttırmakta, dışsal işlevsel duygu düzenleme stratejilerini kullanımını azaltmaktadır.

Aracılık analizlerine bakıldığında, olumsuz yaşam olayları sayısının depresif belirtiler üzerindeki etkisine dışsal işlevsel, içsel işlevsel olmayan ve dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerinin aracılık ettiği görülmektedir. Sonuçlara göre, ergenlerin deneyimlediği olumsuz yaşam olaylarının artması dışsal işlevsel duygu düzenleme stratejilerinin kullanımının azalmasına sebep olmakta, dışsal işlevsel duygu düzenleme stratejilerinin kullanımının azalması da depresif belirtileri artırmaktadır. İşlevsel olmayan duygu düzenleme stratejileri açısından ise, olumsuz yaşam olaylarının artması dışsal ve içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerinin kullanımının artmasına sebep olmakta, bu stratejilerinin kullanımının artması da depresif belirtileri artırmaktadır.

İçsel duygu düzenleme stratejileri açısından bakıldığında çalışmamızda içsel işlevsel duygu düzenleme stratejileri olumsuz yaşam olayları ve depresif belirtiler ile ilişkili bulunmazken içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejileri ilişkili bulunmuştur. Miu ve arkadaşları (2022) tüm yaş gruplarını içeren çalışmaları dahil ettikleri meta analiz çalışmasında çocukluk çağındaki olumsuz deneyimler ile psikopatoloji gelişimi arasındaki ilişkiye duygu düzenleme güçlüklerinin aracılık ettiğini saptamışlardır. Bu çalışmada içsel işlevsel olmayan stratejilerden ruminasyon ve bastırmanın olumsuz çocukluk deneyimleri ve psikopatoloji ile ilişkisi orta-büyük

etki büyüklüğüne sahipken, içsel işlevsel stratejilerden yeniden değerlendirme ile ilişkinin küçük etki büyüklüğüne sahip olduğu görülmüştür. Bilişsel yeniden değerlendirme, olay veya uyarının anlamıyla ilgili düşünce ve inanışların değiştirilmesi; bastırma, duygu ifadesinin veya duysal deneyim ve düşüncelerin bastırılması, ruminasyon ise tekrarlayıcı şekilde duygusal deneyimler, bunların nedenleri ve sonuçlarına odaklanma anlamına gelmektedir. Araştırmacılar, çalışmamızla benzer şekilde, içsel duygu düzenleme stratejileri açısından bu ilişkiye aracılık eden duygu düzenleme mekanizmalarının çoğunlukla işlevsel olmayan stratejileri içerdiğini, işlevsel stratejilerin daha küçük etkiye sahip olduğunu öne sürmüşlerdir (322).

Stikkelbroek ve arkadaşları (2016) benzer bir çalışmada ergenlerde olumsuz yaşam olaylarıyla depresif belirtilerin ilişkisinde bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin rolünü incelemiştir. Çalışmaya klinik örneklemde MDB tanılı 52 ergen ve toplum örnekleminde 346 ergen dahil edilmiştir. Yaşam olaylarının yarattığı stres düzeyi katılımcılar tarafından puanlanmış ve bilişsel duygu düzenleme ölçeği doldurulmuştur. Çalışma sonucunda stresli yaşam olayları puanı ile depresif belirtiler arasındaki ilişkiye içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerinden kendini suçlama, felaketleştirme ve ruminasyonun aracılık ettiği bulunmuştur. İşlevsel bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin ise aracı rolü olmadığı görülmüştür (181). Bizim çalışmamızda olumsuz yaşam olayları yaşam olaylarının toplam sayısı üzerinden değerlendirilmiş ve benzer şekilde depresyon üzerine etkisine kendini cezalandırma, ruminasyon, kendini başkalarıyla kıyaslama, duygularını paylaşmama gibi içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerinin aracılık ettiği saptanmıştır. Çalışmamızın sonuçları Stikkelbroek ve arkadaşlarının (2016) çalışmasını desteklemekte ve bu bulgulara dışsal duygu düzenlemenin rolünü de eklemektedir. Stikkelbroek ve arkadaşlarının (2016) bulgularına ek olarak ergenlerde hem dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerinin kullanımının artmasının hem de yakınlarıyla konuşma, tavsiye isteme, bedensel yakınlık kurma gibi dışsal işlevsel duygu düzenleme stratejilerinin azalmasının olumsuz yaşam olaylarıyla depresyon arasındaki ilişkiye aracılık ettiği gösterilmiştir. Olumsuz olayları deneyimlemek ergenin dünyaya ve insanlara karşı güvenini sarsarak çevresine karşı tutumlarında değişikliğe yol açıyor olabilir. Ergenin olumsuz duygular karşısında

dışarıdan alabileceği desteği olduğundan az algılayarak duygu düzenleme için dışsal işlevsel stratejileri kullanmaması veya yakınlarına karşı olumsuz bir tutum içine girerek dışsal işlevsel olmayan stratejileri daha fazla kullanması depresif belirtileri artırıyor olabilir.

Miu ve arkadaşları (2022) meta analiz çalışmalarında birçok psikopatolojinin ergenlikten erişkinliğe geçişte ortaya çıkmaya başlaması nedeniyle çocukluk çağındaki olumsuz deneyimler ile duygu düzenleme güçlüklerinin psikopatoloji riski üzerindeki etkilerini inceleyen çalışmaların büyük oranda erişkinler ile yapıldığını belirtmişlerdir (322). Olumsuz yaşam olaylarının depresif belirtilere ne şekilde yol açtığını araştıran erişkin çalışmalarında da duygu düzenleme güçlüklerinin çocukluk çağı travmalarıyla depresif belirtilerin ilişkisinde aracı rolü üstlendiği gösterilmiştir (184, 185). Çalışmamızın sonuçları bu erişkin çalışmalarıyla uyumludur ancak bu çalışmalar çocukluk çağında yaşanan olumsuz olayların erişkin dönemdeki etkilerini gösterirken bizim çalışmamız çocukluk çağındaki olumsuz olayların hem duygu düzenleme becerileri hem de depresif belirtiler üzerine daha kısa dönemdeki etkilerini göstermesi açısından önemlidir. Her iki durumda da olumsuz yaşam olaylarının yarattığı duygu düzenleme güçlüklerinin düzeltilmesinin tedavi hedeflerinden olması ve içsel ve dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerinin azaltılarak dışsal işlevsel duygu düzenleme stratejilerinin artırılmasının depresyon açısından fayda sağlayacağı düşünülmüştür.

5.5. Çalışmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları

Ergenlerde olumsuz yaşam olayları, duygu düzenleme, bilinçli farkındalık ve duyusal işleme hassasiyetinin depresyon ile ilişkisini inceleyen çalışmaların büyük çoğunluğu toplum örnekleminde yapılmıştır. Çalışmanın klinik örnekleme yapılması bu faktörlerin hem depresif belirtilerin şiddeti üzerinde hem de majör depresif bozukluk gelişimi üzerindeki etkilerinin incelenmesini sağlamıştır. Alan yazınında şimdiye kadar yapılan çalışmalarda olumsuz yaşam olayları ile depresyon ilişkisinde duygu düzenleme stratejileri ve bilinçli farkındalığın aracı rolü ağırlıklı olarak erişkinlerde incelenmiştir. Ergenlerin gelişimsel farklılıkları ve olayların üzerinde geçen süre göz önünde bulundurulduğunda benzer mekanizmaların farklı bir yaş grubunda incelenmiş ve gösterilmiş olması önemlidir. İntihar davranışı ile bu faktörlerin ilişkisini inceleyen çalışmalarda ise genellikle intihar girişimi varlığının

öz bildirimine dayandığı ve yaşam boyu veya son 1 yıl içinde intihar girişimi varlığının ölçüt olarak kabul edildiği görülmektedir. Bizim çalışmamızda ise acil servise başvuracak derecede ve son 1 ay içinde intihar girişiminde bulunan ergenler araştırmaya dahil edilmiştir.

Çalışmamızda farklı olumsuz yaşam olaylarının ergenlerde MDB gelişimi ve intihar girişimi riski üzerine etkileri incelenmiştir. Örneklem büyüklüğü nedeniyle bazı yaşam olayları için her grupta yeterli sayıda olgu bulunmaması bu olumsuz yaşam olayları açısından bulguların güvenilirliğini düşürmektedir. Çalışmada ergenlerin bildirdikleri yaşam olaylarının ne kadar süre önce gerçekleştiği sorgulanmamıştır. Bu da olayların depresyon ve özellikle intihar davranışı ile zamansal ilişkisinin belirlenememesine sebep olmuştur. Çalışmamızın bir diğer kısıtlılığı ise duyuşsal işleme hassasiyetini ölçmek için ebeveyn bildirimine dayanan bir ölçek kullanılmış olmasıdır. Ergenlik dönemindeki gençlerin öz bildirimine dayalı bir ölçeğin bulunmaması bu açıdan verilerin güvenilirliğini azaltmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada elde edilen veriler özet olarak şu sonuçları göstermiştir:

- MDB hastalarında olumsuz yaşam olayları sayısı sağlıklı ergenlerden fazladır. MDB ile en çok ilişkili olan olumsuz yaşam olayları ebeveynler arası tartışma / fiziksel şiddet ve ebeveynlerin ayrılması / boşanmasıdır. Tüm örnekleme ergenlerde olumsuz yaşam olaylarının sayısı arttıkça depresif belirtilerin şiddeti artmaktadır. MDB tanılı ergenler arasında olumsuz yaşam olaylarının sayısının artması depresyon şiddeti ile ilişkili değildir.
- İntihar girişimi olan ergenlerde olumsuz yaşam olayları sayısı sağlıklı ergenlerden fazladır. İntihar girişimi ile en çok ilişkili olan olumsuz yaşam olayları cinsel istismar mağduru olma, kız / erkek arkadaştan ayrılma, yakın bir arkadaşlığın bitmesi, ailede alkol / madde sorunu, ailede ruhsal / duygusal sorun, ailede ciddi yaralanma / hastalık, yakın bir arkadaşın ölümü ve akran zorbalığına maruz kalmadır. İntihar girişiminde bulunan ergenlerde olumsuz yaşam olaylarını sayısı ile intihar niyetinin şiddeti ilişkili değildir.
- İntihar girişiminde bulunan ergenlerde intihar niyetinin şiddeti depresif belirtilerin şiddeti ile ilişkilidir.
- MDB hastalarının bilinçli farkındalık düzeyi sağlıklı ergenlere göre daha düşüktür. Tüm örnekleme ve MDB tanılı ergenler arasında depresif belirtiler ile bilinçli farkındalık düzeyi negatif yönde ilişkilidir. Bilinçli farkındalığın alt boyutlarına bakıldığında, tüm örnekleme depresif belirtilerin şiddeti ile kendini kabullenme, dikkat / farkındalık ve tepkisizlik negatif yönde ilişkilirken, MDB tanılı ergenlerde arasında depresyon şiddeti ile bilinçli farkındalığın alt boyutları ilişkili değildir.
- İntihar girişimi olan ergenlerin bilinçli farkındalık ve kendini kabullenme düzeyi sağlıklı ergenlerden daha düşüktür. İntihar niyetinin şiddeti ile bilinçli farkındalık düzeyleri ilişkili değildir.
- MDB hastaları sağlıklı ergenlere göre içsel işlevsel olmayan ve dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerini daha fazla, dışsal işlevsel duygu düzenleme stratejilerini daha az kullanmaktadırlar. Tüm örnekleme depresif belirtilerin şiddeti ile dışsal işlevsel duygu düzenleme stratejileri ters yönde,

içsel işlevsel olmayan ve dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejileri pozitif yönde ilişkidir. MDB tanılı ergenler arasında ise depresyon şiddetindeki artış ise sadece içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerinin kullanımında artışla ilişkilidir.

- İntihar girişiminde bulunan ergenler sağlıklı ergenlere göre içsel işlevsel olmayan ve dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerini daha fazla kullanmaktadırlar. İntihar niyetinin şiddeti ile duygu düzenleme stratejilerinin kullanımı ilişkili değildir.
- Duyusal işleme hassasiyeti açısından, intihar girişimi, MDB ve kontrol grubu arasında fark yoktur. Depresif belirtilerin şiddeti veya intihar girişimi olan ergenlerde intihar niyetinin şiddeti duyusal işleme hassasiyeti ile ilişkili değildir.
- Olumsuz yaşam olayları sayısı ile depresif belirti şiddeti arasındaki ilişkiye içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejileri, dışsal işlevsel duygu düzenleme stratejileri ve dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejileri aracılık etmektedir. Ergenlerin deneyimlediği olumsuz yaşam olaylarının artması dışsal işlevsel duygu düzenleme stratejilerinin kullanımının azalmasına sebep olmakta, dışsal işlevsel duygu düzenleme stratejilerinin kullanımının azalması da depresif belirtileri artırmaktadır. İşlevsel olmayan duygu düzenleme stratejileri açısından bakıldığında ise, olumsuz yaşam olaylarının artması dışsal ve içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerinin kullanımının artmasına sebep olmakta, bu stratejilerinin kullanımının artması da depresif belirtileri artırmaktadır.
- Olumsuz yaşam olayları sayısı ile depresif belirti şiddeti arasındaki ilişkiye bilinçli farkındalık ve kendini kabullenme düzeyleri aracılık etmektedir. Buna göre, olumsuz yaşam olayları arttıkça bilinçli farkındalık becerileri ve kendini kabullenme azalmakta, bilinçli farkındalık ve kendini kabullenmenin azalması da depresif belirtileri artırmaktadır.

Çalışmada olumsuz yaşam olayları ve işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerinin ergenlerde depresyon ve intihar davranışı için bir risk faktörü olduğu, bilinçli farkındalık, kendini kabullenme ve dışsal işlevsel duygu düzenleme

stratejilerinin kullanımının ise koruyucu faktörler olduğu görülmektedir. Çalışmamızın sonuçlarına göre klinisyenlerin MDB tanılı ergenlerin tedavisinde dışsal duygu düzenleme stratejilerinin yanında özellikle içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerinin azaltılması üzerine çalışması, kendini kabullenme ve bilinçli farkındalık becerilerinin artırılmasını hedeflenmesinin önemini göstermektedir. İntihar girişimi olan ergenlerde ise işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerinin azaltılması ve bilinçli farkındalık becerilerinin artırılmasının yanında kendine kabullenme üzerine çalışılması gerektiği görülmektedir. Ayrıca sağlıklı ergenlerde etkili duygu düzenleme stratejileri ve bilinçli farkındalık becerilerinin geliştirilmesinin psikopatolojiler açısından koruyucu olabileceği düşünülmektedir.

Olumsuz yaşam olaylarının depresif belirtiler üzerindeki etkilerini içsel ve dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerini artırıp bilinçli farkındalık becerileri, kendini kabullenme ve dışsal işlevsel duygu düzenleme stratejilerini azaltarak gösterdiği anlaşılmaktadır. Depresyonun intihar için büyük bir risk faktörü olması nedeniyle benzer bir mekanizmanın intihar girişimi riski için de geçerli olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda intihar girişimi grubundaki ergen sayısının az olması nedeniyle bu açıdan değerlendirme yapılamamıştır. Alan yazınında ergenlerde konuyla ilgili çalışmaların kısıtlı olması nedeniyle gelecek çalışmalarda bilinçli farkındalık ve duygu düzenleme stratejilerinin ergenlerde olumsuz yaşam olaylarıyla intihar girişimi ilişkisindeki aracılık rolü araştırılabilir.

KAYNAKLAR

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Arlington, VA, US, American Psychiatric Publishing, Inc.; 1994.
2. Thapar A, Pine DS, Leckman JF, Scott S, Snowling MJ, Taylor EA: Rutter's child and adolescent psychiatry, John Wiley & Sons; 2017.
3. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical psychology review*. 1998;18:765-794.
4. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of general psychiatry*. 2003;60:837-844.
5. Organization WH: World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs sustainable development goals, World Health Organization; 2016.
6. Carballo JJ, Llorente C, Kehrmann L, Flamarique I, Zuddas A, Purper-Ouakil D, Hoekstra PJ, Coghill D, Schulze UME, Dittmann RW, Buitelaar JK, Castro-Fornieles J, Lievesley K, Santosh P, Arango C. Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2019;No Pagination Specified-No Pagination Specified.
7. Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. *The Lancet*. 2012;379:1056-1067.
8. Evans E, Hawton K, Rodham K, Deeks J. The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2005;35:239-250.
9. Nomura Y, Wickramaratne PJ, Warner V, Mufson L, Weissman MM. Family discord, parental depression, and psychopathology in offspring: ten-year follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41:402-409.
10. Grant KE, Compas BE, Thurm AE, McMahon SD, Gipson PY. Stressors and child and adolescent psychopathology: Measurement issues and prospective effects. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2004;33:412-425.

11. Yue L, Dajun Z, Yinghao L, Tianqiang H. Meta-analysis of the relationship between life events and depression in adolescents. *Journal of Pediatric Care*. 2016;2:1-13.
12. Compas BE, Connor-Smith JK, Saltzman H, Thomsen AH, Wadsworth ME. Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological bulletin*. 2001;127:87.
13. Compas BE, Connor-Smith J, Jaser SS. Temperament, stress reactivity, and coping: Implications for depression in childhood and adolescence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2004;33:21-31.
14. Anthony JL, Lonigan CJ, Hooe ES, Phillips BM. An affect-based, hierarchical model of temperament and its relations with internalizing symptomatology. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2002;31:480-490.
15. Phillips BM, Lonigan CJ, Driscoll K, Hooe ES. Positive and negative affectivity in children: A multitrait-multimethod investigation. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2002;31:465-479.
16. Şengül-İnal G, Sümer N. Duyusal işleme hassasiyeti: kuramsal çerçeve ve derleme çalışması. *Türk Psikoloji Yazıları*. 2018;21:38-54.
17. Pluess M. Individual differences in environmental sensitivity. *Child Development Perspectives*. 2015;9:138-143.
18. Liss M, Timmel L, Baxley K, Killingsworth P. Sensory processing sensitivity and its relation to parental bonding, anxiety, and depression. *Personality and individual differences*. 2005;39:1429-1439.
19. Wu X, Zhang R, Li X, Feng T, Yan N. The moderating role of sensory processing sensitivity in the link between stress and depression: A VBM study. *Neuropsychologia*. 2021;150:107704.
20. Neal JA, Edelmann RJ, Glachan M. Behavioural inhibition and symptoms of anxiety and depression: Is there a specific relationship with social phobia? *British Journal of Clinical Psychology*. 2002;41:361-374.
21. Onursal Özer B: The relationship between perceived parental rejection and internalizing behaviors: moderating role of sensory processing sensitivity and gender. Middle East Technical University; 2020.

22. Boterberg S, Warreyn P. Making sense of it all: The impact of sensory processing sensitivity on daily functioning of children. *Personality and Individual Differences*. 2016;92:80-86.
23. Kibe C, Suzuki M, Hirano M, Boniwell I. Sensory processing sensitivity and culturally modified resilience education: Differential susceptibility in Japanese adolescents. *PloS one*. 2020;15:e0239002.
24. Thompson RA. Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the society for research in child development*. 1994;59:25-52.
25. Gonçalves SF, Chaplin TM, Turpyn CC, Niehaus CE, Curby TW, Sinha R, Ansell EB. Difficulties in emotion regulation predict depressive symptom trajectory from early to middle adolescence. *Child Psychiatry & Human Development*. 2019;50:618-630.
26. Pisani AR, Wyman PA, Petrova M, Schmeelk-Cone K, Goldston DB, Xia Y, Gould MS. Emotion regulation difficulties, youth-adult relationships, and suicide attempts among high school students in underserved communities. *J Youth Adolesc*. 2013;42:807-820.
27. Chi X, Bo A, Liu T, Zhang P, Chi I. Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on Depression in Adolescents and Young Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychol*. 2018;9:1034.
28. Yang X, Zhou Z, Liu Q, Fan C. Mobile phone addiction and adolescents' anxiety and depression: the moderating role of mindfulness. *Journal of child and family studies*. 2019;28:822-830.
29. Royuela-Colomer E, Calvete E: Mindfulness facets and depression in adolescents: Rumination as a mediator. Germany, Springer; 2016. pp. 1092-1102.
30. Ma Y, Fang S. Adolescents' mindfulness and psychological distress: The mediating role of emotion regulation. *Frontiers in psychology*. 2019;10:1358.
31. Foster B, Lomas J, Downey L, Stough C. Does Emotional Intelligence Mediate the Relation Between Mindfulness and Anxiety and Depression in Adolescents? *Frontiers in Psychology*. 2018;9.
32. Schneider BH, Martinez YS, Koller SH. Rumination, thought suppression and mindfulness among adolescent suicide attempters in Cuba. *Psychiatry Res*. 2020;285:112724.

33. Fang Y, Zeng B, Chen P, Mai Y, Teng S, Zhang M, Zhao J, Yang X, Zhao J. Mindfulness and suicide risk in undergraduates: exploring the mediating effect of alexithymia. *Frontiers in psychology*. 2019;10:2106.
34. Avenevoli S, Knight E, Kessler RC, Merikangas KR. Epidemiology of depression in children and adolescents. 2008.
35. Dekker MC, Ferdinand RF, Van Lang ND, Bongers IL, Van Der Ende J, Verhulst FC. Developmental trajectories of depressive symptoms from early childhood to late adolescence: gender differences and adult outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2007;48:657-666.
36. Rutter M, Kim-Cohen J, Maughan B. Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *Journal of child psychology and psychiatry*. 2006;47:276-295.
37. Soylu N, TANELİ Y, Taneli S. Depresyonu Olan Ergenlerde İntihar Davranışını Etkileyen Sosyal, Emosyonel ve Kognitif Faktörlerin Araştırılması. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*. 2013;50.
38. Van Gastel A, Schotte C, Maes M. The prediction of suicidal intent in depressed patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1997;96:254-259.
39. Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry (Eleventh edition.)*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
40. Taşgın E, Çetin ÇF. Ergenlerde major depresyon: Risk etkenleri, koruyucu etkenler ve dayanıklılık. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2006;13:87-93.
41. Leaf PJ, Alegria M, Cohen P, Goodman SH, Horwitz SM, Hoven CW, Narrow WE, Vaden-Kiernan M, Regier DA. Mental health service use in the community and schools: Results from the four-community MECA study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1996;35:889-897.
42. First MB: *DSM-5 handbook of differential diagnosis*, American Psychiatric Pub; 2013.
43. Zonca V. Preventive strategies for adolescent depression: What are we missing? A focus on biomarkers. *Brain, Behavior, & Immunity - Health*. 2021;18:100385.
44. Ruchkin V, Sukhodolsky DG, Vermeiren R, Kuposov RA, Schwab-Stone M. Depressive symptoms and associated psychopathology in urban adolescents: a cross-

cultural study of three countries. *The Journal of nervous and mental disease*. 2006;194:106-113.

45. Alyahri A, Goodman R. The prevalence of DSM-IV psychiatric disorders among 7–10 year old Yemeni schoolchildren. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2008;43:224-230.

46. Eskin M, Ertekin K, Harlak H, Dereboy Ç. Lise Öğrencisi Ergenlerde Depresyonun Yaygınlığı ve İlişkili Olduğu Etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2008;19.

47. Toros F, Bilgin NG, Bugdayci R, Sasmaz T, Kurt O, Camdeviren H. Prevalence of depression as measured by the CBDI in a predominantly adolescent school population in Turkey. *European Psychiatry*. 2004;19:264-271.

48. Hyde JS, Mezulis AH, Abramson LY. The ABCs of depression: integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychol Rev*. 2008;115:291-313.

49. Shansky RM, Glavis-Bloom C, Lerman D, McRae P, Benson C, Miller K, Cosand L, Horvath TL, Arnsten AF. Estrogen mediates sex differences in stress-induced prefrontal cortex dysfunction. *Mol Psychiatry*. 2004;9:531-538.

50. Garber J. Depression in children and adolescents: linking risk research and prevention. *American journal of preventive medicine*. 2006;31:104-125.

51. Thapar A, Rice F. Twin studies in pediatric depression. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. 2006;15:869-881.

52. Rice F, Harold G, Thapar A. The genetic aetiology of childhood depression: a review. *Journal of child Psychology and Psychiatry*. 2002;43:65-79.

53. Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Pilowsky D, Verdelli H. Offspring of depressed parents: 20 years later. *American journal of Psychiatry*. 2006;163:1001-1008.

54. Tully EC, Iacono WG, McGue M. An adoption study of parental depression as an environmental liability for adolescent depression and childhood disruptive disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2008;165:1148-1154.

55. Foster CE, Webster MC, Weissman MM, Pilowsky DJ, Wickramaratne PJ, Talati A, John Rush A, Hughes CW, Garber J, Malloy E. Remission of maternal

depression: relations to family functioning and youth internalizing and externalizing symptoms. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2008;37:714-724.

56. Ripke S, Wray NR, Lewis CM, Hamilton SP, Weissman MM, Breen G, Byrne EM, Blackwood DH, Boomsma DI, Cichon S, Heath AC, Holsboer F, Lucae S, Madden PA, Martin NG, McGuffin P, Muglia P, Noethen MM, Penninx BP, Pergadia ML, Potash JB, Rietschel M, Lin D, Müller-Myhsok B, Shi J, Steinberg S, Grabe HJ, Lichtenstein P, Magnusson P, Perlis RH, Preisig M, Smoller JW, Stefansson K, Uher R, Ktalik Z, Tansey KE, Teumer A, Viktorin A, Barnes MR, Bettecken T, Binder EB, Breuer R, Castro VM, Churchill SE, Coryell WH, Craddock N, Craig IW, Czamara D, De Geus EJ, Degenhardt F, Farmer AE, Fava M, Frank J, Gainer VS, Gallagher PJ, Gordon SD, Goryachev S, Gross M, Guipponi M, Henders AK, Herms S, Hickie IB, Hoefels S, Hoogendijk W, Hottenga JJ, Iosifescu DV, Ising M, Jones I, Jones L, Jung-Ying T, Knowles JA, Kohane IS, Kohli MA, Korszun A, Landen M, Lawson WB, Lewis G, Macintyre D, Maier W, Mattheisen M, McGrath PJ, McIntosh A, McLean A, Middeldorp CM, Middleton L, Montgomery GM, Murphy SN, Nauck M, Nolen WA, Nyholt DR, O'Donovan M, Oskarsson H, Pedersen N, Scheftner WA, Schulz A, Schulze TG, Shyn SI, Sigurdsson E, Slager SL, Smit JH, Stefansson H, Steffens M, Thorgeirsson T, Tozzi F, Treutlein J, Uhr M, van den Oord EJ, Van Grootheest G, Völzke H, Weilburg JB, Willemsen G, Zitman FG, Neale B, Daly M, Levinson DF, Sullivan PF. A mega-analysis of genome-wide association studies for major depressive disorder. *Mol Psychiatry*. 2013;18:497-511.
57. Caspi A, Hariri AR, Holmes A, Uher R, Moffitt TE. Genetic sensitivity to the environment: the case of the serotonin transporter gene and its implications for studying complex diseases and traits. *American journal of Psychiatry*. 2010;167:509-527.
58. Lau JY, Eley TC. Disentangling gene-environment correlations and interactions on adolescent depressive symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008;49:142-150.
59. Eaves L, Silberg J, Erkanli A. Resolving multiple epigenetic pathways to adolescent depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2003;44:1006-1014.

60. Silberg J, Rutter M, Neale M, Eaves L. Genetic moderation of environmental risk for depression and anxiety in adolescent girls. *The British Journal of Psychiatry*. 2001;179:116-121.
61. Casey B, Jones RM, Levita L, Libby V, Pattwell SS, Ruberry EJ, Soliman F, Somerville LH. The storm and stress of adolescence: insights from human imaging and mouse genetics. *Developmental Psychobiology: The Journal of the International Society for Developmental Psychobiology*. 2010;52:225-235.
62. Steinberg L, Dahl R, Keating D, Kupfer DJ, Masten AS, Pine DS. The study of developmental psychopathology in adolescence: Integrating affective neuroscience with the study of context. 2006.
63. Brody AL, Saxena S, Silverman DH, Fairbanks LA, Phelps ME, Huang S-C, Wu H-M, Maidment K, Baxter Jr LR, Alborzian S. Brain metabolic changes in major depressive disorder from pre-to post-treatment with paroxetine. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 1999;91:127-139.
64. Pine DS. Developmental psychobiology and response to threats: relevance to trauma in children and adolescents. *Biological Psychiatry*. 2003;53:796-808.
65. Clauss JA, Cowan RL, Blackford JU. Expectation and temperament moderate amygdala and dorsal anterior cingulate cortex responses to fear faces. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*. 2011;11:13-21.
66. Forbes EE, Hariri AR, Martin SL, Silk JS, Moyles DL, Fisher PM, Brown SM, Ryan ND, Birmaher B, Axelson DA. Altered striatal activation predicting real-world positive affect in adolescent major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2009;166:64-73.
67. Reid SA, Duke LM, Allen JJ. Resting frontal electroencephalographic asymmetry in depression: Inconsistencies suggest the need to identify mediating factors. *Psychophysiology*. 1998;35:389-404.
68. Watson D, Pennebaker JW. Health complaints, stress, and distress: exploring the central role of negative affectivity. *Psychological review*. 1989;96:234.
69. Watson D, Clark LA, Carey G. Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of abnormal psychology*. 1988;97:346.

70. Diamond LM, Aspinwall LG. Emotion regulation across the life span: An integrative perspective emphasizing self-regulation, positive affect, and dyadic processes. *Motivation and Emotion*. 2003;27:125-156.
71. Curun F, Tangör BB, Kaya EÇ. Olumlu/Olumsuz Duygulanım ve Özgün Kişilik: Duygu Düzenleme Güçlüklerinin Aracı Rolü. *Psikoloji Çalışmaları*. 2020;40:599-623.
72. Enns MW, Cox BJ. Personality dimensions and depression: review and commentary. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 1997;42:274-284.
73. Klein DN, Durbin CE, Shankman SA, Santiago NJ. Depression and personality. 2002.
74. Lengua LJ, Wolchik SA, Sandler IN, West SG. The additive and interactive effects of parenting and temperament in predicting adjustment problems of children of divorce. *Journal of Clinical Child Psychology*. 2000;29:232-244.
75. Thomsen A, Compas B, Colletti R, Stanger C, Boyer M. Individual differences in coping and temperament in children with recurrent abdominal pain. Manuscript submitted for publication. 2003.
76. Tamar M, Özbaran B. Çocuk ve ergenlerde depresyon. *Klinik Psikiyatri*. 2004;2:84-92.
77. Birmaher B, Brent D, Issues AWGoQ. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2007;46:1503-1526.
78. National Institute for Health and Clinical Excellence (2005). Depression in children and young people: identification and management in primary, community and secondary care. NICE guideline (CG28). Retrieved from <http://www.nice.org.uk/guidance/cg28/chapter/1-guidance>.
79. LeMoult J, Humphreys KL, Tracy A, Hoffmeister J-A, Ip E, Gotlib IH. Meta-analysis: exposure to early life stress and risk for depression in childhood and adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2019.
80. Metin GT, Harma M, Gökçay G, Bahçivan-Saydam R. Düşük sosyo-ekonomik düzeydeki ergenlerde olumsuz yaşam olayları, özdenetim becerisi ve problem davranışlar. *Türk Psikoloji Dergisi*. 2017;32:1.

81. Monroe SM, Rohde P, Seeley JR, Lewinsohn PM. Life events and depression in adolescence: relationship loss as a prospective risk factor for first onset of major depressive disorder. *Journal of abnormal psychology*. 1999;108:606.
82. Restifo K, Bögels S. Family processes in the development of youth depression: Translating the evidence to treatment. *Clinical psychology review*. 2009;29:294-316.
83. Rueter MA, Scaramella L, Wallace LE, Conger RD. First onset of depressive or anxiety disorders predicted by the longitudinal course of internalizing symptoms and parent-adolescent disagreements. *Archives of General Psychiatry*. 1999;56:726-732.
84. Hawker DS, Boulton MJ. Twenty years' research on peer victimization and psychosocial maladjustment: A meta-analytic review of cross-sectional studies. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 2000;41:441-455.
85. Seeley JR, Stice E, Rohde P. Screening for depression prevention: identifying adolescent girls at high risk for future depression. *Journal of abnormal psychology*. 2009;118:161.
86. Tüzün Z, Çuhadaroğlu-Çetin F: Long and Short Term Life Events and Depression Among Turkish Adolescents. in *The 12th European Congress of Psychology*. Istanbul2011.
87. Bridge JA, Day NL, RICHARDSON GA, Birmaher B, BRENT DA. Major depressive disorder in adolescents exposed to a friend's suicide. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2003;42:1294-1300.
88. Hamdan S, Melhem NM, Porta G, Payne MW, Brent DA. The phenomenology and course of depression in parentally bereaved and non-bereaved youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2012;51:528-536.
89. Brent D, Melhem N, Donohoe MB, Walker M. The incidence and course of depression in bereaved youth 21 months after the loss of a parent to suicide, accident, or sudden natural death. *American Journal of Psychiatry*. 2009;166:786-794.
90. Kaufman J, Yang B-Z, Douglas-Palumberi H, Grasso D, Lipschitz D, Houshyar S, Krystal JH, Gelernter J. Brain-derived neurotrophic factor–5-HTTLPR gene interactions and environmental modifiers of depression in children. *Biological psychiatry*. 2006;59:673-680.

91. Zwierzyńska K, Wolke D, Lereya TS. Peer victimization in childhood and internalizing problems in adolescence: a prospective longitudinal study. *Journal of abnormal child psychology*. 2013;41:309-323.
92. Burton CM, Marshal MP, Chisolm DJ, Sucato GS, Friedman MS. Sexual minority-related victimization as a mediator of mental health disparities in sexual minority youth: A longitudinal analysis. *Journal of youth and adolescence*. 2013;42:394-402.
93. Marshal MP, Dietz LJ, Friedman MS, Stall R, Smith HA, McGinley J, Thoma BC, Murray PJ, D'Augelli AR, Brent DA. Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: A meta-analytic review. *Journal of adolescent health*. 2011;49:115-123.
94. Ford T, Goodman R, Meltzer H. The British child and adolescent mental health survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry*. 2003;42:1203-1211.
95. Bayramkaya E, Toros F, Özge C. Ergenlerde Sosyal Fobi ile Depresyon, Öz kavram, Sigara Alışkanlığı ve Arasındaki İlişki. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 2005;15:165-173.
96. Costello EJ, Egger H, Angold A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2005;44:972-986.
97. KILIÇOĞLU AG. Duygudurum Bozukluklarında Birliktelik Durumları. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics*. 2016;2:91-95.
98. Cook MN, Peterson J, Sheldon C. Adolescent depression: an update and guide to clinical decision making. *Psychiatry (Edgmont)*. 2009;6:17-31.
99. Hetrick S, Merry S, McKenzie J, Sindahl P, Proctor M. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for depressive disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007:Cd004851.
100. Domino ME, Foster EM, Vitiello B, Kratochvil CJ, Burns BJ, Silva SG, Reinecke MA, March JS. Relative cost-effectiveness of treatments for adolescent depression: 36-week results from the TADS randomized trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009;48:711-720.

101. Emslie GJ, Ventura D, Korotzer A, Tourkodimitris S. Escitalopram in the treatment of adolescent depression: a randomized placebo-controlled multisite trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2009;48:721-729.
102. Emslie GJ, Rush AJ, Weinberg WA, Kowatch RA, Carmody T, Mayes TL. Fluoxetine in child and adolescent depression: acute and maintenance treatment. *Depression and anxiety*. 1998;7:32-39.
103. Curry J, Rohde P, Simons A, Silva S, Vitiello B, Kratochvil C, Reinecke M, Feeny N, Wells K, Pathak S. Predictors and moderators of acute outcome in the Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2006;45:1427-1439.
104. Asarnow JR, Emslie G, Clarke G, Wagner KD, Spirito A, Vitiello B, Iyengar S, Shamseddeen W, Ritz L, Birmaher B. Treatment of selective serotonin reuptake inhibitor—Resistant depression in adolescents: Predictors and moderators of treatment response. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2009;48:330-339.
105. Sakolsky DJ, Perel JM, Emslie GJ, Clarke GN, Wagner KD, Vitiello B, Keller MB, Birmaher B, Asarnow JR, Ryan ND. Antidepressant exposure as a predictor of clinical outcomes in the Treatment of Resistant Depression in Adolescents (TORDIA) study. *Journal of clinical psychopharmacology*. 2011;31:92.
106. Woldu H, Porta G, Goldstein T, Sakolsky D, Perel J, Emslie G, Mayes T, Clarke G, Ryan ND, Birmaher B. Pharmacokinetically and clinician-determined adherence to an antidepressant regimen and clinical outcome in the TORDIA trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2011;50:490-498.
107. Weisz JR, McCarty CA, Valeri SM. Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: a meta-analysis. *Psychol Bull*. 2006;132:132-149.
108. Brown GK, Ten Have T, Henriques GR, Xie SX, Hollander JE, Beck AT. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *Jama*. 2005;294:563-570.
109. Goodyer I, Dubicka B, Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C, Byford S, Breen S, Ford C, Barrett B, Leech A. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and

routine specialist care with and without cognitive behaviour therapy in adolescents with major depression: randomised controlled trial. *Bmj*. 2007;335:142.

110. Alpaslan AH, Erol Y. Çocuk ve ergenlerde depresif bozukluk non-farmakolojik tedavisi. *Türkiye Klinikleri*. 2016;2:62-67.

111. Trowell J, Joffe I, Campbell J, Clemente C, Almqvist F, Soininen M, Koskenranta-Aalto U, Weintraub S, Kolaitis G, Tomaras V. Childhood depression: a place for psychotherapy. *European child & adolescent psychiatry*. 2007;16:157-167.

112. Mufson L, Weissman MM, Moreau D, Garfinkel R. Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of general psychiatry*. 1999;56:573-579.

113. Klomek AB, Mufson L. Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2006;15:959-975, ix.

114. Mufson L, Fairbanks J. Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents: a one-year naturalistic follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1996;35:1145-1155.

115. Diamond GS, Reis BF, Diamond GM, Siqueland L, Isaacs L. Attachment-based family therapy for depressed adolescents: A treatment development study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2002;41:1190-1196.

116. Rossouw TI, Fonagy P. Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of child & adolescent psychiatry*. 2012;51:1304-1313. e1303.

117. Lewinsohn PM, Clarke GN, Seeley JR, Rohde P. Major depression in community adolescents: age at onset, episode duration, and time to recurrence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1994;33:809-818.

118. Fombonne E, Wostear G, Cooper V, Harrington R, Rutter M. The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression. 1. Psychiatric outcomes in adulthood. *Br J Psychiatry*. 2001;179:210-217.

119. Fergusson DM, Woodward LJ. Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59:225-231.

120. Hekimoğlu EC, Cantekin D. Eyleme Dökme: İntihar Girişiminde Bulunan Bireylerin Deneyimlerinin İncelenmesi Üzerine Nitel Bir Araştırma. *Ayna Klinik Psikoloji Dergisi*. 2020.
121. HARMANCI P. Dünya'daki ve Türkiye'deki İntihar Vakalarının Sosyodemografik Özellikler Açısından İncelenmesi. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal*. 2015.
122. World Health Organization. *Figures and facts about suicide*. Geneva, 1999.
123. Eskin M. Gençler Arasında İntihar Düşüncesi, Girişimi ve Tutumları. *Türk Psikoloji Dergisi*. 2017;32:93-115.
124. Hepp U, Stulz N, Unger-Köppel J, Ajdacic-Gross V. Methods of suicide used by children and adolescents. *European child & adolescent psychiatry*. 2012;21:67-73.
125. Parellada M, Saiz P, Moreno D, Vidal J, Llorente C, Alvarez M, García-Portilla P, Ruiz-Sancho A, Arango C, Bobes J. Is attempted suicide different in adolescent and adults? *Psychiatry Res*. 2008;157:131-137.
126. Michel K, Ballinari P, Bille-Brahe U, Bjerke T, Crepet P, De Leo D, Haring C, Hawton K, Kerkhof A, Lönnqvist J, Querejeta I, Salander-Renberg E, Schmidtke A, Temesvary B, Wasserman D. Methods used for parasuicide: results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2000;35:156-163.
127. Türkiye İstatistik Kurumu (2011) İntihar İstatistikleri. Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara.
128. Wasserman D, Cheng Q, Jiang G-X. Global suicide rates among young people aged 15-19. *World psychiatry*. 2005;4:114.
129. Eskin M. Gençler Arasında İntihar Davranışları. Bildik T, editör. *Ergenlik Dönemi ve Ruhsal Bozukluklar*. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2018. p.271-6.
130. Picazo-Zappino J. Suicide among children and adolescents: a review. *Actas espanolas de psiquiatria*. 2014;42:125-132.
131. Breslin K, Balaban J, Shubkin CD. Adolescent suicide: what can pediatricians do? *Current opinion in pediatrics*. 2020;32:595-600.
132. Tidemalm D, Runeson B, Waern M, Frisell T, Carlström E, Lichtenstein P, Långström N. Familial clustering of suicide risk: a total population study of 11.4 million individuals. *Psychological medicine*. 2011;41:2527-2534.

133. Petersen L, Sørensen TI, Andersen PK, Mortensen PB, Hawton K. Genetic and familial environmental effects on suicide—an adoption study of siblings. *PLoS One*. 2013;8:e77973.
134. Roy A, Segal NL. Suicidal behavior in twins: a replication. *Journal of affective disorders*. 2001;66:71-74.
135. Miranda-Mendizabal A, Castellví P, Parés-Badell O, Alayo I, Almenara J, Alonso I, Blasco MJ, Cebria A, Gabilondo A, Gili M. Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *International journal of public health*. 2019;64:265-283.
136. Garas P, Balazs J. Long-Term Suicide Risk of Children and Adolescents With Attention Deficit and Hyperactivity Disorder—A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*. 2020;11.
137. Foto-Ozdemir D, Akdemir D, Cuhadaroglu-Cetin F. Gender differences in defense mechanisms, ways of coping with stress and sense of identity in adolescent suicide attempts. 2016.
138. Cash SJ, Bridge JA. Epidemiology of youth suicide and suicidal behavior. *Curr Opin Pediatr*. 2009;21:613-619.
139. Çetin FÇ. Suicide attempts and self-image among Turkish adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*. 2001;30:641-651.
140. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of child psychology and psychiatry*. 2006;47:372-394.
141. 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;33:389-399.
142. Groholt B, Ekeberg Ø, Haldorsen T. Adolescent suicide attempters: what predicts future suicidal acts? *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2006;36:638-650.
143. Kara MZ. İntihar Girişimi Olan ve Olmayan Kendine Zarar Verme Davranışı Gösteren Ergenlerde Gelişimsel ve Psikiyatrik Özellikler. 2014.
144. Marks AD, Sobanski DJ, Hine DW. Do dispositional rumination and/or mindfulness moderate the relationship between life hassles and psychological

dysfunction in adolescents? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2010;44:831-838.

145. Rew L, Young C, Brown A, Rancour S. Suicide ideation and life events in a sample of rural adolescents. *Archives of psychiatric nursing*. 2016;30:198-203.

146. Bagge CL, Glenn CR, Lee H-J. Quantifying the impact of recent negative life events on suicide attempts. *Journal of abnormal psychology*. 2013;122:359.

147. Ünlü G, Aksoy Z, Ersan EE. İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerin değerlendirilmesi. *Pamukkale Tıp Dergisi*. 2014:176-183.

148. Elif A, Berkem M. İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerde Olumsuz Yaşam Olayları: Vaka Kontrol Çalışması. *Fırat Tıp Dergisi*. 2013;18:26-29.

149. Grover KE, Green KL, Pettit JW, Monteith LL, Garza MJ, Venta A. Problem solving moderates the effects of life event stress and chronic stress on suicidal behaviors in adolescence. *Journal of Clinical Psychology*. 2009;65:1281-1290.

150. Sayar MK, Öztürk M, Acar B. Aşırı dozda ilaç alımıyla intihar girişiminde bulunan ergenlerde psikolojik etkenler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 2000;10:133-138.

151. Zygo M, Pawlowska B, Potembska E, Dreher P, Kapka-Skrzypczak L. Prevalence and selected risk factors of suicidal ideation, suicidal tendencies and suicide attempts in young people aged 13–19 years. *Annals of agricultural and environmental medicine*. 2019;26.

152. Surís J-C, Parera N, Puig C. Chronic illness and emotional distress in adolescence. *Journal of adolescent health*. 1996;19:153-156.

153. Evans E, Hawton K, Rodham K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Clinical psychology review*. 2004;24:957-979.

154. Gould MS, Fisher P, Parides M, Flory M, Shaffer D. Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Archives of general psychiatry*. 1996;53:1155-1162.

155. Koyanagi A, Oh H, Carvalho AF, Smith L, Haro JM, Vancampfort D, Stubbs B, DeVylder JE. Bullying victimization and suicide attempt among adolescents aged 12–15 years from 48 countries. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2019;58:907-918. e904.

156. Becker M, Correll CU. Suicidality in childhood and adolescence. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2020;117:261.
157. Kapusta ND, Fegert JM, Haring C, Plener PL. Psychotherapeutische Interventionen bei suizidalen Jugendlichen. *Psychotherapeut*. 2014;59:16-23.
158. Wharff EA, Ginnis KM, Ross AM. Family-based crisis intervention with suicidal adolescents in the emergency room: a pilot study. *Social work*. 2012;57:133-143.
159. Diamond GS, Wintersteen MB, Brown GK, Diamond GM, Gallop R, Shelef K, Levy S. Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal ideation: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2010;49:122-131.
160. Fleischhaker C, Böhme R, Sixt B, Brück C, Schneider C, Schulz E. Dialectical behavioral therapy for adolescents (DBT-A): a clinical trial for patients with suicidal and self-injurious behavior and borderline symptoms with a one-year follow-up. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2011;5:1-10.
161. Mehlum L, Tørmoen AJ, Ramberg M, Haga E, Diep LM, Laberg S, Larsson BS, Stanley BH, Miller AL, Sund AM. Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. *Journal of the American Academy of child & adolescent psychiatry*. 2014;53:1082-1091.
162. Cipriani A, Zhou X, Del Giovane C, Hetrick SE, Qin B, Whittington C, Coghill D, Zhang Y, Hazell P, Leucht S. Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis. *The Lancet*. 2016;388:881-890.
163. Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*. 2012;379:2373-2382.
164. Gould MS, Marrocco FA, Kleinman M, Thomas JG, Mostkoff K, Cote J, Davies M. Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. *Jama*. 2005;293:1635-1643.
165. Essau CA, LeBlanc SS, Ollendick TH: *Emotion regulation and psychopathology in children and adolescents*, Oxford University Press; 2017.
166. Akbulut CA. Depresyonun duygu düzenleme süreçlerinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2018;21:184-192.

167. Eisenberg N, Spinrad TL. Emotion-related regulation: sharpening the definition. *Child Dev.* 2004;75:334-339.
168. Power M, Dalgleish T: *Cognition and emotion: From order to disorder*, Psychology press; 2015.
169. Chapman AL, Specht MW, Cellucci T. Borderline personality disorder and deliberate self-harm: does experiential avoidance play a role? *Suicide and Life-Threatening Behavior.* 2005;35:388-399.
170. Phillips K, Power M. A new self-report measure of emotion regulation in adolescents: The Regulation of Emotions Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice.* 2007;14:145-156.
171. Gross JJ. Antecedent-and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of personality and social psychology.* 1998;74:224.
172. Young KS, Sandman CF, Craske MG. Positive and negative emotion regulation in adolescence: links to anxiety and depression. *Brain sciences.* 2019;9:76.
173. Garnefski N, Kraaij V. The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire - Psychometric features and prospective relationships with depression and anxiety in adults. *European Journal of Psychological Assessment*, 23, 141 - 149 (2007). 2007;23.
174. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences.* 2001;30:1311-1327.
175. Ataman Temizel E, Dağ İ. Stres Veren Yaşam Olayları, Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri, Depresif Belirtiler ve Kaygı Düzeyi Arasındaki İlişkiler. *Klinik Psikiyatri Dergisi.* 2014;17.
176. Schäfer JÖ, Naumann E, Holmes EA, Tuschen-Caffier B, Samson AC. Emotion regulation strategies in depressive and anxiety symptoms in youth: A meta-analytic review. *Journal of youth and adolescence.* 2017;46:261-276.
177. Lennarz HK, Hollenstein T, Lichtwarck-Aschoff A, Kuntsche E, Granic I. Emotion regulation in action: Use, selection, and success of emotion regulation in adolescents' daily lives. *International Journal of Behavioral Development.* 2019;43:1-11.

178. LeWinn KZ, Strigo IA, Connolly CG, Ho TC, Tymofiyeva O, Sacchet MD, Weng HY, Blom EH, Simmons AN, Yang TT. An exploratory examination of reappraisal success in depressed adolescents: Preliminary evidence of functional differences in cognitive control brain regions. *Journal of Affective Disorders*. 2018;240:155-164.
179. Platt B, Campbell CA, James AC, Murphy SE, Cooper MJ, Lau JYF. Cognitive reappraisal of peer rejection in depressed versus non-depressed adolescents: Functional connectivity differences. *Journal of Psychiatric Research*. 2015;61:73-80.
180. Stephanou K, Davey CG, Kerestes R, Whittle S, Harrison BJ. Hard to look on the bright side: neural correlates of impaired emotion regulation in depressed youth. *Soc Cogn Affect Neurosci*. 2017;12:1138-1148.
181. Stikkelbroek Y, Bodden DH, Kleinjan M, Reijnders M, van Baar AL. Adolescent Depression and Negative Life Events, the Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation. *PLoS One*. 2016;11:e0161062.
182. Trent ES, Viana AG, Raines EM, Woodward EC, Storch EA, Zvolensky MJ. Parental threats and adolescent depression: the role of emotion dysregulation. *Psychiatry research*. 2019;276:18-24.
183. Demirkapı EŞ: Çocukluk çağı travmalarının duygu düzenleme ve kimlik gelişimine etkisi ve bunların psikopatolojiler ile ilişkisi. Adnan Menderes Üniversitesi; 2014.
184. Alpay EH, Aydın A, Bellur Z. The Mediating Role Of The Emotion Regulation Difficulties On The Relationship Between Childhood Traumas, Post Traumatic Stress Symptoms And Depression. *J Clin Psy*. 2017;20:218-226.
185. Kayar A, KAYAR A. Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Travmasının Depresif Belirtiler ve Kendine Zarar Verme Davranışı ile İlişkisinde Öz Eleştirinin ve Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracı Rolünün İncelenmesi. 2021.
186. Eaddy M, Zullo L, Horton SE, Hughes JL, Kennard B, Diederich A, Emslie GJ, Schuster L, Stewart SM. A Theory-Driven Investigation of the Association Between Emotion Dysregulation and Suicide Risk in a Clinical Adolescent Sample. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2019;49:928-940.

187. O'Neil Rodriguez KA, Kendall PC. Suicidal Ideation in Anxiety-Disordered Youth: Identifying Predictors of Risk. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2014;43:51-62.
188. Colmenero-Navarrete L, García-Sancho E, Salguero JM. Relationship between emotion regulation and suicide ideation and attempt in adults and adolescents: a systematic review. *Archives of suicide research*. 2021:1-34.
189. Hatkevich C, Penner F, Sharp C. Difficulties in emotion regulation and suicide ideation and attempt in adolescent inpatients. *Psychiatry research*. 2019;271:230-238.
190. Uçur Ö: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı alan çocuklarda intihar düşüncesinin duygu düzenleme ve yürütücü işlevlerle ilişkisi. in *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İnönü Üniversitesi*; 2017.
191. Khanipour H, Hakim shoostari M, Bidaki R. Suicide Probability in Adolescents With a History of Childhood Maltreatment: The Role of Non-Suicidal Self-Injury, Emotion Regulation Difficulties, and Forms of Self-Criticism. *Int J High Risk Behav Addict*. 2016;5:e23675.
192. Bedirhanbeyoğlu H: Çocukluk çağı travmaları, bilişsel duygu düzenleme stratejileri ve riskli davranışlar arasındaki ilişkiler. *Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü*; 2018.
193. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*. 2003;84:822.
194. Germer C. What is mindfulness. *Insight Journal*. 2004;22:24-29.
195. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, Segal ZV, Abbey S, Speca M, Velting D. Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice*. 2004;11:230.
196. Wilber K: *Integral psychology: Consciousness, spirit, psychology, therapy*, Shambhala Publications; 2000.
197. Karabacak A, DEMİR M. Özerklik, bağlanma stilleri, bilinçli farkındalık ve duygu düzenleme arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Bayburt Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2017;12:271-291.

198. Turner K. Mindfulness skills training: a pilot study of changes in mindfulness, emotion regulation, and self-perception of aging in older participants. *Activities, Adaptation & Aging*. 2014;38:156-167.
199. Carpenter JK, Conroy K, Gomez AF, Curren LC, Hofmann SG. The relationship between trait mindfulness and affective symptoms: A meta-analysis of the Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *Clinical psychology review*. 2019;74:101785.
200. Heath NL, Carsley D, De Riggi ME, Mills D, Mettler J. The Relationship Between Mindfulness, Depressive Symptoms, and Non-Suicidal Self-Injury Amongst Adolescents. *Arch Suicide Res*. 2016;20:635-649.
201. Kara E: Üniversite öğrencilerinin depresyon düzeylerinin bağlanma stilleri ve bilinçli farkındalık ile ilişkisi: öz kontrolün aracılık rolü. *Anadolu Üniversitesi*; 2016.
202. Yiğit MA: Ruminatif düşünme ve bilinçli farkındalığın depresif duygudurum ile ilişkisi. *Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü*; 2018.
203. Dur S: The role of mindfulness in theory of mind and mild depression *Yeditepe University*; 2019.
204. Arslan I. Bilinçli farkındalık, depresyon düzeyleri ve algılanan stres arasındaki ilişki. *Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi*. 2018;8:73-86.
205. Calvete E, Fernandez-Gonzalez L, Echezarraga A, Orue I. Dispositional mindfulness profiles in adolescents and their associations with psychological functioning and hypothalamic–pituitary–adrenal axis hormones. *Journal of youth and adolescence*. 2019:1-14.
206. Bergomi C, Ströhle G, Michalak J, Funke F, Berking M. Facing the dreaded: Does mindfulness facilitate coping with distressing experiences? A moderator analysis. *Cognitive behaviour therapy*. 2013;42:21-30.
207. Teng S, Zhao J, Zhang X, Zhao J, Yang X, Chen J. Chain mediating effect of mindfulness and sleep quality between negative life events and depression among college students. *Chinese Journal of Behavioral Medicine and Brain Science*. 2017;26:815-819.
208. Chang EC, Yu T, Najarian ASM, Wright KM, Chen W, Chang OD, Du Y, Hirsch JK. Understanding the association between negative life events and suicidal

risk in college students: Examining self-compassion as a potential mediator. *Journal of Clinical Psychology*. 2017;73:745-755.

209. Chesin M, Cascardi M. Cognitive-affective correlates of suicide ideation and attempt: Mindfulness is negatively associated with suicide attempt history but not state suicidality. *Archives of suicide research*. 2018.

210. Chassagne J, Bronchain J, Raynal P, Chabrol H. L'effet modérateur de la pleine conscience dispositionnelle dans la relation entre symptomatologie dépressive, troubles de la personnalité limite et idéations suicidaires chez le jeune adulte. *L'Encéphale*. 2020;46:110-114.

211. Raj S, Sachdeva SA, Jha R, Sharad S, Singh T, Arya YK, Verma SK. Effectiveness of mindfulness based cognitive behavior therapy on life satisfaction, and life orientation of adolescents with depression and suicidal ideation. *Asian J Psychiatr*. 2019;39:58-62.

212. Lu R, Zhou Y, Wu Q, Peng X, Dong J, Zhu Z, Xu W. The effects of mindfulness training on suicide ideation among left-behind children in China: A randomized controlled trial. *Child Care Health Dev*. 2019;45:371-379.

213. Baer R: Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change, New Harbinger Publications; 2010.

214. Coffey KA, Hartman M. Mechanisms of action in the inverse relationship between mindfulness and psychological distress. *Complementary health practice review*. 2008;13:79-91.

215. Teasdale JD, Moore RG, Hayhurst H, Pope M, Williams S, Segal ZV. Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2002;70:275.

216. Grabovac AD, Lau MA, Willett BR. Mechanisms of mindfulness: A Buddhist psychological model. *Mindfulness*. 2011;2:154-166.

217. Shapiro SL, Oman D, Thoresen CE, Plante TG, Flinders T. Cultivating mindfulness: effects on well-being. *Journal of clinical psychology*. 2008;64:840-862.

218. Meiklejohn J, Phillips C, Freedman ML, Griffin ML, Biegel G, Roach A, Frank J, Burke C, Pinger L, Soloway G. Integrating mindfulness training into K-12 education: Fostering the resilience of teachers and students. *Mindfulness*. 2012;3:291-307.

219. Huppert FA, Johnson DM. A controlled trial of mindfulness training in schools: The importance of practice for an impact on well-being. *The Journal of Positive Psychology*. 2010;5:264-274.
220. Nidich S, Mjasiri S, Nidich R, Rainforth M, Grant J, Valosek L, Chang W, Zigler RL. Academic Achievement and Transcendental Meditation: A Study with At-Risk Urban Middle School Students. *Education*. 2011;131.
221. Maynard BR, Solis MR, Miller VL, Brendel KE. Mindfulness-based interventions for improving cognition, academic achievement, behavior, and socioemotional functioning of primary and secondary school students. *Campbell systematic reviews*. 2017;13:1-144.
222. Kabat-Zinn J. *Full catastrophe living: A practical guide to mindfulness, meditation, and healing*. Nova York: Delacorte. 1990.
223. Kallapiran K, Koo S, Kirubakaran R, Hancock K. Effectiveness of mindfulness in improving mental health symptoms of children and adolescents: a meta-analysis. *Child and Adolescent Mental Health*. 2015;20:182-194.
224. Schmelefske E, Per M, Khoury B, Heath N. The effects of mindfulness-based interventions on suicide outcomes: a meta-analysis. *Archives of suicide research*. 2020:1-18.
225. Reangsing C, Punsuwun S, Schneider JK. Effects of mindfulness interventions on depressive symptoms in adolescents: A meta-analysis. *International journal of nursing studies*. 2021;115:103848.
226. Michalak J, Heidenreich T, Meibert P, Schulte D. Mindfulness predicts relapse/recurrence in major depressive disorder after mindfulness-based cognitive therapy. *The Journal of nervous and mental disease*. 2008;196:630-633.
227. Cook NE, Gorraiz M. Dialectical behavior therapy for nonsuicidal self-injury and depression among adolescents: Preliminary meta-analytic evidence. *Child and Adolescent Mental Health*. 2016;21:81-89.
228. Katz LY, Cox BJ, Gunasekara S, Miller AL. Feasibility of Dialectical Behavior Therapy for Suicidal Adolescent Inpatients. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2004;43:276-282.
229. Rathus JH, Miller AL. Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and life-threatening behavior*. 2002;32:146-157.

230. Dunn, W. (1999). *Sensory profile*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
231. Jorquera-Cabrera S, Romero-Ayuso D, Rodriguez-Gil G, Triviño-Juárez J-M. Assessment of sensory processing characteristics in children between 3 and 11 years old: a systematic review. *Frontiers in pediatrics*. 2017;5:57.
232. Rothbart M, Bates J: In W. Damon (Series Ed.) & N. Eisenberg (Vol Ed..) *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development* (pp. 105-176). New York: Wiley; 1998.
233. Shiner RL. How shall we speak of children's personalities in middle childhood? A preliminary taxonomy. *Psychological bulletin*. 1998;124:308.
234. Wilson DS, Clark AB, Coleman K, Dearstyne T. Shyness and boldness in humans and other animals. *Trends in ecology & evolution*. 1994;9:442-446.
235. Dunn W. The sensations of everyday life: Empirical, theoretical, and pragmatic considerations. *American Journal of Occupational Therapy*. 2001;55:608-620.
236. Rothbart MK, Jones LB: *Temperament: developmental perspectives*. in *Developmental perspectives on children with high-incidence disabilities*, Routledge; 1999. pp. 49-70.
237. Roisman GI, Newman DA, Fraley RC, Haltigan JD, Groh AM, Haydon KC. Distinguishing differential susceptibility from diathesis–stress: Recommendations for evaluating interaction effects. *Development and psychopathology*. 2012;24:389-409.
238. Slagt M, Dubas JS, Deković M, van Aken MA. Differences in sensitivity to parenting depending on child temperament: A meta-analysis. *Psychological bulletin*. 2016;142:1068.
239. Asscher JJ, Deković M, Van Den Akker AL, Manders WA, Prins PJ, Van Der Laan PH, Prinzie P. Do personality traits affect responsiveness of juvenile delinquents to treatment? *Journal of Research in Personality*. 2016;63:44-50.
240. Hentges RF, Davies PT, Cicchetti D. Temperament and interparental conflict: The role of negative emotionality in predicting child behavioral problems. *Child Development*. 2015;86:1333-1350.
241. Pluess M, Belsky J, Way BM, Taylor SE. 5-HTTLPR moderates effects of current life events on neuroticism: differential susceptibility to environmental

influences. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2010;34:1070-1074.

242. Pluess M. Vantage sensitivity: Environmental sensitivity to positive experiences as a function of genetic differences. *Journal of personality*. 2017;85:38-50.

243. Homberg JR, Schubert D, Asan E, Aron EN. Sensory processing sensitivity and serotonin gene variance: Insights into mechanisms shaping environmental sensitivity. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2016;71:472-483.

244. Pluess M, Assary E, Lionetti F, Lester KJ, Krapohl E, Aron EN, Aron A. Environmental sensitivity in children: Development of the Highly Sensitive Child Scale and identification of sensitivity groups. *Developmental psychology*. 2018;54:51.

245. Aron EN, Aron A, Jagiellowicz J. Sensory processing sensitivity: A review in the light of the evolution of biological responsivity. *Personality and Social Psychology Review*. 2012;16:262-282.

246. Gray JA: A critique of Eysenck's theory of personality. in *A model for personality*, Springer; 1981. pp. 246-276.

247. Aron EN, Aron A. Sensory-processing sensitivity and its relation to introversion and emotionality. *Journal of personality and social psychology*. 1997;73:345.

248. Lionetti F, Aron A, Aron EN, Burns GL, Jagiellowicz J, Pluess M. Dandelions, tulips and orchids: evidence for the existence of low-sensitive, medium-sensitive and high-sensitive individuals. *Translational psychiatry*. 2018;8:1-11.

249. Imura S. Highly sensitive adolescents: The relationship between weekly life events and weekly socioemotional well-being. *British Journal of Psychology*. 2021.

250. Sobocko K, Zelenski J. Trait sensory-processing sensitivity and subjective well-being: Distinctive associations for different aspects of sensitivity. *Personality and Individual Differences*. 2015;83.

251. Bakker K, Moulding R. Sensory-Processing Sensitivity, dispositional mindfulness and negative psychological symptoms. *Personality and Individual Differences*. 2012;53.

252. Benham G. The Highly Sensitive Person: Stress and physical symptom reports. *Personality and Individual Differences*. 2006;40:1433-1440.
253. Brindle K, Moulding R, Bakker K, Nedeljkovic M. Is the relationship between sensory-processing sensitivity and negative affect mediated by emotional regulation? *Australian Journal of Psychology*. 2015;67.
254. Eşkisü M, Haspolat NK, Ağırkan M: Duyusal-işleme Hassasiyeti ile Depresif Belirtiler Arasındaki İlişki: İşlevsel Olmayan Tutumların ve Duygu Düzenlemenin Aracı Rolü. in 20 Uluslararası Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi2018.
255. Yano K, Kase T, Oishi K. The effects of sensory-processing sensitivity and sense of coherence on depressive symptoms in university students. *Health Psychology Open*. 2019;6:205510291987163.
256. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social science & medicine*. 1993;36:725-733.
257. Hjordt LV, Stenbæk DS. Sensory processing sensitivity and its association with seasonal affective disorder. *Psychiatry research*. 2019;272:359-364.
258. Booth C, Standage H, Fox E. Sensory-processing sensitivity moderates the association between childhood experiences and adult life satisfaction. *Personality and individual differences*. 2015;87:24-29.
259. Iimura S. Sensory-processing sensitivity and COVID-19 stress in a young population: The mediating role of resilience. *Personality and individual differences*. 2022;184:111183.
260. Beck AT, Ward C, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. Beck depression inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:561-571.
261. Hisli N. Beck depresyon envanterinin universite ogrencileri icin gecerliligi, guvenilirliđi.(A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample). *J Psychol*. 1989;7:3-13.
262. Droutman V, Golub I, Oganessian A, Read S. Development and initial validation of the Adolescent and Adult Mindfulness Scale (AAMS). *Personality and Individual Differences*. 2018;123:34-43.
263. Sarıçam HC, İsmail: Ergen Ve Yetişkin Bilinçli Farkındalık Ölçeği (EEBFÖ) Türkçe Formunun Psikometrik Özellikleri. in 8th International Conference on Research in Education2018.

264. Baki D, YILDIZ MA. Ergenler için duygu düzenleme ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2014;5:23-35.
265. Johnson JG, Cohen P, Gould MS, Kasen S, Brown J, Brook JS. Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59:741-749.
266. de Wilde EJ, Kienhorst IC, Diekstra RF, Wolters WH. The relationship between adolescent suicidal behavior and life events in childhood and adolescence. *Am J Psychiatry*. 1992;149:45-51.
267. Aron E: *The highly sensitive child: Helping our children thrive when the world overwhelms them*, Harmony; 2002.
268. Berument SK: *The Effects of Parenting Attitudes and Parent Child Interaction On Child and Adolescent Developmental Outcomes*. in Funded by The Scientific and Technological Research Council of Turkey (TÜBİTAK 1003 Project- Project Code: 113K035) 2019-2022.
269. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, Williamson D, Ryan N. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36:980-988.
270. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B, Kültür EÇ, Akdemir D, Taner Y. OKUL ÇAĞI ÇOCUKLARI İÇİN DUYGULANIM BOZUKLUKLARI VE ŞİZOFRENİ GÖRÜŞME ÇİZELGESİ-ŞİMDİ VE YAŞAM BOYU ŞEKLİ-TÜRKÇE UYARLAMASININ GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ.
271. Unal F, Oktem F, Cetin Cuhadaroclu F, Cengel Kultur SE, Akdemir D, Foto Ozdemir D, Tuna Cak H, Unal D, Tiras K, Aslan C. Reliability and validity of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version, DSM-5 November 2016-Turkish adaptation (K-SADS-PL-DSM-5-T). 2019.
272. Beck AT, Schuyler, D., & Herman, I. : *Development of Suicidal Intent Scales*, Charles Press Publishers; 1974.
273. Dilbaz N BV, Bayam G, Berksun O, Holat H, Tüzer T. İntihar niyeti ölçeği: Geçerlilik ve güvenilirliği. *3P Dergisi*. 1995;3:28-31.

274. Baron RM, Kenny DA. The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology*. 1986;51:1173.
275. Fritz MS, MacKinnon DP. Required sample size to detect the mediated effect. *Psychological science*. 2007;18:233-239.
276. Hayes AF. Partial, conditional, and moderated moderated mediation: Quantification, inference, and interpretation. *Communication monographs*. 2018;85:4-40.
277. Hayes AF, Rockwood NJ. Regression-based statistical mediation and moderation analysis in clinical research: Observations, recommendations, and implementation. *Behaviour research and therapy*. 2017;98:39-57.
278. Preacher KJ, Selig JP. Advantages of Monte Carlo confidence intervals for indirect effects. *Communication Methods and Measures*. 2012;6:77-98.
279. Williams J, MacKinnon DP. Resampling and distribution of the product methods for testing indirect effects in complex models. *Structural equation modeling: a multidisciplinary journal*. 2008;15:23-51.
280. Groeneveld RA, Meeden G. Measuring skewness and kurtosis. *Journal of the Royal Statistical Society: Series D (The Statistician)*. 1984;33:391-399.
281. Moors JJA. The meaning of kurtosis: Darlington reexamined. *The American Statistician*. 1986;40:283-284.
282. Hopkins KD, Weeks DL. Tests for normality and measures of skewness and kurtosis: Their place in research reporting. *Educational and psychological measurement*. 1990;50:717-729.
283. DeCarlo LT. On the meaning and use of kurtosis. *Psychological methods*. 1997;2:292.
284. Özsoylu S, Kondolot M, Akyıldız B, Özmen S, Demirçi E. İntihar Girişimi Nedeniyle Yoğun Bakıma Yatırılan Çocuk ve Ergenlerin Değerlendirilmesi. *Medical Journal of Bakirkoy*. 2019;15.
285. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression: Critical review. *The British Journal of Psychiatry*. 2000;177:486-492.
286. Lu W. Adolescent depression: national trends, risk factors, and healthcare disparities. *American journal of health behavior*. 2019;43:181-194.

287. Liu J, Sekine M, Tatsuse T, Fujimura Y, Hamanishi S, Zheng X. Association among number, order and type of siblings and adolescent mental health at age 12: Mental health differs in sibling pairs. *Pediatrics International*. 2015;57.
288. Kirkcaldy B, Richardson-Vejlgaard R, Siefen G. Birth order: self-injurious and suicidal behaviour among adolescents. *Psychol Health Med*. 2009;14:9-16.
289. Reiss F. Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Social Science & Medicine*. 2013;90:24-31.
290. Reiss F, Meyrose A-K, Otto C, Lampert T, Klasen F, Ravens-Sieberer U. Socioeconomic status, stressful life situations and mental health problems in children and adolescents: Results of the German BELLA cohort-study. *PLoS one*. 2019;14:e0213700.
291. Assari S, Boyce S, Bazargan M, Caldwell CH. African Americans' Diminished Returns of Parental Education on Adolescents' Depression and Suicide in the Adolescent Brain Cognitive Development (ABCD) Study. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*. 2020;10:656-668.
292. Tracy M, Zimmerman FJ, Galea S, McCauley E, Stoep AV. What explains the relation between family poverty and childhood depressive symptoms? *Journal of Psychiatric Research*. 2008;42:1163-1175.
293. Alaimo K, Olson CM, Frongillo EA. Family Food Insufficiency, but Not Low Family Income, Is Positively Associated with Dysthymia and Suicide Symptoms in Adolescents. *The Journal of Nutrition*. 2002;132:719-725.
294. Blum RW, Beuhring T, Shew ML, Bearinger LH, Sieving RE, Resnick MD. The effects of race/ethnicity, income, and family structure on adolescent risk behaviors. *American journal of public health*. 2000;90:1879.
295. Parker G, Roy K. Adolescent Depression: A Review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2001;35:572-580.
296. Hekim Ö, Güner ST, Göker Z, Sekmen E, Üneri ÖŞ. Major Depresif Bozukluk Tanılı 350 Ergen Olgunun Klinik Özellikleri, Hastalık Şiddeti ve Tedavi Seçeneklerinin Değerlendirilmesi: Retrospektif Kesitsel Bir Çalışma. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*. 2019;13:370-378.
297. Jellinek MS, Snyder JB. Depression and suicide in children and adolescents. *Pediatrics in Review*. 1998;19:255-264.

298. Colle R, Chupin M, Cury C, Vandendrie C, Gressier F, Hardy P, Falissard B, Colliot O, Ducreux D, Corruble E. Depressed suicide attempters have smaller hippocampus than depressed patients without suicide attempts. *Journal of Psychiatric Research*. 2015;61:13-18.
299. Emery RE. Interparental conflict and the children of discord and divorce. *Psychological bulletin*. 1982;92:310.
300. Brand EF, King CA, Olson E, Ghaziuddin N, Naylor M. Depressed adolescents with a history of sexual abuse: Diagnostic comorbidity and suicidality. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1996;35:34-41.
301. Lutrick K, Clark R, Nuño VL, Bauman S, Carvajal S. Latinx bullying and depression in children and youth: a systematic review. *Systematic reviews*. 2020;9:1-10.
302. Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*. 2006;13:27-45.
303. Yıldız MA, Duy B. The predictive role of emotion regulation strategies on depressive and psychosomatic symptoms in adolescents. *Current Psychology*. 2019;38:387-396.
304. Brindle K, Moulding R, Bakker K, Nedeljkovic M. Is the relationship between sensory-processing sensitivity and negative affect mediated by emotional regulation? *Australian Journal of Psychology*. 2015;67:214-221.
305. Freedenthal S. Assessing the wish to die: a 30-year review of the suicide intent scale. *Archives of suicide research*. 2008;12:277-298.
306. Rotheram-Borus MJ, Trautman PD. Hopelessness, Depression, and Suicidal Intent among Adolescent Suicide Attempters. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1988;27:700-704.
307. Akın E: 12-18 Yaşlardaki Ergenlerde İntihar Girişimler: Kliniğe Başvuran Bir Grupta Psikiyatrik Tanı, Sosyodemografik Ve Psikososyal özelliklerin Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi (Turkey); 2010.
308. Yıldız M. Stressful life events and adolescent suicidality: an investigation of the mediating mechanisms. *Journal of Adolescence*. 2020;82:32-40.

309. Martin G, Bergen HA, Richardson AS, Roeger L, Allison S. Sexual abuse and suicidality: gender differences in a large community sample of adolescents. *Child Abuse & Neglect*. 2004;28:491-503.
310. Yang B, Clum GA. Effects of early negative life experiences on cognitive functioning and risk for suicide: A review. *Clinical Psychology Review*. 1996;16:177-195.
311. Manson SM, Beals J, Dick RW, Duclos C. Risk factors for suicide among Indian adolescents at a boarding school. *Public Health Reports*. 1989;104:609.
312. Komisyonu BVİOA. ERGEN BİREYLERDE İNTİHAR DAVRANIŞININ ÇOK YÖNLÜ İNCELENMESİ: BATMAN İLİ ÖRNEĞİ. 2022.
313. Yektaş Ç, Bildik T, Özbaran NB, Köse S, Eremiş S. Depresif kız ergenlerde intihar davranışının klinik özellikleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2014;21:33-44.
314. Cortazar N, Calvete E. Dispositional mindfulness and its moderating role in the predictive association between stressors and psychological symptoms in adolescents. *Mindfulness*. 2019;10:2046-2059.
315. Mangır M, Kandemir F. Onyediyen Yaş Grubu Gençlerin Kendini Kabul Düzeyini Etkileyen Bazı Faktörler. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*;3.
316. UÇAR GAA, ÇAKAR FS. Ergenlerin Duygu Düzenleme Becerileri, Öznel İyi Oluşu Artırma Stratejileri ve Yas Düzeyinin Riskli Davranışları Üzerindeki Etkisi. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*:1-25.
317. Heineken K, Morelen D. Mindfulness and Religiosity/Spirituality as Protecting Factors for Internalizing Symptoms Associated with Adverse Childhood Experiences: A Moderated Moderation Model. 2019.
318. Huang C-C, Tan Y, Cheung SP, Hu H. Adverse childhood experiences and psychological well-being in Chinese college students: mediation effect of mindfulness. *International journal of environmental research and public health*. 2021;18:1636.
319. McKeen H, Hook M, Podduturi P, Beitzell E, Jones A, Liss M. Mindfulness as a mediator and moderator in the relationship between adverse childhood experiences and depression. *Current Psychology*. 2021:1-11.

320. Gruhn MA, Compas BE. Effects of maltreatment on coping and emotion regulation in childhood and adolescence: A meta-analytic review. *Child abuse & neglect*. 2020;103:104446.
321. Lavi I, Katz LF, Ozer EJ, Gross JJ. Emotion Reactivity and Regulation in Maltreated Children: A Meta-Analysis. *Child Development*. 2019;90:1503-1524.
322. Miu AC, Szentágotai-Tătar A, Balázs R, Nechita D, Bunea I, Pollak SD. Emotion regulation as mediator between childhood adversity and psychopathology: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2022;93:102141.

EK 1: SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK BİLGİ FORMU

Araştırma grubu () Kontrol grubu ()

Katılımcı no:

Görüşme Tarihi:

Demografik Bilgiler

Cinsiyet: Kız () Erkek ()

Doğum Tarihi:

Sınıfı:

Kardeş Sayısı:

Ailenin yapısı: Çekirdek () Geniş () A-B ayrı () A-B kaybı ()

BabaAnne

Yaş:

Yaş:

Eğitimi:

Eğitimi:

İşi:

İşi:

Sağlık Durumu:

Sağlık Durumu:

Ailenin ortalama aylık gelirdüzeyi:

Tıbbi Öykü

Bilinen hastalığı var mı? Hayır () Evet ()

Hiç hastaneye yattı mı? Hayır () Evet ()

Sürekli kullandığı ilaç var mı? Hayır () Evet ()

Daha önce psikiyatri başvurusu var mı? Hayır () Evet ()

Daha önce psikiyatrik ilaç kullandı mı? Hayır () Evet ()

Daha önce intihar girişimi oldu mu? Hayır () Evet () Ne zaman?

Soygeçmiş Öyküsü

Ailede fiziksel – tıbbi hastalığı olan var mı? Hayır () Evet ()

Ailede ruhsal hastalığı olan var mı? Hayır () Evet ()

EK 2: BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Katılımcı no:

Tarih:

Aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz.

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

EK 3: ERGEN VE YETİŞKİN BİLİNÇLİ FARKINDALIK ÖLÇEĞİ

Katılımcı no:

Tarih:

☒ Ergen ve Yetişkin Bilinçli Farkındalık Ölçeği

Aşağıda bulunan 19 ifadenin karşısındaki 1-5 arasındaki rakamları size uygunluğu ölçüsünde işaretleyiniz (X). 1=Hiçbir zaman, 2=Nadiren, 3=Bazen, 4=Sık sık, 5 Her zaman anlamına gelmektedir.					
1. Çevrenizdeki binaların veya manzara detaylarının (örneğin ağaçlar, vb.) ne sıklıkta fark ediyorsunuz?	1	2	3	4	5
2. Solunumumun (veya kalp atışımın) yavaşlaması ya da hızlanması gibi vücudumdaki değişiklikleri fark ederim.	1	2	3	4	5
3. Kaslarımın gergin ya da rahat olup olmadığını fark ederim.	1	2	3	4	5
4. Duş aldığım ya da banyo yaptığım vücutuma suyun nasıl dokunduğunu fark ederim.	1	2	3	4	5
5. Saçımdaki rüzgâr ya da yüzümdeki güneş gibi fiziksel duylara dikkat ederim.	1	2	3	4	5
6. Saatlerin tıklaması, kuşların cıvılaması veya arabaların geçişi gibi seslere dikkat ederim.	1	2	3	4	5
7. Etrafımdaki kokuları fark ederim.	1	2	3	4	5
8. Renkler, şekiller, dokular ya da ışık ve gölge örnekleri gibi doğadaki sanat öğelerini ayırt ederim.	1	2	3	4	5
9. Ruh halim değişmeye başladığında fark ederim.	1	2	3	4	5
10. Bir sınıfta veya bir ders esnasında ya da iş toplantısında önemli bir şeyin kaçırıldığını fark ettiğinizde kendinize ne sıklıkla kızarsınız?	1	2	3	4	5
11. Bir sınıfta ya da bir derste ya da bir iş toplantısında önemli bir şeyi kaçırdığınızı fark ettiğinizde, bu önemli şeyin bilgi eksikliğinin sonuçları hakkında ne sıklıkta düşünürsünüz?	1	2	3	4	5
12. Bir sınıfta veya bir derste ya da bir iş toplantısında önemli bir şeyi kaçırdığınızı fark ettiğinizde, kaçırılan bu bilgileri bulamayacağınız hakkında ne sıklıkta endişe edersiniz?	1	2	3	4	5
13. Fikir ve düşüncelerimin doğru ya da yanlış olup olmadığını değerlendirmeyi severim.	1	2	3	4	5
14. Düşüncelerimin iyi ya da kötü olup olmadığı konusunda kararlar alırım.	1	2	3	4	5
15. Deneyimlerimin iyi ve değerli ya da kötü ve değersiz olup olmadığını değerlendirme eğilimindeyim.	1	2	3	4	5
16. Hissettiğim duyguların uygun olup olmadığını değerlendirme eğilimindeyim.	1	2	3	4	5
17. Hissettiğim duygular bazen yanlış gibi görünüyor.	1	2	3	4	5
18. Kendi kendime hissettiğim gibi hissetmemem gerektiğini söylerim.	1	2	3	4	5
19. Kendi kendime düşündüğüm gibi düşünmemem gerektiğini söylerim.	1	2	3	4	5

EK 4: OLUMSUZ YAŞAM OLAYLARI FORMU

Katılımcı no:

Tarih:

Aşağıda sıralanmış yaşam olayları nedeniyle hayatınızda önemli bulduğunuz bir değişiklik yaşandı mı?

OLUMSUZ YAŞAM OLAYLARI	HAYIR	EVET İSE AÇIKLAMA
1. Ciddi hastalık veya yaralanma		
2. Suça/terör olayına/kazaya tanık olma		
3. Suç/Şiddet mağduru olma		
4. Cinsel istismar mağduru olma		
5. Yakın arkadaşının ciddi hastalığının olması veya yaralanması		
6. Kız/erkek arkadaştan ayrılma		
7. Okul değişikliği		
8. Okul başarısızlığı/ Sınıf tekrarı		
9. Yakın bir arkadaşlığın bitmesi		
10. Ailede alkol/madde sorunu öyküsü		
11. Ailede ruhsal/duygusal sorun öyküsü		

OLUMSUZ YAŞAM OLAYLARI	HAYIR	EVET İSE AÇIKLAMA
12. Ailede ciddi hastalık/yaralanma olması		
13. Ailede birinin ölümü		
14. Ailede birinin tutuklanması veya yasal sorunları olması		
15. Kardeşin evi terketmesi		
16. Ebeveynleri eskisinde fazla tartışması veya ebeveynler arası fiziksel şiddet		
17. Ebeveynlerin ayrılması veya boşanması		
18. Yeni üvey anne veya babanın olması		
19. Bir ebeveynin sıklıkla ev dışında olması		
20. Anne ya da babanın iş kaybı veya parasal durumunda olumsuz değişiklik		
21. Yakın bir arkadaşın ölümü		
22. Ebeveynin cezaevine girmesi		
23. Akran zorbalığına maruz kalma		
24. Ciddi trafik kazası, yangın veya doğal afet yaşama		

EK 5: HASSASİYETİ YÜKSEK BİREY ÖLÇEĞİ**Katılımcı no:**
Tarih:

Aşağıda, çocuğunuzun davranışlarını veya çevresiyle olan etkileşimini inceleyen bazı sorular yer almaktadır. Lütfen her bir soru için çocuğunuzu en iyi tanımlayan şıkkı işaretleyiniz.

		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Çocuğum, en ufak bir şey olduğunda bile irkilir.	1	2	3	4	5
2	Çocuğum, tüylü/yünlü kıyafetlerin, çorap dikişlerinin veya kıyafet etiketlerinin kendisini rahatsız ettiğinden yakınır.	1	2	3	4	5
3	Çocuğum, beklenmedik durumlardan hoşlanmaz.	1	2	3	4	5
4	Çocuğum, cezalandırmadan ziyade, yumuşak uyarılardan/düzeltilmelerden daha iyi öğrenir.	1	2	3	4	5
5	Çocuğum, sanki aklımdan geçenleri okur.	1	2	3	4	5
6	Çocuğum, yaşından beklenmeyen büyük kelimeler kullanır.	1	2	3	4	5
7	Çocuğum, alışılmamış en hafif kokuları bile fark eder.	1	2	3	4	5
8	Çocuğumun zeki bir espri anlayışı vardır.	1	2	3	4	5
9	Çocuğumun sezgileri kuvvetlidir.	1	2	3	4	5
10	Çocuğum, heyecanlı/hareketli bir günden sonra uyumakta zorluk çeker	1	2	3	4	5
11	Çocuğum, büyük değişikliklerden hoşlanmaz.	1	2	3	4	5
12	Çocuğum, kıyafetleri ıslak veya kumluysa onları değiştirmek ister.	1	2	3	4	5
13	Çocuğum, çok fazla soru sorar.	1	2	3	4	5
14	Çocuğum, mükemmeliyetçidir.	1	2	3	4	5
15	Çocuğum, diğer insanların sıkıntılarını fark eder.	1	2	3	4	5
16	Çocuğum, sessiz/sakin oyunları tercih eder.	1	2	3	4	5
17	Çocuğum, derin, düşünce uyandıran sorular sorar.	1	2	3	4	5
18	Çocuğum, acıya karşı duyarlıdır.	1	2	3	4	5
19	Çocuğum, gürültülü ortamlardan rahatsız olur.	1	2	3	4	5
20	Çocuğum, kolayca fark edilemeyen veya çevresinde değişen küçük şeyleri fark eder (ör. yeri değiştirilmiş bir şey, birinin görünüşündeki bir değişiklik)	1	2	3	4	5
21	Çocuğum, yüksek bir yere tırmanmadan önce güvenli olup olmadığını düşünür.	1	2	3	4	5
22	Çocuğum, en iyi performansını etrafında yabancılar olmadığında gösterir.	1	2	3	4	5
23	Çocuğum, her şeyi derinden hisseder.	1	2	3	4	5

EK 6: İNTİHAR NİYETİ ÖLÇEĞİ (İNÖ)

İntihar girişimi ile ilgili koşullar:

1. İzolasyon;

- 0- Yanında biri var.
1- Yakınında ya da ilişkide olduğu biri var, telefon da olabilir.
2- Yakınında ya da ilişkide olduğu kimse yok.

2. Zamanlama;

- 0- Müdahaleye imkan verecek şekilde zamanlanmış.
1- Müdahaleye imkan az olacak şekilde zamanlanmış.
2- Müdahale imkanı çok az olacak şekilde zamanlanmış.

3. Fark edilmeyen ve/veya müdahale edilmeyen önlemler;

- 0- Önlem alınmamış.
1- Pasif önlemler alınmış, insanlardan kaçınmış, fakat engelleyici müdahalelere karşı önlem almamış (Bir odaya kapıyı kilitlemeden kapanması gibi).
2- Aktif önlemler almış (Kendisini odaya kilitlemiş gibi).

4. Girişim süresince veya sonrasında yardım sağlayacak tarzda davranış;

- 0- Girişimle ilgili yardım edebilecek birisine haber vermiş.
1- Yardımcı olabilecek kişiyle ilişkiye geçmiş, fakat özellikle girişimden bahsetmemiş.
2- Yardımcı olabilecek kişilerle ilişki kurmamış.

5. Ölümü beklerken yapılan son eylemler;

- 0- Yok.
1- Ölümü beklerken bazı planlar yapmış veya yapmayı düşünmüş.
2- Kesinlikle planlar yapmış (Vasiyetinde değişiklik yapması, armağanlar bırakması, yaşam sigortasını iptal ettirmesi gibi).

6. İntihar girişimi için yapılan hazırlıkların derecesi;

- 0- Hiçbir hazırlık yok.
1- Minimum ya da orta derecede hazırlık.
2- Ciddi hazırlık.

7. İntihar notu;

- 0- Not yok.
1- Not yazmayı düşünmüş veya yazmış, ancak yırtmış.
2- Not var.

Katılımcı no:

Tarih:

8. İntihar girişiminden önce niyetin açıkça belirtilmesi;

- 0- Yok.
1- Belirsiz biçimde.
2- Açık bir biçimde.

9. İntihar girişiminin amacı;

- 0- Temel olarak çevresini değiştirmek veya etkilemek.
1- Hem çevresini değiştirmek ve etkilemek, hem de bulunduğu çevreden kurtulmak.
2- Tamamen kendi çevresinden kurtulmak.

Kendini değerlendirme:

10. Girişimin ölümcüllüğü ile ilgili beklentiler;

- 0- Ölümün pek olası olmadığını düşünmüş veya hiç düşünmemiş.
1- Ölebileceğini düşünmüş, ancak pek ihtimal vermemiş.
2- Ölümün olası veya kesin olduğunu düşünmüş.

11. Kullanılan yöntemin ölümcül oluşuna ilişkin kavramlar;

- 0- Hiç düşünmemiş veya öldürücü olmayacak düzeyde uygulamış.
1- Kullandığı yöntemin öldürücü olup olmadığı konusunda emin değilmiş.
2- Kullandığı yöntemin en az düşündüğü ya da düşündüğünden öldürücü olduğunu düşünmüş.

12. Girişimin ciddiyeti;

- 0- Yaşamını sonlandıracak düzeyde ciddi bir girişim olduğunu düşünmemiş.
1- Yaşamını sonlandıracak düzeyde ciddi bir girişim olup olmadığından emin değilmiş.
2- Yaşamını sonlandıracak düzeyde ciddi bir girişim olduğunu düşünmüş.

13. Yaşamının devamına ilişkin çelişkiler;

- 0- Ölmek istememiş.
1- Yaşamayı veya ölmeyi önemsememiş.
2- Ölmek istemiş.

14. Girişimin geri dönülebilir olması;

- 0- Tıbbi müdahale sayesinde ölmeyebileceğini düşünmüş.
1- Tıbbi müdahale ile ölümün önlenebileceğinden emin değilmiş.
2- Tıbbi müdahaleye rağmen öleceğinden eminmiş.

15. Girişimin tasarlanma derecesi;

0- Hiç düşünmemiş, impulsif.

1- İntihar girişiminden üç saat veya daha kısa süre önce tasarlamaya başlamış.

2- İntihar girişiminden üç saatten daha uzun süre önce tasarlamaya başlamış.

Puanlanmayan bölüm:

16. Girişime tepki;

0- Girişimden dolayı pişman.

1- Hem girişimini, hem de hayatta kalışını kabullenemiyor.

2- Halen hayatta olduğuna pişman.

17. Ölümü gözünde canlandırmak;

0- Ölümü ölmüşlerine kavuşmak veya ölümden sonraki hayat olarak canlandırıyor.

1- Sonsuz bir uyku ve karanlık olarak canlandırıyor.

2- Ölümü gözünün önünde canlandırmamış veya aklına getirmemiş.

18. Önceki girişimlerinin sayısı;

0- Yok.

1- 1 veya 2.

2- 3 veya daha fazla.

19. Girişim sırasında alkol alımı;

0- Alkol alımı yok

1- Girişim sırasında ne yaptığını bilmeyecek ya da kafasını bulandıracak kadar alkol almış.

2- Girişim için cesaret verecek kadar alkol almış.

3- İlaç veya başka yöntemlerle girişimi gerçekleştirirken etkisini arttırmak için alkol almış.

20. Girişim sırasında ilaç kullanımı;

0- İlaç kullanımı yok.

1- Girişim sırasında ne yaptığını bilmeyecek ya da girişimin sonuçlarının farkında olmayacak düzeyde ilaç almış.

2- Girişimi kendini engellemeden rahatlıkla gerçekleştirebilmek için ilaç almış.

3- Girişim yönteminin etkisini arttırmak için ilaç almış.