

Anne psikopatolojisi ve aile işlevselliğinin ergenlerin intihar niyeti ve davranışı üzerine etkisi

Gülser Şenses Dinç^{1,*}, Müge Şahin², Duygu Bilgili², Esra Çöp³, Zeynep Göker¹, Özlem Hekim¹, Funda Kurt⁴, Emine Dibek Mısırlıoğlu⁵, Özden Şükran Üneri⁶

Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kliniği, ¹Uzmanı, ²Asistanı, ³Doçenti, ⁴Pediyatri Uzmanı, ⁵Pediyatri Profesörü; Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi ⁶Profesörü *İletişim: gulserdinc@yahoo.com

SUMMARY: Şenses Dinç G, Şahin M, Bilgili D, Çöp E, Göker Z, Hekim Ö, Kurt F, Dibek Mısırlıoğlu E, Üneri ÖŞ. (Clinics of Child and Adolescent Psychiatry, Ankara Child Health and Diseases Hematology and Oncology Training and Research Hospital, Ankara, Turkey). Effect of psychopathology in mothers and family functioning on suicidal intent and behavior of adolescents. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2018; 61: 11-18.

Suicide in adolescence is one of the important etiological factors of mortality and morbidity. Family malfunctioning and parental psychopathology are environmental risk factors of adolescence suicide. In this study it was aimed to evaluate the relationship between suicidal ideation and behavior of 31 adolescents who committed suicide and mothers' psychopathology, and family functioning. To evaluate psychopathology of adolescents Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime (K-SADS) was applied, and Suicidal Ideation and Suicidal Behavioral Scales (SIS, SBS), were filled. Mothers filled SCL-90-R and McMaster Family Assessment Device (FAD). SIS scores of adolescents were significantly higher in those whose mother had psychopathology. Communication, roles and affective responsiveness subscale scores of the FAD were significantly positively correlated with SIS scores. In conclusion, mothers' psychopathology and dysfunctional family increase an adolescent's suicidal ideation. It is important to be careful about suicide risk during evaluating adolescents who have ineffective family functioning and whose mothers' have psychopathology and to include family in treatment process.

Key words: adolescent, suicidal intent, suicidal behavior, family functioning, mother.

ÖZET: Ergenlik döneminde intihar, mortalite ve morbiditenin önemli nedenleri arasındadır. Aile işlevselliğinin bozulması ve ebeveyn psikopatolojisi ergenlerde intiharın çevresel risk etmenlerindedir. Bu çalışmada, intihar girişiminde bulunan 31 ergenlerde intihar davranışı ve niyetinin annedeki psikopatoloji ve aile işlevselliği ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Ergenlerde psikopatolojiyi değerlendirmek için Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşamboyu Şekli (ÇDŞG-ŞY) uygulandı, İntihar Niyeti Ölçeği (İNÖ) ve İntihar Davranışı Ölçeği (İDÖ) doldurtuldu. Anneleri ise Belirti Tarama Listesi (BTL), McMaster Aile Değerlendirme Ölçeği'ni (ADÖ) doldurdu. Annede psikopatoloji saptanan ergenlerin intihar niyeti ölçeği puanları anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Aile değerlendirme ölçeğinin iletişim, roller ve duygusal tepki verebilme alt-puanları ile İNÖ puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptandı. Sonuç olarak, annedeki psikopatoloji ve aile işlevlerindeki sorunlar ergenlerin intihar niyetini arttırmaktadır. Aile işlevlerinde sorun olan ve annelerinde psikopatoloji saptanan ergenleri değerlendirirken intihar riski açısından dikkatli olunması ve ailenin de tedavi sürecine dahil edilmesi önemlidir.

Anahtar kelimeler: ergen, intihar niyeti, intihar davranışı, aile işlevi, anne.

İntihar, dünya genelinde morbidite ve mortalitenin önde gelen nedenlerinden biridir.¹ Her yıl, 800,000'den fazla insan intihar yoluyla ölmektedir ve bu da intiharı ölümlerin önde gelen nedeni haline getirmektedir.² Son yıllarda ergenler ve genç yetişkinler arasında artan oranlarda görülmeye başlamıştır. Ergenlik döneminde dürtüsel davranış ve duygusal iniş çıkışların yoğun olduğu bilinmektedir.³ İntihar, 15-29 yaş grubundaki en sık ikinci ölüm nedenidir.²

İntihar davranışı genetik, biyolojik, psikolojik, psikiyatrik ve sosyal risk faktörleri arasındaki karmaşık etkileşimin sonucu ortaya çıkar.⁴ Çocuk ve ergenlerde intihar risk faktörleri arasında depresyon, önceki intihar girişimi öyküsü, intihar düşüncesi, umutsuzluk, kötü aile birlikteliği, düşük akrabalık ilişkisi, öfke, düşmanlık, cinsel istismar öyküsü ve akrabalarında daha önceki intihar girişimleri vardır.⁵

Aile işlevselliği ve anne-babada psikopatoloji varlığı, ergende intiharın çevresel etmenlerinden biridir.⁶ Çalışmalar, anne-baba psikopatolojisinin çocukların intihar davranışı olasılığını artırdığı göstermiştir.⁷ Özgül anne-baba hastalıklarının, çocuklarda intihar düşüncesinin başlangıcını ve sürekliliğini veya girişimlerini öngördüğü belirtilmiştir.^{8,9} Ergenlik dönemi bu açıdan kritik dönemdir. Yapılan çalışmalarda, ergenlerde intihar düşüncesinin aile işlev bozukluğu, aile çatışmaları, düşük aile bütünlüğüyle ilişkili olduğu bulunmuştur.^{10,11} Ayrıca ergenin gelişimi üzerinde anne-ergen ilişkisinin baba-ergen ilişkisinden daha güçlü bir etkisi olduğu gösterilmiştir.¹¹ Bu risk etkenlerinin intihar niyeti ve davranışı üzerine olan etkilerini anlamak ve önlem almak intihar oranlarını azaltmakta yardımcı olabilir.

Anne-baba psikopatolojisi ve aile işlevselliğinin ergen intihar davranışı ve niyeti üzerindeki etkileri açısından az sayıda çalışma vardır. Ülkemizde ergen intiharıyla annenin depresif belirtilerinin, mizaç özelliklerinin, aile işlevlerinin ve anne-baba kabul reddinin (çocukların anne-baba tarafından kabul ya da reddedilme algısı) ilişkisini inceleyen oldukça az sayıda çalışma bulunmaktadır.¹²⁻¹⁶ Bu değişkenlerin ergenin intihar niyeti ve davranışıyla ilişkisi ise şimdiye kadar incelenmemiştir. Bu nedenle çalışmamızda intihar girişiminde bulunan ergenlerde intihar

davranışı ve niyetinin annedeki psikopatoloji ve aile işlevselliği açılarından değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot

İntihar girişimi nedeniyle bir eğitim araştırma hastanesine başvuran ergenler çalışmaya alındı. İntihar girişimi sonrası hastanın stabilizasyonu çocuk hekimleri tarafından sağlandıktan sonra çocuk ve ergen psikiyatristleri tarafından hasta ve anne-baba ile ayrı ayrı görüşme yapıldı. Sosyodemografik veri formu araştırmacılar tarafından dolduruldu. Ergenlerde psikopatolojinin varlığını değerlendirmek için yarı yapılandırılmış görüşme olan Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşamboyu Şekli (ÇDŞG-ŞY) kullanıldı. Hastalar İntihar Niyeti Ölçeği (İNÖ) ve İntihar Davranışı Ölçeği (İDÖ), anneleri ise Belirti Tarama Listesi (BTL), McMaster Aile Değerlendirme Ölçeği'ni (ADÖ) doldurdu. 12-18 yaş aralığındaki intihar girişiminde bulunmuş olan ergenlerden çalışmaya katılmayı kabul eden ve araştırmada kullanılan ölçekleri eksiksiz dolduranlar çalışmaya dahil edildi. İntihar amacı dışında entoksikasyonu olan, 12-18 yaş aralığında olmayan, annenin ulaşılabilir olmadığı, çalışmaya katılmayı kabul etmeyen ve ölçekleri eksik dolduran olgular çalışma dışında bırakıldı.

Etik kurul onayı Yenimahalle Eğitim Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan alındı.

Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik veri formu: Bu form, ergenin yaşı ve cinsiyeti, anne-babanın yaşı, eğitimi ve mesleği, sosyoekonomik düzey gibi sosyodemografik değişkenler konusunda bilgi almak amacıyla yazarlar tarafından oluşturuldu.

İntihar Niyeti Ölçeği (İNÖ): Yirmi maddeli bu ölçek, Beck ve arkadaşları¹⁷ tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkiye örneklemindeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Dilbaz ve arkadaşları¹⁸ tarafından yapılmıştır. 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, görüşmeciler 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.

İntihar Davranışı Ölçeği (İDÖ): Ölçek Linehan ve arkadaşları¹⁹ tarafından geliştirilmiş olup Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bayam ve arkadaşları²⁰ tarafından yapılmıştır. İntihar davranışı kavramı dört farklı unsuru içermektedir. Bunlardan birincisi, kişinin daha önceki intihar düşüncesi ve girişimlerini sorgulayan "intihar planı ve girişimi"; yaşam boyu intihar davranışı öyküsü ile ilgili olup, altı seçenekten oluşmuştur. Likert tipi 0-5 puan arasında değerlendirilir. İkincisi ise, son bir yıl içinde kişinin yaşamını sona erdirmeye düşüncesi ile ilgilidir. Beş seçenek bulunmaktadır ve 0-4 arası Likert tipi puanlanır. Üçüncü unsur intihar tehdidini sorgulamakta olup, kişinin intiharla ilgili çevresine ve yakınlarına bir mesaj verip vermediğini sorgular. İki seçenekten oluşur. Hayır 0, evet yanıtı ise 1 olarak puanlanır. Dördüncü unsur ise, kişinin gelecekte intihar girişiminde bulunup bulunmayacağı ile ilgili düşünce ve niyetini araştırmaktadır. Beş seçenekten oluşmaktadır ve Likert tipi 0-4 arası puanlanır. İDÖ'den alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 14 olup, puanlar aritmetik olarak toplanarak toplam puan hesaplanır. Puan arttıkça intihar davranışının ciddiyet derecesi de artmaktadır. Ayrıca her madde kendi içinde yapılandırılarak, davranışın dört farklı unsuru ayrı olarak değerlendirilmektedir.

Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ): ADÖ, ABD'de Brown Üniversitesi ve Buttlar Hastanesi tarafından Aile Araştırma Programı çerçevesinde 1983 yılında geliştirilmiş olup McMaster Aile İşlevleri Modeli'nin klinik olarak aileler üzerine uygulanması ile elde edilmiştir. Geçerlilik-güvenirlik çalışması 1985'te yayınlanmıştır.²¹ Toplam yedi alt boyutu olan ölçeğin altı tanesi aile işlevlerindeki her bir sorun alanını tek tek ele alırken, bir tanesi de genel işlevler üzerinde

odaklanan toplam 60 sorudan oluşmaktadır. Bu alt ölçekler; problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevlerdir. Ölçek puanları 1.00 (sağlıklı) ile 4.00 (sağlıksız) arasında değişir. Her alt ölçek için 4.00 puana yaklaştıkça o işlev açısından sağlıksızlık, 1.00'e yaklaştıkça sağlıklılığın arttığı şeklinde yorumlanır. Teorik olarak 2.00 puanı sağlıklı-sağlıksız ayırımı verebilecek ayırt edici sınır olarak kabul edilmektedir. Ölçek, Bulut²² tarafından yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları ile Türkiye'ye kazandırılmıştır.

Belirti Tarama Ölçeği (BTL): Hem klinik hem de araştırma durumlarında deneklerin gösterecekleri ruhsal belirtilerin dağılımını ve şiddetini belirlemek için Derogatis²³ tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 'hiç' ile 'çok fazla' arasında beşli Likert tipinde cevaplanan 90 madde ve 10 alt birimden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Sorular, içinde bulunulan gün dahil son üç ay göz önünde bulundurularak cevaplandırılır. Dokuz alt birim şu şekilde adlandırılmıştır; somatizasyon, anksiyete, obsesyon-kompulsiyon, depresyon, kişiler arası duyarlılık, psikotizm, paranoid düşünce, hostilite ve fobik anksiyete. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Dağ tarafından yapılmıştır.²⁴ Envanterin ana göstergeleri; tüm maddelerin toplamının toplam öge sayısı olan 90'a bölünmesiyle elde edilen Genel Belirti Düzeyi 'ni (GBD) de içermektedir. GBD puanının 1'in üzerinde oluşu, belirtilerin psikopatolojik düzeyde olduğunu göstermektedir.

Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşamboyu şekli (ÇDŞG-ŞY): Kaufmann ve arkadaşları²⁵ tarafından 1997'de geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışması Gökler ve arkadaşları²⁶ tarafından 2004 yılında yayınlanmıştır. Ölçek üç bölümden oluşur. İlk kısım yapılandırılmamış bir görüşme olup demografik bilgiler, okul, aile-ilişkiler, yakınma gibi konuları inceler. İkinci kısım tanı amaçlı belirtilerin tarandığı yarı-yapılandırılmış bir görüşmedir. Bu bölümde pozitif belirtiler varsa duygulanım, anksiyete, davranım, madde kötüye kullanımı, psikotik bozukluk ve diğerleri için tanı doğrulama amaçlı ek puanlama yapılır. Üçüncü bölüm işlevselliğin değerlendirildiği bölümdür.

İstatistiksel değerlendirme: Değişkenlerin analizinde SPSS 17.0 (Chicago Inc., 2008)

Tablo I. Sosyodemografik veriler (n=31).

Özellikler	Bulgular	
Yaş (yıl)*		
Ergen yaş	15.3±1.2	
Anne yaş	39.2±5.4	
Cinsiyet, n (%)		
Kız	27	(87.1)
Erkek	4	(12.9)
Yaş grupları, n (%)		
Erken (11-14 yaş)	8	(25.8)
Orta (15-16 yaş)	18	(58.1)
Geç (17-19 yaş)	5	(16.1)
Sosyoekonomik düzey, n (%)		
Düşük	26	(83.9)
Orta	5	(16.1)
ÇDŞG-ŞY tanı, n (%)		
Yok	5	(16.1)
Var	26	(83.9)
Annede psikopatoloji, n (%)		
Yok	21	(67.8)
Var	10	(32.2)
Ailede intihar girişimi, n (%)		
Yok	25	(80.6)
Var	6	(19.4)

*Ortalama± standart sapma; ÇDŞG-ŞY: Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşamboyu Şekli

istatistik programı kullanıldı. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov ile test edildi. İDÖ puanları normal dağılım göstermezken, İNÖ puanları dağılımının normal dağılıma uygun olduğu saptandı. Sürekli değişkenler ortalama, standart sapma, medyan, minimum, maksimum değerler cinsinden ifade edildi. Kategorik değişkenler sıklık (n) ve yüzde (%) cinsinden ifade edildi. Verilerin değerlendirilmesinde ANOVA, Student t testi, Kruskal-Wallis testi ve Mann-Whitney U testleri kullanıldı. İntihar niyeti ölçeği puanlarının ilişki analizinde Spearman testi kullanıldı. P<0.05 anlamlılık düzeyi kabul edildi.

Bulgular

Çalışmamızda 27 (% 87.1) kız ve 4 (% 12.9) erkek olmak üzere toplam 31 intihar girişimi olan vaka değerlendirildi. Ortalama yaş 15.3±1.2 yıl olarak saptandı. Anne yaş ortalaması 39.2±5.4

idi. %83.9'u düşük sosyoekonomik düzeydeki aileye sahipti. Olguların %83.9'unda (n=26) en az bir psikiyatrik bozukluk saptandı. BTL ölçeğine göre annelerin %37.5'inde (n=10) belirtilerin psikopatolojik düzeyde olduğu saptandı. Olguların altısında (%19.4) birinci derece aile üyelerinde intihar girişimi öyküsü bulunmakta idi (Tablo I).

Anneler tarafından doldurulan BTL ve ADÖ puan dağılımları Tablo II'de gösterildi.

Sosyoekonomik düzeyler arasında İNÖ ortalama ve İDÖ ortanca puanları açısından anlamlı fark yoktu (p>0.05). BTL'ye göre annede psikopatoloji varlığı saptanan ergenlerin intihar niyet ölçeği puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı (t(29)=-2.412, p=0.022) (Tablo III).

Ayrıca BTL alt ölçek puanlarıyla İDÖ ve İNÖ puanlarının ilişkisi de incelendi. İDÖ ölçek puanları ile annelerin BTL ölçek alt puanları

Tablo II. BTL ve ADÖ puan dağılımları.

	Ortalama (standart sapma)	Aralık
Anne BTL		
Somatizasyon	1.1 (0.9)	0-3.8
Anksiyete	0.9 (0.9)	0-3.6
Obsesyon-kompulsiyon	1.0 (0.8)	0-3.3
Depresyon	1.3 (0.9)	0.2-3.7
Kişilerarası duyarlılık	1.0 (0.8)	0-3.0
Psikotizm	0.6 (0.7)	0-2.8
Paranoid düşünce	0.9 (0.9)	0-4.0
Hostilite	0.9 (0.8)	0-3.5
Fobik anksiyete	0.5 (0.6)	0-2.3
Anne ADÖ		
Problem çözme	2.0 (0.7)	1.0-3.6
İletişim	2.0 (0.5)	1.3-3.2
Roller	2.1 (0.3)	1.2-2.9
Duygusal tepki verebilme	2.0 (0.6)	1.0-3.3
Gereken ilgiyi gösterme	2.5 (0.4)	1.5-3.8
Davranış kontrolü	2.2 (0.3)	1.5-3.0
Genel işlevsellik	2.0 (0.6)	1.0-3.0

BTL: Belirti Tarama Listesi; ADÖ: Aile Değerlendirme Ölçeği

arasında bir ilişki saptanmadı (tüm değişkenler için $p > 0.05$). İNÖ ölçek puanları ile annelere ait BTL alt-ölçek puanlarından somatizasyon ($r = 0.422$, $p < 0.05$), obsesyon-kompulsiyon ($r = 0.372$, $p < 0.05$), depresyon ($r = 0.361$, $p < 0.05$), kişilerarası duyarlılık ($r = 0.488$, $p < 0.001$), psikotizm ($r = 0.397$, $p < 0.05$), paranoid düşünce ($r = 0.380$, $p < 0.05$) ve fobik anksiyete ($r = 0.407$, $p < 0.05$) değişkenleri arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı.

İDÖ puanları ile aile değerlendirme ölçeği ADÖ-anneler ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki varlığı saptanmadı ($p > 0.05$ tüm değişkenler için).

İNÖ puanları ile ADÖ alt-puanlarından; ADÖ-iletişim ($r = 0.384$, $p < 0.05$), ADÖ-roller ($r = 0.403$, $p < 0.05$) ve ADÖ-duygusal tepki verebilme ($r = 0.345$, $p < 0.05$) alt-puanları ile pozitif yönde anlamlı ilişki gösterdiği saptandı.

Tartışma

Ergenlik dönemi fiziksel, psikolojik ve sosyal değişimlerin yaşandığı kritik bir dönemdir. Bu dönemde, anne-baba ile ilişkiler ve aileyle ilgili özellikler ergenin ruhsal gelişimini

etkilemektedir. Bu nedenle çalışmamızda, intihar girişiminde bulunan ergenlerde intihar davranışı ve niyeti, annedeki psikopatoloji ve aile işlevselliği açılarından değerlendirilmiştir.

Örnekleminizde olguların çoğunluğu (%83.9) düşük sosyoekonomik düzeyde olmakla birlikte sosyoekonomik düzey ve ergen intihar davranışı ve niyeti arasında ilişki saptanmamıştır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, intiharların %75'i düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir.² Çalışmamızın sonucu Dünya Sağlık Örgütü'nün sonuçlarıyla uyumlu bulunmuştur. Ancak sosyoekonomik düzey ile intihar niyeti ve davranışının şiddeti arasındaki ilişkinin anlaşılabilmesi için geniş örneklemli çalışmaların planlanması uygun olacaktır.

Çalışmamızda, annede psikopatoloji varlığı saptanan ergenlerin intihar niyet ölçeği puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ancak annedeki psikopatoloji varlığı ile intihar davranışı arasında ilişki saptanmamıştır. Benzer şekilde Sayar ve Bozkır'ın²⁷ çalışmasında da ailede psikiyatrik hastalık öyküsü bulunan ergenlerin intihar niyeti puanları daha yüksek bulunurken intihar davranışı ölçeği puanları arasında fark saptanmamıştır. Dünya Ruh Sağlığı Araştırması

Tablo III. İDÖ ve İNÖ puanları ile değişkenler arasındaki ilişki.

Değişkenler	N	İDÖ (n=31)		İstatistik*		İNÖ (n=31)		İstatistik**	
		Ortanca (aralık)				Ortalama (SS)			
SED				χ^2	p			F	p
Düşük	26	6.5 (0-12)				8.8 (4.0)			
Orta	5	2 (0-6)		2.815	0.093	4.8 (5.3)		3.936	0.057
Total	31	6 (0-12)				8.2 (4.4)			
ÇDŞG-ŞY tanı				z	p			t	p
Yok	5	2 (0-8)				6.0 (5.2)			
Var	26	6.5(0-12)		-2.057	0.040	8.6 (5.3)		1.241	0.224
Total	31	6(0-12)				8.2 (4.4)			
BTL-Anne				z	p			t	p
Patoloji yok	21	6 (0-12)				7.0 (4.6)			
Patoloji var	10	6 (0-10)		-0.468	0.640	10.8 (2.6)		-2.412	0.022
Total	31	6 (0-12)				8.2 (4.4)			

Aralık: minimum-maksimum, SS: standard sapma, SED: sosyoekonomik düzey, ÇDŞG-ŞY: Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşamboyu şekli.

*Kruskal-Wallis veya Mann-Whitney U testi.

**ANOVA veya Student-t testi.

Girişimi'nin çalışmalarından elde edilen bulgular, anne-babadaki depresyon,antisosyal kişilik bozukluğu ve anksiyete bozukluklarının da ergendeki intihar girişimlerine aracılık edeceğini öne sürmektedir.⁹ Afrika'da yapılmış olan bir çalışmada, intihar düşüncesi olan katılımcıların beşte birinden fazlası anne-babadan en az birinin ruhsal hastalığı olduğunu, intihar girişiminde bulunanların da dörtte birinden fazlası anne-babada psikopatolojisi olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmada ebeveyndeki panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu ve intiharının, ergenlerdeki intihar girişimi ile anlamlı bir ilişki sürdürdüğü, anne-babadaki panik bozukluğunun ise intihar düşüncesi ile anlamlı olarak ilişkili olduğu bulunmuştur.¹ Çalışmamızda özgül olarak annedeki psikopatolojiler değerlendirilmemiştir. Ancak annedeki somatizasyon, obsesyon kompulsiyon, fobik anksiyete, depresyon, psikotizm, paranoid düşünce ve kişilerarası duyarlılık puanları ergen intihar niyetiyle ilişkili bulunmuştur. Bunun yanı sıra önceki çalışmalarda annedeki ruhsal hastalık ve intiharın, çocuklarındaki intihar üzerinde daha büyük bir etkiye sahip olduğu bildirilmiştir.¹

Çalışmamızın diğer bulgusu, İDÖ puanları ile ADÖ-anne ölçek alt-puanları arasında ilişki saptanmazken, İNÖ puanları ile ADÖ-

anne ölçek alt-puanlarından iletişim, roller ve duygusal tepki verebilme arasındaki pozitif yönde ilişki olmasıdır. İşlevsel olan ailede aile üyeleri, birbirine duygusal olarak bağlı, iyi iletişim kuran, ortak karar alıp sorun çözebilen, belirli roller ve görevleri yerine getirir durumdadır.²² Bizim örneklemimizde olduğu gibi aile içinde iletişim zorluğunun olması, duygusal ifade ediciliğin az olması ve rol karmaşası gibi işlevsellik sorunları ergenlerin ailesine olan bağlılığını olumsuz etkileyebilir, genci sorunların çözümünde yalnız bırakabilir. Anne-baba ve ergenin ilişkisinin iyi olması ve sağlıklı aile işlevi hem ergenlerin psikolojik iyilik haliyle hem de düşük intihar düşüncesiyle ilişkili bulunmuştur.¹¹ Aile işlevleriyle ergen intihar düşüncesi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda aile işlev bozukluğu, aile uyumsuzluğu, zayıf ailesel çevre, aile katılımı ve aile çatışmaları ile ergen intihar düşüncesinin pozitif yönde ilişkili olduğu, ancak ebeveyn desteği ve aile desteği ile ters ilişkili olduğu bulunmuştur.^{6,11}

Bu çalışmada, annedeki psikopatoloji ve aile işlevselliği sorunlarının özellikle hastanın yaşamına son verme arzusunun şiddeti olarak tanımlanan intihar niyeti üzerinde etkili olduğu saptanmıştır. İntihar niyeti, girişimin ciddiyetinin düzeyini göstermekte olup intihar

riskini öngörmek açısından önemlidir.²⁸ Bu nedenle annede ruhsal hastalık şüphesi ve aile işlevlerine ilişkin sorunların varlığında erken yönlendirme ve müdahale ile hem ergenlerde intihar girişimlerinin hem de tamamlanmış ve tekrarlayan intiharların önlenmesi mümkün olabilecektir.

Çalışmamızın sonuçlarının yorumlanmasını etkileyebilecek bazı önemli kısıtlılıkları vardır. Öncelikle, kullanılan araçların unutulma ve hatırlama yanlılığı ile ilgili hatalar ortaya çıkmış olabilir. İkincisi, örnekleminizin sayısının kısıtlılığıdır. Bir diğer kısıtlılık, annelere babalardaki psikopatoloji değerlendirmesi belli bir tanı aracıyla değil, belirti tarama ölçeği ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmada kullanılan ölçeklerin geçerlik ve güvenilirliklerinin olması ve ergenlerin yarı yapılandırılmış görüşme ile değerlendirilmesi ise güçlü yanlarıdır. Kısıtlılıklarına rağmen bu çalışma, annelere babalardaki psikopatolojisi ve aile işlevselliğinin, ergendeki intihar niyeti ve davranışı üzerine etkisi hakkında bazı ilk verileri sunmaktadır.

Sonuç olarak, annede varolan psikopatoloji ve annelerin bildirişimiyle aile işlevlerindeki sorunlar ergenin intihar niyetini anlamlı ölçüde arttırmaktadır. Bu bulgular, aile işlevlerinde sorun olan ve özellikle annelerinde psikopatoloji saptanan ergenleri değerlendirirken intihar riski açısından dikkatli olunması ve gerekirse ailenin de tedavi sürecine dahil edilmesi açısından önemlidir. Ancak bu alanda, babaların da yer alacağı, ebeveynlerin ergen intihar davranışında oynadıkları farklı rolleri araştıran, daha geniş örneklemlerle çalışmalara gereksinim vardır.

KAYNAKLAR

1. Atwoli L, Nock MK, Williams DR, Stein DJ. Association between parental psychopathology and suicidal behavior among adult offspring: Results from the cross-sectional South African Stress and Health survey. *BMC Psychiatry* 2014; 14:65.
2. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative. Geneva: WHO Press, 2014.
3. Mittendorfer-Rutz E, Rasmussen F, Lange T. A life-course study on effects of parental markers of morbidity and mortality on offspring's suicide attempt. *PLoS One* 2012; 7: e51585.
4. Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet* 2012; 379: 2373-2382.
5. Bolat N, Kadak T, Eliaçık K, Sargın E, İncekaş S, Güneş H. Maternal and paternal personality profiles of adolescent suicide attempters. *Psychiatry Res* 2017; 248: 77-82.
6. Zaborskis A, Sirvyte D, Zemaitiene N. Prevalence and familial predictors of suicidal behaviour among adolescents in Lithuania: A cross-sectional survey 2014. *BMC Public Health* 2016; 16: 554.
7. Borges G, Borges R, Medina Mora ME, Benjet C, Nock MK. Parental psychopathology and offspring suicidality in Mexico. *Arch Suicide Res* 2013; 17: 123-135.
8. Santana GL, Coelho BM, Borges G, Viana MC, Wang YP, Andrade LH. The influence of parental psychopathology on offspring suicidal behavior across the lifespan. *PLoS One*. 2015; 10: e0134970.
9. Gureje O, Oladeji B, Hwang I, et al. Parental psychopathology and the risk of suicidal behavior in their offspring: results from the World Mental Health surveys. *Mol Psychiatry* 2011; 16: 1221-1233.
10. Machell KA, Rallis BA, Esposito-Symthers C. Family environment as a moderator of the association between anxiety and suicidal ideation. *J Anxiety Disord* 2016; 40: 1-7.
11. Kwok SY, Shek DT. Family processes and suicidal ideation among Chinese adolescents in Hong Kong. *ScientificWorldJournal* 2011; 11: 27-41.
12. Yalaki Z, Çakır İ, Taşar MA, Yalçın N, Bilge YD. Anne ve ergenlerdeki depresif belirtilerin ergen intiharları ile ilişkisi. *Dicle Tıp Dergisi* 2012; 39: 350-358.
13. Akbaş S, Kesebir S, Böke Ö, ve ark. Hastaneye başvurusu özkiyım girişimi ile olan ve olmayan major depresif bozukluklu ergenlerin ve annelerinin mizaç özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2010; 11: 9-17.
14. Fidan T, Ceyhan H, Kırpınar İ. Coping strategies and family functionality in youths with or without suicide attempts. *Arc Neuropsychiatry* 2011; 48: 195-200.
15. Palabıyıkoglu R, Azizoğlu S, Özayar H, Ercan A. İntihar girişimlerinde bulunanların aile işlevlerinin değerlendirilmesi. *Kriz Dergisi* 1993; 1: 69-75.
16. Aslan B, Batıgün AD. Ebeveyn kabul/reddi ile intihar olasılığı arasındaki ilişkiyi yaşam amaçlarının aracı rolü. *Türk Psikoloji Dergisi* 2017; 32: 62-76.
17. Beck AT, Schuyler D, Herman L. The Prediction of Suicide. Maryland: Charles Press Publishers, 1974.
18. Dilbaz N, Bitlis V, Bayam G, Berksun O, Holat H, Tüzer T. İntihar niyeti ölçeği: Geçerlilik ve güvenilirliği. *3P Dergisi* 1995; 3: 28-31.
19. Linehan MM, Nielsen SL. Assessment of suicide ideation and parasuicide: Hopelessness and social desirability. *J Consult Clin Psychol* 1981; 49: 773-775.
20. Bayam G, Dilbaz N, Bitlis V, Holat H, Tüzer T. İntihar davranışı ile depresyon, ümitsizlik, intihar düşüncesi ilişkisi: İntihar davranışı ölçeği geçerliliği ve güvenilirlik çalışması. *Kriz Dergisi* 1995; 3: 223-225.
21. Miller IW, Epstein NB, Bishop DS, Keitner GI. The McMaster family assessment device: Reliability and validity. *J Marital Fam Ther* 1985; 11: 345-356.
22. Bulut I. Ruh hastalığının aile işlevlerine etkisi. Başbakanlık Kadın ve Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı Yayınları, Ankara: 1993.
23. Derogatis LR. Confirmation of the dimensional structure of the SCL90: A study in construct validation. *J Clin Psychiatry* 1977; 33: 981-989.

24. Dağ İ. Belirti tarama listesi (SCL-90-R)'nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. Türk Psikiyatri Dergisi 1991; 2: 5-12.
25. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-Present and life time version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36: 980-988.
26. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B, Çengel Kültür E, Akdemir D, Taner Y. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-Şimdi ve yaşam boyu şekli- Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2004; 11: 109-116.
27. Sayar K, Bozkır F. İntihar girişiminde bulunan ergenlerde intihar niyeti ve ölümcüllüğün belirleyicileri. Yeni Sempozyum Dergisi 2004; 42: 28-36.
28. Sun L, Zhang J. Psychological strains and suicidal intent: an empirical study to related to the two psychopathological variables. J Nerv Ment Dis 2016; 204: 855-860.