

T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

**İNTİHAR GİRİŞİMİ İLE BAŞVURAN OLGULARIN KENDİNE
ZARAR VERİCİ DAVRANIŞ, MİZAÇ ÖZELLİKLERİ, SAVUNMA
BİÇİMLERİ VE YÜRÜTÜCÜ İŞLEVLER AÇISINDAN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ
DR. BÜŞRA ERDEM

DANIŞMAN
DOÇ. DR. OSMAN ZÜLKİF TOPAK

DENİZLİ – 2024

T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

**İNTİHAR GİRİŞİMİ İLE BAŞVURAN OLGULARIN KENDİNE
ZARAR VERİCİ DAVRANIŞ, MİZAÇ ÖZELLİKLERİ, SAVUNMA
BİÇİMLERİ VE YÜRÜTÜCÜ İŞLEVLER AÇISINDAN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ
DR. BÜŞRA ERDEM

DANIŞMAN
DOÇ. DR. OSMAN ZÜLKİF TOPAK

DENİZLİ – 2024

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim ve tez çalışmam süresince bilgi ve tecrübeleri ile yetişmeme katkıda bulunan, tezimin tüm aşamalarında emeği ve desteğini hissettiğim saygıdeğer hocam Doç. Dr. Osman Zülkif TOPAK'a;

Eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, birlikte çalışmaktan onur duyduğum değerli hocalarım Prof. Dr. Nalan Kalkan OĞUZHANOĞLU'na, Prof. Dr. Osman ÖZDEL'e, Prof. Dr. Selim TÜMKAYA'ya, Prof. Dr. Gülfizar VARMA'ya, Doç. Dr. Ayşe Nur İNCİ KENAR'a, Doç. Dr. Tuğçe TOKER UĞURLU'ya, Doç. Dr. Bengü YÜCENS'e;

Asistanlık süresince çok şey paylaştığım, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm asistan hekim arkadaşlarıma;

Birlikte çalışmaktan büyük keyif aldığım, tüm Psikiyatri Hastanesi hemşirelerimize, tüm psikolog arkadaşlarıma, sekreterlerimize ve personellerimize;

Tamamen gönüllülük ilkesi içinde çalışmaya katılmayı kabul eden sağlıklı gönüllülere ve değerli hastalarımıza;

Hayatımın her anında varlıklarıyla bana güç veren, bugünlere gelmemde büyük emekleri olan, hayatımın her döneminde olduğu gibi asistanlık eğitimim ve tez sürecimde de desteklerini hep yanımda hissettiğim başta ablalarım olmak üzere tüm aileme;

Sonsuz teşekkürler...

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
ONAY SAYFASI	iv
İÇİNDEKİLER	v
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
ÖZET	xi
GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	4
MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK	4
Tanım	4
Tarihçe	4
Epidemiyoloji	5
Etiyoloji	6
<i>Biyolojik Faktörler</i>	6
<i>Psikolojik kuramlar</i>	8
Majör Depresif Bozukluk ve İntihar	10
Majör Depresif Bozukluk ve Bilişsel işlevler	11
Majör Depresif Bozukluk ve Dürtüsellik	12
İNTİHAR	14
Tanım	14
Tarihçe	15
Epidemiyoloji	16
Etiyoloji ve Risk Faktörleri	17

<i>Biyolojik Faktörler</i>	19
<i>Psikososyal Faktörler</i>	20
<i>Psikolojik kuramlar</i>	24
<i>Sosyolojik Kuramlar</i>	27
İntihar ve Bilişsel İşlevler	27
İntihar ve Dürtüsellik	30
MİZAÇ	32
SAVUNMA MEKANİZMALARI.....	34
GEREÇ VE YÖNTEM.....	38
ÖRNEKLEM	38
Gönüllüler İçin Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri:	38
Gönüllüler İçin Dışlama Kriterleri:	39
ÇALIŞMANIN AŞAMALARI	40
VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	40
Sosyodemografik Veri Formu	40
Memphis,Pisa,Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi (TEMPS- A)	41
Savunma Biçimleri Testi	41
Londra Kulesi Testi (LKTDX)	42
Yap/ yapma Testi	43
Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	45
İSTATİKSEL DEĞERLENDİRME.....	45
BULGULAR.....	47
TARTIŞMA	76
SONUÇLAR.....	100
KAYNAKÇA	103
EKLER	131

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BB	Bipolar Bozukluk
BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
BDÖ	Barratt Dürtüsellik Ölçeği
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GABA	Gama aminobutirik asit
GNG	Go/NoGo
HPA	Hipotalamik-hipofiz-adrenal
KZVD	Kendine Zarar Verme Davranışı
MDB	Majör Depresif Bozukluk
NMDA	N-methyl-D-aspartic acid
OTS	One Touch Stockings
PEBL	The Psychology Experiment Building Language
SBT	Savunma Biçimleri Testi
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TEMPS-	Memphis,Pisa,Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme
A	Anketi
TOL	Tower of London
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Grupların Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması -1.....	48
Tablo 2. Grupların Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması -2.....	49
Tablo 3. Grupların Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması -3.....	51
Tablo 4. Grupların BDÖ Toplam Puan Ve Matür Savunma Puanlarının Karşılaştırılması	52
Tablo 5. Grupların Nevrotik Savunma Puanlarının Karşılaştırılması	53
Tablo 6. Grupların İmmatür Savunma Puanlarının Karşılaştırılması.....	55
Tablo 7. Grupların Mizaç Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	56
Tablo 8. Grupların Yürütücü İşlev Testleri Açısından Karşılaştırılması.....	57
Tablo 9. İntihar Girişimi Olanlarla Sağlıklı Kontrollerin Sosyodemografik Veri Formu Verileriyle Karşılaştırılması -1	58
Tablo 10. İntihar Girişimi Olanlarla Sağlıklı Kontrollerin Sosyodemografik Veri Formu Verileriyle Karşılaştırılması -2	60
Tablo 11. İntihar Girişimi Olanlarla Sağlıklı Kontrollerin Sosyodemografik Veri Formu Verileriyle Karşılaştırılması -3.....	61
Tablo 12. İntihar Girişimi Olan Grupta Depresyonu Olan ve Olmayan Grupların Sosyodemografik Veri Formu Verileriyle Karşılaştırılması -1.....	61
Tablo 13. İntihar Girişimi Olan Grupta Depresyonu Olan ve Olmayan Grupların Sosyodemografik Veri Formu Verileriyle Karşılaştırılması -2.....	63
Tablo 14. İntihar Girişimi Olan Grupta Depresyonu Olan ve Olmayan Grupların Sosyodemografik Veri Formu Verileriyle Karşılaştırılması -3.....	64
Tablo 15. İntihar Girişimi Olan Grupta Depresyonu Olan ve Olmayan Grupların Sosyodemografik Veri Formu Verileriyle Karşılaştırılması -4.....	64
Tablo 16. Kullanılan İntihar Girişim Yöntemleri	65
Tablo 17. İntihar Girişiminde Bulunanların Sağlıklı Kontrollerle TEMPS-A Mizaç Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması-1	65
Tablo 18. İntihar Girişimi Olan Grupta Depresyonu Olan ve Olmayan Grupların TEMPS-A Mizaç Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması-2.....	66
Tablo 19. İntihar Girişiminde Bulunanların Sağlıklı Kontrollerle Savunma Biçimleri Testi Matür ve Nevrotik Savunma Puanlarının Karşılaştırılması	67

Tablo 20. İntihar Girişiminde Bulunanların Sağlıklı Kontrollerle Savunma Biçimleri Testi İmmatür Savunma Puanlarının Karşılaştırılması	68
Tablo 21. İntihar Girişimi Olan Grupta Depresyonu Olan ve Olmayan Grupların Savunma Biçimleri Testi Matür ve Nevrotik Savunma Puanlarının Karşılaştırılması	69
Tablo 22. İntihar Girişimi Olan Grupta Depresyonu Olan ve Olmayan Grupların Savunma Biçimleri Testi İmmatür Savunma Puanlarının Karşılaştırılması	70
Tablo 23. İntihar Girişiminde Bulunanların Sağlıklı Kontrollerle GNG/TOL Testleri Puanlarının Karşılaştırılması.....	71
Tablo 24. İntihar Girişimi Olan Grupta Depresyonu Olan ve Olmayan Grupların GNG/TOL Testleri Puanlarının Karşılaştırılması	72
Tablo 25. Regresyon Analizi	74
Tablo 26. ROC Eğrisi	75

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. İntihar riskinin biyopsikososyal modeli (Turecki ve ark. (2019)'dan uyarlanmıştır).....	18
Şekil 2. Londra Kulesi Testi Görünümü.....	43
Şekil 3. Yap/Yapma Testi Görünümü	44
Şekil 4. Hane Gelir Durumu Dağılımı.....	59
Şekil 5. TOL Toplam Zaman Dağılımı	72
Şekil 6. GNG Toplam Doğru Sayısı Dağılımı.....	73
Şekil 7. GNG Toplam Doğru Sayısı ROC Eğrisi	75

ÖZET

İntihar girişimi ile başvuran olguların kendine zarar verici davranış, mizaç özellikleri, savunma biçimleri ve yürütücü işlevler açısından değerlendirilmesi

Dr.Büşra ERDEM

Kişinin kasıtlı olarak kendi ölümüne neden olması olarak tanımlanan intihar küresel bir halk sağlığı krizi olup gelişiminde biyolojik, psikolojik, sosyal ve çevresel birçok faktör etkilidir. Bu çalışmanın amacı; intihar girişiminde bulunanlardan depresif bozukluğu olan ve olmayanlar ile sağlıklı kontrolleri kendine zarar verici davranış (KZVD), mizaç özellikleri, savunma biçimleri ve yürütücü işlevler açısından değerlendirmek, bireyleri intihar düşüncesine ve davranışlarına götüren ya da intihardan koruyan özellikleri anlamaya çalışmaktır. Çalışmaya intihar girişimi sonrası psikiyatri kliniğine başvuran DSM 5'e göre depresif bozukluk tanısı almış 30 kişi, herhangi bir tanı almamış 30 kişi ve 30 sağlıklı kontrol alınmıştır. Tüm katılımcılara sosyodemografik veri formu, TEMPS-A Mizaç Değerlendirme Envanteri, Savunma Biçimleri Testi (SBT), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)) uygulanmış, nöropsikolojik test olarak Londra Kulesi Testi (TOL) ve Go/NoGo (GNG) testi bilgisayar versiyonu (The Psychology Experiment Building Language (PEBL) uygulanmıştır. İntihar girişimi olanlarda depresif mizaç, irritable mizaç, anksiyöz mizaç ve KZVD sağlıklı kontrollere göre daha yüksek bulunmuştur. İntihar girişimi olanların sağlıklı kontrollere göre matür savunmaları daha az, immatür savunmaları daha çok kullandığı bulunmuştur. İntihar girişimi olanlardan depresyonu olanların depresyonu olmayanlara göre matür savunmaları daha az kullandıkları bulunmuştur. İntihar girişimi olanlarda GNG toplam doğru puanı kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur. İntihar girişimi olan grupta dikkatle ilgili bozukluğu gösteren omisyon/ yap hataları ve yanıt baskılanmasında yetersizliği/dürtüsellliği yansıtan komisyon/ yapma hataları sağlıklı kontrollerden daha yüksek bulunmuştur. Planlama becerilerinde yetersizlikle ilişkilendirilen TOL toplam zamanı depresif intiharlarda daha yüksek saptanmıştır. İntihar girişimi olan ve olmayanların ayrımında GNG toplam doğru puanının bağımsız etkinliği bulunmuş, 306 cut off değerinde ayırabildiği saptanmıştır. Bulgularımız tanıdan bağımsız olarak depresif, irritable ve anksiyöz

mizaç özellikleri baskın olanların, immatür savunmaları daha sık kullananların ve planlama becerileri ve dürtüsellik (yanıt inhibisyonu) gibi yürütücü işlev bozukluklarının intihar için risk faktörü olabileceğini göstermektedir. Çalışmamız yakın intihar riskini değerlendirmede nörobilişsel testlerin kullanılabilirliğini desteklemektedir.

Anahtar kelimeler: İntihar girişimi, mizaç, savunma biçimleri, yürütücü işlevler, dürtüsellik



SUMMARY

Evaluation of the self-injurious behavior, temperament characteristics, defense styles and executive functions in cases admitted with suicide attempt

Dr. Büşra ERDEM

Suicide attempt, defined as a person's deliberate attempt to kill himself, is a global public health crisis and biological, psychological, social and environmental factors have impact on its development. The aim of this study was to evaluate suicide attempters with or without depressive disorder and healthy controls in terms of non-suicidal self injury (NSSI), temperament characteristics, defense styles and executive functions; and to try to understand the factors that lead individuals to suicidal thoughts and behaviors or protect them from suicide. The study included 60 people who admitted to the psychiatric clinic after a suicide attempt (30 with depressive disorder according to DSM 5 and 30 without any diagnosis), and 30 healthy controls. Sociodemographic data form, TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego – Autoquestionnaire), Defense Style Questionnaire (DSQ), Beck Depression Inventory (BDI), were applied to all participants. The computer version of the Tower of London Test (TOL) and Go/NoGo (GNG) task (The Psychology Experiment Building Language PEBL) were applied as neuropsychological tests. Depressive temperament, irritable temperament, anxious temperament and NSSI were found to be higher in suicide attempters than in healthy controls. It was found that suicide attempters used mature defense styles less and immature defense styles more than healthy controls. Suicide attempters with depression use mature defenses less than those without depression. GNG total correct score was found to be lower in those who attempted suicide than in the control group. Omission/go errors which indicate attention-related impairment, and commissionno go errors which reflect inadequate response suppression/impulsivity, were found to be higher in suicide attempters than in healthy controls. Total TOL time, which is associated with inadequate planning skills, was found to be higher in depressive suicides. The GNG total correct score was found to be independent factor and could differentiate groups between those who attempted suicide and those who did not at a cut-off value of 306. Our findings showed that, independent of diagnosis, those with depressive, irritable and anxious

temperament traits, those who use immature defenses more frequently, and those who have executive disfunctions such as planning skills and impulsivity (response inhibition) may be risk factors for suicide. Presenting the usability of neurocognitive tests to assess suicide risk is the important result of our study.

Key words: Suicide attempt, temperament, defense styles, executive functions, impulsivity



GİRİŞ VE AMAÇ

Kişinin kasıtlı olarak kendi ölümüne neden olması olarak tanımlanan intihar, 2014 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “küresel bir halk sağlığı krizi” olarak değerlendirilmiştir. DSÖ 2019 yılı verilerine göre her 40 saniyede bir insan, her yıl ise 700,000’ den fazla insan intihar ederek yaşamına son vermektedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından düzenlenen istatistiklere baktığımızda 2001 yılında intihar sayısı 2584 (kaba intihar hızı yüz binde 3.97) iken 2022 yılında 4146’e (kaba intihar hızı yüz binde 4.88) ulaşmıştır. İntihar düşüncesi ve intihar girişimlerinin küresel yaşam boyu yaygınlığına bakıldığında ise sırasıyla %9,2 ve %2,7’dir (1) (2). İntihar sonucu ölenlerin yaklaşık %50’si daha önce en az bir kez, yaklaşık %25’i son bir yıl içinde intihar girişiminde bulunmuştur ve genel nüfus için öyküde intihar girişiminin bulunması gelecekteki tamamlanmış intihar açısından en önemli risk faktörlerinden biridir (3) (4). Bu nedenle intihar düşüncesini ve girişimini daha çok araştıran çalışmalara ihtiyacımız vardır.

İntihar riskinin gelişimi karmaşıktır ve biyolojik, psikolojik, sosyal ve çevresel faktörlerin etkilerini içerir (5). Genel popülasyonda intihar ölümlerine ilişkin bireysel risk faktörlerini inceleyen, tanımlanmış 38 risk faktörüne ilişkin meta-analitik kanıtların gücünü ve kalitesini değerlendiren, 2008-2023 yılları arasında yayınlanan 33 meta-analizin değerlendirildiği bir çalışmanın verileri bu alanda önemli olup; psikiyatrik hastalıklar ile önceki intihar girişi/ kendine zarar verme davranışı en güçlü kanıtlara sahip risk faktörleri olarak görülmektedir (4). Fiziksel hastalıklar (kanser ve epilepsi gibi) ve sosyodemografik faktörlerin (işsizlik ve düşük eğitim seviyesi gibi) intihar riskini iki kat arttırdığı, cezai adalet sistemiyle temas, çocuklukta devlet bakımı, ateşli silahlara erişim ve ebeveynlerin intihar nedeniyle ölmesinin de intiharla ölüm riskini artırdığı belirtilmektedir (4). Mevcut çalışmalarda araştırılan çok sayıda risk faktörü olmasına rağmen, çok az sayıda ilişkinin sağlam kanıtlarla desteklendiği görülmektedir.

Major depresif bozukluk (MDB), farklı ülkelerdeki çok sayıda çalışmada da doğrulandığı gibi, çocuklarda ve gençlerde intihar davranışının tutarlı bir öngörücüsü olarak kabul edilmektedir (6). Bütün intiharların yaklaşık %60’ında depresyonun rolü olduğu düşünülmektedir (7) (8). Bununla birlikte MDB’de intihar düşüncesi olanların büyük kısmı intihar girişiminde bulunmamaktadır ve bu nedenle MDB’de intihar

girişimi ile ilişkili değişkenleri saptamak önemlidir (9). Öte yandan intihar düşüncesi, planı olan veya intihar girişiminde bulunanların hepsi klinik olarak depresyon yaşamamaktadır (10), yaşam koşullarına yanıt olarak dürtüsel intiharlar da görülebilmektedir (11). Yapılan çalışmalar intihar riskinin majör depresif bozukluk veya borderline kişilik bozukluğunun bir belirtisi olarak ele alınmaması gerektiğini, bağımsız olarak ele alınmasının önemini vurgulamaktadır (12) (13). Öte yandan, intihar niyeti olmaksızın, kişinin vücut dokusu bütünlüğünün sosyal veya kültürel olarak onaylanmayan yöntemlerle ve kasıtlı olarak tahrip edilmesi olarak tanımlanan kendine zarar verme davranışı (KZVD) (14), bir diğer küresel ruh sağlığı sorunu olarak giderek daha fazla ilgi görmektedir. Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından 2013 yılında yayınlanan DSM-5'te İntihar Davranışı Bozukluğu ve İntihar Olmayan Kendine Zarar Verme Davranışı “Daha İleri Araştırma Gerektiren Durumlar” şeklinde tanı sınıflamasına dahil etmiştir (15). KZVD öncelikli olarak intihar niyetinden kaynaklanmasa da intiharla yakından ilişkilidir. Çok sayıda çalışma KZVD ve intihar arasındaki yüksek birlikteliği doğrulamaktadır (16) (17). Ancak bu ilişkinin altında yatan mekanizmalar hakkında çok az şey bilinmektedir (18).

Mizaç, kişinin dış dünya ile iletişimini, tepkilerini, duygularını ifade edişini ve sosyal ilişkilerdeki tutumlarını belirleyen ve düzenleyen, kalıtımla geçen, biyolojik temelli, yaşam boyunca neredeyse hiç değişmeyen ve tekrarlayan davranış eğilimleri olarak tanımlanmaktadır (19). Akiskal afektif mizaçların duygudurum bozukluklarını öngörmeye önemli olduğunu ileri sürmüş ve depresif, siklotimik, hipertimik, irritabl ve anksiyöz olmak üzere 5 temel mizaç tanımlamıştır (20). Yapılan çalışmalar kişilerin mizaç özelliklerinin intihar davranışında rolü olabileceği, depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç özelliklerinin intihar girişimi açısından riskli olduğu belirtilmektedir (21).

Savunma mekanizmaları Anna Freud tarafından egonun istenmeyen ve kaygı yaratan durumlardan uzaklaşmasını, dürtüsel davranışlar, duygular ve içgüdüsel istekler üzerinde kontrol sahibi olmasını sağlayan bilinçdışı psikolojik süreçler olarak tanımlanmıştır (22). Ruhsal yapının işleyişi ile ilgili teoriler, intihar davranışı olan bireylerin belirli savunma mekanizmalarını kullanımını tanımlar (23). Bunlar kendiliğe yönelen saldırganlık, ilkel bölme, ilkel idealizasyon, regresyon ve saldırganla özdeşimi içerir. Yakın zamanda intihar girişimi olan depresif hastaların

intihar girişimi olmayanlarla karşılaştırıldığı bir çalışmada depresif hastaların özellikle pasif agresyon, otistik fantezi ve projeksiyon gibi olgun olmayan tarzda savunmaları daha çok kullandığı bulunmuştur (24).

Yürütücü işlevler, çeşitli bilişsel zorlukları yönetmek için gerekli süreçleri kapsayan şemsiye bir terimdir. Kısa süreli bellekteki öğeleri hatırlamayı veya değiştirmeyi, zaman baskısı altında fiiller üretmeyi, alışılmış bir motor tepkiyi durdurmayı, belirli uyaranlara dikkat etmeyi ve dikkat dağıtıcıları görmezden gelmeyi, sürekli değişen kurallarla problemleri çözmeyi ve karmaşık talimatları izlemeyi, duygusal ve sosyal davranışları düzenlemeyi içerir (25) (26) (27). Bozulmuş yürütücü işlev, MDB olan hastaların önemli bir özelliğidir ve çeşitli çalışmalarda intihar düşüncesi ve intihar girişimleri ile ilişkilendirilmiştir (28) (29).

Çalışmamızda intihar davranışı ile ilişkili olduğu düşünülen depresyon, kendine zarar verici davranış, mizaç özellikleri, savunma biçimleri ve yürütücü işlevlerin incelenerek sosyodemografik verilerle birlikte bütüncül bir değerlendirilmesi planlanmaktadır. Bu çalışmanın amacı; intihar davranışında bulunan, depresif bozukluğu olan ve olmayan vaka gruplarıyla, sağlıklı kontroller arasında kendine zarar verici davranış, mizaç özellikleri, savunma biçimleri ve yürütücü işlevler açısından farklılıkları değerlendirmek, bireyleri intihar düşüncesine ve davranışlarına götüren ya da intihardan koruyan özellikleri anlamaya çalışmaktır.

GENEL BİLGİLER

MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK

Tanım

MDB temel belirtilerinin çökkün ruh hali ve eskiden yapmaktan keyif alınan aktivitelere karşı ilgi ve istek kaybı olduğu, birçok sosyal, bilişsel, bedensel belirtinin eşlik ettiği, psikososyal işlevselliği ciddi şekilde sınırlayan ve yaşam kalitesini düşüren, ataklarla gidebilen ve tekrarlama eğilimi gösteren önemli bir duygudurum bozukluğudur (30) (31). MDB’de diğer önemli belirtiler uyku ve iştahta azalma veya artma, psikomotor yavaşlama veya ajitasyon, bitkinlik ya da enerji azlığı, değersizlik ya da uygunsuz suçluluk duyguları, düşünmekte ve odaklanmakta zorlanma, yineleyici ölüm düşünceleridir (30). MDB tanısı; DSM-V’e göre aynı iki haftalık dönem boyunca, belirtilerden en az biri çökkün duygudurum ya da ilgisini yitirme zevk alamama olmak üzere belirtilerden beşi ya da çoğuna sahip bireylere konulmaktadır (32).

Tarihçe

MDB ile ilgili yapılan araştırmalar ilk bulgulara dair kanıtların bundan yaklaşık 2000-2500 yıl öncesine eski Yunan Medeniyetine kadar uzandığını göstermektedir. Manisa’daki Spil Dağı’nda bulunan ‘‘Niobe’nin taş yüzü-Ağlayan Kaya’’nın hikayesi bilinen ilk depresyon olgularındandır. O dönemlerde depresyonun fiziksel bir durum olmaktan ziyade ruhsal bir durum olduğu tartışılmakta, diğer akıl hastalıkları gibi şeytani mülkiyetten kaynaklandığına inanılmakta ve bu nedenle doktorlar yerine din adamları tarafından ele alınmaktadır (33). Depresyonun iblisler ve kötü ruhlardan kaynaklandığı fikri, eski Yunanlılar, Romalılar, Babilliler, Çinliler ve Mısırlılar da dahil olmak üzere birçok kültürde mevcuttur. Hipokrat (M. Ö 5-4.Yüzyıl), depresyon için ‘‘siyah safra’’ anlamına gelen melankoli kelimesini kullanmış, bağırsakta ve dalakta biriken aşırı miktarda kara safranın melankoliye sebep olduğunu düşünmüştür. Kapadokyalı Aretaeus melankoli semptomlarından, Bergamalı Galen de (M.S 200) Hipokrat gibi kara safradan kaynaklı sorunlardan bahsetmiş, aynı zamanda hipokondriyak bölgede biriken kara safra sonucu depresyonla beraber karın ağrısı, hazımsızlık gibi semptomlarının eşlik ettiğini belirtmiştir. Türk ve Arap dünyasında ise 10.yüzyılda İbni Sina, İshak İbni İbrahim gibi hekimler ruhsal bozuklukların

kalıtsal veya beyindeki bozukluklardan kaynaklı olduğunu bildirmişlerdir. İshak İbni İbrahim uyku sorunları, iştahsızlık, moralsizlik, ölüm düşünceleri gibi melankoli belirtilerini tanımlamıştır (34).

1621 yılında Robert Burton, depresyonun yoksulluk, korku ve yalnızlık gibi sosyal ve psikolojik nedenlerini özetlediği "Melankolinin Anatomisi" metnini yayınlamıştır (35). Melankolinin çeşitli biçimlerini, onu tanımlayan çökkün ruh hali nedeniyle "depresif durumlar" olarak adlandırmaya başlayan kişi, 19. yüzyıl Alman psikiyatristi Emil Kraepelin olmuştur. Kraepelin ayrıca manik depresyon ve dementia praecox olmak üzere depresyonu iki kategoriye ayırmıştır. Kraepelin'in ayrımı, depresyonun kaynağının dışsal mı yoksa içsel mi olduğuna dayanmaktadır. Depresyon sevilen birinin ölümü gibi dışsal bir trajediden kaynaklanıyorsa manik depresyonun bir türü olarak kabul ediliyordu, dönemsel ve geçici olması bekleniyordu (36).

1917'de Sigmund Freud 'Yas ve Melankoli' adlı eserinde melankolinin ölüm gibi gerçek bir kayıp ya da arzulanan hedefe ulaşamama gibi sembolik bir kayıp karşısında verilen bir tepki olduğunu yazmıştır. Melankolinin ayırt edici zihinsel özelliklerinin son derece acı veren bir keder, dış dünya ile ilginin kesilmesi, sevmeye kapasitesinin kaybı, tüm faaliyetlerin engellenmesi, kendini önemseyen duyguların kendini suçlamaya dönüştürerek özsaygının da yitirilmesi olarak görmüş, bir kişinin kayıbdan dolayı duyduğu bilinçdışı çatışmaların ve öfkenin, kendinden nefret etmeye ve kendine zarar veren davranışlara yol açtığını söylemiştir (37).

20.yüzyılda psikanalitik, bilişsel ve davranışçı yaklaşımlar gibi farklı kuramsal bakış açıları teknolojinin gelişmesiyle birlikte beyin biyokimyası, radyolojik ve elektrofizyolojik araştırmalar psikiyatride yeni boyutlar kazandırmıştır. Duygudurum bozukluklarında monoamin hipotezinden sonra trisiklik antidepresanların ortaya çıkışı psikiyatride psikofarmakoloji çağını başlatmıştır. Günümüzde ise duygudurum bozukluklarının etiyolojisini daha iyi anlamak için psikolojik ve biyolojik boyutlar arasında bağlantı kurulmaya çalışılmaktadır.

Epidemiyoloji

2008 yılında DSÖ, majör depresyonu dünya çapında hastalık yükünün üçüncü nedeni olarak sıralamış ve hastalığın 2030 yılına kadar birinci sırada yer alacağını öngörmüştür (38). Çalışmalar son yıllarda MDB'de önemli bir artış olduğunu göstermektedir (39) (40). MDB yeti yitimiyle geçirilen yılların önde gelen

nedenlerinden biridir ve önemli bir hastalık yüküne neden olmaktadır (40). Majör depresif bozukluğun 12 aylık yaygınlığı ülkeler arasında önemli ölçüde farklılık göstermekle birlikte yaklaşık olarak %6'dır (41). Yaşam boyu depresyon riski ise üç kat daha yüksektir (%15-18), neredeyse beş kişiden biri hayatının bir döneminde depresif bozukluk geçirmektedir (42).

Majör depresyonun ilk epizodu için en olası dönem ergenliğin ortalarından 40'lı yaşların ortalarına kadar uzanır, ancak hastaların neredeyse %40'ı ilk depresyon epizodunu 20 yaşından önce yaşar ve ortalama başlangıç yaşı 20'li yaşların ortalarında (43). Yaşam süresi boyunca, depresyon kadınlarda erkeklere göre neredeyse iki kat daha yaygındır ve her iki cinsiyette de yaygınlık, yaşamın ikinci ve üçüncü dekatlarında zirveye ulaşmakta ve daha sonra beşinci ve altıncı dekatlarda daha ılımlı bir seviyeye gelmektedir (41). Kronik rahatsızlığı olan kişilerde 12 aylık depresyon prevalansı %3,2 ile %23,0 arasında bulunmuştur (41). Ekonominin gelişmesi ve yaşam baskısının artmasıyla birlikte MDB'nin daha genç yaşlarda ortaya çıkmaya başladığı görülmektedir (41). Erkekler ve kadınlar arasında depresyonun görülme sıklığındaki farklılığın, biyolojik ve psikolojik cinsiyet farklılıkları ve hem mikro hem de makro düzeyde etkili olan çevresel faktörlerle bağlantılı olduğu düşünülmektedir (44). Depresyonda intihar ile ölüm sıklığı oldukça yüksektir ve tedavi edilmemiş depresif bozukluğu olan kişilerde bu oranın normal popülasyona oranla 20 kat daha fazla olabileceği bildirilmiştir (41).

Etiyoloji

Biyolojik Faktörler

MDB'nin patolojik mekanizmasının karmaşıklığı nedeniyle doğru tanı yaklaşımları ve farmakolojik tedavi stratejileri nispeten sınırlıdır. MDB patogenezi patojenik olarak açıklamak için hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) eksen fonksiyon bozukluğu hipotezi, monoamin hipotezi, inflamatuvar hipotez, genetik ve epigenetik anomali hipotezi, yapısal ve fonksiyonel beyin yeniden modelleme hipotezi ve psikososyal hipotezler dahil olmak üzere çeşitli hipotezler geliştirilmiştir (45) (46).

Yakın zamanda yapılan aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları, genetik faktörlerin MDB'nin ortaya çıkmasında çok önemli bir rol oynadığını göstermektedir (47). Genetik olarak çeşitli bir hastalık olan MDB'nin kalıtsallığı %30-50'dir (48). Presinaptik vezikül trafiği (PCLO), dopaminerjik nörotransmisyon, glutamat

iyonotropik reseptör kainat tipi alt birim 5 (GRIK5) ve metabotropik glutamat reseptörü 5 (GRM5) ve nöronal kalsiyum ile ilişkili olanlar dahil 100'den fazla gen lokusu genom çapında ilişkilendirme çalışmaları ile kalsiyum voltaj kapılı kanal alt birimi alfa1 E (CACNA1E) ve kalsiyum voltaj kapılı kanal yardımcı alt birimi alfa2 delta1 (CACNA2D1) gibi sinyallerin artan MDB riski ile ilişkili olduğu bulunmuştur (49) (50) (51).

Geleneksel monoamin teorisi, ortak patojenik faktörlere ek olarak, serotonin (5-HT), dopamin (DA) ve norepinefrin (NE) gibi monoamin nörotransmitterlerindeki eksikliklerin klinik depresyonun temel nedeni olduğunu ileri sürmektedir (52).

HPA aktivitesindeki artış, depresyonlu kişilerde en sık görülen nörobiyolojik değişikliklerden biridir. Hayvan modellerinde, sürekli glukokortikoid stimülasyonunun glutamaterjik nöronların uyarılabilirliğini artırabildiği ve aynı anda astrositlerin sayısını ve plastisitesini azaltabildiği, ayrıca hipokampus ve frontal korteksteki nöronal dendrit bağlantısını azaltarak depresyona yol açtığı gözlemlenmiştir (53).

Son yıllarda artan kanıtlar astrositik fonksiyon bozukluğunun MDB'de önemli bir rol oynadığını göstermektedir (54). Medial prefrontal korteksteki (mPFC) astrositlerin farmakolojik ablasyonu, deney hayvanlarında depresif benzeri semptomlara neden olmakta ve MDB'li hastaların ölüm sonrası çalışmaları, prefrontal korteks (PFC), hipokampus ve amigdaladaki glial hücre yoğunluklarının azaldığını göstermektedir (49).

Adenozin trifosfat(ATP) depresyonla ilişkilendirilmiş, bir adenozin reseptör antagonisti olan kafein alımının intihar ve depresyon oluşumuyla yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir (55) (56).

Tiroid hormonu, östrojenler, leptin, sitokin hipotezi, oksidatif stres, proinflamatuvar sitokinler, nörotrofik faktörler, enflamasyonlar, nöron ve glial hücre arasındaki etkileşim, sinaptik esneklik, mikrobiyota- bağırsak- beyin eksenini gibi MDB'nin patogeneziyi açıklayan ve hızla gelişen pek çok araştırmayla ilişkilendirilen pek çok hipotez vardır (57) (58) (59) (60). Ancak bu hipotezlerin hiçbirisi tek başına MDB'nin patolojik temelini tam olarak açıklayamazken, bu hipotezlerin öne sürdüğü birçok mekanizma birbiriyle etkileşim halindedir (60).

Son yıllarda pek çok araştırmacı MDB hastalarında hastalığa özgü fonksiyonel ve/veya yapısal anormallikleri sağlıklı kişilerle karşılaştırmak için manyetik rezonans görüntüleme (MRG) kullanarak MDB tanısı koymaya çalışmaktadır (61). Beynin çeşitli bölgelerindeki anormal gri madde hacminin MDB ile pozitif yönde ilişkili olduğu rapor edilmiş fakat son çalışmalar, MDB hastalarında serebral fonksiyonel anormalliklerin belirli beyin bölgeleriyle sınırlı olmadığını ortaya koymuştur (62).

Biyolojik faktörlerin yanı sıra stres gibi çevresel etkiler de hem bağımsız olarak hem de genetik faktörlerle birlikte MDB gelişimine önemli ölçüde katkıda bulunmaktadır (48). Çok sayıda çalışma, olumsuz yaşam olaylarının MDB gelişimine yol açabileceğini öne sürmektedir (63).

Psikolojik kuramlar

Psikanalitik Kuram

Fizyolojik açıklamaların sonrasındaki dönemde melankoli kavramı, mental durumlar içinde ilk olarak Alman psikanalist Karl Abraham'ın (1988) çalışmalarında görülmüş, içe atılan nesneye yönelik saldırganlığın benliğe yönelmesi olarak tanımlanmıştır (64).

1917'de Freud 'Yas ve Melankoli' adlı eserinde, kayıp durumlarında neden bazı insanların bir süre sonra aşılacak olan yas duygusuyla tepki verdiğini, bazılarının ise melankoliye yenik düştüğünü açıklamaya çalışmıştır. Yas, sevilen birinin kaybına ya da bir ülkenin, özgürlüğün ya da bir idealin yerini almış soyut bir kayba gösterilen tepkidir. Melankoli ise nesnenin sevgisinin kaybedilmesi sonucu ortaya çıkan ve benlik saygısında gözle görülür bir azalmanın gözlemlendiği bilinçdışı bir süreçtir. Buna göre, yasta nesneye dair bir kayıp algılanırken, melankolide özne için ben'e dair bir kayıp söz konusudur. Başka bir deyişle yasta fakirleşen ve boşalan dünyadır, melankolide ise egonun kendisidir. Kişi bu kayıpla başa çıkmak için "içe atma" savunma mekanizmasını kullanarak aynı zamanda tümgüçlü nesneyle bütünleşmeye çalışır (65). Nesnenin kaybı, kayıp nesneye yönelik ikili duyguları vurgulayan suçluluk duygusunu da beraberinde getirir. Birey yalnızca kayıp nesneye fantezide ya da gerçekte saldırdığını bildiği için değil, aynı zamanda nesnenin tatmin edici olmayan varlığı ve sevgisi nedeniyle o kaybı arzuladığı için de suçluluk duyar. Bu nedenle melankolik özne, kendini değersizleştirerek cezalandırılmayı hak eden ve hatta arzulayan bir konumdadır (65) (66).

Klein daha sonra kayıp dış nesnenin "geri döndürüldüğü" bir iç dünyanın kurulmasının öneminden bahsetmiştir. Melankolide, iyi ve kötü kısmi nesneleri iç dünyadaki bütün nesnelere entegre etme konusundaki daha önceki başarısızlığa doğru bir gerileme vardır. Depresif birey, doğasındaki yıkıcılık sevgi duygularıyla bütünleşmediği için, kayıptan tümgüçlü olarak kendisinin sorumlu olduğuna inanır. Klein, acı çekmenin, yas tutmanın, suçluluk duymanın, telafi etmenin, muhtemelen sanrısız düşünmenin, tümgüçlülüğün, inkarın ve idealleştirmenin depresyonu karakterize ettiğini savunmuştur (67).

Freud'un melankolide benliğe ilişkin kayıp duygusu açıklamasının aksine Lacan, melankoli durumunun kayıp ve eksiklik karmaşasının bir sonucu olarak ortaya çıktığını söylemektedir (68) Lacanın bu görüşü Lacancı öznenin arzu nesnesiyle ilişkisi bağlamında anlaşılmaktadır. Arzu ötekinin arzusudur ve özne daima ötekinin bizden ne istediğinin peşindedir (69). Bu durumda arzu nesnesi olarak ortaya çıkan A nesnesi daima arzu edilen şeyle, eksiklikle ilişkilidir. Ancak boşluğu dolduracağını düşündüğümüz nesneler hiçbir zaman o boşluğu dolduramayacaktır (68). Melankoli içindeki özne bu eksiklikle karşı karşıya kalmakta ve bu eksikliği arzuyu devindiren ve yaşamı ayakta tutan kurucu bir eksiklik olarak almak yerine, bu kayıp nesneyi bir zamanlar bulduğu ve sonra kaybettiği yönünde yanlış bir inanış içindedir. Kaybın acısı içindeki melankolik özne bu kaybı gerçek düzende bir kayıp olarak yaşar. Lacan'a göre yasta gerçeğin bir parçasıyla karşılaşmış bir süre sonra bunu simgele aktarma durumu varken, melankoli ise nesnenin gerçekliğinin olduğu gibi öznenin önünde yer alması durumudur (70).

Davranışçı Kuram

Öğrenilmiş çaresizlik modeli, insanlarda herhangi bir eylemde bulunsalar da gelecekteki olayların sonuçlarını değiştiremeyeceklerine dair inancı vurgulamaktadır. Tekrarlanan çaresizlik deneyimlerinin başa çıkma stratejilerinin tükenmesine yol açabileceği düşünülmektedir. Teoriye göre, bu tür deneyimler yaşayan kişilerin olumsuz bir olayla karşılaştıklarında kendilerini çaresiz hissetmeleri ve özgüvenlerinin düşük olması, depresif belirtilerin başlamasına, devam etmesine veya şiddetlenmesine neden olabilmektedir (71).

Pekiştirme modeli ise sürekli olarak uygun ödül eksikliğine neden olan çevresel faktörlerin depresyona yol açtığını öne sürmektedir. Kişinin yaşamına uygun olmayan

ödülleri ya da karşılığın eksikliği ya da fazlalığı da bireyin kendisinde olumsuz yansımaları yol açabilmektedir. Bunun sonucunda kişi normal yaşamında yapabileceği eylemleri yapmaktan kaçınmakta, uygunsuz tepkiler ve davranışlar sergilemekte, sosyal açıdan yetersiz ve beceriksiz hale gelmekte ve kişide depresyon gelişmektedir (72).

Bilişsel Kuram

Aaron Beck tarafından önerilen bilişsel depresyon modeli, kişinin kendisi, dünya ve gelecek hakkındaki olumsuz düşünce ve inançlarının depresyona yol açabileceğini ileri sürmektedir. Depresif insanların düşüncelerine hâkim olan, negatif bilişsel üçlü olarak tanımlan kusurlu ya da yetersizim, tüm deneyimlerim yenilgi ya da başarısızlıkla sonuçlanıyor ve gelecek umutsuz şeklinde üç ana işlevsiz inanç şemasının olduğunu öne sürmektedir (73). Bu modele göre, depresyonu olan kişiler dikkatlerini deneyimlerinin olumsuz yönlerine odaklama eğilimindedirler, bu da olumlu pekiştirme eksikliğine ve olumsuz şemalar geliştirme riskinin artmasına neden olmaktadır. Bu olumsuz şemalar daha sonra orijinal deneyimle ilgili durumlarda etkinleşerek depresyon belirtilerine yol açmaktadır (74).

Majör Depresif Bozukluk ve İntihar

Major depresif bozukluk (MDB), çocuklarda ve gençlerde intihar davranışının tutarlı bir öngörücüsü olarak kabul edilmekte olup intiharların yaklaşık %60'ında rolü olduğu düşünülmektedir (6) (7) (8). Majör depresyonda intihar riskinin genel topluma göre yaklaşık 20 kat daha yüksek olduğu bildirilmiştir (75). Majör depresyon hastalarında yaşam boyu intihar düşüncesi görülme sıklığı %48, intihar girişimi görülme sıklığı ise %16 olarak rapor edilmiştir (76). Bu oranlara bakıldığında MDB hastalarının hepsinde intihar düşüncesi olmadığı ve MDB'de intihar düşüncesi olanların büyük kısmının intihar girişiminde bulunmadığı görülmektedir. Bu nedenlerle MDB'de intihar girişimi ile ilişkili değişkenleri saptamak oldukça önemlidir (9).

Depresif dönemlerin uzunluğunun, intihar girişimi öyküsünün ve sosyal desteğin bu riskte etkili olduğu bildirilmektedir (75). Majör depresyonun klinik belirtileri incelendiğinde umutsuzluk ve psikopatolojinin şiddetinin intihar davranışıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (77). Depresyon hastalarında madde kullanım öyküsü, ailede

intihar öyküsü, anksiyete bozukluğu ve kişilik bozukluğu varlığının intihar riskini arttırdığı belirtilmektedir (77). İntihar davranışına doğrudan veya medya yoluyla maruz kalma, yakın zamanda psikiyatri kliniğinden taburcu olma, intihar yöntemlerine kolay erişim, yeni tanı alma veya ağrıya neden olan fiziksel bir hastalığa sahip olmanın majör depresyon hastalarında intihar davranışını artırdığı bildirilmektedir (78).

Majör depresyonda intiharla ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılan 2 yıllık bir takip çalışmasında, öz bildirim yoluyla değerlendirilen yüksek dürtüsellik ve saldırganlık puanlarının intihar girişimi riskiyle ilişkili olduğu bulunmuştur (79). 21 ülkede 108.664 kişide yapılan bir araştırma, kişide anksiyete ve zayıf dürtü kontrolü ile karakterize bir bozukluğa sahip olmanın, diğer zihinsel bozukluklar kontrol altına alındığında intihar düşüncesinin intihar girişimine dönüşmesiyle ilişkili olduğunu göstermiştir (80).

Majör Depresif Bozukluk ve Bilişsel işlevler

Yürütücü işlevler; çalışma belleği, ileri planlama, karar verme, bilişsel inhibisyon ve baskın tepkilerin engellenmesi de dahil olmak üzere davranışın esnek organizasyonunda yer alan üst düzey süreçleri ifade eden şemsiye bir terimdir (25). Yürütücü işlevler genellikle, dış ortamdaki uyaranlarla otomatik olarak ortaya çıkabilecek yanıtları geçersiz kılmak gerektiğinde çağrılır (26). Tanım olarak iki grup bilişten söz edilmektedir. Soğuk biliş, duygusal olmayan bilgi işlemeyi ifade eder, yani duygusal katılım ve motivasyon olmadan gerçekleşir ve nöropsikolojik testlerle değerlendirilir. Dikkat ve konsantrasyon, öğrenme ve hafıza, yürütücü işlevler ve işlem hızı buna dahildir (81) (82). Sıcak biliş ise duygusal olarak yüklü bir bilişsel süreçtir ve kişinin duygudurumundan etkilenir. Olumsuz dikkat yanlılığı, anhedoni, ruminasyon ve duygusal bağlantılı hatırlamayı içerir (81).

Fonksiyonel görüntüleme ve insan lezyon çalışmaları, subkortikal yapılar ve posterior kortikal bölgelerle etkileşim içinde olsa da yürütme süreçlerini prefrontal korteksin dorsal ve lateral yönlerine lokalize etmiştir (25).

MDB öncelikle bir duygudurum bozukluğu olarak tanımlanır ancak bilişsel bozukluk, hastalığın nozolojik tanımının da bir parçası olan temel bir özelliğidir (83). Depresyonu olan hastalarda hem atak sırasında hem de hastalık sonrası dönemde dikkat, konsantrasyon, öğrenme, hafıza, yürütücü işlevler, işlem hızı, görsel-mekansal işleme ve psikomotor beceriler dahil olmak üzere çeşitli bilişsel işlevlerin etkilendiği

bilinmektedir. MDB’de bilişsel bozukluk özellikle dikkat, hafıza, yürütücü işlev ve işlem hızında belirgindir (83). MDB hastalarında en sık bozulan yürütücü işlevler çalışma belleği, planlama ve sözel akıcılıktır (84). Yürütücü işlev bozukluğu özellikle akut depresif dönemler sırasında belirgindir ve sıklıkla remisyon sırasında da devam etmektedir (85) (86). Hastalığın ilerlemesi ve prognozunun önemli bir belirleyicisidir (87) ve işlevsellikte azalma ve yaşam kalitesinin azalmasıyla ilişkilendirilmiştir (88) (83).

Bilişsel kayıpların şiddetinin depresif dönemlerin sıklığı ve hastalık süresinin uzunluğu ile doğru orantılı olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Hastalığın şiddeti arttıkça bilişsel işlev bozukluğu olasılığının da arttığı bildirilmektedir (82). En sık etkilenen hastaların tekrarlayan atakları olan yaşlı hastalar, geç başlangıçlı (50-65 yaş arası), psikotik veya melankolik depresyonu olan hastalar olduğu görülmüştür (89). Sık depresyon atakları geçirmenin ileri düzeyde bilişsel bozukluk ve demans süreciyle ilişkili olabileceği bildirilmektedir (90). Yaş, eğitim düzeyi, psikiyatrik ek hastalıkların varlığı, atak sıklığı, MDB'nin hangi alt tipi olduğu, çocukluk çağı travmalarının varlığı, depresyonun başlangıç yaşı gibi faktörlerin bilişsel işlev bozuklukları üzerinde etkili olabileceği belirtilmektedir (89) (91). Bazı araştırmalar bilişsel işlevlerde düşük puanlara sahip kişilerde depresyon gelişme riskinin normal topluma göre daha yüksek olduğunu bildirmektedir (92). Genel bilişsel bozukluk ve özellikle yürütücü işlev bozukluğunun, bu klinik popülasyonda intihar riskini değerlendirirken dikkate alınması gereken önemli bir husus olduğuna dair kanıtlar vardır (29).

Bilişsel bozukluklar depresif hastalarda yaşam olaylarını yorumlama ve yönetmede ek zorluklar ortaya çıkarmaktadır. Diğer klinik ve klinik olmayan popülasyonlarda, bozulmuş yürütücü işlevlerin ruminasyonu durdurmanın, daha olumlu düşüncelere geçmenin ve doğru kararlar vermenin önünde bir engel oluşturduğuna dair kanıtlar mevcuttur (93) (94). Bu bağlamda ve davranışın öz-denetimine olan katkısı göz önüne alındığında, bir bütün olarak yürütücü işlev bozukluğu ve özel olarak bilişsel esneklik, depresif hastalarda intihar açısından varsayılan bir risk faktörüdür (95).

Majör Depresif Bozukluk ve Dürtüsellik

Dürtüsellik, olası olumsuz sonuçlara rağmen yeterince düşünmeden, iç ve dış uyaranlara yönelik ani, plansız veya uygunsuz tepki vermek olarak tanımlanmıştır (96) (97). Bir yürütücü işlev bozukluğu sonucu olduğu kabul edilmektedir (96). Genel olarak yeterli öngörü olmaksızın davranışsal eylemler olarak tanımlanabilse de dürtüsellik tek bir yapı olmadığına, altta yatan farklı bilişsel, duygusal ve nörobiyolojik süreçleri yansıtan farklı yönleri ayrılabilir olduğuna yönelik artan kanıtlar mevcuttur (98).

Bilişsel dürtüsellik ve davranışsal dürtüsellik farklı nörobiyolojik temellere sahip olduğu düşünülen iki ayrı dürtüsellik türü olarak karşımıza çıkmaktadır (99). Bilişsel dürtüsellik davranışın gecikmiş sonuçlarının uygunsuz değerlendirmesinden ve daha büyük ertelenmiş ödüller yerine daha küçük anlık ödüllere yönelik artan tercihten kaynaklanan kararlarla ilişkilidir, davranışsal dürtüsellik ise bir davranışın başlatılmasını önleme veya başlatılmış bir davranış durdurma gücü anlamına gelmektedir (98) (100). Bununla birlikte, dürtüsellik çeşitli yönleri arasındaki ilişkiye dair ayrıntılı araştırmalar hala yeterli değildir.

Nöroanatomik veriler, yanıt engelleme (davranışsal dürtüsellik) ve ödül gecikme intoleransı (bilişsel dürtüsellik/karar verme) süreçlerinin farklı frontostriatal döngüler tarafından düzenlendiğini göstermektedir. Dorsal prefrontal korteks ve anterior singulat korteks bilişsel dürtüsellikle ilişkili gibi görünmemekte ancak davranışsal dürtüsellik düzenlenmesinde rol oynamaktadır. Orbitofrontal korteks ve bazolateral amigdala, bilişsel dürtüsellik süreçlerinde önemli roller oynamaktadır. Nukleus accumbens ve subtalamik çekirdek gibi diğer yapıların her iki sinir devresinde de ortak yapılar olabileceği düşünülmektedir (101) (102).

Dürtüsellikte rol oynayan ana nörotransmitterler serotonin, dopamin, noradrenalin, glutamat ve GABA'dır. Özellikle beyindeki serotonin düzeylerindeki azalmanın davranışların baskılanmasını azalttığı ifade edilmiştir. Dopamin sistemi ve özellikle D2 reseptörleri dürtüsel seçim yapmayla yakından ilişkili gibi görünmektedir. Noradrenalin sisteminin optimal işleyişinin olmaması, dürtüsellik artmasına katkıda bulunabilir. Prefrontal kortekste serotonin, dürtüsel karar vermeyi azaltma yönünde etki ediyor olabilir. Dürtüsellik davranışının düzenlenmesinde dopamin sistemlerinin serotonin ile etkileşimi önemlidir. serotonin sisteminin çeşitli reseptör alt tipleri, dürtüsellik üzerinde farklı ve zıt etkilere sahip olabilir (101) (102).

Çeşitli öz bildirim ölçekleri (Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ), UPPS Dürtüsellik Ölçeği gibi) veya davranışın kendisinin incelendiği ödül erteleme veya yanıt inhibisyonunu ölçen nörobilişsel testler (Yap-Yapma testi ('Go-NoGo test') veya Dur İşareti Görevi ('Stop Signal Task' gibi) ile değerlendirilmektedir.

Depresyonda dürtüsellik öz bildirim ölçekleri ile değerlendirildiği çalışmalara bakıldığında genellikle BDÖ kullanılarak çalışıldığı, çalışmaların tanı, ek tanı, remisyon kriterleri açısından heterojen olduğu, küçük örneklemelerde yapıldığı görülmektedir. Depresif belirtilerin devam ettiği dönemlerde hastaların tüm dürtüsellik boyutlarından (planlama eksikliği, motor dürtüsellik, dikkatte dürtüsellik) yüksek puanlar aldığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (103). Sadece dikkatte dürtüsellik veya motor dürtüsellik alanlarında sağlıklı kontrollerden yüksek puan aldığı çalışmalar da mevcuttur (104) (105). Remisyon dönemine ilişkin bulgular halen çelişkilidir. Bir izlem çalışmasında majör depresyon tanısı alan bireylerde tedaviden bir ay sonra dürtüsellik alt boyut puanlarında düşme olduğu gösterilmiş, BDÖ'nün üç boyutundan alınan puanlar karşılaştırıldığında, toplam puana ek olarak bilişsel/plan yapmama ve motor dürtüsellik puanlarında anlamlı düşüş olduğu görülmüştür (106).

Depresyon hastalarında dürtüsellik Yap/Yapma Testi ile değerlendirildiği çalışmalara bakıldığında sadece iki çalışmada motor dürtüsellikle ilgili olduğu düşünülen yapma hedefine yanlışlıkla yanıt verme yüksek bulunmuştur (104) (107). Diğer çalışmalar depresyon döneminde hastaların yanıtın engellenmesi açısından sağlıklı bireylerden farklı olmadığını göstermektedir (108) (109) (110).

İNTİHAR

Tanım

İntihar, kişinin kasıtlı olarak kendi ölümüne neden olması olarak tanımlanmaktadır. İntihar davranışı; intihar düşüncelerini, intihar planlarını, intihar girişimlerini ve tamamlanmış intiharı içerir (111). Ölümle sonuçlanan intihar eylemi tamamlanmış intihar, ölümle sonuçlanmayan eylemler ise intihar girişimi olarak tanımlanmaktadır. İntihar düşüncesi, bireyin intihar davranışı gerçekleştirmesiyle ilgili olarak bildirdiği veya aklından geçen düşünceleri içerir. İntihar girişimi, ölme niyetiyle uygulanan kişinin kendine zarar veren davranışlar olarak tanımlanmaktadır. İntihar; DSM-5'te majör depresif bozukluk ve borderline kişilik bozukluğu için bir tanı kriteridir. DSM-5'te daha ileri araştırma gerektiren durumlar kategorisine İntihara

Meyilli Davranış Bozukluğu olarak eklenmiştir. Önerilen kriterler arasında intihar amacı olmayan kendine zarar vermenin olmaması, hezeyan veya konfüzyon sırasında gerçekleşmemesi, intihar düşüncelerinin ya da hazırlık yapmanın dışlanması, yalnızca siyasi veya dini bir amaç doğrultusunda gerçekleştirilmemesi ve intihar girişiminin son iki yılda olması yer almaktadır (112).

Tarihçe

İntiharın varlığı her kültürde, bölgede ve etnik grupta bilinmektedir. Tarih boyunca kaydedilen ilk intiharların, M.Ö. 2000 yıllarında İran'ın Babil kentinde ölen Pyramus ve Thisbe tarafından gerçekleştirildiği bilinmektedir. Ayrıca Eski Mısır'da idam cezasına çarptırılan suçluların başkası tarafından öldürülmek yerine intihar ederek kendilerini öldürdükleri de tarihe geçen ilk kayıtlardır (113). Antik Yunan'da Pyramus ile Thisbe, Leandros ile Hero, Antigone, Sisyphe ve Iokaste intiharları mitoslara konu olmuştur. Roma'da Dido, intihar bağlamında mitosun temel karakteridir. Keltlerde Tristan ve İzolde, Mayalarda ise Hunahpu ve Xbalanque ikizleriyle Ixtab intihar mitoslarında üzerinde durulan figürlerdir. Çinliler için Gui Xian kötü ruhları temsil eden bir intihar tipidir (113). Eski Türklerde Alban ve Satılay Hanım ise intihar çerçevesinde kabul edilen önemli motiflerdir (114). Birçok toplumun intiharı mitolojik bir öge olarak mitoslarında kullanması intiharın insanlar için önemli bir olay olduğunu göstermektedir.

Avrupa'da, Aziz Augustine'in intiharı ahlak dışı ilan etmesiyle beşinci yüzyılda intihar dini düşüncenin konusu haline gelmiştir (113). Böylece intihar dinden kültürel alana yayılmış, tabu haline gelmiş ve hem eylem hem de fail, kamuoyunda nefret edilme riskiyle karşı karşıya kalmıştır. Günümüz kültüründe bile intiharın eksik bildirilmesinin kökleri bu tarihsel yargılara dayandığı söylenebilir.

Dinler bağlamında intiharın tarihine bakıldığında Hinduizm, Budizm, Caynizm ve Sihizm gibi Hint dinleri intiharı olumlamakta, Konfüçyizm, Taoizm, Şintoizm gibi Çin dinleri ise intiharı doğru bulmamaktadır. Fakat gerek Hint dinlerinin etkisi gerekse de bölgesel nedenlerden dolayı Çinliler ve Japonlar arasında bazı kültürel intihar biçimleri gelişmiştir. Buşido, Seppuku, Harakiri ve Kamikaze gibi intiharlar bunlardan bazılarıdır. Çin ve Japon kültüründe ulus bilinci, lidere bağlılık, gurur ve şeref gibi motivasyonlardan hareketle yapılan bu intiharlar, geçmişten günümüze hâlâ devam

etmektedir. Yahudilik, Hristiyanlık ve İslam gibi dinler ise intiharı Tanrı'ya karşı saygısızlık olarak görmektedir (115) (113).

Toplum göreceli düşünce özgürlüğüne doğru ilerledikçe, intiharın nedeni ve sonucu olarak “günah” kavramının gevşetilmesi, intihar eyleminin daha fazla araştırılmasına olanak sağlamıştır. Emile Durkheim, intiharın toplumsal bir sorun olduğunu ve bireyin toplumla bütünleşmesinin intiharın ana teması olduğunu ileri sürmüştür (116) Bir bireyde aşırı özdeşleşmenin, yetersiz özdeşleşmenin veya toplumla bağlantının kopmasının intihar riski üzerinde etkisi olduğunu söylemiştir (116). Bu gelişmeler intiharın birey üzerindeki dış etkiler açısından incelenmesine olanak sağlamıştır.

Bilimdeki ilerlemeler 17. yüzyıldan itibaren intiharı tıp alanıyla ilişkilendirmiş ve intiharda ruhsal hastalıkların rolü gündeme gelmiştir (117). Nörobiyoloji ve davranışın anlaşılmasındaki ilerleme, genetik yatkınlık ve strese maruz kalmanın bir kombinasyonunun intihar davranışını etkileyebileceği bir stres-yatkınlık modelinin önerilmesine yol açmıştır. Günümüzdeki çalışmalar, intihar riskini artırabilecek ve azaltabilecek çok sayıda faktörü, yüksek intihar riski taşıyan bir hastayı doğru bir şekilde tarama ve tanımlama girişiminin karmaşıklığını ve zorluklarını ve uygun müdahale seçeneklerini daha ayrıntılı olarak incelemeye odaklanmaktadır.

Epidemiyoloji

İntihar, 2014 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “küresel bir halk sağlığı krizi” olarak değerlendirilmiştir. DSÖ 2019 yılı verilerine göre her 40 saniyede bir insan, her yıl ise 700,000’ den fazla insan intihar ederek yaşamına son vermektedir. 15-29 yaş aralığında önde gelen 4. ölüm nedeni olarak sıralanmaktadır (1). DSÖ’nün altı bölgesinde intihar vakaları, en yüksek orana sahip bölge (Avrupa) ile en düşük orana sahip bölge (Orta Doğu dahil Doğu Akdeniz) arasında 4 kat farklılık göstermektedir (118). Bu bölgelerin çoğunda intihar oranları son yıllarda düşüş göstermektedir ve 2000’den 2016’ya tahmini olarak %18’lik bir azalma söz konusudur. Bu genel eğilim, oranların 2000 ile 2016 arasında %35 arttığı Amerika Birleşik Devletleri ve Brezilya gibi diğer ülkelerdeki artışları maskeleymektedir (119).

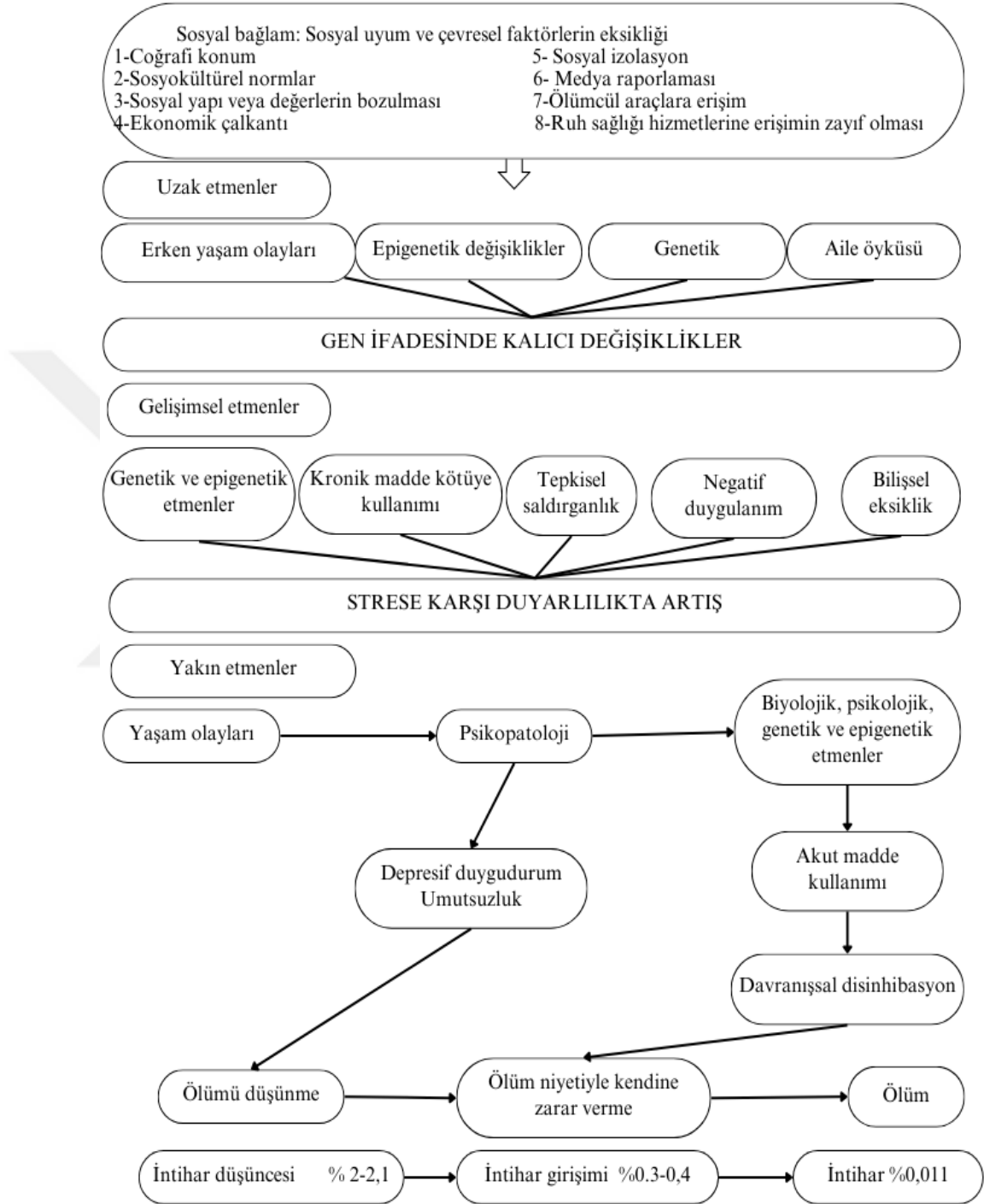
Dünya çapında intihar oranları yaşa ve cinsiyete göre değişmektedir; en yüksek oranlar yaşlılar arasında ve erkekler arasında (100.000’de 15,6 intihar) kadınlara göre (100.000’de 7,0) daha yüksektir (118).

İntihar sonucu ölenlerin yaklaşık %50'si daha önce en az bir kez, yaklaşık %25'i son bir yıl içinde intihar girişiminde bulunmuştur (3). İntihar hızının yüksek olduğu ülkelerde intihar girişimlerinin de oldukça yaygın olduğu görülmektedir. Avrupa'da, intihar girişi hızı kadınlarda yüz binde 186 ve erkeklerde yüz binde 136'dır. En yüksek hız kadınlarda 15-24 yaş, erkeklerde 25-34 yaş aralıklarında tespit edilmiştir (120). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından düzenlenen istatistiklere baktığımızda 2001 yılında intihar sayısı 2584 (kaba intihar hızı yüz binde 3.97) iken 2022 yılında 4146'e (kaba intihar hızı yüz binde 4.88) ulaşmıştır. İntihar sonucu ölen erkek sayısı kadın sayısından 3 kat fazladır. En yüksek intihar oranı %13,7 ile 25-29 yaş arasındadır. İkinci sıradaki yaş grubu 20-24 yaş aralığıdır. Yaş ilerledikçe intihar oranı azalmıştır. Kadınlarda en sık intihar yaşı 15-19 iken erkeklerde 20-24 yaş aralığıdır. İntihar edenlerin %44'ü evli, %41,2'si hiç evlenmemiş, %10,2'si boşanmış kişilerdir. %26,8'i hastalık, %7,2'si geçim sıkıntısı, %4,6'sı aile geçimsizliği, %0,3'ü öğrenim başarısızlığı, %26,7'si bilinmeyen sebeplerle intihar etmiştir. En sık intihar yöntemi olarak ası (%46,8), ikinci sırada ateşli silah kullanımı (%25) üçüncü sırada yüksekten atlayarak (%13,6) intihar etme gelmektedir. Eğitim durumuna bakıldığında ise, intihar oranları %27,8'i lise, %26,9'u ortaokul, %15,5'i yüksek öğretimden mezun olanlarda gerçekleşmiştir.

Etiyoloji ve Risk Faktörleri

İntihar riskinin gelişimi karmaşıktır ve biyolojik (genetik dahil), psikolojik (belirli kişilik özellikleri gibi), klinik (eşlik eden psikiyatrik hastalık gibi), sosyal ve çevresel faktörlerin etkilerini içerir (5). İntihar riskini değerlendirmek için birçok model önerilmiştir ve çoğu model, intihar riskinin yatkınlaştırıcı (uzak veya diyatez) ve hızlandırıcı (yakın, tetikleyici veya stres) faktörler arasındaki etkileşimin bir sonucu olduğunu kabul etmekte, aynı zamanda gelişimsel faktörlerin rolünü de belirtmektedir. Bu modellerden biri intihar riskinin gelişiminde genetik, deneyimsel, psikolojik, klinik, sosyolojik ve çevresel faktörlerin etkileşimlerini tanımlayan biyopsikososyal modeldir (2) (121). Bu modelde risk faktörleri intiharla zamansal ilişkilerine göre uzak, gelişimsel ve yakın olarak sınıflandırılmıştır. DSÖ intihar risk etmenlerini bireysel, ilişkisel, çevresel, toplumsal ve sağlık sistemiyle ilgili etmenler olarak 5 ana başlık altında incelemektedir. Bu sınıflandırmalar, risk faktörleri arasındaki ilişkileri anlamak ve bir intihar riski modeli oluşturmak için yararlı olsa da çeşitli faktörlerin

göreceli öneminin yaşa ve cinsiyete göre değişmesi, sosyoekonomik durum veya genetik ve epigenetik faktörler gibi bazı risk faktörlerinin eş zamanlı olabilmesi nedeniyle yetersiz kalmaktadır (5).



Şekil 1. İntihar riskinin biyopsikososyal modeli (Turecki ve ark. (2019)'dan uyarlanmıştır)

Yüzdelere, intihar davranışının yıllık yaygınlığını göstermektedir (DSÖ, 2018).

Şekil 1. İntihar riskinin biyopsikososyal modeli (Turecki ve ark. (2019)'dan uyarlanmıştır)

Biyolojik Faktörler

Aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları intiharda %30-50'lik bir kalıtsallık olduğunu öne sürmektedir; ancak eşlik eden psikiyatrik bozuklukların kalıtsallığı kontrol altına alındığında daha doğru bir tahminin %17-36 olabileceği düşünülmektedir (122). İntihar girişiminde bulunan bireylerin çocuklarında intihar girişiminde bulunma riskinin genel nüfusa göre beş kat daha fazla olduğu bulunmuştur (123). Ebeveynini intihar nedeniyle kaybeden kişiler arasında intihar riski, başka nedenlerle aniden ebeveynini kaybeden kişilerle karşılaştırıldığında iki kat daha fazladır; ancak intihar eden kişilerin %5'inden azında ebeveyn intihar geçmişi vardır (124). İntihar davranışının ailesel kümelenmesini gösteren bu veriler, genetik geçiş kavramını desteklemektedir. Çalışmalarda birçok aday gen bulunmuş fakat son 20 yıldaki yoğun araştırmalara rağmen, birçok çalışmada intihar düşüncesi, intihar girişimi veya intihardan sorumlu tek bir gen veya gen grubu belirlenememiştir (125).

Bu ailesel risk, kalıtsal olan ebeveyn duygudurum bozukluğu, dürtüsellik ve saldırganlık özellikleri veya nörobilişsel bozukluklarla kısmen açıklanmaktadır (126). Çalışmalar, bir aile üyesinin intiharının davranışsal taklidi ile genetik intihar eğilimi arasında net bir ayırım yapamamaktadır.

İntihar davranışı monoamin düzensizliği, stres tepkisi ve hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) eksenini, nörotrofik yollar, glutamaterjik ve GABAerjik fonksiyon bozukluğu, bağışıklık fonksiyonu ve inflamasyon, beyin-bağırsak eksenini gibi yaygın nörobiyolojik değişikliklerle ilişkilendirilmiştir. Bunlardan stres tepki yollarındaki değişiklikler intihar düşüncesi, intihar davranışı ve intiharda en iyi tanımlananlar arasındadır. HPA ekseninin bozulması, stres reaktivitesinin önemli bir aracısı olan kortizol üretimini kontrol eden koordinasyonu ve sinyal geri bildirim mekanizmalarını etkiler. Yaşamın erken döneminde olumsuzluk geçmişi olan bireylerde HPA eksenini işlevinde uzun süreli değişiklikler belgelenmiştir ve epigenetik süreçler, bu değişikliklerin temel araçları olarak tanımlanmıştır (127).

Poliamin sisteminin, strese karşı hücrel tepkilerde rol oynadığı ve kendisini oluşturan bazı proteinlerin antidepresan özellikleri aracılığıyla ruh halini doğrudan düzenleyebileceği gösterilmiştir. İntihar davranışı olan ve olmayan depresif bireyler

karşılaştırıldığında, intihar davranışı olan kişilerde orta beyindeki serotonin taşıyıcısı ve serotonin reseptörü 1A'nın ifadelerinde farklılıkların olduğu gösterilmiştir (128).

Prefrontal korteks ve hipokampusun yanı sıra beyin sapının raphe çekirdeklerinde bulunan çok sayıda nörotrofik ve nörotransmisyon yollarının intihar davranışında düzensiz olduğu ve tedavi için umut verici hedefler oluşturduğu gösterilmiştir (129).

Glutamaterjik yol, NMDA reseptör antagonisti ketaminin güçlü antidepresan ve intihar önleyici etkisi nedeniyle son yıllarda özel bir ilgi noktası haline gelmiştir (130). Glutamat yolundaki intihar davranışıyla ilişkilendirilen spesifik proteinler (glutamat-amonyak ligaz, AMPA, NMDA ve kainat glutamat reseptörleri gibi) aynı zamanda bilişsel eksikliklerle de ilişkilendirilmiştir (131). GABA-A ve GABA-B reseptörlerini kodlayanlar da dahil olmak üzere GABA ile ilişkili genlerin, intihar sonucu ölen bireylerin beyinlerinde, özellikle yürütücü işlev ve stres tepkileriyle bağlantılı bölgelerde bozulduğu gösterilmiştir (132).

Psikososyal Faktörler

Çocukluk Çağı Travmaları

Geçtiğimiz on yılda, deneyimlerin epigenetik mekanizmalar yoluyla gen ifadesini değiştirebileceğine ilişkin anlayışımızda büyük ilerlemeler görülmektedir. Gelişimin kritik dönemlerindeki olumsuz deneyimlerin, psikopatolojiye katkıda bulunduğu inanılan gen ifadesinde değişikliğe de yol açabileceği bilinmektedir. Çocukluk dönemindeki ihmal, fiziksel veya cinsel istismar olarak tanımlanan travmatik erken yaşam sıkıntılarının, yaşamın ilerleyen dönemlerindeki intihar davranışıyla güçlü bir şekilde ilişkili olduğu gösterilmiştir (127) (133). Olumsuz çocukluk deneyimleri ve intihar riski üzerine yapılan bir meta-analizde, intihar riskinin fiziksel ihmalle 3,42 kat, cinsel istismarla 3,73 kat, duygusal istismarla 3,98 kat, fiziksel istismarla 4,11 kat arttığı bildirilmiştir (134).

Zorlayıcı Yaşam Olayları

Ailede, okul ya da iş yerinde yaşanan sorunlar, ilişki sorunları, aşırı iş yükü ve ekonomik sorunlar gibi zorlayıcı yaşam olayları ve krizler de intihar riskini artırmaktadır (111). Zorlayıcı yaşantılar altta yatan psikiyatrik bozukluklar nedeniyle ortaya çıkabileceği gibi, kontrol edilemeyen çeşitli yaşam olayları (örneğin, kayıplar ve ölümler) da söz konusu olabilmektedir. Psikiyatrik bozukluklar nedeniyle birey

daha fazla zorlayıcı olayla karşılaşabilmekte ya da yaşadığı olayları daha zorlayıcı algılayabilmektedir (111).

Olumsuz yaşam olaylarının aynı ay içinde intihar girişimde bulunma üzerindeki etkisi gençlerde ve psikiyatrik hastalığı olmayanlarda daha fazladır. Japonya'da yapılan bir çalışmada intihar öncesinde kriz yaratan ortalama 3 yaşam olayı olduğu ve aşırı iş yükü, ilişki sorunları, bedensel/ruhsal hastalıklar ve fakirlik gibi etmenler bir araya geldiğinde, cinsiyetten bağımsız olarak intihar riskinin yükseldiği saptanmıştır (3). Yakın zamanda aile içi şiddete maruz kalan kişilerde intihar riskinin 4-8 kat arttığı bildirilmektedir (11).

Bireysel Özellikler ve Kişilik Özellikleri

Dürtüsellik, saldırganlık, öfke ve düşmanlık, ümitsizlik, nevrotiklik, sorun çözme becerilerinde yetersizlik, mükemmeliyetçilik intihar davranışıyla en çok ilişkilendirilmiş kişilik özellikleri arasında yer almaktadır. İntihar davranışı ve kişilik özellikleri arasındaki ilişkinin incelendiği 90 makalenin dahil edildiği bir metaanalizde, ümitsizlik, nevrotiklik ve dışadönüklüğün intihar davranışıyla en güçlü şekilde ilişkilendirilen kişilik özellikleri olduğu; saldırganlık, dürtüsellik, öfke, sinirlilik, düşmanlık ve kaygı ile ilgili daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu bildirilmiştir (135).

Önceki İntihar Girişimi ve Kendine Zarar Verme Davranışı

İntihar sonucu ölenlerin yaklaşık %50'si daha önce en az bir kez, yaklaşık %25'i son bir yıl içinde intihar girişiminde bulunmuştur ve genel nüfus için öyküde intihar girişiminin bulunması gelecekteki tamamlanmış intihar açısından en önemli risk faktörlerinden biridir (3) (4). Uzun vadeli takip çalışmaları, intihar girişiminden sağ kurtulan kişiler arasında intihar riskinin 12 ay içinde %1,6 ve 5 yıl içinde yaklaşık %4 olduğunu göstermiştir (136).

KZVD öncelikli olarak intihar niyetinden kaynaklanmasa da intiharla yakından ilişkilidir. Çok sayıda çalışma KZVD ve intihar arasındaki yüksek birlikteliği doğrulamaktadır (16) (17). Ancak bu ilişkinin altında yatan mekanizmalar hakkında çok az şey bilinmektedir (18).

Psikiyatrik Hastalıklar

İntihar eden kişilerde psikiyatrik hastalık oranına ilişkin tahminler, Kuzey Amerika'da yaklaşık %90 ile Doğu Asya'da %30-70 arasında değişmektedir; bireysel raporlar, bazı ülkelerde bu oranların %7 kadar düşük olduğunu belirtmektedir (137). Birleşik Krallık gibi ruh sağlığı hizmetlerinin erişilebilirliğinin yüksek olduğu ülkelerde bile, intihar nedeniyle ölen kişilerin yalnızca %25'i ruh sağlığı hizmetleriyle yakın zamanda temas halindedir (138). Birleşik Krallık'ta intihar sonucu ölen hastalar arasında en sık rastlanan tanılar; %32-47 duygudurum bozuklukları, %19-20 şizofreni, %8-17 alkol bağımlılığı, %8-11 kişilik bozukluğu, %3-9 madde bağımlılığı olduğu bildirilmektedir (138). İntihar düşüncesinden intihar girişimine geçişi etkileyebilecek bazı klinik faktörler arasında anksiyete bozuklukları, dürtü kontrol bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, yeme bozuklukları, daha önce kendine zarar verme davranışı olması, başkalarının intihar davranışına maruz kalma, alkol ve madde kullanımı yer almaktadır (80).

Eş zamanlı fiziksel ve ruhsal hastalıkların (merkezi sinir sistemi ve psikiyatrik bozukluklar, inflamatuvar hastalıklar, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve ağrı gibi) intihar riskine katkısını destekleyen çok sayıda kanıt bulunmaktadır (139). Dürtüsel-saldırgan özellikler, madde kullanımı ve davranış bozukluğu gençlerde intihar riskine orantılı olarak daha büyük katkılar sağlasa da depresyon, fiziksel eşlik eden hastalıklar, uyku ve ağrı sorunları ve bilişsel bozukluk yaşlılarda intihar davranışına önemli katkılarda bulunmaktadır (140). Uyku sorunları açısından, uyku süresinin azalması, uykusuzluk ve kabuslar intihar davranışı riskiyle ilişkilendirilmiştir (141).

Sosyodemografik diğer Risk Faktörleri

DSÖ verilerine göre ülkesel ve bölgesel farklılıklar görülmekle birlikte genel olarak gençlerde ve ileri yaştakilerde intihar riski yüksektir, gelişmiş ülkelerde ise en yüksek intihar hızları yaşlılardadır. Ülkemizde en yüksek intihar oranı %13,7 ile 25-29 yaş arasındadır. İkinci sıradaki yaş grubu 20-24 yaş aralığıdır. Yaş ilerledikçe intihar oranı azalmıştır. İleri yaş grubunda yeme-içmeyi kesme, hayati ilaçları kullanmama şeklinde pasif intihar girişimleri görülmektedir (2).

Dünyanın çoğu bölgesinde intihar girişiminde bulunanlar arasında kadınların, tamamlanmış intiharlarda ise erkeklerin oranı daha fazladır (142). Ülkemizde intiharla ölen erkek sayısı kadın sayısından 3 kat fazladır. Erkeklerin kadınlardan daha dürtüsel olması, psikolojik sorunları için daha az yardım araması ve yardım önerilerini daha az

kabul etmesi, sosyal bağlantılarının daha zayıf olması, daha ölümcül intihar yöntemleri kullanması ve alkol/madde kullanım hızlarının daha yüksek olması intihar hızlarındaki yüksekliğin nedenleri arasında sayılmaktadır (11). Kadınlarda postpartum depresyon ve psikoz, aile içi şiddet ve istismar, cinsiyet rolüyle ilgili beklentilerin katı olması, toplumda cinsiyetler arası eşitsizliğin yerleşmiş olması intihar riskini artıran özel durumlardandır (11).

Eğitim düzeyinin düşük olduğu, okula devam edilmediği veya eğitim başarısının düşük olduğu bireylerde intihar davranışı riskinin arttığı bildirilmektedir (143). Bazı mesleklerde intihar riski diğerlerine göre daha yüksektir. Örneğin çiftçilerde ve sağlık çalışanlarında intihar hızlarının yüksek olduğu bildirilmiştir (11). Bu meslek gruplarının intihar araçlarına ulaşımının kolay olması, işle ilgili zorlanmanın fazla olması, profesyonel yalıtılmışlık ve yardım arama konusunda isteksiz olmaları intihar riskinin yüksekliğine katkıda bulunmaktadır (111).

İntiharla ilişkili önemli sosyal ve ekonomik faktörler arasında ilişkilerin bozulması, dul ya da boşanmış olma, iş kaybı, ekonomik sıkıntılar, zorbalığa maruz kalma ve sosyoekonomik konumdaki son değişiklikler gibi yakın faktörler yer almaktadır (5). Katı sosyokültürel normlar veya lezbiyen, gey, biseksüel, transseksüel artı grupta olmak, göçmenlik gibi etnik kökeninin azınlık olduğu bir toplumda yaşamak gibi risk faktörleri de mevcuttur (5). Sosyal kaygı, yakın kaybı veya sosyal dışlanmadan kaynaklanan sosyal izolasyon, izolasyonun nesnel olarak veya algılanan yalnızlık yoluyla ölçülmesine bakılmaksızın intihar riskine güçlü bir katkıda bulunmaktadır (144). Özellikle gençlerde sosyal bulaşma yoluyla intihar ölümleri meydana gelebilmekte ve bu durum çocuk ve gençlerdeki intiharların %1-2'sine tekabül etmektedir (145).

İntiharın çevresel temelli risk faktörleri arasında en önemlilerinden biri araçlara erişimdir, daha öldürücü yöntemlere erişimin intiharın önemli bir yordayıcısı olduğunu gösteren çok sayıda çalışma bulunmaktadır (146). Savaşlar, felaketler, kültürsüzleşme (Amerikan Kızılderilileri'nin yaşadığı kültür kaybı gibi), ayrımcılığa maruz kalma, hapiste olma intihar riskini artıran çevresel etmenlerdendir (1). Mahrumiyet bölgesinde yaşayan kişilerde eğitim ve sağlık hizmetlerine ulaşamama, iş olanaklarının azlığı, ekonomik sorunlar ve sosyal hizmetlere ulaşma sorunları nedeniyle intihar riski yüksektir (11).

Psikolojik kuramlar

Freud'a göre intihar, içe atılan nesnenin yok edilmesinin bir yoludur. Yas ve Melankoli kitabında Freud, egonun kayıp nesneye yönelik çift-değerli duygulanımından bahseder. Bu çift-değerlilik dolayısıyla ikiye bölünen egonun kayıp nesneyle özdeşleşen parçası nefretin odak noktası haline gelir. Bu bağlamda Freud intihar eylemini, egoyu gasp eden içsel nesnenin yok edilmesi ya da içeriye döndürülmüş düşmanlık biçiminde açıklar; yani birey çift-değerli kısmi nesneyle eş zamanlı olarak kendisini öldürmüş olur. Freud intiharın melankolinin yanı sıra narsisizmle de ilişkili olduğunu öne sürmüştür. Narsisizm durumunda nesne kaybı kişinin kendini yok etmesiyle sonuçlanabilir (65). Yas ve Melankoli'de Freud, kendine zarar vermeye yol açan şeyin süperegonun sadizmi olduğu fikrini öne sürmüştür. Freud'a göre, suçluluğun yıkıcı etkisi dolayısıyla ego cezalandırılmayı bekler ve intihar eylemi egonun süperego tarafından cezalandırılmasını içerir. Değişmezlik ilkesine göre, intihar bütün gerilimlerin son bulduğu ve dengenin sağlandığı Nirvana durumunu beraberinde getirir. Bu bakımdan, Freud'a göre intiharda hem saldırgan hem de libidinal unsurlar bulunmaktadır (147) (65).

Klein(1935), kişinin intihar etme sebebinin sadece içe atılmış kötü nesneyi yok etmek olmadığını, bu eylemin aynı zamanda iyi nesneyi koruma amacı taşıdığını öne sürmüştür. Hatta ona göre, melankolik bir hasta bu iyi nesneyle bütünleşmeyi ümit eder. Ayrıca Klein, intihar olgusunu çift yönlü psikik bir tepki içeren “yansıtılmalı özdeşim” kavramıyla ele alır. Bu mekanizma yoluyla, kişi kurban pozisyonu alarak kendini düşmancıl duygulardan korurken, öfke ve suçluluğun karşıya yansıtılmasıyla kişinin yakınları ya da akrabaları katil pozisyonuna itilir (67) (147). Klein'a benzer bir biçimde Otto Kernberg (2012), intiharın kişinin hem kendini hem de diğerlerini tahrip ettiği bir süreç olduğunu ileri sürmüştür. İntiharın aşırı yoğunlukta bir nefret duygusundan kaynağını aldığını ve kötücül (habis) narsisizmle bağlantılı olduğunu ifade etmiştir (147).

Otto Rank'a (1884-1939) göre bilinçdışında olan ölüm düşüncesi, cansız objeye değil de bireyin en mutlu olduğu yere; ana rahmine dönme isteğidir. Çünkü ilk anksiyete doğmakla başlar ve ölüm tekrar anaya dönüştür ve intiharı düşünen kişi için kurtuluştur (148).

Bion (1959) ise, intihar dâhil olmak üzere bütün kendine zarar verme davranışlarını, hastanın terapötik ilişkiye saldırmasını da içeren olumsuz aktarıma benzetmiştir. Bu sebeple, Bion intiharı eyleme vurma (acting out) olarak değerlendirir. Dolayısıyla bazı nesne ilişkileri teorisyenlerine göre, intiharın yalnızca iç nesnenin imhası ile ilişkili olmadığı; aynı zamanda dışarıdaki gerçek nesneyi yıkma dürtüsü ile de bağlantılı olduğu iddia edilebilir (148).

Kohut'a(1971) göre, bireyin kendisine zarar verme sebebi utanç ve haset olabilir. Kohut intihar eylemini, süperegonun egoya saldırmasından ziyade, istirap içindeki egonun kendiliği uzaklaştırma çabası olarak yorumlamış ve bu yolla utanç ve hayal kırıklığı yaratan başarısızlıkların yok edilmeye çalışıldığını ifade etmiştir. Buradaki önemli noktalardan biri, Kohut'un depresyona bağlı olarak gelişen intihar eylemini narsisistik öfkeyle ortaya çıkan intihar girişiminden ayıştırmış olmasıdır (148).

Aaron Temkin Beck ve arkadaşları (1985) tarafından ortaya konan umutsuzluk kuramına göre depresyon ve intihar ilişkisindeki anahtar etmenin umutsuzluk olduğu düşünülmektedir. Umutsuzluk, kişinin durumunun geleceği ve değişmezliği hakkında yaygın olumsuz ve ölümcül görüşlerle karakterizedir. Beck'in kuramı süreç içinde yeniden ele alınırken intihar davranışının beş bilişsel sistemi (yani bilişsel, duyuşsal, duygusal, güdüsel ve davranışsal, fizyolojik ve bilinçli kontrol) kapsadığı belirtilmiştir. Bu sistemlerden biri etkinleştirilirse diğer sistemler de etkinleştirilir. İntihar davranışı gösteren kişiler, kendilerini olumsuz değerlendirmektedir ve bu kişilerin algılarının çoğu gerçeği yansıtmamaktadır. Kendini değersiz, beceriksiz, yalnız, seilmeyen biri olarak gören kişi gelecekte umutsuzdur ve acı çekmektedir. Kişi aynı zamanda dünyayı sadece olumsuzlukların olduğu bir yer olarak algılamakta ve böyle bir dünyada yaşamının anlamsız olacağını düşünmektedir. İntihar davranışında bulunmak bu anlamda kişi için umutsuzluğa bir çözüm gibi algılanmaktadır (149).

Shneidman'ın (1998) öne sürdüğü teoriye göre intihar, ruhsal acı (psychache) olarak adlandırılan yoğun psikolojik acının bir sonucudur. Bu teoriye göre insanın çeşitli temel ihtiyaçlarının eksikliğinden kaynaklanan manevi acıya son vermenin tek yolu intihar olarak görülmektedir. İntihar davranışının ölümcül olmasının psikolojik

acıyı hafifletmeye yönelik seçeneklerin azalmasıyla da ilişkili olduğu belirtilmektedir (149).

Sınırdaki kişilik bozukluğu hastaları ile ilgili olarak Marsha M. Linehan tarafından 1993 yılında geliştirilen duygu düzenleme güçlüğü kuramı da intihar davranışın ayrı bir bakış açısı sağlar. Linehan (1993), intihar davranışı gelişiminde; duygu düzenleme güçlüğüne ve duyguların geçersiz kılınması/küçümsenmesinin etkileşim içinde olduğunu öne sürmektedir. İntihar davranışlarının, olumsuz yoğun duygusal durumlarda ve bireyin içinde yaşadığı kritik ortamda dikkat dağıtıcı bir mekanizma olduğu belirtilmektedir (148).

Baumeister (1990) tarafından geliştirilen kaçış (Escape from self) kuramına göre intihar düşüncesi olan bir kişi, kendisinden kurtularak kendini öldürmek ve bulunduğu durumdan kaçmak ister. Bu teoriye göre, intiharın yol açtığı sürecin altı adımı vardır. 1. Bir kişi gerçekçi olmayan yüksek beklentilere sahiptir ve bu beklentilerin altında deneyimler yaşamıştır. 2. Kişi, kendine yönelik hayal kırıklığına neden olan sorunlar için kendini suçlar. 3. Negatif öz farkındalık ortaya çıkar ve kişinin özsaygısı azalır. 4. Kişi, özsaygısındaki azalma nedeniyle negatif duygular yaşamaya başlar, depresyon ve anksiyete gibi durumlar gösterir. 5. Bilişsel yıkım aşamasına geçilmiştir. 6. Bir kişi artık intihara götüren sürece girer. Kaçış teorisine göre, intihar, gerçekçi olmayan yüksek standartlardan veya beklenmedik şekilde olumsuz olaylardan kaynaklanmaktadır (150).

Thomas Edwin Joiner 2005 yılında kişiler arası intihar kuramını ortaya koymuştur. Joiner; iki kişiler arası yapının (aidiyet hissinin engellenmesi ve başkalarına yük olma algısı) etkileşiminin, intihar düşüncesini öngördüğünü öne sürmektedir. Bu iki kişiler arası yapının varlığının, pasif intihar düşüncesinin gelişimi için yeterli olduğunu ve bu durumların değişip değişmeyeceğine dair umutsuzluğun, pasif ve aktif intihar düşüncesi arasındaki sınırın ölçütü olduğunu belirtmektedir. Edinilmiş intihar yeterliliği ise intihar düşüncesinin intihar girişimine dönüşmesinde rol oynayan ölüm korkusuzluğu ve artmış ağrı toleransını içermektedir. Kuram intihar yeteneğinin edinilen bir beceri olduğunu, kendine zarar verme davranışının (örneğin intihar amaçlı olmayan kendine zarar verme, intihar girişimleri), diğer acı verici ve şiddet içerikli yaşam olaylarının (örneğin, savaşa maruz kalma, çocuklukta istismar)

kişinin acıdan, yaralanmadan ve ölümden daha az korkar hale gelmesine neden olabileceğini öne sürmektedir (151).

Sosyolojik Kuramlar

Durkheim'ın kuramı, intihara ilişkin ilk bilimsel kuram olarak kabul edilmektedir ve aradan yüz yıldan fazla bir süre geçmiş olmasına rağmen hâlâ tartışılmakta, üzerine kurulan hipotezler test edilmektedir. Durkheim'a göre intihar sebebi toplumsal, sonucu ise bireysel bir olgudur. Bu nedenle tek tek bireysel intiharlarla değil; belli bir toplumda, belli bir zaman içinde oluşan intiharların tümüne bakılırsa intiharın doğasının toplumsal olduğu anlaşılabilecektir (116). Durkheim yıllara göre normal ölüm ve intihar ölümü oranlarını karşılaştırmış, ayrıca ülkelere göre intihar oranlarını çıkararak sıralamalarında artış veya düşüşte düzenli bir hareket olup olmadığına bakmış ve toplumsal krizlerle ilişkisini ve bağlı olduğu koşulları ortaya koymaya çalışmıştır. Ona göre toplumbilimciyi ilgilendiren şey, tek tek intiharlar yani bireysel olan değil, bir grup insan üzerinde etki yapabilecek nedenlerdir. Bazı görüşleri çürütülmüş olmakla birlikte; aile, medeni durum, din, yansılama, iklim ve hava sıcaklıkları, işsizlik ve ticari başarısızlık gibi değişkenler ile intihar hızları arasında öne sürmüş olduğu ilişkilere yönelik görüşleri, günümüzde pek çok çalışma ile desteklenmekte ve kabul görmektedir (116).

Durkheim, intiharın bireysel nedenlerinin araştırılmasını bilimsel alanın dışında görürken; Halbwachs, intiharın nedenleriyle ilgilenmiş ve Durkheim'ın intiharın toplumsal nedenleri ve bireysel intihar güdüsü arasında çizdiği katı ayrımı reddetmiştir. Psikanalitik kuramdan etkilenen bir bakış açısına sahip olan Henry ve Short (1954) ise, toplumbilimsel ve psikolojik değişkenleri dikkate alarak, intihar ve cinayetin yalnızca tek bir olgunun (şiddetli saldırganlık) karşıt tarafları olduğunu savunmuşlardır. Durkheim'ın toplumbilimsel kuramı üzerinde en yoğun çalışan kuramcı olan Lester, intiharda "kritik kitle" olgusunu belirlemiş; yüksek intihar hızlarının intihar girişimlerini topluma açık hale getirdiğini ve böylece toplumdaki bir kişinin intihar etmiş birini tanıma ihtimali yarattığını varsaymıştır (152).

İntihar ve Bilişsel İşlevler

Bilişsel işlevler ve intihar davranışları hakkındaki ilk düşünceler, intihara yol açtığı düşünülen çevresel stres etkenleri ve altta yatan psikiyatrik bozukluklara odaklanma eğilimindedir. Ancak güncel çalışmalar intihar düşüncesi ve davranışında

yer alan bilişsel süreçlerin, çevresel bir stres etkeni veya psikiyatrik bir durum olmasa bile, bu davranışların ortaya çıkmasında önemli bir etkisi olduğunu düşündürmektedir. Psikiyatrik bozuklukların içinde de belirli bilişsel süreçlerin (olumsuz düşünme, dürtüsellik, bilişsel katılık gibi) sıklıkla intihar düşünceleri ve davranışlarıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (153).

Bilişsel işlevlerdeki eksikliklerin intihar riskine katkıda bulunmasının birçok nedeni olabileceği düşünülmektedir. Bilişsel eksiklikleri kişinin duygularını, düşüncelerini ve eylemlerini düzenlemede çok çeşitli zorluklara yol açabilmekte ve bu da intihar düşüncesi ve/veya davranışıyla sonuçlanabilmektedir. Bilişsel işlevlerde eksiklikleri olan kişiler, kendine zarar verme konusundaki düşüncelerini kontrol etmekte ve/veya strese tepki olarak daha olumlu veya uyumlu başa çıkma biçimlerine geçişte daha fazla zorluk yaşayabilmektedir. Bu fikir doğrultusunda intihar eğilimi, yürütücü işlev eksiklikleri gibi, ruminasyon eğilimi ve sosyal problem çözmenin bozulmasıyla ilişkilidir (154) (155). Ayrıca, yürütücü işlevlerdeki eksiklikler geçmişteki epizodların anılarının hatırlanmasında zorluklara yol açabilmekte, bu da gelecekteki olası sonuçları hayal etmede zorluğa yol açabilmekte ve dolayısıyla umutsuzluğa katkıda bulunabilmektedir (156). Yürütücü işlev (veya daha spesifik olarak inhibisyon) eksikliği olan kişiler, kendilerine zarar verme düşünceleri ortaya çıktığında bu düşüncelere göre hareket etme dürtüsüne direnmekte zorluk yaşayabilmektedir. Aslında hem bozulmuş yürütücü işlev hem de intihar eğilimi, karar vermede zorluklar ve dürtüsellik ile ilişkilidir (157). Yürütücü işlevdeki eksiklikler ile intihar eğilimi arasındaki bağlantıyı destekleyen dolaylı kanıtlar şunları içermektedir: artan intihar riskiyle ilişkili farklı psikiyatrik bozukluklarda yerleşik yürütücü işlev eksiklikleri ve prefrontal kortekste intiharla ilişkili yapısal ve işlevsel anormallikler (95).

Ek olarak, strese karşı hiperaktif kortizol, intihar davranışı veya intihar davranışı olan birinci derece akrabaya sahip olmak, stresli durumlarda bilişsel işlevlerin azalmasıyla ilişkilendirilmiştir; bu da bilişsel bozuklukların stresle ilişkili olduğunu düşündürmektedir (158). Kohort çalışmalarında düşük başarılı öğrencilerde yüksek başarılı öğrencilere göre intihar girişimi riskinin beş kat arttığı rapor edilmiştir; bu da intihar riskini etkilemede zekâ seviyesi ve okul performansının önemini vurgulamaktadır (159). Çocukluk çağı travması deneyimi olan bireylerde bilişsel

bozukluklar da daha sık görülmektedir (160). Bu ilişki muhtemelen travma deneyimi ile halen gelişmekte olan beyin arasındaki çocukluk ve genç yetişkinlik dönemindeki etkileşimden kaynaklanmaktadır ve bu etkileşim nöroanatomik ve fonksiyonel değişikliklere yol açabilmektedir (161). Bu kanıtlar hep birlikte, intihar davranışı için risk faktörlerine aracılık eden bilişsel eksikliklerin rolünü desteklemektedir.

Duygudurum bozukluğu olan hastaların intihar davranışında bilişsel işlevlerin etkisini inceleyen 25 çalışmanın dahil edildiği bir meta-analizde, intihar girişimi öyküsü olan bireylerin nöropsikolojik testlerde intihar girişiminde bulunmayan hastalara göre daha kötü performans gösterdiği gözlemlenmiştir (162). Bellek bozuklukları ve intihar davranışı ilişkisini inceleyen 25 çalışmayı içeren bir başka meta-analizde intihar girişiminde bulunan kişilerin test performanslarının kısa süreli bellek, uzun süreli bellek ve çalışma belleği alanlarında sağlıklı kontrollere göre anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür (163).

Yürütücü işlevler ile intihar eğilimi arasındaki ilişkiye dair mevcut kanıtları inceleyen, 43 çalışmanın dahil edildiği bir meta-analizde en güçlü kanıtların depresif bozukluk örnekleminde olduğu görülmüştür. Bipolar ve psikotik bozukluk örneklemini kullanan çalışmalar daha az güçlü ilişki gösterirken, psikotik bozukluğu olanlarda intihar eğiliminin daha iyi yürütücü işlev ile ilişkili olduğuna dair kanıtlar da mevcuttur (95).

İntihar ve yürütücü işlevlerin ilişkisine yönelik literatüre baktığımızda, intihar girişimi olan bireylerle girişimi olmayan bireylerin yürütücü işlevlerinin karşılaştırıldığı pek çok çalışma mevcuttur. Bazı çalışmalar özellikle yürütücü işlev bozukluklarının intihar davranışları ile ilişkili olduğunu bildirirken (104) (163) (164) (165), intihar girişimi ile bilişsel işlevler arasında ilişki olmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (166) (167). Birkaç çalışma, diğer yüksek riskli tanısal popülasyonlarda (örneğin Sınırdaki Kişilik Bozukluğu) yürütücü işlev eksiklikleri ile artan intihar eğilimi arasında bir bağlantı olduğuna dair umut verici kanıtlar bulsa da bu gruplar üzerinde daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu görülmüştür (95). Henüz kesin olarak yanıtlanmamış çeşitli sorular göz önüne alındığında mevcut araştırmalar, intihar girişiminde bulunan hastaları belirli bir bilişsel profille karakterize edememektedir. Bu nedenle, intiharın daha etkili bir şekilde önlenmesini gerçekleştirmek ve altta yatan süreçlerin daha derinlemesine anlaşılmasına katkıda bulunmak için bu alanda daha

fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Çalışmamızda yürütücü işlevleri değerlendirmek için Go/ No Go (Yap/Yapma) testi ve Tower of London (Londra kulesi) testi kullanılmıştır. GNG dikkat ve davranışsal (motor) dürtüsellik ile ilişkili iken, TOL planlama ve problem çözme becerilerinin değerlendirilmesine çok duyarlı olup, davranışsal inhibisyon, dürtü kontrolü, dikkati sürdürme, bilişsel esneklik, muhakeme, kural yönetimli davranış gibi yönetici işlevleri değerlendirmektedir.

İntihar ve Dürtüsellik

Tamamlanmış intihardan önce sıklıkla intihar düşüncesi gelmektedir, bireyin planlı veya plansız kendini öldürme amacına yönelik değişken düşünceleri olabilmektedir. Son teori ve araştırmalar, düşünce ve girişim arasında onları etkileyen faktörler açısından ayırım yapılmasının önemini ortaya koymaktadır (168) (169). İntihar düşüncesinden intihar girişimine ilerleyen süreçte dürtüsellik ve öz kontrol faktörlerinin önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir (169). Mamayek ve meslektaşları dürtüsellik ve zayıf öz kontrolün eşanlamlı olmadığını, aksine iki ayırt edilebilir kavram olduğunu, arzuya teslim olarak dürtüsel hareket etmenin, arzuyu engellemekten farklı bir süreç içerdiğini savunmaktadır (170). Hofmann ve ark. dürtüsellik ve öz kontrolün, davranışı anlamaya yönelik ikili sistem yaklaşımının bir varyantı olarak farklı bilişsel sistemlerin eylemini yansıttığını öne sürmektedir (171). Bu düşünce tarzı, dürtüsellik ve öz kontrolün intihar düşüncesi ve davranışına ayrı ayrı katkıda bulunduğunu ima etmektedir. Öz kontrol ve dürtüsellüğün intihar düşüncesi ve intihar girişimiyle ilişkisini inceleyen, 113 katılımcının dahil edildiği bir çalışmada, dürtüsellik intiharla olumlu yönde öz kontrol olumsuz yönde ilişkili bulunmuştur. Ölçülen üç dürtüsellik bileşeninden (dikkatte dürtüsellik, motor dürtüsellik ve plan yapmama) dikkatte dürtüsellik (sürmekte olan göreve odaklanma eksikliği) intihar düşüncesi ve girişimiyle istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. Aynı şekilde engelleyici öz kontrol de intihar eğilimiyle anlamlı şekilde ilişkili bulunmuş, dikkatte dürtüsellik, engelleyici öz kontrol ile güçlü bir şekilde ilişkili bulunmuştur (169).

Son çalışmalar dürtüsellik ile intihar davranışı arasındaki ilişkiye yönelik sürekli dürtüsellik ile durumsal dürtüsellik arasındaki farkın dikkate alınması gerektiğini söylemektedir. Sürekli dürtüsellik düzenli olarak kişisel raporlama anketleriyle

ölçülmekte, Barratt Dürtüsellik Ölçeği, kişinin öngörüsüzce hareket etme konusundaki genel eğilimi hakkında bilgi sağlamaktadır. Bir meta-analizde sürekli dürtüsellik ve intihar davranışı arasında yalnızca ihmal edilebilir bir ilişki bulunmuş, dürtüsellik özelliğinin fiziksel saldırganlık gibi daha yakın risk faktörlerini şiddetlendirerek dolaylı olarak intihar davranışıyla ilişkili olduğu öne sürülmüştür (172). Bir başka çalışmada öz bildirim dayalı dürtüsellik açısından intihar girişiminde bulunanlar ve intihar düşüncesi olanlar arasında yalnızca küçük farklılıklar bulunmuş ve performansa dayalı dürtüsellik açısından herhangi bir fark bulunamamıştır (173). Ancak Liu ve arkadaşlarının bir meta-analizinde davranışsal ve bilişsel dürtüsellik ile intihar girişimleri arasında orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur (174).

İntihar davranışı bağlamında durumsal dürtüsellik genellikle intihar girişiminin farklı özelliklerinden, yani karar ile eylem arasında kısa bir zaman aralığı olması, yakın zamanda planlama/hazırlığın olmaması, yaşamın herhangi bir döneminde/önceki yılda intihar planının olmaması gibi zamana bağlı kriterlerden çıkarılmaktadır. Kriterler birbiriyle çok fazla ilişkili görülmemekte ve bu nedenle ayrı ayrı incelenmektedir; çoğu çalışma zamanla ilgili kriter yerine planlama/hazırlık kriterlerine odaklanmaktadır. Bir çalışmada hastanede tedavi gören intihar girişiminde bulunan hastaların %24'ünün intihar etmeye karar vermeleri ile intihara teşebbüs etmeleri arasında 5 dakikadan az bir süre geçtiğini belirttikleri görülmüştür (175). Başka bir çalışmada intihar girişiminde bulunanların yüzde 74,4'ünün, ölme kararının ardından 10 dakika veya daha kısa bir süre içinde harekete geçtiği bulunmuştur (176). Bu kadar hızlı bir şekilde gerçekleştirilen intihar girişimleri, daha düşük ölme niyeti, daha düşük depresyon, daha düşük umutsuzluk seviyeleriyle ilişkili bulunmuştur (177). Bununla birlikte, düşünce ile davranış arasındaki kısa sürenin dürtüsellikle yalnızca ihmal edilebilir bir ilişkisi olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur (178). İntihar düşüncesi ve intihar girişimi arasında 5 dakika, 10 dakika ve 180 dakika olan ve daha fazla süre bulunan bireylerin karşılaştırıldığı yakın zamanlı bir çalışmada katılımcıların depresyon, umutsuzluk ve sürekli dürtüsellik açısından farklılık göstermediği bulunmuştur (179).

Dürtüsellik sıklıkla intihar davranışı için merkezi risk faktörlerinden biri olduğu belirtilmektedir (180) (181). Özellikle Mann ve ark. insanları intihara meyilli duygularla hareket etmeye daha yatkın hale getiren şeyin dürtüsellik olduğunu

belirtmektedir (181). Bryan ve Rudd dürtüsel olmanın insanların intihar girişiminde bulunmaları için bir intihar planına sahip olmaktan daha iyi bir gösterge olabileceğini ileri sürmüştür (182). İntihar davranışına yönelik en yeni modellerden biri olan bütünleşik motivasyon-istemli model'de dürtüsellik, istemli bir moderatör, yani intihar düşüncesinden intihar davranışına geçişi sağlayan bir faktör olarak değerlendirilmektedir (183). Bununla birlikte, intihar davranışının nadiren dürtüsel olduğunu, önceden düşünülmeden girişilemeyecek kadar korkutucu ve fiziksel olarak sıkıntı verici olduğunu, insanların aylar veya yıllar öncesinden iyi geliştirilmiş ve iyi düşünülmüş planları kullanıma hazır olarak bulundurabileceğini ve bunu yapmanın çok az zaman alabileceğini iddia eden çalışmalar da mevcuttur (184).

MİZAÇ

Mizaç(huy), kişinin dış dünya ile iletişimini, tepkilerini, duygularını ifade edişini ve sosyal ilişkilerdeki tutumlarını belirleyen ve düzenleyen, kalıtımla geçen, biyolojik temelli, yaşam boyunca neredeyse hiç değişmeyen ve tekrarlayan davranış eğilimleri olarak tanımlanmaktadır (19). Her ne kadar yakın anlamlarda kullanılsalar da mizaç, karakter ve kişilik farklı kavramları ifade etmektedir. Karakter, mizaç ve yetiştirilme ortamında kişinin kullandığı savunma mekanizmalarının çevresel değişikliklere uyumu sonucu oluşan, ailenin, çevrenin, yaşam tarzının, eğitimin etkisi ile şekillenen, değişebilen ve öğrenilebilen özelliklerin bir araya gelmesi olarak tanımlanmaktadır. Kişilik ise çevresel etkenlerle gelişen karakterle biyolojik olan mizacın bir araya gelmesiyle oluşmaktadır (185).

Affektif mizaç erken dönemde ortaya çıkan ve yaşam boyu nispeten sabit kalan, çevreden, sosyal yapıdan, eğitimden bağımsız olan kişiliğin biyolojik çekirdeklerini temsil eder ve bireyin aktivite düzeyini, temel ruh halini, duygusal tepkiselliğini ve ilişkili bilişlerini tanımlar (186). Afektif mizacın, duygudurum bozukluklarının psikolojik ve biyolojik yönleri arasındaki köprüyü temsil ettiği düşünülmektedir (21). Teorik öncülleri Hipokrat'ın humoral teorisine (dört sıvı kuramı) kadar uzanmaktadır, ancak modern afektif mizaç kavramı Akiskal ve Mallya (1987) tarafından geliştirilmiş ve işlevselleştirilmiştir. Akiskal afektif mizaçların duygudurum bozukluklarını öngörmede önemli olduğunu ileri sürmüş ve depresif, siklotimik, hipertimik, irritabl ve anksiyöz olmak üzere 5 temel mizaç tanımlamıştır (20).

Hipertimik mizaç, istikrarlılık, yüksek enerji düzeyi, neşe-coşku hali, aşırı özgüven, aşırı iyimserlik, dikkatsizlik, dürtüsellik, konuşkanlık, sıcakkanlılık, dışa dönüklük, yenilik ve zevk arayışında olma eğilimi ile karakterize edilir. Zaman zaman ötimik dönemlerle birlikte eşik altı hipomanik özellikler gözlemlenebilir. Uyku süresi genellikle günde 6 saatten daha kısadır. Yadsıma sıkça kullanılır (20) (185).

Siklotimik mizaç, özellikle kişilerarası alanda, dış ve iç uyaranlara aşırı tepki vermenin yanı sıra, hızlı ve kendiliğinden duygudurum dalgalanmalarıyla karakterize edilir. Döngüsellik gösterir ancak aralarda ötimik dönemlere rastlanılmaktadır. Öznel olarak; canlılık veya uyuşukluk, iyimserlik veya kötümserlik, zihinsel durgunluk veya canlılık, dalgalanan özsaygı bildirilebilir. Davranışsal olarak; Konuşma miktarında ve uyuma ihtiyacında azalma veya artma, nedensiz ağlama veya coşku, sosyal ilişkilerde azalma veya artma ve üretkenlikte değişkenlik gibi farklı belirtiler gözlemlenebilir (20) (185).

İrritabl mizaç, sürekli asabi ve sinirli ruh hali, kötümserlik, dürtüsellik ve disforik huzursuzluk ile karakterizedir. Eleştiren, şikâyet eden ve ima edici şakalar yapan insanlardır. İstenmeyen yerlerde bulunarak çevrelerindekiyle rahatsızlık verebilirler. Bunlarla birlikte antisosyal kişilik bozukluğu ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu için tanısal kriterler karşılanmamalıdır (20) (185).

Distimik mizaç, düşük düzeyde enerji, acıya karşı duyarlılık, başkalarına bağlılık, sosyal ve mesleki bağlarda sürekli uyum ve güvenlik arayışı ile karakterize edilir. Herhangi bir duruma ikincil olmayan aralıklı, hafif depresyon gözlenebilir. Anhedoni ve enerjisi genellikle mevcuttur. Uyku süreleri günde 9 saatten uzundur. Umutsuz, kötümser, neşesiz, eğlenmeyen, sessiz, pasif, kararsız, şüpheli, eleştiren, şikâyet eden, endişeli, öz disiplinli, öz eleştirel, cezalandırıcı ve özellikle başarısızlık, yetersizlik ve negatif olaylara odaklanan özellikler gözlenebilir (20) (185).

Anksiyöz mizaç, distimik mizaçla ilişkili ve kontrol edilemeyen endişe, aşırı uyarılmışlık ve rahatlayamama ile karakterize edilir. Normal durumlarda, aşırı kaygı, güvensizlik hissi, felaket beklentisi ve gerginlik yaygındır. Gerilim, sindirim sistemi şikâyetleri, huzursuzluk, sinirlilik ve yerinde duramama gibi otonomik ve davranışsal belirtilerle birlikte olabilir (20) (185).

Nörokimyasal ve genetik çalışmaların yapılmasıyla siklotimik, iritabl, depresif ve anksiyöz mizaçların serotonin yolları ile ilişkili olduğu, hipertimik mizacın ise

dopamin yolları ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu çalışmalar, mizacın duygudurum bozuklukları için kalıtsal temel oluşturabileceği görüşünü desteklemektedir (187).

İlk olarak Emil Kraepelin mizaçların duygudurum bozukluklarının zayıflatılmış biçimlerini ve sıklıkla manik-depresif hastalığın öncülerini temsil ettiğini öne sürmüştür (188). Son 30 yılda çok sayıda araştırma bu ilişkiyi araştırmış, bu çalışmalardan elde edilen sonuçlar, bipolar bozukluğun (BB) hipertimik ve siklotimik mizaçlar tarafından öngörüldüğünü veya bunlarla ilişkili olduğunu göstermiştir (189). Daha az sağlamlığa sahip olsa da bu çalışmalar aynı zamanda BB'nin aynı zamanda irritabl mizaçla, majör depresif bozukluğun ise distimik/anksiyöz mizaçla ilişkili olduğunu da vurgulamıştır (20). BB/MDB'nin diğer olası yordayıcıları bağlamında afektif mizaç ile duygudurum bozukluğu arasındaki ilişkiyi araştıran iki çalışma, siklotimik mizacın BB ve MDB tanısını öngördüğünü bulmuştur (190). Siklotimik mizaca sahip olan ve olmayan BB tip 2 hastalarını karşılaştıran bir çalışmada siklotimik hastaların anlamlı derecede daha sık yaşam boyu intihar girişiminde bulundukları ve intihar riski nedeniyle daha fazla hastaneye yatış yaşadıkları görülmüştür (191).

SAVUNMA MEKANİZMALARI

Savunma mekanizmaları psikanalitik literatürde önemli bir yere sahiptir. İlk olarak Sigmund Freud tarafından tanımlandıktan sonra Anna Freud (1937), Melanie Klein (1952), Kernberg (1975), Vaillant (1977), Perry (1992), Nancy McWilliams (1994), Bond (2005) ve daha birçok değerli araştırmacı tarafından farklı bakış açılarıyla tanımlanmış ve farklı sınıflandırmalarla geliştirilmiştir. Amerikan Psikoloji Derneği (APA, 1994) savunmayı iç ve dış çatışmalara ve stres etkenlerine verilen otomatik psikolojik tepkiler olarak tanımlamaktadır. Vaillant (1977), Meissner (1980) ve Cramer (1991) tarafından sağlanan veriler, savunma mekanizmalarının DSM-III'e dahil edilmesinin temelini atmıştır. Savunma mekanizmaları ile psikopatoloji arasındaki ilişki ilk kez 1980 yılında DSM-III'de yer almış ve iç ve dış tehditlere karşı otomatik psikolojik süreçler olarak tanımlanmıştır.

“Savunma mekanizması” kavramı ilk kez Freud’un (1894) 'Savunmanın Nöro-Psikozları' adlı çalışmasında tanımlanmıştır. Bir dönem Freud, bastırmayı savunma sürecinin genel tanımı olarak kullanmıştır. Daha sonra tanımı şekil değiştirmiş,

bastırmayı bir materyali bilinçten uzak tutmak olarak tanımlamıştır. Freud'a göre savunma mekanizmaları, içgüdüsel bir isteğin gerçekleşmesinin, nesnenin kaybı, nesnenin sevgisinin kaybı veya hadım edilme gibi dış dünyadaki bir tehlike tarafından tehdit edilmesi durumunda kullanılan bilinçdışı işlemlerdir. Freud savunma mekanizmalarının çoğunu keşfetmiş ve önemli özelliklerini belirlemiştir. Bunların bilinçdışı olduklarını, birbirlerinden farklı olduklarını, duygulanım ve içgüdü yönetici rollerinin bulunduğunu, geri dönüşümlü, uyarlanabilir ve patolojik olabileceklerinin altını çizmiştir (192).

Anna Freud, o zamana kadar psikanaliz literatüründe ortaya çıkan on savunma mekanizmasını (regresyon, bastırma, karşıt tepki oluşturma, izolasyon, yap-boz, yansıtma, içe yansıtma, kendine karşı döndürme, tersine çevirme ve yüceltme) tanımlamak için sistematik bir yapı ortaya koymuş, odağı psikopatolojiden adaptasyona çevirmiş, savunmaların iç çatışmaları azalttığını veya susturduğunu ancak aynı zamanda bireylerin dış gerçekliğin talepleri ve zorluklarıyla baş etmelerine de yardımcı olduğunu ifade etmiştir. Savunmaları kaygının kaynağı olan süperegö, dış dünya ve bunlara neden olan içgüdüsel baskıların gücüne göre sınıflandırmıştır (193).

Melanie Klein, Çocukların Psikanalizi adlı kitabında egonun başlangıçtan itibaren çalıştığını ve ilk faaliyetleri arasında kaygıya karşı savunma, içe yansıtma ve yansıtma süreçlerini kullanmanın olduğunu ifade etmiştir (194). Kleinci ve İngiliz nesne ilişkileri analistleri, belirli savunmaların, bölme ve yansıtma özdeşleşme gibi savunmalar da dahil olmak üzere, benlik ve ötekinin içselleştirilmiş nesne temsillerinin aktivasyonu ile ortaya çıkan çatışmaları ele almaya yönelik olduğunu ileri sürmüştür (192).

Kaç savunma mekanizmasının var olduğu konusunda farklı görüşler vardır ancak psikanalitik teorisyenler arasında, savunmaların olgunluk dereceleri farklı olan bir süreklilik üzerinde sıralandığı fikri konusunda bir miktar fikir birliği vardır. Genel olarak, daha olgun kabul edilen savunma mekanizmaları gerçekliğe uyum sağlama konusunda daha büyük bir yeteneğe işaret etmekte, böylece gerçeği çarpıtmadan tehditkâr duygulardan etkili bir şekilde uzaklaşmaya yardımcı olmaktadır. Bu savunmaların örnekleri yüceltme, mizah, bastırma, fedakarlıktır. Farklı olarak, olgunlaşmamış ve hatta ilkel olarak kabul edilen savunma mekanizmaları acı verici zihinsel içeriklerin ciddi şekilde değişmesi ve/veya dış gerçekliğin radikal bir şekilde

çarpıtılmasıyla karakterize edilmektedir. Bu savunma mekanizmalarının örnekleri yansıtma, bölme, eyleme geçirme ve otistik fantezidir (192) (195) (196).

Freud, savunmaları üç gruba ayıran erken bir hiyerarşi oluşturmuş, inkâr, çarpıtma ve yansıtmayı psikozun savunmaları; sürekliliğin diğer ucu olan yüceltme, fedakârlık, mizah ve bastırmayı ise olgunluğun savunması olarak sınıflandırmıştır. Onların arasında yer alan; bölünme, hipokondriyazis, kendine karşı dönme, fantazi, çözülme, bastırma, izolasyon, geri alma, yer değiştirme ve tepki oluşumunu nevrozun savunmaları olarak tanımlamıştır. George Eman Vaillant, savunmanın gelişimsel hiyerarşisinin farklılaştırılmasına katkıda bulunmuş, savunmanın yaratıcı, başa çıkmaya yardımcı ve sağlıklı yönlerine vurgu yapmış, savunmaları “bir kum tanesiyle karşılaşan istiridyenin inci yaratmasına” benzetmiştir (196). Vaillant savunma mekanizmalarını dört düzeyde gruplandırmıştır; I. Psikotik mekanizmalar (sanrısız yansıtma, inkâr ve çarpıtma), II. Olgunlaşmamış mekanizmalar (yansıtma, şizoid fantazi, hipokondriyazis, pasif saldırgan davranış, eyleme dökme ve ayrışma), III. Nevrotik savunmalar (yalıtma/entelektüelleştirme, bastırma, yer değiştirme ve tepki oluşumu), IV. Olgun mekanizmalar (fedakârlık, bastırma, beklenti, yüceltme ve mizah) (197).

Klinik araştırmalarda savunma mekanizmaları kavramını ve psikopatoloji ile ilişkilerini anlamak için çeşitli yöntemler kullanılmıştır. Bu yöntemler arasında klinik görüşmeler, öyküler, projektif testler, otobiyografiler ve anketler bulunmaktadır. Bu yöntemlerden bazıları; Vaillant'ın (1976) kısa hikayeler kullanarak yapılan görüşme tabanlı değerlendirme yöntemi, Perry ve Cooper'ın (1989) gözlemci değerlendirmesine dayalı Savunma Mekanizmaları Değerlendirme ölçekleri ve Bond ve arkadaşlarının (1983) Savunma Biçimleri Testi (SBT) şeklindedir.

Bazı spesifik savunmaların, temel psikopatolojiyle ilişkili belirli kişilik bozukluklarıyla ilişkili olduğu, tanısal öneme sahip ayırt edilebilir savunma mekanizmalarının bulunduğu gösterilmiştir. Kişiliğin organizasyonunu ve işleyişini bireylerin benimsediği savunma kalıpları ışığında açıklayan geniş bir bilimsel literatür bulunmaktadır. Perry'nin bazı çalışmalarında, antisosyal ve narsisistik kişilik bozukluklarında tümgüçlülük ve değersizleştirme, borderline kişilikte bölme ve yansıtma özdeşim kullanımı güçlü şekilde ilişkilendirilmiştir (195). Kernberg, yansıtma özdeşim ve bölme gibi bazı savunma mekanizmalarının borderline kişilik

örgütlenmesinin teşhisinde yardımcı olabileceğini ileri sürmüştür (198). Ruhsal yapının işleyişi ile ilgili teoriler, intihar davranışı olan bireylerin belirli savunma mekanizmalarını kullanımını tanımlamıştır (23). Bunlar kendiliğe yönelen saldırganlık, ilkel bölme, ilkel idealizasyon, regresyon ve saldırganla özdeşimi içerir. Kendine zarar verici davranışlar ile kullanılan savunma mekanizmaları arasındaki ilişkiye bakıldığında da işlevsiz savunma mekanizmalarının kullanımının KZVD ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (199). Bununla birlikte, özellikle dissosiyasyon gibi olgunlaşmamış savunma mekanizmalarının kullanımının, KZVD ile güçlü bir ilişkisi olduğu gösterilmiştir (200).

Bu çalışmayla ilgili hipotezlerimiz;

1. İntihar girişimi ile başvuran olgulardan majör depresyonu olmayanların geçmişinde KZVD öyküsü, majör depresyonu olanlara ve sağlıklı kontrollere göre daha fazladır.
2. İntihar girişimi ile başvuran olgularda hipertimik mizaç dışındaki baskın mizaç oranları sağlıklı kontrollere göre daha yüksektir. Majör depresyonu olan grupta depresif mizaç oranı diğer iki gruba göre daha yüksektir.
3. İntihar girişimi ile başvuranlarda sağlıklı kontrollere göre immatür savunmaları kullanma oranı daha yüksektir. Depresyonu olmayan intihar olgularında immatür savunmaları kullanım oranı diğer gruplara göre daha yüksektir.
4. İntihar girişimi ile başvuran olgularda dürtüsellik ve planlama becerisi gibi yürütücü işlev bozuklukları sağlıklı kontrollere göre daha yüksektir. Depresyonu olmayan intihar olgularında dürtüsellik daha fazladır.
5. İntihar girişimi ile başvuran olgulardan majör depresyonu olanların yürütücü işlev performansları sağlıklı kontrollere göre daha düşüktür.

GEREÇ VE YÖNTEM

ÖRNEKLEM

Çalışmaya Nisan 2023-Nisan 2024 tarihleri arasında Pamukkale Üniversitesi Psikiyatri Hastanesine intihar girişimi sonrası başvuran ve DSM 5 tanı kriterlerine göre majör depresif bozukluk tanısı alan 30 intihar olgusu ile DSM 5' e göre majör depresif bozukluk tanısı almayan 30 intihar olgusu (toplamda 60 kişi) dahil edilmiştir. Sağlıklı kontrol grubu, çalışma için gerekli koşulları sağlayan ve hasta grubu ile benzer yaş ve cinsiyet özelliklerine sahip 30 sağlıklı gönüllü bireyden oluşturulmuştur.

Tüm katılımcılar çalışma hakkında ayrıntılı olarak bilgilendirilmiş, gönüllü olanlardan sözel ve yazılı onam alınarak çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırma projesi Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul onayına sunulmuş, 07.04.2023 tarih ve 60116787-020-354421 sayılı karar yazısıyla etik kurul onayı alınmıştır.

Gönüllüler İçin Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri:

Çalışma grubu 1:

1. 18-60 yaşları arasında, intihar girişimi ile hastane başvurusu olmak
2. DSM-5 tanı ölçütlerine göre major depresif bozukluk tanısı almış olmak
3. Okur -yazar olmak
4. Kronik fiziksel ve nörolojik hastalığa sahip olmamak
5. Kronik psikiyatrik hastalığa (Bipolar Boz., Psikotik boz, alkol ve madde bağımlılığı, demans .vb) sahip olmamak
6. İletişimi engelleyen fiziksel ve bilişsel bir sorunu olmayan, mental kapasitesi olağan olmak
7. Testi etkileyebilecek, bilişsel fonksiyonları bozabilecek engel herhangi bir ilaç kullanımı olmamak
8. Araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra çalışmaya katılmaya onay vermek

Çalışma grubu 2:

1. 18-60 Yaşları arasında, intihar girişimi ile hastane başvurusu olmak

2. DSM-5 tanı ölçütlerine göre major depresif bozukluk tanısı almamış olmak
3. Okur -yazar olmak
4. Kronik fiziksel ve nörolojik hastalığa sahip olmamak
5. Kronik psikiyatrik hastalığa (Bipolar Boz., Psikotik boz, alkol ve madde bağımlılığı, demans .vb) sahip olmamak
6. İletişimi engelleyen fiziksel ve bilişsel bir sorunu olmayan, mental kapasitesi olağan olmak
7. Testi etkileyebilecek, bilişsel fonksiyonları bozabilecek engel herhangi bir ilaç kullanımı olmamak
8. Araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra çalışmaya katılmaya onay vermek

Kontrol grubu:

1. 18-60 yaşları arasında olmak
2. DSM-5'e göre herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmamak
3. Okur -yazar olmak
4. Herhangi bir tıbbi veya nörolojik hastalığı olmamak
5. İletişimi engelleyen fiziksel ve bilişsel bir sorunu olmayan, mental kapasitesi olağan olmak
6. Testi etkileyebilecek, bilişsel fonksiyonları bozabilecek engel herhangi bir ilaç kullanımı olmamak
7. Araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra çalışmaya katılmaya onay vermek

Gönüllüler İçin Dışlama Kriterleri:

Hasta grubu:

1. Çalışmaya katılmayı kabul etmemek
2. 18 yaş altı veya 60 yaş üstü olmak
3. Psikotik bozukluk, iki uçlu duygudurum bozukluğu, alkol ve madde bağımlılığı, demans gibi psikiyatrik bir bozukluğa sahip olmak
4. Psikotik özellikler gösteren majör depresif bozukluk tanısına sahip olmak
5. Eşlik eden önemli tıbbi veya nörolojik bir hastalığa sahip olmak

6. Zekâ geriliği tanısı almış olmak
7. İletişimi engelleyen fiziksel ya da bilişsel bir soruna sahip olmak
8. Okur-yazar olmamak

Kontrol grubu:

1. Yaşın 18'in altında ya da 60'in üstünde olması
2. DSM-5'e göre psikiyatrik hastalık tanısı olması
3. Akut veya kronik, tıbbi veya nörolojik hastalığının olması
4. İletişimi engelleyen fiziksel ya da bilişsel bir soruna sahip olmak
5. Okur-yazar olmamak

ÇALIŞMANIN AŞAMALARI

Çalışmaya katılım ölçütlerini karşılayan, çalışma ile ilgili bilgilendirilen ve onam veren hastaların ve sağlıklı kontrollerin psikiyatrik muayeneleri yapıldı, DSM-5 tanı ölçütlerine göre değerlendirildi. Bilgilendirilmiş onamla çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılara öncelikle sosyodemografik veri formu ve 3 adet ölçek formu (TEMPS-A Mizaç Değerlendirme Envanteri, Savunma Biçimleri Testi, Beck Depresyon Ölçeği) uygulandı. Aynı zamanda tüm katılımcılara nöropsikolojik test olarak Londra Kulesi Testi (LKTDX) ve Yap/Yapma testi bilgisayar versiyonu (The Psychology Experiment Building Language (PEBL) uygulandı.

Çalışma intihar girişimi ile başvuran majör depresif bozukluk tanısı alan 30 intihar olgusu ve majör depresif bozukluk tanısı almayan 30 intihar olgusu (toplamda 60 hasta), hasta grubu ile benzer yaş ve cinsiyet özelliklerine sahip 30 sağlıklı birey ile tamamlanmıştır.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini sorgulamaya yönelik olarak olguların sosyodemografik verilerinin ve klinik özelliklerinin toplanması amacıyla araştırmacılar tarafından hazırlanan bir bilgi formudur.

Memphis,Pisa,Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi (TEMPS-A)

Bireylerde depresif, hipertimik, irritable, siklotimik ve anksiyöz gibi baskın affektif mizaçları değerlendirmek üzere kullanılabilmektedir. Hagop A. Akiskal tarafından 1998’de geliştirilen ölçeğin Türkçe uyarlaması ile geçerlik güvenirlik çalışması Vahip ve arkadaşları tarafından 2005’te yapılmıştır (201). Başta duygudurum bozukluğu olmak üzere tüm psikiyatrik hasta grupları ve sağlıklı toplumu değerlendirmede kullanılan, ‘‘evet/hayır’’ biçiminde değerlendirilmek üzere 99 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Her madde için ‘‘evet’’ yanıtı 1, ‘‘hayır’’ yanıtı 0 olarak puanlanmaktadır. Ölçeğin alt boyutlarının toplam puanı madde puanlarının toplanmasıyla elde edilir. Ölçeğin alt boyutlarının kesme puanları depresif (18 madde) için 13, siklotimik(19 madde) için 18, hipertimik(20 madde) için 20, sinirli (18 madde) için 13, endişeli (24 madde) için 18 olarak elde edilmiştir. Ölçeğin Türkçe formunun test-yeniden test güvenirliği (0,73-0,91) ve iç tutarlılığı (0,77-0,85) iyi düzeyde bulunmuştur. Faktör analizi sonucunda tüm boyutlar faktörlerde temsil edilmiştir. Ayrıca ölçüt geçerliliği için tüm alt boyutların kesme puanları hesaplanmıştır.

Savunma Biçimleri Testi

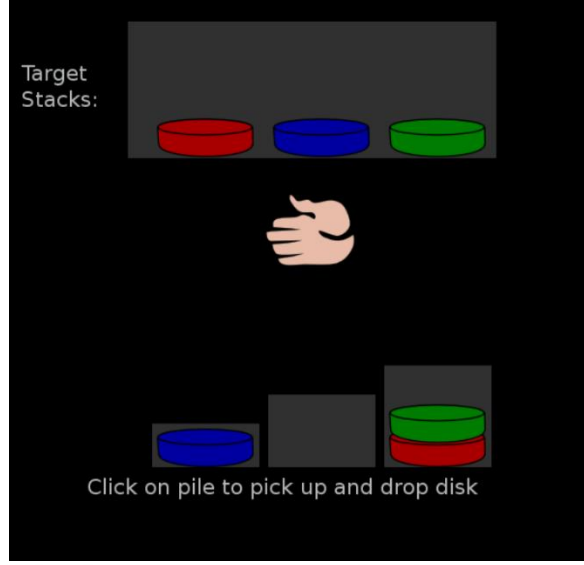
Toplam 40 maddeden oluşan ve 20 savunma biçimini değerlendiren alt boyutları olan bir öz bildirim ölçeğidir. Bu 20 savunma mekanizması olgun savunma biçimi, nevrotik savunma biçimi ve olgun olmayan savunma biçimi olmak üzere üç üst başlıkta da değerlendirilebilmektedir. Andrews ve arkadaşları (1993) tarafından geliştirilen testte her bir madde 1 (Bana hiç uygun değil) ile 9 (Bana çok uygun) arasında değerlendirilmektedir. İmmatür savunmalar, yansıtma, pasif saldırganlık, dışa vurma, yalıtma, değersizleştirme, otistik fantezi, inkâr, yer değiştirme, disosiyasyon, bölünme, mantıksallaştırma, bedenselleştirme; nevrotik savunmalar, yapma bozma, yapay özgecilik, idealleştirme, karşıt tepki geliştirme; matür savunmalar ise yüceltme, mizah, beklenti ve baskılamadır. Türkçe’ye tercüme edilmesi, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Yılmaz ve arkadaşları (2007) tarafından gerçekleştirilmiştir (22). Bu çalışmada içtutarlılık katsayısı matür, nevrotik ve immatür savunma biçimi için sırasıyla .70, .61 ve .83 olarak hesaplanmıştır. Yanı sıra, her üç savunma biçimi için

de iki-yarım-test güvenilirliği ve test-tekrar test güvenilirliği katsayılarının kabul edilir aralıkta yer aldığı bulunmuştur. Savunma Biçimleri Testi'nden alınacak puan aralığı; immatür savunmalar alt için 24-216, nevrotik savunmalar için 8-72 ve matür savunmalar için 8-72 arasında değişmektedir. Her bir alt ölçekten alınan puanın düzeyi o savunma mekanizması grubunun daha çok kullanıldığı anlamına gelmektedir (22).

Londra Kulesi Testi (LKTDX)

Londra Kulesi testi Tim Shallice (1982) tarafından frontal lob lezyonu olan hastalarda yönetici planlama becerilerini değerlendirmek üzere geliştirilmiştir. Yürütücü işlevlerden planlama ve problem çözme becerilerinin değerlendirilmesine çok duyarlı olup, davranışsal inhibisyon, dürtü kontrolü, dikkati sürdürme, bilişsel esneklik, muhakeme, kural yönetimli davranış gibi yönetici işlevleri değerlendirmektedir. Türkiye'de geçerlik çalışması Atalay (2005) tarafından yapılmıştır (202). En prototipik yürütücü işlevlerden biri, planlama, yani zihinsel olarak bir amaca yönelik eylemler dizisi oluşturma ve bunların hedefe ulaşmayla ilgili sonuçlarını öngörme ve değerlendirme becerisidir. LKT'de değişen renklerde diskler ve bu disklerin yerleşebileceği üç adet sütun bulunur. Sütunlara dağıtılan topların başlangıç durumunun sınırlı sayıda hareketle önceden belirlenmiş bir hedef durumuna aktarılmasını talep eden Londra Kulesi testi Planlama yeteneklerinin nöropsikolojik değerlendirmesini içerir (203).

Testin uygulanması, Mueller ve Piper tarafından 2002 yılında geliştirilmiş olan The Psychology Experiment Building Language (PEBL) adındaki nöropsikolojik test bataryası içeren yazılım programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir (Şekil 2). Uygulama sırasında katılımcılara verilen yönergelerde farklılıklar görülebilmekle birlikte, tüm yönerge tiplerindeki ortak amaç karışık biçimde verilmiş olan diskleri hedef dizilimdeki ile aynı hale getirmektir. Philips ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (204), yönerge tiplerinin performans üzerinde bir etkisi olmadığı gösterilmiştir bu nedenle uygulayıcılar farklı yönerge tipleri kullanabilmektedir. Bu çalışmada [a] numaralı giderek zorlaşan seviyede 15 problemten oluşan, bir problem çözülmeden diğerine geçilemeyen, problem içi zaman ve hamle kısıtlaması olmayan, farklı boylarda 3 sütun ve 3 adet her biri farklı renk disk içeren yönerge tipi uygulanmıştır.



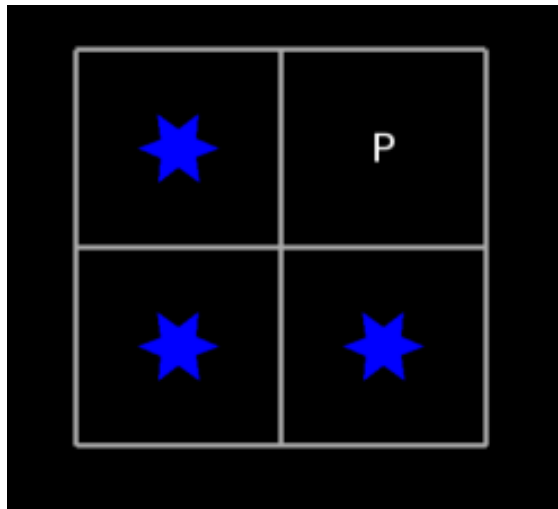
Şekil 2. Londra Kulesi Testi Görünümü

Seçilen yönerge gittikçe artan zorluktaki 15 problemi içermektedir. Katılımcının üç farklı uzunluktaki sütunlar üzerinde renkli diskleri verilen bir hedef örüntü ile eşleştirecek biçimde hareket ettirmesi gerekmektedir. Test boyunca takip edilmesi gereken iki kural bulunmaktadır: Bir çubuğa, o çubuğun alabileceğinden daha fazla boncuk koyulamaz (1. tip kural) ve aynı anda iki veya daha fazla boncuk bir veya daha fazla çubuktan çıkartılamaz (2. tip kural). Katılımcıdan mümkün olduğunca az süre ve hamlede problemleri çözmesi istenir. Katılımcı, bir diski bir sütundan çıkartıp, o diski aynı veya başka bir sütuna koyduğu an bir hamle yapmış olur. Test sonunda toplam süre ve toplam hamle sayısı olmak üzere iki adet ölçüm kaydedilmektedir. Katılımcının, toplam hamle sayısı, tüm test için minimum hamle sayısından çıkarılarak, fazla hamle sayısı hesaplanıp buna bağlı performans değerlendirilmektedir. Testi kısa sürede ve az hamleyle bitirmek, yani ekstra yapılan hamle sayısının düşük olması planlama ve problem çözme becerisindeki iyi yetenekle ilişkilidir.

Yap/ yapma Testi

Çalışmamızda Yap/ yapma Testinin bilgisayar versiyonu (The Psychology Experiment Building Language (PEBL) kullanılmıştır (Şekil 3). Yap/ yapma Testi yanıt önlemenin incelendiği bir testtir (205). Test, ekranda 2x2'lik dizilimde dört yıldızın görünmesi ile başlar. 1500 milisaniyede bir, 500 milisaniye süre boyunca dört yıldızdan birinin yerinde tek bir harf (P veya R) belirir. Testte katılımcıdan harfleri

sırasıyla izlemesi ve hedeflenen bir harf görüldüğünde bir tuşa basarak yanıt vermesi, diğer harflere yanıt vermemesi beklenir. Test iki bölümden oluşur. Her bölüm 128 P ve 32 R harfi içeren 160'ar denemeden (toplam 320) oluşur. İlk bölümde (P-Yap) katılımcılardan P harfini gördüklerinde shift tuşuna basmaları, R harfini gördüklerinde basmamaları istenir. İkinci bölümde (R-Yap) ise katılımcılardan R harfini gördüklerinde shift tuşuna basmaları, P harfini gördüklerinde basmamaları istenir. Test başlamadan önce kısa bir pratik seansı uygulanır. Katılımcının testi anladığından emin olmak için yapılan bu 10-15 denemelik pratik seansından sonra, test sırasında, katılımcı odada yalnız bırakılır. Tüm test yaklaşık olarak 8 dakika sürmektedir. Testteki davranışsal performans, her bir durumdaki 4 değerın hesaplanması ile değerlendirilir: 1. Yap hedefine doğru cevaplar 2. Yap hedefine ihmal hataları ("omission errors") 3. Yapma hedefine yanlışlıkla yanıt verme ("commission errors") 4. Yapma hedefine uygun şekilde yanıt vermeme. Ek olarak yap ve yapma hedefine tepki süresi her katılımcı için hesaplanmaktadır. Testin sonucunda hedeflenen ve hedeflenmeyen harflere verilen yanıtlar hesaplanarak dikkat ve dürtüsellik ile ilişkili fikir elde edilmektedir. Omisyon/atlama hataları (Yap sinyaline Yapma yanıtı vermek) dikkatsizlik ile açıklanırken, komisyon hataları (Yapma sinyaline Yap yanıtı vermek) yanıt inhibisyonunda yetersizlik, yani dürtüsellik ile ilişkilendirilmektedir. Reaksiyon süresi ise dikkat, karar verme, yanıtı başlatmak gibi çeşitli kognitif süreçleri yansıtmaktadır; daha uzun reaksiyon süreleri dikkatsizlik, kısa reaksiyon süreleri ise dürtüsellikle ilgili bağlantılıdır (206).



Şekil 3. Yap/Yapma Testi Görünümü

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck tarafından 1961'de adolesan ve erişkinlerde depresyonun somatik, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtilerinin derecesini ölçmek ve tedavi ile olan değişimleri izlemek için geliştirilmiştir. 21 maddeden oluşan, depresyona özgü semptom ve davranışlar bir dizi cümle ile tanımlanmış ve her bir cümleye sayı olarak 0-3 arasında numara verilmiştir. Öz bildirimine dayalı likert tipi bir ölçektir. Ölçekteki her madde 0 ile 3 puan arasında, hafif formdan şiddetli forma göre puanlanıp, puanlar toplanarak depresyon puanı elde edilmektedir. Şiddet olarak; 0-9=minimal, 10-16=hafif, 17-29=orta, 30-63=şiddetli şeklinde yorumlanmaktadır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hisli ve ark. tarafından yapılmıştır (207).

İSTATİKSEL DEĞERLENDİRME

Araştırmanın başlangıç aşamasında güç analizi yapılmıştır. Referans çalışmada (Gıynaş Ayhan ve arkadaşları 2019) kullanılan Beck Depresyon Ölçeği' ne göre elde edilen etki büyüklüğünün yüksek düzeyde olduğu ($r=1.01$) görülmüştür. Bu düzeyde bir etki büyüklüğü elde edebilmek için yapılan güç analizi sonucunda; çalışmaya Tip 1 hata miktarı (alfa) testin gücü (1-beta) 0.9 ve etki büyüklüğü 1.01 iken anlamlı bir fark bulunabilmesi için gerekli minimum örneklem büyüklüğü en az 18 kişi olması gerektiği hesaplanmıştır. Bir diğer referans çalışmada (Yağcı ve arkadaşları 2018) elde edilen etki büyüklüğünün yüksek düzeyde olduğu ($r=0.96$) görülmüştür. Yapılan güç analizi sonucunda; 1. Tip hata miktarı (alfa) 0.05, testin gücü (1-beta) 0.8 etki büyüklüğü 0.96 ve alternatif hipotez (H1) iki yönlü iken anlamlı bir fark bulunabilmesi için gerekli olan minimum örneklem büyüklüğü her grupta 19 olması gerektiği hesaplanmıştır.

İstatistiksel analizlerde SPSS 28.0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan en düşük, en yüksek, frekans ve oran değerleri kullanılmıştır. Sürekli değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma ve kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak verilmiştir. Değişkenlerin dağılımı kolmogorov simirnov, shapiro-wilk test ile ölçülmüştür. Dağılımı normal olan nicel bağımsız verilerin analizinde ANOVA (Tukey test) kullanılmış, dağılımı normal olmayan nicel bağımsız verilerin analizinde Kruskal-wallis kullanılmıştır. Nicel

bağımsız verilerin analizinde bağımsız örneklem t test, mann-whitney u test kullanılmıştır. Nitel bağımsız verilerin analizinde ki-kare test, ki-kare test koşulları sağlanmadığında fischer test kullanılmıştır. Etki düzey ve cut off değeri ROC eğrisi ile araştırılmıştır. Etki düzeyi tek değişkenli ve çok değişkenli lojistik regresyon ile araştırılmıştır. Tüm incelemelerde $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.



BULGULAR

Araştırma Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD’ a intihar girişimi ile başvuran 18-65 yaş aralığında, majör depresif bozukluk tanısı alan 30 intihar olgusu ve majör depresif bozukluk tanısı almayan 30 intihar olgusu (toplamda 60 hasta), hasta grubu ile benzer yaş ve cinsiyet özelliklerine sahip, 30 sağlıklı birey ile tamamlanmıştır.

Gruplar üçlü karşılaştırıldığında sağlıklı kontroller, depresif ve depresif olmayan intihar girişimi olan gruplar arasında ***hastaların yaşı, cinsiyet dağılımı, medeni durum, çocuk varlığı*** anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 1). Depresif intihar girişimi olan grupta eğitim durumu sağlıklı kontroller ve depresif olmayan intihar girişimi olan gruplardan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha düşüktü. Sağlıklı kontroller ve depresif olmayan intihar grupları arasında ***eğitim durumu*** anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 1). Sağlıklı kontrollerde ***çalışma oranı*** depresif intihar girişimi olan gruptan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti. Depresyonu olmayan intihar grubu ile depresif intihar girişimi olan gruplar arasında ***çalışma oranı*** anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 1). Depresif ve depresif olmayan intihar girişimi olan gruplarda ***ev hanımlarının oranı*** sağlıklı kontrollerden anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti. Depresif ve depresif olmayan intihar girişimi gruplar arasında ***ev hanımlarının oranı*** anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. Sağlıklı kontrollerde ***memurların oranı*** depresif ve depresif olmayan intihar girişimi olan gruplardan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti. Depresif ve depresif olmayan intihar girişimi olan gruplar arasında ***memurların oranı*** anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. Sağlıklı kontrollerle, depresif ve depresif olmayan intihar girişimi olan gruplar arasında ***işçi, emekli, öğrencilerin oranı*** anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 1). Sağlıklı kontrollerde ***hane geliri*** depresif ve depresif olmayan intihar girişimi olan gruplardan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti. Depresif ve depresif olmayan intihar girişimi olan gruplar arasında ***hane geliri*** anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 1)

Tablo 1. Grupların Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması -1

		¹ Sağlıklı Kontrol		² İntihar Girişimi Depresyon (+)		³ İntihar Girişimi Depresyon (-)		p		
Yaş	Ort.±ss Medyan	29.7 ± 11.0 27.0		30.1 ± 11.2 26.0		27.8 ± 9.4 26.0		0.736	K	
Cinsiyet	Kadın	n-%	17	56.7%	21	70.0%	23	76.7%	0.241	X ²
	Erkek	n-%	13	43.3%	9	30.0%	7	23.3%		
Medeni Durum										
Bekar		n-%	17	56.7%	16	53.3%	20	66.7%	0.344	X ²
Evli		n-%	12	40.0%	10	33.3%	6	20.0%		
Boşanmış/Ayrı		n-%	1	3.3%	4	13.3%	4	13.3%		
Çocuk	(+)	n-%	11	36.7%	14	46.7%	10	33.3%	0.545	X ²
	(-)	n-%	19	63.3%	16	53.3%	20	66.7%		
Eğitim Durumu										
İlkokul-Ortaokul		n-%	3	10.0%	13	43.3%	4	13.3%	0.014	X ²
Lise		n-%	14	46.7%	11	36.7%	16	53.3%		
Üniversite		n-%	13	43.3%	6 ¹³	20.0%	10	33.3%		
Çalışma Durumu	(+)	n-%	19	63.3%	9 ¹	30.0%	12	40.0%	0.029	X ²
	(-)	n-%	11	36.7%	21	70.0%	18	60.0%		
Meslek										
Ev Hanımı		n-%	0 ²³	0.0%	9	30.0%	4	13.3%	0.004	X ²
Memur		n-%	12	40.0%	3 ¹	10.0%	5 ¹	16.7%	0.013	X ²
İşçi		n-%	6	20.0%	8	26.7%	8	26.7%	0.786	X ²
Emekli		n-%	0	0.0%	1	3.3%	1	3.3%	p>0.05	X ²
Öğrenci		n-%	12	40.0%	9	30.0%	12	40.0%	0.650	X ²
Hane Gelir Durumu										
≤ 8000		n-%	2	6.7%	3	10.0%	6	20.0%	0.000	X ²
8000-15000 TL		n-%	3	10.0%	17	56.7%	11	36.7%		
15000-40000 TL		n-%	8	26.7%	7	23.3%	10	33.3%		
> 40000		n-%	17	56.7%	3 ¹	10.0%	3 ¹	10.0%		

^K Kruskal-wallis (Mann-whitney u test) / ^{X²} Ki-kare test (Fischer test)

¹ Sağlıklı kontrol grubu ile fark p<0.05, ² İntihar Girişimi olan depresif hastalar grubu ile fark p<0.05

³ İntihar Girişimi olan depresyonu olmayan grup ile fark p<0.05

Sağlıklı kontrollerle depresif ve depresif olmayan intihar girişimi olan gruplar arasında *yerleşim yeri, göç öyküsü, şu anda yaşanılan kişi, yetiştirme ortamı, çocukluk döneminde anne-baba kaybı* anlamlı (p>0.05) farklılık göstermemiştir. (Tablo 2). Depresif ve depresif olmayan intihar girişimi olan gruplarda *anne baba ayrılığı* sağlıklı kontrollerden anlamlı (p<0.05) olarak daha yüksekti. Depresif ve depresif olmayan intihar girişimi olan gruplar arasında *anne baba ayrılığı* anlamlı (p>0.05) farklılık göstermemiştir. (Tablo 2). Depresif ve depresif olmayan intihar girişimi olan gruplar arasında *anne baba ayrıldığındaki yaş* anlamlı (p>0.05) farklılık göstermemiştir. (Tablo 2). Depresif ve depresif olmayan intihar girişimi olan gruplarda *sigara kullanım oranı* sağlıklı kontrollerden anlamlı (p<0.05) olarak

daha yüksekti. Depresif ve depresif olmayan intihar girişimi olan gruplar arasında **sigara kullanım oranı** anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo2). Gruplar arasında **alkol/madde kullanım oranı** anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 2).

Tablo 2. Grupların Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması -2

				¹ Sağlıklı Kontrol	² İntihar Girişimi Depresyon (+)		³ İntihar Girişimi Depresyon (-)		p
Yerleşim Yeri	Kentsel	n-%	29	96.7%	25	83.3%	24	80.0%	0.133 ^{X²}
	Kırsal	n-%	1	3.3%	5	16.7%	6	20.0%	
Göç Öyküsü	(+)	n-%	8	26.7%	8	26.7%	7	23.3%	0.943 ^{X²}
	(-)	n-%	22	73.3%	22	73.3%	23	76.7%	
<i>Şu Anda Kimlerle Yaşıyorsunuz</i>									
Yalnız		n-%	8	26.7%	4	13.3%	5	16.7%	0.390 ^{X²}
Aileyle		n-%	18	60.0%	22	73.3%	21	70.0%	
Diğer		n-%	4	13.3%	4	13.3%	4	13.3%	
<i>Yetişme Ortamı</i>									
Aileyle		n-%	30	100.0%	28	93.3%	28	93.3%	p>0.05 ^{X²}
Aileden Ayrı		n-%	0	0.0%	2	6.7%	2	6.7%	
Çocukluk Döneminde	(-)	n-%	27	90.0%	27	90.0%	29	96.7%	0.538 ^{X²}
Anne Baba Kaybı	(+)	n-%	3	10.0%	3	10.0%	1	3.3%	
Anne Baba Ayrılığı	(-)	n-%	30	100.0%	26	86.7%	22	73.3%	0.010 ^{X²}
	(+)	n-%	0 ²³	0.0%	4	13.3%	8	26.7%	
Anne-Baba Ayrıldığındaki Yaş		Ort.±ss				9.8 ± 6.6	6.8 ± 7.6		0.255 ^K
		Medyan				8.5	2.0		
<i>Sigara Kullanımı</i>									
(+) Bıraktım		n-%	9 ²³	30.0%	19	63.3%	24	80.0%	0.000 ^{X²}
(-)		n-%	21	70.0%	10	33.3%	4	13.3%	
		n-%	0	0.0%	1	3.3%	2	6.7%	
<i>Alkol Kullanımı</i>									
(+) Bıraktım		n-%	9	30.0%	11	36.7%	16	53.3%	0.164 ^{X²}
(-)		n-%	21	70.0%	18	60.0%	12	40.0%	
		n-%	0	0.0%	1	3.3%	2	6.7%	
<i>Madde Kullanımı</i>									
(-) Bıraktım		n-%	30	100.0%	28	93.3%	28	93.3%	p>0.05 ^{X²}
		n-%	0	0.0%	2	6.7%	2	6.7%	

^K Kruskal-wallis (Mann-whitney u test) / ^{X²} Ki-kare test (Fischer test)

² İntihar Girişimi olan depresif hastalar grubu ile fark $p<0.05$

³ İntihar Girişimi olan depresyonu olmayan grup ile fark $p<0.05$

Depresif intihar girişimi olan grupta ***kronik tıbbi hastalık varlığı*** sağlıklı kontrollerden anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti. Depresif olmayan intihar girişimi olan grup ile diğer gruplar arasında ***kronik tıbbi hastalık varlığı*** anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 3). Depresif ve depresif olmayan intihar girişimi olan gruplarda ***geçmiş psikiyatrik hastalık varlığı*** sağlıklı kontrollerden anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti. İntihar girişimi olan gruplar arasında ***geçmiş psikiyatrik hastalık varlığı*** anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. Her üç grup arasında ***ailede psikiyatrik hastalık varlığı*** anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 3). Depresif intihar girişimi olan grupta ***çocukluk şiddet öyküsü*** sağlıklı kontrollerden anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti. Depresif olmayan intihar girişimi olan grup ile diğer gruplar arasında ***çocukluk şiddet öyküsü*** anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 3). Depresif ve depresif olmayan intihar girişimi olan gruplarda ***KZVD geçmişi*** sağlıklı kontrollerden anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti. Depresif ve depresif olmayan intihar girişimi olan gruplar arasında ***KZVD geçmişi*** anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. Her üç grup arasında ***ailede KZVD geçmişi*** anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 3). Depresif ve depresif olmayan intihar girişimi olan gruplar arasında ***intihar sırasında psikiyatrik tedavi oranı*** anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. Depresif ve depresif olmayan intihar girişimi olan gruplar arasında ***girişim öncesi plan oranı*** anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 3). Depresif intihar girişimi olan grupta ***girişim öncesi düşünce oranı*** depresif olmayan intihar girişimi olan gruptan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti (Tablo 3). Depresif ve depresif olmayan intihar girişimi olan gruplar arasında ***girişimde alkol madde etkisi, girişim öncesi stresi olay oranı ve girişim sonrası yardım arama oranı*** anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 3). Depresif olmayan intihar girişimi olan grupta ***ailede intihar girişimi oranı*** sağlıklı kontrollerden anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti. Depresif intihar girişimi olan grup ile diğer gruplar arasında ***ailede intihar girişimi oranı*** anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 3)

Tablo 3. Grupların Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması -3

		¹ Sağlıklı Kontrol			² İntihar Girişimi Depresyon (+)		³ İntihar Girişimi Depresyon (-)		p	
Kronik Tıbbi Hastalık	(+)	n-%	3 ²	10.0%	11	36.7%	5	16.7%	0.031	X ²
	(-)	n-%	27	90.0%	19	63.3%	25	83.3%		
Geçmiş Psikiyatrik Hastalık	(+)	n-%	0 ²³	0.0%	22	73.3%	20	66.7%	0.000	X ²
	(-)	n-%	30	100.0%	8	26.7%	10	33.3%		
Ailede Psikiyatrik Hastalık	(+)	n-%	6	20.0%	6	20.0%	11	36.7%	0.232	X ²
	(-)	n-%	24	80.0%	24	80.0%	19	63.3%		
Çocukluk Şiddet Öyküsü	(+)	n-%	16 ²	53.3%	28	93.3%	23	76.7%	0.002	X ²
	(-)	n-%	14	46.7%	2	6.7%	7	23.3%		
KZVD Geçmişi	(+)	n-%	0 ²³	0.0%	10	33.3%	12	40.0%	0.000	X ²
	(-)	n-%	30	100.0%	20	66.7%	18	60.0%		
Ailede KZVD Geçmişi	(+)	n-%	0	0.0%	3	10.0%	5	16.7%	0.074	X ²
	(-)	n-%	30	100.0%	27	90.0%	25	83.3%		
İntihar Sırasında Psikiyatri Tedavi	(+)	n-%			16	53.3%	10	33.3%	0.118	X ²
	(-)	n-%			14	46.7%	20	66.7%		
Girişim Öncesi Plan	(+)	n-%			15	50.0%	9	30.0%	0.114	X ²
	(-)	n-%			15	50.0%	21	70.0%		
Girişim Öncesi Düşünce	(+)	n-%			25	83.3%	17	56.7%	0.024	X ²
	(-)	n-%			5	16.7%	13	43.3%		
Girişim Alkol Madde Etkisi	(+)	n-%			1	3.3%	3	10.0%	0.301	X ²
	(-)	n-%			29	96.7%	27	90.0%		
Girişim Önce Stresli Olay	(+)	n-%			23	76.7%	20	66.7%	0.390	X ²
	(-)	n-%			7	23.3%	10	33.3%		
Girişim Sonrası Yardım Arama	(+)	n-%			11	36.7%	12	40.0%	0.791	X ²
	(-)	n-%			19	63.3%	18	60.0%		
Ailede İntihar Girişimi	(+)	n-%	1 ³	3.3%	3	10.0%	8	26.7%	0.024	X ²
	(-)	n-%	29	96.7%	27	90.0%	22	73.3%		

X² Ki-kare test (Fischer test)

² İntihar Girişimi olan depresif hastalar grubu ile fark p<0.05

³ İntihar Girişimi olan depresyonu olmayan grup ile fark p<0.05

Depresif intihar girişimi olan grupta **BDÖ toplam puanı**, hem depresif olmayan intihar girişimi olan gruptan hem de sağlıklı kontrollerden anlamlı (p<0.05) olarak

daha yüksekti. Depresif olmayan intihar girişimi olan grupta da **BDÖ toplam puanı** intihar girişimi olmayan gruptan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti. (Tablo 4)

Gruplar arasında **SBT matürs savunma ölçeği yüceltme, beklenti puanı** anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 4). **SBT matürs savunma ölçeği mizah puanı** depresif intihar girişimi olan grupta diğer gruplardan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha düşüktü. Depresif olmayan intihar girişimi olanlar ile sağlıklı kontroller arasında ise **SBT matürs savunma ölçeği mizah puanı** anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 4). Depresif intihar girişimi olan gruptan **SBT matürs savunma ölçeği baskılama puanı ve SBT matürs savunma ölçeği toplam puanı** sağlıklı kontrollerde anlamlı ($p<0.05$) olarak daha düşüktü. Depresif olmayan intihar girişimi olan grup ile diğer gruplar arasında **SBT matürs savunma ölçeği baskılama puanı ve SBT matürs savunma ölçeği toplam puanı** anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 4)

Tablo 4. Grupların BDÖ Toplam Puan Ve Matür Savunma Puanlarının Karşılaştırılması

		¹ Sağlıklı Kontrol	² İntihar Girişimi Depresyon (+)	³ İntihar Girişimi Depresyon (-)	p
BDÖ Toplam Puan	Ort.±ss Medyan	5.3 ± 5.9 4.0 ²³	32.8 ± 9.0 33.5	18.0 ± 12.6 15.0 ²	0.000 ^K
SBT Matürs Savunma Ölçeği					
Yüceltme Puanı	Ort.±ss Medyan	11.0 ± 4.6 11.5	10.3 ± 4.8 10.0	9.4 ± 4.3 8.5	0.411 ^K
Mizah Puanı	Ort.±ss Medyan	12.8 ± 3.2 13.0	7.8 ± 4.8 6.0 ¹³	12.7 ± 4.7 12.5	0.000 ^K
Beklenti Puanı	Ort.±ss Medyan	13.2 ± 3.8 14.0	10.5 ± 4.8 10.0	12.1 ± 4.6 11.0	0.083 ^K
Baskılama Puanı	Ort.±ss Medyan	11.2 ± 3.6 10.5	8.3 ± 4.4 9.0 ¹	9.5 ± 4.6 9.5	0.036 ^A
Toplam Puanı	Ort.±ss Medyan	48.1 ± 9.7 48.5	36.9 ± 12.7 39.5 ¹	43.6 ± 11.1 43.5	0.001 ^A

^A ANOVA / ^K Kruskal-wallis (Mann-whitney u test)

¹ Sağlıklı kontrol grubu ile fark $p<0.05$, ² İntihar Girişimi olan depresif hastalar grubu ile fark $p<0.05$

³ İntihar Girişimi olan depresyonu olmayan grup ile fark $p<0.05$

Sağlıklı kontrollerle, depresif ve depresif olmayan intihar girişimi olan gruplar arasında **SBT nevrotik savunma ölçeği yapma bozma, psödoal truizm, idealleştirme puanı ve toplam puan açısından** anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 5). Depresif intihar girişimi olan grupta **SBT nevrotik savunma ölçeği karşıt tepki**

geliştirme puanı sağlıklı kontrollerden anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti. Depresif olmayan intihar girişimi olan grup ile diğer gruplar arasında ise ***SBT nevrotik savunma ölçeği karşıt tepki geliştirme puanı*** anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Grupların Nevrotik Savunma Puanlarının Karşılaştırılması

		¹ Sağlıklı Kontrol	² İntihar Girişimi Depresyon (+)	³ İntihar Girişimi Depresyon (-)	p
<i>SBT Nevrotik Savunma Ölçeği</i>					
Yapma Bozma Puanı	Ort.±ss Medyan	8.5 ± 4.3 8.0	10.5 ± 4.8 10.0	9.2 ± 4.3 10.0	0.192 ^K
Psödoaltruizm Puanı	Ort.±ss Medyan	12.4 ± 3.9 13.0	12.4 ± 5.0 14.0	12.7 ± 4.0 14.0	0.896 ^K
İdealleştirme Puanı	Ort.±ss Medyan	8.9 ± 4.3 9.0	9.7 ± 5.6 10.0	9.8 ± 4.8 10.0	0.763 ^K
Karşıt Tepki Geliştirme Puanı	Ort.±ss Medyan	7.8 ± 4.9 7.0 ²	10.9 ± 4.3 10.0	9.4 ± 4.3 10.0	0.016 ^K
Toplam Puanı	Ort.±ss Medyan	37.5 ± 11.1 38.5	43.2 ± 13.2 45.5	41.1 ± 10.8 42.0	0.179 ^A

^A ANOVA / ^K Kruskal-wallis (Mann-whitney u test)

² İntihar Girişimi olan depresif hastalar grubu ile fark $p<0.05$

Depresif ve depresif olmayan intihar girişimi olan gruplarda ***SBT immatürs savunma ölçeği yansıtma puanı*** sağlıklı kontrollerden anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti. Depresif ve depresif olmayan intihar girişimi olan gruplar arasında ***SBT immatürs savunma ölçeği yansıtma puanı*** anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 6). Depresif intihar girişimi olan grupta ***SBT immatürs savunma ölçeği pasif saldırganlık puanı*** sağlıklı kontrollerden anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti. Depresif olmayan intihar girişimi grubu ile diğer gruplar arasında ***SBT immatürs savunma ölçeği pasif saldırganlık puanı*** anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 6). Depresif ve depresif olmayan intihar girişimi olan gruplarda ***SBT immatürs savunma ölçeği dışa vurma puanı*** sağlıklı kontrollerden anlamlı ($p<0.05$) olarak daha

yüksekti. Depresif ve depresif olmayan intihar girişimi olan gruplar arasında ***SBT immatürs savunma ölçeği dışa vurma puanı*** anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. Her üç grup arasında ***SBT immatürs savunma ölçeği değersizleştirme, otistik fantezi, yer değiştirme, disosiyasyon, rasyonalizasyon puanı*** ise anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 6). Depresif olmayan intihar girişimi olan grupta ***SBT immatürs savunma ölçeği inkar puanı***, depresif intiharlardan ve sağlıklı kontrollerden anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti. Depresif intihar girişimi olan grup ile sağlıklı kontroller arasında ***SBT immatürs savunma ölçeği inkar puanı*** anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 6). Depresif olmayan intihar girişimi grubunda ***SBT immatürs savunma ölçeği bölme puanı*** sağlıklı kontrollerden anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti. Depresif intihar girişimi olan grup ile diğer gruplar arasında ***SBT immatürs savunma ölçeği bölme puanı*** anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 6). Depresif ve depresif olmayan intihar girişimi olan gruplarda ***SBT immatürs savunma ölçeği bedenselleştirme puanı*** ve ***SBT immatürs savunma ölçeği toplam puanı*** sağlıklı kontrollerden anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti. Depresif ve depresif olmaya intihar girişimi olan gruplar arasında ***SBT immatürs savunma ölçeği bedenselleştirme puanı*** ve ***SBT immatürs savunma ölçeği toplam puanı*** anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Grupların İmmatür Savunma Puanlarının Karşılaştırılması

		¹ Sağlıklı Kontrol	² İntihar Girişimi Depresyon (+)	³ İntihar Girişimi Depresyon (-)	p
<i>SBT İmmatürs Savunma Ölçeği</i>					
Yansıtma Puanı	Ort.±ss	6.3 ± 3.4	12.4 ± 4.7	10.7 ± 5.0	0.000 ^K
	Medyan	6.0 ²³	13.0	10.0	
Pasif Saldırganlık Puanı	Ort.±ss	6.6 ± 3.7	9.8 ± 4.6	9.0 ± 4.8	0.015 ^K
	Medyan	6.0 ²	10.0	9.0	
Dışa Vurma Puanı	Ort.±ss	7.5 ± 4.5	10.5 ± 5.6	10.7 ± 5.6	0.045 ^K
	Medyan	7.0 ²³	10.0	10.0	
Yalıtma Puanı	Ort.±ss	8.1 ± 5.2	11.2 ± 5.1	11.7 ± 4.5	0.016 ^K
	Medyan	8.0 ²³	10.5	12.0	
Değersizleştirme Puanı	Ort.±ss	6.7 ± 3.5	8.4 ± 4.8	8.4 ± 4.4	0.218 ^A
	Medyan	6.5	9.0	9.0	
Otitik Fantezi Puanı	Ort.±ss	7.4 ± 4.8	10.7 ± 6.1	9.9 ± 5.0	0.052 ^K
	Medyan	7.0	10.0	9.0	
İnkâr Puanı	Ort.±ss	6.8 ± 3.6	7.6 ± 3.7	10.3 ± 3.5	0.002 ^K
	Medyan	7.0 ³	8.0 ³	10.0	
Yer Değiştirme Puanı	Ort.±ss	7.1 ± 4.3	9.0 ± 4.8	7.2 ± 4.0	0.236 ^K
	Medyan	7.5	9.0	7.0	
Disosiyasyon Puanı	Ort.±ss	6.4 ± 4.2	6.2 ± 4.1	8.1 ± 4.2	0.102 ^K
	Medyan	6.0	6.5	9.0	
Bölme Puanı	Ort.±ss	7.6 ± 4.6	9.8 ± 5.6	12.3 ± 4.7	0.002 ^K
	Medyan	6.0 ³	10.0	13.0	
Rasyonalizasyon Puanı	Ort.±ss	11.3 ± 3.6	10.5 ± 4.7	10.3 ± 5.1	0.646 ^A
	Medyan	11.0	10.5	10.0	
Bedenselleştirme Puanı	Ort.±ss	8.0 ± 4.3	11.5 ± 5.0	12.3 ± 5.0	0.002 ^K
	Medyan	7.0 ²³	11.5	13.0	
Toplam Puanı	Ort.±ss	89.9 ± 31.8	117.6 ± 29.1	120.9 ± 33.0	0.000 ^A
	Medyan	90.5 ²³	113.0	117.5	

^A ANOVA / ^K Kruskal-wallis (Mann-whitney u test)

² İntihar Girişimi olan depresif hastalar grubu ile fark p<0.05

³ İntihar Girişimi olan depresyonu olmayan grup ile fark p<0.05

Gruplar arasında *siklotimik mizaç*, *irritable mizaç oranı* açısından anlamlı ($p>0.05$) farklılık saptanmamıştır (Tablo 7). Depresif ve depresif olmayan intihar girişimi olan gruplarda *depresif mizaç oranı* ve *anksiyöz mizaç oranı* sağlıklı kontrollere göre anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti. Depresif ve depresif olmayan intihar girişimi olan gruplar arasında *depresif mizaç oranı* ve *anksiyöz mizaç oranı* anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 7).

Tablo 7. Grupların Mizaç Özelliklerinin Karşılaştırılması

				¹ Sağlıklı Kontrol	² İntihar Girişimi Depresyon (+)		³ İntihar Girişimi Depresyon (-)		P
Depresif Mizaç	(+)	n-%	0 ²³	0.0%	10	33.3%	5	16.7%	0.002 ^{X²}
	(-)	n-%	30	100.0%	20	66.7%	25	83.3%	
Siklotimik Mizaç	(+)	n-%	0	0.0%	2	6.7%	4	13.3%	0.117 ^{X²}
	(-)	n-%	30	100.0%	28	93.3%	26	86.7%	
İrritable Mizaç	(+)	n-%	0	0.0%	5	16.7%	4	13.3%	0.075 ^{X²}
	(-)	n-%	30	100.0%	25	83.3%	26	86.7%	
Anksiyöz Mizaç	(+)	n-%	1 ²³	3.3%	9	30.0%	7	23.3%	0.023 ^{X²}
	(-)	n-%	29	96.7%	21	70.0%	23	76.7%	

^{X²} Ki-kare test (Fischer test)

² İntihar Girişimi olan depresif hastalar grubu ile fark $p<0.05$

³ İntihar Girişimi olan depresyonu olmayan grup ile fark $p<0.05$

GNG total correct puanı sağlıklı kontrollerde depresif ve depresif olmayan intihar girişimi olan gruplara göre anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti. Depresif ve depresif olmayan intihar girişimi olan gruplar arasında **GNG total correct puanı** anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. Depresif intihar girişimi olan grupta **GNG omisyon yap hataları** sağlıklı kontrollerden anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti. Depresif olmayan intihar girişimi olan grup ile hem sağlıklı kontroller hem de depresif intihar girişimi olan gruplar arasında **GNG omisyon yap hataları** anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 8)

Depresif ve depresif olmayan intihar girişimi olan gruplarda **GNG komisyon yapma hataları** sağlıklı kontrollerden anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti. Depresif ve depresif olmayan intihar girişimi olan gruplar arasında **GNG komisyon yapma hataları** anlamlı

($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 8). Gruplar arasında **GNG ortalama yap reax süresi** ile **GNG ortalama yapma reax süresi** anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 8)

Gruplar arasında **tol total moves** anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 8). Depresif intihar girişimi olan grupta **tol total time** hem depresif olmayan intihar girişimi olan gruptan hem de sağlıklı kontrollerden anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti. Depresif olmayan intihar girişimi olan grup ile sağlıklı kontroller arasında **tol total time** anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 8)

Tablo 8. Grupların Yürütücü İşlev Testleri Açısından Karşılaştırılması

		¹ Sağlıklı Kontrol	² İntihar Girişimi Depresyon (+)	³ İntihar Girişimi Depresyon (-)	p
Tol Total Moves	Ort.±ss	137.0 ± 28.0	151.8 ± 30.5	138.1 ± 24.4	0.085 ^K
	Medyan	131.5	147.0	132.0	
Tol Total Time	Ort.±ss	334,5 ± 150,2	471.1 ± 200.6	369.0 ± 178.2	0.017 ^K
	Medyan	287,7	427.8	334.2 ¹²	
GNG Omisyon/ Yap Hataları	Ort.±ss	1.7 ± 2.1	6.2 ± 10.1	4.9 ± 7.4	0.044 ^K
	Medyan	0.5 ²	2.5	1.5	
GNG Komisyon/ Yapma Hataları	Ort.±ss	7.1 ± 4.7	12.0 ± 6.8	12.0 ± 7.7	0.006 ^K
	Medyan	5.5 ²³	12.0	9.5	
GNG Ortalama Yap Reax Süresi	Ort.±ss	535.6 ± 80.9	559.0 ± 77.7	535.3 ± 53.6	0.209 ^K
	Medyan	510.7	557.0	525.3	
GNG Ortalama Yapma Reax Süresi	Ort.±ss	449.0 ± 51.7	454.9 ± 59.0	452.0 ± 46.1	0.849 ^K
	Medyan	442.3	454.4	439.3	
GNG Total Correct	Ort.±ss	311.2 ± 5.8	301.8 ± 14.2	303.0 ± 13.4	0.004 ^K
	Medyan	311.0	303.5 ¹	307.0 ¹	

^K Kruskal-wallis (Mann-whitney u test) /

¹ Sağlıklı kontrol grubu ile fark $p<0.05$, ² İntihar Girişimi olan depresif hastalar grubu ile fark $p<0.05$

³ İntihar Girişimi olan depresyonu olmayan grup ile fark $p<0.05$

İntihar girişiminde bulunan bireyler ile sağlıklı kontrollerin karşılaştırılması aşağıda özetlenmiştir.

Tablo 9. İntihar Girişimi Olanlarla Sağlıklı Kontrollerin Sosyodemografik Veri Formu Verileriyle Karşılaştırılması -1

		Sağlıklı Kontrol		İntihar Girişimi (+)		p	
		Ort.±ss/n-%	Medyan	Ort.±ss/n-%	Medyan		
Yaş		29.7 ± 11.0	27.0	29.0 ± 10.3	26.0	0.844	^m
Cinsiyet	Kadın	17	56.7%	44	73.3%	0.111	X ²
	Erkek	13	43.3%	16	26.7%		
Medeni Durum							
Bekar		17	56.7%	36	60.0%	0.204	X ²
Evli		12	40.0%	16	26.7%		
Boşanmış/Ayrı		1	3.3%	8	13.3%		
Çocuk	(+)	11	36.7%	24	40.0%	0.760	X ²
	(-)	19	63.3%	36	60.0%		
Eğitim Durumu							
İlkokul-Ortaokul		3	10.0%	17	28.3%	0.092	X ²
Lise		14	46.7%	27	45.0%		
Üniversite		13	43.3%	16	26.7%		
Çalışma Durumu							
Çalışıyor		19	63.3%	21	35.0%	0.011	X ²
Çalışmıyor		11	36.7%	39	65.0%		
Meslek							
Ev Hanımı		0	0.0%	13	21.7%	0.006	X ²
Memur		12	40.0%	8	13.3%	0.004	X ²
İşçi		6	20.0%	16	26.7%	0.488	X ²
Emekli		0	0.0%	2	3.3%	0.551	X ²
Öğrenci		12	40.0%	21	35.0%	0.643	X ²
Hane Gelir Durumu							
≤ 8000		2	6.7%	9	15.0%	0.000	X ²
8000-15000 TL		3	10.0%	28	46.7%		
15000-40000 TL		8	26.7%	17	28.3%		
> 40000		17	56.7%	6	10.0%		

^m Mann-whitney u test / X² Ki-kare test

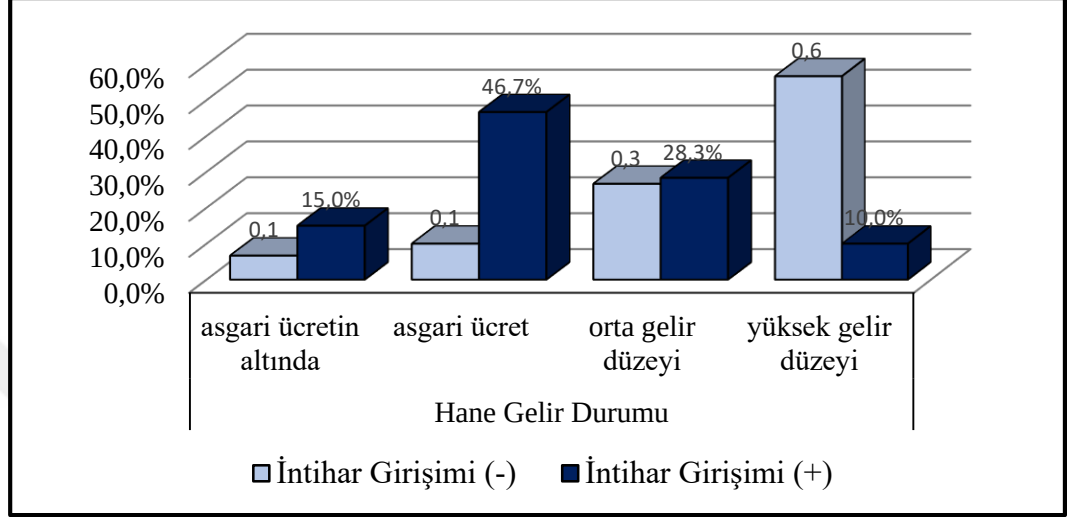
Tablo 1’de görüldüğü gibi İntihar girişimi olan grupla sağlıklı kontroller arasında *yaş, cinsiyet dağılımı, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sahibi olma oranı* anlamlı (p>0.05) farklılık göstermemiştir.

İntihar girişimi olan grupta *çalışanların* oranı sağlıklı kontrollere göre anlamlı (p<0.05) olarak daha düşük bulunmuştur. (Tablo 9)

İntihar girişimi olan grupta *ev hanımı olanların* oranı sağlıklı kontrollere göre anlamlı (p<0.05) olarak daha yüksek bulunmuştur. İntihar girişimi olan grupta

memurların oranı sağlıklı kontrollere göre anlamlı ($p<0.05$) olarak daha düşük bulunmuştur. İntihar girişimi olan grupla sağlıklı kontrollerin arasında *işçi, emekli, öğrencilerin oranı* anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 9)

İntihar girişimi olan grupta *hane gelir durumu* sağlıklı kontrollere göre anlamlı ($p<0.05$) olarak daha düşük bulunmuştur. (Tablo 9)



Şekil 4. Hane Gelir Durumu Dağılımı

Tablo 10. İntihar Girişimi Olanlarla Sağlıklı Kontrollerin Sosyodemografik Veri Formu Verileriyle Karşılaştırılması -2

		Sağlıklı Kontrol		İntihar Girişimi (+)		p
		n	%	n	%	
Yerleşim Yeri	Kentsel	29	96.7%	49	81.7%	0.048 ^{X²}
	Kırsal	1	3.3%	11	18.3%	
Göç Öyküsü	(+)	8	26.7%	15	25.0%	0.864 ^{X²}
	(-)	22	73.3%	45	75.0%	
Şu Anda Kimlerle Yaşıyorsunuz	Yalnız	8	26.7%	9	15.0%	0.398 ^{X²}
	Aileyle	18	60.0%	43	71.7%	
	Diğer	4	13.3%	8	13.3%	
Yetişme Ortamı	Aileyle	30	100.0%	56	93.3%	0.297 ^{X²}
	Aileden Ayrı	0	0.0%	4	6.7%	
Çocukluk Döneminde Anne Baba Kaybı	(-)	27	90.0%	56	93.3%	0.578 ^{X²}
	(+)	3	10.0%	4	6.7%	
Anne Baba Ayrılığı	(-)	30	100.0%	48	80.0%	0.009 ^{X²}
	(+)	0	0.0%	12	20.0%	
	(+)	9	30.0%	43	71.7%	
Sigara Kullanımı	(-)	21	70.0%	14	23.3%	0.000 ^{X²}
	Bıraktım	0	0.0%	3	5.0%	
	(+)	9	30.0%	27	45.0%	
Alkol Kullanımı	(-)	21	70.0%	30	50.0%	0.171 ^{X²}
	Bıraktım	0	0.0%	3	5.0%	
	(-)	30	100.0%	56	93.3%	
Madde Kullanımı	Bıraktım	0	0.0%	4	6.7%	0.297 ^{X²}

^{X²} Ki-kare test (Fischer test)

İntihar girişimi olan grupta **kırsalda yaşayanların** oranı sağlıklı kontrollere göre anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksek bulunmuştur. (Tablo 10)

İntihar girişimi olan ve olmayan gruplar arasında **göç öyküsü, şu anda yaşanan kişi, yetişme ortamı, çocuklukta anne baba kaybı** anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. İntihar girişimi olan grupta **anne baba ayrılığı** sağlıklı kontrollere göre anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksek bulunmuştur. (Tablo 10)

İntihar girişimi olan grupta **sigara kullanım** oranı sağlıklı kontrollere göre anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksek bulunmuştur. İntihar girişimi olan ve olmayan

gruplar arasında *alkol, madde kullanım oranı* anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 10)

Tablo 11. İntihar Girişimi Olanlarla Sağlıklı Kontrollerin Sosyodemografik Veri Formu Verileriyle Karşılaştırılması -3

		Sağlıklı Kontrol		İntihar Girişimi (+)		p
		n	%	n	%	
Kronik Tıbbi Hastalık	(+)	3	10.0%	14	23.3%	0.094 ^{X²}
	(-)	27	90.0%	46	76.7%	
Geçmiş Psikiyatrik Hastalık	(+)	0	0.0%	42	70.0%	0.000 ^{X²}
	(-)	30	100.0%	18	30.0%	
Ailede Psikiyatrik Hastalık	(+)	6	20.0%	17	28.3%	0.393 ^{X²}
	(-)	24	80.0%	43	71.7%	
Çocukluk Şiddet Öyküsü	(+)	16	53.3%	51	85.0%	0.001 ^{X²}
	(-)	14	46.7%	9	15.0%	
KZVD Geçmişi	(+)	0	0.0%	22	36.7%	0.000 ^{X²}
	(-)	30	100.0%	38	63.3%	
Ailede KZVD Geçmişi	(+)	0	0.0%	8	13.3%	0.036 ^{X²}
	(-)	30	100.0%	52	86.7%	
Ailede İntihar Girişimi	(+)	1	3.3%	11	18.3%	0.048 ^{X²}
	(-)	29	96.7%	49	81.7%	

^{X²} Ki-kare test

İntihar girişimi olan ve olmayan gruplar arasında *kronik tıbbi hastalık, ailede psikiyatrik hastalık* oranı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. İntihar girişimi olan grupta *geçmiş psikiyatrik hastalık* oranı intihar girişimi olmayan gruptan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksek bulunmuştur. (Tablo 11)

İntihar girişimi olan grupta *çocuklukta şiddet öyküsü* sağlıklı kontrollere göre anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksek bulunmuştur. (Tablo 11)

İntihar girişimi olan grupta *KZVD geçmişi, ailede KZVD geçmişi* sağlıklı kontrollere göre anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksek bulunmuştur. İntihar girişimi olan grupta *ailede intihar girişi* sağlıklı kontrollere göre anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksek bulunmuştur. (Tablo 11)

Tablo 12. İntihar Girişimi Olan Grupta Depresyonu Olan ve Olmayan Grupların Sosyodemografik Veri Formu Verileriyle Karşılaştırılması -1

		Depresyon (+)		Depresyon (-)		p
		Ort.±ss/n-%	Medyan	Ort.±ss/n-%	Medyan	
Yaş		30.1 ± 11.2	26.0	27.8 ± 9.4	26.0	0.419 ^m
Cinsiyet	Kadın	21	70.0%	23	76.7%	0.559 ^{X²}
	Erkek	9	30.0%	7	23.3%	
<i>Medeni Durum</i>						
Bekar		16	53.3%	20	66.7%	0.486 ^{X²}
Evli		10	33.3%	6	20.0%	
Boşanmış/Ayrı		4	13.3%	4	13.3%	
Çocuk	(+)	14	46.7%	10	33.3%	0.292 ^{X²}
	(-)	16	53.3%	20	66.7%	
<i>Eğitim Durumu</i>						
İlkokul-Ortaokul		13	43.3%	4	13.3%	0.035 ^{X²}
Lise		11	36.7%	16	53.3%	
Üniversite		6	20.0%	10	33.3%	
<i>Çalışma Durumu</i>						
Çalışıyor		9	30.0%	12	40.0%	0.417 ^{X²}
Çalışmıyor		21	70.0%	18	60.0%	
<i>Meslek</i>						
Ev Hanımı		9	30.0%	4	13.3%	0.117 ^{X²}
Memur		3	10.0%	5	16.7%	0.448 ^{X²}
İşçi		8	26.7%	8	26.7%	1.000 ^{X²}
Emekli		1	3.3%	1	3.3%	1.000 ^{X²}
Öğrenci		9	30.0%	12	40.0%	0.417 ^{X²}
<i>Hane Gelir Durumu</i>						
≤ 8000		3	10.0%	6	20.0%	0.421 ^{X²}
8000-15000 TL		17	56.7%	11	36.7%	
15000-40000 TL		7	23.3%	10	33.3%	
> 40000		3	10.0%	3	10.0%	

^m Mann-whitney u test / ^{X²} Ki-kare test (Fischer test)

İntihar girişimi olan grupta depresyonu olan ve olmayan gruplar arasında hastaların *yaşı, cinsiyet dağılımı, medeni durum, çalışma durumu, meslek, hane gelir durumu, çocuk sahibi olma oranı* anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 12)

Depresyonu olan grupta *eğitim durumu* depresyonu olmayan gruptan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha düşük bulunmuştur. (Tablo 12)

Tablo 13. İntihar Girişimi Olan Grupta Depresyonu Olan ve Olmayan Grupların Sosyodemografik Veri Formu Verileriyle Karşılaştırılması -2

		Depresyon (+)		Depresyon (-)		p
		Ort.±ss/n-%	Medyan	Ort.±ss/n-%	Medyan	
Yerleşim Yeri	Kentsel	25	83.3%	24	80.0%	0.739 ^{X²}
	Kırsal	5	16.7%	6	20.0%	
Göç Öyküsü	(+)	8	26.7%	7	23.3%	0.766 ^{X²}
	(-)	22	73.3%	23	76.7%	
Şu Anda Kimlerle Yaşıyorsunuz	Yalnız	4	13.3%	5	16.7%	0.935 ^{X²}
	Aileyle	22	73.3%	21	70.0%	
	Diğer	4	13.3%	4	13.3%	
Yetişme Ortamı						
Aileyle		28	93.3%	28	93.3%	1.000 ^{X²}
Aileden Ayrı		2	6.7%	2	6.7%	
Çocukluk Döneminde Anne Baba Kaybı	(-)	27	90.0%	29	96.7%	0.301 ^{X²}
	(+)	3	10.0%	1	3.3%	
Anne Baba Ayrılığı	(-)	26	86.7%	22	73.3%	0.197 ^{X²}
	(+)	4	13.3%	8	26.7%	
Anne-Baba Ayrıldığındaki Yaş		9.8 ± 6.6	8.5	6.8 ± 7.6	2.0	0.255 ^m
Sigara Kullanımı	(+)	19	63.3%	24	80.0%	0.152 ^{X²}
	(-)	10	33.3%	4	13.3%	
	Bıraktım	1	3.3%	2	6.7%	
Alkol Kullanımı	(+)	11	36.7%	16	53.3%	0.194 ^{X²}
	(-)	18	60.0%	12	40.0%	
	Bıraktım	1	3.3%	2	6.7%	
Madde Kullanımı	(-)	28	93.3%	28	93.3%	1.000 ^{X²}
	Bıraktım	2	6.7%	2	6.7%	

^m Mann-whitney u test / ^{X²} Ki-kare test (Fischer test)

Depresyonu olan ve olmayan gruplar arasında *yerleşim yeri, göç öyküsü, şu anda yaşanan kişi, yetişme ortamı, çocukluk döneminde anne baba kaybı, anne baba ayrılığı, anne baba ayrıldığındaki yaş, sigara, alkol, madde kullanım oranı* anlamlı (p>0.05) farklılık göstermemiştir. (Tablo 13)

Depresyonu olan ve olmayan gruplar arasında *kronik tıbbi hastalık, geçmiş psikiyatrik hastalık, ailede psikiyatrik hastalık oranı, çocukluk şiddet öyküsü, KZVD geçmişi, ailede KVZD geçmişi, intihar sırasında psikiyatrik tedavi oranı* anlamlı (p>0.05) farklılık göstermemiştir. (Tablo 14)

Tablo 14. İntihar Girişimi Olan Grupta Depresyonu Olan ve Olmayan Grupların Sosyodemografik Veri Formu Verileriyle Karşılaştırılması -3

		Depresyon (+)		Depresyon (-)		p
		n	%	n	%	
Kronik Tıbbi Hastalık	(+)	10	33.3%	5	16.7%	0.136 ^{X²}
	(-)	20	66.7%	25	83.3%	
Geçmiş Psikiyatrik Hastalık	(+)	22	73.3%	20	66.7%	0.573 ^{X²}
	(-)	8	26.7%	10	33.3%	
Ailede Psikiyatrik Hastalık	(+)	6	20.0%	11	36.7%	0.152 ^{X²}
	(-)	24	80.0%	19	63.3%	
Çocukluk Şiddet Öyküsü	(+)	28	93.3%	23	76.7%	0.071 ^{X²}
	(-)	2	6.7%	7	23.3%	
KZVD Geçmişi	(+)	10	33.3%	12	40.0%	0.592 ^{X²}
	(-)	20	66.7%	18	60.0%	
Ailede KZVD Geçmişi	(+)	3	10.0%	5	16.7%	0.448 ^{X²}
	(-)	27	90.0%	25	83.3%	
İntihar Sırasında Psikiyatri Tedavi	Evet	16	53.3%	10	33.3%	0.118 ^{X²}
	Hayır	14	46.7%	20	66.7%	

^{X²} Ki-kare test

Tablo 15. İntihar Girişimi Olan Grupta Depresyonu Olan ve Olmayan Grupların Sosyodemografik Veri Formu Verileriyle Karşılaştırılması -4

		Depresyon (+)		Depresyon (-)		p
		n	%	n	%	
Girişim Öncesi Plan	(+)	15	50.0%	9	30.0%	0.114 ^{X²}
	(-)	15	50.0%	21	70.0%	
Girişim Öncesi Düşünce	(+)	25	83.3%	17	56.7%	0.024 ^{X²}
	(-)	5	16.7%	13	43.3%	
Girişim Alkol Madde Etkisi	(+)	1	3.3%	3	10.0%	0.301 ^{X²}
	(-)	29	96.7%	27	90.0%	
Girişim Önce Stresli Olay	(+)	23	76.7%	20	66.7%	0.390 ^{X²}
	(-)	7	23.3%	10	33.3%	
Girişim Sonrası Yardım Arama	(+)	11	36.7%	12	40.0%	0.791 ^{X²}
	(-)	19	63.3%	18	60.0%	
Ailede İntihar Girişimi	(+)	3	10.0%	8	26.7%	0.095 ^{X²}
	(-)	27	90.0%	22	73.3%	

^{X²} Ki-kare test

Depresyonu olan ve olmayan gruplar arasında *girişim öncesi plan, ailede intihar girişimi, girişim öncesi alkol madde etkisi, girişim sonrası yardım arama* anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 15)

Depresyonu olan grupta *girişim öncesi intihar düşüncesi* depresyonu olmayan gruptan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksek bulunmuştur. (Tablo 15)

Tablo 16. Kullanılan İntihar Girişim Yöntemleri

	Min-Mak	Medyan	Ort.±ss/n-%
İntihar Yöntemi	Ası		6 10.0%
	İlaç/Kimyasal Madde		46 76.7%
	Yüksekten Atlama		5 8.3%
	Ateşli Silahla		3 5.0%
	Kesici Delici Aletle		12 20.0%
	Atlama		2 3.3%

Tablo 17. İntihar Girişiminde Bulunanların Sağlıklı Kontrollerle TEMPS-A Mizaç Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması-1

		Sağlıklı Kontrol		İntihar Girişimi (+)		p
		n	%	n	%	
Depresif Mizaç	(+)	0	0.0%	15	25.0%	0.003 ^{X²}
	(-)	30	100.0%	45	75.0%	
Siklotimik Mizaç	(+)	0	0.0%	6	10.0%	0.073 ^{X²}
	(-)	30	100.0%	54	90.0%	
İrritable Mizaç	(+)	0	0.0%	9	15.0%	0.025 ^{X²}
	(-)	30	100.0%	51	85.0%	
Anksiyöz Mizaç	(+)	1	3.3%	16	26.7%	0.008 ^{X²}
	(-)	29	96.7%	44	73.3%	

^{X²} Ki-kare test

İntihar girişimi olan grupta *depresif mizaç, irritable mizaç, anksiyöz mizaç* oranı sağlıklı kontrollere göre anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksek bulunmuştur. İntihar

girişimi olan ve olmayan gruplar arasında *siklotimik mizaç* oranı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 17) Çalışmamızda katılımcılar arasında hipertimik mizaç özelliğine sahip kimse bulunmamıştır.

Depresyonu olan ve olmayan gruplar arasında *depresif mizaç, siklotimik mizaç, irritable mizaç, anksiyöz mizaç oranı* anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 18)

Tablo 18. İntihar Girişimi Olan Grupta Depresyonu Olan ve Olmayan Grupların TEMPS-A Mizaç Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması-2

		Depresyon (+)		Depresyon (-)		p
		n	%	n	%	
Depresif Mizaç	(+)	10	33.3%	5	16.7%	0.136 ^{X²}
	(-)	20	66.7%	25	83.3%	
Siklotimik Mizaç	(+)	2	6.7%	4	13.3%	0.389 ^{X²}
	(-)	28	93.3%	26	86.7%	
İrritable Mizaç	(+)	5	16.7%	4	13.3%	0.718 ^{X²}
	(-)	25	83.3%	26	86.7%	
Anksiyöz Mizaç	(+)	9	30.0%	7	23.3%	0.559 ^{X²}
	(-)	21	70.0%	23	76.7%	

^{X²} Ki-kare test

Tablo 19. İntihar Girişiminde Bulunanların Sağlıklı Kontrollerle Savunma Biçimleri Testi Matür ve Nevrotik Savunma Puanlarının Karşılaştırılması

	Sağlıklı Kontrol		İntihar Girişimi (+)		p
	Ort.±ss	Medyan	Ort.±ss	Medyan	
BDÖ Toplam Puanı	5.3 ± 5.9	4.0	25.4 ± 13.2	24.5	0.000 ^m
<i>SBT Matür Savunma Puanları</i>					
Yüceltme Puanı	11.0 ± 4.6	11.5	9.8 ± 4.5	10.0	0.324 ^m
Mizah Puanı	12.8 ± 3.2	13.0	10.2 ± 5.3	11.0	0.040 ^m
Beklenti Puanı	13.2 ± 3.8	14.0	11.3 ± 4.7	10.5	0.072 ^m
Baskılama Puanı	11.2 ± 3.6	10.5	8.9 ± 4.5	9.0	0.024 ^m
Toplam Puanı	48.1 ± 9.7	48.5	40.2 ± 12.3	41.0	0.003 ^t
<i>SBT Nevrotik Savunma Puanları</i>					
Yapma Bozma Puanı	8.5 ± 4.3	8.0	9.9 ± 4.5	10.0	0.130 ^m
Psödo-altruizm Puanı	12.4 ± 3.9	13.0	12.5 ± 4.5	14.0	0.654 ^m
İdealleştirme Puanı	8.9 ± 4.3	9.0	9.8 ± 5.2	10.0	0.465 ^m
Karşıt Tepki Geliştirme Puanı	7.8 ± 4.9	7.0	10.2 ± 4.4	10.0	0.008 ^m
Toplam Puanı	37.5 ± 11.1	38.5	42.1 ± 12.0	44.0	0.083 ^t

^tBağımsız örneklem t test / ^mMann-whitney u test

İntihar girişimi olan grupta **BDÖ toplam puanı** sağlıklı kontrollere göre anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksek bulunmuştur. (Tablo 19)

İntihar girişimi olan grupta **SBT matür savunma ölçeği toplam puanı** sağlıklı kontrollere göre anlamlı ($p<0.05$) olarak daha düşük bulunmuştur. (Tablo 19)

İntihar girişimi olan ve olmayan gruplar arasında **SBT matür savunma alt ölçeklerinden yüceltme ve beklenti puanı** anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. İntihar girişimi olan grupta **SBT matür savunma alt ölçeklerinden mizah ve baskılama puanı** intihar girişimi olmayan gruptan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha düşük bulunmuştur. (Tablo 19)

İntihar girişimi olan ve olmayan gruplar arasında **SBT nevrotik savunma alt ölçeklerinden yapma bozma, psödo-altruizm, idealleştirme puanları** anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. İntihar girişimi olan grupta **SBT nevrotik savunma**

alt ölçeklerinden karşıt tepki geliştirme puanı sağlıklı kontrollere göre anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksek bulunmuştur. (Tablo 19)

İntihar girişimi olanlarla sağlıklı kontroller arasında **SBT nevrotik savunma ölçeği toplam puanı** anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 19)

Tablo 20. İntihar Girişiminde Bulunanların Sağlıklı Kontrollerle Savunma Biçimleri Testi İmmatür Savunma Puanlarının Karşılaştırılması

	Sağlıklı Kontrol		İntihar Girişimi (+)		p
	Ort.±ss	Medyan	Ort.±ss	Medyan	
<i>SBT İmmatür Savunma Puanları</i>					
Yansıtma Puanı	6.3 ± 3.4	6.0	11.6 ± 4.9	11.0	0.000 ^m
Pasif Saldırganlık Puanı	6.6 ± 3.7	6.0	9.4 ± 4.7	10.0	0.006 ^m
Eyleme Dökme Puanı	7.5 ± 4.5	7.0	10.6 ± 5.5	10.0	0.013 ^m
Yalıtma Puanı	8.1 ± 5.2	8.0	11.4 ± 4.8	12.0	0.005 ^m
Değersizleştirme Puanı	6.7 ± 3.5	6.5	8.4 ± 4.6	9.0	0.133 ^m
Otistik Fantezi Puanı	7.4 ± 4.8	7.0	10.3 ± 5.5	9.5	0.016 ^m
İnkâr Puanı	6.8 ± 3.6	7.0	8.9 ± 3.8	9.0	0.018 ^m
Yer Değiştirme Puanı	7.1 ± 4.3	7.5	8.1 ± 4.4	8.0	0.389 ^m
Disosiyasyon Puanı	6.4 ± 4.2	6.0	7.2 ± 4.2	7.5	0.368 ^m
Bölme Puanı	7.6 ± 4.6	6.0	11.1 ± 5.2	10.5	0.003 ^m
Rasyonalizasyon Puanı	11.3 ± 3.6	11.0	10.4 ± 4.8	10.0	0.427 ^m
Bedenselleştirme Puanı	8.0 ± 4.3	7.0	11.9 ± 5.0	13.0	0.000 ^m
Toplam Puanı	89.9 ± 31.8	90.5	119.3 ± 30.9	115.5	0.000 ^t

^tBağımsız örneklem t test / ^mMann-whitney u test

İntihar girişimi olan grupta **SBT immatür savunma alt ölçeklerinden yansıtma, pasif saldırganlık, eyleme dökme, yalıtma, otistik fantezi, inkâr, bölme ve bedenselleştirme puanları** sağlıklı kontrollere göre anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksek bulunmuştur. (Tablo 20)

İntihar girişimi olanlarla sağlıklı kontroller arasında **SBT immatür savunma ölçeği değersizleştirme, yer değiştirme, disosiyasyon ve rasyonalizasyon puanları** anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 20)

İntihar girişimi olan grupta **SBT immatür savunma ölçeği toplam puanı** sağlıklı kontrollere göre anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksek bulunmuştur. (Tablo 20)

Tablo 21. İntihar Girişimi Olan Grupta Depresyonu Olan ve Olmayan Grupların Savunma Biçimleri Testi Matür ve Nevrotik Savunma Puanlarının Karşılaştırılması

	Depresyon (+)		Depresyon (-)		p
	Ort.±ss	Medyan	Ort.±ss	Medyan	
BDÖ Toplam Puanı	32.8 ± 9.0	33.5	18.0 ± 12.6	15.0	0.000 ^m
<i>SBT Matürs Savunma Ölçeği</i>					
Yüceltme Puanı	10.3 ± 4.8	10.0	9.4 ± 4.3	8.5	0.353 ^m
Mizah Puanı	7.8 ± 4.8	6.0	12.7 ± 4.7	12.5	0.000 ^m
Beklenti Puanı	10.5 ± 4.8	10.0	12.1 ± 4.6	11.0	0.185 ^m
Baskılama Puanı	8.3 ± 4.4	9.0	9.5 ± 4.6	9.5	0.330 ^t
Toplam Puanı	36.9 ± 12.7	39.5	43.6 ± 11.1	43.5	0.035 ^t
<i>SBT Nevrotik Savunma Ölçeği</i>					
Yapma Bozma Puanı	10.5 ± 4.8	10.0	9.2 ± 4.3	10.0	0.286 ^m
Psödo-altruizm Puanı	12.4 ± 5.0	14.0	12.7 ± 4.0	14.0	0.894 ^m
İdealleştirme Puanı	9.7 ± 5.6	10.0	9.8 ± 4.8	10.0	0.935 ^m
Karşıt Tepki Geliştirme Puanı	10.9 ± 4.3	10.0	9.4 ± 4.3	10.0	0.288 ^m
Toplam Puanı	43.2 ± 13.2	45.5	41.1 ± 10.8	42.0	0.510 ^t

^tBağımsız örneklem t test / ^mMann-whitney u test

İntihar girişimi olan hastalarda depresyonu olan grupta **BDÖ toplam puanı** depresyonu olmayan gruptan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksek bulunmuştur. (Tablo 21)

Depresyonu olan ve olmayan gruplar arasında **SBT matür savunma alt ölçeklerinden yüceltme, beklenti, baskılama puanı** anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 21)

Depresyonu olan grupta **SBT matür savunma alt ölçeklerinden mizah ve matür savunma toplam puanı** depresyonu olmayan gruptan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha düşük bulunmuştur. (Tablo 21)

Depresyonu olan ve olmayan gruplar arasında **SBT nevrotik savunma alt ölçeklerinden yapma bozma, psödo-altruizm, idealleştirme, karşıt tepki geliştirme, nevrotik savunma toplam puanı** anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 12)

Tablo 22. İntihar Girişimi Olan Grupta Depresyonu Olan ve Olmayan Grupların Savunma Biçimleri Testi İmmatür Savunma Puanlarının Karşılaştırılması

	Depresyon (+)		Depresyon (-)		p
	Ort.±ss	Medyan	Ort.±ss	Medyan	
<i>SBT İmmatürs Savunma Ölçeği</i>					
Yansıtma Puanı	12.4 ± 4.7	13.0	10.7 ± 5.0	10.0	0.157 ^m
Pasif Saldırganlık Puanı	9.8 ± 4.6	10.0	9.0 ± 4.8	9.0	0.515 ^t
Eyleme Dökme Puanı	10.5 ± 5.6	10.0	10.7 ± 5.6	10.0	0.755 ^m
Yalıtma Puanı	11.2 ± 5.1	10.5	11.7 ± 4.5	12.0	0.669 ^t
Değersizleştirme Puanı	8.4 ± 4.8	9.0	8.4 ± 4.4	9.0	0.978 ^t
Otistik Fantezi Puanı	10.7 ± 6.1	10.0	9.9 ± 5.0	9.0	0.650 ^m
İnkâr Puanı	7.6 ± 3.7	8.0	10.3 ± 3.5	10.0	0.010 ^m
Yer Değiştirme Puanı	9.0 ± 4.8	9.0	7.2 ± 4.0	7.0	0.137 ^m
Disosiyasyon Puanı	6.2 ± 4.1	6.5	8.1 ± 4.2	9.0	0.047 ^m
Bölme Puanı	9.8 ± 5.6	10.0	12.3 ± 4.7	13.0	0.063 ^m
Rasyonalizasyon Puanı	10.5 ± 4.7	10.5	10.3 ± 5.1	10.0	0.916 ^t
Bedenselleştirme Puanı	11.5 ± 5.0	11.5	12.3 ± 5.0	13.0	0.607 ^m
Toplam Puanı	117.6 ± 29.1	113.0	120.9 ± 33.0	117.5	0.682 ^t

^tBağımsız örneklem t test / ^mMann-whitney u test

Depresyonu olan ve olmayan gruplar arasında ***SBT immatür savunma alt ölçeklerinden yansıtma, pasif saldırganlık, eyleme dökme, yalıtma, değersizleştirme, otistik fantezi, yer değiştirme, bölme, rasyonalizasyon ve bedenselleştirme puanı*** anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. Depresyonu olan grupta ***SBT immatür savunma alt ölçeklerinden inkâr ve disosiyasyon puanları*** depresyonu olmayan gruptan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha düşük bulunmuştur. Depresyonu olan ve olmayan gruplar arasında ***SBT immatür savunma ölçeği toplam puanı*** anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 22)

İntihar girişimi olan grupta ***GNG total correct puanı*** sağlıklı kontrollere göre anlamlı ($p<0.05$) olarak daha düşük bulunmuştur. (Tablo 23)

İntihar girişimi olan grupta ***GNG omisyon/ yap hataları, GNG komisyon/ yapma hataları*** sağlıklı kontrollere göre anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksek bulunmuştur. (Tablo 23)

İntihar girişimi olanlarla sağlıklı kontroller arasında **GNG ortalama yap reax süresi**, **GNG ortalama yapma reax süresi** anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 23)

İntihar girişimi olanlarla sağlıklı kontroller arasında **tol total moves** anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. İntihar girişimi olan grupta **tol total time** intihar girişimi olmayan gruptan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksek bulunmuştur. (Tablo 23)

Tablo 23. İntihar Girişiminde Bulunanların Sağlıklı Kontrollerle GNG/TOL Testleri Puanlarının Karşılaştırılması

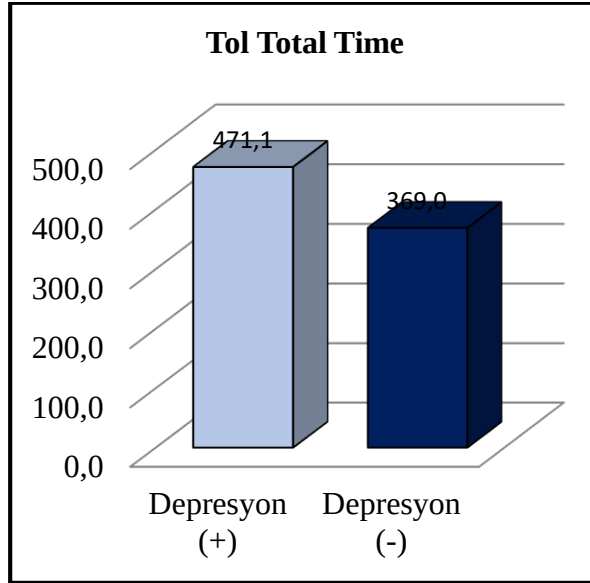
	Sağlıklı Kontrol		İntihar Girişimi (+)		p
	Ort.±ss	Medyan	Ort.±ss	Medyan	
GNG Total Correct	311,2 ± 5,8	311,0	302,4 ± 13,7	304,5	0,001 ^m
Tol Total Moves	137,0 ± 28,0	131,5	144,9 ± 28,3	138,0	0,165 ^m
Tol Total Time	334,5 ± 150,2	287,7	420,0 ± 195,0	361,5	0,020 ^m
GNG					
Yap Hataları	1,70 ± 2,10	0,50	5,55 ± 8,85	2,00	0,024 ^m
Yapma Hataları	7,13 ± 4,65	5,50	12,02 ± 7,22	12,00	0,001 ^m
GNG Ortalama					
Yap Reax Süresi	535,6 ± 80,9	510,7	547,2 ± 67,2	544,1	0,215 ^m
Yapma Reax Süresi	449,0 ± 51,7	442,3	453,5 ± 52,4	446,2	0,604 ^m

^tBağımsız örneklem t test / ^mMann-whitney u test

Depresyonu olan ve olmayan gruplar arasında **GNG total correct puanı** anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 24)

Depresyonu olan ve olmayan gruplar arasında **GNG komisyon yap hataları**, **GNG komisyon yapma hataları** anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. Depresyonu olan ve olmayan gruplar arasında **GNG ortalama yap reax süresi**, **GNG ortalama yapma reax süresi** anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 24)

Depresyonu olan ve olmayan gruplar arasında **tol total moves** anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. Depresyonu olan grupta **tol total time** depresyonu olmayan gruptan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksek bulunmuştur. (Tablo 24)



Şekil 5. TOL Toplam Zaman Dağılımı

Tablo 24. İntihar Girişimi Olan Grupta Depresyonu Olan ve Olmayan Grupların GNG/TOL Testleri Puanlarının Karşılaştırılması

	Depresyon (+)		Depresyon (-)		p
	Ort.±ss	Medyan	Ort.±ss	Medyan	
GNG Total Correct	301.8 ± 14.2	303.5	303.0 ± 13.4	307.0	0.604 ^m
Tol Total Moves	151.8 ± 30.5	147.0	138.1 ± 24.4	132.0	0.060 ^t
Tol Total Time	471.1 ± 200.6	427.8	369.0 ± 178.2	334.2	0.033 ^m
GNG					
Yap Hataları	6.2 ± 10.1	2.5	4.9 ± 7.4	1.5	0.329 ^m
Yapma Hataları	12.0 ± 6.8	12.0	12.0 ± 7.7	9.5	0.986 ^t
GNG Ortalama					
Yap Reax Süresi	559.0 ± 77.7	557.0	535.3 ± 53.6	525.3	0.175 ^t
Yapma Reax Süresi	454.9 ± 59.0	454.4	452.0 ± 46.1	439.3	0.833 ^t

^t Bağımsız örneklem t test / ^m Mann-whitney u test

Tek değişkenli modelde intihar girişimi olan ve olmayan hastaların ayırımında çalışma durumu, hane gelir durumu, sigara kullanımı, çocukluk şiddet öyküsü, anksiyöz mizac, BDÖ toplam puanı, SBT matür savunma ölçeği mizah, baskılama, toplam puanı, SBT nevrotik savunma ölçeği karşıt tepki puanı, SBT immatür savunma ölçeği yansıtma, pasif saldırganlık, dışa vurma, yalıtma, otistik fantezi, inkar, bölme,

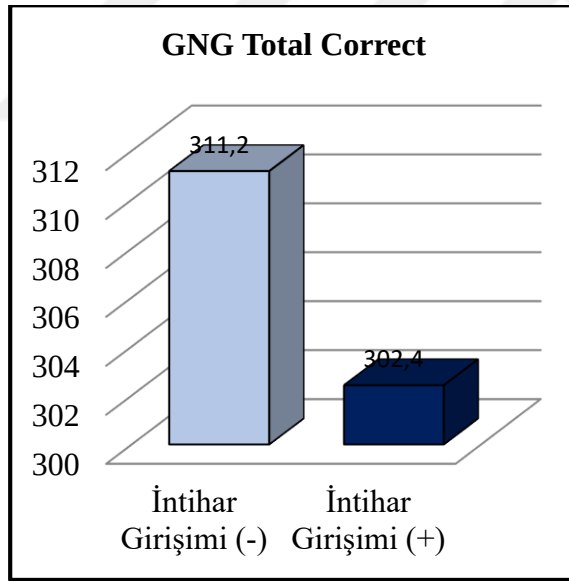
bedenselleştirme, toplam puanı, GNG total correct, tol total time, GNG yap, yapma hatalarının anlamlı ($p<0.05$) etkinliği bulunmuştur. (Tablo 25)

Tek değişkenli modelde intihar girişimi olan ve olmayan hastaların ayırımında yerleşim yeri, ailede intihar girişiminin anlamlı ($p>0.05$) etkinliği gözlenmemiştir.

Çok değişkenli modelde intihar girişimi olan ve olmayan hastaların ayırımında **hane gelir durumu, BDÖ toplam puanı, GNG total correct puanının anlamlı-bağımsız** ($p<0.05$) etkinliği bulunmuştur. (Tablo 25)

İntihar girişimi olan ve olmayan hastaların ayırımında **GNG total correct puanının** anlamlı [Eğri altı alan 0.712 (0.606-0.818)] etkinliği bulunmuştur. İntihar girişimi olan ve olmayan hastaların ayırımında **GNG total correct 306 cut off değerinin** anlamlı [Eğri altı alan 0.692 (0.580-0.803)] etkinliği gözlenmiştir. (Tablo 26)

GNG total correct 306 cut off değerinde intihar girişimi olan ve olmayan hastaları ayırmada duyarlılık %51,7, pozitif kestirim %88,6, özgüllük %86,7, negatif kestirim %47,3 bulunmuştur. (Tablo 26)



Şekil 6. GNG Toplam Doğru Sayısı Dağılımı

Tablo 25. Regresyon Analizi

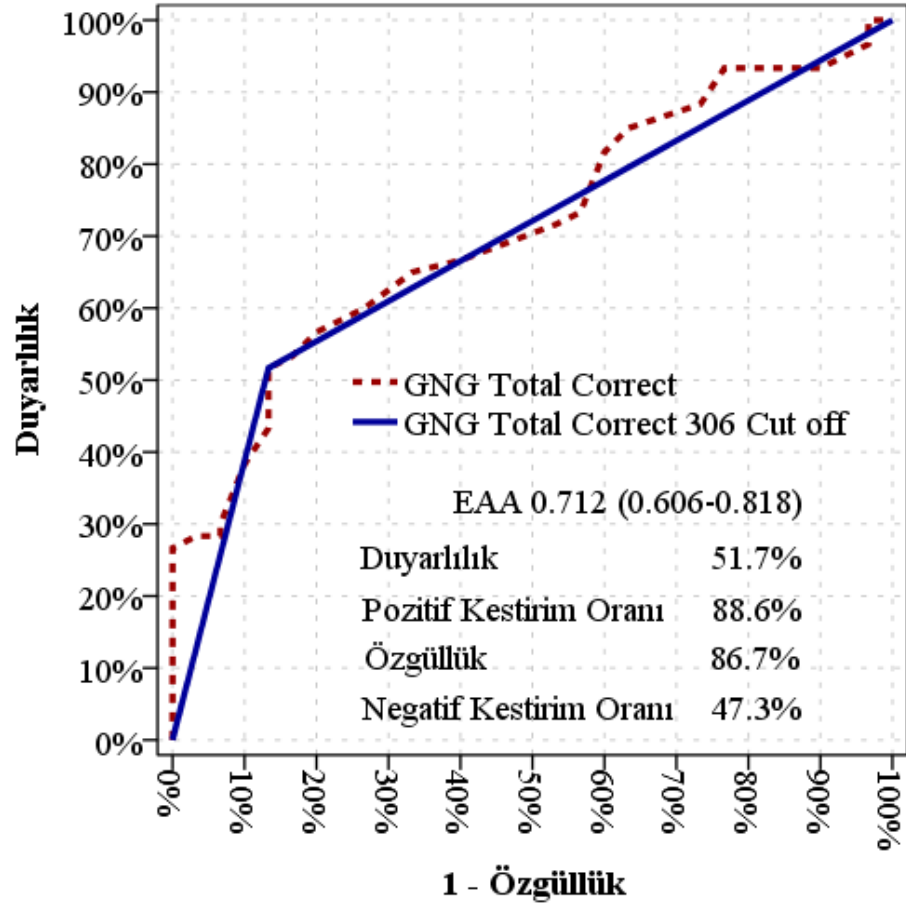
	Tek Değişkenli Model				Çok Değişkenli Model							
	OR	%95 GA		p	OR	%95 GA		p				
Çalışma Durumu	3.208	1.288	- 7.990	0.012	0.333	0.142	- 0.781	0.011				
Hane Gelir Durumu	0.286	0.158	- 0.519	0.000								
Yerleşim Yeri	6.510	0.799	- 53.056	0.080								
Sigara Kullanımı	0.169	0.065	- 0.443	0.000								
Çocukluk Şiddet Öyküsü	4.958	1.809	- 13.590	0.002								
Ailede İntihar Girişimi	0.154	0.019	- 1.252	0.080								
Anksiyöz Mizaç	0.095	0.012	- 0.754	0.026								
BDÖ Toplam Puanı	1.240	1.126	- 1.366	0.000								
<i>SBT Matür Savunma Ölçeği</i>												
Mizah Puanı	0.887	0.802	- 0.983	0.022	0.918	0.847	- 0.996	0.041				
Baskılama Puanı	0.878	0.786	- 0.981	0.022								
Toplam Puanı	0.938	0.898	- 0.981	0.005								
<i>SBT Nevrotik Savunma Ölçeği</i>												
Karşıt Tepki Geliştirme Puanı	1.126	1.014	- 1.250	0.026								
<i>SBT İmmatür Savunma Ölçeği</i>												
Yansıtma Puanı	1.309	1.153	- 1.486	0.000								
Pasif Saldırganlık Puanı	1.166	1.041	- 1.307	0.008								
Dışa Vurma Puanı	1.122	1.025	- 1.229	0.013								
Yalıtma Puanı	1.142	1.040	- 1.255	0.005								
Otistik Fantezi Puanı	1.113	1.018	- 1.218	0.019								
İnkâr Puanı	1.174	1.032	- 1.336	0.015								
Bölme Puanı	1.146	1.042	- 1.260	0.005								
Bedenselleştirme Puanı	1.184	1.069	- 1.311	0.001								
Toplam Puanı	1.031	1.014	- 1.048	0.000								
GNG Total Correct	0.901	0.843	- 0.963	0.002	0.918	0.847	- 0.996	0.041				
Tol Total Time	1.003	1.000	- 1.006	0.048								
<i>GNG Komisyon</i>												
Yap Hataları	1.185	1.020	- 1.376	0.027								
Yapma Hataları	1.144	1.049	- 1.248	0.002								

Lojistik Regresyon (Forward LR)

Tablo 26. ROC Eğrisi

		Eğri Altı Alan	%95 Güven Aralığı	p	
GNG Total Correct		0.712	0.606 - 0.818	0.001	
GNG Total Correct 306 Cut off		0.692	0.580 - 0.803	0.003	
		İntihar Girişimi (-)	İntihar Girişimi (+)	%	
GNG Total	≤ 306	4	31	Duyarlılık	51.7%
Correct	> 306	26	29	Pozitif Kestirim Oranı	88.6%
				Özgüllük	86.7%
				Negatif Kestirim Oranı	47.3%
ROC Eğrisi					

ROC Eğrisi



Şekil 7. GNG Toplam Doğru Sayısı ROC Eğrisi

TARTIŞMA

İntihar, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “küresel bir halk sağlığı krizi” olarak değerlendirilmekte, özellikle genç nüfusta önde gelen ölüm nedenlerinden biri olarak sıralanmaktadır (1). Bu nedenle intihar girişimlerini anlamaya yönelik çalışmalar yaparak etkili önleme stratejileri geliştirmek önemlidir. İntiharı önleme çabalarının önemli bir hedef kitlesi, intihar girişiminde bulunan kişilerdir, çünkü yapılan çalışmalarda bu tür girişimlerin gelecekteki intiharın en güçlü yordayıcısı olduğu gösterilmiştir (208). İntihar sonucu ölenlerin yaklaşık %50’sinin daha önce en az bir kez, yaklaşık %25’inin ise son bir yıl içinde intihar girişiminde bulunmuş olduğu (3), ayrıca intihar edenlerin %50’sinden fazlasının intihar etmeden önceki bir ay içinde bir sağlık uzmanına başvurduğu belirtilemektedir (209). Araştırmamızda intihar girişimi ile bireylerin sosyodemografik özellikleri, daha önce kendine zarar verici davranış özellikleri, intihar girişimi öncesi düşünce, planlama, sonrasında yardım arama gibi girişimlerin tanımlayıcı özellikleri, mizaç tipleri, kullandıkları savunma mekanizmaları, yürütücü işlevler açısından ilişki depresyon/dürtüsellik bağlantısı üzerinden incelenmiş, bu bağlamda bireyleri intihar davranışına götüren ya da intihardan koruyan özellikler tespit edilmeye çalışılmıştır. Depresyonda intihar ile ilgili literatürde oldukça fazla çalışma vardır ancak araştırmalarımıza göre çalışmamız depresyonu olan ve olmayan intihar girişimlerinin kontrol grubuyla birlikte mizaç özellikleri, savunma biçimleri ve yürütücü işlevlerin birlikte değerlendirildiği ilk çalışmadır.

Çalışmamızın sonuçları sosyodemografik veriler açısından değerlendirildiğinde intihar grubunun çoğunluğu kadın cinsiyetinden (n=44, %73,3) oluşmaktadır. Kadınlarda majör depresyon görülme oranının (210) ve intihar girişimi sıklığının (142) (211) daha fazla olduğu göz önünde bulundurulduğunda çalışmamızın sonuçları literatürle uyumlu olduğu görülmektedir. Çalışmamızda kliniğimize intihar girişimiyle başvuran olgular ardışık olarak alındığından, intihar sonrası başvuran kadın hasta sayısının fazlalığı, kadınlarda ruhsal bozuklukların daha fazla görülmesinde kaynaklanmış olabileceği gibi ülkemizde kadın hastaların daha çok psikiyatrik yardım arayışında olabildiğinden ve başvuru sıklığının yüksek oluşundan da kaynaklanmış olabilir.

Avrupa'da İntihar sonucu ölen erkek sayısı kadın sayısından 4 kat, ülkemizde 3 kat fazladır (212) (TÜİK, 2022). Ancak kadınların intihar girişiminde bulunma oranları erkeklere göre daha yüksektir (142) (211) (213). Bir çalışmada kadınlar arasında daha önce yapılan her girişimin gelecekteki intihar riskini üç kat artırdığı bulunmuştur (214). İntihar oranlarıyla ilgili son veriler oranların kadınlarda erkeklerden daha hızlı arttığını ve 1999 ile 2019 yılları arasında kadınlarda %50, erkeklerde ise yaklaşık %26 oranında bir artış olduğunu göstermektedir (215). Bu veriler bize kadınlarda intihar davranışı üzerine daha fazla araştırma yapılması gerektiğini göstermektedir.

İntihar girişimi ve intihar ölümüyle ilgili cinsiyet farklılıklarını araştıran çalışmalar; kadın ve erkekler için inanç ve davranışların farklı toplumsallaşması, erkeklerin öldürücü yöntemleri tercih etmesi, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete, sınırda kişilik bozukluğu ve alkolizm gibi cinsiyetle ilişkili ruhsal bozukluklar üzerinde durmuştur (216) (217). Depresyon özelinde cinsiyete özgü genetik etkiler bildirilmiş olmasına rağmen kanıtlar henüz kesin değildir. Depresyonun intihar düşüncesiyle ilişkili olduğu fakat tek başına intihar girişiminin habercisi olmadığı yaygın olarak bilinmektedir.

Önceki çalışmalar, intihar davranışlarıyla ilgili sosyo-kültürel cinsiyet normlarının, kadınların intihar nedeniyle ölme olasılıkları çok daha düşük olmasına rağmen neden intihar girişiminde bulunma olasılıklarının daha yüksek olduğunu açıklayabileceğini ileri sürmüştür. Örneğin, ölümcül güç kullanarak ve özellikle ateşli silahlarla kendini öldürmenin erkeklik belirtisi olduğu ve bunun erkeklerde intiharı kolaylaştırıcı bir faktör olabileceği, bu tür öldürücü eylemin kadınlık ile sosyo-kültürel olarak daha zayıf ilişkilendirilmesinin ise erkeklerde intiharı kolaylaştırıcı bir faktör olabileceği ileri sürülmüştür (218). Bir başka olası açıklama ise, öz bildirim önyargısı ve sosyal istenirlik önyargısının, erkeklerin intihar girişimlerini zayıflık anlamına geldiği korkusuyla bildirme olasılığını azaltabileceğidir. Ayrıca intihar sürecinin, yani düşünceden intihar eylemine kadar geçen sürenin kadınlarda erkeklere göre daha uzun olduğu, muhtemel sebebinin öldürücü aletleri kullanma eğilimindeki cinsiyet farklılıkları olabileceği öne sürülmüştür (211).

İntihar girişimi ve intihar ölümüyle ilgili cinsiyet farklılıklarını araştıran son çalışmalar intihar niyetinin ciddiyeti ve seçilen yöntemin ölümcüllüğüne

odaklanmaktadır. Ancak intihar niyeti, ölümcüllük ve sonuçlara ilişkin 44 çalışmanın gözden geçirildiği bir çalışmada, niyetin tanımı ve nomolojik geçerliliğindeki son gelişmelere rağmen, intihar niyetinin ampirik ölçümü ve analizinde yüksek derecede değişkenlik bulunduğu görülmüştür (219). Bu değişkenlik, intihar riskinin ve sonuçlarının ölçülmesi, intihar niyetinin raporlanması veya teşhis yaklaşımlarının veya tedavilerinin birden fazla çalışma arasında anlamlı bir şekilde karşılaştırılması ile ilgili araştırmaları sınırlamaktadır. Bir çalışmada Beck ölçeğine göre ciddi intihar niyetinde olan hastaların, kendini asma, atlama gibi öldürücü yöntemleri tercih ettiği görülmüştür (220). Ancak örneklem büyüklüğünün küçük olması bu çalışmada cinsiyet farklılığının analizine izin vermemiştir. Avrupa'da yapılan çok uluslu bir araştırma, erkeklerin kadınlara göre niyetinin daha ciddi olarak derecelendirildiğini, kadınların ise daha az ciddi olarak derecelendirildiğini göstermektedir (221). Bu ve diğer çalışmalar, kadın ve erkeklerin öldürme niyetinin ciddiyeti açısından farklı olduğunu varsaymaktadır. İntihar eğilimi düzeylerini niyetin şiddeti ve yöntemin ölümcüllüğü üzerinden hafif, orta ve şiddetli olmak üzere 3'e ayıran yakın zamanlı bir çalışmada ise şiddetli grup öldürücü yöntemlerin seçiminde cinsiyet farklılığı göstermezken; yani erkeklerin %59,4'ü ve kadınların %46,9'u asma veya kimyasal zehirlenme gibi ölümcül yöntemleri kullanırken buna karşılık, orta ve hafif gruplarda cinsiyet farklılıkları görüldüğü, ılımlı gruptaki kadınların çoğunun, asmak (%1,0) veya pestisit zehirlenmesi (%3,9) yerine ilaç zehirlenmesini (%69,1) tercih ettiği bulgulanmıştır (222). Kadın erkek rol değişimleri son yıllarda sıkça tartışılrsa da çalışmamızın sonuçlarına göre intihar girişimindeki cinsiyet farklılıkları ile ilgili bilgilerimizin hala geçerliliğini koruduğu söylenebilir.

Literatüre baktığımızda, majör depresyon her yaşta görülebilmesine rağmen özellikle 25-44 yaşları arasında sıklığı artmaktadır (41). İntihar girişimi sıklığına baktığımızda ise en yüksek hız kadınlarda 15-24 yaş, erkeklerde 25-34 yaş aralıklarında tespit edilmiştir (120). Ülkemizde en yüksek intihar oranı 25-29 yaş arasındadır. Bu açıdan çalışmamızda intihar grubunun yaş ortalaması, 29 ± 10.3 olması literatür ile uyumludur. Gençlerde intihar oranının yüksek olması çalışmamızın diğer sonuçları da göz önünde bulundurulduğunda dürtüsellik ile ilişkili olabilir.

İntihar riskinin bekar, boşanmış veya dul kalmış kişilerde yüksek olduğu bilinmektedir (223). Salman ve arkadaşlarının Amerika'da acil servise intihar

girişimiyle başvuran 45 hastayı inceledikleri bir çalışmada hastaların %66'sının bekar, %33'ünün evli olduğu saptanmıştır (224). Çalışmamızda intihar grubunun %60 ı bekar, %13,3'ü Boşanmış/Ayrı idi. Evli olmayanların %73,3 ile daha yüksek oranda olması literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızda intihar girişimi olan ve olmayan gruplar arasında eğitim durumu anlamlı farklılık göstermezken, depresyonu olan grupta eğitim seviyesi depresyonu olmayan gruptan anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Bu bulgu, literatürdeki depresyonun düşük eğitim seviyesi ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar ile uyumludur. 2010 yılında yürütülen çok kültürlü bir örnekleme sahip epidemiyolojik bir çalışmada eğitim düzeyi ile depresyon arasında negatif anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (225). Daha kapsamlı güncel bir çalışmada ise eğitim düzeyi ile depresyon arasında ilişki bulunamamıştır (226). Öte yandan depresyondan bağımsız olarak eğitim düzeyinin düşük olduğu, okula devam edilmediği veya eğitim başarısının düşük olduğu bireylerde intihar davranışı riskinin arttığı bildirilmektedir (143). Ancak eğitim ile intihar davranışı arasındaki ilişkiye yönelik literatüre baktığımızda klinik veya toplumsal örneklerle yapılan çeşitli çalışmalar tutarsız sonuçlar göstermektedir. Avrupada eğitim ve intihar düşüncesi üzerine yapılan, 19 Avrupa ülkesinden 96.809 katılımcının yer aldığı, 50 çalışmanın incelendiği güncel bir metaanalizde, çalışmaların heterojenliğine vurgu yapılarak önemsiz bir ilişkiye işaret edilmektedir. Çalışmada 13 çalışma örneği yüksek eğitimin koruyucu olduğunu söylerken, 5 çalışma ise düşük eğitimin koruyucu olduğunu söylemektedir (227). Genel olarak, mevcut çalışmalar sınırlı olduğundan örgün/mesleki eğitim ile intihar davranışı arasındaki ilişkiyi özel olarak incelemek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. Eğitim aynı zamanda bireylerin sosyoekonomik durumunu ve yaşam fırsatlarını etkileyebileceğinden, olumsuz yaşam koşullar, sağlık hizmetlerine erişimde zorluklar, eğitimin akut bir krizde yardım arama davranışını öğretme ve destekleme süreçleri dahil birçok faktörle ilişkili olabilir.

İntiharın karmaşık doğasını anlamak için ortaya çıkmasına katkıda bulunabilecek sosyal belirleyicileri dikkate almanın önemi bilinmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün çerçevesine göre, sağlık ve hastalık sonuçlarını belirleyen temel sosyal belirleyiciler arasında birbiriyle bağlantılı olan ve birden fazla düzeyde işleyen sosyoekonomik durum, eğitim ve okuryazarlık yer almaktadır (228). İntihar düşüncesi

için iş kaybı, ekonomik sıkıntılar, yoksunluk bölgesinde yaşama gibi sosyoekonomik faktörlerin önemli risk faktörleri olduğu bilinmektedir (5). DSÖ, intiharların %80'inin düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana geldiğini bildirmektedir (118). Çalışmamızda depresyonu olan ve olmayan gruplar arasında çalışma durumu, meslek, hane gelir durumu anlamlı farklılık olmaksızın, intihar girişimi olan grupta çalışanların oranı ve hane gelir durumu sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük bulundu. Ayrıca çok değişkenli modelde intihar girişimi olan ve olmayan hastaların ayrımında hane gelir durumunun anlamlı-bağımsız etkinliği bulundu. İntihar girişimi olan grupta kırsalda yaşayanların oranı intihar girişimi olmayan gruptan anlamlı olarak daha yüksekti. Bu açıdan verilerimiz literatürle uyumlu olarak intihar için meslek/çalışma durumu, ekonomik durum ve sosyal hizmetlere erişimin risk faktörleri olduğunu göstermektedir. Toplumdaki bireylerin isteklerini karşılayabilme gücü, satın alma gücü, ekonomik özgürlüğün varlığı ve geçim kaynağının varlığı sosyo-psikolojik rahatlamayı sağlayan önemli faktörlerden biri olarak değerlendirilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü araştırmalarında düşük ve orta sosyoekonomik düzeye sahip toplumlarda intihar oranlarının yüksek olduğunu belirtirken, bu durum düşük sosyoekonomik koşullarda yaşayan bireyler için de geçerlidir (1). Ayrıca ülkemizin intihar oranlarına baktığımızda ekonomik kriz dönemlerinde intihar oranlarının artması, ekonomik sıkıntıların yaşandığı dönemlerde de bireylerin intiharlarında artış olduğu sonucunu rahatlıkla açıklamaktadır. Bireyin ekonomik gücünün azalması onun hayata tutunmasını engelleyen faktörler arasındadır. Ayrıca toplumda yaşanan intiharların nedeni konusunda kamuoyunda oluşan birincil algı, kişinin yaşadığı ekonomik sorunlar olup, ekonomik sorun yaşayan bireylerin intiharı da toplum tarafından daha kabullenilmiş bir intihar nedeni olarak görülmektedir. Ülkemizde işsizlik ile intihar arasındaki ilişkiyi ele alan bir çalışmada işsizliğin intihar üzerinde büyük bir etkisinin olduğu görülmektedir. Ayrıca işsiz bireylerin ihtiyaçlarını karşılayamadıkları ve bu nedenle kendilerini yetersiz hissettikleri, intihar eğilimi gösterebilecekleri, dolayısıyla intiharın da işsizliğe yol açabileceği belirtilmektedir (229).

Meslek gruplarına baktığımızda ise intihar girişimi olan grupta ev hanımı olanların oranı anlamlı yüksekken, memurların oranı anlamlı olarak daha düşüktü. Ataerkil bir yapıya sahip olan toplumumuzda kadınların çalışıp ekonomik

özgürlüklerini ellerine alarak ekonomik bağımsızlığa kavuşmaları henüz yeterince desteklenen bir durum olmadığı söylenebilir. Kadınların iş hayatına aktif katılımının sağlanmasında yaşadığı zorluklar ve toplumun kadınların çalışma hayatındaki engellemeleri, kadınların kendilerini üretken olmayan ve yetersiz bir birey gibi hissetmelerine neden olabilmektedir. Sosyal desteğin yetersiz olması ve karşılaşılan ekonomik sorunlar da kendilerini umutsuz ve çaresiz hisseden kadınların intihar eğilimini artırıyor olabilir.

Çalışmamızda intihar girişimi olan grupta depresyonu olan ve olmayanlar arasında anne baba ayrılığı ve çocuklukta şiddet öyküsü anlamlı farklılık göstermemiştir. İntihar girişimi olanlarda anne baba ayrılığı ve çocuklukta şiddet öyküsü sağlıklı kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Aynı şekilde intihar girişimi olan grupta çocuklukta şiddet öyküsü sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Gelişimin kritik dönemlerindeki olumsuz deneyimlerin, psikopatolojiye katkıda bulunduğu inanılan genlerin ifadesinde değişikliğe de yol açabileceği bilinmektedir. Çocukluk dönemindeki ihmal, fiziksel veya cinsel istismar olarak tanımlanan travmatik erken yaşam sıkıntılarının, yaşamın ilerleyen dönemlerindeki intihar davranışıyla güçlü bir şekilde ilişkili olduğu gösterilmiştir (127) (133). Olumsuz çocukluk deneyimleri ve intihar riski üzerine yapılan bir meta-analizde, intihar riskinin fiziksel ihmalde 3,42 kat, cinsel istismarla 3,73 kat, duygusal istismarla 3,98 kat, fiziksel istismarla 4,11 kat arttığı bildirilmiştir (134). Çalışmamızın sonuçları literatürle uyumlu olarak, anne baba ayrılığı ve çocuklukta şiddet öyküsü gibi olumsuz çocukluk deneyimlerinin intihar için risk faktörü olduğunu göstermektedir. Teorik ve ampirik olarak, duygu düzenleme güçlükleri ve duygudurum bozuklukları gibi değişkenlerin, önceden var olan bu yatkınlık (yani çocukluk çağı travması) ile intihar düşüncesi arasında aracılık rol oynayabileceği ileri sürülmektedir. Örneğin, Mohammadzadeh ve ark. eroin kullanan erkekler arasında çocukluk çağı travmasının intihar davranışı üzerinde doğrudan bir etkisi olmadığı halde bazı duygu düzenleme güçlükleri yoluyla dolaylı olarak ilişkili olduğu bulunmuştur (230). Roley-Roberts ve meslektaşları, duygu düzenleme güçlüklerinin bazı yönlerinin çocuk cinsel istismarı ile intihar davranışı arasındaki ilişkilere aracılık ettiğini bulmuşlardır (231).

İntihar girişimi olan grupta ailede intihar girişimi sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Literatüre baktığımızda aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları intiharda %30-50'lik bir kalıtsallık olduğunu öne sürmektedir; ancak eşlik eden psikiyatrik bozuklukların kalıtsallığı kontrol altına alındığında daha doğru bir tahminin %17-36 olabileceği düşünülmektedir (122). Bu ailesel risk, kalıtsal olan ebeveyn duygudurum bozukluğu, dürtüsellik ve saldırganlık özellikleri veya nörobilişsel bozukluklarla kısmen açıklanmaktadır (126). Çalışmalar, bir aile üyesinin intiharının davranışsal taklidi ile genetik intihar eğilimi arasında net bir ayrım yapamamaktadır. Psikiyatrik bozuklukların ailesel kümelenmesinin büyük ölçüde genetik faktörlerden kaynaklandığını gösteren kanıtların miktarıyla karşılaştırıldığında, intiharın ailesel kümelenmesinin mekanizması hakkında çok daha az şey bilinmektedir. Annenin intihar davranışının, babanın intihar davranışından daha büyük bir etkiye sahip olduğunu gösteren kanıtlar mevcuttur (232). Ayrıca, ebeveyn intiharının etkisi çocuklar üzerinde ergenlere göre daha fazladır, çocuklar ne kadar küçük yaşta ebeveynlerinde intihar davranışına maruz kalırlarsa yaşam boyu intihar riski de o kadar yüksek olmaktadır (233). Bu sonuçlar genetik faktörlerin yanı sıra gelişimsel faktörlerin, toplumdaki ebeveyn rollerinin, bağlanma stilleri gibi psikodinamik faktörlerin de etkisi olabileceğini, ailelerde intiharın bulaşma mekanizmalarını araştırmak için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda intihar girişimi olan grupta depresyonu olan ve olmayanlar arasında sigara kullanımı anlamlı farklılık göstermemiştir. İntihar girişimi olanlarda sigara kullanım oranı sağlıklı kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu sigara kullanımı ile intihar girişimleri arasında ilişki bulan daha önce yayınlanmış çalışmalarla uyumludur (234) (235) (236). Waters ve arkadaşları sigara içme ile intihar düşüncesi arasında bir doz-yanıt ilişkisi bulmuşlardır; öyle ki sigara içme oranı ne kadar yüksekse, depresyon, alkol kullanımı ve uyuşturucu kullanımı kontrol altına alındıktan sonra bile intihar düşüncesi o kadar fazla olmaktadır (237). Sigara tüketimi intihar davranışı üzerinde doğrudan bir etkiye sahip olabileceği gibi, zararlı maddelerin ve tütün ürünlerinin tüketimi de intihar davranışını dolaylı olarak etkiliyor olabilir. Ergenlik döneminde nikotine maruz kalmanın nöroadrenerjik, dopaminerjik ve serotonerjik sistemlerde kısa ve uzun süreli

değişikliklere neden olduğu bilinmektedir (238). Nikotin alımına ilişkin bu değişikliklerin bireylerin intihar davranışları üzerinde etkileri olabilir. Yirmisekiz ülkedeki ergenler arasında sigara içmenin intihar girişimleri ile ilişkisinde okuldan kaçmanın aracılık edip etmediğini ve cinsiyetin aracılık edip etmediğini inceleyen bir çalışmada, sigara kullanımı, çeşitli karıştırıcı değişkenler düzeltildikten sonra da intihar girişimleri ile ilişkilendirilmiş, okuldan kaçmanın sigara içme ile intihar girişimi arasındaki ilişkiye kısmen aracılık ettiği, sigara kullanımının intihar girişimleri üzerindeki etkisini cinsiyetin etkilediği, sigara kullanan kız ergenlerin intihar girişimi olasılığının, erkek ergenlere kıyasla %36 daha yüksek olduğu bulunmuştur (239). Ancak sigara içmenin nasıl intihar girişimine yol açtığı mekanizması ve bunun cinsiyet farklılığına göre değişip değişmediği henüz net olarak bilinmemektedir. Mevcut çalışmanın sigara içmenin erkekler arasında kadınlardan daha yaygın olduğu, özellikle de kültürel ortamın erkek sigara içenlerden çok kadın sigara içenleri hoş karşılamadığı düşük ve orta gelirli ülkelerde olduğu göz önünde bulundurulduğunda, sigara kullanımının kadınlar için daha riskli bir davranış olduğu ve sigara içen kadınların daha dürtüsel olduğu şeklinde yorumlanabilir. Bu bağlamda sigara ve dürtüsellik arasındaki ilişkiye yönelik literatür incelendiğinde sigara kullanımının birçok çalışmada dürtüsellikle güçlü bir şekilde ilişkilendirildiği görülmektedir. (240) (241) (242) (243). Çalışmamızın dürtüsellikle ilgili verileriyle birlikte yorumladığımızda, sigara kullanımı ve intihar davranışı arasındaki ilişkiye dürtüsellik aracılık ediyor olabilir. Sigara kullanımı, intihar davranışı ve dürtüsellik arasındaki ilişkinin ve bu ilişkide rol oynayan olası mekanizmaların aydınlatılabilmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda intihar girişimi olan grupta KZVD geçmişi ve ailede KZVD geçmişi sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. İntihar girişimi olan grupta depresyonu olan ve olmayanlar arasında KZVD geçmişi, ailede KZVD geçmişi anlamlı farklılık göstermemiştir. Bugüne kadar KZVD'nin nedenleri arasında psikodinamik, biyolojik, psikososyal pek çok etken araştırılmış, bir çok psikiyatrik bozuklukla ilişkilendirilmiştir. Tüm bu araştırmaların sonuçları tek bir etkenden ziyade çok sayıda nedene bağlı olarak ortaya çıkabileceğini işaret etmektedir. KZVD öncelikli olarak intihar niyetinden kaynaklanmasa da bulgularımızla uyumlu olarak intiharla yakından ilişkilendirilmiştir. Çok sayıda çalışma KZVD ve intihar

arasındaki yüksek birlikteliği doğrulamaktadır (16) (17). Bu noktada literatür bulgularının bir kısmı intihar davranışı ve KZVD arasında anlamlı ilişki saptayamamış veya negatif bir ilişki saptamış ve KZVD'nin bulunmasının intihar davranışı için risk faktörü olmadığını (244) (245); bir kısmı ise söz konusu ilişkinin yordandığı ve intihar davranışında bulunanların %41,3-50,0'sinde KZVD geçmişi bulunduğu yönünde tespitte bulunmuştur (246) (247). Ancak bu ilişkinin altında yatan mekanizmalar hakkında çok az şey bilinmektedir (18). İntihar ve KZVD ile potansiyel olarak ilişkili mekanizmalardan biri dürtüselliktir (248). Bu kendine zarar verme davranışlarının çeşitli teorik modellerinde yer almaktadır (249). Son araştırmalar ve teoriler, dürtüsel olan bireylerin, özellikle olumsuz duygular bağlamında aceleci davranmaya motive olabileceğini, çünkü uzun vadeli faydaların, duygu düzenlemenin anlık kısa vadeli kazanımlarından daha az önemli hale geldiğini ileri sürmektedir. Aciliyet Teorisine göre bireyler, uzun vadeli amaç ve hedefleri pahasına, sıkıntıdan anında kurtulmak için problemle olumsuz başa çıkma davranışlarına başvurabilirler (250). KZVD'nin bireyler için rahatsız edici duyguları düzenlemenin etkili bir yolu olduğunun gösterildiği göz önüne alındığında, dürtüsel bireyler KZVD açısından yüksek risk altında olabilir. Nock ayrıca dürtüsel bireylerin KZVD için risk altında olabileceğini, çünkü KZVD'nin çok fazla planlama veya hazırlık gerektirmeden hızlı bir şekilde gerçekleştirilebileceğini öne sürmüştür (249). Aslında, dürtüsel bireyler, KZVD'nin uzun vadeli sonuçları (örneğin korkutma, rahatsızlık ve damgalanma) konusunda daha az endişe duyarak, KZVD'nin anlık faydalarını (örneğin, duygu düzenleme) elde etmek için oldukça motive olabilirler, ya da KZVD'yi yumuşatılmış bir intihar davranışının provasası olarak görebilirler, bu da bireylerin gelecekte olumsuz ruh hali durumlarını yeniden düzenlemek için KZVD'yi tekrarlama olasılığını ve daha şiddetli olumsuz yaşantılar sonrasında intihar girişimi riskini artırabilir. Sonuç olarak, dürtüsel bireylerin diğer başa çıkma davranışları yerine KZVD'yi seçme olasılıkları daha yüksek olabilir. KZVD için ampirik olarak desteklenen tedavilerin olmaması, halihazırda gerekli tıbbi önlemlerin bulunmaması göz önüne alındığında, KZVD özellikle endişe verici bir klinik fenomendir ve bu alanda ileri çalışmalara ihtiyaç vardır. Kendi başına klinik bir sorun olmasının yanı sıra, yakın zamanda yapılan bir meta-analiz, KZVD'nin, gelecekteki intihar girişimleri için en güçlü risk faktörlerinden biri olduğunu söylemektedir (251). Bu bağlamda değerlendirildiğinde olumsuz başa

çıkma yöntemlerinin uygun müdahaleler ile değiştirilmesi intihar riskini azaltabilir. Ayrıca KZVD ile ilgili literatür incelendiğinde çalışmaların çoğunluğunun ergen popülasyonda yapıldığı görülmektedir, benzer çalışmaların yetişkin popülasyonda da tekrarlandığı boylamsal çalışmalara olan ihtiyaç belirgindir.

İntihar girişiminde bulunan grupta depresyonu olanlarda girişim öncesi intihar düşüncesi depresyonu olmayan gruptan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Majör depresyon hastalarında yaşam boyu intihar düşüncesi görülme sıklığı %48, intihar girişimi görülme sıklığı ise %16 olarak rapor edilmiştir (76). Yineleyici ölüm düşüncelerinin hastalığın nozolojik tanımında da mevcut olduğu düşünüldüğünde bu bulgu literatürle uyumludur. Ayrıca bu bulgu depresyonun intihar davranışından ziyade intihar düşüncesinin daha iyi bir göstergesi olduğunu ileri süren çalışmalarla da uyumludur (80).

Çalışmamızda intihar girişimi olan gruptan depresyonu olan ve olmayan gruplar arasında girişim öncesi plan, girişim öncesi alkol madde etkisi, girişim sonrası yardım arama, girişim öncesi stresli olay anlamlı farklılık göstermemiştir. Sosyodemografik veri formunda girişime yönelik tanımlayıcı sorular oluşturulurken literatürde “dürtüsel intihar girişimi” terimi araştırılmış ve en çok üzerinde durulan tanımlamalara yönelik bu sorular oluturulmuştur. “Dürtüsel intihar girişimi” terimi literatürde ilk defa 1890'lı yılların başlarında Durkheim'ın çalışmasında yer almış, dürtüsel intihar girişimlerine ilişkin ilk raporlar 1950'lerde ortaya çıkmıştır, ancak bu literatüre ilişkin çok az inceleme yapıldığı görülmektedir (116) (252). Gvion ve Apter, intihardaki saldırganlık ve dürtüsellik konusunu ele almış, dürtüsel ya da kendi ifadeleriyle "planlanmamış" intiharı tanımlamanın zorluklarını dile getirerek, eylemin bir özelliği olarak dürtüsellik ile ilgili kişinin bir özelliği olarak dürtüsellik arasında ayırım yapmanın önemine dikkat çekmiştir (253). Conner dürtüsel girişimlere ve dürtüsel olmayan girişimlerden farklara odaklanmış, dürtüsel intihar girişimlerinin düşük ölümcüllük ve düşük düzeyde depresyon ve umutsuzluk ile karakterize edildiği ve olumsuz yaşam olayları intihar girişimine yakın olduğunda daha olası hale geldiği sonucuna varmıştır (254).

2015 yılında dürtüsel girişimlerin tanımlarını ve olası ilişkilerini inceleyen, 179 makalenin dahil edildiği bir metaanalizde, tanım konusunda ciddi bir fikir birliği olmadığı görülmekle birlikte, intihar girişimi dürtüsellliğini değerlendirmek için kullanılan üç farklı araştırma kriteri grubu ortaya çıkmıştır. Bunlar; zamana bağlı

kriterler, yakınsal planlama/hazırlıkların olmaması, yaşamda/önceki yılda intihar planının varlığıdır. Ancak çalışmaların tümü bu sınıflandırmaya uymadığı için ayrı bir grup (diğer) gerekliliği ortaya çıkmış ve beklenen ölüm oranı düşüklüğü, daha düşük ölme niyeti, akut olumsuz yaşam olayları, madde ve alkol kullanımı sonrası gerçekleşme, tekrarlayan girişimler, depresyon ve umutsuzluk düzeyinin düşüklüğü, yürütücü işlevlerdeki eksiklikler gibi faktörler bu gruba dahil edilmiştir (255). Mevcut çalışmanın sonuçlarına göre dürtüsel girişimleri dürtüsel olmayan girişimlerden ayıran zaman aralıkları veya planlama miktarı için kesme noktalarına ilişkin ampirik bir destek yoktur. Araştırma bulgularının karşılaştırılmasına izin vermek ve araştırmacılar ile klinisyenler arasındaki iletişimi geliştirmek için intihar bilimi alanındaki terminolojinin uluslararası düzeyde standartlaştırılması gerekliliği ortaya çıkmıştır. Terimin araştırma ve klinik ortamlarda kullanımını karşılaştıran daha fazla araştırma, ortak zeminin belirlenmesine ve daha sağlam bir tanımlar dizisine ulaşılmasına yardımcı olacaktır. Mevcut metaanalizde girişimin ani olması, akut olumsuz yaşam olaylarıyla, daha düşük depresyon düzeyleriyle ve daha düşük umutsuzlukla ilişkili bulunmuştur. Ayrıca, daha düşük düzeyde depresyona sahip bireylerin, girişimi yakınsal olarak planlamadan girişimde bulunma olasılıkları daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgular çalışmamızın bulgularıyla çelişmektedir. Bu çelişki, intihar girişimi dürtüselliliği ile depresyon/niyet arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinin geçerliliğinin artırılması ihtiyacını vurgulamaktadır. Bununla birlikte, teşebbüs dürtüselliliği (durumsal dürtüsellik) ile ölümcüllük, depresyon, umutsuzluk, saldırganlık veya sürekli dürtüsellik arasında önceden ima edilen ilişkilerin daha karmaşık olduğu ve kullanılan kriterlere ve üzerinde çalışılan popülasyona bağlı olduğu görülmektedir. Ayrıca pek çok çalışmada girişimin dürtüselliliği ile kişinin dürtüselliliği arasındaki ayırım yeterince yapılamamaktadır. Yaşam boyu ve geçen yıl intihar düşüncesi, intihar planları ve intihar girişimleri açısından hızlı geçiş gösteren kişilerin yavaş geçiş gösterenlerden ne ölçüde farklılaştığını, intiharların hangi ölçütlere göre dürtüsel olarak nitelendirileceğini araştıran daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Çalışmamızda intihar girişimi olan grubun GNG toplam doğru puanı sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. İntihar girişimi olan grubun omisyon/ yap hataları, komisyon/ yapma hataları kontrollere göre anlamlı

olarak daha yüksek bulunmuştur. Depresyonu olan ve olmayan gruplar arasında fark saptanmamıştır. Bu durum depresyonu olsun ya da olmasın intihar girişimi olan bireylerin sağlıklı kontrollere göre hem daha dürtüsel olduğuna hem de dikkat sorunlarına işaret etmektedir. Ayrıca çalışmamızda çok değişkenli modelde intihar girişimi olan ve olmayan hastaların ayırımında, GNG toplam doğru puanının anlamlı-bağımsız etkinliği bulunmuştur. İntihar girişimi olan ve olmayan hastaların ayırımında GNG toplam doğru puanının anlamlı [Eğri altı alan 0.712 (0.606-0.818)] etkinliği bulunmuştur. İntihar girişimi olan ve olmayan hastaların ayırımında GNG toplam doğru sayısı 306 cut off değerinin anlamlı [Eğri altı alan 0.692 (0.580-0.803)] etkinliği gözlenmiştir. GNG toplam doğru 306 cut off değerinde intihar girişimi olan ve olmayan hastaları ayırmada duyarlılık %51,7, pozitif kestirim %88,6, özgüllük %86,7, negatif kestirim %47,3 bulunmuştur.

İntihar girişimlerinde dürtüsellliği değerlendiren, GNG testinin kullanıldığı çalışmalar sınırlı sayıda olmakla beraber sonuçlar henüz tutarlı değildir. Bir çalışmada intihar girişimi bulunan ve bulunmayan ergen bireylerin GNG testi performanslarında anlamlı bir fark bulunmamıştır (256). MDB tanısı olan sadece intihar düşüncesi olan ve intihar girişimi olan hastaların elektroensefalografi kaydı esnasında GNG testi uygulanarak karşılaştırıldığı bir çalışmada GNG testinin hiçbir parametresinde anlamlı sonuç bulunamamış, intihar girişimi olan grupta yapma görevi uygulaması esnasında kaydedilen tüm elektrot bölgelerindeki P3 amplitüdlerinin düşüncesi olan gruba göre daha düşük olduğu bulunmuştur (257). İntihar girişimi bulunan depresif ergenlerin, intihar girişimi bulunmayan depresif ergenler ve sağlıklı kontrollerle GNG testi performansları açısından karşılaştırıldığı bir çalışmada, fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme bulguları, GNG testi sırasında sağlıklı kontrollerin prefrontal, anterior singulat ve parietal kortikal bölgelerinin aktivasyonunda artış olduğunu göstermiştir. İntihar öyküsü bulunmayan depresif bireyler sağlıklı kontrollerle benzer bir aktivasyon sergilerken, intihar öyküsü bulunan bireylerin bu bölgedeki beyin aktivitelerinin sağlıklı kontrollerden anlamlı derecede daha düşük olduğu bildirilmiştir (258). İnhibisyon becerisinde rol aldığı düşünülen bu bölgedeki aktivitede azalmanın, intihar girişimi olan bireylerde inhibisyon becerisindeki bozulmayla ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Bir başka çalışmada ise, depresif intihar girişimi olan, depresif intihar girişimi olmayan ve sağlıklı yetişkin bireyler incelenmiş, intihar girişimi olan

bireylerin GNG testi yapma hatası oranlarının intihar girişimi olmayan bireyler ile sağlıklı kontrollere kıyasla artmış ve reaksiyon sürelerinin uzamış olduğu, yap hatalarında ise anlamlı fark olmadığı bulunmuştur (259).

2020 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde Gazilerde intihar önleme merkezinde yapılan bir çalışmada, geçmiş intihar düşüncesi olan ve son bir yıl içinde intihar girişimi olmayan, son bir hafta içinde intihar girişimi olan ve son bir yıl içinde intihar girişimi olan hastaların GNG testi performansları karşılaştırılmış, geçen hafta girişimi olan katılımcıların, geçen yıl girişimi olmayanlara kıyasla önemli ölçüde daha fazla GNG komisyon hatası yaptığı, geçtiğimiz yıl hiçbir girişimde bulunulmamasıyla karşılaştırıldığında, her bir komisyon hatasının, geçen haftaki bir girişimin olasılığını %6 artırdığı, geçmiş yıl girişimi olmayan gruplar ile geçmiş yıl (geçen hafta değil) girişimi olan gruplar karşılaştırıldığında anlamlı bir nörobilişsel etki olmadığı rapor edilmiştir (260). Çalışmanın çok değişkenli analizleri, bu sonuçların intihar girişimi geçmişi, intihar düşüncesi ve psikiyatrik bozukluk gibi intihar riskinin klinik değerlendirmesinde yaygın olarak uygulanan faktörlerin ötesinde, intihar girişiminin yeniliğiyle ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada GNG toplam doğru sayısı ve yap hatalarıyla ilgili bulgulara yer verilmediği görülmüştür.

Aynı merkezde intihar düşüncesiyle başvuran, son bir yıl içinde intihar girişimi öyküsü olan 136 gazinin üç ay boyunca izlendiği, tekrarlayan GNG testi ile karşılaştırıldığı bir çalışmada, takip süresi içinde intihar girişiminde bulunanlar (13 (%9,6)), kesintiye uğrayan/sonlandırılan intihar girişimi, hazırlık davranışı (örn. not yazma, yöntem oluşturma) veya intihar düşüncesi sebebiyle hastaneye yatışı olanlar (25 (%18,4)) ve bu iki kriteri karşılamayan grup şeklinde üç grup oluşturulmuş, GNG'de, artan omisyon/yap hatası oranının seçici olarak intihar girişimini öngördüğü, komisyon/yapma hatalarının ise ikinci gruptaki hastaları öngördüğü görülmüştür (261). Birkaç çalışma da benzer şekilde artan yap hatası oranlarının intihar eğiliminin önemli bir göstergesi olduğunu bildirmiştir (104) (262). Önceki çalışmalar, depresif, intihara meyilli popülasyonlarda çelişkili ihmal hatası sonuçları bulmuştur (104) (263). Mevcut bulgularımızda girişim grubundaki artan yap hataları dikkatteki genel bir bozukluğu yansıtıyor olabileceği gibi, TOL testi bulgularımızla da uyumlu olarak genel bir psikomotor yavaşlamayı da yansıtıyor olabilir.

Keilp ve ark. tarafından yapılan dürtüsellik değeriendirilen öz bildirim ölçekleriyle nöropsikolojik testlerin korelasyonunu değeriendiren bir çalışmada Barratt Dürtüsellik Ölçeğı ile en güçlü korelasyon gösteren parametrenin, yanıt inhibisyonunu değeriendirmek için kullanılan GNG yapma hataları puanı olduğı bulunmuştur (264).

İntiharda dikkat ve dürtüsellik GNG ile değeriendirildiğı çalışma sayısı kısıtlı olmakla birlikte, mevcut çalışmalar bahsi geçen çalışmaya referansla yapma hataları verilerine odaklanmış, literatürdeki çoğı çalışma toplam doğru puanı ve yap hataları verilerine yer vermemiştir. Ancak mevcut çalışma örneklemin küçüklüğü, yaş açısından heterojen, nispeten iyi eğitilmiş olması nedeniyle sınırlıdır. Çalışmamızda GNG toplam doğru 306 cut off değeriinde intihar girişimi olan ve olmayan hastaları ayırmada duyarlılık %51,7, pozitif kestirim %88,6, özgülük %86,7, negatif kestirim %47,3 bulunmuştur. Mevcut bulgunun gelecek çalışmalarda sınanması, intihar eğilimine katkıda bulunabilecek faktörlerle arasındaki ilişkinin belirlenmesi, intiharın yapısı hakkındaki bilimizi arttırmada önemli bir adım olabilir ve potansiyel olarak klinisyenlerin daha etkili müdahale stratejileri geliştirmesine yardımcı olabilir.

Çalışmamızın bulguları GNG hata oranlarıyla intihar girişimini ilişkilendiren, intiharla dürtüsellik ilişkilendiren çalışmalarla uyumludur. Bulgularımızla çelişkili görünen çalışmalara bakıldığında örneklem gruplarında intihar girişimi geçmişi olduğı görülmekte ama zamanına yönelik bilgi verilmediğı görülmektedir. GNG testi sürekli dürtüsellikten ziyade durumsal dürtüsellik hakkında daha çok fikir vermekte, çalışmamız da kliniğimize intihar girişimiyle başvuran, yani yakın zamanda girişimi olan hasta örnekleminde oluşmaktadır. Bulgularımız intihar girişiminin yeni ortaya çıkmasında yanıt inhibisyonunun rolünü vurgulamakta, nörobilişsel testlerin kullanılabilirliğini ve uygulanabilirliğini de desteklemektedir. Ayrıca neden intiharı düşünen bazı kişilerin intihar girişiminde bulunurken bazılarının bunu yapmadığını anlamak için bilgilendiricidir. İntihar durumlarının nörobilişsel tespiti, objektif risk değeriendirmesini önemli ölçüde ilerletme potansiyeline sahiptir. Yaşam boyu intihar girişimi riskiyle ilişkili birçok risk faktörü tanımlanmış olsa da yakın vadeli intihar riski taşıyan bireylere işaret eden bir araç, risk altındaki bireylerden oluşan bir popülasyonda intiharı önleme çabalarına önemli ölçüde yardımcı olabilir. Gelecekte ileriye dönük çalışmalara ihtiyaç duyulmasına rağmen, sonuçlar durumsal nörobilişsel

bozuklukların kısa vadeli intihar riskinin objektif belirteçleri olarak hizmet edebileceğini göstermektedir.

Dürtüsellik ile intihar girişimlerinin ölümcüllüğü arasındaki ilişkiyi inceleyen bir metaanaliz çalışmaların sonuçlarının tutarsız olduğunu göstermektedir (253). Yüksek ölüm riski olan ve daha ölümcül yollarla intihar girişiminde bulunan bireylerin bilişsel işlev bozukluklarının daha yaygın ve şiddetli olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (265) (266). Bazı çalışmalarda dürtüsellüğün intihar girişimlerinin tıbbi ciddiyeti ve ölümcüllüğü arasında ters yönlü bir ilişki bulunmuştur (267) (268) (269). PFK hipofonksiyonunun ve bozulmuş serotonerjik yanıtın intihar girişimlerinin ölümcüllüğü ile orantılı olduğu ve dürtüsellüğün ölümcüllük üzerindeki negatif etkisine aracılık edebileceği öne sürülmüştür (269). Bu bağlamda dürtüsellik ciddi fiziksel zarar vermek için gereken planlamayı da azaltıyor gibi görünmektedir. Çalışmamızdaki intihar girişimlerinin %76,7'si ilaç/kimyasal madde yöntemiyle gerçekleşmiş ve ölümcüllüğü değerlendiren bir ölçek kullanılmamıştır. İntiharı dürtüsellikle ilişkilendiren mevcut bulgularımız girişimlerin daha az ölümcül olmasıyla ilişkili olabilir. Bu bulguların daha iyi anlaşılabilmesi ve intihar girişimi yöntemini/ölümcüllüğünü kontrol altına almak için gelecek çalışmalarda örneklem büyüklüğü artırılmalıdır.

İntihar sürecinde hem bilişsel çarpıtmaların (umutsuzluk gibi) hem de zayıf genel bilişsel performans, daha yavaş işlem hızı, planlama bozukluğu, yanıt inhibisyonunda yetersizlik gibi nörobilişsel bozuklukların bir rolü var gibi görünmektedir. Yürütücü işlev ile intihar eğilimi arasındaki ilişkiyi araştırırken daha ince ayrımların bile önemli olduğu ortaya çıkmaktadır (örn. pasif vs. aktif düşünce, dürtüsel vs. dikkatlice planlanmış girişimler). Ancak bu bulgular henüz tüm popülasyonlarda test edilmemiştir, bu da hem ayrı ayrı hem de birlikte daha fazla araştırmayı gerektirmektedir.

İntihar girişimi olanlardan Depresyonu olan ve olmayan gruplar arasında GNG toplam doğru puanı, yap hataları, yapma hataları, ortalama reaksiyon süreleri anlamlı farklılık göstermemiştir. Depresyonda dürtüsellüğün literatürde çoğunlukla öz bildirim ölçekleri ile değerlendirildiği görülmektedir. Depresif belirtilerin devam ettiği dönemlerde hastaların tüm dürtüsellik boyutlarından (planlama eksikliği, motor dürtüsellik, dikkatte dürtüsellik) yüksek puanlar aldığını gösteren çalışmalar olduğu

gibi (103), sadece dikkatte dürtüsellik veya motor dürtüsellik alanlarında sağlıklı kontrollerden yüksek puan aldığı çalışmalar da mevcuttur (104) (105). Bir izlem çalışmasında majör depresyon tanısı alan bireylerde tedaviden bir ay sonra dürtüsellik alt boyut puanlarında düşme olduğu gösterilmiş, toplam puana ek olarak bilişsel/plan yapmama ve motor dürtüsellik puanlarında anlamlı düşüş olduğu görülmüştür (106). Depresyon hastalarında dürtüsellik GNG testi ile değerlendirildiği çalışmalara bakıldığında sadece iki çalışmada motor dürtüsellikle ilgili olduğu düşünülen yapma hatası düzeyi yüksek bulunmuştur (104) (107). Diğer çalışmalar bulgularımızla uyumlu olarak depresyon döneminde hastaların sağlıklı bireylerden farklı olmadığını göstermektedir (108) (109) (110). Depresyon hastalarının dürtüsellik çeşitli boyutlarında sağlıklı bireylerden farklılık gösterip göstermediği ve bu farklılığın intihara yatkınlık oluşturup oluşturmadığı, depresyon dönemleriyle sınırlı olup olmadığı yönündeki araştırma bulguları kesin sonuçlara ulaşmaktan uzak görünmektedir. Depresyonun klinik takibi ve tedavi süreci, tedaviye uyumla ilgili önemli bir faktör olsa da depresyon ve dürtüsellik ilişkisi üzerine yapılan araştırmaların sayısı sınırlıdır. Depresyon hastalarında semptomların devam ettiği ve azaldığı dönemlerde, daha önce yapılan çalışmaların sınırlılıklarını aşarak farklı davranışsal görevlerin yanı sıra öz bildirim ölçekleri kullanılarak çeşitli dürtüsellik boyutlarının daha geniş örneklemelerle incelenmesi gerekmektedir.

İntihar girişimi olan ve olmayan gruplar arasında ve girişimi olanlardan depresyonu olan ve olmayanlar arasında tol total moves anlamlı farklılık göstermemiş, intihar girişimi olan grupta tol total time sağlıklı kontrollerden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Depresyonu olan grupta tol total time depresyonu olmayan gruptan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. İntihar girişimleri ve depresyon ile planlama becerileri arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar oldukça sınırlıdır. Dombrovski, 65 yaş ve üzeri hastalarla yaptığı çalışmada depresyonu olan ve intihar girişimi öyküsü olan hastaların, OTS ile değerlendirilen mekansal planlamanın ve çalışma hafızasının sağlam olduğunu, intihar düşüncesi olan hastalardan, intihara meyilli olmayan hastalardan ve sağlıklı kontrollerden anlamlı bir fark olmadığını bulmuştur (270). Moniz ve ark., TOL ile değerlendirilen depresyonu olan ve intihar girişimi öyküsü olan hastaların, daha önce intihar girişiminde bulunmayan depresyon hastalarına göre daha iyi planlama becerilerine sahip olduğu ve sağlıklı kontrollerden

anlamli bir fark olmadığını bulmuş, planlamadaki bu normatif performansı, intihar eylemi gibi belirli bir amaç veya niyetin peşinde atılan her adımın organize edilmesini sağladığı için intihar riskine katkıda bulunabileceği şeklinde yorumlamıştır (259). Ancak Bonferroni düzeltmesi uygulandığında bu farkın artık anlamli olmadığı da eklenmiştir. 2023 yılında MDB'li yetişkin hastalarda bozulmuş yürütücü işlevler ile intihar riski arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk boylamsal çalışmada, başlangıçta 82 (%78,85) hastada intihar düşüncesi, 24 (%23,08) hastada intihar girişimi öyküsü olan, ayakta tedavi gören 104 hasta sıfır, altı ve onikinci aylarda 8 farklı nöropsikolojik test ile değerlendirilmiş, araştırma boyunca dokuz katılımcının intihar girişiminde bulunduğu görülmüş ve çalışma boyunca intihar girişimiyle anlamli bir ilişki gösteren tek bilişsel faktörün TOL testinin bir versiyonu olan One Touch Stockings(OTS) olduğu, planlama becerilerinin ve aynı zamanda çalışma belleğinin bir ls olan OTS deki kötü performansın intihar girişimleri ile anlamli uzunlamasına bir ilişki gösterdiği bulunmuştur. Çalışmamız da planlama bozukluğunun intihar girişiminin ortaya çıkmasıyla ilişkili olabileceğini göstermektedir. Oldukça değerşken olan bu veriler bağlamında, planlama becerilerinde bozulma olan MDB hastalarının, günlük yaşamlarını yeterli bir şekilde yönetme ve organize etmede ek zorluklar yaşayabileceği, stres seviyelerini kötüleştirebileceği ve zaten değerersiz olan öz saygılarını daha da kaybedebileceği ve bunun da yaşam kalitesini azaltabileceği tahmin edilebilir.

Yüksek eğitim düzeyine sahip kişilerin, TOL performanslarının, anlamli derecede daha iyi olduğu gösterilmiştir (202). Çalışmamızda intihar girişimi olan ve olmayan gruplar arasında eğitim durumu anlamli farklılık göstermezken, depresyonu olan grupta eğitim seviyesi depresyonu olmayan gruptan anlamli olarak daha düşük bulunmuştur. Depresyonu olan grupta tol toplam zamanının depresyonu olmayanlardan daha yüksek bulunması eğitim durumuyla da ilişkili olabilir. Majör depresyonun sıklıkla ilişkilendirildiği hafıza, dikkat, işlem hızı gibi bilişsel süreçlerin ve yürütücü işlevlerin değerlendirildiği çalışmaları inceleyen 37 çalışmanın dahil edildiği bir metaanalizde, depresif hastalarda işlem hızındaki azalmanın, yalnızca psikomotor yavaşlama hipoteziyle açıklanamayacağı, aynı zamanda yürütücü işlev bozukluklarıyla da ilişkili olduğu görülmüştür (271).

Bugüne kadar birçok çalışma, MDB hastalarında bozulmuş yürütücü işlev ile intihar davranışı arasındaki ilişkiyi özel olarak ele almıştır. Lalovic ve arkadaşlarının farklı psikiyatrik popülasyonlarda nörobiliş, intihar düşüncesi ve intihar girişimleri arasındaki ilişkiyi inceleyen sistematik incelemesinde, 63 çalışma dahil edilmiş olup bunlardan 32'si MDB hastalarından oluşmaktadır. Çalışmanın sonuçlarına göre intihar girişiminde bulunan depresif hastalar arasında karar verme, bilişsel inhibisyon, seçici dikkat ve çalışma belleğinin en çok zarar gören alanlar olduğu belirlenmiştir (272). Mevcut çalışmaların sonuçlarına bakıldığında intihar düşüncesi olan depresif hastalarla yapılan çalışmalarda açık bir yürütücü işlev bozukluğu modeli gözlenmemiş ve net bir transdiagnostik nörobilişsel profil de bulunamamıştır (272). MDB hastalarında intihar eğilimi için risk faktörü olarak yürütücü işlev bozukluğunun genel tablosu hakkında daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu görülmektedir.

İntihar girişimi olan grupta depresif mizaç, irritable mizaç, anksiyöz mizaç oranı sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Hastaneye başvurusu özkıym girişimiyle olan ve olmayan majör depresif bozukluklu ergenler arasında mizaç özelliklerinin araştırıldığı bir çalışmada depresif mizaç ve anksiyöz mizacın özkıym riski ile en kuvvetli ilişkilendirilen mizaç özellikleri olduğu gösterilmiştir (273). İntihar girişiminde bulunan ve bulunmayan yetişkinlerin mizaç özelliklerini inceleyen çalışmalarda, depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç özelliklerinin intihar girişimi olanlarda anlamlı olarak yüksek bulunduğu görülmüştür (21) (274). Mevcut majör depresyon ve düşük (düzensiz) merkezi serotonerjik fonksiyon, intihar davranışı için en güçlü iki klinik ve biyolojik öngörücü olduğu ve serotonin taşıyıcı genin "s" aleli ile son zamanlardaki ciddi intihar girişimleri arasında güçlü bir bağlantı olduğu da rapor edilmiştir (275). Bulgular aynı zamanda serotonin taşıyıcı genin "s" aleli ile depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaçlar arasındaki anlamlı ilişkiye dair yakın zamanda elde edilen diğer sonuçlarla da uyumludur (276). Bulgularımız siklotimik mizaç dışında mevcut çalışma sonuçlarıyla uyumlu görünmektedir. Çalışmamızda tüm katılımcılar arasında siklotimik mizaca sahip 6 katılımcı bulunması siklotimik mizaçla ilgili bulguları sınırlamaktadır. Tüm katılımcılar arasında hipertimik mizaç özelliğine sahip katılımcı bulunmamaktadır. Bu sonuçlar ayrıca depresyon ile intihar davranışı arasındaki mizaç düzeyinde bile güçlü ilişkiyi desteklemekte ve hipertimik mizacın intihar girişimi için koruyucu

olabileceğini de gösteriyor olabilir. Ancak hipertimik mizacın intihar davranışına karşı koruyucu bir rol oynayıp oynamadığı ihtimalinin ileri araştırmalara ihtiyacı vardır.

Affektif mizaç tiplerinin, BB hastalarında çeşitli dürtüsellik alt tipleri ile güçlü bir ilişkisi olduğu ve bu ilişkilerin klinik olmayan gruplardan daha belirgin olduğu gözlemlenmiştir (277). Siklotimik, irritable ve anksiyöz mizaç tipleri, tüm dürtüsellik alt tipleri ve genel dürtüsellik puanları ile güçlü bir korelasyon göstermektedir. Depresif mizaç ile dikkatsel dürtüsellik ve genel dürtüsellik puanı arasında da anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (278). İntihar davranışının mevcut depresif bozukluğu olan hastalar arasında bile birçok psikososyal belirleyicisi olduğundan ve afektif mizaç, çevre ile klinik depresyon arasında aracı değişken olabileceğinden, klinik uygulamada afektif mizacın dikkate alınması, özellikle duygudurum bozukluğu olan hastalarda klinisyenlerin hem kısa hem de uzun vadeli intihar davranışı riskini tahmin etmelerine yardımcı olabilir.

İntihar girişimi olanlar arasında depresyonu olan ve olmayan gruplar arasında depresif mizaç, siklotimik mizaç, irritable mizaç, anksiyöz mizaç oranı anlamlı farklılık göstermemiştir. Literatüre baktığımızda, tekrarlayan depresif bozukluk ve depresif mizaç ilişkili görülmekte, MDB hastalarında depresif ve anksiyöz mizacın daha sık olduğuna dair veriler bulunmaktadır (279) (280). Afektif mizaçların duygudurum bozukluklarını öngörmeye önemli olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda depresyonu olan ve olmayan gruplar arasında mizaç farklılıkları olmaması çalışmamızın kesitsel olmasıyla ilişkili olabilir. Mevcut intihar girişimi döneminde MDB tanı kriterlerini karşılamasa da eşik altı belirtileri olan, geçirilmiş veya gelecekte tanı alacak bir gruba işaret ediyor olabilir.

İntihar girişimi olan grupta SBT matür savunma ölçeği toplam puanı sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. İmmatür savunma ölçeği toplam puanı da sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Alt ölçeklerden mizah ve baskılama puanı intihar girişimi olan grupta sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. İntihar girişimi olan grupta nevrotik savunma alt ölçeklerinden Karşıt tepki geliştirme, immatür savunma alt ölçeklerinden ise yansıtma, pasif saldırganlık, eyleme dökme, yalıtma, otistik fantezi, inkâr, bölme ve bedenselleştirme puanları kontrollere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. İntihar ve savunma tarzları arasında olası bir ilişkinin tanınmasına

rağmen, bu ilişkiyi inceleyen az sayıda çalışma bulunmaktadır. Genel olarak, daha matür savunmaların kullanılması, daha iyi zihinsel ve fiziksel sağlıkla ilişkilendirilmiştir (196). Bir çalışmada, depresyonu olan hastalar, intihar düşüncesi/girişimi olmayan, mevcut intihar düşüncesi olan/girişimi olmayan, intihar girişimi olan şeklinde üç gruba ayrılarak savunma mekanizması kullanımındaki farklılıklar araştırılmış, immatür savunma mekanizmalarının daha fazla kullanılmasının mevcut intihar girişiminin en iyi yordayıcısı olduğu, savunma tarzlarının etkisi kontrol edildikten sonra semptom şiddeti ve geçmişteki girişimlerin anlamlı belirleyiciler olmadığı bulunmuştur (281). Majör depresif bozukluğu olan hastalarda yaşam boyu intihar girişimi sayısının hem immatür hem de nevrotik savunma stilleri ile pozitif yönde ilişkili olduğu gösterilmiştir (282). Bulgularımız genel olarak savunma mekanizmalarını intiharın tamamlanması ve intihar girişimi riskiyle ilişkilendiren önceki çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur.

Depresyon hastalarında savunma mekanizmalarının dürtüsellik ve yaşam boyu intihar girişimiyle ilişkisini inceleyen bir çalışmada dürtüsellik immatür ve nevrotik savunmalarla pozitif yönde, matür savunmalarla ise negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Yaşam boyu intihar girişimi sayısı sadece dürtüsellikle değil aynı zamanda immatür savunmalarla ve daha az ölçüde nevrotik savunmalarla da pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Bu korelasyonlarda özellikle yap-boz, yansıtma, pasif saldırganlık, eyleme dökme, bölme ve bedenselleştirme savunma mekanizmalarının rol oynadığı görülmüştür (282). Kullanılan savunma mekanizması ile dürtüsellik arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada dürtüselliğin nevrotik ve immatür savunma stilleri ile anlamlı bir doğrudan korelasyona sahip olduğu bulunmuştur (283). Dürtüsellik gibi savunma stilleri de depresyonda tekrarlayan intihar girişiminde bulunanları ayırt etmede etkili olabilir.

İntihar girişimi olanlardan Depresyonu olan grupta SBT matür savunma toplam puanı ve alt ölçeklerden mizah puanı depresyonu olmayan gruba göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Savunma biçimlerinin depresyonla ilişkisini inceleyen literatüre bakıldığında depresif yakınma düzeyi ile matür savunma biçimi arasında negatif bir ilişki ve immatür savunma biçimi ile pozitif bir ilişki olduğu görülmüştür. Depresif yakınmaların şiddeti arttıkça adaptif davranışlara yönelik olan matür savunma biçimlerinin kullanımı azalmakta ve yıkıcı davranışlara yönelik olan immatür

savunma biçimlerinin kullanım sıklığı artmaktadır (22). Birçok çalışmada depresif bozukluk tanısı alan hastaların immatür savunmaları daha fazla kullanırken matür savunmaları daha az kullandıkları bildirilmiştir (284) (285). Akkerman ve arkadaşları depresif semptomlardaki iyileşmeye paralel olarak matür savunma kullanım sıklıklarının arttığı ve immatür savunma biçimlerini kullanma sıklığının azaldığını bildirmiştir (286). Bu durum, matür savunmaların yetersiz kullanımının depresyon gelişimi için bir risk faktörü olduğu şeklinde yorumlanabileceği gibi matür savunmaların depresyonla başetmede etkili savunmalar olarak kabul edilebileceği şeklinde de yorumlanabilir.

Çalışmamızda intihar girişimi olanlardan Depresyonu olan ve olmayan gruplar arasında immatür savunma toplam puanları anlamlı farklılık göstermemiştir. Buna karşın immatür savunmaların yüksekliği literatürde depresyonla ilişkili bulunmuş bir bulgudur (22) (284) (285). Mevcut çalışmalarda depresyonu olan hastaların sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırıldığı görülmektedir. Çalışmamızda intihar girişimi ortak kümesinde depresyonu olan ve olmayanların kullandıkları savunma mekanizmaları karşılaştırılmıştır. Bu bulgu immatür savunma kullanım sıklığının depresyondan bağımsız olarak intihar girişimi için yordayıcı olabileceği şeklinde yorumlanabilir. Yakın zamanda intihar girişimi olan ve olmayan depresif hastaların savunma stillerini inceleyen bir çalışmada depresyonun şiddetinin matür savunmalar olan mizah ve yüceltme ile negatif yönde, immatür savunmalardan yansıtma ile pozitif yönde ilişkili olduğu, yakın zamanda intihar girişiminde bulunanların immatür tarz, özellikle eyleme dökme, pasif saldırganlık, otistik fantezi ve yansıtma puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (284). Başka bir çalışmada, yakın zamanda intihar girişimi olan depresif hastalar, intihar girişimi olmayanlara göre özellikle pasif agresyon, otistik fantezi ve yansıtma gibi immatür tarzda savunmalardan daha yüksek puan almıştır (24). Mevcut çalışmalarda depresyon hastaları içinde intihar girişiminde bulunan grubun immatür savunma kullanım oranının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu bulgu, depresif hasta grubunda immatür savunma kullanım artışının intihar için bir risk faktörü olduğu şeklinde yorumlanabilir. İmmatür savunmaların depresyonda yakın intihar girişimlerinin bir nedeni olup olmadığını belirlemek için savunma tarzlarının ve intihar girişimlerinin değerlendirildiği prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır. Daha güçlü

kanıtlar elde edilirse SBT, depresyonu olan hastalarda yakın dönemde intihar girişimi riski yüksek olanları ayırt etmeye yardımcı olmak için kullanılabilir.

İmmatür savunma alt ölçeklerinden inkâr ve disosiyasyon puanları depresyonu olmayan grupta anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bulgularımızla uyumlu olarak birçok çalışma, şizofreni ve kişilik bozuklukları tanısı konanlar da dahil olmak üzere intihara meyilli kişilerin, intihara meyilli olmayan kişilere göre disosiyasyonu daha yüksek derecede kullandıklarını göstermiştir (287) (288). Daha spesifik olarak intihar eğilimleri dissosiyatif eğilimlerle yakından bağlantılı bulunmuştur (288). İntihara meyilli kişiler daha fazla duygusal çözülme (duygusal yaşamda değişiklik hissi) ve daha fazla kontrol ayrışması (kontrolde değişiklik hissi) sergilemektedirler. MDB tanısı almayan, intihar girişimiyle başvuran hastalarda disosiyasyon bozuklukları ön planda düşünülmesi gereken tanılardan olabilir.

Son yirmi yılda intihar riskiyle ilgili araştırmaların kapsamı genişlemekte ve araştırmacılar kişilerarası stresi intihar davranışı için önemli bir risk faktörü olarak tanımlamaktadır. Tüm bireylerin aynı stresörlere maruz kaldıklarında intiharı düşünmediği veya intihar girişiminde bulunmadığı, bireyin stresle başa çıkma şeklinin sonuçta kişinin bu tür düşünce ve davranışlara olan eğilimini belirleyebileceği öne sürülmektedir. Psikodinamik teoride, bireyin stres etkenlerine farklı tepki verme biçimleri savunma mekanizmaları olarak adlandırılmaktadır. Majör depresif bozukluğu veya intihar düşüncesi/girişimi olan yetişkin hastalarda immatür mekanizmaların kullanımının azaltılması tedavinin ayrı bir hedefi olarak düşünülmelidir.

Çalışmamızın bazı sınırlılıklarının olduğunu söyleyebiliriz. İntihar girişiminde bulunan katılımcıların intihar girişiminden sonra psikiyatri kliniğine başvuran kişileri içermesi, örnekleme psikiyatrik yardım ve destek arayan kişilerin oluşturduğu düşüldüğünde bulguların genelleştirilebilirliği açısından bir kısıtlılık teşkil edebilir. Ancak 3. Basamak sağlık kuruluşuna başvuran kişilerden oluşması aynı zamanda sorunun ciddiyetini göstermekle ve örneklem seçiminde manipulatif ve sekonder kazanç nedenli intihar girişimlerinin elenmesine ve intihar davranışını anlamamız açısından daha uygun örneklem seçilmesini sağlamış olabilir. Ayrıca örnekleminizin depresyon ve intihar davranışının epidemiyolojisi ile uyumlu bir örneklem oluşturulduğu görülmektedir. Ek olarak, çalışmada tanı kriterlerini karşılayacak

ölçüde olmayıp da savunma biçimlerini veya dürtüsellığı etkileyebilecek kişilik örüntülerinin değerlendirilmemiş olması bir kısıtlılık olarak sayılabilir. Gruplar arasında kişilik örüntülerindeki farklılıklar sonuçları etkilemiş olabilir. Gelecekteki çalışmalarda kullanılan kişilik envanterleri yoluyla kişilik bozukluğu tanılarının belirlenmesi yararlı olacaktır. İntiharla ilgili düşünce ve davranışları değerlendiren çalışmalarda intiharın ölümcüllüğü/şiddeti/girişimin tanımındaki farklılıklar çelişkili ölçümlere yol açabildiğinden çalışmamızda intihar şiddeti değerlendirme ölçeği kullanılmaması bir kısıtlılık olarak sayılabilir. Çalışmamızda örneklem seçiminde psikometrik testleri etkileyebilecek, bilişsel fonksiyonları bozabilecek, teste engel herhangi bir ilaç kullanımı olanlar dışlanmış ise de majör depresyon tedavisinde kullanılan antidepresan ilaçların yürütücü işlevler, dürtüsellik, kullanılan savunma mekanizmaları ve kendine zarar verme davranışı gibi özellikleri etkileyebileceğinden ileriki çalışmalarda henüz ilaç kullanmaya başlanmamış ilk atak depresyonların dahil edildiği bir çalışma ile bu sınırlılıkların üstesinden gelinebilir. Öte yandan, dürtüsellikle ilgili son çalışmalarda dikkatte dürtüsellik, motor dürtüsellik, plan yapmama, hazzı erteleyememe, yanıt inhibisyonunda yetersizlik, sürekli dürtüsellik, durumsal dürtüsellik gibi dürtüsellığın birçok farklı boyutundan bahsedilmektedir. Bu boyutları bilmek ve incelemek önemlidir çünkü dürtüsellığın farklı yönleri farklı hastalıklarda rol oynayabilir. Bazı durumlarda, aynı ruhsal bozukluğun farklı aşamalarında farklı dürtüsellik boyutları aktif olabilir. Sonuç olarak herhangi bir ruhsal bozuklukta dürtüsellik araştırıldığında dürtüsellığın tek bir boyutunun tek bir değerlendirme aracıyla değerlendirilmesi bir kısıtlılıktır. Gelecekteki çalışmalarda dürtüsellığın farklı boyutlarını değerlendirmek için farklı değerlendirme araçlarını birlikte kullanmak faydalı olacaktır. Depresyon ve intihar girişimi vakalarında dürtüsellığın durumsal ve süreklilik gösteren yönlerini değerlendirmek için ideal çalışma yöntemi bir takip çalışması olacaktır. Çalışmamızın kesitsel niteliği bu anlamda bir kısıtlılık olarak düşünülebilir. Uzunlamasına prospektif çalışmalar, intiharın uzun vadeli gelişimini incelemek veya seyrini tahmin etmek için faydalı olacaktır.

Çalışmamızın güçlü yanları ise çalışmamızda intihar davranışı ile ilişkili olduğu düşünülen depresyon, kendine zarar verici davranış, mizaç özellikleri, savunma biçimleri ve yürütücü işlevlerin incelenerek sosyodemografik verilerle birlikte

bütüncül bir değeriendirilmesi yapılmış olmasıdır. Depresyonda intihar ile ilgili literatürde birçok çalışma vardır ancak araştırmalarımıza göre çalışmamız depresyonu olan ve olmayan intihar girişimlerinin kontrol grubuyla birlikte mizaç özellikleri, savunma biçimleri ve yürütücü işlevlerin birlikte değeriendirildiği ilk çalışmadır. Çalışmamızın bir diğer önemli sonucu intihar riskini değeriendirmede nörobilişsel testlerin kullanılabilirliğini ortaya koymuş olmasıdır.

Sonuç olarak bulgularımız depresyondan bağımsız olarak depresif, irritable ve anksiyöz mizaç özellikleri baskın olanların, immatür savunmaları daha sık kullananların ve planlama becerileri ve dürtüsellik (yanıt inhibisyonu) gibi yürütücü işlev bozukluklarının intihar için risk faktörü olabileceğini göstermektedir.



SONUÇLAR

1. İntihar girişimi olanlar ile sağlıklı kontroller arasında *yaş, cinsiyet dağılımı, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sahibi olma açısından* anlamlı fark saptanmamıştır.
2. İntihar girişimi olan grupta *çalışıyor olma* oranı sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur.
3. İntihar girişimi olan grupta *ev hanımı olanların* oranı sağlıklı kontrollere göre daha yüksek iken sağlıklı kontrollerde *memurların* oranı daha yüksek bulunmuştur. Diğer meslek grupları olan *işçi, emekli, öğrencilerin oranı* anlamlı farklılık saptanmamıştır.
4. İntihar girişimi olan grupta *hane gelir durumu* kontrollere göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur.
5. İntihar girişimi olan grupta *kırsal yaşam* oranı kontrollere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.
6. İntihar girişimi olan ve olmayan gruplar arasında *göç öyküsü, şu anda yaşanılan kişi, yetişme ortamı, çocuklukta anne baba kaybı* gibi değişkenler açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır.
7. İntihar girişimi olan grupta *anne baba ayrılığı* kontrollere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.
8. İntihar girişimi olan grupta *sigara kullanım* oranı kontrollere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.
9. İntihar girişimi olan grupta *çocuklukta şiddet öyküsü* kontrollere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.
10. İntihar girişimi olan grupta *KZVD geçmişi, ailede KZVD geçmişi* kontrollere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.
11. İntihar girişimi olan grupta *ailede intihar girişimi* kontrollere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.
12. İntihar edenlerden depresyonu olanların *eğitim durumu* depresyonu olmayanlara göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur.
13. İntihar edenlerden depresyonu olan ve olmayanlar arasında sosyodemografik verilerden *yaşı, cinsiyet dağılımı, medeni durum, çalışma durumu, meslek, hane gelir durumu, çocuk sahibi olma oranı yerleşim yeri, göç öyküsü, şu anda yaşanılan kişi, yetişme ortamı, çocukluk döneminde anne baba kaybı, anne baba ayrılığı, anne baba ayrıldığındaki yaş, sigara, alkol, madde kullanım oranı, kronik tıbbi hastalık, geçmiş psikiyatrik hastalık, ailede psikiyatrik hastalık oranı, çocukluk şiddet öyküsü, KZVD geçmişi, ailede*

KVZD geçmişi, intihar sırasında psikiyatrik tedavi oranı, ailede intihar girişimi, girişim öncesi alkol madde etkisi, girişim sonrası yardım arama anlamlı farklılık saptanmamıştır.

14. İntihar edenlerden depresyonu olanlarla olmayan grup arasında **girişim öncesi plan** açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ancak Depresyonu olan grupta **girişim öncesi düşünce** depresyonu olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.
15. İntihar girişimi olan grupta **depresif mizaç, irritable mizaç, anksiyöz mizaç** oranı sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.
16. İntihar edenlerden Depresyonu olan ve Olmayan gruplar arasında **mizaç açısından** farklılık saptanmamıştır.
17. İntihar girişimi olan grupta **SBT matür savunma ölçeği toplam puanı** sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. **İmmatür savunma ölçeği toplam puanı** da kontrollere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Alt ölçeklerden **mizah ve baskılama puanı** kontrollere göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. **Karşıt tepki geliştirme, yansıtma, pasif saldırganlık, eyleme dökme, yalıtma, otistik fantezi, inkâr, bölme ve bedenselleştirme puanları** kontrollere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. **Değersizleştirme, yer değiştirme, disosiyasyon ve rasyonalizasyon** puanları arasında ise farklılık göstermemiştir.
18. İntihar edenlerden Depresyonu olan grupta **SBT matür savunma toplam puanı ve alt ölçeklerden mizah puanı** depresyonu olmayan gruba göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. **İmmatür savunma alt ölçeklerinden inkâr ve disosiyasyon puanları** da depresyonu olmayan gruba göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur.
19. İntihar girişimi olan grupta **GNG toplam doğru puanı** kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur.
20. İntihar girişimi olan grupta **omiyon/ yap hataları, komisyon/ yapma hataları** intihar girişimi olmayan gruptan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Reaksiyon sürelerinde anlamlı farklılık saptanmamıştır.
21. İntihar girişimi olanlarla kontroller arasında **TOL total moves** anlamlı farklılık göstermezken, intihar girişimi olan grupta **TOL total time** puanının kontrollere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.
22. İntihar girişimi olanlardan Depresyonu olan ve olmayan gruplar arasında **GNG toplam doğru puanı, yap hataları, yapma hataları, ortalama reaksiyon süreleri** anlamlı farklılık göstermemiştir.
23. İntihar edenlerden Depresyonu olan ve olmayan gruplar arasında **TOL total moves** anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermezken, Depresyonu olan grupta **tol total time** anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

24. Çok değişkenli modelde intihar girişimi olan ve olmayan hastaların ayırımında ***hane gelir durumu, BDÖ toplam puanı, GNG total correct puanının anlamlı-bağımsız*** etkinliği bulunmuştur.
25. İntihar girişimi olan ve olmayan kişilerin ayırımında ***GNG total correct puanının*** anlamlı etkinliği bulunmuş, ***GNG total correct 306 cut off*** değerinde intihar girişimi olan ve olmayan hastaları ayırmada duyarlılık %51,7, pozitif kestirim %88,6, özğüllük %86,7, negatif kestirim %47,3 bulunmuştur.



KAYNAKÇA

1. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: global health estimates (2021).
2. Turecki, G., & Brent, D. A. Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet* 2016; 387(10024), 1227-1239.
3. Onishi K. Risk Factors and Social Background Associated with Suicide in Japan: A Review. *Japan-hospitals : the journal of the Japan Hospital Association* 2015; (34), 35–50.
4. Favril, L., Yu, R., Geddes, J. R., & Fazel, S. Individual-level risk factors for suicide mortality in the general population: an umbrella review. *The Lancet Public Health* 2023; 8(11), e868-e877.
5. Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., et al. Suicide and suicide risk. *Nature reviews Disease primers* 2019; 5(1), 74.
6. Souza, L. C., Galvão, L. P., Paiva, H. S., Périco, C. A., Ventriglio, A., Torales, J., Castaldelli-Maia, J. M., et al. Major depressive disorder as a risk factor for suicidal ideation for attendees of educational institutions: a meta-analysis and meta-regression. *Revista paulista de pediatria : orgao oficial da Sociedade de Pediatria de Sao Paulo* 2023; 41, e2021344. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2023/41/2021344>
7. Lesage, A. D., Boyer, R., Grunberg, F., Vanier, C., Morissette, R., Ménard-Buteau, C., et al. Suicide and mental disorders: a case-control study of young men. *The American journal of psychiatry* 1994; 151(7), 1063-1068.
8. Cavanagh, J. T., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological medicine* 2003; 33(3), 395-405.
9. Lundberg, J., Cars, T., Lampa, E., Selling, K. E., Leval, A., Gannedahl, A., et al. Determinants and Outcomes of Suicidal Behavior Among Patients with Major Depressive Disorder. *JAMA psychiatry* 2023; 80(12), 1218-1225.
10. Jeon, H. J., Oh, K. S., Shin, Y. C., Shin, D. W., Cho, S. J., et al. Characteristics of Korean employees without depression but having suicidal ideation. *Psychiatry investigation* 2023; 20(7), 644.

11. Chehil, S., & Kutcher, S. P. Suicide risk management: A manual for health professionals. John Wiley & Sons. 2012.
12. Mournet, A. M., Smith, J. T., Bridge, J. A., Boudreaux, E. D., Snyder, D. J., Claassen, C. A., et al. Limitations of screening for depression as a proxy for suicide risk in adult medical inpatients. *Journal of the Academy of Consultation-liaison Psychiatry* 2021; 62(4), 413-420.
13. Ahrens, B., Linden, M., Zäske, H., & Berzewski, H. Suicidal behavior—symptom or disorder?. *Comprehensive psychiatry* 2000; 41(2), 116-121.
14. Martin, G., Swannell, S., Harrison, J., Hazell, P., & Taylor, A. The Australian national epidemiological study of self-injury (ANESSI). 2010.
15. Cooper, R. Diagnosing the diagnostic and statistical manual of mental disorders. Routledge 2018.
16. Cheung, Y. T. D., Wong, P. W. C., Lee, A. M., Lam, T. H., Fan, Y. S. S., & Yip, P. S. F. Non-suicidal self-injury and suicidal behavior: prevalence, co-occurrence, and correlates of suicide among adolescents in Hong Kong. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 2013; 48, 1133-1144.
17. Kim, H. H., Ko, C., Park, J. A., Song, I. H., & Park, Y. R. Investigation of the relationship between psychiatry visit and suicide after deliberate self-harm: Longitudinal National Cohort Study. *JMIR public health and surveillance* 2023; 9(1), e41261.
18. Shen, Y., Hu, Y., Zhou, Y., & Fan, X. Non-suicidal self-injury function: prevalence in adolescents with depression and its associations with non-suicidal self-injury severity, duration and suicide. *Frontiers in psychiatry* 2023; 14, 1188327.
19. Shiner, R. L., Buss, K. A., McClowry, S. G., Putnam, S. P., Saudino, K. J., & Zentner, M. What is temperament now? Assessing progress in temperament research on the Twenty-Fifth Anniversary of Goldsmith et al.(). *Child Development Perspectives* 2012; 6(4), 436-444.
20. Akiskal, H. S., Akiskal, K. K., Haykal, R. F., Manning, J. S., & Connor, P. D. TEMPS-A: progress towards validation of a self-rated clinical version of the Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire. *Journal of affective disorders* 2005; 85(1-2), 3-16.

21. Rihmer, A., Rozsa, S., Rihmer, Z., Gonda, X., Akiskal, K. K., & Akiskal, H. S. Affective temperaments, as measured by TEMPS-A, among nonviolent suicide attempters. *Journal of Affective Disorders* 2009; 116(1-2), 18-22.
22. Yılmaz, N., Gençöz, T., & AK, M. Savunma biçimleri testi'nin psikometrik özellikleri: güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007; 18(3), 244-253. .
23. Kaslow, N. J., Reviere, S. L., Chance, S. E., Rogers, J. H., Hatcher, C. A., Wasserman, F., et al. An empirical study of the psychodynamics of suicide. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 1998; 46(3), 777-796.
24. Corruble, E., Bronnec, M., Falissard, B., & Hardy, P. Defense styles in depressed suicide attempters. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2004; 58(3), 285-288.
25. Clark, L., Chamberlain, S. R., & Sahakian, B. J. Neurocognitive mechanisms in depression: implications for treatment. *Annual review of neuroscience* 2009; 32, 57-74.
26. Marazziti, D., Consoli, G., Picchetti, M., Carlini, M., & Faravelli, L. Cognitive impairment in major depression. *European journal of pharmacology* 2010; 626(1), 83-86.
27. Friedman, N. P., & Miyake, A. Unity and diversity of executive functions: Individual differences as a window on cognitive structure. *Cortex* 2017; 86, 186-204.
28. Riera-Serra, P., Gili, M., Navarra-Ventura, G., Del Amo, A. R. L., Montaña, J. J., Coronado-Simsic, V., et al. Longitudinal associations between executive function impairments and suicide risk in patients with major depressive disorder: A 1-year follow-up study. *Psychiatry research* 2023; 325, 115235.
29. Ho, M. C., Hsu, Y. C., Lu, M. L., Gossop, M., & Chen, V. C. H. 'Cool'and 'Hot'executive functions in suicide attempters with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders* 2018; 235, 332-340.
30. Çelik, F. H., & Hocaoglu, Ç. Major depresif bozukluk'tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi* 2016; 6(1), 51-66.
31. Öztürk, M. O., & Uluşahin, A. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Nobel Tıp Kitabevleri 2014.

32. American Psychiatric Association. Depressive disorders: DSM-5® selections. American Psychiatric Pub. (2015).
33. Reynolds, E. H., & Wilson, J. V. K. Depression and anxiety in Babylon. *Journal of the Royal Society of Medicine* 2013; 106(12), 478-481.
34. Ban TA. From Melancholia to Depression A History of Diagnosis and Treatment. *Int Netw Hist Neuropsychopharmacol.* 2014;1–55. .
35. Brink, A. Depression and Loss: A Theme in Robert Burton's "Anatomy of Melancholy"(1621). *The Canadian Journal of Psychiatry* 1979; 24(8), 767-772.
36. Mondimore, F. M. Kraepelin and manic-depressive insanity: an historical perspective. *International Review of Psychiatry* 2005;17(1), 49-52.
37. De Sousa, A. Freudian theory and consciousness: A conceptual analysis. *Mens sana monographs* 2011; 9(1), 210.
38. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. World Health Organization. (2008).
39. Steffen, A., Thom, J., Jacobi, F., Holstiege, J., & Bätzing, J. Trends in prevalence of depression in Germany between 2009 and 2017 based on nationwide ambulatory claims data. *Journal of affective disorders* 2020;271, 239-247.
40. James, S. L., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet* 2018; 392(10159), 1789-1858.
41. Kessler, R. C., & Bromet, E. J. The epidemiology of depression across cultures. *Annual review of public health* 2013; 34, 119-138.
42. Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., De Girolamo, G., et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC medicine* 2011;9(1), 1-16.
43. Nihalani, N., Simionescu, M., & Dunlop, B. W. Depression: phenomenology, epidemiology, and pathophysiology. In *Depression* (pp. 13-33). CRC Press. 2009.
44. Kuehner, C. Why is depression more common among women than among men?. *The Lancet Psychiatry* 2017; 4(2), 146-158.

45. Malhi, G. S., & Mann, J. J. Course and prognosis. *Lancet* 2018; 392(10161), 2299-2312.
46. Milaneschi, Y., Lamers, F., Berk, M., & Penninx, B. W. Depression heterogeneity and its biological underpinnings: toward immunometabolic depression. *Biological psychiatry* 2020; 88(5), 369-380.
47. Lohoff, F. W. Overview of the genetics of major depressive disorder. *Current psychiatry reports* 2010; 12, 539-546.
48. Kendall, K. M., Van Assche, E., Andlauer, T. F. M., Choi, K. W., Luykx, J. J., Schulte, E. C., & Lu, Y. The genetic basis of major depression. *Psychological Medicine* 2021; 51(13), 2217-2230.
49. Wray, N. R., Ripke, S., Mattheisen, M., Trzaskowski, M., Byrne, E. M., Abdellaoui, A., et al. Genome-wide association analyses identify 44 risk variants and refine the genetic architecture of major depression. *Nature genetics* 2018; 50(5), 6.
50. Power, R. A., Tansey, K. E., Buttenschön, H. N., Cohen-Woods, S., Bigdeli, T., Hall, L. S., et al. Genome-wide association for major depression through age at onset stratification: major depressive disorder working group of the psychiatric genomics consortium. *Biological psychiatry* 2017; 81(4), 325-335.
51. Huang, C., Yang, X., Zeng, B., Zeng, L., Gong, X., Zhou, C., et al. Proteomic analysis of olfactory bulb suggests CACNA1E as a promoter of CREB signaling in microbiota-induced depression. *Journal of proteomics* 2019; 194, 132-147.
52. Bhatt, S., Devadoss, T., Manjula, S. N., & Rajangam, J. 5-HT₃ receptor antagonism: a potential therapeutic approach for the treatment of depression and other disorders. *Current neuropharmacology* 2021; 19(9), 1545.
53. Chiba, S., Numakawa, T., Ninomiya, M., Richards, M. C., Wakabayashi, C., & Kunugi, H. Chronic restraint stress causes anxiety-and depression-like behaviors, downregulates glucocorticoid receptor expression, and attenuates glutamate release induced by brain-derived neurotrophic factor in the prefrontal cortex. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 2012; 39(1), 112-119.
54. Zhou, X., Xiao, Q., Xie, L., Yang, F., Wang, L., & Tu, J. Astrocyte, a promising target for mood disorder interventions. *Frontiers in molecular neuroscience* 2019; 136.

55. Lucas, M., O'Reilly, E. J., Pan, A., Mirzaei, F., Willett, W. C., Okereke, O. I., & Ascherio, A. Coffee, caffeine, and risk of completed suicide: results from three prospective cohorts of American adults. *The World Journal of Biological Psychiatry* 2014.
56. Lucas, M., Mirzaei, F., Pan, A., Okereke, O. I., Willett, W. C., O'Reilly, É. J., et al. Coffee, caffeine, and risk of depression among women. *Archives of internal medicine* 2011; 171(17), 1571-1578.
57. Rosenthal, L. J., Goldner, W. S., & O'Reardon, J. P. T3 augmentation in major depressive disorder: safety considerations. *American Journal of Psychiatry* 2011; 168(10), 1035-1040.
58. Hughes, Z. A., Liu, F., Platt, B. J., Dwyer, J. M., Pulicicchio, C. M., Zhang, G., et al. WAY-200070, a selective agonist of estrogen receptor beta as a potential novel anxiolytic/antidepressant agent. *Neuropharmacology* 2008;54(7), 1136-1142.
59. Zhang, J. C., Yao, W., Dong, C., Yang, C., Ren, Q., Ma, M., & Hashimoto, K. Blockade of interleukin-6 receptor in the periphery promotes rapid and sustained antidepressant actions: a possible role of gut–microbiota–brain axis. *Translational psychiatry* 2017; 7(5), e1138-e1138.
60. Cui, L., Li, S., Wang, S., Wu, X., Liu, Y., Yu, W., Wang, Y., Tang, Y., Xia, M., & Li, B. Major depressive disorder: hypothesis, mechanism, prevention and treatment. *Signal transduction and targeted therapy* 2024; 9(1), 30. <https://doi.org/10.1038/s4139>.
61. Winter, N. R., Leenings, R., Ernsting, J., Sarink, K., Fisch, L., Emden, D., et al. Quantifying deviations of brain structure and function in major depressive disorder across neuroimaging modalities. *JAMA psychiatry* 2022; 79(9), 879-888.
62. Wise, T., Radua, J., Via, E., Cardoner, N., Abe, O., Adams, T. M., et al. Common and distinct patterns of grey-matter volume alteration in major depression and bipolar disorder: evidence from voxel-based meta-analysis. *Molecular psychiatry* 2017; 22(10), 1455-1463.
63. Monroe, S. M., & Harkness, K. L. Major depression and its recurrences: life course matters. *Annual Review of Clinical Psychology* 2022; 18, 329-357.
64. Özkan, A., & BALTACI, S. Freud ve Lacan'ın psikanalitik kuramlarında yastan ayrılan melankolik özne. *Psikoloji Çalışmaları* 2020; 40(2), 317-333.

65. Freud, S. Yas ve melankoli (A. Emirsoy, Çev.). İstanbul: Telos Yayıncılık 2014.
66. Ribeiro, Â., Ribeiro, J. P., & von Doellinger, O. Depression and psychodynamic psychotherapy. *Revista brasileira de psiquiatria* 2018; 40(1), 105–109. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2016-2107>.
67. Klein, M., Koçak, O., & Erten, Y. Haset ve şükran. Metis Yayınları (1999).
68. Fink, B. Lacancı Özne. Çev. Kemal Güleç. İstanbul: Encore Yayınları (2020).
69. Lacan, J. Psikanalizin dört temel kavramı. İstanbul: Metis Yayınları (2013).
70. Fink, B. Lacancı psikanalize bir giriş: Klinik ve kuram (Ö. Öğütçen, Çev.). İstanbul: Encore Yayınları (1997).
71. Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. Rethinking rumination. *Perspectives on psychological science* 2008; 3(5), 400-424.
72. Carvalho JP, Hopko DR. Behavioral theory of depression: Reinforcement as a mediating variable between avoidance and depression. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2011 Jun 1;42(2):154–62.
73. Türkçapar, H. Depresyon; Klinik uygulamalarda bilişsel davranışçı terapi. Ankara: HYB Basım Yayın. (2009).
74. McEvoy, P. M., Mahoney, A. E., & Moulds, M. L. Are worry, rumination, and post-event processing one and the same?: Development of the Repetitive Thinking Questionnaire. *Journal of anxiety disorders* 2010; 24(5), 509-519.
75. Holma, K. M., Melartin, T. K., Haukka, J., Holma, I. A., Sokero, T. P., & Isometsä, E. T. Incidence and predictors of suicide attempts in DSM–IV major depressive disorder: a five-year prospective study. *American Journal of Psychiatry* 2010; 167(7), 801-.
76. Handley, T., Rich, J., Davies, K., Lewin, T., & Kelly, B. The challenges of predicting suicidal thoughts and behaviours in a sample of rural Australians with depression. *International journal of environmental research and public health* 2018; 15(5), 928.
77. Valenstein, M., Kim, H. M., Ganoczy, D., McCarthy, J. F., Zivin, K., Austin, K. L., et al. Higher-risk periods for suicide among VA patients receiving depression

treatment: prioritizing suicide prevention efforts. *Journal of affective disorders* 2009; 112(1-3), 50-58.

78. Hawton, K., & Saunders, K. E. Psychiatric service development and suicide. *The Lancet* 2009; 373(9658), 99-100.

79. Oquendo, M. A., Galfalvy, H., Russo, S., Ellis, S. P., Grunebaum, M. F., Burke, A., & Mann, J. J. Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry* 2004; 161(8), 1433-1441.

80. Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N., Kessler, R. C., Angermeyer, M., Beautrais, A., et al. Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS medicine* 2009;6(8), e1000123.

81. Roiser, J. P., & Sahakian, B. J. Hot and cold cognition in depression. *CNS spectrums* 2013; 18(3), 139-149.

82. McIntyre, R. S., Cha, D. S., Soczynska, J. K., Woldeyohannes, H. O., Gallagher, L. A., Kudlow, P., et al. Cognitive deficits and functional outcomes in major depressive disorder: determinants, substrates, and treatment interventions. *Depression and anxiety* 2013; 30(6), 515-527.

83. Rock, P. L., Roiser, J. P., Riedel, W. J., & Blackwell, A. Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine* 2014; 44(10), 2029-2040.

84. Snyder, H. R. Major depressive disorder is associated with broad impairments on neuropsychological measures of executive function: a meta-analysis and review. *Psychological bulletin* 2013; 139(1), 81.

85. Vives, M., López-Navarro, E., García-Campayo, J., & Gili, M. Cognitive impairments and depression: a critical review. *Actas Esp Psiquiatr* 2015; 43(5), 187-193.

86. Semkovska, M., Quinlivan, L., O'Grady, T., Johnson, R., Collins, A., O'Connor, J., et al. Cognitive function following a major depressive episode: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry* 2019; 6(10), 851-861.

87. Withall, A., Harris, L. M., & Cumming, S. R. The relationship between cognitive function and clinical and functional outcomes in major depressive disorder. *Psychological medicine* 2009; 39(3), 393-402.
88. Cotrena, C., Branco, L. D., Kochhann, R., Shansis, F. M., & Fonseca, R. P. Quality of life, functioning and cognition in bipolar disorder and major depression: a latent profile analysis. *Psychiatry research* 2016; 241, 289-296.
89. Herrmann, L. L., Goodwin, G. M., & Ebmeier, K. P. The cognitive neuropsychology of depression in the elderly. *Psychological medicine* 2007;37(12), 1693-1702.
90. Kessing, L. V., & Andersen, P. K. Evidence for clinical progression of unipolar and bipolar disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2017; 135(1), 51-64.
91. Pan, Z., Grovu, R. C., Cha, D. S., Carmona, N. E., Subramaniapillai, M., Shekotikhina, M., et al. Pharmacological treatment of cognitive symptoms in major depressive disorder. *CNS & Neurological Disorders-Drug Targets (Formerly Current Drug Targets-CNS & Neurological Disorders)* 2017;16(8), 891-899.
92. Park, C., Pan, Z., Brietzke, E., Subramaniapillai, M., Rosenblat, J. D., Zuckerman, H., et al. Predicting antidepressant response using early changes in cognition: a systematic review. *Behavioural brain research* 2018; 353, 154-160.
93. Chamberlain, S. R., Odlaug, B. L., Schreiber, L. R., & Grant, J. E. Clinical and neurocognitive markers of suicidality in young adults. *Journal of psychiatric research* 2013; 47(5), 586-591.
94. Miranda, R., Valderrama, J., Tsypes, A., Gadol, E., & Gallagher, M. Cognitive inflexibility and suicidal ideation: Mediating role of brooding and hopelessness. *Psychiatry research* 2013; 210(1), 174-181.
95. Bredemeier, K., & Miller, I. W. Executive function and suicidality: a systematic qualitative review. *Clinical Psychology Review* 2015; 40, 170-183.
96. Bari, A., & Robbins, T. W. Inhibition and impulsivity: behavioral and neural basis of response control. *Progress in neurobiology* 2013;108, 44-79.
97. Robbins, T. W., Gillan, C. M., Smith, D. G., de Wit, S., & Ersche, K. D. Neurocognitive endophenotypes of impulsivity and compulsivity: towards dimensional psychiatry. *Trends in cognitive sciences* 2012; 16(1), 81-91.

98. Evenden, J. L. Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology* 1999; 146(4), 348-361.
99. Hamilton, K. R., Mitchell, M. R., Wing, V. C., Balodis, I. M., Bickel, W. K., Fillmore, M., et al. Choice impulsivity: Definitions, measurement issues, and clinical implications. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* 2015; 6(2), 182.
100. Winstanley, C. A., Eagle, D. M., & Robbins, T. W. Behavioral models of impulsivity in relation to ADHD: translation between clinical and preclinical studies. *Clinical psychology review* 2006; 26(4), 379-395.
101. Özdemir, P. G., Selvi, Y., & Aydin, A. Dürtüsellik ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2012; 4(3), 293-314.
102. Yazici, K., & Yazici, A. E. Dürtüselligin Nöroanatomik ve Nörokimyasal Temelleri/Neuroanatomical and Neurochemical Basis of Impulsivity. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2010; 2(2), 254.
103. Peluso, M. A. M., Hatch, J. P., Glahn, D. C., Monkul, E. S., Sanches, M., Najt, P., et al. Trait impulsivity in patients with mood disorders. *Journal of affective disorders* 2007; 100(1-3), 227-231.
104. Westheide, J., Wagner, M., Quednow, B. B., Hoppe, C., Cooper-Mahkorn, D., Sträter, B., et al. Neuropsychological performance in partly remitted unipolar depressive patients: focus on executive functioning. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience* 2007; 257, 389-395.
105. Henna, E., Hatch, J. P., Nicoletti, M., Swann, A. C., Zunta-Soares, G., & Soares, J. C. Is impulsivity a common trait in bipolar and unipolar disorders?. *Bipolar disorders* 2013; 15(2), 223-227.
106. Corruble, E., Benyamina, A., Bayle, F., Falissard, B., & Hardy, P. Understanding impulsivity in severe depression? A psychometrical contribution. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 2003; 27(5), 829-833.
107. Katz, R., De Sanctis, P., Mahoney, J. R., Sehatpour, P., Murphy, C. F., Gomez-Ramirez, M., et al. Cognitive control in late-life depression: response inhibition deficits and dysfunction of the anterior cingulate cortex. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 2010; 18(11), 1017-1025.

108. Zhang, B. W., Xu, J., & Chang, Y. The effect of aging in inhibitory control of major depressive disorder revealed by event-related potentials. *Frontiers in human neuroscience* 2016; 10, 116.
109. Zhang, B. W., Zhao, L., & Xu, J. Electrophysiological activity underlying inhibitory control processes in late-life depression: a Go/Nogo study. *Neuroscience letters* 2007; 419(3), 225-230.
110. Diler, R. S., Pan, L. A., Segreti, A., Ladouceur, C. D., Forbes, E., Cela, S. R., et al. Differential anterior cingulate activity during response inhibition in depressed adolescents with bipolar and unipolar major depressive disorder. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2014;23(1), 10.
111. Öncü B. İntihar Davranışı: Tanım, Epidemiyoloji ve Risk Etmenleri. İntiharı Anlama ve Müdahale Temel Kitap. 1.Baskı. Türkiye Psikiyatri Derneği. 2019.
112. American Psychiatric Association, D. S. M. T. F., & American Psychiatric Association, D. S. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (Vol. 5, No. 5). Washington, DC: American psychiatric association. (2013).
113. AYAN, D., HANCI, İ. H., & DEMİRBAŞ, H. İNTİHAR. (2021).
114. Karakurt, D. Türk söylence sözlüğü. Açıklamalı Ansiklopedik Mitoloji Sözlüğü, Ağustos. (2011).
115. Sümer, N. Dinlerin İntihar Olgusuna Bakışı. (2015).
116. Durkheim, E. İntihar. İstanbul: Pozitif Yayınları. (2013).
117. Van Hooff, A. J. A historical perspective on suicide. (2000).
118. World Health Organization. Age-standardized suicide rates (per 100 000 population). Global Health Observatory of Mental Health. (2012).
119. Hu, X., Lin, Y., Qin, G., & Zhang, L. Underlying Causes of Death among Adults in the United States, 2013–2017. Exploratory research and hypothesis in medicine 2020; 5(4), 122.
120. Alptekin, K., & Duyan, V. İntihar ve İntihar Girişimi (Vol. 8). Yeni İnsan Yayınevi. (2021).
121. Lutz, P. E., Mechawar, N., & Turecki, G. Neuropathology of suicide: recent findings and future directions. *Molecular psychiatry* 2017; 22(10), 1395-1412.

122. Fu, Q., Heath, A. C., Bucholz, K. K., Nelson, E. C., Glowinski, A. L., Goldberg, J., et al. A twin study of genetic and environmental influences on suicidality in men. *Psychological medicine* 2002; 32(1), 11-24.
123. Brent, D. A., Melhem, N. M., Oquendo, M., Burke, A., Birmaher, B., Stanley, B., et al. Familial pathways to early-onset suicide attempt: a 5.6-year prospective study. *JAMA psychiatry* 2015; 72(2), 160-168.
124. Burrell, L. V., Mehlum, L., & Qin, P. Sudden parental death from external causes and risk of suicide in the bereaved offspring: A national study. *Journal of psychiatric research* 2018; 96, 49-56.
125. Tombácz, D., Maróti, Z., Kalmár, T., Csabai, Z., Balázs, Z., Takahashi, S., et al. High-coverage whole-exome sequencing identifies candidate genes for suicide in victims with major depressive disorder. *Scientific reports* 2017; 7(1), 7106.
126. Brent, D. A., & Mann, J. J. Familial pathways to suicidal behavior—understanding and preventing suicide among adolescents. *New England Journal of Medicine* 2006; 355(26), 2719.
127. Turecki, G., Ota, V. K., Belangero, S. I., Jackowski, A., & Kaufman, J. Early life adversity, genomic plasticity, and psychopathology. *The Lancet Psychiatry* 2014; 1(6), 461-466.
128. Sullivan, G. M., Oquendo, M. A., Milak, M., Miller, J. M., Burke, A., Ogden, R. T., et al. Positron emission tomography quantification of serotonin_{1A} receptor binding in suicide attempters with major depressive disorder. *JAMA psychiatry* 2015; 72(2), 169-178.
129. Eisen, R. B., Perera, S., Banfield, L., Anglin, R., Minuzzi, L., & Samaan, Z. Association between BDNF levels and suicidal behaviour: a systematic review and meta-analysis. *Systematic reviews* 2015; 4, 1-12.
130. Ionescu, D. F., Swee, M. B., Pavone, K. J., Taylor, N., Akeju, O., Baer, L., et al. Rapid and sustained reductions in current suicidal ideation following repeated doses of intravenous ketamine: secondary analysis of an open-label study. *The Journal of clinical psychiatry* 2016; 77(6), 10114.
131. Sokolowski, M., Wasserman, J., & Wasserman, D. An overview of the neurobiology of suicidal behaviors as one meta-system. *Molecular psychiatry* 2015; 20(1), 56-71.

132. Zhang, J. X., Leung, H. C., & Johnson, M. K. Frontal activations associated with accessing and evaluating information in working memory: an fMRI study. *Neuroimage* 2003;20(3), 1531-1539.
133. Brezo, J., Bureau, A., Mérette, C., Jomphe, V., Barker, E. D., Vitaro, F., et al. Differences and similarities in the serotonergic diathesis for suicide attempts and mood disorders: a 22-year longitudinal gene–environment study. *Molecular psychiatry* 2010; 15(8), 831-843.
134. Zatti, C., Rosa, V., Barros, A., Valdivia, L., Calegari, V. C., Freitas, L. H., et al. Childhood trauma and suicide attempt: A meta-analysis of longitudinal studies from the last decade. *Psychiatry research* 2017; 256, 353-358.
135. Brezo, J., Paris, J., & Turecki, G. Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. *Acta psychiatrica scandinavica* 2006; 113(3), 180-206.
136. Carroll, R., Metcalfe, C., & Gunnell, D. Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: systematic review and meta-analysis. *PloS one* 2014; 9(2), e89944.
137. Ahmed, H. U., Hossain, M. D., Aftab, A., Soron, T. R., Alam, M. T., Chowdhury, M. W., & Uddin, A. Suicide and depression in the World Health Organization South-East Asia region: A systematic review. *WHO South-East Asia journal of public health* 2017; 6(1), 60-66.
138. Windfuhr, K., & Kapur, N. Suicide and mental illness: a clinical review of 15 years findings from the UK National Confidential Inquiry into Suicide. *British Medical Bulletin* 2011; 100(1), 101-121.
139. Webb, R. T., Kontopantelis, E., Doran, T., Qin, P., Creed, F., & Kapur, N. Suicide risk in primary care patients with major physical diseases: a case-control study. *Archives of general psychiatry* 2012;69(3), 256-264.
140. Morgan, C., Webb, R. T., Carr, M. J., Kontopantelis, E., Chew-Graham, C. A., Kapur, N., & Ashcroft, D. M. Self-harm in a primary care cohort of older people: incidence, clinical management, and risk of suicide and other causes of death. *The Lancet Psychiatry* 2018; 5(11), 905-912.
141. Bernert, R. A., Kim, J. S., Iwata, N. G., & Perlis, M. L. Sleep disturbances as an evidence-based suicide risk factor. *Current psychiatry reports* 2015; 17, 1-9.

142. ÖNCÜ, B., İntihar Davranışı: Tanım, epidemiyoloji, risk etmenleri. İntihari Anlama ve Müdahale Temel Kitap (pp.93-110), Ankara: bayt. (2019).
143. Saraçoğlu, U., Gökel, Y., Ay, M. O., Avcı, A., Eroğlu, M. Z., Kara, M. E., ve ark. İlaç Alımı Yoluyla Özkıym Girişimleri. Medical Journal of Bakırköy 2014; 40, 18-23.
144. Calati, R., Ferrari, C., Brittner, M., Oasi, O., Olié, E., Carvalho, A. F., & Courtet, P. Suicidal thoughts and behaviors and social isolation: A narrative review of the literature. Journal of affective disorders 2019; 245, 653-667.
145. Niedzwiedz, C., Haw, C., Hawton, K., & Platt, S. The definition and epidemiology of clusters of suicidal behavior: a systematic review. Suicide and Life-Threatening Behavior 2014; 44(5), 569-581.
146. Niedzwiedz, C., Haw, C., Hawton, K., & Platt, S. The definition and epidemiology of clusters of suicidal behavior: a systematic review. Suicide and Life-Threatening Behavior 2014; 44(5), 569-581.
147. Canbolat, F., & Gençöz, T. İntihara ilişkin psikanalitik kuramlar: Freud ve sonrası. In İntihari Anlama ve Müdahale. Türkiye Psikiyatri Derneği. (2019).
148. Demirbaş, H., & Bulut, B. P. İNTİHAR VE PSİKOLOJİ.
149. Selby, E. A., Joiner Jr, T. E., & Ribeiro, J. D. Comprehensive Theories of Suicidal. The Oxford handbook of suicide and self-injury 2014; 286.
150. Eskin, M. İntihar:(açıklama, değerlendirme, tedavi ve önleme). HYB Yayıncılık. (2012).
151. Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner Jr, T. E. The interpersonal theory of suicide. Psychological review 2010; 117(2), 575.
152. Ögün Boyacıoğlu, A. S. L. İ. H. A. N. Sosyolojik Açıdan İntiharın Anlamı ve Bazı Bileşenleri Üzerine bir Değerlendirme. (2021).
153. Rutter, S. B., Cipriani, N., Smith, E. C., Ramjas, E., Vaccaro, D. H., Martin Lopez, M., et al. Neurocognition and the suicidal process. Behavioral Neurobiology of Suicide and Self Harm 2020; 117-153.
154. Miranda, R., & Nolen-Hoeksema, S. Brooding and reflection: Rumination predicts suicidal ideation at 1-year follow-up in a community sample. Behaviour research and therapy 2007; 45(12), 3088-3095.

155. Pollock, L. R., & Williams, J. M. G. Problem-solving in suicide attempters. *Psychological medicine* 2004; 34(1), 163-167.
156. Beck, A. T., Brown, G., Berchick, R. J., Stewart, B. L., & Steer, R. A. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. *Focus* 2006; 147(2), 190-296.
157. McGirr, A., Renaud, J., Bureau, A., Seguin, M., Lesage, A., & Turecki, G. Impulsive-aggressive behaviours and completed suicide across the life cycle: a predisposition for younger age of suicide. *Psychological medicine* 2008; 38(3), 407-417.
158. Ding, Y., Pereira, F., Hoehne, A., Beaulieu, M. M., Lepage, M., Turecki, G., & Jollant, F. Altered brain processing of decision-making in healthy first-degree biological relatives of suicide completers. *Molecular psychiatry* 2017;22(8), 1149-1154.
159. Sörberg Wallin, A., Zeebari, Z., Lager, A., Gunnell, D., Allebeck, P., & Falkstedt, D. Suicide attempt predicted by academic performance and childhood IQ: a cohort study of 26 000 children. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2018; 137(4), 277-286.
160. Gould, F., Clarke, J., Heim, C., Harvey, P. D., Majer, M., & Nemeroff, C. B. The effects of child abuse and neglect on cognitive functioning in adulthood. *Journal of psychiatric research* 2012; 46(4), 500-506.
161. Lutz, P. E., Mechawar, N., & Turecki, G. Neuropathology of suicide: recent findings and future directions. *Molecular psychiatry* 2017; 22(10), 1395-1412.
162. Richard-Devantoy, S., Berlim, M. T., & Jollant, F. A meta-analysis of neuropsychological markers of vulnerability to suicidal behavior in mood disorders. *Psychological medicine* 2014; 44(8), 1663-1673.
163. Richard-Devantoy, S., Berlim, M. T., & Jollant, F. Suicidal behaviour and memory: A systematic review and meta-analysis. *The World Journal of Biological Psychiatry* 2015;16(8), 544-566.
164. Keilp, J. G., Gorlyn, M., Russell, M., Oquendo, M. A., Burke, A. K., Harkavy-Friedman, J., & Mann, J. J. Neuropsychological function and suicidal behavior: attention control, memory and executive dysfunction in suicide attempt. *Psychological medicine* 2013; 43(3), 539-551.

165. Burton, C. Z., Vella, L., Weller, J. A., & Twamley, E. W. Differential effects of executive functioning on suicide attempts. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences* 2011; 23(2), 173-179.
166. Miranda, R., Gallagher, M., Bauchner, B., Vaysman, R., & Marroquín, B. Cognitive inflexibility as a prospective predictor of suicidal ideation among young adults with a suicide attempt history. *Depression and anxiety* 2012; 29(3), 180-186.
167. Millner, A. J. Clarifying the Pathway to Suicide: An Examination of Subtypes of Suicidal Behavior and Their Association With Impulsiveness (Doctoral dissertation). (2015).
168. Klonsky, E. D., & May, A. M. Differentiating suicide attempters from suicide ideators: A critical frontier for suicidology research. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2014; 44(1), 1-5.
169. Martin, A., Oehlman, M., Hawgood, J., & O'Gorman, J. The Role of Impulsivity and Self-Control in Suicidal Ideation and Suicide Attempt. *International journal of environmental research and public health* 2023; 20(6), 5012. <https://doi.org/10.3390/ijerph2>.
170. Mamayek, C., Paternoster, R., & Loughran, T. A. Self-control as self-regulation: A return to control theory. *Deviant behavior* 2017; 38(8), 895-916.
171. Hofmann, W., Friese, M., & Strack, F. Impulse and self-control from a dual-systems perspective. *Perspectives on psychological science* 2009; 4(2), 162-176.
172. Anestis, M. D., Soberay, K. A., Gutierrez, P. M., Hernández, T. D., & Joiner, T. E. Reconsidering the link between impulsivity and suicidal behavior. *Personality and social psychology review* 2014; 18(4), 366-386.
173. Millner, A. J., Lee, M. D., Hoyt, K., Buckholtz, J. W., Auerbach, R. P., & Nock, M. K. Are suicide attempters more impulsive than suicide ideators?. *General hospital psychiatry* 2020; 63, 103-110.
174. Liu, R. T., Trout, Z. M., Hernandez, E. M., Cheek, S. M., & Gerlus, N. A behavioral and cognitive neuroscience perspective on impulsivity, suicide, and non-suicidal self-injury: Meta-analysis and recommendations for future research. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 2017; 83, 440-450.

175. Simon, T. R., Swann, A. C., Powell, K. E., Potter, L. B., Kresnow, M. J., & O'Carroll, P. W. Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2001; 32(Supplement to Issue 1), 49-59.
176. Deisenhammer, E. A., Ing, C. M., Strauss, R., Kemmler, G., Hinterhuber, H., & Weiss, E. M. The duration of the suicidal process: how much time is left for intervention between consideration and accomplishment of a suicide attempt?. *Journal of Clinical Psychiatry* 2009; 70(1), 19.
177. Rimkeviciene, J., & De Leo, D. Impulsive suicide attempts: a systematic literature review of definitions, characteristics and risk factors. *Journal of affective disorders* 2015; 171, 93-104.
178. May, A. M., & Klonsky, E. D. What distinguishes suicide attempters from suicide ideators? A meta-analysis of potential factors. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2016; 23(1), 5.
179. Paashaus, L., Forkmann, T., Glaesmer, H., Juckel, G., Rath, D., Schönfelder, A., & Teismann, T. From decision to action: Suicidal history and time between decision to die and actual suicide attempt. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2021; 28(6), 1427.
180. Hambrich, M., Nemes, B., Soare, R., & Cozman, D. Impulsivity as a risk factor for suicidality in depressed patients. *European Psychiatry* 2017; 41(S1), S294-S295.
181. Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American journal of Psychiatry* 1999; 156(2), 181-189.
182. Bryan, C. J., & Rudd, M. D. Advances in the assessment of suicide risk. *Journal of clinical psychology* 2006; 62(2), 185-200.
183. O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences* 2018; 373(1754), 20170268.
184. Joiner, T. E. *Myths about suicide*. Harvard University Press. (2010).
185. Akiskal, H. S., Hirschfeld, R. M., & Yerevanian, B. I. The relationship of personality to affective disorders: A critical review. *Archives of general psychiatry* 1983; 40(7), 801-810.

186. Kawamura, Y., Akiyama, T., Shimada, T., Minato, T., Umekage, T., Noda, Y., et al. Six-year stability of affective temperaments as measured by TEMPS-A. *Psychopathology* 2010; 43(4), 240-247.
187. Rihmer, Z., Akiskal, K. K., Rihmer, A., & Akiskal, H. S. Current research on affective temperaments. *Current opinion in psychiatry* 2010; 23(1), 12-18.
188. Simonetti, A., Luciano, M., Sampogna, G., Della Rocca, B., Mancuso, E., De Fazio, P., et al. Effect of affective temperament on illness characteristics of subjects with bipolar disorder and major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders* 2023; 334, 227-237.
189. de Aguiar Ferreira, A., Vasconcelos, A. G., Neves, F. S., Laks, J., & Correa, H. Affective temperaments: familiarity and clinical use in mood disorders. *Journal of affective disorders* 2013; 148(1), 53-56.
190. Morishita, C., Kameyama, R., Toda, H., Masuya, J., Ichiki, M., Kusumi, I., & Inoue, T. Utility of TEMPS-A in differentiation between major depressive disorder, bipolar I disorder, and bipolar II disorder. *PLoS One* 2020; 15(5), e0232459.
191. Akiskal, H. S., Hantouche, E. G., & Allilaire, J. F. Bipolar II with and without cyclothymic temperament: “dark” and “sunny” expressions of soft bipolarity. *Journal of affective disorders* 2003; 73(1-2), 49-57.
192. McWilliams, N., & Kalem, E. Psikanalitik tanı: Klinik süreç içinde kişilik yapısını anlamak. İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları. (2010).
193. Freud, A., & Erim, Y. Ben ve savunma mekanizmaları. Metis. (2004).
194. Klein, M. Çocuk psikanalizi. Ayşegül Demir (Çev.). İstanbul: Pinhan (Özgün eser 1932). (2015).
195. Perry, J. C. Anomalies and specific functions in the clinical identification of defense mechanisms. *Journal of Clinical Psychology* 2014; 70(5), 406-418.
196. Vaillant, G. E. Adaptation to life. Harvard University Press. (1998).
197. Hentschel, U., Smith, G., Draguns, J. G., & Ehlers, W. (Eds.). Defense mechanisms: Theoretical, research and clinical perspectives. Elsevier. (2004).
198. Kernberg, O. F., & Atakay, M. Sınır durumlar ve patolojik narsisizm. Metis. (2012).
199. ÖZTÜRK, E., DERİN, G., & OKUDAN, M. Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Travmaları ile Savunma Mekanizmaları ve Kendine Zarar Verme

Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Türkiye Klinikleri Journal of Forensic Medicine & Forensic Sciences 2020; 17(1).

200. Sarno, I., Madeddu, F., & Gratz, K. L. Self-injury, psychiatric symptoms, and defense mechanisms: Findings in an Italian nonclinical sample. *European Psychiatry* 2010; 25(3), 136-145.

201. Vahip, S., Kesebir, S., Alkan, M., Yazıcı, O., Akiskal, K. K., & Akiskal, H. S. Affective temperaments in clinically-well subjects in Turkey: initial psychometric data on the TEMPS-A. *Journal of affective disorders* 2005; 85(1-2), 113-125.

202. Atalay, D. YETİŞKİNLERDE PLANLAMA: LONDRA KULESİ TESTİ'NİN GEÇERLİLİK ve GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI. (2005).

203. Culbertson, W. C., & Zillmer, E. Tower of London: Drexel University (TOLDX). Multi-Health Systems. (2005).

204. Phillips, L. H., Wynn, V. E., McPherson, S., & Gilhooly, K. J. Mental planning and the Tower of London task. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology Section A* 2001; 54(2), 579-597.

205. Bezdjian, S., Baker, L. A., Lozano, D. I., & Raine, A. Assessing inattention and impulsivity in children during the Go/NoGo task. *British Journal of Developmental Psychology* 2009; 27(2), 365-383.

206. Halperin, J. M., Wolf, L., Greenblatt, E. R., & Young, G. Subtype analysis of commission errors on the continuous performance test in children. *Developmental neuropsychology* 1991; 7(2), 207-217.

207. Hisli, N. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği.(A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample). *J. Psychol.* 1989; 7, 3-13.

208. Fedyszyn, I. E., Erlangsen, A., Hjorthøj, C., Madsen, T., & Nordentoft, M. Repeated suicide attempts and suicide among individuals with a first emergency department contact for attempted suicide: a prospective, nationwide, Danish register-based study. *The Journal of clinical psychiatry* 2016; 77(6), 20457.

209. Chang, B., Gitlin, D., & Patel, R. The depressed patient and suicidal patient in the emergency department: evidence-based management and treatment strategies. *Emergency medicine practice* 2011; 13(9), 1-23.

210. Albert, P. R. Why is depression more prevalent in women?. *Journal of Psychiatry and Neuroscience* 2015; 40(4), 219-221.
211. Bommersbach, T. J., Rosenheck, R. A., Petrakis, I. L., & Rhee, T. G. Why are women more likely to attempt suicide than men? Analysis of lifetime suicide attempts among US adults in a nationally representative sample. *Journal of affective disorders* 2022; 311, 157-164.
212. Värnik, P. Suicide in the world. *International journal of environmental research and public health* 2012; 9(3), 760-771.
213. Sengül, C. B., Serinken, M., Sengül, C., BOZKURT, S., & Korkmaz, A. Acil Servise intihar girişimi nedeniyle başvurusu ardından psikiyatri polikliniğinde değerlendirilen olguların sosyodemografik verileri. *Turkish Journal of Emergency Medicine* 2008; 8(3), 127-131.
214. Oquendo, M. A., Bongiovi-Garcia, M. E., Galfalvy, H., Goldberg, P. H., Grunebaum, M. F., Burke, A. K., & Mann, J. J. Sex differences in clinical predictors of suicidal acts after major depression: a prospective study. *American Journal of Psychiatry* 2007; 164(1), 134-141.
215. Hedegaard, H., & Warner, M. Suicide mortality in the United States, 1999-2019. (2021).
216. Canetto, S. S. Women and suicidal behavior: a cultural analysis. *American Journal of Orthopsychiatry* 2008; 78(2), 259-266.
217. Callanan, V. J., & Davis, M. S. Gender differences in suicide methods. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 2012; 47, 857-869.
218. Michaud, L., Brovelli, S., & Bourquin, C. The gender paradox in suicide: some explanations and much uncertainty. *Revue Médicale Suisse* 2021; 17(744-2), 1265-1267.
219. Hasley, J. P., Ghosh, B., Huggins, J., Bell, M. R., Adler, L. E., & Shroyer, A. L. W. A review of “suicidal intent” within the existing suicide literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2008; 38(5), 576-591.
220. Persett, P. S., Ekeberg, Ø., Jacobsen, D., Bjornaas, M. A., & Myhren, H. Higher suicide intent in patients attempting suicide with violent methods versus self-poisoning. *Crisis* 2021.

221. Freeman, A., Mergl, R., Kohls, E., Székely, A., Gusmao, R., Arensman, E., et al. A cross-national study on gender differences in suicide intent. *BMC psychiatry* 2017;17, 1-11.
222. Kim, E., Kim, H. J., & Lee, D. H. The characteristics and effects of suicide attempters' suicidality levels in gender differences. *Heliyon* 2023; 9(6).
223. K ro lu E. Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Ankara: Hekimler Yayın Birli i; 2007. p. .
224. Salman, S., Idrees, J., Hassan, F., Idrees, F., Arifullah, M., & Badshah, S. Predictive factors of suicide attempt and non-suicidal self-harm in emergency department. *Emergency* 2014; 2(4), 166.
225. Gavin, A. R., Walton, E., Chae, D. H., Alegria, M., Jackson, J. S., & Takeuchi, D. The associations between socio-economic status and major depressive disorder among Blacks, Latinos, Asians and non-Hispanic Whites: findings from the Collaborative Psychiatric Epidemiology Studies. *Psychological medicine* 2010; 40(1), 51-61.
226. Felmingham, T., & Islam, F. M. A. Relationship between Sociodemographic Factors and Depression in Australian Population Aged 16–85 Years. *Applied Sciences*, 12(24), 12685.
227. Ludwig, J., Barbek, R., & von dem Knesebeck, O. (2024). Education and suicidal ideation in Europe: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*.
228. WHO Commission on Social Determinants of Health, & World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report. World Health 2008.
229. EP K, M. T. Psikososyal Bir Risk Olarak  şyeri  ntiharı. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 12(2), 175-197.
230. Mohammadzadeh, A., Ganji, Z., Khosravani, V., Ardakan, A. M., & Amirinezhad, A. Direct and indirect associations between perception of childhood trauma and suicidal ideation through emotion dysregulation in males who use heroin. *Addictive behaviors* 2019; 98, 106011.

231. Roley-Roberts, M. E., Charak, R., Jeffs, A. J., & Hovey, J. D. The unique relationship between childhood sexual abuse, self-injury and suicide ideation: the mediating role of emotion dysregulation. *Child abuse review* 2023; 32(2), e2787.
232. Kuramoto, S. J., Stuart, E. A., Runeson, B., Lichtenstein, P., Långström, N., & Wilcox, H. C. Maternal or paternal suicide and offspring's psychiatric and suicide-attempt hospitalization risk. *Pediatrics* 2010;126(5), e1026-e1032.
233. Wilcox, H. C., Kuramoto, S. J., Lichtenstein, P., Långström, N., Brent, D. A., & Runeson, B. Psychiatric morbidity, violent crime, and suicide among children and adolescents exposed to parental death. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2010; 49(5), 514-523.
234. Asante, KO, Kugbey, N., Osafo, J., Quarshie, ENB ve Sarfo, JO Gana'daki liselerdeki ergenler arasında intihar davranışlarının (düşünce, plan ve girişim) yaygınlığı ve ilişkileri. *SSM-nüfus sağlığı* 2017; 3 , 427-434.
235. Korhonen, T., Sihvola, E., Latvala, A., Dick, D. M., Pulkkinen, L., Nurnberger, J., et al. Early-onset tobacco use and suicide-related behavior—A prospective study from adolescence to young adulthood. *Addictive behaviors* 2018; 79, 32-38.
236. Chang, H. B., Munroe, S., Gray, K., Porta, G., Douaihy, A., Marsland, A., et al. The role of substance use, smoking, and inflammation in risk for suicidal behavior. *Journal of affective disorders* 2019; 243, 33-41.
237. Waters, A. F., Peltier, M. R., Roys, M. R., Stewart, S. A., & Copeland, A. L. Smoking and suicidal ideation among college students: Smoking expectancies as potential moderators. *Journal of American college health* 2021; 69(8), 951-958.
238. Xu, Z., Seidler, F. J., Cousins, M. M., Slikker Jr, W., & Slotkin, T. A. Adolescent nicotine administration alters serotonin receptors and cell signaling mediated through adenylyl cyclase. *Brain Research* 2002; 951(2), 280-292.
239. Peprah, P., Asare, B. Y. A., Okwei, R., Agyemang-Duah, W., Osafo, J., Kretchy, I. A., & Gyasi, R. M. A moderated mediation analysis of the association between smoking and suicide attempts among adolescents in 28 countries. *Scientific reports* 2023; 13(1), 5755.
240. Flory, J. D., & Manuck, S. B. Impulsiveness and cigarette smoking. *Psychosomatic Medicine* 2009; 71(4), 431-437.

241. Balevich, E. C., Wein, N. D., & Flory, J. D. Cigarette smoking and measures of impulsivity in a college sample. *Substance Abuse* 2013; 34(3), 256-262.
242. Liu, S. J., Lan, Y., Wu, L., & Yan, W. S. Profiles of impulsivity in problematic internet users and cigarette smokers. *Frontiers in psychology* 2019; 10, 418123.
243. Masaki, K., Taketa, R. M., Nakama, M. K., Kawamoto, C. T., & Pokhrel, P. Relationships Between Depressive Symptoms, Anxiety, Impulsivity and Cigarette and E-cigarette Use Among Young Adults. *Hawai'i journal of health & social welfare* 2022; 81(3), 51-57.
244. Durmuş, N. Üniversite öğrencilerinde duygusal şiddet mağduriyet düzeylerinin, kendine zarar verme davranışı ve intihar olasılığına etkisi. (Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi). İstanbul; 2020.
245. Özdemir, S. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde sınır (borderline) kişilik özelliklerinin kendine zarar verme ve intihar davranışları üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
246. Güngördü, E. Kendine zarar verme davranışı bulunan ergenlerde akran zorbalığı ve ruhsal tanılarının değerlendirilmesi. (Uzmanlık Tezi). Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı. Urfa. 2021.
247. Hawton, K. Heeringen K v. Suicide. *Lancet* 2009; 393, 1372-81.
248. Hamza, C. A., Willoughby, T., & Heffer, T. Impulsivity and nonsuicidal self-injury: A review and meta-analysis. *Clinical psychology review* 2015; 38, 13-24.
249. Nock, M. K. Self-injury. *Annual review of clinical psychology* 2010; 6, 339-363.
250. Cyders, M. A., & Smith, G. T. Emotion-based dispositions to rash action: positive and negative urgency. *Psychological bulletin* 2008; 134(6), 807.
251. Ribeiro, J. D., Franklin, J. C., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Chang, B. P., & Nock, M. K. Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological medicine* 2016; 46(2), 225-236.
252. Finn, M. E. Study in suicidal attempts. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1955; 121(2), 172-176.

253. Gvion, Y., & Apter, A. Aggression, impulsivity, and suicide behavior: a review of the literature. *Archives of suicide research* 2011; 15(2), 93-112.
254. Conner, K. R. A call for research on planned vs. unplanned suicidal behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2004; 34(2), 89-98.
255. Rimkeviciene, J., & De Leo, D. Impulsive suicide attempts: a systematic literature review of definitions, characteristics and risk factors. *Journal of affective disorders* 2015; 171, 93-104.
256. Dougherty, D. M., Mathias, C. W., Marsh-Richard, D. M., Prevette, K. N., Dawes, M. A., Hatzis, E. S., et al. Impulsivity and clinical symptoms among adolescents with non-suicidal self-injury with or without attempted suicide. *Psychiatry research* 2009; 169(1), 22-27.
257. Yoon, S. H., Shim, S. H., & Kim, J. S. Electrophysiological changes between patients with suicidal ideation and suicide attempts: an event-related potential study. *Frontiers in psychiatry* 2022; 13, 900724.
258. Pan, L. A., Batezati-Alves, S. C., Almeida, J. R., Segreti, A., Akkal, D., Hassel, S., et al. Dissociable patterns of neural activity during response inhibition in depressed adolescents with and without suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2011; 50(6), 602-611.
259. Moniz, M., de Jesus, S. N., Pacheco, A., Gonçalves, E., Viseu, J., Brás, M., et al. The influence of planning and response inhibition on cognitive functioning of non-psychotic unipolar depressed suicide attempters. *Europe's journal of psychology* 2017; 13(4), 717.
260. Interian, A., Myers, C. E., Chesin, M. S., Kline, A., Hill, L. S., King, A. R., et al. Towards the objective assessment of suicidal states: Some neurocognitive deficits may be temporally related to suicide attempt. *Psychiatry research* 2020; 287, 112624.
261. Myers, C. E., Dave, C. V., Callahan, M., Chesin, M. S., Keilp, J. G., Beck, K. D., et al. Improving the prospective prediction of a near-term suicide attempt in veterans at risk for suicide, using a go/no-go task. *Psychological medicine* 2023; 53(9), 4245-4254.
262. Harfmann, E. J., Rhyner, K. T., & Ingram, R. E. Cognitive inhibition and attentional biases in the affective go/no-go performance of depressed, suicidal populations. *Journal of affective disorders* 2019; 256, 228-233.

263. Richard-Devantoy, S., Ding, Y., Lepage, M., Turecki, G., & Jollant, F. Cognitive inhibition in depression and suicidal behavior: a neuroimaging study. *Psychological medicine* 2016; 46(5), 933-944.
264. Keilp, J. G., Sackeim, H. A., & Mann, J. J. Correlates of trait impulsiveness in performance measures and neuropsychological tests. *Psychiatry research* 2005; 135(3), 191-201.
265. Keilp, J. G., Sackeim, H. A., Brodsky, B. S., Oquendo, M. A., Malone, K. M., & Mann, J. J. Neuropsychological dysfunction in depressed suicide attempters. *American Journal of Psychiatry* 2001; 158(5), 735-741.
266. Jollant, F., Bellivier, F., Leboyer, M., Astruc, B., Torres, S., Verdier, R., ... & Courtet, P. Impaired decision making in suicide attempters. *American Journal of Psychiatry* 2005; 162(2), 304-310.
267. Baca-García, E., Díaz-Sastre, C., García Resa, E., Blasco, H., Braquehais Conesa, D., Oquendo, M. A., et al. Suicide attempts and impulsivity. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience* 2005; 255, 152-156.
268. Baca-García, E., Díaz-Sastre, C., Basurte, E., Prieto, R., Ceverino, A., Saiz-Ruiz, J., & de Leon, J. A prospective study of the paradoxical relationship between impulsivity and lethality of suicide attempts. *Journal of Clinical Psychiatry* 2001; 62(7),.
269. Oquendo, M. A., Placidi, G. P., Malone, K. M., Campbell, C., Keilp, J., Brodsky, B., et al. Positron emission tomography of regional brain metabolic responses to a serotonergic challenge and lethality of suicide attempts in major depression. *Archives of general psychiatry* 2003; 60(1), 14-22.
270. Dombrowski, A. Y., Clark, L., Siegle, G. J., Butters, M. A., Ichikawa, N., Sahakian, B. J., & Szanto, K. Reward/punishment reversal learning in older suicide attempters. *American Journal of Psychiatry* 2010;167(6), 699-707.
271. Nuño, L., Gómez-Benito, J., Carmona, V. R., & Pino, O. A systematic review of executive function and information processing speed in major depression disorder. *Brain Sciences* 2021; 11(2), 147.
272. Lalovic, A., Wang, S., Keilp, J. G., Bowie, C. R., Kennedy, S. H., & Rizvi, S. J. A qualitative systematic review of neurocognition in suicide ideators and

attempters: Implications for cognitive-based psychotherapeutic interventions. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 2022; 132, 92-109.

273. Akbaş, S., Kesebir, S., Böke, Ö., Karabekiroğlu, K., Sarısoy, G., & Pazvantoğlu, O. Hastaneye başvurusu özkıyım girişiyle olan ve olmayan majör depresif bozukluklu ergenlerin ve annelerinin mizaç özellikleri. *Anadolu Psikiyatr Derg* 2010; 11, 9-17.

274. Pompili, M., Rihmer, Z., Akiskal, H. S., Innamorati, M., Iliceto, P., Akiskal, K. K., et al. Temperament and personality dimensions in suicidal and nonsuicidal psychiatric inpatients. *Psychopathology* 2008;41(5), 313-321.

275. Wasserman, D., Geijer, T., Sokolowski, M., Frisch, A., Michaelovsky, E., Weizman, A., et al. Association of the serotonin transporter promotor polymorphism with suicide attempters with a high medical damage. *European Neuropsychopharmacology* 2007; 17(3), 230-233.

276. Gonda, X., Rihmer, Z., Zsombok, T., Bagdy, G., Akiskal, K. K., & Akiskal, H. S. The 5HTTLPR polymorphism of the serotonin transporter gene is associated with affective temperaments as measured by TEMPS-A. *Journal of Affective Disorders* 2006; 91(2-3), 1.

277. Dolenc, B. Affective temperaments and trait impulsivity in the group of bipolar outpatients and healthy volunteers: Could it also be relevant in the early diagnostic picture of bipolar mood disorder?. *Review of psychology* 2010;17(2), 91-96.

278. Signoretta, S., Maremmi, I., Liguori, A., Perugi, G., & Akiskal, H. S. Affective temperament traits measured by TEMPS-I and emotional-behavioral problems in clinically-well children, adolescents, and young adults. *Journal of Affective Disorders* 2005; 85(1-2), 169-180.

279. Aslan, S., & Demir, E. Y. Yineleyici ve tek dönem major depresif bozukluğu olan hastaların kişilik ve affektif mizaç özellikleri. *Klinik Psikiyatri* 2008; 11, 61-71.

280. Akdeniz, F., Kesebir, S., Vahip, S., & Gönül, A. S. Duygudurum bozuklukları ile mizaç arasında ilişki var mı?. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004;15(3), 183-190.

281. Hovanesian, S., Isakov, I., & Cervellione, K. L. Defense mechanisms and suicide risk in major depression. *Archives of Suicide Research* 2009; 13(1), 74-86.
282. Corruble, E., Hatem, N., Damy, C., Falissard, B., Guelfi, J. D., Reynaud, M., & Hardy, P. Defense styles, impulsivity and suicide attempts in major depression. *Psychopathology* 2003; 36(6), 279–284. <https://doi.org/10.1159/000075185>.
283. Arsalandeh, F., Azadfallah, P., & Hasani, J. (2019). The relationship between using pattern of defense mechanisms and prevalence of impulsivity aspects in students.
284. Corruble, E., Bronnec, M., Falissard, B., & Hardy, P. Defense styles in depressed suicide attempters. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2004; 58(3), 285-288.
285. Bond, M., & Perry, J. C. Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders. *American Journal of Psychiatry* 2004; 161(9), 1665-1671.
286. Akkerman, K., Lewin, T. J., & Carr, V. J. Long-term changes in defense style among patients recovering from major depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1999; 187(2), 80-87.
287. Orbach, I., Mikulincer, M., King, R., Cohen, D., & Stein, D. Thresholds and tolerance of physical pain in suicidal and nonsuicidal adolescents. *Journal of Consulting and Clinical psychology* 1997;65(4), 646.
288. Orbach, I., Kedem, P., Herman, L., & Apter, A. Dissociative tendencies in suicidal, depressed, and normal adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology* 1995; 14(4), 393-408.
289. WHO Commission on Social Determinants of Health, & World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report. World Health. 2008.
290. Bostwick, J. M., Pabbati, C., Geske, J. R., & McKean, A. J. Suicide attempt as a risk factor for completed suicide: even more lethal than we knew. *American journal of psychiatry* 2016; 173(11), 1094-1100.
291. Oquendo, M. A., Bongiovi-Garcia, M. E., Galfalvy, H., Goldberg, P. H., Grunebaum, M. F., Burke, A. K., & Mann, J. J. Sex differences in clinical predictors

of suicidal acts after major depression: a prospective study. *American Journal of Psychiatry* 2007; 164(1), 134-141.

292. Flory, J. D., & Manuck, S. B. Impulsiveness and cigarette smoking. *Psychosomatic Medicine* 2009; 71(4), 431-437.



EKLER

EK-1:

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Adı Soyadı:

Tarih:

Telefon:

- **Yaşınız (.....)**
- **Cinsiyetiniz**
 - ()Kadın
 - ()Erkek
- **Medeni Durum**
 - ()Bekar
 - ()Evli
 - ()Boşanmış/Ayrı
- **Çocuk**
 - ()Var
 - ()yok
- **Eğitim Durumu**
 - ()İlkokul-ortaokul mezunu
 - ()Lise mezunu
 - ()Üniversite mezunu
- **Çalışma Durumu:**
 - ()Çalışıyor
 - ()Çalışmıyor
- **Meslek:**
 - ()Ev hanımı
 - ()Memur
 - ()İşçi
 - ()Emekli
 - ()Öğrenci
- Diğer.....
- **Son dönemdeki hane gelir durumunuz?**
 - ()8000 TL ve altı
 - ()8000- 15000 TL
 - ()15000 –40000 TL
 - ()40000 TL ve üstü
- **Yerleşim Yeri:**
 - ()Kentsel
 - ()Kırsal
- **Göç Öyküsü**
 - ()Var
 - ()Yok

- **Şu anda kimlerle yaşıyorsunuz?**
 - ()Yalnız
 - ()Çekirdek aile
 - ()Geniş aile
 - ()Diğer Arkadaş, ..vs (.....)
- **Yetiştirme ortamınız?**
 - ()Çekirdek aile
 - ()Geniş aile
 - ()Akraba yanı
 - ()Yetiştirme yurdu
 - Diğer....
- **Çocukluk döneminde (18 yaş altı) anne-baba kaybınız var mı?**
 - ()Yok
 - ()Anne kaybı
 - ()Baba kaybı
 - ()İkisinin de kaybı
- **Anne baba ayrılığı var mı?**
 - ()Yok
 - ()Var
- **Varsa siz kaç yaşındayken ayrıldılar?**
- **Sigara kullanımınız var mı?**
 - ()Var(Varsa miktar)
 - ()Yok
 - ()Bıraktım
- **Alkol kullanımınız var mı?**
 - ()Var(Varsa miktar)
 - ()Yok
 - ()Bıraktım
- **Madde kullanımınız var mı?**
 - ()Var(Varsa miktar)
 - ()Yok
 - ()Bıraktım
- **Bilinen Kronik Tıbbi Hastalığınız var mı**
 - ()Var (ise belirtiniz):
 - ()Yok

- **Geçmişte destek/tedavi aldığınız psikiyatrik hastalığınız oldu mu?**
()Var (ise belirtiniz):
()Yok
- **Ailede psikiyatrik hastalık var mı?**
()Var (ise belirtiniz):
()Yok
- **Çocukluğunuzda şiddete uğradınız mı?**
()Fiziksel
()Duygusal
()Cinsel
- **İntihar girişiminde kullandığı yöntem nedir?**
()Ası (kendini asma)
()İlaç/ Kimyasal maddeyle
()Yüksekten atlama
()Ateşli silahla
()Kesici/ Delici aletle
()Diğer (Belirtiniz...)
- **Geçmişte intihar amacı olmaksızın vücudunuza zarar verici(örn.façı atmak, kendini kesmek, yakmak vb) girişiminiz oldu mu?**
()Evet
()Hayır
- **Ailenizde intihar amacı olmaksızın kendine zarar veren (örn.façı atmak, kendini kesmek, yakmak vb) birisi var mı?**
()Evet (ise yakınlık derecesi)
()Hayır
- **Girişimin olduğu dönemde psikiyatrik bir tedavi alıyor muydunuz?**
()Evet (ise tedaviniz)
()Hayır
- **İntihar girişimi öncesi plan yapmış mıydınız?**
()Evet
()Hayır
- **İntihar girişimi öncesi bir günden uzun süre boyunca intihar düşünceniz oldu mu?**
()Evet
()Hayır
- **İntihar girişimi anında alkol ya da madde etkisi altında mıydınız?**
() Evet (Hangisi/hangileri...)
()Hayır
- **İntihar girişimden 1 ay öncesine kadar size sıkıntı veren bir olay yaşadınız mı?**
()Evet
()Hayır
- **İntihar girişimi sonrası yardım arama davranışınız oldu mu? (Arama, haber verme... vb)**
()Evet
()Hayır
- **Ailenizde intihar girişimi olan kimse var mı?**
() Evet (ise yakınlık derecesi)
()Hayır

EK-2:

BECK DEPRESYON ENVANTERİ-BDE

Hastanın Soyadı, Adı:..... Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz

gerekmektedir.

- | | |
|---|---|
| <p>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.</p> <p>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 düzelmeyecekmiş gibi geliyor.</p> <p>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)
Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Her şeyden sıkılıyorum.</p> <p>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.</p> <p>6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgıyım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.</p> <p>7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyor muyum gibi geliyor ve hep kendimi kabahatli buluyorum.</p> <p>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.</p> <p>9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.</p> <p>10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızmıyorum.</p> | <p>(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum. (2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.</p> <p>12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.</p> <p>13 (0) Her zamankinden farklı gördüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.</p> <p>14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümden büyüyor.
(2) Ufacık bir iş 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) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.</p> <p>17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.</p> <p>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.</p> <p>19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.</p> <p>20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla seксе ilğim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.</p> <p>21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.</p> |
|---|---|

Toplam BECK-D skoru:.....

- 11** (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.

EK-3:

SAVUNMA BİÇİMLERİ TESTİ

Lütfen her ifadeyi dikkatle okuyup, bunların size uygunluğunu yan tarafında 1 den 9 a kadar derecelendirilmiş skala üzerinde seçtiğiniz dereceyi çarpı şeklinde (×) işaretlemek suretiyle gösteriniz.

Örnek:

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

1. Başkalarına yardım etmek hoşuma gider, yardım etmem engellenirse üzülürüm.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

2. Bir sorunum olduğunda, onunla uğraşacak vaktim olana kadar o sorunu düşünmemeyi becerebilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

3. Endişemin üstesinden gelmek için yapıcı ve yaratıcı şeylerle uğraşırım(resim, el işi, ağaç oyma)

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

4. Yaptığım her şey için geçerli sebepler bulabilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

5. Kendime çok kolay gülerim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

6. İnsanlar bana kötü davranmaya eğilimlidir.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

7. Birisi beni soyup paramı çalsa, onun cezalandırılmasını değil ona yardım edilmesini isterim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

8. Hoş olmayan gerçekleri, hiç yokmuşlar gibi görmezlikten geldiğimi söylerler.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

9. Süpermen'mişim gibi tehlikelere aldırmam.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

10. İnsanlara, sandıkları kadar önemli olmadıklarını gösterebilme yeteneğimle gurur duyarım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

11. Bir şey canımı sıktığında, çoğu kez düşüncesizce ve tepkisel davranırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

12. Hayatım yolunda gitmediğinde bedensel rahatsızlıklara yakalanırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

13. Çok tutuk bir insanım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

14. Gerçek yaşamımdan çok hayallerim bana hoşnutluk verir

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

15. Sorunsuz bir yaşam sürdürmemi sağlayacak özel yeteneklerim var.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

16. İşlerim yolunda gitmediğinde bu duruma her zaman geçerli sebepler bulabilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

17. Bir çok şeyi gerçek yaşamımdan çok hayalimde çözerim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

18. Hiçbir şeyden korkmam

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

19. Bazen bir melek olduğumu, bazen de bir şeytan olduğumu düşünürüm.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

20. Kırıldığımda açıkça saldırgan olurum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

21. Her zaman, tanıdığım birinin koruyucu melek gibi olduğunu hissederim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

22. Bana göre, insanlar ya iyi ya da kötüdürler.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

23. Patronum beni kızdırırsa, ondan hıncımı çıkarmak için ya işimde hata yaparım ya da işi yavaşlatırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

24. Her şeyi yapabilecek güçte, aynı zamanda son derece adil ve dürüst olan bir tanıdığım var.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

25. Serbest bıraktığımda, yaptığım işi etkileyebilecek olan duygularımı kontrol edebilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

26. Genellikle, aslında acı verici olan bir durumun gülünç yanını görebilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

27. Hoşlanmadığım bir işi yaptığımda başım ağrır.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

28. Sık sık, kendimi kesinlikle kızmam gereken insanlara iyi davranırken bulurum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

29. Hayatta, haksızlığa uğruyor olduğuma eminim

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

30. Sınav veya iş görüşmesi gibi zor bir durumla karşılaşacağımı bildiğimde, bunun nasıl olabileceğini hayal eder ve başa çıkmak için planlar yaparım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

31. Doktorlar benim derdimin ne olduğunu hiçbir zaman gerçekten anlamıyorlar.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

32. Haklarım için mücadele ettikten sonra, girişken davrandığımdan dolayı özür dilemeye eğilimliyimdir.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

33. Üzüntülü veya endişeli olduğumda yemek yemek beni rahatlatır.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

34. Sık sık duygularımı göstermediğim söylenir.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

35. Eğer üzüleceğimi önceden tahmin edebilirsem, onunla daha iyi baş edebilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

36. Ne kadar yakınırsam yakınayım, hiçbir zaman tatmin edici bir yanıt alamıyorum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

37. Yoğun duyguların yaşanması gereken durumlarda, genellikle hiçbir şey hissetmediğimi fark ediyorum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

38. Kendimi elimdeki işe vermek, beni üzüntülü veya endişeli olmaktan korur.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

39. Bir bunalım içinde olsaydım, aynı türden sorunu olan birini arardım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

40. Eğer saldırganca bir düşüncem olursa, bunu telafi etmek için bir şey yapma ihtiyacı duyarım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

EK-4: TEMPS-A MİZAÇ ÖLÇEĞİ

Yaşamınızın büyük bir bölümü için size "**kesinlikle uyuyorsa**" → (D) Doğru

"**tam olarak uymuyor**" ya da

"**yaşamınızın yalnızca bazı bölümleri için uyuyorsa**" → (Y) Yanlış

- D Y Üzgün, mutsuz bir insanım.
- D Y İnsanlar bana olayların komik yanlarını göremediğimi söylerler.
- D Y Hayatım boyunca çok çektim.
- D Y İşlerin sonu sıklıkla kötüye varır diye düşünürüm.
- D Y Kolay pes ederim.
- D Y Kendimi bildim bileli başarısız hissetmişimdir.
- D Y Başkalarının sorun saymadıkları konularda ben kendimi daima suçlamışım.
- D Y Başka insanlar kadar çok enerjim olduğunu sanmıyorum.
- D Y Değişikliği pek sevmeyen tipte bir kişiyim.
- D Y Grup içinde konuşmaktansa, başkalarını dinlemeyi tercih ederim.
- D Y Sıklıkla önceliği başkalarına veririm.
- D Y Yeni insanlarla karşılaştığımda kendimi oldukça rahatsız hissederim.
- D Y Eleştirildiğimde ya da reddedildiğimde duygularım çok kolay zedelenir.
- D Y Ben her zaman güvenilebilecek tipte bir insanım.
- D Y Başkalarının ihtiyaçlarını kendiminkilerin önüne koyarım.
- D Y İşlerin başında olmaktansa başkasının altında çalışmayı tercih ederim.
- D Y Hiçbir şeyden emin olamayan tipte bir kişiyim.
- D Y Cinsel arzularım her zaman az olmuştur.
- D Y Çoğu zaman sebepsiz yorgunluk hissederim.
- D Y Ruh halimde ve enerjimde ani değişiklikler olur.
- D Y Ruh halim ve enerjim ya yukarılarda ya da aşağılardadır, ender olarak ikisinin arasındadır.
- D Y Ortada görünür bir neden yokken zihnim bazen çok açık bazen de donuk olur.
- D Y Birisini gerçekten çok sevebilir ve sonra ona olan ilgimi tamamen kaybedebilirim.
- D Y Sıklıkla insanlara parlarım ve sonra suçluluk duyarım.
- D Y Sıklıkla birşeylere başlar ve onları bitirmeden ilgimi kaybederim.

- D Y Ruh halim (duygularım) sebepsiz yere sık sık değişir.
- D Y Canlılık ve uyuşukluk arasında sürekli gider gelirim.
- D Y Bazen yatağa çökkün girer, fakat sabah müthiş iyi hissederek uyanırım.
- D Y Bazen yatağa kendimi çok iyi hissederek girer ve sabahleyin yaşamın yaşanmaya değer olmadığı duygusuyla uyanırım.
- D Y Bana olaylar karşısında sıklıkla karamsarlığa kapıldığım ve eski mutlu zamanları unuttuğum söylenir.
- D Y Aşırı kendine güven ile bir türlü kendinden emin olamama duyguları arasında gider gelirim.
- D Y Dışa dönüklükle içe kapanma arasında gider gelirim.
- D Y Tüm duyguları yoğun olarak yaşarım.
- D Y Bazen herşeyi çok canlı, bazen yaşamdan yoksun denecek kadar renksiz algılarım.
- D Y Aynı anda hem mutsuz, hem de mutlu olabilen tipte bir kişiyim.
- D Y Başkalarının ulaşılmaz saydıkları şeyler hakkında uzun uzun hayaller kurarım.
- D Y Kolay aşık olup, kolay vazgeçen bir kişiyim.
- D Y Çoğunlukla havamda ya da neşeli bir ruh halindeyimdir.
- D Y Yaşam, sonuna kadar tadını çıkardığım bir şölendir.
- D Y Fıkra anlatmayı, espriler yapmayı severim, insanlar bana şakacı olduğumu söylerler.
- D Y Herşeyin zamanla iyi olacağına inanan tipte bir kişiyim.
- D Y Kendime müthiş güvenirim.
- D Y Sıklıkla büyük fikirler üretirim.
- D Y Her zaman birşeylerle meşgulümdür.
- D Y Birçok işi hem de yorulmadan yapabilirim.
- D Y Konuşmaya doğuştan yetenekliyim. Konuşmam başkaları için ikna edici, etkileyici ve ilham vericidir.
- D Y Riskli bile olsalar yeni projelere atlamaya bayılırım.
- D Y Bir şey yapmayı bir kez kafama koyduğumda, beni hiçbir şey durduramaz.
- D Y Doğru dürüst tanımadığım insanlarla bile son derece rahatım.
- D Y İnsanlarla birlikte olmayı çok severim.
- D Y İnsanlar bana sıklıkla burnumu başkalarının işine soktuğumu söylerler.
- D Y Cömertim ve başkaları için bol para harcarım.
- D Y Birçok alanda yetenekli ve uzmanım.
- D Y Canımın istediğini yapma hakkım ve ayrıcalığım olduğunu hissederim.
- D Y İşin patronu, "tepedeki adam" olmayı seven tipte bir kişiyim.

- D Y Birisiyle bir konu üzerinde anlaşılamadığım zaman ateşli bir tartışmaya girebilirim.
- D Y Cinsel isteklerim daima fazladır.
- D Y Huysuz (sinirli) bir kişiyim.
- D Y Bir türlü hoşnut olmayan tabiatla bir kişiyim.
- D Y Çok yakınıyorum.
- D Y Başkalarını çok eleştiririm.
- D Y Kendimi sıklıkla patlamaya hazır, gergin hissedirim.
- D Y Kendimi sıklıkla keman yayı gibi gerilmiş hissedirim.
- D Y Adeta hayatımı anlayamadığım, hoş olmayan bir huzursuzluk yönlendiriyor.
- D Y Sık sık öylesine sinirleniyorum ki, gözüm hiç bir şey görmüyor.
- D Y Terslendiğimde kavgaya edebilirim.
- D Y İnsanlar bana hiç yokken parladığımı söylerler.
- D Y Sinirlendiğimde insanlara bağırıyorum.
- D Y İğneleyici şakalarım beni zor durumda bırakır.
- D Y O kadar öfkelenebilirim ki birilerine zarar verebilirim.
- D Y Eşimi (ya da sevgilimi) o kadar kıskanırım ki buna dayanamıyorum.
- D Y Küfürbaz olarak bilinirim.
- D Y Birkaç kadeh içkiyle saldırganlaştığım söylenmiştir.
- D Y Çok kuşkucu bir kişiyim.
- D Y Cinsel isteklerim sıklıkla o kadar yoğundur ki gerçekten rahatsızlık yaratır.
- D Y Kendimi bildim bileli endişeli biriyim.
- D Y Her zaman endişelenecek bir şey bulurum.
- D Y Başkalarının ufak tefek saydığı günlük şeyler hakkında endişelenir dururum.
- D Y Endişelenmenin önüne geçemiyorum.
- D Y Birçok insan bana bu kadar endişelenmememi söylemiştir.
- D Y Zorda kaldığımda çoğu kez kafam durur, bloke olurum.
- D Y Gevşemeyi beceremiyorum.
- D Y Sık sık içimde huzursuz bir kıpırtı hissedirim.
- D Y Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda sıklıkla ellerim titrer.
- D Y Sık sık midem bozulur.
- D Y Heyecanlandığımda ishal olabilirim.
- D Y Heyecanlandığımda sıklıkla bulantı hissedirim.
- D Y Heyecanlandığımda tuvalete dah sık gitmek zorunda kalırım.
- D Y Birisi eve geç kaldığı zaman başına bir kaza gelmiş olabileceğinden korkarım.
- D Y Sıklıkla ailemden birileri ciddi bir hastalığa yakalanacak diye

- çok korkarım.
- D Y Devamlı olarak aile üyelerinden biriyle ilgili kötü bir haber alacakmışım gibi geliyor.
 - D Y Uykum dinlendirici değil.
 - D Y Sıklıkla uykuya dalmakta güçlük çekerim.
 - D Y Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda hemencecik başım ağrır.
 - D Y Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda göğsüm sıkışır.
 - D Y Kendimi güvende hissetmiyorum.
 - D Y Günlük işleyişteki küçük değişiklikler bile beni çok zorlar.
 - D Y Araba kullanırken yanlış herhangi bir şey yapmasam bile, polis beni durduracakmış gibi bir korku duyarım.
 - D Y Ani sesler beni kolayca irkiltir.

Yaşamınızın büyük bölümü için sizi genel olarak en iyi tanımlayan yalnızca bir şıkkı daire içine alınız.

1. Hemen hemen her zaman üzgünüm.
2. Tamamen enerji dolu, neşe dolu bir kişiyim.
3. Pek çok duygusal çıkış ve inişlerim vardır.
4. Kolay sinirlenirim, küçük şeyler bile beni çileden çıkarır.
5. Hemen her zaman endişeliyimdir.
6. Sakin tabiatla bir kişiyim.