



T.C.

AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**UNİPOLAR MAJOR DEPRESYON HASTALARINDA YAŞAM
BOYU İNTİHAR GİRİŞİMİNİN BAĞLANMA, AYRILMA
ANKSİYETESİ VE KRONOTİPİ İLE İLİŞKİSİ**

HAZIRLAYAN

DR. ELİF NUR GÖKDUMAN

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

PROF. DR. LEVENT SEVİNÇOK

AYDIN-2023

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**UNİPOLAR MAJOR DEPRESYON HASTALARINDA YAŞAM
BOYU İNTİHAR GİRİŞİMİNİN BAĞLANMA, AYRILMA
ANKSİYETESİ VE KRONOTİPİ İLE İLİŞKİSİ**

HAZIRLAYAN
DR. ELİF NUR GÖKDUMAN

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
PROF. DR. LEVENT SEVİNÇOK

AYDIN-2023

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tez sürecimde desteğini her zaman hissettiğim, eğitim hayatıma önemli katkıları bulunan, birlikte çalışmaktan mutluluk ve onur duyduğum tez danışmanım, sayın hocam Prof. Dr. Levent Şevinçok’a,

Beni yetiştiren, yol gösteren, deneyimlerini benimle paylaşan kıymetli hocalarım Prof. Dr. Vesile Altınyazar, Doç. Dr. Bilge Doğan, Doç. Dr. Çağdaş Öykü Memiş, Dr. Öğr. Üyesi Yaşan Bilge Şair’e,

Birlikte çalıştığım, nice güzel anılar biriktirdiğim, desteklerini her zaman hissettiğim başta kendisini tanımaktan mutluluk duyduğum arkadaşım Dr. Hülya Metin olmak üzere tüm asistan hekim arkadaşlarıma,

Tez sürecimde bana büyük kolaylık sağlayan Psk. Simel Ayar ve Dilara Hardal başta olmak üzere psikiyatri ekibinin değerli üyeleri hemşire, sekreter, psikolog, güvenlik görevlisi ve personel arkadaşlarıma,

Tıp fakültesinin bana kazandırdığı, asistanlık sürecimde de her zaman yanımda olan kıymetli arkadaşlarım Dr. Ece Ergün Yeğen, Dr. Süleyman Bozbıyık, Dr. Selen Can Temürkol ve zorunlu hizmet görevimde tanıma fırsatı bulduğum, desteğini her zaman hissettiğim canım arkadaşım Nermin Bargöz’e

Uzmanlık eğitimim boyunca kendilerinden çok şey öğrendiğim çok değerli hastalarıma ve yakınlarına,

Her anımda sonsuz destek ve güvenlerini hissettiğim, beni sevgiyle büyüten, bu günlerimin asıl mimarı olan canım aileme,

En içten teşekkür ve saygılarımı sunarım...

Dr. Elif Nur GÖKDUMAN

Aydın-2023

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLolar DİZİNİ	viii
KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ÖZET	xi
ABSTRACT	xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Unipolar Major Depresif Bozukluk.....	3
2.1.1. Tanım.....	3
2.1.2. Tarihçe	3
2.1.3. Epidemiyoloji	4
2.1.4. Etiyoloji	4
2.1.4.1. Genetik.....	5
2.1.4.2. Biyolojik Etkenler.....	6
2.1.4.2.1. Biyojenik Aminler	6
2.1.4.2.2. Nöroendokrin ve İnflamatuar Değişiklikler.....	7
2.1.4.2.3. Nöroanatomi ve Beyin Görüntüleme Çalışmaları.....	8
2.1.4.3. Psikososyal Kuramlar	9
2.1.4.3.1. Psikanalitik Kuram.....	9
2.1.4.3.2. Davranışçı Kuram	9
2.1.4.3.3. Bilişsel Kuram	9
2.1.5. Klinik ve Seyir.....	10

2.1.6. Depresyonun Sınıflandırılması	10
2.2. İntihar	10
2.2.1. Tanım.....	10
2.2.2. Epidemiyoloji	11
2.2.3. Sınıflandırma	11
2.2.4. Risk Etmenleri	12
2.2.4.1. Sosyodemografik Risk Etmenleri	12
2.2.4.2. Psikiyatrik Hastalıklar	14
2.2.4.3. Fiziksel Hastalıklar	14
2.2.4.4. Stresli Yaşam Olayları	14
2.2.4.5. Çocukluk Çağı Travması	15
2.2.4.6. Dini İnanç	15
2.2.4.7. Göç.....	16
2.2.4.8. Önceki İntihar Girişimi.....	16
2.2.4.9. Aile Öyküsü	17
2.2.4.10. İntihar Yöntemi.....	17
2.2.4.11. İntihar Zamanı	18
2.2.4.12. İntihar Yeri.....	18
2.2.4.13. Homisid-Suisid	19
2.2.4.14. Mahkumiyet	19
2.2.4.15. Sosyal İzolasyon	20
2.2.4.16. Sağlık Merkezine Başvuru.....	20
2.2.5. Koruyucu Etmenler	21
2.2.6. İntihar Patofizyolojisi	22
2.2.6.1. Biyolojik Yaklaşımlar.....	22

2.2.6.1.1. Genetik Etmenler	22
2.2.6.1.2. Endokrinolojik Etmenler	23
2.2.6.1.3. Nörokimyasal Etmenler	23
2.2.6.1.4. Nörogörüntüleme	24
2.2.6.2. Psikososyal Etmenler	24
2.3. Bağlanma	25
2.3.1. Tanım	25
2.3.2. Bowlby'nin Bağlanma Kuramı	26
2.3.3. Ainsworth'un Çalışmaları ve Yabancı Durum Deneyi	27
2.3.4. Bağlanma Biçimleri	28
2.3.5. Yetişkinlikte Bağlanma	29
2.3.6. Bağlanma ve Psikopatoloji	29
2.3.6.1. İntihar ve Bağlanma	30
2.4. Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi	31
2.4.1. Tanım	31
2.4.2. Epidemiyoloji	32
2.4.3. Etiyoloji	32
2.4.4. Ayrılma Anksiyetesi ve Psikopatoloji	32
2.4.5.1. Ayrılma Anksiyetesi ve İntihar	33
2.5. Uyku ve Uyanıklık	34
2.5.1. Kronotip ve Kronobiyoloji Kavramı	34
2.5.2. Epidemiyoloji ve Etiyoloji	35
2.5.3. Kronotip ve Psikopatoloji	36
2.5.3.1. Kronotip ve İntihar	36
2.4. Çalışmanın Hipotezleri	37

3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	38
3.1. Hasta Seçimi.....	38
3.2. Çalışmaya Alınma Kriterleri:	38
3.2.1. Hasta Grubunda Çalışmaya Alınma Kriterleri	38
3.2.2. Sağlıklı Kişilerde Çalışmaya Alınma Kriterleri	39
3.3. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri:.....	39
3.3.1. Hasta Grubunda Dışlanma Kriterleri.....	39
3.3.2. Sağlıklı Kişilerde Dışlanma Kriterleri.....	40
3.4. Uygulanan Formlar ve Ölçekler	40
3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu	40
3.4.2. Beck Depresyon Ölçeği.....	40
3.4.3. Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği.....	40
3.4.4. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II (YİYE) (Experiences in Close Relationships; ECR)	41
3.4.5. Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri	41
3.4.6. Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi.....	42
3.4.7. Sabahlılık-Akşamlılık Anketi (MEQ)	42
3.4.8. Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri 1 ve 2 (STAI):	42
3.4.9. Eksen I bozuklukları için DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşme-I (SCID-I).....	43
3.5. İstatiksel Yöntemler	43
4. BULGULAR.....	44
4.1. Örneklemin Sosyodemografik Değişkenler ve Klinik Ölçekler Açısından Karşılaştırılması.....	44

4.2. İntihar Girişimi Olan ve Olmayan Unipolar Major Depresyon Hasta Gruplarında Sosyodemografik ve Klinik Değişkenler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (s=140)	48
4.3. İntihar Girişimi Olan ve Olmayan Unipolar Major Depresyon Hastalarında Depresyon Başlangıç Yaşı ile İlişkili Değişkenlerin Değerlendirilmesi: Mediasyon Analizi (s=140)	51
4.4. İntihar Girişimi Olan ve olmayan Unipolar Major Depresyon Hastalarında Beck Depresyon Ölçeği Skoru ile İlişkili Değişkenlerin Değerlendirilmesi: Mediasyon Analizi (s=140)	53
5. TARTIŞMA	58
5.1. Çalışmaya Katılan Grupların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri	58
5.2. Çalışmaya Katılan Grupların Klinik Ölçekler Açısından Karşılaştırılması ...	60
5.3. MDB Tanılı Hastalarda Çeşitli Sosyodemografik ve Klinik Değişkenler Arasında Korelasyonlar	63
5.4. MDB Tanılı Hastalarda Depresyon Başlangıç yaşı ile Sosyodemografik ve Klinik Değişkenler Arasında Korelasyon ve Mediasyon Analizleri	67
5.5. MDB Tanılı Hastalarda BDÖ skorları ile Sosyodemografik ve Klinik Değişkenler Arasında Korelasyon ve Mediasyon Analizleri	68
6. SONUÇLAR	71
KAYNAKLAR	74
EKLER.....	101
Ek 1. Etik Kurul Onay Formu	101
Ek 2. Sosyodemografik Klinik Veri Formu	102
Ek 3. Beck Depresyon Ölçeği	104
Ek 4. Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği	105
Ek 5. Yakın İlişkide Yaşantılar Envanteri (Experiences in Close Relationships; ECR)	108

Ek 6. Sabahlılık-Akşamlılık Anketi	111
Ek 7. Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri.....	115
Ek 8. Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi.....	117
Ek 9. Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri 1-2 (STAI 1-2)	121



TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa

Tablo 2.1. APA İntihar Tanımları	12
Tablo 4.1. Örneklemin Sosyodemografik Değişkenler Yönünden Karşılaştırılması	45
Tablo 4.2. Örneklemin Sosyodemografik Değişkenler ve Klinik Ölçekler yönünden Karşılaştırılması.....	47
Tablo 4.3. İntihar Girişimi Olan ve Olmayan Unipolar Major Depresyon Hasta Gruplarında Sosyodemografik ve Klinik Değişkenler Arasındaki Korelasyon (s=140)	50
Tablo 4.4. Sabahçıl Akşamcıl Anketinin Depresyon Başlangıç Yaşı Üzerinde Prediktör Etkisinin Bootstrap Mediasyon Analizi ile Değerlendirilmesi.....	52
Tablo 4.5. Lineer Regresyon Analizinde Beck Depresyon Ölçeği Skorları ile İlişkili Değişkenlerin Değerlendirilmesi	54
Tablo 4.6. Sabahçıl Akşamcıl Anketinin Beck Depresyon Ölçeği Üzerinde Prediktör Etkisinin Bootstrap Mediasyon Analizi ile Değerlendirilmesi.....	56
Tablo 4.7. Sabahçıl-Akşamcıl Anketi Aracı Rolünün Model Analizi Özeti.....	57

KISALTMALAR DİZİNİ

5-HTT	: Serotonin taşıyıcı gen
AABE	: Ayrılma Anskiyetesi Belirti Envanteri
ARAS	: Asendan Retiküler Aktive Edici Sistem
BDNF	: Brain Derivated Neurotrophic Factor
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
BİDÖ	: Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği
COMT	: Katekol-o-metiltransferaz
CRH	: Kortikotropin salıverici hormon
DAT	: Dopamin Transporter
DLPFK	: Dorsolateralprefrontal korteks
DMN	: Default Mode Network
DRD4	: Dopamin D4 Reseptörü
DSM-V	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GABA	: Gama amino bütirik asit
HPA	: Hipotalamik-Pituiter-Adrenal Eksen
HPT	: Hipotalamo-Pituiter-Tiroid Eksen
IL-1	: İnterlökin 1
IL-6	: İnterlökin 6
MAO	: Monoamin oksidaz
MDB	: Majör Depresif Bozukluk
Met	: Metionin aminoasidi
NMDA	: N-metil-D-aspartik asit
OFK	: Orbitofrontal korteks

SAA	: Sabahlılık Akşamlılık Anketi
SERT	: Serotonin taşıyıcı protein
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SS	: Standart sapma
TNF-α	: Tümör nekroz faktör alfa
TRH	: Tirotropin salıveren hormon
TSH	: Tiroid stimüle edici hormon
Val	: Valin aminoasidi
VMPCF	: Ventromedial Prefrontal Korteks
YAAA	: Yetişkin Ayrılma Anskiyetesi Anketi
YAAB	: Yetişkin Ayrılma Anskiyetesi Bozukluğu
YİYE	: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri

ÖZET

Unipolar Major Depresif Bozukluk Tanılı Hastalarda Yaşam Boyu İntihar Girişiminin Bağlanma, Ayrılma Anksiyetesi ve Kronotipi ile İlişkisi

Depresif kişilerde yaşam boyu intihar davranışı ilgi çeken bir konu olarak öne çıkmaktadır. Biz bu çalışmada depresif hastaların yaşam boyu intihar davranışı ile ayrılma anksiyetesi, bağlanma ve kronotipin ilişkisini incelemeyi amaçladık. Çalışmanın hipotezi; yaşam boyu intihar girişimi olan MDB hastalarında olmayanlara ve sağlıklı kontrollere göre; ayrılma anksiyetesi, patolojik bağlanma ve akşamcıl kronotip özellikleri daha fazladır ve yaşam boyu intihar girişimi sayısı ile akşamcıl kronotip özellikleri arasındaki ilişkiye ayrılma anksiyetesi ve bağlanma aracılık edebilir şeklindedir.

Çalışmaya, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran hastalardan 18-65 yaş arası, yaşam boyu intihar girişimi olan MDB tanılı 70 hasta ve yaşam boyu intihar girişimi olmayan MDB tanılı 70 hasta ve 70 sağlıklı gönüllü dahil edilmiştir. Tüm katılımcılara Sosyodemografik Veri Formu, Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği (BİDÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Sabahçıl-Akşamcıl Anketi (SAA), Yakın İlişkide Yaşantılar Envanteri (YİYE), Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri (AABE), Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi (YAAA), Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri 1 ve 2 (STAI) uygulanmıştır. Tip-1 hata düzeyi %5 alınmıştır.

Yaşam boyu intihar girişimi olan ve olmayan MDB hastalarının sosyodemografik karşılaştırmasında; toplam eğitim süresi, çalışma durumu, yaşadığı yer ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü dışında anlamlı fark tespit edilememiştir. Klinik özelliklerin karşılaştırılmasında; depresyon başlangıç yaşı intihar girişimi olan grupta olmayan gruba göre daha erken yaşta idi ($p=0.01$). Depresyon atak sayısı ise intihar girişimi olan grupta daha fazlaydı ($p<0.001$). BDÖ ($p<0.001$), BİDÖ ($p<0.001$), YİYE kaygı alt boyutu ($p=0.013$), YAAA ($p=0.023$) skorları intihar girişimi olan grupta intihar girişimi olan grupta olmayan gruba göre daha yüksekti.

Hasta grubunda BDÖ skoru ile depresyon atak sayısı ($p<0.001$) ve intihar girişimi sayısı ($p<0.001$) arasında pozitif yönlü, toplam eğitim süresi ($p<0.05$)

arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. BİDÖ skoru ile toplam eğitim süresi ($p<0.001$) ve depresyon başlangıç yaşı ($p<0.05$) arasında negatif yönlü, depresyon atak sayısı ($p<0.001$), intihar girişimi sayısı ($p<0.001$) ve BDÖ ($p<0.001$) arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

Hasta grubunda YİYE kaçınma alt boyutu skoru ile yaş ($p<0.05$) ve BDÖ skorları ($p<0.05$) arasında pozitif yönlü, toplam eğitim süresi ($p<0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. YİYE kaygı alt boyutu skoru ile ise intihar girişimi sayısı ($p<0.001$), BDÖ ($p<0.05$) ve BİDÖ ($p<0.001$) skorları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

SAA skoru ile yaş ($p<0.001$), toplam eğitim süresi ($p<0.001$) ve depresyon başlangıç yaşı ($p<0.001$) arasında pozitif yönlü, BDÖ ($p<0.001$) ve YİYE kaygı alt boyutu ($p<0.001$) skorları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunurken, SAA ile intihar girişimi sayısı ve BİDÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Yetişkinlerde çocukluk dönemi ayrılma anksiyetesi semptomlarını inceleyen AABE skorları ile yaş ($p<0.001$), depresyon başlangıç yaşı ($p<0.001$) ve SAA skorları ($p<0.001$) arasında negatif yönlü, YİYE kaygı alt boyutu ($p<0.001$) skorları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Yetişkinlik dönemindeki ayrılma anksiyetesi semptomlarını inceleyen YAAA skorları ile ise yaş ($p<0.05$), depresyon başlangıç yaşı ($p<0.001$) ve SAA skorları ($p<0.001$) arasında negatif yönlü; depresyon atak sayısı ($p<0.001$), intihar girişimi sayısı ($p<0.001$), BDÖ ($p<0.001$), BİDÖ ($p<0.001$), YİYE kaygı alt boyutu ($p<0.001$) ve AABE ($p<0.001$) skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

Çalışmamızda yaşam boyu intihar girişimi olan MDB hastalarında depresyon başlangıç yaşının daha erken, depresyon atak sayısının daha fazla ve BDÖ, BİDÖ, YİYE kaygı alt boyutu, YAAA skorlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca akşamcıl özelliklerin intihar girişimi olan ve olmayan gruplar arasındaki farklılıkların belirlenmesinde anlamlı bir gücünün olmadığı bulunmuştur. Hipotezimizin aksine akşamcıl özelliklerin intihar girişimi üzerinde aracı etkisi olmadığı; akşamcıl özelliklerin YAAA skorları ile depresyon başlangıç yaşı ve depresyon şiddeti arasındaki ilişkide kısmi aracı etkisi olduğu bulunmuştur. Bu ilişkilerin bir kısmı

literatürle ile uyumlu olmakla birlikte, bir kısmının yeni verilerle doğrulanması ve desteklenmesi için daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır. Ayrıca, çalışmamızda sosyal jetlag, uyku kalitesi ölçümü yapılmadığından bu varsayımlarımızın ilerideki çalışmalarda bu doğrultuda doğrulanması gerekmektedir

Anahtar Kelimeler: Major Depresif Bozukluk, İntihar, Ayrılma Anksiyetesi, Bağlanma, Kronotip



ABSTRACT

The Relationship Of Lifetime Suicide Attempt With Attachment, Separation Anxiety And Chronotype In Patients With Unipolar Major Depressive Disorder

Life-long suicidal behavior in depressed people stands out as a subject of interest. In this study, we aimed to examine the relationship between lifelong suicidal behavior and separation anxiety, attachment and chronotype in depressed patients. The hypothesis of the study; MDD (Major Depressive Disorder) patients with lifelong suicide attempts compared to those without suicide attempt and healthy controls; Separation anxiety, pathological attachment and eveningness chronotype characteristics are higher and the relationship between lifetime number of suicide attempts and eveningness chronotype characteristics is found to be mediated by separation anxiety and attachment.

In this study, 70 patients aged 18-65 years with a diagnosis of MDD with a lifetime suicide attempt and 70 patients with a diagnosis of MDD without a lifetime suicide attempt and 70 healthy volunteers who applied to the Psychiatry Outpatient Clinic of Aydın Adnan Menderes University were included. Sociodemographic Data Form, Beck Suicidal Ideation Scale, Beck Depression Inventory (BDI), Morningness Eveningness Questionnaire (MEQ), Close Relationship Experiences Inventory, Separation Anxiety Symptom Inventory, Adult Separation Anxiety Questionnaire, State and Trait Anxiety Inventory 1 and 2 . (STAI) were applied to all participants. Type-1 error level was taken 5%.

In the sociodemographic comparison of MDD patients with and without a lifetime suicide attempt; There was no significant difference other than total education period, employment status, place of residence and family history of psychiatric illness. In comparison of clinical variables; the age of onset of depression was earlier in the group with suicide attempt than in the group without suicide attempt (**p=0.01**). The number of depression episodes was higher in the group with suicide attempt (**p<0.001**). BDI (**p<0.001**), Beck Suicidal Ideation Scale (**p<0.001**), Close Relationship Experiences Inventory anxiety sub-dimension (**p=0.013**), Adult

Separation Anxiety Questionnaire (**p=0.023**) scores were higher in the group with suicide attempt.

In the patient group, a statistically significant positive correlation was found between the BDI score and the number of depression episodes (**p<0.001**) and the number of suicide attempts (**p<0.001**), and a negative correlation between the total education period (**p<0.05**). A statistically significant negative correlation was found between the Beck Suicidal Ideation Scale score and total education time (**p<0.001**) and the age of onset of depression (**p<0.05**), and a positive correlation between the number of depression episodes (**p<0.001**), suicide attempts (**p<0.001**) and BDI (**p<0.001**).

In the patient group, there was a positive correlation between the avoidance sub-dimension score of Close Relationship Experiences Inventory and age (**p<0.05**) and BDI scores (**p<0.05**), and a statistically significant negative correlation was found between total education time (**p<0.001**). A positive statistically significant correlation was found between the anxiety sub-dimension score of Close Relationship Experiences Inventory and the number of suicide attempts (**p<0.001**), BDI (**p<0.05**) and Beck Suicidal Ideation Scale (**p<0.001**) scores.

There was a positive correlation between MEQ and BDI score (**p<0.001**), age (**p<0.001**), age of onset of depression (**p<0.001**), total education time (**p<0.001**) and negative correlation between BDI (**p<0.001**), Close Relationship Experiences Inventory anxiety sub-measure (**p<0.001**) scores. While there was no statistically significant relationship between MEQ and the number of suicide attempt, Beck Suicidal Ideation Scale.

A negative and statistically significant relationship was found between SASI, which examines childhood separation anxiety symptoms in adults, and age (**p<0.001**), depression onset age (**p<0.001**) and MEQ scores (**p<0.001**) and a statistically significant positive correlation between the scores of the ECR anxiety sub-dimension (**p<0.001**).

Also, with the adult separation anxiety questionnaire, a negative correlation was found between age (**p<0.05**), depression onset age (**p<0.001**) and MEQ scores (**p<0.001**); a positive and statistically significant relationship and between depression

episodes ($p<0.001$), number of suicide attempts ($p<0.001$), BDI ($p<0.001$), BSS ($p<0.001$), ECR anxiety sub-dimension ($p<0.001$) and SASI ($p<0.001$) scores.

In our study, it was found that the age of onset of depression was earlier, the number of depression episodes was higher, and the BDI, BSS, ECR anxiety sub-dimension and ASA-27 scores were higher in MDD patients who had a lifetime suicide attempt. In addition, it was found that eveningness chronotype characteristics did not have a significant power in determining the differences between groups with and without suicide attempt. Contrary to our hypothesis, eveningness chronotype characteristics do not have a predictive effect on suicide attempt; eveningness chronotype characteristics were found to have a partial mediating effect on the relationship between Adult Separation Anxiety Questionnaire scores with depression onset age and depression severity. While some of these relationships are compatible with the literature, further studies are needed to confirm and support some of them with new data. In addition, social jetlag and sleep quality measurements were not made in our study, these assumptions should be confirmed in future studies accordingly.

Keywords: Major Depressive Disorder, Suicide, Chronotype, Separation Anxiety Disorder, Attachment

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Unipolar Major Depresyon, mutsuzluk, ilgide azalma, aktivitelerden keyif alamama, iştah ve uyku değişiklikleri, huzursuzluk, enerjide azalma ve odaklanmakta güçlük ile karakterize ruhsal bir bozukluktur (1). Hastalığın bilişsel ve duygusal semptomları, sosyal, fiziksel, meslek ve eğitim alanlarında işlevsellikte bozulmaya neden olmaktadır (2).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2008 yılı verilerine göre yeti yitimi nedenleri arasında depresyon üçüncü sıradır ve 2030 yılında birinci sıraya yükselmesi beklenmektedir (3). Yaşam boyu prevalansı %2.6-5.9 arasındadır ve dünya nüfusun %4.4'ünün bu durumdan etkilendiği tahmin edilmektedir (4).

DSÖ'ye göre dünya çapında her yıl yaklaşık 800.000'den fazla kişi intihar sonucu ölmektedir. İntihar, dünyadaki ölümlerin ana nedenlerinden biridir (5). Ulusal Komorbidite Araştırması'nda intihar düşüncesinin yaşam boyu prevalansı %13.5, intihar planının yaşam boyu prevalansı %3.9, intihar girişiminin yaşam boyu prevalansı %4.6 olarak bulunmuştur (6). Bu durum, intihar riskinin daha iyi değerlendirilmesine, tedavi ve önleme çalışmalarına olan ihtiyacı göstermektedir (7).

Psikiyatrik açıdan intihar risk faktörleri (mevcut depresyon, madde kullanım bozuklukları, şizofreni, önceki intihar girişimi gibi), ikincil (psikososyal) ve üçüncül (demografik) risk faktörleri de mevcutsa, intihar girişiminin güçlü öngörücüleridir (8). İntihar olgularında en sık depresyon olmak üzere, %90'ın üzerinde bir ruhsal hastalık bulunmaktadır (9).

Bağlanma, Bowlby'e göre insanların çocuklukta bakım verenleri/ebeveynleri veya erişkinlikte eşleri gibi önemli gördükleri kişilere karşı geliştirdikleri duygusal bağ olarak tanımlanmaktadır. (10). Erişkinlerin bağlanma davranışları, çocuklukta ve gençlikte gösterilen bağlanma davranışlarının bir devamı niteliğinde olduğu kabul edilmektedir (11). Yetişkinlerde yapılan bir çalışmada ebeveynlerin yetersiz bakım vermesinin, erişkinlikte intihar ile ilişkili olduğu ve bağlanmanın etkilerinin sadece ergenlikte değil, erişkinlikte de devam ettiği sonucuna varılmıştır (12).

Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, bu bozukluğun ilk olarak yetişkinlik döneminde de ortaya çıkabileceği ve çocukluk çağı ayrılma anksiyetesinin

yetişkinlikte devam edebileceği belirtilerek DSM V’te tanımlanmıştır. Yetişkinler de çocuklar gibi bağlanma figürlerinden ayrılmayla ilgili yoğun kaygılar yaşayabilirler (13).

Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu tanısı konulan hastalar bağlanma figürlerinden ayrılma ya da ayrılma ihtimali durumlarında aşırı kaygılanmaktadır. Bu nedenle hastalar bağlanma nesnelere sürekli yakın olma ihtiyacı hisseder ve kişilerarası ilişkilerinde önemli kayıplar olabilir ve davranışları olumsuz etkilenebilir (14).

2006 yılında Amerika’da yapılan bir epidemiyolojik araştırmaya göre Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu (YAAB) olan hastalarda, olmayanlara göre, 4 kat fazla duygudurum bozukluğu, 5 kat fazla anksiyete bozukluğu ve 3 kat fazla ilaç kötüye kullanımı olduğu gözlenmiş ve tüm anksiyete bozuklukları için, tekrarlayan atakların ve tedaviye dirençli semptomların daha fazla olmasına neden olduğu ve bu bulguların tüm psikiyatrik hastalıklar için geçerli olabileceği belirtilmiştir (15).

Kronobiyoloji biyolojik aktivitelerin zamansal döngülerini inceleyen bir bilim dalı olup bu değişiklikleri genetik ve fizyolojik faktörlerle açıklar. Kronotip ise kişinin bilişsel ve fiziksel olarak gün içinde en aktif olduğu zaman dilimini ifade eder (16). Bireyin etkinliklerde bulunmak için tercih ettiği zaman aralığını yansıtır. Sabahçıl tip “morningness”, akşamcıl tip “eveningness” ve ara tip şeklinde kategorize edilir. Yapılan çalışmalarda bireylerin yaklaşık %60’ının ara tip, %40’ının sabahçıl ya da akşamcıl tip olduğu bildirilmiştir (17,18).

Araştırmalarla bir sirkadiyen ritim özelliği olarak akşamcıl kronotipteki bireylerin uyku sorunları, depresif semptomlarda ve intihar eğiliminde sabahçıl tiplere göre daha riskli konumda oldukları bildirilmiştir (19).

Depresif kişilerde yaşam boyu intihar davranışı ilgi çeken bir konu olarak öne çıkmaktadır. Biz çalışmamızda depresif hastalarda yaşam boyu intihar davranışı ile ayrılma anksiyetesi, bağlanma ve kronotipin ilişkisini incelemeyi amaçlıyoruz.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Unipolar Major Depresif Bozukluk

2.1.1. Tanım

En sık görülen psikiyatrik hastalıklardan birisi olan Major Depresif Bozukluk (MDB) kişilerin hayat kalitesini düşüren, önemli mortalite ve morbidite nedeni olan bir hastalıktır (20).

Depresyon kelimesinin kökeni Latince “*depressus*”tan yani “alçakta olmak, bastırmak”tan gelmekte ve çökkünlük, işlevsel ve yaşamsal aktivitenin azalması anlamlarında kullanılmaktadır (21). Depresyon hastalarında çökkün duygudurum, neredeyse tüm etkinliklere karşı ilgi yitimi veya zevk alamama, yeme isteği ya da kilo, uyku değişiklikleri, psikomotor retardasyon veya ajitasyon, değersizlik ya da suçluluk duyguları, enerji azlığı, konsantrasyon güçlüğü, yineleyen ölüm ya da kendini öldürme düşünceleri bulunmaktadır (22).

2.1.2. Tarihçe

Eber papirüsünde, Eski Ahit’te Kral Saul’un öyküsünde, antik çağlarda anlatılan hikayelerde, Homeros’un İlyadası’nda Aias(Ajax)’ın intiharı öyküsünde depresyon benzeri tabloların varlığı görülmüştür (23).

Hippokrates (M.Ö. 460-370) uzun süren üzüntüye kara safra anlamına gelen melankoli demiştir. Galen (M.S. 129-216) ise melankoliyi “yaşamdan hoşnutsuzluk, korku hali, başkalarına karşı duyulan nefret” olarak tanımlamıştır. Orta çağda ise İbni Sina (M.S. 980-1037), “Tıbbın İlkeleri” adlı eserinde melankoli, taşkınlık, maniden bahsetmiştir. Beyinde meydana gelen bozulmaların ruhsal hastalığın ortaya çıkmasına neden olduğunu öne sürmüştür (24,25).

Jules Falret 1854’te, dönüşümlü depresyon ve mani yaşayan hastaların durumlarını “*folie circulaire*” olarak adlandırmıştır (1,23). 20. yüzyıl başlarında depresyonu sistematik bir şekilde tanımlayan Kraepelin düşünce ve duygulanımın ayrımını yapmış dementia praecox ve manik depresif hastalığın ayrı hastalıklar olduğunu savunmuştur. Mani ile melankolinin tüm çeşitlerini ele almış;

tekrarladıklarını, birbirlerini takip ettiklerini, bir arada olabileceklerini söylemiştir. Depresyonda esas patolojinin çökkünlük, fiziksel ve zihinsel yavaşlama olduğundan bahsetmiştir. 1957’de ise Leinhard belirtilerin ve hastalık dönemlerinin özelliklerine göre tek ve iki uçlu ayrımını yaparak yeni bir sınıflandırma önermiştir (26).

Gelişen teknoloji ile birlikte elektrofizyolojik çalışmalar, genetik ve biyolojik faktörler ve nörogörüntülemenin etkisiyle tüm bu kategorik sınıflamalar DSM-5 ile günümüze ulaşmıştır.

2.1.3. Epidemiyoloji

MDB, ruhsal bozukluklar arasında en yüksek yaşam boyu yaygınlığa sahip hastalıktır ve yaşam boyu yaygınlığı 2013’te %1.5-19 olarak bildirilmiştir. DSÖ 2008 yılı verilerine göre yeti yitimi nedenleri arasında depresyon üçüncü sıradır ve 2030 yılında birinci sıraya yükselmesi beklenmektedir (3). 2005-2015 yılları arasında ise depresif kişi sayısının %18.4 arttığı ve 2017’de dünyanın %4.4’ünde depresif bozukluk bulunduğu bildirilmektedir (4). 1994-2014 yılları arasında 30 ülkenin dahil edildiği bir meta-analiz çalışmasında depresyonun yaşam boyu yaygınlığı %10.8 olarak bildirilmiştir (27).

1998’de ülkemizde yapılan Ruh Sağlığı Profili Çalışmasına göre yıllık depresif nöbet yaygınlığı kadınlarda %5.4, erkeklerde %2.3, tüm nüfusta %4 olarak bildirilmiştir (28). Yapılan çalışmalarda 25-44 yaşları arasında MDB sıklığının arttığı, kadınlarda MDB sıklığının ve yaygınlığının erkeklerden daha yüksek olduğu ancak yaş aldıkça kadın ve erkek arasındaki farkın azaldığı görülmektedir. Erkeklerin %8-12’si ve kadınların %20-26’sının yaşam boyu bir MDB dönemi yaşadığı bildirilmiştir (21,29).

2.1.4. Etiyoloji

Genetik, biyolojik ve psikososyal etkenlerin birbirleri ile etkileşerek depresyon etiopatogenezinde rol oynadığı düşünülmektedir.

2.1.4.1. Genetik

Aile, evlat edinme ve ikiz çalışmaları sonuçları depresyonda ailesel geçişi göstermektedir. Monozigot ikizlerde MDB riski %40, dizigotlarda ise risk %11 kadar tespit edilmiştir. Depresyon hastalarının birinci derece yakınlarında hastalığın görülme riski genel popülasyona göre 2-3 kat yüksek olup, erken başlangıçlı depresyonda kalıtımın daha fazla rol aldığı düşünülmektedir (30).

Yapılan çalışmalarda insan beyninde serotonin sentezini kontrol eden gendeki (triptofan hidroksilaz) mutasyonlarının ruh hali bozukluklarına yatkınlık oluşturduğu bildirilmiştir. Üzerinde en çok durulan genetik ise SERT geninde gözlenen kısa (s), uzun (l) alel polimorfizmdir ve kısa alel taşıyan bireylerde depresyona yatkınlığın arttığı gösterilmiştir (24,31).

BDNF (Brain Derived Neurotrophic Factor) genetik polimorfizmin depresyon ile ilişkisini araştıran çalışmalarda ise, Val66Met polimorfizmine sahip olan bireylerde BDNF sentez ve salınımının bozulduğu, bunun da strese karşı dayanıklılığın azalmasına neden olduğu ve hem bipolar depresyonla hem de unipolar depresyonla ilişkili olduğu bildirilmiştir (32).

Dopaminerjik sistemde DRD4 ve DAT geninde gözlenen VNTR (variable number of tandem repeat) polimorfizmlerde tutarlı sonuçlar bildirilmiştir (30).

Hayvan çalışmalarında ise DNA metilasyonu ve histon modifikasyonu gibi epigenetik mekanizmaların depresyon benzeri semptomlara neden olabileceğinin gösterilmesinin ardından insanlar ile yapılan çalışmalarda da depresyonda rol oynadığı desteklenmiştir (32).

Yapılan çalışmalarda, depresyonun çok genli karmaşık bir patofizyolojisinin olduğu ve genetik yükü olan bireylerde sosyal stresörler ile depresyon geçirme riskinin arttığı gösterilmiştir (33).

2.1.4.2. Biyolojik Etkenler

2.1.4.2.1. Biyojenik Aminler

Yapılan çalışmalarda duygudurum, agresyon ve ağrı duyusu gibi aktivitelerde görev alan serotonerjik sistemin, duygudurum ve anksiyete bozukluklarında rol oynadığı gösterilmiştir. Tedavide monoamin aktivitesi üzerinden etki eden ilaçların kullanılması bu hipotezin temelini oluşturmaktadır. Serotonin gerilim inhibitörü ilaçların etkinliği ile de depresyonun patogenezinde serotoninin aktivitesine dair kanıtlar güçlenmiştir (34).

Depresyon hastalarının serotoninin bir metaboliti olan 5-hidroksiindolasetik asit (5-HIAA) seviyesinin beyin omurilik sıvısında azaldığı, serotonin aminoasit prekürsörü olan triptofanın ise plazma seviyelerinin de azaldığı gösterilmiş ve dürtüsellik, agresif davranış ve artmış intihar davranışı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (35).

Antihipertansif olan Rezerpin'in santral ve periferik amin deposunda azalmaya yol açarak depresyona neden olması ile depresyon etiolojisinde katekolamin hipotezi öne sürülmüştür. Post-mortem çalışmalarda presinaptik α -2 reseptör yoğunluğunda artma, norepinefrin metabolizmasında düşüklük, tirozin hidroksilaz aktivitesinde artış ve locus ceruleus norepinefrin taşıyıcı yoğunluğundaki azalma ile depresyon ilişkilendirilmiş ve hastalığın etiolojisinde rol oynadığı iddia edilmiştir (36).

Depresyonda dopamin aktivitesinin azaldığını bildiren çalışmalarda ise, bilişsel, motor ve keyif almayla ilgili bazı bozuklukların mezolimbik ve mezokortikal dopamin yollarındaki işlev bozukluğu sonucu ortaya çıktığı düşünülmektedir (37). Özellikle psikomotor retardasyonu olan MDB hastalarında homovalinik asit düzeyinin, beyin omurilik sıvısında düşük olduğu tespit edilmiştir (38).

Santral sinir sisteminde önemli rol üstlenen bir diğer nörotransmitter glutamattır. Glutamat ve NMDA reseptörlerinin beyindeki yaygınlığı ve nöronal hasardaki rolü göz önüne alındığında, sinaptik plastisitede azalma ve hipokampal atrofiye neden olabilen depresyonun tedavisi açısından güncel çalışmalarda ilgi görmektedir (21,26).

Ek olarak histamin, GABA ve asetilkolin gibi nörotransmitterlerin ile depresyonun etiyopatogenezinde rol aldığına dair sonuçlar mevcuttur (26).

2.1.4.2.2. Nöroendokrin ve İnflamatuvar Değişiklikler

Depresyonda prolaktin, melatonin, büyüme hormonu, FSH, LH ve testosteron düzeylerinin ve adrenal ve tiroid bezi işlevlerinin değişiklikleri ile ilgili çok sayıda çalışma bulunmaktadır (39).

Endojen ya da ekzojen hiperkortizolemi ile geri dönüşümlü bir depresif durumun gözlenmesi, HPA ekseninin depresyonun etyolojisindeki önemine işaret etmektedir (40). Yapılan çalışmalar MDB hastalarında hipotalamus-hipofiz-adrenal eksen aktivitesinde artış ile 24 saatlik idrarda serbest kortizol seviyelerinde, plazma kortizol konsantrasyonu ve metabolitlerinde artma ve kortizol salgılanmasında sirkadiyen ritimde bozulma olduğunu bildirmektedir. Tedavi ile depresif semptomların düzelmesi sonrası plazma kortizol konsantrasyonunun normal düzeylere döndüğü gözlemlenmiştir (41).

Depresif hastalarda tiroid eksenindeki değişiklikleri inceleyen bir çalışmada ise artmış tiroid stimüle edici hormon (TSH), subklinik hipotiroidi ve tirotropin salıveren hormon (TRH) uyarımı ile artan TSH düzeyi depresyon ile ilişki bulunmuştur (42).

Depresif hastalarda anti-inflamatuvar ilaçların antidepresan etkileri ve proinflamatuvar interlökin-1 (IL-1), interlökin-6 (IL-6) ve tümör nekroz faktör alfa (TNF- α) gibi belirteçlerin genel popülasyona kıyasla yüksek olması depresyonun inflamatuvar bir bozukluk olabileceği düşüncesini ortaya çıkarmıştır. İnterferon-alfa (INF- α) tedavisi alan hastalarda depresif şikayetlerde artma olduğu belirlenmiştir (43,44).

Melankolik depresyon ve atipik depresyon hastalarında IL-6 ve TNF- α düzeylerinin incelendiği bir çalışmada, IL-6 düzeylerinin melankolik depresyon tanılı hastalarda sağlıklı kontrollerden yüksek olduğu, atipik depresyonlu hastalarda ise anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. TNF- α düzeylerinin ise hem melankolik hem de atipik depresyonu olan hastalarda sağlıklı kontrollerden daha düşük olduğu bildirilmiştir (45).

2.1.4.2.3. Nöroanatomi ve Beyin Görüntüleme Çalışmaları

Depresyonun nöroanatomisine ilişkin yapılan görüntüleme çalışmalarında prefrontal korteks, anterior singulat korteks (ACC), orbitofrontal korteks (OFK), amigdala ve hipokampus gibi birçok farklı frontolimbik beyin bölgelerinde değişiklikler saptanmıştır (26).

Prefrontal korteks hedef temsillerini ve bu hedefe ulaşmak için uygun yanıtları oluşturan yapı olarak görülürken, ACC dikkat ve duygusal girdilerle ilgili entegrasyon noktası olarak tanımlanmıştır. Emosyonel uyarıların işlenmesinde ve kortikal yanıtların koordinasyonunda ise amigdala görev almaktadır. Hipokampus korku koşullanması ve HPA eksen aktivitesinin düzenlenmesinde rol almaktadır. Duygusal ve bağlamsal öğrenme ise hipokampus ve amigdala arasında doğrudan bir bağlantıyla ilişkilendirilmiştir (1).

İşlevsel bağlantısallıkları araştıran çalışmalar ise üç ana işlevsel bağlantıyı işaret etmektedir. Bu nöral ağlardan biri olan varsayılan mod ağı ya da 'default mode network' (DMN), belirli bir eylem sırasında aktivitesinde azalma gözlenirken, dinlenim durumunda aktivitesi artmaktadır. DMN'de depresyonda gözlenen artmış aktivite ve bağlantısallık, düşüncelerle yoğun uğraş ve umutsuzluk ile ilişkili bulunmuştur (46,47).

İkinci ağ ise DLPFK, lateral posterior parietal korteks, ventrolateral prefrontal korteks ve talamusu içine alan santral yürütücü ağıdır. Dikkat, çalışma gibi kognitif işlem gereken durumlarda bu ağın aktivitesi artmaktadır. Depresyon hastalarında santral yürütücü ağda azalmış bağlantısallık gözlenmektedir (48).

Depresyonda adı geçen bir diğer ağ olan çıkıntı ağı (salience network), dorsal anterior singulat korteks, fronto-insular korteks ve amigdalayı içerir. Bu ağ çevresel uyarının tespit edilmesi, filtrelenmesi ve biyolojik önemine karar verilmesinde görev almaktadır. Depresyon hastalarında bu ağın aktivitesinde azalma mevcuttur (49).

2.1.4.3. Psikososyal Kuramlar

2.1.4.3.1. Psikanalitik Kuram

Depresyonun psikanalitik kuramının gelişmesi Sigmund Freud ve Karl Abraham aracılığıyla olmuştur (1).

Freud'un birçok kişi tarafından psikanalitik teorinin temel bir ilkesi olarak kabul edilen depresyon ve onun saldırganlıkla bağlantısı "Yas ve Melankoli" (1917) ile başlamış ve bireyin kayıp nesneyi ona tutunmanın bir yolu olarak içselleştirdiği şeklinde kavramsallaştırılmıştır (50). Yas ve melankolinin kişinin kayıp karşında gelişen farklı tepkileri olduğundan söz etmiştir (51).

Depresyonda içe alım, nesne yitimini yok sayan bir girişim olmakla birlikte sevilen nesneyle birleşme çabasıdır. Nesneyi birleşmeye zorlayan istek, öznenin kendisini cezalandırması ile sonuçlanır (52). Freud'a göre, nesneye karşı agresyon depresyonda özneye dönmektedir. Kayıp nesneye karşı olan saldırgan dürtüler, egoya yönlendirilir ve bu durum suçluluk duygularının temelini oluşturur (53).

2.1.4.3.2. Davranışçı Kuram

1960'lı yıllarda Martin Seligman tarafından öğrenilmiş çaresizlik kavramı ilk kez öne sürülmüştür. Kavram Seligman'ın depresyon modeline göre, olumsuz durumlardan kurtulmak için çabalarının yararsız olacağı inancı olarak tanımlanır (21).

Depresif bireylerde, yetersiz sosyal ilişkiler ve kişilerarası ödüllendirici davranışlara karşı azalan yönelim bireyde olumsuz duyguların gelişmesini kolaylaştırır (54).

2.1.4.3.3. Bilişsel Kuram

Bilişsel terapinin kurucusu olan Aaron T. Beck, depresyonun kişinin kendisi, çevresi ve geleceğiyle ilgili olumsuz yargılardan kaynaklandığını öne sürmüş, duygudurum bozukluğu olarak tanımlanan depresyonu düşünce bozukluğu temelinde üç grup üzerinden kavramsallaştırmıştır: Bilişsel üçlü, şemalar ve düşünce hataları (55).

Şemalar; geçmiş yaşantıların etkisi ile dış dünyadaki uyaranların seçici olarak algılandığı ve bu durumun bireyin çevreyi yorumlamasında etkili olduğunu ifade eder. Düşünce hataları ise depresyondaki kişinin gerçekliğe uygun olmadığı halde inandığı felaketleştirme, kişiselleştirme gibi bilişsel çarpıtmaları içermektedir (55).

2.1.5. Klinik ve Seyir

Depresyon tek ya da ataklar halinde ortaya çıkabilir; tek bir depresyon epizodunda tekrarlama oranı %50-60 civarında iken, üç depresyon epizodu geçirenlerde %90'a kadar ulaşmaktadır. Çalışmalarda uygun şekilde tedavi alanların %30 ile %40'ının tam remisyona ulaştığı (belirtilerin tümüyle ya da tama yakın kaybolduğu), %60 ile %70'inin remisyona ulaşmadığı bildirilmiştir (56).

2.1.6. Depresyonun Sınıflandırılması

DSM, tek depresyon dönemi ve tekrarlayan depresyonları şiddetine göre hafif, orta ve ağır olarak sınıflandırmaktadır. DSM-V'de major depresif bozukluğun hem seyir hem şiddet özellikleri (hafif, orta, ağır, psikotik özellikli, kısmi düzelme, tam düzelme, belirlenmemiş) hem de belirtileri açısından çeşitli belirleyiciler (bunaltılı, karma, melankolik, atipik, mevsimsel, katatonik, duygudurumla uyumlu ve uyumlu olmayan psikotik özellikli ile peripartum başlangıçlı) tanımlanmıştır (57).

2.2. İntihar

2.2.1. Tanım

Kişinin kendi ölümü ya da yaralanmasıyla sonuçlanabilecek eylemleri kendini öldürme düşüncesi ile yapması ya da yapmayı düşünmesi intihar davranışı olarak tanımlanmaktadır (26).

İntihar Arapça bir sözcük olup nhr kökünden gelir, nahr (boğazın alt kısmındaki çukur) ile eş kökenlidir. Fiil çekimi ile intihar sözcüğü oluşmuş ve kendini boğazını keserek ya da boğazından asarak öldürme anlamında kullanılmıştır. Günümüzde ise kendini öldürmenin her türü için kullanılmaktadır (26).

2.2.2. Epidemiyoloji

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünya genelinde yaklaşık her 40 saniyede 1 ve yılda yaklaşık 800.000 kişi intihar sonucu hayatını kaybetmektedir (5).

Gelişmiş olarak sınıflandırılan 10 ülke ve gelişmekte olan olarak sınıflandırılan 11 ülkede yapılan bir çalışmada, ortalama 12 aylık intihar düşüncesi prevalansı %2.0 ve %2.1, intihar girişimi prevalansı %0.3 ve %0.4 olarak saptanmıştır (26). TÜİK verileri ülkemizde 2001 yılında intihar eden 2584 kişi ile 3.97 olan intihar hızının, 2021 yılı için 4158 kişi ile 4.94 olduğu ve intihar hızının giderek arttığını göstermektedir (58).

2.2.3. Sınıflandırma

DSÖ intihar davranışını; intihar düşüncesi, planlama, intihar girişimi ve tamamlanmış intiharlar şeklinde sınıflandırmaktadır. Kişinin kendini öldürmek niyetiyle gerçekleştirdiği ölümle sonuçlanmayan davranışların tümü intihar girişimi olarak isimlendirilmektedir (59).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) ise intihar davranışını; intihar, intihar girişimi, tamamlanmamış intihar girişimi, intihar düşüncesi, intihar niyeti, intihar davranışının ölümcüllüğü ve kasıtlı kendine zarar verme olarak sınıflandırmaktadır (60).

Tablo 2.1. APA İntihar Tanımları

İntihar	Kişinin ölmeyi amaçladığının açık ya da örtülü kanıtı ile birlikte kendini öldürmesidir.
İntihar girişimi	Kişinin ölmeyi amaçladığının açık ya da örtülü kanıtı ile birlikte ölüm ile sonuçlanmayan kendine zarar verici davranışdır.
Tamamlanmamış intihar girişimi	Kişinin ölmeyi amaçladığının ancak fiziksel bir hasar oluşmadan eylemi durdurduğunun açık ya da örtülü kanıtı ile birlikte kendine zarar verme potansiyeli olan davranışdır.
İntihar düşüncesi	Ölmeyi isteme düşünceleridir. İntihar planlarının özgüllüğü ve intihar niyetinin derecesine göre ciddiyeti değişebilir.
İntihar niyeti	Ölmek için kendine zarar verici davranışta bulunma isteğidir.
İntihar davranışının ölümcüllüğü	Bir intihar yöntemi ya da eyleminin yarattığı nesnel hayati tehlikeydir. Tıbbi olarak neyin tehlikeli olduğuna dair kişinin beklentisi ile ölümcüllük ayırdır ve bu ikisi her zaman uyuşmayabilir.
Kasıtlı kendine zarar verme	Ölüm niyeti yoktur ancak kişi isteyerek kendine ağırlı veya yaralayıcı şekilde zarar vermektedir.

2.2.4. Risk Etmenleri

İntihar düşüncesi ve davranışı en önemli psikiyatrik acil durumlar arasında bulunmaktadır. Toplum olumsuz etkileyen, önlenebilir bir sağlık sorunu olması ancak intihar düşüncesi olan hangi hastanın girişimde bulunacağını yüksek özgüllük ve duyarlılıkta öngörülmesinin mümkün olmaması nedeniyle konuya hassasiyet ile yaklaşılmalı ve olası risk etmenlerinin özenle belirlenmesi gerekmektedir. İntihar davranışında risk etmenleri çok boyutlu ve karmaşıktır, muhtemelen farklı etiyolojik yolların son ortak noktasıdır. Bu etmenler biyolojik, psikolojik, psikiyatrik ve sosyal etmenler olarak da sınıflandırılmaktadır. Bunların birbiriyle etkileşimi kişinin intihar riskini arttırırken, koruyucu etmenler intihar riskini azaltmaktadır (61).

2.2.4.1. Sosyodemografik Risk Etmenleri

Cinsiyete göre incelendiğinde, intihar girişimlerinin kadınlarda erkeklerden 2 kat daha sık görüldüğü ancak tamamlanmış intiharların erkeklerde 3 kat daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Tamamlanmış intiharın erkeklerde kadınlardan daha yüksek görülmesinin nedenlerinde; erkeklerin kadınlardan daha az yardım arayışında bulunması, ateşli silah ve ası gibi daha ölümcül yöntemler kullanması ve yardım önerilerini daha az kabul etmesi gibi etkenlerden söz edilmektedir (62).

Farklı cinsel yönelimleri nedeniyle toplumdan ayrıştırılabilen lezbiyen, gey veya biseksüel bireylerde heteroseksüellere göre daha yüksek oranda intihar düşüncesi ve girişimi bildirilmektedir. İntihar düşüncesi ve/veya girişimleri ile cinsel yönelim arasındaki bu ilişki, aile çatışması ve reddedilme, depresyon, alkol ve madde kullanımı gibi diğer risk faktörleriyle kısmen açıklanmaktadır (63).

DSÖ verilerine göre bölgesel farklılıklar görülmekle birlikte intihar riski genel olarak gençlerde ve ileri yaşta daha yüksektir. Ergenlerde görülebilen yüksek intihar hızları umutsuzluk, dürtüsellik, kişiler arası sorun çözmede zorluklar ve sosyal becerilerde eksiklik gibi bir dizi psikososyal işlev bozukluğunun ve alkol ve madde kullanımının ve duygudurum bozukluklarının bu yaşlarda başlaması gibi nedenlerle açıklanmaktadır (64). Yaşlılarda ise eşlik eden hastalıklar nedeniyle intihar girişimleri daha yüksek oranda ölümle sonuçlanabilmektedir. Ayrıca bu yaş grubunda yeme reddi, ilaç uyumsuzlukları gibi pasif intihar girişimleri de görülebilmektedir (61).

Medeni durum ve intihar riski arasındaki ilişki incelendiğinde ise, en yüksek riskin hiç evlenmemişlerde olduğu, dul kalanlar, boşanmışlar ve çocuksuz evlilerin bunu izlediği ve en düşük riskin evli ve çocuklu kişilerde olduğu tespit edilmiştir (65).

Yapılan çalışmalarda intiharın en çok işçi sınıfında görüldüğü, temizlik sektöründe çalışanlarda, makine operatörlerinde, çiftçi ve polislerde de yüksek oranda saptandığı belirlenmiştir (66). Doktorlar arasında psikiyatri ve anestezi uzmanlarında risk daha yüksek saptanmıştır. Bu meslek gruplarının intihar araçlarına ulaşmasının kolay olması, işle ilgili zorlanmaların fazla olması ve yardım arama konusunda isteksiz olmalarının intihar riski artışına katkıda bulunabileceği düşünülmüştür (61).

İşsizlik, ekonomik krizler, ilişki sorunları, toplumsal ve siyasi baskılar gibi sosyoekonomik etmenler de toplumda intihar riskinin artmasına neden olabilmektedir. Epidemiyolojik araştırmalarda, intiharların %78'inin düşük ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerde gerçekleştiği saptanmıştır (58,67).

2.2.4.2. Psikiyatrik Hastalıklar

İntiharın en güçlü risk etmenlerinden birinin psikiyatrik hastalıklar olduğu bilinmektedir. Psikiyatrik sorunları olan kişilerde intihar davranışı ve kendini yaralama riski genel topluma göre oldukça fazladır. Psikolojik otopsi çalışmaları, intihar sonucu ölen kişilerin yaklaşık %90-95'inin intihar sırasında teşhis edilebilir bir psikiyatrik hastalığa sahip olduğunu vurgulamaktadır (68).

İntihar ile ilişkili psikiyatrik hastalıklar arasında depresyon, bipolar bozukluk, madde kullanımı ve psikoz en ilişkili risk faktörlerini oluşturmakla birlikte anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları, yeme bozuklukları ve travma ile ilişkili bozukluklarda da doğal olmayan ölüm nedenlerinin önemli ölçüde arttığı gösterilmiştir (69).

2.2.4.3. Fiziksel Hastalıklar

İntihar edenlerin yaklaşık %5'inde intihar sırasında önemli bir bedensel hastalık olduğu, bu oranın geriatrik hasta grubunda %70lere çıkabildiği ve sosyal desteğin zayıf, hastalığın ağır olduğu durumlarda riskin daha da arttığı gösterilmiştir (70).

Yapılan çalışmalarda Huntington hastalığı, Sistemik Lupus Eritematozus, Multiple Skleroz, AIDS, kanserler, kronik böbrek yetmezliği, kronik obstrüktif akciğer hastalığı intihar riskinin yüksek olduğu tablolar arasında belirtilmiştir. Ayrıca kronik hastalıkların tedavisinde kullanılan interferon- α gibi ilaçların da depresyona neden olarak intihar riskini artırabileceği belirtilmiştir (71,72).

Kronik ağrının umutsuzluğa yol açarak intihar riskini arttırdığı ve ataklarla seyreden Küme tipi baş ağrısı olgularında atak sırasında intihar davranışı sıklığının arttığı gösterilmiştir (73). Yapılan çalışmalarda kronik ağrı şikayeti olan kişilerde, geçmeyen ağrıların ölüm yoluyla kurtulma isteği doğurarak intihar riskinde artışa yol açabileceği bildirilmiştir (74).

2.2.4.4. Stresli Yaşam Olayları

İntihar girişimine yatkın bireylerde olumsuz yaşam olaylarının ve kişilerarası çatışmaların intihara zemin hazırlayabileceği bilinmektedir. Çalışmalar intihar

edenlerin önemli bir kısmının intihardan önceki bir yıl içerisinde en az bir kez olumsuz yaşam olayı yaşadığını göstermektedir (75).

Finlandiya’da yapılan intihar olgularının son 3 aydaki güncel yaşam olaylarının ve sosyal desteklerinin araştırıldığı bir çalışmada, intiharların %80’inde güncel yaşam olayı bildirilmiştir. En yaygın yaşam olayları iş sorunları (%28), aile uyumsuzluğu (%23), somatik hastalık (%22), maddi sıkıntı (%18), işsizlik (%16), ayrılık (%14), ölüm (%13) ve aile içinde hastalık (%12) olarak sıralanmıştır(76). Japonya’da yapılan bir çalışmada ise aşırı iş yükü, ilişki sorunları, bedensel/ruhsal hastalıklar ve fakirlik gibi zorlayıcı yaşam olaylarının cinsiyetten bağımsız olarak intihar riskinde artışa neden olduğu gösterilmiştir (77).

2.2.4.5. Çocukluk Çağı Travması

Yapılan bir çalışmada ailede intihar davranışında bulunan birinin varlığı ve çocukluk çağı travması öyküsü birlikte görülen kişilerde intihar riskinin arttığı, ayrıca daha erken ve çok sayıda intihar girişiminde bulunma ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (78).

Barbosa ve ekibinin, çocukluk çağı travmalarının genç bireylerdeki intihar düşüncesi ve davranışına etkisini incelediği çalışmada, tüm travma türlerinde intihar riskinin arttığı gösterilmiştir. İntihar riskini duygusal ihmal 3.7, fiziksel ihmal 2.8, cinsel istismar 3.4, fiziksel istismar 3.1 ve duygusal istismar 6.6 kat artırmaktadır (79).

2.2.4.6. Dini İnanç

Dini inancın; sosyal destek sağladığı, umutsuzluğu azalttığı ve yaşamdaki olumsuz olaylarla baş etmeyi kolaylaştırdığı ileri sürülmektedir(80). Yapılan çalışmalarda dindar olmanın ve dini aktivitelere katılmanın düşük intihar riski ile ilişkili olduğu saptanmıştır (81).

2.2.4.7. Göç

Göçmenliğin sosyal entegrasyonu azalttığı, boşanma oranlarını, işsizliği, alkol ve madde kullanımını arttırdığı ve önemli bir stres kaynağı olduğu bilinmektedir (82).

Ülkemizde yapılan intihar riskinin ve psikososyal etmenlerle ilişkisini inceleyen bir çalışmada intihar grubunda son 5 yıl içerisinde göç etmiş olanların oranı %19.1 ile kontrol grubundan yaklaşık 10 kat yüksek olarak tespit edilmiştir. Aynı çalışmada intihar grubunda sosyal güvencesi olmayanların oranı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Göç durumu ve sosyal güvence sistemindeki eksikliklerin intihar davranışı için riski artıran etmenler olduğu bildirilmiştir (83).

2.2.4.8. Önceki İntihar Girişimi

Yapılan çalışmalarda, önceki intihar girişimi öyküsü tamamlanmış intihar açısından en güçlü risk etmeni olarak bildirilmiştir. Bostwick ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, 1490 intihar girişimi olgusu incelenmiş ve 81 hastanın (%5.4) intihar nedeniyle öldüğü, ölen 81 kişinin %33'ünün ilk intihar girişimini takip eden bir yıl içerisindeki intihar girişimi nedeniyle öldüğü belirtilmiştir (84).

Yapılan çalışmalarda tamamlanmış intihar için 10-40 kez ölümcül olmayan intihar girişimi olduğu ve intihar girişimi olan kişilerin tekrarlama riskinin %30 olduğu bildirilmektedir (85).

İlk intihar girişimi ve çoklu intihar girişimleri arasındaki farkları araştıran bir çalışmada, çoklu intihar girişiminde bulunan hastaların daha genç, bekar olduğu, kişilerarası ilişkilerde daha fazla çatışma yaşadığı, daha şiddetli psikopatoloji ve intihar eğilimine sahip olduğu gösterilmiştir. İntihar girişiminden önceki yılda işlevsellik düzeyinin yüksek olması çoklu intihar girişimlerine karşı koruyucu faktör olarak belirlenmiştir (86).

Tamamlanmamış intihar girişimi öyküsünün incelendiği bir araştırmada, bir grup katılımcının gerçekleştirdikleri intihar girişimlerini ifade ettikleri halde, vazgeçilen ya da durdurulan intihar girişimlerinden bahsetmedikleri tespit edilmiştir. Ayrıca tamamlanmamış intihar girişimi öyküsü olanlar ile gerçekleştirilmiş intihar girişimi öyküsü olanlar arasında klinik olarak anlamlı çok az fark olduğu

gözlendiğinden, intihar riski değerlendirmesinde bu alt gruplara da önem verilmesi gerektiği belirtilmiştir (87).

2.2.4.9. Aile Öyküsü

Aile bireylerinde intihar öyküsü psikiyatrik hastalıktan bağımsız olarak intihar riskini arttırmaktadır (88). Ebeveyn intihar girişimlerinin çocuklara etkilerine dair yayınlanan bir derlemede, bu girişimlerin düşük eğitim performansı, uyuşturucu kullanımı ve suç unsuru oluşturan davranışlar açısından yüksek risk oluşturduğu ifade edilmiştir (89). Hawton ve arkadaşlarının yaptığı ebeveyn intihar girişimi ile çocuk istismarı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmada ise intihar girişiminde bulunan annelerin çocuklarının istismar açısından yüksek riske sahip olduğu bildirilmiştir (90).

2.2.4.10. İntihar Yöntemi

Gelişmiş ülkelerde tamamlanmış intiharlarda birinci sırada ateşli silahların kullanıldığı, bunu kadınlarda intoksikasyonun ve erkeklerde asının izlediği bildirilmiştir (91). Ateşli silahlara ulaşabilen kişilerde tamamlanmış intihar riskinin ulaşamayanlara göre 3 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (92). Gelişmekte olan ülkelerde tamamlanmış intiharlarda ise genellikle tarım ilaçlarının kullanıldığı bildirilmiştir (93).

TÜİK 2021 yılı verilerine göre ise ölümle sonuçlanan intiharlarda en sık kullanılan yöntemin % 48.7 ile ası olduğu ve bunu ateşli silahlar (% 26.3), yüksekten atlama (% 12.5) ve intoksikasyon (% 4.7) izlediği belirtilmiştir (58). Norveç'te yapılan 43 yıllık bir izlem çalışmasında ise tamamlanmış intiharlarda en sık kullanılan yöntemlerin ası, zehirlenme ve ateşli silahlar olduğu gösterilmiştir (94). Yapılan çalışmalar intihar yönteminin kültürlere ve toplumlara göre değişiklik gösterebileceğini vurgulamaktadır (95).

İntihar yöntemi ile ilişkili etmenlerin incelendiği bir çalışmada, ölümcüllüğü yüksek yöntemlerin seçilmesi ile erkek cinsiyet, ileri yaş ve komorbid tıbbi hastalık ilişkili bulunurken, psikiyatrik hastalık öyküsünün ölümcüllüğü düşük yöntemlerle ilişkili olduğu gösterilmiştir (96). Joiner ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada

intihar girişimi olan ve intihar sonucu ölen kişilerin intihar notları incelenmiş ve kişinin kendisini çevresindekilere yük olarak algılamasının (algılanan külfetlilik) daha ölümcül yöntemlerle ilişkili olduğu belirtilmiştir (97).

2.2.4.11. İntihar Zamanı

İntihar riskinin yılın belirli ayları, günleri veya günün belirli saatleri ile ilişkisini inceleyen çalışmalar bulunmaktadır. Bir çalışmada, senenin başından haziran ayına kadar intihar sayılarında artış, senenin sonuna doğru azalma olduğu tespit edilmiştir. Bahar aylarında insanların sıcaklık değişimine uyum sağlamakta zorlandıkları, günışığı süresinin intiharın yıllık dağılımında belirleyici olduğu gözlemlenmiştir. İntiharın daha çok haftanın ilk iş günü olan pazartesi günü, en az hafta sonu gerçekleştiği belirlenmiştir (98).

Literatürde intihar girişimi ve sirkadiyen ritim arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda farklı sonuçlar bildirilmiştir. Japonya'da yapılan bir çalışmada intiharın en sık sabahın erken saatlerinde yaşandığı, İtalya'da yapılan bir çalışmada intiharın en sık 08:30-12:30 saatleri arasında yaşandığı bildirilmiştir (99,100). Duygudurum bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları olan hastalarda yapılan bir çalışmada ise intihar davranışı nedeniyle sağlık merkezlerine başvurma eğiliminin en sık akşam geç saatlerde ve gece yarısı civarında olduğu bildirilmiştir (101).

2.2.4.12. İntihar Yeri

Evde gerçekleştirilen intihar girişimlerinin daha güçlü intihar niyeti ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Evde gerçekleştirilmiş ve ölümlü sonuçlanan intihar girişimlerine tanık olan aile üyeleri için de intihar riskinin artabileceği belirlenmiştir. İleri yaş, kadın olmak, dul/ayrı yaşamak, yüksek eğitilmiş olmak ve kentsel alanda yaşamak ev intiharları için yüksek risk taşıyan gruplar arasında bulunmuştur (102).

Japonya'da yapılan bir çalışmada yatarak tedavi görmüş olan psikiyatri hastalarında ayaktan tedavi gören psikiyatri hastalarına göre daha yüksek intihar riski olduğu ve intihar girişiminin çoğunlukla psikiyatri servislerinde yatıştan sonraki ilk günlerde gerçekleştiği belirtilmiştir. Yatış sırasında intihar girişiminde bulunan hastalarda ise en yaygın tanıların duygudurum bozukluğu (%41.8) ve şizofreni

(%36.4) olduğu gösterilmiştir (103). Hastanede gerçekleşen tamamlanmış intiharları 14 yıl boyunca retrospektif olarak incelediği bir çalışmada da en sık tanılar şizofreni ve duygudurum bozukluğu olarak belirtilmiştir (104).

Chung ve arkadaşlarının yayınladığı meta-analizde, intihar girişimi nedeniyle yatış yapılmış olanlarda taburculuktan sonra ilk bir aylık süreçte intihar girişimi riskinin özellikle yüksek olduğu belirlenmiştir (105). Erken dönemde risk daha yüksek olmasına rağmen, riskin uzun yıllar boyunca devam ettiği ve intihar girişiminde bulunan hastaların uzun dönem izlenmesinin önemli olduğu vurgulanmaktadır (106).

2.2.4.13. Homisid-Suisid

Homisid-suisid, kişinin bir veya daha fazla kişiyi öldürdükten kısa bir süre sonra intihar etmesi olgusudur. Homisidi izleyen intiharın genellikle sonraki 24 saat içinde gerçekleştiği bildirilmiştir. Bu konuda hazırlanan bir derlemeye göre suç işleyenlerin genelde erkek, kurbanlarının ise kadın olduğu, suç işleyenlerin arasında en sık tanının depresyon olduğu, suç sebebinin genellikle kıskançlık olduğu gözlenmiştir. Bunun dışında depresif veya psikotik annenin çocuğunu öldürmesi, AIDS ile ilişkili partnerin öldürülmesi ve intihar edilmesi, bütün bir aileyi öldürdükten sonra veya kitlesel cinayet sonrası intihar edilmesi gibi şekillerde de homisid-suisid olguları bildirilmiştir (107).

2.2.4.14. Mahkumiyet

İngiltere’de cezaevlerinde yapılan bir epidemiyolojik araştırmada erkek tutuklularda genel nüfusa göre intihar riskinin 3-6 kat arttığı, kadın tutuklularda ise bu riskin daha yüksek olduğu saptanmıştır (108). Mahkumlarda intiharlarla ilişkili faktörleri inceleyen bir çalışmada, erkek cinsiyet, evli olma, alkol kullanım bozukluğu öyküsü, beyaz ırktan olma, tek kişilik hücrede kalma, ömür boyu hapis cezası, intihar girişimi öyküsü ve psikiyatrik bozukluğun olması intiharla ilişkili risk etmenleri olarak gözlenmiştir (109).

Fazel ve arkadaşlarının 12 ülkeden 22790 tutukluyu inceledikleri derlemede erkeklerin %65’inde kişilik bozukluğu (%47’si antisosyal kişilik bozukluğu),

%10'ununda majör depresyon, %3.7'sinde psikotik bozukluk; kadınların ise %42'sinde kişilik bozukluğu (%21'inde antisosyal kişilik bozukluğu), %12'sinde majör depresyon, %4'ünde psikotik bozukluk saptanmıştır. Ayrıca önemli oranda anksiyete bozukluğu, organik bozukluklar, travmatik beyin hasarı, intihar davranışları, travmatik yaşantılardan kaynaklanan problemler, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, mental retardasyon, Asperger sendromu tespit edilmiştir. Madde kullanım bozukluklarının sıklıkla depresyon ya da psikoza komorbid olarak bulunduğu gösterilmiştir (110).

2.2.4.15. Sosyal İzolasyon

Yapılan çalışmalarda yalnız yaşama ve sosyal yalıtılmışlığın intihar için risk faktörleri olduğu belirlenmiştir. Bir psikolojik ihtiyaç olan sosyal bağ kurma aidiyet ihtiyacı olarak tanımlanmış, duygusal ve bilişsel süreçler üzerinde güçlü etkileri olduğu gösterilmiştir (111).

2.2.4.16. Sağlık Merkezine Başvuru

İntihar öncesi dönemde hastaların %75'inin en sık birinci basamak sağlık merkezleri olmak üzere tedavi merkezlerine başvurduğu, ayrıca intihar düşüncesine sahip kronik fiziksel ve ruhsal sağlık sorunları olan hastaların birden fazla merkezden yardım aradıkları gözlenmiştir. Avustralya'da yapılan ve intihar öncesi yardım arayışında bulunanları inceleyen bir çalışmada, hastaneye başvuranların intihar niyetlerinin telefonla yardım arayanlardan daha yüksek oldukları bildirilmiştir (112).

İntihardan bir yıl önce alınan sağlık hizmetlerinin incelendiği bir çalışmada, intihar nedeniyle ölenlerin %83'ünün son bir yıl içinde sağlık kurumlarına başvuru yaptığı; özellikle şiddet içerikli olmayan yöntem kullananların, kadınların ve 65 yaş üstü hastaların son bir yıl içinde başvurma olasılıklarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir (113).

44 çalışmanın sistematik incelemesinin yapıldığı bir derlemede, intihar nedeniyle ölen hastaların son bir yıl içinde birinci basamak sağlık kurumuna veya psikiyatri merkezine olan başvuruları incelenmiştir. Hastaların %80'inin son bir yıl içinde birinci basamak sağlık hizmetine başvurduğu, son bir ay için bu oranın %44

olduğu tespit edilmiştir. Son bir yılda psikiyatri merkezine başvuru oranı %31, yaşam boyu başvuru oranı ise %57 olarak bulunmuştur. Kadınların ve 50 yaş üzeri hastaların intihar öncesi hastaneye başvurusunun daha fazla olduğu saptanmıştır (114).

Poliklinik başvurusu sonrası gelişen intihar girişimlerini öngörmeye yönelik yapılan güncel bir çalışmada, yaklaşık 3 milyon hastanın sağlık kayıtları incelenmiş ve intihar girişiminde bulunanların %43'ünün ve intihar nedeniyle ölenlerin %48'inin psikiyatrik muayenede en yüksek risk skoruna sahip olan %5'lik kısımdakiler arasından olduğu tespit edilmiştir. En yüksek risk skoruna sahip olan %5'lik kısımda yer alan hastaların ise muayeneden sonraki 90 gün içerisinde %5.4'ünün intihar girişiminde bulunup %0.26'sının intihar nedeniyle öldüğü tespit edilmiştir. Potansiyel öngörücüler; önceki intihar girişimi, hali hazırdaki psikiyatrik durum, madde kullanımı, tıbbi tanı, psikiyatrik tanı ve tedavi, acil başvurusu veya servis yatışı ve rutin olarak uygulanan depresyon ölçeklerinde yüksek puan alma olarak sıralanmıştır. Bu çalışmaya göre, hem geçmiş sağlık kayıtlarını hem güncel ölçek skorlarını bir arada değerlendiren öngörme yöntemleri klasik ölçekle değerlendirme yöntemlerine göre daha üstün bulunmuştur (115).

2.2.5. Koruyucu Etmenler

Koruyucu etmenler intihar riskini azaltan kişinin hayatın getirdiği zorluklar ve stresle baş etme becerisini arttırdığı düşünülen etmenlerdir. Aile ve sosyal desteğin olması, 18 yaşından küçük çocuğu olma, gebelik, intihara karşı olumsuz tutum, içinde yaşadığı kültür, bağlı olduğu manevi değerlerin intihara karşı olumsuz olması koruyucu etmenlerdendir. İntiharı önleme çalışmalarında koruyucu etmenlerin güçlendirilmesi ve değiştirilebilir risk etmenlerinin azaltılması amaçlanmaktadır (61).

Tayvan'da yapılan bir çalışmada yaşamda zorluklarla karşılaşan kişilerin intihara teşebbüs etmemeleri, intiharı düşünmemeleri hayatından memnun olduğu, intiharın sorunları çözmeyeceği, çocuklarını küçük düşürme korkusu, dini inançlar, doğa ile uyum içinde yaşama temalarıyla açıklanmış ve iyimserlik, sosyal çevreye karşı sorumluluk ve sevgi, doğaya ve hayata bağlılık, ahlaki ve dinsel engeller,

intihardan ve kötü sonuçlarından korkma ve ölüm korkusu insanları yaşama bağlayan nedenler olarak bildirilmiştir (116).

2.2.6. İntihar Patofizyolojisi

2.2.6.1. Biyolojik Yaklaşımlar

2.2.6.1.1. Genetik Etmenler

Geniş örnekleme sahip ikizi ve evlat edinme çalışmaları intiharın kalıtılabilirlik oranını %30-50 arasında olduğu göstermiştir (117). İkiz çalışmalarına göre hem tamamlanmış intihar hem de intihar girişimi riskinin monozigot ikizlerde dizigot ikizlere göre anlamlı derecede daha fazla uyum gösterdiği bulunmuştur (118).

Yetişkin bir kardeşin ölümü ile kayıptan sonra hayatta kalan kardeşleri 18 yıla kadar inceleyen bir araştırmada; diğer kardeşin intihar etme riskinin kadınlarda 3,19 (%95 GA 1,23 ile 8,25) ve erkeklerde 2,44 (%95 GA 1,34 ile 4,45) kat arttığı gösterilmiştir (119).

Duygudurum bozukluğu olan hastalarda yapılan bir çalışmada; intihar girişiminde bulunan ebeveynlerin çocuklarında riskin, intihar girişiminde bulunmamış duygudurum bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarına kıyasla 6 kat arttığı gösterilmiştir (120). İleri baba yaşının, spermatogenez sırasında mutasyon riskini artırması nedeniyle kişinin çocuklarında bazı psikiyatrik hastalıklarla birlikte intihar riskinin de arttırabileceği gösterilmiştir (121).

İntiharla ilişkili genler arasında serotonin taşıyıcı genin kısa (s) alelinin üzerinde durulmaktadır. Serotonin taşıyıcı genin homozigot (s/s) genotip sıklığı ile intihar girişimi sayısının ilişkili olduğu ve bu hastalarda dürtüselliğin de anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür (122). İntihar davranışı ile ilgili olarak araştırılan diğer genler serotonin reseptör genleri (HTR1A, HTR2, HTR1B, HTR2C) triptofan hidroksilaz genleri (TPH1, TPH2) ve monoaminoksidaz A genidir(123). Serotonin biyosentezindeki hız sınırlayıcı enzim olan triptofan hidroksilaz enzimini kodlayan genin A128C ve A218C polimorfizmleri ile tamamlanmış intihar riskinde artışı ilişkilendiren çalışmalar bulunmaktadır (124). Ayrıca 5HTT geninde olan

polimorfizmlerin ölümcüllüğü yüksek ve tekrarlanan intihar davranışıyla ilişkili olduğu saptanmıştır (125).

Bunun yanında 5HTTLPR (17. Kromozomdaki 5HTT geniyle ilgili promoter polimorfizmi), MAOA ve HTR2A genlerindeki polimorfizmin stresli yaşam olayları ile ilgili olarak daha fazla depresif semptomlara ve intihar eğilimine sebep olabileceği tespit edilmiştir (126).

2.2.6.1.2. Endokrinolojik Etmenler

HPA ekseninde bozulmanın emosyonel dengesizlik, dürtüsellik ve saldırganlık gibi davranışsal sorunlarla ilgili olduğu düşünülmektedir. Literatürde, tamamlanmış intihar riski yüksek olan bireylerde deksametazon supresyon testinde kortizol yanıtında baskılanma olmadığını gösteren çalışmalar mevcuttur (127).

İntihar girişimi sonrası psikiyatri kliniğine başvuran 51 hastanın incelendiği bir çalışmada intihar girişimi sonrası total kolesterol düzeyi ölçülmüş ve sağlıklı kontrollere oranla psikopatolojinin ciddiyetinden bağımsız olarak daha düşük düzeyde olduğu saptanmıştır (128).

İntihar davranışı öyküsü bulunan ve hiç intihar girişiminde bulunmamış majör depresyon tanılı hastaların karşılaştırıldığı bir çalışmada ise apomorfine büyüme hormonunun yanıtının intihar davranışı öyküsü bulunan hastalarda önemli ölçüde düşük olduğu gösterilmiştir (129).

HPA eksen patolojisinin şiddeti ile psikopatoloji ve intihar girişimi şiddetinin ilişkili olduğu düşünülmektedir. İntihar girişimi olan bireylerde fenfluramin uygulamasına serotonin salınımındaki ve prolaktin düzeyindeki yanıtın kontrol edildiği bir çalışmada, prolaktin yanıtındaki küntleşmenin psikiyatrik tanıdan bağımsız olarak intihar girişimi ile ilişkili olduğu saptanmıştır (130).

2.2.6.1.3. Nörokimyasal Etmenler

İntihar davranışında merkezi sinir sisteminde hiposerotonerjik durum olduğu düşünülmektedir. Postmortem çalışmalarda beyin omurilik sıvısında serotonin metaboliti 5HIAA düzeylerinin düşük olduğu, 5HT_{2a} reseptörlerinin ise hipokampus ve prefrontal kortekste arttığı gösterilmiştir (131).

Nörogenez, nöral plastisite ve rejenerasyon gibi çeşitli biyolojik süreçlerde yer alan BDNF'nin ise intihar, stres, depresyon ile arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların sonuçları çelişkilidir (132).

Güncel araştırmalarda, poliamin katabolizmasında hız kısıtlayıcı enzim olan spermidine/spermine N-1 asetiltransferaz (SAT1) üzerinde durulmaktadır. SAT1, stres yanıtını düzenleyen bir enzimdir. Postmortem çalışmalarda intihar eden bipolar bozukluk ve depresyon hastalarında SAT1 geninin düşük ekspresyonu bulunmuştur (133).

İntihar girişiminde bulunanlarda IL-6'nın plazma ve beyin omurilik sıvısı (BOS) düzeylerinin incelendiği bir çalışmada ise yüksek plazma IL-6 seviyelerinin şiddetli intihar girişimi, dürtüsellik ve dışadönüklük ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (134).

2.2.6.1.4. Nörogörüntüleme

Nörogörüntüleme çalışmalarında; intihar davranışı öyküsü olan bireylerde anterior ve posterior singulat korteks aktivitesinde artma, rektal girus, superior ve temporal girus ve kaudat nükleus hacminde ise azalma bildirilmiştir (135).

İntihar girişiminde bulunan yetişkinlerde yapılan işlevsel ve yapısal nörogörüntüleme çalışmaları, kontrollerle karşılaştırıldığında kortikal bölgelerde belirgin gri madde hacmi anormalliklerinin yanı sıra prefrontal korteks ve dorsal anterior singulat girus nöral devre farklılıklarını ortaya koymaktadır. İntihar girişimi öyküsü olan ergenlerde yapılan fonksiyonel nörogörüntüleme çalışmaları, sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında kızgın yüzlere bakarken dikkat ve ilgi ağlarında dorsal anterior singulat girus ile insular korteks arasında fonksiyonel bağlantının azalmış olduğunu göstermektedir. İntihar girişimi olan ergenlerde yapılan çalışmalarda ise negatif uyaranlara dikkatin arttığı, duygusal uyaran olmadığında bu anormalliklerin gözlenmediği saptanmıştır (136).

2.2.6.2. Psikososyal Etmenler

Freud 'Yas ve Melankoli' isimli eserinde depresyon ve intiharı psikanalitik yönden incelemiş ve sevgi nesnesinin yitimi ile başladığını ileri sürmüştür (137).

Henseler, intiharı narsistik bir çatışmanın sonucu olarak gördüğünü belirtmiştir. Kişinin baş edemeyeceği yalnızlık, terk edilmişlik ve çaresizlikten korktuğunu, bu gibi durumlarla karşılaştığında daha ilkel savunma düzeneklerini kullandığını belirtmiştir. Narsistik yaralanma yaşayan kişinin intiharı sorunlarına çözüm olarak gördüğü ve ölümü dinginlik olarak algıladığı ileri sürülmüştür (138).

Fransız sosyolog Emile Durkheim ise bireysel bir olgu olan intiharı toplumsal bir olay olarak ele almıştır. Durkheim; bireyin ait olduğu aile, toplum ve din tarafından korunamamış olduğu durumlardan kaynaklanan egoistik (bencil) intiharlar, toplumla aşırı bütünleşmenin ve bireyleşmedeki yetersizliğin getirdiği alturistik intiharlar ve aşına olunan normların kaybına yol açan toplumdaki hızlı değişimden kaynaklanan anomik intiharlar olarak sınıflandırmıştır (139).

Mann ve arkadaşları yaptıkları çalışma ile intihar riskinin yalnızca psikiyatrik bir hastalık tarafından değil, aynı zamanda bir yatkınlık tarafından da belirlendiği bir stres-diatez modelini önermişlerdir. Diatezin (yatkınlık) kişide kalıcı bir özellik olarak bulunduğu; büyüme dönemindeki erken deneyimler, zorlu çocukluk yaşantıları, genetik etkenler, karamsarlık, agresyon, alkol/madde kullanımı, komorbid sınır kişilik bozukluğu, ailede intihar öyküsü varlığı gibi geniş bir yelpazedeki etkenleri içerdiği belirtilmiştir (140).

Stres-diatez modeline göre ilk intihar girişiminde ölen kişilerin intihara daha yatkın olduğu, bu kişilerde daha az miktarda stresörle intiharın tetiklenebileceği düşünülmektedir (141).

Bilişsel yaklaşım kuramcılarından Beck ise, depresyondaki umutsuzluk ve çaresizlik ile intihar arasındaki ilişkiyi vurgulamıştır. İntihar davranışının, bilişsel çarpıtmaların etkisi ile çaresiz, değersiz olduğu, çevresinden yeterli destek alamadığı ve geleceğin umutsuz olduğu düşünceleri ile olduğunu belirtmiştir (142).

2.3. Bağlanma

2.3.1. Tanım

Bağlanma, insanın yaşamında önemli olan ‘öteki’lere karşı geliştirdiği duygusal bir bağ olarak tanımlanır. Bowlby 1950’li yıllarda bu alanda oluşan bilgi

birikimiyle bağlanma kuramını oluşturmuştur. Temel fikirleri psikodinamik birikimden alsa da bunları deney ve gözlemlerle şekillendirerek literatüre katmıştır. Bowlby'ye göre kurulan bu bağ “beşikten mezara” insan davranışının önemli bir parçasını oluşturur ve yaşam boyunca aynı kaldığı düşünülmektedir (143).

2.3.2. Bowlby'nin Bağlanma Kuramı

Bowlby bağlanma kuramını, “insanların belirli ötekilerle güçlü duygusal bağlar kurma eğilimini kavramsallaştırmanın ve birçok duygusal sıkıntı ve kişilik bozukluğu biçimlerini açıklamanın bir yolu” olarak tanımlar (144).

Bowlby'ye göre, bebek beslenmeden bağımsız olarak bakım verene ihtiyaç duyar, onunla fiziksel yakınlık kurmayı ve bu yakınlığı korumayı amaçlar. Fiziksel yakınlığı korumaya herhangi bir engel kaygı ile sonuçlanır ve yakınlık tekrar kurulana dek sürecek olan “yakınlık arama davranışlarını” (ağlama, hareket etme gibi) başlatır. Yakınlığın sağlanıp korunması ise güvenlik, rahatlama ve sevgi duyumlarına yol açarak çevreyi keşfetme davranışına olanak sağlar (145).

Bağlanmanın üç temel özelliği ve işlevi olduğu söylenebilir:

- Yakınlığı koruma
- Güvenli üs (secure base)
- Güvenlikli bölge (safe haven)

Güvenli üs bebeğin dünyayı keşfetmek için bir üs olarak kullandığı kişiyi; güvenlikli bölge ise rahatlama, destek, yeniden güven sağlamak için dönülen kişiyi temsil eder (146).

Bu temsiller, sosyal ilişkinin kalitesine, özellikle de bağlanma figürünün bebeğin ipuçlarına duyarlılığına (olumlu tepkiselliğine) ve bebek ihtiyaç duyduğunda ulaşılabilir olmasına bağlıdır. Bağlanma davranışının etkinliği sağlıklı gelişimde giderek azalır, çocuğun doyumunu erteleyebilme ve bakım verenin ulaşılabilir olmasını zihinsel olarak temsil edebilme yeteneği ile de düzenlenir. Erken çocuklukta daha etkin olan bağlanma davranışı erişkinde özellikle kişi stresli, korkulu ya da hasta olduğunda ön plana çıkar (144).

Bowlby'ye göre kişinin ulaşılabilirliği ve olumlu tepkiselliğine duyulan güven, kişinin destek ve korunma isteklerine karşılık veren biri olarak görülüp görülmediği ve kendisini bağlanma kişisi tarafından yardıma değer bir kişi olarak görüp görmediği değişkenlerine bağlı olarak düzenlenir. Bu modeller kişinin kendisine ilişkin özsaygısını, beklenti, inanç ve duygularını aynı zamanda başkalarına duyduğu güven ve sosyal ilişkilerdeki rahatlık düzeyini etkileyerek, bağlanma figürünün davranışlarını yorumlamasını şekillendirir, kişilerarası ilişkilerindeki düşünce, duygu ve davranışlarına yön verir (147).

2.3.3. Ainsworth'un Çalışmaları ve Yabancı Durum Deneyi

Ainsworth yaptığı çalışmalarda anne ve bebek arasındaki ilişkiyi gözlemlemiş, bebeğin anneyi karşılaması ve izlemesi, yüz yüze etkileşim, yakın bedensel temas, yaklaşma, beslenme, ağlama, bağlanma-keşif dengesi gibi davranışlarını ve annelerin çocuklarının işaretlerine ne kadar duyarlı, uygun ve hızlı yanıt verdiklerini incelemiştir.

Ainsworth'e göre 'Sağlıklı bağlanmanın en önemli ölçütlerinden biri anneyi keşif için güvenli üs olarak kullanma becerisidir (148).

Bu düşünceden hareketle tasarlanan yabancı durum deneyinde yanıtlara göre bağlanma biçimlerini tanımlamıştır ve bebeklerin;

- Bakım vereni çevreyi keşfetmek için güvenli üs olarak kullanabilmesini
- Bir yabancı kişilere tepkilerini
- Ayrılma ve yeniden birleşmeye tepkilerini değerlendirir.

Yedi epizoddan oluşan her biri üç dakikalık deneyde bebekte giderek artan oranda stres yaratmayı ve stres durumunda, nasıl davrandığını gözlemlene amaçlanmıştır. Görüşmede yakınlık ya da temas arama, teması sürdürebilme, direnç, kaçınma, çevreyi keşfetme parametreleri değerlendirilir ve bağlanma biçimleri belirlenir (149).

2.3.4. Bağlanma Biçimleri

Ainsworth'un deneyi temel alınarak kategorize edilen bağlanma boyutları güvenli (secure) ve güvensiz (insecure) bağlanmanın alt tipleri olan kaygılı/kararsız (anxious/ambivalent) ve kaygılı/kaçınan (anxious/avoidant) bağlanma şeklinde isimlendirilmiştir.

- **Güvenli bağlanma:** Güvenli bağlanma stili içinde sınıflandırılan çocuklar, stres yaratan koşullar altında kısa süre huzursuz olmakta ancak panik yaşamadan ebeveynleri ile yakınlık ve temas aramakta, yeniden birleşme sonrasında sakinleşmekte ve keşfetme davranışına etkin olarak devam etmektedirler. Bu bebeklerin ev ziyaretlerinde yapılan gözlemlerde bakım verenin olumlu tepkisel ve tutarlı bir biçimde ulaşılabilir olduğu görülmüştür.
- **Kaygılı/kararsız bağlanma:** Deney sırasında bu bebekler ebeveynleri gittiğinde yoğun bir gerilim, kaygı ve öfke yaşamakta, yabancı ile iletişim kurmayı reddetmekte, bakım verenle yeniden birleşmeden sonra da sakinleşmesi uzun zaman almakta ve keşif davranışı yerine ebeveynlerine sıkıca yapışıp birlikte olmak istemektedirler. Bu bebeklere bakım verenlerin bebeğin uyarılarına tutarsız, öngörülme tepkiler verdiği, ulaşılabilir olmadığı ya da tepkisiz kaldığı ve bazen bebeğin etkinliklerini kesintiye uğrattığı ya da aşırı müdahaleci tutumda olduğu görülmüştür.
- **Kaygılı/kaçınan bağlanma:** Deney sırasında bu bebeklerin ebeveynlerinden ayrılmaktan çoğunlukla etkilenmediği, yeniden birleşmeden sonra da bakım veren ile temas kurmaktan kaçındığı ve dikkatlerini oyuncaklara, çevreye verdiği görülmüştür. Bu bebeklere bakım verenlerin, bebeklerin rahatlama ve yakın bedensel temas isteklerini tutarlı olarak reddettiği ya da ihmalkar davrandığı gözlenmiştir. Bu davranışların çocuğun bağlanma nesnesinden kopma eğilimi göstermesine ve bağımsız olmayı istemesine neden olabileceği ileri sürülmüştür (54).

Yapılan çalışmalarda, çocukların yaklaşık %55-60'ı güvenli bağlanma, %15'i kaygılı/kararsız bağlanma ve %25'i kaçınan bağlanma stiline sahip olduğu bildirilmiştir (147).

2.3.5. Yetişkinlikte Bağlanma

Bowlby bağlanmanın yaşam boyu bir süreç olduğunu vurgulamaktadır. Bu modellerin erken yaşlarda oluşarak yaşam boyunca hemen hemen aynı kaldığını ileri sürmektedir (147).

Hazan ve Shaver (1987) yetişkinlerin ikili ilişkilerdeki davranış ve inançları temelinde, Ainsworth ve arkadaşlarının sınıflandırmalarına benzer şekilde gruplanabileceğini ileri sürmüşlerdir. Ainsworth ve arkadaşları tarafından kavramsallaştırılan bağlanma prototiplerini ikili ilişkilere uyarlayan Hazan ve Shaver yaptıkları çalışmada güvenli bağlanma stiline sahip katılımcıların, diğer gruplara oranla hem çocuklukta ebeveynleriyle olan ilişkileri hem de romantik ilişkileri hakkında daha olumlu yaşantı ve inançlara sahip olduklarını ve güvenli bağlanmanın ilişkilerde hissedilen kıskançlıkla olumsuz, güven ve yakınlıkla olumlu yönde ilişkili olduğunu vurgulamışlardır. Diğer taraftan, kaygılı/kararsız bağlanma stiline sahip katılımcıları ilişkilerinde çoğunlukla duygusal iniş çıkışlar yaşayan, kıskanç, eşlerine ve ilişkilerine takıntılı kişiler olarak tanımlanmıştır. Kaçınan bağlanma stiline sahip katılımcıların ise diğer gruplara oranla ilişkiler ve romantik sevgi hakkında olumsuz inançlara sahip, başkalarına daha az güven duyan, yakınlık kurmaktan kaçınan kişiler olduğu ileri sürülmüştür (145,147).

2.3.6. Bağlanma ve Psikopatoloji

Bowlby kişinin ebeveynleriyle yaşadığı deneyimler ile yetişkinlikte duygusal bağlar kurma kapasitesi arasında güçlü, nedensel bir ilişki olduğunu, bu değişikliklerin kendisini kaygı, öfke, depresyon, evlilik ve çocuklarla ilgili sorunlar ve kişilik bozuklukları olarak gösterebileceğini ileri sürmüştür. Yapılan çalışmalarda güvenli bağlanma biçimine sahip kişilerin, güvensiz bağlanma biçimine sahip olanlarla karşılaştırıldığında yaşamları boyunca daha az psikopatolojik belirti sergiledikleri, daha iyi bir psikososyal işlevsellik geliştirdikleri öne sürülmüştür (147).

Şizofreni hastalarında bağlanma biçimlerini inceleyen bir çalışmada, kaçınan ve kaygılı/kararsız bağlanma skorları sağlıklı kontrollerden yüksek bulunmuştur. Güvensiz bağlanma biçimine sahip olanlarda daha uzun psikiyatri yatışı ve daha

erken başlangıç yaşı olduğu ve özellikle de kaçınan bağlanmanın erkek hastalarda hastalığın hem negatif hem de pozitif belirtileri ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (150).

Morriss ve arkadaşlarının çalışmasında bipolar hastalarda %78 oranında güvensiz bağlanma biçimi bildirilmiştir. Kaygılı bağlanma biçimi duygudurum ile çok az değişiklik gösterirken, depresyon daha yüksek oranda saplantılı ve daha düşük oranda kayıtsız bağlanma biçimiyle, mani ise daha yüksek oranda güvenli ve saplantılı bağlanma biçimiyle ilişkilendirilmiştir (151).

Bifulco ve arkadaşlarının çalışmasında güvensiz bağlanma biçiminin major depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğunu öngördüğü, özellikle kaygılı bağlanma biçiminin depresyon, kaçınan bağlanma biçiminin yaygın anksiyete bozukluğu ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (152). Yapılan çalışmalarda yeme bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk ile güvensiz bağlanma biçimi arasında da anlamlı ilişki gösterilmiştir (153–156).

2.3.6.1. İntihar ve Bağlanma

Bağlanma ve depresyon arasındaki ilişki iki olası durum çerçevesinde kavramsallaştırılmaktadır. İlk durumda, bakım verenin kaybı gibi travmatik bir olayın bebekte yarattığı çaresizlik ve yalnızlık duygularının depresyona neden olabileceği düşüncesi üzerinde durulmaktadır. İkinci durumda ise bebeğin bakım verenle bakım veren tarafından reddedilmesi, kendiliğin sevilmez ve değersiz, ötekilerin ise ulaşılabilir olarak algılandığı olumsuz temsillerin oluşmasının beraberinde değersizlik, yalnızlık, yetersizlik ve öfke duygularına yol açması olarak yorumlanmıştır (157).

Yetişkin bağlanma tarzı ile depresif bozukluk arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada depresyonun güvensiz bağlanma biçimi ile ilişkili olduğu ve kendiliğin olumsuz değerlendirilmesine neden olarak depresyona yatkınlığı artırdığı bildirilmiştir (158). Carnelley ve arkadaşlarının üniversite öğrencilerinde yürüttüğü bir çalışmada, depresif üniversite öğrencisi kadınların ilişkilerde daha fazla saplantılı ve kaygılı bağlanma biçimlerinin olduğu ve bu bireylerin olumsuz bir kendilik algısına sahip oldukları görülmüştür. Yazarlar özellikle kaygılı bağlanma biçimini

depresyona yatkınlıkla ilişkilendirmiştir (159). Grunebaum ve arkadaşlarının prospektif çalışmasında ise güvensiz bağlanma biçiminin depresyona neden olmasının yanında, daha şiddetli bir gidiş göstermesi, tekrarlayan epizodlar ve intihar girişimi ile de ilişkili olduğu belirtilmiştir (160).

Literatürde intihar riskinin bağlanma biçimleri ile ilişkisini inceleyen az sayıda çalışma olduğu görülmektedir. Stepp ve arkadaşlarının çalışmasında intihar riski yüksek olanlarda kaygılı bağlanma biçiminin intihar davranışlarını arttırdığı saptanmıştır (161). Yetişkinlerde yapılan bir çalışmada ise ebeveynlerin yetersiz bakım vermesinin erişkinlikte suisidalite ile ilişkili olduğu ve bağlanmanın etkilerinin sadece ergenlikte değil, erişkinlikte de devam ettiği sonucuna varılmıştır (12). Bağlanma ve sosyal uyumun depresif epizod ve intihar girişimi ile ilişkisinin araştırıldığı prospektif bir çalışmada kaçınan bağlanmanın, depresyonlu yetişkinlerde artmış intihar girişimi riskiyle ilişkili olduğu bildirilmiştir (160).

2.4. Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi

2.4.1. Tanım

Ayrılma anksiyetesi; kişinin güçlü emosyonel bağlarla bağlandığı figürden ayrılma durumunda veya ayrılma ihtimali ile karşılaştığı durumlarda kaygı yaşaması olarak tanımlanmıştır. Bağlanma kuramından temel alınarak çocuk gelişiminin 6 ay ile 3 yılı arasında fizyolojik bir tepki olduğu ve çoğunlukla bu kaygının giderek azaldığı belirtilmiştir (162). Ayrılma kaygısının uzun sürmesi, gelişimsel açıdan uygunsuz ve şiddetli olması, işlevsellikte bozulmaya yol açması durumunda ise Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (163).

Ayrılma anksiyetesi bozukluğunun tanı kriterleri ilk olarak DSM-3'te oluşturulmuş ve çocukluk/ergenlik çağı bozukluğu olarak tanımlanmıştır. Başlarda sadece okul fobisi olan çocukları tanımlayan ayrılma anksiyetesi; bu çocukların yetişkin yaşlarında da bu sorunların devam ettiğini ve ilk kez yetişkin dönemde tespit edildiğini gösteren çalışmaların artmasıyla tanım sorunlarına neden olmuştur (164).

2.4.2. Epidemiyoloji

5692 erişkin ile yapılan bir epidemiyolojik araştırmada YAAB tanısının 12 aylık prevalansı %1.9 ve yaşam boyu prevalansı %6.6 olarak belirtilmiş ve YAAB olgularının %77.5'inde ayrılma anksiyetesi belirtilerinin yetişkinlik döneminde ortaya çıktığı bildirilmiştir. Yetişkinlik döneminde ortaya çıkan ayrılma anksiyetesi belirtilerinin ise çoğunlukla 20'li yaşlarda başladığı belirtilmiştir (15).

Tüm bu çalışmalar neticesinde Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu için DSM-5'te 18 yaş sınırı kaldırılmış ve erişkinler için 6 ay, çocuk ve ergenler için 4 hafta sürmesi tanı kriteri eklenmiştir (57).

2.4.3. Etiyoloji

YAAB'nin etiyojisi ile ilişkili yapılan çalışma sayısı az olmakla birlikte yapılan çalışmalarda psikososyal ve biyolojik etkenler birlikte değerlendirilmiştir. Ayrılma anksiyetesi bozukluğu olan 44 çocuk ve ebeveynlerinin değerlendirildiği bir çalışmada, çocukların %63'ünde ebeveynlerinin en az biri YAAB tanısı almış ve kendi çocukluk dönemlerinde ayrılma kaygılarının yüksek düzeyde olduğunu ifade etmişlerdir (165).

Genetik çalışmaları ise sosyal ilişkiler ve bağlanmada rol oynayan aday genler (dopamin ve oksitosin reseptör genleri) üzerine odaklanmışlardır. Bir çalışmada, bakım verendeki kayıp ve travmatik yaşantıların, çocukta bağlanma bozuklukları oluşturmada DRD4 genindeki polimorfizmin ilişkili olduğu gösterilmiştir (166).

Yetişkinlerde de ayrılık durumlarında oluşan anksiyete ile artan kortizol yanıtı arasında ilişki gösterilmiştir (167). HPA (hipofiz-pitüiter-adrenal) eksenin erken yaşta ebeveyninden ayrılma ve ebeveyn kaybı durumlarında aktivitesinin arttığı ve kalıcı etkilere neden olduğu bildirilmektedir (168).

2.4.4. Ayrılma Anksiyetesi ve Psikopatoloji

Bağlanma kuramına göre, çocuğun annesinden tutarsız yanıtlar alması, ambivalan bir bağlanma örüntüsü geliştirmesine ve annesiyle birlikte olabilmek amacıyla daha yüksek düzey bağlanma davranışları göstermesine neden olmakta,

sonunda da ayrılma anksiyetesi bozukluğuna neden olabileceği belirtilmektedir (162).

Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada, yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu tanısı konulan hastalar, erken çocukluk dönemlerinde “annelerinin aşırı koruyucu olduğunu” anlamlı düzeyde daha fazla bildirmişlerdir (169).

Bağlanma biçimi ile ayrılma anksiyetesi arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada YAAB olan hastaların panik bozukluk hastalarına oranla daha fazla kaygılı bağlanma biçimi gösterdikleri ve onay gereksinimlerinin de daha fazla olduğu görülmüştür (170). Duygudurum bozukluğu olan hastalarda yapılan bir çalışmada ise YAAB tanısının artan depresif atak sayısı ile ilişkili olabileceği vurgulanmıştır (171).

2006 yılında Amerika’da yapılan epidemiyolojik araştırmaya göre YAAB olan hastalarda, olmayanlara göre, 4 kat fazla duygudurum bozukluğu, 5 kat fazla anksiyete bozukluğu ve 3 kat fazla ilaç kötüye kullanımı olduğu gözlenmiş ve tüm anksiyete bozuklukları için tedaviye dirençli semptomların daha fazla olmasına neden olduğu belirtilmiştir. Bu bulguların sadece anksiyete bozuklukları için değil tüm psikiyatrik hastalıklar için geçerli olabileceği belirtilmiştir (15). Yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu olan hastalarla yapılan bir çalışmada, %67 oranında komorbid ruhsal hastalık olduğu ve %69 oranında yaşam boyu major depresif bozukluk öyküsünün olduğu tespit edilmiştir (164).

2.4.5.1. Ayrılma Anksiyetesi ve İntihar

Major depresif bozukluk intihar davranışı ile ilişkilendirilen en sık psikiyatrik hastalık olmasına rağmen, literatürde intihar riskinin ayrılma anksiyetesi ile ilişkisini inceleyen az sayıda çalışma bulunmaktadır. İtalya’da psikiyatri hastalarında yapılan bir çalışmada, intihar düşüncesi olan hastaların %53.6’sında YAAB olduğu gösterilmiştir (172).

2.5. Uyku ve Uyanıklık

Uyku-uyanıklık ritmi ve sirkadiyen ritim canlılarda gözlemlenen temel biyolojik olaylardır (173). Sirkadiyen ritim anterior hipotalamusta bulunan suprakiazmatik nükleus tarafından düzenlenmektedir (174).

Uykunun başlatılması ve sürdürülmesinde öncelikle ön hipotalamustaki girdiler ve kimyasal uyarılar yoluyla hipotalamusta ventrolateral preoptik çekirdeğin (VLPO) görev aldığı kabul edilir(175). Uyanıklığı sağlamakta en temel nöral yapı olan asendan retiküler aktive edici sistem (ARAS) ise dorsal rafe çekirdeğinde lokalize olan serotonerjik nöronların, locus coeruleusta yer alan noradrenerjik nöronların, ventral tegmental alandaki dopaminerjik nöronların, pontin sistemdeki kolinerjik nöronların, mediyal brakiyal çekirdekteki glutamaterjik nöronların, tuberomamiller çekirdekte bulunan histaminerjik nöronların ve tuberal hipotalamustaki GABAerjik ve oreksijenik nöronların bir araya gelmesiyle oluşmaktadır(176). ARAS'ın uyanıklık durumunda aktive ettiği iki yolak, dorsal ve ventral talamokortikal yolaklardır. Dorsal talamokortikal yolak bilinç ve dikkatin düzenlenmesinde rol alırken; ventral yol ise hipotalamustaki nöronları ve korteksi aktive eder ve davranışsal düzenlemeye katkıda bulunur (173).

2.5.1. Kronotip ve Kronobiyoloji Kavramı

Sirkadiyen terimi Circa (yaklaşık) ve dies (gün) anlamına gelen iki Latince sözcüğün birleşiminden meydana gelir ve yaklaşık bir günü ifade eder. Tek bir döngü içinde geçen zaman dilimi periyot, başlangıç ve sonlanma gibi özellikler ise faz olarak ifade edilmektedir. Sirkadiyen ritim, organizmanın yaklaşık bir günlük süre içerisinde fizyolojik ve biyolojik süreçlerdeki değişimleri ifade eder. İnsanda en temel sirkadiyen ritim, uyku uyanıklık döngüsüdür (177).

Biyolojik ritim ile ilgili keşifler 18. ve 19. yüzyıla dayanmaktadır ve ilk ilgi çekici gelişmeler ise 20. yüzyıl ortalarına doğru olmuştur. Jürgen Aschoff (1913–1998) hayvanlarda ve insanlarda yaptığı ritim çalışmaları neticesinde “zeitgeber” terimini literatüre kazandırmıştır. Zeitgeber biyolojik saate, zamanla ilgili bilgiler veren çevresel uyarılardır (ışık, ses, sosyal aktiviteler gibi). Franz Halberg (1919-2013) ise kronobiyoloji laboratuvarı kurmuş ve günlük ritim anlamına gelen

“circadian” terimini literatüre kazandırmıştır. Gunther Hildebrandt (1924-1999) kronobiyojinin diğr tıbbi durumlarla ilişkisi üzerinde durmuştur (178,179).

1600-1700’lü yıllarda melankolideki uyku düzensizlikleri ve semptomların uyku-uyanıklık döngüsü ile ilişkileri ilgi çekmiştir ve Geiger (1606–1671) kış aylarında ortaya çıkan depresyon semptomlarını vurgulayarak, bugünkü terminolojide kullandığımız mevsimsel özellikli depresyon terimine atıfta bulunmuştur (178).

Yirmi dört saatlik ritimlere bağı görülen fizyolojik ve psikolojik farklılıklar bireysel çeşitliliklerle de değışiklik göstermektedir. 1939 yılında Kleitman (1895-1999), bu değışikliklere bağı olarak sirkadiyen tip terimini kullanmıştır. Sirkadiyen tipi "sabahçıl tip (morningness:M)" ve “akşamcıl tip (eveningness: E)” olmak üzere iki kategoride değılendirmiştir. Sirkadiyen tip sınıflamasına göre sabahçıl tiplerin akşam erken saatlerde yatıp sabah erken kalktıkları, sabah saatlerinde kendilerini daha iyi hissettikleri ve performanslarının da sabah saatlerinde akşam saatlerine göre daha iyi olduğı belirtilirken, akşamcıl tiplerin gece geç saatlerde yattıkları, sabah güçlkle uyandıkları, kendilerini öğleden sonra daha iyi hissettikleri ve performanslarının da ilerleyen saatlerde daha iyi olduğı bildirilmektedir (180).

2.5.2. Epidemiyoloji ve Etiyoloji

Paine ve ark. yetişkinlerde (30-49 yaşı) yaptıkları epidemiyolojik bir çalışmada; sabahçıl tip oranını %50-60, akşamcıl tip oranını %2-3 olarak bulmuşlardır (16,181). Çoğı insan daha esnek olan ara kronotip tercihinde yer alırken, yetişkinlerin yaklaşık %40’ı sabahçıl tip veya akşamcıl tip yönünde bir kronotipi tercihinde bulunmaktadır (16).

Kronotip farklılıklarında yapısal, çevresel ve genetik özelliklerin rol aldığı düşünölmektedir (182). Sirkadiyen ritmin düzenlenmesinin arkasındaki genetik mekanizmaların başlıcaları Period (Per 1, 2, ve 3), Cryptochrome (Cry 1 ve Cry 2), Circadian Locomotor Output Cycles Kaput (CLOCK), Aril hidrokarbon reseptörü nükleer translokator benzeri protein (ARNTL) genleridir. İkiz çalışmalarında ise sabahçıl kronotip ile; PERIOD3 (PER3) geninin homozigot uzun aleli ve PERIOD1

(PER1) T2434C gen polimorfizmi, akşamcıl kronotip ile ise CLOCK 51-UTR geni arasında ilişki bildirilmiştir (183,184).

2.5.3. Kronotip ve Psikopatoloji

Farklı kronotiplere sahip olmak günlük yaşamda farklı sonuçlara da yol açmaktadır. Yapılan çalışmalarda, özellikle akşamcıl tipte sirkadiyen ritim ile sosyal saat zamanı uyumsuzluğundan, kişilerin daha dengesiz uyku alışkanlıkları kazanması, uyku sürelerinin kısalması, buna bağlı olarak gündüz bilişsel işlevlerde azalma, yorgunluk gibi durumlar ruhsal ve fiziksel problemler için daha yüksek risk oluşturabileceği bildirilmiştir (185). Yapılan çalışmalarda akşamcıl özellikleri daha fazla olan ergenlerin, akşamcıl yaşam tarzı, geç uyuma ve uyanma gibi davranışlarının ebeveynleriyle çatışma olasılığını arttırdığı (239,240), bu çatışmaların çocukluktan yetişkinliğe geçiş döneminde bağlanma üzerinde olumsuz bir etki yaratabileceği öne sürülmüştür (241).

Kronotip farklılıklarında, uyku-uyanıklık gibi sirkadiyen ritme ait diğer fizyolojik işlevlerde de değişiklikler mevcuttur. Sabahçıl tiplerin, bazal beden ısısı 121 dk, uyanıklık (alertness) durumları 171 dk, melatonin salınımları 120 dk, kortizolün sabah fazı 55 dk, fiziksel ve bilişsel performansları ise yaklaşık 1-6 saat daha erken olmaktadır (186,187). Sirkadiyen ritim ve gündelik yaşam arasında karşılıklı etkileşim bulunduğu, gündelik yaşamda ise duygudurum, davranışlar ve performansın sirkadiyen ritimden etkilendiği öne sürülmüştür (178).

2.5.3.1. Kronotip ve İntihar

Yapılan çalışmalarda sabahçıl ve akşamcıl tipler arasında duygudurum farklılıkları saptanmıştır. Akşamcıl tip olmanın duygudurum bozukluklarında risk faktörü olduğu, sabahçıl tip olmanın ise depresyona karşı koruyucu bir etmen olarak görüldüğü gösterilmiştir. Sabahçıl tiplerin depresif bozukluk semptomlarının akşamcıl tiplere göre daha hafif şiddette olduğu, tedaviye daha iyi yanıt verdikleri bildirilmiştir. Akşamcıl tip olanların ise depresyon şiddet puanlarının daha yüksek olduğu ve intihar düşüncelerini daha yoğun yaşadıkları saptanmıştır (188). Akşamcıl tiplerin uyku alışkanlıkları nedeniyle günlük hayata uyum sağlamakta zorlandıkları

ve sosyal jetlag yaşadıkları görülmektedir. Sosyal jetlag ve uyku kalitesindeki bozulma ile depresyon şiddeti ve intihar riskinin ilişkili olabileceği belirtilmektedir (189). Ayrıca akşamcıl tiplerde görülen dürtüsel davranışların fazla olmasının da özkıym riski üzerinde etkili olduğu öne sürülmüştür (190). Depresif hastalarda kronotip ile geçmişteki intihar düşüncelerinin ilişkisini araştıran bir çalışmada, akşamcıl tipte olanlar, umutsuzluk, yenilgi ve sıkışmış hissetme ölçeklerinde; sabahcıl tipte olanlardan daha yüksek puanlar aldıkları bildirilmiştir (191).

2.4. Çalışmanın Hipotezleri

1. Yaşam boyu intihar girişimi olan Unipolar Major Depresif Bozukluk hastalarında olmayanlara göre; ayrılma anksiyetesi, patolojik bağlanma ve akşamcıl kronotip özellikleri daha fazladır.

2. Unipolar Major Depresif bozukluğu olan hastalarda yaşam boyu intihar girişimi sayısı ile ayrılma anksiyetesi arasında doğrudan ilişki vardır.

3. Unipolar Major Depresif bozukluğu olan hastalarda yaşam boyu intihar girişimi sayısı ile bağlanma arasında doğrudan ilişki vardır.

4. Unipolar Major Depresif bozukluğu olan hastalarda yaşam boyu intihar girişimi sayısı ile akşamcıl kronotip özellikleri arasında doğrudan ilişki vardır.

5. Unipolar Major Depresif bozukluğu olan hastalarda kronotip ile bağlanma ve ayrılma anksiyetesi arasında doğrudan ilişki vardır.

6. Unipolar Major Depresif bozukluğu olan hastalarda yaşam boyu intihar girişimi sayısı ile akşamcıl kronotip özellikleri arasındaki ilişkiye ayrılma anksiyetesi ve bağlanma aracılık edebilir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Hasta Seçimi

Çalışmanın Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında yapılması için Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran hastalar çalışma kriterlerine uygunluk yönünden değerlendirilmiştir. Çalışmaya Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Ruh Sağlığı Anabilim Dalı poliklinik ya da yataklı serviste izlenen yaşam boyu en az bir kez intihar girişimi olan Unipolar Major Depresif Bozukluk tanılı ardışık olarak başvuran tüm hastalar ile, bu grupla yaş ve cinsiyet yönünden eşleştirilmiş, intihar girişimi olmayan Unipolar Major Depresif Bozukluk tanılı hastalar ve sağlıklı kişilerin alınması planlanmıştır. Bu nedenle güç analizi yapılmamıştır.

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran 18-65 yaş arası, DSM V'e göre yaşam boyu en az bir kez intihar girişimi olan Unipolar Major Depresif Bozukluk tanılı 70 hasta ve yaşam boyu hiç intihar girişimi olmayan Unipolar Major Depresif Bozukluk tanılı 70 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. 70 sağlıklı bireyin ise, kontrol grubunu oluşturmak üzere yaş ve cinsiyetin hasta grubuyla uyumlu olduğu, mevcut herhangi bir ruhsal hastalığı olmayan kişilerden seçilmesi hedeflenmiştir. Çalışmaya katılan kişilerden sözlü ve yazılı onam alınmıştır.

3.2. Çalışmaya Alınma Kriterleri:

3.2.1. Hasta Grubunda Çalışmaya Alınma Kriterleri

- 1- 18-65 yaş arası olmak
- 2- Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuruda bulunmak
- 3- Unipolar Major Depresif Bozukluk tanısı almış olmak

- 4- Türkçeyi iyi düzeyde okuyup anlamak
- 5- Çalışmada kullanılacak bilgi formu ve ölçekleri eksiksiz olarak doldurmak
- 6- Bilgilendirme sonucunda çalışmaya katılmaya onay vermiş olmak

3.2.2. Sağlıklı Kişilerde Çalışmaya Alınma Kriterleri

- 1- 18-65 yaş arası olmak
- 2- Türkçeyi iyi düzeyde okuyup anlamak
- 3- Çalışmada kullanılacak bilgi formu ve ölçekleri eksiksiz olarak doldurmak
- 4- Bilgilendirme sonucunda çalışmaya katılmaya onay vermiş olmak

3.3. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri:

3.3.1. Hasta Grubunda Dışlanma Kriterleri

1. Türkçeyi okuyup anlamakta yetersiz olmak
2. Çalışmada kullanılacak bilgi formu ve ölçekleri eksik doldurmak
3. Bipolar bozukluk tanısı almış olmak
4. Şizofreni ve benzeri diğer psikotik bozukluklar tanısı almış olmak
5. Psikiyatrik değerlendirmeyi engelleyecek fiziksel hastalık ya da entelektüel yeti yitimi tanısı almış olmak
6. Alkol/Madde bağımlılığı tanısı almış olmak
7. Deliryum, Demans, Epilepsi, kafa travması, serebrovasküler hastalık, inme gibi organik beyin bozukluğu yapacak nörolojik hastalık tanısı olanlar
8. Bilgilendirme sonucunda çalışmaya katılmaya onay vermeyen ve bilgilendirilmiş gönüllü onam formunu imzalamayanlar
9. Çalışmadan çıkmak istemek

3.3.2. Sağlıklı Kişilerde Dışlanma Kriterleri

- 1- Türkçeyi okuyup anlamakta yetersiz olmak
- 2- Çalışmada kullanılacak bilgi formu ve ölçekleri eksik doldurmak
- 3- Güncel/yaşam boyu herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı almış olmak
- 4- Deliryum, Demans, Epilepsi, kafa travması, serebrovasküler hastalık, inme gibi organik beyin bozukluğu yapacak nörolojik hastalık tanısı olanlar
- 5- Bilgilendirme sonucunda çalışmaya katılmaya onay vermeyen ve bilgilendirilmiş gönüllü onam formunu imzalamayanlar
- 6- Çalışmadan çıkmak istemek

3.4. Uygulanan Formlar ve Ölçekler

3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu

Hastaların ve sağlıklı kişilerin; adı-soyadı, yaş, cinsiyet, eğitim durumları, yaşam boyu psikiyatrik tanı ve tedavi öyküleri, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü gibi bilgileri içeren hasta ile ilgili bilgi formudur.

3.4.2. Beck Depresyon Ölçeği

Beck ve ark. tarafından geliştirilen, depresif belirtilerin sorgulandığı 21 madde içeren ölçekte kişinin son bir haftada kendini nasıl hissettiğini tanımlayan cümleyi belirtmesi istenmektedir. Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak belirlemektir. Her bir madde 0–3 arası puanlanmaktadır. Toplam puanı 0-63 arasında değişmektedir. Ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Hisli ve ark. tarafından yapılmış, depresyon tanısı için kesme puanının 17 olduğu bildirilmiştir (192).

3.4.3. Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği

1979 yılında Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Özçelik ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Her bir madde 0-2 arasında puanlamakta olan ölçeğin ilk bölümü Yaşam ve Ölüme Dair

Tutumun Özellikleri 1-5, ikinci bölümü İntihar Düşüncesi ve Arzusunun Özellikleri 6-11, üçüncü bölümü Tasarlanan Girişimin Özellikleri 12-15, dördüncü bölümü Tasarlanan Girişimin Gerçekleştirilmesi 16-19 ve beşinci bölümü Arka Plan Faktörleri 19-21. maddelerle değerlendirilmektedir. Arka plan faktörleri genel değerlendirmeye alınmamaktadır. En düşük puan 0 en yüksek puan ise 38 olup puanın yüksek olması intihar düşüncesinin ciddi olması anlamına gelmektedir. Ölçekte de bulunduğu üzere olguların yaşam boyu en az bir kez intihar girişimi olup olmadığı 20. soru sorularak öğrenilecektir (193).

3.4.4. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II (YİYE) (Experiences in Close Relationships; ECR)

Brennan ve ark. tarafından geliştirilen ölçek, bağlanmada temel iki boyut olan kaygı ve kaçınmayı ölçmeyi amaçlamaktadır. Toplamda 36 maddeden oluşmakta ve her iki boyut 18'er madde ile ölçülmektedir. Ölçek, 1 ile 7 arasında derecelendirilmiş likert tipi cevap seçeneğine sahiptir. İki boyuttan alınan puanlar doğrultusunda YİYE, korelasyon ve regresyon analizlerine olanak sağlamaktadır. Aynı zamanda kategorik olarak da kullanılabilen ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenirlik çalışması Sümer ve ark. tarafından yapılmıştır (194).

3.4.5. Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri

Ayrılma anksiyetesi değerlendirme amacıyla Silove ve arkadaşları (1993) "Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanterini (AABE)" (Separation Anxiety Symptom Inventory, SASI) geliştirmişlerdir. AABE yetişkinlerde çocukluk dönemi ayrılma anksiyetesi belirtilerini inceleyen 15 sorulu bir envanterdir. Türkçeye uyarlanması ve geçerlik, güvenirlik çalışmaları Diriöz ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. AABE 15 maddeden oluşan, 4'lü likert tipi cevap seçeneğine sahip bir ölçektir. Yetişkinlerde, geçmişe yönelik olarak 0 "hiç hissetmedim", 3 "çok sık hissettim" arasında işaretlenerek, çocuklukta olabilecek muhtemel ayrılma anksiyetesi semptomlarına odaklanmaktadır. Totali 410 denekten meydana gelen verilerle AABE'nin 24 Cronbach Alfa değeri 0,89 olarak bulunmuştur. Madde analizinde; madde toplam puan korelasyonu yöntemi uygulanmıştır. Maddelerin, madde-toplam korelasyonlarının 0.43 ile 0.65 arasında değiştiği saptanmıştır. Test-tekrar test

güvenirliliği için, 7-21 günün ertesinde ölçeklerin 2. kez uygulandığı 80 hastanın ilk değerlendirmedeki puanları 2.91 (ss=1.37) ve test-tekrar test puanları 2.92'dir (ss=1.43). Değerlendirmeler arasında bir değişiklik görülmemiştir ($t=-115$, $df=79$, $p=0.91$). Ayrıca her iki uygulama arasındaki korelasyon yüksektir (195).

3.4.6. Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi

Yetişkinlik dönemindeki ayrılma anksiyetesi belirtilerini sorgulamaktadır. Öz bildirim testidir. 27 maddeden oluşur. 4'lü likert tipi ölçüm yapılır. Kesme puanı 25'dir. Manicavasagar ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirilmiştir. Diriöz ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. 5 faktörlü yapıya sahip olup 24.5 puanın duyarlılığı %85, özgüllüğü %75'dir. Chonbach alfa değeri 0.93 olarak hesaplanmıştır. Test-yeniden test güvenirliğinde r : 0.93 olarak bulunmuştur (195).

3.4.7. Sabahlılık-Akşamlılık Anketi (MEQ)

MEQ, 1976 yılında Horne ve Ostberg tarafından geliştirilmiştir. 19 sorudan oluşan ve kişileri yaşam biçimi, uyku-uyanıklık düzenleri ve sergiledikleri performansların zamanı açısından elde edilen değere göre "sabah tipi", "akşam tipi" ve "ara tip" şeklinde sınıflandıran bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçekten elde edilen yüksek puanlar sabah tipi, düşük puanlar akşam tipi olarak değerlendirilir. Toplam puan 59-86 arasında ise 'Sabah tipi'; 16-41 ise 'Aksam tipi' ve 42-58 arasında ise 'Ara tip' olarak gruplandırılabilir. MEQ hem hasta hem de sağlıklı gruplarda kronobiyolojik özellikleri araştırmak için en çok kullanılan ölçeklerden biridir ve pek çok farklı dile çevrilmiştir. Ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirlik çalışması 2005 yılında Pündük ve ark. tarafından yapılmıştır (180).

3.4.8. Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri 1 ve 2 (STAI):

Durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan ölçek, Spielberger'in iki faktörlü kaygı kuramından kaynaklanmıştır. STAI toplam 40 maddelik iki ayrı ölçekten oluşur. Durumluk kaygı ölçeği bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini tanımlamasına yönelik, Sürekli kaygı ölçeği ise bireyin genellikle nasıl

hissettiğini tanımlamasını yöneliktir. Ölçeğin uygulandığı kişinin, durumluk kaygı ölçeği maddelerinde ifade edilen duygu ya da 44 davranışların şiddet derecesine göre (1) hiç, (2) biraz, (3) çok, (4) tamamıyla seçeneklerinden birini işaretlemesi istenir. Sürekli kaygı ölçeğinde maddelerin ifade ettiği düşünce, duygu ya da davranışların sıklık derecesine göre (1) hemen hiçbir zaman, (2) bazen, (3) çok zaman, (4) hemen her zaman seçeneklerinden biri işaretlenir. Ülkemizdeki geçerlilik ve güvenirliği Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır (196).

3.4.9. Eksen I bozuklukları için DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşme-I (SCID-I)

First ve arkadaşları tarafından 1997’de DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I) kılavuzudur (13). SCID I tanısal değerlendirmenin standart bir biçimde uygulanabilmesini sağlayarak tanının güvenirliğinin ve DSM-IV tanı ölçütlerinin taranmasını kolaylaştırıp tanıların geçerliliğinin artırılması, belirtilerin sistematik olarak araştırılması amacıyla geliştirilmiştir. SCID-I’in ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır.

3.5. İstatiksel Yöntemler

Araştırma verileri “Statistical Package for Social Sciences for Windows” Version 18 (SPSS Inc; Chicago, IL, USA) istatistik programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmada kategorik değişkenler arasında fark olup olmadığını göstermek için Ki Kare Testi kullanılmıştır. Üç grubun parametrik olmayan sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis yöntemi kullanılmıştır. Gruplar arasındaki farkların hangi ikili grupların karşılaştırılmasından kaynaklandığını belirlemek amacıyla Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişki normal dağılıma uygunluk gösteriyorsa Pearson Korelasyon analizi, normal dağılıma uygunluk göstermiyorsa Spearman Korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Bağımlı değişkenler ile ilişkili değişkenleri saptamak amacıyla lineer regresyon testleri kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki aracılık ilişkilerini analiz etmek için “Mediasyon (Aracılık) Analizleri” uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık için p değerinin 0.05’ten küçük saptanması koşulu aranmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Örneklemın Sosyodemografik Değişkenler ve Klinik Ölçekler Açısından Karşılaştırılması

Çalışmamızda 210 kişiden oluşan örneklem, yaşam boyu intihar girişimi olan MDB (s=70), yaşam boyu intihar girişimi olmayan MDB (s=70) ve sağlıklı (s=70) olmak üzere yaş ve cinsiyet açısından uyumlu üç gruba ayrılmıştır. Her üç grupta da örneklemın %18.6'sı erkek (s=13), %81.4'ü kadındır (s=57). Üç grup arasında çalışma durumu (**p=0.002**), yaşadığı yer (**p=0.013**) ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü (**p=0.001**) yönünden anlamlı farklılık bulunmuştur. Buna göre, yaşam boyu intihar girişim olan grupta işsiz olanların sayısı sağlıklı kontrol grubuna (**p=0.009**) kıyasla anlamlı olarak yüksektir. Yaşam boyu intihar girişimi olmayan depresyon olgularında aile psikiyatrik hastalık öyküsü yaşam boyu intihar girişimi olmayanlara (**p=0.023**) ve sağlıklı kontrol grubuna (**p<0.001**) kıyasla anlamlı olarak yüksektir. Yaşam boyu intihar girişimi olan grupta ise ailede psikiyatrik hastalık öyküsü kontrol grubuna (**p=0.019**) kıyasla anlamlı olarak daha fazladır. Yaşam boyu intihar girişimi olan grupta kırsalda yaşama kontrol grubuna (**p=0.003**) kıyasla anlamlı olarak daha fazladır (Tablo 4.1.).

Tablo 4.1. Örneklemin Sosyodemografik Değişkenler Yönünden Karşılaştırılması

	İntihar +(s=70)		İntihar -(s=70)		Sağlıklı(s=70)		χ^2	df	p	
	S	%	S	%	S	%				
<u>Cinsiyet</u>										
Erkek	13	%18.6	13	%18.6	13	%18.6	.00	2	1.00*	
Kadın	57	%81.4	57	%81.4	57	%81.4				
<u>Medeni hal</u>										
Bekar	27	38.6	33	47.1	31	44.3	6.465	6	0.373*	
Evli	27	38.6	30	42.9	32	45.7				
Boşanmış/Ayrı yaşıyor	16	22.9	7	10	7	10				
<u>Çalışma Durumu</u>										
Çalışıyor	20	28.6	31	44.3	46	65.7	24.257	8	0.002*	1>3 p=0.009
İşsiz	11	15.7	6	8.6	2	2.9				
Ev Hanımı	18	25.7	12	17.1	7	10.0				
Emekli	4	5.7	4	5.7	5	7.1				
Öğrenci	17	24.3	17	24.3	10	14.3				
<u>Yaşadığı Yer</u>										
Şehir	41	58.6	47	67.1	57	81.4	8.734	2	0.013*	3>1 p=0.003
Kırsal	29	41.4	23	32.9	13	18.6				
<u>Birinci Derece Yakınlarında</u>										
<u>Psikiyatrik Hastalık Öyküsü</u>										
Var	19	27.1	32	45.7	8	11.4	20.413	2	<0.001*	2>1 p=0.023 1>3 p=0.019 2>3 p<0.001
Yok	51	72.9	38	54.3	62	88.6				

* İstatiksel değerler Pearson Ki-kare Analizi ile hesaplanmıştır.

Gruplar normal dağılıma uymadığı için üç grup arasındaki sayısal değişkenler arasındaki farkların belirlenebilmesi amacıyla Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Üç grup arasında yaş açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Yaşam boyu intihar girişimi olan MDB tanılı grupta, intihar girişimi olmayan MDB tanılı gruba ($p<0.001$) ve sağlıklı kontrol grubuna ($p<0.001$) göre toplam eğitim süresi daha kısadır.

Yaşam boyu intihar girişimi olan MDB tanılı grupta depresyon başlangıç yaşı daha erkendir ($p=0.01$). İntihar girişimi olan grupta depresyon atak sayısı ($p<0.001$), psikiyatri kliniğine yatış sayısı ($p<0.001$) daha fazla, ilk tedavi yaşı daha erkendir ($p=0.008$).

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) toplam skorları intihar girişimi olan grupta, hem intihar girişimi olmayan gruptan ($p<0.001$) hem de sağlıklı kontrollerden ($p<0.001$) daha yüksektir. İntihar girişimi olmayan grupta ise BDÖ toplam skorları sağlıklı gruptan anlamlı olarak yüksektir ($p<0.001$).

Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği (BİDÖ) toplam skoru intihar girişimi olan grupta diğer iki gruba göre daha yüksektir ($p<0.001$).

Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri (YİYE) Kaçınma alt boyutu skorları hem intihar girişimi olan MDB grubunda ($p<0.001$) hem de intihar girişimi olmayan MDB grubunda ($p<0.001$) sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksektir. YİYE-Kaygı alt boyutu skorları ise intihar girişimi olan MDB tanılı grupta, hem intihar girişimi olmayan MDB tanılı gruptan ($p=0.013$) hem de sağlıklı kontrollerden ($p<0.001$) daha yüksektir. İntihar girişimi olmayan grupta ise YİYE-Kaygı alt boyutu skorları sağlıklı gruptan anlamlı olarak yüksektir ($p<0.001$).

Sabahçıl Akşamcıl Anketi (SAA) skorları kontrol grubunda hem intihar girişimi olan MDB tanılı gruptan ($p<0.001$) hem de intihar girişimi olmayan gruptan ($p=0.003$) daha yüksektir.

Ayrılık Anksiyetesi Belirti Envanteri (AABE) skorları hem intihar girişimi olan MDB tanılı grupta ($p=0.001$) hem de intihar girişimi olmayan MDB tanılı grupta ($p<0.001$) kontrol grubuna göre daha yüksektir.

Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi (YAAA) skorları intihar girişimi olan MDB tanılı grupta, hem intihar girişimi olmayan MDB tanılı gruptan (**p=0.023**) hem de sağlıklı kontrollerden (**p<0.001**) daha yüksektir. İntihar girişimi olmayan grupta ise sağlıklı gruptan anlamlı olarak yüksektir (**p=0.001**) (Tablo 4.2.).

Tablo 4.2. Örneklemenin Sosyodemografik Değişkenler ve Klinik Ölçekler Yönünden Karşılaştırılması

	İntihar+ (s=70) Grup 1		İntihar - (s=70) Grup 2		Sağlıklı(s=70) Grup 3		χ^2	df	P	Mann Whitney U
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS				
Yaş (yıl)	33.31	13.19	33.88	12.67	34.74	12.00	1.92	2	0.383**	-
Eğitim (yıl)	10.84	3.21	13.71	3.34	14.68	3.07	51.55	2	<0.001**	2>1 p<0.001 3>1 p<0.001
Depresyon Başlangıç Yaşı (yıl)	23.40	9.36	27.77	11.56	-	-	-	-	-	U=1830.0 p=0.01
Depresyon Atak Sayısı	2.41	1.01	1.65	0.77	-	-	-	-	-	U=1359.0 P<0.001
İlk Depresyon Tedavi Yaşı(yıl)	24.90	9.52	29.41	11.56	-	-	-	-	-	U=1812 p=0.008
Psikiyatri Kliniğine Yatış Sayısı	0.58	0.87	0.20	0.67	-	-	-	-	-	U=1780.0 p<0.001
İntihar Girişimi Sayısı	1.85	1.24	-	-	-	-	-	-	-	-
BDO	33.27	11.93	21.27	11.18	6.00	5.87	120.93	2	<0.001**	1>2 p<0.001 2>3 p<0.001 1>3 p<0.001
BİÖ	6.12	6.03	0.17	1.43	0.00	0.00	191.83	2	<0.001**	1>2 p<0.001 1>3 p<0.001
YİYE-Kaçınma	63.65	27.27	60.51	24.04	42.21	17.90	34.38	2	<0.001**	2>3 p<0.001 1>3 p<0.001
YİYE- Kaygı	80.57	31.59	72.57	22.32	50.01	19.10	51.16	2	<0.001**	1>2 p=0.013 2>3 p<0.001 1>3 p<0.001
Sabahçıl- Akşamcıl Anketi	45.62	10.80	47.34	10.16	52.60	8.48	15.47	2	<0.001**	3>2 p=0.003 3>1 p<0.001
Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri <18 yaş	16.31	10.98	16.62	9.12	10.28	6.65	19.92	2	<0.001**	2>3 p<0.001 1>3 p=0.001
Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi	41.68	16.60	35.64	15.53	20.14	12.36	60.45	2	<0.001**	1>2 p=0.023 2>3 p<0.001 1>3 p<0.001

**Kruskal Wallis ile analiz edilmiştir. Ort: Ortalama değer, SS: Standart Sapma, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, BİÖ: Beck İntihar Ölçeği, YİYE: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri

4.2. İntihar Girişimi Olan ve Olmayan Unipolar Major Depresyon Hasta Gruplarında Sosyodemografik ve Klinik Değişkenler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (s=140)

Tablo 4.3'de görüldüğü gibi, iki hasta grubu birleştirildiğinde (s=140) depresyon atak sayısı ile toplam eğitim süresi ($r=-0.193$ $p<0.05$) ve depresyon başlangıç yaşı ($r=-0.201$ $p<0.05$) arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu; yaş ($r=0.224$ $p<0.001$) arasında ise pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

İntihar girişim sayısı ile toplam eğitim süresi ($r=-0.458$ $p<0.001$) ve depresyon başlangıç yaşı ($r=-0.173$ $p<0.05$) arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

BDÖ skorları ile toplam eğitim süresi ($r=-0.210$ $p<0.05$) arasında negatif yönde anlamlı ilişkili olduğu; depresyon atak sayısı ($r=0.252$ $p<0.001$) ve intihar girişimi sayısı ($r=0.487$ $p<0.001$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

BİDÖ skorları ile toplam eğitim süresi ($r=-0.412$ $p<0.001$) ve depresyon başlangıç yaşı ($r=-0.178$ $p<0.05$) arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu; depresyon atak sayısı ($r=0.391$ $p<0.001$), intihar girişimi sayısı ($r=0.896$ $p<0.001$), BDÖ skorları ($r=0.553$ $p<0.001$), arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

YİYE kaçınma alt ölçeği skorları ile toplam eğitim süresi ($r=-0.271$ $p<0.001$) arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu; yaş ($r=0.210$ $p<0.05$) ve BDÖ skorları ($r=0.190$ $p<0.05$) ile arasında ise pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

YİYE kaygı alt ölçeği skorları ile intihar girişimi sayısı ($r=0.221$ $p<0.001$), BDÖ skorları ($r=0.209$ $p<0.05$), BİDÖ skorları ($r=0.281$ $p<0.001$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

SAA skorları ile yaş ($r=0.324$ $p<0.001$), toplam eğitim süresi ($r=0.218$ $p<0.001$) ve depresyon başlangıç yaşı ($r=0.308$ $p<0.001$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu; BDÖ skorları ($r=-0.265$ $p<0.001$), YİYE kaygı alt ölçeği skorları ($r=-0.248$ $p<0.001$) ile arasında ise negatif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

AABE skorları ile yaş ($r=-0.352$ $p<0.001$), depresyon başlangıç yaşı ($r=-0.288$ $p<0.001$), SAA skorları ($r=-0.345$ $p<0.001$) arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu; YİYE kaygı alt ölçeği skorları ($r=0.225$ $p<0.001$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

YAAA skorları ile yaş ($r=-0.175$ $p<0.05$) ve depresyon başlangıç yaşı ($r=-0.267$ $p<0.001$), SAA skorları ($r=-0.355$ $p<0.001$) arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu; depresyon atak sayısı ($r=0.240$ $p<0.001$), intihar girişimi sayısı ($r=0.228$ $p<0.001$), BDÖ skorları ($r=0.305$ $p<0.001$), BİDÖ skorları ($r=0.230$ $p<0.001$), YİYE kaygı alt ölçeği skorları ($r=0.464$ $p<0.001$), AABE skorları ($r=0.565$ $p<0.001$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Ayrıntılar Tablo 4.3'de özetlenmiştir.

Çalışmamızda hipotezimizin aksine SAA ile intihar girişim sayısı arasında korelasyon bulunmadığından intihar girişim sayısı ile ilgili ileri analizler yapılamamıştır. Korelasyon analizlerinde SAA skorlarının BDÖ ve depresyon başlangıç yaşı ile ilişkili olduğu saptandığından ileri analizler bu değişkenlerle yapılmıştır.

Tablo 4.3. İntihar Girişimi Olan ve Olmayan Unipolar Major Depresyon Hasta Gruplarında Sosyodemografik ve Klinik Değişkenler Arasındaki Korelasyon (s=140)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.Yaş	-											
2.Toplam Eğitim Süresi (yıl)	-.254**	-										
3.Depresyon Başlangıç Yaşı	.707**	-.128	-									
4.Depresyon Atak Sayısı	.224**	-.193*	-.201*	-								
5.İntihar Girişimi Sayısı	.020	-.458**	-.173*	.435*	-							
6.BDÖ	-.051	-.210*	-.148	.252**	.487**	-						
7.BİDÖ	-.023	-.412**	-.178*	.391**	.896**	.553**	-					
8.YİYE-Kaçınma	.210*	-.271**	.116	.059	.139	.190*	.103	-				
9. YİYE-Kaygı	.015	.003	-.027	.069	.221**	.209*	.281**	.086	-			
10.Sabahçıl Akşamcıl Anketi	.324**	.218**	.308**	-.075	-.086	-.265**	-.130	.072	-.248**	-		
11.Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri	-.352**	.155	-.288**	-.001	.001	.146	.013	-.127	.225**	-.345**	-	
12.Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi	-.175*	-.001	-.267**	.240**	.228**	.305**	.230**	-.095	.464**	.355**	.565**	-

*p<0.05; **p<0.001 BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, BİÖ: Beck İntihar Ölçeği, YİYE: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri

4.3. İntihar Girişimi Olan ve Olmayan Unipolar Major Depresyon Hastalarında Depresyon Başlangıç Yaşı ile İlişkili Değişkenlerin Değerlendirilmesi: Mediasyon Analizi (s=140)

SAA skorlarının depresyon başlangıç yaşı üzerinde mediatör etkisini değerlendirmek amacıyla 5000 örneklemlili bootstrap yöntemiyle mediasyon analizi uygulanmıştır. Analizde, depresyon başlangıç yaşı bağımlı değişken, SAA mediatör girilmiştir. Depresyon başlangıç yaşı ve SAA ile ortak ilişkili başka değişken bulunmadığından analize bağımsız değişken ve kovaryant olarak YAAA alınmıştır.

1. Adım: SAA skorları YAAA skorlarını anlamlı düzeyde yordamaktadır ($B=-0.222$, 95% GA $[(-0.323 - -0.120)]$, $p<0.001$).

2. Adım: SAA skorları depresyon başlangıç yaşını önemli ölçüde yordamaktadır ($B=-0.307$, 95% GA $[(0.143 - 0.471)]$, $p<0.001$).

3. Adım: YAAA skorları depresyon başlangıç yaşını önemli ölçüde yordamaktadır ($B=-0.162$, 95% GA $[(-0.270 - -0.055)]$, $p=0.003$).

4. Adım: SAA skorlarının depresyon başlangıç yaşı üzerinde kısmi mediatör etkisi ise YAAA varlığında 5000 örneklemlili yapılan bootstrap analizinde de devam ettiği saptanmıştır ($B=0.249$, 95% GA $[(0.078-0.395)]$, Bias=0.001, $p=0.002$) (Tablo 4.4.)

Bu sonuçlara göre, depresyon başlangıç yaşı ile YAAA arasındaki ters ilişkiye SAA skorunun kısmi aracı etkisinin olduğu; SAA skorundaki 1 birimlik artışın ise depresyon başlangıç yaşını 0.249 puan arttırdığı, YAAA skorlarında 1 birimlik artmanın ise depresyon başlangıç yaşını 0.107 puan düşürdüğü tespit edilmiştir. Dolayısıyla YAAA skorlarının depresyon başlangıç yaşı üzerindeki etkisinin kısmen SAA aracılığıyla gerçekleştiği düşünülmüştür.

Tablo 4.4. Sabahçıl Akşamcıl Anketinin Depresyon Başlangıç Yaşı Üzerinde Prediktör Etkisinin Bootstrap Mediasyon Analizi ile Değerlendirilmesi

	B	SE		B(%95CI)	p
Step 1					
Bağımlı Değişken: Sabahçıl-Akşamcıl Anketi (Mediatör)					
Prediktör: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi	-0.222	0.051		-0.323- -0.120	<0.001
Step 2					
Bağımlı Değişken: Depresyon Başlangıç Yaşı					
Prediktör: Sabahçıl-Akşamcıl Anketi (Mediatör)	0.307	0.083		0.143 - 0.471	<0.001
Step 3					
Bağımlı Değişken: Depresyon Başlangıç Yaşı					
Prediktör: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi	-0.162	0.054		-0.270- -0.055	0.003
Step 4			Bias		
Bağımlı Değişken: Depresyon Başlangıç Yaşı					
	0.249	0.080	0.001	0.078 – 0.395	0.002
Mediatör: Sabahçıl-Akşamcıl Anketi					
Bağımsız Değişken: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi	-0.107	0.051	0.001	-0.207– 0.009	0.037

4.4. İntihar Girişimi Olan ve olmayan Unipolar Major Depresyon Hastalarında Beck Depresyon Ölçeği Skoru ile İlişkili Değişkenlerin Değerlendirilmesi: Mediasyon Analizi (s=140)

BDÖ skorları bağımlı değişken olmak üzere, korelasyon analizlerinde anlamlı düzeyde korelasyon olduğu belirlenen değişkenler bağımsız değişkenler alınarak, mediasyon analizinde kullanabilecek kovaryantı belirlemek amacıyla lineer regresyon analizi yapılmıştır (Tablo 4.5). Bağımsız değişkenler olarak toplam eğitim süresi, YAAA, YİYE kaygı alt boyutu, SAA değişkenleri kullanılmıştır. Toplam eğitim süresi ($\beta=-1.006$ %95 GA= $[(-1.574)-(-0.437)]$ $p=0.001$), YAAA ($\beta=0.191$ %95 GA= $[(0.053)-(0.329)]$ $p=0.007$) ve SAA skorlarının ($\beta=-0.309$ GA= $[(-0.516)-(-0.101)]$ $p=0.004$) BDÖ skorları ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkili olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.5. Lineer Regresyon Analizinde Beck Depresyon Ölçeği Skorları ile İlişkili Değişkenlerin Değerlendirilmesi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişkenler	B	B (%95 CI)	S.E	t	P	VIF	Durbin-Watson
Beck Depresyon Ölçeği	Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi	0.191	0.053-0.329	0.070	2.743	0.007	1.312	1.582
	Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri Kaygı	0.012	-0.066-0.091	0.040	0.307	0.759	1.215	
	Sabahçıl-Akşamcıl Anketi	-0.309	-0.516- -0.101	0.105	-2.943	0.004	1.225	
	Toplam Eğitim Süresi	-1.006	-1.574- -0.437	0.287	-3.500	0.001	1.068	

SAA skorlarının BDÖ skorları üzerinde mediatör etkisini değerlendirmek amacıyla 5000 örneklemlili bootstrap yöntemiyle mediasyon analizi uygulanmıştır. Analize, BDÖ bağımlı değişken, SAA mediatör, YAAA bağımsız değişken ve toplam eğitim süresi ortak değişken olarak eklenmiştir.

1. Adım: SAA skorları YAAA skorları anlamlı düzeyde yordamaktadır ($B=-0.222$, 95% GA $[(-0.323- -0.120)]$, $p<0.001$).

2. Adım: SAA skorları BDÖ skorlarını önemli ölçüde yordamaktadır ($B=-0.337$, 95% GA $[(-0.538- -0.136)]$, $p<0.001$).

3. Adım: YAAA skorları, BDÖ skorlarını toplam eğitim süresi ortak değişken olarak alındığında da önemli ölçüde yordamaktadır ($B=0.268$, 95% GA $[(0.145- 0.392)]$, $p<0.001$).

4. Adım: SAA skorlarının BDÖ skorları üzerinde kısmi mediatör etkisinin ise YAAA ve toplam eğitim süresi varlığında 5000 örneklemlili yapılan bootstrap analizinde de devam ettiği saptanmıştır ($B=-0.312$, 95% GA $[(-0.500- -0.112)]$, Bias=0.002, $p=0.002$). (Tablo 4.6.)

Bu sonuçlara göre, BDÖ skorları ile YAAA skorları arasındaki ilişkiye SAA skorlarının kısmi aracı etkisinin olduğu; YAA skorundaki 1 birimlik artışın BDÖ skorunu 0.199 puan arttırdığı ve SAA skorundaki 1 birimlik artışın ise BDÖ skorunu 0.312 puan düşürdüğü tespit edilmiştir. Dolayısıyla YAA'nın BDÖ skorları üzerindeki etkisinin dolaylı olduğu, bu etkinin kısmen SAA aracılığıyla gerçekleştiği düşünülmüştür.

Tablo 4.6. Sabahçıl Akşamcıl Anketinin Beck Depresyon Ölçeği Üzerinde Prediktör Etkisinin Bootstrap Mediasyon Analizi ile Değerlendirilmesi

	B	SE		B(%95CI)	p
1.adım					
Bağımlı Değişken: Sabahçıl-Akşamcıl Anketi (Mediatör)					
Bağımsız Değişken: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi	-0.222	0.051		-0.323 - -0.120	<0.001
2.Adım					
Bağımlı Değişken: Beck Depresyon Ölçeği					
Bağımsız Değişken: Sabahçıl-Akşamcıl Anketi (Mediatör)	-0.337	0.102		-0.538 - -0.136	0.001
3. Adım					
Bağımlı Değişken: Beck Depresyon Ölçeği		0.285		-1.355- 0.228	0.006
Bağımsız Değişken: Toplam Eğitim Süresi (ortak değişken)	-0.791				
Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi	0.268	0.062		0.145 - 0.392	<0.001
4. Adım			Bias		
Bağımlı Değişken: Beck Depresyon Ölçeği					
Mediatör: Sabahçıl-Akşamcıl Anketi	-0.312	0.099	0.002	-0.500- -0.112	0.002
Bağımsız Değişken: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi	0.199	0.70	-0.001	0.055 - 0.333	0.005
Toplam Eğitim Süresi (kovaryant)	-1.008	0.284	0.005	-1.563-0.452	0.001

Sabahçıl-Akşamcıl Anketi aracı rolünün model analizi özeti Tablo 4.7’de sunulmuştur.

Tablo 4.7. Sabahçıl-Akşamcıl Anketi Aracı Rolünün Model Analizi Özeti

	R²	Adjusted R²	Durbin-Watson
Beck Depresyon Ölçeği	0.212	0.195	1.584
Depresyon Başlangıç Yaşı	0.114	0.101	1.545

5. TARTIŞMA

5.1. Çalışmaya Katılan Grupların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

Çalışmamızda MDB tanılı hastalarda yaşam boyu intihar girişiminin bağlanma boyutu, ayrılma anksiyetesi ve kronotip ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır; MDB tanılı 140 hasta ve 70 sağlıklı gönüllü olmak üzere 210 kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Bu 210 kişi; 70 kişi yaşam boyu en az bir kez intihar girişimi olan MDB tanılı, 70 kişi yaşam boyu intihar girişimi olmayan MDB tanılı ve 70 kişi sağlıklı kontrol olarak gruplandırılmıştır.

Çalışmamızın hasta grupları ve sağlıklı kontrol grubunun yaş ve cinsiyet açısından uyumlu olması amaçlanmıştır. Her üç grupta örneklemin %81.4'ü kadın, %18.6'sı erkektir. İntihar girişimi olan grupta hastaların yaş ortalaması 33.31 ± 13.193 yıl, intihar girişimi olmayan grupta 33.88 ± 12.674 yıl, kontrol grubunda 34.74 ± 12.00 yıl olarak saptanmıştır; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir.

Depresyon, hemen her yaşta görülebilen bir hastalık olmakla birlikte özellikle orta yaş grubunda daha sık görülmektedir ve kadınlarda erkeklere göre görülme sıklığı yaklaşık iki kat daha fazladır (26). Araştırmamıza dahil olan hastaların yaş ortalamaları epidemiyolojik çalışmalarla benzer olmasına rağmen, cinsiyet dağılımına bakıldığında kadın hakimiyetinin daha belirgin olduğu görülmüştür. Kadınlarda daha önce araştırmacılar tarafından öne sürülen, genetik, hormonal, beyin yapısı farklılıkları gibi birçok biyopsikososyal faktörün yanında kadının toplumdaki yeri, sorunlarla baş etme tarzı bu farklılıkta rol oynuyor olabilir (32). Erkeklerde ise damgalanma kaygısına bağlı daha az yardım arayışı ve hastalığa ilişkin tutumlar da bu farklılığa katkı sağlıyor olabilir (197). Gruplardaki erkek sayısının düşüklüğü bulguların genellenebilirliği açısından sorun olabilse de, gruplar arasında cinsiyet dağılımı açısından farklılık saptanmamıştır.

Çalışmada her üç grupta da medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. İntihar girişimi olan grupta hastaların %38.6'sı bekar, %38.6'sı evli, %2.9'u dul, %14 boşanmış/ayrı yaşıyor olarak bildirilmiştir. Bu bulgu intihar girişiminin bekar ve yalnız yaşayanlarda daha fazla görüldüğü bilgisi ile ters

düşüyor görünse de, bu sonuç evli olmanın polikliniğe başvurmayı kolaylaştıran faktörlerden (65) olabileceğini düşündürebilir.

Çalışmamızda işsiz olma durumu; intihar girişimi olan grupta %15.7, intihar girişimi olmayan grupta %8.6, kontrol grubunda %2.9 olarak bildirilmiştir. Bu bulgu, intihar girişiminde işsizlik gibi faktörlerin belirleyici özellikler olarak bildirildiği çalışmaları (198) destekler niteliktedir.

Literatürde, ailede psikiyatrik tanı varlığı ve intihar riski ile ilişkili çalışmalarda farklı sonuçlar bildirilmiştir. Duygudurum bozukluğu tanılı hastaların değerlendirildiği bir çalışmada, ailede duygudurum bozukluğu, intihar girişimleriyle ilişkili bulunmuş; şizofreni ve diğer psikiyatrik bozukluklar açısından aile öyküsü ise ilişkili bulunmamıştır (199). Çalışmamızda ise ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, intihar girişimi olan grupta %27.1, intihar girişimi olmayan grupta %45.7 olarak bildirilmiştir. Diğer bazı çalışmalarda bildirilene benzer şekilde (200) aile öyküsünün varlığı depresyon hastalarında intihar girişimi ile ilişkili bulunmamıştır. Bu durum çalışmamızda aile öyküsü için daha önce psikiyatri başvurusu olma şartı aranması ve yardım arayışında bulunmayanların dahil edilmemesi nedeni ile de açıklanabilir.

Çalışmada toplam eğitim süresi, intihar girişimi olan grupta 10.84 ± 3.215 , intihar girişimi olmayan grupta 13.71 ± 3.345 , kontrol grubunda 14.68 ± 3.07 olarak bildirilmiştir. İntihar girişimi olan grupta, hem intihar girişimi olmayan gruptan hem de kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı daha düşük eğitim süresi saptanmıştır. Düşük eğitim seviyesinin intihar için risk faktörü olduğu bilinmekle birlikte (201) intihar girişimi olmayan MDB tanılı grupla kontrol grubu arasında eğitim süresi açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu bulgu literatürdeki MDB'nin düşük eğitim seviyesi ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar(202) ile ters düşüyor görünse de, bu durum çalışmaya katılım için okuryazarlık şartının aranması nedeni ile olabilir.

Depresyon başlangıç yaşı intihar girişimi olan grupta (23.40 ± 9.36) intihar girişimi olmayan gruba (27.77 ± 11.56) göre anlamlı olarak daha erkendi. Bu bulgu, intihar girişimi ile depresyon başlangıç yaşı arasındaki ilişkiyi inceleyen, daha erken başlangıç yaşının intihar girişimi açısından daha yüksek riske sahip olduğunu gösteren çalışmaları destekler niteliktedir (203–205).

Önceki çalışmalar intihar girişimi olan MDB olgularında geçmiş atak sayısı sıklığının önemli bir belirleyici olduğunu göstermiştir. Geçmişte hiç intihar girişimi olmayan, tek girişimi olan ve birden fazla girişimi olan MDB tanılı hastaların üç gruba ayrılarak karşılaştırıldığı bir çalışmada; intihar girişimi öyküsü olan hastalarda, daha erken depresyon başlangıç yaşı ve daha fazla depresif atak sayısı bildirilmiştir (205). Benzer şekilde Rusya’da yapılan bir çalışmada ise depresif epizod sayısındaki artışın, intihar girişimi açısından artan riskle ilişkili olduğu bildirilmiştir (206). Beklenildiği gibi, çalışmamızda da intihar girişimi olan grupta depresyon atak sayısı, intihar girişimi olmayan gruba göre anlamlı olarak daha fazlaydı.

Çalışmamızda psikiyatri kliniğine yatış sayısı intihar girişimi olan grupta daha fazlaydı. Bu durum, literatürle uyumlu (207) olarak, intihar girişimi öyküsü olan grupta hastalığın daha erken yaşta başlaması, hastalık süresinin daha uzun, depresif semptomların daha şiddetli olması (208) ve intihar girişimi öyküsü varlığının tamamlanmış intihar açısından risk faktörü olması nedeniyle klinisyenlerin klinikte yatarak takip ve tedavi etmeyi tercih etmesi ile ilişkili olabilir.

5.2. Çalışmaya Katılan Grupların Klinik Ölçekler Açısından Karşılaştırılması

Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri 1 ve 2, hastaların doldurmakta zorlanması ve tamamlanamaması nedeni ile istatistiksel verileri karıştırdığı düşünülerek istatistiksel analizlere dahil edilmemiştir.

Çalışmamızda BDÖ skorlarında her üç grupta anlamlı farklılık olduğu görülmektedir. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Beklendiği gibi çalışmamızda en yüksek skorlar intihar girişiminde bulunan depresif grupta izlenmiştir ve kontrol grubunun skorları iki gruptan da anlamlı derece düşüktür.

2018 tarihli bir meta-analizde, depresyonun şiddetinin BDÖ, Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ) ve CES-Depresyon ölçeği (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) ile değerlendirildiği çalışmalarda üç ölçek için de yüksek skorların intihar girişimiyle ilişkili olduğu bildirilmiştir (209). Sokero ve arkadaşlarının çalışmasında da, depresyon semptomlarının şiddetli seyretmesi intihar

davranışı için bir risk faktörü olarak gösterilmiştir (210). Benzer şekilde ABD’de 2 ayrı merkezde yapılan 12 yıllık bir takip çalışmasında, intihar girişiminde bulunan hastaların daha şiddetli depresif semptomları olduğu bildirilmiştir (211).

Çalışmamızda intihar girişimi olan ve olmayan MDB ile kontrol grubunda bulunan katılımcıların YİYE’den aldıkları skorlar karşılaştırılmıştır. Normal dağılım göstermeyen YİYE kaçınma ve kaygı alt boyutları skorlarına uygulanan Kruskal-Wallis’e göre de gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Farklılıkların hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla da Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Kontrol grubunda, hem kaçınma alt boyutu skorlarının hem de kaygı alt boyutu skorlarının her iki MDB tanılı gruptan daha düşük olduğu saptanmıştır. İntihar girişimi olan ve olmayan gruplar arasında ise kaçınma alt boyu ile istatistiksel farklılık saptanmamış, kaygı alt boyutu skorlarında intihar girişimi olan grupta istatistiksel olarak anlamlı yükseklik olduğu bulunmuştur.

Literatürde kaçınma boyutunun; başkalarına bağımlı ve duygusal olarak yakın olduğunda duyduğu rahatsızlık düzeyiyle ilişkili olabileceği, kaçınma skoru yüksek olan bireylerin bağlanma sistemini aktive eden durumlarda yakınlık arayışını inhibe ederek yakınlık kurma, bağlanma ve bir başkasının desteğine olan ihtiyacı reddettikleri ve abartılı kendilik değerini bir savunma olarak kullandıkları öne sürülmüştür(212). Kaygı boyutu ise yakın ilişkilerde hissedilen reddedilme ve terk edilme konusundaki aşırı duyarlılıkla ilişkilendirilmiştir (213). Kaygı boyutu yüksek olan bireylerin kişilerarası ilişkilerde tehdit durumlarının olası olumsuz sonuçlarını abartılı olarak algıladıkları ve bu bireylerin sevme/sevilmeye aşırı duyarlı, partnerlerine aşırı bağımlı ve başkalarından destek, güvence ve onay alma ihtiyacının yüksek olduğu belirtilmektedir (212).

Yapılan çalışmalarda, bağlanma biçimi ve intihar riski ile ilişkili farklı sonuçlar bildirilmiştir. MDB tanılı yetişkinlerde yapılan bir çalışmada kaçınan bağlanma biçiminin artmış intihar girişimi riskini öngördüğü bildirilmiştir (160). Çalışmamızda ise diğer bazı çalışmalarla benzer şekilde kaçınan bağlanma intihar düşüncesiyle ilişkilendirilmemişken kaygılı bağlanma intihar düşüncesiyle ilişkili bulunmuştur (214,215). Kaygılı bağlanma biçimine sahip bireylerde terk edilme konusunda aşırı duyarlılık, düşük benlik saygısı ve çevrenin olumsuz algılanmasının

çevreden yardım arayışını azaltabileceği ve düşük sosyal destekle birlikte değersizlik, yetersizlik ve yalnızlığa neden olarak (157) intihar eğiliminde artışa yol açtığı düşünülebilir.

Literatürde kronotip ve intihar davranışı ile ilgili yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar bildirilmektedir. Epidemiyolojik çalışmalardan elde edilen verilere göre intihar davranışı mevsimsel ve sirkadiyen özellikler taşımaktadır. Ayrıca bazı çalışmalarda akşamcıl tip bireylerde intihar düşünce ve davranışlarının daha sık olduğu belirtilmektedir (216–218).

Çalışmamızda SAA skorları üç grupta karşılaştırılmış, kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı yükseklik olduğu ve sabahçıl kronotip özelliklerinin daha fazla olduğu saptanmıştır. İntihar girişimi olan ve olmayan gruplar arasında ise anlamlı farklılık saptanmamıştır. 2018’de yapılan bir çalışma ve Selvi ve arkadaşlarının araştırma verileri ile bulgularımız benzerlik göstermektedir. Bu araştırmalarda depresyon şiddeti kontrol edildiğinde akşamcıl kronotip ve intihar riski arasında anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır (219,220).

Literatürde ayrılma anksiyetesinin psikopatoloji ile ilişkisini inceleyen çok sayıda çalışma olmasına rağmen intihar girişimi ile ilişkisiyle ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Çalışmamızda çocukluk dönemi ayrılma anksiyetesi semptomlarını inceleyen AABE ölçeği skorlarının kontrol grubunda hasta gruplarına göre anlamlı ölçüde düşük olduğu, intihar girişimi olan ve olmayan gruplar arasında ise anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır.

Yetişkinlik dönemi ayrılma anksiyetesi semptomlarını sorgulayan YAAA ölçeği skorlarında ise hem kontrol grubunda MDB gruplarından anlamlı düşüklük olduğu, hem de intihar girişimi olmayan grupta intihar girişimi olan gruba göre anlamlı düşüklük olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde İtalya’da yapılan 509 hastanın dahil edildiği bir çalışmada da, ayrılma anksiyetesinin yaşam boyu intihar riskini öngördüğü ve depresyon ile intihar riski arasındaki ilişkiye önemli ölçüde aracılık ettiği saptanmıştır (221).

Çalışmamızda yaşam boyu intihar girişimi olan MDB tanılı hastalarda, intihar girişimi olmayanlara ve sağlıklı kontrollere göre; ayrılma anksiyetesi ve kaygılı

bağlanma özelliklerinin daha fazla olduğu saptanmıştır ancak hipotezimizin aksine akşamcıl kronotip özellikleri ile ilişki saptanmamıştır.

5.3. MDB Tanılı Hastalarda Çeşitli Sosyodemografik ve Klinik Değişkenler Arasında Korelasyonlar

Çalışmamızda depresyon atak sayısı ile toplam eğitim süresi arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Literatürde tekrarlayan depresif atakların bilişsel ve işlevsel performansta azalmaya neden olduğunu bildiren çok sayıda çalışma bulunmaktadır (222,223). Tekrarlayan depresyon atakları ile toplam eğitim süresinde azalma görülmesi bilişsel ve işlevsel performansta azalma ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızda intihar girişimi sayısı ile toplam eğitim süresi arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. 17 ülkenin dahil edildiği intiharla ilişkili risk faktörlerini inceleyen bir çalışmada bulgularımıza benzer şekilde düşük eğitim seviyesinin intiharla ilişkili olduğu bildirilmiştir (201). Yine benzer şekilde 24 çalışmanın dahil edildiği bir meta-analizde eğitimsizlik, düşük sosyoekonomik düzeyle birlikte intihar eğilimi ile ilişkilendirilmiştir (224). Çalışmamızdaki toplam eğitim süresinde azalmanın intihar girişimi sayısında artışa neden olması azalmış sosyoekonomik düzey ve artan ekonomik sıkıntılarla ilişkili olabilir. Literatürde düşük eğitim seviyesinin artan intihar riski ile ilişkilendirilmesi (201,224) benzer şekilde BİDÖ skorları ile toplam eğitim süresi arasındaki negatif korelasyonu desteklemektedir.

Çalışmamızda BİDÖ skorları ile depresyon atak sayısı arasındaki pozitif yönde anlamlı ilişki, literatürle uyumlu olarak tekrarlayan depresyon hastalarında daha erken başlangıç yaşı, daha fazla çocukluk çağı olumsuz deneyimleri ve artan depresyon şiddeti ile ilişkili olabilir (225–229).

Literatürde bağlanma ve yaş farklılıkları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda çelişkili sonuçlar bildirilmiştir. Bir çalışmada güvensiz bağlanma biçimlerine sahip erişkinlerin uzun dönemli ilişkilere girdiklerinde, zamanla güven duygularının geliştiğine işaret etmektedir (230). Bir çalışmada ise kaçınan bağlanmanın, zayıf sosyal destek aracılığıyla ruh sağlığı ve yalnızlık üzerinde

etkilere ileri yaşıta aracılık ettiği bildirmiştir (231). Çalışmamızda YİYE kaçınma alt boyutu ve yaş arasında pozitif yönde anlamlı ilişki, korelasyon analizlerinin MDB tanımlı hastalarda yapılması ile ilişkili olabilir.

Bağlanma ve akademik performans arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada güvensiz bağlanmanın, okulu erken bırakma ve okul başarısında önemli ölçüde etkili olduğu bildirilmiştir (232). Çalışmamızdaki YİYE kaçınma alt boyutu ile toplam eğitim süresi arasındaki negatif korelasyon bu bulguyu destekler niteliktedir.

Çalışmamızda YİYE kaygı alt boyutu ile intihar girişimi sayısı arasında pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır. Bildiğimiz kadarıyla literatürde YİYE kaygı alt boyutu ile intihar girişimi sayısı arasında ilişkiyi inceleyen çalışma bulunmayıp, YİYE kaygı alt boyutu ile intihar girişimi arasında ilişkiyi inceleyen çalışmalarda da farklı sonuçlar bildirilmiştir. Lizardi ve arkadaşları (233), Step ve arkadaşları (161) kaygı alt boyutunun kişilerarası duyarlılık, saldırganlık ve sosyal eksiklik ile birlikte intihar davranışı ile ilişkili olduğunu; kaçınma alt boyutunun ise kişilerarası duyarlılıkla kısmen ilişkilendirildiğini bildirmiştir. Bu bulgu çalışmamızdaki YİYE kaygı alt boyutu ile intihar girişimi sayısı arasındaki pozitif korelasyonu destekler niteliktedir.

Çalışmamızda YİYE kaygı alt boyutu ile BİDÖ skorları arasında pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır. Literatürde bağlanma alt boyutları ve intihar düşüncesi ilişkisini inceleyen çalışmalarda farklı sonuçlar bildirilmiştir. Tıp öğrencilerinde nevroitiklik ve intihar düşünceleri arasındaki ilişkide bağlanma boyutlarının rolünün incelendiği bir çalışmada hem kaygılı hem de kaçınan bağlanma intihar düşüncesi ile ilişkilendirilmiştir (234). Tek maddelik bir kişisel bildirim ölçümü ile intihar düşüncesinin değerlendirildiği bir çalışmada ise bulgularımıza benzer şekilde kaygı alt boyutu ile ilişki bildirilirken, kaçınma alt boyutu ile anlamlı ilişki bildirilmemiştir (214).

Çalışmamızda SAA ile yaş arasında pozitif yönde korelasyon saptanmıştır. Adan ve arkadaşlarının çalışmasında, bulgularımıza benzer şekilde yaşınl ilerlemesiyle birlikte sabahçıl olma eğiliminin arttığını belirtilmektedir (16).

Çalışmamızda SAA ile toplam eğitim süresi arasında pozitif yönde korelasyon saptanmıştır. Kronotip ve akademik performans ilişkisini inceleyen çalışmalarda bulgularımıza benzer şekilde, akşamcıl özelliklerin sabah saatlerinde okul performansında azalmayla ilişkili olduğu (235), sabahcıl özelliklerin akademik motivasyon (236) ve okul performansında artışla (237) ilişkili olduğu bildirilmiştir.

Literatürde kronotip ile bağlanma stillerinin araştırıldığı bir çalışmada hipotezimizin aksine akşamcıl olmanın güvensiz bağlanma ile ilişkili olmadığı, ancak bulgularımıza benzer şekilde düşük sabahcıl özelliklerin güvensiz bağlanma ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (238). Yapılan çalışmalarda akşamcıl özellikleri daha fazla olan ergenlerin, akşamcıl yaşam tarzı, geç uyuma ve uyanma gibi davranışlarının ebeveynleriyle çatışma olasılığını arttırdığı (239,240), bu çatışmaların çocukluktan yetişkinliğe geçiş döneminde bağlanma üzerinde olumsuz bir etki yaratabileceği öne sürülmüştür (241). Bu durum çalışmamızdaki akşamcıl özelliklerle YİYE kaygı alt boyutu arasındaki korelasyona neden oluyor olabilir.

Korelasyon analizlerinde YAAA skorları ile yaş arasında negatif korelasyon saptanmıştır. Literatürde yaş ile YAAB arasında ilişkiyi inceleyen çalışmalarda farklı sonuçlar bildirilmiştir. Shear ve arkadaşlarının çalışmasında, çocukluk çağı ayrılma anksiyetesi için erken-orta çocukluk ve yetişkin ayrılma anksiyetesi için 20'li yaşlar bildirilmiştir (242). Sevilen kişilerin kaybı veya onlardan ayrılma ve fiziksel hastalık gibi çevresel stresörlerin, ileri yaşta artan ayrılma anksiyetesinin gelişiminde rol oynayabileceği (243) öne sürülmüşse de 60 yaş üstü bireylerde yapılan bir çalışmada duygudurum ve anksiyete bozuklukları öyküsü varlığının ayrılma anksiyetesi semptomlarında artışla ilişkili olduğu gösterilmiştir (244). Başka bir çalışmada ise erken çocukluk döneminde başlayan ayrılma anksiyetesi semptomlarının 14-15 yaşlarında azaldığı bildirilmiştir (245). Bu durum yaş ile YAAB arasında tek yönlü bir korelasyon olmadığını göstermektedir. Çalışmamızda YAAA skorları ile yaş arasındaki negatif ilişki, erken yetişkinlik dönemlerinde özellikle ortaya çıkan evden ayrılma gereklilikleri (okul, evlilik, iş vb.) ile (246) ilişkili olabilir.

Korelasyon analizlerinde YAAA skorları ile intihar girişimi sayısı ve BİDÖ skorları arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Benzer şekilde duygudurum ve anksiyete bozuklukları tanılı 509 hastada yapılan çalışmada ayrılma anksiyetesi belirtilerinin,

depresyon ve yaşam boyu intihar riski arasındaki ilişkiye önemli ölçüde aracılık ettiği bildirilmiştir (172).

Korelasyon analizlerinde YAAA skorları ile depresyon atak sayısı arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Duygudurum bozukluğu olan hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada bulgularımıza benzer şekilde, YAAB tanısının depresif atak sayısı ile ilişkili olabileceği vurgulanmıştır (171).

Bağlanma stiline bir kez geliştirildikten sonra, daha sonraki kişilerarası ilişkilerin geliştirilmesine ve özellikle insanların nasıl düşündüklerine, hissettiklerine ve yakın partnerleriyle veya etraflarındaki kişilerarası dünyayla nasıl ilişki kurduklarına dair bir rehber olarak çalıştığı öne sürülmüştür (247). Kaygılı bağlanmaya sahip kişiler, sıkıntılı olduklarında endişelerini sürdüren veya artıran ve bağlanma sistemlerini kronik olarak aktif tutan duygu odaklı başa çıkma stratejilerini kullanmaya daha yatkındır (248). Bu nedenle kaygılı bağlanmanın, aileden ve diğer birincil bağlanma figürlerinden ayrılma gibi yetişkinliğin zorlu dönemlerinde kritik olabileceği düşünülmektedir (249). Erişkinlerde artan ayrılma deneyimlerinin, romantik ilişkilerde bağlanma ile ilgili güçlükleri ve sonuç olarak kaygılı bağlanma stilini benimseme şansını arttırabileceği öne sürülmüştür (250). Bassi ve arkadaşlarının çalışmasında da, genç yetişkinlerin ne kadar çok ayrılma kaygısı semptomları yaşadıklarını bildirirlerse, yakın ilişkilerinde o kadar çok kaygılı bağlanma stili sergiledikleri gösterilmiştir (251). Benzer şekilde Manicavasagar ve arkadaşlarının çalışmasında da, yetişkin ayrılma anksiyetesi semptomlarının kaygılı bağlanma ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (170). Çalışmamızda literatürü destekler nitelikte YAAA ile YİYE kaygı alt boyutu skorları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır.

Literatürde yetişkinlikte ayrılma anksiyetesi tanısı alan hastaların, çocukluklarında önemli ölçüde daha yüksek ayrılma anksiyetesi semptomları gösterdikleri ve semptomların panik bozukluk gibi komorbid bozukluklardan önce ortaya çıktığı bildirilmiştir (252). Çalışmamızda YAAA skorları ile AABE skorları arasındaki korelasyon bu bulguyu destekler niteliktedir.

Çalışmamızda intihar girişimi sayısı ile akşamcıl kronotip arasında anlamlı ilişki olduğu hipotezimiz doğrulanamadığı için, kronotipin intihar girişim sayısı ile

bağlanma boyutları ve ayrılık anksiyetesi arasındaki ilişkideki aracı rolünü değerlendirmek için ileri analizler yapılamamıştır. Korelasyon analizlerinde SAA skorlarının BDÖ ve depresyon başlangıç yaşı ile ilişkili olduğu saptandığından ileri analizler bu değişkenlerle yapılmıştır.

5.4. MDB Tanılı Hastalarda Depresyon Başlangıç yaşı ile Sosyodemografik ve Klinik Değişkenler Arasında Korelasyon ve Mediasyon Analizleri

Çalışmamızda depresyon başlangıç yaşı ile depresyon atak sayısı arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Literatürde çalışmamıza benzer şekilde, erken depresyon başlangıç yaşı daha fazla depresyon atak sayısı ile ilişkilendirilmiştir (253,254).

Çalışmamızda depresyon başlangıç yaşı ile intihar girişimi sayısı arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Bulgularımıza benzer şekilde önceki çalışmalarda depresyon başlangıç yaşının erken olmasının yaşam boyu intihar girişimi sayısının artışı ile ilişkili olabileceği bildirilmektedir (255). Depresyon başlangıç yaşının erken olmasının, artan depresif epizod sayısı ile birlikte (253) sosyal ve mesleki işlevsellikte azalmaya da yol açarak (256) intihara yatkınlık yaratacağı düşünülebilir.

Çalışmamızda depresyon başlangıç yaşı ile BİDÖ skorları arasında negatif yönde ilişki olduğu saptanmıştır. Bulgularımıza benzer şekilde Williams ve arkadaşlarının çalışmasında, MDB tanılı hastalarda yetişkinlik öncesi başlangıç yaşı, daha sonraki intihar eğilimi riski ve ciddiyeti ile yakından ilişkilendirilmiştir (257).

Çalışmamızda depresyon başlangıç yaşı ile akşamcıl özellikler arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Buna göre akşamcıl özellikler arttıkça depresyon başlangıç yaşı daha erken olmaktadır. Ayrıca YAAB belirtilerinde artışla depresyon başlangıcının daha erken yaşta olabileceği saptanmıştır. Önceki çalışmalarda ayrılık anksiyetesi bozukluğu tanılı hastalarda daha şiddetli depresif semptomlar, tedavi yanıtında ve yaşam kalitesinde azalma bildirilmiştir (258–260). Bildiğimiz kadarıyla literatürde YAAB ile depresyon başlangıç yaşı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışma bulunmamaktadır. YAAB'nin depresyon başlama yaşı

üzerindeki etkisinin doğrudan mı yoksa kronotip aracılığıyla mı olduğu ilgi çekici bir konu olarak düşünülmüştür. Bu amaçla yapılan mediasyon analizinde SAA skorlarının YAAB'nin depresyon başlama yaşının daha erken olması üzerindeki etkisine kısmen aracılık ettiği, bu etkinin 5000 örnekleme yapılan bootstrap analizinde de devam ettiği saptanmıştır. Bu şekilde YAAB'nin bu etkisinin doğrudan olamayacağı anlaşılmıştır. Önceki bir çalışmada, YAAB'nin yetişkinlerdeki uyku sorunları ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir (261). Bir çalışmada da akşamcıl özelliklerin depresif hastalarda uyku kalitesinde azalmaya yol açtığı bildirilmiştir (262). Ayrıca uyku bozukluğu ile depresyonun erken başlaması arasında da bir ilişki olabileceği, bu ilişkinin de uyku bozukluğu olan hastalarda ruminasyon ve/veya nevroz gibi depresojenik bilişlerden kaynaklanabileceği öngörülmüştür (263,264). Başka bir çalışmada, akşamcıl özelliklerin anksiyete bozukluklarında uykusuzlukla ilişkili olarak anksiyete belirtilerini şiddetlendirdiği bildirilmiştir (265). Bulgularımız YAAB'nin depresyonun erken başlamasıyla ilişkili olduğu, ancak bu ilişkinin akşamcıl özelliklerin uyku kalitesini kötüleştirerek anksiyete belirtilerini artırmak suretiyle olabileceği düşünülmüştür.

5.5. MDB Tanılı Hastalarda BDÖ skorları ile Sosyodemografik ve Klinik Değişkenler Arasında Korelasyon ve Mediasyon Analizleri

Korelasyon analizlerinde BDÖ ile toplam eğitim süresi arasında negatif yönde ilişki olduğu saptanmıştır. Bulgularımıza benzer şekilde sosyoekonomik düzeyin depresyon prognozuna etkisinin incelendiği güncel bir meta-analizde, düşük eğitim düzeyi ve ekonomik sıkıntıların tedaviden bağımsız olarak artan depresif semptomlarla ilişkili olduğu bildirilmiştir (266).

Çalışmamızda BDÖ ile depresyon atak sayısı ve intihar girişimi sayısı arasında ise pozitif yönde ilişki olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda depresyonun şiddeti ve komorbiditenin hem daha uzun epizod süresi hem de tekrarlayan ataklarla ilişkili olduğu (267), benzer şekilde 5 yıllık bir izlem çalışmasında ağır depresyonun hafif ve orta şiddette depresyona kıyasla nüks riskini 5.5 kat arttırdığı bildirilmiştir (268). Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada, depresyon şiddeti intihar düşüncesinde artışla ilişkilendirilmiştir(269). Bu durum

çalışmamızdaki BDÖ skorları ile intihar girişim sayısı arasındaki ilişkiyi destekler niteliktedir.

Çalışmamızda BDÖ ile BİDÖ skorları arasında ise pozitif yönde ilişki olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda şiddetli depresyon hem intihar girişimi hem de intihar düşüncesinde artan riskle ilişkilendirilmiştir (208,210,270). Bu durum çalışmamızdaki BDÖ ile BİDÖ skorları arasındaki ilişkiyi destekler niteliktedir.

Çalışmamızda BDÖ ile YİYE kaçınma alt boyutu arasında pozitif yönde ilişki olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda da bulgularımıza benzer şekilde kaçınan bağlanmanın sosyal izolasyon ve yalnızlık açısından yüksek riskle birlikte depresif semptomlar üzerinde de doğrudan etkili olduğu bildirilmiştir (271,272).

Çalışmamızda BDÖ ile YİYE kaygı alt boyutu arasında pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır. Bağlanma alt boyutları ve depresyon ilişkisini inceleyen yedi yıllık bir izlem çalışmasında, bulgularımıza benzer şekilde kaçınan ve kaygılı bağlanmanın her ikisinin de hem yedi yıllık takipte hem de anlık ölçümde daha yüksek depresyon şiddeti ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (273).

Çalışmamızda BDÖ ile akşamcıl özellikler arasında pozitif yönde korelasyon olduğu saptanmıştır. Buna göre akşamcıl özelliklerdeki artış depresyon şiddetinde artış ile ilişkilidir. 36 çalışmanın incelendiği bir meta-analizde, akşamcıl özelliklerin, uyku uyanıklık döngüsünde bozulmalara neden olarak uykusuzluğa yol açtığı ve daha şiddetli depresif semptomlarla ilişkili olduğu bildirilmiştir (188,274). Brezilya’da yapılan bir çalışmada ise sosyal jetlag ve akşamcıl özelliklerin BDÖ skorlarında artışla ilişkili olduğu bildirilmiştir (275). Çalışmamızda ayrıca BDÖ ile YAAA skorları arasında pozitif yönde korelasyon olduğu saptanmıştır. Buna göre YAAB belirtilerinde artış depresyon şiddetinde artış ile ilişkili görünmektedir. Literatürde, ayrılma anksiyetesinin depresif semptomların şiddeti üzerindeki etkisiyle ilgili bazı çelişkili sonuçlara rağmen, diğer anksiyete bozukluklarının depresyonun seyri üzerindeki olumsuz etkileri gösterilmiştir (276,277). Bir çalışmada bulgularımıza benzer şekilde, ayrılma anksiyetesi varlığının depresif semptomların şiddetini arttırdığı bildirilmiştir (258). Pini ve arkadaşlarının çalışmasında ise ayrılma anksiyetesi tanısının MDB tanısı alma olasılığını arttırmamasına rağmen, sosyal ve kişilerarası ilişkilerde bozulmaya yol açarak

depresyon ölçeklerinde daha yüksek skorlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir (171). Bu nedenle YAAB'nin BDÖ üzerindeki etkisinin doğrudan mı yoksa kronotip aracılığıyla mı olduğu ilgi çekici bir konu olarak düşünülmüştür. Bu amaçla yapılan mediasyon analizinde akşamcıl özelliklerin YAAA skorlarının depresyon şiddeti üzerindeki pozitif etkisine kısmen aracılık ettiği, bu etkinin 5000 örneklemle yapılan bootstrap analizinde de devam ettiği saptanmıştır. Bu şekilde YAAB'nin bu etkisinin doğrudan olamayacağı, akşamcıl özelliklerin bu ilişkiye kısmen aracılık edebileceği düşünülmüştür. Önceki çalışmalarda da ileri sürüldüğü gibi (189,275), sosyal jetlag ve akşamcıl özellikler depresyon şiddetini artırabilir. Akşamcıl özelliklerin sosyal jetlag ve YAAB şiddetini artırarak sosyal ve kişiler arası ilişkilerde bozulmaya neden olduğu, bu şekilde depresyon şiddetinin artabileceği düşünülmüştür. Ayrıca depresyon başlama yaşının daha erken olmasındaki aracılık rolüne benzer şekilde, akşamcıl özelliklerin uyku kalitesinde kötüleşmeye yol açabildiği, bunun da yetişkin anksiyete belirtilerinin şiddetini artırarak depresyonun şiddetlenmesine neden olabileceği düşünülmüştür. Bulgularımız YAAB'nin depresyonun erken başlamasının yanı sıra güncel depresyon şiddeti ile de ilişkili olduğunu, bu ilişkide de akşamcıl özelliklerin kısmi aracılık niteliği olabileceğini göstermektedir. Ancak, çalışmamızda sosyal jetlag, uyku kalitesi ölçümü yapılmadığından bu varsayımlarımızın ilerideki çalışmalarda bu doğrultuda doğrulanması gerekmektedir.

6. SONUÇLAR

Çalışmaya 210 kişi dahil olmuştur. Örneklemenin %33.3'ü (n:70) yaşam boyu intihar girişimi olan MDB tanılı, %33.3'ü (n:70) yaşam boyu intihar girişimi olmayan MDB tanılı hasta ve %33.3'ü (n:70) kontrol grubudur. Gruplar arasında değişkenleri kontrol etmek amacıyla yaş, cinsiyet açısından uyumluluk sağlanmıştır.

Yaşam boyu intihar girişimi olan hasta grubunun, intihar girişimi olmayan hasta grubu ve kontrol grubuna göre toplam eğitim süresinin daha düşük olduğu saptandı.

Yaşam boyu intihar girişimi olan hasta grubunda, intihar girişimi olmayan hasta grubuna göre depresyon atak sayısı daha fazla, depresyon başlangıç yaşı daha erken saptandı.

Yaşam boyu intihar girişimi olan hasta grubunda, intihar girişimi olmayan hasta grubuna göre BDÖ skorlarının daha fazla, depresyonun daha şiddetli olduğu saptandı.

Yaşam boyu intihar girişimi olan hasta grubunda, intihar girişimi olmayan hasta ve kontrol grubuna göre BİDÖ skorlarının daha fazla olduğu saptandı.

Hasta gruplarda, sağlıklı kontrollere göre YİYE kaçınma alt boyutu skorlarının daha yüksek olduğu saptandı. İntihar girişimi olan ve intihar girişimi olmayan hasta grupları arasında anlamlı fark saptanmadı.

Yaşam boyu intihar girişimi olan hasta grubunda, intihar girişimi olmayan hasta ve kontrol grubuna göre YİYE kaygı skorlarının daha fazla olduğu saptandı.

Hasta gruplarında, sağlıklı kontrollere göre SAA skorlarının daha düşük, akşamcıl özelliklerin daha fazla olduğu saptandı. İntihar girişimi olan ve intihar girişimi olmayan hasta grupları arasında anlamlı fark saptanmadı.

Hasta gruplarında, sağlıklı kontrollere göre AABE skorlarının daha düşük olduğu saptandı. İntihar girişimi olan ve intihar girişimi olmayan hasta grupları arasında anlamlı fark saptanmadı.

Yaşam boyu intihar girişimi olan hasta grubunda, intihar girişimi olmayan hasta ve kontrol grubuna göre YAAA skorlarının daha fazla olduğu saptandı.

Hastalarda BDÖ skoru ile depresyon atak sayısı ve intihar girişimi sayısı arasında pozitif yönlü, toplam eğitim süresi arasında negatif yönlü anlamlı düzeyde korelasyon saptanmıştır. BİDÖ skoru ile toplam eğitim süresi ve depresyon başlangıç yaşı arasında negatif yönlü, depresyon atak sayısı, intihar girişimi sayısı ve BDÖ arasında pozitif yönlü korelasyon saptanmıştır.

Hasta grubunda YİYE kaçınma alt boyutu skoru ile yaş ve BDÖ skorları arasında pozitif yönlü, toplam eğitim süresi arasında korelasyon saptanmıştır. YİYE kaygı alt boyutu skoru, intihar girişimi sayısı, BDÖ ve BİDÖ skorları arasında pozitif yönlü korelasyon saptanmıştır.

Hasta grubunda SAA skoru ile yaş, toplam eğitim süresi ve depresyon başlangıç yaşı arasında pozitif yönlü, BDÖ ve YİYE kaygı alt boyutu skorları arasında negatif yönlü korelasyon saptanmıştır.

Yetişkinlerde çocukluk dönemi ayrılma anksiyetesi semptomlarını inceleyen AABE ile yaş, depresyon başlangıç yaşı ve SAA skorları arasında negatif yönlü, YİYE kaygı alt boyutu skorları arasında pozitif yönlü korelasyon saptanmıştır.

Yetişkinlik dönemindeki ayrılma anksiyetesi semptomlarını inceleyen YAAA ile yaş, depresyon başlangıç yaşı ve SAA skorları arasında negatif yönlü; depresyon atak sayısı, intihar girişimi sayısı, BDÖ, BİDÖ, YİYE kaygı alt boyutu ve AABE skorları arasında pozitif yönlü korelasyon saptanmıştır.

Hastalarda YAAA ve SAA skorlarının depresyon başlangıç yaşına etkisi değerlendirilmiş; depresyon başlangıç yaşı ile YAAA arasındaki ters ilişkiye SAA skorunun kısmi aracı etkisinin olduğu; SAA skorundaki 1 birimlik artışın depresyon başlangıç yaşını 0.249 puan arttırdığı, YAAA skorundaki 1 birimlik artışın ise depresyon başlangıç yaşını 0.107 puan düşürdüğü saptanmıştır.

Hastalarda toplam eğitim süresi, YAAA ve SAA skorlarının BDÖ skoruna etkisi değerlendirilmiş; BDÖ ile YAAA arasındaki ilişkiye SAA skorunun kısmi aracı etkisinin olduğu; YAAA skorundaki 1 birimlik artışın BDÖ skorunu 0.199 puan arttırdığı, SAA skorundaki 1 birimlik artışın ise BDÖ skorunu 0.312 puan düşürdüğü saptanmıştır.

Çalışmamızda yaşam boyu intihar girişimi olan MDB tanılı hastalarda ayrılma anksiyetesi, patolojik bağlanma özelliklerinin daha fazla olduğu; intihar girişimi sayısı ile YAAB ve YİYE kaygı alt boyutunun ilişkili olduğu saptanmıştır. Hipotezimizin aksine akşamcıl özellikler ile intihar girişimi arasında ilişki saptanmamıştır.



KAYNAKLAR

1. Kaplan&Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 11th Edition (2016).
2. McKnight PE, Kashdan TB. The importance of functional impairment to mental health outcomes: A case for reassessing our goals in depression treatment research. Clin Psychol Rev. (2009);243-59.
3. Malhi GS, Mann JJ. Depression. Lancet. (2018);392 (10161):2299-2312.
4. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. WHO (2017);1-24.
5. Altınbas, K., Tunç, S., Yazar, M. S., Özçetinkaya, S., Gülöksüz, S., Oral, E. T. (2011). Kraepelin Bugün Yaşasaydı Dikotomi Varlığını Sürdürüyor Olur muydu? Düşünen Adam, 24(4), 321.
6. Rihmer, Z. (1996). Strategies of suicide prevention: focus on health care. Journal of affective disorders, 39(2), 83-91.
7. Kessler, R. C., Borges, G., & Walters, E. E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. Archives of general psychiatry, 56(7), 617- 626.
8. HS. Suicide. In Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Eight Edition.
9. Güleç, C., ve Küey, L. (1989). Türkiye'de 1980'lerde Depresyon, Epidemiyolojik ve Klinik Yaklaşımlar. Nöropsikiyatri Arşivi, 26, 17-28.
10. Kesebir S, Kavzoğlu SÖ, Üstündağ MF. Bağlanma ve psikopatoloji. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2011;3(2):321-42.
11. West M, Sheldon-Keller A. Patterns of Relating. An Adult Attachment Perspective. New York: Guilfor Press , 1994.

12. Heider D, Bernert S, Matschinger H, Angermeyer MC, Haro JM, Alonso J. Parental bonding and suicidality in adulthood. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2007; 41(1):66-73.
13. Seligman, L.D. and L.A. Wuyek, Correlates of separation anxiety symptoms among first-semester college students: An exploratory study. *The Journal of psychology*, 2007. 141(2): p. 135-145.
14. Manfredini, R., Manfredini, F., Fersini, C., Conconi, F. (1998). Circadian rhythms, athletic performance, and jet lag. *British Journal of Sports Medicine*, 32(2), pp. 101–106.
15. Shear K, Jin R, Ruscio AM, Walters EE, Kessler RC. Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *The American Journal of Psychiatry* 2006; 163: 1074–1083.
16. Adan A, Archer S, & Hidalgo M. (2012) Circadian typology: A comprehensive review. *Chronobiol Int*, 29(9), 1153-75
17. Lacoste, V., & Wetterberg, L. (1993). Individual variations of rhythms in morning evening types with special emphasis on seasonal differences. *Light and biological rhythms in man*. Pergamon Press.
18. Giannotti F, Cortesi F, Sebastiani T, Ottaviano S. Circadian preference, sleep and daytime behaviour in adolescence. *J Sleep Res*. 2002 Sep;11(3):191-9.
19. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1979;47(2):343.
20. Köroğlu E. (2006). Depresyon Nedir? Nasıl Başedilir? "5. Baskı". Ankara: HYB Yayınları.
21. Işık E, Işık U, Taner Y. Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar; Ziraat Gurup Matbaacılık, Ankara, 2013.
22. Köroğlu E. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı DSM 5. Hekimler Yayın Birliği, 2015, Ankara.

23. Akiskal HS. Mood disorders: Historical introduction and conceptual overview, Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry / editors, Kaplan HI, Sadock BJ, 8 th. Edition, Lippincott Williams & Wilkins Chapter, Philadelphia, C:13.1 P:1559-1575, 2005.
24. Yetkin, S. ve Özgen, F. (2007). Depression Within Historical Perspective. Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences Psychiatry, 3 (47), 1.
25. Burton R. Melankolinin Kısa Anatomisi. (İlk Baskı. 1621) (A.K. Bilir, Çev.): Maya Kitap, 2018, İstanbul.
26. Öztürk, M. Orhan, and Aylin Uluşahin. 2016. Ruh sağlığı ve bozuklukları. 14. Baskı. edited by U. N. A. Öztürk M. Orhan. Ankara.
27. Lim GY, Tam WW, Lu Y, Ho CS, Zhang MW, Ho RC. Prevalence of Depression in the Community from 30 Countries between 1994 and 2014. Sci Rep. (2018) 12;8(1):2861.
28. Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusla ilgili sonuçlar. Ankara: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları, 1998.
29. Angst J. Epidemiology of Depression. Psychopharmacology 1992; 106 (Suppl):71-4.
30. Şengül AC, Herken H. Depresyonun genetiği. Türkiye Klinikleri J Psychiatry Special Topics 2012; 5 (2):21-26.
31. Wurtman RJ. Genes, stress, and depression. Metabolism 2005; 54:16-19.
32. Helvacı Çelik, F, Hocaoglu, Ç. (2016). Major Depresif Bozukluk 'Tanımı, Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. Çağdaş Tıp Dergisi, 6 (1), 51-66.
33. Grabe HJ, Lange M, Wolff B, Volzke H, Lucht M, Freyberger HJ. Mental and physical distress is modulated by a polymorphism in the 5-HT transporter gene interacting with social stressors and chronic disease burden. Molecular Psychiatry 2005;10(2):220-22.
34. Cowen, P. J. (2008). Serotonin and depression: pathophysiological mechanism or marketing myth? Trends in Pharmacological Sciences, 29(9), 433-436.

35. Jans, L. A. W., Riedel, W. J., Markus, C. R., & Blokland, A. (2007). Serotonergic vulnerability and depression: assumptions, experimental evidence and implications. *Molecular psychiatry*, 12(6), 522.
36. Hasler G. Pathophysiology of depression: do we have any solid evidence of interest to clinicians? *World Psychiatry*. (2010);9(3):155-61.
37. Leahy L, Clark B. A model of emotional schemas. *Cogn Behav Pract*. (2002), c:9 p.177-190.
38. Meyer, J., et al., Elevated putamen D2 receptor binding potential in major depression with motor retardation: an [11C] raclopride positron emission tomography study. *American Journal of Psychiatry*, 2006. 163 (9): p. 1594-1602.
39. Ceylan M and EO. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri: Duygudurum Bozuklukları. 1. bs. (2001) s. 1-71.
40. Liston C, McEwen BS, Casey BJ. Psychosocial stress reversibly disrupts prefrontal processing and attentional control. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 20 Ocak 2009;106(3):912-7.
41. Beck-Friis J, Ljunggren JG, Thorén M, von Rosen D, Kjellman BF, Wetterberg L. Melatonin, cortisol and ACTH in patients with major depressive disorder and healthy humans with special reference to the outcome of the dexamethasone suppression test. *Psychoneuroendocrinology*. 1985;10(2):173-86.
42. Berlin I, Payan C, Corruble E, Puech AJ. Serum thyroid-stimulating-hormone concentration as an index of severity of major depression. *Int J Neuropsychopharmacol*. (1999) Jun;2(2):105-110.
43. Dolati, K., Rakhshandeh, H., & Shafei, M. N. (2011). Evaluation of antidepressant effect of ethanolic extract of *Rosa damascena* using forced swimming test. *Avicenna Journal of Phytomedicine*, 2(1), 46-51.
44. Dantzer R, O'Connor JC, Freund GG, Johnson RW, Kelley KW. From inflammation to sickness and depression: when the immune system subjugates the brain. *Nat Rev Neurosci*. (2008);9(1):46-56.

45. Dunjic-Kostic, B.; Ivkovic, M.; Radonjic, N.V.; Petronijevic, N.D.; Pantovic, M.; Damjanovic, A.; Poznanovic, S.T.; Jovanovic, A.; Nikolic, T.; Jasovic-Gasic, M. Melancholic and atypical major depression—connection between cytokines, psychopathology and treatment. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry* (2013), 43, 1–6.
46. Anderson RJ, Hoy KE, Daskalakis ZJ, Fitzgerald PB. Repetitive transcranial magnetic stimulation for treatment resistant depression: Re-establishing connections. *Clinical Neurophysiology* (2016);127(11):3394-405.
47. Hamilton, J. P. et al. (2015) ‘Depressive Rumination, the Default-Mode Network, and the Dark Matter of Clinical Neuroscience’, *Biological Psychiatry*. 78(4):224-30.
48. Alexopoulos, G. S. et al. (2012) ‘Functional connectivity in the cognitive control network and the default mode network in late-life depression’, *Journal of Affective Disorders*. 139(1):56-65.
49. Manoliu, A. et al. (2014) Insular dysfunction within the salience network is associated with severity of symptoms and aberrant inter-network connectivity in major depressive disorder’, *Frontiers in Human Neuroscience* p. 7.
50. Haddad SK, Reiss D, Spotts EL, Ganiban J, Lichtenstein P, Neiderhiser JM. Depression and internally directed aggression: Genetic and environmental contributions. *J Am Psychoanal Assoc. Haziran* (2008);56(2):515-50.
51. Emül M. Depresyon ve Psikososyal kuramlar. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi* (2012); 5:14-20.
52. Taylor D, Richardson P. The psychoanalytic/ psychodynamic approach to depressive disorders. In:Gabbard G, Beck J, Holmes J (eds), *Oxford textbook of psychotherapy* Oxford University Press Inc,New York (2005), p. 127-136.
53. Fenichel O. Nevrozların psikanalitik teorisi. *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kitaplar Serisi* No:98 1974.
54. Ainsworth M, Blehar M, Waters E, Wall S. Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation. *Psychology Press*, New York (2014).

55. Türkçapar, H. (2009). Depresyon. Ankara: Hekimler Yayın Birliği
56. Dilbaz N, D.A., Çavuş SY. Depresyon Tedavisinde Karşılanmamış İhtiyaçlar: Eşanlı Anksiyete ve Yaklaşım Depresyon tedavisinde karşılanmamış ihtiyaçlar: Eşanlı anksiyete ve yaklaşım. (2011);21 (1): 45-67.
57. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub.
58. TÜİK Ölüm İstatistikleri 2021.
59. Organization WH. Preventing suicide: A Global Imperative: World Health Organization; 2014.
60. Jacobs DG, Baldessarini RJ, Conwell Y, Fawcett JA, Horton L, Meltzer H, et al. (2010) Assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. APA Pract Guide.
61. Öncü B. İntihar davranışı: epidemiyoloji ve risk etmenleri. Öncü B, editör. Psikiyatride güncel; (2017) s. 1-14.
62. Miller M, Azrael D, Hemenway D. The epidemiology of case fatality rates for suicide in the northeast. Annals of Emergency Medicine. 2004;43(6):723-30.
63. Arnarsson A, Sveinbjornsdottir S, Thorsteinsson EB, Bjarnason T. Suicidal risk and sexual orientation in adolescence: A population-based study in Iceland. Scand J Public Health. (2015) ;43(5):497-505.
64. Evrim Aktepe U, Kandil S, Topbaş M. Çocuk ve Ergenlerde İntihar Davranışı.
65. Heikkinen ME, Isometsä ET, Marttunen MJ, Aro HM, Lönnqvist JK. Social factors in suicide. The British Journal of Psychiatry. (1995);167(6):747-53.
66. Milner A, Spittal MJ, Pirkis J, LaMontagne AD. Suicide by occupation: systematic review and meta-analysis. The British Journal of Psychiatry. (2013);203(6):409-16.
67. Bunney W, Kleinman A, Pellmar T, Goldsmith S. Reducing suicide: A national imperative: National Academies Press; (2002).
68. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. Psychol Med. (2003);33(3):395-405.

69. Bachmann S. Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *Int J Environ Res Public Health*. (2018);15(7):1425.
70. Erlangsen A, Vach W, Jeune B. The effect of hospitalization with medical illnesses on the suicide risk in the oldest old: A population-based register study. *J Am Geriatr Soc*. (2005);53(5):771-6.
71. Mann JJ. A current perspective of suicide and attempted suicide. (2002) ;136(4):302-11.
72. Kachian ZR, Cohen-Zimmerman S, Bega D, Gordon B, Grafman J. Suicidal ideation and behavior in Huntington's disease: Systematic review and recommendations. *J Affect Disord*.(2019);250:319-29.
73. Ji Lee M, Cho SJ, Wook Park J, Kyung Chu M, Moon HS, Chung PW, Myun Chung J, Sohn JH, Kim BK, Kim BS, Kim SK, Song TJ, Choi YJ, Park KY, Oh K, Ahn JY, Lee KS, Cho S, Chung CS. Increased suicidality in patients with cluster headache. *Cephalalgia*. (2019);39(10):1249-1256.
74. Hooley JM, Franklin JC, Nock MK. Chronic pain and suicide: understanding the association. *Current Pain and Headache Reports*. (2014);18(8):435.
75. Foster T. Adverse life events proximal to adult suicide: A synthesis of findings from psychological autopsy studies. *Archives of Suicide Research*. (2011);15(1):1-15.
76. Heikkinen M, Aro H, Lönnqvist J. Recent life events, Social support and suicide. *Acta Psychiatr Scand*. (1994);89:65-72.
77. Chehil S, Kutcher S. Suicide risk management: A manual for health professionals. 2n Edition (2012).
78. Roy A. Combination of family history of suicidal behavior and childhood trauma may represent correlate of increased suicide risk. *Journal of Affective Disorders*. (2011);130(1-2):205-8.
79. Barbosa LP, Quevedo L, da Silva GDG, Jansen K, Pinheiro RT, Branco J, et al. Childhood Trauma And Suicide Risk In A Sample Of Young Individuals Aged 14–35 Years In Southern Brazil. *Child abuse & Neglect*. (2014);38(7):1191-6.

80. Koenig H, Koenig HG, King D, Carson VB. Handbook of Religion And Health: Oup USA; (2012).
81. Gearing RE, Alonzo D. Religion and Suicide: New Findings. *Journal of Religion and Health*. (2018);1-22.
82. Stack S. Suicide: a 15-year review of the sociological literature part II: modernization and social integration perspectives. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. (2000);30(2):163-76.
83. Ekici G, Savas H, Citak S. Intihar riskini artıran psikososyal etmenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. (2001);2(4):204-12.
84. Bostwick JM, Pabbati C, Geske JR, McKean AJ. Suicide attempt as a risk factor for completed suicide: even more lethal than we knew. *American Journal of Psychiatry*. (2016);173(11):1094-100.
85. Haukka J, Suominen K, Partonen T, Lönnqvist J. Determinants and outcomes of serious attempted suicide: a nationwide study in Finland, 1996–2003. *American Journal of Epidemiology*. (2008);167(10):1155-63.
86. Choi KH, Wang S-M, Yeon B, Suh S-Y, Oh Y, Lee H-K, et al. Risk and protective factors predicting multiple suicide attempts. *Psychiatry Research*. (2013);210(3):957-61.
87. Burke TA, Hamilton JL, Ammerman BA, Stange JP, Alloy LB. Suicide risk characteristics among aborted, interrupted, and actual suicide attempters. *Psychiatry Research*. (2016);242:357-64.
88. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *The Lancet*. (2002);360(9340):1126-30.
89. Lunde I, Myhre Reigstad M, Frisch Moe K, Grimholt TK. Systematic literature review of attempted suicide and offspring. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. (2018);15(5):937.
90. Hawton K, Roberts J, Goodwin G. The risk of child abuse among mothers who attempt suicide. *The British Journal of Psychiatry*. (1985);146(5):486-9.

91. Suicide. Facts at a glance: Centers for Disease Control and Prevention; (2015).
92. Anglemeyer A, Horvath T, Rutherford G. The accessibility of firearms and risk for suicide and homicide victimization among household members: A systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med.* (2014);160(2):101-10.
93. Gunnell D, Eddleston M, Phillips MR, Konradsen F. The global distribution of fatal pesticide self-poisoning: systematic review. *BMC Public Health.* (2007);7(1):357.
94. Puzo Q, Qin P, Mehlum L. Long-term trends of suicide by choice of method in Norway: a joinpoint regression analysis of data from 1969 to 2012. *BMC Public Health.* (2016);16(1):255.
95. Veisani Y, Mohamadian F, Delpisheh A, Khazaei S. Socio-demographic factors associated with choosing violent methods of suicide, 2011-2016, Ilam province. *Asian Journal of Psychiatry.* (2018);35:72-5.
96. Yeum T-S, Kim B, Kim EY, Kim SH, Ha K, Ahn YM. Factors affecting suicidal method lethality among suicide attempters in the Korea National Suicide Survey. *The Journal of Nervous and Mental Disease.* (2018);206(3):202-10.
97. Joiner TE, Pettit JW, Walker RL, Voelz ZR, Cruz J, Rudd MD, vd. Perceived burdensomeness and suicidality: Two studies on the suicide notes of those attempting and those completing suicide. *J Soc Clin Psychol.* (2002);21(5):531-45.
98. Massing W, Angermeyer MC. The monthly and weekly distribution of suicide. *Social Science & Medicine.* (1985);21(4):433-41.
99. Altamura C, VanGastel A, Pioli R, Mannu P, Maes M. Seasonal and circadian rhythms in suicide in Cagliari, Italy. *Journal of Affective Disorders.* (1999);53(1):77-85.
100. Boo J, Matsubayashi T, Ueda M. Diurnal variation in suicide timing by age and gender: Evidence from Japan across 41 years. *J Affect Disord.* (2019);243:366-374.

101. Valtonen H, Suominen K, Partonen T, Ostamo A, Lönnqvist J. Time patterns of attempted suicide. *J Affect Disord.* (2006);90(2-3):201-7.
102. Rhee Y, Houttekier D, MacLeod R, Wilson DM, Cardenas-Turanzas M, Loucka M, et al. International comparison of death place for suicide; a population-level eight country death certificate study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* (2016);51(1):101-6.
103. Tanimoto C, Yayama S, Suto S, Matoba K, Kajiwara T, Inoue M, et al. Self-harm and suicide attempts in a Japanese psychiatric hospital. *East Asian Archives of Psychiatry.* (2018);28(1):23.
104. Bose S, Khanra S, Umesh S, Khess CR, Ram D. Inpatient suicide in a psychiatric hospital: fourteen years' observation. *Asian Journal of Psychiatry.* (2016);19:56-8.
105. Chung DT, Ryan CJ, Hadzi-Pavlovic D, Singh SP, Stanton C, Large MM. Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: a systematic review and metaanalysis. *JAMA psychiatry.* (2017);74(7):694-702.
106. Pirkis J, Burgess P. Suicide and recency of health care contacts: a systematic review. *The British Journal of Psychiatry.* (1998);173(6):462-74.
107. Knoll JL. Understanding homicide-suicide. *Psychiatric Clinics.* (2016);39(4):633-47.
108. Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Trestman R. Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *The Lancet Psychiatry* (2016);3(9):871-81.
109. Fazel S, Cartwright J, Norman-Nott A, Hawton K. Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry.* (2008);69(11):1721-31.
110. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet.* (2002) ;359(9306):545-50.
111. Leary MR, Baumeister RF. The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Interpersonal Development: Routledge* (2017);57-89.

112. Milner A, De Leo D. Who seeks treatment where? Suicidal behaviors and health care: evidence from a community survey. *The Journal of Nervous and Mental Disease* (2010);198(6):412-9
113. Ahmedani BK, Simon GE, Stewart C, Beck A, Waitzfelder BE, Rossom R, vd. Health care contacts in the year before suicide death. *J Gen Intern Med.* (2014);29(6):870-7.
114. Stene-Larsen K, Reneflot A. Contact with primary and mental health care prior to suicide: A systematic review of the literature from 2000 to 2017. *Scand J Public Health* (2019);47(1):9-17.
115. Simon GE, Johnson E, Lawrence JM, Rossom RC, Ahmedani B, Lynch FL, Beck A, Waitzfelder B, Ziebell R, Penfold RB, Shortreed SM. Predicting Suicide Attempts and Suicide Deaths Following Outpatient Visits Using Electronic Health Records. *Am J Psychiatry.* (2018);175(10):951-960.
116. Chen YJ, Tsai YF, Lee SH, Lee HL. Protective factors against suicide among young-old Chinese outpatients. *BMC Public Health.* 2014 Apr 16;14:372.
117. Lutz PE, Mechawar N, Turecki G. Neuropathology of suicide: recent findings and future directions. *Mol Psychiatry.* (2017);22(10):1395-412.
118. Roy A, Segal NL. Suicidal behavior in twins: a replication. *Journal of Affective Disorders.* 2001;66(1):71-4.
119. Rostila M, Saarela J, Kawachi I. Suicide following the death of a sibling: a nationwide follow-up study from Sweden. *BMJ Open* (2013);3(4).
120. Brent DA, Oquendo M, Birmaher B, Greenhill L, Kolko D, Stanley B, et al. Familial pathways to early-onset suicide attempt: risk for suicidal behavior in offspring of mood-disordered suicide attempters. *Archives of General Psychiatry.* (2002);59(9):801-7.
121. D'Onofrio BM, Rickert ME, Frans E, Kuja-Halkola R, Almqvist C, Sjölander A, et al. Paternal age at childbearing and offspring psychiatric and academic morbidity. *JAMA Psychiatry.* 2014;71(4):432-8.

122. Courtet P, Picot M-C, Bellivier F, Torres S, Jollant F, Michelon C, et al. Serotonin transporter gene may be involved in short-term risk of subsequent suicide attempts. *Biological Psychiatry*. (2004);55(1):46-51.
123. Antypa N, Serretti A, Rujescu D. Serotonergic genes and suicide: a systematic review. *European Neuropsychopharmacology*. (2013);23(10):1125-42.
124. Zill P, Büttner A, Eisenmenger W, Möller H-J, Bondy B, Ackenheil M. Single nucleotide polymorphism and haplotype analysis of a novel tryptophan hydroxylase isoform (TPH2) gene in suicide victims. *Biological Psychiatry*. (2004);56(8):581-6.
125. Bondy B, Buettner A, Zill P. Genetics of suicide. *Molecular psychiatry*. (2006);11(4):336.
126. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*. (2003);301(5631):386-9.
127. Coryell W, Schlessner M. Combined biological tests for suicide prediction. *Psychiatry Research*. (2007);150(2):187-91.
128. Papadopoulou A, Markianos M, Christodoulou C, Lykouras L. Plasma total cholesterol in psychiatric patients after a suicide attempt and in follow-up. *Journal of Affective Disorders*. (2013);148(2-3):440-3.
129. Pitchot W, Hansenne M, Moreno AG, Ansseau M. Suicidal behavior and growth hormone response to apomorphine test. *Biological Psychiatry*. (1992);31(12):1213-9.
130. Corrêa H, Duval F, Mokrani M-C, Bailey P, Trémeau F, Staner L, et al. Prolactin response to D-fenfluramine and suicidal behavior in depressed patients. *Psychiatry Research*. (2000);93(3):189-99.
131. Pandey GN, Dwivedi Y, Rizavi HS, Ren X, Pandey SC, Pesold C, et al. Higher expression of serotonin 5-HT_{2A} receptors in the postmortem brains of teenage suicide victims. *American Journal of Psychiatry*. (2002);159(3):419-29.

132. Sonal A, Raghavan V. Brain derived neurotrophic factor (BDNF) and suicidal behavior: A review of studies from Asian countries. *Asian J Psychiatr.* (2018);33:128-132.
133. Pantazatos SP, Andrews SJ, Dunning-Broadbent J, Pang J, Huang Y-y, Arango V, et al. Isoform-level brain expression profiling of the spermidine/spermine N1-118 Acetyltransferase1 (SAT1) gene in major depression and suicide. *Neurobiology of Disease.* 2015;79:123-34
134. Isung J, Aeinehband S, Mobarrez F, Nordström P, Runeson B, Åsberg M, et al. High interleukin-6 and impulsivity: determining the role of endophenotypes in attempted suicide. *Translational Psychiatry.* 2014;4(10):e470.
135. Van Heeringen K, Bijttebier S, Desmyter S, Vervaeke M, Baeken C. Is there a neuroanatomical basis of the vulnerability to suicidal behavior? A coordinate-based meta-analysis of structural and functional MRI studies. *Frontiers in Human Neuroscience.* 2014;8:824.
136. Martin PC, Zimmer TJ, Pan LA. Magnetic resonance imaging markers of suicide attempt and suicide risk in adolescents. *CNS Spectrums.* 2015;20(4):355-8.
137. Freud S. Mourning and melancholia. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. 14: Hogarth Press; 1917/1963.
138. C. O. Yeni ruhsal yapılanma. İntihar (özkıym) tanım-kuram-sağaltım. 3 ed. İzmir: Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Eğitim Hizmetleri Yayınları; 2008. p. 3.
139. Devrimci Ozguven HSM. İntiharı Anlama ve Müdahale. 1. bs. Devrimci Ozguven HSM, editör. BAYT; 2019. 37-64 s.
140. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry.* Şubat 1999;156(2):181-9.
141. Buchman-Schmitt JM, Chu C, Michaels MS, Hames JL, Silva C, Hagan CR, et al. The role of stressful life events preceding death by suicide: Evidence from two samples of suicide decedents. *Psychiatry Research.* 2017;256:345-52.

142. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1974;42(6):86.
143. Ainsworth MD. Attachments across the life span. *Bull N Y Acad Med*. 1985 Nov;61(9):792-812.
144. Bowlby J. The making and breaking of affectional bonds, I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. *Brit J Psychiat* 1977; 130:202-221.
145. Hazan C, Shaver PR. Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry* 1994; 5(1):1-22 77.
146. Sroufe LA, Waters E. Attachment as an organizational construct. *Child Development* 1977; 48:1184-1199.
147. Sümer N GD. Yetişkin bağlanma stilleri ölçeklerinin Türk örnekleme üzerinde psikometrik değerlendirmesi ve kültürlerarası bir karşılaştırma. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1999;71-106.
148. Lamb ME, Thompson RA, Garder WP. Security of infantile attachment as assessed in the “strange situation”: Its study and biological interpretation. *The Behavioral and Brain Sciences* 1984; 7:127-171.
149. Bretherton I. The Origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Dev Psychol*. 1992;28(5):759-75.
150. Ponizovsky AM, Nechamkin Y, Rosca P. Attachment patterns are associated with symptomatology and course of schizophrenia in male inpatients. *American Journal of Orthopsychiatry* 2007; 77(2):324-331.
151. Morriss RK, Van Der Gucht E, Lancaster G, Bentall RP. Adult attachment in bipolar 1 disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2009;82(3):267-77.
152. Bifulco A, Kwon J, Jacobs C, Moran PM, Bunn A, Beer N. Adult attachment style as mediator between childhood neglect/abuse and adult depression and anxiety. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. Ekim 2006;41(10):796-805.

153. Barone L, Guiducci V. Mental representations of attachment in eating disorders: A pilot study using the adult attachment interview. *Attach Hum Dev*. Temmuz 2009;11(4):405-17.
154. Myhr G, Sookman D, Pinard G. Attachment security and parental bonding in adults with obsessive-compulsive disorder: a comparison with depressed outpatients and healthy controls. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109:447-456.
155. Davies KA, Macfarlane GJ, McBeth J, Morriss R, Dickens C. Insecure attachment style is associated with chronic widespread pain. *Pain* 2009; 143(3):200-205.
156. Illing V, Tasca GA, Balfour L, Bissada H. Attachment insecurity predicts eating disorder symptoms and treatment outcomes in a clinical sample of women. *J Nerv Ment Dis*. 2010;198(9):653-9.
157. Çalışır M. Yetişkin bağlanma kuramı ve duygulanım düzenleme stratejilerinin depresyonla ilişkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2009; 1:240-255.
158. Bifulco A, Moran PM, Ball C, Bernazzani O. Adult attachment style. I: Its relationship to clinical depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37(2):50.
159. Carnelley KB, Pietromonaco PR, Jaffe K. Depression, working models of others, and relationship functioning. *Journal of Personality and Social Psychology* 1994; 66(1):127-140.
160. Grunebaum MF, Galfalvy HC, Mortenson LY, Burke AK, Oquendo MA, Mann JJ. Attachment and social adjustment: Relationships to suicide attempt and major depressive episode in a prospective study. *Journal of Affective Disorders* 2010; 123(1-3):123-130.
161. Stepp SD, Morse JQ, Yaggi KE, Reynolds SK, Reed LI, Pilkonis PA. Role of attachment styles and interpersonal problems in suicide related behaviors. *Suicide Life Threat Behav*. 2008; 38(5):592-607.
162. Brumariu LE, Kerns KA. Mother-child attachment patterns and different types of anxiety symptoms: is there specificity of relations? *Child Psychiatry Hum Dev*. 2010 Dec;41(6):663-74.

163. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV) . Ankara, Hekimler Yayın Birliği; 1995.
164. Manicavasagar V, Silove D, Curtis J. Separation anxiety in adulthood: a phenomenological investigation. *Compr Psychiatry*. 1997 Sep-Oct;38(5):274-82.
165. Manicavasagar V, Silove D, Rapee R, Waters F, Momartin S. Parent-child concordance for separation anxiety: a clinical study. *J Affect Disord*. 2001 Jun;65(1):81-4.
166. Van Ijzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ. DRD4 7-repeat polymorphism moderates the association between maternal unresolved loss or trauma and infant disorganization. *Attach Hum Dev*. Aralık 2006;8(4):291-307.
167. Quirin M, Pruessner JC, Kuhl J. HPA system regulation and adult attachment anxiety: Individual differences in reactive and awakening cortisol. *Psychoneuroendocrinology* 2008; 33: 581-590.
168. Nicolson NA. Childhood parental loss and cortisol levels in adult men. *Psychoneuroendocrinology* 2004; 29: 1-8.
169. Manicavasagar V, Silove D, Wagner R. Parental representations associated with adult separation anxiety and panic disorder agoraphobia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 1999. 33(3): p. 422-8.
170. Manicavasagar V, Silove D, Marnane C, Wagner R. Adult attachment styles in panic disorder with or without comorbid adult separation anxiety disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2009. 43: p. 167 – 172
171. Pini S, Abelli M, Shear KM, Cardini A, Lari L, Gesi C, vd. Frequency and clinical correlates of adult separation anxiety in a sample of 508 outpatients with mood and anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 2010;122(1):40-6.
172. Pini S, Abelli M, Costa B, Martini C, Schiele MA, Baldwin DS, Bandelow B, Domschke K. Separation Anxiety and Measures of Suicide Risk Among Patients With Mood and Anxiety Disorders. *J Clin Psychiatry*. 2021 Mar 16;82(2):20m13299.

173. Pickering L, Thorstensen EW, Riedel C, Jennum PJ. [Sleep and circadian rhythms]. *Ugeskr Laeger*. 2018 Sep 3;180(36).
174. Borbély AA, Daan S, Wirz-Justice A, Deboer T. The two-process model of sleep regulation: a reappraisal. *J Sleep Res*. 2016 Apr 1;25(2):131–43.
175. McCormick DA. Neurotransmitter actions in the thalamus and cerebral cortex and their role in neuromodulation of thalamocortical activity. *Prog Neurobiol*. 1992 Oct;39(4):337-88.
176. Luppi PH, Fort P. Sleep-wake physiology. *Handb Clin Neurol*. 2019 Jan 1;160:359–70.
177. Akıncı E, Orhan F. Circadian Rhythm Sleep Disorders. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2016 Jan 24;8(2):178–89.
178. Selvi Y, Besiroglu L, Aydın A. (2011). Kronobiyoloji ve Duygudurum Bozuklukları - Chronobiology and Mood Disorders. *Psychiatry Interpers Biol Process*. 3(3):368–86179.
179. Lemmer B. Discoveries of rhythms in human biological functions: a historical review. *Chronobiol Int*. 2009 Aug;26(6):1019-68.
180. Pündük Z, Gür H, Ercan İ. Sabahçıl-Akşamcıl Anketi Türkçe Uyarlamasında Güvenilirlik Çalışması 2005; 16(1):40-45. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2005;16(1):40–5.
181. Paine S-J, Gander Ph, Travier N. (2006). The epidemiology of morningness/eveningness: influence of age, gender, ethnicity, and socioeconomic factors in adults (30-49 Years). *J Biol Rhythms* . 21(1):68–76.
182. Spiga F, Walker JJ, Terry JR, Lightman SL. HPA axis-rhythms. *Compr Physiol*. 2014;4(3):1273–98.
183. Goel N. Genetic Markers of Sleep and Sleepiness. *Sleep Med Clin*. 2017 Sep;12(3):289-299.
184. Lázár A, Slak A, Lo JCY, Santhi N, von Schantz M, Archer SN, et al. Sleep, diurnal preference, health, and psychological well-being: a prospective single-allelic-variation study. *Chronobiol Int*. 2012 Mar;29(2):131–46.

185. Suh S, Yang HC, Kim N, Yu JH, Choi S, Yun CH, vd. Chronotype Differences in Health Behaviors and Health-Related Quality of Life: A Population-Based Study Among Aged and Older Adults. *Behavioral Sleep Medicine*. 2017;15(5):361-76.
186. Kerkhof GA (1985). Inter-individual differences in the human circadian system: a review. *Biological Psychology*. 20:83–112.
187. Baehr EK, Revelle W, Eastman CI. Individual differences in the phase and amplitude of the human circadian temperature rhythm: With an emphasis on morningness-eveningness. *J Sleep Res*. 2000;9(2):117-27.
188. Müller M, Olschinski C, Kundermann B, research NCP, (2016). Patterns of self-reported depressive symptoms in relation to morningness-eveningness in inpatients with a depressive disorder. *Psychiatry Res*. 239:163–8.
189. Lee SJ, Park CS, Kim BJ, Lee CS, Cha B, Lee YJ, vd. Association between morningness and resilience in Korean college students. *Chronobiol Int*. 2016;33(10):1391-9.
190. Selvi Y, Aydin A, Atli A, Boysan M, Selvi F, Besiroglu L. Chronotype differences in suicidal behavior and impulsivity among suicide attempters. *Chronobiol Int*. 2011;28(2):170-5.
191. Lester D. Morningness – Eveningness, current depression, and past suicidality. *Psychol Rep*. 2015;116(2):331-6.
192. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1989;23:3-13.
193. Ozcelik HS, Ozdel K, Bulut SD, Orsel S. The Reliability and Validity of the Turkish Version of the Beck Scale for Suicide Ideation (Turkish BSSI). 2016;25(2):142-50.
194. Selcuk, E., Gunaydin, G., Sumer, N., & Uysal A. (2005). Yetişkin bağlanma boyutları için yeni bir ölçüm: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II'nin Türk örnekleminde psikometrik açıdan değerlendirilmesi. *Türk Psikoloji Yazıları (Turkish Psychological Articles)*, 8, 1-11.

195. Diriöz, M. (2010). Ayrılma anksiyetesi için yapılandırılmış Klinik Görüşme, Çocukluk ve Yetişkinlik Ayrılma Anksiyetesi Ölçekleri'nin geçerlik ve güvenilirliği Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
196. Öner, N. "Le Compte, A.(1985) Durumluk–Sürekli kaygı envanteri el kitabı." İstanbul Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.
197. Ogrodniczuk, J. S., & Oliffe, J. L. (2011). Men and depression. Canadian family physician Medecin de famille canadien, 57 (2), 153–155. 73.
198. Rihmer Z, Angst J. Mood Disorders: Epidemiology. In Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P (Ed.) Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th Edition, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2009; 1645-1652
199. Azorin JM, Kaladjian A, Besnier N et al. Suicidal behaviour in a French Cohort of major depressive patients: characteristics of attempters and nonattempters. J Affect Disord. 2010;123(1-3):87-94.
200. Kim SW, Stewart R, Kim JM et al. Relationship Between a History of a Suicide Attempt and Treatment Outcomes in Patients With Depression. J Clin Psychopharmacol. 2011;31(4):449-56.
201. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. Br J Psychiatry. 2008;192(2):98-105.
202. Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl R V., De Graaf R, Vollebergh W, vd. The epidemiology of major depressive episodes: Results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. Int J Methods Psychiatr Res. 2003;12(1):3-21.
203. Thompson AH. Younger onset of depression is associated with greater suicidal intent. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2008;43(7):538-44.
204. Sher L. Earlier Onset of Depression and Suicide Rates. South Med J. 2020;113(7):350.

205. Gibb BE, Andover MS, Miller IW. Depressive characteristics of adult psychiatric inpatients with a history of multiple versus one or no suicide attempts. *Depress Anxiety*. 2009;26(6):568-74.
206. Veltishchev DY, Kovalevskaya OB, Seravina OF. Risk factors and prevention of recurrent dynamics of depression. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S Korsakova*. 2017;117(6):120-5.
207. Hawton K, Casañas I Comabella C, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *J Affect Disord*. 2013;147(1-3):17-28.
208. Sokero TP, Melartin TK, Rytsälä HJ, Leskelä US, Lestelä-Mielonen PS, Isometsä ET. Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with DSM-IV major depressive disorder. *Br J Psychiatry*. 2005;186:314-8.
209. Ribeiro JD, Huang X, Fox KR, Franklin JC. Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: meta-analysis of longitudinal studies. *Br J Psychiatry*. 2018;212(5):279-286.
210. Petteri Sokero T, Melartin TK, Rytsälä HJ, Leskelä US, Lestelä-Mielonen PS, Isometsä ET. Suicidal ideation and attempts among psychiatric patients with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2003;64(9):1094-100.
211. Melhem NM, Porta G, Oquendo MA, Zelazny J, Keilp JG, Iyengar S, Burke A, Birmaher B, Stanley B, Mann JJ, Brent DA. Severity and Variability of Depression Symptoms Predicting Suicide Attempt in High-Risk Individuals. *JAMA Psychiatry*. 2019 ;76(6):603-613.
212. Shaver PR, Schachner DA, Mikulincer M. Attachment style, excessive reassurance seeking, relationship processes, and depression. *Pers Soc Psychol Bull*. 2005;31(3):343-59.
213. Sümer, N. (2006). Yetişkin bağlanma ölçeklerinin kategoriler ve boyutlar düzeyinde karşılaştırılması. *Türk Psikoloji Dergisi (Turkish Journal of Psychology)*, 21, 1-22.

214. Rückert-Eheberg I-M, Lukaschek K, Brenk-Franz K, Strauß B, Gensichen J. Association of adult attachment and suicidal ideation in primary care patients with multiple chronic conditions. *J Affect Disord.* 2019;246:121– 125.
215. Miniati M, Callari A, Pini S. Adult Attachment Style and Suicidality. *Psychiatr Danub.* 2017;29(3):250–259.
216. Chan JW, Lam SP, Li SX, Yu MW, Chan NY, Zhang J, Wing YK. Eveningness and insomnia: independent risk factors of nonremission in major depressive disorder. *Sleep.* 2014 May 1;37(5):911-7.
217. Gaspar-Barba E, Calati R, Cruz-Fuentes CS, Ontiveros-Urbe MP, Natale V, De Ronchi D, Serretti A. Depressive symptomatology is influenced by chronotypes. *J Affect Disord.* 2009 Dec;119(1-3):100-6.
218. Bahk YC, Han E, Lee SH. Biological rhythm differences and suicidal ideation in patients with major depressive disorder. *J Affect Disord.* 2014 Oct;168:294-7.
219. Selvi Y, Aydin A, Boysan M, Atli A, Agargun MY, Besiroglu L. Associations between chronotype, sleep quality, suicidality, and depressive symptoms in patients with major depression and healthy controls. *Chronobiol Int.* Dec 2010;27(9-10):1813-28.
220. Park H, Lee HK, Lee K. Chronotype and suicide: The mediating effect of depressive symptoms. *Psychiatry Res.* Nov 2018;269:316-20.
221. Pini S, Abelli M, Costa B, Martini C, Schiele MA, Baldwin DS, Bandelow B, Domschke K. Separation Anxiety and Measures of Suicide Risk Among Patients With Mood and Anxiety Disorders. *J Clin Psychiatry.* 2021 Mar 16;82(2):20m13299.
222. Varghese S, Frey BN, Schneider MA, Kapczinski F, de Azevedo Cardoso T. Functional and cognitive impairment in the first episode of depression: A systematic review. *Acta Psychiatr Scand.* 2022 Feb;145(2):156-185.
223. Gaynes B. Assessing the risk factors for difficult-to-treat depression and treatment-resistant depression. *J Clin Psychiatry.* 2016 Feb;77 Suppl 1:4-8.

224. Gariépy G, Danna SM, Hawke L, Henderson J, Iyer SN. The mental health of young people who are not in education, employment, or training: a systematic review and meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2022 Jun;57(6):1107-1121.
225. Heuschen CBBCM, Mocking RJT, Zantvoord JB, Figueroa CA, Schene AH, Denys DAJP, Ruhé HG, Bockting CLH, Lok A. Suicidal ideation in remitted major depressive disorder predicts recurrence. *J Psychiatr Res.* 2022 Jul;151:65-72.
226. Greden JF. The burden of recurrent depression: causes, consequences, and future prospects. *J Clin Psychiatry.* 2001;62 Suppl 22:5-9.
227. Herzog DP, Wagner S, Engelmann J, Treccani G, Dreimüller N, Müller MB, Tadic A, Murck H, Lieb K. Early onset of depression and treatment outcome in patients with major depressive disorder. *J Psychiatr Res.* 2021 Jul;139:150-158.
228. Gloger S, Martínez P, Behn A, Chacón MV, Cottin M, Diez de Medina D, Vöhringer PA. Population-attributable risk of adverse childhood experiences for high suicide risk, psychiatric admissions, and recurrent depression, in depressed outpatients. *Eur J Psychotraumatol.* 2021 Feb 19;12(1):1874600.
229. Oquendo MA, Currier D, Mann JJ. Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: what is the evidence for predictive risk factors? *Acta Psychiatr Scand.* 2006 Sep;114(3):151-8.
230. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *J Pers Soc Psychol.* 1991 Aug;61(2):226-44.
231. Kafetsios K, Sideridis GD. Attachment, social support and well-being in young and older adults. *J Health Psychol.* 2006 Nov;11(6):863-75.
232. Ramsdal G, Bergvik S, Wynn R. Parent-child attachment, academic performance and the process of high-school dropout: a narrative review. *Attach Hum Dev.* 2015;17(5):522-45.
233. Lizardi D, Grunebaum MF, Burke A, Stanley B, Mann JJ, Harkavy-Friedman J, Oquendo M. The effect of social adjustment and attachment style on suicidal behaviour. *Acta Psychiatr Scand.* 2011 Oct;124(4):295-300.

234. Khosravi M, Kasaeiyan R. The relationship between neuroticism and suicidal thoughts among medical students: Moderating role of attachment styles. *J Family Med Prim Care*. 2020 Jun 30;9(6):2680-2687.
235. Jankowski KS, Díaz-Morales JF, Vollmer C. Chronotype, Time of Day, and Performance on Intelligence Tests in the School Setting. *J Intell*. 2023 Jan 11;11(1):13.
236. Horzum, Mehmet Barış, İsmail Önder, and Şenol Beşoluk. "Chronotype and academic achievement among online learning students." *Learning and Individual Differences* 30 (2014): 106-111.
237. Randler C, Frech D. Young people's time-of-day preferences affect their school performance. *J Youth Stud*. 2009;12(6):653-67.
238. Carciofo R. Morning affect, eveningness, and amplitude of diurnal variation: associations with parent adult-child relationships, and adult attachment style. *Chronobiol Int*. 2021;38(4):501-8.
239. Vollmer C, Schaal S, Hummel E, Randler C. Association among school-related, parental and self-related problems and morningness-eveningness in adolescents. *Stress and Health*. Aralık 2011;27(5):413-9.
240. Andershed AK. 2005. In *Sync with adolescence: the role of morningness-eveningness in adolescence* (chapter 5, morningness-eveningness and family interaction). New York: Springer; p. 79–107.
241. Fearon RMP, Roisman GI. Attachment theory: progress and future directions. *Curr Opin Psychol*. 01 Haziran 2017;15:131-6.
242. Shear K, Jin R, Ruscio AM, Walters EE, Kessler RC. Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*. 2006 Jun;163(6):1074-83.
243. Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss*. Volume II. Separation: anxiety and anger. New York: Basic Books.
244. Wijeratne C, Manicavasagar V. Separation anxiety in the elderly. *J Anxiety Disord*. 2003;17(6):695-702.

245. Leikanger E, Ingul JM, Larsson B. Sex and age-related anxiety in a community sample of Norwegian adolescents. *Scand J Psychol*. Nisan 2012;53(2):150-7.
246. Bögels SM, Knappe S, Clark LA. Adult separation anxiety disorder in DSM-5. *Clin Psychol Rev*. Temmuz 2013;33(5):663-74.
247. Bretherton I., Munholland K.A. Internal working models in attachment relationships: A construct revisited. In: Cassidy J., Shaver P.R., editors. *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*. The Guilford Press; New York, NY, USA: 1999. pp. 89–111.
248. Shaver P.R., Mikulincer M. Adult Attachment Strategies and the Regulation of Emotion. In: Gross J.J., editor. *Handbook of Emotion Regulation*. The Guilford Press; New York, NY, USA: 2007. pp. 446–465.
249. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *J Pers Soc Psychol*. 1987;52(3):511-24.
250. Arnett JJ. Emerging Adulthood: What Is It, and What Is It Good For? *Child Dev Perspect*. 07 Aralık 2007;1(2):68-73.
251. Bassi G, Mancinelli E, Spaggiari S, Lis A, Salcuni S, Di Riso D. Attachment Style and Its Relationships with Early Memories of Separation Anxiety and Adult Separation Anxiety Symptoms among Emerging Adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jul 16;19(14):8666.
252. Manicavasagar V, Silove D, Curtis J, Wagner R. Continuities of separation anxiety from early life onto adulthood. *J Anxiety Disord*. Ocak 2000;14(1):1-18.
253. Serafini G, Gonda X, Monacelli F, Pardini M, Pompili M, Rihmer Z, Amore M. Possible predictors of age at illness onset and illness duration in a cohort study comparing younger adults and older major affective patients. *J Affect Disord*. 2018 Jan 1;225:691-701.
254. Zisook S, Lesser I, Stewart JW, Wisniewski SR, Balasubramani GK, Fava M, Gilmer WS, Dresselhaus TR, Thase ME, Nierenberg AA, Trivedi MH, Rush AJ. Effect of age at onset on the course of major depressive disorder. *Am J Psychiatry*. 2007 Oct;164(10):1539-46.

255. Zisook S, Rush AJ, Lesser I, Wisniewski SR, Trivedi M, Husain MM, Balasubramani GK, Alpert JE, Fava M. Preadult onset vs. adult onset of major depressive disorder: a replication study. *Acta Psychiatr Scand*. 2007 Mar;115(3):196-205.
256. Wilson S, Hicks BM, Foster KT, McGue M, Iacono WG. Age of onset and course of major depressive disorder: associations with psychosocial functioning outcomes in adulthood. *Psychol Med*. 2015 Feb;45(3):505-14.
257. Williams JM, Barnhofer T, Crane C, Duggan DS, Shah D, Brennan K, Krusche A, Crane R, Eames C, Jones M, Radford S, Russell IT. Pre-adult onset and patterns of suicidality in patients with a history of recurrent depression. *J Affect Disord*. 2012 Apr;138(1-2):173-9.
258. Silove DM, Marnane CL, Wagner R, Manicavasagar VL, Rees S. The prevalence and correlates of adult separation anxiety disorder in an anxiety clinic. *BMC Psychiatry*. 2010 Mar 10;10:21.
259. Benvenuti A, Rucci P, Calugi S, Cassano GB, Miniati M, Frank E. Relationship of residual mood and panic-agoraphobic spectrum phenomenology to quality of life and functional impairment in patients with major depression. *Int Clin Psychopharmacol*. 2010 Mar;25(2):68-74.
260. Coryell W, Fiedorowicz JG, Solomon D, Leon AC, Rice JP, Keller MB. Effects of anxiety on the long-term course of depressive disorders. *Br J Psychiatry*. 2012 Mar;200(3):210-5.
261. Alfano CA, Ginsburg GS, Kingery JN. Sleep-related problems among children and adolescents with anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Feb 2007;46(2):224-32.
262. Van den Berg JF, Kivelä L, Antypa N. Chronotype and depressive symptoms in students: An investigation of possible mechanisms. *Chronobiol Int*. 2018 Sep;35(9):1248-1261.
263. Batterham PJ, Glozier N, Christensen H. Sleep disturbance, personality and the onset of depression and anxiety: Prospective cohort study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. Kasım 2012;46(11):1089-98.

264. Antypa N, Verkuil B, Molendijk M, Schoevers R, Penninx BWJH, Van Der Does W. Associations between chronotypes and psychological vulnerability factors of depression. *Chronobiol Int.* 2017;34(8):1125-1135.
265. Díaz-Morales JF. Anxiety during adolescence: considering morningness–eveningness as a risk factor. *Sleep and Biological Rhythms* 2015;14(2):141-7.
266. Buckman JEJ, Saunders R, Stott J, Cohen ZD, Arundell LL, Eley TC, Hollon SD, Kendrick T, Ambler G, Watkins E, Gilbody S, Kessler D, Wiles N, Richards D, Brabyn S, Littlewood E, DeRubeis RJ, Lewis G, Pilling S. Socioeconomic Indicators of Treatment Prognosis for Adults With Depression: A Systematic Review and Individual Patient Data Meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2022 May 1;79(5):406-416.
267. Melartin TK, Rytsälä HJ, Leskelä US, Lestelä-Mielonen PS, Sokero TP, Isometsä ET. Severity and comorbidity predict episode duration and recurrence of DSM-IV major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry.* Haziran 2004;65(6):810-9.
268. Lye MS, Tey YY, Tor YS, Shahabudin AF, Ibrahim N, Ling KH, Stanslas J, Loh SP, Rosli R, Lokman KA, Badamasi IM, Faris-Aldoghachi A, Abdul Razak NA. Predictors of recurrence of major depressive disorder. *PLoS One.* 2020 Mar 19;15(3):e0230363.
269. Farabaugh A, Bitran S, Nyer M, Holt DJ, Pedrelli P, Shyu I, vd. Depression and suicidal ideation in college students. *Psychopathology.* Haziran 2012;45(4):228-34.
270. Hawton, Keith, and Kees van Heeringen. "Background and epidemiology." *Lancet* 373.1 (2009): 1372-81.
271. Trucharte A, Valiente C, Espinosa R, Chaves C. The role of insecure attachment and psychological mechanisms in paranoid and depressive symptoms: An exploratory model. *Schizophr Res.* 01 Mayıs 2022;243:9-16.
272. Spence R, Jacobs C, Bifulco A. Attachment style, loneliness and depression in older age women. *Aging Ment Health.* 2020 May;24(5):837-839.

273. Conradi HJ, Kamphuis JH, de Jonge P. Adult attachment predicts the seven-year course of recurrent depression in primary care. *J Affect Disord.* 2018 Jan 1;225:160-166.
274. Au J, Reece J. The relationship between chronotype and depressive symptoms: A meta-analysis. *J Affect Disord.* 15 Augustos 2017;218:93-104.
275. Levandovski R, Dantas G, Fernandes LC, Caumo W, Torres I, Roenneberg T, Hidalgo MP, Allebrandt KV. Depression scores associate with chronotype and social jetlag in a rural population. *Chronobiol Int.* 2011 Nov;28(9):771-8.
276. Sherbourne CD, Wells KB. Course of depression in patients with comorbid anxiety disorders. *J Affect Disord.* 01 May1s 1997;43(3):245-50.
277. Fawcett J. The detection and consequences of anxiety in clinical depression. *J Clin Psychiatry.* 1997;58 Suppl 8:35-40.

EKLER

Ek 1. Etik Kurul Onay Formu



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-53043469-050.04.04-175410
Konu : Kararlar

Sayın Prof. Dr. Levent SEVİNÇOK
Anabilim Dalı Başkanı

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun
26.05.2022 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmamızla ilgili alınan 07 nolu karar aşağıda sunulmuştur.
Bilgilerinize sunarım.

KARAR:07

Protokol No : 2021/173

Sorumlu Yürütücü : Prof. Dr. Levent SEVİNÇOK - Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na
18.11.2021 tarihinde onay verilen Tıp Fakültesi Aydın Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Doç. Dr. Çağdaş
Öykü MEMİŞ'in "Unipolar Major Depresyon Hastalarında Yaşam Boyu İntihar Girişiminin Bağlanması,
Ayrılma Anksiyetesi Ve Kronotipi İle İlişkisi" konulu klinik araştırmasının 20.05.2022 *Önemli Değişiklik*
Formu ve ekleri görüşüldü

Önemli Değişiklik Formunda; çalışmada sorumlu yürütücü olan Doç. Dr. Çağdaş Öykü Memiş'in
kurumumuzdan (Aydın Adnan Menderes Üniversitesi) ayrılması nedeni ile Öğretim Üyesi Prof. Dr. Levent
SEVİNÇOK sorumlu yürütücülüğe dahil edildiği bildirilmiş ve ilgili belgelerin hazırlanarak dosyaya
konulduğu görülmüştür.

Konu hakkında bilgi edinilmiş olup, çalışmadaki sorumlu yürütücü değişikliği uygun bulunmuştur.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, (Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)) lerin gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Prof. Dr. Hatice ERTABAKLAR
Kurul Başkanı

Ek 2. Sosyodemografik Klinik Veri Formu

- 1) Adı Soyadı: _____
- 2) Cinsiyeti: 1.Erkek 2.Kadın
- 3) Yaşı: _____
- 4) Medeni durum: 1.Bekar 2.Evli 3.Dul 4.Boşanmış 5.Ayrı yaşıyor
- 5) Çocuk sayısı: _____
- 6) Toplam öğrenim yılı: _____
- 7) Çalışma durumu: 1.Çalışıyor 2.İşsiz 3.Ev hanımı 4.Emekli 5.Öğrenci
- 8) Ailenin gelir düzeyi (tl): _____
- 9) Yetiştigi çevre: 1.Şehir 2.Kırsal
- 10) Yaşadığı kişiler (son 10 yıl ve çoğunlukla): 1.Eş/çocuklar
2.Anne/baba/kardeşler 3.Arkadaşlar 4.Yalnız 5.Yurt/kurum
- 11) Organik Ek hastalık: _____
- 12) Geçmiş psikiyatrik tanısı _____
- 13) Mevcut psikiyatrik ek tanısı _____
- 14) a) Birinci derece akrabada psikiyatrik hastalık öyküsü: 1.Var 2.Yok
b) Varsa kimde ve hastalığın adı: _____
- 15) a) Depresif Bozukluk başlangıç yaşı: _____
b) Depresif Bozukluk süresi (yıl): _____
c) Depresif Bozukluk atak sayısı: _____
- 16) a) Depresif Bozukluk ilk tedavi yaşı: _____
b) Depresif Bozukluk tedavi süresi (yıl): _____
c) Hastalık belirtileri başladıktan sonra tedaviye kadar geçen süre (ay): _____

17) a) İntihar girişimi: 1.Var 2.Yok

b) Sayısı:_____

c) Türü.....

18)Hastaneye yatış sayısı:_____

a) Şu anda tedavi alıyor 1. Evet 2. Hayır

b) Tedavi alıyorsa ne kadar süredir tedavi almakta _____

c) İlaçlar:_____

Ek 3. Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarihi:.....

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.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başımsız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başımsız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişte baktığımda başımsızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başımsız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunuz.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyordum gibi geliyor ve hep kendimi kaba hat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek istedim.
(3) Fırsatına bulsam kendimi öldürürüm.
- 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.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiyse kolayla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaplanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufak 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) Eskiyse oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İhtiyam her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha ihtiyasızım.
(2) İhtiyam çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancılar, 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.
- 20 (0) Sekse karşı ilimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla seksle ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapıpını sanmıyorum.
(1) Yaptıklarından dolayı cezalandırılabilirceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

designed by Enrah SONÇUR M.D.

Ek 4. Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği

I. Yaşam / Ölüme Dair Tutumun Özellikleri

1. Yaşama arzusu ()
0.Orta veya şiddetli
1.Zayıf
2.yok
2. Ölme arzusu ()
0.Yok
1.Zayıf
2.Orta veya şiddetli
3. Yaşam / Ölüm için Nedenler ()
0.Yaşam ölümden ağır basmakta
1.Yaşam ve ölüm için nedenler eşit
2.Ölmek yaşamaktan ağır basıyor
4. Aktif intihar girişiminde bulunma arzusu ()
0.Yok
1.Zayıf
2:Orta veya şiddetli
5. Pasif İntihar girişimi ()
0.Yaşamı korumak için intihar girişimi
1.Yaşamayı ölmeyi şansa bırakabilir
2.Hayatını korumak ve sürdürmek için önlemlerden kaçınma

II. İntihar Düşüncesi / Arzusu Karakteristiği

6. Zaman boyutu : Süresi ()
0..Kısa ve geçici dönemler
1.Uzun dönemler
2.Kronik veya hemen daima sürekli
7. Zaman boyutu : Sıklık ()
0.Nadiren
1.Aralıklı
2.Sebat eden veya süregen

8. Düşünce ve Arzuya karşı tutum ()
0.Kabul etmeyen
1.Ambivalan , tepkisiz
2.Kabul eden
9. İntihar davranışını / Acting outu kontrol etme arzusu ()
0.Kontrol etme duygusu mevcut
1.Kontrol edeceğinden emin değil
2.Kontrol etme duygusu yok
10. Aktif girişimden caydıran etmenler (din, aile, başarılı olmayan ()
ciddi hasar. Geri dönüş yok
0.Caydırıcılar sebebi ile intihar etmeme
1.Caydırıcılar hakkında biraz ilgi gösterme
2.Caydırıcılar hakkında hiç yada minimal ilgi taşıma
11. Düşünülen girişim için sebep ()
0. Çevreyi etkilemek, dikkat çekmek,intikam
1. 0 ve 2 nin kombinasyonu
2. Problemden kaçma, çözmek, tamamen sona erdirmek

III. Tasarlanan Girişimin Özellikleri

12. Yöntem: Özgüllük ve Planlama ()
0.Dikkate alınmama
1.Dikkate alınmış fakat detaylar çalışılmamış
2.Detaylar çalışılmış ve çok iyi planlanmış
13. Yöntem: Erişilebilirlik ()
0.Yönteme ulaşamıyor, fırsat yok
1.Yöntem zaman ve çaba istiyor, fırsat gerçekten yok
2a.Yöntem ve fırsata erişilebilir
2b.Gelecekte yöntem ile ilgili fırsat veya erişilebilirlik önceden tahmin edilebilir.
14. Girişimi gerçekleştirme yeteneğine ilişkin duyumları olması ()
0.Cesaret yok, korkmuş, çok zayıf, yeteneksiz
1.Cesaret konusunda emin değil, yeteneği var.
2.Yeteneği ve cesareti var

15. Gerçek girişimin beklentisi / öngörüsü ()
0. Yok
1. Belirsiz, emin değil
2. Evet

IV- Tasarlanan Girişimin Gerçekleştirilmesi

16. Gerçek Hazırlık ()
0. Yok
1. Kısmen
2. Tam
17. İntihar Notu ()
0. Yok
1. Başlamış fakat tamamlamamış yada bırakmamış, sadece düşünce
2. Tamamlamış, bırakmış
18. Ölüm beklentisi içinde yapılan son hareketler ()
0. Yok
1. Düşünmüş ve bazı düzenlemeler yapmış
2. Kesin planlar yapmış yada düzenlemeleri tamamlamış
19. Tasarlanan girişimin gizlenmesi yada aldatıcı bir tavır sergilenmesi ()
0. Tasarıları açıkça belli etmek
1. Açılmaktan çekinmek
2. Yalan söyleme, aldatma, gizli tutma girişimlerinde bulunur.

V- Arka Plan Faktörleri

20. Önceki intihar girişi ()
0. Yok
1. 1
2. Birden fazla
- 21 Son girişimle ilgili ölme eğilimi ()
0. Düşük
1. Orta derecede, ikilemli, emin değil
2. Yüksek

Ek 5. Yakın İlişkide Yaşantılar Envanteri (Experiences in Close Relationships; ECR)

Yakın İlişkide Yaşantılar Envanteri (YİYE) Brennan, Clark ve Shaver (1998) tarafından geliştirilen bağlanma boyutlarını ölçen 36 maddeden oluşmaktadır. Kaçınma (attachment avoidance) skorunu hesaplamak için tek sayılı maddelerin ortalamaları alınırken kaygı (attachment anxiety) skorunu hesaplamak için çift sayılı maddelerin ortalamaları alınmaktadır.

Ters kodlanan maddeler: 3., 15., 19., 22., 25., 27., 29., 31., 33. ve 35.

7'li derecelendirme yöntemine göre:

1 = Hiç katılmıyorum

7 = Tamamen katılıyorum

Ölçek maddeleri;

1. Gerçekte ne hissettiğimi birlikte olduğum kişiye göstermemeyi tercih ederim.
2. Terk edilmekten korkarım.
3. Romantik ilişkide olduğum kişilere yakın olmak konusunda çok rahatım.
4. İlişkilerim konusunda çok kaygılıyım.
5. Birlikte olduğum kişi bana yakınlaşmaya başlar başlamaz kendimi geri çekiyorum.
6. Romantik ilişkide olduğum kişilerin beni, benim onları umursadığım kadar umursamayacaklarından endişelenirim.
7. Romantik ilişkide olduğum kişi çok yakın olmak istediğinde rahatsızlık duyarım.
8. Birlikte olduğum kişiyi kaybedeceğim diye çok kaygılanırım.

9. Birlikte olduğum kişilere açılma konusunda kendimi rahat hissetmem.
10. Genellikle, birlikte olduğum kişinin benim için hissettiklerinin benim onun için hissettiklerim kadar güçlü olmasını arzu ederim.
11. Birlikte olduğum kişiye yakın olmayı isterim, ama sürekli kendimi geri çekerim.
12. Genellikle birlikte olduğum kişiyle tamamen bütünleşmek isterim ve bu bazen onları korkutup benden uzaklaştırır.
13. Birlikte olduğum kişilerin benimle çok yakınlaşması beni gerginleştirir.
14. Yalnız kalmaktan endişelenirim.
15. Özel duygu ve düşüncelerimi birlikte olduğum kişiyle paylaşmak konusunda oldukça rahatımdır.
16. Çok yakın olma arzumu bazen insanları korkutup uzaklaştırır.
17. Birlikte olduğum kişiyle çok yakınlaşmaktan kaçınmaya çalışırım.
18. Birlikte olduğum kişi tarafından sevildiğimin sürekli ifade edilmesine gereksinim duyarım.
19. Birlikte olduğum kişiyle kolaylıkla yakınlaşabilirim.
20. Birlikte olduğum kişileri bazen daha fazla duygu ve bağlılık göstermeleri için zorladığımı hissedirim.
21. Birlikte olduğum kişilere güvenip dayanma konusunda kendimi rahat bırakmakta zorlanırım.

22. Terk edilmekten pek korkmam.
23. Birlikte olduğum kişilere fazla yakın olmamayı tercih ederim.
24. Birlikte olduğum kişinin bana ilgi göstermesini sağlayamazsam üzülür ya da kızarım.
25. Birlikte olduğum kişiye hemen hemen herşeyi anlatırım.
26. Birlikte olduğum kişinin bana istediğim kadar yakın olmadığını düşünürüm.
27. Sorunlarımı ve kaygılarımı genellikle birlikte olduğum kişiyle tartışırım.
28. Bir ilişkide olmadığım zaman kendimi biraz kaygılı ve güvensiz hissederim.
29. Birlikte olduğum kişilere güvenip dayanmakta rahatımdır.
30. Birlikte olduğum kişi istediğim kadar yakınımnda olmadığında kendimi engellenmiş hissederim.
31. Birlikte olduğum kişilerden teselli, öğüt ya da yardım istemekten rahatsız olmam.
32. İhtiyaç duyduğumda birlikte olduğum kişiye ulaşamazsam kendimi engellenmiş hissederim.
33. İhtiyaç duyduğumda birlikte olduğum kişiden yardım istemek işe yarar.
34. Birlikte olduğum kişiler beni onaylamadıkları zaman kendimi gerçekten kötü hissederim.
35. Rahatlama ve güvencenin yansura birçok şey için birlikte olduğum kişiyi ararım.
36. Birlikte olduğum kişi benden ayrı zaman geçirdiğinde üzülürüm

Ek 6. Sabahlılık-Akşamlılık Anketi

1

SABAHLILIK AKŞAMLILIK ANKETİ

İnsanlar yaşam biçimleri, uyku-uyanıklık düzenleri ve gösterdikleri performansların zamanı bakımından "sabah tipi" ve "akşam tipi" şeklinde sınıflandırılabilirler. Aşağıda bunlarla ilgili sorular bulunmaktadır. Lütfen her bir soruyu cevaplandırmadan önce dikkatli bir şekilde okuyun. Tüm soruları cevaplandırın. Her bir soru için cevabınız diğerlerinden bağımsız olmalıdır, geri dönmeyin ve cevaplarınızı kontrol etmeyin. Her bir soru için bir tek cevap seçin. Bazı sorularda cevap olarak bir cetvel bulunmaktadır. Size doğru gelen seçeneği cetvel üzerinde ya da uygun sayıyı dikkate alarak işaretleyin.

SORULAR

1. Eğer gündüz planlarınızı başkalarından bağımsız olarak tek başınıza yapabilmiş olsaydınız saat kaç civarında yataktan kalkmak sizin için en uygunu olurdu?

- | | |
|-------------------------|---------|
| Sabah 05:00-Sabah 06:30 | ()-> 5 |
| Sabah 06:30-Sabah 07:45 | ()-> 4 |
| Sabah 07:45-Sabah 09:45 | ()-> 3 |
| Sabah 09:45-Sabah 11:00 | ()-> 2 |
| Sabah 11:00-Öğle 12:00 | ()-> 1 |
| Öğle 12:00-Sabah 05:00 | ()-> 0 |

2. Eğer akşam planlarınızı başkalarından bağımsız olarak tek başınıza yapabilmiş olsaydınız saat kaç civarında yatmak sizin için en uygunu olurdu?

- | | |
|---|---------|
| Akşam 20:00-Gece 21:00 | ()-> 5 |
| Gece 21:00-Gece 22:15 | ()-> 4 |
| Gece 22:15-Gece yarısından sonra 24:30 | ()-> 3 |
| Gece yarısından sonra 24:30-Sabah 01:45 | ()-> 2 |
| Sabah 01:45-Sabah 03:00 | ()-> 1 |
| Sabah 03:00-Sabah 08:00 | ()-> 0 |

3. Sabahları belli bir saatte kalkmak zorunda olduğunuzda saat kurup zil sesiyle uyanmaya ne derecede kendinizi bağımlı hissedersiniz?

- | | |
|----------------------------|---------|
| Hiç bağımlı hissetmem | ()-> 4 |
| Çok az bağımlı hissedirim | ()-> 3 |
| Oldukça bağımlı hissedirim | ()-> 2 |
| Çok bağımlı hissedirim | ()-> 1 |

4. Çevresel şartlar tam olarak uygun olsa sabahları yataktan kalkmak size ne denli kolay gelir?

- | | |
|---------------------|---------|
| Asla kolay gelmez | ()-> 1 |
| Çok kolay gelmez | ()-> 2 |
| Oldukça kolay gelir | ()-> 3 |
| Çok kolay gelir | ()-> 4 |

5. Sabahları kalktıktan sonraki ilk bir saat içinde kendinizi ne denli canlı ve uyanık hissedersiniz?

- Asla canlı hissetmem ()-> 1
 Hafif canlı hissedirim ()-> 2
 Oldukça canlı hissedirim ()-> 3
 Çok canlı hissedirim ()-> 4

6. Sabahları kalktıktan sonraki ilk bir saat süresince iştahınız nasıldır?

- Çok kötü ()-> 1
 Oldukça kötü ()-> 2
 Oldukça iyi ()-> 3
 Çok iyi ()-> 4

7. Sabahları kalktıktan sonraki ilk bir saat içinde kendinizi ne denli yorgun hissedersiniz?

- Çok yorgun ()-> 1
 Oldukça yorgun ()-> 2
 Oldukça dinlenmiş ()-> 3
 Çok dinlenmiş ()-> 4

8. Ertesi güne ait bir randevu ya da işiniz olmadığında her zamanki yatma vaktinize göre erken ya da geç mi yatarsınız?

- Asla geç yatmam ()-> 4
 1 saatten daha az geç yatarım ()-> 3
 1-2 saat daha geç yatarım ()-> 2
 2 saatten daha fazla gecikirim ()-> 1

9. Biraz fiziksel egzersiz yapmaya karar verdiniz. Bir arkadaşınız da bunu haftada iki kez ve birer saat yapmanızın uygun olduğunu belirterek bunun için en iyi zamanın sabah 07:00-08:00 arası olduğunu söyledi. En iyi performansı elde etmeyi hedef alarak bunun ne düzeyde gerçekleştirebileceğinizi düşünürsünüz?

- İyi bir şekilde gerçekleştireceğimi düşünürüm ()-> 4
 Orta derecede başarılı olurum ()-> 3
 Güç olacaktır ()-> 2
 Çok güç olacaktır ()-> 1

10. Uyku ihtiyacınızın artmasına bağlı olarak gün içinde saat kaç sularında kendinizi yorulmuş hissedersiniz?

- Akşam 20:00-Gece 21:00 ()-> 5
 Gece 21:00-Gece 22:15 ()-> 4
 Gece 22:15-Gece yarısından sonra 24:45 ()-> 3
 Gece yarısından sonra 24:45-Sabah 02:00 ()-> 2
 Sabah 02:00-Sabah 03:00 ()-> 1

11. Bir güne ait planlarınızı tam olarak kendinizin ayarladığını düşünün. Size, iki saat sürecek ve sonunda zihinsel olarak yorgun düşürecek bir başarı testi uygulanacak olsa en iyi performansı gösterebilmeniz için bu testin hangi saat diliminde uygulanması sizce uygun olur?

- Sabah 08:00-Sabah 10:00 ()> 4
 Sabah 11:00-Öğleden sonra 13:00 ()> 3
 Öğleden sonra 15:00-Öğleden sonra 17:00 ()> 2
 Akşam 19:00-Gece 21:00 ()> 1

12. Gece saat 23.00'de yattığınızı düşünün. Yatağa yattığınızda kendinizi ne düzeyde yorgun hissedersiniz?

- Hiç yorgun hissetmem ()> 1
 Çok az yorgun hissedirim ()> 2
 Oldukça yorgun hissedirim ()> 3
 Çok fazla yorgun hissedirim ()> 4

13. Bir takım nedenlerden ötürü her zamankinden 3-4 saat daha geç yattığınızı ancak ertesi sabah belli bir saatte kalkmanız gerekmeyişi düşünün. Aşağıdakilerden hangisi yatış ve kalkış zamanınızı en iyi tanımlar?

- Her zamanki vakitte uyanırım ve tekrar uyumam ()> 4
 Her zamanki vakitte uyanırım ama daha sonra hafifçe uyuklarım ()> 3
 Her zamanki vakitte uyanırım ama tekrar uykuya dalarım ()> 2
 Her zamankinden geç uyanırım ()> 1

14. Sabah 04:00-06:00 arası nöbet tuttuğunuzu ve uyanık durmak zorunda olduğunuzu düşünün. Ertesi güne ait bir randevunuz da yok. Böyle bir durumda aşağıdakilerden hangisini yaparsınız?

- Nöbet bitene kadar yatmam ()> 1
 Nöbetten önce hafif bir şekerleme yapar ve nöbetten sonra uyurum ()> 2
 Nöbetten önce uyur nöbetten sonra da biraz kestirim ()> 3
 Nöbetten önce iyice uyur ve uykumu almış olurum ()> 4

15. İki saat süreyle bedensel olarak sıkı bir şekilde çalışmak zorunda olduğunuzu düşünün. Günlük çalışma planınızı ayarlamakta da tamamıyla serbest olsanız aşağıdaki zaman dilimlerinden hangisi sizin için en iyi çalışma zamanıdır?

- Sabah 08:00-Sabah 10:00 ()> 4
 Sabah 11:00-Öğleden sonra 13:00 ()> 3
 Öğleden sonra 15:00-Öğleden sonra 17:00 ()> 2
 Akşam 19:00-Gece 21:00 ()> 1

16. Sıkı bir fiziksel egzersiz yapmaya karar verdiniz. Bir arkadaşınız da bunu haftada iki kez ve birer saat yapmanızın uygun olduğunu belirterek bunun için en iyi zamanın gece 22:00-23:00 arası olduğunu söyledi. En iyi performansı elde etmeyi hedef alarak bunun ne düzeyde gerçekleştirebileceğinizi düşünürsünüz?

- İyi bir şekilde gerçekleştireceğinizi düşünürüm ()> 1
Orta derecede başarılı olurum ()> 2
Güç olacaktır ()> 3
Çok güç olacaktır ()> 4

17. Çalışma saatlerinizi kendinizin belirlediğinizi düşünün. Günde 5 saat (yemek arası dâhil) çalıştığınızı, işinizin ilginç bir iş olduğunu, severek çalıştığınızı ve elde ettiğiniz başarıya göre de ücret aldığınızı farz edin. Böyle bir durumda 5 saatlik çalışma sürenizi başlatmak için hangi saatleri seçerdiniz?

- Sabah 04:00-Sabah 08:00 ()> 5
Sabah 08:00-Sabah 09:00 ()> 4
Sabah 09:00-Öğleden sonra 14:00 ()> 3
Öğleden sonra 14:00-Öğleden sonra 17:00 ()> 2
Öğleden sonra 17:00-Sabah 04:00 ()> 1

18. Gün içinde kendinizi en iyi hissettiğiniz zaman dilimi hangisidir?

- Sabah 05:00-Sabah 08:00 ()> 5
Sabah 08:00-Sabah 10:00 ()> 4
Sabah 10:00-Öğleden sonra 17:00 ()> 3
Öğleden sonra 17:00-Gece 22:00 ()> 2
Gece 22:00-Sabah 05:00 ()> 1

19. İnsanlar yaşam biçimleri, uyku-uyanıklık düzenleri ve gösterdikleri performansların zamanı bakımından "sabah tipi" ve "akşam tipi" şeklinde sınıflandırılabilirler. Aşağıdakilerden hangisi bu bakımdan sizi en iyi şekilde tanımlar?

- Kesinlikle sabah tipi ()> 6
Akşam tipinden daha ziyade sabah tipi ()> 4
Sabah tipinden daha ziyade akşam tipi ()> 2
Kesinlikle akşam tipi ()> 0

Teşekkürler!

Ek 7. Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri

Aşağıdaki cümleler çocukluğunuzda (18 yaş altında) yaşayabileceğiniz bazı korkulara ilişkindir; lütfen hatırlamaya çalışarak, “tüm soruları” yanıtlayınız.

Ben 18 yaşından küçükken...

	Çok sık hissettim	Sıklıkla hissettim	Nadiren hissettim	Hiç hissetmedim
1. Okula gitmek istemezdim.				
2. Evde olmadığım zaman ebeveynlerimden birinin başına kötü bir şey gelebileceğinden korkardım.				
3. Evde tek başıma bırakılmak istemezdim.				
4. Okula gitmeden önce baş ağrısı, bulantı, mide ağrısı gibi bedensel şikâyetlerim olurdu.				
5. Onların yanında olmadığımda, ailemden birilerinin başına kaza gelebileceğine dair korkularım vardı.				
6. Yabancı yerlerde bulunduğumda, kaybolmaktan korkardım.				

7. Gece yalnız kaldığımda, canavarların ya da hayvanların bana saldırabileceğini hayal ederdim.				
8. Tek başımayken, tanımadığım kimselerden çok korkardım.				
9. Kendimin ya da ailemin şiddete maruz kaldığı şeklinde kabuslar görürdüm.				
10. Ailemden ayrıldığımda çok mutsuz olurdum.				
11. Yalnız olduğumda, kaçınılacağımdan ya da zarar göreceğimden korkardım.				
12. Evden uzaktayken, ailemle birlikte olduğumu hayal ederdim.				
13. Yalnız başıma uyumaktan korkardım.				
14. Okula gitmeden önce çok gergin olurdum.				
15. Karanlıktan korkardım.				

Ek 8. Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi

Aşağıdaki sorular bir yetişkin (18 yaş üzeri) olarak yaşamış olabileceğiniz bazı belirtilere yöneliktir. Lütfen bu belirtileri yaşıyıp yaşamadığınıza göre sorunun karşısındaki uygun yeri işaretleyiniz. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız.

	Çok sıklıkla	Sıklıkla	Nadiren	Hiç
1. Size yakın olan kişilerle birlikte evinizdeyken kendinizi daha güvende hissettiniz mi?				
2. Evinizden saatlerce uzak kalmakta zorluk çektiniz mi?				
3. Çantanızda veya cüzdanınızda size güven ya da huzur veren bir şeyler taşırmısınız?				
4. Uzun bir yolculuğa çıkmak üzere evden ayrılmazdan önce aşırı stres yaşadınız mı?				
5. Size yakın olan birinden ayrılmakla ilgili kabuslar ya da rüyalar gördüğünüz oldu mu?				
6. Bir yolculuğa çıkmazdan önce size yakın olan birinden ayrılmakla ilgili aşırı stres yaşadınız mı?				
7. Günlük işleriniz aksadığında çok huzursuz olur musunuz?				
8. Size en yakın kişilerle olan ilişkilerinizin yoğunluğu konusunda				

endişelendiniz mi? Örneğin çok aşırı bağlı olmanızdan dolayı.				
9. İşiniz veya diğer düzenli ev dışı uğraşlarınız için evinizden ayrılmadan önce baş ağrısı, mide ağrısı ya da bulantı gibi (veya başka) belirtiler oldu mu?				
10. İnsanları yakınıınızda tutmak için çok fazla konuştüğünüzü fark ettiğiniz oldu mu?				
11. Size yakın kişilerden ayrıldığınızda (örneğin işe gitmek ya da evden dışarıya çıkmak için), özellikle onların nerede oldukları konusunda endişelendiniz mi?				
12. Gece tek başınıza uyumakta güçlük çeker misiniz? Örneğin bir yakınıınız evdeyse daha iyi uyur musunuz?				
13. Size yakın olan kişilerin seslerini işitebiliyor ya da televizyonun veya radyonun sesini duyuyorsanız daha kolay uyuduğumuzu fark ettiniz mi?				
14. Size yakın olan kişilerden uzak kaldığınızı düşündüğünüzde çok sıkıntı yaşadınız mı?				
15. Evinizden uzakta olmayla ilgili kâbuslar ya da rüyalar gördünüz mü?				
16. Yakınlarınızın ciddi bir zarar görebileceği hakkında çok fazla endişelenir misiniz? Örneğin, bir trafik				

kazası geçirmeleri veya ölümcül bir hastalığa yakalanmaları gibi.				
17. Günlük olağan işlerinizi yaparken, size yakın olan kişilerle bağlantı kurmanızı engelleyecek değişimlerin olması sizi çok huzursuz eder mi?				
18. Önemsediğiniz insanların sizi terk edeceği konusunda çok fazla endişelenir misiniz?				
19. Hiç, evde ya da yatak odasında ışıklar açıkken daha iyi uyuduğunuzu fark ettiniz mi?				
20. Özellikle size yakın kişiler evde değilse, evde tek başınıza kalmaktan kaçınmaya çalışır mısınız?				
21. Size yakın olanlardan ayrıldığınızı ya da onların sizi terk ettiğini düşündüğünüzde, aniden gelen sıkıntı nöbetleri ya da panik ataklarınız (örneğin, aniden titreme, terleme, çarpıntı, nefes darlığı gib) oldu mu?				
22. Size yakın olan kişilerle düzenli olarak (örneğin her gün) telefon görüşmeleri yapamadığınızda sıkıntı yaşadığınızı fark ettiniz mi?				
23. Önemsediğiniz birisi sizi terk ettiğinde, bu durumla başa çıkamayacağınızı ya da onsuz yapamayacağınızdan korktunuz mu?				
24. Size yakın olan kişilerden ayrıldığınızda aniden gelen sıkıntı nöbetleri ya da panik ataklarınız				

(örneğin, aniden titreme, terleme, çarpıntı, nefes darlığı gibi) oldu mu?				
25. Sizi, yakın olduğunuz birilerinden ayırabilecek muhtemel olaylar hakkında çok fazla endişelenir misiniz? Örneğin, işle ilgili gereklilikler gibi.				
26. Hiç, size yakın olan kişiler “çok fazla konuştuğunuzu” söylediler mi?				
27. Bazı insanlarla olan ilişkilerinizin, onlar için sorunlar oluşturacak kadar yakın olduğu konusunda endişelenir misiniz?				

Ek 9. Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri 1-2 (STAI 1-2)

Durumluk Kaygı Envanterindeki tersine dönmüş ifadeler 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddelerdir. Sürekli Kaygı Envanterindeki tersine dönmüş ifadeler ise 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. maddeleri oluşturur.

STAI -1

İsim:..... Cinsiyet:..... Yaş:..... Tarih:...../...../.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HiÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMİYLE
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Şu anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunuz	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

STAI-2

İsim:.....Cinsiyet:..... Yaş:..... Tarih:...../...../.....

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hemen	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçırmam	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Her şeyi ciddiye alırım ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunuzum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Otur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)