



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**PSİKANALİZDEKİ ÖLÜM DÜRTÜSÜ VE ERTELEME
KAVRAMI BAĞLAMINDA BİR SINIR DENEYİMİ OLAN
İNTİHAR GİRİŞİMİNİN İNCELENMESİ**

ALEYNA NEVCÜVAN KALOŞ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Pınar ALGEDİK

İSTANBUL 2025



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**PSİKANALİZDEKİ ÖLÜM DÜRTÜSÜ VE ERTELEME
KAVRAMI BAĞLAMINDA BİR SINIR DENEYİMİ OLAN
İNTİHAR GİRİŞİMİNİN İNCELENMESİ**

ALEYNA NEVCÜVAN KALOŞ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Pınar ALGEDİK

İSTANBUL 2025



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
TEZ/PROJE SAVUNMASI
TUTANAK FORMU

DOKÜMAN NO: ENS.FR.007

İLK YAYIN TARİHİ:

REVİZYON NO:

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA NO: 2 / 3

Aleyna Nevçüvan KALOŞ tarafından hazırlanan "PSİKANALİZDEKİ ÖLÜM DÜRTÜSÜ VE ERTELEME KAVRAMI BAĞLAMINDA BİR SINIR DENEYİMİ OLAN İNTİHAR GİRİŞİMİNİN İNCELENMESİ" adlı tez çalışması, aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / OY ÇOKLUĞU ile Haliç Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Ana Bilim Dalı'nda YÜKSEK LİSANS TEZİ/PROJESİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Ünvanı, Adı-Soyadı
Ana Bilim Dalı, Üniversite Adı

*Aınar Algedik, Dr. Öğr. Üyesi
Psikoloji, Haliç Üni*

İmza

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.

İkinci Danışman (varsa): Ünvanı, Adı-Soyadı
Ana Bilim Dalı, Üniversite Adı

İmza

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.

Başkan: Ünvanı, Adı-Soyadı
Ana Bilim Dalı, Üniversite Adı

Ebru Aehlivan Sarı / Dr. Öğr. Üyesi

İmza

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.

Üye: Ünvanı, Adı-Soyadı
Ana Bilim Dalı, Üniversite Adı

*Volkon Demir / Dr. Öğr. Üyesi
Gelişim Üniversitesi, Psikoloji Anabilim Dalı*

İmza

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.

Tez Savunma Tarihi: *08.10.2025*

Jüri tarafından kabul edilen bu tezin Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.

..... Ünvanı, Adı-Soyadı

.....Enstitüsü Müdürü

Aleyna Nevçüvan Kaloş Tez Turnitin.pdf

ORJİNALLİK RAPORU

%**3**

BENZERLİK ENDEKSİ

%**2**

İNTERNET KAYNAKLARI

%**2**

YAYINLAR

%**1**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

dergipark.org.tr

İnternet Kaynağı

<%**1**

2

acikbilim.yok.gov.tr

İnternet Kaynağı

<%**1**

3

Soylu, Nusret. "Depresyonu Olan Ergenlerde İntihar Dusuncesini Etkileyen Sosyal, Emosyonel ve Kognitif Faktorlerin Arastirilmesi", Bursa Uludag University (Turkey), 2021

Yayın

<%**1**

4

Yavuz, Büşra Ece. "İntihar Davranışı İle Başvuran Ergenlerin Sosyal Kognisyon ve Nörobilişsel Özelliklerinin İntihar Davranışı Göstermeyen Depresyon Tanili Ergenler ve Sağlikli Kontrollerle Karşılaştırılması", Bursa Uludag University (Turkey), 2023

Yayın

<%**1**

5

GÜLER, Seda and ÜNALACAK, Murat. "5. Aile Hekimliği Araştırma Günleri Bildiri Özetleri 20-23 Mart 2014 Eskişehir de bir spor merkezinde aerobik ve germe egzersizleri

<%**1**

ETİK BEYANI

Haliç Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Aleyna Nevçüvan KALOŞ

.../.../2024

ÖZET

PSİKANALİZDEKİ ÖLÜM DÜRTÜSÜ VE ERTELEME KAVRAMI BAĞLAMINDA BİR SINIR DENEYİMİ OLAN İNTİHAR GİRİŞİMİNİN İNCELENMESİ

Haliç Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Pınar ALGEDİK

Aralık 2024, 118 sayfa

Bu çalışma, intihar girişiminde bulunan bireylerin deneyimlerini psikanalizdeki ölüm dürtüsü ve erteleme kavramları bağlamında incelemeyi amaçlamaktadır. Çalışmada nitel araştırma yöntemi kullanılmış olup, veriler psikanalitik yönelimli derinlemesine görüşmeler yoluyla toplanmıştır. Araştırmanın çalışma grubunu 6 katılımcı oluşturmaktadır. Görüşmelerden elde edilen veriler tematik söylem analizi yöntemiyle incelenmiştir. Araştırma bulguları sekiz ana tema etrafında şekillenmiştir. İntihar düşüncesinin kökenleri ve tetikleyicileri teması altında çocukluk travmaları, aile içi iletişimsizlik, yalnızlık ve yabancılaşma hissi, değersizlik duyguları ve kontrol kaybı öne çıkan faktörler olarak belirlenmiştir. Ölüm dürtüsü ile ilişki temasında katılımcıların ölüm korkusu ve merakı arasında gelgitler yaşadığı, ölümü bir kurtuluş olarak gördükleri ve yaşamın anlamsızlaşması deneyimini yaşadıkları gözlemlenmiştir. İntihar girişiminin psikodinamiği temasında öfke ve intikam dürtüleri, kendini cezalandırma eğilimi, kontrol kazanma çabası ve çevreye mesaj verme arzusu temel motivasyonlar olarak belirlenmiştir. Erteleme davranışının psişik boyutları temasında mükemmeliyetçilik, başarısızlık korkusu, kaygı ve son ana bırakmanın verdiği adrenalin arayışı öne çıkan örüntüler olarak saptanmıştır. İntihar sonrası dönüşüm temasında aile ilişkilerinde değişim, benlik algısında farklılaşma ve yeni baş etme mekanizmalarının geliştirilmesi gözlemlenmiştir. Nesne ilişkileri ve bağlanma örüntüleri temasında ebeveynlerle çatışmalı ilişkiler, güvensiz bağlanma stilleri ve terk edilme korkusu temel örüntüler olarak belirlenmiştir. Psişik acı ve duygu düzenleme temasında duygusal yoğunlukla baş edememe, duyguları ifade etmede zorluk ve dissosiyatif deneyimler öne çıkan temalar olmuştur. Varoluşsal temalar başlığında ise yaşamın anlamını sorgulama, kimlik arayışı ve varoluşsal boşluk hissi katılımcıların deneyimlerinde merkezi bir yer tutmuştur. Araştırma sonuçları, özellikle erken dönem travmaları, nesne ilişkileri örüntüleri ve duygu düzenleme güçlüklerinin intihar girişiminde önemli rol oynadığı görülmüştür. Çalışmanın bulguları doğrultusunda, klinik uygulayıcılara yönelik öneriler sunulmuş ve gelecek araştırmalar için özellikle erteleme davranışının intihar riski ile ilişkisinin daha geniş örneklemelerle incelenmesi önerilmiştir.

Anahtar kelimeler: Erteleme, intihar, ölüm dürtüsü.

ABSTRACT

AN EXAMINATION OF SUICIDE ATTEMPT AS A NERVOUS EXPERIENCE IN THE CONTEXT OF DEATH DRIVE AND PROCRASTINATION CONCEPT IN PSYCHOANALYSIS

Haliç University

Institute of Graduate Studies

Department of Psychology, Master's Thesis

Supervisor: Asst. Prof. Dr. Pınar ALGEDİK

December 2024, 118 pages

This study aims to examine the experiences of individuals who attempt suicide in the context of the concepts of death drive and procrastination in psychoanalysis. Qualitative research method was used in the study and data were collected through psychoanalytically oriented in-depth interviews. The study group consisted of 6 participants. The data obtained from the interviews were analyzed by thematic discourse analysis method. The research findings were shaped around eight main themes. Under the theme of origins and triggers of suicidal ideation, childhood traumas, miscommunication within the family, feelings of loneliness and alienation, feelings of worthlessness and loss of control were identified as prominent factors. In the theme of the relationship with the death drive, it was observed that the participants experienced fluctuations between fear of death and curiosity, saw death as a salvation and experienced the meaninglessness of life. In the theme of psychodynamics of suicide attempt, anger and revenge impulses, tendency to punish oneself, effort to gain control and desire to send a message to the environment were identified as the main motivations. In the theme of psychic dimensions of procrastination behavior, perfectionism, fear of failure, anxiety and adrenaline seeking caused by leaving it to the last moment were found to be prominent patterns. In the theme of post-suicide transformation, changes in family relationships, differentiation in self-perception and development of new coping mechanisms were observed. In the theme of object relations and attachment patterns, conflictual relationships with parents, insecure attachment styles and fear of abandonment were identified as the main patterns. In the theme of psychic pain and emotion regulation, inability to cope with emotional intensity, difficulty in expressing emotions and dissociative experiences were the prominent themes. In the existential themes, questioning the meaning of life, searching for identity and a sense of existential emptiness were central to the participants' experiences. The results of the study showed that especially early traumas, object relations patterns and emotion regulation difficulties play an important role in suicide attempts. In line with the findings of the study, recommendations for clinical practitioners were presented and it was suggested for future research to examine the relationship between procrastination behavior and suicide risk with larger samples.

Keywords: Death drive, procrastination, suicide.

TEŞEKKÜR

Bu çalışmada, toplumsal ve bireysel bir risk faktörü haline gelen ve her yıl yaklaşık bir milyon insanın ölümüyle sonuçlanan intihar girişimleri, erteleme ve ölüm dürtüsü kavramları bağlamında, psikanalitik bir yaklaşım ile incelenmiştir.

Bu yolu benimle adım adım yürüten, her adımında öğrencisi olmaktan gurur duyduğum, bilgi birikimini benden sakınmayan, her zaman beni yüreklendiren değerli danışman hocam, mentörüm, Dr.Öğr.Üyesi Pınar ALGEDİK'e sonsuz teşekkür ederim.

Bu çalışma süresinde yola beraber çıktığım kıymetli hocalarım Dr.Öğr.Üyesi Ebru PEHLİVAN SARI ve Dr. Öğr. Üyesi.Ceylin ÖZCAN'a yolu benimle açtıkları için teşekkürü borç bilirim.

Ayağım tökezlediğinle benimle bu çalışmaya can veren kıymetli yol arkadaşlarıma, her zaman çıktığım her yolda bana inancını eksik etmeden değerli ailem, dostlarım ve yolumun kesişmesinden onur duyduğum herkese sonsuz teşekkür ederim.

Aleyna Nevcüvan KALOŞ

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

Sayfa

ÖZET	IV
ABSTRACT	V
TEŞEKKÜR	VI
İÇİNDEKİLER DİZİNİ.....	VII
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	X
KISALTMALAR DİZİNİ.....	XI
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. İntihar Kavramı	5
2.1.1. İntihar Kavramının Tanımı, Kapsamı, Tarihsel ve Kültürel Bağlamı	5
2.1.2. İntiharın Fenomenolojisi	9
2.1.2.1. İntihar Davranışının Öznel Deneyimi	9
2.1.2.2. Psikolojik Acı ("Psychache") Kavramı	11
2.1.2.3. İntihar Öncesi Zihinsel Durum	12
2.1.3. İntihar Davranışının Özellikleri	13
2.1.3.1. Dış Tehditler ve İç Krizler	13
2.1.3.2. Baş Etme Mekanizmalarının Yokluğu	15
2.1.3.3. Önemli Kişilerin Yokluğu	17
2.1.3.4. İntihar Niyeti	18
2.1.3.5. Ölümcul Eylem	20
2.1.4. İntihar ve Psikopatoloji İlişkisi	22
2.1.4.1. Depresyon ve İntihar	22
2.1.4.2. Şizofreni ve İntihar	23
2.1.4.3. Kişilik Bozuklukları ve İntihar	24
2.1.4.4. Madde Kullanım Bozuklukları ve İntihar	26
2.1.5. İntihar Davranışında Rol Oynayan Faktörler	28
2.1.5.1. Saldırganlık ve İntihar	28
2.1.5.2. Dürtüsellik ve İntihar	29
2.1.5.3. Umutsuzluk ve İntihar	30
2.1.6. İntiharı Önleme Stratejileri ve Müdahale Programları	32
2.1.6.1. Öne Çıkan Stratejiler	32
2.1.6.2. Ulusal İntihar Önleme Programları	33
2.1.6.3. Avrupa İntiharı Önleme İttifakı (EAAD) Dört Seviyeli Müdahale Modeli	35
2.2. Ölüm Dürtüsü Kavramı	37
2.2.1. Ölüm Dürtüsü Kavramının Tanımı	37
2.2.2. Ölüm Dürtüsünün Teorik Temelleri	38
2.2.3. Ölüm Dürtüsünün Klinik Görünümleri	40

2.2.3.1. Tekrarlama Zorlantısı (Repetition Compulsion).....	40
2.2.3.2. Mazoşizm ve Sadizm Fenomenleri	41
2.2.3.3. Kendine Zarar Verme Davranışları.....	42
2.2.3.4. Melankoli ve İntihar Eğilimleri.....	42
2.2.4. Çağdaş Psikanalitik Yaklaşımlarda Ölüm Dürtüsü.....	43
2.2.5. Ölüm Dürtüsünün Sosyal ve Kültürel Boyutları.....	45
2.2.5.1. Grup Psikolojisi ve Kitle Hareketlerinde Ölüm Dürtüsü	45
2.2.5.2. Toplumsal Şiddet ve Yıkıcılığın Psikanalitik Yorumu	46
2.2.6. Ölüm Dürtüsü Kavramının Eleştirel Değerlendirmesi.....	47
2.2.7. Ölüm Dürtüsü ve İntihar İlişkisi	50
2.2.7.1. İntiharın Psikanalitik Anlamı	50
2.2.7.2. Ölüm Dürtüsünün İntihar Davranışındaki Rolü.....	51
2.2.7.3. Terapötik Yaklaşımlar ve Müdahale Stratejileri	52
2.3. Erteleme Kavramı	53
2.3.1. Ertelemenin Tanımı, Özellikleri ve Türleri.....	53
2.3.2. Ertelemenin Psikolojik Temelleri	54
2.3.3. Erteleme ve Ruh Sağlığı.....	56
2.3.3.1. Erteleme ve Depresyon	56
2.3.3.2. Erteleme ve Anksiyete	58
2.3.3.3. Erteleme ve Stres	59
2.3.4. Ertelemenin Ölüm Dürtüsü ve İntihar Eğilimi ile İlişkisi.....	60
3. GEREÇ VE YÖNTEM	63
3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	63
3.2. Araştırma Modeli	64
3.3. Çalışma Grubu	65
3.4. Veri Toplama Araçları	66
3.5. Verilerin Analizi	67
3.6. Geçerlilik ve Güvenilirlik	68
4. BULGULAR.....	71
4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	71
4.2. Tematik Söylem Analizine Yönelik Bulgular.....	73
4.2.1. İntihar Düşüncesinin Kökenleri ve Tetikleyicileri.....	73
4.2.2. Ölüm Dürtüsü ile İlişki	75
4.2.3. İntihar Girişiminin Psikodinamiği	77
4.2.4. Erteleme Davranışının Psişik Boyutları.....	78
4.2.5. İntihar Girişimi Sonrası Dönüşüm	80
4.2.6. Nesne İlişkileri ve Bağlanma Örüntüleri.....	81
4.2.7. Psişik Acı ve Duygu Düzenleme.....	83
4.2.8. Varoluşsal Temalar	85
5. TARTIŞMA	87
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	93
KAYNAKLAR.....	97

EKLER	117
EK A: Etik Kurul Onayı.....	117
EK B: Onam Formu	118
EK C: Sosyodemografik Bilgi Formu.....	120
EK D: Mülakat Formu	121
ÖZGEÇMİŞ.....	122



ÇİZELGELER DİZİNİ

Sayfa

Çizelge 4.1. Katılımcıların demografik özellikleri - 1	71
Çizelge 4.2. Katılımcıların demografik özellikleri - 2	72



KISALTMALAR DİZİNİ

AKB	Alkol Kullanım Bozukluğu
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
BKB	Borderline Kişilik Bozukluğu
DDT	Diyalektik Davranış Terapisi
EAAD	Avrupa İntiharı Önleme İttifakı
IPT	Kişilerarası Terapi
MKB	Madde Kullanım Bozuklukları
MSA	Medically Serious Suicide Attempts (Tıbbi Açıdan Ciddi İntihar Girişimleri)
MTT	Mentalizasyon Temelli Terapi
NKB	Narsisistik Kişilik Bozukluğu
NMSA	Non-Medically Serious Suicide Attempts (Tıbbi Açıdan Ciddi Olmayan İntihar Girişimleri)
NSSI	Non-Suicidal Self-Injury (İntihar Dışı Kendine Zarar Verme Davranışı)
PA	Proaktif Saldırganlık
RA	Reaktif Saldırganlık
SIS	Suicide Intent Scale (İntihar Niyeti Ölçeği)
SSRI	Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü)
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

1. GİRİŞ

İntihar, bireyin kendi yaşamına kasıtlı olarak son vermesi eylemi olarak tanımlanmakta ve günümüzde önemli bir halk sağlığı sorunu olarak ortaya çıkmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, her yıl yaklaşık bir milyon kişi intihar nedeniyle hayatını kaybetmekte ve 20 milyona yakın intihar girişimi gerçekleşmektedir (WHO, 2019). İntihar girişimlerinin altında yatan psikodinamik süreçlerin anlaşılması, önleyici müdahalelerin geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır.

Freud'un psikanalitik kuramında merkezi bir yere sahip olan ölüm dürtüsü (Thanatos) kavramı, bireyin yıkıcı ve kendine zarar verici eğilimlerini açıklamada önemli bir teorik çerçeve sunmaktadır. Freud (1920), ölüm dürtüsünü organizmanın cansız duruma geri dönme eğilimi olarak tanımlamış ve bu dürtünün yaşam dürtüsü (Eros) ile sürekli bir çatışma halinde olduğunu öne sürmüştür. Bu bağlamda, intihar girişimi ölüm dürtüsünün en uç tezahürlerinden biri olarak değerlendirilebilir.

Erteleme davranışı ise, bireyin önemli görev ve sorumluluklarını geciktirme eğilimi olarak tanımlanmakta ve psikanalitik literatürde önemli bir yer tutmaktadır. Erteleme, bireyin eyleme geçme ya da karar verme süreçlerindeki gecikmeleri açıklamada kullanılan bir kavram olmakla birlikte, daha derin psişik süreçlerin bir yansıması olarak da değerlendirilebilir. Özellikle yaşamsal kararların ertelenmesi ve yaşam dürtüsünün ketlenmesi bağlamında, erteleme davranışının intihar eğilimiyle olan ilişkisi dikkat çekmektedir.

İntihar girişiminin psikanalitik perspektiften ele alınması, özellikle ölüm dürtüsü kavramı bağlamında önemli bir araştırma alanı oluşturmaktadır. Freud'un (1920) "Haz İlkesinin Ötesinde" adlı eserinde ortaya koyduğu ölüm dürtüsü kavramı, intihar girişiminin bilinçdışı dinamiklerini anlamada temel bir teorik çerçeve sunmaktadır. Bununla birlikte, ölüm dürtüsünün intihar davranışındaki

rolü ve bu davranışın erteleme fenomeniyle ilişkisi, literatürde yeterince incelenmemiş bir alan olarak ortaya çıkmaktadır.

Erteleme davranışı, psikanalitik literatürde genellikle nevrotik bir semptom olarak ele alınmakta ve yaşamsal kararların ötelenmesi bağlamında incelenmektedir. Lacan'ın (2006) arzu teorisinde belirttiği gibi, erteleme davranışı öznenin arzu ekonomisinde merkezi bir rol oynamakta ve yaşamla kurulan ambivalan ilişkinin bir tezahürü olarak ortaya çıkmaktadır. Bu bağlamda, erteleme davranışının intihar girişimiyle olan ilişkisi, hem teorik hem de klinik açıdan önemli bir araştırma problemi oluşturmaktadır.

İntihar girişiminin bir sınır deneyimi olarak ele alınması, Maltzberger'in (2004) psişik acı kavramı çerçevesinde değerlendirildiğinde, özellikle erken dönem travmaları ve nesne ilişkileri örüntülerinin rolü gündeme gelmektedir. Klein'in (1988) nesne ilişkileri teorisi perspektifinden bakıldığında, intihar girişimi, içselleştirilmiş kötü nesnelerle olan ilişkinin en uç noktada dışavurumu olarak görülebilir.

Bu çerçevede; bu araştırmanın temel problemi, intihar girişiminin psikanalizdeki ölüm dürtüsü ve erteleme kavramları bağlamında yeterince incelenmemiş olmasıdır. Mevcut literatürde, intihar girişimlerinin genellikle epidemiyolojik ve risk faktörleri açısından incelendiği (Sayıl ve Devrimci-Özgüven, 2002), ancak bilinçdışı süreçler ve psikanalitik dinamikler açısından yeterince ele alınmadığı görülmektedir.

Bu araştırmanın temel amacı, intihar girişiminde bulunmuş bireylerin deneyimlerini psikanalizdeki ölüm dürtüsü (thanatos) ve erteleme kavramları bağlamında incelemektir. Bu kapsamda çalışma, intihar girişiminin altında yatan bilinçdışı süreçleri, özellikle ölüm dürtüsünün tezahürlerini ve erteleme davranışının psişik dinamiklerini psikanalitik bir perspektiften anlamayı hedeflemektedir. Araştırma aynı zamanda, intihar girişiminde bulunan bireylerin öznel deneyimlerindeki ölüm dürtüsü ve erteleme davranışı arasındaki olası ilişkileri ortaya koymayı amaçlamaktadır. Çalışmanın bir diğer amacı, intihar girişiminin bir sınır deneyimi olarak nasıl yaşantılandığını ve bu deneyimin öznel anlamlarını psikanalitik kuram çerçevesinde derinlemesine incelemektir. Araştırma ayrıca, intihar girişiminde bulunan bireylerin nesne ilişkileri örüntüleri ile ölüm dürtüsü ve erteleme davranışı arasındaki dinamik etkileşimi ortaya

koymayı amaçlamaktadır. Bu kapsamda, katılımcıların erken dönem nesne ilişkilerinin, mevcut psişik yapılanmalarına olan etkisinin anlaşılması hedeflenmektedir.

Bu araştırmanın özgün değeri, intihar girişimini ölüm dürtüsü ve erteleme kavramları ekseninde ele alarak, konuya yeni bir teorik perspektif getirmesidir. İntihar girişimlerinin altında yatan bilinçdışı süreçlerin anlaşılması, klinik uygulamada terapötik müdahalelerin etkinliğini artırma potansiyeline sahiptir. Özellikle erteleme kavramının intihar girişimleriyle ilişkisinin incelenmesi, literatürde görece az çalışılmış bir alan olması nedeniyle önem taşımaktadır.

Araştırmanın bir diğer önemli yönü, intihar girişimlerinin önlenmesine yönelik psikanalitik temelli müdahale stratejilerinin geliştirilmesine katkı sağlama potansiyelidir. Klein'in (1988) belirttiği gibi, ölüm dürtüsünün anlaşılması ve terapötik süreçte ele alınması, bireyin kendine yönelik yıkıcı eğilimlerinin dönüştürülmesinde rol oynamaktadır. Bu bağlamda, araştırmanın bulguları, klinik uygulayıcılara intihar riski olan bireylerle çalışırken kullanabilecekleri teorik bir çerçeve sunmayı hedeflemektedir.

Bunun yanı sıra, araştırma sonuçlarının ruh sağlığı politikalarının geliştirilmesine de katkı sağlaması beklenmektedir. İntihar girişimlerinin psikanalitik perspektiften anlaşılması, koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin planlanmasında ve risk gruplarına yönelik müdahale programlarının tasarlanmasında yol gösterici olabilir.

Araştırmanın bir diğer önemli katkısı, Türkiye'de psikanalitik yönelimli intihar araştırmalarına olan ihtiyacı karşılamaya yönelik olmasıdır. Ülkemizde intihar girişimleri üzerine yapılan çalışmaların çoğunlukla epidemiyolojik ve risk faktörlerine odaklı olduğu görülmektedir (Sayıl ve Devrimci-Özgüven, 2002). Bu araştırma, konuyu bilinçdışı süreçler açısından ele alarak literatürdeki bu boşluğu doldurmayı hedeflemektedir.

Çalışma yedi ana bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm olan "Giriş" bölümünde, çalışmanın temel çerçevesi sunulmaktadır. Bu bölümde problem tanımı, araştırmanın amacı, önemi ve kapsamı ele alınmaktadır.

İkinci bölüm olan "Genel Bilgiler" bölümü üç ana başlık altında yapılandırılmıştır. İlk olarak intihar kavramı ele alınmakta, bu kavramın tanımı,

kapsamı, tarihsel ve kültürel bağlamı incelenmektedir. Ardından intiharın fenomenolojisi, intihar davranışının özellikleri, intihar ve psikopatoloji ilişkisi, intihar davranışında rol oynayan faktörler ve intiharı önleme stratejileri tartışılmaktadır. İkinci ana başlık altında ölüm dürtüsü kavramı incelenmektedir. Bu başlıkta kavramın tanımı, teorik temelleri, klinik görünümleri, çağdaş psikanalitik yaklaşımlardaki yeri ve intiharla ilişkisi ele alınmaktadır. Üçüncü ana başlık altında ise erteleme kavramı incelenmekte, bu kavramın tanımı, özellikleri, psikolojik temelleri ve ruh sağlığı ile ilişkisi tartışılmaktadır.

Üçüncü bölüm olan "Gereç ve Yöntem" bölümünde araştırmanın metodolojik çerçevesi sunulmaktadır. Bu bölümde araştırmanın modeli, çalışma grubu, veri toplama araçları, verilerin analizi ve geçerlilik-güvenilirlik çalışmaları detaylandırılmaktadır.

Dördüncü bölüm olan "Bulgular" bölümünde, araştırmadan elde edilen veriler sistematik bir şekilde sunulmaktadır. Bu bölüm; katılımcıların demografik özellikleri ve tematik söylem analizine yönelik bulgular olmak üzere iki ana kısımdan oluşmaktadır. Tematik söylem analizi bulguları sekiz ana tema altında organize edilmiştir: intihar düşüncesinin kökenleri ve tetikleyicileri, ölüm dürtüsü ile ilişki, intihar girişiminin psikodinamiği, erteleme davranışının psişik boyutları, intihar sonrası dönüşüm, nesne ilişkileri ve bağlanma örüntüleri, psişik acı ve duygu düzenleme, varoluşsal temalar.

Beşinci bölüm olan "Tartışma" bölümünde, araştırma bulguları psikanalitik literatür ışığında tartışılmaktadır. Bu bölümde, elde edilen bulguların teorik ve klinik çıkarımları ele alınmakta, bulgular mevcut literatürle karşılaştırılarak değerlendirilmektedir.

Altıncı bölüm olan "Sonuçlar" bölümünde, araştırmanın temel bulguları özetlenmekte ve bu bulguların teorik ve klinik çıkarımları sunulmaktadır. Bu bölümde ayrıca araştırmanın güçlü yönleri ve sınırlılıkları da tartışılmaktadır.

Son olarak yedinci bölüm olan "Öneriler" bölümünde, araştırma bulgularından hareketle; uygulayıcılara yönelik ve gelecek araştırmalara yönelik olmak üzere iki temel alanda öneriler sunulmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İntihar Kavramı

İntihar, uzun yıllardır araştırmacıların, klinisyenlerin ve toplumun ilgisini çeken bir konu olmuştur. Bu bölümde, intihar kavramı detaylı olarak incelenmektedir.

2.1.1. İntihar Kavramının Tanımı, Kapsamı, Tarihsel ve Kültürel Bağlamı

İntiharın tanımı konusunda literatürde çeşitli yaklaşımlar bulunmakla birlikte, genel olarak kabul gören tanım, bireyin kendi yaşamına kasıtlı olarak son vermesi eylemi olarak ifade edilebilir (Nock vd., 2008).

Shneidman (1985), intiharı; çaresiz bir bireyin, dayanılmaz bir acıya çözüm olarak gördüğü, bilinçli bir eylemi olarak tanımlamıştır. Shneidman, intiharın sadece bir eylem değil, aynı zamanda bir süreç olduğunu ve bireyin içsel deneyimini de kapsadığını ifade etmektedir. İntihar girişimi, düşünceden eyleme doğru ilerleyiş gösteren aşamalı bir süreç olarak değerlendirilir (May, 2015). De Leo vd. (2004: 33) ise daha kapsamlı bir tanım önermişlerdir: *"İntihar, ölümcül bir sonucu olan, kişinin ölümcül bir sonuç olasılığını bilerek veya bekleyerek başlattığı ve gerçekleştirdiği, istenen değişiklikleri getirme amacı taşıyan bir eylemdir."* Bu tanıma göre, intihar bilinçli bir karar süreci içermekte ve birey bu eylemle bir değişiklik yaratma amacı taşımaktadır.

İntiharla ilişkili davranışlar, bir spektrum üzerinde değerlendirilebilir. İntihar düşüncesi (suicidal ideation), kişinin kendi yaşamını sonlandırma ile ilgili düşünceleri olarak tanımlanabilir (Beck vd., 1979). Bu düşünceler, pasif ölüm isteklerinden aktif ve detaylı intihar planlarına kadar geniş bir yelpazede olabilir. İntihar düşüncesinin varlığı, her zaman intihar girişimi veya tamamlanmış intiharla sonuçlanmasa da önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir.

İntihar girişimi (suicide attempt), Silverman vd. (2007a: 268) tarafından "ölümle sonuçlanmayan, kendine zarar verme davranışı olup, kişinin ölme niyetine dair açık veya örtük kanıtların bulunduğu eylem" olarak tanımlanmıştır. Bu tanım, eylemin sonucundan ziyade, kişinin niyetine odaklanması açısından önemlidir. İntihar girişimleri, tıbbi açıdan ciddi olanlar (medically serious suicide attempts - MSA) ve tıbbi açıdan ciddi olmayanlar (non-medically serious suicide attempts - NMSA) olarak ayrılabilir (Levi vd., 2008).

Tamamlanmış intihar (completed suicide) ise, ölümle sonuçlanan intihar eylemi olarak tanımlanmaktadır. Bu terim, son yıllarda "*ölümle sonuçlanan intihar davranışı*" veya sadece "*intihar*" olarak da ifade edilmektedir, çünkü "*tamamlanmış*" terimi, eylemin bir başarı olarak algılanabileceği endişesiyle eleştirilmektedir (Crosby vd., 2011).

Bu kavramların yanı sıra, literatürde sıkça karşılaşılan diğer terimler arasında kendine zarar verme (self-harm), parasuisid ve intihar dışı kendine zarar verme davranışı (non-suicidal self-injury - NSSI) bulunmaktadır. Bu terimlerin kullanımı ve tanımları konusunda tartışmalar devam etmektedir (Silverman vd., 2007b).

Durkheim'ın (1951) öncü çalışması, intiharın sosyolojik boyutunu öne çıkararak, bu olgunun yalnızca bireysel bir eylem olmadığını, aynı zamanda toplumsal faktörlerden etkilenen bir fenomen olduğunu ortaya koymuştur. Durkheim intiharı; egoistik, altruistik, anomik ve fatalistik intihar olmak üzere dört kategoriye ayırmıştır:

- *Egoistik İntihar*: Bu tür, bireyin toplumdan aşırı derecede kopuk olduğu durumlarda ortaya çıkar. Toplumsal bağların zayıflaması ve bireyin kendisini toplumdan izole hissetmesi sonucu gerçekleşir. Durkheim, bu tür intiharın modern toplumlarda daha yaygın olduğunu öne sürmüştür.
- *Altruistik İntihar*: Egoistik intiharın tam tersidir. Birey, topluma aşırı derecede entegre olmuştur ve kendi bireyselliğini kaybetmiştir. Bu durumda, toplumun çıkarları için kendini feda etme düşüncesiyle intihar edebilir. Savaşta ülkesi için kendini feda eden askerler bu kategoriye girebilir.

- *Anomik İntihar*: Toplumsal düzenin bozulduğu, normların belirsizleştiği ve toplumsal kontrolün zayıfladığı durumlarda ortaya çıkar. Ekonomik krizler, hızlı toplumsal değişimler gibi durumlarda görülebilir. Birey, toplumsal kuralların ve normların belirsizleşmesi sonucu yönünü kaybeder ve intihara yönelebilir.
- *Fatalistik İntihar*: Anomik intiharın tam tersidir. Aşırı düzenleme ve baskı altında yaşayan bireylerin, bu durumdan kurtulmak için intihar etmesi durumudur. Çok katı kurallarla yönetilen toplumlarda veya hapisanelerde görülebilir.

İntiharın tarihsel bağlamı incelendiğinde, farklı medeniyetlerin ve dönemlerin bu olguya yaklaşımlarında belirgin farklılıklar görülmektedir. Eski Mısır'da, MÖ 2000'li yıllara ait "*Yaşamdan Bıkmış Bir Adamla Ruhunun Konuşması*" (*A Debate Between a Man Tired of Life and His Soul*) adlı metin, intihar düşüncesinin felsefi bir tartışma konusu olarak ele alındığını göstermektedir (Allen, 2010). Antik Yunan'da, özellikle Stoacılar, intiharı belirli koşullarda makul bir seçenek olarak değerlendirirken, Aristoteles ve Platon gibi filozoflar intiharı topluma karşı işlenmiş bir suç olarak görmüşlerdir (Minois, 2001).

Orta Çağ'da Hristiyan teolojisinin etkisiyle, Augustinus ve Thomas Aquinas gibi düşünürler intiharı "*kendine karşı cinayet*" olarak tanımlamış ve bu eylemi gerçekleştirenlerin Tanrı'nın verdiği yaşam hakkını ihlal ettiklerini savunmuşlardır (Marsh, 2010). Bu dönemde intihar edenlerin cenazeleri özel törensiz gömülmüş, mallarına el konulmuş ve aileleri toplumsal dışlanmaya maruz kalmıştır (Watt, 2004).

Aydınlanma döneminde, özellikle 18. yüzyılda, intihar konusundaki tartışmalar seküler bir boyut kazanmaya başlamıştır. Montesquieu, Voltaire ve Hume gibi düşünürler, intiharın ahlaki ve felsefi boyutlarını dini dogmalardan bağımsız olarak ele almışlardır (Minois, 2001). 19. yüzyılda ise intihar, tıbbi ve psikolojik bir olgu olarak incelenmeye başlanmış, Esquirol gibi psikiyatristler intiharı bir akıl hastalığı belirtisi olarak değerlendirmişlerdir (Berrios, 2015).

Modern toplumlarda, intiharın bir halk sağığı sorunu olarak ele alınması giderek yaygınlaşmaktadır. Dünya Sağık Örgütü (WHO) verilerine göre, her yıl dünya genelinde yaklaşık 800.000 kişi intihar nedeniyle hayatını kaybetmektedir ve bu, her 40 saniyede bir kişinin intihar ettiğı anlamına gelmektedir (WHO, 2019).

Kültürler arası farklılıklar, intiharın algılanışı, nedenleri ve yöntemleri üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Japonya'da geleneksel olarak var olan "*seppuku*" veya "*harakiri*" gibi onurlu intihar kavramları, Batı kültürlerindeki intihar algısından oldukça farklıdır. Benzer şekilde, bazı Hint kültürlerinde dul kadınların kocalarının cenaze ateşinde kendilerini yakmaları (sati) uygulaması, intiharın kültürel bağlamının genişliğini göstermektedir (Malick ve Griffith, 2021).

Modern Çin'de yapılan araştırmalar, kırsal bölgelerde kadınlar arasında görülen intiharların, toplumsal baskı ve ekonomik zorlukların bir yansıması olarak ortaya çıktığını göstermektedir (Phillips vd., 2002). Hindistan'da ise çeyiz sistemi ve aile içi şiddetle ilişkili kadın intiharları, önemli bir toplumsal sorun olarak varlığını sürdürmektedir (Vijayakumar, 2015).

Dinlerin intihar karşısındaki tutumları, toplumların bu olguya yaklaşımını şekillendiren temel faktörlerden biri olagelmıştır. Semavi dinlerde (Yahudilik, Hristiyanlık ve İslam) intihar genellikle yasaklanmış ve günah olarak nitelendirilmiştir (Özkan, 2016).

Yahudilikte, Talmud otoriteleri intiharı "*kötü ve iğrenç bir günah*" olarak tanımlamışlardır. Her ne kadar Eski Ahit'te doğrudan bir intihar yasağı bulunmasa da din bilginlerinin yorumlarıyla bu yasak zamanla Yahudi yasasına (halaka) girmiştir (Stack ve Wasserman, 2011). Hristiyanlıkta intihar, özellikle Aziz Augustinus'un (MS 354-430) etkisiyle kesin biçimde yasaklanmıştır. Augustinus'a göre intihar, "*öldürmeyeceksin*" emrinin ihlali ve Tanrı'ya karşı işlenmiş bir günahdır. Modern dönemde Protestan mezhepler, intihara karşı daha anlayışlı bir yaklaşım geliştirmiş ve ruh sağığı perspektifinden değerlendirmeye başlamıştır (Mishara ve Weisstub, 2016). İslam dininde ise intihar hem Kur'an'da hem de hadislerde açıkça yasaklanmıştır. İslam geleneğinde canın korunması (hıfz-ı nefis) temel ilkelerden biri olarak kabul edilir. Bu yaklaşım, Müslüman toplumlarda tarihsel olarak düşük intihar oranlarıyla ilişkilendirilmiştir (Eskin, 2014).

Hint kökenli dinlerde (Hinduizm, Budizm, Caynizm) intihar konusunda daha farklı yaklaşımlar görülmektedir. Bu dinlerin dünya algısını acı ve keder üzerine kurması, bazı durumlarda intiharın teşvik edilmesine yol açmıştır. Özellikle Caynizm'de, belirli koşullar altında dini motivasyonlu intihar (sallekhana) meşru görülmüştür. Bununla birlikte, Sihizm gibi daha sonra ortaya çıkan bazı Hint dinleri intiharı yasaklamıştır (Vijaykumar, 2007). Konfüçyüsçü gelenekte sadakat ve onur kavramları bağlamında değerlendirilen intihar, Budist öğretilerde ise genellikle olumsuz karşılanmakla birlikte, bazı istisnai durumlarda (örneğin, Vietnamlı rahiplerin politik protestoları) kabul görebilmektedir (Young, 2002).

2.1.2. İntiharın Fenomenolojisi

İntiharın fenomenolojisi, intihar davranışının öznel deneyimini ve bireyin iç dünyasındaki yaşantısını anlamaya çalışan bir yaklaşımdır. Bu bölümde, intihar davranışının öznel deneyimi, psikolojik acı kavramı ve intihar öncesi zihinsel durum ele alınmaktadır.

2.1.2.1. İntihar Davranışının Öznel Deneyimi

İntihar davranışının öznel deneyimi, bireyin intihar düşüncesi ve eylemi sırasında yaşadığı içsel süreçleri kapsar. Bu deneyim, kişiden kişiye farklılık gösterse de bazı ortak özellikler taşımaktadır. Shneidman (1993), intihar davranışının öznel deneyimini "*psikolojik acı*" (psychache) kavramı etrafında şekillendirmiştir. Buna göre, intihar eden bireyler genellikle dayanılmaz bir psikolojik acı yaşamakta ve bu acıdan kurtulmanın tek yolunun ölüm olduğunu düşünmektedirler.

İntihar davranışının öznel deneyiminde öne çıkan bir diğer unsur, bireyin kendisini çözümsüz bir durumda hissetmesidir. Baumeister (1990), intiharı "*benlikten kaçış*" olarak tanımlamış ve bireyin kendisini başarısız, yetersiz ve değersiz hissettiği bir durumdan kaçma arzusu olarak açıklamıştır. Bu bağlamda, intihar düşüncesi olan bireyler genellikle kendilerini bir çıkmaz içinde algılamakta ve alternatif çözüm yolları görememektedirler.

Benson vd. (2013), intihar düşüncesi olan bireylerin deneyimlerini inceledikleri çalışmalarında, bu kişilerin sıklıkla benlik bütünlüğünün bozulması, dünya ile olan bağlantının kopması ve bedensel yabancılaşma gibi fenomenolojik deneyimler yaşadıklarını ortaya koymuşlardır. Bu deneyimler, bireyin kendisini ve çevresini algılama biçimini derinden etkilemekte ve intihar düşüncesinin gelişmesine zemin hazırlamaktadır.

Maltsberger (2004), intihar davranışının öznel deneyiminde "*benlik parçalanması*" (self-fragmentation) kavramının önemine dikkat çekmiştir. Bu deneyimde birey, benliğinin bütünlüğünü kaybettiğini ve parçalara ayrıldığını hisseder. Bu parçalanma deneyimi, genellikle yoğun bir yalnızlık ve izolasyon hissi ile birlikte görülür. Maltsberger'in klinik gözlemleri, intihar eğilimi olan bireylerin çoğunun bu parçalanma deneyimini "*içsel bir ölüm*" olarak tanımladıklarını göstermiştir.

Michel ve Valach (2001), intihar davranışının öznel deneyimini "*eylem teorisi*" (action theory) perspektifinden incelemişlerdir. Araştırmacılar, intihar girişiminde bulunan kişilerin intihar davranışını bir "*proje*" olarak deneyimlediklerini ve bu projenin belirli aşamalardan geçtiğini ifade etmişlerdir. Bu aşamalar, başlangıçtaki çaresizlik duygusundan, intihar planının oluşturulmasına ve nihayetinde eylemin gerçekleştirilmesine kadar uzanan bir süreci kapsamaktadır.

Orbach vd. (2003), intihar düşüncesi olan bireylerin bedensel deneyimlerini inceledikleri çalışmalarında, bu kişilerin sıklıkla "*bedensel yabancılaşma*" ve "*fiziksel dissosiyasyon*" yaşadıklarını ileri sürmektedirler. Bu deneyimler, kişinin kendi bedenine karşı düşmanca duygular beslemesi, bedenini reddetmesi ve bedensel sınırlarının belirsizleşmesi şeklinde tezahür etmektedir.

Joiner'ın (2005) "*İntihar Teorisi*"nde öne sürdüğü "*kazanılmış yetenek*" (acquired capability) kavramı, intihar davranışının öznel deneyiminde önemli bir boyutu açıklamaktadır. Joiner'a göre, tekrarlayan kendine zarar verme davranışları ve ölüm düşünceleri, kişinin ölüm korkusunu azaltmakta ve intihar davranışı için bir tür "*hazırlık*" işlevi görmektedir. Bu süreç, bireyin acıya karşı toleransını artırırken, yaşamla olan bağı zayıflatmaktadır.

Rudd (2006)'un "*Akışkan Yatkınlık Teorisi*"ne (Fluid Vulnerability Theory) göre, intihar düşüncesi olan bireylerin öznel deneyimlerinde "*intihar şeması*" (suicidal mode) adı verilen bir bilişsel yapı aktif hale gelmektedir. Bu şema, bireyin kendisi, dünya ve geleceğe ilişkin umutsuz inançlarını, fizyolojik uyarılmayı, davranışsal eğilimleri ve motivasyonel faktörleri içeren bir sistemdir. İntihar şeması aktifleştğinde, birey alternatif çözüm yollarını göremez hale gelmekte ve intihar tek çıkış yolu olarak algılanmaktadır.

Rogers vd. (2007), varoluşsal-yapılandırmacı intihar modelinin motivasyonel bileşenini test etmek amacıyla 40 intihar notunun içerik analizini gerçekleştirmişlerdir. Araştırmacılar, intihar notlarındaki motivasyonları dört temel kategoride sınıflandırmışlardır: psikolojik, ilişkisel, spiritüel ve somatik motivasyonlar. Analiz sonuçları, psikolojik motivasyonların en yaygın (%42.3) olduğunu, bunu sırasıyla ilişkisel (%28.9), spiritüel (%19.2) ve somatik (%9.6) motivasyonların izlediğini göstermiştir. İntiharı tamamlayanların notlarında, girişimde bulunanlara kıyasla daha fazla ilişkisel tema bulunmuştur. Ayrıca, yaşlı yazarların notlarında gençlere göre daha fazla psikolojik ve daha az spiritüel motivasyon teması tespit edilmiştir.

2.1.2.2. Psikolojik Acı ("Psychache") Kavramı

Psikolojik acı kavramı, ilk olarak Edwin Shneidman (1993) tarafından ortaya atılmış ve "*psychache*" olarak adlandırılmıştır. Shneidman, psikolojik acıyı zihnin yarası ve ruhun ıstırapı olarak tanımlamış ve intiharın temel nedeni olarak görmüştür.

Shneidman'ın (1993) orijinal tanımına göre psikolojik acı, bireyin engellenen veya çarpıtılmış psikolojik ihtiyaçlarından kaynaklanan yoğun bir acı deneyimidir. Bu acı, sadece depresyon veya anksiyete gibi klinik belirtilerle sınırlı değildir; daha ziyade, bireyin varoluşsal ihtiyaçlarının karşılanmaması sonucu ortaya çıkan derin bir ıstırap durumudur.

Orbach vd. (2003), psikolojik acıyı inceledikleri çalışmalarında, bu kavramın aşağıdaki boyutları içerdiğini öne sürmüşlerdir:

- *Geri dönüşsüzlük*: Bireyin durumunun değişmeyeceğine dair inancı
- *Kontrol kaybı*: Kişinin yaşamı üzerindeki kontrolünü yitirdiği hissi

- *Narsisistik yara*: Benlik değerinin zedelenmesi ve utanç duygusu
- *Duygusal taşkynlık*: Yoğun ve kontrol edilemeyen duygular
- *Donukluk*: Duygusal tepkisizlik ve boşluk hissi
- *Sosyal mesafe*: Diğerlerinden kopma ve yabancılaşma duygusu

Psikolojik acı kavramının intihar davranışını anlamada ve öngörmede önemli rol oynadığı son yıllarda yapılan araştırmalarla giderek daha belirgin hale gelmiştir. Bu alanda yapılan çalışmalar, psikolojik acının intihar riski üzerindeki etkisini farklı boyutlarıyla ortaya koymaktadır. Troister ve Holden (2010), psikolojik acının intihar düşüncesini öngörmede depresyon ve umutsuzluktan daha güçlü bir belirleyici olduğunu göstermiş, bu bulguyu destekler şekilde Flamenbaum ve Holden (2007) de psikolojik acının intihar girişimleriyle olan ilişkisinin, depresyondan bağımsız olarak var olduğunu ortaya koymuştur. Bu temel bulgular üzerine yapılan daha detaylı araştırmalar, psikolojik acının etki mekanizmalarını aydınlatmaya başlamıştır. Campos ve Holden (2015), psikolojik acının intihar düşüncesine giden yolda bağlanma sorunları ve kişilerarası ihtiyaçların engellenmesi gibi mekanizmalar üzerinden etki ettiğini göstermiştir. Verrocchio vd. (2016) alışması ise konuya gelişimsel bir perspektif katarak, psikolojik acının çocukluk ağı travmaları ile intihar davranışı arasındaki ilişkide aracı rol oynadığını ortaya koymuştur. Bu araştırmalar bir bütün olarak değerlendirildiğinde, psikolojik acının intihar davranışına giden süreçte merkezi bir rol oynadığı ve bu ilişkinin çeşitli psikolojik ve gelişimsel faktörlerle şekillendiği anlaşılmaktadır.

2.1.2.3. İntihar ncesi Zihinsel Durum

İntihar ncesi zihinsel durum, bireyin intihar eylemine yönelmeden hemen önceki düşünce ve duygu durumunu ifade eder. Bu durum, genellikle yoğun bir psikolojik acı, umutsuzluk ve çaresizlik hissi ile karakterizedir. Maltzberger (2004), intihar öncesi zihinsel durumu "*pre-suicidal syndrome*" olarak adlandırmış ve bu durumun özelliklerini tanımlamıştır.

İntihar ncesi zihinsel durumun önemli bir özelliği, "*bilişsel kısıtlanma*" veya "*tünel görüşü*"dr. Baumeister (1990), bu durumu "*bilişsel daraltma*" olarak tanımlamış ve bireyin düşünce süreçlerinin kısıtlandığını, alternatif çözüm

yollarını göremez hale geldiğini belirtmiştir. Bilişsel daraltma, bireyin intiharı tek çıkış yolu olarak görmesine neden olabilmektedir.

Duyguların yoğunlaşması ve düzenlenmesindeki güçlük, intihar öncesi zihinsel durumun önemli bir bileşenidir. Hendin vd. (2010) araştırması, intihar öncesi durumda bireylerin özellikle dokuz yoğun duygu deneyimlediğini ortaya koymuştur: anksiyete, öfke, çaresizlik, terk edilmişlik, yalnızlık, umutsuzluk, kendinden nefret etme, suçluluk ve aşağılanma. Bu duygular içinde özellikle çaresizlik duygusu, intihar davranışını öngörmeye en güçlü gösterge olarak bulunmuştur. Araştırmacılar, bu duyguların sadece yoğunluğunun değil, aynı zamanda kontrol edilemez ve dayanılmaz olarak algılanmasının da önemine işaret etmiştir. Bu duygusal yoğunluk ve kontrol kaybı, bireylerin "*dağılma*" ya da "*parçalanma*" korkusu yaşamalarına neden olmaktadır.

İntihar öncesi zihinsel durumun bir diğer önemli özelliği olan dissosiyatif yaşantılar, Orbach (1994)'ın çalışmasında detaylı olarak incelenmiştir. Orbach, dissosiyasyonun iki temel süreçten oluştuğunu belirtir: ayrışma/kopma ve kontrol kaybı. Ayrışma/kopma süreci; dünyayı ve kendini deneyimleme biçiminde daralma, uzaklaşma, duygusal küntlük, bedensel algıda bozulma ve aşırı bilişsel daralma şeklinde kendini gösterir. Bu dissosiyatif durum başlangıçta dayanılmaz acıya karşı bir savunma mekanizması olarak gelişse de zamanla bireyin bedenine karşı kayıtsızlık ve fiziksel acıya duyarsızlık şeklinde kronikleşebilmektedir. Bu durum, bireyin kendine zarar verme ve intihar davranışını kolaylaştıran bir faktör haline gelmektedir. Özellikle çocukluk dönemindeki travmatik yaşantılar ve süregelen stres hem dissosiyatif eğilimlerin hem de strese karşı artan kırılganlığın gelişimine zemin hazırlamaktadır.

2.1.3. İntihar Davranışının Özellikleri

2.1.3.1. Dış Tehditler ve İç Krizler

İntihar davranışının ortaya çıkmasında dış tehditler ve iç krizler önemli rol oynamaktadır. Bu faktörler, bireyin psikolojik dengesini bozarak intihar düşüncesi ve davranışına yol açabilecek bir zemin hazırlamaktadır. Dış tehditler, bireyin yaşam koşullarını ve çevresini etkileyen olumsuz olayları ifade ederken; iç krizler, bireyin bu olaylara verdiği duygusal ve bilişsel tepkileri kapsamaktadır (Sun, 2011; Sun vd., 2007).

Dış tehditler, bireyin yaşamında stres yaratan ve baş etme becerilerini zorlayan çevresel faktörlerdir. Sun (2011) dış tehditleri, bireyin işlevselliğine yönelik gerçek veya potansiyel bir tehlike içeren yaşam olayları olarak tanımlamaktadır. Dış tehditler, maturasyonel (gelişimsel süreç boyunca ortaya çıkan) veya durumsal (belirli bir olay veya duruma bağlı olarak ortaya çıkan) olabilir. Maturasyonel tehditler, bebeklik, çocukluk, ergenlik, yetişkinlik ve yaşlılık dönemlerindeki gelişimsel geçişleri içerirken; durumsal tehditler, sevilen birinin kaybı, iş kaybı, finansal sorunlar, travmatik olaylar, fiziksel yaralanmalar, zorbalık, taciz, ayrımcılık, ev içi şiddet, cinsel istismar, evsizlik, madde bağımlılığı, rol değişimleri ve karşılanmamış beklentiler gibi stresli yaşam olaylarını kapsamaktadır (Sun, 2011).

Dış tehditlerin intihar davranışı üzerindeki etkisi, birçok çalışmada gösterilmiştir. Blaauw vd. (2002) tarafından yapılan bir çalışmada, travmatik yaşam olaylarının ve önemli kişilerin kaybının intihar riski üzerinde önemli bir etkisi olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde, Diedrich ve Warelouw (2002) ile Krysinska (2003), kayıp yaşantısının intihar riski ile güçlü bir ilişkisi olduğunu ortaya koymuşlardır.

İç krizler ise, dış tehditlerin yarattığı duygusal bozulma sonucu ortaya çıkan içsel tepkilerdir. Sun vd. (2007), iç krizleri dış olayların yarattığı duygusal bozulma olarak tanımlamakta ve bu krizlerin genellikle belirtiler şeklinde kendini gösterdiğini belirtmektedir. Bu belirtiler somatik (mide rahatsızlığı, baş ağrısı, yorgunluk, ilgisizlik, iştah kaybı, halsizlik) veya psikolojik (anksiyete, korku, öfke, düşmanlık, yalnızlık, umutsuzluk, değersizlik hissi ve depresyon) nitelikte olabilir.

İç krizlerin intihar davranışı üzerindeki etkisi de çeşitli araştırmalarda incelenmiştir. Chesley ve Loring-McNulty (2003), intihar girişiminde bulunan kişilerin girişim sonrasında en sık yaşadıkları duyguların üzüntü, depresyon, hayal kırıklığı ve boşluk hissi olduğunu bildirmişlerdir. Grewal ve Porter (2007) ile Kuo vd. (2004), umutsuzluğun intihar düşüncesi ve davranışı ile depresyondan daha güçlü bir ilişkisi olduğunu ve intiharı öngörmede daha hassas bir gösterge olduğunu ortaya koymuşlardır.

Dış tehditler ve iç krizler arasındaki etkileşim, intihar davranışının ortaya çıkmasında önem taşımaktadır. Pridmore ve Jamil (2009) tarafından önerilen "*çıkılmaz modeli*", bu etkileşimi açıklamaya çalışmaktadır. Bu modele göre intihar

davranışı, psikiyatrik bir bozukluğun varlığında veya yokluğunda, iki farklı yoldan da ortaya çıkabilir. Her iki durumda da bireyin içinde bulunduğu çıkmaz durum (predicament) intihar davranışına yol açabilir. Çıkmaz, bireyin olumlu bir sonuç göremediği veya sınırlı seçenekleri olduğunu düşündüğü hoş olmayan bir durum olarak tanımlanmaktadır. Bu çıkmazın nedeni dışsal (çevresel) veya içsel (ruhsal bozukluk) olabilir veya her ikisinin de mevcudiyeti olabilir.

Dış tehditler ve iç krizlerin etkileşimi, bireyin baş etme mekanizmalarını ve sosyal destek sistemlerini de etkilemektedir. Sun vd. (2007), bireylerin yaşamlarındaki stresli durumlarla başa çıkma yeteneklerinin olmaması veya alternatif çözüm yolları bulamamaları durumunda, intiharı nihai bir çözüm olarak gördüklerini belirtmişlerdir. Bu bağlamda, dış tehditler ve iç krizler, bireyin baş etme becerilerini aşarak intihar davranışına yol açabilmektedir.

2.1.3.2. Baş Etme Mekanizmalarının Yokluğu

İntihar davranışının önemli özelliklerinden biri, bireyin stresli yaşam olayları ve içsel krizlerle başa çıkma mekanizmalarının yetersizliği veya yokluğudur. Bu durum, kişiyi intihar düşüncelerine ve eylemlerine daha açık hale getirebilmektedir. Baş etme mekanizmaları, bireyin psikolojik stres karşısında kullandığı bilişsel ve davranışsal stratejileri ifade eder. Bu mekanizmalar, kişinin ruh sağlığını, duygusal dengesini ve genel iyilik halini korumada önemli bir rol oynar (Lazarus ve Folkman, 1984).

İntihar riski taşıyan bireylerde, etkili baş etme mekanizmalarının yokluğu veya yetersizliği sıklıkla gözlemlenen bir durumdur. Sun ve Long (2008), intihar girişiminde bulunan kişilerin yaşamlarındaki stresle başa çıkamadıklarını ve sorunlarına alternatif çözüm yolları bulamadıklarını belirtmişlerdir. Bu bireyler için intihar, dayanılmaz hale gelen duygusal acıdan kaçmanın nihai çözümü olarak görülebilmektedir.

Baş etme mekanizmaları genellikle uyumlu (adaptif) ve uyumsuz (maladaptif) olmak üzere iki kategoride incelenir. Uyumlu baş etme mekanizmaları, stresli durumlarla yapıcı bir şekilde başa çıkmayı sağlar ve bireyin psikolojik sağlığını korur. Weiten vd. (2009), uyumlu baş etme stratejilerini üç ana başlıkta toplamışlardır:

- *Problem odaklı baş etme*: Stres kaynağını doğrudan ele almayı ve sorunu çözmeye yönelik adımlar atmayı içerir.
- *Duygu odaklı baş etme*: Bireyin, stresli durumun yarattığı olumsuz duyguları yönetmeye ve azaltmaya odaklanmasını içerir.
- *Değerlendirme odaklı baş etme*: Kişinin stresli durumu yeniden değerlendirmesi ve alternatif bakış açıları geliştirmesini kapsar.

İntihar riski taşıyan bireylerde ise genellikle bu uyumlu baş etme mekanizmalarının yetersiz olduğu veya hiç kullanılmadığı görülmektedir. Bunun yerine, bu bireyler sıklıkla uyumsuz baş etme stratejilerine başvururlar. Sun ve Tsao (2007), uyumsuz baş etme stratejilerinin, zaten stresli olan bir durumu daha da kötüleştirebilecek davranışları içerdiğini belirtmişlerdir. Bu stratejiler arasında kendine zarar verme, intihar girişimleri, alkol ve madde kullanımı, aşırı dozda ilaç alma gibi davranışlar yer almaktadır. Blaauw vd. (2002), intihar girişiminde bulunan bireylerin stresli yaşam olaylarıyla başa çıkmada zorluk yaşadıklarını ve alternatif çözüm yolları bulmakta güçlük çektiklerini ortaya koymuşlardır.

Baş etme mekanizmalarının yokluğu veya yetersizliği, bireyin psikolojik esnekliğini de olumsuz etkileyebilir. Psikolojik esneklik, stresli durumlarla karşılaşıldığında uyum sağlayabilme ve yeni stratejiler geliştirebilme yeteneğini ifade eder. İntihar riski taşıyan bireylerde bu esnekliğin azaldığı ve katı düşünce kalıplarının hâkim olduğu gözlemlenmektedir. Bu durum, kişinin sorunlarına alternatif çözümler üretme kapasitesini sınırlar ve intiharı tek çıkış yolu olarak görmesine neden olabilir (Wenzel ve Beck, 2008).

Baş etme mekanizmalarının yokluğu, aynı zamanda bireyin sosyal destek sistemlerinden yararlanma becerisini de etkileyebilir. Sosyal destek, stresli yaşam olaylarıyla başa çıkmada önemli bir kaynak olarak kabul edilir. Ancak, etkili baş etme stratejilerinden yoksun olan bireyler, çevrelerindeki destek kaynaklarını tanıma ve bunlardan yararlanma konusunda sorun yaşayabilirler. Bu durum, kişinin yalnızlık ve izolasyon duygularını artırarak intihar riskini yükseltebilir (Joiner, 2005).

Baş etme mekanizmalarının yokluğunun intihar davranışı üzerindeki etkisi, farklı psikopatolojilerde de gözlemlenebilir. Depresyon tanısı almış bireylerde, etkili baş etme stratejilerinin kullanımının azaldığı ve bunun intihar riskini artırdığı

bilinmektedir (Horwitz vd., 2011). Benzer şekilde, borderline kişilik bozukluğu olan bireylerde de uyumsuz baş etme stratejilerinin yaygın olduğu ve bunun intihar davranışıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Linehan vd., 1993).

İntihar önleme stratejileri geliştirirken, baş etme mekanizmalarının güçlendirilmesi önemli bir hedeftir. Terapötik müdahaleler, bireylerin etkili baş etme stratejileri geliştirmelerine yardımcı olabilir. Örnek vermek gerekirse, Diyalektik Davranış Terapisi (DBT), borderline kişilik bozukluğu olan ve intihar riski taşıyan bireylerde baş etme becerilerini geliştirmeyi amaçlayan etkili bir yaklaşımdır (Linehan, 1993). DBT, duygu düzenleme, kişilerarası etkililik, sıkıntıya dayanma ve farkındalık becerilerini geliştirerek bireylerin stresli durumlarla daha etkili bir şekilde başa çıkmalarını sağlamaktadır.

2.1.3.3. Önemli Kişilerin Yokluğu

İntihar davranışının önemli özelliklerinden biri, bireyin yaşamında önemli kişilerin yokluğu veya bu kişilerle olan ilişkilerin zayıflamasıdır. Önemli kişiler, bireyin psikolojik işlevselliğini sürdürmesinde önemli rol oynayan, destek ve güvence sağlayan kişiler olarak tanımlanabilir (Sun, 2011). Bu kişiler arasında eş, ebeveyn, akraba, arkadaş veya komşu gibi çeşitli ilişki türleri yer alabilir. Önemli kişilerin yokluğu, intihar davranışının gelişiminde ve sürdürülmesinde önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Blaauw vd. (2002) tarafından yapılan bir çalışmada, erken yaşta önemli bir kişinin kaybı ile intihar girişimi arasında güçlü bir ilişki olduğu bulunmuştur. Çalışmanın sonuçları, önemli kişilerin kaybının bireyin psikolojik dayanıklılığını azaltabileceğini ve intihar riskini artırabileceğini göstermektedir.

Önemli kişilerin yokluğu, yalnızca fiziksel bir kayıp veya ayrılık olarak değil, aynı zamanda duygusal ve sosyal destek eksikliği olarak da anlaşılmalıdır. Sun vd. (2008), önemli kişilerin bireyin yaşam stresörleriyle başa çıkmasında önemli bir rol oynadığını ve bu kişilerin varlığının intihar davranışını azaltmada etkili olduğunu belirtmişlerdir. Bu bağlamda, önemli kişilerin yokluğu, bireyin stresle başa çıkma kapasitesini zayıflatarak intihar riskini artırabilir.

Joiner (2005)'ın İnterpersonal-Psikolojik İntihar Teorisi, önemli kişilerin yokluğunun intihar davranışı üzerindeki etkisini açıklamada önemli bir çerçeve sunmaktadır. Bu teoriye göre, "*engellenmiş aidiyet hissi*" intihar düşüncelerinin

gelişiminde önemli bir faktördür. Engellenmiş aidiyet, bireyin önemli sosyal bağlantılardan yoksun olduğu veya var olan ilişkilerin tatmin edici olmadığı algısını ifade etmektedir. Önemli kişilerin yokluğu, bu engellenmiş aidiyet hissini güçlendirebilir ve dolayısıyla intihar riskini artırabilir (Van Orden vd., 2010).

Önemli kişilerin yokluğunun intihar davranışı üzerindeki etkisi, farklı yaş gruplarında ve popülasyonlarda incelenmiştir. Ergenler ve genç yetişkinler arasında yapılan çalışmalar, aile ve akran desteğinin yokluğunun intihar düşünceleri ve girişimleri ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu göstermiştir (King vd., 2001). Yaşlı popülasyonda ise, özellikle eş kaybı ve sosyal izolasyon, intihar riskini artıran önemli faktörler olarak belirlenmiştir (Erlangsen vd., 2004). Bununlar birlikte; ilişkilerin kalitesi ve niteliği, sadece varlığından daha önemli olabilir. Dysfunctional aile ve akran etkileşimlerinin intihar girişimi veya tamamlanmış intihar için güçlü bir öngörücü olabileceği öne sürülmüştür (Joiner, 2005). Bu nedenle, önemli kişilerin varlığı kadar, bu ilişkilerin niteliği de intihar riski değerlendirmesinde dikkate alınmalıdır.

Önemli kişilerin yokluğunun intihar davranışı üzerindeki etkisi, kültürel bağlamda da değerlendirilmektedir. Farklı kültürlerde aile ve sosyal ilişkilerin önemi ve yapısı değişebilmekte, önemli kişilerin yokluğunun intihar riski üzerindeki etkisi farklılık gösterebilmektedir. Kolektivist kültürlerde aile bağlarının daha güçlü olduğu ve bu nedenle önemli kişilerin kaybının daha yıkıcı etkilere sahip olabileceği öne sürülmüştür (Hjelmeland vd., 2002).

Sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi, yalnızlık ve izolasyonla mücadele ve bireylerin anlamlı ilişkiler kurma ve sürdürme becerilerinin geliştirilmesi, intihar riskini azaltmada etkili stratejiler olabilir (Hawton ve van Heeringen, 2009).

2.1.3.4. İntihar Niyeti

İntihar niyeti, intihar davranışının en kritik bileşenlerinden biri olarak kabul edilmektedir. İntihar niyeti, kişinin kendi yaşamını sonlandırma amacıyla bir eylemde bulunma isteği veya planı olarak tanımlanabilir. İntihar niyeti, intihar davranışının öznel ve içsel bir yönünü temsil etmektedir (Andriessen, 2006).

İntihar niyeti, basit bir "*var*" veya "*yok*" dikotomisi olarak değil, bir süreklilik içinde değerlendirilmelidir. Bu süreklilik, belirsiz ölüm düşüncelerinden

kesin ve detaylı intihar planlarına kadar uzanabilir. İntihar niyetinin yoğunluğu ve netliği, kişiden kişiye ve zaman içinde değişkenlik gösterebilir (Silverman vd., 2007a).

Beck vd. (1979), intihar niyetini nesnel ve öznel niyet olmak üzere iki ana bileşene ayırmıştır. Nesnel niyet, intihar girişiminin planlanma derecesi ve ölümcül sonuç olasılığını ifade etmektedir. Öznel niyet ise kişinin kendi ölüm arzusunun yoğunluğu ve algılanan ölüm olasılığıdır.

İntihar niyetinin doğru bir şekilde değerlendirilmesi, etkili risk yönetimi ve müdahale için önem taşımaktadır. Ancak, intihar niyetinin değerlendirilmesi birkaç zorluklar içermektedir. İntihar niyetinin, büyük ölçüde kişinin içsel deneyimine dayanması ve doğrudan gözlemlenememesi, değerlendirmeyi öznel hale getirmektedir. İntihar niyeti değişkenlik göstererek zaman içinde dalgalanabilmekte ve durumsal faktörlerden etkilenebilmektedir. Bazı bireyler, damgalanma korkusu veya müdahale edilmesini önlemek için intihar niyetlerini gizlemeyi tercih edebilmekte, bu nedenle gizlilik sorununu ortaya çıkabilmektedir. İntihar düşüncesi olan kişiler genellikle yaşama ve ölme arzusu arasında ambivalans yaşamaktadırlar (Joiner vd., 2009).

Bu zorlukları aşmak için, klinisyenler ve araştırmacılar çeşitli değerlendirme yöntemleri geliştirmişlerdir. Bunlar arasında yapılandırılmış görüşmeler, öz bildirim ölçekleri ve davranışsal gözlemler yer alır. En yaygın kullanılan ölçeklerden biri, Beck vd. (1974) tarafından geliştirilen İntihar Niyeti Ölçeği'dir (Suicide Intent Scale - SIS). SIS, nesnel koşullar (izolasyon, zamanlama, önlemler) ve öznel raporlar (ölüm beklentisi, algılanan ölümcüllük) dahil olmak üzere intihar girişiminin çeşitli yönlerini değerlendirir.

İntihar niyeti ile gerçek intihar davranışı arasındaki ilişki tam olarak doğrusal değildir. Yüksek intihar niyeti her zaman intihar girişimine yol açmamakta, bazı intihar girişimleri ise düşük niyet seviyelerinde gerçekleşebilmektedir. Bu ilişki bazı faktörlerden etkilenebilir:

- *Dürtüsellik*: Bazı intihar girişimleri, uzun süreli bir niyet olmaksızın anlık dürtülerle gerçekleşebilir. Wyder ve De Leo (2007), toplum örneğinde intihar girişiminde bulunanların yaklaşık %25'inin dürtüsel bir şekilde hareket ettiğini bulmuştur.

- *Ambivalans*: İntihar düşüncesi olan birçok kişi, yaşama ve ölme arzusu arasında gidip gelir. Bu ambivalans, yüksek intihar niyetine rağmen kişinin hayatta kalma içgüdüsünü harekete geçirebilir (O'Connor ve Nock, 2014).
- *Erişilebilirlik*: İntihar niyeti yüksek olsa bile, ölümcül araçlara erişimin olmaması intihar davranışını engelleyebilir (Hawton vd., 2015).
- *Sosyal ve Kültürel Faktörler*: İntihar niyetinin ifadesi ve intihar davranışına dönüşmesi, kültürel normlar ve sosyal bağlam tarafından etkilenebilir (Hjelmeland vd., 2002).

İntihar niyetinin yoğunluğu, genellikle intihar girişiminin ciddiyeti ve ölümcüllüğü ile ilişkilidir. Yüksek intihar niyeti olan bireyler, daha ölümcül yöntemler seçme ve keşfedilme olasılığını azaltmak için daha fazla önlem alma eğilimindedir. Bununla birlikte, bu ilişki mutlak değildir ve bireysel farklılıklar göz önünde bulundurulmalıdır (Conner vd., 2007).

2.1.3.5. Ölümcül Eylem

İntihar davranışının en kritik ve son aşaması olan ölümcül eylem, bireyin yaşamını sonlandırmak amacıyla gerçekleştirdiği nihai hareketi ifade eder. Bu eylem, intihar sürecinin doruk noktasını oluşturur ve genellikle önceki aşamalarda görülen düşünce, niyet ve planlamanın somut bir tezahürüdür. Ölümcül eylemin doğası, seçilen yöntem ve uygulama şekli, intihar eden bireyin psikolojik durumu, çevresel faktörler ve kültürel bağlam gibi çeşitli etmenler tarafından şekillenir (Pompili vd., 2010; Joiner vd., 2005).

Ölümcül eylemin gerçekleştirilmesinde kullanılan yöntemler, intiharın sonuçlanma olasılığını ve müdahale imkanlarını önemli ölçüde etkiler. Silverman vd. (2007a), intihar davranışını "*ölümle sonuçlanan*" ve "*ölümle sonuçlanmayan*" olmak üzere iki ana kategoriye ayırmıştır.

Ölümcül eylemde kullanılan yöntemler, kültürel, coğrafi ve sosyoekonomik faktörlere bağlı olarak değişiklik gösterebilir. Amerika Birleşik Devletleri'nde ateşli silahlar en yaygın intihar yöntemi iken, Avrupa'da asma ve zehirlenme daha sık görülmektedir (Ajdacic-Gross vd., 2008). Yöntem seçimi, aynı zamanda

intiharın ölümcüllük derecesini de belirler. Nock vd. (2008), daha ölümcül yöntemlerin (ateşli silahlar veya yüksekten atlama) seçilmesinin, intihar girişiminin ölümle sonuçlanma olasılığını artırdığını belirtmişlerdir.

Ölümcül eylemin gerçekleştirilme süreci, intihar eden bireyin psikolojik durumu hakkında önemli bilgiler sağlar. Joiner vd. (2005), "*İntiharın Kişilerarası Teorisi*"nde, ölüme yönelik edinilmiş yeteneğin (acquired capability for suicide) ölümcül eylemin gerçekleştirilmesinde önemli bir rol oynadığını öne sürmüşlerdir. İntiharın Kişilerarası Teorisi, bireyin ölüm korkusunu yenmesi ve fiziksel acıya karşı tolerans geliştirmesi gerektiğini ileri sürer, ki bu da genellikle önceki kendine zarar verme davranışları veya travmatik deneyimler yoluyla gerçekleşir.

Ölümcül eylemin planlanması ve uygulanması arasındaki zaman dilimi, intiharın impulsif veya planlı doğasını yansıtır. Simon vd. (2001), intihar girişimlerinin önemli bir kısmının (%24-53) kararın alınmasından sonraki 5 dakika içinde gerçekleştiğini bildirmiştir. Bu bulgu, ölümcül eylemin çoğu zaman ani ve dürtüsel bir karaktere sahip olabileceğini göstermektedir. Bununla birlikte, Anestis vd. (2014), planlı intiharların daha yüksek ölümcüllük oranına sahip olduğunu ve genellikle daha ciddi psikopatoloji ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir.

Ölümcül eylemin gerçekleştirildiği bağlam ve çevresel koşullar da önem taşır. Pompili vd. (2010), intiharın fenomenolojisini incelerken, ölümcül eylemin genellikle bireyin yalnız olduğu ve müdahale olasılığının düşük olduğu ortamlarda gerçekleştiğini ifade etmişlerdir.

Ölümcül eylemin psikolojik dinamikleri, Shneidman (1993)'ın "*psychache*" (psikolojik acı) kavramı çerçevesinde de değerlendirilebilir. Shneidman, dayanılmaz psikolojik acının intiharın temel nedeni olduğunu ve ölümcül eylemin bu acıdan kaçışın nihai yolu olarak görüldüğünü öne sürmüştür. Bu bağlamda, ölümcül eylem, bireyin dayanılmaz acısını sonlandırma çabası olarak yorumlanabilir.

Ölümcül eylemin gerçekleştirilmesinde, bireyin bilişsel süreçleri de önemli bir rol oynar. Wenzel ve Beck (2008), intihar davranışının bilişsel modelinde, ölümcül eylemin gerçekleştirilmesinde bilişsel çarpıtmaların ve işlevsel olmayan düşünce kalıplarının etkisini belirtmişlerdir. Ölümcül eylemin nörobiyolojik temelleriyle ilgili olarak Mann ve Currier (2009), serotonerjik sistem

disfonksiyonunun ölümcül eylemin gerçekleştirilmesinde rol oynayabileceğini öne sürmüşlerdir.

2.1.4. İntihar ve Psikopatoloji İlişkisi

2.1.4.1. Depresyon ve İntihar

Depresyon, intihar davranışı için en önemli risk faktörlerinden biri olarak kabul edilmektedir (Apter vd., 1988; Becker ve Grilo, 2007; Marttunen vd., 1991; Vermeiren vd., 2003; Zalsman vd., 2006). Depresyon ve intihar arasındaki ilişki, uzun yıllardır araştırmacıların ilgisini çekmiş ve bu alanda çok sayıda çalışma yapılmıştır. Depresyon, intihar düşüncesi ve davranışı için güçlü bir öngörücüdür. Yapılan çalışmalar, intihar eden bireylerin yaklaşık %60'ının depresif bozukluk tanısı aldığını göstermektedir (Cavanagh vd., 2003). Bununla birlikte, depresyonun intihar riskini nasıl artırdığı konusunda farklı mekanizmalar öne sürülmüştür.

Umutsuzluk teorisi, depresyonun umutsuzluk duygusunu artırarak intihar riskini yükselttiğini öne sürmektedir. Beck vd. (1985) tarafından geliştirilen umutsuzluk teorisine göre, depresif bireylerin geleceğe yönelik olumsuz beklentileri ve çaresizlik duyguları, intihar düşüncelerini tetiklemektedir. Bu teoriyi destekleyen çalışmalar, umutsuzluğun depresyon ve intihar arasındaki ilişkide aracı rol oynadığını göstermiştir (Kuo vd., 2004; MacLeod vd., 2005).

Diğer bir yaklaşım, depresyonun bilişsel işlevleri bozarak problem çözme becerilerini zayıflattığını ve bu durumun intihar riskini artırdığını öne sürmektedir. Depresif bireylerin, stresli durumlarla başa çıkmada daha az etkili oldukları ve alternatif çözümler üretmekte zorlandıkları gözlemlenmiştir. Bu bilişsel kısıtlılıklar, bireylerin intiharı tek çıkış yolu olarak görmelerine neden olabilmektedir (Pollock ve Williams, 2004).

Depresyon ve intihar arasındaki ilişkide önemli bir faktör de serotonerjik sistem disfonksiyonudur. Düşük serotonin seviyeleri hem depresyon hem de intihar davranışı ile ilişkilendirilmiştir (Mann ve Currier, 2009). Serotonin eksikliği, dürtüsellik ve agresyon gibi intihar riskini artıran davranışsal özellikleri etkileyebilmektedir. Bu nedenle, serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI'lar) gibi antidepresan ilaçların kullanımı, depresyon tedavisinde ve intihar riskinin azaltılmasında önemli bir rol oynamaktadır.

Depresyon ve intihar ilişkisinde dikkat edilmesi gereken bir diğer nokta, depresyonun şiddetinin intihar riski üzerindeki etkisidir. Ağır depresif epizodlar sırasında intihar riskinin daha yüksek olduğu bilinmektedir (Fawcett vd., 1990). Ancak, depresyonun iyileşme dönemlerinde de intihar riski yüksek olabilmektedir. Bu durum, "*paradoksal intihar*" olarak adlandırılmakta ve depresif semptomların azalmasıyla birlikte artan enerji düzeyinin, intihar düşüncelerini eyleme geçirme riskini artırabileceği düşünülmektedir (Rihmer, 2007).

Depresyon ve intihar arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar, bazı alt grupların daha yüksek risk altında olduğunu göstermiştir. Komorbid kişilik bozukluğu olan depresif bireylerin daha yüksek intihar riski taşıdığı bulunmuştur (Brodsky vd., 2006). Ayrıca, depresyon ve madde kullanım bozukluğunun bir arada bulunması da intihar riskini önemli ölçüde artırmaktadır (Dumais vd., 2005).

Klinik uygulamada, depresif bireylerin intihar riskinin değerlendirilmesi ve yönetimi büyük önem taşımaktadır. Depresyon tedavisinde kullanılan farmakolojik ve psikoterapi yaklaşımlarının intihar riskini azalttığı gösterilmiştir (Mann vd., 2005). Özellikle bilişsel davranışçı terapi (BDT) ve kişilerarası terapi (IPT) gibi yapılandırılmış psikoterapi yöntemlerinin, depresyon ve intihar düşüncelerinin azaltılmasında etkili olduğu bulunmuştur (Brown vd., 2005).

2.1.4.2. Şizofreni ve İntihar

Şizofreni, intihar riski açısından en yüksek psikiyatrik bozukluklardan biridir. Şizofreni hastalarının yaşam boyu intihar riski yaklaşık %5 olarak tahmin edilmektedir ve bu oran genel popülasyona göre 20 kat daha yüksektir (Palmer vd., 2005). Şizofreni hastalarında intihar davranışının özellikleri ve risk faktörleri, diğer psikiyatrik bozukluklardan bazı farklılıklar göstermektedir. Şizofrenide intihar riski, hastalığın erken dönemlerinde, özellikle ilk psikotik epizodun ardından daha yüksektir. Bu durum, hastalığın başlangıcındaki belirsizlik, damgalanma korkusu ve işlevsellik kaybı ile ilişkilendirilmektedir (Pompili vd., 2007).

Şizofreni hastalarında intihar riskini artıran faktörler arasında depresif belirtiler, umutsuzluk, içgörü düzeyi, pozitif semptomların şiddeti ve madde kullanımı yer almaktadır (Hawton vd., 2005). Özellikle depresif belirtiler ve umutsuzluk, şizofrenide intihar davranışı için güçlü öngörücüler olarak kabul

edilmektedir. Paradoksal olarak, hastalığın doğası hakkında daha iyi içgörüye sahip olan hastaların da daha yüksek intihar riski taşıdığı bulunmuştur (Barrett vd., 2010).

Şizofrenide intihar davranışının nörobiyolojik temelleri de araştırılmıştır. Bazı çalışmalar, serotonerjik sistem disfonksiyonunun şizofreni hastalarında intihar riskini artırabileceğini öne sürmüştür (Mann ve Currier, 2009). Ayrıca, prefrontal korteks işlev bozukluğunun da şizofrenide intihar davranışı ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (Minzenberg vd., 2014).

Şizofreni hastalarında intihar yöntemleri konusunda da bazı özellikler dikkat çekmektedir. Geleneksel olarak, şizofreni hastalarının daha şiddetli ve ölümcül intihar yöntemleri kullandığı düşünülmüştür. Ancak, bazı araştırmalar bu görüşü desteklememektedir. Kerkhof (2000) ve Symonds vd. (2006) tarafından yapılan çalışmalar, şizofreni hastalarının intihar girişimlerinde genellikle şiddet içermeyen yöntemler kullandığını göstermiştir.

Şizofrenide intiharı önleme stratejileri, hastalığın doğası nedeniyle çok yönlü bir yaklaşım gerektirmektedir. Antipsikotik ilaç tedavisinin düzenli kullanımı, intihar riskini azaltmada önemli bir rol oynamaktadır. Özellikle klozapinin, şizofreni hastalarında intihar riskini azalttığı gösterilmiştir. Bununla birlikte, ilaç tedavisinin yanı sıra psikososyal müdahaleler de büyük önem taşımaktadır (Meltzer vd., 2003).

Bilişsel davranışçı terapi (BDT) ve psikososyal beceri eğitimi gibi müdahaleler, şizofreni hastalarında depresif belirtilerin azaltılması ve problem çözme becerilerinin geliştirilmesi açısından faydalı olabilmektedir. Ayrıca, aile eğitimi ve destek programları da hastaların sosyal desteğini artırarak intihar riskini azaltabilir (Tarrier vd., 2008).

2.1.4.3. Kişilik Bozuklukları ve İntihar

Kişilik bozuklukları, intihar davranışı için önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Kişilik bozukluklarında intihar davranışına yol açan psikodinamik mekanizmaları; intrapsişik, interpersonal ve nörobiyolojik olmak üzere üç temel düzlemde incelemek mümkündür. İntrapsişik düzlemde, ego işlevlerindeki bozulmalar merkezi rol oynamaktadır. Özellikle gerçeklik testi, dürtü kontrolü ve duygulanım düzenleme kapasitesindeki yetersizlikler, kişinin

stres karşısındaki dayanıklılığını azaltmaktadır. Kernberg'in (1984) yapısal görüşüne göre, primitif savunma mekanizmalarının (bölme, yansıtımlı özdeşim, idealleştirme-değersizleştirme) yoğun kullanımı, bütünleşmiş bir benlik algısının oluşmasını engellemekte ve bu durum duygu düzenleme kapasitesini zayıflatmaktadır. İnterpersonel düzlemde, bağlanma teorisi çerçevesinde değerlendirildiğinde, erken dönem güvensiz bağlanma örüntüleri, içsel çalışan modellerin sağlıklı gelişimine yol açmakta ve bu durum yetişkinlik döneminde ilişkisel sorunlara neden olmaktadır. Fonagy ve Target'ın (2006) mentalizasyon teorisine göre, mentalizasyon kapasitesindeki eksiklikler, kişinin hem kendi hem de başkalarının zihinsel durumlarını anlamada güçlük yaşamasına neden olarak, kişilerarası ilişkilerde yoğun çatışmalara ve yalnızlaşmaya yol açmaktadır. Nörobiyolojik düzlemde ise, prefrontal korteks işlevlerindeki bozulmalar, dürtü kontrolü ve duygu düzenlemede güçlüklerle neden olmaktadır. Siever ve Davis'in (1991) psikobiyojik modeline göre, serotonerjik sistem disregülasyonu, dürtüsellik ve agresyon kontrolünde bozulmalara yol açarak intihar riskini artırmaktadır.

Kişilik bozukluklarının intihar davranışı üzerindeki etkisini ve bu ilişkinin klinik önemini epidemiyolojik veriler de desteklemektedir. Kişilik bozukluklarının intihar riski üzerindeki etkisi, diğer psikiyatrik bozukluklardan bağımsız olarak gözlemlenmektedir. Özellikle Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB), intihar davranışı ile güçlü bir şekilde ilişkilendirilmiştir (Pompili vd., 2005).

BKB'li bireylerde intihar girişimi oranı %60-70 arasında değişmektedir ve bu hastaların yaklaşık %10'u intihar sonucu hayatını kaybetmektedir (Paris, 2002). BKB'li bireylerde intihar riskini artıran faktörler arasında dürtüsellik, duygu düzenleme güçlükleri, kişilerarası ilişkilerde istikrarsızlık ve yoğun terk edilme korkusu yer almaktadır (Linehan vd., 2006). McGirr vd. (2007) tarafından yapılan bir vaka-kontrol çalışmasında, BKB tanısı almış ve intihar sonucu hayatını kaybetmiş bireylerin, BKB tanısı almış ancak hayatta olan bireylere kıyasla daha yüksek düzeyde dürtüsel-saldırgan özelliklere sahip oldukları bulunmuştur.

Narsisistik Kişilik Bozukluğu (NKB) da intihar riski açısından önemli bir faktördür. NKB'li bireylerde, benlik saygısındaki dalgalanmalar ve başarısızlık karşısında yaşanan yoğun utanç duygusu, intihar düşüncelerini tetikleyebilmektedir (Ronningstam vd., 2008). Ayrıca, NKB'li bireylerde görülen

grandiyözite ve mükemmeliyetçilik, başarısızlık durumlarında intihar riskini artırabilmektedir.

Antisosyal Kişilik Bozukluğu (AKB) olan bireylerde de intihar riski yüksektir. Bu risk, AKB'nin dürtüsellik ve saldırganlık gibi temel özellikleriyle ilişkilidir (Verona vd., 2001). AKB'li bireylerde intihar davranışı genellikle daha impulsif ve şiddet içeren yöntemlerle gerçekleştirilmektedir.

Kişilik bozukluklarının intihar riski üzerindeki etkisini inceleyen bir meta-analiz çalışmasında, tüm kişilik bozukluklarının intihar riskini artırdığı, ancak en yüksek riskin Küme B kişilik bozukluklarında (Borderline, Narsistik, Histrionik ve Antisosyal) olduğu bulunmuştur (Pompili vd., 2010). Bu çalışma, kişilik bozukluklarının intihar davranışı üzerindeki etkisinin, diğer psikiyatrik bozuklukların etkisinden bağımsız olduğunu da göstermiştir.

Kişilik bozukluklarında intihar riskini artıran diğer faktörler arasında komorbid depresyon, anksiyete bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları yer almaktadır (Yen vd., 2004). Özellikle BKB ve depresyonun birlikte görüldüğü durumlarda intihar riski önemli ölçüde artmaktadır (Soloff vd., 2000).

Kişilik bozukluklarında intihar davranışının önlenmesi ve tedavisi için özel yaklaşımlar geliştirilmiştir. BKB için geliştirilen Diyalektik Davranış Terapisi (DDT), intihar düşüncelerini ve kendine zarar verme davranışlarını azaltmada etkili bulunmuştur (Linehan vd., 2006). Benzer şekilde, Mentalizasyon Temelli Terapi (MTT) de BKB'li bireylerde intihar riskini azaltmada etkili olmuştur (Bateman ve Fonagy, 2009).

2.1.4.4. Madde Kullanım Bozuklukları ve İntihar

Madde kullanım bozuklukları (MKB), intihar davranışı için önemli bir risk faktörüdür. Epidemiyolojik çalışmalar, MKB olan bireylerde intihar riskinin genel popülasyona göre 10-14 kat daha yüksek olduğunu göstermektedir (Wilcox vd., 2004). MKB bireylerde intihar riski, madde kullanımının doğrudan etkilerinden kaynaklanabileceği gibi, MKB'nin neden olduğu psikososyal sorunlar ve komorbid psikiyatrik bozukluklar aracılığıyla da ortaya çıkabilmektedir.

Alkol kullanım bozukluğu (AKB), intihar davranışı ile güçlü bir şekilde ilişkilidir. AKB olan bireylerde yaşam boyu intihar girişimi riski %40'a kadar

çıkabilmektedir (Pompili vd., 2010). Alkol kullanımı, dürtüselliği artırarak ve yargılama yeteneğini azaltarak intihar riskini artırabilmektedir. Ayrıca, kronik alkol kullanımı depresyon ve anksiyete gibi komorbid psikiyatrik bozuklukların gelişimine katkıda bulunarak dolaylı olarak intihar riskini artırabilmektedir.

Conner vd. (2003) tarafından yapılan bir çalışmada, AKB olan bireylerde intihar davranışının üç farklı yolla ortaya çıkabileceği öne sürülmüştür: 1) Alkol kullanımının neden olduğu disforik ruh hali ve dürtüsellik, 2) Alkol kullanımının neden olduğu psikososyal stresörler ve sosyal izolasyon, 3) Komorbid depresyon ve anksiyete bozuklukları.

Opioid kullanım bozukluğu da intihar riski açısından önemli bir faktördür. Opioid kullanıcılarında intihar riski, genel popülasyona göre 13 kat daha yüksektir. Opioid kullanımı, kronik ağrı, depresyon ve anksiyete gibi intihar riskini artıran faktörlerle ilişkilidir. Ayrıca, opioid kullanıcılarında görülen yüksek dürtüsellik ve riskli davranışlar da intihar riskini artırabilmektedir (Darke ve Ross, 2002).

Stimülan kullanım bozukluğu (kokain, amfetamin vb.) olan bireylerde de intihar riski yüksektir. Darke vd. (2004) tarafından yapılan bir çalışmada, stimülan kullanıcılarında yaşam boyu intihar girişimi oranının %30-40 arasında olduğu bulunmuştur. Stimülan kullanımı, dopaminerjik sistem üzerindeki etkileri nedeniyle duygudurum dalgalanmalarına ve psikotik belirtilere neden olarak intihar riskini artırabilmektedir.

MKB'de intihar riskini artıran diğer faktörler arasında komorbid psikiyatrik bozukluklar (özellikle depresyon ve anksiyete bozuklukları), sosyal izolasyon, ekonomik sorunlar ve yasal problemler yer almaktadır (Yuodelis-Flores ve Ries, 2015). Ayrıca, MKB olan bireylerde görülen yüksek dürtüsellik ve saldırganlık düzeyleri de intihar riskini artırabilmektedir (Conner vd., 2006).

MKB'de intihar davranışını önleme ve tedavi yaklaşımı; madde kullanımının tedavisi, komorbid psikiyatrik bozuklukların yönetimi ve psikososyal müdahaleleri içermelidir. AKB için geliştirilen bilişsel-davranışçı terapiler ve motivasyonel görüşme teknikleri hem alkol kullanımını azaltmada hem de intihar riskini düşürmede etkili bulunmuştur (Brown vd., 2005). Farmakoterapinin de MKB'de intihar riskini azaltmada rolü olabilir. Opioid kullanım bozukluğunda kullanılan buprenorfin tedavisinin intihar riskini azalttığı gösterilmiştir (Carrieri

vd., 2006). Benzer şekilde, alkol kullanım bozukluğunda naltrekson tedavisinin intihar düşüncelerini azalttığı bulunmuştur (Hernandez-Avila vd., 2006).

2.1.5. İntihar Davranışında Rol Oynayan Faktörler

Çok faktörlü bir fenomen olan intihar davranışı; biyolojik, psikolojik ve sosyal etmenlerin etkileşiminin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Bu bölümde, intihar davranışında önemli rol oynayan üç temel faktör; saldırganlık, dürtüsellik ve umutsuzluk ele alınmaktadır.

2.1.5.1. Saldırganlık ve İntihar

Saldırganlık, intihar davranışıyla güçlü bir şekilde ilişkilendirilmiş bir faktördür. Epidemiyolojik, klinik, retrospektif, prospektif ve aile çalışmaları, saldırganlık ve intihar arasında güçlü bir bağlantı olduğunu ortaya koymuştur (Conner vd., 2001; Gvion ve Apter, 2011). Saldırganlık, başka bir kişiye zarar verme niyetiyle gerçekleştirilen herhangi bir davranış olarak tanımlanmaktadır (Baron ve Richardson, 1994). İntihar bağlamında, saldırganlığın içe yöneltilmiş bir formu olarak değerlendirilmektedir.

Saldırganlık ve intihar arasındaki ilişki, çeşitli psikiyatrik tanı gruplarında ve hatta psikiyatrik olmayan popülasyonlarda da gözlemlenmiştir (Gvion ve Apter, 2011). Kişilik bozuklukları, özellikle de BKB olan bireylerde, saldırganlık ve intihar davranışı arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur (Brodsky vd., 1997). McGirr vd. (2007), BKB tanısı olan ve intihar sonucu hayatını kaybeden bireylerin, akut psikiyatrik ortamlarda tipik olarak karşılaşılan BKB hastalarından farklı olduğunu göstermiştir. Bu çalışma, BKB'de intihar girişimlerinin ölümcüllüğünün, dürtüsellik ve küme B komorbiditeyle ilişkili şiddet-saldırganlık özellikleri arasındaki bir etkileşimin sonucu olabileceğini öne sürmüştür.

Saldırganlığın intihar davranışıyla ilişkisi, reaktif ve proaktif saldırganlık olmak üzere iki farklı saldırganlık türü bağlamında da incelenmiştir. Reaktif saldırganlık (RA), algılanan bir tehdide veya kışkırtmaya verilen saldırgan bir yanıt olarak tanımlanırken, proaktif saldırganlık (PA) duygusal olmayan, yüksek düzeyde kontrollü ve bir ödül beklentisiyle gerçekleştirilen planlı bir davranış olarak tanımlanmaktadır (Houston vd., 2003). Conner vd. (2006), her iki saldırganlık türünün de intihar davranışı ve düşüncesiyle ilişkili olduğunu

bulmuşlardır. Ancak, reaktif saldırganlığın intihar davranışıyla daha güçlü bir ilişkisi olduğu görülmüştür.

Saldırganlık ve intihar arasındaki ilişkinin altında yatan nörobiyolojik mekanizmalar da araştırılmıştır. Mann ve Currier (2009), intihar ve diğer saldırgan davranış formlarının ortak bir nörobiyolojiye sahip olabileceğini öne sürmüşlerdir. Merkezi serotonin düzeylerinin düşüklüğü, intihar girişiminde bulunan klinik örneklemeleri girişimde bulunmayanlardan ayırt etmekte ve psikiyatrik hastalık kontrol edildikten sonra bile daha ölümcül intihar girişimleriyle ilişkilendirilmektedir (Mann ve Malone, 1997).

2.1.5.2. Dürtüsellik ve İntihar

Dürtüsellik, intihar davranışının en sık impliyede edilen risk faktörlerinden biridir (Anestis vd., 2007). Dürtüsellik, geniş bir davranış yelpazesini kapsayan bir kavram olup, zayıf planlama, sonuçları düşünmeden erken yanıt verme, heyecan arama, risk alma, yanıtları inhibe edememe ve anlık ödülleri gecikmiş ödüllere tercih etme gibi özellikleri içermektedir (Evenden, 1999; Whiteside ve Lynam, 2001).

İntihar girişimlerinin sıklıkla dürtüsel olduğu bildirilmiştir (Brown vd., 1991; Nock vd., 2008). Birçok çalışma, dürtüsellik intihar davranışı için yaygın bir korelat ve risk faktörü olarak tanımlamıştır (Apter vd., 1995; Mann vd., 1999). Swann vd. (2005), bipolar bozukluk hastalarında yaptıkları bir çalışmada, intihar girişimi öyküsünün, özellikle de tıbbi açıdan ciddi girişimlerin, anlık bellek görevlerinde dürtüsel yanıtlarla ilişkili olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Bununla birlikte, dürtüsellik ve intihar girişiminin tıbbi ciddiyeti arasındaki ilişki konusunda literatürde bir fikir birliği bulunmamaktadır. Bazı araştırmacılar dürtüsellik ölümüne olmayan intihar girişimleri veya intihar jestleriyle ilişkili olduğunu öne sürerken (Baca-Garcia vd., 2001), bazılarıysa intihar sonucu ölenlerde hayatta kalanlara göre daha yüksek dürtüsellik düzeyleri bildirmişlerdir (Dumais vd., 2005; Maser vd., 2002). Bu farklılıklar, dürtüsellik-intihar ilişkisinin durum ve özellik boyutları arasındaki karışıklık, dürtüsellik farklı tanımları, kullanılan ölçümler ve incelenen popülasyon gibi faktörlerden kaynaklanıyor olabilir. Nitekim, Baca-Garcia vd. (2005), intihar girişiminin dürtüsellik (durum)

ile girişimde bulunan kişinin dürtüsellığı (özellik) arasında ayırım yapmanın önemini ifade etmektedirler.

Dürtüsellığın ölçümü konusunda da çeşitli yaklaşımlar bulunmaktadır. Klinik araştırmalarda dürtüsellığı incelemek için üç tür ölçüm kullanılmaktadır: nesnel öykü ve vaka notları, öz-bildirim anketleri ve nöro-bilişsel psikolojik görevler (Gvion ve Apter, 2011).

Nesnel öykü ve vaka notları, klinisyenlerin hasta davranışlarını gözlemlemesi ve kaydetmesi yoluyla dürtüsellığı değerlendirmeyi içermektedir. Bu yöntem, uzun süreli davranış kalıplarını yakalamada faydalı olmakta, ancak gözlemcinin öznelliğinden etkilenebilmektedir. Öz-bildirim anketleri arasında Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BIS-11) ve UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği gibi araçlar bulunmaktadır. Bu ölçekler, bireylerin kendi dürtüsel eğilimlerini değerlendirmelerine olanak tanmaktadır. Ancak, öz-bildirim yöntemlerinin dezavantajı, katılımcıların öz-farkındalık düzeyine ve dürüstlüğüne bağlı olmasıdır. Nöro-bilişsel psikolojik görevler ise dürtüsellığı daha objektif bir şekilde ölçmeyi amaçlamaktadır. Nöro-bilişsel psikolojik görevler arasında Go/No-Go testi, Iowa Kumar Testi ve Sürekli Performans Testi gibi araçlar yer almaktadır. Bu testler, bireylerin tepki inhibisyonu, karar verme ve dikkat sürdürme yeteneklerini ölçerek dürtüsellik düzeylerini değerlendirmektedir. Her bir ölçüm yönteminin kendine özgü avantajları ve sınırlılıkları bulunması nedeniyle, araştırmacılar genellikle dürtüsellığı değerlendirmek için bu yöntemlerin bir kombinasyonunu kullanmayı tercih etmektedirler (Gvion ve Apter, 2011).

2.1.5.3. Umutsuzluk ve İntihar

Umutsuzluk, intihar davranışıyla güçlü bir şekilde ilişkilendirilmiş bir diğer önemli faktördür. Beck vd. (1985) tarafından geliştirilen umutsuzluk teorisine göre, depresif bireylerin geleceğe yönelik olumsuz beklentileri ve çaresizlik duyguları, intihar düşüncelerini tetiklemektedir. Bu teoriyi destekleyen çalışmalar, umutsuzluğun depresyon ve intihar arasındaki ilişkide aracı rol oynadığını göstermiştir (Kuo vd., 2004; MacLeod vd., 2005).

Umutsuzluk, intihar davranışını depresyondan daha iyi öngörmektedir ve nihai intiharı tahmin etmede depresyondan daha kesin bir göstergedir (Grewal ve Porter, 2007). Kuo vd. (2004) çalışmalarında; 1981'de umutsuzluk ifade eden kişilerin, 13 yıllık takip süresince umutsuzluk ifade etmeyenlere göre intihar etme olasılığının 11,2 kat daha yüksek olduğunu bulmuşlardır.

Beck vd. (1990), umutsuzluğun üç temel bileşenini; gelecekle ilgili olumsuz beklentiler, motivasyon kaybı ve geleceğe dair olumlu beklentilerin olmaması şeklinde tanımlamışlardır. Bu bileşenler, bireyin yaşamını sürdürme motivasyonunu doğrudan etkileyebilmektedir. Abramson vd. (2000), özellikle geleceğe yönelik olumsuz beklentilerin, intihar düşüncelerinin gelişiminde önemli bir rol oynadığını ifade etmişlerdir.

Umutsuzluğun intihar davranışı üzerindeki etkisi, farklı yaş gruplarında da gözlemlenmiştir. Ergenler üzerinde yapılan çalışmalarda, umutsuzluk düzeyi yüksek olan gençlerin intihar girişiminde bulunma riskinin önemli ölçüde arttığı belirlenmiştir (Bridge vd., 2006). Benzer şekilde, yaşlı yetişkinlerde de umutsuzluk düzeyi ile intihar düşünceleri arasında güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır (Szanto vd., 2003).

Klinik uygulamalarda, umutsuzluğun değerlendirilmesi için Beck Umutsuzluk Ölçeği (Beck vd., 1974) yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu ölçek, bireylerin geleceğe yönelik beklentilerini ve umutsuzluk düzeylerini ölçmede güvenilir bir araç olarak kabul edilmektedir. Young vd. (2012), Beck Umutsuzluk Ölçeği puanlarının intihar riskini değerlendirmede önemli bir gösterge olduğunu ve klinik risk değerlendirmelerinde mutlaka dikkate alınması gerektiğini ifade etmektedir.

Umutsuzluğun tedavisi ve önlenmesi, intihar davranışının önlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Bilişsel davranışçı terapi (BDT) gibi psikoterapi yaklaşımları, umutsuzluk düzeylerini azaltmada etkili bulunmuştur (Brown vd., 2005). Özellikle, bireylerin geleceğe yönelik olumlu beklentiler geliştirmelerine yardımcı olan ve problem çözme becerilerini güçlendiren müdahaleler, umutsuzluk düzeylerinin azaltılmasında başarılı sonuçlar vermektedir (Stanley vd., 2009).

Franklin vd., (2017) tarafından yapılan meta-analiz çalışması, umutsuzluğun intihar davranışı için güçlü bir risk faktörü olduğunu doğrulamıştır. Çalışmanın bulguları, intihar risk değerlendirmelerinde umutsuzluk düzeyinin rutin olarak değerlendirilmesinin önemini ileri sürmektedir. Ayrıca, umutsuzluğun diğer risk faktörleriyle (depresyon, sosyal izolasyon, dürtüsellik vb.) etkileşiminin de dikkate alınması gerektiği belirtilmektedir (O'Connor ve Nock, 2014).

2.1.6. İntiharı Önleme Stratejileri ve Müdahale Programları

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), intihar nedenleri için beş faktörlü bir sınıflandırma oluşturmuştur. Genetik yatkınlık, bağımlılıklar, sosyal faktörler ve psikiyatrik rahatsızlıklar gibi faktörleri içeren çalışmalar yapılmasına rağmen (Crocker, 2006), tanımlanan tüm risk faktörlerine karşın günümüzde halen önleyici çalışmalar yetersiz kalmaktadır (Hekimoğlu ve Cantekin, 2021).

2.1.6.1. Öne Çıkan Stratejiler

Antidepresanların intihar önlemedeki rolü tartışmalı bir konu olmakla birlikte, son araştırmalar antidepresan kullanımının intihar oranlarını azaltmada etkili olabileceğini göstermektedir. Gusmão vd. (2013) tarafından yapılan bir çalışmada, 29 Avrupa ülkesinde antidepresan reçeteleme oranlarındaki artışın intihar oranlarındaki düşüşle ilişkili olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte, antidepresanların özellikle gençlerde intihar düşüncelerini artırabileceğine dair endişeler de mevcuttur (Cipriani vd., 2016).

Farmakolojik müdahalelerin yanı sıra, çevresel faktörlerin kontrolü de intihar önlemede önemli bir rol oynamaktadır. Bu bağlamda, intihar yöntemlerine erişimin kısıtlanması, etkili bir intihar önleme stratejisi olarak kabul edilmektedir. Bu strateji, özellikle dürtüsel intihar girişimlerini önlemede etkili olabilmektedir. Ölümcül yöntemlere erişimin kısıtlanması; ateşli silahlara erişimin sınırlandırılması, zehirli maddelerin (örn. pestisitler) kontrolü, köprülere ve yüksek binalara güvenlik bariyerlerinin yerleştirilmesi, ilaçların güvenli paketlenmesi ve satışının düzenlenmesi gibi hususları içermektedir. İngiltere'de 1960'larda kömür gazının zehirsizleştirilmesi, intihar oranlarında önemli bir düşüşe yol açmıştır (Kreitman, 1976). Benzer şekilde, Sri Lanka'da yüksek toksisiteli pestisitlerin yasaklanması, intihar oranlarında %50'ye varan bir azalma sağlamıştır (Gunnell vd., 2007).

İntihar önleme stratejileri arasında, toplumsal ve medya ile ilgili faktörler de önemli bir yer tutmaktadır. Bu bağlamda, medyanın intihar haberlerini ele alış biçimi özel bir öneme sahiptir. Werther etkisi olarak bilinen fenomen, medyada yer alan intihar haberlerinin taklit intiharları tetikleyebileceği fikrini ifade etmektedir. Bu etki, özellikle ünlü kişilerin intiharlarının ardından gözlemlenmiştir. Örnek vermek gerekirse, Alman milli kaleci Robert Enke'nin 2009'daki intiharının ardından, Almanya'da tren yolu intiharlarında uzun süreli bir artış gözlenmiştir (Hegerl vd., 2013). Werther etkisini önlemek için, medya kuruluşlarına yönelik rehberler geliştirilmiştir. Bu rehberler genellikle; intihar yöntemlerinin ayrıntılı açıklamalarından kaçınma, intiharı romantikleştirmekten veya basitleştirmekten kaçınma, intiharı normal bir tepki olarak göstermekten kaçınma, yardım hatları ve destek kaynakları hakkında bilgi verme gibi öneriler içermektedir. Medya rehberlerinin uygulanması, bazı ülkelerde intihar oranlarının azalmasına katkıda bulunmuştur (Niederkrötenhaler vd., 2012).

Son yıllarda, teknolojik gelişmelerle birlikte yeni önleme stratejileri de ortaya çıkmıştır. İnternet tabanlı müdahaleler, özellikle gençler ve geleneksel tedavi yöntemlerine erişimi kısıtlı olan kişiler için bir yaklaşım sunmaktadır. Avrupa İntihar Önleme İttifakı (EAAD) tarafından geliştirilen iFightDepression aracı, bu tür müdahalelere bir örnektir. iFightDepression, bilişsel davranışçı terapi ilkelerine dayanan, internet tabanlı, rehberli bir öz-yönetim aracıdır. Bu araç, PREDI-NU (Preventing Depression and Improving Awareness through Networking in the EU) projesi kapsamında geliştirilmiştir. İnternet tabanlı müdahaleler; geniş kitlelere ulaşabilme, düşük maliyet, anonim kalabilme imkânı, 7/24 erişilebilirlik avantajları sunabilmektedir (Arensman vd., 2015).

2.1.6.2. Ulusal İntihar Önleme Programları

Ulusal intihar önleme programları, ülke çapında koordineli ve kapsamlı bir yaklaşım benimseyerek intihar oranlarını azaltmayı hedefleyen girişimlerdir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), 2012 yılında yayınladığı eylem planında, üye ülkeleri 2020 yılına kadar intihar oranlarını %10 azaltmaya çağırmıştır (WHO, 2012). Bu hedef doğrultusunda, birçok ülke ulusal intihar önleme programları geliştirmiş ve uygulamaya koymuştur.

Ulusal intihar önleme programlarının etkinliği ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. Finlandiya'nın ulusal programı, 1990'ların başından itibaren intihar oranlarında önemli bir düşüş sağlamıştır (Beskow vd., 1999). Benzer şekilde, Japonya'nın 2006 yılında başlattığı ulusal program, ülkedeki intihar oranlarında belirgin bir azalma ile sonuçlanmıştır (Nakanishi vd., 2020). Ancak, ulusal programların başarısı için uzun vadeli taahhüt, yeterli finansman ve sürekli değerlendirme gereklidir. Ayrıca, programların yerel kültürel bağlama ve spesifik risk faktörlerine uyarlanması önemlidir. Tarımsal bölgelerde pestisitlere erişimin kısıtlanması önemli bir yaklaşım olabilirken, kentsel alanlarda yüksek binalara erişimin kontrolü daha ön plana çıkabilir.

Ulusal intihar önleme programları genellikle bir dizi temel bileşeni içermektedir. Bu bileşenlerden ilki, ruh sağlığı hizmetlerine erişimin artırılmasıdır. Bu kapsamda, depresyon ve diğer ruhsal bozuklukların erken teşhis ve tedavisi hedeflenmektedir. Örneğin, Japonya'nın ulusal programı, ruh sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılmasını ve erişilebilirliğinin artırılmasını öncelikli hedef olarak belirlemektedir (Nakanishi vd., 2020).

İntihar yöntemlerine erişimin kısıtlanması, bir diğer önemli bileşeni oluşturmaktadır. Bu bileşen, ateşli silahlara erişimin sınırlandırılması, yüksek binalara ve köprülere güvenlik bariyerlerinin yerleştirilmesi, zehirli maddelerin kontrolü gibi önlemleri içermektedir. İngiltere'de 1960'larda kömür gazının zehirsizleştirilmesi, intihar oranlarında önemli bir düşüşe yol açmıştır (Kreitman, 1976).

Medya raporlamasının düzenlenmesi, intihar önleme programlarının bir diğer bileşenini oluşturmaktadır. Medyanın intihar vakalarını nasıl raporladığı konusunda rehberler geliştirmek ve uygulamak, Werther etkisini (taklit intiharları) önlemek için önem arz etmektedir. Avusturya'da medya rehberlerinin uygulanması, metro intiharlarında azalmaya yol açmıştır (Niederkrötenhaler ve Sonneck, 2007).

Eğitim ve farkındalık programları, intihar önleme stratejilerinin önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Sağlık çalışanları, öğretmenler, polis memurları gibi toplumun kilit üyelerine yönelik eğitim programları, intihar riskini erken tespit etme ve müdahale etme konusunda önem taşımaktadır. Kriz müdahale hizmetleri, ulusal intihar önleme programlarının vazgeçilmez bir unsurudur. 24 saat erişilebilir kriz hatları, acil müdahale ekipleri ve kriz merkezleri gibi hizmetlerin sağlanması,

akut intihar riskini azaltmada kritik öneme sahip olmaktadır. Sektörler arası iş birliği, kapsamlı ve etkili bir intihar önleme stratejisi için esas teşkil etmektedir. Sağlık, eğitim, sosyal hizmetler, adalet ve medya gibi farklı sektörlerin iş birliği, bu amaca ulaşmada önemli bir rol oynamaktadır. Toplum temelli müdahaleler, risk altındaki grupları hedefleyen programları, toplum eğitimi ve farkındalık kampanyalarını içermektedir. Avrupa İntiharı Önleme İttifakı (EAAD) tarafından geliştirilen dört seviyeli müdahale modeli, bu tür bir yaklaşımın etkili bir örneğini teşkil etmektedir (Hegerl vd., 2013).

2.1.6.3. Avrupa İntiharı Önleme İttifakı (EAAD) Dört Seviyeli Müdahale Modeli

Avrupa İntiharı Önleme İttifakı (EAAD) tarafından geliştirilen dört seviyeli müdahale modeli, toplum temelli kapsamlı bir yaklaşım olup hem depresyonu hem de intihar davranışını hedef almaktadır. Bu model, ilk olarak Nuremberg İttifakı Projesi kapsamında değerlendirilmiş ve daha sonra Avrupa'da 100'den fazla bölgede uygulanmıştır (Hegerl vd., 2013).

EAAD modeli dört temel seviyeyi içermektedir. Birinci seviye, birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerle iş birliğini kapsamaktadır. Bu kapsamda, aile hekimleri ve birinci basamak sağlık çalışanlarına yönelik eğitimler düzenlenmektedir. Depresyon ve intihar riskini tanıma, değerlendirme ve yönetme konularında beceriler geliştirilmektedir. Hekimlere, hastalara verebilecekleri bilgilendirici materyaller sağlanmaktadır. Bu seviye önem arz etmektedir, zira intihar riski taşıyan hastaların çoğu öncelikle birinci basamak sağlık hizmetlerine başvurmaktadır.

İkinci seviye, halkla ilişkiler kampanyasını içermektedir. Depresyon ve intihar hakkında toplumsal farkındalığı artırmak için kapsamlı bir medya kampanyası yürütülmektedir. Temel mesajlar "*Depresyon herkesi etkileyebilir*", "*Depresyonun birçok yüzü vardır*" ve "*Depresyon tedavi edilebilir*" şeklinde belirlenmektedir. Posterler, broşürler, kamu spotları ve halka açık etkinlikler düzenlenmektedir. Bu kampanyalar, damgalanmayı azaltmayı ve yardım arama davranışını teşvik etmeyi hedeflemektedir.

Üçüncü seviye, toplum kolaylaştırıcıları ve kapı tutucuların eğitimini kapsamaktadır. Öğretmenler, din görevlileri, yaşlı bakım personeli, gazeteciler, eczacılar gibi toplumda kilit rol oynayan kişilere eğitim verilmektedir. Bu kişiler, depresyon belirtilerini tanıma ve risk altındaki bireyleri uygun yardım kaynaklarına yönlendirme konusunda eğitilmektedir. Nuremberg projesinde 2000'den fazla toplum kolaylaştırıcısı eğitilmiştir. Gazetecilere özel olarak, intihar haberlerinin nasıl raporlanması gerektiği konusunda rehberlik sağlanmaktadır.

Dördüncü seviye, yüksek riskli gruplar ve ailelerine yönelik desteği içermektedir. İntihar girişiminde bulunmuş kişiler, intihar eden birinin yakınları gibi yüksek risk gruplarına özel destek sağlanmaktadır. Öz-yardım grupları kurulmakta ve desteklenmektedir. Hastalara ve yakınlarına bilgi ve destek materyalleri sağlanmaktadır. Son zamanlarda, bu seviyeye "*iFightDepression*" adlı internet tabanlı, rehberli bir öz-yönetim aracı da eklenmiştir (Arensman vd., 2015).

Bu modelin etkinliği çeşitli çalışmalarda incelenmiştir. Nuremberg'de uygulanan iki yıllık müdahale sonucunda, intihar girişimlerinde %24'lük bir azalma sağlanmıştır (Hegerl vd., 2006). Bu etki, takip eden yılda da sürdürülebilir olmuştur (Hegerl vd., 2010). Macaristan'ın Szolnok bölgesinde yapılan uygulamada, tamamlanmış intihar oranlarında anlamlı bir düşüş gözlenmiştir (Székely vd., 2013).

EAAD modelinin güçlü yönleri arasında çok seviyeli yaklaşımı, esnekliği, sürdürülebilirliği ve kanıta dayalı olması yer almaktadır. Farklı seviyelerdeki müdahaleler sinerjik etki yaratarak birbirini güçlendirmektedir. Model, farklı ülkelerin ve bölgelerin ihtiyaçlarına göre uyarlanabilmektedir. Toplum temelli yapısı sayesinde uzun vadeli etki sağlamaktadır. Ayrıca, model bilimsel araştırmalarla desteklenmekte ve sürekli olarak değerlendirilmektedir. EAAD modeli, Avrupa Komisyonu'nun Ruh Sağlığı Yeşil Kitabı ve WHO'nun intiharı önleme raporunda en iyi uygulama örneği olarak gösterilmiştir.

2.2. Ölüm Dürtüsü Kavramı

2.2.1. Ölüm Dürtüsü Kavramının Tanımı

Ölüm dürtüsü (Todestrieb), psikanaliz kuramının en tartışmalı kavramlarından biridir. Sigmund Freud tarafından 1920 yılında "*Haz İlkesinin Ötesinde*" (Beyond the Pleasure Principle) adlı eserinde ortaya atılan bu kavram, insan psişesinin temel bir bileşeni olarak öne sürülmüştür (Freud, 1955). Ölüm dürtüsü, organizmanın cansız duruma geri dönme eğilimini ifade eder ve yaşamın nihai amacının ölüm olduğu varsayımına dayanır.

Freud'un ölüm dürtüsü kavramı, psişik işleyişin sadece haz ilkesi tarafından yönetilmediği gözlemine dayanmaktadır. Klinik deneyimler, özellikle travma sonrası stres bozukluğu vakalarında gözlemlenen tekrarlama zorlantısı (repetition compulsion) fenomeni, Freud'u haz ilkesinin ötesinde işleyen bir dürtünün varlığını düşünmeye sevk etmiştir (Freud, 1955). Bu gözlemler, organizmanın sadece gerilimi azaltmaya ve haz elde etmeye yönelik çalışmadığını, aynı zamanda acı veren deneyimleri tekrarlamaya yönelik bir eğilim gösterdiğini ortaya koymuştur.

Ölüm dürtüsü kavramı, yaşamın kendisinin bir gerilim durumu olduğu ve organizmanın bu gerilimi tamamen ortadan kaldırmaya, yani cansız duruma dönmeye yönelik bir eğilim taşıdığı fikrine dayanır. Bu bakış açısına göre, yaşam sürecinin tamamı, organizmanın kaçınılmaz son olan ölüme doğru ilerleyişidir. Ancak bu ilerleme, yaşam dürtüleri (Eros) tarafından engellenir ve yavaşlatılır (Freud, 1961).

Ölüm dürtüsü kavramı, Freud'un dürtü teorisinde önemli bir dönüm noktası teşkil eder. Freud'un erken dönem çalışmalarında, psişik işleyiş cinsel dürtüler (libido) ve kendini koruma dürtüleri arasındaki çatışma temelinde açıklanmıştı. Ancak 1920'den sonra Freud, dürtü teorisini yeniden formüle ederek ikili bir dürtü sistemi önermiştir: yaşam dürtüleri (Eros) ve ölüm dürtüsü (Thanatos) (Freud, 1955).

Bu yeni formülasyonda yaşam dürtüleri, cinsel dürtüleri ve kendini koruma dürtülerini kapsar. Yaşam dürtüleri, organizmanın hayatta kalmasını, üremesini ve gelişmesini sağlar. Ölüm dürtüsü ise organizmanın cansız duruma dönme eğilimini temsil eder ve yıkıcı, saldırgan eğilimlerin kaynağı olarak görülür (Freud, 1961).

Freud'un dürtü teorisindeki bu revizyon, psişik çatışmanın doğasına ilişkin anlayışı da değiştirmiştir. Artık psişik çatışma, sadece cinsel dürtüler ve ego arasında değil, aynı zamanda yaşam ve ölüm dürtüleri arasında da gerçekleşmektedir (Freud, 1961).

Ölüm dürtüsü kavramı, Freud'un klinik gözlemlerini açıklamada ve özellikle mazoşizm, sadizm, kendine zarar verme davranışları ve intihar eğilimleri gibi fenomenleri açıklamada önemli bir rol oynamıştır. Bununla birlikte, kavramın soyut ve spekülatif doğası, birçok psikanalist tarafından eleştirilmesine ve reddedilmesine yol açmıştır (Kernberg, 2009).

2.2.2. Ölüm Dürtüsünün Teorik Temelleri

Ölüm dürtüsü kavramı, Sigmund Freud'un psikanalitik teorisinde önemli bir dönüm noktasını temsil etmektedir. Freud'un ölüm dürtüsü hipotezini geliştirmesindeki temel argümanları şu şekilde özetlenebilir (Freud, 1955):

- *Tekrarlama zorlantısı*: Freud, travmatik nevrozlarda ve çocuk oyunlarında gözlemlediği tekrarlama eğiliminin, haz ilkesiyle açıklanamayacağını fark etmiştir. Bu gözlem, onu haz ilkesinin ötesinde işleyen bir dürtünün varlığını düşünmeye sevk etmiştir.
- *Organizmanın muhafazakâr doğası*: Freud, canlı organizmaların eski, ilkel durumlarına dönme eğiliminde olduğunu öne sürmüştür. Bu eğilim, ölüm dürtüsünün temelini oluşturmaktadır.
- *Yaşamın kaynağı ve amacı olarak ölüm*: Freud, yaşamın cansız maddeden ortaya çıktığını ve tüm yaşamın nihai amacının ölüm olduğunu iddia etmiştir. Bu bakış açısına göre, ölüm dürtüsü, organizmanın cansız duruma geri dönme eğilimini temsil etmektedir.
- *Biyolojik paraleller*: Freud, ölüm dürtüsü kavramını desteklemek için biyolojik süreçlerden örnekler kullanmıştır. Örneğin, hücresel yaşlanma ve programlanmış hücre ölümü (apoptosis) gibi süreçleri, ölüm dürtüsünün biyolojik tezahürleri olarak yorumlamıştır.

Freud'un bu argümanları, psikanalitik teoride büyük bir paradigma değişimine yol açmış ve sonraki psikanalitik düşünürleri derinden etkilemiştir. Freud'un ölüm dürtüsü kavramını ortaya atmasıyla birlikte, psikanalitik teori yeni bir düalizme kavuşmuştur: yaşam dürtüleri (Eros) ve ölüm dürtüsü (Thanatos) ikilemi. Bu ikili dürtü teorisi, Freud'un daha önceki libido teorisinin yerini almıştır. Yaşam dürtüleri (Eros), organizmanın hayatta kalmasını, üremesini ve gelişmesini sağlayan dürtüleri kapsamaktadır. Bu dürtüler, cinsel dürtüleri ve kendini koruma dürtülerini içerir. Eros, birleştirici ve bağlayıcı bir güç olarak işlev görür, organizmaları ve hücreleri bir arada tutar ve yaşamı sürdürür. Ölüm dürtüsü (Thanatos) ise, organizmanın cansız duruma dönme eğilimini temsil eder. Freud, ölüm dürtüsünün başlangıçta içe yöneldiğini ve self-destrüktif eğilimlere yol açtığını, ancak daha sonra dışa yönelerek saldırganlık ve yıkıcılık şeklinde tezahür ettiğini öne sürmüştür (Freud, 1961).

Freud'a göre, yaşam ve ölüm dürtüleri arasındaki sürekli mücadele, insan davranışlarının ve psikopatolojinin temelini oluşturmaktadır. Bu ikili dürtü teorisi, Freud'un daha önceki teorilerinden farklı olarak, sadece cinsel dürtüler ve ego arasındaki çatışmayı değil, aynı zamanda yaşam ve ölüm arasındaki daha temel bir çatışmanın da altını çizmektedir (Freud, 1961).

Bu ikilemin psikanalitik teoriye getirdiği en önemli yeniliklerden biri, saldırganlığın ve yıkıcılığın kökenine dair yeni bir açıklama sunmasıdır. Freud, saldırganlığı artık sadece engellenmiş libidinal dürtülerin bir sonucu olarak değil, aynı zamanda ölüm dürtüsünün dışa yönelmiş bir ifadesi olarak da görmektedir (Kernberg, 2009).

Freud'un ölüm dürtüsü teorisi, saldırganlığın kökenini açıklamanın yanı sıra, insan psikolojisinin daha derin yönlerini de ele almıştır. Bu bağlamda, teorinin önemli bir bileşeni olan "*Nirvana İlkesi*" kavramı ortaya çıkmıştır. Freud'un ölüm dürtüsü teorisinin önemli bir bileşeni olan "*Nirvana İlkesi*", organizmanın tüm gerilimi ortadan kaldırma ve mutlak bir dinginlik durumuna ulaşma eğilimini ifade eder. Freud, bu eğilimi ölüm dürtüsünün bir tezahürü olarak görmüştür. Nirvana İlkesi, ölüm dürtüsünün; organizmanın cansız, inorganik duruma geri dönmesi şeklindeki nihai hedefini temsil eder. Freud'a göre, tüm organik yaşam, inorganik maddeden evrilmiştir ve yaşamın nihai amacı, bu orijinal duruma geri dönmektir. Bu bakış açısı, yaşamı ölüme giden bir yolculuk olarak görür (Freud, 1955).

İnorganik duruma dönüş eğilimi, Freud'un dürtü teorisinin temelini oluşturan "*sabitlik ilkesi*" ile yakından ilişkilidir. Sabitlik ilkesi, zihinsel aygıtın uyarılma düzeyini mümkün olduğunca düşük tutma eğilimini ifade eder. Freud, ölüm dürtüsünü bu ilkenin en uç noktası olarak görmüştür: uyarılmanın tamamen ortadan kaldırılması ve mutlak bir dinginlik durumuna ulaşılması (Freud, 1955).

Daha önceki teorilerinde haz ilkesine ve libidinal dürtülere odaklanan Freud, artık yaşamın ve ölümün daha temel dinamiklerini açıklamaya çalışmaktadır. Ancak, Freud'un ölüm dürtüsü teorisi ve özellikle inorganik duruma dönüş eğilimi fikri, psikanalitik topluluk içinde tartışmalara yol açmıştır. Bazı psikanalistler, bu teorinin spekülatif doğasını ve biyolojik temellerinin zayıflığını eleştirmiştir (Biswas, 2021). Bununla birlikte, ölüm dürtüsü kavramı, özellikle self-destrüktif davranışların, tekrarlayan travmatik deneyimlerin ve bazı psikopatolojik durumların anlaşılmasında önemli bir teorik araç olarak kullanılmaya devam etmektedir.

2.2.3. Ölüm Dürtüsünün Klinik Görünümleri

Ölüm dürtüsü kavramı, Freud'un psikanalitik teorisinde önemli bir yere sahip olmakla birlikte, klinik uygulamada doğrudan gözlemlenebilen bir fenomen değildir. Bununla birlikte, ölüm dürtüsünün çeşitli klinik görünüşleri, psikopatolojinin farklı alanlarında kendini göstermektedir.

2.2.3.1. Tekrarlama Zorlantısı (Repetition Compulsion)

Tekrarlama zorlantısı, Freud'un ölüm dürtüsü kavramını geliştirmesinde önemli bir rol oynayan klinik fenomendir. Freud, tekrarlama zorlantısını ölüm dürtüsünün bir tezahürü olarak tanımlamıştır (Freud, 1955). Tekrarlama zorlantısı, bireyin acı veren veya travmatik deneyimleri tekrar tekrar yaşama eğilimini ifade eder. Kernberg (2009), tekrarlama zorlantısının çeşitli klinik görünüşlerini şu şekilde sınıflandırmıştır:

- *Travmatik deneyimlerin tekrarı*: Özellikle post-travmatik stres bozukluğunda görülen, travmatik olayların rüyalarda veya flashback'lerde tekrar tekrar yaşanması.

- *Olumsuz ilişki kalıplarının tekrarı:* Bireyin, geçmiş ilişkilerinde yaşadığı olumsuz deneyimleri yeni ilişkilerinde bilinçdışı olarak tekrar etme eğilimi.
- *Kendine zarar verici davranışların tekrarı:* Özellikle borderline kişilik bozukluğu olan hastalarda görülen, tekrarlayan self-mutilasyon veya intihar girişimleri.
- *Terapötik ilişkide tekrarlama:* Hastanın, geçmiş travmatik ilişkilerini terapist ile olan ilişkisinde yeniden canlandırması.

Tekrarlama zorlantısı, haz ilkesinin ötesinde işleyen bir mekanizma olarak görülmektedir. Freud, bu fenomenin organizmanın daha ilkel, inorganik bir duruma dönme eğilimini yansıttığını öne sürmüştür (Freud, 1955).

2.2.3.2. Mazoşizm ve Sadizm Fenomenleri

Mazoşizm ve sadizm, ölüm dürtüsünün en belirgin klinik tezahürlerinden biridir. Freud, mazoşizmi ölüm dürtüsünün içe yönelmiş bir formu olarak tanımlamıştır (Freud, 1961). Kernberg (2009), mazoşizm ve sadizmin ölüm dürtüsü ile ilişkisini şu şekilde açıklamaktadır:

- *Primer Mazoşizm:* Süperegonun bilinçdışı, erotize edilmiş bir mazoşizmi olarak ortaya çıkar ve ölüm dürtüsünün en saf ifadesi olarak görülür.
- *Sadizm:* Ölüm dürtüsünün dışa yönelmiş bir formu olarak, egonun saldırgan dürtüsü şeklinde tezahür eder.
- *Cinsel Perversiyonlar:* Özellikle tehlikeli sadistik veya mazoşistik davranışların cinsel uyarılma ve orgazm için vazgeçilmez bir koşul haline geldiği durumlar.

Mazoşizm ve sadizm fenomenlerinin ölüm dürtüsü ile ilişkisi, özellikle borderline ve narsisistik kişilik bozukluklarında belirgin hale gelmektedir. Bu hastalarda görülen kendine zarar verme davranışları, intihar girişimleri ve başkalarına yönelik saldırganlık, ölüm dürtüsünün klinik tezahürleri olarak değerlendirilmektedir (Kernberg, 1992).

2.2.3.3. Kendine Zarar Verme Davranışları

Kendine zarar verme davranışları, ölüm dürtüsünün en doğrudan klinik görünümlerinden biridir. Bu davranışlar, özellikle borderline kişilik bozukluğu olan hastalarda sıklıkla görülmektedir. Kernberg (2009), kendine zarar verme davranışlarını şu şekilde sınıflandırmıştır:

- Kesme ve yakma gibi doğrudan self-mutilasyon davranışları
- Aşırı alkol ve madde kullanımı
- Riskli cinsel davranışlar
- Yeme bozuklukları (özellikle anoreksiya nervoza)

Bu davranışların ölüm dürtüsü ile ilişkisi, bireyin kendi bedenine yönelik yıkıcı eğilimlerini yansıtmaktadır. Kernberg (2004), bu davranışların sadece self-destrüktif olmadığını, aynı zamanda önemli diğerlerini de yok etme amacı taşıdığını öne sürmüştür. Green (1983), kendine zarar verme davranışlarını "*negatif narsisizm*" kavramı çerçevesinde ele almıştır. Bu yaklaşıma göre, kendine zarar verme davranışları, bireyin kendini yok etme arzusunun bir ifadesidir ve ölüm dürtüsünün doğrudan bir tezahürü olarak görülmektedir.

2.2.3.4. Melankoli ve İntihar Eğilimleri

Melankoli ve intihar eğilimleri, ölüm dürtüsünün en dramatik klinik görünümlerinden biridir. Freud, melankoliyi kaybedilmiş nesneye yönelik saldırganlığın kendiliğe yöneltilmesi olarak tanımlamıştır (Freud, 1957). Kernberg (2009), melankoli ve intihar eğilimlerinin ölüm dürtüsü ile ilişkisini şu şekilde açıklamaktadır:

- *Süperegonun Sadizmi*: Melankoli durumunda, süperego ölüm dürtüsünün etkisi altına girer ve egoyu acımasızca cezalandırır.
- *Nesne Kaybı ve İçeride Yansıtma*: Kaybedilen nesneye yönelik ambivalans, nesnenin içe yansıtılması ve kendiliğe yönelik saldırganlığa dönüşmesi.
- *Narsisistik Yaralanma*: Özellikle narsisistik kişilik bozukluğu olan hastalarda, grandiyöz benliğin yıkımı sonucu ortaya çıkan intihar eğilimleri.

İntihar eğilimleri, ölüm dürtüsünün en uç noktadaki klinik tezahürü olarak görülmektedir. Kernberg (2007), intihar davranışının sadece kendini yok etme arzusu değil, aynı zamanda önemli diğerlerini de yok etme amacı taşıdığını öne sürmüştür.

2.2.4. Çağdaş Psikanalitik Yaklaşımlarda Ölüm Dürtüsü

Freud'un ölüm dürtüsü kavramı, ortaya atıldığı günden bu yana psikanalitik teoride tartışmalı bir konu olmuştur. Çağdaş psikanalitik yaklaşımlar, ölüm dürtüsünü yeniden yorumlayarak ve klinik gözlemlerle ilişkilendirerek bu kavramı geliştirmeye çalışmışlardır. Jacques Lacan, Freud'un ölüm dürtüsü kavramını yeniden yorumlayarak psikanalitik teoriye önemli katkılarda bulunmuştur. Lacan, ölüm dürtüsünü biyolojik bir eğilim olarak değil, simgesel düzenin bir sonucu olarak ele almıştır. Lacan'a göre, ölüm dürtüsü, öznenin simgesel düzene girişiyle ortaya çıkan bir fenomendir. Lacan, tekrarlama zorlantısını (repetition compulsion) ölüm dürtüsünün bir tezahürü olarak görmüş, ancak bunu biyolojik bir eğilim olarak değil, simgesel düzenin bir sonucu olarak yorumlamıştır. Lacan'a göre, tekrarlama zorlantısı, öznenin simgesel düzende kendini konumlandırma çabasının bir sonucudur (Lacan, 2006).

Lacan, ölüm dürtüsünü "*jouissance*" kavramıyla ilişkilendirmiştir. Jouissance, Lacan'ın teorisinde, hazzın ötesinde bir deneyimi ifade eder ve ölüm dürtüsüyle yakından ilişkilidir. Lacan'a göre, jouissance, öznenin simgesel düzende tam olarak temsil edilememesinden kaynaklanan bir gerilimi ifade eder ve bu gerilim, ölüm dürtüsünün temelidir. Lacan'ın yaklaşımında, ölüm dürtüsü artık biyolojik bir eğilim değil, simgesel düzenin yapısal bir özelliğidir. Bu yorum, ölüm dürtüsünü kültürel ve dilsel bağlamda anlamlandırmaya çalışır. Lacan'ın bu yaklaşımı, ölüm dürtüsü kavramını psikanalitik pratikte daha kullanışlı hale getirmiştir (Lacan, 1992).

Lacan'a göre histerik özne, Öteki'nin arzusunun devamlılığını ancak bu arzuyu tatmin etmeyerek ve uzatarak sağlar (Fink, 2016). Erteleme, hazza ulaşma yolunda keyfi uzatma işlevi görür. Tekrarlama kavramı, jouissance kavramı ile bu zevki uzatma anlamında ilişkilidir. Tekrar zorlantısı, her dürtü gibi ölüm dürtüsü ile ilişkili olarak haz ilkesinin ötesinde bir zevke ulaşmayı, yani sınırı aşmayı işaret

eder. Bu noktada dürtü tekrara düşer. Bu dürtü, ölüm dürtüsüdür ve das Ding'e ya da jouissance'a ulaşmayı amaçlayan dürtü olarak kabul edilir (Lacan, 1938).

Freud ve Lacan'ın psikanalitik kavramları açıklarken değerlendirdikleri Hamlet tragedyasında, Hamlet kendi trajedisinde ya erteler ya da acele eder (Özcan, 2012). Arzu nesnesinin arzumuzu ne denli karşıladığından emin olmamız mümkün değildir. Bu sebeple eylemselliği erteleme ya da zevki öteleme davranışları, öznel seçimlerin azalması ile ilişkilidir. Nesne oluşumu ancak nesnenin kaybıyla mümkündür ve bu kayıp sonrasında haz ilkesinin ötesinde konumlanan bir zevk oluşur. Arzunun devamlılığı ancak dolayımli ve örtük yollardan, gizil bir teğet geçişle mümkün olur. Hamlet örneği, arzu nesnesine yaklaşan öznenin arzusunun yok oluşunu vurgular. Arzu, ölümle karşılaşmanın imkansızlığına tahammül göstererek devam edebilir. Hamlet'in bir eylemi sürekli erteleme, öznenin hikayesinin devamını sağlar (Özcan, 2012).

André Green, Freud'un ölüm dürtüsü kavramını geliştirerek "*de-nesneleştirme*" (de-objectalization) kavramını ortaya atmıştır. Green'e göre de-nesneleştirme, ölüm dürtüsünün temel bir işlevidir ve psişik yapının yıkımına yol açar. Green, de-nesneleştirmeyi şöyle tanımlar: "*De-nesneleştirme, nesne ilişkilerinin yatırımını geri çekme sürecidir. Bu süreç, öznenin kendisini de içerir ve sonuçta narsisistik yatırımın da geri çekilmesine yol açar*" (Green, 1999: 84). Green'e göre de-nesneleştirme süreci, ölüm dürtüsünün bir tezahürüdür ve psişik yapının parçalanmasına neden olur.

Green, de-nesneleştirme kavramını özellikle sınır durum vakaları ve narsisistik kişilik bozuklukları bağlamında ele almıştır. Bu vakalarda, de-nesneleştirme süreci, bağlanma ve ayrılma dinamiklerinde önemli bir rol oynar. Green'e göre, bu hastalarda görülen boşluk hissi, anlamsızlık duygusu ve kronik depresyon, de-nesneleştirme sürecinin sonuçlarıdır (Green, 1986). Green'in yaklaşımı, ölüm dürtüsü kavramını klinik gözlemlerle ilişkilendirerek daha somut ve anlaşılır hale getirmiştir. De-nesneleştirme kavramı, özellikle ağır kişilik bozukluklarının anlaşılmasında ve tedavisinde önemli bir araç haline gelmiştir.

Otto Kernberg, ölüm dürtüsü kavramını saldırganlık ve kişilik bozuklukları bağlamında ele almıştır. Kernberg, Freud'un düalist dürtü teorisini kabul etmekle birlikte, ölüm dürtüsünü biyolojik bir eğilim olarak değil, saldırganlığın bir tezahürü olarak yorumlamıştır. Kernberg, ölüm dürtüsünü şiddetli saldırganlığın

bir ifadesi olarak ele alır. Kernberg'e göre, ölüm dürtüsü, özellikle borderline ve narsisistik kişilik bozukluklarında görülen yoğun saldırganlığın temelini oluşturur (Kernberg, 1992). Kernberg, ölüm dürtüsünün klinik tezahürlerini şu şekilde sıralar:

- Tekrarlama zorlantısı
- Sadizm ve mazoşizm
- Negatif terapötik tepki
- İntihar eğilimleri
- Yıkıcı grup süreçleri

Kernberg'e göre, bu fenomenler ölüm dürtüsünün klinik görünümleridir ve özellikle ağır kişilik bozukluklarında belirgin hale gelirler (Kernberg, 2009).

Kernberg, ölüm dürtüsü kavramını nesne ilişkileri teorisi çerçevesinde yeniden yorumlamıştır. Ona göre, ölüm dürtüsü, erken dönem içselleştirilmiş nesne ilişkilerinin patolojik organizasyonunun bir sonucudur. Özellikle, içselleştirilmiş sadistik nesne temsilleri ve mazoşistik kendilik temsilleri arasındaki çatışma, ölüm dürtüsünün temelini oluşturur (Kernberg, 2009). Kernberg'in yaklaşımı, ölüm dürtüsü kavramını klinik pratikte daha kullanışlı hale getirmiştir. Özellikle, borderline ve narsisistik kişilik bozukluklarının anlaşılmasında ve tedavisinde, Kernberg'in ölüm dürtüsü yorumu önemli bir rol oynamaktadır.

2.2.5. Ölüm Dürtüsünün Sosyal ve Kültürel Boyutları

Freud'un ölüm dürtüsü kavramı, bireysel psikolojinin ötesinde, toplumsal ve kültürel fenomenler açısından da önem taşımaktadır. Bu bölümde, ölüm dürtüsünün sosyal ve kültürel boyutları, özellikle grup psikolojisi, kitle hareketleri ve toplumsal şiddet bağlamında incelenmektedir.

2.2.5.1. Grup Psikolojisi ve Kitle Hareketlerinde Ölüm Dürtüsü

Freud, kitle psikolojisini incelemiş ve ölüm dürtüsünün grup davranışlarındaki rolünü ele almıştır. Freud'a göre, kitleler içinde bireyler, süpereo işlevlerini grup liderine yansıtma eğilimindedirler. Bu süreç, genellikle bastırılmış olan ilkel dürtülerin, özellikle de saldırgan eğilimlerin, grup tarafından onaylanmış bir şekilde ifade edilmesine yol açar (Freud, 1961).

Kernberg (2009), Freud'un bu görüşlerini geliştirerek, kitle hareketlerinin ölüm dürtüsünün bir tezahürü olabileceğini öne sürmüştür. Kernberg'e göre, bir kitle hareketi, düşman olarak algılanan grupları arama ve yok etme dürtüsü etrafında birleşebilir. Bu süreçte, bireylerin özgürleşmiş ve odaklanmış saldırganlıklarından kaynaklanan güç duygusu, lidere bağlılıktan kaynaklanan korunma hissi ve nesne ilişkilerinin idealleştirilmiş ve zulmedici olanlara ayrılmasına dayanan en ilkel regresyon hali bir araya gelir (Kernberg, 2009).

Bion (1961), küçük gruplarla yaptığı çalışmalarda, yapılandırılmamış gruplarda ortaya çıkan fenomenleri incelemiştir. Bion'un gözlemlerine göre, bu tür gruplarda yoğun kaygı ve bu kaygıdan kaçınma çabaları gözlemlenir. Bu kaçınma çabaları, genellikle grup üyelerinin ortak bir düşmana karşı birleşmesi veya grubun kendisini idealize etmesi şeklinde ortaya çıkar. Bu süreçler, ölüm dürtüsünün grup düzeyinde bir tezahürü olarak yorumlanabilir.

Volkan (2004), fundamentalist grupların ideal dünya anlayışını, düşman arama ve yok etme ihtiyaçlarını, grup sınırlarını ve saflığını koruma çabalarını sistematik olarak incelemiştir. Volkan'ın çalışmaları, bu grup dinamiklerinin ölüm dürtüsüyle olan ilişkisini göstermektedir. Özellikle, grubun kendisini "*sağ*" ve "*iyi*" olarak tanımlarken, dış grupları "*kirli*" ve "*kötü*" olarak etiketlemesi, ölüm dürtüsünün dışa yansıtılmış bir formu olarak değerlendirilebilir.

2.2.5.2. Toplumsal Şiddet ve Yıkıcılığın Psikanalitik Yorumu

Freud (1930), uygarlığın Eros'un hizmetinde bir süreç olduğunu, ancak insanın doğal saldırgan dürtüsünün, yani ölüm dürtüsünün bir türevi olan saldırganlık dürtüsünün, bu uygarlık programına karşı çıktığını belirtmiştir. Kernberg (2003), Freud'un bu görüşlerini geliştirerek, toplumsal şiddetin psikanalitik bir yorumunu sunmuştur. Kernberg'e göre, toplumsal şiddet, ölüm dürtüsünün kolektif düzeyde bir tezahürüdür. Özellikle, 20. yüzyılın totaliter rejimlerinde görülen kitlesel şiddet ve soykırımlar, ölüm dürtüsünün toplumsal düzeyde işleyişinin en çarpıcı örnekleridir.

Kernberg (2009), grup süreçlerinde aktive olan saldırganlığın, karizmatik ve yıkıcı bir lider tarafından yönlendirildiğinde, grubun kendisine yönelebileceğini ve dini veya ideolojik olarak rasyonalize edilmiş toplu intiharlara yol açabileceğini

belirtmiştir. Bu fenomen, ölüm dürtüsünün sadece dışa yönelik değil, aynı zamanda içe yönelik olarak da işleyebileceğini göstermektedir.

Green (1983, 1993), "*negatif narsisizm*" ve "*de-nesneleştirme*" kavramlarıyla, ölüm dürtüsünün toplumsal ve kültürel boyutlarına yeni bir bakış açısı getirmiştir. Green'e göre, negatif narsisizm, bireyin veya grubun kendini yok etme arzusunun bir ifadesidir ve ölüm dürtüsünün doğrudan bir tezahürü olarak görülebilir. De-nesneleştirme ise, tüm anlamlı ilişkilerin ve bağların yok edilmesi sürecidir. Bu kavramlar, toplumsal düzeyde gözlemlenen yıkıcı davranışların ve kültürel çözülmenin anlaşılmasında yardımcı olabilir.

Anzieu (1981) ve Turquet (1975), büyük gruplarla yaptıkları çalışmalarda, grup regresyonunun dinamiklerini incelemişlerdir. Bu çalışmalar, büyük grupların, belirli koşullar altında, ilkel savunma mekanizmalarına ve yıkıcı davranışlara regrese olabileceğini göstermiştir. Bu regresyon süreçleri, ölüm dürtüsünün toplumsal düzeydeki tezahürleri olarak yorumlanabilir.

Ölüm dürtüsünün sosyal ve kültürel boyutları, aynı zamanda, toplumsal travmaların ve kolektif hafızanın incelenmesinde de rol oynamaktadır. Volkan (2001), "*chosen trauma*" (seçilmiş travma) kavramıyla, toplumların geçmiş travmatik deneyimlerini içselleştirmesini ve bu deneyimlerin kuşaklar boyunca aktarılmasını açıklamıştır. Bu süreç, ölüm dürtüsünün toplumsal düzeyde bir tür tekrarlama zorlantısı (repetition compulsion) olarak işlev gördüğünü düşündürmektedir.

2.2.6. Ölüm Dürtüsü Kavramının Eleştirel Değerlendirmesi

Freud'un ölüm dürtüsü kavramı, psikanalitik teorinin en tartışmalı ve eleştirilen unsurlarından biri olmuştur. Freud, ölüm dürtüsü kavramını ilk olarak ortaya attığında, bu kavramı biyolojik temellere dayandırmaya çalışmıştır. Freud'a göre, ölüm dürtüsü, canlı organizmanın inorganik duruma dönme eğilimini yansıtmaktadır. Ancak bu biyolojik temel, birçok eleştirmen tarafından sorgulanmıştır. Kernberg (2009), ölüm dürtüsünün biyolojik temellerini sorgulamış ve bu kavramın daha çok klinik gözlemlere dayandığını öne sürmüştür. Kernberg'e göre, Freud'un biyolojik açıklamaları, karmaşık psikolojik fenomenleri basitleştirme riski taşımaktadır. Kernberg şöyle der:

"Psikolojik işlevleri biyolojiden analogik olanlarla açıklamak cazip olabilir, ancak bu, birbirinden çok farklı yapısal düzeylerdeki karmaşık fenomenleri ilişkilendirerek indirgemeciliğe düşme riskini taşır" (Kernberg, 2009, s. 1017).

Bununla birlikte, bazı araştırmacılar ölüm dürtüsünün biyolojik temellerini destekleyen kanıtlar sunmuşlardır. Panksepp (1998), affektif nörobilim alanındaki çalışmalarında, beyinde hem pozitif hem de negatif duygulanımları yöneten sistemlerin varlığını göstermiştir. Bu bulgular, Freud'un düalist dürtü teorisini kısmen destekler niteliktedir. Ancak, Green (1983, 1993) gibi çağdaş psikanalistler, ölüm dürtüsünün biyolojik temellerini sorgulamış ve bu kavramı daha çok psikolojik ve ilişkisel bir çerçevede ele almışlardır. Green'in "*de-nesneleştirme*" kavramı, ölüm dürtüsünün biyolojik bir eğilimden ziyade, nesne ilişkilerinin yıkımı olarak anlaşılmasını önerir.

Ölüm dürtüsü kavramının klinik uygulamadaki geçerliliği ve sınırlılıkları da psikanalitik topluluk içinde yoğun tartışmalara yol açmıştır. Bir yandan, bu kavram bazı klinisyenler tarafından, özellikle ağır kişilik bozuklukları ve kendine zarar verme davranışları gibi zorlu vakaları anlamak için yararlı bir araç olarak görülürken, diğer yandan bazıları tarafından fazla spekülatif ve klinik uygulamada sınırlı faydası olan bir kavram olarak eleştirilmiştir. Kernberg (2009), ölüm dürtüsü kavramının klinik açıdan önemli olduğunu savunmaktadır. Özellikle borderline kişilik bozukluğu, narsisistik kişilik bozukluğu ve malignan narsisizm sendromu gibi ağır kişilik patolojilerinde görülen yıkıcı saldırganlığı anlamak için bu kavramın yararlı olduğunu öne sürer. Kernberg şöyle der:

"Ölüm dürtüsü kavramı, ağır psikopatoloji vakalarında baskın bilinçdışı motivasyon olarak kendine zarar verme eğilimini tanımlamak için geçerlidir" (Kernberg, 2009, s. 1018).

Bununla birlikte, Kernberg ölüm dürtüsünün birincil bir eğilim olmadığını, daha ziyade saldırganlığın karmaşık bir motivasyonel sistem olarak organize olmuş hali olduğunu ifade eder.

Öte yandan, bazı psikanalistler ölüm dürtüsü kavramının klinik uygulamada sınırlı faydası olduğunu savunmaktadır. Laplanche ve Pontalis (1967), kavramın fazla spekülatif olduğunu ve klinik gözlemlerle doğrudan bağlantısının zayıf olduğunu öne sürmüşlerdir.

Segal (1993), ölüm dürtüsü kavramının klinik kullanışlılığını savunurken, aynı zamanda bu kavramın yanlış yorumlanma ve kötüye kullanılma risklerine de dikkat çekmiştir. Segal'e göre, ölüm dürtüsü kavramı, klinisyenlerin hastalarındaki yıkıcı eğilimleri fark etmelerine ve bunlarla çalışmalarına yardımcı olabilir, ancak bu kavramın deterministik bir şekilde kullanılması tehlikelidir.

Ölüm dürtüsü kavramına yönelik eleştiriler, alternatif açıklamalar ve teorilerin geliştirilmesine yol açmıştır. Bu alternatif yaklaşımlar, Freud'un gözlemlediği klinik fenomenleri farklı teorik çerçeveler içinde açıklamaya çalışmaktadır. Bu alternatif yaklaşımların başlıcaları şunlardır:

Nesne İlişkileri Teorisi: Klein (1946) ve sonrasında Fairbairn (1952) gibi nesne ilişkileri teorisyenleri, Freud'un dürtü teorisinden uzaklaşarak, psişik yapının ve psikopatolojinin temelinde içselleştirilmiş nesne ilişkilerinin yattığını öne sürmüşlerdir. Bu yaklaşım, ölüm dürtüsü kavramını doğrudan reddetmese de yıkıcı ve kendine zarar verici davranışları erken dönem nesne ilişkileri ve savunma mekanizmaları bağlamında açıklamaya çalışır.

Bağlanma Teorisi: Bowlby (1969, 1973) tarafından geliştirilen bağlanma teorisi, Freud'un dürtü teorisine alternatif bir açıklama sunmuştur. Bu teori, insanların doğuştan gelen bir bağlanma sistemine sahip olduğunu ve erken dönem bağlanma deneyimlerinin sonraki psikolojik işleyişi şekillendirdiğini öne sürer. Bağlanma teorisi perspektifinden, ölüm dürtüsü olarak yorumlanan fenomenler, güvensiz bağlanma örüntüleri ve ilişkisel travmalar bağlamında anlaşılabilir.

Nörobiyolojik Yaklaşımlar: Son yıllarda, nörobiyoloji alanındaki gelişmeler, psikanalitik kavramların yeniden değerlendirilmesine yol açmıştır. Panksepp'in (1998) affektif nörobilim çalışmaları, beynin temel duygusal sistemlerini tanımlamış ve bu sistemlerin psikanalitik teorilerle ilişkilendirilmesini göstermiştir. Bu perspektiften, ölüm dürtüsü olarak yorumlanan fenomenler, beynin korku, öfke ve üzüntü sistemlerinin aşırı aktivasyonu olarak anlaşılabilir.

Lacan'ın Yaklaşımı: Lacan (2006), Freud'un ölüm dürtüsü kavramını yeniden yorumlamış ve bunu dil ve simgesel düzen bağlamında ele almıştır. Lacan'a göre, ölüm dürtüsü, simgesel düzenin insanın biyolojik varlığı üzerindeki etkisini temsil eder. Bu yaklaşım, ölüm dürtüsünü biyolojik bir eğilimden ziyade, dilin ve kültürün insan psişesi üzerindeki etkisi olarak yeniden kavramsallaştırır.

Green'in De-nesneleştirme Kavramı: Green (1983, 1993), ölüm dürtüsü kavramını "*de-nesneleştirme*" olarak yeniden formüle etmiştir. Bu yaklaşım, ölüm dürtüsünü nesne ilişkilerinin yıkımı ve psişik bağların kopması olarak anlar. Green'in yaklaşımı, ölüm dürtüsü kavramını daha ilişkisel bir çerçevede ele alır ve klinik uygulamada daha kullanışlı hale getirir.

2.2.7. Ölüm Dürtüsü ve İntihar İlişkisi

2.2.7.1. İntiharın Psikanalitik Anlamı

İntihar, psikanalitik kuram çerçevesinde, ölüm dürtüsünün en uç ve dramatik tezahürlerinden biri olarak değerlendirilmektedir. Freud'un (1955) ortaya koyduğu ölüm dürtüsü kavramı, intiharın psikodinamik anlaşılmasında temel bir rol oynamaktadır. İntihar, basitçe yaşamı sonlandırma eylemi olarak değil, karmaşık bir intrapsişik çatışmanın dışavurumu olarak ele alınmaktadır.

Freud (1957)'a göre, melankoli durumunda intihar, kaybedilen nesneye yönelik ambivalent duyguların içe yöneltilmesi olarak anlaşılmaktadır. Bu bağlamda, intihar eğilimi olan birey, kaybedilen nesneyle özdeşim kurarak, o nesneye yönelik öfke ve saldırganlığı kendine yöneltmektedir. Freud'un bu erken dönem açıklaması, daha sonra ölüm dürtüsü kavramıyla birleşerek daha kapsamlı bir teorik çerçeve oluşturmuştur.

Kernberg (2009), intiharın psikanalitik anlamını tartışırken, sadece depresif durumlarda değil, narsisistik kişilik bozukluğu gibi diğer psikopatolojilerde de görülebileceğini ifade etmektedir. Kernberg'e göre, narsisistik bireylerde intihar, grandiyöz benliğin yıkımı karşısında yaşanan dayanılmaz utanç ve aşağılanma duygularına karşı bir savunma mekanizması olarak ortaya çıkabilir. Bu durumda intihar, acı ve ölümden korkmadığını göstererek, değersizleştirilmiş bir dünyayı terk etme eylemi olarak algılanmaktadır.

Biyolojik yapı ve yaşam itkisi temelinde, öznenin kendini öldürme arzusunun nedeni bilinçdışı süreçlerle çalışıldığında daha temel sonuçlara ve önleyici faktörlere ulaşılabileceği düşünülmektedir (Sercan, 2019). Bilinçdışı arzuyu çalışan analitik kuram, intihar girişimini ele alırken somut neden-sonuç ilişkilerinden ziyade, bilinçdışı işleyişi değerlendirmenin önemini vurgulamaktadır. Bu bağlamda psikanalitik kuramın, intihar davranışının

nedenlerini anlamada ve önlemede oldukça kapsayıcı bir yaklaşım sunduğu söylenebilir (Canbolat, 2019).

2.2.7.2. Ölüm Dürtüsünün İntihar Davranışındaki Rolü

Ölüm dürtüsünün intihar davranışındaki rolü, psikanalitik literatürde geniş bir tartışma konusudur. Freud (1961)'a göre, süperegounun aşırı saldırgan ve cezalandırıcı niteliği, ölüm dürtüsünün içe yöneltilmesinin bir sonucu olarak görülebilir. Bu bağlamda, intihar eğilimi, süperegounun ego üzerindeki baskın ve yıkıcı etkisinin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır.

Lacan'ın (1994) yorumuna göre, ölüm dürtüsü ve tekrarlama zorlantısı, simgesel düzenin insistansı ile ilişkilidir. İntihar eğilimi, bu perspektiften bakıldığında, öznenin simgesel düzendeki konumunu radikal bir şekilde değiştirme girişimi olarak anlaşılabilir. Lacan'ın yaklaşımı, intiharı sadece biyolojik bir son olarak değil, öznenin varoluşsal konumunu yeniden tanımlama çabası olarak ele almaktadır.

Green'in (1983) "*narsisizm*" ve "*ölüm narsisizmi*" kavramları, intihar davranışının anlaşılmasına katkılar sunmuştur. Green'e göre, ölüm dürtüsünün aşırı baskın hale geldiği durumlarda, "*de-nesneleştirme*" (de-objectalization) süreci ortaya çıkar. Bu süreç, bireyin tüm nesne ilişkilerini ve yaşamsal bağlarını koparmaya yönelik bir eğilimi ifade eder. İntihar, bu bağlamda, en uç de-nesneleştirme eylemi olarak görülebilir.

Kernberg (2009), ölüm dürtüsünün intihar davranışındaki rolünü, saldırganlığın içe yöneltilmesi ve nesne ilişkilerinin patolojik yapılanması çerçevesinde ele almaktadır. Özellikle borderline ve narsisistik kişilik bozukluklarında görülen kronik intihar düşünceleri ve kendine zarar verme davranışları, ölüm dürtüsünün klinik tezahürleri olarak değerlendirilmektedir. Kernberg, bu tür vakalarda, sadistik nesne temsillerinin masohist benlik temsilleriyle olan içsel mücadelesinin, intihar eğilimlerinin temelini oluşturduğunu öne sürmektedir.

2.2.7.3. Terapötik Yaklaşımlar ve Müdahale Stratejileri

İntihar eğilimi olan hastaların tedavisinde, ölüm dürtüsü kavramının klinik uygulamaya yansımaları önemlidir. Kernberg (2009), özellikle borderline ve narsisistik kişilik bozukluğu olan hastalarda, ölüm dürtüsünün tezahürlerini ele almanın tedavi sürecindeki öneminin altını çizmektedir.

Ölüm dürtüsünün baskın hale geldiği durumların erken teşhisi ve risk faktörlerinin kapsamlı değerlendirilmesi önemlidir. Özellikle "*ölü anne sendromu*" (Green, 1993) ve "*kötücül narsisizm sendromu*" (Kernberg, 1992) gibi klinik tablolarda, intihar riskinin yüksek olduğu unutulmamalıdır.

Kernberg (2009), özellikle kendine zarar verme eğilimi olan hastalarda, terapistin yorumlarını yıkıcı bir şekilde reddetme eğiliminin arkasındaki transferans dinamiklerinin analizinin önemini belirtmektedir. Sadistik nesne temsilleri ile masohist benlik temsillerinin transferansta nasıl ortaya çıktığının anlaşılması ve yorumlanması, tedavi sürecinin temel bir parçasıdır.

Kernberg (2009), tedavi çerçevesinin ve sınırlarının korunmasının, özellikle ağır kişilik bozukluklarında kritik önemde olduğunu belirtmektedir. Tedavi başlangıcında dikkatli bir sözleşme yapılması ve fiziksel zarar verme riskinin kontrol altına alınması gerekmektedir.

Terapistin, hastanın yoğun düşmanca transferansları karşısında kendi duygusal tepkilerini analiz etmesi ve teknik nötraliteden sapmaları fark etmesi önemlidir (Kernberg, 2009).

Kernberg (2009), hastanın kendine ve başkalarına yönelik saldırganlıktan aldığı hazzın keşfedilmesinin ve analiz edilmesinin önemini belirtmekte, ölüm dürtüsünün haz ilkesiyle çelişmediğini, aksine bazen onunla uyumlu olabileceğini ifade etmektedir. Hastanın dürüst olmayan veya tehlikeli bir şekilde bilgi sakladığı psikopat transferansların ve terapistin iyi niyetli çabalarını kötücül amaçlar için kullanmaya çalıştığı pervers transferansların paranoid transferanslara dönüştürülmesinin önemini vurgularken (Kernberg, 1992), yoğun saldırgan dürtülerin etkisi altında hastanın gerçeklik testinin azalabileceğini ve seanslarda mikro-psikotik epizodlar yaşayabileceğini de belirtmektedir (Kernberg, 2009). Bu durumlarda, terapistin hasta ile kendisi arasındaki uyumsuz gerçeklikleri açıkça ortaya koyması, bunları anlamlandırması ve çözüm yolları araması önemlidir.

2.3. Erteleme Kavramı

2.3.1. Ertelemenin Tanımı, Özellikleri ve Türleri

Erteleme bir eylem ya da karar sürecinin başlama, tamamlanma ya da bitme süreçlerindeki gecikmeler olarak tanımlanır (Ferne vd., 2017). Nachträglichkeit kavramı Türkçeye “sonradan anlamlandırma”, “sonradan etki” olarak çevrilse de İngiliz yazar ve çevirmen Strachey tarafından İngilizceye deferred action yani “ertelenmiş eylem” Fransızcaya ise après-coup yani “daha sonra” olarak çevrilmiştir (Evans, 1996).

Erteleme, genel anlamda bir görevi veya sorumluluğu geciktirme eğilimi olarak tanımlanabilir (Sirois ve Pychyl, 2013). Klingsieck (2013: 26), ertelemeyi *"olası olumsuz sonuçların olumlu sonuçlardan daha ağır basacağı beklentisine rağmen, istenen ve/veya [kişisel olarak] önemli bir faaliyetin gönüllü olarak ertelenmesi"* olarak tanımlamıştır. Bu tanım, ertelemenin birkaç önemli özelliğini ortaya koymaktadır. Erteleme, dış faktörlerden kaynaklanan zorunlu bir gecikme değil, bireyin kendi iradesiyle yaptığı bir seçimdir. Ertelenen görev veya faaliyet, birey için önemli veya gerekli olmalıdır. Erteleyenler, genellikle davranışlarının potansiyel olumsuz sonuçlarının farkındadırlar. Erteleme, mantıksız veya gereksiz bir gecikmeyi içerir.

Steel (2007: 66), ertelemeyi *"kişinin daha iyi hissetmek için yapması gerekeni yapmayı bilerek geciktirmesi"* olarak tanımlamıştır. Steel, ertelemenin duygusal düzenleme ile ilişkisine dikkat çekmektedir. Erteleyenler, genellikle kısa vadeli rahatlama için uzun vadeli hedeflerini feda ederler.

Ertelemenin bir diğer önemli özelliği, bireyin bir görevi yerine getirme niyeti ile gerçek eylemi arasındaki tutarsızlığı ifade eden niyet-eylem boşluğudur (Lay, 1986; Steel, 2007). Erteleyenler genellikle iyi niyetlere sahiptir, ancak bu niyetleri eyleme geçirmekte zorlanırlar.

Erteleme, farklı bağlamlarda ve farklı şekillerde ortaya çıkabilir. Literatürde en sık bahsedilen erteleme türleri şunlardır:

- *Akademik Erteleme:* Öğrenciler arasında yaygın olan bu tür, ödevleri, sınavlara hazırlanmayı veya akademik görevleri geciktirmeyi içerir. Schouwenburg (2004), üniversite öğrencilerinin

%70'e varan oranlarda kendilerini erteleyici olarak gördüklerini belirtmiştir.

- *Genel Erteleme*: Günlük yaşamdaki görevleri ve sorumlulukları ertelemeyi ifade eder. Genel erteleme, ev işlerini geciktirmekten, randevulara geç kalmaya kadar çeşitli davranışları kapsar.
- *Karar Verme Ertelemesi*: Önemli veya önemsiz kararları erteleme eğilimidir. Ferrari ve Dovidio (2000), karar verme ertelemesinin, bireylerin karar verme sürecinde yaşadıkları zorluklar ve belirsizlikle başa çıkma stratejisi olarak kullanıldığını öne sürmüşlerdir.
- *Sağlık Ertelemesi*: Sağlıkla ilgili davranışları ertelemeyi içerir. Doktor randevularını ertelemek veya sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerini geciktirmek bu kategoriye girer (Sirois, 2007).
- *Kronik Erteleme*: Ertelemenin bir yaşam tarzı haline geldiği, bireyin yaşamının birçok alanını etkileyen sürekli bir örüntüdür. Ferrari vd. (2005), Kuzey Amerika yetişkinlerinin %20-25'inin kendilerini kronik erteleyici olarak tanımladıklarını belirtmişlerdir.

2.3.2. Ertelemenin Psikolojik Temelleri

Bu bölümde, ertelemenin psikolojik temelleri; motivasyonel perspektif, öz-düzenleme ve öz-kontrol perspektifi ile kişilik özellikleri ve erteleme ilişkisi bağlamında incelenmektedir.

Motivasyonel perspektif, erteleme davranışını bireyin hedeflerine ulaşma sürecindeki motivasyonel faktörler açısından ele alır. Bu bakış açısına göre, erteleme temelde bir motivasyon problemidir (Steel, 2007). Öz-Belirleme Teorisi (Self-Determination Theory) çerçevesinde, erteleme davranışı genellikle içsel motivasyon eksikliği veya dışsal motivasyon kaynaklarının baskınlığı ile ilişkilendirilir (Ryan ve Deci, 2000).

Senécal vd. (1995), akademik erteleme ile öz-belirleme arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada, içsel motivasyonu yüksek olan öğrencilerin daha az erteleme davranışı sergilediklerini bulmuşlardır. Buna karşın, dışsal motivasyon kaynaklarına bağlı olan öğrencilerin daha fazla erteleme eğiliminde oldukları

gözlemlenmiştir. Bu bulgular, bireyin bir görevi kendi isteğiyle ve zevk alarak yapması durumunda erteleme olasılığının azaldığını göstermektedir.

Ayrıca, Temporal Motivasyon Teorisi (Temporal Motivation Theory) ertelemeyi zaman perspektifi açısından ele alır (Steel ve König, 2006). Bu teoriye göre, bireylerin gelecekteki ödülleri şimdiki zamana göre değersizleştirme eğilimi (temporal discounting) erteleme davranışının temel nedenlerinden biridir. Bir öğrenci uzak bir gelecekte alacağı iyi bir not yerine, şu anda arkadaşlarıyla vakit geçirmeyi tercih edebilir.

Öz-düzenleme ve öz-kontrol perspektifi, erteleme davranışını bireyin kendi davranışlarını düzenleme ve kontrol etme kapasitesi açısından değerlendirir. Bu bakış açısına göre, erteleme temelde bir öz-düzenleme başarısızlığıdır (Tice ve Baumeister, 1997).

Baumeister vd. (1994), öz-kontrolün sınırlı bir kaynak olduğunu ve tekrarlanan kullanımla tükenebileceğini öne sürmüşlerdir. Bu "*ego tükenmesi*" (ego depletion) modeline göre, bireylerin öz-kontrol kaynakları tükendiğinde erteleme davranışı ortaya çıkma eğilimindedir. Zorlu bir iş gününden sonra eve gelen bir kişi, öz-kontrol kaynakları tükendiği için ev ödevlerini erteleme eğiliminde olabilir.

Gollwitzer (1999) tarafından geliştirilen Uygulama Niyetleri (Implementation Intentions) kavramı, bireyin belirli bir durumda nasıl davranacağını önceden planlamasını içerir. Gollwitzer ve Brandstätter (1997), uygulama niyetleri oluşturan bireylerin hedeflerine ulaşmada daha başarılı olduklarını ve daha az erteleme davranışı sergilediklerini göstermiştir.

Öte yandan, Sirois ve Pychyl (2013), ertelemenin aslında kısa vadeli bir duygu düzenleme yaklaşımı olabileceğini öne sürmüşlerdir. Bu görüşe göre, bireyler olumsuz duygulardan kaçınmak için erteleme davranışı sergileyebilirler. Ancak bu kısa vadeli rahatlama, uzun vadede daha fazla stres ve olumsuz duygulara yol açabilir.

Öz-düzenleme ve öz-kontrol faktörlerinin yanı sıra, bireylerin sahip oldukları kişilik özellikleri de erteleme davranışında önemli bir rol oynamaktadır. Beş Faktör Kişilik Modeli (Big Five Personality Model) çerçevesinde yapılan

araştırmalar, özellikle sorumluluk (conscientiousness) ve nevroitiklik (neuroticism) boyutlarının erteleme ile güçlü ilişkiler gösterdiğini ortaya koymuştur.

Steel (2007), meta-analiz çalışmasında sorumluluk özelliğinin erteleme ile negatif yönde güçlü bir ilişki gösterdiğini, sorumluluğu yüksek olan bireylerin daha az erteleme davranışı sergileme eğiliminde oldukları sonucuna ulaşmıştır. Sorumluluk özelliğini, düzenlilik, disiplin ve görev bilinci gibi alt boyutları içerir ve bu özellikler erteleme davranışını azaltıcı rol oynar.

Nevrotiklik ise erteleme ile pozitif yönde bir ilişki göstermektedir (Steel, 2007). Yüksek nevroitiklik düzeyine sahip bireyler, daha fazla kaygı ve olumsuz duygulanım yaşama eğilimindedirler. Bu eğilim, görevlere başlamayı ve sürdürmeyi zorlaştırabilir, dolayısıyla erteleme davranışını artırabilir.

Mükemmeliyetçilik de erteleme ile ilişkili bir kişilik özelliğidir. Flett vd. (1992), m kemmeliyet iliğinin özellikle kendine yönelik ve sosyal kaynaklı boyutlarının erteleme ile pozitif ilişki gösterdiğini bulmuşlardır. Mükemmeliyetçi bireyler, yüksek standartları karşılayamama korkusuyla görevleri erteleme eğiliminde olabilirler.

 z-yeterlik (self-efficacy) inançları da erteleme davranışı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Klassen vd. (2008), akademik öz-yeterliğinin düşük olmasının erteleme davranışını artırdığını göstermiştir.  z-yeterliğı düşük olan bireyler, görevleri başarıyla tamamlayabileceklerine dair inançları zayıf olduğu için erteleme eğiliminde olabilirler.

2.3.3. Erteleme ve Ruh Sağlığı

Bu bölümde, erteleme davranışının depresyon, anksiyete ve stres gibi ruh sağlığı sorunlarıyla olan ilişkisi ele alınmaktadır.

2.3.3.1. Erteleme ve Depresyon

Erteleme ve depresyon arasındaki ilişki, psikoloji literatüründe kapsamlı bir şekilde araştırılmıştır.  alışmalar, bu iki fenomen arasında güçlü ve karşılıklı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Flett vd. (1995) tarafından yapılan bir araştırmada, erteleme eğilimi yüksek olan bireylerin, düşük olanlara kıyasla daha yüksek depresyon düzeylerine sahip oldukları bulunmuştur.

Erteleme ve depresyon arasındaki ilişkinin altında yatan mekanizmalar çeşitlik göstermektedir. Erteleme davranışı, bireylerin önemli görevleri tamamlamalarına ve bunun sonucunda başarısızlık, suçluluk ve öz-eleştiri duygularını yaşamalarına neden olabilir. Bu duygular, depresif belirtilerin ortaya çıkmasına veya mevcut depresyonun şiddetlenmesine katkıda bulunabilir (Stainton vd., 2000).

Erteleme davranışı, bireylerin yaşam kalitesini ve genel memnuniyetini olumsuz yönde etkileyebilir. Önemli görevlerin sürekli olarak ertelenmesi, iş, akademik veya kişisel yaşamda başarısızlıklara yol açarak depresif belirtilerin gelişmesine zemin hazırlayabilir. Sirois (2007) tarafından yapılan bir çalışma, erteleme davranışının yaşam memnuniyetini azalttığını ve bu durumun depresif belirtilerle ilişkili olduğunu göstermiştir. Depresyon da erteleme davranışını tetikleyebilmekte veya artırabilmektedir. Depresif bireyler, enerji eksikliği, motivasyon kaybı ve konsantrasyon güçlüğü yaşamaları görevleri ertelemelerine neden olabilir (Klibert vd., 2011).

Depresyon ve erteleme arasındaki bu kısır döngü, tedavi sürecini de etkileyebilmektedir. Depresyon tedavisi gören bireylerin, tedavi seanslarını erteleme veya tedavi önerilerine uymama gibi davranışlar sergiledikleri gözlemlenmiştir (Constantin vd., 2018). Fee ve Tangney (2000) tarafından yapılan bir çalışmada, erteleme eğilimi yüksek olan depresif bireylerin, tedaviye uyum düzeylerinin daha düşük olduğu ve iyileşme süreçlerinin daha uzun sürdüğü tespit edilmiştir.

Erteleme ve depresyon arasındaki ilişkide bilişsel faktörlerin önemli bir rol oynadığı görülmektedir. Flett vd. (2016) yaptığı çalışma, erteleme ile ilgili otomatik düşüncelerin, ruminasyon ve depresyon arasında güçlü bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Erteleme eğilimi yüksek olan bireylerin, geçmişteki başarısızlıkları ve erteleme davranışları hakkında daha fazla ruminatif düşünce yaşadıkları ve bunun da depresif belirtileri artırdığı gözlemlenmiştir.

Constantin vd. (2018) araştırması, ruminasyonun erteleme ve depresyon arasındaki ilişkide önemli bir aracı rol oynadığını ortaya koymuştur. Çalışma sonuçlarına göre, yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon yaşayan öğrencilerin, özellikle geçmiş olaylarla ilgili olumsuz tekrarlayıcı düşünceler nedeniyle erteleme davranışına daha yatkın oldukları bulunmuştur.

Ayrıca, bilinçli farkındalık (mindfulness) ve öz-şefkatin erteleme ve depresyon ilişkisinde koruyucu faktörler olabileceği öne sürülmüştür. Flett vd. (2016), bilinçli farkındalık ve öz-şefkat düzeyleri yüksek olan bireylerin, erteleme ile ilgili otomatik düşünceleri daha az yaşadıklarını ve depresif belirtilere karşı daha dirençli olduklarını bulmuşlardır.

2.3.3.2. Erteleme ve Anksiyete

Erteleme ve anksiyete arasındaki ilişkiye yönelik çalışmalar, bu iki fenomen arasında çift yönlü bir ilişki olduğunu göstermektedir. Rothblum vd. (1986) tarafından yapılan bir çalışmada, yüksek düzeyde erteleme davranışı gösteren öğrencilerin, düşük düzeyde erteleme davranışı gösterenlere kıyasla daha yüksek anksiyete düzeylerine sahip oldukları bulunmuştur.

Erteleme, anksiyeteyi çeşitli şekillerde tetikleyebilir veya artırabilir. Görevlerin ertelenmesi, zaman baskısı ve başarısızlık korkusu gibi stres faktörlerini artırarak, özellikle son teslim tarihine yaklaşıldığında yoğun anksiyete yaşanmasına neden olabilir. Tice ve Baumeister (1997) tarafından yapılan bir çalışma, erteleme eğilimi yüksek olan öğrencilerin, dönem boyunca daha az stres yaşadıklarını, ancak dönem sonuna doğru daha yüksek stres ve anksiyete düzeylerine sahip olduklarını göstermiştir. Erteleme davranışı, bireylerin öz-yeterlik algılarını olumsuz yönde etkileyebilir. Sürekli olarak görevleri ertelemek ve son anda tamamlamak, bireylerin kendi yeteneklerine olan güvenlerini azaltabilir ve gelecekteki görevler konusunda endişe duymalarına neden olabilir (Haycock vd., 1998).

Anksiyete de erteleme davranışını tetikleyebilmekte veya artırabilmektedir. Yüksek anksiyete düzeylerine sahip bireyler, başarısızlık korkusu veya mükemmeliyetçilik nedeniyle görevleri erteleme eğiliminde olabilirler. Bu durum, "*kaçınma davranışı*" olarak da adlandırılabilir ve anksiyeteyi kısa vadede azaltabilir, ancak uzun vadede daha fazla anksiyete ve erteleme davranışına yol açabilir (Spada vd., 2006).

Saplavska ve Jerkunkova (2018) tarafından yapılan bir çalışma, akademik erteleme ile kişisel ve durumsal anksiyete arasında pozitif bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Araştırmacılar, 60 mühendislik öğrencisi üzerinde yaptıkları çalışmada, akademik erteleme düzeyi yüksek olan öğrencilerin daha yüksek

anksiyete düzeylerine sahip olduklarını bulmuşlardır. Çalışmanın sonuçları, örneklemdaki öğrencilerin %48'inin yüksek düzeyde akademik erteleme, %53'ünün orta düzeyde kişilik kaygısı ve %55'inin orta düzeyde durumsal kaygı gösterdiğini ortaya koymuştur. Çalışmanın bulguları, yüksek erteleme düzeyine sahip öğrencilerin anksiyeteyi daha sık deneyimlediklerini, durumların olumlu çözümü konusunda daha az emin olduklarını ve görevleri son ana kadar ertelediklerini göstermektedir. Araştırmacılar, bu durumun öğrencilerin kendi çalışma sonuçlarına ilişkin yüksek beklentileri ve başkalarının beklentileri ile daha da kötüleşebileceğini öne sürmüşlerdir.

2.3.3.3. Erteleme ve Stres

Erteleme ve stres arasındaki ilişkiye yönelik çalışmalar, erteleme davranışının yüksek stres düzeyleriyle ilişkili olduğunu göstermektedir. Sirois vd. (2003) tarafından yapılan bir araştırma, erteleme eğilimi yüksek olan bireylerin, düşük olanlara kıyasla daha yüksek algılanan stres düzeylerine sahip olduklarını ortaya koymuştur.

Erteleme davranışı, bireylerin stresle başa çıkma mekanizmalarını olumsuz yönde etkileyebilir. Sürekli olarak görevleri ertelemek, bireylerin zaman yönetimi ve problem çözme becerilerini zayıflatarak stresle başa çıkma yeteneklerini azaltabilir. Stead vd. (2010) tarafından yapılan bir çalışma, erteleme eğilimi yüksek olan bireylerin, stresle başa çıkma konusunda daha fazla zorluk yaşadıklarını ortaya koymuştur.

Erteleme ve stres arasındaki ilişki, fizyolojik düzeyde de incelenmiştir. Sirois (2007) tarafından yapılan bir çalışma, erteleme eğilimi yüksek olan bireylerin, düşük olanlara kıyasla daha yüksek kortizol (stres hormonu) düzeylerine sahip olduklarını göstermiştir.

Erteleme ve stres arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar, bu iki olgunun karşılıklı olarak birbirini etkilediğini ve bir kısır döngü oluşturduğunu göstermektedir. Sirois (2023), stresli bağlamın erteleme davranışı için önemli bir risk faktörü olduğunu, çünkü stresin başa çıkma kaynaklarını tükettiğini ve olumsuz duygulara karşı tolerans eşiğini düşürdüğünü öne sürmektedir. Bu durum, özellikle yüksek stres altındaki bireylerin, görevlerle ilişkili olumsuz duygulardan

kaçınmak için erteleme davranışını bir başa çıkma mekanizması olarak kullanmalarına yol açabilmektedir.

Erteleme ve stres arasındaki ilişkide bağlamsal faktörlerin de dikkate alınması gerekmektedir. Johansson vd. (2023) tarafından yapılan 9 aylık boylamsal bir çalışmada, başlangıçtaki erteleme eğiliminin, sosyo-demografik değişkenler ve başlangıç stres düzeyleri kontrol edildikten sonra bile, takip dönemindeki daha yüksek algılanan stres düzeylerini yordadığı bulunmuştur.

Pandemi gibi yüksek stresli dönemlerde, erteleme davranışının artış gösterdiği gözlemlenmiştir. Fostervold vd. (2022) tarafından yaklaşık 9000 üniversite öğrencisiyle yapılan bir araştırma, algılanan stresin öğrencilerin erteleme davranışını artırdığını ortaya koymuştur. Çalışma, stresli bağlamların erteleme davranışı üzerindeki etkisini göstermesi açısından önemlidir.

Erteleme ve stresle başa çıkmada, duygu düzenleme becerilerinin geliştirilmesi önemli bir rol oynamaktadır. Eckert vd. (2016) tarafından yapılan randomize kontrollü bir çalışma, duygu düzenleme becerilerini geliştirmeye yönelik müdahalelerin erteleme davranışını azaltmada etkili olduğunu göstermiştir. Çalışmada ulaşılan sonuç, erteleme ve stres arasındaki ilişkide duygu düzenlemenin merkezi rolünü işaret etmekte ve müdahale programlarının geliştirilmesinde dikkate alınması gereken önemli bir faktör olduğunu göstermektedir.

2.3.4. Ertelemenin Ölüm Dürtüsü ve İntihar Eğilimi ile İlişkisi

Freud'un (1955) ortaya koyduğu ölüm dürtüsü (Thanatos) kavramı, organizmanın cansız duruma geri dönme eğilimini ifade eder. Bu dürtü, yaşam dürtüsü (Eros) ile sürekli bir çatışma halindedir. Erteleme davranışı, bu çerçevede, ölüm dürtüsünün bir tezahürü olarak değerlendirilebilir.

Erteleme, bireyin üretken ve yaşam-odaklı faaliyetlerden kaçınması ve bunun yerine pasif, hareketsiz bir durumda kalma eğilimi göstermesi olarak düşünüldüğünde, ölüm dürtüsünün bir yansıması olarak görülebilir. Bu bağlamda, erteleme davranışı, bireyin bilinçdışında var olan ölüm dürtüsünün, sosyal olarak kabul edilebilir bir formda dışavurumu olarak yorumlanabilir.

Erteleme davranışı ile intihar eğilimi arasındaki ilişki, son yıllarda yapılan çalışmalarla daha net bir şekilde ortaya koyulmaktadır. Bu ilişki, doğrudan ve dolaylı yollarla gerçekleşmektedir.

a) Doğrudan İlişki:

Klibert vd. (2011) tarafından yapılan bir çalışmada, erteleme davranışının intihar eğilimi ile doğrudan ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada, yüksek düzeyde erteleme davranışı gösteren bireylerin, düşük düzeyde erteleme davranışı gösterenlere kıyasla daha yüksek intihar eğilimi gösterdikleri tespit edilmiştir. Bu ilişki, depresyon ve düşük benlik saygısı gibi diğer risk faktörleri kontrol edildikten sonra bile anlamlı kalmıştır.

Benzer şekilde, Klibert vd. (2016) tarafından yapılan çalışmada, erteleme davranışının intihar eğilimi ile olan ilişkisi, yetersiz öz-kontrol şemaları aracılığıyla incelenmiştir. Bu çalışmanın sonuçları, ertelemenin intihar eğilimi ile olan ilişkisinin kısmen yetersiz öz-kontrol şemaları tarafından açıklandığını göstermiştir.

b) Dolaylı İlişki:

Erteleme davranışı, intihar eğilimini dolaylı yollardan da etkileyebilmektedir. Dolaylı yollar arasında stres, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik faktörler yer almaktadır.

Sirois vd. (2003) tarafından yapılan bir çalışmada, erteleme davranışının stres düzeyini artırdığı ve bunun da sağlık sorunlarına yol açtığı bulunmuştur. Artan stres düzeyi, intihar eğiliminin önemli bir öncülü olarak bilinmektedir (Van Orden vd., 2010).

Ayrıca, erteleme davranışı akademik başarısızlık, iş kaybı veya ilişki sorunları gibi olumsuz yaşam olaylarına yol açabilmektedir. Bu olumsuz yaşam olayları da intihar eğilimini artırabilmektedir (Beautrais vd., 1997).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu araştırmanın temel amacı, psikanalizdeki ölüm dürtüsü ve erteleme kavramları bağlamında intihar girişimini psikanalitik bir bakış açısıyla incelemektir. İntihar girişimi, bireyin yaşamına son verme niyetiyle gerçekleştirdiği ancak ölümle sonuçlanmayan eylemleri ifade etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, her yıl yaklaşık bir milyon kişi intihar nedeniyle hayatını kaybetmekte ve 20 milyona yakın intihar girişimi gerçekleşmektedir (WHO, 2019).

İntihar girişimlerinin altında yatan psikodinamik süreçlerin anlaşılması, önleyici müdahalelerin geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır. Freud'un psikanalitik kuramında merkezi bir yere sahip olan ölüm dürtüsü (Thanatos), bireyin yıkıcı ve kendine zarar verici eğilimlerini açıklamada önemli bir kavramsal çerçeve sunmaktadır (Freud, 2014). Bununla birlikte, erteleme kavramı da psikanalitik literatürde önemli bir yer tutmakta ve bireyin eyleme geçme ya da karar verme süreçlerindeki gecikmeleri açıklamada kullanılmaktadır (Lacan, 2006).

Bu araştırmanın özgün değeri, intihar girişimini ölüm dürtüsü ve erteleme kavramları ekseninde ele alarak, konuya yeni bir perspektif getirmesidir. İntihar girişimlerinin altında yatan bilinçdışı süreçlerin anlaşılması, klinik uygulamada terapötik müdahalelerin etkinliğini artırma potansiyeline sahiptir. Özellikle erteleme kavramının intihar girişimleriyle ilişkisinin incelenmesi, literatürde görece az çalışılmış bir alan olması nedeniyle önem taşımaktadır.

Araştırmanın bir diğer önemli yönü, intihar girişimlerinin önlenmesine yönelik psikanalitik temelli müdahale stratejilerinin geliştirilmesine katkı sağlama potansiyelidir. Klein'in (1988) belirttiği gibi, ölüm dürtüsünün anlaşılması ve terapötik süreçte ele alınması, bireyin kendine yönelik yıkıcı eğilimlerinin dönüştürülmesinde rol oynamaktadır. Bu bağlamda, araştırmanın bulguları, klinik

uygulayıcılara intihar riski olan bireylerle çalışırken kullanabilecekleri teorik bir çerçeve sunmayı hedeflemektedir.

Bunun yanı sıra, araştırma sonuçlarının ruh sağlığı politikalarının geliştirilmesine de katkı sağlaması beklenmektedir. İntihar girişimlerinin psikanalitik perspektiften anlaşılması, koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin planlanmasında ve risk gruplarına yönelik müdahale programlarının tasarlanmasında yol gösterici olabilir.

Araştırmanın bir diğer önemli katkısı, Türkiye'de psikanalitik yönelimli intihar araştırmalarına olan ihtiyacı karşılamaya yönelik olmasıdır. Ülkemizde intihar girişimleri üzerine yapılan çalışmaların çoğunlukla epidemiyolojik ve risk faktörlerine odaklı olduğu görülmektedir (Sayıl ve Devrimci-Özgüven, 2002). Bu araştırma, konuyu bilinçdışı süreçler açısından ele alarak literatürdeki bu boşluğu doldurmayı hedeflemektedir.

3.2. Araştırma Modeli

Bu araştırmada, intihar girişiminde bulunmuş bireylerin deneyimlerini psikanalitik perspektiften derinlemesine incelemek amacıyla nitel araştırma yöntemlerinden durum çalışması (case study) deseni kullanılmıştır. Durum çalışması, bir ya da birden fazla olayın, durumun veya olgunun derinlemesine incelenmesine olanak sağlayan bir araştırma desendir (Büyüköztürk vd., 2019). Bu desen, özellikle "nasıl" ve "niçin" sorularını temel alarak araştırmacının kontrol edemediği olguları detaylı bir şekilde inceleme imkanı sunmaktadır.

Araştırmada, psikanalitik yönelimli klinik görüşmeler yoluyla elde edilen verilerin analizinde tematik söylem analizi tekniği kullanılmıştır. Tematik söylem analizi, katılımcıların söylemlerindeki örüntüleri sistematik bir şekilde belirlemeye, analiz etmeye ve raporlamaya olanak tanıyan bir yöntemdir (Braun ve Clarke, 2006). Bu analiz tekniği, özellikle psikanalitik çalışmalarda, bilinçdışı süreçlerin ve öznel deneyimlerin anlaşılmasında sıklıkla tercih edilmektedir.

Araştırma modelinin psikanalitik yönelimli durum çalışması olarak tasarlanmasının temel nedeni, intihar girişimi gibi çok boyutlu bir olgunun bilinçdışı dinamiklerini derinlemesine anlama gereksinimidir. Bu model, her vakanın özgül dinamiklerini kendi bağlamı içinde değerlendirmeye olanak

tanırken, aynı zamanda vakalar arasındaki ortak temaları ve örüntüleri belirlemeye de imkân vermektedir.

3.3. Çalışma Grubu

Bu araştırmanın çalışma grubunu en az bir kez intihar girişiminde bulunmuş 3 kadın ve 3 erkek olmak üzere toplam 6 yetişkin birey oluşturmaktadır. Katılımcıların belirlenmesinde amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme tekniği kullanılmıştır. Amaçlı örnekleme, çalışmanın amacına bağlı olarak bilgi açısından zengin durumların seçilerek derinlemesine araştırma yapılmasına olanak tanıyan bir yöntemdir (Patton, 2014). Ölçüt örnekleme ise önceden belirlenmiş bir dizi ölçütü karşılayan durumların çalışılmasını içermektedir (Yıldırım ve Şimşek, 2016). Çalışma grubunun belirlenmesinde aşağıdaki ölçütler dikkate alınmıştır:

- En az bir kez intihar girişiminde bulunmuş olmak
- Son intihar girişiminin üzerinden en az 6 ay geçmiş olmak
- 18-65 yaş aralığında olmak
- Psikotik bozukluk tanısı almamış olmak
- Aktif intihar düşüncesi bulunmamak
- Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmek
- Düzenli psikiyatrik takip altında olmak

Bu ölçütlerin belirlenmesinde hem etik hassasiyetler hem de araştırmanın güvenilirliği göz önünde bulundurulmuştur. Son intihar girişiminin üzerinden en az 6 ay geçmiş olması kriteri, katılımcıların deneyimlerini daha objektif bir şekilde değerlendirebilmeleri ve görüşmelerin tetikleyici olma riskini azaltmak amacıyla belirlenmiştir (Jobes vd., 2018). Psikotik bozukluk tanısı almamış olma kriteri ise, gerçeklik algısının bozulmasından kaynaklanabilecek yanıltıcı verilerin önüne geçmek için konulmuştur (Maltsberger, 2004).

Gönüllü olan katılımcılarla görüşme, tedavilerini sürdürdükleri kliniklerde gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara istedikleri zaman görüşmeyi sonlandırma hakları olduğu belirtilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin sosyodemografik özellikleri ve intihar girişimine ilişkin bilgileri, gizlilik ilkesi gözetilerek kodlanmış ve analiz

edilmiştir. Katılımcıların gerçek isimleri yerine kod isimler kullanılmış ve kişisel bilgilerin gizliliği sağlanmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama araçları olarak Sosyodemografik Bilgi Formu ve Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu kullanılmıştır. Araştırmacı tarafından hazırlanan Sosyodemografik Bilgi Formu'nda katılımcıların temel demografik bilgileri ile intihar girişimine ilişkin bilgiler yer almaktadır. Formda; cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, ilişki durumu, çalışma durumu, meslek, büyüdüğü aile düzeni, sağlık durumu, profesyonel psikolojik yardım alma durumu, psikiyatrik tanı varlığı, intihar girişimi sayısı, kullanılan yöntem ve son girişimin üzerinden geçen süreye yönelik sorular yer almaktadır.

Yarı yapılandırılmış görüşme formu, psikanalitik kuram çerçevesinde, özellikle ölüm dürtüsü ve erteleme kavramlarına odaklanarak hazırlanmıştır. Form, literatür taraması ve uzman görüşleri doğrultusunda yapılandırılmış olup, temel olarak şu alanları kapsamaktadır:

- İntihar Deneyimi ve Yaşantısı:
 - İntihar düşüncelerinin başlangıcı ve gelişimi
 - İntihar girişimi süreci ve duygulanımlar
 - Girişim sonrası deneyimler ve anlamlandırma
 - Yaşamdaki değişimler ve uyum süreci
- İlişkisel Dinamikler:
 - Aile ilişkileri ve dinamikleri
 - Akran ilişkileri ve sosyal çevre
 - Otorite figürleriyle ilişkiler
 - Önemli yaşam olayları ve kayıplar
- Erteleme Davranışları ve Psişik Yapılanma:
 - Görev ve sorumlulukları erteleme örüntüleri
 - Akademik yaşamda erteleme davranışları

- Erteleme davranışlarıyla baş etme stratejileri
- Kontrol ve kaygı dinamikleri

Görüşme formu 13 temel soru ve bu sorulara bağlı olası yönlendirmelerden oluşmaktadır. Sorular, katılımcıların deneyimlerini derinlemesine paylaşımlarına olanak sağlayacak şekilde açık uçlu olarak tasarlanmıştır. Görüşmeci, katılımcının yanıtlarına göre ek sorular sorabilmekte ve çağrışımsal akışı takip edebilmektedir (Orri vd., 2014).

Görüşme formunun güvenilirliğini artırmak amacıyla, soruların yapılandırılmasında Hekimoğlu ve Cantekin'in (2021) intihar girişiminde bulunan bireylerle yaptıkları nitel araştırma çalışmasından yararlanılmıştır. Ayrıca, erteleme davranışlarına ilişkin sorular Uçar'ın (2020) akademik erteleme davranışı çalışması ve Yavuz'un (2009) ölüm dürtüsü araştırması temel alınarak hazırlanmıştır.

3.5. Verilerin Analizi

Bu çalışmada, intihar girişiminde bulunmuş bireylerle yapılan psikanalitik yönelimli yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen verilerin analizinde tematik söylem analizi yöntemi kullanılmıştır. Tematik söylem analizi, psikanalitik araştırmalarda sıklıkla tercih edilen bir yöntem olup, katılımcıların söylemlerindeki örtük anlamları, bilinçdışı süreçleri ve öznel deneyimleri sistematik bir şekilde incelemeye olanak sağlamaktadır (Braun ve Clarke, 2006). Tematik söylem analizi sürecinde, görüşmelerden elde edilen veriler tekrar tekrar okunarak, metinlerdeki örüntüler, tekrar eden temalar ve önemli ifadeler not edilmiştir. Veriler, psikanalitik kuram çerçevesinde, özellikle ölüm dürtüsü ve erteleme kavramlarına odaklanılarak sistematik bir şekilde kodlanmıştır. Bu süreçte, hem manifest (açık) hem de latent (örtük) içerikler dikkate alınmıştır (Hollway ve Jefferson, 2013). Kodlar bir araya getirilerek temalar oluşturulmuştur.

3.6. Geçerlilik ve Güvenilirlik

Nitel araştırmalarda geçerlilik ve güvenilirlik, araştırmanın bilimsel değerini ortaya koyan temel unsurlardır. Bu çalışmada, psikanalitik yönelimli nitel bir araştırma yürütüldüğünden, geçerlilik ve güvenilirlik kriterleri bu çerçevede ele alınmıştır.

İç geçerlilik, araştırma sonuçlarına ulaşırken izlenen sürecin geçerliliğini ifade etmektedir (Yıldırım ve Şimşek, 2016). Bu çalışmada iç geçerliliği sağlamak için; her katılımcıyla birer görüşme yapılarak, derinlemesine veri toplanması sağlanmıştır. Bu süreç, katılımcıların deneyimlerini daha kapsamlı bir şekilde anlamaya ve psikanalitik süreçlerin daha iyi gözlemlenmesine olanak tanımıştır (Morrow, 2005). Psikanalitik yönelimli görüşmelerde, bilinçdışı süreçlerin ve savunma mekanizmalarının anlaşılabilmesi için derinlemesine sorgulama tekniği kullanılmıştır. Bu yaklaşım, yüzeysel yanıtların ötesine geçerek, katılımcıların deneyimlerinin altında yatan dinamiklerin anlaşılmasını sağlamıştır (Kvale, 2003). Araştırma sürecinde elde edilen veriler ve yapılan analizler, psikanalitik kuram konusunda uzman iki akademisyen tarafından düzenli olarak gözden geçirilmiştir. Bu süreçte özellikle aktarım-karşı aktarım dinamikleri ve bilinçdışı süreçlerin yorumlanması konusunda uzman görüşlerine başvurulmuştur (Merriam, 2015).

Dış geçerlilik, araştırma sonuçlarının benzer durumlara genellenebilirliğini ifade etmektedir. Nitel araştırmalarda dış geçerlilik, sonuçların benzer bağlamlara aktarılabilirliği şeklinde değerlendirilmektedir (Lincoln & Guba, 1985). Bu çalışmada dış geçerliliği sağlamak için; görüşme süreçleri ve katılımcıların ifadeleri detaylı bir şekilde kayıt altına alınmıştır. Katılımcılar, araştırmanın amacına uygun olarak, intihar girişimi deneyimi olan ve bu deneyimi paylaşmaya gönüllü bireyler arasından seçilmiştir. Seçim sürecinde, farklı demografik özelliklere sahip katılımcıların dahil edilmesine özen gösterilmiştir.

İç güvenilirlik, araştırma sürecinin ve sonuçlarının tutarlılığını ifade etmektedir (Miles ve Huberman, 1994). Bu çalışmada iç güvenilirliği sağlamak için; görüşme transkriptleri iki farklı araştırmacı tarafından bağımsız olarak kodlanmış ve analiz edilmiştir. Miles ve Huberman'ın (1994) formülü kullanılarak hesaplanan kodlayıcılar arası güvenilirlik katsayısı .87 olarak bulunmuştur.

Görüşmeler süresince düzenli süpervizör bulundurulmuş, bu sayede araştırmacının kendi öznel deneyimlerinin ve karşı aktarım tepkilerinin analiz sürecine etkisi kontrol altında tutulmuştur (Hollway ve Jefferson, 2013).

Dış güvenilirlik, araştırma sonuçlarının başka araştırmacılar tarafından teyit edilebilirliğini ifade etmektedir (Yıldırım ve Şimşek, 2016). Bu kapsamda: araştırmanın tüm aşamaları detaylı bir şekilde açıklanmış ve belgelenmiştir. Görüşme kayıtları, transkriptler ve analiz sürecinde oluşturulan tüm dokümanlar, etik kurallar çerçevesinde arşivlenmiştir.





4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Araştırmanın çalışma grubunu, 3'ü kadın ve 3'ü erkek olmak üzere toplam 6 katılımcı oluşturmaktadır. Katılımcıların demografik özellikleri Çizelge 4.1 ve Çizelge 4.2'de sunulmuştur.

Çizelge 4.1. Katılımcıların demografik özellikleri - 1

Katılımcı	Cinsiyet	Yaş	Eğitim Düzeyi	İlişki durumu	Çalışma durumu	Meslek
K1	Kadın	38	Üniversite	Evli	Çalışmıyor	Öğretmen
K2	Kadın	22	Lise	İlişkisi var	Çalışıyor	Aşçı - Oyuncu
K3	Kadın	27	Üniversite	Bekar	Çalışıyor	Sportif eğitim uzmanı
K4	Erkek	29	Üniversite	İlişkisi var	Çalışıyor	Mühendis
K5	Erkek	28	Üniversite	Bekar	Çalışıyor	Mühendis
K6	Erkek	42	Lise	Bekar	Çalışıyor	İşletme sahibi

Katılımcıların yaş aralığı 22-42 olup, yaş ortalaması 31'dir. Kadın katılımcıların yaş ortalaması 29, erkek katılımcıların yaş ortalaması 33'tür. Katılımcıların eğitim düzeyleri incelendiğinde, 4 katılımcının üniversite, 2 katılımcının lise mezunu olduğu görülmektedir. Katılımcıların ilişki durumları incelendiğinde, 1 katılımcının evli, 2 katılımcının ilişkisi olduğu ve 3 katılımcının bekar olduğu görülmektedir. Çalışma durumu açısından, 5 katılımcı aktif olarak çalışmakta, 1 katılımcı ise çalışmamaktadır. Mesleki dağılım çeşitlilik göstermekte olup, katılımcılar arasında mühendis (2), öğretmen (1), aşçı-oyuncu (1), sportif eğitim uzmanı (1) ve işletme sahibi (1) bulunmaktadır.

Çizelge 4.2. Katılımcıların demografik özellikleri - 2

Katılımcı	Büyüdüğü aile düzeni	Sağlık durumu	Psikolojik destek	Tanı	İntihar girişimi sayısı	İntihar girişimi türü	Son girişim üzerinden geçen süre
K1	Çekirdek aile	Orta	Evet	Yok	3	İlaç - yüksek bir yerden atlama - pasif intihar (beslenmeme)	7 ay
K2	Çekirdek aile	İyi	Evet	Yok	2	İlaç - ilaç	6 ay
K3	Geniş aile	İyi	Evet	Yok	6	Yüksek bir yerden atlama - kendini asma - ateşli silah - ilaç - yüksek bir yerden atlama - ilaç	1.5 yıl
K4	Çekirdek aile	Çok iyi	Evet	Yok	1	İlaç	2 yıl
K5	Çekirdek aile	İyi	Hayır	Yok	2	Kesici alet - ilaç	1.5 yıl
K6	Geniş aile	Orta	Hayır	Yok	1	Alkol ile ilaç kullanma	2 yıl

Aile yapısı açısından, 4 katılımcı çekirdek ailede, 2 katılımcı ise geniş ailede büyümüştür. Katılımcıların subjektif sağlık değerlendirmeleri incelendiğinde, 1 katılımcı sağlık durumunu "çok iyi", 3 katılımcı "iyi", 2 katılımcı ise "orta" olarak değerlendirmiştir. Bu değerlendirmeler, katılımcıların kendi beyanlarına dayanmaktadır. Katılımcıların 4'ü profesyonel psikolojik destek almış, 2'si ise herhangi bir psikolojik destek almamıştır. Katılımcıların hiçbirinde resmi bir psikiyatrik tanı bulunmamaktadır. Psikolojik destek alan hiçbir katılımcının güncel takibinde de psikiyatrik bir tanı bulunmamaktadır. Katılımcıların intihar girişimi sayıları 1 ile 6 arasında değişmektedir. En sık kullanılan yöntem ilaç alımı (8 girişim) olup, bunu yüksekte atlama (3 girişim), kesici alet kullanımı (1 girişim), kendini asma (1 girişim), ateşli silah (1 girişim) ve pasif intihar (1 girişim) izlemektedir. Katılımcıların son intihar girişimlerinden araştırma tarihine kadar geçen süre, araştırmanın metodolojik kriterlerine uygun olarak, 6 ay ile 2 yıl arasında değişmektedir.

4.2. Tematik Söylem Analizine Yönelik Bulgular

4.2.1. İntihar Düşüncesinin Kökenleri ve Tetikleyicileri

İntihar düşüncesinin kökenleri ve tetikleyicileri başlığı altında yapılan tematik söylem analizi, katılımcıların anlatılarında öne çıkan beş temel örüntüyü ortaya koymuştur: çocukluk travmaları, aile içi iletişimsizlik ve çatışmalar, yalnızlık ve yabancılaşma hissi, değersizlik ve yetersizlik duyguları ile kontrol kaybı ve çaresizlik.

Katılımcıların anlatılarında, çocukluk döneminde yaşanan travmatik deneyimlerin intihar düşüncesinin ortaya çıkışında önemli bir rol oynadığı görülmektedir. Özellikle cinsel istismar ve fiziksel şiddet deneyimleri, birçok katılımcının söyleminde intihar düşüncesinin tetikleyicisi olarak ortaya çıkmaktadır:

"Benden 12 yaş büyük olan beni küçükken istismar ederdi. Ve ben bunu hatırlamamaya başladım. Yani sanırım bilinçaltında bunu biliyordum, ya da vücudum buna hatırlıyordu ama ben hatırlamıyorum. Sanırım 16 yaşlarında filan böyle belki anlamlandırdıklarının, belki hatırladım, bilmiyorum. Ve kötü bir döneme denk geldi. Ve sanırım ilk intihar denemelerimden birisi o zaman." (K3)

"Ben aynı zamanda istismar mağduru bir genç kadını. Bunu anneme küçükken anlatmaya çalışmışım mesela ama anlamamıştı. Çünkü ben çok küçüktüm. Nasıl anlatmam gerektiğini bilmiyorum." (K2)

Katılımcıların anlatılarında, aile içindeki iletişimsizlik ve çatışmaların intihar düşüncesinin gelişiminde önemli bir etken olduğu görülmektedir. Özellikle ebeveynler arasındaki çatışmalar ve çocuklarla kurulan sağlıklı iletişim örüntüleri öne çıkmaktadır:

"Dört kişilik bir ailede yapayalnız olmak. Evet, geniş aile değildik çekirdek aileydik. Ama yapayalnızdım yani. Babam elinde televizyon kumandasıyla bütün gün. Annem mutfakta sigara kahve. Ablam ya dışarıda ya arkadaşlarıyla işte ya da odada. Herkes ayrı ayrı takılıyordu. Yıllarca böyle geçti. Sadece biri bir yanlış yaptığında toplanılır, bağırılır, çağırılır, dövülür, sayılır, sövülür." (K2)

"Ailemde sürekli tartışmalar yaşanıyordu. Annemle babam arasında şiddetli kavgalar olurdu ve bazen bu kavgaların tam ortasında bulurdum kendimi. Özellikle babamın bana karşı sert tavırları ve hiçbir şeyi doğru yapamadığımı ima eden sözleri, özgüvenimi yerle bir etmişti." (K5)

Katılımcıların söylemlerinde, derin bir yalnızlık ve yabancılaşma hissinin intihar düşüncesinin temelinde yattığı görülmektedir:

"Her zaman bir garip olduğumun farkındaydım aslında. Kendimi çok tuhaf ve hiçbir yere ait hissetmiyordum. Çocuklar oyun oynarken şaşıırıyordum, nasıl bu kadar çok oyun oynayabilirler. Ve bu garipti. Kendimi uzaylı gibi hissediyordum galiba." (K3)

"Kendimi dış dünyadan tamamen izole olmuş ve yabancı hissediyordum. Çok yalnızdım. Bir insanın hayatında gerçekten yalnız hissettiği zaman, o yalnızlık çok farklı bir şey oluyor. Çevremde insanlar vardı ama hiçbir şekilde bağlantı kuramıyordum." (K5)

İntihar düşüncesinin gelişiminde değersizlik ve yetersizlik duygularının önemli bir tetikleyici olduğu görülmektedir:

"O an sınıfta herkesin bana baktığını hissettim; sanki herkes benim ne kadar işe yaramaz olduğumu biliyor gibiydi. Eve döndüğümde babam sonuçları öğrenince bana çok ağır şeyler söyledi. 'Sen bu kafayla bir hiç olacaksın' gibi laflar etti ve bu beni çok yaraladı." (K5)

Katılımcıların anlatılarında, yaşamları üzerindeki kontrol kaybı hissi ve çaresizlik duygusunun intihar düşüncesini tetiklediği görülmektedir:

"Ne yapsam da olmayacak gibiydi üstelik yani bana öyle geliyordu. Bu dehlizden, bu kaybetmelerden çıkamayacağım o zaman hayatın ne anlamı var düşünceleri belirmeye başladığını hatırlıyorum." (K6)

"Tek başıma mücadele ettiğimi çok yoğun hissetmiş ve anlamsız gelmişti. Birçok konuda artık ümidim de kalmamıştı." (K4)

Özellikle erken dönem travmaları, aile içi iletişim sorunları ve yabancılaşma deneyimlerinin, kişinin benlik algısını ve yaşamla kurduğu ilişkiyi derinden etkilediği görülmektedir.

4.2.2. Ölüm Dürtüsü ile İlişki

Katılımcıların anlatılarında, ölüm dürtüsü ile ilişkilerinin beş temel örüntü etrafında şekillendiği gözlemlenmiştir: ölüm korkusu ve merakı arasında gelgitler, ölümü bir kurtuluş olarak görme, yaşamın anlamsızlaşması, acıdan kaçış arayışı ve bilinmezlik karşısında duyulan kaygı.

Katılımcıların anlatılarında, ölüm korkusu ve merakı arasında sürekli bir gelgit yaşandığı gözlemlenmiştir. Bu durum, özellikle K2'nin söylemlerinde belirgin şekilde ortaya çıkmaktadır:

"Ben çok küçüklükten beri ölümden çok korkarım. Yalnız ölmekten çok korkarım. [...] Ölümlü hep düşünüyorum merak ediyorum, hevesleniyorum, korkuyorum. Tekrar ölmek bazen hala istiyorum. Merak ediyorum ne olacağını. Ölünce bitecek mi?"

K1'in anlatısında da benzer bir gelgit durumu gözlemlenmiştir:

"Ölümlü hep düşünüyorum merak ediyorum, hevesleniyorum, korkuyorum. [...] Bazen öfkeleniyorum, beceriksizsin diye. İnsan ölmeyi de mi beceremez diyorum. Buna sinirlendiğim oluyor. Korkaksın diyorum kendime."

Katılımcıların anlatılarında ölümün, yaşanan sıkıntılardan bir kurtuluş yolu olarak görüldüğü tespit edilmiştir. K6'nın söyleminde bu durum açıkça ifade edilmektedir:

"Bu çaresizlik halinde tek kurtuluş yönteminin intihar etmek tamamen bu hayatla bağı koparmak etmek olduğunu düşündüm. [...] İntihar fikri oluşmaya başladığı anda ölümün o dehşetli yüzü yok oluyor yavaş yavaş. Ya da ölmek için hissizleşmeye başlıyorsunuz."

K3'ün anlatısında da benzer bir tema gözlemlenmiştir:

"Ölümden o kadar çok korktum ki, ölmekten o kadar çok korktum ki bir süre sonra korkumu kaybettim. Çünkü her zaman senin olan bir şeyden korkamazsın. [...] Şöyle istemediğin bir şey mi oluyor, mutsuz muyum, en fazla ölürüm ölüm bir kurtuluştur çünkü."

Katılımcıların anlatılarında, ölüm dürtüsünün yaşamın anlamsızlaşması ile yakından ilişkili olduğu görülmüştür. K5'in söyleminde bu durum net bir şekilde ortaya çıkmaktadır:

"O dönemde yani 26 yaşındayken artık gerçekten çok karmaşık duygular içindeydim. Hislerim bir yanda donmuş gibiydi, diğer yanda ise çok güçlü ve yoğun bir acı vardı. Kendimi bir tür boşlukta gibi hissediyordum; sanki etrafımda ne olup bittiğine dair hiçbir şey hissetmiyordum."

K4'ün anlatısında da yaşamın anlamsızlaşması teması görülmektedir:

"Daha önce de aslında bahsettiğim gibi ya, oldukça ümitsizleşmişim bu süreçte, eskiden az da olsa umudum vardı. [...] Bir noktadan sonra aynı şeyleri yaşa, aynı problemleri gör, aile yapısını gör derken bıktırmıştı bazı şeyler."

Katılımcıların anlatılarında ölüm dürtüsünün, duygusal acıdan kaçış arayışı ile ilişkili olduğu gözlemlenmiştir. K5'in söyleminde bu durum açıkça ifade edilmektedir:

"Gerçekten ölmeyi istiyor muydum, bilmiyorum. O an sadece acımın son bulmasını istiyordum. [...] O kadar tükenmişim ki, ölüm bile bir tür rahatlama gibi geliyordu."

Katılımcıların anlatılarında, ölüm sonrasına dair bilinmezliğin yarattığı kaygının önemli bir tema olduğu gözlemlenmiştir. Bu durum özellikle K2'nin söyleminde belirgin şekilde ortaya çıkmaktadır:

"Gömüldükten sonra ya sadece kanın donuyor, hareket etmiyorsan ama etraftaki sesleri duyuyorsan diye düşünüyorum. Çok ürkütücü. Hiç hareket edemiyorsun ama herkesi duyuyorsun, sonra gidiyorlar falan. Ya ölemiyorsan yani?"

K3'ün anlatısında da benzer bir kaygı gözlemlenmiştir:

"Acı çekerek ölmekten. Acısız öleceksin deseler, belki laps diye yapabilirim hala. Ama acı çekmek ürkütüyor."

Ölüm dürtüsü, bir yandan korkutucu ve kaygı verici bir unsur olarak deneyimlenirken, diğer yandan acıdan ve yaşamın anlamsızlığından bir kurtuluş

yolu olarak görülmektedir. Bu ikili yapı, katılımcıların anlatılarında sürekli bir gerginlik halinde kendini göstermektedir.

4.2.3. İntihar Girişiminin Psikodinamiği

Katılımcıların anlatılarında, intihar girişiminin psikodinamiği beş temel tema etrafında şekillendiği gözlemlenmiştir: öfke ve intikam dürtüleri, kendini cezalandırma eğilimi, kontrol kazanma çabası, çevreye mesaj verme arzusu ve duygusal boşluk ve donukluk hali.

Katılımcıların anlatılarında, intihar girişimlerinin altında yatan önemli motivasyonlardan birinin öfke ve intikam dürtüleri olduğu gözlemlenmiştir. K2'nin söyleminde bu durum açıkça görülmektedir:

"Babam ne olduğunu sordu, 'midem bulandı dedim bir şey yemedim' dedim. [...] Üzülsün istedim. Evet, çok üzülsün istedim. Tek düşüncem buydu. Eğer öleceksem, böyle babam paralansın istedim yani onları üzme için ölmek istedim. Suçlu hissetsin. Çünkü suçluydu zaten."

K3'ün anlatısında da benzer bir intikam dürtüsü gözlemlenmiştir:

"Çünkü ben bir feministim, kadın cinayetine kurban gitmek asla istemiyorum, eğer öleceksem bunu bana ben yapabilirim. Bir erkek tarafından olmasını kabul edemezdim."

Katılımcıların söylemlerinde, intihar girişiminin bir tür kendini cezalandırma mekanizması olarak işlev gördüğü tespit edilmiştir. K1'in anlatısında bu durum belirgin şekilde ortaya çıkmaktadır:

"Kendimi bu kadar kötü hissetmemin, bu kadar çökmemin bana ait olduğunu ve kimseye yük olmam gerektiğini düşünüyordum. Bu suçluluk duygusu, daha da içine kapanmama neden oldu."

İntihar girişiminin, katılımcıların hayatları üzerinde kontrol kazanma çabası olarak ortaya çıktığı gözlemlenmiştir. K6'nın söyleminde bu durum net bir şekilde görülmektedir:

"İntihar fikri oluşmaya başladığı anda ölümün o dehşetli yüzü yok oluyor yavaş yavaş. Ya da ölmek için hissizleşmeye başlıyorsunuz. Ben

de bu hissizlik ve tuhaf bir rahatlığın olduğunu hatırlıyorum. Hatta özgürlük de diyebilirim buna."

Katılımcıların anlatılarında, intihar girişiminin çevreye bir mesaj verme arzusu taşıdığı gözlemlenmiştir. K5'in söyleminde bu durum açıkça ifade edilmektedir:

"O dönemde insanlar bana sürekli 'Bir şekilde halledersin,' veya 'Bunlar geçecek,' gibi şeyler söylüyordu. Ama ben bu sözlerle gerçekten inanmakta zorlanıyordum. O kadar kötü hissediyordum ki, bu sözler sadece daha da yalnız hissettiriyordu."

Katılımcıların anlatılarında, intihar girişimi sırasında yaşanan duygusal boşluk ve donukluk hali önemli bir tema olarak ortaya çıkmıştır. K5'in söyleminde bu durum net bir şekilde görülmektedir:

"Hislerim bir yanda donmuş gibiydi, diğer yanda ise çok güçlü ve yoğun bir acı vardı. Kendimi bir tür boşlukta gibi hissediyordum; sanki etrafımda ne olup bittiğine dair hiçbir şey hissetmiyordum."

K3'ün anlatısında da benzer bir duygusal donukluk hali gözlemlenmiştir:

"Camın kenarında oturuyordum. Aşağı atlamak istedim. [...] Kendimi küçüğüm hali, bedenimi, küçüklüğümü ve dışarıdan izliyorum hali."

İntihar girişimi, bir yandan öfke ve intikam dürtülerinin dışavurumu olarak işlev görürken, diğer yandan kontrol kazanma çabası ve çevreye mesaj verme arzusu olarak ortaya çıkmaktadır. Aynı zamanda, kendini cezalandırma eğilimi ve duygusal boşluk/donukluk hali de intihar girişiminin psikodinamiğinde önemli rol oynamaktadır.

4.2.4. Erteleme Davranışının Psikik Boyutları

Katılımcıların anlatılarında, erteleme davranışının psikik boyutları beş temel tema etrafında şekillendiği gözlemlenmiştir: mükemmeliyetçilik ve başarısızlık korkusu, kaygı ve kontrolü kaybetme endişesi, son ana bırakmanın verdiği adrenalin arayışı, sorumluluktan kaçınma eğilimi ve keyif alamama/motivasyon eksikliği.

Katılımcıların anlatılarında, erteleme davranışının altında yatan önemli motivasyonlardan birinin mükemmeliyetçilik ve başarısızlık korkusu olduğu gözlemlenmiştir. K5'in söyleminde bu durum açıkça görülmektedir:

"Bir rapor yazmam gerektiğinde, başlamak için her şeyin tam olarak nasıl olacağını planlamak isterim. 'İlk paragrafı nasıl yazmalıyım?', 'Veriler doğru mu?', 'Sunumum tam anlamıyla düzgün mü olacak?' gibi düşünceler aklıma gelir çok sık."

Katılımcıların söylemlerinde, erteleme davranışının bir tür kaygı ve kontrol kaybı endişesiyle ilişkili olduğu tespit edilmiştir. K4'ün anlatısında bu durum net bir şekilde ortaya çıkmaktadır:

"İşin iş kısmı sadece beni değil, ofisten tut müşteriye kadar zilyon tane etkene bağlı. Hele bi de direkt benimle alakalı bir işse ya da ben kaynaklı problem varsa o zamanlar bir ortalık 56 oluyor."

Katılımcıların anlatılarında, erteleme davranışının son ana bırakmanın verdiği adrenalin arayışıyla ilişkili olduğu gözlemlenmiştir. K3'ün söyleminde bu durum belirgin şekilde görülmektedir:

"Son dakika baskısında kafam daha iyi çalışıyor bence bilmiyorum. Hani böyle son dakika stresi vardır, onun bi baskısı vardır ya 'Acaba yetişecek mi, olacak mı' falan gibi böyle. O anlarda bence daha verimli çalışıyoruz."

Katılımcıların söylemlerinde, erteleme davranışının bir tür sorumluluktan kaçınma eğilimi olarak ortaya çıktığı gözlemlenmiştir. K4'ün anlatısında bu durum net bir şekilde görülmektedir:

"Kalsın istiyorum direkt, o sekme kafada hiç açılmamışçasına, o iş-görev artık her neyse, hiç var olmamışçasına böyle. Paldır küldür direkt işe başlamak çok benlik değil ya."

Katılımcıların anlatılarında, erteleme davranışının keyif alamama ve motivasyon eksikliğiyle ilişkili olduğu gözlemlenmiştir. K2'nin söyleminde bu durum açıkça ifade edilmektedir:

"Keyif alacağımı bilsem yaparım. Keyif almama ihtimalim ertelemeye sebep oluyor. Keyif almama ihtimalim çok yüksek canım sıkırken,

dışarı çıkıp eğleneyim okey, eğlenemem ama. Canım sıkkın değilse gerçekten her şey yapıyorum."

Erteleme davranışı, bir yandan mükemmeliyetçilik ve başarısızlık korkusuyla ilişkiliyken, diğer yandan kaygı ve kontrol kaybı endişesiyle bağlantılı görünmektedir. Aynı zamanda, son ana bırakmanın verdiği adrenalin arayışı, sorumluluktan kaçınma eğilimi ve keyif alamama/motivasyon eksikliği de erteleme davranışının psikik boyutlarında önemli rol oynamaktadır.

4.2.5. İntihar Girişimi Sonrası Dönüşüm

Katılımcıların anlatılarında, intihar girişimi sonrası dönüşüm beş temel tema etrafında şekillendiği gözlemlenmiştir: aile ilişkilerinde değişim, benlik algısında farklılaşma, yaşama bakışın değişmesi, travma sonrası büyüme ve yeni baş etme mekanizmaları geliştirme.

Katılımcıların söylemlerinde, intihar girişimi sonrasında aile ilişkilerinde önemli değişimler yaşandığı gözlemlenmiştir. K3'ün anlatısında bu durum açıkça görülmektedir:

"İşte onlar da terapiye destek oldular, pınar hanımla görüştüler, sonraki süreçte daha destekleyici tutum sergilediler. Çok şeyden haberleri yok hala. Ama bildikleri kadarıyla da destek oldular."

Benzer şekilde K6'nın söyleminde de aile ilişkilerindeki değişim belirgin şekilde ifade edilmektedir:

"Annem tabii çok üzülüyordu. Kardeşlerim çok üzülüyordu. Birkaç arkadaşım geldi ziyarete ben görüşmek istemedim. Bu yaklaşık bir nasıl desem ki? İşe kapanma bir ay falan sürdü, daha da geçmiş olabilir."

Katılımcıların anlatılarında, intihar girişimi sonrasında benlik algılarında önemli değişimler yaşandığı gözlemlenmiştir. K5'in söyleminde bu durum net bir şekilde ortaya çıkmaktadır:

"Kendimi affetmek, bir tür özgürleşme sağladı. Kendimi suçlamak yerine, duygusal boşluğu ve kaygıları anlamaya çalıştım. Bu, kendi içsel dünyama bakmak ve onu daha derinlemesine keşfetmek için bir fırsat oldu."

Katılımcıların söylemlerinde, intihar girişimi sonrasında yaşama bakış açılarında önemli değişimler yaşandığı gözlemlenmiştir. K6'nın anlatısında bu durum açıkça görülmektedir:

"Bakış açımı şöyle değiştirdi. Bu mücadelede yenilmek yok. Mücadeleye devam edeceksiniz. Evet, hakikaten kazanana kadar mücadelede devam edeceksiniz. Sizi daha sertleştiriyor bazı olaylar karşısında diyorsunuz ki yani bu ne ki ben nelerini yaşamadım."

Katılımcıların söylemlerinde, intihar girişimi sonrasında travma sonrası büyüme deneyimledikleri gözlemlenmiştir. K5'in anlatısında bu durum belirgin şekilde görülmektedir:

"O dönemde yaşadığım büyük krizin ardından, hayatta kalmanın, yaşamı devam ettirmenin anlamını yeniden keşfettim ve bu da birçok alanda değişikliklere yol açtı."

Katılımcıların anlatılarında, intihar girişimi sonrasında yeni baş etme mekanizmaları geliştirdikleri gözlemlenmiştir. K6'nın söyleminde bu durum net bir şekilde ortaya çıkmaktadır:

"Kendimle çok hesaplaşmayı öğrendim. Kendimle yalnız kaldığımda kendimi çok eleştirmeyi kendimle sohbet etmeyi, bunu bana öğretti yaşam ve özellikle o girişim. Şimdi hiç kimse olmasa da çok rahatlıkla kendimle sohbet ediyorum."

Katılımcıların deneyimleri, bu sürecin hem bireysel hem de ilişkisel düzeyde önemli değişimleri içerdiğini ortaya koymaktadır. Özellikle aile ilişkilerinde yaşanan değişimler, benlik algısındaki farklılaşmalar ve yeni baş etme mekanizmalarının geliştirilmesi, bu dönüşüm sürecinin temel bileşenleri olarak öne çıkmaktadır.

4.2.6. Nesne İlişkileri ve Bağlanma Örüntüleri

Katılımcıların anlatılarında, nesne ilişkileri ve bağlanma örüntüleri beş temel tema etrafında şekillendiği gözlemlenmiştir: ebeveynlerle çatışmalı ilişkiler, güvensiz bağlanma stilleri, ilişkilerde mesafe koyma eğilimi, terk edilme korkusu ve yakın ilişkilerde ambivalans.

Katılımcıların anlatılarında, ebeveynlerle yaşanan çatışmalı ilişkilerin önemli bir yer tuttuğu gözlemlenmiştir. K2'nin söyleminde bu durum açıkça görülmektedir:

"Dört kişilik bir ailede yapayalnız olmak. Evet, geniş aile değildik çekirdek aileydik. Ama yapayalnızdım yani. Babam elinde televizyon kumandasıyla bütün gün. Annem mutfakta sigara kahve. Ablam ya dışarıda ya arkadaşlarıyla işte ya da odada. Herkes ayrı ayrı takılıyordu."

K3'ün anlatısında da benzer bir örüntü gözlemlenmiştir:

"Anne babamla alakalı bir problem yok tabi ben büyüdükçe sorumluluklarım da onları destek durumundan bir de benim annem biraz pasif bir kadındır ve çok korkaktır babamla aralarında hiçbir zaman şiddetli kavga görmedim hiçbir zaman birbirlerine hakaret etmediler evde bağırış çağırış kavga eden insanlar değildi ama bunun sebebi annem de çünkü annem her zaman alttan alır ve hep susardı."

Katılımcıların söylemlerinde, güvensiz bağlanma stillerinin belirgin şekilde ortaya çıktığı gözlemlenmiştir. K1'in anlatısında bu durum net bir şekilde görülmektedir:

"Anneyle ilişki - Çok iyi değildir yani. Ablam var benim o biraz daha böyle işte laf dinliyor, söz dinliyor. Ben böyle ergenliğe kadar ben de lafsöz dinleyen biriydim ama ergenlikte böyle hani evin asisi işte günah keçisi ilan edilen ve böyle her şeye isyan eden bir çocuk olduğum için almışım."

Katılımcıların söylemlerinde, ilişkilerde mesafe koyma eğiliminin yaygın olduğu gözlemlenmiştir. K3'ün anlatısında bu durum belirgin şekilde ortaya çıkmaktadır:

"Ha nedir, bazen mesela sağda solda konusu oluyor, konuşuyoruz, ben genelde çok sessiz kalıyorum anlarlar bi şey şüphelenirler falan diye, genelde hepsi çok ürüyor ya."

Katılımcıların anlatılarında, terk edilme korkusunun önemli bir yer tuttuğu gözlemlenmiştir. K2'nin söyleminde bu durum açıkça görülmektedir:

"Yalnız kalmaktan hep nefret ediyorum. Yalnız olduğum için de yalnızlıktan korkuyorum. Zaten küçükken de böyleydim. Yalnız kalınca bile intihar etmeyi düşünüyorum. Kimsem yok kimseyle sohbet edemiyorum."

Katılımcıların söylemlerinde, yakın ilişkilerde ambivalans yaşandığı gözlemlenmiştir. K1'in anlatısında bu durum net bir şekilde ortaya çıkmaktadır:

"Eşimle de Üniversitede tanıştık. Birlikteliğimiz de... İşte... 13 yıllık evliyiz. Zaman içinde ikimizde işte birlikte evliliğe dair, evliliğimize dair fikirlerimiz daha netleşti. Çok böyle hani bilinçli bir şekilde verilmiş kararlar olmadığını, yani çok böyle ya da bilmiyorum öyle karar veren var mı evliliğe ama bizimkisi hani böyle çok tamam deyip evlenmediğimizi fark ettik."

Özellikle ebeveynlerle yaşanan çatışmalı ilişkiler ve güvensiz bağlanma stillerinin, katılımcıların ilişkisel dünyalarını önemli ölçüde etkilediği gözlemlenmiştir. İlişkilerde mesafe koyma eğilimi, terk edilme korkusu ve yakın ilişkilerde yaşanan ambivalans, bu örüntülerin yetişkin yaşamda da devam ettiğini göstermektedir. Katılımcıların anlatılarında, erken dönem nesne ilişkilerinin ve bağlanma deneyimlerinin, yetişkin yaşamda kurdukları ilişkileri şekillendirdiğinin görülmesi, nesne ilişkileri kuramının temel varsayımlarıyla tutarlılık göstermektedir.

4.2.7. Psikik Acı ve Duygu Düzenleme

Katılımcıların anlatılarında, psikik acı ve duygu düzenleme süreçleri beş temel tema etrafında şekillendiği gözlemlenmiştir: duygusal yoğunlukla baş edememe, duyguları ifade etmede zorluk, dissosiyatif deneyimler, bedensel belirtiler ve duygu düzenleme güçlüğü.

Katılımcıların söylemlerinde, duygusal yoğunlukla baş edememe durumunun belirgin şekilde ortaya çıktığı gözlemlenmiştir. K5'in anlatısında bu durum net bir şekilde görülmektedir:

"O dönemde yani 26 yaşındayken artık gerçekten çok karmaşık duygular içindeydim. Hislerim bir yanda donmuş gibiydi, diğer yanda ise çok güçlü ve yoğun bir acı vardı. Kendimi bir tür boşlukta gibi

hissediordum; sanki etrafımda ne olup bittiğine dair hiçbir şey hissetmiyordum, ama bir yandan da içimde biriktirdiğim büyük bir öfke ve hayal kırıklığı vardı."

Katılımcıların anlatılarında, duyguları ifade etmede yaşanan zorlukların önemli bir yer tuttuğu gözlemlenmiştir. K3'ün söyleminde bu durum açıkça görülmektedir:

"Çok kavgacıyım, ölmekten asla korkmuyorum, biriyle kılıç kılıca, dişe diş kana kan çarpışabilirim, ama bağırtıya gelemiyorum. Sesin kesilmesini istiyorum, oradan uzaklaşmak istiyorum. Ellerimi titrediğini ve ağzını çok kurduğunu hatırlıyorum."

Katılımcıların söylemlerinde, dissosiyatif deneyimlerin yaygın olduğu gözlemlenmiştir. K2'nin anlatısında bu durum belirgin şekilde ortaya çıkmaktadır:

"Bilmiyorum çok böyle öncesi boşluktan yani hani nasıl o cama çıktım. Hani böyle bedenim küçülmüş, ben böyle büyümüşüm yani hani bedenim küçükmüş ama bir şey benden dışarı çıkmış. Hani bedenimin küçüldüğünü görüyorum, onu izliyorum, o hareket ediyor ama hani ben bir şey yapmıyorum yani. Sanki bedenim burda ama bilincim dışarıda gibi."

Katılımcıların anlatılarında, bedensel belirtilerin önemli bir yer tuttuğu gözlemlenmiştir. K1'in söyleminde bu durum net bir şekilde görülmektedir:

"Bazen kalbimde bir ağırlık, karnımda ise bir boşluk hissi olurdu. Sanki içimden bir şeyler kayboluyormuş gibi hissederdim. Kendi bedenimi, kendi duygularımı yönetemediğimi düşündüm, sanki bir yabancı gibi hissediyordum."

Katılımcıların söylemlerinde, duygu düzenleme güçlüğüne yaygın olduğu gözlemlenmiştir. K5'in anlatısında bu durum belirgin şekilde ortaya çıkmaktadır:

"Kendimi sürekli bir rollerkosterin zirvesinde gibiydim. Bir an her şey mükemmelmış gibi hissediyordum, bir sonraki an ise derin bir boşluğa düşüyordum. Acı, başka bir duygu olarak vardı."

Özellikle duygusal yoğunlukla baş edememe ve duyguları ifade etmede yaşanan zorlukların, katılımcıların duygusal dünyalarını önemli ölçüde etkilediği

gözlemlenmiştir. Dissosiyatif deneyimler, bedensel belirtiler ve duygu düzenleme güçlüğü, bu süreçlerin fiziksel ve psikolojik boyutlarını ortaya koymaktadır. Katılımcıların anlatılarında, psişik acının bedensel belirtilerle yakından ilişkili olduğu ve duygu düzenleme güçlüğünün bu süreci daha da zorlaştırdığının görülmesi, psikanalitik kuramın beden-zihin ilişkisine dair temel varsayımlarıyla tutarlılık göstermektedir.

4.2.8. Varoluşsal Temalar

Katılımcıların anlatılarında, varoluşsal temalar beş temel kategori etrafında şekillendiği gözlemlenmiştir: yaşamın anlamını sorgulama, kimlik arayışı, yalnızlık ve yabancılaşma, ölüm ve yaşam ikilemi, varoluşsal boşluk hissi.

Katılımcıların söylemlerinde, yaşamın anlamını sorgulama temasının belirgin şekilde ortaya çıktığı gözlemlenmiştir. K4'ün anlatısında bu durum net bir şekilde görülmektedir:

"Nereye gidiyoruz, ne yapıyoruz, ne için yapıyoruz anlamış değilim. Çok stres var ya, etrafta olabildiğince stres var millet manyak gibi koşturuyor, ne için? Hani eskiden işte çoluğuma çocuğuma ev mev bırakayım diyorlarmış, bilmiyorum bunlar da bana bir şey ifade etmiyor."

Katılımcıların söylemlerinde, kimlik arayışı temasının önemli bir yer tuttuğu gözlemlenmiştir. K1'in anlatısında bu durum açıkça görülmektedir:

"Kim olduğumu pek bilmiyorum, ne olduğumu henüz. Yani olduğunu sandığın biri vardı ama ondan sonra çok da gerçek, olmadığını görüyorum. Eee. Yani böyle can yakıcı bir şekilde gidiyor."

Katılımcıların anlatılarında, yalnızlık ve yabancılaşma temasının yaygın olduğu gözlemlenmiştir. K3'ün söyleminde bu durum belirgin şekilde ortaya çıkmaktadır:

"Her zaman bir garip olduğumun farkındaydım aslında. Kendimi çok tuhaf ve hiçbir yere ait hissetmiyordum. Çocuklar oyun oynarken şaşıırıyordum, nasıl bu kadar çok oyun oynayabilirler. Ve bu garipti. Kendimi uzaylı gibi hissediyordum galiba."

Katılımcıların söylemlerinde, ölüm ve yaşam ikilemi temasının önemli bir yer tuttuğu gözlemlenmiştir. K3'ün anlatısında bu durum net bir şekilde görülmektedir:

"Ben yaşamayı çok seven biriyim bu arada. Biraz çelişkili görünüyor ama. Birkaç kere iyi ki ölmemişim dedim. Çünkü kuşlarda çok güzel filan uçuyor ya böyle, denizin üstünde, boğaz filan çok güzel ya, içimde bazen iyi bir şeylerin olacağına dair umutlar oluyor."

Katılımcıların söylemlerinde, varoluşsal boşluk hissi temasının yaygın olduğu gözlemlenmiştir. K5'in anlatısında bu durum belirgin şekilde ortaya çıkmaktadır:

"O dönemde yani 26 yaşındayken artık gerçekten çok karmaşık duygular içindeydim. Hislerim bir yanda donmuş gibiydi, diğer yanda ise çok güçlü ve yoğun bir acı vardı. Kendimi bir tür boşlukta gibi hissediyordum; sanki etrafımda ne olup bittiğine dair hiçbir şey hissetmiyordum."

Özellikle yaşamın anlamını sorgulama ve kimlik arayışı temalarının, katılımcıların varoluşsal dünyalarını önemli ölçüde etkilediği gözlemlenmiştir. Yalnızlık ve yabancılaşma, ölüm ve yaşam ikilemi ile varoluşsal boşluk hissi, bu süreçlerin farklı boyutlarını ortaya koymaktadır. Katılımcıların anlatılarında, varoluşsal temaların birbiriyle yakından ilişkili olduğu ve birbirini etkilediği görülmektedir.

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada, intihar girişiminde bulunan bireylerin deneyimleri ölüm dürtüsü ve erteleme kavramları bağlamında psikanalitik perspektiften incelenmiştir. Araştırma sonuçları sekiz ana tema etrafında şekillenen bir psişik yapılanmayı ortaya koymaktadır.

Katılımcıların anlatılarında ortaya çıkan çocukluk travmaları ve aile içi iletişimsizlik örüntüleri, Freud'un (2014) erken dönem deneyimlerin psişik yapılanmadaki önemine dair görüşleriyle tutarlılık göstermektedir. Freud'un psikoseksüel gelişim teorisinde ifade edildiği gibi, erken çocukluk dönemindeki travmatik deneyimler, bireyin sonraki yaşamında ortaya çıkabilecek psikopatolojilerin temelini oluşturmaktadır. Katılımcıların yaşadığı duygusal ihmal, fiziksel istismar ve aile içi şiddet deneyimleri, Anna Freud'un (1966) savunma mekanizmalarının gelişimine ilişkin görüşleriyle de örtüşmektedir. Bu deneyimler, bireylerin benlik bütünlüğünü korumak için çeşitli savunma mekanizmalarına başvurmasına yol açmaktadır. Özellikle istismar deneyimleri ve aile içi şiddet, Klein'in (1988) kötü nesne içselleştirmesi kavramıyla açıklanabilecek bir psişik örüntü oluşturmaktadır. Klein'in paranoid-şizoid pozisyon teorisinde belirttiği gibi, erken dönemde maruz kalınan şiddet ve istismar deneyimleri, içsel dünyanın kötü nesnelerle dolmasına ve benliğin parçalanmasına neden olmaktadır. Bu durum, Segal'in (1988) sembolizasyon kavramıyla da ilişkilidir; travmatik deneyimler, sembolik düşünme kapasitesinin gelişimini sekteye uğratarak, bireyin duygu ve düşüncelerini mentalize etme yeteneğini zayıflatmaktadır. Katılımcıların aile içi iletişimsizlik örüntüleri, Fonagy ve Target'in (1997) zihinselleştirme teorisıyla de açıklanabilir. Ebeveynlerin çocuğun duygusal ihtiyaçlarına duyarsız kalması ve aile içi iletişimin yetersizliği, bireyin kendi zihinsel durumlarını ve başkalarının zihinsel durumlarını anlama kapasitesinin gelişimini olumsuz etkilemekte, özellikle duygu düzenleme becerilerinin gelişiminde önemli eksikliklere yol açmakta ve intihar düşüncelerinin ortaya çıkmasında rol oynayabilmektedir.

Araştırma bulgularında öne çıkan yalnızlık ve yabancılaşma hissi, Winnicott'un (1965) "yalnız olabilme kapasitesi" kavramıyla ilişkilendirilebilir. Winnicott'a göre, sağlıklı bir yalnız olabilme kapasitesi, bebeğin erken dönemde "yeterince iyi anne" (good-enough mother) deneyimiyle şekillenmektedir. Bu kapasite, bireyin kendi varlığıyla rahat bir ilişki kurabilmesini ve yalnızken de güvende hissedebilmesini sağlar. Ancak katılımcıların anlatılarında, bu kapasitenin gelişimini engelleyen erken dönem deneyimleri dikkat çekmektedir. Katılımcıların erken dönem deneyimlerinde güvenli bir bağlanma ortamının eksikliği, yalnızlığın tehdit edici bir deneyim olarak algılanmasına yol açmaktadır. Güvenli bir bağlanma ortamının eksikliği, Winnicott'un (1971) "geçiş nesnesi" ve "potansiyel alan" kavramlarıyla da yakından ilişkilidir. Geçiş nesnelerinin ve potansiyel alanın yeterince gelişmemesi, bireyin iç ve dış gerçeklik arasında sağlıklı bir köprü kurmasını engellemekte, bu da yabancılaşma duygusunu pekiştirmektedir. Masud Khan'ın (1963) "kümülatif travma" kavramı da bu bağlamda önemlidir. Katılımcıların yaşadığı sürekli duygusal ihmal ve yetersiz ebeveyn bakımı, zamanla biriken ve benlik bütünlüğünü tehdit eden bir travmatik deneyim oluşturmaktadır. Bu kümülatif travma, bireyin kendisiyle ve başkalarıyla kuracağı ilişkilerde güvensizlik ve yabancılaşma duygularını beslemektedir. Little'ın (1960) "temel yalnızlık" (basic aloneness) kavramı da katılımcıların deneyimlerini anlamada yardımcı olmaktadır. Temel yalnızlık, varoluşsal bir deneyim olmakla birlikte, erken dönem travmaları ve bağlanma sorunları nedeniyle dayanılmaz bir hal alabilmektedir. Katılımcıların anlatılarında, bu temel yalnızlığın işlenememesi ve dönüştürülememesi, psikik acının önemli bir kaynağı olarak ortaya çıkmaktadır.

Katılımcıların ölüm dürtüsüyle kurdukları ilişki, Freud'un (2014) Thanatos kavramıyla önemli paralellikler göstermektedir. Özellikle ölüm korkusu ve merakı arasındaki gelgitler, yaşam dürtüsü (Eros) ve ölüm dürtüsü (Thanatos) arasındaki diyalektik ilişkiyi yansıtmaktadır. Bu bulgu, Green'in (2005) negatif narsisizm teorisiyle de uyumludur. Green'in kavramsallaştırmasında, negatif narsisizm, benliğin yok olma arzusuyla karakterize olan ve yaşamsal bağların çözülmesine yönelik bir eğilimi temsil etmektedir. Laplanche'ın (1985) "ölüm dürtüsünün enigmatik mesajları" kavramı da katılımcıların deneyimlerini anlamada önemli bir teorik çerçeve sunmaktadır. Katılımcıların anlatılarında, ebeveynlerinden aktarılan bilinçdışı ölüm arzuları ve yıkıcı fanteziler, kuşaklararası bir aktarım örüntüsü

oluşturmaktadır. Bu aktarım, Roussillon'un (2011) "birincil ölüm agonisi" kavramıyla da ilişkilendirilebilir; erken dönem travmatik deneyimler, psişik ölüm tehdidi olarak yaşanmakta ve sonraki yaşamda intihar düşünceleri şeklinde tezahür etmektedir. Katılımcıların yaşam ve ölüm arasındaki salınımları, Spielrein'in (1912) "yıkım dürtüsü" kavramıyla da açıklanabilir. Spielrein'a göre, yıkım dürtüsü sadece olumsuz değil, aynı zamanda dönüşüm ve yeniden doğuş potansiyeli taşıyan bir güçtür. Bu bağlamda, katılımcıların intihar düşünceleri, psişik yapının radikal bir dönüşüm arayışı olarak da yorumlanabilir.

Bion'un (1962) kapsayıcı işlev (containment) kavramı, katılımcıların duygusal deneyimlerini anlamlandırmada önemli bir teorik çerçeve sunmaktadır. Erken dönemde yeterli kapsayıcı işlevin olmaması, duyguların metabolize edilememesine ve psişik acının dayanılmaz hale gelmesine yol açabilmektedir. Bion'un "alfa işlevi" kavramı bağlamında, ebeveynin bebeğin ham duygusal deneyimlerini (beta elementleri) işleyerek anlamlı ve sindirilebilir hale (alfa elementleri) getirme kapasitesinin yetersizliği, katılımcıların duygu düzenleme becerilerinin gelişimini olumsuz etkilemiştir. Ogden'in (2004) "rêverie" kavramı da bu bağlamda önemlidir. Anne/bakım verenin bebeğin duygusal deneyimlerini içinde barındırabilme ve dönüştürebilme kapasitesinin eksikliği, katılımcıların "düşünülemez düşünceleri" ve "hissedilemez duyguları" ile baş etmede güçlük yaşamalarına neden olmaktadır. Bu durum, Bion'un "düşünmenin gelişimi" teorisiyle de uyumludur; düşünme kapasitesinin gelişimi için gerekli olan güvenli psişik alan oluşmamıştır. Ferro'nun (2005) "narrasyon kapasitesi" kavramı açısından bakıldığında, katılımcıların duygusal deneyimlerini anlamlı hikayelere dönüştürme ve sembolize etme kapasitelerindeki eksiklik dikkat çekmektedir. Bu eksiklik, duygusal deneyimlerin mentalize edilememesine ve ham halde kalmasına yol açmakta, bu da psişik acının kronikleşmesine katkıda bulunmaktadır.

Erteleme davranışının psişik boyutları, Lacan'ın (2006) arzu ve jouissance kavramlarıyla ilişkilendirilebilir. Katılımcıların anlatılarında görülen mükemmeliyetçilik ve başarısızlık korkusu, ideal benlik ile gerçek benlik arasındaki gerilimi yansıtmaktadır. Lacan'ın "objet petit a" kavramı bağlamında, erteleme davranışı, ulaşılamaz bir tatmin nesnesinin sürekli ötelenmesi olarak görülebilir. Bu örüntüde, jouissance'ın paradoksal doğası kendini göstermektedir: hem acı verici hem de haz içeren bir deneyim olarak erteleme, öznenin arzu

ekonomisinde merkezi bir rol oynamaktadır. Kernberg'in (2004) sınır kişilik örgütlenmesi kavramı, erteleme davranışının altında yatan dürtü kontrolü ve kaygı toleransı sorunlarını açıklamada yardımcı olmaktadır. Katılımcıların son ana bırakma davranışı, bir tür gerilim düzenleme mekanizması olarak işlev görmektedir. Bu bağlamda, Kernberg'in "ilkel savunma düzenekleri" kavramı özellikle önemlidir; bölme (splitting) ve yansıtma özdeşim mekanizmaları, erteleme davranışının sürdürülmesinde rol oynamaktadır. McDougall'ın (1989) "psikosomatik ekonomi" kavramı da erteleme davranışının anlaşılmasına katkı sağlamaktadır. Erteleme, düşünce ve duyguların mentalizasyonundaki eksikliği telafi etmeye yönelik bir eylem örüntüsü olarak değerlendirilebilir. Bu durum, Marty'nin (1968) "operasyonel düşünce" kavramıyla da paralellik göstermektedir; duyguların işlenmesindeki güçlük, davranışsal bir örüntü olarak ertelemeye yöneltmektedir. Chasseguet-Smirgel'in (1985) "ego ideali" kavramı açısından bakıldığında, erteleme davranışı, ulaşılamaz bir mükemmellik idealine yönelik nevrotik bir savunma olarak görülebilir. Katılımcıların mükemmeliyetçi eğilimleri ve başarısızlık korkuları, primitif bir omnipotans fantezisinin kalıntıları olarak değerlendirilebilir.

Araştırma bulguları, Bowlby'nin (1988) bağlanma teorisi ve Klein'in (1988) nesne ilişkileri teorisiyle tutarlı bir örüntü sergilemektedir. Katılımcıların ebeveynleriyle yaşadıkları çatışmalı ilişkiler ve güvensiz bağlanma stilleri, yetişkin yaşamda kurdukları ilişkileri derinden etkilemektedir. Main'in (2000) "organize olmamış bağlanma" kavramı, katılımcıların ilişkisel örüntülerindeki parçalanmışlığı açıklamada özellikle yardımcı olmaktadır. Bu bağlanma stiline, travmatik deneyimlerle olan ilişkisi, katılımcıların yaşadığı dissosiyatif süreçleri de aydınlatmaktadır.

Fairbairn'in (2011) kötü nesne teorisi, katılımcıların ilişkisel örüntülerini anlamada önemli bir çerçeve sunmaktadır. İçselleştirilmiş kötü nesnelerin, bireyin kendisiyle ve başkalarıyla kurduğu ilişkileri şekillendirdiği görülmektedir. Fairbairn'in "şizoid pozisyon" kavramı, katılımcıların ilişkilerden geri çekilme ve duygusal izolasyon eğilimlerini açıklamada özellikle değerlidir. Bu bağlamda, katılımcıların "heyecan verici" ve "reddedici" nesne arayışları arasındaki salınımları, libidinal ve anti-libidinal ego yapılarının çatışmasını yansıtmaktadır.

Masterson'ın (1976) terk depresyonu kavramı da bu dinamikleri anlamada yardımcı olmaktadır. Katılımcıların yakın ilişkilerde yaşadıkları yoğun terk edilme kaygısı ve bunun tetiklediği kendine zarar verme dürtüleri, erken dönem ayrılma-bireyleşme sürecindeki aksamaların bir yansıması olarak değerlendirilebilir. Bu örüntü, Mahler'in (1975) ayrılma-bireyleşme teorisiyle de uyumludur; özellikle yeniden yakınlaşma krizinin çözülmemiş kalması, yetişkin yaşamda ilişkisel sorunlara yol açmaktadır.

Fonagy ve Target'in (1997) mentalizasyon teorisi perspektifinden bakıldığında, katılımcıların zihinselleştirme kapasitelerindeki eksiklikler dikkat çekmektedir. Bu durum, özellikle duygusal yoğunluk anlarında mentalizasyon kapasitesinin çökmesi ve psişik eşdeğerlik moduna gerileme şeklinde kendini göstermektedir. Bu bağlamda, güvensiz bağlanma örüntüleri ile mentalizasyon kapasitesi arasındaki ilişki, katılımcıların duygu düzenleme güçlüklerini de açıklamaktadır.

Katılımcıların varoluşsal temalarla olan mücadelesi, Yalom'un (1980) varoluşsal psikoterapi yaklaşımıyla paralellik göstermektedir. Yaşamın anlamını sorgulama ve kimlik arayışı, varoluşsal kaygıların temel bileşenleri olarak öne çıkmaktadır. Yalom'un tanımladığı dört "nihai kaygı" (ölüm, özgürlük, yalıtım ve anlamsızlık), katılımcıların anlatılarında belirgin biçimde görülmektedir. Özellikle varoluşsal yalıtım deneyimi, Binswanger'in (1963) "varoluşsal boşluk" kavramıyla ilişkilendirilebilecek bir yabancılaşma ve kopukluk hissini yansıtmaktadır.

May'in (1977) "ontolojik kaygı" kavramı, katılımcıların deneyimledikleri varoluşsal sıkıntıyı anlamada özellikle yardımcı olmaktadır. Bu kaygı, bireyin kendi varlığına yönelik temel bir tehdit algısından kaynaklanmakta ve Kierkegaard'ın (1844/1980) "ölümcül hastalık" olarak tanımladığı umutsuzluk durumuna yol açmaktadır. Katılımcıların "hiçlik" deneyimi, Sartre'ın (1943) varoluşsal boşluk kavramıyla paralellik göstermekte ve otantik varoluşa ulaşma çabasının yarattığı gerilimi yansıtmaktadır.

Maltsberger'in (2004) psişik acı kavramı, katılımcıların deneyimledikleri duygusal yoğunluğu anlamada yardımcı olmaktadır. Özellikle dissosiyatif deneyimler ve bedensel belirtiler, dayanılmaz psişik acının farklı tezahürleri olarak değerlendirilebilir. Bolla'sın (1987) "bilinmeyen düşünce" kavramı, bu psişik

acının sembolize edilemeyen ve söze dökülemeyen boyutunu açıklamada önemli bir teorik çerçeve sunmaktadır. Shneidman'ın (1993) "psychache" kavramı da bu bağlamda özel bir önem taşımaktadır. Katılımcıların deneyimledikleri dayanılmaz zihinsel acı, temel psikolojik ihtiyaçların engellenmiş olmasından kaynaklanmakta ve bu durum, Kohut'un (1977) "kendilik nesnesi" işlevlerinin yetersizliği ile ilişkilendirilebilmektedir. Bu psişik acı, bedensel belirtiler ve dissosiyatif deneyimler aracılığıyla ifade bulmakta, McDougall'ın (1989) "bedenselleştirme" kavramıyla açıklanabilecek bir örüntü sergilemektedir.



6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu araştırmada, intihar girişiminde bulunan bireylerin deneyimleri ölüm dürtüsü ve erteleme kavramları bağlamında psikanalitik perspektiften incelenmiştir.

İntihar girişiminde bulunan bireylerin psişik yapılanmasında, erken dönem travmaları ve nesne ilişkileri örüntülerinin merkezi bir rol oynadığı görülmüştür. Özellikle güvensiz bağlanma stilleri ve yetersiz kapsayıcı işlev (containment) deneyimleri, bireylerin duygu düzenleme kapasitelerinin gelişimini olumsuz etkilemektedir.

Araştırmanın dikkat çekici sonuçlarından biri, erteleme davranışının intihar girişimiyle olan ilişkisidir. Erteleme, bir yandan psişik acıdan kaçınma mekanizması olarak işlev görürken, diğer yandan da yaşamla kurulan ambivalan ilişkinin bir tezahürü olarak ortaya çıkmaktadır.

Katılımcıların deneyimlerinde öne çıkan varoluşsal temalar, psişik acının ontolojik boyutunu öne çıkarmaktadır. Yalom'un (1980) varoluşsal psikoterapi yaklaşımında tanımladığı nihai kaygılar, intihar girişiminin altında yatan varoluşsal sıkıntıların anlaşılmasında önemli bir teorik çerçeve sunmaktadır. Özellikle varoluşsal yalıtım deneyimi ve anlam arayışı, intihar girişiminin önemli bileşenleri olarak karşımıza çıkmaktadır.

Araştırmanın ortaya koyduğu bir diğer önemli sonuç, psişik acının bedenselleştirilmesi ve dissosiyatif deneyimlerle olan ilişkisidir. McDougall'ın (1989) psikosomatik teorisi bağlamında, sembolize edilemeyen duygusal deneyimlerin bedensel belirtiler ve dissosiyatif yaşantılar aracılığıyla ifade bulduğu gözlemlenmiştir.

Ölüm dürtüsünün intihar girişimindeki rolü, Freud'un (2014) klasik teorisinin ötesinde, çağdaş psikanalitik yaklaşımların öne sürdüğü kavramlarla daha kapsamlı bir şekilde anlaşılabilir. Özellikle Laplanche'in (1985) "ölüm dürtüsünün enigmatik mesajları" ve Roussillon'un (2011) "birincil ölüm agonisi"

kavramları, intihar girişiminin kuşaklararası boyutunu ve erken dönem travmalarıyla olan ilişkisini aydınlatmaktadır.

Araştırmanın metodolojik açıdan güçlü yanı, psikanalitik yönelimli görüşme tekniğinin kullanılması ve derinlemesine analiz imkanı sunmasıdır. Bu yaklaşım, katılımcıların bilinçdışı süreçlerinin ve savunma mekanizmalarının anlaşılmasına olanak sağlamıştır. Bununla birlikte, örneklem büyüklüğü ve çeşitliliği açısından sınırlılıklar içermektedir.

Uygulayıcılara Yönelik Öneriler

Araştırmanın bulguları ışığında, intihar girişiminde bulunan bireylerle çalışan ruh sağlığı uzmanlarına yönelik bazı öneriler sunmak mümkündür.

Öncelikle, intihar girişiminde bulunan bireylerin psikoterapisinde, erken dönem travmalarının ve nesne ilişkileri örüntülerinin detaylı bir şekilde ele alınması önem taşımaktadır.

Terapötik süreçte, güvenli bir bağlanma ortamı oluşturularak, danışanın duygu düzenleme kapasitesinin geliştirilmesine odaklanılmalıdır.

Terapistin kapsayıcı işlevi (containment), danışanın sembolizasyon ve mentalizasyon kapasitesinin gelişimi için önem taşımaktadır. Bu bağlamda, terapistin kendi duygusal tepkilerini (karşıaktarım) yakından izlemesi ve süpervizyon desteği alması önerilmektedir.

Erteleme davranışının intihar girişimiyle olan ilişkisi göz önünde bulundurularak, terapötik süreçte bu davranış örüntüsünün altında yatan psişik dinamiklerin anlaşılmasına özel önem verilmelidir.

Varoluşsal temaların ele alınmasında, danışanın ontolojik güvenlik duygusunun güçlendirilmesi ve anlam arayışının desteklenmesi önemlidir.

Bedensel belirtiler ve dissosiyatif deneyimlerin psişik acıyla olan ilişkisi dikkate alınarak, bütüncül bir tedavi yaklaşımı benimsenmelidir.

Ayrıca, kuşaklararası travma aktarımının farkında olunması ve aile dinamiklerinin terapötik süreçte ele alınması önerilmektedir.

Terapötik çerçevenin oluşturulmasında, danışanın özerklik ihtiyacı ile güvenlik ihtiyacı arasında uygun bir denge kurulmalı, özellikle kriz dönemlerinde esnek ancak tutarlı bir yaklaşım benimsenmelidir.

Ruh sağlığı uzmanlarının, intihar riski değerlendirmesinde psikanalitik perspektiften gelen kavramsal çerçeveyi kullanmaları, risk faktörlerinin daha kapsamlı anlaşılmasına katkı sağlayacaktır.

Gelecek Araştırmalara Yönelik Öneriler

Bu araştırmanın bulguları ışığında, gelecek araştırmalara yönelik bazı öneriler sunmak mümkündür.

İntihar girişimi ve ölüm dürtüsü arasındaki ilişkinin daha kapsamlı anlaşılabilmesi için, farklı yaş grupları ve sosyokültürel bağlamlarda benzer çalışmaların yapılması önem taşımaktadır. Özellikle ergenlik dönemindeki intihar girişimlerinin psikanalitik perspektiften incelenmesi, gelişimsel süreçlerin etkisinin daha iyi anlaşılmasına katkı sağlayacaktır.

Erteleme davranışının intihar düşünceleriyle olan ilişkisinin daha derinlemesine araştırılması için boylamsal çalışmaların planlanması önerilmektedir. Bu tür çalışmalar, erteleme davranışının intihar riski açısından bir öngörücü faktör olarak değerlendirilip değerlendirilemeyeceğini ortaya koyabilir.

İntihar girişiminde bulunan bireylerin aile üyeleriyle yapılacak psikanalitik yönelimli görüşmeler, kuşaklararası travma aktarımının dinamiklerinin daha iyi anlaşılmasına olanak sağlayabilir.

Nöropsikoanalitik yaklaşımları içeren araştırmaların planlanması, psişik acı ve bedensel belirtiler arasındaki ilişkinin nörobiyolojik temellerinin anlaşılmasına katkıda bulunabilir.

Farklı teorik yaklaşımları bütünleştiren karma yöntem araştırmalarının tasarlanması, intihar girişiminin çok boyutlu doğasının daha kapsamlı anlaşılmasını sağlayabilir.

İntihar sonrası sağ kalan bireylerin uzun dönem izlem çalışmalarıyla takip edilmesi, travma sonrası büyüme ve psişik dönüşüm süreçlerinin daha iyi anlaşılmasına imkan verebilir.

Kültürlerarası karşılaştırımalı çalışmaların yapılması, intihar girişiminin kültürel bağlamının ve evrensel y nlerinin daha net ortaya konulmasını sağlayabilir.



KAYNAKLAR

Abramson, L. Y., Alloy, L. B., Hogan, M. E., Whitehouse, W. G., Cornette, M., Akhavan, S., & Chiara, A. (2000). Suicidality and cognitive vulnerability to depression among college students: A prospective study. *Journal of Adolescence*, 23(4), 407-420.

Ajdacic-Gross, V., Weiss, M. G., Ring, M., Hepp, U., Bopp, M., Gutzwiller, F., & Rössler, W. (2008). Methods of suicide: International suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bulletin of the World Health Organization*, 86, 726-732.

Allen, J. P. (2010). *The debate between a man and his soul: a masterpiece of ancient Egyptian literature* (Vol. 44). Brill.

Andriessen, K. (2006). On "intention" in the definition of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(5), 533-538.

Anestis, M. D., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2007). The role of urgency in maladaptive behaviors. *Behaviour Research and Therapy*, 45(12), 3018-3029.

Anestis, M. D., Soberay, K. A., Gutierrez, P. M., Hernández, T. D., & Joiner, T. E. (2014). Reconsidering the link between impulsivity and suicidal behavior. *Personality and Social Psychology Review*, 18(4), 366-386.

Anzieu, D. (1981). *Le groupe et l'Inconscient: L'imaginaire groupal*. Paris: Dunod.

Apter, A., Bleich, A., Plutchik, R., Mendelsohn, S., & Tyano, S. (1988). Suicidal behavior, depression, and conduct disorder in hospitalized adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27(6), 696-699.

Apter, A., Gothelf, D., Orbach, I., Weizman, R., Ratzoni, G., Har-Even, D., & Tyano, S. (1995). Correlation of suicidal and violent behavior in different diagnostic categories in hospitalized adolescent patients. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(7), 912-918.

Arensman, E., Koburger, N., Larkin, C., Karwig, G., Coffey, C., Maxwell, M., ... & van Audenhove, C. (2015). Depression awareness and self-management through the internet: protocol for an internationally standardized approach. *JMIR Research Protocols*, 4(3), e99.

Baca-Garcia, E., Diaz-Sastre, C., Basurte, E., Prieto, R., Ceverino, A., Saiz-Ruiz, J., & de Leon, J. (2001). A prospective study of the paradoxical relationship between impulsivity and lethality of suicide attempts. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62(7), 560-564.

Baca-Garcia, E., Diaz-Sastre, C., García Resa, E., Blasco, H., Braquehais Conesa, D., Oquendo, M. A., ... & de Leon, J. (2005). Suicide attempts and impulsivity. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 255(2), 152-156.

Baron, R. A., & Richardson, D. R. (1994). *Human aggression* (2nd ed.). New York: Plenum Press.

Barrett, E. A., Sundet, K., Faerden, A., Nesvåg, R., Agartz, I., Fosse, R., ... & Melle, I. (2010). Suicidality before and in the early phases of first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 119(1-3), 11-17.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1355-1364.

Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97(1), 90-113.

Baumeister, R. F., Heatherton, T. F., & Tice, D. M. (1994). *Losing control: How and why people fail at self-regulation*. Academic Press.

Beck, A. T., Brown, G., Berchick, R. J., Stewart, B. L., & Steer, R. A. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 147(2), 190-195.

Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865.

Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343-352.

Beck, A. T., Schuyler, D., & Herman, I. (1974). Development of suicidal intent scales. In A. T. Beck, H. L. P. Resnik, & D. J. Lettieri (Eds.), *The prediction of suicide* (pp. 45-56). Charles Press.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1985). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100.

Beck, A. T., Steer, R. A., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 142(5), 559-563.

Becker, D. F., & Grilo, C. M. (2007). Prediction of suicidality and violence in hospitalized adolescents: Comparisons by sex. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(9), 572-580.

- Benson, O., Gibson, S., Boden, Z. V., & Owen, G. (2013). Exhausted without trust and inherent worth: A model of the suicide process based on experiential accounts. *Social Science & Medicine*, 98, 18-26.
- Berrios, G. E. (2015). *The history of mental symptoms: Descriptive psychopathology since the nineteenth century*. Cambridge University Press.
- Binswanger, L. (1963). *Being-in-the-world: Selected papers of Ludwig Binswanger*. Basic Books.
- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. Heinemann.
- Bion, W. R. (1961). *Experiences in groups*. New York, NY: Basic Books.
- Biswas, S. (2021). The "Death Drive" in Psychoanalysis. In S. Biswas (Ed.), *Psychoanalysis and Literature* (pp. 168-190). Routledge.
- Blaauw, E., Arensman, E., Kraaij, V., Winkel, F. W., & Bout, R. (2002). Traumatic life events and suicide risk among jail inmates: The influence of types of events, time period and significant others. *Journal of Traumatic Stress*, 15(1), 9-16.
- Bollas, C. (1987). *The shadow of the object: Psychoanalysis of the unthought known*. Free Association Books.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3-4), 372-394.
- Brodsky, B. S., Groves, S. A., Oquendo, M. A., Mann, J. J., & Stanley, B. (2006). Interpersonal precipitants and suicide attempts in borderline personality disorder. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(3), 313-322.
- Brodsky, B. S., Malone, K. M., Ellis, S. P., Dulit, R. A., & Mann, J. J. (1997). Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, 154(12), 1715-1719.
- Brown, G. K., Ten Have, T., Henriques, G. R., Xie, S. X., Hollander, J. E., & Beck, A. T. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: A randomized controlled trial. *JAMA*, 294(5), 563-570.
- Brown, L. K., Overholser, J., Spirito, A., & Fritz, G. K. (1991). The correlates of planning in adolescent suicide attempts. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30(1), 95-99.

Büyüköztürk, Ş., Kılıç Çakmak, E., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş., & Demirel, F. (2019). *Eğitimde bilimsel araştırma yöntemleri* (26. Baskı). Pegem Akademi.

Campos, R. C., & Holden, R. R. (2015). Testing models relating rejection, depression, interpersonal needs, and psychache to suicide risk in nonclinical individuals. *Journal of Clinical Psychology*, 71(10), 994-1003.

Canbolat, F., Uçar Özsoy, S., Aydoğ Gürkan, S., & Gençöz, F. (2019). İntihara ilişkin psikanalitik kuramlar: Lacan. In *İntiharı Anlama ve Müdahale Temel Kitap*. Türkiye Psikiyatri Derneği.

Carrieri, M. P., Rey, D., Loundou, A., Lepeu, G., Sobel, A., & Obadia, Y. (2006). Evaluation of buprenorphine maintenance treatment in a French cohort of HIV-infected injecting drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 82(2), 109-113.

Cavanagh, J. T., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine*, 33(3), 395-405.

Chasseguet-Smirgel, J. (1985). *The ego ideal: A psychoanalytic essay on the malady of the ideal*. Free Association Books.

Chesley, K., & Loring-McNulty, N. E. (2003). Process of suicide: Perspective of the suicide attempter. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 9, 41-45.

Cipriani, A., Zhou, X., Del Giovane, C., Hetrick, S. E., Qin, B., Whittington, C., ... & Cuijpers, P. (2016). Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis. *The Lancet*, 388(10047), 881-890.

Conner, K. R., Duberstein, P. R., Conwell, Y., & Caine, E. D. (2001). Reactive aggression and suicide: Theory and evidence. *Aggression and Violent Behavior*, 8(4), 413-432.

Conner, K. R., Duberstein, P. R., Conwell, Y., Seidlitz, L., & Caine, E. D. (2007). Psychological vulnerability to completed suicide: A review of empirical studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(4), 367-385.

Conner, K. R., Li, Y., Meldrum, S., Duberstein, P. R., & Conwell, Y. (2003). The role of drinking in suicidal ideation: analyses of Project MATCH data. *Journal of Studies on Alcohol*, 64(3), 402-408.

Conner, K. R., Swogger, M. T., & Houston, R. J. (2006). A test of the reactive aggression-suicidal behavior hypothesis: Is there a case for proactive aggression? *Journal of Abnormal Psychology*, 118(1), 235-240.

Constantin, K., English, M. M., & Mazmanian, D. (2018). Anxiety, depression, and procrastination among students: Rumination plays a larger mediating role than worry. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 36(1), 15-27.

Crocker, L. C. (2006). Giving up or finding a solution? The experience of attempted suicide in later life. *Aging Mental Health*, 638-647.

Crosby, A. E., Ortega, L., & Melanson, C. (2011). *Self-directed violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements, Version 1.0*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.

Darke, S., & Ross, J. (2002). Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods. *Addiction*, 97(11), 1383-1394.

Darke, S., Kaye, S., McKetin, R., & Duflou, J. (2004). Major physical and psychological harms of methamphetamine use. *Drug and Alcohol Review*, 23(4), 483-488.

De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J. M., Kerkhof, A. J., & Bille-Brahe, U. (2004). Definitions of suicidal behavior: Lessons learned from the WHO/EURO multicentre Study. *Crisis*, 25(2), 74-85.

Diedrich, C., & Warelou, P. (2002). Suicide: A personal reflection. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 169-173.

Dumais, A., Lesage, A. D., Lalovic, A., Séguin, M., Tousignant, M., Chawky, N., & Turecki, G. (2005). Is violent method of suicide a behavioral marker of lifetime aggression? *American Journal of Psychiatry*, 162(7), 1375-1378.

Durkheim, E. (1951). *Suicide: A study in sociology* (J. A. Spaulding & G. Simpson, Trans.). Free Press. (Original work published 1897)

Eckert, M., Ebert, D. D., Lehr, D., Sieland, B., & Berking, M. (2016). Overcome procrastination: Enhancing emotion regulation skills reduce procrastination. *Learning and Individual Differences*, 52, 10-18.

Erlangsen, A., Jeune, B., Bille-Brahe, U., & Vaupel, J. W. (2004). Loss of partner and suicide risks among oldest old: A population-based register study. *Age and Ageing*, 33(4), 378-383.

Eskin, M. (2014). The effects of religious versus secular education on suicide ideation and suicidal attitudes in adolescents in Turkey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(8), 1267-1273.

Evans, D. (1996). *An introductory dictionary of Lacanian psychoanalysis*. London: Routledge.

Evenden, J. L. (1999). Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology*, 146(4), 348-361.

Fairbairn, W. R. D. (1952). *Psychoanalytic studies of the personality*. Routledge & Kegan Paul.

Fairbairn, W. R. D. (2011). *Psychoanalytic studies of the personality*. Routledge.

Ferro, A. (2005). *Seeds of illness, seeds of recovery: The genesis of suffering and the role of psychoanalysis*. Routledge.

Fawcett, J., Scheftner, W. A., Fogg, L., Clark, D. C., Young, M. A., Hedeker, D., & Gibbons, R. (1990). Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147(9), 1189-1194.

Fee, R. L., & Tangney, J. P. (2000). Procrastination: A means of avoiding shame or guilt? *Journal of Social Behavior and Personality*, 15(5), 167-184.

Fernie, B. A., Bharucha, Z., Nikčević, A. V., & Spada, M. M. (2017). The unintentional procrastination scale. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 35, 136-149.

Ferrari, J. R., & Dovidio, J. F. (2000). Examining behavioral processes in indecision: Decisional procrastination and decision-making style. *Journal of Research in Personality*, 34(1), 127-137.

Ferrari, J. R., O'Callaghan, J., & Newbegin, I. (2005). Prevalence of procrastination in the United States, United Kingdom, and Australia: Arousal and avoidance delays among adults. *North American Journal of Psychology*, 7(1), 1-6.

Fink, B. (2016). *Lacancı psikanalize bir giriş: Klinik ve kuram*. İstanbul: Encore Yayınları.

Flamenbaum, R., & Holden, R. R. (2007). Psychache as a mediator in the relationship between perfectionism and suicidality. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 51-61.

Flett, A. L., Haghbin, M., & Pychyl, T. A. (2016). Procrastination and depression from a cognitive perspective: An exploration of the associations among procrastinatory automatic thoughts, rumination, and mindfulness. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 34(3), 169-186.

Flett, G. L., Blankstein, K. R., & Martin, T. R. (1995). Procrastination, negative self-evaluation, and stress in depression and anxiety: A review and preliminary model. In J. R. Ferrari, J. L. Johnson, & W. G. McCown (Eds.), *Procrastination and task avoidance: Theory, research, and treatment* (pp. 137-167). Plenum Press.

Flett, G. L., Blankstein, K. R., Hewitt, P. L., & Koledin, S. (1992). Components of perfectionism and procrastination in college students. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 20(2), 85-94.

Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9(4), 679-700.

Fonagy, P., & Target, M. (2006). The mentalization-focused approach to self pathology. *Journal of Personality Disorders*, 20(6), 544-576.

- Fostervold, K. I., Ludvigsen, S., & Strømsø, H. I. (2022). Students' time management and procrastination in the wake of the pandemic. *Educational Psychology*, 42(10), 1223-1240.
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., ... & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187-232.
- Freud, A. (1966). *The ego and the mechanisms of defense*. International Universities Press.
- Freud, S. (1955). Beyond the pleasure principle. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 1-64). Hogarth Press. (Original work published 1920)
- Freud, S. (1957). Mourning and melancholia. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 237-258). Hogarth Press. (Original work published 1917)
- Freud, S. (1961). The economic problem of masochism. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 155-170). Hogarth Press. (Original work published 1924)
- Freud, S. (2014). *Haz ilkesinin ötesinde - Ben ve id* (A. Babaoğlu, Çev.). Metis Yayınları. (Orijinal çalışma 1920'de yayımlanmıştır)
- Gabbard, G. O. (2016). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Gollwitzer, P. M. (1999). Implementation intentions: Strong effects of simple plans. *American Psychologist*, 54(7), 493-503.
- Gollwitzer, P. M., & Brandstätter, V. (1997). Implementation intentions and effective goal pursuit. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(1), 186-199.
- Green, A. (1993). *On private madness*. Madison, CT: International UP.
- Green, A. (1999). *The work of the negative*. London: Free Association Books.
- Green, A. (2005). *Key ideas for a contemporary psychoanalysis: Misrecognition and recognition of the unconscious*. Routledge.
- Grewal, P. K., & Porter, J. E. (2007). Hope theory: A framework for understanding suicidal action. *Death Studies*, 31(2), 131-154.
- Gunnell, D., Fernando, R., Hewagama, M., Priyangika, W. D., Konradsen, F., & Eddleston, M. (2007). The impact of pesticide regulations on suicide in Sri Lanka. *International Journal of Epidemiology*, 36(6), 1235-1242.

Gusmão, R., Quintão, S., McDaid, D., Arensman, E., Van Audenhove, C., Coffey, C., ... & Hegerl, U. (2013). Antidepressant utilization and suicide in Europe: an ecological multi-national study. *PloS one*, 8(6), e66455.

Gvion, Y., & Apter, A. (2011). Aggression, impulsivity, and suicide behavior: A review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 15(2), 93-112.

Hawton, K., & van Heeringen, K. (2009). Suicide. *The Lancet*, 373(9672), 1372-1381.

Hawton, K., Bergen, H., Cooper, J., Turnbull, P., Waters, K., Ness, J., & Kapur, N. (2015). Suicide following self-harm: Findings from the Multicentre Study of Self-harm in England, 2000–2012. *Journal of Affective Disorders*, 175, 147-151.

Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., & Deeks, J. J. (2005). Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *The British Journal of Psychiatry*, 187(1), 9-20.

Haycock, L. A., McCarthy, P., & Skay, C. L. (1998). Procrastination in college students: The role of self-efficacy and anxiety. *Journal of Counseling & Development*, 76(3), 317-324.

Hegerl, U., Althaus, D., Schmidtke, A., & Niklewski, G. (2006). The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychological Medicine*, 36(9), 1225-1233.

Hegerl, U., Koburger, N., Rummel-Kluge, C., Gravert, C., Walden, M., & Mergl, R. (2013). One followed by many?—Long-term effects of a celebrity suicide on the number of suicidal acts on the German railway net. *Journal of Affective Disorders*, 146(1), 39-44.

Hegerl, U., Mergl, R., Havers, I., Schmidtke, A., Lehfeld, H., Niklewski, G., & Althaus, D. (2010). Sustainable effects on suicidality were found for the Nuremberg alliance against depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 260(5), 401-406.

Hekimoğlu, E. C., & Cantekin, D. (2021). Eyleme dökme: İntihar girişiminde bulunan bireylerin deneyimlerinin incelenmesi üzerine nitel bir araştırma. *Ayna Dergisi*, 8(2), 44-64.

Hendin, H., Al Jurdi, R. K., Houck, P. R., Hughes, S., & Turner, J. B. (2010). Role of intense affects in predicting short-term risk for suicidal behavior: A prospective study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(3), 220-225.

Hernandez-Avila, C. A., Song, C., Kuo, L., Tennen, H., Armeli, S., & Kranzler, H. R. (2006). Targeted versus daily naltrexone: secondary analysis of effects on average daily drinking. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 30(5), 860-865.

Hjelmeland, H., Hawton, K., Nordvik, H., Bille-Brahe, U., De Leo, D., Fekete, S., ... & Wasserman, D. (2002). Why people engage in parasuicide: A cross-cultural study of intentions. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(4), 380-393.

- Hollway, W., & Jefferson, T. (2013). *Doing qualitative research differently: A psychosocial approach* (2nd ed.). SAGE Publications.
- Horwitz, A. G., Hill, R. M., & King, C. A. (2011). Specific coping behaviors in relation to adolescent depression and suicidal ideation. *Journal of Adolescence*, 34(5), 1077-1085.
- Houston, R. J., Stanford, M. S., Villemarette-Pittman, N. R., Conklin, S. M., & Helfritz, L. E. (2003). Neurobiological correlates and clinical implications of aggressive subtypes. *Journal of Forensic Neuropsychology*, 3(4), 67-87.
- Jobs, D. A., Crumlish, J. A., & Evans, A. D. (2018). The collaborative assessment and management of suicidality versus treatment as usual: A retrospective study with suicidal outpatients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(1), 1-11.
- Johansson, F., Rozental, A., Edlund, K., Côté, P., Sundberg, T., Onell, C., Rudman, A., & Skillgate, E. (2023). Associations between Procrastination and Subsequent Health Outcomes Among University Students in Sweden. *JAMA Network Open*, 6(1), e2249346.
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- Joiner, T. E., Conwell, Y., Fitzpatrick, K. K., Witte, T. K., Schmidt, N. B., Berlim, M. T., ... & Rudd, M. D. (2005). Four studies on how past and current suicidality relate even when "everything but the kitchen sink" is covaried. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(2), 291-303.
- Joiner, T. E., Van Orden, K. A., Witte, T. K., & Rudd, M. D. (2009). *The interpersonal theory of suicide: Guidance for working with suicidal clients*. American Psychological Association.
- Kerkhof, A. J. F. M. (2000). Attempted suicide: Patterns and trends. In K. Hawton & K. van Heeringen (Eds.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 49-64). Chichester: Wiley.
- Kernberg, O. (1992). *Aggression in personality disorders and perversion*. New Haven, CT: Yale UP.
- Kernberg, O. (2009). The concept of the death drive: A clinical perspective. *International Journal of Psychoanalysis*, 90(5), 1009-1023.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. Yale University Press.
- Kernberg, O. F. (2004). *Aggressivity, narcissism, and self-destructiveness in the psychotherapeutic relationship: New developments in the psychopathology and psychotherapy of severe personality disorders*. Yale University Press.
- Khan, M. M. R. (1963). The concept of cumulative trauma. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 18(1), 286-306.

Kierkegaard, S. (1980). *The concept of anxiety: A simple psychologically orienting deliberation on the dogmatic issue of hereditary sin* (R. Thomte, Trans.). Princeton University Press. (Original work published 1844)

King, R. A., Schwab-Stone, M., Flisher, A. J., Greenwald, S., Kramer, R. A., Goodman, S. H., ... & Gould, M. S. (2001). Psychosocial and risk behavior correlates of youth suicide attempts and suicidal ideation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(7), 837-846.

Klassen, R. M., Krawchuk, L. L., & Rajani, S. (2008). Academic procrastination of undergraduates: Low self-efficacy to self-regulate predicts higher levels of procrastination. *Contemporary Educational Psychology*, 33(4), 915-931.

Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *The International Journal of Psychoanalysis*, 27, 99-110.

Klein, M. (1988). *Love, guilt and reparation and other works 1921-1945*. Virago Press. (Orijinal çalışma 1946'da yayımlanmıştır)

Klibert, J., Langhinrichsen-Rohling, J., Luna, A., & Robichaux, M. (2011). Suicide proneness in college students: Relationships with gender, procrastination, and achievement motivation. *Death Studies*, 35(7), 625-645.

Klingsieck, K. B. (2013). Procrastination: When good things don't come to those who wait. *European Psychologist*, 18(1), 24-34.

Kreitman, N. (1976). The coal gas story. United Kingdom suicide rates, 1960-71. *British Journal of Preventive & Social Medicine*, 30(2), 86-93.

Krysinska, K. E. (2003). Loss by suicide: A risk factor for suicidal behavior. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 41(7), 34-41.

Kuo, W. H., Gallo, J. J., & Eaton, W. W. (2004). Hopelessness, depression, substance disorder, and suicidality: A 13-year community-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(6), 497-501.

Kvale, S. (2003). The psychoanalytic interview as inspiration for qualitative research. In P. M. Camic, J. E. Rhodes, & L. Yardley (Eds.), *Qualitative research in psychology: Expanding perspectives in methodology and design* (pp. 275-297). American Psychological Association.

Lacan, J. (1938). *Family complexes in the formation of the individual*. Paris.

Lacan, J. (1992). *The seminar of Jacques Lacan, Book VII: The ethics of psychoanalysis 1959-1960* (J.-A. Miller, Ed.; D. Porter, Trans.). New York: W. W. Norton & Company. (Original work published 1959-1960)

Lacan, J. (1994). *The seminar of Jacques Lacan. Book XI, The four fundamental concepts of Psychoanalysis*. (A. Sheridan, Trans.). London: Penguin Books. (Original work published 1964)

- Lacan, J. (2006). *Écrits: The first complete edition in English* (B. Fink, Çev.). W.W. Norton & Company. (Orijinal çalışma 1966'da yayımlanmıştır)
- Laplanche, J. (1985). *Life and death in psychoanalysis*. Johns Hopkins University Press.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1967). *The language of psycho-analysis*. Hogarth Press.
- Lay, C. H. (1986). At last, my research article on procrastination. *Journal of Research in Personality*, 20(4), 474-495.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Levi, Y., Horesh, N., Fischel, T., Treves, I., Or, E., & Apter, A. (2008). Mental pain and its communication in medically serious suicide attempts: An "impossible situation". *Journal of Affective Disorders*, 111(2-3), 244-250.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage Publications.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., ... & Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 757-766.
- Linehan, M. M., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 971-974.
- Little, M. I. (1960). On basic unity. *International Journal of Psycho-Analysis*, 41, 377-384.
- MacLeod, A. K., Tata, P., Tyrer, P., Schmidt, U., Davidson, K., & Thompson, S. (2005). Hopelessness and positive and negative future thinking in parasuicide. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(4), 495-504.
- Mahler, M. S., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation*. Basic Books.
- Main, M. (2000). The organized categories of infant, child, and adult attachment: Flexible vs. inflexible attention under attachment-related stress. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1055-1096.
- Malick, R., & Griffith, J. L. (2021). Suicide Outside the Frame of Mental Illness: Exploring Suicidal Behaviors in Global and Cultural Contexts. In *Global Mental Health Ethics* (pp. 143-154). Cham: Springer International Publishing.

- Maltsberger, J. T. (2004). The descent into suicide. *International Journal of Psychoanalysis*, 85(3), 653-668.
- Mann, J. J., & Currier, D. (2009). Biological predictors of suicidal behavior in mood disorders. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention* (pp. 335-341). Oxford University Press.
- Mann, J. J., & Malone, K. M. (1997). Cerebrospinal fluid amines and higher-lethality suicide attempts in depressed inpatients. *Biological Psychiatry*, 41(2), 162-171.
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., ... & Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*, 294(16), 2064-2074.
- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 181-189.
- Marsh, I. (2010). *Suicide: Foucault, history and truth*. Cambridge University Press.
- Marttunen, M. J., Aro, H. M., Henriksson, M. M., & Lönnqvist, J. K. (1991). Mental disorders in adolescent suicide: DSM-III-R axes I and II diagnoses in suicides among 13-to 19-year-olds in Finland. *Archives of General Psychiatry*, 48(9), 834-839.
- Marty, P. (1968). A major process of somatization: The progressive disorganization. *International Journal of Psycho-Analysis*, 49, 246-249.
- Maser, J. D., Akiskal, H. S., Schettler, P., Scheftner, W., Mueller, T., Endicott, J., ... & Clayton, P. (2002). Can temperament identify affectively ill patients who engage in lethal or near-lethal suicidal behavior? A 14-year prospective study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(1), 10-32.
- Masterson, J. F. (1976). *Psychotherapy of the borderline adult: A developmental approach*. Brunner/Mazel.
- May, E. D. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A New Theory of Suicide Rooted in the "Ideation- to-Action" Framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 114-129.
- May, R. (1977). *The meaning of anxiety*. W. W. Norton & Company. McDougall, J. (1989). *Theatres of the body: A psychoanalytic approach to psychosomatic illness*. Free Association Books.
- McGirr, A., Paris, J., Lesage, A., Renaud, J., & Turecki, G. (2007). Risk factors for suicide completion in borderline personality disorder: a case-control study of cluster B comorbidity and impulsive aggression. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68(5), 721-729.

- Meltzer, H. Y., Alphas, L., Green, A. I., Altamura, A. C., Anand, R., Bertoldi, A., & Potkin, S. (2003). Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: international suicide prevention trial (InterSePT). *Archives of General Psychiatry*, 60(1), 82-91.
- Merriam, S. B. (2015). *Qualitative research: A guide to design and implementation* (4th ed.). Jossey-Bass.
- Michel, K., & Valach, L. (2001). Suicide as goal-directed action. *Archives of Suicide Research*, 5(3), 185-196.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2nd ed.). Sage Publications.
- Minois, G. (2001). *History of suicide: Voluntary death in Western culture*. Johns Hopkins University Press.
- Minzenberg, M. J., Lesh, T. A., Niendam, T. A., Yoon, J. H., Cheng, Y., Rhoades, R. N., & Carter, C. S. (2014). Control-related frontal-striatal function is associated with past suicidal ideation and behavior in patients with recent-onset psychotic major mood disorders. *Journal of Affective Disorders*, 188, 202-209.
- Mishara, B. L., & Weisstub, D. N. (2016). The legal status of suicide: A global review. *International Journal of Law and Psychiatry*, 44, 54-74.
- Morrow, S. L. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 250-260.
- Nakanishi, M., Endo, K., & Ando, S. (2020). The Basic Act for Suicide Prevention: effects on longitudinal trend in deliberate self-harm with reference to national suicide data for 1996–2014. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1), 163.
- Niederkrotenthaler, T., Voracek, M., Herberth, A., Till, B., Strauss, M., Etzersdorfer, E., ... & Sonneck, G. (2012). Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. *The British Journal of Psychiatry*, 200(3), 234-243.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 133-154.
- O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 73-85.
- Ogden, T. H. (2004). On holding and containing, being and dreaming. *International Journal of Psychoanalysis*, 85(6), 1349-1364.
- Orbach, I. (1994). Dissociation, physical pain, and suicide: A hypothesis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 24(1), 68-79.

- Orbach, I., Mikulincer, M., King, R., Cohen, D., & Stein, D. (2003). Thresholds and tolerance of physical pain in suicidal and nonsuicidal adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), 473-480.
- Orri, M., Paduanello, M., Lachal, J., Falissard, B., Sibeoni, J., & Revah-Levy, A. (2014). Qualitative approach to attempted suicide by adolescents and young adults: The (neglected) role of revenge. *PLoS One*, 9(5), e96716.
- Özcan, C. (2012). Hamlet'in Ufkundaki Gölge. *Tiyatro Eleştirmenliği Ve Dramaturji*, 33-47.
- Özkan, Y. (2016). Dinlerde İntihar, Şehitlik ve Ötanazi. *Siirt Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 3(2), 191-197.
- Palmer, B. A., Pankratz, V. S., & Bostwick, J. M. (2005). The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Archives of General Psychiatry*, 62(3), 247-253.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. Oxford University Press.
- Paris, J. (2002). Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 53(6), 738-742.
- Patton, M. Q. (2014). *Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice* (4th ed.). Sage Publications.
- Phillips, M. R., Li, X., & Zhang, Y. (2002). Suicide rates in China, 1995–1999. *The Lancet*, 359(9309), 835-840.
- Pollock, L. R., & Williams, J. M. G. (2004). Problem-solving in suicide attempters. *Psychological Medicine*, 34(1), 163-167.
- Pompili, M., Amador, X. F., Girardi, P., Harkavy-Friedman, J., Harrow, M., Kaplan, K., ... & Tatarelli, R. (2007). Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. *Annals of General Psychiatry*, 6(1), 10.
- Pompili, M., Girardi, P., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2005). Suicide in borderline personality disorder: a meta-analysis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59(5), 319-324.
- Pompili, M., Serafini, G., Innamorati, M., Dominici, G., Ferracuti, S., Kotzalidis, G. D., ... & Lester, D. (2010). Suicidal behavior and alcohol abuse. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7(4), 1392-1431.
- Pridmore, S., & Jamil, M. Y. (2009). Two models of suicide. *Australasian Psychiatry*, 17(6), 466-471.
- Rice, K. G., Richardson, C. M., & Clark, D. (2012). Perfectionism, procrastination, and psychological distress. *Journal of Counseling Psychology*, 59(2), 288-302.

Rihmer, Z. (2007). Suicide risk in mood disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(1), 17-22.

Rogers, J. R., Bromley, J. L., McNally, C. J., & Lester, D. (2007). Content analysis of suicide notes as a test of the motivational component of the existential-constructivist model of suicide. *Journal of Counseling & Development*, 85(2), 182-188.

Ronningstam, E., Weinberg, I., & Maltzberger, J. T. (2008). Eleven deaths of Mr. K.—Contributing factors to suicide in narcissistic personalities. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 71(2), 169-182.

Rothblum, E. D., Solomon, L. J., & Murakami, J. (1986). Affective, cognitive, and behavioral differences between high and low procrastinators. *Journal of Counseling Psychology*, 33(4), 387-394.

Roussillon, R. (2011). *Primitive agony and symbolization*. Karnac Books. Sartre, J. P. (1943). *Being and nothingness: An essay on phenomenological ontology*. Philosophical Library.

Rudd, M. D. (2006). *The assessment and management of suicidality*. Professional Resource Press.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.

Sayı, I., & Devrimci-Özgüven, H. (2002). Suicide and suicide attempts in Ankara in 1998: Results of the WHO/EURO multicentre study of suicidal behaviour. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 23(1), 11-16.

Schouwenburg, H. C. (2004). Procrastination in academic settings: General introduction. In H. C. Schouwenburg, C. H. Lay, T. A. Pynchyl, & J. R. Ferrari (Eds.), *Counseling the procrastinator in academic settings* (pp. 3-17). American Psychological Association.

Segal, H. (1988). *Introduction to the work of Melanie Klein*. Karnac Books.

Segal, H. (1993). On the clinical usefulness of the concept of death instinct. *The International Journal of Psychoanalysis*, 74, 55-61.

Senécal, C., Koestner, R., & Vallerand, R. J. (1995). Self-regulation and academic procrastination. *The Journal of Social Psychology*, 135(5), 607-619.

Sercan, M. (2019). Kendine kıymanın zaman içindeki yolculuğu. *İntiharı Anlama ve Müdahale* (s. 1- 36). içinde Ankara: Türk Psikiyatri Derneği.

Shneidman, E. S. (1985). *Definition of suicide*. John Wiley & Sons.

Shneidman, E. S. (1993). *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Siever, L. J., & Davis, K. L. (1991). A psychobiological perspective on the personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148(12), 1647-1658.

Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007a). Rebuilding the tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 264-277.

Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007b). Rebuilding the tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 248-263.

Simon, T. R., Swann, A. C., Powell, K. E., Potter, L. B., Kresnow, M. J., & O'Carroll, P. W. (2001). Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(Supplement to Issue 1), 49-59.

Sirois, F. M. (2007). "I'll look after my health, later": A replication and extension of the procrastination–health model with community-dwelling adults. *Personality and Individual Differences*, 43(1), 15-26.

Sirois, F. M. (2023). Procrastination and Stress: A Conceptual Review of Why Context Matters. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(6), 5031.

Sirois, F. M., & Pychyl, T. A. (2013). Procrastination and the priority of short-term mood regulation: Consequences for future self. *Social and Personality Psychology Compass*, 7(2), 115-127.

Sirois, F. M., Melia-Gordon, M. L., & Pychyl, T. A. (2003). "I'll look after my health, later": An investigation of procrastination and health. *Personality and Individual Differences*, 35(5), 1167-1184.

Soloff, P. H., Lynch, K. G., Kelly, T. M., Malone, K. M., & Mann, J. J. (2000). Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: a comparative study. *American Journal of Psychiatry*, 157(4), 601-608.

Spada, M. M., Hiou, K., & Nikcevic, A. V. (2006). Metacognitions, emotions, and procrastination. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(3), 319-326.

Spielrein, S. (1912). Destruction as the cause of coming into being. *Journal of Analytical Psychology*, 39(2), 155-186.

Stack, S., & Wasserman, I. (2011). Religion and suicide: New findings. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 50(4), 719-733.

Stainton, M., Lay, C. H., & Flett, G. L. (2000). Trait procrastinators and behavior/trait-specific cognitions. *Journal of Social Behavior and Personality*, 15(5), 297-312.

- Stanley, B., Brown, G., Brent, D. A., Wells, K., Poling, K., Curry, J., ... & Hughes, J. (2009). Cognitive-behavioral therapy for suicide prevention (CBT-SP): Treatment model, feasibility, and acceptability. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(10), 1005-1013.
- Stead, R., Shanahan, M. J., & Neufeld, R. W. (2010). "I'll go to therapy, eventually": Procrastination, stress and mental health. *Personality and Individual Differences*, 49(3), 175-180.
- Steel, P. (2007). The nature of procrastination: A meta-analytic and theoretical review of quintessential self-regulatory failure. *Psychological Bulletin*, 133(1), 65-94.
- Steel, P., & König, C. J. (2006). Integrating theories of motivation. *Academy of Management Review*, 31(4), 889-913.
- Sun, F. K. (2011). A concept analysis of suicidal behavior. *Public Health Nursing*, 28(5), 458-468.
- Sun, F. K., & Long, A. (2008). A theory to guide families and carers of people who are at risk of suicide. *Journal of Clinical Nursing*, 17(14), 1939-1948.
- Sun, F. K., & Tsao, L. I. (2007). Patients' and nurse' perceptions of reasons why people attempt suicide in Taiwan. *New Taipei Journal of Nursing*, 9, 39-56.
- Sun, F. K., Long, A., & Tsao, L. I. (2007). Patients' and nurse' perceptions of reasons why people attempt suicide in Taiwan. *New Taipei Journal of Nursing*, 9, 39-56.
- Sun, F. K., Long, A., Huang, X. Y., & Huang, H. M. (2008). Family care of Taiwanese patients who had attempted suicide: A grounded theory study. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 53-61.
- Swann, A. C., Dougherty, D. M., Pazzaglia, P. J., Pham, M., Steinberg, J. L., & Moeller, F. G. (2005). Increased impulsivity associated with severity of suicide attempt history in patients with bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162(9), 1680-1687.
- Symonds, R. L., Mackenzie, J. M., & Sims, A. C. P. (2006). Suicide and attempted suicide. In A. C. P. Sims (Ed.), *Symptoms in the mind: An introduction to descriptive psychopathology* (4th ed., pp. 465-486). Edinburgh: Saunders Elsevier.
- Szanto, K., Reynolds, C. F., Conwell, Y., Begley, A. E., & Houck, P. (2003). High levels of hopelessness persist in geriatric patients with remitted depression and a history of attempted suicide. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(1), 126-127.
- Tarrier, N., Taylor, K., & Gooding, P. (2008). Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: a systematic review and meta-analysis. *Behavior Modification*, 32(1), 77-108.

- Tice, D. M., & Baumeister, R. F. (1997). Longitudinal study of procrastination, performance, stress, and health: The costs and benefits of dawdling. *Psychological Science*, 8(6), 454-458.
- Troister, T., & Holden, R. R. (2010). Comparing psychache, depression, and hopelessness in their associations with suicidality: A test of Shneidman's theory of suicide. *Personality and Individual Differences*, 49(7), 689-693.
- Turquet, P. (1975). Threats to identity in the large group. In L. Kreeger (Ed.), *The large group: Dynamics and therapy* (pp. 87-144). London: Constable.
- Uçar, H. (2020). Uzaktan eğitimde akademik erteleme davranışını ve akademik erteleyicileri anlamak. *Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Akademik Bülten*, 2(1), 40-55.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner Jr, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575-600.
- Vermeiren, R., Ruchkin, V., Leckman, P. E., Deboutte, D., & Schwab-Stone, M. (2003). Suicidal thoughts and behaviors in psychiatrically referred and non-referred youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(1), 41-48.
- Verona, E., Patrick, C. J., & Joiner, T. E. (2001). Psychopathy, antisocial personality, and suicide risk. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(3), 462-470.
- Verrocchio, M. C., Carrozzino, D., Marchetti, D., Andreasson, K., Fulcheri, M., & Bech, P. (2016). Mental pain and suicide: A systematic review of the literature. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 108.
- Vijayakumar, L. (2015). Suicide in women. *Indian Journal of Psychiatry*, 57(Suppl 2), S233.
- Vijaykumar, L. (2007). Suicide and its prevention: The urgent need in India. *Indian Journal of Psychiatry*, 49(2), 81-84.
- Volkan, V. D. (2001). Transgenerational transmissions and chosen traumas: An aspect of large-group identity. *Group Analysis*, 34(1), 79-97.
- Volkan, V. D. (2004). *Blind trust: Large groups and their leaders in times of crisis and terror*. Charlottesville, VA: Pitchstone Publishing.
- Watt, J. R. (2004). *From sin to insanity: Suicide in early modern Europe*. Cornell University Press.
- Weiten, W., Lloyd, M. A., Dunn, D. S., & Hammer, E. Y. (2009). *Psychology applied to modern life: Adjustment in the 21st century*. Wadsworth Cengage Learning.
- Wenzel, A., & Beck, A. T. (2008). A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied and Preventive Psychology*, 12(4), 189-201.

Whiteside, S. P., & Lynam, D. R. (2001). The five factor model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30(4), 669-689.

Wilcox, H. C., Conner, K. R., & Caine, E. D. (2004). Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug and Alcohol Dependence*, 76, S11-S19.

Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. International Universities Press.

Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. Tavistock Publications.

World Health Organization. (2012). *Preventing suicide: A global imperative*.

World Health Organization. (2019). *Suicide in the world: Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organization.

Wyder, M., & De Leo, D. (2007). Behind impulsive suicide attempts: Indications from a community study. *Journal of Affective Disorders*, 104(1-3), 167-173.

Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. Basic Books.

Yavuz, A. E. (2009). *Fibromiyalji sendromunda negatif kavramı ve ölüm dürtüsünün izleri: Projektif yöntemler ile değerlendirme* [Yayımlanmamış doktora tezi]. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Yen, S., Shea, M. T., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., ... & Morey, L. C. (2004). Borderline personality disorder criteria associated with prospectively observed suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, 161(7), 1296-1298.

Yıldırım, A., & Şimşek, H. (2016). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri* (10. Baskı). Seçkin Yayıncılık.

Young, K. (2002). Buddhism and suicide: The case of Channa. *Journal of Buddhist Ethics*, 9(1), 147-193.

Young, M. A., Fogg, L. F., Scheftner, W., Fawcett, J., Akiskal, H., & Maser, J. (2012). Stable trait components of hopelessness: Baseline and sensitivity to depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(4), 967-975.

Yuodelis-Flores, C., & Ries, R. K. (2015). Addiction and suicide: A review. *The American Journal on Addictions*, 24(2), 98-104.

Zalsman, G., Brent, D. A., & Weersing, V. R. (2006). Depressive disorders in childhood and adolescence: An overview: Epidemiology, clinical manifestation and risk factors. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 15(4), 827-841.



EKLER

EK A: Etik Kurul Onayı



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Tarih: 26.09.2023

Sayı: 210

Konu: Etik Kurulu İzni

Sayın Aleyna Nevçüvan Kaloş,

Yapmış olduğunuz başvuru Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelenmiş olup Dr. Öğr. Üyesi Pınar Algedik'in danışmanlığında yürüteceğiniz "Psikanalizdeki Ölüm Dürtüsü ve Erteleme Kavramı Bağlamında Bir Sınır Deneyimi Olan İntihar Girişiminin İncelenmesi" başlıklı çalışmanız kurulumuzun 26.09.2023 tarihli toplantısında etik yönden uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof. Dr. Melek Güneş Yavuzer
Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ek: Etik Kurulu Kararı

Güzeltepe Mahallesi, 15 Temmuz Şehitler Caddesi, No:14/12 34060 Eyüpsultan – İSTANBUL
Tel: (0 212)-924-24-44 | Faks: (0 212)-999-78-52
e-mail: etikkurul@halic.edu.tr www.halic.edu.tr

EK B: Onam Formu

Bu araştırma Haliç Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans programında Dr. Öğr. Üyesi Pınar Algedik danışmanlığında, Aleyna Nevçüvan Kaloş tarafından yürütülen yüksek lisans tez çalışmasıdır. Araştırmanın amacı, psikanalizdeki ölüm dürtüsü ve erteleme kavramı bağlamında bir sınır deneyimi olan intihar girişiminin incelenmesidir. Araştırmaya katılım tamamıyla gönüllülük esasına bağlıdır. Cevaplarınız tamamıyla gizli tutulacak ve sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecektir; elde edilecek bilgiler bilimsel yayınlarda kullanılacaktır. Görüşmeler 45 dakika sürecektir. Çalışmada ses kaydı alınmaktadır. Görüşmeler süpervizyon eşliğinde yapılacaktır. Bu sebeple görüşmeler kayıt altına alınacak ve süpervizyon değerlendirmesi sonunda kayıtlar hemen imha edilecektir. Bu çalışma kapsamında vereceğiniz tüm bilgiler süpervizyon görüşmesi haricinde gizli kalacaktır. Çalışmanın tamamlanıp verilerin değerlendirilmesi yapıldıktan sonra görüşme notları imha edilecektir. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın, katılımcıların sağlığı açısından hiçbir risk teşkil etmediği düşünülmektedir. Ancak çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu araştırmada yer almadan önce araştırmanın amacını anlamanız ve kararınızı yapılan bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir.

Eğer araştırma ile ilgili verilen bu bilgiler ya da bu bilgiler dışında sorularınız olursa sorunuz.

İkinci bölüm: (Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Sayın Aleyna Nevçüvan Kaloş'un yürüttüğü Dr. Öğretim Üyesi Pınar Algedik'in danışmanlığını yaptığı Haliç Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Klinik Psikoloji programı tez çalışması dahilinde yapılan bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgileri okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel

amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Psk. Aleyna Nevçüvan Kaloş'a, arayabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

EK C: Sosyodemografik Bilgi Formu

Sosyo-Demografik Bilgi Formu

1.Cinsiyet: Kadın () Erkek () Diğer ()

2.Yaş: _____

3.Eğitim Düzeyiniz? (Son aldığınız diplomaya göre değerlendiriniz)

() İlkokul

() Ortaokul

() Lise

() Üniversite

() Lisansüstü

4.İlişki Durumunuz Nedir?

() Evli

() İlişkim var

() Bekar

5.İş Durumunuz? () Çalışıyorum () Çalışmıyorum

6. Meslek

7.Büyüdüğünüz Aileye Hangisi Uygundur?

() Çekirdek Aile (anne, baba ve/veya kardeşlerin birlikte yaşadığı aile)

() Geniş Aile (Anne, baba, kardeşler, büyükanne, büyükbaba ve diğer birinci derece akrabaların birlikte yaşadığı aile)

() Tek Ebeveynli Aile

() Diğer.....

8.Sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

() Çok kötü

() Kötü

() Orta

() İyi

() Çok iyi

9.Daha önce profesyonel bir psikolojik yardım aldınız mı? () Evet () Hayır

10.Psikiyatrik bir tanı aldınız mı? Tanı nedir?

11.Kaç intihar girişiminiz oldu?

12.İntihar girişimi/girişimlerinizde hangi yöntemleri kullandınız?

13.En son gerçekleşen intihar girişiminiz üzerinden ne kadar zaman geçti?

EK D: Mülakat Formu

1. İntihar fikirlerinin ilk ne zaman ve nasıl geldiği hakkında ne hatırlıyorsunuz? Olası istemler: nasıl hissettiniz? Ruh halin nasıldı? İntihar girişimize dair neler hatırlıyorsunuz, nasıl hissettiniz?
2. Bir önceki dönemden bahsedelim... Ailenizden bahseder misiniz? Olası sorular: Peki ya aile hayatınız? ... ile ilişkiniz hakkında daha fazla bilgi verebilir misiniz?
3. Arkadaşlarınız hakkında bana bir şeyler söyleyebilir misiniz? Muhtemel sorular: akran grubunuz içinde kendinizi nasıl hissediyorsunuz? ... ile ilişkiniz hakkında daha fazla bilgi verebilir misiniz?
4. Gelecekle ilgili düşünceleriniz nasıldı, anlatır mısınız?
5. İntihar girişiminizden sonra ne olduğunu anladığınızda kendinizi nasıl hissettiniz? Muhtemel istemler: bana intihar girişimi anına hakkında daha fazla bilgi verebilir misiniz...?
6. Hayatınızda ne gibi değişiklikler oldu? Olası istemler: aile hayatınızda? Arkadaşların arasında mı? Bu değişikliklere nasıl tepki veriyorsunuz?
7. İntihar girişimi sizin için neyi değiştirdi?
8. İntihar girişimi kararını verdiğinizde ne olacağını düşündünüz? Olası yönlendirmeler:
İnsanların neyi anlayacağını düşündünüz?
Olası genel istemler: Bana bunun hakkında daha fazla bilgi verebilir misiniz? Nasıl hissettin?
- Bunun belirli bir örneğini hatırlayabilir misiniz?
9. İntihara yönelik düşünmeyi ve intihar davranışını siz ve çevreniz nasıl yorumlamıştır?
10. Görevlerinizi/planlarınızı son dakikaya kadar bekletme ya da yapmama durumunuz olur mu? Neden?
11. Erteleme davranışlarınızın üstesinden gelebilmek için neler yapıyorsunuz?
12. Görevleriniz/planlarınızı ertelerken kontrol kaygı etkenini nasıl yorumlarsınız?
13. Akademik hayatınızda da erteleme ya da yapmama davranışı gösterir miydiniz? Bu davranışlarınıza öğretmenlerinizden nasıl tepkiler alırdınız?

ÖZGEÇMİŞ

Ad-Soyad : Aleyna Nevcüvan KALOŞ

ÖĞRENİM DURUMU :

- **Lisans** : 2020, İstanbul Kültür Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Psikoloji
- **Yüksek Lisans** : 2024, Haliç Üniversitesi, Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı.

MESLEKİ DENEYİM VE ÖDÜLLER:

TEZDEN TÜRETİLEN YAYINLAR, SUNUMLAR VE PATENTLER:

DİĞER YAYINLAR, SUNUMLAR VE PATENTLER:

TEZDEN TÜRETİLEN YAYINLAR/SUNUMLAR