



T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EğTİM VE
ARAşTIRMA HASTANESİ

İNTİHAR DAVRANIşI İLE ÜSTBİLİş İLİşKİSİ:
İLK YIL PSİKOZ ÇALIşMASI

Dr. İlke SERTLER
TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2023



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ

İNTİHAR DAVRANIŞI İLE ÜSTBİLİŞ İLİŞKİSİ:
İLK YIL PSİKOZ ÇALIŞMASI

Dr. İlke SERTLER

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Hüseyin GÜLEÇ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2023

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince hem insani ilişkileri hem de profesyonel bilgisi ve akademik başarısı ile bana örnek olan ve yol gösteren, sadece tez döneminde değil, uzmanlık eğitimim boyunca desteğini esirgemeyen, ekibini gerçekten dinleyen ve anlayan, beraber çalışmaktan ötürü kendimi çok şanslı hissettiğim Prof. Dr. Hüseyin Güleç'e öncelikle teşekkürlerimi sunmak isterim.

Tezim ve uzmanlık eğitimimin tüm aşamalarında yol gösterici olan, desteğini esirgemeyen, eğitimi her şeyin üzerinde tutan, yardımseverliği, anlayışı ve içtenliği ile her daim yanımda olan, güven veren, birlikte çalışma fırsatı yakaladığım için çok mutlu olduğum Doç. Dr. Esra Aydın Sünbül'e;

Engin mesleki bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, kendileri ile çalışma fırsatı bulduğum, öğrencileri olduğum için gurur duyduğum değerli hocalarım Prof. Dr. Medine Yazıcı, Prof. Dr. Engin Emrem Beştepe, Doç. Dr. Filiz İzci, Doç. Dr. Bülent Kadri Gültekin, Doç. Dr. Yusuf Özay Özdemir, Doç. Dr. Onur Durmaz, Doç. Dr. Mihriban Dalkıran Durmuş, Doç. Dr. Murat Yalçın, Doç. Dr. Mehmet Fatih Üstündağ, Doç. Dr. Neslihan Akkişi Kumsar ve başhekimimiz Doç. Dr. Sema Baykara' ya;

Rotasyonlarımda bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım başta sayın Prof. Dr. Füsun Mayda Domaç, Prof. Dr. Özalp Ekinci, Öğr. Gör. Dr. İbrahim Adak, Uzm. Dr. Rahşan Karacı, Doç. Dr. Mustafa Ülker, Uzm. Dr. Cemre Yaşöz olmak üzere tüm nöroloji ve çocuk psikiyatrisi ekibine;

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile eğitimime katkıda bulunan, hepsi birbirinden yardımsever başta Uzm. Dr. Sevilay Kunt, Uzm. Dr. Mine Ergelen, Uzm. Dr. Çiğden Küçükali, Uzm. Dr. Alper Baş, Uzm. Dr. Alper Bülbül, Uzm. Dr. Diğdem Göverti, Uzm. Dr. Didem Beşikçi Keleş, Uzm. Dr. Ege Sipahi, Uzm. Dr. Ekin Revşan Parlak, Uzm. Dr. Rıdvan Göçer, Uzm. Dr. Fikret Ferzan Gıynaş, Uzm. Dr. Sümeyye Yasemin Çallı, Uzm. Dr. Yağmur Sever Fidan olmak üzere hastanemizin diğer değerli tüm uzman doktorlarına;

Hastanemizde beraber çalıştığım tüm psikolog, hemşire ekibi, sağlık personeli, sağlık memuru ve güvenlik görevlilerine;

Erenköy'ü evim yapan, çok güzel anılar biriktirdiğim, yanımda oldukları için çok şanslı hissettiğim, desteklerini hiç esirgemeyen, çalışma hayatımı güzelleştiren sevgili eşkıdemlerim Dr. Aylin Evecen, Dr. Görkem Emre Öz, Dr. Çise Cemaller Akgök, Dr. Selda Karakaş, Dr. Merve Sinem Cesur, Dr. Cengiz Gökçe, Dr. Cemre Özdemir, Dr. Meryem Topal, Dr. Ulaş Karavelioğlu, Dr. Damla Çevli başta olmak üzere asistanlık süresi boyunca bana desteğini esirgemeyen tüm asistan arkadaşlarıma ve Akbaytugan servis ekibine;

Fakülte yıllarından bugüne her daim yanımda olan, İzmir'deki ikinci ailem, desteklerini hep hissettiğim canım arkadaşlarım Dr. Çağatay Hasip, Dr. Ezgi Biltekin, Dr. Betül Aytekin ve Dr. Melike Sert 'e;

Lise yıllarından bugüne kadar beraber büyüdüğüm, varlıkları ve sevgileri ile hep şanslı hissettiğim, beni hep destekleyen güzel arkadaşlarım Dr. Gizem Karagöl ve Lütü Öner' e;

Bugünlere gelmemde en büyük emeği olan, maddi ve manevi desteklerini hiç esirgemeyen, bana inanan, hep yanımda olan, hayatımı kolaylaştıran, evlatları olmaktan gurur duyduğum canım annem Nilgöl Sertler ve canım babam Zafer Sertler'e;

Mesleğimi seçerken bana rol model olan, desteğini hep hissettiğim sevgili dayım Dr. Ergün Vijdan'a;

Bugün olduğum insandaki en büyük payın sahibi olan, varlığı, sevgisi, anlayışı, yol göstericiliği ile hayattaki en büyük şansım olan ablam Ezgi Sertler'e;

En içten duygularım ve tüm samimiyetimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. İlke Sertler

İstanbul 2023

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR	vii
TABLolar	viii
ÖZET.....	x
ABSTRACT	xii
1.GİRİŞ VE AMAÇ	15
2.GENEL BİLGİLER.....	18
2.1.ŞİZOFRENİ	18
2.1.1. Tanım ve Tarihçe	18
2.1.2 Epidemiyoloji.....	19
2.1.3 Etiyoloji	19
2.1.4.Tanı Kriterleri.....	20
2.1.5. Prognoz.....	22
2.1.6. Şizofreni ve İntihar	22
2.1.7. Şizofrenide İçgörü ve Umutsuzluk ve İntihar ile İlişkisi.....	27
2.1.8 Şizofrenide Üstbiliş ve İntihar ile İlişkisi	29
3.GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	34
3.1. ÖRNEKLEM	34
3.2.VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	35
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu	35
3.2.2. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS).....	35
3.2.3.Colombia İntihar Şiddeti Derecelendirme Ölçeği (C-İŞDÖ)	36
3.2.4. Üstbiliş Ölçeği (ÜBÖ)	36
3.2.5. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CŞDÖ)	36
3.2.6.Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BİÖ)	37
3.2.7.Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)	37

3.3. İSTATİKSEL ANALİZ.....	37
3.4. ETİK KURUL ONAYI.....	38
4.BULGULAR.....	39
4.1. SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLER	39
4.2. SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİN İNTİHAR DAVRANIŞI İLE İLİŞKİSİ	42
4.3. İNTİHAR DAVRANIŞI OLAN VE OLMAYAN GRUPTA PANSS, C-İŞDÖ, ÜBÖ, BİÖ VE BUÖ ÖLÇEKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	44
4.4. İNTİHAR DAVRANIŞI İLE ÜSTBİLİŞ İLİŞKİSİNE İÇGÖRÜ VE UMUTSUZLUK ETKİSİNİN BAKILMASI	45
4.5. İNTİHAR DAVRANIŞI OLAN GRUPTA ÜSTBİLİŞİN İNTİHAR DAVRANIŞI ALT BOYUTLARI İLE KARŞILAŞTIRILMASI.....	47
5.TARTIŞMA	53
5.1.KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ.....	53
5.2. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN İNTİHAR DAVRANIŞI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ	55
5.3. İNTİHAR DAVRANIŞI OLAN VE OLMAYAN GRUPTA ÜSTBİLİŞ, İÇGÖRÜ VE UMUTSUZLUK İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ.....	56
5.4.İNTİHAR DAVRANIŞI OLAN GRUPTA ÜSTBİLİŞİN İNTİHAR DAVRANIŞI ALT BOYUTLARI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ.....	58
6. KISITLILIKLAR.....	61
7. SONUÇLAR	62
KAYNAKLAR	64
EKLER.....	77

KISALTMALAR

PANSS: Pozitif ve Negatif Sendromlar Ölçeği

CŞDÖ: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği

C-İŞDÖ: Colombia İntihar Şiddeti Derecelendirme Ölçeği

ÜBÖ: Üstbiliş Ölçeği

BİÖ: Beck İçgörü Ölçeği

BUÖ: Beck Umutsuzluk Ölçeği

DSM-5: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, beşinci baskı

TABLÖLAR

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 2. Katılımcıların Klinik Özellikleri

Tablo 3. Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerin İntihar Davranışı ile İlişkisi

Tablo 4. İntihar Davranışı Olan ve Olmayan Grupta PANSS, C-İŞDÖ, ÜBÖ, BİÖ Karşılaştırılması

Tablo 5. İntihar Davranışı Olan ve Olmayan Grupta BUÖ Karşılaştırılması

Tablo 6. İntihar Davranışı Olan ve Olmayan Grupta C-İŞDÖ ile ÜBÖ Korelasyonu

Tablo 7. ÜBÖ ile C-İŞDÖ Arasındaki İlişkiye BİÖ'nün Etkisi

Tablo 8. ÜBÖ ile C-İŞDÖ Arasındaki İlişkiye BUÖ'nün Etkisi

Tablo 9. ÜBÖ, BİÖ ve BUÖ'nün İntihar Davranışına Etkisi

Tablo 10. İntihar Düşünce Şiddeti ile PANSS, C-İŞDÖ, ÜBÖ, BİÖ ve BUÖ Arasındaki İlişki

Tablo 11. İntihar Girişimi Olan ve Olmayan Grupta PANSS, C-İŞDÖ, ÜBÖ, BİÖ ve BUÖ Karşılaştırılması

Tablo 12. Self Mutilasyon ile PANSS, C-İŞDÖ, ÜBÖ, BİÖ ve BUÖ Karşılaştırılması

Tablo 13. Engellenen Girişim ile PANSS, C-İŞDÖ, ÜBÖ, BİÖ ve BUÖ Karşılaştırılması

Tablo 14. Durdurulan Girişim ile PANSS, C-İŞDÖ, ÜBÖ, BİÖ ve BUÖ Karşılaştırılması

Tablo 15. Hazırlayıcı Eylem ve Davranışlar ile PANSS, C-İŞDÖ, ÜBÖ, BİÖ ve BUÖ Karşılaştırılması

Tablo 16. C-İŞDÖ ile PANSS, ÜBÖ, BİÖ ve BUÖ Arasındaki İlişki



ÖZET

Amaç: İntihar, şizofreni hastalarında yaşam beklentisinin azalmasının en yaygın sebebidir. Şizofreni hastalarında intihar risk faktörlerinin tanınması; hasta tedavisini arttırmak ve intihar insidansını azaltmaya yönelik yaklaşımları geliştirmek için hala hayati önem taşımaktadır. Hastalığın başlangıç dönemi, özellikle ilk yıl intihar riski daha fazla bulunmuştur. Psikolojik bozuklukların gelişiminde üstbilişin rolünü açıklayan öz-düzenleyici yürütücü işlev modeli (S-REF); yararsız üstbilişsel inançlara sahip bireylerin istenmeyen bilişsel ve duygusal deneyimlere etkisiz başa çıkma stratejileri ile karakterize bir bilişsel stil geliştirerek yanıt vereceğini öne sürmektedir. Psikotik bozukluklarla ilgili yapılan kısıtlı araştırmalarda, psikoz hastalarının çoğunun, üstbilişsel kapasitede eksiklikler yaşadığı ortaya koyulmuş, olumsuz üstbilişsel inançlar ile intihar riskinin arttığı saptanmıştır. Dolayısı ile intihar davranışı ile üstbilişsel inançlar arasındaki ilişkiyi araştırmak; intihar riskini arttıran bir faktör olarak üstbilişsel değerlendirmenin önemini ortaya koyacaktır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmamız kesitsel bir çalışmadır. Araştırmaya SBÜ Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri klinik ve polikliniğinde Ocak 2023-Nisan 2023 tarihleri arasında psikoz tanısı ile yatarak ve ayaktan tedavi gören ve hastalık semptomları başlangıcından 1 yıldan az süre geçmiş hastalar dahil edilmiştir.

Dahil edilme kriterlerine uyan, araştırma hakkında bilgilendirilen ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 68 hasta çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik veri formu doldurulmuştur. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), Colombia İntihar Şiddeti Derecelendirme Ölçeği (C-İŞDÖ), Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CŞDÖ) uygulanmış; Üstbiliş Ölçeği (ÜBÖ), Beck İçgörü Ölçeği (BİÖ), Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) öz bildirim ölçeği olarak kullanılmıştır.

Bulgular: İntihar davranışı olanlarda patolojik üstbilişsel inançların daha fazla olduğu bulundu ($p<0,05$). İntihar davranışı olan ve olmayanlarda üstbilişin tüm alt ölçeklerinde belirgin fark saptanırken ($p<0,05$), her iki grupta içgörü ve umutsuzluk faktörlerinde anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Üstbilişin intihar davranışı üzerinde

direkt etkisi olduğu, bu etkiye umutsuzluk ve içgörü faktörlerinin aracılık etmediğı ve etki gücünü değıştirmediğı görüldü. Patolojik üstbilişsel inançlar arttıkça intihar riskinin arttığı ortaya koyuldu ($p<0,05$).

Sonuç: Araştırmalarımıza göre; çalışmamız ilk yıl psikoz hastalarında üstbilişin intihar davranışına etkisini ve bu etkinin içgörü ve umutsuzlukla ilişkisini inceleyen ilk çalışmadır. Sonuçlar şizofreni hastalarında patolojik üstbilişsel inançların intihar davranışını arttırdığını ortaya koymaktadır. Bu ilişkinin daha iyi anlaşılabilmesi ve ilişkiye aracılık eden etmenlerin ortaya koyulabilmesi için hastalarda uzunlamasına izlem çalışmalarıyla beraber daha fazla örneklem grubunu içeren araştırmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: İntihar, Psikoz, Şizofreni, Üstbiliş, İçgörü, Umutsuzluk

ABSTRACT

Objective: Suicide is the most common cause of reduced life expectancy in people with schizophrenia. Investigating suicide risk factors for patients with schizophrenia remains vital for the purposes of improving patient care and developing new approaches to reduce suicide incidents. The risk of suicide was found to be higher in the initial stages of the disease, especially in the first year. Self-regulatory executive function model (S-REF), which explains the role of metacognition in the development of psychological disorders, argues that individuals with unhelpful metacognitive beliefs respond to unwanted cognitive and emotional experiences by developing a cognitive style characterized by ineffective coping strategies. A limited number of studies on psychotic disorders has shown that most of the psychotic patients have deficiencies in metacognitive capacity and that the risk of suicide increases with negative metacognitive beliefs. Thus, inquiring into the relationship between suicidal behavior and metacognitive beliefs can demonstrate the importance of metacognitive evaluation as a risk factor.

Materials and Methods: This research is a cross-sectional study. The study includes patients who received inpatient and outpatient treatment for psychosis at the Psychiatry Clinic and Outpatient Clinic of SBU Erenköy Mental Health and Neurological Diseases Training and Research Hospital between January 2023 and April 2023 and whose symptoms have started less than a year ago.

There were 68 patients included in the study who fit the criteria described above, were informed about the study, and voluntarily agreed to participate in the study.

Sociodemographic information forms were filled for the patients participating in the study. Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Colombia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS), and Calgary Depression Scale (CDSS) were applied. Metacognition Questionnaire-30 (MCQ-30), Beck Cognitive Insight Scale (BCIS), Beck Hopelessness Scale (BHS) were used as self-report scales.

Results: Patients with suicidal behavior had a higher rate of pathological metacognitive beliefs ($p<0.05$). While a significant difference was noted in all subscales of metacognition in comparing those with and without suicidal behavior ($p<0.05$), there

was no significant difference in insight and hopelessness factors in both groups ($p>0.05$). It was concluded that metacognition had a direct effect on suicidal behavior, and this effect was not mediated and not influenced by the factors of hopelessness and insight. The study demonstrated that the risk of suicide increases as the pathological metacognitive beliefs increase ($p<0.05$).

Conclusion: Based on our literature review, this study was the first one to examine the effect of metacognition on suicidal behavior and the first one to analyze how this effect is related to insight and hopelessness in first-year psychosis patients. The results indicate that pathological metacognitive beliefs increase suicidal behavior in patients with schizophrenia. In order to understand this relationship better and to expose the factors that mediate the relationship, longitudinal follow-up studies in patients as well as studies with larger sample groups are needed.

Key Words: Suicide, Psychosis, Schizophrenia, Metacognition, Insight, Hopelessness.



1.GİRİŞ VE AMAÇ

İntihar önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre, her yıl dünya çapında yaklaşık bir milyon insan intihar ederek ölmektedir (1). Çalışmalarda intihar girişiminde bulunanların ve tamamlanmış intiharların çoğunluğunda psikiyatrik bir bozukluk bulunduğu bildirilmiştir ve intihara bağlı ölümlerin %13' ü şizofreni ile ilişkili bulunmuştur (2).

Çağdaş araştırma çalışmaları, şizofreni hastalarında yaşam boyu intihar oranının %4 ile %13 arasında olduğunu, modal oranın ise yaklaşık %10 olduğunu göstermektedir. İntihar, şizofreni hastalarında yaşam beklentisinin azalmasına en büyük katkıyı yapan faktördür. Şizofreni hastalarında intihar risk faktörlerinin tanınması; hasta tedavisini arttırmak ve intihar insidansını azaltmaya yönelik yaklaşımları geliştirmek için hala hayati önem taşımaktadır (1). Düzenli takip ve uygun ilaç tedavisine rağmen halen psikoz hastalarında intiharı öngörme ve engelleme konusunda istenilen noktaya ulaşılamamıştır. Hastalığın başlangıç dönemleri, özellikle ilk yıl intihar riski daha fazla bulunmuştur (2). Hastalığın başlangıcında intihar riskinin, sonraki döneme göre iki kat daha fazla olduğunu ortaya koyan pek çok çalışma vardır (3). Erken dönemdeki intihar; hastalık durumunu ve semptomları iyi anlamak, hastalığa yönelik iyi içgörüyeye sahip olmak ve prognoza dair kötü sonuçlara ilişkin inançlarla ilişkilidir (1).

İçgörü, zihinsel bir bozukluktan muzdarip olmanın ve tedaviye ihtiyaç duymanın farkındalığı olarak tanımlanır (4). İntihar riskini arttıran etmenleri ortaya koymak amaçlı yapılan çalışmalarda klinisyenler intihar ile içgörü arasında belirgin bir ilişki olduğunu düşünmektedir. Hastalığının farkında olan hastalarda umutsuzluk duygusu ve kontrolü kaybetme korkusunun intihar için risk oluşturduğunu düşünen çalışmalar ortaya koyulmuştur (2). Birkaç çalışma, ilk atak psikoz hastalarında daha iyi içgörünün intihar düşüncesi ve intihar girişimi ile ilişkili olduğunu gösterirken, diğerleri içgörünün depresyon ve umutsuzluk ile ilişkili olması durumunda intihar riskini etkileyebileceğini belirtmektedir. Umutsuzluk faktörü ortadan kaldırıldığında ise içgörü ile intihar arasında ilişki bulunamamıştır (3,4).

Psikolojik bir süreç olarak üstbiliş; basitçe kişinin kendi bilişi hakkındaki bilişi olarak tanımlanır (5). Üstbiliş; kişinin düşünceleri, duyguları ve eylemleri arasındaki ilişkiler hakkında içgörünün yanı sıra sorunlarla başa çıkma ve çözme yollarını ne zaman ve nasıl uygulayacağını farkındalığını sağlar (6). Psikolojik bozuklukların gelişiminde üstbilişin rolü, öz-düzenleyici yürütücü işlev modeli ile açıklanmaktadır (S-REF). Bu model, yararsız üstbilişsel inançlara sahip bireylerin istenmeyen bilişsel ve duygusal deneyimlere, ruminasyon ve endişe de dahil olmak üzere etkisiz başa çıkma stratejileri ile karakterize bir bilişsel stil geliştirerek yanıt vereceğini öne sürmektedir (7).

Bugüne kadar, üstbilişle ilgili çoğu psikiyatrik çalışma, depresyon, obsesif kompulsif bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğu olan hastalar üzerinde yapılmış ve işlevsel olmayan ve istenmeyen başa çıkma stratejilerinin duygusal işlev bozukluğunu uzattığı; depresyon ve bipolar bozukluk dahil olmak üzere çeşitli psikolojik bozukluklara neden olduğu öne sürülmüştür (8). Major depresyonda görülen intihar davranışının kişinin üstbilişsel inançları ile ilişkili olduğu (9); yine bipolar hastalarla yapılan çalışmada intihar girişimi olan ve olmayan hastaların üstbilişsel inançlarının farklı olduğu, intihar girişimi olan hastaların olmayanlara göre etkisiz başa çıkma stratejilerini daha çok kullandığı gösterilmiştir (8).

Psikotik bozukluklarla ilgili yapılan kısıtlı araştırmalarda, psikoz hastalarının çoğunun, üstbilişsel kapasitede eksiklikler yaşadığı ve bu eksikliklerin işlevsellik için önemli bir engel olduğu düşünülmektedir (10,11). Yapılan meta-analiz çalışmasında, psikozlu yetişkinlerde üstbilişsel işlevdeki eksikliklerin, genel ve sosyal işlevlerin yanı sıra artan negatif, pozitif ve dezorganizasyon semptomları ile birlikte motivasyon azalması da dahil olmak üzere bir dizi zararlı sonuçla bağlantılı olduğunu gösterilmiştir (6). Hutton P. ve arkadaşları (12)'nın psikotik bozuklukta üstbiliş ile intihar ilişkisini açıklamayı hedefleyen çalışmasında, antipsikotik kullanmayan hastalarda; psikotik semptomlar üzerine olumsuz bilişsel değerlendirme ve olumsuz üstbilişsel inançlar aracılığı ile intihar riskinin arttığı saptanmıştır.

Çalışmanın Amaçları: Psikoz tanılı hastalarda; hastalık semptomları başladıktan sonra intihar davranışı olan ve olmayanların üstbilişsel inançlarını karşılaştırmak, intihar ile üstbiliş ilişkisinin içgörü ve umutsuzluktan bağımsız olup olmadığının incelenmesi bu çalışmanın amacıdır.

Araştırma Hipotezleri

- 1) İntihar davranışı olan psikoz hastalarında, intihar davranışı olmayan psikoz hastalarına göre patolojik üstbilişsel inançlarda artış vardır.
- 2) Psikoz hastalarında üstbilişsel inançlar içgörü ve umutsuzluktan bağımsız olarak intihar davranışı ile ilişkilidir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Şizofreni

2.1.1. Tanım ve Tarihçe

Şizofreni; sanrı ve varsanı gibi pozitif semptomlar, duygulanımda sıkışma, sosyal içe çekilme, konuşma miktarında azalma ve düşünce içeriğinde fakirleşme gibi negatif semptomlar; dikkatte, bellekte, yürütücü işlevlerde bozulma gibi bilişsel belirtilerle giden; duygu, düşünce, algılama ve davranışı etkileyen; farklı klinik tablolarla ortaya çıkabilen ruhsal bir bozukluktur (13). Hastalarda kişilerarası ilişkilerde ve mesleki işlevsellikte bozulma, yeti kaybı ve içe kapanmaya yola açan kronik bir hastalıktır (14).

Eski çağ yazılarında şizofrenik türde belirtiler gösteren ruh hastalıklarının tanımlandığı bildirilmekte; 17.yüzyılda Willis'in, 18.yüzyılda Pinel'in bu hastalığı tanıdıklarına ilişkin yazılar bulunmaktadır (15). 18.yüzyılın başında İngiltere'de John Haslam ve George Man'ın; gençlik çağında başlayan, içe çekilme ve düşünce bozulması ile giden ve bir ad veremedikleri iç kökenli (endojen) bir bozukluk olarak aslında şizofreniyi tanımladıkları düşünülebilir (16). 1856'da Morel "Demence Precoce" terimini kullanmış, 1871'de Ewald Hecker "hebefreni" ve 1874'de ise Karl Kahlbaum ilk defa "katatoni"yi tanımlamıştır (15). 1896'da Kraepelin bu iki hastalık tipine paranoid ve basit tipleri de ekleyerek, hepsini "dementia praecox" tanısı altında topladı. Bu tanıya göre hastalıkta erken başlama ve bunama olması gerekiyordu (16). 1911'de Bleuler hastalıkta erken başlama ve bunamanın zorunlu olmadığını göstermiş ve kişinin ruhsal hayatındaki yarılmaya önem vererek "schizophrenia" yani zihin bölünmesi-yarılması adını önererek; hastalığın seyrinde daha çok belirti ve bulgular üzerine yoğunlaşmıştır (16,17).

2.1.2 Epidemiyoloji

Şizofreninin tüm toplumlarda görülme oranı %1 olarak verilmiştir. Ancak son dönemde yapılan araştırmalar şizofreni yaygınlığının tüm toplumlarda aynı olmadığını ve toplumların özelliklerine göre değiştiğini göstermiştir (18). Farklı ülkelerde yapılan araştırmaları derleyen bir sistematik gözden geçirmede; şizofreninin nokta prevalansı %0,46, yaşam boyu hastalanma riski ise %0,7 olarak bildirilmiştir (19). Türkiye’de şizofreni yaygınlığı binde 8 civarındadır, erkeklerde kadınlara göre, kentlerde kırsala göre, göçmenlerde yerlilere göre daha sıktır (20). Ortalama başlangıç yaşı 15-25 yaş arasındadır (21). Kadınlarda başlangıç yaşı daha geç olup, genellikle erkeklere göre daha iyi bir gidiş göstermektedir (16).

2.1.3 Etiyoloji

Şizofreni etiyojisi pek çok araştırmaya konu olmuş ancak hala kesin olarak aydınlatılamamıştır. Hastalığın asıl nedeni bir beyin bozukluğu olarak düşünülse de ortaya çıkışında çevresel, ruhsal ve genetik etkenlerin varlığı bilinmektedir (16). Yapılan çalışmalarda, hastalığın ortaya çıkışında; toplumsal sınıf, ırk, etnik köken, yaş, cinsiyet, aile öyküsü, genetik, otoimmünite, baba yaşı gibi yatkınlık oluşturan özelliklerin de içinde olduğu birden fazla faktörün etkili olduğu ortaya koyulmuştur (20).

Hastalığın ortaya çıkmasında en önemli risk faktörü özellikle birinci derece akrabalarda psikotik bozukluk bulunmasıdır. Birinci derece akrabalarda herhangi bir psikiyatrik hastalık bulunması da şizofreni riskini arttırmaktadır (22). Baba yaşı ile şizofreni arasında bir ilişki bulunduğu dair bulgular bulunmakta, baba yaşı arttıkça özellikle erkek çocuklarda olmak üzere çocuklarda hastalık riski artmaktadır (23).

Annenin gebelik sırasındaki durumu ile çocuktaki şizofreni riski arasında ilişki olabileceği uzun süredir araştırma konusudur (20). Annedeki beslenme yetersizlikleri ve vitamin eksikliklerinin, özellikle sinir sistemi gelişimi ile ilişkili olan D vitamini, B6 vitamini ve folik asit eksikliğinin şizofreniye yol açabileceği öne sürülmektedir (24,25). Gebelikte annenin geçirdiği enfeksiyonlar, maruz kaldığı yaşam olayları ve stres, alkol,

madde ve sigara kullanımının da çocuktaki şizofreni riskini arttırdığı belirtilmektedir (20).

Erken çocukluk döneminde yaşanan olumsuzluklar; ebeveyn kaybı, ebeveyn ayrılığı, fiziksel ve psikolojik ihmal, cinsel, psikolojik, fiziksel istismarın şizofreni ve psikoz riskini arttırdığı çalışmalarla ortaya koyulmuştur (26,27).

Esrar kullanımının şizofreni riskini 2 kat arttırdığı, esrarın sadece şizofreni için değil diğer psikotik bozukluklar için de risk faktörü olduğu; alkol kötüye kullanımının, uyarıcılar, sedatifler ve halusinojenlerin de şizofreni ve psikotik bozukluklarla ilişkili olduğunu bildiren araştırmalar bulunmaktadır (28–30).

Göçün birinci kuşaklarda 2-3 kat, ikinci ve üçüncü kuşaklarda 7-8 kat şizofreni riskini arttırdığı; bu durumun çocukluğun erken yaşlarında başlayan sosyal eşitsizliklerin, sosyoekonomik problemlerin, ayrımcılığın ve dışlanmanın önemli rol oynadığı izlenmiştir (20,31).

2.1.4.Tanı Kriterleri

DSM-V 'e göre şizofreni tanı ölçütleri;

A. Aşağıdaki belirtilerden ikisinden (ya da daha çoğundan) her biri, bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir sürenin önemli bir kesiminde bulunur. Bunlardan en az birinin (1), (2) ya da (3) olması gerekir.

- 1.Sanrılar
- 2.Varsanılar
- 3.Dezorganize konuşma (sık sık konudan sapma gösterme veya anlaşılmaz konuşma)
- 4.Dezorganize davranış veya katatoni
- 5.Silik (negatif) belirtiler (duygusal katılımda azalma ya da kalkışamama)

B. Bu bozukluğun başlangıcından beri geçen zamanın önemli bir kesiminde; iş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi, bir ya da birden çok ana alanda işlevsellik düzeyi, bu bozukluğundan başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altındadır (ya da çocukluk ya da ergenlikte başlamışsa, kişilerarası, okulda ya da işle ilgili işlevsellik, erişilmesi beklenen düzeye erişemez.)

C. Bu bozukluğun süregiden bulguları en az altı ay sürer. Bu altı aylık evde, A tanı ölçütünü karşılayan, en az bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa süreli) belirtileri (açık evre belirtilerini) kapsamalıdır ve ön (prodromal) ve artakalan (reziduel) belirti evrelerini kapsayabilir. Bu bozukluk ön ya da artakalan evreleri sırasında, yalnızca silik (negatif) belirtilerle ya da bu hastalığın A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha çok belirtinin eşik altı biçimleriyle (örn. Yadırganacak denli olağana aykırı inançlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendini gösterebilir.

D. Şizoduygulanımsal (şizoaffektif) bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ya da iki uçlu (bipolar) bozukluk dışlanır, çünkü ya 1) açık evre belirtileriyle eşzamanlı olarak yeğin (major) depresyon ya da mani dönemleri ortaya çıkmamıştır ya da 2) Açık evre belirtilerinin olduğu sırada duygudurum dönemleri ortaya çıkmışsa bile, bunlar hastalığın açık ve artakalan dönemlerinin toplam süresinin az bir kesiminde bulunmuştur.

E. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. Kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

F. Otizm açılımı kapsamında bir bozukluk ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreni tanısı konabilmesi için gerekli diğer belirtilerin yanı sıra belirgin sanrılar ya da varsanılar da en az bir aylık (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir süreyle varsa, ayrıca şizofreni tanısı da konur (32).

2.1.5. Prognoz

Şizofreni değişik gidiş ve sonlanış özellikleri gösteren kronik bir hastalıktır (16). Hastalığın gidiş ve sonlanışını inceleyen araştırmaların bulguları gözden geçirildiğinde; hastalık gidişinin hem aynı hastanın hastalık süreci içerisinde hem de hastalar arasında son derece değişken olduğu izlenmiştir (33).

Hastaneye yatarak tedavi gerektiren ilk psikotik dönemden sonra hastalar tedavi alıyor olsalar bile yaklaşık %35-40 kadarı ikinci bir hastalık dönemi geçirebilmektedir (16). İlk yatarak tedaviden sonraki 5-10 yıllık dönemde hastaların %10-20'sinin iyi bir prognoza sahip olabileceği gösterilmiştir (1,2). Şizofreni hastalarının %20-30 kadarı hayatlarını normal bir şekilde idame ettirebiliyorken, %20-30 kadarı hafif şiddette semptomlarla hayatlarına devam etmekte, %40-60 kadarının ise hayatlarında ağır bozulmalar olmaktadır (14).

Hastalığın gidişi ve sonlanışını önceden kestirmek neredeyse olanaksız olmakla birlikte; bu gidişatı etkilen pek çok faktör ortaya koyulmuştur. Erkek cinsiyet, sinsi ve erken yaşta başlangıç, aile öyküsünün varlığı, bekar olma, şehir merkezinde yaşama, düşük zekâ düzeyi, negatif belirtilerin baskın olması, hastane yatış sayısının fazla olması, tedavisiz geçen zamanın fazla olması, başka psikiyatrik hastalıkların varlığı, ailede duygu dışavurumunun yüksek olması, kötü sosyal destek, üç yıl içinde iyileşme olmaması kötü prognostik faktörler olarak belirlenmiştir (14,16).

2.1.6. Şizofreni ve İntihar

İntihar davranışı; kişinin kendi ölümü veya yaralanması ile sonuçlanabilecek eylemleri, kendini öldürme niyetiyle yapması veya yapmayı düşünmesi olarak tanımlanır. Tamamlanmış intiharlar, intihar girişimleri, intihar niyeti ve intihar düşünceleri “intihar davranışı” başlığı altında incelenmektedir (34).

İntihar önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre, her yıl dünya çapında yaklaşık bir milyon insan intihar ederek ölmektedir (1). İntihar tüm ölümlerin yaklaşık %1,5'ini oluşturur (35). 2012 yılı verilerine göre; intihar dünyada ölüm nedenleri arasında 15.sırada, 15-29 yaş grubunda ise 2.sıradadır (34).

Tamamlanmış intiharlardan daha yaygın olduğuna inanılan (tahmini 10–25:1 oran) intihar girişimlerinin izlenmesi için ulusal veya uluslararası sürveyans sistemleri yoktur (36). İntihar davranışları birbiri ile bağlantılıdır; intihar düşüncesi intihar girişiminin artması ile ilişkidir ve geçmişte intihar girişimi sonraki intihar girişimleri ve intihara bağlı ölüm için en önemli risk faktörüdür (37,38). İntihar kaynaklı ölümlerin yaklaşık %40'ında mevcut önceki girişimlere dair göstergeler vardır (39).

İntihar davranışı riski; kişilik özellikleriyle, özellikle dürtüsel ve saldırgan özelliklerle ilişkilidir. Risk aynı zamanda bilişle, özellikle dezavantajlı karar verme süreçleri, duygusal değişkenlik ve strese tepki bozuklukları ile de ilişkili bulunmuştur (40). İntiharda risk etmenleri WHO tarafından bireysel, ilişkisel, toplumsal, yaşanan çevre ile ilgili ve sağlık sistemi ile ilgili etmenler olarak sınıflandırılmıştır. Ergenler ve ileri yaştakilerde intihar riski diğer yaşlara göre yüksektir (41). Tüm yaş gruplarında intihar eden erkeklerin sayısının kadınlardan fazla olduğu bilinmekle beraber tamamlanmış intiharlar erkeklerde, intihar girişimi sayısı ise kadınlarda fazladır (34). Kişilerin öyküsünde intihar girişiminin bulunması gelecekteki tamamlanmış intihar açısından en önemli risk etmeni olarak ortaya koyulmuştur (42).

İntihar girişiminde bulunanların ve tamamlanmış intiharların çoğunluğunda psikiyatrik bir bozukluk bulunduğu bildirilmiştir (2). Psikiyatrik sorunları olan kişilerde hem intihar davranışı hem de kendini yaralama davranışı riski genel topluma göre fazladır (43). İntihar riski açısından en önemli psikiyatrik tablo duygudurum bozukluklarıdır. Duygudurum bozukluğu olan kişilerde intihar riski topluma göre 20 kat yüksektir (42). İntiharla en güçlü ilişkisi olan anksiyete bozukluğu ise travma sonrası stres bozukluğudur (44). Kişilik bozuklukları arasında borderline ve antisosyal kişilik bozukluklarının intihar riski yüksek olarak saptanmıştır (45). Yine yeme bozukluklarında hem intihar girişimi hem de tamamlanmış intihar sıklığı yüksektir (46).

Şizofreni; intihar riskinin yüksek olduğu psikiyatrik hastalıklardandır (42). Çağdaş araştırma çalışmaları, şizofreni hastalarında yaşam boyu intihar oranının %4 ile %13 arasında olduğunu, modal oranın ise yaklaşık %10 olduğunu göstermektedir (1). Şizofreni hastalarındaki intihar girişimi sonrası tıbbi durumlar ağırdır ve intihar niyeti belirgindir (47).

İntiharların daha çok hastalığın ilk yılında görüldüğü bildirilmiştir (48). Hastalığın erken döneminde, intihar düşüncesi, ortaya çıkan psikotik deneyimlerle ilgili sıkıntı, damgalanma potansiyeli, hastalık ile yaşamının sonuçlarına ilişkin utanç ve korku, gelecekteki bakıma erişme isteğini etkileyen olumsuz akıl sağlığı hizmeti teması potansiyelinden kaynaklanır (3). İntihar riski, hastalığın seyri boyunca devam etse bile intihara bağlı ölümlerin çoğu tedavinin başlamasından sonraki ilk on yıl içinde gerçekleşir ve yaklaşık %50'si ilk iki yıl içinde meydana gelir (49). Tedavinin özellikle ilk yılı, diğer fazlardaki hastalara kıyasla %60 artmış intihar riski ile ilişkili bulunmuştur. İntihar oranının, özellikle genç hastalarda ilk başvurudan sonraki ilk yılda en yüksek olduğunu bildirilmiştir (50).

Tedaviye ilk başvurunun öncesinde intihar davranışı riskinin yüksek olduğuna dair de açık göstergeler vardır. İlk epizod psikoz hastalarının %14-28'inin ilk tedavi temaslarından önce intihar girişiminde bulunduğu kaydedilmiştir (51–53). İlk psikotik epizodun başlangıcı ile tedavinin başlangıcı arasındaki sürede (tedavi edilmeyen psikoz dönemi) hastaların %7-14'ünün intihar girişiminde bulunduğu veya kendine zarar verdiği gösterilmiştir (51,54–56). Daha uzun tedavi edilmemiş psikoz süresinin bu dönemde daha fazla girişimle ilişkili olduğu bulunmuştur (51). Bu durum, tedavi edilmeyen psikoz süresinin kısaltılmasının, ilk tedavinin başlangıcında ciddi intihar davranışı riskini azaltabileceği görüşünü desteklemektedir (57).

Şizofreni hastalarında intihar girişimi yanı sıra self mutilasyon da normal popülasyona göre artmış olarak izlenmiştir (58). Verdoux ve ark. (59) tarafından ilk atak psikoz hastaları ile yapılan iki yıllık takip çalışmasında, hastaların %11,3'ünde self mutilatif davranış varlığı bildirilmiş, self mutilasyonun temel belirleyicileri; ilk başvurudan önce yaşam boyu bir intihar öyküsü, Pozitif ve Negatif Semptom Ölçeğinde (PANSS) daha düşük pozitif puanlar, semptom başladıktan sonra başvuru süresinin uzaması olarak gösterilmiştir. Eşlik eden madde kötüye kullanımı olması ve kötüleşen klinik seyrin de intihar davranışı riskini arttırdığı sonucu bulunmuştur.

Yaşam süresi boyunca, şizofreni hastalarında intihar eğiliminin nedenlerinin tanımlanmasını ve tedavisini zorlaştıran çok çeşitli risk faktörleri ortaya çıkarılmıştır (3). Çalışmalar ve gözlemler; genç yaş, erkek cinsiyet, bekar olma, yalnız yaşama, işsiz olma, zeki olma, iyi eğitilmiş olma, hastalık öncesi iyi işlevselliğe sahip olma, yüksek kişisel beklenti ve umutlara sahip olma, kötü meslek işlevselliğine sahip olma, madde

kötüye kullanımının eşlik etmesi, hastaneden taburculuğu izleyen günler, ateşli silah gibi ölümcül araçlara erişimi olma gibi demografik ve psikososyal faktörlerin şizofreni hastalarında intihar riskini arttırdığını göstermektedir (60–67).

İlk psikotik atak sonrasında intihar riskinin önemli ölçüde arttığı ortaya koyulmuş, şizofreni erken evrelerinde intihar düşüncesinin hızla intihar girişimine dönüştüğü kaydedilmiştir (68). Tedavisiz geçen sürenin fazla olması şizofreni seyrinin erken döneminde yüksek intihar riski ile ilişkili bulunmuştur (51). Hastalık seyrinde yaşanan semptomları farkında olmak, özellikle sanrılar, isteksizliğin ve künt duygulanımın farkında olunması ve hastalığa yönelik olumsuz inançlar yüksek intihar riski ile ilişkilidir (69). Yine daha yüksek düzeyde saldırgan-dürtüsel kişilik özellikleri intihar riskini arttıran etmenler arasındadır (70).

Aktif bir psikotik hastalığın varlığı (yani yüksek düzeyde psikotik semptomlarla birlikte nüksler veya alevlenmeler) da artmış intihar riski ile ilişkilidir. Bununla birlikte, sanrılar veya halüsinasyonlar gibi spesifik psikotik semptomlarla ilişki üzerine yapılan çalışmaların tutarsız bulguları vardır (36). Sanrılardan ziyade halüsinasyonlarla karakterize edilen bir klinik tablonun artmış bir riskle ilişkili olduğuna dair göstergeler mevcut olup, emir veren (komuta) halüsinasyonlarının bir sonucu olarak intihar girişimi ve/ya tamamlanmış intiharlara ilişkin raporlar bulunmaktadır (71–73). Bazı çalışmalar, kişinin psikotik deneyimlerini yorumlama veya değerlendirme biçiminin, intihar davranışını tahmin etmede semptom şiddetinden daha önemli olabileceğini bulmuştur (62,74).

Eşlik eden depresyon ve özellikle geçmiş intihar davranışı öyküsünün intihar davranışı riskine çok önemli etkisi vardır (75). Bir çalışma, depresif semptomların, intihar düşüncesi ve planlarının ve intihar girişimi öyküsünün, şizofreninin erken evrelerinde intihar davranışının en önemli tahmin edicileri arasında olduğunu göstermiştir (52). Diğer çalışmalar da şizofreni hastalarında intihar riskinin duygudurum semptomları, özellikle depresif ruh hali, umutsuzluk ve moral bozukluğu ile ilişkili olduğunu göstermektedir (76).

Bazı gözlemler, antipsikotik ilaçların yan etkilerinin de şizofreni hastalarında intihar eğilimine katkıda bulunabileceğini düşündürmektedir (77). Antipsikotiklerin neden olduğu akatizi, akinezi, geç diskinezi ve antipsikotik ilaçların depresojenik

etkilerinin intihar riskini artırabileceği öne sürülmüştür. İlk epizod psikoz hastaları ile yapılan çalışmalarda akatizi ile intihar eğilimi arasında anlamlı bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir (78,79).

Hastaneye yatışın yine intihar riskini arttıran önemli faktörlerden biri olduğu gösterilmiştir. Hastaneden taburculuk sonrasındaki dönemde intihar davranışının fiilen arttığı, taburculuk sonrası 1 yıla kadar olan dönemin intihar için riskli olduğu bildirilmiştir (80–82).

Şizofreni hastalarında hastalık semptomlarının farkındalığı ve hastalığa yönelik içgörünün intihar riskini arttırıp arttırmadığı önemli bir sorudur. Bu ilişkiyi ortaya koymak üzere yapılan çalışmalarda hastalık farkındalığı ve içgörünün intihar davranışı ile direkt ilişkisi olmadığı, yalnızca umutsuzluğun artan intihar eğilimi ile ilişkili olduğu, farkındalık ve içgörünün artan umutsuzluk hissi üzerinden intihar ile ilişkilendirilebileceği gösterilmiştir (4,83,84). Bourgeois ve ark. (85), başlangıçtaki psikiyatrik durumun farkındalığının, takip süresi boyunca artan intihar olayları riski ile ilişkili olduğunu bildirmiş, bu etkiye depresyon ve umutsuzluk düzeylerinin aracılık ettiğini göstermiştir. Buna karşılık, tedaviyle ilişkili farkındalıktaki iyileşmelerin intihar riskini azalttığı gösterilmiştir.

İntihar, şizofreni hastalarında yaşam beklentisinin azalmasına en büyük katkıyı yapan faktördür. Şizofreni hastalarında intihar risk faktörlerinin tanınması; hasta tedavisini arttırmak ve intihar insidansını azaltmaya yönelik yaklaşımları geliştirmek için hala hayati önem taşımaktadır (1).

Şizofreni hastalığında intihar için bilinen risk faktörlerine rağmen, intihar eğiliminin doğru bir şekilde tahmin edilmesi ve kişiye özel ve etkili tedavinin sağlanması hala sağlanamamıştır. İntihar nedeniyle ölen (n 1/471) veya ölmeyen (n 1/4355) şizofreni hastaları ile ilgili vaka kontrollü bir çalışmada risk tahmininin doğruluğunun yetersiz olduğu gösterilmiştir (86).

Düzenli takip ve uygun ilaç tedavisine rağmen, şizofreni ve psikoz hastalarında intiharı öngörme ve engellemede hala istenilen noktaya gelinebilmiş olması, bizi; intihar riskini öngörebilecek başka etmenlerin varlığını araştırmaya itmiştir.

2.1.7. Şizofrenide İçgörü ve Umutsuzluk ve İntihar ile İlişkisi

Ortak dilde içgörü; birisini veya bir şeyi doğru ve derin bir şekilde anlama kapasitesi olarak tanımlanır. Psikiyatri dilinde ise bu terim; akıl hastası bir kişinin deneyimlerinin dış gerçekliğe dayanmadığını farkına varması anlamında kullanılır (87). Klinik uygulamada içgörü; şizofreni veya psikotik bozukluğa sahip kişinin ruhsal bozukluğunu fark edebilme ve dolayısı ile tedaviye girebilme eğilimini belirlemek için kullanılır (88).

İçgörü birbiriyle örtüşen üç boyutta tanımlanmıştır: bireyin akıl hastalığına sahip olduğunu kabul etmesi, tedaviye uyum, sıra dışı zihinsel olayları patolojik olarak yeniden etiketleme yeteneği (89). İçgörü; üstbiliş ve sosyal biliş gibi üst düzey düşünme becerileri ile de ilişkili görünmektedir. Üstbilişsel ve sosyal bilişsel becerileri yüksek olan bireylerin, akıl sağlığı da dahil olmak üzere yaşam olaylarına anlam verme ve içgörünün temelini oluşturan entegre anlatı hesapları oluşturabilme kapasitesi daha yüksektir (90). Üstbilişsel yetenekleri geliştiren müdahalelerin içgörüyü geliştirdiği yönünde umut verici çalışmalar vardır (88).

Yapılan araştırmalar içgörünün şizofreni hastalarında hastalık gidişatını etkilediğini ortaya koymuştur (91). Yetersiz içgörü şizofreninin yaygın bir özelliğidir; zayıf tedavi uyumuyla ilişkilidir ve dolayısıyla iyileşmenin önünde potansiyel bir engeldir (92). Şizofreni hastalarının %50-80 kadarı herhangi bir bozukluğu olduğuna inanmamaktadır (93). Düşük içgörü düzeyine sahip olan şizofreni hastalarının yaşam kalitesi, sosyal ilişkiler, iş ve mesleki işlevsellik yönünde kötü prognoza sahip olduğu gösterilmiştir (94–96). Düşük içgörü düzeyi tedaviye uyumu azaltacağından nüks etme olasılığında da artışa yol açmaktadır (91). Yüksek içgörü ise daha düşük semptom düzeyleri, daha iyi sosyal işlevsellik ve iş performansı ancak aynı zamanda daha fazla depresyon ve umutsuzluk ile ilişkili bulunmuştur (97–100).

Şizofrenide içgörü hastalığın ilk döneminde daha fazla bozulmaktadır; orta yaşta düzelir, sonra geç yaşta yeniden azalır (101). İçgörünün kazanılması tedavi uyumunu arttıracığından hasta için faydalı olmakla birlikte, hastalığa yönelik içgörünün artışı, beraberinde utanç ve üzüntü duyguları da geliştireceğinden “post-psikotik depresyon” ile ilişkilendirilmiştir (102).

Depresyon ile ilişkinin varlığı iyi içgörünün doğrudan intihar riskini arttırıp arttırmayacağı sorusunu gündeme getirir. Çalışmaların çoğu böyle olumsuz bir ilişkinin olmadığını ortaya koymakla beraber, hastalığın seyri nedeniyle karmaşık sonuçlar ortaya koyulmuştur (103). İçgörü ve intihar arasında tutarsız bir bağlantı olduğuna yönelik bulgular vardır. Bazı araştırmalar daha yüksek içgörünün artan intihar eğilimi ile ilişkili bulurken, bazı araştırmalar düşük intihar eğilimi ile ilişkili bulmuş, bazıları anlamlı bir ilişkili bulamamıştır (104). Yüksek içgörü ile intihar davranışı arasındaki ilişkinin açıklaması; hastalık öncesi uyumu iyi olan ve yüksek içgörüsü olan bireylerin hastalık sonrasında umutsuzluk duygularının gelişmesi ve bilişsel yıkımı fark etmeleri ile ilişkilidir (105,106). Yapılan sistematik literatür taramasında ise; içgörünün intihar üzerinde doğrudan etkilerinden ziyade artan umutsuzluk yolu ile intihar riskini arttırdığı ortaya koyulmuştur (107). İlk atak psikoz hastaları ile yapılan 1 yıllık takip çalışmasında; ilginç bir şekilde, başlangıçta yüksek içgörü intihar eğilimi riskini artırırken, takipte içgörünün riski azalttığı bulunmuştur. Yani hastalık başlangıcından takibe kadar olan sürede içgörüsünü kaybeden hastalar daha sık intihara meyilliysen, içgörü kazanan hastalar takipte daha nadiren intihara meyilli olarak raporlanmıştır (104).

Şizofreni hastalarının genellikle güçlü umutsuzluk duyguları yaşadıkları öz bildirimlerde, vaka incelemelerinde, niteliksel ve niceliksel araştırmalarda belgelenmiştir (108). Şizofrenide umutsuzluğun ortaya çıkmasına neden olan mekanizmalar tam olarak anlaşılamamış olmakla birlikte akıl hastalığına sahip olmak; sosyal olarak reddedilme, sosyal statü ve öz değer kaybı, damgalanma, sosyal ve mesleki işlevsellikte bozulma gibi yaşam kalitesini etkileyen stres faktörlerine sebep olduğu ve bu sebepten kişilerde umutsuzluk hissine neden olduğu düşünülmüştür (109,110).

Şizofreni hastalarında umutsuzluk hissi ile intihar ilişkisi açıktır (107). Depresif semptomların varlığına bakılmaksızın daha yüksek umutsuzluk puanlarının intihar davranışı için önemli bir risk faktörü olduğu ortaya koyulmuştur (111). Şizofreni hastaları genellikle hastaneden taburcu olduktan sonra umutsuzluk ve moral bozukluğu yaşarlar. İyileşme döneminde gelen hastalığa yönelik farkındalık ile birlikte azalan işlevselliklerinin sebep olduğu depresyon, yetersizlik ve umutsuzluk duyguları oluşur. Umutsuzluk ve gelişen içgörünün yaşam boyu intihar riski ile ilişkili olduğu öne

sürülmüştür (112). Bu görüşe göre hastalık öncesi uyum ve içgörü etkileşime girerek depresyona yol açar ve potansiyel olarak intihar davranışı ile sonuçlanır (113).

Genel olarak, psikotik bozukluklarla ilgili inançlar oldukça olumsuz görünmektedir ve özellikle şizofreni, ruhsal bozukluklar arasında en çok damgalanan hastalıklar arasındadır (36). Şizofreni hastaları tahmin edilemez ve tehlikeli kabul edilir; ve şizofreninin seyrine ilişkin karamsar inanışlar hakimdir. Ayrıca, ruhsal bozuklukların farmakolojik tedavileri hakkında olumsuz görüşler yaygındır (114). Çalışmalar, olumsuz hastalık algılarının intihar davranışı ile ilişkili olduğunu göstermektedir (62). Hastalığa yönelik olumsuz inançlar ve içgörü ile intihar davranışı riskinin ilişkili olup olmadığını araştıran bir ilk atak psikoz çalışmasında da hem içgörü hem de olumsuz inançların yüksek düzeylerinin, istatistiksel aracılık veya ölçülülük belirtileri olmaksızın, intihar davranışı üzerinde bağımsız bir olumsuz etkiye sahip olduğu bulunmuş, bu etkinin mevcut depresyon seviyeleri düzeltildikten sonra bile var olduğu gösterilmiştir (51).

2.1.8 Şizofrenide Üstbiliş ve İntihar ile İlişkisi

Biliş; dış dünyanın bilgisi ve değerlendirmelerine atıfta bulunurken, üstbiliş; benliğin yapısı ve bütünlüğü ve kişinin kendi bilişsel süreçleri ile ilgili bilgi ve inançlarını ifade eder (12).

Psikolojik bir süreç olarak üstbiliş; basitçe kişinin kendi bilişi hakkındaki bilişi olarak tanımlanır (5). İnsanların belirli düşünce ve duyguları tanıdığı daha ayrık eylemlerden; niyetlerin, düşüncelerin, duyguların ve olaylar arasındaki bağlantıların bağlamının belirlendiği daha sentetik eylemlere kadar, düşünme hakkında düşünmeyi içeren bir zihinsel faaliyetler yelpazesini temsil eder (115). Bir bakıma bilişsel süreçlerin izlenmesi ve kontrolüne dahil olarak kişinin kendi bilişsel süreçlerini değerlendirmesi ve düzenlemesidir (11). Üstbiliş, zihinselleştirme yapısıyla da ilgilidir ve kendisi ve başkaları hakkında düşünme yeteneği ile karakterize edilir (116). Üstbilişsel faaliyetler, kişilerin kendileri ve başkaları için gelişen ve esnek temsiller oluşturmalarına izin verir ve bu nedenle duygulanım ve davranışı düzenleme yeteneğinde önemli rol oynar (117).

Kişilerin yaşamlarının akışı içinde kendileri ve başkaları hakkında bütünleşik fikirler oluşturmalarını sağlayan üstbilişsel süreçler; bireyin akıl sağlığı sorunları ile birlikte gelebilecek düşünce, duygu, kişilik ve sosyal fırsatlardaki değişimlerin ortaya çıkardığı zorlukları anlamlandırmasında önemli görünmektedir (118). Benzer şekilde deneyimi fark etme ve üzerine düşünme yeteneğinin altında yatan üstbilişsel kapasite, bir kişinin başkalarıyla iş birliği yapması ve kendi topluluğu içinde anlamlı bir bağlantıyı sürdürmenin bir yolunu bulması için gereklidir (119). Üstbiliş; kişinin düşünceleri, duyguları ve eylemleri arasındaki ilişkiler hakkında içgörünün yanı sıra sorunlarla başa çıkma ve çözme yollarını ne zaman ve nasıl uygulayacağını farkındalığını sağlar (6). Sonuç olarak, zihinsel sağlık sorunlarının nihai nedenlerine bakılmaksızın, üstbilişsel süreçlerin iyileşme için gerekli olduğu öne sürülmüştür (120).

Üstbilişin, Semerari ve arkadaşları (121) tarafından 2003 yılında; dört alana sahip olduğu öne sürülmüştür: 1-Kendini yansıtmak (kişinin kendi düşünce ve duygularını anlama yeteneği), 2-Başkalarının zihinlerini anlama (başkalarının düşünce ve duygularını anlama yeteneği), 3-Merkezsizleşme (dünyayı ve başkalarının eylemlerini kendinden bağımsız olarak yorumlama yeteneği) ve 4-Ustalık (psikolojik ve sosyal sorunlara yanıt vermek için ilk 3 alandaki becerileri kullanma becerisi).

Çalışmalar nöral düzeyde çeşitli ilişkilendirme yolları aracılığıyla bir "bilişsel bütünlük" yaratma yeteneği olarak üstbilişin, muhtemelen beynin esas olarak gama bandında ve nörobiyolojik temelleri bilinmeyen diğer frekanslarda EEG senkronizasyonu ile bağlantılı bilgileri entegre etme yeteneğine karşılık geldiğini göstermektedir (122). Bu bağlamda, psikoterapi sırasında belirli öğrenme biçimleri aracılığıyla üstbilişsel yetenekler oluşturmak, muhtemelen beynin bütünleştirici süreçlerini de etkiler. Bu bulgular, çok çeşitli çevresel faktörleri içeren öğrenme ve hafıza süreçlerinin, yeni gen ekspresyonu yoluyla sinaptik bağlantıların gelişimini etkileyebileceğini ve özel bir öğrenme süreci olarak psikoterapinin, beyin fonksiyonlarını, belirli beyin yapılarındaki metabolizmayı ve ayrıca genetik süreçleri spesifik olarak etkileyebileceğini ve değiştirebileceğini kanıtlar niteliktedir (123).

Üstbilişin ayrı ayrı hem duygusal hem bilişsel empatik performans ile ilişkili olduğu, aynı zamanda kişisel sıkıntı düzeyinden etkilendiği ortaya konulmuştur (124). Şizofreni tanılı 58 hasta ile yapılan bir çalışmada; üstbilişin hem bilişsel hem de duygusal empatik performansla önemli ölçüde, pozitif bir şekilde ilişkili olduğu

gösterilmiş, üstbilişin kişisel sıkıntı ile duygusal empatik performans arasındaki ilişkiyi yönettiği, ancak bilişsel empatik performansı düzenlemediği bulunmuştur. Bu ilişki, artan kişisel sıkıntının üstbilişi düşük olanlar için duygusal empati performansını iyileştirdiğini, oysa artan kişisel sıkıntının üstbilişi yüksek olanlar için duygusal empati performansını azalttığını göstermektedir (125).

Üstbilişin psikolojik bozuklukların gelişimindeki rolü, öz-düzenleyici yürütücü işlev modeli ile açıklanmaktadır (self-regulatory executive function model (S-REF)). Öz-düzenleyici işleme, yalnızca dış olayların ve vücuttan gelen sinyallerin önemini değerlendirmekle kalmaz, aynı zamanda düşüncelerin kişisel önemini değerlendirme ve sonraki bilişe rehberlik etme gibi üstbilişsel bir işleve de hizmet eder (126). Bu modele göre; yardımcı olmayan üstbilişsel inançlara sahip bireyler, istenmeyen bilişsel ve duygusal deneyimlere, ruminasyon ve endişe dahil olmak üzere etkisiz başa çıkma stratejileri ile karakterize edilen bir bilişsel stil geliştirerek yanıt vereceklerdir (7). Bu modele göre üstbilişsel inançların birden çok boyutu vardır. Cartwright-Hatton ve Wells üstbilişin psikopatoloji ile ilişkili olduğu düşünülen bu tür beş boyutunu değerlendirmektedir: 1-Endişe hakkında olumlu inançlar boyutu; kişinin endişesini bir problem çözme yöntemi olarak kullanması ile ilgilidir. Birisi stresli bir faaliyetle başa çıkmada endişenin yardımcı olduğunu düşünüyorsa, bu kişinin benzer durumlarda yeniden endişelenmesi daha olasıdır. 2-Kontrol edilemezlik ve tehlike boyutu; insanların düşüncelerinin tehlikeli olduğunu ve kontrol edilmesi gerektiğini düşünceleri ile ilgilidir. 3-Bilişsel güven boyutu; dikkat ve hafızaya olan güveni değerlendirir. 4-Düşünceleri kontrol etme ihtiyacı; bazı olumsuz düşüncelere sahip olmanın doğurabileceği sonuçlardan korkma ile ilgilidir. 5-Bilişsel farkındalık; dikkati düşünce süreçlerine odaklama eğilimidir (8,127).

Bugüne kadar üstbiliş üzerine psikiyatrik çalışmaların çoğu obsesif kompulsif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ve depresyon hastaları üzerinde yapılmıştır (8). İşlevsel olmayan ve istenmeyen başa çıkma stratejilerinin duygusal işlev bozukluğunu uzattığı ve depresyon ve bipolar depresyon dahil olmak üzere çeşitli psikolojik bozukluklara neden olduğu öne sürülmüştür (9,128,129).

Sarısoy ve ark. (9); depresyon hastaları ile yaptıkları çalışmada, üstbilişin “kontrol edilemezlik ve tehlike” ve “düşünceleri kontrol etme ihtiyacı” alt boyut puanlarının hem unipolar hem de bipolar depresyon (BPD) gruplarında sağlıklı kontrollere göre daha yüksek olduğunu bulmuştur. Yine yakın zamanda yapılan bir çalışmada, BPD hastalarının kontrol grubuna göre yardımcı olmayan üstbilişsel inançlar ve düşünce kontrol stratejileri konusunda daha yüksek puanlara sahip olduğu gösterilmiş; üstbilişsel inançların, depresif semptomlardan ve hastalığın başlangıcındaki yaştan etkilendiği görülmüştür (7).

Üstbilişsel eksikliklerin şizofrenide işlevsellik için önemli bir engel olduğu ortaya koyulmuştur (11). Şizofreni hastalarının empati veya daha genel olarak, başkalarının duygularını anlama ve paylaşma yeteneğinde önemli eksiklikler gösterdiği bilinmektedir (130). Lysaker ve ark. (131), sosyal biliş ve üstbilişteki eksikliklerin şizofrenide farklı işlev bozukluklarına yol açtığını bulmuş, bu sebepten şizofreni hastalarında özellikle bilişsel içgörü, kendini yansıtma ve farkındalık gibi yönler olmak üzere üstbiliş çalışmasına artan bir ilgi vardır. Şizofreni hastaları hastalığın hem erken hem de sonraki formlarında üstbiliş becerilerinde eksiklikler yaşarlar (132). Çok sayıda çalışma, üstbilişsel eksiklikleri negatif belirtilerle ilişkilendirmiş; ancak üstbilişin aynı zamanda işlevsel yeterlilik, öznel iyileşme duygusu, damgalanmaya karşı direnç, terapötik ittifak, mesleki işlev ve kişilerarası ilişkiler ile ilişkili olduğu da bulunmuştur (115).

Psikotik bozukluklarla ilgili yapılan kısıtlı araştırmalarda, psikoz hastalarının çoğunun, üstbilişsel kapasitede eksiklikler yaşadığını ve bu eksikliklerin işlevsellik için önemli bir engel olduğu düşünülmektedir (10,11). Lysaker ve ark. (133) tarafından üstbiliş üzerine bir gözden geçirme çalışmasında; üstbilişsel eksikliklerin psikozda geniş ölçüde tespit edildiği ve diğer sosyal ve biyolojik işlevlerin yakın düzenleyicisi olarak hareket edebildiğine dair ayrıntılı kanıtlar ortaya koyulmuştur. Yüksek düzeyde olumsuz üstbilişsel inançlar, psikotik belirti şiddeti ve kronikliği ile ilişkilidir ve bu inançların değiştirilmesi, psikotik belirtilerde iyileşmelere yol açabilir (12,134,135). Yapılan bir metaanaliz çalışmasında, psikozlu yetişkinlerde üstbilişsel işlevdeki eksikliklerin, genel ve sosyal işlevlerin yanı sıra artan negatif, pozitif ve dezorganizasyon semptomları ile birlikte motivasyon azalması da dahil olmak üzere bir dizi zararlı sonuçla bağlantılı olduğunu göstermiştir (6). Metakognitif terapinin PANSS

skorunda iyileşme; yani klinik iyileşme, içgörü gelişmesi ve psikoz için bilişsel ön yargıyı azalttığı ortaya koyulmuştur (136).

Üstbilişin içgörüyü etkileyebileceğini öne süren çalışmalar da vardır (137). Şizofrenide zayıf üstbilişsel performansın içgörü bozukluğu ile bağlantılı olduğu; bu nedenle üstbilişsel eğitimin, klinik sonuçlar üzerinde olumlu bir etkiye sahip olması gereken içgörüyü geliştirebileceği öne sürülmüştür (138). Yine yapılan bir kesitsel çalışmada araştırmaya katılan tüm şizofreni hastalarında üstbilişsel eksiklik saptanmış, üstbilişin dört boyutunun tamamında da düşük düzeyler görülmüş, en çok etkilenen boyut "ustalık" (psikoloji ve sosyal sorunlara yanıt verme becerisi) olarak raporlanmıştır. Sonuç olarak mesleki hareketsizlik, olumsuz semptomatoloji ve düşük içgörü, şizofrenide üstbilişsel eksikliğin yordayıcısı olarak bulunmuştur (10).

Üstbilişin sosyal ve mesleki işlevsellik, kişilerarası iletişim ve içgörü gibi pek çok antite ile bağlantılı olması aklımıza üstbilişsel kapasitedeki eksikliklerin intiharın bir yordayıcısı olup olmayacağı sorusunu getirmektedir. Bipolar hastalarla yapılan çalışmada intihar girişimi olan ve olmayan hastaların üstbilişsel inançlarının farklı olduğu, intihar girişimi olan hastaların olmayanlara göre etkisiz başa çıkma stratejilerini daha çok kullandığı gösterilmiştir (8). Üstbilişin alt komponentlerinden olan endişe ve ruminasyon çeşitli popülasyonlarda intihar ile ilişkilendirilmiştir (12). Bin dokuz yüz yirmi hasta ile yapılan kesitsel bir çalışmada şizofreni hastalarında ruminasyonun artan intihar davranışı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (139). Ancak olumsuz üstbilişsel inançların artan intihar davranışı ile ilişkili olduğu teorik açıklamalarda belirgin bir şekilde yer almamıştır (140). 68 psikoz hastası ile yapılan bir takip çalışmasında (takipte n=49) antipsikotik almayan hastaların, psikotik belirtilere yönelik olumsuz üstbilişsel inançlarının (özellikle kontrol edilemezlik ve tehlike) intihar riskini arttırdığı ortaya koyulmuştur (12).

Şizofrenide üstbiliş ve intihar ilişkisini ele alacak daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır. Şizofreni ve psikoz hastalarında üstbilişin intihar yordayıcı olarak değerlendirilip değerlendirilemeyeceğinin bilinmesinin, hastalarda intiharı öngörme sürecine katkıda bulunacağı açıktır.

3.GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Örneklem

Araştırmamız kesitsel bir çalışmadır. Araştırmaya SBÜ Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri klinik ve polikliniğinde Ocak 2023-Nisan 2023 tarihleri arasında psikoz tanısı ile yatarak ve ayaktan tedavi gören, hastalık semptomları başlangıcından 1 yıldan az süre geçmiş hastalar dahil edilmiştir.

Katılımcılara Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği uygulanmış, ölçek puanı >6 olarak (depresyon var) raporlanan 9 katılımcı araştırmanın dışında tutulmuştur.

Dahil edilme kriterlerine uyan, araştırma hakkında bilgilendirilen ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden; 34 intihar davranışı olan ve 34 intihar davranışı olmayan, toplamda 68 hasta dahil edilmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik veri formu doldurulmuş, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), Colombia İntihar Şiddeti Derecelendirme Ölçeği (C-İŞDÖ), Calgary Depresyon Ölçeği (CŞDÖ) uygulanmış; Üstbiliş Ölçeği (ÜBÖ), Beck İçbörü Ölçeği (BİÖ), Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) öz bildirim ölçeği olarak uygulanmıştır.

Araştırmaya Alınma Ölçütleri

- 1- 18-65 yaş arası olmak
- 2- DSM-V tanı ölçütlerine göre “Şizofreni” veya “BTA (Başka Türü Adlandırılmayan- Atipik) Psikoz” tanı kriterlerini karşılamak
- 3- Hastalık tanı kriterlerini karşılayan semptomların başlamasından itibaren geçen sürenin en fazla 1 yıl olması
- 4- PANSS<70 puan (klinik olarak hastalığın remisyonda) olması
- 5- Okur-yazar olmak
- 6-Araştırmanın amacı ve uygulanacak ölçekler açıklandıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul etmiş olmak

Dışlama Ölçütleri

- 1- Araştırmaya dahil edilme ölçütlerini karşılamamak
- 2- Nörolojik (epilepsi, multiple skleroz, demans, Parkinson vb. motor bozukluklar) ve nöroşirürjik (kafa içi operasyon öyküsü, ciddi kafa travması ve kontüzyon, KİBAS vb.) bir hastalığının olması
- 3- Son 1 yıl içinde alkol-madde kötüye kullanım öyküsünün bulunması
- 4- Kullanılan değerlendirme ölçeklerini anlamamak
- 5- Görüşme ile anlaşılır düzeyde mental retardasyonu veya bilişsel kusuru olmak
- 6- Ek psikiyatrik bozuklukların varlığı
- 7- Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği puanı >6 (depresyon mevcut) olması

3.2. Veri Toplama Araçları

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Bu çalışma için araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Çalışmanın amacına ve hipotezlere yönelik, hastalar hakkında sosyodemografik ve klinik bilgi elde etmeye yönelik 20 maddeden oluşmuştur.

3.2.2. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS)

Şizofrenide belirti şiddetini pozitif belirtiler, negatif belirtiler ve genel psikopatoloji alt ölçekleriyle ölçmeye yarayan, 30 maddelik yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir. Ölçeğin doldurulması hastayla görüşmeye, görüşme sırasındaki gözlemlere ve hastanın çevresindeki kişilerden alınan bilgilere dayanılarak yapılır. Pozitif belirtiler 7 maddeden, negatif belirtiler 7 maddeden ve genel psikopatoloji alt ölçeği 16 maddeden oluşur. Puanlama 1-7 puan (1: Özellik yok, 7: Çok ağır güçlük) arasında yapılmaktadır. Ölçeğin toplam puanı 30-210 arasında değişmektedir. Pozitif, negatif sendrom ve genel psikopatoloji alt ölçeklerinin toplam Cronbach alfa değerleri sırasıyla .75 .77 ve .71 olarak bulunmuştur (141). Ölçeğin Türkçe güvenirlik ve geçerlilik çalışması, Kostakoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (142).

3.2.3.Colombia İntihar Şiddeti Derecelendirme Ölçeği (C-İŞDÖ)

Prof. Dr. Kelly Posner tarafından geliştirilen Columbia Suicide Severity Rating Scale (Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği) intihar düşüncesi, düşüncelerin yoğunluğu, intihar davranışı ve gerçekleşmiş intiharları ve bu girişimlerin ciddiyetini sorgulayan 4 alt ölçekten oluşmaktadır (143). Ölçeğin ilk bölümünde intihar düşüncelerini sorgulayan 5 soru mevcuttur ve bunlara evet/hayır şeklinde cevap verilmesi istenmektedir. 1-5 arası puanlanır. İkinci bölümde bu düşüncelerin sıklığı, süresi, kontrol edilebilirliği, caydırıcı-engelleyici durumların etkisi, intihar düşüncelerinin nedenlerini sorgulayan ve 2-25 puan arası değerlendirme sağlayan sorular mevcuttur. Üçüncü bölümde intihar davranışları sorgulanmaktadır. Dördüncü bölümde ise geçmişte gerçek intihar girişimi varsa bunun ölümcüllük seviyesi 1-5 arası puanlanmaktadır. Cronbach alfa değeri .93 olarak bulunmuştur. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması çocuk ve ergenlerde güneş ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (144).

3.2.4. Üstbilis Ölçeği (ÜBÖ)

Cartwright-Hatton ve Wells tarafından geliştirilen ÜBÖ, kavramsal olarak birbirinden farklı, fakat birbiriyle ilişki içinde olan 5 faktörden oluşmaktadır. Bu 5 faktör, (1) olumlu inanç, (2) bilişsel güven, (3) kontrol edilemezlik ve tehlike, (4) bilişsel farkındalık ve (5) kontrol ihtiyacı şeklindedir (145). Bu faktörleri içeren 5 alt ölçekten ve toplamda 30 sorudan oluşmaktadır. 4'lü likert şeklinde oluşturulmuş olan ölçekten alınan puan 30 ile 120 arasında değişmektedir. Cronbach alfa değeri .72 ile .89 arasında bulunmuştur. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Tosun ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (146).

3.2.5. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CŞDÖ)

Addington ve arkadaşları (1994) tarafından geliştirilmiş, şizofreni hastalarında depresyon yönünde değerlendirme yapmak, depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla kullanılan bir ölçektir (147). Türkçede güvenirlik ve geçerlik çalışmaları Aydemir ve arkadaşları tarafından (2000) yapılmış olan ölçekte cevap sistemi dört likert cevap şeklinde değerlendirilirken, toplamda dokuz maddeden oluşmaktadır. Söz konusu maddeler; depresif duygudurum, umutsuzluk, değersizlik

duygusu, suçlulukla ilgili alınma düşünceleri, patolojik suçluluk, sabah depresyonu, erken uyanma, özkıym ve gözlenen depresyon belirtilerini içermektedir. Cronbach alfa değeri .90 olarak bulunmuştur (148).

3.2.6.Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BİÖ)

Kendini değerlendirme (self reflectiveness) ve kendinden eminlik (self certainty) olarak isimlendirilmiş, iki ana boyutu bulunan ölçek 15 maddeden oluşmakta ve hastalar tarafından doldurulmaktadır (149). Ölçeğin bileşik puanı; kendini değerlendirme puanından kendinden eminlik puanının çıkarılması ile elde edilir. İçgörü kendini değerlendirme kapasitesi arttıkça artış gösterir. Cronbach alfa değeri alt ölçeklerinde .56 ve .50 olarak bulunmuştur. Bu ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Aslan ve diğ. tarafından yapılmıştır (150).

3.2.7.Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)

Beck, Weissman, Lester ve Trexler (1971) tarafından geliştirilmiş, 20 maddeden oluşan, 0-1 arasında puanlanan bir ölçektir (151). Ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması Seber, Dilbaz, Kaptanoğlu ve Tekin (1993) tarafından yapılmış olup bireyin geleceğe yönelik olumsuz beklentilerini belirlemek amacıyla kullanılır. Cronbach alfa değeri .86 olarak bulunmuştur (152).

3.3. İstatiksel Analiz

İstatistiksel analizler IBM SPSS Statistics (Version 21.0. Armonk, NY:IBM Corp) paket programları kullanılarak yapılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu histogram grafikleri ve Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Tanımlayıcı analizler sunulurken ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum değerleri kullanılmıştır. Kategorik değişkenler Pearson Ki Kare Testi ile karşılaştırıldı. Verilerin normal dağılım göstermediği durumlarda 2’li gruplar Mann Whitney U testi ile 2’den fazla gruplar ise Kruskal Wallis testi ile değerlendirildi. Ölçümsel verilerin birbirleri ile analizinde Spearman Korelasyon Testi’nden ve BİÖ ve BUÖ etkilerinin çıkarılarak Ölçümsel verilerin birbirleri ile analizinde ise Parietal

Korelasyon Testi'nden faydalanılmıştır. ÜBÖ, BİÖ ve BUÖ ölçeklerinin intihar düşüncesini etkileme durumları ise Binary Regresyon Analizi ile incelenmiştir. İstatistiksel anlamlılık için toplam tip-1 hata düzeyi %5 olarak kullanılmıştır. P-değerinin 0.05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar şeklinde değerlendirilmiştir.

3.4. Etik Kurul Onayı

Çalışmamız, değerlendirilmek üzere Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na sunulmuş olup, 30.12.2022 tarihindeki toplantıda değerlendirilerek 64 karar numarası ile bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.

4.BULGULAR

4.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler

Katılımcıların sosyodemografik verileri Tablo 1’de incelenmiştir. Katılımcıların 35’i erkek, 33’ü kadın, yaş ortalaması $33,18 \pm 11,00$ olarak saptanmıştır. 11’i ilkokul, 15’i ortaokul, 28’i lise, 12’si üniversite, 2’si yüksek lisans ve üzeri mezunudur. 42’si bekar, 20’si evli, 6’sı boşanmıştır. Katılımcıların 7’si yalnız, 61’i ailesiyle yaşamaktadır. 40 kişi çalışmıyorken, 19 kişi düzenli çalışıyor, 9 kişinin ise düzensiz çalışma hayatı vardır. 4 katılımcıda suç öyküsü, 2 katılımcıda ise geçmiş cezaevi öyküsü bulunmaktadır. Katılımcıların 14’ünde birinci derece yakında psikiyatrik hastalık öyküsü, 4’ünde 2.derece yakınında psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmaktadır. Katılımcıların toplam kardeş sayısı $4,12 \pm 1,94$ olarak bulunmuştur. (Tablo 1)

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

		n	%
Yaş*		33,18±11,00	31 (19-64)
Cinsiyet	Erkek	35	(51,47)
	Kadın	33	(48,53)
Eğitim düzeyi	İlkokul	11	(16,18)
	Ortaokul	15	(22,06)
	Lise	28	(41,18)
	Üniversite	12	(17,65)
	Yüksek.Lisans ve üzeri	2	(2,94)
Medeni hal	Bekar	42	(61,76)
	Evli	20	(29,41)
	Boşanmış	6	(8,82)
	Evet	24	(35,29)
Kimle yaşıyor	Yalnız	7	(10,29)
	Aile	61	(89,71)
Çalışma durumu	Çalışmıyor	40	(58,82)
	Aralıklı çalışıyor	9	(13,24)
	Düzenli çalışıyor	19	(27,94)

(* n yerine ortalama $\pm$ s.s, % yerine medyan verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri(devamı)

		n	%
Suç	Yok	64	(94,12)
	Var	4	(5,88)
Cezaevi	Yok	66	(97,06)
	Var	2	(2,94)
Soy geçmiş	Yok	50	(73,53)
	Var	18	(26,47)
Soy geçmiş kinde	1.derece akraba	14	(77,77)
	2.derece akraba	4	22,22)
Kardeş Sayısı*		4,12±1,94	4 (1-9)

(* n yerine ortalama $\pm$ s.s, % yerine medyan verilmiştir.)

Katılımcıların 10 tanesinde tanı koyulmuş ek tıbbi hastalık bulunmakta (astım, hipertansiyon, epilepsi, anemi, hipotiroidi), 58'inde ise herhangi bir ek tıbbi hastalık bulunmamaktadır. 19 katılımcımız sigara kullanıyorken, 49 katılımcı kullanmamakta, hiçbir katılımcıda alkol kullanımı bulunmamakta, 5 katılımcıda ise geçmişte karışık madde kullanımı öyküsü bulunmaktadır (Madde kullanımı son 1 yıl içerisinde hiçbir katılımcıda yoktur). Katılımcıların hastalık süresi 7,54±4,09 ay, hastane yatış sayısı 1,10±,69 olarak raporlanmıştır. Tüm katılımcıların PANSS puanı 40,03±6,99 olarak bulunmuştur. İntihar davranışı olan 34 ve olmayan 34 hastanın katıldığı çalışmada katılımcıların ortalama intihar düşünce şiddeti (0-25 arasında) 8,29±9,02 olarak saptanmıştır. Katılımcıların 12'sinde intihar girişim öyküsü bulunurken, 23'ünde self mutilasyon, 12'sinde başkası tarafından engellenen girişim, 6'sında kendisi tarafından durdurulan/vazgeçilen girişim, 11'inde hazırlayıcı eylem veya davranış saptanmıştır. Katılımcıların intihar düşüncesi alt parametreleri incelendiğinde 1 kişinin pasif intihar düşüncesi, 1 kişinin aktif intihar düşüncesi, 14 kişinin niyet olmayan belirli yöntem içeren aktif intihar düşüncesi, 4 kişinin niyet olan belirli yöntem içermeyen aktif intihar düşüncesi, 14 kişinin ise niyetli ve planlı aktif intihar düşüncesine sahip olduğu saptanmıştır. Katılımcıların total C-İŞDÖ puanı 11,6±12,16 olarak raporlanmıştır. Katılımcıların ÜBÖ toplam puanı 72,59±16,13(30- 120 puan, puan arttıkça patolojik üstbilişsel inançlar artar) olarak raporlanmıştır.

Kişilerin BİÖ puanları 7,57±4,87 (-18+27 arası, puan arttıkça içgörü artar) olarak bulunmuş, 47 hastada umutsuzluk minimal saptanırken, 18 hastada hafif, 3 hastada ise orta derecede umutsuzluk saptanmıştır. (Tablo 2)

Tablo 2. Katılımcıların Klinik Özellikleri

		n	%
Ek tıbbi hastalık	Yok	58	(85,29)
	Var	10	(14,71)
Sigara	Yok	49	(72,06)
	Var	19	(27,94)
Alkol	Yok	68	(100,00)
	Var	0	(,00)
Madde	Yok	63	(92,65)
	Var	5	(7,35)
Hastalık Süresi(ay)*		7,54±4,09	8 (1-12)
Hastane Yatış sayısı*		1,10±,69	1 (0-5)
PANSS*		40,03±6,99	38 (30-57)
Calgary Depresyon Ölçeği	Depresyon var	0	0
	Depresyon yok	68	(100,00)
İntihar düşüncesi	Yok	34	(50,00)
	Ölme isteği (pasif intihar düşüncesi)	1	(1,47)
	Kendini Öldürme Düşüncesi (aktif intihar düşüncesi)	1	(1,47)
	Niyet olmayan, belirli yöntem içeren aktif intihar düşüncesi	14	(20,59)
	Niyet olan, belirli yöntem içermeyen aktif intihar düşüncesi	4	(5,88)
	Niyetli ve planlı aktif intihar düşüncesi	14	(20,59)
İntihar düşünce şiddeti*		8,29±9,02	4 (0-25)
İntihar girişi	Yok	56	(82,35)
	Var	12	(17,64)
İntihar girişi sayısı*		0,26±,64	0 (0-3)
Self mutilasyon	Yok	45	(66,17)
	Var	23	(33,82)
Self mutilasyon sayısı*		0,66±1,11	0 (0-5)
Engellenen girişim	Yok	56	(82,35)
	Var	12	(17,64)
Engellenen girişim sayısı*		0,21±,48	0 (0-2)
Durdurulan girişim	Yok	62	(91,17)
	Var	6	(8,82)
Durdurulan girişim sayısı*		0±,29	0 (0-1)
Hazırlayıcı eylem	Yok	57	(83,82)
	Var	11	(16,18)
C-İŞDÖ total*		11,6±12,16	6,5 (0-36)
ÜBÖ toplam puan *		72,59±16,13	70,5 (44-102)
Übö Olumlu İnanç*		13,43±4,88	12,5 (6-23)
ÜBÖ Bilişsel Güven*		11,22±4,70	11 (6-24)
ÜBÖ Kontrol Edilmezlik ve Tehlike*		14,57±4,70	14 (6-24)
ÜBÖ Bilişsel Farkındalık*		17,19±2,58	17,5 (10-22)
ÜBÖ Kontrol İhtiyacı*		16,18±3,91	16 (6-24)
BİÖ*		7,57±4,87	9 (-7-17)
BUÖ	Minimal	47	(69,12)
	Hafif	18	(26,47)
	Orta	3	(4,41)
	Şiddetli	0	(,00)

(* n yerine ortalama $\pm$ s.s, % yerine medyan verilmiştir.)

4.2. Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerin İntihar Davranışı ile İlişkisi

İntihar davranışı olmayan, intihar davranışı olan ancak girişimi olmayan ve intihar girişimi olan olmak üzere 3 ayrı grupta sosyodemografik ve klinik özellikler incelenmiştir. Her üç grupta yaş ortalaması benzer bulunmuş, anlamlı fark saptanmamıştır. Katılımcılar arasında intihar davranışı olmayanların 21'i kadın, 13'ü erkek, intihar davranışı olan ama intihar girişimi olmayanların 7'si kadın, 15'i erkek, intihar girişimi olanların ise 5'i kadın, 7'si erkek olarak bulunmuştur.

Eğitim düzeyi intihar davranışı olmayanlarda lise ve üniversite ağırlıklı olarak bulunmuşken, intihar davranışı olup girişimi olmayanlarda ortaokul ve lise, intihar girişimi olanlarda ise ilkokul, ortaokul ve lise olarak raporlanmıştır. Her üç grupta da medeni durumu bekar olanlar ağırlıkta olmasına rağmen evli olan 20 kişinin 13'ünün intihar davranışı olmadığı saptanmıştır. Her 3 grupta aile ile yaşama ve çalışmıyor olma ağırlıktadır.

Sigara, alkol ve madde kullanımında gruplar arasında herhangi bir fark bulunmamıştır. İntihar girişimi olan grupta suç ve cezaevi öyküsü saptanmamışken, intihar girişimi olmayıp intihar davranışı olan ve intihar davranışı olmayanlarda suç ve cezaevi öyküsü açısından bir farklılık saptanmamıştır. Her üç grupta soy geçmiş öyküsü açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır.

İntihar davranışı olmayan katılımcıların 10'unda, intihar davranışı olup girişimi olmayanların 8'inde, intihar girişimi olanların ise 5'inde self mutilasyon saptanmıştır. İntihar davranışı olan ve olmayan grupta self mutilasyon oranları birbirine yakın bulunmuştur. Her üç grupta hastalık süresi ve hastane yatış sayıları arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Sosyodemografik ve klinik verilerin intihar davranışı ile ilişkisinde istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir bulgu saptanmamıştır. (Tablo 3)

Tablo 3. Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerin İntihar Davranışı ile İlişkisi

		İntihar davranışı yok		İntihar davranışı var- Girişim yok		İntihar davranışı var- Girişim var		P
		N=34	%	N=23	%	N=12	%	
Yaş*		34,97±12,28	33 (25-45)	30,18±8,84	27 (23-37)	33,58±10,35	32 (27-38)	0,336
Cinsiyet	Erkek	13	(38,23)	15	(68,18)	7	(58,33)	0,079
	Kadın	21	(61,76)	7	(31,81)	5	(41,66)	
Eğitim düzeyi	İlkokul	5	(14,70)	1	(4,54)	5	(41,66)	0,059
	Ortaokul	5	(14,70)	7	(31,81)	3	(25,00)	
	Lise	13	(38,23)	11	(50,00)	4	(33,33)	
	Üniversite	9	(26,47)	3	(13,63)	0	(,00)	
	Y.Lisans ve üzeri	2	(5,88)	0	(,00)	0	(,00)	
Medeni hal	Bekar	19	(55,88)	17	(77,27)	6	(50,00)	0,257
	Evli	13	(38,23)	3	(13,63)	4	(33,33)	
	Boşanmış	2	(5,88)	2	(9,09)	2	(16,67)	
Kimle yaşıyor	Yalnız	4	(11,76)	1	(4,54)	2	(16,67)	0,498
	Aile	30	(88,23)	21	(95,46)	10	(83,33)	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	23	(67,64)	11	(50,00)	6	(50,00)	0,388
	Aralıklı çalışıyor	2	(5,88)	4	(18,18)	3	(25,00)	
	Düzenli çalışıyor	9	(26,47)	7	(31,81)	3	(25,00)	
Sigara	Yok	27	(79,41)	15	(68,18)	7	(58,33)	0,333
	Var	7	(20,59)	7	(31,81)	5	(41,67)	
Alkol	Yok	34	(100,00)	22	(100,00)	12	(100,00)	***
	Var	0	(,00)	0	(,00)	0	(,00)	
Madde	Yok	32	(94,11)	19	(86,36)	12	(100,00)	0,311
	Var	2	(5,89)	3	(13,64)	0	(,00)	
Suç	Yok	32	(94,11)	20	(90,90)	12	(100,00)	0,560
	Var	2	(5,89)	2	(9,10)	0	(,00)	
Cezaevi	Yok	32	(94,11)	22	(100,00)	12	(100,00)	0,357
	Var	2	(5,89)	0	(,00)	0	(,00)	
Soy geçmiş	Yok	25	(73,52)	16	(72,72)	9	(75,00)	0,990
	Var	9	(26,48)	6	(27,28)	3	(25,00)	
Self mutilasyon	Yok	24	(70,58)	14	(63,63)	7	(58,33)	0,709
	Var	10	(29,42)	8	(36,37)	5	(41,67)	
Hastalık süresi(ay)*		7,85±4,12	9 (4-12)	7,05±4,15	7 (3-12)	7,58±4,19	8 (4-11,5)	0,794
Hastane yatış sayısı*		1,06±,49	1 (1-1)	0,95±,58	1 (1-1)	1,5±1,17	1 (1-1,5)	0,257

Ki-Kare Testi, Kruskal Wallis Testi

(* n yerine ortalama $\pm$ s.s, % yerine medyan verilmiştir.)

4.3. İntihar Davranışı Olan ve Olmayan Grupta PANSS, C-İŞDÖ, ÜBÖ, BİÖ VE BUÖ Ölçeklerinin Karşılaştırılması

Bulgular incelendiğinde her iki grubun PANSS puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,712$). Grupların ÜBÖ toplam puanları karşılaştırılmıştır. İntihar davranışı olan grupta patolojik üstbilişsel inançların çok daha fazla olduğu saptanmıştır ($p<0,001$), ölçek alt boyutlarının incelenmesinde; olumlu inanç ($p<0,001$), bilişsel güven ($p<0,001$), kontrol edilmezlik ve tehlike ($p<0,001$), kontrol ihtiyacı ($p<0,001$) ve bilişsel farkındalık ($p<0,001$) alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Grupların içgörü düzeyleri karşılaştırılmış, ancak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0.916$). (Tablo 4)

Tablo 4. İntihar Davranışı Olan ve Olmayan Grupta PANSS, C-İŞDÖ, ÜBÖ, BİÖ Karşılaştırılması

	İntihar Davranışı				p
	Yok		Var		
	Ort±ss	Medyan (IQR)	Ort±ss	Medyan (IQR)	
PANSS	39,74±7,18	38 (35-44)	40,32±6,89	38 (35-47)	0,712
C-İŞDÖ	0,65±1,15	0 (0-1)	22,56±7,18	21,5 (17-28)	<0,001
ÜBÖ toplam	59,56±7,45	59 (56-63)	85,62±11,08	84,5 (80-95)	<0,001
ÜBÖ Olumlu İnanç	9,74±2,65	10 (7-12)	17,12±3,65	17,5 (14-19)	<0,001
ÜBÖ Bilişsel Güven	8,18±2,98	6 (6-10)	14,26±4,10	14 (12-18)	<0,001
ÜBÖ Kontrol Edilmezlik	11,38±2,88	11,5 (9-14)	17,76±3,95	18 (15-20)	<0,001
ÜBÖ Bilişsel Farkındalık	16,41±2,56	16,5 (15-18)	17,97±2,39	18 (17-20)	0,003
ÜBÖ Kontrol İhtiyacı	13,85±2,70	13,5 (12-16)	18,5±3,54	18,5 (16-22)	<0,001
BiÖ	7,62±5,08	8,5 (5-11)	7,53±4,73	9 (5-11)	0,916

Mann Whitney U Testi

İntihar davranışı olan ve olmayan grubun BUÖ 'leri karşılaştırılmış ancak anlamlı fark bulunamamıştır ($p=0,198$) (Tablo 5)

Tablo 5. İntihar Davranışı Olan ve Olmayan Grupta BUÖ Karşılaştırılması

		İntihar Davranışı				p
		Yok		Var		
		n	%	n	%	
BUÖ	Minimal	24	(51,06)	23	(48,94)	0,198
	Hafif	10	(55,56)	8	(44,44)	
	Orta	0	(,00)	3	(100,00)	
	Şiddetli	0	(,00)	0	(,00)	

Ki-Kare Testi

4.4. İntihar Davranışı ile Üstbiliş İlişkisine İçgörü ve Umutsuzluk Etkisinin Bakılması

İntihar davranışı olan, olmayan ve tüm grupta C-İŞDÖ ve ÜBÖ arasındaki ilişki Spearman ve Partial korelasyon testleri ile incelenmiştir. Spearman korelasyon testine göre intihar davranışı olan ve total grupta C-İŞDÖ ile ÜBÖ arasında aynı yönlü ilişki vardır. Kısmi Korelasyonda BİÖ ve BUÖ kontrol altına alınarak C-İŞDÖ ve ÜBÖ arasındaki ilişki incelenmiştir ve Spearman Korelasyon testi ile benzer sonuçlar bulunmuştur. (Tablo 6)

Tablo 6. İntihar Davranışı Olan ve Olmayan Grupta C-İŞDÖ ile ÜBÖ Korelasyonu

		C-İŞDÖ					
		İntihar davranışı yok		İntihar davranışı var		Total grup	
		r	p	r	p	r	p
ÜBÖ toplam	Spearman Corr	0,280	0,109	0,437	0,010	0,821	<0,001
	Partial Corr	0,337	0,059	0,427	0,015	0,834	<0,001

Spearman Korelasyon ve Partial Korelasyon

Üstbiliş (ÜBÖ) ölçeğinin C-İŞDÖ ‘ye etkisinde içgörü (BİÖ) skorunun aracılık etkisi incelenmiştir ve indirekt olarak bir etkisi olmadığı görülmüştür (Tablo 7).

Tablo 7. ÜBÖ ile C-İŞDÖ Arasındaki İlişkiye BİÖ'nün Etkisi

BİÖ	Effect	se	t	p	LLCI	ULCI	c-cs
Total effect	,6271	,0515	12,1716	,0000	,5242	,7299	,8317
Direct effect	,6266	,0519	12,0803	,0000	,5230	,7302	,8312
İndirect effect (s)	,0004	,0071			-,0227	,0177	

Üstbiliş (ÜBÖ) ölçeğinin C-İŞDÖ ölçeğine etkisinde umutsuzluk (BUÖ) skorunun aracılık etkisi incelenmiştir ve indirekt olarak bir etkisi olmadığı görülmüştür. (Tablo 8)

Tablo 8. ÜBÖ ile C-İŞDÖ Arasındaki İlişkiye BUÖ'nün Etkisi

BUÖ	Effect	se	t	p	LLCI	ULCI	c-cs
Total effect	,6271	,0515	12,1716	,0000	,5242	,7299	,8317
Direct effect	,6396	,0522	12,2537	,0000	,5354	,7439	,8484
İndirect effect (s)	-,0125	,0154			-,0499	,0084	

ÜBÖ toplam, BİÖ ve BUÖ toplam skorlarının intihar davranışı varlığına etkileri tek tek (univariate) ve üçlü olarak etkisi incelenmiştir. Tek başına ÜBÖ toplam skorundaki bir birimlik artış intihar davranışı varlığını 0,25 kat arttırırken, üç skorun birlikte etkisi incelendiğinde ise yine ÜBÖ toplam skorunda anlamlılık bulunmuş olup ÜBÖ deki bir birimlik artış intihar davranışı varlığını 0,26 kat arttırmaktadır. (Tablo 9)

Tablo 9. ÜBÖ, BİÖ ve BUÖ 'nun İntihar Davranışına Etkisi

	Univariate					Multivariate				
	B	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)		B	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
				Lower	Upper				Lower	Upper
ÜBÖ toplam	,251	<0,001	1,286	1,142	1,448	,260	<0,001	1,297	1,145	1,469
BİÖ	-,004	,940	,996	,903	1,099	-,076	,426	,927	,768	1,118
BUÖ	,377	,392	1,458	,615	3,454	-,438	,693	,645	,073	5,671

Binary Logistic Regresyon Analizi

4.5. İntihar Davranışı Olan Grupta Üstbilişin İntihar Davranışı Alt Boyutları ile Karşılaştırılması

İntihar davranışı olan grupta intihar düşünce şiddeti ile üstbiliş ilişkisine bakılmıştır. Hastaların intihar düşünce şiddeti ile patolojik üstbilişsel inançları (ÜBO toplam) arasında aynı yönlü ilişki bulunmuştur. Patolojik üstbilişsel inançlar arttıkça intihar düşüncesinin şiddeti de artmaktadır ($p<0,05$). Üstbiliş ölçeğinin alt boyutlarına bakıldığında; “kontrol edilmezlik ve tehlike” ve “kontrol ihtiyacı” alt boyutlarında intihar düşünce şiddeti ile anlamlı korelasyon bulunmuştur($p<0,05$). Diğer alt boyutlarda anlamlı fark saptanmamıştır.

İntihar düşünce şiddeti arttıkça C-İŞDÖ totali yani intihar riski belirgin olarak artış göstermiştir ($p<0,001$). Yine PANSS ölçek puanları ile intihar düşüncesi şiddeti pozitif korelasyon göstermiştir ($p<0,05$). BİÖ ve BUÖ ile intihar düşünce şiddeti arasında ilişki saptanmamıştır. (Tablo 10)

Tablo 10. İntihar Düşünce Şiddeti ile PANSS, C-İŞDÖ, ÜBÖ, BİÖ ve BUÖ Arasındaki İlişki

İntihar davranışı = Var	İntihar Düşünce Şiddeti	
	r	p
PANSS	0,373	0,030
C-İŞDÖ	0,969	<0,001
ÜBÖ toplam	0,371	0,031
ÜBÖ Olumlu İnanç	0,217	0,218
ÜBÖ Bilişsel Güven	0,118	0,506
ÜBÖ Kontrol Edilmezlik	0,364	0,034
ÜBÖ Bilişsel Farkındalık	-0,084	0,638
ÜBÖ Kontrol İhtiyacı	0,404	0,018
BİÖ	0,117	0,511

Spearman Korelasyon Testi

Tablo 10. İntihar Düşünce Şiddeti ile PANSS, ÜBÖ, BİÖ ve BUÖ Arasındaki İlişki Devamı

İntihar davranışı = Var	BUÖ								p
	Minimal		Hafif		Orta		Şiddetli		
	Ort±ss	Medyan (IQR)	Ort±ss	Medyan (IQR)	Ort±ss	Medyan (IQR)	Ort±ss	Medyan (IQR)	
İntihar düşünce şiddeti	17,26±4,93	16 (13-23)	14,5±5,13	13 (10,5-20)	17±2,65	18 (14-19)	0	0	0,339

Ki-Kare Testi

İntihar davranışı olan grupta geçmiş intihar girişimi olan ve olmayanların PANSS, C-İŞDÖ total, ÜBÖ toplam puan, ÜBÖ alt ölçekleri, BUÖ ve BİÖ ölçekleri karşılaştırılmıştır. Geçmişte intihar girişimi olan hastaların C-İŞDÖ totali anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.001$). Geçmiş intihar girişimi öyküsünün intihar riskini anlamlı şekilde arttırdığı gösterilmiştir. Her iki grupta PANSS, ÜBÖ, BİÖ ve BUÖ karşılaştırılmasında anlamlı fark bulunmamakla beraber; ÜBÖ “kontrol ihtiyacı” alt boyutu değerlendirilmesinde, intihar girişimi olan kişilerde “kontrol ihtiyacı” alt boyutunun anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). (Tablo 11)

Tablo 11. İntihar Girişimi Olan ve Olmayan Grupta PANSS, C-İŞDÖ, ÜBÖ, BİÖ, BUÖ Karşılaştırılması

İntihar davranışı = Var		İntihar Girişimi				p
		Yok		Var		
		Ort±ss	Medyan (IQR)	Ort±ss	Medyan (IQR)	
PANSS		38,86±6,07	37 (34-40)	43±7,75	40,5 (37-50)	0,082
C-İŞDÖ		18,41±4,75	18,5 (15-20)	30,17±3,74	30 (26,5-33,5)	<0,001
ÜBÖ toplam		83,59±12,55	83,5 (77-95)	89,33±6,69	87 (84,5-95)	0,134
ÜBÖ Olumlu İnanç		16,64±3,27	17 (14-18)	18±4,26	18 (14-22,5)	0,245
ÜBÖ Bilişsel Güven		14,41±4,73	14,5 (12-18)	14±2,76	13,5 (12,5-15)	0,786
ÜBÖ Kontrol Edilmezlik		16,82±4,32	17 (14-19)	19,5±2,50	19 (17,5-22)	0,070
ÜBÖ Bilişsel Farkındalık		18,14±2,62	18 (17-20)	17,67±1,97	18 (18-18)	0,655
ÜBÖ Kontrol İhtiyacı		17,59±3,40	18 (15-21)	20,17±3,30	21 (18,5-22,5)	0,037
BİÖ		7,45±5,08	8,5 (5-11)	7,67±4,23	9 (5,5-11)	0,826
BUÖ *	Minimal	14	(60,87)	9	(39,13)	0,769
	Hafif	6	(75,00)	2	(25,00)	
	Orta	2	(66,67)	1	(33,33)	
	Şiddetli	0	(,00)	0	(,00)	

Mann Whitney U Testi, Ki-Kare Testi

(*Ort±ss yerine n, medyan yerine % verilmiştir.)

İntihar davranışı olan grupta self mutilasyonun üstbiliş ile ilişkisine bakılmış ve ÜBÖ toplam puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Self mutilatif girişimi olanların olmayan göre patolojik üstbilişsel inançları daha fazla olduğu istatistiksel olarak gösterilmiştir. Diğer ölçekler ve ÜBÖ alt boyutlarında anlamlı fark bulunmamıştır. (Tablo 12)

Tablo 12. Self Mutilasyon ile PANSS, C-İŞDÖ, ÜBÖ, BİÖ, BUÖ Karşılaştırılması

İntihar davranışı = Var		Self Mutilasyon				p
		Yok		Var		
		Ort±ss	Medyan (IQR)	Ort±ss	Medyan (IQR)	
PANSS		39,76±5,74	38 (37-41)	41,23±8,60	38 (34-49)	0,915
C-İŞDÖ		21,57±6,78	23 (16-27)	24,15±7,79	20 (19-33)	0,311
ÜBÖ toplam		83±10,49	83 (78-88)	89,85±11,09	90 (86-98)	0,041
ÜBÖ Olumlu İnanç		16,52±3,50	17 (14-18)	18,08±3,82	18 (15-22)	0,317
ÜBÖ Bilişsel Güven		13,81±4,24	14 (12-15)	15±3,92	16 (13-18)	0,262
ÜBÖ Kontrol Edilmezlik		17,52±3,41	18 (15-19)	18,15±4,83	19 (17-23)	0,413
ÜBÖ Bilişsel Farkındalık		17,52±2,79	18 (15-19)	18,69±1,38	18 (18-20)	0,242
ÜBÖ Kontrol İhtiyacı		17,62±3,43	18 (16-20)	19,92±3,38	21 (18-22)	0,059
BİÖ		7,57±4,25	8 (5-11)	7,46±5,61	9 (7-11)	0,774
BUÖ*	Minimal	12	(52,17)	11	(47,83)	0,205
	Hafif	7	(87,50)	1	(12,50)	
	Orta	2	(66,67)	1	(33,33)	
	Şiddetli	0	(,00)	0	(,00)	

Mann Whitney U Testi, Ki-Kare Testi

(*Ort±ss yerine n, medyan yerine % verilmiştir.)

Tablo 13. Engellenen Girişim ile PANSS, C-İŞDÖ, ÜBÖ, BİÖ, BUÖ Karşılaştırılması

İntihar davranışı = Var		Engellenen girişim				p
		Yok		Var		
		Ort±ss	Medyan (IQR)	Ort±ss	Medyan (IQR)	
PANSS		39,41±6,62	37,5 (34-47)	42±7,35	39,5 (37-46,5)	0,218
C-İŞDÖ		20,09±6,23	19 (16-26)	27,08±6,79	28,5 (23-32)	0,008
ÜBÖ toplam		84,55±12,15	84 (78-95)	87,58±8,95	87 (83,5-93)	0,448
ÜBÖ Olumlu İnanç		16,91±3,79	17 (14-19)	17,5±3,50	18 (15,5-19,5)	0,624
ÜBÖ Bilişsel Güven		14,23±4,53	14 (12-18)	14,33±3,34	14,5 (12-17)	0,828
ÜBÖ Kontrol Edilmezlik		17,45±3,96	18 (15-20)	18,33±4,05	18,5 (16-22)	0,562
ÜBÖ Bilişsel Farkındalık		18,09±2,54	18 (17-20)	17,75±2,18	18 (17,5-18)	0,602
ÜBÖ Kontrol İhtiyacı		17,86±3,62	18 (15-21)	19,67±3,23	20 (17,5-22)	0,158
BİÖ		7,05±5,47	8,5 (5-11)	8,42±2,94	9 (6,5-11)	0,898
BUÖ*	Minimal	14	(60,87)	9	(39,13)	0,406
	Hafif	5	(62,50)	3	(37,50)	
	Orta	3	(100,00)	0	(,00)	
	Şiddetli	0	(,00)	0	(,00)	

Mann Whitney U Testi, Ki-Kare Testi

(*Ort±ss yerine n, medyan yerine % verilmiştir.)

İntihar davranışı olan grupta engellenen girişim ile üstbiliş ilişkisine bakılmış, anlamlı ilişki bulunamamıştır. Engellenen girişimi olan hastaların C-İŞDÖ totali engellenen girişimi olmayan hastalara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Engellenen girişimlerin intihar riskini arttıran önemli bir faktör olduğu söylenebilir. (Tablo 13)

İntihar davranışı olan grupta durdurulan girişimin üstbilişsel becerilerle ilişkisine bakılmış, herhangi bir ilişki saptanamamıştır. Durdurulan girişimlerle diğer ölçekler arasında da anlamlı ilişki bulunamamıştır (Tablo 14).

Tablo 14. Durdurulan Girişim ile PANSS, C-İŞDÖ, ÜBÖ, BİÖ, BUÖ Karşılaştırılması

İntihar davranışı = Var		Durdurulan Girişim				p
		Yok		Var		
		Ort±ss	Medyan (IQR)	Ort±ss	Medyan (IQR)	
PANSS		41,07±7,03	38,5 (36,5-47,5)	36,83±5,31	35,5 (33-37)	0,077
C-İŞDÖ		22,32±7,71	19,5 (16,5-29)	23,67±4,13	24,5 (20-26)	0,571
ÜBÖ toplam		85,96±10,79	85,5 (80,5-94,5)	84±13,37	81 (71-98)	0,635
ÜBÖ Olumlu İnanç		17,64±3,37	18 (15-20)	14,67±4,23	13,5 (11-17)	0,056
ÜBÖ Bilişsel Güven		13,89±3,90	14 (12-17)	16±4,94	16 (12-18)	0,414
ÜBÖ Kontrol Edilmezlik		17,82±4,15	18 (15,5-20,5)	17,5±3,21	18 (15-19)	0,768
ÜBÖ Bilişsel Farkındalık		17,89±2,44	18 (17-19,5)	18,33±2,34	18 (17-21)	0,852
ÜBÖ Kontrol İhtiyacı		18,71±3,46	19 (16-22)	17,5±4,09	17,5 (13-21)	0,468
BİÖ		7,11±4,84	8,5 (5,5-11)	9,5±3,94	11,5 (5-12)	0,125
BUÖ*	Minimal	19	(82,61)	4	(17,39)	0,721
	Hafif	7	(87,50)	1	(12,50)	
	Orta	2	(66,67)	1	(33,33)	
	Şiddetli	0	(,00)	0	(,00)	

Mann Whitney U Testi, Ki-Kare Testi

(*Ort±ss yerine n, medyan yerine % verilmiştir.)

İntihar davranışı olanlarda hazırlayıcı eylem ve davranışların üstbiliş ile ilişkisine bakılmış, anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. C-İŞDÖ totali ile hazırlayıcı eylem arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Hazırlayıcı eylemlerin intihar riskini belirgin derecede arttırdığı söylenebilir. (Tablo 15)

Tablo 15. Hazırlayıcı Eylem ve Davranışlar ile PANSS, C-İŞDÖ, ÜBÖ, BİÖ, BUÖ Karşılaştırılması

İntihar davranışı = Var		Hazırlayıcı Eylem ve Davranışlar				p
		Yok		Var		
		Ort±ss	Medyan (IQR)	Ort±ss	Medyan (IQR)	
PANSS		39,87	±6,58	38,00	35,00	0,684
C-İŞDÖ		19,57	±5,85	19,00	15,00	0,001
ÜBÖ toplam		84,87	±11,11	84,00	80,00	0,568
ÜBÖ Olumlu İnanç		16,91	±3,52	17,00	14,00	0,603
ÜBÖ Bilişsel Güven		14,04	±3,99	14,00	12,00	0,971
ÜBÖ Kontrol Edilmezlik		17,22	±4,11	18,00	15,00	0,346
ÜBÖ Bilişsel Farkındalık		18,00	±2,63	18,00	17,00	0,676
ÜBÖ Kontrol İhtiyacı		18,70	±3,31	19,00	16,00	0,644
BİÖ		7,00	±4,65	8,00	5,00	0,117
BUÖ*	Minimal	15	(65,22)	8	(34,78)	0,210
	Hafif	7	(87,50)	1	(12,50)	
	Orta	1	(33,33)	2	(66,67)	
	Şiddetli	0	(,00)	0	(,00)	

Mann Whitney U Testi, Ki-Kare Testi

*(*Ort±ss yerine n, medyan yerine % verilmiştir.)*

İntihar davranışı olanlarda C-İŞDÖ ile patolojik üstbilişsel inançların korelasyonuna bakılmış ve istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. ÜBÖ toplam puanı arttıkça C-İŞDÖ totalinin de arttığı yani patolojik üstbilişsel inançlar arttıkça intihar riskinin arttığı ortaya koyulmuştur($p<0,05$).

ÜBÖ alt boyutlarına bakıldığında, “kontrol edilmezlik ve tehlike” ile “kontrol ihtiyacı” alt boyutları ile intihar riski arasında aynı yönlü ilişki bulunmuştur. ($p<0,05$). C-İŞDÖ ile PANSS, BUÖ, BİÖ arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. (Tablo 16)

Tablo 16. C-İŞDÖ ile PANSS, ÜBÖ, BİÖ, BUÖ Arasındaki İlişki

İntihar davranışı = Var	C-İŞDÖ	
	r	p
İntihar düşünce şiddeti	0,969	<0,001
PANSS	0,335	0,053
ÜBÖ toplam	0,437	0,010
ÜBÖ Olumlu İnanç	0,221	0,209
ÜBÖ Bilişsel Güven	0,172	0,330
ÜBÖ Kontrol Edilmezlik	0,411	0,016
ÜBÖ Bilişsel Farkındalık	-0,053	0,768
ÜBÖ Kontrol İhtiyacı	0,433	0,010
BİÖ	0,128	0,470

Spearman Korelasyon Testi

İntihar davranışı = Var	BUÖ								p
	Minimal		Hafif		Orta		Şiddetli		
	Ort±ss	Medyan (IQR)	Ort±ss	Medyan (IQR)	Ort±ss	Medyan (IQR)	Ort±ss	Medyan (IQR)	
C-İŞDÖ	23,39±7,13	23(18-30)	19,75±8,17	17,5(13,5-28,5)	23,67±4,04	26(19-26)	0	0	0,492

Ki-Kare Testi

5.TARTIŞMA

Bu çalışma; psikotik bozukluklardaki önemli bir sorun olmaya devam eden intihar davranışını anlamaya yönelik yürütüldü. Epidemiyolojik olarak riskin fazla olduğu bu bozukluğun ilk yılında olan bireylerde; bu dönemde etkin olduğu tarafımızca öngörülen üstbiliş boyutunun ne derecede ve ne şekilde ilişkide olduğu incelenmek istendi. Bilgilerimize göre bu bağlantı üzerinden yürütülen ilk çalışmadır.

5.1.Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin İncelenmesi

Şizofrenide hastalık başlangıç yaşının 20-25 arası olduğu bilinmektedir (16). Literatürde sadece birinci yıl psikoz hastaları üzerinden yapılan ayrı bir çalışma bulunmamakta; ancak ilk epizod psikoz hastaları alınarak yapılan bir metaanaliz çalışmasında yaş ortalamasının 20 ile 35 arasında değiştiği görülmektedir (153). Çalışmamızda katılımcıların yaş ortalaması 33,18 olarak saptanmış olup başlangıç yaşı düşünüldüğünde; grup yaşının ileri ancak yapılan çalışmalara göre literatürle uyumlu olduğu görülmüştür. Bu çalışmalarda tedavi arayışı, tedavisiz geçen süre ve ilaç kullanımının olmayışının bazen ayrı bazen birbiri yerine kullanılan konular olduğu görülmüş, çalışmamızda bu durum ortak kullanım hali seçilmiştir. Bu durum kısıtlılıkta belirtilmektedir. Çalışmamızın yürütülmüş olduğu hastanenin bölge referans hastanesi olması nedeniyle; damgalanma korkusunun aracılık ettiği sonradan tercih edilmenin beklenen bir durum olması ile birlikte katılımcılar arasında ilk atak psikoz oranının %66,17 olması, zamanla ihmal edilebilir durumda olduğunu göstermektedir.

Şizofreni hastalarında erkek cinsiyet, düşük eğitim düzeyi, çalışmıyor olma, bekar olma ve aile ile yaşama oranlarının yüksek olduğu bilinmektedir. Bu durumun prodromal dönem ve hastalık süreci içinde oluşan işlevsel ve sosyal yeti yitimine bağlı olarak eğitim ve meslek hayatının sekteye uğraması, evlilikten kaçınılması ve sosyal destek ihtiyacının fazla olması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür (153,154). Çalışmamızda literatüre uyumlu şekilde düşük eğitim düzeyi, düşük mesleki işlevsellik,

bekar olma ve aile ile yaşamanın ağırlıkta olduğu görülmüştür. Ancak kadın ve erkek cinsiyet oranlarının birbirine benzer olduğu saptanmıştır. Bu durumun çalışmaya alınan hastaların genel popülasyondan değil yatan hastalardan oluşmasına bağlı olabileceği düşünülmüştür.

Ailesinde şizofreni hastalığı bulunan kişilerde şizofreni gelişme riski %10 olarak belirtilmiştir (155). Şizofreni hastalarında ailede herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü varlığının ise %15-%49 oranları arasında değiştiği izlenmiştir (156–158). Çalışmamızda soygeçmiş öyküsünün varlığı literatür ile uyumlu şekilde %26,47 olarak raporlanmıştır.

Şizofreni hastalarında yaşam boyu intihar oranının %4 ile %13 arasında değiştiği, modal oranın ise %10 olduğu bilinmektedir (1). Ancak literatürde yapılan ilk atak psikoz çalışmalarında, hastaların özellikle ilk yıllarında intihar riskinin arttığı ve tedaviye başvuru öncesinde %14 ile %28 gibi değişen oranlarda intihar girişiminin bulunduğu ortaya koyulmuştur (51–53,58). Çalışmamızda katılımcıların intihar girişimi %17,64 olarak bulunmuş olup ilk atak psikoz hastaları ile yapılan çalışmalara benzer oran elde edilmiştir. Bu bulgumuz çalıştığımız grupta intihar olgusunun önemini ve hala bu konu üzerinden neden çalışma yürütülmesi gerektiğini gösteren ilk dışsal destek olarak gösterilebilir.

Şizofreni hastalarında self mutilasyonun normal popülasyona göre daha fazla olduğu bildirilmiş, yapılan ilk atak psikoz hastaları ile takip çalışmasında self mutilasyon oranı %11,3 olarak bulunmuştur (56,59). Çalışmamızda katılımcılar arası self mutilasyon %33,82 gibi yüksek bir oranda bulunmuştur. Bu bulgu; emosyonel regülasyon bozukluğu, dürtüsellik gibi bu bozuklukta yer alabilecek çekirdek özelliklere bağlı bir durumla ilişkili olabilir. Kimlik ve/ya kendiliğin tam gelişmesine engel bir hastalık olan psikotik süreçlerde; intiharın eşleniği olarak daha fazla düşünülen kendine zarar verme davranışı, aslında intihar oranlarının daha yüksek olabileceğini düşündürmektedir. Bu yönüyle başka çalışmalarla desteklenmesi, daha farklı/büyük ve uzunlamasına desenli olarak araştırılması gerektiğini göstermektedir.

Lysaker ve ark. (133) tarafından üstbiliş üzerine yapılan bir gözden geçirme çalışmasına göre; psikoz hastalarında daha yüksek patolojik üstbilişsel inançların saptandığı bilinmektedir. Şizofreni ve bipolar hastalar ve sağlıklı kontroller ile yapılan

ve üstbilişleri karşılaştıran bir araştırmada, şizofreni hastalarına ÜBÖ uygulanmış ve toplam puan ortalama 66,38 olarak saptanmıştır (159). Çalışmamızda hastalarının ÜBÖ toplam puanı 72,59 olarak raporlanmıştır. Literatüre yakın olmakla beraber toplam puanın yüksek olması, şizofreni hastalarında üstbiliş ile intihar ilişkisi üzerinde daha fazla çalışma yapılmasını desteklemektedir. ÜBÖ alt boyutlarının ortalama puan değerleri de yine literatürle uyumlu bulunmuştur.

Şizofreni ve şizoafektif bozukluk tanılı 20 hasta ile yapılan çalışmada BİÖ değeri 9.0 ± 7.3 olarak bulunmuş, psikotik bozukluklarda bilişsel içgörünün düşük olduğu saptanmıştır (160). Yine hastalarda hastalığa yönelik içgörü ile de ilişkili olarak umutsuzluğun yüksek olduğu bilinmektedir. Yüz iki şizofreni hastası ile yapılan çalışmada BUÖ total skor ortalama 7.21 olarak raporlanmıştır (161). BUÖ için 7.21 puan hafif umutsuzluk değerine karşılık gelmektedir. Çalışmamızda katılımcıların içgörü puanları literatüre uyumlu bulunmakla beraber, umutsuzluk ölçekleri ağırlıklı olarak minimal düzeyde bulunmuştur. Umutsuzlukla ilgili bu durumun, çalışmada ölçülen üstbiliş ölçeğinin sağlıklı değerlendirilebilmesi için hastaların tedavi altında ve remisyonunda olmaları seçildiği için olabileceği düşünülmüştür.

5.2. Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin İntihar Davranışı ile İlişkisinin İncelenmesi

Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özelliklerine bakılmış ve bunların intihar davranışı ile ilişkisine intihar davranışı olmayan, intihar davranışı olan ancak girişimi olmayan ve intihar girişimi olan olmak üzere üç grup altında bakılmıştır.

İntihar riskinin genç yaş, erkek cinsiyet, bekar olma ile arttığı bilinmektedir (60–63). Çalışmamızda her üç grupta yaş ortalamaları ve bekar olma arasında anlamlı fark bulunamamış, ancak intihar davranışı ve intihar girişimi olan grupta erkek cinsiyetin daha fazla olduğu izlenmiştir. Eğitimli olmanın intihar riskini arttırdığı bilinmekle beraber (64); çalışmamızda intihar davranışı ve girişimi olanlarda istatistiksel olarak anlamlı olmayan şekilde eğitim düzeyi daha düşük bulunmuştur. Bu durumun, çalışmaya alınan grupta genel eğitim düzeyinin düşük olması ve/ya eğitim düzeyinin artışının sosyal ve mesleki işlevselliği artırması üzerinden intihar riskini azaltmasına

bağlı olabileceği düşünülmüştür. Her üç grupta bekar olma ağırlıklı olmasına rağmen evlilerde intihar davranışı oranının düşük olduğu saptanmıştır ve bulgular literatürü desteklemektedir.

Hastaneye yatışın yine intihar riskini arttıran önemli faktörlerden biri olduğu ve hastalığın ilk yılında intihar girişimlerinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (48,80). Çalışmamızda hastane yatış sayısı ortalama 1, hastalık süresi de ortalama 8 ay olarak raporlanmış olup, gruplar arasında homojen dağılım göstermiştir.

5.3. İntihar Davranışı Olan ve Olmayan Grupta Üstbiliş, İçgörü ve Umutsuzluk İlişkisinin İncelenmesi

Daha önce üstbiliş ve intihar ilişkisine depresyon ve bipolar gibi psikiyatrik bozukluklarda bakılmış olmasına rağmen; literatürde kendi araştırmalarımıza göre direkt olarak psikoz ve şizofreni hastalarında bu ilişkiye bakılan sadece bir çalışmaya rastladık. Hutton ve arkadaşları (12) 'nın yaptıkları çalışmada; son 6 aydır herhangi bir antipsikotik tedavi almayan 68 şizofreni hastası dahil edilmiş, 9 ve 18 aylık izlemleri yapılmış, intihar düşüncesi ile olumsuz üstbilişsel inançların ve semptomların ilişkisine bakılmıştır. İntihar düşüncesi ile olumsuz üstbilişsel inançlar arasında hem başlangıçta hem de 9 ve 18. aylarda belirgin korelasyon saptanmıştır. Başlangıçtaki negatif üstbilişsel inançların, antipsikotik almayan psikozlu hastalarda intihar düşüncelerindeki sonraki artışlarda bir yordayıcı olduğu düşünülmüştür.

Aadahl ve arkadaşları (162) 'nın yaptıkları çalışmada; psikiyatrik hastalık tanısı olan 24 kişi çalışmaya dahil edilmiş (katılımcılardan sadece ikisi psikotik bozukluk tanılı), depresyon ve umutsuzluk gibi intihar için bilinen risk faktörleri kontrol altında tutularak, intihar düşüncesi ile intihar düşüncesine yönelik üstbilişsel inançlar arasında ilişkiye bakılmıştır. İntihar düşüncesine yönelik olumlu ve olumsuz üstbilişsel inançlar intihar düşüncesi ile ilişkili bulunurken, ÜBÖ ve alt ölçekleri ile intihar düşüncesi arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Bunun örneklem sayısı azlığı ile ilişkili olabileceği vurgulanmıştır.

Çalışmamız araştırmalarımıza göre; psikoz hastalarında, klinik olarak remisyonda iken üstbiliş ile intihar davranışı ilişkisini araştıran ilk çalışmadır. İntihar davranışının şizofreni ve psikoz hastalarında ilk bir yılda daha fazla görülmesi (48) sebebiyle çalışmamız birinci yıl psikoz çalışması olarak tasarlanmıştır. İntihar davranışı olanlarda, intihar davranışı olmayanlara göre patolojik üstbilişsel inançların daha fazla olduğu, üstbilişin tüm alt boyutlarında da bu ilişkinin varlığı saptanmıştır. Bulgular bu hipotezimizi doğrulamaktadır.

Literatürde umutsuzluk faktörünün depresif semptomlardan bağımsız olarak intihar davranışı ile direkt ilişkisinin olduğu ortaya koyulmuştur (111). Ancak içgörü ile intihar davranışı arasında tartışmalı çalışmalar bulunmaktadır. Bazı araştırmalarda yüksek içgörünün artan intihar davranışı ile ilişkili olduğu ortaya koyulmuşken, bazı araştırmalarda düşük intihar davranışı ile ilişkili olduğu bulunmuş, bazısında ise ilişki saptanmamıştır (104). Yapılan literatür taramalarında yüksek içgörünün artan umutsuzluk faktörü üzerinden intihar davranışı ile ilişkili olduğu, direkt etkisi olmadığı ortaya koyulmuştur (105–107).

Üstbilişsel işlevlerin de içgörü ve umutsuzlukla ilişkili olduğu, özellikle zayıf üstbilişsel performansın içgörü azlığı ile ilişkilendirilebileceğini öne süren çalışmalar vardır (137). Yüz yirmi iki psikoz hastası ile yapılan bir çalışmada; üstbiliş terapisi alan grubun kontrol grubuna göre içgörü ölçeklerinde belirgin iyileşme sergilediği izlenmiştir (163). Patolojik üstbilişsel inançların intihar davranışı üzerine etkisinde içgörü ve umutsuzluk faktörlerinin rol oynayıp oynamadığına bakılan çalışmamızda; aracı değişken analizinde üstbiliş ve intihar davranışı ilişkisine umutsuzluk ve içgörü faktörleri aracılık etmemiş, bu faktörler sabit tutulduğunda patolojik üstbilişsel inançların intihar davranışındaki artışı direkt olarak etkilediği ortaya koyulmuştur. Umutsuzluk faktörünün aracı olmaması şaşırtıcı olmakla birlikte çalışmaya alınan grubun tedavi altında ve remisyonda olmasının umutsuzluğu azalttığı söylenebilir. Bu sonuç, üstbiliş ile intihar arasındaki direkt ilişkinin varlığını göstermektedir.

5.4.İntihar Davranışı Olan Grupta Üstbilişin İntihar Davranışı Alt Boyutları ile İlişkisinin İncelenmesi

Çalışmamız, intihar davranışı olan grupta intihar düşünce şiddeti ile patolojik üstbilişsel inançlar arasında doğrusal yönde bir ilişki olduğunu göstermiştir. Üstbiliş ölçeğinde “kontrol edilemezlik ve tehlike” ve “kontrol ihtiyacı” alt boyutlarında intihar şiddeti ile belirgin ilişki saptanmış, bu alanlarda patolojik üstbilişsel inançlar arttıkça intihar düşünce şiddetinin arttığı gösterilmiştir. Literatürde Sarısoy ve arkadaşları (9) ‘nın depresyon ve üstbiliş üzerine yaptıkları çalışmada, bipolar ve unipolar depresyon hastalarında sağlıklı kontrollere göre özellikle “kontrol edilemezlik ve tehlike” ve “kontrol ihtiyacı” alt boyutlarında yüksek puanlar saptanmıştır. Psikoz hastaları ile yapılan üstbiliş ve intihar davranışı ilişkisi çalışmasında da yine “kontrol edilmezlik ve tehlike” alt boyutunun özellikle intihar riskini arttırdığı ortaya koyulmuştur (12). Bulgularımız literatürü desteklemekle birlikte, üstbilişin bu iki alt boyutunun intihar davranışını ön görmede oldukça önemli olduğunu vurgulamaktadır.

İntihar davranışı olan grupta, geçmiş intihar girişimi öyküsünün C-İŞDÖ ile doğrusal yönde bir ilişki gösterdiği, dolayısıyla intihar riskini anlamlı olarak arttırdığı gösterilmiştir. Literatürde geçmiş intihar girişimlerinin sonraki intihar davranışını arttıran en önemli faktör olduğuna dair pek çok çalışma vardır (37–39). Bulgularımız literatürü desteklemektedir.

İntihar girişimi öyküsü ile üstbilişsel inançlar toplam puanı arasında anlamlı ilişki bulunmamakla beraber, intihar girişimi olanlarda “kontrol etme ihtiyacı” alt boyutunun anlamlı olarak yüksek olduğu izlenmiştir. İntihar eğilimi olan ve olmayan majör depresyon hastalarının üstbilişsel inançlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada; majör depresyonun ana belirtilerinden biri olan intihar davranışının üstbilişsel inançlardan etkilenebileceği, özellikle “bilişsel güven” ve “kontrol etme ihtiyacı” alt ölçeklerinde farklılıklar olduğu ortaya koyulmuştur. İntihar girişiminde bulunan hastaların düşüncelerini kontrol etmeleri gerektiğine inandıkları ve bunu yapamamanın bir zayıflık olduğuna inandıkları, hafızalarına ve bilgilerine daha az güvendikleri görülmüştür (164). Bulgularımız literatür ile uyumlu olarak intihar girişimi olan hastaların düşüncelerine daha fazla odaklanabilecekleri, düşüncelerini kontrol edemediklerinde cezalandırılacakları şeklinde yorumladıkları söylenebilir.

Çalışmamızda intihar davranışı olan grupta self mutilasyonun patolojik üstbilişsel inançlarla doğrusal yönde ilişki gösterdiği bulunmuştur. Patolojik üstbilişsel inançlar arttıkça self mutilatif davranışlar da artmaktadır. Araştırmalarımıza göre alanyazında direkt olarak bu ilişkiyi ortaya koyan herhangi bir çalışma bulunmamakla beraber, patolojik üstbilişsel inançlara sahip olan hastalarda düşünceleri kontrol etme ihtiyacının ve kontrol edemediklerinde cezalandırılmaları gerektiği inancının daha fazla olduğu bilinmekte olup (164) ; bu durumunun self mutilasyon için de geçerli olarak kendini gösteriyor olabileceği düşünülmüştür.

İntihar davranışı olan grupta engellenen girişim ile C-İŞDÖ arasında doğrusal yönde bir ilişki izlenmiştir. Engellenen girişimlerin intihar riskini arttıran önemli bir faktör olduğu söylenebilir. Literatürde geçmiş intihar davranışı öyküsünün intihar davranışı riskine önemli katkıda bulunduğu gösterilmiştir (75). Çalışmamızda durdurulan girişimler (kişinin kendisini durdurduğu) ile C-İŞDÖ arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Durdurulan veya engellenen girişimler ile üstbilişsel inançlar arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. İntihar davranışı olan grupta hazırlayıcı eylem ve davranışların varlığının intihar riskini anlamlı olarak arttırdığı çalışmamızda gösterilmiştir.

Patolojik üstbilişsel inançlar arttıkça C-İŞDÖ totalinin arttığı, dolayısı ile üstbilişin intihar riski ile anlamlı derecede ilişkili olduğu gösterilmiş olup, özellikle “kontrol edilmezlik ve tehlike” ve “kontrol ihtiyacı” alt boyutlarında anlamlı ilişkinin var olduğu ortaya koyulmuştur.

Tüm bulgular değerlendirildiğinde; patolojik üstbilişsel inançların intihar riskini arttıracak, özellikle kontrol etme ihtiyacı ve kontrolden çıkma düşüncelerinin bu ilişkiye aracılık ettiği görülmüştür. Patolojik üstbilişsel inançların intihar riskini arttırması; psikoz hastalarında üstbilişsel değerlendirmenin intiharı ön görmede önemli olacağını ve ilk yıllarda üstbilişsel terapi gibi bu boyutun değerlendirilmeye alınmasının intihar davranışını engellemede daha fazla kullanılabileceğini düşündürmektedir. Halihazırda devam etmekte olan bir çalışma protokolünde üstbiliş terapisi alan (n=126) ve almayan (n=126) toplamda 252 psikoz hastasının çalışmaya alınması planlanmış, bir yıllık takip sürecinde hastalarda üstbiliş terapisinin içgörü, semptom şiddeti, hastaneye yatış sayısı, intihar davranışı ve işlevsellikle ilişkisinin karşılaştırılması planlanmış, katılımcıların ön bulguları yayınlanmış ancak çalışma henüz tamamlanmamıştır (137).

Şizofreni hastalarında intiharı öngörmenin önemi bilinmekte, çalışmamız üstbilişsel mekanizmaların bu süreçte belirgin rol oynadığını göstermektedir. Üstbilişin intihar davranışı ile olan ilişkisine nelerin aracılık ettiğini ortaya koymak üzere daha büyük gruplarla yapılacak takip çalışmalarına ihtiyaç vardır.



6. KISITLILIKLAR

Bu çalışma ruh sağlığı alanında 3. basamak sağlık hizmeti veren ve kapalı psikiyatri kliniklerine sahip Erenköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi'nde yürütülmüş ve hastaların büyük çoğunluğunu hastalık şiddeti yüksek ve hastalık şiddeti bakımından homojen bir grup olan yatan hastalar oluşturmuştur. Bu nedenle veriler tüm toplumu yansıtmıyor olabilir. Çalışmaya sadece birinci yılındaki psikoz tanılı ve remisyondaki hastaların dahil edilmesi, kontrol grubunun olmaması kısıtlılık olabilir. Üstbiliş, umutsuzluk ve i ğ r  faktörlerinin değerlendirilmesi için öz bildirim  l eklerinin kullanılmış olması  l eklerinin objektif ölçümünü engellemiş olabilir. Katılımcıların halihazırda kullandıkları tedavilerin karşılaştırmayı engelleyecek şekilde değişken olması sebebiyle araştırma değişkenleri arasında değerlendirilmeye alınmaması kısıtlılık olabilir. Çalışmamızın tasarımı kesitsel olması analiz edilen değişkenler arasındaki ilişkinin yönünü ve neden sonuç ilişkisini belirlememize izin vermemektedir. Bulgularımızı doğrulamak için uzunlamasına çalışmalara ihtiyaç vardır.

7. SONUÇLAR

1. Çalışmamızda birinci yıl psikoz hastalarında remisyonunda iken üstbiliş ile intihar davranışı arasındaki ilişki incelenmiştir. İntihar davranışı olanlarda, intihar davranışı olmayanlara göre patolojik üstbilişsel inançların daha fazla olduğu ve üstbilişin tüm alt boyutlarında da bu ilişkinin varlığı saptandı.

2. Birinci yıl psikoz hastalarında üstbilişsel faaliyetlerin intihar davranışı ile ilişkisinde içgörü ve umutsuzluk faktörlerinin etkisi araştırılmıştır. Üstbiliş ve intihar davranışı ilişkisine umutsuzluk ve içgörü faktörleri aracılık etmemiş, bu faktörler sabit tutulduğunda patolojik üstbilişsel inançların intihar davranışı artışını direkt olarak etkilediği ortaya koyulmuştur.

3. İntihar davranışı olan grupta intihar düşünce şiddeti ile patolojik üstbilişsel inançların doğrusal yönde ilişki gösterdiği bulundu. Üstbiliş ölçeğinde “kontrol edilemezlik ve tehlike” ve “kontrol ihtiyacı” alt boyutlarında intihar şiddeti ile belirgin korelasyon saptanmış, bu alanlarda patolojik üstbilişsel inançlar arttıkça intihar düşünce şiddetinin arttığı gösterilmiştir.

4. İntihar davranışı olan grupta, geçmiş intihar girişimi öyküsünün C-İŞDÖ ile doğrusal yönde ilişki gösterdiği, dolayısıyla intihar riskini anlamlı olarak arttırdığı gösterildi.

5. İntihar girişimi öyküsü ile üstbilişsel inançlar toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmamakla beraber, intihar girişimi olanlarda “kontrol etme ihtiyacı” alt boyutunun anlamlı olarak yüksek olduğu izlendi.

6. İntihar davranışı olan grupta self mutilasyonun patolojik üstbilişsel inançlarla doğrusal yönde ilişki gösterdiği bulundu. Patolojik üstbilişsel inançlar arttıkça self mutilatif davranışların da arttığı gösterildi.

7. İntihar davranışı olan grupta engellenen girişim ile intihar riski arasında doğrusal yönde ilişki izlenirken, durdurulan girişimle ilişki saptanmadı. Hem durdurulan girişimin hem de engellenen girişimin üstbilişle ilişkisi olmadığı görüldü.

8. İntihar davranışı olan grupta hazırlayıcı eylem ve davranışların varlığının intihar riskini anlamlı olarak arttırdığı gösterildi.

9. Patolojik üstbilişsel inançlar arttıkça C-İŞDÖ totalinin arttığı, dolayısı ile üstbilişin intihar riski ile anlamlı derecede ilişkili olduğu gösterilmiş olup, özellikle “kontrol edilmezlik ve tehlike” ve “kontrol ihtiyacı” alt boyutlarında anlamlı ilişkinin var olduğu ortaya koyulmuştur.



KAYNAKLAR

1. Leo Sher, René S. Kahn. Suicide in Schizophrenia : An Educational Overview, *Medicina* (Kaunas), 2019 July;55(7):361.
2. İ.Meltem Atay,D. Gündoğar. İntihar Davranışında Risk Faktörleri: Bir Gözden Geçirme, *Kriz Dergisi* 12(3):39-52.
3. Ventriglio A., Gentile A., Bonfitto I., Stella E.,Mari M.,Steardo L., Bellomo A. Suicide in Early Stage of Schizophrenia, *Front Psychiatry*, 2016;7:116.
4. Chan-Hyung Kim, Karu Jayathilake, Herbert Y. Meltzer . Hopelessness, neurocognitive function and insight in schizophrenia: a relationship to suicidal behavior, *Schizophrenia Research* 60(2003) 71-80.
5. Violeau, Louis; Dudilot, Anthony; Roux, Solenne; Prouteau, Antoinette (2020). How internalised stigma reduces self-esteem in schizophrenia: the crucial role of off-line metacognition. *Cognitive Neuropsychiatry*, (Jan 2020), 1–8.
6. Buck, Benjamin; Gagen, Emily C.; Luther, Lauren; Kukla, Marina; Lysaker, Paul H. (2019). Dynamic relationships between emotional distress, persecutory ideation, and metacognition in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychology*, (2019;1-9), jclp.22904–.
7. Østefjells T, Melle I, Aminoff SR, et al. An exploration of metacognitive beliefs and thought control strategies in bipolar disorder. *Compr Psychiatry*. 2017;73:84–92.
8. Cesur, Ender; Şahmelikoğlu Onur, Özge; Erten, Evrim (2019). Differences in metacognitive beliefs among patients with bipolar disorder with or without previous suicide attempts. *Nordic Journal of Psychiatry*, (Aug 2019), 1–8.
9. Sarisoy G, Pazvantoğlu O, Özturan DD, et al. Metacognitive beliefs in unipolar and bipolar depression: a comparative study. *Nord J Psychiatry*. 2014;68:275–281.
10. M.Daoud, J. Ben Thabet, M. Maalej Bouali, S. Omri, I. Gassara, R. Feki, N.Smaoui, L.Zouari, N. Charfi, M. Maalej.Metacognitive deficit in schizophrenia: Characteristics and links, *Encephale* , 2021 Sep 16;S0013-7006(21)00150-0.
11. Kolavarambath, et al.: Emotion recognition and awareness metacognition and social functioning in schizophrenia, *Indian J Psychological Medicine* 2020;42:147-54.
12. Hutton P., Di Rienzo F., Turkington D., Spencer H.,Taylor P. Suicidal Ideation in People with Psychosis not Taking Antipsychotic Medication:Do Negative Appraisals and Negative Metacognitive Beliefs Mediate the Effect of Symptoms?, *Schizophrenia Bulletin*, 2019 Jan 1;45(1):37-47.
13. Ertuğrul A.; Şizofreninin Nörobiyolojisi, *Temel Psikofarmakoloji*, 1: 354, Ankara (2010).

14. Kaplan BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan ve Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. 11th ed. 2016. 300 p.
15. Soygür H, Erkoç Ş. Şizofreni Kavramı: Dün, Bugün, Yarın. In: Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar Temel Kitap. 2018. p. 1–12.
16. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Nobel Tıp Kitabevleri. 2018. 189–219 p.
17. Ceylan ME, Çetin M. Araştırma ve Uygulamada Biyolojik Psikiyatri. İstanbul, Yerküre, 2005.
18. McGrath J, Saha S, Chant D ve ark.(2008) Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiol Rev*, 30: 67-76.
19. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med*. 2005;2(5):0413–33.
20. Kırılı U, Binbay T. Psikoz ve Şizofreni Epidemiyolojisi. In: Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar Temel Kitap. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2018. p. 29–50.
21. Sham PC, MacLean CJ, Kendler KS. A typological model of schizophrenia based on age at onset, sex and familial morbidity. *Acta Psychiatr Scand*. 1994;89(2):135–41.
22. Dean K, Stevens H, Mortensen PB, Murray RM, Walsh E, Pedersen CB. Full spectrum of psychiatric outcomes among offspring with parental history of mental disorder. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2010 Aug 1 [cited 2021 Jun 26];67(8):822–9.
23. Miller B, Messias E, Miettunen J, Alaräsänen A, Järvelin MR, Koponen H, et al. Meta-analysis of paternal age and schizophrenia risk in male versus female offspring. *Schizophr Bull* [Internet]. 2011 Sep 1 [cited 2021 Jun 26];37(5):1039–47.
24. Gunawardana L, Smith GD, Zammit S, Whitley E, Gunnell D, Lewis S, et al. Pre-conception inter-pregnancy interval and risk of schizophrenia. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2011 Oct [cited 2021 Jun 26];199(4):338–9. Available from: <https://www.cambridge.org/core>.
25. McGrath JJ, Burne TH, Féron F, MacKay-Sim A, Eyles DW. Developmental vitamin D deficiency and risk of schizophrenia: A 10-year update. *Schizophr Bull* [Internet]. 2010 Nov 1 [cited 2021 Jun 26];36(6):1073–8. Available from: <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/36/6/1073/1892888>.
26. Morgan C, Gayer-Anderson C. Childhood adversities and psychosis: Evidence, challenges, implications. *World Psychiatry* [Internet]. 2016 Jun 1 [cited 2021 Jun 26];15(2):93–102. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/wps.20330>.

27. Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieveise R, Lataster T, Viechtbauer W, et al. Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control, prospective-and cross-sectional cohort studies. *Schizophr Bull* [Internet]. 2012 Jun 18 [cited 2021 Jun 26];38(4):661–71. Available from: <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/38/4/661/1870563>.
28. Moore TH, Zammit S, Lingford-Hughes A, Barnes TR, Jones PB, Burke M, et al. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet*. 2007 Jul 29;370(9584):319–28.
29. Alptekin K, Ulas H, Akdede BB, Tümüklü M, Akvardar Y. Prevalence and risk factors of psychotic symptoms: In the city of Izmir, Turkey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2009 Mar 3 [cited 2021 Jun 26];44(11):905–10. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-009-0012-x>.
30. Nielsen SM, Toftdahl NG, Nordentoft M, Hjorthøj C. Association between alcohol, cannabis, and other illicit substance abuse and risk of developing schizophrenia: A nationwide population based register study. *Psychol Med* [Internet]. 2017 Jul 1 [cited 2021 Jun 26];47(9):1668–77.
31. Morgan C, Charalambides M, Hutchinson G, Murray RM. Migration, ethnicity, and psychosis: Toward a sociodevelopmental model. *Schizophr Bull* [Internet]. 2010 Jul 1 [cited 2021 Jun 26];36(4):655–64. Available from: <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/36/4/655/1915780>.
32. Köroğlu E. Amerikan Psikiyatri Birliği. DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. 5. Versiyo. 2013.
33. Lang FU, Kösters M, Lang S ve ark. (2013) Psychopathological long-term outcome of schizophrenia: a review. *Acta Psychiatr Scand*, 127(3):173-82.
34. Öncü B. İntihar davranışı: epidemiyoloji ve risk etmenleri, *Psikiyatride Güncel (Update in Psychiatry)*, Bahar 2017, Cilt:7 , Sayı:1, sf:1-15.
35. Levi F, La VC, Lucchini F et al. Trends in mortality from suicide, 1965–1999. *Acta Psychiatr. Scand*. 108(5), 341–349 (2003).
36. Melle, Ingrid; Ann Barrett, Elizabeth (2012). Insight and suicidal behavior in first-episode schizophrenia. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12(3), 353–359. doi:10.1586/ern.11.191 .
37. Borges G, Angst J, Nock MK, Ruscio AM, Walters EE, Kessler RC. A risk index for 12-month suicide attempts in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Psychol. Med*. 36(12), 1747–1757 (2006).
38. Kuo WH, Gallo JJ, Tien AY. Incidence of suicide ideation and attempts in adults: the 13-year follow-up of a community sample in Baltimore, Maryland. *Psychol. Med*. 31(7), 1181–1191 (2001).

39. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet* 373(9672), 1372–1381 (2009).
40. Jollant F, Bellivier F, Leboyer M et al. Impaired decision making in suicide attempters. *Am. J. Psychiatry* 162(2), 304–310 (2005).
41. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Luxembourg: World Health Organization; 2014 7-45.
42. Chechil S, Kutcher S. Suicide Risk Management: A Manual for Health Professionals. İkinci Baskı. John Wiley& Sons, Ltd.;2012.
43. Bolton JM, Gunnell D, Turecki G. Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness. *BMJ* 2015; 351:h4978.n.
44. Bentley KH, Franklin JC, Ribeiro JD, Kleiman EM, Fox KR, Nock MK. Anxiety and its disorders as risk factor for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2016; 43:30-46.
45. Verona E, Sachs-Ericsson N, Joiner TE Jr. Suicide attempts associated with externalizing psychopathology in an epidemiological sample. *Am J Psychiatry* 2004; 161:444-51.
46. Öncü B, Sakarya D. Yeme Bozukluklarında İntihar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar- Current Approaches in Psychiatry* 2013; 5(1):48-59.
47. Turecki G, Brent DA. Suicide in suicidal behaviour. *Lancet* 2016;387(10024):1227-39.
48. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Nord Psychiatry* 2005;59(5):319-24.9.
49. Montross LP, Zisook S, Kasek J. Suicide among patients with schizophrenia: a consideration of risk and protective factors. *Ann. Clin. Psychiatry* 17(3), 173–182 (2005).
50. Nordentoft, M., Laursen, T.M., Agerbo, E., Qin, P., Hoyer, E.H., Mortensen, P.B., 2004. Change in suicide rates for patients with schizophrenia in Denmark, 1981–97: nested case–control study. *Bmj* 329 (7460), 261.
51. Barrett E.A., Sundet K., Faerden A., Nesvåg R., Agartz I., Fosse R., Mork E., Steen N.E., Andreassen O.A., Melle I. Suicidality before and in the early phases of first episode psychosis. *Schizophr. Res.* 2010;119:11–17. doi: 10.1016/j.schres.2010.03.022.
52. Bertelsen M., Jeppesen P., Petersen L., Thorup A., Øhlenschlaeger J., le Quach P., Christensen T.Ø., Krarup G., Jørgensen P., Nordentoft M. Suicidal behaviour and mortality in first-episode psychosis: The OPUS trial. *Br. J. Psychiatry.* 2007;51:s140–s146. doi: 10.1192/bjp.191.51.s140.
53. Robinson J, Cotton S, Conus P, Schimmelmann BG, McGorry P, Lambert M. Prevalence and predictors of suicide attempt in an incidence cohort of 661 young people with first-episode psychosis. *Aust. NZ J. Psychiatry* 43(2), 149–157 (2009).

54. Clarke M, Whitty P, Browne S et al. Suicidality in first episode psychosis. *Schizophr. Res.* 86(1–3), 221–225 (2006).
55. Foley S, Jackson D, McWilliams S et al. Suicidality prior to presentation in first-episode psychosis. *Early Interv. Psychiatry* 2, 242–246 (2008).
56. Harvey SB, Dean K, Morgan C et al. Self-harm in first-episode psychosis. *Br. J. Psychiatry* 192(3), 178–184 (2008).
57. Melle I, Johannesen JO, Friis S et al. Early detection of the first episode of schizophrenia and suicidal behavior. *Am. J. Psychiatry* 163(5), 800–804 (2006).
58. Maurizio Pompili; Gianluca Serafini; Marco Innamorati; David Lester; Amresh Shrivastava; Paolo Girardi; Merete Nordentoft (2011). Suicide risk in first episode psychosis: A selective review of the current literature. , 129(1), 1–11. doi:10.1016/j.schres.2011.03.008 .
59. Verdoux, H., Liraud, F., Gonzales, B., Assens, F., Abalan, F., van Os, J., 2001. Predictors and outcome characteristics associated with suicidal behaviour in early psychosis: a two-year follow-up of first-admitted subjects. *Acta Psychiatr. Scand.* 103 (5), 347–354.
60. Popovic, D.; Benabarre, A.; Crespo, J. M.; Goikolea, J. M.; González-Pinto, A.; Gutiérrez-Rojas, L.; Montes, J. M.; Vieta, E. (2014). Risk factors for suicide in schizophrenia: systematic review and clinical recommendations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 130(6), 418–426. doi:10.1111/acps.12332.
61. A. Alaräisänen; J. Miettunen; E. Lauronen; P. Räsänen; M. Isohanni (2006). Good school performance is a risk factor of suicide in psychoses: a 35-year follow up of the Northern Finland 1966 Birth Cohort. , 114(5), 357–362. doi:10.1111/j.1600-0447.2006.00800.x .
62. L. Fialko; D. Freeman; P. E. Bebbington; E. Kuipers; P. A. Garety; G. Dunn; D. Fowler (2006). Understanding suicidal ideation in psychosis: findings from the Psychological Prevention of Relapse in Psychosis (PRP) trial. , 114(3), 177–186. doi:10.1111/j.1600-0447.2006.00849.x .
63. Caldwell C.B., Gottesman I.I. Schizophrenics kill themselves too: A review of risk factors for suicide. *Schizophr. Bull.* 1990;16:571–589. doi: 10.1093/schbul/16.4.571.
64. Siris S.G. Suicide and schizophrenia. *J. Psychopharmacol.* 2001;15:127–135. doi: 10.1177/026988110101500209. .
65. Balhara Y.P., Verma R. Schizophrenia and suicide. *East. Asian Arch. Psychiatry.* 2012;22:126–133.
66. Roy A., Pompili M. Management of schizophrenia with suicide risk. *Psychiatr. Clin. N. Am.* 2009;32:863–883. doi: 10.1016/j.psc.2009.08.005. .
67. Verma D., Srivastava M.K., Singh S.K., Bhatia T., Deshpande S.N. Lifetime suicide intent, executive function and insight in schizophrenia and schizoaffective disorders. *Schizophr. Res.* 2016;178:12–16. doi: 10.1016/j.schres.2016.08.009.

68. Nordentoft M., Madsen T., Fedyszyn I. Suicidal behavior and mortality in first-episode psychosis. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2015;203:387–392. doi: 10.1097/NMD.0000000000000296.
69. Hor K., Taylor M. Suicide and schizophrenia: A systematic review of rates and risk factors. *J. Psychopharmacol.* 2010;24:81–90. doi: 10.1177/1359786810385490.
70. McGirr A, Turecki G. What is specific to suicide in schizophrenia disorder? Demographic, clinical and behavioural dimensions. *Schizophr. Res.* 98(1–3), 217–224 (2008).
71. Madsen T, Nordentoft M. Suicidal changes in patients with first episode psychosis: clinical predictors of increasing suicidal tendency in the early treatment phase. *Early Interv. Psychiatry* doi:10.1111/j.1751-7893.2011.00284.x (2011) (Epub ahead of print).
72. Harkavy-Friedman JM, Kimhy D, Nelson EA, Venarde DF, Malaspina D, Mann JJ. Suicide attempts in schizophrenia: the role of command auditory hallucinations for suicide. *J. Clin. Psychiatry* 64(8), 871–874 (2003).
73. Zisook S, Byrd D, Kuck J, Jeste DV. Command hallucinations in outpatients with schizophrenia. *J. Clin. Psychiatry* 56(10), 462–465 (1995).
74. Taylor PJ, Gooding PA, Wood AM, Johnson J, Pratt D, Tarrier N. Defeat and entrapment in schizophrenia: the relationship with suicidal ideation and positive psychotic symptoms. *Psychiatry Res.* 2010;178:244–248.
75. Hettige N.C., Bani-Fatemi A., Sakinofsky I., De Luca V. A biopsychosocial evaluation of the risk for suicide in schizophrenia. *CNS Spectr.* 2018;23:253–263. doi: 10.1017/S1092852917000128.
76. Saarinen P.I., Lehtonen J., Lönnqvist J. Suicide risk in schizophrenia: An analysis of 17 consecutive suicides. *Schizophr. Bull.* 1999;25:533–542. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033399.
77. Aguilar E.J., Siris S.G. Do antipsychotic drugs influence suicidal behavior in schizophrenia? *Psychopharmacol. Bull.* 2007;40:128–142.
78. Seemüller F., Schennach R., Mayr A., Musil R., Jäger M., Maier W., Klingenberg S., Heuser I., Klosterkötter J., Gastpar M., et al. German Study Group on First-Episode Schizophrenia. Akathisia and suicidal ideation in first-episode schizophrenia. *J. Clin. Psychopharmacol.* 2012;32:694–698. doi: 10.1097/JCP.0b013e3182677958.
79. Seemüller F., Lewitzka U., Bauer M., Meyer S., Musil R., Schennach R., Riedel M., Doucette S., Möller H.J. The relationship of Akathisia with treatment emergent suicidality among patients with first-episode schizophrenia treated with haloperidol or risperidone. *Pharmacopsychiatry.* 2012;45:292–296. doi: 10.1055/s-0032-1309004.
80. Nicholas LM, Golden RN. Managing the suicidal patient. *Clin Cornerstone* 2001;3:47-57.

81. Mortensen PB, Agerbo E, Erikson T, Qin P, Westergaard-Nielsen N. Psychiatric illness and risk factors for suicide in Denmark. *Lancet* 2000;355:9-12.
82. Ho TP. The suicide risk of discharged psychiatric patients. *J Clin Psychiatry* 2003;64:702-7.
83. Roy A. Suicide in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1982;141:171- 7.
84. Meltzer HY, Alphs L, Green AI, Altamura AC, Anand R, Bertoldi A, et al. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:82- 91.
85. Bourgeois M, Swendsen J, Young F, Amador X, Pini S, Cassano GB, et al. Awareness of disorder and suicide risk in the treatment of schizophrenia: results of the international suicide prevention trial. *Am J Psychiatry* 2004;161:1494-6.
86. Lopez-Morinigo, J.-D., Ayesa-Arriola, R., Torres-Romano, B., Fernandes, A. C., Shetty, H., Broadbent, M., ... Dutta, R. (2016). Risk assessment and suicide by patients with schizophre- nia in secondary mental healthcare: A case–control study. *BMJ Open*, 6(9), e011929. doi:10. 1136/bmjopen-2016-011929.
87. Stevenson A, ed.Oxford Dictionary of English. Oxford University Press; 2010; doi: 10.1093/acref/9780199571123.001.0001 .
88. Belvederi Murri, Martino; Amore, Mario (2018). The Multiple Dimensions of Insight in Schizophrenia-Spectrum Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, (), –. doi:10.1093/schbul/sby092.
89. David AS. Insight and psychosis. *Br. J. Psychiatry* 156, 798–808 (1990).
90. Vohs JL, George S, Leonhardt BL, Lysaker PH. An integrative model of the impairments in insight in schizophrenia: emerging research on causal factors and treatments. *Expert Rev Neurother.* 2016;16:1193–1204.
91. Drake RJ. Insight into illness: impact on diagnosis and outcome of nonaffective psychosis. *Curr Psychiatry Rep.* 2008;10:210–216. .
92. Lincoln, T.M., Lullmann, E., Rief, W., 2007. Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review. *Schizophr. Bull.* 33, 1324–1342.
93. Amador XF, Gorman JM. Psychopathologic domains and insight in schizophrenia. *Psychiatr. Clin. North Am.* 21(1), 27–42 (1998).
94. Lysaker PH, Pattison ML, Leonhardt BL, Phelps S, Vohs JL. Insight in schizophrenia spectrum disorders: relationship with behavior, mood and perceived quality of life, underlying causes and emerging treatments. *World Psychiatry.* 2018;17:12–23.
95. Klaas HS, Clémence A, Marion-Veyron R, et al.. Insight as a social identity process in the evolution of psychosocial functioning in the early phase of psychosis. *Psychol Med.* 2017;47:718–729.

96. Crumlish N, Samalani P, Sefasi A, Kinsella A, O'Callaghan E, Chilale H. Insight, psychopathology and global functioning in schizophrenia in urban Malawi. *Br J Psychiatry*. 2007;191:262–263.
97. Mintz, A.R., Dobson, K.S., Romney, D.M., 2003. Insight in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr. Res.* 61, 75–88.
98. Olfson, M., Marcus, S.C., Wilk, J., West, J.C., 2006. Awareness of illness and nonadherence to antipsychotic medications among persons with schizophrenia. *Psychiatr. Serv.* 57, 205–211.
99. Lysaker, P.H., Bryson, G.J., Bell, M.D., 2002. Insight and work performance in schizophrenia. *J. Nerv. Ment. Dis.* 190, 142–146.
100. Carroll, A., Pantelis, C., Harvey, C., 2004. Insight and hopelessness in forensic patients with schizophrenia. *Aust. N. Z. J. Psychiatr.* 38, 169–173.
101. Gerretsen P, Plitman E, Rajji TK, Graff-Guerrero A. The effects of aging on insight into illness in schizophrenia: a review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2014;29:1145–1161.
102. Upthegrove R, Ross K, Brunet K, McCollum R, Jones L. Depression in first episode psychosis: the role of subordination and shame. *Psychiatry Res.* 2014;217:177–184.
103. López-Morínigo JD, Ramos-Ríos R, David AS, Dutta R. Insight in schizophrenia and risk of suicide: a systematic update. *Compr Psychiatry*. 2012;53:313–322.
104. Barrett, Elizabeth A.; Mork, Erlend; Færden, Ann; Nesvåg, Ragnar; Agartz, Ingrid; Andreassen, Ole A.; Melle, Ingrid (2015). The development of insight and its relationship with suicidality over one year follow-up in patients with first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 162(1-3), 97–102.
doi:10.1016/j.schres.2015.01.004 .
105. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks JJ. Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *Br. J. Psychiatry* 187, 9–20 (2005).
106. Restifo K, Harkavy-Friedman JM, Shrout PE. Suicidal behavior in schizophrenia: a test of the demoralization hypothesis. *J. Nerv. Ment. Dis.* 197(3), 147–153 (2009).
107. Berardelli, ; Sarubbi, ; Rogante, ; Hawkins, ; Cocco, ; Erbuto, ; Lester, ; Pompili, (2019). The Role of Demoralization and Hopelessness in Suicide Risk in Schizophrenia: A Review of the Literature. *Medicina*, 55(5), 200–.
doi:10.3390/medicina55050200.
108. White, Ross G.; McCleery, Muriel; Gumley, Andrew I.; Mulholland, Ciaran (2007). Hopelessness in Schizophrenia: The Impact of Symptoms and Beliefs About Illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(12), 968–975.
doi:10.1097/nmd.0b013e31815c1a1d.
109. Link BG, Struening EL, Neese-Todd S (2001) Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatr Serv.* 52:1621–1626.

110. Wright ER, Gronfein WP, Owens TJ (2000) Deinstitutionalization, social rejection and the self esteem of former mental patients. *J Health Soc Behav.* 41:68–90.
111. Cassidy R.M., Yang F., Kapczinski F., Passos I.C. Risk factors for suicidality in patients with schizophrenia: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression of 96 studies. *Schizophr. Bull.* 2018;44:787–797. doi: 10.1093/schbul/sbx131.
112. Vrbova K., Prasko J., Ociskova M., Latalova K., Holubova M., Grambal A., Slepecky M. Insight in schizophrenia—A double-edged sword? *Neuro. Endocrinol. Lett.* 2017;38:457–464.
113. Togay B., Noyan H., Tasdelen R., Ucock A. Clinical variables associated with suicide attempts in schizophrenia before and after the first episode. *Psychiatry Res.* 2015;229:252–256. doi: 10.1016/j.psychres.2015.07.025.
114. Angermeyer MC, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatr. Scand.* 113(3), 163–179 (2006).
115. Bob, Petr; Pec, Ondrej; Mishara, Aaron L.; Touskova, Tereza; Lysaker, Paul H. (2016). Conscious brain, metacognition and schizophrenia. *International Journal of Psychophysiology*, (), S0167876016300605–. doi:10.1016/j.ijpsycho.2016.05.003.
116. Dimaggio G., Lysaker P.H. Metacognition and mentalizing in the psychotherapy of patients with psychosis and personality disorders *J. Clin. Psychol.*, 71 (2015), pp. 117-124.
117. Lysaker P.H., Vohs J.L., Ballard R., Fogley R., Salvatore R., Popolo R., Dimaggio G. Metacognition, self reflection and recovery in schizophrenia: review of the literature *Future Neurol.*, 8 (2013), pp. 103-115.
118. Moritz S., Lysaker P.H. Metacognition—what did James H. Flavell really say and the implications for the conceptualization and design of metacognitive interventions. *Schizophr. Res.* 2018;201:20–26.
119. Lysaker, Paul H.; Keane, Jennifer E.; Culleton, Sara Poirier; Lundin, Nancy B. (2019). Schizophrenia, recovery and the self: An introduction to the special issue on metacognition. *Schizophrenia Research: Cognition*, (), 100167–. doi:10.1016/j.scog.2019.100167 .
120. Lysaker P.H., Klion R.E. Routledge; New York, New York: 2017. *Recovery, Meaning-making, and Severe Mental Illness: A Comprehensive Guide to Metacognitive Reflection and Insight Therapy.*
121. Semerari A, Carcione A, Dimaggio G, et al. How to evaluate metacognitive functioning in psychotherapy? The metacognition assessment scale and its applications. *Clin Psychol Psychother.* 2003;10:238–261.
122. Bob P. *Brain, Mind and Consciousness: Advances in Neuroscience Research* Springer, New York (2011).

123. Gabbard G.O. A neurobiologically informed perspective on psychotherapy Br. J. Psychiatry, 177 (2000), pp. 117-122.
124. Bonfils KA, Minor KS, Leonhardt BL, Lysaker PH. Metacognitive self-reflectivity moderates the relationship between distress tolerance and empathy in schizophrenia. Psychiatry Res. 2018;265:1–6.
125. Bonfils, Kelsey A; Lysaker, Paul H; Minor, Kyle S; Salyers, Michelle P (2018). Metacognition, Personal Distress, and Performance-Based Empathy in Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, (), -. doi:10.1093/schbul/sby137 .
126. Wells A, Matthews G. Modelling cognition in emotional disorder: the S-REF model. Behav Res Ther. 1996;34:881–888.
127. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. Behav Res Ther. 2004; 42:385–396.
128. Wells A, Carter K. Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and nonpatients. Behav Ther. 2001;32:85–102.
129. Papageorgiou C, Wells A. An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. Cogn Ther Res. 2003; 27:261–273.
130. Decety J, Jackson PL. The functional architecture of human empathy. Behav Cogn Neurosci Rev. 2004;3:71–100.
131. Lysaker PH, Leonhardt BL, Brüne M, Buck KD, James A, Vohs J, et al. Capacities for theory of mind, metacognition, and neurocognitive function are independently related to emotional recognition in schizophrenia. Psychiatry Res 2014;219:79-85.
132. Vohs J.L., Lysaker P.H., Francis M. , Hamm J., Buck K.D., Olesek K., Outcalt J., Dimaggio G., Leonhardt B., Liffick E., Mehdiyoun N., Breier A. Metacognition, social cognition, and symptoms in patients with first episode and prolonged psychosis Schizophr. Res., 153 (2014), pp. 54-59.
133. Lysaker P.H., Minor K.S., Lysaker J.T., Hasson-Ohayon I., Bonfils K., Hochheiser J., Vohs J. Metacognitive function and fragmentation in schizophrenia: relationship to cognition, self-experience, and developing treatments. Schizophr. Res. Cogn. 2019 in press.
134. Austin SF, Mors O, Nordentoft M, et al.. Schizophrenia and metacognition: an investigation of course of illness and metacognitive beliefs within a first episode psychosis. Cognit Ther Res. 2015;39(1):61–69. .
135. Hutton P, Morrison AP, Wardle M, Wells A. Metacognitive therapy in treatment-resistant psychosis: a multiple-baseline study. Behav Cogn Psychother. 2014;42:166–185.
136. Acuña V., Otto A., Cavieres A., Villalobos H. Efficacy of Metacognitive Training in a Chilean Sample of People with Schizophrenia. Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed) . 2021 Mar 18;S0034-7450(21)00030-5. doi: 10.1016/j.rcp.2020.12.006. .

137. Lopez-Morinigo, J.-D., Ruiz-Ruano, V. G., Martínez, A. S. E., Estévez, M. L. B., Mata-Iturralde, L., Muñoz-Lorenzo, L., ... Baca-García, E. (2020). Study protocol of a randomised clinical trial testing whether metacognitive training can improve insight and clinical outcomes in schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 20(1). doi:10.1186/s12888-020-2431-x .
138. Nair A, Palmer EC, Aleman A, David AS. Relationship between cognition, clinical and cognitive insight in psychotic disorders: A review and meta-analysis. *Schizophr Res*. 2014;152:191–200. doi: 10.1016/j.schres.2013.11.033.
139. Ahrens B, Linden M. Is there a suicidality syndrome independent of specific major psychiatric disorder? Results of a split half multiple regression analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 1996;94:79–86.
140. Bolton C, Gooding P, Kapur N, Barrowclough C, Tarrier N. Developing psychological perspectives of suicidal behaviour and risk in people with a diagnosis of schizophrenia: we know they kill themselves but do we understand why? *Clin Psychol Rev*. 2007;27:511–536. .
141. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*, 1987;13:399-404.
142. Kostakoğlu A, Batur S, Tiryaki A, Göğüş AJTPD. Pozitif ve negatif sendrom ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. 1999;14(44):23-32.
143. Posner K, Brown GK, Stanley B, et al. The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry*. 2011;168:1266–1277.
144. Güneş A. Colombia İntihar Şiddetini Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması. İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilimdalı, Uzmanlık Tezi, 2015.
145. Cartwright-Hatton S, Wells A. Beliefs about worry and intru- sions: the metacognitions questionnaire and its correlates. *J Anxiety Disord* 1997; 11:279-296.
146. Tosun A, Irak M. Üst-Biliş-Ölçeği Türkçe uyarlaması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2008; 19:67-80.
147. Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E. Specificity of the Calgary Depres- sion Scale for schizophrenics. *Schizophr Res* 1994; 11:239-244.
148. Aydemir Ö, Danacı Esen A, Deveci A. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2000; 37:82-86.
149. Beck AT, Baruch E, Balter JM et al. A new instrument for measuring insight: The Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophr Res*. 2004; 68(2–3):319–329.
150. Aslan S, Türkçapar H, Güney E ve diğ. Beck bilişsel içgörü ölçeği Türkçe formunun şizofrenik hastalar için güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Klinik Psikiyatri Derg*. 2005; 8:186-196.

151. Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., Trexler, L. (1971). The measurement of pessimism. The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 12(6): 861–865.
152. Seber, G., Dilbaz, N., Kaptanoğlu, C., Tekin, D. (1993). Umutsuzluk Ölçeği: Geçerlilik ve güvenirliği. *Kriz Dergisi*, 1: 139–142.
153. Ajnakina O, Stubbs B, Francis E, Gaughran F, David AS, Murray RM, et al. Employment and relationship outcomes in first-episode psychosis: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. 2021 [cited 2021 Jul 28]; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.03.013>.
154. Gureje O. Gender and schizophrenia: age at onset and sociodemographic attributes. *Acta Psychiatr Scand*. 1991;83(5):402–5. .
155. Mortensen PB, Pedersen CB, Westergaard T, Wohlfahrt J, Ewald H, Mors O, et al. Effects of Family History and Place and Season of Birth on the Risk of Schizophrenia. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM199902253400803> [Internet]. 2008 Oct 21 [cited 2021 Jul .
156. Mäki P., Veijola J., Jones P.B., Murray G.K., Koponen H., Tienari P., Miettunen J., Tanskanen P., Wahlberg K.E., Koskinen J., Lauronen E., Isohanni M. Predictors of schizophrenia—a review. *British Medical Bulletin*, Volume 73-74, Issue 1, 2005, p 1-15.
157. Şahin Ş., Erboğa G., Family History in Chronic Psychotic Disorders. *Medical Science and Discovery* 2019;6(2):8-11.
158. S. Leucht; J. M. Davis; R. R. Engel; W. Kissling; J. M. Kane (2009). Definitions of response and remission in schizophrenia: recommendations for their use and their presentation. , 119(Supplement s438), 7–14. doi:10.1111/j.1600-0447.2008.01308.x .
159. Popolo, Raffaele; Smith, Elizabeth; Lysaker, Paul H.; Lestingi, Krizia; Cavallo, Francesca; Melchiorre, Luisa; Santone, Cristina; Dimaggio, Giancarlo (2017). Metacognitive profiles in schizophrenia and bipolar disorder: Comparisons with healthy controls and correlations with negative symptoms. *Psychiatry Research*, 257(), 45–50. doi:10.1016/j.psychres.2017.07.022.
160. Gerretsen, Philip; Menon, Mahesh; Mamo, David C.; Fervaha, Gagan; Remington, Gary; Pollock, Bruce G.; Graff-Guerrero, Ariel (2014). Impaired insight into illness and cognitive insight in schizophrenia spectrum disorders: Resting state functional connectivity. *Schizophrenia Research*, 160(1-3), 43–50. doi:10.1016/j.schres.2014.10.015 .
161. Yu-Chen Kao, Yia-Ping Liu, Chien-Wen Lu (2012). Beck Hopelessness Scale: Exploring its Dimensionality in Patients with Schizophrenia. , 83(2), 241–255. doi:10.1007/s11126-011-9196-9 .

162. Aadahl V., Wells A., Hallard R., Pratt D. Metacognitive Beliefs and Suicidal Ideation: An Experience Sampling Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Dec; 18(23): 12336. .
163. Ochoa, S.; López-Carrilero, R.; Barrigón, M. L.; Pousa, E.; Barajas, A.; Lorente-Rovira, E.; González-Higueras, F.; Grasa, E.; Ruiz-Delgado, I.; Cid, J.; Birulés, I.; Esteban-Pinos, I.; Casañas, R.; Luengo, A.; Torres-Hernández, P.; Corripio, I.; Montes-Gámez, M.; Beltran, M.; De Apraiz, A. ve ark (2017).Randomized control trial to assess the efficacy of metacognitive training compared with a psycho-educational group in people with a recent-onset psychosis.*Psychological Medicine*, (), 1–12.
164. Ak M, Torun Yazıhan N, Suñtc ıgil L, et al. Metacognitive beliefs of major depression patients with suicidal behaviour. *NPA*. 2013;50: 95–99.

Ek-3: Pozitif ve Negatif Sendromlar Ölçeği (PANSS)

Ad, Soyad:

Tarih:

Uygulayan doktor:

PANSS

Pozitif Belirtiler	Yok (1)	Çok Hafif (2)	Hafif (3)	Orta Düzeyde (4)	Orta Derecede Ağır (5)	Ağır (6)	Çok Ağır (7)
P1 Sannılar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P2 Düşünce dağınıklığı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P3 Varsanılar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P4 Taşkınlık	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P5 Büyüklük duyguları	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P6 Şüphelilik kötülük	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P7 Düşmanca tutum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Skor:

Negatif Belirtiler	Yok (1)	Çok Hafif (2)	Hafif (3)	Orta Düzeyde (4)	Orta Derecede Ağır (5)	Ağır (6)	Çok Ağır (7)
N1 Duygulanımda küntleşme	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
N2 Duygusal içeçekilme	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
N3 İlişki kurmada güçlük	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
N4 Pasif biçimde kendini toplumdan çekme	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
N5 Soyut düşünme güçlüğü	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
N6 Konuşmanın kendiliğinden ve alıcılığının kaybı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
N7 Stereotipik düşünme	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Skor:

Genel Psikopatoloji	Yok (1)	Çok Hafif (2)	Hafif (3)	Orta Düzeyde (4)	Orta Derecede Ağır (5)	Ağır (6)	Çok Ağır (7)
G1 Bedensel kaygı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G2 Anksiyete	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G3 Suçluluk duyguları	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G4 Gerginlik	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G5 Manyerizm	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G6 Depresyon	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G7 Motor yavaşlama	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G8 İşbirliği kuramama	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G9 Olağandışı düşünce	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G10 Yönetim bozukluğu	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G11 Dikkat azalması	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G12 Yargılama ve içgörü	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G13 İrade bozukluğu	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G14 Dürtü kontrolsüzlüğü	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G15 Zihinsel aşırı uğraş	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G16 Aktif biçimde sosyal	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Toplam skor:

Skor:

Ek-4: Calgary Depresyon Şizofrenide Ölçeği (CŞDÖ)

1. Depresyon: Son iki hafta boyunca ruh halinizi nasıl tanımlarsınız? Yeterince neşelenebiliyor muydunuz, yoksa son zamanlarda aşırı çökkün ya da üzüntülü müydünüz? Son iki hafta içinde, her gün ne kadar sıklıkta kendinizi [KENDİ KELİMELERİ] hissediyorsunuz? Gün boyu?

0. **Yok**

1. **Hafif:** Sorulduğunda biraz üzüntü ya da güvensizlik ifade eder
2. **Orta:** Son iki hafta boyunca zamanın neredeyse yarısından fazlasında süren belirgin çökkün duygudurum: her gün var
3. **Şiddetli:** Her gün zamanının yarısından fazlasında süren, olağan motor ve toplumsal işlevselliği etkileyen belirgin çökkün duygudurum

2. Umutsuzluk: Geleceğinizi nasıl görüyorsunuz? Sizin için herhangi bir gelecek var mı? Yoksa yaşam oldukça umutsuz mu görünüyor? Kendinizi koyuverdiniz mi yoksa hala çaba göstermek için neden var mı?

0. **Yok**

1. **Hafif:** Son iki hafta boyunca bazen umutsuzluğa kapılmış ama hala gelecek için belli düzeyde umut taşıyor
2. **Orta:** Son iki hafta boyunca ısrarlı, orta düzeyde umutsuzluk duygusu. İşlerin daha iyiye gidebileceği konusunda ikna edilebiliyor
3. **Şiddetli:** İsrarlı ve sıkıntı veren umutsuzluk duygusu

3. Değersizlik Duygusu: Başka insanlarla karşılaştırdığınızda, kendinizi nasıl görüyorsunuz? Kendinizi başka insanlardan daha mı iyi, daha mı kötü, yoksa yaklaşık aynı düzeyde mi görüyorsunuz? Kendinizi başkalarından aşağıda ya da hatta değersiz mi hissediyorsunuz?

0. **Yok**

1. **Hafif:** Kısmen aşağılık duygusu var; değersizlik duygusu düzeyine ulaşmıyor.
2. **Orta:** Kişi kendini değersiz hissediyor; ama zamanının yarısının azında
3. **Şiddetli:** Kişi zamanın yarısından fazlasında kendisini değersiz hissediyor. Öyle olmadığı konusunda ikna edilebiliyor

4. Suçlulukla İlgili Alınma Düşünceleri: Bir konuda itham edildiğiniz ya da hatta haksız yere suçlandığınız duygusuna kapıldınız mı? Hangi konuda? (Doğrulanabilir itham ya da suçlamaları dahil etmeyin. Suçluluk sanrılarını dışlayın)

0. **Yok**

1. **Hafif:** Kişi zamanın yarısından azında kendini itham altında hisseder ama suçlu hissetmez
2. **Orta:** İtham altında olduğuna dair ısrarlı duygular ve/veya ara sıra suçlu olduğuna dair duygular

3. **Şiddetli:** Suçlu olduğuna dair ısrarlı duygular. İkna edilmeye çalışılınca, öyle olmadığını kabul eder

5. Patolojik Suçluluk: Geçmişte yapmış olabileceğiniz önemsiz şeylerden dolayı kendinizi kabahatli bulma eğiliminde misiniz? Bu konuyla bu derecede uğraşmayı hakkettiğinizi düşünüyor musunuz?

0. **Yok**

1. **Hafif:** Kişi bazen bazı küçük kabahatler konusunda olması gerekenden daha fazla suçluluk duyar, ama bu, zamanın yarısından azını alır

2. **Orta:** Kişi çoğu zaman (zamanın yarısından fazlasında) önemini abarttığı geçmiş eylemleri konusunda suçluluk duyar

3. **Şiddetli:** Kişi çoğu zaman kötü giden her şey için, hatta kendi hatası olmasa bile kendini kabahatli hisseder

6. Sabah Depresyonu: Son iki hafta boyunca, kendinizi çökkün hissederken, bu çökkünlüğün günün belli bir zamanında daha kötüleştiğini fark ettiniz mi?

0. **Yok:** Depresyon yok

1. **Hafif:** Depresyon var ama gün içi değişkenlik yok

2. **Orta:** Depresyonun sabahları kötüleştiği kendiliğinden belirtilir

3. **Şiddetli:** Sabahları belirgin biçimde daha kötü olan ve işlevselliğin bozulduğu depresyon akşamları düzelir

7. Erken Uyanma: Sabahları normalden daha erken mi uyanıyorsunuz? Bu, haftada kaç kez oluyor?

0. **Yok:** Erken uyanma yok

1. **Hafif:** Ara sıra (en çok haftada iki kez) olağan ya da gerekli uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor

2. **Orta:** Çoğunlukla (haftada en fazla 5 kez) olağan ya da gerekli uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor

3. **Şiddetli:** Her gün uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor

8. Özkıyım: Hayatın yaşamaya değer olmadığını hissediyor musunuz? Yaşamınıza son vermek hiç içinizden geçti mi? Kendinize ne yapabileceğinizi düşündünüz? Gerçekten denediniz mi?

0. **Yok**

1. **Hafif:** Sıklıkla keşke ölmüş olsaydım biçiminde düşünceler ya da ara sıra özkıyım düşünceleri

2. **Orta:** Üzerinde uğraşılmış özkıyım tasarısı ama girişimde bulunulmamıştır

3. **Şiddetli:** Açıkça ölümle sonuçlanmak üzere hazırlanmış özkıyım girişimi (örn.: şans eseri fark edilme ya da etkisiz yöntem)

9. Gözlenen Depresyon: Tüm görüşme boyunca görüşmecinin gözlemlerine dayanır. Görüşmede uygun anlarda sorulan “Kendinizi ağlamaklı hissediyor musunuz?” sorusu bu gözle için gerekli bilgiyi sağlayabilir.

0. Yok

1. **Hafif:** Görüşmenin belirgin olarak yansız konuşmalarını içeren bölümlerinde bile kişi üzgün ya da kederli görünmektedir.
2. **Orta:** Kişi görüşme boyunca sıkın, tek düze bir ses tonuyla üzgün ve kederli görünmektedir ve bazen ağlar ya da ağlamaklı olur.
3. **Şiddetli:** Kişi sıkıntı veren konularda boğulacak gibi olur, sıklıkla derin iç çeker ve açıkça ağlar, ya da kişi ısrarlı olarak ıstıraptan donakalmış durumdadır ancak görüşmeci depresyonun varolduğundan emindir.

Skor:

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Revizyon tarihi: 08.10.2014

Ek-5: Colombia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği(C-İŞDÖ)

Columbia- İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği (C-İŞDÖ)

Yaşam boyu/Güncel

Versiyon 1/14/09

Posner, K.; Brent, D.; Lucas, C.; Gould, M.; Stanley, B.; Brown, G.; Fisher, P.; Zelazny, J.; Burke, A.; Oquendo, M.; Mann, J.

Açıklama:

Bu ölçek uygulanmasıyla ilgili eğitimden geçen kişiler tarafından kullanılmak üzere hazırlanmıştır. Columbia – İntihar Riskini Derecelendirme Ölçeğinde (C-SSRS) yer alan sorular önerilen irdeleme sorularıdır. Sonuçta, intihar etme eğiliminin ya da düşüncenin var olduğunun saptanması ölçeği uygulayan kişinin kararına bağlıdır.

Bu ölçekte yer alan intihar davranışı olaylarına ilişkin tanımlar, 1051 Riverside Drive, New York, NY, 10032 adresinde bulunan Conte Center for the Neuroscience of Mental Disorders (CCNMD), New York State Psychiatric Institute doktorlarından John Mann, MD ve Maria Oquendo, MD tarafından geliştirilen The Columbia Suicide History Form kapsamında kullanılanlara dayanmaktadır (Oquendo M. A., Halberstam B. & Mann J. J, Risk factors for suicidal behavior: utility and limitations of research instruments. In M.B. First [Ed.] Standardized Evaluation in Clinical Practice, s. 103 - 130, 2003.)

C-SSRS ile ilgili yeni baskılar için Kelly Posner, Ph.D., New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, New York, 10032 ile irtibat kurunuz; sorular ve eğitimle ilgili gereksinimler için posnerk@nyspi.columbia.edu adresine yazınız.

© 2008 The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc.

İNTİHAR DÜŞÜNCESİ		
1 ve 2. soruları sorun. Eğer her ikisi de olumsuz ise, “İntihar Davranışı” bölümüne geçin. 2. soruya verilen yanıt “evet” ise, 3, 4 ve 5. soruları sorun. Eğer 1. ve/veya 2. soruya verilen yanıt “evet” ise, aşağıda yer alan “Düşüncelerin Yoğunluğu” bölümünü doldurun.	Ömür Boyu – İntihara Eğilimli Olduğunu En Fazla Hissettiği Zaman	Geçen Ay
1. Ölme İsteği Kişi ölmüş ya da artık yaşamıyor olmak veya uykuya dalıp bir daha uyanmamak biçiminde istekleri olduğunu bildiriyor. <i>Hiç ölmüş olmayı ya da uykuya dalıp bir daha uyanmamayı istediniz mi?</i> Eğer yanıt evetse, açıklayın:	Evet Hayır ☐ ☐	Evet Hayır ☐ ☐
2. Spesifik Olmayan Aktif İntihar Düşünceleri Belirli bir yöntem, niyet veya plan olmaksızın kişinin yaşamını sonlandırma/intihar etme (örneğin: "Kendimi öldürmeyi düşündüm") düşünceleri <i>Gerçekten hiç kendinizi öldürmeyi düşündünüz mü?</i> Eğer yanıt evetse, tanımlayın:	Evet Hayır ☐ ☐	Evet Hayır ☐ ☐
3. Eyleme Dökme Niyeti Olmayan Herhangi Bir Yöntem İçeren (Plansız) Aktif İntihar Düşünceleri Kişi intihar düşüncelerini kabul eder ve değerlendirme süresinde en az bir yöntem düşünmüştür. Bu düşünce, zaman, yer ya da ayrıntıları düşünülmüş belirli bir plandan farklıdır (örneğin, hangi yöntemle kendini öldüreceğini düşünmüştür, ancak plan yapmamıştır). Kişi “Yüksek dozda ilaç almayı düşündüm ancak bunu ne zaman, nerede ya da gerçekte nasıl yapacağıma ilişkin belirli bir plan yapmadım... ve bunu asla uygulamazdım” gibi ifadeler kullanabilir. <i>Bunu nasıl yapabileceğiniz üzerinde düşünüyor muydunuz?</i> Eğer yanıt evetse, açıklayın:	Evet Hayır ☐ ☐	Evet Hayır ☐ ☐
4. Belirli Plan Olmaksızın bir Miktar Eyleme Dökme Niyeti İçeren Aktif İntihar Düşünceleri Kişi “intihar düşüncelerim var fakat kesinlikle bunlarla ilgili hiçbir şey yapmayacağım” sözünün aksine biraz eyleme dökme niyeti içeren kendini öldürme düşünceleri bildirir. <i>Kendinizi öldürme düşünceleriniz oldu mu ve bu düşüncelerinizi gerçekleştirmeye hiç niyetlendiniz mi?</i> Eğer yanıt evetse, açıklayın:	Evet Hayır ☐ ☐	Evet Hayır ☐ ☐
5. Belirli Bir Plan ve Niyet İçeren İntihar Düşünceleri Kişinin tam olarak ya da kısmen ayrıntıları üzerinde düşünülmüş bir plan içeren kendini öldürme düşünceleri ve bu planı gerçekleştirmeye ilgili belli bir düzeyde niyeti vardır. <i>Kendinizi nasıl öldüreceğinizle ilgili ayrıntılar üzerinde düşünmeye başladınız mı ya da bir plan yaptınız mı? Bu planınızı gerçekleştirme niyetiniz var mı?</i> Eğer yanıt evetse, açıklayın:	Evet Hayır ☐ ☐	Evet Hayır ☐ ☐
DÜŞÜNCELERİN YOĞUNLUĞU		
Aşağıdaki özellikler en şiddetli düşünce biçimine göre değerlendirilmelidir (yani, yukarıdaki ifadeler için 1-5 arası, 1 en az şiddetli ve 5 en çok şiddetli olacak şekilde). Kendisini intihar etmeye en yakın hissettiği zamanı sorun.		
Ömür Boyu -	En Şiddetli Düşünce: _____ Tip No (1-5)	Düşüncelerin Tanımı
Geçen Ay -	En Şiddetli Düşünce: _____ Tip No (1-5)	Düşüncelerin Tanımı
Sıklığı <i>Bu düşünceler kaç defa aklınıza gelmişti?</i> (1) Haftada bir defadan az (2) Haftada bir (3) Haftada 2-5 defa (4) Her gün ya da hemen hemen her gün (5) Her gün birçok defa		
Süresi <i>Bu tip düşünceler aklınıza geldiğinde, ne kadar süre aklınızda kalıyor?</i> (1) Çok az – birkaç saniye ya da dakika (2) 1 saatten az / bazen (3) 1-4 saat / çoğu zaman (4) 4-8 saat / günün büyük bir kısmında (5) 8 saatten fazla / kalıcı bir şekilde veya sürekli		
Kontrol Edilebilirlik <i>Kendinizi öldürmek ya da ölmeyi istemekle ilgili düşüncelerinizi istediğinizde durdurabilir misiniz / durdurabildiniz mi?</i> (1) Düşünceleri kolayca kontrol edebilir (2) Düşünceleri az zorlanarak kontrol edebilir (3) Düşünceleri biraz zorlanarak kontrol edebilir (4) Düşünceleri çok zorlanarak kontrol edebilir (5) Düşünceleri kontrol edemez (6) Düşünceleri kontrol etmeye kalkışmaz		

Durdurulan Girişim: Kişinin intihar etme girişimine yönelik adımlar atmaya başlayıp gerçekten kendine zarar verecek herhangi davranışta bulunmadan kendini durdurması. Örnekler engellenen girişimdekine benzer ancak eylem başka şey/kişiler tarafından değil kişinin kendisi tarafından durdurulur. Hayatınıza son vermeyi denemek için bir şey yapmaya başladığınız ancak gerçekten herhangi bir şey yapmadan önce kendinizi durdurduğunuz bir zaman oldu mu? Eğer yanıt evetse, açıklayın:		Evet Hayır ☐ ☐ Durdurulan girişimlerin toplam sayısı _____	Evet Hayır ☐ ☐ Durdurulan girişimlerin toplam sayısı _____
Hazırlayıcı Eylemler veya Davranışlar: Bir intihar girişimini gerçekleştirmek için yapılan eylemler ya da hazırlık. Bu bir düşünce ya da söylemin ötesinde belirli bir yöntem için gerekenleri toplamak (örneğin haplar satın almak, bir tabanca satın almak) ya da intihar sonucu kendi ölümü için hazırlanmak (örneğin eşyalarını dağıtmak, bir intihar notu yazmak) gibi herhangi bir şeyi kapsayabilir. Bir intihar girişiminde bulunmak ya da kendinizi öldürmek için hazırlanmaya yönelik herhangi bir adım attınız mı (hap biriktirmek, tabanca edinmek, değerli eşyaları dağıtmak ya da bir intihar notu yazmak gibi)? Eğer yanıt evetse, açıklayın:		Evet Hayır ☐ ☐	Evet Hayır ☐ ☐
İntihar davranışı: Değerlendirme süresi boyunca intihar davranışı mevcut muydu?		Evet Hayır ☐ ☐	Evet Hayır ☐ ☐
Sadece Gerçek Girişimler İçin Yanıtlayın		En Son Girişim Tarihi:	En Ölümcül Girişim Tarihi:
Gerçek Ölümcüllük / Tıbbi Hasar 0. Fiziksel hasar yok ya da çok küçük fiziksel hasar (örneğin, yüzeysel hafif çizikler). 1. Küçük fiziksel hasar (örneğin, letarjik konuşma, birinci derece yanıklar, hafif kanama, burkulmalar). 2. Tıbbi bakım gerektiren orta derecede fiziksel hasar (örneğin bilinç kaybı olmadan uykululuk hali, uyarana kısmen yanıt vardır; ikinci derece yanıklar; ana damarın kanaması). 3. Orta derecede şiddetli fiziksel hasar; <i>tıbbi</i> nedenlerle hastaneye yatırılma ve muhtemelen yoğun bakım gerekli (örneğin reflekslerin korunduğu koma hali, vücudun %20'sinden azında üçüncü derece yanık, düzeltilebilen aşırı kan kaybı, büyük kırıklar). 4. Şiddetli fiziksel hasar; yoğun bakım gerektiren <i>tıbbi</i> hastaneye yatırılma gerekli (örneğin reflekslerin olmadığı koma hali, vücudun %20'sinden fazlasında üçüncü derece yanık, stabil olmayan yaşamsal bulgular ile birlikte aşırı kan kaybı, hayatı bir bölgede büyük hasar). 5. Ölüm		Kod Girin _____	Kod Girin _____
Potansiyel Ölümcüllük: Yalnızca Gerçek Ölümcüllük = 0 ise Yanıtlayın Eğer tıbbi hasar yoksa gerçek girişimin ölümcül olma olasılığı (aşağıdaki örnekler gerçek tıbbi hasar yokken, çok şiddetli ölümcüllük potansiyeli içerir: tabancayı ağızına soktu ve tetiği çekti fakat tabanca ateş almadı ve tıbbi hasar oluşmadı; tren yaklaşıırken tren raylarına uzandı fakat tren üzerinden geçmeden geri çekildi). 0 = Davranışın yaralanma ile sonuçlanma olasılığı yoktur 1 = Davranış yaralanmayla sonuçlanabilir ancak ölüme neden olma olasılığı yoktur 2 = Davranışın mevcut tıbbi bakıma rağmen ölüme sonuçlanma olasılığı vardır		Kod Girin _____	Kod Girin _____

Ek-6: Üstbiliş Ölçeği (ÜBÖ)

Bu anket kişilerin kendi düşüncelerine ilişkin inançlarını incelemektedir. Aşağıda bireyler tarafından ifade edilmiş bazı inanç maddeleri listelenmiştir. Lütfen her bir maddeyi okuyarak her birine ne kadar katıldığınızı uygun rakamı işaretleyerek belirtiniz (1: kesinlikle katılmıyorum; 2: kısmen katılmıyorum; 3 kısmen katılıyorum; 4: kesinlikle katılıyorum). Lütfen tüm maddeleri cevaplandırınız. Bu ankette doğru ya da yanlış cevap bulunmamaktadır.

	Kesinlikle katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum	Kesinlikle katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
	(1)	(2)	(3)	(4)
1. Endişelenmek gelecekteki problemlerden kaçınmama yardımcı olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Endişelenmem benim için tehlikelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Aklımdan geçenlerle çok uğraşırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Endişe ede ede kendimi hasta edebilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Bir problem üzerinde düşünürken zihnimin nasıl çalıştığının farkındayım.	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Eğer beni endişelendiren bir düşünceyi kontrol edemezsem ve bu gerçekleşirse, benim hatam olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Düzenliliğimi sürdürebilmem için endişe etmeye ihtiyacım var.	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Kelimeler ve isimler konusunda belleğime güvenim pek yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Ne kadar engellemeye çalışırsam çalışayım, endişe verici düşüncelerim devam eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Endişelenmek kafamdaki düşünceleri düzene sokmama yardım eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Endişe verici düşünceler aklıma geldiğinde onları görmezden gelemiyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Düşüncelerimi izlerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Düşüncelerimi her zaman kontrol altında tutmalıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Belleğim zaman zaman beni yanıltır.	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Belirli düşüncelerimi kontrol etmediğim için cezalandırılacağım.	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Endişelerim beni delirtebilir.	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Düşündüğümün her an farkındayım.	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Zayıf bir belleğim vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Dikkatim zihnimin nasıl çalıştığıyla meşguldür.	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Endişelenmek bir şeylerin üstesinden gelmeye yardım eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
21. Düşüncelerimi kontrol edememek bir zayıflık işaretidir.	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Endişelenmeye başladığım zaman kendimi durduramam.	(1)	(2)	(3)	(4)
23. Endişelenmek problemleri çözmede bana yardımcı olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Bir yerleri hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem.	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Belirli şeyleri düşünmek kötüdür.	(1)	(2)	(3)	(4)
26. Belleğime güvenmem.	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Eğer düşüncelerimi kontrol edemezsem işlerimi sürdüremem.	(1)	(2)	(3)	(4)
28. İyi çalışabilmek için endişelenmeye ihtiyacım vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Olayları hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem.	(1)	(2)	(3)	(4)
30. Düşüncelerimi sürekli gözden geçiririm	(1)	(2)	(3)	(4)

^a MCQ-30 Questionnaire telif hakkı sahiplerinin izniyle araştırma amaçlı kullanılmaktadır [Kaynak: Wells, A & Cartwright-Hatton, S. (2004). *Beh. Res. and Therapy*, 42; 385-396.]. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması için Tosun, A., & Irak M. (2008). Üstbiliş Ölçeği-30'un Türkçe uyarlaması, geçerliği, güvenirliği, kaygı ve obsesif-kompulsif belirtilerle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(1), 67-80.

Ek-7: Beck Bilişsel İç Görü Ölçeği (BİÖ)

BECK BİLİŞSEL İÇ GÖRÜ ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların nasıl hissettiğine ilişkin ifadeler vardır. Lütfen sıralanan bütün cümleleri dikkatle okuyunuz. Her bir ifade ile ne kadar aynı fikirde olduğunuzu karşısında uygun gelen alana **X** işareti koyarak belirtiniz.

	Hiç Katılmıyorum	Çok az Katılıyorum	Epeyce Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Bazen diğer insanların bana karşı tutumlarını yanlış anlıyorum.				
2. Yaşantılarımla ilgili yorumlarım kesinlikle doğrudur.				
3. Diğer insanlar olağandışı yaşantılarım nedenlerini benim anladığımdan daha iyi anlayabilir.				
4. Çok çabuk sonuca atlıyorum.				
5. Bana çok sahici görünen bazı yaşantılarım benim hayal gücüme bağlı olabilir.				
6. Gerçek olduğuna kesinlikle emin olduğum bazı fikirlerimin yanlış olduğu ortaya çıktı.				
7. Eğer bir şeyin doğru olduğunu hissediyorsam o şey doğrudur.				
8. Güçlü bir şekilde haklı olduğumu hissetsem bile , yanılıyor olabilirim.				
9. Kendi sorunlarımın neler olduğunu bir başkasından çok daha iyi bilirim.				
10. İnsanlar benimle aynı fikirde değilse genellikle onlar yanlıştır.				
11. Yaşantılarımla ilgili diğer insanların kanaatlerine güvenemem.				
12. Eğer birisi inançlarımın yanlış olduğunu belirtirse, onun görüşünü dikkate almaya istekliyimdir.				
13. Her zaman kendi yargıma güvenebilirim.				
14. İnsanların neden belli bir şekilde davrandıklarının sıklıkla birden fazla açıklaması vardır.				
15. Benim olağandışı yaşantılarım aşırı keyifsiz olmama ya da strese bağlı olabilir.				

Ek-8: Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)

Beck Umutsuzluk Ölçeği

	Evet	Hayır
1. Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum.		
2. Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.		
3. İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağım bilmek beni rahatlatıyor.		
4. Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum		
5. Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.		
6. Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum.		
7. Geleceğimi karanlık görüyorum.		
8. Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.		
9. İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam içinde hiçbir neden yok.		
10. Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı.		
11. Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor.		
12. Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi umuyorum.		
13. Geleceğe baktığımda şimdikiye oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.		
14. İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.		
15. Geleceğe büyük inancım var.		
16. Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur.		
17. Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.		
18. Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.		
19. Kötü günlerden çok iyi günler bekliyorum.		
20. İstediğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.		

