



**T.C.  
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**İLAÇLA İNTİHAR GİRİŞİMDE BULUNAN  
KİŞİLERDE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK  
VE ALEKSİTİMİ DÜZEYLERİNİN  
DEPRESYON, ANKSİYETE VE  
DÜRTÜSELLİKLE İLİŞKİSİNİN  
İNCELENMESİ**

**DR. MERVE ÇAVDAR TORAMAN  
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**DÜZCE-2021**





**T.C.  
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**İLAÇLA İNTİHAR GİRİŞİMDE BULUNAN  
KİŞİLERDE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK  
VE ALEKSİTİMİ DÜZEYLERİNİN  
DEPRESYON, ANKSİYETE VE  
DÜRTÜSELLİKLE İLİŞKİSİNİN  
İNCELENMESİ**

**DR. MERVE ÇAVDAR TORAMAN  
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**PROF. DR. ADNAN ÖZÇETİN  
Tez Danışmanı**

## ÖNSÖZ

Asistanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerini paylaşıp, her zaman destek ve güvenlerini hissettiren değerli hocalarım Prof. Dr. Ahmet Ataoğlu, Prof. Dr. Adnan Özçetin, Prof. Dr. Numan Konuk, Yard. Doç. Dr. Celalettin İcmeli'ye, tezimin planlama ve istatistiksel analiz aşamasında verdiği destekler için Doç. Dr. Şengül Cangür'e, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi ve Nöroloji rotasyonumda bilgi ve tecrübelerini aktarmaktan çekinmeyen hocalarıma,

Asistanlık hayatım boyunca iş arkadaşı olmanın yanında birlikte vakit geçirmekten keyif aldığım ve tecrübelerimizi paylaştığımız desteklerini her zaman hissettiğim, anlayışları ve yardımseverlikleriyle huzurlu bir çalışma ortamı oluşturan çalıştığım asistan arkadaşlarım Dr. Safiye Bahar Ölmez, Dr. Zehra Başar Kocagöz, Dr. Neslihan KARA, Dr. Furkan Gökçe, Dr. Ayşe Gökçe, Dr. Serap Yaman, Dr. Erkin Kerim, Dr. Begüm Yaman, Dr. Elif Kaplan Karakaya, Dr. Merve Yazıcı, Dr. Enes Sarıgedik, Dr. Meltem Küçükdağ, Dr. Nurdan Kasar'a,

Çalışma hayatımı çalışkanlığı ve pratikliğiyle kolaylaştırmanın yanında, arkadaşlığı ve yardımseverliğiyle de güzelleştiren anabilim dalı sekreterimiz Burcu Durna ve Betül Çakır'a, beş yıl süresince çoğu zaman ailemden daha fazla zamanı bir arada geçirdiğim, destekleri olmadan yarım kalacağımıza inandığım psikiyatri servisinin tüm hemşire ve yardımcı sağlık personeline,

Hayatım boyunca hep arkamda duran, destek olan, dualarını eksik etmeyen ve varlıkları bana yaşam kaynağı olan insana değer vermeyi sadece öğretmek değil aynı zamanda yaşamlarında uygulayarak da bana gösteren babam Muhammer Çavdar, annem Ayşe Çavdar, abim Mustafa Çavdar'a,

Hayatıma anlam katan, anlayış ve sevgisini her koşulda gösteren, sabır ve ilgiyle eğitim sürecimdeki bütün sıkıntılara ortak olan, her fırsatta çalışmamla yakından ilgilenen, bana destek veren tezi bitirmem için sürekli heveslendiren ve her alanda motivasyonumun en büyük kaynağı olan, sonsuza kadar varlığını en büyük armağan olarak kabul edeceğim en yakın arkadaşım, dostum, eşim Çağdaş Toraman ve gülüşüyle dünyamızı ısıtan canım oğlum Arel Toraman'a

En kalbi duygularla teşekkür ederim...

## **İlaçla İntihar Girişimde Bulunan Kişilerde Psikolojik Dayanıklılık, Aleksitimi Düzeylerinin Depresyon, Anksiyete Ve Dürtüsellikle İlişkisinin İncelenmesi**

### **ÖZET**

**Amaç:** Bu çalışmada ilaçla intihar girişimde bulunan hastalarda psikolojik dayanıklılık, aleksitimi, depresyon, anksiyete ve dürtüsellik ilişkisinin araştırılması ayrıca psikolojik dayanıklılık ve aleksitiminin diğer ölçeklerle ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmaya ilaçla intihar girişimde bulunan hasta grubu (n=66) ile herhangi bir psikiyatrik tanısı bulunmayan kontrol grubu (n=66) dahil edilmiştir. Çalışmada sosyodemografik veri formu, Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ), Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAO-20), Beck Depresyon Envanteri (BDE), Beck Anksiyete Envanteri (BAE), Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ-11) kullanılmıştır.

**Bulgular:** İlaçla intihar girişimde bulunan grupta BDE, BAE, TAO-1, TAO-2 BDÖ-11 kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (her biri  $p<0,001$ ). Kontrol grubunda PDÖ kendini adama ve meydan okuma anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (sırasıyla  $p=0,039$  ve  $p=0,003$ ). Gruplar arasında PDÖ ile diğer ölçeklerin korelasyon katsayılarının karşılaştırılmasında ilaçla intihar girişimde bulunan grupta PDÖ ile BDE, BAE, TAO-1 ve BDÖ-11 plansızlık dürtüselligi arasında farklılık saptanmıştır (sırasıyla  $p<0,001$ ,  $p=0,033$ ,  $p=0,006$  ve  $p<0,001$ ). Gruplar arasında TAO-20 ile diğer ölçeklerin korelasyon katsayılarının karşılaştırılmasında ilaçla intihar girişimde bulunan grupta BDE, BAE, BDÖ-11 arasında farklılık saptanmıştır (her biri  $p<0,001$ )

**Sonuç:** İlaçla intihar girişimde bulunan hastaların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin düşük olduğu, aleksitimi düzeylerinin yüksek olduğu, daha depresif ve daha anksiyöz oldukları ve daha dürtüsel oldukları görülmüştür.

**Anahtar sözcükler:** intihar girişimi, psikolojik dayanıklılık, aleksitimi, depresyon, anksiyete, dürtüsellik

## **Investigation of the Relationship between Psychological Resilience and Alexithymia Levels with Depression, Anxiety and Impulsivity in People Who Attempted Suicide with Medication**

### **ABSTRACT**

**Objective:** In this study, it was aimed to investigate the relationship between psychological resilience, alexithymia, depression, anxiety and impulsivity in patients who attempted suicide with medication, and also to examine the relationship between psychological resilience and alexithymia with other scales.

**Materials and Method:** The patient group who attempted suicide with medication (n=66) and the control group (n=66) without any psychiatric diagnosis were studied. Sociodemographic data form, Psychological Resilience Scale (PRS), Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI), Barratt Impulsivity Scale (BIS-11) were used in the study.

**Results:** BDI, BAI, TAS-1, TAS-2 BIS-11 were found to be significantly higher in the group who attempted suicide with medication compared to the control group ( $p<0,001$ ). PRS commitment and challenge were significantly higher in the control group (respectively,  $p=0,039$  and  $p=0,003$ ). When comparing the correlation coefficients of PRS with other scales between the groups, a difference was found between PRS and BDI, BAI, TAS-1 and BIS-11 unplanned impulsivity in the group who attempted suicide with medication (respectively,  $p<0,001$ ,  $p=0,033$ ,  $p=0,006$  and  $p<0,001$ ). In the comparison of the correlation coefficients of TAS-20 and other scales between the groups, a difference was found between BDI, BAI, BIS-11 in the group who attempted suicide with medication ( $p<0,001$ )

**Conclusion:** Patients who attempted suicide with medication were found to have low psychological resilience, higher levels of alexithymia, more depressive and anxious, and more impulsive.

**Key words:** suicide attempt, psychological resilience, alexithymia, depression, anxiety, impulsivity.

# İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfalar</u>
Önsöz.....	i
Özet .....	ii
İngilizce Özet (Abstract).....	iii
İçindekiler.....	iv
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini.....	vii
Tablolar Dizini.....	viii
Şekiller.....	viii
Ekler Dizini.....	x
1. Giriş ve Amaç .....	1
1.1. Giriş.....	1
1.2. Amaç.....	2
2. Genel Bilgiler.....	3
2.1. İntihar.....	3
2.1.1. İntihar Tanımı.....	3
2.1.2. İntiharın Tarihçesi.....	3
2.1.3. İntihar Epidemiyolojisi.....	4
2.1.4. İntiharın Etiyolojisi.....	5
2.1.4.1. Biyolojik ve Genetik Faktörler.....	5
2.1.4.2. Nörokimyasal Faktörler.....	7
2.1.4.3. Bilişsel Faktörler.....	8
2.1.5. İntihara İlişkin Kuramsal Açıklamalar.....	8
2.1.5.1. Toplumsal Kuram.....	8
2.1.5.2. Psikodinamik Yaklaşım.....	9
2.1.5.3. Sosyal Öğrenme Kuramı.....	10
2.1.5.4. Umutsuzluk Kuramı.....	10
2.1.5.5. Kaçış Kuramı.....	11
2.1.6. İntihar Girişimindeki Risk Faktörleri.....	12
2.1.6.1. Sosyodemografik Risk Faktörleri.....	12
2.1.6.1.1. Cinsiyet ve yaş.....	12
2.1.6.1.2. Eğitim ve sosyoekonomik düzey.....	13

2.1.6.1.3. Medeni durum.....	13
2.1.6.2. Geçmişte İntihar Girişim Öyküsü.....	14
2.1.6.3. Kendine Zarar Verme Davranışı.....	14
2.1.6.4. Psikiyatrik Risk Etmenleri.....	14
2.1.6.5. Fiziksel Hastalıklar.....	16
2.1.6.6. Bireysel Risk Etmenleri.....	17
2.1.6.7. Ailesel Risk Etmenleri.....	17
2.1.6.8. Çevresel Risk Faktörleri ve Stresli Yaşam Olayları...18	
2.1.7. İntihara Karşı Koruyucu Faktörler.....	19
2.2. Psikolojik Dayanıklılık.....	20
2.2.1. Psikolojik Dayanıklılık Kavramı.....	20
2.2.2. Psikolojik Dayanıklılık Kavramının Boyutları.....	21
2.2.3. Psikolojik Dayanıklılığı Etkileyen Faktörler.....	21
2.2.3.1. Risk Faktörleri.....	22
2.2.3.2. Koruyucu Faktörler.....	22
2.2.3.3. Olumlu Uyum Gösterme.....	23
2.2.4. Psikolojik Dayanıklılık Kavramı ve İntihar.....	24
2.3. Aleksitimi.....	24
2.3.1. Aleksitimide Klinik Özellikler.....	25
2.3.1.1. Duyguları Fark Etme, Ayırt Etme ve Söze Dökme Güçlüğü.....	26
2.3.1.2. Hayal Kurma, Düşlem Yaşantısında Kısıtlılık.....	26
2.3.1.3. İşlemsel Düşünme.....	26
2.3.1.4. Dışa Dönük Bilişsel Yapı.....	26
2.3.2. Aleksitimi ve İntihar.....	27
2.4. Dürtüsellik.....	27
2.4.1. Tanım ve Klinik Belirtiler.....	27
2.4.2. Dürtüsellığe Boyutsal Yaklaşım.....	28
2.4.3. Dürtüsellğin Nöroanatomi ve Nörobiyolojisi.....	28
2.4.4. Dürtüsellğin Nörokimyası.....	29
2.4.5. Dürtüsellik ve İntihar.....	29
3. Gereç ve Yöntem.....	31

3.1. Örneklem Seçimi.....	31
3.2. Kullanılan Ölçekler.....	31
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	32
3.2.2. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği.....	32
3.2.3. Toronto Aleksitimi Ölçeği.....	32
3.2.4. Beck Depresyon Envanteri.....	33
3.2.5. Beck Anksiyete Envanteri.....	34
3.2.6. Barratt Dürtüsellik Ölçeği.....	34
3.2.7. İstatistiksel Analiz.....	34
4. Bulgular.....	36
4.1. Sosyo-demografik Veri Özellikleri.....	36
4.1.1. Grupların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması..	36
4.1.2. Sosyodemografik Verilerin Diğer Ölçeklerle Korelasyonu...	42
4.2. Grupların Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	65
4.3. PDÖ ile Diğer Ölçeklerin Korelasyonu.....	70
4.4. TAO-20 ile Diğer Ölçeklerin Korelasyonu.....	71
5. Tartışma.....	74
5.1. Sosyo-demografik Veri Özellikleri.....	74
5.1.1. Grupların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması...	74
5.1.2. Sosyodemografik Verilerin Diğer Ölçeklerle Korelasyonu...	78
5.2. Grupların Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	81
5.2.1. Grupların BDE Puanlarının Karşılaştırılması.....	81
5.2.2. Grupların BAE Puanlarının Karşılaştırılması.....	82
5.2.3. Grupların TAO-20 Puanlarının Karşılaştırılması.....	82
5.2.4. Grupların PDÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	83
5.2.5. Grupların BDÖ-11 Puanlarının Karşılaştırılması.....	84
5.3. PDÖ ile Diğer Ölçeklerin Korelasyon Katsayılarının Karşılaştırılması.	85
5.4. TAO-20 ile Diğer Ölçeklerin Korelasyonun Karşılaştırılması.....	88
5.5. Çalışmanın Kısıtlılıkları.....	91
6. Sonuç .....	92
7. Kaynaklar.....	93
8. Ekler.....	107

## **SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ**

- BAE:** Beck Anksiyete Envanteri  
**BDE:** Beck Depresyon Envanteri  
**BDÖ-11:** Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11  
**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü  
**HPAA :** Hipotalamo Pitüiter Adrenal Aks  
**PDÖ:** Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği  
**SNP:** Tek Nükleotid Polimorfizmi  
**TAO-1:** Duyguları Tanımada Zorluk  
**TAO-2:** Duyguları Söze Dökmede Zorluk  
**TAO-3:** Dışa Dönük Düşünme  
**TAO-20:** Toronto Aleksitimi Ölçeği  
**TÜİK :** Türkiye İstatistik Kurumu  
**5-HIAA:** 5 Hidroksi İndol Asetik Asit

## TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1. Grupların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

Tablo 2. Grupların intihar özellikleri, aile öyküsü ve psikiyatrik öz geçmiş öykülerinin karşılaştırılması

Tablo 3. İntihar girişimi olan katılımcıların intihar girişim nedenlerine göre karşılaştırılması

Tablo 4. Sosyodemografik verilerin PDÖ kendini adama alt ölçeği ile karşılaştırılması

Tablo 5. Sosyodemografik verilerin PDÖ kontrol alt ölçeği ile karşılaştırılması

Tablo 6. Sosyodemografik verilerin PDÖ meydan okuma alt ölçeği ile karşılaştırılması

Tablo 7. Sosyodemografik verilerin PDÖ toplam puanı ile karşılaştırılması

Tablo 8. Sosyodemografik verilerin TAO-20 ölçeğinin TAO-1 alt ölçeği ile karşılaştırılması

Tablo 9. Sosyodemografik verilerin TAO-20 ölçeğinin TAO-2 alt ölçeği ile karşılaştırılması

Tablo 10. Sosyodemografik verilerin TAO-20 ölçeğinin TAO-3 alt ölçeği ile karşılaştırılması

Tablo 11. Sosyodemografik verilerin TAO-20 ölçeğinin toplam puanı ile karşılaştırılması

Tablo 12. Sosyodemografik verilerin BDÖ-11 plansızlık dürtüselliği alt ölçeği ile karşılaştırılması

Tablo 13. Sosyodemografik verilerin BDÖ-11 motor dürtüsellik alt ölçeği ile karşılaştırılması

Tablo 14. Sosyodemografik verilerin BDÖ-11 dikkat dürtüsellik alt ölçeği ile karşılaştırılması

Tablo 15. Sosyodemografik verilerin BDÖ-11 toplam puanı ile karşılaştırılması

Tablo 16. Grupların BDE, BAE ve TAO-20 toplam puanlarının karşılaştırılması

Tablo 17. Grupların ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 18. PDÖ ile diğer ölçeklerin korelasyonu

Tablo 19. TAO-20 ile diğer ölçeklerin korelasyonu

Tablo 20. Kardeş sayısı, ailede intihar girişim öyküsü, BDE ve BDÖ-11 regresyon analizi

## ŞEKİLLER

Şekil 1. *Mann ve ark. tarafından hipotez edilen diatez-stres modeli*

## **EKLER DİZİNİ**

**EK 1.** Sosyo-demografik Form

**EK 2.** Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ)

**EK 3.** Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAO-20)

**EK 4.** Beck Depresyon Envanteri (BDE)

**EK 5.** Beck Anksiyete Envanteri (BAE)

**EK 6.** Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ-11)



# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

## 1.1. Giriş

İntihar, kişinin kasıtlı olarak ve isteyerek yaptığı kendine zarar verme davranışı olarak tanımlanmaktadır(1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), intiharları intihar girişimleri ve gerçek intiharlar olarak ikiye ayırır. (2). İntihar girişimleri bireyin kendisine zarar vermek, zehirlemek ve kendisini yok etmek amacıyla gerçekleştirdiği ölümcül olmayan intihara yönelik istemli girişimlerdir(3). Gerçek intiharlar ise hayatın sonlanması ile sonuçlanan girişimlerdir (2). Bir intihar girişimi, bir sonraki intihar girişimi için riski önemli oranda artırması ve ölümlerle sonuçlanabilecek bir intihar girişiminin güçlü bir öncüsü olabileceği için dikkatle takip edilmesi gereklidir(4).

İntihar konusu neden toplumun en çok merak ettiği konu olmuştur. Doğum kadar normal olan ölüm olayı zamanında olmuş ise neden insanların ilgisini çekmezken insanlar kendi canına kıyınca ilgi artıyor? İnsanların tarihten bugüne bir arada yaşama ihtiyacından kaynaklanan sosyal bir varlık olmasından dolayı herkes herkesten etkilenmektedir. Toplumlarda da yaşanan intihar olayları kendi başına gelmese bile kişilerin ilgisini aşırı derecede çekmiş ve çekmeye devam etmektedir.

Uzun zamanlardan beri insanların kendisine neden zarar verdiklerini bilimsel olarak anlamlandırmak ve istatistiksel olarak sonuçlara dayandırmak amacıyla geçmişten günümüze yapılan literatür çalışmalarında “insanlar neden kendi canlarına kıyar?” sorusunun cevabı aranmıştır. Geçmiş araştırmalara baktığımızda insanın işlerinde başarısız olması mı? gönül ilişkilerindeki sorunlar mı? maddi ve manevi sıkıntılar mı? vb. Geçmişten günümüze insanlar bu sorunun cevabını aramış ve net cevabını bulamamışlardır. Bu nedenle intihar konusu insanlarda merak duygusunu tetiklemiştir.

İntihar davranışı, kişinin kendi değer yargılarına göre baş etmekte zorlandığı olaylar karşısında çözümünü kendi yaşamına son vermekte gören ve kişilik özellikleri, ekonomik ve sosyokültürel faktörler, ailevi faktörler, psikiyatrik bozukluklar, genetik özellikler ve biyolojik faktörler gibi etkenlerden oluşan multifaktöriyel bir harekettir(5).

Aleksitimi, duyguların hissedilmesi ve farkına varılmasında ve diğer insanlara aktarımda zorluk çekme olarak tanımlanmıştır(6). Bireyin kendi duygularının farkına varmasında, bu duyguları anlamlandırmasında ve ifade edilmesinde ayrıca duygu durumuna yönelik doğru davranışlarda bulunmasında karşılaşılan problemler, bireyin iyilik halinin bozulmasına ve ruhsal bozukluklar için risk faktörü oluşturmasına sebep olduğu söylenmektedir(7).

Aleksitimik bireylerde olduğu gibi intihar eden bireylerde de duygusal ve bilişsel olarak kapasiteleri azalmıştır, duygularını ayırt etmede güçlük çekerler, yorum yapma kapasiteleri azalmıştır ve sorunu çözemezler (8).

Masten'e göre, psikolojik dayanıklılık, kişinin hayatını negatif olarak etkileyen durum, olay ve koşullarla baş edebilme, olaylara çözüm bulabilme ve uyum sağlayabilme anlamına gelmektedir(9). Psikolojik dayanıklılıkları güçlü olan kişiler, genel yaşam olaylarına olumlu anlam kazandırma özelliğine sahiptir ve bu pozitif özellik kolay olmayan durumlara uyum sağlayabilmelerine yardımcı olur(10).

İntihar girişiminde bulunan kişi başka çözüm yöntemlerini bulamadığı için bütün baş etme becerilerine kendisini kapatmaktadır. Psikolojik dayanıklılık kişilerin stres duygusu ile baş etme becerilerini pozitif yönde etkilemekte ve intihara karşı koruyucu etki göstermektedir (11).

## **1.2.Amaç**

İntihar girişimi olan hastalarda psikolojik dayanıklılık, aleksitimi, depresyon, anksiyete ve dürtüselliklerinin araştırılması, psikolojik dayanıklılık ve aleksitiminin depresyon, anksiyete ve dürtüsellikle ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmadan elde edilecek verilerin, günümüzün en büyük problemlerinden biri olan ve gelecekte de her geçen gün artarak karşımıza çıkan intihar olaylarında bu ilişkiden faydanılması ve sonuçlarla başka çalışmalara rehber olunması hedeflenmiştir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. İntihar

#### 2.1.1. İntiharın tanımı

İntihar kelimesi, Arapça kökenli olup 'nahr' (boğazın alt kısmındaki çöküntü, hayvanın boğazını keserek öldürme) kelimesinden türemiş ve Türk Dil Kurumu sözlüğüne göre -bir insanın çevresel ve ruhsal sebeplerle kendi hayatını sonlandırması- anlamına gelmektedir(12). Suicide (intihar) kelimesi latin kökenli kelimelerden bir araya gelerek ve latince de „insanın kendi kendini öldürmesi“ anlamına gelen „sui“ yani „ben“ ve „cedere“ yani kıymak, öldürmek anlamına gelen sözcüklerin bir arada kullanılmasıyla „suicidere'den İngilizce'ye suicide şeklinde geçmiştir(13). Suicidology teriminin anlamı "İntihar Bilimi" olarak kullanılmaktadır(14). Son dönemlerde bazı makalelerde ise intihar yerine özkıyım ya da özekıyım gibi kelimeleri kullanılmaya başlanmıştır(15).

Kişinin kendi hayatına son vermek amacıyla düşündüğü veya yaptığı ölüm ya da fiziksel hasarla sonuçlanabilecek düşünce ya da eylemlere intihar davranışı denir. İntihar davranışı; intihar düşünceleri, intihar girişimleri ve tamamlanmış intiharlar olarak üçe ayrılır(16, 17).

İntihar düşünceleri; intiharın eyleme geçmemesi ile sonuçlanan; bireyin kendini nerede, ne zaman, nasıl öldüreceğini ve bunun çevresindeki insanları nasıl etkileyeceği hakkındaki düşünceler ile karakterize niyet ve planlardır(18). İntihar girişimleri, ölüm ile sonuçlanmayan, kişinin yaralanması veya kendine zarar vermesi ile sonuçlanan davranışlar olarak tanımlanır (17). Ölümle sonuçlanmış intihar ise tamamlanmış intihar olarak tanımlanır(17).

#### 2.1.2. İntiharın tarihçesi

İradi ölüm, ya da „günümüzdeki“ tanımıyla intihar, bireysel bir davranış olarak değerlendirilse de arkaik dönemlerden günümüze, toplumların kabul ettiği kural ve davranışlar ile çatışan, insanoğlunun sürekli olarak çözüm üretmeye ve anlamaya çalıştığı bir terim olmuştur. Örneğin, felsefenin başlangıcı olarak görülen Antik Yunan'da intihar, felsefenin de temel sorunlarından birisi olarak değerlendirilmiştir.

Pitagoras, Plato, Aristo gibi dönemin önde gelen filozofları intihara, Tanrı'nın insanlara adeta bahşettiği bu yaşamı kendi elleriyle sonlandırdıklarından dolayı, O'na bir hakaret olarak değerlendirerek reddederken, Stoa, Epiküros gibi filozoflar ise, farklı bir bakış açısıyla, kişinin gayet „onursuz bir yaşam sürme“, „büyük üzüntü yaşama, ya da „yaşamın katlanılmaz bir hal alması“ gibi durumlardan sıkıntı çekmesi durumunda bir erdemlilik olarak değerlendirmişlerdir(19).

Roma toplumunun bir başka özelliği de, bu toplumun farklı sınıflardan meydana gelmesi olmuştur. Her sınıfın kanunları kendine özgüdür. Bundan dolayı intihar girişimi bakımından hür insan, köle ve askerlere uygulanan mevzuatlar birbirlerinden farklılık göstermiştir. Romalıların gerileme döneminde intihar davranışlarında bir artış görülmüş ve intiharı hayata son vermenin güzel bir şekli olarak kabul etmişlerdir(20).

Hristiyanlık inanisına göre kişi kendisine ait olmayan hayatı üzerinde herhangi bir eylem yapma hakkı yoktur. Tanrının vermiş olduğu hayatın Tanrıya ait olduğu inanişı vardı. "İnsan hayatına ancak Tanrı son verir" görüşünden dolayı intihar davranışı yasak eylemler içerisinde kabul edilmiştir(20).

İnsan öldürmenin yasak olduğu İslam Hukuku intihar davranışını da yasaklamıştır. Ölümü gerçekleşen kişinin cezalandırılmamasına rağmen, intihar davranışında bulundan kişi ölmediği takdirde intihar suçuna kalkışmasından dolayı cezalandırılır. İntihar davranışı yasak olduğundan intihar eden kişiye yardım eden, onu intihar etmesine ikna eden kişi de cezalandırılır(20).

### **2.1.3. İntihar epidemiyolojisi**

İntihar önlenabilir bir ölüm olayıdır. DSÖ'nün 2018 verilerine göre her yıl intihar davranışından dolayı 800.000 kişi yaşamına son vermektedir(21). İntihar olayı tüm dünyada ölüm nedenleri arasında on beşinci, 15-29 yaş grubu ölüm sebeplerinde ise ikinci sıradadır(22).

Türkiye İstatistik Kurumu'na(TÜİK) göre ülkemizde tamamlanmış intiharlar, kadınlarda en çok 15-24 yaşları arasında, erkeklerdeyse 15-34 yaşları arasında meydana geldiği görülmektedir(23). Dünyada ise bu oran karşılaştırıldığında, erkeklerde intihar oranı kadınlara göre 3,5 kat daha fazladır. İntihar girişim oranı ise kadınlar erkeklere göre 4 kat daha fazladır(24).

İntihar, yüksek gelirli ülkelerin büyük bir sorunu olmaktadır. Fakat vakaların % 79'u düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. Geliri yüksek olan ülkelerde intihar nedeniyle ölüm oranı erkeklerde kadınlara göre 3 kat fazla iken, düşük ve orta gelirli olan ülkelerde bu oran 1,6'dır(25).

Tamamlanmış intiharlarda erkekler kadınlara göre daha fazladır. Bu risk dünya genelinde en fazla Avrupa kıtasındaki ülkelerde bulunmaktadır. Avrupa Kıtasındaki ülkelerde tamamlanmış intiharlarda erkek-kadın oranı 4:1'dir. İntihar oranındaki bu farklılık, kadınların erkeklerden 1,5 kat daha fazla intihar girişiminde bulunmalarına rağmen ortaya çıkmaktadır (26, 27). Ölümcüllük, erkeklerde kadınlara göre 4,7 kat daha fazla görülmüştür (28). Bu duruma erkeklerin intihar yöntemi olarak iple asma, yüksekten aşağıya atlama, ateşli silahla kendini vurma gibi ölümcül yöntemleri daha fazla kullanmasının neden olduğu düşünülmektedir. Kadınların en çok tercih ettiği yöntem ise iyileşme oranının % 90 olduğu intoksikasyonlardır. Bu yöntem tüm kadın intihar davranışlarının %80'inden fazlasını oluşturmaktadır (26, 28).

Eğitim durumları değerlendirildiğinde, intihar edenlerin %19,9'unun ilköğretim, %20,5'inin ilköğretim, %23,5'inin lise ve dengi okul, %13,3'nün yükseköğretim mezunu olduğu görülmüştür. Buna göre yükseköğretim seviyesine kadar birbirlerine yakın bir dağılım gösteren intihar sonucu ölümler yükseköğretim seviyesinde azalmaktadır. Medeni duruma bakıldığında ise intihar eden %48,4'ünün evli, %37,1'nin daha önce hiç evlenmemiş, %9'nun boşanmış, %5,3'ünün ise eşi ölmüş olanlar olduğu görülmüştür(29).

2019 yılı TÜİK verilerine göre Türkiye'de kaba intihar hızının en düşük olduğu il ise yüz binde 1,16 ile Artvin ve en yüksek olduğu il yüz binde 9,24 ile Aydın olduğu görülmüştür (29).

#### **2.1.4. İntiharın etiyolojisi**

##### **2.1.4.1. Biyolojik ve genetik faktörler**

İntihar davranışının kuşaklar arası genetik etkenlerinin kalıtım yoluyla aktarıldığı düşünülmekte olup ve birden fazla genin birbiriyle etkileşimi ve çevresel etkenlerin olaya katılmasıyla oluşmaktadır. İncelenen araştırmalarda intihar davranışı üzerinde genetik etkenlerin rolünün, diğer ruhsal hastalıklar ve psikolojik faktörlerden bağımsız olarak %30-50 oranında olduğu gösterilmiştir (30, 31). Bazı insanların

yapısal olarak intihar davranışına daha yatkın olduğu ve bunun kalıtsal kişilik özellikleriyle bağlantılı olabileceği düşünülmektedir(32).

Psikiyatrik rahatsızlıklarda olduğu gibi, intihar davranışında da ailesel yatkınlık olduğu ikiz ve evlat edinme çalışmalarında; moleküler genetik çalışmalarında gösterilmiştir. Bu çalışmalarda tek yumurta ikizlerde intihar ve intihar girişimi konkordansı diğerlerine göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur(30, 33). Tek yumurta ikizlerindeki intihar artışı yaklaşık 11 kat fazlayken çift yumurta ikizlerinde bu oran iki kat daha yüksektir(34).

İntihar davranışındaki genetik ve çevresel etkilerin önemi görüldükten sonra, kuşaklar arası geçiş yollarının çıkartılması için yapılan genetik modelleme çalışmaları ile intiharın birden çok gen ile ilişkili olduğu ve kompleks bir geçiş paterni gösterdiği anlaşılmıştır. Bu genlerin hangileri olabileceği yönünde Mann tarafından genetik modelleme oluşturulmuştur. İntihar davranışının stresle yakından ilgili olması, özellikle umutsuzluk, dürtüsellik ve öfkeli kişilik özellikleri gösteren kişilerde ve duygudurum bozukluklarında fazla görülmesinden dolayı stresle ilişkili nörobiyokimyasal faktörlerin ve beyin bölgelerinin intihar davranışı ile ilgili olduğu ve bu yolakları ilgilendiren tüm mekanizmalar ile ilgili genlerin intihar davranışı üzerinde rol alabileceği öne sürülmüştür. Bu modele göre intihar davranışı beyinde medial, ventral ve dorsal prefrontal korteks, orbitofrontal korteks, talamus, insula, dorsal çekirdek, hipotalamus, hipokampus ve amigdala üzerindeki sinir yolakları ve bu yolakları ilgilendiren nörobiyokimyasal mediatörle ilgilidir. Bu yolaklarda meydana gelen bozukluklar sonrasında, bozulmuş sinaptik bağlantılara ve yapısal bütünlükteki azalmaya bağlı olarak strese karşı adaptif yanıtın bozulduğu düşünülmektedir(35).

Yapılan çalışmalarda da intihar eden kişilerin beyin parahipokampal bölgesinin daha küçük olduğu, majör depresyonlu hastalarda hipokampus hacminde azalma olduğu görülmüştür. Yine depresyonda olan bireylerin frontal korteksinde glial hücre yoğunluğunda azalma ve yapısal değişiklikler görülmüştür. Bunların yanında stres altında CA3 alanında dentrit boylarında kısalma, dental girus nöronlarında sinaps oluşumunda azalma olduğu gösterilmiştir. Ayrıca kronik stresin frontal kortekste nöronal atrofi yaparak bilişsel bozukluklara neden olduğuna dair oldukça fazla

çalışma bulunmaktadır. Bütün bu bulgular intihar davranışının beyin ve sinir dokusundaki bozulmayla ilişkili olduğunu desteklemektedir (36).

İntihar davranışı biyolojik yaklaşımla endokrinolojik olarak da açıklanmaya çalışılmıştır. İntihar davranışı gözlenenlerde depresyona benzer şekilde hipotalamo-pitüiteradrenal-aks (HPAA)'da bozulmaların olduğu bazı çalışmalar da bildirilmiştir(37). Bazı çalışmalarda intihar davranışı gösteren kişilerde fenfluramine prolaktin yanıtında küntleşmeden bahsedilmektedir(38). Kolesterol düzey düşüklüğünün de intiharla ilişkisini destekleyen çalışmalar yapılmıştır (39, 40).

#### 2.1.4.2.Nörokimyasal faktörler

Yapılan birçok çalışmada bazı genlerin intihar davranışlarıyla ilgili olduğu gösterilmiştir. Bu genlerden en önemlileri serotonin taşıyıcı reseptör, triptofan hidroksilaz, bazı serotonin reseptörleri, katekol-Ometiltransferaz, monoamin oksidaz A, tirozin hidroksilaz genleridir(41).

Serotonin saldırganlık ve dürtüsel davranış ile ilişkilidir ve intihar davranışında rol oynayan nöroendokrin ajanlardan biridir(60). İntiharın anlaşılabilmesi için postmortem yapılan ilk dönem çalışmalarda beyin prefrontal korteksinde serotoninin düzeyinde azalma gösterilmiş olup bu durum serotoninin impulsif davranışlardaki etkisi ile beraber intihar olgularında serotonerjik sistemin öne geçmesine neden olmuştur(35). Yapılan çalışmalarda; ölümcül seviyede şiddetli intihar girişiminde bulunan vakalarda serotoninin ana metaboliti olan 5hidroksiindolasetikasit (5-HIAA) düzeyinin medulla spinalisten alınan beyin omirilik sıvısında azalma izlendiği görülmüştür. Bu azalma tamamlanmış intihar olaylarında prefontal korteksten alınan beyin omurilik sıvısındaki 5-HIAA seviyelerinin düşüklüğü ile korelasyon göstermektedir (61). Beynin omurilik sıvısındaki 5HIAA düzeyleri, intihar davranışı gösteren psikiyatrik patolojisi olan vakalarda, intihar davranışı gözlemlenmeyen benzer psikiyatrik patolojiye sahip vakalara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Bu yüzden beyin omurilik sıvısındaki 5-HIAA düzeylerinin intihar için bir belirteç olarak kullanılabileceği görülmüştür.(42).

Serotoninin presinaptik aralığına salınımını arttırıp geri alınımını azaltan fenfluramin uygulanan intihar davranışı olan kişilerde, psikiyatrik hastalıklardan bağımsız fenfluramin kullanımına yanıt olarak ölçülen prolaktin düzeylerinin diğer kişilere göre düşük seyrettiği gösterilmiştir. Bu olay, intihar davranışı gösteren

kişilerde serotoninin etki mekanizmasının azaldığını ve fenfluraminin intihar belirteci olarak kullanılabileceği şeklinde düşünülmüştür(43).

Serotonin taşıyıcı reseptörü işlevini tamamlamış serotoninin geri alımında görev yaparak serotoninin metabolizmasında rol oynar. Depresyon geçmişi olan intihar etmiş kişilerde serotoninin bu reseptöre bağlanmasında azalma olduğu görülmüştür. Bu olayın reseptörde bağlanma bölgelerinde oluşan bir değişiklik nedeniyle oluştuğu düşünülmektedir(44).

Triptofan hidroksilaz serotonin biyosentezinde hız kısıtlayıcı enzimdir ve iki türü bulunmaktadır. Triptofan hidroksilaz 1 periferik sistemde ve beyinde, Triptofan hidroksilaz 2 ise beyinde serotonin sentezinde görevlidir. Beyin üzerinde yapılan bazı araştırmalarda intihar olgularında postmortem triptofan hidroksilaz aktivitesinin yükseldiğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Bu olay beyindeki düşük serotonin miktarının sonucu olarak yorumlanmıştır. Triptofan hidroksilaz 2 geni üzerinde yapılan araştırmalarda ise 9 SNP (Tek nükleotid polimorfizmi) arasından 2'sininin (rs7305115 ve rs1386486) intihar davranışı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir(45).

Nörotransmitterlerin yıkımından sorumlu enzimlerle ilgili çalışmalarda; monoamin oksidaz A'nın özellikle erkek cinsiyetinin, dürtüsellik, şiddet, antisosyal kişilik özellikleriyle bağlantılı olduğu, katekol amin o metil transferaz geninin ise intihar, öfke dürtüsellik ile bağlantılı olduğuna dair araştırmalar bulunmaktadır(46).

#### 2.1.4.3.Bilişsel faktörler

İntihar davranışında bulunan bireylerde sorunu çözme becerilerinde eksiklikler bulunmakta ve problemlerini intihar gibi işlevi olmayan bir biçimde çözme girişimine kalkışmaktadırlar. İntihar davranışlarının açıklamasında önemli olan sorun çözme becerileri eksikliği görüşünün ana çıkış noktası, bilişsel katılıktır. Kişinin hayatında karşılaştığı zorluklar, bilişsel katılık ve sorun çözme yetersizlikleri ile etkileşim içerisindedir(47).

### 2.1.5. İntihara ilişkin kuramsal açıklamalar

#### 2.1.5.1.Toplumsal kuram

Sosyolojik olarak intihar, en kapsamlı olarak Emilie Durkheim tarafından incelenmiştir. Durkheim intiharı 'nasıl bir sonuç vereceği bilinen, kurbanın kendisi tarafından gerçekleştirilen, olumlu ya da olumsuz bir eylemin dolaylı ya da dolaysız

sonucu olan her ölüm', intihar girişimini de 'böyle tanımlanan, fakat ölüm sonucu vermeyen eylem' olarak tanımlamıştır. Buna göre yapılırken ölüm riskinin olduğu bilinen her eylem, ölümlü sonuçlanması halinde intihar olarak tanımlanabilir. Durkheim toplumsal kurumların (aile, okul, ordu, iş vb) bireyleri etkilediğini, intihar eyleminde de bu etkilerin göz ardı edilemeyeceğini, fazla bireyselleşmenin (sosyal izolasyon) ve yetersiz bireyselleşmenin (toplumda kaybolma) intihar eylemini kolaylaştıracağını ileri sürmüştür. Durkheim intiharların önüne geçilebilmesi amacıyla kişinin din, aile, millet gibi toplumsal zümreden herhangi birine canla başla bağlanmasını ve kendisini ona adanmasını önerir. Ona göre bir amaca bağlı olmak ve çevresindeki insanlara faydalı olabilmek intiharın önüne geçecek çözüm yoludur(48). Fransız sosyolog Emile Durkheim, sosyolojik olarak, intiharları egoistik, alturistik ve anomik olarak üç gruba ayırmıştır. Egoistik intiharlar, bireyin toplumsal çevresi ile bütünleşmemesi sonucunda oluşan, aile bütünleşmesi kavramıyla, evli olmayan insanların evli insanlara göre daha fazla intihar etmesi kuramın açıkladığı intihar türüne uygundur. Alturistik intihar egoistik intiharın zıttı olup bir gruba çok bağlılığın sonucudur. Anomik intihar ise toplumsal normları takip edemeyecek derecede bozuk olan bireylerde görülür(49).

#### 2.1.5.2. Psikodinamik yaklaşım

Psikanalitik kuram insan kişiliğini alt benlik, benlik, üst benlik olarak üç parçaya ayıran bir hipotezdir. Bu kuram intiharı, sevilen birinin hayatını yitirilmesi ve yitirilen sevgi nesnesinin benliğin bir parçası haline dönüştürülerek (içe alma) kayba duyulan öfkenin öz benliğe çevrilmesi şeklinde açıklanır. "İntihar, kişinin kendi isteğiyle yaşamına son vermesidir. Kişinin öz benliğine yaptığı bir saldırganlık durumudur(50).

Psikanalitik kuramın temsilcilerinden Freud'a göre intihar davranışını açıklamada iki temel nokta bulunmaktadır. İntihara meyilli olan kişi hayatında yaşadığı önemli bir kayba ilişkin öfke duygusunu asıl nesne yerine kendi benliğine yöneltmektedir. Bu öfke duygusu yıkıcı eğilimlerle bir araya geldiğinde ise intihar davranışı görülmektedir(16). Freud intiharı yapısal modelden sonra "sadistik bir üst benlik tarafından benliğin kurban edilişi" olarak tanımlamıştır. Bazen de tersine, egonun süperegonun baskısından kurtulmak ve ondan öç almak için intiharı gerçekleştirdiği

ya da ego psikolojisi kuramına göre, egonun kendi içindeki çatışması sonucu benlik değerinin kaybı vb. nedenlerle kişinin intihar eylemi yaptığı belirtilir(51).

Karl Menninger'e göre yapıcı ve yıkıcı dürtüler birbirleri ile ilişki içindedir. Bu dürtülerin dışa yöneltilmesinde sorun olduğu zaman dürtüler içe yöneltilip ayrışma eğiliminde olurlar. Bu ayrışım yıkıcı dürtülerin(öfke) yapıcı dürtüleri bastırması sonucunu doğurmakta ve kişide intihar eğilimini ortaya çıkarmaktadır. Meninger'a göre intihara güdüleyen üç faktör; diğerini öldürme isteği, diğerleri tarafından öldürülme isteği ve kişinin kendini öldürme isteği olarak açıklanır(20).

İntihara yönelik yapılan psikodinamik açıklamalardan bir başkası da Nesne İlişkileri Kuramı tarafından yapılmıştır. Nesne İlişkileri Kuramı çerçevesinde intihar, içselleştirilen erken dönem nesne ilişkileri yaşantısıyla açıklanmaktadır. Bu kurama göre intihar bilinçli olarak yaptığımız bir seçim değildir, içselleştirilmiş kötü nesnelere kurtulmak ve sevilen nesnelere koruma amaçlı yapılan bilinç dışı bir süreçtir(16).

Schneidman'a göre; intiharların nedeni çözüm yolu bulmaktır. Ana hedef bilincin geçici olarak ortadan kaldırılmasıdır. Umutsuzluk ve yardımsızlık hali vardır. Her intihar girişimi intihar riskini daha da arttırmaktadır(52).

#### 2.1.5.3.Sosyal öğrenme kuramı

Davranışların öğrenme yoluyla şekillendiği varsayımından yola çıkmaktadır. Bu kurama göre, intihar stres tepkisini meydana getiren olaylara karşı gösterilen öğrenme yoluyla edinilmiş bir tepkidir. İnsan bu tepkiyi, çevresindeki kişileri ve olayları gözlemleyerek öğrenmektedir. Bu kuram, aile geçmişinde intihar öyküsünün bulunmasının intihar girişiminin önemli öncüllerinden biri olduğunu destekler(16).

“Werther Sendromu” diye bilinen ve Avrupa’da yayınlandığı dönemde intihar sayısında ki artışı da beraberinde getiren Goethe’nin “Werther’in Acıları” adlı kitabında da intihar davranışının öğrenme yoluyla ortaya çıkabileceğini dikkate değer biçimde görülmektedir(16).

#### 2.1.5.4.Umutsuzluk kuramı

Beck intiharı açıklamaya çalışırken depresyon ve umutsuzluktan yola çıkmıştır. Depresyondayken kişinin kendini, dünyayı ve geleceği olumsuz olarak algılamının intiharı başlattığını ve sürdürdüğünü bildirmiştir. Bu kurama göre kişi yalnızca intihar davranışını düşünmektedir(16).

#### 2.1.5.5.Kaçış kuramı

Baumeister (1990)'un geliştirdiği kaçış kuramında, intihar davranışını düşünen kişi acı ve mutsuzluktan kaçıp kurtulmak istemektedir bu davranışta da kişinin kendisiyle ilgili olumsuz düşüncelerinin etkisi görülmektedir. Kuram bu süreçleri altı basamakta açıklamaktadır.

Birinci basamakta şu anki kişi koşulların kendisinin veya çevresinde önemli gördüğü kişilerin standartları karşılamadığına inanmaktadır. Kişinin son dönemlerde yaşadığı stres ya da gerçekleştiremediği beklentileri veya iki durumunda ortak sonucu olarak gelişebilir. Beklentileri düşük olan kişilerde stres yaşandığında kişi intiharı düşünmeyecektir fakat beklentileri yüksek olan kişiler stresle karşılaştıklarında büyük ihtimalle akıllarından intihar düşüncesi geçecektir.

İkinci basamakta kişi yüksek beklentilerine ulaşamadığında ya da karşılaştığı stresli durumlarda kendisini suçlar ve kendisine yönelik olumsuz atıflarda bulunur. Kişinin öz sayısının düşmesi ve kendini suçlaması, olumsuz atıflarda bulunmasından kaynaklanıyor olabilir. Kendisine olumsuz atıflarda bulunanlarda ümitsizlik, depresyon ve intihar davranışı bulunmayanlara oranla daha fazla bulunabilir.

Üçüncü basamakta olumsuz yaşam koşulları ve düşük şartlar karşısında yüksek beklentileri olan kişiler kendilerine olumsuz atıflarda bulunup bunun sonucunda kendilerini suçlu olarak algılayıp yüksek düzeyde bir olumsuz farkındalık geliştirirler. Bu basamakta bireyin içinde bulunduğu şartlar ve mükemmeliyetçiliği kendisine yönelmesinde ve olumsuz ön farkındalığını gelişmesinde önem taşımaktadır.

Dördüncü basamakta kaygı ve depresyon gibi olumsuz duyguların ortaya çıktığı kişilerde yüksek düzeyde olumsuz öz farkındalıkları olduğu görülmektedir.

Beşinci basamakta kuram kişide bilişsel yıkımı göstermektedir. Bilişsel yıkımla birlikte kişilerde iç kaynaklardaki anlamlılık, bütünlüğün azaldığı bir düşünce ve farkındalığın dönüşümü meydana gelir. Bu bilişsel yıkımın üç temel ögesi bulunmaktadır:

1. Odak noktasının yalnızca şimdi olduğu dar bir zaman algısı
2. Amaçların uzundan ziyade kısaya yönelmesi
3. Anlık duygu ve düşüncelere odaklanıp uzun vadedeki düşünce ve duygulara odaklanmama

Olumsuz duygu ve düşünceler bir araya geldiğinde kişi bu olayı içinden çıkılmaz olarak değerlendirir ve bu durumdan kurtulmak için çalışır.

Son basamakta kuram bilişsel yıkımın bireyi intihara götüren dört sonucundan bahseder:

- a. Kişinin kendi canına kıymasının önüne geçebilecek içsel yasakların yok olması
- b. Kişinin karşılaştığı soruna çözüm bulamayacak kadar aktif olamaması ya da kendini kurban olarak düşünmesi
- c. Kişinin deneyimlediği güçlü olumsuz duyguları bastırması
- d. Kişinin çevresindekilere göre daha fazla işlevsel olmayan davranış ve irrasyonel bilişlere sahip olması

İntihar sürecini sırasıyla anlatıyor olması kaçış kuramının en kapsamlı psikolojik teorilerden biri olmasını sağlamaktadır. Sosyokültürel değişkenleri kapsamayıp birey düzeyinde kalması bilişsel bir kuram olmasından kaynaklanmaktadır. Bu konu kuramın güçlü yönlerinin yanında eleştirilmesine neden olmaktadır(16).

### **2.1.6. İntihar girişimindeki risk faktörleri**

#### **2.1.6.1.Sosyodemografik risk faktörleri**

##### **2.1.6.1.1. Cinsiyet ve yaş**

Yaş ve intihar arasındaki ilişki bölgeden bölgeye farklılık göstermekte olup, bundan dolayı yaş ve intihar davranışı arasında ilişki kurmak zordur. Ülkemizde ve dünyada intiharla ilgili olarak en çok 15-30 yaş aralığı görünmekle birlikte daha küçük bölgelerde farklılıklar görülmektedir(29, 53, 54).

İntihar oranları erkeklerde daha fazla olmakla beraber yaşla birlikte de artış görülmektedir (55).

En yoğun intiharlar Türkiye’de 15-24 ve 25-34 yaşları arasındadır. 15 yaş altı ve 15-24 yaş aralığında kadınlar diğer yaş gruplarında ise erkeklerin yüksek olduğu görülmektedir(15). En sık intiharlar erkeklerde 45 yaş üzerinde görülmekte olup tamamlanmış intiharlar ise 55 yaşından sonra görülmektedir(56).

TÜİK’in 2019 yılındaki verilerine göre ülkemizde intihar edenlerin %77’sini erkekler, %23’ünü ise kadınlardan oluşmaktadır (29). Kadınlar ve erkeklerin intiharları arasında üç fark dikkat çekmektedir; birinci olarak erkekler hemen ölümle sonuçlanan ve şiddet içeren yöntemler seçerken kadınlar daha sakin (fazla ilaç alımı

gibi) yöntemleri tercih etmektedir. İkinci olarak erkek intihar davranışlarında madde (alkol) bağımlısı olma olasılığı yaklaşık olarak üç kat artmaktadır. Son olarak ekonomik stres faktörleri erkek intiharlarında daha fazladır(57).

#### 2.1.6.1.2. Eğitim ve sosyoekonomik düzey

Eğitim seviyelerinin farklı olması kişilerde umutsuzluk, yoğun çaresizlik duygusu ve gerginlik nedeniyle, düşünme yeteneklerinin zayıflamasına ve farklı çözüm yolları bulamamalarında etkisinin olduğu düşünülmektedir(58).

TÜİK'in 2019 yılı verilerine göre en az intihar düzeyinin %13,3'ü ile yüksek öğretim mezunları olup bu sırasıyla eğitim seviyesinin düştüğü %20,5'i ile ilköğretim mezunu ve %19,9'u ile ilkokul mezunu kişilerin izlediği görülmektedir (29). Araştırmalara göre de ülkemizde eğitim düzeyi yüksek olanlarda intihar davranışı daha az görülmektedir(59, 60).

Veriler, işsizliğin ve intihar davranışının birbiriyle ilişkili olduğunu, intiharların yüksek sosyoekonomik durumu olanlarda daha az olabileceğini desteklemektedir(61). Ülkemizde intihar girişimlerinin ev hanımı, öğrenci gibi ekonomik olarak bağımlılığı olan bireylerde daha fazla görüldüğü bildirilmektedir(62).

#### 2.1.6.1.3. Medeni durum

Bütün yaş grupları karşılaştırıldığında evlilerde intihar oranı dul ve bekarlara oranla daha düşüktür. İntihar oranı evlilere göre boşanmış ya da ayrı yaşayanlarda dört beş kat, bekarlarda 2 kat daha fazla görülmektedir. Bu fark erkeklerde daha yüksektir(63).

Çocukların varlığı ve gebelik durumları olan kadınlarda intihar riski bekarlara oranla daha düşüktür. Tartışmaların yaşandığı ev ortamlarında bu durumun değiştiği de göz önüne alınmalıdır(64, 65).

2019 TÜİK verilerine göre; intihar eden kişiler medeni durumlarına bakıldığında, %48,4'ünün evli, %37,1'nin daha önce hiç evlenmemiş, %9'nun boşanmış, %5,3'ünün ise eşi ölmüş olanlar oluşturmuştur. Cinsiyete bakıldığında ise medeni durumu erkeklerin %50'sinin evli, %37,3'ünün hiç evlenmemiş, kadınların ise %43,1'inin evli, %36,5'inin hiç evlenmemiş olduğu görülmüştür(29).

#### 2.1.6.2.Geçmiş intihar girişim öyküsü

Kişinin geçmiş yaşantısında intihar girişiminin olması mortalite ve morbiditeyi artırması açısından çok önemli olmakla birlikte bir sonraki intihar girişimi için de risk faktörü olduğu saptanmıştır(66). İlk intihar girişiminden sonraki üç ay tekrar intihar riskinin en fazla olduğu dönemdir(67).

Tamamlanmış ya da tamamlanmamış intihar girişimlerinin bir önemi olmaksızın intihar girişiminde bulunan kişilerin %30-60'ının girişimlerini tekrarladığı ve %12-25'inin ise bunu ilk intihar girişiminden sonraki ilk 12 ay içinde gerçekleştirdikleri görülmektedir(68).

DSÖ'nün yaptığı çok merkezli bir araştırma sonucuna göre intihar girişiminde bulunan kayıtlı hastalardan % 56'sı daha önce intihar girişiminde bulunmuş , %32'si en az iki kez intihar girişiminde bulunmuş ve %29'unda hasta bir yıllık izleminde tekrar intihar girişiminde bulunmuştur(69).

Araştırma sonuçları göstermiştir ki otopsi de dahil olmak üzere ölenlerin yaklaşık %44'ü daha önce de intihar girişiminde bulunmuştur(69).

#### 2.1.6.3.Kendine zarar verme davranışı

Tüm kasıtlı kendine zarar verme davranışında bulunanlarda ilerleyen dönemlerde intihar girişimde bulunma oranlarının arttığı gösterilmiştir(70, 71). Kendine zarar verme eğiliminde olanlarında kısa vadede intihar girişimlerinde bulunma oranlarının yüksek olduğundan bahsedilmiştir(72).

Literatürde kendine zarar verme ve intihar konusunda iki farklı görüş ön plana çıkmaktadır. Birinci olarak tekrar eden kendine zarar verme davranışları, sonucu kötü olan intihara kişiyi hazırladığıdır(73). İkinci olarak ise kendine zarar verme davranışı gösteren bireylerde kendine zarar verme davranışının ölüm isteğinden ayırt edilmesinin zorluğu ve altta yatan nedenlerin birçoğunun ortak olması sebebiyle bu iki durumu ayırmanın doğru olmayacağı bildirilmektedir(74, 75).

#### 2.1.6.4.Psikiyatrik risk etmenleri

İntihar sonucunda ölen bireylerin en az bir psikiyatrik rahatsızlıkları olanların oranı ortalama %60-%90 dolaylarındadır. Birden fazla psikiyatrik hastalığı olanlarda risk artmaktadır. Bireyin sahip olduğu psikiyatrik hastalığın türüne göre intihar riski değişmektedir(76). Yapılan çalışmalarda psikiyatrik tanı konulduktan sonra ilk bir yılın, özellikle de ilk üç ayın intihar açısından yüksek riskli olduğu görülmüştür(77).

Psikiyatrik hastalıklardan en çok Alkol Bağımlılığı ve Major Depresif Bozukluğu olanlarda intihar davranışı görülme riski fazladır(76). Sanrılı depresyonun en yüksek intihar riskine sahip olduğu belirtilmiştir(49). Türkiye’de yapılan bir araştırmada tamamlanmış intiharların %90-95’inde psikiyatrik bir bozukluk saptanmıştır ve bu tanımlar arasında ilk sırayı Majör Depresif Bozukluk tanısı almaktadır(78). Depresyondaki kişilerde intiharda bulunma davranışı normal bireylere göre 20 kat artmakta olup tedavi alan hastalarda ilk iki haftasından sonra düşüş göstermektedir(76).

İntihar davranışında bulunan kişiler intiharı genellikle buldukları çaresiz ve umutsuz durumdan kurtulmak için bir çıkış yolu olarak gördüklerini umutsuz ve çaresiz kişilerde intihar riskinin arttığı belirtilmektedir(79). Depresyon hastalarında intihara yatkınlık gösteren ve intihar davranışında bulunmamış bireyler arasında üç farklı karakteristik özellik ön plana çıkmaktadır: Bunlar; istemsiz dikkat yanlılığı nedeniyle yenilmişlik hissi uyandıran olaylara karşı hassasiyet duyma, problem çözme becerilerinin yetersiz olduğunu düşünmesinden dolayı kendisini tuzağa düşmüş hissetmesi, geleceğe yönelik umutsuz düşünme şeklinde sıralanabilir(80).

Bipolar Bozuklukta da, depresyon gibi yüksek intihar girişimi öyküsü ile ilişkisi gösterilmiş olup, bu birlikteliğin yaşam boyu prevalansı %20 ve %44 arasında değişiklik göstermektedir(81). Bipolar Bozukluk hastalarında intihar ve komorbiditeyi inceleyen bir derleme yazısında bipolar bozukluk hastalarının intihar düşüncesi olduğu sırada %50’sinin depresif dönemde, %43’ünün miks epizod, %16’sının subsendromal dönemde, %4,9’unun iyileşme, %4,3’ünün manik dönemde olduğu görülmüştür(82). İntihar davranışı riskinin özellikle miks epizod ve psikotik belirtiler varlığında yükseldiği gözlenmiştir(83).

Anksiyete Bozukluklarından olan Sosyal Fobi, Panik Bozukluk, Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu gibi psikiyatrik hastalıklar artmış intihar riski ile ilişkilendirilmiştir. Bu hastaların %15’inin yakın zamanda intihar etmeyi düşündüğü, %18’inin ise hayatlarının belirli bir döneminde intihar davranışında bulunduğu gözlemlenmiştir(84).

İntihar riskini arttıran bir diğer hastalık şizofrenidir. Şizofreni hastalarının %10 kadarı intihar sebebiyle ölmekte, %20-50 kadarı intihar girişiminde bulunmaktadır(85). İntihar davranışı için faktörleri; genç yaşta olmak, erkek cinsiyet,

bekar olmak, önceki intihar girişim öyküsü, işsizlik, ağır negatif belirtiler, ağır kötülük görme sanrıları, varsanılar, madde kullanım öyküsü, önemli bir yakını kaybetme ve depresif belirtilere yatkınlık olarak belirtilmiştir(49).

Psikiyatrik hastalık olarak Kişilik Bozuklukları bulunanlarda da intihar riskinin normal nüfusa göre 7 kat fazla olduğu görülmüştür. Özellikle Borderline ve Antisosyal Kişilik Bozukluğu bulunan hastalarda bu risk daha nettir(86). Bu durum major ruhsal bozukluklara zemin hazırlayıp, olumsuz yaşam olaylarını artırarak, sosyal etkileşimde zorlanmalara yol açabilir(49).

İntihar vakalarının %25-50'sinde Madde Kullanım Bozukluğu görülmektedir. Alkol kullanımı bu vakaların yaklaşık %20'sini oluşturmaktadır. Bu durum intihar davranışı ile alkol arasında güçlü bir bağ olduğunu göstermektedir(87). İntihar riski alkol kullanan bireylerde genel popülasyona göre kadınlarda 16-20 kat erkeklerde 4-10 kat arttığını gösterilmiştir(86). Alkol Kullanım Bozukluğuna eşlik eden intihar ile ilgili konuşmak, ağır alkol tüketimi, depresyon, günde bir paketten fazla sigara tüketimi, depresyon, iş kaybı, yalnızlık, sosyal destek eksikliği, orta yaş gibi faktörlerin intihar davranışının artışına neden olduğu görülmektedir(88).

Alkol dışında kullanılan maddelere bakıldığında sigara, sedatif, esrar ve eroin kullanan kişilerde intihar oranlarının arttığı gösterilmiştir. Sedatif madde kullanımı yaşlı bireylerde eroin ve esrar kullanımı genç bireylerde daha sık görülmektedir. Ancak madde kullanımına eşlik eden psikiyatrik bozukluklar, eroinin aşırı doz alınmasının intihar olarak değerlendirilmesi, sigara kullanımının aşırılığı gibi durumlar, madde kullanımı ile intihar arasında net bir ilişki kurulabilmesi için daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmasına neden olmaktadır(88).

#### 2.1.6.5.Fiziksel hastalıklar

Kronik hastalığı bulunan ve ağrı duyan kişilerde intihar davranışı risk teşkil etmektedir. Toplam nüfusla kıyaslandığında intihar riski kronik hastalığı bulunan kişilerde 2-3 kat artmaktadır. Strese neden olan tüm hastalıklar, Nörogelişimsel Bozukluklar, kanser, Diyabet ve HIV/AIDS dahil olmak üzere fiziksel kısıtlılığı olan kişilerde intihar riskini arttırmaktadır(89).

Erişkin bireylerde intihar düşüncesini artıran hastalıkla ilgili etmenler; fiziksel değişim(özellikle kadınlarda), hareket kısıtlılığı veya kaybı, devamlılık gösteren ağrı

gibi doğrudan hastalığın nedenleri olabildiği gibi, iş kaybı ve sosyal ve aile ilişkilerinde aksama gibi ikincil etkiler de olabilir(49).

#### 2.1.6.6.Bireysel risk etmenleri

Sosyal bağlarımızın işlevliğinin devam etmesi intihar davranışında koruyucu olduğu belirtilmiştir(90, 91). Psikiyatrik hastalıklardan ayrı olarak intihar davranışı gösteren bireysel özellikler; kaygı, mükemmeliyetçilik, nörotizm, agresyon ve dürtüsellik olarak görülmüştür(92). Özellikle dürtüsellik ve agresyon tamamlanmış intihar riski ile yakın ilişkilidir(93, 94).

İntihar davranışı gösteren kişilerde; gelecek hakkında olumsuz ön yargılara sahip olma, umutsuzluk, ya hep ya hiç şeklinde düşünme gibi zihinsel yatkınlıkları olduğu görülebilir(95-98). İntihar davranışında bulunan kişilerin ortak bir özelliği de ümitsizliktir(99). Geleceğe dair planları olan kişilerde yaşama sevinci daha yüksektir. Ümitsizlik duygusu intihar riskini depresyonun şiddetinden bağımsız biçimde öngörmektedir(100).

Sorun çözme becerilerine sahip kişiler stresli yaşam olayları ve kriz teşkil eden durumlarda yaşanan sıkıntıyı azaltmaya çalışmakta, sorunu çözebilmek için iç ve dış kaynaklarını harekete geçirmeye çalışmaktadır. Sorun çözme becerilerinde sorun yaşayan kişiler intihar için risk etmeni oluşturmaktadır(101).

Farklı çözüm yolları bulma eğiliminde olanlarda intihar girişimi daha az görülmekte intihar girişimi yüksek olanlarda ise problemden çok soruna odaklandıkları görülmektedir. Ya hep ya hiç tarzında katı düşünceye sahip olanlarda sorunlara çözüm yolu bulma olumsuz etkilemektedir(101).

Son yıllarda cinsel yönelim intihar ile ilişkilendirilen bir başka özellik olmuştur. Homoseksüel ve biseksüel gençlerin diğer heteroseksüel gruba göre 2-6 kat daha fazla intihar davranışında bulunduğu görülmüştür(102-104)

#### 2.1.6.7.Ailesel risk etkenleri

Aile ile birey arasındaki bağların fazla olması veya aile ile birey arasındaki bağların sıklığının az olması da sosyologlara göre intihar nedeni olarak gösterilebilmektedir. Mutsuz bir aile ortamı "potansiyel bir intihar ortamının" ilk kaynağı olarak gösterilebilir(105).

Ailede intihar davranışı geçmişi varsa, bu intihar düşünen bireyde de tamamlanmış intihar oranının artırdığını göstermektedir(106, 107). Ailede intihar

geçmişi olanların artması, psikiyatrik hastalık riskinin artmasından bağımsız olarak da intihar riskini artırdığı bulunmuştur(108).

Çevresinde intihar öyküsü bulunan kişilerde normal popülasyona oranla intihar riski 4,5 kat artmıştır(65). Yapılan başka bir çalışma da ise intihar davranışı üzerinde diğer faktörlerden bağımsız olarak genetik geçişin etkisinin %30 ile %50 civarında olduğu bulunmuştur(31).

Ailede anne babanın veya diğer aile bireylerinin boşanması, birlik ve beraberliğin bozulması, ölüm, ekonomik sıkıntılar, aile bireylerinin birinde oluşan sakatlık aniden ortaya çıkan hastalık durumu, ailenin sahip olduğu inanç ve değerler sisteminde ani ve hızlı değişimlerin yaşanması vb. nedenler aile bireylerinin intihar girişiminde bulunmasını arttıran nedenler olarak değerlendirilmiştir (105).

Annenin eğitim seviyesinin düşük olmasında veya yaşının küçük olması durumunda ebeveynlerdeki psikopatolojik durumlarda çocuklar için risk artmakta ve boşanmış veya ayrı yaşayan ana babaların çocuklarında evdeki huzursuzluklar artmaktadır(109). İntihar davranışı tek ebeveynli bireylerde daha sık görülmektedir (105).

#### 2.1.6.8.Çevresel risk faktörleri ve stresli yaşam olayları

Kişinin içinde bulunduğu stresli yaşam ortamı ve yaşamış olduğu krizler intihar için risk oluşturmaktadır. Bu risk etmenleri okulda, çalışma ortamında ya da ailede yaşanan problemler ve ekonomik sıkıntılar sayılabilir. Stresli bir yaşam sürmek, kişinin psikiyatrik sorunlarının olması, kontrolümüz altında olmayan yaşam olayları (örneğin kaza, kayıp ve ölümler) da olabilir. Altta yatan psikiyatrik problemi olan bireyler daha fazla stresli olayla yüzleşebilir veya yaşamış olduğu olayları stresli olarak algılayabilirler(110).

Mülteci olarak yaşamak sürekli göç etmek zorunda olmakta önemli bir stres kaynağıdır. Avrupa'da göçmenlerle yapılan intihar çalışmalarının meta analizinde göçmenlerin ülkelerindeki intihar riskini yeni ülkelerine taşıdığı (en azından göçmenlik sürecinin başlangıç döneminde); intihar hızlarının fazla olduğu ülkelere gelenlerde intihar riskinin daha fazla, az ülkelere gelenlerde daha az olduğu görülmüştür. Özellikle Türkiye, Doğu Afrika ve Güney Asya'dan gelen genç kadınlarda intihar riskinin yüksek olduğu saptanmıştır(111).

Savaşlar, felaketler, kültürsüzleşme (akültürasyon) (örn.Amerikan kızılderiileri), ayrımcılığa maruz kalma, hapiste olma da intihar riskini arttıran çevresel nedenler arasındadır(53). Mahrumiyet bölgesinde yaşayan insanlar eğitim ve sağlık hizmetlerine ulaşmada sorun yaşama, iş imkanlarının azlığı, ekonomik sıkıntılar ve sosyal hizmetlere ulaşmada yaşadıkları sorunları nedeniyle intihar davranışı için risk oluşturmaktadır(101).

Medya tarafından insanlara bildirilen intihar vakaları -özellikle ünlü kişiler tarafından gerçekleştirilmiş- kopya intiharlara sebep olabilmektedir. Aynı zamanda internete erişimin kolay olması sonucunda intihar ile ilgili bilgilere daha kolay ulaşılması ve sosyal medyanın insanlar üzerinde değersizlik hissini arttırıcı etkisi de intihar riskinde artışa sebep olmaktadır(112, 113).

İntihar araçlarına kolay ulaşım sağlaması kişinin bir sorunla başa çıkması gerektiği dönemde çözüm olarak intihar davranışını seçmesinde önemli rol oynamaktadır. Özellikle öldürücü gücü fazla olan ateşli silahlara, yüksek binalara, köprülere, öldürücülüğü fazla olan tarım ilaçlarına rahat ulaşım, planlanmamış intiharların sonuçlarının ölüm olmasına neden olan yüksek bir risk faktörüdür (65, 114).

### **2.1.7. İntihara karşı koruyucu faktörler**

Kişinin stresle ve hayatın getirdiği zorluklarla baş etme becerisini artıran durumlar intihar etme davranışını azaltan koruyucu etmenlerdir. Kişinin amaçlarının olması yaşaması için önde gelen bir koruyucu etmenddir(101).

Koruyucu etmenlerden bazıları şunlardır; kişinin ailesinin ve sosyal desteğinin güçlü olması, 18 yaşından küçük çocuğa sahip olması, gebelik, sevdiklerinin olması, intihar davranışına karşı olumsuz değer ve tutum davranışları içinde olma ve içinde yaşamış olduğu manevi değerlerin ya da dinin intihara karşı olmasıdır(101, 115).

Kişilerarası ilişkilerinin iyi olması, sorun çözme becerilerinin yüksek olması, dürtülerini kontrol edebilmesi, kendi kontrolünü sağlayabileceği düşüncesi, benlik değerlerinin fazla olması, hayatta bir amacının olması, gelecekle ilgili güzel planlarının olması, risk almaktan ve acı çekmekten uzak durması, bedensel herhangi bir sıkıntısının olmaması, sağlık hizmetlerine rahat ulaşabilmesi, tıbbi tedaviye uyum

göstermesi ve sağlığına önem vermesi, kültürüne bağlı olması, inançlarının varlığı ve dayanıklılığı da koruyucu etmenlerdendir(101).

## **2.2.Psikolojik Dayanıklılık**

### **2.2.1. Psikolojik dayanıklılık kavramı**

Psikolojik dayanıklılık kavramının yabancı kaynaklarda farklı tanımları mevcuttur. Bunlardan birkaçı stres yaratan olaylara uyum gösterme, olumsuz olaylar karşısında sağlıklı olabilmek, stresli yaşam ve zorlu olaylara karşın işlevsel olmak, stresli olaylardan sonra kendini toparlayabilmek ve iyileşme gibi tanımlar yer almaktadır(116-118).

Psikolojik dayanıklılık kavramı İngilizce ‘‘resilience’’ kelimesine karşılık olarak ‘‘sağlamlık’’, ‘‘esneklik’’, ‘‘direnc’’’, ‘‘kendini toplama gücü’’, ‘‘psikolojik sağlamlık’’ gibi farklı isimlerle adlandırılarak çeşitli tanımları yapılmış bir kavramdır(119, 120).

Genel tanımıyla psikoloji dayanıklılık; ailesel ve ilişkisel sıkıntılar, tehdit, travma, ekonomik sorunlar, sağlık problemleri, stresli zor yaşantılar gibi akut ya da kronik durumlar karşısında kişinin etkili bir şekilde mücadele edip hızlı ve başarılı bir biçimde adapte olabilmesi, koruyucu faktörler sayesinde yaşamını tekrar dengeye getirebilmesi, olumsuz düşünceleri yok edip pozitif adaptasyonu sağlama düşüncesiyle oluşturmuş olduğu dinamik, uygulanabilirliği olan psikososyal süreç ve bir savunma mekanizması olarak tanımlanmaktadır(121-125).

Psikolojik dayanıklılık ile ilgili farklı tanımlamalar bulunmakla birlikte psikolojik dayanıklılık tanımlarında ortak olarak kullanılan önemli bazı noktalar bulunmaktadır ve bunlar şöyle belirtilmektedir:

- Psikolojik dayanıklılık, sadece belirli insanların sahip olduğu ve doğuştan gelen bir özellik değil geliştirilebilir bir özelliktir.
- Psikolojik dayanıklılık, dinamik bir gelişim sürecidir.
- Psikolojik dayanıklılık, zorlu yaşantılar, travma ya da belirgin bir risk altında başarılı bir baş etme, uyum gösterme veya yeterlilik geliştirebilme süreçlerini kapsamaktadır.

- Psikolojik dayanıklılığın oluşabilmesi için, kişinin bir stresle veya engelle karşılaşması ve bu sürece uyum sağlayarak, içinde bulunduğu olumlu olmayan durumlar karşısında hayatın farklı alanlarında başarılı olması gerekmektedir.
- Psikolojik dayanıklılığın ortaya çıkmasında koruyucu faktörler büyük öneme sahiptir.
- Psikolojik dayanıklılık zorluklarla baş edebilmeyi ve yeni koşullara karşı uyum sağlamayı içermektedir.
- Psikolojik dayanıklılığı fazla olan bireyler, içten denetim odaklı, problem çözme becerilerine sahip, diğer kişilerle iyi iletişim kurabilen, öz saygısı yüksek, olumlu kişiliğe sahip, engellere rağmen yılmayan, mücadele gösteren, vazgeçmeyen, kendini geliştirebilen ve duygudaşlık hissine sahip kişilerdir (126, 127).

### **2.2.2. Psikolojik dayanıklılık kavramının boyutları**

Psikolojik dayanıklılık 3 bölümden oluşur; Meydan okuma, kontrol ve kendini adama. Psikolojik dayanıklılığın meydan okuma boyutu, değişime sebep olan zorunlu olaylara güvenliği zedeleyici bir etken olarak bakmanın yerine, gelişimi destekleyici bir uyarıcı olarak görüp mevcut şartları yeniden düzenleyeceğine olan inancı; kontrol boyutu öz disiplin, başarıya yönelimli olma, özerk olma ve içsel güdülenme, karar verebilme becerisi, bireysel özgürlük ve seçim yapmayı içeren ve zorluklar karşısında çaresiz olmak yerine sonucu manipüle etmeye olan inancı içerir, son olarak kendini adama da iş ve sosyal çevre, aile, kişiler arası ilişki ve değerlere adama şeklinde bireyin bütün yaşam alanında olmasıdır(128).

### **2.2.3. Psikolojik dayanıklılığı etkileyen faktörler**

Psikolojik dayanıklılığı etkileyen faktörler üç başlık altında toplanmıştır; risk faktörleri, koruyucu faktörler, ve olumlu sonuçlar. Psikolojik dayanıklılığın oluşabilmesi için, ön koşul olarak bireyin risk faktörleriyle karşı karşıya gelmesi vardır. Bu risk faktörlerinin olumsuz etkilerinin azalması veya ortadan kaldırılabilmesi için koruyucu faktörlerin bulunması gerekir. Dayanıklılık; risk ve koruyucu faktörlerin etkileşimleri sonucu meydana gelmektedir(129).

### 2.2.3.1.Risk faktörleri

Risk kavramı olumsuz yaşam olaylarını anlatmak için kullanılır. Farklı bir anlatımla sorun oluşumu, devam edişi veya kötüye gitme olasılığını arttıran herhangi bir durum ya da olay anlamı taşımaktadır(119). Risk faktörleri hayattaki stresli yaşam olayları ve zararlı çevresel etkenleri içeren kişinin zarar görmesine neden olan faktörlerdir. Bu faktörler bireysel, ailesel ve çevresel risk faktörleri olarak gruplandırılmaktadır(130).

A) Bireysel risk faktörleri: Doğuştan gelip veya sonradan kazandığımız bazı olumsuz kişilik özellikleri ve yaşam koşulları kişinin riskli durumlarla karşılaşma ihtimalini arttırmaktadır(131). Erken doğum, olumsuz yaşam deneyimleri, kronik hastalıklar(126), annenin gebelik döneminde alkol/ilaç kullanımı, ergenlik dönemi hamilelikleri, huysuz ya da çekingen bir kişilik yapısında olmak, IQ seviyesinin düşük olması, psikiyatrik bir rahatsızlığın bulunması, madde kötüye kullanımının varlığı, okulda başarısız olma ve etnik bir kökene ait olma bireysel risk faktörleri olarak belirtilmektedir(132).

B) Ailesel risk faktörleri: Aile içerisinde yaşanan problemlerin psikolojik dayanıklılık için risk oluşturduğu belirtilmektedir(133). Anne babanın psikolojik bir rahatsızlığının bulunması, anne babanın boşanmış olması ya da hayatta olmaması, anne babadan yalnızca birinin çocuğun yanında olması, adölesan dönemde anne olma(126), geniş aile içinde yaşamak, kardeşler arasındaki yaş farkının 2 den az olması, madde kötüye kullanım bozukluğu bulunan veya suça karışmış ebeveynlere sahip olmak, evlat edinmiş olma, aile içi şiddete maruz kalma gibi faktörler ailesel risk faktörleri olarak belirtilmektedir(132).

C) Çevresel risk faktörleri: maddi sıkıntılar çekmek ve fakirlik, çocuk ihmali ve istismarı, toplumun bütün kesimlerini etkileyen savaş ve doğal afetler, toplumsal şiddet ve aile içinde yaşanan sıkıntılar, evsizlik çevresel risk faktörleri olarak belirtilmektedir(126, 132).

### 2.2.3.2.Koruyucu faktörler

Koruyucu faktörler, kişinin yaşamında olumsuz sonuçların ortaya çıkma olasılığını azaltmaya hizmet eden, sağlıklı uyum sağlayıp kişinin yeterliliklerini geliştiren kişinin sahip olduğu olumlu faktörlerdir(134, 135). Kişide ve kişinin çevresinde, koruyucu faktörlerin bulunması bir yandan problemlerin ortaya çıkmadan

önlenmesini sağlarken diğer taraftan mevcut olan problemlerin etkisinin azalmasını sağlayarak kişinin duygusal ve fiziksel iyi oluşunu arttıracak davranış ve tutumların güçlendirmesine katkı sağlamaktadır. Bu durum bireyin zorluklarla mücadele etmesini sağlamaktadır(119). Koruyucu faktörler bireysel, ailesel ve çevresel koruyucu faktörler olarak sınıflandırılmaktadır(129, 135).

A) Bireysel koruyucu faktörler: Plan yapma, problem çözme becerileri, empati yapabilme, diğer insanlara karşı duyarlı olabilme, yabancı dil öğrenmede yetenekli olma, mizah anlayışı, hayata karşı pozitif düşünceye sahip olma, eğitim sürecindeki becerileri, iç kontrol odağı, diğer insanlar tarafından yeteneklerinin kabul görmesi, aile bireylerinde kronik ve kalıtsal hastalıkların az olması, sağlıklı biyolojik yapıya sahip olma, yumuşak başlılık, sosyal beceriler, zeka seviyesinin normalin üstünde olması, entelektüel kapasitenin yüksek olması, öz-yeterlilik, öz saygı, özgüven bireysel koruyucu faktörler olarak belirtilmektedir(126, 136, 137).

B) Ailesel koruyucu faktörler: Anne baba ve diğer yetişkinlerden yardım alma, düzenli ve organize edilmiş bir aile ortamı, demokratik anne baba tutumları, aşırı kalabalık olmayan ailede yaşama, aile bağlarının kuvvetli ve sıcak olması, maddi sıkıntının olmaması, ebeveynlerin çocuklarının hayatları için pozitif ve yüksek umutlar içinde olması, anne baba çocuk ilişkisinin etkili ve yararlı bir şekilde olması gibi etkenler ailesel koruyucu faktörler olarak belirtilmektedir(126, 136, 137).

C) Çevresel koruyucu faktörler: Sosyal çevresiyle olumlu ilişkiler kurabilmesi, yaşlılarının desteğini alabilmesi, toplumsal kaynakları verimli bir şekilde kullanabilmesi, iyi okullarda eğitim alma çevresel koruyucu faktörler olarak belirtilmektedir(126, 136, 137). Ayrıca spor yapmak ve fiziksel aktiviteler de çevresel birer koruyucu faktör olduğu belirtilmektedir(138).

#### 2.2.3.3.Olumlu uyum gösterme

Bireylerin risk faktörleri ve koruyucu mekanizmaları farklılık gösterebilmektedir. Koruyucu durumlar farklı kişilerde aynı sonuca neden olmayabilir, kişisel özellikler ve bu özelliklerin sonuçları farklılık gösterebilmektedir. Kişinin olumlu sonuçların etkisinin farkında olması önemlidir(127). Kişide bulunan koruyucu faktörlerin etkisiyle risk faktörlerinin olumsuz etkilerini devre dışı bırakması sonucunda kazandığı yeterlilikler olumlu sonuçlar olarak görülmektedir. Olumlu sonuçlar sonucunda yaşam doyumu gerçekleşmektedir. Kişinin kendisinde bulunan ve

çevresinden aldığı koruyucu faktörlerin etkisiyle risk faktörlerini devre dışı bırakmasıyla elde etmiş olduğu yaşam doyumu bir yeterlilik olarak kabul edilmektedir(134).

Psikolojik dayanıklılığın olumlu sonuçlarını Gürkan tarafından, gelişim dönemlerinin sorumluluklarını başarabilmesi, okulda başarı sağlayabilmesi, uygun ve yeterli sosyal ilişki kurabilmesi, adli olaylara karışmaması, ruhsal sağlığın iyi olması, duygusal sorunlarının olmaması, mutlu olabilmesi, gelişim dönemine uygun olarak spor yapabilmesi, sosyal destek projelerinde yer alması, okul dışı sosyal faaliyetlerde bulunması, akran ilişkileri kurabilmesi ve sürdürülebilmesi, kendini olduğu gibi kabul edebilmesi uyum sağlayabilme olarak açıklanmıştır(127).

#### **2.2.4. Psikolojik dayanıklılık kavramı ve intihar**

Psikolojik dayanıklılığın intiharla ilişkisine bakıldığında, psikolojik dayanıklılığın, stresörler veya intiharla ilişkili risk faktörleriyle karşılaşıldığında, bireyi intihar girişiminden alıkoyan yetenek, algılama ya da inanç grubu olduğu belirtilmektedir. Psikolojik dayanıklılığın, algılanan yetenek, kaynaklar veya intihar düşüncelerini düzenleyen yetenek algısı, kaynaklar veya yeterlilik; intihara karşı bir içsel koruyucu faktör; stresin zararlarına karşı koruyan olumlu bir öz değerlendirme olarak anlaşılması önerilmektedir(139).

Psikolojik dayanıklılık bireylerin stresörlerle baş etme durumunu pozitif yönde etkilemekte olup intihara karşı koruyucu etki göstermektedir. İntihar riski açısından yüksek olan psikiyatri hastalarında psikolojik dayanıklılığın irdelenmesinin hastaların baş etme becerilerini geliştirmeye yönelik önlemlerin alınmasında yol gösterici olduğu düşünülmektedir(11).

#### **2.3.Aleksitimi**

Kişinin kendi özelliklerini iyi bilmesi hem bedensel ve ruhsal olarak sağlıklı bir hayat sürdürmesini hem de kendisinin dışındaki dünyayı doğru analiz edebilmesiyle gerçekleşeceği belirtilmiştir. Bu doğrultuda kişinin kendi kişisel özelliklerini ve çevresindeki dünyayı doğru tanıması ve düşüncelerini aktarmasının önem arz ettiği anlaşılmaktadır. Bu da kişinin duygusal yönünün farkına varmasıyla ve sözel aktarımda bulunmasıyla gerçekleşebileceğini göstermiştir(6).

“Duygular için söz yokluğu” olarak dilimize çevrilen aleksitimi sözcüğü “Yunanca kökenli a:yok, lexis:söz, thymos:his,” anlamına gelen sözcüklerden oluşan ilk kez 1972’de Sfenos tarafından tanımlanmıştır. (140). Farklı tanımları yapılan aleksitimi, en öz şekilde bireyin duygusal yönünün farkına varmasında, adlandırmasında, ayırıştırmasında ve sözel bir şekilde aktarmasında güçlük yaşama olarak kabul görmüştür (141).

Aleksitimi, duyguların anlamlandırılmasında ve ifade edilmesinde yaşanan zorluk ve hayal kurmada yetersizlik, sınırlı imgelem, empati yoksunluğu, dürtüsel davranışlarda bulunma ve duyguları bedenselleştirme yönelimi olarak tanımlanmaktadır(142). Aleksitimik özelliklere sahip olan bireylerin duygularını fiziksel belirtilerden yola çıkarak ifade etmeye çalışmalarının nedeni, duygusal uyarımlarını fiziksel olan uyarımlardan ayırt edememeleridir(143). Duygusal olarak zorluk çekmelerine ek olarak aleksitimik bireyler, obsesif somut düşünme tarzına sahip oldukları için iç dünyalarının yerine çevresel nesne ve durumlara odaklanarak zihinlerini meşgul etmektedirler(144). Yapılan araştırmalarda, duygu düzenleme becerisindeki yetersizlik, bireyin kişiler arası ilişkilerinde sorun yaşamasına, kaygılarının artmasına ve psikolojik bozukluklara sahip olmasına neden olmaktadır(145).

Yapılan çalışmalara göre, aleksitimiye sahip olan kişilerin duygularını fark edip anlamlandırma ve ifade etmelerindeki zorluğun, kişilerin bilişsel sürecindeki eksikliklerden kaynaklandığı tespit edilmiştir(146).

### **2.3.1. Aleksitimide klinik özellikler**

Aleksitiminin, bir hastalık olarak değil kişilik örüntüsü olarak değerlendirilmesinin daha doğru olduğu ve bu kişilik yapısının dört başlıkta toplandığı belirtilmiştir. Bu başlıklar;

1. “Duyguları fark etme, ayırt etme ve söze dökme güçlüğü”
2. “Hayal kurma, düşlem yaşantısında kısıtlılık”
3. “İşlemsel-İşevuruk Düşünme”
4. “Dışa dönük bilişsel yapı ” olarak oluşturulmuştur(147).

#### 2.3.1.1.Duyguları fark etme, ayırt etme ve söze dökme güçlüğü

Aleksitimik kişilerin en belirgin özelliği duygularını tanıma ve ifade etme güçlüklerinin olmasıdır. Bu durum da, aleksitimik bireylerin toplum içerisinde kendi gibi olmadıkları ve kendileri gibi davranmadıklarından sıkıntı yaşamalarının çok fazla olmasına ve bu bireylerin empati kuramamalarına sebep olmaktadır(148). Bu kişiler duygularının ne anlama geldiğini bilmez gibi görünmekte, bedensel yakınmalarının olduğundan bahsederler fakat fiziksel duyumlarını da açıkça ayırt edemezler. Duygularını genel bir dille, “rahatlama ve rahatsız olma” gibi basit sözcüklerle ifade ederler(149). Konuşmaları ayrıntıcı ve tekrarlayıcıdır. Bazı durumlarda duygulanımları donuktur(150). Aleksitimiklerin duygularını fark etmeme ve ifade edememeleri ve duygularıyla bedensel duyumlarını ayırt edememelerinden kaynaklı kişiler arası ilişki kurmalarında sorunlara yol açmaktadır(151, 152).

#### 2.3.1.2.Hayal kurma, düşlem yaşantısında kısıtlılık

Aleksitimik özellikleri bulunan kişilerin hayal kurma becerisi sınırlıdır. Kurdukları hayalleri gerçeklerle ayırt etmek güç olup genellikle gerçekle iç içe, özlem ve tutku gibi duygulardan yoksundur(150). Bununla beraber rüya içerikleri de duygusal yönden kısıtlı olup daha çok ikincil süreçlerle ilişkilidir. Bu rüyalardaki duygu kısıtlılığı kişileri daha fazla dış uyaranlara odaklanmaya ve dış uyaranlarla ilgili ayrıntıcı düşünmeye neden olur(153).

#### 2.3.1.3.İşlemsel düşünme

İşlemsel düşünce; şimdiki zamanla ilgili olan, birbirleri ardınca sıralanan eylemleri sadece tanımlamakla yetinen, eylemlere gerçek bir anlam vermeyen, bilinç dışından ve düşlemlerden kopuk bir düşünce biçimi olarak tanımlanmaktadır. Aleksitimisi olan kişiler bir sorunla karşılaştıkları zaman duygusal çağrışımları bir kenara itip daha çok çözüm odaklı ve mekanik düşünme becerisine sahiptir. Somut olarak çözüm önerilerinde bulunurlar(140).

#### 2.3.1.4.Dışa dönük bilişsel yapı

Aleksitimisi olan kişilerin daha çok dışa dönük kişilik özellikleriyle öne çıktıkları görülür. Günlük hayatlarında herhangi bir durumla karşılaştıklarında çevrenin beklentilerine ve detaylara çok fazla önem verirler(149). Uyumlu olabilmek için gösterdikleri aşırı istek ve çabalardan ötürü çevreleriyle sorunsuz, uyumlu ilişkiler kurabilen kişiler olarak görülmektedirler(154). Bu uyum Mc Dougal tarafından

“yalancı normallik” (pseudonormality) olarak yorumlanmaktadır. Bu durum kişilere dış dünyaya uyum sağlayan bir görünüm kazandırır (155).

### **2.3.2. Aleksitimi ve intihar**

Birçok araştırmada sıklıkla aleksitimik kişileri aleksitimik olmayanlardan daha yüksek oranda psikolojik sıkıntı gösterebildikleri ve “fonksiyonel” somatik belirtiler depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik belirtiler geliştirebildikleri gösterilmiştir(156-158). Ayrıca, aleksitimik deneklerin hem psikoterapi hem de farmakoterapiye nadiren yanıt verebileceği ileri sürülmüştür. Aleksitimik davranışın karakteristik özellikleri, ağırlıklı olarak yüksek duygusal öneme sahip olan sosyal etkileşimlerde ortaya çıkmaktadır(159). Bu tür kişiler tarafından gösterilen duygulanmayı önleyen kişiler arası örüntü davranışı genellikle uyumsuzdur ve önemli ilişkilerdeki bozukluklar ve çatışmaları ortaya çıkarabilirler, son olarak anksiyete veya depresyon gibi psikiyatrik semptomların gelişme riskine katkıda bulunarak intihar riskini artırabilir(160). Ayrıca, aleksitiminin, depresif belirtilere göre savunmasızlığını arttıran (161, 162) göreceli istikrarlı bir kişilik özelliği (163, 164) olarak kabul edilmesi gerektiği ve genellikle çeşitli nedenlerle (yaralanma, kazalar veya şiddet) daha yüksek ölüm riski ile ilişkili olduğu gösterilmiştir(165). Aleksitiminin intihar için bir risk faktörü olarak kabul edilebileceğine dair artan kanıtlar bulunmaktadır, hatta sadece depresif belirtileri arttırarak değil aynı zamanda tek başına intihar gelişme riskini arttırır(166).

## **2.4.Dürtüsellik**

### **2.4.1. Tanım ve klinik belirtiler**

Dürtüsellik, dış ve iç uyaranlara karşı, olası riskli sonuçları hesaplamadan, hızlı ve plansız olarak ortaya konulan davranış örüntüleridir(167). Kişilik üzerine araştırmaları bulunan Eysenck dürtüsellliği; risk alma, zihni toplamada güçlük çekme, plan yapmada yetersizlik olarak tanımlamıştır(168). Patton ve ark. bu tanımı biraz daha geliştirerek dürtüsellliği; elindeki işe odaklanmadan (dikkat), hazırlıksız ani hareket (motor aktivasyon) ve plan yapmadan (plan eksikliği) ile seyreden üç boyutu olan bir davranış kalıbı olarak tanımlamışlardır(169). Dürtüsellik; davranışsal olarak

büyük ancak geç ödüllerin yerine küçük ancak erken ödüllerin tercih edilmesi olarak bir yatkınlığı temsil eder yani; tek bir davranıştan ziyade bir davranış örüntüsüdür(167).

#### **2.4.2. Dürtüselliğe boyutsal yaklaşım**

Dürtüselliğin tanımını daha iyi açıklayabilecek bir başka yaklaşım dürtüsellik ve zorlayıcılık spektrumuna boyutsal yaklaşımdır. Bu yaklaşıma göre spektrumun bir ucunda tehlikeden tamamen sakınan ve çevreyi tehlike ve tehdit dolu bir mekan olarak algılayan bunlardan doğan kaygısını aza indirmek için de bir takım törensel tutumlar sergileyen kompulsif kişiler yer alırken; spektrumun diğer ucunda olası risk ve tehditleri küçümseyen ve plansız davranışlar sunan dürtüsel kişiler yer almaktadır(170). Bu bağlamda plan yapılmadan eyleme geçirilmiş olması dürtüselliği, planlanarak ortaya konulan kompulsif davranışlardan ayırır(171).

#### **2.4.3. Dürtüselliğin nöroanatomi ve nörobiyolojisi**

Beyindeki tutumları yönlendirmeden sorumlu en önemli merkezlerin başında orbitofrontal korteks ve prefrontal korteks yer alır. Bundan dolayı frontal lob hasarı gelişmiş ya da frontal lobun hacminin küçülmesi ile birlikte seyreden bozukluklarda dürtüselliğe sıkça rastlanılmaktadır (172). Orbitofrontal korteks davranışın amacına yönelik olarak düzenlenmesinin; yani düşünce, duygu ve motor yanıtların eş zamanlı olarak işlev görmesinin denetlenmesinden sorumlu tutulmaktadır(173). Orbitofrontal korteksin diğer bir işlevinin de dışsal ve içsel uyarıcıların ödül getirici ya da cezalandırıcı olduğunun öğrenilmesi ve algılanması olduğu düşünülmektedir(172, 173).

Dürtüsellikte önemli bir rolünün olduğuna dair çalışmaları bulunan diğer bir beyin bölgesi de nükleus akkumbensdir. İnsan davranışını inceleyen nörofizyolojik araştırmalarda, nükleus akkumbensin davranışın duygusal uyarıcılarının değerlendirilmesini sağlayan limbik bölgenin anahtar bölümlerinden biri olduğu gösterilmiştir (174, 175).

#### **2.4.4. Dürtüselliğin nörokimyası**

Dürtüsellikte rol oynayan başlıca nörotransmitterler; dopamin, seratonin, noradrenalin, glutamat ve gama amino butirik asittir (41). Dürtü denetiminde seratoninin etkisi uzun yıllardır bilinmekte olup; seratoninin davranışın kontrolü üzerindeki etkisi yapılan bazı hayvan çalışmaları sonucunda daha da netleşmiştir (176-178). Örneğin; Mehlman ve ark. yaptıkları çalışmalarında merkezi sinir sisteminde seratoninin metaboliti olan 5-HIAA seviyelerinin az olmasının maymunlarda risk alma davranışını artırdığını göstermişlerdir(179). Ayrıca dürtüsellekle ilişkisi bulunan intihar eğilimli bireylerde beyin omurilik sıvısı 5-HIAA düzeylerinin az olduğu saptanmıştır(178, 180).

Dopaminerjik sistemin dürtüsellekle ilişkisi dopaminin daha çok motivasyon ve ödül modülasyonundaki görevinden kaynaklandığı görülmektedir(181). Dürtüsel davranışta dopaminin etkisinin anlaşılmasında diğer bir önemli nokta Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nun tedavisinde kullanılmakta olan ve dopaminerjik aşırımı artıran metilfenidat gibi ilaçların hastaların dürtüselleklerinde azalma sağlanması olmuştur. Bununla birlikte dürtüsel karar verme ve uygulama süreçlerinde orbitofrontal kortekste dopamin dizgesinin de önemli olduğuna çeşitli çalışmalarda dikkat çekilmiştir(172, 181, 182).

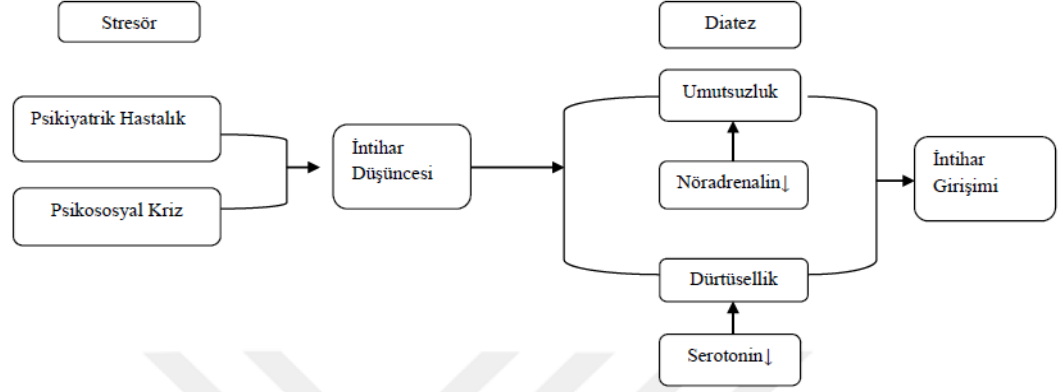
Noradrenalin iletiminin dürtüsel seçimin baskılanmasında rolü olduğu noradrenalin salınımını engelleyen bazı ilaçların dürtüsel seçimleri artırdığının incelenmesi sonucunda ortaya çıkarılmıştır(183). Ayrıca beyin omurilik sıvısında azalma gama amino butirik asit düzeylerinin de dürtüsel davranışları artırabileceği ile ilgili çalışmalar literatürde bulunmaktadır(167, 184).

#### **2.4.5. Dürtüsellik ve intihar**

Dürtüsellik ve agresyonun intihar davranışı ile ilişkisinin orbitofrontal bölge işlevleriyle yakından ilgisi olduğu çeşitli araştırmalarda bulunmuştur(185, 186). Bununla birlikte bu ilişkide Monoamin oksidaz A ve Katekol-O-Metil Transferaz enzimlerindeki polimorfizmlerin rol oynadığı düşünülmüştür(187, 188). Dürtüselliğin, intihar düşüncesinden intihar girişimine geçiş sürecinde rol aldığı

Mann ve ark. tarafından hipotez edilen diatez-stres modelinde belirtilmiştir(Şekil 1) (187).

**Şekil 1.** Mann ve ark. tarafından hipotez edilen diatez-stres modeli



Fawcett, dürtüsel bireyin kaygı veya kayıp gibi stres faktörleri ile karşılaştığı zamanlarda göstereceği negatif duygulanım ile dürtüselliklerinin artacağını bundan dolayı intihar davranışına yönelebileceğini ifade etmektedir. Özellikle intihar girişimde bulunanların çoğunlukla dürtüsel olarak gerçekleştirildiğine dair çalışma bulguları mevcuttur(189, 190).

Bireyin intihar girişimi intihar fikrinden beş dakikadan az bir süre içerisinde gerçekleşiyorsa dürtüsel intihar girişimi olarak adlandırılmaktadır(191). İntihar davranışı ve dürtüsellik arasındaki ilişki incelendiğinde, intihar davranışının dürtüsel olup olmaması ve intihar eden kişinin dürtüsel özelliklerinin olup olmaması şeklinde düşünülebilmektedir. Bu iki spektrum, intiharın ölümcüllüğü açısından ve intihar davranışının diğer özellikleri açısından farklı olabileceği gibi, tamamen örtüşüyor da olabilmektedir(192).

Dürtüsellik, ölümcül olmayan intihar girişimi ve intihar davranışları ile de ilişkili bulunmuştur(192). İntihar davranışının şiddeti plan yapma ile ilişkili iken diğer taraftan hazırlık ve plan yapılan daha ölümcül olan intihar girişimlerinde dürtüsellik saptanmamıştır(193).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1.Örneklem seçimi

Çalışmaya Eylül 2019 – Eylül 2020 tarihleri arasında Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na ve acil servise başvuran hastalardan, ilaçla ilgili intihar girişiminde bulunmuş, 18-65 yaş arası, verilen ölçekleri uygun bir biçimde anlayıp cevaplayabilecek olanlardan gönüllülük esasına uygun olarak seçilenlerle; herhangi bir psikiyatrik tanısı bulunmayan, sağlık personeli, veri giriş elemanı ve hasta refakatçilerinden oluşan kontrol grubu dahil edilmiştir. Çalışma hakkında bilgilendirme yapıldıktan sonra tüm katılımcılardan yazılı aydınlatılmış onam alınmıştır. Çalışmanın planlanma aşamasında Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurulmuş ve 09.09.2019 tarihli Etik Kurul Toplantısı'nda 2019/189 karar numarası ile izin alınmıştır (Ek-1).

İlaçla intihar girişiminde bulunan ancak; okur yazarlığı olmayan ya da ağır engelli bir durumu olan ve alkol, madde veya ilaç etkisinde bulunan, ilaç dışı intihar girişim ile başvuran ve DSM-5 tanı kriterlerine göre; Zeka Geriliği, Demans, Psikotik Bozukluklardan birisi için de tanı kriterlerini karşılayan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir.

Katılımcılar ilaçla intihar girişiminde bulunan ve kontrol grubunu içeren iki grupta incelenmiştir. Gruplar arasında klinik olarak anlamlı farklılığı bulmak için gerekli katılımcı sayısı; literatürdeki benzer çalışmalarda elde edilmiş bulgular göz önüne alınarak % 5 anlamlılık düzeyi ve %80 güçle; her grup için en az 65 kişi olarak belirlenmiştir.

#### 3.2.Kullanılan Ölçekler

Çalışmada veri toplama aracı olarak; araştırmacıların hazırladığı ve klinik görüşme sırasında araştırmacı tarafından doldurulacak sosyo-demografik form ve katılımcıların kendilerinin dolduracağı Psikolojik Dayanıklılık ölçeği, Toronto Aleksitimi ölçeği, Beck Depresyon ölçeği, Beck Anksiyete ölçeği, Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11, kullanıldı.

### **3.2.1. Sosyodemografik veri formu**

Sosyodemografik formun içeriğinde; katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim süresi, meslek, yaşadığı yer, bireyin aylık gelir algısı, kardeş sayısı, anne ve babanın eğitim süresi, sigara, alkol ve madde kullanımı, intihar girişim sayısı ve kullanılan yöntem, intihar girişim öncesindeki stres faktörü, yaşam boyu intihar düşünme sıklığı, önceki intihar girişimde durduran neden, ailede intihar girişim öyküsü, daha öncesinde intihar girişimine tanık olup olmadığı, ilk intihar düşüncesinin kaç yaşında olduğu, intihar amaçlı olmayıp kendine zarar verme davranış öyküsü, intihar girişimi öyküsü, ek psikiyatrik hastalık öyküsü, adli sorun yaşama öyküsü, psikiyatrik tedavi öyküsü ve psikiyatrik yatış öyküsü varlığı sorgulandı (Ek-2).

### **3.2.2. Psikolojik dayanıklılık ölçeği (PDÖ)**

Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ), bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeylerini belirlemek amacıyla 2016 yılında Şerife Işık tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 21 maddeden ve üç alt boyuttan oluşmaktadır ve “Kesinlikle katılmıyorum” ve “Kesinlikle katılıyorum” arasında değişen 5’li Likert tipindedir. Ölçeğin “kendini adama, kontrol ve meydan okuma” olarak isimlendirilen üç faktörden oluşur. Her boyut yedişer maddeden oluşmuştur. PDÖ’nin kendini adama boyutu 1, 2, 3, 5, 6, 18 ve 21. Maddelerinden, Kontrol boyutu 4, 10, 11, 12, 15, 19 ve 20. maddelerinden ve Meydan okuma boyutu ise 7, 8, 9, 13, 14, 16 ve 17. maddelerinden oluşmaktadır. (128).

### **3.2.3. Toronto aleksitimi ölçeği-20 (TAO-20)**

TAS-20, üç farklı boyuttan, toplamda ise 20 sorudan oluşturulmuş ve bireylerdeki aleksitimi düzeylerini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir(194).

TAS-20’nin Türkçe uyarlaması geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2009 yılında yapılmış ve bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılığı .78 olarak, alt

boyutların Cronbach Alfa iç tutarlılıkları sırasıyla .80, .57, .60, olarak saptanmış bu sonuçlara dayanarak ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğu belirtilmiştir. TAS-20 20 maddeden oluşturulmuş ve her bir maddeye verilecek cevaplar (“1= hiçbir zaman, 2= nadiren, 3= bazen, 4= sık sık, 5= her zaman”) kendi içerisinde derecelendirilmiştir. Ölçek puanları yükseldikçe aleksitimi düzeyinin de arttığı saptanmıştır(195).

TAS-20, “ duyguları tanıma da güçlük” (“madde 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14”), boyutu, “duyguları söze dökmeye güçlük” (“madde 2, 4, 11, 12, 17”), boyutu ve “dışa vuruk düşünme” (“madde 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20”) boyutu olmak üzere üç boyuttan oluşturulmuştur(195).

#### **3.2.4. Beck depresyon envanteri (BDE)**

BDE'nin Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği çalışması 1989 yılında üniversite öğrencilerini kapsayan araştırma ile gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada sonucunda, ölçeğin Türkiye'de kullanılabilmesi için geçerlilik ve güvenilirliğinin (iki yarı test güvenilirliği  $r=.74$ ) uygun olduğu belirtilmiştir(196).

BDE, bireylerde depresyon düzeyini ve depresyon belirtilerinin şiddetini ölçmek için 21 maddeden oluşturulmuş bir ölçektir. Oluşturulan her bir maddede dört seçenek bulundurulmuş, her bir maddeye 0-3 aralığında puan verilmiştir. Ölçekten elde edilen toplam puanın 0-63 aralığında değişkenlik gösterdiği belirtilmiştir. BDE'de bulunan maddeler depresyonun nedenlerini saptamak için değil depresyon belirtilerinin bireylerde ne düzeyde bulunduğunu belirlemek için oluşturulmuştur. Bireylerde ne düzeyde bulunduğu ölçülen düşünce, duygu ve davranış belirtileri; üzüntü, karamsarlık, kendini başarısız görme, önceden zevk aldığı etkinliklere karşı ilgi kaybı, kendini suçlama, cezalandırılma, kendinden hoşnutsuzluk olmuştur.

Ayrıca kendini suçlama, ağlama durumu, öfke düzeyi, diğer bireyler ile görüşme isteğinde azalma, kararsızlık, dış görünüşü ile ilgili düşünce çarpıklığı, iş verimliliğinde azalma, uyku düzensizlikleri, kendini yorgun hissetme, kilo kaybı yaşama, bedensel sağlığı hakkında endişe, cinsel konulara ilgi kaybı düzeylerini belirlemek için sorular eklenmiştir(196).

### **3.2.5. Beck anksiyete envanteri (BAE)**

Beck tarafından 1988 yılında, bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin şiddeti ve sıklığının belirlenmesi için geliştirilmiş bir ölçektir. 21 sorudan oluşmakta olup her soru 0-3 puan arasında değerlendirilen Likert tipi bir ölçektir. Beck anksiyete ölçeği 4'lü likert tipi sorulardan oluşmakta olup cevap seçenekleri ise;“hiç, hafif düzeyde, orta düzeyde ve ciddi düzeyde” şeklindedir. Beck anksiyete ölçeği toplam 0-63 arasında puanlanmakta olup, ölçeğin Türkçe uyarlama için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Ulusoy ve arkadaşları tarafından 1998 yılında yapılmıştır(197).

### **3.2.6. Baratt dürtüsellik ölçeği-11 (BDÖ-11)**

BDÖ-11 öz bildirim dayalı olarak cevaplanan 30 sorudan oluşmuştur. Patton tarafından ilk olarak 1959 yılında geliştirilen ölçeğin onbirinci ve en son geçerli versiyonudur (169) (Ek-3). BDÖ-11’de bireyden okuduğu cümlelere yanıt olarak ‘nadiren/hiçbir zaman’, ‘bazen’, ‘sıklıkla’ ve ‘hemen her zaman/her zaman’ seçeneklerinden en uygun ifadeyi işaretlemesi istenir. Kendi içinde dikkat (dikkatsizlik, bilişsel düzensizlik ve hızlı karar verme), motor (motor dürtüsellik, sabırsızlık, ani ve plansız hareket etme) ve plansızlık (kontrolünü sağlayamama, şimdiki zamana odaklanıp plan yapmama) içeren üç alt ölçeği vardır. BDÖ-11 değerlendirilirken toplam puan, plansızlık, dikkat ve motor dürtüsellik olmak üzere 4 farklı alt skor elde edilir. Toplam BDÖ-11 puanı ne kadar yüksekse hastanın dürtüsellik düzeyi o kadar yüksektir. Ölçeğin Türkçe’ye geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Güleç ve ark. tarafından yapılmıştır(198).

### **3.2.7. İstatistiksel Analiz**

Çalışmadaki tüm verilerin türüne göre uygun tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, medyan, çeyrekler arası genişlik, değişim aralığı, yüzde) hesaplandı. Sürekli nicel değişkenlerin normallik varsayım kontrolü Kolmogorov Smirnov ve Shapiro Wilk testiyle incelendi. Sürekli nicel değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmasında Mann-Whitney U testi uygulandı. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson Chi-Square (post hoc Bonferroni test), Fisher Freeman Halton ve Fisher Exact testleriyle incelendi. Oran karşılaştırmasında Binomial ve Chi-square (post hoc Bonferroni test) testlerinden yararlandı. Nicel değişkenler

arasındaki ilişkiler ise Spearman korelasyon analizi ile elde edildi. Ölçeklerin güvenilirliğini incelemek için Cronbach alfa katsayıları hesaplandı. Tek değişkenli analizlerde anlamlı bulunan her bir bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkilerini eş zamanlı olarak incelemek için İleriye doğru Wald çoklu lojistik regresyon analizi uygulandı.  $p < 0,05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Grup varyanslarının homojenliği varsayımı ise Levene testiyle kontrol edildi. Sürekli nicel değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmasında One Way ANOVA (post hoc Fisher LSD test), Kruskal Wallis analizi (post hoc Dunn test), Independent Samples t test, Mann-Whitney U testi uygulandı.



## 4. BULGULAR

### 4.1.Sosyodemografik Veri Özellikleri

#### 4.1.1. Grupların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

Cinsiyet, medeni hal, eğitim süresi, meslek, bireyin aylık gelir düzeyi açısından gruplar arasında anlamlı düzeyde bir fark yoktur ( $p>0,05$  Tablo 1).

**Tablo 1.** Grupların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

		grup									p
		hasta			kontrol			Toplam			
		n	C %	R %	n	C %	R %	n	C %	R %	
cinsiyet	kadın	54	81,8	49,5	55	83,3	50,5	109	82,6	100,0	0,819 <sup>\$</sup>
	erkek	12	18,2	52,2	11	16,7	47,8	23	17,4	100,0	
Medeni hali	evli	38	57,6	45,8	45	68,2	54,2	83	62,9	100,0	0,080 <sup>\$</sup>
	bekar	19	28,8	50,0	19	28,8	50,0	38	28,8	100,0	
	eşinden ayrı	9	13,6	81,8	2	3,0	18,2	11	8,3	100,0	
eğitim süresi	ilkokul	21	31,8	50,0	21	31,8	50,0	42	31,8	100,0	1,000 <sup>\$</sup>
	ortaokul	16	24,2	50,0	16	24,2	50,0	32	24,2	100,0	
	lise	16	24,2	50,0	16	24,2	50,0	32	24,2	100,0	
	üniversite	13	19,7	50,0	13	19,7	50,0	26	19,7	100,0	

n:kişi sayısı, R %: Satır yüzdesi; C %: Sütun yüzdesi, &:Ortalama±Standart Sapma, £: Medyan [Çeyrekler arası genişlik], #: Ortalama Rank, \$: Pearson Chi-square test, β: Fisher Freeman Halton test, ⊗: Mann-Whitney U testi

Gruplar arasında yaşanan yer dağılımı anlamlı düzeyde farklıdır ( $p=0,043$ ). İlaçla intihar girişimde bulunan köyde yaşayan bireylerin oranı (%31,8), kontrol grubundaki bireylerin oranından (%15,2) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Gruplar arasında yaş, çocuk sayısı ortalama değerleri açısından anlamlı düzeyde fark yoktur (her biri için  $p>0,05$  Tablo 1).

Gruplar arasında kardeş sayısı ortalama değerleri açısından anlamlı düzeyde fark vardır ( $p<0,001$  Tablo 1). İlaçla intihar girişimde bulunan bireylerin kardeş sayısı, kontrol grubundaki bireylerinkinden anlamlı düzeyde daha yüksektir.

**Tablo 1 (devamı).** Grupların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

		grup									p
		hasta			kontrol			Toplam			
		n	C %	R %	n	C %	R %	n	C %	R %	
meslek	Memur	3	4,5	27,3	8	12,1	72,7	11	8,3	100,0	0,053 <sup>β</sup>
	İşçi	17	25,8	45,9	20	30,3	54,1	37	28,0	100,0	
	Esnaf	0	0,0	0,0	1	1,5	100,0	1	0,8	100,0	
	Öğrenci	9	13,6	39,1	14	21,2	60,9	23	17,4	100,0	
	Emekli	1	1,5	25,0	3	4,5	75,0	4	3,0	100,0	
	çalışmıyor	36	54,5	64,3	20	30,3	35,7	56	42,4	100,0	
Yaşadığı yer	il merkezi	32	48,5	48,5	34	51,5	51,5	66	50,0	100,0	0,043 <sup>\$</sup>
	İlçe	13	19,7	37,1	22	33,3	62,9	35	26,5	100,0	
	Köy	21	31,8	67,7	10	15,2	32,3	31	23,5	100,0	
Bireyin aylık gelir algısı	Kötü	13	19,7	65,0	7	10,6	35,0	20	15,2	100,0	0,248 <sup>\$</sup>
	Orta	32	48,5	44,4	40	60,6	55,6	72	54,5	100,0	
	İyi	21	31,8	52,5	19	28,8	47,5	40	30,3	100,0	
Yaş <sup>&amp;£</sup>		33,0±12,9 29,5 [16]		65,5 <sup>#</sup>	33,3±12,4 30 [17]		67,5 <sup>#</sup>	33,2±12,6 30 [16,5]		0,769 <sup>⊗</sup>	
Çocuk sayısı <sup>£</sup>		2 [3]		68,6 <sup>#</sup>	2 [2]		64,3 <sup>#</sup>	2 [3]		0,509 <sup>⊗</sup>	
Kardeş sayısı <sup>£</sup>		4 [2]		78 <sup>#</sup>	3 [2]		55 <sup>#</sup>	3 [3]		<0,001 <sup>⊗</sup>	
İlk intihar yaşı <sup>&amp;£</sup>		28,8±12,5 26 [15]			-			28,8±12,5 26 [15]		-	

n:kişi sayısı, R %: Satır yüzdesi; C %: Sütun yüzdesi, &:Ortalama±Standart Sapma, £: Medyan [Çeyrekler arası genişlik], #: Ortalama Rank, \$: Pearson Chi-square test, β: Fisher Freeman Halton test, ⊗: Mann-Whitney U testi

Anne ve baba eğitim düzeyleri açısından gruplar arasında anlamlı düzeyde fark yoktur (p>0,05 Tablo 1).

Gruplar arasında sigara kullanım oranları anlamlı düzeyde farklıdır (p<0,001 Tablo 1). İlaçla intihar girişimde bulunan sigara kullanan bireylerin oranı (%50), kontrol grubundaki bireylerde sigara kullanan bireylerin orandan (%15,2) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Gruplar arasında alkol kullanım oranları anlamlı düzeyde farklıdır (p=0,015 Tablo 1). İlaçla intihar girişimde bulunan alkol kullanan bireylerin oranı (%15,2), kontrol grubunda bulunan bireylerdeki orandan (%3) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Gruplar arasında madde kullanım oranlarının benzer olduğu belirlendi (p>0,05 Tablo 1).

**Tablo 1 (devamı).** Grupların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

			grup									p
			hasta			kontrol			Toplam			
			n	C %	R %	n	C %	R %	n	C %	R %	
Anne eğitimi süresi	okuma yazma yok		21	31,8	60,0	14	21,2	40,0	35	26,5	100,0	0,199 <sup>β</sup>
		İlkokul	33	50,0	49,3	34	51,5	50,7	67	50,8	100,0	
		Ortaokul	4	6,1	25,0	12	18,2	75,0	16	12,1	100,0	
		Lise	5	7,6	62,5	3	4,5	37,5	8	6,1	100,0	
		üniversite	3	4,5	50,0	3	4,5	50,0	6	4,5	100,0	
Baba eğitimi süresi	okuma yazma yok		9	13,6	56,3	7	10,6	43,8	16	12,1	100,0	0,971 <sup>β</sup>
		İlkokul	29	43,9	50,0	29	43,9	50,0	58	43,9	100,0	
		Ortaokul	15	22,7	46,9	17	25,8	53,1	32	24,2	100,0	
		Lise	10	15,2	52,6	9	13,6	47,4	19	14,4	100,0	
		üniversite	3	4,5	42,9	4	6,1	57,1	7	5,3	100,0	
Sigara kullanımı	Yok	33	50,0	37,1	56	84,8	62,9	89	67,4	100,0	<0,001 <sup>\$</sup>	
	Var	33	50,0	76,7	10	15,2	23,3	43	32,6	100,0		
Alkol kullanımı	Yok	56	84,8	46,7	64	97,0	53,3	120	90,9	100,0	0,015 <sup>\$</sup>	
	Var	10	15,2	83,3	2	3,0	16,7	12	9,1	100,0		
Madde kullanımı	Yok	64	97,0	49,2	66	100,0	50,8	130	98,5	100,0	0,496 <sup>ω</sup>	
	Var	2	3,0	100,0	0	0,0	0,0	2	1,5	100,0		

n:kişi sayısı, R %: Satır yüzdesi; C %: Sütun yüzdesi, \$: Pearson Chi-square test, β: Fisher Freeman Halton test, ω: Fisher-Exact test

Daha öncesinde intihara tanık olma durumu açısından gruplar arasında anlamlı düzeyde fark yoktur (p=0,170 Tablo 2).

Gruplar arasında ailede intihar girişim oranları anlamlı düzeyde farklıdır (p=0,041 Tablo 2). İlaçla intihar girişimde bulunan ailede intihar girişimi olan bireylerin oranı (%15,2), kontrol grubundakilerde gözlenen orandan (%4,5) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Gruplar arasında kendine zarar verme oranları anlamlı düzeyde farklıdır (p=0,001 Tablo 2). İlaçla intihar girişimde bulunan kendine zarar veren bireylerin oranı (%27,3), kontrol grubundakilerde gözlenen orandan (%6,1) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

**Tablo 2.** Grupların intihar özellikleri, aile öyküsü ve psikiyatrik öz geçmiş öykülerinin karşılaştırılması

		grup									p
		hasta			kontrol			Toplam			
		n	C %	R %	n	C %	R %	n	C %	R %	
Stres faktörü	Yok	5	7,6	100,0	-	-	-	5	7,6	100,0	<0,001* <sup>θ</sup>
	var	61	92,4	100,0	-	-	-	61	92,4	100,0	
İntihar düşünce sıklığı	hiç	18	27,3	100,0	-	-	-	18	27,3	100,0	0,001* <sup>§</sup>
	nadiren	24	36,4	100,0	-	-	-	24	36,4	100,0	
	sık	10	15,2	100,0	-	-	-	10	15,2	100,0	
	çok sık	10	15,2	100,0	-	-	-	10	15,2	100,0	
	her zaman	4	6,1	100,0	-	-	-	4	6,1	100,0	
Şu anki intihar girişimini durduran neden	yok	25	37,9	100,0	-	-	-	25	37,9	100,0	<0,001* <sup>§</sup>
	dini	4	6,1	100,0	-	-	-	4	6,1	100,0	
	yakınlarını düşünme	31	47,0	100,0	-	-	-	31	47,0	100,0	
	diğer	6	9,1	100,0	-	-	-	6	9,1	100,0	
Ailede intihar girişimi	yok	56	84,8	47,1	63	95,5	52,9	119	90,2	100,0	0,041 <sup>§</sup>
	var	10	15,2	76,9	3	4,5	23,1	13	9,8	100,0	
Daha öncesinde intihara tanık olma durumu	yok	56	84,8	47,9	61	92,4	52,1	117	88,6	100,0	0,170 <sup>§</sup>
	var	10	15,2	66,7	5	7,6	33,3	15	11,4	100,0	
Kendine zarar verme davranışı	yok	48	72,7	43,6	62	93,9	56,4	110	83,3	100,0	0,001 <sup>§</sup>
	var	18	27,3	81,8	4	6,1	18,2	22	16,7	100,0	

n:kişi sayısı, R %: Satır yüzdesi; C %: Sütun yüzdesi, §: Pearson Chi-square test, §: Chi-square test, θ: Binomial test,\*istatistiksel analiz ilaçla intihar girişimde bulunan grupta yapılmıştır.

**Tablo 2 (devamı).** Grupların intihar özellikleri, aile öyküsü ve psikiyatrik öz geçmiş öykülerinin karşılaştırılması

		grup									p
		hasta			kontrol			Toplam			
		n	C %	R %	n	C %	R %	n	C %	R %	
Psikiyatrik hastalık öyküsü	yok	39	59,1	100,0	-	-	-	39	59,1	100,0	0,175* <sup>θ</sup>
	var	27	40,9	100,0	-	-	-	27	40,9	100,0	
Psikiyatrik tanı	yok	34	51,5	100,0	-	-	-	34	51,5	100,0	<0,001 <sup>§</sup>
	anksiyete	7	10,6	100,0	-	-	-	7	10,6	100,0	
	depresyon	21	31,8	100,0	-	-	-	21	31,8	100,0	
	OKB	1	1,5	100,0	-	-	-	1	1,5	100,0	
	kişilik bozukluğu	3	4,5	100,0	-	-	-	3	4,5	100,0	
Psikiyatrik yatış öyküsü	yok	58	87,9	100,0	-	-	-	58	87,9	100,0	<0,001* <sup>θ</sup>
	var	8	12,1	100,0	-	-	-	8	12,1	100,0	
Adli vaka	yok	57	86,4	47,1	64	97,0	52,9	121	91,7	100,0	0,027 <sup>§</sup>
	var	9	13,6	81,8	2	3,0	18,2	11	8,3	100,0	

n:kişi sayısı, R %: Satır yüzdesi; C %: Sütun yüzdesi, §: Pearson Chi-square test, §: Chi-square test, θ: Binomial test,\*istatistiksel analiz ilaçla intihar girişimde bulunan grupta yapılmıştır.

Adli vaka yaşama öyküsü açısından gruplar arasında anlamlı düzeyde fark vardır (p=0,027 Tablo 2). İlaçla intihar girişimde bulunan Adli vaka öyküsü olan bireylerin oranı (%13,6), kontrol grubundaki bireylerde gözlenen orandan (%3) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

İlaçla intihar girişimde bulunan grupta stres faktörü olan ve olmayan hastaların oranları arasında anlamlı düzeyde fark vardır (p<0,001 Tablo 2). İlaçla intihar girişimde bulunan grupta stres faktörü olan bireylerin oranı (%92,4), stres faktörü olmayanlarınkinden (%7,6) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

**Tablo 3.** İntihar girişimi olan katılımcıların intihar girişim nedenlerine göre karşılaştırılması

<b>İntihar Nedeni</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Ailevi Sorunlar</b>	34	55,73
<b>Karşı Cinsle ilgili Sorunlar</b>	12	19,67
<b>Ekonomik Sorunlar</b>	4	6,55
<b>Komşusu ile ilgili Sorunlar</b>	2	3,27
<b>Alkol kullanımı</b>	1	1,63
<b>Kronik Hastalık</b>	2	3,27
<b>Okul Başarısızlığı</b>	1	1,63
<b>Nedenini Açıklamayan</b>	5	8,19
<b>Toplam</b>	61	100

İlaçla intihar girişimde bulunan bireylerin stres faktörleri arasında ailevi sorunlar (%55,73) ve karşı cinsle ilgili sorunlar (%19,67) intihara en fazla neden olan faktörler olarak bulunmuştur.

İlaçla intihar girişimde bulunan bireylerin intiharı düşünme sıklık dağılımı anlamlı düzeyde farklıdır ( $p=0,001$ ). İntiharı düşünme sıklığı “her zaman” olan bireylerin oranı (%4), diğer sıklık düzeylerinden anlamlı düzeyde daha düşüktür (her biri için  $p<0,05$ ).

İlaçla intihar girişimde bulunan grupta daha önceki intiharı durdurma nedeni (yok, dini, yakınlarını düşünme, diğer) açısından anlamlı düzeyde fark vardır ( $p<0,001$  ki-kare). İlaçla intihar girişimde bulunan grupta intiharı durdurma nedeni “yakınlarını düşünme” (%47) ve “yok” (%37,9) olduğunu söyleyen bireylerin oranları anlamlı düzeyde diğerlerinden daha yüksektir (her biri için  $p<0,05$ ).

İlaçla intihar girişimde bulunan grupta ek psikiyatrik hastalığı olan ve olmayan bireylerin oranları arasında anlamlı düzeyde fark yoktur ( $p=0,175$ ).

İlaçla intihar girişimde bulunan bireylerin psikiyatrik tedavi öykü dağılımı anlamlı düzeyde farklıdır ( $p=0,001$ ). psikiyatrik tedavi öyküsü “olmayan” (%51,5) ve “Major Depresif Bozukluk” tanısı (%31,8) olan bireylerin oranları, diğerlerinden anlamlı düzeyde daha yüksektir (her biri için  $p<0,05$ ).

İlaçla intihar girişimde bulunan grupta psikiyatrik yatışı olan ve olmayan hastaların oranları arasında anlamlı düzeyde fark vardır ( $p<0,001$ ). İlaçla intihar girişimde bulunan grupta psikiyatrik yatışı olan bireylerin oranı (%12,1), psikiyatrik yatışı olmayanlarınkinden (%87,9) anlamlı düzeyde daha düşüktür.

#### 4.1.2. Sosyodemografik verilerin diğer ölçeklerler korelasyonu

**Tablo 4.** Sosyodemografik verilerin PDÖ kendini adama alt ölçeği ile karşılaştırılması

İlaçla intihar girişimde bulunan bireylerde		PDÖ kendini adama							p
		n	Ort	SS	M	ÇAG	DA	Ort Rank	
cinsiyet	kadın	54	17,4	5,5	19,0	6,0	21,0	31,2	<b>0,036</b> ⊗
	erkek	12	20,9	3,7	21,0	5,0	14,0	44,0	
Yaş grubu	18-24	22	17,9	5,9	19,5	9,0	19,0	34,2	0,601 <sup>§</sup>
	25-34	22	19,2	3,8	19,0	6,0	13,0	36,5	
	35-49	14	17,4	6,7	19,0	3,0	22,0	31,9	
	50-65	8	16,3	5,1	18,5	5,5	14,0	26,1	
Medeni hali	evli	38	18,1	5,3	19,0	7,0	22,0	33,2	0,640 <sup>§</sup>
	bekar	19	18,4	5,8	20,0	8,0	19,0	36,2	
	eşinden ayrı	9	17,0	5,0	18,0	4,0	15,0	28,9	
Eğitim süresi	ilkokul	21	17,6	6,1	19,0	5,0	22,0	32,0	0,835 <sup>§</sup>
	ortaokul	16	17,7	5,2	18,5	8,5	16,0	32,2	
	lise	16	17,6	5,9	19,0	6,0	18,0	33,3	
	üniversite	13	19,5	3,7	20,0	4,0	13,0	37,8	
Yaşadığı yer	il merkezi	32	18,1	5,1	19,0	6,0	20,0	33,5	0,766 <sup>§</sup>
	ilçe	13	17,2	5,9	18,0	7,0	20,0	30,5	
	köy	21	18,4	5,6	20,0	4,0	21,0	35,4	
Bireyin aylık gelir algısı	kötü	13	17,1	7,0	17,0	11,0	21,0	31,0	0,728 <sup>§</sup>
	orta	32	17,5	5,7	19,0	6,0	20,0	32,8	
	iyi	21	19,3	3,2	19,0	5,0	11,0	36,1	

n:kişi sayısı, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, M: Medyan, ÇAG: Çeyrekler Arası Genişlik, DA: Değişim Aralığı, §: Kruskal Wallis testi, ⊗: Mann-Whitney U testi

**Tablo 4 (devamı).** Sosyodemografik verilerin PDÖ kendini adama alt ölçeği ile karşılaştırılması

İlaçla intihar girişimde bulunan bireylerde		PDÖ kendini adama							p
		n	Ort	SS	M	ÇAG	DA	Ort Rank	
Sigara kullanımı	yok	33	18,0	5,3	19,0	4,0	20,0	33,4	0,954 <sup>⊗</sup>
	var	33	18,1	5,5	19,0	8,0	22,0	33,6	
Alkol kullanımı	yok	56	18,0	5,2	19,0	6,0	22,0	32,8	0,501 <sup>⊗</sup>
	var	10	18,3	6,4	20,5	11,0	17,0	37,3	
Ailede intihar girişim öyküsü	yok	56	18,3	5,0	19,0	6,5	22,0	33,9	0,720 <sup>⊗</sup>
	var	10	16,7	7,1	18,5	15,0	18,0	31,5	
Daha öncesinde intihara tanık olma	yok	56	17,8	5,6	19,0	6,5	22,0	33,0	0,597 <sup>⊗</sup>
	var	10	19,2	4,0	19,5	6,0	12,0	36,5	
Kendine zarar verme davranışı	yok	48	18,6	5,1	19,0	6,5	21,0	35,4	0,189 <sup>⊗</sup>
	var	18	16,5	5,8	18,0	9,0	19,0	28,4	
Psikiyatrik hastalık öyküsü	yok	39	19,8	4,1	20,0	5,0	19,0	39,4	<b>0,003<sup>⊗</sup></b>
	var	27	15,4	5,9	17,0	9,0	20,0	24,9	
Psikiyatrik yatış öyküsü	yok	58	18,7	4,8	19,0	6,0	21,0	35,5	<b>0,023<sup>⊗</sup></b>
	var	8	13,0	6,6	13,0	12,0	16,0	19,1	
Adli vaka öyküsü	yok	57	18,0	5,3	19,0	6,0	21,0	33,4	0,903 <sup>⊗</sup>
	var	9	18,1	6,3	18,0	7,0	19,0	34,2	

n:kişi sayısı, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, M: Medyan, ÇAG: Çeyrekler Arası Genişlik, DA: Değişim Aralığı, §: Kruskal Wallis testi, ⊗: Mann-Whitney U testi

PDÖ ölçeği meydan okuma, TAO-1, TAO-2, TAO-3 alt ölçekleri, TAO toplam puanları, BDÖ-11 ölçeği plansızlık dürtüsellliği, motor dürtüsellik alt ölçek puanları dışında cinsiyete göre PDÖ kendini adama, kontrol alt ölçekleri, PDÖ toplam puanları, BDÖ-11 dikkat dürtüsellliği, BDÖ toplam ölçek puan ortalama değerleri açısından anlamlı düzeyde fark vardır (her biri için  $p < 0,05$  Tablo 4,5,7,14,15). Kadınların BDÖ-11 dikkat dürtüsellliği alt ölçeği ve BDÖ-11 toplam ölçek puan ortalama değerleri, erkeklerde ölçülen değerlerinden anlamlı düzeyde daha yüksektir. Ayrıca kadınların PDÖ kendini adama, kontrol alt ölçekleri ve PDÖ toplam ölçek puan ortalama değerleri, erkeklerde ölçülen değerlerinden anlamlı düzeyde daha düşüktür.

PDÖ meydan okuma, kendini adama, kontrol alt ölçekleri, PDÖ toplam puanları, TAÖ-1, TAÖ-2, TAO-3 alt ölçekleri, TAO toplam puanları, BDÖ-11 plansızlık dürtüsellliği, motor dürtüsellik, dikkat dürtüsellliği alt ölçekleri ve BDÖ toplam ölçek

puan ortalama değerleri açısından yaş grupları arasında anlamlı düzeyde fark yoktur (her biri için  $p > 0,05$  Tablo 4-15).

**Tablo 5.** Sosyodemografik verilerin PDÖ kontrol alt ölçeği ile karşılaştırılması

İlaçla intihar girişimde bulunan bireylerde		PDÖ kontrol							P
		n	Ort	SS	M	ÇAG	DA	Ort Rank	
cinsiyet	kadın	54,0	15,7	4,1	17,0	5,0	21,0	30,8	0,015 <sup>⊗</sup>
	erkek	12,0	19,3	5,0	19,0	6,5	16,0	45,7	
Yaş grubu	18-24	22,0	16,6	4,8	17,5	8,0	18,0	35,0	0,120 <sup>§</sup>
	25-34	22,0	17,6	4,6	18,0	5,0	20,0	39,4	
	35-49	14,0	14,9	4,0	16,0	5,0	15,0	27,4	
	50-65	8,0	14,5	2,9	14,5	4,0	9,0	23,7	
Medeni hali	evli	38,0	15,9	4,0	17,0	4,0	19,0	32,4	0,863 <sup>§</sup>
	bekar	19,0	16,7	5,2	18,0	8,0	19,0	34,9	
	eşinden ayrı	9,0	17,3	4,8	17,0	6,0	14,0	35,1	
Eğitim süresi	ilkokul	21,0	15,5	3,8	16,0	3,0	20,0	28,8	0,318 <sup>§</sup>
	ortaokul	16,0	16,3	5,0	18,0	6,5	19,0	33,8	
	lise	16,0	18,1	4,8	18,5	5,5	17,0	40,6	
	niversite	13,0	15,5	4,1	18,0	7,0	13,0	32,0	
Yaşadığı yer	il merkezi	32,0	15,9	4,1	14,5	6,0	15,0	30,8	0,513 <sup>§</sup>
	ilçe	13,0	16,5	4,8	18,0	4,0	19,0	35,0	
	köy	21,0	16,8	4,8	17,0	4,0	23,0	36,7	
Bireyin aylık gelir algısı	kötü	13,0	15,5	4,1	15,0	6,0	14,0	-	0,745 <sup>Φ</sup>
	orta	32,0	16,5	4,9	17,5	5,5	22,0	-	
	iyi	21,0	16,5	4,0	17,0	5,0	17,0	-	

n:kişi sayısı, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, M: Medyan, ÇAG: eyrekler Arası Genişlik, DA: Değişim Aralığı, §: Kruskal Wallis testi, ⊗: Mann-Whitney U testi, Φ: One Way ANOVA, : Independent Samples t test

**Tablo 5 (devamı).** Sosyodemografik verilerin PDÖ kontrol alt ölçeği ile karşılaştırılması

İlaçla intihar girişimde bulunan bireylerde		PDÖ kontrol							P
		n	Ort	SS	M	ÇAG	DA	Ort Rank	
Sigara kullanımı	yok	33,0	16,3	4,1	17,0	4,0	19,0	-	0,978
	var	33,0	16,3	4,8	18,0	6,0	23,0	-	
Alkol kullanımı	yok	56,0	16,0	4,1	17,0	4,5	22,0	32,5	0,305 <sup>⊗</sup>
	var	10,0	17,9	5,8	18,5	11,0	17,0	39,2	
Ailede intihar girişi	yok	56,0	16,2	4,5	17,0	5,5	23,0	33,3	0,836 <sup>⊗</sup>
	var	10,0	16,9	4,4	17,0	3,0	14,0	34,7	
Daha öncesinde intihara tanık olma	yok	56,0	16,3	4,5	17,0	5,5	23,0	33,0	0,615 <sup>⊗</sup>
	var	10,0	16,6	4,4	18,0	5,0	16,0	36,3	
Kendine zarar verme davranışı	yok	48,0	16,7	3,8	17,0	5,0	19,0	-	0,246
	var	18,0	15,3	5,8	14,5	7,0	23,0	-	
Psikiyatrik hastalık	yok	39,0	17,5	3,9	18,0	4,0	16,0	-	<b>0,008</b>
	var	27,0	14,6	4,7	15,0	6,0	23,0	-	
Psikiyatrik yatış	yok	58,0	16,6	4,5	17,0	5,0	23,0	34,9	0,116 <sup>⊗</sup>
	var	8,0	14,3	3,6	13,5	5,5	10,0	23,6	
Adli vaka	yok	57,0	16,0	4,1	17,0	5,0	22,0	32,7	0,377 <sup>⊗</sup>
	var	9,0	18,3	5,8	18,0	10,0	16,0	38,7	

n:kişi sayısı, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, M: Medyan, ÇAG: Çeyrekler Arası Genişlik, DA: Değişim Aralığı, §: Kruskal Wallis testi, ⊗: Mann-Whitney U testi, Φ: One Way ANOVA, x: Independent Samples t test

PDÖ meydan okuma, kendini adama, kontrol, PDÖ toplam puanları, TAO-1, TAO-2, TAO-3, TAO toplam puanları, BDÖ-11 plansızlık dürtüselliği, dikkat dürtüselliği, BDÖ-11 toplam puanları dışında medeni duruma göre BDÖ-11 motor dürtüsellik alt ölçek puan ortalama değeri açısından anlamlı düzeyde fark vardır ( $p<0,05$  Tablo 13). Bekar olan bireylerin BDÖ-11 motor dürtüsellik alt ölçek puan

ortalama değeri, eşinden ayrı olan bireylerde ölçülen değerinden anlamlı düzeyde daha yüksektir (p=0,032).

Eğitim durumuna göre PDÖ toplam puanları, TAO-2, TAO toplam puanları, BDÖ-11 dikkat dürtüselliği, BDÖ-11 toplam ölçek puan ortalama değerleri ve PDÖ meydan okuma, kendini adama, kontrol alt ölçeği, TAO-1, TAO-3, BDÖ-11 plansızlık dürtüselliği, motor dürtüsellik alt ölçek puan ortalama değerleri açısından anlamlı düzeyde fark yoktur (her biri için p>0,05 Tablo 4-15).

**Tablo 6.** Sosyodemografik verilerin PDÖ meydan okuma alt ölçeği ile karşılaştırılması

İlaçla intihar girişimde bulunan bireylerde		PDÖ meydan okuma							p
		n	Ort	SS	M	ÇAG	DA	Ort Rank	
cinsiyet	kadın	54,0	18,5	5,3	18,0	5,0	27,0	32,6	0,419 <sup>⊗</sup>
	erkek	12,0	19,8	4,8	20,0	5,0	15,0	37,5	
Yas grubu	18-24	22,0	19,3	4,6	19,0	5,0	16,0	34,2	0,189 <sup>§</sup>
	25-34	22,0	20,1	4,9	20,0	6,0	18,0	38,5	
	35-49	14,0	17,4	6,5	18,0	6,0	27,0	31,4	
	50-65	8,0	15,6	4,2	16,5	6,0	12,0	21,6	
Medeni hali	evli	38,0	18,7	5,9	19,0	6,0	27,0	34,6	0,531 <sup>§</sup>
	bekar	19,0	19,4	4,9	19,0	7,0	15,0	34,4	
	eşinden ayrı	9,0	17,3	2,4	18,0	2,0	7,0	26,8	
Eğitim süresi	ilkokul	21,0	18,4	5,8	19,0	5,0	27,0	34,9	0,504 <sup>§</sup>
	ortaokul	16,0	17,6	6,0	17,0	7,5	19,0	27,2	
	lise	16,0	19,5	3,6	19,0	2,5	14,0	35,8	
	üniversite	13,0	19,6	5,1	19,0	6,0	18,0	36,2	
Yaşadığı yer	il merkezi	32,0	18,5	5,1	18,0	5,0	19,0	31,3	0,510 <sup>§</sup>
	ilçe	13,0	18,7	5,4	18,0	10,0	18,0	32,5	
	köy	21,0	19,1	5,6	20,0	4,0	27,0	37,5	
Bireyin aylık gelir algısı	kötü	13,0	20,5	4,4	19,0	6,0	15,0	-	0,096 <sup>Φ</sup>
	orta	32,0	17,3	5,9	18,0	6,5	27,0	-	
	iyi	21,0	19,7	4,1	19,0	4,0	14,0	-	

n:kişi sayısı, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, M: Medyan, ÇAG: Çeyrekler Arası Genişlik, DA: Değişim Aralığı, §: Kruskal Wallis testi, ⊗: Mann-Whitney U testi, Φ: One Way ANOVA, χ: Independent Samples t test

**Tablo 6 (devamı).** Sosyodemografik verilerin PDÖ meydan okuma alt ölçeği ile karşılaştırılması

İlaçla intihar girişimde bulunan bireylerde		PDÖ meydan okuma							p
		n	Ort	SS	M	ÇAG	DA	Ort Rank	
Sigara kullanımı	yok	33,0	18,4	4,8	18,0	5,0	19,0	-	0,658 <sup>§</sup>
	var	33,0	19,0	5,7	20,0	5,0	27,0	-	
Alkol kullanımı	yok	56,0	18,4	5,3	18,0	5,0	27,0	32,7	0,425 <sup>⊗</sup>
	var	10,0	20,2	4,9	19,5	7,0	14,0	38,0	
Ailede intihar girişimi	yok	56,0	18,5	5,5	18,5	5,5	27,0	32,8	0,495 <sup>⊗</sup>
	var	10,0	19,9	3,5	18,5	5,0	11,0	37,3	
Daha öncesinde intihara tanık olma	yok	56,0	18,4	5,3	18,0	5,0	27,0	32,5	0,324 <sup>⊗</sup>
	var	10,0	20,4	4,7	19,0	6,0	15,0	39,0	
Kendine zarar verme davranışı	yok	48,0	19,5	5,1	19,0	6,5	19,0	35,9	0,103 <sup>⊗</sup>
	var	18,0	16,7	5,1	17,5	3,0	23,0	27,2	
Psikiyatrik hastalık	yok	39,0	19,9	4,9	20,0	6,0	19,0	-	0,022 <sup>§</sup>
	var	27,0	17,0	5,2	18,0	5,0	26,0	-	
Psikiyatrik yatış	yok	58,0	19,1	5,3	18,5	6,0	27,0	34,6	0,211 <sup>⊗</sup>
	var	8,0	16,3	4,3	18,5	6,0	11,0	25,6	
Adli vaka	yok	57,0	18,6	5,1	19,0	5,0	27,0	33,3	0,844 <sup>⊗</sup>
	var	9,0	19,2	6,1	18,0	4,0	19,0	34,7	

n:kişi sayısı, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, M: Medyan, ÇAG: Çeyrekler Arası Genişlik, DA: Değişim Aralığı, §: Kruskal Wallis testi, ⊗: Mann-Whitney U testi, Φ: One Way ANOVA, †: Independent Samples t test

Yaşadığı yere göre PDÖ toplam puanları, TAO-2, BDÖ-11 plansızlık dürtüsellığı, motor dürtüsellik alt ölçeği, BDÖ-11 toplam ölçek puan ortalama değerleri ve PDÖ kendini adama, kontrol, meydan okuma alt ölçekleri, TAO-1,

TAO-3, TAO toplam puanları, BDÖ-11 dikkat dürtüsellığı alt ölçek puan ortalama değerleri açısından anlamlı düzeyde fark yoktur (her biri için  $p>0,05$  Tablo 4-15).

Aylık gelire göre PDÖ kontrol, meydan okuma alt ölçekleri, PDÖ toplam puanları, TAO-1, TAO-2 alt ölçekleri, TAO toplam ölçek puan ortalama değerleri ve BDÖ-11 plansızlık dürtüsellığı, PDÖ kendini adama, TAO-3, BDÖ-11 dikkat dürtüsellığı, BDÖ-11 toplam ölçek puan ortalama değerleri açısından anlamlı düzeyde fark yoktur (her biri için  $p>0,05$  Tablo 4-12,14,15). Sadece aylık gelire göre BDÖ-11 motor dürtüsellik alt ölçek puan ortalama değeri açısından anlamlı düzeyde fark vardır ( $p<0,05$  Tablo 13). Aylık geliri kötü olan bireylerin BDÖ-11 motor dürtüsellik alt ölçek puan ortalama değeri, aylık geliri orta düzeyde olanlarda ölçülen değerinden anlamlı düzeyde daha yüksektir ( $p=0,021$ ).

**Tablo 7.** Sosyodemografik verilerin PDÖ toplam puanı ile karşılaştırılması

İlaçla intihar girişimde bulunan bireylerde		PDÖ toplam							P
		n	Ort	SS	M	ÇAG	DA	Ort Rank	
cinsiyet	kadın	54,0	51,5	12,7	51,5	15,0	64,0	31,1	<b>0,031<sup>⊗</sup></b>
	erkek	12,0	59,9	10,1	60,0	13,0	36,0	44,3	
Yaş grubu	18-24	22,0	53,8	12,8	51,0	22,0	39,0	33,1	0,123 <sup>§</sup>
	25-34	22,0	56,9	10,6	57,0	15,0	45,0	40,0	
	35-49	14,0	49,6	15,6	52,0	9,0	61,0	30,6	
	50-65	8,0	46,4	8,1	47,5	15,0	20,0	21,8	
Medeni hali	evli	38,0	52,6	13,2	54,5	10,0	62,0	33,7	0,812 <sup>§</sup>
	bekar	19,0	54,5	12,6	54,0	22,0	39,0	34,8	
	eşinden ayrı	9,0	51,7	10,5	50,0	9,0	32,0	29,9	
Eğitim süresi	ilkokul	21,0	51,6	13,9	52,0	8,0	61,0	-	0,758 <sup>Φ</sup>
	ortaokul	16,0	51,5	13,1	51,5	20,0	46,0	-	
	lise	16,0	55,2	12,0	55,5	15,0	43,0	-	
	üniversite	13,0	54,7	11,3	54,0	20,0	35,0	-	

n:kişi sayısı, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, M: Medyan, ÇAG: Çeyrekler Arası Genişlik, DA: Değişim Aralığı, §: Kruskal Wallis testi, ⊗: Mann-Whitney U testi, Φ: One Way ANOVA, ı: Independent Samples t test

**Tablo 7 (devamı).** Sosyodemografik verilerin PDÖ toplam puanı ile karşılaştırılması

İlaçla intihar girişimde bulunan bireylerde		PDÖ meydan okuma							p
		n	Ort	SS	M	ÇAG	DA	Ort Rank	
Bireyin aylık gelir algısı	kötü	13,0	20,5	4,4	19,0	6,0	15,0	-	0,096 <sup>Φ</sup>
	orta	32,0	17,3	5,9	18,0	6,5	27,0	-	
	iyi	21,0	19,7	4,1	19,0	4,0	14,0	-	
Sigara kullanımı	yok	33,0	18,4	4,8	18,0	5,0	19,0	-	0,658 <sup>§</sup>
	var	33,0	19,0	5,7	20,0	5,0	27,0	-	
Alkol kullanımı	yok	56,0	18,4	5,3	18,0	5,0	27,0	32,7	0,425 <sup>⊗</sup>
	var	10,0	20,2	4,9	19,5	7,0	14,0	38,0	
Ailede intihar girişimi öyküsü	yok	56,0	18,5	5,5	18,5	5,5	27,0	32,8	0,495 <sup>⊗</sup>
	var	10,0	19,9	3,5	18,5	5,0	11,0	37,3	
Daha öncesinde intihar girişimine tanık olma	yok	56,0	18,4	5,3	18,0	5,0	27,0	32,5	0,324 <sup>⊗</sup>
	var	10,0	20,4	4,7	19,0	6,0	15,0	39,0	
Kendine zarar verme davranışı	yok	48,0	19,5	5,1	19,0	6,5	19,0	35,9	0,103 <sup>⊗</sup>
	var	18,0	16,7	5,1	17,5	3,0	23,0	27,2	
Psikiyatrik hastalık öyküsü	yok	39,0	19,9	4,9	20,0	6,0	19,0	-	0,022 <sup>§</sup>
	var	27,0	17,0	5,2	18,0	5,0	26,0	-	
Psikiyatrik yatış öyküsü	yok	58,0	19,1	5,3	18,5	6,0	27,0	34,6	0,211 <sup>⊗</sup>
	var	8,0	16,3	4,3	18,5	6,0	11,0	25,6	
Adli vaka	yok	57,0	18,6	5,1	19,0	5,0	27,0	33,3	0,844 <sup>⊗</sup>
	var	9,0	19,2	6,1	18,0	4,0	19,0	34,7	

n:kişi sayısı, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, M: Medyan, ÇAG: Çeyrekler Arası Genişlik, DA: Değişim Aralığı, §: Kruskal Wallis testi, ⊗: Mann-Whitney U testi, Φ: One Way ANOVA, §: Independent Samples t test

Sigara kullanımına göre PDÖ kontrol, meydan okuma alt ölçekleri, PDÖ toplam puanları, TAO-1, TAO-3 alt ölçekleri, TAO toplam puanları, BDÖ-11 plansızlık dürtüsellığı, dikkat dürtüsellığı, BDÖ-11 toplam ölçek puan ortalama değerleri ve PDÖ kendini adama, BDÖ-11 motor dürtüsellik alt ölçek puan ortalama değerleri açısından anlamlı düzeyde fark yoktur (her biri için  $p>0,05$  Tablo 4-8, 10-15). Sadece sigara kullanımına göre TAO-2 ölçek puan ortalama değeri açısından anlamlı düzeyde fark vardır ( $p<0,05$  Tablo 9). Sigara kullanan bireylerin TAO-2 ölçek puan ortalama değeri, sigara kullanmayanlarda ölçülen değerinden anlamlı düzeyde daha yüksektir.

**Tablo 8.** Sosyodemografik verilerin TAO-20 ölçeğinin TAO-1 alt ölçeği ile karşılaştırılması

İlaçla intihar girişimde bulunan bireylerde		TAO-1							p
		n	Ort	SS	M	ÇAG	DA	Ort Rank	
cinsiyet	kadın	54	21,4	7,7	22,5	13,0	28,0	32,8	0,543 <sup>⊗</sup>
	erkek	12	23,3	5,0	22,5	5,5	18,0	36,5	
Yaş grubu	18-24	22	21,1	8,1	23,0	14,0	25,0	32,6	0,883 <sup>§</sup>
	25-34	22	21,4	7,1	22,0	10,0	25,0	32,3	
	35-49	14	23,6	6,4	23,0	11,0	23,0	37,2	
	50-65	8	21,4	7,6	23,0	14,0	19,0	32,7	
Medeni hali	evli	38	21,9	7,3	22,5	11,0	28,0	33,7	0,570 <sup>§</sup>
	bekar	19	20,3	8,1	22,0	14,0	23,0	30,6	
	eşinden ayrı	9	24,1	4,6	23,0	9,0	12,0	38,7	
Eğitim süresi	ilkokul	21	24,0	5,8	24,0	9,0	22,0	38,5	0,390 <sup>§</sup>
	ortaokul	16	21,7	7,5	22,5	12,0	26,0	33,3	
	lise	16	21,1	8,3	22,0	10,0	25,0	32,4	
	üniversite	13	19,1	7,6	17,0	14,0	19,0	26,9	
Yaşadığı yer	il merkezi	32	20,7	7,2	21,5	9,0	27,0	30,2	0,079 <sup>§</sup>
	ilçe	13	25,3	6,0	27,0	4,0	20,0	44,1	
	köy	21	21,1	7,6	22,0	12,0	26,0	32,0	
Bireyin aylık gelir algısı	kötü	13	22,7	6,0	23,0	5,0	20,0	-	0,454 <sup>Φ</sup>
	orta	32	20,6	8,2	20,5	15,0	28,0	-	
	iyi	21	23,0	6,4	23,0	9,0	22,0	-	

n:kişi sayısı, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, M: Medyan, ÇAG: Çeyrekler Arası Genişlik, DA: Değişim Aralığı, §: Kruskal Wallis testi, ⊗: Mann-Whitney U testi, Φ: One Way ANOVA, ı: Independent Samples t test

**Tablo 8 (devamı).** Sosyodemografik verilerin TAO-20 ölçeğinin TAO-1 alt ölçeği ile karşılaştırılması

İlaçla intihar girişimde bulunan bireylerde		TAO-1							Ort Rank	p
		n	Ort	SS	M	ÇAG	DA			
Sigara kullanımı	yok	33	20,6	7,7	22,0	13,0	25,0	-	0,188	
	var	33	22,9	6,7	23,0	11,0	28,0	-		
Alkol kullanımı	yok	56	21,4	7,7	22,0	14,0	28,0	32,7	0,410 <sup>⊗</sup>	
	var	10	23,9	3,8	23,0	4,0	14,0	38,1		
Ailede intihar girişi	yok	56	21,4	7,5	22,0	11,0	28,0	32,7	0,400 <sup>⊗</sup>	
	var	10	23,7	5,4	24,5	7,0	17,0	38,2		
Daha öncesinde intihara tanık olma	yok	56	21,7	7,6	22,5	12,0	28,0	33,6	0,957 <sup>⊗</sup>	
	var	10	22,0	5,6	23,0	8,0	17,0	33,2		
Kendine zarar verme davranışı	yok	48	20,6	7,3	22,0	11,0	26,0	-	<b>0,041</b>	
	var	18	24,7	6,5	25,0	9,0	23,0	-		
Psikiyatrik hastalık	yok	39	19,7	7,6	20,0	13,0	25,0	-	<b>0,003<sup>§</sup></b>	
	var	27	24,7	5,6	25,0	7,0	23,0	-		
Psikiyatrik yatış	yok	58	21,4	7,2	22,0	10,0	26,0	32,8	0,392 <sup>⊗</sup>	
	var	8	24,1	7,6	24,5	11,5	23,0	38,9		
Adli vaka	yok	57	21,8	7,3	23,0	12,0	26,0	33,7	0,830 <sup>⊗</sup>	
	var	9	21,7	7,2	22,0	5,0	27,0	32,2		

n:kişi sayısı, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, M: Medyan, ÇAG: Çeyrekler Arası Genişlik, DA: Değişim Aralığı, §: Kruskal Wallis testi, ⊗: Mann-Whitney U testi, Φ: One Way ANOVA, x: Independent Samples t test

PDÖ meydan okuma, kendini adama, kontrol alt ölçeği, PDÖ toplam puanları, TAO-1, TAO-2, TAO-3 alt ölçekleri, TAO toplam puanları, BDÖ-11 plansızlık dürtüselliği, motor dürtüsellik, BDÖ-11 dikkat dürtüselliği alt ölçekleri, BDÖ-11 toplam ölçek puan ortalama değerleri açısından alkol kullanan ve kullanmayanlar arasında anlamlı düzeyde fark yoktur (her biri için  $p > 0,05$  Tablo 4-15).

PDÖ meydan okuma, kendini adama, kontrol, PDÖ toplam, TAO-1, TAO-2, TAO-3, TAO toplam, BDÖ-11 plansızlık dürtüselliği, motor dürtüsellik, dikkat dürtüselliği alt ölçekleri, BDÖ-11 toplam ölçek puan ortalama değerleri açısından ailede intihar girişimi olan ve olmayanlar arasında anlamlı düzeyde fark yoktur (her biri için  $p>0,05$  Tablo 4-15).

**Tablo 9.** Sosyodemografik verilerin TAO-20 ölçeğinin TAO-2 alt ölçeği ile karşılaştırılması

İlaçla intihar girişimde bulunan bireylerde		TAO-2							p
		n	Ort	SS	M	ÇAG	DA	Ort Rank	
cinsiyet	kadın	54,0	15,3	4,4	15,0	7,0	16,0	33,3	0,881 <sup>⊗</sup>
	erkek	12,0	15,7	2,8	17,0	3,5	10,0	34,3	
Yas grubu	18-24	22,0	15,1	4,1	14,5	6,0	16,0	32,0	0,644 <sup>§</sup>
	25-34	22,0	15,1	3,4	15,5	6,0	13,0	31,8	
	35-49	14,0	16,7	3,6	17,0	4,0	13,0	39,4	
	50-65	8,0	14,8	6,5	15,5	12,5	16,0	32,1	
Medeni hali	evli	38,0	15,4	4,1	15,5	5,0	16,0	33,8	0,922 <sup>§</sup>
	bekar	19,0	15,1	4,3	15,0	7,0	16,0	32,2	
	eşinden ayrı	9,0	16,0	3,9	16,0	5,0	12,0	35,1	
Eğitim süresi	ilkokul	21,0	17,1	3,9	18,0	4,0	14,0	-	0,096 <sup>Φ</sup>
	ortaokul	16,0	14,3	3,9	14,0	5,0	16,0	-	
	lise	16,0	15,3	3,4	16,0	5,5	11,0	-	
	üniversite	13,0	14,1	4,9	15,0	6,0	14,0	-	
Yaşadığı yer	il merkezi	32,0	14,5	4,4	14,0	6,0	16,0	-	0,210 <sup>Φ</sup>
	ilçe	13,0	16,8	3,6	17,0	4,0	14,0	-	
	köy	21,0	15,9	3,7	15,0	4,0	15,0	-	
Bireyin aylık gelir algısı	kötü	13,0	16,2	4,9	17,0	8,0	14,0	-	0,643 <sup>Φ</sup>
	orta	32,0	15,0	4,3	15,0	6,0	16,0	-	
	iyi	21,0	15,5	3,3	17,0	5,0	14,0	-	

n:kişi sayısı, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, M: Medyan, ÇAG: Çeyrekler Arası Genişlik, DA: Değişim Aralığı, §: Kruskal Wallis testi, ⊗: Mann-Whitney U testi, Φ: One Way ANOVA, α: Independent Samples t test

**Tablo 9 (devamı).** Sosyodemografik verilerin TAO-2 ölçeğinin TAO-2 alt ölçeği ile karşılaştırılması

İlaçla intihar girişimde bulunan bireylerde		TAO-2							p
		n	Ort	SS	M	ÇAG	DA	Ort Rank	
Sigara kullanımı	yok	33,0	14,3	3,7	15,0	5,0	15,0	-	<b>0,030</b>
	var	33,0	16,5	4,3	17,0	6,0	16,0	-	
Alkol kullanımı	yok	56,0	15,3	4,2	15,5	6,0	16,0	33,2	0,747 <sup>⊗</sup>
	var	10,0	16,1	3,3	15,5	3,0	11,0	35,3	
Ailede intihar girişimi	yok	56,0	15,0	4,1	15,0	6,0	16,0	32,0	0,127 <sup>⊗</sup>
	var	10,0	17,4	3,9	17,5	7,0	11,0	42,0	
Daha öncesinde intihara tanık olma	yok	56,0	15,2	4,2	15,0	5,5	16,0	32,6	0,379 <sup>⊗</sup>
	var	10,0	16,6	3,8	17,0	8,0	10,0	38,4	
Kendine zarar verme davranışı	yok	48,0	14,9	4,1	15,0	6,0	16,0	-	0,094
	var	18,0	16,8	4,0	17,0	7,0	12,0	-	⊗
Psikiyatrik hastalık	yok	39,0	14,6	4,1	15,0	6,0	16,0	-	0,055
	var	27,0	16,6	3,9	17,0	6,0	14,0	-	⊗
Psikiyatrik yatış	yok	58,0	15,1	3,9	15,0	6,0	16,0	32,1	0,098 <sup>⊗</sup>
	var	8,0	17,6	5,2	18,0	6,5	16,0	44,0	
Adli vaka	yok	57,0	15,5	4,2	16,0	5,0	16,0	34,2	0,459 <sup>⊗</sup>
	var	9,0	14,9	3,5	14,0	5,0	11,0	29,1	

n:kişi sayısı, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, M: Medyan, ÇAG: Çeyrekler Arası Genişlik, DA: Değişim Aralığı, §: Kruskal Wallis testi, ⊗: Mann-Whitney U testi, Φ: One Way ANOVA, x: Independent Samples t test

PDÖ meydan okuma, kendini adama, kontrol, PDÖ toplam, TAO-1, TAO-2, TAO-3, TAO toplam puanları, BDÖ-11 plansızlık dürtüsellığı, motor dürtüsellik, dikkat dürtüsellığı, BDÖ-11 toplam ölçek puan ortalama değerleri açısından daha öncesinde intihara tanık olan ve olmayanlar arasında anlamlı düzeyde fark yoktur (her biri için  $p > 0,05$  Tablo 4-15).

Kendine zarar verme durumuna göre PDÖ kontrol, PDÖ toplam puanları, TAO-2, TAO-3, BDÖ-11 dikkat dürtüsellığı, BDÖ toplam ölçek puan ortalama değerleri ve PDÖ kendini adama, meydan okuma, BDÖ-11 motor dürtüsellik alt ölçek puan ortalama değerleri açısından anlamlı düzeyde fark yoktur (her biri için  $p>0,05$  Tablo 4-7,9,10,13-15). Sadece kendine zarar verme durumuna göre TAO-1, TAO toplam ölçek puan ortalama ve BDÖ-11 plansızlık dürtüsellığı ortalama değeri açısından anlamlı düzeyde fark vardır ( $p<0,05$  Tablo 8,11,12). Kendine zarar veren bireylerin TAO-1, TAO toplam ve BDÖ-11 plansızlık dürtüsellik alt ölçek puan değerleri, kendine zarar vermeyen bireylerde ölçülen değerlerinden anlamlı düzeyde daha yüksektir.

**Tablo 10.** Sosyodemografik verilerin TAO-20 ölçeğinin TAO-3 alt ölçeği ile karşılaştırılması

İlaçla intihar girişimde bulunan bireylerde		TAO-3							p
		n	Ort	SS	M	ÇAG	DA	Ort Rank	
cinsiyet	kadın	54,0	23,1	4,4	23,0	6,0	20,0	34,4	0,404 <sup>⊗</sup>
	erkek	12,0	22,4	1,9	22,5	3,0	6,0	29,3	
Yaş grubu	18-24	22,0	21,7	4,8	22,5	6,0	18,0	28,4	0,416 <sup>§</sup>
	25-34	22,0	23,5	3,4	23,5	6,0	12,0	35,7	
	35-49	14,0	24,2	4,3	24,0	4,0	17,0	38,6	
	50-65	8,0	22,9	2,3	23,5	2,5	7,0	32,5	
Medeni hali	evli	38,0	23,5	3,4	24,0	4,0	13,0	36,3	0,266 <sup>§</sup>
	bekar	19,0	21,6	4,7	22,0	6,0	18,0	27,6	
	eşinden ayrı	9,0	23,8	4,5	23,0	7,0	14,0	34,4	
Eğitim süresi	ilkokul	21,0	23,6	3,2	24,0	2,0	15,0	35,1	0,541 <sup>§</sup>
	ortaokul	16,0	23,8	3,5	24,0	4,5	14,0	37,2	
	lise	16,0	22,3	5,3	23,0	8,0	15,0	32,7	
	üniversite	13,0	21,8	4,1	22,0	4,0	13,0	27,3	
Yaşadığı yer	il merkezi	32,0	22,9	3,9	23,0	5,0	18,0	32,8	0,918 <sup>§</sup>
	ilçe	13,0	22,7	5,9	23,0	9,0	20,0	32,9	
	köy	21,0	23,3	2,9	24,0	3,0	12,0	34,9	

n:kişi sayısı, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, M: Medyan, ÇAG: Çeyrekler Arası Genişlik, DA: Değişim Aralığı, §: Kruskal Wallis testi, ⊗: Mann-Whitney U testi, x: Independent Samples t test

**Tablo 10 (devamı).** Sosyodemografik verilerin TAO-20 ölçeğinin TAO-3 alt ölçeği ile karşılaştırılması

İlaçla intihar girişimde bulunan bireylerde			TAO-3							p
			n	Ort	SS	M	ÇAG	DA	Ort Rank	
Bireyin aylık geliri	kötü		13,0	21,1	4,9	21,0	7,0	18,0	25,0	0,202 <sup>§</sup>
	orta		32,0	23,5	3,7	23,5	6,0	17,0	35,5	
	iyi		21,0	23,3	3,8	24,0	4,0	16,0	35,8	
Sigara kullanımı	yok		33,0	23,0	4,6	24,0	7,0	20,0	-	0,999
	var		33,0	23,0	3,5	23,0	4,0	18,0	-	⊘
Alkol kullanımı	yok		56,0	23,0	3,9	23,0	5,5	20,0	33,6	0,936 <sup>⊗</sup>
	var		10,0	22,8	5,0	23,5	5,0	18,0	33,1	
Ailede intihar girişimi	yok		56,0	23,2	3,8	23,5	5,0	20,0	34,3	0,435 <sup>⊗</sup>
	var		10,0	21,7	5,1	22,5	10,0	15,0	29,2	
Daha öncesinde intihara tanık olma	yok		56,0	22,8	4,1	23,0	4,5	20,0	32,9	0,530 <sup>⊗</sup>
	var		10,0	23,8	3,7	24,0	7,0	10,0	37,0	
Kendine zarar verme davranışı	yok		48,0	22,8	4,1	23,0	4,5	20,0	-	0,609
	var		18,0	23,4	4,0	22,5	7,0	14,0	-	⊘
Psikiyatrik hastalık	yok		39,0	22,9	3,7	23,0	6,0	18,0	-	0,863
	var		27,0	23,1	4,5	23,0	6,0	20,0	-	⊘
Psikiyatrik yatış	yok		58,0	22,9	4,0	23,0	5,0	20,0	33,2	0,760 <sup>⊗</sup>
	var		8,0	23,6	4,5	23,0	5,0	15,0	35,4	
Adli vaka	yok		57,0	22,9	4,2	23,0	6,0	20,0	33,0	0,626 <sup>⊗</sup>
	var		9,0	23,6	2,6	24,0	3,0	8,0	36,4	

n:kişi sayısı, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, M: Medyan, ÇAG: Çeyrekler Arası Genişlik, DA: Değişim Aralığı, §: Kruskal Wallis testi, ⊗: Mann-Whitney U testi, ⊘: Independent Samples t test

Ek psikiyatrik hastalık varlığına göre TAO-2, TAO-3 alt ölçek puan ortalama değerleri ve BDÖ-11 motor dürtüsellik, dikkat dürtüsellik, BDÖ-11 toplam ölçek puan ortalama değerleri açısından anlamlı düzeyde fark yoktur (her biri için  $p > 0,05$  Tablo 9,10, 13-15). Sadece ek psikiyatrik hastalık varlığına göre PDÖ kontrol,

meydan okuma, PDÖ toplam, TAO-1, TAO-toplam, ölçek puan ortalama ve PDÖ kendini adama, BDÖ-11 plansızlık dürtüselliği, ortalama değerleri açısından anlamlı düzeyde fark vardır ( $p<0,05$  Tablo 4-8, 11,12). Ek psikiyatrik hastalığı olan bireylerin PDÖ kontrol, meydan okuma, PDÖ toplam ölçek puan ortalama ve PDÖ kendini adama alt ölçek puan ortalama değerleri, ek psikiyatrik hastalığı olmayan bireylerde ölçülen değerlerinden anlamlı düzeyde daha düşüktür. Ayrıca Ek psikiyatrik hastalığı olan bireylerin TAO-1, TAO-toplam, ölçek puan ortalama ve BDÖ-11 plansızlık dürtüselliği alt ölçek puan ortalama değerleri, ek psikiyatrik hastalığı olmayan bireylerde ölçülen değerlerinden anlamlı düzeyde daha yüksektir.

**Tablo 11.** Sosyodemografik verilerin TAO-20 ölçeğinin toplam puanı ile karşılaştırılması

İlaçla intihar girişimde bulunan bireylerde		TAO toplam							P
		n	Ort	SS	M	ÇAG	DA	Ort Rank	
cinsiyet	kadın	54,0	59,9	12,4	61,0	17,0	49,0	33,4	0,894 <sup>⊗</sup>
	erkek	12,0	61,3	6,5	59,5	10,5	19,0	34,2	
Yaş grubu	18-24	22,0	57,9	13,3	61,5	22,0	49,0	30,5	0,546 <sup>§</sup>
	25-34	22,0	60,0	9,8	60,5	12,0	41,0	32,8	
	35-49	14,0	64,5	9,2	61,0	19,0	26,0	39,9	
	50-65	8,0	59,0	14,1	62,0	23,0	38,0	32,6	
Medeni hali	evli	38,0	60,8	10,9	61,0	16,0	42,0	34,8	0,323 <sup>§</sup>
	bekar	19,0	56,9	13,5	57,0	21,0	49,0	28,3	
	eşinden ayrı	9,0	63,9	8,2	61,0	13,0	21,0	38,9	
Eğitim süresi	ilkokul	21,0	64,7	9,2	63,0	15,0	31,0	-	0,099 <sup>Φ</sup>
	ortaokul	16,0	59,8	12,7	61,0	15,5	48,0	-	
	lise	16,0	58,7	11,4	59,0	13,5	42,0	-	
	üniversite	13,0	54,9	11,9	55,0	20,0	36,0	-	

n:kişi sayısı, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, M: Medyan, ÇAG: Çeyrekler Arası Genişlik, DA: Değişim Aralığı, §: Kruskal Wallis testi, ⊗: Mann-Whitney U testi, Φ: One Way ANOVA, x: Independent Samples t test

**Tablo 11 (devamı).** Sosyodemografik verilerin TAO-20 ölçeğinin toplam puanı ile karşılaştırılması

İlaçla intihar girişimde bulunan bireylerde		TAO Toplam							P
		n	Ort	SS	M	ÇAG	DA	Ort Rank	
Bireyin aylık gelir algısı	kötü	13,0	60,0	13,1	61,0	10,0	49,0	-	0,716 <sup>Φ</sup>
	orta	32,0	59,1	12,3	60,0	19,5	43,0	-	
	iyi	21,0	61,8	9,3	63,0	11,0	39,0	-	
Sigara kullanımı	yok	33,0	57,8	12,5	58,0	20,0	42,0	-	0,109 <sup>§</sup>
	var	33,0	62,4	10,1	61,0	11,0	48,0	-	
Alkol kullanımı	yok	56,0	59,6	11,8	61,0	16,5	43,0	33,0	0,629 <sup>⊗</sup>
	var	10,0	62,8	9,7	62,0	9,0	36,0	36,2	
Ailede intihar girişimi	yok	56,0	59,6	11,5	61,0	14,0	49,0	32,6	0,385 <sup>⊗</sup>
	var	10,0	62,8	11,5	64,5	15,0	34,0	38,4	
Daha öncesinde intihara tanık olma	yok	56,0	59,7	12,2	60,5	17,0	49,0	33,0	0,591 <sup>⊗</sup>
	var	10,0	62,4	5,9	61,0	10,0	17,0	36,5	
Kendine zarar verme davranışı	yok	48,0	58,3	11,3	60,0	16,0	42,0	-	0,038 <sup>§</sup>
	var	18,0	64,9	11,0	63,5	18,0	43,0	-	
Psikiyatrik hastalık	yok	39,0	57,2	11,9	57,0	15,0	49,0	-	0,011 <sup>§</sup>
	var	27,0	64,4	9,5	66,0	13,0	37,0	-	
Psikiyatrik yatış	yok	58,0	59,4	11,1	61,0	15,0	42,0	32,6	0,288 <sup>⊗</sup>
	var	8,0	65,4	13,8	63,5	21,0	40,0	40,3	
Adli vaka	yok	57,0	60,1	11,9	61,0	16,0	49,0	33,7	0,830 <sup>⊗</sup>
	var	9,0	60,1	9,2	59,0	8,0	34,0	32,2	

n:kişi sayısı, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, M: Medyan, ÇAG: Çeyrekler Arası Genişlik, DA: Değişim Aralığı, §: Kruskal Wallis testi, ⊗: Mann-Whitney U testi, Φ: One Way ANOVA, §: Independent Samples t test

PDÖ meydan okuma, kontrol, TAO-1, TAO-2, TAO-3, TAO toplam ölçekleri dışında psikiyatrik yatış durumuna göre PDÖ kendini adama, PDÖ toplam, BDÖ-11 plansızlık dürtüsellığı, BDÖ-11 dikkat dürtüsellığı, motor dürtüsellik, BDÖ-11 toplam ölçek puan ortalama değerleri açısından anlamlı düzeyde fark vardır (her biri için  $p < 0,05$  Tablo 4,7,12-15). Psikiyatrik yatışı olan bireylerin PDÖ kendini adama, PDÖ toplam ölçek puan ortalama değerleri, psikiyatrik yatışı olmayan bireylerde ölçülen değerlerinden anlamlı düzeyde daha düşüktür. Ayrıca psikiyatrik yatışı olan bireylerin BDÖ-11 plansızlık dürtüsellığı, dikkat dürtüsellığı, motor dürtüsellik, BDÖ-11 toplam ölçek puan ortalama değerleri, psikiyatrik yatışı olmayan bireylerde ölçülen değerlerinden anlamlı düzeyde daha yüksektir.

**Tablo 12.** Sosyodemografik verilerin BDÖ-11 plansızlık dürtüsellığı alt ölçeği ile karşılaştırılması

İlaçla intihar girişimde bulunan bireylerde		BDÖ-11 plansızlık dürtüsellığı							p
		n	Ort	SS	M	ÇAG	DA	Ort Rank	
cinsiyet	kadın	54	11,9	4,1	12,0	8,0	14,0	34,7	0,289 <sup>⊗</sup>
	erkek	12	10,3	2,8	10,0	3,5	10,0	28,2	
Yaş grubu	18-24	22	12,5	3,9	12,5	7,0	14,0	37,9	0,601 <sup>§</sup>
	25-34	22	11,1	3,6	10,0	4,0	14,0	31,6	
	35-49	14	11,6	4,6	9,0	9,0	12,0	31,8	
	50-65	8	10,6	3,9	10,5	3,5	13,0	29,4	
Medeni hali	evli	38	11,3	4,0	10,0	6,0	14,0	31,4	0,592 <sup>§</sup>
	bekar	19	12,3	3,8	12,0	7,0	12,0	36,2	
	eşinden ayrı	9	12,0	3,9	12,0	3,0	14,0	36,6	
Eğitim süresi	ilkokul	21	11,0	4,4	9,0	5,0	14,0	35,1	0,607 <sup>§</sup>
	ortaokul	16	11,6	3,7	11,0	4,5	13,0	37,2	
	lise	16	12,2	3,6	11,5	5,0	14,0	32,7	
	üniversite	13	12,2	4,1	12,0	8,0	11,0	27,3	
Yaşadığı yer	il merkezi	32	11,9	3,7	11,0	6,5	14,0	-	0,330 <sup>Φ</sup>
	ilçe	13	12,6	4,3	12,0	7,0	12,0	-	
	köy	21	10,7	4,0	10,0	5,0	12,0	-	

n:kişi sayısı, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, M: Medyan, ÇAG: Çeyrekler Arası Genişlik, DA: Değişim Aralığı, §: Kruskal Wallis testi, ⊗: Mann-Whitney U testi, Φ: One Way ANOVA, ı: Independent Samples t test

**Tablo 12 (devamı).** Sosyodemografik verilerin BDÖ-11 plansızlık dürtüselliği alt ölçeği ile karşılaştırılması

İlaçla intihar girişimde bulunan bireylerde			BDÖ-11 plansızlık dürtüselliği							p
			n	Ort	SS	M	ÇAG	DA	Ort Rank	
Bireyin aylık gelir algısı	kötü	13	11,9	4,4	12,0	8,0	12,0	33,5	0,854 <sup>§</sup>	
	orta	32	11,9	4,0	11,0	6,5	14,0	34,7		
	iyi	21	11,1	3,6	11,0	6,0	12,0	31,7		
Sigara kullanımı	yok	33	11,7	4,1	10,0	8,0	14,0	-	0,926	
	var	33	11,6	3,8	11,0	5,0	14,0	-	<sup>z</sup>	
Alkol kullanımı	yok	56	11,8	3,9	11,5	6,5	14,0	34,5	0,324 <sup>⊗</sup>	
	var	10	10,6	3,9	9,5	7,0	11,0	28,0		
Ailede intihar girişi	yok	56	11,6	3,9	11,0	6,5	14,0	33,2	0,774 <sup>⊗</sup>	
	var	10	12,2	4,3	10,0	7,0	12,0	35,1		
Daha öncesinde intihara tanık olma	yok	56	12,0	4,0	11,5	6,5	14,0	35,2	0,095 <sup>⊗</sup>	
	var	10	9,9	3,2	9,0	5,0	10,0	24,2		
Kendine zarar verme davranışı	yok	48	11,1	3,8	10,0	5,0	14,0	30,7	0,049 <sup>⊗</sup>	
	var	18	13,2	3,9	13,5	6,0	14,0	41,1		
Psikiyatrik hastalık	yok	39	10,8	3,5	10,0	5,0	14,0	29,5	0,027 <sup>⊗</sup>	
	var	27	12,9	4,2	13,0	8,0	14,0	39,3		
Psikiyatrik yatış	yok	58	11,2	3,7	10,0	6,0	14,0	31,3	0,012 <sup>⊗</sup>	
	var	8	15,1	4,0	16,5	5,0	12,0	49,4		
Adli vaka	yok	57	11,8	3,9	11,0	6,0	14,0	34,2	0,459 <sup>⊗</sup>	
	var	9	10,9	4,4	10,0	7,0	13,0	29,1		

n:kişi sayısı, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, M: Medyan, ÇAG: Çeyrekler Arası Genişlik, DA: Değişim Aralığı, §: Kruskal Wallis testi, ⊗: Mann-Whitney U testi, Φ: One Way ANOVA, z: Independent Samples t test

PDÖ meydan okuma, kendini adama, kontrol, PDÖ toplam, TAO-1, TAO-2, TAO-3, TAO-toplam, BDÖ-11 plansızlık dürtüselliği, motor dürtüsellik, dikkat dürtüselliği, BDÖ-11 toplam ölçek puan ortalama değerleri açısından adli vaka

yaşayan ve yaşamayanlar arasında anlamlı düzeyde fark yoktur (her biri için  $p>0,05$  Tablo 4-15).

**Tablo 13.** Sosyodemografik verilerin BDÖ-11 motor dürtüsellik alt ölçeği ile karşılaştırılması

İlaçla intihar girişimde bulunan bireylerde		BDÖ-11 motor dürtüsellik							p
		n	Ort	SS	M	ÇAG	DA	Ort Rank	
cinsiyet	kadın	54,0	6,3	2,2	6,0	3,0	8,0	34,6	0,330 <sup>⊗</sup>
	erkek	12,0	5,7	2,4	5,0	2,5	8,0	28,7	
Yaş grubu	18-24	22,0	6,9	2,2	7,0	4,0	8,0	40,1	0,088 <sup>§</sup>
	25-34	22,0	5,5	2,2	5,0	3,0	8,0	27,4	
	35-49	14,0	6,5	2,1	6,0	4,0	7,0	36,9	
	50-65	8,0	5,3	1,6	5,5	2,0	5,0	26,3	
Medeni hali	evli	38,0	6,1	2,2	6,0	4,0	8,0	33,5	0,039 <sup>§</sup>
	bekar	19,0	6,9	2,2	7,0	4,0	8,0	39,8	
	eşinden ayrı	9,0	4,7	1,7	5,0	2,0	5,0	20,2	
Eğitim süresi	ilkokul	21,0	5,9	1,8	6,0	1,0	7,0	31,4	0,520 <sup>§</sup>
	ortaokul	16,0	6,0	2,2	6,0	3,0	7,0	32,5	
	lise	16,0	6,1	2,9	5,5	5,5	8,0	31,6	
	üniversite	13,0	6,9	1,9	7,0	3,0	6,0	40,5	
Yaşadığı yer	il merkezi	32,0	6,3	2,3	6,0	3,0	8,0	-	0,133 <sup>Φ</sup>
	ilçe	13,0	6,9	2,4	7,0	4,0	8,0	-	
	köy	21,0	5,4	1,8	5,0	2,0	7,0	-	
Bireyin aylık gelir algısı	kötü	13,0	7,4	2,0	8,0	4,0	5,0	43,9	0,016 <sup>§</sup>
	orta	32,0	5,4	2,1	5,0	2,0	8,0	27,1	
	iyi	21,0	6,5	2,1	6,0	2,0	8,0	36,9	

n:kişi sayısı, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, M: Medyan, ÇAG: Çeyrekler Arası Genişlik, DA: Değişim Aralığı, §: Kruskal Wallis testi, ⊗: Mann-Whitney U testi, Φ: One Way ANOVA, ı: Independent Samples t test

**Tablo 13 (devamı).** Sosyodemografik verilerin BDÖ-11 motor dürtüsellik alt ölçeği ile karşılaştırılması

İlaçla intihar girişimde bulunan bireylerde		BDÖ-11 motor dürtüsellik							p
		n	Ort	SS	M	ÇAG	DA	Ort Rank	
Sigara kullanımı	yok	33,0	6,1	2,2	6,0	2,0	8,0	32,4	0,645 <sup>⊗</sup>
	var	33,0	6,2	2,2	6,0	3,0	7,0	34,6	
Alkol kullanımı	yok	56,0	6,1	2,1	6,0	2,5	8,0	33,4	0,921 <sup>⊗</sup>
	var	10,0	6,3	2,8	6,0	6,0	7,0	34,1	
Ailede intihar girişimi	yok	56,0	6,0	2,1	6,0	3,0	8,0	32,7	0,437 <sup>⊗</sup>
	var	10,0	6,8	2,6	6,0	4,0	8,0	37,8	
Daha öncesinde intihara tanık olma	yok	56,0	6,1	2,2	6,0	3,0	8,0	33,5	0,971 <sup>⊗</sup>
	var	10,0	6,2	2,4	5,5	3,0	7,0	33,3	
Kendine zarar verme davranışı	yok	48,0	6,0	2,1	6,0	2,5	7,0	32,9	0,662 <sup>⊗</sup>
	var	18,0	6,4	2,6	6,0	4,0	8,0	35,2	
Psikiyatrik hastalık	yok	39,0	6,2	2,3	6,0	3,0	8,0	33,7	0,937 <sup>⊗</sup>
	var	27,0	6,1	2,0	6,0	3,0	7,0	33,3	
Psikiyatrik yatış	yok	58,0	5,9	2,1	6,0	3,0	8,0	31,4	<b>0,014<sup>⊗</sup></b>
	var	8,0	8,1	2,1	9,0	2,5	6,0	48,9	
Adli vaka	yok	57,0	6,2	2,2	6,0	3,0	8,0	33,7	0,799 <sup>⊗</sup>
	var	9,0	6,0	2,4	5,0	2,0	7,0	32,0	

n:kişi sayısı, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, M: Medyan, ÇAG: Çeyrekler Arası Genişlik, DA: Değişim Aralığı, §: Kruskal Wallis testi, ⊗: Mann-Whitney U testi, Φ: One Way ANOVA, χ: Independent Samples t test

**Tablo 14.** Sosyodemografik verilerin BDÖ-11 dikkat dürtüsellığı alt ölçeği ile karşılaştırılması

İlaçla intihar girişimde bulunan bireylerde		BDÖ-11 dikkat dürtüsellığı							p
		n	Ort	SS	M	ÇAG	DA	Ort Rank	
cinsiyet	kadın	54,0	15,2	4,3	14,0	5,0	21,0	36,1	0,019 <sup>⊗</sup>
	erkek	12,0	12,8	4,8	12,0	3,0	19,0	21,8	
Yaş grubu	18-24	22,0	15,3	4,8	15,5	6,0	19,0	35,8	0,228 <sup>§</sup>
	25-34	22,0	14,3	4,4	14,0	4,0	19,0	32,0	
	35-49	14,0	16,1	4,9	16,0	7,0	19,0	38,8	
	50-65	8,0	12,4	1,7	12,5	3,0	4,0	22,2	
Medeni hali	evli	38,0	15,1	4,6	14,0	7,0	21,0	34,8	0,800 <sup>§</sup>
	bekar	19,0	14,6	4,8	14,0	6,0	19,0	32,1	
	eşinden ayrı	9,0	13,7	3,7	14,0	3,0	12,0	30,9	
Eğitim süresi	ilkokul	21,0	15,0	4,5	14,0	5,0	19,0	-	0,780 <sup>Φ</sup>
	ortaokul	16,0	15,2	4,3	15,0	3,0	19,0	-	
	lise	16,0	15,1	5,7	14,0	9,0	19,0	-	
	Üniversite	13,0	13,6	3,0	14,0	3,0	10,0	-	
Yaşadığı yer	il merkezi	32,0	14,7	5,3	14,0	7,5	21,0	31,8	0,120 <sup>§</sup>
	ilçe	13,0	16,5	3,3	16,0	5,0	13,0	43,2	
	köy	21,0	13,9	3,4	14,0	4,0	14,0	30,1	
Bireyin aylık gelir algısı	kötü	13,0	15,5	4,2	16,0	3,0	16,0	37,4	0,178 <sup>§</sup>
	orta	32,0	13,9	4,6	13,0	4,0	21,0	29,0	
	iyi	21,0	15,6	4,4	16,0	7,0	19,0	37,9	

n:kişi sayısı, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, M: Medyan, ÇAG: Çeyrekler Arası Genişlik, DA: Değişim Aralığı, §: Kruskal Wallis testi, ⊗: Mann-Whitney U testi, Φ: One Way ANOVA, x: Independent Samples t test

**Tablo 14 (devamı).** Sosyodemografik verilerin BDÖ-11 dikkat dürtüsellığı alt ölçeği ile karşılaştırılması

İlaçla intihar girişimde bulunan bireylerde		BDÖ-11 dikkat dürtüsellığı							p
		n	Ort	SS	M	ÇAG	DA	Ort Rank	
Sigara kullanımı	yok	33,0	14,6	4,2	14,0	5,0	19,0	-	0,745 <sup>‡</sup>
	var	33,0	15,0	4,8	14,0	5,0	21,0	-	
Alkol kullanımı	yok	56,0	14,9	4,4	14,0	5,0	21,0	34,4	0,364 <sup>⊗</sup>
	var	10,0	13,9	5,4	13,5	6,0	19,0	28,5	
Ailede intihar girişimi	yok	56,0	14,7	4,4	14,0	5,0	21,0	33,2	0,740 <sup>⊗</sup>
	var	10,0	15,3	5,0	15,0	9,0	15,0	35,4	
Daha öncesinde intihara tanık olma	yok	56,0	15,1	4,7	14,0	6,5	21,0	34,8	0,181 <sup>⊗</sup>
	var	10,0	13,0	1,9	13,5	2,0	7,0	26,1	
Kendine zarar verme davranışı	yok	48,0	14,3	3,6	14,0	5,0	14,0	-	0,254 <sup>‡</sup>
	var	18,0	16,1	6,2	15,0	7,0	21,0	-	
Psikiyatrik hastalık	yok	39,0	14,3	4,7	13,0	5,0	19,0	30,6	0,140 <sup>⊗</sup>
	var	27,0	15,4	4,1	14,0	5,0	21,0	37,7	
Psikiyatrik yatış	yok	58,0	14,1	3,8	14,0	4,0	19,0	31,3	<b>0,012<sup>⊗</sup></b>
	var	8,0	19,6	6,1	19,0	9,5	18,0	49,4	
Adli vaka	yok	57,0	14,9	4,3	14,0	5,0	19,0	34,5	0,272 <sup>⊗</sup>
	var	9,0	13,9	5,8	13,0	2,0	21,0	27,0	

n:kişi sayısı, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, M: Medyan, ÇAG: Çeyrekler Arası Genişlik, DA: Değişim Aralđı, ‡: Kruskal Wallis testi, ⊗: Mann-Whitney U testi, ⊕: One Way ANOVA, †: Independent Samples t test

**Tablo 15.** Sosyodemografik verilerin BDÖ-11 toplam puanı ile karşılaştırılması

İlaçla intihar girişimde bulunan bireylerde		barrat_toplam							p
		n	Ort	SS	M	ÇAG	DA	Ort Rank	
cinsiyet	kadın	54,0	33,4	8,0	33,5	10,0	36,0	35,8	0,037 <sup>⊗</sup>
	erkek	12,0	28,8	8,8	26,5	7,5	36,0	23,0	
Yaş grubu	18-24	22,0	34,7	8,6	36,0	8,0	35,0	38,9	0,134 <sup>§</sup>
	25-34	22,0	31,0	7,8	30,0	10,0	36,0	29,9	
	35-49	14,0	34,3	9,5	34,0	16,0	33,0	37,0	
	50-65	8,0	28,3	3,9	27,5	4,0	13,0	22,5	
Medeni hali	evli	38,0	32,5	8,0	31,0	11,0	34,0	33,1	0,716 <sup>§</sup>
	bekar	19,0	33,8	9,1	34,0	12,0	35,0	36,0	
	eşinden ayrı	9,0	30,3	8,2	30,0	9,0	27,0	29,9	
Eğitim süresi	ilkokul	21,0	31,8	8,3	30,0	11,0	33,0	-	0,958 <sup>Φ</sup>
	ortaokul	16,0	32,8	7,5	33,5	9,5	29,0	-	
	lise	16,0	33,3	11,3	32,5	15,5	39,0	-	
	üniversite	13,0	32,7	5,3	34,0	7,0	15,0	-	
Yaşadığı yer	il merkezi	32,0	32,9	8,9	31,5	11,5	36,0	-	0,106 <sup>Φ</sup>
	ilçe	13,0	36,1	7,5	35,0	7,0	28,0	-	
	köy	21,0	30,0	7,2	29,0	10,0	27,0	-	
Bireyin aylık gelir algısı	kötü	13,0	34,8	8,3	32,0	11,0	27,0	38,8	0,221 <sup>§</sup>
	orta	32,0	31,3	8,6	29,5	10,5	36,0	29,4	
	iyi	21,0	33,2	7,8	35,0	8,0	36,0	36,5	

n:kişi sayısı, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, M: Medyan, ÇAG: Çeyrekler Arası Genişlik, DA: Değişim Aralığı, §: Kruskal Wallis testi, ⊗: Mann-Whitney U testi, Φ: One Way ANOVA, ¸: Independent Samples t test

**Tablo 15 (devamı).** Sosyodemografik verilerin BDÖ-11 toplam puanı ile karşılaştırılması

İlaçla intihar girişimde bulunan bireylerde		barrat_toplam							p
		n	Ort	SS	M	ÇAG	DA	Ort Rank	
Sigara kullanımı	yok	33,0	32,4	8,4	30,0	11,0	35,0	-	0,826
	var	33,0	32,8	8,3	32,0	10,0	40,0	-	
Alkol kullanımı	yok	56,0	32,9	7,9	31,5	10,5	36,0	34,3	0,395 <sup>⊗</sup>
	var	10,0	30,8	10,7	29,0	12,0	36,0	28,8	
Ailede intihar girişimi	yok	56,0	32,3	7,9	31,0	11,0	40,0	33,0	0,622 <sup>⊗</sup>
	var	10,0	34,3	10,6	31,5	17,0	33,0	36,3	
Daha öncesinde intihara tanık olma	yok	56,0	33,2	8,6	33,0	11,5	40,0	34,9	0,154 <sup>⊗</sup>
	var	10,0	29,1	5,0	29,0	5,0	16,0	25,6	
Kendine zarar verme davranışı	yok	48,0	31,4	6,7	30,0	10,5	26,0	-	0,060
	var	18,0	35,7	11,2	36,0	11,0	40,0	-	
Psikiyatrik hastalık	yok	39,0	31,3	8,4	30,0	12,0	35,0	29,7	0,053 <sup>⊗</sup>
	var	27,0	34,4	7,9	35,0	11,0	40,0	39,0	
Psikiyatrik yatış	yok	58,0	31,2	7,0	30,5	10,0	36,0	30,9	<b>0,003<sup>⊗</sup></b>
	var	8,0	42,9	10,2	42,0	16,0	29,0	52,7	
Adli vaka	yok	57,0	32,9	7,9	32,0	11,0	35,0	34,4	0,321 <sup>⊗</sup>
	var	9,0	30,8	10,9	30,0	8,0	40,0	27,6	

n:kişi sayısı, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, M: Medyan, ÇAG: Çeyrekler Arası Genişlik, DA: Değişim Aralığı, §: Kruskal Wallis testi, ⊗: Mann-Whitney U testi, Φ: One Way ANOVA, x: Independent Samples t test

#### 4.2.Grupların Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Gruplar arasında BDE grup düzey oranları anlamlı düzeyde farklıdır (p<0,001 Tablo 16). İlaçla intihar girişimde bulunan BDE grup düzeyi “orta”, “şiddetli” olan bireylerin oranları (sırasıyla %30,3 %53), kontrol grubundaki bireylerde gözlenen oranlardan (%10,6 %4,5) anlamlı düzeyde daha yüksektir. Ayrıca İlaçla intihar girişimde bulunan BDE grup düzeyi “yok”, “hafif” olan bireylerin oranları (sırasıyla

%7,6 %9,1), kontrol grubundaki bireylerde gözlenen oranlardan (%56,1 %28,8) anlamlı düzeyde daha düşüktür.

**Tablo 16.** Grupların BDE, BAE ve TAO-20 toplam puanlarının karşılaştırılması

		grup									p
		hasta			kontrol			Toplam			
		n	C %	R %	n	C %	R %	n	C %	R %	
<b>BDE grup düzeyi</b>	<b>yok (0-9)</b>	5	7,6	11,9	37	56,1	88,1	42	31,8	100,0	<b>&lt;0,001<sup>\$</sup></b>
	<b>Hafif (10-16)</b>	6	9,1	24,0	19	28,8	76,0	25	18,9	100,0	
	<b>Orta (17-29)</b>	20	30,3	74,1	7	10,6	25,9	27	20,5	100,0	
	<b>Şiddetli (30-63)</b>	35	53,0	92,1	3	4,5	7,9	38	28,8	100,0	
<b>BAE grup düzeyi</b>	<b>yok (0-7)</b>	7	10,6	17,9	32	48,5	82,1	39	29,5	100,0	<b>&lt;0,001<sup>\$</sup></b>
	<b>Hafif (8-15)</b>	6	9,1	25,0	18	27,3	75,0	24	18,2	100,0	
	<b>Orta (16-25)</b>	15	22,7	60,0	10	15,2	40,0	25	18,9	100,0	
	<b>Şiddetli (26-63)</b>	38	57,6	86,4	6	9,1	13,6	44	33,3	100,0	
<b>TAO-20 grup düzeyi</b>	<b>Yok (0-51)</b>	13	19,7	24,5	40	60,6	75,5	53	40,2	100,0	<b>&lt;0,001<sup>\$</sup></b>
	<b>borderline 52-58</b>	15	22,7	45,5	18	27,3	54,5	33	25,0	100,0	
	<b>+ (&gt;=59)</b>	38	57,6	82,6	8	12,1	17,4	46	34,8	100,0	

n:kişi sayısı, R %: Satır yüzdesi; C %: Sütun yüzdesi, \$: Pearson Chi-square test

Gruplar arasında BAE grup düzey oranları anlamlı düzeyde farklıdır ( $p<0,001$  Tablo 16). İlaçla intihar girişimde bulunan BAE grup düzeyi “şiddetli” olan bireylerin oranı (%57,6), kontrol grubundaki bireylerde gözlenen orandan (%9,1) anlamlı düzeyde daha yüksektir. Ayrıca İlaçla intihar girişimde bulunan BAE grup düzeyi “yok”, “hafif” olan bireylerin oranları (sırasıyla %10,6 %9,1), kontrol grubundaki bireylerde gözlenen oranlardan (%48,5 %27,3) anlamlı düzeyde daha düşüktür.

Gruplar arasında TAO-20 grup düzey oranları anlamlı düzeyde farklıdır ( $p<0,001$  Tablo 16). İlaçla intihar girişimde bulunan TAO-20 grup düzey “+” olan bireylerin oranı (%57,6), kontrol grubundaki bireylerde gözlenen orandan (%12,1) anlamlı düzeyde daha yüksektir. Ayrıca İlaçla intihar girişimde bulunan TAO-20 grup düzey “yok” olan bireylerin oranı (%19,7), kontrol grubundaki bireylerde gözlenen orandan (%60,6) anlamlı düzeyde daha düşüktür.

BDE, BAE ölçek puan ortalama değerleri açısından gruplar arasında anlamlı düzeyde fark vardır (her biri için  $p<0,001$  Tablo 17). İlaçla intihar girişimde bulunan bireylerin BDE, BAE ölçek puan ortalama değerleri, kontrol grubundaki bireylerde ölçülen değerlerinden anlamlı düzeyde daha yüksektir.

PDÖ kontrol alt boyutu dışında PDÖ kendini adama, meydan okuma alt ölçekleri ve PDÖ toplam ölçek puan ortalama değerleri açısından gruplar arasında anlamlı düzeyde fark vardır (her biri için  $p<0,05$  Tablo 17). İlaçla intihar girişimde bulunan bireylerin PDÖ kendini adama, meydan okuma alt ölçekleri ve toplam ölçek puan ortalama değerleri, kontrol grubundaki bireylerde ölçülen değerlerinden anlamlı düzeyde daha düşüktür.

**Tablo 17.** Grupların ölçek puanlarının karşılaştırılması

	grup												p
	hasta						kontrol						
	Ort	SS	M	ÇAG	DA	Ort Rank	Ort	SS	M	ÇAG	DA	Ort Rank	
<b>BDE</b>	29,7	12,5	31,0	15,0	56,0	92,7	9,9	7,8	8,5	10,0	34,0	40,3	<0,001 <sup>⊗</sup>
<b>BAE</b>	27,7	13,7	28,0	17,0	61,0	89,1	10,7	10,1	8,0	10,0	54,0	43,9	<0,001 <sup>⊗</sup>
<b>PDÖ kendini adama</b>	18,0	5,3	19,0	7,0	22,0	59,6	20,2	3,2	20,0	4,0	17,0	73,4	0,039 <sup>⊗</sup>
<b>PDÖ kontrol</b>	16,3	4,4	17,0	5,0	23,0	60,7	17,7	3,2	17,5	4,0	16,0	72,3	0,081 <sup>⊗</sup>
<b>PDÖ meydan okuma</b>	18,7	5,2	18,5	5,0	27,0	56,6	21,0	4,3	21,0	6,0	23,0	76,4	0,003 <sup>⊗</sup>
<b>PDÖ toplam</b>	53,0	12,6	54,0	13,0	64,0	56,4	58,9	8,9	59,0	11,0	53,0	76,6	0,002 <sup>⊗</sup>

n:kişi sayısı, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, M: Medyan, ÇAG: Çeyrekler Arası Genişlik, DA: Değişim Aralığı, ⊗: Mann-Whitney U testi

TAO-3 alt boyutu dışında TAO-1, TAO-2 alt boyutları ve TAO-20 toplam ölçek puan ortalama değerleri açısından gruplar arasında anlamlı düzeyde fark vardır (her biri için  $p < 0,001$  Tablo 17). İlaçla intihar girişimde bulunan bireylerin TAO-1, TAO-2 alt boyutları ve TAO-20 toplam ölçek puan ortalama değerleri, kontrol grubundaki bireylerde ölçülen değerlerinden anlamlı düzeyde daha yüksektir.

BDÖ-11 plansızlık dürtüsellliği, motor dürtüsellik, dikkat dürtüsellliği alt boyutları ve BDÖ-11 toplam ölçek puan ortalama değerleri açısından gruplar arasında anlamlı düzeyde fark vardır (her biri için  $p < 0,05$  Tablo 17). İlaçla intihar girişimde bulunan bireylerin BDÖ-11 toplam ölçek ve alt boyutları puan ortalama rank değerleri, kontrol grubundaki bireylerde ölçülen değerlerinden anlamlı düzeyde daha yüksektir.

**Tablo 17 (devamı).** Grupların ölçek puanlarının karşılaştırılması

	grup												p
	hasta						kontrol						
	Ort	SS	M	ÇAG	DA	Ort Rank	Ort	SS	M	ÇAG	DA	Ort Rank	
<b>TAO-1</b>	21,8	7,3	22,5	11,0	28,0	85,8	14,3	5,0	13,0	7,0	20,0	47,2	<0,001 <sup>⊗</sup>
<b>TAO-2</b>	15,4	4,1	15,5	6,0	16,0	84,0	11,5	3,5	11,5	5,0	16,0	49,0	<0,001 <sup>⊗</sup>
<b>TAO-3</b>	23,0	4,0	23,0	6,0	20,0	66,9	22,9	3,7	23,0	4,0	18,0	66,1	0,898 <sup>⊗</sup>
<b>TAO toplam</b>	60,1	11,5	62,0	15,0	49,0	84,9	48,7	9,1	47,0	14,0	44,0	48,1	<0,001 <sup>⊗</sup>
<b>BDÖ-11 plansızlık dürtüsellği</b>	11,7	3,9	11,0	7,0	14,0	79,8	9,0	3,2	9,0	5,0	15,0	53,2	<0,001 <sup>⊗</sup>
<b>BDÖ-11 motor dürtüsellik</b>	6,2	2,2	6,0	3,0	8,0	76,3	5,1	1,8	5,0	2,0	8,0	56,7	0,003 <sup>⊗</sup>
<b>BDÖ-11 dikkat dürtüsellği</b>	14,8	4,5	14,0	5,0	21,0	82,0	11,5	2,7	11,0	4,0	12,0	51,0	<0,001 <sup>⊗</sup>
<b>BDÖ-11 toplam</b>	32,6	8,3	31,0	11,0	40,0	84,0	25,5	6,2	24,5	8,0	29,0	49,0	<0,001 <sup>⊗</sup>

n:kişi sayısı, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, M: Medyan, ÇAG: Çeyrekler Arası Genişlik, DA: Değişim Aralığı, ⊗: Mann-Whitney U testi

### 4.3.PDÖ ile Diğer Ölçeklerin Korelasyonu

**Tablo 18.** PDÖ ile diğer ölçeklerin korelasyonu

	PDÖ kendini adama		PDÖ kontrol		PDÖ meydan okuma		PDÖ toplam	
	r	p	r	p	r	p	r	p
	BDE	-0,558	<b>&lt;0,001</b>	-0,346	<b>0,004</b>	-0,367	<b>0,002</b>	-0,477
BAE	-0,303	<b>0,013</b>	0,099	0,427	-0,226	0,068	-0,263	<b>0,033</b>
TAO-1	-0,397	<b>0,001</b>	0,268	<b>0,029</b>	-0,161	0,197	-0,336	<b>0,006</b>
TAO-2	-0,261	<b>0,035</b>	0,107	0,391	0,071	0,572	-0,093	0,458
TAO-3	-0,057	0,651	0,181	0,146	-0,193	0,120	-0,169	0,174
TAO-toplam	-0,373	<b>0,002</b>	0,303	<b>0,013</b>	-0,167	0,180	-0,327	<b>0,007</b>
BDÖ-11 plansızlık dürtüsellği	-0,475	<b>&lt;0,001</b>	0,458	<b>&lt;0,001</b>	-0,473	<b>&lt;0,001</b>	-0,602	<b>&lt;0,001</b>
BDÖ-11 motor dürtüsellik	-0,064	0,609	0,135	0,279	0,029	0,816	-0,110	0,378
BDÖ-11 dikkat dürtüsellği	-0,310	<b>0,011</b>	0,186	0,136	0,006	0,964	-0,226	0,068
BDÖ-11 toplam	-0,395	<b>0,001</b>	-0,37	<b>0,002</b>	-0,21	0,091	-0,431	<b>&lt;0,001</b>
PDÖ kendini adama			0,555	<b>&lt;0,001</b>	0,557	<b>&lt;0,001</b>	0,836	<b>&lt;0,001</b>
PDÖ kontrol					0,520	<b>&lt;0,001</b>	0,823	<b>&lt;0,001</b>
PDÖ meydan okuma							0,815	<b>&lt;0,001</b>
<b>a. grup = hasta</b>								

n:kişi sayısı, r: Spearman korelasyon katsayısı

İlaçla intihar girişimde bulunan bireylerin PDÖ kendini adama alt ölçek puanı ile BDE, BAE, TAO-1, TAO-2, TAO-20 toplam, BDÖ-11 plansızlık dürtüsellği, dikkat dürtüsellği ve BDÖ-11 toplam ölçek puanları arasında negatif yönde anlamlı düzeyde bir ilişki vardır (her biri için  $p < 0,05$  Tablo 18). Ayrıca PDÖ kendini adama

alt ölçek puanı ile kontrol, meydan okuma ve toplam ölçek puanı arasında pozitif yönde anlamlı düzeyde bir ilişki vardır (her biri için  $p<0,001$  Tablo 18).

İlaçla intihar girişimde bulunan bireylerin PDÖ kontrol alt ölçek puanı ile BDE, TAO-1, TAO-20 toplam, BDÖ-11 plansızlık dürtüselliği ve BDÖ-11 toplam ölçek puanları arasında negatif yönde anlamlı düzeyde bir ilişki vardır (her biri için  $p<0,05$  Tablo 18). Ayrıca PDÖ kontrol alt ölçek puanı ile PDÖ meydan okuma ve PDÖ toplam ölçek puanı arasında pozitif yönde anlamlı düzeyde bir ilişki vardır (her biri için  $p<0,001$  Tablo 18).

İlaçla intihar girişimde bulunan bireylerin PDÖ meydan okuma alt ölçek puanı ile BDE, BDÖ-11 plansızlık dürtüselliği alt ölçek puanları arasında negatif yönde anlamlı düzeyde bir ilişki vardır (her biri için  $p<0,05$  Tablo 18). Ayrıca PDÖ meydan okuma alt ölçek puanı ile PDÖ toplam ölçek puanı arasında pozitif yönde anlamlı düzeyde bir ilişki vardır ( $p<0,001$  Tablo 18).

İlaçla intihar girişimde bulunan bireylerin PDÖ toplam ölçek puanı ile BDE, BAE, TAO-1, TAO-20 toplam, BDÖ-11 plansızlık dürtüselliği ve BDÖ-11 toplam ölçek puanları arasında negatif yönde anlamlı düzeyde bir ilişki vardır (her biri için  $p<0,05$  Tablo 18).

#### **4.4. TAO-20 ile Diğer Ölçeklerle Korelasyonu**

İlaçla intihar girişimde bulunan bireylerin TAO-1 alt ölçek puanı ile BDE, BAE, TAO-2, TAO-20 toplam, BDÖ-11 plansızlık dürtüselliği, motor dürtüsellik, dikkat dürtüselliği alt ölçekleri ve BDÖ-11 toplam ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı düzeyde bir ilişki vardır (her biri için  $p<0,05$  Tablo 19).

İlaçla intihar girişimde bulunan bireylerin TAO-2 alt ölçek puanı ile BDE, BAE, TAO-20 toplam, BDÖ-11 motor dürtüsellik, dikkat dürtüselliği ve BDÖ-11 toplam ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı düzeyde bir ilişki vardır (her biri için  $p<0,05$  Tablo 19).

İlaçla intihar girişimde bulunan bireylerin TAO-20 toplam ölçek puanı ile BDE, BAE, BDÖ-11 plansızlık dürtüselliği, motor dürtüsellik, dikkat dürtüsellik ve BDÖ-11 toplam ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı düzeyde bir ilişki vardır (her biri için  $p<0,05$  Tablo 19).

**Tablo 19.** TAO-20 ile diğer ölçeklerin korelasyonu

	TAO_1		TAO_2		TAO_3		TAO_toplam	
	r	p	r	p	r	p	r	p
BDE	0,567	<0,001	0,355	0,003	-0,015	0,903	0,487	<0,001
BAE	0,473	<0,001	0,256	0,038	-0,177	0,155	0,433	<0,001
BDÖ-11 plansızlık dürtüsellığı	0,295	0,016	0,025	0,840	0,143	0,251	0,251	0,042
BDÖ-11 motor dürtüsellik	0,351	0,004	0,269	0,029	-0,161	0,196	0,249	0,044
BDÖ-11 dikkat dürtüsellik	0,547	<0,001	0,413	0,001	-0,068	0,587	0,470	<0,001
BDÖ-11 toplam	0,527	<0,001	0,317	0,009	-0,026	0,838	0,439	<0,001
TAO-1			0,628	<0,001	0,086	0,491	0,902	<0,001
TAO-2					-0,005	0,971	0,757	<0,001
TAO-3							0,372	0,002
<b>a. grup = hasta</b>								

n:kişi sayısı, r: Spearman korelasyon katsayısı

İlaçla intihar girişimde bulunma durumunu etkilediği saptanan değişkenler (yaşadığı yer, kardeş sayısı, sigara ve alkol kullanımları, ailede intihar girişim durumu, kendine zarar verme durumu, adli vaka öyküsü, BDE, BAE, PDÖ kendini adama, meydan okuma, PDÖ toplam, TAO-1, TAO-2, TAO-20 toplam puanları ve BDÖ-11 toplam ve alt ölçek puanları) alınarak ileriye doğru Wald çoklu lojistik regresyon analizi uygulandı ve 4. adım sonrasında uygun modele ulaşıldı. Bu modelin anlamlılığı ( $\chi^2=93,68$  Nagelkerke  $R^2=0,68$   $p<0,01$ ), uyumluluğu ( $\chi^2_{HL}=2,64$   $sd=8$   $p=0,955$ ) ve parametre tahmin değerleri Tablo 20’de verildi. Elde edilen bu

modelin bireylerin ilaçla intihar girişimde bulunma durumunu %88,6 oranında doğru sınıflandırdığı hesaplandı.

**Tablo 20.** Kardeş sayısı, ailede intihar girişim öyküsü, BDE ve BDÖ-11 regresyon analizi

	Regresyon katsayısı (B)	Standart Hata	Wald testi	sd	p	Odds Oranı (OR)	OR için %95 Güven Aralığı	
							Alt Sınır	Alt Sınır
Sabit	-6,94	1,54	20,29	1	<0,001	0,001		
Kardeş sayısı	0,33	0,14	5,36	1	0,021	1,39	1,05	1,85
Ailede intihar girişimi	2,08	0,98	4,50	1	0,034	7,97	1,17	54,18
BDE	0,16	0,03	29,95	1	<0,001	1,17	1,11	1,24
BDÖ-11 toplam	0,09	0,04	4,80	1	0,028	1,10	1,01	1,20
Model Anlamlılığı ve Uyumu	$\chi^2=93,68$ sd=4 p<0,001 Nagelkerke $R^2=0,68$ $\chi^2_{HL}=2,64$ sd=8 p=0,955							

sd: serbestlik derecesi, HL: Hosmer Lemeshow testi

Bu modelde kardeş sayısı, ailede intihar girişim durumu, BDE puanı ve BDÖ-11 toplam ölçek puanı bağımsız değişkenlerinin ilaçla intihar girişimde bulunma riskini anlamlı düzeyde etkilediği saptandı (her biri için p<0,05 Tablo 20). Modelde yer alan kardeş sayısındaki artış bireylerin ilaçla intihar girişimde bulunma odds oranını 1,39 kat artırmaktadır. Ailede intihar girişimi olan bireylerin olmayan bireylere göre ilaçla intihar girişimde bulunma odds oranı 7,97 kat daha fazladır. Ayrıca BDE ölçeği ve BDÖ-11 toplam ölçek puanlarındaki artış ilaçla intihar girişimde bulunma odds oranını sırasıyla 1,17 ve 1,10 kat artırmaktadır.

## 5. TARTIŞMA

Bu araştırmada, ilaçla intihar girişiminde bulunan hastalarla kontrol grubundaki psikolojik dayanıklılık, aleksitimi ve dürtüsellik özellikleri öz bildirim ölçekleri aracılığıyla karşılaştırılmaya çalışılmıştır. Araştırmada ayrıca psikolojik dayanıklılık ve aleksitimi özelliklerinin depresyon, anksiyete ve dürtüsellikle ilişkileri incelenmiştir.

### 5.1.Sosyodemografik Veri Özellikleri

#### 5.1.1. Grupların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

Gruplar yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi açısından eşleştirilmiştir.

Cinsiyet dağılımı açısından bakıldığında ilaçla intihar girişimde bulunan hastalarda, kadınların sayısı erkeklerin sayısının yaklaşık 4 katını oluşturmaktadır.

Cinsiyet, medeni hal, eğitim süresi, meslek, bireyin aylık gelir düzeyi açısından gruplar arasında anlamlı düzeyde bir fark bulunmamıştır.

İlaçla intihar girişimde bulunan hastaların yaklaşık yarısını ilköğretim mezunları oluşturmaktadır. TÜİK'in 2019 yılı verilerine göre en az intihar düzeyi yükseköğretim mezunları olup yaklaşık yarısını ilköğretim mezunlarının oluşturduğu görülmektedir (29). Araştırmalara göre de ülkemizde eğitim düzeyi yüksek olanlarda intihar davranışı daha az görülmektedir(59, 60).

İlaçla intihar girişimde bulunan bireylerin kardeş sayısı, kontrol grubundaki bireylerinkinden anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bizim alışmamızda yer alan kardeş sayısındaki artış bireylerin ilaçla intihar girişimde bulunma oranını 1,39 kat artırmaktadır. Ülkemizde uhadaroğlu ve Sonuvar tarafından yapılan bir çalışmada intihar girişiminde bulunan gençlerin ailelerinde ocuk sayısı fazlalığının ek bir etmen olabileceği belirtilmiştir(199). Aile desteğinin düşük algılanması ile intihar girişimi arasında yakın ilişki olduğu, aile ve sosyal desteği düşük olan bireylerde intihar girişiminin yüksek olduğu belirtilmektedir (200). Çalışmamızdaki kardeş sayısının artışı ile intihar oranının artışı, çok fazla kardeşin olması anne ve

babanın o kişi ile çocukluk döneminde daha az ilgilenmesine ve kişinin algıladığı sosyal desteğin daha düşük algılanmasına neden olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

İlaçla intihar girişimde bulunan grupta sigara kullanan bireylerin oranı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Çalışmalarda sigara kullanımının depresyonla ve intihar davranışı ile de ilgili olabileceği belirlenmiştir(201). Bir başka çalışma da sigara kullanımının intihara yakınlık oluşturabileceğini bildirmiştir (202). Ancak anksiyete ve depresyon kontrol edildiğinde sigara kullanımının intihar davranışı ile ilişkisinin net olmadığını bildiren çalışmalar mevcuttur (203). İlaçla intihar girişimde bulunan grupta alkol kullanan bireylerin oranı kontrol grubundaki bireylerden yaklaşık 5 kat daha yüksek saptanmıştır. Alkol kullanımı intihar vakaların yaklaşık %20'sini oluşturmaktadır. Bu durum intihar davranışı ile alkol arasında güçlü bir bağ olduğunu göstermektedir(87). İntihar riski alkol kullanan bireylerde genel popülasyona göre kadınlarda 16-20 kat erkeklerde 4-10 kat arttığını gösterilmiştir(86). Bizim çalışmamızda da bulunan sonuçlar literatürle uyumludur.

Katılımcıların madde kullanım öyküsü beyan etmemesinin, kültürel olarak madde kullanımının sigara ve alkol kullanımına göre daha az kabul edilen bir durum olmasından doğan gizleme eğiliminden kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Bunun yanında gruplar arasında madde kullanımı açısından ise herhangi bir farklılık saptanmamıştır.

İlaçla intihar girişimde bulunan bireylerde 1. derece akrabalarında intihar girişimi olan bireylerin oranı, kontrol grubundaki bireylerde gözlenen orandan yaklaşık 3 kat daha yüksek bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada ailede intihar davranışı geçmişi varsa, bu intihar düşünen bireyde de tamamlanmış intihar oranının artırdığını göstermektedir(106, 107). Ailede intihar geçmişi öyküsü olan bireylerde psikiyatrik rahatsızlık olmasından bağımsız bir şekilde bireylerde intihar oranlarını artırdığı bulunmuştur(108). Bizim çalışmada da bulunan sonuçlar literatürle uyumludur. Ailede intihar girişimi olan bireylerin ilaçla intihar girişimde bulunma oranı 7,97 kat daha fazladır. Yapılan bir çalışmada çevresinde intihar öyküsü bulunan kişilerde normal popülasyona oranla intihar riski 4.5 kat artmıştır(65).

İlaçla intihar girişimde bulunan grupta kendine zarar veren bireylerin oranı kontrol grubundaki bireylerden yaklaşık 4 kat daha yüksek bulunmuştur(p=0.001).

Literatür de kasıtlı olarak kendine zarar verme davranışında bulunan kişilerde ilerleyen dönemlerde intihar girişimde bulunda oranlarını arttığı gösterilmiştir(70, 71).

İlaçla intihar girişimde bulunan gruptaki kişilerde başka olaylara bağlı adli vaka yaşama oranı kontrol grubundaki kişilerden yaklaşık 4 kat daha fazla bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada tutuklanma, gözaltına alınma, hakkında soruşturma açılma veya başka adli sorunların intihar riskini artıran etkenler arasında olduğu bildirilmiştir(204) ve bizim çalışmamızda bu literatür ile uyumlu bulunmuştur.

İlaçla intihar girişimde bulunan grupta stres faktörü olan bireylerin oranı (%92,4), stres faktörü olmayanlarınkinden (%7,6) anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak ilaçla intihar girişimde bulunan bireylerin stres faktörleri arasında ailevi sorunlar ve karşı cinsle ilgili sorunlar intihara en fazla neden olan faktörler olarak bulunmuştur. Yalvaç'ın çalışmasında intihar nedeni olarak ailevi sorunlar en sık intihar girişim nedeni olup, girişim sonrası nedenler arasında da ilk sırada yer aldığı tespit edilmiştir (205). Atlı'nın çalışmasında ise aile içi geçimsizlik, hastalık ve geçim zorluğu ilk üç sırada yer alan girişim nedenlerini oluşturduğu görülmüştür(206). Sayıl ve Akbıyık çalışmalarında ülkemizdeki intihar nedenleri içinde ilk üç sırada hastalık, aile içi geçimsizlik ve geçim zorluğunun yer aldığını saptamışlardır (50).

İntihar düşüncesi sıklığı ve intihar girişim arasındaki ilişkiyle ilgili yapılan bir çalışmada intihar girişiminde bulunan grupta son 1 ay içerisinde intihar düşüncesi olduğunu söyleyen grubun %51,2'sinin intihar girişimde bulunduğu ve intihar girişiminde bulunmayan kontrol grubunun ise intihar düşünce sıklığının %16,7 bulunduğu ve çalışma da istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu gösterilmiştir(207). Çalışmamızda İntihar düşünme sıklığı 'hiç, nadiren, sık, çok sık ve her zaman' sıklıkları şeklinde sorgulandığında, intihar düşüncesi sıklığını 'her zaman' şeklinde bildiren bireyler diğer gruplardan anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. İntihar düşüncesini her zaman şeklinde belirten bireylerin bu durumdan rahatsız olma ve yardım arayışında bulunma girişimlerinin diğer gruplara oranla daha fazla olabileceği ve bu nedenle daha fazla sosyal ve tıbbi yardım alabilecekleri ve intihar düşüncesiyle baş etmeye çalışabilecekleri düşünülmüştür. Nadiren, sık ve çok sık olan bireyler günlük yaşamlarında bu durumu fark etseler bile çok rahatsız olmamaları nedeniyle

yardım arayışında bulunmamış olabilir ancak stres faktörüyle birlikte dürtüsel şekilde intihar girişiminde bulunmalarına neden olmuş olabilir.

İntihar sonucunda ölen bireylerin en az bir psikiyatrik rahatsızlıkları olanların oranı ortalama %60-%90 dolaylarındadır. Birden fazla psikiyatrik hastalığı olanlarda risk artmaktadır. Bireyin sahip olduğu psikiyatrik hastalığın türüne göre intihar riski değişmektedir(76). Yapılan çalışmalarda psikiyatrik tanı konulduktan sonra ilk bir yılın, özellikle de ilk üç ayın intihar açısından yüksek riskli olduğu görülmüştür(77). Türkiye’de yapılan bir araştırmada tamamlanmış intiharların %90-95’inde psikiyatrik bir bozukluk saptanmıştır ve bu tanıları arasında ilk sırayı majör depresyon almaktadır(78). Depresyondaki kişilerde intiharda bulunma davranışı normal bireylere göre 20 kat artmakta olup tedavi alan hastalarda ilk iki haftasından sonra düşüş göstermektedir(76). İntihar davranışında bulunan kişiler intiharı genellikle buldukları çaresiz ve umutsuz durumdan kurtulmak için bir çıkış yolu olarak gördüklerini umutsuz ve çaresiz kişilerde intihar riskinin arttığı belirtilmektedir(79). Bizim çalışmamızda ilaçla intihar girişimde bulunan grupta ek psikiyatrik hastalığı olan ve olmayan bireylerin oranları arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamış olup tanı öyküsü sorulduğunda “tanısı olmayan” %51,5 ve “depresyon tanısı” %31,8 olan bireylerin oranları, diğerlerinden anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuş olup “anksiyete bozukluğu” %10,6, “obsesif kompulsif bozukluk” %1,5 ve “kişilik bozukluğu” %4,5 olarak bulunmuştur. İlaçla intihar girişimde bulunan grupta psikiyatrik yatışı olan bireylerin oranı (%12,1), psikiyatrik yatışı olmayanlarınkinden (%87,9) anlamlı düzeyde daha düşük saptanmıştır. Daha öncesinde psikiyatrik tanı almamış ve psikiyatrik yatış öyküsü olmayan kişilerin yaşadıkları stresli durum karşısında sosyal ve tıbbi yardım arayışında bulunmadıkları için intihar düşüncesi ile başa çıkmakta zorlanabilecekleri ve daha fazla girişimde bulunabilecekleri şeklinde yorumlanabilir.

### 5.1.2. Sosyodemografik verilerin diğer ölçeklerle ilişkisi

Literatürde yer alan bazı araştırmalara bakıldığında cinsiyetin psikolojik dayanıklılık üzerindeki etkisi ile ilgili bulguların çelişkili olduğu görülmektedir. Cinsiyetin psikolojik dayanıklılık üzerinde anlamlı bir farka yol açtığını ifade eden çalışmaların yanı sıra (208-211), cinsiyetin psikolojik dayanıklılık üzerinde etkili olmadığını belirten çalışmalar da (212-214) bulunmaktadır. Atarbay tarafından gerçekleştirilen bir araştırmada cinsiyetlerin değişkenlerine göre psikolojik dayanıklılık puanlarında anlamlı düzeyde bir farklılık olduğu ve kadınların psikolojik dayanıklılık toplam puanı erkeklere göre anlamlı derecede düşük olarak bulunmuştur(215). Bizim çalışmamızda da bu çalışma ile uyumlu olarak psikolojik dayanıklılık alt boyutu kendini adama ve kontrol ve toplam puanları kadınlarda erkeklerden anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur. Bu farkın erkekler lehine çıkması, erkeklerin kadınlara göre yeni yaşam görevlerine daha kolay adapte oldukları ve zorlayıcı deneyimlerle daha etkili bir şekilde başa çıktıkları şeklinde yorumlanabilir.

Hjemdal ve ark.'nın yaptığı bir araştırmada psikiyatrik belirtiler ve psikolojik dayanıklılık arasında negatif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (216). Psikolojik dayanıklılıkları yüksek olan kişiler, olumsuz duyguları daha iyi tolere edebilirler, daha güçlü bir inançla doğruyu tespit edebilirler, kendilerini daha güçlü bir inançla yansıtabilirler ve yüksek sorumluluğa sahiptirler (217). Tüm bu özellikler psikiyatrik rahatsızlıklarla ve intihar davranışıyla başarılı şekilde baş etmede duygusal stresin azaltılmasında psikolojik dayanıklılığın katkı sağladığı düşünülebilir. Psikolojik dayanıklılıkları yüksek olan kişilerin stresli yaşam olayları ile daha iyi baş edebildikleri söylenebilir. Bizim çalışmamızda da psikiyatrik hastalık öyküsü olan bireylerde psikolojik dayanıklılık kendini adama alt boyutu, meydan okuma alt boyutu, kontrol alt boyutu ve toplam puanları anlamlı düzeyde daha düşük çıkmıştır. Psikiyatrik hastalıklar bireylerin tedavi uyumunun bozulmasına neden olarak beraberinde sosyal ilişkilerin bozulmasına, kendine olan güvenin azalmasına neden olabileceği ve bu durumun kişilerin psikolojik dayanıklılık düzeylerini olumsuz etkileyebileceği şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca psikolojik dayanıklılıkları düşük olan bireylerin psikiyatrik hastalık geliştirme riskinin de

yüksek olabileceği düşünülebilir. Psikolojik dayanıklılık ve psikiyatrik hastalık ilişkisi ve neden sonuç ilişkisi için ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

İlaçla intihar girişimde bulunan kişilerde psikiyatrik yatış öyküsü olanların psikolojik dayanıklılık kendini adama alt boyutu ve toplam puanı kontrol grubundan anlamlı düzeyde düşük çıkmıştır. Psikolojik dayanıklılığın önemli stres faktörleri ile karşılaşıldığında sağlık sorunları ve psikiyatrik semptomlara karşı kalkan olarak kullanılan bir direnç kaynağı olduğu düşünülebilir.

Literatürde aleksitimi ve kendine zarar verme davranışı arasındaki ilişki çalışmalarında; Sekiz çalışmada regresyon analizi yapılmış (218-225) ve biri hariç (224) tümü aleksitimik kişilerde kendine zarar verme davranışının anlamlı bir yordayıcı olduğunu bulmuşlardır. Lüleci çalışmasında kendini yaralama davranışı bulunan grupta duygularını tanıma zorluğuna ilişkin sorulardan alınan toplam puanın ortalamasını anlamlı düzeyde yüksek bulmuştur. Duygularını ifade zorluğu ve düşünce dışavurumun da anlamlı farklılık saptamamıştır(226). Bizim çalışmamızda da ilaçla intihar girişimde bulunan grupta duyguları tanımada zorluk boyutu ve toplam puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Birçok araştırmada sıklıkla aleksitimik kişileri aleksitimik olmayanlardan daha yüksek oranda psikolojik sıkıntı gösterebildikleri ve “fonksiyonel” somatik belirtiler ve depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik belirtiler geliştirebildikleri gösterilmiştir(156-158). Bizim çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak intihar girişimde bulunan kişilerde ek psikiyatrik rahatsızlığı olan grupta duyguları ifade etmede güçlük ve toplam aleksitimi puanları kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

TÜİK'in 2019 yılındaki verilerine göre ülkemizde intihar edenlerin %77'sini erkekler, %23'ünü ise kadınlardan oluşturmaktadır (29). Kadınlar ve erkeklerin intiharları arasında üç fark dikkat çekmektedir; birinci olarak erkekler hemen ölümle sonuçlanan ve şiddet içeren yöntemler seçerken kadınlar daha sakin (fazla ilaç alımı gibi) yöntemleri tercih etmektedir. İkinci olarak erkek intihar davranışlarında madde (alkol) bağımlısı olma olasılığı yaklaşık olarak üç kat artmaktadır. Son olarak ekonomik stres faktörleri erkek intiharlarında daha fazladır(57). Literatürde dürtüsellik, normal ve klinik popülasyonda erkeklerde kadınlara göre 3 kat daha fazla görülebilmektedir. Bizim çalışmamızda ilaçla intihar girişimde bulunan bireylerde

kadınlar erkeklerden daha fazla dikkat dürtüsellığı ve toplam puanlar açısından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bu durum erkeklerin daha çok daha ölümcül yöntemleri seçmesi ve bizim çalışmamızda ilaçla girişimde bulunan kişileri almamızdan dolayı kadınlarda oranın daha yüksek çıkması ve dürtüsellik oranının yüksek olmasının nedeni olarak yorumlanabilir.

Klinik literatür de kendine zarar verme davranışı ile ilgili olarak birçok tanımlama bulunmaktadır. Genel olarak; sonucunda ölüm niyeti olmaksızın yalnızca bir kez, ara sıra veya tekrarlı olarak meydana gelebilen ve değişen derecelerde doku tahribatına yol açan, doğrudan istemli bir kendini tahrip etme davranışı biçimidir(226). Norveç'te yapılan bir çalışmada kendine zarar verici davranışla azalmış benlik saygısı, çatışmalı aile ilişkileri, madde kötüye kullanımı, cinsel istismara maruz kalma, anksiyete ve dürtüsellik arasında ilişki olduğu bulunmuştur(227). Acil servise başvuran intihar eğilimi olan 181 kişide, şaşırtıcı bir şekilde, yakın zamanda kendine zarar verenler, Barratt Dürtüsellik Anketi'nde, yakın zamanda kendine zarar vermemiş olanlara kıyasla daha düşük dikkat dürtüsellığı bulmuşlardır(228). Kendine zarar verme öyküsü olan 64 ergen ve böyle bir öyküsü olmayan 30 kontrol grubu karşılaştırıldığında kendine zarar verme öyküsü olanlarda, düşünmeden harekete geçme davranışının daha fazla olduğu ve yine aynı çalışmada Barratt dürtüsellığının daha önce kendine zarar verme öyküsü olan kişilerde önemli ölçüde arttığı bulunmuştur (229). Literatürde yer alan opiyat ve alkol kullanım bozukluğu hastalarıyla kontrol grubundaki bireylerin karşılaştırıldığı çalışmalarda, dürtüsellik puanları ve dürtüsellığın şiddeti alkol ve madde kullanım bozukluğu hastalarında kontrollere göre daha yüksek bulunmuş(230), dürtüsellığın intihar girişimi(231) ve KZVD(232) ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Yine başka bir opiyat kullanımı olan bireylerde KZVD, dürtüsellik ve intihar ilişkisine bakan çalışmada dürtüsellik ile KZVD arasında anlamlı ilişki bulunmuştur(233). Bizim çalışmamızda da KZVD ile barratt dürtüsellik alt ölçeği olan plansızlık dürtüsellığı arasında anlamlı ilişki bulundu.

Dürtüsellik tek başına bir psikiyatrik tanı olmamakla birlikte; Kişilik Bozuklukları, Dürtü Kontrol Bozuklukları, Alkol Kötüye Kullanımı, Dikkat Eksikliği /Hiperaktivite Bozukluğu, Bipolar Bozukluk, Frontal Lob Sendromu, Trikotillomani, depresyon ve intihar girişimleri gibi çeşitli psikiyatrik bozukluklarla ilişkilidir.

Literatüre bakıldığında dürtüsellik, plansızlık, risk alma, dışa dönüklük, heyecan arama, tepki ketleme, karar verme gibi bilişsel süreçlerle ilişkili olduğu görülmekte; bu süreçler ne kadar eş anlamlı olmasa da birbiri ile ilişkili olduğu düşünülmektedir(168, 234). Duygudurum Bozukluğu olan hastalarla yapılan 14 yıl süren bir izlem çalışmasında, intihar girişimi ve tamamlanmış intiharlar için uzun dönemdeki en önemli belirleyicilerden birisinin dürtüsellik olduğu ileri sürülmektedir(235). Majör Depresyon ve Bipolar Bozukluk hastalarında Majör Depresif dönem sonrası intihar girişimini inceleyen bir araştırmada, intihar girişiminde bulunan hastaların BDÖ-11 puanları, bulunmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (236). Yapılan bir çalışmada Borderline Kişilik Bozukluğu (138 kişi) ve Majör Depresyon (71kişi) tanısı almış 209 hastada dürtüsellik ve duygusal kararsızlığın (affective instability) intihar üzerindeki etkisini incelemek üzere değerlendirilmiştir(237). Çalışmanın sonuçlarına göre İntihar sıklığı %14, dürtüsellik %37 ve duygusal kararsızlık %58 olarak bulunmuştur. İntiharın mantıksal gerilemesi dürtüsellik ve duygusal kararsızlıkla karşılaştırıldığında dürtüsellik intihar için daha güçlü ve bağımsız bir etken olduğu fakat duygusal kararsızlığın tek başına bağımsız bir etken olmadığı ortaya çıkmıştır. Yatarak tedavi gören alkol bağımlılarıyla yapılan bir çalışmada ise intihar girişiminde bulduklarını söyleyenlerin % 62 sinin dürtüsel intihar girişiminde bulunduğu belirtilmiştir(238). Bizim çalışmamızda ek psikiyatrik hastalığı bulunan bireylerde BDÖ-11 plansızlık dürtüsellik alt ölçeği psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan bireylerden anlamlı olarak yüksek bulundu; intihar girişiminde bulunan ve psikiyatrik yatış öyküsü olan kişilerde BDÖ-11 plansızlık dürtüsellik, motor dürtüsellik ve dikkat dürtüsellik alt ölçekleri ile toplam puanları, psikiyatrik yatış öyküsü olmayan kişilerden arasında anlamlı düzeyde yüksek bulundu.

## **5.2. Grupların Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması**

### **5.2.1. Grupların BDE'nin puanlarının karşılaştırılması**

Türkiye'de yapılan bir araştırmada tamamlanmış intiharların %90-95'inde psikiyatrik bir bozukluk saptanmıştır ve bu tanılar arasında ilk sırayı Majör Depresif Bozukluk almaktadır(78). Depresyondaki kişilerde intiharda bulunma davranışı

normal bireylere göre 20 kat artmakta olup tedavi alan hastalarda ilk iki haftasından sonra düşüş göstermektedir(76).

İntihar davranışında bulunan kişiler intiharı genellikle buldukları çaresiz ve umutsuz durumdan kurtulmak için bir çıkış yolu olarak görmektedir ve bu umutsuzluk ve çaresizlik kişilerde intihar riskini arttığı belirtilmektedir(79).

İlaçla intihar girişimde bulunan BDE toplam puanları “orta”, “şiddetli” olan bireylerin oranları kontrol grubuna göre yaklaşık 4/5 oranında bulunmuş ve beck depresyon toplam puanları “yok”, “hafif” olan bireylerin oranları kontrol grubuna göre yaklaşık 1/6 bulundu( $p<0,001$ ). Ayrıca Beck Depresyon ölçek puanlarındaki artış ilaçla intihar girişimde bulunma oranını 1,17 kat artırdığı bulundu.

### **5.2.2. Grupların BAE'nin puanlarının karşılaştırılması**

Anksiyete Bozukluklarından olan Sosyal Fobi, Panik Atak, Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu gibi psikiyatrik hastalıklar artmış intihar riski ile ilişkilendirilmiştir. Bu hastaların %15'inin yakın zamanda intihar etmeyi düşündüğü, %18'inin ise hayatlarının belirli bir döneminde intihar davranışında bulunduğu gözlemlenmiştir(84).

İlaçla intihar girişimde bulunan kişilerde BAE toplam puanları “şiddetli” olan bireylerin oranı kontrol grubuna göre yaklaşık 6 katı daha yüksek bulundu( $p<001$ ) ve ayrıca ilaçla intihar girişimde bulunan grupta BAE toplam puanları “yok”, “hafif” olan bireylerin oranları kontrol grubundan yaklaşık 1/4 olarak düşük bulundu. Çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak intihar grubunda anksiyete ve depresyon puanları kontrol grubuna göre yüksektir.

### **5.2.3. Grupların TAO-20'nin puanlarının karşılaştırılması**

Birçok araştırmada sıklıkla aleksitimik kişileri aleksitimik olmayanlardan daha yüksek oranda psikolojik sıkıntı gösterebildikleri ve “fonksiyonel” somatik belirtiler ve depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik belirtiler geliştirebildikleri gösterilmiştir(156-158). Bu tür kişiler tarafından gösterilen duygulanmayı önleyen kişiler arası örüntü davranışı genellikle uyumsuzdur ve önemli ilişkilerdeki bozukluklar ve çatışmaları ortaya çıkarabilirler, son olarak anksiyete veya depresyon gibi psikiyatrik semptomların gelişme riskine katkıda bulunarak intihar riskini

artırabilir(160). Aleksitimi'nin intihar için bir risk faktörü olarak kabul edilebileceğine dair artan kanıtlar bulunmaktadır, hatta sadece depresif belirtileri arttırarak değil aynı zamanda tek başına intihar gelişme riskini de arttırır(166).

Bizim bu çalışmamızda amacımız içsel durumla başa çıkmada zorlanan ve bunu söze dökmekte zorlanan bireylerin intihar girişimini bir iletişim biçimi olarak kullanabilecekleri varsayımına dayanıyordu. Yoğun duygulanımı ve stres faktörleri ile baş etmekte zorlanan bireylerin intihara başvurabileceklerini düşündük.

İlaçla intihar girişimde bulunan TAO-20 ölçeği toplam puanlarına göre “aleksitimik” olan bireylerin oranı kontrol grubunda gözlenen orandan yaklaşık 5 katı daha yüksek bulundu ve ayrıca ilaçla intihar girişimde bulunan grupta TAO-20 toplam puanlarına göre “aleksitimik olmayan” olan bireylerin oranı, kontrol grubuna göre yaklaşık 1/3 kat anlamlı düzeyde daha düşük bulundu. Bizim çalışmamızda da aleksitimi ile intihar arasında anlamlı ilişki bulundu. Literatürde aleksitimi ve intihar arasındaki ilişkide farklı sonuçlar bulunmuştur. Literatürde aleksitimi ile ilgili ilk dönem çalışmalarda aleksitiminin intihar için yordayıcı olmadığı depresyon skorlarını artırarak intihar düzeyini artırdığı(8, 239) ve son dönem çalışmalarda aleksitimi düzeylerinin depresyon skorlarından bağımsız olarak intihar girişimini yordadığı bulunmuştur(240).

Aleksitimik kişilerin en belirgin özelliği duygularını tanıma ve ifade etme güçlüklerinin olmasıdır. Bu durum da, aleksitimik bireylerin toplum içerisinde kendi gibi olmadıkları ve kendileri gibi davranamadıklarından sıkıntı yaşamalarının çok fazla olmasına ve bu bireylerin empati kuramamalarına sebep olmaktadır(148).

Bizim çalışmamızda da TAO-20 ölçeği birinci alt boyut olan “duyguları tanıma da güçlük” boyutu ve ikinci alt boyut olan “duyguları söze dökmeye güçlük” ve toplam puanları ilaçla intihar girişimde bulunan bireylerin puanları, kontrol grubunda ölçülen değerlerden anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu ( $p<0,001$ ).

#### **5.2.4. Grupların PDÖ'nün puanlarının karşılaştırılması**

Psikolojik dayanıklılığın intiharla ilişkisine bakıldığında, psikolojik dayanıklılığın, stresörler veya intiharla ilişkili risk faktörleriyle karşılaştırıldığında, bireyi intihar girişiminden alıkoyan yetenek, algılama ya da inanç grubu olduğu belirtilmektedir (139).

Psikolojik dayanıklılık bireylerin stresörlerle baş etme durumunu pozitif yönde etkilemekte olup intihara karşı koruyucu etki göstermektedir. İntihar riski açısından yüksek olan psikiyatri hastalarında psikolojik dayanıklılığın irdelenmesinin hastaların baş etme becerilerini geliştirmeye yönelik önlemlerin alınmasında yol gösterici olduğu düşünülmektedir(11).

Bizim çalışmamızda ilaçla intihar girişimde bulunan bireylerin psikolojik dayanıklılık alt boyutu olan kendini adama ve meydan okuma alt boyutları ve psikolojik dayanıklılık toplam ölçek puanları kontrol grubunda ölçülen değerlerden anlamlı düzeyde daha düşük bulunması beklediğimiz bir sonuçtur (her biri için  $p<0,05$ ) ve literatür ile uyumludur. Psikolojik dayanıklılık kontrol alt boyutu beklenenin tersine bizim çalışmamızda anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p=0,081$ ).

Meme kanseri teşhisi almış hastalarla yapılan bir araştırmada, intihar düşüncesi olanların, psikolojik dayanıklılık düzeylerinin daha düşük olduğunu belirtilmiştir(241). Başka bir araştırma da ise elde edilen bulgulara göre psikolojik dayanıklılığın gelecek ile ilgili pozitif düşünceler aracılığı ile yaşam doyumunu arttırdığı ve depresif belirtileri düşürdüğü bulunmuştur(242).

### **5.2.5. Grupların BDÖ-11'in puanlarının karşılaştırılması**

Bu çalışmamızda dürtüsellik ölçmek amacıyla Barrat Dürtüsellik Ölçeğini kullanıp toplam puan ve alt ölçek puanlarına baktık. Alınan puanların yüksekliği kişideki dürtüsellik düzeyinin yüksekliğini ortaya koyarken alt ölçekler ise dürtüsellik bireylerin yaşamlarını hangi alanda daha fazla etkilediğini anlamaya yöneliktir.

Dikkat dürtüsellik puanları yüksek çıkan kişiler konsantrasyon ve dikkat ile ilgili sorunlar yaşarlar. Bu kişiler bir konu hakkında düşünmeye çalıştıklarında eklenen diğer düşüncelerden ötürü asıl konu üzerinde durması gerekirken farklı konular hakkında başka şeyler düşünmek zorunda kalabilirler. Bu kişilerin dikkatleri hızlı dağılır ve bilişsel karmaşalara tahammül edemezler.

Motor dürtüsellik puanları fazla olan bireyler karşılaştıkları sorunlar karşısında hızlı tepkiler geliştirirler. Hayatlarında genellikle ivcen ve mutsuzdurlar beklentilerinin hızlıca olmasını isterler.

Bizim çalışmamızda ilaçla intihar girişimde bulunan bireylerin BDÖ-11 toplam ölçek puanı ve grupların motor dürtüsellığı, dikkat dürtüsellığı ve plansızlık dürtüsellığı alt ölçek puanları arasında ortalama değerleri, kontrol grubunda ölçülen değerlerden anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Ayrıca yapılan lojistik regresyon analizine göre BDÖ-11 ölçeği toplam puanı ilaçla intihar girişimde bulunan kişilerde kontrol grubuna göre 1,10 kat daha fazladır. Dürtüsellik ve intihar davranışları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan araştırmalara göre, intihar davranışlarında görülen dürtüsel özellik oranlarının 1/3 ile 4/5 arasında değişmekte, ortalamanın ise 2/3 olduğu belirtilmiştir(243).

Fawcett, dürtüsel birinin kaygı veya kayıp gibi stres faktörleri ile karşılaştığında gösterdiği olumsuz duygulanım ile dürtüsellığının artış gösterdiğini ve dolayısıyla ardından intihara yönelebileceğini ifade etmiştir. Özellikle intihar girişimlerinde bulunanların çoğunun dürtüsel olarak gerçekleştirildiğine yönelik çalışma bulguları mevcuttur(189, 190). Akin ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada dürtüsellik ölçeğinden alınan puanlar açısından karşılaştırıldığında, dürtüsellik alt ölçek ve toplam puanlarının intihar girişimi olan grupta kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmaktadır(244).Yine intihar girişimi bulunanla( $n=30$ ) bulunmayanların( $n=24$ ) karşılaştırıldığı bir araştırmada intihar girişimi öyküsü olan kişilerin daha yüksek dürtüsellığe sahip oldukları gösterilmiştir. Fakat bu bulgu kısa belirti ölçeği (Brief Symptom Rating Scale) sonuçlarına göre bulunmuşken Barrat Dürtüsellik Ölçeği toplam skorlarına bakıldığında anlamlı bir fark bulunamamıştır(245). Literatür incelendiğinde intihar girişiminin dürtüsellığı ile kişinin yapısal dürtüsellığı arasında ilişkili olmadığını göstermekte olan araştırmalarda bulunmaktadır. İntihar girişiminde bulunan 242 kişi ile yapılan bir araştırmada yapısal dürtüsellik girişiminin dürtüsellığının iyi bir yordayıcısı olamayacağı öne sürülmektedir(246).

### **5.3. Gruplardaki PDÖ ile Diğer Ölçeklerin Korelasyon Katsayılarının Karşılaştırılması**

Herkesin içsel süreçleriyle ilişkili olarak yaşam olaylarını yorumlaması, anlamlandırması farklı olabilir. Bu içsel süreçlerin oluşmasında ebeveyn tutumları, mizaç, sosyal çevre gibi çevresel faktörler etkili olabilir. Bununla ilişkili olarak

kişiler dayanıklılık düzeylerine göre olaylara anlam yükleyerek değerlendirir ve neticede dayanıklılığa göre kaygı hassasiyeti oluşabilir. Kişinin iyi hissetmesi onun yaşam olaylarından etkilenmesi sağlamlık, yılmama, sorunlara uyum sağlama özellikleriyle ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Literatürde psikolojik dayanıklılık ve depresyon arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğunu ortaya koyan çalışmalar vardır (247, 248). Psikolojik dayanıklılığın, depresyondan koruyucu bir etmen olarak kabul edilmesi ayrıca depresif belirti düzeyini yordamada çalışmada en çok psikolojik dayanıklılığın korelasyonel anlamda ilişki düzeyine katkısı görülmüştür. Bizim araştırmamızda elde edilen psikolojik dayanıklılık düzeyindeki artışın depresif belirtileri azaltması, literatürle benzer görülmektedir. Özbek engelli çocuğa sahip anneler ile normal gelişim gösteren çocuğa sahip annelerin psikolojik dayanıklılık ve depresyon düzeylerini karşılaştırdığı çalışmada engelli çocuğa sahip annelerin psikolojik dayanıklılık durumlarının diğer gruba göre daha yüksek olduğunu ve psikolojik dayanıklılığın alt boyutları ile depresyon düzeyi arasında anlamlı negatif ilişkiler olduğunu bulgulamıştır (249). Erişkin hastalar üzerinde yapılan başka bir kesitsel çalışma, daha yüksek psikolojik dayanıklılık seviyesinin daha az sayıda ve hafif şiddette depresif semptomatoloji ile ilişkili olduğunu göstermiştir (250). Bizim çalışmamızda da depresyon düzeyleri psikolojik dayanıklılık ölçeğinin kendini adama, kontrol ve meydan okuma alt ölçekleri ve toplam puanları arasında negatif yönde anlamlı düzeyde ilişki bulunmuştur.

Literatüre bakıldığında, psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile kişilerin anksiyete düzeyleri arasında ilişki inceleyen çalışmalar görülmektedir. Bu durumu araştırmak amacıyla yapılan çalışmalarda kişilere dayanıklılık eğitimleri verildiğinde, kişilerin anksiyete düzeylerinde farklılık gözlenmektedir. Dayanıklılık düzeyiyle anksiyetenin ters yönlü bir ilişkiye sahip olduğu araştırmalarca da desteklenmektedir (251-253). Psikolojik dayanıklılık ile anksiyete düzeyi arasındaki ilişkinin incelendiği Lopez, Haigh ve Burney tarafından yapılan diğer bir çalışma 41 erkek ve 47 kadın olmak üzere 88 birey üzerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre algılanan kaygıyla psikolojik dayanıklılık arasında anlamlı düzeyde ilişki olduğu, psikolojik dayanıklılığı yüksek olan bireylerin düşük düzeyde kaygı belirtileri sergiledikleri bulgulanmıştır(254). Bizim çalışmamızda da anksiyete

düzeyleri ile psikolojik dayanıklılık ölçeğinin kendini adama alt ölçekleri ve toplam puanları arasında negatif yönde anlamlı düzeyde ilişki bulundu.

Duyguları tanımlama ve uygun şekilde ifade edilebilme becerisinin duygularla baş etmede büyük rol oynadığı tespit edilmiştir. Vanderbilt-Andriance ve Shaw, duygu yönetiminin bireyin öz denetim ve kontrol mekanizmalarını kullanabilmesinde olumlu katkısı bulunduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca Mohammadi ve Dahganpoor'a göre, duyguları anlama ve iyi ifade etme, duygu düzenleme ve yönetme becerisi, riskli ve olumsuz durumlarda bireyin psikolojik dayanıklılığını artırmaktadır(255).

Üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travmaları ile psikolojik dayanıklılıkları arasındaki ilişkide aleksitimik özelliklerin etkisinin incelendiği bir çalışmada, aleksitiminin alt boyutlarından duyguları tanıma ve söze dökme değişkenleri ile psikolojik dayanıklılık düzeyi ve meydan okuma, kendini adama ve kontrol alt boyutlarının arasında düşük düzeyde negatif ve anlamlı ilişkiler bulunmuştur(255). Bizim çalışmamızda da aleksitimi ölçeğinin duyguları tanıma da güçlük alt boyutu, psikolojik dayanıklılık ölçeği kendini adama, kontrol alt boyutları ve toplam puanları arasında; aleksitimi ölçeğinin duyguları söze dökmede güçlük alt boyutu ile psikolojik dayanıklılık ölçeğinin kendini adama alt boyutu arasında ve aleksitimi toplam puanları ile psikolojik dayanıklılık ölçeği kendini adama, kontrol alt boyutları ve toplam puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler bulundu.

Psikolojik dayanıklılık ve dürtüsellik arasındaki ilişkiye bakıldığında literatürde Bipolar Bozukluk ötimik dönemdeki hastalarda psikolojik dayanıklılık ve dürtüsellik ilişkisinde dikkat dürtüsellığı ve plansızlık dürtüsellığının depresif dönem sayısının, yaş, cinsiyet, eğitim süresi kontrol edildiğinde bile dayanıklılıkla bağımsız anlamlı negatif yönde ilişkilere sahip olduğunu bulunmuştur(256). Bu sonuç, yüksek psikolojik dayanıklılık grubunun düşük psikolojik dayanıklılık grubuna kıyasla daha az dürtüsellikle karakterize edildiği ve başka bir çalışma olan genç yetişkin üniversite lisansüstü öğrencileri arasında yapılan bir çalışma ile tutarlı olduğu görüldü(257). Bununla birlikte, son zamanlarda yapılan iki çalışma, erkek mahkumlardan oluşan bir örnekleme dayanıklılığın dürtüsellikle pozitif bir şekilde ilişkili olduğunu bildirmiştir (258, 259). Bu tutarsız sonuçlar, çalışma popülasyonunun doğasına göre, psikolojik dayanıklılığın dürtüsellikle pozitif veya

negatif olarak ilişkili olabileceğini ima etmektedir. Bizim çalışmamızda da plansızlık dürtüsellik psikolojik dayanıklılık alt boyutları olan kendini adama, kontrol ve meydan okuma boyutları ve toplam dürtüsellik puanları ile; dikkat dürtüsellik alt boyutu psikolojik dayanıklılık kendini adama alt boyutu ile; toplam dürtüsellik puanı ise psikolojik dayanıklılık kendini adama, kontrol alt boyutları ve toplam puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulundu. Planlama ve problem çözme gibi aktif başa çıkma stratejilerinin kullanımının dayanıklılıkla ilişkili olduğu düşünüldüğünde (260), düşük dayanıklılık seviyelerinin, hızlı kararlar alma ve stresli durumlarda geleceği düşünmeden hareket etme savunmasızlığı ile ilişkili olması şeklinde yorumlanabilir. Dolayısıyla, bu çalışmanın sonuçları dayanıklılık ve dürtüsellik arasında negatif bir ilişki olduğunu göstermektedir.

#### **5.4. Gruplardaki TAO-20 ile Diğer Ölçeklerin Korelasyon Katsayılarının Karşılaştırılması**

Üzerinde en çok araştırma yapılan psikiyatrik bozukluklardan biri olan depresyon son yıllarda aleksitimi ile ilgili çalışmalarda da sık olarak incelenen tanı grubu olmuş ve aleksitiminin depresyon tanılı hastalardaki depresif belirti örüntüsünü etkileyen bir özellik olup olmadığı araştırılmıştır (261). Örneğin bir genel hastanede konsültasyon istemi ile değerlendirilen ve depresyonu olan hastalar aleksitimik özelliklerine göre değerlendirilmiş ve aleksitimi özelliklerinin depresif belirti örüntüsünü artıran bir özellik olduğu bildirilmiştir (262). Depresyon hastalarında aleksitiminin bedenselleştirme ve uyku kalitesi üzerine etkisini araştıran bir çalışma da depresyon hastalarında aleksitimi oranı %34,1 olarak tespit edilmiştir(263). Literatürde depresyon hastalarında aleksitimi oranı %39 veya %41 arasında bulunduğu dair bilgiler mevcuttur (264). Ayrıca bir çalışma da aleksitimi puanları ile BDE skorları arasında anlamlı düzeyde ilişkinin bulunması depresyonun şiddeti arttıkça aleksitiminin de arttığını göstermektedir(263). Benzer şekilde Taylor ve arkadaşları duygularını ifade edemeyen bireylerin benlik saygısı düşük ve bağımlı kişiler olduklarını belirtmektedirler (265). Genelde depresyon ile aleksitiminin duyguları tanımada zorluk ve söze dökmekte zorluk boyutu arasında pozitif yönde ilişkili olduğu düşünülmektedir. Çalışmalarda, aleksitimik özellikler gösteren kişilerin duygularını ve bedensel duyularını ayırt etmede yetersizlik yaşadıkları,

umutsuzlukla ilişkili olarak daha sık intihar eğilimi gösterdikleri, bu nedenle depresyon ve aleksitimi arasında pozitif yönde ve yüksek derecede ilişki bulunduğu ortaya konmuştur(266). Bizim çalışmamızda literatürle uyumlu olarak BDE puanları, aleksitimi ölçeği duyguları tanıma da zorluk ve duyguları söze dökmede zorluk alt ölçekleri ve toplam puanları ile pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı.

Anksiyete ve aleksitimi ilişkisi ele alındığında ise, çoğunlukla aleksitiminin duyguları tanımada zorluk ve söze dökmede zorluk boyutu ile anksiyete ilişkisine rastlandığı görülmektedir (267). Literatürde aleksitimi boyutlarının depresyon ve anksiyete belirtileri ile arasındaki ilişki çalışmasında bu bulgularla tutarlı olarak Duyguları Tanımada Zorluk ve Söze Dökmede Zorluk alt ölçeği ile anksiyete yakınmaları arasında pozitif bir ilişki görülmektedir, yani kişilerde duygularını tanımaları ve söze dökmede zorlanma yaşadıkları anksiyete düzeyi ile eşleşmektedir(261). Cox ve arkadaşları 46 sosyal fobik hastanın %28.3'ünde aleksitimi saptamışlardır(268). Yazarlar nörotik hasta gruplarında 'aleksitimik bir alt tip' olabileceğini ileri sürmektedirler. Fukunishi ve arkadaşları Sosyal Fobide aleksitimi yaygınlığını %58 olarak bildirirken, bu oran Panik Bozukluğu için %54, kontrol grubundaki bireyler için %15'tir. Bu araştırmada dikkat çeken bir sonuç da psikiyatrik tedavi sonrası aleksitimik özelliklerin azalma göstermesidir. Panik Bozukluğu ve Sosyal Fobisi olan hastaların yaklaşık %85'inde tedavi sonrasında aleksitimi puanları düşme göstermiştir. Yazarlar aleksitimi puanlarının anksiyetede azalmayla birlikte düşebileceğini ileri sürmektedirler(269). Bizim çalışmamızda literatürle uyumlu olarak BAE puanları, aleksitimi ölçeği duyguları tanımada zorluk ve duyguları söze dökmede zorluk alt boyutları ve toplam puanları ile pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ( $p < 0,05$ ).

Aleksitimi ve dürtüsellik ilişkisi kasıtlı olarak kendine zarar verme (225), madde bağımlılığı sorunları (270, 271) dürtüsel yemek yeme (272, 273) gibi benzer uyumsuz davranışlarda birlikte rol oynamıştır. Pek çok paylaşılan uyumsuz davranıştaki rollerine rağmen, bugüne kadar nispeten az sayıda çalışma aleksitimi ile dürtüsellik arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Literatürde aleksitimi ve dürtüsellik ilişkisini inceleyen çalışmalarda intihar hastalar üzerinde yapılan çalışma bulunamamıştır. Literatürde patolojik kumar oynayan bir grupta aleksitimi ve dürtüsellik ilişkisine bakan bir çalışmada dikkat dürtüsellik puanı ile duyguları

tanımda güçlük ve dışa dönük düşünme puanları arasında ilişki saptanmıştır(274). Nikotin bağımlılığı olan bir grupta yapılan araştırmada; dürtüsellik toplam puanları ile aleksitimi toplam puanları arasında düşük düzeyde pozitif yönlü ve anlamlı ilişki bulunmuştur(275). Bizim çalışmamızda ilaçla intihar girişimde bulunan kişilerde BDÖ-11 plansızlık dürtüsellığı alt ölçeği ile TAO-20 ölçeği duyguları tanımda güçlük alt boyutu ve aleksitimi toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ( $p < 0,05$ ). Çalışmamızın bu sonuçları Warwick ve Nettelbeck'in duygusal zeka üzerine yaptıkları çalışmanın soyut akıl yürütme ve plan yapabilme ile duyguların ifadesinde zorluk arasında düşük derecede pozitif korelasyon buldukları sonucuyla örtüşmektedir(276). BDÖ-11 motor dürtüsellik alt ölçeği ile TAO-20 ölçeği duyguları tanımda güçlük, duyguları söze dökmede güçlük alt boyutları ve aleksitimi toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ( $p < 0,05$ ). Çalışmamızın bu sonucu, duygusal işleme süreçlerindeki yetersizliğin aleksitimi, dürtüsellik, umutsuzluk ve depresyon ile ilişkisinin incelendiği çalışmada motor dürtüsellik ve yüksek düzey aleksitimi arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuyla örtüşmektedir (277).

BDÖ-11 dikkat dürtüsellığı alt ölçeği ile TAO-20 ölçeği duyguları tanımda güçlük, duyguları söze dökmede güçlük alt boyutları ve aleksitimi toplam puanları arasında; BDÖ-11 toplam puanı ile TAO-20 ölçeği duyguları tanımda güçlük, duyguları söze dökmede güçlük alt boyutları ve aleksitimi toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ( $p < 0,05$ ). Çalışmamızın bu sonuçları, erkek bireylerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite ile duygu anlayışı üzerine yapılan bir araştırmanın, duyguları tanıma ve ifade etmekte zorlanan bireylerin görev ve dikkat performanslarının düşük olduğu ve aralarında bir ilişki olduğu sonucuyla örtüşmektedir (278). Duygularını ifade etmede ve anlamada problem yaşayan ve kendi duygularından çok çevresel faktörlere yönelen aleksitimik bireylerin kontrol mekanizmalarının gelişmediği, dikkatli ve planlı bir şekilde hareket etme yönlerinin zayıf olduğu şeklinde yorumlanabilir. Çalışmanın bu sonucu Burç'un üniversite öğrencilerinde yeme tutumları ile aleksitimi ve dürtüsellik arasındaki ilişkiyi incelediği araştırmada, aleksitimik bireylerin tıpkı dürtüsel özellik gösteren bireyler gibi düşünmeden ve plansız bir şekilde hareket ettikleri sonucuyla örtüşmektedir(279).

## 5.5. Çalışmanın Kısıtlılıkları

Her bilimsel araştırmada olduğu gibi bu bilimsel araştırmanın da bazı sınırlılıkları söz konusudur. Araştırma sadece Düzce Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesine başvuran intihar girişiminde bulunmuş bireyler ile yapıldığı için tüm evrene genellenemez. Araştırmada küçük bir örneklem kullanıldığından dolayı sonuçlar bu araştırmaya katılan hastalara genellenebilir.

Bilindiği üzere intihar, psikolojik, sosyolojik, biyolojik, duygusal, ekonomik pek çok faktörün etkisiyle şekillenen karmaşık bir olgudur. Bu sebeple araştırmada bazı katılımcıların kimlik bilgileri vb. istenmemesine karşın katılmak istememesine yol açmıştır. Ayrıca çalışmada kullandığımız ölçekler öz bildirim dayalı olması nedeniyle nesnel değerlendirilememiş olabileceği ve çalışmaya katılan kişiler toplumun beklentilerine uygun cevaplar verme eğiliminde olmuş olabilirler. Bu durum bazı katılımcıların yanıtlarının yanlı olması problemini doğurmuş olabilir.

İntihar girişimi sonrası fiziksel sağlığı olumsuz bir şekilde etkilenmiş olan bazı hastalar ve acile başvurduklarında kısa süre sonra taburcu olan hastalara ulaşım zorlaştığı için bu hastalar araştırmaya dahil edilememiştir.

Kişilik bozuklukları ek tanılarına sahip olmanın artmış intihar riski ve dürtüsellikle ilişkili olduğu bilinmektedir. Bu bağlamda çalışmamızda kişilik bozukluklarının araştırılmamış olması önemli bir kısıtlılıktır.

## 6.SONUÇLAR

Çalışmamızda ilaçla intihar girişiminde bulunan kişilerle kontrol grubundaki bireylerine aleksitimi, psikolojik dayanıklılık, depresyon, anksiyete ve dürtüsellik düzeyleri karşılaştırılmış olup ilaveten ilaçla intihar girişimde bulunan kişilerin psikolojik dayanıklılık ve aleksitimi düzeylerinin depresyon, anksiyete ve dürtüsellik ile ilişkisi olup olmadığı araştırılmıştır. Çalışmamızın sonuçları şöyle özetlenebilir:

1. İlaçla intihar girişimde bulunan hastaların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin düşük olduğu, aleksitimi düzeylerinin yüksek olduğu, daha depresif ve daha anksiyöz oldukları ve daha dürtüsel oldukları saptanmıştır.
2. Çalışmamızda yapılan regresyon analizi sonucuna göre intihar girişiminde en önemli faktörün ailede intihar girişimi öyküsü olduğu görülmüştür.
3. İlaçla intihar girişimde bulunan grupta bakılan PDÖ puanları ile aleksitimi, depresyon, anksiyete ve dürtüsellik korelasyonuna bakıldığında; Psikolojik dayanıklılık puanlarının artışı ile aleksitimi duyguları tanımada zorluk, depresyon, anksiyete ve BDÖ-11 plansızlık dürtüselligi alt ölçeği puanlarının azaldığı saptanmıştır.
4. İlaçla intihar girişimde bulunan grupta bakılan TAO-20 puanları ile psikolojik dayanıklılık, depresyon, anksiyete ve dürtüsellik korelasyonuna bakıldığında; aleksitimi puanlarının artışı ile depresyon, anksiyete ve dürtüsellik alt ölçeği puanlarının arttığı saptanmıştır.

## 7. KAYNAKLAR

1. Tel H, Uzun S. İntihar girişimi ile acil servise başvuran hastaların sosyal destek ve stresle baş etme durumları\*/Social support and coping with stress in patients who were accepted to the emergency room with the suicide. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2003;4(3):151.
2. Sağınç H, Kugu N, Akyüz G, Dogan O. Yatarak tedavi gören hastalarda intihar öyküsünün araştırılması/The research about suicide history among the inpatients. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2000;1(2):83.
3. Köknel Ö. Genel ve klinik psikiyatri. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul. 1989.
4. Spirito A, Valeri S, Boergers J, Donaldson D. Predictors of continued suicidal behavior in adolescents following a suicide attempt. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2003;32(2):284-289.
5. Gökhan Ş. Özkıyım Nedeni İle Acil Servise Başvuran Olguların Demografik Verilerinin Özkıyım Yöntemlerine Göre Değerlendirilmesi, Diyarbakır, 2008.
6. Koçak R. Üniversite öğrencilerinde aleksitimi ve yalnızlığın bazı değişkenler açısından karşılaştırılması ve aralarındaki ilişkinin incelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2016;2(19).
7. Jessar AJ, Hamilton JL, Flynn M, Abramson LY, Alloy LB. Emotional clarity as a mechanism linking emotional neglect and depressive symptoms during early adolescence. *The Journal of early adolescence*. 2017;37(3):414-432.
8. Taiminen T, Saarijärvi S, Helenius H, Keskinen A, Korpiolahti T. Alexithymia in suicide attempters. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1996;93(3):195-198.
9. Masten AS. Ordinary magic: Resilience processes in development. *American psychologist*. 2001;56(3):227.
10. Nath P, Pradhan RK. Influence of positive affect on physical health and psychological well-being: Examining the mediating role of psychological resilience. *Journal of Health Management*. 2012;14(2):161-174.
11. Friberg O, Barlaug D, Martinussen M, Rosenvinge JH, Hjemdal O. Resilience in relation to personality and intelligence. *International journal of methods in psychiatric research*. 2005;14(1):29-42.
12. Türk Dil Kurumu resmi web sitesi. [http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_bts&view=bts](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&view=bts) 01.04.2018
13. Shneidman E. Definition of suicide: Jason Aronson, Incorporated; 1977.
14. Shneidman E, John W. Definition of suicide. Maryland: Rowman-Littlefield publisher. pp. 71-95, 1985.
15. Uçan Ö. Türkiye’de intiharı konu alan yayınlar üzerine bir bibliyografya çalışması. *Kriz Dergisi*. 2005;13(3):15-26.
16. Eskin M, Preston J, Örs Y, Uzbay T, Sevinçok L, Sır A. İntihar:(açıklama, değerlendirme, tedavi ve önleme): Çizgi Tıp Yayınevi; 2003.
17. Çetin FÇ, Pehlivan Türk B, Ünal F, Uslu R, İşeri E, Türkbay T. Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı. İşeri E Cinsel istismar İnci Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2008:470-477.
18. Bilgiç A. İntihar ve Kasıtlı Olarak Kendine Zarar Verme, Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları, pp. 580-593, Ankara, 2016.
19. ARİSTOTELES NaE. Kebikeç Yayınları, Çev. Saffet Babür, Ankara, 2005.
20. Odağ C. intihar (özkıyım) tanım-kuram-sağaltım. İzmir Psikiyatri Derneği Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova-İzmir, 1995.
21. Organization WH. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs340/en>. Accessed; 2014.
22. ÖNCÜ B. İntihar ve intiharda risk etmenleri. *Türkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics*. 2016;9(3):1-15.

23. Gür STA, Aköz A. Demographic and Clinical Characteristics of Applications to The Emergency Service for Suicide Attempts. *Eurasian Journal of Toxicology*. 2018;1(1):29-32.
24. Welch SS. A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. *Psychiatric Services*. 2001;52(3):368-375.
25. Organization WH. National suicide prevention strategies: Progress, examples and indicators. 2018.
26. Värnik P. Suicide in the world. *International journal of environmental research and public health*. 2012;9(3):760-771.
27. Cibis A, Mergl R, Bramesfeld A, Althaus D, Niklewski G, Schmidtke A, et al. Preference of lethal methods is not the only cause for higher suicide rates in males. *Journal of affective disorders*. 2012;136(1-2):9-16.
28. Elnour AA, Harrison J. Lethality of suicide methods. *Injury Prevention*. 2008;14(1):39-45.
29. Türkiye İstatistik Kurumu resmi web sitesi. Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21516>. Erişim tarihi: 24.06.2020
30. Roy A, Segal NL, Sarchiapone M. Attempted suicide among living co-twins of twin suicide victims. *The American journal of psychiatry*, 1995.
31. McGuffin P, Marušič A, Farmer A. What can psychiatric genetics offer suicidology? *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 2001;22(2):61.
32. Brent DA, Mann JJ, editors. Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics*; 2005: Wiley Online Library.
33. Mann JJ, Brent DA, Arango V. The neurobiology and genetics of suicide and attempted suicide: a focus on the serotonergic system. *Neuropsychopharmacology*. 2001;24(5):467.
34. Kaplan HI. Suicide. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. pp. 2442-2453, Eighth ed2005.
35. Mann JJ. Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*. 2003;4(10):819.
36. Dwivedi Y. Brain-derived neurotrophic factor and suicide pathogenesis. *Annals of medicine*. 2010;42(2):87-96.
37. Lewitzka U, Doucette S, Seemüller F, Grof P, Duffy AC. Biological indicators of suicide risk in youth with mood disorders: what do we know so far? *Current psychiatry reports*. 2012;14(6):705-712.
38. Corrêa H, Duval F, Mokrani M-C, Bailey P, Trémeau F, Staner L, et al. Prolactin response to D-fenfluramine and suicidal behavior in depressed patients. *Psychiatry research*. 2000;93(3):189-199.
39. Olié E, Picot MC, Guillaume S, Abbar M, Courtet P. Measurement of total serum cholesterol in the evaluation of suicidal risk. *Journal of affective disorders*. 2011;133(1-2):234-238.
40. Papadopoulou A, Markianos M, Christodoulou C, Lykouras L. Plasma total cholesterol in psychiatric patients after a suicide attempt and in follow-up. *Journal of affective disorders*. 2013;148(2-3):440-443.
41. Nordström P, Samuelsson M, Åsberg M, Träskman-Bendz L, Åberg-Wistedt A, Nordin C, et al. CSF 5-HIAA predicts suicide risk after attempted suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1994;24(1):1-9.
42. Leboyer M, Slama F, Siever L, Bellivier F, editors. Suicidal disorders: a nosological entity per se? *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics*; Wiley Online Library,2005
43. Kamali M, Oquendo MA, Mann JJ. Understanding the neurobiology of suicidal behavior. *Depression and anxiety*. 2001;14(3):164-176.

44. Miller JM, Hesselgrave N, Ogden RT, Sullivan GM, Oquendo MA, Mann JJ, et al. Positron emission tomography quantification of serotonin transporter in suicide attempters with major depressive disorder. *Biological psychiatry*. 2013;74(4):287-295.
45. Choong MY, Tee SF, Tang PY. Meta-analysis of polymorphisms in TPH2 gene and suicidal behavior. 2014.
46. Du L, Faludi G, Palkovits M, Sotonyi P, Bakish D, Hrdina PD. High activity-related allele of MAO-A gene associated with depressed suicide in males. *Neuroreport*. 2002;13(9):1195-1198.
47. ESKİN M. İntiharda Bilişsel Davsanışçı Sağaltım Yaklaşımları. *Kriz Dergisi*. 2007;15(2):15-35.
48. Durkheim E. İntihar.(Çev.) Zühre İlkelen, İstanbul, Pozitif Yayınları. 2013.
49. Sönmez İ. Kaplan&Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri, Ed:Bozkurt A Acil Psikiyatrik Tıp bölümü . pp.763-774,2015.
50. Sayıl I, Uçan Ö. Türkiye’de İntihar Olgusu Bibliyografya IV.Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları, Ankara,2000.
51. Özsoy SD, EşEL E. İntihar (Özkıyım). *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2003;4(3):151-158.
52. Uludüz D, Bir vak’a dolayısıyla intiharların gözden geçirilmesi. Ed:Uğur M. Yeni symposium; 2001.
53. Organization WH. Preventing suicide: A global imperative: World Health Organization; 2014.
54. Asirdizer M, Yavuz MS, Aydın SD, Dizdar MG. Suicides in Turkey between 1996 and 2005: general perspective. *The American Journal of forensic medicine and pathology*. 2010;31(2):138-145.
55. Mgaya E, Kazaura MR, Outwater A, Kinabo L. Suicide in the Dar es Salaam region, Tanzania, 2005. *Journal of forensic and legal medicine*. 2008;15(3):172-176.
56. Ceylan M, Yazan B. Araştırma ve klinik uygulamada biyolojik psikiyatri: Anksiyete bozuklukları. Chapter. 2000;2:43-66.
57. Rich CL, Ricketts JE, Fowler RC, Young D. Some differences between men and women who commit suicide. *The American journal of psychiatry*. 1988.
58. JAMİSON KR, Karanlık EÇ. İntiharı Anlamak. Çev: Emine Bademci, Ayrıntı Yayınları, İstanbul. 2004;1.
59. Deveci A, Taşkın E, Dündar PE, Demet MM, Kaya E, Özmen E, et al. Manisa ili kent merkezinde intihar düşüncesi ve girişimi yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Derg*. 2005;16(3):170-178.
60. Sayıl I, Haran S, Yazar H. Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi: 15. Yıl, Kriz Merkezi Yayınları, Ankara, Ankara Üniversitesi Matbaası. 2004.
61. Hatip Day, Armağan D. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisi’ne Başvuran İntihar Girişimi Olgularının Değerlendirilmesi.
62. Çayköylü A, Coşkun İ, Kırkpınar İ, Özer H. Özkıyım girişiminde bulunanlarda sosyodemografik özellikler ve tanı dağılımı. *Kriz Dergisi*. 1997;5(1):37-42.
63. Kubalı Z. Ankara ilinde bir kamu hastanesi acil bölümünde intihar girişim vakalarının incelenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. 2007.
64. Luoma JB, Pearson JL. Suicide and marital status in the United States, 1991–1996: is widowhood a risk factor? *American Journal of Public Health*. 2002;92(9):1518-1522.
65. Jacobs DG, Baldessarini RJ, Conwell Y, Fawcett JA, Horton L, Meltzer H, et al. Assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *APA Pract Guidel*. 2010:1-183.
66. Kesebir S, Gülpek D, Noyan MA. Özkıyım girişimlerinin dogasi/The nature of committing suicide. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2002;3(2):88.

67. Köroğlu E. Psikiyatrik Acil Durumlar. 2. Basım Hekimler Yayın Birliği, Ankara. 1999:425-443.
68. Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepief P, et al. Attempted suicide in Europe: rates, trend. S and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989–1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1996;93(5):327-338.
69. Can SS, SAYIL I. Yineleyici intihar girişimleri. *Kriz Dergisi*. 2004;12(3):53-62.
70. Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C, Dubicka B, Goodyer I. Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). *American journal of psychiatry*. 2011;168(5):495-501.
71. Asarnow JR, Porta G, Spirito A, Emslie G, Clarke G, Wagner KD, et al. Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: findings from the TORDIA study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2011;50(8):772-781.
72. Claes L, Muehlenkamp J, Vandereycken W, Hamelinck L, Martens H, Claes S. Comparison of non-suicidal self-injurious behavior and suicide attempts in patients admitted to a psychiatric crisis unit. *Personality and individual differences*. 2010;48(1):83-87.
73. Corcoran P, Reulbach U, Perry IJ, Arensman E. Suicide and deliberate self harm in older Irish adults. *International Psychogeriatrics*. 2010;22(8):1327-1336.
74. Haw C, Bergen H, Casey D, Hawton K. Repetition of deliberate self-harm: a study of the characteristics and subsequent deaths in patients presenting to a general hospital according to extent of repetition. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2007;37(4):379-396.
75. Hawton K, Harriss L. How often does deliberate self-harm occur relative to each suicide? A study of variations by gender and age. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2008;38(6):650-660.
76. Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K. Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environmental health and preventive medicine*. 2008;13(5):243.
77. Toy H, Tutkun E, Zeybek Ü, Cömert İT, Taymur İ. Examination of the Relationship between Certain Gene Variations and Psychological Factors with Physical Activity Level in the Individuals with the Diagnosis of Schizophrenia and Bipolar Disorders. *Journal of Education and Training Studies*. 2019;7(4):63-73.
78. Devrimci Özgüven H. İntihar davranışı riskinin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi İntihar Davranışı Özel Sayısı*. 2008;1(3):8-14.
79. Minkoff K, Bergman E, Beck AT, Beck R. Hopelessness, depression, and attempted suicide. *American Journal of Psychiatry*. 1973;130(4):455-459.
80. Aral A. İntihar Girişimi Olan Ve Olmayan Depresyon Tanılı Ergenlerin Dürtüsellik Ve Umutsuzluk Düzeylerinin Ve Nöropsikolojik Test Performanslarının Karşılaştırılması, Tc Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Samsun,2018.
81. Hawton K, O'Connor RC, Saunders KE. Suicidal behaviour and self-harm. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry 6th edn* Chichester: Wiley-Blackwell. 2015:893-910.
82. Baldassano CF. Illness course, comorbidity, gender, and suicidality in patients with bipolar disorder. *The Journal of clinical psychiatry*. 2006;67:8-11.
83. Hauser M, Galling B, Correll CU. Suicidal ideation and suicide attempts in children and adolescents with bipolar disorder: a systematic review of prevalence and incidence rates, correlates, and targeted interventions. *Bipolar disorders*. 2013;15(5):507-523.
84. Bomyea J, Lang AJ, Craske MG, Chavira D, Sherbourne CD, Rose RD, et al. Suicidal ideation and risk factors in primary care patients with anxiety disorders. *Psychiatry research*. 2013;209(1):60-65.

85. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014.
86. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *British journal of psychiatry*. 1997;170(3):205-228.
87. Organization WH. Global status report on alcohol and health 2018: World Health Organization; 2019.
88. Schneider B. Substance use disorders and risk for completed suicide. *Archives of suicide research*. 2009;13(4):303-316.
89. Saxena S, Krug EG, Chestnov O. Preventing suicide: a global imperative: World Health Organization; 2014.
90. Hall-Lande JA, Eisenberg ME, Christenson SL, Neumark-Sztainer D. Social isolation, psychological health, and protective factors in adolescence. *Adolescence*. 2007;42(166).
91. O'Connor RC, Rasmussen S, Hawton K. Predicting deliberate self-harm in adolescents: a six month prospective study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2009;39(4):364-375.
92. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of child psychology and psychiatry*. 2006;47(3-4):372-394.
93. Turecki G. Dissecting the suicide phenotype: the role of impulsive-aggressive behaviours. *Journal of psychiatry & neuroscience*. 2005.
94. Kerr DC, Washburn JJ, Feingold A, Kramer AC, Ivey AZ, King CA. Sequelae of aggression in acutely suicidal adolescents. *Journal of abnormal child psychology*. 2007;35(5):817-830.
95. Evans E, Hawton K, Rodham K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Clinical psychology review*. 2004;24(8):957-979.
96. Taliaferro LA, Muehlenkamp JJ, Borowsky IW, McMorris BJ, Kugler KC. Factors distinguishing youth who report self-injurious behavior: A population-based sample. *Academic pediatrics*. 2012;12(3):205-213.
97. Williams JMG, Pollock LR. The psychology of suicidal behaviour. *The international handbook of suicide and attempted suicide*. 2000:79-93.
98. O'Connor RC. Towards an integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *International handbook of suicide prevention: Research, policy and practice*. 2011;1:181-198.
99. Rutter PA, Behrendt AE. Adolescent suicide risk: Four psychosocial factors. *Adolescence*. 2004;39(154):295-303.
100. Beck AT. Hopelessness as a predictor of eventual suicide. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1986;487(1):90-96.
101. Chehil S, Kutcher S. *Suicide Risk Management: Wiley Online Library*; 2012.
102. Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2003;42(4):386-405.
103. Haas AP, Eliason M, Mays VM, Mathy RM, Cochran SD, D'Augelli AR, et al. Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *Journal of homosexuality*. 2010;58(1):10-51.
104. King M, Semlyen J, Tai SS, Killaspy H, Osborn D, Popelyuk D, et al. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC psychiatry*. 2008;8(1):70.
105. Mościcki EK. Epidemiology of completed and attempted suicide: toward a framework for prevention. *Clinical Neuroscience Research*. 2001;1(5):310-323.
106. Mittendorfer-Rutz E, Rasmussen F, Wasserman D. Familial clustering of suicidal behaviour and psychopathology in young suicide attempters. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2008;43(1):28-36.

107. Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen PB. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. *Bmj*. 2002;325(7355):74.
108. Dulcan MK, Wiener JM. Textbook of child and adolescent psychiatry: American Psychiatric Pub.; 2004.
109. Skegg K. Self-harm. *The Lancet*. 2005;366(9495):1471-1483.
110. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997;36(11):1543-1551.
111. Spallek J, Reeske A, Norredam M, Nielsen SS, Lehnhardt J, Razum O. Suicide among immigrants in Europe—a systematic literature review. *The European Journal of Public Health*. 2014;25(1):63-71.
112. Niederkrotenthaler T, Fu K-w, Yip PS, Fong DY, Stack S, Cheng Q, et al. Changes in suicide rates following media reports on celebrity suicide: a meta-analysis. *J epidemiol community health*. 2012;66(11):1037-1042.
113. Sisask M, Värnik A. Media roles in suicide prevention: a systematic review. *International journal of environmental research and public health*. 2012;9(1):123-138.
114. Ajdacic-Gross V, Weiss MG, Ring M, Hepp U, Bopp M, Gutzwiller F, et al. Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bulletin of the World Health Organization*. 2008;86:726-732.
115. Özgüven HD. İntihar girişimlerinde krize müdahale. *Kriz Dergisi*. 2003;11(1):25-34.
116. Carver CS. Resilience and thriving: Issues, models, and linkages. *Journal of social issues*. 1998;54(2):245-266.
117. Tusaie K, Dyer J. Resilience: A historical review of the construct. *Holistic nursing practice*. 2004;18(1):3-10.
118. Smith BW, Dalen J, Wiggins K, Tooley E, Christopher P, Bernard J. The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *International journal of behavioral medicine*. 2008;15(3):194-200.
119. Soykan Aysev Atd, Aktaş Ey. Çocuklardaki dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve özgül öğrenme güçlüğü'nün, anne babaların duygusal istismar farkındalığı, istismar potansiyeli ve çocukların kabul/red algısı ile ilişkisi: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları.
120. Saka A. Farklı aile yapısına sahip ergenlerin öz-yeterlilik ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin incelenmesi, Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2017.
121. Basım Hn, Çetin F. Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği'nin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2011;22(2):104-114.
122. Mahire Olcay Ç, Turgut Eö, Büyükbayram A. Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliğinde dayanıklılık ve yaratıcılık. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2014;5(3):160-163.
123. Masten AS, Obradović J. Competence and resilience in development. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2006;1094(1):13-27.
124. De Sousa A, Shrivastava A. Resilience among people who face natural disaster. *Journal of Psychiatrists' Association of Nepal*. 2015;4(1):1-4.
125. Shastri PC. Resilience: Building immunity in psychiatry. *Indian Journal of Psychiatry*. 2013;55(3):224.
126. Gizir C. Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2007;3(28):113-128.
127. Gürkan U. Yılmazlık ölçeği (YÖ): Ölçek geliştirme, güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2006;39(2):45-74.
128. Işık Ş. Psikolojik dayanıklılık ölçeği'nin geliştirilmesi: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *The Journal of Happiness & Well-Being*. 2016;4(2):165-182.
129. Çam O, Büyükbayram A. Hemşirelerde psikolojik dayanıklılık ve etkileyen faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2017;8(2):118-126.

130. Çelikkaleli Ö, Raşit A. Üniversite Öğrencilerinin Cinsiyet ve Toplumsal Cinsiyet Rollerine Göre Bağlanma Biçimlerinin İncelenmesi. *Journal of Computer and Education Research*. 2016;4(7):103-125.
131. Toprak H. Ergenlerde mutluluk ve yaşam doyumunun yordayıcısı olarak psikolojik sağlamlık ve psikolojik ihtiyaç doyumu. Sakarya Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Sakarya 2014.
132. Öz Pdf, Yılmaz Uheb. Ruh sağlığının korunmasında önemli bir kavram: Psikolojik sağlamlık. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2009;16(3):82-89.
133. Kabasakal Z, Arslan G. Ergenlikte görülen anti-sosyal davranışlar, psikolojik sağlamlık ve aile sorunları arasındaki ilişki. *Uluslararası hakemli aile çocuk ve eğitim dergisi*. 2014;2(3):76-90.
134. Ülker TG, Recepoğlu E. Üniversite akademik personelinin psikolojik dayanıklılık ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. 2013.
135. Yılmaz H, Sipahioğlu Ö. Farklı risk gruplarındaki ergenlerin psikolojik sağlamlıklarının incelenmesi. *İlköğretim Online*. 2012;11(4):927-944.
136. Eminağaoğlu N. Güç koşullarda yaşayan sokak çocuklarında dayanıklılık (sağlamlık). Ege Üniversitesi, Yayınlanmamış doktora tezi, İzmir 2006.
137. Karairmak Ö. Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2006;3(26):129-142.
138. Şahin M, Yetim A, Çelik A. Psikolojik sağlamlığın gelişiminde koruyucu bir faktör olarak spor ve fiziksel aktivite. *The Journal of Academic Social Science Studies*. 2012;5(8):373-380.
139. Johnson J, Wood AM, Gooding P, Taylor PJ, Tarrier N. Resilience to suicidality: The buffering hypothesis. *Clinical psychology review*. 2011;31(4):563-591.
140. Taylor GJ, Bagby RM. Measurement of alexithymia: Recommendations for clinical practice and future research. *Psychiatric Clinics of North America*. 1988;11(3):351-366.
141. Dereboy I. Aleksitimi öz bildirim ölçeklerinin psikometrik özellikleri üzerine bir çalışma. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi Ankara, 1990.
142. Sasioglu M, Gulol C, Tosun A. Alexithymia: Treatment Interventions/Aleksitimi: Tedavi Girişimleri. *Psikiyatride Guncel Yaklaşımlar/Current Approaches to Psychiatry*. 2014;6(1):22-32.
143. Ogrodniczuk JS, Piper WE, Joyce AS, Abbass AA. Alexithymia and treatment preferences among psychiatric outpatients. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2009;78(6):383-384.
144. Epözdemir H. Aleksitimi: Psikolojik Bir Semptom Mu, Yoksa Bir Kisilik Özelliği Mi? *Türk Psikoloji Yazıları*. 2012;15(30):25.
145. Deniz ME, Erus SM, Büyükcebeci A. Bilinçli farkındalık ile psikolojik iyi oluş ilişkisinde duygusal zekanın aracılık rolü. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2017;7(47):17-31.
146. Atasayar M. Ergenlerin aleksitimik özelliklerinin psikolojik belirtileri ve yaşam doyumları ile ilişkisi. Sakarya Üniversitesi ,Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sakarya, 2011.
147. Taylor GJ. Alexithymia: concept, measurement, and implications for treatment. *The American Journal of Psychiatry*. 1984.
148. Krystal H. Alexithymia and psychotherapy. *American journal of psychotherapy*. 1979;33(1):17-31.
149. Koçak R. Aleksitimi: Kuramsal Çerçeve Tedavi Yaklaşımları Ve İlgili Araştırmalar. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2002;35(1):183-212.
150. Lesser IM. A review of the alexithymia concept. *Psychosomatic Medicine*. 1981.
151. Besharat MA. Relationship of alexithymia with coping styles and interpersonal problems. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2010;5:614-618.

152. Sasioglu M, Gülol Ç, Tosun A. Aleksitimi Kavramı/The Concept of Alexithymia. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2013;5(4):507.
153. Sifneos P. Alexithymia and its relationship to hemispheric specialization, affect, and creativity. *Psychiatric Clinics*. 1988;11(3):287-292.
154. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD. The alexithymia construct: a potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*. 1991;32(2):153-164.
155. McDougall J. Alexithymia: a psychoanalytic viewpoint. *Psychotherapy and psychosomatics*. 1982;38(1-4):81-90.
156. Porcelli P, Zaka S, Leoci C, Centonze S, Taylor GJ. Alexithymia in inflammatory bowel disease. *Psychotherapy and psychosomatics*. 1995;64(1):49-53.
157. Gibbons RD, Brown CH, Hur K, Marcus SM, Bhaumik DK, Erkens JA, et al. Early evidence on the effects of regulators' suicidality warnings on SSRI prescriptions and suicide in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*. 2007;164(9):1356-1363.
158. Carano A, De Berardis D, Gambi F, Di Paolo C, Campanella D, Pelusi L, et al. Alexithymia and body image in adult outpatients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 2006;39(4):332-340.
159. Taylor GJ, Bagby RM. New trends in alexithymia research. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2004;73(2):68-77.
160. Lester D. Alexithymia, depression, and suicidal preoccupation. *Perceptual and motor skills*. 1991;72(3):1058-.
161. Honkalampi K, Koivumaa-Honkanen H, Lehto SM, Hintikka J, Haatainen K, Rissanen T, et al. Is alexithymia a risk factor for major depression, personality disorder, or alcohol use disorders? A prospective population-based study. *Journal of psychosomatic research*. 2010;68(3):269-273.
162. Tolmunen T, Heliste M, Lehto SM, Hintikka J, Honkalampi K, Kauhanen J. Stability of alexithymia in the general population: an 11-year follow-up. *Comprehensive psychiatry*. 2011;52(5):536-541.
163. Luminet O, Bagby RM, Taylor GJ. An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia in patients with major depression. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2001;70(5):254-260.
164. Luminet O, Rokbani L, Ogez D, Jadoulle V. An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia in women with breast cancer. *Journal of psychosomatic research*. 2007;62(6):641-648.
165. Kauhanen J, Kaplan GA, Cohen RD, Julkunen J, Salonen JT. Alexithymia and risk of death in middle-aged men. *Journal of psychosomatic research*. 1996;41(6):541-549.
166. De Berardis D, Campanella D, Gambi F, Sepede G, Salini G, Carano A, et al. Insight and alexithymia in adult outpatients with obsessive-compulsive disorder. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2005;255(5):350-358.
167. Özdemir PG, Selvi Y, Aydın A. Dürtüsellik ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2012;4(3):293-314.
168. Eysenck SB, Eysenck HJ. The place of impulsiveness in a dimensional system of personality description. *British Journal of Social and Clinical Psychology*. 1977;16(1):57-68.
169. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of clinical psychology*. 1995;51(6):768-774.
170. Hollander E, Stein DJ. *Clinical manual of impulse-control disorders*: American Psychiatric Pub; 2007.
171. L'Abate L. *A family theory of impulsivity*. 1993.
172. Yazici K, Yazici AE. Dürtüsellik'in nöroanatomik ve nörokimyasal temelleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2010.
173. Holland PC, Gallagher M. Amygdala-frontal interactions and reward expectancy. *Current opinion in neurobiology*. 2004;14(2):148-155.

174. Cardinal RN, Pennicott DR, Lakmali C, Robbins TW, Everitt BJ. Impulsive choice induced in rats by lesions of the nucleus accumbens core. *Science*. 2001;292(5526):2499-2501.
175. Mogenson GJ, Jones DL, Yim CY. From motivation to action: functional interface between the limbic system and the motor system. *Progress in neurobiology*. 1980;14(2-3):69-97.
176. Evenden J. Impulsivity: a discussion of clinical and experimental findings. *Journal of psychopharmacology*. 1999;13(2):180-192.
177. Solnick JV, Kannenberg CH, Eckerman DA, Waller MB. An experimental analysis of impulsivity and impulse control in humans. *Learning and Motivation*. 1980;11(1):61-77.
178. Coccaro EF. Central serotonin and impulsive aggression. *The British Journal of Psychiatry*. 1989;155(S8):52-62.
179. Evenden JL. Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology*. 1999;146(4):348-361.
180. Brown GL, Ebert MH, Goyer PF, Jimerson DC, Klein WJ, Bunney WE, et al. Aggression, suicide, and serotonin: relationships of CSF amine metabolites. *The American journal of psychiatry*. 1982.
181. Winstanley CA. The utility of rat models of impulsivity in developing pharmacotherapies for impulse control disorders. *British journal of pharmacology*. 2011;164(4):1301-1321.
182. Kheramin S, Body S, Mobini S, Ho M-Y, Velázquez-Martinez D, Bradshaw C, et al. Effects of quinolinic acid-induced lesions of the orbital prefrontal cortex on inter-temporal choice: a quantitative analysis. *Psychopharmacology*. 2002;165(1):9-17.
183. van Gaalen MM, van Koten R, Schoffmeier AN, Vanderschuren LJ. Critical involvement of dopaminergic neurotransmission in impulsive decision making. *Biological psychiatry*. 2006;60(1):66-73.
184. Lee R, Petty F, Coccaro EF. Cerebrospinal fluid GABA concentration: relationship with impulsivity and history of suicidal behavior, but not aggression, in human subjects. *Journal of psychiatric research*. 2009;43(4):353-359.
185. Dougherty DD, Rauch SL, Deckersbach T, Marci C, Loh R, Shin LM, et al. Ventromedial prefrontal cortex and amygdala dysfunction during an anger induction positron emission tomography study in patients with major depressive disorder with anger attacks. *Archives of general psychiatry*. 2004;61(8):795-804.
186. Best M, Williams JM, Coccaro EF. Evidence for a dysfunctional prefrontal circuit in patients with an impulsive aggressive disorder. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2002;99(12):8448-8453.
187. Mann JJ. Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*. 2003;4(10):819-828.
188. Ono H, Shirakawa O, Nishida H, Ueno Y, Maeda K. Association between catechol-O-methyltransferase functional polymorphism and male suicide completers. *Neuropsychopharmacology*. 2004;29(7):1374-1377.
189. O'Donnell I, Farmer R, Catalan J. Explaining suicide: the views of survivors of serious suicide attempts. *The British Journal of Psychiatry*. 1996;168(6):780-786.
190. Read GF. Trends in an adolescent and young adult parasuicide population presenting at a psychiatric emergency unit: A descriptive study. *International journal of adolescent medicine and health*. 1997;9(4):249-270.
191. Simon TR, Swann AC, Powell KE, Potter LB, Kresnow M-j, O'Carroll PW. Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2001;32(Supplement to Issue 1):49-59.
192. Baca-Garcia E, Diaz-Sastre C, Basurte E, Prieto R, Ceverino A, Saiz-Ruiz J, et al. A prospective study of the paradoxical relationship between impulsivity and lethality of suicide attempts. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2001;62(7):560-564.

193. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Personality traits and cognitive styles as risk factors for serious suicide attempts among young people. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1999;29(1):37-47.
194. Barth J, Bermetz L, Heim E, Trelle S, Tonia T. The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *International journal of public health*. 2013;58(3):469-483.
195. Güleç H, Köse S, Güleç MY, Çitak S, Evren C, Borckardt J, et al. Reliability and factorial validity of the Turkish version of the 20-item Toronto alexithymia scale (TAS-20). *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*. 2009;19(3):214.
196. Hisli N. The validity and reliability of Beck Depression Inventory for university students. *Psikoloji dergisi*. 1989;7:3-13.
197. Ulusoy M, Sahin NH, Erkmén H. The Beck anxiety inventory: psychometric properties. *Journal of cognitive psychotherapy*. 1998;12(2):163-172.
198. Güleç H, Tamam L, Turhan M, Karakuş G, Zengin M, Stanford MS. Psychometric Properties of the Turkish Version of the Barratt Impulsiveness Scale-11. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*. 2008;18(4).
199. Çuhadaroğlu F. Sonuvar B. Adolesan intiharları ve kendilik imgesi Türk Psikiyatri Dergisi. 1993;4:29-38.
200. Suvarlı Mk. Çocuklarda Ve Adolesans Çağında İntihar: Araştırmalar, Önlemler Ve Çözüm Önerileri. 1995.
201. Diekstra RF. The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1993;87(S371):9-20.
202. Kraemer HC, Kazdin AE, Offord DR, Kessler RC, Jensen PS, Kupfer DJ. Coming to terms with the terms of risk. *Archives of general psychiatry*. 1997;54(4):337-343.
203. Brandon TH. Negative affect as motivation to smoke. *Current Directions in Psychological Science*. 1994;3(2):33-37.
204. Aydın H, Battal S, Özşahin A, Aydınalp K, Boz Ü. İntihar davranışının sosyodemografik özellikleri. XXIV Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmaları I Sayfa Ankara, 238. 1988;247.
205. Yalvaç D. İntihar Girişiminde Bulunan Bireylerde Psikiyatrik Morbidite, Kişilik Bozukluğu ve Bazı Sosyo-Demografik ve Klinik Etmenlerle İlişkisi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi , Tıpta Uzmanlık Tezi, Malatya 2006.
206. Atlı Z. İntihar olasılığı ölçeği (ioö)'nin klinik örneklemedeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması: Adnan Menderes Üniversitesi; 2007.
207. Ercan ES. İntihar Girişimde Bulunan Ergenlerde Sosyodemografik, Psikiyatrik ve Ailesel Özelliklerin Araştırılması, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi , Tıpta Uzmanlık Tezi, İzmir 1998.
208. Cole MS, Feild HS, Harris SG. Student learning motivation and psychological hardiness: Interactive effects on students' reactions to a management class. *Academy of Management Learning & Education*. 2004;3(1):64-85.
209. Öztürk Kılıç E. Sosyal Fobi Etiyolojisine Yönelik Gelişimsel Bir Yaklaşım. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 1999;52(1):45-51.
210. Oktan V, Odacı H, Çelik ÇB. Psikolojik doğum sırasının psikolojik sağlamlığın yordanmasındaki rolünün incelenmesi. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2014.
211. Önder A, Gülay H. İlköğretim 8. sınıf öğrencilerinin psikolojik sağlamlığının çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2008(23).
212. Terzi Ş. Üniversite öğrencilerinin psikolojik dayanıklılıkları ve algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2008;3(29):1-11.
213. Tümlü G. Psikolojik dayanıklılık düzeyleri farklı üniversite öğrencilerinin temas engellerinin incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2012.

214. Yurkewicz W. The relationship among teacher behaviors, science anxiety, and success in science. 1989.
215. Atarbay S. Farklı Bölümlerde Öğrenim Gören Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Kaygı Düzeylerinin Psikolojik Dayanıklılıklarına Etkisi, İstanbul Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2017.
216. Hjemdal O, Vogel PA, Solem S, Hagen K, Stiles TC. The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive-compulsive symptoms in adolescents. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2011;18(4):314-321.
217. Min J-A, Jung Y-E, Kim D-J, Yim H-W, Kim J-J, Kim T-S, et al. Characteristics associated with low resilience in patients with depression and/or anxiety disorders. *Quality of Life Research*. 2013;22(2):231-241.
218. Bedi R, Muller RT, Classen CC. Cumulative risk for deliberate self-harm among treatment-seeking women with histories of childhood abuse. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2014;6(6):600.
219. Borrill J, Fox P, Flynn M, Roger D. Students who self-harm: Coping style, rumination and alexithymia. *Counselling Psychology Quarterly*. 2009;22(4):361-372.
220. Hsu Y-F, Chen P-F. Parental bonding and personality characteristics of first episode intention to suicide or deliberate self-harm without a history of mental disorders. *BMC Public Health*. 2013;13(1):421.
221. Lambert A, de Man AF. Alexithymia, Depression, and Self-Mutilation in Adolescent Girls. *North American Journal of Psychology*. 2007;9(3).
222. Laukkanen E, Rissanen M-L, Tolmunen T, Kylmä J, Hintikka J. Adolescent self-cutting elsewhere than on the arms reveals more serious psychiatric symptoms. *European child & adolescent psychiatry*. 2013;22(8):501-510.
223. Oyefeso A, Brown S, Chiang Y, Clancy C. Self-injurious behaviour, traumatic life events and alexithymia among treatment-seeking opiate addicts: prevalence, pattern and correlates. *Drug and alcohol dependence*. 2008;98(3):227-234.
224. Verrocchio M, Conti C, Fulcheri M. Deliberate self-harm in substance-dependent patients and relationship with alexithymia and personality disorders: a case-control study. *Journal of Biological Regulators and Homeostatic Agents*. 2010;24(4):461-469.
225. Zlotnick C, Shea MT, Pearlstein T, Simpson E, Costello E, Begin A. The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation. *Comprehensive psychiatry*. 1996;37(1):12-16.
226. Bakanlığı TS, Osman Bpdm. Kendini Yaralama Davranışı Olan Ergenlerin Psikiyatrik Ve Sosyokültürel Özellikleri.
227. Aktepe E. Ergenlerde Kendine Zarar Verme Davranışı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2011;10(2).
228. Randall JR, Rowe BH, Dong KA, Colman I. Recent self-harm and psychological measures in the emergency department. *PeerJ*. 2014;2:e667.
229. Janis IB, Nock MK. Are self-injurers impulsive?: Results from two behavioral laboratory studies. *Psychiatry research*. 2009;169(3):261-267.
230. Evren C, Bozkurt M. Impulsivity and opioid use disorder. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2017;30(2):75.
231. Jakubczyk A, Klimkiewicz A, Topolewska-Wochowska A, Serafin P, Sadowska-Mazuryk J, Pupek-Pyziol J, et al. Relationships of impulsiveness and depressive symptoms in alcohol dependence. *Journal of affective disorders*. 2012;136(3):841-847.
232. Evren C, Cinar O, Evren B, Celik S. Relationship of self-mutilative behaviours with severity of borderline personality, childhood trauma and impulsivity in male substance-dependent inpatients. *Psychiatry Research*. 2012;200(1):20-25.
233. Baykara S, Atmaca M. Erkek opiyat kullanımı bozukluğu hastalarında kendine zarar verici davranış ve intihar girişimi öyküsünün dürtüsellik ve bazı klinik verilerle ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2019;20(1).

234. Miller E, Joseph S, Tudway J. Assessing the component structure of four self-report measures of impulsivity. *Personality and Individual differences*. 2004;37(2):349-358.
235. Maser JD, Akiskal HS, Schettler P, Scheftner W, Mueller T, Endicott J, et al. Can temperament identify affectively ill patients who engage in lethal or near-lethal suicidal behavior? A 14-year prospective study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2002;32(1):10-32.
236. Oquendo MA, Galfalvy H, Russo S, Ellis SP, Grunebaum MF, Burke A, et al. Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2004;161(8):1433-1441.
237. Rihmer Z, Benazzi F. Impact on suicidality of the borderline personality traits impulsivity and affective instability. , 22, 2. 2010;22(2):121-128.
238. Wojnar M, Ilgen MA, Czyz E, Strobbe S, Klimkiewicz A, Jakubczyk A, et al. Impulsive and non-impulsive suicide attempts in patients treated for alcohol dependence. *Journal of affective disorders*. 2009;115(1-2):131-139.
239. Sayar K, Öztürk M, Acar B. İlaçla özkıyım girişiminde bulunan ergenlerde belirleyici olarak aleksitimi, umutsuzluk ve depresyon: karşılaştırmalı bir çalışma. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2000;7(1):17-24.
240. Hintikka J, Honkalampi K, Koivumaa-Honkanen H, Antikainen R, Tanskanen A, Haatainen K, et al. Alexithymia and suicidal ideation: a 12-month follow-up study in a general population. *Comprehensive psychiatry*. 2004;45(5):340-345.
241. Yalçın Y. Meme Kanseri Tanısı Almış Hastaların Teşhisden Önce Stresli Yaşam Olaylarıyla Karşılaşma Durumları ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Belirlenmesi, Gaziantep Üniversitesi , Yüksek lisans tezi, Gaziantep 2015.
242. Mak WW, Ng IS, Wong CC. Resilience: enhancing well-being through the positive cognitive triad. *Journal of counseling psychology*. 2011;58(4):610.
243. Williams CL, Davidson JA, Montgomery I. Impulsive suicidal behavior. *Journal of Clinical Psychology*. 1980;36(1):90-94.
244. Akin E, Berkem M. İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerde Öfke ve Dürtüsellik. *Marmara Medical Journal*. 2012;25(3).
245. Wu C-S, Liao S-C, Lin K-M, Tseng MM-C, Wu EC-H, Liu S-K. Multidimensional assessments of impulsivity in subjects with history of suicidal attempts. *Comprehensive Psychiatry*. 2009;50(4):315-321.
246. Baca-Garcia E, Diaz-Sastre C, Resa EG, Blasco H, Conesa DB, Oquendo MA, et al. Suicide attempts and impulsivity. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2005;255(2):152-156.
247. Erarslan Ö. Üniversite öğrencilerinde psikolojik sağlamlık ile depresif belirtilerle yaşam memnuniyeti arasındaki ilişkide benlik saygısı, pozitif dünya görüşü ve umudun aracı rolünün incelenmesi. 2014.
248. Haddadi P, Besharat MA. Resilience, vulnerability and mental health. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2010;5:639-642.
249. Özbek E. Engelli çocuğa sahip anneler ile engelli olmayan çocuğa sahip annelerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin depresyon açısından incelenmesi, Toros Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Mersin 2018.
250. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric. *Journal of nursing measurement*. 1993;1(2):165-17847.
251. Poole JC, Dobson KS, Pusch D. Anxiety among adults with a history of childhood adversity: Psychological resilience moderates the indirect effect of emotion dysregulation. *Journal of affective disorders*. 2017;217:144-152.
252. Schroder HS, Yalch MM, Dawood S, Callahan CP, Donnellan MB, Moser JS. Growth mindset of anxiety buffers the link between stressful life events and psychological distress and coping strategies. *Personality and Individual Differences*. 2017;110:23-26.

253. Schiraldi GR, Jackson TK, Brown SL, Jordan JB. Resilience training for functioning adults: program description and preliminary findings from a pilot investigation. *International journal of emergency mental health*. 2010;12(2):117-129.
254. Lopez O, Haigh C, Burney S. Relationship between hardiness and perceived stress in two generations of Latin American migrants. *Australian Psychologist*. 2004;39(3):238-243.
255. A. K. Üniversite Öğrencilerinin Çocukluk Çağı Travmaları İle Psikolojik Dayanıklılıkları Arasındaki İlişkiye Aleksitimik Özelliklerinin Etkisinin İncelenmesi: Ufuk Üniversitesi; 2019.
256. Jae-Won Choi BC. Resilience and impulsivity in euthymic patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*. 1 January 2015;170:172-1771.
257. Narayanan A. The resilient individual: A personality analysis. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*. 2008;34(2):110-118.
258. Carli V, Jovanović N, Podlešek A, Roy A, Rihmer Z, Maggi S, et al. The role of impulsivity in self-mutilators, suicide ideators and suicide attempters—A study of 1265 male incarcerated individuals. *Journal of affective disorders*. 2010;123(1-3):116-122.
259. Carli V, Mandelli L, Zaninotto L, Alberti S, Roy A, Serretti A, et al. Trait-aggressiveness and impulsivity: Role of psychological resilience and childhood trauma in a sample of male prisoners. *Nordic journal of psychiatry*. 2014;68(1):8-17.
260. Feder A, Nestler EJ, Charney DS. Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nature Reviews Neuroscience*. 2009;10(6):446-457.
261. Motan İ, Gençöz T. Aleksitimi Boyutlarının Depresyon ve Anksiyete Belirtileri ile İlişkileri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2007;18(4).
262. Wise TN, Jani NN, Kass E, Sonnenschein K, Mann LS. Alexithymia: relationship to severity of medical illness and depression. *Psychotherapy and psychosomatics*. 1988;50(2):68-71.
263. Aydın A, Selvi Y, Güzel Özdemir P. Depresyon Hastalarında Aleksitiminin Bedenselleştirme ve Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*. 2013;50(1).
264. Honkalampi K, Hintikka J, Saarinen P, Lehtonen J, Viinamäki H. Is alexithymia a permanent feature in depressed patients? *Psychotherapy and psychosomatics*. 2000;69(6):303-308.
265. Taylor GJ, Parker JD, Bagby RM, Acklin MW. Alexithymia and somatic complaints in psychiatric out-patients. *Journal of psychosomatic research*. 1992;36(5):417-424.
266. Güleç H, Sayar K, Özkorumak E. Somatic symptoms of depression. *Türk Psikiyatri Derg*. 2005;16(2):90-96.
267. Devine H, Stewart SH, Watt MC. Relations between anxiety sensitivity and dimensions of alexithymia in a young adult sample. *Journal of psychosomatic research*. 1999;47(2):145-158.
268. Cox BJ, Swinson RP, Shulman ID, Bourdeau D. Alexithymia in panic disorder and social phobia. *Comprehensive Psychiatry*. 1995;36(3):195-198.
269. Fukunishi I, Kikuchi M, Wogan J, Takubo M. Secondary alexithymia as a state reaction in panic disorder and social phobia. *Comprehensive Psychiatry*. 1997;38(3):166-170.
270. Bagby R, Taylor G, Parker J. A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence. *Am J Psychiatry*. 1990;147(9):1228-1230.
271. Verdejo-García A, Bechara A, Recknor EC, Pérez-García M. Negative emotion-driven impulsivity predicts substance dependence problems. *Drug and alcohol dependence*. 2007;91(2-3):213-219.
272. Anestis MD, Peterson CB, Bardone-Cone AM, Klein MH, Mitchell JE, Crosby RD, et al. Affective lability and impulsivity in a clinical sample of women with bulimia nervosa: The role of affect in severely dysregulated behavior. *International Journal of Eating Disorders*. 2009;42(3):259-266.

273. Wheeler K, Greiner P, Boulton M. Exploring alexithymia, depression, and binge eating in self-reported eating disorders in women. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2005;41(3):114-123.
274. Gori A. Impulsivity, alexithymia and dissociation among pathological gamblers in different therapeutic settings: A multisample comparison study. *Psychiatry Research*. 30 December 2016;246:789-795.
275. Koçoğlu D. Genç Yetişkinlerde Nikotin Bağimliliğinin Kaygı, İmpulsivite Ve Aleksitimiyle İlişkisi, Üsküdar Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2019.
276. Warwick J, Nettelbeck T. Emotional Intelligence is...? Personality and individual differences. 2004;37(5):1091-1100.
277. Serafini G, Gonda X, Canepa G, Pompili M, Rihmer Z, Amore M, et al. Extreme sensory processing patterns show a complex association with depression, and impulsivity, alexithymia, and hopelessness. *Journal of affective disorders*. 2017;210:249-257.
278. Yuill N, Lyon J. Selective difficulty in recognising facial expressions of emotion in boys with ADHD. *European child & adolescent psychiatry*. 2007;16(6):398-404.
279. Burç B. Üniversite Öğrencilerinde Yeme Tutumlari İle Dürtüsellik Ve Aleksitimi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Üsküdar Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2015.

## 8. EKLER

### EK 1. Sosyodemografik Veri Form

#### SOSYODEMOGRAFIK VERİ FORMU

OLGU NO:

YAŞ:

CİNSİYET: 1)KADIN 2)ERKEK

MEDENİ DURUM: 1)EVLİ 2)BEKAR 3)EŞİNDEN AYRILMIŞ

ÇOCUK SAYISI:.....

KARDEŞ SAYISI:.....

EĞİTİM SÜRESİ :

MESLEK: 1)MEMUR 2)işçi 3)ESNAF 4)ÖĞRENCİ 5)EMEKLİ 6)ÇALIŞMIYOR 7)DİĞER.....

YAŞADIĞI YER: 1)İL MERKEZİ 2)İLÇE 3)KÖY

BİREYİN AYLIK GELİR ALGISI: 1)KÖTÜ 2)ORTA 3)İYİ

ANNE EĞİTİM SÜRESİ:

BABA EĞİTİM SÜRESİ:

SİGARA KULLANIMI: 1)YOK 2)VAR (VARSA MİKTARI.....PAKET/YIL)

ALKOL KULLANIM : 1)YOK 2)VAR (VARSA KULLANIM SÜRESİ.....AY/YIL )

MADDE KULLANIMI: 1)YOK 2)VAR (VARSA KULLANIM SÜRESİ.....AY/YIL  
HANGİ MADDELER.....)

İNTİHAR GİRİŞİM SAYISI:..... , KULLANILAN YÖNTEM .....

ŞİMDİKİ İNTİHAR GİRİŞİMİ ÖNCESİNDE STRESSÖR FAKTÖR VAR MI? 1) YOK 2)VAR (.....)

YAŞAM BOYU İNTİHAR DÜŞÜNCE SIKLIĞI NEDİR? A) NADİREN B) SIK C) ÇOK SIK D)HER ZAMAN

ÖNCEKİ İNTİHARI DURDURAN NEDEN:

1) YOK 2) DİNİ 3)YAKINLARINI DÜŞÜNME 4)SAKAT KALMA 5)DİĞER(.....)

AİLEDE İNTİHAR GİRİŞİM ÖYKÜSÜ :1)YOK 2)VAR (VARSA YAKINLIK DERESESİ.....)

DAHA ÖNCESİNDE İNTİHARA TANIK OLDUNUZ MU?.....

İLK İNTİHAR DÜŞÜNCE Sİ KAÇ YAŞINDA? .....

İNTİHAR AMAÇLI OLMAYIP KENDİNE ZARAR VERME GİRİŞİM ÖYKÜSÜ VE SAYISI? .....

EK PSİKİYATRİK HASTALIK ÖYKÜSÜ: 1)YOK 2)VAR (VARSA TANISI.....)

DAHA ÖNCEKİ PSİKİYATRİK TEDAVİ ÖYKÜSÜ.....

PSİKİYATRİDE YATIŞ ÖYKÜSÜ: 1)YOK 2)VAR (VARSA SAYISI.....)

ADLİ SORUN YAŞAMA ÖYKÜSÜ: 1) YOK 2)VAR (VARSA SAYISI:....., CEZALARI.....)

## Ek 2. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ)

### EK A.4 Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

PDÖ	Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirip sizin için en uygun seçeneğin karşısına çarpı (X) işareti koyunuz. 0=Kesinlikle katılmıyorum, 1= Katılmıyorum, 2=Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum, 3=Katılıyorum, 4=Kesinlikle Katılıyorum	0	1	2	3	4
1	Çalışmaktan çok keyif alıyorum.	0	1	2	3	4
2	Hayatın benim için monotonlaşmaya başladığını hissediyorum.	0	1	2	3	4
3	Çok çalışarak her zaman amacıma ulaşabilirim.	0	1	2	3	4
4	Çıkabilecek sorunları önceden kestirerek önlemlerimi alırım.	0	1	2	3	4
5	Devam ettiğim işime/okulumu/mesleğime yürekten bağlıyım.	0	1	2	3	4
6	Hayatımda ilginç ve zaman harcamaya değer şeylerin var olduğunu düşünüyorum.	0	1	2	3	4
7	Her yeni deneyimin yaşamımı zenginleştirdiğini düşünüyorum.	0	1	2	3	4
8	Hep aynı yaşam tarzına bağlı kalmak yerine riskli de olsa yeni şeyler denemeyi tercih ederim.	0	1	2	3	4
9	İnsan hatalarından öğrenir ve gelişir..	0	1	2	3	4
10	Kaderimi değiştirebileceğime inanırım.	0	1	2	3	4
11	Yargılarıma ve kararlarıma daima güvenirim.	0	1	2	3	4
12	Kişisel özgürlüklerimin sınırlandırılmasına genellikle büyük tepki gösteririm.	0	1	2	3	4
13	Kendimle ilgili bir şeyler öğrenmek benim için heyecan vericidir.	0	1	2	3	4
14	"Öldürmeyen şey güçlendirir" cümlesi beni ifade ediyor.	0	1	2	3	4
15	Önceden yaptığım bir programın dışına çıkmak zorunda kaldığımda rahatsız olurum.	0	1	2	3	4
16	Yeni şeyler denemekten hoşlanırım.	0	1	2	3	4
17	Yaşamımda olan önemli değişiklikleri, kişisel gelişimim için bir fırsat olarak görürüm.	0	1	2	3	4
18	Keyif aldığım etkinliklere düzenli olarak katılırım.	0	1	2	3	4
19	Yarın bana ne olacağı bugün yaptıklarına bağlıdır..	0	1	2	3	4
20	Yeni bir işe/projeye/göreve başladığımda ayrıntılı bir plan yapmayı tercih ederim.	0	1	2	3	4
21	Yapacak bir şeylerimin olması benim için önemlidir.	0	1	2	3	4

Ek 3. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAO-20)

**TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ (taö-20)**

Toronto Aleksitimi Ölçeği	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
1. Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem.					
2. Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur.					
3. Bedenimde doktorların bile anlamadığı duygular oluyor.					
4. Duygularımı kolayca tanımlayabilirim.					
5. Sorunları yalnızca tanımlamaktansa onları çözümlenmeyi yeğlerim.					
6. Keyfim kaçtığımda, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem.					
7. Bedenimdeki duygular çoğu kez kafamı karıştırır.					
8. Neden öyle sonuçlandığımı anlamaya çalışmaksızın, işleri oluruna bırakmayı yeğlerim.					
9. Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var.					
10. İnsanların duygularını tanıması zorunludur.					
11. İnsanlar hakkında ne hissettiğimi tanımlamak benim için zordur.					
12. İnsanlar duygularım hakkında daha çok konuşmamı isterler.					
13. İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum.					
14. Çoğu zaman neden öfkeli olduğumu bilmem.					
15. İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim.					
16. Psikolojik dramalar yerine eğlence programları izlemeyi yeğlerim.					
17. İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir.					
18. Sessizlik anlarında bile kendimi birisine yakın hissedebilirim.					
19. Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum.					
20. Film ya da tiyatro oyunlarında gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazza azaltır.					

## Ek 4. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

# Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

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

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.  
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.  
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.  
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.  
(1) Gelecek için karamsarıyım.  
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.  
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyeceğim gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.  
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.  
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.  
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.  
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.  
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.  
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.  
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.  
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.  
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.  
(1) Kendimden pek memnun değilim.  
(2) Kendime kızgıyım.  
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.  
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.  
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.  
(3) Herşeyi yanlış yapıyor muyum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.  
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.  
(2) Kendimi öldürmek isterdim.  
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.  
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.  
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.  
(3) Eskiden ağlayabiliirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.  
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.  
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.  
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.  
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.  
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.  
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.  
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.  
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.  
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.  
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.  
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.  
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş gücü yapabiliyorum.  
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.  
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.  
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uykum her zamanki gibi.  
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.  
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.  
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.  
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.  
(2) Her şey beni yoruyor.  
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.  
(1) Eskisinden daha iştahsızım.  
(2) İştahım çok azaldı.  
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.  
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.  
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.  
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.  
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.  
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafama başka şeylere vermekte zorlanıyorum.  
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.  
(1) Eskisine oranla sekse ilgilim az.  
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.  
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapıpını sanmıyorum.  
(1) Yaptıklarından dolayı cezalandırılabileceğimi düşünüyorum.  
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.  
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

Ek 5. Beck Anksiyete Envanteri (BAE)

BECK ANKSİYETE ENVANTERİ				
<p>Aşağıda insanları kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işaretli koyarak belirtiniz.</p>				
	Hiç	Hafif düzeyde Bazen pek etkilenmedi	Orta düzeyde Hoy değildi ama katlanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya kramplarına				
2. Susuk/ sıkı barmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Övünçsüzlük				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sarsılma				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Düşme korkusu				
10. Sızdırmak				
11. Beğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Yemeklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (susuzluğa bağlı olmayan)				

## Ek 6. Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ-11)

### BARRATT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ

**Açıklamalar:** İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir. Lütfen her cümleyi okuyunuz ve bu sayfanın sağındaki, size en uygun durum için X işareti koyunuz. Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

	Nadiren/ Hiçbir zaman (1)	Bazen (2)	Sıklıkla (3)	Hemen her zaman/ Her zaman (4)
1. İşlerimi dikkatle planlarım				
2. Düşünmeden iş yaparım				
3. Hızla karar veririm				
4. Hiçbir şeyi dert etmem				
5. Dikkat etmem				
6. Uçuşan düşüncelerim var				
7. Seyahatlerimi çok önceden planlarım				
8. Kendimi kontrol edebilirim				
9. Kolayca konsantre olurum				
10. Düzenli para biriktirim				
11. Derslerde ve oyunlarda yerimde duramam				
12. Dikkatli düşünen birisiyim				
13. İş güvenliğine dikkat ederim				
14. Düşünmeden bir şeyler söylerim				
15. Karmaşık problemler üzerine düşünmeyi severim				
16. Sık sık iş değiştiririm				
17. Düşünmeden hareket ederim				
18. Zor problemler çözmem gerektiğinde kolayca sıkılırım				
19. Aklıma estği gibi hareket ederim				
20. Düşünerek hareket ederim				
21. Sıklıkla evimi değiştiririm				
22. Düşünmeden alışveriş yaparım				
23. Aynı anda sadece birtek şey düşünebilirim				
24. Hobilerimi değiştiririm				
25. Kazandığımdan daha fazla harcarım				
26. Düşünürken sıklıkla zihnimde konuyla ilgisiz düşünceler oluşur				
27. Gelecektekenden daha çok şu an ile ilgilenirim				
28. Derslerde veya sinemada rahat oturamam				
29. Yap-boz/puzzle çözmeyi severim				
30. Geleceğini düşünen birisiyim				