



FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

İNTİHARIN ERKEN DÖNEM UYUM BOZUCU
ŞEMALAR VE KİŞİLERARASI İNTİHAR KURAMI
EKSENİNDE İNCELENMESİ

DOKTORA TEZİ

NEFİSE LADİKLİ

İSTANBUL, 2024



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**İNTİHARIN ERKEN DÖNEM UYUM BOZUCU
ŞEMALAR VE KİŞİLERARASI İNTİHAR KURAMI
EKSENİNDE İNCELENMESİ**

DOKTORA TEZİ

**NEFİSE LADİKLİ
(181131001)**

**Danışman
(Doç. Dr. İtir Tarı Cömert)**

İSTANBUL, 2024



FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
TEZ ONAY FORMU

07/02/2024

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Doktora programı öğrencisi 181131001 numaralı Nefise LADIKLI'nın hazırladığı "İntihar Girişiminde Bulunan ve Bulunmayan Klinik Örneklerde İntihar Olasılığının Şema ve İntiharın Kişilerarası Kuramı Ekseninde İncelenmesi" konulu Doktora tezi ile ilgili Tez Savunma Sınavı, 07/02/2024 Çarşamba günü saat 13:00'de yapılmış, sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin **Kabulüne ~~Oy Çetvəsi~~/Oy Birliği** ile karar verilmiştir.

Tez adı değişikliği yapılması halinde: Tez adının İntiharın Erken Dönem Uzun Süreli
Şemada ve Kişilerarası İntihar Kuramı Ekseninde İncelenmesi
şeklinde değiştirilmesi uygundur.

| Jüri Üyesi | Karar |
|--|------------|
| 1. (Danışman) Doç. Dr. İtr TARI CÖMERT | Kabul..... |
| 2. Doç. Dr. Melek ASTAR | Kabul..... |
| 3. Dr. Öğr. Üyesi Sevda SARI DEMİR | Kabul..... |
| 4. Prof. Dr. Sefa SAYGILI | Kabul..... |
| 5. Doç. Dr. İrem ANLI | Kabul..... |
| 6. (İkinci Danışman)*..... | |

*2. Danışman varsa doldurulması gerekmektedir.

ETİK BİLDİRİM

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bağlı olduğum üniversite veya bir başka üniversitedeki başka bir çalışma olarak sunulmadığını beyan ederim.

Nefise Ladikli

**İNTİHARIN ERKEN DÖNEM UYUM BOZUCU ŞEMALAR VE
KİŞİLERARASI İNTİHAR KURAMI EKSENİNDE
İNCELENMESİ**
Nefise Ladikli

ÖZET

Erken dönem uyum bozucu şemalar, karşılanmamış erken dönem ihtiyaçlar ile yetişkinlikteki sorunlu davranış örüntüleri arasındaki ilişkinin altında yatan mekanizma olarak kabul edilmektedir. İntihar olgusunda da hem eylemsel hem de düşünsel açıdan erken dönem uyum bozucu şemaların etkisinin olduğu açıktır. İntihar olgusunu tanımlamaya, sınıflandırmaya ve anlamaya yönelik olarak geliştirilen çok sayıda kuram ve yaklaşım olduğu görülmektedir. Öte yandan, intihar olgusu ve erken dönem uyum bozucu şemaların kapsamlı bir intihar modeli içinde test edilmediği bilinmektedir. Bu çalışmanın öncelikli amacı, güncel intihar kuramlarından biri olan kişilerarası intihar kuramı bileşenlerinden kişilerarası ihtiyaçların aracılık ettiği bir modelde, erken dönem uyum bozucu şemaların intihar düşüncesi ve intihar olasılığına etkisini incelemektir. Ayrıca çalışmada çeşitli risk faktörleri ve koruyucu faktörlerin de belirlenmesi hedeflenmiştir. Araştırmada veri toplama aracı olarak İntihar Olasılığı Ölçeği, Young Şema Ölçeği, Kişilerarası İhtiyaçlar Anketi, Edinilmiş İntihar Yeterliliği-Ölüm Korkusuzluğu Ölçeği ve DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmaya 807 kişi katılmıştır. Araştırmanın hipotezleri, gruplararası karşılaştırma testleri ve çoklu dolaylı etki modeli kullanılarak sınanmıştır. Elde edilen bulgular, erkek cinsiyet, bekar olma ve kendine zarar verme davranışında bulunmanın intihar olasılığı için risk faktörü; çocuk sahibi olma ve dini inanç sahibi olmanın ise intihar olasılığına karşı koruyucu faktör olabileceğini göstermiştir. Daha önce intihar girişiminde bulunmuş kişilerin zedelenmiş otonomi, kopukluk ve yüksek standartlar şema alanları, engellenmiş aidiyet ve algılanan yük olma, edinilmiş intihar yeterliliği ve ölüm korkusuzluğu puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Kurulan modeller, erken dönem uyum bozucu şema alanlarının intihar olasılığında yordayıcı olduğunu göstermiştir. Elde edilen bulgular şema kuramı ve kişilerarası intihar kuramı çerçevesinde tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: İntihar, İntihar Düşüncesi, İntihar Girişimi, Şema, Kişilerarası İhtiyaçlar

**EXAMINATION OF THE SUICIDE ON THE AXIS OF EARLY
MALADAPTIVE SCHEMAS AND INTERPERSONAL THEORY
OF SUICIDE**

Nefise Ladikli

ABSTRACT

Early maladaptive schemas are accepted as the mechanism underlying the relationship between unmet early childhood needs and problematic behavior patterns in adulthood. Early maladaptive schemas have an impact on the suicide, both attempt and ideation. There are many theories and approaches developed to define, classify and understand the suicide. On the other hand, suicide and early maladaptive schemas have not been tested within a comprehensive model. The primary aim of this study is to examine the effect of early maladaptive schemas on suicidal ideation and suicide probability in a model mediated by interpersonal needs, one of the components of interpersonal theory of suicide. It is also aimed to determine various risk factors and protective factors. Suicide Probability Scale, Young Schema Questionnaire, Interpersonal Needs Questionnaire, Acquired Capability for Suicide-Fearlessness About Death Scale and DSM-5 Level 1 Cross-Cutting Symptom Scale were used and the sample consisted of 807 participants. Hypotheses were tested using inter-group comparison tests and multiple mediation model. The findings indicate that male gender, being single, and engaging in self-harming behavior are risk factors for the suicide probability; having children and having religious beliefs may be protective factors against the possibility of suicide. Impaired autonomy, disconnection and unrelenting standards schema domains, thwarted belongingness and perceived burdensomeness, acquired capability for suicide and fearlessness about death scores of participants who have previously attempted suicide were higher. Models have shown that early maladaptive schema domains are predictive of the suicide probability.

The findings were discussed within the framework of schema theory and interpersonal theory of suicide.

Keywords: Suicide, Suicide Ideation, Suicide Attempt, Schema, Interpersonal Needs

ÖN SÖZ

Kişinin kendi yaşam hakkının kendisi tarafından elinden alınması, bireyin kendini öldürerek hayattan ayrılması yalnız bir eylemden ibaret değil, muhakkak ki zorlu ve örseleyici bir sürecin sonucudur. Bu süreci bir olay ile bir kelimeye sığdırmanın nedenleri anlama ve anlamlandırma yetimizi kısıtlayacağı kanaatindeyim. Kişi aslında neyi sonlandırıyor, neden bu yolu seçiyor, niçin yaşamak istemiyor, nasıl ölmeye karar verdi gibi temel soruların girilen intihar çıkmazını görebilmeyi ve yardım eli uzatabilmeyi sağlayacağına inanıyorum. Tez konumu belirlememde bu düşüncelerim etkili oldu.

Bu konuyu seçerken psikoterapi süreçlerinde eşlik ettiğim danışanlarımdan ve gönül verdiğim şema terapiden çok şey öğrendim. Bu öğrendiklerimle harmanlayarak intihar çıkmazının şemalarla olan bağlantılarını anlamaya niyetlendim. Sonuç olarak, bir perspektiften de olsa intihar çıkmazına varan süreci, erken dönem uyum bozucu şemalar kaynağından yola çıkarak anlayabilmeyi ve terapi odasında çözülebilecek nelerin olduğunu ortaya çıkartabilmeyi amaçladım.

Doktora eğitiminin birçok açıdan zorlu bir süreç olduğunu bilerek bu sürece adım attım ve öyle de oldu. Bugün bu çalışmayı ve eğitim sürecini tamamlamamda kendi emek ve gayretim yanında böylesi zorlayıcı bir süreçte bana destek verenlerin de payı var. Lisans eğitimimden bu yana destekleriyle beni daima teşvik eden kıymetli hocalarım Prof. Dr. Musa DUMAN ve Prof. Dr. Muhammed Fatih ANDI'ya minnettarım. Şefkatli ve destekleyici yaklaşımı, ilgisi, sabrı ve samimiyeti ile bir danışmandan çok daha fazlası olan değerli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. İtir TARI CÖMERT'e teşekkürü bir borç biliyorum.

Doktora sürecimde süpervizörlüğümü yürüten ve şema terapi alanında ilerlemem için cesaretlendiren Dr. Öğr. Üyesi Sevda SARI DEMİR ile lisans eğitimimden bu yana nicel yaklaşımları bana sevdiren ve kendisinden çok şey öğrendiğim Doç. Dr. Melek ASTAR hocalarıma jürimde yer alarak tezimi şekillendirmemde kılavuzluk ettikleri için teşekkür ederim. Prof. Dr. Sefa SAYGILI ve Doç. Dr. İrem ANLI hocalarıma da tez savunma sınavıma iştirakleri ve doktora sürecimdeki destekleri için teşekkür ediyorum.

Kendilerinden çok şey öğrendiğim Safiye YİNELEK ve Handan Süreyya AYSUN ARICAN'a, sevgili iş arkadaşlarım Şeymanur DÖNMEZ ve Ayşe Şeyma FINDIK'a ve kıymetli dostum Erdi BAHADIR'a katkıları, destekleri, yoldaşlıkları ve dostlukları için çok teşekkür ederim. Burada ismen anamasam da duaları ve iyi dilekleri ile daima yanımda olduklarını hissettiren herkese en içten teşekkürlerimi sunuyorum.

Doğduğum günden bugüne sevgileri ile beni sarıp sarmalayan ve her zaman yüreklendiren sevgili ailem bu sürecin de her anında bana destek oldu, anlayış gösterdi, beni rahatlattı ve neşelendirdi. Varlıkları için ne kadar şükretsem az kalır.

En büyük teşekkürüm ise eşime. Doktora sürecimin her aşamasını birlikte yaşadık ve başardık. Her zorluğu benimle birlikte göğüsledi, bütün süreçte benimle birlikte çabaladı. Beni bir an olsun yalnız bırakmadı ve hep umut aşıladı. Onun sevgisi, anlayışı, sürekli pozitif, iyi niyetli ve kolaylaştırıcı yaklaşımı olmasaydı bu tezi ve hatta doktora sürecimi tamamlayabileceğimi sanmıyorum. Varlığı ve desteği için sonsuz teşekkür ederim!

Şubat, 2024

Nefise Ladikli

İÇİNDEKİLER

| | |
|--|------|
| ÖZET..... | v |
| ABSTRACT..... | vii |
| ÖN SÖZ..... | ix |
| TABLolar LİSTESİ..... | xiii |
| ŞEKİLLER LİSTESİ..... | xvi |
| KISALTMALAR | xvii |
| GİRİŞ | 1 |
| BİRİNCİ BÖLÜM..... | 3 |
| 1. KURAMSAL ÇERÇEVE..... | 3 |
| 1.1. İNTİHAR DAVRANIŞI..... | 3 |
| 1.1.1. Etimoloji ve Terminoloji | 3 |
| 1.1.2. Epidemiyoloji | 21 |
| 1.1.2.1. Risk Faktörleri | 29 |
| 1.1.2.2. Koruyucu Faktörler..... | 39 |
| 1.1.2.3. Risk Değerlendirmesi ve Yönetimi..... | 49 |
| 1.1.3. Kuramsal Yaklaşımlar | 61 |
| 1.1.3.1. Erken Dönem Yaklaşımlar | 62 |
| 1.1.3.2. Güncel Yaklaşımlar | 70 |
| 1.1.3.2.1. Kişilerarası İntihar Kuramı (KİK)..... | 81 |
| 1.1.3.2.1.1. Kuramsal Bileşenler | 83 |
| 1.1.3.2.1.1.1. Edinilmiş İntihar Yeterliliği..... | 83 |
| 1.1.3.2.1.1.2. Engellenmiş Aidiyet..... | 88 |
| 1.1.3.2.1.1.3. Algılanan Yük Olma..... | 89 |
| 1.1.3.2.2. Kuramsal Model | 90 |
| 1.2. ŞEMA KURAMI..... | 97 |
| 1.2.1. Şema Kavramı..... | 97 |
| 1.2.2. Young'un Şema Kuramı | 100 |
| 1.2.3. Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar ve İntihar Davranışı | 114 |
| İKİNCİ BÖLÜM | 120 |
| 2. YÖNTEM..... | 120 |
| 2.1. EVREN VE ÖRNEKLEM | 120 |
| 2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI..... | 121 |
| 2.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu | 122 |
| 2.2.2. İntihar Olasılığı Ölçeği (İOÖ)..... | 122 |
| 2.2.3. Young Şema Ölçeği (YŞÖ)..... | 125 |
| 2.2.4. Kişilerarası İhtiyaçlar Anketi (KİA)..... | 126 |
| 2.2.5. Edinilmiş İntihar Yeterliliği-Ölüm Korkusuzluğu Ölçeği (EİY-ÖKÖ)..... | 128 |
| 2.2.6. DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği Erişkin Formu (KBÖ-EF)..... | 129 |

| | |
|---|------------|
| 2.3. VERİLERİN ANALİZİ..... | 130 |
| 2.4. MODEL VE HİPOTEZLER | 132 |
| ÜÇÜNCÜ BÖLÜM | 136 |
| 3. BULGULAR | 136 |
| 3.1. MEVCUT DURUM ANALİZİ | 136 |
| 3.1.1. Sosyodemografik Değişkenler..... | 136 |
| 3.1.2. Tıbbi ve Psikiyatrik Değişkenler | 139 |
| 3.1.3. İntihar Olgusuna İlişkin Değişkenler..... | 142 |
| 3.2. ÖLÇEK PUANLARI İÇİN BETİMLEYİCİ İSTATİSTİKLER..... | 147 |
| 3.3. ÖLÇEKLER VE ALT BOYUTLAR ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ | 150 |
| 3.4. GRUPLAR ARASI FARKLILIKLARIN İNCELENMESİ | 152 |
| 3.5. ÇOKLU DOLAYLI ETKİ (ÇOKLU ARACILIK) MODELİNİN TESTİ ... | 160 |
| DÖRDÜNCÜ BÖLÜM | 184 |
| 4. TARTIŞMA | 184 |
| 4.1. VERİ TOPLAMA SÜRECİNİN VE MEVCUT DURUM ANALİZİ YOLUYLA ÖRNEKLEMİN DEĞERLENDİRİLMESİ | 186 |
| 4.2. ÖLÇEKLER VE ALT BOYUTLAR ARASI İLİŞKİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ..... | 190 |
| 4.3. GRUPLAR ARASI FARKLILIKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ..... | 193 |
| 4.3.1. Cinsiyet | 194 |
| 4.3.2. Medeni Durum | 197 |
| 4.3.3. Çocuk Sahibi Olma..... | 198 |
| 4.3.4. Dini İnanç | 198 |
| 4.3.5. Kendine Zarar Verme | 200 |
| 4.3.6. Kronik Hastalık | 201 |
| 4.3.7. Biriyle Birlikte veya Yalnız Yaşama | 202 |
| 4.3.8. Bakım Verme | 203 |
| 4.3.9. İntihara Maruz Kalma | 204 |
| 4.3.10. İntihar Girişimi ve Şema Alanları..... | 206 |
| 4.3.11. İntihar Girişimi ve Kişilerarası İhtiyaçlar | 213 |
| 4.3.12. İntihar Girişimi ve Edinilmiş İntihar Yeterliliği-Ölüm Korkusuzluğu | 213 |
| 4.4. ÇOKLU DOLAYLI ETKİ (ÇOKLU ARACILIK) MODELLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ..... | 213 |
| SONUÇ..... | 226 |
| KAYNAKÇA | 230 |
| EKLER..... | 297 |

TABLULAR LİSTESİ

| | |
|---|-----|
| Tablo 1. İÖÖ Alt Boyutları ve Madde Dağılımı | 125 |
| Tablo 2. YŞÖ Şema Alanları, Alt Boyutları ve Madde Dağılımı | 126 |
| Tablo 3. KİA Alt Boyutları ve Madde Dağılımı | 128 |
| Tablo 4. KBÖ-EF Belirti Alanları, Değerlendirme Ölçütleri ve Madde Dağılımı..... | 130 |
| Tablo 5. Sosyodemografik Değişkenlerin Frekans Dağılımı | 137 |
| Tablo 6. Yaş ve Aylık Gelir İçin Betimleyici İstatistikler | 139 |
| Tablo 7. Tıbbi ve Psikiyatrik Değişkenlerin Frekans Dağılımı..... | 139 |
| Tablo 8. KBÖ Belirti Düzeylerinde Yükselme Durumlarının Frekans Dağılımı..... | 140 |
| Tablo 9. DSM-5 Belirti Düzeylerinin Frekans Dağılımı..... | 141 |
| Tablo 10. İntihar Olgusuna İlişkin Değişkenlerin Frekans Dağılımı | 144 |
| Tablo 11. DSM-5 Belirti Düzeyleri ile İntihar Girişimi Grupları Arasındaki İlişkinin Ki-Kare Bağımsızlık Testi ile İncelenmesi | 146 |
| Tablo 12. İÖÖ Genel ve Alt Boyut Toplam Puanları İçin Betimleyici İstatistikler..... | 147 |
| Tablo 13. YŞÖ Genel ve Alt Boyut Toplam Puanları İçin Betimleyici İstatistikler..... | 148 |
| Tablo 14. KİA ve EİY-ÖKÖ Genel ve Alt Boyut Toplam Puanları İçin Betimleyici İstatistikler | 148 |
| Tablo 15. KBÖ Alt Boyut Toplam Puanları İçin Betimleyici İstatistikler..... | 149 |
| Tablo 16. Ölçekler ve Alt Boyutlar Arası İlişkilerin Korelasyon Analizi ile İncelenmesi..... | 151 |
| Tablo 17. İÖÖ Genel ve Alt Boyut Toplam Puanlarının Cinsiyet Grupları Açısından Karşılaştırılması | 152 |
| Tablo 18. İÖÖ Genel ve Alt Boyut Toplam Puanlarının Medeni Durum Grupları Açısından Karşılaştırılması .. | 153 |
| Tablo 19. İÖÖ Genel ve Alt Boyut Toplam Puanlarının Birlikte-Yalnız Yaşama Durumu Açısından Karşılaştırılması | 153 |

| | |
|--|-----|
| Tablo 20. İÖÖ Genel ve Alt Boyut Toplam Puanlarının Çocuk Sahibi Olma Durumu Açısından Karşılaştırılması | 154 |
| Tablo 21. İÖÖ Genel ve Alt Boyut Toplam Puanlarının Başkasına Bakım Verme Durumu Açısından Karşılaştırılması | 154 |
| Tablo 22. İÖÖ Genel ve Alt Boyut Toplam Puanlarının Dini İnanç Durumu Açısından Karşılaştırılması | 155 |
| Tablo 23. İÖÖ Genel ve Alt Boyut Toplam Puanlarının Kronik Hastalık Durumu Açısından Karşılaştırılması | 156 |
| Tablo 24. İÖÖ Genel ve Alt Boyut Toplam Puanlarının Ailede-Çevrede İntihar Durumu Açısından Karşılaştırılması | 156 |
| Tablo 25. İÖÖ Genel ve Alt Boyut Toplam Puanlarının Kendine Zarar Verme Davranışı Açısından Karşılaştırılması | 157 |
| Tablo 26. Daha Önce İntihar Girişiminde Bulunmuş ve Bulunmamış Gruplarda YŞÖ Şema Alanları Toplam Puanlarının Karşılaştırılması | 157 |
| Tablo 27. Daha Önce İntihar Girişiminde Bulunmuş ve Bulunmamış Gruplarda YŞÖ Alt Boyut Toplam Puanlarının Karşılaştırılması..... | 159 |
| Tablo 28. Daha Önce İntihar Girişiminde Bulunmuş ve Bulunmamış Gruplarda KİA Genel ve Alt Boyut Toplam Puanlarının Karşılaştırılması..... | 160 |
| Tablo 29. Daha Önce İntihar Girişiminde Bulunmuş ve Bulunmamış Gruplarda EİY-ÖKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 160 |
| Tablo 30. Zedelenmiş Otonomi Şema Alanı ve İntihar Olasılığı Arasındaki İlişkide Algılanan Yük Olma, Engellenmiş Aidiyet ve İntihar Düşüncesinin Aracılık Rolünün İncelenmesi | 162 |
| Tablo 31. Zedelenmiş Otonomi Şema Alanı ve İntihar Olasılığı Arasındaki İlişkide Dolaylı Etkilerin İncelenmesi | 163 |
| Tablo 32. Kopukluk Şema Alanı ve İntihar Olasılığı Arasındaki İlişkide Algılanan Yük Olma, Engellenmiş Aidiyet ve İntihar Düşüncesinin Aracılık Rolünün İncelenmesi | 166 |
| Tablo 33. Kopukluk Şema Alanı ve İntihar Olasılığı Arasındaki İlişkide Dolaylı Etkilerin İncelenmesi | 167 |
| Tablo 34. Yüksek Standartlar Şema Alanı ve İntihar Olasılığı Arasındaki İlişkide Algılanan Yük Olma, Engellenmiş Aidiyet ve İntihar Düşüncesinin Aracılık Rolünün İncelenmesi | 170 |

| | |
|--|-----|
| Tablo 35. Yüksek Standartlar Şema Alanı ve İntihar Olasılığı Arasındaki İlişkide Dolaylı Etkilerin İncelenmesi | 171 |
| Tablo 36. Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanı ve İntihar Olasılığı Arasındaki İlişkide Algılanan Yük Olma, Engellenmiş Aidiyet ve İntihar Düşüncesinin Aracılık Rolünün İncelenmesi | 174 |
| Tablo 37. Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanı ve İntihar Olasılığı Arasındaki İlişkide Dolaylı Etkilerin İncelenmesi | 175 |
| Tablo 38. Başkaları Yönelimlilik Şema Alanı ve İntihar Olasılığı Arasındaki İlişkide Algılanan Yük Olma, Engellenmiş Aidiyet ve İntihar Düşüncesinin Aracılık Rolünün İncelenmesi | 178 |
| Tablo 39. Başkaları Yönelimlilik Şema Alanı ve İntihar Olasılığı Arasındaki İlişkide Dolaylı Etkilerin İncelenmesi | 179 |
| Tablo 40. Şema Alanlarının İntihar Olasılığı Üzerindeki Etki Büyüklükleri ve Kurulan Aracılık Modellerinin Açıkladığı Varyans Yüzdeleri..... | 181 |
| Tablo 41. Şema Alanlarının İntihar Düşüncesi Üzerindeki Etki Büyüklükleri ve Kurulan Aracılık Modellerinin Açıkladığı Varyans Yüzdeleri..... | 182 |

ŞEKİLLER LİSTESİ

| | |
|--|-----|
| Şekil 1. Kişilerarası İntihar Kuramının Temel Yapıları | 92 |
| Şekil 2. Kişilerarası İntihar Kuramına Göre Ciddi İntihar Girişiminin Etiyolojisi ve Nedensel Süreç | 96 |
| Şekil 3. Bilişsel Kurama Göre Temel Bilişsel Yapılar | 100 |
| Model 1. Erken Dönem Uyum Bozucu Şema Alanları ve İntihar Olasılığı Arasındaki İlişkide Engellenmiş Aidiyet, Algılanan Yük Olma ve İntihar Düşüncesinin Aracılık Rolü | 132 |
| Model 2. Zedelenmiş Otonomi Şema Alanı ve İntihar Olasılığı Arasındaki İlişkide Algılanan Yük Olma, Engellenmiş Aidiyet ve İntihar Düşüncesinin Aracılık Rolü | 164 |
| Model 3. Kopukluk Şema Alanı ve İntihar Olasılığı Arasındaki İlişkide Algılanan Yük Olma, Engellenmiş Aidiyet ve İntihar Düşüncesinin Aracılık Rolü..... | 168 |
| Model 4. Yüksek Standartlar Şema Alanı ve İntihar Olasılığı Arasındaki İlişkide Algılanan Yük Olma, Engellenmiş Aidiyet ve İntihar Düşüncesinin Aracılık Rolü..... | 172 |
| Model 5. Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanı ve İntihar Olasılığı Arasındaki İlişkide Algılanan Yük Olma, Engellenmiş Aidiyet ve İntihar Düşüncesinin Aracılık Rolü..... | 176 |
| Model 6. Başkaları Yönelimlilik Şema Alanı ve İntihar Olasılığı Arasındaki İlişkide Algılanan Yük Olma, Engellenmiş Aidiyet ve İntihar Düşüncesinin Aracılık Rolü | 180 |

KISALTMALAR

| | |
|------------|--|
| AAS | Amerikan İntiharbilim Derneği |
| AIDS | Edinilmiş Bağışıklık Yetmezliği Sendromu |
| ALS | Amyotrofik Lateral Skleroz |
| APA | Amerikan Psikoloji Birliği |
| CDC | Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol Merkezleri |
| COVID | Koronavirüs Hastalığı |
| DBT | Diyalektik Davranış Terapisi |
| DSM | Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı |
| DSÖ | Dünya Sağlık Örgütü |
| EİY-ÖKÖ | Edinilmiş İntihar Yeterliliği-Ölüm Korkusuzluğu Ölçeği |
| FTP | Çokboyutlu Zaman Perspektifi |
| H1, H2, H3 | 1., 2., 3. hipotezler |
| HIV | İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü |
| İOÖ | İntihar Olasılığı Ölçeği |
| KBÖ | Kesitsel Belirti Ölçeği |
| KBÖ-EF | Kesitsel Belirti Ölçeği Erişkin Formu |
| KİA | Kişilerarası İhtiyaçlar Anketi |
| KİK | Kişilerarası İntihar Kuramı |
| LGBTIQA+ | Lezbiyen, Gay, Biseksüel, Trans, İnterseksüel, Queer, Aseksüel (ve dahası) |
| M1, M2, M3 | 1., 2., 3. aracı değişken |
| MS | Multipl Skleroz |
| NIMH | Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü |
| OCDS | İntiharı Saptama İçin Operasyonel Kriterler |
| OECD | Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü |
| SDVCS | Kendine Yönelik şiddeti Sınıflandırma Sistemi |
| SH | Standart hata |
| SS | Standart sapma |
| TSSB | Travma Sonrası Stres Bozukluğu |
| TÜİK | Türkiye İstatistik Kurumu |

| | |
|---------|---|
| vd. | ve diğerleri |
| X | Bağımsız değişken |
| Y | Bağımlı değişken |
| YSQ-L | Young şema leği Uzun Formu |
| YSQ-SF | Young şema leği Kısa Formu |
| YSQ-SF3 | Young şema leği Kısa Formu Güncel Versiyonu |

GİRİŞ

En genel tanımıyla “kişinin kendini öldürmesi” anlamına gelen intihar, sosyolojik ve psikolojik neden-sonuç ilişkileri içerisinde çözümlenmeye ihtiyaç duyan bir olgu, bireysel ve toplumsal düzlemde ele alınması gereken çok boyutlu bir halk sağlığı sorunudur. İntiharın bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınması; öldürücü ve öldürücü olmayan intihar davranışlarının görülme sıklığı, yaygınlığı ve özellikleri hakkında doğru bilgilerin devamlı ve sistematik olarak toplanmasını, analiz edilmesini ve yayılmasını gerektirir. Bu devamlı ve sistematik süreçte, intihar olgusunu tanımlama ve sınıflandırma girişimleri önemli bir role sahiptir. Tanımlama ve sınıflandırma, epidemiyolojik verilerin yorumlanmasında, risk faktörlerinin, koruyucu faktörlerin, risk değerlendirme, yönetim, müdahale ve önleme stratejilerinin belirlenmesinde yol göstericidir. Diğer yandan tanımlama ve sınıflandırma çalışmaları, intihar olgusunu anlama, açıklama, anlamlandırma ve çeşitli faktörlerle olan bağlantılarını keşfetme süreçleri klasik kuram ve/veya modern yaklaşımlardan bağımsız değildir. Bu bölümün ilk başlığında intihar davranışının etimolojik, terminolojik, epidemiyolojik ve kuramsal olarak açıklanması amaçlanmıştır. Aynı zamanda çalışmanın intihar tarafında kuramsal çerçevesinin aktarılması da hedeflenmiştir.

İntihar olgusu ekseriyetle toplumsal bir sorun olarak görülmekle beraber; bireysel boyutta, kendini yok etmeyle sonuçlanacak içsel bir süreç olarak ifade edilebilir. Bu içsel sürecin birçok yönden araştırılması ve çok çeşitli kaynaklarla ilişkilendirilmesi mümkündür. Kişilerin yaşam deneyimlerine anlam sağlamak üzere gündelik uyarıları işleme, anlam ve işlenen içeriğe bağlı olarak güdüsel, duygusal, fizyolojik sistemler gibi mekanizmaları işletme görevinin bilişsel düzeyde şemalar tarafından üstlenildiği bilinmektedir. O halde, intiharla bağlantılı zihinsel ve bilişsel süreçlerin de tıpkı gündelik uyarılar gibi şemalar aracılığıyla şekillendirildiği, fakat intihar olgusunun doğası gereği işlev bozucu, olumsuz, zedelenmiş veya yanlış yapılanmış şemaların etken olabileceği düşünülebilir. Bu bölümün ikinci başlığında

şema ve erken dönem uyum bozucu şema yapılarına değinilmiş, intihar olgusu ile erken dönem uyum bozucu şemalar arasındaki ilişkiler mevcut literatürden hareketle açıklanmıştır. Aynı zamanda çalışmanın klinik yönelim ve kuramsal ekseni de oluşturulmuştur.

Bu çalışma ile, kişilerarası intihar kuramı bileşenleri ve şema terapinin temelinde yer alan erken dönem uyum bozucu şemalar entegre edilerek intihar olasılığında rol oynayan bilişsel yapıların tespit edilmesi amaçlanmaktadır. Erken dönem uyum bozucu şema alanlarının karşılanamayan kişilerarası ihtiyaçlar, intihar düşüncesi ve ciddi intihar girişimlerini öngörebilme gücünü ve bunlarla etkileşimini ortaya koyarak istatistiki ve kuramsal bulguların yanında klinik çıkarımların da elde edilmesi hedeflenmektedir.

BİRİNCİ BÖLÜM

1. KURAMSAL ÇERÇEVE

1.1. İNTİHAR DAVRANIŞI

1.1.1. Etimoloji ve Terminoloji

İntihar kelimesi, Arapça'da "bir hayvanı boğazından kesmek" anlamına gelen *nahr* (نحر) kökünden türetilmiştir (Çağbayır, 2007). Arap dili gramerinde kelime köklerine çeşitli kalıplar (*bâb*) aracılığıyla farklı anlamlar kazandırılmaktadır. *Nahr* kelimesi de bu yolla *iftiâl* kalıbına nakledilmekte, "kendini öldürmek, canına kıymak" anlamlarına gelen *intihar* (إنتحار) mastarı ve eylemin failini ifade ederek "kendini öldüren" anlamındaki *müntehir* (منتحر) ismi elde edilmektedir. Kelime Türkçe'de daha çok "etmek" yardımcı fiiliyle beraber kullanılmaktadır (Ermers, 2007).

İntihar kelimesinin önemli Türkçe sözlüklerde Arapça aslı ile benzer şekillerde anlamlandırıldığı görülmektedir: Ruhsal bunalım sonucu kişinin kendi hayatına son vermesi girişimi ve bu şekilde ölüm; kendi kendini öldürme, bir kimsenin kendi hayatını tehlikeye sokacak davranış, kendi hayatına kendi eliyle son verme (Çağbayır, 2007); (kendi) kendini öldürme (Sami, 2014; Tietze, 2009; Tuğlacı, 1985); (mecazen) kendi otoritesini, nüfuzunu kendi eliyle tehlikeye düşürme veya yok etme, yaparı yok etmeye yönelik eylem (Tuğlacı, 1985); canına kıymak (Ayverdi, 2008). Etimolojik açıdan ele alındığında, Türkçe'de intihar sözcüğünün kökeni ve doğrudan anlamı üzerine görüş ayrılığının bulunmadığı görülmektedir. "Kendi otoritesini, nüfuzunu kendi eliyle tehlikeye düşürme veya yok etme" mecaz anlamında intiharın doğrudan anlamıyla paralel olarak, kişinin kendi yaşamsal ve sosyal bağlarına saldırıda bulunması, zarar vermesi veya tehlike oluşturması intihar kelimesiyle ifade edilmektedir. Bunun yanında, intiharın "Bir kimsenin kendi hayatını tehlikeye sokacak davranış" (Çağbayır, 2007) şeklinde tanımlanması hayati tehlike oluşturabilecek davranışların da intihar olarak anlamlandırılabilmesine işaret etmektedir.

Batı dilleri İngilizce özelinde incelendiğinde, kasten kendini öldürme olarak anlamlandırılan *suicide* kelimesinin, Latince *suicidium*¹ kelimesinden geldiği görülmektedir. Kelimenin basılı halde ilk kullanımına Religio Medici'nin 1643 tarihli baskısında rastlandığı, 17. yüzyıl öncesi çeşitli eserlerde *voluntary death*, *self kill(ed)*, *kill (his) own body*, *hang(ed) (him)self*, *self-homicide* gibi intiharı ifade eden ya da tarifleyen kullanımlar bulunsa da doğrudan *suicide* kelimesinin kullanılmamış olduğu belirtilmektedir (Barracough ve Shepherd, 1994). Sör Thomas Browne'nin, klasik kaynaklardan türeterek *hallucination*, *insecurity*, *medical* gibi birçok yeni kelimeye yer verdiği Religio Medici'de (1643) ilk ve yalnız bir kez kullanılan *suicide* kelimesinin; eserde yer alabileceği diğer yerlerde kullanılmayarak bunun yerine *destroy (themselves)*, *drown (-ed himself)*, *hang (-ed himself)* gibi fiillerin tercih edilmesi, *suicide* kelimesinin de Browne tarafından icat edilen yeni bir kelime olduğunu düşündürmektedir (Alvarez, 1971). Barracough ve Shepherd (1994), *suicide* kelimesinin Latince “katil” anlamındaki *homicida*'dan İngilizce'ye geçen *homicide* kelimesinden benzerlik kurularak üretilmiş olabileceği üzerinde durmaktadır. Sonraki eserlerde kendini öldürme, katletme anlamlarını taşıyan *suicide*, modern İngilizcede tamamlanmış kendini öldürme eylemi anlamında kullanılmaktadır (Barracough, 1992; Barracough ve Noyes, 1989). Bununla beraber *suicide* kelimesinden türetilen teknik terimler, birleşik isimler ve mecaz kullanımlarla sözcüğün kullanım alanı artmıştır. Kreitman ve diğerleri (1969) tarafından kelimeye Yunanca “simülasyon” anlamı taşıyan *para-* ön ekinin eklenmesiyle, intihar niyeti

¹ Kelime şu bileşen ve anlamlardan oluşmaktadır: *s(u)w-o-* (birinin kendi) kökünden *sui-* (kendinin), *caedere* (katletmek) kökünden *-cidium* ((bir)öldürme)

taşımayan kasten kendine zarar verme anlamına gelen *parasuicide*²⁻³ kelimesi türetilmiştir.

İntiharın tanımına ilişkin uluslararası yazın, intihar ve intiharla bağdaşan davranışların tanımlanması ve ilişkilendirilmesi noktasında birçok farklı görüşü barındırmaktadır. Bu görüşler etrafında çeşitlenen tanımların her birinde intiharın farklı bileşenleri vurgulanmaktadır. Kendine zarar verme, intihar girişimi gibi terimlerin tanımlarının da intiharın anlam ve tanımından yola çıkılarak yapıldığı üzerinde durulmaktadır (Silverman, 2006). İntiharın en basit anlamıyla kendini öldürme olduğunda şüphe olmamakla beraber, erken dönemde uzlaşma sağlanmadığı halde oluşturulan çeşitli sınıflandırmalar ve şemalar, terimsel ve tanımsal kalabalığa katkıda bulunmuş görünmektedir. Oysa, özellikle klinik uygulamalarda standart bir

² *Parasuicide* kelimesi, kişinin kendisine fiilen ve potansiyel olarak fiziksel zarar veren bir eylemin doğrudan faili olduğu fakat kendi kendini yok etme niyeti taşımadığı, eylemin nadiren doğrudan ölüme yönelik olarak yorumlanabilmesi sebebiyle intiharı taklit eden olaylar için önerilmiştir (Kreitman vd., 1969). *Para-* (*παρά-*) ön eki Yunanca kökeninde; yanında, tarafından, yanından, beraberinde hareket eden anlamlarında kullanılmaktadır (Liddell ve Scott, 1940). İngilizce’de yine bir ön ek olarak yakından benzeyen, yakından ilişkili, gibi olan, hatalı, anormal, -dan başka, ötesinde, dışında anlamları kazanmıştır (Merriam-Webster, 2022). Türkçe sondan eklemeli bir dil olduğundan *para-* ön ek olarak dile geçmemiştir. Fakat istisnai olarak *paratiroid*, *paranormal* kelimeleri gibi *parasuisid* kelimesinin de pratikte (özellikle tıp alanı ve psikiyatri dalında) kullanıldığı gözlenmektedir. *Para-* ön ekinin gibi olan, benzeyen, simüle edilen anlamları düşünüldüğünde, *para-* yerine; eklendiği kelimeye yüklü, taşıyan, sahip, bir niteliğe sahip olan anlamları katan Farsça *-vâr* edatından türetilerek *-vâri* son eki şeklinde Türkçe’ye geçen son ekin kullanılması; bu yolla *parasuicide* kelimesinin Türkçe karşılığı olarak *intiharvâri* kelimesi önerilebilir. Bu çalışmada *parasuicide* olarak tanımlanan davranışlar için *intiharvâri* terimi tercih edilmiştir.

³ Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Çok Merkezli Parasuisid Çalışması (1992), tanımsal soruna yanıt vermek amacıyla kapsayıcı ve aşırı kapsamlı *parasuicide* terimini resmi olarak kullanıma sunmuştur. Terim, çalışmaya katılan 35 merkez arasında homojen bir veri toplama girişimi yoluyla; davranış intihar olsun veya olmasın ardındaki niyetten bağımsız olarak tüm öldürücü olmayan kendine zarar verme davranışlarını kapsayacak şekilde test edilmiştir (Schmidtke vd., 2004). Fakat önerilen terimin kullanım yönünden zor ve kafa karıştırıcı olduğu görülmüş, alana daha fazla karışıklık getirdiği saptanmıştır. Bu durumu ortadan kaldırmak amacıyla çalışma, 1999 yılında Çok Merkezli İntihar Davranışı Çalışması olarak yeniden adlandırılmıştır. Yeni çalışmada *parasuicide* terimi yerine; eşdeğer şekilde aşırı kapsamlı, sonuca dayanan *nonfatal suicidal behavior* terimi tercih edilmiştir (De Leo vd., 2006).

terminolojinin varlığı şu avantajları beraberinde getirir: Hem bireysel hem de intihara meyilli hastalar için tek bir klinisyenin risk değerlendirmesinde, yönetiminde; tedavi uygulamasının netliğinde, doğruluğunda ve tutarlılığında artış; risk değerlendirmesi, risk yönetimi ve devam eden tedavi süreçleriyle ilgili olarak klinisyenler arasındaki iletişimin netliğinde, doğruluğunda ve tutarlılığında iyileşme; intihar riski değerlendirmesi, klinik karar verme ve ilişkili yönetim stratejileri ile devam eden tedavi süreciyle ilgili dokümantasyonun doğruluğunda ve netliğinde iyileşme; hatalı ve potansiyel olarak küçük düşürücü terminolojinin ortadan kaldırılması; hasta ve klinisyen arasındaki iletişimde iyileşme ve gelişme; nihai klinik sonucu belirleyen açık ve örtük intihar niyetinin öneminin ve karmaşıklığının kabul edilerek tahmine dayalı klinik hedeflerin saf dışı bırakılması (Rudd, 2000a). Ek olarak, intihar çalışmaları arasında örneklemi ve bulguları karşılaştırabilmek için de standart bir terminolojiye ihtiyaç vardır. Net tanımlar olmadan farklı araştırma gruplarınca farklı ülkeler veya örneklemelerde yapılan araştırmaları kıyaslamak, bulguları ilişkilendirmek veya ortak bir yorumda bulunmak çok da sağlıklı olmayacaktır.

Tanım ve terminolojiye olan bu ihtiyaç çağdaş intiharbilim için bir zemin oluşturmuştur. İntihar terminolojisi, intihar ve intiharla ilgili davranışların temel klinik fenomenlerini kullanışlı, mantıksal ve minimum sayıda gerekli bileşen ögesine dayanarak tanımlayan, yaygın olarak anlaşılır ve geniş çapta kabul gören terimler dizisini kapsamaktadır (Silverman, 2006). Bu doğrultuda intiharbilimin erken döneminde Douglas (1967) tarafından, döneminde bilimsel olmakla beraber entelektüel ya da felsefi aşırılıklar (intiharı güzelleme, yüceltme veya eylemin anlamsal derinliğine işaret etme gibi) taşıyan tanımlamalar hariç tutularak, intiharın tanımında olması gereken unsurlar kabaca şu şekilde toparlanmıştır: (1) Eylemi başlatanın ölümüne yol açacak bir eylemin başlatılması; (2) (eylemi başlatmaya irade gösterenin) ölümüne yol açacak bir eyleme yönelik irade (ve istek); (3) kendini yok etme arzusu; (4) istek kaybı; (5) eylemi başlatanın ölümüne yol açacak ve eylemi başlatmaya hazır hale getiren ölü olma veya ölme motivasyonu; (6) eylemi başlatanın, eylemin nesnel şekilde ölüm durumuyla sonuçlanacağına dair bilgi sahibi olması.

İntiharın tanımlanmasına yönelik ilk geniş çaplı çalışma 1980'lerde Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol Merkezleri⁴ (CDC) tarafından gerçekleştirilmiştir. İntiharın tanımlanması için gerekli ölçütlerin belirlenmesi amacıyla adli tıp uzmanları, adli hekimler, istatistikçiler ve halk sağlığı kurumlarının katılımıyla geniş çaplı bir çalışma grubu yürütülmüştür. Bu grup tarafından, intiharı saptamak için gerekli üç ölçüt belirlenmiştir: (1) Kişinin kendini öldürme niyetiyle (2) kendi yaptığı bir eylemden kaynaklanan (3) ölüm⁵ (Rosenberg vd., 1988). Bu ölçütler klinik ve önleme çalışmaları için gerekli olan nedensellik ilişkileri hakkındaki bilginin o dönemdeki sınırlılığı gerekçe gösterilerek eleştirilmiştir. Bunlar yerine, ölçütlere dayalı olarak kesin ve tanımlanmış bir terminoloji geliştirilmesi, bu sayede intihar davranışlarına yönelik anlaşılabilirliğin artırılması ve iletişimin kolaylaştırılması önerilmiştir (O'Carroll vd., 1996). Sonraki yıllarda, belirlenen üç ölçüt kullanılarak; intihar düşüncesi, yardım arayışı ve ötenaziye de içerecek şekilde, ölümcül ve ölümcül olmayan tüm intihar davranışları için bir terminolojinin gerekliliğine vurgu yapılmıştır (Marušič, 2004). De Leo ve diğerleri (2004) tarafından, üç ölçüt ve bu ölçütlerle oluşturulan tanım ile diğer başka tanımlar incelendiğinde şu unsurların ortak olduğu görülmüştür: (1) Ölümcül sonucu olan davranış, (2) davranışın kişinin kendisi tarafından kendine yönelik yapılması, aktif veya pasif olarak kendisi tarafından başlatılması, (3) ölme niyeti veya beklentisi. İncelenen tanımların kapsamlı değerlendirmesi sonunda intihar için şu tanım önerilmiştir: Ölenin potansiyel olarak ölümcül olacağını bilerek ve bekleyerek, istediği değişiklikleri sağlamak için başlattığı ve gerçekleştirdiği eylem. Kişinin istediği değişiklikleri sağlamak amacıyla ölüm veya bedensel zarara uğrama riski olarak veya bunları bekleyerek başlattığı ve gerçekleştirdiği ölümcül olmayan sonuçları olan alışkanlık dışı eylemler ise ölümcül olmayan intihar davranışı olarak adlandırılmıştır.

⁴ 1980-1992 arasındaki ismiyle Centers for Disease Control. 1992 yılında kongre tarafından "and Prevention" uzantısı eklenerek şu an kullanılan Centers for Disease Control and Prevention ismini almıştır.

⁵ Bu kriterler, Operational Criteria for the Determination of Suicide (OCDS) – İntiharı Saptama İçin Operasyonel Kriterler olarak isimlendirilmiştir.

De Leo ve diğçerlerince incelenen sekiz tanımı da içeren bir derlemede, bilimsel literatürde sıkça referans alınan on beş intihar tanımı olduğu belirtilmiştir (Silverman, 2006). Tanımların çoğunun kuramsal olarak sınırlandırılmış; psikoloji, psikiyatri, sosyoloji, halk sağlığı ve felsefe gibi bakış açıları üzerine temellendirilmiş olduğu görölmektedir:

- Nefret veya öldürme arzusu içeren cinayet, sıklıkla suçluluk veya öldürölmüş olma isteği içeren kendi kendini öldürme ve umutsuzlukla ölmeyi isteme (Menninger, 1938).
- Ölenin, ölümle sonuçlanacağını bildiği halde gerçekleştirdiği pozitif veya negatif eyleminden dolayı, doğrudan ya da dolaylı olarak ölümle sonuçlanan tüm durumlar (Durkheim, 1951).
- Öznenin, varoluşsal bir soruna kendi yaşamına yönelik bir girişimde bulunarak çözüm arayışına (ve buluşuna) dair tüm davranışlar (Baechler, 1975).
- Muhtaç durumdaki bir bireyde, intiharın en iyi çözüm olarak algılandığı çok boyutlu rahatsızlık hali; bilinçli bir kendi kendini yok etme eylemi (Schneidman, 1985).
- Ölenin, ölümcül bir sonucu bilerek veya bekleyerek, arzu ettiği değişikliklere yol açmak amacıyla başlatıp sürdürdüğu ölümcül sonuçlu eylem (Dünya Sağlık Örgütü, 1986).
- Görünürde yaşama arzusu olmaksızın ölümcül, kasti, kendi kendine ve yaşamı tehdit eden; örtük iki bileşenden (öldürücülük ve kasıt) oluşan bir eylem (Davis, 1988).
- Kendini öldürme kastıyla kendine yönelik işlenen eylemden kaynaklanan ölüm (Rosenberg vd., 1988).
- Eylemin kendi kendine yapıldığına ve ölen kişinin kendini öldürmeyi amaçladığına dair açık veya örtük kanıt bulunan yaralanma, zehirlenme veya boğulma sebepli ölüm (Centers for Disease Control and Prevention, 1988).
- Kendi tarafından gerçekleştirilen kasıtlı ölüm (Ivanoff, 1989).
- (1) İntihar ancak ölüm meydana gelirse gerçekleşmiş olur; (2) kişinin kendi eylemi olmalıdır; (3) kişi eylemsellikte aktif veya pasif olabilir; (4) kişi kasıtlı olarak kendi hayatına son verir (Mayo, 1992).

- Bir hastalık değil, kişinin kendine yönelik kasti eylemi sebebiyle ölüm (Silverman ve Maris, 1995).
- Eylemin ölümle sonuçlanacağına dair beklenti ve tam bilgiyle kasıtlı olarak başlatılan ve gerçekleştirilen kendini öldürme eylemi (Dünya Sağlık Örgütü, 1998).
- Kişinin kendisinin yaptığı bir eylemin kendi ölümüne yol açtığına dair kanıt bulunan yaralanma, zehirlenme veya boğulma nedenli ölüm (Goldsmith vd., 2002).
- Ölenin, potansiyel olarak ölümcül olacağını bilerek ve bekleyerek, istediği değişiklikleri sağlamak için başlattığı ve gerçekleştirdiği eylem (De Leo vd., 2004).

Tanımlar, tanımlayıcıların alanlarına, kuramsal ve kültürel arkaplanlarına bağlı olarak farklılaşıyor olsalar da tamamında, intiharın şu üç yönelimden birine dayanır şekilde ele alındığı görülmektedir: (1) Ölümle sonuçlanan kasıtlı bir kendini yok etme eylemi; (2) bilinçli olarak kendine yönelik ve ölme niyeti taşıyan bir eylem; (3) kasıtlı, kendi hayatını tehdit eden ve ölümle sonuçlanan eylem (Marušič, 2004). Şu dört nokta ise tanımların tümünde mevcuttur: (1) Davranışın sonucu (ölüm); (2) eylemin faili (kendisi tarafından kendine); (3) ölme niyeti; (4) eylemin doğrudan veya dolaylı sonucunun farkında olma (De Leo vd., 2004; Marušič, 2004; Silverman, 2006).

İntiharın tanımına yönelik gerçekleştirilen daha yakın tarihli başka bir sistematik derleme 1966-2017 yılları arasında yayınlanan 8240 makale üzerinde gerçekleştirilmiştir (Goodfellow vd., 2019). İntihar ve kendine zarar verme davranışı için yazarların özgün bir tanım sunduğu veya mevcut bir tanımda geliştirme yaptığı, bunun yanında tanımın temelini oluşturan kavramların kapsamlı şekilde yansıtıldığı 29 yayında yer alan 26 tanım veya tarif çalışmaya dahil edilmiştir. Tanımların ve/veya tariflerin davranışı yalnız açıklayıcı değil tanımlayıcı olması da temel alınmıştır. İnceleme sonucunda intihara dair 19 tanım ve/veya tarif tespit edilmiştir. Silverman (2006) tarafından verilenler hariç tutularak, ulaşılanlar şunlardır:

- Tamamlanmış bir intihar, ölümle sonuçlanan, kasıtlı, kendi kendine yapılan ve yaşamı tehdit eden bir eylemi ifade eder (Beck vd., 1973).

- Günümüzde intiharla ilgili en yaygın görüş, kasıtlı olarak kendi kendini öldürme olduğudur. Ama olayın intihar olması için sadece kişinin kendi kendini öldürmüş olması muhtemelen gerekli değildir (ötenazi ve yardımcı intihar girişimlerine atıfta bulunmaktadır) (Frey, 1981).
- Bir kişi ancak ve ancak kasıtlı olarak kendisinin ölümüne neden olması durumunda intihar etmiştir (Tolhurst, 1983).
- A kişisi t anında intihar ettiyse (olay ancak şu koşullarda intihar olarak adlandırılır): (1) A kendini t anında öldürmeye niyetlidir, (2) A t anında kendini öldürmüştür, (3) birinci maddede belirtilen niyet bir dizi üretilen eylem aracılığıyla ikinci maddeye neden olmuştur, (4) birinci maddede belirtilen niyetten, ikinci maddede açıklanan eyleme giden nedensel yol aşağı yukarı A'nın eylem planına uygundur, (5) A kendi isteğiyle (zorlama olmadan) kendini öldürmüştür (Wreen, 1988).
- Ölüm (A) zorlamadan veya (B) biri tarafından ölüme sebebiyet vermek için özel olarak düzenlenmemiş koşullardan kaynaklanmadıkça, bir kişi niyetli olarak kendi ölümüne neden oluyorsa, o eylem veya ihmal intihardır (Beauchamp, 1992).
- Bireyin herhangi bir zorlama olmadan, kendi eylemleriyle niyetli ölümü (Beech, 1995).
- İster ihmal veya aracılıkla, ister kendisi veya başkası tarafından gerçekleştirilsin; bir kişinin ölmüş olma veya sergilediği şekilde ölmüş olma isteği ile kendi ölümüne neden olduğu bir eylemdir (Fairbairn, 1995).
- *Sucism*⁶ kültürel olarak normatif olmayan kendini öldürmedir (Egel, 1999).
- İntiharın tanımı hakkında ilk nokta intiharın ölüm olduğudur. İkincisi, intihar niyetlidir. Üçüncüsü, kendi tarafından kendine karşıdır. Dördüncü, intihar dolaylı veya pasif olabilir (Maris vd., 2000).
- Bir S kişinin davranışı eğer S, (A) B veya B'nin nedensel sonucunun yüksek olasılıkla kendisinin ölümünü mümkün kılacağına inanmış ve (B) S B ile ilişkilenerak ölmeye niyetliyse intihardır (Cholbi, 2011).

⁶ Geç 18. yüzyılda kullanıldığı bilinen kelime; çağdaş dilde çok fazla anlamı, istenmeyen çağrışımları, ifadeleri veya atıflarının olmaması ile ampirik olarak belirlenebilir olduğu iddiasıyla önerilmiştir.

- Davranışın sonucunda herhangi bir ölme niyeti olmaksızın kendini yaralama davranışı nedeniyle ölümdür (Crosby vd., 2011).
- A, x eylemini gerçekleştirerek kendini öldürmeye niyet etmiş ve bu niyet tamamen yerine getirilmişse intihara kalkışmıştır (Hill, 2011).

Derlemede yer alan 19 tanımın 10 tanesinde açıkça kendine zarar verme; 12 tanesinde olası ölümcül sonuçların bilgisinde olma; 16'sında açık şekilde ölme niyeti; 16'sında açıkça ölüm sonucuna atıfta bulunmaktadır. Egel (1999) dışında tüm tanım sahiplerinin açık veya örtük olarak farklı biçimlerde niyet unsurunda uzlaştığı görülmektedir. Baechler (1975) ve Fairbairn'in (1995) tanımlarında net şekilde ölüm sonucu yer almaktadır. Eylemin failinin kesin olarak kişinin kendisi olması ve kişinin eyleminin potansiyel ölümcül sonuçlarına dair bilgi sahibi olması hususunda ise tanımsal bir birlikten söz edilememektedir.

Yine Goodfellow ve diğerleri (2018) tarafından gerçekleştirilen diğer bir sistematik derlemede bu defa, intiharın ve ölümcül olmayan intihar davranışlarının terminolojisi üzerine 1966-2016 yılları arasında yayınlanan makaleler incelenmiştir. Makale yazarının kendi kavramsallaştırmasıyla özgün bir terminoloji sunması veya mevcut bir terminolojide mantıksal bir geliştirme yapması kriteri doğrultusunda yapılan ince bir eleme sonrasında kalan otuz sekiz makaleden, 1969-2011 arasında yayınlanan on üç makalenin terminolojiye özgün bir katkıda bulunduğu belirlenmiştir. Derleme, makalelerde sunulan özgün ana terimleri ve bu terimlerin dayandırıldığı üst yapıları kategorik şekilde ortaya koymaktadır.

Cohen (1969), intihar tehdidi, intihar girişimi gibi yaygın kullanılan fakat net şekilde tanımlanmayan durumları kapsayan “intihar hastalığı”⁷ terimini önermiştir. İntihar hastalığını akut, kasıtlı ve travmatik fiziksel olarak kendine zarar verme işaret ve semptomlarının klinik tezahürüyle karakterize olan patolojik bir biyopsikososyal süreç olarak tanımlayan Cohen, zihinsel düzeyde niyetin oluşması, davranışsal düzeyde hazırlık ve fiziksel travmanın varlığı aşamaları ile bu aşamalara karşılık gelen terimler oluşturmuştur. Bu kavramsallaştırmada, niyet unsurunu birinci aşamada oluşan ve sonra tüm aşamalara eklenen bir ana bileşen olarak ele almıştır.

⁷ İngilizce aslı olan özgün *suicidopathy* kelimesi, intihar anlamındaki *suicide* kelimesi ile bozukluk anlamı katan *-pathy* son ekinin birleştirilmesiyle türetilmiştir (Cohen, 1969).

Dodds (1970) önerdiği terimleri önce ölme ve hayatta kalma sonuçlarına göre ayırmış, sonrasında ise niyetli olmayan, niyetli, belirsiz niyet şeklinde niyete göre ayıştırmıştır.

Beck ve diğerleri (1973) sonuç ve niyete göre bir ayırım yaparak tamamlanmış intihar, intihar girişimi ve intihar fikirleri şeklinde bir ayrıma gitmiştir. İntihar fikri kategorisinde niyetin varlığı veya yokluğu değil, kişinin intihar etme fikrinde samimi olup olmadığı ele alınmış; niyet, öldürücülük, hafifletici nedenler, yöntem, (değerlendiren kişi tarafından belirlenecek) kesinlik derecesi alt sınıfları belirlenmiştir.

Baumeister ve Scher (1988) kendini yok etme ve özyıkım şeklinde bir ayrıma gitmiştir. Bu ayırımın kıstası ise niyet altında ele alınan arzu ve öngörülebilirlik değişkenleridir. İntihar ve ilintili davranışlar, kendine zarar verme niyetinin derecelerine göre birincil kendini yok etme (kişi kendine zarar vermeyi öngörür ve ister), ödünleme (zarar öngörülür fakat istenmez), ters tepen stratejiler (zarar ne öngörülür ne de istenir) olarak kategorilere ayrılmıştır. Bu yaklaşımda kendini yok etme ve özkıyım, kendilik veya kendilik yansıtmaları üzerinde açık, kesin ve muhtemelen olumsuz etkileri olan herhangi bir kasıt veya kasıtlı davranış olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım davranışın kasıtlı olduğunu fakat mutlaka kendine zarar verme davranışı olmayabileceğini vurgulamaktadır.

1995-1996 yıllarında Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü (NIMH) ve Amerikan İntiharbilim Derneğinin (AAS) himayesinde, intihar düşüncelerini ve davranışlarını tanımlamak için alanda kullanılan terminolojiyi açıklığa kavuşturmak amacıyla oluşturulan terminoloji çalışma grubu, belirli terimlerin halk dilinde ve klinik iletişimde yerleşik olduğunun kabul edilmesine karşın yine de intihara meyilli davranışlar ve iletişim yelpazesini oldukça iyi tanımlayan bir terminoloji oluşturmuştur. Grubun çalışmaları O'Carroll ve diğerleri (1996) tarafından özetlenmiştir. Yayınladığı dönem ve sonrasında oldukça yankı bulan, çeşitli araştırmacılar tarafından revizyon, öneri, eleştiri ve düzeltmeler alan terminoloji, Amerikan Psikiyatri Birliğinin (2003) yayınladığı intihar davranışı olan hastaların değerlendirilmesi ve tedavisi için uygulama kılavuzlarında da temel alınmıştır. Tezat biçimde, araştırma grupları ve klinik topluluklarda ise yaygın olarak kullanılmamıştır. "Sonuç ve intihardan ölme niyeti açısından intiharla ilişkili davranışların terminolojisi" olarak anılan bu yaklaşımda ölme niyeti, kendi kendine zarar verme

kanıtı ve sonuç unsuru ana yapı olarak belirlenmiştir. Bu yapılara göre farklılaşan, intihar fikri ve intiharla ilişkili davranışlar şeklinde iki ana kategori oluşturulmuştur. İntiharla ilişkili davranışlar, araçsal davranışlar (intihar tehdidi, araçsal davranış sebebiyle kazara ölüm, diğer araçsal davranışlar) ve intihar eylemi (intihar girişimi, intihar) olarak ikiye ayrılmıştır.

Dear'ın (1997) intiharla ilişkili davranış tanımında yaralama kastı vurgusu dikkat çekmektedir. Kişinin ölmek isteyip istemediğine bakılmaksızın, kasti olarak yaralanmaya yol açan davranışlar intiharla ilişkili davranış olarak ele alınmaktadır. Bu tanıma bağlı olarak üç ana kategori oluşturulmuştur: İntiharla ilişkili fikir, intiharla ilişkili iletişim, intiharla ilişkili davranış. Her kategori intihar niyeti olmadan ve en azından bir miktar intihar niyetiyle şeklinde iki gruba ayrılmaktadır. İntiharla ilişkili davranış kategorisi niyet gruplarında yaralanmalı, yaralanmasız ve ölümcül sonuç olarak tekrar bölünmektedir. Bu yaklaşım, intiharla ilişkili davranış ile kasıtlı kendine zarar vermeyi eşdeğer olarak tutmuştur.

Marušič (2004) intihar ve tüm dışavurumlarının tanımlanabileceği ikisi intihara meyilli olmayan, altısı az çok intihara meyilli sekiz durum belirlemiştir: İntiharsız durumlar, intiharsız ölüm, intihar fikri, intihar girişimi, yardım arayışı/kasıtlı kendine zarar verme, ölümlü sonuçlanan kasıtlı kendine zarar verme, tamamlanmış intihar, ötenazi. Bu durumlar şu üç belirtecin mevcut olup olmamasının kombinasyonları olarak şekillendirilmiştir: Kendini öldürme üzerine düşünme, bu yönde hareket etme, ölümlü sonuçlanma. Bu yaklaşım, intiharı niyetin mevcut olup olmaması ile sonucun yaralanmalı, yaralanmasız, ölümlü olması şeklinde kategorilere ayıran önceki yaklaşımlardan eylemin yönünü belirlemesiyle ayrılmaktadır. Kişinin kendini öldürme düşüncesinin niyete dönüşmesi ve bu niyet yönünde davranıyor olması yani eylemin yönü boyutu kategorizasyonun mantığını oluşturur. Önceki yaklaşımların aksine yaralanma değil eylemin yönü, intiharsız durumlar ile kendine zarar vermeyi; intihar girişimi ile intihar fikrini birbirinden ayırır. Ötenazi de bu mantıkla intiharla ilişkili davranışlar altına dahil edilmiştir.

Brown ve diğerleri (2006) belirsizliğin rolüne değinerek “kesin” ve “olası” ayrımına gitmiştir. Buna göre, kesin intihar girişiminde kişinin kendini öldürme niyetinde olduğuna dair kesin ve net kanıtlar bulunur. Olası intihar girişiminde ise açık veya örtük “basit” kanıt mevcuttur. Bu yaklaşım, O'Carroll ve diğerlerinin (1996)

niyet kapsamına dahil ettiği kanıt unsurunu, “kanıtın açıklığı” şeklinde ayrı bir faktör olarak görmektedir.

De Leo ve diğerleri (2006), Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Çok Merkezli İntihar Davranışı Çalışması boyunca karşılaşılan zorluklar ile niyetin tanımlanması ve değerlendirilmesine dayanan bir terminoloji önermiştir. Terminoloji intihar ve öldürücü olmaya intihar davranışı için iki ana tanım sunar. Buna göre intihar, ölenin, potansiyel olarak ölümcül olacağını bilerek ve bekleyerek, istediği değişiklikleri sağlamak için başlattığı ve gerçekleştirdiği öldürücü sonuçları olan eylemdir. Öldürücü olmayan intihar davranışı ise yaralanma olsun veya olmasın, kişinin istediği değişiklikleri sağlamak amacıyla, ölüm veya bedensel zarara uğrama riski alarak veya bunları bekleyerek başlattığı ve gerçekleştirdiği, öldürücü olmayan sonuçları olan alışkanlık dışı eylemler olarak tanımlanmıştır. Bu yaklaşımda da niyet unsuru ön plandadır ve intihar davranışını kazadan ayıran faktör olarak görülür. Bir diğer ön planda olan “istenen değişiklikler” unsurudur ve her iki tanımda da amaç istenen değişiklikleri sağlamak olarak verilir. İstenen değişiklikler unsurunun altı açıkça doldurulmamakla beraber, intihar eyleminin -amaç ne olursa olsun- bir amaç için araç olduğu şeklinde yorumlanmaktadır. Yaklaşım, niyetin net bir şekilde ve güvenilir olarak belirlenmesinin zor olmasından yola çıkarak, terminolojinin ayırıcı ve ana faktörü olarak öldürücü-öldürücü olmayan ve yaralanmalı-yaralanmasız biçiminde sonuç unsurunu vurgulamaktadır.

Posner ve diğerleri (2007), Kolombiya İntihar Değerlendirme Algoritması Sınıflandırmasını detaylandırmış ve intihara meyilli, intihara meyilli olmayan, belirsiz veya potansiyel olarak intihara meyilli olaylar arasında ayırma gitmiştir. İntihara meyilli olayları tanımlamakta O’Carroll’ın (1996) intihar girişimi ve tamamlanmış intihar tanımları kullanılmıştır. Buna ek olarak, intihar davranışına (yakında gerçekleştirilsin veya gerçekleştirilmesin) yönelik hazırlık eylemleri unsuru eklenmiştir. Bu eylemler esnasında kişi kendini yaralayıcı eyleme başlamamıştır. Eylem bir dış etken veya kendisi tarafından kesintiye uğratılmış veya durdurulmuştur fakat nihayetinde, kendini yaralama davranışı için ilk adımını atmıştır. Bir diğer unsur aktif veya pasif olabilen intihar düşüncesidir. Başka bir unsur olan intihar dışı olaylar ise ölme niyeti olmayan, niyetin başkalarını veya çevreyi değiştirmek ya da sıkıntıyı gidermek olduğu davranışları kapsar. Bu unsur yine O’Carroll’un (1996) araçsal

davranışlar tanımlamasına benzerdir. Buna, ölme niyeti olup olmadığının bilinemediği veya çıkarsanamadığı “belirsiz veya potansiyel olarak intihara meyilli olaylar” kategorisi ilave edilmiştir.

Brown ve diğerleri (2006) tanımlarını önceki yaklaşımlar gibi niyet ve sonuca dayalı şekilde kümelemiştir. Farklı sonuçlar öncelikle niyete göre kümelenmektedir. Kişinin eyleminde en azından bir düzeyde (sıfır değil) kendini öldürme niyeti olmalıdır. İntihar dışı sonuçlarda ise niyet araçsaldır veya eylem başka bir faktörü hafifletme amacı taşır. Sonuçlar ise eylemden sonra hayatta kalma, ölme, yaralanma durumu ve davranışın varlığına göre ele alınır.

Silverman ve diğerleri (2007b), O’Carroll ile temelini attıkları terminolojiye dayalı yeni bir terminoloji geliştirmiştir. İlk olarak, intihar tehdidi unsuru intiharla ilgili davranışlar altında değil, Dear’ın önerileri doğrultusunda intihar tehdidi ve intihar planı kapsayan intiharla ilgili iletişim kategorisinde tanımlanmıştır. İletişim davranış olmamakla beraber yaralayıcı da değildir. İntihar tehdidi, intiharla ilişkili davranış, intihar girişimi ve intihar O’Carroll ile benzer tanımla ele alınmıştır. Diğer yaklaşımlardan farklı olarak ilk kez vurgulanan intihar planı unsuru, kendine zarar verme potansiyeli olan bir sonuca yol açacak tasarımı gerçekleştirmek için önerilen yöntem; yaralanma ile sonuçlanma potansiyeli olan eylem programının sistematik bir formülasyonu olarak tanımlanmıştır. Yaklaşımda niyet unsuru yine söz konusu olmakla beraber, daha önce ifade edilen niyetin sıfır olması veya olmaması değişkeninin kullanışlı olmadığı eleştirisiyle kapsamca genişletilmiş ve kişinin bir miktar bilinen veya bir miktar belirsiz kendini öldürme niyetinin olması olarak yorumlanmıştır. Bu yorum ile intiharla ilişkili davranışlar ana kategorisi altında bulunan kendine zarar verme ve intihar girişiminin yanına intiharla ilişkili belirsiz davranışlar eklenmiştir. Kendine zarar verme, intiharla ilişkili araçsal davranış olarak tanımlanırken; O’Carroll’un kazara ölüm kategorisi kasıtsız ölüm olarak değiştirilmiştir. Yaklaşım, terim ve tanımları ayırt etmede tıpkı önceki yaklaşımlar gibi niyet ve sonuç unsurlarını kullanmakta fakat detaylandırılmış bir bakış açısı sunmaktadır.

Lester (2009) intihar için cinayet ve taksirle adam öldürmenin yasal tanımlarından doğan bir terminoloji önermiştir. Birinci, ikinci, üçüncü derece intihar ile kasıtlı ve istem dışı kendini öldürme ayırımına gitmiştir. Önerilen tanımlar farklı

niyet düzeylerine, önceden tasarlama, psikiyatrik durumdan rahatsız olma, provokasyon, pervasızlık ve ihmale dayanmaktadır. Sonuç -ölüm- her zaman aynıdır. Bu yaklaşım niyet unsuru yönünde detaylandırılmıştır. Önceden tasarlama unsuru ise adli usulde intiharın üç derecesi arasında ayırım yapmak amacıyla kullanılmaktadır.

Crosby ve diğerleri (2011), kendine yönelik şiddet ilişkin olarak CDC bünyesinde bir dizi tanım önermiştir. Bu tanımlar, CDC tarafından önerilen Kendine Yönelik Şiddeti Sınıflandırma Sisteminde (SDVCS)⁸ kullanılmaktadır (Crosby vd., 2011). Terminoloji, DSÖ'nün şiddetin fiziksel ve psikolojik sonuçlarını içeren tanımına dayanmaktadır (Krug vd., 2002). Ana hatları ve tanımların yapısı itibarıyla O'Carroll, Posner ve Silverman'ın terminolojisi ile aynı çizgide yer alır. İntihar girişimi ve intihar tanımları Silverman ve O'Carroll ile benzerdir. Kesintiye uğramış kendine yönelik şiddet ile hazırlık eylemleri Posner'in yaklaşımına eşdeğerdir. Yaklaşım, Silverman ve Posner'in terminolojisinde olduğu gibi belirsiz kategorisi içerir. Önceki terminolojiler gibi bu terminoloji de yalnız kendi tarafından kendine yönelen davranışı esas alır ve niyet ile sonuç unsurları üzerine klasik bir yapılanma kurar. Bunun yanında, O'Carroll ve Silverman'ın terminolojileri ile SDVCS'nin intihar dışı davranış tanımında farklılık vardır. Daha önceki yaklaşımlarda, intiharla ilişkili araçsal davranış ve kendine zarar verme tanımlarında kişinin kendini öldürme niyetinde olmadığına dair kanıt unsuru vurgulanmaktadır. SDVCS'de ise intihara meyilli olmayan kendine yönelik şiddette intihar niyetine dair herhangi bir kanıt unsuru vurgulanmaz.

İntihARBilimin erken döneminden yakın döneme kadar uzanan özgün terminoloji önerileri genel hatlarıyla incelendiğinde, bazı önerilerin amacına uygun şekilde terimleştirme ve tanımlamayı ön plana aldığı; diğer bazı önerilerin ise tanımlamayı daha kısıtlı tutarak veya önceki önerilere dayandırarak, terminoloji altında bir taksonomi çalışması yürüttüğü görülmektedir. Oluşturulan sınıflandırmaların her birinin kendine özgü güçlü yanları ve uygulanabilirliği vardır. Fakat bir bütün olarak farklı terminoloji ve farklı ana yapı tanımlamalarına dayanmaları sınıflandırmaların evrensel kabulünü engellemektedir. İntiharın bir bozukluk veya teşhis değil bir davranış olduğundan hareketle tüm davranışların çok

⁸ Self-Directed Violence Classification System (Crosby vd., 2011).

belirleyicili-çok boyutlu olduğu kabul edildiğinde dahi hala bir terminolojiye ihtiyaç duyulmaktadır.

Goodfellow ve diğerlerince (2019) sunulan sistematik tabloda on üç terminoloji yaklaşımı altında birbirinden farklı veya farklı olmakla beraber bir noktada örtüşen elliye aşkın terim göze çarpmaktadır. Bu denli çok terim ve tanımın dayandığı temel yapılar ise yaklaşımların tümünde aynıdır: Niyet ve sonuç⁹. Niyet -her zaman kolayca belirlenememekle beraber, ölümle sonuçlanmayan çeşitli kendine zarar verme davranışı türleri ile intihar davranışı arasındaki ayırmda etkili bir faktör olarak kabul edilmekte ve niyet dahil edilmeden ayırım yapmak neredeyse imkânsız görülmektedir (Silverman vd., 2007a). Erken dönem araştırmalarda intihar davranışının tanımı ve intihar-intiharvâri ayırımı güdü, neden, niyet unsurlarına dayandırılmış fakat bu unsurların terimsel kullanımları çeşitli tutarsızlık ve karışıklıkları beraberinde getirmiştir. Özellikle intiharvâri davranışlar söz konusu olduğunda güdü, neden ve niyet terimleri hem birbiri yerine hem de kişinin eylemi sayesinde gelecekte olmasını istediği bir şeyin olması veya eylemi sayesinde elde etmek istediği bir şeye ulaşması ile anlamdaş olarak kullanılmıştır (Hjelmeland ve Ostamo, 1997).

İntiharbilim dışında kalan psikoloji araştırmalarında ise güdü ve niyet kavramlarının net şekilde ayrıldığı görülmektedir. Trevarthen'e (1982) göre niyetler güdülerden kaynaklanmakta, niyetli eylemler güdülerini tatmin etmekte, bu yolla güdüler niyetlerle aktif olarak ifade edilmektedir. Heckhausen ve Kuhl (1985), güdülerin arzu olarak başladığı ve eyleme dönüşebilmek için niyet haline gelmesi gerektiğini vurgular. Alicke (1990) ise, niyetlerin kişinin istek ve arzularını belirttiğini, güdülerin ise bu arzuların sebebini sağladığını öne sürer. Bilim kuramı terminolojisinde güdüler nedensel açıklamalarla, niyetler ise teleolojik açıklamalarla ilişkilendirilmektedir. Nedensel açıklamalar, eylemin açıklamasının geçmişte olduğunu imlerken, teleolojik¹⁰ açıklamalar eylemin açıklamasının gelecekte

⁹ Lester, sonuç yerine önceden tasarlama unsurunu ana yapı olarak benimsemiştir. Fakat yaklaşım, ölüm sonucunu sabit olarak varsaydığından diğer tüm yaklaşımlarla aynı ana yapı üzerine konumlanmaktadır.

¹⁰ Teleoloji, evrenin ve/veya insanlık tarihinin bir amaç ve yön doğrultusunda belirli bir yöne doğru ilerlediğine dayanan düşünce biçimidir. Belirli fenomenlerin nedenlerinden ziyade amaçlarına göre en iyi şekilde anlaşıldığı ve açıklandığı; zihinsel süreçlerin amaçlı ve bir hedefe yönelik olduğunu vurgular. Davranışın amaç ve sonuçlar ekseninde açıklanması ve anlamlandırılması gerektiğini savunur.

olduğuna; eylem sayesinde gelecekte bir Şeyin elde edilmesinin tasarlandığına işaret eder (Hjelmeland ve Knizek, 1999). Bu savların tamamında niyet unsurunun hem eylemden hemen önce geldiği hem de eylem tarafından ifade edildiği vurgulanmakta; niyetin eylemle yakından ilişkili olduğu, güdülerin ise niyetlenen eylemin arkaplanını oluşturduğu görülmektedir.

İntihar davranışı için, öznenin başarmak istediği bir Şey, amaç veya hedef aÇısından düşünüldüğünde niyet teriminin daha uygun olduğu görüşü hakimdir. Buss'a (1978, 1979) göre, bir özne tarafından yapılan; bir amacı veya hedefi olan; niyetli davranış bir eylemdir ve özne tarafından gerekçelerle -nedenlerle aÇıklanması da mümkün olmakla beraber yine gerekçeler aŐısından¹¹- aŐıklanır. Locke ve Pennington (1982) da gerekçelerin içsel nedenlerin bir formu olduğunu; genellikle öznel veya nesnel gerekçelere atıfta bulunulduğunu ifade etmiştir. Hjelmeland ve Knizek (1999) bu argümanlara dayanarak, gerekçelerin niyetlerle ilişkili olduğunu belirtmektedir. Psikoloji literatüründe güdülerin nedensellik; niyetlerin ise teleolojik aŐıklamalara bağlanmasından ve niyetlerin eylemlerle daha yakından ilişkili olduğu görüŐünden hareketle; niyet, intihar davranışında bulunan öznenin bakış aÇısıyla davranışı aÇıklayabilecek bir kavram olarak benimsenmiştir. Diğer bir söylemle niyet, harekete geçme kararlılığını; hayattan ayrılma veya kaçmaya yönelik bilinçli isteği kapsar (Silverman vd., 2007a).

Burada niyetin ölçülebilmesi, değerlendirilebilmesi ve doğrulanabilmesi hususları ön plana çıkmaktadır. Öz bildirim olmadan niyetin anlaŐılmasının mümkün olup olmadığı, kendini öldürme niyetinin kişinin kendi beyanına mı yoksa olayda kullandığı araç ve yöntemin profesyonel değerlendirmesine göre mi belirleneceği,

Bu nedenle sıklıkla içgüdü, koşullu tepki gibi kavramlar ve bu kavramlarla oluşturulan aÇıklamalarla çeliŐir. Bir eylemin nedenselliğinin, amaçlardan yani varılmak istenen maksat ve erekten meydana geldiğini; nedenin, maksada ulaşmaya yönlendiren bir araç olduğunu varsayarak nedensellikten ayrılır (American Psychological Association, 2022).

¹¹ "Causes are that which brings about a change", "Reasons are that for which the change is brought about (e.g., goals, purposes, etc.)" (Buss, 1978). Her ne kadar Türkçe'de cause ve reason kelimelerinin her ikisi de sebep, neden olarak karşılık bulsa da; Buss tarafından cause, değişime yol aşan anlamında; reason ise deđiŐimin yol aÇtığı (hedef, amaç v.d.) Şeklinde kavramsallaştırılmaktadır. Buna dayanarak, cause kelimesi neden; reason kelimesini ise gerekçe olarak Türkçeleştirilmiştir.

intihar niyeti ile intihar riski arasındaki ilişkinin nasıl öngörülebileceği ve bunlar için hangi kriterlerin kullanılacağı soruları önemli bir boşluğa işaret eder. Klinik uygulamalarda sorulması önerilen “Hiç kendinize zarar vermeyi düşündünüz mü?” minvalindeki sorulara verilen cevaplar, kişinin kesin olarak hayatını sona erdirmeye motivasyonu ve niyeti olduğunu göstermeyebilir. Öldürücü olmayan intihar eylemlerinin yaklaşık yüzde ellisinin gerçek intihar girişimi olduğu; geri kalan kısmın ise kendine zarar verme yoluyla ulaşılması hedeflenen başka amaçlara yani kendi kendini öldürme yoluyla ölmekten farklı çeşitli niyetlere dayandığı bilinmektedir (Hjelmeland ve Knizek, 1999). Bu çeşitli niyetlerden bazıları aynı anda ortaya çıkabilir olmakla beraber niyet kesin olarak ölmek olmayabilir. Kişi yaşama ve ölme isteği arasında kararsızlık sergileyebilir. Bunun yanında, intihar ve kendine zarar verme davranışları niyet, motivasyon ve hazırlık aşamasının sonucu olarak açığa çıkar. İntihar davranışının çok yönlü doğası, istatistik, adli tıp, kriminoloji, sosyoloji, psikoloji gibi farklı paydaşların farklı kriterlere, kesinlik düzeylerine ihtiyaç duyması anlamına gelmektedir. Moller (akt. Silverman vd., 2007), kendine zarar verme davranışının niyetli olup olmadığına karar verilirken şu kanıtların incelenmesini önermiştir: (1) eyleme geçme niyeti, (2) eylemle kendisine zarar verme niyeti, (veya) (3) eylem sonucunda ölme niyeti, (4) eylem esnasında, eylemin olası sonuçlarını ve ölme arzusunu anlama kapasitesi. Diğer taraftan, niyetin var olup olmadığını belirleyebilmek için mümkün olduğu kadar fazla kaynaktan mümkün olduğunca fazla ve çeşitli formatlarda bilginin toplanması gerekli görülmektedir.

Niyet düzeyi hızlıca, herhangi bir ön uyarı olmadan değişerek kişinin eylemini niyetli veya niyetsiz arasında değiştirebilmektedir (Daigle ve Côté, 2006). Rudd (2006b) iki tür intihar niyeti tanımlamıştır: (1) subjektif veya ifade edilen niyet, (2) objektif veya gözlemlenen niyet. Gözlemlenen davranış ile bildirilen biliş arasındaki değerlendirme, çözümlenme, tutarsızlıkların tespiti ve intiharın gerçek doğasına ulaşmak için diğer araç ve tekniklerin kullanılması sorumluluğu ise klinik profesyonelle bırakılmış görünmektedir. Klinik gözlemden yola çıkarak, kişinin intihar eyleminde bulunduğu sırada niyetini net bir şekilde anlayamıyor veya hatırlayamıyor olma ihtimalini kenarda tutarak, olayda niyetin varlığına hükmedildiğinde şu dört unsurun mevcut olduğu varsayılmaktadır: (1) bilinçli bir deneyim olarak yaşamı sona erdirmeye arzusu; (2) davranışın riskine ilişkin bilgi; (3) arzulanan sonuca ulaşmak için

uygun araç veya yöntemle dair algı; (4) araç veya yöntemin nasıl kullanılacağına dair bilgi (Bridge vd., 2005). Nihayetinde niyet kavramı intihar davranışını tanımlayıcı bir faktör olmasının yanında; davranışın sınıflandırılmasında, nedenlerine yönelik sorgulanmasında, intiharvâri davranışlardan ayrılmasında ve hatta intiharın söz konusu olup olmadığının kararlaştırılmasında dahi başvurulması gereken temel yapıyı da oluşturmaktadır.

Bir diğer temel yapı olan sonuç, intihar davranışı söz konusu olduğunda ölüm ve öldürücülük unsuruyla ilişkilendirilmektedir. De Leo ve diğerlerine göre (2006), ölü bir beden yani eylemin veya davranışın ölümcül sonucu tüm intihar tanımlarının temeli olan ilk unsurdur. İntihar girişiminde bulunan hastalarla yapılan bir araştırmada intihar niyetinin derecesi ile intihar için tercih edilen yöntemin tıbbi öldürücülüğünün derecesi arasında minimal bir ilişki bulunmuştur (Brown vd., 2004). Niyet ve sonucun bağımsız boyutlar olarak ayrıca değerlendirilmesi önerilmekle beraber, öldürücülük niyetin ciddiyetinin bir ölçüsü olarak görülmekte; yüksek öldürücülük yüksek niyetle ilişkilendirilmektedir. Bunun yanında yüksek niyet her zaman yüksek öldürücülük riski göstermez (Silverman vd., 2007a). Yöntemin öldürücülüğü konusuna birçok değişken dahil olabilir: Yöntemin ve/veya aracın uygulanabilirliği/ulaşılabilirliği, öldürücü etkileri veya öldürücü olması için gerekli miktarı hakkında kişisel bilgi, aşinalık, rahatlık, yatkınlık, kullanabilme seviyesi, alkol/madde gibi diğer etkenlerin varlığı, keşfedilebilirlik, kurtarılabirlik, zamanlama ve sıralama v.d. (De Moore ve Robertson, 1999; McIntosh, 1992).

Zaman içerisinde belirlenen ölçütler, sıralamalar, yapılar; intiharın üzerinde anlaşmaya varılan operasyonel tanımı, intihar davranışını oluşturan bileşenler, ölümcüllük ölçütleri ve intihar girişimleri ile intiharvâri davranışların değerlendirilmesi için bir yol haritası çizmiş olsa da evrensel olarak kabul edilen, kapsayıcı bir terminoloji ve taksonomi üzerinde halen uzlaşılabilmiş değildir. Güncel intihar literatüründe yer alan çok sayıda terim, tanım, tanımlayıcı unsur ve sınıflandırma; farklı araştırma bulgularını, klinik raporları, epidemiyolojik araştırmaları karşılaştırma ve kıyaslamayı, genelleme ve tahminde bulunmayı zorlaştırmakta, intihar ve öldürücü olmayan intihar davranışı alanında ölçme-değerlendirme yapmayı engellemektedir. Bu anlamda, intihARBilimin erken dönemi olarak adlandırılabilir 1960'lardan bugüne, önceki sayfalarda da yer verilen

standart terminoloji ihtiyacı halen ilgi ve tartışma konusu olmaya devam etmekte ve karmaşık bir çalışma alanı teşkil etmektedir. Başlık altında anılan tanım ve sınıflandırma sistemlerinden hiçbirinin, terim ve tanımların intihar fenomenolojisini doğru şekilde açıklama; intiharla ilişkili düşünce, eylem ve davranışları belirgin biçimde sınıflandırma; açıklık, tutarlılık, anlaşılabilirlik, uygulanabilirlik, birbiriyle ilişki düzeyi ve anlamlılık yönlerinden uluslararası alanda tam olarak test edilmediği bilinmektedir (Silverman ve De Leo, 2016).

1.1.2. Epidemiyoloji

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, dünya çapında her yıl yaklaşık 703.000 kişi intihar yoluyla hayatına son vermektedir. İntiharın, küresel ölüm nedeni sıralamalarında sıtma, HIV-AIDS, meme kanseri, savaş veya cinayet gibi nedenlerden daha üst sırada yer aldığı görülmektedir. 2020 yılı verilerinde, dünyadaki ölümlerin %1,5'inin intihar kaynaklı olduğu belirtilmiştir. Yine dünya çapında, erkeklerin intihar oranının kadınlardan 2,3 kata kadar daha yüksek olduğu; intihar kaynaklı ölümlerin %77'lik kısmının düşük ve orta gelirli ülkelerde kaydedildiği fakat yaşa göre standardize edilmiş en yüksek intihar oranının 100.000'de 10,9 ile yüksek gelirli ülkelerde olduğu; küresel olarak intiharların %58'inin 50 yaşından önce meydana geldiği; yaşa göre standardize edildiğinde ise en yüksek intihar oranının 70 yaş ve üstünde olduğu bildirilmektedir. 2000 ile 2019 arasındaki 20 yılda, yaşa göre standardize edilmiş intihar oranlarında %36 düşüş saptanmıştır. Dünya genelinde en sık kullanılan intihar metotlarının ası, kendini zehirlenme ve ateşli silah kullanımı olduğu bilinmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2021).

DSÖ'nün ilgili raporlarında, 2000-2019 arasındaki tahminlerin yapıldığı 183 üye devletin yaklaşık 60'ının yüksek kaliteli hayati veri kaydına sahip olduğu vurgulanmaktadır. Özellikle düşük ve bazı orta gelirli ülkelerin veri kalitesinin düşük olduğu, verilerin seyrek olarak tutulduğu veya damgalama, yasadışı, devlet hizmetlerinin gelişmişlik düzeyi gibi nedenlerle intihar olgularının çarpıtılarak, yanlış veya özensiz kodlandığı üstünde durulmaktadır. Düşük kaliteli hayati veri sunan ülkeler için yapılan tahminlerde modelleme yöntemlerinden faydalanılmaktadır. Fakat modellerin türü, karmaşıklığı, grup ölçütleri ve kullanım alanları büyük farklılıklara ve tutarsızlıklara neden olabilmektedir. Yüksek kaliteli hayati verilerden ise tutarlı

sonuçlar elde edilebilmektedir. Örneğin, 100.000’de 18,3 oranla 11. sırada yer alan Belçika’daki intihar olgularına, ülkede yasal olan ötenazi işlemlerinin de dahil edildiği bilinmektedir. Diğer yandan Afganistan (4,1), Irak (3,6), Suriye (2) gibi iç karışıklıklar yaşayan ülkelerin diğer ülkelere kıyasla oldukça düşük intihar oranlarına sahip olduğu görülmektedir. Bu oranlara kaynaklık eden intihar olgularının niteliği (örneğin, sosyopolitik çatışmalar, terminal dönem hastalıklar, ruh sağlığı sorunları, intihar saldırıları gibi) ise belirsizdir. Veri tabanında Türkiye, yetersiz trend verisi notuyla orta kaliteli hayati veri kaynağı olarak sınıflandırılmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü, 2020). Türkiye özelinde, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından açıklanan intihar verileri ile DSÖ verilerinde tutarsızlık olduğu görülmektedir.

DSÖ bölgeleri arasında yaşa göre standardize edilmiş en yüksek intihar oranı 100.000’de 11,2 ile Afrika, en düşük oran ise 100.000’de 6,4 ile Doğu Akdeniz bölgesindedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2021). Ülkeler özelinde, 100.000’de 72,4 ile Lesotho’nun en yüksek intihar oranına sahip olduğu görülmektedir. 179 ülkeyi kapsayan sıralamada Türkiye 100.000’de 2,4 oranıyla 169. sıradadır (World Population Review, 2023). Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü (OECD) üyesi ülkeler arasında ise 2020 yılı için en yüksek intihar oranı 100.000’de 24,1 ile Güney Kore’de tespit edilmiştir. OECD üye, aday ve partneri 42 ülkeden veri içeren bu sıralamada ise Türkiye 40. sırada bulunmaktadır (OECD, 2023).

17 ülkede gerçekleştirilen epidemiyolojik bir araştırma sonucunda, intihar düşüncesinin yaşam boyu yaygınlığının %9,2, intihar planlarının yaşam boyu yaygınlığının %3,1, ve ölümcül olmayan girişimlerinin yaşam boyu yaygınlığının ise %2,7 olduğu belgelenmiştir. Yaygınlık tahminleri ülkeden ülkeye büyük farklılıklar göstermekle beraber, ülkelerde intihar davranışı bir kez ortaya çıktığında benzer özelliklerin örtüştüğü görülmüştür. Örneğin, çalışılan her ülkede intihar düşüncesinin başlangıcı ergenlik döneminde artış göstermekte, intiharı düşünen insanların yaklaşık üçte biri intihar girişiminde bulunmakta, ilk girişimin %60’tan fazlası intihar düşünceleri ortaya çıktıktan sonraki ilk yıl içinde gerçekleşmektedir (Nock vd., 2009).

Türkiye özelinde, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)(2023b) tarafından 2022 yılı için 4146 intihar vakası açıklanmıştır¹². Türkiye geneli kaba intihar hızı 100.000’de 4,88 olarak rapor edilmiştir. İllere göre incelendiğinde, Tunceli 100.000’de 14,28 ile en yüksek, Gümüşhane 100.000’de 0,68 ile en düşük kaba intihar hızına sahiptir. Sayıca en fazla intihar sırasıyla İstanbul (508), Ankara (277) ve İzmir’de (206) meydana gelmiştir. Cinsiyet verilerine göre, intihar nedeniyle ölenlerin 3111’i (%75) erkek, 1035’i (%25) kadındır. Erkek intiharları en fazla 25-29 yaş arasında, kadın intiharları ise 15-19 yaş arasında gerçekleşmiştir. Dünya çapındaki trendden farklı olarak, erkeklerin intihar oranının kadınlardan yaklaşık 3 kat daha fazla olduğu görülmektedir.

Yasal medeni durumlarına göre, intihar eden kişilerin %44’ü evli, %41,2’si hiç evlenmemiş, %10,2’si boşanmış, %4,4’ü ise duldur. Eğitim durumu sınıflandırmasına göre, %27,8’lik kısım lise ve dengi okullardan mezundur. Bunu ortaokul ve dengi, yükseköğretim, ilköğretim mezunları ve bir okul bitirmeyenler ile mezuniyet durumu bilinmeyenler izlemektedir. İntihar metodu olarak en sık kullanılan yöntem her iki cinsiyet için de asıdır. Ateşli silah kullanımı ve yüksekten atlama izleyen yöntemler olmuştur. Bunların yanında sırasıyla diğer yöntemler, kimyevi madde kullanımı, kesici alet kullanımı, suya atlama, doğalgaz, tüpgaz ve benzeri unsurların kullanımı, tren veya başka bir motorlu araç altına atlama, kendini yakma yöntemleri tespit edilmiştir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2023b).

İntiharların %58,2’lik kısmının nedeni diğer veya bilinmeyen¹³ olarak, devamında gelen %26,8’lik kısmın ise hastalık nedeniyle olduğu kaydedilmiştir.

¹² TÜİK intihar verileri “ölümle sonuçlanan intihar olayı” altında tutulan idari kayıt birimlerinden alınmaktadır. Veri kaynağı; İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü ve Jandarma Genel Komutanlığı, Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü, Genelkurmay Başkanlığı, TÜİK Ölüm Nedeni Verisidir. Emniyet Genel Müdürlüğü ve Jandarma Genel Komutanlığı kayıtlarından 2012 yılına kadar derlenen intihar olayları, 2012 yılından itibaren ölüm belgelerinden elde edilen kayıtlar ile Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü ve Genelkurmay Başkanlığı kayıtları da dahil edilerek açıklanmaktadır. Böylece intihar istatistiklerinin kapsamı genişletilmiştir.

¹³ Nedeni bilinmeyen veya diğer olarak kodlanan intihar olgularının diğer nedenler arasında geniş bir yer kaplaması, müntehirlerin aileleri ve yakın çevreleriyle görüşülememesine dayandırılabilir. Türkiye ve diğer ülkelerde açıklanan resmi intihar oranları ve ilişkili istatistikler, idari kayıtlara geçen olaylar

Bunların yanında aile geçimsizliği, geçim zorluğu, ticari başarısızlık, hissi ilişki ve istediği ile evlenememe, öğrenim başarısızlığı nedenleri bulunmaktadır (Türkiye İstatistik Kurumu, 2023b). TÜİK verileri incelendiğinde, Türkiye nüfusunun 2013-2022 arasındaki on yıllık dönemde yaklaşık olarak %11 arttığı görülmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2023a). Aynı dönemdeki intihar sayısında ise yaklaşık %27,5 oranında artış kaydedilmiştir. 2013-2022 arası dönemde kadın intiharlarında yaklaşık %19'luk bir artış varken, erkek intiharlarında yaklaşık %31'lik artış söz konusudur. 2022 yılı için cinsiyete göre yaşa özel intihar hızı 100.000'de toplam 7,31 ile erkeklerde kadınlardan (2,44) daha yüksektir. Erkeklerde en yüksek intihar hızı 25-29 (13,93), kadınlarda ise 15-19 (5,71) yaşları arasında kaydedilmiştir. Genelde en yüksek intihar hızı 25-29 (8,72) yaşları arasında saptanmıştır (Türkiye İstatistik Kurumu, 2023b).

Küresel intihar oranları ve Türkiye istatistikleri incelenirken pandemi sürecinin ayrıca ele alınmasına gerek duyulmaktadır. 2019 yılı sonunda Çin'de başlayarak kısa sürede 200'den fazla ülkeye yayılan ve 2020 yılı Mart ayında DSÖ tarafından pandemi olarak duyurularak dünya çapında alarm verilen COVID-19, Nisan 2023 itibariyle yaklaşık 762 milyon doğrulanmış vaka, 6,5 milyonu aşkın ölü ile insanlık tarihinin en ölümcül salgınlarından biri olmasının yanında yirmi birinci yüzyılın en şiddetli salgını olarak görülmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2023). Yoğunluğu ve süresi değişken olmakla beraber, pandemi sürecinde hemen hemen bütün ülkelerde yurtdışı ve/veya yurtiçi seyahat kısıtlamaları, tüm seviyelerdeki eğitim-öğretim kurumlarının uzaktan eğitime geçirilerek geçici olarak kapatılması, sosyal ve fiziksel mesafenin

üzerinden hesaplanmaktadır. Yaş, yöntem gibi unsurlar intihar olgusunun objektif bileşenlerini oluşturur: "Bununla birlikte, intiharın gerçekleştirilmesi ve intihar yollarının seçimi sadece olayın dışta ve yüzeyde kalan cephesidir, ama intihar konusunda belki de en nesnel, en somutça kavranabilecek şeydir. Bize gerekçelerin tablosu gösterildiğinde gözlemlerin ya da tanıkların yorumuyla karşı karşıya olduğumuzdan kuşkulabiliriz; halbuki intiharı gerçekleştirme biçimlerinin istatistiğinde kuşkulacak bir yan yoktur. En azından müntehirin kendisini öldürmek için seçtiği yol hakkında yanılmayız." (Durkheim, 2022; Halbwachs, 2002). İntiharın nedeni ise müntehirin ardından elde edilen, çoğu zaman subjektif verilere dayanır. Özellikle müntehirin yakınlarının çeşitli gerekçelerle olayı ve nedenlerini gizleme eğilimi göstermeleri, intihar nedeni verisinin elde edilmesini güçleştirmektedir.

sınırlandırılması ve/veya engellenmesi, sağlık, güvenlik gibi çeşitli meslek kolları dışında kalan neredeyse tüm meslek gruplarının uzaktan çalışmaya geçirilerek iş yerlerinin geçici olarak kapatılması, evde karantina ve izolasyon uygulamaları, test ve aşı zorunluluğu gibi yollara başvurulmuştur.

Salgın hastalık gibi durgunluk dönemlerinde yaşanan işten çıkarma, ekonomik küçülme ve mali zorlukların intihar kaynaklı ölümlerin %13'üne katkıda bulunduğu bilinmektedir (Coope vd., 2015). COVID-19 pandemisi ile karşılaştırılabilecek geçmiş bir pandemi olan İspanyol gribi, epidemik olarak intihar nedeni ölümlerde artışla ilişkili bulunmuştur. Hastalık süresince sosyal etkileşim ve bütünleşmede azalma ile hastalık korkusu intihar oranlarında yükselmeyi beraberinde getirmiştir (Centers for Disease Control and Prevention, 2020; Ornell vd., 2020; Wasserman, 1992). İspanyol Gribi süreciyle benzer şekilde sosyal izolasyon ve hastalık korkusunun hâkim olduğu COVID-19 pandemisine dair araştırmalar da hastalığın bireyin ve toplumun yalnız fiziksel sağlığını değil ruh sağlığını önemli ölçüde etkilediğini göstermektedir. Daha düşük psikolojik iyilik hali, daha yüksek kaygı ve depresyon puanları, kaygı ve depresyon prevalansında, yalnızlık, umutsuzluk, alkol ve madde kullanımı, aile içi çatışma ve şiddet belirteçlerinde yükselme, önceden var olan psikiyatrik bozukluklarda alevlenme, kendine zarar verme davranışı ve intihar olgularında artış bulgulayan çok sayıda araştırma yayınlanmıştır (Asahi vd., 2021; Breslau vd., 2021; Cullen vd., 2020; Talevi vd., 2020; Kumar ve Nayar, 2021; Pfefferbaum ve North, 2020; Vindegaard ve Benros, 2020). Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Birleşik Krallık, İtalya, Almanya, Bangladeş, Hindistan ve çeşitli ülkelerde COVID-19 bağlantılı intihar vakaları bildirilmiştir (Sher, 2020).

COVID-19 pandemisinin birey ve toplum üzerinde yavaş birikimli ve uzun vadeli bir yük oluşturması, uzun vadeli artış riski için de düşündürücüdür. Japonya merkezli olarak 21 ülkeyi inceleyen bir araştırmada, pandeminin erken dönemlerinde intihar riskinde artış olmadığı; uzun dönemde ise Japonya, Porto Riko, Avusturya gibi ülkelerde intihar kaynaklı ölümlerin arttığı belirtilmektedir (Pirkis vd., 2021). Pandemi sürecinin özellikle başlangıcında, intihar riskine dikkat çeken çok sayıda makale yayınlanmasına rağmen sonraki çalışmalarda küresel intihar oranlarının az da olsa azaldığına veya değişiklik göstermediğine dair bulgulara da rastlanmaktadır. Bu artış göstermeme halinin geçici olduğu ve uzun vadede intihar olgularında artış görüleceği

üzerinde durulmuşsa da pandeminin ikinci yılında devam eden azalmaya vurgu yapıldığı görülmektedir (Kim, 2022).

Türkiye’de ilk COVID-19 vakası 11 Mart 2020 tarihinde açıklanmış, bir hafta içerisinde vaka sayısı 191’e yükselmiş, COVID-19 kaynaklı ilk ölüm 17 Mart 2020 tarihinde gerçekleşmiştir. İlk açıklamadan bir ay sonra vaka sayısı 947’ye, ölüm sayısı 21’e çıkmıştır. Bir sene sonunda 2.835.989 vaka, 29.290 ölüm kaydedilmiştir. Bu süre zarfında ülke genelinde kapanma dönemleri uygulanmış ve kontrollü normalleşme süreci başlatılmıştır. TÜİK verilerine göre, 2019 yılında 4,21 olan kaba intihar hızı, pandeminin ortaya çıktığı 2020 yılında 4,45’e, 2021 yılında ise son 20 yılın en yüksek seviyesi olan 4,98’e yükselmiştir. 2001-2021 yılları arasında saptanan en yüksek intihar sayısı da yine pandemi dönemine denk gelen 2021 yılında 4194 olarak kaydedilmiştir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2023b).

Bireysel intiharların öngörülemezliğine karşın -pandemi süreci gibi olağandışı durumlardaki koşullar dışta tutularak- toplumsal intihar oranları yıllar içinde istikrarlı bir seyir izlemektedir. Bu oransal istikrar toplumsal farklılıkların açıklanmasını kolaylaştırmaktadır. Toplumdaki intihar oranlarını açıklama girişimlerinin kuramsal olarak kabaca iki yaklaşım etrafında şekillendiği görülmektedir. Bunlardan ilki, sosyal nedensellik kuramlarını kapsar. Yayınlandığı günden bu yana intiharla ilgili sosyal epidemiyolojik çalışmalar için bir başlangıç noktası haline gelen ve 100 yılı aşan bir zaman diliminden sonra halen intihar araştırmalarında baskın bir paradigmalardan birini oluşturan Durkheim’in (1951) intihar kuramı öncü olarak görülmektedir. Bu kurama göre intihar, kişisel nedenleri olan bireysel bir eylem gibi görünse de intihar oranları toplumsal nedenlerin ve olguların bir sonucudur. Kuram, intiharı toplumsal yapının iki boyutuyla açıklar: Toplumsal bütünleşme ve toplumsal düzenleme. Toplumsal bütünleşme, bireyin toplumla bütünleşme ve kolektif duyguları diğerleriyle paylaşma derecesini ifade eder. Toplumsal düzenleme ise bireylerin toplum tarafından uygulanan norm ve kurallarla kontrol edilme ve sınırlandırılmasını belirtir. Kurama göre, bireyi diğerlerine bağlayan ve toplumla bütünleştiren veya bireyin arzu, istek ve tatmin yollarını düzenleyen etmenlerin güçlülüğü ve zayıflığı, kişinin intihar eğilimi üzerinde belirleyicidir (Bearman, 1991; Berkman vd., 2000). Kuram, herhangi bir anda bir toplumun ahlaki yapısının yani yetersiz veya aşırı bütünleşme durumu ile düzenleme derecesinin toplumsal intihar oranlarını ve kolektif intihar eğilimini

değiştirebileceği üzerinde durmaktadır. Durkheim'e göre toplum yalnız bireylerden oluşmaz: İnsanlar bireyler olarak birbiriyle ilişki kurduğunda, bireysel bilinçler izole kalmak yerine gruplaşarak birleştiğinde kendi düşünme ve hissetme mekanizmasına sahip yeni bir türün de psişik varlığı oluşur. Bu varlık, kendisini oluşturan bireylerin hepsinde bulunmayan karakteristik niteliklere sahiptir. Bu nitelikler yeni fenomenleri de ortaya çıkarır. İntihar da bu fenomenlerden biri olarak görülebilir. Toplum ve toplumdan doğan ahlak içerisinde egoizm, özgecilik ve anominin bir arada ve dengeli şekilde var oluşu, toplumu intihardan koruyan bir denge yaratır. Bileşenlerden birinin diğerlerine göre baskın olduğu durumda ise intihar oranları artış gösterir. Bu bileşenler, toplumu oluşturan fertlerin tabiatından, fertlerin bir araya geliş ve bir arada bulunuş biçimlerinden, toplum hayatını bozan olaylardan, fertlerin sosyalleşme şeklinden, paylaştıkları eğilim ve benimsedikleri akımlardan etkilenir. Çoğu zaman bileşenler arasındaki denge hali nadirdir. Bazı toplumlarda bazı bileşenler teşvik edilebilir, genel toplumsal normun çok üstünde veya altında konumlanarak özel bir ortam oluşturabilir. Bu anlamda, toplumun doğasına göre intihar oranları doğal bir sosyal istatistik olarak görülebilir. Yine aynı özel ortam intihar oranlarında patolojik bir büyümeye alan açabilecektir (Durkheim, 1951; Lukes, 1985).

Durkheim, toplumsal intihar oranlarına etki eden unsurları yine toplumun içinde arar. Bunların yanında, bireysel yatkınlık ve dış-fiziksel çevre etkenleri de intihar oranlarına etki eden toplum dışı nedenler olarak ele alınmaktadır. Kişinin psikolojik yapısında, doğrudan intihara sürükleyen normal veya patolojik bir eğilim bulunabilir. Var olan bu eğilimin normallığı ya da patolojikliği ülkeden ülkeye değişim gösterebilir. Dış çevrenin ve fiziksel ortamın doğası da intihar eğilimini dolaylı olarak etkileyebilir. Tüm etmenler birleştiğinde, intihar oranının belirli bir toplum için zaman içerisinde ve olağan durumda nispeten sabit bir seyir izlediği, bir toplumdaki diğer topluma ise değişkenlik gösterdiği vurgulanır. Ek olarak Durkheim, toplum dışı nedenlerin ve taklit, bulaşıcılık gibi faktörlerin intihar oranlarını belirleme ve değiştirmede yeterli etkenler olmadığı üzerinde de durur (Jones, 1986).

Kuramın modern revizyonları, toplumsal bütünleşme ve toplumsal düzenleme arasında bir ayrım yapmanın zor olduğu gerekçesiyle tek ve geniş bir toplumsal nitelikte birleştirilmelerine değinmektedir. Ek olarak günümüzde, çok yüksek düzeyde toplumsal bütünleşme ve düzenlemeden kaynaklanan özgeci ve kaderci intiharların

modern Batı toplumlarında daha nadir olduğu, intihar bombacılığı gibi eylemlerin bu kategoriye girebilecekleri söylenebilir. Bu anlamda, toplumsal bütünleşme ve düzenleme düzeyi modern zamanda toplumsal intihar oranlarıyla olumsuz şekilde ilişkili olabilir. Örneğin, Durkheim'e göre kentleşme, sanayileşme, sekülerleşme gibi modernleşme hareketleri ve benzeri sosyoekonomik değişimler, intihar eğilimini destekleyen bireycilik ve toplumsal kontrol aşınmasına yol açar. Batı ülkelerinde bunu destekleyen veriler elde edilmekle beraber, gelişmekte olan Asya ülkelerinde modernleşmenin intihar oranlarını azaltabileceğine dair de bulgular mevcuttur (Lester ve Krysinska, 2022).

Henry ve Short (1954) tarafından geliştirilen bir diğer kurama göre ise, hüsrana uğramış bir kişinin agresyonuna hedef olacak nesne, hüsrana uğratanın kendisi olacaktır. Bu hedef belirlemede ana faktör, kişilerin davranışları üzerindeki dışsal kısıtlamaların düzeyidir. Eğer kısıtlamalar güçlü ise kişiler başarısızlıkları için başkalarını suçlayacak ve agresyonu (örneğin, cinayet) dışa yansıtacaktır. Kısıtlamalar zayıf olduğunda başkasına yönelen agresyon meşru görülmez. Bu durumda kişiler yalnız kendilerini suçlayabilecek ve agresyonu kendilerine yönlendireceklerdir (örneğin, intihar). Bu kurama göre, toplumu oluşturan bireylerin dışsal engel ve kısıtlamalara aşırı maruz kalması cinayet ve kitlesel şiddeti, uzaklaşması ise intihar oranlarını arttırmaktadır.

Naroll (1969) toplumsal intihar oranlarında akut ve ani değişikliklerin önemine vurgu yapmaktadır. Bu kuramda intihar, kişinin kendisinin veya başkalarının davranışları nedeniyle sosyal bağlarının zayıfladığı engelleyici ve yönelim bozucu bağlamlara bir tepki olarak görülür. Toplumsal olarak yönelim kaybı¹⁴ yaşayan bu bireyler arasında intiharın yaygınlaşması beklenebilir. Kişi yönelim bozucu bağlamları protesto etmek için intihar edebilir. Ülkelerin bu bağlamları, diğer bir deyişle sosyal stresörleri önleme ve başa çıkma stratejilerine bağlı olarak toplumsal intihar oranları farklılık gösterecektir.

İntihar oranlarını açıklama girişimlerinin diğer bir kolu sosyal kompozisyon yaklaşımlarını içermektedir. Özellikle Moksony'nin (1990) çalışmalarına dayanan bu

¹⁴ Zaman, mekân, kendilik, kimlik ve çevre farkındalığı açısından kafası karışma, yönünü kaybetme anlamlarında kullanılan "disorientation" kelimesinin karşılığı olarak kullanılmıştır.

yaklaşımlara göre ülkelerin intihar oranları arasındaki farklılık, ulusal nüfus içinde intihar riski taşıyan kesimlerin farklılaşmasından kaynaklanmaktadır. Ayrıca ülkeler fizyolojik, psikolojik ve psikiyatrik açıdan da farklı niteliklerdedir. Bu teoriler, genel toplumda yüksek riskli görülen grupların, benzer özellikteki ülkelerde benzer intihar oranı vereceğini öngörmektedir. Örneğin, gelişmiş ülkelerde erkek, yaşlı ve boşanmış kişilerin intihar oranı daha yüksektir. Kurama göre, erkek, yaşlı ve boşanmış nüfusu fazla olan ülkelerin de intihar oranının yüksek olması beklenebilir. Yüksek intihar riski taşıyan grupların yaratacağı farklılaşmaya dikkat çeken bu yaklaşımların, bölgesel intihar oranlarını açıklamada zayıf kaldığı düşünülmektedir.

1.1.2.1. Risk Faktörleri

İntihar düşünceleri ve davranışlarının değerlendirilmesi, tedavisi ve önlenmesinde risk faktörleri ile koruyucu faktörlerin tespiti özellikle önemlidir. DSÖ (2016) tanımına göre risk faktörü, bir kişinin bir hastalık geliştirme veya yaralanma olasılığını arttıran herhangi bir maruziyet, nitelik veya farklılıktır. Diğer bir deyişle risk faktörü, kişi için olumsuz bir durumun ortaya çıkmasına zemin hazırlayan her türlü unsurdur. Risk faktörleri, beklenen sonuçtan önce gelerek popülasyonu yüksek ve düşük riskli gruplara ayırmak için kullanılabilen özel bağlantılar olarak da görülür. Bu bağlantıların tespiti ise boylamsal çalışmalardan elde edilen kanıtlar ile mümkündür Olumsuz sonucun veya yüksek riskli grupların ortaya çıkma olasılığını arttıran risk faktörleri, kimi zaman nedensel bir ilişkiye de işaret etmektedir. Nedensel risk faktörleri özellikle tedavi hedefleri için belirleyici olurken, nedensel olmayan risk faktörleri tedavi hedefi sunmadan eşlikçi, zayıf öngörücü ve bağlantıları temsil eder (Franklin vd., 2017).

İntihar düşünce ve davranışlarını tedavi etmeye yönelik çok sayıda yaklaşım geliştirilmekle beraber, bunlardan yalnız birkaçının anlamlı ve tutarlı sonuçlar elde ettiği gösterilmiştir. Bu yaklaşımların nedensel risk faktörlerine ilişkin geniş bir ampirik bilgi birikiminden değil belirli bir intihar kuramı, klinik deneyim veya başka bir fenomen için geliştirilen tedavi yaklaşımının intihara uyarlanması şeklinde geliştiği bilinmektedir (Ward-Ciesielski ve Linehan, 2104). Diğer taraftan, intihar kaynaklı ölümlerin arkaplanında birey, aile, yakın çevre ve toplum ekseninde; risk faktörleri, koruyucu faktörler, intihar araçları ile yöntemlerine erişim ve ruh sağlığı tarafından

şekillendirilen karmaşık bir yapıdan söz etmek mümkündür (Naghavi ve Global Self-Harm Collaborators, 2019).

İntihar araştırmalarında, müdahale programı geliştirme aşamalarında ve önleme çalışmalarında intiharın doğru bir şekilde tanımlanmasını ve güvenilir biçimde öngörülebilmesini sağlamak amacıyla çeşitli risk faktörü yapılandırmalarına gidilmiştir. Bazı kuruluş ve organizasyonlar intihar risk faktörlerini, intihar davranışının uzak göstergeleri ve boylamsal belirleyicileri olarak değerlendirilmektedir. İntiharın daha yakın göstergeleri ise uyarı işareti veya tehlike sinyali olarak ele alınmaktadır. Örneğin, Amerikan İntiharbilim Derneği (AAS) (2015) yetişkinler için tehlike sinyallerini madde kullanımında artış; yaşama amacı veya sebebinin olmaması; anksiyete; ajitasyon veya uyku sorunları; sıkışmışlık hissi; umutsuzluk; sosyal geri çekilme; hiddet ve öfke; umursamaz ve riskli davranışlar; belirgin duygudurum değişiklikleri olarak belirtmektedir. Risk faktörlerini ise birden daha fazla tehlike sinyali; beklenen veya gerçekleşen kayıplar veya yaşam stresleri; önceki intihar girişimleri olarak belirlemiştir. Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü (NIMH) (2015) kendini öldürme tehdidinde bulunma veya bu konuda konuşma; intihar planlama; umutsuzluk; hiddet ve öfke; umursamaz davranışlar artmış madde kullanımı; sosyal geri çekilme; anksiyete; ajitasyon; uyku problemleri; ani ve belirgin duygudurum değişiklikleri; hayatının amacını kaybetmişlik hissini tehlike sinyali olarak vurgulamaktadır. Ruhsal bozukluklar (özellikle depresyon ve madde kullanımı); önceki intihar girişimi; ailede ruhsal bozukluk, madde kullanımı, intihar, şiddet, fiziksel veya cinsel şiddet öyküsü; evde ateşli silah veya tabanca bulundurma; mahpusluk hali ve başkalarının intihar davranışına maruz kalma durumlarını ise risk faktörü olarak belirlemiştir.

Kuramsal modelleri bütünleştiren başka bir bakış açısında ise intihar risk faktörleri dört grupta ele alınmaktadır: Kişilik ve bireysel farklılıklar (umutsuzluk, dürtüsellik, mükemmeliyetçilik, nevrotiklik ve dışa dönüklük vd.) bilişsel faktörler (bilişsel katılık, ruminasyon, düşünce bastırma vd.), sosyal faktörler (ailede intihar öyküsü, intihara maruz kalma, medya etkisi vd.), olumsuz yaşam olayları (çocukluk çağı travmaları, cinsel veya fiziksel istismar, fiziksel hastalıklar vd.). Bu faktörlerden bazıları intihar düşüncesinin oraya çıkmasıyla ilişkili bulunmakta, diğerleri ise intihar düşüncelerinin eyleme dökülme olasılığını arttırmaktadır (O'Connor ve Nock, 2014).

Risk faktörleri statik ve dinamik olarak da ele alınabilmektedir (Holman ve Williams, 2020). Statik risk faktörleri cinsiyet, etnik köken, kendine zarar verme ve intihar girişimi öyküsü gibi durumsal olmayan ve değişmez unsurlardan oluşmaktadır (Chan vd., 2016; Clifford vd., 2013; Pollock vd., 2018; Ribeiro vd., 2016; Schrijvers vd., 2012; Sinclair ve Leach, 2017). Dinamik risk faktörleri ise madde kullanımı, psikiyatrik problemler, zorbalığa uğrama, umutsuzluk, dürtüsellik, yük olma algısı gibi durumsal ve zaman içinde değişkenlik gösteren faktörleri içerir (Sinclair ve Leach, 2017). İntiharı önleme çalışmalarında dinamik risk faktörlerini hedef almanın, intiharı önlemede daha etkili olacağı düşünülmektedir. Dinamik risk faktörlerinin düşük seviyelerde olması, düşük intihar eğilimiyle ilişkilendirilmektedir (Holman ve Williams, 2020). Risk faktörlerini sınıflandırmak için önerilen bir başka yol da biyolojik (cinsiyet, yaş, ırk gibi); psikolojik (duygudurum bozukluğu, kişilik bozukluğu gibi); bilişsel (katı bilişsel yapılanma; zayıf problem çözme yeteneği, dürtüsellik gibi) ve çevresel/durumsal (iş kaybı, önemli bir ilişkinin sonlanması, hapis cezası gibi) boyutlara ayırmaktır. Buna ek olarak yakın (ani bir kriz durumu veya ani bir kayıp gibi) ve uzak (uzun süredir devam eden yoksulluk, kronik hastalık gibi) risk faktörleri olarak da kategorize edilebilmektedir (Granello, 2010).

Alanyazında, boylamsal çalışmalarla belirlenen ve intihar risk faktörü olarak ortak kanaate varıldığı görülen unsurlar şunlardır: Psikiyatrik bozukluklar, geçmiş intihar girişimleri, sosyal izolasyon, ailevi çatışmalar, işsizlik, fiziksel hastalıklar, genetik unsurlar (Fehling ve Selby, 2021; Van Orden vd., 2010). Çeşitli kuruluşlar tarafından risk faktörü ve uyarı işareti adıyla listelenen ve spesifik olmayan listelerde neredeyse her türden ruhsal bozukluk; ciddi veya kronikleşmiş fiziksel hastalık; sosyal, mesleki veya hukuki sıkıntılar; göçmenlik, mahkumiyet, cinsel yönelim gibi özel demografik koşullar; ölümcül olabilecek araç ve gereçlere erişimin kolaylığı bileşenlerinin hemen hemen örtüştüğü görülmektedir (Franklin vd., 2017) . Bunların yanında -ampirik anlamda daha kısıtlı olarak desteklenmekle beraber- aile geçmişinde intihar öyküsü, dürtüsellik, hapis, umutsuzluk, mevsim geçişi, serotonerjik disfonksiyon, ajitasyon, uyku, çocukluk çağı istismarı, intihara maruz kalma, evsizlik, savaşa maruz kalma, düşük deneyime açıklık, utanç da risk faktörleri arasında anılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (2015) ruhsal bozuklukları (özellikle depresyon ve madde kullanımı); kriz anlarını; kronik acı ve rahatsızlık halini; çatışma, afet, şiddet,

istismar ve kayıp durumlarını; sığınmacı, göçmen veya yerli halktan olmayı; mahpusluk, heteroseksüellik dışında bir yönelime sahip olmayı ve önceki intihar girişimini doğrudan birer risk faktörü olarak kabul etmektedir.

Psikiyatrik bozukluklar intiharların en güçlü bireysel yordayıcılarından biri olarak görülmektedir (Langhinrichsen-Rohling vd., 2009; Oquendo vd., 2008; Turecki ve Brent, 2016; Wasserman vd., 2012). İntihar sonucunda ölen kişilerin %95’lik çoğunluğunun ruhsal bozukluklardan muzdarip olduğu, kalan %5’lik kısmın ise bu bozuklukların subklinik varyantlarına sahip olduğu düşünülmektedir (Cavanagh vd., 2003; Ernst vd., 2004). Bazı psikiyatrik bozuklukların, diğer bozukluklara nazaran daha yüksek intihar riski oluşturduğu bilinmektedir: Majör depresif bozukluk (%2-6 arasında intihar oranı) (Bostwick ve Pankratz, 2000), iki uçlu duygudurum bozukluğu (intihar riskinde 15 kata kadar artış) (Harris ve Barraclough, 1997), sınırda kişilik bozukluğu (%4-5 arasında intihar oranı) (Björkenstam vd., 2016), anoreksiya nervoza (intihar oranında 58 kata kadar artış (Herzog vd., 2000), şizofreni (%1,8-5,6 arasında intihar oranı) (Palmer vd., 2005), madde kötüye kullanımı (intihar oranında 5,7 kat artış), davranım bozukluğu (intihar riskinde 6 kat artış) (Harriss vd., 2005). İntihar olgularında sıklıkla birden fazla ruhsal bozukluk öyküsü olduğu, herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan veya tanı ölçütleri karşılamayan müntehirlerin de muhtemelen bir psikiyatrik bozuklukta etkilenmiş olabileceği düşünülmektedir (Nock vd., 2010; Tyrer vd., 2015). Bunların yanı sıra, bu bozukluklara sahip bireylerin büyük çoğunluğunun intihar nedeniyle ölmediği de vurgulanmaktadır (Turecki ve Brent, 2016; Van Orden vd., 2010).

İntihar için akut risk işaretleri olarak sayılabilecek ajitasyon, umutsuzluk, uyku bozuklukları ve kabuslar gibi etkenlerin de ölümcül intihar davranışıyla ilişkili olduğu bilinmektedir. Özellikle, umutsuzluk ve uyku bozuklukları için tutarlı ve güçlü bulgular sunulmakla beraber ajitasyon hakkındaki kısıtlı sayıdaki çalışmada ajitasyonun da bir yüksek risk işareti olduğu gösterilmiştir (Goldstein vd., 2008; Huth-Bocks vd., 2007). Ajitasyonun bipolar bozukluk, tıbbi hastalıklar ve belirli psikiyatrik ilaçların kullanımını esnasında intihar riskini arttıracak potansiyel mekanizmalardan biri olduğu; intihar kapasitesi yüksek ve dürtü kontrolü zayıf olarak değerlendirilen kişilerde intihar teşebbüsü oranını öngörücü olacağı varsayılmaktadır (Bostwick ve

Rackley, 2007; Henry ve Demotes-Mainard, 2006; Ribeiro ve diğeri, 2015; Swann, 2013).

Depresyon, intihar düşüncesinin gelişimiyle ilişkili görülmekte ve intihar düşüncesi riskini büyük ölçüde artırmaktadır. Depresif ruh halinin düzeyi de intiharı yordayan faktörlerden biridir. Depresyondaki kişilerin en az %25'i son iki hafta içinde intihar düşüncesi geliştirdiğini bildirmekte, yaklaşık dörtte biri yaşamları boyunca ölümcül olmayan bir intihar girişiminde bulunmaktadır (Goldney vd., 2003; Verona vd., 2004). İntihar teşebbüsü sonrasında hastaneye yatırılan ve taburcu olduktan sonraki otuz gün içerisinde yeniden girişimde bulunan kişilerde en yaygın tanının depresyon olduğu tespit edilmiştir (Haglund vd., 2019). Majör depresif bozukluk ve bipolar bozukluğun majör depresif dönemlerinin intihar kaynaklı ölümlerin en az %50'sinden sorumlu olduğu düşünülmekte, bipolar bozukluğun karma depresif epizodlarının intihar girişimleriyle yüksek oranda ilişkilendirilmekte ve karma depresif dönemde geçirilen süre arttıkça girişim riskinin de artacağı belirtilmektedir (Holma vd., 2014). Anksiyete ve ajitasyon semptomlarıyla karakterize bozuklukların (yaygın kaygı bozukluğu, sosyal fobi, TSSB, iki uçlu duygudurum bozukluğu gibi) veya dürtü kontrol eksikliği ile karakterize bozuklukların (davranım bozukluğu, aralıklı patlayıcı bozukluk, madde kullanım bozukluğu gibi) ise depresyonla gelişen intihar düşüncesinin özellikle ölümcül olmayan intihar davranışına dönüşmesini arttırdığı belirtilmektedir (Nock vd., 2009). Diğer taraftan literatürde, depresyonun intihar düşüncesini yordamasına rağmen intihar davranışını yordamadığını (Nock vd., 2010); depresif kişilerin çoğunluğunun intihar davranışında bulunmadığını gösteren kanıtlar da bulunmaktadır (Bolton vd., 2008).

İntihar sebebiyle ölen kişilerin üçte birinin, intihar eylemleri esnasında tıbbi bir hastalığa sahip olduğu gösterilmiştir (Whitlock, 1986). Fiziksel hastalıklar ile intihar arasında bir ilişki bulgulayan çok sayıda çalışma olmasına rağmen, romatoid artrit, diyabet, hipertansiyon gibi hastalıkların intihar riskini fiilen arttırdığı görülmemiştir (Harris ve Barraclough, 1997; Stenager ve Stenager, 1992). İntihar riskinin özellikle yüksek olduğu insan bağışıklık yetmezliği virüsü (HIV) ve edinilmiş bağışıklık eksikliği sendromu (AIDS) grubunda intihar riskinin genel nüfusa kıyasla yedi kat daha fazla olduğu ifade edilmektedir (Harris ve Barraclough, 1997). İntihar riski yüksek bir başka grup, diğer kanser türlerine göre dört kat, genel nüfusa kıyasla dokuz

kat daha fazla intihar riski taşıyan beyin kanseridir (Harris ve Barraclough, 1997). Amyotrofik lateral sklerozun (ALS) intihar riskini tahminen altı kata, multipl sklerozun (MS) ise iki kata çıkardığı belirtilmiştir (Fang vd., 2008; Harris ve Barraclough, 1997). Fiziksel hastalıklar ve intihar arasındaki ilişkinin, eşlik eden ruhsal bozukluklar, işlevsellikte sınırlılıklar ve sosyal izolasyon dahil olmak üzere çok sayıda farklı risk faktöründen beslendiği düşünülmektedir (Carrico vd., 2007; Goodwin vd., 2003; O'Mahony vd., 2005; Rasic vd., 2008).

İntihar düşüncesi ve intihar kaynaklı ölümlerin kayda değer yordayıcılarından bir diğeri de geçmiş intihar öyküsüdür. Daha önce bir intihar girişiminde bulunmuş olmak, kimi araştırmacılar tarafından sonraki intihar girişiminin en güçlü tahmincisi olarak da kabul edilmektedir (Bostwick vd., 2016; Liu, 2019). Özellikle, geçmişte birden fazla intihar girişiminin varlığı yetişkin ve ergenlerde ölümcül intihar davranışının güçlü bir göstergesi olarak görülmektedir (Christiansen ve Jensen, 2007; Haw vd., 2007; Kotila ve Lönnqvist, 1987; Suominen vd., 2004). Dünya Sağlık Örgütü (2015), intihar için açık ara en güçlü risk faktörünün daha önceki bir intihar girişimi olduğunu vurgulamaktadır. İntihar girişiminde bulunan kişilerin %18,9-%88 arasında değişen oranlarda tekrar girişimde bulunacağına dair bulgular mevcuttur (Irigoyen vd., 2019; Parra-Urbe vd., 2017). DSM-5'te yer alan İntihar Davranışı Bozukluğu kategorisine dayalı olarak yürütülen araştırmalarda, bir intihar girişiminden sonraki iki yıl içerisinde yeniden girişim riskinin en yüksek seviyede olduğu (Parra-Urbe vd., 2017); bir girişimden sonraki ilk yıl en yüksek seviyede olacağı; psikiyatri hastanesinden taburcu olma sonrasında en yüksek yüksek seviyede intihar riski taşınacağı öne sürülmektedir (Chung vd., 2019; Hawton vd., 2015; Irigoyen vd., 2019; Tidemalm vd., 2008). İntihar girişimi sonrasında acil servise başvuran kişilerin %23'ünün doksan gün içinde yeniden intihar girişimiyle başvuruda bulunduğu belirlenmiştir (Stapelberg vd., 2021). Yeniden girişim oranlarının yaş, cinsiyet, psikiyatrik tanı, ilk intihar girişimindeki yöntem ve şiddet değişkenlerine göre farklılık gösterdiği de düşünülmektedir (Skogman vd., 2004; Tidemalm vd., 2008). Bunun yanında, bir girişimin ardından artan intihar riski sonrasında, tekrarlanan girişimlerin yarattığı birikimli risk faktörü onlarca yıla yayılıyor görünmektedir. Ek olarak, kişinin intiharı düşünme ve planlaması da intihar riskini arttırıcı bir faktör olarak kabul edilmektedir (Borges vd., 2012).

Genetik unsurlar da risk faktörleri arasında yer bulmaktadır. İntiharın ailesel kümelenme yoluyla aktarıldığı ve genetik bileşenlerden etkilendiği hususunda kanıtlar mevcuttur (Mirkovic vd., 2016; Sokolowski vd., 2015; Voracek ve Loibl, 2007). İntihar nedeniyle ölen kişilerin aile içi intihar oranlarının, diğer nedenlerle ölenlere göre iki kat fazla olduğu bulunmuştur (Runeson ve Asberg, 2003). Tek yumurta ikizlerinin, çift yumurta ikizlerine oranla daha yüksek intihar girişimi ve tamamlanmış intihar uyumu oranına sahip olduğu bulgulanmıştır (Brent ve Melhem, 2008; Voracek ve Loibl, 2007). Aile ve ikiz çalışmalarında, intihar davranışının ailesel aktarımının ailevi psikiyatrik bozukluk riskinin ötesine geçtiği ortaya tespit edilmiştir. Benzeri araştırmalara dayandırılarak, ailede intihar öyküsünün, intiharın önemli yordayıcılarından biri olabileceği üzerinde durulmaktadır (Fu vd., 2002; Glowinski vd., 2001; Runeson ve Asberg, 2003).

Sosyal izolasyon intihar düşüncesi, girişimi ve ölümcül intihar davranışını öngörmede tartışmasız ve güvenilir bir risk etkenidir. Ölümcül intihar davranışı ile yalnızlık, sosyal geri çekilme, yalnız yaşama, çok az sosyal desteğe sahip olma, kuvvetli bağları olmayan ailelerde yaşama, hücre hapsi, ölüm veya boşanma gibi nedenlerle eş kaybı gibi çeşitli sosyal izolasyon görünümleri arasında pozitif yönde; evlilik, çocuk sahibi olma, daha fazla sayıda arkadaş ve aile üyesi, aktif paylaşımda bulunulan geniş sosyal çevre arasında ise negatif yönde ilişki bulunmuştur (Joiner ve Van Orden, 2008). Birden fazla kuramda sosyal bağlılık eksikliği, engellenmiş aidiyet (veya aidiyetsizlik) duygusu ve yük olma algısının intihar düşünce ve davranışlarının gelişmesine zemin hazırladığı ileri sürülmektedir (Durkheim, 1951; Joiner, 2005; Schneidman, 1996). Yük olma algısının mükemmeliyetçilik ve intihar düşüncesi arasındaki ilişkideki aracılık etkisine, depresyon ve umutsuzluk gibi faktörler kontrol edildikten sonra dahi intihar düşüncesini yordadığına dikkat çekilmektedir (Cukrowicz vd., 2011; Joiner vd., 2009; Rasmussen vd., 2012). Salgın, savaş veya çeşitli toplumsal olaylar nedeniyle uygulanan sosyal kısıtlamalar ve yasaklamaların söz konusu risk faktörlerini olumsuz yönde etkilemiş olabileceği üzerinde de durulmaktadır (Pathirathna vd., 2022).

Literatürde, işsizliğin müntehirler arasında yaygın bir faktör olarak yüksek intihar riski ile ilişkili olduğuna dair bulgular mevcuttur. Genel popülasyonda işsizlik ve intihar oranları arasındaki ilişkiyi inceleyen birkaç çalışmada ilişki

bulunmamasına rağmen, daha yüksek intihar riski taşıyan küçük örneklerle yürütülen araştırmalar ilişkinin varlığına işaret etmektedir (Lester ve Yang, 2003; Stack, 2000). İş kaybı veya hacze neden olan ekonomik kriz ve durgunlukların da intihar riskinde artışla ilişkili olması olası görünmektedir (Anagnostopoulos vd., 2017; Chang vd., 2009). İntihar nedeniyle ölen birçok kişinin işsiz olduğu fakat işsiz kişilerin büyük çoğunluğunun intihar ederek ölmediği; işsizliğin yalnız hassas ve kırılgan gruplar arasında ve belirli olumsuz sonuçlara yol açtığına yüksek intihar riskiyle ilişkilendirilebileceği düşünülmektedir (American Association of Suicidology, 2009).

Çocukluk çağında duygusal ihmal ve fiziksel istismar, ebeveyn ölümü veya hastalığı, çocuklukta cinsel taciz ve tecavüz, savaşlar, evsizlik ve hapis gibi stresli yaşam olayları da yüksek intihar riski taşımaktadır (Beautrais, 2001; Fazel vd., 2008; Haw vd., 2007; Kang ve Bullman, 2008; O'Connor ve Nock, 2014; Plunkett vd., 2001; Turecki ve Brent, 2016; Wasserman vd., 2012). İntihar davranışına maruz kalma, doğal afetler, salgınlar, intihar davranışı oranlarındaki mevsimsel değişiklikler ise çevresel risk faktörleri olarak sayılabilir (Christodoulou vd., 2009; Exeter ve Boyle, 2007). Özellikle yoğun ve fazla miktarda erken dönem olumsuz yaşantı, uzun vadeli risk bir faktörü olarak değerlendirilmektedir. Daha fazla miktarda stresli olayın daha fazla intihar riskine yol açması hususunda bir doz-yanıt etkisinden bahsedilmektedir (Dube vd., 2001).

Çeşitli sosyodemografik ve kültürel etmenler de intihar için risk faktörü teşkil eder. İntihar riski cinsiyet, yaş, etnik köken ve cinsel yönelime göre değişkenlik göstermektedir (Canetto ve Sakinofsky, 1998). Kadınların erkeklere nazaran daha fazla ölümcül olmayan intihar davranışı sergilediği ancak intihar nedeniyle ölümün erkeklerde daha sık olduğu bilinmektedir (Langhinrichsen-Rohling vd., 2009; Wasserman vd., 2012). Cinsiyet grupları arasında, intiharların çoğunun 35-44 yaşlar arasında gerçekleştiği, ergenlik öncesinde intihar davranışlarının nadir olduğu rapor edilmiştir. Daha yeni araştırmalarda, intihar riskinin genç yetişkin gruplarda artış trendi izleyebileceği üzerinde durulmaktadır (Olson vd., 2017; Wasserman vd., 2012).

İntihar riski etnik kökene göre de farklılık göstermektedir. Örneğin, Afrikalı-Amerikalılar ve Latin-Amerikalılar arasındaki daha genç yaşlarda intihar kaynaklı ölüm oranının daha yüksek; Asya-Amerikalılar ve yerli Amerikalıların Beyaz

Amerikalılara göre genel intihar oranlarının daha düşük; Afrikalı-Amerikalıların ilk intihar girişimlerinde ölme olasılıklarının daha yüksek olduğu raporlanmıştır. Amerika yerlileri gibi bazı etnik gruplarda cinsiyet farkının azaldığı, kadınların daha yüksek risk altında olduğu görülmektedir (Garlow vd., 2005; Jordan ve McNeil, 2020). LGBTIQ+ popülasyonda da yaşam boyu intihar davranışı riski önemli ölçüde artmıştır. Transseksüel kişilerin yüksek intihar riski altında olduğu ve %43'e varan yaşam boyu intihar girişimi oranı bildirilmiştir (King vd., 2008; Ream, 2019).

Genel kabul gören risk faktörlerinin yanında, belirli gruplara ve kültürlere özgü risk faktörleri de bulunmaktadır. Kültürleşme, toplumculuğa karşı bireycilik, din ve maneviyat, stresin farklı tezahürleri ve stres tepkilerinin farklı yorumları, ruh sağlığı hizmetlerinin yetersiz kullanımı gibi faktörler intihar riskini arttırmaktadır. İntiharı yüksek derecede öngörebilen diğer risk faktörlerinin kültürden etkilendiği görülmektedir. Örneğin, Batı toplumları ile karşılaştırıldığında, Doğu toplumlarında toplumsal stres öğeleri intiharı ruhsal bozukluklardan daha fazla öngörmektedir (Chu vd., 2013; Snowdon, 2018).

Kişilik, mizaç ve bilişle ilgili çeşitli değişkenler de intihar risk faktörü olma yönünde araştırılmıştır. Geleceğe dair karamsarlık olarak da tanımlanan umutsuzluk, çok sayıda endekste intihar düşünce ve davranışlarının güçlü bir yordayıcısı olarak görülmektedir (Beevers ve Miller, 2004; Brezo vd., 2006; Young vd., 1996). İntihar kuramlarının çoğunda önemli bir yer tutmasına rağmen umutsuzluğun intihar için bir risk faktörü olup olmadığı konusunda istatistiksel çelişkiler var görülmektedir. 12 yıllık prospektif bir araştırmada umutsuzluğun anlamlı bir yordayıcı olmadığına (Suominen vd., 2004), başka bir 4 yıllık takipte umutsuzluğun gelecekteki intihar girişimlerini öngörmediğine ilişkin bulgular elde edilmiştir (O'Connor vd., 2013). Dürtüsellik, uzun yıllar ve pek çok araştırma sonucunda intihar düşüncesi, girişimi ve ölümler ile ilişkili bulunmuştur (Giegling vd., 2009; Gvion ve Apter, 2011; Nock vd., 2008). Dürtüsellik, kimi araştırmalarda yenilik arama davranışı ve kısa dikkat aralığı; kimi araştırmalarda ise plansızlık ve bilişsel dürtüsellik olarak ele alındığı görülür (Gvion ve Apter, 2011). Bu açıdan bakıldığında, dürtüsellik bir durum mu yoksa kişilik özelliği mi olduğu tartışmalıdır (Bagge vd., 2013). Dürtüsellik, gençlerde yaşlılara göre daha ön planda olduğu; kişilik bozukluğu olan bireylerde tekrarlayan intihar girişimlerini tahmin etmede yararlı; dürtüsel saldırganlığın intihar girişimiyle

ilişkisi bilinmekle beraber, olayın tıbbi ciddiyeti ve intihar riskiyle ilişkisi yeniden değerlendirilmeye açıktır (Boisseau vd., 2013; Brezo vd., 2006; Hawton vd., 2012).

Mükemmeliyetçiliğin tüm türleri intihar riskiyle eşit derecede ilişkili bulunmamakla beraber, kişinin kendisinden diğer insanların gerçekçi olmayan yüksek beklentiler beslediği inancı içselleştirildiğinde intihar düşünceleri ve girişimleriyle ilişkili görünmektedir (O'Connor, 2007; Roxborough vd., 2012). Mükemmeliyetçiliğin sosyo-ilişkisel boyutlarının, sosyal kopukluk hissini arttırdığı, bu sosyal kopukluğun da intihar riskini yükselttiği öne sürülmektedir (Hewitt ve Flett, 1991).

Beş büyük kişilik özelliği arasında yer alan nevroitiklik ve dışadönüklük de intihar düşüncesi, girişimleri ve intihar kaynaklı ölümlerle ilişkili bulunmuştur (Blüml vd., 2013; Lester, 2010). Literatürde, yüksek düzeyde nevroitiklik ve düşük düzeyde dışadönüklüğün birleşik etkilerinin de intihar için bir risk faktörü oluşturabileceğine değinilmektedir (Fang vd., 2012). Sıkıntıya karşı daha duyarlı (yüksek nevroitiklik) ve sosyal bağlantıları zayıf veya kopuk (düşük dışadönüklük) insanlarda intihar riskinin yükseldiği belirtilmektedir (Duberstein vd., 1994).

Bilişsel katılığın ileriye dönük olarak intihar düşüncesini öngördüğünü, intihara teşebbüs eden kişilerde karar verme mekanizmasının bozulmuş olduğunu kanıtlayan çalışmalara rastlanmaktadır (Dombrovski vd., 2010; Jollant vd., 2005; Miranda vd., 2012). Ruminasyon, artan depresyon, umutsuzluk ve problem çözme yetisinde bozulma ile ilişkilendirilmektedir (O'Connor ve Nock, 2014). Yoğun ruminatif düşünce tarzı, intihar düşünce ve girişimi için bir risk faktörü oluşturmaktadır (Grassia ve Gibb, 2009; Miranda ve Nolen-Hoeksema, 2007; Morrison ve O'Connor, 2008). İstenmeyen düşünceleri kasıtlı olarak durdurma girişimi olarak tanımlanan düşünce bastırma, intihar düşünce ve girişimleriyle ilişkili bulunmuş, duygusal tepkisellik ile kendine zarar verme düşünce ve davranışları arasında aracı olduğu tespit edilmiştir (Najmi vd., 2007; Pettit vd., 2009). Kişilerin yaşamak için nedenlerinin az olmasının da intihar arzusunu, düşüncesini ve girişim riskini arttırdığı düşünülmektedir (Galfalvy vd., 2006; Zhang vd., 2011). On yıllık boylamsal bir çalışmada orta ve güçlü ölme arzusu olup çok az yaşama arzusu olan psikiyatri hastalarında intihar riskinin yüksek olduğu saptanmıştır (Brown vd., 2005).

İntiharla ilgili medya kaynakları da özellikle taklit intiharların¹⁵ veya belli bir yöntemin kullanıldığı intihar olgularının insidansını arttırabilmektedir. İntihar eden kişinin ünlü biri olması, intihar olayının ruhsal bozukluklar ve olumsuz sonuçlarıyla bağlantılı olarak verilmesi yerine romantize edilmesi, intiharın yönteminin ayrıntılı olarak belirtilmesi gibi etmenlerin özellikle haberin yayınlanmasından sonraki ilk otuz gün içinde intihar oranlarını etkilediği bilinmektedir (Pirkis ve Nordentoft, 2011). Bir diğer etki mekanizması da intihar haberine konu olan kişi, okuyucu ile benzer özelliklerde olduğunda ortaya çıkmaktadır. Yaş veya cinsiyet açısından aynı veya yakın, sunum biçimi nedeniyle intihar eyleminin saygı gördüğü veya acıma, merhamet, hak verme gibi duygularla karşılandığı olgularda intihar riski artış göstermektedir (Blood ve Pirkis, 2001; Ortiz ve Khin, 2018) . Ergenler ve genç yetişkinlerin medya etkisine daha açık olduğu tahmin edilmektedir (Gould, 2001; Haw vd., 2013).

1.1.2.2. Koruyucu Faktörler

İntihar risk değerlendirmesinin ana hedefleri, risk düzeyini etkileyen faktörleri belirlemek, genel intihar riski düzeyini öngörmek ve riski yönetebilmek için kapsamlı bir planlamada bulunabilmektir. Risk değerlendirmesi, intihar düşüncelerini içeren mevcut ruhsal durumun, risk faktörlerinin ve koruyucu faktörlerin değerlendirilmesini içerir (Jacobs ve Brewer, 2006). Koruyucu faktörler basitçe, risk faktörlerinin aksine intihar düşüncelerini, girişimini ve intihar kaynaklı ölüm riskini azaltacak, intiharı bir seçenek olarak düşünmekten alıkoyacak, kişinin kendi varlığını intihara karşı savunmasını sağlayacak etkenler olarak kavramsallaştırılır (Chehil ve Kutcher, 2012).

¹⁵ Werther etkisi olarak da bilinmektedir. Goethe'nin 1774 tarihli Genç Werther'in Acıları adlı romanının yayınlanmasından sonra -hiçbir zaman kesin olarak kanıtlanamasa da- Avrupa'da pek çok intiharın Werther'in ölüm şeklinin taklidi olduğu söylenegelmiştir. Söz konusu intihar olgularında müntehirlerin Werther ile benzer giysiler tercih etmesi, aynı yöntemi kullanması ve kitabın olay mahallinde bulunması taklit fikrini güçlendirmiştir (Ortiz ve Khin, 2018). İntiharların devam etmesi ve taklit söylentileri, sonraki yıllarda İtalya, Leipzig, Kopenhag gibi çeşitli yerlerde kitabın yasaklanmasına neden olmuştur. Yine bir intihar haberi üzerine Phillips (1974) tarafından, intiharların kitaba bağlı olarak arttığını ve telkin ile taklidin intihar üzerindeki etkisini göstermek amacıyla yazılan bir makalede söz konusu durum "Werther etkisi" şeklinde adlandırılarak literatüre girmiştir.

Koruyucu faktörler, çoğu risk faktörünün tersi olarak da görülmektedir. Örneğin, yalnızlık ve sosyal izolasyon bir risk faktörüyken sosyal destek koruyucu bir faktördür. Düşük benlik saygısı bildirmek intihar riskinin yüksekliğine işaret ederken yüksek benlik saygısı koruyucu bir faktörün varlığına işaret eder. Bu anlamda, risk faktörleri ve koruyucu faktörler bir spektrumun iki ucu olarak ele alınabilir. Bu spektrumun bir ucundaki kişiler koruyucu faktörler açısından zayıf ve yüksek intihar riski altındayken, diğer ucundaki kişiler risk faktörleri açısından zayıf ve düşük intihar riski taşımaktadır (Johnson vd., 2011). Koruyucu faktörler içsel (dayanıklılık, iyimserlik, umut, hedefler, yollar, eylemlilik, maneviyat ve dindarlık, olumlu benlik algısı, duygusal istikrar, vd.) ve dışsal (sosyal destek, aidiyet duygusu, akranlar arası ve aile içi uyumluluk vd.) koruyucular olarak çerçevelenebilmektedir (Gutierrez vd., 2001).

Psikolojik dayanıklılık, sağlamlık veya yılmazlık intihar riskine karşı güçlü bir içsel koruyucu olarak kabul edilmektedir. Psikolojik dayanıklılık düzeyi yüksek kişilerin üzücü durumlara, travma, stres ve diğer sıkıntılara daha iyi uyum sağladığı bilinmektedir. Psikolojik dayanıklılık, intihar risk faktörleri karşısında direnme ve intihara eğilim gösterilen durumlarda destek bulabilme becerisini de kapsamaktadır (Osman vd., 2004; Rutter vd., 2008). Dayanıklılıkla beraber benlik saygısı, ruh sağlığı hizmetlerine erişim ve bu hizmetlere karşı olumlu tutumda olmanın intihar riskine karşı koruyucu olduğu belirlenmiştir (Holma vd., 2014). Psikolojik sağlamlığın intihar riskine karşı koruyucu bir faktör olduğu, son yıllarda yürütülen çalışmalarla da desteklenmektedir. Savaş gazilerinde intihar düşünce ve girişimlerini tahmine dayanan boylamsal bir çalışmada, ilk değerlendirmede yüksek psikolojik dayanıklılık düzeyine sahip katılımcıların takip değerlendirmesine daha düşük intihar eğilimi gösterdiği saptanmıştır (Youssef vd., 2013). Yaşam boyu intihar eğilimi ve dayanıklılık arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, yaş gruplarının genelinde düşük dayanıklılık düzeyi artan intihar eğilimi riskiyle ilişkilendirilmiştir (Liu vd., 2014). Başka bir araştırma, intihar girişiminde bulunan madde bağımlılarının dayanıklılık düzeylerinin, intihar girişiminde bulunmayanlara kıyasla belirgin derecede düşük olduğunu göstermiştir. Aynı araştırma bulguları arasında, psikolojik dayanıklılığın çocukluk çağı travmalarıyla ilişkili intihar davranışını azaltan koruyucu bir faktör olduğuna da değinilmektedir (Roy vd., 2007). Psikolojik dayanıklılık, alkol ve madde

kullanımı ile içselleştirme ve dışsallaştırma bozuklukları dahil olmak üzere intihar için ortak risk faktörlerinin insidansını da azaltmaktadır (Brent, 2016; Southwick ve Charney, 2012; Wu vd., 2013).

Psikolojik dayanıklılığın intihar özelinde yorumlandığı ve “intihar eğilimine karşı dayanıklılık¹⁶” kavramı şeklinde ayrıca incelendiği görülmüştür. İntihar eğilimine karşı dayanıklılık, intihar düşüncelerini düzenlemeyi sağlayan bir kaynak, yeterlilik veya algılanan bir yetenek (Osman vd., 2004); intihara karşı savunma yapan içsel bir faktör (Rutter vd., 2008); stresin zararlı etki ve habis sonuçlarına karşı tampon oluşturan olumlu özdeğer algısı (Johnson vd., 2010) olarak açıklanmaktadır. İntihar eğilimine karşı dayanıklılık temelli tamponlama hipotezinde, karşı dayanıklılığın risk faktörüyle etkileşime giren bir faktör olduğu; intihar riski düşük olan veya risk faktörü taşımayan bireylerde intihar eğilimi de olmayacağından bu dayanıklılık faktörünün gelişmemiş veya pasif olabileceği; yüksek intihar riski taşıyan bireylerde ise aktif ve gelişmiş durumda ise risk faktörleri ile intihar eğilimi arasındaki ilişkiyi zayıflatabileceği veya yok edebileceği; pasif veya gelişmemiş ise risk faktörü ile intihar eğilimi ilişkinin azaltamayacağı yani tampon görevi göremeyeceği savunulmaktadır. (Johnson vd., 2011).

Sosyal destek de koruyucu faktörler arasında üst sıralarda yer almaktadır. Sosyal destek, bir kişiyi kendisine değer verildiğine, sevildiğine, saygı duyulduğuna, karşılıklı ilişki ve bağlılığın bir üyesi olduğuna inandıran herhangi bir unsur olarak açıklanabilir (Cobb, 1976). Sosyal desteğin hem intihar riskine karşı koruyucu bir faktör olması, hem de intihara karşı psikolojik dayanıklılık ve direncin artmasıyla ilişkili oluşu hakkında ampirik bulgular ve kuramsal literatür fikir birliği içerisindedir (Kleiman ve Liu, 2013). Geçmiş çalışmalarda, sosyal desteğin intihar düşüncesinin daha az ortaya çıkmasıyla doğrudan ilişkili olduğuna (Chioqueta ve Stiles, 2007); olumsuz yaşam olayları gibi risk faktörlerinin varlığında sosyal desteğin intihara karşı koruyucu olacağına (Meadows vd., 2005; Yang ve Clum, 1994); sosyal desteğin, risk faktörlerinin intihar riski üzerindeki etkisini hafifletici bir tampon olabileceğine (Harrison vd., 2010; Oyama vd., 2010); benlik saygısı gibi diğer koruyucu faktörleri de arttırarak intihar riskini dolaylı olarak da azaltacağına dair bulgular mevcuttur

¹⁶ İng. *resilience to suicidality* (Johnson vd., 2011)

(Kleiman ve Riskind, 2013). Algılanan sosyal desteğin yarattığı aidiyet duygusu yoluyla depresyon (Chioqueta ve Stiles, 2007), TSSB (Kotler vd., 2001), madde kullanımı (Conner vd., 2007), yaşlılık ve geropsikiyatrik durumlar (De Leo vd., 2002) ile dürtüsellik (Conner vd., 2004) koşullarında intihar riskini azaltabileceği ortaya konmuştur.

İyimserliğin de koruyucu faktörler arasında anıldığı görülmektedir. Yüksek iyimserliğe sahip kişiler ciddi veya orta derecede olumsuz yaşam olaylarıyla karşılaştıklarında, düşük iyimserliğe sahip kişilere kıyasla daha az intihar düşüncesi ve girişimi riski taşımaktadır (Hirsch vd., 2007). Düşük iyimserlik seviyeleri kendine zarar verme davranışı ile de ilişkili bulunmuştur (O'Connor vd., 2009). İyimserliğin, umutsuzluk ve intihar düşüncesi arasındaki ilişkiyi ketlediği de gösterilmiştir (Hirsch ve Conner, 2006). Bilişsel yükleme ve yorumlama tarzının genel olarak olumlu ve iyimser oluşuyla bağlantılı olarak kişilerarası olumsuz deneyimleri genellemenin az oluşu da intihar risk faktörlerine karşı koruyucu görünmektedir (Chang vd., 2007; Hirsch ve Conner, 2006; Hirsch vd., 2007; Hirsch vd., 2009; Joiner ve Rudd, 1995).

Duygusal olarak üzücü ve zorlayıcı deneyimlerle yoğun depresif duygulanıma girmeden, umutsuzluğa kapılmadan veya saldırganlığa başvurmadan yüzleşebilme becerisini ifade eden duygusal istikrar da koruyucu faktörler arasında öne çıkmaktadır (Gutierrez vd., 2000). Duygusal istikrarsızlık intihar davranışının bir belirteciyken (Chioqueta ve Stiles, 2007; Rudd vd., 2000); duygusal istikrarın, intihara karşı dayanıklılığın bir bileşeni olarak ele alındığı da görülmektedir (Osman vd., 2004). Duygusal istikrarın doğrudan koruyucu etkisinin yanında, sosyal destek faktörü ile etkileşime girerek özellikle intihar düşünceleri üzerine dolaylı etkide bulunduğu da saptanmıştır (Ayub, 2015). Ek olarak, duygusal zekanın da intihar düşünceleri ve girişimine karşı koruyucu bir faktör olduğu bulunmuştur. Duygusal zekayı stratejik ve deneyimsel duygusal zeka olarak iki boyutta ele alan bir araştırmada, duygusal zekanın koruyucu etkisinin duyguları anlama ve yönetme yeteneği olan stratejik duygusal zekadan kaynaklandığı tespit edilmiştir (Cha ve Nock, 2009).

Dindarlık ve maneviyatın da intihara karşı koruyucu olduğu, dini bağlılık ve inançların intihar davranışı riskini azalttığı bulunmuştur (Baetz ve Bowen, 2011; Davidson vd., 2009; Griffin-Fennell ve Williams, 2006; Yur'yev vd., 2015). Araştırmacılar, din ve intihar arasındaki ilişkinin karmaşıklığına; dinin de intihar gibi

birçok boyutu olduğuna dikkat çekmişlerdir. Farklı dini bağların farklı derece ve yönde koruma sağlayabileceği düşünülmektedir. Örneğin, dini inanç kişiye bir topluluğa aidiyet duygusu vererek sosyal destek yönünden de geliştirebilmekte fakat dini bir azınlığa mensup olmak sosyal izolasyon duygusuna yol açabilmektedir (Lawrence vd., 2016). Dini inanca veya belirli bir dine karşı çıkan toplum ve ülkelerde, kişinin Yaratıcı tarafından cezalandırılmış, uzaklaştırılmış veya kovulmuş, dini cemaat tarafından dışlanmış olduğu inanç sistemlerinde, tüm sorumluluğu Yaratıcıya atfetme, Yaratıcıyı suçlama, manevi gerginlik ve şüpheler, uç dini faaliyetler, Yaratıcıyla çatışma gibi olumsuz dini yaşantılar söz konusu olduğunda din bir risk faktörüne dönüşebilmektedir. Diğer yandan, dini faaliyet ve topluluklara katılım göstermenin; intihar hakkında çeşitli dinlerde yer alan görüş, yasak, ilahi ceza unsurlarının; dinlerin umut, özveri, sadakat, azim gibi hasletleri teşvik etmesinin; dinlerdeki sabır, şükür ve ilahi ödül anlayışlarının; dua ve ibadetlerin intihar düşüncelerine karşı baş etme yolları sunduğu, intihar davranışına karşı koruyucu bir faktör olduğu üzerinde durulmaktadır (Abdul Kadir ve Bifulco, 2010; Dervic vd., 2004; Dervic vd., 2006; Dervic vd., 2011; Dervic vd., 2006; Lizardi vd., 2008; Oliffe vd., 2012; Osafo vd., 2011; Owusu-Ansah vd., 2020).

İntihara karşı koruyucu faktörler arasında karakter güçleri de yer almaktadır. Kişilerarası ve içsel güçlerin kombinasyonunun intihara karşı dayanıklılığı arttıracak bir yapı oluşturacağı üzerinde durulmaktadır (Kleiman vd., 2013b). Sosyal bağları güçlendirdiği ve hayatı anlamca zenginleştirdiği üzerinde durulan minnettarlık veya şükran, en sık çalışılan karakter gücü olarak dikkat çekmekte ve intihar riskine karşı koruyucu bir faktör olarak değerlendirilmektedir (Kleiman vd., 2013a; Kleiman vd., 2013b; Lo vd., 2017). Hayatta olumlu olanı fark ve takdir etme eğilimi olarak açıklanan minnettarlık düzeyinin yüksekliği ile düşük intihar riski arasında ilişki bulunmaktadır (Krysinska vd., 2015; Li vd. 2012; Stockton vd., 2016). Minnettarlığın yanı sıra, affedicilik, azim, nezaket gibi karakter güçlerini arttıran önleme programlarının da intiharı önleme olasılığı bulunduğu belirtilmekte, bu iki güç de koruyucu olarak düşünülmektedir (Lo vd., 2017). Örneğin, tutarlı ve istikrarlı şekilde uzun vadeli hedef ve amaçların peşinden gitme gücü olarak tanımlanan azim, özdenetim ve dürtüsellikle ilişkili görülmektedir (Duckworth vd., 2007). Kişilerin geleceğe odaklanmalarını mümkün kılan azim, beraberinde getirdiği özdenetim ve

bağlılık ile intihara teşebbüsü engelleyen ve karşı direnç kazandıran bir faktör olabilir (Duckworth vd., 2011; Hirsch vd., 2006). Japon kültürüne göre seçilen altmış karakter gücü ile intihar düşüncesinin incelendiği bir çalışmada, minnettarlık, azim, nezaket gibi özelliklerin yanı sıra; liderlik, iş birliği, uyumluluk, akılcılık, sorumluluk, şeref, özgünlük, açık görüşlülük gibi diğer olumlu özelliklerin de intihar düşüncesi ile negatif korelasyon gösterdikleri ve intihar düşüncesine karşı koruyucu bir etkide buldukları belirtilmiştir (Sueki, 2021).

Hayattaki anlam duygusu, intihara karşı dayanıklılık kazandıran faktörlerden biri olarak nitelendirilmektedir. Frankl (1946), bir amaç ve anlam duygusuna sahip olmasının toplama kampında hayatta kalmasını sağladığını anlattığı kitabında, meşguliyet, sevgi ve kendini aşma becerisinin altını çizmektedir. Kişinin yaşama sebepleri diğerleri için önemsiz görünse dahi bu sebepler dayanma motivasyonunu da beraberinde getirecektir. Yalnızca çalışmak veya para kazanmak gibi görevler bir “yaşam amacı” olarak görülmemektedir. Aidiyetle beraber sosyal çevrede ve sevilen başkalarıyla birlikte bulunan anlam güçlü bir koruyucu olarak öne çıkmaktadır (Meyer vd., 2017). Pozitif psikoloji perspektifiyle; kendisine değer verildiğine inanan, sosyal bir ağın değerli bir üyesi olduğunu düşünen, öz yeterlik ve anlam duyguları hisseden kişiler daha güçlü bir yaşama isteğine sahip olacaklardır (Edwards ve Holden, 2001; Joiner, 2005). Bunun yanında, yaşamak için net nedenlere sahip olmak ve yaşamın tüm boyutlarını kapsayan bir amaçla bireysel açıdan önemli görülen bir hayatı sürdürmek intihar riskini ortadan kaldıracaktır (McKnight ve Kashdan, 2009; Steger vd., 2006). İnsanlarla aktif olarak, sevgi dolu ve anlamlı ilişkiler kurabilmenin intihar için koruyucu bir faktör olabileceği gösterilmiştir (Sueki, 2021). Yaşamdaki anlam faktörünün intihar riski üzerinde dolaylı bir etkisinin olabileceği de düşünülmektedir. Örneğin, başkalarına yük olma algısında artışın yaşamdaki anlamın azalmasını öngördüğü bulunmuştur. Araştırmacılar, yük olma algısının intihar riski ile ilişkili olduğunu, yaşamdaki anlam azalmasının da bu riske aracılık edebileceğini öne sürmektedir (Van Orden vd., 2012). Bu aynı zamanda, yaşamın anlamında artışın intihara karşı dayanıklılık sağlayacağı, intihar düşünceleri ve girişimine karşı koruyucu faktörlere de aracılık edeceği şeklinde yorumlanabilmektedir (Kleiman vd., 2013b).

Chin ve Holden (2013) tarafından geliştirilen çok boyutlu gelecek zaman (FTP) perspektifinde, koruyucu faktörler, yaşam amacı, iyimserlik ve azme denk düşen şu üç özelliği kapsayacak şekilde kavramsallaştırılmaktadır: (1) Geleceğe yönelik düşünme veya geleceğe yönelik düşüncelerini merkeze almayı içeren gelecek düşüncesi; (2) gelecekte beklenenlerin genel olarak olumlu bir bakış açısıyla değerlendirildiği iyimserlik; (3) gelecekteki hedeflere yönelik tasarımı, mevcut eylemlerin gelecekteki sonuçlarına dair farkındalık ve bu tasarımı ile farkındalığı geleceğe yönlendirmek üzere motivasyonu içeren geleceğe bağlantı. FTP bileşenlerinin, özellikle ergenler ve genç yetişkinlerde madde kullanımından uzak durma da dahil olmak üzere çok çeşitli güvenlik ve sağlık riskini devre dışı bıraktığı düşünülmektedir. Uzun vadeli hedefleri ve planları olan kişilerin daha az duygusal sıkıntı ve umutsuzluk bildirdiği bulunmuştur (Henson vd., 2006). Geçmiş çalışmalarda, intihara meyilli kişilerin gelecek yönelimi sergileyemedikleri, geleceğe daha az odaklandıkları, daha az ayrıntılı ve daha kısa gelecek projeksiyonları yaptıkları bulunmuştur (Neuringer ve Harris, 1974; Yufit ve Benzies, 1973; Yufit vd., 1970). Gelecek yönelimini temel alan FTP'nin diğer koruyucu faktörlerle birleştiğinde intihar düşüncesi ve motivasyonu ile risk faktörleri arasındaki bağlantıları azaltabileceğine vurgu yapılmaktadır (Chin ve Holden, 2013).

Bilişsel ve motivasyonel bir yapı olarak görülen umut, içsel faktörlerin temeli ve gelecek hedefi belirlemenin bir parçası olarak değerlendirilmektedir. Umut (1) hedef belirleme, (2) belirlenen hedeflere ulaşmak için makul yollar veya yetenekler geliştirme, (3) kişinin geçmişteki, şimdiki ve gelecekteki hedeflere ulaşma becerisine dair öz algısı tarafından etkilenen istenen hedefe erişme motivasyonu veya eylemliliğini kapsamaktadır (Snyder, 2000). Bu değerlendirmeye göre umut, hedef belirleme arzusunu ve zorluklara göğüs germe becerisini arttırmakta, bu sayede intihara karşı önemli bir koruyucu olarak rol almaktadır. İlgili çalışmalarda, umudun ve bu üç bileşenin depresif belirtileri, ruminasyonu ve intihar riskini negatif yönde yordadığı belirtilmektedir (Tucker vd., 2013). Ek olarak umudun intiharı yordadığı düşünülen yük olma algısı ile aidiyetsizlik duygusunu da negatif yönde etkilediği öne sürülmektedir (Davidson vd., 2009).

Öznel iyi oluş, önemli yaşam seçimleri üzerinde daha fazla kontrol algısıyla ilişkilendirilmekte; daha yüksek düzeyde öznel iyi oluşun intihar düşünceleri ve

girişimlerine karşı koruyucu olacağı beklenmektedir (Owusu-Ansah, 2008; Owusu-Ansah vd., 2020). Öznel iyi oluşun intihara karşı koruyucu bir faktör olması, düşük intihar oranlarıyla ilişkili, intihar niyeti, intihar davranışı ve kendine zarar verme ile negatif korelasyon içinde olduğunu bulgulayan çalışmalarla da desteklenmektedir (Hsu vd., 2019; Sisask vd., 2008). Öznel iyi oluşun göstergelerinden biri olan yaşam doyumu, kişilerin kendi yaşam durumlarını kendi kişisel ölçütleri doğrultusunda; kişisel hedefler ve kazanımlar arasındaki uyum temelinde bir bütün olarak değerlendirme süreçlerini ifade eder (Diener vd., 1985). Yaşam doyumu pozitif sağlık göstergeleriyle ve düşük intihar riskiyle ilişkili görülmektedir (Koivumaa-Honkanen vd. 2001; Koivumaa-Honkanen vd., 2003; Koivumaa-Honkanen vd., 1996).

Kendine yönelik olumlu veya olumsuz yönelim olarak tanımlanabilen benlik saygısının da intihar davranışı riski ile ters yönlü bir ilişkisi olduğu, istikrarlı ve olumlu benlik saygısının intihar düşüncesine karşı koruyucu bir faktör olduğu bildirilmiştir (Chioqueta ve Stiles, 2007; De Man ve Gutiérrez, 2002; De Man ve Leduc, 1995; Rosenberg, 1965). Benlik saygısının, pozitif düşünme ve sosyal destek aracılığıyla intihar dayanıklılığı üzerinde hem tekil olarak doğrudan hem de yapısal olarak dolaylı bir etkisi olduğu gözlenmiş, benlik saygısı arttıkça olumlu düşünme ve sosyal desteğin de arttığı, buna bağlı olarak intihara karşı dayanıklılığın da yükseldiği belirtilmiştir (Matel-Anderson vd., 2019).

Buettner (2008) tarafından, dünyadaki en uzun ömürlü insanların yaşadığı beş bölgede daha uzun yaşam süresi ve daha iyi yaşam kalitesine katkıda bulunan faktörleri belirlemek için yapılan araştırma sonucunda dört ana faktör belirlenmiştir. Temel faktör olan aidiyet üzerine bir piramit oluşturacak şekilde, sırayla, sağlıklı ve bilinçli beslenme, olumlu bir bakış açısına sahip olma ile doğal hareket faktörleri sıralanmıştır. Aidiyet altında sosyal destek, inanç ve maneviyat temelli topluluklara dahil olma, aileyi öncelikle, bir hayat arkadaşına bağlanma ve çocuklara yatırım yapma öğeleri yer almıştır. Sosyal desteğin her yaşta koruyucu işlev gördüğü bilinmektedir. Orta yaşlı kadınlarda sosyal ilişki ve bütünleşme düzeyinin yüksekliği intihar riskini azaltmakta; bütünleşme düzeyi düşük kadınların intihar riski, yüksek olanlara kıyasla üç kat artmaktadır (Tsai vd., 2015). Sağlıklı ve bilinçli beslenme faktörü uzun ömürle ilişkili olmasının yanında, madde kullanımından uzak durmayı da içerdiğinden önemli bir intihar risk faktörünü etkisiz hale getirmektedir. Kötü

beslenme alışkanlıklarının daha fazla stres ve düşük yaşam kalitesiyle ilişkili bulunduğu bilinmektedir. Alkol ve madde kullanmama ve kullanmayan kişiler ile sosyalleşme, beslenme-uyku-egzersiz üçlüsünün iyi seviyede tutulması intihar riskine karşı birer koruyucu olarak teşvik edilmektedir (Wasserman vd., 2012). Olumlu bir bakış açısına sahip olma faktörünün stresle başa çıkmayı, sağlıklı başa çıkma tepkileri geliştirmeyi kolaylaştırdığı vurgulanmaktadır (Meyer vd., 2017). Bilişsel esneklik, zorlu yaşam koşullarına alternatif çözümler bulmayı kolaylaştıran aktif başa çıkma stratejileri, öz yeterlik ve yaşama amacına sahip olma faktörlerinin daha güçlü bir yaşama isteğiyle ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (Wasserman vd., 2012). Son faktör olan doğal hareket etme, aşırı faaliyetler yerine gündelik hayat içindeki hareket etme fırsatlarından yararlanarak aktif kalmayı ve vücudu çalıştırmayı ifade etmektedir. Bu şekilde bir hareketliliğin yalnız fiziksel sağlığı iyileştirmediğine, bunun yanında stresi azaltarak sağlıklı başa çıkma yöntemleri bulmayı ve kullanmayı, sosyal desteğe ulaşmayı kolaylaştırdığına; depresif belirtileri, saplantılı ve olumsuz düşünceleri önemli ölçüde azalttığına değinilmektedir (Bratman vd., 2015; Mather vd., 2002).

İntihara karşı koruyucu faktörler arasında Linehan ve diğerleri (1983) tarafından geliştirilen “yaşama nedenleri” kavramı da dikkat çekicidir. Yaşama nedenleri, kişinin hayatta kalmak ve kendini öldürmemek için tutunduğu nedenler olarak görülmektedir. Bu nedenlerin intihara karşı koruyucu olarak işlev görebileceği varsayılmıştır. Yaşama Sürdürme Nedenleri Envanterinde¹⁷ (1) hayatta kalma ve baş etme inançları, (2) aileye karşı sorumluluk, (3) çocukla ilgili kaygılar, (4) intihar korkusu, (5) sosyal açıdan onaylanmama korkusu, (6) ahlaki engeller olarak kategorize edilen nedenler, envanter çalışmaları kapsamında çeşitli örneklemelerde, farklı versiyonlarda (kısa versiyon, yaşlılar için vd.) ve farklı dillerde çalışılmıştır. Envanterin psikometrik açıdan yeterli, güvenilir ve doğrulanmış bir araç olduğu düşünülmektedir. Daha önce anılan tamponlama hipotezinde, yaşama nedenlerinin intiharı önleyebileceğine değinilmekte fakat bu nedenlerin intihara karşı potansiyel koruyucu etkilerinin tam olarak kanıtlanamadığı belirtilmektedir (Bakhiyi vd., 2016; Johnson vd., 2011). Bunun yanında, yaşama nedenleri ile intihar düşüncesi arasında

¹⁷ İng. *The Reasons for Living Inventory*. Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışmaları Durak ve diğerleri (1993) tarafından tamamlanmıştır.

negatif korelasyon bulgulayan araştırmalara rastlanmıştır (Bakhiyi vd., 2016). İlgili literatürde, yüksek yaşama nedenleri puanlarının intihar girişimine karşı koruyucu faktörler olarak tanımlandığı bulgular da mevcuttur (Wang vd., 2013). Ahlaki engellerin de intihar düşüncesi ile ters yönde ilişkili olduğu ve özellikle ölümcül intihar girişimlerine karşı koruyucu rolü bulunduğu bildirilmektedir (Garza ve Cramer, 2011; Malone vd., 2000; Richardson-Vejlgaard vd., 2009).

Baş etme inançları, kişinin zor koşullar karşısında intiharı düşünmek yerine etkili bir şekilde başa çıkma ve davranma becerisine olan güvenini ifade etmektedir (Pinto vd., 1998). Çok sayıda çalışmada, baş etme inançları ile intihar düşüncesi, niyeti ve girişimi arasında negatif korelasyon bulgusu yer almaktadır (Bakhiyi vd., 2016; Lee ve Oh, 2012; Lizardi vd., 2007; Mohammadkhani vd., 2015; Oquendo vd., 2005; Tillman vd., 2018). Bireyin stresli bir durumu değiştirmek için başkalarından yardım isteme, gerçeği kabul etme, olumlu düşünme gibi alternatif yollar bulması süreci problem odaklı başa çıkma olarak adlandırılır (Yao vd., 2014). Kişinin kolayca olumsuz öz değerlendirme yapmasına neden olabilecek duygu odaklı başa çıkma yerine problem odaklı başa çıkmanın kullanılmasının intihar düşünce ve girişimlerini azalttığı, bu nedenle intihara karşı koruyucu bir faktör olarak görülebileceği belirtilmektedir (George ve Van Den Berg, 2012; Huang ve Wang, 2019; Khan vd., 2016; Kwok vd., 2015).

Yaşama nedenleri arasında yer alan intihar korkusu ve aileye karşı sorumluluklar faktörlerinin dikkate değer olduğu vurgulanmakla beraber, sonraki araştırmalarda koruyucu bir faktör olarak görülmemişlerdir (Bakhiyi vd., 2016). Çocukla ilgili kaygıların yüksek olmasının intihar düşünceleri ve girişimine karşı koruyucu olabileceğine değinilmektedir (Moody ve Smith, 2013; Richardson-Vejlgaard vd., 2009). Sosyal açıdan onaylanmama korkusunu inceleyen az sayıda araştırmanın bulguları ise yeterli görünmemektedir (Bakhiyi vd., 2016). Diğer yandan, yaşama nedenlerinin -işleyiş mekanizması net bilinmemekle beraber-, iyimserliği ve baş etme becerilerini güçlendirme, stres faktörlerinin yoğunluğunu, olumsuz duyguların güdümünde hareket etme ve intiharı bir çözüm yolu olarak düşünme riskini azaltma, söz konusu risk faktörleri ile intihar davranışı arasındaki ilişkili güçlü bir şekilde düzenlediği kanıtlanmıştır (Bagge vd., 2014; Dobrov ve Thorell, 2004; Mammen vd., 2001; Wang vd., 2007).

Bazı sosyodemografik değişkenler de koruyucu faktör olarak kabul görmektedir. Medeni durum ve intihar insidansının incelendiği araştırmaların bulguları, evli olmanın intihara karşı koruyucu bir faktör olduğunu ve koruyucu olma durumunun cinsiyet gruplarına göre farklılaştığını göstermektedir (Griffiths vd., 2008; Masocco vd., 2008; O'Reilly vd., 2008; Qin vd., 2003; Yeh vd., 2008). Evlilik, erkekler için koruyucu bir faktör olarak görülmektedir (Kposowa, 2000; Luoma ve Pearson, 2002; Yip, 1998). Bununla birlikte, evliliğin hem kadın hem erkekler için koruyucu bir faktör olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur (Corcoran ve Nagar, 2010; Murray, 2000). Evliliğin kadınları koruyucu etkisinin, ebeveyn olmak ve özellikle hamile veya iki yaşından küçük çocuk sahibi olmak ile ilişkilendirildiği okunmaktadır (Adam, 1990; Nock vd., 2008). Daha güncel bir araştırma, en az bir çocuğa sahip olmanın erkek ve kadın için koruyucu bir faktör olduğunu, evlilik bağı sonlansa dahi ebeveynliğin sonlanmadığını, bunun da koruyucu etkinin devamını sağladığını vurgulamaktadır (Øien-Ødegaard vd., 2021). Bunun yanında heteroseksüel yönelim ve geleneksel aile yapısı da koruyucu faktörler arasında gösterilmektedir (Bagley ve D'Augelli, 2000; Herrell vd., 1999; Qin vd., 2003; Waldron vd., 1996).

İntihar risk faktörlerinin azaltırken koruyucu faktörleri artırmaya odaklanan müdahalelerin, yalnız risk faktörlerine odaklanan programlardan daha etkili olduğu kabul edilmektedir (Bryan ve Rudd, 2006). Diğer taraftan intihar risk faktörleri üzerine yapılan araştırmalar ile kıyaslandığında, koruyucu faktörler üzerine yürütülen çalışmaların oldukça kısıtlı sayıda olduğu görülmektedir. Koruyucu faktörlerin risk faktörlerine göre daha az araştırıldığı, literatür incelemeleri ile deneysel, kesitsel veya boylamsal araştırmaların daha az olduğu sıklıkla vurgulanmaktadır (Berman ve Silverman, 2019; Centers for Disease Control and Prevention, 2023; McClatchey vd., 2019). İntihar araştırmacılarının koruyucu faktörlerden ziyade risk faktörlerine odaklanmalarının, geliştirilen müdahale planlarının etkinliğinin düşük veya yetersiz olmasına yol açtığına dikkat çekilmektedir (Brent, 2011; De Beurs vd., 2019).

1.1.2.3. Risk Değerlendirmesi ve Yönetimi

İntiharın öngörülmesi ve önlenmesinde tüm yaş grupları için özellikle birinci basamak başvuruları ve psikiyatri poliklinik başvuruları esnasındaki risk değerlendirme büyük bir öneme sahiptir. İntihara eğilimli kişilerin çoğu zaman ruh

sağlığı bozukluklarına sahip olduğu veya psikiyatrik belirtiler gösterdiği; intihar girişimi ya da ölümlü sonuçlanan bir intihar davranışından önce acil servis yahut psikiyatri polikliniği ile temas etmiş oldukları varsayılmaktadır (Wasserman vd., 2012). Birçok müntehirin ailesinde de ruhsal bozukluklar ve/veya intihar davranışı öyküsü saptanmaktadır (Brent ve Mann, 2005; Mittendorfer-Rutz vd., 2008). Majör ruhsal bozuklukların tedavi etkinliğinin %50 olduğu kabulü ile, kişilerin %50'sine kapsamlı bir risk değerlendirmesinin, psikiyatrik duruma ilişkin doğru teşhisin, uygun tedavinin, takip ve rehabilitasyonunun sağlanması halinde intihar oranlarında %20'lik bir azalma olacağı tahmin edilmektedir (Bertolote vd., 2003).

Kapsamlı bir intihar riski değerlendirmesinin psikiyatrik, somatik, psikolojik ve sosyal perspektiflere dayanması, gereksinim halinde nörobiyolojik ve nöropsikiyatrik değerlendirmenin de ilave edilmesi gerekli görülmektedir (Bryan ve Rudd, 2006). Örneğin, ölümlü sonuçlanan intihar riskinin en yüksek olduğu geriatric popülasyondaki depresyonun frontal lob işlevlerini etkileyerek psödodemens şeklinde görünebileceği, yürütücü işlevlerde azalma, stresli durumlarla baş etme yeteneğinde körelme ve dürtüsellikteki artışın kapsamlı bir işlev testiyle değerlendirilmesi gerekmektedir (Conwell vd., 2011). İntihar riskinin kısa bir süre içerisinde dalgalanma gösteriyor oluşu, risk değerlendirmesinin tek sefere mahsus ve mekanik olarak değil, zaman içinde tekrarlanabilir ve empatik şekilde gerçekleştirilmesini zorunlu kılmaktadır. İntihar düşünce ve davranışlarındaki kararsız seyir bir önceki değerlendirmenin bir sonraki olayda geçersiz olmasına yol açabilmektedir. Aynı zamanda intihar riski durağan da değildir, bu nedenle değerlendirme yalnız bir olayı değil tüm süreci kapsamaktadır (Simon, 2002).

Temel intihar riski değerlendirmesi kabaca, intihar davranışına dair iletişimin; önceki intihar davranışlarının; olası birinci, ikinci ve üçüncü eksen psikiyatrik tanının; ailede intihar girişimi ve intihar öyküsünün değerlendirilmesinden oluşmaktadır (Wasserman vd., 2012). Başka bir kaynakta değerlendirme unsurlarının detaylandırıldığı görülmektedir: İntihara meyilli yetişkinlerin değerlendirilmesinde, intihara yatkınlığı değerlendirmek üzere intihar girişimlerinin tarihi ve ajitasyon, dürtüsellik ve uyku problemleri -özellikle uykusuzluk-, madde kullanımı gibi daha önceki ve mevcut psikiyatrik tanılarının alınmasına ek olarak istismar öyküsü, askerlik süresinin sorulması; hızlandırıcı rol oynayabilecek ilişkisel sorunlar, maddi

problemler, iş yaşamına dair sıkıntılar, umutsuzluk, intihar inançları ve eğiliminin ayrıntılı bir ifadesi, bilişsel katılık ve yetersizlikler; intihar planı olan kişilerin ölümcül olabilecek araçlara erişim düzeyi ve kendine zarar verme davranışlarının öyküsü de değerlendirme konusu olmalıdır (Steele vd., 2018). Tıbbi geçmişin gözden geçirilmesi de risk değerlendirmesi için önem taşımaktadır. Örneğin, malign kanser türü olanların olmayanlara kıyasla iki kat daha fazla intihar riski taşıdığı; tekil olarak her biri için görece intihar riski düşük olmakla beraber HIV/AIDS, epilepsi, Huntington hastalığı, MS, kalp ve akciğer hastalıkları, omurilik yaralanması, sistemik lupus eritematosusun artmış intihar riski ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Bir diğer dikkat noktası, bireyin kendi sağlık durumunu nasıl algıladığının sorulmasıdır. Kişinin kendi genel sağlığı hakkında karamsar olması da intihar riskini artırmaktadır (Packman vd., 2004). Yaşlılarda fiziksel ve ruhsal sağlığın intihar riski açısından yadsınamaz bir etkisi olduğu; mevcut hastalıkların kişinin özerklik duygusuna, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme kapasitesine, hareketliliğine zarar verici ve aileye yük olma, izole olma, güçsüzleşme gibi risk faktörlerini tetikleyebileceği vurgulanmaktadır (Turvey vd., 2002). 65 yaş üstü kişilerde üç fiziksel hastalığı olanların tahmini intihar riskinin, hiç teşhisi olmayanlara kıyasla üç kat; yedi veya daha fazla fiziksel hastalığı olanların ise dokuz kat daha fazla olacağı öngörülmektedir (Conwell vd., 2011).

İntihara yönelik tutumların ve intihar olgusuna yaklaşımın kültürel farklılıklardan etkilendiği bilinmektedir. Bazı kültürlerin intihara karşı güçlü geleneksel-kültürel yasakları ya da dini inançla bağlantılı emirleri koruyucu bir faktör olabilmekle beraber, kişilerin yardım aramasına engel de olabilmektedir. Yine bazı kültürlerde ruh sağlığı sistemi hakkında olumsuz inançlar, bu hizmetlerden yararlanamamayı da beraberinde getirebilmektedir (Morrison ve Downey, 2000; Range vd., 1999). Kültürlerarası intihar araştırmaları ve intihar riski değerlendirmesi hakkında bilinenler kısıtlı olmakla beraber, kişinin kendini ait hissettiği veya parçası olarak tanımladığı kültür veya alt grubu, bu kültürün veya alt grubun intiharı nasıl gördüğünü ve kişinin bu kültürel ya da grup içi inanç ve tutumları ne derece içselleştirdiği de intihar riski değerlendirmesinde önemli bir yer tutmaktadır. Değerlendiricilerin kültürel empati ve kültürel duyarlılık düzeyleri de bu değerlendirmede rol oynayacaktır (Rogers vd., 2001; Wendler ve Matthews, 2006).

Aile ve arkadaş çevresi ile ayaktan tedavi birimlerinden alınacak bilgilerin bireyin temel durumunun nasıl olduğunu ve söz konusu duruma yol açan herhangi bir öncül semptom veya olay olup olmadığını belirlemek için hayati önem taşıdığına değinilmektedir. Örneğin, yalnızlık ifadeleri ve göstergeleri, kişisel eşyalarını dağıtma, vedalaşma, keskin davranış değişiklikleri ipucu sağlayacaktır (Packman vd., 2004; Ribeiro vd., 2013). Kişinin hazırlık davranışlarını incelemenin de yakın zamanda kendine zarar verme riski hakkında bilgi verebileceği düşünülmektedir. Örneğin, ayaktan tedavi esnasında intihar provasını ifşa etme, intihar notu yazma intihar planı olduğunu veya intihar gereçlerine sahip olduğunu gizlemeye çalışma, tedavi ekibiyle uyumsuzluk veya terapötik ittifakın kötü olması intihar riskinin bir göstergesi olarak alınabilir (Steele vd., 2018).

Yataklı psikiyatri servislerinde içine kapanık veya tecrit edilmiş, tedavi planlamasına uymayan ve taburcu olmak için direten kişilerde intihar riskinin yüksek olduğu görülmektedir. Yatış öncesinde intihar girişiminde bulunan veya hastanede bulunduğu süre içerisinde kendine zarar verme davranışı gösteren veya intihar girişiminde bulunan kişiler taburcu olduktan sonra da risk altındadır (Troister vd., 2008). Kişi, erkenden taburcu olmak için tedavi sürecine yüzeysel olarak katılım gösterebilir veya intihar sözleşmesi imzalayarak ayrılmaya gönüllü olabilir. Bu nedenle daha kısa yatış süreleri, plansız ve tedavinin yarım bırakıldığı taburculuklar, tavsiye edilmemesine rağmen çıkış, kaçma girişimi, taburculuk sonrası yetersiz takip de risk değerlendirmesinde dikkat edilmesi ve ayrıntılı olarak incelenmesi gereken noktalardandır (Fowler, 2012).

İntihara meyilli kişinin olumsuz yaşam olaylarına sıklıkla utanç, suçluluk, umutsuzluk, öfke veya hiddet duyguları ile tepki verebileceği; yardım ve desteğe olan büyük ihtiyacının aksine davranarak, şiddetli kişilik bozukluğu olan birine benzer şekilde bağımlılık ve yakınlıktan korkabileceği; yakınlık ve diğer kişilere bağlanma ihtiyaçlarını değersizleştirebileceği; gerçekçi olmayan bir bağımsızlık ve başkalarının yardımını olmadan idare edebilme algısı yaratabileceği; yardım ve desteği kendi eliyle geri çevirmesi sonucunda yarattığı kısır döngüde kendisinin sevilmediği, istenmediği, ihtiyaç duyulmadığı fantezilerini besleyebileceği ve tüm bu atmosfer içinde hem aile üyelerini, hem diğer yakın kişileri hem de sağlık personelinin yanıtlanabileceği belirtilmektedir (Kernberg, 2001; Maltzberger ve Buie, 1974; Maltzberger, 2004).

Geriatrik popülasyonda psikolojik sıkıntının ve intihar düşüncelerinin somatik şikayet ve meşguliyetlerle gizlenebilecek veya saptırılabilir olduğu dikkat çekilmektedir (Conwell vd., 2011). Bunun yanında, aktif intihar düşüncesi olan birçok kişinin düşüncelerini özellikle klinisyenlere açıklamadığı bilinmektedir. Bir intihar girişimi sonrasında yatarak tedavi gören yetişkinlerle yapılan bir araştırmada, kişilerin %77'sinin bir sağlık çalışanıyla son görüşmelerinde intihar düşüncesini reddettikleri tespit edilmiştir (Simon, 2008). Diğer taraftan, intihara meyilli pek çok kişi arkadaş veya aile üyelerine açık ya da örtük olarak anlatmakta yahut işaret vermektedir (Granello, 2010; Silverman ve Berman, 2014a; Simon, 2008).

İntihar riskini değerlendirme sürecinde neredeyse değişmez bazı ilkelerin olduğu göze çarpmaktadır. Anılan yaklaşımların çoğunda var olduğu gözlenen bu ilkeler, Granello (2010) tarafından on iki maddede ele alınmıştır. Hiyerarşik veya özelleşmiş olmayan bu ilkelerin klinisyenlerce çoğaltılabileceği kabul edilmekle beraber temel olarak şu şekildedir:

- 1) Her kişinin intihar riski değerlendirmesi eşsizdir.
- 2) İntihar riski değerlendirmesi karmaşık ve zorlayıcıdır.
- 3) İntihar riski değerlendirmesi devamlı bir süreçtir.
- 4) İntihar riski değerlendirmesi ihtiyatlı olmayı gerektirir.
- 5) İntihar riski değerlendirmesi iş birliğine dayalı bir süreçtir.
- 6) İntihar riski değerlendirmesi klinik yargılara dayanır.
- 7) İntihar riski değerlendirmesi tüm tehditleri, uyarı işaretlerini ve risk faktörlerini ciddiye alır.
- 8) İntihar riski değerlendirmesi zor sorular sorar.
- 9) İntihar riski değerlendirmesi tedavidir.
- 10) İntihar riski değerlendirmesi altta yatan mesajı ortaya çıkarmaya çalışır.
- 11) İntihar riski değerlendirmesi kültürel bağlamda gerçekleştirilir.
- 12) İntihar riski değerlendirmesi belgelenir.

İntiharı kesin olarak öngören belirli bir karakteristik veya özel bir göstergenin olmaması, intihar davranışında bulunan her bireyin davranışının benzersiz olarak ele alınmasını gerekli kılmaktadır. Yalnız uyarı işaretlerinin ve risk faktörlerinin değerlendirilmesi öykünün tamamını yansıtmamaktadır. İntihar riski farklı kişilerde

farklı şekillerde kendini gösterebilmektedir. Kullanılan ölçüm araçları, görüşme ve değerlendirmeler kişilerin benzersizliğini ve risk profilini bütünüyle dikkate alamayacaktır. Bu nedenle, kişinin intihar öyküsünde yer alan tüm işaretleri, risk faktörlerini, bileşenleri belirleyebilmek ve bunların nasıl bir araya geldiğini anlayabilmek; kişi hakkında ulaşılabilen en çok kaynaktan bilgi toplamak ile mümkündür (Granello, 2010). İntihar risk değerlendirmesini intihar eğilimine dair formülasyon ve karar süreci izler. İntihara meyilli bir kişinin değerlendirme sonucu ve durumun yönetilmesine yönelik alınan kararların tümü bir anlamda yaşam veya ölümü ifade etmektedir. İntihar davranışının karmaşıklığı göz önüne alındığında, intihar riski taşıyan kişinin yönetilmesi de güç bir iş olarak görülebilmektedir. İntihar riski taşıyan kişiler için değerlendirmedeki tüm bileşenler farklılık gösterse de, risk yönetim sorumluluğu temel olarak dört basamaklı bir süreci takip etmektedir: (1) Risk düzeyinin belirlenmesi, (2) mevcut kaynakların uygunluğunun değerlendirilmesi, (3) belirsizliklerin hem kişiyle hem destek ekibiyle görüşülmesi, (4) riskin düşürülmesi ve ortadan kaldırılması için en güvenli yolu sunarken en az kısıtlayıcı olarak tedavinin planlanması (Steele vd., 2018).

Risk düzeyi, düşük (minimum akut risk faktörü, intihar düşüncesinin olmaması veya seyrek olması, çok sayıda koruyucu faktör ve iyi özdenetim); orta (pasif intihar düşüncesi, intihar planının olmaması, gelecek yöneliminin ve özdenetimin olması, az sayıda akut risk faktörü); yüksek (aktif ve yoğun intihar düşünceleri, intihar planının olması, koruyucu faktörlerin olmaması, zayıf özdenetim, intihar girişimleri) olarak derecelendirilebilmektedir. Düşük risk grubu kişilerin ayaktan yakın takip, psikiyatri sevki ve toplum ruh sağlığı hizmetlerine yönlendirilmesi; orta risk grubu kişilerin bir psikiyatri uzmanı tarafından değerlendirilmesi, intihar gereçlerine erişimlerinin kısıtlanması, danışmanlık almaya yönlendirilmeleri, güvenlik planı oluşturulması için kriz servisleriyle bağlantı kurulması; yüksek risk grubu kişilerin ise acil serviste psikiyatri uzmanlarınca değerlendirilmesi ve hastane yatışının gerçekleştirilmesi önerilmektedir (Chesin ve Stanley, 2013). Risk düzeyinden bağımsız olarak, tüm yaş ve risk gruplarında aile ve arkadaş çevresinin de yardımıyla ölümcül olabilecek araçlara erişimin kısıtlanması, psikiyatrik bozuklukların tanınması ve hem farmakolojik hem de terapötik olarak tedavi edilmesi, madde kullanım bozukluklarının tedavisi de risk yönetiminde dikkate alınması da önerilen unsurlardır (Chesin ve

Stanley, 2013; LeFevre ve U.S. Preventive Services Task Force, 2014; Ribeiro vd., 2013). Çok sayıda boylamsal çalışmada intihar riskinin, ilk intihar girişiminden hemen sonra yüksek derecede artmakla beraber zaman içinde biriktiği ve tekrarlanan intihar girişimlerinin, intihar riskini yıllar sonra dahi devam ettirdiği vurgulanmaktadır. İntihar risk düzeyinin zaman içinde değişim gösterebilen dinamik bir nitelik olması nedeniyle, özellikle tekrarlayıcı olgularda risk düzeyinin dikkatle ve istikrarlı biçimde izlenmesi gerektiği düşünülmektedir (Gibb vd., 2005; Haukka vd., 2008; Jenkins vd., 2002; Owens vd., 2005).

Risk düzeyi derecelendirmesinde bir başka yaklaşım da çoklu intihar girişimi öyküsü ve mevcut intihar girişiminin özelliklerine dayalı olarak geliştirilmiştir. Bu yaklaşımda, birden fazla intihar girişiminde bulunanların risk derecesinin, varsa ilişkili psikopatolojinin türü, kronikliği ve ciddiyetinin de bir sonucu olarak; yalnız bir kez intihar girişiminde bulunan veya intihar düşüncesi taşıyanlara kıyasla sürekli yükseliş eğilimi gösterdiği belirtilmektedir (Wingate vd., 2004). Kararlı bir intihar planı ve hazırlığın olması intihar nedeniyle ölümü yordadığı, yalnız intihar arzusunun ise yordayıcı olmadığından hareketle; kişinin intihar planı ve hazırlığı yapmasının artan riskle daha fazla ilişkili olduğu düşünülmektedir (Joiner vd., 2003). Buna göre, tanımlanabilen bir intihar eğilimi belirtisinin ve geçmiş intihar girişimi öyküsünün olmaması, diğer risk faktörlerinin yokluğu veya çok az oluşu intihar riskinin olmadığını göstermektedir. Başka hiçbir risk faktörü olmaksızın çoklu intihar girişimi olması halinde veya sınırlı yoğunluk ve sürede intihar düşünceleri olup plan ve hazırlığın olmadığı ya da yüzeysel olduğu, düşük risk faktörlerinin çok az sayıda olduğu veya hiç risk faktörünün olmadığı tekil intihar girişimi durumunda hafif intihar riski derecelendirmesi yapılmaktadır. Kayda değer sonuçları olan çoklu intihar girişimi veya orta-ciddi yoğunlukta plan ve hazırlığın olduğu ya da plan ve hazırlık yüzeysel olmakla beraber intihar arzusunun ve düşüncelerinin olduğu tekil girişim orta intihar riski olarak derecelendirilir. İki veya daha fazla kayda değer sonucu olan çoklu intihar girişimi veya orta ila şiddetli risk faktörlerinin arlığına ek olarak plan ve hazırlığın olduğu tekil girişim şiddetli intihar riski sınıfına girer. Çok şiddetli-aşırı intihar riski derecelendirmesi ise ciddi hazırlık ve planların olduğu çoklu girişimler veya ciddi hazırlık ve planlar olup iki ya da daha fazla risk faktörünün söz konusu olduğu tekil girişim için kullanılmaktadır (Joiner vd., 1999).

Joiner ve diğerkleri (1999), risk düzeylerinin her birinde takip edilebilecek öz denetim ve uzman tarafından uygulanabilecek risk yönetimi stratejileri önermektedir. İntihar riskinin olmaması veya hafif risk durumunda intihar hislerinin gelişmesi halinde sosyal desteği içeren öz denetim stratejilerinin kullanılması; varsa terapist veya bir uzmanla iletişime geçilmesi; erişilememesi durumunda veya hızlı ilerleyen süreçlerde acil hattının aranması veya acile başvurulması önerilmektedir. Araştırma ekibi, risk değerlendirmesi yapılan kişiyle erişilebilir yardım hatlarının veya uzmanların iletişim bilgilerinin paylaşılmasını özellikle vurgulamaktadır. Orta intihar riski durumunda belirlenmiş ve tanımlanmış stres faktörlerinin ele alınması; çözüm sürecinin kolaylaştırılması ve hızlandırılması adına ayaktan tedavi randevularının sıklaştırılması veya randevu süresinin arttırılması; aktif aile katılımının sağlanması, aile üyelerinden gelen bilgilerin sürece dahil edilmesi ve mümkün olduğunda ailenin de desteklenmesi; semptomlarda iyileşme, intihar düşüncelerinin sıklığında ve yoğunluğunda azalma, umutsuzlukta azalma, problem çözme becerilerinin geliştirilmesi gibi tedavi hedeflerinin net olarak belirlenmesi ve ilerleyişin sık sık yeniden değerlendirilmesi; 24 saat ulaşılabilir acil durum ve kriz hatlarına yönlendirme; riski arttıran ve azaltan etmenlerin tespiti ve sık sık yeniden değerlendirilmesi; farmakoterapinin değerlendirilmesi; telefonla izlem görüşmeleri; risk değerlendirmesi ve risk yönetiminin planlanması amacıyla ihtiyaç duyulduğu ölçüde konsültasyon alınması önerilir. Şiddetli ve çok şiddetli-aşırı risk düzeyi için ise orta düzey için önerilenlere ek olarak, psikiyatri servisine acil yatışın değerlendirilmesi (kişinin isteğiyle veya koşullara bağlı olarak isteği dışında) önerisi yapılmıştır (Joiner vd., 1999). Tüm risk düzeylerinde, risk değerlendirmesi sonrasında intihar riskinin net bir şekilde belgelenmiş olması; risk düzeyinin değişken oluşuna özellikle dikkat edilmesi ve öngörülemeyen ani artışlar olabileceği göz önünde bulundurularak devamlı şekilde izlemin açıkça kaydedilmesi; risk yönetimi sürecinde uygulanan stratejiler, alınan klinik kararlar, süreçteki ilerleme ve çözümlerin raporlanması zorunlu tutulmaktadır (Wingate vd., 2004).

Risk düzeyinin akut ve kronik faz olarak da ayrıldığı görülmüştür. Kronik risk düzeyi değiştirilemeyen risk faktörlerinden ve daha önce tıbbi olarak ciddi, diğerk bir deyişle neredeyse ölümcül intihar girişiminden oluşmaktadır. Kişinin geçmiş tarihinin bir parçası olan kronik risk faktörleri ve önceki girişimler değiştirilemeyeceğinden,

yoğunlukları kronik risk fazını meydana getirmektedir. Kronik faz, kısa süreli hastane yatışıyla düzelen bu unsur olmadığından kişi taburcu olduktan sonra da devam ederek potansiyel intihar riskini sürdürür (Menon, 2013; Rudd, 2006a). Akut risk fazı ise intihar girişiminde bulunmuş kişinin yatarak veya ayaktan tedavi gördüğü süreçte ve taburcu olduktan veya tedavi sonlandıktan sonraki durumuyla ilgili değişkenleri kapsamaktadır. Akut risk, değiştirilebilir ve yönetilebilir bir faz olarak ele alınmaktadır. Akut risk fazına yönelik değerlendirme ve risk yönetimi, alta yatan birinci ve ikinci eksen bozukluklar, intihar düşünceleri, umutsuzluk, yaşama ve ölme nedenleri, anksiyete ve ajitasyon, tetikleyici etmenler, kişilerarası problemler gibi değiştirilebilecek unsurları değiştirerek ve/veya hafifleterek riski azaltmaya odaklanır (Schechter vd., 2011).

İntihar riski taşıyan kişilerin ayaktan tedavisi esnasında ve ruh sağlığı polikliniği ziyaretlerinde, hem intihar olgusunun hem de eşlik eden psikiyatrik ve fizyolojik belirtilerin tedavisinin kişiyle iş birliği halinde planlanması; kişi ve klinisyen arasında intihar düşünceleri ve davranışları üzerine bir amaç birliğine varılması; belirlenen tüm müdahalelere ve karar verme süreçlerine kişinin aktif bir ortak olarak dahil edilmesi tavsiye edilmektedir (Steele vd., 2018). Tedavi sürecindeki müzakere ve iş birliğinin, iyi bir terapötik ittifak kurulmasına yardımcı olacağı ve güç mücadeleleri, kurtarıcı fantezileri, patolojik bağımlılık ve boyun eğme gibi istenmeyen durumları önleyeceği düşünülmektedir (Fowler, 2012). Özellikle yüksek riskli kişilerle yürütülecek tedavide (1) mevcut ve gelecek intihar krizlerinin şiddetini azaltmak için net bir planın hazırlanması, (2) klinisyen ve hastanın süreç içindeki ortak ve bireysel sorumluluklarının, hastanın güvenliğini tesis etmeye ve sürdürmeye yönelik olarak belirlenerek müzakere edilmesi ve (3) intihar krizi sonrasında tetikleyicileri ve krizin anlamını tartışma üzerine fikir birliğinin sağlanması önerilmektedir (Jobes, 2011).

İş birliği yalnız intihar riski taşıyan kişi ile değil, mümkün olduğunda ekip yaklaşımı için de söz konusudur. İntihar risk değerlendirmesi için oluşturulan ekibin temel amacı, birini kendine zarar vermektan korumaktır. Ekip yaklaşımı, tek başına değerlendirmede bulunan klinisyenin önemli noktaları gözden kaçırmaması veya yanlış karar verme olasılığını azaltmaktadır. Ekip yaklaşımındaki kilit nokta, birini güvende tutmanın yardım edebilecek herkes arasında bilgilerin ve sorumluluğun paylaşılması

ile mümkün olduğunun tüm ekip üyelerince kabul edilmesidir (Shea, 2011). Ekip yaklaşımında (1) iş birliği, (2) doğrulama ve destekleme, (3) istişare ve konsültasyon prensipleri gözetilir. Değerlendirme ekibi diğer ilişkili sağlık personeli ve uzmanlarından, okul personelinden, sivil toplum kuruluşu çalışanlarından, din görevlilerinden, ailelerden veya destek birimlerinden oluşabilmektedir (Clayton ve Bongar, 1994). İntihara eğilim gösteren kişinin de ekip değerlendirmesi hakkında bilgi sahibi olması ve bu yaklaşımı kabul etmesi gereklidir. Ekip yaklaşımı esnasında gizliliğin ihlali durumunun, kişinin intihar eylemi ve kendisi hakkında diğer kaynaklardan alınan bilgilerin, ekip üyeleri ve uzmanlar arası istişare ve konsültasyon görüşmelerinin ve risk değerlendirme sürecinin tümünün belgelendirilmesi olası bir intihar girişimi halinde yasal sorumluluğun önlenmesinde büyük öneme sahiptir (Granello, 2010).

İntihar riskini yönetmeye ilişkin araştırmalarda, mutlaka intihar krizinin şiddetini azaltacak bir plana, bir diğer deyişle güvenlik planının kullanılmasına yer verilmektedir. İntihar riski bulunan kişi için özgün bir plan oluşturulması ve kişinin de güvenlik planını intihar krizi esnasında uygulama, kriz sonrasında ise kendisinin keşfettiği ihtiyacına dayalı olarak yenilemesi önemli görülmüştür (Fowler, 2012). Bir güvenlik planına dahil edilmesi gereken altı temel faktör şu şekilde belirlenmiştir: (1) Yakın zamanda olması muhtemel bir intihar girişimi için uyarı işaretlerinin tanınması, (2) başka bir kişiyle iletişime geçmeye ihtiyaç duymadan içsel başa çıkma stratejilerinin belirlenmesi ve uygulanması, (3) intihar düşünce ve itkilerinden uzaklaşmak için arkadaş çevresi ve aileyle temasa kurulması, (4) krizi çözmede yardımcı olabilecek aile üyeleri ve arkadaşlarla iletişim kurulması, (5) ruh sağlığı uzmanları ve kriz destek birimleriyle iletişime geçilmesi veya acil servise gidilmesi, (6) ölümcül olabilecek araçların kullanım potansiyelinin azaltılması (Stanley ve Brown, 2012). İlgili kaynaklarda güvenlik planının bir güvenlik sözleşmesi olmadığına özellikle vurgu yapılmaktadır. Güvenlik planı intihar girişimini ve girişim nedeniyle ölüm riskini azaltırken, güvenlik sözleşmelerinin intihar riskinin azaltmada bir faydasının olmadığı bulunmuştur (Bryan ve Rudd, 2006; Joiner ve Ribeiro, 2011; Ribeiro vd., 2013).

İntihar riski değerlendirmesini geliştirmeye yönelik olarak, ruhsal bozukluklar için kabul gören sınıflandırma sistemlerine intihar davranışının kapsamlı bir şekilde

dahil edilmesi önerilmektedir. İntiharın psikiyatrik bir komplikasyon olarak öneminden hareketle, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabının (DSM-5) üçüncü bölümünde yer alan daha ileri çalışma gerektiren durumlar başlığı altına intihar davranışı bozukluğu kategorisi eklenmiştir. DSM'in önceki sürümlerinde intiharın, majör depresif bozukluk ve sınırda kişilik bozukluğu için bir semptom veya diğer psikiyatrik tanılarının olası olumsuz bir sonucu olarak kavramsallaştırıldığı görülmektedir. DSM-5'te ise şu beş kriter ile ayrıca bir kategori olarak intihar davranışına yer verilmektedir:

- 1) Kişi son 24 ay içinde intihar girişiminde bulunmuştur.
- 2) Eylem, intihar amaçlı olmayan kendine zarar verme kriterlerini taşımamaktadır.
- 3) Teşhis, intihar düşüncesi veya hazırlık eylemlerine uygulanmaz.
- 4) Eylem, deliryum veya konfüzyon halinde başlatılmamıştır.
- 5) Eylem, yalnızca siyasi veya dini bir amaç için yapılmamıştır.

DSM-5'te intihar girişimi; başlangıç anından itibaren, kendi ölümüne yol açacağını bekleyerek kişinin kendisi tarafından başlatılan bir dizi davranış olarak tanımlanmaktadır. Tanı, iki belirteç içermektedir: Güncel (en son intihar girişiminden bu yana en fazla 12 ay geçmiştir) ve erken remisyon (en son intihar girişiminden bu yana 12-24 ay geçmiştir). İntihar girişiminde bulunan birçok kişinin tekrar intihar girişiminde bulunma riski oldukça yüksek olmakla beraber, tekrar intihar girişiminde bulunmayan birçok kişi de vardır. Bu nedenle intihar davranışı bozukluğunun tanısal kararlılığı şu an için zayıf görünmektedir (Fehling ve Selby, 2021). Diğer yandan, psikiyatrik bakış açısıyla intihar davranışı semptom, sendrom, komplikasyon, bozukluk veya tanı ekseninde kapsamında kavramsallaştırılmaktadır. İntihar riskinin değerlendirilmesi ve yönetilmesi, buna neden olan esas patolojinin altında ikincil olarak ele alınmaktadır. Psikiyatrik yaklaşıma göre söz konusu psikiyatrik durum düzeldiğinde intihar düşüncesi de iyileşecektir. İntiharın salt psikiyatrik bir bakış açısıyla patoloji odaklı ele alınmasının, intihar davranışına yönelik spesifik risk değerlendirmesine, yönetimine ve intiharı önleme stratejilerinin geliştirilmesine alan açmadığı düşünülmektedir (Giner vd., 2016).

Literatürde, intihar riski değerlendirmesi üzerine bazı yanlgı ve sınırlılıklara da dikkat çekilmektedir. Öncelikli olarak, intihar düşüncelerinin olup olmadığı hakkında doğrudan sorgulamada bulunmanın, intihar riskinin artmasıyla ilişkisinin bulunmadığı bildirilmektedir. Aksine, bireylerin klinisyen tarafından anlaşıldığını hissettikleri ve doğrudan sorgulama biçiminin tekrarlayan görüşmelerde depresif duygulanımı ve intihar düşüncelerini azalttığı gösterilmiştir (Granello, 2010; Joiner ve Ribeiro, 2011). Bir diğer husus, kronik intihar eğilimi olan kişilerin her zaman yüksek intihar riski taşıyor olabileceğidir. Bunun yanında, henüz intihar girişiminde bulunmamış fakat intihardan söz eden, intihar düşünceleri üzerine sıkça konuşan, hatta bu düşünceleri konuşmayı normalleştirmiş ve bu düşüncelere karşı hissizleşmiş görünen kişilerin intihar riski halen yüksek olabilir (Joiner ve Ribeiro, 2011). Bu nedenle, kronik intihar eğilimi olan kişiyle yapılacak görüşmenin rutin intihar riski değerlendirmesinden öte; hem kronik faktörleri hem de kronik intihar eğilimini şiddetlendiren akut dinamik faktörleri içermesi gerekli bulunmaktadır (Schechter vd., 2011).

İntihar tarama gereçleri ve çok boyutlu değerlendirme imkânı sunan yapılandırılmış araçlar klinik gözlemlerle beraber kullanıldığında faydalı veriler elde etmeyi kolaylaştırabilmektedir (Conwell vd., 2011). Risk değerlendirmesi ve formülasyon sürecinin tarama ve değerlendirme gereçlerinden elde edilen verilerin de katkısıyla ulaşılan klinik yargıya dayandırıldığı söylenebilir. Bu bağlamda, risk değerlendirmesi risk formülasyonu ve yönetimi sürecinin öncülü olarak görülmekte, formülasyonunun güvenilir ve geçerliliğinde büyük rol oynadığı düşünülmektedir (Silverman ve Berman, 2014b). Diğer yandan literatürde, bir ölçme veya değerlendirme metodunun diğerlerine göre daha faydalı olduğunu gösteren bir kanıt bulunmamakta, sınırlı etkinliğe sahip araçlar olarak görüldükleri, ancak klinisyenin tecrübe ve sezgisiyle birlikte bilgilendirici olabilecekleri fakat tek başına intihar potansiyelinin kesin olarak belirlenmesinde yetersiz oldukları belirtilmektedir (Bongar, 2002; Granello, 2010; Maltzberger, 1988). İntihar risk değerlendirmesi için yapılandırılmış görüşmeler, kontrol listeleri, standart psikolojik değerlendirme araçları, intihar risk ölçekleri ve tahmincilerinin klinik yargı ile birlikte formüle edildiği birden fazla yaklaşımı takip etmek şiddetle tavsiye edilmekle beraber belirsizlik intihar risk değerlendirmesinin kaçınılmaz bir parçası olarak görülmektedir

(Simon, 2006). Mevcut izleme ve tarama gereçlerinin çoğunun düşük kalitede olduğu, yüksek yanlış pozitif oranları ve genellenebilirliğin sorunlu hatta çoğu zaman mümkün olmayabilecekleri, intihar kaynaklı ölümü öngörmeye klinik açıdan hatalı sonuçlar verebildikleri ve intihar düşüncesi olan herkesi ayırabilecek hassasiyette olmayabilecekleri, öz bildirim dayanan anketler ile kişisel görüşmelerdeki intihar bildirimlerinin farklılaşabileceği düşünülmektedir (Bostwick ve Rackley, 2012; Bryan ve Rudd, 2006; Connor ve Rueter, 2009; Large vd., 2017; Nestadt vd., 2020; Silverman ve Berman, 2014a). Geniş çapta yürütülen tarama çalışmalarında yanlış pozitiflerin yaygınlığı da önemli bir husustur. Genel taramada pozitif çıkarak intihara eğilimi olmadığı halde eğilimli olarak değerlendirilen kişilerin ayrıca bireysel olarak da değerlendirilmesi önerilmektedir (Sher, 2004). Yanlış pozitiflerin daha tehlikeli bir yüzü ise yanlış negatiftir. Genel taramalarda yanlış negatiflerin oranını bilmek imkansızla yakın olmakla beraber, geçmiş bir çalışmada kullanılan tarama aracının aktif olarak intihar eğilimi olan bireylerin %14'ünü tespit etmekte başarısız olduğu bulunmuştur. Yanlış pozitif zaman ve kaynak sarfiyatına yol açarken yanlış negatifin sonuçları ölümcül olabilmektedir (Herman, 2006). Bu nedenlerle, intihar risk değerlendirmesinde ölçüm araçlarının sonuçları klinik yargı ile tutarlı olmadığına, klinik yargıya öncelik verilmesi tavsiye edilmektedir (Motto, 1989; Motto vd., 1985).

1.1.3. Kuramsal Yaklaşımlar

İntihar araştırmalarının pek çoğunda, intiharın etiyopatogenezinin başta epidemiyolojik, sosyokültürel, çevresel, psikolojik, nörobiyolojik veya gelişimsel bakış açıları olmak üzere çeşitli yönlerden ele alındığı görülmektedir. İntiharla ilişkilendirilen çok sayıda risk faktörü, koruyucu faktör, alt ve üst yapı, bileşen bulunmakla beraber farklı perspektiflerden açıklamalar getiren yaklaşımların hiçbiri intiharı tek başına öngörebilecek veya açıklayabilecek güçte değildir. İntihar davranışına dair bir kuramsal modelin deneysel olarak bulgulanmış risk faktörleriyle tutarlı olması ve bu risk faktörlerini açıklaması, kişilerarası dinamik sistemler ve kişilerarası risk faktörleri arasındaki etkileşimi kapsamlı şekilde ele alması, intihar düşüncesi ve davranışının ortaya çıkışını öngörebilmek için arkaplandaki bağlamsal faktörlerin yakın tetikleyicilerle etkileşim sürecine ilişkin bir içgörü sunması beklenmektedir (Prinstein, 2008). Söz konusu münferit bakış açıları zamanla çeşitli

değişkenleri bir arada gruplandırarak bahsedilen beklentilere dayalı kuramlara ve bütünleşik intihar modellerine evrilmiştir. Temelde kuramsal ve tahmine dayalı olarak ayrışan bu modeller, intiharın karmaşık doğasına paralel şekilde entegre olmuşlardır. Bir diğer kategorizasyon ise psikolojik, sosyolojik ve ekonomik kuramlar şeklinde yapılmaktadır (Gunn vd., 2014). Bu bölümde, yetişkinlerde intihar davranışına dair erken dönem kuramsal açıklamalar ve güncel psikolojik yaklaşımlar incelenecektir.

1.1.3.1. Erken Dönem Yaklaşımlar

Yirminci yüzyılın başlarında psikanalitik camianın tartışma ve müzakere gündemine giren intihar olgusunun kuramsallaştırılmasının klinik gözlem yetersizliği nedeniyle ertelendiği bilinmektedir (Friedman, 1967). Bununla birlikte söz konusu dönemde, Freud'un intihara eğilimli hastalarla ilgili hatırı sayılır bir deneyimi olduğu da bir gerçektir. Küçük Hans vakası hariç tüm vaka sunumlarında intihar eğilimi sıkıntısına değindiği görülmektedir (Schechter vd., 2022). Fare Adam vakasında ise intihara yönelik bilinçdışı motivasyonu, başka birinin ölümünü isteme nedeniyle kendini cezalandırma olarak tanımlamıştır (Freud, 1909).

Freud (1917), Yas ve Melankoli adlı makalesinde melankolik depresyonun ve intiharın dinamiklerini formüle etmiştir. Makalede klinik gözlem ve ampirik malzemenin yetersizliğine vurgu yapılmakla beraber, intihar eğiliminin başkasına yönelik öldürme dürtüsünün nevroitik kişinin kendisi tarafından yine kendisine yönlendirildiği -yön değiştirildiği- bir tablo olduğuna değinilmektedir. Bu önerme yeni olmamakla birlikte, makalede intihar melankoli ile ilişkilendirilmektedir. Melankolik kişinin nesneye yönelik erotik yatırımının bir kısmının özdeşime regrese olması, diğer kısmının ise ambivalans kaynaklı çatışmanın etkisiyle, çatışmaya daha yakın konumlanan sadistik döneme geri dönmesinin intihar eğilimini açıkladığı düşünülmektedir.

Freud'a (1917) göre egonun özseverliği o denli kuvvetlidir ki kendi kendini yok etmeye razı olması akıl almaz bir paradokstur. İntihara eğilimli kişi narsisistik nesne seçimine ve sevilen nesneye karşı kararsızlığa da eğilimli olarak değerlendirilmektedir. Diğer bir deyişle, nesneye karşı sevgi ve nefreti aynı anda yaşamakta ve bu duygular arasında bocalamaktadır. Nesnenin kaybı sevgi ve nefret arasındaki bocalamayı arttırırken, bu bocalamanın hostile tarafı ise nesneye yatırımı

geri çekme, yas tutma ve yeni nesnelere yatırım yapma becerisini engeller. Sonuçta, melankolik kişi kayıp nesneyle olan ilişkisinden, nesneyle narsisistik bir özdeşim kurmaya doğru geriler. Nesne artık egonun bir parçasıdır, nesneye yönelik sadizm kendine döner ve “nesnenin gölgesi egonun üstüne düşer” (Ronningstam vd., 2021).

Freud önermesini, melankoliye yol açan nesnenin gücünün her halükarda egonun gücünü aşması ile detaylandırmıştır. Kişi nesne seçiminden gerileyerek nesneden kurtuluyor olsa da nesne egodan daha güçlüdür. Kişinin kendinin nesne haline gelişi ile yine kendini kötüye kullanma, aşağılama, acı çektirme yoluyla yani kendine eziyet ederek sadistik bir doyum elde edilir. Bu kendine eziyet etme hali, öznenin nesneden kendine yönlendirdiği bir sadizm ve nefret eğiliminin dışa vurumudur. Nesneye yönelik düşmanca eğilimin dışavurumu veya ifade gereksiniminin doyurulmasından kaçınarak kendini cezalandırma ve aslında bu yolla nesneden intikam alma söz konusudur. Sadizm, melankoliyi tehlikeli bir hale getirmektedir. Bu sayede ego kendi yıkımına razı olmaktadır: “Bugün, melankolinin analizi, egonun ancak dış dünyadaki nesnelere özgün tepkisini simgeleyen ve bir nesne ile ilişkili olan düşmanlığını kendine yöneltmesi, kısacası nesne-yatırımına dönerek kendisine bir nesne gibi davranması durumunda kendini öldürebileceğini göstermektedir.” (Uslu ve Berksun, 1993).

Freud (1923), yapısal kuramının temellerini attığı makalesinde süperego ve id arasında ortaya çıkan bir dinamiğin sonucuna işaret eden başka bir bakış açısı sunmaktadır. Buna göre, süperego libidinal yatırımı egodan geri çekmekte, korkuyu güçler tarafından terk edildiğini hisseden ego teslim olmakta ve sonunda ölmektedir. Aynı makalede rastlanan diğer bir formülasyon ise süperegonun mevcut tüm sadistik enerjii kendini aşağılamayı beslemek için kullandığı ve süperegonun sadistik saldırılarının egoyu intihara sürüklediğidir. İd, öznenin kendini yok edemeyeceği tatminini sağlarken; ego, süperegodan gelen yıkıcı suçluluk duygusunun altında ezilmektedir. Bu suçluluk duygusunun hafiflemesi ancak bir ceza ile mümkün olacaktır. Süperegonun verdiği acı, ceza yani intihar yoluyla zevk ve rahatlama hissi veren bir şekilde bürünecektir. Kendini yok eden kişi aslında süperegonun sadizmi ve egonun mazoşizmi arasında bir uzlaşmayı sağlamakta, ikisi birbirini tamamlayarak rahatlamayı sağlamaktadır (Biven ve Daldin, 1993; Freud, 1924). Bu formülasyonlar,

intiharını Yas ve Melankoli'deki özseverlik ve nesne önermelerinden farklı olarak, kendi kendine saldırmanın bir sonucu olarak açıklamaktadır.

İlerleyen yıllarda Freud'un ölüm içgüdüsüne yaklaşımını detaylandıran Menninger (1938), intiharını da bu bağlamda açıklamaya çalışmıştır. Freud'a göre fiziksel ve zihinsel sağlık, ölüm ve yaşam içgüdülerinin kaynaşmasına bağlıdır. Bu kaynaşma, ölüm içgüdüsünün yaşam içgüdüsüne dengeli bir şekilde nötralize edilmesini sağlayacaktır (Freud, 1922). Menninger'a göre ise bu içgüdüler arasında meydana gelecek ayrışma durumu çeşitli fiziksel ve zihinsel hastalıklarla kendini gösterecek, en son noktada ise intihar olarak tezahür edecektir. Her intiharın tersine çevrilmiş bir cinayet veya 180 dereceden cinayet olduğunu iddia eden Menninger, intiharın üç arzusunun birleşimiyle kavramsallaştırmıştır: Öldürme arzusu (cinayet), öldürülme arzusu (suçluluk), ölme arzusu (depresyon). Öldürme arzusu, bir başkasına saldırma; başkasını yok etme veya oç alma arzularını içermekte ve diğerlerine karşı olumlu duygularla etkisiz hale getirilmemektedir. Öldürülme arzusu, acı ve ısırap çekme; bir başkasının yok edici saldırısına boyun eğme arzusu gibi mazoşistik eğilimlerle ilişkili görülmektedir. Aynı zamanda bir suçun kefareti olarak acı çekme ve kendini cezalandırma ile de bağlantılı olduğu düşünülmüştür. Ölme arzusu ise ölümün özüne ve ölmeye dair zihinsel meşguliyeğe yol açan bir ölüm özlemine dayandırılmaktadır (Menninger, 1938). Bu kavramsallaştırmaya göre, başlangıçta dıştaki nesneye yönelik öldürme arzusunun, sevilen kişilerin ölmesini istemenin yarattığı suçluluk hisleriyle içe yansıtılması sonucunda kişinin egosu tahrip olmaya başlar. Öznefret ve suçluluk duygularının yarattığı tahribat arttıkça depresif ve umutsuz bir şekilde ölme düşünceleri ortaya çıkar. Kişi, başkalarını öldürme arzusunun bir cezası olarak kendini öldürmeyi arzular hale gelir (Barzilay ve Apter, 2014).

Freud sonrası dönemde intihar psikanalitik düzlemde yeni bakış açılarıyla ele alınmaya devam etmiştir. Freud'un takipçilerinin özellikle ölüm içgüdüsüne mesafeli yaklaştıkları bilinmekle beraber, Klein ölüm içgüdüsünü neredeyse tamamen benimsemiş ve kuramına dahil etmiştir (Klein, 1948). Paranoid-şizoid ve depresif konumları ayırtıran Klein (1935, 1946), intiharını iç dünyayı temizleme, kötü içe almayı sonlandırarak iyi nesneyi koruma ve kendi yıkıcılığını önleme girişimi olarak kavramsallaştırmıştır. Diğer bir söylemle intihar, içselleştirilmiş nesnelere yönelik

saldırgan fantezilerin suçluluğundan kaynaklanmaktadır. İntiharda nesne ilişkilerinin rolünü vurgulayan ilk kuramcı olan Klein'a göre paranoid-şizoid konum, çocuğun zihninde zulmeden ve tümgüçlü olarak projekte edilen nesneye nefret yansıtma eğilimi ile karakterizedir. Bu durum, yok edilme veya zulmedilme kaygısının yanında kötü nesnenin yıkıcılığından dolayı iyi nesneyi de kaybetme korkusunu beraberinde getirir. Kişi, zulümden veya yok edilmekten kendini ve aynı zamanda iyi nesneyi de korumak için kötü nesneye saldırma eğilimindedir. Bazı durumlarda, zulmeden ve yok eden kötü nesne kişinin kendi bedenine yansıtılır. Bu durumda, bedene saldırı kötü nesneye saldırma anlamına da gelecektir. Nesne ve kendiliği merkezi bir nesnede bütünleşmiş şekilde algılama yetisinde artışla karakterize edilen depresif konumda ise ego, iyi ve kötü nesneyi aynı nesnede deneyimlemektedir. Bu deneyim depresif kaygıyı da beraberinde getirir. Nesnenin kaybindan korkulurken aynı anda nesneye yönelik sadistik fantezi ve arzular üzerinden suçluluk duygusu doğar. Suçluluk duygusu, saldırgan fantezilerin gerçek veya hayali sonuçlarını telafi etme ve geri alma girişimlerine neden olur. Patolojik vakalarda, suçluluk, kötülük duygularına ve genel olarak başkalarına ve özellikle iyi nesneye karşı yıkıcı olmaya dair inançları taşıyabilir (Klein, 1935, 1946).

Klein'in (1957) erken dönemdeki ilkel hasedin, doğuştan gelen agresyonun kötücül ve şiddetli bir biçimi olarak ölüm içgüdüsünün bir türevini temsil ettiğine dair savı, intiharın narsisizmle ilişkilendirilmesi için bir temel sağlamıştır. İlerleyen yıllarda Rosenfeld (1971) tarafından yıkıcı ve saldırgan unsurlar da dahil edilerek, narsisistik karakter yapısının haset ve bağımlılığa karşı bir savunma olduğu, iyi nesneye bağımlılığın haseti beraberinde getirdiği öne sürülmüştür. Dolayısıyla narsisizm hem libidinal hem de yıkıcı yönleri bir arada bulundurmaktadır. Yıkıcılığın baskın olduğu durumlarda daha şiddetli yaşantılanan haset, kişide hem bağımlı olduğu nesneyi ve hem de kendiliğini yok etme arzusu doğuracaktır. Diğer bir deyişle kişi, yıkıcı ve libidinal dürtüleri arasındaki mücadeleyi, nesneye duyduğu ilgi ve sevgiden kurtulmaya çalışarak, sevgi dolu bağımlı kendiliğini öldürerek; üstünlük duygusu ve kendine hayranlığı sağlayan kendiliğinin neredeyse tamamen yıkıcı narsisistik tarafıyla özdeşim kurarak yürütmektedir.

Klein ve Rosenfeld ile benzer şekilde Kernberg (1986, 1995), intiharın nefretin aşırı bir biçiminin ifadesi olduğunu belirtmiştir. Nefret edilen nesneye özdeşleştirilen

benlik intihar yoluyla yok edilmektedir. Kernberg intiharı, nefret edilen nesneyi yok etmenin tek yolu olarak nitelemiştir. Buna ek olarak kötü huylu narsisizm terimini kullanmış; antisosyal davranış, egosintonik sadizm ve paranoid eğilimler ile karakterize süperego işlev bozukluğunu bu terim altında incelemiştir (Kernberg, 1998). Kötü huylu narsisizm geliştiren kişilerde kronik intihar düşüncesinin soğuk, sadistik ve intikam içerikli tatmin ile ilişkili olduğunu vurgulamıştır (Kernberg, 2001).

Horney'in de nefrete vurgu yaptığı görülmektedir. Horney'e göre, nevrotik kişinin kendinden nefret etmenin altında ezilmektedir. Ölüm içgüdüsünden beslenen öznefret süperegonun sadizmi veya içe atılan nesneye yönelik düşmanlık olarak görülmüştür. Yani öznefret ya cezalandırıcı ya da başkasına duyulan nefretin veya başkasının nefretinden duyulan korkunun bir tezahürüdür. Horney'in nevrotik kişisi çaresizce gerçekçi olmayan "olması gerekenlere", mükemmele ulaşmaya çalışmakta ve bu uğurda gerçek benliğinden vazgeçmektedir. Bu vazgeçiş sonunda nevrotik kişi, hor görülen gerçek benliği ve ideal benliği arasında kalır. Ulaşılmaya çalışılan ideal benlik her adımda gerçek benlik tarafından aşağılanmakta ve baskılanmaktadır. Horney'e göre, ideal benliğin bu aşağılanma ve ezilmeye karşı öfkesi intiharın en önemli etkenidir (Horney, 1950).

Winnicott, intiharı birincil nesne ilişkileriyle oluşan kişilik yapısıyla açıklamaya çalışmıştır. Ölüm korkusu yerine yok oluş korkusu tabirini önermiş, yok oluşu ise umudun olmaması olarak açıklamıştır. Winnicott'a göre intihar, varlığın çeşitli olumsuz faktörler tarafından kesintiye uğratılması ve gerçek benliğin ortaya çıkarılamaması halinde; gerçek benliği yok etmek yerine fiziksel olarak kendi kendini yok etmeyi seçerek utançtan kurtulmanın tezahürüdür. Bu anlamda intihar, özgün ve yaratıcı dürtülerin olmadığı, neredeyse cansız hissedilen koşullar altında anlamı ve mantığı olan, amaçlı bir eylemdir. İntihar edebilme yeteneği de nispeten ileri bir düzeye ulaşmış sağlıklı psişik yapıların sahip olabileceği bir yetidir. Yine de intihar bir çözüm olarak görülmez: Mücadelenin bırakıldığı ve aslında varoluşun bu sefer kalıcı ve geriye dönüşsüz biçimde nafile bir kesintiye uğratıldığı bir eylem olarak nitelenir (Winnicott, 1971).

İntihara dair farklı bir perspektifte intiharın, arkaik veya patolojik büyükenmeci kendiliğe geri çekilme olabileceğine; intihar düşüncesi ve eylemlerinin idealize edilmiş bir kendilik durumuyla ilişkili biçimde benlik saygısını arttırmaya

yönelik olabileceğine değinilmektedir (Lewin, 1950; Maltzberger, 1997). İntihar, başarısızlığa uğrayan egonun kendini kurtarmak için umutsuzlukla gerçekleştirdiği son etkinlik olarak da görülmüştür. Bu etkinlikte, tüm güçlü narsisistik fanteziler nesneye bağlılığın yerini almakta, kendilik tüm dünya üzerinde kontrol sağlamaya çalışmakta ve malign haset ile yıkıcılığın ilkel eylemleri devreye girmektedir. Gerçekliğin sıradan kuralları ve acı veren sınırları reddedilerek ve alt edilerek ölmekte olan kişi tarafından ölüme meydan okunmakta ve gerçekliğin üstüne çıkılmaktadır (Maltzberger, 2004).

İntihar, kendilik psikolojisi altında Kohut tarafından özellikle ele alınmamakla beraber utanç, haset, ego ideali ve narsisistik hiddet intiharla ilişkilendirilmiştir. Kohut'a göre utanç ve haset kendine zarar verme dürtüsüne yol açabilmektedir (Kohut, 1972). Freud ve takipçilerinden farklı olarak Kohut, bu dürtüleri süperegonun egoya yönelik saldırıları olarak görmemiştir. Bunun yerine, başarısızlığın yarattığı hayal kırıklığını ve acı verici gerçekliği yok etmek için ego tarafından benliği yok etme girişimi yoluyla narsisistik hiddetin bir ifadesi olarak değerlendirmiştir (Kohut, 1972). Kohut'un bu yaklaşımı, Freud'un melankolik intiharlarında da söz konusu olan depresif intiharlar ile narsisistik hiddetten doğan intiharı birbirinden ayıran bir bakış açısına sahiptir. Horney ve Winnicott gibi Kohut da intiharı içe atılanın yok edilmesi olarak kurulan klasik intihar yaklaşımından farklılaşmaktadır. Kohut, kendilik nesnesinin eksikliğinin çelişkili dürtülerin oluşmasını engelleyen, kişiyi içsel mücadeleden kurtaran fakat yaşamın anlamsızlığıyla yüzleştiren yapısal bir eksiklik yarattığına değinmektedir. Suçluluk duygusu olmadan, yapısal eksiklikle gerçekleştirilen bir intihar içe yönelik bir saldırganlığın değil içsel bir boşluğun ifadesi olarak görülür. İntihar, kurtarılacak bir nesnenin veya yok edilecek nefret projeksiyonlarının uğruna değil, bir boşluğun etkisiyle işlenmektedir (Kohut, 1984). Başka çalışmalarında ise Kohut'un intiharı, insani olan unsurlardan kalıcı olarak yoksun kalma korkusu olarak tanımladığı parçalanma kaygısının bir sonucu olarak gördüğü okunmaktadır. Parçalanma kaygısı ölüm korkusundan güçlüdür, daha büyük bir yıkımı yani insani olan unsurların yok olmasını engellemek için kişi kendini öldürmektedir. Bu anlamda intihar, insani unsurları geri kazanma yolunda iyileştirici bir eylem olarak da addedilmektedir (Kohut, 1978).

Nesne ilişkileri ve kendilik psikolojisinin intihar eğilimi üzerine de bazı görüşlere temel olduğu görülmektedir. Maltberger'a göre intihara eğilimli kişiler kendilik sunumu, başkalarını içselleştirme ve nesne sabitliği hususlarında yapısal eksikliklerden muzdariptir (Maltberger, 1999). Olumlu içe yansıtımaların azlığı duygu ve özsaygı düzenleme kapasitesini sınırladığından, bu kişilerin özdüzenleme becerisi dış kaynaklara bağımlıdır. Kişi için önemli dış kaynakların kaybı ise üç ölümcül etkeni ortaya çıkarır: Yalnızlık, kendini aşağılama ve cinai hiddet duygularını doğurmaktadır. Yalnızlık duygusu yoğun bir yok oluş kaygısı ile kişiyi tüketirken, kendini aşırı küçümseme, kendinden tikslenme, nefret, kendini suçlama da buna eşlik edebilir. Tüm bunlarla beraber, cinai hiddetin de kişinin kendisine yöneltilmesi intiharla sonuçlanabilir (Maltberger, 1993, 1998). İntihar, kendilik sunumunda parçalanma ile de ilişkili bulunmuştur. Yine Maltberger'a göre olumlu içe yansıtımaların eksikliği, dış kaynakların kaybı veya noksanlığı, yoğun olumsuz duygulanım ve ihtiyaç duyulan yardıma erişememe sonucunda kendilik sunumu parçalanmaya başlar. Bu sırada agresyonun kişinin kendine yönelerek taraflı hale gelişiyle, benliğin bazı kısımları diğerleriyle çatışacaktır. Freud'un önermesiyle benzer şekilde, süperego sert ve sadist bir halde egoya saldırarak ve acı dolu farkındalığı sonlandırmaya çalışacaktır (Maltberger, 1998). Diğer bir alternatif ise parçalanmak üzere olarak kendilik temsilinin sadistik ve zalim tarafının kişinin bedenine yansıtılması ve savunma amacıyla bedene doğrudan saldırılmasıdır. Her iki alternatifte de süreç intihara yol açabilecek ya da gerçeklik testinde bozulma sonucu açığa çıkan psikotik savunmalar doğacaktır (Maltberger ve Buie, 1980; Ronningstam ve Maltberger, 1998).

Ulaşılamaz ve uyumsuz ego idealleri de intihara yatkınlıkla ilişkili ve özellikle intihara sürükleyen utancın başlıca nedenlerinden görülmüştür. Benlik idealinin gelişimi, benlik saygısının düzenlenmesi için esastır. Fakat ego idealindeki tutarsız veya uygunsuz deformasyonlar benliğin talep edilene yaklaşmasını imkansız hale getirebilmektedir. Bibring'e (1953) göre ego, kendisinden üstün bir yapının saldırısına uğradığı ve bundan zevk aldığı için değil; kendisine umutsuz ve güçsüz hissettiren, ulaşılamaz ve gerçekçi olmayan hedeflere yani ideallere tutunmaya devam ettiği için ölmektedir. Diğer bir deyişle intihar, egonun kendi içindeki gerilimden kaynaklanmaktadır. Ego idealinin çelişkili yapısı içinde kendiliğin öngöremediği taleplerin ulaşılabilirliği, öz eleştiriye ve hatta kendinden utanmayla birlikte ortaya

çıkan saldırılara dönüşecektir. Bu dönüşümle beraber uygunsuz öznel talep ve beklentiler ile çatışan ideallerin kişiyi intihara sürüklediği düşünülmektedir. İntihar eylemi, yaşanan öznel çaresizlik ve utanç sebebiyle yaşanan narsisistik bir çöküşe eşlik etmektedir (Morrison, 1994; Orbach vd., 1998).

Narsisizme vurgu yapan bir diğer kuramcı Fonagy, intiharı zihinselleştirme becerisinin yokluğu veya sınırlılığı ile açıklamıştır. Zihinselleştirme, kişinin kendisine ve başkalarına dair duygu, düşünce ve davranışlarını niyet ve istekleri açısından anlayabilme ve anlamlandırabilme becerisini ifade etmektedir. Fonagy'e göre intihara eğilimli narsisistik kişilerde, narsisistik yaralanmaya karşı koruyucu olabilecek üstbilişsel kontrol, yansıtıcı öz işlevler ve zihinselleştirme kapasitesi gelişmemiştir. Kişi, anlık deneyimlerin ötesinde düşünememekte ve yansıtamamakta, bunaltıcı düşünce ve duygulara karşı saldırganlığı bir kalkan olarak kullanamamaktadır. Diğer yandan, saldırgan ve kendiliği yıkıcı eylemlerin sonuçlarını yansıtma ve anlama kapasitesi de zarar görmüştür. İntihar eyleminde daha ilkel kalan yansıtıcı benlik, beden ve zihinsel benliğin ölümünün nelere yol açacağını görememektedir (Fonagy vd., 1993).

İntihar, aile ekseni ve özellikle çocuk odaklı olarak da irdelenmiştir. Pfeffer (1981), çatışan ebeveynlerin sorunlarının sorumluluğunu çocuklarına yansıtabileceği; bu çocukların kendisinin kötü olduğu hissi ve ebeveyn çatışmasının çözümsüzlüğü ile özdeşleşebileceği üzerinde durmuştur. Bu çocuklarda intiharın gelişiminin, çatışma çözme ve kötü olma hissinden kaçınma girişiminin bir temsili olduğunu belirtmiştir. Sabbath (1969), istenmeyen çocuk olduğu telkin edilerek günah keçisi seçilen kişilerin intiharı, ebeveynlerinin istediği şey olarak düşündüğünü ve gerçekleştirdiğini öne sürmüştür. Richman (1978, 1980), aile dinamiklerindeki zayıf sınırlara, iç içeliğe ve çelişkili mesajlara dikkat çekmiştir. Bağımsızlığı teşvik eder gibi görünen fakat simbiyotik bir bağlılık içindeki ailelerde yaşanan intiharın, simbiyotik yaşama karşı kaçışın ifadesi olarak görülebileceğini düşünmüştür. Fischman'a göre ise intihar, incinmenin zayıflık olarak görüldüğü ve ifadesinin yasaklandığı, utanç duygusu ve karşıt bağımlılık yaratan söz gelimi ideal aile modelinde ebeveynle iç içeliğin veya reddedilmişlik duyguları yaratan uzak ve kutuplaşmış aile ilişkilerinin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (Fishman, 1988).

1.1.3.2. Güncel Yaklaşımlar

İntiharı ve intihara eğilimli kişileri anlamaya yönelik erken dönem yaklaşımlar, intiharı ahlaki, yasal, felsefi veya manevi bir sorundan klinik bir kaygıya taşımış ve intiharın algılanış biçiminde büyük bir değişiklik yaratmışlardır. İntiharın psikolojik bir sıkıntı veya bozukluğun sonucu olarak kavram ve kuramlarla ele alınması döneminde yenilikçi olmakla beraber, sonraki tüm araştırmalara ve güncel yaklaşımlara da zemin hazırlamıştır. Örneğin, Freud ve Menninger'in içgüdülere ve saldırganlığa dayalı açıklamaları güncel kuramlardan bazılarında perspektif oluşturmuş, Kişilerarası İntihar Kuramı gibi yeni nesil kuramlarda ise nesne ilişkileri kuramlarından çeşitli unsurlar güncel söylemlerle gündeme getirilmiştir. Böylelikle zaman içinde, bilimsel olarak test edilmesi -özellikle intihar konusunda- oldukça zorlu olan kuramlardan; ampirik olarak desteklenebilen ve sınanabilen yeni nesil kuram ve güncel modellere ulaşılmıştır.

Schotte ve Clum'un (1987) sorun çözme becerisine vurgu yapan yaklaşımı bilişsel temelli güncel modeller için bir başlangıç sayılabilir. Diyatez-stres temelli bu modele göre, sorun çözme becerisini negatif yönde etkileyen bilişsel katılık, zorlu yaşam koşullarının doğurduğu strese bağlı olarak ortaya çıkan umutsuzluk ve intihar düşüncelerine yatkınlığa neden olmaktadır. Bilişsel esnekliği düşük kişiler sorunlara alternatif çözümler bulmada çoğu kez başarısız olmakta, önerilen çözümlere ise karamsar ve olumsuz bir yaklaşım sergileme eğilimi göstermektedir. Bu kişiler zorlu yaşam koşullarına maruz kaldıklarında daha yoğun umutsuzluk eğilimi sergileyecek ve buna bağlı olarak intihar davranışı riski artacaktır (Schotte ve Clum, 1982, 1987). Model, kişilerarası ilişkilere ve özellikle sorun çözme becerisine değinmesiyle dikkat çekmiştir. Diğer yandan sorun çözme becerisinde zayıflığın nedeni, kuram bağlamında sorun çözmenin anlamı ve içeriği, intihar girişiminin stres ve yatkınlık dışındaki belirleyicileri hususlarında sınırlı bulunmuştur (Wenzel ve Beck, 2008).

Baumeister'in (1990) kaçış kuramı¹⁸, erken dönem psikodinamik yaklaşımlarla benzer önermeler içeren bir sosyopsikolojik kuram olarak görülmektedir.

¹⁸ Kuram, Baechler'in (1975, 1980) kaçış kuramının geliştirilmiş halidir. Baechler intiharı, öznenin varoluşsal bir soruna kendi yaşamına karşı bir girişimde bulunarak çözüm arayışına (ve buluşuna) dair herhangi bir davranış olarak görmüştür. Buna göre intihar, başlı başına bir amaç değil yaşamdaki

Baumeister'e göre intihar girişimine yol açan en yaygın güdü rahatsız edici bir durumdan kaçma veya dayanılmaz bir ruh halinden uzaklaşmadır. Baumeister, intiharın altı adımda meydana geldiğini ifade etmiştir. Birinci adım, beklentiler ve gerçekler arasında tutarsızlık oluşu, çok yüksek beklentilerin veya aksiliklerin hedefleri boşa çıkaracağı ve kişisel başarısızlığa yol açışdır. İkinci adımda kişi, başarısızlığı kendi niteliklerinin veya becerilerinin bir sonucu olarak yorumlamakta ve kendisini suçlamaktadır. Üçüncü adım, çarpıtılan öz farkındalığın da etkisiyle benliğin, söz konusu ulaşılamayan standartlarla mazur görülemez biçimde karşılaştırılmasıdır. Dördüncü adımda, olumsuz öz değerlendirme olumsuz duygular uyandıracaktır. Beşinci adımda bilişsel yapı söküm gerçekleşir: Kişi somut duyum ve davranışlara, acil hedeflere, yapılacaklara odaklandığı bir hissizliğe bürünür. Son aşamayı oluşturan bu yapı söküm yani hissizlik hali esnasında, davranışsal inhibisyon azalarak ölüm korkusu, acı korkusu gibi sınırlar ortadan kalkar. İntiharın tek seçenek olduğu ve diğer alternatiflerin görülemediği bu bilişsel yapı söküm halinde intihar ve diğer yaşamı tehdit eden davranışlar ortaya çıkacaktır (Baumeister, 1990). Kuram, intihar davranışının ortaya çıkışı üzerine kayda değer bulunmakla beraber altı aşamalı modelde intihar niyeti, düşüncesi ve planının ne zaman ortaya çıktığının belirsizliği, başarısızlık ve yüksek beklentiler dışındaki muhtemel kaçış sebeplerini ile bilişsel ve duygusal yatkınlıkların rolüne yer vermemesi konularında eleştirilmiştir (Barzilay ve Apter, 2014). Diğer taraftan, intihar nedeniyle ölenlerin büyük çoğunluğunun ölüm anında -psikopatoloji tanısı olmasa da- zihinsel bir bozukluğa sahip olduğu ile buna bağlı olarak zihinsel durum ve bilişsel işlevlerde de bozulma olduğuna dair kanıtlarla uyumlu bir kuramsal yaklaşım olarak görülmektedir (Rudd ve Perez-Munoz, 2021).

Aynı yıllarda Beck ve diğerleri, intihar davranışını bilişsel perspektifle ele almıştır. Bilişsel modelde dikkat, bilgi işleme ve bellek arasındaki bozulmuş etkileşim intihar eylemine yol açmaktadır (Beck vd., 1990). Buna göre, uyum bozucu şemalar intiharla ilişkili bilişsel yanlılığa neden olmakta; bu yanlılık sebebiyle intiharla ilgili uyarıların seçici olarak işlenmekte; oluşan bellek yanlılığı yaşam sebeplerini hatırlama ve yaşama dair umutlu olma yeteneğini bozmaktadır. Umutsuzluk, bilişsel

sorunları çözenin bir yolu yani bir araçtır. Sonraki yıllarda Baumeister, yeterince açıklanmadığını ve aşırı rasyonalist olduğunu öne sürerek kuramı genişletmiştir.

üçlünün tüm bileşenlerini bozarak intiharda rol oynayacaktır (Wenzel vd., 2009). Ek olarak, yatkınlığa bağlı kırılabilirlik faktörleri psikopatolojiyle bağlantılı bilişsel süreçler ve intihar eylemiyle ilişkili bilişsel süreçler arasındaki etkileşim de intihar eylemine neden olabilmektedir. Kırılabilirlik faktörleri yaşamdaki stres etkenleriyle etkileşime girmekte ve psikopatolojiyle bağlantılı şema oluşumunu arttırmaktadır. Bu şemaların neden olduğu bilgi işleme yanlışlıkları intihara yol açabilmekte veya intihar eğilimi oluşturan intihar şemalarına dönüşebilmektedir. Kronik umutsuzluk şeması planlı intihar girişimleriyle, dayanıksızlık şeması ise dürtüsel intihar girişimiyle ilişkilendirilmiştir (Wenzel ve Beck, 2008). Modelde yer alan yapıların neredeyse tamamının görgül temellere dayanması ve sonraki çalışmalarla test edilip desteklenmesiyle beraber; yapıların birbirleri ve intihar düşüncesi, niyeti, girişimiyle etkileşiminin; intihar riski üzerine etki mekanizmalarının incelenmesine ihtiyaç duyulmaktadır (Barzilay ve Apter, 2014).

Shneidman'ın psikolojik acı¹⁹ kuramı da intiharı belirli bir ihtiyacın karşılanması için araç olarak görme yönünden psikodinamik yaklaşımlarla benzer çizgidedir. Kuramsal yazın incelendiğinde, birçok çağdaş kuramın ve intiharbilim alanında kullanılan çok sayıda terimin öncelikle doğrudan ve dolaylı olarak Shneidman'dan etkilendiği görülmektedir. Shneidman (1993) intiharı temel olarak bir problem çözme davranışı olarak ele almaktadır. İntiharın, depresyon ve umutsuzluktan farklı olarak, yoğun ve dayanılmaz bir psikolojik acıdan kaynaklandığını öne sürmektedir. Aşırı utanç, suçluluk, aşağılanma, yalnızlık, korku, endişe, yaşlanma veya kötü bir şekilde ölme kaygısı ve benzeri duygular ya da engellenmiş psikolojik ihtiyaçlar nedeniyle ortaya çıkan bu psikolojik acı inkâr edilemez ya da bastırılamaz düzeydedir. Kişi bu acıya dayanamadığında ise intihar ortaya çıkar (Shneidman, 1993). Bireyin birincil veya biyolojik ve ikincil veya psikolojik olmak üzere iki tür

¹⁹ *Psychache*, psişedeki ıstırap, incinme, sızı ve psikolojik acıyı ifade etmekte olup tanısal kavramlardan farklı olarak, intiharın benzersiz fenomenolojik doğasını yansıtan bir unsur olarak açıklanmaktadır (Shneidman, 1993). Kavram, Murray'nin (1938) psikojenik ihtiyaçlarına da atıfta bulunmaktadır. Çeşitli kaynaklarda psikolojik acı, ruhsal acı veya psişik acı olarak genişletildiği görülmektedir. Fakat Shneidman'ın eserlerinde sıklıkla psikolojik acı veya doğrudan *psychache* kavramını kullandığı saptanmıştır. Bu çalışmada, Türkçe'ye uygunluk gözetilerek psikolojik acının kullanımı tercih edilmiştir.

ihtiyacı olduğuna da değinen Shneidman, yaşam için gerekli olan sevgi, ait olma, kontrol duygusu, olumlu kendilik imgesi ve anlamlı ilişkiler gibi psikolojik ihtiyaçların başarısızlıklar, reddedilmeler ve kayıplar nedeniyle engele takılmasının psikolojik acıya yol açtığını belirtmektedir. Ek olarak, Shneidman intiharla sıklıkla ilişkili on faktör olduğunu düşünmüştür: Çözüm arayışı, bilinçliliğin sekteye uğraması, dayanılmaz psikolojik acı, ketlenmiş psikolojik ihtiyaçlar, umutsuzluk ve çaresizlik, yaşam ve ölüm arasında kararsızlık, uygulanabilir alternatiflerin kısıtlılığı, hayatın kendisinden kaçış, niyet bildirimleri ve yaşam boyu işlevsiz başa çıkma kalıpları. Psikolojik acı, intihar düşünce ve girişimlerinin hem en önemli yordayıcısı konumunda hem de bu faktörlerin intiharla ilişkisine aracılık etmektedir. Yeni nesil psikolojik yaklaşımlar arasındaki öneminin yanında kuram, kendisini destekleyen araştırmaların sınırlı olduğu, psikolojik acının nelerden oluştuğuna dair genel bir kabulün veya net bir tanımın olmadığı, psikolojik acının depresyon ve umutsuzlukla ilişkisinin çok güçlü olmasından hareketle bağımsız yapılar olup olmadığı, *psychache*'nin intihar için yeterli olup olmayacağı noktalarında eleştiri almıştır (Barzilay ve Apter, 2014).

Linehan'ın (1993) sınırdaki kişilik bozukluğu hastaları için geliştirdiği diyalektik davranış terapisi (DBT) aynı zamanda intihara yönelik bir kuramsal yaklaşımı da beraberinde getirmiştir. DBT, duygu düzenlemenin kritik rolüne ve psikopatolojik bir belirti olarak duygu düzenleme güçlüğü ve hatta yetersizliğinin çözümüne dayanmaktadır. Bir tedavi yaklaşımı olarak geliştirilmiş olmakla beraber, duygu düzensizliğini intihar olgusunun da merkezi bileşeni olarak ele almaktadır. Linehan'a göre intihar davranışı -ve bununla bağlantılı kendine zarar verme davranışları- kişinin gerçekten ölmeye motive olması nedeniyle değil duygulanımla başa çıkma ve düzenleme çabasıdır. Bireyin yaşadığı olumsuz ve yoğun duygulanım ve eleştirel ya da cezalandırıcı çevrede intihar davranışları dikkat dağıtıcı bir mekanizma olarak işletilmektedir. Duygu düzensizliği kuramı olarak da geçen bu yaklaşımda, intihar olgusunda sosyobiyojik faktörlerin önemi ve kişi-çevre etkileşiminin ağırlığına dikkat çekilmektedir. Sosyobiyojik ve çevresel sistemlerin dinamizmi duygu düzensizliğinin bir kaynağı olarak da görülmektedir. Biyolojik ve fizyolojik unsurların öneminin yanında, geçersiz kılan çevrenin yani intihar eğiliminin cezalandırıcı ve işlevsiz biçimde pekiştirilmesinin intihar eğilimine yol açtığı öne sürülmektedir. Ek olarak, kişinin duygu düzenleme ve etkili değişkenler için gereksinim duyduğu beceri

düzeylerinin (örneğin, farkındalık; kişilerarası etkililik; sıkıntı toleransı gibi) geliştirilmesine vurgu yapılmaktadır. Bu anlamda yaklaşım, diyatez-stres odağından ayrılarak bütünleşik bir bakış açısı olarak değerlendirilmektedir (Linehan, 1993, 2015; Linehan vd., 1983) .

Plutchik'in (1995) iki aşamalı içe ve dışa yönlendirilmiş saldırganlık veya iki aşamalı intihar ve şiddet modeli, intihar ve şiddetin aynı saldırganlık tepisinin farklı yöndeki ifadeleri olduğu varsayımına dayanmaktadır. Modelde saldırganlık tepisini açığa çıkaran olası tetikleyiciler stres etkeni olarak ele alınmaktadır. Saldırganlık tepisinin yönünü belirleyen ise tetikleyicilerin varlığı veya yokluğudur. Modele göre ilk aşamada, açık davranış veya eylemle ifade edilecek saldırganlığın “kesme noktası” belirlenmektedir. Saldırganlık için kesme noktası olarak anılan dışavurum eşiği, şiddete yönelik tutumlar veya sosyal destek gibi faktörlerin etkisiyle yükselip alçalabilmektedir. İkinci aşamada ise saldırganlığın yöneleceği nesne seçilmektedir (Plutchik vd., 1989). Depresyon, yaşam sorunları, psikopatoloji belirtileri gibi etkenler içe yönlendirilmiş saldırganlık yani intihar riskini; dürtüsel kişilik özellikleri, başkalarına yönelik şiddet eğilimi gibi etkenler ise dışa yönlendirilmiş saldırganlığı doğurmaktadır (Apter vd., 1993). Model, saldırganlık ile intihar arasında güçlü bağlara işaret eden araştırmalar ve iki aşamalı sürecin doğrudan incelenmesi yoluyla destek bulmuştur (Apter vd., 1993; Gvion ve Apter, 2011). Fakat psikopatoloji ile içe ve dışa yönlendirilmiş saldırganlık arasındaki ilişkiler, saldırganlığa etki eden faktörler ve çeşitli değişkenler özelinde saldırganlık, çeşitli kişilik örüntüleri ile dışavurum eşiği ve nesne seçimi gibi hususlar üzerine bulgulara ihtiyaç duyulmaktadır (Apter, 2010; Whiteside ve Abramowitz, 2004).

Williams (1997) acı çılgılığı modelinde psikobiyojik ve evrimsel faktörleri bütünleştirmiştir. Baumeister'in intihar tanımını kendinden kaçma arzusu olarak yeniden kavramsallaştırmış, intihara giden süreçte duygular ve bilişler arasındaki etkileşimlere vurgu yapmıştır. İntihar, kişide kapana kısılma²⁰ algısı yaratan

²⁰ *Entrapment*. Her ne kadar konuyla ilgili Türkçe makalelerde (Uysal vd., 2015; Uzunbacak vd., 2021) “sıkışmışlık” olarak Türkçe'ye çevrilmiş olsa da sıkışmışlık kelimesinin *stuckness*'e denk gelen anlamda kullanıldığı görülmektedir. *Stuckness*, ilerleme kaydedilemeyen, çözülemeyen fakat çözümü mümkün, aksiyon alınabilen durumları; fiziki olarak sıkışmış olmayı, hareket edememeyi; mecazen bir

aşağılanma veya reddedilmeye tepki göstermede ve mevcut sorunları çözebilecek alternatif yollar bulmada başarısızlığın bir ürünü olarak görülmüştür (Williams, 1997). Buna göre kişiler, sorunları çözme girişimlerinin başarısızlıkla sonuçlandığını farkettilerinde sorun durumundan kaçmada güçsüz hissetmektedirler. Bu güçsüzlük, geleceğin çok az rahatlama fırsatı sunacağı duygusunu ve buna bağlı umutsuzluğu doğurmaktadır. Kapana kısılan ve umutsuzluğa kapılan kişi intihar düşüncesi ve davranışları geliştirebilecektir (Williams ve Pollock, 2001, 2008). Model, insanlarda depresyonu açıkladığı öne sürülen kaçışın durdurulması²¹ fenomenine dayandırılmıştır. İntihar davranışı, dayanılmaz durum veya duyguya bir tepki olarak yardım çılgılığı değil bir acı çılgılığı olarak görülmektedir. Zayıf problem çözme becerisine de vurgu yapılan modelde, kişinin karşı karşıya kaldığı soruna alternatif çözümler üretebilmek için geçmişe erişemediği aşırı genelleşmiş otobiyografik bellek faktörüne de değinilmektedir. Williams'ın modelinde yer alan bazı bileşenler intihar davranışıyla ilişkilendirilmiş olsa da modelin tümünün tek örneklemede aynı anda test edilmediği bilinmektedir (Barzilay ve Apter, 2014). Model umutsuzluk, depresyon, yenilgi, kapana kısılma ve intihar düşüncesi bileşenlerinin birbirinden ayrılmasının

düşünce, davranış veya yaşam şeklinde bilinçli halde (içsel bir motivasyonun varlığıyla) takılı kalmayı; hoş olmayan biri veya bir şeyle uğraşmak zorunda kalma veya bırakılmayı ifade için kullanılmaktadır (Britannica Dictionary, 2023; italki, 2019; WordReference, 2007). *Entrapment* ise, tuzağa düşme; rahatsız edici bir durumda kaçınılamaz, engel olunamaz ve kurtulunamayacak biçimde sıkışıp kalma; kurtulamama, kaçamama; yapılmak istenilmeyen bir şeyi yapmaya zorlanma ve kandırılma anlamlarındadır. APA sözlüğünde (2023), kişinin halihazırda harcadığı zaman ve çabayı haklı çıkarmak için başarısız bir eyleme veya ulaşılamayacak bir hedefe giderek daha fazla bağlandığı ve aksini yapmada çaresiz hissettiği bir süreç olarak tanımlanmaktadır. *Entrapment* kelimesi içerdiği anlam göz önünde bulundurularak kapana kısılma olarak Türkçeleştirilmiştir.

²¹ *Arrested flight*. Hayvan çalışmalarına dayanan kavram, mağlup olup kaçabilme yerine mağlup olarak savaş alanında kalma veya savaş alanında kapana kısılmayı ifade etmektedir. Özel bir sosyal savunma davranışı olarak durdurulmuş kaçış, bir kaçış yolunun bulunamaması nedeniyle rakibin saldırısını tetikleyebilecek her türlü hareketin durdurulması ve kaçmayı tetikleyen uyarıların girdisini kafayı çevirme, göz ve kulakları kapama gibi yöntemlerle azaltma şeklinde görülür (Dixon vd., 1989; MacLean, 1990). Bu davranış insanlarda intihar ve depresyonla ilişkilendirilmiştir. Depresyonda kapana kısılmanın, herhangi bir kaçış motivasyonu ifade etmeyen çaresizliğe göre daha tercih edilebilir olabileceği öne sürülmüştür (Gilbert, 2017; Gilbert ve Allan, 1998).

zorluğu; bu yapıların birbiri arasında nasıl bir ilişki içerisinde olduğunun belirsizliği hususlarında eleştirilmiştir (Johnson vd., 2008; Taylor vd., 2009).

Bir diğer diyatez-stres modeli de Mann ve diğerleri (1999) tarafından geliştirilmiştir. Beyin merkezli model veya epigenetik model olarak da anılan bu model, intihar davranışıyla sıkça ilişkili bulunan bir kişilik özelliği olan dürtüsel saldırganlık kavramına dayanmaktadır. Modelde psikiyatrik hastalıklar, yatkınlıkla birleştiğinde intihara yol açan bir stres kaynağı olarak ele alınmaktadır. İntihar davranışına yatkınlığın büyük ölçüde ailevi olduğu ve genetik bileşenlere dayandığı, dürtüsel saldırganlığın ise ailevi aktarımı anlamada yol gösterici olacağı öne sürülmektedir. Buna göre, çocukluk ve yetişkinlikteki travmatik deneyimler, kişinin genomunun savunmasızlığıyla birleştiğinde beyin ve hormonal aktivitede bozulmalara neden olmaktadır. Modelin ilk aşamasında içsel tetikleyiciler kişide psikopatoloji gelişimine veya gerilime yol açar. HPA disregülasyonu veya noradrenerjik ve serotoninerjik disfonksiyon da içsel tetikleyicilerin ve ilişkili faktörlerin alevlenmesine katkıda bulunur. Subjektif stres düzeyinin yüksekliği ve bozulmuş karar verme yetisi gibi faktörlerin bir araya gelişiyle ortaya çıkan sinerjistik etki, ikinci aşamada intihar davranışını doğurur (Mann ve Rizk, 2020). Modelin teorik arkaplanında ebeveyn psikopatolojilerinin, dürtüsellik ve saldırganlık gibi özelliklerin genetik yolla yahut örseleyici aile ortamı aracılığıyla çocuğa aktarıldığı; aktarımın çocuğun psikopatoloji veya dürtüsel saldırganlık geliştirmesine yol açtığı; dürtüsel saldırganlığın yaşamsal stres faktörleriyle birleştiğinde intihar davranışına yol açabileceği düşünülmüştür (Brent ve Mann, 2005, 2006). Pek çok çalışmada dürtüsellik ve intihar arasında çeşitli bağlantıların olduğu; dürtüsellüğün bir risk faktörü olarak görülebileceği; intihar davranışının genetik arkaplanında serotonerjik mekanizmaların aracılık ettiği belirtilmiştir (Brent ve Mann, 2005; Conner vd., 2004; Giegling vd., 2009; Mirkovic vd., 2016; Voracek ve Loibl, 2007). Model, klinik, biyolojik ve genetik faktörleri görgül bulgularla desteklenir şekilde bütünleşmesi bakımından önemli bulunmuş olmakla beraber dürtüsellüğün intihar davranışındaki rolü üzerine daha ileri araştırma yapılması da önerilmektedir (Gvion ve Apter, 2011; Klonsky ve May, 2010; Mann vd., 2009; Melhem vd., 2007).

Kuramsal birikimde önemli bir yer tutan Joiner'ın (2005) kişilerarası intihar kuramında, ilişkili risk faktörleriyle birlikte düşünce, niyet ve eylem ayrımı yapılmış

ve intihar olgusu farklı süreçler halinde ele alınmıştır. Kişilerarası intihar kuramı (KİK) kabaca engellenmiş aidiyet, yük olma algısı ve edinilmiş intihar yeterliliği değişkenleri ile intihar düşüncesi, intihar arzusu ve intihar girişimi fazlarından oluşmaktadır. Kuram temelde, engellenmiş aidiyet ve yük olma algısının varlığı halinde intihar arzusunun oluşabileceğini öne sürer. Buna göre, düşük aidiyet ve yüksek yük olma algısı bir araya geldiğinde intihar arzusu ortaya çıkacaktır. İntihar arzu ve düşüncelerinin intihar girişimine dönüşebilmesi için ise edinilmiş intihar yeterliliği gereklidir. Edinilmiş intihar yeterliliğinin yüksek olması halinde potansiyel olarak ölümcül intihar girişimleri meydana gelebilecektir (Joiner, 2005; Van Orden vd., 2010). Bu kuramla beraber, intihar düşüncesinin gelişiminin ve düşünceden eyleme geçişin ayrı süreçler olarak görülmesi fikri güç kazanmıştır. Sonraki ilişkili kuramsal önermelerde KİK'in etkisiyle ortaya çıkan ve “düşünceden eyleme²²” olarak anılan bir çerçeve benimsenmiştir (Klonsky ve May, 2014, 2015). Bu tez çalışmasının da kuramsal altyapısını oluşturan KİK'e bir alt başlık olarak detaylıca değinilecektir.

Daha yakın tarihte Rudd'un geliştirdiği bilişsel temelli değişken yatkınlık kuramı, intihar epizodlarının doğrusal olmayan bir zaman çizgisini takip ettiği; epizodu tetikleyerek şiddet ve süresini etkileyen faktörlerin durağan değil dinamik yapıda olduğu; intihar riskinin değişime dirençli bileşenler içerdiği ve intihar girişimlerinin söz konusu akut dinamik faktörler ve dirençli temel bileşenlerin bir sonucu olduğu varsayımlarına dayanmaktadır (Bryan ve Rudd, 2006, 2018; Rudd, 2006a). Aynı zamanda intihar eğilim ve girişimi, bilişsel ve davranışsal yatkınlık ile biyolojik duyarlılığın etkisiyle oluşan intihar yatkınlığının da bir sonucu olarak meydana gelmektedir. Kuramda intiharla ilgili inançları kapsayan bilişsel sistem, fizyolojik sistem, duygusal sistem ve davranışsal sistemden oluşan bir “intihar modu”²³ tanımlanmaktadır (Rudd, 2000b). İntihar modunu aktifleştiren bilişsel

²² *Ideation-to-action framework*. İntihar olgusunun tek bir süreç olarak değil; fikir, niyet ve eylem süreçlerinin ayrıca incelenmesiyle ele alındığı kuramsal çerçevedir. Joiner'in (2005) kişilerarası intihar kuramı bu çerçevedeki ilk kuram ve başlangıç noktası olarak kabul edilir. O'Connor'un (2011) bütünlük güdüsel-iradi intihar modeli ve Klonsky ile May'in (2015) üç basamaklı intihar teorisi de bu kuramsal çerçevede geliştirilmiştir.

²³ Bilişsel süreçleri tanımlamakta kullanılan *mod*, içsel ve dışsal olaylar tarafından eşzamanlı olarak aktifleştirilen ve eşzamanlı yanıt sağlayan, aynı zamanda içsel hedef ve itkilerin gerçekleştirilme

temalar sevilmezlik inancı, yük olma algısı, çaresizlik duyguları ve sıkıntıya tahammül edememedir. Söz konusu temaların, kişinin intihara yatkınlığını, intihar modunun tetikleyicilerini, epizodun süresini ve gelecekteki intihar epizodlarını yordayabileceği düşünülmektedir (Rudd vd., 2001). Kuram, akut intihar riskinin değerlendirilmesinin yanında kronik intihar riskinin değerlendirilmesinde de faydalı bulunmuştur. Fakat intihar mod veya epizodlarının olası tetikleyicileri ve yatkınlık düzeyleri ile kişilik, genetik, bilişsel zayıflıklar gibi değişkenlerin etkileşimi incelenmeye muhtaçtır (Miranda ve Nolen-Hoeksema, 2007; Miranda vd., 2008).

Johnson ve diğerlerinin (2008) şematik değerlendirme modeli, önceki kuram ve modellerden farklı olarak intihara giden yolu tanımlamak yerine bireysel değerlendirme biçimlerine ve etkilenen süreçlere odaklanmaktadır. Model, olumlu öz değerlendirmelerin bireyleri intihara karşı tamponlayabileceğine, dolayısıyla intihara karşı dayanıklılığın önemli bir parçası olduğuna dayanmaktadır. Değerlendirmeye dayalı yaklaşımın, intihara karşı potansiyel olarak koruyucu mekanizmaların tanımlanmasına imkan vereceği de savunulmaktadır. Şematik değerlendirme modeli, intihar eğilimiyle ilintili iki değerlendirme türü tanımlamaktadır: Durum değerlendirmesi; öz değerlendirme. Modele göre, stresli durumların kapana kısırtıcı, tuzağa düşürücü olarak değerlendirilmesi intihar olasılığını arttırmaktadır. Olumsuz öz değerlendirmeler de bu olasılığa katkıda bulunacaktır. Bununla birlikte, olumlu öz değerlendirmeler de koruyucu olacak ve dayanıklılık kaynağı sağlayacaktır. Model, olumlu öz değerlendirmelerin durum değerlendirme sistemini doğrudan etkilediğini öne sürmektedir. Modelin kuramsal arkaplanında, olumlu öz değerlendirmelerin etki mekanizmasını açıklanmamakta fakat olumlu öz değerlendirmelerin, stresli durumların olumsuz olarak değerlendirilmesi ve intihar olasılığını azaltacağı kabul edilmektedir (Johnson vd., 2010; Johnson vd., 2008).

Yakın tarihli modellerden biri de O'Connor (2011) tarafından önerilen bütünleşik güdüsel-iradi intihar modelidir. Modele göre intihar olgusu, bir psikopatolojinin sonucu olmaktan ziyade; var olan yaşama son verme niyetinin çeşitli

sürecini yöneten bilişsel, duygusal, güdüsel, fizyolojik ve davranışsal şemalarla örülü yapısal ağları ve kişilik organizasyonu içindeki belirli alt organizasyonları ifade eder. Bir modun sık tekrarlarla aktifleştirilmesi, aktivasyon eşliğini düşürmektedir (Beck, 1996).

tahminci ve risk faktörlerinin etkileşimiyle davranışa dönüştüğü bir süreçtir (O'Connor ve Kirtley, 2018). Modelde, intihar düşüncesiyle ilişkili faktörlerin intihar davranışına dönüşme süreci güdü öncesi, güdusel ve iradi faz olarak adlandırılan üç aşamada ele alınmaktadır. Güdü öncesi faz, intihara yatkınlık oluşturan biyososyal bağlamı, tetikleyici yaşam olaylarını içermektedir. Güdusel fazda, ilişkili faktörlerin etkisiyle intihar düşünceleri ve yaşama son verme niyeti oluşmaktadır. İradi fazda ise intihar düşünceleri intihar davranışına dönüşmektedir. Bunun yanında modelde, üç faz arasındaki geçişte etkili olduğu düşünülen ve kendiliği tehdit eden, güdusel ve iradi olarak anılan üç faktör kümesi de tanımlanmıştır. Daha önceki modellerin bileşenlerini ve modellere ilişkin bulguları bütünleştirme hedefiyle tasarlanan bu model, intihar düşüncesinin yenilgi, başarısızlık ve aşağılanmanın yarattığı kapana kısılmışlık duygusundan kaynaklandığını (Williams, 1997); intihar niyetinin davranışa dönüşmesinin davranışsal tetikleyici ve kolaylaştırıcılarca sağlandığını ve şekillendirildiğini (Ajzen, 1991; Joiner, 2005; Williams, 1997) kabul etmektedir. Faktör kümeleri de yine önceki modellerle zenginleştirilmiştir. Kendiliği tehdit eden faktörler bilişsel kuramdan, güdusel faktörler kişilerarası intihar kuramından, iradi faktörler ise sosyobiyojik ve yatkınlık yaklaşımlarından maddeler içermektedir. Bu yönleriyle önceki teorileri destekleyen modele göre, kapana kısılmışlık duygusu işlevsiz başa çıkma yöntemleri, zayıf problem çözme becerisi, yüklenme yanlılıkları gibi nedenlerle şiddetini arttırmaktadır. Bunlarla beraber, kişilerarası sorunlar ve ilişki başarısızlıklar, çarpıtılmış öznel hedef, değerlendirme, inanç ve bilişsel üçlüdeki bozulmalar intihar düşüncesine yol açacaktır (O'Connor, 2011; O'Connor ve Kirtley, 2018). Model, daha önceki kuram ve çalışmalarda ortaya konan risk faktörlerini, kişilerarası ve içsel etmenleri, düşüncenin davranışa dönüşmesinde etken unsurları öngörebilmeyi amaçlaması bakımından önem taşımaktadır.

Bir başka güncel kuram Klonsky ve May (2015) tarafından ortaya konulan üç basamaklı intihar teorisidir. Kuramda intihar arzusunun temel motivasyonu olarak acı ve umutsuzluk; arzusunun eyleme dönüşmesinde ise edinilmiş yeterlilik bileşenlerine yer verilmektedir. Kuramın ilk basamağında, psikolojik acı ve umutsuzluk intihar arzusuna neden olmaktadır. Psikolojik acı, özel nedenlere bağlanmamakla beraber davranışsal anlamda caydırıcı (örneğin, sosyal dışlanma) ve cezalandırıcı (örneğin, kişilerarası çatışmalar ve kayıplar) deneyimlerle ilişkilendirilmektedir. Kuramsal

olarak, kişinin yaşamla meşguliyeti esnasında meydana gelen acı verici ve kötü deneyimlerin yaşamdan kaçınma arzusunu doğuracağı öne sürülmektedir. Kişinin zaman ve çaba ile acıyı azaltabilme umudu varsa intihar yerine çabalamayı tercih edebilecektir. Bu savdan hareketle intihar düşüncesinin gelişimi, psikolojik acı ve umutsuzluğun bir arada oluşuyla açıklanmıştır. İkinci basamakta, psikolojik acının bağlılığı aşması ve tamamen tükenmişliğe neden olması halinde intihar arzusu yoğunlaşmaktadır. Kuramda, ister kişilerarası ister değerler veya anlamlarla bağlılığın acıya rağmen yaşamı, yaşanmaya değer kılacağına vurgu yapılmaktadır. Fakat hissedilen acı bağlılığı aşar veya bağlılığı engeller ise intihar düşüncesi zayıftan güçlüye, pasiften aktife dönüşecektir. Üçüncü basamakta, arzu doğrultusunda güçlenen ve aktive olan intihar düşüncesi eyleme dönüşmektedir. İntihar girişimi, intihara teşebbüs etme yeterliliği mevcutsa ortaya çıkacaktır. Genetik olarak yüksek acı eşiği, düşük ölüm korkusu, intihar gereçlerine erişim, yöntemlerine dair bilgi gibi faktörlerin intihara teşebbüs yeterliliğini arttıracakları belirtilmektedir. Kuramın nispeten yakın tarihli oluşu nedeniyle görgül araştırma birikiminin henüz oluşmaya başladığı fakat güçlü bulguların sunulduğu görülmektedir (Klonsky vd., 2021; Tsai vd., 2021). Bununla birlikte, modelin test edildiği araştırmalarda acı ve umutsuzluk bileşenleri diğer bileşenlerden daha fazla kanıtla destekleniyor görünmektedir (Klonsky vd., 2018).

Sosyopsikolojik yaklaşımlardan biri olarak görülebilecek Zhang'ın (2019) gerilim teorisi; intihar düşünceleri ve fikirlerinin, psikolojik gerilimler olarak da adlandırılabilir çatışma, hayal kırıklığı, psikolojik acı, umutsuzluk ve çaresizlik yaratan yaşam olaylarınca tetiklendiğini önermektedir. Kuram dört psikolojik gerilim kaynağı tanımlamaktadır: (1) En az iki farklı toplumsal değer arasında yaşanan değer gerilimi; (2) hayattaki istekler ve gerçeklik arasındaki tutarsızlıktan kaynaklanan istek gerilimi; (3) başkalarının sahip oldukları ve refahı karşısında yoksulluk gibi mahrumiyetleri kapsayan yoksunluk gerilimi; (4) yaşamsal kriz durumları karşısında işlevsiz başa çıkma becerilerinden kaynaklanan başa çıkma gerilimi. Kuramsal olarak, psikolojik gerginlik yaşayan ve bu gerginliği çözümleyemeyen kişi psikolojik bir işkence altında öfke yaşantılayacaktır. Öfke dışa doğru salınması başkalarına karşı şiddete, baskı ve gerilimin içe salınması ise depresyon, kaygı ve intihar düşüncelerine yol açabilecektir. Kuram intiharı, toplumsal açıdan “arzu edilmeyen” bir kişisel seçim

olarak görür. İntiharın seçilmesi, kişiyi psikolojik acı ve gerginlikten kurtaran rasyonel bir aşırı eylemdir. Ek olarak psikopatolojiler ve intihar eğilimi birlikte görülebilmekle beraber her ikisinin de farklı nedenleri olabileceği; psikopatolojiler ile intihar eğilimi arasındaki yüksek korelasyonun psikolojik gerginlik değişkeninden ileri geldiği de öne sürülmektedir. Kuramdaki ana kavram olan psikolojik gerilim her ne kadar Festinger'ın (1957) bilişsel uyumsuzluk kavramına yakın görünse de, Zhang (2019) tarafından bilişsel uyumsuzluktan daha ciddi, daha yıkıcı ve tehdit edici olarak nitelenmiştir. Merton (1957), Durkheim (1951) ve Agnew'in (1992) sosyolojik, Festinger'ın (1957) bilişsel kuramlarını temel alan teori özellikle Çin'de yankı bulmuştur. Önceki psikolojik kuramların intihara etki eden değişkenlere veya kolaylaştırıcı faktörlere ilişkin bilgi verdiği; gerilim kuramının ise intihar nedenlerini ve intihar için gerekli koşulları ortaya çıkardığı iddia edilmektedir (Zhang, 2016). Kuramsal çerçeve, çeşitli ülkelerde ve ağırlıklı olarak Çin'de çeşitli popülasyonlarla test edilmekle beraber daha fazla veri ve bulguya ihtiyaç olduğu vurgulanmaktadır (Lew, 2019; Zhang vd., 2014; Zhang vd., 2011).

1.1.3.2.1. Kişilerarası İntihar Kuramı (KİK)

Joiner (2005) tarafından geliştirilen kuramın temelleri, babasının 1990 yılındaki intiharı sonrasında atılmıştır. Joiner, yıllar içinde edindiği klinik tecrübe ve bilimsel araştırma birikimi ile kaleme aldığı *Why People Die By Suicide?* eserinde KİK'in temel bileşenlerini tanıtmıştır. Bu tez çalışmasının kuramsal temeli için esas alınan eserde intihar üzerine değerlendirmeler ile edinilmiş intihar yeterliliği, intihar arzusu, intiharı anlamlandırma, genetik, biyolojik ve psikopatolojik etmenler, değerlendirme, müdahale, önleme ve tedavi konuları detaylıca işlenmektedir. Bu bölümde Joiner'ın intihara bakışı hakkında bilgi verilecek, KİK'in açıklanacak ve bu tez çalışmasının kuramsal temeli olarak seçilmesinin neden ve amaçlarına değinilecektir.

KİK'in kendisinden önceki teorileri geçersiz veya zayıf ilan etmek yerine işbirliği kuran bir yaklaşım olduğu düşünülmüştür. Joiner (2005), önceki tanımları ve psikolojik intihar kuramları arası ilişkileri değiştirmeyi veya yanlışlamayı değil; iyileştirmeyi ve ölümcül intihar davranışıyla sonuçlanan olguların en yüksek olduğu olasılığı ifade edebilmeyi amaçladığını belirtmiştir. Bu amaç doğrultusunda KİK, önde

gelen psikolojik modellerin güçlü yönlerini içeren ancak kavramsal olarak daha kesin ve epistemolojik olarak daha geniş bir çerçeve sunacak şekilde yapılandırılmıştır. Örneğin, kuramın başat bileşenlerinden aidiyet, Durkheim'in toplumsal bütünleşme kavramına denk düşer. Yine Durkheim'in feda intiharlarını kapsayan aşırı fedakarlık kavramı ile KİK'in yük olma algısı kavramı benzerlik taşır.

Schneidman'ın *psychache* kuramının merkezinde yer alan engellenmiş psikolojik ihtiyaçlar kavramı da KİK'te yer bulmuştur. Diğer taraftan Joiner'a göre, Schneidman (1996) ve kuramındaki engellenmiş psikolojik ihtiyaçlara kaynaklık eden Murray'ın (1938) ihtiyaç listesi oldukça geneldir. KİK'e göre intihar olgusunda kişi, engellenen ihtiyaçlardan bir veya daha fazlasıyla özdeşleşmekte fakat psikolojik acıyı yük olma hissi ve engellenmiş aidiyet duygusu nedeniyle hissetmektedir. Bu noktada hem Schneidman hem de Joiner tarafından psikolojik acı çeken tüm insanlar arasında intihar eden kısmın azınlık oluşuna da dikkat çekilmektedir. Schneidman'a göre aşırı psikolojik acı çeken kişilerin yalnızca küçük bir azınlığı intihar etmekte fakat her intihar vakası aşırı psikolojik acıdan kaynaklanmaktadır. Joiner bu durumu, aşırı psikolojik acının bir gereklilik oluşu fakat intihar için yeterli olmayacağı; psikolojik acı çektiği için intihar edenlerle aynı durumda intihar etmeyenleri birbirinden ayıracak bir faktöre ihtiyaç olduğu şeklinde sorgular. Schneidman'a göre bu faktör öldürücülüktür. Joiner ise psikolojik acıyı, yük olma algısı ve engellenmiş aidiyetin birleşimi olarak görmektedir. Öldürücülüğü ise edinilmiş intihar yeterliliği bileşeni olarak ele almaktadır.

Başka bir kuramsal örtüşmenin Beck'in (1996; 1990) umutsuzluk teorisi ile olduğu görülür. Schneidman'ın psikolojik acısının rolü Beck'in kuramında umutsuzluk tarafından karşılanır. Joiner, burada da öncekine benzer şekilde, umutsuzluk intihara yol açıyor görünse de intihara meyilli kişilerin özellikle ne konuda umutsuz oldukları, tüm umutsuz kişilerin intihar etmediği gerçeği sorgulamalarında bulunur. Joiner'a (2005) göre intihar eden kişiler aidiyet ve yük olma konularında umutsuzluk çekmekte fakat yine sadece umutsuzluk intihar için tek başına yeterli gelmemektedir. Burada da yine edinilmiş intihar yeterliliği vurgusu yapılmaktadır. Beck de daha önceki intihar düşünce, plan ve girişimleri intihar eğilimine yatkınlık oluşturduğuna; bu yatkınlıkla, intihar girişiminin daha kolay gerçekleştirilebilir ve hatta daha şiddetli bir eyleme dönüşebilir olacağına dikkat çekmektedir. Beck'e göre

intiharın altında yatan mekanizma bu şekilde oluşan bilişsel duyarlılık iken Joiner'a göre kendine zarar vermenin yarattığı korku ve acıya alışma unsuru ön plandadır. Yine de Beck'in tanımladığı mekanizma da söz konusu olabilir: KİK'in engellenmiş aidiyet ve yük olma algısı bileşenleri, Beck'in umutsuzluğu ile de aktifleşebilir.

Baumeister'in (1990) kaçış kuramı da KİK'in kuramsal açıdan örtüştüğü yaklaşımlar arasındadır. Kaçış kuramının temel bileşenlerinden gerçeklikle uyumsuz ve sonuçta gerçekleşemeyen beklentiler sonuçları açısından, KİK'in yük olma algısı ve engellenmiş aidiyet bileşenleriyle ilintili görülmüştür. Kaçış kuramında intiharın ortaya çıkışında esas olduğu vurgulanan bilişsel yapışöküm KİK'te mevcut olmasa da yük olma algısı ve engellenmiş aidiyet bileşenlerinin yapışöküme yol açabileceği vurgulanmıştır (Joiner, 2005).

Linehan'ın (1993) duygu düzensizliği kuramı ile KİK arasında uyumlu noktalar bulunmaktadır. Duygusal düzensizliğin, intihar yeterliliği edinilmesinin temel yollarından biri olduğu; kişilerarası çatışmaların KİK'teki engellenmiş aidiyet ve yük olma algısına katkıda bulunabileceği düşünülmüştür. Joiner'a göre (2005) KİK, intihar olgusunda rol oynayan daha yakın faktörleri içerirken; duygu düzensizliği kuramı nispeten uzak süreçleri tanımlamakta ve bu uzak süreçler yakın faktörlere zemin hazırlamaktadır. Tüm bu kuramsal benzerlik ve uyumlulukların yanında Joiner (2005), umutsuzluk, psikolojik acı, suçluluk gibi etkenlerin intiharı tam anlamıyla açıklayamayacağını da ifade etmektedir.

1.1.3.2.1.1. Kuramsal Bileşenler

1.1.3.2.1.1.1. Edinilmiş İntihar Yeterliliği

Joiner (2005), intihar olgusunu bir zayıflık olarak değil belirli bir tür acıya korkusuzca katlanmak şeklinde tariflemektedir. Bu katlanış da ancak edinilmiş intihar yeterliliği ile mümkün görünmektedir. İntihar yeterliliği edinmenin başlıca yolunun önceki intihar davranışları olduğu belirtilmiştir. Diğer bir deyişle, neredeyse ölümcül ya da ciddi kendine zarar verme davranışları yoluyla edinilen bu beceri, intihar girişiminin ve bu girişim sonucunda ölümün bir öncülüdür. Kurama göre, insanlar intihar yeterliliğine sahip olarak doğmamakta; aksine, acı, yaşamsal tehdit ve ölümden kaçınma eğilimiyle donanmış haldedir. İntihar ederek ölen kişilerin çoğunun ise bu eylem için önceden çalıştığı ve/veya kendine zarar verme davranışları yoluyla

denemelerde bulunduğu bilinmektedir. Kuram, bu denemelerin kişiyi yaşamsal tehdit sinyallerine karşı duyarsızlaştırdığını, acı ve korkuya alıştırdığını ve bu nedenle kendine zarar vermeye ve intihar davranışına karşı doğal engelleyicilerin yitirildiğini savunur. İntihar yeterliliği edinmiş kişiler, kendini korumaya yönelik evrimsel dürtüyü de tersine çevirmektedir²⁴. Diğer yandan, yalnız bu yeterliliğin mevcut olması intihar girişimi için yeterli görülmez. Kişinin kendini başkalarından kopuk, bağısız ve bağlantısız; hayatta etkisiz, işlevsiz ve faydasız; başkalarına yük hissettikleri durumda yüksek intihar riski doğacaktır (Joiner, 2005).

İntihar yeterliliği edinmenin tek yolu daha önce intihar davranışında bulunmuş olmak değildir. Kasıtlı veya zarar görebileceğinin bilincinde olduğu halde kazara kendine zarar verme, silah kullanmayı öğrenme, bir ilacın aşırı doz miktarını ve toksik ya da öldürücü özelliklerini araştırma, ası hakkında bilgi edinme veya denemeler yapma gibi alıştırmaya davranışları da intihar yeterliliği edinmenin bir yolu olarak görülmektedir. Acı ve kışkırtıcılığa alışarak kendine zarar verme potansiyeli edinmenin doğrudan olmayan, fail veya mağdur olarak şiddete dahil olma yoluyla gelişen yolları da vardır. Kendine zarar verme niyeti taşımayan riskli eylemler, alkolizm, madde bağımlılığı, cezaevinde yatma, gelişigüzel ve riskli cinsel eylemler, kavga çıkartma gibi eylemler doğrudan kendine zarar verme niyeti taşımayabilse de kişinin yaralanma, ölme, kendine zarar verme korkusunu azaltmaya hizmet edebilir. Çocukluk çağında fiziksel ve cinsel istismara maruz kalma, acı ve zarar görmeye alışmaya yol açarak daha sonraki kendine zarar verme davranışlarını kolaylaştırabilir. Kompulsif cerrahi girişimler, beden modifikasyonları, acı ve şiddete aşırı derecede maruz kalmak alışmanın bir başka yolu olarak görülür. Ek olarak, dolaylı alışma da etken bir faktördür. Nedensel bir bağlantı kurulamamakla beraber, tehlikeli uyarılara aşırı tanık olmanın da alışmanın başka bir yolu olabilir. Bu eylem, maruziyet veya alıştırmaların tekrarının tehlike anında hissedilen heyecan, dehşet veya korkuyu

²⁴ Joiner (2005), bu fikrini Voltaire ve Schopenhauer ile ilişkilendirmektedir. Voltaire, Cato'nun intiharını zayıflıkla açıklamayı saçma bulmuş; aksine, doğanın en güçlü içgüdüsünün (hayatta kalma) üstesinden gelebilmenin ancak güçlü bir insanın yapabileceği bir eylem olduğunu öne sürmüştür. Schopenhauer ise yazılarında, insanları devam etmeye teşvik edenin yaşam sevgisi değil ölüm korkusu olduğuna dikkat çekmiştir.

alışıldık bir duyguya dönüştüreceği ve ölüm korkusunu azaltacağı düşünülmektedir (Joiner, 2005).

Kişiyi kendine zarar verme ve intihar için kışkırtan uyarımlarla sürekli meşguliyetin sonuçları geniş kapsamlıdır. Kişi yalnız cesaret ve korkusuzluk elde etmekle kalmayacaktır. Öncelikle, tekrarlanan maruziyet kişinin alışmasına yol açacaktır. İntihar davranışının tabu niteliği ve sakıncalı, yasaklı veya korkutucu olma algısı azalacaktır. Bir diğer olası sonuç karşıt süreç dinamiğinin²⁵ aktivasyonudur. Kabaca, kışkırtıcı veya tetikleyici bir uyarının etkisinin tekrara bağlı olarak azalması ve karşıt etkinin veya sürecin güçlenmesi olarak anlaşılabilir bu dinamik; intihar davranışlarının caydırıcı etkisinin azalarak rahatlatıcı, cesaret uyandırıcı veya kolay görünen bir eyleme dönüşmesini sağlayabilmektedir (Joiner, 2005). Acı toleransı da bu geniş kapsamlı sonuçlardan etkilenir. Önceki intihar girişimleri ve kendine zarar verme davranışlarının acıya alışmayı sağlamanın yanında acı toleransını da yükselttiği, fizyolojik ağrı ve acı eşliğinin artış gösterdiği araştırmalarla ortaya konmuştur (Orbach vd., 1997). KİK'e göre (2005), azalan acı duyarlılığı ciddi intihar davranışları önündeki acı korkusu engelini ortadan kaldıracaktır.

Diğer yandan kendini koruma içgüdüsünün korkusuz ve cesurca²⁶ intihar girişiminde bulunan kişilerde de görüldüğü ve hatta hayatta kalan kişilerin pişmanlık ifade ettiği (örneğin, köprüden atlayarak hayatta kalan bir kişinin havadayken pişman olması ve ölmek istemediğini fark etmesi) vurgulanmaktadır. Joiner'a göre, intihar eden kişiler intihar ederek ölmeyi arzulamış ve bu arzu yerine gelebilmesi için gerekli yeterliliği geliştirmiştir. Fakat bu yeterliliğin en son noktada olduğu olgularda dahi ölüm korkusu tamamen yok olmaz. Zira bu korku, kendini yok olmaya karşı korumaya yönelik güçlü bir içgüdüden ileri gelmekte ve kurtarılma isteğini de beraberinde getirmektedir. Diğer bir deyişle intihar eden kişiler ölmeyi isterken aynı zamanda kurtarılmayı da istemektedir. Ölüm korkusu öyle güçlüdür ki, yüksekten atlayabilecek

²⁵ *Opponent process theory* (Solomon, 1980; Solomon ve Corbit, 1974).

²⁶ Rachman'a (1990) göre korkusuzluk, gerçek bir tehdit karşısında korkuyu kaybetme hali; cesaret, korku mevcut olduğunda dahi tehlide yaklaşabilme davranışıdır. Joiner'a (2005) göre, intihar yeterliliği edinmiş kişiler, önceki alıştırmaları sonucunda daha korkusuz veya daha cesur ya da hem korkusuz hem de cesur olacaktır.

veya kendini asabilecek kadar korkusunu bastırabilen kişilerde dahi geri dönecektir (Joiner, 2005).

Edinilmiş intihar yeterliliği üzerine yürütülen çalışmaların sıklıkla önceki intihar girişimlerine odaklandığı görülmektedir. Bulgular, birden fazla kez intihar girişiminde bulunan kişilerin, intihar düşüncesi olan ve bir kez girişimde bulunmuş kişilere kıyasla ölme arzusu, intihar girişimi planları, intihar ederek ölmeye karar verme, intihar düşüncesi gibi belirtileri daha yoğun deneyimlediğini (Forman vd., 2004; Rudd vd., 2001); çok sayıda intihar girişiminde bulunan kişilerin atılganlık, düşmanca tutum gibi kişilik değişkenlerinde yüksek puanlar aldıkları ve geçmiş intihar davranışı tecrübelerinin daha fazla olduğunu (Joiner vd., 2006; Maser vd., 2002); intihar ederek ölenlerin, yalnız girişimde bulunmuş ve hayatta kalmış kişilere kıyasla daha fazla kasıtlı kendine zarar verme davranışı olduğunu (Cavanagh vd., 1999); intihar girişiminde bulunanların suç işleme, saldırganlık, madde bağımlılığı, yaralama veya yaralanma gibi riskli davranışlarla daha fazla temas gösterdiğini (Boardman vd., 1999) ortaya koymuştur. Çocukluk çağında fiziksel ve cinsel istismarın, ihmal veya sözlü istismara kıyasla, ölümcül intihar girişimleri ve intihar eğilimiyle daha fazla ilişkili olduğu belirtilmektedir (Mullen vd., 1993; Stepakoff, 1998). Bu konuda yayımlanan çalışmaların neredeyse tümünde geçmiş ve gelecekteki intihar davranışları arasında ilişki görüldüğü, birden çok defa intihar girişiminde bulunanların tıbbi açıdan daha ciddi ve daha öldürücü intihar eylemlerinde bulunduğu, birden çok girişimde bulunanların nihai ölüm oranlarının da daha yüksek olacağı bulgulanmıştır (Joiner, 2005). Kuramsal yaklaşım ve görgül araştırma bulgularından hareketle KİK, birden fazla intihar girişimi, alışma ve karşıt süreç dinamiği gelişimini intihar yeterliliği edinmenin tek olmasa da başlıca yolu olarak görmektedir.

Joiner (2005) intihar davranışı göstergelerini iki sınıfa ayırmaktadır: (1) Kararlı plan ve hazırlık, (2) intihar arzusu ve düşünceleri. Kararlı plan ve hazırlık sınıfında değerlendirilen yedi gösterge bulunmaktadır: (1) Girişimde bulunma için cesaret duygusu; (2) girişimde bulunma için yeterlilik duygusu; (3) girişim için gerekli araçların ve imkanın mevcudiyeti; (4) planın özgüllüğü; (5) girişim için hazırlıkların yapılması; (6) intihar düşüncelerin süresi; (7) intihar düşüncelerinin yoğunluğu. Kararlı plan ve hazırlık sınıfının, ölümcül kendine zarar verme eylemini gerçekleştirmek için gerekli yeteneğin kazanıldığını gösterdiği belirtilmiştir. İntihar

arzusu ve düşünceleri sınıfında da yedi gösterge tanımlanmıştır: (1) yaşama nedenleri; (2) ölme isteği; (3) ölüm ve intihar düşüncelerinin sıklığı; (4) yaşamama isteği; (5) pasif girişimler; (6) girişimde bulunma arzusu; (7) ölüm veya intiharla ilgili konuşmalar. İntihar arzusu ve düşünceleri sınıfındaki davranışların cesaret ve yeterlilik faktörlerini içermediği, engellenmiş yaşama arzusunu ve ölmek için sebepleri içerdiği düşünülmüştür. Bu ayırım kapsamında, her iki kategoriye denk gelen göstergelerin tümü endişe verici olmakla beraber, kararlı plan ve hazırlık göstergelerinin daha riskli olduğu vurgulanmaktadır. İntihara kararlı biçimde plan ve hazırlık yapma, intihar yeterliliğinin edinildiğinin; intihar tasarısına dair senaryonun zihinsel provasının canlı ve yoğun şekilde yapıldığının; öfke, cesaret, korkusuz ve/veya atılganlık ile intihar yeterliliğinin birleşiminin verdiği kararlılığın da işareti olarak görülmüştür. Kararlı plan ve hazırlık göstergeleri, bilişsel duyarlılığı da artırıcı rol oynamaktadır.

Joiner, alışma, hazırlık ve planlama, arzu ve düşünceye ek olarak tekrarın etkisine de vurgu yapmaktadır. Joiner'a göre, tekrarlayan intihar eğilimi karşıt süreçlere neden olmaktadır. Kişiler kendilerine zarar vermeye başladıklarında, yalnız alışmak veya intiharı ya da kendine zarar vermeyi denemek yahut intihara hazırlanmakla kalmamakta; eylemlerini ödüllendirici bir şekilde deneyimlemeye de başlamaktadırlar. Joiner (2005) bu durumu, tehlikeli davranışın ilk sergilendiği esnada hissedilen birincil korku sürecinin tekrarla birlikte kaybolması; tehlikeli davranış esnasında hissedilen tatmin, neşe veya heyecan duygularının yoğunluğunun artması veya süresinin uzaması ile açıklamaktadır. Böylelikle birincil süreç hafifletmekte ve karşıt süreç güçlenmektedir. Bu noktada, davranış kazanmada temel mekanizmalardan biri olarak görülen pozitif ve negatif pekiştirici mekanizmasına değinildiği söylenebilir.

Tanımlanan bu faktörlerin ardından gelinen durumda kişilerin ölüm ve yaşama dair bakış açılarının da etkilendiği savunulmaktadır. Bu konuda çok az bilimsel veri olmasına rağmen, anektod ve vaka takdimlerinde intihar girişiminden kurtulan kişilerin ölüme korkunç veya rahatsız edici bir yaşantı olarak değil, hayat verici, rahatlatıcı ve kurtarıcı gibi bir bakış açısıyla yaklaştıkları belirtilmektedir. Joiner (2005), teatral ve estetize edilmiş bir senaryoyla gerçekleştirilen intiharların; ölümün, müntehirin zihninde çirkin veya kötü değil, güzel, çekici, rahatlatıcı veya hayranlık

uyandırıcı imgelerle eşleştirilmesiyle bağlantılı olabileceğini öne sürmüştür. Karşıt sürecin bu şekilde işlenmesini ise kişilerin yalnız alışması, acı çekmesi, tekrarlaması ile değil, ölüme doğrudan bir ilgi duymaları ile açıklamaktadır.

Joiner, edinilmiş intihar yeterliliğini ciddi intihar girişimlerinin ve özellikle de tamamlanmış intiharların mutlak bir bileşeni ve öncüsü olarak görmektedir. Fakat edinilmiş intihar yeterliliğinin mevcut olması, kişinin kesin olarak intihar edeceği anlamına gelmemektedir. Ciddi intihar girişiminin kendine zarar verebilme ve intihar yeterliliği ile doğrudan bağlantısı olmakla beraber, intiharın gerçekleştirilebilmesi intihar arzusunun da olması ile mümkün olacaktır.

1.1.3.2.1.1.2. Engellenmiş Aidiyet

Joiner'a (2005) göre yaşama isteği için etkililik ve bağlantılılık zaruridir. Şayet kişi bu iki koşul yönünden tamsa, yaşama isteği de tam olacaktır. Benzer biçimde intihar arzusu da etkililik ve bağlantılılığın sekteye uğraması ve bunlar için gerekli temel ihtiyaçları karşılamanın daimi olarak engele takılmasıyla açığa çıkmaktadır. Joiner'ın hem Murray hem de Shneidman'ın psikolojik ihtiyaçlarına atıfta bulunmakla beraber, iki temel psikolojik ihtiyaç üzerinde durduğu görülmektedir. Bu iki temel ihtiyacın karşılanması diğer ihtiyaçların çoğunu da tatmin etmekte ve aynı zamanda diğer ihtiyaçların engele takılmasını da telafi edebilmektedir. Bu iki ihtiyacın engellenmesi ise pasif intihar düşüncesini doğurmaktadır.

İki temel ihtiyaçtan ilki ait olmadır. Ait olma, kişilerarası ilişki içerisinde sık etkileşim ve sürekli ilginin bir birleşimi olarak tanımlanmıştır. Ait olma ihtiyacının tamamen doyurulması için şu iki bileşenin sağlanması gerekli görünmektedir: (1) Başkalarıyla etkileşim, (2) önemsenme, ilgilenilme hissi. Ait olma ihtiyacının karşılanabilmesi için kişilerarası etkileşimler yüksek düzeyde istikrarlı, sağlıklı, sık ve olumlu olmalıdır. Örneğin, eğer kişi önemsendiğini hissediyor fakat partneriyle etkileşimde bulunamıyorsa ait olma ihtiyacı kısmen karşılanabilecektir. Joiner (2005), intihara eğilimli kişilerin ait olma ihtiyaçlarını karşılamayan kişilerarası etkileşimler (örneğin; nahoş, istikrarsız, seyrek veya yakınlık, sıcaklık ve ilgiden yoksun) yaşadığını kabul etmektedir. Bunun yanında Joiner'ın tercih ettiği tabir ile engellenmiş aidiyet, yalnızlıktan daha fazlası olarak tasvir edilmektedir. Engellenmiş aidiyet, sürdürülebilir bağlantıların kökten yok olduğu; kişinin bir yere veya bir kimseye ait ya

da bağılı hissetmediği, sosyal olarak izole veya yalnızlık hissedilen bir durumu ifade etmektedir (Joiner, 2005).

Ait olma ihtiyacı, temel bir insani güdü olarak kabul edilmektedir. Ait olma ihtiyacının karşılanamamasının sağlık, uyum ve iyi oluş üzerine olumsuz etkileri olduğu; aidiyetin kısıtlanması veya engellenmesinden kaynaklanan acının fiziksel acıyla benzer beyin bölgelerini (örneğin, ön singulat korteks) harekete geçirebileceği vurgulanmaktadır (Eisenberger vd., 2003). Joiner (2005), ait olma ihtiyacı ile fiziksel acı arasındaki bu benzerliği evrimsel gerekçelerle açıklamaktadır. Sosyal dışlanma, insanlar -ve yüksek sosyal hayvanlar için- fiziksel acı kadar tehlikeli olma potansiyeli taşıdığından, evrimsel olarak fiziksel acı sistemiyle benzer beyin sinyalleri yoluyla uyarım sağlanmaktadır.

Joiner'ın engellenmiş aidiyeti intiharla ilişkilendiren bir diğer önermesi, kişilerin başkalarıyla olan bağlantılarını kaybettikçe ölme fikriyle bağlantı kurmaya başlayacağıdır. Diğer bir deyişle, ait olma ihtiyacını ilişkisel yollarla karşılayamayan kişi, intihar eğilimi ve ölüm ile ait olma ihtiyacını birleştirebilir. Joiner bu önermesini intihar grupları ve bağlantılı intiharlar ile desteklemektedir. Buna göre, başka biriyle veya bir grupla birlikte intihar girişiminde bulunan kişiler, intihar eyleminde dahi ait olma ve insani bir bağ kurma ihtiyacı hissetmektedir (Joiner, 2005).

Joiner (2005), ait olma ihtiyacının karşılanması halinde, algılanan yük ve edinilmiş intihar yeterliliği mevcut olsa dahi intiharın önlenebileceğini; aidiyetin engellenmesinin ise intihar riskini arttıracığını savunmuştur. Joiner'ın bu savı, Durkheim'in (1951) toplumsal bütünleşmedeki başarısızlığın intihara neden olabileceği önermesiyle benzerdir. Güncel literatürde de ait olamama ve intihar eğilimi arasındaki ilişkileri; depresif belirtiler ve başkalarından kopuk hissetme arasındaki bağlantıları; sosyal izolasyon ve intihar düşüncesi arasındaki ilişkiyi; intihar öncesi bir belirti olarak ait hissetmeme ve kişilerarası kopukluğun etkisini; evli olma, çocuk sahibi olma, eşle ortak arkadaşları yitirme gibi sosyodemografik değişken ve etkenlerin intihar riskine karşı koruyucu veya intihar riskini arttırıcı rolünü ortaya koyan çok sayıda nicel ve nitel bulgu olduğu görülmektedir.

1.1.3.2.1.1.3. Algılanan Yük Olma

İkinci temel ihtiyaç etkililik veya yeterlilik hissidir. Bu ihtiyacın engellenmesi, kişinin etkisiz ve yetersiz olduğu hissiyle sevdiklerini tehdit ettiği ve yük altına soktuğu algısını doğurmaktadır. Joiner (2005), etkisizlik ve yetersizlik hissinin intihar arzusuna katkıda bulunduğunu; kişinin, başkalarına yük olduğunu hissedeceği ölçüdeki etkisizlik ve yetersizlik hissinin intihar arzusunun en güçlü kaynakları arasında olduğu kabul etmektedir. Bireyler, etkisizlik ve yetersizlik duygularının etkisiyle kendilerini başarısız veya yeteneksiz olarak algılayarak, aynı zamanda bu durumun başkaları tarafından da bu şekilde algılandığını ve başkalarını da olumsuz etkilediğini düşünebilirler. Kendileriyle birlikte herkesi olumsuz etkileyen bu etkisizlik ve yetersizlik halinin kalıcı ve sürekli olacağına ikna olduklarında yük olma algısı devreye girer. Kişi, başkalarına yük olduğu algısının yoğunluğuna bağlı olarak artan utanç duygusu ile ölüm arasında bir seçime itilmiş hissedebilir. Diğer bir deyişle, intihara eğilimli kişi kendini diğerlerine yük olarak algılamakta, bu sorunun değişmez ve sürekli olduğuna inanmakta, çözümün ise ölüm olacağını düşünmektedir.

Joiner (2005), algılanan yük olma kavramını Seligman'ın öğrenilmiş çaresizlik çalışmalarıyla; Yuit Eskimoları, antik Ceos uygarlığı, İskitler, Malaylar, Lusiler gibi gruplarda yürütülmüş incelemelerle; çeşitli intihar notlarının analiziyle ve algılanan yük olmanın intihara etkisini inceleyen araştırmaların bulgularıyla desteklemektedir. Bu çalışma ve incelemelerde kendini grup için yük olarak hissetmenin intihar ritüelleriyle bağlantısı olduğuna; yaşlı, hasta, halsiz, grupta görev üstlenemeyenlerin veya çalışmayanların intihar ettiğine; diğerlerine yük olmamak ve sıkıntı vermemek için intihar etmenin bir onur olarak görüldüğüne değinilmektedir. Joiner, algılanan yük olma ile Durkheim'in fedakar intihar kavramı arasında da ilişki kurar. Durkheim'e (1951) göre elcil, altruistik veya fedakar intiharlar, kişilerin sosyal gruplarla bireyselliğinin yok olacağı kadar bütünleşmesi ve grubun çıkarları uğruna kendini feda etmeye gönüllü hale gelmesi sonucunda görülmektedir. Joiner, fedakar intihar kavramının başkalarına fayda sağlama kısmına daha yakın görünmektedir. Algılanan yük olmayla bağlantılı bir intihar diğerlerine yük olmayarak fayda sağlamayı içerir. Diğer yandan Durkheim'in aksine Joiner, kişinin bir gruba bağlı olduğunda değil, tam aksine bağlantısız olduğunda meydana geleceğini öngörmektedir.

1.1.3.2.2. Kuramsal Model

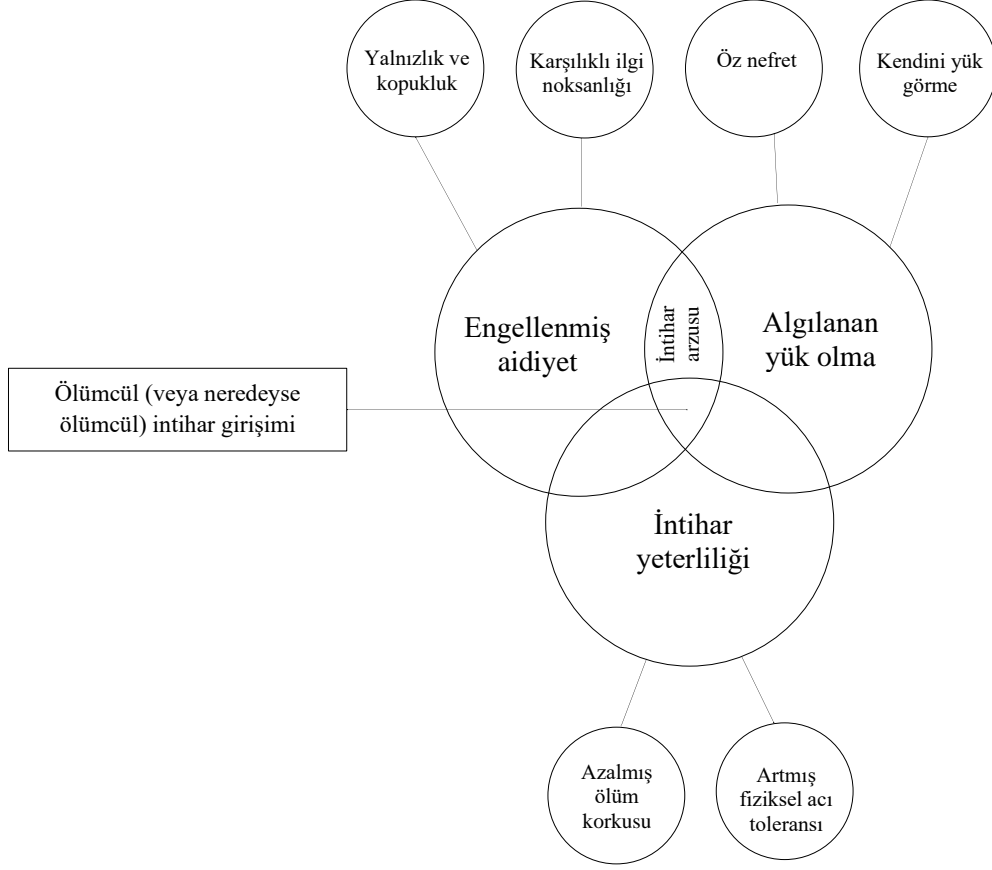
Edinilmiş intihar yeterliliği, engellenmiş aidiyet ve algılanan yük olma bileşenleri Van Orden ve diğerleri (2010) tarafından Kişilerarası İntihar Kuramı (KİK) adıyla kuramsal modele dönüştürülmüştür. KİK, özellikle ölümcül intihar davranışıyla ilişkili çok çeşitli faktörleri aydınlatma; risk faktörlerinin intihar davranışıyla olan ilişkisini açıklama; risk faktörlerinin intihara etkisinde nispeten belirsiz ve karmaşık kalan tarafa ışık tutma; sosyodemografik farklılıkları hesaba katma; epidemiyolojik verileri ve yüksek intihar riskini tahmin etme motivasyonlarıyla inşa edilmiştir.

Kuram, intiharla ilgili davranışların sınıflandırılmasında Silverman ve diğerlerinin (2007a) terminolojik revizyonunu esas almaktadır. Bu terminolojik revizyonda intiharla ilgili davranışlar fikir, iletişim ve davranış olarak ayrılmakta, intiharla ilgili tüm davranışların kişinin kendisi tarafından başlatıldığı, davranış esnasında ölme niyetinin ve davranışın sonucunda ise fiziksel yaralanma olup olmamasına göre davranışların değişiklik göstereceği kabul edilmektedir. Terminolojide ölme niyetinin olmadığı durumlarda kendine zarar verme; kişinin kendisi tarafından ölme niyetiyle başlatılan, potansiyel olarak zarar verici fakat ölümlle sonuçlanmayan durumlarda intihar girişimi; intihar girişimiyle aynı şartları taşıyan fakat ölümlle sonuçlanan durumlar için intihar terimi kullanılmaktadır (Silverman vd., 2007a, 2007b).

KİK'in öncelikli neredeyse ölümcül ve ölümcül intihar girişimleridir. Bu odak doğrultusunda herhangi bir derecede ölme niyeti içeren düşünce, iletişim ve davranışların tamamı “intihar davranışı” terimi altına alınmıştır. Ölümle sonuçlanmayan intihar girişimleri için “ölümcül olmayan intihar girişimi”; ölümlle sonuçlanan intihar girişimleri için “ölümcül intihar girişimi”; kişinin şans eseri hayatta kaldığı ve ölümlle sonuçlanmayan intihar girişimleri için ise “neredeyse ölümcül intihar girişimi” terimi tercih edilmiştir. Ayrıca ölümcül ve neredeyse ölümcül intihar girişimleri “ciddi intihar davranışı” olarak adlandırılmıştır (Van Orden vd., 2010).

KİK, insanların intihar etmeyi istedikleri ve intihar edebildikleri için intihar ederek öldükleri savını temel almaktadır. Kuramın ana yapıları olan edinilmiş intihar yeterliliği, engellenmiş aidiyet ve algılanan yük olmanın merkezinde ölümcül veya neredeyse ölümcül intihar davranışı konumlanır (Şekil 1). Engellenmiş aidiyet ve algılanan yük olma intihar arzusuyla, edinilmiş intihar yeterliliği ise intihar edebilirlikle ilgilidir. Kuram, üç ana yapı arasındaki ilişkiler ile pasif intihar düşüncesi,

intihar arzusu, intihar niyeti ve ciddi intihar davranışı arasındaki nedenselliği hipotetik olarak ele almaktadır.



Şekil 1. Kişilerarası İntihar Kuramının Temel Yapıları (Van Orden ve diğerleri, 2010)

Modelin ana yapılarından ilki olan engellenmiş aidiyet, yalnızlık ve kopukluk ile karşılıklı ilgi noksanlığı boyutlarından oluşmaktadır. Yalnızlık ve kopukluk boyutu, kişinin çok az sosyal bağlantıya sahip olduğuna dair duygusal yüklü bir biliş olarak kavramsallaştırılmıştır. Yalnızlık kişi tarafından, gün içinde tatmin edici bir sosyal etkileşiminin olmaması ya da genel olarak diğer insanlardan kopuk hissetme şeklinde tarif edilebilmektedir. KİK, kişinin kendi ifade ettiği yalnızlık hissi, dönemsel-mevsimsel değişiklikler, yalnız yaşama, düşük sosyal destek, aile ile temasın olmaması göstergelerini birer risk faktörü olarak yalnızlık ile pozitif yönde; ekiplere ve işbirliği içindeki gruplara dahil olma, bakım mektupları gibi intihar önleme müdahaleleri, evli olma, çocuk sahibi olma, arkadaşlık ilişkilerinin olması göstergelerini ise yalnızlık ile negatif yönde ilişkili görmektedir. Karşılıklı ilgi noksanlığı boyutu, bireyin hem bir

başkasıyla ilgilendiğini hem de başkaları tarafından kendisine ilgi gösterildiğini hissettiği ilişkiel bağlantıların yokluğu ile karakterizedir. Karşılıklı ilgi noksanlığı kişi tarafından, başkaları için bir destek kişisi olmama ya da ihtiyaç duyduğunda destek alabileceği kimsenin olmaması şeklinde ifade edilebilmektedir. KİK, sosyal geri çekilme, hücre hapsi, ev içi şiddet, dul kalma veya boşanma, çocukluk çağı istismarı ve ailevi geçimsizlik göstergelerini, karşılıklı ilgi noksanlığı boyutu için pozitif yönde etkili risk faktörleri olarak ele almaktadır. Kuramsal olarak boyutsal bir görüğü olan engellenmiş aidiyetin, kişilerarası ve içsel faktörlerden etkilenen sabit bir özellik olmaktan ziyade, dinamik bir bilişsel-duygusal durum olduğu da varsayılmaktadır. Aidiyet düzeyi, bireyin gerçek kişilerarası ortamları, aktif kişilerarası şemaları ve güncel duygudurumu gibi faktörlere bağlı olarak zaman içinde ve farklı koşullarda değişebilmektedir. Ek olarak, yalnızlığın süregelenleşerek sosyal izolasyon haline dönüşmesi ile kişinin sosyal çevresini kendisini reddeden ve kendisiyle etkileşim kurmak için asla müsait olamayan biçimde algılamasının kendini engelleme davranışlarına yol açacağı savunulmaktadır. İntihar davranışı, kendini engellemenin aşırı formlarından biri olarak nitelenmektedir (Van Orden vd., 2010).

Modelin ikinci ana yapısı olan algılanan yük olma, kendini yük görme ve öz nefret boyutlarından oluşmaktadır. Kendini yük görme, kişinin başkalarına yük olacak kadar kusurlu olduğuna dair inançlarını; öz nefret, kendinden nefret etmeyi içeren duygusal yüklü bilişleri kapsamaktadır. Kendini yük görme, kişinin varlığının hayatındaki diğer kişiler için herşeyi kötüleştirmesi, var olmamasının diğerleri için daha iyi olacağı şeklinde tarif edilebilmektedir. Öz nefret ise doğrudan kendinden nefret etme, kendini işe yaramaz ve kusurlu, bozuk görme ile açığa çıkmaktadır. KİK, evsizlik, mahpusluk, fiziksel rahatsızlık ve işsizlikle bağlantılı sıkıntılar, istenmeme ve gözden çıkarılabilir olma hissi, aileye yük olduğu inancı göstergelerini kendini yük görme boyutu için pozitif yönde etkili risk faktörleri olarak tanımlamıştır. Düşük öz saygı, kendini suçlama, utanç ve ajitasyon ise öz nefret boyutu için pozitif yönde etkili risk faktörleri olarak sayılmaktadır. Algılanan yük olma da engellenmiş aidiyet gibi boyutsal ve dinamik bir bilişsel-duygusal durum olarak görülmüştür. Bireylerin yük olma algısı düzeyinin, zaman, ilişkiel bağlam, yük olma sebebinin ağırlığı ve sürekliliğine dayalı olarak değişmesi beklenebilir. Algılanan yük olmanın, kişinin hayatındaki tek bir ilişkide aşırı yük olduğu veya birden fazla kişiye yük olduğu

inancıyla güçlü şekilde ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bunun yanında KİK, bireyin hayatındaki tüm önemli kişiler için yük olduğu algısına sahip olmasının ve bu nedenle kendinden nefret etmesinin, intihar davranışı için kritik eşiği aşacak ölçüde yüksek algılanan yük olma düzeyi doğuracağını vurgulamaktadır (Van Orden vd., 2010).

KİK'e göre, engellenmiş aidiyet ve algılanan yük olmanın eş zamanlı ortaya çıkarak sürekli olduğu ve değiştirilemeyeceği umutsuzluğuyla algılanması; pasif intihar düşüncesinin, intihar niyetine dönüşmesine neden olur. Ciddi intihar davranışı ise üçüncü boyut olan edinilmiş intihar yeterliliği mevcutsa açığa çıkacaktır. Kuramsal modelin üçüncü ana yapısı olan edinilmiş intihar yeterliliği, azalmış ölüm (veya intihar) korkusu ve artmış fiziksel acı toleransı boyutlarından oluşmaktadır. Ölüm veya intihar korkusu, bireylere neden intihar davranışında bulunmadıkları sorulduğunda saydıkları nedenlerin bütünü olarak görülmektedir. İntihar korkusunun, çok yüksek seviyelerden görmezden gelinebilecek düzeylere kadar değişim gösterebilen bir boyut olduğu varsayılmaktadır. İntihar arzusunun intihar niyetine dönüşebilmesi için korkunun olabilecek en düşük seviyeye düşürülmesi gerekmektedir. Edinilmiş intihar yeterliliğinin bir diğer boyutu olan artmış fiziksel acı toleransı ise eylem esnasında deneyimlenecek acıyla ilgili beklentilerden, fiziksel acı duyularına yönelik fizyolojik alışkanlıktan ve beklenen ve/veya deneyimlenen acının tolere edilebilirliğine dair bilişsel değerlendirmelerden oluşmaktadır. Acı toleransı, seçilen yönteme ve eylemin türüne özgüdür. KİK'e göre, seçilen intihar yönteminin acısının tolere edilip edilemeyeceğine dair bilişsel değerlendirme; ciddi intihar davranışını engelleyen veya kolaylaştıran tüm etkenlerin ortak noktasıdır. Ciddi intihar davranışının ölümle sonuçlanabilmesi için acı toleransına ilişkin değerlendirmenin kararsızlıktan uzak ve kesin bir kanaatle yapılması gerekmektedir. (Van Orden vd., 2010).

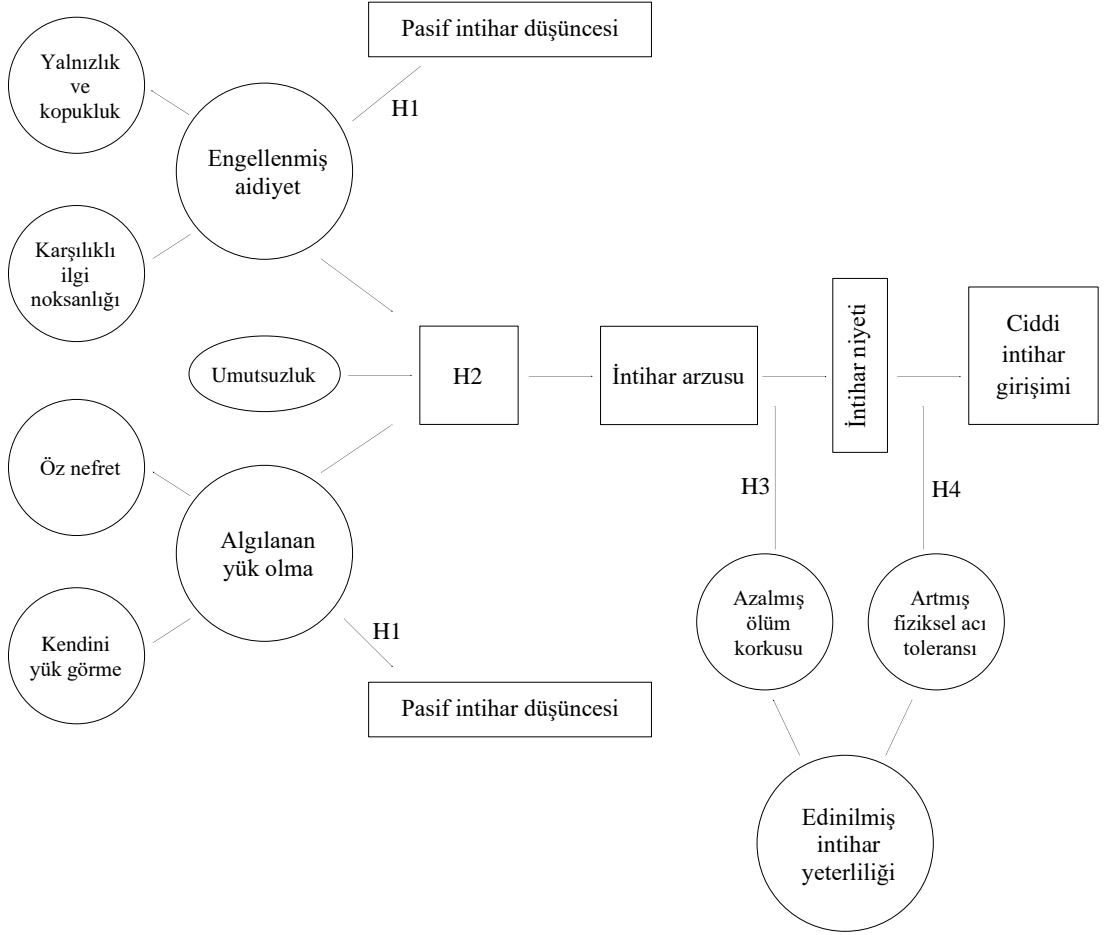
Kuram, kişinin acı verici ve korkutucu intihar davranışlarında bulunabilmesinin ve intihar yeterliliği edinmesinin altında; fiziksel olarak acı verici, kışkırtıcı, korkutucu uyarılara tekrarlayıcı maruziyete tepki olan karşıt süreçlerin alışkanlık haline gelmesi ve aktive olması ile formüle edilen bir mekanizma olduğunu benimsemektedir. Ek olarak, tekrarlama yoluyla hoş olmayan birincil duygusal tepkiye yol açan deneyim, daha az nahos ve hatta bir rahatlama kaynağı haline de dönüşebilmektedir. Acı verici ve korkutucu uyarıların yani ciddi intihar

davranışlarının, birincil duygusal etkisi korku ve acı; karşıt süreç etkisi ise rahatlama ve acının dinmesi olacaktır. İntihar yeterliliğinin edinilmesi esnasında; gözlemlenen duygusal tepkiler (ciddi intihar davranışları), altta yatan iki karşıt değerlikli (acı ve korkuya karşı rahatlama ve acının dinmesi) sürecin toplamının bir fonksiyonu olarak dışa vurulmaktadır. Tekrarlanan maruz kalma (acı ve korkuya), karşıt sürecin duygusal etkilerini (rahatlama ve acının dinmesinin) güçlendirmektedir. Güçlendirilmiş duygusal etki, karşıt sürecin değerliliğine benzeyen ve alışkanlık olarak ortaya çıkan net bir davranışsal değişikliğe yol açacaktır (ciddi intihar davranışları esnasında hissedilen acı ve korkunun, tekrar sonucunda alışkanlık haline gelerek sabitlenmesi fakat aynı anda hissedilen rahatlamanın artması, acının dindiği duyumu). Söz konusu duygusal ve davranışsal değişiklik; birincil duygusal tepkinin azaldığı, karşıt süreç tepkisinin giderek güçlendiği ve sonuçta gözlemlenen duygusal tepkinin değerinin olumsuzdan daha az olumsuza ve olumluya kaydığı bir tablo oluşturacaktır (Solomon, 1980; Solomon ve Corbit, 1974; Van Orden vd., 2010).

Dürtüsellik, kümelenme veya intihar olgusuna maruz kalma, savaş maruziyeti, önceki intihar girişimleri, çocukluk çağında kötü muameleye maruz kalma faktörleri edinilmiş intihar yeterliliğiyle pozitif yönde ilişkili risk faktörleri olarak nitelenmektedir. Kurama göre, intihar yeterliliği edinmenin tek olmamakla beraber en doğrudan sayılabilecek yolu intihar girişiminde bulunmaktır. İntihar için hazırlık, zihinsel veya reel alıştırma ve planlama yapma, acı verici veya kışkırtıcı ya da riskli davranışlarda bulunma da intihar yeterliliği edinmenin yolları olarak sayılmakta fakat intihar girişiminde bulunmanın en güçlü yol olduğu vurgulanmaktadır (Van Orden vd., 2010).

Ciddi intihar girişiminin etiyojisini ve nedensel süreci gösteren kuramsal model, dört hipotez üzerine kuruludur. İlk hipotez (H1), engellenmiş aidiyet ve algılanan yük olmanın pasif intihar düşüncesi için yeterli etken olduğunu öne sürer. İkinci hipotez (H2), engellenmiş aidiyet ve algılanan yük olma ile kişilerarası bağlantılara ilişkin umutsuzluğun eş zamanlı varlığı ile karakterize zihinsel durumun intihar arzusunun oluşması için yeterli bir neden olduğunu belirtir. Üçüncü hipotezde (H3), intihar arzusu ve edinilmiş intihar yeterliliğinin ilk bileşeni olan azalmış ölüm korkusunun eşzamanlı varlığının; intihar arzusunu intihar niyetine dönüştüren bir koşul olduğu varsayılır. Dördüncü ve son hipotez (H4), ciddi intihar davranışının

sonucunun büyük olasılıkla intihar niyeti, azalmış intihar korkusu ve yükselmiş fiziksel acı toleransına bağlı olarak oluşacağını savunur (Şekil 2) .



Şekil 2. Kişilerarası İntihar Kuramına Göre Ciddi İntihar Girişiminin Etiyolojisi ve Nedensel Süreç (Van Orden vd., 2010)

KİK, tüm intihar davranışı biçimlerinin altında büyük ölçüde aynı zihinsel süreçlerin yattığı varsayımını kabul etmektedir. Diğer yandan, intihar için risk faktörlerinin tanımlanan bileşenlerin tümünü aynı anda ve aynı ölçüde etkileyemeyeceğini veya çok az risk faktörünün bunu yapabileceğini de değinir. Böylelikle çeşitli risk faktörlerini taşıyan kişilerin çoğunluğunun neden intihar girişiminde bulunmadığına ve ciddi yani ölümcül veya neredeyse ölümcül sonuçları olan intihar girişimlerinin nadirliğine bir açıklama getirir. Kuram, intihar olgusunda edinilmiş bireysel bir yetenek veya yeterliliğin rolünün yanı sıra kişilerarası çevre etkileşimiyle şekillenen içsel faktörlerin rolüne de dikkat çekmektedir. Bu yönüyle

kendisinden önceki kuramlardan ayrılır. Diğer taraftan, kuramsal yapıların eş zamanlı varlığının intihar davranışının ortaya çıkması için yeterli ancak gerekli olmadığı da kuramcılar tarafından vurgulanmaktadır. İntihar davranışına giden başka yollar da mümkün olmakla beraber KİK'in, her türlü intihar davranışının altında yatan etiyolojik mekanizmaları ve nedensel süreci temsil ettiği vurgulanmaktadır. Kuramın sunduğu model sayesinde, intihar riski değerlendirmesi için daha sade ve klinik alanda daha kullanışlı bir kavramsallaştırma yapılabileceği düşünülmektedir. Kuramcılar, engellenmiş aidiyet ile ve algılanan yük olma ile bunlara dair umutsuzluğun dinamik, edinilmiş intihar yeterliliğinin ise nispeten sabit olduğunu belirtmektedir. Bu sayede kuramsal model, psikoterapötik ve farmakoterapötik müdahalenin hangi bileşenlere yönelik uygulandığında etkili olacağını; hangi bileşenleri daha yoğun deneyimleyen kişilerde müdahalenin verimli ve faydalı olabileceğinin tahminini mümkün kılmaktadır (Van Orden vd., 2010).

KİK'le alakalı anılan tüm bu noktalar, intihar olgusu üzerine iyi yapılandırılmış kuramsal bir çerçeveyi betimlemektedir. Bu tez çalışmasında KİK'in kuramsal temel olarak benimsenmesi hem bu noktalardan, hem de araştırmacının kuramsal ve uygulamalı bilgi birikiminin bulunduğu şema kuramı ile örtüşen yönleri olmasından ileri gelmektedir. Araştırma sürecinin yürütüldüğü Türkiye özelinde değerlendirildiğinde, intihar olgusu üzerine kuramsal bir çerçevenin takip edilmesinin özellikle klinik alanda kıymetli olduğu düşünülmektedir. Tez çalışmasının bir diğer kuramsal odağı olan şema kuramının, KİK'in temel bileşenleri ve buradan hareketle ciddi intihar girişimine uzanan sürecin altyapısını açıklayabilmesi beklenmektedir. Erken dönem uyum bozucu şemalar ile intihar olgusu arasındaki ilişkilere sonraki bölümde ayrıntılı olarak değinilecektir.

1.2. ŞEMA KURAMI

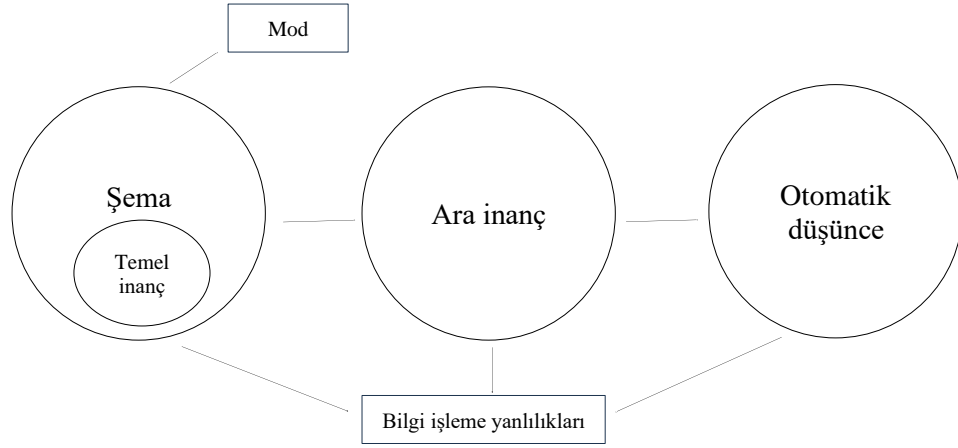
1.2.1. Şema Kavramı

Bireylerin yaşam deneyimlerini düzenlerken neyin önemli olduğunu belirleyebilmeleri, belirledikleri öğeyi doğru şekilde yorumlayabilmeleri, belirledikleri öneme ve yorumlarıyla ulaştıkları sonuca uygun şekilde davranabilmeleri esastır. Yaşam deneyimlerine anlam sağlamak üzere gündelik uyarıların işlenmesi ve içeriğe bağlı olarak güdysel, duygusal, fizyolojik sistemler

gibi mekanizmaların işletilmesi gerekir. Bu görev, bilişsel düzeyde şemalar tarafından üstlenilmiştir (Beck ve Haigh, 2014). Bilişsel bir yapı olarak şema, yeni bilgiyi anlamlı bir şekilde organize etmek için kullanılan ve böylece bilginin nasıl algılanacağını ve kavramsallaştırılacağını belirleyen, uyarılara, fikirlere veya deneyimlere ait genel veya özgül yönlerin depolandığı, kısmen sürekli ve kalıcı içsel yapılardır (Clark ve Beck, 1999). Başka bir deyişle, bir nesnenin veya olayın, gelen bilginin organizasyonunu ve algılanışını etkileyen ayırt edici unsurlarının bir soyutlaması veya modelidir (Thorndyke ve Hayes-Roth, 1979). Birbiriyle ilişkili şema yapıları bir araya gelerek mod yapılarını oluşturur. Mod yapıları, tekil şemalara gömülü inançları, kuralları, beklentileri ve benlik saygısı, mükemmeliyetçilik gibi karmaşık kavramları temsil eder. Bu yolla şema ve modlar, yalnız gündelik hayatta karşılaşılan bilgileri işleme biçimini değil, aynı zamanda neye inanıldığını yani bilişsel içerikleri de etkiler (Beck, 1996). Başka bir deyişle, şemalar özellik benzeri yapılar olarak güvenlik açıklarını temsil etmekte; modlar ise şemalar etkinleştğinde ortaya çıkan duygusal, bilişsel ve davranışsal durumları ifade etmektedir (Pilkington vd., 2021)

Şema kavramı ilk olarak Piaget (1926) tarafından, dünyaya ilişkin algıların düzenlenmesinin altında yatan yapı olarak önerilmiştir. Depresyon ve anksiyete gibi psikopatolojilerin gelişiminde rol oynadığı kabul edilen negatif veya olumsuz yüklü şemalar; genetik faktörlerin, dikkat kaynaklarının seçici biçimde dağılımının ve bellekte depolanan olumsuz çevre ve yaşam olaylarının kompleks bir yapılanması olarak görülmektedir. Bu şemaların gelişimi bilgi işleme sürecinin en erken aşamalarında başlamaktadır. Olumsuz çevre ve yaşam olayları dikkat yanlılığının değerini biçimlendirirken tekrarlanan etkileşimler olumsuz deneyimlere yönelik yanlılığı güçlendirmektedir. Yanlı algıların bellekte depolanması önyargılı inançları içeren şemaların oluşmasına yol açmaktadır. Şemalar, ciddi bir olumsuz olaya veya tekrarlanan zorlayıcı yaşantılar maruziyetle güçlenmektedir. Görünür biçimde deneyimlenebilmekte veya örtük kalarak etken yaşam olaylarıyla aktifleşebilmektedir. Şemalar çeşitli yönlerden farklılıklar gösterebilmektedir. Örneğin, bazı şemalar yeni deneyimlere açıkken, bazı şemalar katı bir düşünce biçimine neden olabilecektir. Bazı şemaların aktive olması için yoğun miktarda tetikleyici gerekebilirken, başka şemalar daha düşük uyarım eşiğinde olabilmektedir (Beck ve Haigh, 2014; Gibb vd., 2013).

Bir şema ve ona karşılık gelen temel inanç(lar) etkinleştğinde, kişilerin bilgiyi işleme süreçleri de bu doğrultuda oluşan yargılardan etkilenir. Şemayla tutarlı olan bilgiler kabul edilebilir, katılabilir, önem verilebilir, kodlanabilir ve benimsenebilirken şemaya aykırı bilgilerin gözden kaçırıldığı, reddedildiği veya önem verilmediği görülür (Wenzel, 2012). Temel inanç yapılarının daha geniş şema yapılarına gömülü olduğu ve şemaların göstergesi olan bilişsel içerikler olduğu varsayılır. Şemalar ve temel inançlar; bireylerin yaşama biçimlerinde, yaşamsal zorluklara ve stresörlere karşı tepkilerinde büyük rol oynayan ve genelde dile getirilmeyen koşullu kurallar, tutumlar ve varsayımlar gibi ara inançlara yol açar. Ara inançlar, kişinin kendini acı verici bir temel inançtan koruması için karşılması gereken koşulları belirleyen “eğer-o halde” ifadeleri olarak gözlenir. Olumlu veya olumsuz olabilirler. Esneklikten uzak ve çoğu zaman katı olmaları, genellikle yüksek ölçütler içermeleri ve bu yüksek ölçütlere ulaşmada karşılaşılabilecek ya da kişinin bu ölçütlere ulaşma yollarını, yeteneğini etkileyebilecek beklenmedik olayları ve zorlukları hesaba katmamaları, aşırı değer taşıyabilmeleri ve bütünüyle sisteme, varoluşa, işleyişe, yaşama dair varsayımlara dönüşebilmeleri ile sorun oluştururlar. Bu yolla, bilgi işleme yanlılıklarını güçlendirerek faydasız temel inançları ve şema yapılarını güçlendirirler. Tersine bir dinamikle, güçlenen bilgi işleme yanlılıkları da ara inançları katılaştıracaktır (Beck, 1996; Beck, 2011). Kabaca ifade edilen bu bilişsel mekanizmanın, belirli koşullar altında belirli otomatik düşünceler için bağlam yaratması beklenir bir sonuçtur (Şekil 3).



Şekil 3. Bilişsel Kurama Göre Temel Bilişsel Yapılar (Wenzel, 2012)

1.2.2. Young'un Şema Kuramı

Şema terapinin geliştiricisi Jeffrey Young (2003) erken dönem uyum bozucu şemaları, çocukluk veya ergenlik döneminde temelleri atılan ve kişinin yaşamı boyunca gelişimine devam eden; önemli ölçüde işlev bozucu olan; kişinin kendisi ve başkalarıyla ilişkisiyle alakalı anılardan, duygulardan, bilişlerden ve bedensel duyumlardan oluşan geniş, yaygın ve nüfuz edici tema veya kalıplar olarak tanımlamaktadır. Young (1990), Beck'in (1999) şema tanımına da dayanarak kişinin kendisi ve başkalarıyla olan ilişkileri üzerine ilk etapta 18²⁷ spesifik şema belirlemiştir. Erken dönem uyum bozucu şemalar olarak da adlandırılan bu şemalar, Bowlby'nin (1977, 2005) işlevsiz içsel çalışma modellerine benzer şekilde kavramsallaştırılmış, Bowlby tarafından tanımlandığı haliyle güvensiz bağlanan bireylerin içsel çalışma modellerine benzer görünmektedir. Young'un yaklaşımına göre bilişsel, duygusal, somatik ve belleğe dayalı öğeler içeren şemalar; çocukluk veya ergenlik dönemindeki temel duygusal ihtiyaçların açık istismar, yeterli bakım ve doyumun noksanlığı (hem fiziksel hem duygusal olarak) veya fark edilmesi güç yahut dikkat isteyen ebeveynlik davranışları (örneğin, aşırı kaygılı ebeveynlik) nedeniyle karşılanamamasına birer tepki olarak oluşmaktadır. Ek olarak, yalnız ebeveyn etkisiyle değil; erken dönemde kardeşler, akranlar veya çevre ile yaşanan olumsuz deneyimlerin de şemaların etiolojisinde yeri vardır (Nordahl vd., 2005). Oluşan bu şemalar, yetişkinlikte erken

²⁷ İlk etapta, Young Şema Ölçeği ile 16 şema tanımlanmış, 2005'te ise 18 şema olarak güncellenmiştir.

dönem travmatik deneyimlere benzer olarak algılanan yaşantılar tarafından aktifleştirilebilmekte, güçlü olumsuz duygulanımlara, bozulmuş algılama ve anlamlandırma biçimlerine, uyum bozucu duygusal ve davranışsal tepkilere, problematik başa çıkma davranışlarına yol açabilmektedir (Pilkington vd., 2021). Şemaların şiddet ve yoğunluğu, karşılanmamış ihtiyaçların derecesi, yaygınlığı, ebeveyn ilişkisi, kültürel etmenler, çocuğun mizacı gibi ikincil faktörlerin etkileşimiyle şekillenmektedir. Kuramsal olarak kişiler, yetişkinlik yaşamında aktifleşen şemalarıyla kabaca boyun eğerek, karşıt tepki geliştirerek veya kaçınarak başa çıkabilmektedir (Louis vd., 2018).

Yine Bowlby'den (1977) ilhamla şema kuramında, tüm bireylerin, tüm çocuklarda bazı farklılıklarla mevcut olan temel duygusal ihtiyaçlarla doğduğu vurgulanmaktadır: (1) Güvenli bağlanma, güvenlik, istikrar, beslenme ve kabul; (2) özerklik, yeterlilik ve kimlik duygusu; (3) geçerli ihtiyaçları ve duyguları ifade etme özgürlüğü; (4) kendiliğindenlik ve oyun. Kurama göre, çocuğun biyolojik mizacı ve erken dönemde zarar verici koşullar arasındaki etkileşim, söz konusu temel ihtiyaçların engellenmesiyle sonuçlanacak, bu da yetişkin dönemde yüksek hassasiyet ve duygusal anlamda muhtaç olma haline sebep olacaktır (Flanagan, 2010; Young vd., 2003). Olumsuz çocukluk çağı deneyimleri olarak da anılan zarar verici koşulların kuram dahilinde dört kategoriye ayrıldığı görülmektedir: (1) İhtiyaçların zarar verici biçimde ketlenmesi; (2) travmatizasyon ve mağduriyet/kurban olma, (3) aşırı korunma veya aşırı düşkünlük; (4) seçici içselleştirme veya özdeşleşme (Young vd., 2003). (1) İhtiyaçların zarar verici biçimde ketlenmesi, çocuğun kendisi için gerekli iyi bir unsur çok az deneyimlemesi sonucunda ortaya çıkmaktadır (örneğin, tutarlı bakım ve beslemenin yetersizliği). Bunun, çocuğun duygusal yoksunluk ve terk edilme gibi şemalar geliştirmesiyle sonuçlanacağı ileri sürülmüştür. (2) Travmatizasyon ve mağduriyet ya da kurban olma durumu, çocuğun fiziksel, duygusal ve cinsel istismara uğramasını içerir. Bu deneyimlerin güvensizlik ve kötüye kullanılma, kusurluluk ve utanç gibi şemalarla güçlü bir ilişkisi olduğu varsayılmıştır. (3) Aşırı korunma veya aşırı düşkünlük halinde, çocuğun sağlıklı sınır ihtiyacı yeterince karşılanmamakta ve sağlıklı bir yol göstericinin eksikliği yaşanmaktadır. Bu durumun yetersizlik ve bağımlılık gibi şemaların gelişmesine yol açacağı savunulmuştur. (4) Seçici içselleştirme veya özdeşleşme, çocuğun ebeveynin düşünce ve davranışlarıyla

özdeşleşmesini ve bunları benimsemesini ifade etmektedir. Karamsarlık ve olumsuzluk gibi şemaların ebeveynin içselleştirilmesi veya ebeveynin kötümserliğiyle özdeşleşmesi sonucunda oluşabileceği belirtilmektedir (Pilkington vd., 2021; Young vd., 2003). Bu bakış açısıyla şema kuramı, çeşitli psikolojik bozukluklara ve özellikle kişilik patolojilerine sahip kişileri duygusal ve ilişkisel açıdan çaresiz ve muhtaç olarak kabul etmektedir. “Sağlıklı” bir bireyin ise, anılan erken dönem temel ihtiyaçlarını çocukluğunda yeterince karşılayabilmiş, bu sayede temel ihtiyaçlarının yetişkin versiyonlarını da hem kendi içinde hem ilişkisel boyutta işlevsel biçimde karşılayabilme kapasitesi edinebilmiş, sağlıklı işleyen bir benliği geliştirebilmiş olduğu kabul edilmektedir.

Tanımlanan 18 şema, çocukluk çağındaki teorik kökenlerine dayandırılarak tematik adlar taşıyan beş üst şema alanında gruplandırılmıştır

1) Kopukluk ve reddedilme alanı: Güvensiz bağlanma ve kişilerarası ilişkilerde istikrarsızlıkla karakterize şemaları kapsar. Bu alandaki şemalara sahip kişiler güven, istikrar, bakım, ilgi, karşılıklılık, duygu paylaşımı, koşulsuz olumlu kabul, saygı ve sevgi gibi gereksinimlerinin yeterli ve sürekli bir şekilde giderilemeyeceğine dair bir ön kabule sahiptir. Soğuk, reddedici, kısıtlayıcı, yalnız bırakan, yoğun çatışmalı, belirsiz mesajlar ileten veya istismar edici aile geçmişi yaygın olarak görülmektedir (Young, 1990; Young vd., 2003). Bu alandaki şemalar şunlardır:

- **Terk edilme-istikrarsızlık:** Kişi diğerlerinin onu terk edeceğini düşünür ve buna göre davranır. Kendisini sevebilecek, destek olabilecek veya ilişkiyi sürdürebilecek kişileri de bu şekilde algılar. Diğerleriyle olan ilişkinin devamlılığına güvenemez, daima terk edileceği kaygısı yaşar (Van Genderen vd., 2012; Young vd., 2003).
- **Duygusal yoksunluk:** Kişi güvenli bağlanma, sevgi, ilgi, bakım, korunma gibi birincil duygusal ihtiyaçlarının diğerleri tarafından yeterince ve istikrarlı olarak karşılanmayacağını düşünür. Kendini yalnız ve izole hisseder (Van Genderen vd., 2012). Duygusal yoksunluğun üç biçimi tanımlanmıştır (Young vd., 2003):

- İlgı yoksunluğu: İlgı, sıcaklık, samimiyet, Őekfat, yakınlık yokluğu.
 - Empati yoksunluğu: Anlayış, dinleme, kendini açma, karşılıklılık, paylaşım yokluğu.
 - Korunma yoksunluğu: Diğerlerinin sağladığı g, güven, yönlendirme, rehberlik ve destek yokluğu.
 - Güvensizlik-kötüye kullanılma: Kişi başkalarının kendisini kandıracağını, istismar edeceğini, kullanacağını düşünür. Sürekli olarak Őüpheci ve tetiktendir (Van Genderen vd., 2012).
 - Sosyal izolasyon: Kişi kendini dünyadan, vreden ve/veya ilişkilerden kopmuş, soyutlanmış, dışlanmış hisseder. Aidiyet duygusu hissedemez, bir ailenin, toplumun, sistemin parçası olmadığını hisseder. Kimi zaman bu durum kişinin kendisini diğerlerinden farklı hissetmesinden de kaynaklanır (Van Genderen vd., 2012; Young vd., 2003).
 - Kusurluluk-utanç: Kişi kendisinde bir kusur olduğuna, bu kusurun doğuştan beri var olduğuna ve onu sevilemez biri yaptığına inanır. Bu kusuru diğerlerinden gizlemek için çaba sarfeder. Kusurun verdiği değerersizlik hissi utanç duygusuna yol açar (Van Genderen vd., 2012). Eleştiriye, sulanmaya aşırı hassastır. Sürekli olarak kendini izler, karŐılaŐtırır (Young vd., 2003).
- 2) Zedelenmiş zerklik ve performans alanı: Benlik algısında bozulmalar, yetersizlik duyguları ve zerklikte sorunlar ile belirgin Şemaları içerir. Bu Şemalara sahip kişiler ayrılabilme, hayatta kalabilme, kendi ayakları üzerinde durabilme, kendine yetebilme, bağımsızlık, yeterlilik ve baŐarım, kendini değerlendirebilme becerilerinde yetersizlikler yaşamaktadır. Bu yetersizlik kendisinin evre tarafından nasıl algılandığını da benzer biçimlerde etkilemektedir. Fazla kaynaŐmıŐ, yetersizlik duygusu aŐılayan ve zgven zedeleyici, aşırı koruyucu veya fazla müdahaleci yahut çocuğu başarı kazanma ve baŐarımları için destekleyebilme, teşvik edebilme becerisi yetersiz veya noksan aile geçmişi yaygındır (Young, 1990; Young vd., 2003). Bu alandaki Şemalar Şu Şekildedir:

- Başarısızlık: Kişi kendisinin diğerleri kadar iyi performans gösteremediğine, ne yaparsa yapsın başaramadığına ve başaramayacağına inanır. Kendini başarısız ve yeteneksiz hisseder (Van Genderen vd., 2012). Akranlarına kıyasla doğuştan veya temelden yetersiz olduğu inancı hakimdir (Young vd., 2003).
- Bağımlılık-yetersizlik: Kişi kendini aciz, muhtaç, yetersiz ve tek başına işlev göremeyecek şekilde algılar. Gündelik yaşamdan önemli kararlara, her tür sorumluluk ve durum kaygı vericidir. Sürekli olarak başkalarının desteğine ve varlığına gereksinim duyar (Van Genderen vd., 2012). Çaresizlik olarak da görülebilir. Destek, yardım ve yönlendirme olmadan sorumluluklarını yerine getiremeyeceği inancı hakimdir (Young vd., 2003).
- (Hastalıklar ve zarar görme karşısında) Dayanıksızlık: Kişi kesin bir felaket, hastalık veya kötülüğe maruz kalacağına, bununla baş edemeyeceğine ve bundan kurtulamayacağına inanır. Bu şemada güçsüzlük hissi hakimdir (Van Genderen vd., 2012). Maruz kalınabilecek olaylar şu üç kategoriden biri veya daha fazlasını içerir: (1) Tıbbi durumlar (AIDS, kanser gibi); (2) duygusal durumlar (akıl sağlığını yitirmek gibi); (3) dışsal durumlar (uçak düşmesi, deprem olması, bir suçun kurbanı/mağduru olma gibi)(Young vd., 2003).
- İç içelik: Kişi hayatındaki önemli kişi veya kişilere uç noktada duygusal bağlılık ve yakınlık hissetmektedir. Bu bağlılık sonucunda bu kişilerle kendi yaşamı ve kişiliği adeta birleşir, kendi kimliği yok gibidir (Van Genderen vd., 2012). Bu önemli diğerlerinin sürekli desteği ve varlığı olmadan hayatta kalamayacağı, mutlu olunamayacağı inancı vardır. Boğulma, boşluk, yaşamda amaçsızlık, yönsüzlük, son raddede gerçekte var olmama duyguları görülür (Young vd., 2003).

3) Zedelenmiş sınırlar alanı: Hem kişisel hem kişilerarası sınırların belirlenmesi, algılanması, sürdürülmesi gibi hususlarda zorluklarla ilişkili şemaları içine alır. Bu şemaları deneyimleyen kişi, başkalarına karşı sorumluluklarını yerine getirmede, haklarına saygı duymada, iş birliği

kurmada, amaca yönelik akılcı planlamalar yapmada, hedefe yönelik süreçleri sürdürme ve tamamlamada zorluklar yaşamaktadır. Fazla izin verici, yeterli yönlendirme ve rehberlikte bulunmayan, sorumluluk alma ve vermede sorunlar yaşayan, otorite sergilemek yerine işlevsiz ve zedeleyici bir üstünlük kurma çabası sergileyen, kurallar ve hedefler koymada yetersiz veya gevşek kalan ya da gerekli olan gözetimin artı veya eksi aşırı uçlara kaymasıyla dikkat çeken bir aile yapısı görülebilmektedir (Young, 1990; Young vd., 2003). Bu alanda yer alan şemalar şunlardır:

- **Haklılık-üstünlük:** Kişi başkalarından daha üstün, imtiyazlara sahip veya ayrıcalık hak eden, her konuda haklı olduğuna inanmaktadır. Başkalarının düşüncesi veya durumu önemsizdir. Empati ve diğerlerini dikkate almada yetersizlik görülür. Kendi istekleri ve ihtiyaçları konusunda ısrarcı, kontrolcü ve bazı durumlarda bencildir (Van Genderen vd., 2012). Diğerlerini bağlayan kuralların kendisi için geçerli olmadığı düşüncesi görülür. Güç veya kontrol elde etmek, abartılı derecede üstünlük sağlamak önemlidir. Başkaları üzerinde hakimiyet kurma, kendi istek ve ihtiyaçları doğrultusunda güç kullanma veya dayatmacılık görülür (Young vd., 2003).
 - **Yetersiz özdenetim:** Kişi engellenme, sıkıntı ve hayal kırıklığına katlanmakta, kurallara, planlamalara riayet etmekte, duygu ve dürtülerini kontrolde zorluk çeker. Tahammülsüzdür (Van Genderen vd., 2012). Rahatsızlıktan, engellenmeden, gerekli olduğu hallerde bile disiplinden kaçınma söz konusudur. Hem çevreden gelen hem de özkontrolün gerektirdiği engellenme toleransı düşüktür (Young vd., 2003).
- 4) **Başkası yönelimlilik:** Başkalarının tepkileri, fikirleri ve/veya onayları ile aşırı meşguliyetle öne çıkan şemaları içerir. Bu alandaki şemalar kişinin ihtiyaç duyduğu sevgi, takdir görme, bağlılık ve sadakat, birliktelik, destek, anlayış ve empati için; bu gereksinimlerin bütünüyle eksik kalması ve kendi duygu, düşünce ve tepkilerinin bastırılması riskine karşın, başkalarının durumu, duyguları, tepkileri ve düşüncelerine aşırı yönelime

neden olmaktadır. Neredeyse çoğu hal ve zamanda koşullu kabul gösteren, ebeveynin duygusal ihtiyaç ve mevcut durumunun öncelik olduğu, çevreden gelen tepki ve fikirlerin aşırı değerli hale geldiği, duyguları bastırmaya yönlendiren bir aile ortamı söz konusudur (Young, 1990; Young vd., 2003). Bu alandaki şemalar şu şekildedir:

- Boyun eğicilik: Kişi sürekli başkalarının söylem, istek, yönlendirme veya kontrolüne boyun eğerek kötü sonuçlardan, tatsız tepkilerden, eleştirilerden veya sorumluluk almaktan kaçınır. Kendi ihtiyaçlarını sıklıkla bastırır veya görmezden gelir (Van Genderen vd., 2012). Başkalarının kontrolüne mecbur hissetme, aşırı teslimiyet ve itaat hali görülür. İki biçimde olabilir: (1) İhtiyaçlar bakımından boyun eğicilik; (2) duygusal bakımdan boyun eğicilik (Young vd., 2003).
 - Kendini feda: Kişi kendisine muhtaç olduğuna veya güçsüzlüğüne inandığı diğer kişilerinin ihtiyaçlarını karşılamaya odaklanmıştır. Daima bunlara öncelik verir, kendi ihtiyaçlarını ötelere. Kendi ihtiyaçlarıyla ilgilenmek suçluluk hissettirir. Kendi durumunu görmezden gelerek diğerleri için sürekli çaba halindedir (Van Genderen vd., 2012).
 - Onay arayıcılık: Kişi davranışları, düşünceleri, duyguları, kararları, ihtiyaçları hatta kendi benliği üzerine çoğu konuda bir başkasının görüş ve onayına ihtiyaç duyar. Aynı zamanda görünür şekilde takdir edilme, dikkat çekme, desteklenme, yönlendirilme fazlaca önemlidir (Van Genderen vd., 2012). Kişinin özsaygısı, kendi içsel değerlendirmesinden çok başkalarının tepkilerine bağlıdır (Young vd., 2003).
- 5) Aşırı uyarılma ve baskılama: İçselleştirilmiş keskin kurallar ve katı ahlaki değerlerle beraber özellikle duygusal deneyimlerin bastırılmasıyla görülen şemaları kapsar. Bu şemalara sahip kişi kendiliğinden duygularını, itki ve isteklerini makul düzeyde ifade etmekte zorlanmakta veya içselleştirilmiş katı kurallar, yüksek standartlar ve beklentileri gidermek üzerine aşırı bir çaba göstermekte; mutluluk, tatmin, haz ve rahatlığa ulaşması

ketlenmektedir. Katı, talepkâr, cezalandırıcı, kötümser, tatmini zor ve takdir mekanizması zayıf bir aile yapısından söz edilebilir (Young, 1990; Young vd., 2003). Bu alan şu şemaları kapsar:

- Yüksek standartlar-aşırı eleştiricilik: Kişinin kendisi ve çevresine yönelik içselleştirilmiş yüksek beklentileri vardır. Yine kendisine ve çevresine karşı çoğu zaman mükemmeliyetçi, aşırı eleştirel, baskıcı ve katı bir tutum sergiler. Var olanı ve yapılanı takdir etmekte, bunlarla yetinmekte güçlük çeker. Genelde hiçbir şey yeterli veya yeterince iyi olmaz, daha fazlasının gerektiğini hisseder (Van Genderen vd., 2012). Mükemmeliyetçilik, detaylara aşırı dikkat, performansını yetersiz görme, mantıkdışı katılımda ahlaki, geleneksel, kültürel, dini kuralları ve zorunluluklar, zaman ve verimlilikle ilgili aşırı uğraş ile karakterizedir (Young vd., 2003).
- Karamsarlık-olumsuzluk: Kişi hayatın ve durumların olumsuz yanlarına odaklıdır. Olumlu yanları görmezden gelir, küçültür ve önemsemez. Geleceğe dair beklentileri sıklıkla kötümserdir. Bu nedenle duygudurumunda endişe ve umutsuzluk hakimdir (Van Genderen vd., 2012).
- Duyguları bastırma: Kişi utandırılacağına, başkalarına zarar verebileceğine, terk edileceğine, sevilmeyeceğine, karşılık bulamayacağına veya eleştirileceğine inanarak duygu, dürtü ve ihtiyaçlarını engellemeye çalışır. Bir süre sonra dıştan duygusuz, hissiz görünür, bu şekilde hisseder veya içinden geldiği gibi davranamaz (Van Genderen vd., 2012). Sıklıkla öfke ve saldırganlığın, olumlu dürtü ve duygularının, incinebilirliğin ve duyguların, ihtiyaçların açıkça dışa vurumunun engellenmesiyle görülür. Bu bastırma esnasında genellikle akılcılaştırmaya başvurulur (Young vd., 2003).
- Cezalandırıcılık: Kişi kendisi ve çevresine karşı agresif, sabırsız, hoşgörüsüz, tahammülsüz, şefkatsiz ve serttir. Hataların sert bir şekilde cezalandırılması gerektiğine inanır. Kişisel ve ilişkisel olarak da cezalandırıcı biçimde davranır (Van Genderen vd., 2012).

Bu şemalar, Young ve diğerlerince (2003) koşullu ve koşulsuz olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Bütünüyle erken dönem ve doğuştan gelen şemalar koşulsuz, benlik ve diğerlerine dair sonradan gelişen şemalar ise koşullu olarak sınıflandırılmıştır. Terapötik çerçevede koşulsuz “çekirdek” şemaların görece daha ümitsiz, değiştirilmesi daha zorlu, daha yerleşik olduğu kabul edilmiştir. Koşullu şemalar ise koşulsuz şemalara ikincil olarak gelişmiştir ve değişim yönünde ümit vaat etmektedir. Koşullu şemalar çekirdek şemaları maskeler pozisyonunda da olabilmektedir. Örneğin, koşulsuz başarısızlık şemasına tepki olarak koşullu yüksek standartlar şeması; duygusal yoksunluk şemasıyla birlikte duyguları bastırma şeması.

Sonraki yıllarda, özellikle Young Şema Ölçeğinin faktör yapısına ilişkin ampirik araştırmalar beş üst şema alanlı bir yapıyı desteklememiş, genel olarak dört üst şema alanında uzlaşmıştır. Bach ve diğerleri (2018) tarafından yayınlanan en yeni şema modeli, 18 erken dönem uyum bozucu şemayı (1) kopukluk ve reddedilme; (2) zedelenmiş özerklik ve performans; (3) aşırı sorumluluk ve standartlar; (4) zedelenmiş sınırlar olmak üzere dört üst şema alanında toplamaktadır²⁸. Yakın tarihte Yalçın ve diğerleri (2022) tarafından gerçekleştirilen Young Şema Ölçeği revizyonunda cezalandırıcılık şeması, kendine karşı cezalandırıcılık ve diğerlerine karşı cezalandırılık şemaları şeklinde; duyguları bastırma şeması ise kontrolü kaybetme korkusu ve duyguları kısıtlama olarak ikiye bölünerek şema sayısı 20'ye yükseltilmiştir².

Kişinin erken dönemde yaşadığı zorlayıcı deneyimlerle mücadele etmesi ve bir şekilde “hayatta kalması” şemaların bir çıktısı olarak nitelendirilmektedir. Sonraki yıllarda, kişinin bilinçdışı tutarlılık ihtiyacı, işlevsiz, uyum bozucu ve hatta acı verici olmasına rağmen; geçmişte mücadele ile özdeşleşen şemaların sürdürülmesine neden olacaktır. Bu mekanizma ile tanıdık hale gelen uyum bozucu şemalar, değiştirilmesi zor, tercih edilmesi muhtemel ve hatta yakınlık duyulan yapılara dönüşecektir. Bu

²⁸ Kuramsal çalışmaların çoğunda Young (1990; 2003) tarafından tanımlanan beş üst şema alanlı model kullanılmaktadır. Bu tez çalışmasında da Young Şema Ölçeğinin Türkçe faktör yapısına sadık kalınarak beş üst şema alanlı model kullanılmıştır. Bu alanlarda yer alan şemalar ise Türkçe uyarlama doğrultusunda değişkenlik göstermektedir. Bu durum, Gereç ve Yöntem kısmında detaylandırılmaktadır.

dönüşüm şema sürekliliği adı verilen kısır döngüyü ortaya çıkartacaktır. Kişi, erken dönemde kendisine zarar veren durumu yetişkinliğinde yeniden canlandırarak tekrar tekrar deneyimleyecektir. Böylece bir nevi kendini gerçekleştiren kehanetlerle, şemanın iyileşmesi yerine şemanın sürekliliği desteklenecektir. Şema sürekliliğinin şu üç mekanizmayla sağlandığı belirtilmiştir: (1) Bilişsel çarpıtma; (2) özyıkıcı davranış kalıpları; (3) uyum bozucu baş etme biçimleri. Bilişsel çarpıtmalar durumların şemayı onaylar şekilde algılanmasına; şemayı onaylayan kanıtların güçlü şekilde fark edilmesine; şemayla çelişen kanıtların ise yok sayılmasına yol açmaktadır. Öz yıkıcı davranış kalıpları kişinin bilinçdışı bir şekilde mevcut şemalarını tetikleyen, destekleyen ve sürdüren, şemayla uyumlu durum, eylem, ilişki ve seçimlere yönelmesine; şemayı iyileştirebilecek olanlardan ise örtük veya açık bir rahatsızlık hissiyle kaçınmasına neden olur. Tıpkı şemalar gibi erken dönemde edinilmiş uyum bozucu baş etme biçimleri ise farklı şekillerle, kişinin şemanın yarattığı gerilim ve rahatsızlıktan kaçınmasını sağlarken iyileşmesine değil devamlılığına hizmet eden davranışlardır. Şema kuramı, davranışları şemanın kendisiyle değil başa çıkma tepkileriyle ilişkilendirir (Young vd., 2003). Kuram kapsamında üç başa çıkma yöntemi tanımlanmıştır:

- 1) Şema teslimi: Kişi tamamen şema ve hissettirdikleri doğruymuş gibi, şema doğrultusunda davranır. Söz dinleyen, boyun eğen, itaatkâr, teslim olan, pasif, başkalarına bağımlı, çatışmadan kaçınan ve başkalarının memnuniyetini önceleyen bir tavırdadır (Young, 2012; Young vd., 2003)
- 2) Şema kaçınması: Kişi şemanın yarattığı olumsuz duygulanıma yol açan uyarlardan kaçınır; ilişkili duygu, düşünce ve etkileşimleri engellemeye, bastırmaya veya uzak durmaya çalışır. Sıklıkla, sosyal ve/veya psikolojik anlamda aşırı içe çekilme, izolasyon veya abartılı bağımsızlık; kompulsif alışveriş, cinsellik, risk alma, spor yapma gibi aktivitelerle uyaran, heyecan ve dikkat dağıtıcı arayışı; bağımlılık şeklinde görülür (Young, 2012; Young vd., 2003).
- 3) Şemanın aşırı telafisi: Kişi şemanın tam tersi doğruymuş gibi, şemanın ve hissettirdiklerinin aksi yönde davranır. Saldırganlık ve düşmanlık; aşırı baskınlık ve kontrolcülük; ilgi, statü, onay arayıcılığı; manipülatif ve

istismarcı davranışlar; pasif agresif girişimler; aşırı düzen ve takıntılarla karakterizedir (Young, 2012; Young vd., 2003).

Şema kuramı ve şema terapi yaklaşımına göre bir şemanın iyileşmesi uzun soluklu, nispeten zorlu, çoğu zaman değişime dirençle beraber giden bir süreçtir. İşlev bozucu olmalarına rağmen erken dönemde edinilmiş olmaları, benliğin merkezi bir parçası haline gelmeleri, kişinin algı ve duyularını neredeyse tümüyle biçimlendirmeleri nedeniyle sıklıkla iyileşmeye karşı da direnç söz konusudur. Terapi sürecinde iyileşme sırasıyla (1) şemaya bağlı anıların şiddetinde, (2) şemanın duygusal yoğunluğunda, (3) şema ve bağlantılı anıyla tetiklenen bedensel duyuların gücünde ve (4) işlev bozucu bilişlerde azalma ile mümkün olur. Şema, erken dönem anılardan, duygu, duyum ve bilişlerden oluştuğundan iyileşme süreci de bilişsel, duygusal ve davranışsal müdahaleler gerektirir. Kişiler, şemaları sürdüren uyum bozucu baş etme biçimleri yerine uyumlu davranış örüntüleri edinirler. Bilişsel, yaşantısal ve davranışsal değişim sağlandığında şema aktivasyonda azalma beklenir. Bu yolla şemanın etki yoğunluğu azalır, kişi tarafından fark edilebilir ve yönetilebilir hale gelir. Beklenen sonuç şemanın tamamen yok olması değil, sıklığının, süresinin ve yoğunluğunun azalması, yerini uyumlu şemaların alması, uyum bozucu şemalar yerine uyumlu şemaları sürdürecektir davranışların edinilmesi, sağlıklı tepki biçimlerinin kazanılmasıdır (Young vd., 2003).

Şema kuramının bir diğer önemli getirisi mod yaklaşımıdır. Şema kuramında göre şema modu, kişi için halihazırda aktif olan şemalar ya da uyumlu veya uyum bozucu şema işleyişleri olarak tanımlanmaktadır. Modların, kendiliğin tümü ve farklı yönleriyle bütünleşmemiş çeşitli şemalar veya şema işleyişlerini içerdiği düşünülür. Diğer bir deyişle, kendiliğin belli kısımlarından bir dereceye kadar ayrılmış parçaları temsil eder. Bu nedenle bir mod, kişinin diğer modlarından ve şu andan belirli bir şema yönünde dissosiyasyon olması olarak da görülür. Dissosiyatif bozukluklar ile modları birbirinden farklılaştıran ise kişinin içinde bulunduğu moddayken başka modları da fark edebilmesi, tarifleyebilmesi ve her birini ılımlı bir ölçüde yaşantılamasıdır (Young vd., 2003).

Şema modları, kişilerin nispeten hızlı davranış değişikliklerini açıklamak üzere yapılandırılmıştır. Modelin başlangıçta sınırda kişilik bozukluğu hastalarıyla

yürütülen çalışmalara dayanmaktadır. Başlangıçtakiyle benzer biçimde güncelde de sıklıkla bir dizi şemaya dayanan organize bir düşünce, duygu ve davranış bileşimi olarak değerlendirilirler (Taylor vd., 2017). Kişide var olan şema ve ortaya çıkan baş etme yöntemleri ilişkili şema modlarını etkinleştirir. Modlar, aynı anda çok sayıda şema ve baş etme tepkisinin etkinleştiği durumlarda, bunları kategorize etmeyi ve bu sayede daha kolay değerlendirmeyi, yönetebilmeyi, terapi sürecinde üzerine çalışabilmeyi sağlar (Arntz, 2012; Young vd., 2003). Modların genel popülasyonda genellikle aynı biçimlerde ortaya çıktığı ve öngörülebilir biçimde dalgalanma gösterdiği düşünülmektedir. Diğer yandan, özellikle kişilik bozukluklarında sık sık ve çok hızlı değişen (örneğin, sınırda kişilik bozukluğu), aşırı katı ve sabit ya da iki aşkın uçta dalgalanır şekilde görülmesi öznel ve ilişkisel açıdan zorlukları beraberinde getirmektedir (Young vd., 2003). Kişilik bozukluklarında daha saf ve yoğun mod yapılanmaları söz konusuysen, sağlıklı kişilerin aynı anda birden çok şema modunu deneyimleyebildiği bilinmektedir (Leppänen vd., 2016).

Şema ve modlar şema kuramında ve şema terapide kümeler halinde değerlendirilmektedir. Çeşitli şema ve bunlarla baş etme biçimlerinin sıklıkla birlikte aktifleştiği, sonuç olarak da belirli modlarla görüldüğü bilinmektedir. Örneğin, duygusal yoksunluk şeması aktifleşen ve bu şemaya teslim tepkisi ile yanıt veren bir kişi, incinmiş çocuk moduna geçecektir. Bu mekanizma, bazı modların çeşitli şemaları ve çeşitli şemaların birleşimini ifade ettiğini, bazı modların ise baş etme biçimlerinin dışavurumu olduğunu göstermektedir. Yine bu kümelenme mekanizması sayesinde belli bozukluklar için belli şema modlarının tanımlanabilmesi mümkün olmuştur. Örneğin, sınırda kişilik bozukluğu olan hastalar genelde terk edilmiş çocuk, öfkeli çocuk, dürtüsel çocuk, cezalandırıcı ebeveyn ve kopuk korungan modlarını sergilemektedir (Young vd., 2003).

Şema kuramı modları yalnız uyum bozucu yapılar olarak ele almamaktadır. Belirli uyumlu mod yapıları tıpkı uyumlu şemalar gibi terapi sürecinde inşa edilmeye ve/veya güçlendirilmeye çalışılır. Hastanın şemalarını olduğu gibi modlarını da fark edebilmesi, yönlendirebilmesi, tartışabilmesi ve uzlaşabilmesi, sağlıklı modları besleyebilmesi, işlev bozucu modları nötralize edebilmesi ve sağlıklı yetişkin modu ile mutlu çocuk modlarını koruyabilmesi terapi sürecindeki ana amaçlardır. Şema kuramı kapsamında tanımlanan modlar şunlardır:

1) Çocuk modları: Doğuştan gelen ve insani olarak var olan duygusal alan ve ihtiyaçları temsilen oluşturulmuştur. Çocuk modlarının ifade edilebilmesi ve ihtiyaçlarının karşılanması gerekli görülür (Young vd., 2003). Dört çocuk modu tanımlanmıştır:

- İncinmiş çocuk: Yalnızlık, izolasyon, üzüntü, mutsuzluk, yanlış anlaşılma, yoksunluk, muhtaçlık, korku, istismar edilmişlik, sevilmezlik, zayıflık gibi duygularla ilişkilendirilir (Young ve First, 2003).
- Öfkeli çocuk: Savunmasız veya muhtaç hissetme sonucunda ortaya çıkan öfke ve hayal kırıklığı haliyle ilişkilendirilir (Young ve First, 2003).
- Dürtüsel-disiplinsiz çocuk: Temel ihtiyaçlarıyla uyumsuz biçimde kendi istekleri, sağlıklı şekilde değerlendirilemeyen arzu ve dürtüleri doğrultusunda bencil ve kontrolsüz davranış, engellenmeye karşı tahammülsüzlük, sınır ihlalleri, şımarık, taşkın ve hiddet haliyle ilişkilendirilir (Young ve First, 2003).
- Mutlu çocuk: Sevilme, memnuniyet, tatmin, korunma, bağlılık, kabul görme, değer verilme, onaylanma, yönlendirilme, anlaşılma, kendine güven, kontrollü ve uyumlu, kendiliğinden ve rahat olma gibi hallerle ilişkilidir (Young ve First, 2003).

2) Başa çıkma modları: Başa çıkma yöntemleri altında tanımlanan üç spesifik başa çıkma biçimi bulunur:

- Söz dinleyen-teslimci: Temel ihtiyaçların engellenmesine, kötü muameleye karşı hoşgörü gösterme, pasiflik, itaatkarlık, kendini koruyamama, ihtiyaçlarını ifade edememe ve bastırma, uyum bozucu şemalarını sürdüren davranış, ilişki ve durumlarla meşguliyet olarak görülür. Şema başa çıkma yöntemlerinden teslim ile bağlantılıdır (Young ve First, 2003).
- Kopuk korungan: Tüm duygu ve temel ihtiyaçların dondurulması, kesilmesi, ilişkilerden uzaklaşma, diğerlerinin ilgi ve temasını

reddetme ile görülebilen; dağınık ve kaybolmuş, hissiz duygulanım gösteren; kendini yatıştırma veya uyarmak için çeşitli sorunlu davranışlara başvuran, karamsar, dış dünyaya ve ilişkilere karşı ilgisiz görünen bir moddur. Şema başa çıkma yöntemlerinden kaçınma ile bağlantılıdır (Young ve First, 2003).

- Aşırı telafici: Karşılanamayan temel ihtiyaçları telafi ve tatmin etmek üzere büyükmeci, baskın, kontrolcü, küçümseyici, mükemmeliyetçi, manipülatif, onay ve statü arayan davranışlarla görülür. Şema başa çıkma yöntemlerinden aşırı telafi ile bağlantılıdır (Young ve First, 2003).

3) Ebeveyn modları: Kişinin erken dönemde örseleyici ebeveyn davranışlarını içselleştirmesi sonucunda oluştuğu varsayılır (Young vd., 2003). İki mod tanımlanmıştır:

- Cezalandırıcı ebeveyn: Kendisinin ve başkalarının cezalandırılmayı, suçlanmayı, aşırı disipline edilmeyi, kötü muameleyi hak ettiğini düşünmeyle açığa çıkar. İçselleştirilmiş cezalandırıcı ebeveyn, kişinin kendisini cezalandırma girişimi olarak kendine zarar verme ve intihar davranışı ile de bağlantılıdır (Young ve First, 2003).
- Talepkâr-eleştirel ebeveyn: Memnuniyetsizlik, yüksek standartlar, aşırı düzen çabası, yüksek statü ve başarı arayışı, başkalarının ihtiyaçlarını önceleme, işlevsiz alçakgönüllülük, sürekli verimli olma beklentisi, kendiliğindenliğin değersizleştirilmesi, katı kurallar ile açığa çıkar (Young ve First, 2003).

4) Sağlıklı yetişkin: İncinmiş çocuk modunu koruma, tatmin etme, ihtiyaçlarını giderme; öfkeli çocuk moduna duyguları ifade alanı açma ve hem öfkeli hem dürtüsel çocuk modlarını sağlıklı şekilde sınırlandırma; başa çıkma modlarını fark etme ve yerlerini alarak sağlıklı biçimlere dönüştürme; ebeveyn modlarını hafifletme, nötralize etme ve sağlıklı ebeveyni temsil etme görevlerini üstlenir. Mutlu çocuk modunun teşvik edilmesi ve sürdürülmesi de bu modun işlevlerindedir. Mutlu çocuk modundan, aile ilişkileri, yetişkin boş zaman aktiviteleri ve sorumlulukları

gibi yetişkin yaşam fonksiyonlarını üstlenmesiyle ayrılır (Young ve First, 2003; Young vd., 2003).

Şema modlarına dair güncel araştırmalarda belirtilen temel modlara ek başka modların tanımlandığı görülmektedir. Tanımlanan mod sayısındaki artış kimi klinisyenler tarafından kafa karıştırıcı olabileceği, sonu olmadığı, vaka formülasyonunu zorlaştıracığı gibi gerekçelerle eleştirilmiştir (Roediger vd., 2018). Bununla beraber, sınırlı sayıda moda odaklanan formülasyonların tekdüze ve basit bir yaklaşıma yol açtığı, bazı modların temel modların birden fazlasını içeren kompleks bir gösterdiği, bazı modların belirtilen kategorilerin uymaması gerekçeleriyle destek de görmüştür (Edwards, 2022; Lazarus vd., 2020; Simpson vd., 2018). Lobbestael ve diğerleri (2008) zaman içerisinde belirli özellikler ve nispeten kararlı bir seyir gösteren modlara “varsayılan modlar” adını vermiştir. Bazı modlar ise kararlı olmaktan çok uzaktır ve ani geçişler görülür. Birden fazla modun özelliklerinin aynı anda bir arada görülebildiği bu modlar ise “harmanlanmış (karışık) modlar” olarak isimlendirilmiştir. Edwards (2022), birbiriyle sıkça bir arada görülen, harmanlanmış, birbirine benzer ve çoğu zaman örtüşen bir dizi modu ifade eden “mod takımları” tabirini kullanmıştır. Yine Edwards (2022) tarafından seksenden fazla farklı mod tanımlanmıştır. Bu modların bazıları şunlardır: Terk edilmiş çocuk, yaratıcı çocuk, çaresiz teslimci, kendine acıyan-mağdur, kaçınan-korungan, iyimser-aşırı telafici, paranoid-kontrolcü, zorba-saldırgan, entrikacı-manipülatif vd.

1.2.3. Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar ve İntihar Davranışı

Erken dönem uyum bozucu şemaların depresyon, kişilik bozuklukları ve bağlanma sorunları gibi çeşitli psikolojik sorun ve güçlüklerin gelişimine ve devamına katkıda bulunduğu bilinmektedir. Örneğin, başarısızlık, kusurluluk-utanç, boyun eğicilik ve duygusal yoksunluk şemalarının dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuyla (Philipsen vd., 2017); dayanıksızlık ve kendini feda şemalarının panik bozuklukla (Kwak ve Lee, 2015); başarısızlık, duygusal yoksunluk ve terk edilme şemalarının depresif belirtilerin şiddetiyle (Renner vd., 2012); iç içe geçme, başarısızlık, boyun eğicilik, güvensizlik-kötüye kullanılma, sosyal izolasyon ve dayanıksızlık şemalarının şizofrenide pozitif belirtilerle (Bortolon vd., 2013) bağlantılı olduğu gösterilmiştir.

Erken dönem uyum bozucu şemalar, karşılanmamış çocukluk çağı ihtiyaçları ile psikopatoloji ve yetişkinlikteki sorunlu davranış kalıpları (örneğin, intihar) arasındaki ilişkinin altında yatan mekanizma olarak da kabul edilmektedir (Young vd., 2003). Literatürde intihar girişimi olan bireylerde intihar eğilimi, depresyon, sınırda kişilik örüntüsü, obsesif kompulsif bozukluk, çocukluk çağı istismarı ve bipolar bozukluk ile şemalar arasında ilişki olduğunu bildiren araştırmalar mevcuttur (Ahmadpanah vd., 2017; Dale vd., 2010; Dutra vd., 2008; Flink vd., 2017; Kahr Nilsson, 2016; Khosravani vd., 2019; Khosravani vd., 2019). İntihar düşüncesi olan ve olmayan grupları kıyaslayan bir araştırmada, intihar düşüncesi olan grupta olumsuz şemaların daha yaygın, olumlu şemaların ise daha seyrek olduğu tespit edilmiştir (Fialko vd., 2006). Travma sonrası stres bozukluğu yaşayan hastalarla yürütülen bir başka araştırmada sosyal izolasyon, kusurluluk-utanç, başarısızlık, bağımlılık-yetersizlik, duyguları bastırma, boğun eğicilik ve yüksek standartlar şemaları intihar düşüncesiyle ilişkili bulunmuştur. Bulgulara göre, sosyal izolasyon, kusurluluk-utanç, başarısızlık, bağımlılık-yetersizlik ve iç içelik şemaları intihar planıyla; kusurluluk-utanç ve başarısızlık şemaları intihar girişimiyle ilişkilidir (Dutra vd., 2008). İntihar girişiminde bulunmuş ve bulunmamış depresif hastalar ile klinik olmayan hastaların şema örüntüleri arasında da farklılık olduğu belirlenmiştir. İki klinik grup ile klinik olmayan grup neredeyse tüm şemalarda farklılık göstermiş, intihar girişiminde bulunmuş ve bulunmamış iki klinik grup ise duygusal yoksunluk, bağımlılık-yetersizlik ve dayanıksızlık şemaları açısından farklılaşmıştır. Kopukluk-reddedilme ve aşırı uyarılma-baskılama şema alanları altında yer alan şemaların intihar düşüncesini yordadığı görülmüştür (Valikhani vd., 2017).

İntihar davranışına dair kuramsal modellerin çoğu bilişsel risk faktörlerine özellikle dikkat çekmektedir. Özellikle bütünleşik güdüsel-iradi modelde (O'Connor, 2011; O'Connor ve Kirtley, 2018), şematik değerlendirme modelinde (Johnson vd., 2010) ve kişilerarası intihar kuramında (Joiner, 2005; Van Orden vd., 2010) erken dönem uyum bozucu şemalar ile kavramsal olarak örtüşen çeşitli bilişsel faktörlerin tanımlandığı görülmektedir. Şematik değerlendirme modelinde, "intihar şema ağı" olarak adlandırılan bir grup bilişsel yapının intihar düşünce ve eylemlerinin gelişimi ve sürdürülmesine katkıda bulunduğu öne sürülmüştür. Bu şema ağının olumsuz sosyal etkileşimler sonucu etkinleştiği her seferde daha da güçlendiği vurgulanmıştır

(Johnson vd., 2010; Johnson vd., 2008). KİK, intihar davranışının ortaya çıkışında rol oynayan bileşenleri belirlemiş fakat intihar davranışının etiolojisinde rol oynayan daha başka çok sayıda bilişsel risk faktörünün olduğuna da dikkat çekmiştir (Chu vd., 2017; Joiner, 2005; Van Orden vd., 2010).

KİK, kabaca kişilerin engellenmiş aidiyet ve algılanan yük olma bileşenlerini değiştiremediklerini hissettiklerinde umutsuzluk ve intihar arzusu geliştirdiklerini öne sürmektedir (Joiner, 2005; Van Orden vd., 2010). KİK'te tanımlanan umutsuzluk, kavramsal olarak Young'un başarısızlık ve karamsarlık şemalarıyla örtüşmektedir. Başarısızlıkta kişi kaçınılmaz olarak başarısız olacağına; diğerlerine kıyasla daha beceriksiz olduğuna inanmaktadır. Karamsarlıkta ise yaşamın olumlu tarafları daha az görülmekte, ölüm ve acı gibi olumsuz yönlerine daha fazla odaklanılmaktadır. Söz konusu iki şema, yaşamın kaçınılmaz olarak kötü olduğu ve düzelmeyeceğine dair bir umutsuzluk duygusunu içermektedir. Bu bağlamda, başarısızlık ve karamsarlık şemalarının intihar riski için önemli bir yordayıcı olabileceği düşünülmektedir. Engellenmiş aidiyet bileşeni, doğrudan Young'un sosyal izolasyon şemasına karşılık gelmektedir. Hem engellenmiş aidiyette hem sosyal izolasyon şemasında kişi diğerlerinden farklı ve yalıtılmış olduğunu, bir grubun veya topluluğun parçası olmadığını veya olmadığını hissetmektedir. Sosyal izolasyonun intihar düşüncesi, girişimi ve davranışının en güçlü ve en güvenilir yordayıcılarından biri olduğu gösterilmiştir (Chu vd., 2017). Algılanan yük olma ise Young'un kusurluluk ve utanç ile duygusal yoksunluk şemalarıyla büyük ölçüde benzer görünmektedir. KİK'e göre, kişi aile üyeleri ve/veya başkalarına yük olduğunu algıladığında, diğerlerinin kendisi olmadan daha iyi olacağı düşüncesi geliştirebilmekte ve intihar arzusu tetiklenebilmektedir. Kusurluluk ve utanç şeması olan bir kişi ise kendisinin kötü, değersiz ve sevilemez olduğuna; duygusal yoksunluk şeması olan kişi ise başkalarından ihtiyaç duyduğu sevgi, ilgi, bakım ve doyumu alamayacağına inanmaktadır. Algılanan yük olmanın, önemli kişilerin tutarlı şekilde duygusal destek sağlayabileceklerine güvenilemeyeceği beklentisi yönünden terk edilme ve duygusal yoksunluk şemalarıyla örtüşebileceğine de değinilmiştir (Pilkington vd., 2021). Terk edilme şemasıyla bağlantılı olarak, kişilerarası reddedilme algısının intihar amaçlı olmayan kendine zarar verme davranışıyla ilişkili olabileceğine dair bulgular elde edilmiştir (Chu vd., 2017). KİK ve bileşenleri ekseninde düşünüldüğünde; sosyal

izolasyon, başarısızlık, kusurluluk ve utanç ile duygusal yoksunluk şemalarının diğer şemalara kıyasla intihar davranışını yordamada daha güçlü etkiye sahip olabileceği belirtilmektedir (Pilkington vd., 2021).

Pilkington ve diğerleri (2021) tarafından konuyla alakalı olarak gerçekleştirilen metaanaliz kapsamında incelenen çalışmalarda, intihar düşüncesi ile kusurluluk ve utanç şeması arasında yüksek; sosyal izolasyon, başarısızlık, bağımlılık ve yetersizlik şemaları arasında orta; boyun eğcilik ve duyguları bastırma şemaları arasında ise düşük düzeyde korelasyon bulguları olduğu gösterilmiştir. Başka bir metaanalizde, intihar düşüncesinin zedelenmiş özerklik ve performans alanındaki şemalarla ilişkili olduğu bulgularına yer verilmiştir. Aynı metaanaliz, duyguları bastırma şeması olan bireylerin duygusal ve somatik ipuçlarından kopma eğiliminde olduğuna dikkat çekmektedir. Bu kopma nedeniyle, normalde kişilere kendine zarar vermekten vazgeçiren hayatta kalma içgüdüsünün ve korkunun daha kolay bastırılabilmesi; acı verici ve travmatik olaylara maruz kalan, duyguları bastırma şeması geliştirmiş kişilerin daha az ölüm korkusu ve fiziksel acı yaşayabileceği; bu yolla, edinilmiş intihar yeterliliğinde artış görülebileceği belirtilmektedir (Chu vd., 2017).

Karamsarlık şemasıyla ilintili olarak, umutsuzluk ile artan intihar düşüncesi arasında boylamsal bir ilişki olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Ribeiro vd., 2018). Lewis ve diğerleri (2015), duyguları bastırma ve boyun eğcilik şemalarının misilleme, terk edilme veya onaylanmama korkusuyla ihtiyaçların, arzuların veya duyguların engellenmesine neden olduğuna değinmektedir. Buna göre, söz konusu şemalara sahip bireylerin, duygusal acıyı hafifletmek amacıyla sağlıklı duygu ifadeleri gibi uyarlanabilir duygu düzenleme tekniklerini kullanma olasılıkları düşük olacaktır. Aynı zamanda bu kişiler, yaşadıkları sıkıntılarla baş etmek için ölüm fantezileri kurmaya veya intihar girişimine yönelebilecektir.

Haklılık-üstünlük şemasının da intiharla bağlantılı olabileceğine ilişkin görüşler vardır. Wedig ve diğerleri (2013) haklılık ve sadizm gibi kişilerarası davranış örüntülerinin intihar riskini 1,7 kata kadar arttırdığını; Pincus ve diğerleri (2009) büyüklenmeciliğin intihar girişimiyle bağlantısı olduğunu öne sürmüştür. Başka araştırmalarda narsisistik büyüklenmeciliğe benzer örüntülerin intihar düşünce ve girişimleriyle ilgili olabileceğine değinilmektedir (Blasco-Fontecilla vd., 2009; Heisel

vd., 2007). Haklılık şemasının tekrarlayıcı intihar davranışı riskiyle de ilişkisi bulgulanmıştır (Dale vd., 2010).

İntihar davranışları şemaların yanında, baş etme tepkileri ve şema modlarıyla da ilişkili görünmektedir. Modlar ve intihar davranışları arasındaki bağlantılara değinen az sayıda bilimsel araştırma olmakla beraber mevcut yazında; kendine zarar verme davranışının cezalandırıcı ebeveyn modu (veya cezalandırıcı mod), kopuk korungan mod, dürtüsel çocuk modu (veya dürtüsel mod), terk edilmiş çocuk modu, yalnız çocuk modu gibi farklı işlevlere sahip çeşitli modlar tarafından yönlendirilebileceğine değinilmektedir (Farrell vd., 2012; Grażka ve Strzelecki, 2023; Leppänen vd., 2016; Saldias vd., 2013; Young vd., 2003).

Erken dönem uyum bozucu şemalar ile intihar eğilimi arasındaki bağlantılara ilişkin bulguların tedavi ve önleme çalışmaları açısından büyük önem taşıdığı düşünülmektedir. İntihar eğilimi, düşüncesi, niyeti, davranışı veya olasılığı ile en güçlü derecede ilişkili olan şemaların belirlenmesinin; intihar risk değerlendirmesi ve psikoterapötik hedefler için de belirleyici olabileceği belirtilmektedir (Pilkington vd., 2021). Klinik açıdan değerlendirildiğinde, intiharla ilgili durumlarda ilişkili şemaların tanımlanmasının vaka formülasyonunda, risk değerlendirmesinde, tedavi ve psikoterapi hedeflerinin belirlenmesinde faydalı olacağı savunulmaktadır. İntihar riski taramalarında Young Şema Ölçeği kullanılarak şemaların da rutin olarak değerlendirilmesi önerilmektedir (Dutra vd., 2008; Khosravani vd., 2019; Leppänen vd., 2016; Lewis vd., 2015).

Erken dönem uyum bozucu şemalar ve intihar üzerine Türk örnekleminde yürütülen çalışmaların kısıtlı sayıda, var olan araştırmaların ise oldukça küçük örneklem sayılarıyla yürütülmüş olduğu görülmüştür. Akdağ (2022), depresif bozukluk tanısı alan ve psikiyatrik tanısı bulunmayan hastalarla yürüttüğü çalışmasında; depresyon şiddeti kontrol edildiği durumda, aktif intihar düşüncesi olan grubun kopukluk-reddedilme şema alanında; duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon, duyguları bastırma, kusurluluk şemalarında; incinmiş, öfkeli, hiddetli, dürtüsel çocuk modlarında; zorba-saldırgan modda; cezalandırıcı ve talepkar ebeveyn modlarında daha yüksek puanlara sahip olduğunu bulgulanmıştır. Aktif intihar düşüncesi olan kişilerin mutlu çocuk modu puanı anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Akbaydar'ın (2022) ergen örnekleminde yürüttüğü araştırmasında intihar düşünceleri ve intihar

girişimi olan grupta, her ikisinin de olmadığı gruba kıyasla tüm şema alanlarında yüksek puanlar saptanmıştır. Bingöl (2022), bipolar bozukluk hastalarında terk edilme ve karamsarlık şemalarının intihar için risk oluşturduğunu; iç içe geçme-bağımlılık, dayanıksızlık ve kendini feda şemalarının ise intihar riskini azalttığını belirtmektedir. Kan Uzel (2020), şizofreni hastalarında intihar girişimi ile başarısızlık şemasını ilişkili bulmuştur.

Terapötik açıdan ele alındığında şema terapi; bilişsel, davranışsal ve duygu odaklı tekniklerin yanısıra sınırlı yeniden ebeveynlik yoluyla erken dönemde yaşanan olumsuzluklar ve karşılanmamış ihtiyaçların neden olduğu şemaların sağaltılmasını hedeflemekte ve doğrudan bunlar üzerine odaklanmaktadır (Farrell vd., 2012). Şemaların, klinik ve psikoterapötik bağlam dışında olumlu sosyal deneyimler gibi sağaltıcı deneyimlerle de değiştirilebileceği bilinmektedir. Olumlu sosyal deneyimler tek başına yeterli olmamakla beraber, bireyin şemalarının etkinleşmesini ve ilgili uyum bozucu başa çıkma şekillerini ketyecek deneyimler; sağlıklı kişilerarası ilişki tecrübeleri mevcut zihinsel temsillerin güncellenmesine, bu sağlıklı ve yeni deneyimlere uyum sağlamak üzere yeni temsillerin yaratılmasına imkan sağlayabilecektir (Pilkington vd., 2021; Young vd., 2003). Bunlara ek olarak, şema kuramı bileşenleri ile intihar olgusu arasındaki bağlantıları; şema terapinin intihar riskine etkisini; koruyucu ve önleyici bir yöntem olarak şema temelli müdahalelerin etkinliğini inceleyen daha fazla araştırmaya ihtiyaç bulunmaktadır. Uluslararası literatürde konuyla alakalı büyüyen bir birikim olmasına karşın, Türkçe literatürün farkedilen kısıtlılığı konunun önemini artırmaktadır.

Bu tez çalışmasının amacı, intihar olasılığında sosyodemografik risk faktörlerinin ve koruyucu faktörlerin belirlenmesi; KİK bileşenleri ve şema terapinin temelinde yer alan erken dönem uyum bozucu şemalar entegre edilerek intihar olasılığında rol oynayan bilişsel yapıların tespit edilmesi; erken dönem uyum bozucu şema alanlarının karşılanamayan kişilerarası ihtiyaçlar, intihar düşüncesi ve intihar olasılığını öngörebilme gücünün ve bunlarla etkileşiminin ortaya çıkarılması ile istatistiki ve kuramsal bulguların yanında klinik çıkarımların elde edilmesidir.

İKİNCİ BÖLÜM

2. YÖNTEM

Araştırma, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulunun 2022-11/05 sayılı kararı ile etik yönden uygun bulunmuştur (Ek 1). Etik kurul onayının ardından derinlemesine literatür taraması ve yazımı, kuramsal arkaplanın, araştırma hipotezlerinin ve modelinin oluşturulması adımları izlenmiştir.

Veri toplama süreci Ağustos 2022-Aralık 2022 arasında tamamlanmıştır. Araştırma, deneysel olmayan nicel desenlerden kesitsel tarama desenine uygun olarak tasarlanmıştır. Tarama deseni, bir popülasyonun bir örneğinin incelenmesi yoluyla, o popülasyondaki eğilim, tutum veya fikirlerin niceliksel veya sayısal olarak betimlenmesini sağlamaktadır. Örneklemden popülasyona genelleme yapmak amacıyla anketler veya yapılandırılmış görüşmeler aracılığıyla gerçekleştirilen kesitsel ve boylamsal çalışmaları kapsar (Fowler, 2008). Araştırmada kesitsel tarama deseni ve amaçlı örnekleme yöntemi çerçevesinde doğrudan bir veri toplama yöntemi olan anket usulü kullanılmıştır. Araştırmanın konusu göz önüne alınarak, özellikle daha önce intihar girişiminde bulunmuş kişilerin tamamen anonim ve yüz yüze doldurulmayan anketler üzerinden özellikle girişimlerine dair bilgi paylaşımlarında daha şeffaf olabilecekleri düşünülmüştür. Bu nedenle anketler, bir çevrimiçi anket portalı olan SurveyMonkey'e yüklenmiştir. İnternetin daha önce intihar girişiminde bulunmuş ve daha önce intihar girişiminde bulunmamış mümkün olduğunca çok sayıda kişiye erişmeyi de hızlandırması ve kolaylaştırması beklenmiştir.

2.1. EVREN VE ÖRNEKLEM

Araştırmanın evreni, daha önce en az bir kez intihar girişiminde bulunmuş ve daha önce intihar girişiminde bulunmamış yetişkinlerdir. Veri toplama süreci sonunda 1269 kişilik örnekleme erişilmiştir. Sosyodemografik değişkenlere ve her ölçüğe kayıp

veri analizi uygulanmıştır. Analiz sonucunda kayıp veri içeren 462 gözlem veri setinden çıkarılmış, araştırma formunun tamamına yanıt veren gözlemler analizlere dahil edilmiştir. Son durumda araştırmanın 807 kişilik örnekleme; daha önce en az bir kez intihar girişiminde bulunmuş 125, bu zamana dek intihar girişiminde bulunmamış 682 katılımcıdan oluşmaktadır.

Katılımcıların 223'ü veri toplama aracının ilk bölümünü oluşturan İntihar Olasılığı Ölçeğinden (İÖÖ) sonrasına yanıt vermemiştir. Bu nedenle mevcut durum analizi, betimleyici istatistikler, ölçekler ve alt boyutlar arası ilişkiler ile gruplar arası farklılıkların incelenmesi kısımlarında, yalnız İÖÖ puanlarına dayanan analizler 807 kişi ile yürütülmüş, İÖÖ ve Young Şema Ölçeği (c) puanlarıyla gerçekleştirilen analizler 584; İÖÖ, YŞÖ, Kişilerarası İhtiyaçlar Anketi (KİA), Edinilmiş İntihar Yeterliliği-Ölüm Korkusuzluğu Ölçeği (EİY-ÖKÖ) ve DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği Erişkin Formu (KBÖ) puanlarıyla gerçekleştirilen analizler 556 kişiyle yürütülmüştür. Tez çalışmasının modellerine dayalı hipotezlerin çalışıldığı analizler 556 kişi ile gerçekleştirilmiştir.

2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada kullanılan veri toplama amaçlı anket altı formdan oluşmaktadır. Formların öncesinde bir bilgilendirme ve onam metniyle katılımcılardan, araştırmaya gönüllü katılım gösterdiklerine ilişkin ve verilerinin bilimsel amaçla kullanılabilmesi amacıyla rıza alınmıştır (Ek 2). Bilgilendirme ve onam metninin başında, çalışmanın aktif intihar düşüncesi veya kendine zarar verme davranışı olan bireyler için tetikleyici olabileceğini belirten ve aktif intihar düşüncesi veya kendine zarar verme eğilimi olan kişilerin en yakın sağlık kuruluşuna başvurmasını öneren bir tetikleyici içerik uyarısına yer verilmiştir. Bilgilendirme ve onam metni araştırmaya dair temel bilgiler ile verilerin toplanma ve kullanım amacına, formun doldurulması esnasında uyulması gereken hususlara yönelik bilgilendirmeleri içermektedir. Katılımcılar metnin sonunda yer alan onay kutucuğunu işaretleyerek araştırmaya devam edebilmiştir.

Araştırma formu, tüm katılımcıların yanıtlaması beklenen 192 sorudan (veya ölçek maddesinden) oluşmaktadır. Bu sorulara ek olarak, bazı sorulara mantık özelliği eklenmiş ve belirlenen yanıtları veren katılımcılara, soruyla ilintili başka bir bilgi ve/veya daha detaylı bilgi almaya yönelik ilave sorular yöneltmiştir.

2.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanmış form toplam 42 sorudan oluşmaktadır. 26 soru tüm katılımcılara yöneliktir. 16 ek soru ise belirli sorulara verilen yanıtlarla bağlantılıdır. Formda çoktan seçmeli (yalnız bir seçeneğin işaretlenebildiği), çoklu seçimli (birden fazla seçeneğin seçilebildiği) ve metin cevaplı (verilen boşluğa cevabın yazıldığı) formatta sorular bulunmaktadır. Sosyodemografik bilgi formu analiz aşamasında kolaylık sağlamak amacıyla sosyodemografik bilgi formu, tıbbi bilgi formu, intihar ve kendine zarar verme davranışı bilgi formu olmak üzere üç alt forma ayrılmıştır.

Sosyodemografik bilgi formunda cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim durumu, aylık gelir, dini inanç, ocuk sayısı gibi bilgilere yönelik sorular mevcuttur. Tıbbi bilgi formunda kronik hastalık, sürekli kullanılan ilaç, psikiyatrik tedavi durumu, alkol ve madde kullanımına ilişkin sorular bulunmaktadır. İntihar ve kendine zarar verme davranışı bilgi formunda ise ailede ya da yakın çevrede intihar ederek yaşamına son veren veya intihar girişiminde bulunan olup olmadığı, intihar düşüncesi, intihar planı, intihar girişimi, kendine zarar verme davranışı ile alakalı sorular yöneltilmektedir. Daha önce intihar girişiminde bulunduğunu belirten katılımcılara bugüne kadar kaç kez girişimde buldukları, girişimin olası nedenleri, tıbbi hasar durumu, nasıl sonuçlandığı gibi konularda hazırlanmış ek sorular sorulmuştur.

Bu kısımlın sonunda, katılımcıyla görüşme yapma isteği belirtilmiştir. İsteyen kişiler ad veya rumuz, telefon numarası ve görüşme şekli tercihlerini (evrimii veya yüz yüze) paylaşmışlardır. Bu yolla, tez konusuyla ilgili olarak gelecekte yapılması hedeflenen nitel araştırmada görüşme yapılacak kişilere de ulaşılması hedeflenmiştir (Ek 3).

2.2.2. İntihar Olasılığı leği (İ)

Yetişkinler ile 14 yaş ve üstü ergenlerde intihar riskini değerlendirmek amacıyla Cull ve Gill (1988) tarafından geliştirilmiş 36 maddeli bir öz-bildirim leğidir. Geliştirildiği tarih itibariyle 750'den fazla bilimsel yayında kullanılmış ve kullanılmaya devam etmektedir. Ölçek, genel popülasyondan rastgele seçilen yetişkin ve ergen örnekleme standardize edilmiştir. Psikiyatrik yks olmayan ve daha önce intihar girişiminde bulunmamış (klinik olmayan) katılımcılar ile yatan psikiyatrik

hastalar (klinik) ve intihar girişiminde bulunanlar karşılaştırılmıştır. Orijinal ölçeğin iç tutarlılığı oldukça yüksektir ($\alpha = 0,93$). Alt boyutların güvenirlik katsayıları 0,62 ile 0,89 arasında değişmekte ve yeterli güvenirlik aralığında bulunmaktadır. Orijinal ölçek intihar düşüncesi, umutsuzluk, olumsuz kendilik değerlendirmesi ve düşmanlık olmak üzere 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 36-144 aralığındadır. Hem alt boyutlar hem de ölçeğin tümü için ağırlıklı puan ve standardize t puanı olmak üzere iki puan türü elde edilmektedir. Elde edilen t puanı, el kitabında yer alan tablo ile karşılaştırılarak genel toplam puan ve alt boyut toplam puanları için olasılık puanı bulunmaktadır. Bu olasılık puanı, kişinin intihar girişiminde bulunup bulunmayacağını değil, kişinin ne büyüklükte bir olasılıkla öldürücü intihar girişiminde bulunabileceğini göstermektedir. Ölçek el kitabında olasılık puanları için aralıklar da belirtilmiştir:

0-24 – Normal düzey: Klinik düzeyde olmayan intihar olasılığını ifade eder. Rutin izlem, destekleyici müdahaleler ve eşlik eden başka bir klinik durum yoksa zaman içinde takibi önerilmektedir.

25-40 – Hafif düzey: İntihar düşüncesi olmaksızın depresyon belirtisi olabileceği belirtilmektedir. Klinik görüşme, ayaktan ve arttırılmış psikoterapi desteği, yakınlarıyla iletişim kurulması, gerekli görülüyorsa farmakoterapi önerilmektedir.

50-74 – Orta düzey: Aşırı olmayan fakat ciddi intihar olasılığını ifade eder. İleri gözlem için hastane yatışı veya yoğun çevre desteği ile ayaktan izlem ve zorunlu farmakoterapi önerilmektedir.

75-100 – Şiddetli düzey: Yüksek intihar olasılığı bulunduğunu ifade eder. Acil hastane yatışı, birebir takip ve zorunlu farmakoterapi gerekmektedir (akt. Atlı, 2007; Cull ve Gill, 1988).

Ölçek ilk kez Eskin (1993) tarafından Türkçe'ye çevrilerek Türk örneklemine uyarlanmıştır. Uyarlama, klinik olmayan 41 kişilik kısıtlı bir örnekleme gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin iki maddesi ergenlerle kullanıma uygunluk gözetilerek kısmen değiştirilmiş, orijinal ölçekteki faktörlerin korunduğu görülmüştür. Uyarlanmış ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,89'dur. Alt boyutların iç tutarlılık katsayıları 0,57 ile 0,80 arasındadır. Ölçek yaklaşık 7 hafta arayla alınan test-tekrar test ölçümü ile sınınmış ve 0,95'lik güvenirlik katsayısı elde edilmiştir. Bu sonuçlarla, ölçek geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olarak kullanıma sunulmuştur.

Ölçeğin klinik olmayan örnekleme bir diğer Türkçe uyarlaması yeniden çevrilmesini de içerecek şekilde Tuğcu (1996) tarafından yapılmıştır. 100 kişilik örnekleme yapılan analizler sonucunda toplam puan için iç tutarlılık katsayısının 0,87, test-tekrar test güvenilirlik katsayısının 0,98 olduğu görülmüştür.

Ölçeğin klinik örnekleme uyarlanması Atlı ve diğerleri (2007; 2009) tarafından gerçekleştirilmiştir. Uyarlamada Eskin'in (1993) çevirisi kullanılmıştır. 217 klinik, 211 klinik olmayan kişiden oluşan toplam 428 kişi ile gerçekleştirilen uyarlama sonucunda toplam puanın iç tutarlılık katsayısı 0,89 olarak, alt boyutların iç tutarlılık katsayısı ise 0,70-0,89 arasında bulunmuştur. Ölçeğin güvenilirliği ikiye bölme yöntemiyle test edilmiş, ilk yarı için 0,81, ikinci yarı için 0,85 güvenilirlik katsayısı hesaplanmıştır. Çalışmada, Cull ve Gill (1988) tarafından belirtilen puan aralıkları Amerikan toplumuna yönelik olması gerekçesiyle kullanılmamıştır. Bunun yerine, psikiyatrik tanıları kişilerde ve tüm örnekleme için intihar olasılığı değerlendirilmesi ve intihar riski taşıyan kişilerin belirlenmesi amacıyla en uygun kesme noktasının 110 puan olduğu tespit edilmiştir. Her iki çalışmadan elde edilen sonuçlar, ölçeğin hem klinik olmayan hem de klinik örnekleme için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olarak kullanılabilmesini göstermiştir.

Ölçek, Hisli Şahin ve Durak Batıgün (2000) tarafından tekrar çalışılmıştır. Orijinal formda yer alan kimi maddelerin doğrudan intihar düşüncesi uyandırabileceği, rahatsızlık verebileceği ve kişileri olumsuz etkileyebileceği düşünülerek ifadelerde değişikliğe gidilmiştir (Örneğin, "İntihar etmeyi düşünüyorum" maddesi yerine "İntihar etmeyi hiç düşünmedim"; "Böyle yaşamaktansa ölmenin daha az acı verici bir şey olduğunu düşünüyorum" yerine "Yaşananlar ne kadar kötü olursa olsun, ölümü düşündürecek kadar kötü olamayacağını düşünüyorum"). Ölçeğin anlaşılabilirliğini arttırmak amacıyla bazı maddelerin çevirileri güncellenmiş ve tüm maddelerin kişiyi ne derece tanımladığı sorulmuştur. Bu yolla ölçeğin puanlaması, ifadeleri, ters madde düzeni yeniden yapılandırılmıştır. 133 kişilik kısıtlı bir örnekleme gerçekleştirilen bu güncelleme bir rapor haline getirilse de yayınlanmadığı bilinmektedir. Bunun yanında, güncellenen formun kullanıldığı çalışmalar, ölçeğin ilk Türkçe uyarlamasında yer alan faktör yapısının doğrulanamadığını göstermiştir.

İÖÖ'nun psikometrik altyapısını tekrar gözden geçirmek amacıyla Durak Batıgün ve Hisli Şahin (2018) tekrar bir araştırma yürütmüştür. Toplam 1295 kişilik

örnekleme yürütülen araştırmada 2000 yılında yeniden yapılandırılan form kullanılmıştır. Yapılan açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri sonucunda, ölçeğin sosyal destek/benlik algısı, öfke/düşmanlık, umutsuzluk/yalnızlık ve intihar düşüncesi olmak üzere dört faktörden oluştuğu görülmüştür. Faktör yapısına uymayan 5. ve 19. maddeler ölçekten çıkarılmıştır. 34 maddeden oluşan Türkçe versiyonun iç tutarlılık katsayısı alt boyutlar için 0,71-0,87 arasındadır. Yarıya bölme güvenirliliği katsayısı ise 0,81 olarak bulunmuştur.

Bu araştırmada ölçeğin Durak Batıgün ve Hisli şahin (2018) tarafından güncellenen versiyonu kullanılmıştır (Ek 4). Ölçek maddelerinin alt boyutlara dağılımı ve ters yönlü maddeler Tablo 1’de verilmiştir. Ölçeğin tümü için hesaplanan iç tutarlılık katsayısı 0,93’tür. Alt boyutların iç tutarlılık katsayısı ise 0,68-0,93 arasında değişmektedir.

Tablo 1. İÖO Alt Boyutları ve Madde Dağılımı

| Alt boyutlar | Maddeler |
|-----------------------------|--|
| Sosyal destek-benlik algısı | 2*, 6*, 10*, 11*, 15, 17, 18*, 22*, 23, 26*, 27*, 29, 35*, 36* |
| Öfke-dürtüsellik | 1, 3, 4, 8, 13, 34 |
| Umutsuzluk-yalnızlık | 9, 12, 14, 16, 28, 31, 33 |
| İntihar düşüncesi | 7*, 20*, 21*, 24*, 25*, 30*, 32* |

5. ve 19. maddeler faktör analizleri sonrasında uyarlayıcılar tarafından ölçekten çıkarılmıştır.

* işaretli maddeler ters puanlanmaktadır.

2.2.3. Young şema Ölçeği (YşÖ)

Young (1999) tarafından, şema kuramı ekseninde erken dönem uyumsuz şemaları değerlendirmeye yönelik olarak önce uzun (YSQ-L), daha sonra kısa (YSQ-SF) formlu, likert tipi bir öz bildirim ölçeği şeklinde geliştirilmiştir (Young ve Brown, 1994; Young vd., 2003). Ölçek, karşılanmayan erken dönem ihtiyaçları birer alt boyut olarak, beş üst düzey şema alanı altında kategorize etmektedir. Ölçeğin ilk geliştirilen versiyonu 205 madde ve 16 alt boyuttan oluşmaktadır. Güncel uzun versiyon olan YSQ-L3 ise 232 madde ve 18 alt boyutludur.

Alt boyut başına düşen maddeler arasından en yüksek faktör yükü yüklenen beş madde seçilerek geliştirilen YSQ-SF, ilk versiyonunda 75 madde ile 15 alt boyuta dair ölçüm vermekteydi (Lee vd., 1999; Schmidt vd., 1995). Güncel kısa versiyon olan YSQ-SF3 ise 90 madde ve 18 alt boyuta ait sonuç vermektir (Young vd., 2003).

Bu araştırmada ölçeğin güncel kısa versiyonu kullanılmıştır (Ek 5). Formun Türkçe çevirisi ve geçerlik-güvenirlik çalışmaları Soygüt ve diğerleri (2009) tarafından tamamlanmıştır. 1071 kişilik örnekleme yürütölen uyarılama sonucunda yorumlanabilir aralıktta 5 üst düzey şema alanında toplanan 14 alt boyut tespit edilmiş, teorik olarak önerilenlerden farklı faktör yapıları oluşturulmuştur. Ölçeğin alt boyutlarının iç tutarlılığı orta seviye olarak değerlendirilmekte, Cronbach alfa katsayıları 0,53-0,81 arasında değişmektedir. Test-tekrar test güvenirliği katsayısı (r) alt boyutlar için 0,66-0,82; üst düzey şema alanları için ise 0,66-0,83 arasındadır. Araştırma ve klinik amaçlı kullanıma uygun geçerlik-güvenirlik düzeylerine sahip ölçeğin üst düzey şema alanları, alt boyutları ve maddelerin dağılımı Tablo 2’de sunulmuştur. Bu araştırmada ölçeğin tümü için hesaplanan iç tutarlılık katsayısı 0,97’dir. şema alanlarının iç tutarlılık katsayıları 0,94-0,76 arasında, şema alt boyutları için ise 0,73-0,91 arasındadır.

Tablo 2. YşÖ şema Alanları, Alt Boyutları ve Madde Dağılımı

| şema alanları | Alt boyutlar | Maddeler |
|------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| | İ içe geçme-bağımlılık | 7, 9, 10, 25, 63, 64, 79, 81, 82 |
| | Terk edilme | 2, 20, 28, 38, 74 |
| Zedelenmiş otonomi | Başarısızlık | 6, 24, 33, 42, 60, 78 |
| | Karamsarlık | 8, 17, 26, 35, 80 |
| | Tehditler karşısında dayanıksızlık | 21, 39, 44, 62, 71 |
| | Duygusal yoksunluk | 1, 19, 37, 55, 73 |
| Kopukluk | Duyguları bastırma | 12, 30, 48, 66, 84 |
| | Sosyal izolasyon-güvensizlik | 3, 4, 40, 57, 58, 75, 76 |
| | Kusurluluk | 23, 41, 43, 59, 77, 90 |
| Yüksek standartlar | Yüksek standartlar | 13, 14, 31 |
| | Onay arayıcılık | 16, 34, 52, 56, 70, 88 |
| Zedelenmiş sınırlar | Ayrıcalıklılık-yetersiz öz denetim | 15, 22, 32, 50, 51, 68, 69 |
| Başkaları yönelimlilik | Kendini feda | 11, 29, 47, 65, 83 |
| | Cezalandırılma | 18, 49, 53, 54, 72, 89 |

2.2.4. Kişilerarası İhtiyaçlar Anketi (KİA)

Kişilerarası intihar kuramı bileşenlerinden engellenmiş aidiyet ve yük olma algısını ölçmek amacıyla Joiner ve diğerleri (2009) tarafından, intihar riski için kurama dayalı bir değerlendirme yapmak amacıyla, klinisyenlerce kullanılmak üzere

geliştirilmiştir. Ölçeğin orijinali 25 maddelidir (Joiner vd., 2009). 10, 12, 15 ve 18 maddeli versiyonları üzerine de çalışmalar yapılmıştır (Bryan, 2011; Van Orden vd., 2012; Van Orden vd., 2008; Van Orden vd., 2005). Psikometrik açıdan en iyi değerlere sahip olan versiyonların 10 ve 15 maddeli formlar olduğu belirtilmektedir (Hill vd., 2015).

Ölçeğin 15 maddeli formu, Van Orden ve diğerleri (2012) tarafından orijinal formun kapsamlı psikometrik analizlerinin yapılması sonrasında oluşturulmuştur. 10 maddeli form ise intihara meyilli askeri personelin tespiti için yine orijinal formun yeniden çalışılması ile elde edilmiştir (Bryan, 2011). Ölçeğin tüm versiyonlarında kişiden, ölçek maddesinin kendisi için son zamanlarda ne derece doğru olduğunu derecelendirmesi istenmektedir. Yüksek puanlar, daha yüksek düzeyde engellenmiş aidiyet ve yük olma algısını göstermektedir.

Bu araştırmada ölçeğin 10 maddeli formu kullanılmıştır (Ek 6). 10 maddeli formun alt boyutları için iç tutarlılık katsayıları yük olma algısı için 0,80; engellenmiş aidiyet için 0,85'tir. Formun Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışmaları Eskin ve diğerleri (2020) tarafından 409 kişilik örneklem kullanılarak tamamlanmıştır. Türkçe formun iç tutarlılık katsayıları yük olma algısı boyutu için 0,90; engellenmiş aidiyet boyutu için 0,79'dur. Yük olma algısı boyutunun test-tekrar test güvenilirlik katsayısı (r) 0,72; engellenmiş aidiyet alt boyutunun ise 0,65'tir. Psikometrik açıdan da Türk örnekleminde kullanılması uygun olan ölçeğin alt boyutları ve madde dağılımı Tablo 3'te görülmektedir.

Ölçek makalesinde ve kullanım izni esnasında edinilen ölçek formunda ters puanlanan bir madde olmadığı görülmektedir. Bu şekilde iç tutarlılık katsayısı hesaplandığında 0,63 değeri elde edilmiştir. Faktör yapısı kontrol edildiğinde ise uyarılama çalışmasında bahsedilen faktör değerlerinin elde edilemediği görülmüştür. Ölçeğin orijinal versiyonunda ise 6., 7. ve 10. maddeler ters puanlanmaktadır (Bryan, 2011). Bu maddelerin Türkçe çevirilerinde de anlam ve ölçek sonucu yönünden ters puanlanmaları gerektiği tespit edilmiştir. Düzeltme yapılarak faktör analizi tekrarlanmıştır. Bu haliyle, ölçeğin tümü için hesaplanan iç tutarlılık katsayısı 0,91'dir. Algılanan yük olma alt boyutu için 0,93, engellenmiş aidiyet alt boyutu için 0,84 iç tutarlılık katsayısı hesaplanmıştır.

Tablo 3. KİA Alt Boyutları ve Madde Dağılımı

| Alt boyutlar | Maddeler |
|---------------------|-------------------|
| Algılanan yük olma | 1, 2, 3, 4, 5 |
| Engellenmiş aidiyet | 6*, 7*, 8, 9, 10* |

* Ters yönlü maddeleri göstermektedir.

2.2.5. Edinilmiş İntihar Yeterliliği-Ölüm Korkusuzluğu Ölçeği (EİY-ÖKÖ)

Kişilerarası intihar kuramı bileşenlerinden edinilmiş intihar yeterliliğini ölçmek amacıyla, ilk olarak Van Orden ve diğerleri (2008) tarafından “Edinilmiş İntihar Yeterliliği Ölçeği” adıyla üretilmiştir. Bu halde psikometrik temeli zayıf olan ölçeğin geniş psikometrik çalışmaları Ribeiro ve diğerleri (2014) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin ilk hali 20 madde olmasına rağmen, yürütülen faktör analizi sonucunda 7 maddeden oluşan tek boyutlu bir yapı desteklenmiştir. Maddelerin tamamı ölüm korkusuzluğu duygusunu yansıttığından ölçeğin adı “Edinilmiş İntihar Yeterliliği-Ölüm Korkusuzluğu Ölçeği” olarak değiştirilmiştir. Ölçekten alınan yüksek puanlar daha yüksek korkusuzluk seviyesini göstermektedir. Ölçek için üç farklı örnekleme hesaplanan iç tutarlılık katsayıları 0,83-0,77 arasındadır.

Ölçeğin Türk örnekleme uyarlanması Eskin ve diğerleri (2020) tarafından gerçekleştirilmiştir. Uyarlama çalışmasında da 7 maddeli tek boyutlu yapı doğrulanmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,85; test-tekrar test güvenilirlik katsayısı (r) 0,73 olarak hesaplanmıştır. Türk örnekleminde geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olarak kullanıma sunulan ölçeğin makalesinde ve formunda ters yönlü puanlanan bir madde bulunmadığı görülmektedir.

Bu araştırma esnasında ölçeğin iç tutarlılık katsayısı hesaplandığında -0,04 değerinde Cronbach alfa katsayısı elde edilmiştir. İç tutarlılık katsayısının negatif oluşu nedeniyle ölçeğin faktör yapısı incelenmiştir. İnceleme sonucunda 2, 4 ve 7. maddelerin negatif yüklü olduğu görülmüş, maddeler ters puanlanarak yeniden faktör analizine tabi tutulmuştur. Bu haliyle, tek faktörlü ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,86 olarak hesaplanmıştır (Ek 7).

2.2.6. DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği Erişkin Formu (KBÖ-EF)

Tanı kategorilerini işlevselleştirilmiş ölçütlerle birbirinden ayıran DSM, her ne kadar psikiyatri alanının ortak bir klinik ve araştırma diline sahip olmasını sağlasa da aynı kategorizasyon sistemi üzerinden eleştirilmektedir. Psikopatoloji, beyin patofizyolojisi, nörobiyoloji, genetik ve çevresel etkenlere dair araştırmalarda büyük ilerlemeler kaydedilmesine rağmen, DSM'deki tanı kategorilerinin ve içeriklerinin geçerliliğinin henüz kanıtlanmadığı bilinmektedir. Bir psikopatolojinin sağaltımına yönelik tedavilerin, diğer psikopatolojilerin tedavisinde de etkili olduğu; kategorik tanı sisteminin, psikopatolojilerin kaynağına yönelik araştırmaları sınırladığı; klinik ve tanısal kapsamları aşan eş tanıli belirti ve kategorik tanılama sistemi nedeniyle bu belirtilerin gözden kaçırıldığı eleştirileri üzerine, kesişen belirtileri ölçmeye yönelik bir araç ihtiyacı doğmuştur (Helzer vd., 2008).

Eleştiri ve ihtiyaçlar üzerine geliştirilen birinci düzey kesitsel belirti ölçekleri kesitsel semptom değerlendirme yetişkin, ebeveyn ve çocuk formu olmak üzere üç ayrı form ve iki düzey şeklinde tasarlanmıştır. Birinci düzeydeki sorular, kişinin sahip olduğu belirtilerde zaman içinde oluşan değişimi izlemek, belirli bir bozukluk üzerine ek araştırma ve ileri değerlendirme gerekliliğini tespit etmek üzere son iki haftadaki belirtilerin sıklığının ölçülmesine; ikinci düzeydeki sorular ise herhangi bir birinci düzey belirtiyeye eşik ve eşik üstü değerlerde cevap veren katılımcılardaki belirli belirti kümelerinin daha ayrıntılı değerlendirmesine yöneliktir (Narrow vd., 2013).

Bu çalışmada ölçeğin erişkin formu (KBÖ-EF) kullanılmıştır (Ek 8). KBÖ-EF öz bildirim dayalı beşli Likert formatında 23 soru ile 13 belirti kümesine ait ölçüm vermektedir. Orijinal formdaki belirti kümeleri için test-tekrar test güvenilirlik katsayıları (r) 0,97-0,53 arasındadır (Narrow vd., 2013). Ölçeğin Türkçe uyarlaması Çökmüş ve diğerleri tarafından (2017) yapılmıştır. İç tutarlılık katsayısı 0,94, psikoz ve intihar düşüncesi alt boyutları hariç test-tekrar test güvenilirlik katsayıları (r) 0,91-0,40 arasındadır. Ölçeğin orijinal madde ve alt boyut yapısı korunmakla beraber, faktör analizi sonucunda nevroz, psikoz ve madde kullanımı alanları oluşturulmuştur. Üç faktörlü yapının, psikiyatrik hasta olan ve sağlıklı kişileri ayırt etme ile farklı bozukluk gruplarını ayırmada başarılı olduğu belirtilmektedir. Ölçeğin alt boyutları, madde dağılımı ve değerlendirme ölçütleri Tablo 4'te yer almaktadır. Bu çalışmada ölçeğin

tümü için hesaplanan iç tutarlılık katsayısı 0,90 olup belirti alanlarının Cronbach alfa değerleri 0,44-0,90 arasında değişmektedir.

Tablo 4. KBÖ-EF Belirti Alanları, Değerlendirme Ölçütleri ve Madde Dağılımı

| Belirti alanı | Değerlendirme ölçütü | Maddeler |
|------------------------------------|---------------------------------------|------------|
| Depresyon | Orta (2) veya daha şiddetli değerler | 1, 2 |
| Öfke | Orta (2) veya daha şiddetli değerler | 3 |
| Mani | Orta (2) veya daha şiddetli değerler | 4, 5 |
| Anksiyete | Orta (2) veya daha şiddetli değerler | 6, 7, 8 |
| Somatik belirtiler | Orta (2) veya daha şiddetli değerler | 9, 10 |
| İntihar düşüncesi | Hafif (1) veya daha şiddetli değerler | 11 |
| Psikoz | Hafif (1) veya daha şiddetli değerler | 12, 13 |
| Uyku sorunları | Orta (2) veya daha şiddetli değerler | 14 |
| Hafıza | Orta (2) veya daha şiddetli değerler | 15 |
| Tekrarlayan düşünce ve davranışlar | Orta (2) veya daha şiddetli değerler | 16, 17 |
| Disosiyasyon | Orta (2) veya daha şiddetli değerler | 18 |
| Kişilik | Orta (2) veya daha şiddetli değerler | 19, 20 |
| Madde kullanımı | Hafif (1) veya daha şiddetli değerler | 21, 22, 23 |

2.3. VERİLERİN ANALİZİ

Toplanan veriler SPSS 25 kullanılarak incelenmiş ve düzenlenmiştir. Kayıp, hatalı, gelişigüzel doldurulduğu tespit edilen ve mükerrer veriler çıkartılmıştır. Veri dosyası içindeki biçimsel ve teknik düzenlemeler yapıldıktan sonra ölçeklerdeki ters maddeler yeniden puanlanmış ve sonrasında hem alt boyutlar hem de ölçeklerin geneli için toplam puanlar hesaplanmıştır. Ölçeklerin ve alt boyutların iç tutarlılık katsayısı hesaplanırken gerekli görülen noktalarda faktör yapıları da kontrol edilmiştir. Veriler SPSS 25. sürümü ve PROCESS 4.2 makrosu kullanılarak analiz edilmiştir.

Analizlerin ilk bölümü, örneklemden elde edilen ön bulgulardan oluşmaktadır. Bu bölümde tanımlayıcı ve betimleyici istatistiksel analizlerden, çoklu yanıt analizinden ve ki-kare bağımsızlık testinden yararlanılmıştır. Sosyodemografik değişkenler, tıbbi değişkenler ve intihar olgusuna ilişkin değişkenler ile çeşitli örneklem gruplarının mevcut durum analizinin yapılması amaçlanmıştır.

İkinci bölümde, ölçeklerin genel ve alt boyut toplam puanlarının betimleyici istatistik değerleri hesaplanmıştır. Ölçeklerin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları hesaplanmış ve çarpıklık-basıklık değerleri kullanılarak normallik varsayımlarına

uygunlukları incelenmiştir. Elde edilen Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları Veri Toplama Araçları başlığında her ölçek için belirtilmiştir. Çarpıklık basıklık değerlerinin standart hatalarına bölümünden elde edilen değer ölçeklerin büyük çoğunluğunda ± 3 arasında olduğu görülmüştür. Özellikle intiharla alakalı kuramsal değişkenlerde uç ve ± 3 'ü aşan çarpıklık-basıklık değerleri söz konusu olmakla beraber, teorik açıdan intihar olgusunda normallik varsayımının karşılanması beklenmemektedir. Ek olarak merkezi limit teoremi, örneklem büyüklüğünün 100 veya daha fazla gözleme sahip olduğu durumlarda normallik ihlalinin önemli bir sorun olmadığını, ortalamanın veriyi temsil eden değer olarak kullanılabilir ve karşılaştırılabilir olduğunu, teorik dağılımın normal olacağını belirtmektedir (Altman ve Bland, 1995; Mishra vd., 2019).

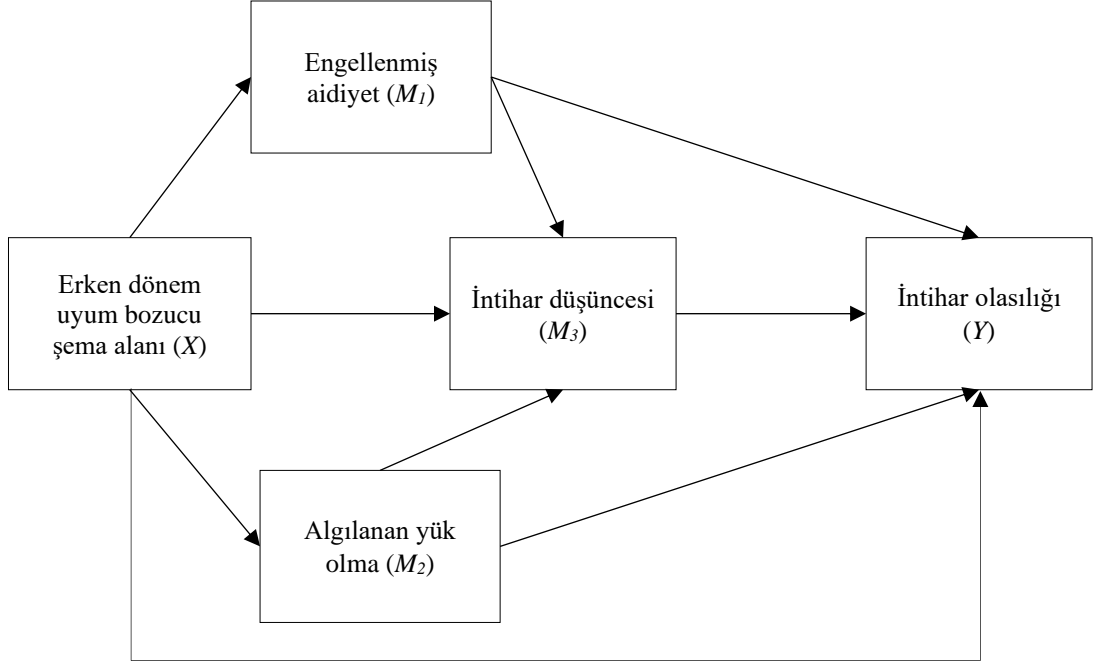
Üçüncü bölümde, ölçekler ve alt boyutlar arasında ilişki olup olmadığı korelasyon analizi kullanılarak incelenmiştir.

Dördüncü bölümde, araştırmanın bağımlı değişkeni olan intihar olasılığında farklılık gözlenmesi muhtemel sosyodemografik kategorik değişkenlere (cinsiyet, medeni durum, birlikte-yalnız yaşama, çocuk sahibi olma, başkasına bakım verme, dini inanç, kronik hastalık, ailede veya çevrede intihar, kendine zarar verme) ait İÖO puan ortalamaları Mann Whitney U testi kullanılarak incelenmiştir. Daha önce intihar girişiminde bulunmuş ve intihar girişiminde bulunmamış grupların YŞÖ şema alanları, KİA alt boyutları ve geneli, EİY-ÖKÖ geneli toplam puan ortalamaları Mann Whitney U testi kullanılarak analiz edilmiştir. Aynı gruplar, farklılık saptanan şema alanlarında yer alan YŞÖ alt boyutlarının toplam puan ortalamaları açısından da kıyaslanmıştır. Bu bölümde, gruplar arası farklılıkların testi aşamasında çeşitli kategorilerde gözlem sayılarının eşit ya da yakın olmamasından ötürü parametrik olmayan test kullanımı tercih edilmiştir.

Beşinci ve son kısımda, tez çalışmasının kuramsal amacına dayalı beş model kurulmuştur. Amaç, Kişilerarası İntihar Kuramının kişilerarası ihtiyaçlar bileşenlerini erken dönem uyum bozucu şema alanları ve intihar düşüncesi değişkenleriyle bir araya getirerek, intihar olasılığını yordayabilecek bir model önerisinde bulunmaktadır. Önerilen modeller PROCESS makrosunda, Hayes'in (2013, 2022) Model 80 diyagramı üzerinden, 10000 gözlemlili bootstrap metoduyla %95 güven aralığında çoklu dolaylı etki (çoklu aracılık) modeli kullanılarak çalışılmıştır (Model 1).

2.4. MODEL VE HİPOTEZLER

Tez çalışmasında test edilen model aşağıda sunulmuştur (Model 1).



Model 1. Erken Dönem Uyum Bozucu Şema Alanları ve İntihar Olasılığı Arasındaki İlişkide Engellenmiş Aidiyet, Algılanan Yük Olma ve İntihar Düşüncesinin Aracılık Rolü

- 1) Katılımcıların intihar olasılığı toplam puanları sosyodemografik değişkenler açısından farklılık göstermektedir.
- 2) Daha önce intihar girişiminde bulunmuş ve bulunmamış kişilerin YŞÖ şema alanları ve şemalar, KİA, EİY-ÖKÖ toplam puanları farklılık göstermektedir.
- 3) Araştırmanın 3 numaralı hipotezleri zedelenmiş otonomi şema alanına dayalı model doğrultusunda oluşturulmuş ve test edilmiştir:
 - 3.1. Zedelenmiş otonomi algılanan yük olmayı pozitif yönde yordamaktadır.
 - 3.2. Zedelenmiş otonomi engellenmiş aidiyeti pozitif yönde yordamaktadır.

- 3.3. Zedelenmiş otonomi intihar düşüncesini pozitif yönde yordamaktadır.
 - 3.4. Zedelenmiş otonomi, algılanan yük olma ve engellenmiş aidiyet intihar düşüncesini pozitif yönde yordamaktadır.
 - 3.5. Zedelenmiş otonomi, algılanan yük olma, engellenmiş aidiyet ve intihar düşüncesi intihar olasılığını pozitif yönde yordamaktadır.
 - 3.6. Zedelenmiş otonomi intihar olasılığını pozitif yönde yordamaktadır.
 - 3.7. Zedelenmiş otonomi ve intihar olasılığı arasındaki ilişkide engellenmiş aidiyet ve algılanan yük olmanın aracı rolü vardır.
 - 3.8. Zedelenmiş otonomi ve intihar olasılığı arasındaki ilişkide engellenmiş aidiyet ve intihar düşüncesi ile algılanan yük olma ve intihar düşüncesinin aracı rolü vardır.
- 4) Araştırmanın 4 numaralı hipotezleri kopukluk şema alanına dayalı model doğrultusunda oluşturulmuş ve test edilmiştir:
- 4.1. Kopukluk algılanan yük olmayı pozitif yönde yordamaktadır.
 - 4.2. Kopukluk engellenmiş aidiyeti pozitif yönde yordamaktadır.
 - 4.3. Kopukluk intihar düşüncesini pozitif yönde yordamaktadır.
 - 4.4. Kopukluk, algılanan yük olma ve engellenmiş aidiyet intihar düşüncesini pozitif yönde yordamaktadır.
 - 4.5. Kopukluk, algılanan yük olma, engellenmiş aidiyet ve intihar düşüncesi intihar olasılığını pozitif yönde yordamaktadır.
 - 4.6. Kopukluk intihar olasılığını pozitif yönde yordamaktadır.
 - 4.7. Kopukluk ve intihar olasılığı arasındaki ilişkide engellenmiş aidiyet ve algılanan yük olmanın aracı rolü vardır.
 - 4.8. Kopukluk ve intihar olasılığı arasındaki ilişkide engellenmiş aidiyet ve intihar düşüncesi ile algılanan yük olma ve intihar düşüncesinin aracı rolü vardır.
- 5) Araştırmanın 5 numaralı hipotezleri yüksek standartlar şema alanına dayalı model doğrultusunda oluşturulmuş ve test edilmiştir:

- 5.1. Yüksek standartlar algılanan yük olmayı pozitif yönde yordamaktadır.
 - 5.2. Yüksek standartlar engellenmiş aidiyeti pozitif yönde yordamaktadır.
 - 5.3. Yüksek standartlar intihar düşüncesini pozitif yönde yordamaktadır.
 - 5.4. Yüksek standartlar, algılanan yük olma ve engellenmiş aidiyet intihar düşüncesini pozitif yönde yordamaktadır.
 - 5.5. Yüksek standartlar, algılanan yük olma, engellenmiş aidiyet ve intihar düşüncesi intihar olasılığını pozitif yönde yordamaktadır.
 - 5.6. Yüksek standartlar intihar olasılığını pozitif yönde yordamaktadır.
 - 5.7. Yüksek standartlar ve intihar olasılığı arasındaki ilişkide engellenmiş aidiyet ve algılanan yük olmanın aracı rolü vardır.
 - 5.8. Yüksek standartlar ve intihar olasılığı arasındaki ilişkide engellenmiş aidiyet ve intihar düşüncesi ile algılanan yük olma ve intihar düşüncesinin aracı rolü vardır.
- 6) Araştırmanın 6 numaralı hipotezleri zedelenmiş sınırlar şema alanına dayalı model doğrultusunda oluşturulmuş ve test edilmiştir:
- 6.1. Zedelenmiş sınırlar algılanan yük olmayı pozitif yönde yordamaktadır.
 - 6.2. Zedelenmiş sınırlar engellenmiş aidiyeti pozitif yönde yordamaktadır.
 - 6.3. Zedelenmiş sınırlar intihar düşüncesini pozitif yönde yordamaktadır.
 - 6.4. Zedelenmiş sınırlar, algılanan yük olma ve engellenmiş aidiyet intihar düşüncesini pozitif yönde yordamaktadır.
 - 6.5. Zedelenmiş sınırlar, algılanan yük olma, engellenmiş aidiyet ve intihar düşüncesi intihar olasılığını pozitif yönde yordamaktadır.
 - 6.6. Zedelenmiş sınırlar intihar olasılığını pozitif yönde yordamaktadır.
 - 6.7. Zedelenmiş sınırlar ve intihar olasılığı arasındaki ilişkide engellenmiş aidiyet ve algılanan yük olmanın aracı rolü vardır.

6.8. Zedelenmiş sınırlar ve intihar olasılığı arasındaki ilişkide engellenmiş aidiyet ve intihar düşüncesi ile algılanan yük olma ve intihar düşüncesinin aracı rolü vardır.

7) Araştırmanın 7 numaralı hipotezleri başkaları yönelimlilik şema alanına dayalı model doğrultusunda oluşturulmuş ve test edilmiştir:

7.1. Başkaları yönelimlilik algılanan yük olmayı pozitif yönde yordamaktadır.

7.2. Başkaları yönelimlilik engellenmiş aidiyeti pozitif yönde yordamaktadır.

7.3. Başkaları yönelimlilik intihar düşüncesini pozitif yönde yordamaktadır.

7.4. Başkaları yönelimlilik, algılanan yük olma ve engellenmiş aidiyet intihar düşüncesini pozitif yönde yordamaktadır.

7.5. Başkaları yönelimlilik, algılanan yük olma, engellenmiş aidiyet ve intihar düşüncesi intihar olasılığını pozitif yönde yordamaktadır.

7.6. Başkaları yönelimlilik intihar olasılığını pozitif yönde yordamaktadır.

7.7. Başkaları yönelimlilik ve intihar olasılığı arasındaki ilişkide engellenmiş aidiyet ve algılanan yük olmanın aracı rolü vardır.

7.8. Başkaları yönelimlilik ve intihar olasılığı arasındaki ilişkide engellenmiş aidiyet ve intihar düşüncesi ile algılanan yük olma ve intihar düşüncesinin aracı rolü vardır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. BULGULAR

3.1. MEVCUT DURUM ANALİZİ

3.1.1. Sosyodemografik Değişkenler

Sosyodemografik değişkenlerin frekans ve yüzde dağılımları frekans analizi ve tanımlayıcı istatistikler kullanılarak incelenmiştir. Katılımcıların 548'i (%67,9) kadın, 259'u (%32,1) erkektir. Medeni durum değişkeni evli, bekar, boşanmış ve eşi vefat etmiş kategorilerinden oluşmaktadır. Boşanmış ve eşi vefat etmiş kişilerin sayısı ve oranı çok düşük olduğundan bekar kategorisi ile birleştirilmiştir. Bu halde, katılımcıların 180'i (%22,3) evli, 627'si (%77,7) bekarıdır. Eğitim durumu değişkeni okula gitmemiş fakat okuma yazma biliyor, ilkokul, ortaokul, lise, lisans, yüksek lisans, doktora kategorilerini kapsamaktadır. Okula gitmemiş fakat okuma yazma biliyor, ilkokul ve ortaokul kategorilerindeki frekans sayısı ve yüzdeleri oldukça düşük olduğundan ilköğretim kategorisi altında toplanmıştır. Katılımcıların 10'u (%1,2) ilköğretim, 288'i (%35,7) lise, 307'si (%38,0) lisans, 122'si (%15,1) yüksek lisans, 80'i (%9,9) ise doktora mezunudur (Tablo 5). Katılımcıların yaşları 17-87 arasındadır ($\bar{x} = 28,83$; $SS = 9,95$) (Tablo 6).

Katılımcıların 463'ü (%57,4) büyükşehir/metropolde, 179'u (%22,2) şehirde, 111'i (%13,8) ilçe/kasabada, 54'ü (%6,7) köyde doğmuştur. 570 (%70,6) katılımcı büyükşehir/metropolde, 151 (%18,7) katılımcı şehirde, 76 (%9,4) katılımcı ilçe/kasabada, 10 (%1,2) katılımcı ise köyde yaşamaktadır. Katılımcıların 617'si (%76,5) anne, baba ve varsa kardeşten oluşan çekirdek ailede, 187'si (%23,2) anne, baba, büyükanne, büyükbaba, teyze, amca gibi akrabalarından oluşan geniş ailede, 3'ü (%0,4) ise yalnız veya devlet koruması altında büyüdüğünü belirtmiştir. (Tablo 5). Ailesiyle (anne, baba, kardeşler, akrabalar veya eş, çocuklar ile) birlikte yaşayan 623 (%77,2), partneriyle birlikte yaşayan 31 (%3,8), arkadaşıyla yaşayan 37 (%4,6) ve yalnız yaşayan 116 (%14,4) katılımcı vardır. 99 (%12,3) katılımcı çocuk dışında başka kişilere de bakım verdiğini, 708 (%87,7) katılımcı ise başka birine bakım verme durumunun olmadığını söylemiştir.

128 (%15,9) katılımcı çocuk sahibiyken 679 (%84,1) katılımcı çocuk sahibi değildir (Tablo 5).

Katılımcıların 257'si (%31,8) dini bir inancının olmadığını ve ateist olduğunu, 550'si (%68,1) dini bir inancının olduğunu belirtmektedir. Dini inancı olan kişilerin 434'ü (%53,8) kendini Müslüman olarak, 77'si (%9,5) deist olarak, 39'u (%4,8) ise agnostik olarak tanımlamaktadır (Tablo 5).

Katılımcıların 367'si (%45,5) bir işte çalışmakta, 240'ı (%29,7) çalışmamaktadır. 200 (%24,8) katılımcı öğrenci olduğunu veya düzensiz işlerde çalıştığını beyan etmiştir (Tablo 5). Katılımcıların aylık gelirleri ise 0-100.000 TL arasında değişmektedir ($\bar{x} = 11039,70$; $SS = 11908,73$) (Tablo 6). 17 (%2,1) kişi maddi durumunu çok iyi, 184 (%22,8) kişi iyi, 401 (%49,7) kişi orta, 148 (%18,3) kişi kötü, 57 (%7,1) kişi çok kötü olarak değerlendirmektedir. Maddi durum memnuniyeti kategorilerinde maddi durumundan çok memnun 19 (%2,4) kişi, memnun 210 (%26,0) kişi, biraz memnun 249 (%30,9) kişi, memnun olmayan 199 (%24,7) kişi, hiç memnun olmayan 130 (%16,1) kişi bulunmaktadır. Katılımcıların yaşam memnuniyetleri incelendiğinde 36 (%4,5) kişinin yaşamından çok memnun, 214 (%26,5) kişinin memnun, 209 (%25,9) kişinin biraz memnun olduğu; 151 (%18,7) kişinin memnun olmadığı, 197 (%24,4) kişinin ise hiç memnun olmadığı görülmektedir (Tablo 5).

Tablo 5. Sosyodemografik Değişkenlerin Frekans Dağılımı

| Değişkenler | <i>n</i> | % |
|---------------------|----------|------|
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 548 | 32,1 |
| Erkek | 259 | 67,9 |
| Medeni durum | | |
| Evli | 180 | 22,3 |
| Bekar | 627 | 77,7 |
| Eğitim durumu | | |
| İlköğretim | 10 | 1,2 |
| Lise | 288 | 35,7 |
| Lisans | 307 | 38,0 |
| Yüksek lisans | 122 | 15,1 |
| Doktora | 80 | 9,9 |
| Doğum yeri | | |
| Büyükşehir/metropol | 463 | 57,4 |
| Şehir | 179 | 22,2 |
| İlçe/kasaba | 111 | 13,8 |

| | | |
|--|-----|------|
| Köy | 54 | 6,7 |
| Yaşama yeri | | |
| Büyükşehir/metropol | 570 | 70,6 |
| Şehir | 151 | 18,7 |
| İlçe/kasaba | 76 | 9,4 |
| Köy | 10 | 1,2 |
| Büyüme ortamı | | |
| Çekirdek aile | 617 | 76,5 |
| Geniş aile | 187 | 23,2 |
| Yalnız (veya devlet koruması altında) | 3 | 0,4 |
| Şu an birlikte yaşanılan kişiler | | |
| Aileyle (anne, baba, kardeşler, akrabalar veya eş, çocuklar) | 623 | 77,2 |
| Partnerle | 31 | 3,8 |
| Arkadaşla | 37 | 4,6 |
| Yalnız | 116 | 14,4 |
| Başkasına bakım verme durumu | | |
| Evet | 99 | 12,3 |
| Hayır | 708 | 87,7 |
| Çocuk sahibi olma | | |
| Evet | 128 | 15,9 |
| Hayır | 679 | 84,1 |
| Dini inanç | | |
| Yok - Ateist | 257 | 31,8 |
| Var - Agnostik | 39 | 4,8 |
| Var - Deist | 77 | 9,5 |
| Var - Müslüman | 434 | 53,8 |
| Çalışma durumu | | |
| Öğrenci veya düzensiz işlerde | 200 | 24,8 |
| Çalışıyor | 367 | 45,5 |
| Çalışmıyor | 240 | 29,7 |
| Maddi durum değerlendirmesi | | |
| Çok iyi | 17 | 2,1 |
| İyi | 184 | 22,8 |
| Orta | 401 | 49,7 |
| Kötü | 148 | 18,3 |
| Çok kötü | 57 | 7,1 |
| Maddi durum memnuniyeti | | |
| Çok memnun | 19 | 2,4 |
| Memnun | 210 | 26,0 |
| Biraz memnun | 249 | 30,9 |
| Memnun değil | 199 | 24,7 |

| | | |
|-------------------|-----|-------|
| Hiç memnun değil | 130 | 16,1 |
| Yaşam memnuniyeti | | |
| Çok memnun | 36 | 4,5 |
| Memnun | 214 | 26,5 |
| Biraz memnun | 209 | 25,9 |
| Memnun değil | 151 | 18,7 |
| Hiç memnun değil | 197 | 24,4 |
| Toplam | 807 | 100,0 |

Tablo 6. Yaş ve Aylık Gelir İçin Betimleyici İstatistikler

| Değişken | <i>n</i> | En küçük değer | En büyük değer | \bar{x} | SS |
|-------------|----------|----------------|----------------|-----------|----------|
| Yaş | 807 | 17 | 87 | 28,83 | 9,95 |
| Aylık gelir | 641 | 0 | 100000 | 11039,70 | 11908,73 |

3.1.2. Tıbbi ve Psikiyatrik Değişkenler

Örneklemin tıbbi ve psikiyatrik değişkenler özelinde frekans ve yüzde dağılımını incelemek amacıyla frekans analizi uygulanmıştır. Çalışmaya katılan 165 (%20,4) kişinin en az bir kronik hastalığı vardır. 233 (%28,9) kişi sürekli ilaç kullanmakta, bu kişilerin 124'ü (%15,4) sürekli psikiyatrik ilaç almaktadır. 126 (%15,6) katılımcı psikiyatrik tedavi görmüş ve iyileşmiş, 158 (%19,6) katılımcı halen psikiyatrik tedaviye devam etmektedir. 25 (%3,1) katılımcı geçmişte psikoterapi gördüğünü, 19 (%2,4) katılımcı psikoterapiye devam ettiğini belirtmiştir. Katılımcıların 83'ü (%10,3) geçmişte alkol veya madde kullanmış, 258'i (%32,0) halen kullanmaktadır. 246 katılımcı alkol veya maddeden hangisini kullandığını belirtmiştir. Buna göre, 222 (%90,7) kişi yalnız alkol, 7 (%2,8) kişi yalnız madde, 17 kişi (%6,9) hem alkol ve hem madde kullanmış veya kullanmaktadır. 466 (%57,7) kişi ise alkol veya madde kullanmamış ve kullanmaktadır (Tablo 7).

Tablo 7. Tıbbi ve Psikiyatrik Değişkenlerin Frekans Dağılımı

| Değişkenler | <i>n</i> | % |
|--------------------------|----------|------|
| Kronik hastalık | | |
| Var | 165 | 20,4 |
| Yok | 642 | 79,6 |
| Sürekli ilaç kullanımı | | |
| Var | 233 | 28,9 |
| Yok | 574 | 71,1 |
| Psikiyatrik tedavi görme | | |
| Tedavi görmüş, iyileşmiş | 126 | 15,6 |

| | | |
|---|-----|-------|
| Tedavi halen devam ediyor | 158 | 19,6 |
| Tedavi görmemiş | 523 | 64,8 |
| Sürekli psikiyatrik ilaç kullanımı | | |
| Var | 124 | 15,4 |
| Yok | 683 | 84,6 |
| Psikoterapi görme | | |
| Psikoterapi görmüş | 25 | 3,1 |
| Psikoterapiye devam ediyor | 19 | 2,4 |
| Geçmişte ve şu an alkol/madde kullanımı | | |
| Geçmişte kullanım | 83 | 10,3 |
| Halen kullanım | 258 | 32,0 |
| Yalnız alkol | 222 | 90,7 |
| Yalnız madde | 7 | 2,8 |
| Her ikisi | 17 | 6,9 |
| Hiç kullanım yok | 466 | 57,7 |
| Toplam | 807 | 100,0 |

KBÖ'den elde edilen verilere göre, nihai örnekleme oluşturan 556 katılımcının 10'unun (%1,8) hiçbir DSM-5 belirti alanında eşik ve eşik üstü düzeyde olmadığı saptanmıştır. 22 katılımcı (%4) yalnız bir belirti düzeyinde eşik ve eşik üstü düzeydedir. 524 katılımcı (%92,2) birden fazla alanında eşik ve eşik üstü düzeyde yer almıştır. 11 katılımcı (%2) ise tüm belirti alanlarında eşik ve eşik üstü düzeyde yer almaktadır (Tablo 8).

Tablo 8. KBÖ Belirti Düzeylerinde Yükselme Durumlarının Frekans Dağılımı

| Belirti düzeyinde yükselme durumu | <i>n</i> | % |
|---|----------|-------|
| Hiçbir belirti düzeyinde yükselme yok | 10 | 1,8 |
| Bir belirti düzeyinde yükselme | 22 | 4,0 |
| Birden fazla belirti düzeyinde yükselme | 524 | 92,2 |
| Tüm belirti alanlarında yükselme | 11 | 2 |
| Toplam | 556 | 100,0 |

Katılımcıların 503'ünde (%90,5) eşik ve eşik üstü depresyon belirtileri saptanmıştır. 346 katılımcıda (62,2) öfke ile alakalı eşik ve üstü belirtiler bulunmaktadır. 235 katılımcıda (%42,3) eşik ve eşik üstü mani; 454 katılımcıda (%81,7) eşik ve eşik üstü anksiyete belirtileri; 311 katılımcıda (%55,9) ise eşik ve üstü somatik belirtiler vardır. 237 katılımcı (%42,6) eşik ve eşik üstü intihar düşüncesine; 107 katılımcı (%19,2) eşik ve eşik üstü psikoza; 262 katılımcı (%47,1) uyku sorunlarına; 141 katılımcı (%25,4) hafıza sorunlarına; 276 katılımcı (%49,6) tekrarlayan düşünce ve davranışlara ilişkin

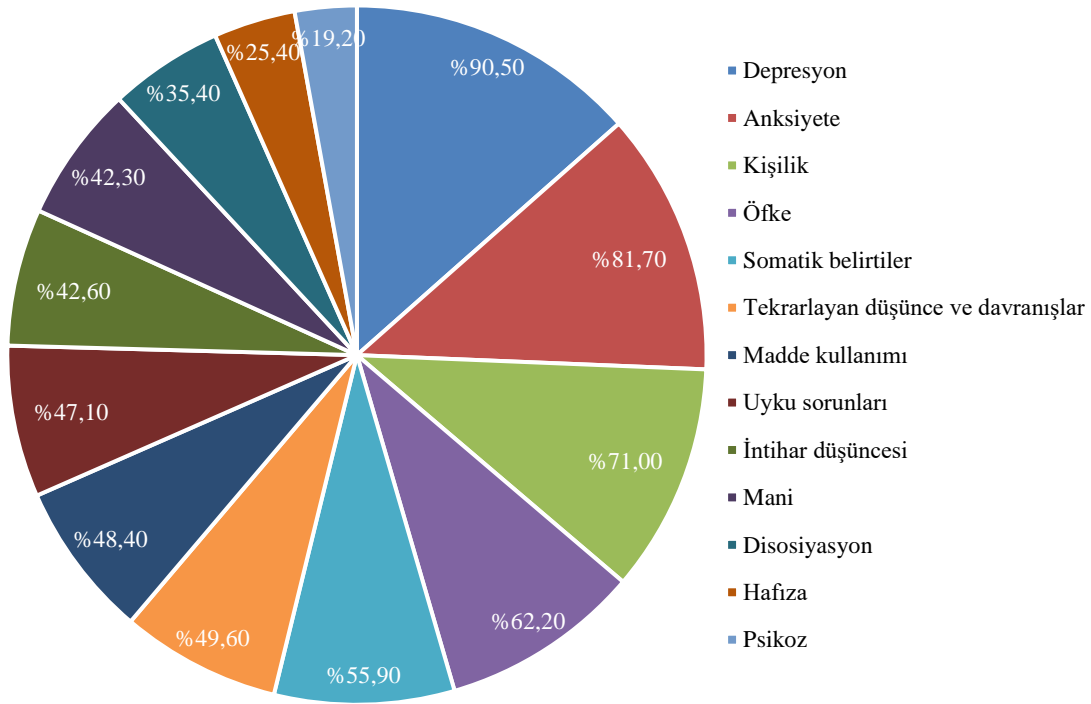
belirtilere sahiptir. 197 katılımcı (%35,4) disosiyasyon; 395 katılımcı (%71) kişilik bozuklukları; 269 katılımcı ise (%48,4) madde kullanımı yönünde belirti göstermektedir (Tablo 9).

Tablo 9. DSM-5 Belirti Düzeylerinin Frekans Dağılımı

| DSM-5 Belirti düzeyleri | <i>n</i> | % |
|------------------------------------|----------|------|
| Depresyon | | |
| Eşik ve üstü | 503 | 90,5 |
| Eşik altı | 53 | 9,5 |
| Öfke | | |
| Eşik ve üstü | 346 | 62,2 |
| Eşik altı | 210 | 37,8 |
| Mani | | |
| Eşik ve üstü | 235 | 42,3 |
| Eşik altı | 321 | 57,7 |
| Anksiyete | | |
| Eşik ve üstü | 454 | 81,7 |
| Eşik altı | 102 | 18,3 |
| Somatik belirtiler | | |
| Eşik ve üstü | 311 | 55,9 |
| Eşik altı | 245 | 44,1 |
| İntihar düşüncesi | | |
| Eşik ve üstü | 237 | 42,6 |
| Eşik altı | 319 | 57,4 |
| Psikoz | | |
| Eşik ve üstü | 107 | 19,2 |
| Eşik altı | 449 | 80,8 |
| Uyku sorunları | | |
| Eşik ve üstü | 262 | 47,1 |
| Eşik altı | 294 | 52,9 |
| Hafıza | | |
| Eşik ve üstü | 141 | 25,4 |
| Eşik altı | 415 | 74,6 |
| Tekrarlayan düşünce ve davranışlar | | |
| Eşik ve üstü | 276 | 49,6 |
| Eşik altı | 280 | 50,4 |
| Disosiyasyon | | |
| Eşik ve üstü | 197 | 35,4 |
| Eşik altı | 359 | 64,6 |
| Kişilik | | |
| Eşik ve üstü | 395 | 71,0 |

| | | |
|-----------------|-----|-------|
| Eşik altı | 161 | 29,0 |
| Madde kullanımı | | |
| Eşik ve üstü | 269 | 48,4 |
| Eşik altı | 287 | 51,6 |
| Toplam | 556 | 100,0 |

KBÖ, eşik ve eşik üstü kategorilerde ileri değerlendirme gerektiğini gösteren bir belirti tarama ölçeğidir. Aşağıdaki daire grafiğinde toplu halde görülen yüzde dağılımları, örneklemin kesin olarak psikiyatrik tanı almış olduğunu göstermemekle beraber, yüksek oranla klinik bir örnekleme çalışıldığını ifade etmektedir. En yüksek yüzdeli eşik ve üstü belirti alanı depresyondur (%90,5). Depresyonu anksiyete (%81,7) ve kişilik (%71) belirti alanları izlemektedir. En düşük yüzdeli eşik ve üstü belirti alanı ise psikozdur (%19,2)(Grafik 1).



Grafik 1. KBÖ Belirti Alanlarının Yüzdeleri Dağılım Grafiği

3.1.3. İntihar Olgusuna İlişkin Değişkenler

İntihar olgusuna ilişkin verilerin frekans ve yüzde dağılımı frekans analiziyle incelenmiştir. Katılımcıların 220'si (%27,3) ailesinde veya çevresinde intihar olayı yaşandığını belirtmiştir. Bu kişilerin 34'ünün (%4,20) aile üyesi, 81'inin (%10,0) akrabası, 42'sinin (%5,20) arkadaşı, 21'inin (%2,60) uzak tanıdığı, 2'sinin (%2,60)

partneri veya eşi intihar girişiminde bulunmuştur. 1 (%0,10) katılımcı ise tanımadığı birinin intihar girişimine şahit olmuştur (Tablo 10).

Katılımcıların 252'sinin (%31,2) kendine zarar verme davranışları vardır. Katılımcıların birden fazlasını seçebildiği kendine zarar verme nedenleri arasında 217 (%74,3) kişi ile kaldıramama fazla seçilen neden olmuştur. İkinci neden olarak 143 kişi (%52,1) ile rahatlama, üçüncü sırada 104 kişi (%36,3) ile kendini cezalandırma, dördüncü sırada 71 kişi (%24,3) duygu hissetme, beşinci sırada 40 kişi (%13,7) dikkat çekme ve son sırada 10 kişi (%3,4) ile alkol/madde etkisi yer almaktadır (Tablo 10).

Kullanılan kendine zarar verme yöntemleri arasından en fazla seçilen 90 kişi (%50,3) ile kesidir. Devamında sırayla 60 kişi (%33,5) ile yolma/çizme (saç-deri yolma/tırnaklama/ısıрма/çizme), 48 kişi (%26,8) ile vurma, 57 kişi (%24,2) ile diğer yöntemler, 15 kişi (%8,4) ile yeme bozukluğu, 9 kişi (%9,0) ile madde/ilaç istismarı, 7 kişi (%3,9) yakma ve 4 kişi (%2,2) ile psikolojik/duygusal öz şiddet gelmektedir (Tablo 10).

Katılımcıların 229'u (%28,4) geçmişte intihar düşünceleri olduğunu (şu an olmadığını), 329'u (%40,8) geçmişten beri ve/veya halen intihar düşünceleri olduğunu, 249'u (%30,9) ise geçmişte veya şu an intihar düşünceleri olmadığını bildirmiştir. 182 (%22,6) katılımcı geçmişte intihar planları olduğunu (şu an olmadığını), 329 (%40,8) katılımcı geçmişten beri ve/veya halen intihar planı yaptığını, 403 (%49,9) kişi ne geçmişte ne şu an intihar planı yapmadığını belirtmektedir. Örneklemin 682'si (%84,5) daha önce intihar girişiminde bulunmamıştır. 125 (%15,5) katılımcı ise intihar girişimde bulunmuştur. Bu kişilerin 91'inin (%11,3) daha önce bir kez, 34'ünün (%4,2) ise birden fazla kez intihar girişimi olduğu görülmektedir (Tablo 4). Kişilerin 25'i (3,1) ölme niyetiyle ve davranışının ölümcül olduğu bilerek, 9'u (%1,1) ölme niyeti olmaksızın yaralamak veya zarar vermek için girişimde bulunmuştur (Tablo 10).

Katılımcıların birden fazlasını seçebildiği intihar girişimi nedenleri incelendiğinde, 109 (%87,2) seçim ile acılara son verme nedeni en üst sıradadır. Bunu 27 (%21,6) seçim ile kendini cezalandırma, 26 (%20,8) seçim ile ceza/intikam, 19 (%15,2) seçim ile diğer nedenler ve 17 (%13,6) seçim ile dikkat çekme/korkutma izlemektedir. Kullanılan intihar yöntemleri arasında en sık tercih edilen 60 (%73,2) kişi ile madde/ilaç istismarıdır. Sonrasında 14 (%17,1) kişi ile kesi, 11 (%13,4) kişi ile ası/boğma, 8 (%9,8) kişi ile yüksekten atlama, 3 (%3,7) kişi ile araç önüne atlama ve 1 (%1,2) kişi ile ateşli

silah gelmektedir. Girişimde bulunan kişilerin 102'si (%12,6) sonunda tıbbi bir hasar almamış, 23 (%2,9) kişi ise tıbbi olarak zarar görmüştür (Tablo 10).

Tablo 10. İntihar Olgusuna İlişkin Değişkenlerin Frekans Dağılımı

| Değişkenler | <i>n</i> | % |
|------------------------------------|----------|-------|
| Ailede veya çevrede intihar olayı | | |
| Var | 220 | 27,3 |
| Aile üyesi | 34 | 4,20 |
| Akraba | 81 | 10,00 |
| Arkadaş | 42 | 5,20 |
| Uzak tanıdık | 21 | 2,60 |
| Tanımadığı birine şahit olma | 1 | 0,10 |
| Partner/eş | 2 | 0,20 |
| Yok | 587 | 72,7 |
| Kendine zarar verme davranışı | | |
| Var | 252 | 31,2 |
| Yok | 555 | 68,8 |
| Kendine zarar verme nedenleri | | |
| Kaldıramama | 217 | 74,3 |
| Rahatlama | 143 | 52,1 |
| Kendini cezalandırma | 104 | 36,3 |
| Duygu hissetme | 71 | 24,3 |
| Dikkat çekme | 40 | 13,7 |
| Alkol/madde etkisi altında | 10 | 3,4 |
| Kendine zarar verme yöntemleri | | |
| Kesi | 90 | 50,3 |
| Yolma/çizme | 60 | 33,5 |
| Vurma | 48 | 26,8 |
| Diğer | 57 | 24,2 |
| Yeme bozukluğu | 15 | 8,4 |
| Madde/ilaç istismarı | 9 | 5,0 |
| Yakma | 7 | 3,9 |
| Psikolojik/duygusal öz şiddet | 4 | 2,2 |
| İntihar düşüncesi | | |
| Evet, geçmişte (şu an yok) | 229 | 28,4 |
| Evet, geçmişten beri ve/veya halen | 329 | 40,8 |
| Hayır, geçmişte veya şu an hiç | 249 | 30,9 |
| İntihar planı | | |
| Evet, geçmişte (şu an yok) | 182 | 22,6 |
| Evet, geçmişten beri ve/veya halen | 222 | 27,5 |
| Hayır, geçmişte veya şu an hiç | 403 | 49,9 |
| İntihar girişimi | | |

| | | |
|--|-----|------|
| Girişim var | 125 | 15,5 |
| Bir kez | 91 | 11,3 |
| Birden fazla kez | 34 | 4,2 |
| Hiç girişim yok | 682 | 84,5 |
| İntihar girişiminin motivasyonu | | |
| Kendini öldürme niyetiyle ve davranışın ölümcül olduğu bilerek | 25 | 3,1 |
| Kendini öldürme niyeti olmaksızın yaralamak, zarar vermek için | 9 | 1,1 |
| İntihar girişimlerinin nedenleri | | |
| Acılara son verme | 109 | 87,2 |
| Kendini cezalandırma | 27 | 21,6 |
| Ceza/intikam | 26 | 20,8 |
| Diğer | 19 | 15,2 |
| Dikkat çekme/korkutma | 17 | 13,6 |
| İntihar yöntemleri | | |
| Madde/ilaç istismarı | 60 | 73,2 |
| Kesi | 14 | 17,1 |
| Ası/boğma | 11 | 13,4 |
| Yüksekten atlama | 8 | 9,8 |
| Araç önüne atlama | 3 | 3,7 |
| Ateşli silah | 1 | 1,2 |
| İntihar girişimi sonunda tıbbi hasar | | |
| Var | 23 | 2,9 |
| Yok | 102 | 12,6 |

Daha önce intihar girişiminde bulunmuş ve bulunmamış gruplar, DSM-5 eşik ve eşik üstü ile eşik altı belirti alanları açısından iki yönlü ki-kare bağımsızlık testi kullanılmış değerlendirilmiştir. Test sonucuna göre, daha önce intihar girişimi olup olmaması durumu ile depresyon belirti düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı olmakla beraber oldukça düşük güçte bir ilişki vardır ($\chi^2_{(1)} = 4,193, p < 0,05, \varphi = 0,087$). Eşik ve üstü ile eşik altı mani belirtisi ile intihar girişiminde bulunmuşluk durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fakat düşük güçte bir ilişki olduğu görülmüştür ($\chi^2_{(1)} = 8,297, p < 0,01, \varphi = 0,122$). Eşik ve üstü ile eşik altı anksiyete belirti düzeyleri ile intihar girişiminde bulunmuşluk durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı fakat oldukça düşük güçtedir ($\chi^2_{(1)} = 4,031, p < 0,05, \varphi = 0,085$). Somatik belirti düzeyleri ile daha önce intihar girişimi olup olmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ve oldukça düşük güçte bir ilişki olduğu bulunmuştur ($\chi^2_{(1)} = 5,037, p < 0,05, \varphi = 0,095$). Örtüşen değişkenler olan intihar düşüncesi belirti düzeyleri ile intihar girişiminde bulunmuşluk durumu arasındaki ilişki istatistiksel açıdan düşük güçte olmakla beraber anlamlıdır ($\chi^2_{(1)}$

= 17,928, $p < 0,001$, $\phi = 0,18$). Tekrarlayan düşünce ve davranışlar belirti düzeyleri ile daha önce intihar girişimi durumu arasında istatistiksel açıdan düşük güçte anlamlı bir ilişki gözlenmiştir ($\chi^2_{(1)} = 6,487$, $p < 0,05$, $\phi = 0,108$). Disosiyasyon için eşik ve üstü ile eşik altı belirti düzeyi ile intihar girişimi durumu arasında istatistiki yönden düşük güçte anlamlı ilişki olduğu görülmektedir ($\chi^2_{(1)} = 7,190$, $p < 0,01$, $\phi = 0,114$). Kişilik bozuklukları için belirti düzeyleri ile daha önce intihar girişimi olup olmaması durumu arasında istatistiksel açıdan oldukça düşük güçte fakat anlamlı bir ilişki vardır ($\chi^2_{(1)} = 5,008$, $p < 0,05$, $\phi = 0,095$). Madde kullanımı belirti kategorileri ile intihar girişimi durumu arasındaki ilişki de istatistiksel yönden anlamlı ve düşük güçtedir ($\chi^2_{(1)} = 9,219$, $p < 0,01$, $\phi = 0,129$). Öfke, uyku sorunları, hafıza ve psikoz belirti düzeyleri ile intihar girişimi durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulgulanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 11).

Tablo 11. DSM-5 Belirti Düzeyleri ile İntihar Girişimi Grupları Arasındaki İlişkinin Ki-Kare Bağımsızlık Testi ile İncelenmesi

| DSM-5 Belirti düzeyleri ($n = 556$) | İntihar girişimi | | χ^2 | p |
|---------------------------------------|------------------|-----|----------|-------|
| | Var | Yok | | |
| Depresyon | | | | |
| Eşik ve üstü | 82 | 421 | 4,193 | 0,04 |
| Eşik altı | 3 | 50 | | |
| Öfke | | | | |
| Eşik ve üstü | 59 | 287 | 2,202 | 0,13 |
| Eşik altı | 26 | 184 | | |
| Mani | | | | |
| Eşik ve üstü | 48 | 187 | 8,297 | 0,004 |
| Eşik altı | 37 | 284 | | |
| Anksiyete | | | | |
| Eşik ve üstü | 76 | 378 | 4,031 | 0,04 |
| Eşik altı | 9 | 93 | | |
| Somatik belirtiler | | | | |
| Eşik ve üstü | 57 | 254 | 5,037 | 0,02 |
| Eşik altı | 28 | 217 | | |
| İntihar düşüncesi | | | | |
| Eşik ve üstü | 54 | 183 | 17,928 | 0,00 |
| Eşik altı | 31 | 288 | | |
| Psikoz | | | | |
| Eşik ve üstü | 20 | 87 | 1,185 | 0,27 |
| Eşik altı | 65 | 384 | | |

| | | | | | |
|------------------------------------|----|-----|-------|-------|--|
| Uyku sorunları | | | | | |
| Eşik ve üstü | 48 | 214 | 3,519 | 0,06 | |
| Eşik altı | 37 | 257 | | | |
| Hafıza | | | | | |
| Eşik ve üstü | 28 | 113 | 3,047 | 0,08 | |
| Eşik altı | 57 | 358 | | | |
| Tekrarlayan düşünce ve davranışlar | | | | | |
| Eşik ve üstü | 53 | 223 | 6,487 | 0,01 | |
| Eşik altı | 32 | 248 | | | |
| Disosiyasyon | | | | | |
| Eşik ve üstü | 41 | 156 | 7,190 | 0,007 | |
| Eşik altı | 44 | 315 | | | |
| Kişilik | | | | | |
| Eşik ve üstü | 69 | 326 | 5,008 | 0,02 | |
| Eşik altı | 16 | 145 | | | |
| Madde kullanımı | | | | | |
| Eşik ve üstü | 54 | 215 | 9,219 | 0,00 | |
| Eşik altı | 31 | 256 | | | |
| Toplam | 85 | 471 | | | |

3.2. ÖLÇEK PUANLARI İÇİN BETİMLEYİCİ İSTATİSTİKLER

Kullanılan ölçeklerin genel ve alt boyut toplam puanları için en küçük ve en büyük değerler, ortalama ve standart sapma değerleri incelenmiştir. İÖÖ genel toplam puan ortalaması 48,57'dir ($\pm 20,24$). Sosyal destek-benlik algısı alt boyut toplam puan ortalaması 21,25 ($\pm 9,24$); öfke-dürtüsellik alt boyutu toplam puan ortalaması 5,53 ($\pm 3,49$); umutsuzluk-yalnızlık alt boyut toplam puan ortalaması 10,81 ($\pm 5,22$); intihar düşüncesi alt boyut toplam puan ortalaması ise 10,37 ($\pm 5,57$) olarak hesaplanmıştır (Tablo 12).

Tablo 12. İÖÖ Genel ve Alt Boyut Toplam Puanları İçin Betimleyici İstatistikler

| Toplam puan | <i>n</i> | En küçük değer | En büyük değer | \bar{x} | <i>SS</i> |
|---------------------------------|----------|----------------|----------------|-----------|-----------|
| İÖÖ Sosyal destek-benlik algısı | 807 | 0,00 | 42,00 | 21,25 | 9,24 |
| İÖÖ Öfke-dürtüsellik | 807 | 0,00 | 18,00 | 5,53 | 3,49 |
| İÖÖ Umutsuzluk-yalnızlık | 807 | 0,00 | 21,00 | 10,81 | 5,22 |
| İÖÖ İntihar düşüncesi | 807 | 0,00 | 21,00 | 10,37 | 5,57 |
| İÖÖ Genel | 807 | 6,00 | 97,00 | 48,57 | 20,24 |

YŞÖ zedelenmiş otonomi alanı için toplam puan ortalaması 81,29 ($\pm 31,88$); kopukluk alanı için toplam puan ortalaması 66,72 ($\pm 26,90$); yüksek standartlar alanı için toplam puan ortalaması 31,56 ($\pm 8,96$); zedelenmiş sınırlar alanı için toplam puan

ortalaması 25,52 ($\pm 7,35$); başkaları yönelimlilik alanı için toplam puan ortalaması ise 38,01 ($\pm 10,39$) olarak bulunmuştur. YŞÖ geneli için toplam puan ortalaması 270,92 ($\pm 77,50$)'dir (Tablo 13). Şemaların en küçük, en büyük, ortalama ve standart sapma değerleri de Tablo 13'te sunulmuştur.

Tablo 13. YŞÖ Genel ve Alt Boyut Toplam Puanları İçin Betimleyici İstatistikler

| Toplam puan | <i>n</i> | En küçük değer | En büyük değer | \bar{x} | <i>SS</i> |
|--|----------|----------------|----------------|-----------|-----------|
| YŞÖ İç içe geçme-bağımlılık | 584 | 9,00 | 53,00 | 22,08 | 10,17 |
| YŞÖ Terk edilme | 584 | 5,00 | 29,00 | 11,93 | 5,98 |
| YŞÖ Başarısızlık | 584 | 6,00 | 36,00 | 17,18 | 8,59 |
| YŞÖ Karamsarlık | 584 | 5,00 | 30,00 | 15,66 | 7,06 |
| YŞÖ Dayanıksızlık | 584 | 5,00 | 30,00 | 14,45 | 6,23 |
| YŞÖ Zedelenmiş otonomi alanı | 584 | 30,00 | 166,00 | 81,29 | 31,88 |
| YŞÖ Duygusal yoksunluk | 584 | 5,00 | 30,00 | 13,79 | 7,31 |
| YŞÖ Duyguları bastırma | 584 | 5,00 | 30,00 | 14,63 | 6,42 |
| YŞÖ Sosyal izolasyon-güvensizlik | 584 | 7,00 | 42,00 | 23,44 | 9,32 |
| YŞÖ Kusurluluk | 584 | 6,00 | 36,00 | 14,87 | 8,05 |
| YŞÖ Kopukluk alanı | 584 | 23,00 | 135,00 | 66,72 | 26,90 |
| YŞÖ Yüksek standartlar | 584 | 3,00 | 18,00 | 9,48 | 4,03 |
| YŞÖ Onay arayıcılık | 584 | 6,00 | 36,00 | 22,08 | 6,50 |
| YŞÖ Yüksek standartlar alanı | 584 | 9,00 | 54,00 | 31,56 | 8,96 |
| YŞÖ Ayrıcalıklılık-yetersiz öz denetim | 584 | 7,00 | 42,00 | 25,52 | 7,35 |
| YŞÖ Zedelenmiş sınırlar alanı | 584 | 7,00 | 42,00 | 25,52 | 7,35 |
| YŞÖ Kendini feda | 584 | 5,00 | 30,00 | 15,86 | 5,75 |
| YŞÖ Cezalandırılma | 584 | 6,00 | 36,00 | 22,15 | 6,70 |
| YŞÖ Başkaları yönelimlilik alanı | 584 | 11,00 | 65,00 | 38,01 | 10,39 |
| YŞÖ Genel | 584 | 94,00 | 455,00 | 270,92 | 77,50 |

KİA algılanan yük olma alt boyut toplam puan ortalaması 7,51 ($\pm 7,63$); engellenmiş aidiyet alt boyut toplam puan ortalaması 13,37 ($\pm 6,82$)'dir. KİA genel toplam puan ortalaması 20,88 ($\pm 12,92$) olarak hesaplanmıştır. EİY-ÖKÖ genel toplam puan ortalaması ise 20,08 ($\pm 8,83$)'tür (Tablo 14).

Tablo 14. KİA ve EİY-ÖKÖ Genel ve Alt Boyut Toplam Puanları İçin Betimleyici İstatistikler

| Toplam puan | <i>n</i> | En küçük değer | En büyük değer | \bar{x} | <i>SS</i> |
|-------------------------|----------|----------------|----------------|-----------|-----------|
| KİA Algılanan yük olma | 566 | 0,00 | 25,00 | 7,51 | 7,63 |
| KİA Engellenmiş aidiyet | 566 | 0,00 | 25,00 | 13,37 | 6,82 |
| KİA Genel | 566 | 0,00 | 50,00 | 20,88 | 12,92 |
| EİY-ÖKÖ Genel | 566 | 0,00 | 35,00 | 20,08 | 8,83 |

KBÖ depresyon alt boyutu hesaplanan toplam puan ortalaması 5,00 (\pm 2,53); öfke alt boyutu için 2,13(\pm 1,37); mani alt boyutu için 1,56(\pm 1,84); anksiyete için 5,12(\pm 3,48); somatik belirtiler için 2,51(\pm 2,47); intihar düşüncesi için 1,06 (\pm 1,47); psikoz için 0,47 (\pm 1,18); uyku sorunları için 1,63 (\pm 1,49); hafıza için 0,92 (\pm 1,25); tekrarlayan düşünce ve davranışlar için 2,30 (\pm 2,49); disosiyasyon için 1,25 (\pm 1,45); kişilik için 3,86 (\pm 2,92); madde kullanımı için 1,79 (\pm 2,37) olarak bulunmuştur (Tablo 15).

Tablo 15. KBÖ Alt Boyut Toplam Puanları İçin Betimleyici İstatistikler

| Toplam puan | <i>n</i> | En küçük değer | En büyük değer | \bar{x} | <i>SS</i> |
|--|----------|----------------|----------------|-----------|-----------|
| KBÖ Depresyon | 556 | 0,00 | 8,00 | 5,00 | 2,53 |
| KBÖ Öfke | 556 | 0,00 | 4,00 | 2,13 | 1,37 |
| KBÖ Mani | 556 | 0,00 | 8,00 | 1,56 | 1,84 |
| KBÖ Anksiyete | 556 | 0,00 | 12,00 | 5,12 | 3,48 |
| KBÖ Somatik belirtiler | 556 | 0,00 | 8,00 | 2,51 | 2,47 |
| KBÖ İntihar düşüncesi | 556 | 0,00 | 4,00 | 1,06 | 1,47 |
| KBÖ Psikoz | 556 | 0,00 | 7,00 | 0,47 | 1,18 |
| KBÖ Uyku sorunları | 556 | 0,00 | 4,00 | 1,63 | 1,49 |
| KBÖ Hafıza | 556 | 0,00 | 4,00 | 0,92 | 1,25 |
| KBÖ Tekrarlayan düşünce ve davranışlar | 556 | 0,00 | 8,00 | 2,30 | 2,49 |
| KBÖ Disosiyasyon | 556 | 0,00 | 4,00 | 1,25 | 1,45 |
| KBÖ Kişilik | 556 | 0,00 | 8,00 | 3,86 | 2,92 |
| KBÖ Madde kullanımı | 556 | 0,00 | 12,00 | 1,79 | 2,37 |

3.3. ÖLÇEKLER VE ALT BOYUTLAR ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ

Ölçekler ve alt boyutlar arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi kullanılarak incelenmiştir. İÖÖ'nun geneli ve tüm alt boyutları ile YŞÖ geneli ve tüm alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$). Korelasyon katsayıları (r) incelendiğinde söz konusu ilişkilerin ekseriyetle orta ve güçlü düzeyde olduğu görülmektedir (Tablo 16).

İÖÖ'nun geneli ve tüm alt boyutları ile KİA geneli ve tüm alt boyutları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı, büyük çoğunlukla orta ve güçlü düzeyde ve pozitif yöndedir ($p < 0,001$) (Tablo 16).

İÖÖ sosyal destek-benlik algısı, umutsuzluk-yalnızlık, intihar düşüncesi alt boyutları ve İÖÖ geneli ile EİY-ÖKÖ geneli arasında istatistiksel olarak anlamlı, düşük güçte ve pozitif yönde ilişki bulunmuştur ($p < 0,001$). İÖÖ öfke-dürtüsellik alt boyutu ile EİY-ÖKÖ geneli arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 16).

YŞÖ geneli ve tüm alt boyutları ile KİA geneli ve tüm alt boyutları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$). Korelasyon katsayıları (r) incelendiğinde pozitif yönde ve büyük çoğunlukla orta ve güçlü düzeyde ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 16).

YŞÖ geneli ve zedelenmiş otonomi, yüksek standartlar ve başkaları yönelimlilik alt boyutları ile EİY-ÖKÖ geneli arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > 0,05$). YŞÖ kopukluk ve zedelenmiş sınırlar alt boyutları ile EİY-ÖKÖ geneli arasındaki ilişki ise istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$). Korelasyon katsayıları (r) ilişkinin pozitif yönde olmakla beraber düşük güçte olduğunu göstermektedir (Tablo 16).

Tablo 16. Ölçekler ve Alt Boyutlar Arası İlişkilerin Korelasyon Analizi ile İncelenmesi

| Ölçek-alt boyut | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|------------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----|
| 1. İÖÖ Sosyal destek-benlik algısı | 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. İÖÖ Öfke-dürtüsellik | 0,486** | 1 | | | | | | | | | | | | | |
| 3. İÖÖ Umutsuzluk-yalnızlık | 0,783** | 0,581** | 1 | | | | | | | | | | | | |
| 4. İÖÖ İntihar düşüncesi | 0,687** | 0,424** | 0,608** | 1 | | | | | | | | | | | |
| 5. İÖÖ Genel | 0,930** | 0,671** | 0,882** | 0,821** | 1 | | | | | | | | | | |
| 6. YŞÖ Zedelenmiş otonomi | 0,690** | 0,558** | 0,723** | 0,574** | 0,759** | 1 | | | | | | | | | |
| 7. YŞÖ Kopukluk | 0,814** | 0,519** | 0,801** | 0,626** | 0,844** | 0,769** | 1 | | | | | | | | |
| 8. YŞÖ Yüksek standartlar | 0,306** | 0,364** | 0,377** | 0,293** | 0,381** | 0,522** | 0,382** | 1 | | | | | | | |
| 9. YŞÖ Zedelenmiş sınırlar | 0,358** | 0,390** | 0,411** | 0,293** | 0,419** | 0,384** | 0,461** | 0,423** | 1 | | | | | | |
| 10. YŞÖ Başkaları yönelimlilik | 0,341** | 0,351** | 0,426** | 0,255** | 0,398** | 0,590** | 0,447** | 0,451** | 0,264** | 1 | | | | | |
| 11. YŞÖ Genel | 0,741** | 0,588** | 0,779** | 0,597** | 0,808** | 0,939** | 0,885** | 0,625** | 0,540** | 0,680** | 1 | | | | |
| 12. KİA Algılanan yük olma | 0,649** | 0,444** | 0,589** | 0,565** | 0,683** | 0,604** | 0,643** | 0,210** | 0,256** | 0,299** | 0,612** | 1 | | | |
| 13. KİA Engellenmiş aidiyet | 0,773** | 0,413** | 0,748** | 0,607** | 0,788** | 0,621** | 0,763** | 0,218** | 0,328** | 0,288** | 0,668** | 0,596** | 1 | | |
| 14. KİA Genel | 0,792** | 0,481** | 0,743** | 0,654** | 0,820** | 0,685** | 0,783** | 0,239** | 0,324** | 0,329** | 0,715** | 0,905** | 0,880** | 1 | |
| 15. EİY-ÖKÖ Genel | 0,164** | 0,061 | 0,137** | 0,241** | 0,188** | -0,009 | 0,170** | -0,056 | 0,109** | 0,015 | 0,067 | 0,250** | 0,133** | 0,218** | 1 |

** $p < 0,001$

3.4. GRUPLAR ARASI FARKLILIKLARIN İNCELENMESİ

Literatürden hareketle, araştırmanın bağımlı değişkeni olan intihar olasılığında farklılık gözlenmesi muhtemel kategorik değişkenlere (cinsiyet, medeni durum, birlikte-yalnız yaşama, çocuk sahibi olma, başkasına bakım verme, dini inanç, kronik hastalık, ailede veya çevrede intihar, kendine zarar verme) ait İÖÖ toplam puan sıra ortalamaları Mann-Whitney U testi kullanılarak incelenmiştir.

Kadın ve erkeklerin İÖÖ genelindeki toplam puan sıra ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($U = 62159,50$, $p < 0,01$). Sıra ortalamaları incelendiğinde erkeklerin ($\bar{x}_e = 438,00$) sıra ortalamasının kadınlardan ($\bar{x}_k = 387,93$) yüksek olduğu görülmüştür. Kadın ve erkeklerin sıra ortalamaları sosyal destek-benlik algısı ($U = 63500,50$, $p < 0,05$), umutsuzluk-yalnızlık ($U = 62795,00$, $p < 0,01$), intihar düşüncesi ($U = 62513,50$, $p < 0,01$) alt boyutlarında istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermektedir. Sosyal destek-benlik saygısı ($\bar{x}_e = 432,82 > \bar{x}_k = 390,38$); umutsuzluk-yalnızlık ($\bar{x}_e = 435,55 > \bar{x}_k = 389,09$); intihar düşüncesi ($\bar{x}_e = 436,64 > \bar{x}_k = 388,58$) alt boyutlarında erkeklerin sıra ortalaması kadınlardan yüksektir. Öfke-dürtüsellik alt boyutu sıra ortalamaları arasında ise istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($U = 64952,50$, $p > 0,05$) (Tablo 17).

Tablo 17. İÖÖ Genel ve Alt Boyut Toplam Puanlarının Cinsiyet Grupları Açısından Karşılaştırılması

| Toplam puan | Cinsiyet | <i>n</i> | Sıra ortalaması | U | <i>p</i> |
|---------------------------------|----------|----------|-----------------|----------|----------|
| İÖÖ Genel | Kadın | 548 | 387,93 | 62159,50 | 0,004 |
| | Erkek | 259 | 438,00 | | |
| İÖÖ Sosyal destek-benlik algısı | Kadın | 548 | 390,38 | 63500,50 | 0,016 |
| | Erkek | 259 | 432,82 | | |
| İÖÖ Öfke-dürtüsellik | Kadın | 548 | 393,03 | 64952,50 | 0,051 |
| | Erkek | 259 | 427,22 | | |
| İÖÖ Umutsuzluk-yalnızlık | Kadın | 548 | 389,09 | 62795,00 | 0,008 |
| | Erkek | 259 | 435,55 | | |
| İÖÖ İntihar düşüncesi | Kadın | 548 | 388,58 | 62513,50 | 0,006 |
| | Erkek | 259 | 436,64 | | |

Medeni durum kategorilerinin sıra ortalamalarının İÖÖ'nün genelinde istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiği hesaplanmıştır ($U = -31185,00$, $p < 0,001$). Analiz sonuçlarına göre bekarların İÖÖ genel sıra ortalaması evlilerden

yüksektir ($\bar{x}_b = 444,26 > \bar{x}_e = 263,75$). Alt boyut puan ortalamalarında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık söz konusudur. Sosyal destek-benlik saygısı ($\bar{x}_b = 441,94 > \bar{x}_e = 271,84$) ($U = 32641,50, p < 0,001$), öfke-dürtüsellik ($\bar{x}_b = 427,26 > \bar{x}_e = 322,98$) ($U = 41846,50, p < 0,001$), umutsuzluk-yalnızlık ($\bar{x}_b = 441,53 > \bar{x}_e = 273,26$) ($U = 32897,50, p < 0,001$) ve intihar düşüncesi ($\bar{x}_b = 441,57 > \bar{x}_e = 273,12$) ($U = 32871,50, p < 0,001$) alt boyutlarında bekar grubun sıra ortalaması evli gruptan yüksektir (Tablo 18).

Tablo 18. İÖÖ Genel ve Alt Boyut Toplam Puanlarının Medeni Durum Grupları Açısından Karşılaştırılması

| Toplam puan | Medeni durum | <i>n</i> | Sıra ortalaması | U | <i>p</i> |
|---------------------------------|--------------|----------|-----------------|----------|----------|
| İÖÖ Genel | Evli | 180 | 263,75 | 31185,00 | 0,000 |
| | Bekar | 627 | 444,26 | | |
| İÖÖ Sosyal destek-benlik algısı | Evli | 180 | 271,84 | 32641,50 | 0,000 |
| | Bekar | 627 | 441,94 | | |
| İÖÖ Öfke-dürtüsellik | Evli | 180 | 322,98 | 41846,50 | 0,000 |
| | Bekar | 627 | 427,26 | | |
| İÖÖ Umutsuzluk-yalnızlık | Evli | 180 | 273,26 | 32897,50 | 0,000 |
| | Bekar | 627 | 441,53 | | |
| İÖÖ İntihar düşüncesi | Evli | 180 | 273,12 | 32871,50 | 0,000 |
| | Bekar | 627 | 441,57 | | |

Başkalarıyla birlikte (aile, arkadaş, partner vd.) ve yalnız yaşayan kişilerin İÖÖ genel ve alt boyut sıra ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$) (Tablo 19).

Tablo 19. İÖÖ Genel ve Alt Boyut Toplam Puanlarının Birlikte-Yalnız Yaşama Durumu Açısından Karşılaştırılması

| Toplam puan | Yaşam | <i>n</i> | Sıra ortalaması | U | <i>p</i> |
|---------------------------------|----------|----------|-----------------|----------|----------|
| İÖÖ Genel | Birlikte | 691 | 405,10 | 39319,50 | 0,744 |
| | Yalnız | 116 | 397,46 | | |
| İÖÖ Sosyal destek-benlik algısı | Birlikte | 691 | 406,74 | 38185,00 | 0,415 |
| | Yalnız | 116 | 387,68 | | |
| İÖÖ Öfke-dürtüsellik | Birlikte | 691 | 410,67 | 35470,50 | 0,056 |
| | Yalnız | 116 | 364,28 | | |
| İÖÖ Umutsuzluk-yalnızlık | Birlikte | 691 | 403,82 | 39951,50 | 0,957 |
| | Yalnız | 116 | 405,09 | | |
| İÖÖ İntihar düşüncesi | Birlikte | 691 | 399,90 | 37242,00 | 0,222 |
| | Yalnız | 116 | 428,45 | | |

Çocuğu olan ve olmayan kişilerin İÖÖ genelindeki sıra ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($U = 21901,50, p < 0,001$). Çocuğu olan kişilerin İÖÖ sıra ortalaması ($\bar{x}_{çy} = 435,74 > \bar{x}_{çv} = 235,61$), çocuğu olmayan kişilerden daha yüksektir. Çocuğu olan ve olmayan kişiler tüm alt boyutlarda istatistiki olarak farklılık sergilemektedir. Sosyal destek-benlik saygısı ($\bar{x}_{çy} = 432,50 > \bar{x}_{çv} = 252,82$) ($U = 24104,50, p < 0,001$), öfke-dürtüsellik ($\bar{x}_{çy} = 425,17 > \bar{x}_{çv} = 291,72$) ($U = 29084,00, p < 0,001$), umutsuzluk-yalnızlık ($\bar{x}_{çy} = 433,51 > \bar{x}_{çv} = 247,47$) ($U = 23420,50, p < 0,001$) ve intihar düşüncesi ($\bar{x}_{çy} = 435,12 > \bar{x}_{çv} = 238,92$) ($U = 22326,00, p < 0,001$) alt boyutlarının tamamında çocuğu olmayan kişilerin sıra ortalamaları daha yüksektir (Tablo 20).

Tablo 20. İÖÖ Genel ve Alt Boyut Toplam Puanlarının Çocuk Sahibi Olma Durumu Açısından Karşılaştırılması

| Toplam puan | Çocuk | <i>n</i> | Sıra ortalaması | U | <i>p</i> |
|---------------------------------|-------|----------|-----------------|----------|----------|
| İÖÖ Genel | Var | 128 | 235,61 | 21901,50 | 0,000 |
| | Yok | 679 | 435,74 | | |
| İÖÖ Sosyal destek-benlik algısı | Var | 128 | 252,82 | 24104,50 | 0,000 |
| | Yok | 679 | 432,50 | | |
| İÖÖ Öfke-dürtüsellik | Var | 128 | 291,72 | 29084,00 | 0,000 |
| | Yok | 679 | 425,17 | | |
| İÖÖ Umutsuzluk-yalnızlık | Var | 128 | 247,47 | 23420,50 | 0,000 |
| | Yok | 679 | 433,51 | | |
| İÖÖ İntihar düşüncesi | Var | 128 | 238,92 | 22326,00 | 0,000 |
| | Yok | 679 | 435,12 | | |

Başkasına bakım verme (aile yakınları, akraba, evcil hayvan vd.) durumuna göre İÖÖ genel ve alt boyut sıra ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılığa rastlanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 21).

Tablo 21. İÖÖ Genel ve Alt Boyut Toplam Puanlarının Başkasına Bakım Verme Durumu Açısından Karşılaştırılması

| Toplam puan | Bakım verme | <i>n</i> | Sıra ortalaması | U | <i>p</i> |
|---------------------------------|-------------|----------|-----------------|----------|----------|
| İÖÖ Genel | Var | 99 | 412,25 | 34229,00 | 0,707 |
| | Yok | 708 | 402,85 | | |
| İÖÖ Sosyal destek-benlik algısı | Var | 99 | 411,96 | 34257,00 | 0,716 |
| | Yok | 708 | 402,89 | | |
| İÖÖ Öfke-dürtüsellik | Var | 99 | 408,96 | 34554,50 | 0,820 |

| | | | | | |
|--------------------------|-----|-----|--------|----------|-------|
| | Yok | 708 | 403,31 | | |
| İÖÖ Umutsuzluk-yalnızlık | Var | 99 | 412,11 | 34243,50 | 0,711 |
| | Yok | 708 | 402,87 | | |
| İÖÖ İntihar düşüncesi | Var | 99 | 406,57 | 34792,00 | 0,907 |
| | Yok | 708 | 403,64 | | |

Dini inancı olan ve olmayan kişilerin İÖÖ genel ve alt boyut sıra ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Dini inancı olmayan kişilerin İÖÖ genel sıra ortalaması dini inancı olan kişilerden yüksektir ($\bar{x}_{dy} = 508,51 > \bar{x}_{dv} = 354,61$) ($U = 43898,50, p < 0,001$). Sosyal destek-benlik algısı ($\bar{x}_{dy} = 508,00 > \bar{x}_{dv} = 354,85$) ($U = 44031,00, p < 0,001$), öfke-dürtüsellik ($\bar{x}_{dy} = 451,54 > \bar{x}_{dv} = 381,53$) ($U = 58654,00, p < 0,001$), umutsuzluk-yalnızlık ($\bar{x}_{dy} = 492,23 > \bar{x}_{dv} = 362,30$) ($U = 48114,50, p < 0,001$) ve intihar düşüncesi ($\bar{x}_{dy} = 496,20 > \bar{x}_{dv} = 360,42$) ($U = 47086,00, p < 0,001$) alt boyutlarının tamamında dini inancı olmayan grubun daha yüksek sıra ortalamasına sahip olduğu görülmektedir (Tablo 22).

Tablo 22. İÖÖ Genel ve Alt Boyut Toplam Puanlarının Dini İnanç Durumu Açısından Karşılaştırılması

| Toplam puan | Dini inanç | n | Sıra ortalaması | U | p |
|---------------------------------|------------|-----|-----------------|----------|-------|
| İÖÖ Genel | Var | 548 | 354,61 | 43898,50 | 0,000 |
| | Yok | 259 | 508,51 | | |
| İÖÖ Sosyal destek-benlik algısı | Var | 548 | 354,85 | 44031,00 | 0,000 |
| | Yok | 259 | 508,00 | | |
| İÖÖ Öfke-dürtüsellik | Var | 548 | 381,53 | 58654,00 | 0,000 |
| | Yok | 259 | 451,54 | | |
| İÖÖ Umutsuzluk-yalnızlık | Var | 548 | 362,30 | 48114,50 | 0,000 |
| | Yok | 259 | 492,23 | | |
| İÖÖ İntihar düşüncesi | Var | 548 | 360,42 | 47086,00 | 0,000 |
| | Yok | 259 | 496,20 | | |

Kronik hastalığı olan ve olmayan kişilerin İÖÖ genel ve alt boyut sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($p > 0,05$) (Tablo 23).

Tablo 23. İÖÖ Genel ve Alt Boyut Toplam Puanlarının Kronik Hastalık Durumu Açısından Karşılaştırılması

| Toplam puan | Kronik hastalık | <i>n</i> | Sıra ortalaması | U | <i>p</i> |
|---------------------------------|-----------------|----------|-----------------|----------|----------|
| İÖÖ Genel | Var | 165 | 401,68 | 52581,50 | 0,886 |
| | Yok | 642 | 404,60 | | |
| İÖÖ Sosyal destek-benlik algısı | Var | 165 | 396,89 | 51792,50 | 0,660 |
| | Yok | 642 | 405,83 | | |
| İÖÖ Öfke-dürtüsellik | Var | 165 | 414,08 | 51301,00 | 0,532 |
| | Yok | 642 | 401,41 | | |
| İÖÖ Umutsuzluk-yalnızlık | Var | 165 | 400,78 | 52433,50 | 0,842 |
| | Yok | 642 | 404,83 | | |
| İÖÖ İntihar düşüncesi | Var | 165 | 406,78 | 52507,00 | 0,864 |
| | Yok | 642 | 403,29 | | |

Aile ve çevrede (aile üyesi, akraba, arkadaş, uzak tanıdık, tanımadığı birine şahit olma, sevgili, eş vd.) intihar eden birinin olup olmaması durumuna göre İÖÖ genel ve alt boyut sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 24).

Tablo 24. İÖÖ Genel ve Alt Boyut Toplam Puanlarının Ailede-Çevrede İntihar Durumu Açısından Karşılaştırılması

| Toplam puan | Ailede-çevrede intihar | <i>n</i> | Sıra ortalaması | U | <i>p</i> |
|---------------------------------|------------------------|----------|-----------------|----------|----------|
| İÖÖ Genel | Var | 220 | 424,34 | 60094,50 | 0,129 |
| | Yok | 587 | 396,38 | | |
| İÖÖ Sosyal destek-benlik algısı | Var | 220 | 426,50 | 59619,00 | 0,093 |
| | Yok | 587 | 395,57 | | |
| İÖÖ Öfke-dürtüsellik | Var | 220 | 414,37 | 62289,50 | 0,438 |
| | Yok | 587 | 400,11 | | |
| İÖÖ Umutsuzluk-yalnızlık | Var | 220 | 409,17 | 63433,50 | 0,700 |
| | Yok | 587 | 402,06 | | |
| İÖÖ İntihar düşüncesi | Var | 220 | 427,00 | 59510,00 | 0,086 |
| | Yok | 587 | 395,38 | | |

Kendine zarar verme davranışı olan ve olmayan kişilerin İÖÖ genel ve alt boyut sıra ortalamaları arasında istatistiki açıdan anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Kendine zarar verme davranışı olan grubun İÖÖ genel puan sıra ortalaması, kendine zarar verme davranışı olmayan gruptan yüksektir ($\bar{x}_v = 509,92 > \bar{x}_y = 355,91$) ($U = 43238,50$, $p < 0,001$). Sosyal destek-benlik algısı ($\bar{x}_v = 491,12 > \bar{x}_y = 364,44$) ($U =$

47976,00, $p < 0,001$), öfke-dürtüsellik ($\bar{x}_v = 47754,00 > \bar{x}_y = 364,04$) ($U = 7,157$, $p < 0,001$), umutsuzluk-yalnızlık ($\bar{x}_v = 497,61 > \bar{x}_y = 361,50$) ($U = 46340,00$, $p < 0,001$) ve intihar düşüncesi ($\bar{x}_v = 504,72 > \bar{x}_y = 358,27$) ($U = 44548,00$, $p < 0,001$) alt boyutlarının tamamında kendine zarar verme davranışı olan grubun daha yüksek sıra ortalamasına sahip olduğu görülmektedir (Tablo 25).

Tablo 25. İÖÖ Genel ve Alt Boyut Toplam Puanlarının Kendine Zarar Verme Davranışı Açısından Karşılaştırılması

| Toplam puan | Kendine zarar verme | n | Sıra ortalaması | U | p |
|---------------------------------|---------------------|-----|-----------------|----------|-------|
| İÖÖ Genel | Var | 252 | 509,92 | 43238,50 | 0,000 |
| | Yok | 555 | 355,91 | | |
| İÖÖ Sosyal destek-benlik algısı | Var | 252 | 491,12 | 47976,00 | 0,000 |
| | Yok | 555 | 364,44 | | |
| İÖÖ Öfke-dürtüsellik | Var | 252 | 492,00 | 47754,00 | 0,000 |
| | Yok | 555 | 364,04 | | |
| İÖÖ Umutsuzluk-yalnızlık | Var | 252 | 497,61 | 46340,00 | 0,000 |
| | Yok | 555 | 361,50 | | |
| İÖÖ İntihar düşüncesi | Var | 252 | 504,72 | 44548,00 | 0,000 |
| | Yok | 555 | 358,27 | | |

Daha önce intihar girişiminde bulunmuş ve intihar girişiminde bulunmamış grupların YŞÖ şema alanları, KİA alt boyutları ve geneli, EİY-ÖKÖ geneli toplam puanları Mann Whitney U testi kullanılarak analiz edilmiştir. Aynı gruplar, farklılık bulunan şema alanlarında yer alan YŞÖ alt boyutlarındaki toplam puanları açısından da kıyaslanmıştır.

Analiz sonuçları, daha önce intihar girişiminde bulunmuş ve bulunmamış kişilerin YŞÖ zedelenmiş otonomi, kopukluk ve yüksek standartlar şema alanlarında istatistiksel açıdan anlamlı şekilde farklılaştığını göstermektedir. Zedelenmiş otonomi ($\bar{x}_v = 346,20 > \bar{x}_y = 282,97$) ($U = 17098,50$, $p < 0,01$), kopukluk ($\bar{x}_v = 336,97 > \bar{x}_y = 284,61$) ($U = 17910,50$, $p < 0,01$) ve yüksek standartlar ($\bar{x}_v = 337,21 > \bar{x}_y = 284,57$) ($U = 17889,50$, $p < 0,01$) şema alanlarında daha önce intihar girişiminde bulunmuş grubun sıra ortalamaları daha yüksektir. Zedelenmiş sınırlar ve başkaları yönelimlilik şema alanlarında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 26).

Tablo 26. Daha Önce İntihar Girişiminde Bulunmuş ve Bulunmamış Gruplarda YŞÖ Şema Alanları Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

| Toplam puan | İntihar girişimi | <i>n</i> | Sıra ortalaması | U | <i>p</i> |
|----------------------------|------------------|----------|-----------------|----------|----------|
| YŞÖ Zedelenmiş otonomi | Yok | 496 | 282,97 | 17098,50 | 0,001 |
| | Var | 88 | 346,20 | | |
| YŞÖ Kopukluk | Yok | 496 | 284,61 | 17910,50 | 0,007 |
| | Var | 88 | 336,97 | | |
| YŞÖ Yüksek standartlar | Yok | 496 | 284,57 | 17889,50 | 0,007 |
| | Var | 88 | 337,21 | | |
| YŞÖ Zedelenmiş sınırlar | Yok | 496 | 287,81 | 19500,00 | 0,111 |
| | Var | 88 | 318,91 | | |
| YŞÖ Başkaları yönelimlilik | Yok | 496 | 290,61 | 20888,50 | 0,521 |
| | Var | 88 | 303,13 | | |

Farklılık saptanan YŞÖ zedelenmiş otonomi şema alanı altında yer alan terk edilme, başarısızlık, karamsarlık, dayanıksızlık alt boyut puanlarının sıra ortalamalarının daha önce intihar girişiminde bulunmuş ve bulunmamış gruplarda istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır. Daha önce intihar girişimi olan grubun terk edilme ($\bar{x}_v = 343,60 > \bar{x}_y = 283,43$) ($U = 17327,50, p < 0,01$), başarısızlık ($\bar{x}_v = 338,14 > \bar{x}_y = 284,40$) ($U = 17808,00, p < 0,01$), karamsarlık ($\bar{x}_v = 343,91 > \bar{x}_y = 283,38$) ($U = 17299,50, p < 0,01$) ve dayanıksızlık ($\bar{x}_v = 353,01 > \bar{x}_y = 281,76$) ($U = 16499,00, p < 0,001$) alt boyut puanlarının sıra ortalamaları, intihar girişimi olmayan gruptan yüksektir. İki grubun iç içe geçme alt boyutu puanının sıra ortalaması arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 27).

Kopukluk şema alanı içinde bulunan duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon, kusurluluk alt boyut puan ortalamaları intihar girişiminde bulunmuş ve bulunmamış gruplar arasında istatistiki yönden farklılaşmaktadır. Daha önce intihar girişiminde bulunmuş grubun duygusal yoksunluk ($\bar{x}_v = 334,81 > \bar{x}_y = 284,99$) ($U = 18101,00, p < 0,05$), sosyal izolasyon ($\bar{x}_v = 344,14 > \bar{x}_y = 283,34$) ($U = 17279,50, p < 0,01$) ve kusurluluk ($\bar{x}_v = 343,88 > \bar{x}_y = 283,38$) ($U = 17302,50, p < 0,01$) alt boyut puanlarının sıra ortalamaları, intihar girişiminde bulunmamış gruptan yüksektir. Duyguları bastırma alt boyutunda ise anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p > 0,05$) (Tablo 27).

Yüksek standartlar şema alanı altındaki yüksek standartlar alt boyut puanı sıra ortalaması daha önce intihar girişiminde bulunma ve bulunmama durumlarına göre farklılık sergilemektedir. Daha önce intihar girişiminde bulunmuş kişilerin yüksek standartlar ($\bar{x}_v = 339,92 > \bar{x}_y = 284,09$) ($U = 17651,00, p < 0,01$) alt boyut puanı sıra

ortalaması, intihar girişiminde bulunmamış kişilerden daha yüksektir. Onay arayıcılık alt boyutunda ise anlamlı farklılık görülmemiştir ($p > 0,05$) (Tablo 27).

Tablo 27. Daha Önce İntihar Girişiminde Bulunmuş ve Bulunmamış Gruplarda YŞÖ Alt Boyut Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

| Toplam puan | İntihar girişimi | <i>n</i> | Sıra ortalaması | U | <i>p</i> |
|-----------------------------|------------------|----------|-----------------|----------|----------|
| YŞÖ İç içe geçme (ZO) | Yok | 496 | 287,48 | 19335,50 | 0,088 |
| | Var | 88 | 320,78 | | |
| YŞÖ Terk edilme (ZO) | Yok | 496 | 283,43 | 17327,50 | 0,002 |
| | Var | 88 | 343,60 | | |
| YŞÖ Başarısızlık (ZO) | Yok | 496 | 284,40 | 17808,00 | 0,006 |
| | Var | 88 | 338,14 | | |
| YŞÖ Karamsarlık (ZO) | Yok | 496 | 283,38 | 17299,50 | 0,002 |
| | Var | 88 | 343,91 | | |
| YŞÖ Dayanıksızlık (ZO) | Yok | 496 | 281,76 | 16499,00 | 0,000 |
| | Var | 88 | 353,01 | | |
| YŞÖ Duygusal yoksunluk (K) | Yok | 496 | 284,99 | 18101,00 | 0,011 |
| | Var | 88 | 334,81 | | |
| YŞÖ Duyguları bastırma (K) | Yok | 496 | 292,88 | 21637,00 | 0,898 |
| | Var | 88 | 290,38 | | |
| YŞÖ Sosyal izolasyon (K) | Yok | 496 | 283,34 | 17279,50 | 0,002 |
| | Var | 88 | 344,14 | | |
| YŞÖ Kusurluluk (K) | Yok | 496 | 283,38 | 17302,50 | 0,002 |
| | Var | 88 | 343,88 | | |
| YŞÖ Yüksek standartlar (YS) | Yok | 496 | 284,09 | 17651,00 | 0,004 |
| | Var | 88 | 339,92 | | |
| YŞÖ Onay arayıcılık (YS) | Yok | 496 | 286,97 | 19079,00 | 0,060 |
| | Var | 88 | 323,69 | | |

Daha önce intihar girişiminde bulunmuş ve bulunmamış kişilerin KİA genel ve alt boyut toplam puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Daha önce intihar girişiminde bulunmuş kişilerin algılanan yük olma ($\bar{x}_v = 361,63 > \bar{x}_y = 269,31$) ($U = 14039,50, p < 0,001$) ve engellenmiş aidiyet ($\bar{x}_v = 330,16 > \bar{x}_y = 275,03$) ($U = 16777,00, p < 0,01$) alt boyut puanları sıra ortalamaları, intihar girişimi olmayan gruptan belirgin derecede yüksektir. Daha önce intihar girişiminde bulunmuş kişilerin KİA genel puanı sıra ortalamasının intihar girişimi olmayan gruptan istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek olduğu görülmüştür ($\bar{x}_v = 354,10 > \bar{x}_y = 354,10$) ($U = 14694,00, p < 0,001$) (Tablo 28).

Tablo 28. Daha Önce İntihar Girişiminde Bulunmuş ve Bulunmamış Gruplarda KİA Genel ve Alt Boyut Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

| Toplam puan | İntihar girişimi | <i>n</i> | Sıra ortalaması | U | <i>p</i> |
|-------------------------|------------------|----------|-----------------|----------|----------|
| KİA Algılanan yük olma | Yok | 479 | 269,31 | 14039,50 | 0,000 |
| | Var | 87 | 361,63 | | |
| KİA Engellenmiş aidiyet | Yok | 479 | 275,03 | 16777,00 | 0,004 |
| | Var | 87 | 330,16 | | |
| KİA Genel | Yok | 479 | 270,68 | 14694,00 | 0,000 |
| | Var | 87 | 354,10 | | |

Daha önce intihar girişiminde bulunmuş ve bulunmamış grupların EİY-ÖKÖ puanı sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Daha önce intihar girişiminde bulunmuş kişilerin EİY-ÖKÖ puanı sıra ortalaması, intihar girişiminde bulunmamış kişilere kıyasla daha yüksektir ($\bar{x}_v = 338,27 > \bar{x}_y = 273,55$) ($U = 16071,50, p < 0,001$) (Tablo 29).

Tablo 29. Daha Önce İntihar Girişiminde Bulunmuş ve Bulunmamış Gruplarda EİY-ÖKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| Toplam puan | İntihar girişimi | <i>n</i> | Sıra ortalaması | U | <i>p</i> |
|-------------|------------------|----------|-----------------|----------|----------|
| EİY-ÖKÖ | Yok | 479 | 273,55 | 16071,50 | 0,000 |
| | Var | 87 | 338,27 | | |

3.5. ÇOKLU DOLAYLI ETKİ (ÇOKLU ARACILIK) MODELİNİN TESTİ

Erken dönem uyum bozucu şema alanları ve intihar olasılığı arasındaki ilişkide algılanan yük olma, engellenmiş aidiyet ve intihar düşüncesinin aracılık rolünün incelenmesi için kurulan ilk modelde, bağımsız değişkenin (zedelenmiş otonomi) birinci aracı değişkeni (algılanan yük olma) yordaması için kurulan model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F(1-554) = 326,348, p < 0,001$). Zedelenmiş otonomi toplam puanı algılanan yük olma toplam puanının %37'lik kısmını açıklamaktadır. Zedelenmiş otonomi puanındaki 1 birimlik artış, algılanan yük olma puanını 0,608 birim arttırmaktadır ($t(554) = 18,065, p < 0,001$) (Tablo 30).

Bağımsız değişkenin (zedelenmiş otonomi) ikinci aracı değişkeni (engellenmiş aidiyet) yordaması için kurulan model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F(1-554) = 338,107, p < 0,001$). Zedelenmiş otonomi toplam puanı engellenmiş aidiyet toplam puanının %37'lik kısmını açıklamaktadır. Zedelenmiş otonomi puanındaki 1

birimlik artış, engellenmiş aidiyet puanını 0,615 birim arttırmaktadır ($t(554) = 18,387$, $p < 0,001$) (Tablo 30).

Bağımsız değişkenin (zedelenmiş otonomi) üçüncü aracı değişkeni (intihar düşüncesi) yordaması için kurulan model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F(1-554) = 203,070$, $p < 0,001$). Zedelenmiş otonomi toplam puanı intihar düşüncesi toplam puanının %26'lık kısmını açıklamaktadır. Zedelenmiş otonomi puanlarındaki 1 birimlik artış, intihar düşüncesi puanını 0,518 birim arttırmaktadır ($t(554) = 14,250$, $p < 0,001$) (Tablo 30).

Zedelenmiş otonomi, algılanan yük olma ve engellenmiş aidiyet puanlarının intihar düşüncesi puanını yordaması için kurulan model istatistiksel olarak anlamlıdır ($F(3-552) = 133,377$, $p < 0,001$). Zedelenmiş otonomi ($t(552) = 3,409$, $p < 0,001$), algılanan yük olma ($t(552) = 7,019$, $p < 0,001$) ve engellenmiş aidiyet ($t(552) = 6,614$, $p < 0,001$) puanları intihar düşüncesi puanının %42'lik kısmını açıklamaktadır. Diğer parametreler sabit tutulduğunda, zedelenmiş otonomi puanındaki 1 birimlik artış intihar düşüncesi puanını 0,151 birim; algılanan yük olma puanındaki 1 birimlik artış intihar düşüncesi puanını 0,307 birim ve engellenmiş aidiyet puanındaki 1 birimlik artış intihar düşüncesi puanını 0,291 birim arttırmaktadır (Tablo 30).

Zedelenmiş otonomi, algılanan yük olma, engellenmiş aidiyet ve intihar düşüncesi puanlarının intihar olasılığı puanını yordaması için kurulan model istatistiksel olarak anlamlıdır ($F(4-551) = 487,970$, $p < 0,001$). Zedelenmiş otonomi ($t(551) = 12,460$, $p < 0,001$), algılanan yük olma ($t(551) = 4,851$, $p < 0,001$), engellenmiş aidiyet ($t(551) = 14,026$, $p < 0,001$) ve intihar düşüncesi ($t(551) = 6,530$, $p < 0,001$) puanları intihar olasılığı puanının %77'lik kısmını açıklamaktadır. Diğer parametreler sabit tutulduğunda, zedelenmiş otonomi puanındaki 1 birimlik artış intihar olasılığı puanını 0,345 birim; algılanan yük olma puanındaki 1 birimlik artış intihar olasılığı puanını 0,136 birim; engellenmiş aidiyet puanındaki 1 birimlik artış intihar olasılığı puanını 0,395 birim ve intihar düşüncesi puanındaki 1 birimlik artış intihar olasılığı puanını 0,171 birim arttırmaktadır (Tablo 30).

Zedelenmiş otonominin intihar olasılığını yordaması için kurulan model istatistiksel olarak anlamlıdır ($F(1-554) = 762,451$, $p < 0,001$). Zedelenmiş otonomi puanı intihar olasılığı puanının %57'lik kısmını açıklamaktadır. Zedelenmiş otonomi

puanındaki 1 birimlik artış intihar olasılığı puanını 0,761 birim arttırmaktadır (Tablo 30).

Tablo 30. Zedelenmiş Otonomi Şema Alanı ve İntihar Olasılığı Arasındaki İlişkide Algılanan Yük Olma, Engellenmiş Aidiyet ve İntihar Düşüncesinin Aracılık Rolünün İncelenmesi

| Bağımlı/aracı değişken | Bağımsız değişkenler | <i>b</i> | SH | B | <i>t</i> | <i>p</i> | Güven aralığı | |
|---|----------------------|----------|------|-------|----------|----------|---------------|--------|
| | | | | | | | Düşük | Yüksek |
| Algılanan yük olma | Sabit (<i>a</i>) | -4,43 | 0,70 | | -6,261 | 0,000 | -5,821 | -3,041 |
| | Zedelenmiş otonomi | 0,14 | 0,00 | 0,608 | 18,065 | 0,000 | 0,130 | 0,162 |
| F(1-554) = 326,348, <i>p</i> < 0,001, R ² = 0,37 | | | | | | | | |
| Engellenmiş aidiyet | Sabit (<i>a</i>) | 2,63 | 0,62 | | 4,205 | 0,000 | 1,406 | 3,872 |
| | Zedelenmiş otonomi | 0,13 | 0,00 | 0,615 | 18,387 | 0,000 | 0,118 | 0,146 |
| F(1-554) = 338,107, <i>p</i> < 0,001, R ² = 0,37 | | | | | | | | |
| İntihar düşüncesi | Sabit (<i>a</i>) | -0,88 | 0,14 | | -6,028 | 0,000 | -1,172 | -0,596 |
| | Zedelenmiş otonomi | 0,02 | 0,00 | 0,518 | 14,250 | 0,000 | 0,021 | 0,027 |
| F(1-554) = 203,070, <i>p</i> = 0,000, R ² = 0,26 | | | | | | | | |
| İntihar düşüncesi | Sabit (<i>a</i>) | -0,78 | 0,14 | | -5,603 | 0,000 | -1,064 | -0,511 |
| | Zedelenmiş otonomi | 0,01 | 0,00 | 0,151 | 3,409 | 0,000 | 0,003 | 0,011 |
| | Algılanan yük olma | 0,05 | 0,01 | 0,307 | 7,019 | 0,000 | 0,042 | 0,075 |
| | Engellenmiş aidiyet | 0,06 | 0,01 | 0,291 | 6,614 | 0,000 | 0,044 | 0,081 |
| F(3-552) = 133,377, <i>p</i> < 0,001, R ² = 0,42 | | | | | | | | |
| İntihar olasılığı | Sabit (<i>a</i>) | 7,68 | 1,23 | | 6,246 | 0,000 | 5,271 | 10,107 |
| | Zedelenmiş otonomi | 0,22 | 0,01 | 0,345 | 12,460 | 0,000 | 0,185 | 0,255 |
| | Algılanan yük olma | 0,36 | 0,07 | 0,136 | 4,851 | 0,000 | 0,215 | 0,509 |
| | Engellenmiş aidiyet | 1,17 | 0,08 | 0,395 | 14,026 | 0,000 | 1,011 | 1,340 |
| | İntihar düşüncesi | 2,36 | 0,36 | 0,171 | 6,530 | 0,000 | 1,655 | 3,079 |
| F(4-551) = 487,970, <i>p</i> < 0,001, R ² = 0,77 | | | | | | | | |
| İntihar olasılığı | Sabit (<i>a</i>) | 7,09 | 1,53 | | 4,621 | 0,000 | 4,079 | 10,110 |
| | Zedelenmiş otonomi | 0,48 | 0,01 | 0,761 | 27,612 | 0,000 | 0,451 | 0,520 |
| F(1-554) = 762,451, <i>p</i> < 0,001, R ² = 0,57 | | | | | | | | |

Bağımsız değişkenin (zedelenmiş otonomi) bağımlı değişkeni (intihar olasılığı) yordama gücünün (model üzerinde *t* olarak gösterilmiştir), aracı değişkenler dahil edilerek tüm modelin testi sonucunda azaldığı görülmüştür (model üzerinde *d* olarak gösterilmiştir) ($B_t = 0,761 > B_d = 0,345$). Zedelenmiş otonomi ve intihar olasılığı arasındaki ilişkide, aracı değişkenlerin dolaylı etkileri (kısmi aracılık rolü) incelenmiştir (Tablo 31).

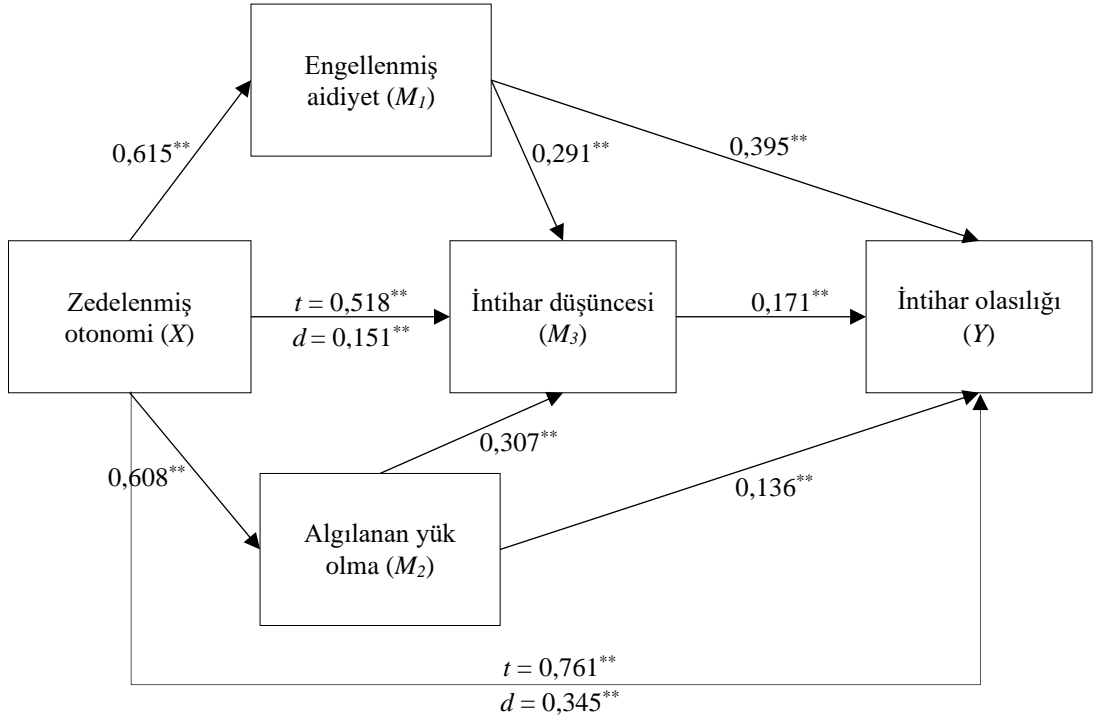
Tablo 31. Zedelenmiş Otonomi Şema Alanı ve İntihar Olasılığı Arasındaki İlişkide Dolaylı Etkilerin İncelenmesi

| | B | SH | Güven aralığı | |
|--|-------|-------|---------------|--------|
| | | | Düşük | Yüksek |
| Zedelenmiş otonominin intihar olasılığı üzerindeki toplam etkisi | 0,761 | 0,017 | 0,451 | 0,520 |
| Zedelenmiş otonominin intihar olasılığı üzerindeki doğrudan etkisi | 0,345 | 0,017 | 0,185 | 0,255 |
| Zedelenmiş otonominin intihar olasılığı üzerindeki dolaylı etkisi | 0,415 | 0,022 | 0,372 | 0,459 |
| Zedelenmiş otonomi ⇒ Algılanan yük olma ⇒ İntihar olasılığı | 0,083 | 0,021 | 0,042 | 0,125 |
| Zedelenmiş otonomi ⇒ Engellenmiş aidiyet ⇒ İntihar olasılığı | 0,243 | 0,019 | 0,205 | 0,282 |
| Zedelenmiş otonomi ⇒ İntihar düşüncesi ⇒ İntihar olasılığı | 0,026 | 0,010 | 0,007 | 0,047 |
| Zedelenmiş otonomi ⇒ Algılanan yük olma ⇒ İntihar düşüncesi ⇒ İntihar olasılığı | 0,032 | 0,008 | 0,017 | 0,049 |
| Zedelenmiş otonomi ⇒ Engellenmiş aidiyet ⇒ İntihar düşüncesi ⇒ İntihar olasılığı | 0,030 | 0,006 | 0,018 | 0,045 |

Zedelenmiş otonomi ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide algılanan yük olmanın kısmi aracılık rolünün istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmüştür (B= 0,083, SH = 0,021, %95 GA [0,042-0,125]). Engellenmiş aidiyetin kısmi aracılık rolü istatistiksel olarak anlamlıdır (B= 0,243, SH = 0,019, %95 GA [0,205-0,282]). İntihar düşüncesinin kısmi aracılık rolü de anlamlı bulunmuştur (B= 0,026, SH = 0,010, %95 GA [0,007-0,047]).

Zedelenmiş otonomi ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide algılanan yük olma ve intihar düşüncesinin kısmi aracılık rolü istatistiksel açıdan anlamlıdır (B= 0,032, SH = 0,008, %95 GA [0,017-0,049]). Zedelenmiş otonomi ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide engellenmiş aidiyet ve intihar düşüncesinin kısmi aracılık rolü de istatistiksel yönden manidardır (B= 0,030, SH = 0,006, %95 GA [0,018-0,045]).

Çoklu dolaylı etki (çoklu aracılık) test modeli ve test sonucunda elde edilen B katsayıları şu şekildedir:



** $p < 0,001$

Model 2. Zedelenmiş Otonomi Şema Alanı ve İntihar Olasılığı Arasındaki İlişkide Algılanan Yük Olma, Engellenmiş Aidiyet ve İntihar Düşüncesinin Aracılık Rolü

İkinci modelde, bağımsız değişkenin (kopukluk) birinci aracı değişkeni (algılanan yük olma) yordaması için kurulan model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F(1-554) = 398,606$, $p < 0,001$). Kopukluk toplam puanı algılanan yük olma toplam puanının %41'lik kısmını açıklamaktadır. Kopukluk puanındaki 1 birimlik artış, algılanan yük olma puanını 0,646 birim arttırmaktadır ($t(554) = 19,965$, $p < 0,001$) (Tablo 32).

Bağımsız değişkenin (kopukluk) ikinci aracı değişkeni (engellenmiş aidiyet) yordaması için kurulan model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F(1-554) = 778,232$, $p < 0,001$). Kopukluk toplam puanı engellenmiş aidiyet toplam puanının %58'lik kısmını açıklamaktadır. Kopukluk puanındaki 1 birimlik artış, engellenmiş aidiyet puanını 0,764 birim arttırmaktadır ($t(554) = 27,896$, $p < 0,001$) (Tablo 32).

Bağımsız değişkenin (kopukluk) üçüncü aracı değişkeni (intihar düşüncesi) yordaması için kurulan model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F(1-554) = 283,942$, $p < 0,001$). Kopukluk toplam puanı intihar düşüncesi toplam puanının

%33'lük kısmını açıklamaktadır. Kopukluk puanlarındaki 1 birimlik artış, intihar düşüncesi puanını 0,582 birim arttırmaktadır ($t(554) = 16,851, p < 0,001$) (Tablo 32).

Kopukluk, algılanan yük olma ve engellenmiş aidiyet puanlarının intihar düşüncesi puanını yordaması için kurulan model istatistiksel olarak anlamlıdır ($F(3-552) = 136,150, p < 0,001$). Kopukluk ($t(552) = 4,067, p < 0,001$), algılanan yük olma ($t(552) = 6,912, p < 0,001$) ve engellenmiş aidiyet ($t(552) = 4,337, p < 0,001$) puanları intihar düşüncesi puanının %42'lik kısmını açıklamaktadır. Diğer parametreler sabit tutulduğunda, kopukluk puanındaki 1 birimlik artış intihar düşüncesi puanını 0,218 birim; algılanan yük olma puanındaki 1 birimlik artış intihar düşüncesi puanını 0,299 birim ve engellenmiş aidiyet puanındaki 1 birimlik artış intihar düşüncesi puanını 0,222 birim arttırmaktadır (Tablo 32).

Kopukluk, algılanan yük olma, engellenmiş aidiyet ve intihar düşüncesi puanlarının intihar olasılığı puanını yordaması için kurulan model istatistiksel olarak anlamlıdır ($F(4-551) = 526,686, p < 0,001$). Kopukluk ($t(551) = 14,105, p < 0,001$), algılanan yük olma ($t(551) = 4,964, p < 0,001$), engellenmiş aidiyet ($t(551) = 8,439, p < 0,001$) ve intihar düşüncesi ($t(551) = 6,130, p < 0,001$) puanları intihar olasılığı puanının %79'lük kısmını açıklamaktadır. Diğer parametreler sabit tutulduğunda, kopukluk puanındaki 1 birimlik artış intihar olasılığı puanını 0,462 birim; algılanan yük olma puanındaki 1 birimlik artış intihar olasılığı puanını 0,134 birim; engellenmiş aidiyet puanındaki 1 birimlik artış intihar olasılığı puanını 0,264 birim ve intihar düşüncesi puanındaki 1 birimlik artış intihar olasılığı puanını 0,156 birim arttırmaktadır (Tablo 32).

Kopukluğun intihar olasılığını yordaması için kurulan model istatistiksel olarak anlamlıdır ($F(1-554) = 1362,309, p < 0,001$). Kopukluk puanı intihar olasılığı puanının %71'lik kısmını açıklamaktadır. Kopukluk puanındaki 1 birimlik artış intihar olasılığı puanını 0,843 birim arttırmaktadır (Tablo 32).

Tablo 32. Kopukluk Şema Alanı ve İntihar Olasılığı Arasındaki İlişkide Algılanan Yük Olma, Engellenmiş Aidiyet ve İntihar Düşüncesinin Aracılık Rolünün İncelenmesi

| Bağımlı/aracı değişken | Bağımsız değişkenler | <i>b</i> | SH | B | <i>t</i> | <i>p</i> | Güven aralığı | |
|--|----------------------|----------|------|-------|----------|----------|---------------|--------|
| | | | | | | | Düşük | Yüksek |
| Algılanan yük olma | Sabit (<i>a</i>) | -4,70 | 0,65 | | -7,143 | 0,000 | -5,997 | -3,410 |
| | Kopukluk | 0,18 | 0,00 | 0,646 | 19,965 | 0,000 | 0,165 | 0,201 |
| F(1-554) = 398,606, <i>p</i> < 0,001, R ² = 0,41 | | | | | | | | |
| Engellenmiş aidiyet | Sabit (<i>a</i>) | 0,54 | 0,49 | | 1,086 | 0,277 | -0,436 | 1,516 |
| | Kopukluk | 0,19 | 0,00 | 0,764 | 27,896 | 0,000 | 0,179 | 0,206 |
| F(1-554) = 778,232, <i>p</i> < 0,001, R ² = 0,58 | | | | | | | | |
| İntihar düşüncesi | Sabit (<i>a</i>) | -1,04 | 0,13 | | -7,738 | 0,000 | -1,309 | -0,779 |
| | Kopukluk | 0,03 | 0,00 | 0,582 | 16,851 | 0,000 | 0,028 | 0,035 |
| F(1-554) = 283,942, <i>p</i> < 0,001, R ² = 0,33 | | | | | | | | |
| İntihar düşüncesi | Sabit (<i>a</i>) | -0,79 | 0,13 | | -6,034 | 0,000 | -1,059 | -0,538 |
| | Kopukluk | 0,01 | 0,00 | 0,218 | 4,067 | 0,000 | 0,006 | 0,017 |
| | Algılanan yük olma | 0,05 | 0,00 | 0,299 | 6,912 | 0,000 | 0,041 | 0,073 |
| | Engellenmiş aidiyet | 0,04 | 0,01 | 0,222 | 4,337 | 0,000 | 0,026 | 0,069 |
| F(3-552) = 136,150, <i>p</i> < 0,001, R ² = 0,42 | | | | | | | | |
| İntihar olasılığı | Sabit (<i>a</i>) | 7,98 | 1,13 | | 7,033 | 0,000 | 5,751 | 10,209 |
| | Kopukluk | 0,34 | 0,02 | 0,462 | 14,105 | 0,000 | 0,298 | 0,395 |
| | Algılanan yük olma | 0,35 | 0,07 | 0,134 | 4,964 | 0,000 | 0,215 | 0,498 |
| | Engellenmiş aidiyet | 0,78 | 0,09 | 0,264 | 8,439 | 0,000 | 0,602 | 0,967 |
| | İntihar düşüncesi | 2,16 | 0,35 | 0,156 | 6,130 | 0,000 | 1,471 | 2,859 |
| F(4-551) = 526,686, <i>p</i> < 0,001, R ² = 0,79 | | | | | | | | |
| İntihar olasılığı | Sabit (<i>a</i>) | 4,46 | 1,23 | | 3,625 | 0,000 | 2,045 | 6,882 |
| | Kopukluk | 0,63 | 0,01 | 0,843 | 36,909 | 0,000 | 0,599 | 0,666 |
| F(1-554) = 1362,309, <i>p</i> < 0,001, R ² = 0,71 | | | | | | | | |

Bağımsız değişkenin (kopukluk) bağımlı değişkeni (intihar olasılığı) yordama gücünün (model üzerinde *t* olarak gösterilmiştir), aracı değişkenler dahil edilerek tüm modelin testi sonucunda azaldığı görülmüştür (model üzerinde *d* olarak gösterilmiştir) ($B_t = 0,843 > B_d = 0,462$). Kopukluk ve intihar olasılığı arasındaki ilişkide, aracı değişkenlerin dolaylı etkileri (kısmi aracılık rolü) incelenmiştir (Tablo 33).

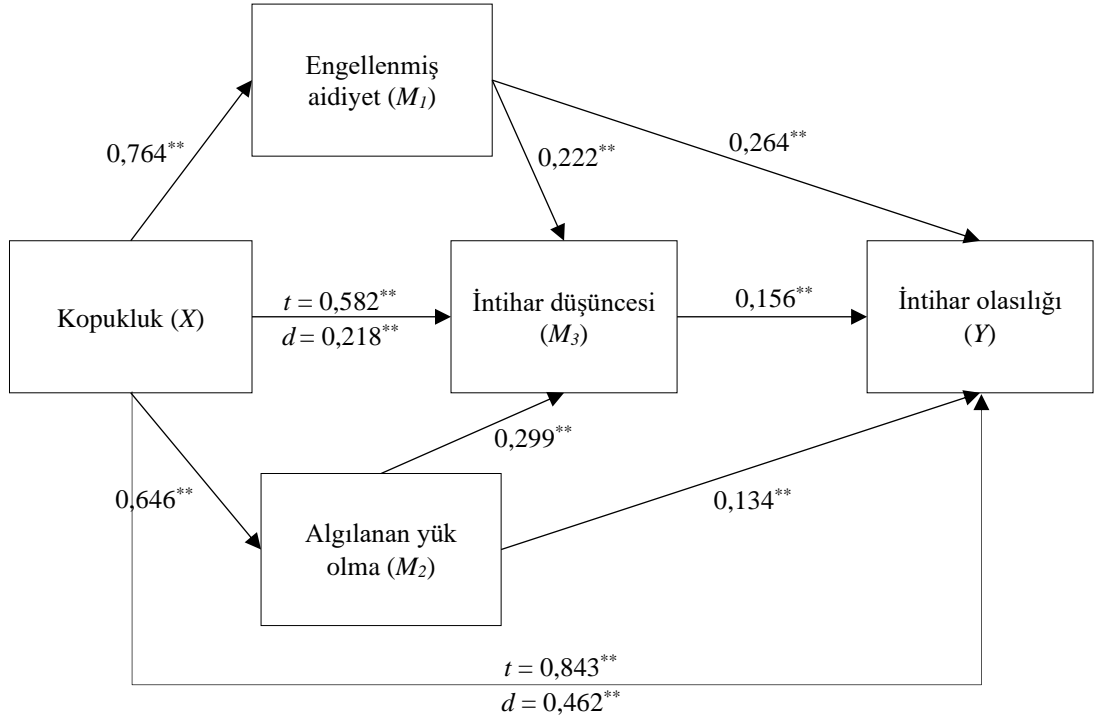
Tablo 33. Kopukluk Şema Alanı ve İntihar Olasılığı Arasındaki İlişkide Dolaylı Etkilerin İncelenmesi

| | B | SH | Güven aralığı | |
|--|-------|-------|---------------|--------|
| | | | Düşük | Yüksek |
| Kopukluğun intihar olasılığı üzerindeki toplam etkisi | 0,843 | 0,017 | 0,599 | 0,666 |
| Kopukluğun intihar olasılığı üzerindeki doğrudan etkisi | 0,462 | 0,024 | 0,298 | 0,395 |
| Kopukluğun intihar olasılığı üzerindeki dolaylı etkisi | 0,380 | 0,028 | 0,325 | 0,438 |
| Kopukluk ⇒ Algılanan yük olma ⇒ İntihar olasılığı | 0,087 | 0,020 | 0,047 | 0,128 |
| Kopukluk ⇒ Engellenmiş aidiyet ⇒ İntihar olasılığı | 0,201 | 0,024 | 0,154 | 0,252 |
| Kopukluk ⇒ İntihar düşüncesi ⇒ İntihar olasılığı | 0,034 | 0,011 | 0,013 | 0,059 |
| Kopukluk ⇒ Algılanan yük olma ⇒ İntihar düşüncesi ⇒ İntihar olasılığı | 0,030 | 0,007 | 0,017 | 0,045 |
| Kopukluk ⇒ Engellenmiş aidiyet ⇒ İntihar düşüncesi ⇒ İntihar olasılığı | 0,026 | 0,007 | 0,013 | 0,041 |

Kopukluk ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide algılanan yük olmanın kısmi aracılık rolünün istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmüştür (B= 0,087, SH = 0,020, %95 GA [0,047-0,128]). Engellenmiş aidiyetin kısmi aracılık rolü istatistiksel olarak anlamlıdır (B= 0,201, SH = 0,024, %95 GA [0,154-0,252]). İntihar düşüncesinin kısmi aracılık rolü de anlamlı bulunmuştur (B= 0,034, SH = 0,011, %95 GA [0,013-0,059]).

Kopukluk ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide algılanan yük olma ve intihar düşüncesinin kısmi aracılık rolü istatistiksel açıdan anlamlıdır (B= 0,030, SH = 0,007, %95 GA [0,017-0,045]). Kopukluk ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide engellenmiş aidiyet ve intihar düşüncesinin kısmi aracılık rolü de istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur (B= 0,026, SH = 0,007, %95 GA [0,013-0,041]).

Çoklu dolaylı etki (çoklu aracılık) test modeli ve test sonucunda elde edilen B katsayıları şu şekildedir:



** $p < 0,001$

Model 3. Kopukluk Şema Alanı ve İntihar Olasılığı Arasındaki İlişkide Algılanan Yük Olma, Engellenmiş Aidiyet ve İntihar Düşüncesinin Aracılık Rolü

Üçüncü modelde, bağımsız değişkenin (yüksek standartlar) birinci aracı değişkeni (algılanan yük olma) yordaması için kurulan model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F(1-554) = 26,587, p < 0,001$). Yüksek standartlar toplam puanı algılanan yük olma toplam puanının %4'lük kısmını açıklamaktadır. Yüksek standartlar puanındaki 1 birimlik artış, algılanan yük olma puanını 0,214 birim arttırmaktadır ($t(554) = 5,156, p < 0,001$) (Tablo 34).

Bağımsız değişkenin (yüksek standartlar) ikinci aracı değişkeni (engellenmiş aidiyet) yordaması için kurulan model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F(1-554) = 26,972, p < 0,001$). Yüksek standartlar toplam puanı engellenmiş aidiyet toplam puanının %4'lük kısmını açıklamaktadır. Yüksek standartlar puanındaki 1 birimlik artış, engellenmiş aidiyet puanını 0,215 birim arttırmaktadır ($t(554) = 5,193, p < 0,001$) (Tablo 34).

Bağımsız değişkenin (yüksek standartlar) üçüncü aracı değişkeni (intihar düşüncesi) yordaması için kurulan model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur

($F(1-554) = 11,615, p < 0,001$). Yüksek standartlar toplam puanı intihar düşüncesi toplam puanının %2'lik kısmını açıklamaktadır. Yüksek standartlar puanlarındaki 1 birimlik artış, intihar düşüncesi puanını 0,143 birim arttırmaktadır ($t(554) = 3,408, p < 0,001$) (Tablo 34).

Yüksek standartlar, algılanan yük olma ve engellenmiş aidiyet puanlarının intihar düşüncesi puanını yordaması için kurulan model istatistiksel olarak anlamlıdır ($F(3-552) = 126,889, p < 0,001$). Bu modelde, bağımsız değişkenin (yüksek standartlar) bağımlı değişkeni (intihar düşüncesi) yordama gücünün (model üzerinde t olarak gösterilmiştir), aracı değişkenler dahil edilerek tüm modelin testi sonucunda tamamen ortadan kalktığı görülmüştür (model üzerinde d olarak gösterilmiştir) ($B_t = 0,143 > B_d = -0,011$). Yüksek standartlar ve intihar düşüncesi arasındaki ilişkide, aracı değişkenlerin (algılanan yük olma ve engellenmiş aidiyet) tam aracılık rolü bulunmaktadır. Yüksek standartların istatistiksel olarak anlamlılığı bulunmamakla beraber ($t(552) = -0,318, p > 0,05$); yüksek standartlar yanında algılanan yük olma ($t(552) = 8,885, p < 0,001$) ve engellenmiş aidiyet ($t(552) = 8,562, p < 0,001$) puanlarından oluşan model intihar düşüncesi puanının %40'lık kısmını açıklamaktadır. Diğer parametreler sabit tutulduğunda algılanan yük olma puanındaki 1 birimlik artış intihar düşüncesi puanını 0,365 birim ve engellenmiş aidiyet puanındaki 1 birimlik artış intihar düşüncesi puanını 0,352 birim arttırmaktadır (Tablo 34).

Yüksek standartlar, algılanan yük olma, engellenmiş aidiyet ve intihar düşüncesi puanlarının intihar olasılığı puanını yordaması için kurulan model istatistiksel olarak anlamlıdır ($F(4-551) = 416,549, p < 0,001$). Yüksek standartlar ($t(551) = 8,639, p < 0,001$), algılanan yük olma ($t(551) = 7,811, p < 0,001$), engellenmiş aidiyet ($t(551) = 17,177, p < 0,001$) ve intihar düşüncesi ($t(551) = 8,029, p < 0,001$) puanları intihar olasılığı puanının %75'lik kısmını açıklamaktadır. Diğer parametreler sabit tutulduğunda, yüksek standartlar puanındaki 1 birimlik artış intihar olasılığı puanını 0,189 birim; algılanan yük olma puanındaki 1 birimlik artış intihar olasılığı puanını 0,222 birim; engellenmiş aidiyet puanındaki 1 birimlik artış intihar olasılığı puanını 0,487 birim ve intihar düşüncesi puanındaki 1 birimlik artış intihar olasılığı puanını 0,221 birim arttırmaktadır (Tablo 34).

Yüksek standartların intihar olasılığını yordaması için kurulan model istatistiksel olarak anlamlıdır ($F(1-554) = 89,828, p < 0,001$). Yüksek standartlar puanı intihar olasılığı puanının %13'lük kısmını açıklamaktadır. Yüksek standartlar puanındaki 1 birimlik artış intihar olasılığı puanını 0,373 birim arttırmaktadır (Tablo 34).

Tablo 34. Yüksek Standartlar Şema Alanı ve İntihar Olasılığı Arasındaki İlişkide Algılanan Yük Olma, Engellenmiş Aidiyet ve İntihar Düşüncesinin Aracılık Rolünün İncelenmesi

| Bağımlı/aracı değişken | Bağımsız değişkenler | <i>b</i> | SH | B | <i>t</i> | <i>p</i> | Güven aralığı | |
|--|----------------------|----------|------|-------|----------|----------|---------------|--------|
| | | | | | | | Düşük | Yüksek |
| Algılanan yük olma | Sabit (<i>a</i>) | 1,69 | 1,16 | | 1,448 | 0,014 | -0,601 | 3,982 |
| | Yüksek standartlar | 0,18 | 0,03 | 0,214 | 5,156 | 0,000 | 0,113 | 0,253 |
| F(1-554) = 26,587, $p < 0,001$, $R^2 = 0,04$ | | | | | | | | |
| Engellenmiş aidiyet | Sabit (<i>a</i>) | 8,18 | 1,04 | | 7,862 | 0,000 | 6,141 | 10,232 |
| | Yüksek standartlar | 0,16 | 0,03 | 0,215 | 5,193 | 0,000 | 0,102 | 0,227 |
| F(1-554) = 26,972, $p < 0,001$, $R^2 = 0,04$ | | | | | | | | |
| İntihar düşüncesi | Sabit (<i>a</i>) | 0,31 | 0,22 | | 1,400 | 0,162 | -0,128 | 0,764 |
| | Yüksek standartlar | 0,02 | 0,00 | 0,143 | 3,408 | 0,001 | 0,010 | 0,037 |
| F(1-554) = 11,615, $p < 0,001$, $R^2 = 0,02$ | | | | | | | | |
| İntihar düşüncesi | Sabit (<i>a</i>) | -0,42 | 0,18 | | -2,232 | 0,026 | -0,791 | -0,050 |
| | Yüksek standartlar | -0,01 | 0,00 | -0,01 | -0,318 | 0,750 | -0,012 | 0,009 |
| | Algılanan yük olma | 0,07 | 0,00 | 0,365 | 8,884 | 0,000 | 0,054 | 0,085 |
| | Engellenmiş aidiyet | 0,07 | 0,00 | 0,352 | 8,561 | 0,000 | 0,058 | 0,093 |
| F(3-552) = 126,889, $p < 0,001$, $R^2 = 0,40$ | | | | | | | | |
| İntihar olasılığı | Sabit (<i>a</i>) | 5,94 | 1,69 | | 3,503 | 0,000 | 2,611 | 9,278 |
| | Yüksek standartlar | 0,43 | 0,04 | 0,189 | 8,639 | 0,000 | 0,332 | 0,528 |
| | Algılanan yük olma | 0,59 | 0,07 | 0,222 | 7,811 | 0,000 | 0,442 | 0,739 |
| | Engellenmiş aidiyet | 1,44 | 0,08 | 0,487 | 17,177 | 0,000 | 1,283 | 1,614 |
| | İntihar düşüncesi | 3,06 | 0,38 | 0,221 | 8,029 | 0,000 | 2,311 | 3,809 |
| F(4-551) = 416,549, $p < 0,001$, $R^2 = 0,75$ | | | | | | | | |
| İntihar olasılığı | Sabit (<i>a</i>) | 19,77 | 2,93 | | 6,729 | 0,000 | 14,006 | 25,552 |
| | Yüksek standartlar | 0,85 | 0,08 | 0,373 | 9,477 | 0,000 | 0,674 | 1,026 |
| F(1-554) = 89,828, $p < 0,001$, $R^2 = 0,13$ | | | | | | | | |

Bağımsız değişkenin (yüksek standartlar) bağımlı değişkeni (intihar olasılığı) yordama gücünün (model üzerinde *t* olarak gösterilmiştir), aracı değişkenler dahil edilerek tüm modelin testi sonucunda azaldığı görülmüştür (model üzerinde *d* olarak gösterilmiştir) ($B_t = 0,373 > B_d = 0,189$). Yüksek standartlar ve intihar olasılığı

arasındaki ilişkide, aracı değişkenlerin dolaylı etkileri (kısmi aracılık rolü) incelenmiştir (Tablo 35).

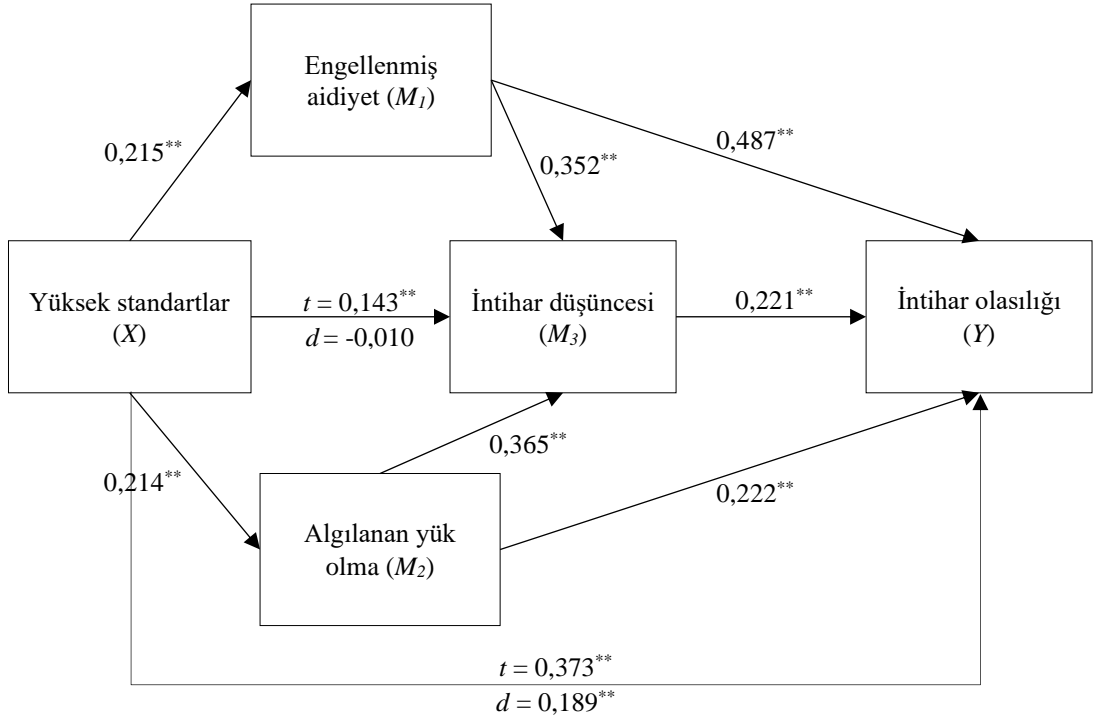
Tablo 35. Yüksek Standartlar Şema Alanı ve İntihar Olasılığı Arasındaki İlişkide Dolaylı Etkilerin İncelenmesi

| | B | SH | Güven aralığı | |
|--|--------|-------|---------------|--------|
| | | | Düşük | Yüksek |
| Yüksek standartların intihar olasılığı üzerindeki toplam etkisi | 0,373 | 0,089 | 0,674 | 1,026 |
| Yüksek standartların intihar olasılığı üzerindeki doğrudan etkisi | 0,189 | 0,049 | 0,332 | 0,528 |
| Yüksek standartların intihar olasılığı üzerindeki dolaylı etkisi | 0,184 | 0,030 | 0,122 | 0,242 |
| Yüksek standartlar ⇒ Algılanan yük olma ⇒ İntihar olasılığı | 0,047 | 0,011 | 0,026 | 0,071 |
| Yüksek standartlar ⇒ Engellenmiş aidiyet ⇒ İntihar olasılığı | 0,105 | 0,020 | 0,065 | 0,145 |
| Yüksek standartlar ⇒ İntihar düşüncesi ⇒ İntihar olasılığı | -0,002 | 0,008 | -0,018 | 0,013 |
| Yüksek standartlar ⇒ Algılanan yük olma ⇒ İntihar düşüncesi ⇒ İntihar olasılığı | 0,017 | 0,004 | 0,009 | 0,028 |
| Yüksek standartlar ⇒ Engellenmiş aidiyet ⇒ İntihar düşüncesi ⇒ İntihar olasılığı | 0,016 | 0,004 | 0,009 | 0,025 |

Yüksek standartlar ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide algılanan yük olmanın kısmi aracılık rolünün istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmüştür (B= 0,047, SH = 0,011, %95 GA [0,026-0,071]). Engellenmiş aidiyetin kısmi aracılık rolü istatistiksel olarak anlamlıdır (B= 0,105, SH = 0,020, %95 GA [0,065-0,145]). Yüksek standartlar ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide intihar düşüncesinin kısmi aracılık rolü ise anlamlı bulunmamıştır (B= -0,002, SH = 0,008, %95 GA [-0,018-0,013]).

Yüksek standartlar ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide algılanan yük olma ve intihar düşüncesinin kısmi aracılık rolü istatistiksel açıdan anlamlıdır (B= 0,017, SH = 0,004, %95 GA [0,009-0,028]). Yüksek standartlar ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide engellenmiş aidiyet ve intihar düşüncesinin kısmi aracılık rolü de istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur (B= 0,016, SH = 0,004, %95 GA [0,009-0,025]).

Çoklu dolaylı etki (çoklu aracılık) test modeli ve test sonucunda elde edilen B katsayıları şu şekildedir:



** $p < 0,001$

Model 4. Yüksek Standartlar Şema Alanı ve İntihar Olasılığı Arasındaki İlişikte Algılanan Yük Olma, Engellenmiş Aidiyet ve İntihar Düşüncesinin Aracılık Rolü

Dördüncü modelde, bağımsız değişkenin (zedelenmiş sınırlar) birinci aracı değişkeni (algılanan yük olma) yordaması için kurulan model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F(1-554) = 39,672, p < 0,001$). Zedelenmiş sınırlar toplam puanı algılanan yük olma toplam puanının %6'lık kısmını açıklamaktadır. Zedelenmiş sınırlar puanındaki 1 birimlik artış, algılanan yük olma puanını 0,258 birim arttırmaktadır ($t(554) = 6,298, p < 0,001$) (Tablo 36).

Bağımsız değişkenin (zedelenmiş sınırlar) ikinci aracı değişkeni (engellenmiş aidiyet) yordaması için kurulan model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F(1-554) = 64,481, p < 0,001$). Zedelenmiş sınırlar toplam puanı engellenmiş aidiyet toplam puanının %10'luk kısmını açıklamaktadır. Zedelenmiş sınırlar puanındaki 1 birimlik artış, engellenmiş aidiyet puanını 0,322 birim arttırmaktadır ($t(554) = 8,030, p < 0,001$) (Tablo 36).

Bağımsız değişkenin (zedelenmiş sınırlar) üçüncü aracı değişkeni (intihar düşüncesi) yordaması için kurulan model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F(1-554) = 34,565, p < 0,001$). Zedelenmiş sınırlar toplam puanı intihar düşüncesi

toplam puanının %5'lik kısmını açıklamaktadır. Zedelenmiş sınırlar puanlarındaki 1 birimlik artış, intihar düşüncesi puanını 0,242 birim arttırmaktadır ($t(554) = 5,879, p < 0,001$) (Tablo 36).

Zedelenmiş sınırlar, algılanan yük olma ve engellenmiş aidiyet puanlarının intihar düşüncesi puanını yordaması için kurulan model istatistiksel olarak anlamlıdır ($F(3-552) = 127,560, p < 0,001$). Bu modelde, bağımsız değişkenin (zedelenmiş sınırlar) bağımlı değişkeni (intihar düşüncesi) yordama gücünün (model üzerinde t olarak gösterilmiştir), aracı değişkenler dahil edilerek tüm modelin testi sonucunda tamamen ortadan kalktığı görülmüştür (model üzerinde d olarak gösterilmiştir) ($B_t = 0,242 > B_d = 0,039$). Zedelenmiş sınırlar ve intihar düşüncesi arasındaki ilişkide, aracı değişkenlerin (algılanan yük olma ve engellenmiş aidiyet) tam aracılık rolü bulunmaktadır. Zedelenmiş sınırların istatistiksel olarak anlamlılığı bulunmamakla beraber ($t(552) = 0,039, p > 0,05$); zedelenmiş sınırlar yanında algılanan yük olma ($t(552) = 8,781, p < 0,001$) ve engellenmiş aidiyet ($t(552) = 8,136, p < 0,001$) puanlarından oluşan model intihar düşüncesi puanının %40'lık kısmını açıklamaktadır. Diğer parametreler sabit tutulduğunda algılanan yük olma puanındaki 1 birimlik artış intihar düşüncesi puanını 0,359 birim ve engellenmiş aidiyet puanındaki 1 birimlik artış intihar düşüncesi puanını 0,340 birim arttırmaktadır. (Tablo 36).

Zedelenmiş sınırlar, algılanan yük olma, engellenmiş aidiyet ve intihar düşüncesi puanlarının intihar olasılığı puanını yordaması için kurulan model istatistiksel olarak anlamlıdır ($F(4-551) = 386,747, p < 0,001$). Zedelenmiş sınırlar ($t(551) = 6,403, p < 0,001$), algılanan yük olma ($t(551) = 8,117, p < 0,001$), engellenmiş aidiyet ($t(551) = 16,203, p < 0,001$) ve intihar düşüncesi ($t(551) = 7,378, p < 0,001$) puanları intihar olasılığı puanının %73'lük kısmını açıklamaktadır. Diğer parametreler sabit tutulduğunda, zedelenmiş sınırlar puanındaki 1 birimlik artış intihar olasılığı puanını 0,148 birim; algılanan yük olma puanındaki 1 birimlik artış intihar olasılığı puanını 0,237 birim; engellenmiş aidiyet puanındaki 1 birimlik artış intihar olasılığı puanını 0,478 birim ve intihar düşüncesi puanındaki 1 birimlik artış intihar olasılığı puanını 0,209 birim arttırmaktadır (Tablo 36).

Zedelenmiş sınırların intihar olasılığını yordaması için kurulan model istatistiksel olarak anlamlıdır ($F(1-554) = 115,322, p < 0,001$). Zedelenmiş sınırlar

puanı intihar olasılığı puanının %17'lik kısmını açıklamaktadır. Zedelenmiş sınırlar puanındaki 1 birimlik artış intihar olasılığı puanını 0,415 birim arttırmaktadır (Tablo 36).

Tablo 36. Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanı ve İntihar Olasılığı Arasındaki İlişkide Algılanan Yük Olma, Engellenmiş Aidiyet ve İntihar Düşüncesinin Aracılık Rolünün İncelenmesi

| Bağımlı/aracı değişken | Bağımsız değişkenler | <i>b</i> | SH | B | <i>t</i> | <i>p</i> | Güven aralığı | |
|---|----------------------|----------|------|-------|----------|----------|---------------|--------|
| | | | | | | | Düşük | Yüksek |
| Algılanan yük olma | Sabit (<i>a</i>) | 0,63 | 1,13 | | 0,556 | 0,577 | -1,593 | 2,853 |
| | Zedelenmiş sınırlar | 0,26 | 0,04 | 0,258 | 6,298 | 0,000 | 0,184 | 0,352 |
| F(1-554) = 39,672, <i>p</i> < 0,001, R ² = 0,06 | | | | | | | | |
| Engellenmiş aidiyet | Sabit (<i>a</i>) | 5,75 | 0,98 | | 5,811 | 0,000 | 3,808 | 7,697 |
| | Zedelenmiş sınırlar | 0,29 | 0,03 | 0,322 | 8,030 | 0,000 | 0,226 | 0,372 |
| F(1-554) = 64,481, <i>p</i> < 0,001, R ² = 0,10 | | | | | | | | |
| İntihar düşüncesi | Sabit (<i>a</i>) | -0,17 | 0,21 | | -0,783 | 0,434 | -0,600 | 0,258 |
| | Zedelenmiş sınırlar | 0,04 | 0,00 | 0,242 | 5,879 | 0,000 | 0,032 | 0,065 |
| F(1-554) = 34,565, <i>p</i> < 0,001, R ² = 0,05 | | | | | | | | |
| İntihar düşüncesi | Sabit (<i>a</i>) | -0,63 | 0,18 | | -3,529 | 0,000 | -0,989 | -0,282 |
| | Zedelenmiş sınırlar | 0,007 | 0,00 | 0,039 | 1,136 | 0,256 | -0,005 | 0,021 |
| | Algılanan yük olma | 0,06 | 0,00 | 0,359 | 8,781 | 0,000 | 0,053 | 0,084 |
| | Engellenmiş aidiyet | 0,07 | 0,00 | 0,340 | 8,136 | 0,000 | 0,055 | 0,090 |
| F(3-552) = 127,560, <i>p</i> < 0,001, R ² = 0,40 | | | | | | | | |
| İntihar olasılığı | Sabit (<i>a</i>) | 9,32 | 1,67 | | 5,555 | 0,000 | 6,029 | 12,623 |
| | Zedelenmiş sınırlar | 0,40 | 0,06 | 0,148 | 6,403 | 0,000 | 0,283 | 0,534 |
| | Algılanan yük olma | 0,62 | 0,07 | 0,237 | 8,117 | 0,000 | 0,476 | 0,780 |
| | Engellenmiş aidiyet | 1,42 | 0,08 | 0,478 | 16,203 | 0,000 | 1,250 | 1,594 |
| | İntihar düşüncesi | 2,89 | 0,39 | 0,209 | 7,378 | 0,000 | 2,123 | 3,664 |
| F(4-551) = 386,747, <i>p</i> < 0,001, R ² = 0,73 | | | | | | | | |
| İntihar olasılığı | Sabit (<i>a</i>) | 17,41 | 2,82 | | 6,157 | 0,000 | 11,856 | 22,964 |
| | Zedelenmiş sınırlar | 1,14 | 0,10 | 0,415 | 10,738 | 0,000 | 0,934 | 1,353 |
| F(1-554) = 115,322, <i>p</i> < 0,001, R ² = 0,17 | | | | | | | | |

Bağımsız değişkenin (zedelenmiş sınırlar) bağımlı değişkeni (intihar olasılığı) yordama gücünün (model üzerinde *t* olarak gösterilmiştir), aracı değişkenler dahil edilerek tüm modelin testi sonucunda azaldığı görülmüştür (model üzerinde *d* olarak gösterilmiştir) ($B_t = 0,415 > B_d = 0,148$). Zedelenmiş sınırlar ve intihar olasılığı

arasındaki ilişkide, aracı değişkenlerin dolaylı etkileri (kısmi aracılık rolü) incelenmiştir (Tablo 37).

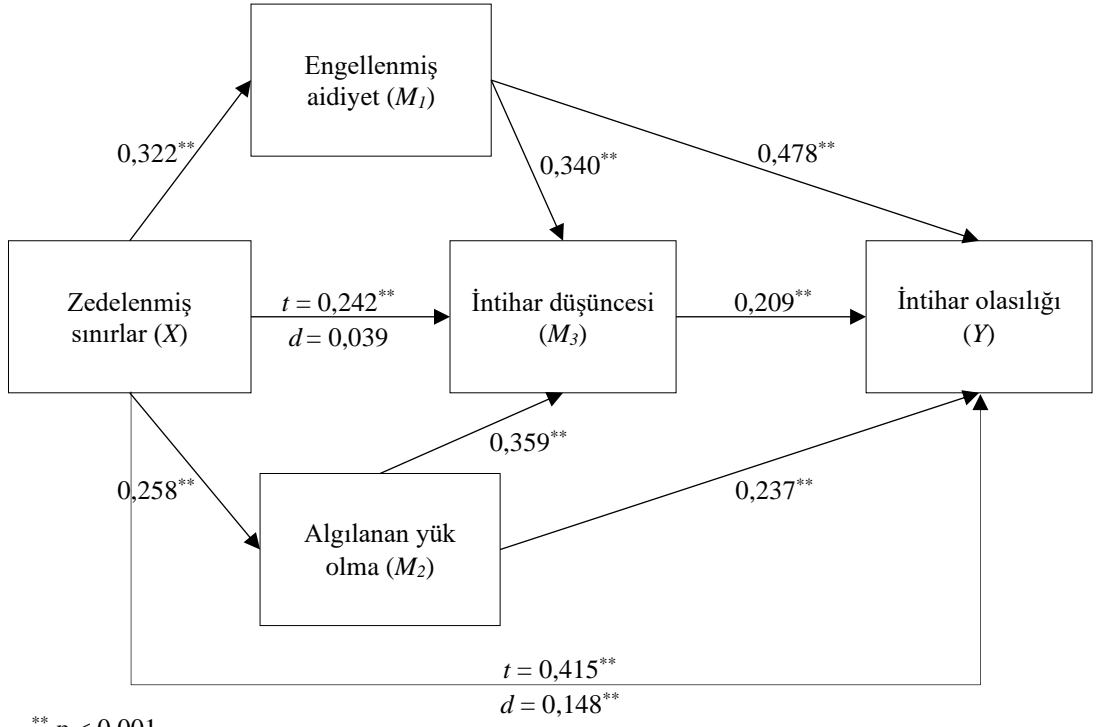
Tablo 37. Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanı ve İntihar Olasılığı Arasındaki İlişkide Dolaylı Etkilerin İncelenmesi

| | B | SH | Güven aralığı | |
|---|-------|-------|---------------|--------|
| | | | Düşük | Yüksek |
| Zedelenmiş sınırların intihar olasılığı üzerindeki toplam etkisi | 0,415 | 0,106 | 0,934 | 1,353 |
| Zedelenmiş sınırların intihar olasılığı üzerindeki doğrudan etkisi | 0,148 | 0,063 | 0,283 | 0,534 |
| Zedelenmiş sınırların intihar olasılığı üzerindeki dolaylı etkisi | 0,266 | 0,031 | 0,205 | 0,327 |
| Zedelenmiş sınırlar \Rightarrow Algılanan yük olma \Rightarrow İntihar olasılığı | 0,061 | 0,014 | 0,035 | 0,092 |
| Zedelenmiş sınırlar \Rightarrow Engellenmiş aidiyet \Rightarrow İntihar olasılığı | 0,154 | 0,020 | 0,115 | 0,196 |
| Zedelenmiş sınırlar \Rightarrow İntihar düşüncesi \Rightarrow İntihar olasılığı | 0,008 | 0,008 | -0,007 | 0,025 |
| Zedelenmiş sınırlar \Rightarrow Algılanan yük olma \Rightarrow İntihar düşüncesi \Rightarrow İntihar olasılığı | 0,019 | 0,004 | 0,011 | 0,030 |
| Zedelenmiş sınırlar \Rightarrow Engellenmiş aidiyet \Rightarrow İntihar düşüncesi \Rightarrow İntihar olasılığı | 0,023 | 0,005 | 0,013 | 0,033 |

Zedelenmiş sınırlar ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide algılanan yük olmanın kısmi aracılık rolünün istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmüştür (B= 0,061, SH = 0,014, %95 GA [0,035-0,092]). Engellenmiş aidiyetin kısmi aracılık rolü istatistiksel olarak anlamlıdır (B= 0,154, SH = 0,020, %95 GA [0,115-0,196]). Zedelenmiş sınırlar ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide intihar düşüncesinin kısmi aracılık rolü ise anlamlı bulunmamıştır (B= 0,008, SH = 0,008, %95 GA [-0,007-0,025]).

Zedelenmiş sınırlar ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide algılanan yük olma ve intihar düşüncesinin kısmi aracılık rolü istatistiksel açıdan anlamlıdır (B= 0,019, SH = 0,004, %95 GA [0,011-0,030]). Zedelenmiş sınırlar ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide engellenmiş aidiyet ve intihar düşüncesinin kısmi aracılık rolü de istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur (B= 0,023, SH = 0,005, %95 GA [0,013-0,033]).

Çoklu dolaylı etki (çoklu aracılık) test modeli ve test sonucunda elde edilen B katsayıları şu şekildedir:



Model 5. Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanı ve İntihar Olasılığı Arasındaki İlişkide Algılanan Yük Olma, Engellenmiş Aidiyet ve İntihar Düşüncesinin Aracılık Rolü

Beşinci modelde, bağımsız değişkenin (başkaları yönelimlilik) birinci aracı değişkeni (algılanan yük olma) yordaması için kurulan model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F(1-554) = 57,086, p < 0,001$). Başkaları yönelimlilik toplam puanı algılanan yük olma toplam puanının %9'luk kısmını açıklamaktadır. Başkaları yönelimlilik puanındaki 1 birimlik artış, algılanan yük olma puanını 0,305 birim arttırmaktadır ($t(554) = 7,555, p < 0,001$) (Tablo 38).

Bağımsız değişkenin (başkaları yönelimlilik) ikinci aracı değişkeni (engellenmiş aidiyet) yordaması için kurulan model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F(1-554) = 51,252, p < 0,001$). Başkaları yönelimlilik toplam puanı engellenmiş aidiyet toplam puanının %8'lik kısmını açıklamaktadır. Zedelenmiş sınırlar puanındaki 1 birimlik artış, engellenmiş aidiyet puanını 0,291 birim arttırmaktadır ($t(554) = 7,159, p < 0,001$) (Tablo 38).

Bağımsız değişkenin (başkaları yönelimlilik) üçüncü aracı değişkeni (intihar düşüncesi) yordaması için kurulan model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F(1-554) = 25,922, p < 0,001$). Başkaları yönelimlilik toplam puanı intihar düşüncesi

toplam puanının %4'lik kısmını açıklamaktadır. Başkaları yönelimlilik puanlarındaki 1 birimlik artış, intihar düşüncesi puanını 0,211 birim arttırmaktadır ($t(554) = 5,091, p < 0,001$) (Tablo 38).

Başkaları yönelimlilik, algılanan yük olma ve engellenmiş aidiyet puanlarının intihar düşüncesi puanını yordaması için kurulan model istatistiksel olarak anlamlıdır ($F(3-552) = 126,834, p < 0,001$). Bu modelde, bağımsız değişkenin (başkaları yönelimlilik) bağımlı değişkeni (intihar düşüncesi) yordama gücünün (model üzerinde t olarak gösterilmiştir), aracı değişkenler dahil edilerek tüm modelin testi sonucunda tamamen ortadan kalktığı görülmüştür (model üzerinde d olarak gösterilmiştir) ($B_t = 0,211 > B_d = -0,002$). Başkaları yönelimlilik ve intihar düşüncesi arasındaki ilişkide, aracı değişkenlerin (algılanan yük olma ve engellenmiş aidiyet) tam aracılık rolü bulunmaktadır. Başkaları yönelimliliğin istatistiksel olarak anlamlılığı bulunmamakla beraber ($t(552) = -0,059, p > 0,05$); başkaları yönelimlilik yanında algılanan yük olma ($t(552) = 8,780, p < 0,001$) ve engellenmiş aidiyet ($t(552) = 8,501, p < 0,001$) puanlarından oluşan model intihar düşüncesi puanının %40'lık kısmını açıklamaktadır. Diğer parametreler sabit tutulduğunda algılanan yük olma puanındaki 1 birimlik artış intihar düşüncesi puanını 0,364 birim ve engellenmiş aidiyet puanındaki 1 birimlik artış intihar düşüncesi puanını 0,351 birim arttırmaktadır (Tablo 38).

Başkaları yönelimlilik, algılanan yük olma, engellenmiş aidiyet ve intihar düşüncesi puanlarının intihar olasılığı puanını yordaması için kurulan model istatistiksel olarak anlamlıdır ($F(4-551) = 382,577, p < 0,001$). Başkaları yönelimlilik ($t(551) = 6,024, p < 0,001$), algılanan yük olma ($t(551) = 7,423, p < 0,001$), engellenmiş aidiyet ($t(551) = 16,698, p < 0,001$) ve intihar düşüncesi ($t(551) = 7,681, p < 0,001$) puanları intihar olasılığı puanının %73'lük kısmını açıklamaktadır. Diğer parametreler sabit tutulduğunda, başkaları yönelimlilik puanındaki 1 birimlik artış intihar olasılığı puanını 0,140 birim; algılanan yük olma puanındaki 1 birimlik artış intihar olasılığı puanını 0,220 birim; engellenmiş aidiyet puanındaki 1 birimlik artış intihar olasılığı puanını 0,490 birim ve intihar düşüncesi puanındaki 1 birimlik artış intihar olasılığı puanını 0,218 birim arttırmaktadır (Tablo 38).

Başkaları yönelimliliğin intihar olasılığını yordaması için kurulan model istatistiksel olarak anlamlıdır ($F(1-554) = 103,318, p < 0,001$). Başkaları yönelimlilik

puanı intihar olasılığı puanının %15'lik kısmını açıklamaktadır. Başkaları yönelimlilik puanındaki 1 birimlik artış intihar olasılığı puanını 0,396 birim arttırmaktadır (Tablo 38).

Tablo 38. Başkaları Yönelimlilik Şema Alanı ve İntihar Olasılığı Arasındaki İlişkide Algılanan Yük Olma, Engellenmiş Aidiyet ve İntihar Düşüncesinin Aracılık Rolünün İncelenmesi

| Bağımlı/aracı değişken | Bağımsız değişkenler | <i>b</i> | SH | B | <i>t</i> | <i>p</i> | Güven aralığı | |
|---|------------------------|----------|------|--------|----------|----------|---------------|--------|
| | | | | | | | Düşük | Yüksek |
| Algılanan yük olma | Sabit (<i>a</i>) | -1,07 | 1,17 | | -0,917 | 0,359 | -3,383 | 1,228 |
| | Başkaları yönelimlilik | 0,22 | 0,02 | 0,305 | 7,555 | 0,000 | 0,167 | 0,284 |
| F(1-554) = 57,086, <i>p</i> < 0,001, R ² = 0,09 | | | | | | | | |
| Engellenmiş aidiyet | Sabit (<i>a</i>) | 6,11 | 1,05 | | 5,809 | 0,000 | 4,049 | 8,186 |
| | Başkaları yönelimlilik | 0,19 | 0,02 | 0,291 | 7,159 | 0,000 | 0,139 | 0,244 |
| F(1-554) = 51,252, <i>p</i> < 0,001, R ² = 0,08 | | | | | | | | |
| İntihar düşüncesi | Sabit (<i>a</i>) | -0,07 | 0,23 | | -0,322 | 0,748 | -0,529 | 0,380 |
| | Başkaları yönelimlilik | 0,03 | 0,00 | 0,211 | 5,091 | 0,000 | 0,018 | 0,042 |
| F(1-554) = 25,922, <i>p</i> < 0,001, R ² = 0,04 | | | | | | | | |
| İntihar düşüncesi | Sabit (<i>a</i>) | -0,46 | 0,19 | | -2,401 | 0,016 | -0,838 | -0,083 |
| | Başkaları yönelimlilik | -0,0003 | 0,00 | -0,002 | -0,059 | 0,952 | -0,010 | 0,009 |
| | Algılanan yük olma | 0,07 | 0,00 | 0,364 | 8,780 | 0,000 | 0,054 | 0,085 |
| | Engellenmiş aidiyet | 0,07 | 0,01 | 0,351 | 8,501 | 0,000 | 0,058 | 0,093 |
| F(3-552) = 126,834, <i>p</i> < 0,001, R ² = 0,40 | | | | | | | | |
| İntihar olasılığı | Sabit (<i>a</i>) | 9,07 | 1,78 | | 5,086 | 0,000 | 5,570 | 12,580 |
| | Başkaları yönelimlilik | 0,27 | 0,04 | 0,140 | 6,024 | 0,000 | 0,184 | 0,363 |
| | Algılanan yük olma | 0,58 | 0,07 | 0,220 | 7,423 | 0,000 | 0,429 | 0,738 |
| | Engellenmiş aidiyet | 1,45 | 0,08 | 0,490 | 16,698 | 0,000 | 1,286 | 1,629 |
| | İntihar düşüncesi | 3,02 | 0,39 | 0,218 | 7,681 | 0,000 | 2,249 | 3,794 |
| F(4-551) = 382,577, <i>p</i> < 0,001, R ² = 0,73 | | | | | | | | |
| İntihar olasılığı | Sabit (<i>a</i>) | 17,14 | 3,00 | | 5,709 | 0,000 | 11,245 | 23,041 |
| | Başkaları yönelimlilik | 0,77 | 0,07 | 0,396 | 10,164 | 0,000 | 0,626 | 0,926 |
| F(1-554) = 103,318, <i>p</i> < 0,001, R ² = 0,15 | | | | | | | | |

Bağımsız değişkenin (başkaları yönelimlilik) bağımlı değişkeni (intihar olasılığı) yordama gücünün (model üzerinde *t* olarak gösterilmiştir), aracı değişkenler

dahil edilerek tüm modelin testi sonucunda azaldığı görülmüştür (model üzerinde d olarak gösterilmiştir) ($B_t = 0,396 > B_d = 0,140$). Başkaları yönelimlilik ve intihar olasılığı arasındaki ilişkide, aracı değişkenlerin dolaylı etkileri (kısmi aracılık rolü) incelenmiştir (Tablo 39).

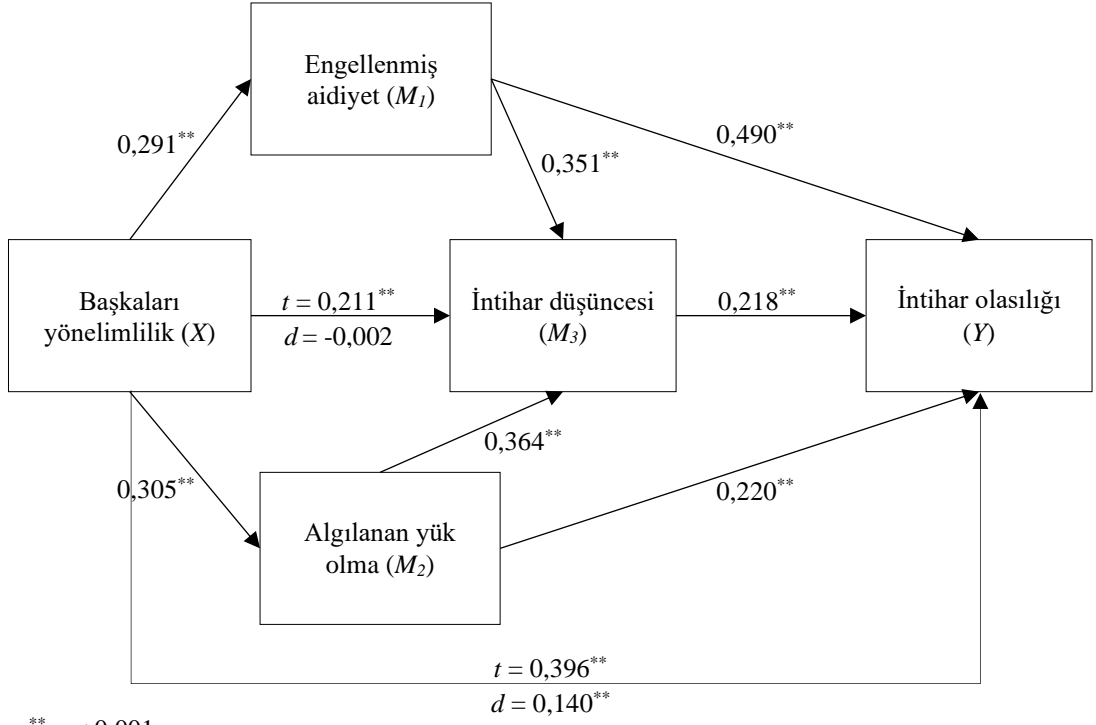
Tablo 39. Başkaları Yönelimlilik Şema Alanı ve İntihar Olasılığı Arasındaki İlişkide Dolaylı Etkilerin İncelenmesi

| | B | SH | Güven aralığı | |
|--|-------|-------|---------------|--------|
| | | | Düşük | Yüksek |
| Başkaları yönelimliliğin intihar olasılığı üzerindeki toplam etkisi | 0,396 | 0,076 | 0,626 | 0,926 |
| Başkaları yönelimliliğin intihar olasılığı üzerindeki doğrudan etkisi | 0,140 | 0,045 | 0,184 | 0,363 |
| Başkaları yönelimliliğin intihar olasılığı üzerindeki dolaylı etkisi | 0,318 | 0,032 | 0,192 | 0,318 |
| Başkaları yönelimlilik \Rightarrow Algılanan yük olma \Rightarrow İntihar olasılığı | 0,099 | 0,015 | 0,040 | 0,099 |
| Başkaları yönelimlilik \Rightarrow Engellenmiş aidiyet \Rightarrow İntihar olasılığı | 0,184 | 0,020 | 0,102 | 0,184 |
| Başkaları yönelimlilik \Rightarrow İntihar düşüncesi \Rightarrow İntihar olasılığı | 0,015 | 0,008 | -0,017 | 0,015 |
| Başkaları yönelimlilik \Rightarrow Algılanan yük olma \Rightarrow İntihar düşüncesi \Rightarrow İntihar olasılığı | 0,037 | 0,006 | 0,013 | 0,037 |
| Başkaları yönelimlilik \Rightarrow Engellenmiş aidiyet \Rightarrow İntihar düşüncesi \Rightarrow İntihar olasılığı | 0,033 | 0,005 | 0,013 | 0,033 |

Başkaları yönelimlilik ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide algılanan yük olmanın kısmi aracılık rolünün istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmüştür ($B=0,099$, $SH=0,015$, %95 GA [0,040-0,099]). Engellenmiş aidiyetin kısmi aracılık rolü istatistiksel olarak anlamlıdır ($B=0,184$, $SH=0,020$, %95 GA [0,102-0,184]). Başkaları yönelimlilik ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide intihar düşüncesinin kısmi aracılık rolü ise anlamlı bulunmamıştır ($B=0,015$, $SH=0,008$, %95 GA [-0,017-0,015]).

Başkaları yönelimlilik ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide algılanan yük olma ve intihar düşüncesinin kısmi aracılık rolü istatistiksel açıdan anlamlıdır ($B=0,037$, $SH=0,006$, %95 GA [0,013-0,037]). Başkaları yönelimlilik ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide engellenmiş aidiyet ve intihar düşüncesinin kısmi aracılık rolü de istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur ($B=0,033$, $SH=0,005$, %95 GA [0,013-0,033]).

Çoklu dolaylı etki (çoklu aracılık) test modeli ve test sonucunda elde edilen B katsayıları şu şekildedir:



Model 6. Başkaları Yönelimlilik Şema Alanı ve İntihar Olasılığı Arasındaki İlişkide Algılanan Yük Olma, Engellenmiş Aidiyet ve İntihar Düşüncesinin Aracılık Rolü

Test edilen modeller sonucunda, erken dönem uyum bozucu şema alanlarının intihar olasılığında yarattığı toplam, doğrudan ve dolaylı etki büyüklükleri ve ilgili şema alanıyla kurulan modelin intihar olasılığı varyansını açıklama yüzdeleri şu şekildedir (Tablo 40):

Tablo 40. Şema Alanlarının İntihar Olasılığı Üzerindeki Etki Büyüklükleri ve Kurulan Aracılık Modellerinin Açıkladığı Varyans Yüzdeleri

| Şema alanı | Toplam etki ²⁹ (B_t) | Doğrudan (direkt) etki ³⁰ (B_d) | Dolaylı (indirekt) etki ³¹ (B_i) | Aracılık modelinin açıklama yüzdesi (R^2) |
|------------------------|-------------------------------------|--|---|---|
| Zedelenmiş otonomi | 0,761** | 0,345** | 0,415* | %77** |
| Kopukluk | 0,843** | 0,462** | 0,380* | %71** |
| Yüksek standartlar | 0,373** | 0,189** | 0,184* | %75** |
| Zedelenmiş sınırlar | 0,415** | 0,148** | 0,266* | %73** |
| Başkaları yönelimlilik | 0,396** | 0,140** | 0,318* | %73** |

* $p < 0,05$, ** $p < 0,001$.

Değerler incelendiğinde, intihar olasılığı varyansını açıklaması bakımından en yüksek yüzdenin %77 ile zedelenmiş otonomi şema alanıyla kurulan modelde olduğu görülmektedir. Bu şema alanıyla kurulan modeli sırasıyla yüksek standartlar (%75), zedelenmiş sınırlar (%73) ile başkaları yönelimlilik (%73) ve kopukluk (%71) alanlarıyla kurulan modeller izlemektedir.

İntihar olasılığı puanı üzerine doğrudan ($B_d = 0,462$) ve toplam ($B_t = 0,843$) etkisi bakımından en yüksek etki büyüklüğü kopukluk şema alanındadır. İkinci sırada 0,761 birim toplam, 0,345 birim doğrudan etki büyüklüğü ile zedelenmiş otonomi şema alanı bulunmaktadır. Yüksek standartlar ($B_t = 0,373$, $B_d = 0,189$) zedelenmiş sınırlar ($B_t = 0,415$, $B_d = 0,148$) ve başkaları yönelimlilik ($B_t = 0,396$, $B_d = 0,140$) şema alanları, doğrudan ve toplam etki büyüklükleri bakımından kopukluk ve zedelenmiş otonomi şema alanlarına kıyasla daha düşük değerlere sahiptir. Dolaylı etki bakımından en yüksek birim değer zedelenmiş otonomi alanındadır ($B_i = 0,415$). Zedelenmiş otonomi alanını sırasıyla kopukluk ($B_i = 0,380$), başkaları yönelimlilik ($B_i = 0,318$), zedelenmiş sınırlar ($B_i = 0,266$), ve yüksek standartlar ($B_i = 0,184$) alanı takip etmektedir.

²⁹ Doğrudan (direkt) ve dolaylı (indirekt) etkilerin toplamını ifade eder.

³⁰ Bağımsız değişkenin (şema alanı), bağımlı değişken (intihar olasılığı) üzerindeki aracısız etkisini ifade eder.

³¹ Bağımsız değişkenin (şema alanı), bağımlı değişkeni (intihar olasılığı) en az bir aracı değişken ile yordadığı durumdaki etkisini ifade eder.

Model yapısında aracı değişken konumunda olmakla beraber, intihar düşüncesi değişkeninin de şema alanları tarafından etkilenme ve açıklanma durumu değerlendirilmiştir. Erken dönem uyum bozucu şema alanlarının intihar düşüncesinde yarattığı toplam, doğrudan ve dolaylı etki büyüklükleri ve ilgili şema alanıyla kurulan modelin intihar düşüncesi varyansını açıklama yüzdeleri şu şekildedir (Tablo 41):

Tablo 41. Şema Alanlarının İntihar Düşüncesi Üzerindeki Etki Büyüklükleri ve Kurulan Aracılık Modellerinin Açıkladığı Varyans Yüzdeleri

| Şema alanı | Toplam etki (B_t) | Doğrudan (direkt) etki (B_d) | Dolaylı (indirekt) etki (B_i) | Aracılık modelinin açıklama yüzdesi (R^2) |
|------------------------|-----------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---|
| Zedelenmiş otonomi | 0,518** | 0,151** | 0,366* | %42* |
| Kopukluk | 0,582** | 0,218** | 0,363* | %42** |
| Yüksek standartlar | 0,143** | -0,010 | 0,154* | %40** |
| Zedelenmiş sınırlar | 0,242** | 0,039 | 0,202* | %40** |
| Başkaları yönelimlilik | 0,211** | -0,002 | 0,213* | %40** |

* $p < 0,05$, ** $p < 0,001$.

Değerler incelendiğinde, intihar düşüncesi varyansını açıklaması bakımından en yüksek yüzdenin %42 ile zedelenmiş otonomi ve kopukluk şema alanlarıyla kurulan modelde olduğu görülmektedir. Bu şema alanlarıyla kurulan modeli sırasıyla yüksek standartlar, zedelenmiş sınırlar, başkaları yönelimlilik (%40) alanlarıyla kurulan modeller izlemektedir.

İntihar düşüncesi puanı üzerine doğrudan ($B_d = 0,582$) ve toplam ($B_t = 0,218$) etkisi bakımından en yüksek etki büyüklüğü kopukluk şema alanındadır. İkinci sırada 0,518 birim toplam, 0,151 birim doğrudan etki büyüklüğü ile zedelenmiş otonomi şema alanı bulunmaktadır. Yüksek standartlar ($B_t = 0,143$) zedelenmiş sınırlar ($B_t = 0,242$) ve başkaları yönelimlilik ($B_t = 0,211$) şema alanları, toplam etki büyüklükleri bakımından kopukluk ve zedelenmiş otonomi şema alanlarına kıyasla daha düşük değerlere sahiptir. Yüksek standartlar, zedelenmiş sınırlar ve başkaları yönelimlilik şema alanlarının intihar düşüncesi üzerine doğrudan etkisi ise anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Dolaylı etki bakımından en yüksek birim değerler yine zedelenmiş otonomi ($B_i = 0,366$) ve kopukluk ($B_i = 0,363$) alanlarındadır. Bu alanları sırasıyla başkaları

yönelimlilik ($B_i = 0,213$), zedelenmiş sınırlar ($B_i = 0,202$), ve yüksek standartlar ($B_i = 0,154$) alanı takip etmektedir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. TARTIŞMA

İntihar olgusunu tanımlama girişimleri doğrultusunda geçmişten bugüne önerilen tanım ve tarifler bütüncül olarak ele alındığında; kişinin kendisi için ölümcül olacağını bilerek ve bekleyerek, kendini öldürmek yoluyla hayatına son verme niyetiyle gerçekleştirdiği tüm eylemlerin intihar olarak adlandırılabilmesi açıktır. Her ne kadar intihar eyleminin belli bir amaca yönelik (örneğin, istenilen bir değişikliği sağlamak) veya kim tarafından gerçekleştirildiği (örneğin, yardımcı intihar veya ötenazi olguları) gibi hususlara ilişkin ihtilaflar olsa da, niyet (kendini öldürmek yoluyla kendi hayatına son verme) ve beklenen sonuç (intihar girişiminin başarılı olması durumunda ölüm veya başarısız girişimlerde neredeyse ölümcül sonuçlar) unsurlarının tanımların çoğunda neredeyse aynı olduğu görülebilmektedir (Goodfellow vd., 2019; Silverman vd., 2007a, 2007b). Bununla beraber özellikle intiharbilim alanında, intiharın bir bozukluk veya teşhisten ziyade bir davranış olduğu ve her davranış gibi intihar olgusunun da çok boyutlu bir arkaplanının olduğu kabul edilmektedir. İntihar olgusunun çok boyutlu doğası psikoloji, psikiyatri, kriminoloji, adli bilimler, sosyoloji gibi farklı disiplinlerden farklı bakış açıları ve değerlendirmeleri de hem bir ihtiyaç hem de bir sonuç olarak beraberinde getirmektedir.

DSÖ (2021) raporlarına göre dünya çapında her yıl yaklaşık 703.000 kişi intihar ederek yaşamını sonlandırmaktadır. 2020 yılı verilerinde dünyadaki ölümlerin %1,5'inin intihar kaynaklı olduğu belirtilmiştir. 2000-2019 yılları arasında küresel intihar oranlarında %36 düşüş olduğu saptanmıştır. Türkiye'nin resmi ölüm istatistiklerine göre, 2022 yılı içerisinde ölümlerle sonuçlanan 4146 intihar olayı meydana gelmiştir. Küresel istatistiklerin aksine 2013-2022 yılları arasında intihar sayısında %27,5 artış kaydedilmiştir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2023b). TÜİK verilerine dayanarak yapılan bir araştırmada 2003-2022 yılları arasında kaba intihar hızının %1,13 oranında artış trendi izlediği saptanmıştır. Artış periyotları incelendiğinde ekonomik kriz ve pandemi dönemlerini kapsayan 2018-2022 yılları arasındaki artışın anlamlı olduğu; bu yıllar arasında kaba intihar hızının yıllık %5,39

oranında arttığı görülmüştür (Ladikli ve Tarı Cömert, 2023). Toplumsal intihar oranlarını psikolojik ve sosyolojik perspektiften açıklama girişimleri bütüncül olarak incelendiğinde neredeyse tümünde toplum içerisindeki kişilerarası temas, ilişki ve ihtiyaçlara bir şekilde değinildiği; bunun yanında, saldırganlık, başa çıkma biçimleri, duygusal ve davranışsal tepki şekilleri gibi içsel faktörlere de dikkat çekildiği görülebilecektir.

Bu tez çalışmasının ana motivasyonu, hayatta kalma içgüdüğü ile var edilen insan canlısının kendi hayatını sonlandırma arzu ve niyeti geliştirmesi sürecini anlamlandırabilmek ve psikoterapötik çerçevede açıklayabilmektir. Bu motivasyon, araştırmacının kişisel tutum, gözlem ve değerlendirmeleri; klinik deneyimi ve kuramsal bilgi birikiminden doğmuştur. Kabaca, bireylerin yetişkin yaşlarında sergilediği davranış, geliştirdiği düşünce ve taşıdığı duyguların erken dönemde temelleri atılan uyum bozucu şemalar tarafından şekillendirildiği kabulü, öz yıkıcı bir davranış olan intiharın da şemalardan etkilenebileceğini göstermektedir (Pilkington vd., 2021; Pilkington vd., 2021; Van Genderen vd., 2012; Young, 1999). Bu göstergenin hem klinik gözlem hem alanyazın tarafından desteklenmesi, görgül araştırma sürecinin de temellerini atmıştır. Araştırma sürecinde, intihar olasılığında etkisi olan erken dönem uyum bozucu şema alanlarını belirleyebilmeye yoğunlaşmıştır. Bu esnada, intihara giden sürece dair güncel bir kuramsal zemine ihtiyaç duyulmuştur. Kuramsal okumalar sonucunda kişilerarası intihar kuramının önde gelen psikolojik modellerin güçlü yönlerini içeren, kavramsal olarak daha kesin ve epistemolojik açıdan daha geniş bir çerçeveye sunduğu görülmüştür (Joiner, 2005; Joiner vd., 2009; Joiner ve Van Orden, 2008; Van Orden vd., 2010). Kişilerarası intihar kuramı ve bileşenlerinin birçok yönden şema kuramı ile örtüştüğü tespit edilmiştir. Böylelikle erken dönem uyum bozucu şema alanlarının intihar sürecine olan etkisini kuramsal bir model kapsamında test edebilmek mümkün olmuştur.

Tez çalışmasında öncelikle örneklemin mevcut durumu incelenmiş; kullanılan ölçüm araçları ve alt boyutları arasındaki ilişkiler değerlendirilmiş; sosyodemografik risk faktörlerini ve koruyucu faktörleri ayırt etmek amacıyla gruplar arası farklılıklar çalışılmış ve erken dönem uyum bozucu şemaların intihar olasılığını yordayabileceği modeller test edilmiştir. Elde edilen bulgular mevcut literatürle karşılaştırılarak tartışılmıştır.

4.1. VERİ TOPLAMA SÜRECİNİN VE MEVCUT DURUM ANALİZİ YOLUYLA ÖRNEKLEMİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmanın örnekleme, daha önce en az bir kez intihar girişimine bulunmuş 125 kişi ve bu zamana kadar intihar girişimi olmamış 682 kişi olmak üzere toplam 807 kişiden oluşmuştur. İÖÖ'ye dayanan analizler 807 kişilik örnekleme yürütülmüştür. Ölçeklere yanıt verme durumlarına göre eksik veri olarak değerlendirilen kişilerin elenmesi sonucunda YŞÖ puanlarına dayanan analizler 584 kişiyle, gruplar arası farklılık ve model testleri ise 556 kişilik örnekleme gerçekleştirilmiştir.

Tez çalışmasının konusu gereği, özellikle daha önce intihar girişiminde bulunmuş kişilerin ve intihar eğilimi olan kişilerin yüz yüze doldurulmayan anketler üzerinden tamamen anonim oldukları koşulda daha şeffaf bilgi paylaşımında bulunabilecekleri düşünülmüştür. İnternet üzerinden mümkün olan en fazla kişiye erişilmesi hedeflenmiş ve erişilebilen popülasyondan veri toplanmıştır. Veri toplama süreci sonunda kendine zarar veren 252 kişiye (örneğin %31,2'sini oluşturmuştur), aktif intihar düşüncesi olduğunu belirten 329 kişiye (örneğin %40,8'ini oluşturmuştur), aktif intihar planları olduğunu bildiren 222 kişiye (örneğin %27,5'ini oluşturmuştur) ve en az bir kez intihar girişiminde bulunmuş 125 kişiye (örneğin %26,8'ini oluşturmuştur). Ölçek sorularına ek hazırlanan açık uçlu sorular sayesinde kişilerin kendilerine zarar verme şekil ve nedenleri, intihar girişim nedenleri ve yöntemleri gibi detaylara da ulaşılabilmektedir.

Örneklemin büyük çoğunluğunu kadın katılımcılar (%67,9) oluşturmuştur. Medeni durum değişkeni bakımından bekar katılımcıların (%77,7) ağırlıkta olduğu görülmektedir. Eğitim durumu bakımından lisans mezunu (%38) katılımcılar yoğunlukta olup, lise mezunu (%35,7) katılımcıların da lisans mezunlarına yakın bir oranda olduğu görülmüştür. Örneklemin yaş ortalama ve standart sapmasından hareketle ($\bar{x} = 28,83$; $SS = 9,95$) ağırlıklı olarak genç ve geç yetişkin katılımcılara erişilmiştir. Türkiye'nin 2022 yılı intihar istatistiklerine göre, müntehirlerin %75'inin erkek, %25'i kadındır. Erkek intiharları en sık 25-29, kadın intiharları ise 15-19 yaş arasında gerçekleşmiştir. İntihar edenlerin %44'ü evli, yaklaşık olarak %55'i bekar. En yüksek intihar oranı lise mezunlarında kaydedilmiştir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2023b). Araştırmanın örnekleminde cinsiyet grupları bakımından denge ve TÜİK

intihar verileri ile uyum sağlanamamış olsa da yaş grubu, eğitim durumu ve medeni durum açısından benzerlik yakalanabilmiştir.

Araştırmanın nihai örneklemini oluşturan 556 katılımcı klinik belirti düzeyleri bakımından incelenmiş, yalnız 10 katılımcının hiçbir DSM-5 belirti alanında eşik ve eşik üstü düzeyde olmadığı görülmüştür. Geri kalan 546 (%98,2) katılımcı en az bir belirti düzeyinde eşik ve eşik üstündedir. Belirti kategorilerinde en yüksek eşik ve eşik üstü yoğunluk depresyondadır. Depresyonu anksiyete ve kişilik bozuklukları izlemektedir. AAS (2015) ve NIMH (2015) yetişkinlerde görülebilecek intihar tehlike sinyalleri arasında anksiyete, depresyon, uyku sorunları, madde kullanımı, intihar düşüncesi, öfke, belirgin duygudurum değişikliklerinin olduğunu belirtmektedir. Birden fazla tehlike sinyalinin bir arada olması ise risk faktörü olarak gösterilmiştir. DSÖ (2015) depresyon ve madde kullanımını psikolojik risk faktörleri arasında vurgulamaktadır. Sinclair ve Leach (2017) psikiyatrik problemleri, zaman içerisinde değişkenlik gösteren ve önleme çalışmalarında hedef alınması önerilen dinamik risk faktörleri arasında göstermiştir. Literatürde, intihar sonucunda ölen kişilerin %95'inin ruhsal bozukluk tanısı taşıdığını, %5'inin ise eşik altı düzeyde olduğunu bildiren araştırmalar bulunmaktadır (Cavanagh vd., 2003; Ernst vd., 2004). Birçok araştırmacı psikiyatrik bozuklukları intiharın en güçlü yordayıcıları arasında konumlandırmaktadır (Langhinrichsen-Rohling vd., 2009; Oquendo vd., 2008; Turecki ve Brent, 2016; Wasserman vd., 2012).

Katılımcıların büyük çoğunluğunun (%98,2) en az bir belirti düzeyinde eşik ve eşik üstünde olması, öncelikle intihar riski taşıyan bir örnekleme çalışıldığını göstermektedir. Diğer taraftan, belirti düzeylerini belirlemek için kullanılan KBÖ-EF sonuçları kesin tanı göstergesi değildir. Klinik uygulamalarda, ileri değerlendirme gereken belirti alanlarını saptamak üzere kullanılmaktadır. Bu nedenle, spesifik bir psikiyatrik tanıdan bahsedilememekle beraber, klinik ve/veya subklinik bir örnekleme çalışıldığı söylenebilir. Klinik açıdan bakıldığında, elde edilen sonuçların intihar düşünce, girişim ve olasılığı söz konusu olduğunda faydalı olabileceği düşünülmektedir. Uluslararası literatürde majör depresif bozukluk, sınırda kişilik bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk ve çocukluk çağı istismarı tanılı vaka gruplarında intihar düşünce, girişim ve olasılığı ile erken dönem uyum bozucu şemaları inceleyen az sayıda fakat kapsamlı araştırmalar bulunmaktadır (Ahmadpanah

vd., 2017; Dale vd., 2010; Dutra vd., 2008; Flink vd., 2017; Kahr Nilsson, 2016; Khosravani vd., 2017). Ulaşılan bulguların Türk örnekleminde klinik uygulamaya dökülebilmesi için intihar düşüncesinin daha yapılandırılmış ve derinlemesine ölçülebilmemesine, daha kapsamlı klinik tanı ölçekleri kullanılarak araştırmanın farklı klinik tanı gruplarında spesifik olarak tekrarlanması ve daha geniş örneklemeler kullanılarak genişletilmesine ihtiyaç vardır.

İntihar olgusuna ilişkin bulgulara göre, örneklemin %31,2'si kendine zarar verme davranışlarında bulunmakta; yaklaşık %69,2'si geçmişte ve/veya halen intihar düşünceleri taşımakta; % 51,1'lik kısmı geçmişte intihar planı yapmış ve/veya halen yapmaktadır. Örneklemin %15,5'i ise daha önce intihar girişiminde bulunmuştur. Örneklemin %98,2'si klinik ve/veya subklinik grupta yer almasına karşın, intihar girişiminde bulunmuş katılımcı yüzdesinin daha düşük olması, psikiyatrik bozukluklara sahip kişilerin büyük çoğunluğunun intihar girişiminde bulunmadığı fakat intihar girişiminde bulunan kişilerde sıklıkla birden fazla psikiyatrik tanı veya belirti öyküsünün olduğu savını desteklemektedir (Nock vd., 2010; Turecki ve Brent, 2016; Tyrer vd., 2015). Örneklemin %64,8'lik kısmı daha önce psikiyatrik bir tanı almadığını ve tedavi görmediğini belirtmiştir. Buradan hareketle, intihar düşünceleri, planları, girişimleri veya kendine zarar verme davranışları olan kişilerin henüz tanı almamış olabileceği veya psikiyatri başvurusunun olmadığı düşünülebilir.

Daha önce intihar girişiminde bulunmuş ve bulunmamış kişiler eşik altı ve eşik-eşik üstü DSM-5 belirti düzeyleri aracısından değerlendirilmiştir. Depresyon, mani, anksiyete, somatik belirtiler, intihar düşüncesi, tekrarlayan düşünce ve davranışlar, disosiyasyon, kişilik ve madde kullanımı belirti alanlarının intihar girişiminde bulunmuşluk durumu ile ilişkili olduğu görülmüştür. Elde edilen bu sonuç, literatürde yer alan risk faktörleriyle örtüşmektedir. Çeşitli araştırmacılar tarafından intihar risk faktörleri arasında gösterilen uyku sorunları ve psikoz alanlarında ise ilişkiye rastlanmamıştır (Goldstein vd., 2008; Palmer vd., 2005). Frekans dağılımlarına göre, uyku sorunları belirti alanı örneklemin %47,1'ini, psikoz belirti alanı örneklemin %19,2'sini kapsamaktadır. İntihar girişiminde bulunmuş kişiler ise örneklemin %26,8'ini oluşturmaktadır. Özellikle bu alanların, hem intihar girişiminde bulunmuş ve bulunmamış hem de belirti taşıyan grupların dengeli sayılarda alınarak yeniden incelenmesinin gerektiği düşünülmektedir. Literatürde öfkenin yanında

dürtüsellik, hiddet, ajitasyon, riskli davranım düzeylerinde yükselme de intihar düşünce ve girişimleri için risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Harriss vd., 2005; Henry ve Demotes-Mainard, 2006; Huth-Bocks vd., 2007; Ribeiro vd., 2015; Swann, 2013). Araştırmada kullanılan KBÖ-EF'nin öfke boyutu incelendiğinde son iki hafta boyunca her zamankinden daha rahatsız, huysuz veya öfkeli hissetme halinin sorgulandığı; 2 ve daha üstü puan alan kişilerin duygusal gerginlik-öfke yönünde ileri değerlendirmesinin önerildiği görülmektedir. Uyku bozuklukları boyutunda genel uyku kalitesini etkileyen uyku sorunlarının olup olmadığı sorgulanmaktadır. Psikoz boyutunda başkalarının duymadığı sesler duyma ve düşünce okuma-düşüncelerinin okunması belirtileri sorulmaktadır. (Çökmüş vd., 2017). Bu araştırma ile öfke, uyku sorunları ve psikozun intihar risk faktörü olup olmadığı hususunda bir çıkarımda bulunmak mümkün görünmemektedir. Bu belirti alanlarının geniş kapsamlı ölçme araçları kullanılarak sorgulanmasının ve KBÖ-EF'de yer almayan dürtü kontrol bozuklukları ile riskli davranım örüntülerinin araştırılmasının gerektiği açıktır.

Bu başlık altında değinilmesi gereken bazı sınırlılıklar bulunmaktadır. Araştırmada kullanılan iradi örnekleme yönteminde cinsiyet, daha önce intihar girişimi olup olmama durumu, medeni durum gibi kategorilere düşen kişi sayısını dengelemek oldukça zordur. Aynı zamanda örnekleme hataları da kontrol edilememektedir (Gürüş ve Astar, 2015). Verilerin analizi aşamasında sosyodemografik, tıbbi ve intihar olgusuyla ilişkili değişken kategorilerine düşen kişi sayılarında dengeli bir dağılımın sağlanamadığı görülmüştür. Bununla birlikte, intihar olgusunun popülasyonda nadir oluşu göz önünde bulundurulduğunda, rastgele veya sistematik örnekleme yapabilmenin mümkün olamayacağı; yapılabilse dahi örneklemin oldukça küçük olması sebebiyle standart hatanın çok yüksek olabileceği; bu durumların hem araştırma sürecini yavaşlatacağı hem de örneklemden beklenen faydayı azaltacağı düşünüldüğünde iradi örneklemin kullanılabilmesi kabul edilebilir (Ergin, 1991). Diğer taraftan, daha önce en az bir kez intihar girişiminde bulunmuş, intihar planları yapan, intihar düşünceleri taşıyan, kendine zarar verme davranışı olan ve nihai olarak intihar olasılığı açısından değerlendirilebilecek kişilere erişilebilmiş olması araştırmanın motivasyon ve hedefleri açısından kıymetlidir.

Veri toplama formu tüm katılımcıların yanıtlaması beklenen 192 sorudan (veya ölçek maddesinden) oluşmaktadır. Kimi sorular koşullu olarak katılımcılara

gösterilmiştir (örneğin, daha önce intihar girişiminde bulunduğunu işaretleyen kişilere). Formun uzunluğu ve buna bağlı olarak doldurmanın aldığı zamanın kayıp veri sayısını arttırmış olabileceği düşünülmektedir. Tamamen öz bildirim dayanan form, katılımcıların yanlı veya baştan savma yanıt vermeleri riskine, araştırma konusu göz önünde bulundurulduğunda sosyal istenirlik etkisine açıktır.

Öz bildirim dayalı veri toplama süreciyle yürütülen nicel araştırmalar, söz konusu risk ve etkiler altında katılımcı puanlarından matematiksel bulgular elde etmeyi sağlamaktadır. Öte yandan bu tez çalışmasından elde edilen bulgu ve modellerin; özellikle intihar girişiminde bulunmuş, intihar girişiminde bulunmamış fakat pasif intihar düşüncesi olan, aktif intihar düşüncesi bulunan ve planlama yapan, intihar niyeti taşımadan kendine zarar verme davranışı sergileyen kişi ve gruplarla yürütülecek nitel veya karma araştırma desenleri ile derinlemesine araştırılabileceği düşünülmektedir. İntihar olgusunun hem nesnel bulgular hem de öznel deneyimler üzerinden çalışılmasının daha kapsamlı, anlamlı ve bütüncül sonuçlara ulaştıracağına inanılmaktadır.

4.2. ÖLÇEKLER VE ALT BOYUTLAR ARASI İLİŞKİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ölçeklerin geneli ve alt boyut toplam puanları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, İÖÖ'nün genelinin ve tüm alt boyutlarının, kuramsal olarak ciddi intihar girişiminin altında yatan engellenmiş aidiyet, algılanan yük olma (KİA) ve edinilmiş intihar yeterliliği-ölüm korkusuzluğu (EİY-ÖKÖ) ile ilişkili olduğu görülmektedir. Kavramsal olarak örtüştüğü düşünülen İÖÖ sosyal destek-benlik algısı ve KİA algılanan yük olma; İÖÖ umutsuzluk-yalnızlık ve KİA engellenmiş aidiyet alt boyutları arasındaki ilişki orta-yüksek düzeydedir. Algılanan yük olma ve engellenmiş aidiyet bileşenlerinin İÖÖ genel puanıyla da ilişkisi olduğu desteklenmiştir. Saptanan ilişki, kuramsal açıdan beklenir ve kişilerarası intihar kuramıyla örtüşen bir sonuçtur. Kuram, algılanan yük olma ve engellenmiş aidiyetin yüksek oluşu ile intihar düşüncesi ve girişimlerinin ilişkili olduğunu savunmaktadır. (Joiner, 2005; Joiner vd., 2009; Van Orden vd., 2010).

Diğer taraftan, yine kavramsal olarak örtüşebilecek edinilmiş intihar yeterliliği-ölüm korkusuzluğu (EİY-ÖKÖ) ile İÖÖ öfke-dürtüsellik alt boyutu arasında düşük

düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Kişilerarası intihar kuramında davranım kapasitesi olarak da nitelenen edinilmiş intihar yeterliliği-ölüm korkusuzluğu aynı anda hem davranışsal hem de bilişsel iki farklı yapıyı içermektedir. Ölçek, kişinin intihar davranışında bulunabilme yeterliliği ile ölümden korkmama bilişini geliştirip geliştirmediğini aynı anda ölçmektedir. Fakat korelasyon analizi sonucunda, tüm İÖÖ alt boyutları ve İÖÖ'nün geneli ile EİY-ÖKÖ arasında oldukça düşük korelasyon değerleri hesaplanmıştır. Joiner (2005), intihar yeterliliğinin diğer kuramsal bileşenlere kıyasla daha nadir ve kazanılması zor bir kapasite olduğuna değinmektedir. Kuramda davranışsal bir yapıya işaret edilmesine rağmen hem davranışsal hem bilişsel iki yapının bir ölçek altında bulunması soru işareti oluşturmuştur. Literatür incelendiğinde bu yapının acı/ağrı toleransı, cinsiyet farklılıkları, geçmiş deneyimlerin etkisi, yaş faktörü, bireysel farklılıklar, intihar olasılığının oluşması için “gerekli ve yeterli” intihar yeterliliğinin düzeyinin ve hangi derecede kazanılmış sayıldığına bilinemeyeceği gibi yönlerden eleştirildiği görülmüştür (Hjelmeland ve Loa Knizek, 2020).

Kişilerarası intihar kuramı, “düşünceden eyleme” çerçevesini benimseyen ilk kuram ve model olarak bilinmektedir (Chu vd., 2017; Joiner, 2005; Klonsky ve May, 2014). Kuram, yalnızlık ve karşılıklı ilgi eksikliği (engellenmiş aidiyet) ile başkalarına karşı sorumluluk, yük olma hissi ve kendinden nefret etme (algılanan yük olmayı) eş zamanlı olarak deneyimlendiğinde intihar düşüncesinin oluşacağını öne sürer. Bu aşamaya kadar olan kısım çerçevenin düşünsel boyutu olarak görülebilir. İntihar girişimi ise eylem boyutunu oluşturur ve nihai sonuçtur (Van Orden vd., 2010).

Kuramsal modelde artan fiziksel acı toleransı, azalmış ölüm korkusu, umutsuzluk, intihar niyeti, intihar arzusu gibi ara yapılardan bahsedilmekle beraber, bu yapıların en azından şu an için psikometrik bir araç yoluyla ölçülebilir olmadığı söylenebilir. Kuram, intihar girişiminin intihar düşüncesi mevcut olduğunda ortaya çıkabileceğini söylerken, bu noktada çerçevenin eylemsel boyutuna edinilmiş intihar yeterliliği ve ölüm korkusuzluğunu eklemektedir. Fakat ölüm korkusuzluğu yine düşünsel bir bileşendir (Hjelmeland ve Loa Knizek, 2020; Joiner vd., 2009; Joiner ve Van Orden, 2008). İlgili literatür incelendiğinde, yakın zamanda edinilmiş intihar yeterliliği-ölüm korkusuzluğu bileşeni yerine potansiyel genetik ve fizyolojik

faktörleri dikkate alan daha geniş bir yapının önerildiği de görülmüştür (Chu vd., 2017; Smith vd., 2012).

Kuramla alakalı çalışmalarda ölüm korkusuzluğunun ve acı toleransının önemi kabul edilmekle beraber, intihar girişiminin mutlaka intihar yeterliliği gerektirdiği, intihar düşüncesi taşıyanlar ile intihar girişiminde bulunanların intihar yeterliliği noktasında farklılaştıkları konusunda görüş ayrılıkları vardır (Paashaus vd., 2019). Örneğin, Smith ve diğerleri (2010) intihar girişiminde bulunmayanlar ile intihar düşüncesi olanlar ve intihar girişiminde bulunanlar arasında intihar yeterliliği açısından farklılık bulgulamadıklarını; Kene ve Hovey (2014) ise intihar girişiminde bulunmayan kişilerin son on yılda intihar girişiminde bulunmuş kişilere kıyasla daha yüksek intihar yeterliliğine sahip olduğunu bildirmiştir. Edinilmiş intihar yeterliliği-ölüm korkusuzluğu bileşeni üzerine görüş ayrılıkları, bahsedilen düşünce-eylem çakışması, erken dönem uyum bozucu şemaların bilişsel, düşünsel, duygusal mekanizmaları, ölçeğin artmış fiziksel acı toleransını içeren bir yapısının olmaması ve korelasyon bulguları göz önüne alınarak araştırmanın intihar olgusunun düşünsel boyutuna odaklanması, eylem boyutunda ise intihar girişiminde bulunma olasılığını referans alması tercih edilmiştir.

YŞÖ şema alanları ile İÖÖ'nün hem genel hem alt boyutlarının orta-yüksek düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür. İÖÖ intihar düşüncesi alt boyutu ile şema alanlarının düşük-orta düzeyde ilişkili olması, test edilecek modeller açısından bir öngöründe bulunabilmeyi sağlamıştır. Korelasyon katsayılarına göre, kopukluk ve zedelenmiş otonomi şema alanları İÖÖ geneliyle yüksek düzeyde ilişkilidir. Bu iki şema alanını orta düzeyde korelasyon büyüklükleri ile yüksek standartlar, zedelenmiş sınırlar ve başkaları yönelimlilik alanları izlemektedir. Dutra ve diğerleri (2008) kopukluk şema alanında yer alan sosyal izolasyon, kusurluluk-utanç, duyguları bastırma şemaları ile zedelenmiş otonomi alanında yer alan başarısızlık, bağımlılık ve iç içelik şemalarını intihar düşüncesiyle; kopukluk şema alanında yer alan kusurluluk-utanç ve zedelenmiş otonomi alanında yer alan başarısızlık şemalarını intihar girişimiyle ilişkili bulmuştur. Mavroeides ve diğerleri (2023) zedelenmiş otonomi alanının intihar riskiyle ilişkili olduğunu belirtmektedir. Chu ve diğerleri (2017) özellikle sosyal izolasyon olmak üzere kopukluk şema alanında yer alan şemaların intihar düşüncesi, girişimi ve riskiyle yüksek ölçüde ilişkili olduğunu bildirmiştir. Bu

araştırmada kopukluk ve zedelenmiş otonomi alanları başta olmak üzere, erken dönem uyum bozucu şema alanlarının intihar olasılığı ile ilişkili bulunması hem mevcut literatürle hem de araştırmanın kuramsal zeminiyle uyum göstermektedir.

YşÖ şema alanları ile KİA geneli, engellenmiş aidiyet, algılanan yük olma alt boyutları arasında da yine kuramsal olarak beklenebilecek ilişkilerin varlığı saptanmıştır. Tıpkı intihar olasılığında olduğu gibi, KİA için de en yüksek ilişkili şema alanları zedelenmiş otonomi ve kopukluk olmuştur. Diğer şema alanları nispeten daha düşük korelasyon katsayılarına sahiptir. Daha önce aldığı eleştirilere değinilen edinilmiş intihar yeterliliği-ölüm korkusuzluğu bileşeni (EİY-ÖKÖ) ise zedelenmiş otonomi ve yüksek standartlar şema alanları ile korelasyon göstermemiş, diğer şema alanlarıyla çok düşük korelasyon göstermiştir.

Literatürde edinilmiş intihar yeterliliği ile erken dönem uyum bozucu şemalar arasındaki ilişkileri doğrudan inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Chu ve diğerleri (2017) duyguları bastırma şemasına sahip kişilerin dolaylı olarak daha az ölüm korkusu ve fiziksel acı yaşayabileceğine, bunun da edinilmiş intihar yeterliliğini arttırabileceğine değinmektedir. Bu araştırmada kopukluk alanı ile EİY-ÖKÖ arasında düşük güçte ve pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmış olsa da edinilmiş intihar yeterliliği-ölüm korkusuzluğu bileşenin bir arada ölçülebilir ve sınanabilir bir yapıyı temsil edip etmediği konusu halen muğlaktır. Araştırma sürecinde edinilmiş intihar yeterliliği-ölüm korkusuzluğu bileşenin, erken dönem uyum bozucu şemalara dayalı hızlı davranış değişikliklerini ve bu davranış değişiklikleriyle bağlantılı durumsal duygu ve düşünce yapıları olan şema modları ile daha yakından ilişkili olabileceği düşünölmüştür. Örneğin, kopuk-kendini yatıştıran mod azalan acı toleransı ve ölüm korkusuzluğu ile ilişkili olabilir.

4.3. GRUPLAR ARASI FARKLILIKLARIN DEğERLENDİRİLMESİ

İntihar olasılığı, literatürde yer alan çeşitli sosyodemografik risk faktörleri ve koruyucu faktörler açısından karşılaştırmalı olarak incelenmiştir. Cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, dini inanç ve kendine zarar verme durumlarının intihar olasılığı açısından farklılık gösterdiği saptanmıştır (H1).

4.3.1. Cinsiyet

Cinsiyet grupları açısından elde edilen bulgular karşılaştırıldığında, erkeklerin intihar olasılığı puanı için sıra ortalamasının kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu görülmektedir. İÖÖ'nün sosyal destek-benlik algısı, umutsuzluk-yalnızlık ve intihar düşüncesi alt boyutlarında yine erkeklerin sıra ortalaması daha yüksektir. Küresel istatistiklere göre erkeklerin intihar oranı kadınlardan 2,3 kata kadar daha yüksek, Türkiye istatistiklerine göre ise 2022 yılında erkek intihar oranları kadınlardan yaklaşık 3 kat daha fazladır (Türkiye İstatistik Kurumu, 2023b; Dünya Sağlık Örgütü, 2021). TÜİK (2023b) verilerine göre, 2022 yılında hesaplanan cinsiyete göre yaşa özel intihar hızı erkeklerde daha yüksektir. Çoğu ülkede, erkeklerin kadınlara kıyasla 2-3 kat daha fazla ölümle sonuçlanan intihar girişiminde bulunduğu bilinmektedir (Qin vd., 2003; Zhang vd., 2011). Kadınların intihar olasılığının ise erkeklere göre 4 kat (Callanan ve Davis, 2012), başka bir çalışmada gelişmiş ülkelerde 2 kat (Hawton vd., 2015), ölümle sonuçlanmayan intihar girişimi olasılığı bakımından 2 kat (Glowinski vd., 2001) daha fazla olduğu belirtilmektedir. Suominen ve diğerleri (2004), bu bulgulardan farklı olarak erkeklerin intihar girişimi olasılığının daha yüksek olduğunu; Freeman ve diğerleri (2017) ise intihar olasılığında cinsiyet temelli bir farklılığın bulunmadığını bildirmiştir. Bu bilgiler ışığında, elde edilen bulgunun erkek cinsiyetin bir risk faktörü olabileceği yönünde literatüre katkı sunduğu söylenebilir.

Cinsiyet ve intihar olgusu üzerine yapılan çalışmalar incelendiğinde, cinsiyet faktörünün durumsal olmayan ve değişmez bir unsur olarak statik ve biyolojik risk faktörleri arasına dahil edildiği görülmüştür (Granello, 2010; Holman ve Williams, 2020). Bununla beraber sosyal desteğin yetersiz oluşu, sosyal bağlantıların zayıflığı, intihar düşüncelerinin varlığı, düşük benlik saygısı veya olumsuz benlik algısı, süregelen umutsuzluk ve karamsarlığın olması intihar riskini arttıran faktörlerdendir (Bostwick vd., 2016; Johnson vd., 2011; Joiner ve Van Orden, 2008; Rasmussen vd., 2012; Ribeiro vd., 2015; Yang ve Clum, 1994). Elde edilen bulgular, genel intihar olasılığında erkeklerin yüksek puanlarına işaret ederken, sosyal destek-benlik algısı, umutsuzluk-yalnızlık, intihar düşüncesi puanlarında da erkeklerin yüksek sıra ortalamaları olduğunu göstermiştir. Kadınlarda intihar düşüncelerinin daha yoğun olduğunu bulgulayan uluslararası çalışmaların aksine, Türkçe literatürde hem intihar düşüncelerinde hem de intihar olasılığında cinsiyet farkı olmadığını belirten çalışmalar

mevcuttur (Dilli vd., 2010; Durak Batıgün, 2008; Emir Öksüz ve Bilge, 2014; Karataş ve Çelikkaleli, 2018). Bu çalışmadan elde edilen bulgular hem olasılık hem intihar düşüncesi hem de diğer değişkenler açısından erkeklerin yüksek ortalamalara sahip olduğu sonucuyla önceki araştırmalardan farklılaşmaktadır.

Kadın ve erkekler öfke-dürtüsellik alt boyutunda farklılık göstermemiştir. Öfkenin hem kuramsal hem de bir tepki biçimi olarak intihar olgusunda önemli bir rolü olduğu açıktır. Öfke ve dürtüsellik, Joiner (2005) intihar düşünce, plan ve zihinsel provalarına eşlik ederek kararlılığı arttıracak bir faktör; Zhang (2019), Horney (1950) gibi kuramcılar tarafından kabaca intihara neden olan bir duygu; Kernberg (2001), Maltzberger ve Buie (1974), Silverman ve Berman (2014b) gibi araştırmacılara göre ise intihar eğiliminin bir işaretidir. AAS (2015) ve NIMH (2015) öfke ve dürtüselligi intihar girişimi için bir tehlike sinyali olarak sınıflandırmıştır. Bu bulguların aksine, bir önceki bölümde intihar girişiminde bulunmuş ve bulunmamış olma durumu ile KBÖ öfke belirti alanı puanında ilişki bulunmamış olması; intihar olasılığı puanının daha yüksek olduğu tespit edilen erkeklerin öfke-dürtüsellik alt boyutunda kadınlardan farklılık göstermemesi intihar olgusunun ve cinsiyet faktörünün öfke-dürtüsellik bağlamında Türk örnekleminde yeniden incelenmesinin önemine işaret etmektedir.

Diğer yandan, kadın ve erkek intihar oran ve olasılık hesaplarındaki farklılık toplumsal cinsiyet kalıpları bağlamında da ele alınabilir. Araştırmacılar arasında, kadınların daha fazla ölümcül olmayan intihar davranışında bulunduğu (örneğin, kendine zarar verme) fakat intihar sonucu ölümün erkeklerde daha sık olduğu görüşünün yaygın olduğu söylenebilir (Langhinrichsen-Rohling vd., 2009; Wasserman vd., 2012). Cinsiyet paradoksu olarak anılan bu görüş yeni değildir: Durkheim'in (1951) 19. yüzyılda Avrupa'daki intihar eğilimleri üzerine yürüttüğü çalışmalarda da aynı cinsiyet farklılığına dikkat çekilmektedir. Bununla beraber intiharı yordadığı düşünülen çoğu faktör (örneğin, ruhsal bozukluklar, daha önceki intihar girişimleri vd.) erkek ve kadınlar için benzer olsa da, bu faktörlerin toplumsal cinsiyet kalıplarının bir sonucu olarak farklı şekillerde deneyimlenebileceği ve etki edebileceği düşünülmektedir (Payne vd., 2008).

Toplumsal cinsiyet kalıpları ve cinsiyetin, kişilerin gündelik hayatını, mikro ve makro düzeyde tercihlerini, yaşam tarzlarını -istemli veya istemsiz; açık veya örtük; tamamen veya kısmen- şekillendirdiği bir gerçektir (Pyke, 1996). Dolayısıyla, erkek

ve kadın rollerindeki farklılaşma, kültürel, dini ve sosyal tutumlar kadın ve erkeklerin kendi yaşamlarını sonlandırma olasılık ve biçimlerini, öfke-dürtüsellik, sosyal destek arama, umutsuzluk gibi risk ve koruyucu etmenleri geliştirmelerini ve/veya maruz kalmalarını da etkileyebilir (Kanchan vd., 2009). Bu noktada cinsiyetler arası farklılığın, kadınların kendine zarar verme davranışlarının yardım ve ilgi arayışının bir sonucu olduğu; erkeklerin intihar girişimlerinin ise daha kesin bir ölme niyetiyle gerçekleştirildiği şeklinde cinsiyetçi bir söyleme dayandırılabilirdiği görülmüştür (Canetto ve Sakinofsky, 1998). Oysa, “erkeksi davranış kalıplarının” getirdiği kendine zarar verme yöntemleri kendi içinde daha tehlikeli ve ölümlü sonuçlanması daha muhtemel; “kadınsı davranış kalıplarının” getirdiği yöntemler ise nispeten daha az ölümcül olabilir. Bu yönden bakıldığında, erkeklerin intihar girişimlerinin ölümlü sonuçlanması, kadınların intihar girişimlerinin ise kendine zarar verme davranışı olarak kalması oldukça olasıdır.

Cinsiyet rolleri, intihar yöntemlerine ve intihar olgusuna aşinalığı ve intihar araç-gereçlerine ulaşımı da etkilemektedir. Örneğin, erkeklerin hem intihar girişimlerinde hem de kendine zarar verme davranışlarında daha fazla şiddet içeren ve daha ölümcül yöntemleri kullandığı (ası, boğulma, ateşli silah gibi); kadınların da bu yöntemleri kullanabildiği ancak daha az ölümcül olarak nitelenebilecek yöntemlerin sık tercih edildiği (kendini zehirleme gibi) bilinmektedir (Canetto ve Sakinofsky, 1998; Payne vd., 2008; Schrijvers vd., 2012). Ruhsal bozukluklar, etiketlenme, alkol-madde kullanımı, yardım arama (psikoterapi, farmakoterapi, destek grupları gibi) girişimleri gibi faktörler erkek ve kadınlar için neredeyse aynı risk ve/veya koruyucu etkide olmakla beraber, gündelik yaşamdaki algılanış ve maruz kalış biçimleri yine farklılaşmaktadır.

Bu noktada elde edilen bazı ek bulguların paylaşılmasının faydalı olacağı düşünülmüştür. Veri setindeki kadın ve erkek katılımcılar intihar düşüncesi varlığı (K = %68,8, E = 69,9) açısından yüzdeler olarak oldukça yakınken; intihar planı yapma (K = %48,9, E = %52,5) açısından erkeklerin, intihar girişiminde bulunma (K = %16,6, E = % 13,1) ve kendine zarar verme davranışında bulunma açısından (K = %35,2, E = %22,8) kadınların daha fazla ağırlıkta olduğu görülmektedir. Her ne kadar İÖÖ puanları açısından erkekler yüksek ortalamalara sahip olsalar da, katılımcı beyanları girişim ve kendine zarar vermede kadınların; plan yapmada erkeklerin oranının fazla

olduğuna işaret etmektedir. Veri setinde cinsiyet dağılımı açısından denge sağlanamamıştır. Bununla beraber, intihar olasılığı açısından her ne kadar erkeklerin daha fazla risk altında olduğu çıkarımı yapılabilse de cinsiyet gruplarının intihar sebebi (örneğin, birini cezalandırmak, rahatlamak, sıkıntılardan kaçma vd.), intihar girişiminin motivasyonu (örneğin, kendini öldürme niyetiyle veya kendini öldürme niyeti olmadan), seçilen yöntem ve diğer genel risk faktörleri açısından incelenmesi daha doğru çıkarımlarda bulunmayı sağlayacaktır.

4.3.2. Medeni Durum

Araştırmada incelenen ikinci sosyodemografik faktör medeni durumdur. Bulgular evli ve bekar katılımcıların intihar olasılığı genel puanında ve tüm alt boyutlarda farklılaştığını; bekar katılımcıların sıra ortalamalarının bazı alt boyutlarda ve intihar olasılığı genel puanında 2 kata kadar daha fazla olduğunu göstermiştir. Literatürde boşanma veya ölüm nedeniyle eş kaybının sosyal izolasyonla ilgisi olduğuna ve bu nedenle ölümcül intihar girişimini arttıracak etkide olabileceğine değinilmektedir (Joiner ve Van Orden, 2008). Evlilik ile sosyal bağlılık pozitif yönde ilişkili bulunmuş, evliliğin engellenmiş aidiyete karşı koruyucu olabileceği belirtilmiştir (Øien-Ødegaard vd., 2021). Uyumlu çift ilişkisi ve sağlıklı aile içi ilişkiler intihar riskine karşı koruyucu görünmektedir (Gutierrez vd., 2001). Çocuk sahibi olma, bir eş veya partnere bağlılık, aile bağları ve geleneksel aile yapısının sosyal desteği arttıran, bu yolla engellenmiş aidiyet ve algılanan yük olmayı azaltırken umutsuzluk ve öfke düzeylerini düşüren, sonuç olarak intihara karşı her yaşta koruyucu olabilen etkenler olduğu vurgulanmıştır (Buettner, 2008). Evliliğin hem erkek hem kadın için koruyucu bir faktör olduğunu bildiren çok sayıda araştırma mevcuttur (Corcoran ve Nagar, 2010; Griffiths vd., 2008; Masocco vd., 2008; Murray, 2000).

Elde edilen bulgular, önceki araştırmaların bulgularını destekler niteliktedir. Ulaşılan örneklemede boşanmış ve eşi vefat etmiş kişi sayısı çok az olduğundan bekar kategorisi altında değerlendirilmişlerdir. Eşi vefat eden ve boşanmış kişilerin de dahil edildiği medeni durum grupları özelinde intihar düşüncesi, risk ve girişimini inceleyen araştırmaların, medeni durumun riskli ve koruyucu boyutları hakkında önemli bulgular sağlayabileceği düşünülmektedir. Türk kültüründe eşi vefat eden kişilere sosyal destek

verme oldukça yaygındır. Diğer yandan, boşanma ve eş vefatı sonrasında sosyal çevrenin dağılması, yalnızlık hissi, arkadaşlık ve aile bağlarının azalması veya kopması durumlarının medeni durumdan kaynaklanan birer risk faktörü olabileceği açıktır.

4.3.3. Çocuk Sahibi Olma

Çocuk sahibi olup olmama durumu, intihar olasılığı genel puanı ve tüm alt boyutlarda farklılaştığı gözlenen bir diğer sosyodemografik değişkendir. Çocuğu olmayan katılımcıların intihar olasılığı genel puanı ve tüm alt boyut sıra ortalamaları yaklaşık 2 kat daha yüksektir. Joiner ve Van Orden (2008), çocuk sahibi olmanın ciddi intihar girişimine karşı koruyucu bir faktör olduğuna dikkat çekmiştir. Kadınlar için devam eden hamileliğin; hem kadın hem erkekler için özellikle iki yaşından küçük çocuk sahibi olmanın koruyucu bir faktör olduğu bildirilmiştir (Adam, 1990; Nock vd., 2008). Linehan (1983), aileye karşı sorumluluk ve çocukla ilgili kaygıları yaşamı sürdürme nedenleri arasında göstermiştir. Bu nedenlerin intiharı riskini ve intihar düşüncesini azaltacağı, intihar girişimine karşı koruyucu olacağı düşünülmüştür (Bakhiyi vd., 2016; Moody ve Smith, 2013; Richardson-Vejlgaard vd., 2009). Daha yakın tarihli bir araştırmada, en az bir çocuk sahibi olmanın hem erkek hem kadınlar için koruyucu faktör olduğuna, üstelik bu koruyuculuk etkisinin evlilik bağı sonlansa dahi devam ettiğine değinilmiştir (Øien-Ødegaard vd., 2021). KİK kapsamında, çocuk sahibi olmanın ait olma ihtiyacına olumlu yönde katkı sağlayacağı söylenebilir. Joiner'a (2005) göre, ait olma ihtiyacının karşılanması halinde, kişide yük olma algısı ve intihar yeterliliği bulursa dahi intihar önlenmektedir. Önceki bulgular ve kuramsal bilgiler düşünüldüğünde, çocuk sahibi olan kişilerin intihar olasılığının ve intihar olasılığıyla ilişkili yapılara ilişkin puanlarının daha düşük oluşu beklenebilecek ve arzulan bir bulgudur. Birçok sosyodemografik değişkende olduğu gibi çocuk sahibi olan ve olmayan katılımcı sayılarında denge sağlanamamakla beraber, az sayıdaki çocuk sahibi olan katılımcıda dahi koruyucu etkinin görülebildiği düşünülmektedir.

4.3.4. Dini İnanç

Bulgular, dini inancı olan kişilerin intihar olasılığı genel puanı ve diğer tüm İÖÖ alt boyutları için sıra ortalamalarının daha düşük olduğunu göstermektedir. Literatürde yaratıcı ile olumlu ve güvenli bir bağ kurabilmenin psikolojik sağlıkla ilişkisini (Hill ve Pargament, 2003; Seyhan, 2014); dine bağlılık düzeyindeki artışın intihar olasılığını azaltacağını (Anglin vd., 2005); olumlu yaratıcı ve din algısının psikolojik iyi oluşu da olumlu yönde etkileyeceğini bildiren çok sayıda çalışma yer almaktadır (Dervic vd., 2011). Dervic ve diğerleri (2004), dini inançların intihara karşı koruyucu bir faktör, inançsız olmanın ise risk faktörü olduğunu belirtmiştir. Anglin ve diğerleri (2005), herhangi bir dine mensup olmayan kişilerin intihar olasılığının daha yüksek olduğunu ifade etmiştir. Baetz ve Bowen (2011)'a göre dindarlık ve maneviyat intihar düşüncesine karşı koruyucu, dini bağlılık ve meşguliyetler intihar olasılığını azaltıcıdır. Bu araştırmada elde edilen bulgular, intihar olasılığının yanında intihar düşüncesi, öfke-dürtüsellik, umutsuzluk, sosyal destek boyutlarında da dini inancı olanların daha düşük puanlara sahip olduğunu göstermektedir.

Dini inanç faktörünün koruyuculuğu ile ilişkilendirilebilecek ek bir bulgu daha elde edilmiştir: Katılımcıların yaklaşık %32'si dini inancı olmadığını belirtmiştir. Diğer yandan dini inancı olduğunu belirten katılımcıların (%68) ise %54'ü Müslüman, %9'u deist, %5'i agnostik olduğunu belirtmektedir. Araştırma esnasında, herhangi bir dini inancı ve bir yaratıcıya ya da üstün bir güce inanmadığını belirten ve ateist olduğunu işaretleyen kişiler dini inancı olmayan; Müslüman ve deist olduğunu işaretleyen, bir güce inandığını söyleyen, çekimser olduğunu yazan, agnostik olduğunu işaretleyen kişiler ise dini inancı olan kategorisine alınmıştır. TİDA (2023) raporuna göre, Türkiye'de toplumun %94'ü inançlı, %6'sı inançsızdır (bu kategoriye ateist ve agnostikler dahildir). Toplumun %94,3'ü Allah'a; %96'sı Allah, doğaüstü bir güç veya spiritüel bir fenomene inanmaktadır. Toplumun çoğunluğu kendisini dindar olarak tanımlamaktadır. Tez çalışması kapsamında erişilen örnekleme diğer dini inançlara mensup kişilere erişilememiş olsa da dini inancı olmayan ve olan kişilere erişilebilmiştir. Dini inancı olmayanlar rapor referans alındığında genel popülasyonla örtüşmese de iki grubu kıyaslayabilmek açısından kıymetli bulunmuştur. Toplumun çok büyük çoğunluğunun yaratıcı inancı taşıması ile küresel oranlar ve ölüm nedenleriyle kıyaslandığında Türkiye'de intiharın nispeten daha alt sıralarda oluşu göz

önüne alındığında, dini inanç ögesinin intihar olgusuna karşı güçlü bir koruyucu faktör olduğu söylenebilir.

Örneklemin büyük çoğunluğu Müslüman katılımcılardan oluşmaktadır. Katılımcıların dindarlık seviyesi, dini faaliyet ve pratiklere katılım durumu, dini topluluklarla temas düzeyi bilinmemekle beraber; dinlerin intiharı yasaklayan kural ve görüşlerinin kişileri intihara karşı koruduğu bilinmektedir (Dervic vd., 2011; Lizardi vd., 2008). Aksi bir örnek olarak Hint ve Uzak Doğu dinlerinde intiharın yüceltiildiği sistemler olmasına rağmen, İslam ve diğer İbrahimî dinlerde intihar açıkça yasaktır. Dini inancı olan katılımcıların intihar düşüncesi ve intihar olasılığı puanlarının düşük olması bununla doğrudan ve güçlü düzeyde ilişkili olabilir. Ek olarak, dini inancı olan katılımcıların kendine zarar verme, intiharı prova etme, intiharla ilgili iletişim gibi çeşitli yollarla intihar yeterliliği edinmeleri de ketleniyor olabilir. Dinlerin umutsuzluğu, karamsarlığı, öfke ve hiddeti tasvip etmeyen (ve hatta yasaklayan); sabır, iyimserlik, dayanışma gibi olumlu özellikleri teşvik eden (ve hatta karşılığında ilahi ödüller vaat eden) mekanizmaları düşünüldüğünde, dini inancı olan kişilerin sosyal destek-benlik algısı, umutsuzluk, öfke puanlarının düşük olması da beklenir bir sonuçtur (Dervic vd., 2006; Osafo vd., 2011; Owusu-Ansah vd., 2020). Ek olarak, dini inanç sistemlerinin aidiyet duygusuyla da bağlantısı bulunmaktadır. Dini topluluklar, faaliyetler, din faktörü üzerinden kişilerarası ilişkiler, yakınlık ve paylaşım duyguları sosyal izolasyonu, dolayısıyla engellenmiş aidiyet ve algılanan yük olmayı azaltıyor olabilir (Lawrence vd., 2016). Ulaşılan bulgular, dini inancın intihara karşı koruyucu bir faktör olduğunu doğrulamaktadır.

4.3.5. Kendine Zarar Verme

Kendine zarar verme davranışı da intihar olasılığı genel puanı ve diğer tüm alt boyutlarda farklılık yaratmaktadır. Kendine zarar verme davranışı olan katılımcıların intihar olasılığı ve alt boyut puan ortalamaları kendine zarar verme davranışı olmayan katılımcılardan yüksektir. Kendine zarar verme davranışı, intihar olasılığı için en önemli risk faktörlerinden biri olarak kabul edilmekte ve üzerinde tamamen uzlaşılmış görünmektedir. Kendine zarar verme davranışı bazı araştırmacılarca intihar davranışı altında ele alınmış, intihar davranışının kendine zarar verme niyetinin ileri bir derecesi olduğu öne sürülmüş, hatta intihar davranışı kendine zarar verme davranışlarının klinik

ve uç bir tezahürü olarak görülmüştür (Baumeister ve Scher, 1988; Cohen, 1969; Silverman, 2006). Kendine zarar verme davranışının, öldükten sonra değil yaşarken erişilmesi umulan bir amaç için araçsal bir intihar davranışı olarak; bir yardım arayışı olarak veya intihar davranışı öncesinde bir hazırlık evresi olarak nitelendiği de görülmektedir (Marušič, 2004; O'Carroll vd., 1996; Silverman vd., 2007b).

Literatürde, kendine zarar verme davranışının dürtüsellik, karamsarlık, umutsuzluk, düşük benlik saygısı, düşük yaşam doyumu ile ilişkisi olduğunu ortaya koyan çok sayıda bulgu mevcuttur (Hsu vd., 2019; Najmi vd., 2007; O'Connor vd., 2009; Pettit vd., 2009; Sisask vd., 2008). İntihar riski değerlendirmesinde, kendine zarar verme davranışlarının da değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır (Steele vd., 2018; Troister vd., 2008). Joiner (2005), kendine zarar vermenin intihar yeterliliği edinmede en etkili davranış olduğunu, kişilerin bu sayede korku ve acıya alışabileceğini, kendine zarar verme davranışı yoluyla intihar edebilme becerisi geliştirmeleri nedeniyle ölümle sonuçlanan intihar girişimi olasılığının oldukça yüksek olacağını vurgulamıştır. Bu araştırma ile ulaşılan sonuç mevcut literatür ve kabulleri desteklemektedir. Bunun yanında, yalnız intihar olasılığının değil intihar olasılığını oluşturan sosyal destek-benlik algısında yetersizlik ve bozulma, öfke-dürtüsellik, umutsuzluk ve intihar düşüncesi alanlarında da kendine zarar veren kişilerin risk altında olduğu açıkça görülmektedir.

4.3.6. Kronik Hastalık

Analizler sonucunda, intihar olasılığı ve ilgili alt boyutların kronik hastalık durumuna göre farklılaşmadığı görülmüştür. Kronikleşmiş hastalık, kronik fiziksel hastalık ve yeti yitimi, ciddi ve ağır bir seyir izleyen hastalıklar, süregelen acı ve ağrı durumlarının intihar için risk faktörü olduğu çok sayıda kaynakla desteklenmektedir (American Association of Suicidology, 2009, 2015; Fehling ve Selby, 2021; Franklin vd., 2017; Granello, 2010; Van Orden vd., 2010; Dünya Sağlık Örgütü, 2015). Bunun yanında kronik hastalık ve intihar olasılığı arasındaki ilişki, eşlik eden ruhsal bozukluklar (örneğin, depresyon), işlevsellik kaybının düzeyi, sosyal izolasyon, bakıma muhtaç olma ve sosyal desteğin yetersiz oluşu gibi farklı risk faktörlerinden de etkilenebilmektedir (Carrico vd., 2007; O'Mahony vd., 2005; Rasic vd., 2008). Kronik hastalıklar kişilerde yük olma algısını da arttırabilmektedir (Joiner, 2005).

Araştırmanın örneklemini incelendiğinde, kronik hastalığı olduğunu belirten kişilerin toplam örneklemin %20'sine tekabül ettiği görülmekte, kalan %80'lik kısım ise kronik hastalığı olmadığını belirtmektedir. Bulguların iki grup arasındaki sayısal dengesizlikten kaynaklanıyor olabileceği hatırlanarak, kültürel, dini, ailevi ve toplumsal koruyucu faktörlerin etkisinin söz konusu olabileceği düşünülmüştür. Türk toplumunda bakıma muhtaç durumdaki kişilere bakım verme, kontrol etme, ilgilenme ve bakım verilen kişiyi aileden veya toplumdan izole etmeme veya dışlamama kodları, bunu destekleyen dini ve ahlaki değerler ile örfi kurallar süregelen hastalığı olan kişiler için koruyucu olabilir. Bu sayede kişi yük olma algısı geliştirdiği yerde engellenmiş aidiyet duygularına kapılmayacak, sosyal desteğin koruyucu etkisiyle intihar yeterliliği geliştirmesinin önüne geçilebilecektir. Kronik hastalığın ne olduğu ve hastalık sürecinin mahiyeti de intihar olasılığı ve ilişkili boyutlarda belirleyici olabilir. Örneğin, gündelik hayata ve işlevselliğe etkisi nispeten daha hafif sayılabilecek diyabet ile şiddetli evredeki kronik obstrüktif akciğer hastalığının (KOA) intihar olasılığını etkileme ağırlığı farklı olacaktır. Kronik hastalığı olan ve/veya bakıma muhtaç kişilerin psikolojik dayanıklılık, iyimserlik, özşefkat becerileri ve ilişki kurma biçimleri de intihar olasılığında belirleyici olabilecektir.

4.3.7. Biriyle Birlikte veya Yalnız Yaşama

Bulgulara göre, biriyle birlikte veya yalnız yaşama durumu intihar olasılığı ve ilgili alt boyutlarda farklılık yaratmamaktadır. Sosyal içe çekilme, yalnızlık ve sosyal izolasyon da üzerinde uzlaşılan önemli risk faktörleri arasındadır. Örneğin, kişinin diğer mahkumlardan ve dış dünyadan tamamen izole olduğu hapislik halinin intihar riskini yüksek ölçüde arttırdığı bilinmektedir (Franklin vd., 2017; Granello, 2010; Ivanoff, 1989). Aile içi çatışmalar, göç, cinsel kimlik ve yönelim nedeniyle aileden ve toplumdan dışlanmanın ya da dahil olamamanın intihar için risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Fehling ve Selby, 2021). Yalnız yaşama da ölümcül intihar davranışı olasılığı ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur (Joiner ve Van Orden, 2008). Diğer yandan, yalnız yaşamanın risk faktörü olabilmesi çok az veya hiç sosyal destek, kuvvetli olmayan veya tamamen kopuk aile bağları, boşanma, ölüm gibi nedenlerle eş, çocuklar ve aile bağlarının yitirilmesi, arkadaşlar, yakın çevre veya aile üyeleri ile aktif paylaşımın yokluğu veya nadirliği, sosyal çevrenin kısıtlı oluşu veya mevcut olmaması

durumlarıyla da bağlantılı bulunmuştur (Cukrowicz vd., 2011; Durkheim, 1951; Joiner, 2005; Rasmussen vd., 2012; Schneidman, 1996).

Örneklemin büyük bir kısmı aile, arkadaş, partner gibi başka biriyle yaşadığını belirtmiştir. Literatür bilgileri ışığında değerlendirildiğinde bu araştırmanın örneklemini için, geleneksel aile ve (geleneksel aile söz konusu olmadığında dahi) toplulukçu-ilişkisel kültür yapısının birlikte yaşama-yalnız yaşama durumlarının her ikisinde de sosyal destek kaynağı olması muhtemeldir. Örneğin, yalnız yaşayan bir kişi aile-sosyal çevre temasını sürdürüyor ve bu yolla aidiyet eksikliği hissetmiyor olabilir. Benzer biçimde, patolojik aile ve çevre ilişkileri birlikte yaşama ve süren ilişki sürecinde kişilerin aidiyet hissetmemesine ve hatta yük olma duygusu geliştirmesine de neden olabilir. Yalnız ve biriyle birlikte yaşayan kişilerin sosyal temas ve katılım durumları, aile ilişkileri, yakın ilişki becerileri gibi faktörlerden ne yönde ve ne ölçüde etkilendikleri bu çalışmada ele alınamamış olmakla beraber, yalnız veya birlikte yaşama durumunun intihar olasılık ve düşüncesi için Türk örnekleminde tek başına dramatik bir farklılık yaratmıyor olabileceği düşünülmüştür.

4.3.8. Bakım Verme

Katılımcıların intihar olasılığı ve ilişkili alt boyutlarda başkasına bakım verme açısından farklılaşmadığı görülmüştür. Multipl skleroz, Alzheimer, felç, şizofreni gibi hastalıkların seyri ve/veya süreleri öngörülememektedir. Hastalığa bağlı bozulmalar ilerledikçe başkalarının bakım verme sorumluluğu, süresi ve yükü de artacaktır. Hastalığı olan bir kişiye sürekli bakım sağlamanın nesnel ve öznel etkileri olarak kavramsallaştırılan bakım veren yükü; objektif yük, mali sıkıntılar, ev düzenindeki bozulmalar, aile ve sosyal ağ ilişkilerinde yıpranmalar, artan fiziksel sorumluluklar gibi gözlemlenebilir doğrudan etkileri içermektedir (Platt, 1985; Reinhard, 1994). Araştırmalar, psikiyatrik bozukluk tanısı olan bir kişiye bakım verenlerde tespit edilen bakım veren yükünün, fiziksel hastalığı olan birine bakım verenlere göre önemli ölçüde yüksek olduğunu göstermektedir (Ampalam vd., 2012; Magliano vd., 2005).

Linehan ve diğerleri (1983), aile üyelerine karşı sorumluluk duygusunu yaşama nedenlerinden biri olarak görmüştür. Kişinin başkasına bakım verdiği koşulda engellenmiş aidiyetin gelişemeyeceği zira sosyal bağlılığın belki de en yüksek seviyede söz konusu olduğu düşünülmüştür (Joiner, 2005). İntihara meyilli kişiler, aile

üyelerine dolaylı olarak duygusal zarar vermemek ve bakıma muhtaç olanları bırakmamak için kendilerine zarar vermemeyi tercih edebilmektedir (Jordan vd., 2012). Yük ve zorluklarının yanında bakım vermenin, bakım veren için çeşitli yönlerden tatmin edici bir yaşantı olduğu da söylenebilir (Sullivan ve Miller, 2015). Bir önceki paragrafta Türk kültürü ile ilişkilendirilmek üzere değinilen bakıma muhtaç durumdaki kişilere bakım verme, kontrol etme, ilgilenme, bakım verilen kişiyi aileden veya toplumdan izole etmeme, dışlamama kodları ve bunu destekleyen dini, ahlaki, örfi değer ve kurallar süregelen hastalığı olan kişiler kadar bakım verenler için de için koruyucu olabilir.

Araştırma kapsamında erişilen katılımcıların yaklaşık %12'si başkasına bakım verme durumu olduğunu beyan etmiştir. Bu bilgi formda “Evde bakımıyla yükümlü olduğunuz başka biri var mı? (Çocuklar dışında)” sorusuyla istenmiş ve dileyen katılımcılar için açık uçlu cevap hanesi de bırakılmıştır. 21 katılımcı aile üyesine, 3 katılımcı akraba – geniş aile üyesine bakım verdiğini belirtmiştir. Fakat bakım verilen kişilerin niçin bakım aldığı, hangi sağlık koşullarında oldukları bilinmemektedir. 56 katılımcının evcil hayvan yanıtı yazması sorunun bazı katılımcılar tarafından doğru anlaşılmamış olabileceğini düşündürmüştür. Bu tez çalışmasında edinilen kuramsal perspektif doğrultusunda araştırmacının görüşü, başkasına bakım vermenin koruyucu bir faktör olabileceğine daha yakındır. Diğer taraftan, formdan edinilen bilgi ve ilgili kategorilerdeki katılımcı sayısı üzerinden evreni yansıtacak bir yargıya varılamayacağı düşünülmektedir. Başkasına bakım verme faktörünün özellikle geleneksel Türk aile yapısında bakıma muhtaç aile üyeleri ve/veya yaşlılara bakım vermenin yaygınlığına karşın modernleşmeyle beraber bireyciliğin ağırlık kazandığı yeni nesil toplumsal dinamik ve aile ilişkileri bağlamında derinlemesine incelenebileceği ve intihar olgusuyla bağlantılarının araştırılabileceği görülmüştür.

4.3.9. İntihara Maruz Kalma

İÖÖ genel ve alt boyut puanları ailede-çevrede intihar durumu olması açısından farklılık göstermemiştir. Bu araştırma kapsamında ulaşılan örneklem incelendiğinde, katılımcıların %27'sinin ailesinde veya çevresinde intihar olayı olduğu görülmektedir. Bu katılımcıların yaklaşık %4'ü açık uçlu sorular üzerinden aile üyeleri arasında (2 katılımcının eşi intihar girişiminde bulunmuştur), %10'u akrabaları

arasında, %5'i arkadaşları arasında, %3'ü uzak tanıdıkları arasında intihar olayı yaşandığını belirtmiştir. Fakat olayın ciddi bir intihar girişimi olup olmadığı, ölümle ya da tıbbi bir hasarla sonuçlanıp sonuçlanmadığı, doğrudan tanıklık veya sonradan duyum olup olmadığı belirsizdir. Eş olarak belirten katılımcılar dışındaki diğerlerinin hangi dereceden bir aile üyesinin (örneğin, baba veya büyükanne) intihar girişiminde bulunduğu da bilinmemektedir. Ulaşılan bulgu üzerinden ailede-çevrede intihar durumunun intihar olasılığı için bir risk faktörü veya koruyucu faktör olabileceği çıkarımı yapılamamaktadır.

İntihar sonucu ölen kişilerin tahminen %75'i intihar düşünce, plan veya niyetlerini ölümcül girişimden önce başka birine aktarmakta; çoğu durumda bu aktarılan kişi bir aile üyesi veya arkadaş olmaktadır (Grant vd., 2015; Lobo Prabhu vd., 2010; Rose, 1997). İntihar girişiminde bulunan kişilerin üçte birinden fazlasının intihar girişimi esnasında bir aile üyesinin yanında bulunduğu, neredeyse yarıya yakınının bir aile üyesi eşliğinde acil servise getirildiği bulunmuştur (Cerel vd., 2006). İntihar girişiminde bulunan kişinin aile üyeleri müntehirin psikiyatrik belirtileri, tehlike sinyalleri ve girişimleri sonucunda krize tanık ve dahil olmaktadır. Sevilen birini intihar nedeniyle kaybetmenin sonrasında yaşanan yas sürecinin diğer kayıp türlerinden daha ağır olduğu; geride kalanların yüksek düzeyde kaygı, umutsuzluk, hissizlik, depresyon, şok, suçluluk ve öfke hissettiği bildirilmektedir (Lee vd., 2019).

Sosyal ağ açısından yürütülen araştırmalarda, intihar nedeniyle ölümün ortalama 5 aile üyesini, 15 geniş aile üyesini, 20 yakın arkadaşı, 20 sınıf veya iş arkadaşını etkileyebildiği; bir bulguya göre yaklaşık 60 kişinin, başka bir bulguya göre ortalama 135 kişinin doğrudan ve yakından etkilenebildiği tahmin edilmiştir (Berman, 2011; Cerel vd., 2019). İntihar girişimi sonucu ölen kişilerin aile öyküsünde de intihar yaşantısı bulunduğu, ailede intihar öyküsünün intihar riskini yordayabilecek bir faktör olduğu bildirilmiştir (Fu vd., 2002; Glowinski vd., 2001; Runeson ve Asberg, 2003). Literatürde intihar olgusunda ailevi-genetik geçişi savunan ve intihar olasılığının genetik faktörlerden etkilendiğine ilişkin kanıtlar sunan araştırmalar bulunmaktadır (Brent ve Mann, 2005, 2006; Mirkovic vd., 2016; Sokolowski vd., 2015; Voracek ve Loibl, 2007). İntihar girişimi vakalarının büyük çoğunluğunun ailede ruhsal bozukluk, kendine zarar verme ve/veya intihar davranışı öyküsü verdiği bilinmekte, bu nedenle

intihar risk değerlendirmesinde ailede intihar geçmişinin araştırılması gerektiği vurgulanmaktadır (O'Connor ve Nock, 2014; Wasserman vd., 2012).

Ailede-çevrede intihar girişimine maruz kalmanın intihar olasılığını arttıran bir risk faktörü olabileceğini bildiren bu bulguların yanında; kişilerin intihar olayından nasıl ve ne derece etkileneceğinin kesin olarak tahmin edilemeyeceğini bildiren araştırmalar da vardır. Kişinin intihar eden veya girişimde bulunan kişiyle olan yakınlığı, duygusal bağı ve (ölümle sonuçlandıysa) kayıp ve yas algısı, olay sonrasında alabildiği sosyal destek gibi faktörler intihar olasılığı için risk düzeyini doğrudan etkileyecektir (Berman, 2011). Bir aile üyesini intihar nedeniyle kaybetme travma sonrası büyüme ile de ilişkilendirilmiştir (Lee vd., 2019). Bu noktada, bakım verme ve ailede-çevrede intihar olgusu bulgularının birleştirilebileceği düşünülmektedir. Daha önce değinilen, aile üyelerine dolaylı olarak duygusal zarar vermeme arzusunun koruyucu etkisi burada ortaya çıkabilir. Daha önce ailesinde intihar öyküsü olan kişi, diğer aile üyelerini tekrar maruz bırakmamak adına bundan kaçınabilir (Jordan vd., 2012). Bir aile üyesi veya sevilen birini intiharına maruz kalan kişilerin daha fazla sosyal destek arama, daha yakın ilişkiler kurma, intiharı önleme hususunda bilgi edinme ve çalışmalarda bulunma, başkalarına yardım etme isteme davranışında bulunma olasılıklarının da yüksek olabileceği; bu yolla koruyucu bir etkisi olabileceği ileri sürülebilir. Aynı maruziyetin yarattığı yas ve psikolojik-duygusal etkilerin, intihar düşüncesine karşı olamasa da kişinin intihar yeterliliği ve ölüm korkusuzluğu geliştirmesi önünde bir bariyer olabileceği düşünülebilir.

4.3.10. İntihar Girişimi ve Şema Alanları

Erken dönem uyum bozucu şemalar, yetişkinlikteki psikopatoloji ve problemlerli davranış örüntülerinin temelindeki duygusal ve bilişsel kalıplar olarak görülmektedir (Young vd., 2003). Yaşam boyu tekrarlanarak kişinin kendi kendini engellemesine neden olan bu kalıpların, intihar girişimi öyküsü olanlarda daha yaygın ve yoğun düzeyde olacağı öngörülmüştür. Araştırma kapsamında, daha önce intihar girişiminde bulunmuş ve bulunmamış katılımcı grupları şema alanları açısından kıyaslanmıştır. Bulgular zedelenmiş otonomi, kopukluk, yüksek standartlar şema alanlarında daha önce intihar girişimi olanların daha yüksek puanlara ve sıra ortalamalarına sahip olduğunu göstermiştir (H2).

Şema alanlarına ilişkin bulgular incelendiğinde, güvenli bağlanma, benlik saygısı, bağımsızlık, yeterlilik ve sağlıklı beklenti ihtiyaçlarının karşılanmaması nedeniyle oluşan şemaları içeren şema alanlarında farklılık saptandığı görülmektedir. Farklılık saptanan zedelenmiş otonomi alanı kişinin diğerlerinden ayrılabilme, yaşamını kendi istek ve ihtiyaçları doğrultusunda düzenleyebilme ve bağımsız şekilde sürdürebilme becerilerinde bozulmaları kapsamaktadır. Bir diğer farklılık görülen kopukluk şema alanı kişinin güvenli bağlanma, sağlıklı ve karşılıklı kişilerarası ilişkiler kurabilme, güven, sevgi, saygı, kabul görme gibi ihtiyaçlarını karşılayabilmede yetersizlikleri kapsar. Farklılık saptanan son alan olan yüksek standartlar ise haz, rahatlama, sağlık, öz saygı, benlik değerlendirmesi, başarı duygusu, tatmin hissinde bozulmalara neden olan şemalardan oluşur (Van Genderen vd., 2012; Young vd., 2003). Ulaşılan bulgular, şema kuramı ve kişilerarası intihar kuramının varsayımlarıyla tutarlıdır.

Elde edilen öncül bulgular uyarınca, farklılık gösteren şema alanlarında yer alan şema yapıları kıyaslanmıştır. Daha önce intihar girişiminde bulunmuş kişilerin terk edilme, başarısızlık, karamsarlık, dayanıksızlık, duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon, kusurluluk ve yüksek standartlar şemalarında daha yüksek puan sıra ortalaması olduğu tespit edilmiştir (H2).

Terk edilme şeması, güvenli bağlanma figürünün eksik veya yetersiz olduğu; erken dönem bağlanma figürüyle istikrarsız, belirsiz ve güven vermeyen bir ilişki biçiminin görüldüğü koşullarda gelişmektedir (Lockwood ve Perris, 2012). Bu şema, güvenli bağlanma ihtiyacının karşılanamadığını gösterir. İntihar girişiminin engellenmiş aidiyet ve yük olma algısıyla ilişkisi düşünüldüğünde, terk edilme şemasına sahip bir kişinin güvenli bağlanma geliştirememiş olmasından hareketle yetişkin yaşamında ait hissetmede zorluk yaşayabileceği, şema etkisiyle kendini diğerlerine bir yük olarak görebileceği düşünülebilir. Joiner (2005), ait olma ihtiyacının karşılanabilmesi için kişinin diğerleriyle yeterince istikrarlı, sağlıklı, sık ve olumlu etkileşimler kurabilmesi gerektiğini; sadece önemsendiğini hissetmenin ait olma için yeterli olmayabileceğini; ait olma ihtiyacını karşılayacak ve tatminini sağlayacak etkileşimlerin gerekliliğini vurgulamıştır. Oysa terk edilme şemasına sahip kişiler diğerleriyle olan ilişkinin devamlılığına güvenememekte, eninde sonunda terk edilecekleri korkusunu taşımaktadır. Terk edilme şeması, diğerleri tarafından

reddedilme algısını da beraberinde getirmektedir (Chu vd., 2017). Bu korku ve algı, kişinin çeşitli başa çıkma mekanizmaları yoluyla şemanın devamlılığına hizmet edecek şekilde davranmasına yol açacaktır. Bu gerekçelerle, daha önce intihar girişiminde bulunmuş ve bulunmamış kişilerin terk edilme şeması açısından farklılaşması araştırmanın varsayımlarıyla paralel görünmektedir.

Başarısızlık şeması, kişinin çeşitli alanlarda kendisini başarısız gördüğü; diğer akranlarına göre yetersiz ve kabiliyetsiz olduğu inancını içerir (Lockwood ve Perris, 2012; Young vd., 2003). Literatürde başarısızlık şemasının intihar girişimi, intihar düşüncesi ve intihar olasılığı için önemli bir yordayıcı olduğuna değinilmektedir (Chu vd., 2017; Kan Uzel, 2020; Pilkington vd., 2021) Bu şemanın, kişilerarası intihar kuramı bileşenlerinden algılanan yük olma ile oldukça yakın bir seyir izleyebileceği düşünülmektedir. Başarısızlık şeması olan kişi kendini yetersizlikleri sebebiyle diğerleri için bir yük olarak görebilir. Aynı zamanda akranlarına veya çevresine göre yetersiz ve kabiliyetsiz olduğu inancı, kişinin aidiyet geliştirmesini de önleyebilir. Şema etkisiyle hayatı bir başarısızlık olarak niteleme ve kendini umutsuz biçimde yetersiz algılama durumu intihar girişiminde bulunmuş ve bulunmamış kişileri ayırabilir.

Karamsarlık şeması, farklılık gösteren tüm şemalara eşlik edebileceği ve aynı zamanda başlı başına farklılık yaratabileceği düşünülen bir şemadır. Bu şema, yaşamdaki olumlu, iyimser, pozitif oluşlar yerine olumsuz, negatif, kötümser unsurlara odaklanma, sürekli kötümser bir beklenti içerisinde karamsar bir ruh halinde olma şeklinde görülebilir (Young vd., 2003). Karamsarlık şeması kişinin depresif, endişeli, umutsuz ve yılgın bir duygudurumda olmasına yol açmaktadır (Van Genderen vd., 2012). Kişilerarası intihar kuramının düşünsel kısmında tanımlanan umutsuzluğun karamsarlık ve başarısızlık şemalarıyla örtüştüğü görülmektedir. Literatürde artan karamsarlık ve umutsuzluğun intihar düşüncesiyle ilişkili olduğunu, terk edilme ve karamsarlık şemalarının intihar olasılığını arttırdığını, intihar davranışları için güçlü birer yordayıcı olduklarını bildiren çalışmalar mevcuttur (Beevers ve Miller, 2004; Van Orden vd., 2010; Young vd., 1996). Kronik umutsuzluk olarak da adlandırılabilir karamsarlık şeması planlı intihar girişimleriyle ilişkili görülmüştür (Wenzel ve Beck, 2008). Bu şema, intihar girişimi için risk faktörü oluşturan içsel dinamiklerin, yaşam koşullarının, kişilerarası süreçlerin olduğundan kötü

algılanmasını sağlayabilir. Diğer bir deyişle, tüm risk faktörleri ve intihar yordayıcılarını etkileyen bilişsel bir yapı olarak görülebilir. Bu bilgiler ışığında, daha önce intihar girişiminde bulunmuş ve bulunmamış kişilerde karamsarlık şeması açısından açık bir farklılık olması da beklenebilir.

Dayanısızlık şeması, kişinin hastalık, duygusal kriz, kişilerarası çatışmalar gibi olumsuzlukları felaket olarak algılaması ve bunlarla baş edemeyeceği, korunamayacağı, zarar göreceği korkusunu içermektedir (Young vd., 2003). Literatürde dayanısızlığın dürtüsel intihar girişimiyle ilişkilendirildiği görülmektedir (Wenzel ve Beck, 2008). Flink ve diğerleri (2017), depresyon ve umutsuzluktan bağımsız olarak hastalık ve zarara uğrama karşısında dayanısızlık şemasının intihar düşüncesiyle ilişkili olduğunu belirtmiştir. Başka bir araştırmada ise dayanısızlık şemasının intihar riskini azalttığı saptanmıştır (Bingöl, 2022). Teorik olarak, kişinin yaşamı üzerinde kontrolü olmadığı, kendini koruyamayacağı, başına felaketlerin gelebileceği ve bunlarla baş edemeyeceği düşüncelerinin umutsuzluk ve karamsarlığı, depresyonu tetiklemesi beklenebilir. Dayanısızlık şeması yoğun olan kişi kendini diğerlerinin korumasına muhtaç hissederek onlar için bir yük olarak görebilir. Bu açıdan bakıldığında, dayanısızlık şemasının intihar düşüncesi yaratabileceği, dolayısıyla intihar girişiminde bulunmuş kişilerde daha yoğun olacağı düşünülebilir. Bu şema için elde edilen bulgu da mevcut literatürle örtüşmektedir.

Duygusal yoksunluk şemasının klinik durumlarda en yaygın görülen şema olduğu öne sürülmüştür (Young vd., 2003). Bu şemaya sahip kişiler kendilerini yalnız, hüsrana uğramış, üzgün, sevgisiz, desteksiz, şefkat, sıcaklık ve ilgiden yoksun hissedebilir. Duygusal yoksunluk şemasına sahip kişiler duygusal destek ve karşılıklı zaten beklemediklerinden istemede de başarılı olamayacak ve sonunda da alamayacaklardır. İntihar girişiminde bulunan ve bulunmayan kişileri karşılaştıran az sayıda çalışmadan birinde, duygusal yoksunluk şemasının kaçınılmaz olarak depresyona neden olacağı, şemanın şiddet ve sürekliliğine bağlı olarak intihar girişimi olasılığının yükseleceği belirtilmiştir (Ahmadpanah vd., 2017). Duygusal yoksunluk şeması olan kişi diğerlerinden ihtiyaç duydukları duygusal karşılık, bakım ve tatmini alamayacaklarına inanmakla beraber, bunlara ihtiyaç duydukları için kendilerini bir yük olarak da algılayabilir. Bu şemanın daha önce intihar girişiminde bulunmuş kişilerde yüksek olması hem mevcut literatür hem de kuramsal arkaplanla uyumludur.

Kusurluluk şeması, kişinin doğuştan kusurlu, kötü, istenmeyen, seilmeyi hak etmeyen, faydasız, önemsiz ve utanç kaynağı olması gibi olumsuz bilişleri içermektedir (Van Genderen vd., 2012; Young vd., 2003). Literatürde kusurluluk şemasının, kişinin kendisini diğerleri için bir yük olarak algılamasıyla ilişkilendirildiği görülmektedir (Pilkington vd., 2021). Bu şema kişide doğuştan kusurlu oluşuyla başkaları için bir yük olduğu, kusurlarından ötürü hiçbir zaman gerçek anlamda diğerlerinin arasına dahil olamayacağı inançlarını yaratabilir. Diğer şemalardaki yükselmelerle birlikte, intihar girişiminde bulunmuş kişilerle kusurluluk şemasının daha yüksek olması beklenebilecek bir bulgudur.

Çalışma kapsamında daha önce çok kez değinilen sosyal izolasyon, intihar düşüncesi, girişimi ve yaşam boyu intihar olasılığının en güçlü tahmincilerinden ve en güvenilir yordayıcılarından biri olarak görülmektedir (Chu vd., 2017; Kahr Nilsson, 2016; Khosravani vd., 2019). Van Orden ve diğerlerinin (2010) “Yalnızım” bilişi olarak tariflediği engellenmiş aidiyetin, sosyal izolasyon şemasına doğrudan denk geldiği düşünülmektedir. Khosravani (2019) ve Nilsson (2016) araştırmalarında kusurluluk ve sosyal izolasyon şemalarının intihar girişimi olanlarda daha yüksek olduğunu bulmuştur. Araştırmanın kuramsal temelini oluşturan bilgi birikimi ve önceki çalışma bulguları doğrultusunda, intihar düşüncesi, girişimi ve olasılığı için güçlü bir risk faktörü olan sosyal izolasyonun; daha önce girişimde bulunmuş ve bulunmamış kişiler arasında bir şema yapısı olarak farklılaşması beklenen bir bulgudur.

Daha önce intihar girişiminde bulunmuş ve bulunmamış kişilerde farklılaştığı tespit edilen yüksek standartlar şeması ve intihar olgusu üzerine literatürde az sayıda bulgu mevcuttur. Yüksek standartlar şeması, şema kuramı kapsamında yüksek standartlar-aşırı eleştiricilik olarak anılmaktadır. Bu şemaya sahip kişiler performans, hedef ve ihtiyaçlarını değerlendirmek için uygun ve sağlıklı ölçütler belirlemede zorluk yaşamakta, hata ve kusurlar karşısında fazlasıyla eleştirel ve cezalandırıcı bir tutum sergilemektedir (Van Genderen vd., 2012; Young vd., 2003). Bu şemanın yüksek standartlara sahip, fazla yüksek performans kriterleri olan, başkalarında çok fazla hata bulan ve eleştiren, beklentilerinin en kısa sürede ve en mükemmel şekilde gerçekleştirilmesini isteyen aile ortamında geliştiği düşünülmektedir. Yüksek standartlar-aşırı eleştiricilik şeması yoğun olan bir kişi, kendisi için belirlenen veya

artık içsel olarak belirlediği standartlara erişemediği takdirde umutsuzluk, karamsarlık ve depresyon geliştirebilir. Bu süreçte şemaya karamsarlık ve cezalandırıcılık şemaları da eşlik edebilir. Kişiler yoğun içsel baskı ve eleştiri karşısında intihar düşüncesi geliştirebilir; bir kaçış ve son verme biçimi olarak intihar girişiminde bulunuyor olabilir. Yüksek standartlar şemasının Baumeister'ın (1990) kaçış kuramıyla örtüştüğü görülmektedir. Kuram ve şema bir arada düşünüldüğünde, beklentileri gerçeklikle uyumsuz olan yani yüksek standartlar şeması olan kişi bu aşırı beklentilere erişmeye çalıştıkça kişisel başarısızlık hissini tekrarlayıcı olarak yaşayacaktır. Kendi benliğini ulaşamadığı standartlarla karşılaştıracak ve bu standartlara ulaşamadığı için kendini suçlayacaktır. Bu aşamadan sonra hissiz bir şekilde bu standartlara erişmeye çalışacak, bu hissizlikten bir kaçış olarak intihar düşüncesi geliştirecek, davranışsal inhibisyon yaşanacak ve intihar girişimini tek yol olarak görebilecektir.

Daha önce intihar girişiminde bulunmuş kişiler ile bulunmamış kişilerin duyguları bastırma, onay arayıcılık, iç içe geçme şemaları arasında ise farklılık saptanmamıştır. Literatürde duyguları bastırma şemasıyla intihar düşüncesi arasında düşük düzeyde ilişki bulgulayan bir çalışma mevcuttur (Pilkington vd., 2021). Duyguları bastırma şemasına sahip kişilerin duygusal gerilim ve acıyı hafifletebilmek için sağlıklı duygusal tepkiler geliştirme gibi uyumlu duygu düzenleme becerilerini kullanma olasılığının düşük olabileceğine değinilmiştir (Lewis vd., 2015). Bu minvalde düşünüldüğünde, duyguları bastırma şeması yoğun olan bir kişinin yaşadığı duygusal acı ve sıkıntıyla baş etmek için ölüm fantezileri kurabileceği, intihar düşüncesi geliştirebileceği ve intihar girişiminde bulunabileceği düşünülebilir. Bunların tamamı işlev bozucu bir başa çıkma tepkisi olacaktır. Diğer yandan, duyguları bastırma şeması Young (Young vd., 2003) tarafından aşırı uyarılma-baskılama, Soygüt ve diğerleri (2009) tarafından ise ölçek çalışması kapsamında kopukluk alanında konumlandırılmıştır. Aşırı uyarılma-baskılama alanı, içselleştirilmiş keskin kurallara ve katı değerlere yönelik şemaları içermektedir. Bu alandaki şemaları taşıyan kişiler duygu, istek ve ihtiyaçlarını makul veya sağlıklı yollarla ifade etmekte zorluk yaşamaktadır. Duygularını bastırma şeması yoğun olan bir kişi utandırılma, başkalarına zarar verme, terk edilme, sevilmeme gibi beklentilerle duygu, dürtü ve ihtiyaçlarını engellemeye çalışacaktır. Bu şema öfke ve saldırganlığın da engellenmesine neden olur. Kişiler duygusal ihtiyaçlarını ve sıkıntılarını

mentalizasyona başvurarak çözmeye çalışır (Van Genderen vd., 2012; Young, 1999; Young vd., 2003).

Duyguları bastırma karşılığında kişi, -ne kadar gerçek ve doyurucu olacağı tartışmaya açık olmakla birlikte- ait olma duygusunu deneyimlerken duygusal ihtiyaçlarıyla diğerlerine yük olmadığını düşünebilir. Bunun da kuramsal olarak intihar düşünce ve olasılığına karşı bir bariyer oluşturacağı söylenebilir. Öte yandan, duyguları bastırma şemasının duygusal ve somatik ipuçlarına karşı kayıtsızlığını da beraberinde getirdiği bilinmektedir. Bu da şemanın düşünsel açıdan bariyer oluşturmakla beraber yükselen acı eşiği ve ölüm korkusuzluğu gelişimine katkı verebileceğini düşündürmektedir.

Onay arayıcılık, onay arayıcılık-kabul veya tanınma arayıcılık olarak da anılmaktadır (Young vd., 2003). Bu şemaya sahip kişiler diğerlerinin onayına, ilgisine, takdirine, kendisinin diğerlerinin gözündeki imajına, diğerlerinin hayranlığına ve kabulüne aşırı ihtiyaç duymaktadır. Literatürde intihar olgusu ve onay arayıcılık arasındaki bağlantıları inceleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır. Değinilen çalışmaların hiçbirinde onay arayıcılık şemasına ilişkin bir çıkarım veya bulgu yapılmamıştır. Çeşitli metaanalizler aracılığıyla da onay arayıcılık şemasına dair veriye ulaşılamamış, konuyla alakalı kapsamlı bir derleme sunan Pilkington'un (2021) bu şema hakkında bulguların yetersiz olduğunu bildirdiği görülmüştür. Teorik olarak onay aracılığın kişiyi, diğerlerinin onaylamayacağı davranışlardan alıkoyacağı düşünülebilir. Buradan hareketle onay arayıcılık intihar düşüncesi için değilse bile intihar girişimi için bir bariyer sağlayabilir. Öte yandan onay arayıcılık yer yer ilgi arayıcılığı olarak da görülür. Kişinin onaylanması, takdir edilmesi veya tanınması intihar girişimiyle dolaylı yoldan bağlantılı olduğunda ise (örneğin, kendi canını almanın veya buna teşebbüsün onurlu bir davranış sayıldığı kültürlerde) onay arayıcılık şeması kişi için kolaylaştırıcı olabilir. Fakat kişi girişimi sonunda öldüğü takdirde ihtiyacı olan onay tatminini zaten yaşayamayacaktır. Bu mantık çerçevesinde onay-kabul veya tanınma arayıcılık şemasının ölümcül olmayan kendine zarar verme davranışlarıyla ilişki gösterebileceği düşünülmüştür.

Şema alanları, şemalar ve intihar olgusuna dair literatür incelendiğinde, bilişlerin klinik olarak intihar olgusunda önemli olduğu çok kez belirtilmesine ve desteklenmesine rağmen erken dönem uyum bozucu şemaların intihar olgusuyla

ilişkili olduğuna dair kanıtların görece daha az olduğu görülmektedir. Bu araştırma sonucunda ulaşılan intihar girişiminde bulunmuş ve bulunmamış kişilerin şema alanları ve şemalar açısından farklılık gösterdiği bulguları, intihar davranışı riski oluşturan veya diğer bir deyişle intihar davranışı riski taşıyanları ayırt etmede faydalı olabilecek şemaları ortaya koymaktadır. Bulguların, bir sonraki başlıkta tartışılacak modellerle birlikte mevcut literatüre önemli katkılar sunduğu umulmaktadır.

4.3.11. İntihar Girişimi ve Kişilerarası İhtiyaçlar

Kişilerarası intihar kuramının ilişkisel yapısı olan kişilerarası ihtiyaçlar, engellenmiş aidiyet ve algılanan yük olma bileşenlerini içermektedir. Kurama göre, engellenmiş aidiyet ve algılanan yük olma tek başına pasif intihar düşüncesine yol açacak; umutsuzluk, intihar arzusu, intihar niyeti ve intihar kapasitesi gibi bileşenlerle beraber (zedelenen veya karşılanamayan) kişilerarası ihtiyaçlar ciddi intihar girişimine yol açacaktır (Joiner, 2005; Joiner vd., 2009; Joiner ve Van Orden, 2008; Van Orden vd., 2010). Analizler sonucunda, kişilerarası ihtiyaçlar kapsamında algılanan yük olma ve engellenmiş aidiyet yapılarının intihar girişiminde bulunmuş grupta daha yüksek sıra ortalamaları verdiği görülmüştür (H2). Ulaşılan bulgu araştırmanın kuramsal zemini, varsayımları ve önceki araştırma bulgularıyla uyumlu olup kişilerarası intihar kuramını doğrudan destekler niteliktedir.

4.3.12. İntihar Girişimi ve Edinilmiş İntihar Yeterliliği-Ölüm Korkusuzluğu

Edinilmiş intihar yeterliliği-ölüm korkusuzluğu da daha önce intihar girişimi olmuş grupta daha yüksek bulunmuştur (H2). Edinilmiş intihar yeterliliği yapısı kişilerarası intihar kuramının eylemsel kısmında yer almaktadır. Artmış fiziksel acı toleransı ve azalan ölüm korkusu bileşenlerini içeren bu intihar yeterliliğinin, ciddi intihar girişiminde bulunanlarda daha yüksek olacağı varsayılmaktadır (Joiner, 2005; Joiner vd., 2009; Joiner ve Van Orden, 2008; Van Orden vd., 2010). Bu araştırma kapsamında daha önce intihar girişiminde bulunmuş kişilerde saptanan yüksek intihar yeterliliği sıra ortalamaları kişilerarası intihar kuramının varsayımlarıyla uyumludur.

4.4. ÇOKLU DOLAYLI ETKİ (ÇOKLU ARACILIK) MODELLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu kısımda, giriş ve tartışma kısımlarında yer verilen literatür ve ulaşılan öncül bulgularla bütünleştirilerek önerilen modeller tartışılmıştır. Modelleme aşamasında ve önceki aşamalarda elde edilen bulguların, Young'un (1999; 2003) kuramındaki şema alanları ve şemalarla birebir örtüşmediği dikkat arz etmektedir. Young tarafından önerilen şema alanları ve şema gruplandırması ile tez çalışmasında kullanılan YŞÖ Türkçe versiyonunun faktör yapısı arasında farklılıklar olduğuna Veri Toplama Araçları başlığı altında değinilmiştir (s. 140). Şema kuramı kapsamında Young (2003) tarafından önerilen 5 şema alanı ve 18 şema vardır. YŞÖ Türkçe versiyonu (2009) ise 5 şema alanında 14 şemayı ölçmektedir. Young (2003) tarafından önerilen şema alanları (1) kopukluk ve reddedilme, (2) zedelenmiş özerklik ve performans, (3) zedelenmiş sınırlar, (4) başkası yönelimlilik, (5) aşırı uyarılma ve baskılamadır. Soygüt ve diğerleri (2009) tarafından YŞÖ Türkçe adaptasyonu esnasında belirlenen şema alanları ise (1) zedelenmiş otonomi, (2) kopukluk, (3) yüksek standartlar, (4) zedelenmiş sınırlar, (5) başkaları yönelimliliğidir. Şema alanlarının içerikleri incelendiğinde, Türkçe versiyonda yer almayan (örneğin, boyun eğicilik) veya birleştirilen (örneğin, bağımlılık ve iç içe geçme) şemalar dışında, şemaların kategorizasyonunun da Young (2003) tarafından önerilenden farklı olduğu görülmektedir (örneğin, Young'a göre kopukluk ve reddedilme altında yer alan terk edilme şeması, Soygüt ve diğerlerince (2009) zedelenmiş otonomi altında gruplandırılmıştır). Bu nedenle şema alanlarına ait model bulguları şemalar ekseninde de yorumlanmıştır.

Kurulan tüm modellerin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmüştür. Algılanan yük ve engellenmiş aidiyetin tüm modellerde intihar düşüncesini yordaması kuramsal açıdan beklenen bir bulgu ve araştırma hipotezleri için de kuramsal bir kabuldür (Joiner, 2005; Joiner vd., 2009; Joiner ve Van Orden, 2008; Van Orden vd., 2010). Modeller sonucunda erken dönem uyum bozucu şema alanlarının intihar düşünce ve olasılığında etkili olduğu bulguları ile kişilerarası intihar kuramının kişilerarası ihtiyaçlar bileşenine dair kuramsal varsayımları, erken dönem uyum bozucu şemaların kişilerarası ihtiyaçlar üzerinde de etkili olabileceğini açıkça ortaya koymaktadır. Modeller intihar olasılığını %71-77 arasında açıklama oranına sahiptir. Bu yüksek oran, şema kuramı ve kişilerarası intihar kuramından gelen uyumlu teorik arkaplanın ve kavramsal olarak birbirini tamamlayan yapıların sayısal bir göstergesi

olarak yorumlanabilir. Şema alanlarının model kapsamındaki toplam etkileri incelendiğinde zedelenmiş otonomi ve kopukluğun hem intihar düşüncesi hem de intihar olasılığı için dikkat çekici etki büyüklüğüne sahip olduğu görülmektedir. Doğrudan ve dolaylı etki büyüklükleri açısından da bu iki şema alanı öne çıkmaktadır. Hem ulaşılan sonuçların hem de mevcut literatürün desteğiyle, zedelenmiş otonomi ve kopukluk şema alanında yer alan şemaların intihar düşünce ve olasılığı açısından daha yüksek önem taşıdığı düşünülmektedir.

İlk şema alanı olan zedelenmiş otonomi alanına ilişkin modelde, zedelenmiş otonomi alanının algılanan yük olmayı (H3.1.) ve engellenmiş aidiyeti (H3.2.) pozitif yönde yordadığı görülmüştür. Zedelenmiş otonomi intihar düşüncesini pozitif yönde yordamıştır (H3.3.). Zedelenmiş otonomi, algılanan yük olma ve engellenmiş aidiyet intihar düşüncesini pozitif etkiyle öngörmüştür (H3.4.). Zedelenmiş otonomi, algılanan yük olma, engellenmiş aidiyet ve intihar düşüncesi intihar olasılığını pozitif yönde yordamıştır (H3.5.). Zedelenmiş otonominin intihar olasılığını yordadığı saptanmıştır (H3.6.). Zedelenmiş otonomi ve intihar olasılığı arasındaki ilişkiye engellenmiş aidiyet, algılanan yük olma ve intihar düşüncesi kısmi olarak aracılık etmiştir (H3.5. – H3.6.).

Zedelenmiş otonomi alanı iç içe geçme-bağımlılık, terk edilme, başarısızlık, karamsarlık ve tehditler karşısında dayanıksızlık şemalarını kapsamaktadır. Bu alan kişinin özerk yaşam becerilerini geliştirememesi ile ilgilidir. Bu araştırmanın daha önceki bulgularında zedelenmiş otonomi alanında yer alan şemaların -iç içe geçme-bağımlılık hariç- tamamının intihar girişimi olan kişilerde daha yüksek olduğu ifade edilmişti. Literatürde de zedelenmiş otonomi alanının ve terk edilme, başarısızlık, karamsarlık ve dayanıksızlık şemalarının hem intihar düşünceleri hem de intihar olasılığı üzerine etkisi çok sayıda kanıtla ortaya konmuştur (Dutra vd., 2008; Pilkington vd. 2021; Ribeiro vd., 2018; Valikhani vd., 2017). Bu alanın intihar düşüncesi ve olasılığını yordaması hem alanyazını desteklemekte hem de önceki çalışmalarla uyum göstermektedir. Bu alandaki şemalara sahip kişilerin başka bir deyişle yetişkin yaşamlarını işlevsel ve özerk biçimde sürdürmelerini engelleyecek bilişsel ve duygusal engellere de sahip oldukları söylenebilir. Erken dönemde zedelenmiş otonomi yetişkinlikte başkalarına yük olma algısı ile tam anlamıyla

ilişkilere dahil ve ait olamama duygularına zemin hazırlayabilir. Bu da intihar düşüncelerinin doğmasına ve girişim olasılığına yol açabilir.

İntihar düşüncesinin, zedelenmiş otonomi şema alanıyla ilişkili olduğu bulgusu nispeten yeni olmakla beraber yalnız kişilerarası intihar kuramı değil bütünleşik güdüsel-iradi intihar modeli (O'Connor, 2011; O'Connor ve Kirtley, 2018), üç basamaklı intihar modeli (Klonsky ve May, 2015) gibi diğer çağdaş yaklaşımlarla da uyumludur. Zedelenmiş otonomi alanındaki şemaların, çağdaş intihar kuram ve yaklaşımlarının çoğunda yer alan kapana kısılmışlık, umutsuzluk ve vazgeçmişlik hissine kaynak olabileceği düşünülmektedir. Kurulan modelde zedelenmiş otonomi alanının algılanan yük olma ve engellenmiş aidiyeti ortalama üstü düzeyde yordayan bir kaynak olduğu açıkça görülmüştür. Aynı zamanda kişilerarası ihtiyaçlar aracılığıyla intihar düşünce ve olasılığında da yordayıcı olduğu kanıtlanmıştır.

Bu noktada araştırmanın önceki bulgularında farklılık saptanmadığı ifade edilen iç içe geçme-bağımlılık şeması soru işareti oluşturmaktadır. Şema bu araştırmada her ne kadar iç içe geçme-bağımlılık olarak ölçülmüş olsa da Young (2003) tarafından iç içe geçme-gelişmemiş kendilik olarak adlandırıldığı görülmektedir. İç içe geçme-gelişmemiş kendilik ve bağımlılık iki farklı şema halinde düşünüldüğünde kendini başkalarına bağımlı, başkalarının idaresinde kendi benliğinden uzak hisseden kişinin sorumluluk alma, ilişki içerisinde kendi inisiyatif alanını oluşturma, kendi özgür seçimlerini yapma gibi konularda yetersiz olacağı tahmin edilebilir. Young (2012) bu şemanın başkaları tarafından yutulma, ilişki içerisinde boğulma, boşluk hissi, yaşamdaki yönünü bulamama ve uç noktada varlığını sorgulamaya sebep olabileceğini belirtmiştir. Bu minvalde düşünüldüğünde iç içe geçme-bağımlılık-gelişmemiş kendilik şemasının intihar düşünce ve olasılığında etkili olabileceği öngörülebilir. Öte yandan bu şemanın özellikle toplulukçu kültürlerde ve geleneksel Türk kültüründe aile içerisinde teşvik edilen bir şema olduğu söylenebilir. Önceki bulgularda farklılığa rastlanamamış olması, Türk örneğinde iç içeliğin fazlasıyla aidiyet hissine yol açmasıyla açıklanabilir. Bu araştırmada önerilen model Türk örneğinde iç içelik şemasıyla test edildiğinde engellenmiş aidiyeti yordamamasının veya negatif yönde yordamasının muhtemel olacağı düşünülmektedir.

İkinci şema alanı olan kopukluk alanına ilişkin modelde, kopukluk alanının algılanan yük olmayı (H4.1.) ve engellenmiş aidiyeti (H4.2.) pozitif yönde yordadığı görülmüştür. Kopukluk intihar düşüncesini pozitif yönde yordamıştır (H4.3.). Kopukluk, algılanan yük olma ve engellenmiş aidiyet intihar düşüncesini pozitif olarak öngörmüştür (H4.4.). Kopukluk, algılanan yük olma, engellenmiş aidiyet ve intihar düşüncesi intihar olasılığını pozitif yönde yordamıştır (H4.5.). Kopukluğun intihar olasılığını yordadığı saptanmıştır (H4.6.). Kopukluk ve intihar olasılığı arasındaki ilişkiye engellenmiş aidiyet, algılanan yük olma ve intihar düşüncesi kısmi olarak aracılık etmiştir (H4.7. – H4.8.).

Kuramsal olarak insanlar aile, akraba, dini topluluk, arkadaş çevresi gibi bir sosyal gruba ne kadar az bağlılık hissediyorlarsa ve o sosyal gruba karşı ne kadar fazla yük hissederlerse intihara o denli daha yatkın olacaktır (Joiner, 2005; Lobo Prabhu vd., 2010; Van Orden vd., 2010). Kopukluk alanı bahsedilen yatkınlığı oluşturabilecek güvenle bağlanamama, ilişki kuramama ve ait olamamaya dair inanç ve bilişleri kapsamaktadır. Bu alan duygusal yoksunluk, duyguları bastırma, sosyal izolasyon-güvensizlik ve kusurluluk şemalarını içermektedir. Sosyal izolasyon şeması, kişilerarası intihar kuramının engellenmiş aidiyet bileşeniyle doğrudan örtüşmektedir (Chu vd., 2017). Bununla beraber, duygusal yoksunluk şeması da kavramsal olarak engellenmiş aidiyete oldukça yakındır. Literatürdeki önceki çalışmalarda bu alan yer alan kusurluluk-utanç (yüksek düzeyde); sosyal izolasyon, başarısızlık, bağımlılık-yetersizlik (orta düzeyde) ve duyguları bastırma (düşük düzeyde) şemalarının intihar düşüncesiyle korelasyon gösterdiği saptanmıştır (Pilkington vd., 2021). Bu araştırmanın önceki bulgularında da daha önce intihar girişimde bulunmuş kişilerin bu alandaki şemaların tamamında yüksek puanları olduğu elde edilmişti.

İntihar olasılığının bir sosyal gruba bağlı olma duygusuyla ters orantılı, bir sosyal gruba veya toplulukla bütünleşmenin yetersiz veya mümkün olmaması durumu ve başkalarına yük olma duygusuyla ise doğru orantılı olarak arttığı savunulmaktadır (Kahr Nilsson, 2016; Valikhani vd., 2017). Diğer bir deyişle, algılanan sosyal destek ve karşılanabilen kişilerarası ihtiyaçlar daha düşük intihar olasılığıyla ilişkilidir. Kopukluk alanındaki şemalar kişinin sosyal destekten, ihtiyaç duyduğu ilişki temas ve tatminden mahrum kalışıyla oluşmakta, yetişkinlik yaşamında da bunları yeniden yaşamasına yol açmaktadır. Model ekseninde düşünüldüğünde, kopukluk şemalarının

bizzat yordadığı engellenmiş aidiyet ve yük olma algısının, intihar düşünce ve olasılığını yordaması için de birer adım olduğu doğrulanmıştır. Ek olarak, kopukluk alanının intihar düşünce ve olasılığı üzerinde etkisi kanıtlanmıştır. Modeldeki sayısal değerler incelendiğinde, kopukluğun hem engellenmiş aidiyet ve algılanan yük olma üzerinde orta-yüksek düzeyde etkisinin olduğu, kişilerarası ihtiyaçların aracılığıyla intihar düşüncesini orta, intihar olasılığını yüksek bir etki büyüklüğüyle yordadığı açıkça görülmektedir.

YŞÖ'nün kopukluk ve zedelenmiş otonomi alanında yer alan şemaların tamamının Young (2003) tarafından da -aynı şekilde kategorize edilmemiş olmakla beraber- kopukluk ve reddedilme şema alanı ile zedelenmiş özerklik ve performans şema alanlarında sınıflandığı görülmektedir. Bu alanlar altında kapsanan şemalar -duyguları bastırma hariç- koşulsuz, diğer bir deyişle birincil şemalardır. Koşulsuz şemaların kişinin inanç sisteminin merkezinde yer aldığı ve genellikle kişiye ümit vaat etmeyen, değiştirilemeyen ve kökten gelen inançlar olduğu belirtilmektedir (Arntz ve Jacob, 2013; Young vd., 2003). Bu şemaların diğer şemalara kıyasla en erken dönemde geliştiği, yaşam koşullarından bağımsız olarak da belirgin etkilerinin olduğu, geliştirilmeye veya değiştirilmeye direnç gösterdikleri kabul edilir (McCarthy ve Lumley, 2012). Koşulsuz şemalar Beck'in (1999) temel inançlarına denk olarak da görülmüştür. Bu çerçevede değerlendirildiğinde, kopukluk ve zedelenmiş otonomi şema alanlarının hem intihar düşüncesi hem de intihar olasılığı için saptanan etki büyüklüklerinin diğer şemalara kıyasla daha yüksek olması anlaşılabilir. Zedelenmiş otonomi alanının kişilerarası ihtiyaçlar ve intihar düşüncesi aracılığıyla intihar olasılığının %77'lik kısmını; kopukluk alanının ise kişilerarası ihtiyaçlar ve intihar düşüncesi aracılığıyla intihar olasılığının %79'luk kısmını açıklayabildiği görülmektedir. Bulgular doğrultusunda zedelenmiş otonomi ve kopukluk alanındaki koşulsuz şemaların intihar düşünce ve olasılığını yordamada kritik bir etkisinin olduğu, farklı örneklerde çeşitli değişkenlerle olan ilişkilerinde dahi önemli bir rol oynayabileceği öngörülebilir.

Üçüncü şema alanı olan yüksek standartlar alanına dair modelde, yüksek standartlar alanının algılanan yük olmayı (H5.1.) ve engellenmiş aidiyeti (H5.2.) pozitif yönde yordadığı görülmüştür. Yüksek standartlar intihar düşüncesini pozitif yönde yordamıştır (H5.3.). Yüksek standartlar, algılanan yük olma ve engellenmiş

aidiyet intihar düşüncesini pozitif olarak öngörmüştür. Burada algılanan yük olma ve engellenmiş aidiyetin tam aracılık etkisi olduğu saptanmıştır (H5.4.). Yüksek standartlar, algılanan yük olma, engellenmiş aidiyet ve intihar düşüncesi intihar olasılığını yordamıştır (H5.5). Yüksek standartların intihar olasılığını yordadığı bulgulanmıştır (H5.6.). Yüksek standartlar ve intihar olasılığı arasındaki ilişkiye engellenmiş aidiyet ve algılanan yük olma kısmi aracı olarak katkıda bulunmuştur. İntihar düşüncesinin tek başına aracılık etkisi saptanamamış olmakla beraber algılanan yük olma ve engellenmiş aidiyetle beraber modelde aracı etki göstermektedir (H5.7. – H5.8.).

Yüksek standartlar alanı yüksek standartlar ve onay arayıcılık şemalarını kapsamaktadır. Model kapsamında elde edilen bulgular incelendiğinde, yüksek standartlar alanının engellenmiş aidiyet ve algılanan yük olma için düşük düzeyde de olsa yordayıcılık etkisinin olduğu görülmektedir. Yüksek standartlar intihar düşüncesi ve intihar olasılığını müstakil olarak yordayabilmektedir. İntihar düşüncesi için aracı değişkenler dahil edildiğinde ise yüksek standartların yordayıcılık etkisini kaybettiği görülmüştür. İntihar düşüncesi yüksek standartlar alanının intihar olasılığını yordamasında tek başına anlamlı bulunmamıştır.

Bu alanda yer alan yüksek standartlar ve onay arayıcılık şemalarını intihar düşüncesi ve olasılığıyla birlikte inceleyen neredeyse hiçbir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma kapsamındaki çıkarımlar, ilişkili bulgular üzerinden dolaylı olarak yapılabilmektedir. Yüksek standartlar şeması şema kuramında yüksek standartlar-aşırı eleştiricilik olarak yer almaktadır. Bu şemaya sahip kişilerin eleştirel ve hem kendilerinden hem de çevrelerinden yüksek düzeyde beklentili, yer yer tatminsiz ve memnuniyetsiz doğalarının aidiyet hissetmeleri önünde engel olabileceği; kendileri ait hissediyor olsalar dahi zamanla beklenti ve eleştirel tutumlarıyla diğerlerini kendilerinden uzaklaştırabilecekleri düşünülebilir. Yüksek standartlar-aşırı eleştiricilik şeması kişi için ikincil kazançlar sağlayabilir. Öte yandan kişinin kendine karşı da aşırı eleştirel ve fazlasıyla yüksek beklentileri mevcut olduğunda -gerçekte öyle olmasa da- kendini diğerlerine yük olan, diğerlerine erişemeyen, gereklilikleri yerine getiremeyen, mükemmel olamayan biri gibi algılayabilir. Bunun yanında kişi yine kendine karşı da aşırı eleştirel ve fazlasıyla yüksek beklentileri mevcut olduğunda, özellikle bunları gerçekleştiremediğinde ve gerçekleştiremeyeceğine ikna

olduğunda tükenmiş, karamsar ve umutsuz hissedebilir (Baumeister, 1990). Bu da intihar düşüncesine zemin hazırlayabilecektir. Öngörülen bu süreçler sonunda intihar olasılığının yordanabildiği kurulan model ile ortaya konmuştur.

Onay aracılık şeması kişinin diğerlerinin onayına, fikrine, takdirine dayalı bir öz değerlendirme biçimine sahip olmasına neden olur. Kişi başkalarının gözünde kendi yerine, diğerlerinin hayranlığına ve dikkatine fazlasıyla odaklanmış bir bakış açısı geliştirir. İlgi ve onaydan yoksun kalmanın aşırı noktada engellenmiş aidiyete, diğerlerinin onayını alamama ve başkalarının gözünde arzu ettiği konumda olamamanın öz nefret geliştirmeye yol açması ve bunun da aşırı noktada algılanan yük olmaya zemin hazırlayabileceği düşünülebilir. Kişilerarası intihar kuramına göre engellenmiş aidiyet ve algılanan yük olma ayrı ayrı pasif intihar düşüncesini yordamaktadır (Van Orden vd., 2010). Bu doğrultuda onay aracılıkla birleşen (karşılanamamış) kişilerarası ihtiyaçların intihar düşüncesini ve nihayetinde intihar olasılığını yordayabileceği öngörülebilir.

Yüksek standartlar şema alanı koşullu veya ikincil olarak görülen şemalardan oluşmaktadır. Bu şemaların nispeten daha umut vaat eden, kişi tarafından sonuçları değiştirilebilir, geçici olarak da olsa engellenebilir olduğu kabul edilmektedir (Young vd., 2003). Koşullu şemaların kendilik veya başkalarıyla ilgili olarak sonradan geliştiği, dolayısıyla yaşamın en erken dönemlerinde değil ilerleyen safhalarında olduğu belirtilmektedir. Koşullu şemalar, bazen koşulsuz şemaların etkileriyle baş etmek için de ortaya çıkabilmektedir. Koşullu şemalar koşulsuz şemaları bir anlamda maskelerken kişi hem koşullu şemayla hem de altta yatan birincil şemanın etkilerine açık olacaktır. Bu anlamda koşullu şemalar Beck'in ara inançlarına denk görülmüştür (Arntz ve Jacob, 2013; McCarthy ve Lumley, 2012). Yüksek standartlar alanının intihar olasılığı ve düşüncesi için düşük etki büyüklüğü değerlerine sahip olduğu görülmektedir. İntihar olasılığı için doğrudan etkisi mevcutken, intihar düşüncesinde doğrudan değil dolaylı etkisi olduğu saptanmıştır. Bu alanın zedelenmiş otonomi ve kopukluk alanına kıyasla düşük yordayıcılığa sahip oluşu ve kapsadığı şemaların koşullu şemalar olması, kurulan modelde söz konusu olabilecek birincil şema etkilerine ikincil olarak ortaya çıkma ihtimalini düşündürmüştür. Ek olarak bu alandaki şemaların intihar olasılığını yordayıcı değil, farklı yordayıcıların etkisinde

aracı veya düzenleyici olmaları yönünde kompleks modeller içerisinde test edilebileceği düşünülmüştür.

Dördüncü şema alanı olan zedelenmiş sınırlar, algılanan yük olmayı (H6.1.) ve engellenmiş aidiyeti (H6.2.) pozitif yönde yordamıştır. Zedelenmiş sınırlar intihar düşüncesini de pozitif yönde yordamaktadır (H6.3.). Zedelenmiş sınırlar, algılanan yük olma ve engellenmiş aidiyet intihar düşüncesini pozitif olarak öngörmüştür. Bu ilişkide algılanan yük olma ve engellenmiş aidiyetin tam aracılık etkisi olduğu saptanmıştır (H6.4.). Zedelenmiş sınırlar, algılanan yük olma, engellenmiş aidiyet ve intihar düşüncesi intihar olasılığını yordamıştır (H6.5.). Zedelenmiş sınırların intihar olasılığını yordadığı bulgulanmıştır (H6.6.). Zedelenmiş sınırlar ve intihar olasılığı arasındaki ilişkiye engellenmiş aidiyet, algılanan yük olma ve intihar düşüncesi kısmi aracılık etkisiyle katkıda bulunmuştur. İntihar düşüncesinin müstakil olarak aracılık etkisi saptanmamış, algılanan yük olma ve engellenmiş aidiyetle birlikte aracılık etkisi olduğu görülmüştür (H6.7. – H6.8.).

Zedelenmiş sınırlar engellenmiş aidiyet, algılanan yük olma ve intihar düşüncesini müstakil olarak yordarken, aracı değişkenler dahil edildiğinde intihar düşüncesini yordayıcı etkisini kaybetmiştir. İntihar düşüncesi zedelenmiş sınırlar alanının intihar olasılığını yordamasında tek başına anlamlı bulunmamıştır. Bu alanın intihar olasılığı üzerindeki doğrudan ve dolaylı etkilerinin düşük, aracı değişkenlerle beraber toplam etkisinin orta-düşük seviyede olduğu görülmektedir.

Zedelenmiş sınırlar alanı ayrıcalıklılık-yetersiz öz denetim şemasını içermektedir. Ölçekteki ayrıcalıklılık-yetersiz öz denetim şeması kuramsal açıdan haklılık-üstünlük ve yetersiz öz denetim olmak üzere iki farklı şemanın birleşiminden oluşmakta ve her iki şema da koşulsuz şemalar arasında yer almaktadır. Bu şemalara sahip yetişkinlerin dürtülerini kontrol etme ve doyumunu geciktirme ya da erteleme becerileri açısından yeterince gelişmemiş veya yoksun oldukları belirtilmektedir (Young vd., 2003). Haklılık ve eşlik eden sadizm, büyüklenmecilik gibi örüntülerin intihar olasılığını arttırdığı; büyüklenmeciliğin intihar girişimiyle ilişkili olduğu; narsisistik büyüklenmecilik ve benzeri örüntülerin intihar düşüncesi ve girişimiyle bağlantılı olabileceği; haklılık şemasının tekrarlayıcı intihar girişimi ile ilişkisi önceki araştırmalarda bulgulanmıştır (Blasco-Fontecilla vd., 2009; Dale vd., 2010; Heisel vd., 2007; Pincus vd., 2009; Wedig vd., 2013).

Yetersiz öz denetim şemasının doğrudan örtüştüğü bir kişilik özelliği ve beceri eksikliği olarak dürtüsellik özelliği edinilmiş intihar yeterliliği için bir risk faktörü olduğu; intihar girişimi, düşüncesi ve ölümle sonuçlanan intihar olasılığıyla ilişkilendiği bilinmektedir (Brent ve Mann, 2005; Duckworth vd., 2007; Giegling vd., 2009). Test edilen modelin intihar düşünce ve olasılığını anlamlı şekilde yordaması literatür ve şema kuramı ile uyumludur. Kişilerarası intihar kuramı ekseninde, haklılık ve büyüklükün bireyi diğer kişilerden uzaklaştırabilecek bir etken olabileceği, uç noktada -şema etkisiyle kişi tarafından olumsuz algılanmasa veya olumsuz duygulanıma yol açmıyor görünse de- yalnızlık, kopukluk ve karşılıklı ilginin yitirilmesine yol açacağı öngörülebilir. Kuramsal olarak bu sayede engellenmiş aidiyet ve buna bağlı pasif intihar düşüncesi ortaya çıkacaktır. Dürtüsel davranışları olan ve öz kontrolde zorluklar yaşayan kişi eylemleri sonucunda diğerleri için yük olduğunu hissedebilecek veya gerçek anlamda diğerleri için de yük olabilecek davranışsal sonuçlarla yüz yüze kalabilecektir. Bu bileşimin intihar düşüncesini ve intihar olasılığını yordaması hem kuram hem de model bakımından anlamlı görünmektedir.

Beşinci şema alanı olan başkaları yönelimlilik, algılanan yük olmayı (H7.1.) ve engellenmiş aidiyeti (H7.2.) pozitif yönde yordamıştır. Başkaları yönelimlilik intihar düşüncesini de pozitif yönde yordamaktadır (H7.3.). Başkaları yönelimlilik, algılanan yük olma ve engellenmiş aidiyet intihar düşüncesini pozitif olarak öngörmüştür. Bu ilişkide algılanan yük olma ve engellenmiş aidiyetin tam aracılık etkisi olduğu saptanmıştır (H7.4.). Başkaları yönelimlilik, algılanan yük olma, engellenmiş aidiyet ve intihar düşüncesinden oluşan yapı intihar olasılığını yordamıştır (H7.5). Başkaları yönelimliliğin intihar olasılığını yordadığı bulgulanmıştır (H7.6.). Başkaları yönelimlilik ve intihar olasılığı arasındaki ilişkiye engellenmiş aidiyet, algılanan yük olma ve intihar düşüncesi kısmi aracılık etkisiyle katkıda bulunmuştur. İntihar düşüncesinin tekil olarak aracılık etkisi saptanmamış, algılanan yük olma ve engellenmiş aidiyetle birlikte aracılık etkisi olduğu görülmüştür (H7.7. – H7.8.).

Başkaları yönelimlilik alanı engellenmiş aidiyet, algılanan yük olma ve intihar düşüncesini müstakil olarak yordamış, aracı değişkenler dahil edildiğinde intihar düşüncesini yordayıcı etkisini kaybetmiştir. İntihar düşüncesi başkaları yönelimlilik alanının intihar olasılığını yordamasında tek başına anlamlı bulunmamıştır. Bu alanın

intihar olasılığı üzerindeki doğrudan etkisinin düşük, dolaylı ve aracı değişkenlerle beraber toplam etkisinin orta seviyede olduğu görülmektedir.

Başkaları yönelimlilik alanı kendini feda ve cezalandırılma şemalarını kapsamaktadır. Kendini feda şeması koşullu iken cezalandırıcılık koşulsuz bir şemadır. Kendini feda şeması suçluluktan kurtulma, bencillik duygusuna karşı aşırı duyarlılık, kendisine muhtaç olduğu zannettiği kişilere karşı aşırı fedakarlık ve bağlılık ile karakterizedir. Benzer biçimde cezalandırıcılık şeması da suçluluğa karşı bir duyarlılık içermektedir. Bu şemaya sahip kişi hataları için ağır bir şekilde cezalandırılması gerektiğine inanmakta ve hem kendisine hem de diğerlerine karşı cezalandırıcı, sert, tahammülsüz ve öfkeli bir tutum sergilemektedir. Cezalandırılma şeması, cezalandırıcı ebeveyn modunun da etkisiyle kişinin kendisini cezalandırma eylemi olarak kendine zarar verme ve intihar davranışı ile bağlantılı görülmektedir (Young ve First, 2003). Klonsky ve May (2015), içsel ve kişilerarası cezalandırıcı deneyimlerin psikolojik acı yaratacağını; bu deneyimlerin ve psikolojinin acının yaşamdan kaçma isteği ile intihar düşüncelerini doğuracağını; zamanla kişilerarası, varoluşsal veya değerler ile olan bağlılığın yitilmesi ve tükenmişliğin etkisiyle intihar düşüncesinin ciddi intihar girişimi olasılığına ve sonunda eylemine dönüşeceğini belirtmiştir. Kişilerarası ihtiyaçlar açısından düşünülürse, kişinin diğerlerine olan cezalandırıcı tavrının yalnızlık, kopukluk ve bunların etkisiyle karşılıklı ilginin noksanlığına yol açabileceği söylenebilir. Kişi aynı zamanda kendisine karşı da cezalandırıcıdır. Bu şema aşırı bir uçta öz nefretle de örtüşebilir. Diğerlerine karşı olan tavrıyla yalnızlaşan, kendinin cezayı hak eden biri olduğu algısıyla öz nefret geliştiren kişi pasif intihar düşüncesi de geliştirebilecektir. Cezalandırıcılık şeması doğası gereği reel bir cezanın verilmesini içerir. Bu durum intihar kapasitesi geliştirme ve intihar girişimi için kolaylaştırıcı, intihar olasılığını arttırıcı olabilir.

Kendini feda şeması karamsarlık, umutsuzluk ve intihar düşüncesiyle ilişkili bulunmuştur (Pilkington vd., 2021). Aynı zamanda intihar olasılığını azalttığı bulguları da mevcuttur (Kan Uzel, 2020; Langhinrichsen-Rohling, 2009). Joiner (2005) fedakar intihar olarak adlandırdığı ve kişinin kendini diğerlerinin faydası için öldürdüğü intihar biçiminde amacın diğerlerine yük olmayarak bir fayda sağlamak olduğuna değinmektedir. Bu esnada kişi fayda sağlamaya çalıştığı diğerleriyle olan bağını da yitirmiştir. Bu açıdan bakıldığında kendini feda şemasının engellenmiş

aidiyet, algılanan yük olma ve hem pasif hem aktif intihar düşüncesini, bunların birlikteliği ile yükselen intihar olasılığını yordayacağı söylenebilir.

Tartışılan modeller intihar düşünce ve olasılığını yordama etkisi olan şema alanlarını belirlemek üzere tasarlanmıştır. Zedelenmiş otonomi ve kopukluk şema alanlarının hem kişilerarası ihtiyaçları hem intihar düşüncesini hem de intihar olasılığını doğrudan ve dolaylı olarak yordadığı ortaya konmuştur. Yüksek standartlar, zedelenmiş sınırlar ve başkaları yönelimlilik şema alanlarının intihar düşüncesini doğrudan yordamamakla beraber dolaylı olarak yordadığı tespit edilmiştir. Bu şema alanlarının da kişilerarası ihtiyaçları ve intihar olasılığını yordadığı gösterilmiştir. Bu sayede intihar düşüncesi ve olasılığında bilişsel risk faktörleri olan erken dönem uyum bozucu şemaları kuramsal bir model üzerinde konumlandırmak ve istatistiksel olarak desteklemek de mümkün olmuştur.

Bu süreçte keşfedici-kesitsel araştırma tasarımının kullanılması nedenselliğe dair çıkarım yapmayı engellemektedir. Kuramsal düzeyde şemaların karşılanamayan kişilerarası ihtiyaçlara ve intihar düşüncesine yol açan bilişsel-duygusal yapılar olduğu varsayılsa da ters yönde bir etkinin olması da özellikle koşullu şemalarda mümkün olabilir. Gizil veya bu çalışmada değerlendirmeye alınamamış psikolojik ve fizyolojik faktörlerin model içerisinde düzenleyici veya aracı rolünün olması ve saptanamamış bir etkide bulunması da mümkündür. Şema alanlarından bağımsız olarak, çeşitli şemaların kümelenmesi sonucu ortaya çıkan kümülatif bir etkinin intihar olasılığına etki etmesi de söz konusu olabilir. Bu hususların tamamı yeni araştırmalara olan ihtiyacı vurgulamaktadır.

Erken dönem uyum bozucu şemalar çoğu zaman bir uyaran etkisiyle aktive olmaktadır. İntihar olasılığı da davranışsal bir sonuçtur. Şema kuramı ekseninde düşünüldüğünde, belirli bir anda ortaya çıkan davranış örüntüleri ve kendilik tepkilerinin şema baş etmeleri ve şema modlarıyla daha yakından ilişkili olması da mümkündür. Şema alanları ve şemalar bir nevi kaynak ve yatkinlik sağlarken, modlar davranışın ortaya çıkmasında belirleyici olabilir. Örneğin, Farrell ve diğerleri (2012) kendine zarar verme ve intihar davranışının cezalandırıcı ebeveyn modu, kopuk korungan modu, terk edilmiş çocuk modu veya dürtüsel çocuk modu tarafından yönlendirilebileceğini belirtmiştir. Özellikle şema mod yapılarının, bu çalışmada önerilen modellerin düşünsel ve davranışsal kısımları arasında bağlayıcı olması

muhtemel görünmektedir. Bu konuda ulaşılabilen araştırma sayısı az olmakla beraber, klinik açıdan oldukça önemli bir keşif olabileceği düşünülmektedir.

SONUÇ

Bu çalışma kapsamında, çeşitli sosyodemografik belirteçlerin intihar olasılığıyla ve erken dönem uyum bozucu şemaların intihar girişimiyle bağlantıları incelenmiş; erken dönem uyum bozucu şemaların intihar düşünce ve girişimlerini yordadığını gösteren model önerileri geliştirilmiştir. Elde edilen bulgular, birer risk faktörü veya koruyucu faktöre işaret etme potansiyelleri üzerine yoğunlaşarak daha önceki araştırmalar ile karşılaştırmalı olarak tartışılmıştır. Öncül bulgular doğrultusunda erkek cinsiyet, bekar olma ve kendine zarar verme davranışı intihar olasılığı için birer risk faktörü; çocuk sahibi olma ve dini inancın varlığı ise koruyucu faktör olmaları yönünde ele alınmıştır. Literatürde birbirinin aksine görüşler olmasına rağmen biriyle birlikte veya yalnız yaşama, bakım verilen birinin olması, kronik hastalık durumu, ailede veya çevrede intihar olayı olması intihar olasılığı açısından farklılık göstermemiştir. İncelenen tüm değişkenler Türk kültür, toplum, aile ve ilişki yapıları ve sınırlılıklar gözetilerek tartışılmıştır. Son tahlilde, gruplar arası farklılık testleriyle ulaşılan bulguların özellikle Türk örneğinde yeni kanıtlara duyulan ihtiyaca ve önemli araştırma konularına ışık tuttuğu düşünülmektedir.

Erken dönem uyum bozucu şemaların çeşitli psikopatolojiler ve problemleri davranış örüntüleriyle ilişkisinin çalışıldığı ve kanıtlandığı görülmüştür. Öte yandan, şemaların intihar düşüncesi, intihar girişimi veya intihar olasılığına etkileri hakkında daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu açıktır. Bu araştırma ile kıymetli çıktılar elde edilmiş olmakla beraber çeşitli psikopatolojilerde hangi şemaların intihar olgusuyla ilişkili olduğuna, risk faktörleri ve koruyucu faktörlerin şemalarla olan bağlantılarına, intihar olgusunda hangi şema modlarının özellikle etkin olduğuna dair daha fazla bulguya ihtiyaç vardır. Bu araştırmanın hem örneklem sayısı açısından iyileştirilmek hem de intihar düşünce ve olasılığında şemaların etkisini, ulaşılan bulguların geçerliliğini sınamak amacıyla farklı metotlarla tekrarlanması önem arz etmektedir.

Şema terapi, karmaşık kişilerarası örüntüler, kompleks kişilik bozuklukları ve neredeyse kalıcı ve sürekli hale gelen olumsuz belirtilere yönelik olarak geliştirilmiştir. İntiharın düşünsel, ilişkisel ve eylemsel öğelerden meydana geldiği düşünüldüğünde, şema terapi tüm bu öğeleri kapsayan bir tedavi modeli için kaynak olabilir. Şema terapinin değerlendirme ve eğitim evresi, işlev bozucu yaşamsal örüntü

ve kalıpların tespiti başta olmak üzere şemaların tespitini, tespit edilen şemaların erken dönemdeki kökenlerinin anlaşılmasını, işlevsiz baş etme biçimlerinin ve tepkilerinin tespitini, mizacın değerlendirilmesini ve sonunda vaka kavramsallaştırmasını içermektedir. Bu adımlar aynı zamanda bir intihar vakasını şema kuramı perspektifiyle çözümlenmeyi, tedavi veya önleme protokolü hazırlayabilmeyi de sağlayabilir.

Şema terapinin kendine zarar verme ve intihar eğiliminde kontrendike olduğu bilgisi mevcuttur. Fakat farmakoterapi ile kombine edilmiş şema yönelimli müdahaleler, şema terapi yönelimli destek protokolleri, şema yönelimli grup oturumları intihar girişimi sonrasında uygun hastalar için işlevsel olabilir. Şema terapi veya şema yönelimli müdahale protokolleri yatarak veya ayaktan tedavi sürecinde, farklı terapi ekleriyle entegre edilerek (örneğin, diyalektik davranışçı terapinin çeşitli beceri modülleri), ihtiyaç halinde daha sık aralıklarla düzenlenmeye uygundur. İntiharı önlemeye yönelik psikoterapi yaklaşım ve modellerinin genellikle duygu düzenleme işlevine odaklandığı söylenebilir. Şema terapi ise hem işlev bozucu yoğun duygulara hem örseleyici erken dönem yaşantılara hem de terapötik ilişki ve yeniden ebeveynlik yoluyla dünya, kendilik ve diğerlerine ilişkin temsillerin onarılmasına, bu yolla olumsuz şemaların etkisinin azaltılmasına ve olumlu şemaların pekiştirilmesine odaklanır. Özellikle kronikleşmiş intihar düşünce ve girişimlerinde, bağlanma figürleriyle olan erken etkileşimlerin ve erken dönem olumsuz, örseleyici yaşantıların çalışılması önemli olabilir. Şema terapi, bilişsel, davranışsal ve duygu odaklı tekniklerle erken dönem uyum bozucu şemaları hedef alırken, sınırlı yeniden ebeveynlik kapsamında kurulan terapötik ilişki yoluyla da bağlanma figürleriyle olan olumsuz etkileşimleri ve erken dönem örseleyici yaşantıları doğrudan hedef almaktadır.

Kişilerarası intihar kuramı ekseninde düşünüldüğünde, şema terapinin kişilerarası ihtiyaçlara ve ilişki bağlama özellikle yoğunlaştığı görülebilir. Salt kişilerarası motivasyonlar nedeniyle veya şiddetli birinci eksen tanılar mevcut olduğu halde intihar girişiminde bulunan kişiler için kanıt temelli müdahaleler, beceri geliştirme ve dürtü kontrol çalışmaları faydalı olacaktır. Diğer taraftan, kişilik bozukluğu için eşik veya eşik üstü kriterlerini karşılayan ve/veya kişisel motivasyonlarla ciddi ve ölümcül intihar girişiminde bulunan kişiler için şema terapi bir tedavi metodu olabilir. Şema yönelimli müdahalelerin, intihar düşünce ve

olasılığını yordayan engellenmiş aidiyet ve algılanan yük olmanın bileşik etkisini azaltması ve/veya tamamen etkisizleştirilmesi bir terapi hedefi olarak alınabilir. Örneğin, terk edilme şeması olan ve bu şemanın etkisiyle kendisini güvenemeyeceği ilişkilerin içinde bulan intihar eğilimli bir danışanın şemasının çözümlenmesi güven duyabileceği yakın ilişkiler kurabilmesine, terk edileceği korkusu olmadan ilişkiden doyum elde edebilmesine ve bu yolla kişilerarası ihtiyaçlarını karşılmasına zemin hazırlayacaktır. Bu sürecin -başka risk faktörlerinin etkisi saklı tutularak- pratik ve kuramsal açıdan intihar düşünce ve olasılığını azaltması beklenebilir.

Bu çalışma, intihar risk değerlendirmesinde şemaların önemli bir yerinin olduğunu göstermiştir. Klinik uygulamalarda, intihar risk değerlendirmesi için ek bir tarama aracı olarak Young Şema Ölçeğinin kullanılması risk altındaki kişileri belirlemeye yardımcı olacaktır. Kişileri sahip oldukları şemalar ve kökenleri hakkında eğitmek de intiharı önleme konusunda atılabilecek bir adımdır. Araştırmada işlerliği gösterilen modeller bir bakıma işlevsel hale getirilmesi ve sağaltılması zorunlu olan şema alanlarının etkisini kanıtlamıştır. Bu şema alanları iyileştirilmediği sürece riskin söz konusu olduğu açıktır. Bu da bilişsel-duygusal-yaşantısal müdahaleleri ve davranış değişikliği için motivasyon sağlamayı gerekli kılmaktadır.

Daha kapsamlı ve yenilenmiş ölçüm araçları kullanılarak (örneğin, Young Şema Ölçeği revizyonu) yapılacak yeni araştırmalar, hangi şemaların intihar düşünce ve olasılığında etkili olduğunun ve işlev bozucu olmakla beraber bariyer etkisi olan şemaların belirlenmesini de sağlayabilir. Ulaşılabilecek bulgular yalnız intihar risk değerlendirmesinde olası yordayıcıların keşfiyle kalmayacak, standart terapi sürecinde intihar fantezileri ve kendine zarar verme düşünceleri olan danışanlarla çalışan terapistler için de yol gösterici olacaktır. Başa çıkma mekanizmalarının intihar olgusundaki yeri de önemli bir başka konudur. İntihar düşüncelerinin yarattığı gerilim, duygu ve eylemlerin şema-baş çıkma-mod üçlüsüyle çözümlenmesinin, intihar girişimlerinin de parçalara ayrılmasına ve müdahale edilecek hedefin belirlenmesine hizmet edeceği düşünülmektedir.

Literatürde şema kuramı temelli bir intihar müdahale protokolüne veya şema terapi ya da mod terapinin intihar olgusunda etkililiğine değinen bir kanıt rastlanmamıştır. Tez çalışmasında başvuru şema ve intihar olgusunu inceleyen çalışmaların neredeyse tamamında kesitsel tasarımlar kullanılmaktadır. Şemaların

süreç içerisinde zamansal önceliğini belirleyebilecek boylamsal çalışmalara; şema terapinin veya erken dönem uyum bozucu şemalara ile ilişkili mod, başa çıkma tepkilerine odaklanan bir müdahale ve/veya önleme protokolünün intihar düşüncelerini ve girişim olasılığını azaltıp azaltamayacağını söyleyebilecek deneysel araştırmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKÇA

- Abdul Kadir, N. B., ve Bifulco, A. (2010). Malaysian Moslem mothers' experience of depression and service use. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 34(3), 443-467. <https://doi.org/10.1007/s11013-010-9183-x>
- Adam, K. S. (1990). Environmental, psychosocial, and psychoanalytic aspects of suicidal behavior. *İçinde Suicide over the life cycle: Risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients* (s: 39-96). American Psychiatric Association.
- Agnew, R. (1992). Foundation for a general strain theory of crime and delinquency. *Criminology*, 30(1), 47-88. <https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.1992.tb01093.x>
- Ahmadpanah, M., Astinsadaf, S., Akhondi, A., Haghighi, M., Sadeghi Bahmani, D., Nazaribadie, M., Jahangard, L., Holsboer-Trachsler, E., ve Brand, S. (2017). Early maladaptive schemas of emotional deprivation, social isolation, shame and abandonment are related to a history of suicide attempts among patients with major depressive disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 77, 71-79. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.05.008>
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Akbaydar, B. (2022). *İntihar düşüncesi ve girişimi olan ergenlerde psikolojik dayanıklılık ve erken dönem maladaptif şemaların incelenmesi* [Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi]. Dokuz Eylül Üniversitesi.
- Alicke, M. D., Weigold, M. F., ve Rogers, S. L. (1990). Inferring intentions and responsibility from motives and outcomes: Evidential and extra-evidential judgments. *Social Cognition*, 8(3), 286-304. <https://doi.org/10.1521/soco.1990.8.3.286>

- Altman, D. G., ve Bland, J. M. (1995). Statistics notes: the normal distribution. *BMJ : British Medical Journal*, 310(6975), 298.
- Alvarez, A. (1971). *The savage God: A study of suicide*. Bantam.
- American Association of Suicidology. (2009). *AAS statement on the economy and suicide*. American Association of Suicidology. AAS statement on the economy and suicide. <http://www.suicidology.org/web/guest/current-research>
- American Association of Suicidology. (2015). *Warning signs and risk factors*. <http://www.suicidology.org/ncpys/warning-signs-risk-factors>
- American Psychiatric Association. (2003). Practice guidelines for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1-60.
- American Psychological Association. (2022). teleology. İçinde *APA Dictionary of Psychology*. <https://dictionary.apa.org/teleology>
- American Psychological Association. (2023). entrapment. İçinde *APA Dictionary of Psychology*. <https://dictionary.apa.org/>
- Ampalam, P., Gunturu, S., ve Padma, V. (2012). A comparative study of caregiver burden in psychiatric illness and chronic medical illness. *Indian Journal of Psychiatry*, 54(3), 239. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.102423>
- Anagnostopoulos, D. C., Giannakopoulos, G., ve Christodoulou, N. G. (2017). The synergy of the refugee crisis and the financial crisis in Greece: Impact on mental health. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(4), 352-358. <https://doi.org/10.1177/0020764017700444>
- Anglin, D. M., Gabriel, K. O. S., ve Kaslow, N. J. (2005). Suicide acceptability and religious well-being: A comparative analysis in african american suicide attempters and non-attempters. *Journal of Psychology and Theology*, 33(2), 140-150. <https://doi.org/10.1177/009164710503300207>
- Apter, A. (2010). Clinical aspects of suicidal behavior relevant to genetics. *European Psychiatry*, 25(5), 257-259. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.01.008>
- Apter, A., Plutchik, R., ve van Praag, H. M. (1993). Anxiety, impulsivity and depressed mood in relation to suicidal and violent behavior. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(1), 1-5. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1993.tb03321.x>

- Arntz, A. (2012). Schema therapy for cluster c personality disorders. İçinde *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy* (s: 397-414). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781119962830.ch30>
- Arntz, A., ve Jacob, G. (2013). *Schema therapy in practice: An introductory guide to the schema mode approach*. John Wiley & Sons Inc.
- Asahi, K., Undurraga, E. A., Valdés, R., ve Wagner, R. (2021). The effect of COVID-19 on the economy: Evidence from an early adopter of localized lockdowns. *Journal of Global Health, 11*, 05002. <https://doi.org/10.7189/jogh.10.05002>
- Atlı, Z. (2007). *İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)'nin klinik örneklemedeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması* [Yüksek lisans tezi]. Adnan Menderes Üniversitesi.
- Atlı, Z., Eskin, M., ve Dereboy, Ç. (2009). İntihar Olasılığı Ölçeğinin (İÖÖ) klinik örneklemede geçerlik ve güvenilirliği. *Klinik Psikiyatri Dergisi, 3*(12), 111-124.
- Ayub, N. (2015). Predicting suicide ideation through intrapersonal and interpersonal factors: The interplay of Big-Five personality traits and social support. *Personality and Mental Health, 9*(4), 308-318. <https://doi.org/10.1002/pmh.1301>
- Ayverdi, İ. (2008). intihar. İçinde *Kubbealtı Lugatı Misalli Büyük Türkçe Sözlük* (C. 2, s: 1441). Kubbealtı Neşriyatı.
- Baechler, J. (1975). *Suicides*. Basic Books.
- Baechler, J. (1980). A strategic theory. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 10*(2), 70-99. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1980.tb00768.x>
- Baetz, M., ve Bowen, R. (2011). Suicidal ideation, affective lability, and religion in depressed adults. *Mental Health, Religion & Culture, 14*(7), 633-641. <https://doi.org/10.1080/13674676.2010.504202>
- Bagge, C. L., Littlefield, A. K., Rosellini, A. J., ve Coffey, S. F. (2013). Relations among behavioral and questionnaire measures of impulsivity in a sample of suicide attempters. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 43*(4), 460-467. <https://doi.org/10.1111/sltb.12030>
- Bagge, C. L., Lamis, D. A., Nadorff, M., ve Osman, A. (2014). Relations between hopelessness, depressive symptoms and suicidality: Mediation by reasons for living: Reasons for living as a mediator. *Journal of Clinical Psychology, 70*(1), 18-31. <https://doi.org/10.1002/jclp.22005>

- Bagley, C., ve D'Augelli, A. R. (2000). Suicidal behaviour in gay, lesbian, and bisexual youth. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 320(7250), 1617-1618. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7250.1617>
- Bakhiyi, C. L., Calati, R., Guillaume, S., ve Courtet, P. (2016). Do reasons for living protect against suicidal thoughts and behaviors? A systematic review of the literature. *Journal of Psychiatric Research*, 77, 92-108. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.02.019>
- Barracough, B. (1992). The Bible suicides. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, 6469.
- Barracough, B., ve Noyes, R. (1989). Language of publication of journal articles on suicide and mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 245-247.
- Barracough, B., ve Shepherd, D. (1994). A necessary neologism: The origin and uses of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 24(2), 113-126. <https://doi.org/10.1111/J.1943-278X.1994.TB00796.X>
- Barzilay, S., ve Apter, A. (2014). Psychological models of suicide. *Archives of Suicide Research*, 18(4), 295-312. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.824825>
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97(1), 90-113. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.97.1.90>
- Baumeister, R. F., ve Scher, S. J. (1988). Self-defeating behavior patterns among normal individuals: Review and analysis of common self-destructive tendencies. *Psychological Bulletin*, 104(1). <https://doi.org/10.1037/0033-2909.104.1.3>
- Bearman, P. S. (1991). The social structure of suicide. *Sociological Forum*, 6(3), 501-524. JSTOR. <https://doi.org/10.1007/BF01114474>
- Beauchamp, T. L. (1992). Suicide. İçinde T. L. Beauchamp & T. Regan (Ed.), *Matters of life and death : New introductory essays in moral philosophy* (s: 69-120). McGraw-Hill.
- Beautrais, A. L. (2001). Child and young adolescent suicide in New Zealand. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(5), 647-653. <https://doi.org/10.1080/0004867010060514>
- Beck, A. T. (1996). Beyond belief: A theory of modes, personality, and psychopathology. İçinde *Frontiers of cognitive therapy* (s: 1-25). The Guilford Press.

- Beck, A. T., ve Haigh, E. A. P. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10(1), 1-24. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153734>
- Beck, A. T., Brown, G., Berchick, R. J., Stewart, B. L., ve Steer, R. A. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. *The American Journal of Psychiatry*, 147(2), 190-195. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.2.190>
- Beck, A. T., Davis, J. H., Frederick, C. J., Perlin, S., Pokorny, A. D., Schulman, R. E., Seiden, R. H., ve Wittlin, B. J. (1973). Classification and nomenclature. İçinde H. L. P. Resnik & B. C. Hathorne (Ed.), *Suicide prevention in the 70's* (s: 7-13). National Institute of Mental Health Center for Studies of Suicide Prevention.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed). Guilford Press.
- Beech, I. (1995). Suicide and voluntary active euthanasia: Why the difference in attitude? *Nursing Ethics*, 2(2), 161-170. <https://doi.org/10.1177/096973309500200208>
- Beevers, C. G., ve Miller, I. W. (2004). Perfectionism, cognitive bias, and hopelessness as prospective predictors of suicidal ideation. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 34(2), 126-137. <https://doi.org/10.1521/suli.34.2.126.32791>
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., ve Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine* (1982), 51(6), 843-857. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00065-4)
- Berman, A. L. (2011). Estimating the population of survivors of suicide: Seeking an evidence base. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41(1), 110-116. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2010.00009.x>
- Berman, A. L., ve Silverman, M. M. (2019). Near term suicide risk assessment: A commentary on the clinical relevance of protective factors. *Archives of Suicide Research*. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13811118.2019.1612804>

- Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., ve Wasserman, D. (2003). Suicide and mental disorders: do we know enough? *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 183, 382-383. <https://doi.org/10.1192/bjp.183.5.382>
- Bibring, E. (1953). The mechanism of depression. İçinde *The meaning of despair* (s: 154-181). International Universities Press.
- Bingöl, H. D. (2022). *Bipolar bozukluk tanılı hastalarda psikolojik esneklik düzeylerinin şemalar ve intihar düşüncesi ile ilişkisi* [Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi]. Ondokuz Mayıs Üniversitesi.
- Biven, B. M., ve Daldin, H. (1993). Suicide in adolescence as a compromise formation. *Journal of Analytic Social Work*, 1(3), 5-24. https://doi.org/10.1300/J408v01n03_02
- Björkenstam, C., Ekselius, L., Berlin, M., Gerdin, B., ve Björkenstam, E. (2016). Suicide risk and suicide method in patients with personality disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 83, 29-36. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.08.008>
- Blasco-Fontecilla, H., Baca-Garcia, E., Dervic, K., Perez-Rodriguez, M. M., Lopez-Castroman, J., Saiz-Ruiz, J., ve Oquendo, M. A. (2009). Specific features of suicidal behavior in patients with narcissistic personality disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70(11), 1583-1587. <https://doi.org/10.4088/JCP.08m04899>
- Blood, R. W., ve Pirkis, J. (2001). Suicide and the media: Part III: Theoretical issues. *Crisis*, 22(4), 163-169. <https://doi.org/10.1027//0227-5910.22.4.163>
- Blüml, V., Kapusta, N. D., Doering, S., Brähler, E., Wagner, B., ve Kersting, A. (2013). Personality factors and suicide risk in a representative sample of the German general population. *PloS One*, 8(10), e76646. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0076646>
- Boardman, A. P., Grimbaldeston, A. H., Handley, C., Jones, P. W., ve Willmott, S. (1999). The North Staffordshire Suicide Study: A case-control study of suicide in one health district. *Psychological Medicine*, 29(1), 27-33. <https://doi.org/10.1017/S0033291798007430>

- Boisseau, C. L., Yen, S., Markowitz, J. C., Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Shea, M. T., Zanarini, M. C., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Morey, L. C., ve McGlashan, T. H. (2013). Individuals with single versus multiple suicide attempts over 10 years of prospective follow-up. *Comprehensive Psychiatry*, *54*(3), 238. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.07.062>
- Bolton, J. M., Belik, S.-L., Enns, M. W., Cox, B. J., ve Sareen, J. (2008). Exploring the correlates of suicide attempts among individuals with major depressive disorder: Findings from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *69*(7), 1139-1149. <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0714>
- Bongar, B. (2002). *The suicidal patient: Clinical and legal standards of care* (2. bs). American Psychological Association.
- Borges, G., Nock, M. K., ve Ono, Y. (Ed.). (2012). *Suicide: Global perspectives from the WHO World Mental Health Surveys* (s: xi, 391). Cambridge University Press.
- Bortolon, C., Capdevielle, D., Boulenger, J.-P., Gely-Nargeot, M.-C., ve Raffard, S. (2013). Early maladaptive schemas predict positive symptomatology in schizophrenia: A cross-sectional study. *Psychiatry Research*, *209*(3), 361-366. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.03.018>
- Bostwick, J. M., Pabbati, C., Geske, J. R., ve McKean, A. J. (2016). Suicide attempt as a risk factor for completed suicide: Even more lethal than we knew. *The American Journal of Psychiatry*, *173*(11), 1094-1100. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15070854>
- Bostwick, J. M., ve Pankratz, V. S. (2000). Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *The American Journal of Psychiatry*, *157*(12), 1925-1932. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.12.1925>
- Bostwick, J. M., ve Rackley, S. (2012). Addressing suicidality in primary care settings. *Current Psychiatry Reports*, *14*(4), 353-359. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0286-7>
- Bostwick, J. M., ve Rackley, S. J. (2007). Completed suicide in medical/surgical patients: Who is at risk? *Current Psychiatry Reports*, *9*(3), 242-246. <https://doi.org/10.1007/s11920-007-0026-6>

- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds: Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. *The British Journal of Psychiatry*, *130*, 201-210. <https://doi.org/10.1192/bjp.130.3.201>
- Bowlby, J. (2005). *A secure base*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203440841>
- Bratman, G. N., Hamilton, J. P., Hahn, K. S., Daily, G. C., ve Gross, J. J. (2015). Nature experience reduces rumination and subgenual prefrontal cortex activation. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *112*(28), 8567-8572. <https://doi.org/10.1073/pnas.1510459112>
- Brent, D. (2016). Prevention programs to augment family and child resilience can have lasting effects on suicidal risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *46*, S39-S47. <https://doi.org/10.1111/sltb.12257>
- Brent, D. A., ve Mann, J. J. (2005). Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *American Journal of Medical Genetics. Part C, Seminars in Medical Genetics*, *133C*(1), 13-24. <https://doi.org/10.1002/ajmg.c.30042>
- Brent, D. A., ve Mann, J. J. (2006). Familial pathways to suicidal behavior — understanding and preventing suicide among adolescents. *New England Journal of Medicine*, *355*(26), 2719-2721. <https://doi.org/10.1056/NEJMp068195>
- Brent, D. A., ve Melhem, N. (2008). Familial transmission of suicidal behavior. *The Psychiatric Clinics of North America*, *31*(2), 157-177. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.02.001>
- Breslau, J., Finucane, M. L., Locker, A. R., Baird, M. D., Roth, E. A., ve Collins, R. L. (2021). A longitudinal study of psychological distress in the United States before and during the COVID-19 pandemic. *Preventive Medicine*, *143*, 106362. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106362>
- Brezo, J., Paris, J., ve Turecki, G. (2006). Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *113*(3), 180-206. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00702.x>
- Bridge, J. A., Barbe, R. P., Birmaher, B., Kolko, D. J., ve Brent, D. A. (2005). Emergent suicidality in a clinical psychotherapy trial for adolescent

- depression. *American Journal of Psychiatry*, 162(11), 2173-2175.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.11.2173>
- Britannica Dictionary. (2023). Stuck. İçinde *Britannica Dictionary*.
<https://www.britannica.com/dictionary/stuck>
- Brown, G. K., Henriques, G. R., Sosdjan, D., ve Beck, A. T. (2004). Suicide intent and accurate expectations of lethality: Predictors of medical lethality of suicide attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 1170-1174.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.6.1170>
- Brown, G. K., Steer, R. A., Henriques, G. R., ve Beck, A. T. (2005). The internal struggle between the wish to die and the wish to live: A risk factor for suicide. *The American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1977-1979.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.10.1977>
- Brown, G. K., Jeglic, E., Henriques, G. R., ve Beck, A. T. (2006). Cognitive therapy, cognition, and suicidal behavior. İçinde T. E. Ellis (Ed.), *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy* (s: 53-74). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11377-003>
- Browne, T. (1643). *Religio medici*. A. Crooke.
- Bryan, C. J. (2011). The clinical utility of a brief measure of perceived burdensomeness and thwarted belongingness for the detection of suicidal military personnel. *Journal of Clinical Psychology*, 67(10), 981-992.
<https://doi.org/10.1002/jclp.20726>
- Bryan, C. J., ve Rudd, M. D. (2006). Advances in the assessment of suicide risk. *Journal of Clinical Psychology*, 62(2), 185-200.
<https://doi.org/10.1002/jclp.20222>
- Bryan, C. J., ve Rudd, M. D. (2018). Nonlinear change processes during psychotherapy characterize patients who have made multiple suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(4), 386-400. <https://doi.org/10.1111/sltb.12361>
- Buettner, D. (2008). *The blue zones: 9 lessons for living longer from the people who 've lived the longest*. National Geographic Society.
- Buss, A. R. (1978). Causes and reasons in attribution theory: A conceptual critique. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36(11), 1311-1321.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.36.11.1311>

- Buss, A. R. (1979). On the relationship between causes and reasons. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(9), 1458-1461. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.37.9.1458>
- Callanan, V. J., ve Davis, M. S. (2012). Gender differences in suicide methods. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(6), 857-869. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0393-5>
- Canetto, S. S., ve Sakinofsky, I. (1998). The gender paradox in suicide. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 28(1), 1-23.
- Carrico, A. W., Johnson, M. O., Morin, S. F., Remien, R. H., Charlebois, E. D., Steward, W. T., Chesney, M. A., ve NIMH Healthy Living Project Team. (2007). Correlates of suicidal ideation among HIV-positive persons. *AIDS*, 21(9), 1199-1203. <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e3281532c96>
- Cavanagh, J. T. O., Owens, D. G. C., ve Johnstone, E. C. (1999). Suicide and undetermined death in south east Scotland. A case-control study using the psychological autopsy method. *Psychological Medicine*, 29(5), 1141-1149. <https://doi.org/10.1017/S0033291799001038>
- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., ve Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine*, 33(3), 395-405. <https://doi.org/10.1017/s0033291702006943>
- Centers for Disease Control and Prevention. (1988). CDC recommendations for a community plan for the prevention and containment of suicide clusters. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 37, 1-12.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020, Haziran 16). *1918 pandemic (H1N1 virus) | Pandemic influenza (Flu) | CDC*. 1918 Pandemic (H1N1 Virus) | Pandemic Influenza (Flu) | CDC. <https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/1918-pandemic-h1n1.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2023, Mayıs 11). *Risk and protective factors | Suicide | CDC*. <https://www.cdc.gov/suicide/factors/index.html>
- Cerel, J., Currier, G., ve Conwell, Y. (2006). Consumer and family experiences in the emergency department following a suicide attempt. *Journal of Psychiatric Practice*, 12(6). <https://doi.org/10.1097/00131746-200611000-00002>

- Cerel, J., Brown, M. M., Maple, M., Singleton, M., van de Venne, J., Moore, M., ve Flaherty, C. (2019). How many people are exposed to suicide? Not six. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(2), 529-534. <https://doi.org/10.1111/sltb.12450>
- Cha, C. B., ve Nock, M. K. (2009). Emotional intelligence is a protective factor for suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(4), 422-430. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181984f44>
- Chan, M. K. Y., Bhatti, H., Meader, N., Stockton, S., Evans, J., O'Connor, R. C., Kapur, N., ve Kendall, T. (2016). Predicting suicide following self-harm: Systematic review of risk factors and risk scales. *British Journal of Psychiatry*, 209(4), 277-283. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.170050>
- Chang, H. J., Lin, M. F., ve Lin, K. C. (2007). The mediating and moderating roles of the cognitive triad on adolescent suicidal ideation. *Nursing Research*, 56(4), 252-259. Scopus. <https://doi.org/10.1097/01.NNR.0000280611.00997.0e>
- Chang, S. S., Gunnell, D., Sterne, J. A. C., Lu, T. H., ve Cheng, A. T. A. (2009). Was the economic crisis 1997–1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time–trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. *Social Science & Medicine*, 68(7), 1322-1331. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.01.010>
- Chehil, S., ve Kutcher, S. P. (2012). *Suicide risk management: A manual for health professionals* (1. publ., 2. ed). Wiley-Blackwell.
- Chesin, M., ve Stanley, B. (2013). Risk assessment and psychosocial interventions for suicidal patients. *Bipolar Disorders*, 15(5), 584-593. <https://doi.org/10.1111/bdi.12092>
- Chioqueta, A. P., ve Stiles, T. C. (2007). The relationship between psychological buffers, hopelessness, and suicidal ideation. *Crisis*, 28(2), 67-73. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.28.2.67>
- Cholbi, M. (2011). *Suicide: The philosophical dimensions*. Broadview Press.
- Christiansen, E., ve Jensen, B. F. (2007). Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: A register-based survival analysis. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(3), 257-265. <https://doi.org/10.1080/00048670601172749>

- Christodoulou, C., Papadopoulos, I. N., Douzenis, A., Kanakaris, N., Leukidis, C., Gournellis, R., Vlachos, K., Papadopoulos, F. C., ve Lykouras, L. (2009). Seasonality of violent suicides in the Athens greater area. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 39(3), 321-331. <https://doi.org/10.1521/suli.2009.39.3.321>
- Chu, C., Buchman-Schmitt, J. M., Stanley, I. H., Hom, M. A., Tucker, R. P., Hagan, C. R., Rogers, M. L., Podlogar, M. C., Chiurliza, B., Ringer, F. B., Michaels, M. S., Patros, C. H. G., ve Joiner, T. E. (2017). The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychological Bulletin*, 143(12), 1313-1345. <https://doi.org/10.1037/bul0000123>
- Chu, J., Floyd, R., Diep, H., Pardo, S., Goldblum, P., ve Bongar, B. (2013). A tool for the culturally competent assessment of suicide: the Cultural Assessment of Risk for Suicide (CARS) measure. *Psychological Assessment*, 25(2), 424-434. <https://doi.org/10.1037/a0031264>
- Chung, D., Hadzi-Pavlovic, D., Wang, M., Swaraj, S., Olfson, M., ve Large, M. (2019). Meta-analysis of suicide rates in the first week and the first month after psychiatric hospitalisation. *BMJ Open*, 9(3), e023883. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023883>
- Clark, D. A., ve Beck, A. T. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. Wiley.
- Clayton, S., ve Bongar, B. (1994). The use of consultation in psychological practice: Ethical, legal, and clinical considerations. *Ethics & Behavior*, 4(1), 43-57. https://doi.org/10.1207/s15327019eb0401_3
- Clifford, A. C., Doran, C. M., ve Tsey, K. (2013). A systematic review of suicide prevention interventions targeting indigenous peoples in Australia, United States, Canada and New Zealand. *BMC Public Health*, 13(1), 463. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-463>
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 5(38), 300-314.

- Cohen, E. (1969). Self-assault in psychiatric evaluation: A proposed clinical classification. *Archives of General Psychiatry*, 21(1).
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1969.01740190066008>
- Conner, K. R., Britton, P. C., Sworts, L. M., ve Joiner, T. E. (2007). Suicide attempts among individuals with opiate dependence: The critical role of belonging. *Addictive Behaviors*, 32(7), 1395-1404.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.09.012>
- Conner, K. R., Meldrum, S., Wiczorek, W. F., Duberstein, P. R., ve Welte, J. W. (2004). The association of irritability and impulsivity with suicidal ideation among 15- to 20-year-old males. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 34(4), 363-373. <https://doi.org/10.1521/suli.34.4.363.53745>
- Connor, J., ve Rueter, M. (2009). Predicting adolescent suicidality: comparing multiple informants and assessment techniques. *Journal of Adolescence*, 32(3), 619-631. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2008.06.005>
- Conwell, Y., Van Orden, K., ve Caine, E. D. (2011). Suicide in older adults. *The Psychiatric Clinics of North America*, 34(2), 451-468, ix.
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.02.002>
- Coope, C., Donovan, J., Wilson, C., Barnes, M., Metcalfe, C., Hollingworth, W., Kapur, N., Hawton, K., ve Gunnell, D. (2015). Characteristics of people dying by suicide after job loss, financial difficulties and other economic stressors during a period of recession (2010–2011): A review of coroners' records. *Journal of Affective Disorders*, 183, 98-105.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.045>
- Corcoran, P., ve Nagar, A. (2010). Suicide and marital status in Northern Ireland. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(8), 795-800.
<https://doi.org/10.1007/s00127-009-0120-7>
- Crosby, A. E., Ortega, L., ve Melanson, C. (2011). *Self-directed violence surveillance uniform: Definitions and recommended data elements*. Centers for Disease Control and Prevention.
- Cukrowicz, K. C., Cheavens, J. S., Van Orden, K. A., Ragain, R. M., ve Cook, R. L. (2011). Perceived burdensomeness and suicide ideation in older adults. *Psychology and Aging*, 26(2), 331-338. <https://doi.org/10.1037/a0021836>

- Cull, J. G., ve Gill, W. S. (1988). *Suicide Probability Scale manual*.
- Cullen, W., Gulati, G., ve Kelly, B. D. (2020). Mental health in the COVID-19 pandemic. *QJM: An International Journal of Medicine*, 113(5), 311-312. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa110>
- Çağbayır, Y. (2007). intihar. İçinde *Ötüken Türkçe Sözlük* (C. 2, s: 2193). Ötüken Neşriyat.
- Çökmüş, F. P., Balıkçı, K., Aydemir, Ö., Akdeniz, F., Sücüllüoğlu Dikici, D., Yüzeren, S., Alçı, D., Öztekin, S., Çöldür, E. Ö., Aydın, O., Sarıkavak, T., Aşçıbaşı, K., Herdem, A., Aydın Aşık, E., ve Köroğlu, E. (2017). DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği Türkçe Erişkin Formunun geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18(2), 5-12. <https://doi.org/10.5455/apd.228806>
- Daigle, M. S., ve Côté, G. (2006). Nonfatal suicide-related behavior among inmates: Testing for gender and type differences. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(6), 670-681. <https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.6.670>
- Dale, R., Power, K., Kane, S., Stewart, A. M., ve Murray, L. (2010). The role of parental bonding and early maladaptive schemas in the risk of suicidal behavior repetition. *Archives of Suicide Research*, 14(4), 311-328. <https://doi.org/10.1080/13811118.2010.524066>
- Davidson, C. L., Wingate, L. R., Rasmussen, K. A., ve Shish, M. L. (2009). Hope as a predictor of interpersonal suicide risk. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 39(5), 499-507. <https://doi.org/10.1521/suli.2009.39.5.499>
- Davis, J. (1988). Suicidal investigation and classification of death by coroners and medical examiners. İçinde J. Nolan (Ed.), *The suicide case: Investigation and trial of insurance claims* (s: 33-50). The American Bar Association.
- De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J., Kerkhof, A. D. M., ve Bille-Brahe, U. (2004). Definitions of suicidal behavior. İçinde D. De Leo, S. Burgis, J. Bertolote, A. D. M. Kerkhof, & U. Bille-Brahe (Ed.), *Suicidal behavior: Theories and research findings* (s: 17-39). Hogrefe & Huber.
- De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J. M., Kerkhof, A. J. F. M., ve Bille-Brahe, U. (2006). Definitions of suicidal behavior: Lessons learned from the WHO/EURO Multicentre Study. *Crisis*, 27(1), 4-15. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.27.1.4>

- De Leo, D., Dello Buono, M., ve Dwyer, J. (2002). Suicide among the elderly: The long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 181, 226-229. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.3.226>
- De Man, A. F., ve Gutiérrez, B. I. B. (2002). The relationship between level of self-esteem and suicidal ideation with stability of self-esteem as moderator. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 34(4), 235-238. <https://doi.org/10.1037/h0087176>
- de Man, A. F., ve Leduc, C. P. (1995). Suicidal ideation in high school students: Depression and other correlates. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 173-181. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199503\)51:2<173::AID-JCLP2270510205>3.0.CO;2-R](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199503)51:2<173::AID-JCLP2270510205>3.0.CO;2-R)
- de Moore, G. M., ve Robertson, A. R. (1999). Suicide attempts by firearms and by leaping from heights: A comparative study of survivors. *American Journal of Psychiatry*, 156(9), 1425-1431. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.9.1425>
- Dear, G. E. (1997). Writing this was instrumental, whatever my intent: A comment. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 27(4), 408-410.
- Dervic, K., Oquendo, M. A., Grunebaum, M. F., Ellis, S., Burke, A. K., ve Mann, J. J. (2004). Religious affiliation and suicide attempt. *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2303-2308. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2303>
- Dervic, K., Oquendo, M. A., Currier, D., Grunebaum, M. F., Burke, A. K., ve Mann, J. J. (2006). Moral objections to suicide: Can they counteract suicidality in patients with cluster b psychopathology? *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(04), 620-625. <https://doi.org/10.4088/JCP.v67n0413>
- Dervic, K., Grunebaum, M. F., Burke, A. K., Mann, J. J., ve Oquendo, M. A. (2006). Protective factors against suicidal behavior in depressed adults reporting childhood abuse. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(12), 971-974. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000243764.56192.9c>
- Dervic, K., Carballo, J. J., Baca-Garcia, E., Galfalvy, H. C., Mann, J. J., Brent, D. A., ve Oquendo, M. A. (2011). Moral or religious objections to suicide may protect against suicidal behavior in bipolar disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72(10), 1390-1396. <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05910gre>

- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., ve Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Dilli, D., Dallar, Y., ve Çakır, İ. (2010). Psychological characteristics of adolescent suicide attempters presenting to a pediatric emergency service. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 40(3), 377-390. <https://doi.org/10.3906/sag-0901-18>
- Dixon, A. K., Fisch, H. U., Huber, C., ve Walser, A. (1989). Ethological studies in animals and man, their use in psychiatry. *Pharmacopsychiatry*, 22 Suppl 1, 44-50. <https://doi.org/10.1055/s-2007-1014624>
- Dobrov, E., ve Thorell, L. H. (2004). “Reasons For Living” – translation, psychometric evaluation and relationships to suicidal behaviour in a Swedish random sample. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58(4), 277-285. <https://doi.org/10.1080/08039480410005783>
- Dodds, A. (1970). Attempted suicide: Nomenclature. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 117(536). <https://doi.org/10.1192/s0007125000192669>
- Dombrowski, A. Y., Clark, L., Siegle, G. J., Butters, M. A., Ichikawa, N., Sahakian, B. J., ve Szanto, K. (2010). Reward/punishment reversal learning in older suicide attempters. *The American Journal of Psychiatry*, 167(6), 699-707. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09030407>
- Douglas, J. D. (1967). The social meanings of suicide. İçinde *The Social Meanings of Suicide*. Princeton University Press.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F., ve Giles, W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA*, 286(24), 3089-3096. <https://doi.org/10.1001/jama.286.24.3089>
- Duberstein, P. R., Conwell, Y., ve Caine, E. D. (1994). Age differences in the personality characteristics of suicide completers: Preliminary findings from a psychological autopsy study. *Psychiatry*, 57(3), 213-224.
- Duckworth, A. L., Kirby, T. A., Tsukayama, E., Berstein, H., ve Ericsson, K. A. (2011). Deliberate practice spells success: Why grittier competitors triumph at

- the national spelling bee. *Social Psychological and Personality Science*, 2(2), 174-181. <https://doi.org/10.1177/1948550610385872>
- Duckworth, A. L., Peterson, C., Matthews, M. D., ve Kelly, D. R. (2007). Grit: Perseverance and passion for long-term goals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(6), 1087-1101. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.6.1087>
- Durak, A., Yasak-Gültekin, Y., ve Hisli Şahin, N. (1993). İnsanları yaşama bağlayan nedenler nelerdir? Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanterinin (YSNE) güvenilirliği ve geçerliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 8(30), 7-19.
- Durak Batıgün, A. (2008). İntihar olasılığı ve cinsiyet: İletişim becerileri, yaşamı sürdürme nedenleri, yalnızlık ve umutsuzluk açısından bir inceleme. *Türk Psikoloji Dergisi*, 23(62), Article 62.
- Durak Batıgün, A., ve Hisli Şahin, N. (2018). İntihar Olasılığı Ölçeği : Gözden geçirme , geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Klinik Psikoloji Dergisi*, 2(2), 52-64.
- Durkheim, E. (1951). *Suicide: A study in sociology*. The Free Press.
- Durkheim, É. (2022). *İntihar: Bir toplumbilim incelemesi* (M. Sukan, Ed.; Z. Z. İlkelen, Çev.). Pozitif Yayınevi.
- Dutra, L., Callahan, K., Forman, E., Mendelsohn, M., ve Herman, J. (2008). Core schemas and suicidality in a chronically traumatized population. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(1), 71-74. Scopus. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31815fa4c1>
- Dünya Sağlık Örgütü. (1986). *Summary report: Working group in preventive practices in suicide and attempted suicide*. WHO Regional Office for Europe.
- Dünya Sağlık Örgütü. (1998). *Suicide. İçinde Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders*. Dünya Sağlık Örgütü.
- Dünya Sağlık Örgütü. (2015). *Suicide*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>
- Dünya Sağlık Örgütü. (2016). *Health topics: Risk factors*. Dünya Sağlık Örgütü. http://www.who.int/topics/risk_factors/en/
- Dünya Sağlık Örgütü. (2020). *WHO methods and data sources for country-level causes of death 2000-2019*. Dünya Sağlık Örgütü.

- https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghe2019_cod_methods.pdf?sfvrsn=37bcfac_5
- Dünya Sağlık Örgütü (2021). *Suicide worldwide in 2019: Global health estimates*. Dünya Sağlık Örgütü. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
- Dünya Sağlık Örgütü. (2023). *WHO coronavirus (covid-19) dashboard*. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. <https://covid19.who.int>
- Edwards, D. J. A. (2022). Using schema modes for case conceptualization in schema therapy: An applied clinical approach. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.763670>
- Edwards, M. J., ve Holden, R. R. (2001). Coping, meaning in life, and suicidal manifestations: Examining gender differences. *Journal of Clinical Psychology*, 57(12), 1517-1534. <https://doi.org/10.1002/jclp.1114>
- Egel, L. (1999). On the need for a new term for suicide. *Suicide & life-threatening behavior*, 29(4), 393-394.
- Eisenberger, N. I., Lieberman, M. D., ve Williams, K. D. (2003). Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. *Science*, 302(5643), 290-292. <https://doi.org/10.1126/science.1089134>
- Emir Öksüz, E., ve Bilge, F. (2014). Üniversite öğrencilerinin intihar olasılıklarının incelenmesi. *Eğitim ve Bilim*, 39(171). <http://egitimvebilim.ted.org.tr/index.php/EB/article/view/2763>
- Erdi Akdağ, F. (2022). *Major depresif bozuklukta, intihar düşüncesi ve davranışı olan ve olmayan grupların erken dönem uyumsuz şemalar ve şema modları açısından karşılaştırılması* [Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi]. Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
- Ergin, D. Y. (1991). Örneklem türleri. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 3, 111-124.
- Ermers, R. (2007). The use of morphological patterns in arabic grammars of Turkic. İçinde *Approaches to arabic linguistics* (s: 435-453). Brill. https://brill.com/display/book/edcoll/9789047422136/Bej.9789004160156.i-762_018.xml

- Ernst, C., Lalovic, A., Lesage, A., Seguin, M., Tousignant, M., ve Turecki, G. (2004). Suicide and no axis I psychopathology. *BMC Psychiatry*, 4, 7. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-4-7>
- Eskin, M. (1993). Reliability of the Turkish version of the Perceived Social Support from Friends and Family Scales, Scale for Interpersonal Behavior, and Suicide Probability Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 49(4), 515-522. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199307\)49:4<515::AID-JCLP2270490408>3.0.CO;2-K](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199307)49:4<515::AID-JCLP2270490408>3.0.CO;2-K)
- Eskin, M., Arslantaş, H., Öztürk, C. Ş., ve Eskin, B. (2020). Kişilerarası İhtiyaçlar Anketi ve Edinilmiş İntihar Yeterliliği-Ölüm Korkusuzluğu Ölçeğinin psikometrik özelliklerinin araştırılması. *An investigation of the psychometric properties of the Turkish versions of the interpersonal needs questionnaire and acquired capability for suicide-fearlessness about death scale*.
- Exeter, D. J., ve Boyle, P. J. (2007). Does young adult suicide cluster geographically in Scotland? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(8), 731-736. <https://doi.org/10.1136/jech.2006.052365>
- Fairbairn, G. (1995). *Contemplating suicide the language and ethics of self-harm*. Routledge.
- Fang, F., Valdimarsdóttir, U., Fürst, C. J., Hultman, C., Fall, K., Sparén, P., ve Ye, W. (2008). Suicide among patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Brain: A Journal of Neurology*, 131(Pt 10), 2729-2733. <https://doi.org/10.1093/brain/awn161>
- Fang, L., Heisel, M. J., Duberstein, P. R., ve Zhang, J. (2012). Combined effects of neuroticism and extraversion: Findings from a matched case control study of suicide in rural China. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(7), 598-602. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31825bfb53>
- Farrell, J. M., Shaw, I. A., ve Shaw, I. (2012). *Group schema therapy for borderline personality disorder: A step-by-step treatment manual with patient workbook*. John Wiley & Sons.
- Fazel, S., Cartwright, J., Norman-Nott, A., ve Hawton, K. (2008). Suicide in prisoners: A systematic review of risk factors. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(11), 1721-1731.

- Fehling, K. B., ve Selby, E. A. (2021). Suicide in DSM-5: Current evidence for the proposed suicide behavior disorder and other possible improvements. *Frontiers in Psychiatry, 11*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.499980>
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford University Press. <https://doi.org/10.1515/9781503620766>
- Fialko, L., Freeman, D., Bebbington, P. E., Kuipers, E., Garety, P. A., Dunn, G., ve Fowler, D. (2006). Understanding suicidal ideation in psychosis: Findings from the Psychological Prevention of Relapse in Psychosis (PRP) trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 114*(3), 177-186. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00849.x>
- Fishman, H. C. (1988). *Treating troubled adolescents - a family therapy approach*. Basic Books, Inc., Publishers.
- Flanagan, C. M. (2010). The case for needs in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration, 20*(1), 1-36. <https://doi.org/10.1037/a0018815>
- Flink, N., Lehto, S. M., Koivumaa-Honkanen, H., Viinamäki, H., Ruusunen, A., Valkonen-Korhonen, M., ve Honkalampi, K. (2017). Early maladaptive schemas and suicidal ideation in depressed patients. *The European Journal of Psychiatry, 31*(3), 87-92. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2017.07.001>
- Fonagy, P., Moran, G. S., ve Target, M. (1993). Aggression and the psychological self. *The International Journal of Psycho-Analysis, 74* (Pt 3), 471-485.
- Forman, E. M., Berk, M. S., Henriques, G. R., Brown, G. K., ve Beck, A. T. (2004). History of multiple suicide attempts as a behavioral marker of severe psychopathology. *The American Journal of Psychiatry, 161*(3), 437-443. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.3.437>
- Fowler, F. J. (2008). *Survey research methods*. SAGE Publications.
- Fowler, J. C. (2012). Suicide risk assessment in clinical practice: Pragmatic guidelines for imperfect assessments. *Psychotherapy, 49*(1), 81-90. <https://doi.org/10.1037/a0026148>
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K. M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P., ve Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years

- of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187-232.
<https://doi.org/10.1037/bul0000084>
- Freeman, A., Mergl, R., Kohls, E., Székely, A., Gusmao, R., Arensman, E., Koburger, N., Hegerl, U., ve Rummel-Kluge, C. (2017). A cross-national study on gender differences in suicide intent. *BMC Psychiatry*, 17(1), 234.
<https://doi.org/10.1186/s12888-017-1398-8>
- Freud, S. (1909). Notes upon a case of obsessional neurosis. İçinde J. Strachey (Ed.), *The standart edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (C. 10). The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. İçinde J. Strachey (Ed.), *The standart edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (C. 10, s: 243-258). The Hogarth Press and the Institute if Psycho-Analysis.
- Freud, S. (1922). *Beyond the pleasure principle* (s: 90). The International Psycho-Analytical Press. <https://doi.org/10.1037/11189-000>
- Freud, S. (1923). The ego and the id. İçinde J. Strachey (Ed.), *The standart edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (C. 19). The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- Freud, S. (1924). The economic problems of masochism. İçinde J. Strachey (Ed.), *The standart edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (C. 19). The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- Frey, R. G. (1981). Suicide and self-inflicted death. *Philosophy*, 56(216), 193-202.
<https://doi.org/10.1017/S0031819100050038>
- Friedman, P. (Ed.). (1967). *On suicide, with particular reference to suicide among young students*. International Universities Press.
- Fu, Q., Heath, A. C., Bucholz, K. K., Nelson, E. C., Glowinski, A. L., Goldberg, J., Lyons, M. J., Tsuang, M. T., Jacob, T., True, M. R., ve Eisen, S. A. (2002). A twin study of genetic and environmental influences on suicidality in men. *Psychological Medicine*, 32(1), 11-24.
<https://doi.org/10.1017/s0033291701004846>
- Galfalvy, H., Oquendo, M. A., Carballo, J. J., Sher, L., Grunebaum, M. F., Burke, A., ve Mann, J. J. (2006). Clinical predictors of suicidal acts after major depression

- in bipolar disorder: A prospective study. *Bipolar Disorders*, 8(5 Pt 2), 586-595.
<https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2006.00340.x>
- Garlow, S. J., Purselle, D., ve Heninger, M. (2005). Ethnic differences in patterns of suicide across the life cycle. *The American Journal of Psychiatry*, 162(2), 319-323. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.319>
- Garza, M. J., ve Cramer, R. J. (2011). The Spanish Reasons for Living Inventory (SRFL-I): Factor structure and association with suicide risk among Spanish speaking Hispanics. *Archives of Suicide Research*, 15(4), 354-371.
<https://doi.org/10.1080/13811118.2011.615704>
- George, A., ve Van Den Berg, H. S. (2012). The influence of psychosocial variables on adolescent suicidal ideation. *Journal of Child & Adolescent Mental Health*, 24(1), 45-57. <https://doi.org/10.2989/17280583.2011.620961>
- Gibb, B. E., Beevers, C. G., ve McGeary, J. E. (2013). Toward an integration of cognitive and genetic models of risk for depression. *Cognition & emotion*, 27(2), 193-216. <https://doi.org/10.1080/02699931.2012.712950>
- Giegling, I., Olgiati, P., Hartmann, A. M., Calati, R., Möller, H.-J., Rujescu, D., ve Serretti, A. (2009). Personality and attempted suicide. Analysis of anger, aggression and impulsivity. *Journal of Psychiatric Research*, 43(16), 1262-1271. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.04.013>
- Gilbert, P. (2017). *Depression: The evolution of powerlessness* (Classic edition). Routledge, Taylor & Francis Group.
- Gilbert, P., ve Allan, S. (1998). The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: An exploration of an evolutionary view. *Psychological Medicine*, 28(3), 585-598. <https://doi.org/10.1017/S0033291798006710>
- Giner, L., Guija, J. A., Root, C. W., ve Baca-Garcia, E. (2016). Nomenclature and definition of suicidal behavior. İçinde P. Courtet (Ed.), *Understanding suicide* (s: 3-17). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-26282-6_1
- Glowinski, A. L., Bucholz, K. K., Nelson, E. C., Fu, Q., Madden, P. A., Reich, W., ve Heath, A. C. (2001). Suicide attempts in an adolescent female twin sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1300-1307. <https://doi.org/10.1097/00004583-200111000-00010>

- Goldney, R. D., Dal Grande, E., Fisher, L. J., ve Wilson, D. (2003). Population attributable risk of major depression for suicidal ideation in a random and representative community sample. *Journal of Affective Disorders*, 74(3), 267-272. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(02\)00017-4](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(02)00017-4)
- Goldsmith, S. K., Pellmar, T. C., Kleinman, A. M., ve Bunney, W. E. (Ed.). (2002). *Reducing suicide: A national imperative*. The National Academies Press.
- Goldstein, T. R., Bridge, J. A., ve Brent, D. A. (2008). Sleep disturbance preceding completed suicide in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 84-91. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.84>
- Gonca, S., Alp, K., ve Zehra, Ç. (2009). Erken dönem uyumsuz şemaların değerlendirilmesi: Young Şema Ölçeği Kısa Form-3'ün psikometrik özelliklerine ilişkin bir inceleme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(1), 75-84.
- Goodfellow, B., Kölves, K., ve de Leo, D. (2018). Contemporary nomenclatures of suicidal behaviors: A systematic literature review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(3), 353-366. <https://doi.org/10.1111/sltb.12354>
- Goodfellow, B., Kölves, K., ve de Leo, D. (2019). Contemporary definitions of suicidal behavior: A systematic literature review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(2), 488-504. <https://doi.org/10.1111/sltb.12457>
- Goodwin, R. D., Marusic, A., ve Hoven, C. W. (2003). Suicide attempts in the United States: The role of physical illness. *Social Science & Medicine* (1982), 56(8), 1783-1788. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00174-0](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00174-0)
- Gould, M. S. (2001). Suicide and the media. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 932, 200-221; discussion 221-224. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2001.tb05807.x>
- Granello, D. H. (2010). The process of suicide risk assessment: Twelve core principles. *Journal of Counseling & Development*, 88(3), 363-370. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2010.tb00034.x>
- Grant, C., Ballard, E. D., ve Olson-Madden, J. H. (2015). An empowerment approach to family caregiver involvement in suicide prevention: Implications for practice. *The Family Journal*, 23(3), 295-304. <https://doi.org/10.1177/1066480715572962>

- Grassia, M., ve Gibb, B. E. (2009). Rumination and lifetime history of suicide attempts. *International journal of cognitive therapy*, 2(4), 400-406. <https://doi.org/10.1521/ijct.2009.2.4.400>
- Grażka, A., ve Strzelecki, D. (2023). Early maladaptive schemas and schema modes among people with histories of suicidality and the possibility of a universal pattern: A systematic review. *Brain Sciences*, 13(8), 1216. <https://doi.org/10.3390/brainsci13081216>
- Griffin-Fennell, F., ve Williams, M. (2006). Examining the complexities of suicidal behavior in the African American community. *Journal of Black Psychology*, 32, 303-319. <https://doi.org/10.1177/0095798406290469>
- Griffiths, C., Ladva, G., Brock, A., ve Baker, A. (2008). Trends in suicide by marital status in England and Wales, 1982-2005. *Health Statistics Quarterly*, 37, 8-14.
- Gunn III, J. F., Lester, D., ve Yang, B. (Cont). (2014). *Theories of suicide: Past, present and future* (s: x, 341). Charles C Thomas Publisher.
- Gutierrez, P. M., Osman, A., Kopper, B. A., ve Barrios, F. X. (2000). Why young people do not kill themselves: The reasons for living inventory for adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(2), 177-187. https://doi.org/10.1207/S15374424jccp2902_4
- Gutierrez, P. M., Rodriguez, R., ve Garcia, P. (2001). Suicide risk factors for young adults: Testing a model across ethnicities. *Death Studies*, 25(4). <https://doi.org/10.1080/07481180125994>
- Güriş, S., ve Astar, M. (2015). *Bilimsel araştırmalarda SPSS ile istatistik* (2. bs). Der Yayınları.
- Gvion, Y., ve Apter, A. (2011). Aggression, impulsivity, and suicide behavior: A review of the literature. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 15(2), 93-112. <https://doi.org/10.1080/13811118.2011.565265>
- Haglund, A., Lysell, H., Larsson, H., Lichtenstein, P., ve Runeson, B. (2019). Suicide immediately after discharge from psychiatric inpatient care: A cohort study of nearly 2.9 million discharges. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 80(2), 18m12172. <https://doi.org/10.4088/JCP.18m12172>
- Halbwachs, M. (2002). *Les causes du suicide*. Presses Universitaires de France.

- Harris, E. C., ve Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 170, 205-228. <https://doi.org/10.1192/bjp.170.3.205>
- Harrison, K. E., Dombrowski, A. Y., Morse, J. Q., Houck, P., Schlernitzauer, M., Reynolds, C. F., ve Szanto, K. (2010). Alone? Perceived social support and chronic interpersonal difficulties in suicidal elders. *International Psychogeriatrics*, 22(3), 445-454. <https://doi.org/10.1017/S1041610209991463>
- Harriss, L., Hawton, K., ve Zahl, D. (2005). Value of measuring suicidal intent in the assessment of people attending hospital following self-poisoning or self-injury. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 186, 60-66. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.1.60>
- Haw, C., Bergen, H., Casey, D., ve Hawton, K. (2007). 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 & Life-Threatening Behavior*, 37(4), 379-396. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.4.379>
- Haw, C., Hawton, K., Niedzwiedz, C., ve Platt, S. (2013). Suicide clusters: A review of risk factors and mechanisms. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(1), 97-108. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.00130.x>
- Hawton, K., Bergen, H., Cooper, J., Turnbull, P., Waters, K., Ness, J., ve Kapur, N. (2015). Suicide following self-harm: Findings from the Multicentre Study of self-harm in England, 2000-2012. *Journal of Affective Disorders*, 175, 147-151. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.062>
- Hawton, K., Saunders, K. E. A., ve O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet (London, England)*, 379(9834), 2373-2382. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)
- Hayes, A. F. (2013). *Model templates for PROCESS for SPSS and SAS*. <http://afhayes.com/public/templates.pdf>
- Hayes, A. F. (2022). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: a regression-based approach* (Third edition). The Guilford Press.

- Heckhausen, H., ve Kuhl, J. (1985). From wishes to action: The dead ends and short cuts on the long way to action. İçinde M. Frese & J. Sabini (Ed.), *ED Goal directed behavior: The concept of action in psychology* (s: 134-159). Erlbaum.
- Heisel, M. J., Links, P. S., Conn, D., Van Reekum, R., ve Flett, G. L. (2007). Narcissistic personality and vulnerability to late-life suicidality. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(9), 734-741. <https://doi.org/10.1097/01.JGP.0000260853.63533.7d>
- Helzer, J. E., Chmura Kraemer, H., Krueger, R. F., Wittchen, H.-U., Sirovatka, P. J., ve Regier, D. A. (Ed.). (2008). *Dimensional approaches in diagnostic classification: Refining the research agenda for DSM-5* (1st ed). American Psychiatric Association.
- Henry, A. F., ve Short, J. F. (1954). *Suicide and homicide: Some economic, sociological, and psychological aspects of aggression*. The Free Press.
- Henry, C., ve Demotes-Mainard, J. (2006). SSRIs, suicide and violent behavior: Is there a need for a better definition of the depressive state? *Current Drug Safety*, 1(1), 59-62. <https://doi.org/10.2174/157488606775252665>
- Herman, S. M. (2006). Is the SADPERSONS Scale accurate for the veterans affairs population? *Psychological Services*, 3(2), 137-141. <https://doi.org/10.1037/1541-1559.3.2.137>
- Herrell, R., Goldberg, J., True, W. R., Ramakrishnan, V., Lyons, M., Eisen, S., ve Tsuang, M. T. (1999). Sexual orientation and suicidality: A co-twin control study in adult men. *Archives of General Psychiatry*, 56(10), 867-874. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.10.867>
- Herzog, D. B., Greenwood, D. N., Dorer, D. J., Flores, A. T., Ekeblad, E. R., Richards, A., Blais, M. A., ve Keller, M. B. (2000). Mortality in eating disorders: A descriptive study. *The International Journal of Eating Disorders*, 28(1), 20-26. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-108x\(200007\)28:1<20::aid-eat3>3.0.co;2-x](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(200007)28:1<20::aid-eat3>3.0.co;2-x)
- Hewitt, P. L., ve Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of personality and social psychology*, 60(3), 456.
- Hill, D. J. (2011). What is it to commit suicide? *Ratio*, 24(2), 192-205. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9329.2011.00493.x>

- Hill, P. C., ve Pargament, K. I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *American Psychologist*, 58(1), 64-74. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.64>
- Hill, R. M., Rey, Y., Marin, C. E., Sharp, C., Green, K. L., ve Pettit, J. W. (2015). Evaluating the Interpersonal Needs Questionnaire: Comparison of the reliability, factor structure, and predictive validity across five versions. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 45(3), 302-314. <https://doi.org/10.1111/sltb.12129>
- Hirsch, J. K., ve Conner, K. R. (2006). Dispositional and explanatory style optimism as potential moderators of the relationship between hopelessness and suicidal ideation. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 36(6), 661-669. <https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.6.661>
- Hirsch, J. K., Duberstein, P. R., Conner, K. R., Heisel, M. J., Beckman, A., Franus, N., ve Conwell, Y. (2006). Future orientation and suicide ideation and attempts in depressed adults ages 50 and over. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(9), 752-757. <https://doi.org/10.1097/01.JGP.0000209219.06017.62>
- Hirsch, J. K., Wolford, K., LaLonde, S. M., Brunk, L., ve Morris, A. P. (2007). Dispositional optimism as a moderator of the relationship between negative life events and suicide ideation and attempts. *Cognitive Therapy and Research*, 31(4), 533-546. <https://doi.org/10.1007/s10608-007-9151-0>
- Hirsch, J. K., Wolford, K., LaLonde, S. M., Brunk, L., ve Parker-Morris, A. (2009). Optimistic explanatory style as a moderator of the association between negative life events and suicide ideation. *Crisis*, 30(1), 48-53. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.30.1.48>
- Hisli Şahin, N., ve Durak Batıgün, A. (2000). *Yaşamı sürdürme nedenleri ve intihar olasılığı*.
- Hjelmeland, H., ve Knizek, B. L. (1999). Conceptual confusion about intentions and motives of nonfatal suicidal behavior: A discussion of terms employed in the literature of suicidology. *Archives of Suicide Research*, 5(4), 275-281. <https://doi.org/10.1080/13811119908258338>

- Hjelmeland, H., ve Loa Knizek, B. (2020). The emperor's new clothes? A critical look at the interpersonal theory of suicide. *Death Studies*, 44(3), 168-178. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1527796>
- Hjelmeland, H., ve Ostamo, A. (1997). WHO/EURO multicentre study on parasuicide. *Crisis*, 18(3), 140-141. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.18.3.140>
- Holma, K. M., Haukka, J., Suominen, K., Valtonen, H. M., Mantere, O., Melartin, T. K., Sokero, T. P., Oquendo, M. A., ve Isometsä, E. T. (2014). Differences in incidence of suicide attempts between bipolar I and II disorders and major depressive disorder. *Bipolar Disorders*, 16(6), 652-661. <https://doi.org/10.1111/bdi.12195>
- Holman, M. S., ve Williams, M. N. (2020). Suicide risk and protective factors: A network approach. *Archives of Suicide Research*. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13811118.2020.1774454>
- Horney, K. (1950). *Neurosis and human growth; the struggle toward self-realization* (s: 391). W. W. Norton.
- Hsu, C. Y., Chang, S. S., ve Yip, P. S. F. (2019). Subjective wellbeing, suicide and socioeconomic factors: An ecological analysis in Hong Kong. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(1), 112-130. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000124>
- Huang, H. W., ve Wang, R. H. (2019). Roles of protective factors and risk factors in suicidal ideation among adolescents in Taiwan. *Public Health Nursing*, 36(2), 155-163. <https://doi.org/10.1111/phn.12584>
- Huth-Bocks, A. C., Kerr, D. C. R., Ivey, A. Z., Kramer, A. C., ve King, C. A. (2007). Assessment of psychiatrically hospitalized suicidal adolescents: self-report instruments as predictors of suicidal thoughts and behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(3), 387-395. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31802b9535>
- Irigoyen, M., Porrás-Segovia, A., Galván, L., Puigdevall, M., Giner, L., De Leon, S., ve Baca-García, E. (2019). Predictors of re-attempt in a cohort of suicide attempters: A survival analysis. *Journal of Affective Disorders*, 247, 20-28. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.050>

- Ivanoff, A. (1989). Identifying psychological correlates of suicidal behavior in jail and detention facilities. *Psychiatric Quarterly*, 60(1). <https://doi.org/10.1007/BF01064364>
- Italki. (2019, Nisan 20). *trapped or stuck*. Italki. <https://www.italki.com/en/post/question-469631>
- Jacobs, D. G., ve Brewer, M. L. (2006). Application of the APA practice guidelines on suicide to clinical practice. *CNS Spectrums*, 11(6), 447-454. <https://doi.org/10.1017/S1092852900014668>
- Jobes, D. A. (2011). Suicidal patients, the therapeutic alliance, and the collaborative assessment and management of suicidality. İçinde K. Michel & D. A. Jobes (Ed.), *Building a therapeutic alliance with the suicidal patient* (s: 205-229). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12303-012>
- Johnson, J., Gooding, P., ve Tarrier, N. (2008). Suicide risk in schizophrenia: Explanatory models and clinical implications, The Schematic Appraisal Model of Suicide (SAMS). *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 81(1), 55-77. <https://doi.org/10.1348/147608307X244996>
- Johnson, J., Gooding, P. A., Wood, A. M., ve Tarrier, N. (2010). Resilience as positive coping appraisals: Testing the schematic appraisals model of suicide (SAMS). *Behaviour Research and Therapy*, 48(3), 179-186. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.10.007>
- Johnson, J., Wood, A. M., Gooding, P., Taylor, P. J., ve Tarrier, N. (2011). Resilience to suicidality: The buffering hypothesis. *Clinical Psychology Review*, 31(4), 563-591. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.12.007>
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide?* Harvard University Press.
- Joiner, T. E., Walker, R. L., Rudd, M. D., ve Jobes, D. A. (1999). Scientizing and routinizing the assessment of suicidality in outpatient practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30(5), 447-453. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.30.5.447>
- Joiner, T. E., ve Ribeiro, J. D. (2011). Assessment and management of suicidal behavior in children and adolescents. *Pediatric Annals*, 40(6), 319-324. <https://doi.org/10.3928/00904481-20110512-08>
- Joiner, T. E., ve Rudd, M. D. (1995). Negative attributional style for interpersonal events and the occurrence of severe interpersonal disruptions as predictors of

- self-reported suicidal ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25(2), 297-304. Scopus. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1995.tb00927.x>
- Joiner, T. E., Steer, R. A., Brown, G., Beck, A. T., Pettit, J. W., ve Rudd, M. D. (2003). Worst-point suicidal plans: A dimension of suicidality predictive of past suicide attempts and eventual death by suicide. *Behaviour Research and Therapy*, 41(12), 1469-1480. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(03\)00070-6](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(03)00070-6)
- Joiner, T. E., Van Orden, K. A., Witte, T. K., ve Rudd, M. D. (2009). *The interpersonal theory of suicide: Guidance for working with suicidal clients*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11869-000>
- Joiner, T. E., Van Orden, K. A., Witte, T. K., Selby, E. A., Ribeiro, J. D., Lewis, R., ve Rudd, M. D. (2009). Main predictions of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: Empirical tests in two samples of young adults. *Journal of abnormal psychology*, 118(3), 634-646. <https://doi.org/10.1037/a0016500>
- Joiner, T. E., Hollar, D., ve Van Orden, K. (2006). On buckeyes, gators, super bowl sunday, and the miracle on ice: “Pulling together” is associated with lower suicide rates. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(2), 179-195. <https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.2.179>
- Joiner, T. E., ve Van Orden, K. A. (2008). The interpersonal-psychological theory of suicidal behavior indicates specific and crucial psychotherapeutic targets. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1, 80-89. <https://doi.org/10.1680/ijct.2008.1.1.80>
- Jollant, F., Bellivier, F., Leboyer, M., Astruc, B., Torres, S., Verdier, R., Castelnau, D., Malafosse, A., ve Courtet, P. (2005). Impaired decision making in suicide attempters. *The American Journal of Psychiatry*, 162(2), 304-310. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.304>
- Jones, R. A. (1986). *Emile Durkheim: An introduction to four major works*. Sage Publications.
- Jordan, J., McKenna, H., Keeney, S., Cutcliffe, J., Stevenson, C., Slater, P., ve McGowan, I. (2012). Providing meaningful care: Learning from the experiences of suicidal young men. *Qualitative Health Research*, 22(9), 1207-1219. <https://doi.org/10.1177/1049732312450367>

- Jordan, J. T., ve McNiel, D. E. (2020). Characteristics of persons who die on their first suicide attempt: Results from the National Violent Death Reporting System. *Psychological Medicine*, 50(8), 1390-1397. <https://doi.org/10.1017/S0033291719001375>
- Kahr Nilsson, K. (2016). Early maladaptive schemas in bipolar disorder patients with and without suicide attempts. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 204(3), 236-239. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000451>
- Kan Uzel, H. (2020). *Şizofreni tanılı hastalarda intihar olasılığının zihin kuramı becerileri ve erken uyumsuz şemalar ile ilişkisi* [Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi]. Mersin Üniversitesi.
- Kanchan, T., Menon, A., ve Menezes, R. G. (2009). Methods of choice in completed suicides: Gender differences and review of literature. *Journal of Forensic Sciences*, 54(4), 938-942. <https://doi.org/10.1111/j.1556-4029.2009.01054.x>
- Kang, H. K., ve Bullman, T. A. (2008). Risk of suicide among US veterans after returning from the Iraq or Afghanistan war zones. *JAMA*, 300(6), 652-653. <https://doi.org/10.1001/jama.300.6.652>
- Karataş, Z., ve Çelikkaleli, Ö. (2018). Beliren yetişkinlikte intihar olasılığı: Stresle başetme, öfke ve cinsiyet açısından bir inceleme. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 14(1), Article 1. <https://doi.org/10.17860/mersinefd.402052>
- Kene, P., ve Hovey, J. D. (2014). Predictors of suicide attempt status: Acquired capability, ideation, and reasons. *Psychiatric Quarterly*, 85(4), 427-437. <https://doi.org/10.1007/s11126-014-9302-x>
- Kernberg, O. F. (1986). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies* (s: xiv, 381). Yale University Press.
- Kernberg, O. F. (1995). *Aggression in personality disorders and perversions* (Nachdr.). Yale University Press.
- Kernberg, O. F. (1998). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical background and diagnostic classification. İçinde E. Ronningstam (Ed.), *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical and empirical implications* (s: 29-51). American Psychiatric Press.

- Kernberg, O. F. (2001). The suicidal risk in severe personality disorders: Differential diagnosis and treatment. *Journal of Personality Disorders*, 15(3), 195-208; discussion 209-215. <https://doi.org/10.1521/pedi.15.3.195.19203>
- Khan, A., Hamdan, A. R., Ahmad, R., Mustaffa, M. S., ve Mahalle, S. (2016). Problem-solving coping and social support as mediators of academic stress and suicidal ideation among Malaysian and Indian adolescents. *Community Mental Health Journal*, 52(2), 245-250. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9937-6>
- Khosravani, V., Mohammadzadeh, A., Sharifi Bastan, F., Amirinezhad, A., ve Amini, M. (2019). Early maladaptive schemas and suicidal risk in inpatients with bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 271, 351-359. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.11.067>
- Khosravani, V., Sharifi Bastan, F., Samimi Ardestani, M., ve Jamaati Ardakani, R. (2017). Early maladaptive schemas and suicidal risk in an Iranian sample of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 255, 441-448. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.080>
- Kim, A. M. (2022). The impact of the COVID-19 pandemic on suicides: A population study. *Psychiatry Research*, 314, 114663. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114663>
- King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., ve Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8, 70. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-70>
- Kleiman, E. M., ve Liu, R. T. (2013). Social support as a protective factor in suicide: Findings from two nationally representative samples. *Journal of Affective Disorders*, 150(2), 540-545. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.033>
- Kleiman, E. M., ve Riskind, J. H. (2013). Utilized social support and self-esteem mediate the relationship between perceived social support and suicide ideation. A test of a multiple mediator model. *Crisis*, 34(1), 42-49. <https://doi.org/2021031609320500967>
- Kleiman, E. M., Adams, L. M., Kashdan, T. B., ve Riskind, J. H. (2013a). Grateful individuals are not suicidal: Buffering risks associated with hopelessness and

- depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 55(5), 595-599. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.05.002>
- Kleiman, E. M., Adams, L. M., Kashdan, T. B., ve Riskind, J. H. (2013b). Gratitude and grit indirectly reduce risk of suicidal ideations by enhancing meaning in life: Evidence for a mediated moderation model. *Journal of Research in Personality*, 47(5), 539-546. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2013.04.007>
- Klein, M. (1935). A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. *The International Journal of Psychoanalysis*, 16, 145-174.
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 27(Pt 3-4), 99-110.
- Klein, M. (1948). A contribution to the theory of anxiety and guilt. *The International Journal of Psychoanalysis*, 29, 114-123.
- Klein, M. (1957). *Envy and gratitude: A study of unconscious sources* (s: x, 101). Basic Books.
- Klonsky, E. D., Saffer, B. Y., ve Bryan, C. J. (2018). Ideation-to-action theories of suicide: A conceptual and empirical update. *Current Opinion in Psychology*, 22, 159-165. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.07.020>
- Klonsky, E. D., ve May, A. (2010). Rethinking impulsivity in suicide. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 40(6), 612-619. <https://doi.org/10.1521/suli.2010.40.6.612>
- Klonsky, E. D., ve May, A. M. (2014). Differentiating suicide attempters from suicide ideators: A critical frontier for suicidology research. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 44(1), 1-5. <https://doi.org/10.1111/sltb.12068>
- Klonsky, E. D., ve May, A. M. (2015). The Three-step Theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114-129. <https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114>
- Klonsky, E. D., Pachkowski, M. C., Shahnaz, A., ve May, A. M. (2021). The three-step theory of suicide: Description, evidence, and some useful points of clarification. *Preventive Medicine*, 152, 106549. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106549>

- Kohut, H. (1972). Thoughts on narcissism and narcissistic rage. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 27, 360-400.
<https://doi.org/10.1080/00797308.1972.11822721>
- Kohut, H. (1978). *The restoration of the self*. International Universities Press.
- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* The University of Chicago Press.
- Koivumaa-Honkanen, H., Honkanen, R., Koskenvuo, M., ve Kaprio, J. (2003). Self-reported happiness in life and suicide in ensuing 20 years. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(5), 244-248.
<https://doi.org/10.1007/s00127-003-0625-4>
- Koivumaa-Honkanen, H., Honkanen, R., Viinamäki, H., Heikkilä, K., Kaprio, J., ve Koskenvuo, M. (2001). Life satisfaction and suicide: A 20-year follow-up study. *The American Journal of Psychiatry*, 158(3), 433-439.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.3.433>
- Koivumaa-Honkanen, H. T., Viinamäki, H., Honkanen, R., Tanskanen, A., Antikainen, R., Niskanen, L., Jääskeläinen, J., ve Lehtonen, J. (1996). Correlates of life satisfaction among psychiatric patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94(5), 372-378. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1996.tb09875.x>
- Kotila, L., ve Lönnqvist, J. (1987). Adolescents who make suicide attempts repeatedly. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76(4), 386-393.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1987.tb05623.x>
- Kotler, M., Iancu, I., Efroni, R., ve Amir, M. (2001). Anger, impulsivity, social support, and suicide risk in patients with posttraumatic stress disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(3), 162-167.
<https://doi.org/10.1097/00005053-200103000-00004>
- Kposowa, A. J. (2000). Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(4), 254-261. <https://doi.org/10.1136/jech.54.4.254>
- Kreitman, N., Philip, A., Greer, S., ve Bagley, C. (1969). Parasuicide. *British Journal of Psychiatry*, 115, 746-747. <https://doi.org/10.1192/bjp.115.523.746-a>

- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., ve Lozano, R. (2002). World report on violence and health. İçinde *Le Journal médical libanais. The Lebanese medical journal* (C. 51, Sayı 2). Dünya Sağlık Örgütü.
- Krysinska, K., Lester, D., Lyke, J., ve Corveleyn, J. (2015). Trait gratitude and suicidal ideation and behavior. *Crisis*, 36(4), 291-296. <https://doi.org/2021031609333100338>
- Kumar, A., ve Nayar, K. R. (2021). COVID 19 and its mental health consequences. *Journal of Mental Health*, 30(1), 1-2. <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1757052>
- Kwak, K.-H., ve Lee, S. J. (2015). A comparative study of early maladaptive schemas in obsessive-compulsive disorder and panic disorder. *Psychiatry Research*, 230(3), 757-762. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.11.015>
- Kwok, S. Y. C. L., Yeung, J. W. K., Low, A. Y. T., Lo, H. H. M., ve Tam, C. H. L. (2015). The roles of emotional competence and social problem-solving in the relationship between physical abuse and adolescent suicidal ideation in China. *Child Abuse & Neglect*, 44, 117-129. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.03.020>
- Ladikli, N., ve Tarı Cömert, I. (2023). Suicide trends in Türkiye by gender and suicide methods (2003-2022): A joinpoint regression analysis. *Journal of Applied Microeconometrics*, 3(2), 53-68. <https://doi.org/10.53753/jame.2271>
- Langhinrichsen-Rohling, J., Friend, J., ve Powell, A. (2009). Adolescent suicide, gender, and culture: A rate and risk factor analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 14(5), 402-414. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2009.06.010>
- Large, M. M., Ryan, C. J., Carter, G., ve Kapur, N. (2017). Can we usefully stratify patients according to suicide risk? *BMJ*, j4627. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4627>
- Lawrence, R. E., Oquendo, M. A., ve Stanley, B. (2016). Religion and suicide risk: A systematic review. *Archives of Suicide Research*, 20(1), 1-21. <https://doi.org/10.1080/13811118.2015.1004494>
- Lazarus, G., Sened, H., ve Rafaeli, E. (2020). Subjectifying the personality state: Theoretical underpinnings and an empirical example. *European Journal of Personality*, 34(6), 1017-1036. <https://doi.org/10.1002/per.2278>

- Lee, C. W., Taylor, G., ve Dunn, J. (1999). Factor structure of the schema questionnaire in a large clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 23(4), 441-451. <https://doi.org/10.1023/A:1018712202933>
- Lee, E., Kim, S. W., ve Enright, R. D. (2019). Beyond grief and survival: Posttraumatic growth through immediate family suicide loss in south korea. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 79(4), 414-435. <https://doi.org/10.1177/0030222817724700>
- Lee, Y., ve Oh, K. J. (2012). Validation of reasons for living and their relationship with suicidal ideation in Korean college students. *Death Studies*, 36(8), 712-722. <https://doi.org/10.1080/07481187.2011.584011>
- LeFevre, M. L. ve U.S. Preventive Services Task Force. (2014). Screening for suicide risk in adolescents, adults, and older adults in primary care: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Annals of Internal Medicine*, 160(10), 719-726. <https://doi.org/10.7326/M14-0589>
- Leppänen, V., Vuorenmaa, E., Lindeman, S., Tuulari, J., ve Hakko, H. (2016). Association of parasuicidal behaviour to early maladaptive schemas and schema modes in patients with BPD: The Oulu BPD study. *Personality and Mental Health*, 10(1), 58-71. <https://doi.org/10.1002/pmh.1304>
- Lester, D. (2009). A proposal for a nomenclature for suicide. *Psychological Reports*, 105(3). <https://doi.org/10.2466/PR0.105.3.685-686>
- Lester, D. (2010). Extraversion and suicidal behavior. *International Journal of Psychology Research*, 69, 263-273.
- Lester, D., ve Krysinska, K. E. (2022). Suicide and other violence toward the self. İçinde *Encyclopedia of violence, peace, & conflict* (s: 638-644). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-820195-4.00222-3>
- Lester, D., ve Yang, B. (2003). Unemployment and suicidal behaviour. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(8), 558-559. <https://doi.org/10.1136/jech.57.8.558>
- Lew, B. (2019). Review of the strain theory of suicide. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 40(3), 220-221. <https://doi.org/2021031609210500992>

- Lewin, B. D. (1950). *The psychoanalysis of elation*. Norton.
<https://books.google.com.tr/books?id=ucltAAAAAYAAJ>
- Lewis, S. P., Lumley, M. N., ve Grunberg, P. H. (2015). Early maladaptive schemas and non-suicidal self-injury among young adults: A preliminary investigation. *Counselling Psychology Quarterly*, 28(4), 386-402.
<https://doi.org/10.1080/09515070.2015.1074887>
- Li, D., Zhang, W., Li, X., Li, N., ve Ye, B. (2012). Gratitude and suicidal ideation and suicide attempts among Chinese adolescents: Direct, mediated, and moderated effects. *Journal of Adolescence*, 35(1), 55-66.
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2011.06.005>
- Liddell, H. G., ve Scott, R. (1940). *A Greek and English lexicon*. Clarendon Press.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Linehan, M. (2015). *DBT skills training manual* (Second edition). The Guilford Press.
- Linehan, M. M., Goodstein, J. L., Nielsen, S. L., ve Chiles, J. A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(2), 276-286.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.2.276>
- Liu, D. W. Y., Fairweather-Schmidt, A. K., Roberts, R. M., Burns, R., ve Anstey, K. J. (2014). Does resilience predict suicidality? A lifespan analysis. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 18(4), 453-464. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.833881>
- Liu, R. T. (2019). The psychological scars of suicide: Accounting for how risk for suicidal behavior is heightened by its past occurrence. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 99, 42-48.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.01.024>
- Lizardi, D., Currier, D., Galfalvy, H., Sher, L., Burke, A., Mann, J., ve Oquendo, M. (2007). Perceived reasons for living at index hospitalization and future suicide attempt. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 195(5), 451-455.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3180522661>
- Lizardi, D., Dervic, K., Grunebaum, M. F., Burke, A. K., Mann, J. J., ve Oquendo, M. A. (2008). The role of moral objections to suicide in the assessment of suicidal

- patients. *Journal of Psychiatric Research*, 42(10), 815-821. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2007.09.007>
- Lo, H. H. M., Kwok, S. Y. C. L., Yeung, J. W. K., Low, A. Y. T., ve Tam, C. H. L. (2017). The moderating effects of gratitude on the association between perceived parenting styles and suicidal ideation. *Journal of Child and Family Studies*, 26(6), 1671-1680. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0683-y>
- Lobbestael, J. (2008). *Lost in fragmentation. Schema modes, childhood trauma, and anger in borderline and antisocial personality disorder* [Maastricht University]. <https://doi.org/10.26481/dis.20080612j1>
- Lobo Prabhu, S., Molinari, V., Bowers, T., ve Lomax, J. (2010). Role of the family in suicide prevention: An attachment and family systems perspective. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 74(4). <https://doi.org/10.1521/bumc.2010.74.4.301>
- Locke, D., ve Pennington, D. (1982). Reasons and other causes: Their role in attribution processes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(2), 212-223. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.42.2.212>
- Lockwood, G., ve Perris, P. (2012). A new look at core emotional needs. İçinde M. Van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Ed.), *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research, and practice* (s: 41-66). Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781119962830.ch3>
- Louis, J. P., Wood, A. M., ve Lockwood, G. (2018). Psychometric validation of the Young Parenting Inventory - Revised (YPI-R2): Replication and Extension of a commonly used parenting scale in Schema Therapy (ST) research and practice. *PLOS ONE*, 13(11), e0205605. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205605>
- Lukes, S. (1985). *Emile Durkheim: His life and work: a historical and critical study*. Stanford University Press.
- Luoma, J. B., ve Pearson, J. L. (2002). Suicide and marital status in the United States, 1991-1996: Is widowhood a risk factor? *American Journal of Public Health*, 92(9), 1518-1522. <https://doi.org/10.2105/ajph.92.9.1518>
- MacLean, P. D. (1990). *The triune brain in evolution: Role in paleocerebral functions* (1st Plenum print). Plenum Press.

- Magliano, L., Fiorillo, A., De Rosa, C., Malangone, C., ve Maj, M. (2005). Family burden in long-term diseases: A comparative study in schizophrenia vs. physical disorders. *Social Science & Medicine*, 61(2), 313-322. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.11.064>
- Malone, K. M., Oquendo, M. A., Haas, G. L., Ellis, S. P., Li, S., ve Mann, J. J. (2000). Protective factors against suicidal acts in major depression: Reasons for living. *The American Journal of Psychiatry*, 157(7), 1084-1088. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.7.1084>
- Maltsberger, J. T. (1988). Suicide danger: Clinical estimation and decision. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 18(1), 47-54. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1988.tb00140.x>
- Maltsberger, J. T. (1993). Confusion of the body, the self and others in suicidal states. İçinde A. Leenaars (Ed.), *Suicidology: Essays in honor of Edwin S. Shneidman* (s: 148-171). Jason Aronson Inc.
- Maltsberger, J. T. (1997). Ecstatic suicide. *Archives of Suicide Research*, 3(4), 283-301. <https://doi.org/10.1023/A:1009686803234>
- Maltsberger, J. T. (1998). Pathological narcissism and self-regulatory processes in suicidal states. İçinde E. Ronningstam (Ed.), *Disorders of narcissism - diagnostic, clinical and empirical implications* (s: 327-344). American Psychiatric Press.
- Maltsberger, J. T. (1999). The psychodynamic understanding of suicide. İçinde D. L. Jacobs (Ed.), *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention* (s: 72-82). Jossey-Bass, Inc.
- Maltsberger, J. T. (2004). The descent into suicide. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 85(Pt 3), 653-667. <https://doi.org/10.1516/002075704774200799>
- Maltsberger, J. T., ve Buie, D. H. (1974). Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. *Archives of General Psychiatry*, 30(5), 625-633. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1974.01760110049005>
- Maltsberger, J. T., ve Buie, D. H. (1980). The devices of suicide: Revenge, riddance, and rebirth. *International Review of Psychoanalysis*, 7, 61-72.

- Mammen, P., George, C., ve Tharyan, P. (2001). Questions about reasons for living. *The American Journal of Psychiatry*, 158(8), 1331-1332. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.8.1331-a>
- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., ve Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 181-189. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.2.181>
- Mann, J. J., ve Rizk, M. M. (2020). A brain-centric model of suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, 177(10), 902-916. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20081224>
- Mann, J. J., Arango, V. A., Avenevoli, S., Brent, D. A., Champagne, F. A., Clayton, P., Currier, D., Dougherty, D. M., Haghghi, F., Hodge, S. E., Kleinman, J., Lehner, T., McMahon, F., Mościcki, E. K., Oquendo, M. A., Pandey, G. N., Pearson, J., Stanley, B., Terwilliger, J., ve Wenzel, A. (2009). Candidate endophenotypes for genetic studies of suicidal behavior. *Biological Psychiatry*, 65(7), 556-563. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.11.021>
- Maris, R. W., Berman, A. L., ve Silverman, M. M. (2000). The theoretical component in suicidology. İçinde R. W. Maris, A. L. Berman, & M. M. Silverman (Ed.), *Comprehensive textbook of suicidology* (s: 26-61). Guilford Press.
- Marušič, A. (2004). Toward a new definition of suicidality: Are we prone to Fregoli's illusion? *Crisis*, 25(4), 145-146. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.25.4.145>
- Maser, J. D., Akiskal, H. S., Schettler, P., Scheftner, W., Mueller, T., Endicott, J., Solomon, D., ve Clayton, P. (2002). Can temperament identify affectively ill patients who engage in lethal or near-lethal suicidal behavior? A 14-year prospective study. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 32(1), 10-32. <https://doi.org/10.1521/suli.32.1.10.22183>
- Masocco, M., Pompili, M., Vichi, M., Vanacore, N., Lester, D., ve Tatarelli, R. (2008). Suicide and marital status in Italy. *The Psychiatric Quarterly*, 79(4), 275-285. <https://doi.org/10.1007/s11126-008-9072-4>
- Matel-Anderson, D. M., Bekhet, A. K., ve Garnier-Villarreal, M. (2019). Mediating effects of positive thinking and social support on suicide resilience. *Western Journal of Nursing Research*, 41(1), 25-41. <https://doi.org/10.1177/0193945918757988>

- Mather, A. S., Rodriguez, C., Guthrie, M. F., McHarg, A. M., Reid, I. C., ve McMurdo, M. E. T. (2002). Effects of exercise on depressive symptoms in older adults with poorly responsive depressive disorder: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 180, 411-415. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.5.411>
- Mavroeidis, G., Basta, M., Vgontzas, A., Karademas, E., Simos, P., ve Koutra, K. (2023). Early maladaptive schema domains and suicide risk in major depressive disorder: The mediating role of patients' illness-related self-regulation processes and symptom severity. *Current Psychology*, 1-15. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04682-2>
- Mayo, D. J. (1992). What is being predicted?: The definition of "suicide". İçinde R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltzberger, & R. I. Yufit (Ed.), *Assessment and prediction of suicide* (s: 88-101). Guilford.
- McCarthy, M. C., ve Lumley, M. N. (2012). Sources of emotional maltreatment and the differential development of unconditional and conditional schemas. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41(4), 288-297. <https://doi.org/10.1080/16506073.2012.676669>
- McClatchey, K., Murray, J., Chouliara, Z., ve Rowat, A. (2019). Protective factors of suicide and suicidal behavior relevant to emergency healthcare settings: A systematic review and narrative synthesis of post-2007 reviews. *Archives of Suicide Research*. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13811118.2018.1480983>
- McIntosh, J. L. (1992). Methods of suicide. İçinde R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltzberger, & R. I. Yufit (Ed.), *Assessment and prediction of suicide* (s: 381-417). Guilford Press.
- McKnight, P. E., ve Kashdan, T. B. (2009). Purpose in life as a system that creates and sustains health and well-being: An integrative, testable theory. *Review of General Psychology*, 13(3), 242-251. <https://doi.org/10.1037/a0017152>
- Meadows, L. A., Kaslow, N. J., Thompson, M. P., ve Jurkovic, G. J. (2005). Protective factors against suicide attempt risk among African American women experiencing intimate partner violence. *American Journal of Community Psychology*, 36(1-2), 109-121. <https://doi.org/10.1007/s10464-005-6236-3>

- Melhem, N. M., Brent, D. A., Ziegler, M., Iyengar, S., Kolko, D., Oquendo, M., Birmaher, B., Burke, A., Zelazny, J., Stanley, B., ve Mann, J. J. (2007). Familial pathways to early-onset suicidal behavior: familial and individual antecedents of suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, *164*(9), 1364-1370. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06091522>
- Menninger, K. (1938). *Man against himself*. Harcourt, Brace & World.
- Menon, V. (2013). Suicide risk assessment and formulation: An update. *Asian Journal of Psychiatry*, *6*(5), 430-435. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2013.07.005>
- Merriam-Webster. (2022). Para. İçinde *Merriam-Webster.com dictionary*.
- Merton, R. K. (1957). *Social theory and social structure*. Free Press.
- Meyer, C. L., Irani, T. H., Hermes, K. A., ve Yung, B. (2017). Protective factors and resilience. İçinde *Explaining suicide* (s: 185-199). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-809289-7.00009-9>
- Miranda, R., Gallagher, M., Bauchner, B., Vaysman, R., ve Marroquín, B. (2012). Cognitive inflexibility as a prospective predictor of suicidal ideation among young adults with a suicide attempt history. *Depression and Anxiety*, *29*(3), 180-186. <https://doi.org/10.1002/da.20915>
- Miranda, R., ve Nolen-Hoeksema, S. (2007). Brooding and reflection: Rumination predicts suicidal ideation at 1-year follow-up in a community sample. *Behaviour Research and Therapy*, *45*(12), 3088-3095. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.07.015>
- Miranda, R., Scott, M., Hicks, R., Wilcox, H. C., Harris Munfakh, J. L., ve Shaffer, D. (2008). Suicide attempt characteristics, diagnoses, and future attempts: Comparing multiple attempters to single attempters and ideators. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *47*(1), 32-40. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31815a56cb>
- Mirkovic, B., Laurent, C., Podlipski, M.-A., Frebourg, T., Cohen, D., ve Gerardin, P. (2016). Genetic association studies of suicidal behavior: A review of the past 10 years, progress, limitations, and future directions. *Frontiers in Psychiatry*, *7*, 158. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00158>

- Mishra, P., Pandey, C. M., Singh, U., Gupta, A., Sahu, C., ve Keshri, A. (2019). Descriptive Statistics and Normality Tests for Statistical Data. *Annals of Cardiac Anaesthesia*, 22(1), 67-72. https://doi.org/10.4103/aca.ACA_157_18
- Mittendorfer-Rutz, E., Rasmussen, F., ve Wasserman, D. (2008). Familial clustering of suicidal behaviour and psychopathology in young suicide attempters. A register-based nested case control study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(1), 28-36. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0266-0>
- Mohammadkhani, P., Khanipour, H., Azadmehr, H., Mobramm, A., ve Naseri, E. (2015). Trait mindfulness, reasons for living and general symptom severity as predictors of suicide probability in males with substance abuse or dependence. *Iranian Journal of Psychiatry*, 10(1), 56-63.
- Moksony, F. (1990). Ecological analysis of suicide: Problems and prospects. İçinde D. Lester (Ed.), *Current concepts of suicide* (s: 121-138).
- Moody, C., ve Smith, N. G. (2013). Suicide protective factors among trans adults. *Archives of Sexual Behavior*, 42(5), 739-752. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0099-8>
- Morrison, A. P. (1994). The breadth and boundaries of a self-psychological immersion in shame: A one-and-a-half-person perspective. *Psychoanalytic Dialogues*, 4(1), 19-35. <https://doi.org/10.1080/10481889409539003>
- Morrison, L. L., ve Downey, D. L. (2000). Racial differences in self-disclosure of suicidal ideation and reasons for living: Implications for training. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 6(4), 374-386. <https://doi.org/10.1037/1099-9809.6.4.374>
- Morrison, R., ve O'Connor, R. C. (2008). A systematic review of the relationship between rumination and suicidality. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 38(5), 523-538. <https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.5.523>
- Motto, J. A. (1989). Problems in suicide risk assessment. İçinde D. G. Jacobs & H. N. Brown (Ed.), *Suicide: Understanding and responding* (s: 129-142). International Universities Press.
- Motto, J. A., Heilbrun, D., ve Juster, R. (1985). Development of a clinical instrument to estimate suicide risk. *American Journal of Psychiatry*, 142(6), 680-686. <https://doi.org/10.1176/ajp.142.6.680>

- Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E., ve Herbison, G. P. (1993). Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 163, 721-732. <https://doi.org/10.1192/bjp.163.6.721>
- Murray, H. A. (1938). *Explorations in personality*. Oxford University Press.
- Murray, J. E. (2000). Marital protection and marital selection: Evidence from a historical-prospective sample of American men. *Demography*, 37(4), 511-521. <https://doi.org/10.1353/dem.2000.0010>
- Naghavi, M., ve Collaborators, G. B. of D. S.-H. (2019). Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: Systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *BMJ: British Medical Journal*, 364. <https://www.jstor.org/stable/26957908>
- Najmi, S., Wegner, D. M., ve Nock, M. K. (2007). Thought suppression and self-injurious thoughts and behaviors. *Behaviour Research and Therapy*, 45(8), 1957-1965. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.09.014>
- Naroll, R. (1969). Cultural determinants and the concept of the sick society. İçinde S. C. Plog & R. B. Edgerton (Ed.), *Changing perspectives in mental illness*. Hol, Rinehart & Winston.
- Narrow, W. E., Clarke, D. E., Kuramoto, S. J., Kraemer, H. C., Kupfer, D. J., Greiner, L., ve Regier, D. A. (2013). Dsm-5 field trials in the United States and Canada, part III: Development and reliability testing of a cross-cutting symptom assessment for DSM-5. *American Journal of Psychiatry*, 170(1), 71-82. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12071000>
- National Institute of Mental Health. (2015). *Risk factors and warning signs of suicide*. <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/suicide-faq/index.shtml> ve <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/suicide-prevention/suicide-prevention-studies/warning-signs-of-suicide.shtml>
- Nestadt, P. S., Triplett, P., Mojtabai, R., ve Berman, A. L. (2020). Universal screening may not prevent suicide. *General Hospital Psychiatry*, 63, 14-15. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2018.06.006>

- Nişancı, Z. (2023). *Sayılarla Türkiye’de inanç ve dindarlık*. International Institute of Islamic Thought. <https://iiit.org/wp-content/uploads/Turkish-Faith-and-Religiosity-in-T%C3%BCrkiye.pdf>
- Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N. A., ve Kessler, R. C. (2010). Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15(8), 868-876. <https://doi.org/10.1038/mp.2009.29>
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., ve Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 133. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., Bruffaerts, R., Chiu, W. T., de Girolamo, G., Gluzman, S., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E., Kessler, R. C., Lepine, J. P., Levinson, D., Medina-Mora, M. E., ... Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 192(2), 98-105. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040113>
- Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N., Kessler, R. C., Angermeyer, M., Beautrais, A., Borges, G., Bromet, E., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Hu, C., Huang, Y., Karam, E. G., Kawakami, N., Kovess, V., ... Williams, D. R. (2009). Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: Findings from the who world mental health surveys. *PLoS Medicine*, 6(8), e1000123. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000123>
- Nordahl, H. M., Holthe, H., ve Haugum, J. A. (2005). Early maladaptive schemas in patients with or without personality disorders: Does schema modification predict symptomatic relief? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12(2), 142-149. <https://doi.org/10.1002/cpp.430>
- O’Carroll, P. W., Berman, A. L., Maris, R. W., Moscicki, E. K., Tanney, B. L., ve Silverman, M. M. (1996). Beyond the tower of babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide & life-threatening behavior*, 26(3), 237-252. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1996.tb00609.x>

- O'Connor, R. C. (2007). The relations between perfectionism and suicidality: A systematic review. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 37(6), 698-714. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.6.698>
- O'Connor, R. C. (2011). The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. *Crisis*, 32(6), 295-298. <https://doi.org/2021031609285400131>
- O'Connor, R. C., Rasmussen, S., Miles, J., ve Hawton, K. (2009). Self-harm in adolescents: Self-report survey in schools in Scotland. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 194(1), 68-72. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.047704>
- O'Connor, R. C., ve Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754). <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>
- O'Connor, R. C., ve Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet. Psychiatry*, 1(1), 73-85. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70222-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70222-6)
- O'Connor, R. C., Smyth, R., Ferguson, E., Ryan, C., ve Williams, J. M. G. (2013). Psychological processes and repeat suicidal behavior: A four-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(6), 1137-1143. <https://doi.org/10.1037/a0033751>
- OECD. (2023). *Suicide rates (indicator)*. OECD. <http://data.oecd.org/healthstat/suicide-rates.htm>
- Øien-Ødegaard, C., Hauge, L. J., ve Reneflot, A. (2021). Marital status, educational attainment, and suicide risk: A Norwegian register-based population study. *Population Health Metrics*, 19(1), 33. <https://doi.org/10.1186/s12963-021-00263-2>
- Olfson, M., Blanco, C., Wall, M., Liu, S.-M., Saha, T. D., Pickering, R. P., ve Grant, B. F. (2017). National trends in suicide attempts among adults in the United States. *JAMA Psychiatry*, 74(11), 1095-1103. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2582>
- Oliffe, J. L., Ogrodniczuk, J. S., Bottorff, J. L., Johnson, J. L., ve Hoyak, K. (2012). "You feel like you can't live anymore": Suicide from the perspectives of

- Canadian men who experience depression. *Social Science & Medicine*, 74(4), 506-514. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.03.057>
- O'Mahony, S., Goulet, J., Kornblith, A., Abbatiello, G., Clarke, B., Kless-Siegel, S., Breitbart, W., ve Payne, R. (2005). Desire for hastened death, cancer pain and depression: Report of a longitudinal observational study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 29(5), 446-457. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2004.08.010>
- Oquendo, M. A., Baca-García, E., Mann, J. J., ve Giner, J. (2008). Issues for DSM-V: Suicidal behavior as a separate diagnosis on a separate axis. *The American Journal of Psychiatry*, 165(11), 1383-1384. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08020281>
- Oquendo, M. A., Dragatsi, D., Harkavy-Friedman, J., Dervic, K., Currier, D., Burke, A. K., Grunebaum, M. F., ve Mann, J. J. (2005). Protective factors against suicidal behavior in Latinos. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 193(7), 438-443. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000168262.06163.31>
- Orbach, I., Mikulincer, M., Stein, D., ve Cohen, O. (1998). Self-representation of suicidal adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(3), 435-439. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.107.3.435>
- Orbach, I., Mikulincer, M., King, R., Cohen, D., ve Stein, D. (1997). Thresholds and tolerance of physical pain in suicidal and nonsuicidal adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(4), 646-652. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.65.4.646>
- O'Reilly, D., Rosato, M., Connolly, S., ve Cardwell, C. (2008). Area factors and suicide: 5-year follow-up of the Northern Ireland population. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 192(2), 106-111. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040360>
- Ornell, F., Schuch, J. B., Sordi, A. O., ve Kessler, F. H. P. (2020). "Pandemic fear" and COVID-19: Mental health burden and strategies. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42(3), 232-235. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0008>
- Ortiz, P., ve Khin, E. K. (2018). Traditional and new media's influence on suicidal behavior and contagion. *Behavioral Sciences & the Law*, 36(2), 245-256. <https://doi.org/10.1002/bsl.2338>

- Osafo, J., Hjelmeland, H., Akotia, C. S., ve Knizek, B. L. (2011). The meanings of suicidal behaviour to psychology students in Ghana: A qualitative approach. *Transcultural Psychiatry*, 48(5), 643-659. <https://doi.org/10.1177/1363461511417319>
- Osman, A., Gutierrez, P. M., Muehlenkamp, J. J., Dix-Richardson, F., Barrios, F. X., ve Kopper, B. A. (2004). Suicide Resilience Inventory-25: Development and preliminary psychometric properties. *Psychological Reports*, 94(3 Pt 2), 1349-1360. <https://doi.org/10.2466/pr0.94.3c.1349-1360>
- Owusu-Ansah, F. E. (2008). Control perceptions and control appraisal: Relation to measures of subjective well-being. *Ghana Medical Journal*, 42(2), 61-67.
- Owusu-Ansah, F. E., Addae, A. A., Peasah, B. O., Opong Asante, K., ve Osafo, J. (2020). Suicide among university students: Prevalence, risks and protective factors. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 8(1), 220-233. <https://doi.org/10.1080/21642850.2020.1766978>
- Oyama, H., Sakashita, T., Hojo, K., Watanabe, N., Takizawa, T., Sakamoto, S., Takizawa, S., Tasaki, H., ve Tanaka, E. (2010). A community-based survey and screening for depression in the elderly: The short-term effect on suicide risk in Japan. *Crisis*, 31(2), 100-108. <https://doi.org/2021031609281100303>
- Paashaus, L., Forkmann, T., Glaesmer, H., Juckel, G., Rath, D., Schönfelder, A., Engel, P., ve Teismann, T. (2019). Do suicide attempters and suicide ideators differ in capability for suicide? *Psychiatry Research*, 275, 304-309. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.03.038>
- Packman, W. L., Marlitt, R. E., Bongar, B., ve Pennuto, T. O. (2004). A comprehensive and concise assessment of suicide risk. *Behavioral Sciences & the Law*, 22(5), 667-680. <https://doi.org/10.1002/bsl.610>
- Palmer, B. A., Pankratz, V. S., ve Bostwick, J. M. (2005). The lifetime risk of suicide in schizophrenia: A reexamination. *Archives of General Psychiatry*, 62(3), 247-253. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.3.247>
- Parra-Uribe, I., Blasco-Fontecilla, H., Garcia-Parés, G., Martínez-Naval, L., Valero-Coppin, O., Cebrià-Meca, A., Oquendo, M. A., ve Palao-Vidal, D. (2017). Risk of re-attempts and suicide death after a suicide attempt: A survival analysis. *BMC Psychiatry*, 17(1), 163. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1317-z>

- Payne, S., Swami, V., ve Stanistreet, D. L. (2008). The social construction of gender and its influence on suicide: A review of the literature. *Journal of Men's Health*, 5(1), 23-35. <https://doi.org/10.1016/j.jomh.2007.11.002>
- Pettit, J. W., Temple, S. R., Norton, P. J., Yaroslavsky, I., Grover, K. E., Morgan, S. T., ve Schatte, D. J. (2009). Thought suppression and suicidal ideation: Preliminary evidence in support of a robust association. *Depression and Anxiety*, 26(8), 758-763. <https://doi.org/10.1002/da.20512>
- Pfeffer, C. R. (1981). Suicidal behavior of children: A review with implications for research and practice. *The American Journal of Psychiatry*, 138(2), 154-159. <https://doi.org/10.1176/ajp.138.2.154>
- Pfefferbaum, B., ve North, C. S. (2020). Mental health and the COVID-19 pandemic. *New England Journal of Medicine*, 383(6), 510-512. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017>
- Philipsen, A., Lam, A. P., Breit, S., Lücke, C., Müller, H. H., ve Matthies, S. (2017). Early maladaptive schemas in adult patients with attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 9(2), 101-111. <https://doi.org/10.1007/s12402-016-0211-8>
- Phillips, D. P. (1974). The influence of suggestion on suicide: Substantive and theoretical implications of the werther effect. *American Sociological Review*, 39(3), 340-354. <https://doi.org/10.2307/2094294>
- Piaget, J. (1926). *The language and thought of the child* (s: xxiii, 246). Harcourt, Brace.
- Pilkington, P., Younan, R., ve Bishop, A. (2021). Early maladaptive schemas, suicidal ideation, and self-harm: A meta-analytic review. *Journal of Affective Disorders Reports*, 3, 100051. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2020.100051>
- Pilkington, P. D., Bishop, A., ve Younan, R. (2021). Adverse childhood experiences and early maladaptive schemas in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(3), 569-584. <https://doi.org/10.1002/cpp.2533>
- Pincus, A. L., Ansell, E. B., Pimentel, C. A., Cain, N. M., Wright, A. G. C., ve Levy, K. N. (2009). Initial construction and validation of the Pathological Narcissism

- Inventory. *Psychological Assessment*, 21(3), 365-379.
<https://doi.org/10.1037/a0016530>
- Pinto, A., Whisman, M. A., ve Conwell, Y. (1998). Reasons for living in a clinical sample of adolescents. *Journal of Adolescence*, 21(4), 397-405.
<https://doi.org/10.1006/jado.1998.0173>
- Pirkis, J., ve Nordentoft, M. (2011). Media influences on suicide and attempted suicide. İçinde R. C. O'Connor & J. Gordon (Ed.), *International handbook of suicide prevention: Research, policy and practice* (s: 531-544). John Wiley & Sons.
- Pirkis, J., John, A., Shin, S., DelPozo-Banos, M., Arya, V., Analuisa-Aguilar, P., Appleby, L., Arensman, E., Bantjes, J., Baran, A., Bertolote, J. M., Borges, G., Brečić, P., Caine, E., Castelpietra, G., Chang, S.-S., Colchester, D., Crompton, D., Curkovic, M., ... Spittal, M. J. (2021). Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *The Lancet Psychiatry*, 8(7), 579-588.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00091-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00091-2)
- Platt, S. (1985). Measuring the burden of psychiatric illness on the family: An evaluation of some rating scales. *Psychological Medicine*, 15(2).
<https://doi.org/10.1017/s0033291700023680>
- Platt, S., Bille-Brahe, U., Kerkhof, A., Schmidtke, A., Bjerke, T., Crepet, P., Leo, D. D., Haring, C., Lonqvist, J., Michel, K., Philippe, A., Pommereau, X., Querejeta, I., Salander-Renberg, E., Temesvary, B., Wasserman, D., ve Faria, J. S. (1992). Parasiticide in Europe: the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85(2), 97-104. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1992.tb01451.x>
- Plunkett, A., O'Toole, B., Swanston, H., Oates, R. K., Shrimpton, S., ve Parkinson, P. (2001). Suicide risk following child sexual abuse. *Ambulatory Pediatrics: The Official Journal of the Ambulatory Pediatric Association*, 1(5), 262-266.
[https://doi.org/10.1367/1539-4409\(2001\)001<0262:srfcsa>2.0.co;2](https://doi.org/10.1367/1539-4409(2001)001<0262:srfcsa>2.0.co;2)

- Pollock, N. J., Naicker, K., Loro, A., Mulay, S., ve Colman, I. (2018). Global incidence of suicide among Indigenous peoples: A systematic review. *BMC Medicine*, *16*(1), 145. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1115-6>
- Posner, K., Oquendo, M. A., Gould, M., Stanley, B., ve Davies, M. (2007). Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *American Journal of Psychiatry*, *164*(7), 1035-1043. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.7.1035>
- Pyke, K. D. (1996). Class-based masculinities: The interdependence of gender, class, and interpersonal power. *Gender & Society*, *10*(5), 527-549. <https://doi.org/10.1177/089124396010005003>
- Qin, P., Agerbo, E., ve Mortensen, P. B. (2003). Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *The American Journal of Psychiatry*, *160*(4), 765-772. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.4.765>
- Rachman, S. (1990). *Fear and courage* (2nd ed). W.H. Freeman.
- Range, L. M., Leach, M. M., McIntyre, D., Posey-Deters, P. B., Marion, M. S., Kovac, S. H., Baños, J. H., ve Vigil, J. (1999). Multicultural perspectives on suicide. *Aggression and Violent Behavior*, *4*(4), 413-430. [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(98\)00022-6](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(98)00022-6)
- Rasic, D. T., Belik, S.-L., Bolton, J. M., Chochinov, H. M., ve Sareen, J. (2008). Cancer, mental disorders, suicidal ideation and attempts in a large community sample. *Psycho-Oncology*, *17*(7), 660-667. <https://doi.org/10.1002/pon.1292>
- Rasmussen, K. A., Sligh, M. L., Wingate, L. R., Davidson, C. L., ve Grant, D. M. (2012). Can perceived burdensomeness explain the relationship between suicide and perfectionism? *Suicide & Life-Threatening Behavior*, *42*(2), 121-128. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2011.00074.x>
- Ream, G. L. (2019). What's unique about lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) youth and young adult suicides? Findings from the national violent death reporting system. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication*

- of the Society for Adolescent Medicine, 64(5), 602-607.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.10.303>
- Reinhard, S. C. (1994). Living with mental illness: Effects of professional support and personal control on caregiver burden. *Research in Nursing & Health*, 17(2), 79-88. <https://doi.org/10.1002/nur.4770170203>
- Renner, F., Lobbestael, J., Peeters, F., Arntz, A., ve Huibers, M. (2012). Early maladaptive schemas in depressed patients: Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 581-590. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.10.027>
- Ribeiro, J. D., Huang, X., Fox, K. R., ve Franklin, J. C. (2018). Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: meta-analysis of longitudinal studies. *The British Journal of Psychiatry*, 212(5), 279-286. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.27>
- Ribeiro, J. D., Bodell, L. P., Hames, J. L., Hagan, C. R., ve Joiner, T. E. (2013). An empirically based approach to the assessment and management of suicidal behavior. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23, 207-221. <https://doi.org/10.1037/a0031416>
- Ribeiro, J. D., Witte, T. K., Van Orden, K. A., Selby, E. A., Gordon, K. H., Bender, T. W., ve Joiner, T. E. (2014). Fearlessness about death: The psychometric properties and construct validity of the revision to the Acquired Capability for Suicide Scale. *Psychological Assessment*, 26, 115-126. <https://doi.org/10.1037/a0034858>
- Ribeiro, J. D., Bender, T. W., Buchman, J. M., Nock, M. K., Rudd, M. D., Bryan, C. J., Lim, I. C., Baker, M. T., Knight, C., Gutierrez, P. M., ve Joiner, T. E. (2015). An investigation of the interactive effects of the capability for suicide and acute agitation on suicidality in a military sample. *Depression and Anxiety*, 32(1), 25-31. <https://doi.org/10.1002/da.22240>
- Ribeiro, J. D., Franklin, J. C., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Chang, B. P., ve Nock, M. K. (2016). Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 46(2), 225-236. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001804>

- Richardson-Vejlgaard, R., Sher, L., Oquendo, M. A., Lizardi, D., ve Stanley, B. (2009). Objections to suicide among depressed patients with alcohol use disorders. *Journal of Affective Disorders*, 117(3), 197-201. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.01.005>
- Richman, J. (1978). Symbiosis, empathy, suicidal behavior, and the family. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 8(3), 139-149.
- Richman, J. (1980). Suicide and infantile fixations. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 10(1), 3-9. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1980.tb00692.x>
- Roediger, E., Stevens, B. A., ve Brockman, R. (2018). *Contextual schema therapy: An integrative approach to personality disorders, emotional dysregulation, and interpersonal functioning* (s: viii, 298). New Harbinger Publications.
- Rogers, J. R., Gueulette, C. M., Abbey-Hines, J., Carney, J. V., ve Werth, J. L. (2001). Rational suicide: An empirical investigation of counselor attitudes. *Journal of Counseling & Development*, 79(3), 365-372. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2001.tb01982.x>
- Ronningstam, E. F., ve Maltzberger, J. T. (1998). Pathological narcissism and sudden suicide-related collapse. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 28(3), 261-271.
- Ronningstam, E., Weinberg, I., ve Maltzberger, J. T. (2021). Psychoanalytic theories of suicide: Historical overview, empirical evidence, and clinical applications. İçinde D. Wasserman (Ed.), *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention* (2. bs, s: 147-157). Oxford University Press.
- Rose, L. E. (1997). Caring for Caregivers: Perceptions of Social Support. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 35(2), 17-24. <https://doi.org/10.3928/0279-3695-19970201-20>
- Rosenberg, M. L. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
- Rosenberg, M. L., Davidson, L. E., Smith, J. C., Berman, A. L., Buzbee, H., Gantner, G., Gay, G. A., Moore-Lewis, B., Mills, D. H., Murray, D., O'Carroll, P. W., ve Jobes, D. (1988). Operational criteria for the determination of suicide. *Journal of Forensic Sciences*, 33(6). <https://doi.org/10.1520/jfs12589j>

- Rosenfeld, H. (1971). A clinical approach to the psychoanalytic theory of the life and death instincts: An investigation into the aggressive aspects of narcissism. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 52(2), 169-178.
- Roxborough, H. M., Hewitt, P. L., Kaldas, J., Flett, G. L., Caelian, C. M., Sherry, S., ve Sherry, D. L. (2012). Perfectionistic self-presentation, socially prescribed perfectionism, and suicide in youth: A test of the perfectionism social disconnection model. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(2), 217-233. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.00084.x>
- Roy, A., Sarchiapone, M., ve Carli, V. (2007). Low resilience in suicide attempters. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 11(3), 265-269. <https://doi.org/10.1080/13811110701403916>
- Rudd, M. D. (2000a). Integrating science into the practice of clinical suicidology: A review of the psychotherapy literature and a research agenda for the future. İçinde R. W. Maris, S. S. Canetto, J. L. McIntosh, & M. M. Silverman (Ed.), *Review of suicidology* (s: 49-83). Guilford.
- Rudd, M. D. (2000b). The Suicidal Mode: A Cognitive-Behavioral Model of Suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30(1), 18-33. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2000.tb01062.x>
- Rudd, M. D. (2006a). Fluid vulnerability theory: A cognitive approach to understanding the process of acute and chronic suicide risk. İçinde *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy* (s: 355-368). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11377-016>
- Rudd, M. D. (2006b). *The assessment and management of suicidology*. Professional Resource Press.
- Rudd, M. D., Joiner, T. E., ve Rajab, M. H. (2001). *Treating suicidal behavior: An effective, time-limited approach*. Guilford Press.
- Rudd, M. D., Ellis, T. E., Rajab, M. H., ve Wehrly, T. (2000). Personality types and suicidal behavior: An exploratory study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30(3), 199-212. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2000.tb00986.x>

- Runeson, B., ve Asberg, M. (2003). Family history of suicide among suicide victims. *The American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1525-1526. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1525>
- Rutter, P. A., Freedenthal, S., ve Osman, A. (2008). Assessing protection from suicidal risk: Psychometric properties of the suicide resilience inventory. *Death Studies*, 32(2), 142-153. <https://doi.org/10.1080/07481180701801295>
- Sabbath, J. C. (1969). The suicidal adolescent—the expendable child. İçinde J. T. Maltzberger & M. J. Goldblatt (Ed.), *Essential papers on suicide* (s: 185-199). New York University Press.
- Saldias, A., Power, K., Gillanders, D. T., Campbell, C. W., ve Blake, R. A. (2013). The mediatory role of maladaptive schema modes between parental care and non-suicidal self-injury. *Cognitive Behaviour Therapy*, 42(3), 244-257. <https://doi.org/10.1080/16506073.2013.781671>
- Sami, Ş. (2014). Kâmûs-i Türkî. İçinde R. Gündoğdu, N. Adıgüzel, & E. F. Önal (Ed.), *Kâmûs-i Türkî* (s: 134). İdeal Yayıncılık.
- Schechter, M., Goldblatt, M. J., Ronningstam, E., ve Herbstman, B. (2022). The psychoanalytic study of suicide, part I: An integration of contemporary theory and research. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 70(1), 103-137. <https://doi.org/10.1177/00030651221086622>
- Schechter, M., Lineberry, T. W., Goldblatt, M. J., ve Maltzberger, J. T. (2011). Self-harming behavior and suicidality: Suicide risk assessment. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41(2), 227-234. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2011.00004.x>
- Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E., ve Telch, M. J. (1995). The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 19(3), 295-321. <https://doi.org/10.1007/BF02230402>
- Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., DeLeo, D., ve Kerkhof, A. (2004). Suicidal behaviour in Europe: Results from the WHO/EURO multicentre study on suicidal behaviour. İçinde *Suicidal behaviour in Europe: Results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour*.

- Schneidman, E. (1985). *Definition of suicide*. Regina Ryan Publishing Enterprises, Inc.
- Schneidman, E. (1996). *The suicidal mind*. Oxford University Press.
- Schrijvers, D. L., Bollen, J., ve Sabbe, B. G. C. (2012). The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *Journal of Affective Disorders*, 138(1-2), 19-26. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.03.050>
- Seyhan, B. Y. (2014). Üniversite öğrencilerinde Tanrı tasavvuru ve psikolojik iyi olma hali arasındaki ilişkiler. *Cumhuriyet Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 18(1), Article 1. <https://doi.org/10.18505/cuifd.254637>
- Shea, S. C. (2011). *The practical art of suicide assessment: A guide for mental health professionals and substance abuse counselors* (Illustrated edition). Mental Health Presses.
- Sher, L. (2004). Preventing suicide. *QJM: An International Journal of Medicine*, 97, 677-680. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hch106>
- Sher, L. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM: An International Journal of Medicine*, 113(10), 707-712. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa202>
- Shneidman, E. S. (1993). Commentary: Suicide as psychache. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(3), 145. <https://doi.org/10.1097/00005053-199303000-00001>
- Silverman, M. M. (2006). The language of suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(5), 519-532. <https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.5.519>
- Silverman, M. M., ve Berman, A. L. (2014a). Suicide risk assessment and risk formulation part I: A focus on suicide ideation in assessing suicide risk. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 44(4), 420-431. <https://doi.org/10.1111/sltb.12065>
- Silverman, M. M., ve Berman, A. L. (2014b). Training for suicide risk assessment and suicide risk formulation. *Academic Psychiatry*, 38(5), 526-537. <https://doi.org/10.1007/s40596-014-0200-1>
- Silverman, M. M., ve De Leo, D. (2016). Why there is a need for an international nomenclature and classification system for suicide? *Crisis*, 37(2), 83-87. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000419>

- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., ve Joiner, T. E. (2007a). Rebuilding the tower of babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 264-277. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.264>
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., ve Joiner, T. E. (2007b). Rebuilding the tower of babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 248-263. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.248>
- Silverman, M. M., ve Maris, R. W. (1995). The prevention of suicidal behaviors: An overview. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25(1). <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1995.tb00389.x>
- Simon, R. I. (2002). Suicide risk assessment: What is the standard of care? *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 30, 340-344.
- Simon, R. I. (2006). Patient safety versus freedom of movement: Coping with uncertainty. İçinde R. I. Simon & R. E. Hales (Ed.), *The American Psychiatric Publishing textbook of suicide assessment and management* (s: 423-439). American Psychiatric Publishing.
- Simon, R. I. (2008). Behavioral risk assessment of the guarded suicidal patient. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 38(5), 517-522. <https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.5.517>
- Simpson, S. G., Pietrabissa, G., Rossi, A., Seychell, T., Manzoni, G. M., Munro, C., Nesci, J. B., ve Castelnuovo, G. (2018). Factorial structure and preliminary validation of the Schema Mode Inventory for eating disorders (SMI-ED). *Frontiers in Psychology*, 9, 600. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00600>
- Sinclair, L., ve Leach, R. (2017). Exploring thoughts of suicide. *BMJ*, j1128. <https://doi.org/10.1136/bmj.j1128>
- Sisask, M., Värnik, A., Kõlves, K., Konstabel, K., ve Wasserman, D. (2008). Subjective psychological well-being (WHO-5) in assessment of the severity of suicide attempt. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(6), 431-435. <https://doi.org/10.1080/08039480801959273>

- Skogman, K., Alsén, M., ve Ojehagen, A. (2004). Sex differences in risk factors for suicide after attempted suicide-a follow-up study of 1052 suicide attempters. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(2), 113-120. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0709-9>
- Smith, A. R., Ribeiro, J. D., Mikolajewski, A., Taylor, J., Joiner, T. E., ve Iacono, W. G. (2012). An examination of environmental and genetic contributions to the determinants of suicidal behavior among male twins. *Psychiatry Research*, 197(1), 60-65. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.01.010>
- Smith, P. N., Cukrowicz, K. C., Poindexter, E. K., Hobson, V., ve Cohen, L. M. (2010). The acquired capability for suicide: A comparison of suicide attempters, suicide ideators, and non-suicidal controls. *Depression and Anxiety*, 27(9), 871-877. <https://doi.org/10.1002/da.20701>
- Snowdon, J. (2018). Differences between patterns of suicide in East Asia and the West. The importance of sociocultural factors. *Asian Journal of Psychiatry*, 37, 106-111. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.08.019>
- Snyder, C. R. (2000). The past and possible futures of hope. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19(1), 11-28. <https://doi.org/10.1521/jscp.2000.19.1.11>
- Sokolowski, M., Wasserman, J., ve Wasserman, D. (2015). An overview of the neurobiology of suicidal behaviors as one meta-system. *Molecular Psychiatry*, 20(1), 56-71. <https://doi.org/10.1038/mp.2014.101>
- Solomon, R. L. (1980). The opponent-process theory of acquired motivation: The costs of pleasure and the benefits of pain. *American Psychologist*, 35(8), 691-712. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.8.691>
- Solomon, R. L., ve Corbit, J. D. (1974). An opponent-process theory of motivation: Temporal dynamics of affect. *Psychological Review*. <https://doi.org/10.1037/h0036128>
- Southwick, S. M., ve Charney, D. S. (2012). The science of resilience: Implications for the prevention and treatment of depression. *Science*, 338(6103), 79-82. <https://doi.org/10.1126/science.1222942>
- Stack, S. (2000). Suicide: A 15-year review of the sociological literature. Part I: cultural and economic factors. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 30(2), 145-162.

- Stanley, B., ve Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*(2), 256-264. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001>
- Stapelberg, N. J. C., Svetlicic, J., Hughes, I., Almeida-Crasto, A., Gae-Atefi, T., Gill, N., Grice, D., Krishnaiah, R., Lindsay, L., Patist, C., Engelen, H. V., Walker, S., Welch, M., Woerwag-Mehta, S., ve Turner, K. (2021). Efficacy of the zero suicide framework in reducing recurrent suicide attempts: cross-sectional and time-to-recurrent-event analyses. *The British Journal of Psychiatry, 219*(2), 427-436. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.190>
- Steele, I. H., Thrower, N., Noroian, P., ve Saleh, F. M. (2018). Understanding Suicide Across the Lifespan: A United States Perspective of Suicide Risk Factors, Assessment & Management. *Journal of Forensic Sciences, 63*(1), 162-171. <https://doi.org/10.1111/1556-4029.13519>
- Steger, M. F., Frazier, P., Oishi, S., ve Kaler, M. (2006). The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology, 53*(1), 80-93. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.1.80>
- Stenager, E. N., ve Stenager, E. (1992). Suicide and patients with neurologic diseases. Methodologic problems. *Archives of Neurology, 49*(12), 1296-1303. <https://doi.org/10.1001/archneur.1992.00530360098025>
- Stepakoff, S. (1998). Effects of sexual victimization on suicidal ideation and behavior in U.S. college women. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 28*(1), 107-126.
- Stockton, J. G., Tucker, R. P., Kleiman, E. M., ve Wingate, L. R. (2016). How does gratitude affect the relationship between positive humor styles and suicide-related outcomes? *Personality and Individual Differences, 102*, 240-244. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.07.016>
- Sueki, H. (2021). What character strengths are protective factors for suicidal ideation?: A cross-sectional study in Japan. *Psychology, Health & Medicine, 26*(6), 745-754. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1758334>
- Sullivan, A. B., ve Miller, D. (2015). Who is taking care of the caregiver? *Journal of Patient Experience, 2*(1), 7-12. <https://doi.org/10.1177/237437431500200103>

- Suominen, K., Isometsä, E., Ostamo, A., ve Lönnqvist, J. (2004). Level of suicidal intent predicts overall mortality and suicide after attempted suicide: A 12-year follow-up study. *BMC Psychiatry*, 4, 11. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-4-11>
- Suominen, K., Isometsä, E., Haukka, J., ve Lönnqvist, J. (2004). Substance use and male gender as risk factors for deaths and suicide-a 5-year follow-up study after deliberate self-harm. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(9), 720-724. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0796-7>
- Swann, A. C. (2013). Activated depression: Mixed bipolar disorder or agitated unipolar depression? *Current Psychiatry Reports*, 15(8), 376. <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0376-1>
- Talevi, D., Socci, V., Carai, M., Carnaghi, G., Faleri, S., Trebbi, E., Bernardo, A., Capelli, F. ve Pacitti F. (2020). Mental health outcomes of the COVID-19 pandemic. *Rivista Di Psichiatria*. <https://doi.org/10.1708/3382.33569>
- Taylor, C. D. J., Bee, P., ve Haddock, G. (2017). Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(3), 456-479. <https://doi.org/10.1111/papt.12112>
- Taylor, P. J., Wood, A. M., Gooding, P., Johnson, J., ve Tarrier, N. (2009). Are defeat and entrapment best defined as a single construct? *Personality and Individual Differences*, 47(7), 795-797. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.06.011>
- Thorndyke, P. W., ve Hayes-Roth, B. (1979). The use of schemata in the acquisition and transfer of knowledge. *Cognitive Psychology*, 11(1), 82-106. [https://doi.org/10.1016/0010-0285\(79\)90005-7](https://doi.org/10.1016/0010-0285(79)90005-7)
- Tidemalm, D., Långström, N., Lichtenstein, P., ve Runeson, B. (2008). Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 337, a2205. <https://doi.org/10.1136/bmj.a2205>
- Tietze, A. (2009). intihar. İçinde *Tarihi ve Etimolojik Türkiye Türkçesi Lugatı* (C. 3, s: 624). Avusturya Bilimler Akademisi Yayınevi.
- Tillman, J. G., Clemence, A. J., Hopwood, C. J., Lewis, K. C., ve Stevens, J. L. (2018). Suicidality in high-risk psychiatric patients: The contribution of protective

factors.

Psychiatry.

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00332747.2017.1296309>

Tolhurst, W. E. (1983). Suicide, self-sacrifice and coercion. *The Southern Journal of Philosophy*, 21(1), 109-121. <https://doi.org/10.1111/j.2041-6962.1983.tb01493.x>

Trevarthen, C. (1982). The primary motives for cooperative understanding. İçinde G. Butterworth & P. Light (Ed.), *Social cognition: Studies of the development of understanding* (s: 77-109). Harvester Press.

Troister, T., Links, P. S., ve Cutcliffe, J. (2008). Review of predictors of suicide within 1 year of discharge from a psychiatric hospital. *Current Psychiatry Reports*, 10(1), 60-65. <https://doi.org/10.1007/s11920-008-0011-8>

Tsai, A. C., Lucas, M., ve Kawachi, I. (2015). Association between social integration and suicide among women in the United States. *JAMA Psychiatry*, 72(10), 987. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.1002>

Tsai, M., Lari, H., Saffy, S., ve Klonsky, E. D. (2021). Examining the Three-step Theory (3ST) of suicide in a prospective study of adult psychiatric inpatients. *Behavior Therapy*, 52(3), 673-685. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.08.007>

Tucker, R. P., Wingate, L. R., O'Keefe, V. M., Mills, A. C., Rasmussen, K., Davidson, C. L., ve Grant, D. M. (2013). Rumination and suicidal ideation: The moderating roles of hope and optimism. *Personality and Individual Differences*, 55(5), 606-611. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.05.013>

Tuçcu, H. (1996). *Normal ve depresif kişilerde çeşitli faktörlere göre intihar olasılığı* [Doktora tezi]. Hacettepe Üniversitesi.

Tuğlacı, P. (1985). Okyanus ansiklopedik sözlük. İçinde *Okyanus Ansiklopedik Sözlük* (C. 3, s: 1226-1227). Cem Yayınları.

Turecki, G., ve Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *Lancet (London, England)*, 387(10024), 1227-1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)

Turvey, C. L., Conwell, Y., Jones, M. P., Phillips, C., Simonsick, E., Pearson, J. L., ve Wallace, R. (2002). Risk factors for late-life suicide: a prospective, community-based study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*:

- Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 10(4), 398-406.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2023a). *Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçları, 2022*. Türkiye İstatistik Kurumu. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2022-49685>
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2023b). *İntihar istatistikleri, 2022*. Türkiye İstatistik Kurumu. <https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=intihar>
- Tyrer, P., Reed, G. M., ve Crawford, M. J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet (London, England)*, 385(9969), 717-726. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61995-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61995-4)
- Uysal, R. U., Akin, A., ve Arslan, N. (2015). Sıkışmış Hissetme Ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Batı Anadolu Eğitim Bilimleri Dergisi*, 6(12), Article 12.
- Uzunbacak, H. H., Erhan, T., Yürük, S. K., ve Gençel, B. (2021). Denetimli serbestlik tedbiri altındaki bireylerin yaşadıkları iş bulma kaygısının sıkışmışlık hissi üzerine etkisi. *Business & Management Studies: An International Journal*, 9(3), Article 3. <https://doi.org/10.15295/bmij.v9i3.1880>
- Valikhani, A., Aflakseir, A., Hashemi, R., Fathi, M., Momeni, H. ve Abbasi, Z. (2017). The relationship between personality characteristics and early maladaptive schema with suicide ideation in Iranian late adolescents. *Practice in Clinical Psychology*, 5(4), 271-280. <https://doi.org/10.29252/nirp.jpccp.5.4.271>
- Van Genderen, H., Rijkeboer, M., ve Arntz, A. (2012). Theoretical model: Schemas, coping styles, and modes. İçinde M. Van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Ed.), *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy* (1. bs, s: 27-40). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781119962830.ch2>
- Van Orden, K. A., Bamonti, P. M., King, D. A., ve Duberstein, P. R. (2012). Does perceived burdensomeness erode meaning in life among older adults? *Aging & Mental Health*, 16(7), 855-860. <https://doi.org/10.1080/13607863.2012.657156>
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Gordon, K. H., Bender, T. W., ve Joiner, T. E. (2008). Suicidal desire and the capability for suicide: Tests of the interpersonal—psychological theory of suicidal behavior among adults. *Journal of Consulting*

- & *Clinical Psychology*, 76(1), 72-83. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.72>
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., ve Joiner, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575-600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>
- Van Orden, K. A., Cukrowicz, K. C., Witte, T. K., ve Joiner, T. E. (2012). Thwarted belongingness and perceived burdensomeness: Construct validity and psychometric properties of the interpersonal needs questionnaire. *Psychological Assessment*, 24(1), 197-215. <https://doi.org/10.1037/a0025358>
- Van Orden, K., Merrill, K., ve Joiner, T. E. (2005). Interpersonal-psychological precursors to suicidal behavior: A theory of attempted and completed suicide. *Current Psychiatry Reviews*, 1(2), 187-196. <https://doi.org/10.2174/1573400054065541>
- Verona, E., Sachs-Ericsson, N., ve Joiner, T. E. (2004). Suicide attempts associated with externalizing psychopathology in an epidemiological sample. *The American Journal of Psychiatry*, 161(3), 444-451. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.3.444>
- Vindegard, N., ve Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior, and Immunity*, 89, 531-542. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>
- Voracek, M., ve Loibl, L. M. (2007). Genetics of suicide: a systematic review of twin studies. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 119(15-16), 463-475. <https://doi.org/10.1007/s00508-007-0823-2>
- Waldron, I., Hughes, M. E., ve Brooks, T. L. (1996). Marriage protection and marriage selection-prospective evidence for reciprocal effects of marital status and health. *Social Science & Medicine* (1982), 43(1), 113-123. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00347-9](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00347-9)
- Wang, M. C., Joel Wong, Y., Tran, K. K., Nyutu, P. N., ve Spears, A. (2013). Reasons for living, social support, and afrocentric worldview: Assessing buffering factors related to black americans' suicidal behavior. *Archives of Suicide Research*, 17(2), 136-147. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.776454>

- Wang, M. C., Richard Lightsey, O., Pietruszka, T., Uruk, A. C., ve Wells, A. G. (2007). Purpose in life and reasons for living as mediators of the relationship between stress, coping, and suicidal behavior. *The Journal of Positive Psychology*, 2(3), 195-204. <https://doi.org/10.1080/17439760701228920>
- Ward-Ciesielski, E. F., ve Linehan, M. M. (2104). Psychological treatment of suicidal behaviors. İçinde M. K. Nock (Ed.), *The Oxford handbook of suicide and self-injury* (s: 367-384). Oxford University Press.
- Wasserman, D., Rihmer, Z., Rujescu, D., Sarchiapone, M., Sokolowski, M., Titelman, D., Zalsman, G., Zemishlany, Z., ve Carli, V. (2012). The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *European Psychiatry*, 27(2), 129-141. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.06.003>
- Wasserman, I. M. (1992). The impact of epidemic, war, prohibition and media on suicide: United States, 1910-1920. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 22(2), 240-254.
- Wedig, M. M., Frankenburg, F. R., Bradford Reich, D., Fitzmaurice, G., ve Zanarini, M. C. (2013). Predictors of suicide threats in patients with borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up. *Psychiatry Research*, 208(3), 252-256. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.05.009>
- Wendler, S., ve Matthews, D. (2006). Cultural competence in suicide risk assessment. İçinde R. I. Simon & R. E. Hales (Ed.), *Textbook of suicide assessment and management* (s: 159-176). American Psychiatric Publishing.
- Wenzel, A. (2012). Modification of core beliefs in cognitive therapy. İçinde I. Reis De Oliveira (Ed.), *Standard and innovative strategies in cognitive behavior therapy*. Intech.
- Wenzel, A., ve Beck, A. T. (2008). A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied and Preventive Psychology*, 12(4), 189-201. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2008.05.001>
- Wenzel, A., Brown, G. K., ve Beck, A. T. (2009). *Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications* (s: viii, 377). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11862-000>

- Whiteside, S. P., ve Abramowitz, J. S. (2004). Obsessive–compulsive symptoms and the expression of anger. *Cognitive Therapy and Research*, 28(2), 259-268. <https://doi.org/10.1023/B:COTR.0000021544.64104.29>
- Whitlock, F. (1986). Suicide and physical illness. İçinde A. Roy (Ed.), *Suicide* (s: 151-170). Lippincott Williams and Wilkins.
- Williams, J. M. G. (1997). *Cry of pain: Understanding suicide and self-harm*. Penguin Books.
- Williams, J. M. G., ve Pollock, L. R. (2001). Psychological aspects of the suicidal process. İçinde K. van Heeringen (Ed.), *Understanding suicidal behaviour: The suicidal process approach to research, treatment and prevention* (s: 76-94). John Wiley & Sons.
- Williams, J. M. G., ve Pollock, L. R. (2008). *The psychology of suicidal behaviour*. 79-93. <https://doi.org/10.1002/9780470698976.ch5>
- Wingate, L. R., Joiner, T. E., Walker, R. L., Rudd, M. D., ve Jobes, D. A. (2004). Empirically informed approaches to topics in suicide risk assessment. *Behavioral Sciences & the Law*, 22(5), 651-665. <https://doi.org/10.1002/bsl.612>
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality* (s: xiv, 194). Penguin.
- WordReference. (2007, Ekim 10). *Trapped vs. stuck?* WordReference. <https://forum.wordreference.com/threads/trapped-vs-stuck.674787/>
- World Population Review. (2023). *Suicide rate by country, 2023*. World Population Review. <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/suicide-rate-by-country>
- Wreen, M. (1988). The definition of suicide. *Social Theory and Practice*, 14(1), 1-23.
- Wu, G., Feder, A., Cohen, H., Kim, J. J., Calderon, S., Charney, D. S., ve Mathé, A. A. (2013). Understanding resilience. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 7. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2013.00010>
- Yalcin, O., Marais, I., Lee, C., ve Correia, H. (2022). Revisions to the Young Schema Questionnaire using rasch analysis: the YSQ-R. *Australian Psychologist*, 57(1), 8-20. <https://doi.org/10.1080/00050067.2021.1979885>
- Yang, B., ve Clum, G. A. (1994). Life stress, social support, and problem-solving skills predictive of depressive symptoms, hopelessness, and suicide ideation in an

- asian student population: A test of a model. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 24(2), 127-139. Scopus. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1994.tb00797.x>
- Yao, Y. S., Chang, W. W., Jin, Y. L., Chen, Y., He, L. P., ve Zhang, L. (2014). Life satisfaction, coping, self-esteem and suicide ideation in Chinese adolescents: A school-based study: Suicide ideation in Chinese adolescents. *Child: Care, Health and Development*, 40(5), 747-752. <https://doi.org/10.1111/cch.12142>
- Yeh, J. Y., Xirasagar, S., Liu, T. C., Li, C. Y., ve Lin, H. C. (2008). Does marital status predict the odds of suicidal death in Taiwan? A seven-year population-based study. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 38(3), 302-310. <https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.3.302>
- Yip, P. S. (1998). Age, sex, marital status and suicide: an empirical study of east and west. *Psychological Reports*, 82(1), 311-322. <https://doi.org/10.2466/pr0.1998.82.1.311>
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (s: xi, 79). Professional Resource Exchange, Inc.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (3. bs). Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.
- Young, J. E. (2012). *Listing of coping responses*. Schema Therapy. <https://www.schematherapy.com/id71.htm>
- Young, J. E., ve Brown, G. (1994). Young schema questionnaire. İçinde *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (2. bs, s: 63-76). Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.
- Young, J. E., ve First, M. (2003). *Schema mode listing*. Schema Therapy. <https://www.schematherapy.com/id72.htm>
- Young, J. E., Klosko, J. S., ve Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. The Guilford Press.
- Young, M. A., Fogg, L. F., Scheftner, W., Fawcett, J., Akiskal, H., ve Maser, J. (1996). Stable trait components of hopelessness: baseline and sensitivity to depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(2), 155-165. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.105.2.155>

- Youssef, N. A., Green, K. T., Beckham, J. C., ve Elbogen, E. B. (2013). A 3-year longitudinal study examining the effect of resilience on suicidality in veterans. *Annals of Clinical Psychiatry: Official Journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 25(1), 59-66.
- Yur'yev, A., Yur'yeva, L., Värnik, P., Lumiste, K., ve Värnik, A. (2015). The complex impact of risk and protective factors on suicide mortality: A study of the ukrainian general population. *Archives of Suicide Research*. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13811118.2015.1004471>
- Zhang, J. (2016). From psychological strain to disconnectedness: A two-factor model theory of suicide. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 37(3), 169-175. <https://doi.org/2021031609173000474>
- Zhang, J. (2019). The strain theory of suicide. *Journal of Pacific Rim Psychology*, 13, e27. <https://doi.org/10.1017/prp.2019.19>
- Zhang, J., Lu, J., Zhao, S., Lamis, D. A., Li, N., Kong, Y., Jia, C., Zhou, L., ve Ma, Z. (2014). Developing the Psychological Strain Scales (PSS): Reliability, validity, and preliminary hypothesis tests. *Social Indicators Research*, 115(1), 337-361. <https://doi.org/10.1007/s11205-012-0222-6>
- Zhang, Y., Law, C. K., ve Yip, P. S. F. (2011). Psychological factors associated with the incidence and persistence of suicidal ideation. *Journal of Affective Disorders*, 133(3), 584-590. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.05.003>

EKLER

Ek 1: Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 24.01.2022-114



FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU KARARI

| | | | |
|--------------|------------|--------------|-------|
| Karar Tarihi | 06/01/2022 | Karar Sayısı | 11/05 |
|--------------|------------|--------------|-------|

KURUL ÜYELERİ

Prof. Dr. Fahameddin BAŞAR / Rektör Yardımcısı - Başkan
Prof. Dr. Erol KILIÇ / Güzel Sanatlar Fakültesi-Dekan- Üye
Prof. Dr. Esra AKGÜL / MYO- Müdür- Üye
Prof. Dr. Hasan BACANLI / Eğitim Fakültesi-Üye
Prof. Dr. Mustafa ALTUNDAĞ/ İslami İlimler Fakültesi-Dekan - Üye
Prof. Dr. Nihat ÖZTOPRAK / Edebiyat Fakültesi - Üye
Prof. Dr. Sefa SAYGILI/ Edebiyat Fakültesi - Üye
Dr. Öğr. Üyesi Eyup Sabri KALA / Hukuk Müşaviri - Raportör

Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu 06.01.2022 tarihinde saat 14:00'da toplanmış ve aşağıdaki karar alınmıştır.

KARAR

KARAR NO 2022-11/05 Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü Arş. Gör. Nefise LADİKLİ'nin "İntihar Girişiminde Bulunan ve Bulunmayan Klinik Örneklerde İntihar Olasılığının Şema ve İntiharın Kişilerarası Kuramı Ekseninde İncelenmesi" isimli araştırmasında kullanacağı anket ve ölçeklerinin etik yönden uygunluğuna,

Toplantıya katılan Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu üyelerinin oy birliği ile karar verildi.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Fahameddin BAŞAR
Başkan

e-imzalıdır

Prof. Dr. Hasan BACANLI
Üye

e-imzalıdır

Prof. Dr. Erol KILIÇ
Üye

e-imzalıdır

Prof. Dr. Sefa SAYGILI
Üye

e-imzalıdır

Prof. Dr. Mustafa ALTUNDAĞ
Üye

e-imzalıdır

Prof. Dr. Esra AKGÜL
Üye

e-imzalıdır

Prof. Dr. Nihat ÖZTOPRAK
Üye

Doküman No: E0.FR-201; İlk Yayın Tarihi: 07.03.2019; Revizyon Tarihi: 20.07.2020; Revizyon No: 01; Sayfa: 1 / 1

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 2: Bilgilendirilmiş Onam

Lütfen aşağıdaki bilgilendirmeyi dikkatle okuyun ve sayfanın sonundaki onay kutusunu işaretleyerek ankete başlayın.

Tetikleyici İçerik Uyarısı: Bu çalışma, aktif intihar düşüncesi veya kendine zarar verme davranışı olan bireyler için tetikleyici olabilir. Şayet aktif intihar düşünceniz veya kendinize zarar verme eğiliminiz varsa lütfen en yakın sağlık kuruluşuna başvurun.

Değerli Katılımcı,

Bu araştırma, Kln. Psk. Nefise LADİKLİ tarafından Doç. Dr. İtir TARI CÖMERT danışmanlığındaki doktora tezi kapsamında yürütülmektedir.

Sizi davet ettiğimiz bu ankette yaşamınız boyunca başınızdaki geçmiş olması muhtemel veya halen yaşadığınız bazı durumlar, sahip olabileceğiniz duygular ve düşünceler hakkında çeşitli sorular bulunmaktadır. Bunun yanında, intihar ve kendine zarar verme davranışı hakkında bazı sorular yer almaktadır. Araştırmaya katılabilmek için 18 yaşın üzerinde olmanız yeterlidir.

Ankette sizden ad, soyad, adres, iletişim bilgisi gibi kimliğinizi açık eden bilgiler istenmeyecek, tamamen anonim olarak bilgi alınacaktır.

Sorulara verdiğiniz cevaplar ve paylaştığımız bilgiler sayısal verilere dönüştürülerek bilimsel sonuçlar elde etme amacıyla işlenecektir. Bilimsel amaçların haricinde bir amaç için kullanılmayacak ve hiçbir şekilde 3. kişi ya da kurumlarla paylaşılmayacaktır. Anket verileri, araştırmanın tamamlanmasının ardından 2 yıl süreyle gizlilikle muhafaza edilecek ve sonrasında imha edilecektir.

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Okuma-anlama hızınıza bağlı olarak ortalama 20 dakika sürecektir. Soruların doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Sizi en iyi tanımlayan, yansıtan veya size en çok uyan seçeneği işaretlemeniz yeterlidir.

Anketlerden elde edilecek veriler bütün halinde işlendiğinde bir anlam ifade etmemektedir. Yarım bırakılan veya gelişigüzel doldurulmuş anketler araştırmaya dahil edilememekte hem sizin zamanınızın israf olmasına hem de araştırma sürecinin yavaşlamasına neden olmaktadır. Bu sebeple, size verilen bu soruları müsait vaktinizde, içtenlikle ve hiçbirini atlamadan yanıtlamanız araştırmanın bilimselliği ve topluma faydası açısından büyük önem taşımaktadır.

Desteğiniz ve zaman ayırarak çalışmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.

Kli. Psk. Nefise LADİKLİ

Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Psikoloji Bölümü

Yukarıdaki bilgilendirmeyi okudum ve anladım. Belirtilen koşul ve şartlar dahilinde araştırmaya katılmayı gönüllülükle kabul ediyorum.

Ek 3: Sosyodemografik Form

* Cinsiyetiniz:

- Kadın
- Erkek

* Yaşınız: _____

* Doğduğunuz yeri en iyi hangisi tanımlar:

- Büyükşehir/metropol
- Şehir
- İlçe/kasaba
- Köy

* Büyüdüğünüz aileyi/ortamı en iyi hangisi tanımlar:

- Çekirdek aile (*anne, baba, çocuklar*)
- Geniş aile (*anne, baba, büyükanne, büyükbaba, hala, dayı gibi diğer akrabalarla birlikte*)
- Yalnız (*veya devlet koruması altında*) büyüdüm.

* Yaşadığınız yeri en iyi hangisi tanımlar:

- Büyükşehir/metropol
- Şehir
- İlçe/kasaba
- Köy

* Şu an birlikte yaşadığınız aileyi/ortamı en iyi hangisi tanımlar:

- Ailemle yaşıyorum (*anne, baba, kardeşler, akrabalar veya eş, çocuklar*).
- Sevgilimle yaşıyorum.
- Arkadaşım (veya arkadaşlarımla) yaşıyorum.
- Yalnız yaşıyorum.

* Medeni durumunuzu aşağıdakilerden hangisi en iyi tanımlar:

- Evliyim.
- Bekarım.
- Boşandım.
- Eşim vefat etti.

* Çocuğunuz var mı?

- Evet, var.
- Hayır, yok.

Cevabınız evetse, kaç çocuğunuz var? _____

* Çocuklarınız dışında evde bakımıyla yükümlü olduğunuz başka biri ya da birileri var mı?

- Evet, var.
- Hayır, yok.

Cevabınız evetse, kim veya kimler (örneğin, baba; kayınvalide veya kedi; köpek gibi)? _____

* Dini bir inancınız var mı?

- Evet.
 Hayır.

Cevabınız evetse, nedir? (Örneğin, Müslüman; Deist; Agnostik gibi) _____

* Eğitim durumunuz (*en son bitirdiğiniz okul*):

- Okuma-yazma biliyorum ama okula gitmedim veya bitirmedim.
 İlkokul mezunuyum (*5 yıl*).
 Ortaokul mezunuyum (*8 yıl*).
 Lise mezunuyum.
 Lisans mezunuyum. Yüksek lisans mezunuyum. Doktora mezunuyum.

* Çalışıyor musunuz?

- Evet, çalışıyorum.
 Hayır, çalışmıyorum.
 Öğrenciyim veya düzensiz işlerde çalışıyorum.

Çalışıyorsanız mesleğiniz nedir? _____

* Türk lirası cinsinden aylık gelirin ne kadardır? _____

* Maddi durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz? En iyi yansıtan düzeyi seçiniz:

Çok kötü | Kötü | Orta | İyi | Çok iyi

* Maddi durumunuzdan memnuniyetinizi aşağıdakilerden hangisi en iyi tanımlar?

Hiç memnun değilim. | Memnun değilim. | Biraz memnunum. | Memnunum. | Çok memnunum.

* Yaşamınızdan memnuniyetinizi aşağıdakilerden hangisi en iyi tanımlar?

Hiç memnun değilim. | Memnun değilim. | Biraz memnunum. | Memnunum. | Çok memnunum.

(Sonraki sorular katılımcıların ilişki durumuna dair koşullu sorulardır.)

İlişki durumunuza dair,

* Bekarsanız, devam eden romantik ilişkiniz var mı?

- Evet, ilişkim var.
 Hayır, ilişkim yok.

İlişki sürenize dair,

* Evliliğiniz veya romantik ilişkiniz ne kadar süredir devam ediyor? _____

İlişki durumunuza dair,

* Eşiniz vefat etti veya boşandıysanız, ilişkiniz ne kadar sürdü? _____

* Boşanmanızın veya eşinizin vefatının üzerinden ne kadar zaman geçti? _____

* Şu anda devam eden romantik bir ilişkiniz var mı?

- Evet, var.
 Hayır, yok.

(Sonraki sorular katılımcıların tıbbi-psikiyatrik durumuna dair sorulardır.)

* Sürekli bir hastalığınız var mı? (*Tiroid, diyabet gibi*)

- Evet, var.
 Hayır, yok.

Cevabınız evetse, lütfen ne (veya neler) olduğunu yazın: _____

* Sürekli kullanmak zorunda olduğunuz ilaçlar var mı?

- Evet, var.
 Hayır, yok.

Cevabınız evetse, lütfen ilacın ne olduğunu yazın (örneğin, ismi veya "antidepresan", "uyku ilacı"). Bilmiyorsanız niçin kullandığınızı da yazabilirsiniz (örneğin, "panik için"). _____

* Alkol ve/veya madde kullandınız mı veya kullanıyor musunuz?

- Evet, halen kullanıyorum.
 Evet, geçmişte kullandım.
 Hayır, kullanmadım / kullanmıyorum.

Cevabınız evetse, lütfen ne kullandığınızı yazın. _____

* Psikiyatrik tedavi gördünüz mü veya görüyor musunuz?

- Evet, gördüm ve iyileştim.
 Evet, halen devam ediyorum.
 Hayır, görmedim.

Cevabınız evetse, ne kadar süredir ve ne sebeple psikiyatrik tedavi gördünüz (veya görüyorsunuz)?

(Sonraki sorular katılımcıların intihar ve ilişkili deneyimlerine dair sorulardır.)

* Ailenizde ya da yakın çevrenizde intihar girişiminde bulunan veya intihar ederek yaşamına son veren biri oldu mu?

- Evet, oldu.
 Hayır, olmadı.

Cevabınız evetse, lütfen kim olduğunu yazın. _____

* İntihar etmeyi düşündüğünüz oldu mu ya da oluyor mu?

- Evet, geçmişte düşündüğüm oldu (*şu an düşünmüyorum*).
 Evet, geçmişten beri ve/veya halen düşünüyorum.
 Hayır, hiç düşünmedim/düşünmüyorum.

Cevabınız evetse, planınızı uyguladığınız oldu mu? "Evet" veya "Hayır" şeklinde belirtin. _____

* İntihar planı yaptınız mı ya da yapıyor musunuz?

- Evet, geçmişte yaptım.
 Evet, geçmişten beri ve/veya halen yapıyorum.
 Hayır, hiç yapmadım.

* Daha önce hiç intihar girişiminde bulundunuz mu?

- Evet, bir kez girişimde bulundum.
- Evet, birden fazla kez girişimde bulundum.
- Hayır, daha önce hiç girişimde bulunmadım.

* İntihar niyetiniz olmadan, kendinize fiziksel olarak zarar verdiniz mi ya da veriyor musunuz?

- Evet.
- Hayır.

En son kendinize zarar verdiğinizde, sebep neydi? Lütfen kısaca yazın. _____

Cevabınız evetse, hangi yöntemlerle kendinize zarar verdiniz veya veriyorsunuz? _____

Cevabınız evetse, intihar niyetiniz olmadan, kendinize fiziksel olarak zarar vermenizin nedenini veya nedenlerini hangisi ya da hangileri daha iyi yansıtır? *(Bu soruda birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz. Cevabınız hayır ise bu soruyu geçebilirsiniz.)*

- Dikkat çekmek / fark edilmek / korkutmak için
- Bir duygu hissedebilmek için
- O an hissettiğim duyguları veya yaşadıklarımı kaldıramadığım için
- Alkol veya madde etkisi altında
- Kendimi cezalandırmak için
- Rahatlamak için
- Hiçbiri
- Eğer neden olarak gördüğünüz unsurlar listede bulunmuyorsa buraya ayrıca yazabilirsiniz.

(Sonraki sorular katılımcıların intihar ve ilişkili deneyimlerine dair koşullu sorulardır.)

Daha önce intihar girişiminde bulunduğunuzu söylediniz.

* Bu zamana dek kaç kez intihar girişiminde bulundunuz? _____

* İntihar girişimlerinizin tümünü düşündüğünüzde, neden intihar etmek istediniz? *(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)*

- Çektiğim acılara / içinde bulunduğum durumlara son vermek için
- Birine ceza vermek / birinden intikam almak için
- Dikkat çekmek / fark edilmek / korkutmak için
- Kendimi cezalandırmak için
- Diğer (lütfen kısaca yazın) _____

* İntihar girişimlerinizin tümünü düşündüğünüzde, bu zamana dek hangi yöntem(ler)le intihar girişiminde bulundunuz? _____

* İntihar girişimlerinizin tümünü düşündüğünüzde, hangisi size daha yakın veya uygun geliyor?

- Ölmeyi istedim ve davranışımın beni öldürebileceğini biliyordum.
- Sadece kendimi yaralamak veya kendime zarar vermek istedim.

* İntihar girişimlerinizin tümünü düşündüğünüzde, sonunda tıbbi bir hasar aldınız mı?

- Evet.
- Hayır.

Cevabınız evetse, nasıl bir hasara uğradınız? _____

* En son ne zaman intihar girişiminde bulundunuz? _____

* En son intihar girişiminizde, neden intihar etmek istediniz? *(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)*

- Çektiğim acılara / içinde bulunduğum durumlara son vermek için
- Birine ceza vermek / birinden intikam almak için
- Dikkat çekmek / fark edilmek / korkutmak için
- Kendimi cezalandırmak için
- Diğer (lütfen kısaca yazın) _____

Hangi yöntemle intihar girişiminde bulundunuz? _____

* En son intihar girişiminizi düşündüğünüzde, hangisi size daha yakın veya uygun geliyor?

- Ölmeyi istedim ve davranışımın beni öldürebileceğini biliyordum.
- Sadece kendimi yaralamak veya kendime zarar vermek istedim.

* En son intihar girişiminiz nasıl sonlandı?

- Kendim vazgeçtim.
- Biri beni yapmadan önce / yaparken engelledi.
- Yaptıktan sonra biri tarafından fark edildi ve kurtarıldım.

* En son intihar girişiminiz sonunda tıbbi bir hasar aldınız mı?

- Evet.
- Hayır.

Cevabınız evetse, nasıl bir hasara uğradınız? _____

İntihar girişiminiz ve sizi intihara sürükleyen nedenler hakkında kısa bir görüşme yapmak istiyoruz. Size en uygun şekilde planlayacağımız bu görüşmeye katılmak isterseniz lütfen iletişim bilgilerinizi bizimle paylaşın. Görüşmeye katılmayı istemiyorsanız lütfen aşağıdaki boşlukları boş bırakarak ankete devam edin.

Verdiğiniz iletişim bilgiler araştırmacının kendisi dışında hiçbir kimse veya tarafla, hiçbir sebeple paylaşılmayacaktır. İsminiz size hitap edebilmek amacıyla istenmekte olup farklı bir rumuz ile değiştirilecektir.

Adınız: _____

Size ulaşabileceğimiz telefon numaranız: _____

Görüşme için hangi yöntemi tercih edersiniz? (Online görüntülü veya yüz yüze) _____

Ek 4: İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)

* Aşağıda insanların duygu ve davranışlarını anlatmada kullanabilecekleri bir dizi ifade verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların sizi ne kadar tanımladığına karar veriniz. Örneğin, okuduğunuz ilk ifade sizi %70 tanımlıyorsa %70'in altındaki kutucuğu; sizi hiç tanımlamıyorsa %0'ın altındaki kutucuğu işaretleyiniz.

| | %0 | %30 | %70 | %100 |
|--|----|-----|-----|------|
| Kızınca bir şeyler fırlatırım. | | | | |
| Beni gerçekten seven pek çok kişi var. | | | | |
| Ani kararlar vermeye ya da düşünmeden bazı davranışlarda bulunmaya eğilimliyim. | | | | |
| Başkalarına anlatılamayacak kadar kötü şeyler düşünüyorum. | | | | |
| Çok fazla sorumluluğum var. | | | | |
| Yapabileceğim pek çok faydalı şey olduğuna inanıyorum. | | | | |
| İntiharın başkalarını cezalandırmak için iyi bir yol olmadığına inanıyorum. | | | | |
| Başkalarına karşı düşmanca duygular içindeyim. | | | | |
| Kendimi insanlardan soyutlanmış hissediyorum. | | | | |
| İnsanların bana olduğum gibi değer verdiklerine inanıyorum. | | | | |
| Ölürsem pek çok insanın üzüleceğine inanıyorum. | | | | |
| Kendimi dayanılmayacak kadar yalnız hissediyorum. | | | | |
| İnsanların bana karşı düşmanca duygular içinde olduğunu sanıyorum. | | | | |
| Yeni baştan başlayabilsem, hayatımda pek çok değişiklikler yapabileceğimi düşünüyorum. | | | | |
| Pek çok şeyi iyi yapamadığımı düşünüyorum. | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| Sevdiğim kişilerle arkadaşlığımı sürdürmekte güçlük çekiyorum. | | | | |
| Ölürsem hiç kimsenin beni özlemeyeceğini sanıyorum. | | | | |
| İşlerimin yolunda gittiğini düşünüyorum. | | | | |
| İnsanların benden çok şey beklediklerini hissediyorum. | | | | |
| Yaptıklarım ve düşündüklerim için kendimi cezalandırmayı düşünmüyorum. | | | | |
| Dünyanın yaşamaya değer bir yer olduğunu düşünüyorum. | | | | |
| Geleceğim hakkında çok dikkatli bir şekilde plan yaptığımı sanıyorum. | | | | |
| Güvenebileceğim pek fazla arkadaşımın olmadığını düşünüyorum. | | | | |
| Ölümün insanları mutlu edeceğini sanmıyorum. | | | | |
| Yaşananlar ne kadar kötü olursa olsun, ölümü düşündürecek kadar kötü olamayacağını düşünüyorum. | | | | |
| Kendimi anneme yakın hissediyorum / hissediyordum. | | | | |
| Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum. | | | | |
| Hiçbir şeyin düzeleceğini sanmıyorum. | | | | |
| İnsanların beni ve yaptıklarımı doğru bulmadıklarını düşünüyorum. | | | | |
| Kendimi nasıl öldüreceğimi düşünmedim. | | | | |
| Para konusu beni endişelendiriyor. | | | | |
| İntihar etmeyi hiç düşünmedim. | | | | |
| Kendimi yorgun hissediyorum ve hiçbir şeye ilğim kalmadığımı düşünüyorum. | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| Kızınca bir şeyler kırarım. | | | | |
| Kendimi babama yakın hissediyorum/ hissediyordum. | | | | |
| Nerede olursam olayım mutlu olabileceğimi sanıyorum. | | | | |

Ek 5: Young Şema Ölçeği (YŞÖ)

* Aşağıda, kişilerin kendilerini tanımlarken kullandıkları ifadeler sıralanmıştır. Lütfen her bir ifadeyi okuyun ve sizi ne kadar iyi tanımladığına karar verin. Emin olmadığınız sorularda neyin doğru olabileceğinden çok, sizin duygusal olarak ne hissettiğinize dayanarak cevap verin. Birkaç soru, anne babanızla ilişkiniz hakkındadır. Eğer biri veya her ikisi şu anda yaşamıyorlarsa, bu soruları o veya onlar hayatta iken ilişkinizi göz önüne alarak cevaplandırın.

| | Benim için tamamıyla yanlış | Benim için büyük ölçüde yanlış | Bana uyan tarafı uymayan tarafından biraz fazla | Benim için orta derecede doğru | Benim için çoğunlukla doğru | Beni mükemmel şekilde tanımlıyor |
|--|------------------------------------|---------------------------------------|--|---------------------------------------|------------------------------------|---|
| Bana bakan, benimle zaman geçiren, başıma gelen olaylarla gerçekten ilgilenen kimsem olmadı. | | | | | | |
| Beni terk edeceklerinden korktuğum için yakın olduğum insanların peşini bırakmam. | | | | | | |
| İnsanların beni kullandıklarını hissediyorum | | | | | | |
| Uyumsuzum. | | | | | | |
| Beğendiğim hiçbir erkek/kadın, kusurlarımı görürse beni sevmez. | | | | | | |
| İş (veya okul) hayatımda neredeyse hiçbir şeyi diğer insanlar kadar iyi yapamıyorum | | | | | | |
| Günlük yaşamımı tek başıma idare edebilme becerisine sahip olduğumu hissetmiyorum. | | | | | | |
| Kötü bir şey olacağı duygusundan kurtulamıyorum. | | | | | | |
| Anne babamdan ayrılmayı, bağımsız hareket edebilmeyi, yaşitlarım kadar, başaramadım. | | | | | | |
| Eğer istediğimi yaparsam, başımı derde sokarım diye düşünürüm. | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| Genellikle yakınlarıma ilgi gösteren ve bakan ben olurum. | | | | | | |
| Olumlu duygularımı diğerlerine göstermekten utanırım (sevdiğimi, önemseddiğimi göstermek gibi). | | | | | | |
| Yaptığım çoğu şeyde en iyi olmalıyım; ikinci olmayı kabullenemem. | | | | | | |
| Diğer insanlardan bir şeyler istediğimde bana “hayır” denilmesini çok zor kabullenirim. | | | | | | |
| Kendimi sıradan ve sıkıcı işleri yapmaya zorlayamam. | | | | | | |
| Paramın olması ve önemli insanlar tanıyor olmak beni değerli yapar. | | | | | | |
| Her şey yolunda gidiyor görünse bile, bunun bozulacağını hissederim. | | | | | | |
| Eğer bir yanlış yaparsam, cezalandırılmayı hakkederim. | | | | | | |
| Çevremde bana sıcaklık, koruma ve duygusal yakınlık gösteren kimsem yok. | | | | | | |
| Diğer insanlara o kadar muhtacım ki onları kaybedeceğim diye çok endişeleniyorum. | | | | | | |
| İnsanlara karşı tedbiri elden bırakamam yoksa bana kasıtlı olarak zarar vereceklerini hissederim. | | | | | | |
| Temel olarak diğer insanlardan farklıyım. | | | | | | |
| Gerçek beni tanırlarsa beğendiğim hiç kimse bana yakın olmak istemez. | | | | | | |
| İşleri halletmede son derece yetersizim. | | | | | | |
| Gündelik işlerde kendimi başkalarına bağımlı biri olarak görüyorum. | | | | | | |
| Her an bir felaket (doğal, adli, mali veya tıbbi) olabilir diye hissederim. | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| Annem, babam ve ben birbirimizin hayatı ve sorunlarıyla aşırı ilgili olmaya eğilimliyiz. | | | | | | |
| Diğer insanların isteklerine uymaktan başka yolum yokmuş gibi hissediyorum; eğer böyle yapmazsam bir şekilde beni reddederler veya intikam alırlar. | | | | | | |
| Başkalarını kendimden daha fazla düşündüğüm için ben iyi bir insanım. | | | | | | |
| Duygularımı diğerlerine açmayı utanç verici bulurum. | | | | | | |
| En iyisini yapmalıyım, “yeterince iyi” ile yetinemem. | | | | | | |
| Ben özel biriyim ve diğer insanlar için konulmuş olan kısıtlamaları veya sınırları kabul etmek zorunda değilim. | | | | | | |
| Eğer hedefime ulaşamazsam kolaylıkla yılgınlığa düşer ve vazgeçerim. | | | | | | |
| Başkalarının da farkında olduğu başarılar benim için en değerlisidir. | | | | | | |
| İyi bir şey olursa, bunu kötü bir şeyin izleyeceğinden endişe ederim. | | | | | | |
| Eğer yanlış yaparsam, bunun özürü yoktur. | | | | | | |
| Birisi için özel olduğumu hiç hissetmedim. | | | | | | |
| Yakınlarımın beni terk edeceği ya da ayrılacağından endişe duyarım | | | | | | |
| Herhangi bir anda birileri beni aldatmaya kalkışabilir. | | | | | | |
| Bir yere ait değilim, yalnızım. | | | | | | |
| Başkalarının sevgisine, ilgisine ve saygısına değer bir insan değilim. | | | | | | |
| İş ve başarı alanlarında birçok insan benden daha yeterli. | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| Doğru ile yanlış birbirinden ayırmakta zorlanırım. | | | | | | |
| Fiziksel bir saldırıya uğramaktan endişe duyarım. | | | | | | |
| Annem, babam ve ben özel hayatımız birbirimizden saklarsak, birbirimizi aldatmış hisseder veya suçluluk duyarız | | | | | | |
| İlişkilerimde, diğer kişinin yönlendirici olmasına izin veririm. | | | | | | |
| Yakınlarımla o kadar meşgulüm ki kendime çok az zaman kalıyor. | | | | | | |
| İnsanlarla beraberken içten ve cana yakın olmak benim için zordur. | | | | | | |
| Tüm sorumluluklarımı yerine getirmek zorundayım. | | | | | | |
| İstediğimi yapmaktan alıkonulmaktan veya kısıtlanmaktan nefret ederim. | | | | | | |
| Uzun vadeli amaçlara ulaşabilmek için şu andaki zevklerimden fedakarlık etmekte zorlanırım. | | | | | | |
| Başkalarından yoğun bir ilgi görmezsem kendimi daha az önemli hissedirim. | | | | | | |
| Yeterince dikkatli olmazsanız, neredeyse her zaman bir şeyler ters gider. | | | | | | |
| Eğer işimi doğru yapmazsam sonuçlara katlanmam gerekir. | | | | | | |
| Beni gerçekten dinleyen, anlayan veya benim gerçek ihtiyaçlarım ve duygularımı önemseyen kimsem olmadı. | | | | | | |
| Önem verdiğim birisinin benden uzaklaştığını sezersem çok kötü hissedirim. | | | | | | |
| Diğer insanların niyetleriyle ilgili oldukça şüpheliyimdir. | | | | | | |
| Kendimi diğer insanlara uzak veya kopmuş hissediyorum. | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| Kendimi sevilebilecek biri gibi hissetmiyorum. | | | | | | |
| İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar yetenekli değilim. | | | | | | |
| Gündelik işler için benim kararlarım güvenilemez. | | | | | | |
| Tüm paramı kaybedip çok fakir veya zavallı duruma düşmekten endişe duyarım. | | | | | | |
| Çoğunlukla annem ve babamın benimle iç içe yaşadığımı hissediyorum. Benim kendime ait bir hayatım yok. | | | | | | |
| Kendim için ne istediğimi bilmediğim için daima benim adıma diğer insanların karar vermesine izin veririm. | | | | | | |
| Ben hep başkalarının sorunlarını dinleyen kişi oldum. | | | | | | |
| Kendimi o kadar kontrol ederim ki insanlar beni duygusuz veya hissiz bulurlar. | | | | | | |
| Başarmak ve bir şeyler yapmak için sürekli bir baskı altındayım. | | | | | | |
| Diğer insanların uyduğu kurallara ve geleneklere uymak zorunda olmadığımı hissediyorum. | | | | | | |
| Benim yararına olduğunu bilsem bile hoşuma gitmeyen şeyleri yapmaya kendimi zorlayamam. | | | | | | |
| Bir toplantıda fikrimi söylediğimde veya bir topluluğa tanıtıldığımda onaylanmayı ve takdir görmeyi isterim. | | | | | | |
| Ne kadar çok çalışırsam çalışayım, maddi olarak iflas edeceğimden ve neredeyse her şeyimi kaybedeceğimden endişe ederim. | | | | | | |
| Neden yanlış yaptığının önemi yoktur; eğer hata yaptıysam sonucuna da katlanmam gerekir. | | | | | | |
| Hayatımda ne yapacağımı bilmediğim zamanlarda uygun bir öneride bulunacak veya beni yönlendirecek kimsem olmadı. | | | | | | |
| İnsanların beni terk edeceği endişesiyle bazen onları kendimden uzaklaştırırım. | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| Genellikle insanların asıl veya art niyetlerini araştırırım. | | | | | | |
| Kendimi hep grupların dışında hissederim. | | | | | | |
| Kabul edilemeyecek pek çok özelliğim yüzünden insanlara kendimi açamıyorum veya beni tam olarak tanımalarına izin vermiyorum. | | | | | | |
| İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar zeki değilim. | | | | | | |
| Ortaya çıkan gündelik sorunları çözebilme konusunda kendime güvenmiyorum. | | | | | | |
| Bir doktor tarafından herhangi bir ciddi hastalık bulunmamasına rağmen bende ciddi bir hastalığın gelişmekte olduğu endişesine kapılıyorum. | | | | | | |
| Sık sık annemden babamdan ya da eşimden ayrı bir kimliğimin olmadığını hissediyorum. | | | | | | |
| Haklarıma saygı duyulmasını ve duygularımın hesaba katılmasını istemekte çok zorlanıyorum. | | | | | | |
| Başkaları beni, diğerleri için çok, kendim için az şey yapan biri olarak görüyorlar. | | | | | | |
| Diğerleri beni duygusal olarak soğuk bulurlar. | | | | | | |
| Kendimi sorumluluktan kolayca sıyrıyorum veya hatalarım için gerekçe bulamıyorum. | | | | | | |
| Benim yaptıklarımın, diğer insanların katkılarında daha önemli olduğunu hissediyorum. | | | | | | |
| Kararıma nadiren sadık kalabilirim. | | | | | | |
| Bir dolu övgü ve iltifat almam kendimi değerli birisi olarak hissetmemi sağlar. | | | | | | |
| Yanlış bir kararın bir felakete yol açabileceğinden endişe ederim. | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| Ben cezalandırılmayı hak eden kötü bir insanım. | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|

Ek 6: Kişilerarası İhtiyaçlar Anketi (KİA)

* Aşağıda çeşitli düşünce, tutum, duygu ve davranışlarla ilgili bir dizi ifade sıralanmıştır. Her bir ifadeye katılma ya da katılmama durumunuzu en iyi şekilde gösteren kutucuğu işaretleyiniz. Lütfen doğru veya yanlış cevap olmadığını unutmayınız.

| | Kesinlikle Katılmıyorum | Katılmıyorum | Bazen Katılmıyorum | Kararsızım | Bazen Katılıyorum | Katılıyorum | Kesinlikle Katılıyorum |
|--|-------------------------|--------------|--------------------|------------|-------------------|-------------|------------------------|
| Bugünlerde, hayatımdaki insanların ben olmasam daha iyi olacaklarını düşünüyorum. | | | | | | | |
| Bugünlerde, hayatımdaki insanların bensiz daha mutlu olacaklarını düşünüyorum. | | | | | | | |
| Bugünlerde, ölümümün hayatımdaki insanları rahatlatcağımı düşünüyorum. | | | | | | | |
| Bugünlerde, hayatımdaki insanların benden kurtulmak istediklerini düşünüyorum. | | | | | | | |
| Bugünlerde, hayatımdaki insanlar için işleri daha da zorlaştırdığımı düşünüyorum. | | | | | | | |
| Bugünlerde, kendimi bir aileye, bir gruba veya bir yere ait hissediyorum. | | | | | | | |
| Bugünlerde, beni önemseyen ve destekleyen birçok arkadaşına sahip olduğum için şanslı olduğumu hissediyorum. | | | | | | | |
| Bugünlerde, diğer insanlarla olan bağımın kopuk olduğunu hissediyorum. | | | | | | | |
| Bugünlerde, sosyal ortamlarda kendimi bir yabancıymış gibi hissediyorum. | | | | | | | |
| Bugünlerde, kendimi insanlara yakın hissediyorum. | | | | | | | |

Ek 7: Edinilmiş İntihar Yeterliliği-Ölüm Korkusuzluğu Ölçeği (EİY-ÖKÖ)

* Aşağıda çeşitli düşünce, tutum, duygu ve davranışlarla ilgili bir dizi ifade sıralanmıştır. Her bir ifadeye katılma ya da katılmama durumunuzu en iyi şekilde gösteren kutucuğu işaretleyiniz. Lütfen doğru veya yanlış cevap olmadığını unutmayınız.

| | Kesinlikle Katılmıyorum | Katılmıyorum | Bazen Katılmıyorum | Kararsızım | Bazen Katılıyorum | Katılıyorum | Kesinlikle Katılıyorum |
|--|-------------------------|--------------|--------------------|------------|-------------------|-------------|------------------------|
| Bir gün ölecek olmam gerçeği beni etkilemez. | | | | | | | |
| Ölmekten çok korkuyorum. | | | | | | | |
| İnsanların ölüm hakkında konuşmaları beni rahatsız etmez (germez). | | | | | | | |
| Ölecek olmam beni kaygılandırıyor. | | | | | | | |
| Hayatın sonunun ölüm olduğunu bilmek beni rahatsız etmez. | | | | | | | |
| Ölmekten hiç korkmuyorum. | | | | | | | |
| Ölüm sırasındaki acı beni korkutuyor. | | | | | | | |

Ek 8: DSM-5 Kesitsel Belirti Ölçeği – Erişkin Formu (KBÖ-EF)

*Aşağıdaki sorular sizi rahatsız edebilecek şeyleri sormaktadır. Her soru için, son iki (2) hafta boyunca her bir sorunun sizi ne kadar (veya ne sıklıkta) rahatsız ettiğini en iyi açıklayan kutucuğu işaretleyiniz.

| | Hiç | Hafif Az, bir veya iki günden az | Orta Birkaç gün | İlmlı Günlerin yarısından çoğunda | Şiddetli Neredeyse her gün |
|---|------------|--|------------------------------|---|---|
| Bir şeyler yaparken ilgi veya istekte azalma? | | | | | |
| Keyifsiz, çökkün veya umutsuz hissetme? | | | | | |
| Her zamankinden daha rahatsız, huysuz veya öfkeli hissetme? | | | | | |
| Her zamankinden daha az uyumaya karşın, hala çok enerji dolu hissetme? | | | | | |
| Her zamankinden daha fazla proje başlatma veya daha riskli işlere kalkışma? | | | | | |
| Sinirli, kaygılı, ürpermiş, endişeli veya patlamaya hazır hissetme? | | | | | |
| Paniklemiş veya ürkmüş hissetme? | | | | | |
| Kaygı veren durumlardan kaçınma? | | | | | |
| Açıklanamayan ağrılar ve acılar hissetme (örn., baş, bel, eklem, karın, bacaklar)? | | | | | |
| Hastalığınızın yeterince ciddiye alınmadığını hissetme? | | | | | |
| Kendinize gerçekten zarar vermeyi düşünme? | | | | | |
| Etrafta kimse yokken başkalarının duyamadığı şeyler örneğin sesler duyma? | | | | | |
| Düşüncelerinizin başkaları tarafından okunabildiğini veya sizin başkalarının düşüncelerini okuyabildiğinizi hissetme? | | | | | |
| Genel uyku kalitesini etkileyen uyku sorunları çekme? | | | | | |
| Hafıza (örn., yeni bilgiler öğrenme) veya yer bulma (örn., evin yolunu bulma) ile ilgili problemler çekme? | | | | | |
| Aklınıza giren tekrarlayıcı nahoş düşünceler, güdüler veya görüntüler olması? | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| Belli davranışları veya zihinsel faaliyetleri tekrar tekrar yapmak zorunda hissetme? | | | | | |
| Kendinizi bedeninizden, fiziksel çevrenizden veya anılarınızdan ayrı ve uzak hissetme? | | | | | |
| Aslında kim olduğunuzu veya hayattan ne istediğinizi bilememe? | | | | | |
| Kendinizi başka insanlara yakın hissedememe veya onlarla olan ilişkilerde zevk alamama? | | | | | |
| Tek bir günde herhangi bir çeşit alkolden en az 4 içki içme? | | | | | |
| Sigara, puro, pipodan herhangi birini içme veya enfiye çekme ya da tütün çiğneme? | | | | | |
| Doktor reçetesi olmaksızın veya önerilen dozun üzerinde ya da önerilenden daha uzun sürede kendi kafanıza göre aşağıdaki ilaçlardan kullanma [örn., ağrı kesiciler (morfin, dolantin), uyarıcılar (ritalin, concerta), sakinleştiriciler ve yatıştırıcılar (uyku hapları, diazem), esrar, kokain, bonsai, gece kulübü hapları (ecstasy), halusinojenler (LSD), eroin, uçucular (bali) ya da metamfetamin (kristal)]? | | | | | |