

Kastamonu İlinde İntihar Girişimlerinin Psikososyal Değerlendirmesi: Krizi Önleme ve Müdahale Yöntemleri Nasıl Olmalı?

Psychosocial Evaluation of Suicide Attempts in Kastamonu: How should be Preventing Crisis and Intervention Methods

Ali Emre Şevik¹, Halil Özcan²

¹Uz.Dr., Medica Hastanesi, Karabük, ²Uz.Dr., Zekâi Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

ÖZET

Amaç: Bu araştırmanın amacı intihar girişimlerini inceleyerek uzun vadeli sosyal yönelimli toplumsal koruyucu programların uygulanmasında yol gösterici olmaktır. **Yöntem:** Çalışmaya Kastamonu Devlet Hastanesi acil polikliniğine intihar girişimi nedeni ile başvurup psikiyatri polikliniğine yönlendirilen hastalardan çalışmaya katılmayı kabul edenler alınmıştır. Kişilere psikiyatrik görüşme ardından sosyodemografik veri formu uygulanıp; psikiyatrik hastalık öyküsü alınmış, Aile Değerlendirme Ölçeği, Problem Çözme Envanteri, Başa Çıkma Tutumları Ölçeği, Çok Boyutlu Öfke Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği uygulanmıştır. **Bulgular:** Kadınlar erkeklerden daha fazla intihar girişiminde bulunmaktadır. Girişimler yaz aylarında daha sık gözlenmiştir. Önceki intihar girişimi öyküsü temel risk faktörlerindedir. Aile Değerlendirme Ölçeği'nde en yüksek puan duygusal tepki alt ölçeğinden alınmıştır. Problem Çözme Envanteri'nden alınan ortalama puan 107.2 ± 23.1 ; Çok Boyutlu Öfke Ölçeği'nden alınan puan 125.6 ± 27.2 olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan kişilerin Başa Çıkma Tutumları Ölçeği'nde en sık pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, madde kullanımı, plan yapma tutumlarını kullandıkları, en az kullanılan başa çıkma tutumunun ise kabullenme olduğu saptanmıştır. Beck Depresyon Ölçeği puanları 28 ± 14 , Beck İntihar Ölçeği puanları 15.3 ± 5.8 olarak bulunmuştur. **Sonuç:** İntihar girişimlerini önlemede toplum temelli sosyal destek araçlarının planlanabilmesi, kişilerin başa çıkma tutumlarının geliştirilmesi, ailenin daha aktif kullanılabilmesine yönelik yaklaşımların tespiti için ileri çalışmalar gereklidir.

Anahtar Sözcükler: İntihar, öfke, başa çıkma, problem çözme.

(*Klinik Psikiyatri 2012;15:153-165*)

SUMMARY

Objectives: The aim of this study is for guiding to the implementation of the social protection programs in longterm, by examining suicide attempts. **Method:** Patients who admitted to Kastamonu State Hospital Emergency Unit with suicide attempt and agreed to participate in the study are directed to the psychiatric outpatient clinic for further investigation. After conducting a detailed psychiatric interview all patients were applied sociodemographic data form and their history of psychiatric illness were disputed. Family Assessment Device, Problem-Solving Inventory, Coping Strategies Questionnaire, the Multidimensional Anger Scale, Beck Depression Scale and Beck Suicide Thoughts Scale were applied to all applicants. **Results:** Women attempted suicide more than men did. Attempts often had been occurred in summer months. Having previous attempts were detected as basic risk factor. Emotional response subscale scores were the highest in Family Assessment Device. The average score taken from Problem-Solving Inventory were 107.2 ± 23.1 and 125.6 ± 27.2 points were taken on Multidimensional Anger Scale. In Coping Strategies Scale, the most frequent strategies those patients used were positive reinterpretation and growth, substance use, planning, the least coping strategy that patients used was acceptance. Beck Depression Scale scores were found 28 ± 14 , Beck Suicide Thoughts Scale scores were found 15.3 ± 5.8 . **Conclusion:** Further studies are needed for planning community-based social support instruments for the prevention of suicide attempts, improving coping strategies of persons and using the family support more effectively.

Key Words: Suicide, anger, coping, problem-solving.

GİRİŞ

İntihar, bireyin istemli olarak yaşamını sonlandırmaya yönelik davranıştır. Ruhsal, kültürel, ekonomik, toplumsal yönleri olan bu eylem uzun süreden beri toplum sağlığı alanında çalışanların ilgi alanında olmuştur (Sayıl 1995).

Günümüzde intihar tüm dünyada hem önemli bir halk ve ruh sağlığı sorunu, hem de önde gelen ölüm nedenlerindedir. Önümüzdeki on yıllarda da bu konumunu koruyacak gibi görünmektedir (Altındağ ve ark. 2001).

Yaklaşık olarak her 30 girişiminden biri ölümle sonuçlansa da intihar nedeniyle ölenlerin sayısı her yıl dünyada 1 milyon kişiyi bulmaktadır. Kaynaklar gözden geçirildiğinde en sık kullanılan intihar yöntemi zehirlenme (intoksikasyon) olarak görülürken, bunu ateşli silah kullanımı ve ası izlemektedir (Sayıl ve Devrimci Özgüven 2002). Geleceğe yönelik yapılan öngörülerde bu sayıların artma eğiliminde olduğu görülmektedir (Sayıl 1992). Bu artma eğiliminde belirleyici olan temel faktörlerden birisi bireyin toplum içerisindeki giderek artan izolasyonu ve yalnızlaşmasıdır (Rutz 2006). Birey, karşılaştığı olumsuz yaşam olayları karşısında kendi genetik ve çevresel başa çıkma potansiyeli ile doğal tepkilerini vermekte, ek destek alabileceği kanalların kapalı olması durumunda bu süreç bir krize dönüşerek intihar girişimine kadar uzanan sonuçlara neden olabilmektedir.

Türkiye intihar hızının düşük olduğu ülkeler arasında olmakla birlikte son yıllarda intihar hızı giderek artmaktadır. Bu süreçte toplumda gözlenen hızlı ve çarpık şehirleşmesinin etkisi olduğu düşünülmektedir. Fakat bu alanda yeterli araştırma verisi yoktur. İntihar girişimleri hayatın erken çocukluk çağından yaşlılığın son dönemine kadar görülebilmekle birlikte her iki cinsiyette de ergenlik ve genç erişkinlik döneminde bir artış olmakta, yetişkinlikte ise erkeklerde 45, kadınlarda 50-55 yaşlarında artmaktadır. Erkeklerde ölümle sonuçlanan girişimler kadınlardan daha fazladır. Buna karşın ölümle sonuçlanmayan girişimler de değerlendirildiğinde girişim sayısının kadınlarda daha fazla olduğu görülmektedir (Beautrais ve ark. 1999).

Riski artıran belirli sosyodemografik etkenler tespit edilmiştir. İntihar girişimleri genel olarak,

becarlarda evlilerden, gelir dağılımı olarak en varlıklı ve en yoksul kesimlerde orta gelir düzeyine sahip kişilerden, işsizlerde ise çalışanlardan daha fazla görülmektedir (Altındağ ve ark. 2001, Sayıl ve Devrimci Özgüven 2002, Rutz 2006). Son yıllarda yaşanan ekonomik krizlerin toplumumuz açısından da olumsuz etkileri olduğu ve intihar girişimlerinin buna bağlı olarak artma eğiliminde olduğu düşünülebilir (Boor 1982).

İntihar girişimlerinin nedenleri arasında ruhsal bozukluklar %90'dan fazla olarak ciddi bir etken olarak görülürken, bedensel hastalıklar, maddi, sosyal sorunlar, aile içi geçimsizlikler diğer önemli nedenler arasındadır (Rutz 2006, Fawcett ve Shaughnessy 1989). Japonya'da yapılan 2964 ölümle sonuçlanan intihar vakasının incelendiği bir araştırmada ölenlerin %90'ından fazlasının bir psikiyatrik hastalık teşhisinin olduğu anlaşılmıştır. Bu kişilerde en fazla major depresyon olmak üzere duygudurum bozuklukları, ardından şizofreni de dahil psikotik bozukluklar sonra giderek azalan sayıda demans, uyku bozukluğu, uyum bozukluğu, kişilik bozukluğu, yeme bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, madde kullanım bozukluğu ve tanıları mevcut olup; 125 kişide birden çok psikiyatrik hastalık tanısı olduğu belirtilmiştir (Takizawa 2012).

Yukarıda değindiğimiz risk faktörleri bütün olarak değerlendirildiğinde yalnızlaşan bireyin kendine ait başa çıkma mekanizmalarının giderek önem kazandığı görülmektedir. Hangi başa çıkma mekanizmalarının intihar girişimi için riski arttırdığının tespiti koruyucu önlemlerin alınmasını kolaylaştıracaktır. Başa çıkma becerilerinin yetersizliği bu kişilerin artan intihar riskine işaret etmektedir (Howat ve Davidson 2002). Sorun çözme becerisi düşüklüğünün intihar davranışının önemli bir yordayıcısı olabileceği düşünülmektedir. Psikiyatrik değerlendirme sırasında intihar davranışı, sorun çözme becerileri ve travmatik yaşam olaylarının sorgulanması önemlidir (Dixon ve ark. 1994, Townsend ve ark. 2001). Ülkemizde yapılan bir araştırmada stresli yaşam olaylarının, kadın cinsiyetin, sorunlarla başa çıkma tutumunun ve kronik hastalıkların depresyonda risk etmeni olduğu belirtilmiştir (Ünal ve ark. 2002).

Ayrıca stresli yaşam olayları sosyal destek bir çalış-

mada intihar girişimleri ile ilişkili bulunmuştur (Heikkinen ve ark. 1994).

İntihar bireyin yaşam süreci içerisinde karşılaştığı krizlerle başa çıkamaması, bu krizleri doğru ele alacak donanıma ve desteğe sahip olmaması nedeniyle oluşmaktadır (Eskin ve ark. 2006).

Bu kriz durumlarının bireyinde içinde olduğu tüm etmenlerle tam olarak ele alınması koruyucu ruh sağlığı çalışmalarında intiharların önlenmesinde önemli role sahip olacaktır. Çalışmamızın amacı toplumumuz için kullanılacak, bireyin ihtiyaç duyduğu sosyal desteği arttırmaya yönelik doğru ve etkin koruyucu ruh sağlığı yaklaşımlarının geliştirilmesine ışık tutmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Örneklem

Bu çalışma Ocak 2009-Ocak 2010 tarihleri arasında Kastamonu Devlet Hastanesi Acil Ünitesi'ne intihar girişimi nedeniyle başvuran gerekli acil müdahaleleri yaptıktan sonra psikiyatri polikliniğine yönlendirilen olgulara çalışma hakkında bilgi verilmesi ve onamlarının alınmasını takiben psikiyatri polikliniğinde tek ve aynı uzman psikiyatri hekimi tarafından görüşme yapılması ardından araştırmacılar tarafından sosyodemografik veri formu ve ilgili ölçeklerin doldurulmasıyla yapılmıştır. Katılımcılar çalışmaya katılmak istediklerine dair yazılı onam vermişlerdir. Anketi okuyup yanıtlayabilecek düzeyde okuma yazmasının olmaması, zihinsel engelli olmaları, aktif ağır ruhsal hastalık sahibi olmaları (çalışmaya katılmaya engel olacak şiddette akut psikoz ya da psikotik alevlenme, bilişsel yetileri bozabilecek şiddette ağır depresyon) ve onam vermeyerek çalışmaya katılmak istememeleri çalışmanın dışlama ölçütlerini oluşturmuştur. Çalışmanın etik kurul onayı alınmıştır.

Kullanılan Değerlendirme Araçları

Sosyodemografik Veri Formu: Tüm hastaların yaşları, cinsiyetleri, başvuru tarih, saat ve, şekilleri not edilmiştir. Ek olarak eğitim, medeni, mesleki durumları, yaşadıkları ortam, bakmakla yükümlü oldukları kişi bulunup bulunmadığı, geçirilmiş psikiyatrik hastalık öyküsü, ailede psikiyatrik hastalık bulunup bulunmadığı, girişim yöntemleri,

daha önce benzer girişimleri olup olmadığı, oldu ise ne zaman olduğu, girişim sonrasında tekrarlama fikrinin bulunup bulunmadığı, intihar girişimi öncesinde bu fikrini başka bir kişiyle paylaşıp paylaşmadığı, ne şekilde paylaştığı gibi bilgiler yarı yapılandırılmış bir anketle detaylı olarak sorgulanmış ve bu sosyodemografik veri formuna eklenmiştir.

Problem Çözme Envanteri: Ölçek Heppner ve Petersen (1982) tarafından geliştirilmiştir. Bireyin kendisini değerlendirmesine yönelik 35 maddeden oluşan bir ölçektir. Puanlaması 6'lı likert türündedir. Yüksek puan problem çözme becerisindeki yetersizliği gösterir. Ölçeğin Türk toplumuna göre uyarlaması Şahin ve ark. (1989) tarafından yapılmıştır.

Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ): Anne babaların aile ilişkilerini algılamalarını ölçmek amacı ile Aile Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. Ailenin işlevlerini hangi konularda yerine getirebildiğini belirleyen ve sorun alanlarını ortaya çıkaran bir ölçüm aracıdır. Ölçek Mc Master Aile İşlevleri Modeli'nin klinik olarak aileler üzerine uygulanmasıyla elde edilmiştir (Epstein ve ark. 1983). Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bulut (1990) tarafından yapılmıştır. Aile değerlendirme ölçeği 7 alt ölçekten oluşmaktadır. Bunlar; problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü, genel işlevler başlığı altında sıralanmaktadır.

Ölçekte toplam 60 madde olup her madde aile yaşamına ilişkin olumlu ve olumsuz ifadelerin yer aldığı bir cümleden meydana gelmektedir, her cümle alt ölçekten bir tanesine aittir. Maddelerin bazıları sağlıklı işlevleri, bazıları da sağlıklı işlevleri tanımlamaktadır (Bulut 1990).

Katılımcılardan cümleleri dikkatlice okumaları ve ailelerine ne derece uyduğuna karar vermeleri istenmektedir. Her cümle için 4 seçenek bulunmaktadır. Katılımcılardan kendilerine uygun seçeneğe (x) işareti koymaları istenmektedir. Seçenekler: Aynen katılıyorum=1, büyük ölçüde katılıyorum=2, biraz katılıyorum=3, hiç katılmıyorum=4.

Tüm maddelerde 1.00 puan sağlıklı cevabı, 4.00 puanı ise sağlıklı cevabı simgelemektedir. Bu şekilde elde edilen puanlar her alt boyutta toplanarak

ortalaması alınır. Her bir boyutta o boyutun içerdiği maddelerin %40'ından fazlası cevapsız bırakılmışsa, ortalama puan hesaplanmaz ve o kişi fire olarak kabul edilir (Bulut 1990).

Başa Çıkma Tutumları Ölçeği (BÇTÖ): Stres verici olaylar ya da etkenlerin olumsuz etkilerini en aza indirmek ya da tümüyle ortadan kaldırmak için bazı başa çıkma tutumlarını kullanmak evrensel bir tutumdur. "Başa çıkma", bireyin kendisi için stres oluşturan olay ya da etkenlere karşı direnmesi ve bu durumlara karşı dayanma amacıyla gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerin tümü olarak tanımlanabilir (Folkman 1984, Folkman ve ark. 1986). Ölçek Folkman ve Lazarus (1980) tarafından geliştirilmiştir, 60 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Altmış farklı durum dört seçenek üzerinden yanıtlandırılır. Bu yanıtlar: 1=Asla böyle bir şey yapmam, 2=Çok az böyle yaparım, 3=Orta derecede böyle yaparım, 4=Çoğunlukla böyle yaparım. Ölçek 60 soru ve 15 alt ölçekten oluşmuştur. Her alt ölçek dörder sorudan oluşmaktadır. Bu alt ölçeklerin her biri ayrı bir başa çıkma tutumu hakkında bilgi verir. Sonuç olarak alt ölçeklerden alınacak puanların yüksekliği hangi başa çıkma tutumunun kişi tarafından daha çok kullanıldığı hakkında yorum yapma olasılığı verir.

Çok Boyutlu Öfke Ölçeği (ÇBÖÖ): Ölçek Siegel (1986) tarafından geliştirilmiştir. İnsanların öfke konusundaki duygu, düşünce ve tutumlarını belirlemeyi amaçlayan ve 5 bölümden oluşan bir bataryadır. Likert tipi, 1-5 arası puanlanmaktadır (Balkaya ve Şahin 2003). Bu çalışmada, bataryanın, intihar davranışları ile ilişkili olabileceği düşünülen Öfkeye Yol Açan Etmenler: Ciddiye Alınmama (20 madde), Haksızlığa Uğrama (17 madde) ve Eleştirilme (5 madde) alt ölçekleri ve Kişilerarası Öfke Tepkileri: İntikama Yönelik Tepkiler (24 madde), Pasif-Agresif Tepkiler (10 madde), İçedönük Tepkiler (10 madde) ve Umursamaz Tepkiler (3 madde) alt ölçekleri kullanılmıştır. Ölçeğin bu bölümleri, daha önce sözü edilen, konuya ilişkin çalışmada kullanılmış, geçerli ve güvenilir olduğu belirlenmiştir (Batıgün ve Şahin 2003).

Beck Depresyon Ölçeği: Beck Depresyon Ölçeği Beck (1961) tarafından geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeği olup; denekte depresyon riskini belirlemek,

depresif belirtilerin düzeyi ve şiddet değişimini ölçmek için geliştirilmiştir. Yirmibir cümle içermekte olup dördümlü likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Her madde 0-3 arasında puanlanır. Hisli (1989) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olup; kesme puanı 17 olarak kabul edilmiştir.

Beck İntihar Tasavvuru Ölçeği: Beck ve ark. intihar düşüncesi olanlarda intihar eğilimini ölçmek üzere İntihar Tasavvuru Ölçeği'ni (İTÖ) ve intihar girişiminde bulunmuş olanlarda kullanılmak üzere İntihar Eğilimi Ölçeği'ni (İEÖ) geliştirmişlerdir (Beck ve ark. 1974, 1979).

Uygulanan testlere ek olarak çalışmaya alınan 70 hasta 22 soruluk bir anketle intihara neden olan problem alanları açısından da sorgulanmış ve kendilerinin intihar girişimi nedeni olarak tanımladıkları yaşam olayları not edilmiştir.

İstatistik

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS programı 16.0 versiyonu ve istatistiksel analizde ki kare testi ile yüzde dağılımları kullanılmıştır. Ortalamalar standart sapmalarla birlikte gösterilmiştir. Psikopatolojik belirtiler, ölçeklerden alınan puanlar ile Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği ve intihar arzusu puanlarının birbiri ile ilişkisine korelasyon analizi ile bakılmıştır. Bulgular $p>0.05$ düzeyinde anlamsız, diğer bütün düzeylerde anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Sosyodemografik veriler

Çalışmaya 60 kadın, 10 erkek hasta alınmıştır. Hastane adli vaka defterinden bakıldığında 9 kişinin psikiyatri polikliniğine gelmediği anlaşılmıştır. Ayrıca ağır psikotik belirtileri olan şizofreni tanılı 2 hasta ve ağır depresif belirtiler gösteren 4 hasta çalışmaya uyum sağlayamayacakları düşünüldüğünden çalışma dışı bırakılmıştır. Çalışma grubunun sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Gruptaki 21 kişi çekirdek ailede yaşamaktayken 45 kişi geniş ailede 2 kişi yalnız 2 kişi kardeşleriyle yaşıyordu. Bireylerin geçmiş öykülerinde 47 kişide daha önce tanı konmuş bir psikiyatrik hastalık yokken 18 kişide depresyon 4

Tablo 1. İntihar girişiminde bulunanların sosyodemografik özellikleri

	Kadın (n=60)	Erkek(n=10)
Yaş (yıl)		
Minimum	14	16
Maksimum	54	40
Ortalama±SS	21.0±6.6	21.8±7.9
Eğitim durumu		
İlköğretim	24	5
Lise	29	5
Üniversite	7	0
Medeni durumu		
Bekâr	40	8
Evli	20	2
Dul	1	0
Meslek		
Çalışıyor	51	9
Çalışmıyor	5	5

SS: Standart sapma

kişide anksiyete bozukluğu ve 1 kişide uyum bozukluğu tanısı mevcuttu. Ayrıca sadece 5 kişide bedensel bir kronik hastalık vardı (ülser, diyabet ve hipertansiyon).

Girişim sonrası 18'i kendisi, 33'ü ailesi, 17'si yakınları, 2'si ambulans tarafından acile gelmişlerdi. Tek başına ve 112 acil ile getirilenlerin sayısının görece azlığı intihar girişimleri ve kendine zarar verme davranışlarında sosyal destek sağlama amacının ön planda olabileceğini düşündürmektedir.

Başvurular mevsimlere göre ve girişim saatine göre dağılımı Tablo 2'de verilmiştir.

İntihar girişimi yöntemleri ve geçmişte intihar öyküsüne bakıldığında 67 kişiden biri hariç ilaç olarak intihar girişiminde bulunmuştu, 1 kişi ise tarım ilacı içmişti. 7 kişi kesici aletle kendine zarar vermişti. Çalışmaya alınan bireylerin 52'sinin özgeçmişinde intihar girişimi yokken 13'ü son 1 yıl içinde, 5'i 1 yıldan daha önce girişimde bulunmuşlardı (Tablo 3).

İntihar girişiminde bulunan bireylerin 9'u kasıtlı

olarak kendine zarar verme, 4'ü yardım çağrısı, 44'ü ölüm amaçlı, 7'si çelişkili düşünceler içinde, 1'i istemeden aşırı doz aldığından dolayı, 5'i ise söylemek istemedikleri bir nedenden dolayı girişimde bulduklarını belirtmekteydi.

Yine bu bireyler girişimleri hakkında sorgulandıklarında 17 kişi ölmüş olmayı dilerken, 42 kişi pişman olduğunu, 11 kişi tekrar denemeyi düşündüğünü belirtmiştir.

Girişimde bulunanların çoğu ani bir kararla bunu yaptıklarını ifade etmektedirler. İntihar girişiminin öncesindeki tutum ve davranışları sorgulandığında 57 kişi ani karar verdiğini, 1 kişi planlayarak girişimde bulunduğunu, 42 kişi pişman olduğunu belirtirken 17 kişi ölmüş olmayı istediklerini, 11 kişi tekrar denemeyi düşündüklerini belirtiyordu.

Girişimde bulunan 64 kişinin aile öyküsünde herhangi bir ruhsal hastalık bildirilmezken, 1 kişi aile öyküsünde ruhsal hastalık bildirmiş, 5 kişinin ailesinde intihar girişimi bildirilmiştir.

Çalışmaya alınan 70 hasta intihara neden olan problem alanları açısından sorgulandığında hiç kimse cinsel sorunlar, evsiz kalma, süregen hastalık, tecavüz, okul sorunları, taciz, ruhsal hastalık, alkol madde bağımlılığını temel sorun olarak bildirmemiştir. Bazı hastalar ise birden fazla neden bildirmişlerdi. Oysa gruba bakıldığında çoğunlukta ruhsal hastalık tanısı alan, madde kötüye kullanımı olan kişilerin olması, ancak hastaların bu tanıları yadsımları incelenmesi gereken bir durumdur (Tablo 4).

Acil servise başvuruları sonrasında hastaların hastanedeki takip süreleri ve sonrasında görüşmeye gelme durumları Tablo 5'te verilmiştir.

Uygulanan ölçeklerden alınan puanlara bakıldığında Problem Çözme Ölçeği'nde en düşük puanın 51, en yüksek puanın 153, ortalama puanın 107.2±23.1 olduğu görülmüştür. Yüksek puan problem çözme becerisinde düşüklüğü göstermektedir.

Aile Değerlendirme Ölçeği'nin (ADÖ) alt ölçeklerinden alınan puanlara bakıldığında tüm altölçek puanlarının ortalama puanının 2'den büyük olduğu en yüksek puanın 'duygusal tepki' alt ölçeğinden alındığı görülmüştür (Tablo 6).

Çok Boyutlu Öfke Ölçeği'nin (ÇBÖÖ) değer-

Tablo 2. Saate ve aylara göre intihar girişimi

Aylar	Mart	Nisan	Mayıs	Haz	Tem	Ağu	Eyl	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şub	Top
Başvuru sayısı(N)	4	3	2	4	6	15	10	4	9	8	2	3	70
Mevsim	İlkbahar			Yaz			Sonbahar			Kış		N	
Başvuru sayısı	9			25			23			13		70	
Başvuru saatleri	08.00-16.00			16.00-24.00			24.00-08.00			N			
Başvuru sayısı	16			45			9			70			

Tablo 3. İntihar girişimi, yöntemi ve özgeçmişte intihar dağılımı

	Kadın (n)	Erkek (n)	Toplam (n)
İntihar Girişimi Yöntemi			
İlaç içerek	58	9	67
Kesici aletle	5	2	7
Özgeçmişte intihar girişimine göre			
Girişim öyküsü yok	43	9	52
Son 1 yıl içinde var	12	1	13
1 yıldan daha önce var	5	0	5
Toplam	60	10	70

lendirilen 2 alt ölçeğinden öfkenin fiziksel belirtilerinde puanlar 4-51 aralığında ve ortalaması 31.2 ± 11.8 olarak bulunmuştur. Çok Boyutlu Öfke Ölçeği'nin diğer alt ölçeği öfkeye yol açan nedenlerde puanlar 27-160 aralığında iken, grubun ortalaması 125.6 ± 27.2 olarak tespit edilmiştir (Tablo 7).

Başa Çıkma Tutumları Ölçeği'nden (BÇTÖ) alınan puanlara bakıldığında en çok pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, madde kullanımı, plan yapma tutumlarını en az ise kabullenme başa çıkma tutumlarını kullandıkları anlaşılmaktadır (Tablo 8).

Tablo 9'da Beck Depresyon, İntihar Tasavvuru ve İntihar Arzusu Ölçeği puanları gösterilmiştir. Bu sonuçlarda hastaların bir kısmında orta ağır şiddette depresyon olabileceği, Beck İntihar düşüncesi ve İntihar Arzusu puanlarının yüksekliği görülmektedir.

Problem Çözme, Aile Değerlendirme, BÇTÖ,

Beck Depresyon, Beck İntihar Tasavvuru ve İntihar Arzusu alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında korelasyon bakılmıştır. Buna göre problem çözme ölçeğinden alınan puanlar ile iletişim, davranış kontrolü, disosiyatif belirtiler, SCL genel ve pozitif toplam, somatizasyon, OKB, depresyon, kaygı, düşmanlık, psikotizm, ek skala arasında pozitif yönde c2, c15 arasında negatif yönde ($p < 0.05$); öfkeye yol açan nedenler, fobi arasında pozitif yönde ($p < 0.01$) ve Beck Depresyon puanıyla pozitif yönde ($p < 0.001$) ilişki vardır.

Problem çözme ölçeği puanları ile Beck İntihar Tasavvuru ve İntihar Arzusu puanı arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (Tablo 10).

Başa çıkma tutumlarından C1 ile Problem Çözme Ölçeği, problem çözme altölçek puanı yaşama-/ölüme dair tutum arasında negatif yönde ($p < 0.01$) ilişki saptanmıştır.

C2 ile Problem Çözme Ölçeği, Beck Depresyon,

Tablo 4. Bireylerin intihar nedenleri ile ilişkilendirdikleri problem alanları

İntihar nedenleri	Problem alanlarının olduğu kişi sayısı (kadın)	Problem alanlarının olduğu kişi sayısı (kadın)
Karşı cinsle sorunlar	19	-
İletişim sorunları	14	5
Aile sorunları	10	-
Aile içi şiddet	6	-
Ebeveyn çatışmaları	1	-
Gelişim dönemi sorunları	2	-
Ekonomik sorunlar	1	-
Hastalık	2	-
Ölüm/kayıp	1	-
Yalnızlık	1	-
İş sorunları	2	-
Sınav kaygısı	1	-
Cinsel sorunlar	-	-
Evsiz kalma	-	-
Süregen hastalık	-	-
Tecavüz	-	-
Okul sorunları	-	-
Taciz	-	-
Ruhsal hastalık	-	-
Çocuklarla sorunlar	-	-
Alkol/madde bağımlılığı	-	-
Evlilik sorunları	-	-
Toplam	43	5

yaşama/ölüme dair tutum puanı arasında negatif yönde ($p<0.05$) ilişki saptanmıştır.

C3 ile kişiler arası duyarlılık, Beck İntihar Tasavvuru arasında pozitif yönde ($p<0.05$), öfke fiziksel belirtileri, arasında pozitif yönde ($p<0.01$) ilişki saptanmıştır.

C4 ile Beck Depresyon arasında pozitif yaşama/ölüme dair tutum arasında negatif yönde

Tablo 5. Hastanede kalma süresi ve görüşmeye gelme durumları

Hastanede kalma süresi/cinsiyet	Kadın (n)	Erkek (n)
0-8 saat arasında	11	1
8-24 saat arasında	43	7
24 saatten fazla	6	2
Psikiyatri poliklinik takibi		
Kontrol gelmeyenler	4	0
Bir kez görüşmeye gelenler	11	6
Düzenli görüşmeye gelenler	45	4
Toplam	60	10

($p<0.05$), problem çözme arasında pozitif yönde ($p<0.01$) ilişki saptanmıştır.

C5 ile problem çözme arasında negatif ($p<0.05$) ilişki saptanmıştır.

C6 ile herhangi bir ilişki bulunamamıştır.

C7 ile öfke fiziksel belirtileri arasında pozitif yönde ($p<0.05$) ilişki saptanmıştır.

C8 ile öfke fiziksel belirti, iletişim, duygusal tepki arasında negatif yönde ($p<0.05$); problem çözme ölçeği arasında negatif yönde ($p<0.01$); problem çözme alt ölçeği, Beck Depresyon arasında negatif yönde ($p<0.001$) ilişki saptanmıştır.

C9 ile yaşama/ölüme dair tutum arasında pozitif yönde ($p<0.05$); Beck Depresyon arasında pozitif yönde ($p<0.01$) ilişki saptanmıştır.

C10 ile herhangi bir ilişki bulunamamıştır.

C11 ile iletişim, roller arasında negatif yönde ($p<0.05$); Beck Depresyon yaşama dair tutum, problem çözme arasında negatif yönde ($p<0.01$) ilişki saptanmıştır.

C12 ile herhangi bir ilişki bulunamamıştır.

C13 ile problem çözme ve iletişim arasında negatif yönde ($p<0.01$) ve İntihar Arzusu arasında pozitif yönde ($p<0.01$) ilişki saptanmıştır.

C14 ile kişilerarası duyarlılık arasında pozitif yönde ($p<0.01$) ilişki saptanmıştır.

C15 ile Problem Çözme Ölçeği, Beck Depresyon,

Tablo 6. Aile değerlendirme ölçeği testi ve alt bölümleri puan dağılımı

ADÖ alt ölçekleri puanları	Min	Maks	Ort±SS
Problem çözme	1.66	4	2.75±0.67
İletişim	1.22	3.33	2.52±0.34
Roller	1.18	3.63	2.56±0.68
Duygusal tepki*	1.17	4	2.83±0.78
İlgi gösterme	1,43	4	2.68±0.74
Davranış kontrol	1	3.88	2.17±0.62
Genel işlevler	1.08	4	2.69±0.73

SS:Standart Sapma, ADÖ: Aile Değerlendirme Ölçeği, * : En yüksek alt ölçek.

Tablo 7. Çok boyutlu öfke ölçeği puan dağılımı

		Minimum	Maksimum	Ortalama±SS
ÇBÖÖ alt ölçek puanları	Öfke belirtileri	4	51	31.2±11.8
	Öfke nedenleri	27	160	125.6±27.2

Tablo 8. BÇTÖ ölçeği maddeleri ortalama puanları

BÇTÖ	Minimum	Maximum	Ortalama±SS
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme *	4	16	11.2± 2.8
Zihinsel boş verme	6	15	9.97 ±2.67
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	4	14	9.7 ±2.61
Yararlı sosyal destek kullanımı	4	16	10.06± 2.78
Aktif başa çıkma	6	16	9.84 ±2.43
İnkâr	4	15	9.45 ±2.67
Dini olarak başa çıkma	4	14	10.12 ±2.45
Şakaya vurma	6	15	9.54 ±2.47
Davranışsal olarak boş verme	4	15	9.38± 2.4
Geri durma	5	15	9.45± 2.32
Duygusal sosyal destek kullanımı	6	15	10.16 ±2.11
Madde kullanımı *	5	16	11± 3.11
Kabullenme	4	14	9.1 ±2.56
Diğer meşguliyetleri bastırma	6	14	10 ±2.1
Plan yapma *	5	15	10.96± 2.42

SS: Standart Sapma BÇTÖ Ölçeği * : En yüksek ilk 3 alt ölçek

Tablo 9. Beck depresyon, intihar tasavvuru ve intihar arzusu ölçeği puanları

	Min.	Max.	Ort.	SS
Beck intihar tasavvuru	4.00	29.00	15.33	5.8
İntihar arzusu	0.0	10.00	5.57	2.5
Beck depresyon	2.00	53.00	28.00	14.02

SS: Standart sapma

Tablo 11. Beck depresyon ölçeği ile korelasyonu olan değişkenler

	Problem çözme ölçeği	Problem çözme	Davranış kontrolü	Beck İntihar Tasavvuru	İntihar Arzusu
Beck depresyon	0.685***	0.466*	0.463*	0.487**	0.444**

Tablo 10. Problem çözme ölçeği ile korelasyonu olan değişkenler

Problem Çözme	Öfkeye yol açan nedenler	Beck Depresyon	Geçmiş intihar	C1	C2	C8	C15
	0.662***	0.685***	0.520*	-0.485*	-0.553*	-0.686**	-0.493*

yaşama/ölüme dair tutum puanları arasında negatif yönde ($p<0.05$); problem çözme alt ölçeği arasında pozitif yönde ($p<0.05$) ilişki vardır.

Tablo 10 ve 11'de Problem Çözme Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanı ile ilişkisi saptanan değişkenler verilmiştir. İntihar Arzusu ile duygusal tepki, ilgi gösterme arasında pozitif yönde ($p<0.05$); kişilerarası duyarlılık, Beck Depresyon, girişim özelliği, arka plan faktörleri, öfke fiziksel belirtileri, Beck İntihar Tasavvuru Ölçeği, yaşama dair tutum puanları arasında pozitif yönde ($p<0.001$) ilişki vardır.

TARTIŞMA

Katılımcıların 18'i (%26) yaşamlarında en az bir kez ve 13'ü (%19) de son on iki ay içerisinde yaşamlarını sonlandırmak için girişimde bulunmuşlardır. Bu rakamlar intihar davranışının değişik biçimlerinin ayaktan tedavi gören psikiyatri hastaları arasında yaygın olduğunu göstermektedir. Bu çalış-

madan elde edilen bulgular diğer araştırmaların sonuçlarıyla uyumludur (Arato ve ark. 1988, Powell ve ark. 2000).

Kişilerin ölçeklerden aldıkları puanlara bakınca problem çözme ölçeğinde en düşük puanın 51, en yüksek puanın 153, ortalama puanın 107.2 ± 23.1 olduğu görülmüştür. Yüksek puan problem çözme becerisinde düşüklüğü göstermektedir. Örneklem grubumuz bu açıdan incelendiğinde bu testi alan bireylerde problem çözme becerisinin düşük olduğu yorumu yapılabilir. Daha önce kriz ve intihar girişimi ile başvuran bireylerle yapılan çalışmalar da bu bireylerin başa çıkma becerilerinin normal topluma göre daha düşük olduğuna işaret etmektedir (Pollock ve Williams 1998). Yapılan korelasyon analizlerinin sonuçlarına bakıldığında problem çözme becerisi düşük olanlarda depresyon, başa çıkma tutumlarından bazıları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Ancak problem çözme ölçeği puanları ile Beck İntihar Tasavvuru ve İntihar Arzusu Ölçeği puanları arasında anlamlı ilişki

bulunamamıştır, örneklemin küçük olması bu sonucun çıkmasına neden olmuş olabilir.

Aile Değerlendirme Ölçeği'nden alınan puanlara bakıldığında hastalarda tüm altölçek puanlarının ortalama puanının 2'den büyük olduğu en yüksek puanın 'duygusal tepki' alt ölçeğinden alındığı görülmüştür (Tablo 6). Bu durum ailede problem çözme becerisinin, iletişimin, ailedeki rollerin, birbirlerine gösterdikleri ilginin davranışları kontrol edebilmenin aile üyelerinin her türlü durum (neşe, kızgınlık, korku, acil durumlar vs.) karşısında en uygun tepkiyi verme becerisinin yetersiz olduğu anlamına gelmektedir. Literatürde intihar girişimlerinin tekrarlanmasının önlenmesinde ailenin aktif katılımının olumlu etkilerine yönelik çalışmalar da bulunmaktadır (Lobo ve ark. 2010).

Çok Boyutlu Öfke Ölçeği'nin değerlendirilen 2 alt ölçeğinden öfkenin fiziksel belirtilerinde ve öfkeye yol açan nedenlerde en yüksek puanlar alınmıştır. (Tablo 7). Dürtüsellik ve intihar ile ilişkisi olduğu belirtilen bu alt ölçeklerden hastaların yüksek puan almaları çalışma sonuçları açısından beklenen bir bulgudur. Bu şekilde ifade edilen öfke duygusunun, kişiyi, sözel ve fiziksel saldırılara açık bir hale getirebildiği, aile içinde ve kişilerarası diğer ilişkilerde çatışmalara neden olabildiği ileri sürülürken, kişinin benlik saygısının, önemli ölçüde düşmesiyle de sonuçlanabildiği belirtilmektedir (Deffenbacher 1992). Öfkenin ifade biçimleri de çeşitlilik göstermektedir. Öfkenin ifade biçimlerinden birisi, belki de en önemlisi saldırganlık olarak görülmektedir. Fiziksel saldırganlık motor davranışlarla ilişkilidir ve amaç karşındaki kişiye veya objeye zarar vermektir. Öfke ve hostilite, daha çok duygu ve tutumlarla ilişkilirken; saldırganlık, başka kişilere ya da objelere yönelik, tahrip edici ve zarar verici davranışları kapsamaktadır (Spielberger ve ark. 1995).

Öfkeye eşlik eden fizyolojik belirtiler, kas geriliminin artması, kaşların çatılması, dişlerin gıcırdatılması, ters ters bakma, yumrukları sıkma, yüzün kızarması, titreme hissi (özellikle el ve ayakta), uyuşma hissi, tıkanma hissi (nefes almakta zorluk), vücudun çeşitli bölgelerinde seyirmeler olması, terleme, kontrol kaybı, sıcaklık hissi, burundan soluma, dudakları ısırma, beynin zonklaması, baş ağrısı ve hareketlerin hızlanması gibi tepkilerdir (Tavris 1989).

Ülkemizde Sayar ve ark. (2000) tarafından yapılan bir çalışmada, öfke nöbeti olan hastaların olmayanlara göre anlamlı ölçüde daha fazla depresyon ve kaygı gösterdikleri bulunmuştur. Öfke, intihar davranışı için de önemli bir risk faktörü olarak ele alınmaktadır (Batıgün 2002, Horesh ve ark. 1997). Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak girişimlerin büyük çoğunluğunun ani bir kararla gerçekleştiği katılımcılar tarafından belirtilmiştir. Ani karar vererek intihar girişiminde bulunma oranlarının yüksekliği bu bireylerde öfke ölçeğinden alınan puanların yüksekliği ile uyumlu bir bulgudur (Park ve ark. 2010). Öfkenin ve dürtüsellüğün önlenmesinde aile desteğinin önemli olduğuna işaret eden çalışmalar mevcuttur (Lobo ve ark. 2010). Bu anlamda öfke kontrol sorunu bulunan bireyler için sağlanacak sosyal destek daha da önemli bir hal almaktadır.

Başlangıçta girişimlerin çoğunun ölüm amaçlı olmasına karşın girişim sonrasında girişimden pişmanlık duyanların sayısının fazlalığı da bu girişimlerdeki dürtüsellığı destekleyen bir diğer bulgu olarak yorumlanabilir. Çok boyutlu öfke ölçeği puanları bu fazla dürtüsellığe işaret etmektedir. Ayrıca öfke kontrol sorunu yaşayan bireylerde eşlik eden depresyonun intihar girişimi riskini de artırdığı gösterilmiştir. Grubumuzdaki depresyon sıklığı öfke puanlarının yüksek olması ile doğrudan ilişkilidir. Depresyondaki öfke kontrol sorunu yaşayan bireylerde intihar girişiminin daha sık olduğu literatürde gösterilmiştir (Daniel ve ark. 2009). İntihar girişiminde bulunan bireylerin uzun süreli takiplerinde de tespit edilmiş olan bu sorun alanlarının, öfke kontrol sorunları ve depresyon sıklığının girişimin tekrarlamasında major risk faktörleri olduğu gösterilmiştir (Hooven ve ark. 2010). Bu noktada girişimi takiben öfke kontrol düzeylerinin ve depresyon varlığının değerlendirilmesi öncelikli olarak sosyal destek sağlanması gereken grubun tespitinde yol gösterici olabilir.

Yetersiz sorun çözme becerisinin depresyona yol açabileceği gibi depresyonun da kişinin kendi problem çözme beceri düzeyini yetersiz görmesini sağladığı gösterilmiştir (Bates ve Lavery 2003). Bizim grubumuzda da intihar girişimi ile başvuran bireylerde depresyon oranının yüksek olması başa çıkma becerilerinin yetersiz algılanmasına veya gerçekten düşük düzeyde olmasına bağlı olarak

açıklanabilir. Aile Değerlendirme Ölçeği'nden alınan puanların ailede problem çözme becerisinin, iletişimin, ailedeki rollerin, birbirlerine gösterdikleri ilginin davranışları kontrol edebilme aile üyelerinin her türlü durum (neşe, kızgınlık, korku, acil durumlar vs.) karşısında en uygun tepkiyi verme becerisinin yetersiz olduğunu vurgular nitelikte olduğu hatırlandığında bu bireyler için de temel sorunun problem çözme düzeylerinin düşüklüğü olduğu ileri sürülebilir. İnsanların problem çözme becerisi düzeylerinin intihar davranışıyla ilişkili olduğu bir çok çalışmada gösterilmiştir. Daha önce yapılmış olan çeşitli çalışmalarla intihar girişiminde bulunmuş psikiyatrik hasta grubunun problem çözme becerilerinin girişimde bulunmamış kontrol grubuna kıyasla yetersiz olduğunu göstermişlerdir (Pollock ve Williams (1998), Pollock ve Williams (2004), Howat ve Davidson 2002). Problem çözme becerisi düzeyinin intihar davranışıyla olan ilişkisi göz önüne alındığında, sorun çözme terapisi intihar davranışı olan hastalarda kullanılabilecek seçenekler arasında düşünülebilir. Uluslararası yazın da bu düşüncüyü desteklemektedir (Townsend ve ark. 2001, Özgüven ve ark. 2003).

Problem çözme düzeylerine ek olarak travmatik yaşam olayları psikiyatrik sorunların ortaya çıkmasında önemli role sahiptir. Birçok çalışma, psikiyatrik rahatsızlığı olan bireylerin başına bu tür rahatsızlığı olmayanlara göre daha fazla oranda travmatik olayın geldiğini göstermiştir (Bourque ve ark. 2002, Friedman ve ark. 2002). Çalışmaya alınan 70 hasta intihara neden olan problem alanları açısından sorgulandığında kadınlarda en sık karşı cinsle ilgili sorunlar, ikinci sırada iletişim sorunları, üçüncü sırada aile sorunlarını intihar nedenleri olarak belirtmiştir. Katılımcıların hiçbiri cinsel sorunları, evsiz kalmayı, süregelen hastalık durumunu, tecavüzü, okul sorunlarını, tacizi, ruhsal hastalık varlığını, alkol madde bağımlılığını temel sorun olarak bildirmemiştir. Bazı hastalar ise birden fazla neden bildirmişlerdi (Tablo 3). Bizim çalışmamızın örnekleminin yaklaşık %31'i herhangi bir travmatik olay yaşamadığını belirtirken, %69'u en az bir travmatik olay yaşadığını ifade etmektedir. Bu noktada da sosyal desteğin önleyici olası rolü koruyucu yaklaşım açısından önem kazanmaktadır.

Başta çıkma tutumlarından en yüksek puan alınan C1, C12 ve C15 altölçek puanlarına bakıldığında C12 ile herhangi bir diğer ölçek arasında anlamlı ilişki bulunmazken C1 ve C15 ile problem çözme becerisi, depresyon ve yaşama/ölüme dair tutum puanları arasında ilişki bulunmuştur. Tüm alt ölçeklerden alınan puanlar tablodan da görüleceği üzere birbirine yakındır, bu nedenle ölçeklerde benzer anlamlılıklar çıkmış olabilir (Tablo 10).

Çalışma grubundaki kişilerin hastanede kalış sürelerine bakıldığında 8-24 saat arası hastanede kalanların çoğunlukta olması bize intiharların çok ciddi bedensel ya da ruhsal sorunlara yol açmadığını ve görece şiddetinin az olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca 45 kişinin ortalama ayda 1 kez olan düzenli takiplere gelmesi önemli ve risklerin erken fark edilip müdahale edilebilmesi açısından değerli bir bulgudur. Ayrıca intihar girişimlerinin yaz aylarında fazla olması literatürde genellikle bulunan bir bulgu olmakla birlikte bizim çalışmamızda da benzer bir sonuç bulunmuştur (Tsai ve Cho 2011). Yapılan bir araştırmada bu durumun serotonin düzeyindeki mevsimsel değişikliklerle ilişkili olduğunu öne sürülmüştür (Makris ve ark. 2012). Takibe gelmeyen bireylere ve yakınlarına telefonla ulaşarak takibin sürekliliğinin sağlanması yönünde bireylerin motive edilmeleri alternatif bir yaklaşım olabilir. Uygun yaklaşımla son 20 yılda batı toplumunda intihar olgularında azalmanın sağlandığı gösterilmiştir (Foster ve ark. 1999).

Çalışmamızın önemli bir kısıtlılığı başvuranlara yapılandırılmış klinik görüşme (SCID) kullanılarak bir psikiyatrik tanı konulmamış olmasıdır. Yapılan psikiyatrik muayeneler ve uygulanan klinik değerlendirme ölçekleri neticesinde (Hamilton Depresyon ve Anksiyete Ölçekleri) 11 kişiye orta şiddette depresyon, 3 kişiye madde kötüye kullanımı, 32 kişiye uyum bozukluğu ve hafif depresyon, 9 hastaya kişilik bozukluğu, 3 kişiye davranım bozukluğu, 4 kişiye dürtü kontrol bozukluğu, 1 kişiye somatizasyon bozukluğu tanıları konmuştur.

Sonuç olarak, intihar girişiminde bulunan bireylerde aile desteğinin yetersiz olduğu, artan depresyon oranları ile birlikte öfke kontrolündeki sorunların girişimin tekrarlama açısından ciddi bir risk oluşturduğu görülmektedir. Problem çözme

becerisi düşük olan bu popülasyon için aile desteğinin artan oranda sağlanması ve takip sürecinde devamlılığı sağlayacak sosyal iletişim yöntemlerinin geliştirilmesi önemli koruyucu yaklaşımlar olarak düşünülebilir. Özellikle risk altındaki gruplar için sosyal desteği arttıracak yöntemlerin

belirlenmesi amacıyla yapılacak daha fazla çalışmaya gerek olduğunu düşünüyoruz.

Yazışma adresi: Dr. Ali Emre Şevik, Medical Hastanesi, Karabük, aliemresevik@gmail.com

KAYNAKLAR

- Altındağ A, Sır A, Özkan M (2001) Türkiye'de intihar hızlarındaki değişimler (1974-1998). *Türkiye'de Psikiyatri*, 2:79-86.
- Arato M, Demeter E, Somogyi E (1988) Retrospective psychiatric assessment of 200 suicides in Budapest. *Acta Psychiatr Scand*, 77:454-456.
- Balkaya F, Şahin NH (2003) Çok boyutlu öfke ölçeği. *Türk Psikiyatri Derg*, 14:192-202.
- Bates GW, Lavery BJ (2003) Social problem-solving and vulnerability to depression in a clinical sample. *Psychol Rep*, 92:1277-1283.
- Batıgün AD (2002) Gençler ve İntihar: Diğer Yaş Gruplarıyla Farklılaşan Özellikler, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Batıgün AD, Şahin NH (2003) Öfke, dürtüsellik ve problem çözme becerilerindeki yetersizlik gençlik intiharlarının habercisi olabilir mi? *Türk Psikoloji Dergisi*, 18:37-59.
- Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT (1999) Personality traits and cognitive styles as risk factors for serious suicide attempts among young people. *Suicide Life Threat Behav*, 29:37-47.
- Beck AT (1961) An Inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4: 561-571.
- Beck AT, Kovacs M, Weissman A (1979) Assessment of suicidal ideation. The scale for suicidal ideation. *J Consult Clin Psychol*, 47:343-352.
- Beck RW, Morris JB, Beck AT (1974) Cross-validation of the Suicidal Intent Scale. *Chol Rep*, 34:445-446.
- Boor M (1982) Relationship of anomia to perceived changes in financial status 1973-1980. *J Clin Psychol*, 38:891-892.
- Bourque LB, Siegel JM, Shoaf KI (2002) Psychological distress following urban earthquakes in California. *Prehosp Disaster Med*, 17:81-90.
- Bulut I (1990) Aile Değerlendirme Ölçeği El Kitabı, .6-8. Özgüzelış Matbaası, Ankara.
- Daniel SS, Goldston DB, Erkanli A ve ark. (2009) Trait anger, anger expression, and suicide attempts among adolescents and young adults: a prospective study. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 38:661-671.
- Deffenbacher JL (1992) Trait anger: theory, findings, and implications. *Advances in Personality Assessment*, 9:177-201.
- Dixon WA, Heppner PP, Rudd MD (1994) Problem-solving appraisal, hopelessness, and suicide ideation: Evidence for a mediational model. *J Consult Clin Psychol*, 41:91-98.
- Epstein NB, Boldwing LM, Bishop DS (1983) The McMaster family assessment device. *J Marital Fam Ther*, 9:171-180.
- Eskin M, Akoğlu A, Uygur B (2006) Traumatic life events and problem solving skills in psychiatric outpatients: relationships with suicidal behavior. *Türk Psikiyatri Derg*, 17:266-275.
- Fawcett J, Shaughnessy R (1989) The suicidal patient. JA Flaherty, RA Channon, JM Davis (eds), *Psychiatry in Chicago*. 49-56.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M ve ark. (1997) Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID I-CV), American Psychiatric Press Washington DC.
- Folkman S (1984) Personal control and stress and coping processes a theoretical analysis. *J Pers Soc Psychol*, 46:839-852.
- Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ ve ark. (1986) Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *J Pers Soc Psychol*, 50:571-579.
- Friedman S, Smith L, Fogel D ve ark. (2002) The incidence and influence of early traumatic life events in patients with panic disorder: a comparison with other psychiatric outpatients. *J Anxiety Disord*, 16:259-272.
- Foster T, Gillespie K, McClelland R ve ark. (1999) Risk factors for suicide independent of DSM-III-R Axis I disorder. *Br J Psychiatry*, 175:175-179.
- Heikkinen M, Aro H, Lönnqvist J (1994) Recent life events, social support and suicide. *Acta Psychiatr Scand*, 377(Suppl):65-72.
- Heppner PP, Petersen C (1982) The development and implications of a personal problem-solving inventory. *J Couns Psychol*, 29:66-75.
- Hisli N (1989) Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Derg*, 7:3-13.
- Hooven C, Herting JR, Snedker KA (2010) Long-term outcomes for the promoting CARE suicide prevention program. *Am J Health Behav*, 34:721-736.
- Horeh N, Rolnick T, Iancu I (1997) Anger, impulsivity and suicide risk. *Psychother Psychosom*, 66:92-96.
- Howat S, Davidson K (2002) Parasuicidal behaviour and interpersonal problem solving performance in older adults. *Br J Clin Psychol*, 41:375-386.
- Lobo Prabhu S, Molinari V, Bowers T ve ark. (2010) Role of the family in suicide prevention: an attachment and family systems perspective. *Bull Menninger Clin*, 74:301-327.
- Makris GD, Reutfors J, Osby U ve ark. (2012) Suicide seasonality and antidepressants: a register-based study in Sweden. *Acta Psychiatr Scand*, doi: 10.1111/j.1600-0447.2012.01891.x. [Epub ahead of print]

- Özgüven HD, Soykan Ç, Haran S ve ark. (2003) İntihar girişiminde depresyon ve kaygı belirtileri ile problem çözme becerileri ve algılanan sosyal desteğin önemi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 18:1-11.
- Park YJ, Ryu H, Han KS ve ark. (2010) Anger, anger expression, and suicidal ideation in Korean adolescents. *Arch Psychiatr Nurs*, 24:168-177.
- Pollock LR, Williams MG (1998) Problem solving and suicidal behavior. *Suicide Life Threat Behav*, 28:375-387.
- Pollock LR, Williams JM (2004) Problem-solving in suicide attempters. *Psychol Med*, 34:163-167.
- Powell J, Geddes J, Goldacre M ve ark. (2000) Suicide in psychiatric hospital in-patients. Risk factors and their predictive power. *Br J Psychiatry*, 176:266-272.
- Rutz W (2006) Social psychiatry and public mental health: present situation and future objectives. Time for rethinking and renaissance? *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 429:95-100.
- Sayar K, Güzelhan Y, Solmaz M ve ark. (2000) Anger attacks in depressed Turkish outpatients. *Ann Clin Psychiat*, 12:213-218.
- Sayıl I (1992) İntiharı konu alan yayımlar üstüne bir çalışma. *Kriz Dergisi*, 1:38-41.
- Sayıl I (1995) İntihar davranışı ve epidemiyolojisi. *Psikiyatrik Epidemiyoloji*, O Doğan (Ed), İzmir, Ege Psikiyatri Yayınları, s.118-123.
- Sayıl I, Devrimci Özgüven H (2002) Suicide and suicide attempts in Ankara in 1998: result of the WHO/EURO. Multicentre Study of Suicidal Behaviour. *Crisis*, 23:11-16.
- Spielberger CD, Reheiser EC, Sydeman SJ (1995) Measuring the experience, expression, and control of anger. *Issues Compr Pediatr Nurs*, 18:207-232.
- Takizawa T (2012) Suicide due to mental diseases based on the vital statistics survey death form. *Nihon Kosshu Eisei Zasshi*, 59:399-406.
- Tavris C (1989) *Anger: The misunderstood emotion*. New York, Simon and Schuster, Touchstone Books.
- Townsend ET, Hawton K, Altman DG ve ark. (2001) The efficacy of problem-solving treatments after deliberate self-harm: meta-analysis of randomized controlled trials with respect to depression, hopelessness and improvement in problems. *Psychol Med*, 31:979-988.
- Tsai JF, Cho W (2011) Re-examination of the seasonality of suicide in Taiwan during 1991-2008: a population based study. *Psychiatry Res*, 186:147-149.
- Ünal S, Küey L, Güleç C ve ark. (2002) Depresif bozukluklarda risk etmenleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5:8-15.

