

T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
ÇOCUK SAĞLIĞI ENSTİTÜSÜ

ERGENLİK ÇAĞI İNTİHAR GİRİŞİMLERİNDE  
PSİKOSOSYAL ETMENLER

Gelişim Nörolojisi  
Yüksek Lisans Tezi

Raşel OKUCU  
(Psikolog)

Tez Yönetmeni  
Doç. Dr. Kurban ÖZÜĞURLU

İstanbul, 1988

T. C.  
Yükseköğretim Kurulu  
Dokümantasyon Merkezi

## TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde beni destekleyen, değerli fikirleri ve eleştirileriyle yönlendiren tez hocam İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Doç. Dr. Kurban ÖZÜĞURLU'ya teşekkürü borç bilirim.

Yetişmemde emeği geçen İ.Ü. Çocuk Sağlığı Enstitüsü Öğretim Üyelerine, bana, araştırmamın temel direğini oluşturan intihar grubumu toplama ve izleme olanağını sağlayan Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Kürsüsüne ve çalışanlarına, yardımlarını esirgemeyen İstanbul Polis Hastanesi Psikiyatristi Sayın Dr. Hüseyin SELENDİ'ye teşekkürü borç bilirim.

## İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
GİRİŞ .....	1
I - GENEL BİLGİLER .....	4
1) İntihar ve İntihar Girişiminin Tanımı ..	4
2) Ergenlik Çağının Özellikleri .....	7
3) İntiharla İlgili Teoriler .....	10
4) Ergenlik Çağı İntihar Girişimlerinde Psikososyal Etmenler .....	14
II - YÖNTEM VE ARAÇLAR .....	25
III - BULGULAR .....	36
IV - TARTIŞMA .....	47
ÖZET .....	61
KAYNAKÇA .....	63
EKLER .....	69

## GİRİŞ

İnsan, her koşulda gelişme, büyüme, varlığını koruyup sürdürme, kısaca yaşam yönünde bir atılım göstermektedir. Bununla birlikte intihar olayları, son yirmi yıl içinde büyük bir artış kaydetmekte. her yıl intihar girişiminde bulunanların % 1-2'si ölmektedir (16, 23).

İlkel toplumlardan beri, intihar hakkında çeşitli yorumlar yapılmış, farklı görüşler geliştirilmiştir. Ender olarak, bazı toplumlarda intihara rastlanmaz. Bazı toplumlarda ise, sık rastlanan bir özellik olarak ortaya çıkar (24). İntihar, insanlara özgü bir davranıştır. Hiçbir hayvan, istemli olarak ölümünü tasarlayıp gerçekleştiremez. Bazı hayvanların ölümle sonlanabilecek davranışlar gösterdiği gözlenmiştir. Ancak, bu davranışların, ölüm isteğine bağlı olup olmadığı belli değildir. Kendine zarar verme davranışları, ölüm isteği ile birlikte tasarlanmış değilse, bu intihar girişimi değildir (16, 50, 51).

İntihar ne bir çılgınlık, ne de bir dahilik belirtisidir. Yüksek intihar oranları, ne uzay çağına, ne de ilerleyen medeniyete bağlanabilir. Öyle durumlar vardır ki, normal insanlar bile intiharı tek çıkış yolu olarak görürler. Bunlar, insanlık dışı korkunç saldırılara hedef olmak, aşırı acı verici ve uzun süreli bedensel hastalıklara yakalanmak gibi katlanılamaz durumlardır (24, 50).

İnsanları intihara götüren etmenlerin çeşitliliği, sayılamayacak kadar çoktur. Kendini öldürmeye karar veren kişi ile karşılaşıldığında, bireyin geleneksel yaşam çerçevesi içinde, onu bu olaya iten etmenleri ve ardında yatanları keşfetmek gerekir. İntiharın ciddiyet derecesi, güdülenmesi ve başka fenomenlerden etkilenmesi

bakımından, intihar girişiminde bulunanlar, heterojen bir grup oluşturlar (44).

İntihar ve intihar girişimi sıklığı, çok değişik görünümde-dir. Hemen her ülkede, intihar girişim sayısının, kadınlarda ve gençlerde fazla olmasına karşın, ölümlle sonuçlanan intiharlara erkeklerde ve yaşlılarda çok daha fazla rastlanmaktadır (6).

Beş yaşın altındaki çocuklarda, intihar olayı bildirilmemiştir. 5-14 yaş arasında ender rastlanmaktadır. Tüm yaş gruplarına oranla, 15-24 yaş grubunda çok yaygın olup, 15-19 yaşlarında yoğunluk artmaktadır. Pek çok ülkede, ergenlik çağında intiharlar ölüm nedeni olarak üçüncü sırada yer almaktadır. Tüm istatistik belgeler, ergenlik çağı intiharları ve girişimlerinde 1950'lerden bu yana, her iki cinste önemli bir artışa işaret etmektedir. Halk da, basın aracılığıyla bu problemin farkındadır. İntihar girişimi, öğrenciler arasında daha yaygındır. Özellikle lise öğrencileri, ilk iki yılda yüksek riskli grubu oluşturlar (13, 25, 31, 44, 45, 46).

Hollinger ve ark. (1987), toplumda 15-24 yaş grubunun artışı ile intihar ve öldürme olaylarının arttığını, 35-64 yaş grubunun artışı ile, bu olayların azaldığını saptamışlardır (34).

Türkiye'de ölümlle sonuçlanan intiharlar, Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) tarafından tespit edilmektedir. DİE'ye göre, 1986 yılında, intihar sonucu ölenlerin sayısı 1068'dir. İllere göre dağılımında, İstanbul 168 intihar olayı ile birinci sırada yer almaktadır.

Belirli yaş gruplarına göre yapılan sınıflandırmada, en yüksek intihar oranı, 15-24 yaş grubunu kapsayan ergenlerde görülmektedir. Bu yaş grubunda, intihar sonucu ölenlerin sayısı 305 olarak saptanmıştır (17).

Şimdiye kadar intihar konusunda yapılan araştırmalar, genellikle psikiyatrik bir hastalığın varlığı, depressif bozukluk, yaş, cinsiyet, etnik grup ile intihar davranışı arasındaki ilişki hakkında yapılmıştır (48).

Bizim alışmamızda, intihar girişiminde bulunan 15-24 yaş grubundan 50 ergenin, psikopatolojik ve sosyal özellikleri, depresyon düzeyleri, aynı yaş grubunda olup, intihar girişiminde bulunmayan 50 ergen ile karşılaştırılmış, ergenlik ağı intiharlarında psikososyal etmenlerin rolünün değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Bu amaç doğrultusunda, psikiyatrik bozukluğu olan, dolayısıyla intiharları bu rahatsızlıklarına bağlı olan ergenler, araştırma dışı bırakılmıştır.

## I - GENEL BİLGİLER

### 1) İntihar ve İntihar Girişiminin Tanımı

Tarihin en eski zamanlarından beri kendini öldürenler bulunduğu halde, "intihar" (suicide) sözcüğü ancak son zamanlarda dile yerleşmiştir. Orta çağlarda, Latince de kendini katletme, kendini öldürme anlamına gelen "sui homicide" ya da "sui ipisus homicidum" deyimleri kullanılırdı. İntihar (suicide) sözcüğü, ilk olarak İngiltere'de, Sir Thomas Browne'un Religio Medici (1635) adlı eserinde kullanılmıştır (52). Fransızca'da ancak 18. yüzyılda ortaya çıkmış ve ilk kullanan Abbé Desfontaines (1737) olmuştur. İntihar (suicide) sözcüğü, 1762'de Dictionnaire de L'Academie'de yer almıştır (6).

1950'lerden önce, kendini öldüren kişi ile, intihar girişiminde bulunan arasında belirgin bir ayırım yapılmamıştır. Böylece tüm girişimler, intihar davranışları olarak adlandırılıyordu. İntihar davranışları kavramı, yaşamı tehlikeye sokan kendine zarar verici davranışlardan, ilgi çekmeyi amaçlayan basit davranışlara kadar yayılan geniş bir alanı kapsar (2). Daha sonra, intihar ile intihar girişimi arasında kesin bir ayırım yapılmıştır. Stengel (1972), iki kavram arasındaki farka dikkati çekmiş ve "intihar" ile "intihar girişimi" terimlerini öne sürmüştür. Her iki grupta da ölüm isteğinin var olduğunu, başka bir deyişle, yaşayanların intihar eyleminde başarısız olduklarını öne sürmüştür. 1960'larda ise, esas önemin intihar isteğine verilmemesi gerektiği, intihar girişiminde bulunanların çoğunun, girişimlerini ölümden kurtulabilecek şekilde planladıkları öne sürüldü. Bu nedenle Kessel, intihar girişimi kavramının, "istemli kendini zehirleme" ve "istemli kendine zarar verme davranışları" olarak değiştirilmesini önerdi. Bu kavramlar, davranışın bir kaza sonucu meydana gelmediğini, ölüm

isteğinin var olduğunu vurgulamaktadır. Faberrow ve Stengel (1950), ciddi intihar ile intihar girişimi sonucu edinilen fiziksel zarar ve ölüm isteğini birbirinden ayırmak gerektiğini vurgulamışlardır. 1960'lardan sonra, bu fikirler geniş oranda kabul görmüştür (22, 27, 32, 51).

İntihar davranışlarının tanımı, çocuk, ergen ve yetişkinde aynıdır. Nedensellik ve öndeyi (prediksiyon) saptanmasını amaçlayan araştırmacılar, tüm intihar girişimlerini, tek bir başlık altında incelemeyi öngörmüşlerdir. Öte yandan bazı araştırmacılar, intihar girişimlerinde, farklı davranış şekillerini tespit etmeye çalışmışlardır. İntihar fikirleri, intihar tehdidi ve intihar girişimi, "intihar davranışları" serisini oluşturur (37, 46).

Kendini öldürme anlamına gelen intiharın tanımı, pek çok tartışmalara yol açmıştır.

Littré'ye göre intihar, kendini öldüren insanın eylemidir. Bu tanıma göre, kaza ile zehir içen bir insanın ölümü de intihardır.

Durkheim'a göre, ölüme gideceğini bilerek, olay kurbanı tarafından girişilen eylemin, doğrudan doğruya ya da dolaylı olarak meydana getirdiği her ölüme intihar denir.

Delmas, Durkheim'ın tanımını çok geniş bulur. Delmas'a göre intihar, akli başında bir insanın, yaşamakla ölmek arasında bir seçim yapabileceği halde, her türlü toplumsal kurula karşı çıkarak, ölümü seçip kendini öldürmesidir (6, 35).

Solomon ve Patch'a göre intihar, bizi destekleyen ve yaşantılarımıza yardımcı olan geleneksel insan ilişkisi-



lerinin bozulması sonucu, kişinin hayatta kalmasını sağlayan yaşamsal gücün azalması ile, çözüm yolu olarak ölümü seçmektir (50).

Shneidman, intiharı insanın kendini cezalandırma, kendini bilinçli olarak yok etme eylemi olarak tarif etmiştir (52).

Goldney intihar girişimini, bir ilaç ya da zehir alma yoluyla, ölümü amaçlayan bilinçli kendine zarar verme veya bu izlenimi yaratma isteğini belirten davranışlar olarak tanımlamıştır (27).

Weiner'e göre intihar girişimi, kişinin çevresindekileri etkilemek amacıyla gerçekleştirdiği kendine zarar verme tutumlarını ifade eder (52).

Tüm intihar şekillerinin ortak özelliği, eylemin "bilinçli" yapılmasıdır. Eylem sırasında kişi, davranışlarının yaratacağı sonuçların farkındadır (35, 52).

Bizde ve çeşitli dünya ülkelerinde dikkati çeken bir nokta, intihar girişimi ve gerçek intihar oranlarının, genel olarak belirli yaş gruplarında, belirli bazı özellikler göstermesidir: Gençlikte girişimlerin çok, gerçek intiharların az sayıda olmasına karşın, yaşlılıkta gerçek intihar sayıları çok, girişim sayısı azdır (6).

İngiltere'de Stengel ve Amerika'da Robbins, araştırmalarında, intihar girişiminde bulunanların ve bunu tamamlayanların farklı popülasyonlardan geldiklerini iddia etmişlerdir. İntihar girişiminde bulunan kişilerin hepsinin, bir kez daha eylemi tekrarlayarak intihar olayını gerçekleştirmesi kural değildir. Ancak intihar girişiminde bulunan kişiler, genel popülasyondaki diğer

kişilere oranla, ölümlerle sonuçlanan intihar davranışını göstermek açısından, daha riskli bir grup oluşturlar (14). İntihar davranışları (girişimi, tehdidi, fikirleri) gelecek intiharların ön belirtisi olarak kabul edilmektedir (35).

## 2) Ergenlik Çağının Özellikleri

"Ergen" sözcüğü, batı literatüründeki "adolescent" sözcüğünün karşılığı olarak kullanılmıştır. Latince'de büyüme, olgunlaşma anlamında kullanılan "adolescere" fiilinin kökünden gelmekte olan bu sözcük, yapısı gereği bir durumu değil, bir süreci belirtmektedir.

Ergenlik dönemi biyolojik, psikolojik, zihinsel veya sosyal açıdan bir gelişme ve olgunlaşmanın yer aldığı, çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemidir (53).

Ergenliğin yeterli bir tanımını vermek oldukça güçtür. Çünkü ergenlik, toplumdan topluma, devirden devire, kişiden kişiye farklı özellikler göstermektedir.

Gençlik çağını, biyolojik, toplumsal ve kültürel özellikleri bakımından her zaman kesin sınırlarla birbirinden ayırma olanağı yoktur. Genellikle ergenlik döneminin, gencin fizyolojik değişikliklere gösterdiği psikolojik tepkilerle başladığı, gerçekçi biçimde kişiliğini bulmasına kadar sürdüğü kabul edilmiştir (18). Ergenlik çağı ortalama 12-24 yaşlar arasındaki 10-12 yıllık bir yaşam dilimidir (41).

Hollingshead ergenliği, "bireyin içinde bulunduğu toplumun, onu artık bir çocuk gibi görmeyi bıraktığı, fakat ona henüz yetişkin rolünü ve işlevini tümüyle vermediği yaşam dönemi" olarak tanımlar (53).

G. Stanley Hall (1904) ergenliği, bireysel gelişimde çok özel bir dönem olarak tarif etmiştir.

Freud (1905), ergenliğin başlangıcını "buluğ değişimleri" olarak kabul ettiğini bildirmiştir. Bugünkü görüş, ergenliği erkek çocuklarda ereksiyon ve ejakülasyonun, kız çocuklarda da menstrüasyonun başladığı yaş olarak alır. Üst yaş sınırının ise, zihinsel, duygusal ve davranışsal olgunluğun başladığı, kişisel özerkliğin oluştuğu, ekonomik ve sosyal bağımsızlığın aranıp istendiği, kişisel sorumluluk duygusunun kavranıldığı, meslek edinme, evlenme, aileden ayrı yaşamaya başlama gibi olayların görüldüğu bir devreye kadar sürdüğünü kabul eder (56).

Birey, dengeli ve uyumlu bir çocukluk devresinden sonra, kendini fırtınalı bir devrede bulur. Duyguları hızlı iniş-çıkışlar gösterir. Çabuk sinirlenir, olur olmaz şeyleri sorun yapar. Bu dönemde genç, kendisi ve çevresi ile sürekli bir savaşım içindedir. Çelişkili duyuyş ve davranış özellikleri bu dönem için olağan sayılır (54).

Anna Freud'a göre genç, bencillikle elseverlik, topluma uyumla uyumsuzluk, çocuklukla ciddiyet, neşe ile keder, boyun eğmeyle isyan etme gibi çeşitli karşıt uçlar arasında gidip gelir. Duygusal açıdan o kadar dengesiz ve değişkendir (18).

Hızlı bedensel gelişimi, kendindeki bu fiziksel değişime ayak uydurma çabası, yeni alışkanlıkların kazanılması, çevresel, toplumsal ve ailevi faktörlerin etkisi, kimlik arayışı içinde oluşu bu dengesizliğin temelinde yatan etkenlerdir.

Ergende ruhsal olgunlaşma, biolojik gelişim düzeyine ulaşmadığından, dürtüsel isteklerle, yasaklayıcı,

kısıtlayıcı ve suçlayıcı toplumsal baskılar arasında sürrekli bir çatışma vardır. Bu dönemde kuvvetli saldırgan davranış ve cinsel dürtü güdülenmesiyle, aşırı duygusallık arasında bocalayan ergende bir geçiş dönemi anksiyetesi (kaygısı) vardır. Bağımsız olma, kendini gerçekleştirme itilimiyle, sığınma, güvenme duyguları arasında bir ikilem (ambivalans) görülür. Böylesi bir kopma ve bağlanma reaktif depresyona kadar giden, ruhsal bunalımlar doğurabilir (41).

Ergenlik çağı, bio-psiko-sosyal nedenlerden dolayı, ana babalar, ergenler ve toplum için, ruhsal, toplumsal ve yaşamsal streslerin ağır bastığı bir dönemdir. Psikolojik ve biolojik değişimlerin oldukça yoğun ve hızlı yaşandığı bir evredir. Bu nedenle normal ve psikopatolojik belirtiler arasındaki sınır çoğu kez silinmiş ve belirlenemez durumdadır.

Bu çağda, reaktif depresyon ve bunun sonucunda intihar ve intihar girişimleri sık görülür (41). Ailesi ve toplumla önemli çatışmalara düşen ve kendine bir çıkış yolu bulamayan gençler, özellikle genç kızlar, kendilerini öldürmeye kalkışırlar (54).

Bu döneme özgü sorunlar, dünyanın hemen her yerinde olduğu gibi gençlerimizde de görülmektedir. Bazı sorunlar ise, büyük ölçüde içinde yaşadığımız toplumdan kaynaklanır. Her toplum kendi koşullarının, toplumsal öğretilerinin, çocuk yetiştirme biçimlerinin birikimi doğrultusunda çeşitli sorunları yaşar (19).

### 3) İntiharla İlgili Teoriler

#### a) Psikodinamik teoriler

Psikodinamik teorinin pek çok yönü gibi, intiharın intrapsişik içeriğini kapsayan kuramsal tasarımlar da, Freud ve izleyicilerinden doğmuştur. Freud, "Deuil et Melancholie" (1916) adlı yazısında, intiharın psikoanalitik açıklamasına değinmiştir: Burada, kişideki sadizmin, çöküntü hallerinde kişinin kendine çevrildiğini ve benliğinin, kendini ölüme terk ettiğini öne sürer (6, 52). Freud, kendine zarar verme davranışlarının, sevilen objenin kaybı sonucu hissedilen öfkenin kendine yönelmesiyle doğan depresyonda görüldüğünü bildirmiştir. Freud'a göre, bu durumun en son basamağı intihardır. Birisine yönelik bastırılmış öldürme isteğinin olmadığı hallerde, intiharın olamayacağını savunmuştur (24). Böylece intihar 180 derece tersine dönen öldürme olayı olarak açıklanır. Freud, yaşam içgüdüğü karşısında, bir de yıkıcılık içgüdüğünün, kendi deyimiyle ölüm içgüdüğünün bulunduğunu ileri sürmüştür. Bu iki içgüdü karşıt durumda değil, birbiriyle kaynaşmış durumdadır. Ancak bu iki kutup arasındaki dengenin, tam ve tutarlı olmadığı zamanlarda, intihar davranışları görülmektedir (6, 16).

1918'de Viyana'da, intihar hakkında yaptığı sempozyumda Freud, intiharın tam bir açıklamasının yapılamayacağını belirtmiştir (6).

Freud'cu yazarlardan bu yana, psikodinamik açıklamalar çok yaygınlaşmıştır. Freud'un teorisinden hareket eden Menninger, "Man Against Himself" adlı yapıtında, intihar için gerekli şartları, öldürme isteği, öldürülme isteği ve ölüm isteği olarak tanımlamıştır (50). Menninger'e göre, yapıcı ve yıkıcı içgüdüler, kişinin kendisine yöneliktir. Fakat, yaşam deneyimleri, bu içgüdüleri dışa

yöneltmektedir. Dış ilişkilerdeki bozulma veya uyumsuzluk, yapıcı ve yıkıcı içgüdüleri geriye, kendine döndürür. Eğer bozukluk veya uyumsuzluk ileri derecedeyse, yıkıcı eğilimler meydana gelir ve kendine zarar verici davranışlar olarak ortaya çıkar. Bu eğilimler, sadece intiharlarda değil, kendine ve başkalarına zarar vermek isteyenlerde de ortaya çıkar (24).

Diğer yazarlar, özlenen obje ile barış içinde olma isteğinin veya kaybedilen obje ile özdeşleşmenin, intiharı hoş giden ve çekici kılan bir olgu haline getirebileceğini öne sürmüşlerdir.

Maltzberger ve Bure'a göre intihar bozuk bir içselleştirme fenomenidir. Huzursuzluk verici duylara karşı, gerekli içsel huzuru sağlamak için sarfedilen bir çabadır. Bu durumda, intiharın amacı içsel objeyi, yani kendini cezalandırmaktır (2).

#### b) Sosyolojik teoriler

Sosyolojik teoriler, sosyal kültürel etmenlerin, bireyin yaşamına son vermedeki etkilerini açıklamaya çalışırlar. Çoğu sosyolojik çalışma, Durkheim'ın fikirlerini izleyerek gerçekleştirilmiştir. Durkheim, 1897'de yazdığı "İntihar" adlı yapıtında, intihar olaylarını sosyal faktörlerle açıklamaya çalışmıştır (2, 35). Durkheim'a göre intihar, kesinlikle sosyal bir olaydır ve her ülkede, ölüm ortalamalarından daha değişmez bir ortalama göstermektedir. Bu görüş uyarınca, intihara neden olan sosyal olayları inceler. İntihar olaylarının artışı, toplumdaki bireyler arasındaki bağların zayıf olmasına bağlar (6). Durkheim'a göre, güçlü sosyal topluluğun oluşması, bireyin toplumla bütünleşmesi ve topluma göre kendini denetlemesi ile gerçekleşir. Din, aile gibi insanların birbirlerine yakınlaştığı birimlerde, sosyal bağların daha güçlü olduğu bilinmektedir. Evlilerdeki intihar oranları,

bu nedenle bekârlara göre düşüktür. Çünkü evlilik, daha güçlü bir sosyal topluluktur. Durkheim, sosyal bağların zayıf oluşu kadar, gereğinden fazla güçlü oluşunun da birey için zararlı olduğu kaydını koyar. Örneğin, sosyal bağların oldukça kuvvetli olduğu askerlik kurumunda intiharların sık oluşu dikkat çekicidir.

Durkheim, intiharları üç sınıfa ayırır:

Egoist (özsever) intiharda, hayat anlamını kaybetmiştir, çünkü sosyal bağlar gevşemiştir.

Altruist (özgeci) intiharda, hayattan daha üstün bir amaç toplum tarafından kişiye kabul ettirilmiştir. Böylece kişi kendini, toplumu için feda edebilmektedir.

Anomik (kural tanımayan) intiharlarda ise, kişinin faaliyeti ve sosyal değerler dengesi bozulmuştur. Ait olduğu sosyal bünyedeki ani değişim, bireyi uyumsuzluğa götürmüştür (6, 22, 29, 52).

Henry ve Short, Durkheim'in kuramlarını, saldırganlık-engellenme (saldırganlığın sosyal-psikolojik görüşü) kuramı ile birleştirmişlerdir: Toplum tarafından konan ve saldırganlık duyguları yaratan dış engellerle, bireyin kendinden gelen engellemeler (psikolojik) etkileşirler. Bu iç ve dış engellemelerin yarattığı etki, saldırganlığın dışa (öldürme), ya da içe (intihar) yönelik olmasını belirler (2, 35).

Gibbs ve Martin, Durkheim'in hipotezini genişleterek, bireyin toplumdaki yerini incelemişler ve bireyin toplum içinde ne kadar anlamlı rolü varsa, intihar riskinin o kadar az olduğu sonucuna varmışlardır (2).

Breed ve Maris, intihar olayında, bireyin toplum içindeki sosyal rolünden çok, bu rolün ve hareketliliğın kaybının etkili olduğunu vurgulamışlardır (2).

Asıl sorun, bazı sosyal koşulların neden yalnızca intihar girişiminde bulunan bireyleri etkilediğidir. Bunun için, bireyin iç dünyasını ele almak gerekir. Çünkü intiharı düşünme ve bunu eyleme geçirme, kişinin ruhsal yapısındaki etkilenmelerin sonucudur.

Maris, intihar hakkındaki sosyal görüşlerini özetlerken, sosyal güçlerin tek başına intihara sebep olamayacağını ve yalnız buna dayanarak, intiharların açıklanamayacağını bildirmiştir (2).

### 3) Psikolojik Teoriler

Bireysel psikoloji, bireyin tüm olanaklarını kullanarak en uygun çözümü bulmak amacıyla kendini yönlendirdiğini vurgulamaktadır. Birey başarılı ise, bu onun kendi yeteneğı hakkındaki öznel görüşüdür. Toplum içinde yaşayan bir varlık olarak kişinin tüm çabası, sosyal açıdan bir kazanç elde etmeye yöneliktir: Genelde, herkes toplumla bütünleşme, topluma uyum gösterme çabası içindedir. Davranışlarını bu amaç doğrultusunda geliştirir. Bu davranışlar sonucunda da toplum, bireyi kendi bünyesine kabul eder, birey her yönü ile sosyal kazanç sağlar. Topluma uyumsuzluğu nedeniyle, sosyal çıkarları sınırlanan kişi, acil bir problemle karşı karşıya kalır. Bu sınırlı sosyal çıkarlar, aşağılık kompleksinin gelişimi içinde, kişiye başarısızlıklarını açıkça göstermektedir. Bu durumda intihar, bir çözüm yolu olarak görülebilir (24).

Varoluşçu görüşe göre, yaşam kaosu, insana acıyı bile sevdirmektedir. Yaşam olayları içinde, acı verici durumlara karşılaşılan kişinin, buna hazırlıklı olması ve



bir anlam vermesi gereklidir. Ayrıca insan, yaşamı boyunca gelecekte gerçekleştirilecek amaçlar ve ulaşılabilecek hedefler bulabilmektedir (6).

İntiharı nöropsikolojik bir yaklaşımla açıklamaya çalışan bazı araştırmacılar, son intihar kararının, uykusuzluk, psikostimülan, barbitürat, opium veya alkol kullanımı ile yüksek serebrokortikal işlevlerin zayıflaması sonucu verilebileceğini düşünmüşlerdir. Bu durum, kişinin iradi işlevlerinin zayıflamasına yol açmaktadır. Anksiyetenin ise, bir serebral eksitasyona yol açtığı bilinmektedir. Bu nedenle yüksek anksiyete düzeyine sahip olan bireyin, bir yerde "koruyucu mekanizma"ya sahip olabileceği, yani yüksek anksiyete düzeyinin, intihar riskini azaltabileceği spekülasyonu tartışılmıştır (50).

Ergenlik çağı intiharları ile ilgili en önemli görüş, Jacobs tarafından geliştirilmiştir. Jacobs'a göre, ergenlik çağı intihar girişimleri, bir süreç olarak düşünülmelidir: Uzun süreli problemlerin birikimi, uyum girişimlerinde başarısızlık, sosyal izolasyon ve süregelen ilişkilerin aniden bozulması ile intihar kuramsal olarak düşünülmekte ve sonuçta intihar girişimi gerçekleştirilmektedir. Jacobs, bu süreçte, biyolojik değişkenleri katı bir şekilde reddetmemekte, sosyal ve psikolojik faktörlerin etkileşimine dikkatleri çekmektedir. Jacobs'un görüşleri doğrultusunda bir yaklaşımın, intiharı önlemek ve gençlerin problemlerini anlamak açısından yararlı olduğu savunulmaktadır (45).

#### 4) Ergenlik Çağı İntihar Girişimlerinde Psikososyal Etmenler

İntihar girişimleri, farklı yaş gruplarında, farklı şekillerde ortaya çıkarlar. İntihar girişimi, ergenler arasında çok yaygındır. Ergenlerin çoğunlukla intihar fikirlerine sahip oldukları, büyük bir kısmının da

yaşamlarını tehlikeye düşürmeyen intihar girişimlerinde buldukları bilinmektedir (32, 48).

Genelde birçok kişinin, normal mizacın dalgalanmaları sırasında, intiharı düşünebilecekleri belirtilmektedir. Schwab ve ark., intihar fikirlerini saptayan farklı kriterler kullanmış olmalarına rağmen, genel popülasyonda, % 15-18 oranında intihar fikirlerine sahip bireylerin bulunduğunu saptamışlardır (2).

İntihar girişimleri, bir psikiyatrik bozukluk sonucu gerçekleştirilebilir: Bazı intiharlar, melankoli, epilepsiye bağlı konfüzyon veya sarhoşluk sırasında, karşı konmaz, bilinçdışı bir güdülenme ile meydana gelir. Psikozlarda rastlanan en sık ve karakteristik intihar, melankoli krizindekidir. Melankolik sürekli olarak kuvvetli ölüm arzusundadır, ısrarla yeni ölüm deneyimleri arar. Bu hastaların, çocuklarını ve ailelerini de ölüme götürdükleri sıklıkla görülmektedir (20).

Yine psikozlarda, kişiye kendini öldürmesini söyleyen işitsel hallüsinasyonlar da hastayı intihara itebilir (3).

Depresyon, hipokondri, şizofreni, paranoid bozukluk tanısı konan hastalarda kuvvetli intihar güdülenimi vardır (20).

Kessel, intihar girişimlerinin üçte ikisinde herhangi bir psikiyatrik bozukluk bulamamıştır. Kessel'e göre stres kişiyi intihar eylemine götürebilir, ancak, yalnız başına stres, kişide akıl hastalığı bulunduğu anlamına gelmez (39).

Girişimlerin altında yatan güdü ve etmenler aynı olmakla birlikte, araştırmalar intiharın, intihar girişiminden farklı olduğunu, girişimlerin genellikle anlık

olduğunu düşündürmektedir. Başkalarına yönelik saldırganlık, intihar girişiminde intihardan daha fazla ortaya çıkmaktadır (51).

Genelde, intihar girişiminde bulunanların çoğunun ölmeye karar verdiğiğine inanılır. Bunlar, genellikle, yaşamla ölüm arasında kararsızlık gösterirler. Bazı yazarlar fiziksel zararın derecesine veya intihar fikrinin şiddetine göre girişimi ciddi olarak değerlendirirler. Fakat, burada çevreyi etkileme isteği gözden kaçmaktadır. Örneğin, kimseye bir şey söylemeden evde uyku haplarını alan kişi ile, aynı eylemi ıssız bir yerde gerçekleştiren kişi arasında şüphesiz fark vardır. Buna göre, intihar girişimlerinin küçük bir oranı ciddi olarak değerlendirilebilir (14, 51).

İntihar girişiminde bulunanların çoğunda bu eylem, bir yardım çağrısı aramak ya da kişisel olanaklarını arttırmak anlamını taşımaktadır. İntihar girişiminin, "toplumdan yardım isteme çağrısı" olarak nitelenmesi, Stengel (1958) den bu yana kabul edilmiştir. Kreitman ve ark. (1970), intihar girişimlerine, kişinin gerilimlerini ifade eden bir dil olarak bakmışlardır (38). Alınan ilaç miktarı, çok geç olmadan keşfedilecek şekilde ayarlanır. Bunlardan bazıları kaza sonucu, bazıları da gerçekten hayatlarına son vermek amacıyla kendilerini öldürebilirler. Bu bakımdan, tüm intihar girişimleri ciddi olarak incelenmelidir (49).

İntihar güdülerindeki ortak özellikler; bireyi toplumdan koparan olayların ve şartların, duygu ve düşüncelerin varlığıdır. Kişinin aileden kopuk oluşu, inançlarının, yargılarının, gelenek ve göreneklerinin bulunduğu gruptan ayrı oluşu, kendini öldürme nedeni olarak karşımıza çıkabilmektedir (29).

Her ne kadar intiharı ortaya çıkarıcı olaylar ve güdüleyici güçler varsa da, intihar fikirlerine sahip tüm insanlar, sevgi ve şefkat yoksunluğu ve derin itilmişlik duygusuna sahiptirler. İntihar girişimleri, intikam, umutsuzluk ve çeşitli fantaziler tarafından güdülenirler. En sık bilinen güdü, kendini terk edilmiş olarak algılayan kişinin çevresindekilere suçluluk duygusunu verme isteğidir (36). Eylemleri hakkında bilgi istendiği zaman, farklı güdülerden söz ederler. Katlanılamaz olarak algılanan durumlardan kurtulma ve diğerlerinin kendisine karşı olan davranışlarını düzeltme, bunların başında gelir (32).

Faberrow ve Shneidman tarafından yapılan araştırmalar, gerçek intiharlarda, insanın kendi iç çatışmalarının (intrapersonel) ifadesi olan güdülerin varlığını göstermektedir. Girişimlerde ise, insanlarla olan ilişkileri kapsayan (interpersonel) faktörler önemlidir. Gençlikte, sayıca çok olan girişimlerde kişilerarası çatışma ve geçimsizlikler ve diğer insanlarla olan ilişkilerdeki gerginlikler, türlü nedenlerle benlik yapılımasını bozmakta ve kişilik bir sarsıntı geçirmektedir. Gençlerdeki intihar girişimi, her zaman ölüm isteği anlamına gelmez. Örneğin, başkalarıyla tartışma sonucu gerginlik içinde bulunan kişinin intihar girişimi, aslında başkalarını hedef tutan saldırganlığının, kendine yönelmesidir. Birçok araştırma ve gözlem, bu gibi girişimlerden sonra, bazı ailevi geçimsizliklerin, insanlar arası problemlerin olumlu bir çözümlene yoluna girdiğini göstermektedir. Bu koşullardaki intihar girişimi, bir bakıma başkalarına karşı olan saldırganlık ve hücumu hafifleterek kendine döndürülmesi ve ölüme götürmeyecek şekle çevrilmesidir. Bu bir tehdit, bir hafiften kafa tutma anlamına gelen uyarı, bir çeşit çözüm yolu arama, ama yine de yaşam isteğinin baskın olduğu psikopatolojik bir davranıştır (6).

İntihar girişiminde bulunup, tedavi altına alınan anlamlı sayıda ergen, önceden defalarca intihar girişiminde bulunmuşlardır (25). Bir kere girişimde bulunan ve bundan beklediği sonucu sağlayan kişi, her uyumsuzluğunda bunu tekrarlama eğilimi gösterir. Girişimlerin tekrarlanması, sadece uygun olmayan bir davranışın tekrarı açısından değil, bireyin bu girişimlerden birinde ölme olasılığının yüksek olması açısından da önemlidir (8, 24, 26).

Anderson (1981), araştırmalarına dayanarak, ergenlik çağı intihar girişimlerinde nefret, intikam, yalnızlık, suçluluk duygusu, benliğin değer kaybı şeklinde bir etkenler listesi hazırlamıştır.

Kerfost (1980), literatürü tarayarak, etyolojik faktörleri iki grupta incelemiştir:

1) Psikodinamik faktörler:

- a) Çocukluk çağı ana baba yoksunluğu
- b) Ebeveyn-çocuk rol çatışması
- c) Seksüel problemler
- d) Anne-babaya yönelik düşmanlık
- e) Kendine yönelik düşmanlık ve saldırganlık
- f) Özdeşim ve kimlik sorunları

2) Aile faktörleri

- a) Aile içi ilişki ve iletişim problemleri
- b) Ailenin aşırı serbest ya da baskılı olması
- c) Kendisi için önemli bir kişinin ölümü, ayrılığı
- d) Psikiyatrik bozukluk (13).

Çeşitli araştırmacıların topladıkları sosyodemografik ve klinik verilere göre, ilerleyen yaş (Kreitman, 1976), boşanma ve ayrılık, sosyal izolasyon veya uyumsuz-

luk, depresyon başta olmak üzere psikiyatrik bozukluklar (Brown ve Sheran 1970, Lester 1972) intiharlarla ilintili bulunmuştur (42).

Hawton (1982) ve Lumsden Walker (1980), anne baba veya sevgili ile kavga etmenin en sık rastlanan etmen olduğunu bulmuşlardır (13).

Lukianowicz (1972), araştırmasında intihar girişimlerinin daha çok kişilerarası ilişkilerden kaynaklandığını ileri sürerek, aile veya sevgili ile çatışmaların, terkedilme, suçluluk duyguları ve frustrasyonun başlıca etmenler olduğunu vurgulamaktadır (38).

Bancroft ve ark. (1977), bu sonuçlara birikimli stres yaşantılarını eklemektedir (22).

Platt ve Kreitman (1985) ın bulgularına göre, işsizlik intihar girişimi için önemli bir etmendir. Yine de işsizliğin asıl etmen gibi görüldüğü intihar girişimlerinde, pek çok faktörün etkisinin bulunduğu düşünülmektedir (47).

Shaffer, literatürü gözden geçirmiş, intihar girişiminde bulunan ergenlerde ortak tanı grupları ve ergenlere özgü değişkenleri belirleyememiştir. Bu konu üzerinde çalışan diğer araştırmacılar da, Shaffer'ı destekleyen sonuçlara varmışlardır. Stanley ve Barker, intihar girişiminde bulunan ergenlerle, girişimde bulunmayanları karşılaştırmışlar ve iki grup arasında, ana baba kaybı, aile ile çatışmalar bakımından anlamlı bir farklılık bulamamışlardır (25).

Ancak ergenlerde ortak psikolojik faktörlerin, kendini yarımsız ve desteksiz hissedip ümitsizliğe kapılmak olduğu saptanmıştır. Ergenin kendi içinde, kendini sevme ile, kendinden nefret etme duygusu arasında bir

savaşımı vardır. İntiharlarda genellikle, kendinden nefret etme duygusu üstünlük kazanır. Herşey umutsuz görünür ve çıkış yolları gitgide azalır. İntihar girişimi, bu birikimin sonucu olarak gerçekleşir (24).

İntihar girişiminin psikodinamiğinde, bireyi etkileyen sevilen kişinin kaybı ya da başka tip kayıp tehdidi yüksek oranda yer alır. Buna, sağlık, para, iş, güç, güzellik, gurur, mevki, bağımsızlık, arkadaş kaybı da dahildir (50).

Shaffer (1974), intihar girişiminde bulunan ve geride bir not bırakan ergenlerin % 35'inin "bunalımda" olduklarını yazdıklarını bulmuştur (13).

İntihar girişimlerinin altında yatan bir başka etmen de, kişinin "ölümünün başkaları için iyi olacağı" fikridir. Kişi, yakın çevresindeki bireylerin davranışlarını, bu fikrine dayanarak yanlış değerlendirir. Hoşa gitmeyen bir söz ya da bir tartışma intihar girişimine neden olabilir (11).

Ergenlik çağı intihar girişimlerinde, çocukluk çağının önemini vurgulayan Fieldsend ve Lawenstein, özellikle küçük yaşta güvensiz ve düzensiz aile ortamında yaşayan kişilerin, ileride bunu sosyal yaşamlarına yansıtma davranışlarının doğal olduğunu vurgulamışlardır. İntihar girişiminden önceki birkaç gün içinde tartışmaların, kavgaların varlığı dikkat çekicidir. Adam (1985), yakın bir ilişkinin kaybı ya da kayıp tehdidinin, intihar girişimini ortaya çıkarıcı faktör olabileceğini, çocukluk deneyimlerindeki kayıp tehdidi veya güvensizliğin tekrar yaşandığını öne sürer (2).

Anna Freud, çocuğun saldırgan davranışlar sergileyen ana babayla özdeşleştiğini öne sürmüştür. Çocuğa karşı uygulanan saldırgan davranışlar, çocukta frustrasyon

yaratır. İçselleştirilen katı ve cezalandırıcı ana baba davranışları arttıkça, çocuk da kendine karşı katı ve cezalandırıcı davranışlar geliştirecektir. Bazan, ana babanın saldırgan davranışları, çocuğa sevgi sunmalarını engellemez. Bu durumda, çocuğun saldırganlığı, kendine değil, dışa yönelik olacaktır (33).

Ana babaların cezalandırıcı davranışları veya azarlaması, kimi gençte sevilmediği duygusunu yaratır. Bu duygunun da etkisiyle, genç gerilim ve çatışmalarının ileri safhalarında yoğunlaşan tartışmalar sırasında, intihar girişiminde bulunmaktadır. Bu girişimler aniden değil, gerginliklerin ve birikmiş ruhsal çatışmaların sonucu, bu katlanılamaz durumdan bir kaçış olarak ortaya çıkarlar. Azarlama veya tokat, "bardağı taşıran son damla", başka bir deyişle "anahtar olay" olur. Her intihar girişimi, gencin ağır ruhsal sorunu olduğunu, bir ruhsal çöküntü (depresyon) içinde bulunduğunu göstermez. Ancak, aile içi dengesizliğin ve bozuk ilişkilerin göstergesidir. Yinelenen girişimler ise, gencin daha sürekli bir bunalım içinde olduğunu belirtir (46, 54).

İntihar girişimlerinde bir diğer etmen de, ailenin gence bir model oluşturması, yani anne veya babanın intihar girişiminde bulunmuş olmasıdır. Pfeffer ve ark., intihar girişiminde bulunan ergenlerin ana babalarında da, şiddet davranışları ve intihar eğilimleri bulunduğunu belirtmişlerdir. Green de, benzer sonuçlara varmıştır (36, 46).

Ergenlerin çoğu ana babalarıyla problemleri olduğunu ileri sürmekte, bunlar arasında özellikle baba ile iletişim güçlükleri dikkati çekmektedir. Aile ile ilişkilerinde, yeni veya süregelen bozukluklar, ergenlik çağı intihar girişimlerinde önemli bir yer tutmaktadır (31). İntihar girişiminde bulunan ergenlerin % 40'ının üvey



anne veya babasının bulunduğu saptanmıştır. Genellikle de, bu üvey anne veya baba ile problemler vardır. Ana babadan ayrılık, sevilen kişiden ayrılma, ergenin mutsuzluğuna, bu da sağlıklı sosyal ilişkilerden çekilmesine yol açmaktadır. Böylece ergen, kötümser bir dünya görüşü geliştirmektedir (35).

İntihar girişimi genelde depresyona bağlanmıştır. Depresyonlu gençlerde, sıklıkla intihar fantazilerine rastlanır. Bu fantazilerde "sevgi şantajı" eğilimi belirgindir: "Ben ölünce, bana yaptıklarına pişman olacaklar ve beni yeniden sevecekler" (21). Yetişkinlerde, her depresyonlu kişinin intihar girişiminde bulunması kural değildir. İntihar girişiminde bulunan her birey, depresyonun klinik belirtilerini göstermez (9, 11, 24, 35). Ancak, depresyon, çocuk ve ergenlerde önemli bir risk faktörü olarak görülmektedir (46).

Yakın zamana kadar, depresyonun gençler için ciddi bir tehlike oluşturabileceğine inanılmıyordu. Yaşı ne olursa olsun, ruhsal faktörler ve stresler genci depresyona itebilir. Umutsuzluk, başaramayacağı fikri, kendini suçlama ve eleştirme, çalışma isteksizliği gençlerde depresyonu oluşturan psikolojik faktörlerdir. Yüksek ideal ve hayallerinin, ulaşabileceklerinin çok ötesinde olması, kendilerinde bir başarısızlık ve ulaşamazlık duygusuna yol açmaktadır. Başlangıçta yaşanan iyimserlik duyguları, sonuca ulaşamaması halinde, kolayca bir iç huzursuzluğa dönüşmekte ve depresyon doğurmaktadır (56). Adam (1972), depresyon ve intihar girişimlerinde, kişilerin gelecek beklentilerinin zayıflamasının ve geleceği olumsuz görmelerinin etkili olabileceğini bildirmiştir (1).

Depresyonlu genç, geleceğini acılarla dolu olarak görür. Durumun düzelebileceğine inanmaz. Yaşam ona umutsuz

ve acı dolu göründükçe, hayattan kurtulma isteği artar. Bu şartlar altında intihar, gence mantıklı bir çözüm yolu gibi görünür (11). Gençlerde bir depresyon bulunması halinde, intihar olasılığını göz önüne almak gerekir (56).

Bazı yazarlar intiharı, içtepsel (impulsif) bir eylem olarak görmektedirler. Bununla birlikte, Robbins, Faberrow ve diğerleri, intihar girişiminde bulunanların önceden intihar fikirleri, istekleri olduğunu bildirmişlerdir. Genellikle intihar girişiminde bulunanlar, girişimden önce, yakınlarına bu niyetlerinden söz ederler. Bu tür vakalarda intihar, ani ve tasarlanmamış bir olay olarak düşünülemez. Ancak psikozlarda, ani güdülenim sonucu, içtepsel intihardan söz edilebilir. Litman, araştırmasında, vakaların çoğunda intihar girişiminin aniden meydana gelmediğini ortaya çıkarmıştır. İntihar girişimi ilerleyici uyum bozukluğunun son basamağıdır (35). Bu kadar karmaşık bir davranış şemasında impulsivite, intiharların açıklanmasında yetersiz kalmaktadır (39).

Psikologlar, intihara eğilimli kişilik yapısını keşfetme çabalarıyla araştırmalar yapmışlardır. Varılan sonuçlar, klinik olarak intihara eğilimli, belirli bir kişilik yapısının olmadığı yolundadır. Ancak, intihar girişiminde bulunanların sıklıkla kişilik bozukluklarına sahip oldukları vurgulanmaktadır (43).

Bireysel psikoloji, intihar girişiminde bulunanların, içgörüsünde sınırlanma ve yaratıcı gücünde azalmadan söz eder. Bunların yanısıra, dış şartları da tanımlamak gerekir. Dış şartlar, farklı bireylerde, farklı davranış tarzına yol açabilir: Her bireyin kendine özgü bir yaşam tarzı ve bunu sürdürebilme yeteneği vardır. Kendine ait birikimli yaşam olaylarının etkisini taşır. Bu durum, her bireye, kendine özgü bir ruhsal yapı kazandırır.

Böylece her birey, karşılaştığı olaylara farklı tepkiler gösterir. Bireyin tepkisi, olaya karşı olmakla birlikte kazandığı ruhsal yapı doğrultusunda olur. İntihar girişi- mi de böylece bazı bireylerin, olayı katlanılamaz olarak algılaması sonucu, bir tepki şeklinde ortaya çıkar (24, 35).

Literatürü gözden geçiren Arkun (1978), Petzel ve Cline (1978) ve Jacobs (1971), intihar girişimlerinin sadece biolojik işlev bozukluğuna, sosyal düzensizliklere ya da yalnızca psikolojik bozukluklara bağlı olarak değil, her üç faktörün etkileşimine bağlı olarak incelenmesi gerektiğini vurgulamışlardır. Buna göre, tanı, önlem ve araştırmalar hem biolojik, hem sosyal, hem de psikolojik faktörlerin ayrıntılı incelenmesi üzerine odaklanmalıdır (6, 35, 45).

## II - YÖNTEM VE ARAÇLAR

### A) Denekler

Bu çalışma, her biri 50 ergenden oluşan, intihar ve kontrol grubuyla yürütülmüştür.

İntihar grubu, sekiz aylık (Kasım, 1986-Haziran 1987) bir dönem içinde, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Polikliniği ve Dahiliye Acil Servisine başvuran hastalar arasından, şu kriterlere göre seçilmiştir:

- 1) 15-24 yaş grubu içinde olmak,
- 2) İntihar girişiminde bulunmuş olmak
- 3) Psikotik belirtilere sahip olmamak,
- 4) Elektrokonvülsif tedavi yapılmamış olmak,
- 5) Son 1 ayda psikotrop ilaç kullanmamış olmak.

Kontrol grubunu oluşturan denekler, gönüllüler arasından şu kriterlere göre seçilmiştir:

- 1) 15-24 yaş grubu içinde olmak,
- 2) Yaşamında hiç intihar girişiminde bulunmamış olmak
- 3) Psikotik belirtilere sahip olmamak,
- 4) Son 1 ayda psikotrop ilaç kullanmamış olmak,
- 5) İntihar grubu ile cinsiyet ve medeni durum bakımından aynı özellikleri taşımak.

Belirtilen kriterlere göre seçilen intihar grubu, 39 kadın, 11 erkekten oluşmaktadır. Yaş ortalaması, 19.06'dır. Bunlardan 42'si bekâr, 8'i evlidir. Yaş ve cinsiyet ile birlikte, 15-24 yaş grubunda medeni durumun da bir bağımsız değişken olduğu göz önüne alınarak, kontrol grubu, benzer kriterlere göre seçilmiştir. İki

grup arasında, öğrenim, meslek ve ekonomik durum açısından bir ayırım yapılmamıştır (Tablo 1).

TABLO: 1  
İntihar ve Kontrol Grubunda Demografik Özellikler

İntihar Grubu		Kontrol Grubu	
<u>YAŞ</u>		<u>YAŞ</u>	
Yaş dağılımı	15-24	Yaş dağılımı	15-24
Ortalama yaş	19.06	Ortalama yaş	19.66
<u>CİNSİYET</u>		<u>CİNSİYET</u>	
Kadın	39	Kadın	39
Erkek	11	Erkek	11
Toplam	50	Toplam	50
<u>MEDENİ DURUM</u>		<u>MEDENİ DURUM</u>	
Bekar	42	Bekar	42
Evli	8	Evli	8
Toplam	50	Toplam	50
<u>ÖĞRENİM</u>		<u>ÖĞRENİM</u>	
İlkokul	9	İlkokul	9
Ortaokul	7	Ortaokul	5
Ortaokul(öğrenci)	1	Ortaokul(öğrenci)	3
Lise	12	Lise	20
Lise(öğrenci)	6	Lise(öğrenci)	5
Yüksek okul(öğr.)	5	Yüksek okul (öğr.)	8
Toplam	50	Toplam	50
<u>MESLEK DAĞILIMI</u>		<u>MESLEK DAĞILIMI</u>	
İşçi	10	İşçi	6
Memur	3	Memur	22
Öğrenci	12	Öğrenci	16
Ev hanımı	22	Ev hanımı	6
Serbest	3		
Toplam	50	Toplam	50
<u>EKONOMİK DURUM</u>		<u>EKONOMİK DURUM</u>	
Düşük	16	Düşük	9
Orta	11	Orta	25
İyi	23	İyi	16
Toplam	50	Toplam	50

B) Araçlar

Araştırma verilerinin toplanmasında, İntihar Girişimi Soruşturma Formu, Rorschach Testi, AMDP Skalası, Beck Depresyon Ölçeği ve Hamilton Depresyon Ölçeği kullanılmıştır.

1) İntihar Girişimi Soruşturma Formu

İntihar girişimini çeşitli yönleriyle araştırmak üzere, tarafımızdan hazırlanmış sorulardan oluşan bir formdur (Ek 1).

2) Rorschach Testi

Rorschach Testi, İsviçreli psikiyatrist Hermann Rorschach tarafından yapılandırılmış, günümüze değin kişiliğin dinamik özelliklerinin aydınlatılmasında kullanılan projektif bir testtir. H. Rorschach'ın, 1921 de "Psychodiagnostic" adlı eserinde açıkladığı uygulama tekniğinden kısaca söz etmek istiyoruz:

Rorschach Testi, standardize edilmiş 10 planş üzerindeki mürekkep lekelerinden oluşmuştur. Test planşları üzerinde, siyah-beyaz ve değişik renkli yapılanmamış şekiller bulunmaktadır. Belirli test sitüasyonu içinde vakalara tek tek uygulanarak, her bir planşı nelere benzettikleri sorulur. Bu on planş için, her vakadan alınan tüm reaksiyon ve cevaplar 3 primer, 2 sekonder ölçüte göre değerlendirilir.

1) Primer ölçütler

- a) Kavrama tipi (Perception-Erfassungstypus)
- b) İç duyuş tipi (Affectivite-Erlebnistypus)
- c) İçerik, kapsam (İnhalten)

2) Sekonder ölçütler

- a) Banalite (Popüler cevaplar)
- b) Orijinalite

1) Primer Ölçütler:

- a) Kavrama biçimi: İdrak biçimini gösterir.

- Global cevaplar (G): Lekelerde global, yani bütünün algılanmasını gösterir.

Bochner-Halpern tüm G cevapları, bireyin sitüasyonu bütün olarak kavrayabilme çabaları ve organize bir sentez yeteneği olarak görür. Soyut düşüncede ve affektivitede daralma, G cevaplarını azaltır. G cevaplar bir anlamda bütünü çabuk kavrayabilmedir.

- Detay cevaplar (D): Lekelerde detayın, yani parçaların algılanmasını gösterir.

Furrer'e göre, D cevaplar düşüncenin zenginliğini gösterir.

- Detay detay cevaplar (Dd): Küçük detayların, yani küçük parçaların algılanmasını gösterir. İdrak fonksiyonlarındaki daralmaya ve otistik düşünceye işaret eder.

- Beyaz detay cevaplar (Db1): Yalnızca beyaz lekelerin algılanmasıdır. Bu tür algılamada, figür-fon işleminin tersyüz olmasını buluyoruz.

b) İç duyuş tipi: Affektif potansiyeli gösterir.

- Form cevapları (F): (F+) ve (F-) tipinde olur. (F+), rasyonel düşünce ve sentez yeteneğinin, (F-) ise irrasyonel düşüncenin ürünüdürler.

- Renk cevapları: Uyarılan emosyon ile, kontrol yeteneği arasındaki dengeyi gösterir. Üç tiptir:

1) Saf renk cevapları (C): Duygusal kontrolsuzluk ve impulsiviteyi belirtir.

2) Renk-Form (CF) tipi cevaplar: İmpulsiviteye kayış, telkine açık olma, duygusal olgunlukta yetersizlik, duygusal kontrol güçlüğüne belirtir.

3) Form-Renk (FC) tipi cevaplar: Duygusal olgunluk, sosyal normlara uyum, duygusal kontak kurma eğilimini verir.

- Hareket cevapları (K): Zekâ, yaratıcı hayalgücü ve verimliliğinin ürünüdürler. Üç tiptir:

- 1) İnsan hareketi (K)
- 2) Hayvan hareketi (Ka)
- 3) Obje hareketi (Kobj)

- Gölge cevapları (Clob): Bohm'a göre, gölge cevapları, kuvvetli birincil anguazın (ölüm korkusu) sembolüdürler. Klopfer'e göre, anksiyete ve dış gerçeğe uyum güçlüğüdür.

c) İçerik, kapsam: Bu grup içinde, her çeşit cevap alınabilir. İnsan (H), Hayvan (A), Anatomi (Anat), Kemik (Os), Obje (Obj), Coğrafya (Geog), Bitki (Plt), vb.

A ve H cevaplarının oranında bire iki prensibi geçerlidir. Bu denge, sosyal ilişkilerdeki uyum yeteneğinin ifadesidir.

2) Sekonder Ölçütler:

1) Banal cevaplar: Deneğinin kendi düşünce biçimi ile bulunduğu grubun normlarına ve düşünce biçimine katılma ya da yatkınlık yeteneğinin ifadesidir.

2) Orijinal cevaplar: Çağrışımlarda ve düşüncede plastisite, yapısal orijinallik ve labilite ürünüdürler.



#### RORSCHACH TESTİNE GÖRE SOSYAL KONTAKT YETENEĞİNİN SAPTANMASI

Rorschach testinin sosyal kontakt yeteneğini belirten bazı faktörleri, kişinin iletişim, etkileşim ve eş duyum (empati) yeteneğini saptamaktadır. Bu nedenle, intihar grubu ile kontrol grubunun sosyal kontakt yeteneklerini bu testle saptamayı uygun gördük.

Testin sosyal kontakt yeteneğini ölçen faktörleri şunlardır:

- 1) Banal cevaplar
- 2) Detay cevapları yüzdesi (% D)
- 3) İnsan hareketi cevapları (K)
- 4) Form-Renk cevapları (FC)
- 5) İnsan cevapları yüzdesi (% H)

6) K/C Erlebnis (Erlebnis sözcüğü, Almandan aktarılan, tam Türkçe karşılığı olmamakla birlikte, kişinin iç dünyasındaki yaşantıları, yaşam deneyimlerini ve bunların kişide geliştirdiği iç dünya dengesini ifade eder).

Bu faktörlerin skoru, en fazla 6/6, en az 0/6 dır:

6/6 çok iyi	5 puan
5/6 - 4/6 iyi	4 puan
3/6 vasat	3 puan
2/6 zayıf	2 puan
1/6 - 0/6 çok zayıf	1 puan şeklinde puanlanır.

#### RORSCHACH TESTİNE GÖRE DUYGUSAL UYARANLARA DUYARLILIĞIN SAPTANMASI

Rorschach testinde, duygusal uyaranlara duyarlılık, Beck'in Emotion-Stimulus formülüne göre saptanır:

$$\frac{\text{VIII} + \text{IX} + \text{X}}{\text{I} + \text{II} + \text{III} + \text{IV} + \text{V} + \text{VI} + \text{VII}}$$

Yani deneğin, 8., 9., 10. planşlara verdiği cevap sayısının, 1., 2., 3., 4., 5., 6., 7. planşlara verdiği cevap sayısına oranıdır. Normal cevap yüzdesi, % 50 ile % 70 arasındaki değerlerdir. Bu sınırların altında ve üstünde kalan değerler, normalden sapma (artma veya azalma) olarak değerlendirilmiştir (4, 5, 12).

### 3) AMDP Skalası

Klinik gözlem ve inceleme verileri AMDP Skalası ile saptandı.

Almanya, İsviçre ve Avusturya'da, bazı Üniversite Klinik araştırmacılarının ortaklaşa geliştirdikleri, 195'ten bu yana kullandıkları "Ortak Psikiyatrik Çalışma Metodu" olarak kabul edilen skala, Doç. Dr. Kurban Özüğurlu tarafından Türkçe'ye çevrilmiş, kendisi tarafından uzmanlık ve doçentlik tezlerinde kullanılmış ve klinik çalışmalarında halen kullanılmaktadır.

Orijinal adı, "Die Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation un der Psychiatrie" (x) olan AMDP Skalası, kompüterle değerlendirilmek üzere, beş bölümden oluşmuştur (Ek II).

Bölmülerden her biri I, II, III şeklinde Roman rakamlarıyla numaralanmış olup her bölümdeki anamnestik ve psikopatolojik özellikler 1, 2, 3...n sayılarıyla; gösterilen başlık özelliklerinin değişkenleri de a, b, c... şeklinde küçük alfabetik harflerle işaretlendi. Bulgunun şiddeti, hastanın ifadesine başvurularak, Likert ölçeğine göre; hafif, orta, ağır (1-2-3) şeklinde derecelendirildi.

Çalışmamızda, "Genel anamnez (I)", "Psikopatolojik Bulgular (IV-10 ve 13) ve "Somatik Bulgular (V-1, 2, 3 \* "Psikiyatride Metodik ve Belgesel Çalışma Birliği" anlamındadır.

ve 4)" bölümleri kullanıldı. Diğer bölümler, vakalarda belirtilerin bulunmaması nedeniyle değerlendirmeye alınmadı.

AMDP Skalasının geçerliliği ve tutarlılığı yönünde yapılan çalışmalar, bunun klasik deskriptif psikiyatrinin psikopatolojik bütün semptomlarını kapsadığını; kalitatif klinik yorumlarıyla beraber, bulguların mültifaktöriyel analizlerinin istatistiksel ve objektif değerlendirme olanağına sahip olduğunu göstermektedir (15, 40).

Skalanın pratik bir kolaylığı, her hastaya aynı soruları yöneltme olanağı, aynı anamnestic faktörleri saptayarak, objektif bir soru-cevap sürecini sağlamasıdır.

#### 4) Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ):

Beck Depresyon Ölçeği, Beck (1961) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek depresyonda görülen belirtileri içerecek biçimde düzenlenmiştir. BDÖ'nün itemleri herhangi bir kuramsal görüş temel alınarak değil, klinik gözlem ve verilere dayanarak hazırlanmıştır.

Ölçek, 21 belirti kategorisinden oluşmuştur:

- 1) Duygu-durum
- 2) Karamsarlık
- 3) Başarısızlık duygusu
- 4) Doyumsuzluk
- 5) Suçluluk duygusu
- 6) Kendinden hoşnutsuzluk
- 7) Kendini suçlama
- 8) İntihar istekleri
- 9) Ağlama nöbetleri

- 10) Sinirlilik
- 11) Sosyal çekilme
- 12) Kararsızlık
- 13) Beden imgesinin çarpıtılması
- 14) Çalışmanın ketlenmesi
- 15) Uyku bozukluğu
- 16) Yorgunluk
- 17) İştah azalması
- 18) Kilo kaybı
- 19) Bedensel yakınmalar
- 20) Cinsel dürtü kaybı
- 21) Cezalandırılma duyumu

Her belirti kategorisi dört kendini değerlendirme iteminden oluşmuştur. Bu itemler 0-3 arası puan almaktadır. Ölçekte alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Her kategori grubu ve onu oluşturan itemler, depressif hastalarda açıkça görülebilen belirtilere dayanarak geliştirilmiştir. Beck (1972), depresyon için ölçek puanlarına göre şu sınıflamayı yapmıştır:

- 0-13 puan: depresyon yok
- 14-24 puan: orta derecede depresyon
- 25  $\geq$  puan: ciddi depresyon (Ek III)

Bu çalışmada Teğin (1980) tarafından çevirisi, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılan Beck Depresyon Ölçeğinin Türkçe formu kullanılmıştır. Bu çalışmalar sonucunda, Beck Depresyon ölçeğinin depressif belirtileri ve depresyon düzeyini değerlendirmede kullanılabilir, kendi kendine puanlanabilen uygun bir ölçüm aracı olduğunu düşündürmektedir (7, 10).

##### 5) Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ):

Depressif hastalıklarda en yaygın olarak kullanılan klinik değerlendirme ölçeklerinden birisi, Hamilton

Depresyon ölçeğidir. Her biri üç veya beş maddeden oluşan 25 itemden ibarettir:

- 1) Depressif mizaç
- 2) Suçluluk duyguları
- 3) İntihar
- 4) Gecenin başlangıcında uykusuzluk
- 5) Gecenin ortasında uykusuzluk
- 6) Sabah uykusuzluğu
- 7) Çalışma ve faaliyetler
- 8) Yavaşlama
- 9) Ajitasyon
- 10) Psikik anksiyete
- 11) Somatik anksiyete
- 12) Gastrointestinal somatik semptomlar
- 13) Genel somatik semptomlar
- 14) Jenital semptomlar
- 15) Hipokondri
- 16) Ağırlık kaybı
- 17) Ağırlık kaybı (ölçerek değerlendirmesine göre)
- 18) İdrak etme
- 19) Semptomatoloji değişikliği
- 20) Şahsiyetinden ve gerçeklerden uzaklaşma
- 21) Hezeyan semptomları
- 22) Obsesyon ve kompulsyon belirtileri
- 23) İktidarsızlık duygusu
- 24) Ümitsizlik duygusu
- 25) Değersizlik duyguları

Ölçeği uygulayan, hastadan aldığı bilgiler doğrultusunda her itemdeki maddelerden hastaya en uygun olanını seçer. Seçilen maddelerin puanı, standart ölçüm cetvellerine bakılarak saptanır. Bütün puanlar toplanır ve depresyon puanı belirlenir. Bu puana göre, Hamilton'un depresyon değerlendirme tablosundan, niteliksel değerlendirmeye gidilir:

25-49 puan arası: Normal  
50-59 puan arası: Orta-Hafif derecede depresyon  
60-69 puan arası: Orta-Şiddetli derecede depresyon  
70 ve fazlası : Ciddi depresyon (28, 30)(Ek IV).

C) Analiz

Bu araştırmada veriler, "X<sup>2</sup> testi" ve " E testi" istatistiksel analiz yöntemleriyle değerlendirilmiştir.

D) İşlem

İntihar ve Kontrol grubundaki her vaka ile bireysel olarak görüşüldü. Önce AMDP skalasına bağlı kalarak demografik özellikler belirlendi ve psikiyatrik anamnez alındı. AMDP skalası iki görüşmede tamamlandı. İkinci görüşmede, intihar girişimi ile ilgili bilgiler, "İntihar Girişimi Soruşturma Formu" esas alınarak, araştırıcı tarafından, intihar girişiminde bulunan bireylere, soruları yöneltilerek kaydedildi.

Daha sonraki görüşmede, Rorschach testi uygulandı. AMDP skalası ve Rorschach testine göre, psikoz tanısı konan vakalar araştırma dışı bırakıldı.

Son görüşmede, bireyin kendini değerlendirdiği Beck Depresyon Ölçeği verildi. Ardından, Hamilton Depresyon Ölçeği, AMDP Skalası klinik verileri ve bireye yöneltilen sorularla tamamlandı ve değerlendirildi.

### III - BULGULAR

Bu bölümde, araştırma sonucunda elde edilen verilerle ilgili istatistiksel analiz sonuçları yer almaktadır.

TABLO: 2  
İNTİHAR GRUBUNDA GİRİŞİMDEN ÖNCEKİ İNTİHAR FİKİRLERİNİN  
CİNSİYETLERE GÖRE DAĞILIMI

CİNSİYET		İNTİHAR FİKİRLERİ		
		VAR	YOK	TOPLAM
KADIN	N	32	7	39
	K.D. *	(33.54)	(5.46)	
	%	82	18	100
ERKEK	N	11	0	11
	K.D.	(9.46)	(1.54)	
	%	100	0	100
TOPLAM	N	43	7	50
	%	86	14	100

$\chi^2 = 3.138$ ,  $sd=1$ ,  $p > 0.05$   
\* K.D.: Kuramsal değer

TABLO: 3  
İNTİHAR GRUBUNDA, İNTİHAR GİRİŞİM SAYISININ CİNSİYETLERE GÖRE  
DAĞILIMI

CİNSİYET		GİRİŞİM SAYISI				TOPLAM
		1	2	3	4 ≥	
KADIN	N	14	5	11	9	39
	K.D.	(14.04)	(7.02)	(9.36)	(8.58)	
	%	36	13	28	23	100
ERKEK	N	4	4	1	2	11
	K.D.	(3.96)	(1.98)	(2.64)	(2.42)	
	%	36	36	9	19	100
TOPLAM	N	18	9	12	11	50
	%	36	18	24	22	100

$\chi^2 = 4.36$ ,  $sd=3$ ,  $p > 0.05$

TABLO: 4  
İNTİHAR GRUBUNDA GİRİŞİM YÖNTEMİNİN CİNSİYETLERE GÖRE DAĞILIMI

CİNSİYET	GİRİŞİM YÖNTEMİ						TOPLAM
	İLAC VE TOKSİK MADDE	KESİCİ-DELİCİ ALET	YÜKSEKTEN ATLAMA	DENİZE ATLAMA	KENDİNİ ASMA		
KADIN	N	33	3	1	2	0	39
	K.D.	(31.98)	(3.12)	(0.78)	(2.34)	(0.78)	
	%	85	8	2	5	0	100
ERKEK	N	8	1	0	1	1	11
	K.D.	(9.02)	(0.88)	(0.22)	(0.66)	(0.22)	
	%	73	9	0	9	9	100
TOPLAM	N	41	4	1	3	1	50
	%	82	8	2	6	2	100

$\chi^2 = 5.48$ ,  $sd=4$ ,  $p > 0.05$

TABLO: 5  
İNTİHAR GRUBUNDA YAKIN ÇEVREDEKİ İNTİHAR GİRİŞİMLERİNİN CİNSİYETLERE GÖRE DAĞILIMI

CİNSİYET	YAKIN ÇEVRE					TOPLAM
	AİLEDE	KAN BAĞI OLAN AKRABALARDA	DİĞER *	YOK		
KADIN	N	12	5	2	20	39
	K.D.	(11.7)	(4.68)	(2.34)	(20.28)	
	%	31	13	5	51	100
ERKEK	N	3	1	1	6	11
	K.D.	(3.3)	(1.32)	(0.66)	(5.72)	
	%	27	9	9	55	100
TOPLAM	N	15	6	3	26	50
	%	30	12	6	52	100

$\chi^2 = 1.08$ ,  $sd=3$ ,  $p > 0.05$

\* Arkadaş, komşu ve basın-yayın organlarında yer alan intihar girişimlerini kapsamaktadır.



TABLO: 6  
İNTİHAR GRUBUNDA GİRİŞİM BAŞARISIZLIĞINA TEPKİNİN  
CİNSİYETLERE GÖRE DAĞILIMI

GİRİŞİM BAŞARISIZLIĞINA TEPKİ

CİNSİYET		SEVİNÇLİ	KARARSIZ	ÜZGÜN	TOPLAM
KADIN	N	13	16	10	39
	K.D.	(13.26)	(14.82)	(10.92)	
	%	33	41	27	100
ERKEK	N	4	3	4	11
	K.D.	(3.74)	(4.18)	(3.08)	
	%	36	28	36	100
TOPLAM	N	17	19	14	50
	%	34	38	28	100

$X^2 = 1, sd=2, p > 0.05$

TABLO: 7  
İNTİHAR GRUBUNDA GİRİŞİM İLGİLİ OLARAK BIRAKILAN İPUÇLARININ  
CİNSİYETLERE GÖRE DAĞILIMI

GİRİŞİM İLGİLİ OLARAK BIRAKILAN İPUÇLARI

CİNSİYET		YAKIN- LARINA SÖYLEMEK	GİRİŞİMİN GÖRÜL- MESİNİ SAĞLAMAK	GİRİŞİMİN KOLAYCA FARK EDİLEBİLECEĞİ	GİRİŞİMİ GİZLİ OLARAK GERÇEKLEŞTİRMEK	TOPLAM
				VE KURTARIL- BİLECEĞİ YER, ZAMAN SEÇMEK		
KADIN	N	18	9	8	4	39
	K.D.	(15.6)	(7.22)	(6.24)	(10.14)	
	%	47	23	20	10	100
ERKEK	N	2	0	0	9	11
	K.D.	(4.4)	(1.98)	(1.76)	(2.86)	
	%	18	0	0	82	100
TOPLAM	N	20	9	8	13	50
	%	40	18	16	26	100

$X^2 = 24.11, sd=3, p < 0.001$

TABLO: 8  
İNTİHAR GRUBUNDA YAŞAMLARINDAKİ TRAVMATİK OLAYLARIN CİNSİYETLERE GÖRE DAĞILIMI

CİNSİYET	ANNE-BABADA GEÇİMSİZLİK VE ÇATIŞMA		ANNE-BABA AYRILIĞI		TRAVMATİK OLAYLAR						TOPLAM
	N	%	N	%	ANNE-BABADA ŞİDDET DAVRANIŞLARI (DÖVME)	BABANIN SEVİLEN EVİ TERK ETMESİ ÖLÜMÜ	BİR KİŞİNİN SALDIRIYA UĞRAMA	CİNSEL	YOK		
KADIN	16	(14.82)	6	(5.46)	5	4	3	3	2	39	
					(4.68)	(3.9)	(4.68)	(3.9)	(1.56)		
	41		15		13	10	8	8	5	100	
ERKEK	3	(4.18)	1	(1.54)	1	1	3	2	0	11	
					(1.32)	(1.1)	(1.32)	(1.1)	(0.44)		
	27		9		9	9	27	19	0	100	
TOPLAM	19		7		6	5	6	5	2	50	
	38		14		12	10	12	10	4	100	

$\chi^2 = 7.014$ ,  $sd=6$ ,  $p > 0.05$

TABLO: 9  
İNTİHAR GİRİŞİMİNE NEDEN OLAN "ANAHTAR OLAY"IN CİNSİYETLERE GÖRE DAĞILIMI

CİNSİYET	ANNE İLE TARTIŞMA	BABA İLE TARTIŞMA	KARDEŞLE EŞ İLE TARTIŞMA	ŞİDDET DAVRA-NIŞLARI	EVDEN KOVULMA (DÖVÜLME)	ERKEK VEYA KIZ	OKUL BAŞARI-SIZLIĞI	GÖREVDEN UZAKLAŞ-TIRILMA	HAMİLE-LİK	TOPLAM
N	10	7	4	5	3	31	6	1	0	39
KADIN	K.D.	-	-	-	-	(28.08)	(7.8)	(1.56)	(0.78)	(0.78)
%	25	18	10	13	8	79	15	3	0	100
N	1	3	0	0	1	4	4	1	1	11
ERKEK	K.D.	-	-	-	-	(7.92)	(2.2)	(0.44)	(0.22)	(0.22)
%	9	27	0	0	9	45	37	9	9	100
N	11	10	4	5	4	36	10	2	1	50
TOPLAM	%	20	8	10	8	72	20	4	2	100

$\chi^2 = 9.75$ ,  $sd = 4$ ,  $p < 0.05$

TABLO: 10  
İNTİHAR VE KONTROL GRUBUNUN DİNSEL İNANÇ AÇISINDAN  
KARŞILAŞTIRILMASI

GRUPLAR		DİNSEL İNANÇ			TOPLAM
		ZAYIF	ORTA	KUVVETLİ	
İNTİHAR	N	8	24	18	50
GRUBU	K.D.	(7.5)	(27.5)	(15)	
	%	16	48	36	100
KONTROL	N	7	31	12	50
GRUBU	K.D.	(7.5)	(27.5)	(15)	
	%	14	62	24	100
TOPLAM	N	15	55	30	100

$\chi^2 = 2.17$ ,  $sd=2$ ,  $p > 0.05$

TABLO: 11  
RORSCHACH TESTİ VERİLERİNE GÖRE İNTİHAR VE KONTROL GRUBUNUN  
SOSYAL KONTAKT YETENEĞİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

	M	SD	$\epsilon$	ANLAM SEVİYESİ
İNTİHAR				
GRUBU	2.04	0.968		
N = 50				
KONTROL			8.60	$P < 0.001$
GRUBU	3.64	0.898		
N = 50				

TABLO: 12  
RORSCHACH TESTİ VERİLERİNE GÖRE İNTİHAR VE KONTROL GRUBUNUN  
DUYGUSAL UYARANLARA DUYARLILIK AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI  
DUYGUSAL UYARANLARA DUYARLILIK

GRUPLAR		NORMAL	NORMALDEN SAPMA (ARTMA-AZALMA)	TOPLAM
İNTİHAR GRUBU	N	8	42	50
	K.D.	(22)	(28)	
	%	16	84	100
KONTROL GRUBU	N	36	14	50
	K.D.	(22)	(28)	
	%	72	28	100
TOPLAM	N	44	56	100

$$\chi^2 = 31.82, \quad sd=1, \quad p < 0.001$$

AMDP SKALASI VERİLERİNE GÖRE İNTİHAR VE KONTROL  
GRUBUNDA SOMATİK BULGULARIN KARŞILAŞTIRILMASI

TABLO: 13-A  
UYKU BOZUKLUKLARI

	M	SD	$\epsilon$	ANLAM SEVİYESİ
İNTİHAR GRUBU N = 50	3.34	2.99	6.07	p < 0.001
KONTROL GRUBU N = 50	0.64	0.97		

TABLO: 13-B  
İŞTAH BOZUKLUKLARI

	M	SD	ε	ANLAM SEVİYESİ
İNTİHAR GRUBU N = 50	1.46	1.39	3.888	p < 0.001
KONTROL GRUBU N = 50	0.62	0.63		

TABLO: 13-C  
GASTRO-İNTESTİNAL BOZUKLUKLAR

	M	SD	ε	ANLAM SEVİYESİ
İNTİHAR GRUBU N = 50	1.54	2.34	3.13	0.001 < p < 0.01
KONTROL GRUBU N = 50	0.46	0.7		

TABLO: 13-D  
KARDİO-RESPIRATUAR BOZUKLUKLAR

	M	SD	ε	ANLAM SEVİYESİ
İNTİHAR GRUBU N = 50	3.54	2.33	9.44	p < 0.001
KONTROL GRUBU N = 50	0.32	0.62		

TABLO: 14

AMDP SKALASI VERİLERİNE GÖRE İNTİHAR VE KONTROL GRUBUNDA  
DUYGULANIMDA DEĞİŞİKLİKLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

	M	SD	ε	ANLAM SEVİYESİ
İNTİHAR GRUBU N = 50	8.04	4.81	11.28	p < 0.001
KONTROL GRUBU N = 50	2.32	1.46		

AMDP SKALASI VERİLERİNE GÖRE İNTİHAR VE KONTROL  
GRUBUNDA PSİKOPATOLOJİK DAVRANIŞLARIN KARŞILAŞTIRILMASI

TABLO: 15-A  
SOSYAL ÇEKİLME

	M	SD	ε	ANLAM SEVİYESİ
İNTİHAR GRUBU N = 50	1.5	1.165	7.79	p < 0.001
KONTROL GRUBU N = 50	0.16	0.370		

TABLO: 15-B  
SALDIRGANLIK

	M	SD	$\epsilon$	ANLAM SEVİYESİ
İNTİHAR GRUBU N = 50	1.26	1.175	6.4	$p < 0.001$
KONTROL GRUBU N = 50	0.14	0.4		

TABLO: 15-C  
KENDİNE ZARAR VERME

	M	SD	$\epsilon$	ANLAM SEVİYESİ
İNTİHAR GRUBU N = 50	1.4	1.236	7.10	$p < 0.001$
KONTROL GRUBU N = 50	0.1	0.385		



TABLO: 16  
BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (BDÖ) PUANLARINA GÖRE İNTİHAR VE  
KONTROL GRUBUNUN DEPRESYON DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

GRUPLAR	DEPRESYON DÜZEYİ				TOPLAM
	0-13 NORMAL	14-24 ORTA DERECEDE DEPRESYON	25 ≥ CİDDİ DEPRESYON		
İNTİHAR GRUBU	N	9	8	33	50
	K.D.	(27)	(6)	(17)	
	%	18	16	66	100
KONTROL GRUBU	N	45	4	1	50
	K.D.	(27)	(6)	(17)	
	%	90	8	2	100
TOPLAM	N	54	12	34	100

$$X^2 = 59.43, \quad sd = 2, \quad p < 0.001$$

TABLO: 17  
HAMILTON DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HDÖ) PUANLARINA GÖRE İNTİHAR VE  
KONTROL GRUBUNUN DEPRESYON DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

GRUPLAR	DEPRESYON DÜZEYİ				TOPLAM	
	25-49 NORMAL	50-59 ORTA-HAFİF DERECEDE DEPRESYON	60-69 ORTA-ŞİDDETLİ DERECEDE DEPRESYON	70 ≥ CİDDİ DEPRESYON		
İNTİHAR GRUBU	N	8	17	21	4	50
	K.D.	(25.5)	(12)	(10.5)	(2)	
	%	16	34	42	8	100
KONTROL GRUBU	N	43	7	0	0	50
	K.D.	(25.5)	(12)	(10.5)	(2)	
	%	86	14	0	0	100
TOPLAM	N	51	24	21	4	100

$$X^2 = 53.53, \quad sd = 3, \quad p < 0.001$$

#### IV - TARTIŞMA

Bu çalışmada, ergenlik çağı intihar girişimlerinde psikososyal etmenlerin değerlendirilmesi amaçlanmış, intihar girişiminde bulunan ergenlerin, sosyal, duygusal ve bedensel işlevlerindeki patoloji incelenmiş, depresyon düzeyleri saptanmış ve bu veriler intihar girişiminde bulunmayan ergenlerle karşılaştırılmıştır.

Araştırma bulgularımıza göre, intihar girişiminde bulunan 50 ergenin 39'u (% 78) kadın, 11'i (% 22) erkektir. Bu dağılım, diğer çalışmalarla korelasyon halindedir. Otto (1972), White (1974), Lumsden Walker (1980), Hawton ve ark. (1982), Anderson (1981), İngiltere ve Amerika'da, kadınların erkeklere oranını ortalama 3/4 (% 75) olarak bulmuşlardır (31). Türkiye'de Yüksel (1987), ergenlik çağı intihar girişimlerinde kadınların oranını % 78,7 olarak saptamıştır (55).

Genellikle tüm ülkelerde, genç kızlarda intihar oranının fazla olması, üç nedene bağlı gibi görünmektedir:

1) Kızlar erken olgunlaşarak, yetişkin problemleriyle karşı karşıya kalmaktadır.

2) İntihar eylemi, erkeklerde kültürel açıdan daha az kabul edilebilir bir olgudur.

3) Erkeklerin agresif davranış gibi, gerilimleri boşaltabilecek daha fazla çıkış yoluna sahip oldukları düşünülmektedir (31).

Yurdumuz ılıman iklim kuşağında bulunduğundan, biyolojik olgunluğa erişme yaşının, kuzey Avrupa ülkelerine oranla daha küçük olduğu bilinmektedir. Bu yüzden, araştırmacının, genç kızlarda intihar oranının fazla

oluşuna neden olarak gösterdiği, yetişkinliğe ait problemlerle erken karşılaşma açısından, ülkemiz genç kızlarının daha da şanssız olacağı söylenebilir.

Türkiye, aile yapısı bakımından, geleneksel aile tipinin çoğunlukta olduğu bir durumdadır. Birçok ailede ebeveynin anne ve/veya babası, bir kısmında ise birinci dereceden akrabaları, aile topluluğunda yer almaktadır. Bu durum, gençlerin aile içinde, üstelenebileceklerinden fazla sayıda rollerin olması anlamına gelmektedir. Anne ve babanın doğrudan etki ve kontrolü, yaşam özgürlüğünün sınırlanması, ek olarak ailenin diğer bireylerinin de aynı doğrultuda etkisi ile, fazla sayıda rol, çok yönlü "baskı" halini alabilmekte, özellikle küçük yaşta bu karmaşayı göğüslemek zorunda kalan ergen kızlar, intiharı bu baskılı ortamdan kurtulma ya da bu ortama baş kaldırma aracı olarak görebilmektedirler.

İntihar girişiminde bulunan 50 ergenden 43'ünün (% 86) intihar girişiminden önce, intihar fikirlerine sahip oldukları saptanmıştır. % 14'ü, daha önceden intiharı hiç düşünmemiş olduklarını ifade etmişlerdir (Tablo 2). Bu sonuçlara göre, ergenlik çağında intiharların aniden, önceden düşünülmeden gerçekleştirildiği söylenemez. Aksine, ergenlerin, intiharı düşündürecek problemlerle sık sık karşılaştıklarını ve "bardağı taşıran son damla" yerine geçen bir "anahtar olay"la, intihara yöneldiklerini telkin etmektedir. Girişim öncesi intihar fikirlerinin varlığı bakımından, cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

İntihar girişiminde bulunan 50 ergenden 18'i (% 36) bir kez, 9'u (% 18) iki kez, 12'si (% 24) üç kez, 11'i (% 22) dört veya daha fazla kez girişimde bulunmuşlardır. Buna göre, birden fazla kez intihar girişiminde bulunanların sayısı 32 (% 64) dir. Barter ve ark. (1968)

tekrarlanan intihar girişim oranlarını % 60, Gispert ve ark. % 50 olarak bulmuşlardır (25).

Bir kez intihar girişiminde bulunan bireyin, bunu tekrarlama riski gösterdiği, araştırmalarla saptanmıştır. Özellikle, intihar girişimlerinin bir yardım çağrısı, çevresini etkileme veya yakın çevresinin davranışlarını değiştirme amacıyla gerçekleştirildiği durumlarda, istenen sonucun elde edilmesi, girişimlerin yinelenmesine yol açmakta ve bu durumda intihar girişimi bir silah, bir tehdit ve sorun çözme aracı olarak kullanılmaktadır.

İntihar girişim sayısı bakımından, kadınlarla erkekler arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 3).

İntihar girişiminde bulunan 50 ergenden 41'i (% 82), eylemlerini, ilaç veya toksik madde kullanma yoluyla gerçekleştirmişlerdir. Adam (1985), kimyasal madde ile girişimde bulunma oranını % 70-90 olarak saptamıştır. Shaffer (1974), Gispert ve ark. (1987), Hawton ve Goldacre (1982) en sık rastlanan intihar girişim yönteminin ilaç veya toksik madde kullanımı olduğunu bulmuşlardır (2, 25).

İntihar girişim yöntemi, ölüm isteği açısından önemlidir. Gerçekten ölüm isteğine sahip olan kişi, daha çok kendini asma, yüksekten atlama, bileklerini kesme gibi, kesin ölüme götürücü intihar yöntemlerine baş vurmaktadır. Ancak, yüksek dozda ilaç kullanımı da başlı başına ölüm isteğinin ciddiyetine işaret edebilir.

Ciddi ölüm fikrine sahip olanlarda, ilaç ve toksik maddenin seçilmesine asıl neden, ölüme ilgili fiziksel acının hissedilmemesi ve adeta uykuya dalar gibi, yaşamdan ölüme geçildiği düşüncesidir.

İntihar girişim yöntemi açısından, kadınlarla erkekler arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Tablo 4).

İntihar girişiminde bulunan 50 ergenden 20'si (% 40) yakın çevrelerinden bir kişiye şahsen söylemişler, 9'u (% 18) da yakınlarından en az birini girişimlerine tanık etmişlerdir. 8'i (% 16) girişimlerinin farkedilmesini sağlamışlardır. 11 erkek ergenden 9'u (% 82), 39 kadın ergenden 4'ü (% 10) girişimlerini bir ipucu bırakmadan gerçekleştirmişlerdir. Bu bulgular, kadın ergenlerin intihar girişiminde bulduklarının bilinmesini istedikleri izlenimini vermektedir. Bu konuda, kadınlarla erkekler arasında istatistiksel olarak saptanan anlamlı fark (Tablo 7), bizi genç kızların gerçekten ölüm isteği ile girişimde buldukları fikrinden uzaklaştırmakta, erkeklerde girişimlerin daha ciddi boyutlarda olduğunu düşündürmektedir.

Ölümlle sonuçlanan intihar girişimi olayları gözden geçirildiğinde erkeklerin, kadınlardan daha fazla oluşunun, ergenlik çağı intihar girişimlerindeki ölüm isteğinin ciddiyeti yönünden, yetişkinlerle paralellik gösterdiği söylenebilir. Burada, erkeğin toplumdaki rolünün ve genelde sorumluluk yükü ve toplum isteklerinin fazlalığının önemli olduğu düşünülebilir. Cinsiyetler arası bu farkın nedenleri, ancak çok sayıda vakanın ele alındığı geniş kapsamlı araştırmalar sonucunda aydınlatılabilecektir.

İntihar girişiminde bulunan 50 ergenden 17'sinin (% 34) intihar girişiminde başarısız oldukları için sevinçli oldukları, 19'unun (% 38) kararsız oldukları, 14'ünün (% 28) üzgün oldukları belirlenmiştir. İstatistiksel olarak cinsiyetler arası fark anlamsızdır (Tablo 6).

Lumsden Walker (1980), sadece % 8 ergenin ölmediği için üzöldüğünü, % 22'sinin kayıtsız kaldıklarını, Hawton ve ark. (1982), ancak üçte bir ergenin ölüm isteğinde olduklarını saptamışlardır (13, 31).

Bu bulgular, ergenlik çağı intihar girişimlerinin, gerçekten ölüm isteğine dayanarak gerçekleştirilmediğini, girişimlerin başka amaçlara hizmet ettiğini telkin etmektedir.

Çalışmamızda, intihar girişiminde bulunan 50 ergenin 21'inin (% 42) ailelerinde ve kan bağı olan akrabalarında intihar girişimleri bulunduğu 26'sının (% 52) ise yakın çevresinde herhangi bir intihar girişimi bulunmadığı saptanmıştır (Tablo 5). Jacobs (1971), araştırmasında, intihar girişiminde bulunan 21 ergenden 3'ünün ailesinde tekrarlanan intihar girişimlerinin bulunduğunu, Maxman ve Tucker (1973) yaş ortalaması 22 olan grupta, anne babadaki intihar girişimi oranının % 43 olduğunu, Shaffer (1974) ise, vakaların % 13'ünün ailelerinde intihar girişiminin varlığını tespit etmişlerdir (45).

Bu bulgular, intihar girişiminin kabul edilebilir bir davranış olarak görüldüğü ailelerde, ergenlerin özdeşleşme yoluyla benzer davranışlarda bulunabileceği izlenimini uyandırmaktadır. Yani, yakın çevrede intihar girişiminin bulunması, ergen için zorluklar ve katlanılması güç durumlar karşısında, intihar girişiminin kabul edilebilir bir çözüm yolu olarak seçilebileceği fikrine model oluşturmaktadır.

Ergenlik çağı, değerler sisteminin yerleştiği, biolojik, psikolojik ve sosyal yönden, dengesizlik ve karmaşanın yaşandığı, yakın ve uzak çevredeki sosyal etkileşimin, bir baskı olarak algılanabildiği, dolayısıyla güçlükler karşısında kolayca yılgınlığa düşülebildiği

ve yaşamdan vazgeçmenin bir çıkış yolu olarak görülebildiği bir dönemdir. Yani, vakalarımızda olduğu gibi, yakın çevresinde modeli olmayan ergenlerin (% 52) de intihar girişiminde bulunması, ergenliğin temel yapısının özellikleri nedeni ile şaşırtıcı değildir.

İntihar girişiminde bulunan grupta, AMDP skalasına göre saptanan, yaş dilimlerine göre bireyi etkileyen psikososyal etmenlerden, birey için bir travma niteliğinde olanların değerlendirilmesiyle intihar girişiminde bulunan 50 ergenin 19'unun (% 38) anne ve babasında sürekli geçimsizlik ve çatışma, 7'sinde (% 14) anne baba ayrılığı, 6'sında (% 12) çocukluklarından bu yana şiddet davranışlarına maruz kalma, 5'inde (% 10) babanın evi terk etmesi, 6'sında (% 12) sevilen bir kişinin kaybı, 5'inde (% 10) çocukluklarında cinsel saldırıya uğrama saptanmıştır. Cinsel saldırıya uğrayanların ikisi erkek olup, bunlardan birisi, öz ağabeyi tarafından cinsel obje olarak kullanılmıştır. 2 (% 4) ergen, yaşamlarında kendilerini etkileyen önemli bir olayın olmadığını ifade etmişlerdir. Bu bulguların istatistiksel değerlendirilmesinde, cinsiyetler arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 8).

Kişilik gelişiminde, psikoseksüel gelişim dönemlerinin her basamağındaki travmaların önemine ilk kez Freud değinmiş olup, bu konudaki çalışmalar ve spekülasyonlar günümüze kadar süregelmiştir. Genel olarak çocukluk çağındaki travmatik olayların ve uzun süreli aile problemlerinin, çocuğun kişiliği üzerinde olumsuz etki yaratacağı ve çocuğun bu çağlarda edindiği deneyimlerin olumsuz sonuçlarını yaşamı boyunca taşıyabileceği söylenebilir.

İntihar grubunda 50 ergenin 11'i (% 22) anne ile, 10'u (% 20) baba ile, 4'ü (% 8) kardeşle, 5'i (% 10) eş ile tartışmışlar, 2'si (% 4) anne baba tarafından dövülmüş,

4'ü (% 8) evden kovulmuş, 9'u (% 18) kız veya erkek arkadaş ile tartışmış, 2'si okulda başarısızlık göstermiş, 1'i (% 2) görevden uzaklaştırılmış, 1'i (% 2) hamile kalmış ve bu olayları takiben, intihar girişiminde bulunmuşlardır.

Ergenlerde intihar girişimine neden olan girişim öncesindeki en önemli "anahtar olay"ın aile ile ilgili problemlerden kaynaklandığı (% 72), bu durumun erkeklerden (% 45) çok, kadınlarda (% 79) görüldüğü saptanmış, iki cins arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 9).

Bu durum, daha önce sözü edilen, ergenlik ve yaşam zorluğu karşısında intihar girişimini çözüm yolu olarak görme düşüncesine ve bunun genel olarak kadınlarda daha belirgin olduğu görüşünü desteklemektedir.

Ergen toplumdaki yerini, daha çok yakın çevresindeki kişilerin kendisine verdiği önem, kendisine gösterdikleri ilgi ve sevgi ile benimser. Çevrenin bu yöndeki davranışları, onun kendini güçlü hissetmesi ve varlığını kanıtlaması için en önemli destektir. Böyle bir ortamın sağlanamadığı, huzursuzluk ve güvensizliğin egemen olduğu ailelerde, zaten kendini tedirgin hisseden ergen için olumsuz "tartışma" olayı, çevresindeki yaşam dayanağı görevini yapan objelerden birinin kaybı anlamına gelmekte ve ergeni intihar girişimine sürükleyebilmektedir.

Cinsel kimliğinin belirginleşmesi, ergenin erkek veya kadın olarak varlığını hissetmesi, genellikle karşı cinstekilerle olan arkadaşlık, dostluk veya sevgi bağına dayanan ilişkilerle mümkün olabilmektedir. Ergen için bu olay, sadece cinsel yönden değil, toplumdaki yerinin ve gerçek kimliğinin oluşması yönünden de ayrı bir önem taşımaktadır. Böylesine değerli bir ilişkinin objesi



olan karşı cinsteki arkadaş ile tartışma veya ayrılık, ergenlik çağına has yüksek duygusallık ile birleştiğinde, ergen ölümü seçebilmekte, ya da intihar girişimini bir barışma aracı olarak kullanabilmektedir.

Hawton ve ark. (1982), ergenlik çağı intihar girişimlerine neden olan psikososyal olayları şöyle sıralamışlardır:

- 1) Ebeveynle ilgili problemler
- 2) Okul ile ilgili problemler
- 3) Erkek ya da kız arkadaşla ilgili problemler (31).

Gispert ve ark. (1987), araştırmalarında, ergenlerde intihar girişimini ortaya çıkartıcı faktörlerin başında aile ile tartışma, ikinci olarak erkek ya da kız arkadaşla tartışma veya ayrılığın geldiğini saptamışlardır (25). Gispert ve arkadaşlarının bulguları çalışma sonuçlarımızı desteklemektedir.

İntihar grubunda, 50 ergenden 8'inin (% 16) dinsel inancı zayıf, 24'ünün (% 48) orta, 18'inin (% 36) kuvvetli olarak bulunmuştur. İntihar grubundaki vakalardan birisi din görevlisi olup, kendini asmak suretiyle intihar girişiminde bulunmuştur. Kontrol grubunda, 50 ergenden 7'sinin (% 14) dinsel inancı zayıf, 31'inin (% 62) orta, 12'sinin (% 24) kuvvetli olarak bulunmuştur. Uygulanan istatistiksel analiz sonucu, intihar ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farkın bulunmadığı saptanmıştır (Tablo 10). Bu sonuç, dinin, beklenilenin aksine, intihar girişimlerini engelleyici bir etkisinin olmadığını göstermektedir.

Çalışmamızda, deneklerin sosyal davranışı iki yönden araştırılmış ve saptanmıştır. "Sosyal kontakt yeteneği", Rorschach testine, "Sosyal çekilme" AMDP skalası

verilerine göre belirlenmiştir. Uygulanan istatistiksel analiz sonucu, kontrol grubuna oranla, intihar grubunda, sosyal kontakt yeteneğinin ileri derecede düşük olduğu (Tablo 11) ve yine ileri derecede sosyal çekilmenin bulunduğu (Tablo 15-A) yönünde anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Petzel ve Cline (1978), ergenlik çağı intihar girişimlerinde sosyal çekilme davranışlarını  $p < 0.05-0.005$  anlamlılık düzeyinde bulmuşlardır (48). Barter ve ark. (1968) kısıtlanmış sosyal yaşantılar ve sosyal kontakt eksikliğinin intihar grubunda, kontrol grubuna oranla anlamlı derecede yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (25).

İntihar girişiminde sık rastlanan bir özellik, diğer insanlarla ilişkilerin sağlıklı düzeyde gerçekleşmesidir. Aile bireyleri ve arkadaşlarla çatışmalar, kişiyi şiddetli uyumsuzluğa, bu uyumsuzluk yine yakın çevresi ile çatışmalara götürmekte, bu kısır döngü, ergenin sosyal ilişkilerden kaçınmasına, yalnızlığı seçmesine neden olmaktadır.

Bunun yanında, sosyal ilişkilerden kaçınma, çevre ile ilişkilerde yenik düştüğünü, itildiğini, gücünün azaldığını düşünen ergenin, artık dış dünya ile ilişkilerden uzaklaştığının, bir bakıma, bu ilişkileri yetersiz olarak değerlendirmesinin bir ifadesidir. Kendini itilmiş, değersiz ve yetersiz algılayan ergen, bu bunalımdan çıkmak için, karşılaştığı bir olayı, "anahtar olay"a dönüştürmektedir.

Kanımızca, ergendeki sosyal çekilme ve sosyal kontakt yeteneğindeki azalma, intihar girişiminde bulunma riski açısından belirleyici niteliktedir.

Araştırmamızda, intihar girişiminde bulunan ergenlerin duygulanım durumu, iki yönden incelenmiştir: "Duygulanımda değişiklikler" AMDP skalası klinik verilerine göre saptanmış, uygulanan istatistiksel analiz, intihar grubunda, kontrol grubuna oranla duygulanımda değişikliklerin yüksek düzeyde bulunduğu yönünde anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (Tablo 14). "Duygusal uyaranlara duyarlılık", Rorschach testine göre değerlendirilmiş, uygulanan istatistiksel analiz, intihar grubunda, kontrol grubuna oranla, duygusal uyaranlara duyarlılık açısından, normalden sapma (Artma veya azalma) yönünde anlamlı bir fark bulunduğu saptanmıştır (Tablo 12).

Friedman ve ark. (1982), 28 intihar vakasının 27'inde, Crumbley ve ark. (1979) 40 vakanın 33'ünde duygulanım değişiklikleri bulmuşlardır (48). Shaffer, bu oranı % 57 olarak saptamıştır (46). Robbins ve Alessi (1985), benlik değer kaybı, ümitsizlik, suçluluk hissi ile intihar girişimi arasında yüksek korelasyon bulmuşlardır (48). Bu bulgular, araştırma bulgularımızla uygunluk göstermektedir.

Duygulanımda değişiklikler arasında en sık rastlanan umutsuzluk, kötümserlik, kaynağı belirsiz korku, gerginlik, huzursuzluk, yetersizlik duygusu, benlik-değer duygusu bozukluğu, suçluluk duygusu, duygusal ikilem ve duygusuzluk gibi bulgular, ergenin mizacında depresyon yönünde ilerlemenin olduğuna işaret etmektedir. Daha sonraki paragrafta görüleceği gibi intihar grubunda yüksek düzeyde depressif bulguların saptanması, bu görüşü destekler niteliktedir. Bu nedenle, ergenin intihar girişiminde, daha önce sözü geçen hazırlayıcı faktörlere ek olarak, özel bir depressif tablonun da varlığı düşünülebilir. Bu durumda bulunan ergen, erişkinlerden daha kolay ve yüksek oranda, intihar girişimine baş vurmaktadır.

Araştırmamızda, AMDP skalasına göre saptanan saldırganlık ve kendine zarar verme davranışları bakımından, intihar grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 15-B, 15-C).

Cornell (1972), 15 intihar vakasından elde ettiği verilere göre, kendine dönen öfkenin vakaların çoğunda var olduğunu, fakat bunların genelde, saldırgan davranışlarla ifade edildiğini belirtmiştir. Gispert ve ark. (1987), intihar girişiminde bulunan ergenlerin üçte birinde sözel saldırganlık, üçte birinde fiziksel saldırganlık bulmuşlardır (25).

Genel olarak ergenlerde rastlanan kronik, birikimli stres verici olaylar, ergendeki öfkenin hem kendine, hem de dışı yönelik saldırganlığın ifadesi olarak değerlendirilebilir. Yüksek düzeydeki öfke, genel olarak dışı yönelik olarak ifade edilmekte, ancak stresin çok yoğun olduğu hallerde ise, kendi benliğine yönelerek, intihar girişimine yol açmaktadır.

Araştırmamızda, ergenlerin depresyonu iki yönden değerlendirilmiştir. Bireyin kendisini değerlendirdiği Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) verilerine göre, intihar grubundan 50 ergenin 9'unda (% 18), depresyonun bulunmadığı, 84'inde (% 16) orta derecede depresyon, 33'ünde (% 66) ciddi depresyon bulunduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda ise, 50 ergenin 45'inde (% 90) depresyon bulunmamış, 4'ünde (% 8) orta derecede depresyon, 1'inde (% 2) ciddi depresyon bulunmuştur (Tablo 16).

Araştırmamızın değerlendirdiği Klinik Teşhis Skalası olan Hamilton Depresyon Ölçeğinde (HDÖ), intihar grubundan 50 ergenin 8'inde (% 16) depresyon bulunmamış, 17'sinde (% 34) orta-hafif derecede, 21'inde (% 42) orta-

şiddetli derecede, 4 (% 8) ciddi depresyon bulunmuştur. Kontrol grubunda ise, 50 ergenin 43'ünde (% 86) depresyon bulunmadığı, 7'sinde (% 14) orta-hafif derecede depresyonun bulunduğu saptanmıştır (Tablo 17). Beck ve Hamilton Depresyon Ölçeklerine göre yapılan istatistiksel analiz sonucu, intihar grubunda, depresyonun yüksek derecede olduğu ve iki grup arasındaki farkın, ileri derecede anlamlı bulunduğu saptanmıştır.

Robbins ve Alessi (1985), Crumbley (1979), intihar girişiminde bulunan ergenlerde  $p < 0.001$  anlamlılık düzeyinde depresyon bulmuşlardır. Goldney ve Pilowsky (1980), klinik kriterlere dayanan teşhislerde düşük depresyon düzeyi bulduklarını, ancak depresyon skalaları kullanan araştırmacıların yüksek depresyon düzeyi bulduklarını saptamışlardır. Bu farklılık, intihar girişiminde bulunanların kendilerini olduklarından daha fazla depressif olarak algılamalarından doğmaktadır (2, 46, 48). Ancak, araştırmamızda böyle bir farka rastlanmamış, intihar girişiminde bulunan ergenlerde, kendini değerlendirme ve klinik teşhis ölçeğinde yüksek düzeyde depresyon bulunmuştur. Bu bulgular, ergene özgü bir depresyon tablosu bulunduğu varsayımımızı doğrular niteliktedir.

AMDP skalasına göre değerlendirilen somatik bulgular (uyku bozuklukları Tablo 13-A, iştah bozuklukları Tablo 13-B, Gastrointestinal bozukluklar Tablo 13-C, kardio respiratuar bozukluklar Tablo 13-D), intihar grubunda, kontrol grubuna oranla, yüksek düzeyde bulunmuş olup, uygulanan istatistiksel analiz iki grup arasındaki farkın ileri derecede anlamlı olduğunu göstermektedir.

Genel olarak, psişik kökenli somatik bulgular (psikosomatik bulgular), kişiyi bunalıma iten ruhsal gerilimlerin beden diliyle ifadesi anlamına gelmektedir. Psikosomatik belirtilerin, anksiyete ve diğer stres yaratı-

cı faktörlerin bir subabı görevini yaptığı ve psişik gerilimi azalttığı bilinmektedir. Bu yüzden psikosomatik bulguların, intihar grubunda yüksek oranda saptanması, ilk bakışta ters gelebilir. Ancak, kanımızca, intihar girişiminde bulunan ergenlerde, özel bir şekilde, somatizasyonun en çok kullanılan bir savunma mekanizması olduğu, yani bunun kişilik yapılarının genel özelliğine ait bir yansıma şeklinde ortaya çıktığı söylenebilir.

Woodroof ve ark. (1972), intihar girişiminde bulunanlarda % 42 oranında somatik bulguların bulunduğunu, Gibbs (1968), intihar girişiminde bulunan bireylerde somatik bozuklukların arttığını, Robbins ve Alessi (1985), intihar girişimi ile uykusuzluk, iştahsızlık, düşük enerji arasında  $p < 0.05-0.005$  düzeyinde anlamlı sonuçlar bulduklarını bildirmişlerdir (24, 48). Bu bulgular, araştırma bulgularımızla uygunluk göstermektedir.

Bütün bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde, şöyle bir tablo ortaya çıkmaktadır: Ergenlik, patolojik gibi görülebilen, yetişkinlik ile çocukluk dönemi arasında kalan, fizyolojik, psikolojik ve sosyal bir gelişim sürecinin, dinamik bir dengesizliğin yaşandığı dönemdir.

Ergenin intihar girişimine yönelmesini sağlayan birçok psikososyal faktörün varlığından söz edilebilir: Ergenlik, genel olarak, kişinin kimliğini kazanma süreci, dolayısıyla biolojik, psikolojik ve sosyal karmaşaların yaşandığı bir dönem olduğundan, kendi başına, intihar girişimini kolaylaştırıcı bir faktördür. Ayrıca bu süreç içinde ortaya çıkan her türlü sosyal baskı, aile içi anlaşmazlık ve çatışmalar, karşı cinsle ilişkilerde frustrasyonlar, biolojik yapıdaki predispozisyonun üzerine eklenir. Ergenlikte sık görülen ve kolayca intihar girişimine yol açabilen, her çeşit depressif semptomun bulunabildiği özel bir depressif durum tanımlanabilir.

Bu klinik durumun had safhada olduğunu gösteren bulguların en önemlisi de, sosyal kontakt yeteneğinde azalmadır. Klinik durumu bu noktaya gelmiş ergenin, kendine zarar verici davranışlar geliştirebileceği ve sadece bir "anahtar olay"a gereksinim duyduğu söylenebilir. Buna göre ergen ve intihar girişimi arasındaki bütün faktörler birlikte düşünüldüğünde, küçük çıkmazların bile nasıl olup da ergende intihar girişimine yol açtığı kolaylıkla anlaşılabilir.

Ergenlik çağı intihar girişimlerinde, ikincil kazanç sağlamaya yönelik, gerçekte ölümü amaçlamayan, gösteri niteliğindeki zararsız intihar girişimleri, önemli bir grup oluşturmaktadır. Ancak, ölümün amaçlanmamış olması, her intihar girişiminin bir sonraki için risk faktörü oluşturabileceği göz önüne alınarak, tedavi edici olarak bizlerin, bu nitelikteki vakaların sorunlarına ciddiyetle eğilmemize engel olmamalıdır.

## Ö Z E T

Çalışmamızda, intihar girişiminde bulunan 15-24 yaş grubundan 50 ergenin, psikopatolojik ve sosyal özellikleri, depresyon düzeyleri, aynı yaş grubunda olup, intihar girişiminde bulunmayan 50 ergenle karşılaştırılmış, ergenlik çağı intiharlarında psikososyal etmenlerin rolünün değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Psikiyatrik bozuklukları olan, dolayısıyla intihar girişimleri hastalıklarına bağlı olan ergenler, araştırma dışı bırakılmıştır.

Verilerin toplanmasında, İntihar Girişimi Soruşturma Formu, Rorschach Testi, AMDP Skalası, Beck Depresyon Ölçeği, Hamilton Depresyon Ölçeği kullanılmıştır.

Araştırma bulgularımıza göre, intihar girişiminde bulunan 50 ergenin % 78'i kadın, % 22'si erkek olup, % 86'sının önceden intihar fikirlerine sahip oldukları, % 64'ünün birden fazla kez girişimde buldukları, % 42'sinin ailesinde ve kan bağı olan akrabalarında intihar girişiminin bulunduğu, % 28'inin ölmediği için üzüldüğü, % 26'sinin kurtarılmak üzere hiçbir ipucu bırakmadan girişimde buldukları, % 96'sının yaşantılarında kendilerini etkileyen travmatik olayların var olduğu saptanmıştır.

İntihar girişimine neden olan "anahtar olay"ların sınıflandırılmasında, 1. sırayı aile ile ilgili problemlerin (% 72), 2. sırayı ise kız veya erkek arkadaşla problemlerin (% 20) aldığı belirlenmiştir.

Sosyal kontakt yeteneği ve sosyal çekilme, duygularında değişiklikler, duygusal uyaranlara duyarlılıkta normalden sapma, psikosomatik bozukluklar, saldırganlık, kendine zarar verme davranışları ve depresyon bakımından, intihar grubunda, kontrol grubuna oranla, istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir farkın bulunduğu saptanmıştır.



Özetle bu çalışma, bedensel ve ruhsal açıdan ergenlik çağına özgü değişim ve karmaşayı yaşayan ergenlerin intihar girişimlerinde, sorunlara karşı koyamamaya ölümü seçen veya yardım isteme amacıyla, intihar girişimi ile yakınlarına uyarıda bulunan gençlerin, içinde buldukları psikolojik ve sosyal problemleri klinik ve psikometrik yöntemlerle saptayarak, konunun aydınlatılmasına bir katkıda bulunma çabasıdır.



KAYNAKÇA

- 1) ADAM E.: "İnsanda İstikbal Endişesi ve Depresyonların Oluşumundaki Yeri". Nöro-Psikiyatri Arşivi, 9,2,85-107, 1972.
- 2) ADAM K.S.: "Attempted Suicide", in Roy A. (Ed.), The Psychiatric Clinics of North America, Vol., 8, Nb. 2, USA: W-B Saunders Company, 1985:183-201.
- 3) ALLEN J.R., ALLEN B.A.: "Guide to Psychiatry", New York: Medical Examination Publishing Co. Inc., 1978: 162-166.
- 4) ANASTASIADIS, Y.: "Psikolojik Testler", Özyayın S. (Düz) Psikiyatri, İTF Klinik Ders Kitapları, Cilt 7, İstanbul: 1985, 640-644.
- 5) ANASTASIADIS, Y.: "Rorschach Psikodiagnostik Metodu". İTF Psikiyatri Kliniği Psikoloji Lab. Seminer Çalışmaları, 1971-1977.
- 6) ARKUN N.: "İntiharın Psikodinamikleri", İstanbul: Ed. Fak. Yayınları, 1978: 25-28, 129-164.
- 7) AYTAR G.: "Depresyondaki Düşünce Bozukluklarının Bilişsel Kuram Açısından İncelenmesi". Doktora Tezi, İTF, 1987.
- 8) BANCROFT J., MARSACK P.: "The Repetitiveness of Self Poisoning and Self Injury". British Journal of Psychiatry (1977), 131, 394-399.
- 9) BARRACLOUGH B.: "Suicide and Deliberate Self Harm", in Gibbons J.L. (ed.), Psychiatry, Oxford: Alden Press, 1985: 74-80.

- 10) BECK A.T.: "Depression. Causes and Treatment". Un. of Pennsylvania Press, 1972.
- 11) BECK A.T.: "Depression". New York: Harper Row Publishers, 1967: 232-265.
- 12) BOHM E.: "Traité du Psychodiagnostic de Rorschach". Paris, Presses Universitaires de France, CH XII, 1955.
- 13) BROOKSBANK D.J.: "Suicide and Parasuicide in Childhood and Early Adolescence". British Jr of Psychiatry (1985), 146, 495-463.
- 14) CLAYTON P.J.: "Suicide", in Roy A. (Ed.), The Psychiatric Clinics of North America, Vol. 8, Nb. 2, USA: WB Saunders Company, 1985.
- 15) "Das AMDP System". Manual zur Dokumentation Psychiatrischen Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1981.
- 16) DESHAIES G.: "Psychologie du Suicide". Paris: Presses Universitaires de France", 1947: 268-287.
- 17) Devlet İstatistik Enstitüsü, 1986 İntihar İstatistikleri, Ankara, 1987.
- 18) EKŞİ, A. "Gençlik Döneminde Uyum ve Davranış Sorunları". Gençlik Yılı Konferansları, İstanbul: Hilal Matbaacılık, 1985: 25-38.
- 19) EKŞİ, A.: "Gençlerimiz ve Sorunları". İst.Ün.Yayını, 1982: 356-359.

- 20) EY, H. BERNARD, P., BRISSET Ch., "Manuel de Psychiatrie", Paris: Masson et C<sup>ie</sup> eds., 1970: 240-252.
- 21) FENICHEL, O.: "Nevrozların Psikoanalitik Teorisi", İzmir: Ege Ün. Matbaası, 1974: 365-367 (Çev. Tuncer S.)
- 22) GELDEN, M., GATH, D., MAYOU, R.: "Oxford Textbook of Psychiatry". Oxford Un. Press, 1983: 398-421.
- 23) GIBBONS ET AL.: "Evaluation of a Social Work Service for Self Poisoning Patients". British Journal of Psychiatry (1978), 133, 111-118.
- 24) GIBBS, J.P.: "Suicide". New York: Harper-Row Publishers, 1968: 133-169.
- 25) GISPET M., DAVIS M.S., MARSH L., WHEELER K.: "Predictive Factors in Repeated Suicide Attempts by Adolescents". H & CP (Journal of the American Psychiatric Association) April, 1987: 390-394.
- 26) GOLDACRE M., HAWTON K.: "Repetition of Self-Poisoning and Subsequent Death in Adolescents Who Take Overdoses". British Journal of Psychiatry (1985), 146, 395-398.
- 27) GOLDNEY R.D.: "Attempted Suicide in Young Women". British Jr. of Psychiatry (1981), 139, 382-390.
- 28) GÜREL Y.: "Depresyon Tanısı Konan Hastalarda Rorschach Testi ile Hamilton ve Zung Ölçeklerinin Karşılaştırılması". Doktora Tezi, İst. Tıp Fak., 1985.
- 29) HALBWACHS M.: "The Causes of Suicide". Routledge-Kegan Paul Ltd. 1978: 263-290.

- 30) HAMILTON M.: "Rating Scales in Depression. Depressive illness". An. International Sym., St. Moritz, 1974.
- 31) HAWTON K., O'GRADY J., OSBORN M., COLE D.: "Adolescents Who Take Overdoses: Their Characteristics, Problems and Contacts with Helping Agency". British Jr. of Psychiatry (1982), 140, 118-123.
- 32) HENDERSON S. ET AL.: "A Typologie of Parasuicide". British Jr. of Psychiatry (1977), 131, 631-641.
- 33) HENRY A.F., SHORT J.F. "Suicide and Homicide". First Free Press Paperback ed., 1964: 106-115.
- 34) HOLINGER P.C., OFFER D., OSTROV E.: "Suicide and Homicide in United States". American Jr. of Psychiatry (1987), 144: 2, 145-148.
- 35) JACOBS J.: "Adolescent Suicide". USA: John Wiley Sons Inc. 1971: 1-25, 63-81.
- 36) KOLB L.C.: "Modern Clinical Psychiatry". USA: W-B Saunders Company 1973: 98-105.
- 37) KURZ A. ET AL.: "Classification of Parasuicide by Cluster Analysis". British Jr. of Psychiatry (1987), 150, 520, 525.
- 38) LUKIANOWICZ N.: "Suicidal Behaviour: An Attempt to Modify the Environment". British Jr. of Psychiatry (1972), 121, 387-390.
- 39) McCULLOCH J.V., PHILIP A.E.: "Suicidal Behavior". New York: Pergamon Press, 1972: 30-63.

- 40) ÖZUĞURLU K.: "Paranoid Sendromlarda Projeksiyon Mekanizmasının Klinik ve Psikometrik Değerlendirilmesi". Uzmanlık Tezi, İst. Tıp Fak., 1976.
- 41) ÖZUĞURLU K.: Gençlik Döneminde Ruhsal Bozukluklar". 7. Pediatri Günleri Raporları, İst. 1986: 73-75.
- 42) PALLIS D.J. ET AL.: "Estimating Suicide Risk Among Attempted Suicides". British Jr. of Psychiatry (1982), 141, 37-44.
- 43) PALLIS D.J., BIRTCNNELL J.: "Seriousness of Suicide Attempted in Relation to Personality". British Jr. of Psychiatry (1977) 130, 253-259.
- 44) PAYKEL E.S., RAASBY E.: "Classification of Suicide Attempters by Cluster Analysis". British Jr. of Psychiatry (1978), 133, 45-52.
- 45) PETZEL S.V., CLINE D.W.: "Adolescent Suicide: Epidemiological and Biological Aspects", in Feinstein S.C., Giovancahini P.L. Adolescent Psychiatry. Vol 4, Chicago and London: University of Chicago Press, 1978: 239-261.
- 46) PFEFFER C.R.: "Self Destructive Behavior in Children and Adolescents", in Roy A., Psychiatric Clinics of North America, Vol. 8, Nb. 2, June 1985: 215-225.
- 47) PLATT S.: "Parasuicide and Unemployment". British Jr. of Psychiatry (1986), 149, 401-405.
- 48) ROBBINS D.R., ALESSI N.E.: "Depressive Symptomts and Suicidal Behavior in Adolescents". The American Journal of Psychiatry, Vol. 142, Nb. 5, 1985: 215-225.

- 49) SNELL N.: "Mental Disorder". London: George Allen-Unvin Ltd. 1977: 163-165.
- 50) SOLOMON P., PATCH V.D.: "Handbook of Psychiatry". Oxford and Edinburg: Blackwell Scientific Publication, 1969: 246-253.
- 51) STENGEL E.: "Suicide, Parasuicide". New York: Penguin Books 1966: 67-98.
- 52) WEINER R.D.: "Suicide", in Covenar J.O., Keith H., Brodie H., Signs and Symptoms in Psychiatry, Donneley Sons Company, 1983: 227-247.
- 53) YAVUZER H.: "Çocuk Psikolojisi". İstanbul: Altın Kiptaplar Matbaası, 1985: 280-323.
- 54) YÖRÜKOĞLU A.: "Çocuk Ruh Sağlığı". Ankara, Türk Tarih Kurumu, 1980: 276-300.
- 55) YÜKSEL N.: "Adolesan İntihar Girişimlerinin Psiko-sosyal Nedenleriyle İlgili Araştırma". Yüksek Lisans Tezi, İ.Ü. Çocuk Sağlığı Ens. 1987.
- 56) ZİYALAR A.: "Gençlik Çağında Ruhsal Hastalıklar". Gençlik Yılı Konferansları, İstanbul: Hilal Matbaacılık, 1985: 39-60.

EK I

**İNTİHAR GİRİŞİMİ SORUŞTURMA FORMU**

Adı, Soyadı :

Vaka No :

1) İntihar girişiminden önceki dönemde, intihar fikirlerinin varlığı

Var                      Yok  
...                      ...

2) İntihar girişim sayısı (son girişim dahil)

.....

3) Son intihar girişim tarihi

.....

4) Girişim yöntemi

<u>İlaç veya toksik madde</u>	<u>Kesici-delici alet</u>	<u>Yüksekten atlama</u>	<u>Denize atlama</u>	<u>Kendini asma</u>
.....	.....	.....	.....	.....

5) Girişimle ilgili olarak bırakılan ipuçları

<u>Yakınlarına söyleme</u>	<u>Girişimin görülmesini sağlama</u>	<u>Girişimin kolayca fark edilmesini sağlama</u>	<u>Girişimi gizli olarak gerçekleştirme</u>
.....	.....	.....	.....

6) Girişimdeki başarısızlığına tepkisi

Sevinçli                      Kararsız                      Üzgün  
.....                      .....                      .....

7) Yakın çevrede intihar girişimi

<u>Ailede</u>	<u>kan bağı olan akrabalarda</u>	<u>Diğer</u>
.....	.....	.....

8) İntihar girişimine neden olan "anahtar olay"

.....  
.....



EK II

AMDP SKALASI

RUHSAL YAKINMALARDA HASTA MUAYENE VE GÖRÜŞME KILAVUZU

GENEL ANAMNEZ I

HASTANIN:

Adı ve Soyadı : .....

Doğum Tarihi : .....

Muayene Tarihi: .....

Cinsiyeti: Erkek: ..... Kadın: .....

Askerlik Durumu: .....

Doğum Yeri : .....

Dış Ülkelerde Bulunup Bulunmadığı: .....

.....

Dış Ülkelerde Ruhsal Yönden Tedavi Görüp Görmediği: .....

.....

Bugüne kadar gördüğü tedavi biçimleri:

A. Klinikte, biyolojik psikiyatrik tedaviler: .....

a) Elektrokonvülsif Tedavi : .....

b) Psikofarmakolojik Tedavi: .....

c) Başka: .....

B. Klinikte Psikoterapi Uygulamaları: .....

a) Bireysel Psikoterapi : .....

.....

b) Grup Psikoterapi Uygulamaları: .....

.....

HASTANIN ŞİMDİKİ YAKINMALARI: .....

.....

.....

.....

.....

.....

**HASTANIN YAŞAM ÖYKÜSÜ**

**YAŞ DİLİMLERİNE GÖRE HASTAYI ETKİLEYEN PSİKOSOSYAL ETMENLER**

1. 3-5. Yaşlarda .....
- .....
2. 6-8. Yaşlarda .....
- .....
3. 9-11. Yaşlarda .....
- .....
4. 12-14. Yaşlarda .....
- .....
5. 15-17. Yaşlarda .....
- .....
6. 18-20. Yaşlarda .....
- .....
7. 21-23. Yaşlarda .....
- .....
8. 24-26. Yaşlarda .....
- .....
9. 27-29. Yaşlarda .....
- .....
10. 30-32. Yaşlarda .....
- .....
11. 33-35. Yaşlarda .....
- .....
12. 36-38. Yaşlarda .....
- .....
13. 39-41. Yaşlarda .....
- .....
14. 42-44. Yaşlarda .....
- .....
15. 45-47. Yaşlarda .....
- .....
16. 48-50. Yaşlarda .....
- .....
17. 51-53. Yaşlarda .....
- .....

18. 54-56. Yaşlarda .....
- .....
19. 57-59. Yaşlarda .....
- .....
20. 60-62. Yaşlarda .....
- .....

1. GELİŞ VE KABUL

<u>Poliklinik</u>	<u>Başka Klinikler</u>	<u>Kendisi</u>	
.....	.....	.....	
<u>Aile</u>	<u>Sinir Hekimi</u>	<u>Komşular</u>	<u>Başkaları</u>
....	.....	.....	.....

2. AİLE DURUMU

<u>Evlenmemiş</u>	<u>Evli</u>	<u>Ayrılmış</u>	<u>Boşanmış</u>	<u>Dul</u>	<u>Başka</u>	
.....	....	.....	.....	...	....	
3. KENDİ ÇOCUKLARI:	1	2	3	4	5	.....
4. BİYOLOJİK KARDEŞLER:	1	2	3	4	5	.....
İkiz Kardeşler:	.....					
Üvey Kardeşler:	.....					
5. İLK EVLENME YAŞI:	.....					

6. 15 YAŞINA KADAR YETİŞTİĞİ YERLER

<u>Büyük Şehir</u> (Nüf.: 100 binden yu- karı)	<u>Küçük Şehir</u> (Nüf.: 10 binden yu- karı)	<u>Köy</u> (Nüf.: 10 binden aşağı)	<u>Değişik Yerler</u>
.....	.....	.....	.....

7. EV GEÇİMİNİN EKONOMİK SAĞLANMASI

<u>Kendisi</u>	<u>Eşi</u>	<u>Kardeşler</u>	<u>Ana-Baba</u>	<u>Çocuklar</u>	<u>Başkaları</u>	
.....	....	.....	.....	.....	.....	
8. EVDE BULUNANLARIN SAYISI:	1	2	3	4	5	.....
9. EVDE ODA SAYISI	: 1	2	3	4	5	.....

10. EVİN DURUMU

<u>Yeterli</u>	<u>Yetersiz</u>	<u>Kendi Mülkü</u>	<u>Kira</u>
.....	.....	.....	.....

11. ÖĞRENİM DURUMU

İlkokul	Ortaokul	Lise	Yüksekokul	Okulu Terk	Bitirmiş
.....	.....	.....	.....	.....	.....

12. MESLEK DURUMU

Öğreniyor	İhtisas Okulunda	Yüksek Meslek Okulunda	Başka
.....	.....	.....	.....

13. MESLEK KONUMU

<u>Bağımsız</u>	<u>Bağımlı</u>	<u>Ev Kadını</u> <u>(Mesleksiz)</u>	<u>Ev Kadını</u> <u>(Meslekli)</u>	<u>Emekli</u>	<u>İşsiz</u>
.....	.....	.....	.....	.....	.....

14. MESLEK SEKTÖRÜ

Özel Sektör: .....	Kamu Sektörü: .....
Endüstri: .....	Transport-İhracat .....
El-Sanatı .....	Ticaret .....
Genel-Hizmet .....	Banka .....
Askerlik .....	Araştırma-Öğretim .....
Başka .....	.....

15. GELİR DURUMU

<u>Aylık</u>	<u>Yıllık</u>	<u>Yan Gelirler</u>
.....	.....	.....

16. DİNSEL İNANCI

<u>Zayıf</u>	<u>Orta</u>	<u>Kuvvetli</u>	<u>Yok</u>
.....	.....	.....	.....

PSİKİYATRİK-ANAMNEZ: II

1. HASTALIĞI ARTIRDIĞI VARSAYILAN ETKİLER

	<u>Hastaya</u> <u>Göre</u>	<u>Hekime</u> <u>Göre</u>		<u>Hastaya</u> <u>Göre</u>	<u>Hekime</u> <u>Göre</u>
a) Aşk	.....	.....	h) Meslek	.....	.....
b) Cinsellik	.....	.....	i) Okul-öğrenci	.....	.....
c) Evlilik	.....	.....	k) Kamu-Kurumu	.....	.....
d) Aile	.....	.....	l) Sosyal-Mobilite	.....	.....
e) Ekonomik Dur.....	.....	.....	m) Yalnızlık	.....	.....
f) Ruhsal sınırlanmalar.....	.....	.....	n) Bedensel Kısıtlılıklar	.....	.....
g) Süreğen Bedensel Acılar.....	.....	.....	o) Bilinmiyor	.....	.....

2. YAŞAM SİTUASYONUNDA DEĞİŞMELER

	YAŞ DİLİMLERİ		
	<u>Çocukluk</u> <u>Yaşları</u>	<u>Gençlik</u> <u>Yaşları</u>	<u>Erişkinlik</u> <u>Yaşları</u>
1. Babanın ölümü	...	...	...
2. Annenin ölümü	...	...	...
3. Ana-Baba Boşanması	...	...	...
4. Eşin ölümü	...	...	...
5. Ana-Baba ayrılığı	...	...	...
6. Yeni eş edinme	...	...	...
7. Çocukların doğumu	...	...	...
8. Çocukların evlenmesi	...	...	...
9. Çocukların ölümü	...	...	...
10. Öğrenimin yarıda kalması	...	...	...
11. Öğrenime ara vermek	...	...	...
12. İşyeri değişikliği	...	...	...
13. İşyerini kaybetme	...	...	...
14. Meslekte yükselme	...	...	...
15. Meslekte düşüş	...	...	...
16. Hapis yatma	...	...	...
17. Ev değiştirme	...	...	...
18. İntihar girişimi	...	...	...
19. Psikolojik belirtilerin ortaya çıkması	...	...	...
20. Nörotik belirtilerin ortaya çıkması	...	...	...
21. Alkolizma	...	...	...
22. Uyuşturucu ilaç bağımlılığı	...	...	...
23. Süreğen bedensel yakınmalar	...	...	...
24. Hormonal bozukluklar	...	...	...
25. Serebral nöbetler	...	...	...
26. Kafa-Beyin travması	...	...	...
27. Başka, organik beyin hastalığı	...	...	...

**PSİKİYATRİK ANAMNEZ: III**

1. ŞİMDİKİ HASTALIĞIN İLK ORTAYA ÇIKIŞI: ..... Yaşında

2. ÖNCEKİ HASTALIĞIN GİDİŞİ:

İntermittent	Tam Remisyon	Kısmi Remisyon	Kronik
.....	.....	.....	.....

3. İLK ORTAYA ÇIKIŞINDAN BERİ HASTALIĞIN AĞIRLIĞI:

Artmıştır	Azalmıştır	Değişmemiştir	Değişiklik göstermiştir
.....	.....	.....	.....

4. AKTUEL HASTALIK MANİFESTASYONU:

a) Başlangıcından 3 hafta öncesine kadar: Vardır Yoktur

Psişik Yüklenme	.....	.....
Somatik Yüklenme	.....	.....

b) Hastaneye gelinceye kadar geçen süre:

Bir haftadan	Bir aydan	Altı aydan	Bir yıldan	Bir yıldan
az	az	az	az	çok

.....

5. AİLEDE RUHSAL HASTALIKLAR:

Yok	Bilinmiyor
...	.....

1. Derece akrabalarda		Uzak akrabalarda	
Bir kişi	Birden çok	Bir kişi	Birden çok

a) Organik beyin hastalıkları	.....	...	...	...
b) Şizofreni	...	...	...	...
c) Affektif Psikozlar	...	...	...	...
d) Psikotik olmayan bozukluklar	...	...	...	...
e) Belirlenemeyen bozukluklar	...	...	...	...
f) İntihar girişimi	...	...	...	...

6. HASTANIN İNTİHAR GİRİŞİMİ: Yok: ..... Bilinmiyor: .....

Kesin intihar girişimi	Son intihar girişimi	İntihar girişimi sayısı
.....	.....	.....

7. PSİKOFARMAKOLOJİK TEDAVİ: Yok: ..... Bilinmiyor: .....

Neuroleptik	Antidepressif	Trankilizan	Sonuçlar
.....	.....	.....	.....

8. HASTANEYE KABUL TANISI: ..... Hafif Orta Ağır

9. ÇIKIŞ TANISI: ..... Hafif Orta Ağır

10. MUAYENE EDEN HEKİMİN İZLENİMLERİ: .....

PSİKİYATRİ-PSİKOPATOLOJİK BULGULAR: IV

	<u>Hafif</u>	<u>Orta</u>	<u>Ağır</u>	<u>Yok</u>
1. ZEKA BOZUKLUĞU				
Doğuştan	...	...	...	...
.....	...	...	...	...
Sonradan	...	...	...	...
.....	...	...	...	...
2. BİLİNÇ BOZUKLUKLARI				
a) Bilinç azalması	...	...	...	...
b) Bilinç bulanıklığı	...	...	...	...
c) Bilinç daralması	...	...	...	...
d) Bilinç kayması	...	...	...	...
3. YÖNELİM (ORYANTASYON) BOZUKLUKLARI				
a) Zaman yönelim bozukluğu	...	...	...	...
b) Mekan yönelim bozukluğu	...	...	...	...
c) Sitüasyon yönelim bozukluğu	...	...	...	...
d) Kendi kişiliği hakkında	...	...	...	...
4. DİKKAT VE BELLEK BOZUKLUKLARI				
1. Kavrama bozukluğu	...	...	...	...
2. Konsantrasyon bozukluğu	...	...	...	...
3. Farkına varma yeteneği bozukluğu	...	...	...	...
4. Bellek bozukluğu	...	...	...	...
5. Konfabulasyon	...	...	...	...
6. Paramnezi	...	...	...	...
5. FORMAL DÜŞÜNCE BOZUKLUKLARI				
1. Kentlenme (inhibisyon)	...	...	...	...
2. Yavaşlama	...	...	...	...
3. Karışıklık (teferruatlı düşünme)	...	...	...	...
4. Daralma	...	...	...	...
5. Perseverasyon	...	...	...	...
6. Şüphencilik (kılı kırk yarma)	...	...	...	...
7. Düşünce itilimi (... baskısı)	...	...	...	...
8. Düşünce kaçışı (hızlanması)	...	...	...	...
9. İfade güçlüğü	...	...	...	...
10. Düşünce kopukluğu	...	...	...	...
11. Düşünce dağınıklığı (Enkoherens)	...	...	...	...
12. Neolojizm	...	...	...	...
6. KORKULAR VE ZORLU DÜŞÜNCELER				
1. Güvensizlik	...	...	...	...
2. Hipokondri (Hezeyansız)	...	...	...	...
3. Fobiler	...	...	...	...
4. Zorlu düşünceler (Obsesyonlar)	...	...	...	...
5. Zorlu impulslar (içtepiler)	...	...	...	...
6. Zorlu eylemler (kompülsiyonlar)	...	...	...	...

	<u>Hafif</u>	<u>Orta</u>	<u>Ağır</u>	<u>Yok</u>
7. HEZEYAN (SANRI)				
1. Hezeyan eğilimi (hezeyanlı beklenti)	...	...	...	...
2. Hezeyanlı Algı (algılama değişimi)	...	...	...	...
3. Birdenbire akla gelen hezeyanlı düşünce	...	...	...	...
4. Hezeyanlı düşünce	...	...	...	...
5. Sistemli hezeyan	...	...	...	...
6. Hezeyan dinamiği (hezeyanın dürtü ve duygulanım kuvveti)	...	...	...	...
7. İlişki hezeyanı	...	...	...	...
8. İzlenme/Zarar görme hezeyanı	...	...	...	...
9. Kıskançlık hezeyanı	...	...	...	...
10. Suçluluk hezeyanı	...	...	...	...
11. Yoksulluk hezeyanı	...	...	...	...
12. Hipokondrik hezeyan	...	...	...	...
13. Büyüklük hezeyanı	...	...	...	...
14. Başka hezeyan içerikleri(.....)	...	...	...	...
8. DUYU YANILGILARI				
1. İllüzyonlar	...	...	...	...
2. Kendine yönelik sesler işitme	...	...	...	...
3. Başka işitsel hallüsinasyonlar	...	...	...	...
4. Görme hallüsinasyonları	...	...	...	...
5. Bedensel (senestezik) hallüsinasyonlar	...	...	...	...
6. Koku/Tad hallüsinasyonları	...	...	...	...
9. EGO BOZUKLUKLARI			Yok	...
1. Gerçekten kopma (Derealizasyon)	...	...	...	...
2. Kişilik değişimi (Depersonalizasyon)	...	...	...	...
3. Düşüncenin yayılması	...	...	...	...
4. Düşünce uzaklanması/kaçışı	...	...	...	...
5. Düşünce telkini	...	...	...	...
6. Yabancı (başkasının) etkisinde kalma	...	...	...	...



10. DUYGULANIMDA DEĞİŞİKLİKLER

Yok ...

	<u>Hafif</u>	<u>Orta</u>	<u>Ağır</u>
1. Şaşkınlık	...	...	...
2. Duygusuzluk	...	...	...
3. Duygulanım yoksulluğu	...	...	...
4. Yaşam duygusu bozukluğu	...	...	...
5. Umutsuzluk (Deprime) duygusu	...	...	...
6. Kötümserlik duygusu	...	...	...
7. Kaynağı belirsiz korku	...	...	...
8. Neşelenme (öfori)	...	...	...
9. Somurtma (Disfori)	...	...	...
10. Gerginlik	...	...	...
11. Huzursuzluk	...	...	...
12. Acındırma/Yakınma	...	...	...
13. Yetersizlik duygusu	...	...	...
14. Benlik-değer duygusu bozukluğu	...	...	...
15. Suçluluk duygusu	...	...	...
16. Yoksulluk duygusu	...	...	...
17. Ambivalans (duygusal ikilem)	...	...	...
18. Paratimi (Paradoksal duygulanım)	...	...	...
19. Affektif Labilite	...	...	...
20. Affektif inkontinans (duygulanım- larına egemen olamama)	...	...	...
21. Affektif katılık	...	...	...

DÜŞÜNCELER: .....

.....

.....

.....

11. DÜRTÜSEL VE PSİKOMOTOR BOZUKLUKLAR

Yok...

	<u>Hafif</u>	<u>Orta</u>	<u>Ağır</u>
1. Dürtü yoksulluğu	...	...	...
2. Dürtü ketlenmesi	...	...	...
3. Motor huzursuzluk	...	...	...
4. Parakineziler (mimik, jest ve konuşmada anormal karmaşıklık) Katalepsi ve katatoni durumu	...	...	...
5. Dürtü artması	...	...	...
6. Manierizm	...	...	...
7. Theatral hareketler	...	...	...
8. Mutizm	...	...	...
9. Logorrhoe	...	...	...

12. HASTALIĞIN GÜNLÜK GİDİŞ ÖZELLİKLERİ

a) Sabahları kötüleşme	...	...	...
b) Akşamları kötüleşme	...	...	...
c) Akşamları iyileşme	...	...	İleri ...

13. BAŞKA BOZUKLUKLAR

1. Sosyal çekilme (sosyal kontakt azalması)	...	...	...
2. Sosyal davranış bozukluğu (Entrika, fitne, fesat vb.)	...	...	...
3. Saldırganlık	...	...	...
4. İntihar eğilimi/girişimi	...	...	...
5. Kendine zarar verme	...	...	...
6. Hastalık duygusunda azalma	...	...	...
7. Hastalık içgörüsünde azalma	...	...	...
8. Tedaviyi reddetme	...	...	...
9. Bakım ihtiyacı gerekirliği	...	...	...

DÜŞÜNCELER: .....

.....

.....

.....

14. PSİKOSEKSÜEL BOZUKLUKLAR

YOK ...

Hafif Orta Ağır

1. Cinsel dürtü azalması	...	...	...
2. Cinsel dürtü sapması	...	...	...
3. Cinsel dürtü artması	...	...	...
4. Cinsel istek ketlenmesi	...	...	...
5. Cinsel uyarılma ketlenmesi	...	...	...
6. Cinsel yaklaşım çekingenliği (Aversionlar)	...	...	...
7. Orgazm ketlenmesi	...	...	...
8. Erken boşalma	...	...	...
9. Geç boşalma	...	...	...
10. Ereksiyon bozukluğu	...	...	...
11. İşlevsel Disparöni (Ağrılı cinsel ilişki)	...	...	...
12. Fonksiyonel vaginismus	...	...	...
13. Atipik cinsel bozukluklar (.....)	...	...	...

DÜŞÜNCELER: .....

.....

.....

.....

PSİKİYATRİ-SOMATİK BULGULAR: V

	<u>Hafif</u>	<u>Orta</u>	<u>Ağır</u>		
1. UYKU VE UYANIKLIK BOZUKLUKLARI				Yok	....
1. Uykuya dalma bozukluğu	...	...	...		
2. Uyku arası bozuklukları	...	...	...		
3. Uyku süresinde kısalma	...	...	...		
4. Erken uyanma	...	...	...		
5. Yorgunluk-bitkinlik	...	...	...		
2. İŞTAH BOZUKLUKLARI				Yok	...
1. İştah azalması	...	...	...		
2. İştah artması	...	...	...		
3. Susuzluk artması	...	...	...		
4. Cinsellik azalması	...	...	...		
3. GASTRO-İNTESTİNAL BOZUKLUKLAR				Yok	...
1. Hipersalivasyon	...	...	...		
2. Ağız kuruluğu	...	...	...		
3. Bulantı	...	...	...		
4. Kusma	...	...	...		
5. Mide şikayetleri	...	...	...		
6. Kabızlık	...	...	...		
7. İshal	...	...	...		
4. KARDİYO-RESPIRATUVAR BOZUKLUKLAR				Yok	...
1. Solunum şikayetleri	...	...	...		
2. Baş dönmesi	...	...	...		
3. Kalp çarpıntısı	...	...	...		
4. Kalp-sıkışması	...	...	...		
5. BAŞKA VEJETATİF BOZUKLUKLAR				Yok	...
1. Akomodasyon bozuklukları	...	...	...		
2. Terleme artması	...	...	...		
3. Seborrhoe	...	...	...		
4. İşeme bozuklukları	...	...	...		
5. Menstrüasyon bozuklukları	...	...	...		

6. BAŞKA BEDENSEL YAKINMALAR			Yok	...
1. Kafa-basıncı	...	...	...	
2. Sırt-şikayetleri	...	...	...	
3. Bacaklarda ağırlık duygusu	...	...	...	
4. Sıcaklık duygusu	...	...	...	
5. Üşüme (titreme)	...	...	...	
6. Konversiyon semptomları	...	...	...	
7. NÖROLOJİK BOZUKLUKLAR			Yok	...
1. Rigor	...	...	...	
2. Kas-tonus azalması	...	...	...	
3. Tremor	...	...	...	
4. Diskineziler	...	...	...	
5. Hipokineziler	...	...	...	
6. Akatizi	...	...	...	
7. Ataksi	...	...	...	
8. Nistagmus	...	...	...	
9. Paresteziler	...	...	...	
8. TARAFLARIN FARKLİLİĞİ	Evet	....	Hayır	....
9. SEREBRAL KONVÜLSİYONLAR	Evet	....	Hayır	....

DÜŞÜNCELER: .....

.....

.....

DEĞERLENDİRME SONUCU: .....

.....

.....

EK III

**BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ**

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. BUGÜN DAHİL, GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Seçmiş olduğunuz cümlenin yanındaki numarayı daire içine alınız. Eğer bir grupta durumunuzu tarif eden birden fazla cümle varsa herbirini daire içine alarak işaretleyiniz. Seçiminizi yapmadan önce her gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz.

Adı, Soyadı: ..... Prot. No: .....  
Tarih : .....

- A. 0 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.  
1 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.  
2 Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.  
3 O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- B. 0 Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.  
1 Gelecek hakkında karamsarım.  
2 Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.  
3 Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- C. 0 Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.  
1 Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.  
2 Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.  
3 Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum.
- D. 0 Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.  
1 Eskiden olduğu gibi herşeyden hoşlanmıyorum.  
2 Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.  
3 Herşeyden sıkılıyorum.
- E. 0 Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.  
1 Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.  
2 Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.  
3 Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

- F. 0 Kendimden memnunum.  
1 Kendi kendimden pek memnun değilim.  
2 Kendime çok kızıyorum.  
3 Kendimden nefret ediyorum.
- G. 0 Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.  
1 Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.  
2 Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.  
3 Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.
- H. 0 Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.  
1 Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor fakat yapmıyorum.  
2 Kendimi öldürmek isterdim.  
3 Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- I. 0 Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.  
1 Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.  
2 Çoğu zaman ağlıyorum.  
3 Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- J. 0 Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.  
1 Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.  
2 Şimdi hep sinirliyim.  
3 Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- K. 0 Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.  
1 Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.  
2 Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.  
3 Hiç kimseyle görüşüp, konuşmak istemiyorum.
- L. 0 Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.  
1 Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.  
2 Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.  
3 Artık hiç karar veremiyorum.
- M. 0 Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum.  
1 Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.  
2 Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.  
3 Kendimi çok çirkin buluyorum.
- N. 0 Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.  
1 Birşeyler yapabilmek için gayret göstermek gerekiyor.  
2 Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.  
3 Hiçbir şey yapamıyorum.
- O. 0 Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.  
1 Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.  
2 Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.  
3 Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.

- P. 0 Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.  
1 Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.  
2 Yaptığım hemen herşey beni yoruyor.  
3 Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

- R. 0 İstahım her zamanki gibi.  
1 İstahım eskisi kadar iyi değil.  
2 İstahım çok azaldı.  
3 Artık hiç istahım yok.

- S. 0 Son zamanlarda kilo vermedim.  
1 İki kilodan fazla kilo verdim.  
2 Dört kilodan fazla kilo verdim.  
3 Altı kilodan fazla kilo verdim.

Daha az yiyerek kilo vermeye çalışıyorum.

Evet ( )

Hayır ( )

- T. 0 Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.  
1 Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.  
2 Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.  
3 Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünmüyorum.

- U. 0 Son zamanlarda cinsel konulara ilgimde bir değişme farketmedim.  
1 Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.  
2 Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.  
3 Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

- V. 0 Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.  
1 Cezalandırılabilceğimi seziyorum.  
2 Cezalandırılmayı bekliyorum.  
3 Cezalandırıldığımı hissediyorum.



EK IV

HAMILTON DEPRESYON ÖLÇEĞİ

ADI, SOYADI: CİNSİYETİ: YAŞ: TARİH:

ARAŞTIRICI:

1- DEPRESSİF MİZAÇ (Kederlilik, ümitsizlik ve iktidarsızlık duyguları kendi kendini değersizleştirme)

- a) Yok(1)
- b) Bu teessür halini şahsa sorulduğu zaman belirtmekte (2)
- c) Bu teessür halini kendi kendine sözle ifade etmekte (3)
- d) Şahıs bu kederli halini konuşarak değil, yüzünün ifadesi, tav-  
rı ve ağlamaklı hali ile ifade ediyor (4)
- e) Şahıs kederli hallerini spontan olarak konuşarak veya konuşma-  
dan ifade ediyor (5)

2- SUÇLULUK DUYGULARI

- a) Yok(1)
- b) Kendini insanlara zarar vermiş olmakla itham ediyor (2)
- c) Geçmişte yapılmış hatalar veya cezalanmaya hak kazanmış hare-  
ketler için suçluluk fikirleri ve sık sık tekrarlamaları (3)
- d) Şimdiki hastalığı ona bir cezadır. Hezeyanlı fikir ve perse-  
küsyon (4)
- e) Kendisini ihbar eden, itham eden sesler duymakta, gözünün  
önünde tehdit edici hallüsinasyonlar belirlemektedir (5)

3- İNTİHAR

- a) Yok(1)
- b) Hayatın yaşamaya değeri olmadığına inanıyor(2)
- c) Kendisi için ölüm ve benzerini diliyor; mümkün olan ve kendi-  
sine yönelen bütün ölüm düşünceleri (3)
- d) İntihar düşünceleri ve hareketleri (4)
- e) İntihar girişimleri (Bütün ciddi girişimleri 5 ile kodlayınız)  
(5)

4- GECENİN BAŞLANGICINDA UYKUSUZLUK

- a) Uykuya dalma zorluğu yok(1)
- b) Uyumada muhtemelen zorluktan şikayetçi. Örneğin yarım saatten fazla (3)
- c) Her akşam uyumada zorluk çekiyor (5)

5- GECENİN ORTASINDA UYKUSUZLUK

- a) Zorluk yok (1)
- b) Hasta gece taşkınlıktan ve fenalıktan şikayetçi (3)
- c) Gece uyanıyor (hastanın yataktan kalkışının her defasını 5'le kodlayın)

6- SABAH UYKUSUZLUĞU

- a) Zorluk yok(1)
- b) Sabah çok erken uyanıyor, fakat tekrar uyuyor (3)
- c) Yataktan kalkarsa bir daha uyuyamıyor (5)

7- ÇALIŞMA VE FAALİYETLER

- a) Zorluk yok (1)
- b) Mesleki faaliyetlerde yetersizlik, zaaf ve yorgunluk duyguları veya gevşeklik (2)
- c) Mesleki faaliyetlerde ilgisizlik veya gevşeklik -ya hasta tarafından doğrudan doğruya tarif edilmekte- veya isteksizliği, kararsızlığı ve ürkekliği ile endirekt olarak belirtmekte (Herhangi bir işi yapabilmek için kendini zorlamaya mecbur olduğunu sanmaktadır) (3)
- d) Faaliyet zamanının ve iş çıkarabilme kabiliyetinin azalması(4)
- e) Şimdiki hastalığı nedeni ile çalışmasına son verilmiştir(5)

8- YAVAŞLAMA (RELANTISSEMENT) (Düşüncelerde, konuşmada yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde düşme, hareki faaliyetlerde düşme)

- a) Konuşma ve düşünüş normal(1)
- b) Bakımda hafif yavaşlama (2)
- c) Bakımda görünür yavaşlama (3)
- d) Bakım zor (4)
- e) Uyuşukluk (5)

9- AJİTASYON

- a) Hiç yok(1)
- b) Elleri, saçları vs. ile oynama(3)
- c) Ellerini çevirmekte, tırnaklarını kemirmekte, saçlarını karıştırmakta, dudaklarını ısırılmaktadır (5)

10- PSİŞİK ANKSİYETE

- a) Hiçbir bozukluk yok (1)
- b) Subjektif gerginlik (2)
- c) Küçük problemleri tasa yapmaktadır (3)
- d) Yüz ifadelerinde ve konuşmalarda belirli endişeli tavır (4)
- e) Kendisine soru sorulmadan belirli korku (5)

11- SOMATİK ANKSİYETE

- a) Yok (1)
- b) Aralıklı (gastro-entestinal, ağız kuruluğu, sindirim bozuklukları, diyare, kolik, geğirtiller) (2)
- c) Orta (3)
- d) Ağır (Kardio-vasküler, çarpıntılar, başağrılarını)(4)
- e) Şahsi fonksiyonel yetersizlikten muztarip kılan (Solunum sistemi, hipervantilasyon, iç çekilmeleri, pollaiküri, terleme(5)

12- GASTRO-ENTESTİNAL SOMATİK SEMPTOMLAR

- a) Hiç yok (1)
- b) İştah azalması, karın içinde ağırlık hissi) (3)
- c) Personelin teşviki olmadan yemek yeme zorluğu var, mide ve barsak ilaçlarına ihtiyaç göstermekte ve laksatif istemektedir (5)

13- GENEL SOMATİK SEMPTOMLAR

- a) Hiç yok (1)
- b) Taraflarda, sırtta ve başta ağırlık, kas ağrıları, enerji kaybı ve yorulabilme (3)
- c) Herhangi bir semptom belirli olursa 5'le kodlayınız.

14- JENİTAL SEMPTOMLAR (Libido kaybı, adet bozuklukları)

- a) Hiç yok (1)
- b) Hafif (3)
- c) Ağır (5)

15- HİPOKONDRI

- a) Yok (1)
- b) Dikkatini kendi üzerine yöneltmiş (2)
- c) Kendi sağlığı ile meşgul olmakta (3)
- d) Sık sık şikayetler, yardım istemeler vs. (4)
- e) Hipokondriyak hezeyanlı fikirler (5)

16- AĞIRLIK KAYBI

- a) Ağırlık kaybı yok (1)
- b) Ağırlık kaybı olasılıkla şimdiki hastalığına bağlı (3)
- c) Kati ağırlık kaybı (Şahsın söylediğine göre) (5)

17- AĞIRLIK KAYBI (Ölçerek değerlendirmesine göre)

- a) Haftada 500 gr'dan az ağırlık kaybı (1)
- b) Haftada 500 gr'dan fazla ağırlık kaybı (3)
- c) Haftada 1 kg'dan fazla ağırlık kaybı (5)

18- İDRAK ETME

- a) Depresyonlu hasta olduğunu kabul ediyor (1)
- b) Hasta olduğunu kabul ediyor, fakat hastalığını, gıdalara, iklimime, sürmenaja, bir virüse ve bir istirahat ihtiyacına yormakta (3)
- c) Hasta olduğunu kabul etmiyor (5)

19- SEMPTOMATOLOJİ DEĞİŞİKLİĞİ (Belirtiler sabahları veya öğleden sonra ağırlaşıyorsa değişikliğin önemini not ediniz)

Sabahları: Hafif (2)  
Önemli (3)

Öğleden Sonra: Hafif (2)  
Önemli (3)

20- ŞAHSİYETİNDEN VE GERÇEKLERDEN UZAKLAŞMA (depersonalisation et derealisation)

- a) Yok (1)
- b) Hafif (2) (Örneğin, dünyanın gerçek olmadığı hisleri gibi)
- c) Orta (3) (Negativist fikirler)
- d) Ağır (4)
- e) Fonksiyonel yetersizliğe gitme (5)

21- HEZEYAN SEMPTOMLARI (Persekütif)

- a) Hiç yok (1)
- b) Kuşkulu (2)
- c) Hezeyanlı referans ve perseküsyon fikirleri (3)
- d) Başvurma fikirleri (4)

22- OBSESYON VE KOMPULSİYON BELİRTİLERİ

- a) Yok (1)
- b) Hafif (3)
- c) Ağır (5)

23, İKTİDARSIZLIK DUYGUSU

- a) Mevcut değil (1)
- b) Yalnız soru ile ortaya çıkan subjektif intiba (2)
- c) Hasta kendiliğinden iktidarsızlık duygularını ifade etmektedir (3)
- d) Hasta salondaki rutin işleri ve tuvalet bakımını tamamlayabilmek için tembih edilmek, sevk edilmek ve takviye edilmek ihtiyacındadır (4)
- e) Giyinmek, tuvaletini yapmak, kişisel sağlık hizmetlerini yapabilmek için bir yardımcıya muhtaçtır.

24- ÜMİTSİZLİK DUYGUSU

- a) Mevcut değil (1)
- b) Aralıklı olarak "işlerin daha iyi olacağı şüphesi var, fakat ikna edilmelidir (2)
- c) Devamlı olarak ümit olmadığı fikri var ama, ikna edici fikirleri kabul ediyor (3)

- d) Gelecek için cesaretsizlik, ümitsizlik, bedbinlik ifade ediyor ve bu fikirler giderilemiyor (4)
- e) Kendiliğinden artık iyi olamayacağı veya benzeri fikirler üzerinde ısrarlıdır (5)

25- DEĞERSİZLİK DUYGULARI (Kendisi için hafif bir değer kaybından, aşağılık duyguları ve kendini depresyona sürükleyen fikirlerden başlayarak, şahsın hiçbir değer taşımadığına kadar götüren hezeyanlı fikirler)

- a) Mevcut değil (1)
- b) Yalnız sorulduğu zaman değersizlik duygularına işaret ediyor (kendisi için değer duygusunun kaybı) (2)
- c) Spontan olarak değersizlik duygularını ifade ediyor (kendisi için değer takdiri duygusunun kaybı) (3)
- d) Hasta spontan bir şekilde "hiçbir değerinin kalmadığını söylemektedir" (4)
- e) Hezeyanlı değersizlik düşünceleri "Ben çöplükten başka bir şey değilim" gibi (5)

#### DEĞERLENDİRME

25-48 Puan arası: Normal.

50-59 Puan arası: Orta-Hafif derecede depresyon.

60-69 Puan arası: Orta-Şiddetli derecede depresyon.

70 ve fazlası : Ciddi Depresyon.

EK V

**VAKALARIMIZIN İNTİHAR GİRİŞİMİ İLE İLGİLİ KISA ÖYKÜLERİ  
(KENDİ İFADELERİYLE)**

VAKA No: 1, A.P., Kadın, 17 yaş

Üvey annem benim en yakın arkadaşımıdır. O gün babamla tartıştılar. Annem, evi terk etti. Babamı haksız bulmuştum. Onunla tartıştık. Bana çok ağır şeyler söyledi. Bu durumun bir daha düzelmeyeceğini düşündüm.

VAKA No: 2, N.E., Kadın, 24 yaş

Eşimle hiç anlaşamıyoruz. Hep tartışma oluyor. Üvey bir oğlum var, 7 yaşında. Onun için tartıştık yine. Eve gelince bir güleryüz görmek istiyorum. Eşim hep aksi, hep kavgacı. O gün ağıza alınmayacak küfürler etti. Bıktım bu hayattan.

VAKA No: 3, F.O., Kadın, 15 yaş

Babam halâ beni döver. Annemle tartıştık. Babam sinirlendi. Bağırды, çağırды. Kaprisli bir adam. Her ne yapsam kızıyor. Gece yat-tım, düşündüm. Katlanamıyorum, dedim. Tek çare ölmek.

VAKA No: 4, E.G., Kadın, 18 yaş

Erkek arkadaşım ile ayrıldık. Kavga ettik. Ölmeyi hiç düşünmedim. Ona bir ders vermek istedim.

VAKA No: 5, G.G., Kadın, 19 yaş

Ağabeyim bana çok baskı yapıyor. İş dönüşü geç kaldım o akşam. Dövmeye kalktı. Beni bir yere bırakmıyorlar, diye kızdım. Bu baskılı hayata dayanamıyorum. Ölmek istedim.

VAKA No: 6, N.T., Kadın, 18 yaş

Annemle hiç anlaşamıyoruz. Babamdan korkuyorum. Onu görünce ellerim titriyor. Annem, o sabah geç kalktığım için, bıçakla üstüme yürüdü. Hep ölsen de kurtulsam, der. Ben de ona karar verdim.

VAKA No: 7, A.Ç., Kadın, 24 yaş

Beni istemediğim birisi ile evlendirmek istiyorlar. Annemle bu yüzden çok şiddetli kavga ettik. Sonra ilaçları aldım. Onunla evlenmektense ölmeyi tercih ederim.

(Bu hasta, intihar girişiminden bir ay sonra evlendirilmiş, bundan bir hafta sonra da kendini asarak intihar etmiştir).

VAKA No: 8, S.S., Kadın, 18 yaş

Annemle erkek arkadaşım yüzünden kavga ettik. Sözleri çok ağır geldi. Yaşamak istemedim.

VAKA No: 9, N.D., Kadın, 17 yaş

Annemle erkek arkadaşım yüzünden kavga ettik. Beni evden kovdu. Geceyi komşuda geçirdim. Ailem polisle gelip beni aldı. Hakaret ettiler. Sürtük dediler, dövdüler. Ölüp onlardan kurtulmak istedim.

VAKA No: 10, S.E., Kadın, 19 yaş

Annem gelen misafirlere hizmet etmediğim için kızdı. Tartıştık. Zaten hep kızar, hep kavga olur. Çok sinirlendim. Dayanamadım bu hayata.

VAKA No: 11, S.P., Kadın, 19 yaş

Kardeşimle geçinemiyoruz. Yine kavga ettik. Annem her zamanki gibi onun tarafını tuttu.



VAKA No: 12, P.A., Kadın, 22 yaş

Erkek arkadaşımın bir ay önce evlendiğini duydum. Telefonla konuştuk, kavga ettik, çok öfkeliydim.

VAKA No: 13, S.Ö., Kadın, 23 yaş

Yengem her şeyime karışır. Hakkımda çirkin dedikodular yayar. Bu yüzden ağabeyimle kavga ettik. Karakolluk olduk. Çok sinirliydim. Yaşamak bana zor geliyor.

VAKA No: 14, M.D., Kadın, 19 yaş

Kaynanam kocamla beni birbirimize düşürdü. Kocamın bir dostu varmış. Bana onu sevdiğini söyledi. Kocamla kavga ettik. Dayanamadım.

VAKA No: 15, K.A., Kadın, 17 yaş

Babam erkek arkadaşımı istemiyordu. Onunla kaçtık. Bizi buldu ve ayırmaya kalktı. Yaşamak istemedim.

VAKA No: 16, R.K., Kadın, 24 yaş

Kocamla devamlı tartışıyoruz. Evden dışarı çıkartmaz. O gün arkadaşıma gitmek istedim. Ben, sütçü beygiri gibi karı dolaştırmam, dedi. Çok ağır geldi bu söz.

VAKA No: 17, N.A., Kadın, 23 yaş

Eşimle geçinemiyoruz. Eve döndüm. Annem hep beni suçluyor. O gün de kavga ettik.

VAKA No: 18, R.A., Kadın, 21 yaş

Kocamla hiç anlaşamıyoruz. Baba evine döndüm. Babamla kavga ettik. Beni zorla koca evine götürmek istedi. Oraya gitmektense ölmeyi tercih ettim.

VAKA No: 19, H.Ö., Erkek, 23 yaş

Babam devamlı baskı yapıyor, hor görüyor. Başkalarının yanında küçük düşürüyor. Benden habersiz istemediğim birisine söz vermişler. Kavga ettik. Babam çok çirkin şeyler söyledi. Hakaret etti.

VAKA No: 20, Y.A., Kadın, 15 yaş

Derslerim çok kötü. Annem bana kızıp bağıriyor. Utanıyorum. Düzeltemeyeceğim bu dersleri. Zayıf dolu bir karne getirdim. Ölmek istedim.

VAKA No: 21, S.Y., Kadın, 16 yaş

Erkek arkadaşım var diye babam çok kızılıyordu. Bir arkadaşı yolda bizi görmüş, babama söylemiş. O gece eve içkili geldi. Beni döverek yataktan kaldırdı. En adi kadına söylenmeyecek şeyler söyledi.

VAKA No: 22, C.A., Erkek, 20 yaş

Kız arkadaşım ile problemlerimiz var. Benimle alay etti. Diğer arkadaşların yanında küçük düşürdü.

VAKA No: 23, D.Ö., Kadın, 20 yaş

Kayınvalidemle birlikte oturuyoruz. Hiç anlaşamıyoruz. Beni fazlalık gibi görüyor. Eşimle onun yüzünden tartıştık. çok şiddetli münakaşa ettik. Başka yol göremedim.

VAKA No: 24, N.A., Kadın, 22 yaş

Kayınvalide beni istemez. Beş aylık çocuk var. Eve döndüm babam beni kovdu. Ne koca evinde, ne baba evinde huzur var. Ölmek istedim.

VAKA NO: 25, U.Y., Erkek, 18 yaş

İlgilendiğim bir kız vardı. Arkadaşlık teklif edince, çok kötü bir şekilde tersledi, alay etti. Çok üzüldüm, çok ağladım. Küçük düşmüştüm.

VAKA NO: 26, N.Ç., Kadın, 15 yaş

Annemle kavga ettik. Sık sık kavga ederiz. Her şeyime karışır. Birden ondan da bu hayattan da çok sıkıldığımı anladım. Annemle birlikte yaşamak zorunda olmam, katlanamayacağım bir şey gibi geldi bana.

VAKA No: 27, G.D., Kadın, 18 yaş

Kardeşimle kavga ettim. Çok sinirlenmişim. Giyim için tartıştık. O anda keseri kapıp başıma indirdim.

VAKA No: 28, M.A., Kadın, 20 yaş

Nişanlım askere gitti. Aynı devrede evli bir adamla ilişkim oldu. Şimdi dönmek üzere. Evli olanla kıskançlık yüzünden tartıştık. Bu durumun içinden çıkamıyorum. Tek çare ölmek gibi geldi.

VAKA No: 29, M.C., Erkek, 19 yaş

Annem öldükten sonra eve bir üvey anne geldi. Bana yapmadığı kalmadı. Babamı da aleyhime çevirdi. Beni evden kovdurdu. Sokaklarda kaldım. Kendimi bir hiç gibi hissettim. Kalacak, gidecek yerim yoktu.

VAKA No: 30, H.Y., Kadın, 18 yaş

Komşumuzun oğlunu çok beğeniyordum. Ondan bir teklif gelmeyince ben denemeye karar verdim. Mektup gönderdim. Reddetti. Olayı ailem öğrendi. Çok utandım.

VAKA No: 31, A.O., Kadın, 16 yaş

Erkek arkadaşım benden ayrılmaya kalktı. Ölmek istemedim. Sadece ona bir ders vermek istedim.

VAKA No: 32, N.E., Erkek, 19 yaş

Bir kıza aşık oldum. Ona duygularımı açıkladım. Bana güldü. Zaten kendimi hep yetersiz hissettim. Kendime güvenim yok. Bu olay bana çok dokundu.

VAKA No: 33, Ö.V., Kadın, 15 yaş

O gün dışarı çıkmak istedim. Annem bırakmadı. Kavga ettik. Genellikle de beni dışarı bırakmazlar. Çok sıkıldım artık.

VAKA No: 34, B.T., Erkek, 20 yaş

Camide imam olarak görev yapıyordum. Sabahları erken kalkmıyordum. Çevreden şikayet geldi. Beni görevimden uzaklaştırdılar. Üstelik bir kızla ilgili de kıkodu da çıktı. Çok üzıldüm, bunalıma girdim.

VAKA No: 35, F.A., Kadın, 16 yaş

Lise 1'de 2. senem. Derslerim kötü, yine kalacağım. Annem hep geziyor. Bütün ev işlerini bana yaptırıyor. Bunun için kavga ettik. Ölüp kurtulmak istedim.

VAKA No: 36, G.Ü., Kadın, 21 yaş

Çocukluğumdan beri babam bana baskı yapar. Camdan bile baktırmaz. Birisi ile evlenmeye karar verdik. Beni istemeye geldiklerinde, bağıra çağıra evden kovdu onları. İstemediğim birisine söz vermişler. Çok paralı olduğu için. Ölüm bir kurtuluş olurdu.

VAKA No: 37, A.E., Kadın, 22 yaş

Annemle babam yurtdışında. Evli olan ablamla kalıyorum. Çocuğuna bakıyorum. Bana bir serbestlik vermiyor. Eve gelen bir arkadaşımı kovdu. Tartıştık. Bana bir tokat attı.

VAKA No: 38, E.A., Erkek, 18 yaş

Babam arkadaşlarımı sevmiyor. Onlarla birlikte olmamı istemiyor. Her seferinde kavga ediyoruz. Arkadaşlarımın yanında beni küçük düşürdü, onları kovdu.

VAKA No: 39, M.O., Erkek, 18 yaş

Patronumun kızı ile evlenmek istedik. Babası önce kabul etti, sonra vaz geçti. Birlikte ölmeyi düşündük. Onsuz yaşayabileceğimi zannetmiyorum.

VAKA No: 40, M.M., Kadın, 22 yaş

Erkek arkadaşım ile problemlerim var. Hamile kaldım. Şu sıralar evlenemedik de. Aileme söyleyemedim. Hayat bana anlamsız geldi.

VAKA No: 41, N.E., Kadın, 15 yaş

Annem ile erkek arkadaşım yüzünden şiddetli bir tartışmaya girdik. Beni evden kovdu. Arkadaşıma gittim. Gelip beni polisle aldı ordan. Herkese rezil oldum.

VAKA No: 42, A.İ., Kadın, 15 yaş

Derslerim çok kötü. Kitap okumayı seviyorum. Annemle tartıştık. Kitaplarımı yırttı. Çok üzüldüm. Çok ağladım. Evden çıkıp saatlerce yürüdüm. Sarayburnuna geldim. Kendimi attım denize.

VAKA No: 43, N.Ş., Kadın, 21 yaş

Kocamla şiddetli anlaşmazlığımız var. Tartıştık. Gelecek çok umutsuz göründü bana.

VAKA No: 44, İ.K., Kadın, 21 yaş

Babamla hiç anlaşamayız. Evliyim, halâ bana karışıyor, o gün sudan sebeple kavga çıkardı. Ondan kurtuluşum ölümle olur.

VAKA No: 45, E.Ç., Kadın, 19 yaş

Erkek arkadaşım ile aramız çok iyiydi. Ona çok güveniyordum. Birden bire benden ayrıldı. Boşlukta kaldım sanki.

VAKA No: 46, O.A., Erkek, 16 yaş

Annemle kavga ettik. Kolundan tutup dışarı attım. Sonra çok üzüldüm. Çok ağladım, canını yaktım diye.

VAKA No: 47, E.K., Kadın, 20 yaş

Kocamla annesi birlik olup, benimle kavga ediyorlar. Eve, çocuğa iyi bakmamakla suçluyorlar. O gece kocam bana bağırmaya başladı. Gece yarısı konuya komşuya rezil olduk. Ölsem de kurtulsam dedim.

VAKA No: 48, A.İ., Erkek, 20 yaş

Kız arkadaşım ile kavga ettik. Ailem de onu istemiyor. Onlarla mücadeleden bıktım. Kızın ailesi onu, başkasıyla sözlendirmeye kalktılar. Hiçbir çözüm yolu bulamadım.

VAKA No: 49, E.U., Erkek, 20 yaş

İstanbul'a okumak için geldim. Okuldan atılma durumum vardı. Geriye de dönemezdim. Tam bir boşluğa düşmüştüm.

VAKA No: 50, S.G., Kadın, 19 yaş

Annemle nişanlımın yüzünden tartıştık. Beni rahat bırakmıyor. Aslında o tartışmadan sonra yatışmak için aldım hapları.