

**T.C.**  
**AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**  
**KLİNİK PSİKOLOJİ DOKTORA PROGRAMI**  
**2021-DR-041**

**İNTİHAR GİRİŞİMİNDE BULUNMUŞ HASTALARDA**  
**SORUN ÇÖZME TERAPİSİNİN**  
**İNTİHAR RİSKİNİ AZALTMADA ETKİLİLİĞİ**

**HAZIRLAYAN**  
**Miraç Neslihan TURGUT**

**TEZ DANIŞMANI**  
**Prof. Dr. Mehmet ESKİN**

**AYDIN-2021**

**T.C.**  
**AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**  
**AYDIN**

Bu tezde sunulan tüm bilgi ve sonuçların, bilimsel yöntemlerle yürütülen gerçek deney ve gözlemler çerçevesinde tarafımdan elde edildiğini, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce, sonuç ve bilgilere bilimsel etik kuralların gereği olarak eksiksiz şekilde uygun atıf yaptığımı ve kaynak göstererek belirttiğimi beyan ederim.

30/ 04/ 2021

Miraç Neslihan TURGUT

## ÖZET

### İNTİHAR GİRİŞİMİNDE BULUNMUŞ HASTALARDA SORUN ÇÖZME TERAPİSİNİN İNTİHAR RİSKİNİ AZALTMADA ETKİLİLİĞİ

Miraç Neslihan TURGUT

Doktora Tezi, Psikoloji Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Mehmet ESKİN

2021, XIV + 95 sayfa

İntihar, tüm yaş grupları için üzerinde önemle durulması gereken konulardan biridir. Yapılan çalışmalar intihar girişiminde bulunan bireylerin önemli bir kısmının bu girişim ile bir yardım çağrısında bulunduklarını belirtmektedir. İntihar konusunda problem çözme becerilerinin önemli olduğu da yapılan çalışmalarla gösterilmektedir. İntiharı anlamak ve önlemek adına alan yazında farklı çalışmalar ve müdahaleler bulunmakla birlikte Sorun Çözme Terapisi de bu alanda kullanılan müdahale tekniklerinden birini oluşturmaktadır. Bu çalışmanın amacı sorun çözme terapisinin intihar girişiminde bulunan bireylerdeki etkililiğinin incelenmesidir. Çalışma farklı bireyler üzerinde hem bireysel hem de grup terapi formatında yürütülmüştür. Bu bağlamda, intiharın sağaltımı konusunda Sorun Çözme Terapisinin hem bireysel hem de grup terapi formunun etkililik çalışması yapılmıştır. Bu araştırmada deneysel desenin türlerinden biri olan öntest-sontest kontrol gruplu seçkisiz deneysel model kullanılmıştır. Deney grubunda bireysel terapi formatı alanlar ve grup terapi formatı alanlar olmak üzere iki grup; kontrol grubunda ise bekleme listesi olmak üzere bir grup; toplam 3 grup bulunmaktadır. Müdahale başlamadan önce 50 kişi Bilgilendirilmiş Onam Formunu imzalamış fakat müdahale toplam 39 katılımcı ile sonlandırılmıştır. Her bir grupta (bireysel, grup ve bekleme listesi) 13'er katılımcı ile süreç tamamlanmıştır. İzlem çalışması ise müdahalenin bitiminden 3 ay sonra yapılmıştır. Katılımcılara, araştırmacı tarafından hazırlanan Demografik Bilgi Formu, İntihar Olasılığı Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri, Hamilton Depresyon Ölçeği, Gözden Geçirilmiş Sosyal Sorun Çözme Envanteri-Kısa Formu ve Bilişsel Esneklik Envanteri uygulanmıştır. Veriler Statistical Package for Social Sciences 20.0 (SPSS) aracılığıyla, ön ölçümlerde gruplar arasındaki fark Tek Yönlü Varyans Analizi (one-way ANOVA); araştırma değişkenlerinin zamana ve müdahale almaya bağlı olarak göstermiş olduğu değişim ise Tekrarlayan Ölçümler için Varyans Analizi (Repeated Measure ANOVA) ile incelenmiştir. Bu amaçla deney ve kontrol gruplarının ön test-son test karşılaştırmaları için 5 adet Tekrarlı Ölçümler için ANOVA yapılmıştır. Son

olarak, ortak etkinin hangi ikili gruplarda anlamlı olduğunu görmek için t test analizleri yapılmıştır. Çalışma bulgularında, deney grubunda yer alan bireysel terapi ve grup terapi formatındaki katılımcıların intihar olasılığı ve depresyon düzeyleri müdahale sonrasında anlamlı düzeyde azalırken, bilişsel esneklik puanlarının da anlamlı düzeyde arttığı belirlenmiş olup bekleme listesinde herhangi bir fark olmadığı görülmüştür. Benzer şekilde, müdahale sonrasındaki Sosyal Sorun Çözme düzeyine ve alt boyutlarına bakıldığında bireysel terapi ve grup terapisi alan katılımcıların puanlarında bekleme listesine nazaran anlamlı düzeyde artış olduğu görülmüştür. Ayrıca, deney grubundaki bireylerin müdahaleden edindikleri kazanımların 3 ay sonraki izlem ölçümünde de korunduğu görülmüştür. Son olarak, bulgular alan yazın ışığında tartışılmış, çalışmanın sınırlılıkları ve klinik doğrularından bahsedilmiş ve gelecek araştırmalar için önerilerde bulunulmuştur.

**ANAHTAR SÖZCÜKLER:** İntihar, İntihar Girişimi, Sorun Çözme Terapisi, Grup Terapisi, Bireysel Terapi

## **ABSTRACT**

### **EFFECTIVENESS OF PROBLEM SOLVING THERAPY IN REDUCING SUICIDE RISK IN PATIENTS WHO ATTEMPTED SUICIDE**

Miraç Neslihan TURGUT

Ph.D. Thesis at Psychology

Supervisor: Prof. Dr. Mehmet ESKİN

2021, XIV + 95 pages

Suicide is an important issue that should be emphasized for all age groups. Studies show that a significant number of individuals who attempt suicide have made a call for help with this attempt. Studies show that problem-solving skills are important in the matter of suicide. There are different studies and interventions in the literature to understand and prevent suicide, Problem Solving Therapy is one of the intervention techniques used in this field. The aim of this study is to examine the effectiveness of problem-solving therapy in individuals who have attempted suicide. The study was conducted on different individuals in both individual and group therapy formats. In this context, the effectiveness study of both individual and group therapy forms of Problem Solving Therapy for the treatment of suicide was conducted. In this study, random experimental model with pretest-posttest control group, which is one of the types of experimental design, was used. In the experimental group are two groups, those taking individual therapy format and those taking group therapy format; in the control group, there is one waiting list group. There are 3 groups in total. Before the intervention started, 50 people signed the Informed Consent Form, but the intervention was terminated with a total of 39 participants. The process was completed with 13 participants in each group (individual, group and waiting list). The follow-up study was conducted 3 months after the end of the intervention. Participants received a Demographic Information Form prepared by the researcher, Suicide Probability Scale, Beck Depression Inventory, Hamilton Depression Rating Scale, Revised Social Problem Solving Inventory-Short Form and Cognitive Flexibility Inventory. The data were analyzed using the Statistical Package for Social Sciences 20.0 (SPSS). The difference between groups in pre-measurements were analyzed with one-way analysis of variance (one-way ANOVA); the change of research variables depending on time and intervention was examined with the repeated measure Analysis of Variance (Repeated Measure ANOVA). For this purpose, 5 different Repeated Measures ANOVA tests were performed for pretest-posttest comparisons of the experimental

and control groups. Finally, independent t-test analysis were conducted to see in which groups the common effect was significant. The findings showed that, the suicide probability and depression levels of the participants in the experimental group (for both individual therapy and group therapy format) decreased significantly after the intervention, and their cognitive flexibility scores also increased significantly, but there was no difference in the waiting list. Also, considering the level of Social Problem Solving and its dimensions after the intervention, it was seen that the scores of the group receiving individual therapy increased significantly compared to the waiting list. In addition, it was observed that the individual and group formats from the experiment group preserved the gains from the intervention in the follow-up measurement 3 months later. Finally, the findings were discussed in the light of the literature, the limitations and clinical implications of the study were mentioned, and recommendations for future research were made.

**KEY WORDS:** Suicide, Suicide Attampt, Problem Solving Therapy, Group Therapy, Individual Therapy

## ÖNSÖZ

Doktora macerama ilk başladığımda oğlum Deniz 2.5 yaşındaydı. Şimdi ise kızım Nil 3 aylık. Aradan geçen 5 yılda ne mutlu bana ki hem çocuklarımla ilgili hayallerim hem de akademik alandaki hayallerime adımlar atabildim. Tabi ki hayallerime kavuşabilmem için bana hep destek olan can yoldaşım Mehmet Can Turgut'a ve çocuklarıma öncelikle teşekkür etmek isterim.

İlk tanıdığım andan itibaren her zaman bilgisi, ilgisi, desteği ve şefkati ile yanımda olan ve tecrübelerinden çokça yararlandığım değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Mehmet Eskin'e her şey için çok teşekkür ederim. Tez konumun oldukça zor olacağı ve müdahalede zorlanabileceğim gibi geri bildirimlere rağmen bana her zaman inandığı ve cesaretlendirdiği için danışmanıma tekrar tekrar şükranlarımı sunmak isterim.

Tez izleme jürimde yer almalarının yanı sıra bana her daim destek olan ve tezime anlamlı katkılarda bulunan Prof. Dr. Çiğdem Dereboy'a ve Doç. Dr. Yaşar Kuzucu'ya çok teşekkür ederim. Ayrıca, doktora boyunca gerek eğitim aldığım dönemde gerekse danışan gördüğüm süreçte engin bilgilerinden faydalandığım ve yardımlarını hiç esirgemeyen değerli hocalarım Prof. Dr. Hacer Harlak'a, Prof. Dr. Ferhan Dereboy'a, Dr. Öğrt. Üyesi Cennet Şafak Öztürk'e, Dr. Öğrt. Üyesi Mehmet Şakiroğlu'na ayrı ayrı çok teşekkür ederim.

Doktora boyunca edindiğim arkadaşlıklarımda çok şanslı olduğumu düşünüyorum. Hem tezimde hem özel yaşamımda her zaman akademik ve manevi desteklerini hissettiğim canım arkadaşlarım Özge Sarıot-Ertürk'e, Tarık Gandur'a, Sinem Öztürk'e, Neslihan Yortan'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Dostluğumuzun ömür boyu sürmesi dileğiyle...

Miraç Neslihan TURGUT

# İÇİNDEKİLER

|                                                                          |      |
|--------------------------------------------------------------------------|------|
| KABUL VE ONAY SAYFASI.....                                               | iii  |
| BİLİMSEL ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI .....                                  | iv   |
| ÖZET .....                                                               | v    |
| ABSTRACT .....                                                           | vii  |
| ÖNSÖZ.....                                                               | ix   |
| TABLolar DİZİNİ.....                                                     | xiii |
| KISALTMALAR DİZİNİ .....                                                 | xiv  |
| GİRİŞ.....                                                               | 1    |
| <b>1. BÖLÜM</b> .....                                                    | 5    |
| 1. İNTİHAR.....                                                          | 5    |
| 1.1. Toplumsal ve Kültürel Bağlam.....                                   | 5    |
| 1.2. Kuramsal Yaklaşımlar .....                                          | 8    |
| 1.2.1. Psikodinamik Kuram .....                                          | 8    |
| 1.2.2. Sosyolojik Kuram .....                                            | 9    |
| 1.2.3. Sosyal Öğrenme Kuramı.....                                        | 10   |
| 1.2.4. Umutsuzluk Kuramı.....                                            | 10   |
| 1.2.5. Biyolojik yaklaşım.....                                           | 11   |
| 1.3. Psikolojik Bozukluklar ve İntihar .....                             | 12   |
| 1.4. Tedavi Yaklaşımları.....                                            | 15   |
| 1.4.1. İntihar Girişiminde Farmakolojik Tedaviler.....                   | 15   |
| 1.4.2. Psikolojik Tedaviler.....                                         | 17   |
| 1.5. Sorun Çözme Becerileri ve İntihar .....                             | 21   |
| 1.6. Sorun Çözme Terapisi .....                                          | 24   |
| 1.7. Sorun Çözme Terapisi ve İntihar İle İlgili Yapılan Çalışmalar ..... | 31   |
| <b>2. BÖLÜM</b> .....                                                    | 35   |
| <b>2. YÖNTEM</b> .....                                                   | 35   |

|                                                                   |           |
|-------------------------------------------------------------------|-----------|
| 2.1. Katılımcılar .....                                           | 35        |
| 2.2. Veri Toplama Araçları .....                                  | 38        |
| 2.2.1. Demografik Bilgi Formu .....                               | 38        |
| 2.2.2. İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) .....                       | 38        |
| 2.2.3. Beck Depresyon Envanteri (BDE).....                        | 38        |
| 2.2.4. Gözden Geçirilmiş Sosyal Sorun Çözme Envanteri .....       | 39        |
| 2.2.5. Bilişsel Esneklik Envanteri (BEE).....                     | 40        |
| 2.2.6. Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D) .....                    | 40        |
| 2.2.7. Terapötik İşbirliği Ölçeği .....                           | 41        |
| 2.3. Araştırma Deseni .....                                       | 42        |
| 2.4. İşlem.....                                                   | 42        |
| 2.4.1. Sorun Çözme Terapisinin Uygulanması .....                  | 44        |
| 2.5. Veri Analizi.....                                            | 45        |
| <b>3. BÖLÜM .....</b>                                             | <b>48</b> |
| <b>3. BULGULAR .....</b>                                          | <b>48</b> |
| 3.1. Terapötik İşbirliği Değerlendirmesi.....                     | 48        |
| 3.2. Değişkenlere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler.....          | 48        |
| 3.3. İntihar Olasılığı Puanlarına İlişkin Bulgular.....           | 50        |
| 3.4. Depresyon Puanlarına İlişkin Bulgular.....                   | 51        |
| 3.4.1 BDE Puanları .....                                          | 51        |
| 3.4.2. HAM-D Puanları .....                                       | 52        |
| 3.5. Bilişsel Esneklik Envanteri Puanlarına İlişkin Bulgular..... | 53        |
| 3.6. SSÇE-G Envanteri Puanlarına İlişkin Bulgular.....            | 54        |
| 3.6.1. SSÇE-G Envanterinin Alt Boyutlarına İlişkin Bulgular.....  | 55        |
| 3.6.1.1. Olumlu sorun yönelimi.....                               | 55        |
| 3.6.1.2. Olumsuz sorun yönelimi .....                             | 56        |
| 3.6.1.3. Akılcı sorun çözme tarzı .....                           | 57        |

|                                                                                   |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.6.1.4. Dürtüsel-dikkatsiz sorun çözme tarzı .....                               | 58 |
| 3.6.1.5. Kaçınan tip sorun çözme tarzı .....                                      | 59 |
| 3.7. İzlem Ölçüm Puanlarının Karşılaştırması .....                                | 60 |
| 3.8. BDE ve HAM-D Puanlarına Göre İyileşme Oranlarını .....                       | 62 |
| <b>4. BÖLÜM</b> .....                                                             | 63 |
| 4. TARTIŞMA ve SONUÇ .....                                                        | 63 |
| 4.1. Katılımcıların SÇT Uygulamasından Duyduğu Memnuniyete İlişkin Bulgular ..... | 63 |
| 4.2. Sorun Çözme Terapisinin Etkililiğine İlişkin Bulgular .....                  | 63 |
| 4.2.1. Sorun Çözme Terapisinin İntihar Olasılığı Puanları Üzerindeki Etkisi ..... | 64 |
| 4.2.2. Sorun Çözme Terapisinin Depresyon Puanları Üzerindeki Etkisi .....         | 64 |
| 4.2.3. Sorun Çözme Terapisinin Bilişsel Esneklik puanları üzerindeki etkisi ..... | 65 |
| 4.2.4. Sorun Çözme Terapisinin Sosyal Sorun Çözme Puanları Üzerindeki Etkisi ..   | 66 |
| 4.3. Sınırlılıklar ve Öneriler .....                                              | 67 |
| <b>5. KAYNAKLAR</b> .....                                                         | 70 |
| <b>6. EKLER</b> .....                                                             | 70 |
| Ek 1. Grup ve Bireysel Terapi Sürecinin Değerlendirmesi .....                     | 93 |
| <b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....                                                             | 95 |

## TABLÖLAR DİZİNİ

|                                                                                                                                                                                 |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tablo 2.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri ve İntihar Geçmişine Yönelik Bilgiler ...                                                                                      | 36 |
| Tablo 2.2. Katılımcıların Psikiyatrik Tanıları .....                                                                                                                            | 37 |
| Tablo 2.3. Kura yöntemi ile deneklerin atanacağı gruplar .....                                                                                                                  | 42 |
| Tablo 2.4. Normallik Dağılımı ve Varsayım Analizleri.....                                                                                                                       | 46 |
| Tablo 3.1. İntihar Olasılığı, Depresyon, Sosyal Sorun Çözme Becerileri ve Bilişsel Esneklik Değişkenleri için Deney ve Kontrol Gruplarının Ortalama ve Standart Sapmaları ..... | 49 |
| Tablo 3.2. Tedavi sonrası deney ve kontrol grubu BDE ve HAM-D puanlarına göre iyileşme oranları.....                                                                            | 62 |

## KISALTMALAR DİZİNİ

|        |                                                  |
|--------|--------------------------------------------------|
| TÜİK   | : Türkiye İstatistik Kurumu                      |
| DSÖ    | : Dünya Sağlık Örgütü                            |
| APA    | : Amerikan Psikiyatri Derneği                    |
| SÇT    | : Sorun Çözme Terapisi                           |
| İÖÖ    | : İntihar Olasılığı Ölçeği                       |
| BDE    | : Beck Depresyon Envanteri                       |
| HAM-D  | : Hamilton Depresyon Ölçeği                      |
| BEE    | : Bilişsel Esneklik Envanteri                    |
| SSÇE-G | : Gözden Geçirilmiş Sosyal Sorun Çözme Envanteri |
| SSRI   | : Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri       |
| ORT    | : Ortalama                                       |
| SD     | : Serbestlik Derecesi                            |
| SS     | : Standart Sapma                                 |

## GİRİŞ

İntihar, tüm yaş grupları için üzerinde önemle durulması gereken konulardan biridir. Günümüzde toplumları tehdit eden en önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Bu eylem sadece bireyi değil, aileleri, kurumları ve toplumu da etkilemektedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), ülkemizde intihar oranının giderek arttığını, son 30 senede intihar edenlerin sayısının yüzde 440 artmış olduğunu göstermiştir (TÜİK, 2010). Bu verilere bakıldığında Türkiye'nin son yıllarda intihar oranı ile birçok ülke arasında önemli bir yerde bulunduğu görülmektedir. Ölümle sonuçlanan intihar sayısı 2014 yılında 3 bin 169 iken 2015 yılında %1,3 artarak 3 bin 211 kişi olduğu açıklanmıştır. İntihar edenlerin %72,7'sini erkekler, %27,3'ünü ise kadınlar oluşturmaktadır (TÜİK, 2015). İntihar edenlerin %34,3'ünün 15-29 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Cinsiyet açısından intihar edenlerin yaş aralığına bakıldığında, kadınlarda en sık 15-19 yaş grubunda, erkeklerde ise en sık 20-24 yaş grubunda olduğu saptanmıştır (TÜİK, 2015). 2018 yılındaki TÜİK verilerine göre ise, standardize edilmiş kaba intihar hızının yüzde binde 3,88 olduğu, İntihar nedeniyle ölenlerin % 75,6'sını erkeklerin, % 24,4'ünü kadınların oluşturduğu tespit edilmiştir (TÜİK, 2018).

Dünya sağlık örgütüne (DSÖ) göre her 40 saniyede bir kişinin intihar girişiminde bulunduğu, intihar nedeniyle her yıl 800.000'e yakın insanın öldüğü, bu sayının 20 katından daha fazlasının da intihar girişiminde bulunduğu belirtilmektedir. Ayrıca, 15-19 yaş grubundaki bireylerin ölüm nedenlerinde 3. sırada intihar yer almaktadır. Diğer bir tespit ise küresel intiharların %79'unun düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana geldiğidir. En yaygın intihar yöntemleri ise ası, ateşli silah ve ilaçla zehirlenme şeklindedir (DSÖ, 2019).

İntihar yıllar boyunca araştırılan ve üzerinde tartışılan bir konudur. İntihar girişimleri bazen doğrudan yaşama son verme isteğiyle olduğu gibi bazen de üstesinden gelinemeyen bir acıyı, sıkıntıyı veya sorunu göstermenin bir yolu, yani yardım arayışının ifade ediliş şekli olabilmektedir (Alptekin ve vd., 2006, Eskin, 2009). Özgüven ve vd. (2003), intihar girişiminde bulunan bireylerin önemli bir kısmının aslında ölmek istemediklerini, yaptıkları davranışın yalnızca bir yardım çağrısı olabileceğini ifade etmektedir.

İstatistiki verilere bakıldığında, intihar nedeni ile ölüm hızlarının arttığı, durumun gitgide kötüleştiği, intihar davranışlarının birçok ülkede yıllar içerisinde artış gösterdiği ve günümüzde evrensel bir sorun olarak kabul edildiği görülmektedir (Fowler, 2012; Combs ve Romm, 2007). Diğer ülkelere nazaran ülkemizde intihara bağlı ölümlerin sayısı daha az

olmasına rağmen, istatistikler son yıllarda ülkemizde intihar hızının arttığını göstermektedir (Sayıl 1994, Altındağ ve vd., 2001, Devrimci ve Sayıl, 2003).

İntihar konusunda problem çözme becerilerinin önemli olduğu da yapılan çalışmalarla gösterilmektedir. İntiharı anlamak ve önlemek adına alan yazında farklı çalışmalar ve müdahaleler bulunmakla birlikte Sorun Çözme Terapisi’de bu alanda kullanılan müdahale tekniklerinden birini oluşturmaktadır (D’Zurilla ve Nezu, 2010; Eskin, 2007; Nezu 2004).

Sorun Çözme Terapisi (SÇT), problem çözme ve psikolojik sorunların sağaltımı üzerine odaklanmaktadır. Bu yaklaşım, yapılandırılmış, kısa ve kanıta dayalı bir psikoterapi yöntemidir (D’Zurilla ve Nezu, 2010; Eskin, 2009). SÇT ile kişilere çeşitli becerilerin öğretilmesi ile sorunun doğasına ya da soruna gösterilen sıkıntılı tepkilere müdahale edilerek karşılaşılan sorunlarla daha etkili başa çıkılmasına yardım edilmektedir (D’Zurilla ve Nezu, 2010). Çeşitli psikolojik, davranışsal ve tıbbi bozukluklarda etkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (D’Zurilla, 1986; D’Zurilla ve Nezu, 1999, 2007; Nezu, D’Zurilla ve Nezu, 2005; Nezu, Nezu ve D’Zurilla, 2007; Nezu vd. 1998; Nezu, Nezu ve Perri, 1989). Ayrıca, intihar riskini azaltmada en etkili tedavi yöntemlerinden biri olarak görülmektedir (Eskin, 2012).

**Araştırmanın Önemi:** Günümüzde artan intihar hızı nedeniyle intiharın kültürel bağlamına ve nedenlerine yönelik çalışmaların da arttığı görülmüştür. Fakat intihar girişimlerini önlemek adına müdahaleye yönelik çalışmaların aynı oranda artmadığı görülmektedir. Araştırmanın bir müdahale çalışması olması nedeniyle, hem toplumsal hem de bilimsel alanda katkısının olabileceği düşünülmektedir.

İntihar girişiminde bulunan kişilerin intiharı bir çözüm yolu olarak gördüğü (Eskin, 1997; Linehan, 1987) belirtilmektedir. Sorun çözme terapisi ile intihar girişimi olan hastaların problem çözme becerilerinin artırılabilmesi, sağaltımı da arttırabilir. Ayrıca, sorun çözme terapisinin bilişsel davranışçı yaklaşımlar arasında kısa ve yapılandırılmış olması nedeniyle kullanışlı olduğu görülmektedir (Eskin, 2007). Ölüm riski yüksek bir durum olan intihar için bu tarz psikososyal müdahalelerin etkililiğinin belirlenmesine ihtiyaç vardır.

Bu müdahale çalışmasında bireysel terapi formatının yanı sıra, grup formatının da uygulanması çalışmanın önemini arttırmaktadır. Ülkemizde yetişen terapist sayısının azlığı ve intihar girişimli hastaya yardımcı olabilecek yeterlilikte uzmanın olmaması önemli bir sorundur. Bunun yanı sıra, ölüm riskinin yüksek olduğu bir konuda aynı anda birden fazla

hastaya ulaşmak zaman açısından da grup terapisini avantajlı kılabilmektedir (Eskin, 2013). Grup müdahalesinin etkili olduğunu gösteren araştırmalar arttıkça bireysel terapilere alternatif olarak tercih edilebileceği düşünülmektedir. Özellikle sağlık kuruluşlarında psikoterapi taleplerinin yoğun olduğu, terapist sayısının yetersiz kaldığı durumlarda etkili bir tedavi olarak grup terapileri yapılabilir.

Sorun Çözme Terapisinin grup formatı, birden fazla danışanın hem problem çözme becerisi edinme hem de uygulama konusunda birbirlerine geri bildirim kaynağı olarak hizmet edebildiği durumlarda etkililiği artırabilir. Grup üyeleri kendi fikirlerini ve deneyimlerini paylaşabilmektedir. Ayrıca, grup üyeleri sosyal destek ve güçlendirme modelleri ve kaynakları olarak birbirlerine yardımcı olabilmektedir. Bu yaklaşımın normalleşme duygusunu beslemek açısından da etkili olabileceği belirtilmektedir (Nezu vd., 2017).

SÇT'nin grup formatı ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında, alan yazında az sayıda çalışma olduğu görülmektedir (Arean vd., 1993; Dugas vd., 2003; Grey, 2007; Liberman vd., 2001; Nezu ve Perri, 1989; Perri vd., 2001). Ayrıca, intihar ve intihar girişiminde bulunan bireyler üzerinde SÇT'nin bireysel veya grup formatı ile yapılan çok az sayıda çalışma vardır (Biggam ve Power, 2002; Eskin vd., 2008; Lerner ve Clum, 1990; Salkovskis vd., 1990). Bu çalışmada, hem grup hem de bireysel formatta uygulanması, alanyazına bu tür eksiklikleri gidermek adına da katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

**Araştırmanın Amacı:** Bu çalışmanın amacı intihar girişiminde bulunan bireylerde sorun çözme terapisinin intihar riskini azaltmadaki etkililiğinin incelenmesidir. Çalışma farklı bireyler üzerinde hem bireysel hem de grup terapi formatında yürütülmüştür. Bu bağlamda, intiharın sağaltımı konusunda Sorun Çözme Terapisinin hem bireysel hem de grup terapi formunun etkililik çalışmasının yapılması planlanmıştır.

**Araştırma Soruları:** Bu çalışma kapsamında aşağıdaki soruların yanıtlanması amaçlanmıştır:

1. Sorun Çözme Terapisi alan deney grubundaki (Grup/Bireysel Terapi Formatı) katılımcılar ile kontrol grubundaki (bekleme listesi) katılımcıların müdahale sonrası intihar olasılığı puanları arasında fark var mıdır?

2. Deney grubundaki bireysel terapi alan katılımcılar ile grup terapisini alan katılımcıların müdahale sonrası intihar olasılığı puanları arasında fark var mıdır?

3. Sorun Çözme Terapisi alan deney grubundaki (Grup/Bireysel Terapi Formatı) katılımcılar ile kontrol grubundaki (bekleme listesi) katılımcıların müdahale sonrası depresyon puanları arasında fark var mıdır?

4. Deney grubundaki bireysel terapi alan katılımcılar ile grup terapisi alan katılımcıların müdahale sonrası depresyon puanları arasında fark var mıdır?

5. Sorun Çözme Terapisi alan deney grubundaki (Grup/Bireysel Terapi Formatı) katılımcılar ile kontrol grubundaki (bekleme listesi) katılımcıların müdahale sonrası bilişsel esneklik puanları arasında fark var mıdır?

6. Deney grubundaki bireysel terapi alan katılımcılar ile grup terapisi alan katılımcıların müdahale sonrası bilişsel esneklik puanları arasında fark var mıdır?

7. Sorun Çözme Terapisi alan deney grubundaki (Grup/Bireysel Terapi Formatı) katılımcılar ile kontrol grubundaki (bekleme listesi) katılımcıların müdahale sonrası sosyal sorun çözme puanları arasında fark var mıdır?

8. Deney grubundaki bireysel terapi alan katılımcılar ile grup terapisi alan katılımcıların müdahale sonrası sosyal sorun çözme puanları arasında fark var mıdır?

9. Grup veya bireysel sorun çözme terapisi alan katılımcıların müdahale sonrası kazanımları izlem sonrasında da korunmuş mudur?

# 1. BÖLÜM

## 1. İNTİHAR

İntiharla ilgili birçok tanım bulunmaktadır. İntiharın sözlük anlamına bakıldığında, Türk Dil Kurumu ‘Bir kimsenin toplumsal ve ruhsal nedenlerin etkisi ile kendi hayatına son vermesi’ şeklinde Arapça kökenli bir kelime olarak tanımlamaktadır. Durkheim (1986) intihar, bireyin kendi iradesi ile gerçekleştirdiği, davranışının doğrudan ya da dolaylı sonucu olarak ortaya çıkan ölüm olayı olarak tanımlamıştır. İntihar davranışı, intihar düşüncesi ve girişimini içeren geniş bir kavram olarak ele alınmaktadır. Bu süreç, ölümle sonuçlanan bir örüntü dışında, intihar düşüncesi ve intihar girişimini de içermektedir (Eskin, 2007). Bireyde intihar düşüncesi varsa, bu kendini öldürmeyi düşünme ve bu yönde plan yapma anlamına gelirken, intihar girişiminde bulunması, kendini öldürmeye yönelik davranışsal girişimde bulunması anlamına gelmektedir. Kendini öldürmekle sonuçlanan bir durum ise tamamlanmış intihar olarak tanımlanmaktadır (Eskin, 2003).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) intihar davranışını; intiharı düşünme, planlama, intihar girişimi ve tamamlanmış intiharları kapsayacak şekilde tanımlamaktadır. Bireyin kendini öldürmek amacıyla gerçekleştirdiği ölümle sonuçlanmayan tüm istemli davranışlar intihar girişimi olarak adlandırılmaktadır (DSÖ, 2014). Amerikan Psikiyatri Derneği (APA) ise intihar davranışını; intihar, intihar girişimi, tamamlanmamış intihar, intihar düşüncesi, intihar niyeti, intihar davranışının ölümcüllüğü ve kasıtlı kendine zarar verme olarak geniş bir yelpazede değerlendirmektedir (Jacobs vd., 2010).

### 1.1. Toplumsal ve Kültürel Bağlam

İntihar, farklı nedenlere bağlı olarak gerçekleştirildiği göz önüne alındığında, farklı bakış açılarının yer aldığı, toplumsal bir olgu olarak görülmektedir. Bu açıdan bakıldığında, ekonomik, kültürel, toplumsal olaylar, din, ırk gibi bir çok farklı boyutu içeren bir olgu olarak görülmektedir (Okman, 2007).

Her yıl 10 ila 20 milyon kişinin intihara teşebbüs ettiği ve 1 milyon kişinin intihar nedeniyle hayatını kaybettiği tahmin edilmektedir (Birt vd., 2003). Ailevi ve sosyal sorunlar, ilişkilerle ilgili sorunlar, maddi zorluklar, tıbbi sorunlar gibi çeşitli nedenler tüm toplumlarda intihara neden olabilmektedir (Gould vd., 1996; Nordentoft, 2007; Pajoumand vd., 2012). İntihar hızının Latin Amerika ülkeleri ve Müslüman Ortadoğu ülkelerinde 100.000’de 6,5’in

altında, Finlandiya, Letonya ve Rusya gibi ülkelerde 100.000'de 30'un üzerinde olduğu bildirilmektedir (Mann ve ark., 2005). İran'da ise 100.000'de intihar oranı 6.7'dir (Shirazi vd., 2007).

Yapılan araştırmalarda, intiharla ilgili verilerin mevcut olduğu çoğu ülkede intihar ilk on ölüm nedeni arasındadır. Aynı zamanda gençler için ilk üç ölüm nedeni arasında yer almaktadır (Liu ve Li, 1996). İstatistiklere göre, dünya genelinde intihar sonucu ölenlerin sayısı 1,4 milyon, yani yılın toplam ölümlerinin % 1,6'sı olarak tespit edilmiştir. Erkekler arasında en yüksek intihar hızı Litvanya, Rusya Federasyonu, Letonya ve Estonya'da bildirilirken, kadınlar arasında en yüksek intihar hızı Sri Lanka, Çin, Macaristan ve Estonya'da görülmüştür (WHO, 2011).

Eskin (2020) çalışmasına, Akdeniz'i çevreleyen 22 ülkede (Slovenya, Fransa, Hırvatistan, Karadağ, Türkiye, Malta, Bosna-Hersek, İspanya, Filistin, Arnavutluk, İtalya, Libya, İsrail, Monako, Kıbrıs, Mısır, Yunanistan, Lübnan, Cezayir, Tunus, Fas ve Suriye) intihar davranışını karşılaştırmalı olarak incelemiştir. Bulgulara bakıldığında, Akdeniz ülkelerinde yaşa göre standartlaştırılmış ortalama intihar hızı dünya ortalamasının altında bulunmuştur. En yüksek intihar düşüncesi yüzdeleri Hırvatistan, Türkiye ve Slovenya'da görülürken, en düşük hızlar Fransa, İspanya ve Lübnan'da görülmektedir. En yüksek intihar girişimi hızları Filistin, Kıbrıs, Yunanistan ve Slovenya'da görülürken en düşük hızlar İspanya, İtalya, Lübnan ve Fas'ta olduğu saptanmıştır. Cinsiyete bakıldığında, Fas dışında, kadınlardan daha çok erkeklerin intihar ettiği saptanmıştır. İntihar hızı Akdeniz Müslümanlarında, Hristiyan Akdeniz ülkelerine göre daha düşük bulunmuştur.

Durkheim (1992) intiharı sosyal bir gerçek olarak kabul etmektedir. İntihar hızı ve türlerindeki değişiklikler, farklı yöntemler ve rakamlar, toplumun intihar konusunda etkisi olduğunu kanıtlamaktadır. Sosyal özellikler, dini inançlar ve kültürün intihar hızı üzerinde önemli bir etken olduğu belirtilmektedir (Chishti vd., 2003; Durkheim, 1992).

İntihar için toplumsal olarak pek çok risk faktörü vardır ve son zamanlarda sosyal sermaye (social capital), ruh sağlığı ve intiharla ilişkili çalışmalar yapılmaya başlanmıştır (De Silva vd., 2005; Murayama vd., 2012; Phongsavan vd., 2006; Stafford vd., 2008). Sosyal sermaye, toplumların refah düzeyinin artması konusunda yarar sağlamaktadır. Yapılan çalışmalara bakıldığında, Yamaoka (2008) 2002–2004 yılları arasında Doğu Asya'da (Japonya, Güney Kore, Singapur, Çin'in beş bölgesi ve Tayvan) kesitsel bir çalışmada sosyal

sermaye unsurları ile somatik semptomlar ve genel iyilik hali arasında olumlu yönde bir ilişkili olduğunu belirtmiştir. Okamoto ve arkadaşları (2013) Tokyo’da sosyal sermaye ile intihar hızı arasındaki ilişkiyi incelemiş ve sosyal sermayenin bir unsuru olan sosyal güvenin iyi olması ile düşük intihar hızı arasında ilişki olduğunu bulmuştur. Diğer bir çalışmada ise hem bireysel hem de toplum düzeyinde sosyal güvenin intiharı düşünme olasılığını azalttığını bulmuştur (Yamamura, 2006). Yapılan bazı çalışmalar, iyi sosyal sermaye ile olumsuz ruh sağlığı ve yüksek intihar riski ile arasında pozitif yönde ilişki olduğunu göstermektedir (Kushner, 2005; Mitchell ve LaGory, 2002). Bu nedenle sosyal sermaye ve intihar arasındaki ilişki tartışılan bir konu halindedir.

Toplumlarda, sosyal dezavantaj ölçüleri ile intihar arasındaki ilişkileri inceleyen çoğu çalışma, düşük sosyoekonomik durum (SED), sınırlı eğitim başarısı, düşük gelir ve yoksulluk gibi özelliklerle karakterize edilen sosyal olarak dezavantajlı geçmişe sahip bireylerde intihar davranışı riskinin arttığını bildirmiştir (Andrews ve Lewinsohn, 1992; Beautrais, Joyce ve Mulder, 1998; Bucca vd.,1994; Gould vd., 1996; Gunnell vd., 1995; Lesage, Boyer ve Grunberg, 1994). Örneğin, düşük SED’li bireyler arasında intihar olasılığı, daha avantajlı geçmişe sahip olanlara kıyasla iki kat daha yüksek bulunmuş (Bucca ve ark., 1994) ve okulu bırakan veya üniversite okumayan gençlerde intihar riskinin arttığı görülmüştür (Gould ve ark. 1996).

İnsanların düşünme, yaşama ve etkileşim biçimlerini şekillendirmede giderek daha önemli bir rol alan internetin etkisiyle, gençlerin çevrimiçi ortamda kendilerine sunulanlardan güçlü bir şekilde etkilenebildiği görülmektedir. Gençler için internetin beraberinde getirdiği şey sadece olumlu etkiler değil aynı zamanda tehlikelerdir (Li, 2020). Siber dünyanın içine dalmış İnternet bağımlıları, gerçek dünyadaki rolleri ile sanal dünyadaki rolleri arasında etkili bir şekilde geçiş yapamazlar ve ruh sağlığı problemleri ve davranış bozuklukları sergileyebilirler. Bu durum, ruhsal sorunlar ve izolasyon, başkalarına kayıtsızlık, sinirlilik, saldırganlık gibi belirtilere neden olabilmektedir (Li, 2020). Stoll’a (1995) göre, internet kullanıcılarının sosyal açıdan yoksul olan medya ve yabancılarla etkileşime girdiklerini, toplumdan ve gerçek kişilerarası ilişkilerden koptuklarını belirtmektedir. Bütün bunlar, gençlerde intihar davranışının potansiyel itici güçlerinin ve internetle ilişkili ruhsal bozuklukların oluşmasına neden olabilmektedir.

## 1.2. Kuramsal Yaklaşımlar

Geçmişten bu zamana kadar intihar olgusunun var olması, intiharı birçok araştırmacı için incelenme konusu olmaktadır. Çünkü, intihar psikolojik, biyolojik ve sosyolojik yönleri olan karmaşık bir insan davranışıdır. Farklı kuramsal yaklaşımlar farklı açıklamalarda bulunmaktadır. İntihara yönelik kuramsal yaklaşımların bir kısmı aşağıda açıklanmıştır.

### 1.2.1. Psikodinamik Kuram

Freud (1936) intiharı bireysel bir durum olarak ele almaktadır. Her bireyin içinde yaşam ve ölüm içgüdü (thanatos) bulunmakta ve çatışma halinde görülmektedir. Yaşam içgüdü (eros) yerine ölüm içgüdü (thanatos) ağırlık kazanması ile bireylerin yaşamlarına son verdiğinden bahsetmektedir. Bireyin sevgi nesnesini kaybetmesinin ardından yerine yeni bir sevgi nesnesi koyulmadığında ego içe geri çekilir. Yitirilen nesneye duyulan öfke ve saldırganlık duyguları benliğe yöneltilir. Bu durum sonucunda intihar durumu ortaya çıkabilmektedir.

Freudcu psikanalistler intiharın, bizi kendine zarar veren eylemlere iten insan doğasına özgü bir şeyin ifadesi olduğuna inanmaktadırlar. Freud, ölüm dürtüsünün, kendini sevme veya kendini gerçekleştirme arzusu kadar derine oturduğuna inanmaktadır. İnsanlar kendilerini çok fazla bastırdıklarında mutluluğu bulamazlar veya acılarını dile getiremezler ve daha sonra içgüdüsel arzularını intiharın yıkıcı gücü ile tatmin edebilmektedirler (Akt. Li, 2020).

Menninger (1938), Freudyen ölüm dürtüsü teorisine dayalı intiharı önleme üzerine çalışmıştır. İntiharın kalıtımın, gizli arzuların veya uyumsuzluğun sonucu olmadığına, uzun süredir saklı kalmış ve her yerde var olan bir kendine zarar verme eylemi olduğuna inanmaktadır. İntiharları üç türe ayırmaktadır: kronik (yoksunluk, alkol bağımlılığı, nevroz), yerel (kendine zarar verme, kasıtlı kaza) ve organik (hastalık). Bu tür intiharlar, doğrudan veya dolaylı olarak yaşamla ölüm arasındaki savaştır ve yapım ile yıkım arasında bir uzlaşma olarak açıklanmaktadır.

Menninger, intiharı önlemenin en iyi yolunun daha çok sevmek olduğuna inanmaktadır. Kişi kendini ve başkalarını sevmeyi öğrenirse, sevgili aracılığıyla sevginin gücünü deneyimleyebilir ve yaşam için çok daha fazla alan kazanabilir. Böylece artık intihar ederek yaşamının anlamsızlığını kanıtlamaya gerek kalmamaktadır.

### 1.2.2. Sosyolojik Kuram

İntihar hızı üzerinde etkili olabilecek iki tür sosyal neden olarak organik-psişik eğilimler ve fiziksel çevrenin doğasından bahsedilmektedir. Karakteristik özelliklerin kişiyi doğrudan intihara götürebilmesi mümkünken; diğer yandan iklim, sıcaklık gibi doğal olayların da organizma üzerinde dolaylı olarak aynı etkilere sahip olabileceği belirtilmektedir (Durkheim, 1897).

Durkheimi intiharı toplumsal açıdan ele almaktadır. intiharın gerçekleşmesinde üç etmenin önemli olduğundan bahsetmektedir. İntihar kavramına karşı toplumun tutumu, bireylerin kendi dışında karşılaştığı zorlanmalar ve bu etmenlerin bireyin kişiliği ile nasıl etkileşime girdiği, intihar olgusunun anlaşılmasında önemli unsurlardır (Durkheim, 1992). İntihar olgusu bazı toplumlar için kabul edilemez bir durum iken bazı toplumlarda belirli olaylar karşısında toplumun onayını alan bir durumdur.

McClure (2000) intihar olgusu ile toplumsal dayanışmanın azalması, ekonomik sorunlar, göç gibi sosyal olayların da ilişkisi olduğunu belirtmektedir. Durkheim (1992), intihar olgusunun sadece psikolojik etmenlerden kaynaklanmadığını toplumsal etmenlerin ve sosyal faktörlerin de rol oynadığını belirtmektedir. Yaklaşık 26.000 intihar dosyasını incelemesinin ardından gruplar arasındaki bütünleşme düzeyi ve toplumun bireysel davranışı düzenleme düzeyi arasında bağlantı olduğunu göstermektedir. Bu iki temel boyuttan yola çıkarak 4 intihar tipi belirlemektedir. Bunlar; bencil intihar, özgeci intihar, anomik intihar ve kaderci intihar şeklindedir.

Bencil intihar, bireyin içinde bulunduğu toplumla olan bütünlüğünü azalmış ve çoğunlukla kendini yalnız hissettiği durumlarda meydana gelmektedir. Özgeci intiharlar, bireyin içinde bulunduğu toplumla aşırı bütünleşmesi ve bağ kurması sonrasında, üzerine düşen sorumluluklarla kendini feda ettiği durumlarda meydana gelmektedir. Anomik intiharda, toplum düzeninin bozulduğu (Örneğin; ekonomik kriz gibi) durumlarda bireyin içinde bulunduğu düzenin de bozulması sonucu oluşan intiharlardır. Kaderci intiharda ise, toplumun aşırı kuralcı ve baskın olması sonucunda bireyin hayatının ve davranışlarının toplum tarafından kontrol edildiğini düşünmesi sonucu oluşan intiharlardır.

### 1.2.3. Sosyal Öğrenme Kuramı

Bandura (1977)'nin Sosyal Öğrenme Kuramına göre çocuklar, etraflarındaki insanların çeşitli şekillerdeki davranışlarını gözlemlemektedir. Çocuğun davranışı, gözlemsel öğrenme süreciyle çevreden öğrenilir. Gözlemlenen kişiler birer modeldir. Toplumda çocuklar, aile içindeki ebeveynler, televizyondaki karakterler, akran grubundaki arkadaşlar ve okuldaki öğretmenler gibi birçok etkili modelle çevrilidir. Bu modeller, gözlemlenecek ve taklit edilecek davranış örnekleri sağlamaktadır. Çocuklar bu kişilerin (modellerin) bazılarına dikkat eder ve davranışlarını kodlar. Daha sonra da gözlemledikleri davranışı taklit edebilirler (McLeod, 2016). Lester (1987) intiharı açıklarken, sosyal öğrenme kuramı temelinde, model almanın, davranışa maruz kalmanın ister doğrudan ister dolaylı şekilde, intihar davranışının öğrenilmesine ve intihar riskini arttırmasına neden olabileceğini belirtmiştir. Sosyal öğrenme teorisine odaklanan Lester, intiharın strese karşı öğrenilmiş bir yanıt olduğunu belirtmektedir. Birey çocukluktan itibaren intihar davranışını çevresinden öğrenebilir fakat intihar eylemi için bireyi derinden etkileyebilecek stres verici olayların gerçekleşmesi gerekmektedir.

### 1.2.4. Umutsuzluk Kuramı

İntiharın umutsuzluk teorisi, umutsuzluğun intihar riskiyle ilişkili önemli bir bilişsel kırılma olduğunu öne süren bilişsel bir teoridir (Abramson vd., 2000; Abramson, Metalsky ve Alloy, 1989). Özellikle umutsuzluğun, geleceğe dair olumsuz atıflar ve umutsuz beklentilere ilişkin bilişsel bir tarzı yansıttığı düşünülmektedir. Bu bakış açısına yönelik yapılan birkaç çalışmaya bakıldığında, Kuo, Gallo ve Eaton (2004) umutsuzluğun intihar düşüncelerini, intihar girişimlerini öngördüğünü ve 13 yıllık bir takip aralığı boyunca intiharı tamamladıklarını belirtmiştir. Sonuç olarak, umutsuzluğun değerlendirilmesinin, intihar riski yüksek olanların belirlenmesine yardımcı olabileceğini öne sürmektedir. Klinik popülasyonlar için de benzer bulgular bildirilmiştir. Forman ve arkadaşları (2004) kesitsel bir çalışmada, artan umutsuzluğun birden fazla intihar girişimine neden olduğunu belirtmektedir. Ayrıca, umutsuzluğun, 10 ile 20 yıl boyunca takip edilen psikiyatri hastaları arasında tamamlanmış intiharın güvenilir bir yordayıcısı olduğu belirtilmektedir (Beck, Brown ve Steer, 1989; Beck, vd., 2000).

### 1.2.5. Biyolojik yaklaşım

Genetik çalışmalara bakıldığında, ailesinde intihar davranışı bulunan bireylerde intihar davranışının görülme olasılığının toplum ortalamasından daha fazla olduğu bildirilmiştir (Mirkovic vd., 2016; Nordentoft 2007; Petersen vd., 2014). İkiz çalışmalarında da benzer veriler görülmekte ve tek yumurta ikizlerinde intihar riski artışı yaklaşık 11 kat fazla iken, çift yumurta ikizlerinde bu risk 2 kat fazla olduğu belirtilmektedir (Özalp, 2009). İntihar ile ilişkili yapılan aile, ikiz, evlat edinme çalışmaları genetik faktörlerin etkili olduğunu göstermektedir (Brent ve Melhem. 2008, Dutta vd., 2017). Yapılan çalışmalar, bir çok genin etkileşimi ve çevresel faktörlerin de etkisi ile intihar davranışının nesiller boyu karmaşık kalıtım yoluyla aktarıldığını düşündürmektedir (Özalp 2009).

Alanyazına bakıldığında, intiharla ilişkili farklı biyolojik araştırmaların olduğu görülmektedir. Hipotalamus Pituitier Adrenal Bez (HPA) Eksenini hiperaktivitesinin Majör Depresyon Bozukluğundaki intihar için bir risk faktörü olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Dorovini-Zis ve Zis, 1987, Nemeroff vd., 1988, Rao vd., 1989, Szigethy vd., 1994). Güncel çalışmalara bakıldığında, toplam serum kolesterol konsantrasyonu (Total serum cholesterol concentration), ile ilişkili olarak, çok sayıda çalışmanın düşük serum kolesterol seviyeleri ile intihar eğilimi arasındaki ilişkiyi gösterdiği raporlanmıştır. Bazı araştırmacılar, psikiyatriye başvuran intihar girişiminde bulunmuş kişileri intihar girişiminde bulunmamış kişilerle karşılaştırmıştır (Kunugi vd., 1997, Papassotiropoulos vd., 1999, Garland vd., 2000; Guillem vd., 2002). Majör depresif bozukluk (Modai vd., 1994; Alvarez vd., 1999; Kim ve Myint, 2004), bipolar bozukluk (Modai vd., 1994, Bocchetta vd., 2001), panik bozukluk (Modai vd., 1994; Bocchetta vd., 2001; Obrocea vd., 2002; Özer vd., 2004), borderline kişilik bozukluğu (Atmaca vd., 2003) ve anoreksiya nervozada (Favaro vd., 2004) kolesterol düzeylerinin incelendiği çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalarda, intihar girişiminde bulunanların, girişimde bulunmayanlara veya kontrol gruplarına kıyasla önemli ölçüde daha düşük kolesterol konsantrasyonlarının olduğu saptanmıştır.

Fawcett ve arkadaşları (Fawcett vd., 1997) serotonerjik fonksiyonun ve HPA eksenini hiperaktivitesinin intihar için bağımsız risk faktörleri içerdiğini öne sürmüştür. Birincisinin dürtüsellikle, ikincisinin ise ruhsal acı ve ajitasyonla sonuçlandığı düşünülmektedir. Bu iki klinik durumun intiharla ilişkisine bakıldığında, serotonerjik sistemin intihardaki rolünün desteklediği görülmektedir (Mann vd., 2000; Pandey 2013). Bu bakımdan serotonerjik sistem intihar konusunda önemli bir boyut olarak görülebilir.

### 1.3. Psikolojik Bozukluklar ve İntihar

İntiharın nedenlerine yönelik araştırmalarda toplumsal olayların yanı sıra, bireysel birtakım sorunların da önemli olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalar, intiharla ilişkili sıklıkla görülen psikolojik bozuklukların neler olduğunu anlamaya yöneliktir. Psikiyatrik hastalıkların intihar için güçlü bir yordayıcı olduğu bilinmektedir (Bolton vd., 2010; Chan vd., 2010; Eskin vd., 2016). İntihar girişiminde bulunan hastaların %90'ından fazlasında psikiyatrik bir hastalığın olduğu belirtilmektedir (Öncü, 2017).

Bu bağlamda, bazı araştırmalarda sıklıkla madde kötüye kullanımı, depresyon, kişilik bozuklukları, post travmatik stres bozukluğu gibi tanıların konulabildiği görülmektedir (Kreitman ve Foster, 1991; Ovvens vd., 1994; Arensman ve Kerkhof 1996; Hjelmeland 1996; Sakinofski 2000). Ayrıca, problem çözme becerileri ve stresle baş etme becerileri zayıf bireylerde de intihar riski artmaktadır (Eskin, 2016; Özgüven vd., 2003). Eskin ve Uygur (2006) psikiyatri hastalarında intihar davranışı ile travmatik yaşam olaylarının sıklıkla görüldüğünü belirtmektedir.

Ülkemizde intihar girişiminde bulunan ergenlerle yapılan bir çalışmaya bakıldığında %73,68'inde bir psikiyatrik bozukluğun olduğu saptanmıştır. En fazla görülen bozukluk konversiyon bozukluğu sonrasında ise sırasıyla uyum bozukluğu, panik bozukluğu, enüresiz, majör depresyon, şizofreni ve anlıksal yeti yitimi olarak belirlenmiştir (Tezcan vd., 1995). Atay ve Gündoğar (2004) ergenlerde duygudurum bozuklukları, şizofrenik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, alkol ve madde bağımlılığı, yeme bozuklukları, kişilik bozuklukları intihar riskini artırdığını belirtmektedir.

İntihar riski ile psikiyatrik rahatsızlığın şiddeti de ilişkili bulunmuştur. Birden fazla psikiyatrik tanı alan hastalarda intihar riski daha yüksek görülebilmektedir (Bachmann; 2018; Heu vd., 2018). Holmstrand ve arkadaşlarının (2018) yaptığı 50 yıllık prospektif bir çalışmada, intihar kurbanlarının psikiyatrik tanıları incelenmiş ve sırasıyla alkol kullanım bozukluğu (%38,2), depresyon (%29,4) ve anksiyete bozukluğu (%10,3) tanılarının sık görüldüğü saptanmıştır. Alkol kullanım bozukluğu daha çok erkek hasta grubunda ilk tanı olurken, kadın hasta grubunda ilk tanı depresyon olarak belirlenmiştir.

Conwell ve arkadaşları (1996) bir çalışmada, intihar kurbanlarının psikiyatrik tanılarının yaşa göre değişip değişmediğini incelemek için 21-92 yaş arası intiharını tamamlamış 141 kişinin DSM-III-R eksen I tanılarını psikolojik otopsi yöntemiyle

incelemişlerdir. Sonuçlara bakıldığında, intihar kurbanlarının %90.1'inde bir veya daha fazla eksen I durumu teşhis edilmiştir. En sık Madde kullanım bozuklukları görülmekte olup, bunu duygudurum bozuklukları ve birincil psikotik hastalıklar izlemektedir. Genç ölümlerde, madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı ve birincil psikoz tanıları önemli bir belirleyici iken, yaşlılarda majör duygudurum bozuklukları daha çok görülmüştür. Madde kullanımı ve duygudurum bozuklukları komorbiditesi yaygın olarak tespit edilmiştir.

Bir dizi çalışmada, çocukluk dönemindeki cinsel veya fiziksel istismar öyküsü ile intihar veya intihar girişimi riski arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Çocuklukta fiziksel istismara maruz kalan gençler arasında intihar girişimi hızlarının arttığı bildirilmektedir (Beautrais vd., 1996; de Wilde vd., 1992; Grossman, Milligan ve Deyo, 1991; Tulloch vd., 1994; Deykin ve Buka, 1994; Hernandez, Lodico ve DiClemente, 1993; Silverman, Reinherz ve Giaconia, 1996). Beautrais ve arkadaşları (1996) fiziksel istismarın intihar girişimi riskinin artması ile ilişkisinin yanı sıra çocukluk çağı cinsel istismarının da ilişkili olabileceğini belirtmiştir. Çocuklukta cinsel istismar öyküsü olan gençler arasında intihar girişimi hızlarının da arttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Beautrais vd., 1996; de Wilde vd., 1992; Grossman, Milligan ve Deyo, 1991; Deykin ve Buka, 1994; Hernandez, Lodico ve DiClemente, 1993; Silverman, Reinherz ve Giaconia, 1996; Garnefski ve Diekstra, 1997; Fergusson, Horwood ve Lynskey, 1996). Ayrıca, cinsel istismarı bildirenlerin, bu tür istismarı bildirmeyenlere göre intihar girişiminde bulunma olasılığı 12 kat daha fazla olarak saptanmıştır (Fergusson, Horwood ve Lynskey, 1996). Çocukluk çağı cinsel istismarını daha sonraki intihar davranışıyla ilişkilendiren bu bulgular, çocuklukta veya ergenlikte cinsel istismar yaşamış kişiler arasındaki uyumu inceleyen bir dizi araştırmadan elde edilen kanıtlarla tutarlıdır. Bu çalışmalar, hem çocuklukta cinsel istismara uğrayanlar için eş zamanlı intihar davranışı hem de cinsel istismar öyküsü olanlar için genellikle kötü ruh sağlığı sonuçları olduğunu öne sürmektedir (Briere ve Runtz, 1993; Jumper, 1995).

Yapılan çalışmalar, depresif bozukluğu olanlarda intihar riskinin % 60-70 daha fazla olduğunu göstermektedir (Khan vd., 2002; Weissman vd., 1992). Lönnqvist (2000), intihar kurbanlarının ortalama yarısında major depresif bozukluk tanılarının olduğunu belirtmektedir. Depresyonun özelliklerine bakıldığında bireylerin kendilerini umutsuz, karamsar, değersiz hissetmesi, özgüvende azalma, içe çekilme gibi belirtilerin intiharla ilişkili olduğu görülmektedir. Dürtüselliğin intihar girişimine önemli bir etkisi olduğu, özellikle de alkol veya madde kullanımı ile riskin daha da arttığı bildirilmiştir (Öncü, 2017; Welte, Abel

ve Wieczorek, 1988).

Çok sayıda çalışma, duygudurum bozukluğu tanısının hastalar arasında önemli ölçüde intiharı (Lesage, Boyer ve Grunberg, 1994; Brent, Perper ve Moritz, 1993; Shaffer, Gould ve Fisher, 1996; Groholt vd., 1998) ve intihar girişimlerini (Andrews ve Lewinsohn, 1992; Fergusson ve Lynskey, 1995; Kar ve Prasad, 2019; Reinherz, Giaconia ve Silverman, 1995; Beautrais, Joyce ve Mulder, 1998; Pelkonen vd., 1997) artırdığını göstermektedir. Bu tanıyı alan erişkinlerde intihar girişimi sıklığı % 25-50, intihar nedeniyle ölüm % 6-19 olarak belirtilmektedir (Öncü, 2017). Balázs vd. (2003) çalışmasında bipolar bozukluğun depresif döneminde intihar riskinin major depresyondan daha yüksek olduğunu belirtmektedir. Bipolar bozukluğu olan hastalarda yaşam boyu intihar riskinin, %8 ile %20 arasında değiştiği ve erken ölüm ve sakatlıklarda önemli bir faktör olduğunu belirtmektedir (Brodersen vd., 2000; Bostwick ve Pankratz, 2000; Sharma ve Markar, 1994; Harris ve Barraclough, 1997).

Madde kullanım bozukluklarının da intiharla güçlü bir ilişkisi olduğu görülmektedir (Lesage, Boyer ve Grunberg, 1994; Brent, Perper ve Moritz, 1993; Shaffer, Gould ve Fisher, 1996; Andrews ve Lewinsohn, 1992; Fergusson ve Lynskey, 1995; Reinherz, Giaconia ve Silverman, 1995). İntihar girişimlerinin önemli bir kısmının alkol veya madde kullanımı sonrası olduğu (Eskin ve Özgüven, 2017) ve girişimi olan erkeklerin % 30-40'ında, kadınların %15-20'sinde alkol kullanımının olduğu (Gorwood, 2001) belirtilmektedir. Schneider ve arkadaşları (2006) psikolojik otopsi ve intihar girişimi vakaları ile yaptığı çalışmada, alkol ve madde bağımlılığının intihar riskini artırdığını bulmuştur.

Anksiyete bozukluğu olan bireylerde intihar ve intihara teşebbüs risklerinin arttığı bildirilmiştir (Andrews ve Lewinsohn, 1992; Fergusson ve Lynskey, 1995; Reinherz, Giaconia ve Silverman, 1995; Shaffer, Gould ve Fisher, 1996; Beautrais, Joyce ve Mulder, 1998). Bununla birlikte, anksiyete bozuklukları ile intihar davranışı riski arasındaki ilişki duygudurum bozukluğu kontrol edildiğinde, anksiyete bozuklukları intihar riskine önemli bir katkı yapmamıştır. Bu da anksiyete bozukluklarına duygudurum bozukluğu eşlik ettiğinde intihar davranışı ile ilişkili olabileceğini göstermektedir (Shaffer, Gould ve Fisher, 1996; Beautrais, Joyce ve Mulder, 1998).

Bir dizi vaka kontrol çalışması incelendiğinde, psikotik bozukluklar ile intihar ve intihar girişimi davranışı arasındaki bağlantılara ilişkin tutarlı kanıtlar elde edilememiştir (Lesage, Boyer ve Grunberg, 1994; Allebeck ve Allgulander; 1990; Westermeyer, Harrow ve

Marengo, 1991). Bununla birlikte, bu çalışmalardaki tutarsızlıkların küçük örneklemelerden ve genel popülasyonda psikotik bozuklukların seyrek görülmesinden kaynaklanabileceği bildirilmiştir. Roy, Mazonson ve Pickar (1984), kronik şizofreni hastaları ile ilgili incelemelerinde hastaların %55'inin intihar girişiminde bulunduğunu, intihar girişiminde bulunanların daha fazla hastaneye yattıklarını ve daha sık depresif atak geçirdiklerini ve antidepressan kullandıklarını saptamıştır. Psikolojik otopsi çalışmaları intihar nedeniyle ölen 25 yaşın altındaki gençlerin sadece küçük bir azınlığının şizofreni dahil psikotik bozukluklara sahip olduğunu göstermektedir (Shaffer, Gould ve Fisher, 1996; Apter, Bleich ve King, 1993; Marttunen vd., 1991). Bu çalışmalarda, şizofreni yaygınlık tahminleri %0 ile 4 arasında değişmektedir. Bununla birlikte, psikotik bozukluklar genel intihar hızına nispeten küçük bir katkı sağlasa da, psikotik bozukluğu popülasyonlarında intihar davranışı riskinin yüksek olduğu ve tahminlerin şizofreni hastalarının % 10'unun intiharla yaşamlarına son verebileceği belirtilmektedir (Heila vd., 1997; Inskip, Harris ve Barraclough, 1998; Miles, 1977).

İntihar girişimi ve kişilik bozuklukları ile ilgili bir çalışmaya bakıldığında, intihar girişiminde bulunanların %55'inde, tamamlanmış intiharların %9-28'inde kişilik bozukluğu tanısı saptanmıştır (Soloff vd., 1994). Yapılan çalışmalarda, gençlerde antisosyal davranış (davranış bozukluğu, karşıt gelme bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğu da dahil) ile intihar ve intihar girişimi riski arasında önemli ilişkiler bildirilmiştir (Andrews ve Lewinsohn, 1992; Fergusson ve Lynskey, 1995; Brent, Perper ve Moritz, 1993; Shaffer, Gould ve Fisher, 1996; Beautrais, Joyce ve Mulder, 1998). Yalvaç, Kaya ve nal (2014) alışmalarında intihar girişimi ile sınır kişilik bozukluğunun kadınlarda, antisosyal kişilik bozukluğunun ise erkeklerde daha sık görüldüğünü belirtmektedir.

#### **1.4. Tedavi Yaklaşımları**

##### **1.4.1. İntihar Girişiminde Farmakolojik Tedaviler**

İntihar riskini azaltmaya yönelik antidepressan sınıfından olan seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) kullanılmasıyla yararlı olabileceğini gösteren birçok alışma (Gregory vd., 2006; Grunebaum vd., 2004; Isacson vd., 2010) bulunmasına rağmen bu ilaçların reetelenmesinin özellikle genç insanlarda intihar davranışında bir artışla ilişkili olabileceğini bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (Barbui vd., 2009; Fergusson vd., 2005). Bununla birlikte, artışın anlamlı olmadığını belirten çalışmalar da görülmektedir (Gregory vd., 2006). Trisiklik antidepressanlar ve monoamin oksidaz inhibitörleri (MAOI) yüksek

dozda ölümcül etkilere yol açabilirken (Baldessarini vd., 2007), daha sonra geliştirilen bupropion, mirtazapin ve SSRI grubundaki antidepresanlar yüksek dozda daha güvenilirdir (Grunebaum vd., 2004; Isacson vd., 2010; Baldessarini vd., 2007; Flanagan, 2009).

Tipik antipsikotik ilaçların intihar ve intihar düşüncesi üzerindeki etkilerini inceleyen çalışmalar, kullanımları ile intihar insidansında bir değişiklik tespit etmediklerini belirtmektedir (Axelsson ve Lagerkvist-Briggs, 1992; Khan vd., 2001; Caldwell ve Gottesma, 1990; Siris, 2001). Bununla birlikte, bazı çalışmalar, atipik bir antipsikotik ilaç olan klopapin kullanımının şizofreni veya şizoafektif bozukluğu olan hastalarda intihar davranışını azaltabileceği belirtilmektedir (Herbert vd., 2003; Meltzer, 2001). Walker ve arkadaşları (1997), intihar kaynaklı ölüm oranının mevcut klopapin kullanıcılarında geçmişteki kullanıcılara kıyasla önemli ölçüde azaldığını bulmuşlardır. Uluslararası, randomize, intihar davranışı riskini karşılaştıran çok merkezli, 2 yıllık bir çalışmada, şizofreni veya şizoafektif bozukluğu olan, önceki intihar girişimleri veya mevcut intihar düşüncesi nedeniyle intihar riski yüksek bulunan hastalarla çalışılmıştır. Bu çalışmada, Klopapin tedavisi, intihar riski yüksek olan şizofreni ve şizoafektif bozukluğu olan hastalarda intihar girişimlerini önlemede olanzapin tedavisine üstünlük gösterdiği bulunmuştur. Bu popülasyonda klopapin kullanımı intihar davranışını azaltmada önemli rol oynamaktadır (Meltzer vd., 2003).

Lityum ile ilgili çalışmalar bu ilacın intihar önleyici etkileri ile ilgili önemli veriler sunmaktadır (Frederick vd., 2003; Baldessarini, Tondo ve Hennen, 2001; Cipriani vd., 2005; Tondo ve Baldessarini, 2009). Bipolar bozukluğu olan hastalar başta olmak üzere, 33 çalışmanın incelendiği Baldessarini ve arkadaşlarına ait bir meta-analizde lityum tedavisi sırasında yıllık intihara teşebbüs veya tamamlanmış intihar hızının % 0.19 olduğunu, lityumsuz % 2.57 olduğunu ve sonuç olarak riskin 13 kat azaldığını belirtmişlerdir (Baldessarini, Tondo ve Hennen, 2001).

Genel olarak farmakolojik tedavilere yönelik çalışmalar, intiharın riskini azaltmada etkili gibi görünmesine rağmen tüm dünyada ölüm nedeni olarak intihar üst sıralarda yer almaya devam etmektedir. Bu durum farmakolojik tedavilerin tek başına yeterli olmadığını düşündürmektedir. Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA), intihar konusunda antidepresan kullanımına dikkat edilmesi gerektiği ve doz değişiminde intihar riskinin artabileceği ile ilgili uyarıda bulunmuştur. Özellikle ergen ve çocuklarda SSRI kullanımının intihar riskini arttırabileceğini belirtmektedir (FDA, 2018). Ayrıca, intihar riskini azaltmak için kullanılan ilaçların, intihar için araç olduğu da görülebilmektedir. Tedavi amacıyla verilen ilaçların fazla

dozda alımı ile intiharın gerçekleştirildiği belirtilmiştir (Cimilli, 2003; Hirschfeld ve Davidson, 1988). Farmakolojik tedavilerin yararlı olduğunu gösteren araştırmalar ve ilaç sektörlerinden sunulan çeşitli ilaçlara rağmen, intihar ve intihar davranışları birçok ülkede artarak devam etmektedir. Bu durum farmakolojik tedavilerin yeterliliği konusunda tartışmalara yol açmaktadır.

#### 1.4.2. Psikolojik Tedaviler

İntihar, çok çeşitli psikiyatrik tanılar ve psikolojik problemlerle ilişkilidir. Farklı terapi türleri de intihar olgusuna farklı yönleriyle yaklaşmaktadır. Tüm tedavilerde ortak nokta herhangi bir intihara eğilimli hastada, tedavinin başlangıcında kapsamlı bir intihar riski değerlendirmesi yapılması ve intihar riskinin sürekli izlenmesidir. Terapistler, hastaların intihar düşüncesi, niyeti ve planı ile ilgili değerlendirmeleri yapmaktadır (Eskin, 2012; Henriques vd., 2005; Wenzel ve Jager-Hyman, 2012).

İntihar davranışının temel özelliklerinden biri de yineleyici olabilmesidir. Bazı araştırmalar, hastaların hayatlarının en kötü zamanlarında intihar düşüncesinin, mevcut intihar düşüncesine göre intihar davranışı için daha yordayıcı olduğunu göstermektedir (Beck vd., 1999). Bu nedenle, terapistler, hastayı tedaviye götüren mevcut intihar krizine ek olarak önceki intihar krizlerinin özelliklerini de araştırmaktadır. Psikolojik otopsi araştırmalarında, intihar sonucu ölenlerin yaklaşık %44'ünün önceden intihar girişiminde bulunduğu görülmektedir (Ovenstone ve Kreitman 1974, Clark ve Horton-Deutsch 1992; Moris 1992; Isometsa ve Lönnqvist, 1998). İntihar riski değerlendirmesi temelinde, terapistler, intihara meyilli bir krizle başa çıkmak için hiyerarşik olarak düzenlenmiş yazılı bir araç listesi olan bir güvenlik planı geliştirmek için hastalarıyla birlikte çalışırlar (Stanley ve Brown, 2011). Güvenlik planı, intihara teşebbüs etmeyeceklerini hatırlamaya yönelik hastalara danışmaları için yol gösterici olarak hazırlanmaktadır. Ülkemizde uyarlamasını ise Eskin (2012) tarafından İntihar Reddi Sözleşmesi şeklinde hazırlanmıştır.

İntiharın süregelen halk sağlığı açısından önemine rağmen, intihar davranışını önlemek için etkili tedavilerin geliştirilmesine ancak son zamanlarda dikkat edilmeye başlanmıştır. Geleneksel olarak, uzun yıllar intihar eğiliminin tedavisi hastanın depresyonuna yönelik olmaktadır (Ellis, Allen, Woodson, Frueh ve Jobes, 2009; Linehan, 2000). Ancak, son yıllarda bu yaklaşımın sınırlı olduğu görülmektedir. Geleneksel yaklaşım, tüm intihara meyilli hastaların depresyonda olduğunu varsayar fakat her zaman depresyon tanısı

konulmaz. İntihar davranışına yol açan veya bu davranış sırasında ortaya çıkan psikolojik mekanizmalar göz ardı edilmektedir. Gelecekteki intihar davranışı için diğer değiştirilebilir risk faktörleri ele alınmamaktadır. Hastalar gelecekteki intihar krizlerinde kullanabilecekleri stratejiler geliştirememektedir. 1990'ların sonlarından başlayarak, belirtilen eksikliklere odaklanan bilişsel tedavi yaklaşımları öncelikle intihar girişiminde bulunanlara, sonrasında ise müdahale gerektiren, akut intihar düşüncesi olan hastalara uygulamaya başlanmıştır (Berk vd., 2004; Henriques, Beck ve Brown, 2003; Wenzel, Brown ve Beck, 2009).

Güncel müdahalelerden birinde, Wenzel ve Jager-Hyman (2012) intihar düşüncesi olan ve intihar girişiminde bulunmuş hastalara yönelik bilişsel terapi temelli bir müdahale çalışması yapmıştır. Bu çalışmada, tedavi protokolünün temel özelliği, intihar davranışının birincil olarak görülmesidir. Bir psikiyatrik bozukluğun belirtisi olmaktan çok intiharın kendisi bir sorun olarak ele alınmaktadır. Böylelikle çok çeşitli psikiyatrik bozukluğu olan hastalara da bu müdahale uygulanabilmektedir. Diğer problemler için bilişsel terapi protokollerine benzer şekilde, şimdi ve burada problem çözmeye vurgu, hasta ve terapist arasındaki işbirliği ve yapılandırılmış bir seans yapısı gibi diğer birçok özelliği paylaştan kısa bir müdahale (yani yaklaşık 10 seans) olacak şekilde tasarlanmıştır. Ayrıca, işlevsel olmayan bilişleri ve uyumsuz davranış kalıplarını hedefler ve bu durumda intihar davranışını besleyen belirli bilişler ve davranışlar tedavinin odak noktasını oluşturmaktadır.

İntihar araştırmalarında, motivasyonel görüşme tekniğinin de önemli olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Aharonovich vd., 2008; Britton, Williams ve Conner, 2008; Hettema, Steele ve Miller, 2005). Araştırmalar, tedaviye yönelik olumsuz tutumların intihar davranışı sergileyen danışanlarda daha kötü tedavi sonuçlarıyla ilişkili olduğunu gösterdiğinden, tedavinin erken evresinde klinisyenler tedaviye yönelik olumsuz tutumları belirlemek ve değerlendirmek için bilişsel stratejiler kullanmaktadır (Wenzel vd., 2008). Motivasyonel Görüşmenin (Miller ve Rollnick, 2002), diğer tedavileri tamamlamak için kullanıldığında tedavi katılımını artırdığı ve tedavi sonuçlarını iyileştirdiği gösterilmiştir (Hettema, Steele ve Miller, 2005). Harris ve Barraclough (1997) akut psikiyatri hastalarındaki intihar davranışları için motivasyonel görüşmenin kullanılabileceğini belirtmektedir. Özellikle tedaviye uyum sağlamakta zorlanan ve intihar düşüncelerini değiştirmeye yönelik müdahalelere olumsuz yaklaşan hastalarda motivasyonel görüşme tedaviye uyumu arttırabilmektedir (Britton vd., 2011).

Psikodinamik psikoterapi ile intihar ele alınırken empatik bir terapistle etkileşimli

diyalog yoluyla ortaya çıkan düşüncelerin, korkuların ve fantezilerin açık uçlu keşfi için terapötik bir alan yaratılarak hastanın iç deneyimine odaklanılmaktadır. Boston İntihar Çalışma Grubu'ndan (The Boston Suicide Study Group) Schechter ve arkadaşları (2019) intihara meyilli hastalarla yaptığı kapsamlı klinik çalışmasına dayanarak intihara meyilli hastalarla psikoterapiye bütüncül bir psikodinamik yaklaşım geliştirmiştir. Temelde psikodinamiktir ve terapötik ittifaka, bilinçsiz ve örtük ilişkisel süreçlere ve uzun vadeli keşif tedavisindeki değişimi kolaylaştırmak için terapötik ilişkinin gücüne vurgu yapar. Aynı zamanda bütünleştiricidir. Diyalektik Davranışçı Terapi (DBT), Zihinselleştirme Temelli Tedavi (MBT), Bilişsel-Davranışçı Terapi (BDT), ayrıca gelişimsel ve sosyal psikoloji araştırmalarında açıklanan fikir ve tekniklerden kapsamlı bir şekilde yararlanır. Bu bütünleştirici psikodinamik tedavinin on temel yönü vardır: krizdeki hastaya yaklaşım; umut aşılama; hastanın içsel duygusal deneyimine odaklanma; bilinçli ve bilinçsiz inanç ve fantezilere dikkat; etki toleransının iyileştirilmesi; anlatı kimliğinin geliştirilmesi ve ilişkisel senaryoların değiştirilmesi; hastanın gelişim sürecinde engellenen gerçek kapasitelerinin ortaya çıkmasının kolaylaştırılması; süreklilik ve tutarlılık duygusunu geliştirmek; terapötik ittifaka dikkat edilmesi; ve karşı aktarıma dikkat edilmesi. Bu tedavi unsurları örtüşmektedir ve sıralı olmaları amaçlanmamıştır. Aslında, terapist ve hasta, tedavi sırasında zaman zaman birden fazla alanda akıcı ve eşzamanlı olarak çalışabilmektedir.

Diyalektik Davranış Terapisi (DDT) ilk olarak Linehan (1993) tarafından intihar tedavisinde kullanılmaya başlanmış kanıta dayalı bir terapi yaklaşımıdır. DDT ilk olarak borderline kişilik bozukluğu tedavisinde görülmektedir. Bu kişilik bozukluğundaki bilişsel, duygusal, davranışsal ve kişilerarası ilişkileri düzenleme güçlükleri benzer şekilde intihar davranışları gösteren kişilerde de görülmektedir. Duygu düzenleme sorunları sıklıkla görülmekte olup, bireylerin işlevsel olmayan ve kendine zarar veren davranışlarla (tekrarlı intihar düşüncesi, kendine zarar verme davranışları, riskli davranışlar, yeme sorunları ve madde kullanımı gibi) duygudurumlarını düzenlemeye çalışmaktadırlar. DDT ise sağlıklı bir şekilde duygu düzenlemeyi sağlamaya, zararlı davranışları engelleyip danışanlara daha etkili başa çıkma stratejileri öğretmeye, sık görülen kendini düzenleme sorunlarını çözmeye odaklanmaktadır (Linehan, 1993).

DDT'de değiştirilmesi planlanan davranışlar dört ana aşamada toplanmaktadır. Bunlar; yaşamı tehdit eden davranışları azaltmak, terapiyi engelleyen davranışları azaltmak, yaşam kalitesini engelleyen davranışları azaltmak, davranış becerilerini arttırmak,

şeklindedir. DDT ile intihar riskini azaltmaya yönelik alan yazındaki çalışmalar bu yaklaşımın etkili olduğunu göstermektedir (DeCou, Comtois ve Landes, 2018; Goodman vd., 2016; Linehan vd., 2006; Linehan vd., 2015; McCauley vd., 2018).

Linehan ve arkadaşları (2015), 2004 - 2010 tarihleri arasında 1 yıllık tedavi ve 1 yıllık takibi içeren son 5 yılda 2 kez intihar girişimi veya kendine zarar verme davranışı olan 99 Borderline Kişilik Bozukluğu tanısı almış kadın hasta ile randomize kontrollü bir klinik çalışma gerçekleştirmiştir. Çalışma sonucunda, intihar risk değerlendirmesi ve yönetimi protokolü konusunda DDT müdahaleleri, intihar girişimlerini ve kendine zarar verme ataklarını azaltmada etkili bulunmuştur. DDT beceri eğitimini de içeren müdahaleler, beceri eğitimi olmayan DDT'den daha etkili olduğu saptanmıştır. Yine de beceri eğitimi içeren veya içermeyen DDT'nin tüm tedavi koşulları intihar girişimlerinin sıklığı ve şiddeti, intihar düşüncesi, intihara bağlı krize müdahalelerin kullanımında benzer iyileşmeler sağlamıştır.

McCauley ve arkadaşları (2018) yüksek riskli gençler arasında intihar girişimlerini, intihara meyilli olmayan kendine zarar vermeyi ve genel kendine zarar vermeyi azaltmak için DDT etkililiğini, bireysel ve grup destekleyici terapi (IGST; individual and group supportive therapy) ile karşılaştırmalı olarak incelemişlerdir. İntihar girişimi olan 12 ila 18 yaş arası (kendine zarar verme, intihar düşüncesi veya duygusal düzensizliği olan) toplam 173 katılımcı ile çalışılmıştır. Bulgulara bakıldığında, kendine zarar verme eğilimi yüksek ergenlerde kendine zarar verme ve intihar girişimlerini azaltmada DBT'nin etkililiği desteklemektedir.

Alanyazında, intiharı önlemeye yönelik geliştirilen diğer bir yaklaşım ise Ses Terapisidir (voice therapy). Firestone ve Firestone (1998) insanların kendilerine karşı deneyimledikleri olumsuz düşüncelere erişerek, muhtemelen girebilecekleri kendine zarar verici davranışların yordanabileceğini belirtmektedir. Firestone (1988) ses terapisi olarak adlandırdığı bir tedavi tekniği geliştirmiştir. Teknik, bireylerin içindeki düşmanı tanımlamalarına, kaynaklarını anlamalarına, bugünkü yaşamları üzerindeki etkisini fark etmelerine ve bunun yerine kendi isteklerine göre hareket etmeyi ve kendine dikte edilenlere direnmeyi öğrenmelerine yardım etmeyi hedeflemektedir.

Ses Terapisinde intihar ve kendine zarar verici davranışın altında yatan üç önermeden bahsedilmektedir (Firestone, 1986). İlk önermede, herkesin içinde bir bölünme olduğunu belirtmektedir. Bireylerin içinde bir yandan isteklerini, arzularını gerçekleştirdiği, amaca yönelik iyi ben varken diğer yandan kendini eleştiren, kendi kendini yok eden ve en uç

noktasında intihara meyilli bir kötü ben bulunmaktadır. Firestone'un yaklaşımının ikinci önermesi, kendine zarar veren düşüncelerin hafif öz-eleştirel düşüncelerden aşırı kendinden nefret düşüncelerine ve nihayet aktif olarak intihar düşüncelerine kadar bir süreklilikte var olduğunu göstermektedir. "Hiçbir şey yapamazsın. Beceremezsin." şeklindeki kendine zarar veren düşünceler duygusal acıya, huzursuzluğa ve çaresizce kaçmaya yol açarak intihar sürecini hızlandırmaktadır. Yaklaşımının üçüncü önermesi ise, bireyin içindeki bu olumsuz sesler tarafından yürütülen, kendine zarar verici davranışların bir sürekliliği yani tekrarlarının olduğunu öne sürmektedir. Ses terapisinde tedavi süreci 3 basamaktan oluşmaktadır. İlki, olumsuz düşünce kalıplarını ortaya çıkarma ve tanımlama sürecidir. İkincisi, sesi sözle ifade etmeye yönelik içgörüler ve tepkileri tartışmaktır. Üçüncüsü ise, işbirliğine dayalı planlama ve uygun düzeltici deneyimlerin uygulanması yoluyla ses tarafından düzenlenen kendine zarar verici davranışları değiştirmektir.

İntiharda grup psikoterapisi, problem çözme için önemli bir yöntem sağlamaktadır (Nezu, Nezu ve D'Zurilla, 2012). Tek bir tedavi yöntemi olarak veya bireysel psikoterapi gibi diğer tedavi yöntemleriyle birlikte kullanılmaktadır. Grup, bir kişiye, içinde yaşadığımız nesnel sosyal dünya içinde “bağlam içinde kendi öznel görüşünü yerleştirme” fırsatı sunmaktadır (Carroll, Bates ve Johnson, 1997). Gruplar, bireysel psikoterapide olduğundan daha fazla rol esnekliğine izin verebilir, kişisel güçlenmeyi mümkün kılmak için karşılıklı desteği teşvik edebilir, doğal bir ortamda yaşamdaki anlamın kişisel keşfine ve bunu diğerlerine göstermeye fırsat tanıyabilir (Van der Kolk, 1987). Ek olarak, gruplar kendini ifşa etme, beceri geliştirme ve problem çözme için güvenli bir sosyal atmosfer sağlayabilmektedir (Campbell, 1989).

### **1.5. Sorun Çözme Becerileri ve İntihar**

Bireylerin sorun çözme becerilerindeki yetersizliğin intihar düşüncesi ve davranışları ile arasında güçlü bir ilişki olduğu ve yordayıcısı olabileceği görülmektedir. Problem çözme becerilerindeki yetersizlik, intihar davranışları için önemli bir değişken olarak ortaya çıkmaktadır (Pollock ve Williams, 1998; Cohen-Sandler, Berman ve King, 1982; Eskin; 2009; 2013; McLeavy vd., 1987). Yeterli ve iyi düzeyde başa çıkma becerileri ve problem çözme davranışlarının bireyleri intihara karşı koruyabileceği şeklinde yorumlanabilmektedir (Beautrais; 2000). Koruyucu ruh sağlığı hizmetleri kapsamında intihar davranışlarının ele alındığı bir çalışmada kişilerin aslında sorunları ile baş edebilmek için yardım aradıkları, fakat yardımı bulamadıklarında ve sorunu çözemediklerinde intihar girişimi ile sorunu çözmeye

çalıştıkları bulunmuştur (Eskin, 2009; Özgüven ve Sayıl, 2003).

Alan yazında intihar ve sorun çözme becerileri arasındaki ilişkiye değinen birçok çalışma bulunmaktadır. İntihar girişiminde bulunan bireylerin problem çözme becerilerinin yetersiz kaldığı görülmektedir (Clum, Patsiokas ve Luscomb, 1979; Elevli, 2012; Ertemir ve Ertemir, 2003; Eskin, Ertekin, Demir, 2008; Joiner vd., 2001; Korkut, 2002; Schotte ve Clum, 1982; Öncü ve Sakarya, 2013; Wodarski ve Harris, 1987). Clum ve arkadaşlarının (1979) üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada, stresli, bilişsel katılığa sahip ve problem çözme becerilerinde yetersiz olan bireylerin intihar girişiminde bulunma olasılıklarının arttığı bildirilmiştir. Ertemir ve Ertemir (2003), gençlerin problemlerle uygun bir şekilde baş edemediklerinde ve problemlere çözüm üretmede yetersiz kaldıklarında intiharı çözüm yolu olarak gördüklerinden bahsetmektedir. Dayanılmaz olarak algılanan problemler, zorlu yaşam koşulları karşısında bireyler intiharı çözüm yolu olarak görmekte ve bu da intihar riskini arttırabilmektedir (Can ve Sayıl, 2004). Dixon, Heppner ve Anderson (1991), üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları bir çalışmada, problem çözme becerilerinin düşük olduğunu belirten öğrencilerin, bu değerlendirmeleri ile intihar düşüncelerinin sıklığı arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Eskin (2012), etkili problem çözme becerilerine sahip olanlar ve çeşitli çözüm seçeneği üretebilen kişilerin zorlu yaşam koşullarına direnebildiği ve olumsuz durumlarla başa çıkabildiği, böylece intihar riskinin azalabildiğinden bahsetmektedir. Marton ve arkadaşlarının (1993) yaptığı bir çalışmada, intihar düşüncesi olan grupla, depresyonu olup intihar düşüncesi olmayan bir grup karşılaştırılmış, intihar düşüncesi olan grubun kişilerarası ilişki sorunlarında daha az çözüm yolu ve daha etkisiz çözüm yolu ürettikleri bulunmuştur. Diğer bir çalışmada, psikiyatri hastalarında sorun çözme beceri düzeyleri ve travmatik yaşam olaylarının intihar davranışı ile olan ilişkisi incelenmiş ve intihar girişimini yordama da sorun çözme becerisinin, travmatik yaşam olaylarından daha etkili olduğu bulunmuştur (Eskin vd., 2006).

Sorun çözme becerisi ile ilişkili başka bir değişken ise bilişsel esnekliktir (Altunkol, 2011; Bilgin, 2009; Dennis ve Vander Wal, 2010; Eskin, 2012; Kloo vd., 2010; Korkut, 2007; Kulaksızoğlu, 2009). Bilişsel esneklik, yürütme işlevinin bir yönüdür ve bir bireyin birden fazla fikri dikkate almasına, bilişsel kümeleri esnek bir şekilde değiştirmesine ve çevresel beklenmedik durumlar değiştiğinde alışılmış tepki verme modelleri yetersiz kaldığında yenilerini üretmesine imkan veren bir özellik veya genel bilişsel beceridir (Rende, 2000;

Scott, 1962). Kişisel başa çıkma kaynakları arasında bilişsel esneklik önemli bir yer almaktadır (Folkman ve Lazarus, 1986). Problem çözme becerileri düşük bireylerin önemli bir özelliği etkili sorun çözme için gereken esneklikten yoksun olmalarıdır. Bilişsel esnekliğin olmadığı durumlarda kişiler başkalarının bakış açısından bakamamakta ve kendi düşüncelerinde ısrarcı olmaktadır (Eskin, 2013). Bu durumda kişi işlevsel olmayan olumsuz düşüncelere sahip olduğunda onları değiştirmesi ve işlevsel hale getirmesi oldukça zorlaşmaktadır.

Bu bağlamda sorun durumla karşılaşıldığında, çözüm için olabildiğince alternatifin üretilmesi için bilişsel esneklik önemli bir faktördür (Jonassen ve Grabowski, 1993). Bilişsel esnekliği zayıf bireylerde yetersiz sorunlarını çözme becerileri görülmekte olup intihar riskini arttırabilmektedir (Eskin, 2012; Eskin, Akoğlu ve Uygur, 2006; Fidan, Ceyhun ve Kırpınar, 2009; Holen vd., 2012; Spirito vd., 1996). Bireyin olumsuz bir düşüncenin farkına varabilmesi, bu düşünceyle çelişen kanıtlar üretebilmesi ve sonrasında durumu yorumlamanın daha olumlu veya yardımcı bir yolunu üretebilmesi yani yeni ve işlevsel bir düşünceyi benimseyebilmesi için bilişsel esnekliğe ihtiyacı vardır (Beck, 1976, Beck vd, 1979). Bilişsel esneklik arttıkça yaşamdaki sorunlara daha akılcı çözümler üretilip, dayanıklılığı arttırıp ruhsal iyi oluşu sağlamak mümkün olabilmektedir (Altunkol, 2011; Asıcı ve İkiz, 2015; Eskin, 2012; Korkut, 2007; Kulaksızoğlu, 2009).

Schotte ve Clum (1987) bilişsel esnekliği zayıf kişilerin stresli durumla karşılaştıklarında problem çözmede zorlandıklarını ve umutsuzluk düzeylerinin arttığını, bu durumun ise intihar için belirleyici bir faktör olduğunu bildirmiştir. Yani sorun çözme becerilerinin düşük olması ile bilişsel esnekliğin yetersiz olduğu düşünülmektedir. Dopkins ve arkadaşları (1990) ise intihar eğilimi olan bireylerin ortak özelliklerini araştırdıkları bir çalışmada yetersiz sorun çözme becerilerinin olduğu, esnek olmayan düşünce biçimine sahip olduğunu, umutsuz oldukları şeklinde benzer özelliklerinin olduğundan bahsetmektedir. Bireylerin intihar girişimlerini bir problem çözme yöntemi olarak görebildikleri düşünüldüğünde, alternatif üretebilmek, soruna farklı bir bakış açısından bakabilmek, düşüncelerde ısrarcı olmak yerine esnek olmak gibi faktörler ile intihar riskini azaltabilmek mümkün olabilmektedir.

İntiharı anlamak ve önlemek adına alan yazında farklı çalışmalar ve müdahaleler bulunmakla birlikte özellikle kişilerin etkisiz sorun çözme becerilerine yönelik olarak, Sorun Çözme Terapisi bu alanda kullanılan müdahale tekniklerinden birini oluşturmaktadır

(D’Zurilla ve Nezu, 2010; Eskin, 2007; Nezu 2004). Sorun Çözme Terapisi (SÇT), problem çözme ve psikolojik sorunların sağaltımı üzerine odaklanan yapılandırılmış, kısa ve görgül olarak desteklenmiş bir psikoterapi yaklaşımıdır (D’Zurilla ve Nezu, 2010; Eskin, 2009). SÇT ile kişilere çeşitli beceriler öğretilerek sorunun doğasına ya da soruna gösterilen sıkıntılı tepkilere müdahale edilmeye çalışılmaktadır. Böylece, bireylerin karşılaştıkları sorunlarla daha etkili başa çıkabilmelerine yardım edilmektedir (D’Zurilla ve Nezu, 2010). SÇT’nin farklı psikolojik ve tıbbi bozuklukların oldukça çeşitli alanlarında etkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (D’Zurilla, 1986; D’Zurilla ve Nezu, 1999; Nezu, D’Zurilla ve Nezu, 2005; Nezu, Nezu, ve D’Zurilla, 2007; Nezu, Nezu, Friedman, Faddis ve Houts, 1998; Nezu, Nezu ve Perri, 1989). Ayrıca, intihar riskini azaltmada en etkili tedavi yöntemlerinden biri olarak görülmektedir (Eskin, 2012).

### **1.6. Sorun Çözme Terapisi**

D’Zurilla ve Goldfried, 1971 yılında gerçek yaşamdaki problem çözme (Daha sonra sosyal problem çözme şeklinde adlandırılmıştır.) ile ilgili teori ve araştırmanın kapsamlı bir incelemesini yayınlamıştır (Nezu ve D’Zurilla, 1989). Bu inceleme, yaratıcılık, anormal davranış, deneysel psikoloji, eğitim ve endüstri de dahil olmak üzere çok çeşitli ilgili akademik ve profesyonel alanları kapsamaktadır. Bu incelemeye dayanarak, davranış odaklı psikologlar, birbiriyle ilişkili olsa da iki farklı bileşenden oluşan yapılandırılmış bir problem çözme modeli geliştirmiştir: (a) genel yönelim (daha sonra sorun yönelimi şeklinde adlandırılmıştır) ve (b) problem çözme becerileri. Genel yönelim, öncelikli olarak motivasyonel bir işleve hizmet eden bir üst bilişsel süreç olarak tanımlanmıştır. Yani, kişinin genel yönelimi ne kadar olumluysa, yaşamdaki zor bir sorunu çözme veya çözme olasılığı o kadar artmaktadır. Bu süreç, bir kişinin kendi problem çözme becerileri (örneğin, meydan okuma değerlendirmeleri, öz-yeterlik inançları veya olumlu sonuç beklentileri) kadar genel farkındalığını ve yaşamdaki sorunlara ilişkin değerlendirmelerini ve nispeten kalıcı bir dizi bilişsel-duygusal şemayı içeriyor şeklinde tanımlanmaktadır (Nezu, Nezu ve D’Zurilla, 2012).

D’Zurilla’nın öğrencisi olan Art Nezu, özellikle bu yaklaşımın klinik uygulamalarıyla ilgilenmeye başlamıştır. İlk çabaları, sosyal sorunları daha iyi tanımlamak için alternatifler üretmek ve bu tür sorunlarla ilgili etkili kararlar almak için bireyleri eğitmenin olumlu faydalarını da içeren SÇT modelinin teorik ilkelerini doğrulama çalışmalarını içermektedir. Etkili problem çözme ile başa çıkmanın stres tamponlama özelliklerine ilişkin araştırmalara dayanarak SÇT’nin çok çeşitli problemler ve popülasyonlarda geniş tabanlı

uygulanabilirliğini destekleyen kavramsal bir çerçeve sağlamıştır (Nezu, Nezu ve D’Zurilla, 2012).

Daha iyi bir problem çözme becerisine sahip olmanın bir başka önemli nedeni stresin üstesinden gelebilmektir. Hayattaki sorunlar strese neden olabilmektedir. Stres, herkesin hayatının bir parçasıdır. Normal ve günlük bir olaydır. Bazen stres, bir beceri geliştirirken, işte iyi bir iş başarırken veya kişisel bir hedefe ulaşmak için çabalamaya yardım ettiğinde iyi bir durumdur. Ancak stres çok arttığında zararlı hale gelebilmektedir. Çok fazla stres hem tıbbi (hipertansiyon, şeker hastalığı, kalp hastalığı) hem de duygusal (gerginlik, üzüntü, öfke) sorunlara yol açabilmektedir. Olumlu veya olumsuz herhangi bir büyük değişiklik stresli olma potansiyeline sahiptir. Evlenmek, terfi almak, emekli olmak veya yeni bir çocuk sahibi olmak gibi olumlu olaylar bile stresli olabilmektedir. Kişinin olumlu veya olumsuz sonuçlar yaratan duruma nasıl tepki vereceği, olayın kendisinden daha önemlidir. Örneğin, yeni doğmuş bir bebeğin sürekli ağlaması hakkında nasıl düşüncelerin olduğu ve hissedilen (bu büyük bir yük olarak veya “yaşam mucizesinin” bir ifadesi olarak görülebilir) muhtemel duygusal tepkileri belirleyebilmektedir. Bu açıdan bakıldığında sorunları çözülebilir görmek, onlara olumlu yönelim sergilemek ve alternatif çözümler bulabilmek önemli birer etken olarak görülmektedir (Nezu ve Nezu, 2019).

SÇT, genellikle bilişsel-davranışçı kuramın şemsiyesi altında olduğu düşünülen, kişinin hem küçük (örneğin, günlük problemler) hem de büyük (örneğin, travmatik olaylar) sorunları ile etkili bir şekilde başa çıkma yeteneğini geliştirmeye yönelik bir psikososyal müdahaledir. SÇT'nin başlıca tedavi hedefleri arasında, adaptif bir dünya görüşünün benimsenmesi veya yaşamdaki sorunlara yönelik (örneğin, iyimserlik, olumlu öz-yeterlik, sorunların yaşamda yaygın olaylar olduğunun kabulü) ve belirli problem çözme davranışlarının etkili bir şekilde uygulanması (örneğin, duygu düzenleme ve yönetimi, planlı problem çözme) bulunmaktadır (Eskin, 2013). SÇT hem bir psikoterapi sistemi hem de kısa, beceri yönelimli bir eğitim programı (örneğin, problem çözme becerileri eğitimi) olarak kavramsallaştırılmış ve uygulanmıştır (Nezu ve Nezu, 2009).

1980'lerde, Nezu ve arkadaşları araştırma faaliyetlerini problem çözme ve klinik depresyon arasındaki ilişkiye odaklamıştır (Nezu, Nezu ve Perri, 1989). Nezu'nun majör depresif bozuklukta SÇT'nin etkinliğini değerlendiği sonuç çalışmaları, daha sonra alanyazındaki meta-analizler tarafından desteklenmiş ve SÇT depresyon için etkili kanıta dayalı bir psikososyal tedavi alternatifi olarak görülmeye başlanmıştır (Bell ve D’Zurilla,

2009; Cuijpers, van Straten ve Warmerdam, 2007).

Birçok araştırmacı ve klinisyen, bu modeli çok çeşitli psikolojik sorunları ve hasta popülasyonunu tedavi etmek için uyarlamıştır. Önemli örnekler arasında geriatrik depresyon (Areán vd., 1993; Areán vd., 2010); birinci basamak hastaları (Barrett vd, 2001; Mynors-Wallis vd., 2000); bakım gerektiren çeşitli tıbbi hastalıkları (örn. travmatik beyin hasarı) olan yetişkinler (Rivera vd., 2008; Wade vd., 2011; Bucher vd., 2001); kanser (Allen vd., 2002; Nezu vd., 2003) ve diyabet (Hill-Briggs ve Gemmell, 2007; Glasgow vd., 2004) dahil olmak üzere çeşitli kronik hastalıklardan muzdarip yetişkinler; depresif yetişkinler (Ell vd., 2010; Ell vd., 2008); zeka geriliği olan kişiler (Nezu, Nezu ve Areán, 1991); kişilik bozukluğu olan yetişkinler (Huband vd., 2007; McMurran, Nezu ve Nezu, 2008); yaygın anksiyete bozukluğu (Dugas vd., 2003; Provencher, Dugas ve Ladouceur, 2004) bulunmaktadır. Bu tür uyarlamaların birincil temeli, hedeflenen sorunun gerçek hayatta etkisiz problem çözme ile önemli ölçüde ilişkili olduğu hipotezini içermektedir (Nezu ve Nezu, 2010; Nezu, Wilkins ve Nezu, 2004). Başka bir deyişle, etkisiz sorun çözme, çok çeşitli psikolojik bozukluklar ve problemlerle ilgili bir savunmasızlık veya sürdürücü faktörü olarak hizmet edebilmektedir.

Problem çözme becerileri, bir kişinin gerçek hayat problemlerine etkili çözümler veya başa çıkma yolları keşfetmeye veya geliştirmeye çalıştığı bilişsel-davranışsal faaliyetler kümesine atıfta bulunur. Bu ilk modele göre, dört problem çözme becerisi tanımlanmıştır (Nezu, Nezu ve D'Zurilla, 2012):

- (a) Problem tanımlama ve formülasyon,
- (b) Alternatifler oluşturma,
- (c) Karar verme
- (d) Çözüm uygulama ve değerlendirme.

Bu modelin bileşenlerini açıklamaya ek olarak, D'Zurilla ve Goldfried (1971) stresli sorunlarla etkili bir şekilde baş etme becerilerindeki eksikliklerin üstesinden gelmelerine yardımcı olmaya yönelik bireyleri bu beceriler konusunda eğitmek için ön yönergeler ve prosedürler sunmaktadır. İntihar sonucu ölen gençlerle yapılan psikolojik otopsi çalışmalarında, vakaların çoğunda, intihar girişiminden önce tanımlanabilir stresli bir yaşam olayının olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Rich vd., 1991; Marttunen ve Lonnqvist, 1993).

Sosyal Sorun çözme terapisinde, motivasyonel unsur olumlu soruna yönelim becerileriyle gerçekleştirilmektedir (D’Zurilla ve Nezu 1982). Bu süreç, bir kişinin genel farkındalığını, yaşamdaki sorunlara ilişkin değerlendirmelerini, kendi problem çözme becerilerini, öz-yeterlik inançlarını içermektedir (Rodr   guez-Fornells ve Maydeu-Olivares 2000). Sorun yönelimi olumlu ve olumsuz olmak üzere iki farklı boyutu bulunmaktadır. Olumlu sorun yönelimi, kişilerin sorunlar karşısında yapıcı bir tutumu içinde olmalarını ifade etmekte olup, günlük yaşamda karşılaştığı sorunlara daha etkili ve uyum sağlayıcı başetme tepkileri verebilmekte, stres durumlarla daha olumlu başa çıkabilmektedir (Eskin 2009). Olumlu sorun yönelimine sahip kişilerin sergilediği  zellikler (D’Zurilla vd., 2004; Nezu, 2004; Eskin, 2009) şu şekildedir;

- 27

*7. Sorunların başarılı şekilde çözülebilmesi için zaman ve çaba gerektiğini bilirler.*

*8. Sorunları çözme konusunda kararlıdırlar.*

Olumlu sorun yönelimi, kişinin sorunu çözmedeki motivasyonun gelişmesine katkı sağlarken, olumsuz sorun yönelimi kişinin sorunla karşılaştığı andan itibaren sürecin tamamında kişinin sağlıklı ilerleyişini çelmeleyen bir özelliğe sahiptir. Bunun yanında sorun çözme sürecinde önemli rol oynadığı düşünülen bu özelliklerin, sorun çözme becerilerini etkili bir şekilde ortaya koyabilme üzerinde de önemli bir role sahip olduğu düşünülebilir. Süreç boyunca kişiden beklenen etkili sorun çözme becerileri kişinin varolan bu genel tutumu ile desteklenmektedir. Eğer kişi olumlu sorun yönelimine sahipse akılcı yollar geliştirmesi, olumsuz sorun yönelimine sahipse kaçınan veya dürtüsel/dikkatsiz davranması ile ilişkili olabilmektedir (Eskin 2009). Olumsuz sorun yönelimine sahip kişilerin sergilediği özellikler (D’Zurilla vd., 2004, Nezu 2004, Eskin 2009) ise şu şekilde belirtilmektedir;

*1. Sorunlar ortaya çıktığında, onları göremez ya da görmemezlikten gelirler.*

*2. Sorunların nedenlerini yanlış olarak ya kendilerine ya da başkalarına atfederler.*

*3. Sorunları bir tehdit olarak algırlar.*

*4. Sorunların çözümünün çok zor olduğuna inanırlar.*

*5. Sorunları çözebilmek için yetenek ve becerileri hakkında şüpheleri vardır.*

*6. Sorunlar ortaya çıktığında kendilerini kolayca hüsrana uğramış ve tedirgin hissederler.*

Bireylerin bir problemle karşılaştıklarında ne tür tutum ve davranışlar sergiledikleri ve problem çözme çabaları nasıl bir sonuç elde edecekleri bakımından önemlidir. Sosyal problem çözme modeli, insanların problemleri ele alırken üç problem çözme stilini kullandıklarını varsaymaktadır (D’Zurilla vd., 2004):

- Kaçınan sorun çözme tarzı
- Dürtüsel-dikkatsiz sorun çözme tarzı
- Akılcı sorun çözme tarzı.

Problem çözme stilleri, bireylerin problem durumlarla karşı karşıya kaldıklarındaki davranışsal özelliklerinden oluşmaktadır. Sorun Çözme Terapisinin ana amacı da bireylerin sorun çözme stillerini anlamak, işlevsiz sorun çözme stillerini azaltmak ve akılcı sorun çözme tarzını arttırmaktır (D’Zurilla vd., 2004).

Kaçınan sorun çözme tarzı, işlevsel olmayan bir tarzdır. Bazı insanlar sorunlu durumlarla karşılaştıklarında hiçbir şey yapmamaktadır. Bir sorun yokmuş gibi davranmakta veya problem durumla ilgilenmemektedir. Bu tür insanlar pasif, bağımlı ve erteleyici davranışlar sergilemektedir. Durumla yüzleşmek ve durumun gerektirdiğini yapmak yerine, görmezden gelmeyi tercih etmektedirler (D’Zurilla vd., 2004). Bu tür insanlar sorumluluk almaktan kaçınmaktadır. Genellikle sorunların kendi kendilerine çözülmesini beklemektedirler (Eskin, 2013).

Dürtüsel-dikkatsiz sorun çözme tarzı da işlevsel olmayan bir tarzdır. Aktif bir tarz olmasına rağmen, bu tür sorun çözmenin doğası gereği dürtüsel, dikkatsiz ve aceleci olduğu belirtilmiştir. Bu tür insanlar yalnızca birkaç problem çözme tekniğinin farkında olup alternatifleri ve çözümleri sistematik olmayan bir şekilde gerçekleştirmektedir (D’Zurilla vd., 2004). Sorunları çok az veri ile çözmeye çalışmaktadırlar. Dürtüsel-dikkatsiz problem çözme tarzı, yeni problemlerin gelişmesine yol açma riski taşımaktadır. Başka bir deyişle, sorunlar bu şekilde ele alındığında, çözümlerin kendisi daha fazla sorun haline gelebilmektedir (Eskin, 2013).

Dürtüsel-dikkatsiz ve kaçınmacı sorun çözme stillerini kullanan bireylerin ulaşmaya çalıştıkları hedeflere varamadıkları belirtilmektedir (Nezu, Nezu ve D’Zurilla, 2012; D’Zurilla vd., 2004; Eskin, 2013). Her iki stil de sorun çözmenin etkisiz yollarıdır. Akılcı sorun çözme stilini kullanan kişiler, sorun çözme adımlarını doğru bir şekilde analiz etme ve çözüme götürecek stratejiyi tasarlama, uygulama ve doğrulama becerisine sahip olmaktadır. Diğer iki stille karşılaştırıldığında, akılcı sorun çözme stiline sahip bireyler problemlerini daha kolay ve sağlıklı bir şekilde çözebilmekte ve hedeflerine ulaşabilmektedir (Nezu, Nezu ve D’Zurilla, 2012; D’Zurilla vd., 2004; Eskin, 2013).

D’Zurilla ve arkadaşları (2004) tarafından önerilen sosyal problem çözme süreci modeline göre insanlar problemlerini akılcı bir şekilde çözmek için dört ana problem çözme beceri basamağını kullanmaktadırlar. Bu adımlar, ilk modelde de belirtildiği gibi problem tanımı ve formülasyon, çözüm üretimi, karar verme, çözüm uygulama ve değerlendirme

şeklinde. Bu ana basamaklar temelinde oluşturulan Sorun Çözme Terapisi, ülkemizde Eskin (2013; 2018) tarafından kapsamlı olarak ele almaktadır. Sekiz seanstan oluşan terapinin ilk basamağı değerlendirme görüşmesi, ikincisi basamağı ise sorun yönelimi eğitiminin verilmesi olarak anlatmıştır. Diğer altı seans ise akılcı sorun çözme tarzının kazandırıldığı seanslar olarak bildirmiştir. Seans başlıkları ve içeriğine ilişkin bilgiler şu şekildedir;

1. Seans: Değerlendirme ve bilgilendirme görüşmesi olarak tanımlanmaktadır. İlk görüşmede bireylerin şikayetleri dinlendir, sorun çözme beceri düzeyleri değerlendirilir ve terapinin içeriği hakkında genel bilgiler verilmektedir. terapist ve danışan arasında işbirliğine dayalı güvenli bir ortamın kurulması hedeflenmektedir.

2. Seans: Soruna yönelim eğitimi verilmektedir. Bu basamakta, olumlu ve olumsuz sorun yöneliminin neler olduğu anlatılmaktadır. Birey ile birlikte şimdiye kadar hangi sorun yönelimini daha fazla kullandığı belirlenir. Sorunları günlük yaşamda karşılaşılabilen, hayatın bir parçası olarak görmek, sorunlardan kaçınmamak gibi kişiyi olumlu sorun yönelimine çeken bir takım düşünce yapıları kişiye kazandırılmaya çalışılmaktadır.

3. Seans: Sorunların tanımlanması aşamasıdır. Sıkıntılara neden olabilecek sorunların kaynağının neler olabileceğinin değerlendirilmesi ile birlikte bireyin sorunlarını tanımlayabilmesi hedeflenmektedir. Danışan sorununu anlamaya ve tanımlamaya çalışmaktadır. Bu adım, bireyi çözüme götüren ana adımlardan biri olduğu için sorunun doğru tanımlanması ve formüle edilmesi bireyi akılcı sorun çözme tarzına götürmektedir.

4. Seans: Hedeflerin belirlenmesine odaklanılmaktadır. Birey sorununu tanımladıktan sonra nasıl bir hedefe ulaşmak istediğini belirlemektedir. Hedefin gerçekçi bir hedef olarak belirlenmesi gerekmektedir. Duygu odaklı ve sorun odaklı hedef ayrımı bireye anlatılır ve mevcut sorunlara yönelik doğru hedefler belirlenmeye çalışılmaktadır.

5. Seans: Olası çözüm seçeneklerinin üretilmesi için çalışılmaktadır. Belirli bir problemle karşılaşıldığında, istenilen şekilde bir sorun çözümü için alternatif çözümler üretmesi gerekmektedir. Sorunun çözümü için olası çözümlerin oluşturulması ve tanımlanması ile karakterize edilen bu adım, problem çözme sürecinin önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Bireyin var olan sorununa ilişkin olabildiğince çok çözüm seçeneğinin üretildiği basamaktır. Çözüm üretebilmesi için bireye farklı tekniklerle yardım edilmektedir.

6. Seans: Uygun çözüm seçeneğinin belirlenmesi aşamasıdır. Sorunun

tanımlanmasından ve olası çözümlerin üretilmesinden sonra, en etkili çözümü belirleme adımı gelmektedir. Burada verilecek karar hayati önem taşır ve sorun çözme sürecini etkileyebilmektedir. Bu aşamada sağlıklı bir karar, süreç üzerinde olumlu bir etkiye sahip olabilir ve sorunun başarılı bir şekilde çözülmesine katkıda bulunabilirken, sağlıklı bir karar, problem çözme sürecinin başarısını düşürebilir ve sorunu çözme imkânsız hale getirebilir.

7. Seans: Seçilen çözüm uygulanmaya başlanır. Bu aşamadaki kişi zaten kararını vermiş ve olası alternatifler arasından en etkili çözümü seçmiştir. Seçilen çözüm yolunu uygulamadan önce uygulamanın avantajları ve dezavantajları ya da uygulama gerçekleşmez ise bu durumun avantajları ya da dezavantajlarına bakılmaktadır. Bu son aşamada, kişi seçilen çözümü uygulamak için çaba gösterirken, aynı zamanda sonuçların kendi hedeflerine göre doğruluğunu test edebilmektedir.

8. Seans: Uygulamanın sonuçlarının değerlendirildiği basamaktır. Sorunun ortadan kalkıp kalkmadığı ya da hedefe ulaşıp ulaşılmadığı değerlendirilir. Başarılı olduğunda kişi sorun çözme sürecini sonlandırır ya da sorunu çözmede başarısız olursa, başarısızlığının nedenlerini bulmaya çalışır ve süreci uygun bir aşamadan tekrar başlatır. Bu süreç, birey için diğer önemli sorunların çözümü için gerektiğinde tekrar edilebilmektedir.

SÇT, etkili bir bilişsel-davranışçı yöntem olmasının yanı sıra, farklı formatlarda uygulanabilir olmasından dolayı da esnektir. Nezu (2004), SÇT'nin bireysel ve grup formatında uygulamaların yanında telefonla verilmesi şeklinde de kullanımlarının olduğunu vurgulamıştır. SÇT'nin grup formatında yapılan çalışmalara bakıldığında alanyazında az sayıda çalışma olduğu görülmektedir (Arean vd., 1993; Dugas vd., 2003; Grey, 2007; Liberman, Eckman ve Marder, 2001; Nezu ve Perri, 1989; Perri vd., 2001). İntihar girişiminde bulunan bireyler üzerinde SÇT'nin bireysel veya grup formatı ile yapılan çok az sayıda çalışma vardır (Biggam ve Power, 2002; Eskin, Ertekin ve Demir, 2008; Lerner ve Clum, 1990; Salkovskis, Atha ve Storer, 1990). Bu bağlamda, alanyazına katkısı olabilecek çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

### **1.7. Sorun Çözme Terapisi ve İntihar İle İlgili Çalışmalar**

Alanyazında sorun çözme terapisi ile intihar ve kendine zarar verme konusunda yapılmış birçok çalışma bulunmaktadır (Biggam ve Power, 2002; Fitzpatrick, Witte ve Schmidt, 2005; Lerner ve Clum, 1990; McLeavey vd., 1994; Salkovskis, Atha ve Storer, 1990).

Nezu (1986), SÇT'nin grup formatı ile yaptığı bir çalışmada unipolar depresyon tanısı almış yetişkinler için SÇT'nin etkililiğini değerlendirmiştir. Çalışmasında, SÇT, problem odaklı terapi (SFT) ve bekleme listesi olmak üzere üç koşul oluşturmuştur. Her iki terapi durumu, 1.5 ile 2 saat süren haftalık 8 seans boyunca bir grup ortamında gerçekleştirilmiştir. Problem odaklı terapi protokolü, hastaların mevcut yaşam problemlerinin terapötik tartışmalarını içermekte ancak problem çözme becerilerinde sistematik eğitimi içermemekteydi. Sonuçlara bakıldığında hem problem odaklı terapi hem de kontrol koşulları ile karşılaştırıldığında SÇT grubunda depresyonda önemli düşüşler olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar 6 aylık bir takip süresi boyunca da görülmüştür. Bu araştırma ile sorun çözme becerilerini arttırmaya yönelik eğitimin unipolar depresyonun sağaltımında önemli olduğu görülmektedir.

Wingate ve arkadaşları (2005) yakın zamanda intihar girişiminde bulunmuş ve yüksek intihar riski olan 98 genç ile (ort. 22 yaş) yaptıkları çalışmada Sorun Çözme Terapisi'ni değerlendirmişlerdir. Katılımcılar, kontrol grubuna veya Sorun Çözme Terapisi grubuna atanmıştır. Kontrol grubundaki katılımcılara kriz yönetimi odaklı terapi uygulanmıştır. Terapi bitiminde ve 6 aylık izlem sonrasında deney grubunda sorun çözme becerilerinin arttığı ve intihar riskinin azaldığı bulunmuştur. Ayrıca, tedavinin başlangıcında problem çözme becerileri daha iyi olan gençlerin tedaviden daha fazla yararlandıkları belirtilmiştir.

Townsend ve arkadaşları (2001) problem çözme terapisi ile kasıtlı kendine zarar verme davranışlarının ilişkisine yönelik 6 araştırma ile meta-analiz çalışması yapmıştır. İnceleme sonucunda, kontrol grubuna kıyasla, problem çözme terapisi alan bireylerin, depresyon ve umutsuzluk düzeylerinin azaldığı, problem çözme becerilerinin ise arttığı saptanmıştır.

Kontrollü bir çalışmada, tekrarlayan intihar girişimi riski yüksek olan 20 hasta rastgele ya bilişsel-davranışsal problem çözme ya da rutin tedavi grubuna girmiştir. Çalışma sonucunda, problem çözme tedavi grubunda yer alan katılımcıların kontrol grubuna göre depresyon, umutsuzluk, intihar eğilimi ve hedef problemlerin tedavisinde iyileşme görüldüğü ve tedaviden sonraki altı ay boyunca tekrarlama hızlarının daha az olduğu saptanmıştır (Salkovskis vd., 1990).

Fitzpatrick, Witte ve Schmidt (2005) aktif intihar düşüncesi olan klinik olmayan bir örneklem ile yaptıkları müdahale çalışmasında Sorun Çözme Terapisi temelinde kısa bir sorun yönelim müdahalesi ile kontrol grubunu karşılaştırmıştır. Problem çözme ve başa çıkma

becerilerine ilişkin kısa bir video müdahalesi alan katılımcılarda, kontrol grubuna göre intihar düşüncesi ve depresyon düzeylerinde önemli bir azalma saptanmıştır. Müdahale, problem yöneliminde veya diğer problem çözme yeteneklerinde ise anlamlı bir farklılık göstermemiştir.

Tarrier ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan 28 randomize kontrollü çalışmayı kapsayan bir meta-analiz çalışmasında, bilişsel davranışçı terapi türlerinin intiharla ilgili (intihar, intihar girişimi ve intihar düşünceleri) sorunlarda etkili olduğunu bildirmiştir. En etkili türlerini ise diyalektik davranış terapisi, problem çözme terapisi ve bilişsel terapi şeklinde saptamıştır.

Biggam ve Power (2002) intihar riski yüksek 46 genç mahkumla müdahale çalışması yapmıştır. Bu çalışmada Sorun Çözme Terapisi ve kontrol grubu oluşturulmuş olup müdahale grup terapisi şeklinde verilmiştir. Bulgulara bakıldığında, müdahale grubundaki katılımcıların sorun çözme becerilerinin arttığı, umutsuzluk, depresyon ve kaygı düzeylerinin azaldığı saptanmıştır. Ayrıca, 3 aylık izlemde bu bulgular değişmemiştir.

Ülkemizde ise intihara yönelik Sorun Çözme Terapisi ile yapılmış müdahale çalışmalarının oldukça az olduğu görülmektedir. Bu çalışmalardan birinde, Eskin, Ertekin ve Demir (2008) intihar davranışının tedavisinde sorun çözme terapisinin etkililiğini ergen ve genç yetişkinler ile araştırmıştır. Katılımcıların bir kısmı sorun çözme terapisi koşuluna diğer kısmı ise bekleme listesi kontrol grubuna seçkisiz olarak atanmıştır. Bulgular sorun çözme terapisi alan kişilerin tedavi sonrasında, bekleme listesine göre depresyon ve intihar riski puanlarının anlamlı olarak azaldığını göstermektedir. Ayrıca, sorun çözme terapisi alan katılımcıların benlik saygısı ve girişkenlik puanlarında tedavi öncesine kıyasla anlamlı bir artış olduğu gözlenmiştir. Fakat sorun çözme becerilerinde anlamlı bir fark görülmemiştir.

Ülkemizde SÇT ile yapılan önemli bir müdahale çalışması olmasına rağmen bu çalışmada SÇT'nin sorun odaklı bileşenlerini içeren sorun yönelim ve sorun çözme tarzları basamakları bulunmamaktadır. Ayrıca, katılımcıların farklı şehirlerdeki lise öğrencileri ile üniversite öğrencilerinden oluştuğu ve ayrı ayrı değerlendirilmediği görülmektedir. Bu durum araştırılan değişkenler üzerinde deneyim, olgunluk, zaman, bilişsel ve kişilik yapısı ile ilgili birçok faktörün karıştırıcı etken olabileceğini düşündürmektedir.

Diğer bir SÇT temelli çalışmada, Demirbağ (2013), yüksek lisans çalışmasında depresyonun sağaltımında sorun çözme eğitiminin etkililiğini araştırmıştır. Depresyon tanısı

alan 24 hastaya, 4 grup olarak, 4 hafta boyunca sorun çözme eğitimi uygulanmıştır. Müdahale sonrası ve izlemde, depresyon ve anksiyete düzeylerinde anlamlı bir azalma olduğu tespit edilmiştir. bu çalışmaya bakıldığında da SÇT prosedürünün tam olarak uygulanmadığı görülmüştür. Basamakların 8 oturumda uygulanmadığı, kurgusal bir hikâye üzerinden psikoeğitim şeklinde uygulama yapıldığı görülmektedir. Ayrıca, kontrol grubunun olmaması yöntemsel açıdan da çalışmanın niteliğini azalttığı düşünülmektedir.

Eskin, Kurt ve Demirkıran (2012) sorun çözme eğitiminin hemşirelerdeki depresyon, algılanan stres, sorun çözme becerileri ve benlik saygısına etkisini araştırmışlardır. 35 hemşirenin 15'i deney, 20'si kontrol grubuna alınmış ve 6 seanslık sorun çözme grup eğitimi verilmiştir. Bulgularda, deney grubunda eğitim sonrası depresyon, algılanan stres ve olumsuz problem yönelim ölçeği puanları, eğitim öncesi puanlarına göre anlamlı olarak azalırken, benlik saygısının anlamlı olarak arttığı, kontrol grubunda depresyon, algılanan stres, olumsuz sorun yönelimi ve benlik saygısı puanlarının değişmediği görülmüştür.

Sonuç olarak ülkemizde Sorun Çözme Terapisi veya Sorun Çözme Eğitimi şeklinde yapılan müdahale çalışmalarının oldukça az olduğu görülmektedir. Özellikle intihar ile olan sadece bir müdahale çalışmasına rastlanmıştır. Ülkemizde intiharın SÇT'de etkililiğine yönelik hem kontrollü deneysel çalışmaların azlığı hem de varolanlardaki birtakım yöntemsel eksiklikler bu alanda çalışmalara duyulan ihtiyacı açıkça göstermektedir.

## 2. BÖLÜM

### 2. YÖNTEM

#### 2.1. Katılımcılar

Araştırmanın örneklemini, 18 yaş üzeri, intihar girişiminde bulunmuş ve Adnan Menderes Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde tedavisi düzenlenen bireylerden oluşmaktadır. Araştırmaya bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formunu okuyup çalışmaya katılmayı kabul edenler dahil edilmiştir. Araştırmaya alınmama kriterleri, belirtilen alınma kriterlerini karşılamamak veya bilgilendirilmiş onam formunu imzalamamaktır. Buna ek olarak, katılımcılarda öz-bildirim ölçeklerini kendi başına anlayıp doldurmasına engel oluşturacak düzeyde zekâ geriliği, madde kullanım bozukluğu veya psikotik bozukluğu olma ile deliryum, demans, amnestik sendrom gibi bir kognitif bozukluk tanılarında birine sahip olmak dışlama kriteri olarak alınmıştır.

Araştırma için gereken örneklem büyüklüğünün belirlenmesi için güç analizi yapılmış,  $\alpha = 0.05$   $\beta = 0.20$  (Power=%80),  $f = 0.25$  (etki boyu) olacak şekilde toplam en az 36 kişiye ihtiyaç olduğu bulunmuştur. Örneklem seçiminde etki boyunu hesaplarken, çalışma deseni, çalışma süresinin kısıtlı olması, intihar girişiminde bulunan hastalara ulaşılması ve terapi devamlılığının sağlanabilmesi gibi etkenler göz önüne alınmıştır. Alanyazında tedavi müdahalelerinde (deney ve kontrol grubu) orta etki ile çalışılabildiği görülmüştür (Arnberg ve Öst, 2014; Cuijpers vd., 2013; Eskin vd., 2008; Jacobson ve Truax, 1991). Örneklem toplama, hedeflenen sayıya ulaşınca kadar devam etmiştir.

G-power analizi sonucunda toplam 36 denek ile çalışılabileceği saptanmış olup iki deney bir kontrol grubunun her birinde en az 12'şer denek olacak şekilde çalışılması planlanmıştır. Toplam 50 kişi Bilgilendirilmiş Onam Formunu imzalayarak çalışmaya katılmaya gönüllü olmuştur. Müdahale sonunda terapiyi yarım bırakanlar çıkarıldığında toplam 39 katılımcı ile çalışma sonlandırılmıştır. Her bir grupta (Bireysel, Grup ve bekleme listesi) 13'er katılımcı ile süreç tamamlanmıştır. Katılımcıların demografik özellikleri, intihar geçmişine yönelik bilgiler (Tablo 2.1) ve katılımcıların psikiyatrik tanıları (Tablo 2.2) aşağıda verilmiştir.

**Tablo 2.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri ve İntihar Geçmişine Yönelik Bilgiler**

| <b>KİŞİ</b>                       | <b>BİREYSEL T.</b> |          | <b>GRUP T.</b> |          | <b>BEKLEME L.</b> |          |
|-----------------------------------|--------------------|----------|----------------|----------|-------------------|----------|
| <u>Cinsiyet</u>                   | <u>N</u>           | <u>%</u> | <u>N</u>       | <u>%</u> | <u>N</u>          | <u>%</u> |
| Kadın                             | 10                 | 77       | 11             | 84.6     | 10                | 77       |
| Erkek                             | 3                  | 23       | 2              | 15.4     | 3                 | 23       |
| <u>Yaş</u>                        |                    |          |                |          |                   |          |
| 18-25                             | 7                  | 53.8     | 9              | 69.2     | 3                 | 23.1     |
| 26-30                             | 1                  | 7.7      | 1              | 7.7      | 3                 | 23.1     |
| 31-35                             | 3                  | 23.1     | 1              | 7.7      | 1                 | 7.6      |
| 36-40                             | -                  |          | -              |          | 3                 | 23.1     |
| 41-55                             | 2                  | 15.4     | 2              | 15.4     | 3                 | 23.1     |
| <u>Medeni hal</u>                 |                    |          |                |          |                   |          |
| Bekar                             | 9                  | 69.2     | 9              | 69.2     | 6                 | 46.2     |
| Evli                              | 3                  | 23.1     | 4              | 30.8     | 6                 | 46.2     |
| Boşanmış                          | 1                  | 7.7      | -              |          | 1                 | 7.3      |
| <u>Kimle yaşıyor</u>              |                    |          |                |          |                   |          |
| Yalnız                            | 2                  | 15.4     | 1              | 7.7      | 3                 | 23.1     |
| Eş/çocuk                          | 4                  | 30.8     | 3              | 23.1     | 7                 | 53.8     |
| Anne/baba/kardeş                  | 4                  | 30.8     | 4              | 30.8     | 3                 | 23.1     |
| Arkadaş                           | 2                  | 15.4     | 3              | 23.1     | -                 |          |
| Yurt                              | 1                  | 7.7      | 2              | 15.4     | -                 |          |
| <u>Eğitim durumu</u>              |                    |          |                |          |                   |          |
| İlköğretim                        | 2                  | 15.4     | 2              | 15.4     | 5                 | 38.4     |
| Lise                              | 4                  | 30.8     | 5              | 38.4     | 4                 | 30.8     |
| Üniversite                        | 7                  | 53.8     | 6              | 46.2     | 4                 | 30.8     |
| <u>İntihar girişimi sayısı</u>    |                    |          |                |          |                   |          |
| 1                                 | 7                  | 53.8     | 9              | 69.2     | 9                 | 69.2     |
| 2                                 | 3                  | 23.1     | -              |          | 4                 | 30.8     |
| 3                                 | 1                  | 7.7      | 1              | 7.7      | -                 |          |
| 4                                 | -                  |          | 3              | 23.1     | -                 |          |
| 5                                 | 1                  | 7.7      | -              |          | -                 |          |
| 7-8                               | 1                  | 7.7      | -              |          | -                 |          |
| <u>İntihar düşüncesi</u>          |                    |          |                |          |                   |          |
| Var                               | 8                  | 61.6     | 8              | 61.6     | 7                 | 53.8     |
| Yok                               | 5                  | 38.4     | 5              | 38.4     | 6                 | 46.2     |
| <u>Hastaneye yatış</u>            |                    |          |                |          |                   |          |
| Var                               | 5                  | 38.4     | 2              | 15.4     | 4                 | 30.8     |
| Yok                               | 8                  | 61.6     | 11             | 84.6     | 9                 | 69.2     |
| <u>Psikiyatrik ilaç kullanımı</u> |                    |          |                |          |                   |          |
| Var                               | 12                 | 92.3     | 11             | 84.6     | 12                | 92.3     |
| Yok                               | 1                  | 7.7      | 2              | 15.4     | 1                 | 7.7      |

Tablo 2.1'e bakıldığında, araştırmada kadın katılımcıların her grupta daha fazla olduğu görülürken gruplardaki cinsiyet dağılımının hemen hemen benzer olduğu görülmektedir. Yaş dağılımında ise en fazla katılımcı 18-25 yaş aralığında ve bekar katılımcılardır. Eğitim durumları hemen hemen her grupta benzer dağılım göstermektedir.

İntihar girişimi sayısına bakıldığında, gruplarda bir kez girişimde bulunma fazla iken sayının 8 girişime kadar arttığı da görülmektedir. Çalışmaya başlarken ki intihar düşüncelerinin olup olmadığı ve hastaneye yatış sıklığı her grup için yine benzerlik göstermektedir. Tüm katılımcıların müdahale öncesinde psikiyatrik ilaç tedavisi başlanmasına rağmen 4 kişinin reçete edilen ilacı kullanmadığı görülmüştür.

**Tablo 2.2. Katılımcıların Psikiyatrik Tanıları**

| TANI                       | BİREYSEL T. |      | GRUP T. |      | BEKLEME L. |      |
|----------------------------|-------------|------|---------|------|------------|------|
|                            | N           | %    | N       | %    | N          | %    |
| Anksiyete Bozukluğu        | 1           | 6.6  | 1       | 7.1  | 1          | 6.6  |
| Depresyon                  | 9           | 60.3 | 8       | 57.2 | 9          | 60.3 |
| Bipolar Bozukluğu          | 2           | 13.3 | -       |      | 2          | 13.3 |
| Panik Bozukluğu            | 1           | 6.6  | 1       | 7.1  | -          |      |
| Kişilik Bozukluğu          | 1           | 6.6  | -       |      | -          |      |
| Sınav kaygısı              | -           |      | 1       | 7.1  | -          |      |
| Dürtü Kontrol Bozukluğu    | -           |      | -       |      | 1          | 5.5  |
| Obsesif Kompulsif Bozukluk | 1           | 6.6  | 2       | 14.4 | -          |      |
| Uyum Bozukluğu             | -           |      | 1       | 7.1  | -          |      |
| Yaygın Anksiyete Bozukluğu | -           |      | -       |      | 1          | 6.6  |
| Yeme Bozukluğu             | -           |      | -       |      | 1          | 6.6  |

Tablo 2.2.'ye bakıldığında ise psikiyatri polikliniğinde katılımcıların bir veya birden fazla psikiyatrik tanı aldıkları görülmektedir. Komorbid tanılara bakıldığında, Panik Bozukluk ve Depresyon; Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Panik Bozukluk; Depresyon ve Obsesif Kompulsif Bozukluk; Yeme Bozukluğu ve Depresyon; Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve Depresyon şeklinde birer hastada görülmüştür. Yani 5 katılımcıda komorbid tanıya rastlanmıştır. En fazla Majör Depresyon tanısının konulduğu görülürken 11 farklı psikiyatrik tanının olduğu saptanmıştır.

## **2.2. Veri Toplama Araçları**

### **2.2.1. Demografik Bilgi Formu**

Araştırmaya katılan kişilerin yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, kimle yaşadığı, eğitim düzeyine ilişkin demografik bilgiler bulunmaktadır. Ayrıca, tıbbi durumu ve intihar girişimleriyle ilgili bir takım bilgilerin edinildiği kişisel bilgi formu araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

### **2.2.2. İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)**

Cull ve Gill (1990) tarafından geliştirilen İÖÖ 36 maddeden oluşmaktadır ve "hiçbir zaman ya da nadiren", "bazen", "sık sık" ve "çoğu zaman ya da her zaman" gibi 4'lü Likert tipi ölçek üzerinden cevaplanmaktadır. Ölçek toplam puanı her soru için 1 ile 4 arasında puanlanmaktadır. Buna göre ölçekten alınacak toplam puan 36 ile 144 arasında değişmektedir. Özgün ölçeğin psikometrik çalışmaları yetişkinlerin çoğunlukta olduğu bir örneklem kullanılarak yapılmıştır. Tüm ölçek için iç tutarlık katsayısı 0.93, test-tekrar test güvenirlik katsayısı 0.92, iki yarım güvenirliği ise 3 hafta ara ile 0.93 bulunmuştur.

İÖÖ, Türkçeye ilk kez Eskin (1993) tarafından uyarlanmıştır. Güvenirlik çalışmasında Türk üniversite öğrencileri ile çalışmış olup ölçeğin test-tekrar-test güvenirlik katsayısı 0.95, iç tutarlılık katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur. Daha sonra ise Atlı, Eskin ve Dereboy (2009) ise ölçeğin klinik örneklemdeki geçerlik güvenirlik çalışmasını yapmıştır. Ölçek, umutsuzluk, intihar düşüncesi, olumsuz kendilik değerlendirmesi ve düşmanlık olmak üzere dört alt ölçekten oluşmakta ve ölçekten toplam puan alınmaktadır. Ölçeğin yapı geçerliği için Doğrulayıcı Faktör Analizi yapılmış ve dört faktörlü yapının doğrulandığı görülmüştür. Güvenirlik analizinde Cronbach alpha değerleri sırasıyla, .78, .94, .79, .70 ve toplam ölçek için ise .89 bulunmuştur. Bu çalışma için hesaplanan iç tutarlık katsayısı ise 0.91 olarak saptanmıştır. Ölçeğin kesme noktası 110 olarak belirlenmiştir. Puanlar arttıkça intihar riskinin arttığı belirtilmiştir.

### **2.2.3. Beck Depresyon Envanteri (BDE)**

Beck (1961) tarafından geliştirilen ölçek, depresyon yönünden riski belirlemek ve depresyon belirtilerinin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla kullanılmaktadır. Ölçek, depresyonun duygusal, bilişsel, vejetatif ve motivasyonel bileşenlerini değerlendirmektedir. 21 adet öz bildirime dayalı değerlendirme cümlesi içeren bir ölçektir.

Puan aralığı 0-63 arasında değişmektedir. Puanın yükselmesi, depresif belirtilerin arttığını göstermektedir. Beck Depresyon Ölçeği ile yaptığı çalışmada, ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısının psikiyatrik örneklem için 0.86, psikiyatrik olmayan örneklem içinse 0.81 olduğunu göstermiştir (Beck vd., 1988). Ülkemizde Şahin (1989) tarafından Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Üniversite öğrencilerinde yapılan uyarlamada kesme puanları incelenerek 17 ve üzerindeki puanların depresyonu %90'ın üzerinde bir doğrulukla ayırt edebildiği görülmüş olup ölçeğin güvenirlik incelemeleri için yürütülen madde analizi sonucunda korelasyon katsayısı 0.80 ve yarıya bölme tekniği sonucunda korelasyon katsayısı 0.74 olduğu saptanmıştır. Psikiyatrik örneklem ile yapılan çalışma sonucunda ölçeğin MMPI-Dep skalası ile arasındaki korelasyon katsayısı 0.63 olarak elde edilmiştir (Şahin, 1988). Arkar ve Şafak (2004), klinik örneklemle yaptıkları çalışmada ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık güvenirlik katsayısı 0.90 olarak saptamıştır. Bu çalışma için hesaplanan iç tutarlık katsayısı ise 0.93 olarak saptanmıştır. Yine çalışmada, BDE skoru 9 veya daha düşük olan hastaların klinik olarak iyileştiği; 10-15 puan alan hastalar kısmen iyileştiği; 16 veya daha fazla skoru olan hastalar ise iyileşmemiş olarak kabul edilmiştir (Shaw vd., 1985).

#### **2.2.4. Gözden Geçirilmiş Sosyal Sorun Çözme Envanteri**

D'Zurilla ve Maydeu-Olivares tarafından (1995) oluşturulan ve D'Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares tarafından (2002) revizyonu yapılan Sosyal Sorun Çözme Envanteri (SSÇE-G), 0 "Benim için hiç doğru değil" ve 4 "Benim için çok doğru" arası puanlanan 5 basamaklı Likert tipi 52 maddeden oluşmaktadır. Bu çalışmada kullanılan Yirmi beş maddelik SSÇE-G'nin kısa formu (SSÇE-G-K) sosyal sorun çözme sürecinin farklı yönlerini değerlendiren beş alt ölçekten oluşmaktadır; Olumlu sorun yönelimi (OSY, 5 madde), Olumsuz sorun yönelimi (NSY, 5 madde), Akılcı sorun çözme tarzı (ASÇT, 5 madde), Dürtüsel-dikkatsiz sorun çözme tarzı (DDSÇT, 5 madde), Kaçınan sorun çözme tarzı (KSÇT, 5 madde).

SSÇE-G'nin kısa formu için 0 ile 20 arasında puanlar değişmektedir. Yüksek puanlar daha iyi problem çözme yeteneğine işaret etmektedir. Kısa formun Türkçeye uyarlaması Eskin ve Aycan (2008) tarafından yapılan ölçek için, iç tutarlık katsayıları .62 ile .92 arasında, test-tekrar test güvenirlik katsayıları ise .60 ile .84 arasında değiştiği bulunmuştur. Bu çalışma için hesaplanan iç tutarlık katsayısı 0.92 olarak saptanmıştır.

### 2.2.5. Bilişsel Esneklik Envanteri (BEE)

Dennis ve Vander Wal (2010) tarafından geliştirilen Bilişsel Esneklik Envanteri; zor durumlarda bireylerin alternatif, uyumlu, uygun ve dengeli düşünceler üretebilme becerisini ölçmeyi hedeflemektedir. BEE, katılımcıların her bir maddeye katılma derecelerine göre 5’li Likert tipi bir ölçek (“1= Hiç uygun değil”, “5= Tamamen uygun”) üzerinden cevaplamalarına dayanan bir öz bildirim ölçeğidir. Altı tane maddesi ters kodlanan toplamda 20 maddeden oluşan bu envanterden en düşük 20 ve en yüksek 100 puan alınmaktadır. Alınan yüksek puanlar bilişsel esnekliğin, yani stresli yaşam olaylarına bilişsel olarak daha iyi uyum sağlayabilmenin göstergesi olarak, düşük puanlar ise bilişsel katılığın, yani stresli yaşam olayları karşısında düşük bilişsel uyum becerilerinin göstergesi olarak kabul edilmektedir.

BEE’nin “alternatifler” ve “kontrol” olmak üzere iki alt ölçeği bulunmaktadır. Dennis ve Vander Wal (2010)’in 7 hafta arayla aldıkları ilk ve son ölçümlerin sonucunda alternatifler alt ölçeğinin Cronbach alfa değeri her iki ölçümde de .91 olarak, kontrol alt ölçeğinin ise ilk ve son ölçümdeki Cronbach alfa değerleri sırasıyla .86 ve .84 olarak bulunmuştur. Dilimize Gülüm ve Dağ (2012) tarafından uyarlanmış olan bu envanterin maddeleri benzer bir şekilde alternatifler ve kontrol alt ölçekleri olmak üzere ikiye ayrılmıştır. On üç maddelik alternatifler alt ölçeğinin Cronbach alfa katsayı değeri .89; yedi maddelik kontrol alt ölçeğinin Cronbach alfa katsayı değeri ise .85 olarak bulunmuştur. Tüm ölçeğin iç tutarlık katsayısı .90 olarak elde edilmiştir. Bu çalışma için hesaplanan iç tutarlık katsayısı ise 0.92 olarak saptanmıştır.

### 2.2.6. Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D)

Max Hamilton tarafından bireylerdeki depresyonun derecesini ölçmek için oluşturulan 17 soruluk (depresif ruh hali, çalışma ve etkinlikler, genital belirtiler, somatik gastrointestinal belirtiler, kilo kaybı, uykuya dalma, uykuyu sürdürme, erken uyanma, somatik belirtiler, suçluluk duyguları, intihar, psişik kaygı, somatik kaygı, hipokondri, içgörü, yavaşlama, ajitasyon ile ilgili sorular), klinisyen tarafından uygulanan bir ölçektir (Hamilton, 1960). Son bir hafta içerisindeki depresyon semptomlarını sorgulamaktadır. Ölçekten en düşük 0 puan, en yüksek 53 puan alınmaktadır.

Ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliği Akdemir ve arkadaşları (1996) tarafından yapılmıştır. Türkçe HAM-D’nin test-tekrar test güvenilirlik katsayısı 0.85 ve iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı 0.75, Spearman Brown güvenilirlik katsayısı 0,76’dır. Beck Depresyon Envanteri ile korelasyon katsayısı ise 0,48 olarak bulunmuştur. Değerlendiriciler

arası güvenilirlik katsayısı 0,86 ile 0,98 değerleri arasında değişmektedir. Bu çalışma için hesaplanan iç tutarlık katsayısı ise 0.91 olarak saptanmıştır. Yine çalışmada, HAM-D puanı 7 veya daha düşük olan hastalar klinik olarak iyileşmiş; 8-12 puan alan hastalar kısmen iyileşmiş; puanı 13 veya daha fazla olan hastaların iyileşmediği kabul edilmiştir (Frank vd., 1991).

### **2.2.7. Terapötik İşbirliği Ölçeği**

Eskin (2008) tarafından geliştirilen sorun çözme terapisi Terapötik İttifak Ölçeği, katılımcıların terapistleri tarafından desteklendiğini ve anlaşıldığını ne ölçüde algıladığını ölçmek için tasarlanmış 8 maddelik bir formdur. Bu ölçeğin maddeleri şu şekildedir:

1. Terapistimin sorunlarımı anladığını hissediyorum.
2. Terapistimle aramızda güvene dayalı sıcak bir ilişki olduğunu hissediyorum.
3. Terapistimin sorunlarımın çözümü konusunda doğru yaklaşıma sahip olduğunu hissediyorum.
4. Terapistimle sorunlarımın ve sıkıntılarımın ne olduğu konusunda hemfikir olduğumuzu hissediyorum.
5. Sorunlarımın nedenleri konusunda terapistimle aynı fikirde olduğumuzu hissediyorum.
6. Terapistimin değişmem için beni zorladığını hissediyorum.
7. Terapistimin beni olduğum gibi kabul ettiğini hissediyorum.
8. Tedavim sırasında terapistimin benimle işbirliği içinde çalıştığını hissediyorum.

Katılımcılar, bu maddeleri 5'li likert tipi ölçekte, her bir maddenin içeriğine ne kadar katıldıklarına göre derecelendirmektedir. Yanıtlar "tamamen katılıyorum (5)" ile "tamamen katılmıyorum (1)" arasında değişmektedir. 6. madde ters puanlanmaktadır. Puanlar, terapist ve hasta arasındaki en az işbirliğini gösteren 8 ile en fazla işbirliğini gösteren 40 puan arasında değişmektedir. Eskin ve arkadaşlarının (2008) 27 katılımcı ile yaptığı çalışma için iç tutarlılık katsayısı (Cronbach's apha) 0.80 bulunmuştur. Bu çalışma için hesaplanan iç tutarlık katsayısı (Cronbach's apha) ise 0.81 olarak saptanmıştır.

### 2.3. Araştırma Deseni

Bu araştırmada deneysel desenin türlerinden biri olan öntest-sontest kontrol gruplu seçkisiz deney deseni kullanılmıştır. Deney grubunda bireysel terapi formatı alanlar ve grup terapi formatı alanlar olmak üzere iki grup; kontrol grubunda ise bekleme listesi olmak üzere bir grup, toplam 3 grup alınmıştır. Müdahale bitiminden 3 ay sonra da deney gruplarından izlem ölçümleri alınmıştır. Son test ölçümünden sonra bekleme listesindeki bireylerin terapilerine başlanmıştır. Araştırmanın müdahale kısmı ortalama 1 yıl sürmüştür. Kura yöntemi ile deneklerin atandığı gruplar Tablo 2.3'te detaylı açıklanmıştır.

**Tablo 2.3. Kura yöntemi ile deneklerin atanacağı gruplar**

| 1. Grup (Bireysel Terapi)                                                                                                                                                                                                       | 2. Grup (Grup Terapi)                                                                                                                                                                                                                                                                          | 3. Grup (Bekleme Listesi)                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| *Katılımcı ve terapistin yürüteceği bireysel terapi şeklindedir. Bireysel Terapi, Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu imzalandıktan sonra başlamaktadır. 8 hafta boyunca her hafta bir kez 50 dakikalık görüşmeler şeklindedir. | *6-8 kişilik katılımcı ve terapist ile birlikte yürütülecek olan grup terapisi şeklindedir. Grup Terapisi, Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu imzalandıktan sonra, planlanan 6-8 katılımcıya ulaşıldığında başlayacaktır. 8 hafta boyunca her hafta bir kez 2 saatlik görüşmeler şeklindedir. | *6-8 kişilik katılımcı ve terapist ile birlikte yürütülecek olan grup terapisi şeklindedir. Grup Terapisi, Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu imzalandıktan ve son test ölçümleri alındıktan sonra 8 hafta boyunca her hafta bir kez 2 saatlik görüşmeler şeklindedir. |

### 2.4. İşlem

Araştırma kapsamında ilk olarak Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun onayı alınmıştır. Katılımcıların çalışmaya katılma basamakları;

1. Adım: Son 6 ayda intihar girişiminde bulunması, Adnan Menderes Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, acil servisine veya psikiyatri birimine başvurmuş olması,

2. Adım: Hastanenin psikiyatri birimindeki ilgili görevliler tarafından kişilere, araştırmacının çalışması ile ilgili bilgi verilmesi (Bu bilgilendirme şu şekildedir: Adnan Menderes Üniversitesi, Klinik Psikoloji Doktora Programında tez çalışması yürüten araştırmacı tarafından intihar girişiminde bulunmuş kişilerin intihar risklerini azaltmak için 8 oturumluk bir terapi programı hazırlanmıştır. Bu çalışmaya katılmak ister misiniz?),

3. Adım: Araştırmacı tarafından katılımcıya çalışma sürecinin ve içeriğinin anlatılması, katılımcının bilgilendirilmiş gönüllü onam formunu okuyup imzalaması şeklinde

belirlenmiştir. Bu şekilde çalışma, gönüllülük esasına göre çalışmayı kabul eden kişilerden oluşturulmuştur.

Çalışmaya katılmaya gönüllü olan kişilere bilgilendirilmiş onam formu verilmiştir. Bu formda Sorun Çözme Terapisi, etik kurallar, süreç hakkında bilgiler bulunmaktadır. Denekler bu aşamada çalışmaya katılmaya gönüllü olduklarına dair imza attıktan sonra seçkisiz olarak (kura yoluyla) 3 gruptan (1. grup: bireysel terapi alanlar; 2. grup: grup terapisi alanlar; 3. grup: bekleme listesi) birine çalışmacı tarafından atanmıştır. Deneklere bilgilendirilmiş onam formunda tablo şeklinde gösterilerek çalışmada farklı sürelerde ve farklı formatlarda (bireysel-grup terapisi) çalışmanın yürütüleceği ve kendilerinin bu üç gruptan birinde kura yöntemi ile yer alacağı belirtilmiştir (Tablo 2.3).

Her bir katılımcıya ilk seansta Sorun Çözme Terapisini daha iyi anlayabilmeleri için Eskin (2010) tarafından hazırlanan “Sorunlarımı Çözebilirim” başlıklı sorun çözme el kitabı verilmiştir. Çalışmada, müdahale programı oluştururken “Sorun Çözme Terapisi” (Eskin, 2018, 2009) kitabından yararlanılmıştır. Araştırmacı aynı zamanda yazarın kendisinden Sorun Çözme Terapisi eğitimi almış olup süpervizyonunu da tamamlamıştır. Çalışmadaki tüm seanslar araştırmacı tarafından yapılmıştır.

Müdahale programına başlamadan önce ve bittikten hemen sonra belirtilen ölçekler ile tüm gruplardan ön ölçüm ve son ölçümler alınmıştır. Çalışmada kullanılan öz bildirim ölçeklerinin dışında klinisyen tarafından sorularak doldurulan Hamilton Depresyon Ölçeği de bulunmaktadır. Hem deneyci hem de denek yanlılığını kontrol edebilmek adına, bu ölçek klinik psikoloji doktora programına devam eden 4 farklı uzman klinik psikolog tarafından uygulanarak puanlandırılmıştır. Ölçeği uygulayan klinisyen, katılımcının hangi grupta olduğunu veya kaçınıcı ölçümünü aldığını bilmeden puanlamaları yapmıştır. Deney grubundaki oturumların sona ermesi, deney ve kontrol gruplarından ölçüm alınmasından sonra, kontrol grubunu oluşturan bekleme listesindeki katılımcılara da müdahale programı uygulanmıştır. Çalışmada yer alan katılımcıların yakın zamanda intihar girişimlerinin olması ve etik ilkeler göz önünde bulundurularak kontrol grubundaki bireyler izlem ölçümleri için bekletilmeden terapilerine başlanmıştır. Bu nedenle, sadece deney grubundaki katılımcılardan müdahale bittikten 3 ay sonra izlem ölçümü alınmıştır.

#### 2.4.1. Sorun Çözme Terapisinin Uygulanması

Sorun Çözme Terapisi Kitabı (Eskin, 2009) temelinde aynı şekilde bireysel ve grup terapi formatı oluşturulmuştur. Oturumlarda katılımcıların kendi sorunları üzerinden çalışılmış ve müdahale uygulanmıştır. Grup terapisindeki katılımcılara 120 dakikalık 8 seans uygulanmıştır. Bireysel Terapideki katılımcıların ise oturum süreleri ortalama 40-50 dakika uzunluğunda olup 8-10 aralığında oturumlar gerçekleştirilmiştir. Oluşturulan grup terapisi formatının ilerleyen ve ilerlemeyen yönlerini değerlendirerek programa son şeklinin verilmesini amacıyla pilot çalışma yapılmıştır. Pilot çalışma ise 18 yaş üzeri sağlıklı grupla (herhangi bir psikiyatrik tedavi almayan) yürütülmüştür. Pilot uygulama ile grup terapisi formatına son şekli verilmiştir. Grup terapisi, bireysel terapi ile aynı basamaklardan oluşturulmuş, ilk oturumda grup kuralları (gizlilik, empatik olma, yargılamama, oturumlara zamanında gelme vb.) katılımcılarla birlikte belirlenmiştir. Oturumlarda her katılımcıya benzer sürelerde söz hakkı tanınmıştır. Grup içindeki tüm üyeler konuşmaya teşvik edilmiş ve empati sınırları içerisinde birbirlerini teşvik edici geri bildirim vermeleri sağlanmıştır.

Hem grup hem de bireysel terapi formatında Sorun Çözme Terapisi'nin sekiz basamağı sırayla uygulanmıştır. Kısaca oturum içerikleri aşağıdaki gibidir;

1. Oturum: Bu oturumda, değerlendirme ve SÇT hakkında bilgilendirme yapılmış, terapi kuralları konuşulmuş, katılımcıların şikayetleri dinlenmiştir. Katılımcıların terapiden beklentileri öğrenilmiş, güven ve işbirliği ortamı oluşturulmaya çalışılmıştır.

2. Oturum: Bir önceki haftanın değerlendirmesi yapıldıktan sonra oturumun gündemi olan sorun yöneliminden bahsedilmiştir. Katılımcıların olumlu-olumsuz sorun yönelimi belirlenmiştir. Sonrasında sorun çözme tarzları hakkında konuşulmuş ve şimdiye kadar hangi sorun çözme tarzını daha fazla kullandığı tartışılmıştır. Sorun yönelimleri ve sorun çözme tarzları hakkında farkındalık kazandırılmaya çalışılmıştır.

3. Oturum: Geçen haftanın değerlendirmesi yapıldıktan sonra sorunun tanımlanması aşamasına geçilmiştir. Sıkıntılara neden olabilecek sorunların kaynağının neler olabileceğinin değerlendirilmesi ile birlikte bireyin sorunlarını tanımlayabilmesi için teşvik edilmiştir. Her katılımcı, kendi sorunlarına yönelik sorun-şikâyet ayrımı yaptırılmıştır. Sorunlarının neler olduğunun doğru bir şekilde sıraladıktan sonra, katılımcının terapisinin geri kalan kısmında çözmeyi hedeflediği şikayetlerine uygun sorununu belirlemesi sağlanmıştır.

4. Oturum: Önceki haftanın değerlendirilmesi yapılmış ve katılımcının sorununu tanımladıktan sonra nasıl bir hedefe ulaşmak istediğini hakkında konuşmuştur. Hedefin gerçekçi bir hedef olarak belirlenmesinin öneminden bahsedilmiştir. Duygu odaklı ve sorun odaklı hedef ayrımı bireye anlatılmış ve mevcut sorunlara yönelik doğru hedefler belirlenmeye çalışılmıştır.

5. Oturum: Önceki haftanın değerlendirmesi yapılmıştır. Katılımcıların belirledikleri hedefle uyumlu, soruna çözüm olabilecek olası çözüm seçeneklerinin üretilmesi için çalışılmıştır. Katılımcıların var olan sorununa ilişkin olabildiğince çok çözüm seçeneğinin üretildiği basamaktır. Çözüm üretebilmesi için katılımcılara farklı tekniklerle yardım edilmiştir.

6. Oturum: Katılımcılar yeterince çözüm seçeneği ürettikten sonra, kendileri için uygun çözüm seçeneğinin belirlenmesi aşamasına geçilmiştir. Bir takım tekniklerle belirlenen çözüm seçenekleri arasından katılımcı için en uygun olanı belirlenmektedir. Bu aşamada sağlıklı bir karar, süreç üzerinde olumlu bir etkiye sahip olabilir ve sorunun başarılı bir şekilde çözülmesine katkıda bulunabilirken, sağlıklı bir karar, problem çözme sürecinin başarısını düşürebilir ve sorunu çözme imkânsız hale getirebilmektedir.

7. Oturum: Katılımcı karar verdiği uygun çözüm yolunu uygulamadan önce uygulamanın avantajlarının ve dezavantajlarının ya da uygulama gerçekleşmez ise bu durumun avantajları ya da dezavantajlarını belirlemektedir. Sonrasında is uygulamaya başlanmıştır. Bu aşamada, kişi seçilen çözümü uygulamak için çaba gösterirken, aynı zamanda sonuçları kendi hedeflerine göre doğruluğunu test edebilmektedir.

8. Oturum: Son oturumda uygulamanın sonuçlarının değerlendirilmiştir. Sorunun ortadan kalkıp kalkmadığı ya da hedefe ulaşıp ulaşılmadığı hakkında konuşulmuştur. Tüm katılımcılar hedeflerine yönelik çözüm yollarını uygulayabilmiştir. Katılımcıların terapi ile ilgili geri bildirimleri dinlenmiştir.

## **2.5. Veri Analizi**

Veriler Statistical Package for Social Sciences 20.0 (SPSS) aracılığıyla tanımlayıcı ve sıklık hesaplamaları, normallik dağılımının kontrolü, t testleri ve varyans analizi yapılmıştır. Ölçekten elde edilen puanların incelenmesi için, ön ölçümlerde gruplar arasındaki fark Tek Yönlü Varyans Analizi; araştırma değişkenlerinin zamana ve müdahale almaya bağlı olarak

göstermiş olduğu değişim ise Tekrarlayan Ölçümler için Varyans Analiziyle (Repeated Measure ANOVA) ile incelenmiştir. Bu amaçla deney ve kontrol gruplarının ön test-son test karşılaştırmaları için 5 adet Tekrarlı Ölçümler için ANOVA yapılmıştır. Son olarak, grup puanlarını karşılaştırmak, ortak etkinin hangi ikili gruplarda anlamlı olduğunu görmek için bağımsız örneklem için t testi; her grubun zamansal değişimini değerlendirmek için eşleştirilmiş t testi (paired sampled t test) analizleri yapılmıştır.

Araştırma sonucunda elde edilen verilere gerekli analizlerin yapılması için, öncelikle, varyans analizi gibi parametrik testlerin ön koşulları kontrol edilmiştir. Normal dağılım varsayımı hem Shapiro Wilk Testi (Katılımcı sayısı 50'nin altında olduğu için bu test seçilmiştir.) ile hem de denek sayısının az olması nedeni ile basıklık ve çarpıklık değerlerine bakılarak sağlanması yapılmıştır. Basıklık çarpıklık değerlerinin normal dağılımı için +/- 1.5 aralığında olması beklenmiştir (Tabachnick ve Fidell, 2001). Varyansların homojenliği Levene testiyle kontrol edilmiş, etki boyları ise ANOVA sonuçları için eta kare ( $\eta^2$ ) değerleri ile belirtilmiştir. Hesaplanan etki büyüklüğünü yorumlamak için belirlenen sınır değerleri ise .01 (küçük etki), .06 (orta etki) ve .14 (büyük etki) şeklindedir (Field, 2009). Ön analizler ile ilgili sonuçları Tablo 2.4.'de özetlenmiştir.

**Tablo 2.4. Normallik Dağılımı ve Varsayım Analizleri**

|       |       | SHAPIRO-<br>WILKS | basıklık  | çarpıklık | levne |
|-------|-------|-------------------|-----------|-----------|-------|
|       |       | p                 | statistic | statistic | P     |
| İÖÖ   | Ön    | .20               | .17       | -.32      | .95   |
|       | Son   | .40               | -.33      | -.12      | .85   |
|       | İzlem | .65               | -.66      | -.19      | .84   |
| HAM-D | Ön    | .45               | .89       | .67       | .21   |
|       | Son   | .07               | .17       | .61       | .43   |
|       | İzlem | .46               | -.26      | .03       | .39   |
| BDE   | Ön    | .06               | -1.12     | -.44      | .39   |
|       | Son   | .06               | 1.1       | .99       | .05   |
|       | İzlem | .42               | .92       | .48       | .63   |

**Tablo 2.4. Normallik Dağılımı ve Varsayım Analizleri(devamı)**

|        |       |     |      |      |     |
|--------|-------|-----|------|------|-----|
| SSÇE-G | Ön    | .62 | .26  | .46  | .46 |
|        | Son   | .39 | -.54 | -.45 | .21 |
|        | İzlem | .99 | .28  | -.14 | .65 |
| BEE    | Ön    | .65 | -.53 | -.37 | .57 |
|        | Son   | .23 | -.09 | .58  | .14 |
|        | İzlem | .16 | 1.7  | -.58 | .90 |

Yapılan analizlerde, İÖÖ, BDE, HAM-D, BEE ve SSÇE-G ölçümlerinin ön test, son test ve izlem ölçümlerinden elde edilen puanların normal dağılım gösterdiği saptanmıştır ( $p>0,05$ ). Denek sayısının az olması nedeniyle, diğer bir normal dağılım kontrolü için her bir ölçeğin ön test, son test ve izlem ölçümlerinin basıklık çarpıklık değerlerinin normal dağılımı için gerekli olan  $\pm 1.5$  aralığında (Tabachnick ve Fidell, 2001) olduğu görülmüştür. Her iki normallik kontrolinde istenilen değer aralığında olduğu görülmektedir. Varyans homojenliği için yapılan Levene Testi sonuçları için anlamlılık değerinin ise .05'ten büyük olduğu görülmüştür. Tekrarlı ölçümlerin sayısı ikiden fazla olmamasından dolayı küresellik varsayımı aranmamıştır (Field, 2009).

Son olarak, çoklu karşılaştırma analizleri için Bonferoni düzeltmesi yapılmıştır. Bonferoni düzeltmesi, ikiden fazla bağımsız grup veya ikiden fazla karşılaştırma içeren bağımlı grupların bulunduğu çalışma gruplarının ikili karşılaştırılması sırasında Tip I hatayı kontrol altına almak için kullanılan bir yöntemdir. Pratik olarak 0.05 değeri grup/karşılaştırma sayısına bölünür ve çıkan sonuç istatistik anlamlılık için gerekli en küçük p değerini vermektedir (Field, 2009). Bu çalışmada, kullanılan anlamlılık düzeyi 0.016 olarak ele alınmıştır.

SÇT'nin etkililiğini belirlemek ve ölçmek için, kontrollü ve kontrolsüz (Feske ve Chambless, 1995) etki büyüklükleri (Cohen d; Cohen 1988) hesaplanmıştır. Kontrol grubunun bekleme sonrası ortalamasından tedavi grubunun tedavi sonrası ortalamasının kontrol grubunun standart sapmasına bölünmesiyle, kontrollü etki büyüklüğü hesaplanmıştır. Tedavi grubunun tedavi sonrası ortalamasının tedavi öncesi ortalamasından tedavi grubunun standart sapmasına bölünmesiyle kontrolsüz etki büyüklüğü hesaplanmıştır (Butler ve vd. 2006).

### 3. BÖLÜM

#### 3. BULGULAR

##### 3.1. Terapötik İşbirliği Değerlendirmesi

Ölçeğin uygulandığı müdahale grubunun SÇT Terapötik ittifak ölçeği puan ortalaması 37.15 (SS=2.88) olarak bulunmuştur. Katılımcıların %31'inin 40 tam puan aldığı görülmüştür. Ölçekten alınan en düşük puan 32 (%15,4) olarak saptanmıştır.

##### 3.2. Değişkenlere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Araştırmanın temel amacı olan, Sorun Çözme Terapisinin intihar girişiminde bulunmuş bireylerin intihar riskini azaltmadaki etkililiğinin incelenmesi için, bireylerin intihar olasılığı düzeyleri ve intihar olasılığı ile ilişkili olduğu düşünülen depresyon, bilişsel esneklik ve sorun çözme beceri düzeyleri müdahale öncesi ve sonrasında değerlendirilmiştir. Analizlerde grup faktörü olarak 3 farklı grup (deney grubu için: bireysel terapi formatı ve grup terapi formatı; kontrol grubu için: bekleme listesi) ve ölçüm faktörü olarak zaman (ön test-son test) alınarak toplam 6 koşul, toplamda 5 adet Tekrarlı Ölçümler için Varyans analizi ile karşılaştırılmıştır. Sonrasında ise müdahale gruplarından alınan izlem ölçümü ile son ölçüm arasında fark olup olmadığına bakılmıştır. Çalışmada, zaman ve grup etkileşimi ile müdahalenin etkililiği değerlendirildiği için ilk olarak bu sonuçlar sunulmuştur. Değişkenler için ortalama ve standart sapmalar aşağıda verilmiştir (Tablo 3.1)

**Tablo 3.1. İntihar Olasılığı, Depresyon, Sosyal Sorun Çözme Becerileri ve Bilişsel Esneklik Değişkenleri için Deney ve Kontrol Gruplarının Ortalama ve Standart Sapmaları**

| Değişkenler                          | Bireysel SÇT |      |          |      |       |     | Grup SÇT |      |          |     |       |     | Bekleme listesi kontrol |      |          |      |
|--------------------------------------|--------------|------|----------|------|-------|-----|----------|------|----------|-----|-------|-----|-------------------------|------|----------|------|
|                                      | Ön-test      |      | Son-test |      | İzlem |     | Ön-test  |      | Son-test |     | İzlem |     | Ön-test                 |      | Son-test |      |
|                                      | Ort          | SS   | Ort      | SS   | Ort   | SS  | Ort      | SS   | Ort      | SS  | Ort   | SS  | Ort                     | SS   | Ort      | SS   |
| İÖÖ                                  | 94.4         | 12.6 | 66.4     | 9.6  | 68.4  | 7.7 | 98.4     | 12   | 72.7     | 9.2 | 66.1  | 7.1 | 96                      | 7.7  | 99.1     | 7.7  |
| BDE                                  | 25.8         | 8.7  | 6.1      | 3    | 5.9   | 2.8 | 32.2     | 7.3  | 9.3      | 5.2 | 5.1   | 3.5 | 29.2                    | 9.3  | 26.3     | 9.1  |
| HAM-D                                | 21.0         | 3.8  | 4.3      | 1.7  | 5     | 2.6 | 23.1     | 4.9  | 5.1      | 1.9 | 3.7   | 1.9 | 21.9                    | 6.7  | 20.7     | 7.3  |
| BEE                                  | 53.7         | 11.7 | 72.2     | 5.2  | 74.7  | 5.2 | 51.2     | 14.7 | 71.9     | 9.2 | 77.7  | 4.7 | 54.8                    | 11.1 | 50.6     | 7.4  |
| SSÇE-G                               | 9            | 2.7  | 14       | 1.7  | 14.9  | 1.4 | 8.4      | 3.6  | 13.4     | 2.4 | 15.4  | 1.6 | 9.3                     | 3.3  | 7.8      | 2.6  |
| SSÇE-G Alt Boyutları                 |              |      |          |      |       |     |          |      |          |     |       |     |                         |      |          |      |
| Olumlu Sorun Yönelimi                | 1.68         | .71  | 2.49     | .37  | 2.76  | .42 | 1.4      | .96  | 2.53     | .63 | 2.94  | .46 | 2.15                    | .92  | 1.98     | .48  |
| Olumsuz Sorun Yönelimi               | 1.49         | .51  | 2.75     | .37  | 2.82  | .39 | .92      | .82  | 2.46     | .68 | 2.82  | .57 | 1.53                    | 1.05 | 1.05     | .75  |
| Akılcı Sorun Çözme Tarzı             | 1.8          | .61  | 2.78     | .51  | 2.94  | .46 | 1.74     | .91  | 2.51     | .72 | 3.15  | .51 | 1.87                    | .79  | 1.65     | .70  |
| Dürtüsel Dikkatsiz Sorun Çözme Tarzı | 2.14         | .82  | 2.95     | .69  | 3.15  | .42 | 2.08     | .98  | 2.93     | .61 | 3.22  | .47 | 1.43                    | .78  | 1.35     | .63  |
| Kaçınan Tip Sorun Çözme Tarzı        | 1.89         | .95  | 3.03     | 1.05 | 3.28  | .61 | 2.35     | 1.07 | 3.01     | .66 | 3.30  | .54 | 2.27                    | 1.16 | 1.78     | 1.08 |

### 3.3. İntihar Olasılığı Puanlarına İlişkin Bulgular

Deney ve kontrol gruplarının başlangıç intihar olasılığı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığı Tek Yönlü Varyans Analizi ile test edilmiş ve anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $F(2,36)=0,33$ ;  $p>0,05$ ). Müdahalenin etkililiğini değerlendirmek için grup ve zaman etkileşim etkisine bakıldığında, ortak etkinin ( $F(2, 36)= 69.33$ ,  $p<.001$ ,  $\eta^2=.79$ ) büyük etki boyu ile istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Zaman temel etkisinin ( $F(1, 36)= 197.49$ ,  $p<.001$ ,  $\eta^2= .85$ ) ve grup temel etkisinin ( $F(2, 36)= 9.25$ ,  $p<.001$ ,  $\eta^2= .34$ ) büyük etki boyu ile istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 3.1’de ortalama ve standart sapmalar verilmiştir).

Deney ve kontrol gruplarının başlangıç intihar olasılığı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark görülmezken, müdahale sonrasında gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Gruplar arasındaki anlamlı farklılıkları bulmak için yapılan bağımsız örneklem t testinde, bireysel terapi alan ve grup terapisi alan katılımcılar arasında anlamlı fark görülmezken ( $t=-1.70$ ,  $p>0.05$ ); bireysel terapi alan katılımcıların intihar olasılığı puan ortalamalarının bekleme listesindeki katılımcıların intihar olasılığı puan ortalamalarından anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmüştür ( $t=-9.05$ ,  $p<0.01$ ). Benzer şekilde, grup terapisi alan katılımcıların intihar olasılığı puan ortalamalarının bekleme listesindeki katılımcıların intihar olasılığı puan ortalamalarından anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır ( $t=-7.43$ ,  $p<0.01$ ). Müdahale öncesi puanlar ile müdahaleden sonra alınan puanların karşılaştırılması için eşleştirilmiş örneklem t testi (paired sample t test) kullanılmıştır. Bulgulara bakıldığında, bireysel terapi alan katılımcıların son test puanlarının ön test puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı görülmüştür ( $t=12.74$ ,  $p<0.01$ ). Benzer şekilde, grup terapisi alan katılımcıların da son test puanlarının ön test puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı saptanmıştır ( $t=11.05$ ,  $p<0.01$ ). Kontrol grubunda ise ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Zamanın ana etkisine bakıldığında, müdahale sonrasındaki intihar olasılığı puan ortalamasının (ortalama 79.44), müdahale öncesindeki puan ortalamasından (ortalama 96.31) daha düşük olduğu bulunmuştur. Grup ana etkisi için yapılan Post-hoc sonuçlarına göre deney grubundaki bireysel terapi ve grup terapisi formatlarının intihar olasılığı puanları kontrol grubunun intihar olasılığı puanından anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmüştür (Sırasıyla,  $p=.00$ , güven aralığı=7.12-27.03;  $p=.01$ , güven aralığı=1.97-21.8).

İÖÖ için tedavi öncesinden tedavi sonrasına kontrolsüz etki boyu 2.74 olarak bulunmuştur. SÇT uygulanan deney grubu ile bekleme koşulu arasındaki kontrollü etki boyu ise 3.36'dır.

### **3.4. Depresyon Puanlarına İlişkin Bulgular**

#### **3.4.1 BDE Puanları**

Deney ve kontrol gruplarının başlangıç BDE puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığı Tek Yönlü Varyans Analizi ile test edilmiş ve anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $F(2,36)=1,81$ ;  $p>0,05$ ). BDE puanları ile depresyon açısından müdahalenin etkililiğini değerlendirmek için grup ve zaman etkileşim etkisine bakıldığında, ortak etkinin ( $F(2, 36)= 751.55$ ,  $p<.001$ ,  $\eta^2=.63$ ) büyük etki boyu ile istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Zaman temel etkisinin ( $F(1, 36)= 185.89$ ,  $p<.001$ ,  $\eta^2= .84$ ) ve grup temel etkisinin ( $F(2, 36)= 10.42$ ,  $p<.001$ ,  $\eta^2= .37$ ) büyük etki boyu ile istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

Deney ve kontrol gruplarının başlangıç BDE puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark görülmezken, müdahale sonrasında gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Gruplar arasındaki anlamlı farklılıkları bulmak için yapılan t testinde, bireysel terapi alan ve grup terapisi alan katılımcılar arasında anlamlı fark görülmezken ( $t=-1.94$ ,  $p>0.05$ ); bireysel terapi alan katılımcıların BDE puan ortalamalarının bekleme listesindeki katılımcıların BDE puan ortalamalarından anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmüştür ( $t=-7.61$ ,  $p<0.01$ ). Benzer şekilde, grup terapisi alan katılımcıların BDE puan ortalamalarının bekleme listesindeki katılımcıların BDE puan ortalamalarından anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır ( $t=-5.85$ ,  $p<0.01$ ). Ön test son test karşılaştırma bulgularına bakıldığında, bireysel terapi alan katılımcıların son test puanlarının ön test puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı görülmüştür ( $t=8.01$ ,  $p<0.01$ ). Benzer şekilde, grup terapisi alan katılımcıların da son test puanlarının ön test puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı saptanmıştır ( $t=12.18$ ,  $p<0.01$ ). Kontrol grubunda ise ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Zamanın ana etkisine bakıldığında, müdahale sonrasındaki depresyon puan ortalamasının (ortalama 13.90), müdahale öncesindeki puan ortalamasından (ortalama 29.10) daha düşük olduğu bulunmuştur. Grup ana etkisi için yapılan Post-hoc sonuçlarına göre deney grubundaki bireysel terapi ve grup terapisi formatlarının depresyon puanları kontrol grubunun

depresyon puanından anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmüştür (Sırasıyla,  $p=.00$ , güven aralığı=5.45-18.17;  $p=.03$ , güven aralığı=.64-13.36).

BDE için tedavi öncesinden tedavi sonrasına kontrolsüz etki boyu 4.76 olarak bulunmuştur. SÇT uygulanan deney grubu ile bekleme koşulu arasındaki kontrollü etki boyu ise 2.05'tir.

### 3.4.2. HAM-D Puanları

Deney ve kontrol gruplarının başlangıç HAM-D puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığı Tek Yönlü Varyans Analizi ile test edilmiş ve anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $F(2,36)=-0.50$ ;  $p>0.05$ ). HAM-D puanları ile depresyon açısından müdahalenin etkililiğini değerlendirmek için grup ve zaman etkileşim etkisine bakıldığında, ortak etkinin ( $F(2, 36)= 44.50$ ,  $p<.001$ ,  $\eta^2=.71$ ) büyük etki boyu ile istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Zaman ana etkisinin ( $F(1, 36)= 19.85$ ,  $p<.001$ ,  $\eta^2= .86$ ) ve grup ana etkisinin ( $F(2, 36)= 15.45$ ,  $p<.001$ ,  $\eta^2= .46$ ) büyük etki boyu ile istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

Deney ve kontrol gruplarının başlangıç HAM-D puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark görülmezken, müdahale sonrasında gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Gruplar arasındaki anlamlı farklılıkları bulmak için yapılan t testinde, bireysel terapi alan ve grup terapisi alan katılımcılar arasında anlamlı fark görülmezken ( $t=-1.05$ ,  $p>0.05$ ); bireysel terapi alan katılımcıların HAM-D puan ortalamalarının bekleme listesindeki katılımcıların HAM-D puan ortalamalarından anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmüştür ( $t=-7.80$ ,  $p<0.01$ ). Benzer şekilde, grup terapisi alan katılımcıların HAM-D puan ortalamalarının bekleme listesindeki katılımcıların HAM-D puan ortalamalarından anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır ( $t=-7.38$ ,  $p<0.01$ ). Ön test son test karşılaştırma bulgularına bakıldığında, bireysel terapi alan katılımcıların son test puanlarının ön test puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı görülmüştür ( $t=17.32$ ,  $p<0.01$ ). Benzer şekilde, grup terapisi alan katılımcıların da son test puanlarının ön test puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı saptanmıştır ( $t=10.73$ ,  $p<0.01$ ). Kontrol grubunda ise ön test ve son test puan ortalamaları arasında herhangi bir istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Zamanın ana etkisine bakıldığında, müdahale sonrasındaki depresyon puan ortalamasının (ortalama 10.03), müdahale öncesindeki puan ortalamasından (ortalama 22.05) daha düşük olduğu bulunmuştur. Grup ana etkisi için yapılan Post-hoc sonuçlarına göre deney grubundaki bireysel terapi ve grup terapisi formatlarının depresyon puanları kontrol grubunun depresyon puanından anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmüştür (Sırasıyla,  $p=.00$ , güven aralığı=4.55-12.67;  $p=.00$ , güven aralığı=3.13-11.25).

HAM-D için tedavi öncesinden tedavi sonrasına kontrolsüz etki boyu 9.31 olarak bulunmuştur. SÇT uygulanan deney grubu ile bekleme koşulu arasındaki kontrollü etki boyu ise 2.17'dir.

### **3.5. Bilişsel Esneklik Envanteri Puanlarına İlişkin Bulgular**

Deney ve kontrol gruplarının başlangıç BEE puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığı Tek Yönlü Varyans Analizi ile test edilmiş ve anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $F(2,36)=-0.29$ ;  $p>0.05$ ). BEE puanları için grup ve zaman etkileşim etkisine bakıldığında, ortak etkinin ( $F(2, 36)= 23.92$ ,  $p<.001$ ,  $\eta^2=.57$ ) büyük etki boyu ile istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Zaman ana etkisinin ( $F(1, 36)=51.14$ ,  $p<.001$ ,  $\eta^2=.59$ ) ve grup ana etkisinin ( $F(2, 36)= 4.94$ ,  $p<.05$ ,  $\eta^2=.21$ ) büyük etki boyu ile istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

Deney ve kontrol gruplarının başlangıç BEE puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark görülmezken, müdahale sonrasında gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Gruplar arasındaki anlamlı farklılıkları bulmak için yapılan t testinde, bireysel terapi alan ve grup terapisi alan katılımcılar arasında anlamlı fark görülmezken ( $t=.11$ ,  $p>0.05$ ); bireysel terapi alan katılımcıların BEE puan ortalamalarının bekleme listesindeki katılımcıların BEE puan ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ( $t=8.64$ ,  $p<0.01$ ). Benzer şekilde, grup terapisi alan katılımcıların BEE puan ortalamalarının bekleme listesindeki katılımcıların BEE puan ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ( $t=6.49$ ,  $p<0.01$ ). Ön test son test karşılaştırma bulgularına bakıldığında, bireysel terapi alan katılımcıların son test puanlarının ön test puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı görülmüştür ( $t=-6.28$ ,  $p<0.01$ ). Benzer şekilde, grup terapisi alan katılımcıların da son test puanlarının ön test puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır ( $t=-6.15$ ,  $p<0.01$ ). Kontrol grubunda ise ön test ve son test puan ortalamaları arasında herhangi bir istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır

( $p>0.05$ ).

Zamanın ana etkisine bakıldığında, müdahale sonrasındaki bilişsel esneklik puan ortalamasının (ortalama 64.92), müdahale öncesindeki puan ortalamasından (ortalama 53.28) daha yüksek olduğu bulunmuştur. Grup ana etkisi için yapılan Post-hoc sonuçlarına göre deney grubundaki bireysel terapi ve grup terapisi formatlarının bilişsel esneklik puanları kontrol grubunun bilişsel esneklik puanından anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür (Sırasıyla,  $p=.00$ , güven aralığı=7.12-27.03;  $p=.01$ , güven aralığı=1.96-21.88).

BEE için tedavi öncesinden tedavi sonrasına kontrolsüz etki boyu 2.67 olarak bulunmuştur. SÇT uygulanan deney grubu ile bekleme koşulu arasındaki kontrollü etki boyu ise 2.90'dır.

### **3.6. SSÇE-G Envanteri Puanlarına İlişkin Bulgular**

Deney ve kontrol gruplarının başlangıç SSÇE-G puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığı Tek Yönlü Varyans Analizi ile test edilmiş ve anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $F(2,36)=1.20$ ;  $p>0.05$ ). SSÇE-G puanları için grup ve zaman etkileşim etkisine bakıldığında, ortak etkinin ( $F(2, 36)= 42.91$ ,  $p<.001$ ,  $\eta^2=.70$ ) büyük etki boyu ile istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Zaman ana etkisinin ( $F(1, 36)=74.84$ ,  $p<.001$ ,  $\eta^2= .67$ ) ve grup ana etkisinin ( $F(2, 36)= 4.69$ ,  $p<.05$ ,  $\eta^2= .21$ ) büyük etki boyu ile istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

Deney ve kontrol gruplarının başlangıç SSÇE-G puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark görülmezken, müdahale sonrasında gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Gruplar arasındaki anlamlı farklılıkları bulmak için yapılan t testinde, bireysel terapi alan ve grup terapisi alan katılımcılar arasında anlamlı fark görülmezken ( $t=.66$ ,  $p>0.05$ ); bireysel terapi alan katılımcıların SSÇE-G puan ortalamalarının bekleme listesindeki katılımcıların SSÇE-G puan ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ( $t=7.02$ ,  $p<0.01$ ). Benzer şekilde, grup terapisi alan katılımcıların SSÇE-G puan ortalamalarının bekleme listesindeki katılımcıların SSÇE-G puan ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ( $t=5.61$ ,  $p<0.01$ ). Ön test-son test karşılaştırma bulgularına bakıldığında, bireysel terapi alan katılımcıların son test puanlarının ön test puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı görülmüştür ( $t=-7.60$ ,  $p<0.01$ ). Benzer şekilde, grup terapisi alan katılımcıların da son test puanlarının ön test puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır ( $t=-8.30$ ,  $p<0.01$ ).

Kontrol grubunda ise son test puan ortalamalarının ön test puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı bulunmuştur ( $t=3.48$ ,  $p<0.05$ ).

Zamanın ana etkisine bakıldığında, müdahale sonrasındaki SSÇE-G puan ortalamasının (ortalama 11.76), müdahale öncesindeki puan ortalamasından (ortalama 8.92) daha yüksek olduğu bulunmuştur. Grup ana etkisi için yapılan Post-hoc sonuçlarına göre deney grubundaki bireysel terapi formatın sosyal sorun çözme puanları, kontrol grubunun sosyal sorun çözme puan ortalamasından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür ( $p=.01$ , güven aralığı=.44-5.48).

SSÇE-G için tedavi öncesinden tedavi sonrasına kontrolsüz etki boyu 2.35 olarak bulunmuştur. SÇT uygulanan deney grubu ile bekleme koşulu arasındaki kontrollü etki boyu ise 2.23'tür.

### **3.6.1. SSÇE-G Envanterinin Alt Boyutlarına İlişkin Bulgular**

#### **3.6.1.1. Olumlu sorun yönelimi**

Tek yönlü Varyans Analizi sonucunda kontrol grubunun ön test puan ortalaması ile müdahale gruplarının ön test puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark görülmemiştir ( $F(2,36)=2.45$ ;  $p>0.05$ ). Olumlu Sorun Yönelimi alt boyutu için grup ve zaman etkileşim etkisine bakıldığında, ortak etkinin ( $F(2, 36)= 7.67$ ,  $p<.001$ ,  $\eta^2=.30$ ) büyük etki boyu ile istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Zaman ana etkisinin de ( $F(1, 36)=17.56$ ,  $p<.001$ ,  $\eta^2= .33$ ) büyük etki boyu ile istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Grup ana etkisinin ( $F(2, 36)= .16$ ,  $p>.05$ ) ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği görülmektedir.

Deney ve kontrol gruplarının başlangıç olumlu sorun yönelimi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark görülmezken, müdahale sonrasında gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Gruplar arasındaki anlamlı farklılıkları bulmak için yapılan t testinde, bireysel terapi alan ve grup terapisi alan katılımcılar arasında anlamlı fark görülmezken ( $t=-.23$ ,  $p>0.05$ ); bireysel terapi alan katılımcıların olumlu sorun yönelimi puan ortalamalarının bekleme listesindeki katılımcıların olumlu sorun yönelimi puan ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ( $t=3.02$ ,  $p<0.01$ ). Benzer şekilde, grup terapisi alan katılımcıların olumlu sorun yönelimi puan ortalamalarının bekleme listesindeki katılımcıların olumlu sorun yönelimi puan ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.

( $t=2.52$ ,  $p<0.05$ ). Ön test-son test karşılaştırma bulgularına bakıldığında, bireysel terapi alan katılımcıların son test puanlarının ön test puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı görülmüştür ( $t=-3.49$ ,  $p<0.01$ ). Benzer şekilde, grup terapisi alan katılımcıların da son test puanlarının ön test puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır ( $t=-4.47$ ,  $p<0.01$ ). Kontrol grubunda ise ön test ve son test puan ortalamaları arasında herhangi bir istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Zamanın ana etkisine bakıldığında, müdahale sonrasındaki olumlu sorun yönelimi puan ortalamasının (ortalama 2.34), müdahale öncesindeki puan ortalamasından (ortalama 1.74) daha yüksek olduğu bulunmuştur.

### 3.6.1.2. Olumsuz sorun yönelimi

Olumsuz sorun yönelimi için kontrol grubunun müdahale öncesi puan ortalaması ( $\bar{x}=1.5$ ) ile deney gruplarının müdahale öncesi puan ortalamaları (grup terapisi alanlar için  $\bar{x}=0.92$ ; bireysel terapi alanlar için  $\bar{x}=1.49$ ) arasında Tek Yönlü Varyans Analizi sonucunda anlamlı farklılık görülmemiştir ( $F(2,36)=2.24$ ;  $p>0.05$ ). Müdahale sonrası grup ve zaman etkileşim etkisine bakıldığında, ortak etkinin ( $F(2, 36)= 52.80$ ,  $p<.001$ ,  $\eta^2=.75$ ) büyük etki boyu ile istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Zaman ana etkisi ( $F(1, 36)=77.27$ ,  $p<.001$ ,  $\eta^2= .68$ ) ve grup ana etkisinin ( $F(2, 36)=4.90$   $p<.05$ ,  $\eta^2= .21$ ) de büyük etki boyu ile istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

Olumsuz sorun yönelimi için kontrol grubunun müdahale öncesi puan ortalaması ile deney gruplarının müdahale öncesi puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık görülmezken, müdahale sonrasında gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Gruplar arasındaki anlamlı farklılıkları bulmak için yapılan t testinde, bireysel terapi alan ve grup terapisi alan katılımcılar arasında anlamlı fark görülmezken ( $t=1.36$ ,  $p>0.05$ ); bireysel terapi alan katılımcıların olumsuz sorun yönelimi puan ortalamalarının bekleme listesindeki katılımcıların olumsuz sorun yönelimi puan ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ( $t=7.42$ ,  $p<0.01$ ). Benzer şekilde, grup terapisi alan katılımcıların olumsuz sorun yönelimi puan ortalamalarının bekleme listesindeki katılımcıların olumsuz sorun yönelimi puan ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ( $t=5.61$ ,  $p<0.01$ ). Ön test-son test karşılaştırma bulgularına bakıldığında, bireysel terapi alan katılımcıların son test puanlarının ön test puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı görülmüştür ( $t=-11.28$ ,  $p<0.01$ ). Benzer şekilde, grup terapisi alan katılımcıların da son test puanlarının ön test puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır ( $t=-9.39$ ,

$p<0.01$ ). Kontrol grubunda ise son test puan ortalamalarının ön test puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı bulunmuştur ( $t=2.86$ ,  $p<0.05$ ).

Zamanın ana etkisine bakıldığında, müdahale sonrasındaki olumsuz sorun yönelimi puan ortalamasının (ortalama 2.09), müdahale öncesindeki puan ortalamasından (ortalama 1.32) daha yüksek olduğu bulunmuştur. Post-hoc analizi ile hangi gruplar arasında fark olduğuna bakıldığında, bireysel terapi formatına katılan bireylerin puan ortalamalarının bekleme listesindeki bireylerin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yükseldiği saptanmıştır ( $p=.01$ , güven aralığı=.16-1.50).

### **3.6.1.3. Akılcı sorun çözme tarzı**

Akılcı Sorun Çözme Tarzı için Tek Yönlü Varyans Analizi sonucuna göre kontrol grubunun müdahale öncesi puan ortalaması ( $\bar{x}=1.88$ ) ile deney gruplarının müdahale öncesi puan ortalamaları (grup terapisi alanlar için  $\bar{x}=1.74$ ; bireysel terapi alanlar için  $\bar{x}=1.8$ ) arasında anlamlı farklılık görülmemiştir ( $F(2,36)=.09$ ;  $p>0.05$ ). Müdahale sonrasında, grup ve zaman etkileşim etkisine bakıldığında, ortak etkinin ( $F(2, 36)=.13$ ,  $p>.05$ ,  $\eta^2=.41$ ) büyük etki boyu ile istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Zaman ana etkisinin de ( $F(1, 36)=22.71$ ,  $p<.001$ ,  $\eta^2=.39$ ) büyük etki boyu ile istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Grup ana etkisinin ( $F(2, 36)=.13$ ,  $p>.05$ ) ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği görülmektedir.

Akılcı sorun çözme tarzı için kontrol grubunun müdahale öncesi puan ortalaması ile deney gruplarının müdahale öncesi puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık görülmezken, müdahale sonrasında gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Gruplar arasındaki anlamlı farklılıkları bulmak için yapılan t testinde, bireysel terapi alan ve grup terapisi alan katılımcılar arasında anlamlı fark görülmezken ( $t=1.13$ ,  $p>0.05$ ); bireysel terapi alan katılımcıların akılcı sorun çözme tarzı puan ortalamalarının bekleme listesindeki katılımcıların akılcı sorun çözme tarzı puan ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ( $t=4.72$ ,  $p<0.01$ ). Benzer şekilde, grup terapisi alan katılımcıların akılcı sorun çözme tarzı puan ortalamalarının bekleme listesindeki katılımcıların akılcı sorun çözme tarzı puan ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ( $t=3.08$ ,  $p<0.05$ ). Ön test-son test karşılaştırma bulgularına bakıldığında, bireysel terapi alan katılımcıların son test puanlarının ön test puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı görülmüştür ( $t=-5.37$ ,  $p<0.01$ ). Benzer şekilde, grup terapisi alan katılımcıların da son test puanlarının ön

test puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır ( $t=-3.83$ ,  $p<0.01$ ). Kontrol grubunda ise ön test ve son test puan ortalamaları arasında herhangi bir istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Zamanın ana etkisine bakıldığında, müdahale sonrasındaki akılcı sorun çözme tarzı puan ortalamasının (ortalama 2.31), müdahale öncesindeki puan ortalamasından (ortalama 1.81) daha yüksek olduğu bulunmuştur.

#### **3.6.1.4. Dürtüsel-dikkatsiz sorun çözme tarzı**

Dürtüsel-dikkatsiz Sorun Çözme Tarzı alt boyutunda, Tek Yönlü Varyans Analizi sonucuna göre kontrol grubunun müdahale öncesi puan ortalaması ( $\bar{x}=1.43$ ) ile deney gruplarının müdahale öncesi puan ortalamaları (grup terapisi alanlar için  $\bar{x}=2.08$ ; bireysel terapi alanlar için  $\bar{x}=2.14$ ) arasında anlamlı farklılık görülmemiştir ( $F(2,36)=2.67$ ;  $p>0.05$ ). Müdahale sonrası grup ve zaman etkileşim etkisine bakıldığında, ortak etkinin ( $F(2, 36)=11.83$ ,  $p<.001$ ,  $\eta^2=.40$ ) büyük etki boyu ile istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Zaman ana etkisinin ( $F(1, 36)=36.07$ ,  $p<.001$ ,  $\eta^2=.50$ ) ve grup ana etkisinin ( $F(2, 36)=11.07$ ,  $p<.001$ ,  $\eta^2=.38$ ) büyük etki boyu ile istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

Dürtüsel-dikkatsiz Sorun Çözme Tarzı için kontrol grubunun müdahale öncesi puan ortalaması ile deney gruplarının müdahale öncesi puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık görülmezken, müdahale sonrasında gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Gruplar arasındaki anlamlı farklılıkları bulmak için yapılan t testinde, bireysel terapi alan ve grup terapisi alan katılımcılar arasında anlamlı fark görülmezken ( $t=.06$ ,  $p>0.05$ ); bireysel terapi alan katılımcıların dürtüsel-dikkatsiz sorun çözme tarzı puan ortalamalarının bekleme listesindeki katılımcıların dürtüsel-dikkatsiz sorun çözme tarzı puan ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ( $t=6.14$ ,  $p<0.01$ ). Benzer şekilde, grup terapisi alan katılımcıların dürtüsel-dikkatsiz sorun çözme tarzı puan ortalamalarının bekleme listesindeki katılımcıların dürtüsel-dikkatsiz sorun çözme tarzı puan ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ( $t=6.51$ ,  $p<0.05$ ). Ön test-son test karşılaştırma bulgularına bakıldığında, bireysel terapi alan katılımcıların son test puanlarının ön test puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı görülmüştür ( $t=-5.40$ ,  $p<0.01$ ). Benzer şekilde, grup terapisi alan katılımcıların da son test puanlarının ön test puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır ( $t=-5.36$ ,  $p<0.01$ ). Kontrol grubunda ise ön test ve son test puan ortalamaları arasında herhangi bir istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Zamanın ana etkisine bakıldığında, müdahale sonrasındaki dürtüsel sorun çözme tarzı puan ortalamasının (ortalama 2.42), müdahale öncesindeki puan ortalamasından (ortalama 1.39) daha yüksek olduğu bulunmuştur. Post-hoc analizi ile hangi gruplar arasında fark olduğuna bakıldığında, bekleme listesindeki bireylerin puan ortalamalarının ( $\bar{x}=1.35$ ) hem bireysel terapi formatına katılan bireylerin puan ortalamalarından ( $\bar{x}=2.95$ ) hem de grup terapi formatına katılan bireylerin puan ortalamalarından ( $\bar{x}=2.93$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptanmıştır (sırasıyla,  $p=.00$ , güven aralığı=.45-1.85;  $p=.00$ , güven aralığı=.42-1.81).

### **3.6.1.5. Kaçınan tip sorun çözme tarzı**

Kaçınan Sorun Çözme Tarzı alt boyutunda, Tek Yönlü Varyans Analizi sonucuna göre kontrol grubunun müdahale öncesi puan ortalaması ( $\bar{x}=2.25$ ) ile deney gruplarının müdahale öncesi puan ortalamaları (grup terapisi alanlar için  $\bar{x}=2.35$ ; bireysel terapi alanlar için  $\bar{x}=1.89$ ) arasında anlamlı farklılık görülmemiştir ( $F(2,36)=.70$ ;  $p>0,05$ ). Müdahale sonrası grup ve zaman etkileşim etkisine bakıldığında, ortak etkinin ( $F(2, 36)= 20.63$ ,  $p<.001$ ,  $\eta^2=.53$ ) büyük etki boyu ile istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Zaman ana etkisinin de ( $F(1, 36)=16.73$ ,  $p<.001$ ,  $\eta^2= .32$ ) büyük etki boyu ile istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Grup ana etkisinin ( $F(2, 36)=1.58$ ,  $p>.05$ ) ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği görülmektedir.

Kaçınan Sorun Çözme Tarzı için kontrol grubunun müdahale öncesi puan ortalaması ile deney gruplarının müdahale öncesi puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık görülmezken, müdahale sonrasında gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Gruplar arasındaki anlamlı farklılıkları bulmak için yapılan t testinde, bireysel terapi alan ve grup terapisi alan katılımcılar arasında anlamlı fark görülmezken ( $t=.05$ ,  $p>0.05$ ); bireysel terapi alan katılımcıların kaçınan sorun çözme tarzı puan ortalamalarının bekleme listesindeki katılımcıların kaçınan sorun çözme tarzı puan ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ( $t=2.98$ ,  $p<0.01$ ). Benzer şekilde, grup terapisi alan katılımcıların dürtüsel-dikkatsiz sorun çözme tarzı puan ortalamalarının bekleme listesindeki katılımcıların dürtüsel-dikkatsiz sorun çözme tarzı puan ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ( $t=3.49$ ,  $p<0.05$ ).

Ön test-son test karşılaştırma bulgularına bakıldığında, bireysel terapi alan katılımcıların son test puanlarının ön test puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde

arttığı görülmüştür ( $t=-5.29$ ,  $p<0.01$ ). Benzer şekilde, grup terapisi alan katılımcıların da son test puanlarının ön test puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır ( $t=-3.30$ ,  $p<0.01$ ). Kontrol grubunda ise son test puan ortalamalarının ön test puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı bulunmuştur ( $t=3.99$ ,  $p<0.05$ ). Zamanın ana etkisine bakıldığında, müdahale sonrasındaki akılcı sorun çözme tarzı puan ortalamasının (ortalama 2.61), müdahale öncesindeki puan ortalamasından (ortalama 2.17) daha yüksek olduğu bulunmuştur.

### 3.7. İzlem Ölçüm Puanlarının Karşılaştırması

İzlem ölçümünde, deney grubundan müdahale sonrasında alınan ölçüm ile 3 ay sonrasında alınan ölçümler karşılaştırılarak elde edilen puanların korunup korunmadığına bakılmıştır.

İÖÖ için; deney gruplarının müdahale sonrasından izlem ölçümüne anlamlı düzeyde fark gösterip göstermediğine bakılmış olup zaman ana etkisinin ( $F(1, 24)= 1.79$ ,  $p>.05$ ) ve grup temel etkisinin ( $F(1, 24)= .48$ ,  $p>.05$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır.

BDE için; son ölçüm ve izlem ölçüm analizi sonuçlarına bakıldığında, zaman ana etkisinin ( $F(1, 24)= 9.54$ ,  $p=.01$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterdiği; grup temel etkisinin ( $F(1, 24)=.89$ ,  $p>.05$ ) ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği saptanmıştır. Son ölçümden izlem ölçümüne geçen zaman içinde BDE puanlarının daha da azaldığı görülmüştür.

HAM-D'nin son ölçüm ve izlem ölçüm analizi sonuçlarına bakıldığında, zaman ana etkisinin ( $F(1, 24)= .51$ ,  $p>.05$ ) ve grup ana etkisinin ( $F(1, 24)= .11$ ,  $p>.05$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği görülmektedir.

BEE'nin son ölçüm ve izlem ölçüm analizi sonuçlarına bakıldığında, zaman ana etkisinin ( $F(1, 24)= 16.64$ ,  $p=.001$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterdiği; grup ana etkisinin ( $F(1, 24)=.36$ ,  $p>.05$ ) ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği saptanmıştır. Son ölçümden izlem ölçümüne geçen zaman içinde BEE puanlarının daha da arttığı görülmüştür.

SSÇE-G'nin son ölçüm ve izlem ölçüm analizi sonuçlarına bakıldığında, zaman ana etkisinin ( $F(1, 24)= 16.57$ ,  $p=.001$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterdiği; grup ana

etkisinin ( $F(1, 24) = .01, p > .05$ ) ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği saptanmıştır. Son ölçümden izlem ölçümüne geçen zaman içinde SSÇE-G puanlarının daha da arttığı görülmüştür.

SSÇE-G'nin alt boyutlarına bakıldığında, olumlu sorun yönelimi alt boyutu için zaman ana etkisinin ( $F(1, 24) = 13.04, p < .05$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterdiği; grup ana etkisinin ( $F(1, 24) = .94, p > .05$ ) ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği saptanmıştır. Son ölçümden izlem ölçümüne geçen zaman içinde olumlu sorun yönelimi puanlarının daha da arttığı görülmüştür.

Olumsuz sorun yönelimi alt boyutu için zaman ana etkisinin ( $F(1, 24) = 5.65, p < .05$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterdiği; grup ana etkisinin ( $F(1, 24) = .63, p > .05$ ) ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği saptanmıştır. Son ölçümden izlem ölçümüne geçen zaman içinde olumsuz sorun yönelimi puanlarının istenilen yönde daha da arttığı görülmüştür. Ölçekte yer alan ters maddelerden dolayı ortalama puanların artışı olumsuz sorun yöneliminin azaldığını göstermektedir.

Akılcı sorun çözme tarzı alt boyutu için zaman ana etkisinin ( $F(1, 24) = 14.30, p < .05$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterdiği; grup ana etkisinin ( $F(1, 24) = .02, p > .05$ ) ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği saptanmıştır. Son ölçümden izlem ölçümüne geçen zaman içinde akılcı sorun çözme tarzı puanlarının istenilen yönde daha da arttığı görülmüştür.

Dürtüsel-dikkatsiz sorun çözme tarzı alt boyutu için zaman ana etkisinin ( $F(1, 24) = 4.79, p < .05$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterdiği; grup ana etkisinin ( $F(1, 24) = .02, p > .05$ ) ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği saptanmıştır. Son ölçümden izlem ölçümüne geçen zaman içinde dürtüsel-dikkatsiz sorun çözme tarzı puanlarının istenilen yönde daha da arttığı görülmüştür. Ölçekte yer alan ters maddelerden dolayı ortalama puanların artışı olumsuz sorun yöneliminin azaldığını göstermektedir.

Kaçınan sorun çözme tarzı alt boyutu için zaman ana etkisinin ( $F(1, 24) = 4.46, p < .05$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterdiği; grup ana etkisinin ( $F(1, 24) = .01, p > .05$ ) ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği saptanmıştır. Son ölçümden izlem ölçümüne geçen zaman içinde kaçınan sorun çözme tarzı puanlarının istenilen yönde daha da arttığı görülmüştür. Ölçekte yer alan ters maddelerden dolayı ortalama puanların artışı olumsuz sorun yöneliminin azaldığını göstermektedir.

### 3.8. BDE ve HAM-D Puanlarına Göre İyileşme Oranlarını

Çalışmada depresyon puan aralığına göre deney ve kontrol grubundaki katılımcıların iyileşme düzeylerine bakılmıştır. Bulgular tablo 3.1’te verilmiştir.

Tablo 3.2. Tedavi sonrası deney ve kontrol grubu BDE ve HAM-D puanlarına göre iyileşme oranları

|                                   | Deney Grubu     |      |               |      | Kontrol Grubu   |      |
|-----------------------------------|-----------------|------|---------------|------|-----------------|------|
|                                   | BİREYSEL TERAPİ |      | Grup Terapisi |      | Bekleme Listesi |      |
|                                   | N               | %    | N             | %    | N               | %    |
| <b>BDE</b>                        |                 |      |               |      |                 |      |
| Tam İyileşme (BDE, 0-9)           | 11              | 84.6 | 8             | 61.5 | -               | -    |
| Kısmi İyileşme (BDE, 10-15)       | 2               | 15.4 | 3             | 23.1 | 1               | 7.7  |
| İyileşme Yok (BDE, 16 ve üzeri)   | -               | -    | 2             | 15.4 | 12              | 92.3 |
| <b>HAM-D</b>                      |                 |      |               |      |                 |      |
| Tam İyileşme (HAM-D, 0-7)         | 12              | 92.3 | 11            | 84.6 | 1               | 7.7  |
| Kısmi İyileşme (HAM-D, 8-12)      | 1               | 7.7  | 2             | 15.4 | 1               | 7.7  |
| İyileşme Yok (HAM-D, 13 ve üzeri) | -               | -    | -             | -    | 11              | 84.6 |

Tablo 3.2.’e bakıldığında, BDE’ye göre iyileşme yüzdelerine bakıldığında müdahale alan tüm deney grubundaki katılımcıların %92.3’ü tam veya kısmi iyileşme göstermektedir. Kontrol grubunda ise %7.7 ile sadece 1 kişi kısmi iyileşme göstermiştir. HAM-D puanlarına göre iyileşme yüzdelerine bakıldığında, %100 tam veya kısmi iyileşme olduğu görülmektedir. Kontrol grubunda ise %15.4 kısmi veya tam bir iyileşme görüldüğü saptanmıştır.

Deney grupları için izlemdeki depresyon puanlarına da bakılmıştır. BDE’e göre, bireysel terapi alan 11 kişi de tam iyileşme (%84.5), 2 kişide ise kısmi iyileşme (%15.5); grup terapisi alan 12 kişide tam iyileşme (%92.3), 1 kişide kısmi iyileşme (%7.7) görülmüştür. HAM-D’ye göre, bireysel terapi alan 9 kişi de tam iyileşme (%69.2), 4 kişide ise kısmi iyileşme (%30.8); grup terapisi alan 13 kişinin tamamında tam iyileşme (%100) saptanmıştır.

## 4. BÖLÜM

### 4. TARTIŞMA ve SONUÇ

Bu çalışmada intihar girişimde bulunan bireylerde sorun çözme terapisinin intihar riskini azaltmadaki etkililiğinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışma, farklı bireyler ile hem bireysel hem de grup terapi formatında yürütülmüş ve bu bağlamda, intiharın sağaltımı konusunda Sorun Çözme Terapisinin hem bireysel hem de grup terapi formunun etkililik çalışması yapılmıştır.

Bu bölümde araştırma amaçları doğrultusunda elde edilen bulgular ilgili alanyazın bağlamında tartışılmaktadır. İlk olarak, katılımcıların SÇT uygulamasından duyduğu memnuniyete ilişkin bulgular tartışıldıktan sonra, müdahale alan ve almayan grupların intihar riskiyle ilişkili olan ön ve son ölçüm puanları tartışılacaktır. Sonrasında, müdahale grubunun son ölçümünde elde edilen sonuçların izlem ölçümü ile karşılaştırılmasına yer verilerek çalışmanın etkililiği tartışılacaktır. Son olarak, çalışmanın sınırlılıkları, klinik doğruları ve gelecek araştırmalar için öneriler ile bu bölüm sonlandırılacaktır.

#### 4.1. Katılımcıların SÇT Uygulamasından Duyduğu Memnuniyete İlişkin Bulgular

Katılımcıların programdan duydukları memnuniyete ilişkin bulgulara bakıldığında ortalama memnuniyet puanı 40 üzerinden 37'dir. Bu sonuç katılımcıların programdan oldukça memnun oldukları anlamına gelmektedir. Alanyazında yer alan, SÇT'ye yönelik memnuniyeti değerlendiren çalışmaların ilgili bulgularının da bu yönde olduğu görülmektedir (Demirbağ, 2013; Eskin vd., 2008). Bu bulgularla SÇT'nin katılımcıların beklentilerini karşılayan ve terapötik işbirliğinden memnun olunan bir program olduğu söylenebilir.

#### 4.2. Sorun Çözme Terapisinin Etkililiğine İlişkin Bulgular

Bulgularda ilk olarak tüm grupların öntest puanları karşılaştırılmıştır. Sorun Çözme Terapi Programının grup terapi formatına veya bireysel terapi formatına dahil edilen bireylerin ön test puan ortalaması ile kontrol grubu ön test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Bu durum, uygulanacak psikoterapinin etkililiğinin güvenli bir biçimde incelenebilmesi için önemli bir ölçüt olmaktadır (Field, 2009).

#### 4.2.1. Sorun Çözme Terapisinin İntihar Olasılığı Puanları Üzerindeki Etkisi

Çalışma bulguları, deney grubunda yer alan bireysel terapi ve grup terapi formatındaki katılımcıların intihar olasılığı puanlarında müdahale sonrasında anlamlı bir azalma olduğu görülürken bekleme listesinde herhangi bir fark olmadığını göstermiştir. Bunun yanında müdahale grubundaki bireylerin müdahaleden hemen sonra azaldığı görülen intihar olasılığı puanları, müdahaleden 3 ay sonra bir fark göstermemiştir. Başka bir deyişle SÇT'nin intihar olasılığını azaltmadaki olumlu etkisi hem grup terapi hem de bireysel terapi formatında zaman içinde korunmuştur. Ayrıca, müdahale alma ve almama durumu ile intihar riskinin azalmasında tedavi öncesi ve tedavi sonrası arasında yüksek bir etki boyunun (Cohen, 1988) olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada gözlemlenen etki büyüklükleri, bireylerin intihar riskinin azaltılmasında problem çözme terapisinin kullanılabileceğini göstermektedir.

Konuyla ilgili alanyazın tarandığında, SÇT ile yapılan müdahale çalışmalarının olduğu ve bu çalışmanın bulguları ile paralel olarak müdahale grubunda intihar riskinin azaldığı görülmektedir (Eskin vd., 2008; Fitzpatrick vd., 2005; Wingate vd., 2005). Bu çalışmalar bireysel terapi formatında yürütülmüş olup 3 ile 12 ay arasında alınan izlem ölçümlerinde de etkililik sürmüştür. Grup terapi formatında ise Biggam ve Power (2002) tarafından yapılan çalışmaya bakıldığında da SÇT'nin intihar riskini azaltmada etkili olduğu ve 3 aylık izlemde etkililiğin devam ettiği görülmüştür. Bu bulgularla birlikte çalışma sonucu değerlendirildiğinde, SÇT'nin intihar riskini azaltmada ve bu durumun en az 3 ay süresince korunmasında etkili olduğu söylenebilir.

#### 4.2.2. Sorun Çözme Terapisinin Depresyon Puanları Üzerindeki Etkisi

Bu çalışmada, katılımcıların depresyon düzeyleri iki ölçüm aracıyla değerlendirilmiştir. Her iki ölçüm aracıyla elde edilen depresyon puanlarına bakıldığında, müdahale öncesinde deney ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark bulunmazken, müdahale sonrasında deney grubunda depresyon düzeylerinde anlamlı bir azalma olduğu saptanmıştır. Kontrol grubu olan bekleme listesindeki katılımcıların depresyon düzeylerinde herhangi bir azalma görülmezken, bireysel terapi ve grup terapisi formatına katılan bireylerin depresyon düzeylerinde müdahale sonrasında anlamlı bir azalma olduğu görülmektedir. Deney grubundan alınan izlem ölçümüne bakıldığında ise depresyon puanlarında herhangi bir artış görülmemekle birlikte, bireysel terapi formatına katılan bireylerin öz bildirime dayalı ölçekten (BDE) aldığı ortalama puanlar zaman içinde daha da azalmıştır. Bu bulgular ile

SÇT'nin hem grup formatının hem de bireysel terapi formatının depresyon düzeyini azaltmada etkili olduğu ve zaman içinde bu sonuçların korunduğu söylenebilir. Ayrıca, müdahale alma ve almama durumu ile depresyonun tedavi öncesi ve tedavi sonrası arasında yüksek etki boyunun olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada gözlemlenen etki büyüklükleri, bireylerin depresyon tedavisinde problem çözme terapisinin kullanılabileceğini göstermektedir. Alanyazında bu bulgulara paralel çalışmaların olduğu görülmektedir (Arean vd., 1993; Biggam ve Power, 2002; Dowrick vd., 2000; Küçük, 2006; Eskin vd., 2008; Eskin vd., 2012; Salkovskis vd., 1990; Nezu, 1986; Townsed vd., 2001). Bu çalışmalarda da çeşitli ölçeklere göre alınan depresyon puanları müdahale alan grupta düzelme gösterirken, bekleme listesi grubu için ölçümler arasında bir fark olmadığı saptanmıştır. Yine benzer şekilde, söz konusu çalışmalarda 3 ay ile 1 yıl arasında değişen izlem ölçümlerinde de hastaların iyileşme düzeylerini korudukları görülmüştür.

Çalışmadaki BDE ve HAM-D puanlarına göre iyileşme için belirlenen kriterler, müdahale alan gruplardaki iyileşen katılımcı sayısının müdahale almayan bekleme listesinden oldukça fazla olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde, Eskin ve arkadaşlarının (2008) genç yetişkin ve ergenlerde yaptığı SÇT'nin etkililik çalışmasında, müdahale alan grupların depresyonlarındaki iyileşme sıklığının bekleme listesinden daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Sonuç olarak, SÇT'nin hem grup hem de bireysel formatının depresyon düzeylerini azaltmada etkili olduğu söylenebilir.

#### **4.2.3. Sorun Çözme Terapisinin Bilişsel Esneklik puanları üzerindeki etkisi**

Çalışmada, Bilişsel Esneklik puan ortalamalarında müdahale öncesinde gruplar arasında herhangi bir fark saptanmamıştır. Müdahale sonrasında ise bilişsel esneklik puan ortalamalarının deney grubu ile kontrol grubu arasında anlamlı şekilde farklılaştığı saptanmıştır. Bu farkın hem bireysel terapi formatına katılan bireyler ile bekleme listesindeki bireyler arasında olduğu, hem de grup terapisi formatına katılan bireyler ile bekleme listesine katılan bireyler arasında olduğu görülmektedir. Bu durum 3 ay sonraki izlem ölçümünde de korunmuş olup, katılımcıların bilişsel esneklik düzeylerinde olumlu yönde anlamlı artışın devam ettiği görülmüştür. Ayrıca, müdahale alma ve almama durumu ile bilişsel esneklik düzeyinin tedavi öncesi ve tedavi sonrası arasında yüksek etki boyunun olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada gözlemlenen etki büyüklükleri, bireylerin bilişsel esneklik düzeylerinin artırılmasında problem çözme terapisinin kullanılabileceğini göstermektedir.

Alanyazında yapılan çalışmalara bakıldığında, SÇT ile bilişsel esnekliğe yönelik herhangi bir müdahale çalışması olmadığı görülmektedir. Ancak, sorun çözme becerisi ile bilişsel esneklik arasında güçlü bir ilişki olduğunu gösteren kesitsel çalışmalar mevcuttur (Altunkol, 2011; Bilgin, 2009; Dennis ve Vander Wal ,2010; Eskin, 2012; Eskin, Akoğlu ve Uygur, 2006; Fidan, Ceyhun ve Kırpınar, 2009; Holen vd., 2012; Spirito vd., 1996; Jonassen ve Grabowski, 1993; Kloo vd., 2010; Korkut, 2007; Kulaksızoğlu, 2009; Muscara vd., 2008). Sonuç olarak, bu bulgu, SÇT'nin bir müdahale çalışması olarak hem bireysel hem de grup terapisi formatında bilişsel esnekliği arttırdığı şeklinde yorumlanabilir.

#### **4.2.4. Sorun Çözme Terapisinin Sosyal Sorun Çözme Puanları Üzerindeki Etkisi**

Çalışmada, Sosyal Sorun Çözme Envanterinin müdahale öncesinde gruplar arasında herhangi bir farklılık olmadığı görülmektedir. Müdahale sonrasında ise Sosyal Sorun Çözme Envanterinin toplam puanının deney grubu ile kontrol grubu arasında anlamlı şekilde farklılaştığı saptanmıştır. Bu farkının hem bireysel terapi formatına katılan bireyler ile bekleme listesindeki bireyler arasında olduğu, hem de grup terapisi formatına katılan bireyler ile bekleme listesine katılan bireyler arasında olduğu görülmektedir. Bu durum, bireysel veya grup terapi alan katılımcıların Sosyal Sorun Çözme becerilerinin müdahale sonrasında bekleme listesindeki katılımcıların Sosyal Sorun Çözme becerilerinden daha yüksek görüldüğü şeklinde yorumlanabilir. Bu sonuçlar, SÇT'nin hem bireysel terapi hem de grup terapi formatında Sosyal Sorun Çözme becerilerini arttırmakta etkili olabileceğini göstermektedir. Bu durum 3 ay sonraki izlem ölçümünde de korunmuş olup sosyal sorun çözme becerilerinde olumlu yönde anlamlı artışın devam ettiği görülmüştür. Ayrıca, müdahale alma ve almama durumu ile sosyal sorun çözme beceri düzeyinin tedavi öncesi ve tedavi sonrası arasında yüksek bir etki boyunun olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada gözlemlenen etki büyüklükleri, bireylerin sorun çözme becerilerinin artırılmasında problem çözme terapisinin kullanılabileceğini göstermektedir.

Sosyal Sorun Çözme Envanterinin alt boyutlarına bakıldığında, tüm alt boyutlarda müdahale sonrasında grup ve zaman ortak etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Yani terapiye katılmanın sosyal sorun çözme becerilerini arttırdığı görülmektedir. Ölçümlerdeki grup temel etkisine bakıldığında ise olumsuz sorun yönelimi alt boyutunda, bireysel terapi alanların olumsuz sorun yöneliminde bekleme listesine nazaran anlamlı bir azalma olduğu görülmektedir. Bu sonuç 3 ay sonraki izlem ölçümünde de korunmuştur. Ayrıca, grup terapi formatında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark çıkmamasına

rağmen olumsuz sorun yönelimleri ortalamalarında hedeflenen yönde bir artışın olduğu görülmüştür. Ölçeğe özgü puanlama nedeniyle bu artış olumsuz sorun yöneliminin azaldığı şeklinde yorumlanmaktadır. Dürtüsel-dikkatsiz alt boyutunda ise, hem bireysel hem de grup terapisi alan katılımcıların, bekleme listesine nazaran dürtüsel dikkatsiz sorun çözme puanlarında anlamlı bir azalma olduğu ve 3 ay sonraki izlemde de bu durumun korunduğu görülmektedir. Diğer alt boyutlarda ise grup temel etkisinde anlamlı bir azalma görülmemiştir.

Alanyazın çalışmalarına bakıldığında, Eskin ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada SÇT'nin sorun çözme beceri düzeylerinde deney ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir. Yine, Eskin ve arkadaşlarının (2012) hemşirelerle yaptığı sorun çözme terapisinin etkililiğini araştıran çalışmasında olumsuz sorun yönelimi alt boyutunda deney ve kontrol grubu arasında müdahale sonrasında anlamlı bir değişiklik bulunurken, diğer boyutlarda farklılık olmadığı belirtilmiştir. Demirbağ (2013) grup terapisi şeklinde yaptığı SÇT etkililiği çalışmasında ise deney ve kontrol grubundaki sosyal sorun çözme envanterinin bazı alt boyutlarında anlamlı fark olduğunu bazılarında ise anlamlı fark olmadığını belirtmiştir. Bulgularında, olumsuz sorun yönelimi, dürtüsel dikkatsiz sorun çözme tarzı alt boyutlarında ve toplam sorun çözme puanında anlamlı fark olduğu ve bu farkların yine izlem ölçümlerinde korunduğu, diğer alt boyutlarda ise anlamlı bir fark olmadığını belirtmiştir. Bu çalışmanın bulgularına paralel olarak, SÇT'nin bireysel terapi formatında kontrol grubuna göre sorun çözme becerilerinin anlamlı şekilde arttığını ve 3 - 6 aylık izlemlerde bu durumun korunduğunu gösteren başka çalışmalar da bulunmaktadır (Biggam ve Power, 2002; Townsed vd., 2001; Wingate vd., 2005). Sonuç olarak, bu çalışmada uygulanan müdahale ile bireylerin olumlu sorun yönelimlerinde ve akılcı sorun çözme tarzı becerilerinde artış olduğu söylenebilir.

#### **4.3. Sınırlılıklar ve Öneriler**

Araştırmada kullanılan ölçeklere bakıldığında, HAM-D dışında tüm ölçümün öz bildirim araçlarıyla yapılmış olması, katılımcıların kendilerini olduğundan daha farklı göstermelerine neden olmuş olabilir. Benzer şekilde, uygulamacının cinsiyet, yaş gibi kişilik özellikleri ile araştırma sürecinde hastalara genel yaklaşımı veya bilgi düzeyinin hastaların tedavilerinde nasıl bir etkiye sahip olduğunun değerlendirilememesi de sınırlılık olarak görülebilir.

Terapiye katılan bireylerin gönüllü olduğu göz önüne alındığında, deney grubundaki hastaların iyileşmeye yönelik beklentilerinin de daha fazla olacağı ve bunun sonuç puanlarını olumlu yönde arttırılabileceği düşünülmektedir. Bunun yanı sıra, örneklem grubundaki bireylerin çoğunun kadın olması da cinsiyet açısından bir sınırlılık olarak görülebilir. Ayrıca, katılımcıların çoğunun 18-25 yaş aralığında yer aldığı görülmektedir. Yaş dağılımının bu aralıkta toplanması da bir sınırlılık olarak düşünülebilir.

Araştırmanın sınırlı sayıda katılımcı ile yürütülmesi sınırlılıklar arasında gösterilebilir. Ayrıca, etik nedenlerden dolayı bekleme listesindeki hastaların izlem ölçümü için bekletilmemesi nedeni ile izlem karşılaştırılmasına alınamamıştır. Bu durumda 3 ay sonra bekleme listesindeki olası değişimler görülememektedir.

Araştırmada sadece müdahale bitiminden 3 ay sonra izlem ölçümü alınmıştır. 3 aylık izlemiden 2 ay sonra, yani müdahale tamamlandıktan 5 ay sonra bireysel terapi alan bir katılımcı intihar etmiştir. Müdahalenin etkilerinin korunup korunmadığını 6 ve 12 ay gibi periyotlarla alınan ölçümler ile daha sağlıklı belirlemenin mümkün olabileceği düşünülmektedir.

Sonuç olarak, tüm bulgular birlikte ele alındığında, bu çalışmanın sonuçları yetişkin bireylerde intihar riskinin tedavisinde sorun çözme terapisinin kullanımı için güçlü bir kanıt oluşturmaktadır. Bulgular, SÇT'nin psikopatoloji düzeylerini (depresyon ve intihar olasılığı) azaltabildiğini ve koruyucu faktör düzeylerini (bilişsel esneklik ve problem çözme becerileri) artırabileceğini göstermiştir. Ayrıca, müdahalenin hem bireysel terapi hem de grup terapi formatında etkililiğine yönelik bulgular hem alanyazında hem de klinik ortamında yapılacak müdahalelere ışık tutabilir.

Alanyazında SÇT'nin farklı sorunlar açısından bireysel etkililiğine yönelik çalışmalar sıklıkla görülmektedir. Fakat bu çalışma ile bireysel terapinin yanı sıra grup terapisinin de etkili bulunmasının çalışmanın önemini arttırdığı düşünülmektedir. Özellikle grup terapisi yöntemini intihar gibi acil müdahale gerektiren durumlarda aynı anda birden fazla hastaya yardımın ulaşabilmesine fırsat sağlayabileceği düşünülmektedir. Çünkü, sağlık kuruluşlarında tam donanıma sahip terapistlerin yeterli sayıda olmaması ve intihar girişimi vakalarına sıklıkla rastlanması bireysel terapinin ötesinde yaklaşımlara ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Bu çalışma ile SÇT'nin grup terapi formatının, bireysel terapi kadar etkili olabileceği görülmektedir. Grup terapisi ile hem zamandan tasarruf edilebilir hem de daha

fazla sayıda intihar riski olan bireye yardım edilebilir. İleride yapılacak müdahale çalışmalarında, katılımcı sayılarının artırılması, cinsiyet açısından denkliğin sağlanması ve daha uzun süreli izlem ölçümlerinin alınması gibi önlemlerle çalışmanın tekrarlanması ile intihar gibi önemli bir halk sağlığı sorunuyla mücadele etmeye yardımcı olabileceği düşünülmektedir.

## 5. KAYNAKLAR

- Abramson LY, Metalsky GI, Alloy LB. Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*. 1989;96:358–372. doi:10.1037/0033-295X.96.2.358.
- Abramson, L.Y., Alloy, L.B., Hogan, M.E., Whitehouse, W.G., Gibb, B.E., Hankin, B.L. & Cornette, M.M. (2000). *The hopelessness theory of suicidality*. In: Joiner, T.E., Rudd, M.D., editors. *Suicide science: Expanding boundaries*. Kluwer Academic Publishing; Boston: 17–32.
- Aharonovich, E., Amrhein, P. C., Bisaga, A., Nunes, E. V., & Hasin, D. S. (2008). Cognition, commitment language, and behavioral change among cocaine-dependent patients. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22(4), 557–562.
- Akdemir, A., Örsel, S., Dağ, I., Türkçapar, M. H., Işcan, N., ve Özbay, H. (1996). Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ)’nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 4(4), 251–259.
- Allebeck, P., & Allgulander, C. (1990). Suicide among young men: psychiatric illness, deviant behaviour and substance abuse. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81(6), 565–570.
- Altındağ, A., Sır, A. ve Özkan, M. (2001). Türkiye’de İntihar Hızlarındaki Değişimler (1974-1998). *Türkiye’de Psikiyatri*, 2:79-86.
- Altunkol, F. (2011). *Üniversite öğrencilerinin bilişsel esneklik ile algılanan stres düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana.
- Alvarez, J. C., Cremniter, D., Gluck, N., Quintin, P., Leboyer, M., Berlin, I., ... & Spreux-Varoquaux, O. (2000). Low serum cholesterol in violent but not in non-violent suicide attempters. *Psychiatry research*, 95(2), 103-108.
- Andrews, J. A., & Lewinsohn, P. M. (1992). Suicidal attempts among older adolescents: prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(4), 655-662.

- Apter, A., Bleich, A., King, R. A., Kron, S., Fluch, A., Kotler, M., & Cohen, D. J. (1993). Death without warning?: A clinical postmortem study of suicide in 43 Israeli adolescent males. *Archives of general psychiatry*, 50(2), 138-142.
- Areán, P. A., Perri, M. G., Nezu, A. M., Schein, R. L., Christopher, F., & Joseph, T. X. (1993). Comparative effectiveness of social problem-solving therapy and reminiscence therapy as treatments for depression in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 1003-1010.
- Arensman, E., & Kerkhof, A. J. F. M. (1996). Classification of attempted suicide: A review of empirical studies, 1963-1993. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26(1), 46-67.
- Atay, İ.M. ve Gündoğar, D. (2004). İntihar davranışında risk faktörleri: Bir gözden geçirme. *Kriz Dergisi*, 12(3): 39-52.
- Atmaca, M., Kuloglu, M., Tezcan, E. ve Ustundag B. (2003). Serum leptin and cholesterol levels in schizophrenic patients with and without suicide attempts. *Acta Psychiatr Scand*, 108(3): 208 - 214.
- Axelsson, R., & Lagerkvist-Briggs, M. (1992). Factors predicting suicide in psychotic patients. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 241(5), 259-266.
- Bachmann, S. (2018). Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *International journal of environmental research and public health*, 15(7), 1425-1448.
- Balázs, J., Lecrubier, Y., Csiszér, N., & Koszták, J. (2003). Prevalence and comorbidity of affective disorders in persons making suicide attempts in Hungary: importance of the first depressive episodes and of bipolar II diagnoses. *Journal of affective disorders*, 76(1-3), 113-119.
- Baldessarini, R. J., Tondo, L., Faedda, G., Floris, G., Suppes, T., Rudas, N. (1996). Effects of rate of discontinuing lithium maintenance treatment in bipolar disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57: 441-448 34.

- Baldessarini, R.J., Tondo, L., Floris, G., Rudas, N. (1997). Reduced morbidity after gradual discontinuation of lithium treatment for bipolar I and II disorders: a replication study. *American of Journal Psychiatry*, 154: 551–553
- Baldessarini, R. J., Tondo, L., & Hennen, J. (2001). Treating the suicidal patient with bipolar disorder: reducing suicide risk with lithium. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 932(1), 24-43.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Barbui, C., Esposito, E., & Cipriani, A. (2009). Selective serotonin reuptake inhibitors and risk of suicide: a systematic review of observational studies. *Canadian Medical Association Journal*, 180(3), 291-297.
- Beautrais, A. L. (2000). Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(3), 420-436.
- Beautrais, A. L., Joyce, P. R., & Mulder, R. T. (1996). Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(9), 1174-1182.
- Beautrais, A. L., Joyce, P. R., & Mulder, R. T. (1998). Psychiatric illness in a New Zealand sample of young people making serious suicide attempts. *The New Zealand Medical Journal*, 111(1060), 44-48.
- Beautrais, A. L., Joyce, P. R., & Mulder, R. T. (1998). Youth suicide attempts: a social and demographic profile. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 32(3), 349-357.
- Beck, A. T., Brown, G., & Steer, R. A. (1989). Prediction of eventual suicide in psychiatric inpatients by clinical ratings of hopelessness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(2), 309–310. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.57.2.309>

- Beck, A.T., Brown, M.S., Berchick, R.J., Stewart, B.L. & Steer, R.A. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 147 (2), 190-195.
- Berk, M. S., Henriques, G. R., Warman, D. M., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2004). A cognitive therapy intervention for suicide attempters: An overview of the treatment and case examples. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11(3), 265-277.
- Biggam, F. H., & Power, K. G. (2002). A controlled, problem-solving, group-based intervention with vulnerable incarcerated young offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 46, 678–698.
- Bilgin, M. (2009). Bilişsel esnekliği yordayan bazı değişkenler. Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 36(3), 142-157.
- Birt, C., Bille-Brahe, U., Cabecadas, M., Chishti, P., Corcoran, P., Elgie, R., van Heeringen, K., Lars-Gunnar, H., Marchi, A. G., Ostamo, A., Petridou, E., Ellinor, S., Renberg, Stone, D.H., Wiik, J. & Eileen Williamson (2003). Suicide mortality in the European Union. *European Journal of Public Health*, Volume 13, Issue 2, Pages 108–114, <https://doi.org/10.1093/eurpub/13.2.108>.
- Bolton, J. M., Pagura, J., Enns, M. W., Grant, B., & Sareen, J. (2010). A population-based longitudinal study of risk factors for suicide attempts in major depressive disorder. *Journal of psychiatric research*, 44(13), 817-826.
- Bocchetta, A., Mossa, P., Velluzzi, F., Mariotti, S., Del Zompo, M. & Loviselli, A.(2001). Ten-Year follow-up of thyroid function in lithium patients. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, Volume 21 - Issue 6 - p 594-598.
- Bonner, R.L., & Rich, A. (1988). Negative life stress, social problem-solving, self-appraisal, and hopelessness: Implications for suicide research. *Cognitive Therapy and Research*, 12(6), 549-556.
- Bostwick, J. M., & Pankratz, V. S. (2000). Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *American Journal of Psychiatry*, 157(12), 1925-1932.

- Brent, D. A., & Melhem, N. (2008). Familial transmission of suicidal behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(2), 157-177.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Allman, C., Friend, A. M. Y., Roth, C., ...& Baugher, M. (1993). Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(3), 521-529.
- Briere, J., & Runtz, M. (1993). Childhood sexual abuse: Long-term sequelae and implications for psychological assessment. *Journal of interpersonal Violence*, 8(3), 312-330.
- Britton, P. C., Patrick, H., Wenzel, A., & Williams, G. C. (2011). Integrating motivational interviewing and self-determination theory with cognitive behavioral therapy to prevent suicide. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(1), 16-27.
- Britton, P. C., Williams, G. C., & Conner, K. R. (2008). Self-determination theory, motivational interviewing, and the treatment of clients with acute suicidal ideation. *Journal of clinical psychology*, 64(1), 52-66.
- Brodersen, A., Licht, R. W., Vestergaard, P., Olesen, A. V., & Mortensen, P. B. (2000). Sixteen-year mortality in patients with affective disorder commenced on lithium. *The British Journal of Psychiatry*, 176(5), 429-433.
- Brown, G. K., Ten Have, T., Henriques, G. R., Xie, S. X., Hollander, J. E., & Beck, A. T. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *JAMA*, 294(5), 563-570.
- Bucca, M., Ceppi, M., Peloso, P., Arcellaschi, M., Mussi, D., & Fele, P. (1994). Social variables and suicide in the population of Genoa, Italy. *Comprehensive psychiatry*, 35(1), 64-69.
- Caldwell, C. B., & Gottesman, I. I. (1990). Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. *Schizophrenia bulletin*, 16(4), 571-589.
- Chan, M. K., Bhatti, H., Meader, N., Stockton, S., Evans, J., O'Connor, R. C., & Kendall, T. (2016). Predicting suicide following self-harm: systematic review of risk factors and risk scales. *The British Journal of Psychiatry*, 209(4), 277-283.

- Clark, D. C., & Horton-Deutsch, S. L. (1992). *Assessment in absentia: The value of the psychological autopsy method for studying antecedents of suicide and predicting future suicides*. In R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltzberger, & R. I. Yufit (Eds.), *Assessment and prediction of suicide* (p. 144–182). Guilford Press.
- Cimilli, C. (2003). Sık görülen aşırı doz alımları: antidepresan ilaçlarla zehirlenmeler. *Türkiye Klinikleri*, 1(1):82-7.
- Clum, G.A., Patsiokas, A. & Luscomb, R. (1979). Emperically based comprehensive treatment program for parasuicide. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47 937-945.
- Cohen-Sandler, R., Berman, A. L., & King, R. A. (1982). Life stress and symptomatology: Determinants of suicidal behavior in children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21(2), 178-186.
- Combs, H., & Romm, S. (2007). Psychiatric inpatient suicide: A literature review. *Primary Psychiatry*, 14(12), 67–74.
- Conwell, Y., Duberstein, P. R., Cox, C., Herrmann, J. H., Forbes, N. T., & Caine, E. D. (1996). Relationship of age and Axis I diagnoses in victims of completed suicide: A psychological autopsy study. *The American Journal of Psychiatry*, 153(8), 1001–1008.<https://doi.org/10.1176/ajp.153.8.1001>
- De Silva, M. J., McKenzie, K., Harpham, T., & Huttly, S. R. (2005). Social capital and mental illness: a systematic review. *Journal of epidemiology & community health*, 59(8), 619-627. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2004.029678>
- De Wilde, E. J., Kienhorst, I. C., Diekstra, R. F., & Wolters, W. H. (1992). The relationship between adolescent suicidal behavior and life events in childhood and adolescence. *The American journal of psychiatry*, 149(1), 45–51.
- DeCou, C. R., Comtois, K. A., & Landes, S. J. (2019). Dialectical behavior therapy is effective for the treatment of suicidal behavior: A meta-analysis. *Behavior therapy*, 50(1), 60-72.

- Devrimci-Özgüven, H. ve Sayıl, I. (2003). Suicide attempts in Turkey: Results of the WHO/EURO multicentre study on suicidal behaviour. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 5, 324-329.
- Devrimci Özgüven, H., Soykan, Ç., Haran, S. ve Gençöz, T. (2003). İntihar girişiminde depresyon ve kaygı belirtileri ile problem çözme becerileri ve algılanan sosyal desteğin önemi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 18, 52, 1-11.
- Devrimci Özgüven, H. ve Hoşgören Alıcı, Y. (2016). İntiharı Önleme. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi*, 9(3), 71-76.
- Deykin, E. Y., & Buka, S. L. (1994). Suicidal ideation and attempts among chemically dependent adolescents. *American Journal of Public Health*, 84(4), 634-639.
- Dixon, W. A., Heppner, P. P. ve Anderson, W. A. (1991). Problem-solving appraisal, stress, hopelessness and suicide ideation in a college population. *Journal of Counseling Psychology*, 38(1), 51-56.
- Dorovini-Zis, K., & Zis, A. P. (1987). Increased adrenal weight in victims of violent suicide. *The American journal of psychiatry*, 144(9), 1214-1215. <https://doi.org/10.1176/ajp.144.9.1214>
- Dugas, M. J., Ladouceur, R., Leger, E., Freeston, M. H., Langlois, F., Provencher, M.D., & Boisvert, J. (2003). Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: Treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 821-825.
- Durkheim, E. (1992). *İntihar: Toplum bilimsel inceleme* (Çev: Ö. Ozankaya). Ankara: İmge Kitabevi (Eserin orijinali 1897'de yayımlandı).
- Dutta, R., Ball, H. A., Siribaddana, S. H., Sumathipala, A., Samaraweera, S., McGuffin, P., & Hotopf, M. (2017). Genetic and other risk factors for suicidal ideation and the relationship with depression. *Psychological medicine*, 47(14), 2438-2449.
- Dünya Sağlık Örgütü (2011). WHO releases world ranking for suicide. *Chinanews.com Ağ Sitesi*. 10 Temmuz 2020 tarihinde <http://www.chinanews.com/life/news/2009/05-22/1703440.shtml> adresinden alınmıştır.

- Dünya Sağlık Örgütü/World Health Organization (2014). Preventing suicide: a global imperative. *Dünya Sağlık Örgütü Ağ Sitesi*. 12 Eylül 2020 tarihinde [https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/exe\\_summary\\_english.pdf?ua=1](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_english.pdf?ua=1) adresinden alınmıştır.
- D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2010). Problem-solving Therapy. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (p. 197–225). Guilford Press.
- Ellis, T. E., Allen, J. G., Woodson, H., Frueh, B. C., & Jobes, D. A. (2009). Implementing an evidence-based approach to working with suicidal inpatients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 73(4), 339-354. doi: 10.1521/bumc.2009.73.4.339.
- Ertemir, D., Ertemir, M. (2003). Gençlerin İntihar Girişimlerinin Özellikleri. *Düşünen Adam Dergisi*, 16(4): 231-234.
- Eskin, M. (2003). A cross-cultural investigation of the communication of suicidal intent in Swedish and Turkish adolescents. *Scandinavian journal of psychology*, 44 (1), 1-6.
- Eskin, M. (2012). İntihar: Açıklama, değerlendirme, tedavi, önleme. Ankara: HYB.
- Eskin, M. (2013). *Problem solving therapy in the clinical practice*. Elsevier.
- Eskin, M. (2016). İntiharda Bilişsel Davranışçı Sağaltım Yaklaşımları. *Kriz Dergisi*, 15(2), 15-35.
- Eskin M, Devrimci Özgüven H. (2017). İntihar riskinin değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(1):15-26.
- Eskin, M. (2020). Suicidal Behavior in the Mediterranean Countries. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 16(1), 93-100. DOI: 10.2174/1745017902016010093
- Eskin, M. ve Özgüven, H. D. (2017). İntihar riskinin değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel*, 7(1), 15-26.
- Eskin, M., Ertekin, K., & Demir, H. (2008). Efficacy of a problem-solving therapy for depression and suicide potential in adolescents and young adults. *Cognitive Therapy and Research*, 32(2), 227-245.

- Eskin, M., Ertekin, K., Dereboy, C. ve Demirkiran, F. (2007). Risk Factors for and Protective Factors Against Adolescent Suicidal Behavior in Turkey. *Crisis*, 28(3), 131-139.
- Eskin, M., Sun, J. M., Abuidhail, J., Yoshimasu, K., Kujan, O., Janghorbani, M., ... & Voracek, M. (2016). Suicidal behavior and psychological distress in university students: a 12-nation study. *Archives of suicide research*, 20(3), 369-388. <http://dx.doi.org/10.1080/13811118.2015.1054055>.
- Fawcett, J. (1997). The detection and consequences of anxiety in clinical depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(8): 35-40.
- Fergusson, D. M., & Lynskey, M. T. (1995). Childhood circumstances, adolescent adjustment, and suicide attempts in a New Zealand birth cohort. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(5), 612-622.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Lynskey, M. T. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(10), 1365-1374.
- Fergusson, D., Doucette, S., Glass, K. C., Shapiro, S., Healy, D., Hebert, P., & Hutton, B. (2005). Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomised controlled trials. *British Medical Journal*, 330, 396–399.
- Fisher, D.S., Partridge, S.J., Handley, S.A., Couchman, L., Morgan, P.E., Flanagan, R.J. (2013). LC–MS/MS of some atypical antipsychotics in human plasma, serum, oral fluid and haemolysed whole blood. *Forensic Science International*, 229:145– 150.
- Firestone, R. W. (1986). The "inner voice" and suicide. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 23(3), 439–447.
- Firestone, R. W. (1988). *Voice therapy: A psychotherapeutic approach to self-destructive behavior*. Santa Barbara, CA: Human Sciences Press.

- Firestone, R. W., & Firestone, L. (1998). Voices in suicide: The relationship between self-destructive thought processes, maladaptive behavior, and self-destructive manifestations. *Death Studies*, 22(5), 411–443.
- Fowler, J. C. (2012). Suicide risk assessment in clinical practice: pragmatic guidelines for imperfect assessments. *Psychotherapy*, 49(1):81-90. doi: 10.1037/a0026148.
- Frank, E., Prien, R. F., Jarrett, R. B., Keller, M. B., Kupfer, D. J., Lavori, P. W., ... & Weissman, M. M. (1991). Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder: remission, recovery, relapse, and recurrence. *Archives of general psychiatry*, 48(9), 851-855.
- Freud, A. (1936) The ego and the mechanisms of defense. Madison, CT: International Universities Press.
- Garland, M., Hickey, D., Corvin, A., Golden, J., Fitzpatrick, P., Cunningham, S., & Walsh, N. (2000). Total serum cholesterol in relation to psychological correlates in parasuicide. *The British Journal of Psychiatry*, 177(1), 77-83.
- Garnefski, N., & Diekstra, R. F. (1997). Child sexual abuse and emotional and behavioral problems in adolescence: Gender differences. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(3), 323-329.
- Glasgow, R. E., Toobert, D. J., Barrera, M., & Strycker, L. A. (2004). Assessment of problem-solving: a key to successful diabetes self-management. *Journal of behavioral medicine*, 27(5), 477-490. doi:10.1023/B:JOBM.0000047611.81027.71.
- Gregory E. S., Savarino, J., Operskalski, B., Wang, P.S. (2006). Suicide risk during antidepressant treatment. *American Journal of Psychiatry*, 163:41–47.
- Goodman, M., Banthin, D., Blair, N. J., Mascitelli, K. A., Wilsnack, J., Chen, J., ... & Koenigsberg, H. W. (2016). A randomized trial of dialectical behavior therapy in high-risk suicidal veterans. *The Journal of clinical psychiatry*, 77(12), 1591-1600.
- Goodwin, F. K., & Jamison, K. R. (1990). *Manic Depressive Illness*. New York: Oxford University Press.

- Goodwin, F. K., Fireman, B., Simon, G. E., Hunkeler, E. M., Lee, J., & Revicki, D. (2003). Suicide risk in bipolar disorder during treatment with lithium and divalproex. *JAMA*, 290(11), 1467-1473. doi:10.1001/jama.290.11.1467
- Gorwood, P. (2001). Biological markers for suicidal behavior in alcohol dependence. *European psychiatry*, 16(7), 410-417.
- Gould, M. S., Fisher, P., Parides, M., Flory, M., & Shaffer, D. (1996). Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Archives of general psychiatry*, 53(12), 1155-1162.
- Gould, M. S., Fisher, P., Parides, M., Flory, M., & Shaffer, D. (1996). Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Archives of general psychiatry*, 53(12), 1155-1162.
- Groholt, B., Ekeberg, O., Wichstrom, L., & Haldorsen, T. O. R. (1998). Suicide among children and younger and older adolescents in Norway: a comparative study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(5), 473-481.
- Grossman, D. C., Milligan, B. C., & Deyo, R. A. (1991). Risk factors for suicide attempts among Navajo adolescents. *American Journal of Public Health*, 81(7), 870-874.
- Grunebaum, M.F., Ellis, S.P., Li, S., Oquendo, M.A. & Mann, J.J. (2004). Antidepressants and suicide risk in the United States, 1985-1999. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65.
- Guillem, E., Pélioso, A., Notides, C., & Lépine, J. P. (2002). Relationship between attempted suicide, serum cholesterol level and novelty seeking in psychiatric inpatients. *Psychiatry research*, 112(1), 83-88. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(02\)00193-2](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(02)00193-2)
- Gunnell, D. J., Peters, T. J., Kammerling, R. M., & Brooks, J. (1995). Relation between parasuicide, suicide, psychiatric admissions, and socioeconomic deprivation. *British Medical Journal*, 311, 226-230.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 23(1), 56-62.

- Harris, E. C., & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *British journal of psychiatry*, 170(3), 205-228.
- Heeringa, K. (2001). The efficacy of problem-solving treatments after deliberate self-harm: meta-analysis of randomized controlled trials with respect to depression, hopelessness and improvement in problems. *Psychological medicine*, 31(6), 979-988. doi: 10.1017/S0033291701004238.
- Heila, H., Isometsa, E. T., Henriksson, M. M., Heikkinen, M. E., Marttunen, M. J., & Lonnqvist, J. K. (1997). Suicide and schizophrenia: a nationwide psychological autopsy study on age-and sex-specific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 154(9), 1235-1242.
- Henriques, G., Beck, A. T., & Brown, G. K. (2003). Cognitive therapy for adolescent and young adult suicide attempters. *American behavioral scientist*, 46(9), 1258-1268.
- Herbert, Y. M., Alphas, L., Green, A. I., Altamura, A. C., Anand, R., Bertoldi, A., Bourgeois, M., Chouinard, G., Islam, M. Z., Kane, J., Krishnan, R., Lindenmayer, J.P., Potkin, S. International Suicide Prevention Trial Study Group (2003). Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Archives Of General Psychiatry*, 60(1):82-91. doi: 10.1001/archpsyc.60.1.82.
- Hernandez, J. T., Lodico, M., & DiClemente, R. J. (1993). The effects of child abuse and race on risk-taking in male adolescents. *Journal of the National Medical Association*, 85(8), 593-597.
- Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91-111.
- Heu, U., Bogren, M., Wang, A. G., & Brådvik, L. (2018). Aspects of additional psychiatric disorders in severe depression/melancholia: a comparison between suicides and controls and general pattern. *International journal of environmental research and public health*, 15(7), 1299-1309.
- Hirschfeld, R.M.A. & Davidson, L. (1988). *Risk factors for suicide. Review of Psychiatry*. Frances AJ-Hales RE (eds), American Psychiatric Press, Washington, 1988: 307-333

- Hjelmeland, H. (1996). Repetition of parasuicide: A predictive study. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, Volume 26 (4), 395-404. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1996.tb00843.x>.
- Holmstrand, C., Bogren, M., Mattisson, C., & Brådvik, L. (2018). First and Subsequent Lifetime Alcoholism and Mental Disorders in Suicide Victims With Reference to a Community Sample the Lundby Study 1947–1997. *Frontiers in psychiatry*, 9, 1-10. <http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910.28.3.131>.
- Isacsson, G., Reutfors, J., Papadopoulos, F.C., Ösby, U. & Ahlner, J. (2010). Antidepressant medication prevents suicide in depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122 (6), 454-560. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2010.01561.x>
- Isometsä, E. & Lonnqvist, J. (1999). Suicide attempts preceding completed suicide. *The British Journal of Psychiatry*, 173(6):531-5. DOI: 10.1192/bjp.173.6.531.
- Inskip, H., Harris, C., & Barraclough, B. (1998). Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 172(1), 35-37.
- Jacobs, D. G., Baldessarini, R. J., Conwell, Y., Fawcett, J. A., Horton, L., Meltzer, H., Pfeffer, C. R., & Simon, R. I. (2010). Practice Guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. APA Practice Guidelines. 1 Ağustos 2020 tarihinde [https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice\\_guidelines/guidelines/suicide.pdf](https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/suicide.pdf) adresinden alınmıştır.
- Jumper, S. A. (1995). A meta-analysis of the relationship of child sexual abuse to adult psychological adjustment. *Child abuse & neglect*, 19(6), 715-728.
- Kar, N., & Prasad, T. (2019). Suicide by psychiatric patients: Nature of risk, risk categorisation and preventability. *Medicine, Science and the Law*, 59(4), 255-264. doi: 10.1177/0025802419867507
- Khan, A., Khan, S. R., Leventhal, R. M., & Brown, W. A. (2001). Symptom reduction and suicide risk among patients treated with placebo in antipsychotic clinical trials: an analysis of the Food and Drug Administration database. *American Journal of Psychiatry*, 158(9), 1449-1454. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.9.1449>

- Khan, A., Leventhal, R. M., Khan, S., & Brown, W. A. (2002). Suicide risk in patients with anxiety disorders: a meta-analysis of the FDA database. *Journal of affective disorders*, 68(2-3), 183-190.
- Kim, Y. K., & Myint, A. M. (2004). Clinical application of low serum cholesterol as an indicator for suicide risk in major depression. *Journal of Affective Disorders*, 81(2), 161-166.
- Kloo, D., Perner, J., Aichhorn, M., & Schmidhuber, N. (2010). Perspective taking and cognitive flexibility in the dimensional change card sorting (DCCS) task. *Cognitive Development*, 25(3), 208-217.
- Kreitman, N. & Foster, J. (1991). The construction and selection of predictive scales, with special reference to parasuicide. *The British Journal of Psychiatry*; v. 159 (2), 185-192. DOI:10.1192/bjp.159.2.185
- Kunugi, H., Takei, N., Aoki, H., & Nanko, S. (1997). Low serum cholesterol in suicide attempters. *Biological psychiatry*, 41(2), 196-200. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(95\)00672-9](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(95)00672-9).
- Kuo, W.H., Gallo, J.J. & Eaton, W.W. (2004). Hopelessness, depression, substance disorder, and suicidality: A 13-year community-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 497–501.
- Kushner, H. I., & Sterk, C. E. (2005). The limits of social capital: Durkheim, suicide, and social cohesion. *American journal of public health*, 95(7), 1139-1143.
- Lerner, M. S., & Clum, G. A. (1990). Treatment of suicide ideators: A problem-solving approach. *Behavior Therapy*, 21, 403–411.
- Lesage, A. D., Boyer, R., Grunberg, F., Vanier, C., Morissette, R., Ménard-Buteau, C., & Loyer, M. (1994). Suicide and mental disorders: a case-control study of young men. *The American journal of psychiatry*, 151(7), 1063-1068.
- Lester, D. (1987). *Suicide as a learned behavior*. Charles C Thomas Pub Ltd.

- Li, J. (2020). *A Study on Suicide, Diagnosis and Solutions*. China: Social Sciences Academic Press. <https://doi.org/10.1007/978-981-13-9499-7>.
- Liberman, R. P., Eckman, T., & Marder, S. R. (2001). Training in social problem solving among persons with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 52, 31–33.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2000). Behavioral treatments of suicidal behaviors: Definitional obfuscation and treatment outcomes. Maris, R. W., Canetto, S. S., McIntosh, J. L., & Silverman, M. M., (editors), In *Review of suicidology* (84-111). New York, NY: Guilford.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., ... & Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of general psychiatry*, 63(7), 757-766.
- Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., ... & Murray-Gregory, A. M. (2015). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA psychiatry*, 72(5), 475-482.
- Liu, H., & Li, X. (1996). The current state of research into suicide, and trends. *Foreign Medicine (Psychiatry volume)*, 23(2), 125–126.
- Lönnqvist, J. (1988). National Suicide Prevention Project in Finland: A research phase of the project. *Psychiatria Fennica*, 19:125-132.
- Lönnqvist, J. (2000). Psychiatric Aspects of Suicidal Behaviour: Depression. In *the International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (107-120). England: John Wiley & Sons.
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., ... & Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*, 294(16), 2064-2074.

- Marttunen, M. J., Aro, H. M., & Lönnqvist, J. K. (1993). Adolescence and suicide: a review of psychological autopsy studies. *European child & adolescent psychiatry*, 2(1), 10-18.
- Marttunen, M. J., Aro, H. M., Henriksson, M. M., & Lönnqvist, J. K. (1991). Mental disorders in adolescent suicide: DSM-III-R axes I and II diagnoses in suicides among 13-to 19-year-olds in Finland. *Archives of General Psychiatry*, 48(9), 834-839.
- McCauley, E., Berk, M. S., Asarnow, J. R., Adrian, M., Cohen, J., Korslund, K., ... & Linehan, M. M. (2018). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents at high risk for suicide: A randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 75(8), 777-785.
- McClure, G. M. G. (2000). Changes in suicide in England and Wales, 1960–1997. *The British Journal of Psychiatry*, 176(1), 64-67.
- McLeavey, B. C., Daly, R. J., Murray, C. M., O'Riordan, J., & Taylor, M. (1987). Interpersonal problem-solving deficits in self-poisoning patients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 17(1), 33-49.
- McLeod, S. A. (2016). Bandura - social learning theory. *Simply Psychology Ağ Sitesi*. 5 Şubat 2021 tarihinde <https://www.simplypsychology.org/bandura.html> adresinden alınmıştır.
- Meltzer, H. Y. (2001). Treatment of suicidality in schizophrenia. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 932(1), 44-60.
- Meltzer, H. Y., Alphs, L., Green, A. I., Altamura, A. C., Anand, R., Bertoldi, A., ... & Potkin, S. (2003). Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: international suicide prevention trial (InterSePT). *Archives of general psychiatry*, 60(1), 82-91. doi:10.1001/archpsyc.60.1.82
- Menninger, K. (1938). *Man against himself*. New York: Harcourt, Brace & World, Inc.
- Miles, C. P. (1977). Conditions predisposing to suicide: a review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 164(4), 231-246.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

- Mirkovic, B., Laurent, C., Podlipski, M. A., Frebourg, T., Cohen, D., & Gerardin, P. (2016). Genetic association studies of suicidal behavior: a review of the past 10 years, progress, limitations, and future directions. *Frontiers in psychiatry*, 7, 1-21. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00158>
- Mitchell, C. U., & LaGory, M. (2002). Social capital and mental distress in an impoverished community. *City & Community*, 1(2), 199-222. <http://doi.wiley.com/10.1111/1540-6040.00017>
- Modai, I., Valevski, A., Dror, S., & Weizman, A. (1994). Serum cholesterol levels and suicidal tendencies in psychiatric inpatients. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 55(6), 252–254.
- Murayama, H., Fujiwara, Y., & Kawachi, I. (2012). Social capital and health: a review of prospective multilevel studies. *Journal of epidemiology*, 22(3), 179-187.
- Nemeroff, C. B., Owens, M. J., Bissette, G., Andorn, A. C., & Stanley, M. (1988). Reduced corticotropin releasing factor binding sites in the frontal cortex of suicide victims. *Archives of general psychiatry*, 45(6), 577-579.
- Nezu, A. M. (1986). Efficacy of a social problem solving therapy approach for unipolar depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(2), 196–202.
- Nezu, A. M. (2004). Problem solving and behavior therapy revisited. *Behavior Therapy*, 35(1), 1–33.
- Nezu, A. M. (2009). Problem-solving skills training to enhance resilience. Invited address presented at the *2nd Annual Warriors' Resilience Conference*, Norfolk, VA.
- Nezu, A., & D'Zurilla, T. J. (1979). An experimental evaluation of the decision-making process in social problem solving. *Cognitive Therapy and Research*, 3(3), 269–277.
- Nezu, A. M., & Perri, M. G. (1989). Social problem solving therapy for unipolar depression: An initial dismantling investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 408–413
- Nezu, A. M., Maguth Nezu, C., & D'Zurilla, T. J. (2012). *Problem-solving therapy: A treatment manual*. Springer Publishing Co.

- Nordentoft, M. (2007). Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. *Danish medical bulletin*, 54(4), 306-369.
- Obrocea, G.V., Dunn, R.M., Frye, M.A., Ketter, T. A., Luckenbaugh, D. A., Leverich, G.S., Speer, A. M., Osuch, E. A., Jajodia, K. & Post, R. M. (2002). Clinical predictors of response to lamotrigine and gabapentin monotherapy in refractory affective disorders. *Biol Psychiatry*, 51, pp. 253-260
- Okamoto, M., Kawakami, N., Kido, Y. & Sakurai, K. (2013). Social capital and suicide: an ecological study in Tokyo, Japan. *Environmental health and preventive medicine*, 18(4), 306-312.
- Ovenstone, I.M.K. & Kreitman, N. (1974). Two syndromes of suicide. *British Journal of Psychiatry*, 124, 336-345.
- Öncü, B. (2017). İntihar davranışı: epidemiyoloji ve risk etmenleri. *Psikiyatride güncel-intihar*, 7(1), 1-14.
- Özalp, E. (2009). İntihar Davranışının Genetiği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(1), 85-93.
- Özer, S., Ayhan, Y. ve Uluşahin, A. (2004). Bipolar bozukluk ve şizofreni genetiğinde sorunların giderilmesinde endofenotip yaklaşımının yeri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15: 125-137.
- Pajoumand, A., Talaie, H., Mahdavinejad, A., Birang, S., Zarei, M., Mehregan, F. F., & Mostafazadeh, B. (2012). Suicide epidemiology and characteristics among young Iranians at poison ward, Loghman-Hakim Hospital (1997–2007). *Archives of Iranian medicine*, 15(4), 210-213.
- Pandey, G. N. (2013). Biological basis of suicide and suicidal behavior. *Bipolar disorders*, 15(5), 524-541.
- Papassotiropoulos, A., Hawellek, B., Frahnert, C., Rao, G. S., & Rao, M. L. (1999). The risk of acute suicidality in psychiatric inpatients increases with low plasma cholesterol. *Pharmacopsychiatry*, 32(1), 1-4.

- Pelkonen, M., Marttunen, M., Pulkkinen, E., Laippala, P., & Aro, H. (1997). Characteristics of out-patient adolescents with suicidal tendencies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95(2), 100-107.
- Perri, M. G., Nezu, A. M., McKelvey, W. F., Shermer, R. L., Renjilian, D. A., & Viegner, B. J. (2001). Relapse prevention training and problem-solving therapy in the long-term management of obesity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 722–726.
- Petersen, L., Sørensen, T. I., Andersen, P. K., Mortensen, P. B., & Hawton, K. (2014). Genetic and familial environmental effects on suicide attempts: A study of Danish adoptees and their biological and adoptive siblings. *Journal of affective disorders*, 155, 273-277.
- Phongsavan, P., Chey, T., Bauman, A., Brooks, R., & Silove, D. (2006). Social capital, socio-economic status and psychological distress among Australian adults. *Social science & medicine*, 63(10), 2546-2561. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.06.021>
- Pollock, L. R. ve Williams, R. (1998). Problem solving and suicidal behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28(4), 375-387.
- Priester, M.J., & Clum, G.A. (1993). The problem-solving diathesis in depression, hopelessness, and suicide ideation: A longitudinal analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 15(3), 239-254.
- Rao, V. P., Krishnan, K. R. R., Goli, V., Saunders, W. B., Ellinwood Jr, E. H., Blazer, D. G., & Nemeroff, C. B. (1989). Neuroanatomical changes and hypothalamo-pituitary-adrenal axis abnormalities. *Biological psychiatry*, 26(7), 729-732.
- Reilly, C. E. (1998). Cognitive therapy for the suicidal patient: A case study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 34(4), 26-31. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.1998.tb01011.x>
- Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., Silverman, A. B., Friedman, A., Pakiz, B., Frost, A. K., & Cohen, E. (1995). Early psychosocial risks for adolescent suicidal ideation and attempts. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(5), 599-611.

- Rich, C. L., Warstadt, G. M., Nemiroff, R. A., Fowler, R. C., Young, D., & Warsadt, G. M. (1991). Suicide, stressors, and the life cycle. *The American journal of psychiatry*, 148(4), 524-527.
- Roy, A., Mazonson, A., & Pickar, D. (1984). Attempted suicide in chronic schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 144(3), 303-306.
- Rudd, M. D., Rajab, M. H., & Dahm, P. F. (1994). Problem-solving appraisal in suicide ideators and attempters. *American journal of orthopsychiatry*, 64(1), 136-149.
- Sakinofsky, I. (2000). Repetition of suicidal behavior. *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, 385-404.
- Salkovskis, P. M., Atha, C. & Storer, D. (1990). Cognitive behavioural problem solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide. A controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 157(6), 871-876.
- Sayıl, I. (1994). Türkiye’de intihar sorunu. *Kriz Dergisi*, 2(2): 293-298.
- Schechter, M., Ronningstam, E., Herbstman, B., & Goldblatt, M. J. (2019). Psychotherapy with suicidal patients: the integrative psychodynamic approach of the Boston Suicide Study Group. *Medicina*, 55(6), 303. doi: 10.3390/medicina55060303
- Schneider, B., Georgi, K., Weber, B., Schnabel, A., Ackermann, H., & Wetterling, T. (2006). Risk factors for suicide in substance-related disorders. *Psychiatrische Praxis*, 33(2), 81-87. doi: 10.1055/s-2005-866858
- Shaffer, D., Gould, M. S., Fisher, P., Trautman, P., Moreau, D., Kleinman, M., & Flory, M. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of general psychiatry*, 53(4), 339-348.
- Sharma, R., & Markar, H. R. (1994). Mortality in affective disorder. *Journal of affective disorders*, 31(2), 91-96.
- Shaw, B., Vallis, M. ve McCabe, S. (1985). Depresyonda şiddet ve belirti örüntülerinin değerlendirilmesi. E. Beckham ve W. Leber (Ed.), *Handbook of Depression* . Homewood, IL: Dorsey Press.

- Shirazi, H. R., Hosseini, M., Zoladl, M., Malekzadeh, M., Momeninejad, M., Noorian, K., & Mansorian, M. A. (2012). Suicide in the Islamic Republic of Iran: an integrated analysis from 1981 to 2007. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 18(6), 607-613.
- Silverman, A. B., Reinherz, H. Z., & Giaconia, R. M. (1996). The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study. *Child abuse & neglect*, 20(8), 709-723.
- Simon, G. E., Savarino, J., Operskalski, B., & Wang, P. S. (2006). Suicide risk during antidepressant treatment. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 41-47. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.1.41>
- Siris, S. G. (2001). Suicide and schizophrenia. *Journal of psychopharmacology*, 15(2), 127-135.
- Soloff, P. H., Lis, J. A., Kelly, T., Cornelius, J. R., & Ulrich, R. (1994). Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 151(9), 1316- 1323.
- Stafford, M., De Silva, M., Stansfeld, S., & Marmot, M. (2008). Neighbourhood social capital and common mental disorder: testing the link in a general population sample. *Health & place*, 14(3), 394-405.
- Stanley, B., & Brown, G.K. (2012). Safety planning intervention: a brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive Behavioral Practice*, Volume 19, Issue 2, pp. 256-264.
- Stoll, C. (1995). *Silicon snake oil: Second thoughts on the information highway*, (78–90). NewYork: Doubleday.
- Sundquist, K., Hamano, T., Li, X., Kawakami, N., Shiwaku, K., & Sundquist, J. (2014). Linking social capital and mortality in the elderly: a Swedish national cohort study. *Experimental gerontology*, 55, 29-36. <http://dx.doi.org/10.1016/j.exger.2014.03.007>
- Szigethy, E., Conwell, Y., Forbes, N. T., Cox, C., & Caine, E. D. (1994). Adrenal weight and morphology in victims of completed suicide. *Biological psychiatry*, 36(6), 374-380. [https://doi.org/10.1016/0006-3223\(94\)91212-2](https://doi.org/10.1016/0006-3223(94)91212-2)

- Tarrier, N., Taylor, K., & Gooding, P. (2008). Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: A systematic review and meta-analysis. *Behavior Modification*, 32(3), 77–108.
- Tezcan, A.E, Oğuzhanoğlu, N.K. ve Ülkeröğlu F. (1995). Çocuk ve gençlerde intihar girişimleri. *Kriz Dergisi*, II. Sosyal Psikiyatri Sempozyumu Özel Sayı 3: 70-74.
- Tulloch, A. L., Blizzard, L., Hornsby, H., & Pinkus, Z. (1994). Suicide and self-harm in Tasmanian children and adolescents. *Medical journal of Australia*, 160(12), 775-786.
- Türkiye İstatistik Kurumu (2015). Ölüm İstatistikleri 2015. *Türkiye İstatistik Kurumu Ağ Sitesi*. 18 Temmuz 2020 tarihinde <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21522> adresinden alınmıştır.
- Türkiye İstatistik Kurumu (2018). Ölüm İstatistikleri 2018. *Türkiye İstatistik Kurumu Ağ Sitesi*. 05 Temmuz 2020 tarihinde <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27592> adresinden alınmıştır.
- van der Kolk, B. A. (1987). *Psychological Trauma*. American Psychiatric Press, Washington.
- Walker, A. M., Lanza, L. L., Arellano, F., & Rothman, K. J. (1997). Mortality in current and former users of clozapine. *Epidemiology*, 8(6), 671-677.
- Weissman, M. M., Fendrich, M., Warner, V., & Wickramaratne, P. (1992). Incidence of psychiatric disorder in offspring at high and low risk for depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(4), 640-648.
- Welte, J. W., Abel, E. L., & Wiczorek, W. (1988). The role of alcohol in suicides in Erie County, NY, 1972-84. *Public Health Reports*, 103(6), 648-652.
- Wenzel, A., & Jager-Hyman, S. (2012). Cognitive therapy for suicidal patients: Current status. *The Behavior therapist*(NYYN), 35(7), 121-130.
- Wenzel, A., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2009). *Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications*. Washington, DC: APA Books.

- Wenzel, A., Jeglic, E. L., Levy-Mack, H. J., Beck, A. T., & Brown, G. K. (2008). Treatment attitude and therapy outcome in patients with borderline personality disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22(3), 250–257.
- Westermeyer, J. F., Harrow, M., & Marengo, J. T. (1991). Risk for suicide in schizophrenia and other psychotic and nonpsychotic disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(5), 259-266.
- Williams, J. B. (1988). A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. *Archives of general psychiatry*, 45(8), 742-747.
- Wingate, L. R., Van Orden, K. A., Joiner Jr, T. E., Williams, F. M., & Rudd, M. D. (2005). Comparison of compensation and capitalization models when treating suicidality in young adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 756-762. doi: 10.1037/0022-006X.73.4.756.
- Yalvaç, H. D., Kaya, B., & Ünal, S. (2014). İntihar girişimi ile başvuran bireylerde kişilik bozukluğu ve bazı klinik değişkenler. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15(1), 24-30.
- Yamamura, E. (2015). Comparison of social Trust's effect on suicide ideation between urban and non-urban areas: the case of Japanese adults in 2006. *Social Science & Medicine*, 140, 118-126. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.07.001>
- Yamaoka, K. (2008). Social capital and health and well-being in East Asia: a population-based study. *Social science & medicine*, 66(4), 885-899. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.10.024> [PMID: 18158206]
- Zhang, J., & Zhou, L. (2009). A case control study of suicides in China with and without mental disorder. *Crisis*, 30(2), 68-72.

## 6. EKLER

### EK 1. Grup ve Bireysel Terapi Sürecinin Değerlendirmesi

1. Aşama: Hem bireysel hem de grup terapisi formatında hastaların yaşam öyküleri ve şikayetleri dinlenmiş ve SÇT hakkında bilgilendirme yapılmış, terapi kuralları konuşulmuştur. Katılımcıların terapiden beklentileri öğrenilmiştir. bireysel terapiye katılanlar daha detaylı öykülerinden bahsederken grup terapisine katılanların ki daha kısa tutulmuştur. Ayrıca, grup terapisinde katılımcıların birbirlerine karşı empatik olma, saygı çerçevesinde geri bildirim verme gibi farklı grup kuralları da oluşturulmuştur. Her iki formatta da süre açısından bir sıkıntı yaşanmamıştır.
2. Aşama: her iki formatta bir önceki haftanın değerlendirilmesi yapıldıktan sonra oturumun gündemi olan sorun yöneliminden bahsedilmiştir. Katılımcıların olumlu-olumsuz sorun yönelimi belirlenmiştir. Sonrasında sorun çözme tarzları hakkında konuşulmuş ve şimdiye kadar hangi sorun çözme tarzını daha fazla kullandığı tartışılmıştır. Her iki grupta benzer bir aşama sürdürülmüştür.
3. Aşama: Geçen haftanın değerlendirilmesi yapıldıktan sonra sorunun tanımlanması aşamasına geçilmiştir. Sıkıntılara neden olabilecek sorunların kaynağının neler olabileceğinin değerlendirilmesi ile birlikte bireyin sorunlarını tanımlayabilmesi için teşvik edilmiştir. Her katılımcı, kendi sorunlarına yönelik sorun-şikâyet ayrımı yaptırılmıştır. Grup terapisine katılan bireylerin bu aşamayı daha rahat uygulayabildikleri görülmüştür. Çünkü, grup üyeleri birbirlerinin sorunlarına yönelik çözüm üretmeye yardımcı olmuş ve birlikte ılımlı bir şekilde fikir alışverişi yapabilmişlerdir.
4. Aşama: Önceki haftanın değerlendirilmesi yapılmış ve katılımcının sorununu tanımladıktan sonra nasıl bir hedefe ulaşmak istediğini hakkında konuşmuştur. Hedef belirleme konusunda da grup formatındaki katılımcıların diğer grup üyeleriyle geribildirimlerde bulundukları görülmüştür.
5. Aşama: Önceki haftanın değerlendirilmesi yapılmıştır. Katılımcıların belirledikleri hedefle uyumlu, soruna çözüm olabilecek olası çözüm seçeneklerinin üretilmesi için çalışılmıştır. Çözüm üretebilmesi için katılımcılara farklı tekniklerle yardım edilmiştir. Örneğin, bireysel formatta boş sandalye tekniği kullanılırken, grup

formatında üyeler birbirleriyle rol playing tekniğini kullanmayı tercih etmişlerdir. Yine grup formatında çözüm seçeneği üretme konusunda birbirlerini cesaretlendirmişlerdir. Bireysel terapi alan katılımcılardan 6'sı için bu aşama 2 oturumda gerçekleşmiştir. Diğer katılımcılar ve grup terapisinde ise tek oturum yapılmıştır.

6. Aşama: Katılımcılar yeterince çözüm seçeneği ürettikten sonra, kendileri için uygun çözüm seçeneğinin belirlenmesi aşamasına geçilmiştir. Her iki aşamada da benzer süreçler gözlenmiştir.
7. Aşama: Uygulama aşamasında zorlanan katılımcılar için grup formatında birbirlerine destek oldukları ve cesaretlendirdikleri görülmüştür. Bireysel terapide bu aşamada 7 danışan için bir veya 2 oturum daha yapılırken grup terapisinde katılımcılarında tek oturum sürmüştür.
8. Aşama: Son oturumda uygulamanın sonuçlarının değerlendirilmiştir. Sorunun ortadan kalkıp kalkmadığı ya da hedefe ulaşıp ulaşılmadığı hakkında konuşulmuştur. Grup üyelerinin diğer üyeler hakkında terapi başından sonuna olan değişimlerine ilişkin olumlu geribildirimler ilettikleri gözlenmiştir. Bireysel terapiler danışan ve terapistin işbirliği ile olumlu bir şekilde son bulurken, grup terapisinde grup üyeleri arasında samimi dostlukların olduğu gözlenmiştir. Terapi süreci bittikten sonra da birbirleriyle görüşen üyeler olmuştur.

Genel olarak değerlendirildiğinde, bireysel terapilerin normal süreç içinde devam ettiği görülürken, grup terapisinde grup üyelerinin etkileşimlerinin birbirlerini olumlu etkilediği görülmüştür. Grup üyelerinin birbirlerine karşı empatik ve yapıcı geribildirimleri, cesaretlendirmeleri ve psikolojik destek oluşturmalarının sürece olumlu katkı sağlamış olabileceğini düşündürmektedir. Bir bakıma SÇT uygulamasında önemli kaynaklardan biri olan sosyal desteğin, grup üyeleri tarafından gerçekleştirildiği izlenimi edinilmiştir.