

T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

MAJOR DEPRESİF BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERİN
ÖZKİYİM GİRİŞİMLERİNDE ÜSTBİLİŞSEL İNANIŞLARININ
ROLÜ

Dr. Ahmet Ekrem SAVAŞ

UZMANLIK TEZİ

TOKAT
2022

T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

MAJOR DEPRESİF BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERİN
ÖZKİYIM GİRİŞİMLERİNDE ÜSTBİLİŞSEL İNANIŞLARININ
ROLÜ

Dr. Ahmet Ekrem SAVAŞ

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Esma AKPINAR ASLAN

TOKAT
2022

TEŞEKKÜR

Asistanlık dönemimin ve tez sürecimin başından sonuna kadar ihtiyaç duyduğum her anda sonsuz sabır ve destekleriyle yanımda olan, asistanı olmaktan büyük onur duyduğum Doç. Esmâ Akpınar Aslan , Doç. Dr. Sedat Batmaz ve hayat arkadaşı Doç. Dr. Sehra Birgöl Batmaz’a

Birlikte çalışma fırsatı bulduğum bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım ve Dr. Öğr. Üyesi Zekiye Çelikbaş, Doç. Filiz Özsoy, Dr. Öğr. Üyesi Figen Ünal Demir’e,

Lisans eğitimim esnasında bilgi, sevgi, tecrübeleriyle yolumu aydınlatan sevgili hocalarım Prof. Dr. Ayşe Fahriye Tosun, Prof. Dr. Mehmet Eskin’e

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum kıdemlilerim Dr. Burcu ESER ve Dr. İlker Güneysu’ya, hekim arkadaşlarım Muhammed Erkam Çeker, Muhammet Furkan Battal’a

Tüm çalışma arkadaşlarıma, servis, poliklinik hemşireleri ve personeline, psikolog arkadaşlarıma,

Eğitim sürecim, hayatta karşılaştığım zorluklarda her zaman yanımda olan saygıdeğer dostum Orhan Alpkaan Özgüven’e

Varlıklarıyla hayatımı anlamlandıran, beni bugünlere getiren annem Aynur Savaş ve babam Abdulkadir Savaş’a,

Sevgili abim Sinan Kutay Savaş, ablam Gülbin Savaş ve kardeşim Sare Aydın’a

Sonsuz sevgi ve şükranlarımı sunarım.

Dr. Ahmet Ekrem Savaş

ÖZET

Özkıyım her geçen gün artan önemiyle karşımıza önemli bir halk sağlığı sorunu olarak çıkmaktadır. Özkıyım düşünce ve davranışının çok faktörlü karmaşık doğasını açıklamak için birçok model geliştirilmesi umut vericidir. Özkıyım düşüncesi ve davranışlarının doğasını anlamak özkıyım ve ilişkili durumları azaltmak için esastır. Çalışmamızda özkıyım girişimi olan majör depresif bozukluk tanılı hastaların, özkıyım girişimi olmayan majör depresif bozukluk tanılı hastaların ve sağlıklı kontrollerin üstbilişler ve ruminasyonla ilgili üstbilişler açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır. Araştırmaya özkıyım girişimi olan majör depresif bozukluk tanılı 50 hasta, özkıyım girişimi olmayan majör depresif bozukluk tanılı 50 hasta ve herhangi bir ruhsal hastalığı olmayan 50 sağlıklı kişi olmak üzere toplam 150 hasta dahil edildi. 3 gruba da sosyodemografik ve klinik veri formu, Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A), Montgomery–Asberg Depression Rating Scale MADRS (MADRS), Üstbiliş Ölçeği (ÜBO), Bilişsel Dikkat Sendromu-Ölçeği (BDS), İntihar Bilişleri Ölçeği (İBÖ) ,Ruminasyonla İlgili Olumlu İnanışlar Ölçeği(RUMİ-Olumlu) ve Ruminasyonla İlgili Olumsuz İnanışlar Ölçeği(RUMİ-Olumsuz) uygulandı.

Gruplar depresyon ve anksiyete düzeyleri açısından karşılaştırıldığında; depresyon ve anksiyete düzeyleri hasta grubunda kontrol grubundan daha yüksek saptandı ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı. Üstbilişleri değerlendiren ölçekler ve alt ölçekler arasında hasta gruplar kontrol gruplarından daha yüksek skorlara sahipti. Özkıyım girişimi olan depresyon hastalarının ruminasyona dair olumsuz üstbilişlerini değerlendiren Rumi-olumsuz toplam puanı, Rumi-olumsuz alt ölçeği olan Rumi olumsuz-2 , BDS alt ölçeği olan ruminasyon ve tehdit izlemeye ayrılan vakit (BDS-F1), üstbilişleri değerlendiren ÜBÖ toplam puanıyla birlikte ÜBÖ-F3 , ÜBÖ-F5 alt ölçeklerin skorlarının anlamlı düzeyde özkıyım girişimi olmayan depresyon grubundan yükseklik gösterdiği saptandı. Rumi-Olumlu, Rumi-Olumsuz'un alt ölçeği olan Rumi Olumsuz-1, ÜBÖ alt ölçekleri olan ÜBÖ-F2, ÜBÖ-F4 ölçeklerinde ise hasta grupları kontrol gruplarında anlamlı olarak farklılık gösterirken özkıyım girişimi olan hastalarla özkıyım girişimi olmayan hastalar arasında farklılık saptanmadı. Özkıyım girişimi

olan ve olmayan depresyon grupları arasında ölçeklerin korelasyonlarıyla ilgili değerlendirmeye bakıldığında özkıyım girişimi olan depresyon grubunda MADRS ile ÜBO alt ölçekleri olan ÜBÖ-F2, ÜBÖ-F5 ile pozitif yönlü zayıf, Rumi Olumsuz-2 , Rumi-Olumsuz toplam, ÜBÖ-3 ve İBÖ ile pozitif yönlü orta düzeyde korelasyon saptandı. Özkıyım girişimi olmayan depresyon grubunda özkıyım girişimi olan gruptan farklı olarak ÜBÖ-4 ve ÜBÖ toplam puanlarında MADRS ile pozitif yönlü orta düzeyde korelasyon bulundu. Her iki grup için Rumi-Olumlu puanları ve MADRS arasında korelasyon saptanmadı. Bu çalışmanın bulgularıyla özellikle özkıyım girişimi olan hastalarda üstbilişler ve ilişkili inançlarının yerinin anlaşılması gelişmekte olan bir tedavi yöntemi olan üstbilişsel terapinin klinik müdahalelerde kullanımının gelişmesine katkı sağlayabileceği düşünölmektedir.

Anahtar kelimeler: üstbiliş, özkıyım, depresyon

ABSTRACT

Suicide emerges as an important public health problem with its increasing importance day by day. It is promising to develop many models to explain the multifactorial complex nature of suicidal thought and behavior. Understanding the nature of suicidal thoughts and behaviors is essential to reducing suicide and related conditions. In our study, it was aimed to compare patients with major depressive disorder with suicide attempt, major depressive disorder without suicide attempt and healthy controls in terms of metacognitions and rumination-related metacognitions. A total of 150 patients, including 50 patients with a diagnosis of major depressive disorder with a suicide attempt, 50 patients with a diagnosis of major depressive disorder without a suicide attempt, and 50 healthy individuals without any mental illness, were included. Sociodemographic and clinical data form, Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A), Montgomery and Åsberg Depression Scale (MADRS), Metacognition questionnaire-30(MCQ-30), Cognitive Attention Syndrome-1 Scale (CAS-1), Suicide Cognitions Scale(SCS), Positive Beliefs about Rumination Scale(PBRS), Negative Beliefs about Rumination(NBRS) Scale were administered to all participants.

When the groups were compared in terms of depression and anxiety levels; Depression and anxiety levels were higher in the patient group than in the control group, and this difference was statistically significant. Among the scales and subscales comparing metacognitions, the patient groups had higher scores than the control groups. NBRS total score of patients with suicide attempt, negative interpersonal and social consequences of rumination which (NBRS-2) is NBRS subscale, time devoted to rumination and threat monitoring, MCQ-30 total score, uncontrollability, need to control thoughts subscale scores, it was found that there was a significant difference from the depression group without suicide attempt. There is a significant difference between the patient groups and the control groups in the PBRS, the uncontrollability and harmfulness of rumination (NBRS1), cognitive lack of confidence and danger (MCQ3), and cognitive awareness (MCQ5) scales. There was no difference between the patients with suicide attempt and the patients without suicide attempt. When evaluating the correlations of the scales between the

depression groups with and without suicide attempt, a weak positive correlation was found with the uncontrollability of rumination (MCQ2) and the need to control thoughts (MCQ4) with MADRS in the depression group with suicide attempt. A moderate positive correlation was found with the interpersonal and social consequences of rumination (NBRS2), NBRS, and suicide cognition scales. In the depression group without suicide attempt, different from the group with suicide attempt, a moderate positive correlation was found with MADRS in cognitive awareness and MCQ-30 scores. There was no correlation between PBRS and MADRS scores of both groups. With the findings of this study, it is thought that understanding the place of metacognition and related beliefs, especially in patients with suicide attempt, may contribute to the use of metacognitive therapy, which is an emerging treatment method, in clinical interventions.

Keywords: metacognition, suicide, depression

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR	x
ŞEKİLLER	xii
TABLolar	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Major Depresif Bozukluk	4
2.1.1. Tanım ve Tarihçe	4
2.1.2. Epidemiyoloji.....	5
2.1.3. Etiyoloji	6
2.1.4. Tanı, Klinik Özellikler ve Seyir.....	9
2.1.5. Tedavi.....	11
2.2. Özkıym	13
2.2.1. Tanım ve Tarihçe	13
2.2.2. Epidemiyoloji.....	14
2.2.3. Etiyoloji	16
2.2.4. Özkıym ve Major Depresif Bozukluk	19
2.2.5. Özkıym ve Diğer Ruhsal Hastalıklar	20
2.3. Wells' in Üstbilişsel Modeli	23
2.3.1. Bilişsel Dikkat Sendromu:	24
2.3.2. Üstbilişsel İnanışlar	25
2.3.3. Dikkat ve Yürütücü İşlevlerin Kontrolü.....	25
2.3.4. Zihinsel Modlar	26
2.4. Major Depresif Bozukluk ve Üstbilişsel Model	26
2.5. Özkıym ve Üstbilişsel Model	29
3. YÖNTEM.....	32
3.1. Etik Kurul Onayı.....	32

3.2. Katılımcılar:	32
3.3. Sağlıklı Kontrol Grubunun Çalışmaya Dahil Edilme Şartları:	32
3.4. Hasta Grubunun Çalışmaya Dahil Edilme Şartları	32
3.5. Çalışmaya Dahil Edilmeme Şartları.....	33
3.6. Değerlendirme Araçları	33
3.6.1. Sosyodemografik veri formu:	33
3.6.2. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HADÖ):.....	34
3.6.3. Montgomery–Åsberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği (MADDÖ):	34
3.6.4. Ruminasyonla İlgili Olumlu İnanışlar Ölçeği (RUMİ-Olumlu):.....	34
3.6.5. Ruminasyonla İlgili Olumsuz İnanışlar Ölçeği (RUMİ-Olumsuz):.....	35
3.6.6. Bilişsel Dikkat Sendromu-1 Ölçeği (BDSÖ-1):	35
3.6.7. Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30):	36
3.6.8. İntihar Bilişleri ölçeği (İBÖ):	37
3.7. İstatistiksel Analiz.....	37
4. BULGULAR	39
5. TARTIŞMA.....	56
5.1. Çalışmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yanları:.....	63
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	64
7. KAYNAKLAR	66
8. EKLER	77
Ek 1: Etik Kurul Onayı	77

SİMGELER VE KISALTMALAR

5HT: 5-hidroksitriptamin

HAM-A: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği

MADRS: MADRS

ÜBÖ-30: Üstbiliş Ölçeği-30

BDS-1: Bilişsel Dikkat Sendromu-1 Ölçeği

İBÖ: İntihar Bilişleri Ölçeği

RUMİ-Olumlu: Ruminasyonla İlgili Olumlu İnanışlar Ölçeği

RUMİ-Olumsuz: Ruminasyonla İlgili Olumsuz İnanışlar Ölçeği

BDNF: Brain Derived Neurotrophic Factor

BDS: Bilişsel Dikkat Sendromu

DA: Dopamin

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EKT: Elektrokonvülsif Terapi

GABA: Gama Aminobütirik Asit

HPA: Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal

ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

KDYİ: Kendini Düzenleyen Yürütücü İşlevler

MADRS: Montgomery–Asberg Depression Rating Scale

MAO: Monoamin Oksidaz

MD ÖG: Majör Depresyon Özkıyım Girişimi

MD: Major Depresyon

MDB: Major Depresif Bozukluk

NA: Noradrenalin

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

SSRI: Seçici Serotonin Re-uptake İnhibitörü

TRH: Thyrotropin Releasing Hormone

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Yy: Yüzyıl



ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
1. Major depresif bozukluk ve üstbilişsel model.....	28



TABLULAR

Tablo	Sayfa
1. DSM 5'e göre MDB tanı kriterleri.....	10
2.Sosyodemografik değişkenlerin dağılımı.....	39
3.Sosyodemografik bilgiler ve grupların karşılaştırılması	41
4.Ölçeklerin betimsel istatistikleri ve çarpıklık basıklık değerleri	42
5. Ölçek ve alt ölçek puanlarının grup karşılaştırmaları	43
6. Depresyon düzeyi ve anksiyete düzeylerinin gruplar arası karşılaştırılması	46
7.Cinsiyet ayrımında ölçek puanlarının MD ÖG,MD grubu bakımından incelenmesi	46
8. MD ÖG, MD ve kontrol gruplarında ölçek puanlarının medeni durum bakımından incelenmesi	48
9.MD grubundan ölçek puanlarının özkıyım davranışı öyküsü durumu bakımından incelenmesi	49
10. MD ÖG grubunda özkıyım girişimi varsa türü bakımından incelenmesi	51
11. MD ÖG grubunda ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi	53
12. MD grubunda ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi	55

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Majör depresyon; çökkün duygudurum, hayattan zevk alamama ve genel bir ilgi azalması temel belirtilerinin yanında uyku, iştah ve cinsellik gibi birçok alanı etkileyen, düşünme hızında yavaşlama, dikkat ve yoğunlaşma yetisinde azalma gibi bilişsel belirtilerin eşlik ettiği bir ruhsal bozukluktur (1). Depresyonun toplumdaki özkıyım riskini 20-30 kat arttırdığı ve psikiyatrik hastalıklar arasında özkıyım oranı en yüksek olan grubun depresyon hastaları olduğu düşünülmektedir (1, 2).

Üstbiliş (metacognition) kavramı, bilişleri kontrol eden, düzenleyen ve değerlendiren üst düzey bilişsel yapı, bilgi ve süreçler olarak tanımlanabilir. En temel tanımı ile kişinin kendi zihnindeki olay ve işlevlerin farkında olmasını, zihin olaylarını ve işlevlerini amaçlı yönlendirebilmesini içeren bir üst sistemdir (3-5). Kişinin ne bildiği hakkındaki bilgisi ne düşündüğü hakkındaki düşüncesi veya kendi bilişsel süreci üzerine çevrilmiş gözü olarak da tanımlanabilir. Patolojik olarak sürece dâhil olduğunda etkili olmayan öğrenmelere ve bilişsel çelişkilere yol açabilen üstbilişler, zihnin “sağlıklı” veya “sağlıksız” düşünce sistemleri geliştirmesine etki etmektedirler.

Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik projesi verileri incelendiğinde depresyonun ülkemizde en fazla yeti yitimine neden olan hastalık olduğu görülmektedir (6). Dünya sağlık örgütü verileri ülkemizle uyumlu olarak 2020 yılında depresyonun yeti yitimine neden olan hastalıklar içinde ikinci sıraya yükseleceğini öngörmektedir (7). Depresyondaki bireylerin başta mesleki, sosyal alanlar olmak üzere birçok alandaki işlevsellikleri azalmaktadır. İş gücü ve verimin azalması, kazalar, artan tedavi maliyetleri, özkıyıma bağlı ölümler nedeniyle ortaya çıkan kayıplar maliyetin büyüklüğünü göstermektedir. Toplumda yüksek sıklıkta görülen, sık tekrarlayan ve bu yoğunlukta yeti yitimine neden olan bir hastalığın önlenmesinin ve tedavisinin kıymetli olduğu açıkça görülmektedir (8).

Özkıyım girişimi olan 23 ve özkıyım girişimi olmayan 28 major depresyon tanılı hastaların örnekleme dahil edildiği bir çalışmada; özkıyım girişiminde bulunan grubun, dikkatlerine ve belleklerine olan güvenleri düşük olarak bulunmuş; bu durum depresyonda beklenen benlik değerindeki azalma veya olumsuz süreçleri algılamada ve aşırı genellemede gözlenen artış ile ilişkili olabileceği şeklinde yorumlanmıştır.

Pek çok özkıyım girişimi vakasında kişiler problemlerinin çözümlüne alternatif çözümler yolları üretmemekte ve umutsuzluğa kapılmakta olduğu sonucuna varılmış ayrıca özkıyım girişimi olan major depresyon hastalarında “zihinsel süreçlerini kontrol etmeye yönelik” abartılı uğraşın bu grubun düşüncelerine daha fazla odaklanmaları ile ilişkili olabileceği gösterilmiştir (9).

Toplam 355 üniversite öğrencisinin dahil edildiği başka bir çalışmada daha önce özkıyım girişiminde bulunan ve bulunmayan üniversite öğrencilerinin bilişsel tarzı, benlik saygısı, umutsuzluk, ruminasyon, bilişsel tepkisellik ve kişilik özelliklerinin incelenmesi amaçlanmış ve bu çalışmada negatif bilişsel tarzın, umutsuzluğun ve ruminasyonun daha önceki özkıyım girişiminin önemli yordayıcıları olduğu görölmüştür (10).

Eşik altı depresif belirtileri ve özkıyım girişimi olan 30 kişinin ve 30 sağlıklı katılımcının karşılaştırıldığı başka bir çalışmada düşüncelerle ilgili olumsuz inanışlar, ÜBÖ-F5 ve ÜBÖ-F3 için gruplar arasında anlamlı farklılıklar ortaya koyulduğu görölmüştür. Belirli üstbilişsel inançların ve baş etme tarzının özkıyım davranışı üzerindeki etkisinin olduğu ortaya çıkarmıştır. Uyumsuz üstbilişlerin, algılanan stresin fazla tahmin edilmesine ve bilişsel kaynakların ve başa çıkma becerilerinin küçümsenmesine yol açabileceği, bu da bireylerin stresli yaşam olaylarına karşı uyarlanabilir başa çıkma stratejileri üretmesini engelleyebileceği sonucuna varılmış (11).

Literatür incelendiğinde üstbilişsel inanışlar kapsamında çeşitli psikopatolojilerin araştırma konusu olarak değerlendirildiği görölmektedir. Major depresyon tanısı olup özkıyım girişiminde bulunan hastalar ile üstbilişsel inanışlar alanındaki çalışma sayısı oldukça sınırlıdır.

Bu araştırmada depresyon tanısıyla takipli özkıyım girişimi öyküsü olan , depresyon tanısıyla takipli ve özkıyım girişimi olmayan hastalar ile sağlıklı kontrol grubu üstbilişsel inanışlar ve süreçler açısından karşılaştırılarak alandaki araştırmalara katkı sağlamak amaçlanmıştır.

Hipotezlerimiz şu şekilde özetlenebilir:

-Özkıyım girişimi öyküsü bulunan major depresyon tanılı hastalarda, özkıyım girişimi öyküsü olmayan hastalar ve sağlıklı kontrol grubuna göre depresyon ve anksiyete düzeyleri daha yüksek bulunacaktır.

- Özkıyım girişimi öyküsü bulunan major depresyon tanılı hastalarda, özkıyım girişimi öyküsü olmayan hastalar ve sağlıklı kontrol grubuna göre özkıyım ilişkili umutsuzluk düzeyleri, patolojik tarzda üstbilişsel inanış düzeyleri, bilişsel dikkat sendromu daha yüksek olarak bulunacaktır.

- Özkıyım girişimi öyküsü olan major depresyon tanılı hastalarda; intihar bilişleri ölçeği ile ruminasyona ilişkili olumsuz inanışlar, düşüncelerin kontrol edilmezliği, düşünceleri kontrol etme ihtiyacı ilişkili bulunacaktır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Major Depresif Bozukluk

2.1.1. Tanım ve Tarihçe

Major depresif bozukluk, günümüzde sık olarak karşımıza çıkan tekrarlayabilen, hayat konforunu etkileyen, morbidite ve mortaliteye neden olan bir hastalıktır (12). Depresyon; derin üzüntülü, bazen de hem üzüntülü hem bunaltılı bir duyguduruma eşlik eden düşünce, konuşma, devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşmanın görüldüğü ve bunların yanı sıra değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşüncelerinin tabloya hakim olduğu bir sendromdur (13). Yeryüzünde yaklaşık olarak 300 milyona yakın kişinin depresyondan muzdarip olduğu öngörülmektedir ve bu oran dünyadaki popülasyonun % 4.4'üne denk gelmektedir (14).

İnsanlık tarihinde ruhsal hastalıkları açıklama çabası eski çağlara kadar dayanır. Arami ve Hint metinlerinde yer alan duygudurum bozukluklarına benzer tablolara ilerleyen zamanlarda Eski Mısır medeniyete ait metinlerde de rastlanmaktadır. Antik Yunan ve Roma medeniyetlerine ait metinlerde depresyonla ilgili modern tanıma yakın izler yer almaktadır. Vücutta bulunan “kara safra” ‘nın ruhu etkileyerek melankoliye neden olduğunu öne süren Hipokrat melankoyi ; umutsuzluk , uykusuzluk , iştahsızlık ve sinirliliğe , huzursuzluğun eşlik ettiği bir tablo olarak açıklamıştır. Galen de Hipokrat gibi vücut sıvılarında yer alan değişikliklerin “melankoli” ye neden olduğunu öne sürmüştür. Galen ’in tanımında farklı olarak göze çarpan kavramlar ise bütün insanlardan nefret etme hali ve hayattan memnun olmamadır (15, 16). İbn-i Sina ise mani , melankoli ve taşkınlık terimlerinden “Tıbbın Temel İlkeleri” isimli eserinde detaylı olarak bahsetmiştir (13). 16.yy’da kullanılan alçakta olmak bastırmak anlamına gelen “depressus” kelimesi günümüzde kullanılan depresyon terimin köklerini oluşturmaktadır .Tamamen depresyon ile ilgili ilk İngilizce metin olma özelliği taşıyan “Melankolinin Anatomisi” ise Robert Burton tarafından 1621’de kaleme alınmıştır (16). Krapelin 1896 yılında yaptığı çalışmalarla depresyonu geniş bir çerçevede ele almış, hastalığın gidişatını, sonucunu tek bir başlık altında toplayarak demancia precoxdan net

ayrımını yapmıştır. Manik depresif hastaların demencia precoxdan ayrılan temel yönlerinin düzelme , yinelemelerle seyretmesi olduğuna vurgu yapmıştır (15). Karl Leonhard 1957 yılında unipolar, bipolar ayrımını yaparak zıt dönemlerin bir arada görülmediği unipolar; yineleyici mani ve depresyon dönemleriyle zıt kutuptan iki durumun bir arada görüldüğü bipolar tabloları açıklayarak duygulanım bozukluklarına yeni bir sınıflama getirmiştir (16). Günümüzde halen ICD ve DSM dizgelerinde duygudurum bozukları yerini tek/yineleyici olarak korumaktadır. Krapelinin demencia precoxdan ayrımını döngüsellik ile yaptığı döneme göre klinik açıdan artık hastalık dönemlerinin önemi daha fazla ön plandadır. DSM 5'te duygudurum bozuklukları ana başlığı yerini 2 ayrı tanı grubu olan “depresif bozukluklar” ve “iki uçlu ve ilişkili bozukluklar” a bırakmıştır. ICD sınıflandırmasında ise “depresif epizod” başlığıyla ele alınmaktadır (13, 15).

2.1.2. Epidemiyoloji

Depresyon ruhsal hastalıklar içerisinde yaşam boyu yaygınlığı en yüksek olan hastalıktır. Yaşam boyu yaygınlık oranı %5-17 arasında değişmektedir (16). Ülkemizde de %8-20 arasında değişen yaygınlığıyla dünya ülkelerine benzer oranlara rastlanmaktadır (17). Depresyon günümüzde sıklığı gittikçe artan, yüksek oranlarda iş gücü kaybına neden olan, kronikleşebilen ve tekrarlayıcı özellikleri nedeniyle güncel bir halk sağlığı sorunu olarak önemini korumaktadır. Erkeklerde kadınlara nazaran yaklaşık 2 kat az görülmektedir. Son dönemlerdeki çalışmalar kadın ve erkekler arasındaki farkın azaldığını işaret etmektedir. Türkiye Ruh sağlığı Profili Çalışmasının verileri incelendiğinde kadınlarda %5.4, erkeklerde %2.3, tüm nüfusta %4 depresif nöbet insidansına rastlanmaktadır (18).Günümüze kadar depresyon ile ilgili toplumsal tabanlı epidemiyolojik çalışmaların birçoğunda cinsiyet, medeni hal ve yaş depresyonla ilişkili olarak değerlendirilmiştir (19). 20-50 yaşları arası başlangıç yaşları en çok rastlanılan dönem olmakla birlikte ergenlik ve yaşlılık dönemlerinde de başlangıç göstermesi olağandır (16). 65 yaş sınır kabul edilerek yapılan bir çalışmada depresyon prevalansı 65 yaş altı için %19-23 arasında değişen oranlarda bulunurken bu oran %65 yaş üstü için %10 olarak hesaplanmıştır (20). Irklara göre sıklığı bakıldığında etnik köken arasında fark olmadığı belirtilmekle birlikte siyah ırkta daha az depresyonla karşılaşıldığını öne süren

alışmalara rastlamak mümkündür (21). Medeni durum depresyon için sıklığı etkileyen faktörlerden biridir. Daha önce evlenmemiş, eşini kaybetmiş ya da evlenip boşanmış bireylerde depresyona evli olanlara göre daha sık rastlanmaktadır. Evli olmanın depresyona karşı koruyucu özelliği erkek bireylerde kadınlara nazaran daha yüksektir (15). Stresli yaşam olaylarına daha az rastlanması, sosyal desteğin fazlalığı nedeniyle kırsal bölgelerde şehir yaşamına göre daha düşük oranda depresyonla karşılaşılmaktadır.

zkıyımın sık rastlanılan bir kavram olduğu depresyonda; depresyon tanılı hastaların yaklaşık 3’te biri özkıyım girişiminde bulunmakta ve yaklaşık 10 ‘da biri de özkıyım nedeniyle hayatının kaybetmektedir. Kadınlarda zkıyım girişimine daha fazla rastlanırken, ölümle sonuçlanan özkıyım erkek bireylerde daha sık rastlanmaktadır. Komorbid ruhsal hastalıklar (alkol kullanım bozukluğu, kişilik bozuklukları) , erkek cinsiyet, yalnız olmak, ileri yaş, işsizlik, sosyal desteğin yetersiz olması özkıyım riskini artıran faktörlerdir (15).

2.1.3. Etiyoloji

MDB’ un etiyolojisinde kesin bir patolojiden bahsetmek g olmakla birlikte biyopsikososyal etkenlerin rol aldığı bilinmektedir. Depresyon tanılı hastaların birince derece yakınlarında hastalanma riskinin normal popülasyona göre 2-3 kat arttığı gösterilmiştir. İkiz çalışmalarında da yüksek depresyon oranları hastalığın kalıtsal yönüne dikkat çekmektedir. MDB oluşumunda rol oynayan etkenler genetik, biyolojik ve psikososyal etkenler olarak sınıflandırılabilir (16).

Depresyonun kalıtsal özelliğine dikkat çeken çalışmalara literatürde sıkça rastlamak mümkündür. Monozigotik ikizlerde eř hastalanma oranı %50 , dizigotik ikizlerde ise %5-25 arasında değişmektedir. Hastalığın sık tekrarlaması , tedavide başarısızlık , erken yaşlarda hastalığın başlaması açısından da aile öyküsünün varlığı önemli bir yer tutmaktadır (15, 16).

Nörobiyolojik düzeydeki araştırmalarda ilk incelenen nörotransmitter sistemleridir. Serotonin(5-HT), dopamin (DA), noradrenalin (NA) gibi monoaminlerle birlikte, BDNF, TRH, GABA, asetilkolin, leptin, P maddesi, somatostatinler üzerinde durulan diğer önemli nörotransmitterlerdir. Monoamin oksidaz inhibitörlerinin ve trisiklik antidepressanların tedavide etkinliğinin

gözlenmesiyle beraber monoamin hipotezi dikkat çekmeye başlamıştır (4). Monoamin hipotezine göre; nörotransmitter eksikliğine, stres veya genetik reseptör anormalliklerine bağlı olarak postsinaptik reseptörlerde up-regülasyon meydana gelmekte, reseptör yapısındaki bozulma veya reseptörlerde gerçekleşen fonksiyon değişikliklerinin de depresyona neden olduğu öne sürülmektedir. Reseptörlerde meydana gelen patolojik değişimin ; reseptör kaynaklı, monoamin nörotransmitterlerine bağlı veya sinyal iletimindeki bozukluktan kaynaklı olabileceği gösterilmiştir (22). Depresyonun fizyopatolojisinde nörotransmitter sistemi kadar reseptör sayı ve duyarlılığındaki değişimler üzerinde de durulmaktadır (23). Noradrenalinin eksik sentezi ve sinaptik aralığa salınımdaki azalma , serotonin aktivitesiyle ilgili nöronlarda yer alan presinaptik beta-2 reseptörlerinin serotonin salınımını dolaylı yollardan etkilemesi, alfa -1 adrenerjik postsinaptik reseptörlerdeki duyarlılıkta ve sayıda azalma, alfa-2 adrenerjik presinaptik reseptörlerin inhibisyon etkisinde artışa neden olan reseptör sayısında artış, depresyonun oluşumunda üzerinde durulan önemli mekanizmalardır. Alfa-2 adrenerjik reseptörlerinin noradrenalin salınımını azaltma üzerine etkili olmasının dışında serotonin ilişkili nöronlarda yer alması nedeniyle sinir sonlanmalarından serotonin salınımı da azalttıkları gösterilmiştir (22).

Dopamin aktivitesindeki düşüş depresyonla ilgili çalışmalarda sıklıkla gösterilmiştir. Bilişsel ve motor aktivite, zevk almada azalmanın mezokortikal ve mezolimbik dopamin yollarında meydana gelen fonksiyon bozukluğuyla ilişkili olduğu öne sürülmektedir (24). Hipotalamopitüiter-adrenal aks aktivitesinde artış MDB hastalarında gösterilen biyolojik belirteçlerdendir (25). 24 saatlik idrarda serbest kortizol ve plazma kortizol konsantrasyonunda artış saptanmıştır. Kortizol artışının sirkadiyen ritmi bozduğu, tedavi sonrası yakınmaların gerilemesiyle yapılan ölçümlerde plazma kortizol düzeylerinin normal aralığa gerilediği gösterilmiştir (26). Tiroit bezi ilişkili olarak Hipotalamus-hipofiz-tiroit ekseninde tirotropin salgılatan hormona TSH yanıtının azalması ve serum tiroksin düzeylerindeki artışın depresyon benzeri tabloyla ilişkili olduğu gösterilmiştir.

MDB'un incelendiği yapısal ve fonksiyonel görüntüleme çalışmalarında rastlanan hipokampus hacmindeki azalmanın bellek bozukluklarıyla yakın ilişkili olabileceği öne sürülmektedir. Hipokampus hacmindeki bu azalmanın antidepresan

ile geri döndürülebilir olduğu gözlenmiştir. Bununla birlikte subkortikal alanda lezyonlar, ventrikül genişlemesi ve amigdala hacminde anormalliklerin gösterildiği çalışmalar da mevcuttur (13, 27, 28).

Psikanalitik kuram da depresyona açıklama getirmeye çalışmıştır. Karl Abraham tarafından gündeme getirilen saldırganlığın kendine yönelmesi Freud tarafından detaylandırılmıştır. İçer alma savunma düzeneği kullanılarak kaybı önlenen nesne nedeniyle birey kendisinin cezalandırıcı öfke ve dürtülerinin hedefi haline gelir. İçer alınan nesneye karşı ambivalan duygular hissedilir. Saldırganlığın ve öfkenin yöneldiği nesne aynı zamanda kaybı önlenmek için içine alınan nesne olduğu için suçluluk hissedilir. Kendine yönelen saldırganlık, suçluluk ve ambivalan duygular özkıyım girişimlerinde rol oynayabilmektedir (24, 29). Klasik psikanalitik kuram, depresyonda ambivalan duygulara dikkat çekmektedir. Sevgi ve nefret birlikte bulunurken kendine yönelen nefret bilinçdışıdır. Katı ve acımasız süperego nedeniyle birey öfkesini kendisine yönlendirir. Kendine yönelen nefret nedeniyle bireyin öz saygısı düşer, artık suçlu ve değersiz biri olması ruhsal çökkünlüğün ortaya çıkmasına neden olur (13).

Daha çok depresyonu bilişsel yönüyle açıklamaya çalışan Beck'e göre: yaşananlar kadar yaşananlar hakkında düşüncelerimiz ve onlara verdiğimiz tepkiler yaşantımızda belirleyicidir. Beck'in kuramına göre bireyin kendisine, geleceğe ve çevresine dair olumsuz değerlendirmeleri, hayata dair şemaları ve bunlarla ilgili bilişsel hataları depresyona neden olmaktadır. Depresyon ilerledikçe olumsuz otomatik düşüncelerin sıklığı artar sağlıklı düşünceler yerini gerçekçi olmayan düşüncelere ve davranışlara bırakmaya başlar. Bu olumsuz düşünceler depresyonu derinleştirmeye devam ederken öte yandan ağırlaşan depresyon da olumsuz bilişlerle çözüme uygun olmayan davranışların sıklığını artırarak içinden çıkılmaz bir kısır döngüye neden olmaktadır (15).

Lewinshon ise depresyonu ödüllendirme eksikliğine bağlı olarak bozulan pekiştirme mekanizmalarına dayandırmaktadır. Ödül mekanizmalarından uzun süreli uzak kalmak bireyde umutsuzluğa neden olmaktadır. Umutsuzluk ödüle ulaşmak için çabalamanın azalmasına neden olurken, çabanın azalmasıyla ödüle ulaşmakta zorlaşarak umutsuzluğu pekiştirmektedir. Lewinshon sosyal beceri ve problem çözme yeteneklerinde kısıtlılık olduğu düşünülen bireylerde ödüllendirmelere uygun

yanıtları verememenin depresyona yol açtığını öne sürmektedir (16). Öğrenilmiş çaresizlik modeliyle Seligman depresyonu ; geçmişte yaşanmış çaresizliğin birikimiyle oluşan , yeni sorunlar karşısında harekete geçmenin anlamsız ve yararsız olacağı inancının pekişmesiyle açıklamaktadır (29)

Aile öyküsü varlığı, kadın cinsiyet , 18 yaşından büyük 44 yaşından küçük olmak , geçim sıkıntısı, olumsuz sayılabilecek yaşam olayları, travma, göç, kronik fiziksel rahatsızlık, düşük sosyoekonomik düzey , medeni durumu bekar, dul veya boşanmış olmak temel risk faktörleri olarak değerlendirilmiştir (30).

Göç, istismar veya ihmale maruz kalmak, travmatik sayılabilecek yaşam olayları, erken yaşta ebeveyn kaybı depresyon gelişiminde rol oynayan çevresel faktörlerdir. Histrionik, nevrotik, borderline, pasif ve bağımlı, çekingen, obsesif kompulsif kişilik özellikleri depresyon için risk oluşturan bireysel faktörlerdir (31, 32).

2.1.4. Tanı, Klinik Özellikler ve Seyir

Depresyon bireylerin işlevselliğinde azalmaya neden olan, daha önce bireye zevk veren durumlardan artık eskisi kadar zevk almadığı, yoğun mutsuzluk , geleceğe dair umutsuzluk , değersizlik , suçluluk yetersizlik ve özkıyım düşüncelerinin eşlik ettiği, bireyin düşünce akışında bozulmaya yol açan, dikkat , hafıza ve bilişsel işlevlerde bozulmalarla birlikte enerji azlığı uyku sorunları gibi fiziksel işlevlerin sekteye uğradığı bir sendromdur (13, 33).

DSM 5 dizgesinde “Depresyon Bozuklukları” başlığı altından yer almaktadır. DSM-V tanı kriterlerine göre Major Depresif Bozukluk ; en az iki haftalık süre boyunca işlevsellik düzeyinde eskiye nazaran belirgin değişiklik olması ile birlikte “depresif duygudurum”, ilgi ya da haz almada azalmayla karakterize “anhedoni” belirtilerinden birinin mutlak yer aldığı ; bununla beraber kilo değişiklikleri uykusuzluk veya aşırı uyku, psikomotor ajitasyon veya yavaşlama, enerji kaybı ,yorgunluk, bitkinlik, uygunsuz değersizlik, suçluluk duyguları, düşüncelerini belirli bir konu üzerinde odaklama yetisinde azalma , kararsızlık; yineleyen ölüm ya da özkıyım düşüncelerinin en az beşi veya daha fazlasını içeren klinik tablodur. Bununla birlikte bu tablo ilaç kullanımı ,genel tıbbi durum ve madde kullanımına bağlı değildir (34).

1. DSM 5'e göre MDB tanı kriterleri

A	İki haftalık bir dönem arasında daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmasıyla birlikte belirtilerden en az biri "depresif duygudurum" ya da " <u>anhedoni</u> " olmak kaydıyla aşağıdakilerden en az beşinin hemen her gün bulunması gerekir:
1	Yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum
2	Yaklaşık gün boyu süren <u>anhedoni</u>
3	Önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımı
4	Uykusuzluk ya da aşırı uyku
5	Ajitasyon ya da <u>retardasyon</u>
6	Yorgunluk, bitkinlik ya da enerji kaybı
7	Uygunsuz değersizlik ve suçluluk duyguları
8	Dikkati odaklama yetisinde azalma ya da kararsızlık
9	Yineleyen ölüm düşünceleri ya da intihar girişi
B	Bu belirtiler toplumsal, iş ya da diğer işlevsellik alanlarında azalmaya neden olur
C	Genel bir tıbbi durum ya da madde kullanım etkilerine bağlı değildir.
D	Depresyon döneminin ortaya çıkışı psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.
E	Hiçbir zaman <u>mani</u> ya da <u>hipomani</u> dönemi yoktur.

Rasyonel tedavi uygulamaları ve hastalığın gidişatı için daha özgül tanı koymak adına duygu durum bozukluklarında homojen alt gruplar oluşturulmasıyla bazı alt tipler belirlenmiştir. DSM 5 de şiddet ve seyir özelliklerine göre ; hafif, orta ağır, tam düzelme , kısmi düzelme, psikotik özellikli ve belirlenememiş alt tipleri , belirtiler açısından ; karma, katatonik , bunaltılı , melankolik, duygudurumla uyumlu, mevsimsel, atipik alt tipleri tanımlanmıştır (35).

Depresyonun başlangıcı genelde yavaştır. İlk karşımıza çıkan somatik yakınmalara eşlik eden iştahsızlık, halsizlik gibi vejetatif bulgular olduğu için ilk başvurular genelde diğer dahili tıp branşlarına yapılarak depresyonun atlanmasına sebep olabilmektedir. Yakınmaların ilerlemesiyle başa çıkmakta zorlanan hastalarda, ağır şiddetli depresyon belirtileri olan hastalar daha yüksek oranda yardım için başvurdukları için daha hızlı fark edilebilmektedir (13).

Major depresif bozukluk tanısı almış hastalar arasında tek epizod geçiren hastalarda hastalıkla ikinci defa karşılaşma oranı yüzde 60'lara varmaktayken, 2 ve 3 epizod yaşamış hastalarda sırasıyla yüzde 70 ve yüzde 90 tekrarlama riskinin olması major depresif bozukluğun tekrarlama olasılığının yüksek bir hastalık olduğuna dikkat çekmektedir (36). Hastalığın tekrarlama süresi ve sıklığını net olarak ortaya koymak mümkün olmamakla birlikte ; yaşlı hastalar tekrarlama açısından daha riskli görünmektedir (37). Eşlik eden alkol kullanım bozukluğu, kişilik bozukluğu,

anksiyete bozukluğu, sosyal fobi ve psikotik özellikli depresyon gibi ek tanımlar yineleme riskini arttırmaktadır. Ruhsal hastalık ek tanımları dışında; erken başlangıçlı veya eşik altı belirtilerin uzun süreli devamı, tekrarlama olasılığını arttırmaktadır. Ruhsal hastalık ek tanısı, sık tekrarlama, devam eden uzun süreli sosyal stresörler depresyonda yanıtı azaltan temel etkenlerdir (36-38).

Evli olmak, hastalık seyrinin hafif olması, geç başlangıçlı depresyon, eşik altı belirtilerin olmaması, psikotik özellikler barındırmaması, yatış gerektiren tedavi süresi ve sayısının az olması, uygun süre ve dozlarda uygun tedaviye erişmiş olması, komorbid hastalık olmaması ve sosyal destek sistemlerinin yeterli ve kolay ulaşılabilir olması prognozun iyi olacağına işaret eden belirteçlerdir. MDB’da kötü prognoz belirleyicileri olarak ise ; bekarlık, depresif dönemlerin uzun süreli ve şiddetli olması, uygun süre ve dozda tedaviye erişememiş olmak, psikotik özelliklerin hastalığa eşlik etmesi , sık hastane yatışları , komorbid ruhsal hastalıklar, aile öyküsünün varlığı, düşük baş etme becerileri, işsizlik ve işlevselliğin kötü olması önde gelen belirleyiciler olarak gösterilmektedir (16).Dikkat edilmesi gereken önemli noktalardan biri de unipolar depresyon nedeniyle takip edilen hastaların uzun süreli izlemlerde bipolar depresyon olduğun fark edilmesidir. Bipolar depresyon düşündürebilecek özellikler; erken başlangıç, psikotik özellikliler , karma özellik göstermek , psikomotor yavaşlama, ve aile öyküsünün varlığı olarak sıralanabilir (39).

2.1.5. Tedavi

Farmakoterapi, psikoterapi, elektrokonvülsif tedavi (EKT), transkraniyel manyetik uyarı MDB sağaltımında başlıca tercih edilen seçeneklerdir. Hastalığın tanı koyma ve tedavi düzenleme aşamasında birinci basamak olarak mevcut tabloya neden olabilecek bedensel hastalıkların, kullanılan ilaç ya da maddelerin dışlanması gerekmektedir. Değerlendirme esnasında önemli bir husus ise depresyonda sıklıkla ortaya çıkabilen özkıym düşünceleridir. Hafif şiddetli depresyonda psikoterapi yaklaşımları ve destekleyici görüşmeler tedavi için yeterli olabilir. Orta ve ağır şiddetli depresyon için ilk seçenek farmakolojik ajanlardır. İlk basamak tedavide farmakoterapi yerine EKT’nin tercih edileceği durumların başında yeme içme reddi,

yoğun özkıyım düşünceleri ve psikotik özellikler gösteren depresyon gelmektedir (13, 40).

Trisiklik antidepresanlarla birlikte geçmişte sıklıkla kullanılan Monoamin oksidaz inhibitörleri (MAO) günümüzde yerini artık daha güvenli aralıkta kullanılabilen daha az yan etkiyle karşılaşılan seçici serotonin geri alım inhibitörlerine (SSRI) bırakmıştır. Essitalopram, sitalopram, paroksetin fluvoksamin ve fluoksetin günümüz depresyon tedavisinde en sık kullanılan SSRI grubu farmakolojik ajanlardır. SSRI grubu ajanları takip eden diğer bir grup duloksetin, milnaspiran ve venlafaksinden oluşan serotonin norepinefrin geri alım inhibitörleridir (SNRI). Norepinefrin geri alım inhibitörü (NRI) bupropion; seçici norepinefrin geri alım inhibitörleri reboksetin, atomoksetin, desipramin; alfa 2 antagonisti mirtazapin ve melatonin analogu agomelatin sıklıkla tercih edilen diğer antidepresanlardır (13, 41).

Psikanalitik yönelimli psikoterapi, bilişsel davranışçı terapi, davranışçı terapi, kişilerarası ilişkiler psikoterapisi depresyonda etkinliği gösterilmiş psikoterapi yaklaşımları arasındadır. Etkinliği çalışmalarla gösterilmiş bu terapi yöntemlerinin hafif ve orta şiddetli depresyonda monoterapi veya farmakolojik tedavi ile birlikte kullanılması önerilmektedir. Ağır şiddetli depresyon için günümüzde hala ilk seçenek farmakoterapidir (42).

Elektrokonvülsif terapi günümüzde geçmiş medya deneyimleri nedeniyle kötü bir şöhrete sahip olsa da hala monoaminergic yolakları aktive ederek, reseptör duyarlılığını arttırarak, sol ve sağ beyin yarım küreleri arasında senkronizasyonu sağlayarak, ikinci haberci ve gen dizilimi düzeneklerinin değişmesine neden olarak depresyon tedavisinde etkinliğini sürdürmektedir (43). Transkraniyel manyetik stimülasyon, derin beyin uyarımı, vagal sinir uyarımı, parlak gün ışığı tedavisinin de duygudurum üzerine olumlu etki sağlayan somatik tedavi yöntemleri olduğu bildirilmiştir (44).

Depresyonda ana hedef remisyonudur. Kalıntı belirtilerin varlığı depresyonun tekrarlama riskini artırdığı birçok çalışmada gösterilmiştir. Depresyon tedavisi için akut dönem 6-8 hafta olarak değerlendirilir. Yapılan çalışmalarda ortalama 6-12 hafta sonunda hastaların remisyona girdiği gösterilmiştir. Remisyon olarak değerlendirilmesi için tamamen semptomsuz bir döneme ihtiyaç yoktur. Depresyon

tanı ve tedavi yanıtını değerlendirebildiği ölçeklerden Hamilton Depresyon ölçeği için ; 7 puan ve altındaki skorlar, MADRS için ise 10 puan ve altı puanlar remisyon olarak değerlendirilir (45, 46).Psikososyal işlevsellikte bozulmanın olmadığı, depresyonun çekirdek belirtilerini barındırmayan, fonksiyonelliğin tam olarak geri döndüğü optimal remisyon ise ulaşılması güç olmakla birlikte depresyonda nihai hedeftir (47).

2.2. Özkıyım

2.2.1. Tanım ve Tarihçe

Günümüzde sıklıkla kullanılan suisid teriminin antropolojik kökeni, “sui”(ben) ve “cedere”(öldürmek) sözcüklerinin bir araya gelmesiyle kendini öldürmek anlamına gelen “suicedere” sözcüğüne dayanmaktadır (48).Arapçadan günümüze gelen kökenlerine bakıldığı zaman boğazlamak, kesmek ve boğazın altındaki çukur anlamında kullanılan “nahr” sözcüğünden köken almak ile birlikte Türk Dil Kurumu güncel kullanımda “özkıyım” sözcüğünü önermektedir (49).

Özkıyım ve özkıyım ilgili kavramlar üzerine net bir fikir birliğine varılmamakla beraber literatürde terminolojik olarak açıklamalara bakıldığında; Dünya Sağlık Örgütü özkıyım davranışını; özkıyım düşünme, özkıyım planlama, girişim, tamamlanmış özkıyım kavramları zemininde değerlendirmektedir. özkıyım girişimi kendini öldürmek planıyla gerçekleştirilen ve ölümle sonuçlanmayan tüm istemli davranış örüntülerini kapsamaktadır (50). Amerikan Psikiyatri Derneği’nin temel sınıflandırmasına bakıldığında ise özkıyım; özkıyım, tamamlanmamış özkıyım girişimi, özkıyım düşüncesi, özkıyım davranışının ölümcüllüğü, kasıtlı kendine zarar verme kavramlarıyla geniş bir spektrumda değerlendirilmeye alınmaktadır (51).

M.Ö 2000 yıllarda Mısır’da kimin tarafından yazıldığı tespit edilemeyen , yaşamaktan yorulan bir insanın ölüm ve yaşam arasındaki seçiminde ruhuyla girdiği diyalogu anlatan “İntihar Üzerine Bir Tartışma” başlıklı Mısır papirüsünün bilinen en eski kaynak olduğu tahmin edilmektedir (52).

Emile Durkheim 1987 tarihinde “İntihar” başlıklı çalışmasıyla özkıyımı her yönüyle inceleyerek özkıyım davranışının aydınlanmasına önemli katkıda bulunmuştur. Durkheim çalışması sonucunda özkıyımı değerlendirmede kişisel

faktörlerin yetersiz kaldığı ve odaklanması gereken önemli alanlardan birinin bireyin toplumla kurduğu ilişki olduğuna dikkat çekmiştir (53).

2.2.2. Epidemiyoloji

Küresel ölçekte önemli bir halk sağlığı problemi olarak göze çarpan özkıymıla ilgili Dünya Sağlık Örgütü'nün verileri; gelişmiş ülkelerde ve genç yaşlarda sık ölüm nedenlerinden biri olduğunu göstermektedir. Tüm popülasyon göz önüne alındığında ise en sık 20 ölüm nedeninden biridir. 15-29 yaş arasındaki nüfusun trafik kazası nedeniyle ölümden sonra en sık ikinci ölüm sebebidir. Ortalama olarak 800.000 kişinin her yıl özkıymı sebebiyle hayatını kaybettiği düşünülmektedir. İntihar kaynaklı ölüm çoğu ülkede ölüm nedenleri arasında üst basamaklarda yerini almaktadır (54).

İntiharın yaşla birlikteliğini değerlendiren çalışmalara bakıldığında, en sık olarak 15-44 yaş aralığının göze çarptığı fakat tamamlanmış özkıymının ilerleyen yaş ile artış gösterdiği birçok çalışmada gösterilmiştir. Genel değerlendirme olarak bakıldığında genç nüfusta girişim ve düşünceye daha sık rastlanılmakla birlikte tamamlanmış özkıymının yaşlı nüfusta daha sık karşımıza çıktığı görülmektedir (55).

Dünya Sağlık örgütünün 2019 yılı verilerine bakıldığında 2019 yılı standardize edilmiş özkıymı oranının yüz binde 9 olduğu görülmektedir. Erkek ve kadınların özkıymı oranları kıyaslandığında erkek cinsiyette özkıymı oranı yaklaşık olarak 2-3 kat daha fazladır. Dünya Sağlık Örgütü'nün ülkelerin özkıymı oranlarına göre hazırladığı tabloda 2019 yılı için ülkemizde özkıymı oranı yüz binde 2.4, kadın/erkek oranını ise 1/3'tür (56). Ülkelere göre özkıymı oranları yüz binde 2 ile 80 aralığında değişiklik göstermektedir. 2019 yılı değerlendirildiğinde tüm özkıymıların %77 sinin düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmesi dikkat çekmektedir. İntihar girişiminde en sık başvuru yöntemleri tarım ilaçları, ateşli silahlar ve asıdır (56).

Türkiye'deki özkıymı yöntemleri arasında en sık kullanılan yöntemler ise; ası, yüksekten atlama ve ateşli silah kullanımıdır. Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2019 yılına ait özkıymı ilişkin verileri incelendiğinde yalnızca üçte birinin sebebinin bilinmekle birlikte sebebin belirlenebildiği popülasyonda en sık 3 sebebin hastalık, aile anlaşmazlıkları ve geçim zorluğu olduğu sonucuna varılmaktadır (57). İntihara

ilişkin veriler değerlendirilirken bazı ülkelerde özkıyımın yasal zeminde suç olarak değerlendirildiği ve toplumlarda özkıyıma ilişkin hassasiyetin yüksek olması sebebiyle bildirimlerin kimi zaman gerçek rakamları yansıtmayabileceği değerlendirme esnasında göz önünde bulundurulmalıdır.

Dünya Sağlık Örgütü 2019 yılı verilerine bakıldığında cinsiyetlere göre özkıyım oranlarının erkek nüfusta 100.000 de 13.7, kadın nüfusta ise 100.000 de 7.5 olduğu gözlenmiştir (54). İntihar düşüncesi ve girişimi kadınlarda erkeklere oranla 2-4 kat daha fazlayken, özkıyım oranları ise erkeklerde kadınlara göre 3 kat daha fazladır. İntihar ve özkıyımla ilişkili davranışların boşanmış erkek nüfusunda bekar ve dullara göre yüksek olduğu, bekar ve dul nüfusun ise evli nüfusa göre daha yüksek oranlarda özkıyım ve özkıyımla ilgili davranışlarla ilişkilendirildiği gözlenmiştir(58).Orta ve düşük gelir düzeyine sahip ülkelerdeki sosyoekonomik etkenler de göz önüne alındığında özkıyım nedeni ile ölüme sosyoekonomik düzeyi yüksek ülkelere nazaran daha sık rastlanmaktadır (54).

Eğitimi düzeyinin düşük olması , çalışmakta olduğu bir işinin olmaması özkıyım oranlarını artıran bireysel faktörler olarak değerlendirilmiştir (59). Ekonomik bağımsızlığı olmayan kişilerde özkıyım girişimlerine diğer ülkelere benzer şekilde ülkemizde de daha sık rastlanmaktadır (60).İntihar ve ilişkili davranışlara çalışan gruplarda çalışmayan gruplara oranla daha az sıklıkta rastlanmasıyla beraber çalışan gruplar içinde ise en riskli mesleklerin; doktorluk, avukatlık , sigortacılık ve müzisyenlik olduğu belirtilmiştir. Doktorlar içinde ise dikkat çeken riskli grup başlıca psikiyatristler , anesteziistler ve göz doktorlarıdır (61).

İntihar yöntemleri içinde yaşanan kültür, meslek, medeni duruma bağlı olarak değişiklik gösterse de erkeklerde sıklıkla ateşli silah , ası , yüksekten atlama gibi daha yıkıcı ve ölümcül yöntemlere rastlanmaktadır. Bunun sonucu olarak tamamlanmış özkıyım oranlarının kadınlara oranla daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Kadınlar ise sıklıkla uygun kullanım dozlarının üstünde ilaç alımıyla zehirlenme ve kesici alet kullanarak özkıyımda bulundukları bildirilmiştir (58).

2.2.3. Etiyoloji

Biyolojik Yaklaşımlar

Endokrinolojik Etkenler

Artmış HPA aksı etkinliği ve düşük kolesterol düzeyleri özkıyım riski ile ilişkilendirilmektedir (62). İntihar girişiminden sonra total kolesterol düzeylerinin değerlendirildiği ve 51 hastanın katıldığı bir çalışmada özkıyım girişimi bulunan popülasyonun total kolesterol düzeylerinin sağlıklı kontrol grubuna göre daha düşük düzeylerde olduğu gözlenmiştir (63). Duygu regülasyonunda zorluk, saldırganlık ve dürtüsellik artışının HPA aksındaki aksamayla ilişkili olabileceği düşünülmekle beraber deksametazon baskılama testinde kortizol cevabında baskılanmanın olmadığı kişilerde özkıyım ilişkili ölüm oranlarının yüksekliği çalışmalarda gösterilmiştir (64). HPA aksındaki aksamanın aynı zamanda psikopatolojinin şiddeti ile birliktelik gösterdiği düşünülmektedir. Fenfluramin sonrası serotonin salınımı ve prolaktin düzeylerinin karşılaştırıldığı çalışmanın sonuçları değerlendirildiğinde prolaktin yanıtındaki azalmanın psikiyatrik tanıdan bağımsız olarak özkıyım girişimi ile ilişkilendirilebileceği düşünülmüştür (65). Hipotiroidinin depresyona neden olduğunu bilmekle birlikte Hashimoto tiroiditinin özkıyım riskini arttırdığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (66).

Nörokimyasal Etkenler

Ölümardı çalışmalarda özkıyım ile ilişkili olarak hipokampus ve prefrontal kortekste serotonin reseptörlerinin artışı ve beyin-omurilik sıvısında serotonin metaboliti olan 5- HİAA düzeylerinin normale göre düşük olduğu gösterilmiştir (67, 68). Serotonerjik sistemle yakın ilişkili olan öfke ,dürtü kontrolünde zorluk ve saldırganlığın özkıyım ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (69).

Günümüzde yeni çalışmaların odaklandığı bir enzim olan spermidine/spermine N1 asetiltransferaz aynı zamanda poliamin stres cevabını düzenlemekte görevli olan bir enzimdir. Düşük spermidine/spermine N-1 asetiltransferaz geni ekspresyonunun, bipolar bozukluk ve depresyon tanılı özkıyımda bulunan hastalarla ilişkili olduğu bulunmuştur (70).Plazma IL-6

düzeylerinin incelendiği çalışmalarda IL-6 düzeylerindeki yüksekliğin dürtü kontrolünde zorluk ve özkıyım girişimi ile ilişkili olduğu bulunmuştur (71).

Nörogörüntüleme Çalışmaları

İntihar eğilimi artmış kişilerde yapılan görüntüleme çalışmalarında rektal girus , kaudat nükleus ve süperior temporal girus hacminde azalmanın görüldüğü, anterior ve posterior singulat kortekste ise reaktivite artışının izlendiği belirtilmiştir (72). Ventromedial ve ventrolateral prefrontal korteks, inferior frontal gyrus , dorsolateral prefrontal korteks ve birbiriyle bağlantıların incelendiği bir çalışmada yapısal ve işlevsel düzeydeki bozulmaların özkıyım ilişkili olabileceği düşünülmüştür (73).İntihar ve ilişkili davranışlarla ilgili olarak yapılan fonksiyonel görüntüleme çalışmalarının sonuçlarında prefrontal korteksin dinlenme durumundaki metabolizma hızının azaldığı gösterilmiştir (74).

Genetik Çalışmalar

İntihar davranışına genetik temelli bakıldığı zaman ikiz ve evlat edinme çalışmalarının ortaya koyduğu bulgular özkıyımın kalıtılabilirliğini ortaya koymaktadır. İntihar davranışı ile ilişkilendirilen tek gen bölgesi bulunmamakla birlikte çevresel faktörle etkileşimin rol aldığı pek çok gen bölgesi bulunmaktadır. Ruhsal hastalık öyküsünden bağımsız olarak değerlendirildiğinde bile ailede özkıyım öyküsü olması özkıyım davranışı ile ilişkilendirilmektedir (75, 76).Ebeveyn olma yaşının büyük olması spermatogenez esnasındaki mutasyon riskinde artışa neden olarak bireyin çocuklarındaki özkıyım oranlarında artışa neden olabileceği gösterilmiştir (77). İntihar ilişkili genetik çalışmaların yoğunlaştığı gen bölgelerinin başlıcaları; serotonin transporter ve katekolamin-o-metil transferaz gen bölgeleridir. Tirozin hidroksilaz, monoaminoksidaz-A, triptofan hidroksilaz 1 ve 2 enzimleriyle birlikte serotonin reseptörlerinin kodlandığı genlerdeki bölgelerin de yoğunlaşan çalışmalar sonucunda özkıyım ilişkili olduğu gösterilmiştir (78).

Biyopsikososyal Etkenler

Ruh sağılığı alanında çalışanlar için özkıyım kavramı her dönem önemini korumuştur. Freud özkıyımı psikanaliz çerçevesinde ele aldığı ‘Yas ve Melankoli’ kitabında bireyi özkıyıma sürükleyen süreçte sevgi nesnesinin kaybının ilk basamağı oluşturduğunu ileri sürmüştür. Bireyin benliğine olan saldırganlığın özkıyıma yatkın olmasında önemli bir yer teşkil ettiğini ifade eder (79). Klinik psikolojinin önemli temsilcilerinden Amerikalı Edwin Schneidman özkıyımın; acılarıyla artık baş etmekte oldukça zorlanan ve mücadele gücü azalmış benlik için duruma uygun olarak değerlendirilen bir çözüm olabileceğini ifade etmiştir. Kişi için özkıyımın artık problemle baş etmenin ve bulunduğu sıkıntıdan uzaklaşmanın bir yolu olduğunu öne sürmüştür.

Bilişsel davranışçı yaklaşımın kurucusu Beck umutsuzluk ve çaresizliğin özkıyıma giden yolda önemli basamaklar olduğunu vurgulamıştır. Bilişsel kuramın depresyonda öne sürdüğü bireyin kendine çevresine ve geleceğe dair karamsar değerlendirmelerinin ve bilişlerindeki işleme yanlışlarının kendini daha yetersiz hissetmesine, geleceğin daha karanlık olduğuna inanmasına ve çevre destek sistemlerini uygun şekilde kullanamamasına neden olarak özkıyıma yakınlığının artış gösterdiğini öne sürmüştür (80).

İntiharın narsistik yönüne dikkat çeken Henseler, birey için özkıyımın narsistik çatışmasının bir ürünü olduğunu öne sürmektedir. Bireyin baş edemeyeceğini düşündüğü durumlarda çaresiz kalmaktan korkarak yetersiz kalan savunma düzenekleri yerine daha ilkel savunma düzeneklerine yöneldiği sonucuna varmıştır. Narsistik yaralanma sonucu kendini çaresiz ve yalnız hisseden birey için aslında ölümün sorunlarına çözüm getiren bir dinginlik hali olduğunu düşündüğünü öne sürmüştür (81).

İntihar ile kişiler arası ilişkileri inceleyen Joiner öncelikle bireyin ölümü arzulaması daha sonra ise ölümün bedensel ağrısını tolere edebilmesi ve kendine zarar vermeye dair korkularının azalmasının gerekliliğinden bahsetmiştir. Ağrılı ve acı veren uyarıcılara daha sık maruz kalarak alışma yoluyla bu acı verici deneyimlerin gittikçe daha az ağrılı ve katlanabilir hale gelmesinin kendine zarar verme yeteneğinin kazanılmasında önemli bir rolü olacağını öne sürmüştür. Birey varlığını bulunduğu çevre için fazlalık olarak görmesiyle beraber gruba ait

hissetmediğinde ölümün daha kolay arzulanabilir hale geldiğini düşünmektedir (82, 83).

Önemli bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilen özkıyımı Durkheim sosyolojik açıdan ele aldığında; kişinin kendini topluma ait hissetmesini sosyal bütünleşme olarak, gerçeğe uygun olmayan isteklerinin toplum tarafından düzenlenmesini de toplumsal düzenleme kavramlarıyla açıklamıştır. Sosyal bütünleşme ve toplumsal düzenlemenin uçlarda olmasının bireyin uyumunu bozarak özkıyımın neden olduğunu belirtmiştir. Durkheim özkıyımları sınıflandırırken; toplumla bütünleşmekte zorlanmadan kaynaklanan bireyin kendini yalnız ve çaresiz hissettiği egoistik özkıyım, sosyal bütünleşmenin getirdiği görev bilinci ile olan alturistik özkıyım ve toplumsal normların kaybıyla meydana gelen anomik özkıyım kavramlarını kullanmıştır (84) .

2.2.4. Özkıyım ve Major Depresif Bozukluk

Özkıyım davranışı ruhsal hastalıklarla birlikteliği sık olmasıyla birlikte önlenebilir ölüm nedenlerinden biridir. MDB ve özkıyım birlikteliği literatürde oldukça fazla çalışmada gösterilmiştir. Özkıyım nedeni ile hayatını kaybedenlerin %90'ında ruhsal hastalık bulunduğu gösterilmekle birlikte yaklaşık yarısını duygudurum bozukluğu nedeniyle takip edilen hastalar oluşturmaktadır (85, 86). İleri yaşlı bireylerde karşımıza çıkan özkıyımda ise MDB'la özkıyım birlikteliğinin güçlü bir ilişkisi olduğu belirtilmiştir (87). Literatür incelendiğinde MDB nedeniyle takipli hastalarda özkıyım riskinin %70 oranında daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (88). MDB hastalarının kendilerine karşı olan negatif tutumları, özgüven ile ilgili sıkıntılar, geleceğe dair umutsuzluğun artışı ve yalnızlık düşüncelerinin özkıyım girişimine ulaşan düşüncelerde önemli bir rol oynadığı belirtilmiştir. Özellikle genç hasta grubunda sıklıkla karşımıza çıkan dürtü kontrolündeki azalma özkıyım girişimi sıklığında artışa yol açmaktadır. Alkol madde kullanımı, dürtüsellik birlikteliği risk artışına neden olmaktadır. 10 yıllık bir izlem çalışmasının sonuçlarında MDB hastalarında eşlik eden kişilik bozukluğunun özkıyım açısından önemli bir yordayıcı olmakla birlikte kişilik bozukluğunun MDB'dan bağımsız olarak da artmış özkıyım hızıyla ilişkilendirildiği gösterilmiştir (89). MDB'da özkıyımı konu alan bir gözden geçirme, MDB' da erkek cinsiyet, özkıyım girişimi

öyküsü, kronik hastalık, çocukluk çağı travmaları, genç yaşta veya ileri yaşta olmanın temel bireysel risk faktörleri olduğunu vurgulamıştır. MDB semptomları açısından riskli olarak değerlendirilebilecek temel semptomlar olarak ön planda anhedoni , bilişsel esnekliğin az olması , problemlere karşı duyarlılık , problem çözme yeteneklerinde kısıtlılık, uykusuzluk ve dürtüsellik bulunmaktadır. Depresyona eşlik eden geleceğe dair umudun az olması , algılanan öz saygının düşüklüğü , değersizlik hissi özkıyım aracılık etmektedir. Postpartum dönem, MDB'un şiddetli olarak değerlendirilmesi, eşlik eden alkol madde kullanımı ve işitsel varsanı varlığının özkıyım olasılığını arttırdığı düşünülmektedir. Tedaviyle gerileyen semptomlara rağmen eşik altı belirtilerin varlığı ve sık tekrarlayan depresyon öyküsü olmasının özkıyım ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (90-92).

Koruyucu faktörler değerlendirildiğinde sosyal uyumunun yüksek olması, toplum ve aileye karşı sorumluluk hissinin yüksek olması, dini değerlere bağlılığın yüksek olması , duygu düzenleme becerilerindeki yükseklik , dürtü kontrol denetiminin yüksekliği , öz saygı ve öz yeterliliğinin iyi olması , problem çözme becerilerinin gelişmişliği ve aile öyküsünde psikotik semptom ve öykünün yer almaması koruyucu faktör olarak değerlendirilerek özkıyım riskini azaltmaktadır (92).

2.2.5. Özkıyım ve Diğer Ruhsal Hastalıklar

Özkıyımın psikiyatrik hastalıklara sıklıkla eşlik edebileceği bilinmektedir. Özkıyım girişiminde bulunmuş 10 hastadan 9'unun bir psikiyatrik hastalıktan muzdarip olduğu bilinmektedir. Sıklıkla özkıyım ile ilişkilendirilen ruhsal hastalıkların başında depresyon gelmekle birlikte şizofreni, alkol-madde kullanım bozukluğu, kişilik bozuklukları, kaygı bozuklukları, bipolar bozuklukta da özkıyım sıklığı artış göstermektedir (93).

Özkıyım ile ruhsal hastalığın şiddeti arasında da ilişki olduğu çalışmalarda gösterilmiştir. Eşlik eden ruhsal hastalığı bulunanlarda özkıyım riski artış göstermektedir (94). Şizofreni nedeniyle takipli hastalarda yaşam boyu özkıyım prevalansının %10 olduğu belirtilmiştir (95). Genel popülasyon ile karşılaştırıldığında şizofreni nedeniyle takipli hastaların yaşam boyu özkıyım girişimi riskinin 20 kat, tamamlanmış özkıyımın ise 30-40 kat fazla olduğu

gösterilmiştir (96, 97).Şizofrenide özkıyım için riskli dönemler hastalığın ilk yılları ve psikotik belirtilerin gerilediği psikoz sonrası dönem olduğu gösterilmiştir. Taburculuk sonrası ilk günler veya taburculuğa yakın günler riskin en yüksek olduğu dönemlerdir (98). Bekar olmak, eğitim düzeyinin ve farkındalığın yüksek olması, genç yaş, erkek cinsiyet, sosyal destek sistemlerine erişimde zorluklar yaşamak, negatif belirtilerin ağır seyretmesi, sık tekrarlayan atak dönemleri, taburculuktan hemen sonra ve hastane yatışının son günlerinde olmak, eşlik eden alkol madde kullanımı, tedaviye uyum ve katılımın düşük olması ,özkıyım girişimi öyküsü ve ailede özkıyım girişimi öyküsünün varlığı şizofrenide özkıyım için temel risk faktörleri olarak gösterilmiştir (99). Şizofreniye depresyonun eşlik etmesi özkıyım riskini önemli ölçüde arttırmaktadır (100). Kronik şizofreni nedeniyle takip edilen hastaların değerlendirildiği bir çalışmada hastaların yaklaşık %55 ‘inin diğer hastalara göre daha sık hastaneye yattığı, daha fazla depresif dönem yaşayarak daha sık antidepresan kullandıkları gözlemlenmiştir (101). Ruhsal hastalıkların tedavisi esnasında kullanılmakta olan bazı ilaçların neden olduğu yan etkiler de özkıyım girişimi açısından risk teşkil etmektedir. Özellikle ilaç kesilmesi ve ilaç değişim dönemlerinde daha sık ortaya çıkan yan etkiler özkıyım girişimiyle ilişkilendirilmektedir. Akatizi kaynaklı risk artışının antipsikotik kullanımında antidepresan kullanımına oranla 2 kat yüksek olduğu bildirilmiştir. Antidepresan olarak akatiziye neden olmasıyla dikkat çeken molekül fluoksetindir. İlaç değişimi ve doz azaltılmasının yavaş ve dikkatli yapılması özkıyım risk artışının hızını azaltmaktadır (102).

Bipolar bozukluk nedeniyle takipli hastalarda özkıyım girişimlerinin tamamlanmış özkıyıma oranı 3’e 1 iken, toplumda özkıyım girişimlerinin tamamlanmış özkıyıma oranı 30’a 1 olarak izlenmiştir(103).Bipolar bozuklukta depresif dönemlere bakıldığında riskin MDB’a göre daha yüksek olduğu bilinmektedir (104).Bekar veya boşanmış olmak, genç olmak, hastalığın erken başlangıçlı olması, ilk atağa karma özelliklerin eşlik etmesi, eşlik eden madde kullanımı, aile öyküsü, atipik özellikler göstermesi, geçim sıkıntısı, dürtü kontrolünde zayıflık, çocukluk çağında travmatik yaşantılara maruz kalmak başlıca risk faktörleridir (105).Bipolar bozukluk tipleri arasında tip 2 bozuklukta özkıyım davranışına tip 1’e göre daha sık rastlanmaktadır (104).

Alkol kullanım bozukluğunda özkıyım oranları genel topluma göre artış göstermektedir. Özkıyım girişimlerinin birçoğunda bireylerin alkol ya da uyuşturucu madde etkisinde olduğu gözlenmiştir (106). Özkıyım girişiminde bulunan erkeklerin yaklaşık %40 'ı, kadınların ise %20'sinin alkol kötüye kullanımı olduğu belirtilmiştir. Özkıyım olgularının 4 te 1'inde ek tanı olarak alkol kullanım bozukluğu bulunmaktadır (107). Alkol kullanım bozukluğunun eşlik ettiği özkıyım girişimlerinin yaklaşık yarısında daha önce özkıyım girişimi öyküsü bulunmaktadır (108). Alkol kullanıma eşlik eden disinhibisyon ve dürtü denetimindeki zayıflık özkıyım girişimi ile ilişkilendirilmiştir. Tekrarlayan özkıyım girişimlerine ,özkıyım düşünce ve planlarına alkol kullanım bozukluğu olmayanlara göre alkol kullanım bozukluğu olanlarda daha sık rastlanmaktadır (109). Ailede alkol kullanım öyküsü, özkıyım girişimi öyküsü, eşlik eden komorbid ruhsal hastalıklar, erken yaşlarda alkol kullanım bozukluğu, sosyal uyumun ve toplum uyumun düşüklüğü, problem çözme becerilerindeki eksiklikler özkıyım girişimi için riskli olarak değerlendirilmektedir (108). Bagge ve Littlefield özkıyım öncesi 24 saati değerlendirdikleri bir çalışmada alkolün kendine dönük agresyonu arttırması, problem çözmede kullanılan başa çıkma mekanizmalarını etkisizleştirmesi, özkıyıma dair cesareti arttırmasına aracılık etmesi nedeniyle son 24 saatte alkol kullanımının özkıyım girişimini arttırdığını belirtmiştir (110). Özkıyım ve kişilik bozukluğu birlikteliği literatürde birçok çalışmada gösterilmiştir. Özkıyım girişiminde bulunanların % 55'inde,tamamlanmış özkıyımların %9-28'inde kişilik bozukluğunun eşlik ettiği gösterilmiştir (110).Cinsiyete göre dağılımda erkeklerde daha sık antisosyal kişilik bozukluğu öne çıkarken , kadın nüfusta sıklıkla sınır kişilik bozukluğu öne çıkmaktadır (111).Sınır kişilik bozukluğu tekrarlayan özkıyım girişimleriyle ilişkilendirilmektedir. Agresyon ve düşmanca ilişki kurma biçimi, dürtü denetimindeki zayıflık özkıyım girişiminin önemli belirteçlerindendir. Kişilik bozukluklarına eşlik ettiği gözlenen self mutilatif davranışlar özkıyım için artmış riske işaret etmektedir. Sınır kişilik bozukluğunda görülen agresiflik, umutsuzluk, duygu denetimsizliği, kırılganlığın özkıyım riskini arttırmakla beraber sınır kişilik bozukluğu tanımlı bireylerde özkıyım düşüncelerine de daha uzun süre sahip olduğu bilinmektedir (112, 113). Literatürde az sayıda çalışmada yer almakla birlikte self mutilatif davranışların zayıflatılmış bir özkıyım şekli olduğu ve bireyin disosiyatif

durumundan uzaklaşarak yeniden yaşamı deneyimlemesine olanak sağlamasıyla özkıyım karşı koruyucu nitelikte olduğu öne sürülmüştür (114).

Özkıyım öncesinde hastaların çoğunun yüksek kaygı düzeylerine sahip olduğu, panik bozukluk ve sosyal fobisi olan hastaların yaklaşık %20 sinde özkıyım girişiminin var olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Özkıyım ve ilişkili davranışlarla en sık birlikteliği olan hastalık grubunun travma sonrası stress bozukluğu olduğu öne sürülmüştür (95, 106).

2.3. Wells' in Üstbilişsel Modeli

Üstbiliş kavramı ilk olarak 1970 yılında John Flavell tarafından ortaya konulmuştur. John Flavell 1976 yılında yayınladığı makalesiyle üstbilişin izleme ve düzenleme unsurlarını barındırdığından bahsetmiştir. Üstbilişin ilk defa bir makalede yer alması dikkatleri bu kavrama çekerek birçok çalışmacının üstbilişi tanımlamaya çalışmasına neden olmuştur (115).

Yakın döneme bakıldığında özellikle Wells düşünce süreçlerini birçok enstrümanın bulunduğu orkestra faaliyetlerine benzetmiş, müzik üretmek için notalara ve orkestra şefine ihtiyaç olduğunu üstbilişleri notalara, düşünmeyi de orkestra şefine benzeterek modeli açıklamaya çalışmıştır. Üstbiliş en basit haliyle düşünmek üzerine düşünmek olarak tanımlanmaktadır. Değerlendirmeyi, düşüncenin ürünlerini ve buna dair farkındalığı kontrol eder. Bilişlerde neye dikkat edildiğini üstbiliş belirlemektedir (116). Düşüncenin süreci ve buna dair inanışlar hakkında gerçekçi olmayan çıkarım ve tepkilerin ruhsal bozuklukların temelini oluşturduğunu öne sürmektedir (115, 117, 118).

Beck' in ortaya koyduğu bilişsel modelde bilişler 3 katmanlı yapı olarak yüzeyden derine doğru otomatik düşünceler , ara inançlar ve şemalar olarak sıralanmaktadır (119). Üstbilişin de bilişsel modelde olduğu gibi üç tabakalı bilgi işleme sürecine sahip olduğu öne sürülmektedir. Üstbiliş de ise üç bilişsel katmanda davranışın düzenlenmesi ve yürütülmesinde görev almaktadır. Üstbilişte bu üç katman birbiriyle etkileşim içindedir. Kendini düzenleyen yürütücü işlevler (KDYİ) adıyla anılan bu modelde en alt katmanda otomatik bilgi işleme süreci (düşük-seviye işleme), orta katmanda bilinçli bilgi işleme süreci (bilişsel stil), en üst katmanda ise üst bilişlerin saklandığı kütüphane denebilecek depo (üst düzey işleme)

yer almaktadır. Kuram ruhsal hastalıkların süregenleşmesi ve sınırlandırılmasında bu üç katmanlı yapının yukarıdan aşağıya etkileşiminin rol aldığını öne sürmektedir (5). Bilişsel dikkat sendromu, üstbilişsel inanışlar, dikkat ve yürütücü işlevlere dair kontrol ve zihinsel modlar KDYİ modelini oluşturan dört ana unsurdur.

2.3.1. Bilişsel Dikkat Sendromu:

Wells ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasını açıklarken modelin merkezine BDS' yi (Bilişsel dikkat sendromu) koymaktadır. BDS düşüncenin sürecini kontrol eden üstbilişlerin ürünüdür. BDS' nin aktifleşmesi olumsuz düşüncelerin , uyuma yönelik olmayan bilişsel stiline süregenleşip güçlenmesine, ruhsal yakınmaların ortaya çıkmasına ve devam etmesine neden olmaktadır (118, 120).

Kişiler için çoğu zaman geçici ve sınırlı olan olumsuz değerlendirmeler BDS aktifleşmesiyle sürekli hale gelir. BDS tehlike durumunda tehditle alakalı uyarana dikkati odaklayarak olumsuz bilişlere karşı uygun olmayan başa çıkma stratejileri geliştirmesine ve bunların devamına neden olmaktadır. Dikkatin iç ve dış tehlikelere odaklanması bireyi tehlikelere karşı duyarlı hale getirir. Tehlikeye karşı farkındalığın artması ve düşüncelerine verdiği artmış önem bireyin düşüncelere basit bir fikir gibi bakıp akıp gitmesine izin vermek yerine düşüncesinin olaylarla iç içe girdiği duruma hapsolmasına neden olur. BDS aktifleşmesiyle birey duygu düşünce ve davranışlarına dair tecrübelerin geçiciliğini fark etmekte zorlanır. Duygu ve bilişleri üzerindeki kontrolü sağlayamadığı ve içinden çıkılmaz bir hal aldığıyla ilgili inanışlar hastalık döngüsünün sürekli hale gelmesine neden olur. Bu süreç kendisini bireyde ruminasyon veya endişe olarak gösterir (120).

Çoğu zaman fark edilmeyen zihinsel yorumlamalar BDS'nun aktif hale gelmesiyle artık süregenleşir. Birey artık dikkatinin kendisine ilişkin kontrol edilemeyen, tehdit olarak değerlendirdiği konulara yönlendirmiştir. Bu süreç ile baş edebilmek için birey tehdit üzerine dikkat odaklama, düşüncüyü baskılama ve durdurmaya çalışma , kaçınma, açık ve örtük nötrleştirme ve bununla ilgili ritüeller gibi işlevsiz başa çıkma stratejileri oluşturur (116, 121).

Sonuç olarak BDS üstbilişlerin ürünüdür. Bilişsel davranışçı modelden farklı olarak BDS bilişsel süreçleri ruhsal sıkıntıların ortaya çıkmasında neden olarak değil ; öncül, sonuç veya içerik olarak değerlendirmektedir. BDS geçmişte olanları analiz

etme ve olayları sorgulama (ruminasyon), olası tehlikeleri izleme ve bunlardan kaçınma (endişe), ya da travmatik olaylar hakkında düşünüp durmaya (boşluk doldurma) neden olmaktadır. Tehlikeye dair artmış dikkat ve işlevsel olmayan baş etme stratejileri ruhsal bozukluğun devam etmesine aracılık etmektedir.

2.3.2. Üstbilişsel İnanışlar

Üstbilişsel inanışlar kuramda bilişlerle ilgili yapılan atıflar olarak değerlendirilir. Kuramda ana kavramlardan biri olarak gösterilmektedir. Bilişlerin içeriği önemli değildir (121, 122).Düşüncenin denetlenebilirliği, düşünceye atfedilen önem, düşüncenin etkileri gibi bireyin kendi düşünce stili ve inanışlarıyla ilgili değerlendirmeleridir. İnanışların ifade edilip edilmemesine göre; açık ve örtülü inanışlar olarak sınıflandırılmaktadır. Düşünme stilinin birey için anlamına göre olumlu ve olumsuz inanışlar olarak da ikiye ayrılmaktadır. Olumlu üstbilişsel inanışlar düşüncenin bireye faydalı olduğuyla ilgiliyken, olumsuz inanışlar düşüncenin tehlikeliliği ve kontrol edilmezliği üzerine değerlendirmelerdir. “Endişelenirsem tehlikelere karşı hazır olurum”,” tehlikeye odaklanmak güvende olmamı sağlar” bilişleri endişelenme ve dikkatin tehlikeye odaklanmasıyla ilgili olumlu üstbilişsel inanışlardır. Olumsuz üstbilişsel inanışlara örnek olarak ; “endişelenmem üzerinde kontrolüm yok” ,”endişelenmek bana ve bedenime zarar verebilir”, “kaygılı hissediyorsam tehlikedeyimdir” örnek olarak verilebilir (123).

2.3.3. Dikkat ve Yürütücü İşlevlerin Kontrolü

Dikkat ve yürütücü işlevlerin kontrolündeki değişiklikler ruhsal patolojilerin ortaya çıkması ve süregelenleşmesinde önemli bir rol almaktadır. Tehdit ve tehlike izlemeye dair stratejiler ruhsal hastalıklara göre değişkenlik gösterebilmektedir. Depresif hastalarda karşılaşılan ruminatif düşüncelere dair denetimin kaybı, ruminasyonun olağan bir durum olarak kabulüne neden olabilir. TSSB’ de dikkatin büyük bir kısmı travmatik olaya, OKB’de çevredeki nesnelerden hangilerinin kirlilik açısından daha fazla riskli olduğuna, sınırda kişilik bozukluğunda ise terk edilmenin ipuçlarına , anksiyete bozukluklarında nötr olan uyaranların muhtemel tehdit olarak algılanmasına yönlendirilmektedir (116, 122, 124).

2.3.4. Zihinsel Modlar

Birey ile üstbilişler arasındaki ilişkiyi tanımlayan zihinsel modlar KDYİ modelinin bir diğer bileşenidir. Nesne modu ve üstbilişsel mod olarak ikiye ayrılmaktadır. Düşünce ve inanışlarıyla, dış gerçekliklerin arasındaki ayrımın yapılamadığı nesne modunda bilişler ve deneyimler arasında ayrım yapılamamaktadır. Düşünce ve inanışlar gerçeklerle füzyon halindedir. Düşünce ve inanışların bireyin kendisine ve çevresine dair temsili olduğunu anlaması güçleşir. Üstbiliş modunda ise kişi bilişleriyle arasına mesafe koyarak gerçekliğin düşüncelerden farklı olduğuyula ilgili farklı bir bakış açısını değerlendirebilmektedir. Böylece düşüncelerin sadece birer düşünce olduğunu fark ederek dış gerçekliğin bir temsili olduğunu kavrayabilmektedir. Üstbilişsel moddaki işlevler nesne modunun denetleyicisidir. Nesne modundaki uygun olmayan üstbilişsel yorumlar ruhsal bozuklukların devamında rol almaktadır (5, 116). Bu nedenle metakognitif terapide en temel görüşme yöntemleri ;bireyi içinde bulunduğu nesne modundan uzaklaştırarak üstbilişsel moda getirebilmeyi amaçlamaktadır (116).

2.4. Major Depresif Bozukluk ve Üstbilişsel Model

Wells ve Mattheis da ruhsal bozukları tanımlamak için girişimlerde bulunmuşlardır. Üstbilişsel model BDS (bilişsel dikkat sendromu) ve KDYİ (kendini düzenleyen yürütücü işlevler) bileşenleri ile birçok ruhsal bozukluğu tanımlayabilmektedir. Ruhsal bozuklukların birçoğunda BDS ve KDYİ komponentleri farklı oranlarda da olsa bir araya gelmektedir. Üstbilişsel kuram depresyonun ortaya çıkışı ve devamından BDS 'yi sorumlu tutarak ruminasyon tarafından BDS' nin tetiklendiğini öne sürmektedir (116).

Üstbilişsel terapi transdiagnostik yaklaşıma uygun olmakla beraber klinik uygulama esnasında ruhsal bozukluklara dair tedavi kılavuzlarının kullanılmasının gerekliliğinden bahsetmektedir (118). Günümüzde YAB(yaygın anksiyete bozukluğu), TSSB(travma sonrası stres bozukluğu), MDB(major depresif bozukluk), OKB(obsesif kompulsif bozukluk) için geliştirilmiş üstbilişsel modeller mevcuttur (116).

Üstbilişsel modele göre ruminasyon işlevsel olmayan bir baş etme davranışı olarak bilişsel dikkati ve kendini düzenleyen yürütücü işlevlerini bozmaktadır. Ruminasyon aynı zamanda sürdürücü etkisiyle depresyonun devamına neden olmaktadır (125). Bireylerin stresli yaşam olayları veya tehdit algılandığı durumlarda baş etme davranışı olarak kaçınma, olaylar üzerinden tekrar tekrar düşünmeyi kullanması ruhsal bozuklukların devam etmesinde etkili olmaktadır (126).

Papageorgiou ve Wells üstbiliş kuramının temel varsayımlarından hareketle ruminasyona dair olumsuz ve olumlu inançların depresyondaki yerini ortaya koymuştur. Ardından Papageorgiou ve Wells , depresyon ile ilgili olarak ilk modellerini ortaya koymadan önce yaptıkları çalışmada ; depresif bireylerin ruminasyonla ilişkili olarak depresif bireylerin olumlu ve olumsuz üstbilişlere sahip olduklarını, bu inanışlarının da depresyonun ortaya çıkmasında ve süregelenleşmesinde rolünün olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Ruminasyon depresyon ve üstbiliş birlikteliğindeki ilişkilerde; ruminasyonun sorunlarla baş etmek için gerekliliği ve yararına dair olumlu üstbilişsel inançlara ulaşmışlardır. Ruminasyon ve olumsuz üstbilişsel inançlar değerlendirildiğinde düşüncelerin kontrol edilemeyeceği, psikoloji olarak savunmasız oldukları, tekrar tekrar düşünmenin tehlikeliliği ile ilişkili olumsuz üstbilişsel inançlar dikkat çekmektedir. Depresyondaki bireylerin bilişlerine olan güvensizlikle ilgili güvensizlik boyutunu da ruminasyona katkıda bulunduğunun ileri sürüldüğü ilk modelde beklenen seviyede ilişki bulunmaması bilişsel güvensizlik modeldeki yerini koruyamamıştır (126).

Wells depresyonun üst bilişsel modelinde depresif dönemin ortaya çıkması ve süregelenleşmesinde zihinsel süreçleri temel alan dört ana kavramdan bahsetmektedir.

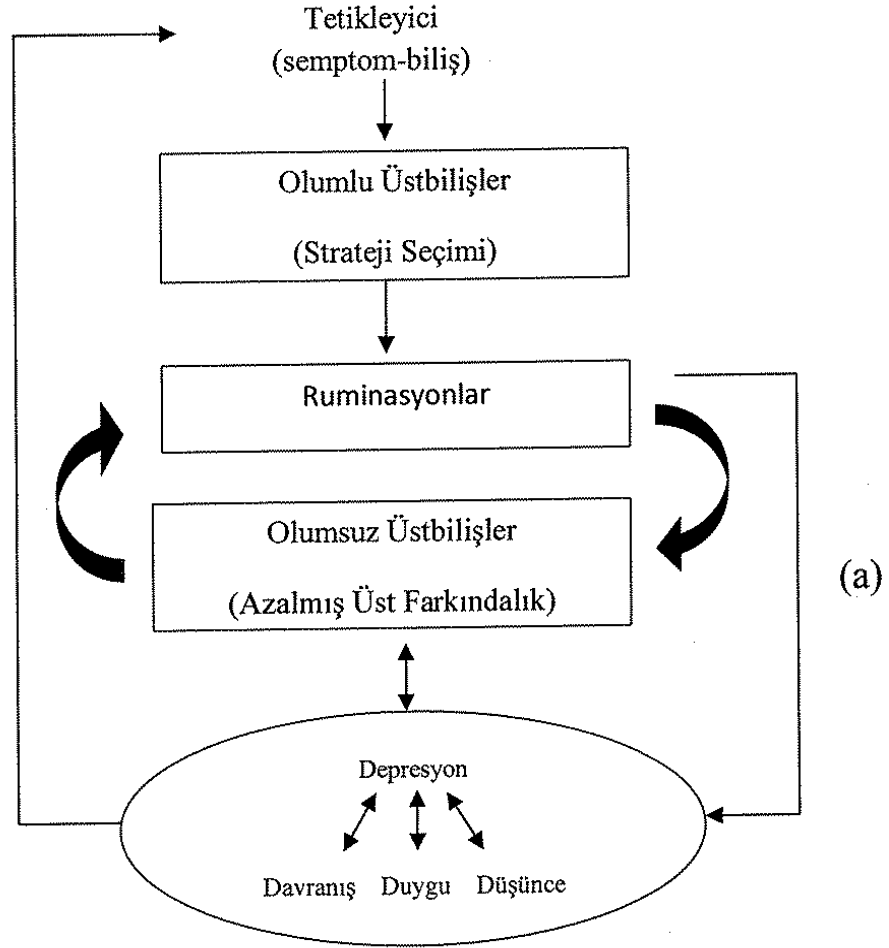
Başlıklar halinde bu zihinsel süreçler:

1.Problemlere çözüm bulma ve depresif duygularla baş etmede ruminasyonun etkinliğine dair olumlu üstbilişsel inanışlar

2.Ruminasyonun kontrol edilmezliği, ruminasyonun tehlikeliliği ve bireyin ruhsal olarak savunmasızlığına ilişkin olumsuz üstbilişsel inanışlar

3.Bireyin yaşantısında ruminasyona karşı yetersiz metakognitif farkındalık

4. BDS' nin ruminasyon, zihinsel süreçlere yönlendirilen dikkat ve uygun olmayan başa çıkma yöntemleri olarak özetlenebilir.



1. Major depresif bozukluk ve üstbilişsel model

Depresyon modele göre işlevsel olmayan baş etme yöntemleri ve ruminasyonla devam etmekte ve yoğunlaşmaktadır. Bireyin kendisine, çevresine, geleceğe dair olumsuz düşünceleri veya motivasyon eksikliği, üzüntü, mutsuzluk, yorgunluk gibi bir semptom tetikleyici olabilmektedir. Tetikleyici ardından sürekli zihinsel aktivitenin gerekliliği ile ilgili olumlu üstbilişler devreye girerek ruminasyon ve diğer bilişsel süreçlerin yoğunlaşmasına katkıda bulunur. Aynı zamanda depresyona dair belirtilerin önemliliğine dair olumlu üstbilişler dikkati bu yöne çekmektedir. Semptomların neden ortaya çıktığı ne anlama geldiği ve bireyin kendisiyle ilgili yaşam koşulları üzerine yineleyici düşünceleri arttırmaktadır. Tekrar

tekrar düşünerek ortaya çıkan zararlar baş etmek için işlevsel olmayan bir başa çıkma çabası içine girmektedir. Ortaya çıkan bu durum hem depresif belirtilerin yoğunlaşmasına hem de uzamasına neden olmaktadır. Meydana gelen bu doğrudan etkinin depresyonun erken dönemlerde rastladığımız duygudurum bozulmasının devamında önemli rol oynadığı düşünülmektedir.

Semptomların devamı, psikososyal etkenler ve ruminasyonun tersine sayılabilecek etkisi nedeniyle bu düşünce tarzı devam ederek olumsuz üstbilişlerin aktive olmasına aracılık etmektedir. Ruminatif düşünme yapısının tehlikeliliği, depresif yakınmaların ve düşüncelerin kontrol edilmezliği ile ilgili olumsuz üstbilişler devreye girdikten sonra bireyler düşünceleri üzerindeki kontrolü kaybettiklerine inançlarının artması nedeniyle ruminasyon ve işlevsel olmaktan uzak baş etme yöntemlerine devam etmektedir. Artık tanıdık hale gelen ruminatif düşünce yapısı nedeniyle ruminasyon üzerindeki metakognitif farkındalık azalmaktadır. Birey artık içinde bulunduğu durumla alakalı olarak metakognitif düzeyde değerlendirme yapmakta zorlanmaktadır. Farkındalığın azalması da depresif belirtiler ve olumsuz üstbilişlerle ilişkili gözükmektedir. Sorunlarına daha çok vakit ayırabilmek için aktivitelerde azalma ve sorunlarla baş etmedeki yetersizlik sosyal uyum problemlerine yol açarak sorunun daha da büyümesine neden olabilmektedir. Depresyonla daha önce karşılaşan birey artık semptomlara karşı daha dikkatlidir. Depresyonun tekrarlamasına dair korkular, depresyonun tetikleyicilerine karşı duyarlılığın artmasıyla ruminasyon ve olumsuz üstbilişler hızlıca aktive olabilmektedir. Gün içindeki normal sayılabilecek enerji düzeyi, motivasyon, uyku, duygudurum dalgalanmaları depresyon için yanlış alarm olarak değerlendirilebilmektedir (116).

Sonuç olarak üstbilişsel model depresyona açıklama getirmeye çalışırken diğer ruhsal bozukluklarda olduğu gibi BDS' na vurgu yapmakla beraber depresyona özgü olarak ruminasyon ve ruminasyona ilişkin olumsuz üstbilişlere yer vermektedir.

2.5. Özkıym ve Üstbilişsel Model

Üstbiliş kavramı kişinin öz kaynaklarının değerlendirmesinde ve problemler karşısında başa çıkma stratejileri arasından seçim yapmasında önemli bir yer tutmaktadır. Üstbiliş genellikle bireyin karşılaştığı karmaşık problemler,

beklenmedik durumlar ve bunlarla ilişkili baş etme yöntemlerinin izlenmesinde aktif olarak rol almaktadır (127).

Kendi yaşamına son verme kavramı tek bir faktörle açıklanması zor karmaşık ve çok faktörlü bir eylemdir. Özellikle stresli yaşam olaylarıyla karşılaşan bazı kişiler de özkıyım karşısında savunmasız kalmaktadırlar (128, 129). Özkıyım için iyi bilinen risk faktörlerinden biri de problem çözme yöntemlerinde uygun olmayan savunma yöntemlerini tercih etmektir. Özkıyıma yatkınlığı bilinen kişilerin stresli durumlar karşısında duygu odaklı problem çözme yöntemlerini, problem odaklı problem çözme yöntemlerine göre daha sık tercih ettikleri gösterilmiştir. Problem odaklı çözüm yöntemleri özkıyıma karşı koruyucu bir faktör olarak göze çarpmaktadır (130, 131). Esnek olmayan düşünme stillerine özkıyıma yatkın bireylerde daha sık olarak gözlenmektedir. Esnek olmayan düşünme stilleri problem karşısında diğer çözüm yöntemlerini değerlendirmede güçlüklerle sebep olmaktadır. Odaklanılan uygun olmayan yöntemler yeni çözüm yolları üretilmesinde zorluklara yol açmaktadır. Özkıyıma yatkın kişilerde özkıyım sorunlarla başa çıkmada uygun yöntemlerden biri olarak değerlendirilmektedir.

Özkıyım düşüncesine dair hem olumlu hem de olumsuz üstbilişsel inanışların olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Bradvik ve Berglund özkıyıma dair düşünceleri değerlendirdikleri bir çalışmada bireyler özkıyımın kendi kontrollerinde olmadığını, bastırmaya ve uzaklaşmaya çalıştıklarını bildirmişlerdir. Bradvik ve Berglund özkıyım düşüncelerinin ego-distonik yapısına dikkat çekmiştir (132). Özkıyım düşüncesine sahip bireylerde utanç duygusuna rastlamak mümkündür (133). Düşüncelerin kontrolsüzlüğü ve dayanılmazlığı ile ilgili olarak ; “düşüncelerimin dayanılmazlığı karşısından artık dayanamıyordum” düşüncesi özkıyım girişiminde sıklıkla karşımıza çıkmaktadır (134, 135). Ruminasyona özkıyım düşüncesi olan bireylerde sıklıkla rastlanılmaktadır. Özkıyım hakkındaki ruminatif düşüncelerin oldukça fazla vakit alması nedeniyle, düşüncelere ara verme veya durdurmada uygun bir seçenek olarak değerlendirildiği öne sürülmektedir (136). Ruminasyon, bilişsel dikkat sendromunun bir bileşenini oluşturur. Özkıyım düşüncesindeki etkin bir rol aldığı gösterilmekle birlikte eşlik eden bilişsel dikkat sendromu bileşenleri yeterince araştırılmamıştır. Özkıyım düşüncesi ve davranışının tahmininde bireylerin istenmeyen düşünceleri kasıtlı olarak bastırmaya çalışmasıyla

tanımlanan düşünce bastırmayla ilgili çalışmalar umut vadetmektedir (137). Depresif düşüncelerin bastırılmaya çalışılması bu düşünceler üzerinde geri tepmeye neden olarak olumsuz düşüncelerin aktivasyonunda artışa neden olmaktadır. Tüm bastırma stratejileri aynı olumsuz etkiye sahip olmamakla birlikte dikkat dağıtma gibi stratejiler, aksine olumlu bir etki gösterebilmektedir. Bununla birlikte, düşünce bastırma üzerine çalışmalar ruminasyon kadar özkıyım düşüncesiyle ilişkilendirilmemiştir (138).

Katılımcıların özkıyım düşüncesine dair inanışlarının incelendiği bir çalışmada Vatne ve Naden “özkıyım düşüncesi yaşamın devamı için teselli sağlayabilir” olumlu üstbilişsel inancına sahip oldukları sonucuna ulaşmıştır (139).

Özkıyım düşüncesiyle ilgili olumlu inanışlarla ,olumsuz inanışların rolünün ayrı ayrı olarak değerlendirmemesi gibi sınırlılıkları olsa da Hales Deepreso, Godwin ve Holmes ‘ ün bipolar bozukluk ve depresyon tanılı hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada kişilerin özkıyımına dair hem olumlu hem de olumsuz inanışlara sahip olduğu öne sürülmüştür (140).

3. YÖNTEM

3.1. Etik Kurul Onayı

Çalışma Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı tarafından 83116987-542 numaralı çalışmamıza 01/04/2021 tarihli ve 21-KAEK-096 sayılı kararı ile onay alınmıştır. Katılımcılara çalışma hususunda bilgi verilerek katılmaya gönüllü olanlardan aydınlatılmış onam formu yazılı olarak alınmıştır. (Ek 1).

3.2. Katılımcılar:

Araştırmaya 1 Nisan 2021-1 Haziran 2022 tarihleri arasında Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine ayaktan başvuran veya psikiyatri servisinde yatarak tedavi gören, diğer bölümlerden özkıyım girişimi nedeniyle psikiyatri bölümüne konsülte edilen ve genel tıbbi durumu stabil olan olgulardan 50 özkıyım girişimi olan major depresyon, özkıyım girişimi olmayan 50 major depresyon hastası , sağlıklı kontrollerden oluşan 50 katılımcıyla birlikte toplamda 150 gönüllü katılımcı dahil edilmiştir.

3.3. Sağlıklı Kontrol Grubunun Çalışmaya Dahil Edilme Şartları:

- 18-65 yaş arası olmak
- Kontrol grubu için geçmişte ve halen herhangi bir ruhsal veya nörolojik hastalık tanısı olmamak
- Aydınlatılmış onam formunu okumuş ve imzalamış olmak

3.4. Hasta Grubunun Çalışmaya Dahil Edilme Şartları

- 18-65 yaş arası olmak
- Hasta grubu için major depresyon tanılı olmak, major depresyon tanısı olup özkıyım girişimi öyküsü (son 1 aylık dönemde) bulunmak
- Aydınlatılmış onam formunu okumuş ve imzalamış olmak.

3.5. Çalışmaya Dahil Edilmeme Şartları

- 18 yaşından küçük veya 65 yaşından büyük olması
- Kontrol grubu için geçmişte ve halen herhangi bir ruhsal veya nörolojik hastalık tanısı bulunması
- Organik mental bozukluk, demans, zeka geriliği, kronik fiziksel hastalık, bipolar duygulanım bozukluğu, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, psikotik özellikli depresyon tanıları ve komorbid psikiyatrik tanısı bulunması
- Genel tıbbi durumu unstabil olması , gebelik veya emzirme döneminde bulunması ve remisyon döneminde olan major depresyon tanısı bulunması (Montgomery Asberg Depresyonu Derecelendirme Ölçeği puanı < 10)
-
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmamak

Çalışmaya katılmayı kabul eden, dahil edilme kriterlerini karşılayan ve bilgilendirilmiş gönüllü onam formunu imzalayan tüm hasta ve kontrol gruplarına yüz yüze yapılan görüşmenin ardından Üstbiliş Ölçeği-30, Bilişsel Dikkat Sendromu-1 Ölçeği, İntihar Bilişleri Ölçeği, RUMİ-Olumlu ve RUMİ-Olumsuz Ölçekleri bu amaç için hazırlanmış, psikiyatrik görüşmeye uygun, sessiz, sakin ve katılımcıların mahremiyetinin korunduğu bir görüşme ortamının olduğu ayrı bir odada uygulanmıştır. Katılımcıların ölçekleri uygulama süresi yaklaşık olarak yarım saat sürmektedir. Ayrıca klinik görüşme sonrasında Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği ve MADRS görüşmecisi tarafından uygulanmıştır.

3.6. Değerlendirme Araçları

3.6.1. Sosyodemografik veri formu:

Araştırmacılar tarafından hazırlanmış olup, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu gibi sosyodemografik özelliklerin yanı sıra, özkiyım girişiminin ayrıntılı değerlendirildiği, geçmiş ve şimdiki psikiyatrik tanı, takip ve tedavi öyküsü, alkol ve madde kullanımı, aile öyküsünün sorgulandığı sorulardan oluşmaktadır.

3.6.2. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HADÖ):

Değerlendirme ölçeği, Hamilton tarafından geliştirilerek hastalardaki anksiyetenin düzeyini ve belirti kümesini saptamak ve şiddet değişikliklerini değerlendirmek amacıyla kullanılır. Klinisyen tarafından uygulanıp hem ruhsal hem fiziksel anksiyete belirtilerini sorgulamakta ve 14 madde içermektedir. Her madde 0 ile 4 arasında puanlanarak, toplam puan 0 ile 56 arasında değerlendirilmektedir. 1, 2, 3, 5, 6. maddeler psişik, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13. maddeler somatik anksiyeteyi değerlendirmektedir. Puan arttıkça, anksiyete düzeyinin artış gösterdiği, 5 puan ve altı puanların normal olarak değerlendirildiği, 5-14 arası puanların hafif derece anksiyeteyi, 14 ve üzeri değerlerin belirgin anksiyeteyi gösterdiği düşünülmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Yazıcı ve arkadaşları tarafından 1998 yılında yapılmıştır (144, 145).

3.6.3. Montgomery–Åsberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği (MADDÖ):

Depresif yakınmaların şiddetini değerlendirmek amacıyla 1979 yılında Stuart A. Montgomery ve Marie Asberg tarafından geliştirilmiştir. Ölçek değerlendirme esnasında herhangi bir zaman aralığı için kullanılabilir. Toplam 10 maddeden oluşmakta ve 0 ila 6 puan arasında değerlendirilebilmektedir. Ölçekten alınabilecek minimum puan 0 maksimum puan ise 60'dır. Belirtilerin şiddeti arttıkça maddelerden alınan puanlar ve toplam puan artış gösterir. Türkçeye uyarlanmış formunda ağır şiddetli depresyon için 36 puan üstünün, orta şiddetli depresyon için 30-36 puan aralığının, hafif şiddetli depresyon için ise 9-29 puan aralığının uygun olduğu düşünülmüştür. Ölçek görüşmeci tarafından uygulanmakta olup depresyonun bilişsel yakınmalarına odaklanması nedeniyle genel tıbbi durum ilişkili depresyon tanısıyla daha az karşılaşılmamasını da sağlamaktadır. Geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2002 yılında Torun ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (146).

3.6.4. Ruminasyonla İlgili Olumlu İnanışlar Ölçeği (RUMİ-Olumlu):

RUMİ-Olumlu Papageorgiou ve Wells (2001) tarafından ruminasyon yapmanın faydalarına dair olumlu üstbilişsel inanışları değerlendirme amacıyla

geliştirilen 9 maddelik bir ölçektir (147). Katılımcılar her bir maddeye 1 ile 4 puan arasında sırasıyla “Hiç katılmıyorum”, “Biraz katılıyorum”, “Oldukça Katılıyorum” ve “Tamamen katılıyorum” arasında değişen öz bildirime dayalı 4’lü Likert tipi bir ölçek ile puanlanarak değerlendirilirler. Üniversite öğrencileri ile yürütülen çalışma sonucunda ölçeğin tek faktör yapısında olduğu gösterilmiştir. İç tutarlılığının orijinal çalışma için 0.89 ve test-tekrar test güvenirlik katsayısı da 0.85 olarak bulunmuştur. Ölçeğin kesme puanı olmamakla birlikte artış gösteren puanlar patolojik tarzda üstbilişlerin artış gösterdiğine işaret etmektedir. Ölçeğin Türkçe güvenirlik ve geçerlik çalışması Yılmaz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (148).

3.6.5. Ruminasyonla İlgili Olumsuz İnanışlar Ölçeği (RUMİ-Olumsuz):

Papageorgiou ve Wells (2001) tarafından geliştirilen ruminasyona dair dezavantajlara odaklanan olumsuz inanışları değerlendiren 13 maddelik bir ölçektir. Ölçek toplam iki alt boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlardan ilki ruminasyonun kontrol edilemez ve zararlı olduğuna ilişkin üstbilişsel inanışları değerlendiren 8 maddeden (RUMİ-Olumsuz1); ikincisi ise ruminasyonun olumsuz kişiler arası ve sosyal sonuçlarına ilişkin üstbilişsel inanışları değerlendiren 5 maddeden (RUMİOlumsuz2) oluşmaktadır. Her bir maddeye ne derece katıldıklarını gösteren “1: katılmıyorum” ile “4: tamamen katılıyorum” arasında değişen 4’lü Likert tipi bir ölçek ile değerlendirme gerçekleştirilir. Ölçekte kesme puanı olmamakla birlikte artış gösteren toplam puanlar ruminasyona dair olumsuz üstbilişlerin varlığına işaret etmektedir. Ölçeğin orijinal çalışmasında cronbach alfa iç tutarlılık kat sayısı sırasıyla birinci ve ikinci alt ölçek için 0.80 ve 0.84 olarak bulunmuştur Türkçe güvenirlik ve geçerlik çalışması Yılmaz ve arkadaşları tarafından Türkçe ’ye uyarlanarak geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (148, 149).

3.6.6. Bilişsel Dikkat Sendromu-1 Ölçeği (BDSÖ):

Wells tarafından 2009 yılında geliştirilen ölçek (BDSÖ) bilişsel-dikkat sendromunun etkinliğini değerlendiren on altı maddeden oluşan bir ölçektir. BDSÖ bilişsel dikkat sendromuna ait tüm bileşenleri değerlendirmektedir. Son bir hafta içinde endişelenme, ruminasyon ve tehdit aramaya ayrılan vakti değerlendiren ilk iki

maddeden sonraki altı madde geri tepen baş etme stratejilerine ayrılan süreyi , son sekiz madde ise BDKS ve kişilerin bilişsel dikkat sendromuna ilişkin olumlu ve olumsuz üstbilişsel inanışlarının düzeyini ölçmektedir. Birinci maddeden sekizinci maddeye kadar olan kısım 9’lu Likert tipte 0 (“Hiçbir zaman”) ile 8 (“Sürenin tamamında”) değerlendirilirken kalan sorular için 0 (“Buna hiç inanmıyorum.”) ve 100 (“Bunun doğruluğuna tamamen inanıyorum”) aralığında bir işaretleme beklenmektedir. Toplam puandaki artış aktivasyonun arttığı yönünde değerlendirilir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Gündüz ve arkadaşları tarafından Bilişsel Dikkat Kilitlenmesi Sendromu Ölçeği olarak yapılmış, güvenilirlik ve geçerlik çalışmasında ise yine Gündüz ve arkadaşları tarafından iç tutarlılık kat sayısı 0,77 olarak bulunmuştur (150).

3.6.7. Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30):

Cartwright-Hatton ve Wells tarafından 1997 yılında oluşturulan ölçek daha sonra aynı yazarlar tarafından 2004 yılında geliştirilerek 30 soruluk kısa bir formu oluşturulmuştur. Ölçeğin orijinal adı “Meta-Cognitions Questionnaire (MCQ)” şeklindedir. ÜBÖ-30’daki her 30 madde için “(1) kesinlikle katılmıyorum” ile “(4) kesinlikle katılıyorum” uçlarına sahip olan 4 birimli Likert tipi derecelendirmesi ile yanıtlanır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 30 iken en yüksek puan ise 120’dir. Toplam puanın artış göstermesi patolojik tarzda üstbilişsel aktivitenin artışına işaret eder. Wells ve Cartwright-Hatton’nın yaptıkları psikometrik çalışmaya göre, ÜBÖ-30’daki maddeler kavramsal olarak değişiklik göstermekle beraber birbiriyle ilişkili olan beş faktörden meydana gelmektedir. Temel başlıklar altında sıralanacak olursa bu 5 faktör: (1) olumlu inançlar, (2) kontrol edilemezlik ve tehlike, (3) bilişsel güven, (4) düşüncelerin kontrol ihtiyacı, (5) bilişsel farkındalık şeklindedir. Ölçeğin 30 maddelik kısa formunun Türk örnekleme uyarlanmasını, güvenilirlik ve geçerlik çalışmasını Tosun ve arkadaşları gerçekleştirmiştir. Test-tekrar test güvenilirliği analizi sonucunda ÜBÖ-30’un Türkiye örnekleminde güvenilir bir ölçme aracı olduğu gösterilmiştir. Ölçeğin özgün halinin iç tutarlılık Cronbach Alpha değeri tüm ölçek için 0.93 alt ölçekleri için ise 0.72 ile 0.93 aralığında bulunmuştur. Alt ölçekler arası korelasyonların tümü anlamlı bulunmakla beraber

korelasyonların da ÜBÖ-30'un uzun versiyonundakilerle tutarlı olduğu gösterilmiştir (151, 152).

3.6.8. İntihar Bilişleri ölçeği (İBÖ):

Ölçek Rudd ve arkadaşları tarafından (2010) yılında özkıyım dair umutsuzluğu ve özkıyım ilişkin inanç sistemini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Öz bildirim ölçeği olan orijinal hali 18 maddeden oluşmakla birlikte 5'li likert tipi ölçektir. Ölçekteki puanlar en az 18 en fazla ise 90 arasında değişmektedir. Toplam puanın artış göstermesi özkıyım dair umutsuzluğun yükseldiğini göstermektedir. Rudd ve arkadaşları tarafından 20 madde olarak geliştirilen ölçek geçerliğe dair gerçekleştirilen çalışmada toplam korelasyon katsayılarının düşük olması üzerine 2 madde ölçekten çıkarılarak yeniden düzenlenmiştir. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlık katsayıları 0.91 ve 0.97 arasından değişmektedir (153).

Rudd ve arkadaşları tarafından sevilmezlik ve dayanamazlık başlıkları altında 2 faktörlü bir yapı sergilediği fakat Ellis ve Rufino, Gibbs tarafından yapılan çalışmalarda sevilmezlik dayanamazlık çözümezlik başlıklarını içeren üç faktörlü bir yapı sergilediği de gösterilmiştir (154).

Yiğit ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ölçeğin üç faktörlü yapısının iki faktörlü yapıya göre daha uyumlu olduğu gözlenmiş ve Cronbach alfa değerleri, İBÖ-toplam puan için 0.91, sevilmezlik alt boyutu için 0.81, çözümezlik alt boyutu için 0.79 ve dayanamazlık alt boyutu için .88 olarak değerlendirilmiştir. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması Yiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (155).

3.7. İstatistiksel Analiz

Analizlerimiz SPSS 21.0 programı ile yapılmıştır ve %95 güven düzeyinde çalışılmıştır. Maddeler içi ölçeklerden elde edilen basıklık ve çarpıklık değerlerinin +3 ile -3 arasında olması normal dağılım için yeterli görülmektedir (156-159).

Değerler incelendiğinde her bir puanın basıklık ve çarpıklık katsayılarının -3 ile +3 arasında olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre puanların normal dağılım

gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Puanların normal dağılım göstermesi nedeni ile çalışmada parametrik test teknikleri kullanılmıştır. Ölçek puanının demografik özelliklere göre farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi için t testi ve ANOVA testi kullanılmıştır. T testi, 2 gruplu demografik değişkenlerin analizinde kullanılırken ANOVA testi k ($k > 2$) gruplu değişkenlerin analizinde kullanılmıştır. Grup ile kategorik değişkenler arasındaki ilişki Ki-kare testi ile analiz edilmiştir. Ölçek puanları arasındaki ilişki ise pearson korelasyon testi ile analiz edilmiştir. İstatistiksel önemlilik için $p < 0.05$ değeri anlamlı kabul edildi.



4. BULGULAR

Çalışmaya katılan bireylerin; 58 (%38,7)'i erkek, 92(%61,3)'si kadın, 69 (%46)'u bekar, 67 (%44,7)'si evli, 54(%36)' ü yüksekokul mezunu, 56 (%37,3)' sı lise mezunu, ortalama yaşı 32,67($\pm$ 11,67) ,ortalama eğitim süresi 12,39($\pm$ 4,16) yıl, özkıyım davranışı öyküsü olan bireylerin son özkıyım davranışının üzerinden geçen ortalama süre 13,23($\pm$ 15,25) gün, Özkıyım girişimi öyküsü olan bireylerin son özkıyım girişimi üzerinden geçen ortalama süre 11,30($\pm$ 8,85) gün, mevcut ruhsal bozukluğun ortalama süresi 5,02($\pm$ 5,41) ay, mevcut ruhsal bozukluğun başlama yaşı 29,54($\pm$ 12,56) , ruhsal bozukluğun başlamasından ilk tedavi alınmasına kadar geçen ortalama süre 3,02($\pm$ 3,69) ay, son olarak ilaç tedavisi alanların en son tedaviyi alma sürelerinin ortalaması 1,72($\pm$ 2,41) aydır. Demografik değişkenlerin dağılımına ilişkin sonuçlar tablo 2 de gösterilmiştir.

2.Sosyodemografik değişkenlerin dağılımı

		n(%)
1.Cinsiyet	Erkek	58(38,7)
	Kadın	92(61,3)
2.Yaş	25 yaş ve altı	50 (33,3)
	26-35 yaş	50(33,3)
	36 yaş ve üstü	50(33,3)
Ort $\pm$ ss 32,67 $\pm$ 11,67		
3.Eğitim durumu	Okur yazar değil	0 (0)
	Okur yazar	1(0,7)
	İlkokul	23(15,3)
	Ortaokul	16(10,7)
	Lise	56(37,3)
	Yüksekokul	54(36,0)
4.Eğitim süresi	8 yıl ve daha az	35(23,3)
	9-12 yıl	44(29,3)
	12 yıldan fazla	71(47,3)
Ort $\pm$ ss 12,39 $\pm$ 4,16		
5.Medeni Durum	Bekar	69(46,0)
	Evli	67(44,7)
	Dul	14(9,3)
6.İş	Tam zamanlı	70(46,7)
	Yarı zamanlı	7(4,7)
	Ev hanımı	23(15,3)
	Emekli	5(3,3)
	Öğrenci	30(20,0)
	İşsiz	15(10,0)
7.DSM-5'e göre primer psikiyatrik tanı	Yok	50(33,3)
	Var	100(66,7)
9.Olgunun çalışmaya dahil edildiği bölüm	Psikiyatri polikliniği	126(84,0)
	Psikiyatri sevisi	19(12,7)
	Diğer	5(3,3)
10.Özkıyım davranışı öyküsü var mı?	Hayır	97(64,7)
	Evet	53(35,3)
Evetse, en son davranışın türü	Düşünce	4(7,5)
	Niyet	0(0,0)
	Plan	0(0,0)

	Girişim	49(92,5)
Evetse, en son özkıyım davranışının üzerinden geçen süre	7 gün ve daha az	26(49,1)
	7 günden fazla	27(50,9)
Ort±ss	13,23(±15,25)	
11.Özkıyım girişimi öyküsü var mı?	Hayır	100(66,7)
	Evet	50(33,3)
En son girişimin üzerinden geçen süre	7 gün ve daha az	24(48,0)
	7 günden fazla	26(52,0)
Ort±ss	11,30±8,85	
12.Özkıyım girişimi varsa türü	Kesici alet	14(28,0)
	Yüksek dozda ilaç	30(60,0)
	Diğer	6(12,0)
13.Toplam geçirilmiş özkıyım girişim sayısı	1,00	28(56,0)
	2,00	12(24,0)
	3 ve üstü	10(20,0)
14.Toplam geçirilmiş depresif dönem sayısı	1,00	44(44,0)
	2,00	30(30,0)
	3 ve üstü	26(26,0)
15.Alkol kullanım sorunu var mı?	Hayır	148(98,7)
	Evet	2(1,3)
16.Sigara kullanıyor mu?	Hayır	108(72,0)
	Evet	42(28,0)
17.Madde kullanım sorunu var mı?	Hayır	150(100,0)
	Evet	0(0,0)
19.Bilinen başka bir tıbbi hastalık var mı?	Hayır	125(83,3)
	Evet	25(16,7)
20.Mevcut ruhsal bozukluğun süresi	3 ay ve daha az	55(56,1)
	3 aydan fazla	43(43,9)
Ort±ss	5,02±5,41	
21.Mevcut ruhsal bozukluğun başlama yaşı	18 yaş ve altı	20(20,0)
	18 yaş üstü	80(80,0)
Ort±ss	29,54±12,56	
22.Ruhsal bozukluğun başlamasından ilk tedavi alınmasına kadar geçen süre	3 ay ve daha az	76(76,8)
	3 aydan fazla	23(23,2)
Ort±ss	3,02±3,69	
23.Ruhsal bozukluk nedeniyle hastaneye toplam yatış sayısı	,00	79(79,8)
	1,00	8(8,1)
	2 ve daha fazla	12(12,1)
25.Eşlik eden başka bir ruhsal bozukluk	Yok	149(99,3)
	Var	1(0,7)
26.Değerlendirme anında varsa kullanmakta olduğu psikiyatrik ilaçlar	Ssri	36(25,0)
	Snri	4(2,8)
	Ddd	1(0,7)
	Ssri+güçlendirme	10(6,9)
	Snri+güçlendirme	2(1,4)
	Kombinasyon	11(7,6)
	Diğer	2(1,4)
	Yok	78(54,2)
27.İlaç tedavisi alıyorsa en son tedaviyi ne kadar zamandır alıyor	1 ay	45(60,0)
	1 aydan fazla	30(40,0)
Ort±ss	1,72±2,41	
28.Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü var mı?	Hayır	136(91,3)
	Evet	13(8,7)
Aile Öyküsü olanlarda yakınlık derecesi	1.derece yakın	12(92,3)
	2.derece yakın	1(7,7)
Aile Öyküsü olanlarda yakınlarını tanıması	Duygudurum bozukluğu	7(53,8)
	Anksiyete bozuklukları	4(30,8)
	Psikotik bozukluklar	2(15,4)
	Alkol-madde	0(0,0)
29.Psikoterapi tedavisi var mı?	Hayır	149(99,3)
	Evet geçmişte	1(0,7)
	Evet şu anda	0(0,0)
30.Psikoterapi almışsa veya alıyorsa türünü belirtiniz	BDT	2(0)
	MCT	0(0,0)
	Aile ve ilişkiler	0(0,0)
	Psikanalitik	0(0,0)

ORT±SS: Ortalama±Standart Sapma,

Sosyodemografik veriler ve gruplar arasındaki karşılaştırma için yapılan Ki-kare testi sonuçları Tablo 3’de gösterilmiştir.

Demografik bilgilerden; eğitim durumu, eğitim süresi, medeni durum, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü bulunup bulunmaması açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmaktadır. MD ÖG, MD grubunda olanların lise (sırasıyla % 48, %34),ve son olarak kontrol grubunda olanların yüksekokul (%60) eğitim durumunda olma oranı daha yüksektir. MD ÖG grubunda olanların eğitim süresi 9-12 yıl (% 44), MD ve kontrol grubunda olanların eğitim süresi 12 yıldan fazla (sırasıyla % 48, %68) olma oranı daha yüksektir. MD ÖG ve MD grubunda olanların bekar (sırasıyla %48, %52) ve son olarak kontrol grubunda olanların evli (%62) olma oranı daha yüksektir. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olmayanların oranı MD ÖG grubunda %82, MD grubunda %98 ve kontrol grubunda %94 olarak saptanmıştır. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olanların oranı MD ÖG grubunda, kontrol ve MD grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir.

3.Sosyodemografik bilgiler ve grupların karşılaştırılması

		MD ÖG (1)		MD (2)		KONTROL (3)		Ki-kare	p	Çoklu karşılaştırma
		n	%	n	%	n	%			
1.Cinsiyet	Erkek	15	30,0	18	36,0	25	50,0	4,442 ^a	,109	
	Kadın	35	70,0	32	64,0	25	50,0			
2.Yaş	25 yaş ve altı	21	42,0	17	34,0	12	24,0	7,440 ^a	,114	
	26-35 yaş	16	32,0	12	24,0	22	44,0			
	36 yaş ve üstü	13	26,0	21	42,0	16	32,0			
3.Eğitim durumu	İlkokul ve altı	9	18,0	13	26,0	2	4,0	27,796 ^a	,000	1-3 2-3
	Orta Okul	9	18,0	4	8,0	3	6,0			
	Lise	24	48,0	17	34,0	15	30,0			
	Yüksek Okul	8	16,0	16	32,0	30	60,0			
4.Eğitim süresi	8 yıl ve daha az	15	30,0	15	30,0	5	10,0	20,538 ^a	,000	1-2 1-3 2-3
	9-12 yıl	22	44,0	11	22,0	11	22,0			
	12 yıldan fazla	13	26,0	24	48,0	34	68,0			
5.Medeni Durum	Bekar	24	48,0	26	52,0	19	38,0	17,391 ^a	,002	1-3 2-3
	Evli	16	32,0	20	40,0	31	62,0			
	Dul	10	20,0	4	8,0	0	0,0			
15.Alkol kullanım sorunu var mı?	Hayır	48	96,0	50	100,0	50	100,0	4,054 ^a	,132	
	Evet	2	4,0	0	0,0	0	0,0			
16.Sigara kullanıyor mu?	hayır	30	60,0	39	78,0	39	78,0	5,357 ^a	,069	
	evet	20	40,0	11	22,0	11	22,0			
17.Madde kullanım sorunu var mı?	Hayır	50	100,0	50	100,0	50	100,0			
	Evet	0	0,0	0	0,0	0	0,0			
19.Bilinen başka bir tıbbi	Hayır	43	86,0	39	78,0	43	86,0	1,536 ^a	,464	

hastalık var mı?	Evet	7	14,0	11	22,0	7	14,0			
28.Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü var mı?	Hayır	41	82,0	48	98,0	47	94,0	8,616 ^a	,013	1-2
	Evet	9	18,0	1	2,0	3	6,0			
29.Psikoterapi tedavisi var mı?	Hayır	49	98,0	50	100,0	50	100,0	2,013 ^a	,365	
	Evet geçmişte	1	2,0	0	0,0	0	0,0			
	Evet şu anda	0	0,0	0	0,0	0	0,0			

MD ÖG: Major Depresyon Özkıym Girişimi, MD: Major Depresyon

Tablo 4'te ölçek puanlarının ortalama değerleri ve çarpıklık basıklık değerleri verilmiştir. Her bir puanın basıklık ve çarpıklık katsayılarının -3 ile +3 arasında olduğu görülmektedir ve bu sonuca göre puanların normal dağılım gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır.

MADRS puan ortalaması 19,85(±12,09) ,Psişik puan ortalaması 7,40 (±3,92) ,Somatik puan ortalaması 9,42(±5,81) ,HAM-A puan ortalaması 16,82 (±9,09) ,Rumi Olumlu puan ortalaması 23,31(±6,91) ,RUMİ-olumsuz1 puan ortalaması 15,78(±5,16) ,RUMİ-olumsuz2 puan ortalaması 14,38(±5,82) ,Rumi Olumsuz puan ortalaması 30,16 (±10,04) ,BDSÖ-F1 puan ortalaması 48,21(28,79) ,BDSÖ-F2 puan ortalaması 42,43(±20,95) ,BDSÖ-F3 puan ortalaması 52,64(±20,35) ,BDSÖ puan ortalaması 48,26(±18) ,ÜBÖ-F1 puan ortalaması 11,91(±4,17) ,ÜBÖ-F2 puan ortalaması 13,01(±5) ,ÜBÖ-F3 puan ortalaması 14,84(±4,22) ,ÜBÖ-F4puan ortalaması 16,11(±3,87) ,ÜBÖ-F5puan ortalaması 15,66(±5,6) ,ÜBÖ puan ortalaması 71,51(±15,69) ,İBÖ-F1 puan ortalaması 12,89(±7,62) ,İBÖ-F2 puan ortalaması 12,23(±7.17) ,İBÖ-F3 puan ortalaması 15,17(±8.37) ,İBÖ puan ortalaması 40,29(±21,99)'dur.

4.Ölçeklerin betimsel istatistikleri ve çarpıklık basıklık değerleri

	n	Minimum	Maximum	Ortalama	ss	Çarpıklık	Basıklık
MADRS	150	0,00	42,00	19,85	12,09	-,351	-1,270
Psişik	150	0,00	19,00	7,40	3,92	-,162	-,643
Somatik	150	0,00	26,00	9,42	5,81	,270	-,744
HAM-A	150	0,00	45,00	16,82	9,09	-,006	-,696
Rumi Olumlu	150	9,00	36,00	23,31	6,91	-,118	-,833
RUMİ-olumsuz1	150	6,00	24,00	15,78	5,16	-,221	-1,035
RUMİ-olumsuz2	150	7,00	28,00	14,38	5,82	,399	-,968
Rumi Olumsuz	150	13,00	50,00	30,16	10,04	,030	-1,078
BDSÖ-F1	150	0,00	100,00	48,21	28,79	,197	-,970
BDSÖ-F2	150	0,00	87,50	42,43	20,95	,059	-,607
BDSÖ-F3	150	0,00	90,63	52,64	20,35	-,584	-,042
BDSÖ	150	4,69	82,03	48,26	18,11	-,440	-,349
ÜBÖ-F1	150	6,00	24,00	11,91	4,17	,345	-,647
ÜBÖ-F2	150	6,00	24,00	13,01	5,00	,294	-,926
ÜBÖ-F3	150	6,00	24,00	14,82	4,22	-,010	-,699

ÜBÖ-F4	150	6,00	24,00	16,11	3,87	-,427	,173
ÜBÖ-F5	150	6,00	24,00	15,66	5,10	-,269	-,890
ÜBÖ	150	30,00	100,00	71,51	15,69	-,422	-,227
İBÖ-F1	150	6,00	30,00	12,89	7,62	,865	-,476
İBÖ-F2	150	6,00	30,00	12,23	7,17	1,009	-,103
İBÖ-F3	150	6,00	30,00	15,17	8,37	,255	-1,408
İBÖ	150	18,00	90,00	40,29	21,99	,656	-,714

n: sayı, ss: Standart Sapma; MADRS: Montgomery ve Åsberg Depresyon Ölçeği; HAM-A: Hamilton Anksiyete; Rumi Olumlu: Ruminasyona dair olumlu inanışlar ölçeği, Rumi Olumsuz : Ruminasyona dair olumsuz inanışlar ölçeği; BDSÖ:Bilişsel Dikkat Sendromu Ölçeği, BDSÖ-F1: Ruminasyon ve Tehdit İzlemeye Ayrılan Vakit, BDSÖ-F2: Geri Tepen Baş Etme Stratejilerine Ayrılan Süre, BDSÖ-F3: BDKS 'na İlişkin Olumlu ve Olumsuz Üst Bilişsel İnanışlar; ÜBÖ: Üstbiliş 30 ölçeği, ; ÜBÖ-F1: Olumlu Üstbilişsel İnanışlar, ÜBÖ-F2: Kontrol Edilmezlik ve Tehlike , ÜBÖ-F3: Bilişsel Güven, ÜBÖ-F4: Düşünceleri Kontrol Etme İhtiyacı, ÜBÖ-F5: Bilişsel Farkındalık; İBÖ: İntihar bilişleri ölçeği, İBÖ-F1: Sevilemezlik, İBÖ-F2: Çözülemezlik, İBÖ-F3: Dayanamazlık

5. Ölçek ve alt ölçek puanlarının grup karşılaştırmaları

	Grup						p	Gruplar arası fark
	MD ÖG (1)		MD (2)		KONTROL (3)			
	Ort	ss	Ort	ss	Ort	ss		
MADRS	28,90	5,89	26,02	5,68	4,62	4,32	,000	1_2; 1_3; 2_3
Psişik	9,68	2,53	9,72	2,14	2,80	1,83	,000	1_3; 2_3
Somatik	13,06	4,71	11,56	4,51	3,64	2,78	,000	1_3; 2_3
HAM-A	22,74	6,27	21,28	5,50	6,44	3,99	,000	1_3; 2_3
Rumi Olumlu	26,28	5,74	24,58	6,53	19,08	6,39	,000	1_3; 2_3
RUMİ-olumsuz1	18,78	3,94	17,50	4,16	11,06	3,61	,000	1_3; 2_3
RUMİ-olumsuz2	19,02	5,06	13,64	4,70	10,48	4,13	,000	1_2; 1_3; 2_3
Rumi Olumsuz	37,80	8,03	31,14	7,41	21,54	7,12	,000	1_2; 1_3; 2_3
BDSÖ-F1	64,50	26,29	51,00	27,93	29,13	19,95	,000	1_2; 1_3; 2_3
BDSÖ-F2	48,71	17,02	47,04	19,11	31,54	22,30	,000	1_3; 2_3
BDSÖ-F3	59,75	17,80	57,09	16,46	41,06	21,51	,000	1_3; 2_3
BDSÖ	56,20	14,53	52,56	14,19	36,00	18,65	,000	1_3; 2_3
ÜBÖ-F1	12,54	4,41	11,52	4,07	11,68	4,05	,424	
ÜBÖ-F2	17,14	3,93	14,58	3,61	12,74	3,96	,000	1_2; 1_3; 2_3
ÜBÖ-F3	15,10	4,67	13,92	4,82	10,02	4,06	,000	1_3; 2_3
ÜBÖ-F4	18,90	3,89	16,70	4,01	11,38	4,16	,000	1_2; 1_3; 2_3
ÜBÖ-F5	17,70	3,52	16,64	3,58	13,98	3,57	,000	1_3; 2_3
ÜBÖ	81,38	12,23	73,36	12,21	59,80	14,41	,000	1_2; 1_3; 2_3
İBÖ-F1	19,56	7,42	12,54	5,78	6,56	1,26	,000	1_2; 1_3; 2_3
İBÖ-F2	19,76	6,44	10,60	4,21	6,34	0,96	,000	1_2; 1_3; 2_3
İBÖ-F3	22,76	5,52	16,02	6,93	6,74	1,59	,000	1_2; 1_3; 2_3
İBÖ	62,08	17,75	39,16	14,94	19,64	3,31	,000	1_2; 1_3; 2_3

ss: Standart Sapma; MADRS: Montgomery ve Åsberg Depresyon Ölçeği; HAM-A: Hamilton Anksiyete; Rumi Olumlu: Ruminasyona dair olumlu inanışlar ölçeği, Rumi Olumsuz : Ruminasyona dair olumsuz inanışlar ölçeği; BDSÖ:Bilişsel Dikkat Sendromu Ölçeği, BDSÖ-F1: Ruminasyon ve Tehdit İzlemeye Ayrılan Vakit, BDSÖ-F2: Geri Tepen Baş Etme Stratejilerine Ayrılan Süre, BDSÖ-F3: BDKS 'na İlişkin Olumlu ve Olumsuz Üst Bilişsel İnanışlar; ; ÜBÖ: Üstbiliş 30 ölçeği, ÜBÖ-F1: Olumlu Üstbilişsel İnanışlar, ÜBÖ-F2: Kontrol Edilmezlik ve Tehlike , ÜBÖ-F3: Bilişsel Güven, ÜBÖ-F4: Düşünceleri Kontrol Etme İhtiyacı, ÜBÖ-F5: Bilişsel Farkındalık; İBÖ: İntihar bilişleri ölçeği, İBÖ-F1: Sevilemezlik, İBÖ-F2: Çözülemezlik, İBÖ-F3: Dayanamazlık.

Toplam ölçek puanları ve alt ölçek puanlarının grup karşılaştırmaları Tablo 5'te gösterilmiştir. MADRS puanı grup bakımından istatistiksel olarak anlamlı

farklılıklar göstermektedir ($p<0,05$). Üç grup arasında da anlamlı farklılık bulunmaktadır ve MD ÖG grubunda olanların ortalaması en yüksek iken kontrol grubunda ortalama en düşüktür. HAM-A puanı grup bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermektedir ($p<0,05$). Bu farklılığın 3. Gruptan meydana geldiği yani ortalama puanlara göre kontrol grubunun MD ÖG ve MD gruplarından daha düşük puana sahip olduğu saptanmıştır. Rumi Olumlu puanı grup bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermektedir ($p<0,05$). Bu farklılığın 3. Gruptan meydana geldiği yani ortalama puanlara göre kontrol grubunun MD ÖG ve MD gruplarından daha düşük puana sahip olduğu saptanmıştır. RUMİ-olumsuz1 puanı grup bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermektedir ($p<0,05$). Bu farklılığın 3. Gruptan meydana geldiği yani ortalama puanlara göre kontrol grubunun MD ÖG ve MD gruplarından daha düşük puana sahip olduğu saptanmıştır.

RUMİ-olumsuz2 puanı grup bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermektedir ($p<0,05$). Üç grup arasında da anlamlı farklılık bulunmaktadır ve MD ÖG grubunda olanların ortalaması en yüksek iken kontrol grubunda ortalama en düşüktür. Rumi Olumsuz puanı grup bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermektedir ($p<0,05$). Üç grup arasında da anlamlı farklılık bulunmaktadır ve MD ÖG grubunda olanların ortalaması en yüksek iken kontrol grubunda ortalama en düşüktür. BDSÖ-F1 puanı grup bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermektedir ($p<0,05$). Üç grup arasında da anlamlı farklılık bulunmaktadır ve MD ÖG grubunda olanların ortalaması en yüksek iken kontrol grubunda ortalama en düşüktür.

BDSÖ-F2 puanı grup bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermektedir ($p<0,05$). Bu farklılığın 3. Gruptan meydana geldiği yani ortalama puanlara göre kontrol grubunun MD ÖG ve MD gruplarından daha düşük puana sahip olduğu söylenir. BDSÖ-F3 puanı grup bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermektedir ($p<0,05$). Bu farklılığın 3. Gruptan meydana geldiği yani ortalama puanlara göre kontrol grubunun MD ÖG ve MD gruplarından daha düşük puana sahip olduğu söylenir. BDSÖ puanı grup bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermektedir ($p<0,05$). Bu farklılığın 3. Gruptan meydana

geldiği yani ortalama puanlara göre kontrol grubunun MD ÖG ve MD gruplarından daha düşük puana sahip olduğu saptanmıştır.

ÜBÖ-F1 puanı grup bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermektedir ($p<0,05$). Bu farklılığın 3. Gruptan meydana geldiği yani ortalama puanlara göre kontrol grubunun MD ÖG grubundan daha düşük puana ve MD grubundan daha yüksek puana sahip olduğu saptanmıştır.

ÜBÖ-F3 puanı grup bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermektedir ($p<0,05$). Bu farklılığın 3. Gruptan meydana geldiği yani ortalama puanlara göre kontrol grubunun MD ÖG ve MD gruplarından daha düşük puana sahip olduğu saptanmıştır.

ÜBÖ-F2 puanı grup bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermektedir ($p<0,05$). Üç grup arasında da anlamlı farklılık bulunmaktadır ve MD ÖG grubunda olanların ortalaması en yüksek iken kontrol grubunda ortalama en düşüktür.

ÜBÖ-F5 puanı grup bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermektedir ($p<0,05$). Bu farklılığın 3. Gruptan meydana geldiği yani ortalama puanlara göre kontrol grubunun MD ÖG ve MD gruplarından daha düşük puana sahip olduğu saptanmıştır.

ÜBÖ-F4 puanı grup bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermektedir ($p<0,05$). Üç grup arasında da anlamlı farklılık bulunmaktadır ve MD ÖG grubunda olanların ortalaması en yüksek iken kontrol grubunda ortalama en düşüktür.

ÜBÖ puanı grup bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermektedir ($p<0,05$). Üç grup arasında da anlamlı farklılık bulunmaktadır ve MD ÖG grubunda olanların ortalaması en yüksek iken kontrol grubunda ortalama en düşüktür.

İBÖ-F1, İBÖ-F2, İBÖ-F3 alt ölçekleri ve İntihar bilişleri toplam puanı grup bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermektedir ($p<0,05$). Üç grup arasında da anlamlı farklılık bulunmaktadır ve MD ÖG grubunda olanların ortalaması en yüksek iken kontrol grubunda ortalama en düşüktür.

Depresyon düzeyi ve anksiyete düzeylerinin gruplar arası karşılaştırılması Tablo 6'da gösterilmiştir. MD ÖG grubunda depresyon düzeyi MD grubundan

yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır($p<0,05$). MD ÖG grubunda olanlarda hafif şiddetli depresyon (%50), MD grubunda olanların hafif şiddetli depresyon (%76) ve son olarak kontrol grubunda olanlarda depresyon gözlenmemiştir. MD ÖG grubunda olanlarda anksiyete (%92) ve MD, kontrol grubunda hafif anksiyete (sırasıyla %92, %56) görülmüştür.

6. Depresyon düzeyi ve anksiyete düzeylerinin gruplar arası karşılaştırılması

		MD ÖG (1)		MD (2)		KONTROL (3)		Ki-kare	p	Çoklu karşılaştırma
		n	%	n	%	n	%			
Depresyon Düzeyi	Normal	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9,683 ^a	,008	1-2
	Hafif	25	50,0	38	76,0	0	0,0			
	Orta	20	40,0	12	24,0	0	0,0			
	Şiddetli	5	10,0	0	0,0	0	0,0			
Anksiyete Düzeyi	Normal	0	0,0	0	0,0	18	36,0	104,750 ^a	,000	1-3 2-3
	Hafif	4	8,0	4	8,0	28	56,0			
	Anksiyete	46	92,0	46	92,0	4	8,0			

MD ÖG: Major Depresyon Özkıym Girişimi , MD: Major Depresyon

Cinsiyet Ayrımında Ölçek Puanlarının MD ÖG, MD Grubu bakımından incelenmesi tablo 7’de gösterilmiştir.

Erkeklerde ÜBÖ-F3, İBÖ-F2, İBÖ-F3 alt ölçekleri puanı ve İBÖ toplam puanı grup bakımından anlamlı farklılıklar göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama değerlere göre MD ÖG grubunda ÜBÖ-F3, İBÖ-F2, İBÖ-F3 alt ölçekleri puanı ve İBÖ toplam puanı daha fazladır.

Kadınlarda MADRS, RUMİ-olumsuz1 alt ölçeği, RUMİ-olumsuz2 alt ölçeği, Rumi olumsuz toplam puanı, BDSÖ-F1 alt ölçeği, BDSÖ toplam puanı, ÜBÖ-F2 alt ölçeği , ÜBÖ-F4 alt ölçeği, ÜBÖ toplam puanı, İBÖ-F1, İBÖ-F2, İBÖ-F3 alt ölçekleri ve İBÖ toplam puanı grup bakımından anlamlı farklılıklar göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama değerlere göre MD ÖG grubunda ölçek puanları daha yüksektir.

7.Cinsiyet ayrımında ölçek puanlarının MD ÖG, MD grubu bakımından incelenmesi

Cinsiyet		MD ÖG		MD		t	p
		Ortalama	ss	Ortalama	ss		
Erkek	MADRS	28,27	5,76	27,67	4,61	,332	,742
	Psişik	10,27	3,65	9,50	1,89	,776	,444

	Somatik	14,73	5,28	10,39	4,23	2,624	,013
	HAM-A	25,00	8,43	19,89	5,37	2,112	,043
	Rumi Olumlu	26,13	6,46	25,72	5,31	,201	,842
	RUMİ-olumsuz1	18,47	4,90	19,06	3,26	-,413	,683
	RUMİ-olumsuz2	17,53	5,63	15,00	3,79	1,538	,134
	Rumi Olumsuz	36,00	10,16	34,06	5,55	,664	,514
	BDSÖ-F1	56,25	32,30	60,42	25,27	-,416	,680
	BDSÖ-F2	45,56	19,57	50,69	14,50	-,866	,393
	BDSÖ-F3	56,98	21,59	60,85	13,97	-,622	,539
	BDSÖ	52,60	19,55	56,99	13,29	-,764	,451
	ÜBÖ-F1	13,73	4,33	11,78	4,26	1,302	,202
	ÜBÖ-F2	15,60	4,03	14,78	2,92	,678	,503
	ÜBÖ-F3	15,93	4,20	12,67	4,03	2,275	,030
	ÜBÖ-F4	17,87	4,76	17,72	3,51	,100	,921
	ÜBÖ-F5	16,40	4,10	16,78	2,44	-,328	,745
	ÜBÖ	79,53	15,25	73,72	10,68	1,284	,209
	İBÖ-F1	16,60	8,19	14,56	5,03	,843	,408
	İBÖ-F2	16,93	6,79	12,17	4,55	2,404	,022
	İBÖ-F3	22,40	5,87	16,67	6,98	2,523	,017
	İBÖ	55,93	18,97	43,39	15,14	2,113	,043
Kadın	MADRS	29,17	6,01	25,09	6,08	2,760	,008
	Psişik	9,43	1,88	9,84	2,29	-,814	,419
	Somatik	12,34	4,33	12,22	4,60	,114	,910
	HAM-A	21,77	4,91	22,06	5,51	-,229	,820
	Rumi Olumlu	26,34	5,50	23,94	7,13	1,554	,125
	RUMİ-olumsuz 1	18,91	3,53	16,63	4,40	2,358	,021
	RUMİ-olumsuz2	19,66	4,75	12,88	5,03	5,676	,000
	Rumi Olumsuz	38,57	6,96	29,50	7,89	4,999	,000
	BDSÖ-F1	68,04	22,88	45,70	28,33	3,564	,001
	BDSÖ-F2	50,06	15,93	44,99	21,21	1,113	,270
	BDSÖ-F3	60,94	16,13	54,98	17,56	1,447	,153
	BDSÖ	57,75	11,78	50,07	14,27	2,408	,019
	ÜBÖ-F1	12,03	4,40	11,38	4,01	,633	,529
	ÜBÖ-F2	17,80	3,75	14,47	3,98	3,527	,001
	ÜBÖ-F3	14,74	4,87	14,63	5,14	,096	,924
	ÜBÖ-F4	19,34	3,44	16,13	4,20	3,442	,001
	ÜBÖ-F5	18,26	3,15	16,56	4,13	1,900	,062
	ÜBÖ	82,17	10,84	73,16	13,14	3,073	,003
	İBÖ-F1	20,83	6,79	11,41	5,93	6,026	,000
	İBÖ-F2	20,97	5,98	9,72	3,80	9,266	,000
	İBÖ-F3	22,91	5,45	15,66	6,99	4,708	,000
	İBÖ	64,71	16,79	36,78	14,52	7,252	,000

SS: Standart Sapma; MD ÖG: Major Depresyon Özkıym Girişimi; MD: Major Depresyon; MADRS: Montgomery ve Åsberg Depresyon Ölçeği; HAM-A: Hamilton Anksiyete; Rumi Olumlu: Ruminasyona dair olumlu inanışlar ölçeği, Rumi Olumsuz :

Ruminasyona dair olumsuz inanışlar ölçeği; BDSÖ:Bilişsel Dikkat Sendromu Ölçeği, BDSÖ-F1: Ruminasyon ve Tehdit İzlemeye Ayrılan Vakit, BDSÖ; ÜBÖ: Üstbiliş 30 ölçeği, ÜBÖ-F1: Olumlu Üstbilişsel İnanışlar, ÜBÖ-F2: Kontrol Edilmezlik ve Tehlike , ÜBÖ-F3: Bilişsel Güven, ÜBÖ-F4: Düşünceleri Kontrol Etme İhtiyacı, ÜBÖ-F5: Bilişsel Farkındalık; İBÖ: İntihar bilişleri ölçeği, İBÖ-F1: Sevilemezlik, İBÖ-F2: Çözülemezlik, İBÖ-F3: Dayanamazlık.

MD ÖG, MD ve kontrol Gruplarında Ölçek Puanlarının medeni durum bakımından incelenmesi amacıyla yapılan t testi sonuçları Tablo 8 'de gösterilmiştir.

MD grubunda bulunan RUMİ-olumsuz 1 puanı medeni durum bakımından anlamlı farklılıklar göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama değerlere göre bekar bireylerin RUMİ-olumsuz 1 puanı daha fazladır.

8. MD ÖG, MD ve kontrol gruplarında ölçek puanlarının medeni durum bakımından incelenmesi

Grup		BEKAR		EVLİ		t	p
		Ort	ss	Ort	ss		
MD ÖG	MADRS	29,41	5,98	27,81	5,74	,894	,376
	Psişik	10,03	2,61	8,94	2,26	1,436	,157
	Somatik	13,53	5,05	12,06	3,86	1,027	,310
	HAM-A	23,56	6,61	21,00	5,24	1,359	,181
	Rumi Olumlu	26,97	5,31	24,81	6,49	1,247	,218
	RUMİ-olumsuz1	19,26	3,16	17,75	5,22	1,072	,296
	RUMİ-olumsuz2	20,03	4,35	16,88	5,91	2,127	,039
	Rumi Olumsuz	39,29	6,35	34,63	10,31	1,669	,110
	BDSÖ-F1	68,38	25,88	56,25	26,02	1,544	,129
	BDSÖ-F2	49,88	17,29	46,22	16,71	,704	,485
	BDSÖ-F3	62,18	17,76	54,59	17,30	1,421	,162
	BDSÖ	58,34	14,30	51,66	14,41	1,537	,131
	ÜBÖ-F1	12,56	4,45	12,50	4,47	,044	,965
	ÜBÖ-F2	17,71	3,55	15,94	4,52	1,377	,181
	ÜBÖ-F3	14,38	4,54	16,63	4,72	-1,610	,114
	ÜBÖ-F4	19,26	3,90	18,13	3,88	,965	,339
	ÜBÖ-F5	18,50	3,15	16,00	3,78	2,457	,018
	ÜBÖ	82,41	11,14	79,19	14,42	,868	,390
	İBÖ-F1	20,29	6,90	18,00	8,44	1,021	,312
	İBÖ-F2	20,82	5,97	17,50	7,01	1,737	,089
	İBÖ-F3	23,47	4,44	21,25	7,26	1,337	,188
	İBÖ	64,59	15,47	56,75	21,40	1,474	,147
MD	MADRS	26,00	4,89	26,05	6,84	-,030	,976
	Psişik	9,63	1,92	9,85	2,48	-,348	,729
	Somatik	10,93	4,52	12,50	4,45	-1,208	,233
	HAM-A	20,57	5,29	22,35	5,78	-1,126	,266
	Rumi Olumlu	23,70	6,36	25,90	6,72	-1,171	,247
	RUMİ-olumsuz1	18,70	3,41	15,70	4,61	2,646	,011
	RUMİ-olumsuz2	13,83	4,83	13,35	4,60	,353	,725
	Rumi Olumsuz	32,53	7,42	29,05	7,07	1,657	,104
	BDSÖ-F1	51,25	29,47	50,63	26,20	,077	,939
	BDSÖ-F2	47,22	18,58	46,77	20,37	,081	,936
	BDSÖ-F3	57,92	16,99	55,86	15,99	,429	,670
	BDSÖ	53,07	14,26	51,80	14,41	,309	,759
	ÜBÖ-F1	10,97	3,74	12,35	4,49	-1,183	,243
	ÜBÖ-F2	14,77	3,92	14,30	3,16	,444	,659
	ÜBÖ-F3	13,13	5,05	15,10	4,32	-1,428	,160
	ÜBÖ-F4	17,27	4,04	15,85	3,90	1,231	,224
	ÜBÖ-F5	16,07	3,24	17,50	3,98	-1,399	,168
	ÜBÖ	72,20	13,35	75,10	10,35	-,820	,416
	İBÖ-F1	13,37	6,22	11,30	4,93	1,247	,219
	İBÖ-F2	10,80	4,36	10,30	4,08	,408	,685
	İBÖ-F3	16,53	7,45	15,25	6,17	,637	,527

	İBÖ	40,70	16,07	36,85	13,12	,891	,377
	MADRS	4,47	4,29	4,71	4,41	-,186	,854
	Psişik	2,53	1,71	2,97	1,91	-,825	,413
	Somatik	2,58	1,98	4,29	3,01	-2,422	,019
	HAM-A	5,11	3,23	7,26	4,23	-1,903	,063
	Rumi Olumlu	19,79	7,29	18,65	5,86	,611	,544
	RUMİ-olumsuz1	10,53	3,79	11,39	3,52	-,815	,419
	RUMİ-olumsuz2	9,53	3,31	11,06	4,52	-1,286	,205
	Rumi Olumsuz	20,05	6,55	22,45	7,40	-1,160	,252
	BDSÖ-F1	28,95	17,83	29,23	21,43	-,049	,961
	BDSÖ-F2	36,40	23,88	28,56	21,11	1,213	,231
	BDSÖ-F3	41,12	17,63	41,03	23,85	,014	,989
	BDSÖ	37,83	17,57	34,88	19,48	,539	,592
	ÜBÖ-F1	11,32	3,23	11,90	4,51	-,494	,623
	ÜBÖ-F2	12,47	3,45	12,90	4,28	-,369	,714
	ÜBÖ-F3	9,68	3,28	10,23	4,51	-,454	,652
	ÜBÖ-F4	11,32	3,79	11,42	4,43	-,085	,933
	ÜBÖ-F5	14,05	2,46	13,94	4,15	,111	,912
	ÜBÖ	58,84	9,83	60,39	16,73	-,365	,717
	İBÖ-F1	6,37	0,68	6,68	1,51	-,836	,407
	İBÖ-F2	6,05	0,23	6,52	1,18	-2,123	,041
	İBÖ-F3	6,58	1,17	6,84	1,81	-,557	,580
	İBÖ	19,00	1,45	20,03	4,02	-1,298	,202

ORT±SS: Ortalama±Standart Sapma; MD ÖG: Major Depresyon Özkıyım Girişimi; MD: Major Depresyon; Sapma, MADRS: Montgomery ve Åsberg Depresyon Ölçeği; HAM-A: Hamilton Anksiyete; Rumi Olumlu: Ruminasyona dair olumlu inanışlar ölçeği, Rumi Olumsuz : Ruminasyona dair olumsuz inanışlar ölçeği; BDSÖ:Bilişsel Dikkat Sendromu Ölçeği, BDSÖ-F1: Ruminasyon ve Tehdit İzlemeye Ayrılan Vakit, BDSÖ-F2: Geri Tepen Baş Etme Stratejilerine Ayrılan Süre, BDSÖ-F3: BDKS'na İlişkin Olumlu ve Olumsuz Üst Bilişsel İnanışlar; ; ÜBÖ: Üstbiliş 30 ölçeği, ÜBÖ-F1: Olumlu Üstbilişsel İnanışlar, ÜBÖ-F2: Kontrol Edilmezlik ve Tehlike , ÜBÖ-F3: Bilişsel Güven, ÜBÖ-F4: Düşünceleri Kontrol Etme İhtiyacı, ÜBÖ-F5: Bilişsel Farkındalık; İBÖ-F1: Seviemezlik, İBÖ-F2: Çözülemezlik, İBÖ-F3: Dayanamazlık.

MD grubunun özkıyım davranışı öyküsü durumu bakımından incelenmesi amacıyla yapılan t testinin sonuçları tablo 9'da gösterilmiştir.

MD grubunda bulunan RUMİ-olumsuz 2, BDSÖ-F1, İntihar bilişleri alt ölçek ve toplam puanı özkıyım davranışı öyküsü durumu bakımından anlamlı farklılıklar göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama değerlere göre özkıyım davranışı öyküsü olanların RUMİ-olumsuz2, BDSÖ-F1, İntihar bilişleri alt ölçek ve toplam puanı daha yüksektir.

9.MD grubundan ölçek puanlarının özkıyım davranışı öyküsü durumu bakımından incelenmesi

Grup						t	p
		Özkıyım davranışı öyküsü olmayan		Özkıyım davranışı öyküsü olan			
		Ort	ss	Ort	ss		
MD	MADRS	25,81	5,66	29,33	6,11	-1,042	,302

Psişik	9,72	2,04	9,67	4,04	0,044	,965
Somatik	11,57	4,46	11,33	6,43	0,089	,930
HAM-A	21,30	5,31	21,00	9,64	0,090	,929
Rumi Olumlu	24,62	6,73	24,00	1,73	0,157	,876
RUMİ-olumsuz1	17,40	4,26	19,00	1,73	-0,640	,525
RUMİ-olumsuz2	13,23	4,46	20,00	4,36	-2,551	,014
Rumi Olumsuz	30,64	7,28	39,00	5,29	-1,948	,057
BDSÖ-F1	48,67	27,05	87,50	12,50	-2,451	,018
BDSÖ-F2	47,07	19,53	46,53	13,23	0,048	,962
BDSÖ-F3	56,58	16,81	65,10	6,31	-0,867	,390
BDSÖ	52,03	14,42	60,94	6,20	-1,056	,296
ÜBÖ-F1	11,53	4,12	11,33	3,79	0,081	,936
ÜBÖ-F2	14,53	3,72	15,33	0,58	-1,259	,222
ÜBÖ-F3	13,87	4,87	14,67	4,93	-0,274	,785
ÜBÖ-F4	16,60	4,08	18,33	2,52	-0,725	,472
ÜBÖ-F5	16,72	3,63	15,33	2,89	0,647	,520
ÜBÖ	73,26	12,24	75,00	14,18	-0,238	,813
İBÖ-F1	11,94	5,39	22,00	2,65	-3,188	,003
İBÖ-F2	10,00	3,48	20,00	4,00	-4,798	,000
İBÖ-F3	15,38	6,59	26,00	4,58	-2,737	,009
İBÖ	37,32	13,23	68,00	10,82	-3,922	,000

ORT±SS: Ortalama±Standart Sapma; MD ÖG: Major Depresyon Özkıyım Girişimi; MD: Major Depresyon; Sapma; MADRS: Montgomery ve Åsberg Depresyon Ölçeği; HAM-A: Hamilton Anksiyete; Rumi Olumlu: Ruminasyona dair olumlu inanışlar ölçeği, Rumi Olumsuz : Ruminasyona dair olumsuz inanışlar ölçeği; BDSÖ:Bilişsel Dikkat Sendromu Ölçeği, BDSÖ-F1: Ruminasyon ve Tehdit İzlemeye Ayrılan Vakit, BDSÖ-F2: Geri Tepen Baş Etme Stratejilerine Ayrılan Süre, BDSÖ-F3: BDKS'na İlişkin Olumlu ve Olumsuz Üst Bilişsel İnanışlar; ; ÜBÖ: Üstbiliş 30 ölçeği, ÜBÖ-F1: Olumlu Üstbilişsel İnanışlar, ÜBÖ-F2: Kontrol Edilmezlik ve Tehlike , ÜBÖ-F3: Bilişsel Güven, ÜBÖ-F4: Düşünceleri Kontrol Etme İhtiyacı, ÜBÖ-F5: Bilişsel Farkındalık; İBÖ: İntihar bilişleri ölçeği.

MD ÖG grubunun özkıyım girişimi türü bakımından incelenmesi amacıyla yapılan ANOVA testi sonuçları Tablo 10 'da gösterilmiştir.

MD ÖG grubunda hiçbir ölçek puanı özkıyım girişimi türü bakımından anlamlı farklılık göstermemektedir.

10. MD ÖG grubunda özkıyım girişimi varsa türü bakımından incelenmesi

Grup		Özkıyım girişimi varsa türü						F	p
		KESİCİ ALET		YÜKSEK DOZDA İLAÇ		DİĞER			
		Ort	ss	Ort	ss	Ort	ss		
MD ÖĞ	MADRS	26,57	6,01	29,23	6,01	32,67	1,97	2,515	,092
	Psişik	10,71	3,29	9,20	2,02	9,67	2,58	1,756	,184
	Somatik	14,21	5,79	12,03	3,95	15,50	4,76	2,015	,145
	HAM-A	24,93	8,06	21,23	4,93	25,17	6,37	2,285	,113
	Rumi Olumlu	28,43	5,56	25,40	6,01	25,67	3,83	1,390	,259
	RUMİ-olumsuz1	18,71	3,73	18,47	4,19	20,50	3,21	0,658	,523
	RUMİ-olumsuz2	17,14	4,75	19,30	5,32	22,00	2,76	2,141	,129
	Rumi Olumsuz	35,86	7,88	37,77	8,37	42,50	5,21	1,464	,242
	BDSÖ-F1	59,82	31,27	67,08	24,83	62,50	23,39	0,374	,690
	BDSÖ-F2	48,66	19,16	48,26	16,35	51,04	18,10	0,064	,938
	BDSÖ-F3	62,17	21,80	57,50	16,88	65,36	11,58	0,657	,523
	BDSÖ	56,81	18,60	55,23	13,04	59,64	12,76	0,238	,789
	ÜBÖ-F1	12,36	4,16	12,47	4,52	13,33	5,13	0,109	,897
	ÜBÖ-F2	15,64	3,41	17,77	4,18	17,50	3,27	1,450	,245
	ÜBÖ-F3	14,93	4,70	15,23	4,79	14,83	4,79	0,030	,970
	ÜBÖ-F4	18,36	4,14	19,17	4,08	18,83	2,48	0,201	,819
	ÜBÖ-F5	17,00	3,09	18,20	3,87	16,83	2,48	0,752	,477
	ÜBÖ	78,29	14,38	82,83	11,91	81,33	8,14	0,651	,526
	İBÖ-F1	17,21	7,00	20,40	8,08	20,83	3,37	0,981	,383
	İBÖ-F2	18,29	7,02	19,83	6,59	22,83	2,99	1,054	,357
	İBÖ-F3	22,64	3,61	22,10	6,42	26,33	2,80	1,503	,233
	İBÖ	58,14	15,75	62,33	19,81	70,00	6,87	0,943	,397

ORT±SS: Ortalama±Standart Sapma; MD ÖG: Major Depresyon Özkıyım Girişimi; MD: Major Depresyon; Sapma; MADRS: Montgomery ve Åsberg Depresyon Ölçeği; HAM-A: Hamilton Anksiyete; Rumi Olumlu: Ruminasyona dair olumlu inanışlar ölçeği, Rumi Olumsuz : Ruminasyona dair olumsuz inanışlar ölçeği; BDSÖ:Bilişsel Dikkat Sendromu Ölçeği, BDSÖ-F1: Ruminasyon ve Tehdit İzlemeye Ayrılan Vakit, BDSÖ-F2: Geri Tepen Baş Etme Stratejilerine Ayrılan Süre, BDSÖ-F3: BDKS 'na İlişkin Olumlu ve Olumsuz Üst Bilişsel İnanışlar; ; ÜBÖ: Üstbiliş 30 ölçeği, ÜBÖ-F1: Olumlu Üstbilişsel İnanışlar, ÜBÖ-F2: Kontrol Edilmezlik ve Tehlike , ÜBÖ-F3: Bilişsel Güven, ÜBÖ-F4: Düşünceleri Kontrol Etme İhtiyacı, ÜBÖ-F5: Bilişsel Farkındalık; İBÖ: İntihar bilişleri ölçeği, İBÖ-F1: Sevilemezlik, İBÖ-F2: Çözülemezlik, İBÖ-F3: Dayanamazlık

MD ÖG grubunda ölçek puanları arasındaki ilişki Tablo 11'de gösterilmiştir.

MADRS ile HAM-A arasında pozitif yönlü orta bir ilişki; RUMİ-olumsuz 1 arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki; RUMİ-olumsuz2 arasında pozitif yönlü orta bir ilişki; Rumi Olumsuz arasında pozitif yönlü orta bir ilişki; ÜBÖ-F2 arasında pozitif yönlü orta bir ilişki; ÜBÖ-F4 arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki; İBÖ arasında pozitif yönlü orta bir ilişki bulunmaktadır.

HAM-A ile RUMİ-olumsuz 1 arasında pozitif yönlü orta bir ilişki; RUMİ-olumsuz 2 arasında pozitif yönlü orta bir ilişki; Rumi Olumsuz arasında pozitif yönlü orta bir ilişki bulunmaktadır.

Rumi Olumlu ile ÜBÖ-F1 arasında pozitif yönlü orta bir ilişki; ÜBÖ-F5 arasında pozitif yönlü orta bir ilişki; ÜBÖ arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır.

RUMİ-olumsuz 1 ile BDSÖ arasında pozitif yönlü orta bir ilişki; ÜBÖ-F2 arasında pozitif yönlü orta bir ilişki; ÜBÖ-F5 arasında pozitif yönlü orta bir ilişki; ÜBÖ-F4 arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki; ÜBÖ arasında pozitif yönlü orta bir ilişki; İBÖ arasında pozitif yönlü orta bir ilişki bulunmaktadır.

RUMİ-olumsuz2 ile BDSÖ arasında pozitif yönlü orta bir ilişki; ÜBÖ-F2 arasında pozitif yönlü orta bir ilişki; ÜBÖ-F4 arasında pozitif yönlü orta bir ilişki; ÜBÖ arasında pozitif yönlü orta bir ilişki; İBÖ arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki bulunmaktadır.

Rumi Olumsuz ile BDSÖ arasında pozitif yönlü orta bir ilişki; ÜBÖ-F2 arasında pozitif yönlü orta bir ilişki; ÜBÖ-F4 arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki; ÜBÖ arasında pozitif yönlü orta bir ilişki; İBÖ arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki bulunmaktadır.

BDSÖ ile ÜBÖ-F1 arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki; Kontrol Edilemezlik arasında pozitif yönlü orta bir ilişki; ÜBÖ-F5 arasında pozitif yönlü orta bir ilişki; ÜBÖ-F4 arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki; ÜBÖ arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki bulunmaktadır.

ÜBÖ-F2 ile İBÖ arasında pozitif yönlü orta bir ilişki bulunmaktadır.

ÜBÖ-F4 ile İBÖ arasında pozitif yönlü orta bir ilişki bulunmaktadır.

11. MD ÖG grubunda ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi

Grup	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1.MADRS	r 1													
	p													
2.HAM-A	r ,356*	1												
	p ,011													
3.Rumi Olumlu	r -,026	,133	1											
	p ,859	,357												
4.RUMİ-olumsuz 1	r ,296*	,330*	,135	1										
	p ,037	,019	,349											
5.RUMİ-olumsuz2	r ,400**	,305*	-,192	,583**	1									
	p ,004	,031	,182	,000										
6.Rumi Olumsuz	r ,397**	,354*	-,055	,859**	,917**	1								
	p ,004	,012	,707	,000	,000									
7.BDSÖ	r ,086	,119	,198	,536**	,385**	,506**	1							
	p ,551	,409	,169	,000	,006	,000								
8.ÜBÖ-F1	r -,151	-,071	,398**	,029	-,031	-,005	,295*	1						
	p ,295	,625	,004	,840	,833	,973	,038							
9.ÜBÖ-F3	r ,137	-,244	-,044	,253	,245	,279	,037	,129	1					
	p ,343	,088	,763	,077	,086	,050	,799	,371						
10.ÜBÖ-F2	r ,359*	-,004	,102	,338*	,491**	,476**	,492**	,056	,210	1				
	p ,011	,976	,479	,016	,000	,000	,000	,701	,144					
11.ÜBÖ-F5	r ,051	,040	,363**	,347*	,074	,217	,451**	,134	-,177	,447**	1			
	p ,727	,784	,009	,013	,612	,130	,001	,353	,220	,001				
12.ÜBÖ-F4	r ,295*	,151	,067	,642**	,459**	,604**	,700**	,070	,142	,630**	,466**	1		
	p ,038	,295	,644	,000	,001	,000	,000	,630	,325	,000	,001			
13.ÜBÖ	r ,222	-,060	,286*	,520**	,408**	,512**	,631**	,489**	,490**	,751**	,561**	,734**	1	
	p ,122	,676	,044	,000	,003	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		
14.İBÖ	r ,325*	,197	-,085	,489**	,659**	,655**	,192	-,209	,122	,421**	,059	,411**	,254	1
	p ,021	,170	,558	,000	,000	,000	,183	,146	,399	,002	,683	,003	,075	

* $p<0,05$; ** $p<0,01$ MD ÖG: Major Depresyon Özkıym Girişimi; MADRS: Montgomery ve Åsberg Depresyon Ölçeği; HAM-A: Hamilton Anksiyete; Rumi Olumlu: Ruminasyona dair olumlu inanışlar ölçeği, Rumi Olumsuz : Ruminasyona dair olumsuz inanışlar ölçeği; BDSÖ:Bilişsel Dikkat Sendromu Ölçeği, ; ÜBÖ: Üstbiliş 30 ölçeği, ÜBÖ-F1: Olumlu Üstbilişsel İnanışlar, ÜBÖ-F2: Kontrol Edilmezlik ve Tehlike , ÜBÖ-F3: Bilişsel Güven, ÜBÖ-F4: Düşünceleri Kontrol Etme İhtiyacı, ÜBÖ-F5: Bilişsel Farkındalık; İBÖ: İntihar bilişleri ölçeği.

MD grubunda ölçek puanları arasındaki ilişki Tablo 12’de gösterilmiştir. MADRS ile HAM-A arasında pozitif yönlü orta bir ilişki; RUMİ-olumsuz 1 arasında pozitif yönlü orta bir ilişki; RUMİ-olumsuz2 arasında pozitif yönlü orta bir ilişki; Rumi Olumsuz arasında pozitif yönlü orta bir ilişki; ÜBÖ-F5 arasında pozitif yönlü orta bir ilişki; ÜBÖ-F4 arasında pozitif yönlü orta bir ilişki; ÜBÖ arasında pozitif yönlü orta bir ilişki; İBÖ arasında pozitif yönlü orta bir ilişki bulunmaktadır.

HAM-A ile BDSÖ arasında pozitif yönlü orta bir ilişki; ÜBÖ-F5 arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki; ÜBÖ-F4 arasında pozitif yönlü orta bir ilişki; ÜBÖ arasında pozitif yönlü orta bir ilişki bulunmaktadır. Rumi Olumlu ile ÜBÖ-F5 arasında pozitif yönlü orta bir ilişki bulunmaktadır.

RUMİ-olumsuz 1 ile BDSÖ arasında pozitif yönlü orta bir ilişki; ÜBÖ-F2 arasında pozitif yönlü orta bir ilişki; ÜBÖ-F4 arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki; ÜBÖ arasında pozitif yönlü orta bir ilişki; İBÖ arasında pozitif yönlü orta bir ilişki bulunmaktadır. RUMİ-olumsuz2 ile BDSÖ arasında pozitif yönlü orta bir ilişki; ÜBÖ-F2 arasında pozitif yönlü orta bir ilişki; ÜBÖ-F4 arasında pozitif yönlü orta bir ilişki; ÜBÖ arasında pozitif yönlü orta bir ilişki; İBÖ arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Rumi Olumsuz ile BDSÖ arasında pozitif yönlü orta bir ilişki; ÜBÖ-F2 arasında pozitif yönlü orta bir ilişki; ÜBÖ-F4 arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki; ÜBÖ arasında pozitif yönlü orta bir ilişki; İBÖ arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki bulunmaktadır.

BDSÖ ile ÜBÖ-F1 arasında pozitif yönlü orta bir ilişki; ÜBÖ-F2 arasında pozitif yönlü orta bir ilişki; ÜBÖ-F5 arasında pozitif yönlü orta bir ilişki; ÜBÖ-F4 arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki; ÜBÖ arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki İBÖ arasında pozitif yönlü orta bir ilişki bulunmaktadır.

ÜBÖ-F1 ile İBÖ arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır. ÜBÖ-F2 ile İBÖ arasında pozitif yönlü orta bir ilişki bulunmaktadır. ÜBÖ-F4 ile İBÖ arasında pozitif yönlü orta bir ilişki bulunmaktadır. ÜBÖ ile İBÖ arasında pozitif yönlü orta bir ilişki bulunmaktadır.

12. MD grubunda ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi

Grup	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1.MADRS	r 1													
p														
2.HAM-A	r ,541**	1												
p ,000														
3.Rumi Olumlu	r ,214	,011	1											
p ,135	,938													
4.RUMİ-olumsuz 1	r ,413**	,223	,092	1										
p ,003	,120	,525												
5.RUMİ-olumsuz2	r ,423**	,229	-,171	,398**	1									
p ,002	,110	,236	,004											
6.Rumi Olumsuz	r ,500**	,270	-,057	,814**	,857**	1								
p ,000	,058	,697	,000	,000										
7.BDSÖ	r ,475**	,451**	,274	,421**	,412**	,497**	1							
p ,000	,001	,054	,002	,003	,000									
8.ÜBÖ-F1	r ,078	,166	,084	-,022	,260	,153	,426**	1						
p ,590	,250	,560	,881	,068	,290	,002								
9.ÜBÖ-F3	r ,106	,069	-,053	-,058	,083	,020	,094	,141	1					
p ,465	,636	,715	,689	,565	,889	,515	,330							
10.ÜBÖ-F2	r ,120	,156	,014	,446**	,531**	,587**	,407**	,345*	,084	1				
p ,407	,279	,923	,001	,000	,000	,003	,014	,564						
11.ÜBÖ-F5	r ,311*	,299*	,455**	,130	-,043	,046	,449**	,390**	,095	,266	1			
p ,028	,035	,001	,368	,767	,753	,001	,005	,511	,062					
12.ÜBÖ-F4	r ,433**	,359*	-,021	,703**	,371**	,630**	,453**	,085	,152	,379**	,264	1		
p ,002	,010	,883	,000	,008	,000	,001	,558	,292	,007	,064				
13.ÜBÖ	r ,337*	,334*	,138	,371**	,386**	,453**	,580**	,633**	,544**	,646**	,626**	,606**	1	
p ,017	,018	,340	,008	,006	,001	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		
14.İBÖ	r ,382**	,148	-,045	,479**	,689**	,706**	,414**	,292*	,064	,379**	,097	,479**	,420**	1
p ,006	,304	,757	,000	,000	,000	,003	,040	,661	,007	,504	,000	,002		

***p<0,05; **p<0,01** MD: Major Depresyon; MADRS: Montgomery ve Åsberg Depresyon Ölçeği; HAM-A: Hamilton Anksiyete; Rumi Olumlu: Ruminasyona dair olumlu inanışlar ölçeği, Rumi Olumsuz : Ruminasyona dair olumsuz inanışlar ölçeği; BDSÖ:Bilişsel Dikkat Sendromu Ölçeği, ÜBÖ; ÜBÖ: Üstbiliş 30 ölçeği, ÜBÖ-F1: Olumlu Üstbilişsel İnanışlar, ÜBÖ-F2: Kontrol Edilmezlik ve Tehlike , ÜBÖ-F3: Bilişsel Güven, ÜBÖ-F4: Düşünceleri Kontrol Etme İhtiyacı, ÜBÖ-F5: Bilişsel Farkındalık; İBÖ: İntihar bilişleri ölçeği.

5. TARTIŞMA

Özkıyım günümüzde ruhsal hastalıklarla birlikteliğinin sık olmasıyla oldukça dikkat çekmektedir. Ruhsal hastalık kaynaklı önlenebilir ölüm nedenlerinin başında gelmektedir. MDB ve özkıyımın birlikteliğine dair literatürde oldukça fazla çalışma yer almaktadır. Özkıyım nedeni ile ölümlerin %90'a yakınında ruhsal hastalıkların varlığı gösterilmiş olup bunların da yaklaşık yarısını duygu-durum bozuklukları oluşturmaktadır(85, 86). Üstbiliş, karmaşık problemler, alışılmadık durumlar ve problemli ilişkilerle başa çıkma stratejilerinin izlenmesinde yer alır (127). Bireyin hem kendine dair hem de başkalarının zihinsel durumlarını fark etmesi muhakeme etmesi ve bunlara karşı eleştirel bir duruş sergilemesinde rol alan üstbiliş, karar verme yeteneğinde aksamalara neden olarak özkıyımla ilişkilendirilmiştir. Depresyonun üstbilişsel modelinde yanlış üstbilişler belirli bir düşünce biçiminin seçilmesine ve Bilişsel Dikkat Sendromu olarak adlandırılan olumsuz düşünce ve duygulara yanıt verecek süreci başlatmasına yol açacağı öne sürülmektedir. BDS, endişe ve ruminasyon , artan kendine odaklı dikkat, potansiyel tehdit belirtileri için izleme ve geri tepen baş etme stratejilerinden oluşmaktadır(123, 138). Üstbilişin psikopatolojilere dair etkiler ve modellemeleriyle ilgili olarak çalışmalar daha çok yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu ve depresyona odaklandığı görülmektedir(160). Literatürde major depresyon ve özkıyım davranışları hakkında çalışmalar olmakla birlikte, bu bireylerin üstbilişsel işlevleri ve bunların özkıyım davranışıyla olan ilişkilerini inceleyen çalışmalar sınırlı sayıdadır. Bu çalışmada özkıyım girişimi olan depresyon ve özkıyım girişimi olmayan depresyon hastalarında üstbilişler arasındaki farkların değerlendirilmesiyle literatüre katkı sağlanması amaçlanmıştır. Depresyonun ve özkıyımın ciddi sonuçları göz önünde bulundurulduğunda, buna yola açan psikolojik mekanizmaları aydınlatmaya çalışan teorik modellerin geliştirilmeye çalışılmasıyla birlikte bu konu üzerindeki çalışmaların artışı anlaşılır olmaktadır (161).

Katılımcıları; MDB ÖG, MD ve kontrol grubu şeklinde gruplandırdığımız çalışmamızda; gruplar arasında sosyodemografik değişkenler arasında yapılan karşılaştırmada eğitim durumu, eğitim süresi , medeni durum ve ailede psikiyatrik

hastalık açısından anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. Eğitim durumu için hasta gruplarında kontrol grubuna göre eğitim durumu ve süresi anlamlı olarak daha düşüktür. Eğitim süresinin düşük olması ve özkıyım girişimi literatür ile uyumlu gözükmektedir(59). 209 olgunun çalışmaya dahil edildiği bir çalışmada olguların özkıyım girişiminde bulunan olguların çoğunluğu lise ve altı eğitim düzeyine sahiptir (162).Medeni durum açısından bakıldığında kontrol grubunda evli oranların oranı daha yüksek iken hasta gruplarında bekar olma oranı daha yüksek olması bekar veya boşanmışlarda artış gösteren bireysel özkıyım risk faktörleriyle uyumlu olarak değerlendirilmektedir(58). Özkıyım girişimi olan 64 özkıyım girişimi olmayan 83 vakanın incelendiği bir çalışmada özkıyım girişimi olan grupta eğitim düzeyi daha düşük ve bekar olma oranı anlamlı olarak yükseklik göstermektedir(163). Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü özkıyım girişimi olan depresyon hastalarında diğer gruplara göre anlamlı farklılık göstermektedir. Şevik ve arkadaşlarının (164) özkıyım girişimi olan 193 olgu üzerinde yaptığı çalışmada çalışmamıza benzer şekilde olgularda bekarlık ve aile öyküsüne sahip olmak anlamlı olarak yükseklik göstermektedir. Geçmiş özkıyım girişimi ve ailede hastalık öyküsünün olması depresyonda özkıyım ile ilişkili olarak literatürle uyumludur(92).

Üstbiliş değeriendiren ölçek ve alt ölçekler puanları gruplar arasında karşılaştırıldığında; Rumi olumlu ölçeği puanı hasta gruplarında kontrol gruplarına göre anlamlı olarak yükseklik göstermekle beraber özkıyım girişimi olan grupla olmayan grup arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemektedir. Literatürde yer alan iki çalışmada Papageorgiou ve Wells ruminasyona ilişkin olumlu üstbilişsel inanışların depresyonla anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (147). Ruminasyonun yararları ve avantajları hakkındaki olumlu üstbilişler bireyleri ruminasyona teşvik ederek depresyonun devam etmesine katkıda bulunmaktadır. Ruminasyona dair olumlu üstbilişler aktifleştikten sonra bireylerin bu süreci kontrol edilemez ve tehlikeli olarak değeriendirmesi sonucunda problemleri çözmede yardımcı olan dikkatin uygunsuz baş etme yöntemlerine yönelmesi özkıyım girişimiyle ilişkilendirilebilir. Wells in yaptığı çalışmada bulgularımızla uyumlu olarak hem klinik olmayan hem de klinik örneklemelerde ruminasyona ilişkin olumsuz inançların da ruminasyon ve depresyonun şiddeti ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur (149).RUMİ-olumsuz ruminasyona dair üstbilişleri

değerlendiren alt ölçekte özkıyım girişiminde bulunan grupta özkıyım girişimi olmayan depresyon ve kontrol grubuyla fark olması literatürde daha önce değerlendirilen bir alan değildir. BDS'nun bir bileşenini oluşturan ruminasyona özkıyım düşüncesi olan bireylerde sıklıkla rastlanılmaktadır. Ruminasyona ayrılan vakit alt ölçeği özkıyım girişimi olan hasta grubunda kontrol grubu ve özkıyım girişimi olmayan gruba göre literatürle uyumlu olarak anlamlı farklılık göstermektedir (136). Üst bilişleri değerlendirdiğimiz Üst Bilişler ve alt ölçeklerinde kontrol grubu ve hasta grubu arasında anlamlı farklılık göstermesi bireylerin istenmeyen düşünceleri bastırmaya çalışarak geri tepmesine ve bu düşüncelerle daha çok vakit geçirmesiyle uyumlu gözükmektedir. Stresli durumlar karşısında duygu odaklı problem çözme yeteneklerine daha çok vakit ayırmaları , odaklanılan uygun olmayan yöntemler ve yeni çözüm yolları üretilmesindeki zorluklar kimi zaman özkıyımı sorunlarla baş etmede uygun yöntemlerden biri olarak değerlendirilmesine neden olabileceğine işaret etmektedir (137).

Hangi tür düşünce süreçlerinin depresyon hastalarının özkıyım girişiminde rol aldığını, ne düşündüklerinden çok nasıl düşündüklerini değerlendirmek için kullandığımız Üstbiliş-30 ölçeğinin analizi sonrasında 3 grup arasında kontrol grubu tüm alt ölçekler ve toplam puanda hasta gruptan farklılaşmıştır. Özkıyım girişimi olan depresyon grubu ise ÜBÖ-F2, ÜBÖ-F4 alt ölçekleri ve toplam puanda özkıyım girişimi olmayan gruptan anlamlı olarak farklılıklar göstermektedir. ÜBÖ-F4 özkıyım girişimi olan grupta bazı düşünceleri kontrol edememenin zayıflık olduğu ve kontrol edemezlerse cezalandırılacaklarını düşünerek kendilerini suçlamalarına neden olmaktadır. Teasdale ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada katı veya daha az esnek düşünme sistemlerini özkıyım ile ilişkilendirmektedir. Düşünceleri kontrol altından tutmalıyım şeklinde katı üstbilişler özkıyım için risk faktörü olarak değerlendirilebilir(9, 165).Katı üstbilişler düşüncenin bastırılması için çabayı artırarak aslında düşüncenin daha çok artmasına neden olmaktadır. Durdurmaya çalışmak geri teperek düşüncelerine artışıyla sonuçlanır. Düşünceleri bastırmaya çalışmak özkıyım girişimi ile ilişkilendirilmiştir(166-169).

Düşüncelerin kontrol edilmezliği inancına sahip bireyler düşüncelerini ve endişelerini kontrol etmek için daha fazla çabaya girerek işlevsel olmayan başa çıkma stratejilerini daha çok kullanırlar. Kendine ve çevresinde olanlara karşı

kontrolünün olmadığını düşünen bireyler problem odaklı stratejileri kullanmaktan uzak kalarak sorunlarına uygunsuz çözümler bulmaya yönelebilmektedir. ÜBÖ-F2 alt ölçeği Yazıhan ve ark. (2019), Ak ve ark. (2011) yılında yaptığı çalışmayla benzer şekilde özkıyım girişimi olan grupta farklılık göstermektedir. ÜBÖ-F2 alt ölçeğiyle ilgili olarak Yazıhan ve ark. (2019) ile benzer sonuçlara ulaşılma ile birlikte Ak ve ark. (2011) çalışmasında düşüncelerin kontrol edilmezliği ile ilgili üst bilişler özkıyım girişimi olan depresyon grubunda farklılık göstermemektedir. Bu iki çalışmanın benzer sonuçları olan ÜBÖ-F3 alt ölçeğinde özkıyım girişimi olan gruptaki farklılığa çalışmamız sonuçlarında gruplar arasındaki ilişkiye literatürden farklı olarak rastlanmamıştır (11).

Özkıyım oranları artış göstermeye devam ettikçe özkıyımı tahmin etme ve anlama ihtiyacı günümüzde giderek önem kazanmaktadır. Literatürde özkıyım riskinin çeşitli öngörücüleri ile ilgili birçok çalışmaya rastlamak mümkündür (170). Kişilerin özkıyımına dair bilişleri arttıkça özkıyım olasılığının artış gösterdiği literatürde gösterilmiştir. Geçmişte özkıyım girişimi olan bireylerin de özkıyım girişiminde bulunmamış bireylerden ölçeklerde farklılık gösterdiği bilinmektedir (171). Çalışmamızda intihar bilişleri ölçeği toplam ve alt ölçek skorlarının gruplara göre karşılaştırmasında literatürle uyumlu olarak özkıyım girişimi olan depresyon hastaları, özkıyım girişimi olmayan depresyon hastaları ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık gözlenmiştir. Özkıyım girişimi olan depresyon hastalarında özkıyım girişimi olmayan gruba göre depresyon şiddeti anlamlı ölçüde farklılık göstermekteydi. Literatüre bakıldığında depresyon ve özkıyım arasında pozitif ve anlamlı yönde ilişkinin varlığı çalışmamızda özkıyım girişimi olanlarda depresyon şiddetinin daha yüksek olmasıyla uyumludur (172, 173). Hawton ve ark. (2009) yaptığı çalışmada çalışmamızla uyumlu olarak depresyon şiddeti ile özkıyım girişimlerinin pozitif yönlü ilişkisi bulunmaktadır (174).

Çalışmamızda aynı zamanda üstbilişleri değerlendirmek için kullanılan ölçek puanlarının cinsiyet açısından farklılaşıp farklılaşmadığına bakılmıştır. Bulgular, erkek katılımcılar arasında özkıyım girişimi olanlarda ÜBÖ-F3 alt ölçeği puanının daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Kadın katılımcılar arasında ise özkıyım girişimi olan depresyon hastalarında RUMİ-olumsuz1 alt ölçeği, RUMİ-olumsuz2 alt ölçeği, rumi olumsuz toplam puanı, BDSÖ-F1 alt ölçeği, BDSÖ toplam puanı, ÜBÖ-

F2 alt ölçeği, ÜBÖ-F4 alt ölçeği puanlarının diğer gruplara göre yüksek olduğunu göstermektedir. Literatürde , kadın ve erkekler arasında özkıyım girişimi , düşünceleri ve özkıyıma eşlik eden psikopatolojiler açısından farklılık gösteren (175, 176) çalışmalar mevcut olmakla birlikte bu zamanda kadar özkıyım için üstbilişler açısından herhangi bir karşılaştırmalı cinsiyet çalışmasına rastlanmamıştır. Elde edilen bu bulgular hem değerlendirmede hem de özkıyıma ilişkin üstbilişlerle ilgili yürütülecek geleceğe dair çalışmalarda kadın erkeklerin farklılaşmasında rol oynayabilecek etkenlere dikkat edilmesinin önemli olabileceğini göstermektedir.

Medeni durum bakımından üstbiliş ölçeklerinin karşılaştırılması sonucunda özkıyım girişimi olan bekar depresyon hastalarının RUMİ-olumsuz2 puanıyla, ÜBÖ-F5 puanı ortalama değerlere göre anlamlı yükseklik göstermektedir. Literatürde belirli bir hasta grubunda bireylerin medeni durumuna göre üstbilişlerini değerlendiren bir çalışmaya tarafımızca rastlanmamıştır. Örneklem grubunun yetersizliği nedeniyle bu durum ortaya çıkmış olabilir. Üstbiliş özelliklerinin medeni durum ile ilişkisini değerlendiren daha fazla çalışma bu duruma ışık tutmakta yardımcı olabilir.

Depresyon grubu hastalar arasında özkıyım girişimi olmayan ama özkıyım davranışları olan hastaların üstbiliş ölçekleriyle karşılaştırılmasında RUMİ-olumsuz2, ruminasyon veya tehdit izlemeye ayrılan vakit, İBÖ puanları anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Özkıyım davranışına yatkın insanlarda sosyal uyaranlara uygunsuz tepkiler gözlenebilmektedir. Başkalarına bağıllık hissetme , sosyal uyumun düşük olması , zayıf problem çözme becerileri özkıyım riskinin artırabilmektedir (177). Tehdit izlemeye ayrılan vaktin artışı dikkatin problemlere odaklanmasıyla uygun olmayan baş etme becerilerinin kullanımının artmasına sebep olarak bireyleri çaresiz hissettirmesi sonucu çözüm olarak özkıyımı görmelerine neden olduğu düşünülebilir. Literatürde yer alan uyumsuz üstbilişlerin, algılanan stresin fazla tahmin edilmesine ve bilişsel kaynakların ve baş etme becerilerinin küçümsenmesine, bunun da sorunlara alternatif çözümler bulmayı engelleyebileceği ile ilgili görüşler bulgularımızla uyumlu gözükmektedir (11).

Özkıyım girişimi olan ve olmayan depresyon grupları arasında ölçeklerin korelasyonlarıyla ilgili değerlendirmeye bakıldığında özkıyım girişimi olan depresyon grubunun MADRS ile üstbiliş ölçekleri için Rumi olumsuz-1, ÜBÖ-F4 ile

pozitif yönlü zayıf, Rumi Olumsuz-2 , rumi olumsuz toplam, ÜBÖ-F2 ve intihar bilişleri ölçekleri ile pozitif yönlü orta korelasyon dikkat çekmektedir. Literatüre incelendiğinde ruminasyona ilişkin olumsuz ütbilişler ile ilgili çalışmalar tutarsızdır. Papageorgiou ve Wells (2003) tarafından lisans öğrencilerinde ve Roelofs ve ark. (2010) tarafından klinik örneklerde incelenmiş ve depresyon bağlamında, ruminasyonun kişiler arası ve sosyal sonuçlarına dair inancın depresyon şiddeti ve ruminasyon ile anlamlı ilişkisi olduğundan bahsedilirken (178) , diğer çalışmalarda kontrol edilemezlik ve zararlar ilgili olumsuz inançların depresyonla daha fazla bağlantılı olduğu öne sürülmektedir. Bu tutarsızlık ruminasyona dair olumsuz üstbilişlerle ilgili daha fazla çalışmanın gerekliliğine işaret etmektedir. Özkıyım girişimi olmayan depresyon grubunda ise ruminasyonun kontrol edilmezliği, ruminasyonun kişiler arası ve sosyal sonuçları, rumi olumsuz toplam ÜBÖ-F4 ile pozitif yönlü orta korelasyon bulunmuştur. Özkıyım girişimi olmayan depresyon grubunda özkıyım girişimi olan gruptan farklı olarak ÜBÖ-F5 ve üst biliş ölçeği toplam puanlarında MADRS ile pozitif yönlü orta düzeyde korelasyon bulunmuştur.

Her iki grup için rumi olumlu puanları ve MADRS arasında korelasyon bulunmaması literatürdeki depresyon şiddeti ve rumi olumlu arasındaki ilişkiyle benzer gözükmemektedir (116). Literatürde farklı araştırmalar olumlu inançların ruminasyona yol açtığını ve ruminasyonun olumsuz üstbilişsel inançlar aracılığıyla hem doğrudan hem de dolaylı olarak depresif belirtilere yol açtığını belirtmektedir (178). Örneklem büyüklüğünün küçük olması bunda etkili olmuş olabilir.

Üstbiliş değerlendirmesinde kullanılan ölçeklerin birbiriyle korelasyonun değerlendirilmesinde Rumi olumlu ölçeği özkıyım girişimi olan depresyon grubunda olumlu üstbilişsel inanışlar, ÜBÖ-F5 alt ölçekleri ve üst biliş ölçeği ile pozitif yönlü orta düzeyde korelasyon göstermektedir. Özkıyım girişimi olmayan grupta ise sadece ÜBÖ-F5 ile pozitif yönde orta düzeyde birliktelik göstermektedir. 2021 yılında ruminasyona dair olumlu inanışlar ve üst biliş ölçeğinin karşılaştırıldığı çalışmaya benzer olarak olumlu üstbilişler ile korelasyon izlenirken bu çalışmadan farklı olarak ÜBÖ-F5 alt ölçeği de korelasyon göstermiştir (179). Wells' in modelini oluştururken işaret ettiği gibi ÜBÖ-F5 alt ölçeklerindeki puanlarda yükselme bireyin kendi düşüncelerini sürekli izleme ve anlamaya çalışmasıyla sonuçlanarak depresyon ve anksiyete belirtilerini arttırmaktadır (138).

Ruminasyon ve özkıyım düşüncesi arasındaki ilişki iyi bilinmektedir. Ruminasyonun hem klinik hem de klinik olmayan örneklerde, kesitsel ve ileriye dönük tasarımlar kullanarak özkıyım düşüncesini öngördüğü gösterilmiştir (180, 181). Wells (2015) kendini düzenleyen yürütücü işlevler modelinin teorik çerçevesinde özkıyım düşüncesi ile üstbilişleri değerlendirirken düşünceleri kontrol etme stratejilerine ve uyumsuz baş etme yöntemlerine dikkat çekmiştir. Kendini düzenleyen yürütücü işlevler pasif bir girişimden daha çok aktif bir şekilde ruminasyonu bilişsel dikkat sendromunun bir parçası olarak tanımlar. Bu model klinik alanlarda gördüğü desteğe rağmen özkıyım araştırmalarında çok fazla yer almamaktadır. Wells üstbilişsel modelinde patolojiyi devam ettiren duyguların aslında kendini sınırladığını fakat bireylerin uyumsuz üstbilişleri ve stratejileri nedeniyle olumsuz duygu ve deneyimleri uzattığını ifade eder. Bilişsel dikkat sendromunun önemli bir bileşeni olarak da ruminasyona yer verir. Bilişsel dikkat sendromu süreçlerinin de kendini düzenleyen yürütücü işlevler ilkesiyle tutarlı olarak uyumsuz üstbilişler tarafından yönetildiğini ve üstbilişlerin ruminasyon gibi düşünce kontrol stratejilerini yordadığına dikkat çekmiştir (182). Literatürde Wells'in modeliyle uyumlu olarak çalışmamızda BDSÖ ve ÜBÖ orta düzeyde pozitif yönlü korelasyon göstermektedir. Ruminasyona dair olumsuz üstbilişleri değerlendirmede kullanılan rumi olumsuz ölçeği ile üstbiliş değerlendirmede kullanılan BDSÖ, ÜBÖ arasındaki korelasyonun değerlendirmesinde Wells'in modeliyle uyumlu olarak 2 hasta grubunda da ruminasyona dair olumsuz üstbilişler ve alt ölçekleri bilişsel dikkat sendromu ile birlikte üst biliş ölçeğini pozitif yönde orta düzeyde yordamaktadır. Alt ölçekler ile yapılan karşılaştırmalara literatürde az rastlanmakla birlikte klinik olmayan örnekleme yapılan çalışmanın bulgularıyla benzer olarak ruminasyona dair olumsuz inanışlar alt ölçekleri üst bilişin alt ölçekleri olan ÜBÖ-F4 , ÜBÖ-F2 alt ölçekleriyle her iki hasta grubu içinde pozitif yönlü orta düzeyde korelasyon gösteriyordu. Bu çalışmadan farklı olarak özkıyım girişimi olan grupta ÜBÖ-F5 alt ölçeği ruminasyonun ÜBÖ-F2 orta düzeyde pozitif yönlü korelasyon göstermektedir.

Ruminasyon ile depresif belirtiler arasındaki ilişki literatürde Wells tarafından gösterilmiştir. Wells tarafından metakognisyon , ruminasyon ve özkıyım düşünceleri açısından ilişkini anlamak için yaptıkları çalışmada olumlu ve olumsuz

üstbilişsel inanışları bilişsel dikkat sendromu adını verdikleri kendini düzenleyici işlevler modelini etkileyerek özkıyım düşüncesi üzerinde etkili olabileceğini düşünmüşlerdir. Olumlu üstbilişler etkisinde ruminasyonun başladığını ve olumsuz üstbilişsel inanışlarla birlikte uygunsuz başa çıkma stratejilerinin katkısıyla ruminasyon kendini düzenleyen işlevlerin aksamasına neden olmaktadır(183). Özkıyım özgü ruminasyon gelecekteki özkıyım ile ilişkilendirilmiştir. Özkıyım üzerinde tekrarlayıcı düşünceleri devam ettirme özkıyım riskini artıran bir faktör olarak gözlenmektedir(178).Özkıyım ve ilişkili ruhsal bozuklukların merkezindeki tekrarlayıcı düşünme kalıplarının ruhsal hastalıkların dışında da özkıyımla ilişkili olduğu bulunmuştur(170). Çalışmamızda İBÖ ile üstbilişleri değerlendiren ölçekler arasındaki korelasyona bakıldığında özkıyım girişi olan ve olmayan her iki grupta da RUMİ-olumsuz 1 , RUMİ-olumsuz2, ÜBÖ-F2, ÜBÖ-F4 korelasyon göstermektedir. Özkıyım girişi olmayan grupta BDSÖ, ÜBÖ özkıyım girişi olan depresyon grubundan farklı bir şekilde İBÖ ile korelasyon göstermektedir. Bu alandaki çalışmalar umut verici olmakla birlikte trans-diagnostik ve kompleks bir yapı gösteren özkıyım girişi üstbiliş yardımıyla açıklamak için daha çok çalışmaya ve özkıyım dair üstbilişleri ölçen ölçeklerin geliştirilmesi bu alandaki çalışmalarını kolaylaştıracaktır.

5.1. Çalışmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yanları:

Sonuçlar değerlendirilirken çalışmanın kısıtlılıklarının da göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Olguların kesitsel olarak değerlendirilmiş olması ve uzunlamasına izlem sonuçlarının olmaması dinamik risk faktörlerini değerlendirmekte güçlükler neden olmaktadır. Değişen üstbilişler ve baş etme mekanizmalarının geriye dönük olarak taranmasıyla özkıyım gibi dinamik bir süreç için daha ön planda statik risk faktörlerinin değerlendirilebilmesine yol açmaktadır. BDS süreçlerini dikkate alan mevcut literatürün özkıyım düşüncesi ve bireyin zaman içinde kullandığı baş etme stratejilerinin değişmesi nedeniyle anlık değerlendirmede teorik olarak bazı sınırlılıklara sahiptir. Ayrıca, geriye dönük değerlendirmelerin hatırlama yanlılığından etkilendiği bilinmektedir. Bu sınırlamaların üstesinden gelmek için, özkıyım düşünceleri ve davranışları için yeni trans diagnostik risk

faktörlerinin, özkıyımın doğasını daha iyi anlamak için kısa takip aralıkları kullanılarak incelenmesi daha uygun olur.

Özkıyıma dair üstbilişlerle yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında kontrol grubunu çalışmaya dahil etmesi, benzer çalışmalara göre daha büyük bir klinik popülasyonla yapılması, üstbilişleri değerlendiren daha fazla ölçeğin yer alması bu çalışmayı alan yazındaki diğer çalışmalardan farklı ve güçlü kılan taraflarındandır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada özkıyım girişimi olan ve olmayan depresyon hastalarının üstbilişlerini hem birbirinden ayırt eden hem de ortak noktalarına vurgu yapan yeni bulgular saptanmıştır. Hasta gruplarının sağlıklı kontrol gruplarından yüksek ölçek skorlarına sahip olması patolojik tarzda üstbilişlere sahip olduklarını ortaya koymaktadır. Özkıyım girişimi olan depresyon hastalarının ruminasyona dair olumsuz üstbilişleri değerlendiren rumi olumsuz toplam puanı, rumi olumsuz alt ölçeği olan RUMİ-olumsuz2 , BDSÖ alt ölçeği olan BDSÖ-F1, üstbilişleri değerlendiren ÜBÖ toplam puanı ve ÜBÖ-F2 , ÜBÖ-F4 skorlarının anlamlı düzeyde özkıyım girişimi olmayan depresyon grubundan farklılık göstermesi özkıyım ilişkili üstbilişler için literatüre katkı sağlamaktadır. Ruminasyona dair olumlu üstbilişleri değerlendiren rumi olumlu, rumi olumsuz alt ölçeği RUMİ-olumsuz1, ÜBÖ alt ölçekleri olan ÜBÖ-F3, ÜBÖ-F5 ölçeklerinin hasta gruplarında kontrol gruplarında anlamlı olarak farklılık gösterirken özkıyım girişimi olan hastalarla özkıyım girişimi olmayan hastalarda arasında farklılık göstermemesi araştırmaya ve daha çok çalışma yapılmaya açık alanlar olarak gözükmektedir. Dünya genelinde her yıl 800.000'e yakın insan özkıyım ederek ölmektedir. Ancak özkıyım sonucu ölen her insana karşılık yirmi beş kişinin de özkıyım girişimden bulunması beklenmektedir. Özkıyım düşüncesi ve davranışında yer alan psikolojik süreçleri anlamak, yaygınlığını azaltmak için esastır. Bu alandaki ilk kanıtlar umut vericidir; özkıyım düşüncesiyle ilgili olumlu ve olumsuz üstbilişsel inançların özkıyımla ilişkisini inceleyen çalışmalar olsa da özkıyıma ilişkin bir model bulunmamaktadır. Özkıyıma özgü üstbilişleri değerlendiren bir ölçeğin geliştirilmesi bu araştırmayı kolaylaştıracaktır(183, 184). Metaanaliz sonuçlarında dolaylı olarak özkıyımı

hedefleyen müdahalelere kıyasla (ilişkili semptomlar yoluyla) açıkça özkıyımı hedefleyen müdahaleleri tercih etmenin daha etkili olduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte, özkıyım ve davranışlarıyla ilişkili kişilerin çoğu hiçbir şekilde psikoterapötik tedavi görmemektedir(185).Gelişmekte olan üstbilişsel terapinin özkıyıma ilişkin üstbilişlerin daha çok araştırılmasıyla bu alanda kullanılması özkıyımın birey ve topluma olan zorluklarını azaltmak için etkili bir araç olarak kullanılması klinisyenlerin elini güçlendirecek bir alan olarak karşımıza çıkabilir.



7. KAYNAKLAR

1. Dumais A, Lesage AD, Alda M, Rouleau G, Dumont M, Chawky N, et al. Risk factors for suicide completion in major depression: a case-control study of impulsive and aggressive behaviors in men. *American Journal of Psychiatry*. 2005;162(11):2116-24.
2. Fawcett J, Scheftner W, Clark D, Hedeker D, Gibbons R, Coryell W. Clinical predictors of suicide in patients with major affective disorders: a controlled prospective study. *The American Journal of Psychiatry*. 1987.
3. Matthews G. Rumination, depression, and metacognition: The SREF model. C Papageorgiou ve A Wells (Ed.), *Rumination: Nature, theory, and treatment*. Chichester: Wiley; 2004.
4. Nelson T. New theory and data on metacognitive monitoring and control in different contexts and by different individuals. Chambres, P Izaute, M and Marescaux, PJ *Metacognition: Process, Function and Use* Boston: Kluwer. 2002.
5. Wells A. *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*: John Wiley & Sons; 2002.
6. Bakanlığı S. Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Projesi, Hastalık Yüğü Final Raporu. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Merkezi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi. 2004.
7. Üstün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *The British journal of psychiatry*. 2004;184(5):386-92.
8. Olcay Yazıcı ETO, Simavi Vahip. *Depresyon Sağaltım Kılavuzu Kaynak Kitabı*2008.
9. Ak M, Yazihan NT, Sütçigil L, Hacıömeroglu B. Intihar Girişimi Olan Majör Depresyon Hastalarında Üstbilis Süreçleri/Metacognitive Beliefs of Major Depression Patients with Suicidal Behaviour. *Noro-Psikiyatri Arsivi*. 2013;50(2):95.
10. Akpınar Aslan E, Batmaz S, Yıldız M, Songur E. Suicide attempts in Turkish university students: The role of cognitive style, hopelessness, cognitive reactivity, rumination, self-esteem, and personality traits. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. 2020;38(4):579-601.
11. Yazihan NT, Çınar O, Canbaz H, Ak M. Metacognitive Beliefs and Coping Strategies of Suicide Attempters. *Sciences*. 2019;9(1-2):34-40.
12. Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. *Annual review of public health*. 2013;34:119.
13. Öztürk M. Uluşahin A. *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. Baskı. Nobel Tıp Kitapları, 2011. 40. 2016.
14. Who D. *Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. World Health Organization, Geneva. 2017.
15. Işık E, Işık U, Taner Y. *Çocuk, ergen, erişkin ve yaşlılarda depresif ve bipolar bozukluklar*. Ankara, Rotatıp Kitapevi. 2013.
16. Sadock BJ. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 2007.

17. Dogan O, Gülmez H, Ketenoglu O, Kılıçkap Z, Özbek H, Akyüz G. Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. 1. Baskı, Sivas: Dilek Matbaası. 1995:33-7.
18. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Türkiye ruh sağlığı profili raporu. Birinci baskı, Ankara. 1998.
19. Van de Velde S, Bracke P, Levecque K. Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Social Science & Medicine*. 2010;71(2):305-13.
20. Kessler RC, Birnbaum H, Bromet E, Hwang I, Sampson N, Shahly V. Age differences in major depression: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Psychological medicine*. 2010;40(2):225-37.
21. Kaya B, Kaya M. 1960'lardan Günümüze Depresyonun Epidemiyolojisi, Tarihsel Bir Bakış. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2007;10(Supp: 6):3-10.
22. Işık E, Uzbay T. Güncel Temel ve Klinik Psikofarmakoloji. Baskı Ankara. 2008.
23. Van Praag H. The significance of biological factors in the diagnosis of depressions: I biochemical variables. *Comprehensive Psychiatry*. 1982;23(2):124-35.
24. Sadock B. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. H Aydın, A Bozkurt (Editör), Ankara: Gökten Kitabevi. 2007.
25. Deuschle M, Blum W, Englaro P, Schweiger U, Weber B, Pflaum C-D, et al. Plasma leptin in depressed patients and healthy controls. *Hormone and metabolic research*. 1996;28(12):714-7.
26. Beck-Friis J, Ljunggren J, Thoren M, von Rosen D. von RD, Kjellman BF, Wetterberg L. Melatonin, cortisol and ACTH in patients with major depressive disorder and healthy humans with special reference to the outcome of the dexamethasone suppression test. *Psychoneuroendocrinology*. 1985;10(2):173-86.
27. Abdallah CG, Jackowski A, Sato JR, Mao X, Kang G, Cheema R, et al. Prefrontal cortical GABA abnormalities are associated with reduced hippocampal volume in major depressive disorder. *European Neuropsychopharmacology*. 2015;25(8):1082-90.
28. Özpoyraz N. Depresyonda nöroanatomik bağlantılar. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2002;5(Supp: 4):68-72.
29. Özmen M. Depresyonda dinamik nedenler. *Duygudurum Dizisi*. 2001;6:283-7.
30. Anthony JC, Petronis KR. Suspected risk factors for depression among adults 18–44 years old. *Epidemiology*. 1991:123-32.
31. Gelder M, Gath D, Mayou R. Oxford textbook of psychiatry: Oxford university press; 1989.
32. Maier W, Lichtermann D, Minges J, Heun R. Personality traits in subjects at risk for unipolar major depression: a family study perspective. *Journal of Affective Disorders*. 1992;24(3):153-63.
33. Hunziker ME, Suehs BT, Bettinger TL, Crismon ML. Duloxetine hydrochloride: a new dual-acting medication for the treatment of major depressive disorder. *Clinical therapeutics*. 2005;27(8):1126-43.
34. Köroğlu E. DSM-5 tanı ölçütleri. Ankara: Boylam Psikiyatri Enstitüsü. 2013.
35. Birliği AP. DSM-5 tanı ölçütleri başvuru el kitabı. E Köroğlu (Çev) Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2013;158.

36. Segal ZV, Pearson JL, Thase ME. Challenges in preventing relapse in major depression: Report of a National Institute of Mental Health Workshop on state of the science of relapse prevention in major depression. *Journal of affective disorders*. 2003;77(2):97-108.
37. Keller MB, Lavori PW, Rice J, Coryell W, Hirschfeld R. The persistent risk of chronicity in recurrent episodes of nonbipolar major depressive disorder: a prospective follow-up. *The American journal of psychiatry*. 1986.
38. Agosti V. Predictors of remission from chronic depression: A prospective study in a nationally representative sample. *Comprehensive Psychiatry*. 2014;55(3):463-7.
39. Akiskal HS, Maser JD, Zeller PJ, Endicott J, Coryell W, Keller M, et al. Switching from unipolar to bipolar II: an 11-year prospective study of clinical and temperamental predictors in 559 patients. *Archives of general psychiatry*. 1995;52(2):114-23.
40. Stahl SM. *Essential psychopharmacology: Neuroscientific basis and practical applications*: Cambridge university press; 2000.
41. Örsel S. Depresyonda tedavi: Genel ilkeler ve kullanılan antidepresan ilaçlar. *Klinik Psikiyatri*. 2004;4:17-24.
42. Gelenberg AJ, Freeman M, Markowitz J, Rosenbaum J, Thase M, Trivedi M, et al. American Psychiatric Association practice guidelines for the treatment of patients with major depressive disorder. *Am J Psychiatry*. 2010;167(Suppl 10):9-118.
43. KNY SZ III W, COFFEY CE. Electroconvulsive Therapy. *Principles of Inpatient Psychiatry*. 2008:189.
44. Stewart JW, Quitkin FM, Davies C. Atypical Depression, Dysthymia, and Cyclothymia. 2006.
45. Keller MB. Past, present, and future directions for defining optimal treatment outcome in depression: remission and beyond. *Jama*. 2003;289(23):3152-60.
46. Cuffel BJ, Azocar F, Tomlin M, Greenfield SF, Busch AB, Croghan TW. Remission, residual symptoms, and nonresponse in the usual treatment of major depression in managed clinical practice. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2003;64(4):397-402.
47. Israel JA. Remission in depression: definition and initial treatment approaches. *Journal of psychopharmacology*. 2006;20(3_suppl):5-10.
48. Shneidman ES. *Definition of suicide*. New York: Wiley; 1985.
49. Eskin M. *İntihar:(açıklama, değerlendirme, tedavi ve önleme)*: HYB Yayıncılık; 2012.
50. Organization WH. *Preventing suicide: A global imperative*: World Health Organization; 2014.
51. Jacobs DG, Baldessarini RJ, Conwell Y, Fawcett JA, Horton L, Meltzer H, et al. Assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *APA Practice Guidelines*. 2010;1:183.
52. Evans G, Farberow NL. *The Encyclopedia of Suicide*. Facts on File. Inc, New York. 2003.
53. Durkheim E. *İntihar*. ZZ İlgelen, Çev)(İstanbul: Pozitif, 2013). 2013.

54. Organization WH. Suicide in the world: global health estimates. World Health Organization, 2019.
55. HG A. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8 ed.: Ankara: Güneş Kitabevi; 2007.
56. Organization WH. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. 2021.
57. TÜİK. Türkiye İstatistik Kurumu, Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri 2019, 33710 sayılı Haber Bülteni 2020.
58. Eskin M. İntihar: Açıklama, Değerlendirme, Tedavi, ve Önleme [Suicide: Explanation, Assessment, Treatment, and Prevention, in Turkish]. Ankara: Cizgi Tıp Yayınevi. 2003.
59. Standish-Barry H, Clayden A, Sims A. Age, unemployment and parasuicide in Leeds. International journal of social psychiatry. 1989;35(4):303-12.
60. Caykoylu A, Coskun I, Kirkpinar I, Ozer H. Özkiyim girişiminde bulunanlarda sosyodemografik özellikler ve tanı dağılımı. Kriz Dergisi. 1997;5:37-42.
61. Sadock B. Kaplan&Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. Çeviri editörü Prof Dr Ali Bozkurt. 2016;1169.
62. Coryell W. Do serum cholesterol values and dst results comprise independent risk factors for suicide? The neurobiological basis of suicide. 2012.
63. Papadopoulou A, Markianos M, Christodoulou C, Lykouras L. Plasma total cholesterol in psychiatric patients after a suicide attempt and in follow-up. Journal of affective disorders. 2013;148(2-3):440-3.
64. Coryell W, Schlesser M. Combined biological tests for suicide prediction. Psychiatry research. 2007;150(2):187-91.
65. Corrêa H, Duval F, Mokrani M-C, Bailey P, Trémeau F, Staner L, et al. Prolactin response to D-fenfluramine and suicidal behavior in depressed patients. Psychiatry Research. 2000;93(3):189-99.
66. Cina SJ, Perper JA. Is lymphocytic (hashimoto) thyroiditis associated with suicide? The American Journal of Forensic Medicine and Pathology. 2009;30(3):235-7.
67. Chatzittofis A, Nordström P, Hellström C, Arver S, Åsberg M, Jokinen J. CSF 5-HIAA, cortisol and DHEAS levels in suicide attempters. European Neuropsychopharmacology. 2013;23(10):1280-7.
68. Pandey GN, Dwivedi Y, Rizavi HS, Ren X, Pandey SC, Pesold C, et al. Higher expression of serotonin 5-HT_{2A} receptors in the postmortem brains of teenage suicide victims. American Journal of Psychiatry. 2002;159(3):419-29.
69. Coccaro EF, Silverman JM, Klar HM, Horvath TB, Siever LJ. Familial correlates of reduced central serotonergic system function in patients with personality disorders. Archives of general psychiatry. 1994;51(4):318-24.
70. Pantazatos SP, Andrews SJ, Dunning-Broadbent J, Pang J, Huang Y-y, Arango V, et al. Isoform-level brain expression profiling of the spermidine/spermine N1-Acetyltransferase1 (SAT1) gene in major depression and suicide. Neurobiology of disease. 2015;79:123-34.
71. Isung J, Aeinehband S, Mobarrez F, Nordström P, Runeson B, Åsberg M, et al. High interleukin-6 and impulsivity: determining the role of endophenotypes in attempted suicide. Translational psychiatry. 2014;4(10):e470-e.

72. van Heeringen K, Bijttebier S, Desmyter S, Vervaet M, Baeken C. Is there a neuroanatomical basis of the vulnerability to suicidal behavior? A coordinate-based meta-analysis of structural and functional MRI studies. *Frontiers in human neuroscience*. 2014;8:824.
73. Schmaal L, van Harmelen A-L, Chatzi V, Lippard ET, Toenders YJ, Averill LA, et al. Imaging suicidal thoughts and behaviors: a comprehensive review of 2 decades of neuroimaging studies. *Molecular psychiatry*. 2020;25(2):408-27.
74. Wagner G, Koch K, Schachtzabel C, Schultz CC, Sauer H, Schlösser RG. Structural brain alterations in patients with major depressive disorder and high risk for suicide: evidence for a distinct neurobiological entity? *Neuroimage*. 2011;54(2):1607-14.
75. Pedersen NL, Fiske A. Genetic influences on suicide and nonfatal suicidal behavior: twin study findings. *European psychiatry*. 2010;25(5):264-7.
76. Sher L, Oquendo MA, Mann JJ. Risk of suicide in mood disorders. *Clinical neuroscience research*. 2001;1(5):337-44.
77. D'Onofrio BM, Rickert ME, Frans E, Kuja-Halkola R, Almqvist C, Sjölander A, et al. Paternal age at childbearing and offspring psychiatric and academic morbidity. *JAMA psychiatry*. 2014;71(4):432-8.
78. Özalp E. İntihar Davranışının Genetiği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2009;20(1).
79. Freud S. Mourning and melancholia. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. 1917;14(1914–1916):237-58.
80. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1974;42(6).
81. Odağ C. intihar (özkıyım) tanım-kuram-sağaltım. İzmir Psikiyatri Derneği Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova-İzmir. 1995.
82. Joiner TE. Why people die by suicide: Harvard University Press; 2005.
83. Van Orden KA, Merrill KA, Joiner Jr TE. Interpersonal-psychological precursors to suicidal behavior: A theory of attempted and completed suicide. *Current Psychiatry Reviews*. 2005;1(2):187-96.
84. Stack S. Emile Durkheim and altruistic suicide. *Archives of Suicide Research*. 2004;8(1):9-22.
85. Arsénault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC psychiatry*. 2004;4(1):1-11.
86. Holma KM, Haukka J, Suominen K, Valtonen HM, Mantere O, Melartin TK, et al. Differences in incidence of suicide attempts between bipolar I and II disorders and major depressive disorder. *Bipolar Disorders*. 2014;16(6):652-61.
87. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*. 2016;387(10024):1227-39.
88. Khan A, Leventhal RM, Khan S, Brown WA. Suicide risk in patients with anxiety disorders: a meta-analysis of the FDA database. *Journal of affective disorders*. 2002;68(2-3):183-90.
89. Hansen PB, Wang A, Stage K, Kragh-Sorensen P, Group DUA. Comorbid personality disorder predicts suicide after major depression: a 10-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2003;107(6):436-40.

90. Goldston DB, Daniel SS, Erkanli A, Reboussin BA, Mayfield A, Frazier PH, et al. Psychiatric diagnoses as contemporaneous risk factors for suicide attempts among adolescents and young adults: developmental changes. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2009;77(2):281.
91. McGirr A, Renaud J, Seguin M, Alda M, Benkelfat C, Lesage A, et al. An examination of DSM-IV depressive symptoms and risk for suicide completion in major depressive disorder: a psychological autopsy study. *Journal of affective disorders*. 2007;97(1-3):203-9.
92. Orsolini L, Latini R, Pompili M, Serafini G, Volpe U, Vellante F, et al. Understanding the complex of suicide in depression: from research to clinics. *Psychiatry investigation*. 2020;17(3):207.
93. Bachmann S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *International journal of environmental research and public health*. 2018;15(7):1425.
94. Heu U, Bogren M, Wang AG, Brådvik L. 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*. 2018;15(7):1299.
95. Öncü B. İntihar davranışı: epidemiyoloji ve risk etmenleri. *Psikiyatride Güncel*. 2017;7:1-14.
96. Gómez-Durán EL, Martín-Fumadó C, Hurtado-Ruiz G. Clinical and epidemiological aspects of suicide in patients with schizophrenia. *Actas españolas de psiquiatria*. 2012;40(6).
97. Nordentoft M, Laursen TM, Agerbo E, Qin P, Høyer EH, Mortensen PB. Change in suicide rates for patients with schizophrenia in Denmark, 1981-97: nested case-control study. *Bmj*. 2004;329(7460):261.
98. Pompili M, Amador XF, Girardi P, Harkavy-Friedman J, Harrow M, Kaplan K, et al. Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. *Annals of general psychiatry*. 2007;6(1):1-22.
99. Caldwell CB, Gottesman II. Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. *Schizophrenia bulletin*. 1990;16(4):571-89.
100. Drake RE, Cotton PG. Depression, hopelessness and suicide in chronic schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*. 1986;148(5):554-9.
101. Roy A, Mazonson A, Pickar D. Attempted suicide in chronic schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*. 1984;144(3):303-6.
102. Eikelenboom-Schieveld SJ, Lucire Y, Fogleman JC. The relevance of cytochrome P450 polymorphism in forensic medicine and akathisia-related violence and suicide. *Journal of forensic and legal medicine*. 2016;41:65-71.
103. Baldessarini RJ, Pompili M, Tondo L. Suicide in bipolar disorder: risks and management. *CNS spectrums*. 2006;11(6):465-71.
104. Balázs J, Lecrubier Y, Csiszér N, Koszták J. 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*. 2003;76(1-3):113-9.
105. Schaffer A, Isometsä ET, Azorin J-M, Cassidy F, Goldstein T, Rihmer Z, et al. A review of factors associated with greater likelihood of suicide attempts and suicide

- deaths in bipolar disorder: Part II of a report of the International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide in Bipolar Disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2015;49(11):1006-20.
106. HDÖ ME. İntihar riskinin değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel*. 2017;7:15-26.
107. Gorwood P. Biological markers for suicidal behavior in alcohol dependence. *European Psychiatry*. 2001;16(7):410-7.
108. G??le CKrESS. *Psikiyatri temel kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2007.
109. Choi KW, Na EJ, Hong JP, Cho MJ, Fava M, Mischoulon D, et al. Alcohol-induced disinhibition is associated with impulsivity, depression, and suicide attempt: a nationwide community sample of Korean adults. *Journal of affective disorders*. 2018;227:323-9.
110. Bagge CL, Littlefield AK, Conner KR, Schumacher JA, Lee H-J. Near-term predictors of the intensity of suicidal ideation: An examination of the 24 h prior to a recent suicide attempt. *Journal of Affective Disorders*. 2014;165:53-8.
111. Yalvaç HD, Kaya B, Ünal S. İntihar girişimi ile başvuran bireylerde kişilik bozukluğu ve bazı klinik değişkenler. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2014;15(1).
112. Persett PS, Grimholt TK, Ekeberg O, Jacobsen D, Myhren H. Patients admitted to hospital after suicide attempt with violent methods compared to patients with deliberate self-poisoning-a study of background variables, somatic and psychiatric health and suicidal behavior. *BMC psychiatry*. 2018;18(1):1-10.
113. Stanley B, Gameroff MJ, Michalsen V, Mann JJ. Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? *American Journal of Psychiatry*. 2001;158(3):427-32.
114. Oumaya M, Friedman S, Pham A, Abou Abdallah T, Guelfi J, Rouillon F. Borderline personality disorder, self-mutilation and suicide: literature review. *L'encephale*. 2008;34(5):452-8.
115. Flavell JH. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American psychologist*. 1979;34(10):906.
116. Wells A. *Metacognitive therapy for anxiety and depression*: Guilford press; 2011.
117. Brown A. *Metacognitive development and reading. Theoretical issues in reading comprehension*. New Jersey: Ed J Rand, LEA. 1980.
118. Fisher P, Wells A. *Metacognitive therapy: Distinctive features*: Routledge; 2009.
119. Beck A. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Penguin. 1979.
120. Freeston MH, Ladouceur R, Thibodeau N, Gagnon F. Cognitive intrusions in a non-clinical population. I. Response style, subjective experience, and appraisal. *Behaviour research and therapy*. 1991;29(6):585-97.
121. Wells A. Advances in metacognitive therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2013;6(2):186-201.
122. Wells A, Simons M. *Metacognitive therapy: Thinking differently about thinking. The Wiley Handbook of Cognitive Behavioral Therapy*. 2013:1-24.

123. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour research and therapy*. 2004;42(4):385-96.
124. Terapi M. Uygulama ve Etkinlik. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*. 2015;8(2):33-8.
125. Wells A, Matthews G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove, UK: Erlbaum.
126. Capobianco L, Morrison AP, Wells A. The effect of thought importance on stress responses: a test of the metacognitive model. *Stress*. 2018;21(2):128-35.
127. Paris SG. When is metacognition helpful, debilitating, or benign? *Metacognition: Springer*; 2002. p. 105-20.
128. Sheehy N, O'Connor RC. Cognitive style and suicidal behaviour: Implications for therapeutic intervention, research lacunae and priorities. *British Journal of Guidance and Counselling*. 2002;30(4):353-62.
129. Paton J, Jenkins R. Suicide and suicide attempts in prisons. 2005. p. 307-34.
130. Edwards MJ, Holden RR. Coping, meaning in life, and suicidal manifestations: Examining gender differences. *Journal of clinical psychology*. 2001;57(12):1517-34.
131. Curry JF, Miller Y, Waugh S, Anderson WB. Coping responses in depressed, socially maladjusted, and suicidal adolescents. *Psychological Reports*. 1992;71(1):80-2.
132. Brådvik L, Berglund M. Antidepressant therapy in severe depression may have different effects on ego-dystonic and ego-syntonic suicidal ideation. *Depression research and treatment*. 2011;2011:896395.
133. Lester D. The association of shame and guilt with suicidality. *The Journal of social psychology*. 1998.
134. Hjelmeland H, Hawton K, Nordvik H, Bille-Brahe U, Leo DD, Fekete S, et al. Why people engage in parasuicide: A cross-cultural study of intentions. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2002;32(4):380-93.
135. Hjelmeland H, Hawton K. *Intentional Aspects of Non-Fatal Suicidal Behaviour*. 2004.
136. Kerkhof A, van Spijker Bv. Worrying and rumination as proximal risk factors for suicidal behaviour. *International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice* Chichester: Wiley-Blackwell. 2011:199-209.
137. Wegner DM, Schneider DJ, Carter SR, White TL. Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of personality and social psychology*. 1987;53(1):5.
138. Wells A, Matthews G. Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour research and therapy*. 1996;34(11-12):881-8.
139. Vatne M, Nåden D. Finally, it became too much—experiences and reflections in the aftermath of attempted suicide. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2012;26(2):304-12.
140. Hales SA, Deeproose C, Goodwin GM, Holmes EA. Cognitions in bipolar affective disorder and unipolar depression: imagining suicide. *Bipolar disorders*. 2011;13(7-8):651-61.
141. YILDIRIM E, ÖZTÜRK M. 2009-2018 arasında Türkiye'de intihar hızı ve ilişkili özellikler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 35(1):23-32.

142. Foster T, Gillespie K, McClelland R. Mental disorders and suicide in Northern Ireland. *The British Journal of Psychiatry*. 1997;170(5):447-52.
143. HİDİROĞLU ÇN. Üstbiliş Kavramına ve Problem Çözme Sürecinde Üstbilişin Rolüne Eleştirel Bir Bakış. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2018(32):87-103.
144. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *The British journal of medical psychology*. 1959;32(1):50-5.
145. YAZICI MK, DEMİR B, TANRIVERDİ N, KARAAĞAOĞLU E, YOLAÇ P. Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği, değerlendiriciler arası güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1998;9(2):114-7.
146. Torun F, Önder M, Torun S, Tural Ü, Şişmanlar S. Montgomery-Asberg Depresyon Derecelendirme ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliği. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*. 2002;10(4):319-30.
147. Papageorgiou C, Wells A. Positive beliefs about depressive rumination: Development and preliminary validation of a self-report scale. *Behavior therapy*. 2001;32(1):13-26.
148. Yılmaz A, Sungur M, Konkan R, Şenormancı Ö. Ruminasyonla ilgili üstbiliş ölçeklerinin klinik ve klinik olmayan Türk örneklemelerindeki psikometrik özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2014;25:1-11.
149. Papageorgiou C, Wells A. Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2001;8(2):160-4.
150. Gündüz A, Gündoğmuş İ, Sertçelik S, Engin BH, İşler A, Çipil A, et al. Validity and Reliability of Cognitive Attentional Syndrome-1 Questionnaire. *Psychiatry investigation*. 2019;16(5):355-62.
151. Tosun A, Irak M. Üstbiliş Ölçeği-30'un Türkçe Uyarlaması, Geçerliliği, Güvenirliği, Kaygı ve Obsesif-Kompulsif Belirtilerle İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2008;19(1).
152. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour research and therapy*. 2004;42(4):385-96.
153. Rudd M, Schmitz B, McClenen R, Joiner T, Elkins G, Claassen C. The Suicide Cognitions Scale: A suicide-specific measure of hopelessness. *Journal of abnormal psychology*. 2010.
154. Ellis TE, Rufino KA. A psychometric study of the Suicide Cognitions Scale with psychiatric inpatients. *Psychological Assessment*. 2015;27(1):82.
155. Guzey-Yiğit M, Yiğit İ. İntihar bilişleri ölçeğinin psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Nesne Psikoloji Dergisi*. 2017;5:363-83.
156. Groeneveld RA, Meeden G. Measuring skewness and kurtosis. *Journal of the Royal Statistical Society: Series D (The Statistician)*. 1984;33(4):391-9.
157. Moors JJA. The meaning of kurtosis: Darlington reexamined. *The American Statistician*. 1986;40(4):283-4.
158. Hopkins KD, Weeks DL. Tests for normality and measures of skewness and kurtosis: Their place in research reporting. *Educational and psychological measurement*. 1990;50(4):717-29.

159. DeCarlo LT. On the meaning and use of kurtosis. *Psychological methods*. 1997;2(3):292.
160. Ermis EN, Icellioglu S. Examining the predictive effect of impulsivity levels and personality traits on metacognitive thoughts. *Global Journal of Psychology Research: New Trends and Issues*. 2016;6(4):202-12.
161. Albarracín D, Gillette JC, Earl AN, Glasman LR, Durantini MR, Ho M-H. A test of major assumptions about behavior change: a comprehensive look at the effects of passive and active HIV-prevention interventions since the beginning of the epidemic. *Psychological bulletin*. 2005;131(6):856.
162. DİLSİZ A, Dilsiz F. İntihar girişimlerinde belirtilen nedenler. *Kriz Dergisi*. 1993;1(3).
163. Özgüven HD, Soykan Ç, Haran S. İNTİHAR GİRİŞİMLERİNDE SORUN ALANLARI VE TETİKLEYİCİLER. 2003.
164. Şevik AE, Özcan H, Uysal E. İntihar girişimlerinin incelenmesi: risk faktörleri ve takip. *Klinik Psikiyatri*. 2012;15(4):218-25.
165. O'Connor RC, Nock MK. The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*. 2014;1(1):73-85.
166. Wenzlaff RM. Seeking solace but finding despair: The persistence of intrusive thoughts in depression. 2005.
167. Dalgleish T, Yiend J. The effects of suppressing a negative autobiographical memory on concurrent intrusions and subsequent autobiographical recall in dysphoria. *Journal of Abnormal Psychology*. 2006;115(3):467.
168. Pettit JW, Temple SR, Norton PJ, Yaroslavsky I, Grover KE, Morgan ST, et al. Thought suppression and suicidal ideation: preliminary evidence in support of a robust association. *Depression and anxiety*. 2009;26(8):758-63.
169. Najmi S, Wegner DM, Nock MK. Thought suppression and self-injurious thoughts and behaviors. *Behaviour research and therapy*. 2007;45(8):1957-65.
170. Law KC, Tucker RP. Repetitive negative thinking and suicide: a burgeoning literature with need for further exploration. *Current opinion in psychology*. 2018;22:68-72.
171. Wenzel A, Brown GK, Beck AT. Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications: American Psychological Association; 2009.
172. Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2003;42(4):386-405.
173. Pinquart M. Moderating effect of dispositional resilience on association between hassles and psychological distress. 2008.
174. Hawton K, van Heeringen K. Background and epidemiology. *Lancet*. 2009;373(1):1372-81.
175. Beautrais AL. Gender issues in youth suicidal behaviour. *Emergency medicine*. 2002;14(1):35-42.
176. Payne S, Swami V, Stanistreet DL. The social construction of gender and its influence on suicide: a review of the literature. *Journal of Men's Health*. 2008;5(1):23-35.

177. Abdullah M. Meta-Emotion and Meta-Cognition in Suicide Clinical and Critical Issues. *Int J Behav Res Psychol.* 2018;6(3):235-6.
178. Rogers ML, Gallyer AJ, Joiner TE. The relationship between suicide-specific rumination and suicidal intent above and beyond suicidal ideation and other suicide risk factors: A multilevel modeling approach. *Journal of psychiatric research.* 2021;137:506-13.
179. Cano-López JB, Salguero JM, García-Sancho E, Ramos-Cejudo J. Testing the metacognitive model of rumination and depression in non-clinical population: New data about PBRS and NBRS scales. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment.* 2021;43(2):240-50.
180. Rogers ML, Joiner TE. Rumination, suicidal ideation, and suicide attempts: A meta-analytic review. *Review of General Psychology.* 2017;21(2):132-42.
181. O'Connor RC, Portzky G. The relationship between entrapment and suicidal behavior through the lens of the integrated motivational–volitional model of suicidal behavior. *Current Opinion in Psychology.* 2018;22:12-7.
182. Matthews G, Wells A. Attention and emotion: A clinical perspective: Psychology Press; 2016.
183. Hallard RI, Wells A, Aadahl V, Emsley R, Pratt D. Metacognition, rumination and suicidal ideation: An experience sampling test of the self-regulatory executive function model. *Psychiatry Research.* 2021;303:114083.
184. Cartwright-Hatton S, Wells A. Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of anxiety disorders.* 1997;11(3):279-96.
185. Bruffaerts R, Demyttenaere K, Hwang I, Chiu W-T, Sampson N, Kessler RC, et al. Treatment of suicidal people around the world. *The British Journal of Psychiatry.* 2011;199(1):64-70.

8. EKLER

Ek 1: Etik Kurul Onayı



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 83116987 - 542
Konu : Etik Kurul Kararı
Toplantı Tarihi : 01.04.2021
Toplantı No : 2021/06
Proje No : 21-KAEK-096

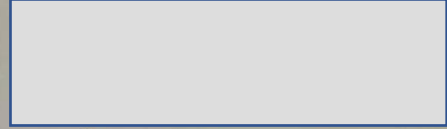
17.06.2021

Sayın, Dr. Öğretim Üyesi Zekiye ÇELİKBAŞ

Etik Kurulumuzun 01.04.2021 tarihli toplantısında görüşülen 21-KAEK-096 kayıt numaralı **“Major Depresif Bozukluğu Olan ve Olmayan Kişilerin Özkiyım Girişimlerinde Üstbilişsel İnanışların Rolü”** başlıklı çalışmanız gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.

İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmeliğin 14-4. maddesi ve yönergemizin 18-3. maddesine göre çalışmanız tamamlandıktan sonra sonuç raporunun tarafımıza en geç 90 gün içerisinde bildirilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinizi rica ederim.



Dr. Öğretim Üyesi Muzaffer KATAR
Başkan