



## İntihar Girişiminde Bulunan Kişilerde Başa Çıkma Tutumları

### *Coping Strategies in Patients Who Had Suicide Attempts*

Ramazan KONKAN<sup>1</sup>, Gizem Hanzade ERKUŞ<sup>1</sup>, Oya GÜÇLÜ<sup>1</sup>, Ömer ŞENORMANCI<sup>1</sup>, Erkan AYDIN<sup>1</sup>, Mine Cansu ÜLGEN<sup>1</sup>, Mehmet Z. SUNGUR<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul, Türkiye

<sup>2</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

#### ÖZET

**Giriş:** Çalışmamızda intihar girişiminin gerçekleşmesinde yaşamsal önemi olduğu düşünülen başa çıkma tutumlarının araştırılması ve sağlıklı gönüllüler ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** İntihar girişiminde bulunan 50 hasta ile 52 sağlıklı gönüllüye Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE-Türkçe) uygulandı. Veriler SPSS for Windows 15.0 ile değerlendirildi.

**Bulgular:** İntihar grubunda COPE Türkçe 'aktif başa çıkma', 'plan yapma' ve 'pozitif yeniden yorumlama ve gelişme' puanları kontrol grubuna göre daha düşük bulundu. Buna karşın 'geri durma', 'kabullenme', 'soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma', 'davranışsal boş verme' ve 'alkol-madde kullanma' tutumları ve işlevsel olmayan başa çıkma tutumları toplam puanının ise kontrol grubuna göre yüksek bulundu. Depresyonu olan hastalarda 'pozitif yeniden yorumlama ve gelişme' puanları daha az; buna karşın 'alkol-madde kullanımı' puanları yüksek bulundu. Birden fazla girişimi olan hastalar 'aktif başa çıkma' daha az 'alkol-madde kullanımı' puanları daha yüksek bulundu. Kadınlarda işlevsel olmayan 'soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma' puanı erkeklere göre daha yüksek bulundu.

**Sonuç:** İntihar girişimi olan kişiler olmayan kişilere göre işlevsel başa çıkma tutumlarını daha az; işlevsel olmayan tutumları ise daha fazla kullandıkları bildirilmiştir. Depresyonu olan kişiler stresli durumlarda 'yeniden yorumlama ve gelişme yerine 'alkol-madde kullanımı' stratejisine yöneldikleri saptandı. Birden fazla intihar girişimi olan hastalar 'aktif başa çıkma' yöntemleri yerine 'alkol-madde kullanımı' yöntemini benimsemektedirler. Kadınlar 'soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma' yöntemini erkeklere göre daha fazla kullanmaktadır. İntihar girişimlerin izlenmesi ve önlenmesinde kişinin başa çıkma tutumlarının izlenmesi ve gerektiğinde değişim için girişimlerde bulunulmasının yaşamsal önemde olabileceği düşünülmüştür. (*Nöropsikiyatri Arşivi 2014; 51: 46-51*)

**Anahtar kelimeler:** İntihar girişimi, başa çıkma tutumları, yaşam olayları, umutsuzluk

**Çıkar çatışması:** Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

#### ABSTRACT

**Introduction:** The aim of this study was to investigate coping strategies suggested to be a determinant of suicide attempt and to compare them with coping strategies of healthy volunteers.

**Methods:** This study was conducted on 50 patients who had suicide attempts within the past two months and 52 healthy volunteers who did not have any suicide attempt. They were evaluated with the Turkish version of COPE inventory. The results were analyzed using SPSS version 15.0 for Windows.

**Results:** In the suicide attempt group, 'active coping', 'planning', 'positive reinterpretation and growth' scores were found to be lower than that in the control group. On the other hand, 'restraint coping', 'acceptance', 'focus on and venting of emotions', 'behavioral disengagement', 'substance use' and nonfunctional coping total points were significantly higher in the suicide attempt group. The patients with depression in the suicide group were found less of the 'positive reinterpretation and growth' but more of the 'substance use' compared to the healthy group. Subjects who attempted suicide more than once tended to 'substance use' rather than 'active coping'. 'Focus on and venting of emotions' scores in suicide attempters were higher in women than in males.

**Conclusion:** We observed that individuals who attempted suicide have fewer functional coping strategies and more nonfunctional coping strategies than who do not attempt suicide. It was determined that under stressful situations, individuals with depression tended to alcohol and substance abuse instead of positive reinterpretation and growth. In subjects who had recurrent suicidal attempts, alcohol and substance abuse was more common than active coping. Women were using focusing on and venting of emotions techniques much more than men. We assume that to monitor, and in case of necessity, to change the coping strategies in suicide attempters are vitally important for preventing suicide attempts. (*Archives of Neuropsychiatry 2014; 51: 46-51*)

**Key words:** Suicide attempt, coping strategies, life events, despair

**Conflict of interest:** The authors reported no conflict of interest related to this article.

#### Yazışma Adresi/ Correspondence Address

Dr. Ramazan Konkan, Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul, Türkiye  
Gsm: +90 505 230 41 06 E-posta: ramazankonkan@gmail.com Geliş tarihi/Received: 03.04.2012 Kabul tarihi/Accepted: 13.07.2012  
© Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır. / © Archives of Neuropsychiatry, published by Galenos Publishing.

## Giriş

Giderek artmakta olan intihar girişiminin sıklığı % 2,8-4,6 olarak bildirilmektedir (1,2,3). İntihar girişimi yaşamı tehdit edici, acil ve doğru yaklaşım gerektiren bir davranıştır. Tekrarlanan intihar girişimlerinin tamamlanmış intiharları arttırdığı bildirilmiştir (4,5).

Başa çıkma tutumları, strese yol açan etkenler veya olayların olumsuz etkilerini azaltmak veya tamamen ortadan kaldırmak ve bunlarla mücadele etmek için kullanılan bilişsel, duygusal ve davranışsal çabalar olarak tanımlanmıştır (6,7). İntihar girişimleri genellikle stres yaratan yaşam olayı sonrasında oluşmaktadır (8). Carver ve ark. (9) stres ya da stresli yaşam olayları ile başa çıkma çabalarını 15 ana başlıkta değerlendiren bir ölçek geliştirmişlerdir. Ayrıca başa çıkma tutumlarını 'problem odaklı', 'duygu odaklı' ve 'işlevsel olmayan' başa çıkma yöntemleri olarak da gruplamak mümkündür.

Stresli durumlarda kullanılan başa çıkma tutumları bireye özgü olup yaş, cinsiyet, kültür ve hastalık gibi çeşitli etkenlere bağlı olarak değişebilmektedir (7). Sorun odaklı başa çıkma tutumları daha çok uyuma yönelik, bireyi koruyucu ve geliştirici; duygu odaklı başa çıkma tutumlarının ise uyumu bozan, savunucu ve gelişimi engelleyici oldukları ileri sürülmüştür (10). Duygu odaklı tutumlar başta anksiyete ve depresyon olmak üzere psikiyatrik hastalık ve işlevsellikte bozulma ile ilişkili bulunmuştur (11,12,13).

Başa çıkma tutumları doğrudan stres kaynağını ortadan kaldırmaya yönelik 'aktif' ve stres kaynağından uzaklaşmayı amaçlayan 'pasif' başa çıkma tutumları olarak da sınıflanmıştır. Aktif başa çıkma tutumlarının pasif-kaçınmacı baş etme tutumlarına göre daha olumlu ve uyuma yönelik olduğu ileri sürülmüştür (14). Ancak yapılan araştırmalarda gerek yaklaşma/kaçınma, gerekse sorun odaklı/duygu odaklı olarak sınıflandırılın tüm başa çıkma tutumlarının stresli durumda bir arada kullanılabildiğini göstermiştir (6,15,16).

İntihar davranışında bulunan bireyleri intihara yatkınlaştıran etkenlerin en önemlilerinden birinin esneklikten uzak bilişsel değerlendirme süreçleri ve işlevsiz varsayımlar olduğu bildirilmektedir (17,18). Mraz ve Runco sorun çözme sürecinde hem yaratıcılık ve esneklik eksikliğinin intihar davranışını etkilediğini bildirmiştir (19). Çalışmamızda büyük oranda stresli bir yaşam olayını izlediği ileri sürülen intihar girişimlerinde stresörler, başa çıkma tutumları ve başa çıkma tutumları etkileyen çeşitli değişkenlerin araştırılması amaçlanmıştır.

## Yöntem

Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi'nde Kasım 2010-Şubat 2011 arasında yapılan araştırmaya, geçen son iki ay içerisinde intihar girişimi olan 19 ve 62 (ort. 32,32±11,02) yaş arası, ardışık olarak seçilen, bilgilendirme sonrası onam veren 50 hasta ile daha önce intihar girişiminde bulunmamış, DSM-IV-TR bozukluk tanısı olmayan hastane çalışanları ve onların yakınlarından oluşan 21-63 (ort. 32,21±8,18) yaş arası

52 sağlıklı gönüllü dâhil edilmiştir. Çalışmaya katılım için testleri doldurabilecek kadar bilişsel yeterliliğin olması şartı aranmıştır. Zaman kısıtlaması olmaksızın katılımcılara testlerin sırası randomize edilerek; DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) esas alınarak araştırmacılar tarafından oluşturulan sosyodemografik ve klinik veri toplama formu, DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) (20,21), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (22,23), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) (24,25), Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) (26,27), Yaşam Olayları Listesi (B Formu) (28) ve COPE-Türkçe uygulandı (9,12).

COPE Türkçe ölçeği 60 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek her biri dörder sorudan oluşan 15 alt ölçekten oluşmuştur. Alt ölçeklerden alınacak puanların yüksekliği hangi başa çıkma tutumunun kişi tarafından daha çok kullanıldığı hakkında yorum yapma olasılığı verir.

Çalışmada elde edilen veriler SPSS 15.0 for Windows kullanılarak değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak ortalama, standart sapma kullanıldı. Gruplar arası karşılaştırmalarda dağılımına göre Student T, Kruskal Wallis ve Mann-Whitney U testi kullanıldı. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Oneway ANOVA testi ve farklılığa neden çıkan grubun tespitinde Post Hoc yöntemlerinden Bonferroni testi kullanıldı. Anlamlılık  $p<0,05$  ve  $p<0,001$  olarak belirlendi.

## Bulgular

Çalışma grubunun 26 (%52,0), kontrol grubunun ise 28 (%53,8)'i kadınlardan oluşuyordu. Çalışma grubunun 18 (%36), kontrol grubunun ise 29 (%55,8) evli idi. Çalışma grubunun 36 (%72), kontrol grubunun ise 36 (%69,2)'si çekirdek ailede yaşıyordu. İntihar grubu ve kontrol grubu ağırlıklı olarak lise mezunu idi. Çalışma için değerlendirildikleri zamanda hastaların intihar girişimi üzerinden ortalama 12,22 (±11,28) gün geçmişti.

İntihar grubunda ilk intihar düşüncesi yaş ortalaması 25,46 (±12,52), ilk intihar girişim yaşı ortalaması 29,27 (±11,78) ve intihar sayısı 2,10 (±1,38) bulundu. Çalışma grubunda 37 (%74) kişide tek uçlu depresyon, 4 (%8) kişide iki uçlu mizaç bozukluğu depresif atak, 6 (%12) kişide depresif mizaçlı uyum bozukluğu ve 3 (%6) kişide OKB saptandı. İntihar grubunda BDÖ, BAÖ, BUÖ ve alt ölçekleri puanları ve kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulundu (Tablo 1).

İntihar grubunda 38 (%78) kişi intihar girişiminden önceki 6 ay içerisinde stresli bir yaşam olayı yaşadığını, 27 (%54) kişisi de bu stresli olayın ve etkilerinin halen sürdüğünü bildirmiştir. Yaşam olayları listesi ve alt ölçeklerinin değerlendirilmesinde; 'yaşam olayı sayısı', 'distres skoru', 'uyum skoru', 'distres skoru/yaşam olayı sayısı', 'uyum skoru/yaşam olayı sayısı' bileşenlerinin tamamında intihar grubu kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almışlardır (Tablo 2).

İntihar ve çalışma gruplarının COPE-Türkçe ölçeği alt ölçek ve bileşenleri açısından karşılaştırılmasında 'aktif

başta çıkma', 'plan yapma' ve 'pozitif yeniden yorumlama ve gelişme' bileşenleri intihar grubunda anlamlı olarak düşük bulundu. Buna karşın 'geri durma', 'kabullenme', 'soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma', 'davranışsal olarak boş verme', 'alkol-madde kullanımı' ve işlevsel olmayan başa çıkma alt ölçek toplam puanı açısından intihar grubu kontrol grubuna göre anlamlı yüksek puan almıştır (Tablo 3).

İntihar grubu depresyonu olanlar/olmayanlar ve kontrol grubu tek yönlü ANOVA üçlü karşılaştırılmasında anlamlı farklılıkların saptanması nedeniyle gruplar arasında farklılığın hangi gruplar arasında oluştuğunu bulmak için ikili karşılaştırmalar yapıldı. İntihar grubunda depresyonu olan hastaların olmayanlara göre duygusal odaklı başa çıkma alt ölçeği 'Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme' bileşeni puanının anlamlı derecede düşük olduğu buna karşılık işlevsel olmayan başa çıkma tutumları alt ölçeği 'alkol-madde kullanımı' bileşeni puanının anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü (Tablo 4).

Birden fazla girişimi olan hastalarda COPE-Türkçe ölçeği "sorun odaklı başa çıkma" alt ölçeği 'aktif başa çıkma' bileşeni puanı ortalaması 9,86 ( $\pm 3,45$ ), ilk kez intihar girişimi olan grupta ise 11,91 ( $\pm 2,75$ ) bulundu ( $p < 0,05$ ). Yine birden fazla intihar girişimi olan grupta "işlevsel olmayan başa çıkma" alt ölçeği 'alkol-madde kullanımı' bileşeni ortalama puanı 10,82 ( $\pm 4,68$ ), ilk kez intihar girişimi olan kişilerde ise 6,95 ( $\pm 4,43$ ) bulundu ( $p < 0,05$ ). Diğer başa çıkma tutumlarında intihar girişimi sayısı açısından anlamlı fark bulunmadı.

Başta çıkma tutumlarının cinsiyetlere göre değerlendirilmesinde intihar girişiminde bulunan kadınlarda "işlevsel olmayan başa çıkma" alt ölçeği 'soruna odaklanma

ve duyguları açığa vurma' bileşeni puanı ortalaması 13,27 ( $\pm 2,89$ ), erkeklerde 11,58 ( $\pm 3,22$ ) bulundu ( $p < 0,05$ ). Diğer başa çıkma tutumlarında cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunmadı.

## Tartışma

Örnekleminizde intihar grubu yaş ortalaması ergen yaş grubunun çalışma dışı bırakılması nedeniyle 32,32 $\pm$ 11,02 gibi yüksek çıkmıştır. Çalışmanın sosyodemografik ve intihar girişimine yönelik kısmi diğer araştırma çalışmasında ayrıntılı tartışılmıştır.

Çalışmamızın sonuçları intihar girişimlerinin sıklıkla stres yaratan bir yaşam olayını izlediği ve tetiği çeken etkenin bu olumsuz yaşam olayı olduğu bildirilmektedir (8). Çalışmamız sonucunda hastaların girişiminden önce geçen 6 ay süresinde stresli bir yaşam olayı yaşadığını ve yarısından fazlasında stresli olay veya etkilerinin halen sürdüğü saptanmıştır.

İntihar girişimi olan hastaların neredeyse tamamına yakınında DSM-IV I. Eksen tanısının olduğu ve bu tanıların yarıya yakını tek uçlu depresyon olduğu bildirilmiştir (29,30,31). Çalışmamızda tüm hastalarda DSM-IV I. eksen tanısı saptandı ve bunun literatür verileriyle uyumlu olduğu görüldü.

Sorun odaklı başa çıkma tutumları doğrudan sorunları çözme ya da önlemeye yönelir. Duygu odaklı başa çıkma ise sorunlardan kaynaklanan olumsuz duygularla baş etme amacıyla kullanılır (11). Duygu odaklı, problem odaklı ve iki yöntemin birlikte kullanılmasının sorun çözümünde faydalı olduğu bildirilmiştir (32). İntihar girişiminde bulunan

Tablo 1. BDÖ, BAÖ, BUÖ ve alt ölçekleri, intihar düşüncesi, intihar davranışı ve intihar niyeti ölçeklerinin ile alt ölçekleri gruplar açısından karşılaştırılması

	İntihar Grubu (n=50)		Kontrol Grubu (n=52)		p
	Min-Max.	Ort $\pm$ Sd	Min-Max.	Ort $\pm$ Sd	
BDÖ	7-53	31,34 $\pm$ 11,79	0-12	4,12 $\pm$ 3,87	$\leq 0,001$
BAÖ	1-57	26,06 $\pm$ 15,51	0-34	6,83 $\pm$ 7,43	$\leq 0,001$
BUÖ-toplam	2-20	12,48 $\pm$ 6,38	0-19	2,90 $\pm$ 3,15	$\leq 0,001$
Gelecekle ilgili duygular	0-5	2,88 $\pm$ 2,01	0-5	0,59 $\pm$ 1,12	$\leq 0,001$
Motivasyon kaybı	0-8	4,80 $\pm$ 2,64	0-7	0,83 $\pm$ 1,21	$\leq 0,001$
Gelecekle ilgili beklenti	1-5	3,76 $\pm$ 1,31	0-5	1,13 $\pm$ 1,18	$\leq 0,001$

Student t test,  $p < 0,001$

Tablo 2. Yaşam olayları listesinden elde edilen puanların dağılımı

Yaşam Olayları Listesi	İntihar Grubu (n=50)		Kontrol Grubu (n=52)		p
	Min-Max.	Ort $\pm$ Sd	Min-Max.	Ort $\pm$ Sd	
Yaşam Olayı Sayısı	1-12	4,36 $\pm$ 2,33	0-7	2,08 $\pm$ 1,65	$\leq 0,001$
Distres Skoru	41-701	271,44 $\pm$ 149,18	0-311	96,46 $\pm$ 80,59	$\leq 0,001$
Uyum Skoru	35-627	244,36 $\pm$ 131,76	0-301	88,94 $\pm$ 74,49	$\leq 0,001$
Distres Skoru/Yaşam Olayı Sayısı	41-81	61,87 $\pm$ 8,85	0-79,5	38,53 $\pm$ 20,16	$\leq 0,001$
Uyum Skoru/Yaşam Olayı Sayısı	35-74,5	55,93 $\pm$ 7,86	0-73	35,82 $\pm$ 17,69	$\leq 0,001$

ann-Whitney U,  $p < 0,001$

hastalarda problem çözme biçiminin daha pasif olduğu ve bu pasif tutumların diğer etkenlerle birleştiğinde intihar girişimine duyarlılık yaratabileceği bildirilmiştir (33). Çalışmamızda intihar grubunun eyleme geçme ve çaba göstermeyi temsil eden 'aktif başa çıkma' bileşeni ve 'plan yapma' tutumları kontrol grubuna göre daha düşük, buna karşın olurlarını bırakmayı temsil eden 'geri durma' tutumunun ise daha yüksek bulunması nedeniyle aktif başa çıkma stratejilerinin kullanılmamasının stresörün devamı, intihar girişimi ya da tekrarlayıcı girişimler için duyarlılık oluşturabileceği düşünüldü.

Duygu odaklı başa çıkma tutumlarının kullanımı yoğun stresi azaltıp sorun odaklı başa çıkma tutumlarının kullanımını kolaylaştırma gibi olumlu ya da bireyi hareketsiz hale getirerek sorun odaklı eylemlere geçilmesini engelleme gibi olumsuz sonuçlarının olabileceği bildirilmiştir (15). Çalışmamızda duygusal başa çıkma maddelerinden 'pozitif yeniden yorumlama ve gelişme' intihar girişimi olan hastalarda düşük bulundu. Lazarus tehdit edici bir durumun artık tehdit edici değil şeklinde olumlu biçimde yeniden kavramsallaştırmasının stres tepkisinin bilişsel temelini ortadan kaldırdığını öne sürmüştür (10). Ayrıca "pozitif

Tablo 3. İntihar ve kontrol grubunun COPE Türkçe puanları karşılaştırılması

COPE-Türkçe	İntihar Grubu (n=50)		Kontrol Grubu (n=52)		p
	Min-Max.	Ort±Sd	Min-Max.	Ort±Sd	
<b>SORUN ODAKLI BAŞA ÇIKMA</b>					
+Yararlı sosyal destek kullanımı	4-16	10,74±3,76	5-16	11,73±2,91	≥0,05
++Aktif başa çıkma	4-16	10,76±3,29	7-16	12,83±2,32	≤0,001
+Geri durma	4-16	10,10±3,01	4-14	9,08±2,07	≤0,05
+Diğer meşguliyetleri bastırma	4-16	10,48±3,02	7-15	10,29±1,87	≥0,05
++Plan yapma	4-16	11,28±2,99	8-16	12,92±2,42	≤0,05
++TOPLAM	23-72	53,36±10,61	41-69	56,85±7,35	≥0,05
<b>DUYGU ODAKLI BAŞA ÇIKMA</b>					
+Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	4-16	11,30±3,07	10-16	13,56±1,77	≤0,001
+Dini olarak başa çıkma	4-16	12,24±3,98	4-16	11,52±3,52	≥0,05
+Şakaya vurma	4-14	6,36±2,49	4-15	7,60±3,39	≥0,05
+Duygusal sosyal destek kullanımı	4-16	10,60±3,71	5-16	10,92±2,88	≥0,05
+Kabullenme	4-16	11,16±3,01	4-14	9,63±2,20	≤0,05
+TOPLAM	27-71	51,66±9,93	39-73	53,23±7,21	≥0,05
<b>İŞLEVSEL OLMAYAN BAŞA ÇIKMA</b>					
++Zihinsel boş verme	4-16	9,30±2,69	4-15	8,94±2,49	≥0,05
+Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	5-16	12,46±3,14	6-16	11,12±2,66	≤0,05
+İnkâr	4-13	6,62±2,53	4-10	6,00±1,68	≥0,05
+Davranışsal olarak boş verme	4-16	9,06±3,62	4-10	5,88±1,92	≤0,001
+Alkol-Madde kullanımı	4-16	9,12±4,92	4-12	4,87±1,83	≤0,001
+Toplam	28-65	46,56±8,03	27-50	36,81±4,92	≤0,001

+ Mann-Whitney U, ++Student t test, p<0,05, p<0,001

Tablo 4. COPE Türkçe kontrol grubu ile intihar grubunda depresyonu olan ve olmayanların göre farklılığının tespiti için ikili karşılaştırmalar

	Kontrol Gr. (n=52) ve İntihar Gr. Depresyon (-) (n=9)		Kontrol Gr. (n=52) ve İntihar Gr. Depresyon (+) (n=41)		İntihar Gr. Depresyon (-) (n=9) ve Depresyon (+) (n=41)	
	z	P	z	p	z	p
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	-0,361	≥0,05	-4,269	≤0,001	-2,274	≤0,05
Davranışsal olarak boş verme	-2,603	≤0,05	-4,332	≤0,001	-1,053	≥0,05
Alkol-Madde kullanımı	-0,026	≥0,05	-5,038	≤0,001	-2,461	≤0,05
İşlevsel Olmayan Başa Çıkma Toplam	-2,336	≤0,05	-6,074	≤0,001	-1,404	≥0,05

Mann-Whitney U, p<0,05, p<0,001

yeniden yorumlama ve gelişme” şeklinde başa çıkma girişimlerinin kaygı, umutsuzluk ve intihar düşüncelerini azalttığı ileri sürülmüştür (34,35). Ayrıca örneklemimizde intihar eden hastaların stresle başa çıkmada olumlu etkisi olabilecek ‘pozitif yeniden yorumlama ve gelişme’ tutumunu yeterince kullanmamalarının yanında, stresör karşısında eyleme geçme yerine ‘kabullenme’ tutumunu daha sık kullandığı saptandı. Hem “pozitif yeniden yorumlama ve gelişme” tutumunun az kullanımı hem de ‘kabullenme’ tutumunun fazla benimsenmesinin stresörün sürekliliği algısına neden olduğu, çaresizlik duygularını arttırdığı ve sonuçta intihar girişimini kolaylaştırabileceği düşünüldü.

Örneklemimizde işlevsel olmayan tutumlar toplam puanı ve ‘soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma’, ‘davranışsal boş verme’ ve ‘alkol-madde kullanma’ bileşenleri yüksek bulundu. İşlevsel olmayan başa çıkma tutumları stres tepkisinin olumsuz nitelik kazanmasına, çözümün zor veya imkânsız olduğu şeklinde kavramsallaştırma ve sonuçta ruhsal sıkıntının artmasına neden olduğu bildirilmektedir (9, 15,36,37,38,39,40). İntihar girişimi olan kişilerin “alternatifleri düşünme”, “esnek düşünme” konusunda yetersiz oldukları, etkin olmayan çözüm yolları kullanma konusunda ısrarcı oldukları ve aktif başa çıkma yöntemlerini daha az tercih ettikleri bildirilmiştir (41,42). Örneklemimizde bu savı destekleyecek şekilde ‘soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma’ puanları intihar grubunda yüksek bulundu. İşlevsiz bir başa çıkma tutumu olan ve stres kaynağı ile mücadele eden vazgeçmeyi içeren ‘davranışsal olarak boş verme’ intihar girişimi örneklemimizde yüksek bulundu. ‘Davranışsal olarak boş verme’ umutsuzluk ve intihar düşüncesi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (35). Yine işlevsel olmayan tutumlardan ‘alkol-madde kullanma’ yüksek bulundu. Alkol madde kullanımı işlevsel olmayan bir başa çıkma tutumu olma yanında kendisi intihar girişimi için bir risk faktörü olarak bildirilmektedir (43). Olumlu başa çıkma tutumları yanında, bütün olarak işlevsiz başa çıkma tutumlarının benimsenmesinin intihar girişimlerinin oluşumunu kolaylaştırdığı düşünüldü.

Hem iki uçlu hem de tek uçlu depresyonun varlığı intihar düşünce, girişim ve tamamlanmasını arttırmaktadır (44). Depresyon varlığının başa çıkma tutumlarını etkilediği ve sorun odaklı başa çıkma stratejileri kullanıldığı, duygusal odaklı stratejilere kayma ve daha fazla kaçınma içerikli tutumlar benimsedikleri ileri sürülmektedir (45). Çalışmamızda depresif hastaların başa çıkmayı kolaylaştıran ‘pozitif yeniden yorumlama ve gelişme’ bileşenini daha az kullandığı saptandı. İntihar grubunun depresyonu olanlar ve olmayanlar olarak bölünüp kontrol grubu ile üçlü karşılaştırmasında bütün olarak karşılaştırmada oluşan anlamlı farklılıkların bir bölümünün kaybolduğu görüldü. Bu değişimlerin hangi gruplar arasındaki karşılaştırılmadan kaynaklandığını açıklamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda, intihar grubu depresyonu olmayan grupta bile ‘davranışsal olarak boş verme’ bileşeni ve işlevsel olmayan başa çıkma tutumları alt ölçeği toplam puanı kontrol grubuna göre anlamlı yüksek bulundu. Bu sonuçlarla intihar girişiminde bulunan kişilerde mevcut depresyondan bağımsız işlevsel olmayan tutumların sabit bir davranış tarzı olabileceği

düşünüldü. Örneklemde depresyonu olmayan hastaların küçük bir bölümü oluşturmasının karıştırıcı etkisi olabileceği için bu bulguların geniş örneklemde doğrulanmasının gerekli olduğu düşünüldü.

Önceki intihar girişimlerinin varlığının, yüksek intihar riskinin önemli bir göstergesi olduğu ve tekrarlayıcı intihar davranışı olan kişilerin hem başa çıkma hem de madde kullanımı gibi konularda tek girişimi olanlardan farklılık gösterdiği bildirilmiştir (46,47). Örneklemimizde tekrarlayan girişimlerin hastaların sorun odaklı başa çıkma alt ölçeği ‘aktif başa çıkma’ bileşenini daha az, işlevsel olmayan başa çıkma alt ölçeği ‘alkol-madde kullanımı’ bileşeni ise daha fazla kullandıkları saptandı. İlk kez girişimi olan hastalarda ileri zamanlarda tekrarlayıcı girişimleri olabileceği karıştırıcı etkisi göz ardı edilirse başa çıkma tutumlarındaki bu farklılığın tekrarlayıcı girişimlerin nedeni olabileceği düşünüldü. İntihar girişimi olan olguların değerlendirilmesinde bu işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarının değerlendirilmesi ve daha işlevsel başa çıkma tutumları geliştirmeye yönelik tedavi girişimlerinin geliştirilmesinin tekrarlayan girişimlerin önlenmesinde yararlı olacağı düşünüldü.

Başa çıkma tutumlarının cinsiyetler arasında farklılık gösterip göstermediğine dair çalışma sonuçları birbiri ile çelişiktir. Holahan ve Moos (14) depresyonda, Gåfvels ve Wändell (48) ise diyabette başa çıkma tutumları açısından cinsiyetler arasında fark olmadığını bildirirken, Soderstrom ve ark. (49) kadınların duygusal odaklı, erkeklerin ise problem odaklı yöntemleri daha sık kullandıkları belirtilmiştir. Başka bir çalışmada ise kadınların erkeklerle göre daha fazla pozitif yeniden yorumlama, plan yapma, duygusal sosyal destek kullanımı ve kabullenme tutumlarını kullandıkları belirtilmiştir (50). Örneklemimizde kadınların ‘işlevsel olmayan başa çıkma’ alt ölçeği ‘soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma’ tutumunu erkeklere göre daha fazla kullandıkları belirlendi. İntihar girişimi ya da düşüncesi olan hastaların değerlendirilmesi ve takibinde cinsiyet farklılığının göz önüne alınmasının tekrarlayıcı girişimleri engelleyebileceği düşünüldü.

Sonuç olarak intihar girişimi olan hastalarda stresörle başa çıkma tutumları intihar girişimi olmayan sağlıklı gönüllülere göre farklılıklar göstermektedir. İntihar girişimi olan kişilerin değerlendirilmesi, kriz durumlarına müdahale, intiharın önlenmesi ve tedavilerde başa çıkma tutumlarının değerlendirilmesinin önemli bir etken olabileceği düşünüldü.

## Kaynaklar

1. Can SS, Sayıl I. Yineleyici intihar girişimleri. *Kriz Dergisi* 2004; 12:53-62.
2. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56:617-626.
3. Neeleman J, de Graaf R, Vollebergh W. The suicidal process ve stages., prospective comparison between early and later. *J Affect Disord* 2004; 82:43-52.
4. Runeson BS. History of suicidal behaviour in the families. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 98:407-501.

5. Cullberg J, Wasserman D, Stefansson CG. Who commits suicide after a suicide attempt? *Acta Psychiatr Scand* 1988; 77:598-603.
6. Roth S, Cohen LJ. Approach, avoidance, and coping with stress. *Am Psychol* 1986; 41:813-819.
7. Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen RJ. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *J Pers Soc Psychol* 1986; 50:992-1003.
8. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Baugher M, Roth C, Balach L, Schweers J. Stresful life events, psychopathology, and adolescent suicide: a case control study. *Suicide Life Threat Behav* 1993; 23:179-187.
9. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol* 1989; 56: 267-283.
10. Lazarus RS. From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annu Rev Psychol* 1993; 44:1-21.
11. Lazarus RS, Folkman S. *Stress Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing; 1984; s. 11-46.
12. Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran ÜK. COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatr Dergisi* 2005; 6:221-226.
13. Erdem M, Çelik C, Doruk A. Yaygın anksiyete bozukluğunda başa çıkma tutumları. *Anatol J Clin Invest* 2008; 2:101-105.
14. Holahan C, Moos RH. Personal and contextual determinants of coping strategies. *J Pers Soc Psychol* 1987; 52:946-955.
15. Folkman S, Lazarus RS. If it changes, it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *J Pers Soc Psychol* 1985; 48:150-170.
16. Patterson JM, McCubbin HI. Adolescent coping style and behaviors: conceptualization and measurement. *J Adolesc* 1987; 10:163-186.
17. Eskin M. İntihar: Açıklama, değerlendirme, tedavi ve önleme. Bölüm 5: Risk Etmenleri. Ankara: Çizgi Tıp Yayınları; 2003; s. 133-222.
18. Ellis TE, Ratliff KG. Cognitive characteristics of suicidal and nonsuicidal psychiatric inpatients. *Cognit Ther Res* 1986; 10:625-34.
19. Mraz W, Runco MA. Suicide ideation and creative problem solving. *Suicide Life Threat Behav* 1994; 24:38-47.
20. First MB, Spitzer RL, Gibbon M. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV)*. Washington D.C: American Psychiatric Press; 1997.
21. Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M. DSM-IV eksen 1 ruhsal bozukluklarına göre Türkçe yapılandırılmış klinik değerlendirmenin güvenilirliği. *İlaç ve Tedavi Derg* 1999; 12:233-236.
22. Beck AT, Ward CH, Mendelson M. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4:561-71.
23. Hisli N. Beck Depresyon Envateri'nin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 1989; 7:3-13.
24. Beck AT, Epstein N, Brown G. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56:893-897.
25. Ulusoy M, Şahin NH, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *J Cogn Psychother* 1998; 12:163-172.
26. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism. The hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol* 1974; 42:861-865.
27. Seber G. Beck Umutsuzluk Ölçeğinin Geçerliliği ve Güvenirliği Üzerine Bir Çalışma. Doçentlik tezi, Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Bölümü, Eskişehir: 1991.
28. Soriaş S. Hasta ve normallerde yaşam olaylarının stres verici etkilerinin araştırılması. Doçentlik Tezi, Ege Üniversitesi Ege Tıp Fakültesi Psikiyatri Bilim Dalı, İzmir: 1982.
29. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D. Suicide and mental disorders: do we know enough? *Br J Psychiatry* 2003; 183:382-383.
30. Barraclough B, Bunch J, Nelson B, Sainsbury P. A hundred cases of suicide: clinical aspects. *Br J Psychiatry* 1974; 125:355-373.
31. Ersoy E. Yatarak Tedavi Gören Psikiyatri Hastalarında İntihar Eğilimi İle İlişkili Özellikler. Yüksekisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, Sosyal Bilimler Anabilim Dalı; 2008.
32. Peyrot M, McMurry JF, Kruger DF. A biopsychosocial model of glycemic control in diabetes: stress, coping and regimen adherence. *J Health Soc Behav* 1999; 40:141-158.
33. Pollock LR, Williams JM. Problem-solving in suicide attempters. *Psychol Med* 2004; 34:163-167.
34. Tuncay T, Musabak I, Gok DE, Kutlu M. The relationship between anxiety, coping strategies and characteristics of patients with diabetes. *Health Qual Life Outcomes* 2008; 6:79.
35. Cooke M, Peters E, Fannon D, Anilkumar AP, Aasen I, Kuipers E, Kumari V. Insight, distress and coping styles in schizophrenia. *Schizophr Res* 2007; 94:12-22.
36. Rohde P, Lewinsohn PM, Tilson M, Seeley JR. Dimensionality of coping and its relation to depression. *J Pers Soc Psychol* 1990; 58:499-511.
37. Wegner DM, Schneider DJ, Carter SR 3rd, White TL. Paradoxical effects of thought suppression. *J Pers Soc Psychol* 1987; 53:5-13.
38. Compas BE, Connor-Smith JK, Saltzman H, Thomsen AH, Wadsworth ME. Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychol Bull* 2001; 127:87-127.
39. Billings AG, Moos RH. Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. *J Pers Soc Psychol* 1984; 46:877-891.
40. Rassin E, Merckelbach H, Muris P. Paradoxical and less paradoxical effects of thought suppression: a critical review. *Clin Psychol Rev* 2000; 20:973-995.
41. Rydin E, Asberg M, Edman G. Violent and nonviolent suicide attempts - a controlled Rorschach study. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 82:30-39.
42. Orbach I, Bar-Joseph H, Dror N. Styles of problem solving in suicidal individuals. *Suicide Life Threat Behav* 1990; 20:56-64.
43. Crosby AE, Han B, Ortega LA, Parks SE, Gfroerer J; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Suicidal thoughts and behaviors among adults aged ≥18 years -United States, 2008-2009. *MMWR Surveill Summ* 2011; 21; 60:1-22.
44. Nierenberg AA, Gray SM, Grandin LD. Mood disorders and suicide. *J Clin Psychiatry* 2001; 62(Suppl 25):27-30.
45. Neacsiu AD, Rizvi SL, Vitaliano PP, Lynch TR, Linehan MM. The dialectical behavior therapy ways of coping checklist: development and psychometric properties. *J Clin Psychol* 2010; 66:563-582.
46. Beghi M, Rosenbaum JF. Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempt: a critical appraisal. *Curr Opin Psychiatry* 2010; 23:349-55.
47. Mechri A, Mrad A, Ajmi F, Zaafrane F, Khiari G, Nouira S, Gaha L. Repeat suicide attempts: characteristics of repeaters versus first-time attempters admitted in the emergency of a Tunisian general hospital. *Encephale* 2005; 31:65-71.
48. Gäfvels C, Wändell PE. Coping strategies in immigrant men and women with type 2 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract* 2007; 76:269-278.
49. Soderstrom M, Dolbier C, Leiferman J, Steinhardt M. The relationship of hardiness, coping strategies, and perceived stress to symptoms of illness. *J Behav Med* 2000; 23:311-328.
50. Jonassaint CR, Jonassaint JC, Stanton MV, De Castro LM, Royal CD. Clinical and sociodemographic factors predict coping styles among adults with sickle cell disease. *J Natl Med Assoc* 2010; 102:1045-1049.