

T.C.
RECEP TAYYIP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRI ANABİLİM DALI

DEPRESYON HASTALARINDA OBSESİF İNANIŞLARIN,
İNTİHAR DÜŞÜNCEİ VE BİYOLOJİK RİTMLE İLİŞKİSİ

RELATIONSHIP BETWEEN OBSESSİVE BELİEFS, SUİCİDAL
İDEATION AND BİOLOGİCAL RYTHM İN PATİENTS WİTH
MAJOR DEPRESSİVE DİSORDER

Dr. Meltem PUŞUROĞLU

(Uzmanlık Tezi)

Tez Danışmanı:

Yrd. Doç.D. Bülent BAHÇECİ

RİZE-2016

TEŞEKKÜR

Her zaman yanımızda olan, ilgisi, şefkati ve emeği sonsuz olan, hakkını ödeyemeyeceğimiz hocamız Prof. Dr. Çiçek HOCAOĞLU' na;

Tez sürecimde bana yardımcı olan, asistanlık sürem boyunca desteğini bizden esirgemeyen, tecrübelerinden faydalandığım tez danışmanım ve çok değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Bülent BAHÇECİ'ye;

Bilgilerinden faydalandığım ve birlikte olmaktan mutluluk duyduğum Uzm. Dr. Gökhan KANDEMİR, Uzm. Dr. Alaaddin Cenk ERCAN , Uzm. Dr. Ayla UZUN ve Uzm. Dr. Murat KAÇAR' a;

Rotasyon eğitim sürecimde bilgilerinden faydalandığım hocalarım Doç. Dr. Serkan KIRBAŞ, Yrd Doç Dr. Özlem BİLİR ve Doç Dr. Murat YÜCE'ye;

Rotasyon eğitimim boyunca tüm sıcaklık ve içtenlikleriyle bana destek olan çok sevgili Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı' nda asistan hekim olarak görev yapmakta olan arkadaşlarıma;

Birlikte çok mutlu zaman geçirdiğim, iyi ki buradaydım dememi sağlayan asistan arkadaşlarım Uzm. Dr. Murat ASLAN, Uzm. Dr. Ayşe KÖROĞLU, Uzm. Dr. Selim POLAT, Uzm. Dr. Çağdaş Hünkâr YELOĞLU ve Uzm Dr. Fatmagül HELVACI ÇELİK'e;

ve yine aynı şekilde birlikte olmaktan mutluluk duyduğum asistan arkadaşlarım Araşt. Gör. Dr. Tuğçe Taşkın UYAN, Araşt. Gör. Dr. Hasan Mervan AYTAÇ, Araşt. Gör. Dr. Nurcan ŞENTÜRK ve Araşt. Gör. Dr. Gözde SALİHOĞLU'na;

Bana çok güzel bir arkadaşlık ortamı sağlayan arkadaşlarım Psik. Eylem SERT ve Psik. Aysun SELİMOĞLU'na;

Birlikte aynı serviste çalışmaktan çok mutluluk duyduğum servis sorumlumuz Ahmet ERKAN, hemşire arkadaşlarım, Çiğdem UYGUR, Fatma KİTAPÇI, Deniz DENİZLİ, Mine TOPTAN , Yasemin ARAYAZ, Sevdanur TÜYLÜOĞLU ve Handan KARTAL' a;

Aynı şekilde çok güzel zamanlar paylaştığımız Aysun AVCILAR, Murat ÇAVUŞOĞLU ve Hüseyin METİN'e;

Benim için hep küçük ve çok değerli olan kardeşim Başak MEMİŞ' e, her zaman yanımda olan çok sevdiğim eşim Gökhan PUŞUROĞLU' na, en zor zamanlarımda hep elimi tutan canım halam Güler SEVİL'e, minicik yüreğiyle bana bu dünyadaki en büyük aşkı yaşatan küçük Eymen'ime, anneliğin fedakarlık demek olduğunun en önemli kanıtı olan ve bugün bu teşekkür yazısını yazabiliyorsam onun sayesinde olan canım anneme;

ve bu yazıyı hiç okuyamayacak olan canım babama;

SONSUZ TEŞEKKÜRLER...



İÇİNDEKİLER

| | |
|--|-----|
| TEŞEKKÜR | i |
| İÇİNDEKİLER | iii |
| ÖZET..... | v |
| ABSTRACT | vii |
| KISALTMALAR | ix |
| TABLolar | xi |
| 1.GİRİŞ VE AMAÇ | 1 |
| 2. GENEL BİLGİLER..... | 2 |
| 2.1. Majör Depresif Bozukluk | 2 |
| 2.1.1. Tarihçe ve Tanım | 2 |
| 2.1.2.Epidemiyoloji Ve Risk Etkenleri..... | 3 |
| 2.1.3.Klinik Bulgular: | 5 |
| 2.1.4.Tanı Ölçütleri:..... | 8 |
| 2.1.5. Etyoloji..... | 10 |
| 2.2. İntihar | 16 |
| 2.2.1. Tanımı ve tarihçesi..... | 16 |
| 2.2.2.Epidemiyoloji | 17 |
| 2.2.3.Risk Faktörleri | 19 |
| 2.2.4.Etyoloji..... | 23 |
| 2.3. Obsesif İnanışlar | 26 |
| 2.3.1. Tanım | 26 |
| 2.4. Biyolojik Ritm..... | 28 |
| 2.4.1. Uyku | 29 |
| 2.4.2. Sirkadyen Ritm | 30 |
| 2.4.3. İştah..... | 31 |
| 2.5. Depresif Bozukluk Ve Biyolojik Ritm | 32 |
| 2.6. Depresif Bozukluk Ve İntihar | 34 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM | 36 |
| 3.1. Çalışma Örnekleme..... | 36 |
| 3.2. Etik Kurul Onayı: | 37 |
| 3.3. Veri Toplama Gereçleri | 38 |

| | |
|--|-----|
| 3.3.1 Sosyodemografik Veri Ölçeği: | 38 |
| 3.3.2. Hamilton Depresyon Ölçeği:..... | 38 |
| 3.3.3. İntihar Davranışı Ölçeği: | 38 |
| 3.3.4. Obsesif İnanışlar Ölçeği:..... | 39 |
| 3.3.5.Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) : | 39 |
| 3.3.6. Biyolojik Ritm Değerlendirme Ölçeği : | 40 |
| 3.4.İstatiksel Analiz | 40 |
| 4. BULGULAR | 41 |
| 5.TARTIŞMA | 62 |
| 6.SONUÇ VE ÖNERİLER..... | 82 |
| 7. KAYNAKLAR | 86 |
| 8. EKLER..... | 111 |

ÖZET

Depresyon Hastalarında Obsesif İnanışların, İntihar Düşüncesi Ve Biyolojik Ritimle İlişkisi

Amaç: Depresyon neden olduğu yeti yitimi açısından tedavi maliyetindeki yük oranıyla birlikte tüm tıbbi hastalıklar içerisinde 4. sırada yer almaktadır. Yaygınlık oranının fazla olması, tanıda yaşanan güçlükler, intihar riski ve kronik seyir gösterme gibi sorunlar nedeniyle depresif bozukluğun yol açtığı sorunlar giderek artmaktadır. Dolayısıyla depresif bozuklukla ilgili araştırmaların önemi de giderek artmaktadır. Obsesif inanışlar OKB' de üzerinde durulmuş bir konudur. Ancak literatürde depresif bozukluk, intihar ve biyolojik ritim ile ilişkisini inceleyen çalışmaya rastlanılamamıştır. Çalışmanın amacı obsesif inanışların depresif bozukluklu hastalarda intihar düşüncesine ve biyolojik ritim ile olan ilişkisini incelemektir.

Yöntem: Bu çalışma Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran kişiler arasından, 15.09.2014/15.11.2014 tarihlerinde yapılmıştır. Çalışmaya, çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan, dahil edilmeme kriterlerini karşılamayan 100 hasta ve bu 100 hasta ile eşleştirilmiş 100 kontrol grubu alınmıştır. Çalışmaya alınan 100 hasta klinik görüşme ile DSM-5 Tanı ölçütlerine göre major depresif bozukluk tanısı almışlardır. Hastaların psikotrop ilaç kullanım öyküleri bulunmamaktadır. 18-65 yaş arası, okur-yazar, ek tıbbi rahatsızlığı olmayan kişiler çalışmaya alınmıştır. Bu kişilere Hamilton Depresyon Ölçeği, İntihar Davranışı Ölçeği, Obsesif İnanışlar Ölçeği, Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R), Biyolojik Ritim Ölçeği uygulanmıştır. İstatistik olarak tanımlayıcı ve karşılatırcı istatistiksel program SPSS 22.0 uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmada depresif bozukluklu hastalarda daha yüksek obsesif inanışlar düzeyi bulunmuştur. Ancak depresyonun şiddeti ile obsesif inanışların düzeyi arasında ilişki bulunamamıştır. Aynı şekilde depresyon ve intihar ile biyolojik ritim arasında da ilişki saptanmıştır. Ayrıca benzer şekilde obsesif inanışlarla biyolojik ritim arasında da ilişki saptanmıştır. Ancak çalışmada obsesif inanışlar ve intihar düşüncesi arasında ilişki saptanamamıştır.

Sonuç: Depresif bozukluk ve obsesif inanışlar arasında ilişki bulunmuştur. Klinikte depresif bozukluk yakınması ile başvuran hastalara bu yönden de yaklaşılmalıdır. Ancak çalışmaya

göre intihar ve obsesif inanışlar arasında ilişki bulunamamıştır. Bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Depresif bozukluk, Obsesif inanışlar, İntihar, Biyolojik Ritm



ABSTRACT

Relationship Between Obsessive Beliefs, Suicidal Ideation And Biological Rythm İn Patients With Major Depressive Disorder

Objective: Depression is the fourth of all medical illnesses due to the high treatment cost on the disability it caused. Depressive disorders are gradually increasing because of high prevalence rate, difficulties experienced in diagnosis, suicide risk and chronicity. Therefore, the importance of the studies related to depressive disorder is increasing. Obsessive beliefs are a subject on which is focused on Obsessive Compulsive Disorders (OCD). However, any studies investigating the relations between depressive disorder, suicide and biological rhythm have not been seen in literature. The aim of the study is to examine the relation between the obsessive beliefs and suicide and biological rhythm in the patients having depressive disorder.

Method: This study was carried out with the patients applying to Psychiatry Clinic in Recep Tayyip Erdogan University between the dates 15th Sep, 2014 and 15th Nov, 2014. One hundred patients, fulfilling the conditions of being included in the study and not fulfilling the conditions of not being included in the study, and 100 patients matched with the previous group as a control group were included in the study. One hundred patients in the study were diagnosed with major depressive disorder according to DSM-5 criterion after clinic interviews. The patients have no psychotropic medicine use stories. The patients, the ages of whom were between 18 and 65 and who did not have additional medical diseases were included in the study. Hamilton Depression Scale, Suicide Behavior Scale, Obsessive Beliefs Questionnaire, Symptom Checklist (SCL-90-R) and Biological Rhythm Scale were applied to those patients. Also, descriptive and comparing statistical program SPSS 22.0 was applied.

Findings: Higher obsessive belief level was found in depressive disordered patient in the study. However, any relations between the intensity of depression and the level of obsessive beliefs were not found. On the other hand, a relation between obsessive beliefs and biological rhythm was determined, but a relation between obsessive beliefs and suicide was not found.

Result: A relation between depressive disorders and obsessive beliefs was found. The patients applying to the clinic because of depressive disorder should be approached by taking this result into consideration. However, a relation between suicide and obsessive beliefs was not found in this study. More studies are required on this subject.

Key words: Depressive Disorder, Obsessive Beliefs, Suicide, Biological Rhythm



KISALTMALAR

- ABD:** Amerika Birleşik Devletleri
- ACTH:** Adrenokortikotropik Hormon
- AİDS:** İnsan İmmün Yetmezlik Sendromu
- BDNF:** Beyin Türevli Nörotrofik Faktör
- BOS:** Beyin Omurilik Sıvısı
- CAMP:** Siklik Adenozin Monofosfat
- COMT:** Katekol-O-Metiltransferaz
- DAT:** Dopamin Taşıyıcı Gen
- DEHB:** Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
- DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü
- EEG:** Elektroensefalogram
- EKT:** Elektrokonvulzif Tedavi
- GABA:** Gama Amino Butirik Asit
- GİS:** Gastrointestinal Sistem
- MAO:** Monoamin Oksidaz
- MT:** Melatonin
- NPY:** Nöropeptid Y
- NREM:** Hızlı Göz Hareketlerinin Olmadığı Dönem
- OCCWG:** Obsesif İnanışlar Çalışma Grubu
- OİÖ:** Obsesif İnanışlar
- OKB:** ObsesifKompulsif Bozukluk
- REM:** Hızlı Göz Hareketleri
- SERT:** Serotonin Taşıyıcı Gen
- SKN:** Suprakiazmatik Nukleus
- SSRI:** Serotonin Geri Alım İnhibitörü

TDK: Türk Dil Kurumu

TPH: Triptofan Hidroksilaz

TRH: Tirotropin Salgılatıcı Hormon

TUİK: Türkiye İstatistik Kurumu

VNTR: Değişken Sayılı Bitişik Tekrarlar



TABLÖLAR

Tablo 1: Çalışma Gruplarına Göre Bazı Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı

Tablo 2: Çalışma Grupları Arasında Uygulanan Ölçek Skorlarının Dağılımı

Tablo 3: Hasta ve Kontrol Gruplarına Göre Cinsiyetler Arasında Uygulanan Ölçek Skorlarının Dağılımı

Tablo 4: Hasta ve Kontrol Gruplarına Göre Medeni Durumlar Arasında Uygulanan Ölçek Skorlarının Dağılımı

Tablo 5: Hasta ve Kontrol Gruplarında Öğrenim Düzeyleri Arasında Uygulanan Ölçek Skorlarının Dağılımı

Tablo 6: Hasta ve Kontrol Gruplarında Yaşanılan Yerler Arasında Uygulanan Ölçek Skorlarının Dağılımı

Tablo 7: Hasta ve Kontrol Gruplarında Aylık Toplam Hane Gelirleri Arasında Uygulanan Ölçek Skorlarının Dağılımı

Tablo 8: Hasta ve Kontrol Gruplarında Ölçek Skorlarının ve İntihar Şiddetinin Birbiriyle İlişkisi

Tablo 9: Hasta Grubunun İntihar ile İlgili Özellikleri

Tablo 10: Hasta Grubunda İntihar Düşüncesi Olanlarla Olmayanlar Arasında Uygulanan Ölçek Skorlarının Dağılımı

Tablo 11: Hasta Grubunda İntihar Girişimi Olanlarla Olmayanlar Arasında Uygulanan Ölçek Skorlarının Dağılımı

Tablo 12: Hasta Grubunda Depresyon Düzeyleri Arasında Uygulanan Ölçek Skorlarının Dağılımı

Tablo 13: Hasta Grubunda Cinsiyete Göre İntihar Düşüncesi Olanlarla Olmayanlar Arasında Uygulanan Ölçek Skorlarının Dağılımı

Tablo 14: Hasta Grubunda Cinsiyete Göre İntihar Düşüncesi Olanlarla Olmayanlar Arasında Uygulanan Ölçek Skorlarının Dağılımı

Tablo 15: Hasta Grubunda Cinsiyete Göre Ölçek Skorlarının Birbiriyle İlişkisi

Tablo 16: Kontrol Grubunda Cinsiyete Göre Ölçek Skorlarının Birbiriyle İlişkisi

Tablo 17: Hasta Grubunda İntihar Düşüncesine Göre Ölçek Skorlarının Birbiriyle İlişkisi

Tablo 18: Hasta Grubunda İntihar Girişimine Göre Ölçek Skorlarının Birbiriyle İlişkisi

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Depresif bozukluk tüm dünyada kişilerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, yeti yitimine neden olan en önemli hastalıkların başında gelmektedir.(1)Psikiyatride en çok görülen hastalık depresif bozukluktur.(2) Bu bozukluk üzüntü ile seyreden, kişide karamsarlık, isteksizlik gibi duygu ve düşüncelere yol açan, aynı zamanda da fizyolojik olarak yavaşlamaya neden olan bir sendromdur.(3) Uyku, iştah, enerji düzeyi, sosyal hayat ilişkileri gibi durumları da olumsuz etkiler.Tekrarlamalarla seyreden, kronikleşme riski yüksek olan bir sendromdur. (4)Tüm bu verilere bakıldığında, depresif bozukluk kişinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler. (5) Ayrıca bu hastalarda dikkat edilmesi gerek bir diğer konu da intihar düşüncesidir.(6) İntihar girişimi olan kişilerde eğer depresyon mevcutsa ölüm riski çok artmaktadır. (7) İntihar sonucu hayatını kaybedenlerin % 60'ı depresif bozukluğa bağlıdır. (8)Erken tedavi girişimleri artmasına rağmen intihar oranları hala yüksek seviyededir. (9) Bu sebeple intihar riskini araştıran birçok çalışma mevcuttur. (10) Her koşulda depresyonu olan bireyler intihar açısından dikkatli değerlendirilmelidir. Ağır deprese vakalarda intiharla yaşama son verme oranı %7-11 dir. Bu oldukça yüksek bir rakamdır ve durumun ciddiyetini ortaya koymaktadır. (11)Ayrıca major depresif bozuklukta sorun çözme becerileri gelişmemiş, obsesif kişilik özellikleri taşıyan, duygularını ifade etmekte zorlanan kişilik özellikleri de daha sık gözlenmektedir.Bazı kişilik özelliklerine sahip bireylerde depresyon daha sıklıkla gözlenir. Bu özellikler titizlik, aşırı sorumluluk alma,bağımlı kişilik özellikleri olarak sayılabilir.(12)

Bu çalışmanın amacı; depresif bozuklukta obsesif inancıların önemli olabileceği, bunun da aynı şekilde kişinin biyolojik ritmi ve intihar düşüncesiyle ilişkisi olabileceğidüşüncesidir. Anksiyete bozukluklarının bilişsel temelinde kişiye ait inançların önemi giderek artmaktadır.Anksiyete bozukluğunda ve OKB' de obsesif inancıları inceleyen birçok çalışma vardır. Ancak literatürde depresif bozuklukta obsesif inancılar ve bu bilişsel bozukluğun kliniğe yansımalarıyla ilgili çalışma bulunmamaktadır. Depresif bozukluğun görülme sıklığı ve intiharla sonuçlanma riski göze alındığında bu hastaların tedavisinde altta yatan bilişsel bozuklukların önemli olabileceği düşünülmüştür. Obsesif inancıların sadece anksiyete bozukluklarında değil, depresyonda da etkisi olduğunu göstererek literatüre katkıda bulunulmak istenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Majör Depresif Bozukluk

2.1.1. Tarihçe ve Tanım

Depresyon milattan önce 4. yy.dan beri sınıflandırılmaya çalışılmaktadır. İlk olarak Hipokrat depresyonu “siyah safra” şeklinde değerlendirmiştir. Sonrasında Fransız psikiyatrisler tarafından hastalığın döngülerle seyredebileceği düşünülmüş ve “ folie circulaire” terimi kullanılmıştır. Sonrasında 1980’ de DSM-III ile birlikte tetikleyici faktörlerle birlikte tanı konma safhasına gelinmiştir. Tetikleyicinin varlığının hastalığın ve tedavinin seyrine etkisi gösterilememiş bu sebeple tetikleyiciden bağımsız semptomlar kümesi ile tanı konulabilmiştir. (13) Depresyon ilk tanımlanan, tekrarlamalarla seyreden sendromlardan biridir. (14)Psikiyatrik bozukluklar içerisinde en fazla görüleni depresif bozukluktur. (2)Bozukluk olarak görülmeyen normal dönemlerdeki depresif duygu durumdan depresif bozukluk bedensel işlevlerde bozukluk, yeti yitimi, intihar düşünceleri ve girişimleri, gerçeklik ilkesinden ayrılma gibi belirtilerle ayrılır. Uyku bozukluğu, kilo değişimleri, enerji azalması, cinsel işlev bozuklukları, bilişsel işlevlerde yavaşlama, azalmış benlik saygısı depresyon için ana bulgulardır. (15)Depresyon; mutsuzluk, suçluluk, umutsuzluk gibi duyguları içinde barındıran duygusal bir durumdur. Depresyondaki bu duygusal yaşantılar dönem dönem herkezin hayatında gözlenmektedir. Birbozukluktan söz edebilmek için, bu duyguların yaygınlık ve devamlılık göstermesi gerekmektedir. Aynı zamanda kişide belirgin bir işlev kaybına yol açması gerekmektedir. (16) Tanı konulabilmesi için kişide duygudurumda çökkünleşme ve hayattan zevk alamama belirtilerinden en az birisinin olması gerekmektedir. Bu semptomlara ek olarak kişide uykusuzluk ya da aşırı uyuma, benlik algısında azalma, karamsarlık, ölüm düşünceleri, umutsuzluk, suçluluk, iştah ve kiloda değişimler,kararsızlık gibi belirtilerin bir kısmı görülmelidir.(17)Ailesinde depresif bozukluk öyküsü olan kişilerde depresif bozukluk görülme oranı 1,5 – 3 kat daha yüksektir. (18) Depresyonun hayat boyu görülme oranı %1,5 ile %19 arasındadır, tedavi edilmediği takdirde mortalite ve morbidite oranı yüksektir.(19) Ataklar genellikle uzun sürebilen prodromal dönemler sonrasında gözlenir. Bir major depresif bozukluk atak süresi iki hafta ile iki yıl arasında sürmektedir. Hastanede takip edilen hastaların ortalama atak süresi 5.4 aydır ve %25 olguda 11 aylık süreyi aşmaktadır. Hastaların yaklaşık 1/3 ünde tek atak gözlenir.(18)Major depresif bozukluk tek epizod yada tekrarlayan epizodlar şeklinde gidiş gösterebilir. Hastalarda tek epizod uzunda sürebilir, bu süre iki yılı bulabildiği gibi daha uzun sürelerde de gözlenebilir. Tek bir epizod

sonrasında tamamen iyilik hali gözlenebileceği gibi, üç hastadan birinde tekrarlamalar hayat boyu sürebilir. Birçok hastada da iyilik halinin olduğu dönemlerde kalıntı belirtiler gözlenebilir.(20)Depresyonu olan hastaların yaklaşık %20' sinin tedaviye cevap vermediği görülmektedir.(21)Depresif bozukluk duygulanımda çökkünlük, hayattan zevk alamama, motor retardasyon, ilgi ve istek kaybı , değersizlik, suçluluk düşünceleri , uyku miktarında azalma ya da artma, iştah değişiklikleri gibi biyolojik değişiklikler ve cinsel işlev bozuklukları ile ortaya çıkabilmektedir. Ülkemizde ve Dünya' da önemli bir halk sağlığı sorunudur.(22)Depresyon neden olduğu yeti yitimi açısından tedavi maliyetindeki yük oranıyla birlikte tüm tıbbi hastalıklar içerisinde 4. sırada yer almaktadır.(17) DSÖ' nün tahminlerine göre 2020 yılında depresif bozukluk kardiyovasküler hastalıklardan sonra işlev kaybına yol açan ikinci sırada yer alan hastalık olacaktır.(23)Yaygınlık oranının fazla olması, tanıda yaşanan güçlükler, intihar riski ve kronik seyir gösterme gibi sorunlar nedeniyle depresif bozukluğun yol açtığı sorunlar giderek artmaktadır. Dolayısıyla depresif bozuklukla ilgili araştırmaların önemi de giderek artmaktadır.(24) Depresif bozukluğun kronikleşme , tekrarlama, yeti yitimine yol açma oranı yüksektir. (25) Bu durumda depresif bozukluğun kronikleşme sıklığının artması ve yeti yitimine yol açmasına yol açan nedenlerin araştırılmasının daha da gerekli olduğu anlaşılmaktadır.(26)

2.1.2.Epidemiyoloji ve Risk Etkenleri

Depresyonun daha sık görüldüğü yaşlar 30-45' li yaşlardır. İlerleyen yaşla birlikte sıklığı azalmaktadır. Depresyonun başlangıç yaşı hastalığın seyri açısından önemlidir. Daha erken başlangıç gösteren hastalarda epizod sayısı daha çok artmakta, işlevsellikte kayıp daha fazla olmakta, intihar girişimi ve eşlik eden yakınmalarda artmaktadır.(17)Yineleyen unipolar depresyonun başlangıç yaşı ortalama 30-35' tir.(20)Kadın cinsiyette, aile öyküsü olanlarda, eğitim düzeyi düşük olanlarda, ek bedensel hastalık öyküsü ve komorbid psikiyatrik hastalığı olanlarda depresif bozukluk görülme oranı daha fazladır.(27) Depresif bozukluk görülme oranı toplumda %15'tir. Kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha sık görülmektedir.(28) Yapılan çalışmalarda ortak varılan nokta depresif bozukluk kadınlarda erkeklere göre daha fazla gözlenmektedir. Bu oran yaklaşık olarak kadın/erkek : 2/1 şeklindedir. (2) Kadınlar sosyal hayatta daha geri planda kalan konumları nedeniyle olumsuz yaşam olayları ile daha çok karşılaşmaktadırlar. İlişkilerdeki problemler ve eşit olarak dağılmayan sorumluluklar kadınların depresyondan daha fazla etkilenmelerine neden olmaktadır.(29)18-44 yaş arasındaki

erişkin olgular 1 yıllık izlenmiş ve depresyonun risk etmenleri araştırılmıştır, bu izlem neticesinde depresyon riskinin kadınlarda erkeklerden daha fazla olduğu gözlenmiştir.(30)Stresli hayat olaylarının oranı, depresyonda risk etmenlerinin araştırıldığı bir araştırmada %76 oranında bulunmuştur. Kadınlarda ve erkeklerde olumsuz yaşam koşullarının oranı yakın bulunmuştur. Kadınlarda daha çok evlilik ile ilişkiler neden olmaktadır, erkeklerde ise daha çok mesleki ve toplumsal sorunlar ön plana çıkmaktadır. (31) Kadınlarda tekrarlayan epizod sayısı daha az, tamamlanmamış intihar sayısı daha fazla, tetikleyici yaşam olayları daha fazla , anksiyete ve somatizasyon eşlik etme oranı daha yüksektir. Erkeklerde de alkol madde kullanımı daha fazladır. Kadınların tedaviye cevap verme oranı daha düşüktür.(17) Kadınlarda depresyonun yol açtığı yetiyitimi erkeklere göre daha fazladır.(32) Kadınlarda daha fazla görülen depresyon oranı yaş ilerledikçe azalmakta ve kadın erkek arasındaki fark oranı düşmektedir. Yaşam boyunca depresyon erkeklerde %5-12, kadınlarda %10-25 oranında görülmektedir.(33)18-44 yaş aralığında olmak, evli olmamak, düşük sosyoekonomik düzey diğer risk etmenleri arasında yer almaktadır.(30). Depresyonun ülkemizde yalnız yaşayan, boşanmış ve dullarda daha yüksek oranda, evlilerde ise daha düşük oranda olduğu gösterilmiştir.(34)Bekar olmanın daha çok erkekler için bir risk faktörü olduğu üzerinde durulmaktadır. Evliliğin erkekler üzerinde koruyucu olduğu birçok çalışmada vurgulanmıştır. Kadınlarda ise evlilik doyumu düşük olanlarda depresyon daha sık izlenmektedir. Eş kaybı, yalnız yaşamak da depresyon için bir risk faktörüdür. Kişinin birinci derece akrabalarında depresyon öyküsü varsa depresyon riski 2-4 kat artmaktadır. Bu kişilerde hastalık daha erken yaşta başlamakta ve tedaviye cevap daha olumsuz seyretmektedir. Major depresyonun genetiğinde birçok genin rol aldığı söylenmektedir.(17)Depresif bozukluğun seyrine göre risk etkenlerinin etkisinde değişmektedir. Örneğin; ağır depresif bozuklukta genetik yatkınlık daha fazla rol oynarken, daha hafif seyirli depresif bozuklukta diğer çevresel koşulların etkisi daha fazla rol oynamaktadır.(35) Fetal dönemde yaşanan sorunlar ve çocukluk çağı travmalarının depresyona yol açtığı ileri sürülmektedir. Özellikle 11 yaş öncesinde yaşanan ebeveyn kaybının depresyon için tetikleyici faktör olduğu söylenmektedir. Boşanma, ebeveynlerden ayrı yaşama, ebeveynlerin ilgisizlikleri, ebeveynde psikopatoloji bulunması da depresyon için risk etmenidir. Stres ve olumsuz yaşam olaylarının epizodların ortaya çıkışında etkili olduğu gösterilmiştir. Özellikle ilk epizodlarda stresli olayların etkinliği görülmekle birlikte sonrasında devreye giren nörodejenerasyonla birlikte kişilerde depresyon kendiliğinden de gelişebilmektedir.(17)Yapılan birçok çalışma gelir düzeyi açısından da birbiriyle örtüşmektedir. Düşük sosyoekonomik düzey artmış depresyon oranıyla ilişkilidir.

(36)Ülkemizde yapılan bir çalışmada depresyon düşük gelirli, okur yazar olmayan ev hanımlarında daha yüksek bulunmuştur.(34)Okuryazar olmayanlarda daha fazla depresyon görüldüğü sağlık bakanlığının yapmış olduğu bir çalışmada da gösterilmiştir.(37) Bir diğer risk etmeni de işsizliktir. İşsizlerde depresyon görülme sıklığı üç kat artmıştır. Aynı şekilde yoksullarda da depresyon oranı iki kat artmıştır.(17)Depresif bozukluğun görülme oranı kentsel bölgelerde kırsal bölgelere oranla daha fazla görülmektedir.(24) Tıbbi hastalıklar, santral sinir sistemi ile ilgili hasarlar, hormonal ve immun değişiklikler; günlük işlerde geri kalma, sosyal rollerde eksiklik ve benlik algısında azalmaya yol açarak depresyona yol açabilmektedirler. (26)

2.1.3.Klinik Bulgular:

Depresyon klinik görünüm olarak çok geniş belirtileri kapsayabilir.Depresyon tablosu klinik uygulamada çok geniş bir belirti yelpazesi sergiler. (38)Hastalarda izlenen klinik bulgular duygudurum , bilişsel , bedensel , diüurnal ve davranışsal belirtiler olarak sınıflandırılabilir. (17)

2.1.3.1.Duygudurum Belirtileri:

Hastaların %90'ından fazlasında çökkün duygudurum gözlenmektedir. (39)Bu depresif bozukluğun temel özelliğidir.Eğer bu şikayetler yoksa tanı yeniden gözden geçirilmelidir. Depresif duygudurum, hayattan zevk alamama, umutsuzluk, mutsuzluk, sıkıntı hissi, kötümser düşünceler ve bu belirtilerin sürekliliği ile normal duygudurumdan ayrılır. (17)Kişinin kendi ve çevresiyle ilgili olumsuz düşünceleri vardır. Hastaların dörtte üçünde suçluluk, değersizlik düşünceleri mevcuttur. (16)Hastalarda ilk dönemlerde duygulanımda azalma gözlenir, hastalık ilerledikçe kişi belirgin kendini kötü hissetme belirtir. Yaşadıklarının gerekli duygusuna giremezler. Yaşanan keyif verici olaylardan zevk alamazlar. Diğer kişilere tepki vermez, zamanla ben merkezci bir duruma düşerler. Bu durum hastaya çevresindeki insanların tepki göstermesine neden olur. Hastaların çoğu sabahları kendilerini daha kötü hissederler. Sabahları uyanmakta ve yataktan kalkmakta güçlük çekerler. Sabah saatlerinde daha karamsar ve kötü olduklarını belirtirler. Zaman ilerledikçe, günün ileri saatlerinde daha iyi olduklarını ifade ederler. Ancak atipik depresyonda bu durumun tam tersi gözlenir. Hastada artık işine ve çevresine karşı ilgi kaybı gözlenir, eskisikadar hiçbirşeyle ilgilenemez duruma gelirler. Hastalar çoğu zaman bu durumdan bahsetmezler. Bu durum depresyonun karakteristik

özelliklerindedir.Hastaların bir kısmına anksiyete de eşlik edebilir. (17)Kişide ağır bunaltının sonucunda ajitasyon gözlenebilir. Bu durum ellerini ovuşturma, yerinde duramama, tedirginlik şeklinde kendini gösterebilir.(40) Bu kişiler kendini gergin, tedirgin, gün boyunca huzursuz olarak ifade edebilirler. Aynı zamanda unutkanlık ve tahammülsüzlük şikayetleri de olabilir. Sinirlilik, çabuk öfkelenme gözlenebilir. Çarpıntı, ağız kuruluğu, göğüs ağrısı gibi bedensel belirtiler de gözlenebilir. Anksiyete belirtileri fazla olan hastaların tedaviye cevabı da daha az olmaktadır.(17)

2.1.3.2.Bilişsel Belirtiler:

Bilişsel bozulmalar daha çok endojen depresyonda gözlense de bir çok hastanın dikkat, bellek, yürütücü işlevlerde bozulma gibi şikayetleri bulunabilir. Tedavi süreciyle bu semptomlarda düzelme gözlene de bir kısmı rezidüel olarak kalabilir.Düşünce sürecinde, düşünce içeriğinde bozulmalar gözlenebilir. Kişide konuşmada motor yavaşlama, kendini ifade etmede güçlük yaşama, sorulara yanıt verememe gözlenebilir. Düşünce içeriğinde suçluluk, değersizlik düşünceleri baskındır. Kendini suçlama, içinde bulunduğu durumun sorumlusu kendi olduğu şeklinde suçluluk düşünceleri mevcuttur. Çeşitli nedenlerle kendilerini eleştirirler. Sürekli keşke ile başlayan düşünceleri olabilir. Geçmişteki anılarını yargılayabilirler.(17)Hastaların suçluluk duyguları zaman zaman hezeyan boyutuna ulaşabilir. Kişi kendisini değersiz, bir işe yaramayan, etrafındakilere yük olan biri şeklinde algılamaya başlar. Geleceğe dair umutsuzluk duyguları artar, iyileşemeyeceği gibi karamsar duygular yaşar. Kişide karar vermede güçlük, kararlarının doğruluğundan şüphe duyma görülür.(41) Özellikle ağır depresyonu olan kişilerde ortada böyle bir durum olmamasına rağmen maddi sorunlar olduğu, ailesinin zor durumda olduğu, iflas edecekleri, yokluk çekecekleri şeklinde düşünceler olabilir. Bu düşünceler neticesinde kişide intihar düşüncesi gelişebilir.Depresyonda gözlenen hezeyanların çoğunluğu duygudurumla uyumlu, kendini suçlama ya da paranoid şekildedir. Ancak psikotik özellikli depresyonda duygu durumla uyumsuz hezeyanlar, şizofreni benzeri semptomlar, katatoni, depresif stupor gibi bulguların gözlenebileceği unutulmamalıdır.Hastalarda geleceğe yönelik iyileşemeyeceklerine dair olumsuz düşünceler mevcuttur. Bu durum depresyona da yol açan bilişsel çarpıtmalardan kaynaklanmaktadır. İçinde yaşanılan gün ve ilerisi içinde olumsuz duygu ve düşünceler mevcuttur.Hastalarda kararsızlık, karamsarlık gözlenebilir. Bu nedenle depresyondaki hastalardan hayatları ile ilgili önemli kararlar almamaları, bir süre beklemeleri istenir.Hastaların yaklaşık dörtte birinde hipokondriak uğraşlar, görünümelerini beğenmeme, bel sırt gibi vücut ağrıları yaygın bir

şekilde gözlenir. Özellikle yaşlı hastalarda bedensel yakınmalar bazı durumlarda çok ön plana çıkar ve asıl depresif durumun gözden kaçmasına neden olabilir. (17) Hastaların %75'inde intihar düşüncesi mevcuttur. (42)İntihar girişimlerinin altında yatan en önemli neden suçluluk, değersizlik duygularıdır. Depresif bozukluğu olan hastalarda intihar riski 20-30 kat fazladır. Hastaların yaklaşık %15' i intihar nedeniyle ölmektedir ve ölümle sonuçlanan intihar girişimlerinin % 70' inin altında yatan neden depresyondur.(43) Depresyon intiharın en fazla görüldüğü hastalıktır. Hastalarda uyuyup uyanmama, kazaya kurban gitme gibi pasif ölüm düşünceleri bulunur. Bir kısmında intiharı düşündüklerini ancak dini inanışları nedeniyle cesaret edemediklerini söylerler. Özellikle melankolik özellik gösteren depresyonda intihar düşüncesi daha fazladır. Kadınlarda intihar girişimi daha fazlayken, erkeklerde tamamlanmış intihar daha fazla gözlenmektedir. Kendini öldürmeyecek derecede yaralama ya da ilaç alma gibi parasuisid davranışlar kadınlarda daha fazla gözlenir.Depresyon tanısı almış olan herkezde semptomlar ne olursa olsun intihar gözardı edilmemelidir. Depresyona eşlik eden fiziksel sorunlar, öncesinde intihar girişimi, ailede intihar öyküsü, madde kullanım öyküsü, umutsuzluk, anksiyete, amaçsızlık intihar için risk faktörleridir. (17)Kişi bir konu üzerinde düşüncelerini odaklayamaz. (38)Düşünce sürecinin yavaşlaması ile konsantrasyon gücünü gözlenebilir. Hastalar genellikle dikkat toplama, bir konu üzerine yoğunlaşmakta sorun yaşarlar.(17)Hastaların çoğunun unutkanlık şikayeti mevcuttur.(38)Bu unutkanlık demans süreci ile karışabilir. İki unutkanlık arasındaki ayrımında depresyondaki hastalar unutkanlık şikayetlerinden büyük ölçüde yakını ve bu durumdan rahatsız olurlar. Ancak demans sürecindeki hastalar unutkanlık yakınmalarının üzerinde fazla durmaz daha çok geçiştirmeye çalışırlar. (44)Bellek bozukluğu depresyonun şiddeti ile doğru orantılıdır ve melankolik özellikler gösteren ve psikotik özellikli depresyonda daha sık gözlenmektedir. (17) Depresyonda algıda bozulma genelde gözlenmez.(42)Ancak ağır seyirli, psikotik özellikler gösteren depresif hastalarda işitsel ve nadiren görsel varsanılar görülebilir.(38)Bu algı bozukluklarının içeriği hastanın daha çok duygudurumu ile uyumludur.

2.1.3.3.Bedensel Belirtiler:

Hastalarda motor aktivitelerde yavaşlama gözlenir. Bu durum hastanın muayenesinde gözlenir bir bulgudur. (39) Çabuk yorulma, bitkinlik, halsizlik hastalarda gözlenen belirtilerdendir. Hasta günlük işlerini yapmakta güçlük çeker.(17) Diş fırçalamak, banyo yapmak gibi günlük işlerini dahi yapamaz. Bu işleri yapmak kişiye güç gelir, bu işleri yaparken dahi yorulur.(38)Bu belirtiler kadınlarda daha sık gözlenmektedir. Birçok hasta

tedavi süreci ile iyileşme göstermektedir ancak bir kısmında kalıntı belirtiler şeklinde şikayetler kalmaktadır. Depresyonda % 85 oranında iştahsızlık ve kilo kaybı gözlenir ancak atipik depresyonda iştah artışı ve kilo alımı gözlenir. Hastalarda yeme isteği azalır.(17) Depresif kişilerde iştahsızlık, kilo kaybı sık görülür. Yenilen yemeklerden alınan lezzet azalmıştır. Yemek yemenin vermiş olduğu keyif azalmıştır. Bu bireylerde gastrointestinal sistemdeki yavaşlama nedeniyle kabızlık sık görülür.(16) Bazı hastalarda iştahsızlık ve kilo kaybı çok ileri boyutlara ulaşabilir. Bu kişilerde oluşabilecek elektrolit ve sıvı dengesizliklerinin tedavisi ve takibi için klinik koşullar gerekebilir. Bazı hastalarda da bu durumun aksine kilo artışı gözlenebilir.(40) Cinsel ilgi ve istek azalması da diğer görülen belirtiler arasında yer almaktadır.(17) Cinsel ilgi ve istek kaybı sık görülen belirtilerdir. Şikayetlerin ilk döneminden başlangıç gösterir ve en son düzelen bulgulardan biridir.(16) Erkek hastalarda cinsel ilgi ve istek azalmasına ek olarak ereksiyon ve ejakulasyon güçlüğü görülebilir, kadınlarda benzer yakınmalara ek olarak adet düzensizlikleri gözlenebilir. Ancak kadınlar sosyal baskılardan dolayı şikayetlerini çok dile getirmeyebilirler. Ayrıca tedavi amaçlı verilen SSRI'ların da yan etki olarak cinsel isteksizlik yapabileceği unutulmamalıdır.(16)

2.1.3.4. Davranış Belirtileri:

Hastalarda daha çok hareketlerde yavaşlama gözlenir. Bu durum melankolik özellikli depresyon ve bipolar depresyonda daha sık gözlenmektedir. Kişi topluma girmekten yavaş yavaş çekilir, düşüncelerini vekendini ifade etmekte zorlanır. Yürümesi, hareketleri ve davranışları yavaşlar. Belirli bir işi yerine getirmek için daha çok çaba harcar. Hasta kaşları çatık, kamburu çıkmış bir postüre sahiptir. Çoğu zaman sorulan sorulara yanıt vermez. Bu durum hastanın duymamasından değil daha çok düşünce sürecindeki yavaşlamadan kaynaklanan bir durumdur. Daha az bir kısım hastada motor hareketlilik, yerinde duramama, huzursuzluk hali gözlenir. Bu anksiyetenin eşlik ettiği durum kadınlarda ve yaşlılarda daha sık gözlenir. Hasta yerinde durmakta güçlük çeker, sürekli hareket halindedir. Negativist bir tutum sergiler.(17)

2.1.4. Tanı Ölçütleri:

DSM 5'e Göre Majör Depresyon Bozukluğu Tanı Ölçütleri:

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk almamadır.

Not: Açıkça başka bir sağlık durumuna bağlı belirtileri kapsamayın.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse hergün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn;üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (ör;ağlamaklı görünür). (**Not:** Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygu durum olabilir.)

2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse hergün, günün büyük bir bölümünde bulunur. (öznel anlatıma göre ya da gözlemlerle belirlenir.)

3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örn;bir ay içinde ağırlığının % 5 inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse hergün , yeme isteğinde azalma ya da artma.(**Not:** Çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır.)

4. Neredeyse her gün uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.

5. Neredeyse her gün psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca öznel, dinginlik sağlayamamaya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil.)

6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü)

7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı uygunsuz suçlulukduyguları (sanrisal olabilir)(yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil)

8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir.)

9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil) , özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C.Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz

Not:A-C tanı ölçütleri bir yeğin depresyon dönemini oluşturur.

Not: Önemli bir yitim (kayıp) (örn;yas, batkılık [parasal çöküntü] , doğal bir yıkım sonucu yitirilenler, önemli bir hastalık ya da yetiyitimi) karşısında gösterilen tepkiler arasında, A tanı ölçütünde belirtilen, yoğun bir üzüntü duygusu yaşama, yitimle ilgili düşünüp durma, uykusuzluk çekme, yeme isteğinde azalma ve kilo verme gibi belirtiler olabilir ve bunlar da bir depresyon dönemini andırabilir. Bu gibi belirtiler anlaşılabilir ya da yaşanan yitime göre uygun bulunabilirse de, önemli bir yitime olağan tepkinin yanı sıra bir yeğin depresyon döneminin de olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu karar, kişiden alınan öykünün ve yitim bağlamında yaşanan acının kültürel ölçülere göre dışı vurumunun değerlendirilmesini gerektirir.

D.Yeğin depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir.

Not: Mani benzeri ya da hipomani benzeri dönemler maddenin yol açtığı dönemlerse ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanabiliyorsa bu dışlama uygulanmaz.(45)

2.1.5. Etyoloji

2.1.5.1 Psikososyal Etkenler

a) **Psikanalitik kuram:** Freud depresyonu tamamlanmamış bir yas şeklinde yorumlamaktadır. Sevgi nesnesi tarafından reddedilme, hayal kırıklığı yaşama gibi duygular kişide bilinç dışında kaybetmiş olma duygusu yaşatır. Bilinç dışında süren bu süreç bir çözüme ulaştırılamaz. Kişi egosunun tüm narsistik ihtiyaçlarını bu nesneye bağlamıştır. Yaşamı bu nesneye bağlıdır. Bu durum bebeklikte var olmak için anneye bağlanmanın patolojik devamı niteliğindedir. Buradaki sevgi daha çok ambivalan bir süreçtir. Aynı zamanda nesneye karşı kaybetme korkusu, nefret gibi ikili duygularda beslenilir. Bu duygular sürekli bastırılma

halindedir. İşte böyle bir durumda nesne kaybedilirse mevcut bastırılan nefret gibi duygular benliğe yöneltilir.(17)Bebeklik ve çocukluk çağında ilişkilerde yaşanan hayalkırıklıkları ileriki hayatta sevgi ilişkilerinde ikililiğe, güvensizliğe yol açarak depresyona neden olabilir. İleriki hayatta yaşanan kayıplar ve kaybedilen nesnenin içselleştirilmesiyle kişi öfkesini içe yöneltilir.(46)Depresyonda içe atılan nesnenin devamlılığını sağlamak için dışarıdaki güçlü nesneyle birleştirme çabası olur. Bu ambivalan durum içe atılan nesneye öfkeyi içe yöneltme şeklinde görülür ve sonrasında kişinin kendini cezalandırma süreci başlar. Depresyon kişinin benlik algısında azalmaz.(47)Bilinç dışı yaşanan bu süreç kliniğe benlik algısında azalma olarak yansır. Benlik saygısında azalma, değersizlik, cezalandırılma, intihar gibi düşünceler oluşur. Kişide içgüdüsel olarak hayatta kalma çabası kaybolmuştur. Bu durumda da yemek yememe gibi bedensel belirtilerde ortaya çıkar. Kişi kendisini suçlar ve öfke yansıtır. Oysa ki bu durum kişinin kaybedilen nesneye karşı var olan öfkesidir. Kişi bu öfkesi tükendiğinde ya da kaybedilen nesnenin değersizliği anlaşıldığında iyilik hali göstermeye başlar.(17)

b) Bilişsel Görüş: Bilişsel görüşe göre depresyon özünde bilişsel bir bozukluktur. Kişinin yaşamının ilk dönemlerinden itibaren çevreye, dış koşullara ve kendine yönelik olumsuz yargıları vardır. Karşılaştığı her olayda ilk olarak bu olumsuz yargılarını hatırlar ve düşünür. (48) İnsanların olaylar karşısında tutum ve davranışları çocukluktan itibaren şekillenmeye başlar. Olaylar karşısında yeni tutumlar geliştirmezler. Kalıplaşmış şemaları vardır, hep aynı davranışları ve tepkileri sergilerler. Kişinin olaylara bakış açısı, tepkisi, yorumlamaları hep bu şemalar çerçevesinde gelişir. Bazı durumlarda bu şemalar kalıplaşmış durumla uyum sağlamıyor ve gerçeklikten uzak kalıyorsa kişide değersizlik, başarısızlık gibi olumsuz düşüncelerin gelişmesine yol açar. Dış dünyaya uyum sürecini bozar.(17)Depresyonda üç temel biliş yer alır. İlk olarak kişi kendisini çevresine göre aşağıda, değersiz, başarısız görür çevresindekileri tehdit, kendisini aşağılayan, zararlarla dolu şekilde yorumlaya başlar. İkinci olarak kişikendisini başarısız, eksik hissetmeye başlar ve yaşadığı olumsuz her olayda bu durumun kendi eksik yanlarından kaynaklandığını düşünmeye başlar. Üçüncü olarak kişi bu olumsuz durum ve duyguların hep var olacağını ve süreceğini düşünmeye başlar. Geleceğini hep olumsuz, travmatik ve sıkıntılı değerlendirmeye başlar.(49)Sonuç olarak kişide olumsuz otomatik düşünceler gelişir.” Ben değersizim “ ,“Ben yetersizim”, “Kimse benden hoşlanmıyor”, “Çabalamak gereksiz” gibi otomatik düşünceler gelişir. Bu otomatik düşünceler de kişiyi kısır bir döngüye sokarak olaylarda olumsuz ve yanlış yorumlamaya ve depresif sürecin başlamasına yol açar.(17)

c) Davranışçı Görüş: Davranışçı görüşte ileri sürülen görüş öğrenilmiş çaresizliktir.

Kişi yaşamın ilk yıllarından itibaren yaşadığı olumsuzluklar karşısında kurtulamamayı, çözümsüzlüğü öğrenir.(50)Bu model Seligman tarafından ortaya atılmıştır. Seligman'ın modeline göre; kafese kapatılan bir hayvana şok verilerek kaçış çabaları sonuçsuz bırakılırsa, hayvan bir süre sonra çabaların sonuçsuz olduğunu öğrenecektir. Sonraki kontrol edebileceği,kaçabileceği verilen şoklarda ise kaçma çabası göstermeyecektir. İşte bu modelden yola çıkılarak depresyon oluşumuna da benzer bir durumun neden olabileceği düşünülmektedir. Kişinin yaşamında başarmak istediği süreçler hep engellenmiş ve istediği başarıyı elde edememişse, kişide çaresizlik ve başarısızlık öğrenilecek ve ilerisi için çaba gösterilmeyecektir.(17)Olası bir çevresel olay sonrasında sağlıklı sosyal sürecin bitmesi olumsuz duyguduruma yol açmaktadır. Bu kişilerde zamanla azalmış sosyal ilişkiler ve olumsuz sosyal pekiştireçler doğrultusunda depresyonun gelişmesi kolaylaşabilir. Sosyal hayatta kişiler arası ilişkilerde de olumlu pekiştireçler kişi tarafından olumsuz algılanabilir. Örneğin; kişiye sosyal ortamda yapılmış bir uyarı ya da eleştiri kişinin sosyal hayattan izolasyonuna, pasif kalmasına yol açabilir.(51)Günümüzde bu model büyük kısmıyla geçerliliğini yitirmiştir. Çünkü depresyonda sadece dış durumların niteliği ya da niceliği önemli değildir. Kişinin bu durumlara yüklediği anlamlar ve hayatına nasıl yaydığı da önemlidir.(17)Depresyonun gelişiminde genetik, çevresel ve psikolojik etmenlerden söz edilsede tüm bu durumları tek tek ayırmak doğru olmaz. Depresyon tüm bu bileşimlerin birlikteliğinden meydana gelen, çeşitli klinik tabloların eşlik ettiği bir sendrom olarak değerlendirilmelidir.(17)

2.1.5.2.Nörotransmitterler ve Depresyon:

Serotonerjik, dopaminerjik ve noradrenerjik nöronlar beyinde geniş bir projeksiyon alanına sahiptir. Özellikle orta beyin ve beyin sapına yerleşmişlerdir. Bu nedenle duygudurum, iştah gibi birçok alanda önemli görevleri olduğu düşünülmektedir. Antidepresanlar monoamin geri alım mekanizması üzerinden etkinlik sağlamaktadırlar. Monoamin oksidaz enziminin inhibisyonu benzer etkinlik göstermektedir. Bu bulgular ışığında monoaminlerin depresyon üzerinde etkinliği ve depresyonda monoamin kuramının doğruluğu desteklenmiştir.(52)Beyindeki en geniş nörotransmitter sistemi serotonerjik sistemdir. Limbik bölgede ve talamusta çok geniş inervasyon alanı bulunmaktadır.5-HT1A, 5-HT1B, 5-HT1D, 5-HT1E, 5-HT1F, 5-HT2A, 5-HT2B, 5-HT2C, 5-HT3, 5-HT4, 5-HT5A, 5-HT5B, 5-HT6, 5-HT7 serotonin reseptörleridir.(53)Bu reseptörlerden 5-HT1A, 5-HT2, 5-HT4, 5-HT6 ve 5-HT7 depresyonda daha fazla rol almaktadır. 5HT1Ahem otoreseptör hem de post sinaptik

reseptördür. Anksiyete yollarında etkindir. 5-HT1B reseptörleri daha çok dürtüsel davranışlar ve madde kullanımında etkilidir. 5-HT1D terminal otoreseptördür ve serotonin salınımını denetler. 5-HT2C dopamin üzerinden etkinlik gösterir. Serotonin salınımı presinaptik etkileşimle azalırken, postsinaptik etkileşimle artar. 5HT2A postsinaptik reseptördür. Bu reseptörlerin uyarılmasıyla cinsel işlev bozukluğu ve akatizi gözlenir. 5HT3 reseptörleri ise bağırsaklarda ve beyinde GİS yakınmaları ile ilişkilidir.(54) Son dönemlerde yapılan çalışmalarda depresyon oluşumunun altında yatan mekanizmada kişiden kişiye değişen durumlardan söz edilsede daha çok serotonin mekanizması üzerinde durulmaktadır.(55) Depresyonda adı geçen en önemli nörotransmitter serotoninidir. Özellikle limbik sistemdeki azlığından söz edilir. Depresyonda serotonin metabolizması ile yollarda işlev yetersizliğinden söz edilir. SSRI' lara tedavi yanıtında bu görüşü desteklemektedir. Depresyonda serotonin işlev bozukluğu söz konusudur. Bunun yanı sıra serotoninin uyku, bellek, diüurnal ritm gibi düzenler üzerine olan etkisi ile de diğer belirtiler gözlenebilmektedir. Depresyonda 5HT2C ve 5HT2A reseptörlerinde upregulasyonu 5HT1 reseptörlerinde inhibisyona yol açarak bu durumu oluşturmaktadır. Antidepresanlar 5HT2A ve 2C reseptörlerinde down regülasyona yol açarak postsinaptik inhibitör 5HT1A aktivitesini artırarak iyilik hali sağlarlar. Ayrıca serotonin GABA ve dopamin yolları üzerine de etkindir. 5HT 4,6,7 reseptörlerinde cAMP aracılığıyla protein kinazları etkilediği düşünülmektedir. Tüm bu reseptör aracılı etkiler göz önüne alındığında depresyonda serotoninin mekanizmasının tek bir yolla açıklanamayacağı görülür.(17) Noradrenalin g proteinleri üzerinden etkilidir. α 1-adrenerjik, α 2-adrenerjik ve β -adrenerjik reseptörleridir.(54) α 1 uyanıklık durumu, α 2 sedasyon ve dikkat üzerinde etkilidir. β -adrenerjik ise aktivatör nitelikteki reseptörlerdir. Santral sinir sisteminde etkinliği azalması depresyona yol açar. (56) Noradrenerjik düzenekte bozulma, dikkat ve prefrontal korteks işlevlerinde bozulmayla ilişkilidir.(54) Depresyon hastalarında saptanan noradrenalin metabolizma düşüklüğü depresyonda noradrenalin yollarının etkinliğini düşündürmektedir.(57) Ayrıca yapılan çalışmalarda postmortem hastaların BOS incelemesinde ve plazmalarında noradrenalin metaboliti metoksihidroksifenilglükol (MHPG) artmış bulunmuştur.(54) Beyinde dopamin yolları yaygın bir şekilde bulunmaktadır. Dört farklı dopamin yolağı mevcuttur. Tubero-infundibular, mezo-kortikal, mezo-limbik ve nigro-striatal yolak. Tubero-infundibuler yolak, hipotalamus ve hipofiz aracılığı ile prolaktin salınımını baskılar. Nigro-striatal yolak istem dışı motor hareketlerle ilişkilidir. Mezo-limbik ise duygulanım, öğrenme, haz duyma yetisi ile ilişkilidir.(58) Dopaminin D1-benzeri (D1 ve D5) ve D2-benzeri (D2, D3, D4) olmak üzere iki

reseptör grubu mevcuttur. Etkinliğini adenilat siklaz üzerinden gösterir. Dopamin etkinliğini artıran ajanların depresyonda iyileşme sağlaması, motivasyon ve haz yanıtlarında dopamin sisteminin rol oynadığı düşüncesini güçlendirmiştir.(59)

2.1.5.3. Nöroendokrin ve Depresyon:

Toplumsal olaylarla depresyonun ilişkisi olsa da ergenlikteki genç kızlarda hipotalamus-hipofiz-adrenal (HHA) eksenin depresyonla ilişkili olduğu açıklanmıştır.(60)Ergenlikte kız ve erkekler arasında depresyonda bir fark yoktur. Yaşlılık sonrası dönemde de bu fark kalkmaktadır. Bu durumda bize depresyonda hormonlarında rol oynadığını düşündürmektedir.(61)Özellikle kadınlarda adet döngüsüyle ilişkili depresif semptomların oluşu depresyonu östrojenle ilişkilendirmektedir. Ayrıca hipogonadal erkeklerde gözlenen depresyona yatkınlığında testesteronun depresyona olumlu katkısı olduğunu düşündürmektedir. Antidepresan tedaviye eklenen testosteronun hastalarda olumlu yanıt yarattığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Ancak ilişki tam olarak net ortaya konmamıştır. Bu durumda ortaya iki hipotez atılmıştır. Birincisi östrojenin, diğeri ise gonadal steroid ve siklik değişimlerinin nörotransmitter sistemlerinde duyarlılığa yol açtığı şeklindedir.(17) Österojen düzeyindeki değişiklikler depresyona yatkınlığa yol açmakta bu hormonal düzensizlikler olumsuz yaşam olayları ile birleştikçe depresyona yatkınlık artmaktadır.(62) Stresli yaşam olaylarının depresyonun başlangıcında tetikleyici faktör olarak bulunduğu gösterilmiştir.(63)Strese verilen yanıt vücut birliğini korumaya yönelik koruyucu bir faktör olsada depresyon için tetikleyici faktör olabilir.(64)Bir diğeri depresyonla ilişkilendirilen hormon tiroid hormonudur. Tiroid hormonlarıyla depresyonun ilişkisi 18. yy.'dan beri vardır. Tiroid hormon bozukluklarında bilişsel ve davranışsal değişimler gözlenmektedir. Hipotiroidisi olan hastaların % 50'si, hipertroidisi olan hastaların ise %28'inde depresif belirtiler gözlenmektedir. Ayrıca depresyon hastalarının %15' inde antitroid antikoru gösterilmiştir. BOS seviyelerinde artmış TRH mevcuttur.(17)

2.1.5.4. Genetik ve Depresyon:

Depresyonun etyolojisinde yer alan bir diğeri faktör genetikdir.Yapılan metaanaliz ikiz çalışmalarında depresyonda genetik geçişin olduğu ve bu durumun bipolar depresyonda daha belirgin olduğu bulunmuştur.(65)

Yapılan biyolojik aile ve evlatlık çalışmalarında biyolojik anne babasında depresyon görülenlerde depresyon oranı artmış bulunmaktadır.(66)

Şimdiye kadar yapılan çalışmalarda hastalıktan sorumlu tek bir gen bulunamamıştır. Daha çok küçük ve orta düzeydeki çeşitli genler bulunmuştur. Depresyonun morbid riski monozigot ikizlerde %40, dizigotlarda %11 oranında bulunmuştur. Normalde depresyon prevalansı %2-19 iken birinci derece akrabalarında depresyon bulunanlarda bu oranın %5-25 olduğu bulunmuştur. Ailede depresyon öyküsü olması, aynı zamanda erken başlangıç ve yineleyen epizodlar riski artırmaktadır. Ailesel geçiş bipolar depresyonda unipolar depresyona göre daha fazladır. Ancak bugüne kadar hiçbir genin tek başına etkinliği çalışmaları doğrulanamamıştır. Örneğin depresyon ve intiharla ilişkili olduğu düşünülen 17. kromozomdaki serotonin transporter geni, 3 çalışmada etkili bulunmuşken diğer çalışmalarda desteklenmemiştir. Major depresyonla bağlantılı olduğu bulunan lokuslar 1p, 3p, 4q, 7p, 12q, 8p, 15q, 13q, 18q ve 21q dur. Genetikte ayrıca nörotransmitterlerin genlerinde de problem olabileceği düşünülmüş, en çok serotonin taşıyıcı gen üzerindeki polimorfizm bulunmuştur.(17)Ençokçalışılan genetik polimorfizm SERT geninde gözlenen kısa (s), uzun (l) alel polimorfizmidir ve kısa alel taşıyan bireylerde depresyonun daha fazla görüldüğü çalışmalarda gösterilmiştir.(67)Bu kişilerin günlük yaşam olaylarına daha zor adapte oldukları, depresyona daha yatkın oldukları gösterilmiştir.Yine aynı şekilde bu kişiler taşıyıcı sistemlerdeki problem nedeniyle antidepresan tedaviye daha az yanıt verirler.(17)Dopaminle ilgili gösterilmiş en belirgin polimorfizmDRD4veDATgeninde gözlenen VNTR(variable number of tandem repeat)dir.(68) Diğer depresyonla ilişkili dopamin geni Dopamin Reseptör Geni D1 dir.(17)Yapılan çalışmalarda ,BDNFgeninde gözlenen Val66Met polimorfizmi ile hem bipolar depresyon hem demajor depresyon ilişkili bulunmuştur.(67)Depresyonda daha çok genetik ve çevre etkileşimi modeli düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda biyolojik anne babası depresyonda olan kişilerin depresyona daha yatkın oldukları gibi evlatlık çalışmalarında biyolojik anne babasında depresyon olmayan kişilerde de depresyon görülmesi çevresel etkilere de dikkat çekmektedir. Günümüzde en çok kabul gören teori gen-çevre etkileşimidir.(17)

2.2.İntihar

2.2.1.Tanımı ve tarihçesi

İntihar yani ‘suicide’ kelimesi Latince kökenlidir.‘Sui’ kendini, ‘cidium’ öldürmek manasına gelmektedir. (17) İntihar kelimesi ise Arapça göğüs vurma, göğüse vurma, boğazı kesme anlamına gelen ‘nahr’ kelimesinden türetilmiştir.(69)İntihar sözcüğü XVIII. yy.’dan sonra kullanılmaya başlamıştır. TDK intihar kelimesi yerine ‘özkıyım’ ya da ‘özekıyım’ kelimelerini önermektedir.(70)Farklı perspektiflere göre farklılık gösterse de intihar özünde bir ölüm şeklidir. Maksudatlı ve kendine yöneltmiş bir eylemdir. Doğrudan doğruya ya dapasif yollarla olabilir.(17)İntihar insanlık başlangıcından beri var olan, sosyal, kültürel, toplumsal, bireysel ve ekonomik açıdan çok yönlü bir konudur. Böylesine geniş kapsamlı bir olguyu tek bir cümleyle anlatmak kolay değildir ancak sözlük anlamında kişinin kendi yaşamını kasten ve gönüllü olarak sonlandırması şeklindedir.(71)İntiharla ilgili istatistiksel veriler 1950 yılından itibaren daha güvenilir kaydedilmektedir. Şu anda ABD’ de intihar, ölüm nedenleri sıralamasında 18. sırada, ergenlerde ise 3. sırada yer almaktadır.(72)Dünya Sağlık Örgütü intihar davranışının her yıl yaklaşık bir milyon kişinin ölümüne neden olan, üzerinde durulması gereken bir toplum sorunu olduğunu belirtmiştir.(73) Dünya Sağlık Örgütü (WHO, DSÖ) 2020 yılında 1,5 milyon insanın intihar nedeniyle yaşamını kaybedeceğini ve şu anda mevcut olan intihar girişimlerinin yaklaşık yirmi kat artacağını bildirmiştir. Bu da her 20 saniyede bir insanın intihar nedeniyle hayatını kaybedeceği ve her 1-2 saniyede yeni bir intihar girişiminin olacağı anlamına gelmektedir. (74)İntihar çok geniş bir kavramdır ve girişimden ölümle sonuçlanan geniş bir yelpazeye sahiptir.(70) İntihar düşüncesi intihar girişimi için bir öngörüdür, öncül bir durumdur, çoğu zaman bir risk faktörü olarak da ele alınmalıdır.(75)Dünya Sağlık Örgütü intiharı iki şekilde tanımlamaktadır; ‘Tamamlanmış intihar’ ve ‘İntihar girişimi’ şeklinde. Tamamlanmış intihar; kişinin herhangi bir yöntemle hayatına son vermesidir. İntihar girişimi ise; ölümle sonuçlanmayan intihara yönelik tüm eylemlerin bütünüdür. İntihar davranışının farklılıkları, nedenlerindeki ve oluşumundaki karmaşıklık ve birçok etmenin bulunması, intiharın tanımlanmasını zorlaştırır.(76)Çok farklı tanımlamalar vardır ancak hepsinin özünde yatan kişinin kendine yönelttiği şiddet eylemi mevcuttur.(77)Durkheim 1987 yılında intiharı tamamen toplumsal bir durum olarak vurgulamıştır. Ölümüne yol açacağını bilerek kurban tarafından yapılan girişimlerin dolaylı ya da dolaysız yol açtığı ölümler olduğunu söylemiştir.(78)Bu bakış açısından yola çıkarak Odağ ise, kişinin girişiminin ölümüne yol açacağını anlaşıp anlaşılamamasının toplumsal olarak

değişebileceğini vurgulamıştır.(76)İntihar tümüyle çıkmazda olan benliğin bir çıkış yolu olarak gördüğü eylemdir. Hastalık olarak ele alınmaz, daha çok bir sendromdur. Umutsuzluk, çaresizlik, ambivalan duygular, öfke gibi bir çok duygu bu sendromun altında yatabilir.(77)Sadece intihar düşüncesinin mevcut olması intihar girişimlerinden daha sık gözlenmektedir. Birçok insan pasif ölüm düşüncelerine sahiptir ancak farklı sebeplerden dolayı girişimde bulunmazlar. (78)Ancak intihar girişimlerinin hepsi tek tek önemle ele alınmalıdır. Çünkü ilerideki intihar riskinin en önemli öngörücülerindendir.(79) Bir intihar girişiminde bulunan kişinin ikinci ve tekrarlayan girişimlerde bulunma riski fazladır. Söz konusu bu girişimlerin ölümle sonuçlanma riski de artmıştır.(80)Bu sebeple intihar girişimlerine en kısa zamanda ve doğru bir yöntemle müdahale edilmelidir.(81)Kişide intihar düşüncesi süreklilik gösterebilir. İntihar girişimleri olmasada pasif ölüm düşünceleri devam edebilir.(82)Birçok çalışmada gösterilmişki tamamlanmış intiharların yaklaşık % 80' inin öncesinde intihar düşüncesi ya da pasif ölüm düşünceleri bulunmaktadır. Bu sebeple klinik görüşmelerde pasif ölüm düşünceleri, intihar düşünceleri ve öngörücü risk faktörleri dikkatle değerlendirilmelidir.(83)Ayrıca şiddet eğilimi ve dürtüsel davranışlar gibi davranış sorunları da intihara yatkınlık yaratan davranışlardandır ve değerlendirilmelidir. (84)İntiharın başta gelen nedeni duygudurum bozukluklarıdır. Bunu şizofreni, madde bağımlılığı, kişilik bozuklukları izlemektedir. Ancak en sık duygudurum bozuklukları üzerinde durulmaktadır.(85) Psikiyatrik komorbidite arttığında riskte artmaktadır. Tüm psikiyatrik hastalıklarda intihar girişimleri ve intihar düşüncesi sorgulanmalıdır. Özellikle duygudurum bozukluklarında daha ayrıntılı değerlendirilmelidir ve gerektiğinde müdahale edilmelidir. Ayrıca toplumsal olayların ve toplum yapısındaki değişikliklerin intihar olgularını etkilediği görülmektedir. Toplumdaki değişiklikler, hatta aynı toplumun farklı küçük kesitlerinde bile intihar davranışının değişiklik gösterdiği düşünüldüğünde toplumsal durumların intiharı etkilediği görülür.(76)Ayrıca olumsuz aile ilişkileri, ekonomik sorunlar, göç gibi olaylarda intihar üzerinde etkindir.(86)İntihar davranışının birçok çalışmada genetik yönü de gösterilmiş olup, değerlendirilmesi gereken bir diğer konudur.(87)

2.2.2.Epidemiyoloji

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2009 verilerine göre her yıl dünyada bir milyon insan intihar etmektedir.(17) Dünya'da hergün yaklaşık bin kişinin intihar ettiği bilinmektedir. DSÖ' nün verilerine göre de intihar ilk on ölüm nedeninden biridir.(88)Ayrıca dünyada her yıl 800.000 kişi intihar nedeniyle hayatını kaybetmektedir ve bu sayının 200.000 kişisini genç ergenler

oluşturmaktadır. (89) DSÖ' nün verilerine göre son 50 yıllık süre içerisinde intihar oranları % 60 artmıştır ve ölüm nedenlerinde 3. sıraya yükselmiştir.(90)Tüm bu veriler dikkate alındığında hergün yaklaşık 100.000 kişinin intihar girişiminde bulunduğu tahmin edilmektedir.(91)TUİK verilerine göre ülkemizde intihar hızı 2012 yılında yüzbinde 4.29 dur.(17)Ayrıca kadınlarda 15-24, erkeklerde 15-34 intiharın en sık görüldüğü yaş aralığıdır.(92)Dünya Sağlık Örgütü'ne göre Avrupa ve Kuzey Amerika'da intihar nedenleri arasında en sık mental hastalıklar bulunmaktayken, Asya' daimpulsivite ilk sırayı almaktadır.Yapılan bir çalışmada ömür boyu intihar düşünce prevalansı %7.8, girişim prevalansı %1.3 bulunmuştur. Bir psikiyatrik rahatsızlığa sahip olmak risk faktörüdür. Sırasıyla en fazla intihara eşlik eden komorbid durum major depresyon, distimi, post travmatik stres bozukluğu ve alkol bağımlılığıdır.(17)Bir yıllık intihar oranları ülkeler arasında farklılıklar göstermektedir.(89)Verilen bilgiler ışığında tüm dünyada en fazla intihar yüz binde 95.3 ile Litvanya'da olduğu, bu sıralamayı Rusya'nın takip ettiği bilinmektedir. (93) Çin'de yapılan bir çalışmada ömür boyu intihar düşüncesi prevalansı %3.1, intihar girişim prevalansı %1, intihar planı prevalansı %0.9 olarak bildirilmiştir. Düşünceden plana geçen ortalama süre onbir yıldır.(17)ABD 'de yapılan geniş ölçekli bir çalışmada 18-22 yaş aralığında intihar en sık 2. ölüm nedeni olarak bulunmuştur. Bu yaş aralığındaki gençlerin %1.3' ü intihar girişiminde bulunmuş, %6.4' ü ise ciddi ölüm düşüncesine en az bir kere sahip olmuştur.(94) Türkiye'de ise tamamlanmış intihar ve girişimlerin diğer Avrupa ülkeleri ve Amerika'ya göre daha az görüldüğü bildirilmiştir. Ülke içerisinde de bölgesel farklılıklar mevcuttur.(95)Türkiye'de batıya yöneldikçe intihar oranı artmaktadır ancak bunun istisnasını son dönemlerde Şanlıurfa ve Batman oluşturmaktadır. (96) Türkiye'de intihar girişimleri ve tamamlanmış intiharın görüldüğü en sık yaş aralığı 15-24 ve 25-34 yaş grubudur. İntihar oranları yaşla doğru orantılı olarak artmaktadır. Çocuklukta hemen hemen görülmeyen intihar ergenlikten sonra artış göstermeye başlamaktadır.(90) Erkeklerde 45, kadınlarda 55 yaşından sonra tamamlanmış intihar oranları artmaktadır. Yaşlı popülasyonun tüm popülasyonun %10' unu oluşturmasına rağmen yaşlılar intihar eden popülasyonun %25' ini oluşturmaktadır. Yaşlılıkta intihar oranı 3 kat artmaktadır.Tüm dünyada intihar oranları incelendiğinde erkeklerde intihar daha fazla gözlenmektedir. Bu oran erkek:kadın 3:1 şeklindedir. Ancak intihar girişimlerini tamamlanmış intiharla kıyasladığımızda girişimlerin kadınlarda daha fazla olduğu görülmektedir. Bu oranda kadın:erkek 3:1 şeklindedir .(88) Bu durumun birçok olası nedeni öne sürülmüştür. Bunlardan biri kadınların erkeklere oranla daha az acı veren, ilaç içmek gibi yöntemleri seçmesidir. Bu sebeple bu yöntemle yapılan intihar girişimlerinin

ölümle sonuçlanma oranı daha düşüktür. Bir diğer sebep ise erkeklere göre kadınların yardım arayışı içinde olabilme duygularını daha rahat ifade edebilme, yakınlarıyla daha iyi iletişim kurabilme gibi becerilere sahip olmasıdır. (97)İntihar girişimi, tamamlanmış intiharlardan 10-30 kat daha fazla görülmektedir.Gelişmiş şehirlerde diğer kırsal kesimlere oranla daha fazla intihar görülmektedir. En çok intiharın görüldüğü bölge Ege ve Marmara Bölgesi, en az görülen bölgede Orta Anadolu Bölge'sidir.(90)Yapılan bir çok çalışmada bekar, dulve boşanmışlarda intiharın evli olanlara göre daha fazla gözlendiği görülmüştür.(98)Avrupa'da intihar daha çok eğitim düzeyi düşük kişilerde gözlenmektedir. (88) Türkiye'de de yapılan çalışmalar bu durumu desteklemektedir. Eğitim düzeyi düşük kişilerde daha fazla intihar görülmektedir.(99) Ayrıca yapılan bir çalışmada intihar girişiminde bulunan gençlerin okul devamsızlığı, daha az düzenli gelirleri, daha az eğitim düzeylerine sahip oldukları bulunmuştur. (100) Türkiye'de de yapılan birçok çalışma bu verileri desteklemektedir.(95) İntihar girişiminin daha çok ev hanımı, öğrenci gibi ekonomik olarak bağımsız olmayan kişilerde gözlendiği görülmektedir. (99)İntihar genel olarak düşük ekonomik düzey, kırsal kesimlerde yaşayanlarda daha çok görülmektedir. (101)

İntihar Yöntemleri: Dünyada en çok asının kullanıldığı DSÖ tarafından bildirilmiştir. Ülkemizde en çok kullanılan yöntemler sırasıyla ası, ateşli silah ve yüksekten atlama şeklindedir. Bu metodlar içerisinde en ölümcül ateşle yaralama, en az ölümcül olan ise kendini kesme şeklinde bildirilmiştir. Kadınların daha az şiddet içeren yöntemleri kullandıkları bilinmektedir. Erkekler ise ateşli silah ya da ası gibi daha çok şiddet içeren yöntemleri tercih etmektedir. Ayrıca erkeklerin daha ölümcül metotları tercih etmesinin yanı sıra yaş arttıkça da ölümcül girişim oranı da artmaktadır.(17)

2.2.3.Risk Faktörleri

İntihar davranışı birçok nedenin birleşerek ortaya çıkardığı bir durumdur. İntihar edenlerin ya da girişimde bulunanların yaklaşık yarısının son bir aylık süre içerisinde bir hekime başvurduğu göz önünde bulundurulursa, intihar için risk faktörlerinin değerlendirilmesi önemli bir durumdur.

Görüşme esnasında hastanın psikiyatrik ek bir tanısı olması intihar için risk faktörüdür. Bu psikiyatrik yakınmalar sırasıyla major depresyon, distimi, travma sonrası stres bozukluğu ve alkol bağımlılığıdır. Bazı huy ve karakter özelliklerinde de intihar daha fazla gözlenmektedir. Özellikle gençlerde agresyon, şiddet eğilimi, impulsivite intihar riskini

artırırken, erişkinlerde daha çok sosyal içe çekilme, çekingenlik, umutsuzluk ve anksiyete intihara yol açmaktadır. Araştırmalara göre psikiyatrik hastalıklar ve psikiyatrik hastalıklar nedeniyle hastaneye yatış intihar riskini artırmaktadır.(17)Eğer kişide ek bir psikiyatrik başka hastalık varsa bu da intihar riskinin artmış olduğunu gösterir.(102) Bazı çalışmalarda intihar vakalarının %95' inin ek bir psikiyatrik hastalığa sahip olduğu gösterilmiştir. Bu hastalıklar %80 oranında depresyon, %10 oranında şizofreni, % 5 oranındademans ve deliryumdur.(103)Bu rahatsızlıklar arasında en belirgin yeri duygudurum bozuklukları almaktadır. İntihar vakalarının yaklaşık %60-70' ini geçmiş dönemde ciddi depresyonu olan hastalar oluşturmaktadır.(104)Şizofrenide ise intihar riski %4-5 kadardır ve bu risk hastalığın ilerleyen dönemlerinde daha belirgindir.(105) Alkol bağımlılarının % 15' inde intihar davranışı bulunmaktadır ve % 40' ının geçmişinde girişim öyküsü mevcuttur. (103) Eroin bağımlılarında ise bu oran topluma göre yirmi kat artmış şekilde görülmektedir. (106)Madde kötüye kullanımı, kendine zarar verme davranışı yanı sıra intihar riskini de artırmaktadır. Bu artış özellikle eroin kullanımında çok belirgindir.(107)İntiharın gözlendiği bir diğer hastalık anoreksiya nervozadır ve yaygın bir ölüm nedenidir. Ayrıca uyum bozukluğu ve panik bozukluğunda da artmış intihar riskinden söz edilir. DEHB ise depresyon gibi diğer psikiyatrik hastalıkların görülme oranını artırarak intihar riski oluşturmaktadır.(108) İntihar eden vakalarda kişilik bozukluğu görülme oranı %30' dur. İntihar girişimlerinde ise bu oran % 40 şeklindedir. En çok intihara eşlik eden kişilik bozukluğu tanısı borderline kişilik bozukluğudur.(90)Bipolar bozuklukta daha çok depresyon dönemlerinde intihar gözlenir ve intihar nedeniyle ölüm oranı %15-20' dir. Özellikle major depresyon, bipolar depresyon ve karma ataklar intiharla ilişkilidir. (109) Bazı çalışmalarda depresyona eşlik eden agresyon ve dürtüsellik de intihar davranışını artırdığı gösterilmiştir.(110) Hostilite, kaygı ve uykusuzluk da intihar davranışını artıran faktörlerdir.(112)Duygu durum bozukluklarından sonra en sık ölüm şizofrenide görülmektedir. (91) Şizofrenide intihar riskini artıran faktörler eşlik eden depresyonun varlığı, azalmış aile desteği, alkol madde kullanımı, önceki intihar girişim öyküsü şeklindedir.(93)Kişi kontrollerde önerilenden fazla ilaç alıyor ve akatizi gibi yan etkiler gelişmiş ise intihar riski açısından dikkatli olunmalıdır.(17)Bir fiziksel rahatsızlık da intihar girişimini artırmaktadır. Yapılan çalışmalarda intihar sonrası otopsi bulgularında intihar edenlerin %25-75' inde fiziksel bir rahatsızlık saptanmıştır.(106)Kronik, özellikle yaşam kalitesini düşüren fiziksel hastalıklar bir risk faktörüdür.(17)Eşlik eden fiziksel rahatsızlıklardan özellikle kronik iyileşme olasılığı azalmış ağrılı durumlar, epilepsi, AIDS, kafa travmaları gibi rahatsızlıklar daha sıklıkla gözlenmektedir.(90) Ülkemizde de fiziksel

rahatsızlıklar ilgili yapılan çalışmalar literatürle uyumludur ve artmış intihar riski bulunmuştur.(111)

İntihar riskini en iyi gösteren ölçüt öyküde intihar girişiminin bulunmasıdır.(108)Çünkü intihar girişimlerinin üçte biri tekrarlamaktadır.Özellikle planlanmış intihar girişimleri açısından dikkatli olunmalıdır. (17)İntihar girişimlerinin sonrasında ilk on yıl içinde tekrar girişimde bulunma ve bu girişimin ölümle sonuçlanma riski % 10' dur. İntihar sonrası ilk 3-6 aylık devre en önemli devredir. Girişim sonrası tekrarlanan girişimlerin mortalitesi de daha yüksektir.İntihar düşüncesi olduğunu söyleyen kişilerin % 20' si intihar etmektedir ve intihar edenlerin %80' inin öncesinde bunu dile getirdiği, yardım arayışında bulunduğu görülür.Eğer kişinin ailesinde intihar girişimi ya da intihar öyküsü varsa kişide intihar için artmış riskten söz edilir.Ailede intihar davranışının bulunması risk faktörüdür.(88)Yaşla ilgili yapılmış çalışmalar farklılık göstermektedir. Yapılan bir çalışmada 5 yıllık bir izlem sonunda kadınlarda daha az oranda intihar bulunmuştur. Ayrıca erkeklerin intihar girişimleri esnasında daha sık psikoaktif madde aldıkları gözlenmiştir. Ayrıca kadınlarda intihar girişiminde bulunanlarda daha çok cinsel taciz öyküsü olduğu görülmüştür. Ayrıca erkekler intihara maskülen bir anlam yüklemişlerdir, intihar sonrası hayatta kalmayı utanç verici olarak değerlendirmektedirler. İşsizlik, emeklilik,bekarlık, hastalık erkeklerde risk açısından daha anlamlı bulunmuştur. İki yaşın altında çocuk sahibi olmak kadınlar için koruyucu bir faktör olarak kabul edilmiştir. Geniş bir aileye sahip olmanında intihar için koruyucu faktör olduğu bulunmuştur. İşsizlik gibi ekonomik sorunların erkekler kadar kadınlardada anlamlı bir sonuç bulunmadığını gösteren çalışmalarda mevcuttur. (17)İntiharını sık görüldüğü yaş aralığı 25-30 dur. Ancak ergenler ve yaşlılar gözden kaçırılmamalıdır.(104) Gençlerde tamamlanmış intihardan daha çok girişim görülmektedir.(112) Yaşlılarda intihar girişimi gençlere oranla daha az görülmektedir. Ancak yaşlılarda girişimlerin ölümle sonuçlanma riski daha fazladır. Yani yaklaşık olarak gençlerin her 200 girişimine bir tamamlanmış intihar denk gelmekteyken bu oran yaşlılarda 4 girişime bir tamamlanmış intihar şeklindedir. (113)Kırsal bölgelerde yaşıyor olmak ve sosyoekonomik düzeyde düşüklük intihar için bir risk faktörüdür.(114)İşsizlik ve ekonomik sorunlar hem intiharı hem de girişimi artırmaktadır. (95) Düzenli bir işe sahip olmak intihar için koruyucu bir faktördür. Bu durum en iyi ekonomik kriz dönemlerinde gözlenir. Ekonomik kriz dönemlerinde intihar oranlarında bir artış gözlenmektedir. (113) İşsizlik ve intihar arasındaki ilişki erkeklerde daha belirgindir.(115)Kişide intihardan koruyucu dengelerle risk faktörleri arasındaki denge bozulduğunda intihar davranışı ortaya çıkabilir. Kişi olumsuz yaşam olaylarında sıkıntı

halinde intiharı bir çözüm olarak görebilir. Kaplan'ın tabiri ile önemli olan yaşanan sıkıntı değildir, yaşanan sıkıntıya ve yaşam olayına kişinin yüklediği anlamdır.(115)Kişinin problem çözme becerisi de intihar davranışında rol almaktadır. Problem çözme becerisi daha düşük bireylerin intihar davranışını daha çok gösterdiği çalışmalarda gösterilmiştir. (116)Kişinin yaşadığı olumsuz olaylardan daha çok kişinin sorun çözme becerisi intihar davranışında etkilidir. (100) Zorlu yaşam olaylarında intihar düşüncesi oranı %20, girişim oranı % 10' dur. Daha çok kayıp, kişiler arası ilişki sorunları ve ani, büyük, sosyal değişimler intihara yol açan olaylardır.(117) Yapılan çalışmalarda intihar riskini sosyal güvence olmayışı, tecavüz, boşanma, göç gibi sosyal problemlerde artırmaktadır. Evlilik problemleri, yalnız yaşama, iş kaybı, yakınının ölümü de diğer sosyal sebeplerdir. (118)Göç gidilen bölgenin kültürüne uyum sağlayamama, dil sorunu, olumsuz ekonomik koşullar ve psikiyatrik destek alınamaması, tıbbi yardım azlığı gibi nedenlerde önemli bir risk faktörüdür. (119) Bazı çalışmalarda intihar nedenleri arasında kadınlarda evlilik hayatıyla ilgili sorunlar yer alır. Bu durumda bu bilgiyi doğrular niteliktedir. (120)İşsizlik belirgin bir risk faktörüdür. Bu birçok çalışmada gösterilmiştir. Ancak hangi meslek gruplarında intihar davranışının daha fazla olduğunu araştıran çalışmalar sınırlıdır. Yapılan bazı çalışmalarda sağlık çalışanlarında daha fazla intihar davranışının olduğu gösterilmiştir. Polisler gibi intihar araçlarına ulaşımı kolay olan meslek gruplarıyla ilgili çalışmalar ise çelişkilidir.(17)Dini inançların da intihardan koruyucu bir faktör olduğu gösterilmiştir. Yapılan bir çalışma da Filipinler inanç düzeyi en yüksek, Japonlar'ın en düşük olduğu bulunmuş. İntihar oranlarına bakıldığında ise Japonlar' da intihar riskinin oniki kat daha fazla olduğu gösterilmiştir. İslamiyet gibi intiharı yasaklayan dinlere mensup toplumlarda intihar oranı daha düşüktür. Yahudilerde intiharı yasaklamışlardır ve Amerika'da yaşayan Yahudiler'de Hıristiyanlar' a oranla daha düşük intihar oranları mevcuttur. Hinduizm'de de reerkarnasyona inanılması nedeniyle ölüm bir son olarak değerlendirilmemektedir. Bu nedenle intihar oranlarının yüksek olduğu düşünülmektedir.Çocukluk çağında maruz kalınan travmalarında intihar riskini artırdığı gösterilmiştir.İntiharın bir diğer risk faktörü de genetikdir. Uzun yıllardır bilinen bir konu olan genetik risk faktörü bazı ikiz çalışmalarında gösterilmiştir. İkizlerde ciddi intihar girişimi bulunanlarda 17 kat artmış risk faktörü mevcuttur. Evlat edinilme çalışmalarında bu durumu desteklemektedir. Çalışmalarda biyolojik ailesinde intihar öyküsü olanlarda altı kat fazla intihar riski bulunmaktadır.İntiharla ilgili en çok serotonin sistemleri üzerinde durulmuştur. Çalışmalarda BOS' ta 5H1AA düzeylerinde düşüş, prefrontal kortekste artmış postsinaptik 5HT1A ve 5HT2A reseptör düzeyleri gibi intiharın biyolojisinde birçok çalışma yapılmıştır.

Yine benzer şekilde triptofan metabolizmasındaki Triptofan Hidroksilaz Gen Polimofrizmi de ilişkili olabileceği üzerinde durulmuştur. Bir çalışmada özellikle triptofan hidroksilaz ve serotonin taşıyıcı genlerle ilişki net olarak gösterilmiştir.(17) .

2.2.4.Etyoloji

2.2.4.1.Psikososyal Yaklaşım

İntiharı tanımlamak zordur. (121) İntihar çok uzun yıllardır insanlığın ilgisini çeken bir ölüm şeklidir. İntihara birçok açıklama getirilmeye çalışılmıştır. Nedenleri, kişinin yaşadığı süreçler birden fazla kuramla açıklanmaya çalışılmıştır. (122) Birçok kuram bulunmaktadır. Çoğu farklı görüşleri savunsada hepsinin ortak noktaları mevcuttur. (123)

Psikososyal olarak intihara birçok açıklama getirilmeye çalışılmıştır. Bunlardan biri Durkheim'dir. Durkheim intiharı toplumsal boyutta değerlendirmiştir. Toplumsal ilişki ne denli oluşmuş, kurallar ne denli düzenli işliyorsa intihar azalır şeklinde yorumlamıştır. Eğer toplumdaki bütünleşme, kuralların uygulanması az ya da gereğinden fazla olursa intihar oranlarının arttığını belirtmiştir. Ekonomik sıkıntılar, savaş gibi toplumsal birleşmenin, düzenin sağlanamadığı, toplumdan soyutlanmanın olduğu durumlarda intihar oranının arttığını söylemiştir.(76)Ayrıca Durkheim kişinin kendi ölümünü dolaylı ya da doğrudan hazırlamışsa bunu intihar olarak değerlendirir. Yani eğer kişi ölümü dolaylı olarakta sağladıysa bu da intihar kavramı içinde değerlendirilmelidir. (124)Bu açıklama ile kişinin aşırı aç kalması ya da mevcut hastalığını olumsuz etkileyip ölümüne neden olabilecek zararlı alışkanlıklarını sürdürmesi gibi durumlarda intihar olarak sayılır. Delmas' a göre ise Durkheim' in yaptığı bu açıklama çok geniştir. Delmas intiharı kişinin ölüm ve yaşam arasında ölümü seçmesidir şeklinde yorumlamaktadır. Bu seçimi bütün dini, sosyal değerlerini hiçe sayarak yapmasıdır. Eğer kişi ölümle ilgili bir girişimde bulunmadan ölüm arzusu içinde bulunuyor ve bu konu ile ilgili düşünsel süreçte ise bunu da sözde intihar 'pseudo suicide' şeklinde değerlendirmiştir.(124)Bu alanda en önemli kuramlardan biride Freud'undur.(125) Freud 1917 yılında yazdığı yas ve melankoli eserinde intiharı üst benlik ve benlik arasındaki bir çatışma olarak sunmuştur.(17)Freud'un yaklaşımına göre bir nesne kaybı sonrasında kişi nesneyi içine alır. Bu nesne yaşayan bir yakının kaybı ya da imgeleştirilmiş bir nesne olabilir. İçe alınan bu nesneye yöneltilen ambivalan duygular bir süre sonra benliğe yöneltilir. Sonrasında üstbenliğin devreye girmesiyle benlik sıkışır, kendini değersiz, yaşamaması gereken çaresiz bir varlık olarak değerlendirmeye başlar.Ya da bazen bunun tam tersi olduğu iddia edilir yani

benliğin üstbenlikten öç almak için kendini yok ettiği ya da benlik kendi çatışmalarıyla kendini yok ettiği şeklinde de yorumlanır. (125)Freud intiharı daha çok depresif bir sürecin parçası olarak değerlendirmiştir. Nesne kaybı ve ona yapılan libidinal yatırımlar ışığında açıklama getirmiştir.(123) Freud gibi Abrahamda içe atılan nesneye karşı duyulan şiddet duygularının benliğe yöneltilmesinden söz etmektedir. İçe atılan nesneyle özdeşim yapılmıştır ve bu özdeşimle birlikte intihar kayba verilen bir tepkidir.(125) Menninger ise Freud'un bahsettiği nefret duyguları ve ambivalan duyguları iki şekilde değerlendirmiştir. Bunlar olumlu ve olumsuz duygulardır. Olumlu ve olumsuz duygular normal benlikte bütünleşmiş bir durumda bulunmaktadır. Ancak bütünleşme sağlanamadığında olumsuz duygular baskınlık sağlayarak kişide süregen bir intihar düşüncesi, yok olma, şiddet duyguları oluşmaktadır. İntihar da bu süregen şiddet duygularının bir sonucudur.(123) 1933' de 'Man Gainst Himself' adlı eserinde Freud'un kavramlarını yetersiz bulmuş ve geliştirmiştir. İntiharı daha çok kişinin kendisine saldırısı olarak değerlendirmiştir. Diğer kişilere duyduğu öfkeyi kendine yönelmiştir. Bu öfkenin karşısında affedilmek için bir cezadır intihar. Kişi öfke duyduğu ya da yansıttığı kişilerden de öç alıyor olabilir. Çünkü intihar, hem kurban hem de çevresi için oldukça yıkıcı bir durumdur. Bu şekilde depresif birey dış dünyadaki kişilerden de öc alıyor olabilir.(17)Littre kişinin kendisini kazara bile öldürse bunu intihar olarak tanımlarken, Durkheim kazara olan ölümleri intihar dışında değerlendirir.(124)Fenichel ise 1945' li yıllarda intiharı regresif bir davranış olarak tanımlamıştır. Kaybedilen nesneye tekrar kavuşmak şeklinde bir davranıştır. Kaybedilen anne figürü ilebenlik tekrar birleşmektedir. Bu durum daha çok kitlesel intihar davranışlarına daha iyi açıklama getirebilmektedir.Arieti 1977 yılında intiharın çevresindeki insanlardan beklentilerini değiştiremeyen insanlarda daha sıklıkla gözlemlendiğini belirtmiştir. Bu kişilerde intihar, egoyla uyumlu bir şekilde gelişmektedir.Asch ise 1980 yılında intiharı kendisine zulmeden nesneye boyun eğmek ve intihar yoluyla teslim olmak şeklinde değerlendirmiştir. Hasta bu yolla eziyetten kurtulmuş olur ve bu eziyetten kurtuluşun tek yolu intihardır.İntihar ve yas arasında da önemli bir bağ bulunmaktadır. Özellikle intihar davranışları ölüm yıldönümlerinde görülebilir. Kişi eğer benlik saygısını bir kişiye ya da nesneye yatırırsa kişinin kaybıyla benlik saygısı da yitirilir. Kişi tekrar o saygıyı kazanmak ve benlik huzurunu sağlamak için intihara yönelir.Günümüz kuramcıları ise intiharı açıklayan belli bir kuram olmadığını savunur. Her girişim kendi içinde mevcut sebepler, özellikler ve psikodinamik yaklaşımları ile açıklanmalıdır.(17)

2.2.4.2Biyolojik Yaklaşım

İntiharla ilgili yapılan genetik çalışmalarda %30-50 oranında genetiğin etkisi gösterilmiştir.(126) Bazı kişilerin diğer insanlara göre intihara daha meyilli olabildiği görülmüştür. Bu durumun daha çok dürtüsel, yıkıcı, şiddete eğilim gibi genetikle gelen kişilik özelliklerinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür.(127) Tek yumurta ikizlerinde yapılan bir çalışmada intihar girişimi ve tamamlanmış intihar oranı aynı bulunmuştur. (128) Yapılan çalışmalarda tek yumurta ikizlerinde intihar riskinin, çift yumurta ikizlerine göre daha yüksek bulunduğu gösterilmiştir. Bu durumda bize intiharın genetik yönünü bir kez daha vurgulamaktadır. Evlat edinme çalışmaları da bu bulguyu desteklemektedir. Ayrıca yapılan çalışmalarda intihar davranışının ailesel bir kümelenme olduğu gösterilmiştir.(129) Tüm bu çalışmalarla kişide ailede intihar öyküsünün olmasının diğer patolojilerden bağımsız bir şekilde ciddi bir risk faktörü oluşturduğunu düşündürmektedir. (130) İntihar açısından en önemli bulgular serotonerjik sisteme aittir.(129) Postmortem intihar vakaları incelendiğinde postsinaptik 5-HT_{1A} sayısının yükseldiği görülmüştür. (131) Bu durum nörotransmitterlerdeki eksikliğin bir göstergesidir. Bu eksikliğin kompensasyonu için bu artış gözlenir.(129) İntihar, saldırganlık ve madde kullanımı gibi bozukluklarda ortak bir bozulmuş serotonin mekanizması olabileceği, serotonerjik aktiviteyi bozarak bu duruma yol açan genetik bir etmenin olabileceği düşünülmüştür.(128) Aday genlerde bazı baz dizilimlerinde polimorfizmler mevcuttur. Son yıllarda Triptofan Hidroksilaz-2 geni ile intihar arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok çalışma bulunmaktadır.(129) Yapılan çalışmaların bazılarında triptofan hidroksilaz genotipi çalışılmıştır. İntihar ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir. L ve U alelleri mevcuttur ve özellikle L aleli suçlanmıştır. Triptofan hidroksilaz genindeki bozukluk nedeniyle serotonin yapımı azalacak bu da sinir sisteminde azalmış serotonin anlamına gelecektir. (132) Dürtüsellik, engellenmeye karşı gösterilen aşırı cevap olarak değerlendirilir. Bu davranış intihar davranışıyla da yakından ilişkilidir. Bu sistemde serotonerjik, noradrenerjik, dopaminerjik ve GABA erjik sistemler rol almaktadır. Mezolimbik dopamin yolları kişinin verdiği tepkilerle ilişkilidir. Bu sistemde aşırı uyarılma ya da aktivite, dürtüsellığı artırabilir. Aynı şekilde noradrenerjik sistemdeki aktivasyonda şiddete eğilim yaratır.(131) İntihar eden depresyon hastalarının idrarlarında noradrenalin yükselmiş, BOS' ta noradrenalin metaboliti artmış bulunmuştur. (133) Serotonerjik ve GABA erjik sistemlerin ise dürtüsellik ve şiddeti baskılama ve düzenleme ile ilgili olduğu gösterilmiştir. Depresyon hastalarından intihar girişiminde bulunanların üçte ikisinde BOS' ta 5HTAA (hidroksi indol asetik asit) düzeyi düşük saptanmıştır. Bu bulgu aynı şekilde şizofreni ve madde kullanımında da mevcuttur. Ama

yapılan çalışmalar bu düşüklüğün intiharda daha belirgin görüldüğünü göstermektedir. 5HTAA düzeyi düşük kişilerin ayrıca girişimleri daha ölümcül seyretmektedir. Yapılan ileri izlem çalışmalarında girişimde bulunan kişilerin 5HTAA düzeyi düşük olanlarda tamamlanmış intihar riski de artmaktadır. Ayrıca kolesterol seviyesiyle intihar arasında da benzer bir ilişki saptanmıştır. Kolesterol seviyeleri düşük kişilerin intihara daha meyilli olduğu gösterilmiştir. Bu da muhtemelen serotonerjik sistemle ilişkilidir.(131) Genetik intihar aktarımı nesiller boyu karmaşık birçok genle aktarılmıştır. Gen ve çevre etkileşimi sonucunda intihar davranışı gözlenmektedir. İntiharda tek gen etkisinden söz etmek yerine, gen ve çevre etkileşiminin olduğu multifaktöryel bir durum söz konusudur.Aday genler olarakTriptofan Hidroksilaz, Serotonin Taşıyıcı Reseptör, bazı serotonin reseptörleri (5HT1A, 5HT1B, 5HT2A), Katekol-O-Metil Transferaz, Monoaminooksidaz A, ve Tirozin Hidroksilaz Genleri bulunmuştur.Bu çalışmalar bize intihara ilişkin moleküler genetik yönünde birçok bilgi katmaktadır ancak tam olarak kesin bir bilgiye henüz ulaşamamıştır. (129)

2.3. Obsesif İnanışlar

2.3.1. Tanım

Anksiyete bozukluklarının bilişsel temelinde kişiye ait inançların önemi giderek artmaktadır. ‘Obsesif KompulsifKognisyonları Çalışma Grubu (OCCWG)’ öncelikle obsesif inanışların OKB’deki önemini vurgulamıştır. Daha sonrasında bu konuyu nesnelleştirmek adına ölçekler geliştirmiştir.(134) OCCWG, geliştirdiği ölçekte obsesif inanışları 3 ayrı başlıkta değerlendirmektedir. Bunlar; ‘Abartılmış sorumlulukalgısı/abartılmış tehdit algısı’, ‘mükemmeliyetçilik/belirsizliğe tahammülsüzlük’, ‘düşüncelere önem verme/düşünceleri kontrol etme’ şeklindedir.(135)Tolin ve arkadaşları yaptıkları çalışmada bu alt ölçeklerin OKB’de daha baskın olduğunu ancak diğer anksiyete bozukluklarında da benzer önem taşıdığını vurgulamıştır. (136)Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) görülen kişilerde bu obsesif düşünceler baskın olarak gözlenmektedir. Ancak bu obsesyonel düşünceler normal sağlıklı bireylerde de gözlenebilmektedir. (137)Ancak OKB’li bireylerin bu obsesif düşüncelere verdiği yanıtlar sağlıklı bireylere göre farklılıklar içermektedir. OKB’li bireyler daha çok kompulsiyonlar gibi davranışlarla cevap verirken sağlıklı kişilerdeki cevaplar klinik önem taşımaz. (138)Bu durumda klinik anlamı olmayan obsesyonlarla klinik anlam taşıyan

obsesyonları ayırt etmek gerekir. Burada önemli olan obsesyonlara yüklenen anlam ve verilen önemdir. (139)

Obsesif inanışlarla ilgili duyulan endişe, verilen önem ve işlevselliğe etkisi OKB' de şiddet açısından önem taşımaktadır. (140)OKB gelişiminde kişinin obsesif inanışlarına verdiği yanıt önemlidir. Kişide işlevi olmayan bu yineleyici zorlayıcı düşüncelere verilen yanıt, OKB' nin bilişsel temelini oluşturmaktadır. (141)Obsesif inanışlar altı başlıkta toplanmaktadır. Bunlar 'abartılmış sorumluluk', 'düşüncelerin kontrol edilebilirliğine ilişkin inanç', 'düşüncelere önem verme(düşünce-eylem kaynaşması)', 'abartılı tehdit algısı', 'mükemmeliyetçilik', 'belirsizliğe tahammülsüzlük' şeklindedir. (134) OKB' nin gelişimindeki obsesif inanışların önemi artıkça bu konuyla ilgili objektif değerlendirmeler yapılması için ölçekler geliştirilmiştir. Bu ölçeklerden biri 87 sorudan oluşan Obsesif İnanışlar Ölçeği-87 dir. (142)Bu ölçeğin alt basamaklarındaki korelasyon nedeniyle sorasında ölçek kısaltılmıştır ve OİÖ-44 oluşturulmuştur. Altı grup üçe indirilmiştir. Bu gruplar mükemmeliyetçilik, sorumluluk alma, düşünceleri kontrol etme biçimindedir.(135)OİÖ-87 ve OİÖ-44 birbiriyle korele bulunmuştur. Hem OİÖ-87 hem de OİÖ-44 OKB' de ki ölçümlerle anlamlı ilişkili olduğu gösterilmiştir. (135) Türkiye'de OİÖ-44'ün geçerlilik-güvenilirlik çalışması Boysan ve ark. tarafından yapılmıştır. (143)Obsesif inanışlar düşünce ve eylem ilişkisi , mevcut sorumluluk duygusunun abartılması , düşünceleri kontrol etme çabası, mükemmeliyetçilik , artmış tehdit algısı, belirsizliğe tahammülsüzlük şeklinde belirtilebilir. Kişinin düşünce ve eylemleri arasındaki ilişki iki şekilde olabilir. Öncelikle kişi eğer kötü bir düşünceye sahip olursa bu düşüncesinin kötü bir sonuca neden olacağını düşünür. Örneğin; sevdiği bir kişinin kaza yaptığını düşünmesi ile kaza ihtimalinin artması gibi. Ya da kötü bir düşünceye sahip olmak ile o düşünceyi eyleme geçirmenin aynı ahlaki değerlerde değerlendirilmesi gibi bir algıya sahip olabilir. Mevcut sorumluluk duygusunun abartılması, kişinin olayların olası kötü sonuçlarını engelleme ya da bu sonuca neden olma konusunda fazladan güce sahip olduğuna inanma şeklindedir. Bu kişiler herhangi bir eylemi yaparken daha fazla suçluluk duygusuna kapılır, her şeyi izleme gereksiniminde bulunur ve olayı her ne pahasına olursa olsun engelleme girişiminde bulunur. Düşüncelerini kontrol etme isteği kişinin düşüncelerini olası zararlı sonuçları nedeniyle sürekli kontrol altında tutma isteği şeklindedir. Mükemmeliyetçilik ise kişi ne olursa olsun tüm sorunların mükemmel bir çözümü olduğuna inanması, her şeyi eksiksiz olarak tam yapmaya çalışması, en küçük hatanın bile çok büyük sonuçlara yol açabileceğini düşünmesi şeklindedir. Bu kişiler bir şeyi mükemmel yapmak gerektiği düşüncesine sahiptirler ve bu nedenle sürekli yeni girişimlerde bulunurlar.

(144)Herhangi bir olayın çözümünde mutlak bir doğru vardır ve kişi ne olursa olsun bu doğru yolu kullanarak çözüme ulaşmalıdır şeklinde bir düşünceye sahiptirler. (145)Artmış tehdit algısı sürekli olarak kötü şeyleri engellemezse sonuçlarının kötü olacağı düşüncesi şeklindedir. Olayların sonuçları hakkında abartılmış tehlike beklentisi mevcuttur. Kişi sürekli kötü şeyler olacağı yönünde tahminlerde bulunur. Belirsizliğe tahammülsüzlük ise önceden planlamadığı herhangi bir durumla karşılaştığında mevcut duruma uyum sağlayamama durumudur. Önceden tahmin edilemeyen değişimlerle baş edemezler. (134)Kişi her şeyden tamamen emin olmak ister olası bir sorunla karşılaştığında tamamen emin olmazsa sorun yaşayacağını düşünür. (146)

2.4. Biyolojik Ritm

Dünyada yaşayan tüm canlıların biyolojik bir düzeni bulunmaktadır. Bu düzen evriminde bir parçasıdır ve insanlığın varoluşundan beri vardır ve evrene uyumu sağlar. (147) Yeme, içme, göç, fotosentez gibi birçok biyolojik aktivite bir düzene göre olmaktadır. (148) Biyolojik ritim, ultradyen, sirkadyen, infradyen ve sirkannual ritim gibi başlıklarda incelenir. Bunlar döngü sürelerine göre ayrılmışlardır.Ultradyen ritim rüyalar gibi gün içerisinde birçok döngüsü olan ritimlerdir. Rüyalar her 90-100 dk' da bir döngüsel olarak ortaya çıkmaktadır. REM, NREM gibi döngülerde ultradyen ritmlere bir örnektir. Aynı şekilde organların çalışması, oksijen tüketimi, kas gevşemesi gibi durumlarda bu döngüye eşlik etmektedir. (149)Sirkadyen ritim pineal bezden melatonin salgılanması, vücut ısısının ayarlanması gibi 24 saatlik döngülere sahip olan ritimlerdir. Sirkadyen ritimler yaklaşık bir gün sürer. En belirgin örnek uyku ve uyanıklık döngüsüdür. Ayrıca vücut metabolizma hızı, vücut ısısının günlük ritimde bu döngülere örnektir. Kişinin vücut ısısı gün içerisinde yaklaşık 1 derece azalır ve artar. Kan basıncı aynı şekilde gün içinde değişimler gösterir. Hormonlarında gün içerisinde dokularda düzenli değişimleri söz konusudur. (150)Beyinde 24 saatlik süre içerisinde nöronların ateşleme hızı ve nörotransmitterlerin konsantrasyonları değişkenlik göstermektedir. Aynı şekilde hücre zarındaki reseptörlerde döngüsel bir şekilde azalır çoğalmaktadır.Diürnal ritim ise gece gündüz farklılaşan olayları anlatmak için kullanılabilir.3 saatlik döngüde yer alan büyüme hormonu salınımı da ultradyen ritme örnektir. (151) İnfradyen ritim 24 saatten daha uzun süren döngülerdir. (152)İnfradyen ritim haftalar ya da aylar sürer. Bazıları sosyal ve çevresel olayların etkisindedir. Kadınların menstürel döngüsü bir örnektir. Bu döngüye ait birçok hormonal ve çevresel etkileşim söz konusudur. Erkekler içinde benzer döngüler tanımlanmaya çalışılmıştır ancak henüz netlik kazanamamıştır.Sirkannual döngüler yaklaşık bir sene süren döngülerdir. Göç, kış uykusu en iyi bilinen örneklerdendir. Yıl içinde

farklılıklar kısmen gözlenmede tüm yıla oranlandığında yıl içerisinde belirgin bir değişim gözlenmemektedir. (149)

2.4.1. Uyku

Uyku özellikle memeliler için en temel fizyolojik gereksinimlerden biridir. Uyku biyolojik düzenin her biriminden etkilenen kompleks bir süreçtir. Uzun süren uykusuzluğun ya da uyku bozukluklarının vücut ısısının düzenlenmesi, bağışıklık, beslenme ve diğer düzenleyici sistemlerde aksamalara yol açtığı bilinmektedir. (153)Uyku kişinin biyolojik, psikolojik ve sosyal olarak varlığını sürdürmesi için en gerekli temel gereksinimlerden biridir.(154) Uyku miktarı az olan ve yeterince kaliteli bir uyku alamayan bireylerin diğerlerine göre günü daha sıkıntılı geçirdiği, daha gergin ve depresyona eğilimli oldukları bilinmektedir. (155) Yine aynı şekilde bu kişilerde kontrasyon güçlüğü, sinirlilik, yorgunluk daha fazla gözlenmektedir. (156) Uyku bilinçsizlik halidir. Bu durum geri döndürülebilir bir durumdur ve vücudu yeni güne yeniden hazırlayan yenilenme dönemidir. (157) Uyku tüm yaşlarda yaşam kalitesi ve sağlık için önemlidir. (158)Kişinin uykusunun kalitesini uyandığında kendisini yeni bir güne hazır hissetmesi ile ilişkilidir ve uykunun kalitesi çevresel, ekonomik, yaşam stili gibi faktörlerden etkilenmektedir.Uykunun döngüsü subkorteks ve kortikal beyin bölgelerinin kontrolünde olmaktadır. (159) Uyku uyanıklık dengesi homeostatik etkenlerle sağlanmaktadır. Bu kontrolde hipotalamusun her iki tarafında bulunan suprakiazmatik nukleus temel rol oynamaktadır. Ayrıca uyanıklık süresi arttıkça uyku halini sağlayan sitokinler ve hormonların konsantrasyonları ön beyinde artmaktadır. (160) Uyku memeli canlılarda REM ve NREM olarak iki bölüme ayrılır. Uykunun %80 lik kısmını NREM oluşturur. Bu ayrım EEG değişiklikleri, kas tonusu ve göz hareketlerine bakılarak yapılmıştır. (161)NREM döneminde REM dönemine göre beyin enerji metabolizmasında azalma gözlenir. (162)NREM döneminde beyinde oksijen kullanımında azalma görülür. Bu azalma özellikle NREM başlangıcında ve derinleşmesinde daha belirginleşir. (163)Uykudaki nörolojik cevap asetilkolin, norepinefrin, serotonin ve histamin miktarları ile ayarlanır. Örneğin uykunun NREM döneminde bu nöromodülatörlerin hepsinin miktarında düşme olurken, REM döneminde asetilkolin salınımı dışındakiler azalır. Uyanıklık halinde ise bu oranlar yükselir, salınım artar.(164) NREM' de EEG' de delta ve sigma dalgaları gözlenir. (165)Serebral korteks ve talamustaki nöronların ritmik aktivitesine bağlı delta dalgaları, talamusun retiküler çekirdeğindeki aktiviteye bağlı da sigma dalgaları oluşur. NREM uykusunda serebral korteksten temel alan delta ve sigma dalgaları daha yavaş bir ritm ile

düzenlenir.(166)REM uykusunda ise uyanıklıktakine benzer şekilde retiküler aktive edici sistem tarafından uyarılar alınır ancak uyanıklıktan farklı olarak asetilkolin baskınlığı, noradrenalin ve serotonin azalması görülür. (165)REM uykusunda beyinsapı, talamus, amigdala, hipotalamus, anterior singulat ve bazal ganglionlarda kan akımı artar. Ayrıca limbik ve paralimbik bölgelerde aktivite artışı gözlenir. Aynı zamanda dorsolateral prefrontal kortekste de aktivite azalması gözlenir.(167)REM ve NREM arasındaki farklılık kişinin bilinç durumuyla ilişkilidir. REM dönemi bilinçli uyanıklık dönemine benzemekle birlikte düşük dalga boylu hızlı aktivite görülür.(165) Korteksteki vehipokampustaki nöronlar ritmik olarak uyarılarak depolarize olurlar. Bu da teta frekansında eş zamanlı ritmik aktivitelere yol açar. Bu daha çok uyanıklık aşamasında görülür.(168) Ayrıca uyku esnasında ponstan oksipital loba aksiyon potansiyelleri oluşur ve bu daha çok rüyadaki hayali duyguların kortekse taşınmasında rol alır.(161)Uyku süreci Borbely tarafından birbiriyle ilişkili iki süreç olarak tanımlanmıştır.EEG' de NREM sırasında yavaş dalgalar gözlenir. Bu yavaş dalgalar uykunun homeostatik sisteminde rol alır. Ayrıca bu yavaş dalgaların yoğunluğunu bir önceki uyku ve uyanıklık düzeyi belirler. Bu homeostatik durum belirli bir düzeye ulaştığında uyku süreci başlar ve bu düzeyin altına düştüğünde de uyanıklık süreci başlar. Bu süreç düzenli uyku ve uyanıklığın sürdürüldüğü uyku basıncı olarak değerlendirilebilir. Bu sürece eşlik eden sirkadyen ritm de vücut sıcaklığı hormonlar gibi günlük salınımın olduğu süreçtir.(169)

2.4.2. Sirkadyen Ritm

Sirkadyen 'circa' (döngü) ve 'dies' (gün) kelimelerinin birleşiminden oluşan, Latince kökenli bir kelimedir. Bu ritm tüm canlılarda 24 saatlik bir süreyi gösterir. Bu süreç içerisindeki tüm fizyolojik olaylar sirkadyen ritm olarak değerlendirilir. Uyku, yemek gibi temel ihtiyaçların düzenlenmesi ve belirlenmesinde sirkadyen ritm önemlidir. Günlük olarak hormonların salınımı, hücre yenilenmesi gibi biyolojik aktivitelerde sirkadyen ritm rol oynamaktadır.(170)Sirkadyen ritm çevresel koşullardan bağımsız bir şekilde endojen olarak düzenlenmektedir. Çevresel koşul değişse de sirkadyen ritm devam eder. Ancak bazı ufak değişimler olabilir. Normalde 24 saatlik sürece yayılan sirkadyen ritmin süresinde değişimler olabilir. Ancak bu ritmdeki fizyolojik süreçler devam eder.(171)Sirkadyen ritmin düzenlenmesindeki temel unsurlardan biri ışıktır. Işığın retinaya ulaşması ile biyolojik saat sıfırlanır. Sabah saatlerindeki ışık uyanmayı, gece saatlerindeki ışık uyumayı kolaylaştırır. Yani sirkadyen ritm mevcut çevresel koşullara uyumla düzenini sürdürür.(172)Retina

retinohipotalamik yol, pineal bez ve sonrasında SKN sirkadyen ritmin oluşmasındaki temel yolaktır. Burada en belirgin temel bölge SKN dir. SKN biyolojik saat olarak bilinir. SKN 24 saatlik gece gündüz ritmini düzenler.(173) Sirkadyen ritm belirli bir döngüye sahiptir. SKN bu biyolojik döngünün düzenlenmesinde temel rol oynar.(174) Bu döngünün temelinde yer alan SKN anterior hipotalamusta yer almaktadır. Günlük fizyolojik olaylara bağlı birçok efferent yolak buraya bağlanmaktadır. Ancak SKN' ye eşlik eden, sirkadyen ritmi düzenleyen başka bölge de bulunmaktadır. SKN'de bir hasar olduğunda devreye girer. Özellikle bu bölgenin beslenmeyle ilişkili olduğu bilinmektedir. SKN' ye besin alımı, susama, cinsel etkinlik, vücut ısısı, uyku, ACTH salınımı, prolaktin salınımı, melatonin salınımı efferent bağlantılar göndererek etki etmektedir.(175) SKN' deki nörotransmitterlerin de bu düzenlemede önemli rolleri bulunmaktadır.(174) Pineal glandın vücut zamanında etkin rolü olduğu bilinmektedir. Orta beyinde bulunan pineal glanddan salınan melatonin burada önemli rol oynamaktadır.(176) Burada ritmi başlatan uyarı ışıktır. Retinadaki nöronlar aracılığıyla uyarı retinohipotalamik yolla SKN' ye ulaşır. SKN tarafından vücut ısısı, kortizol, tiroid hormonları gibi sirkadyen ritmin oluşumunda rol alan etkenlerin düzenlenmesini sağlar. SKN' den çıkan en önemli yolak paraventriküler nukleustan pineal beze giden nöronal yolaktır.(177)

2.4.3. İştah

İştah besinlere karşı duyulan istektir. Kişinin deneyimlerinden oluşur ve bilinçli bir süreçtir.(178)

2.4.3.1 İştahın Kontrolü

Yemek yemek en temel ihtiyaçlardan biridir. İştahın beyin tarafından, özellikle de hipotalamus tarafından kontrol edildiği bilinmektedir. Hipotalamus iştah kontrolünde merkezi bir etkinlik sağlamaktadır.(179) Alınan besinler ve harcanan enerji vücutta bir denge halindedir. Besin alımı kısa vadede GİS, santral sinir sistemi, adrenaller ve pankreas tarafından sağlanır. Uzun vadede ise rol oynayan faktör leptin, adiponektin gibi mediyatörler salgılayan yağ dokusudur. GİS'te de midenin doluluk hissi, beyne tokluk hissini gönderir.(178) İştah mekanizmasında rol oynayan temel merkez hipotalamustur. Ventromedial hipotalamus tokluk, lateral hipotalamus ise açlık sinyallerini alır. İştahta rol oynayan peptitler kolesistokinin, ürokortin ve nöropeptid Y dir. Ürokortin ve kolesistokin iştahı azaltırken, NPY artırır. Leptin ise NPY' nin sentezini inhibe ederek iştahı azaltır. Leptin iştah metabolizmasında önemli bir role sahiptir. Obez kişilerde leptin salınımı bozulmuştur ya da hücresel düzeyde leptine direnç

gelişmiştir.(180)Ayrıca son dönemlerde tanımlanan diğer sistemlerden biri de endokanabinoid sistemidir. Endokanabinoidler, kanabinoid reseptörlerine bağlanabilen endojen yağlardır. Kanabinoid reseptörleri vücudun enerji dengesinde önemli rol oynamaktadır. Açlıkta endokanabinoid düzeyi artar, toklukta azalır. Hipotalamusa endokanabinoid enjekte edilirse yeme davranışı artar.(181) Ghrelin hormonu ise iştah artıran bir peptiddir. GİS' ten salgın ve mide mukozasında bulunur. 28 amino asitten oluşur ve açlık hormonu olarak bilinir. Asıl sentezi midede olur.Hipotalamus, hipofiz, tükrük bezi, tiroid bezi, ince bağırsak, böbrekler, kalp, pankreasın alfa hücreleri ve gonadlarda da az miktarda sentezi mevcuttur. Yemek öncesi dönemde salgın, beden kitle indeksi ile ghrelin arasında ters ilişki vardır.(182)Ghrelin salgınımı kalori alımıyla düzenlenir.(183) Ghrelin memelilerde hem oreksijeniktir hem de adipojeniktir. Oreksijenik etkisi kısa ömürlüdür.(179) Ghrelinin iştah üzerine olan etkisi değişmektedir. (184) Ghrelin kan aracılığı ile arkuat hücrelerineve beynin diğer hücrelerine gelir. Vagal uyarı sonucunda hipotalamusa ulaşır. Ghrelin hipotalamustada sentezlenir ancak miktarı çok az olarak bulunmuştur. Ghrelinin üretildiği bölgeye leptin de etki etmektedir. Periferal ghrelin kan beyin miktarını çok az düzeyde etkilemektedir. Daha çok diğer yollarla besin alımını artırdığı düşünülmektedir. Diğer iştah kapatıcı proteinlerde aynınöronlarda leptin reseptörü üzerinden etki etmektedirler. Hormonların iştah kontrolü üzerinde etkisi vardır. Kolesistokinin, obestatin doygunluk hissi sağlar. Özellikle yemek esnasında salgınımı artırır. Aynı şekilde ghrelin de yemek öncesinde salgınımı artırır ve kandaki oranı %70-80 oranında yükselir. Böylece yemek yemeyi başlatır. Kolesistokinin ise durdurur.(179)

2.5. Depresif Bozukluk ve Biyolojik Ritm

Depresif hastaların %90' ında uykusuzluk, daha az bir kısmındaysa fazla uyuma şikayeti gözlenir. Uykuya dalmada güçlük gözlenen en sık belirtidir. Hastalarda gece uykuyu sürdürmede de güçlük yaşanır. Gece boyu huzursuz ve sıkıntılı olurlar. Gecenin belirli bir saatinde, normal uyanma saatinden iki üç saat önce birden uyanırlar (terminel insomni) ve tekrar uyuyamazlar. Karamsarlık, umutsuzluk düşüncelerine boğulurlar.(17)Uykunun sirkadyen düzeni bozulur, kişide çok uyuma, uykusuzluk, uykuya dalmada ve uykuyu sürdürmede güçlük gözlenir.(185) Uykuda yapılan polisomnografik kayıtlarda uykuya dalış süresinde uzama, uyku süresinde azalma, uykuda sık bölünme, erken uyanma, REM latansında kısalma, derin uykuda azalma, ilk REM uykusunda uzama gözlenir. Hastalar sürekli olarak suçluluk, endişe gibi düşüncelerinden dolayı uykuya dalmada güçlük çekebilirler. Gece sık sık

uykunun bölünmesi,kabuslar uyku kalitesini düşürmektedir. Ayrıca hastalarda gözlenen erken uyanma şikayetide depresyon için tipiktir.(38) Hastalar sıkıntı hissi ile uyanır ve güne çaresizlik, moralsizlik duyguları ile başlarlar. Bazı hastalardada aksine aşırı uyuma gözlenebilir. Bu atipik özellikler gösteren depresyonun bir bulgusudur. Bu atipik belirtiler gösteren genç popülasyonda bipolar bozukluk akılda bulundurulmalıdır. Depresyon belirtileri günün farklı saatlerinde değişkenlik gösterebilir. Özellikle atipik depresyonda uyku miktarında artma gözlenir. Daha çok gençlerde ve iştah artışı ile birliktelik göstermektedir. Bu kişilerde bipolar depresyon açısından dikkatli olunması gerekmektedir.(17)

Sirkadyen Ritm Bozukluğu ve Depresyon İle İlişkisi:Depresyonda sirkadyen ritm bozuklukları gözlenir. Sirkadyen ritimde hipotalamusta 5HT2C, MT1 ve MT2 reseptörlerini bulunduran suprakiazmatik nukleus ana görevi görmektedir. (17)Sirkadyen ritmin oluşumunda ve düzeninde en temel faktör güneş ışığıdır. (186) MT1 reseptörleri sirkadyen ritmin amplitüdünde, MT2 reseptörleri ritmin faz geçişinde, 5HT2 ise derin uyku ve sirkadyen ritmin düzenlenmesinde rol oynar.Retinadan gelen ışık ilk olarak suprakiazmatik çekirdeklere buradanda periventriküler çekirdek vehipofize ulaşır. Hipofiz melatonin salgılar. Erken akşam saatlerinde melatonin artar. Ortamdaki aydınlığın azalması ile de melatonin seviyesinde artış gözlenir.(17)Sirkadyen ritmin bozulması ve uyku düzenindeki bozukluklar santral sinir sistemini etkiler. Kişinin metabolizması, bağışıklık sistemi, vücut ısısı, beslenmesi gibi düzenleyici diğer sistemlerinde de bozulmalar gözlenir.(187) Gün içerisinde semptomlarda farklılık gözlenmesi depresyona özgü bir bulgudur. Bu kişiler özellikle sabahları daha kötü olduğunu söylerler. Yataktan kalkmakta güçlük çektiklerini, ilerleyen saatlerde daha iyi olduklarını ifade ederler. Bu durum daha çok endojen depresyon ve bipolar depresyonda daha çok gözlenir gibi düşünülse de tüm depresyon tiplerinde de gözlenebilmektedir.Özellikle atipik depresyonda akşama doğru belirtilerin arttığı gözlenebilir. Bir kısım ağır seyirli depresyon hastalarında ise bu sıkıntı hali tüm gün içerisinde gözlenir.Sirkadyen ritm bozuklukları afektif hastalıklarlada ilişkilidir. Sirkadyen ritm, beden ısısı,kortizol, melatonin gibi hormonların salgılanması, nörotransmitterlerin ritmik salınımı,uyku-uyanıklık döngüsü ve günlük duygu durumu değişimi ile ilgilidir. Örneğin bipolar depresyonda uyku süresi uzarken, unipolar depresyon ve manide uyku süresi kısalmaktadır. Bu durumda bize afektif hastalıklarla sirkadyen ritm arasında ilişki olduğunu düşündürmektedir.Kişinin biyolojik saati vardır. Aynı zamanda kişinin sosyal hayatının getirdiği bir düzeni de mevcuttur. Bazı durumlarda sosyal durumların getirdiği zorunlulukla kişinin biyolojik saati değişime uğramak zorunda kalır. Kişinin biyolojik uyku fazı değişir. Gece insanı ve gündüz insanı şeklinde kavramlar oluşur.

Bazı insanlar uyku döngüsünü normal biyolojik saatten farklı yaşarlar. Bu da kişinin normal döngüye uymasını zorlaştırır. Tüm bunların sonucunda hastalarda melatonin reseptörlerini etkileyen ilaçlar ya da gece gündüz uyku düzenlemesi gibi sosyal düzenlemelerle kişide olumlu yönde iyilik sağladığından söz edilmektedir. Ayrıca uyku bozukluklarının depresyonda sadece bir sonuç olmadığı, ilk epizodu ya da diğer epizodları tetikleyen bir durum da olabileceği gösterilmiştir.(17)

2.6. Depresif Bozukluk ve İntihar

Major depresyon dünyada en sık görülen ruhsal hastalıklardandır. (188) Aynı zamanda depresyon intiharında en sık görülen nedenidir. Birçok çalışmada oranlar farklı olsada ortak bulgu intihar eden olguların yarısından fazlasında depresyonun bulunduğuudur. (189) Depresyon hem intihar girişimleri hem de intiharla yakından ilişkilidir. (7) Depresyon şiddeti arttıkça kişinin intihar düşüncesi de artar ve girişimlerin ölümle sonuçlanma oranı artar. Depresyondan bağımsız bir durum olarak kişinin umutsuzluk düzeyiyle intihar orantılıdır.(115) İntihar girişimi olan kişide eğer depresyon mevcutsa ölüm riski çok artmaktadır.(7) Yapılan bir çalışmada psikiyatriye intihar girişimi ile başvuran hastalarda saptanan en sık eksen I tanısı uyum bozukluğu ve depresyondur.(190) Yatarak tedavi gören hastalarda da aynı şekilde en çok konan tanı depresif bozukluktur.(191) Depresyonda var olan panik atak, anksiyete, anhedoni, umutsuzluk intihar riskini artırır. Depresyonda intihar daha çoğunlukla başlangıç ve iyileşme dönemlerinde gözlenir. Premorbidinde siklotimik kişilik özellikleri olanlar, şiddetli depresyon, yeni taburculuk dönemi, madde kullanımı, eşlik eden fiziksel yakınma, öncesinde girişim yada intihar planı öyküsü olan depresif hastalarda risk daha fazladır.(17) Depresyonlu bireyler eğer erkekse, depresif atakları hastaneye yatırmayı gerektirecek kadar şiddetliyse ölüm riski artar. Ayrıca depresyonun ilk ataklarında intihar riski daha fazladır. Genellikle bu durum alkol madde kullanımı ve dürtüsellikle ilişkilidir.(192) Kişinin içinde bulunduğu çökkünlük depresyona ait olmasa bile kişi bu çökkünlükle krize girebilir. Bu kriz kişiyi içinden çıkılması zor bir duruma sokarak, çaresizlik duygularıyla intihara yol açabilir. Aynı şekilde çaresizlik hissi yaratan diğer hastalıklarda da aynı risk söz konusudur. Her koşulda depresyonu olan bireyler intihar açısından dikkatli değerlendirilmelidir. Ağır deprese vakalarda intiharla yaşama son verme oranı %7-11' dir. Bu oldukça yüksek bir rakamdır. Bu rakam durumun ciddiyetini ortaya koymaktadır.(11) Depresyon ve intihar ilişkisi birçok açıdan incelenmiştir. İntiharla depresyon arasındaki ilişki belirgindir. Bu nedenle depresyon etyolojisinde yer alan nörotransmitterlerde intihar açısından incelenmiştir.(193) Üzerinde durulan 5HT_{1A} BOS düzeyi

hem depresyonda hem de intihar vakalarında azalmış bulunmaktadır.(89) Depresyonla intiharın ilişkisi açısından uzun yıllardır HPA eksenini üzerinde de durulmuştur. Bu hastalarda HPA eksenindeki artış depresyon ve intiharla ilişkilidir. Yine bir diğer bulguda intihar eden depresyonda hastaların idrarlarında artmış kortizol miktarıdır. (194) Aile ve ikiz çalışmaları depresyonda görülen intiharın aynı zamanda genetik yönü olduğunu ortaya koymuştur. (195) Tek nokta gen değişimleri incelendiğinde en belirgin genlerin Tritofan Hidroksilaz (TPH; A779C), Serotonin Taşıyıcısı (5-HTT, uzun kısa polimorfizmi), 5-HT(1B) reseptör (G861C, C129T) ve 5-HT(2A) reseptör (T102C) polimorfizmleri olduğu bulunmuştur.(196)Dopaminerjik ve nörodrenerjik sistemle COMT Val158Met ve MAO ,VNTR polimorfizmleri intihar ve depresyonla ilgili bulunmuştur. (197)

Depresyon ve intihar ilişkisi arasındaki veriler bölgelere göre değişkenlik göstermektedir. Depresyon hastalarının yaklaşık %15' inin intihar sonucu öldükleri bilinen bir orandır. Ancak Asya'da bu oran düşmektedir . (108) Antidepresanların intihar üzerine etkisine dikkat edilmelidir. İntihar düşüncesi ve depresyon üzerine etkinliği nedeniyle kullandığımız antidepresanlar kişinin depresyonunu düzeltmeden enerji artışına yol açması nedeniyle ilk kullanım dönemlerinde risklidirler.(198)Antidepresan tedavi gören her bin kişiden birinin intihar girişiminde bulunduğu ve üçbin kişiden birinin intihar neticesinde hayatını kaybettiği bildirilmiştir.(199) Ancak antidepresan tedavinin ilerleyen süreçlerinde hastalarda iyilik gözlenmiştir. Antidepresanların intihar ve depresyona olumlu yönde katkıda bulunduğu gösterilmiştir. Altı aylık yapılan bir izlemde depresyon hastalarında yapılan antidepresan tedavisi hem intihar girişimini hem de intihar düşüncesini anlamlı ölçüde azaltmıştır.(200) Ayrıca tedaviyi düzenli sürdürenlerde, yarıda kesenlere göre intihar düşüncesinde daha belirgin düzelme görülmüştür.(201) Depresyonda intihar davranışına yönelik etkin bir diğer tedavi yöntemi de EKT' dir. (202) Ülkemizdeki bilgiler de literatürle uyumludur.

İntihar eden vakaların çoğunluğunu depresyondaki bireyler oluşturmaktadır. Bu kişilerin yakınlarından alınan bilgiler doğrultusunda görülmektedir ki vakalar çoğunlukla psikiyatri dışındaki hekimler tarafından da tıbbi yardım almaktadırlar. Bu açıdan her hekimin dikkatli olması gerekmektedir.Eğer hastada depresyon saptandıysa muhakkak hastanın intihar riski sorgulanmalıdır.(11)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışma Örneklemi

Bu çalışma Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran kişiler arasından 15.09.2014/15.11.2014 tarihlerince yapılmıştır. Çalışmaya, çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan, dahil edilmeme kriterlerini karşılamayan 100 hasta ve bu 100 hasta ile eşleştirilmiş 100 kontrol grubu alınmıştır. Çalışmaya alınan 100 hasta klinik görüşme ile DSM-5 Tanı ölçütlerine göre major depresif bozukluk tanısı almışlardır. Hastaların psikotrop ilaç kullanım öyküleri bulunmamaktadır. 18-65 yaş arası okur-yazar, ek tıbbi rahatsızlığı olmayan kişiler çalışmaya alınmıştır. Bu kişilere Hamilton Depresyon Ölçeği, İntihar Davranışı Ölçeği, Obsesif İnanışlar Ölçeği, Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) ve Biyolojik Ritm Ölçeği uygulanmıştır. Tüm bireyler Sosyodemografik Veri Formu (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu) doldurmuştur. Komorbid psikiyatrik hastalık tanısı olan hastalar çalışmaya alınmamıştır. Hasta ve kontrol grubuna Aydınlatılmış Onam Formu verilmiş ve onayları alınmıştır. Çalışmanın etik kurul onayı Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan alınmıştır. İstatistik olarak tanımlayıcı ve karşılatırcı istatistiksel program SPSS 22.0 uygulanmıştır.

Hasta grubunun çalışmaya dahil edilme kriterleri:

- i. 18 – 65 yaş arasında olmak
- ii. DSM 5 tanı kriterlerine göre depresyon tanısı almış olmak
- iii. Öncesinde herhangi bir psikotrop ilaç ile tedavi edilmemiş olmak
- iv. Anket verilerini dolduracak yeterli bilişsel kapasiteye sahip olmak
- v. Çalışmaya katılmaya onay vermiş olmak

Hasta grubunun çalışmaya dahil edilmeme kriterleri :

- i. DSM 5 tanı kriterlerine göre depresyon tanısına ek olarak herhangi bir başka

psikiyatrik bozukluk tanısı almış olmak

ii.Öncesinde herhangi bir psikotrop ilaç ile tedavi edilmiş olmak

iii.Endokrinolojik, nörolojik, romatizmal veya bir başka kronik hastalığa sahip olmak

iv. Anket verilerini dolduracak yeterli bilişsel kapasiteye sahip olmamak

v. Çalışmaya katılmaya onay vermemiş olmak

Kontrol grubunun çalışmaya dahil edilme kriterleri:

i.18 – 65 yaş arasında olmak

ii.Dsm 5 tanı kriterlerine göre psikiyatrik tanı almamış olmak

iii.Anket verilerini dolduracak yeterli bilişsel kapasiteye sahip olmak

iv.Çalışmaya katılmaya onay vermiş olmak

Kontrol grubunun çalışmaya dahil edilmeme kriterleri:

i.DSM 5 tanı kriterlerine göre herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı almış olmak

ii.Endokrinolojik, nörolojik, romatizmal veya bir başka kronik hastalığa sahip olmak

iii. Anket verilerini dolduracak yeterli bilişsel kapasiteye sahip olmamak

iv.Çalışmaya katılmaya onay vermemiş olmak

3.2. Etik Kurul Onayı:

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu' ndan onay alınmıştır.(Tarih: 17.04.2015 Protokol no:188 Karar no:2015/01) (Ek-9)

3.3. Veri Toplama Gereçleri

3.3.1 Sosyodemografik Veri Ölçeği:

Kliniğimiz tarafından hazırlanan katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum , eğitim düzeyi, yaşadığı yer, ekonomik durumu, mesleği, genel tıbbi durumu, önceki tedavi öyküsü, anne baba ilişkilerini değerlendiren formdur. Katılımcının kendisi tarafından doldurulur.

3.3.2. Hamilton Depresyon Ölçeği:

Uygulanan kişinin depresyon şiddetinin düzeyi ve bu şiddetteki değişimi ölçer. Tek başına tanı koydurmaz. Görüşmeci tarafından uygulanır ve hastalığın seyrinin takibinde kullanılır. Ölçek toplam 17 sorudan oluşmaktadır. Hastalığın şiddetini belirlemek için başka sorular eklenebilir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 51 dir. Ölçeğin test tekrar korelasyonu .85, iç tutarlı çalışmasında cronbach alfa değeri .75, spearman-brown güvenirlik katsayısı .76 dır.(203) Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. (204) Ölçek 1960 yılında depresyonun şiddetini ölçmek amaçlı Hamilton tarafından geliştirilmiştir.(205) Klinisyenler tarafından depresif bozukluğun ölçümünde sıklıkla kullanılmaktadır.Hamilton'un tasarladığı orijinal ölçek 21 madde içermektedir. Ancak pratikte Hamilton'unda önerisiyle 17 ölçek kullanılmaktadır. Değerlendirilmesi zor kavramlar, uykuya dalma güçlüğü, gece yarısı uyanma, sabah erken uyanma, somatik semptomlar, genital semptomlar, zayıflama ve içgörü gibi semptomlar için 0-2 arasında derecelendirme mevcuttur. Diğer kısımlar 0-4 arası puanlandırılır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve ark. tarafından 1996 yılında yapılmıştır. Ölçekte 23 üzeri çok şiddetli, 19-22 şiddetli, 14-18 orta derecede, 8-13 hafif derecede ve 7 ve altı normal olarak değerlendirilir. Ölçek ilk olarak yatan hastalar adına geliştirilmiştir. Depresyonun melankolik ve fiziksel belirtileri üzerinde daha çok durmaktadır. (204)

3.3.3. İntihar Davranışı Ölçeği:

İntihar Davranışı Ölçeği 1981 yılında Linehan ve arkadaşları tarafından oluşturulmuştur. Ölçeğin türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini 1995 yılında Bayam ve arkadaşları yapmıştır. Ölçekte intiharla ilişkili dört kavram üzerinde durulmaktadır. Bunlar; kişinin önceki intihar girişim öyküsü ve intihar düşüncesi, son bir yıl içindeki intihar düşüncesi,

kişinin çevresine intihar düşüncesi ile ilgili mesaj verip vermediği ve kişinin gelecekte intihar girişimi ile ilgili düşüncesidir. (206)

3.3.4. Obsesif İnanışlar Ölçeği:

Obsesif kompulsif bozukluğun patogeneğinde obsesif inanışların öneminin kritik olduğu düşünülmüş, bu önemi belirtmek için “Obsesif Kompulsif Kognisyonları Çalışma Grubu (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, OCCWG)” tarafından 87 maddelik Obsesif İnanışlar Ölçeği geliştirilmiştir. Bu ölçekte altı inanç alanı işlenmiştir. Bunlar ; abartılmış sorumluluk, düşüncelere aşırı önem verme, düşüncelerin kontrol edilmesinin önemiyle aşırı ilgilenmek, abartılmış tehdit algısı, belirsizliğe tahammülsüzlük, mükemmeliyetçiliktir. Sonrasında OCCWG tarafından "OİÖ-87" nin alt ölçeklerinde yüksek korelasyon tespit edilmiş ve ölçek yeniden gözden geçirilmiştir. Ölçeğin kısa formu OİÖ-44 geliştirilmiştir. Yeniden düzenlenen ölçekte üç ana unsur kullanılmış. Bunlar; artmış sorumluluk algısı/abartılı tehdit algısı, mükemmeliyetçilik /belirsizliğe tahammülsüzlük, düşüncelere önem verme/düşünceleri kontroldür. Ölçekte her madde likert tipi 1-7 arasında puanlandırılır. Ölçeklerdeki puanlar toplanarak hesaplama yapılır. Türkçe uyarlamasını Boysan M., Beşiroğlu L., Çetinkaya N., Atlı A., Aydın A. yapmıştır. Ölçeğin tümü için iç tutarlılık oranı .95, 30 günlük test tekrar korelasyonu.79 olarak değerlendirilmiştir. (203)

3.3.5. Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) :

Ölçek ilk olarak 1974' te Deragotis tarafından geliştirilmiş ve 1977 yılında tekrar gözden geçirilmiştir. Klinik gözlemler ve araştırmalarda kişilerin ruhsal semptomlarını değerlendiren bir ölçektir.(203)Formun asıl ismi Symptom Check List-90 dır. (207)Testin ölçtüğü davranışlar; psikiyatrik belirtiler, kişilerin kendileri tarafından doldurulur. 90 soru ve 10 alt bölümden oluşmaktadır. Ölçek kişinin son üç ayını ve günümüzde alarak değerlendirmektedir. Türkçe geçerlilik formu Dağ İ. tarafından 1991 yılında yapılmıştır. (208)Tarama ölçeğidir. Kişinin strese verdiği cevabı değerlendirir. Kolay uygulanabilen bir ölçektir. Puanlama her madde için yapılır, üç ayrı genel puan hesaplanır ve puanlamadaki artış kişinin psikiyatrik belirtileri ve bundan duyulan sıkıntıyı gösterir. Ölçekteki puanlama 0-4 arasındadır. Ayrıca 9 ayrı belirti üzerinde durmaktadır. Bunlar; somatizasyon, obsesif-kompulsif, kişilerarası duyarlılık, depresyon, kaygı, düşmanlık, fobik kaygı, paranoid düşünce, psikotizm dir.

3.3.6. Biyolojik Ritm Değerlendirme Ölçeği :

Ruhsal hastalıklardaki gün içinde sosyal işlevsel duygusal ve sirkadyen ritmi değerlendirmektedir. Görüşmeci tarafından değerlendirilir. 21 maddeden oluşur ve likert tipi hesaplanır. Ölçekte uyku, etkinlik, toplumsal ve yeme düzeni sorgulanmaktadır. Ölçek uygulanırken görüşmeci soruları hastaya yönelterek uygular. Açıklama amaçlı ek sorular olabilir. Hastanın son onbeş günü değerlendirilir. Ölçekten toplam alınabilecek puan 21-84 arasında değişmektedir. Ölçek karşılaştırılmalı değerlendirilmektedir, kesme puanı yoktur. Orijinal adı Biological Rhythms Interview Of Assessment İn Neuropsychiatry dir. (203)

3.4. İstatiksel Analiz

Araştırma verisi “SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 (SPSS Inc, Chicago, IL)” aracılığıyla bilgisayar ortamına yüklendi ve değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma, frekans dağılımı ve yüzde olarak sunuldu. Kategorik değişkenlerin değerlendirmesinde Pearson Ki-Kare Testi ve Yates Düzeltmeli Ki-Kare Testi uygulandı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov Testi/Shapiro-Wilk Testi) kullanılarak incelendi. Normal dağılıma uyduğu saptanan değişkenler için; iki bağımsız grup arasındaki istatistiksel anlamlılıklarda Student's T Testi uygulandı. Normal dağılıma uymayan değişkenler için ise; iki bağımsız grup arasında Mann-Whitney U Testi, üç bağımsız grup arasında ise; Kruskal Wallis Testi istatistiksel yöntem olarak kullanıldı. Üç Bağımsız grup arasında anlamlı fark saptandığında farkın kaynağını saptamaya yönelik bonferroni düzeltmesi uygulandı. Değişkenler arasındaki ilişki Spearman Testi ile değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Araştırma kapsamında toplam 200 birey incelendi. İncelenenlerin yaş ortalaması 37,45±12,55 (min:18-maks:65) yıl olup %59,5'i (n=119) kadın, %72,0'ı (n=144) evli, %40,5'i (n=81) ilköğretim, %35,5'i (n=71) lise mezunu, %24,0'ı (n=48) üniversite mezunu iken %81,5'i (n=163) şehirde yaşıyordu ve %41,0'nun (n=82) aylık toplam hane geliri 1001-2000 TL arasında, %38,0'nun (n=76) ise 2000 TL'nin üzerindeydi.

Araştırmaya dahil edilen 200 bireyin 100'ü depresyon tanısı almış ve daha önce hiç tedavi uygulanmamış hastalardan, diğer 100'ü ise bu hastalarla eşleştirilmiş sağlıklı bireylerden oluşmaktaydı. Depresyon tanısı alanlar hasta grubu, sağlıklı bireyler ise kontrol grubu olarak adlandırıldı. Çalışma grupları arasında bazı tanımlayıcı özelliklerin dağılımı tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. Çalışma Gruplarına Göre Bazı Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı

| | Hasta (n=100) | Kontrol (n=100) | p |
|---|----------------------|------------------------|----------|
| Yaş | 36,77±12,70 | 38,12±12,42 | 0,399 |
| Cinsiyet | | | |
| Erkek | 37 (45,7) | 44 (54,3) | 0,313 |
| Kadın | 63 (52,9) | 56 (47,1) | |
| Medeni Durum | | | |
| Evli | 70 (48,6) | 74 (51,4) | 0,529 |
| Diğer (Bekar/Boşanmış/Dul) | 30 (53,6) | 26 (46,4) | |
| Öğrenim Düzeyi | | | |
| İlköğretim | 40 (49,4) | 41 (50,6) | 0,947 |
| Lise | 35 (49,3) | 36 (50,7) | |
| Üniversite | 25 (52,1) | 23 (47,9) | |
| Yaşadığı Yer | | | |
| Şehir | 79 (48,5) | 84 (51,5) | 0,466 |
| Kasaba/Köy | 21 (56,8) | 16 (43,2) | |
| Aylık Toplam Hane Geliri | | | |
| ≤1000 TL | 20 (47,6) | 22 (52,4) | 0,509 |
| 1001-2000 TL | 45 (54,9) | 37 (45,1) | |
| >2000 TL | 35 (46,1) | 41 (53,9) | |
| Sürekli değişkenler "ortalama±standart sapma", kategorik değişkenler "sayı (sıra yüzdesi)" şeklinde sunulmuştur | | | |

İncelenenlerden hasta ve kontrol grupları yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim düzeyi, yaşadıkları yer ve aylık toplam hane geliri açısından benzerdi (Tablo 1).

Araştırmaya dahil edilen tüm bireylere obsesif inanişlar ölçeği (OİÖ), Hamilton depresyon ölçeği (HAM-D) ve biyolojik ritm ölçeği (BRÖ) olmak üzere toplam 3 ölçek uygulandı. Çalışma grupları arasında uygulanan ölçek skorlarının dağılımı tablo 2’de sunulmuştur.

Tablo 2. Çalışma Grupları Arasında Uygulanan Ölçek Skorlarının Dağılımı

| | Hasta (n=100) | Kontrol (n=100) | p |
|---------------------------------|----------------|-----------------|------------------|
| | $\bar{X}\pm S$ | $\bar{X}\pm S$ | |
| OİÖ-Sorumluluk | 65,79±25,06 | 47,88±22,84 | <0,001 |
| OİÖ-Mükemmeliyetçilik | 74,08±24,56 | 51,19±21,49 | <0,001 |
| OİÖ-Önem verme | 45,57±19,54 | 34,86±16,67 | <0,001 |
| OİÖ-TOPLAM | 182,69±56,94 | 133,51±53,57 | <0,001 |
| HAM-D | 26,19±6,58 | 5,20±1,72 | <0,001 |
| BRÖ-Uyku | 15,03±2,89 | 7,93±2,57 | <0,001 |
| BRÖ-Aktivite | 14,59±4,50 | 7,13±1,86 | <0,001 |
| BRÖ-Toplumsal | 10,77±3,51 | 5,70±1,71 | <0,001 |
| BRÖ-Yeme alışkanlıkları | 8,82±3,76 | 5,53±1,59 | <0,001 |
| BRÖ-Baskın ritm örüntüsü | 6,36±1,76 | 3,38±0,69 | <0,001 |

\bar{X} : Ortalama; S: Standart sapma; OİÖ: Obsesif inanişlar ölçeği; HAM-D: Hamilton depresyon ölçeği; BRÖ: Biyolojik ritm ölçeği

Hasta ve kontrol grupları arasında OİÖ toplam skoru ile sorumluluk, mükemmeliyetçilik, önem verme alt boyut skorları, HAM-D skoru ve BRÖ uyku, aktivite, toplumsal, baskın ritm örüntüsü alt boyut skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Hasta grubunda yer alanların uygulanan tüm ölçek ve alt boyut skorları kontrol grubundan anlamlı olarak yüksekti (Tablo 2).

Ayrı ayrı hasta ve kontrol gruplarında cinsiyetler arasında uygulanan ölçek ve alt boyut skorlarının dağılımı tablo 3'te sunulmuştur.

Tablo 3. Hasta ve Kontrol Gruplarına Göre Cinsiyetler Arasında Uygulanan Ölçek Skorlarının Dağılımı

| | Hasta | | p | Kontrol | | p |
|------------------|----------------|----------------|-------|----------------|----------------|-------|
| | Erkek (n=37) | Kadın (n=63) | | Erkek (n=44) | Kadın (n=56) | |
| | $\bar{X}\pm S$ | $\bar{X}\pm S$ | | $\bar{X}\pm S$ | $\bar{X}\pm S$ | |
| OİÖ-S | 70,68±23,86 | 62,92±25,49 | 0,154 | 44,55±20,45 | 50,50±24,42 | 0,286 |
| OİÖ-M | 76,59±23,57 | 72,60±25,19 | 0,464 | 50,34±17,61 | 51,86±24,24 | 0,702 |
| OİÖ-Ö | 45,38±19,66 | 45,68±19,63 | 0,932 | 31,30±12,57 | 37,66±18,93 | 0,100 |
| OİÖ-T | 189,70±52,45 | 178,57±59,44 | 0,314 | 126,59±42,08 | 138,95±60,93 | 0,514 |
| HAM-D | 24,92±6,32 | 26,94±6,67 | 0,118 | 5,00±1,71 | 5,36±1,72 | 0,232 |
| Uyku | 15,11±2,95 | 14,98±2,88 | 0,832 | 7,70±2,37 | 8,11±2,73 | 0,531 |
| Aktivite | 15,24±3,54 | 14,21±4,97 | 0,363 | 7,07±1,80 | 7,18±1,93 | 0,870 |
| Toplumsal | 11,22±2,90 | 10,51±3,83 | 0,320 | 6,00±1,71 | 5,46±1,68 | 0,054 |
| Yeme | 8,92±3,31 | 8,76±4,02 | 0,601 | 5,23±1,52 | 5,77±1,62 | 0,054 |
| Ritm | 6,57±1,71 | 6,24±1,78 | 0,312 | 3,41±0,79 | 3,36±0,62 | 0,972 |

\bar{X} : Ortalama; S: Standart sapma

Hem hasta grubunda hem de kontrol grubunda yer alan erkek ve kadınların tüm ölçek ve alt boyut skorları benzerdi ($p>0,05$) (Tablo 3).

Hasta ve kontrol gruplarında medeni durumlar arasında uygulanan ölçek ve alt boyut skorlarının dağılımı tablo 4’te sunulmuştur.

Tablo 4. Hasta ve Kontrol Gruplarına Göre Medeni Durumlar Arasında Uygulanan Ölçek Skorlarının Dağılımı

| | Hasta | | p | Kontrol | | p |
|------------------|----------------|----------------|--------------|----------------|----------------|-------|
| | Evli (n=70) | Diğer (n=30) | | Evli (n=74) | Diğer (n=26) | |
| | $\bar{X}\pm S$ | $\bar{X}\pm S$ | | $\bar{X}\pm S$ | $\bar{X}\pm S$ | |
| OİÖ-S | 63,07±26,73 | 72,13±19,62 | 0,137 | 48,32±22,32 | 46,62±24,67 | 0,460 |
| OİÖ-M | 72,89±25,32 | 76,87±22,85 | 0,532 | 51,66±22,40 | 49,85±18,99 | 0,922 |
| OİÖ-Ö | 45,57±20,17 | 45,57±18,33 | 0,910 | 34,91±17,39 | 34,73±14,71 | 0,738 |
| OİÖ-T | 178,16±59,25 | 193,27±50,51 | 0,308 | 134,72±55,03 | 130,08±50,03 | 0,774 |
| HAMD | 26,21±6,53 | 26,13±6,83 | 0,961 | 5,36±1,64 | 4,73±1,87 | 0,136 |
| Uyku | 14,67±2,87 | 15,87±2,82 | 0,070 | 8,08±2,36 | 7,50±3,10 | 0,068 |
| Aktivite | 14,21±4,53 | 15,47±4,39 | 0,280 | 7,09±1,76 | 7,23±2,16 | 0,891 |
| Toplumsal | 10,29±3,35 | 11,90±3,67 | 0,033 | 5,82±1,72 | 5,35±1,65 | 0,127 |
| Yeme | 8,26±3,85 | 10,13±3,23 | 0,011 | 5,45±1,46 | 5,77±1,92 | 0,726 |
| Ritm | 5,97±1,59 | 7,27±1,82 | 0,002 | 3,43±0,70 | 3,23±0,65 | 0,103 |

\bar{X} : Ortalama; S: Standart sapma

Hasta grubunda yer alanlardan evli olanlarla olmayanlar arasında BRÖ toplumsal, yeme alışkanlıkları ve baskın ritm örüntüsü alt boyut skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Hasta grubunda yer alanlardan evli olanların BRÖ toplumsal, yeme alışkanlıkları ve baskın ritm örüntüsü alt boyut skorları evli olmayanlardan anlamlı olarak düşüktü. Diğer taraftan hasta grubunda yer alanlardan evli olanlarla olmayanların diğer ölçek ve alt boyut skorları benzerdi ($p>0,05$) (Tablo 4).

Kontrol grubunda yer alanların ise medeni durumları arasında uygulanan tüm ölçek ve alt boyut skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4).

Çalışma gruplarının kendi içinde öğrenim düzeyleri arasında uygulanan ölçek skorlarının dağılımı tablo 5’te sunulmuştur.

Tablo 5. Hasta ve Kontrol Gruplarında Öğrenim Düzeyleri Arasında Uygulanan Ölçek Skorlarının Dağılımı

| | Hasta | | | p | Kontrol | | | p |
|------------------|--------------------------|----------------|----------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|--------------|
| | İlköğretim (n=40) | Lise (n=35) | Üniversite (n=25) | | İlköğretim (n=41) | Lise (n=36) | Üniversite (n=23) | |
| | $\bar{X}\pm S$ | $\bar{X}\pm S$ | $\bar{X}\pm S$ | | $\bar{X}\pm S$ | $\bar{X}\pm S$ | $\bar{X}\pm S$ | |
| OİÖ-S | 58,00±24,19 ^c | 66,97±22,94 | 76,60±25,88 | 0,010 | 45,24±17,37 | 49,36±25,23 | 50,26±27,34 | 0,964 |
| OİÖ-M | 72,18±26,47 | 74,17±23,29 | 77,00±23,80 | 0,773 | 42,90±17,12 ^b | 56,89±21,50 | 57,04±24,34 | 0,006 |
| OİÖ-Ö | 48,40±20,88 | 44,09±19,41 | 43,12±17,62 | 0,475 | 32,05±12,58 | 37,25±16,60 ^c | 35,35±20,27 | 0,367 |
| OİÖ-T | 173,68±61,43 | 184,37±49,87 | 194,76±58,56 | 0,306 | 120,20±40,09 | 143,50±58,18 | 142,65±68,31 | 0,279 |
| HAMD | 26,88±6,13 | 25,09±6,42 | 26,64±7,53 | 0,369 | 4,90±1,96 | 5,61±1,48 | 5,09±1,54 | 0,250 |
| Uyku | 14,43±2,99 | 15,03±2,77 | 16,00±2,74 | 0,081 | 8,29±2,87 | 7,39±2,49 | 8,13±2,03 | 0,201 |
| Aktivite | 13,83±5,09 | 14,77±4,01 | 15,56±4,09 | 0,387 | 7,10±1,97 | 7,17±1,92 | 7,13±1,63 | 0,914 |
| Toplumsal | 10,50±3,55 | 10,63±3,55 | 11,40±3,46 | 0,579 | 5,46±1,69 | 5,58±1,61 | 6,30±1,82 | 0,133 |
| Yeme | 8,90±4,39 | 8,60±3,34 | 9,00±3,32 | 0,864 | 5,85±1,70 | 5,19±1,51 | 5,48±1,47 | 0,163 |
| Ritm | 5,90±1,72 ^b | 6,77±1,56 | 6,52±1,96 | 0,040 | 3,44±0,71 | 3,44±0,81 | 3,17±0,39 | 0,352 |

\bar{X} : Ortalama; S: Standart sapma
^bYapılan post-hoc ikili karşılaştırma sonucu “Lise” mezunlarıyla anlamlı fark saptandı (p<0,017)
^cYapılan post-hoc ikili karşılaştırma sonucu “Üniversite” mezunlarıyla anlamlı fark saptandı (p<0,017)

Araştırma kapsamında incelenenlerden hasta grubunda yer alanların öğrenim düzeyleri arasında OİÖ sorumluluk alt boyut skoru ve BRÖ baskın ritm örüntüsü skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0,05). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu anlamlı farkın “ilköğretim” mezunu olanlarla “üniversite” mezunu olanlar arasında olduğu, BRÖ baskın ritm örüntüsü skorundaki anlamlı farkın ise “ilköğretim” mezunu olanlarla “lise” mezunu olanlar arasında olduğu görüldü. Hasta grubunda yer alanlardan ilköğretim mezunu olanların OİÖ sorumluluk alt boyut skoru üniversite mezunu olanlardan BRÖ baskın ritm örüntüsü alt boyut skoru ise lise mezunu olanlardan anlamlı olarak düşüktü.

Diğer taraftan hasta grubunda yer alanların öğrenim düzeyleri arasında diğer ölçek ve alt boyut skorları açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 5).

Kontrol grubunda yer alanların öğrenim düzeyleri arasında OİÖ mükemmeliyetçilik alt boyut skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu anlamlı farkın “ilköğretim” mezunu olanlarla “lise” mezunu olanlar arasında olduğu görüldü. Kontrol grubunda yer alanlardan lise mezunu olanların OİÖ mükemmeliyetçilik alt boyut skoru ilköğretim mezunu olanlardan anlamlı olarak yüksekti. Kontrol grubunda yer alanların öğrenim düzeyleri arasında diğer ölçek ve alt boyut skorları açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 5).



Ayrı ayrı hasta ve kontrol gruplarında yaşanan yerler arasında uygulanan ölçek skorlarının dağılımı tablo 6’da sunulmuştur.

Tablo 6. Hasta ve Kontrol Gruplarında Yaşanılan Yerler Arasında Uygulanan Ölçek Skorlarının Dağılımı

| | Hasta | | P | Kontrol | | P |
|------------------|-----------------|----------------------|-------|-----------------|----------------------|-------|
| | Şehir (n=79) | Kasaba/Köy (n=21) | | Şehir (n=84) | Kasaba/Köy (n=16) | |
| | $\bar{X}\pm S$ | $\bar{X}\pm S$ | | $\bar{X}\pm S$ | $\bar{X}\pm S$ | |
| OİÖ-S | 64,65±25,85 | 70,10±2,87 | 0,404 | 49,52±23,85 | 39,25±14,18 | 0,188 |
| OİÖ-M | 71,87±24,81 | 82,38±22,23 | 0,078 | 52,93±21,72 | 42,06±18,23 | 0,057 |
| OİÖ-Ö | 44,76±19,39 | 48,62±20,31 | 0,424 | 35,61±17,49 | 30,94±10,96 | 0,572 |
| OİÖ-T | 179,06±56,91 | 196,33±56,32 | 0,260 | 137,71±55,67 | 111,44±34,25 | 0,152 |
| HAMD | 26,04±6,77 | 26,76±5,97 | 0,511 | 5,17±1,67 | 5,38±1,99 | 0,458 |
| Uyku | 15,08±2,94 | 14,86±2,76 | 0,618 | 7,87±2,64 | 8,25±2,24 | 0,384 |
| Aktivite | 14,47±4,62 | 15,05±4,13 | 0,593 | 7,13±1,88 | 7,13±1,82 | 0,923 |
| Toplumsal | 10,63±3,50 | 11,29±3,59 | 0,469 | 5,79±1,76 | 5,25±1,39 | 0,298 |
| Yeme | 8,77±3,69 | 9,00±4,10 | 0,939 | 5,64±1,68 | 4,94±0,85 | 0,212 |
| Ritm | 6,33±1,60 | 6,48±2,29 | 0,880 | 3,36±0,69 | 3,50±0,73 | 0,351 |

\bar{X} : Ortalama; S: Standart sapma

Hem hasta hem de kontrol grubunda yaşanan yerler arasında uygulanan tüm ölçek ve alt boyut skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 6).

Hasta ve kontrol gruplarında aylık toplam hane gelir düzeyleri arasında uygulanan ölçek ve alt skor boyutlarının dağılımı tablo 7’de sunulmuştur.

Tablo 7. Hasta ve Kontrol Gruplarında Aylık Toplam Hane Gelirleri Arasında Uygulanan Ölçek Skorlarının Dağılımı

| | Hasta | | | P | Kontrol | | | P |
|------------------|--------------------------|------------------------|--------------------|--------------|--------------------|------------------------|--------------------|-------|
| | ≤1000 TL (n=20) | 1001-2000 TL (n=45) | >2000 TL (n=35) | | ≤1000 TL (n=22) | 1001-2000 TL (n=37) | >2000 TL (n=41) | |
| | $\bar{X}\pm S$ | $\bar{X}\pm S$ | $\bar{X}\pm S$ | | $\bar{X}\pm S$ | $\bar{X}\pm S$ | $\bar{X}\pm S$ | |
| OİÖ-S | 77,10±21,44 | 64,02±23,45 | 61,60±27,62 | 0,063 | 48,50±27,12 | 48,46±23,98 | 47,02±19,65 | 0,936 |
| OİÖ-M | 77,70±20,03 | 74,29±23,81 | 71,74±28,02 | 0,906 | 53,77±25,18 | 50,16±22,71 | 50,73±18,46 | 0,896 |
| OİÖ-Ö | 54,65±19,55 ^c | 45,69±19,44 | 40,23±18,21 | 0,038 | 35,09±18,74 | 34,43±17,65 | 35,12±14,91 | 0,831 |
| OİÖ-T | 201,15±49,62 | 179,18±53,30 | 172,09±62,01 | 0,052 | 137,36±64,92 | 131,73±55,15 | 133,05±46,26 | 0,880 |
| HAMD | 25,85±7,24 | 26,64±6,32 | 25,80±6,69 | 0,759 | 5,32±1,64 | 5,57±1,64 | 4,80±1,78 | 0,133 |
| Uyku | 15,35±3,69 | 14,69±2,64 | 15,29±2,73 | 0,407 | 8,59±2,65 | 7,49±2,44 | 7,98±2,62 | 0,224 |
| Aktivite | 14,60±4,20 | 14,73±4,54 | 14,40±4,75 | 0,922 | 7,59±2,20 | 6,95±1,75 | 7,05±1,77 | 0,593 |
| Toplumsal | 11,85±3,41 | 10,38±3,39 | 10,66±3,70 | 0,302 | 5,36±1,81 | 5,62±1,75 | 5,95±1,61 | 0,172 |
| Yeme | 10,00±3,29 | 8,58±3,86 | 8,46±3,84 | 0,194 | 5,64±1,53 | 5,24±1,36 | 5,73±1,80 | 0,508 |
| Ritm | 7,40±1,98 ^b | 6,07±1,59 | 6,14±1,65 | 0,034 | 3,50±0,86 | 3,43±0,76 | 3,27±0,50 | 0,650 |

\bar{X} : Ortalama; S: Standart sapma

^bYapılan post-hoc ikili karşılaştırma sonucu “1001-2000 TL” aylık toplam hane geliri olanlarla anlamlı fark saptandı (p<0,017)

^cYapılan post-hoc ikili karşılaştırma sonucu “2000 TL’nin üzerinde” aylık toplam hane geliri olanlarla anlamlı fark saptandı (p<0,017)

Hasta grubunda yer alan hastaların aylık toplam hane gelir düzeyleri arasında OİÖ önem verme alt boyut skoru ve BRÖ baskın ritm örüntüsü skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0,05). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu önem verme alt boyut skorundaki anlamlı farkın “1000 TL ve daha az” aylık toplam hane geliri olanlarla “2000 TL’den fazla” geliri olanlar arasında olduğu, baskın ritm örüntüsü alt boyut skorundaki anlamlı farkın ise, “1000 TL ve daha az” aylık toplam hane geliri olanlarla “1001-2000 TL” arasında geliri olanlar arasında olduğu görüldü. Hasta grubunda yer alanlardan aylık toplam hane geliri 1000 TL ve daha az olanların OİÖ önem verme alt boyut skoru 2000 TL’den fazla geliri olanlardan, BRÖ baskın ritm örüntüsü alt boyut skoru ise 1001-2000 TL arasında geliri olanlardan anlamlı olarak yüksekti. Diğer taraftan hasta grubunda yer alanların aylık toplam

hane gelir düzeyleri arasında uygulanan diğer ölçek ve alt boyut skorları açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 7).

Kontrol grubunda yer alanların ise; aylık toplam hane gelir düzeyleri arasında uygulanan tüm ölçek ve alt boyut skorları açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 7).



Hasta ve kontrol gruplarında ölçek skorlarının ve intihar şiddetinin birbiriyle ilişkisi tablo 8’de sunulmuştur.

Tablo 8. Hasta ve Kontrol Gruplarında Ölçek Skorlarının ve İntihar Şiddetinin Birbiriyle İlişkisi

| | | HAM-D | BRÖ-Uyku | BRÖ-Aktivite | BRÖ-Toplumsal | BRÖ-Yeme | BRÖ-Ritm | İntihar Şiddeti |
|-------------------------------|------------------------|---------|----------|--------------|---------------|----------|----------|-----------------|
| HASTA GRUBU (n=100) | HAM-D | 1,000 | 0,192 | 0,212* | 0,263** | 0,206* | -0,195 | 0,775** |
| | OİÖ-S | 0,058 | -0,102 | -0,056 | 0,005 | 0,057 | 0,295** | 0,163 |
| | OİÖ-M | 0,080 | -0,082 | 0,006 | -0,080 | -0,048 | 0,091 | 0,133 |
| | OİÖ-Ö | -0,015 | -0,081 | -0,109 | -0,124 | 0,117 | 0,026 | -0,073 |
| | OİÖ-T | 0,033 | -0,167 | -0,052 | -0,048 | 0,065 | 0,158 | 0,118 |
| | İntihar Şiddeti | 0,775** | 0,222* | 0,169 | 0,265** | 0,201* | 0,014 | 1,000 |
| KONTR OL GRUBU (n=100) | HAM-D | 1,000 | 0,049 | -0,078 | 0,111 | -0,005 | 0,175 | ----- |
| | OİÖ-S | -0,025 | -0,096 | -0,271** | 0,012 | -0,120 | -0,263** | ----- |
| | OİÖ-M | 0,044 | -0,198* | -0,146 | -0,003 | -0,127 | -0,222* | ----- |
| | OİÖ-Ö | -0,028 | -0,009 | -0,239* | -0,042 | -0,111 | -0,293** | ----- |
| | OİÖ-T | 0,012 | -0,126 | -0,228* | -0,034 | -0,139 | -0,307** | ----- |

*p<0,05, **p<0,01
Spearman korelasyon katsayısıyla sunulmuştur.
OİÖ: Obsesif inanışlar ölçeği; S: Sorumluluk, M: Mükemmeliyetçilik; Ö: Önem verme; T: Toplam; HAM-D: Hamilton depresyon ölçeği;
BRÖ: Biyolojik ritm ölçeği

Hasta grubunda yer alanların HAM-D skoru ile BRÖ aktivite, toplumsal ve yeme alt boyut skorları arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde (sırasıyla $r=0,212$, $r=0,263$ ve $r=0,206$), intihar şiddeti arasında pozitif yönde güçlü düzeyde ($r=0,775$), OİÖ sorumluluk alt boyut skoru ile BRÖ baskın ritm örüntüsü alt boyut skoru arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde ($r=0,295$), intihar şiddeti ile BRÖ uyku, toplumsal ve yeme alt boyut skorları arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde (sırasıyla $r=0,222$, $r=0,265$ ve $r=0,201$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($p<0,05$) (Tablo 8).

Kontrol grubunda yer alanlarda ise; BRÖ baskın ritm örüntüsü ise OİÖ sorumluluk, mükemmeliyetçilik ve önem verme alt boyut skorları arasında negatif yönde, zayıf düzeyde (sırasıyla $r = -0,263$, $r = -0,222$ ve $r = -0,293$), BRÖ toplam skoru arasında negatif yönde, orta düzeyde ($r = -0,307$), BRÖ aktivite alt boyut skoru ile OİÖ sorumluluk, önem verme alt boyut skorları ve BRÖ toplam skoru arasında negatif yönde, zayıf düzeyde ($r = -0,271$, $r = -0,239$ ve $r = -0,228$), BRÖ uyku alt boyut skoru ile OİÖ mükemmeliyetçilik alt boyut skoru arasında negatif yönde, zayıf düzeyde ($r = -0,198$), istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($p < 0,05$) (Tablo 8).



Depresyon tanılı hastaların intihar ile ilgili özellikleri tablo 9’da sunulmuştur.

Tablo 9. Hasta Grubunun İntihar ile İlgili Özellikleri

| (n=100) | Sayı | % |
|-------------------------------|------|------|
| İntihar Düşüncesi | | |
| Yok | 51 | 51 |
| Var | 49 | 49 |
| İntihar Şiddeti (n=49) | | |
| Bir kez | 3 | 6,1 |
| Bazen | 23 | 46,9 |
| Sıklıkla | 20 | 40,9 |
| Çok sık | 3 | 6,1 |
| İntihar Girişimi | | |
| Yok | 83 | 83 |
| Bir kez | 17 | 17 |
| İntihar Yöntemi (n=17) | | |
| İlaç | 15 | 88,2 |
| Ası | 1 | 5,9 |
| Zehir | 1 | 5,9 |
| İntihar Nedeni (n=17) | | |
| Geçimsizlik | 10 | 58,8 |
| Ekonomi | 3 | 17,6 |
| İlişki | 2 | 11,8 |
| İş | 1 | 5,9 |
| Diğer | 1 | 5,9 |
| Ailede İntihar Öyküsü | | |
| Yok | 97 | 97 |
| Var | 3 | 3 |

?: Yüzde

Araştırmaya dahil edilen 100 depresyon hastasının 49’unda (%49) intihar düşüncesi mevcuttu. İntihar düşüncesi olan hastaların şiddetleri değerlendirildiğinde %46,9’unun (n=23) bazen, %40,9’unun (n=20) sıklıkla, %6,1’inin (n=3) bir kez ve yine %6,1’inin (n=3) çok sıkı. Hastaların %17’si (n=17) daha önce bir kez intihar girişiminde bulunmuştu. Bunların %88,2’si (n=15) intihar yöntemi olarak ilaç kullanırken diğer yöntemler ası ve zehirdi. Daha önce intihar edenlerin intihar nedenlerine bakıldığında %58,8’inin (n=10) geçimsizlik olduğu %17,6’sının (n=3) ekonomik nedenler ve %11,8’inin (n=2) ise ilişki olduğu görüldü. Hastaların 3’ünün ailesinde intihar öyküsü vardı (Tablo 9).

Hasta grubunda intihar düşüncesi olanlarla olmayanlar arasında uygulanan ölçek skorlarının dağılımı tablo 10'da sunulmuştur.

Tablo 10. Hasta Grubunda İntihar Düşüncesi Olanlarla Olmayanlar Arasında Uygulanan Ölçek Skorlarının Dağılımı

| HASTA GRUBU | İntihar Düşüncesi | | p |
|---------------------------------|-------------------|----------------|------------------|
| | Yok (n=51) | Var (n=49) | |
| | $\bar{X}\pm S$ | $\bar{X}\pm S$ | |
| OİÖ-Sorumluluk | 62,25±24,97 | 69,47±24,88 | 0,137 |
| OİÖ-Mükemmeliyetçilik | 71,14±23,62 | 77,14±25,38 | 0,168 |
| OİÖ-Önem verme | 48,18±21,23 | 42,86±17,43 | 0,182 |
| OİÖ-TOPLAM | 179,94±56,25 | 185,55±58,10 | 0,444 |
| HAM-D | 22,02±4,11 | 30,53±5,85 | <0,001 |
| BRÖ-Uyku | 14,59±2,83 | 15,49±2,92 | 0,152 |
| BRÖ-Aktivite | 13,75±4,38 | 15,47±4,51 | 0,043 |
| BRÖ-Toplumsal | 9,94±3,52 | 11,63±3,33 | 0,016 |
| BRÖ-Yeme alışkanlıkları | 8,31±3,89 | 9,35±3,58 | 0,100 |
| BRÖ-Baskın Ritm Örüntüsü | 6,41±1,66 | 6,31±1,86 | 0,933 |

\bar{X} : Ortalama; S: Standart sapma; OİÖ: Obsesif inanışlar ölçeği; HAM-D: Hamilton depresyon ölçeği; BRÖ: Biyolojik ritm ölçeği

Hasta grubunda yer alanlardan intihar düşüncesi olan ve olmayanlar arasında HAM-D skoru ile BRÖ aktivite ve toplumsal alt boyut skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). İntihar düşüncesi olan hastaların HAM-D skoru ile BRÖ aktivite ve toplumsal alt boyut skorları intihar düşüncesi olmayanlardan anlamlı olarak yüksekti (Tablo 10).

Hastaların intihar düşüncesi durumları arasında diğer ölçek ve alt boyut skorları açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 10).

Hasta grubunda intihar girişimi olanlarla olmayanlar arasında uygulanan ölçek skorlarının dağılımı tablo 11’de sunulmuştur.

Tablo 11. Hasta Grubunda İntihar Girişimi Olanlarla Olmayanlar Arasında Uygulanan Ölçek Skorlarının Dağılımı

| HASTA GRUBU | İntihar Girişimi | | p |
|---------------------------------|------------------|----------------|--------------|
| | Yok (n=83) | Bir Kez (n=17) | |
| | $\bar{X}\pm S$ | $\bar{X}\pm S$ | |
| OİÖ-Sorumluluk | 65,00±24,55 | 69,65±27,91 | 0,509 |
| OİÖ-Mükemmeliyetçilik | 74,82±23,96 | 70,47±27,80 | 0,545 |
| OİÖ-Önem verme | 46,54±19,86 | 40,82±17,68 | 0,236 |
| OİÖ-TOPLAM | 184,13±54,60 | 175,65±68,70 | 0,780 |
| HAM-D | 25,19±6,30 | 31,06±5,88 | 0,001 |
| BRÖ-Uyku | 14,95±2,81 | 15,41±3,34 | 0,454 |
| BRÖ-Aktivite | 14,55±4,46 | 14,76±4,84 | 0,767 |
| BRÖ-Toplumsal | 10,53±3,50 | 11,94±3,44 | 0,122 |
| BRÖ-Yeme alışkanlıkları | 8,47±3,70 | 10,53±3,69 | 0,033 |
| BRÖ-Baskın Ritm Örüntüsü | 6,39±1,70 | 6,24±2,08 | 0,706 |

\bar{X} : Ortalama; S: Standart sapma; OİÖ: Obsesif inanislar ölçeği; HAM-D: Hamilton depresyon ölçeği; BRÖ: Biyolojik ritm ölçeği

Araştırmaya dahil edilen depresyon hastalardan daha önce intihar girişiminde bulunanlarla bulunmayanların HAM-D skoru ve BRÖ yeme alışkanlıkları alt boyut skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Daha önce intihar girişiminde bulunan hastaların HAM-D ve BRÖ yeme alışkanlıkları alt boyut skorları intihar girişiminde bulunmayanlardan anlamlı olarak yüksekti (Tablo 11).

Hastalardan intihar girişiminde bulunanlarla bulunmayanların diğer tüm ölçek ve alt boyut skorları benzerdi ($p>0,05$) (Tablo 11).

Hasta grubunda depresyon düzeyleri arasında uygulanan ölçek skorlarının dağılımı tablo 12’de sunulmuştur.

Tablo 12. Hasta Grubunda Depresyon Düzeyleri Arasında Uygulanan Ölçek Skorlarının Dağılımı

| HASTA GRUBU | Depresyon Düzeyi | | p |
|---------------------------------|------------------|----------------|--------------|
| | Orta (n=67) | Ağır (n=33) | |
| | $\bar{X}\pm S$ | $\bar{X}\pm S$ | |
| OİÖ-Sorumluluk | 64,55±25,71 | 68,30±23,87 | 0,512 |
| OİÖ-Mükemmeliyetçilik | 73,51±24,88 | 75,24±24,24 | 0,795 |
| OİÖ-Önem verme | 45,21±20,78 | 46,30±17,04 | 0,826 |
| OİÖ-TOPLAM | 182,09±58,33 | 183,91±54,87 | 0,741 |
| BRÖ-Uyku | 14,66±2,72 | 15,79±3,13 | 0,047 |
| BRÖ-Aktivite | 14,36±4,32 | 15,06±4,89 | 0,388 |
| BRÖ-Toplumsal | 10,18±3,46 | 11,97±3,37 | 0,016 |
| BRÖ-Yeme alışkanlıkları | 8,16±3,55 | 10,15±3,87 | 0,013 |
| BRÖ-Baskın Ritm Örüntüsü | 6,40±1,76 | 6,27±1,77 | 0,666 |

\bar{X} : Ortalama; S: Standart sapma; OİÖ: Obsesif inanislar ölçeği; HAM-D: Hamilton depresyon ölçeği; BRÖ: Biyolojik ritm ölçeği

Araştırma kapsamında incelenen hastalardan depresyon düzeyi orta olanlarla ağır olanlar arasında BRÖ uyku, toplumsal ve yeme alışkanlıkları alt boyut skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Depresyon düzeyi ağır olanların BRÖ uyku, toplumsal ve yeme alışkanlıkları alt boyut skorları orta olanlardan anlamlı olarak yüksekti (Tablo 12).

Hastaların depresyon düzeyleri arasında diğer tüm ölçek ve alt boyut skorları açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 12).

Hasta grubunda cinsiyete göre intihar düşüncesi olanlarla olmayanlar arasında uygulanan ölçek skorlarının dağılımı tablo 13'te sunulmuştur.

Tablo 13. Hasta Grubunda Cinsiyete Göre İntihar Düşüncesi Olanlarla Olmayanlar Arasında Uygulanan Ölçek Skorlarının Dağılımı

| HASTA GRUBU | ERKEK | | | KADIN | | |
|---------------------------------|-------------------|----------------|------------------|-------------------|----------------|------------------|
| | İntihar Düşüncesi | | p | İntihar Düşüncesi | | p |
| | Yok (n=21) | Var (n=16) | | Yok (n=30) | Var (n=33) | |
| | $\bar{X}\pm S$ | $\bar{X}\pm S$ | | $\bar{X}\pm S$ | $\bar{X}\pm S$ | |
| OİÖ-Sorumluluk | 66,90±21,30 | 75,63±26,76 | 0,206 | 59,00±27,12 | 66,48±23,77 | 0,200 |
| OİÖ-Mükemmeliyetçilik | 76,33±22,15 | 76,94±26,07 | 0,868 | 67,50±24,30 | 77,24±25,44 | 0,110 |
| OİÖ-Önem verme | 46,76±22,41 | 43,56±15,85 | 0,617 | 49,17±20,68 | 42,52±18,37 | 0,191 |
| OİÖ-TOPLAM | 190,00±50,77 | 196,13±56,38 | 0,457 | 175,67±61,04 | 186,24±59,86 | 0,386 |
| HAM-D | 21,10±3,62 | 29,94±5,58 | <0,001 | 22,67±4,36 | 30,82±6,03 | <0,001 |
| BRÖ-Uyku | 14,43±2,64 | 16,00±3,18 | 0,123 | 14,70±3,00 | 15,24±2,80 | 0,551 |
| BRÖ-Aktivite | 14,43±3,49 | 16,31±3,42 | 0,156 | 13,27±4,91 | 15,06±4,95 | 0,112 |
| BRÖ-Toplumsal | 10,76±3,05 | 11,81±2,66 | 0,323 | 9,37±3,76 | 11,55±3,64 | 0,018 |
| BRÖ-Yeme alışkanlıkları | 8,38±3,47 | 9,63±3,05 | 0,254 | 8,27±4,22 | 9,21±3,85 | 0,250 |
| BRÖ-Baskın Ritm Örüntüsü | 6,86±1,56 | 6,19±1,87 | 0,338 | 6,10±1,69 | 6,36±1,88 | 0,460 |

\bar{X} : Ortalama; S: Standart sapma; OİÖ: Obsesif inanislar ölçeği; HAM-D: Hamilton depresyon ölçeği; BRÖ: Biyolojik ritm ölçeği

Erkek hastalardan intihar düşüncesi olanlarla olmayanlar arasında HAM-D skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken ($p<0,05$), uygulanan diğer ölçek skorları açısından anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Erkek hastalardan intihar düşüncesi olanların HAM-D skoru olmayanlardan anlamlı olarak yüksekti (Tablo 13).

Kadın hastalarda ise; intihar düşüncesi olanlarla olmayanlar arasında HAM-D ve BRÖ toplumsal alt boyut skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken ($p<0,05$), diğer ölçek skorları açısından anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). İntihar düşüncesi olan kadın hastaların HAM-D ve BRÖ toplumsal alt boyut skorları intihar düşüncesi olmayanlardan anlamlı olarak yüksekti (Tablo 13).

Hasta grubunda cinsiyete göre intihar düşüncesi olanlarla olmayanlar arasında uygulanan ölçek skorlarının dağılımı tablo 14'te sunulmuştur.

Tablo 14. Hasta Grubunda Cinsiyete Göre İntihar Düşüncesi Olanlarla Olmayanlar Arasında Uygulanan Ölçek Skorlarının Dağılımı

| HASTA GRUBU | ERKEK | | | KADIN | | |
|---------------------------------|------------------|----------------|--------------|------------------|----------------|-------|
| | İntihar Girişimi | | p | İntihar Girişimi | | p |
| | Yok (n=31) | Bir Kez (n=6) | | Yok (n=52) | Bir Kez (n=11) | |
| | $\bar{X}\pm S$ | $\bar{X}\pm S$ | | $\bar{X}\pm S$ | $\bar{X}\pm S$ | |
| OİÖ-Sorumluluk | 66,68±22,90 | 91,33±18,51 | 0,017 | 64,00±25,65 | 57,82±25,27 | 0,436 |
| OİÖ-Mükemmeliyetçilik | 74,71±23,77 | 86,33±21,80 | 0,283 | 74,88±24,30 | 61,82±27,68 | 0,133 |
| OİÖ-Önem verme | 45,81±20,92 | 43,17±12,24 | 0,703 | 46,98±19,40 | 39,55±20,50 | 0,243 |
| OİÖ-TOPLAM | 187,19±52,71 | 220,83±45,87 | 0,088 | 185,87±57,64 | 159,18±69,68 | 0,258 |
| HAM-D | 23,65±5,95 | 31,50±3,62 | 0,002 | 26,12±6,38 | 30,82±6,97 | 0,056 |
| BRÖ-Uyku | 14,94±2,87 | 16,00±3,41 | 0,363 | 14,96±2,79 | 15,09±3,42 | 0,798 |
| BRÖ-Aktivite | 15,23±3,72 | 15,33±2,66 | 0,920 | 14,15±4,84 | 14,45±5,80 | 0,797 |
| BRÖ-Toplumsal | 11,06±2,99 | 12,00±2,45 | 0,432 | 10,21±3,76 | 11,91±3,99 | 0,153 |
| BRÖ-Yeme alışkanlıkları | 8,71±3,31 | 10,00±3,41 | 0,432 | 8,33±3,93 | 10,82±3,97 | 0,067 |
| BRÖ-Baskın Ritm Örüntüsü | 6,61±1,69 | 6,33±1,97 | 0,763 | 6,25±1,70 | 6,18±2,23 | 0,826 |

\bar{X} : Ortalama; S: Standart sapma; OİÖ: Obsesif inanışlar ölçeği; HAM-D: Hamilton depresyon ölçeği; BRÖ: Biyolojik ritm ölçeği

Araştırma kapsamında incelenen erkek hastalardan daha önce intihar girişiminde bulunanlarla bulunmayanlar arasında OİÖ sorumluluk alt boyut skoru ve HAM-D skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken ($p<0,05$), diğer ölçek skorları benzerdi ($p>0,05$). Daha önce intihar girişiminde bulunan erkek hastaların OİÖ sorumluluk alt boyut ve HAM-D skorları bulunmayanlardan anlamlı olarak yüksekti (Tablo 14).

Kadın hastaların daha önce intihar girişiminde bulunma durumları arasında uygulanan tüm ölçek skorları açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 14).

Hasta grubunda cinsiyete göre ölçek skorlarının birbiriyle ilişkisi tablo 15’te sunulmuştur.

Tablo 15. Hasta Grubunda Cinsiyete Göre Ölçek Skorlarının Birbiriyle İlişkisi

| HASTA GRUBU | | HAM-D | BRÖ- Uyku | BRÖ- Aktivite | BRÖ- Toplumsal | BRÖ- Yeme | BRÖ- Ritm | İntihar Şiddeti |
|------------------------|----------------------------|---------|--------------|------------------|-------------------|--------------|--------------|--------------------|
| ERKEK (n=37) | HAM-D | 1,000 | 0,202 | 0,258 | 0,163 | 0,183 | -0,337* | 0,803** |
| | OİÖ-S | 0,142 | -0,112 | -0,290 | -0,069 | 0,242 | 0,073 | 0,209 |
| | OİÖ-M | -0,001 | -0,203 | -0,129 | -0,286 | 0,069 | -0,128 | 0,002 |
| | OİÖ-Ö | 0,136 | -0,271 | -0,185 | -0,161 | 0,148 | -0,295 | -0,047 |
| | OİÖ-T | 0,194 | -0,241 | -0,257 | -0,208 | 0,194 | -0,177 | 0,118 |
| | İntihar Şiddeti | 0,803** | 0,302 | 0,238 | 0,246 | 0,245 | -0,175 | 1,000 |
| KADIN (n=63) | HAM-D | 1,000 | 0,203 | 0,211 | 0,354** | 0,242 | -0,085 | 0,758** |
| | OİÖ-S | 0,072 | -0,096 | 0,021 | 0,025 | -0,036 | 0,439** | 0,185 |
| | OİÖ-M | 0,152 | -0,009 | 0,055 | -0,022 | -0,091 | 0,206 | 0,214 |
| | OİÖ-Ö | -0,082 | 0,018 | -0,065 | -0,115 | 0,109 | 0,215 | -0,092 |
| | OİÖ-T | 0,083 | -0,064 | 0,025 | -0,022 | 0,009 | 0,310* | 0,147 |
| | İntihar Şiddeti | 0,758** | 0,187 | 0,151 | 0,300* | 0,173 | 0,137 | 1,000 |

*p<0,05, **p<0,01
Spearman korelasyon katsayısıyla sunulmuştur.
OİÖ: Obsesif inanislar ölçeği; S: Sorunluluk, M: Mükemmeliyetçilik; Ö: Önem verme; T: Toplam; HAM-D: Hamilton depresyon ölçeği;
BRÖ: Biyolojik ritim ölçeği

Araştırmaya dahil edilen erkek hastalarda HAM-D skoru ile BRÖ baskın ritm örüntüsü alt boyut skoru arasında negatif yönde, orta düzeyde ($r = -0,337$), intihar şiddeti ile pozitif yönde, güçlü düzeyde ($r = 0,803$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanırken ($p < 0,05$), diğer ölçek skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p > 0,05$) (Tablo 15).

Kadın hastalarda ise; HAM-D skoru ile BRÖ toplumsal alt boyut skoru arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($r = 0,354$), intihar şiddeti arasında pozitif yönde, güçlü düzeyde ($r = 0,758$), BRÖ baskın ritm örüntüsü alt boyut skoru ile OİÖ toplumsal alt boyut skoru ve OİÖ toplam skoru arasında pozitif yönde, orta düzeyde (sırasıyla $r = 0,439$, $r = 0,310$), BRÖ toplumsal alt boyut skoru ile intihar düşüncesi arasında pozitif yönde, orta düzeyde ($r = 0,300$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanırken ($p < 0,05$), diğer ölçek skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p > 0,05$) (Tablo 15).

Kontrol grubunda cinsiyete göre ölçek skorlarının birbiriyle ilişkisi tablo 16’da sunulmuştur.

Tablo 16. Kontrol Grubunda Cinsiyete Göre Ölçek Skorlarının Birbiriyle İlişkisi

| KONTROL GRUBU | | HAM-D | BRÖ- Uyku | BRÖ- Aktivite | BRÖ- Toplumsal | BRÖ- Yeme | BRÖ- Ritm |
|------------------------|--------------|--------|--------------|------------------|-------------------|--------------|--------------|
| ERKEK (n=44) | HAM-D | 1,000 | -0,062 | 0,262 | 0,226 | 0,075 | 0,287 |
| | OİÖ-S | -0,058 | -0,065 | -0,435** | 0,051 | -0,175 | -0,209 |
| | OİÖ-M | 0,235 | -0,176 | -0,199 | -0,137 | -0,016 | -0,195 |
| | OİÖ-Ö | 0,117 | 0,102 | -0,430** | 0,173 | -0,141 | -0,203 |
| | OİÖ-T | 0,117 | -0,124 | -0,374* | -0,060 | -0,120 | -0,273 |
| KADIN (n=56) | HAM-D | 1,000 | 0,142 | -0,367** | 0,068 | -0,088 | 0,048 |
| | OİÖ-S | 0,030 | -0,109 | -0,179 | 0,015 | -0,109 | -0,325* |
| | OİÖ-M | -0,076 | -0,210 | -0,090 | 0,089 | -0,190 | -0,233 |
| | OİÖ-Ö | -0,133 | -0,104 | -0,107 | -0,105 | -0,156 | -0,355** |
| | OİÖ-T | -0,030 | -0,140 | -0,144 | 0,008 | -0,195 | -0,346** |

*p<0,05, **p<0,01
Spearman korelasyon katsayısıyla sunulmuştur.
OİÖ: Obsesif inanışlar ölçeği; S: Sorunluluk, M: Mükemmeliyetçilik; Ö: Önem verme; T: Toplam; HAM-D: Hamilton depresyon ölçeği; BRÖ: Biyolojik ritm ölçeği

Kontrol grubunda yer alan erkek bireylerin BRÖ aktivite alt boyut skorları ile OİÖ sorumluluk, önem verme alt boyut skorları ve OİÖ toplam skoru arasında negatif yönde, orta düzeyde (sırasıyla $r = -0,435$, $r = -0,430$ ve $r = -0,374$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanırken ($p < 0,05$), diğer ölçek skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p > 0,05$) (Tablo 16).

Kontrol grubunda yer alan kadın bireylerin ise; HAM-D skoru ile BRÖ aktivite alt boyut skoru arasında negatif yönde, orta düzeyde ($r = -0,367$), BRÖ baskın ritm örüntüsü ile OİÖ sorumluluk, önem verme alt boyut skorları ve BRÖ toplam skoru arasında negatif yönde, orta düzeyde (sırasıyla $r = -0,325$, $r = -0,355$ ve $r = -0,346$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanırken ($p < 0,05$), diğer ölçek skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p > 0,05$) (Tablo 16).

Hasta grubunda intihar düşüncesine göre ölçek skorlarının birbiriyle ilişkisi tablo 17’de sunulmuştur.

Tablo 17. Hasta Grubunda İntihar Düşüncesine Göre Ölçek Skorlarının Birbiriyle İlişkisi

| HASTA GRUBU | | HAM-D | BRÖ-Uyku | BRÖ-Aktivite | BRÖ-Toplumsal | BRÖ-Yeme | BRÖ-Ritm | İntihar Şiddeti |
|------------------------------|-----------------|---------|----------|--------------|---------------|----------|----------|-----------------|
| İntihar Düşüncesi Yok (n=51) | HAM-D | 1,000 | -0,063 | 0,082 | -0,007 | 0,032 | -0,508** | ---- |
| | OİÖ-S | -0,170 | -0,163 | 0,027 | 0,050 | 0,091 | 0,382** | ---- |
| | OİÖ-M | -0,057 | 0,020 | 0,109 | -0,035 | -0,053 | 0,282* | ---- |
| | OİÖ-Ö | 0,089 | -0,099 | -0,064 | -0,041 | 0,234 | 0,065 | ---- |
| | OİÖ-T | -0,027 | -0,118 | 0,051 | 0,021 | 0,123 | 0,274 | ---- |
| İntihar Düşüncesi Var (n=49) | HAM-D | 1,000 | 0,264 | 0,083 | 0,230 | 0,220 | -0,022 | 0,837** |
| | OİÖ-S | 0,090 | -0,126 | -0,214 | -0,100 | -0,046 | 0,203 | 0,055 |
| | OİÖ-M | 0,015 | -0,184 | -0,147 | -0,205 | -0,115 | -0,098 | -0,004 |
| | OİÖ-Ö | 0,204 | 0,002 | -0,123 | -0,122 | 0,031 | -0,038 | 0,263 |
| | OİÖ-T | 0,113 | -0,156 | -0,199 | -0,180 | -0,028 | 0,004 | 0,097 |
| | İntihar Şiddeti | 0,837** | 0,347* | -0,080 | 0,153 | 0,202 | 0,097 | 1,000 |

*p<0,05, **p<0,01
Spearman korelasyon katsayısıyla sunulmuştur.
OİÖ: Obsesif inanışlar ölçeği; S: Sorunluluk, M: Mükemmeliyetçilik; Ö: Önem verme; T: Toplam; HAM-D: Hamilton depresyon ölçeği;
BRÖ: Biyolojik ritim ölçeği

İntihar düşüncesi olmayan hastaların BRÖ baskın ritm örüntüsü alt boyut skoru ile HAM-D skoru arasında negatif yönde, orta düzeyde ($r = -0,508$), OİÖ sorumluluk alt boyut skoru arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r = 0,382$) ve OİÖ mükemmeliyetçilik alt boyut skoru arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde ($r = 0,282$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanırken ($p < 0,05$) diğer ölçek skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p > 0,05$) (Tablo 17).

İntihar düşüncesi olan hastaların ise; intihar şiddeti ile HAM-D skoru arasında pozitif yönde, güçlü düzeyde ($r = 0,837$), BRÖ uyku alt boyut skoru arasında pozitif yönde, orta düzeyde ($r = 0,347$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanırken ($p < 0,05$), diğer ölçek skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p > 0,05$) (Tablo 17).

Hasta grubunda intihar girişimine göre ölçek skorlarının birbiriyle ilişkisi tablo 18’de sunulmuştur.

Tablo 18. Hasta Grubunda İntihar Girişimine Göre Ölçek Skorlarının Birbiriyle İlişkisi

| HASTA GRUBU | | HAM-D | BRÖ-Uyku | BRÖ-Aktivite | BRÖ-Toplumsal | BRÖ-Yeme | BRÖ-Ritm | İntihar Şiddeti |
|-----------------------------|-----------------|---------|----------|--------------|---------------|----------|----------|-----------------|
| İntihar Girişimi Yok (n=83) | HAM-D | 1,000 | 0,125 | 0,282* | 0,245* | 0,124 | -0,321** | 0,702** |
| | OİÖ-S | -0,004 | -0,103 | -0,012 | 0,025 | 0,098 | 0,273* | 0,124 |
| | OİÖ-M | 0,104 | -0,085 | 0,088 | -0,003 | -0,039 | 0,093 | 0,171 |
| | OİÖ-Ö | -0,018 | -0,084 | -0,061 | -0,079 | 0,166 | -0,037 | -0,089 |
| | OİÖ-T | 0,059 | -0,124 | 0,036 | 0,011 | 0,110 | 0,115 | 0,105 |
| | İntihar Şiddeti | 0,702** | 0,165 | 0,249* | 0,251* | 0,078 | -0,005 | 1,000 |
| İntihar Girişimi Var (n=17) | HAM-D | 1,000 | 0,389 | -0,244 | -0,155 | 0,286 | 0,262 | 0,879** |
| | OİÖ-S | 0,113 | -0,263 | -0,329 | -0,203 | -0,300 | 0,329 | 0,224 |
| | OİÖ-M | 0,141 | 0,027 | -0,390 | -0,422 | -0,118 | 0,107 | 0,226 |
| | OİÖ-Ö | 0,410 | 0,117 | -0,287 | -0,197 | 0,044 | 0,160 | 0,463 |
| | OİÖ-T | 0,241 | -0,073 | -0,399 | -0,279 | -0,133 | 0,247 | 0,347 |
| | İntihar Şiddeti | 0,879** | 0,299 | -0,305 | -0,034 | 0,326 | 0,305 | 1,000 |

*p<0,05, **p<0,01
Spearman korelasyon katsayısıyla sunulmuştur.
OİÖ: Obsesif inanişlar ölçeği; S: Sorunluluk, M: Mükemmeliyetçilik; Ö: Önem verme; T: Toplam; HAM-D: Hamilton depresyon ölçeği; BRÖ: Biyolojik ritm ölçeği

Daha önce intihar girişiminde bulunmayan hastaların HAM-D skoru ile BRÖ aktivite ve toplumsal alt boyut skorları arasında pozitif yönde, orta düzeyde (sırasıyla $r=0,282$, $r=0,245$), BRÖ baskın ritm örüntüsü alt boyut skoru arasında negatif yönde, orta düzeyde ($r= -0,321$), intihar şiddeti arasında pozitif yönde, güçlü düzeyde ($r=0,702$), intihar şiddeti ile BRÖ aktivite ve toplumsal alt boyut skorları arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde (sırasıyla $r=0,249$, $r=0,251$), BRÖ baskın ritm örüntüsü alt boyut skoru ile OİÖ sorumluluk alt boyut skoru arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde ($r=0,273$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanırken ($p<0,05$), diğer ölçek skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 18)

Daha önce intihar girişiminde bulunan hastaların ise; HAM-D skoru ile intihar şiddeti arasında pozitif yönde, güçlü düzeyde ($r=0,879$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanırken ($p<0,05$), diğer ölçek skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 18).

5.TARTIŞMA

Obsesif inanışların özellikle obsesif kompulsif bozukluk ve diğer anksiyete bozukluklarında önemi birçok çalışmada vurgulanmıştır. Obsesif inanışlar; mükemmeliyetçilik, önem verme, artmış sorumluluk algısı şeklinde değerlendirilebilir. Obsesif inanışların tüm bu alt birimleri özellikle OKB' nin temelinde yatan bilişsel yapı şeklinde değerlendirilebilir. OKB olan bireylerde obsesif inanışların daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Ülkemizde Tümkaya ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada obsesif inanışların OKB' li hastalarda sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.(209) Shams G. ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir diğer çalışmada da OKB' li bireylerin OİÖ-44 ölçekleri sağlıklı kontrol grubuna anlamlı oranda yüksek bulunmuştur.(210) OKB' nin bilişsel ve nöroanatomi temeline baktığımızda depresif bozukluk ile ortak birçok noktası bulunmaktadır. OKB' nin gelişiminde rolü olan limbik bölge, talamus ve nukleus kaudatus gibi beyin bölgelerinin aynı zamanda depresif bozukluğun gelişiminde de rolü olduğunu gösteren veriler mevcuttur.(211) Aynı şekilde OKB' de mevcut olduğu bilinen serotonerjik anormalliklerin depresif bozuklukta da var olduğuna dair veriler vardır. (212) Tedavide kullanılan SSRI' lar da iki hastalığın ortak noktalarından biridir. Ayrıca özellikle bazı kişilik yapılarının hem OKB oluşumuna hem de depresif bozukluğun oluşumuna yatkınlık yarattığı da bilinmektedir.(213) Obsesif inanışların OKB' de olduğu gibi diğer anksiyete bozukluklarında da anlamlı olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur. Konkan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada obsesif inanışlar panik bozukluğu olan kişilerde sağlıklı kontrol grubuna göre daha anlamlı bulunmuştur. (214) Tüm bu bilgilerin ışığında obsesif inanışların OKB ve diğer anksiyete bozukluklarında olduğu gibi depresif bozuklukta da önemli olabileceği düşünülmektedir. Literatürde obsesif inanışlar ve depresif bozukluğun ilişkisini inceleyen çalışmalar az sayıdadır. Ülkemizde Bahçeci B. ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada depresif bozukluğu olan hastaların obsesif inanışlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. (215) Yine aynı şekilde Purdon ve Clark (2001) yaptıkları bir çalışmada obsesif düşüncelerin deprese duygudurumla ilişkili olduğunu göstermiştir.(216) Bir diğer açıdan depresif bozuklukta intihar girişimi ve intihar düşüncesinin daha sık görüldüğü ve aynı şekilde depresif bozukluğu olan hastalarda uyku, iştah, sirkadyen ritm gibi biyolojik düzenle ilgili bozuklukların daha sık görüldüğü bilinmektedir. Depresif bozukluğun gelişiminde obsesif inanışların rol aldığı düşünülebileceği gibi depresif bozuklukla birlikte sık görülen bu semptomların da obsesif inanışlarla ilgili olduğu düşünülebilir. Bizim bildiğimiz kadarıyla literatürde obsesif inanışların intihar davranışı ve biyolojik düzenle ilişkisini direk inceleyen

çalışmalar bulunmamaktadır. Bu çalışmada depresif bozuklukta obsesif inanişların önemli olabileceği, aynı şekilde bu inanişların intihar davranışı ve biyolojik düzeni etkileyebileceği varsayılmıştır. Depresif bozukluk, intihar düşüncesi, biyolojik düzen sorunları klinikte sıklıkla görülen durumlardır. Depresif bozukluk halen günümüzde en çok yeti yitimine neden olan bir hastalıktır. Depresif bozuklukla birlikte görülme oranı yüksek olan intihar tüm dünyayı ilgilendiren diğere bir durumdur. Depresif bozukluğu olan kişilerin tanılarının konması, en erken ve etkili tedavi yöntemlerinin başlatılması önlenebilir kayıplar açısından çok önemlidir. Özellikle de tedavi sürecinin düzenlenmesinde bu bozukluğa yol açan risk faktörlerinin iyi bilinmesi gerekmektedir. Bu açıdan bakıldığında bu kişilerin semptomlarının altında yatan bilişsel çarpıklıklar değerlendirilip üzerinde çalışılabilir. Obsesif inanişlar normal bireylerde de görülebileceği gibi, bu bahsettiğimiz hastalıklara da eşlik edebilir. Bu sebeple bu konu tedavi sürecinde önemli olabilir. Bu çalışmada bu düşünceden yola çıkılarak obsesif inanişların depresif bozukluklu hastalarda intihar düşüncesi ve biyolojik düzene olan etkisi incelenmiştir. Literatürde bu konuyu araştıran çalışmalar kısıtlı sayıdadır. Bu çalışma depresif bozukluğun bilişsel yönüne yeni bir bakış açısı getirmesi açısından önemli olabilir.

Sosyodemografik Veriler:

Çalışmaya 100 ü depresif bozukluk, 100 ü sağlıklı kontrol olmak üzere toplam 200 kişi dahil edilmiştir. Kronik bir rahatsızlığı olmak, halen psikotrop bir ilaç kullanıyor olmak, 18 yaş altı ve 65 yaş üstü olmak, okur yazar olmamak, komorbid psikiyatrik bir tanı almış olmak çalışmanın dışlanma kriterleridir. Bu kriterleri karşılamayan kişiler çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışmaya dahil edilen hasta ve sağlıklı kontrol grubunun sosyodemografik verileri incelendiğinde iki grup arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaşadığı yer, ekonomik durum gibi sosyodemografik veriler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışmaya dahil edilen hasta grubunun 63' ünün kadın, 37' sinin erkek olduğu görülmektedir. Bu yaklaşık olarak kadın:erkek oranı 2/1 şeklindedir. Depresif bozukluğun kadınlarda daha sık görüldüğü bilinen bir bilgidir. Bu durum kadın ve erkeklerin sosyal rollerindeki farklılıklar, kadınların sorun çözümü konusunda arayış içerisinde olması, kadınlara toplumda verilen rollerin yükleri, sosyal hayatta aile, ev gibi sorumlulukların dağılımındaki eşitsizlikler ve kadınların değişen hormonal durumlarından kaynaklanıyor olabilir. (217) Ayrıca kadınlarda bu oranın daha fazla olmasının nedenleri arasında kadınların yardım arayışı için sağlık kuruluşlarına daha fazla başvurması, erkeklerin durum çok ağırlaşmadıkça yardım arayışına girmemesi, kadınların aile içerisindeki çatışmalardan daha çok etkilenmesi sayılabilir. Kadınlar eşik altı depresif bozukluk semptomları gösterdiklerinde

hekime başvurmaktaerkekler çok daha ilerleyen boyutlarda, çoğunlukla ailelerinin baskısıyla başvurmaktadır Kadın ve erkek cinsiyet arasındaki depresif bozukluk arasındaki bu farklılık ergenlik döneminde daha belirgindir. Yaşla birlikte bu oran azalmaktadır. (218) Kadın erkek arasındaki bu oran bazı çalışmalarda depresif bozukluğun yaşam boyu sıklığının kadınlarda %10-25 ve erkeklerde %5-12 olduğu belirtilmiş, bu oranın yaklaşık 2:1 kadın/erkek olduğu belirtilmiştir. (219)Horwath ve Weissman yaptığı bir çalışmada benzer şekilde ABD' de depresif bozukluğun yaşam boyu sıklığı kadınlarda %7, erkeklerde %2.6 şeklinde bulunmuştur. (220)Yine aynı şekilde bir yıllık erişkin olguların izlendiği bir çalışmada depresif bozukluk risk faktörleri araştırılmış. İzlem neticesinde kadınlarda daha fazla olduğu gösterilmiştir.(30)Yapılan birçok çalışma literatür bulgularını desteklemektedir. Depresyonların kadınlarda daha fazla görüldüğü hemen hemen tüm toplumlarda yapılan çalışmalarla desteklenmiştir. (221)Aynı oran ülkemizde de bazı çalışmalarla desteklenmektedir. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması' na göre bir yıllık depresif bozukluk yaygınlığı kadınlarda %5.4 erkeklerde %2.3 olarak bildirilmiştir. (222) Yine ülkemizde 900 kişinin dahil edildiği bir diğer çalışmada depresif bozukluğun bir aylık yaygınlığının kadınlarda % 22.5, erkeklerde % 11.6 olduğu bildirilmiştir. (223)Bu çalışmada daliteratürle uyumlu kadın erkek oranı mevcuttur. Çalışmaya katılan kişilerin yaş ortalaması 24-48 şeklinde bulunmuştur. Depresif bozukluğun sıklıkla başlangıç yaşının 30-35 olduğu bilinmektedir. (20)Ayrıca ülkemizde Ünal ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada 25-44 yaş aralığında olmanın depresif bozukluk için bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir. (31)Yapılan bir diğer çalışmada da depresif bozukluk başlangıç yaşı 27.7 ± 5.7 şeklinde bulunmuştur. (224) Hasta grubunun medeni durumuna bakıldığında 70 kişinin evli, 30 kişinin diğer (bekar, boşanmış, dul) olduğu görülmektedir. Mevcut bilgilerimiz ışığında depresif bozukluğun boşanmış, dul ve bekarlarda daha fazla görüldüğü bilinmektedir. Eşinden ayrı yaşamak ve boşanmak depresyon için bir risk faktörüdür. Özellikle de yakın dönemde yaşanan ayrılıkların depresif bozukluğun ilk epizotu için belirgin bir başlatıcı faktör olduğu bilinmektedir.(225) İngiltere' de yapılan bir çalışmada dul ve boşanmışlarda depresyon prevalansı daha fazla bulunmuştur.(226) Amerika ve Avrupa' da yapılan bazı çalışmalarda da boşanmış, dul ve yalnız bireylerde depresyonun daha fazla görüldüğü bildirilmektedir.(227) Buna benzer birçok çalışmada depresyon ve medeni durum ilişkisini desteklemektedir.(228) Risk açısından da değerlendirildiğinde depresif bozukluk riski hiç evlenmemişlerde, boşanmış ve dullara göre daha düşük bulunmuştur.(229) Bizim ülkemizde de bu durum benzer çalışmalarla desteklenmiştir. Örneğin Sivas ilinde yapılan bir çalışmada depresyonun dul ve boşanmışlarda daha sık gözleendiği

görülmüştür. Yine aynı şekilde Sağlık Bakanlığı'nın yapmış olduğu bir çalışmada ülkemizde depresif nöbetin dul ve boşanmışlarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir (230). Ancak sosyal durumlar kadın ve erkekler için ayrı risk faktörleri oluşturmaktadır. Kadınlara bakıldığında evli kadınlarda daha fazla depresyon görüldüğünü bildiren çalışmalar mevcutken, erkekler için aynı verinin söz konusu olmadığını bildiren çalışmalar mevcuttur. Erkeklerde bekar olma, boşanma, depresyon riskini daha çok artırmaktadır. (231) Sarımurat 'ın yapmış olduğu bir çalışmada kadınların evlilik yaşantısı ile ilgili sorunları ve bunun depresif bozuklukla ilişkisi bildirilmiştir. (232) Ilfeld yaptığı bir çalışmada kadınların evlilik ile ilgili sorunlarının daha fazla olduğunu, erkeklerde ise daha çok iş hayatı ile ilgili sorunların görüldüğünü bildirmiştir. (233)Bu çalışmaya bakıldığında evli kişilerin sayısının daha fazla olduğu görülmektedir. Bu duruma neden olan faktörler olarak çalışmaya alınan kişilerin çoğunluğunun kadın olması, kadınlarda evli olmanın depresif bozukluk riskini artıran bir faktör olabilmesi, ayrıca çalışma grubunun azlığı ve grubun tüm toplumu temsil etmemesi sayılabilir. Çalışmamıza dahil edilen katılımcıların öğrenim düzeyine bakıldığında hasta grubunda 40 kişinin ilköğretim, 35 kişinin lise, 25 kişinin de üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Bu sayılara bakıldığında hasta grubunda ilköğretim mezunu sayısı çoğunluktadır. Düşük eğitim düzeyi depresif bozukluk için bir risk etmenidir. (234) Ülkemizde ve diğer ülkelerde eğitim düzeyi düşüklüğünün depresif bozukluk için bir risk faktörü olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. (235) Wee ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada düşük eğitim düzeyinin depresif bozukluk riskini artırdığını göstermişlerdir. (236)Aynı şekilde ülkemizde yapılan bir çalışmada da okur yazar olmayanlarda depresyon oranları daha fazla bulunmuştur.(237) Sağlık bakanlığının yapmış olduğu bir çalışmada okur yazar olmayanlarda depresif bozukluğun daha fazla görüldüğü bildirilmiştir. (37)Ünal ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada depresif bozukluğu olan hastaların eğitim düzey oranlarına bakıldığında % 19.4' ü yüksekokul, %33.7' si ortaokul, %32.9' u ilkököl mezunu olarak bulunmuştur.(31)Bu çalışmada da hasta grubuna bakıldığında veriler düşük eğitim seviyesinin depresif bozukluk için risk faktörü olduğu bilgisini desteklemektedir. Hasta grubundaki katılımcıların yaşadığı bölgeler değerlendirildiğinde kişilerin 79 u şehirde, 21 i ise köy, kasaba gibi kırsal bölgede yaşamaktadır. Depresif bozuklukta kentsel alanda yaşıyor olmak artmış risk faktörüdür. Bu durum daha büyük yaşam alanlarında yaşayan kişilerin daha fazla yaşam stresörlerine maruz kalmasından kaynaklanıyor olabilir. (238) Büyük şehirlerde yaşamak kırsal bölgelere oranla daha fazla yaşam stresi getirmekte ancak buna karşılık kırsal bölgelere oranla da kişiler arası yardımlaşmanın, dayanışmanın daha az olduğu görülmektedir. Bu durumda stresli yaşam olayları açısından

kentsel bölgeleri kırsal bölgelere oranla daha riskli duruma getirmektedir. (239) Ülkemizde de bu farklılığa neden olan belirgin neden ise sosyoekonomik koşullardır. Göç, işsizlik, yeni yaşam bölgelerine uyum sorunları gibi durumlar risk etmenidir. (240) Bu çalışmada da katılımcıların çoğunun şehirde yaşadığı görülmektedir. Bu durum literatür bilgileri ile uyumludur. Çalışmaya katılan hasta grubunda 65 kişi 2000 TL ve altı gelir düzeyine sahiptir. Ekonomik düzeyine bakıldığında çoğunluğun orta-düşük ekonomik seviyede olduğu görülmektedir. Depresif bozukluk için düşük ekonomik düzey bir risk faktörüdür. Birçok çalışma düşük sosyoekonomik durum ile depresyon arasındaki ilişkiyi göstermektedir. (230) Ülkemizde yapılan bir çalışmada olguların sosyodemografik verileri incelendiğinde çoğunluğun düşük ekonomik seviyeye sahip olduğu görülmüştür. (238) Olumsuz sosyal koşullar, maddi sorunlar kişilerde depresif bozukluk gibi hastalıkların görülmesine ve semptomların daha şiddetli olmasına neden olmaktadır. Ayrıca sosyoekonomik düzeyi düşük bireylerin daha çok aile içi çatışmalar yaşadığı görülmektedir. Bu durumda depresyona yatkınlık yaratmaktadır. (241) Bu çalışmadaki oranlarda düşük sosyoekonomik düzey ve depresyon ilişkisi açısından benzerdir.

Obsesif İnanışlar ve Depresyon Arasındaki İlişki:

Literatür bilgilerimize bakıldığında, obsesif kompulsif bozuklukla depresif bozukluk arasında güçlü bir ilişki mevcuttur. Bu ilişki hem nörobiyolojik olarak hem de bilişsel süreçler olarak birçok ortak yön teşkil etmektedir. Temelinde yatan kavramlar değerlendirildiğinde altta yatan birçok ortak mekanizma mevcuttur. (242) Obsesyonların ve rahatsız edici düşüncelerin, obsesif kompulsif bozuklukta ve depresif bozuklukta ortak semptomlar olduğunu gösteren birçok çalışma mevcuttur. (243) Rachman'ın yapmış olduğu bir çalışmada depresif bozukluğun obsesyonları artırabileceği, olumsuz yönde etkileyebileceği gösterilmiştir. (244) Purdon ve Clark'ın yaptığı bir çalışmada da obsesif inanışlara sahip bireylerde daha fazla depresif duygudurumun gözlemlendiği bildirilmiştir.(216) Aynı şekilde Kuyken ve Brewin'de depresyonla zorlayıcı düşünceler arasında ilişki olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca depresyonun şiddeti ile bu obsesif düşünceler arasında da belirgin bir ilişki olduğunu göstermişlerdir. (245) Tekrarlayıcı düşünceler, negatif düşüncelerin sürekli kısır bir döngü halini alması, olumsuz bilişsel çarpıklıklar depresif bozukluk gelişiminde anahtar rol oynamaktadır. (246) Obsesif özellikleri belirgin kişilik yapısına sahip bireylerin depresyona daha yatkın oldukları gösterilmiştir. (247)Bu çalışmada da veriler tüm bu literatür bilgilerini

desteklemektedir. Hasta ve kontrol gruplarına bakıldığında, depresif bozukluklu hastalarda sağlıklı gönüllülere göre OİÖ toplam skoru arasında ve OİÖ sorumluluk ('abartılmış sorumluluk algısı/abartılmış tehdit algısı'), mükemmeliyetçilik, ('mükemmeliyetçilik/belirsizliğe tahammülsüzlük'), ve önem verme ('düşüncelere önem verme/düşünceleri kontrol etme') alt boyut skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Ancak hastaların depresyon düzeyleri ile OİÖ toplam skoru ve alt ölçekleri arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, depresyonun şiddeti ile OİÖ skorları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Bahçeci ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada major depresif bozukluklu hastaların sağlıklı kontrol grubuna göre obsesif inanışlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yine bu çalışmada obsesif inanışlar ölçeği toplam skoru ve alt skorları değerlendirildiğinde depresif bozukluklu grupta tüm skorlarda anlamlı bir yükseklik saptanmıştır. Aynı şekilde obsesif inanışlar ile depresif bozukluk şiddeti arasında da pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. (215) Bu çalışmada mevcut bu çalışmaları desteklemektedir. Ancak çalışmaya bakıldığında obsesif inanışlar ile depresyonun şiddeti arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Yine de literatürde farklı şekilde depresif bozukluk şiddeti ve obsesif inanışlar arasında ilişki olduğuna dair bilgiler mevcuttur. Yine aynı şekilde başka bir çalışmada da depresif bozukluklu hastaların obsesif inanışlar ölçeğinde kontrol grubuna göre anlamlı yüksek değerler saptanmıştır.(143) Bu çalışmada depresyonun şiddeti ile obsesif inanışlar arasında ilişki saptanamaması örneklemin küçüklüğünden kaynaklanıyor olabilir. Birçok çalışma engellenemeyen, girici, zorlayıcı düşüncelerin depresif bozuklukta da sıklıkla gözlemlendiğini bildirmiştir. Depresyonun bilişsel modeline göre depresif bozukluğu olan kişiler öngörülemez belirsiz olaylarda olumsuzluğu abartma eğilimindedir. Yani bu kişilerde daha yüksek tehlike beklentisi, abartılmış olumsuz duygudurum mevcuttur. (248) Depresif bozukluklu hastalarda abartılmış sorumluluk algısı ve sürekli bir tehlike beklentisi depresif duygudurumun gelişimine kolaylık sağlamaktadır. Mükemmeliyetçilik, belirsizliğe tahammülsüzlük kişinin depresyonunu artıran faktörlerdendir. (135) Mükemmeliyetçilik, her zaman en iyisini yapmaya çalışma, kendisinden sürekli en iyisinin beklenildiği düşüncesi ile depresif bozukluk arasındaki ilişkiye dair birçok güçlü kanıtlar bulunmaktadır.(249) Wenzlaff ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada depresif bozukluklu hastaların istenmeyen olumsuz düşünceleri bastırma becerileri konusunda eksiklikleri olduğu gösterilmiştir. (250) Günlük hayatta birçok stres faktörü belirsizlik içerebilir. Bu durum belirsizliğe tahammülsüzlüğü yüksek olan bireylerde daha fazla stres yaratır. Bu kişiler belirsiz durumları yönetme ve belirsizlikle karşı karşıya geldiklerinde problem çözme becerilerinde eksiklik nedeniyle düşük

benlik algısı yaşarlar. Böylece belirsizliğe tahammülsüz kişiler depresyon açısından daha fazla risk taşımaktadırlar. Aynı şekilde depresif bireyler belirsiz bu durumlar için gelecekte olumsuz durumlar olacağı yönünde de olumsuz beklentilere sahiptirler. Bu durum depresyonun şiddetini olumsuz yönde etkilemektedir . (251) Depresif bireyler çoğu zaman belirsizlik yerine kötümserliği tercih etmektedirler. Bu durum sadece anksiyete bozukluklarına özgü bir durum değildir. Depresif bozuklukla, belirsizliğe tahammülsüzlük arasındaki ilişkiyi gösteren birçok çalışma mevcuttur.(252) Dugas ve arkadaşları yaptığı bir çalışmada da belirsizliğe tahammülsüzlüğün anksiyete bozukluğuyla ilişkisi olduğu gibi aynı şekilde depresif bozukluklarda ilişkisi olduğunu göstermiştir. (253) Yine aynı şekilde Keunyoung Yook ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada belirsizliğe tahammülsüzlük depresif bozukluklu hastalarda daha yüksek bulunmuştur.(248) Mükemmeliyetçilik, olaylar karşısında gerçekçi olmayan çok yüksek beklentiler, olabilecek olaylarla ilgili abartılmış tehlike beklentisi, olumsuz durumları abartma, fazlasıyla sorumluluk duygusu, belirsizliğe tahammülsüzlük gibi düşünceler akılcı olmayan düşünceler olarak adlandırılabilir. Bunun gibi akılcı olmayan düşüncelere sahip bireylerin, bu bilişsel çarpıklıkları kişilerin günlük hayatını zorlaştırmakta ve psikiyatrik hastalıklara yatkınlık yaratmaktadır.(254) Burns ve Fedewa' nın yaptığı bir çalışmada da gerçeklikle bağdaşmayan mükemmeliyetçi beklentiler ve düşünce yapısının kişiyi stresle başa çıkma konusunda zayıflattığı bildirilmiştir (255). Benzer şekilde Shafran ve Mansell' de mükemmeliyetçilik ile psikiyatrik hastalıklar arasında ilişki bulunduğunu göstermiştir. (256)Bu tarz bilişsel çarpıklıklara sahip bireyler daha fazla kaygılı ve daha fazla depresif olmaktadır.(257)Aşırı mükemmeliyetçi bireyler yaşadıkları olaylarda daha fazla başarısızlık algısına kapılmaktadırlar. Bu durumda kişide toplumsal olarak reddedilme, değersizlik duygularına yol açmaktadır. Bu kişiler kendilerine yönelik, sürekli suçlayıcı, her zaman daha iyi olma gereksinimi şeklinde yaklaşmaktadırlar. Bu durumda azalmış benlik algısına yol açmaktadır. Yine bu kişilerin çevre ile ilişkileri bozulmakta ve kontrolü kaybetme duyguları artmaktadır.(258)Çalışmada hasta grubu sosyodemografik verileri açısından değerlendirildiğinde hasta grubu erkek ve kadın cinsiyet, medeni durum, yaşadığı yer, sosyoekonomik düzey açısından OİÖ toplam skoru ve alt skorlarında anlamlı bir fark saptanamamıştır (p>0,05). Ancak eğitim seviyesine göre hasta grubunun eğitim seviyesine bakıldığında üniversite mezunlarının ilköğretim mezunlarına göre anlamlı olarak daha yüksek OİÖ sorumluluk alt skoruna sahip oldukları saptanmıştır. Eğitim seviyesi açısından diğer alt ölçekler ve toplam skoru açısından bir farklılık saptanamamıştır. Bu durum eğitim seviyesinin kişinin sorumluluk duygusuyla da ilişkisi olabileceğini düşündürmekle birlikte, bu yönde

düşünceleri daha fazla olan kişilerin başarıları ve ders çalışma oranları artıyor olabilir. Literatürde obsesif inanışlarla yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi, sosyoekonomik düzey gibi sosyodemografik verilerin ilişkisini inceleyen çalışmalara rastlanılamamıştır. Bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Depresif Bozukluk ve Biyolojik Ritm İlişkisi:

Çalışmada depresif grupla sağlıklı kontrol grubu karşılaştırıldığında BRÖ-Uyku BRÖ-Aktivite BRÖ-Toplumsal BRÖ-Yeme alışkanlıkları BRÖ-Baskın ritm örüntüsü skorları kontrol grubundan anlamlı olarak yüksekti ($p<0,05$). Bu veri literatür bilgileri ile uyumludur. Literatüre bakıldığında Depresif bozuklukta biyolojik ritmin bozulduğu kabul edilen bir bilgidir.(152) Hasta grubu sosyodemografik veriler açısından değerlendirildiğinde evli olanlarda evli olmayanlara göre BRÖ toplumsal, yeme alışkanlıkları ve baskın ritm örüntüsü alt boyut skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Hasta grubunda yer alanlardan evli olanların BRÖ toplumsal, yeme alışkanlıkları ve baskın ritm örüntüsü alt boyut skorları evli olmayanlardan anlamlı olarak düşüktü. Diğer taraftan hasta grubunda yer alanlardan evli olanlarla olmayanların diğer ölçek alt boyut skorları benzerdi ($p>0,05$). Hasta grubunda yer alan hastaların aylık toplam hane gelir düzeyleri arasında BRÖ baskın ritm örüntüsü skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu önem verme alt boyut skorundaki anlamlı farkın “1000 TL ve daha az” aylık toplam hane geliri olanlarla “2000 TL’den fazla” geliri olanlar arasında olduğu, baskın ritm örüntüsü alt boyut skorundaki anlamlı farkın ise, “1000 TL ve daha az” aylık toplam hane geliri olanlarla “1001-2000 TL” arasında geliri olanlar arasında olduğu görüldü. Hasta grubunda yer alanlardan aylık toplam hane geliri 1000 TL ve daha az olanların BRÖ baskın ritm örüntüsü alt boyut skoru 1001-2000 TL arasında geliri olanlardan anlamlı olarak yüksekti. Diğer taraftan hasta grubunda yer alanların aylık toplam hane gelir düzeyleri arasında uygulanan diğer ölçek ve alt boyut skorları açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Öğrenim düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde BRÖ baskın ritm örüntüsü skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Yapılan post-hoc ikili BRÖ baskın ritm örüntüsü skorundaki anlamlı farkın “ilköğretim” mezunu olanlarla “lise” mezunu olanlar arasında olduğu görüldü. Hasta grubunda yer alanlardan üniversite mezunu olanlardan BRÖ baskın ritm örüntüsü alt boyut skoru lise mezunu olanlardan anlamlı olarak düşüktü. Diğer taraftan hasta grubunda yer alanların öğrenim düzeyleri arasında diğer ölçek alt boyut skorları açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Tüm bu veriler değerlendirildiğinde

sosyodemografik verilerin depresyonu ve dolaylı yoldan biyolojik ritmi değişik oranlarda etkilediği düşünölebilir. Ancak verilerde farklılıklar hem depresyon ve sosyodemografik veriler ve bunuda biyolojik ritmin arasındaki ilişkinin karmaşıklığından kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca tüm bu özelliklerin biyolojik düzenle ilişkisini inceleyen daha geniş ölçekli çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Hasta grubunda yer alanların HAM-D skoru ile BRÖ aktivite, toplumsal ve yeme alt boyut skorları arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde (sırasıyla $r=0,212$, $r=0,263$ ve $r=0,206$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($p<0,05$). Depresyon düzeyi orta olanlarla ağır olanlar arasında BRÖ uyku, toplumsal ve yeme alışkanlıkları alt boyut skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Depresyon düzeyi ağır olanların BRÖ uyku, toplumsal ve yeme alışkanlıkları alt boyut skorları orta olanlardan anlamlı olarak yüksekti. Bu durum kişinin depresyon düzeyi ile depresyona bağlı biyolojik düzen bozukluğu arasında ilişki olabileceğini düşöndürmektedir. Literatürde de bu veriyi destekleyen bilgiler mevcuttur. Depresif bozukluklu bireylerin günlük ritmleri bozulmakta bu durum da kişinin günlük yaşam kalitesini etkileyerek yeni depresif nöbetlere kolaylık sağlamaktadır. Ayrıca bu durum kişinin depresif nöbet şiddetini de artırmaktadır.(259)Biyolojik ritm dediğimizde günlük beslenme, uyku, hormonal düzen, vücut ısısı gibi bulgular değerlendirilmektedir. Ayrıca bu düzen kişinin bilişsel, duygusal durumunuda etkilemektedir. Duygu durum bozukluklarında ise öncelikli olarak biyolojik ritm etkilenmektedir. (260) . Depresif bozukluğa bağlı biyolojik ritm etkilenmesi sonucunda bu kişilerde dikkat çok çabuk dağılır. Günlük işleri düzenleyememe, öncesinde zevk alınan aktiviteleri eski kadar yerine getirememe, etkinlikte kişiler arası ilişkilerde azalma gibi belirtiler gözlenir. (261) Kadınlarda bu belirtiler daha sıklıkla gözlenmektedir.(16) Depresyonda gözlenen tüm endokrin, davranışsal değişikler biyolojik ritm üzerindeki etkisi olarak değerlendirilmektedir. (171) Depresyonda biyolojik ritm bozukluğuna bağlı erken uyanma, REM süresinde kısalma uyku fazı değişiklikleri gibi bozukluklar gözlenmektedir. (175) Depresyonda toplam uyku süresinde kısalma, sabah erken uyanma gibi bulgularla birlikte REM latansında uzama, NREM bozuklukları, faz bozuklukları gibi uyku sorunları görölmektedir. (262) Depresif bozuklukta en sık görölen belirtilerin başında uyku bozuklukları gelmektedir. Riemann ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada depresif bozukluk ve uyku bozukluklarının karşılıklı olarak güçlü bir etkileşim içerisinde oldukları gösterilmiştir. Ayrıca Benca ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da uykuya dalma, gece uyanma, uyku kalitesinde düşme, erken uyanma depresif bozuklukta sık görölen bir semptom olduğu bildirilmiştir.(263) Uyku sorunları, kalitesiz uyku depresyonda sık göröürken özellikle

sabahları erken uyanma depresyon için oldukça tipiktir.(38) Genelde sabahları erken uyanma sonrasında duygu durumunda düşüş depresif belirtilerde belirgin artış gözlenir. Ancak bazı hastalarda bu diüurnal değişimler göstermeyebilir. Ya da bazı hastaların depresif şikayetleri öğleden sonra belirginleşebilir. (264) Kişilerin depresif özellikleri sabah ve akşam farklılık gösterebilir. Yine ayrıca bazı atipik depresyonlarda da uyku miktarında artış gözlenebilir. (16) Biyolojik ritm dediğimizde hem iç faktörlerden hem de dış faktörlerden etkilenen bir döngü söz konusudur. Günlük hayat aktiviteleri ve bunların saatlerine uyum sağlama bu faktörlerden etkilenir. Bazı insanlar ise sabah erken saatlerde kendilerini daha enerjik hissederken bazı insanlarda gece saatlerinde kendilerini daha enerjik hissetmektedirler. (265) Her iki tipin arasında melatonin, kortizol gibi hormon düzeyleri arasında farklılık vardır. (266). Bu iki kişilik modeli değerlendirildiğinde kendini gece daha enerjik hisseden insanlarda daha fazla depresif bozukluk gözleendiği bildirilmektedir. Üstelik bu kişilerin depresif bozukluk şiddetleri de sabahları enerjik olan bireylere göre daha yüksektir. Bu kişilerde daha fazla intihar düşüncesi ve daha düşük uyku kalitesi gözlenmektedir.(267) Sabahları daha enerjik olan kişilerde depresif bozukluk oranlarının daha düşük olduğu görülmüştür. Akşamları enerjik olan kişilerin daha agresif, dürtüsel, stresli kişiler olduğu, daha fazla uyku sorunları yaşadıkları da bildirilmektedir. Ancak altta yatan en önemli sebep depresif bozuklukla biyolojik ritm arasındaki ilişkidir. (268) Ayrıca diğer biyolojik ritm bozukluklarına bağlı belirtiler açısından sabahları daha enerjik olan kişiler daha az riske sahiptir. Bu durum sabahları erken uyanan kişilerin biyolojik düzenlerindeki denge ile de ilişkilidir. (269) Depresif bozukluklu bireylerin günlük ritimleri bozulmakta bu durum da kişinin günlük yaşam kalitesini etkileyerek yeni depresif nöbetlere kolaylık sağlamaktadır. (259) Depresif hastalar da isteksizlik, tükenmişlik, günlük işlerini yerine getirmede zorluk sıklıkla gözlenir. Ayrıca bu kişilerde iştah kaybı, kilo kaybı gibi belirtilerde gözlenir. (16) Depresif bozuklukta iştah azalması bazen ileri boyutlara ulaşabilir. Ayrıca bazı atipik özellikler gösteren hastalarda iştah artışı, kilo alımı da gözlenebilir. (40) Tüm bu belirtiler biyolojik ritm ile depresif bozukluk arasındaki fizyolojik bağdan da kaynaklanmaktadır. Kalitesiz uyku, isteksizlik, dikkat dağınıklığı, konsantrasyonda azalma iştah problemleri, günlük hayatta işlevsellikte düşük kişinin biyolojik ritmine depresyonun olumsuz etkileridir. (270)

Depresif Bozukluk ve İntihar Arasındaki İlişki:

Major depresyon dünyada en sık görülen ruhsal hastalıklardandır. (188) Literatür bilgilerine bakıldığında intihar için en önemli risk faktörlerinin başında gelmektedir. Bu risk hem intihar girişimleri hem de tamamlanmış intiharlar içinde aynı şekildedir. Özellikle erkek cinsiyet, önceki intihar girişim öyküsü, ailede intihar girişimi öyküsü, boşanmış olmak, yalnız yaşamak, bedensel bir hastalığa sahip olmak, olumsuz yaşam olayları gibi durumlar da bu riski belirgin artırmaktadır. (271) Major depresif bozukluğun intiharda risk faktörü olduğunun bilinmesi intiharın önlenmesi açısından çok önemlidir. (272) Depresyon intiharın da en sık görülen nedenidir. Birçok çalışmada oranlar farklı olsa da, ortak bulgu intihar eden olguların yarısından fazlasında depresyonun bulunduğuudur. (189) Genel olarak intihar vakalarının %60-70' inde depresyon öyküsü mevcuttur. (104) Depresyonun varlığı hem intihar girişimlerini, hem de tamamlanmış intiharları artırmaktadır. Ayrıca major depresif bozukluklu kişilerin intihar girişimlerinin ölümle sonuçlanma riski de artmaktadır. (7) Depresyonda özellikle umutsuzluk, karamsarlık gibi olumsuz bilişler intihar riskini artırmaktadır. (10) En fazla riskin depresif bozuklukta olmasına rağmen diğer birçok psikiyatrik rahatsızlık intiharla ilişkilidir. (273) Ancak depresyon ve intihar ilişkisi tüm psikiyatrik hastalıklar içerisinde en önde gelenidir. Depresyonun toplumda intihar riskini otuz kat artırdığı bildirilmektedir. (274) Haris ve Barraclough'un yaptıkları bir meta analiz çalışmasında major depresif bozuklukta intihar riskinin normal popülasyona göre 20 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir. (275) Yapılan çalışmalarda farklı oranlar bildirilsede genel olarak intihar nedenlerinin yarısının major depresif bozukluk olduğu kabul edilmektedir. (276) Yapılan bir çalışmada major depresif bozukluk ta intiharın yaşam boyu görülme sıklığı %3,4 olarak bildirilmiştir. (279) Başka bir çalışmada ise major depresif bozuklukta intihar prevalansı erkeklerde %6.8 kadınlarda %1.1 olarak bildirilmiştir. (277) Aynı şekilde ABD'de yapılan bir çalışmada intiharların %50' sinde major depresif bozukluk olduğu bildirilmiştir.Yapılan bir çalışmada da depresif bozuklukta intihar riskini %12 olarak bildirmiştir. (278) Brown ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise intihara psikiyatrik hastalıkların eşlik etme oranı %61 olarak bildirilmiştir.(279) Bu oran Conwell ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise %90.1 olarak verilmiştir. (280) Yamada ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise eşlik eden psikiyatrik hastalıklardan duygudurum bozuklarının eşlik etme oranını %24 olarak bildirmişlerdir.(281) Aynı şekilde Santos ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada bu oran %38.9 olarak verilmiştir. (282) Türkiye'de yapılan çalışmalarda bu oranları desteklemektedir. Özdel ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada bu

oran %28.5 olarak bildirilmiştir. (283) Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada ise intihar girişimleri incelendiğinde psikiyatrik bir hastalık tanısının eşlik etme oranı %68 iken bu eşlik eden tanılarının %77' sini de depresif bozukluk oluşturmaktadır. (284) Bu çalışmaya bakıldığında hasta grubunun %49' unun intihar düşüncesi mevcuttur. Bu oran yaklaşık olarak grubun yarısını oluşturmaktadır. Çalışma depresyonda intihar düşüncesi sıklığı açısından literatürle benzerdir. Depresyonun başlangıç dönemleri intihar açısından daha riskli olarak görülmekteyse de intihar riski hastalık süresince gözlenmektedir. Ayrıca depresif bozukluğun şiddeti ile intihar riski arasında ilişki mevcuttur.(285)

Depresif bozukluğu olan kişilerin yaklaşık %10' unun intihar ettiği gösterilmiş ayrıca intihar girişiminde bulunmuş kişilerin daha belirgin depresyon düzeyleri ve artmış intihar riskleri olduğu bildirilmiştir. (93) Bu durumda depresyon şiddeti arttıkça kişinin intihar düşüncesi de artar ve girişimlerin ölümle sonuçlanma oranı artar. (113) Yapılan çalışmalar intihar riski ile depresyon şiddeti arasında ilişki olduğunu desteklemektedir. Bu nedenle depresyon tanılı bireylerin depresyon şiddetlerinin takibi intihar riskini değerlendirmek açısından önemlidir. (285) Literatür bilgileri de depresyon düzeyi ile intihar riski ve bu intihar girişimlerinin ölümle sonuçlanmaları arasında ilişkiyi desteklemektedir. (108) Literatürde intihar riski ile depresyon şiddeti arasındaki ilişkiyi bildiren çalışmalar çoğunluktadır. Ancak bunun aksini bildiren çalışmalarda mevcuttur. Mann ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada intihar girişimi olan ve olmayanların Hamilton Depresyon Ölçekleri arasında bir fark bulunamamıştır.(286) Ancak öte yandan yaşlı hasta popülasyonu ile yapılan bir çalışmada ise Hamilton Depresyon Ölçeği ve intihar riski arasında ilişki bulunmuştur. (287) Bizim çalışmamıza bakıldığında depresyonun şiddeti ile intihar riski arasında ilişki bulunmuştur. Hasta grubunda intihar düşüncesi olanlar ve olmayanlar değerlendirildiğinde HAM-D skoru açısından anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Öncesinde intihar girişim öyküsüne bakıldığında ise yine aynı şekilde girişim öyküsü olanlarla olmayanlar arasında HAM-D skorları açısından anlamlı fark saptanmıştır. İntihar düşüncesi olan hastaların intihar şiddeti ile HAM-D skoru arasında pozitif yönde, güçlü düzeyde ($r=0,837$), istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

Eğer kişide öncesinde bir girişim öyküsü var ve intihar düşüncesi devam etmekteyse bu kişiler intihar açısından dikkatli izlenmelidirler. (288) İntihar girişimleri tekrarlama riskine sahiptir. İntihar edenlerin yaklaşık % 44 ünün öncesinde bir intihar girişim öyküsü bulunduğu saptanmıştır. Özellikle girişim sonrası ilk 3-6 aylık dönem, intiharın tekrarlama açısından en riskli dönemdir. (289) İntihar girişim öyküsü tekrar intihar girişiminde bulunma riski açısından en değerli veridir.(108) Özellikle kadınlarda önceki intihar girişim öyküsü intihar

riskini 3 kat artırmaktadır. (290) Son yıllarda ülkemizde intihar ve intihar girişimlerindeki oran artmaktadır. Sayıl'ın yaptığı bir çalışmada ülkemizde 1998-2002 yılları arasında, intihar girişim hızının %93.59 oranında arttığı bildirilmiştir. (113) Yine aynı şekilde yapılan bir çalışmada da intihar girişiminde bulunan hastaların %56' sinin daha önce intihar girişim öyküsü mevcut olduğu, %32' sinin ise en az iki kez intihar girişim öyküsü mevcut olduğu bildirilmiştir. Ayrıca hastaların bir yıllık takibinde %29' unun tekrar intihar girişiminde bulunduğu bildirilmiştir.(289) Yine aynı şekilde bir diğer çalışmada da tamamlanmış intihar girişimlerinin %19-24' ünde intihar girişim öyküsü mevcut bulunmuş ve bu kişilerin %10' unun on yıllık süre içerisinde girişimlerinin intihar ile sonlandığı bildirilmiştir.(113) Deveci ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise intihar girişimi olan olguların tekrar intihar girişiminde bulunma riski %24 olarak verilmiştir.(99) Güleç ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da intihar girişiminde bulunanların %31.7' sinin öncesinde intihar girişim öyküsü olduğu belirtilmiştir.(291) Bu çalışmada ise bu oran hasta grubunun %17' sinin intihar girişim öyküsü mevcuttur. Bu oran literatürle uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Literatüre bakıldığında ölümlle sonuçlanan intihar girişimlerinde kullanılan intihar yöntemi erkeklerde ateşli silah, kadınlarda ası olarak bildirilmiştir. Girişimlerde ise en çok kullanılan yöntem fazla miktarda ilaç almaktır. (292) Ölüm konusunda daha kararlı kişiler genelde ası, yüksekten atlama, ateşli silah gibi daha çok şiddet içeren yöntemleri seçmektedir. (293) Fazla miktarda ilaç alımı da ölüm düşüncesini gösterir. Ancak çoğu zaman ölümlle sonuçlanmaz. Bu durum kişinin etraftakilere mesaj vermek için, ayrıca içinde bulunduğu duruma dair kendini ifade yöntemi olarak kullanılabilir. Diğer yönden yöntem olarak ilaç içme seçiminin fazla olmasının nedenlerinden biride ulaşılabilirliği daha kolay olması ve toplumca kabul görmüş daha sık bir yöntem olmasından kaynaklanabilir. (294) İntihar yöntemlerinde yöntemle ulaşılabilirlik ve toplum tarafından çoğunluk kazanmışlık önemlidir ancak bu durum sosyokültürel olarak değişebilir. Örneğin ABD' de en sık kullanılan intihar yöntemi kadın ve erkekte ateşli silah kullanımıdır. (295) Hollanda'da ise daha sıklıkla ası gözlenirken, İngiltere'de ilaç alımı daha sık görülmektedir. Avustralya ve Kanada'da ise ateşli silah daha sık görülen yöntemlerdir. (296) Ülkemize bakıldığında ise bu yöntemler arasında en sık görülenin ası olduğu bildirilmiştir. Kimyasal madde ve ateşli silah sonraki yöntemlerdir. (297) Ancak tamamlanmamış intiharlar değerlendirildiğinde fazla miktarda ilaç alımının en sık yöntem olduğu bilinmektedir. Bu duruma ulaşılabilirlik, toplum açısından kabul görme, parasuisidal düşünceler neden olduğu gibi ilaç içmenin acılı bir yöntem olmayacağı şeklindeki düşüncede neden olabilir. (76) Bu çalışmada mevcut bu bilgilerle uyumludur. İntihar girişimi olan

hastaların yöntemleri değerlendirildiğinde %88.2 ile en çok ilaç içerek intihar girişiminde bulunmuşlardır. İntihar nedenlerine bakıldığında kişiler için, içinde buldukları aile ortamı ve bu ortama ait sorunlar en belirgin intihar nedenidir. Özellikle eşlerle yaşanan sorunlar en sık rastlanılan nedendir. (88) Ülkemizdeki verilere göre de aile içi sorunlar intihar nedenleri arasında en sık görülenidir. (298) Yine aynı şekilde Dilsiz' in yaptığı bir çalışmada %53.8 oranında aile içi geçimsizlik intihar nedeni olarak bulunmuştur. (299) Kekeç ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise bu oran %35.7 olarak bildirilmiştir.(300) Ankara Üniversitesi' nin verileride intihar girişimleri için ilk nedeninin kişiler arası ilişki sorunları olduğunu desteklemektedir.(301) Aynı şekilde aile içi geçimsizliğin intihar davranışında en önemli neden olduğu belirlenmiştir. (299) Stresli yaşam olayları kişiyi umutsuzluğa sürükleyerek intiharı bir çözüm yolu gibi düşünmesine neden olabilir. (93) Palabıykoğlu ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da depresif bozukluklu hastalar değerlendirilmiş ve intihar girişimi olan kişilerin daha fazla aile içi sorunlar yaşadığı, aile içi çatışmalarda problem çözme becerilerinin daha az olduğu gösterilmiştir.Yine aynı şekilde intihar girişimi olan ve olmayan depresif bozukluklu bireylerin değerlendirildiği bir çalışmada da, intihar girişimi olan kişilerin aile içi ilişkilerinin daha kötü olduğu saptanmıştır.(302) Bu çalışmada da intihar nedenlerine bakıldığında %58,8'inin aile içi geçimsizlik olduğu, %17,6'sının ekonomik nedenler ve %11,8'inin ise ilişki sorunları olduğu görülmektedir. Ayrıca ailede psikopatoloji varlığında intihar davranışı için risk faktörüdür.(303) Ailede intihar öyküsünün intihar davranışı açısından risk faktörü olduğu bilinen bir bilgidir. (88)

İntihar ve Biyolojik Ritm Arasındaki İlişki:

Yaşam kalitesi kişinin günlük hayat tatmini olarak değerlendirilebilir. Bu bedensel ve ruhsal hastalıklardan etkilenen bir kavramdır. (304) Yapılan çalışmalarda yaşam kalitesi ve intihar davranışı arasında ilişki bulunmuştur. (305) Kişinin günlük yaşam aktiviteleri, ev, iş, okul gibi günlük düzeni duygudurumu ile ilişkilidir. Aynı zamanda bu düzen sirkadyen ritimle de ilişkilidir. İşe gitme, okula gitme, bu düzene ayak uydurma depresif hastalarda bozulmuştur. Yine aynı şekilde bu ritmdeki bir değişiminin kendisi de duygudurum bozukluklarını tetikleyebilmekte, intihar için bir risk oluşturabilmektedir. (306) Bu sosyal düzen biyolojik ritimle ilişkilidir. Sosyal düzendeki bir bozulma duygu durum bozukluklarını tetiklediği gibi, melatonin ve uyku düzenini de bozabilmektedir. Yani sonuç olarak kişinin mevcut günlük düzeninde, günlük ritminde bir bozulma olduğu zaman bu bozulmadan hem duygudurum hem de uyku düzeni etkilenmektedir. (307) Literatürde sirkadyen sistem ve

depresyon ilişkisi gösterilmiştir. Yine aynı şekilde sirkadyen ritm ile intihar arasındaki ilişkide ortaya konulmuştur. (308) Depresyonda sirkadyen ritm bozulduğu gibi, sirkadyen ritmdeki bozulmalarında depresyonla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu ilişki ayrıca intihar riskinde de geçerlidir. (309) Sirkadyen ritm akşamcı insan yada sabahçı insan gibi bir kavramı da ortaya atmaktadır. Akşamcı olan insanlar daha çok gündüzleri uyumakta ve geceleri aktivite halinde olmaktadır. Bu kişilerde daha fazla depresif bozukluk, depresyon şiddetinin daha fazla olması ve intihar riskinin artmış olması söz konusudur. Yine bu kişilerin uyku kaliteleri de daha düşüktür. (310) Duygudurum bozukluklarında kişinin günlük döngüsel ritmi bozulur. Bu durum kişinin uyku, yeme içme, sosyal ilişkiler gibi günlük tüm aktivitelerini etkiler. (260) Hastaların günlük düzenleri bozulduğunda depresif belirtiler artmakta, yeni ataklar tetiklenmekte, işlevsellikleri bozulmakta ve hastaların genel anlamda hayat kaliteleri düşmektedir. Hastaların tüm bu belirtilerinin neticesinde de intihar davranışı riski de artmaktadır. (311) Kişinin yaşam kalitesini oluşturan bir diğer etmende günlük ilişkileridir. Sosyal destekte azalma, etrafındaki kişilerle iletişimde bozulma kişinin intihar düşüncesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. (312) Yaşam kalitesini intihar açısından değerlendirdiğimizde intihar ve kişinin sosyal hayatı belirgin bir ilişki içerisindedir. İntihar özellikle sosyal açıdan da değerlendirilmelidir. Özellikle kişinin sosyal açısından yetersizlik hissi intihar düşüncesine yol açmaktadır. Ayrıca intihar düşüncesi olan kişiler etrafındaki kişilerle de yakın ve sağlıklı bir ilişki kuramayabilirler. (313) İntihar davranışına bakıldığında toplumsal ilişkiler ve aile içi ilişkiler açısından önemli birliktelik saptanmıştır. Özellikle kişiler arası ilişkiler bu açıdan önemli bir yer tutmaktadır. (314) Yakın kişiler arası ilişki olumsuz durumlarda kişiye koruyucu bir görev üstlenmektedir. Bu durumda intihar riski açısından bir koruyucu faktör olarak değerlendirilebilir. (315) Kişinin bu günlük ilişkilerini bozabilecek bir etken, yaşam kalitesini düşürmekte, işlevselliğini bozmakta ve patolojilere yatkınlık yaratabilmektedir. (316) Yalnızlık, ilişkiler açısından yetersizlik duygusu, isteksizlik, tatminsizlik gibi durumlar birçok psikopatoloji ile ilişkilendirilmiştir. (317) Yine aynı şekilde yapılan geniş ölçekli bir çalışmada arkadaşlar ile yaşanan problemlerin intihar riskini artırdığı görülmüştür. Bu çalışmada kişiler arası ilişkilerde bozulma intihar düşüncesi için bir risk faktörü olarak değerlendirilmiştir. (318) Depresyona baktığımızda çoğunlukla ilkbahar ve sonbahar başlangıçlı olmaktadır. Özellikle ilkbahar ve yaz başlangıcı intihar girişimlerinin arttığı dönemler olarak bilinmektedir. (319) Bu döngüsel ilişkide ilkbahar başlangıçlı olanın daha ağır seyrettiği ve intiharla daha yakından ilişkili olduğu görülmüştür. ilkbahar başlangıçlıda daha fazla hospitalizasyon gerekmektedir. Mevsimsel döngüler sirkadyen ritm

ile ilişkilidir. Bu durumda sirkadyen ritm ve intihar arasındaki ilişkiye bir örnektir. (320)İtalya'da yapılan bir çalışmada da aynı şekilde mevsimler ve kişinin sirkadyen ritmi ile intihar davranışı arasında ilişki olduğu gösterilmiştir. (321) İntihar davranışının ilkbahar ve yaz aylarında daha sık görüldüğünü bildiren veriler birçok ülkede mevcuttur. Ülkemizde de istatistik verilerine bakıldığında en sık Nisan, Mayıs, Haziran, Temmuz ve Ağustos aylarında intihar oranı mevcuttur. (322) Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine bakıldığında depresyon hastalarının sıklıkla bedensel yakınmalarla başvurdukları görülmektedir. Bu hastaların %60' ı bedensel yakınmayla başvururken %24' ü ruhsal yakınmalarla başvurmaktadır. (323) Aynı şekilde Passamoti ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da depresyon hastalarında bedensel yakınmalarla başvurma oranı %69 şeklinde bildirilmiştir. (324) Yine aynı şekilde başka bir çalışmada da depresyonu olan hastaların daha çok somatik yakınmaları olduğunu desteklemektedir. (325)Hall ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise hayattan zevk alamama, eskiye oranla yaptığı işlerden daha az haz duyma şikayetlerinin intiharın belirleyicilerinden biri olduğu bildirmiştir. (326) Ayrıca hayattan zevk alamama, içe kapanmanın intiharın kısa dönem belirleyicilerinden biri olduğu da bildirilmiştir. (327) Hastaların çoğu halsizlik, isteksizlik, uykusuzluk, iştahsızlık gibi şikayetlerle başvurmaktadır. Bu hastaların psikiyatri ile tanışması bu semptomlarla olmaktadır. Bu şikayetlere sahip vakaların izleminde intihar düşüncesine sahip oldukları görülmektedir. (328)Uyku bozukluğu depresyon sonucunda oluşabileceği gibi mevcut bir uyku sorunu da depresyon gelişimine yol açabilir. Uykusuzluk şikayetlerinde belirgin azalma görülen kişilerin tekrar depresyon geliştirme ihtimallerinin de azaldığı görülmüştür. (329) Uyku sorunları ayrıca gün içerisindeki işlevselliği de bozmaktadır. Bu kişiler günlük yaşam aktivitelerine uyum sağlamakta güçlük çekmektedirler. Dolayısıyla kişinin sosyal hayata uyumu, kişiler arası ilişkileri bozulmaktadır. Bu durumda intihar açısından bir risk teşkil etmektedir.(330) Uyku bozuklukları bazen depresyondan önce ortaya çıkabilir. Bu durum depresyonun ve intiharın öngörülmesi için bir belirti olabilir. (331) Geiger ve arkadaşları özellikle melankolide uyku bozukluklarına ve depresyon, sirkadyen ritm ilişkisine dikkat çekmiştir. Melankolide depresyon daha ağır seyretmekte ve artmış intihar riski daha belirgindir. Medicus 'ta aynı şekilde mevsimsel depresyonu tanımlayarak sirkadyen ritm, depresyon ve depresif belirtiler arasındaki ilişkiyi bildirmiştir.(332) Lee ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada depresyon dışında, uykusuzluk gibi semptomların intihar davranışını artırdığı gösterilmiştir. (333) Yine yapılan bir çalışmada da kliniklere başvuran hastaların önemli bir çoğunluğunda uyku bozukluğu ve yorgunluk şikayeti mevcuttur. Bu durum olası bir depresif bozukluk için öngörücü olarak

değerlendirilebilir. (334) Fawcett ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada uykusuzluğun izlem yapılan bir yıllık sürede intihar için bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir. Bu durum intiharla ilişkili önlenebilir durumlar açısından değerlendirildiğinde uyku bozukluklarına yaklaşımın önemi görülmektedir. (327) Bu çalışmada biyolojik ritm ve intihar ilişkisi açısından değerlendirildiğinde intihar şiddeti ile BRÖ uyku, toplumsal ve yeme alt boyut skorları arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Hasta grubunda yer alanlardan intihar düşüncesi olan ve olmayanlar arasında BRÖ aktivite ve toplumsal alt boyut skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. ($p<0,05$). İntihar düşüncesi olan hastaların BRÖ aktivite ve toplumsal alt boyut skorları intihar düşüncesi olmayanlardan anlamlı olarak yüksektir. Hastaların intihar düşüncesi durumları arasında diğer ölçek ve alt boyut skorları açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Depresyon hastalarından daha önce intihar girişiminde bulunanlarla bulunmayanların BRÖ yeme alışkanlıkları alt boyut skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Daha önce intihar girişiminde bulunan hastaların BRÖ yeme alışkanlıkları alt boyut skorları intihar girişiminde bulunmayanlardan anlamlı olarak yüksektir. Hastalardan intihar girişiminde bulunanlarla bulunmayanların diğer tüm ölçek ve alt boyut skorları benzerdir ($p>0,05$). Kadın hastalarda ise; intihar düşüncesi olanlarla olmayanlar arasında BRÖ toplumsal alt boyut skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken ($p<0,05$), diğer ölçek skorları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). İntihar düşüncesi olan kadın hastaların BRÖ toplumsal alt boyut skorları intihar düşüncesi olmayanlardan anlamlı olarak yüksektir. Erkek hastalardan intihar düşüncesi olanlarla olmayanlar arasında biyolojik ritm ölçek alt skorları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Araştırma kapsamında incelenen erkek ve kadın hastalardan daha önce intihar girişiminde bulunanlarla bulunmayanlar arasında ölçek skorları açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Tüm bu veriler değerlendirildiğinde bu çalışmadaki veriler özellikle intihar düşüncesi ve intihar şiddeti açısından , biyolojik ritm ve intihar ilişkisini desteklemektedir. Özellikle intihar düşüncesi şiddeti ve biyolojik ritm alt skorlarında anlamlılık saptanmıştır. İntihar düşüncesi olanlar da biyolojik ritm aktivite ve toplumsal alt skoru intihar düşüncesi olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir. Diğer alt skorlarda anlamlı bir fark saptanamaması örneklemimizin küçük olmasından ve depresif bozukluğu alt tipleri açısından ayırmamış olmamızdan kaynaklanıyor olabilir. Sonuç olarak depresyonun melankolik, atipik gibi farklı alt tipleri açısından ayrımı yapıldığında iştah, uyku, gibi belirtilerde farklılıklar gözlenebilir. Bu durumda veriler açısından mevcut bu karmaşıklığı açıklayabilir.

Biyolojik Ritm ve Obsesif İnanışların Arasındaki İlişki:

Çalışmada obsesif inanışlar ve biyolojik ritm arasındaki ilişkiye bakıldığında hasta grubunda BRÖ ve OİÖ arasındaki ilişkiye bakıldığında OİÖ sorumluluk alt boyut skoru ile BRÖ baskın ritm örüntüsü alt boyut skoru arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde ($r=0,295$), istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Hasta grubu cinsiyetler açısından ayrı ayrı değerlendirildiğinde ise kadın hastalarda BRÖ baskın ritm örüntüsü alt boyut skoru ile OİÖ toplumsal alt boyut skoru ve OİÖ toplam skoru arasında pozitif yönde, orta düzeyde (sırasıyla $r=0,439$, $r=0,310$), istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanırken ($p<0,05$), diğer ölçek skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. ($p>0,05$). Erkek hastalarda ise OİÖ toplam ve alt ölçekleri ile BRÖ alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Literatüre bakıldığında ise mükemmeliyetçilik, abartılmış sorumluluk algısı gibi bilişsel çarpıklıkların birçok psikopatoloji ile ilişkisi bulunmaktadır. Bu çarpık düşünceler kişide umutsuzluk, çaresizlik hissini artırarak psikopatolojilere yatkınlık yaratmaktadır. Bu bilişsel çarpıklıklara sahip kişilerde depresyona yatkınlık oluşmaktadır. Ayrıca depresif bozukluklu kişilerin semptom şiddetlerini de artırmaktadır. Duygudurum bozuklukları ile biyolojik ritm arasındaki ilişki bilinmektedir. (335) Biyolojik ritm kişinin hem biyolojik olarak hormonal, fizyolojik düzenini hem de günlük aktivitelerini içermektedir. Duygudurum bozuklukların da ilk etkilenen parametrelerden biridir. Kişinin günlük düzeni bozulur aktivitelerini yerine getiremez. Uyku düzeni, iştahı olumsuz etkilenir. (260) Aynı şekilde depresif bozukluk ve obsesif inanışlar arasında da ilişki olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur. Bahçeci ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada depresyon ve depresyonun şiddeti ile obsesif inanışlar arasında ilişki olduğu gösterilmiştir. Aynı şekilde obsesif inanışların sadece obsesif kompulsif bozuklukta değil depresif bozuklukta da etkili olabileceğini bildiren çalışmalar mevcuttur. Ayrıca birçok çalışmada da mükemmeliyetçilik, abartılmış sorumluluk algısı, belirsizliğe tahammülsüzlük gibi bilişsel çarpıklıklara sahip kişilerin daha sık depresif nöbet öyküleri olduğu ve semptom şiddetlerinin daha fazla olduğu bildirilmiştir. (215) Obsesif inanışlar ve biyolojik ritmin ortak görüldüğü psikopatolojiler mevcuttur. Bu durum dolaylı yoldan mevcut olan bu ilişkinin bu iki parametrenin de arasında olabileceğini düşündürmektedir. Bizim çalışmamızda hasta grubunda BRÖ baskın örüntüsü ve OİÖ sorumluluk skorları arasındaki pozitif ilişki ile kadın hastalarda ki BRÖ baskın ritm örüntüsü alt boyut skoru ile OİÖ toplumsal alt boyut skoru ve OİÖ toplam skoru arasındaki ilişki de bizi bu görüşün doğru olabileceği yönünde desteklemektedir. Ancak diğer parametrelerin arasında ilişki bulunamamıştır. Bu durum çalışmamızın kısıtlılıklarından kaynaklanıyor olabilir. Ancak literatüre bakıldığında obsesif inanışlar ve biyolojik ritm

arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanılamamıştır. Bu ilişkiyi inceleyen yeni çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Obsesif İnanışlar ve İntihar Arasındaki İlişki:

Obsesif inanışlar özellikle OKB' nin gelişmesinde rol alan temel bilişsel yapılardır. Ancak OKB' de olduğu gibi diğer psikopatolojilerle olan ilişkisini gösteren çalışmalar da mevcuttur. Obsesif inanışlar olarak değerlendirilen düşünce süreçleri abartılmış sorumluluk, düşüncelere aşırı önem verme, düşüncelerin kontrol edilmesinin önemiyle aşırı ilgilenmek, abartılmış tehdit algısı, belirsizliğe tahammülsüzlük, mükemmeliyetçilik olarak değerlendirilir. (134) Bu işlevsel olmayan kalıplaşmış, katı düşünce süreçleri birçok psikopatolojiye eşlik edebilir. Kalıplaşmış düşünceleri olan, belirli bir düşünce dışına çıkamayan insanların çözüm üretme kapasiteleri de düşüktür. Bir strese maruz kaldığında her açıdan düşünebilen insanlar bu stresle daha rahat başedebilir, daha etkin çözüm yolları üretebilir. (336) Bir olumsuz olayla karşılaştığımızda vereceğimiz tepki önceki deneyimlerimiz ve mevcut düşünce sistemlerimize göre düzenlenmektedir. (337)Eğer kişinin sorun çözme becerileri gelişmemiş, otomatik , kalıplaşmışdüşünceleri mevcutsa bu kişi daha saldırgan, şiddet eğilimli, daha depresif olabilir. (338)Daha katı düşünce yapısına sahip kişiler kendilerini her ortamda tek başına kalmış şekilde, kendisine yardım edebilecek birinin olmadığını düşünebilirler. Bu durumda bu kişilerin sorun çözme becerileri de azalabilir. (339) Kişi çözüm yolu üretmediğinde çaresizlik hissine kapılır. Çaresizlik, karamsarlık hissiyle duyduğu öfkeyi kendine yöneltir. İntiharını hem kendini cezalandırma hem de çözümsüz olayları çözüme kavuşturma aracı olarak görür. (340) Karamsarlık, umutsuzluk, çaresizlik depresyondan bağımsız olarak intihar ile ilişkilidir. (341) Kişi ne kadar katı düşünce yapısına sahipse çözüm üretme becerisi o kadar azalır. Schotte ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada problem çözme becerisi yüksek olan kişilerin bu becerileri düşük olanlara göre daha az intihara yöneldiklerini belirtmiştir. (342) Aynı şekilde bazı çalışmalarda da kalıplaşmış düşünce yapısının intiharla ilişkisi bildirilmiştir. (343)Obsesif inanışları, obsesif davranış biçimleri olan hastalarda düşünce yapısında katılık olduğu ve yeni durumlara uyum sürecinde zorlandıkları bildirilmiştir. (344)Literatürde obsesif inanışlar ile intiharın ilişkisini inceleyen çalışmalara rastlanılamamıştır. Ancak obsesif inanışların alt ölçeklerinden olan mükemmeliyetçilik, belirsizliğe tahammülsüzlük, abartılmış tehlike beklentisi gibi bilişsel çarpıklıkların intiharla ilişkisine dair bilgiler bulunmaktadır. Belirsizliğe tahammülsüzlük olumsuz duygudurumu pekiştirmektedir. (345) Belirsizliğe tahammülsüzlük depresyonun şiddetini de artırmaktadır. Geleceğe dair olaylarla ilgili hep en olumsuz senaryolar çizilmektedir. (251) Depresif kişiler olayların hep daha olumsuz şekilde

sonlanacağını düşünür, tutumlarını beklentilerini bu yönde belirlerler. Bununla birlikte intihar düşüncesi ve şiddeti artış gösterir. (346) Umutsuzluk, hep olumsuz senaryolar üretme ve çaresizlik hissinin intiharla ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur. (347) Mükemmeliyetçilik ise birçok psikopatolojiye eşlik etmektedir. (335) Mükemmeliyetçilik aynı zamanda kişinin kendine karşı eleştirel ve katı olmasına neden olur. Bu tarz düşüncesine sahip kişilerde intihar girişimi daha fazla görüldüğü gibi bu kişilerin girişimlerinin ölümle sonuçlanma riski de daha yüksektir. (348) Beklentileri yüksek, mükemmeliyetçi kişilerin intiharı seçme ihtimalleri daha yüksektir. Yine aynı şekilde beklentileri yüksek olan bu kişilerin hayal kırıklıklarında yüksek olur. Belirledikleri mükemmellik seviyesine ulaşamadıklarında benlik saygılarında azalma, değersizlik hisleri gözlenir. Bu kişiler depresyona daha yatkın olurlar. (349) Olumsuz olaylarla karşılaşıldığında kişinin algıladığı tehlike oranı gerçeklerle örtüşüyorsa çözüm üretme yolları da azalır. Bu durumda kişinin stresli durumlarla başa çıkma becerisini olumsuz yönde etkiler. (350) Eğer kişi mevcut düşünce kalıpları nedeniyle çıkmaza girdiğini düşünürse karamsarlaşabilir. İçinde bulunduğu durumun bir çözümü olmadığını düşünerek intiharı seçebilir. (351) Mükemmeliyetçiliğin depresyonla ilişkisini bildiren çalışmalar olduğu gibi böyle bir ilişkinin olmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur. (352) Bu çalışmanın verileri incelendiğinde hasta grubu intihar düşüncesi olan ve olmayanlar arasında değerlendirildiğinde OİÖ toplam ve OİÖ alt skorlarının intihar düşüncesi ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Aynı şekilde hastaların intihar girişim öyküsü ile OİÖ toplam OİÖ alt skorlarının arasında da anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Hasta grubu intihar şiddeti açısından değerlendirildiğinde de yine aynı şekilde OİÖ toplam ve OİÖ alt skorlarının intihar şiddeti ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Çalışmada intihar davranışı ile Obsesif inanişlar arasında ilişki saptanamaması çalışmanın kısıtlılıklarından kaynaklanıyor olabilir. Ancak intihar normal bireylerin de strese verdikleri bir tepki olabilir. Stresli olay karşısında çözüm üretemeyen kişi çözüm olarak intiharı seçebilir. İntihar klinik olarak çok geniş alana sahiptir. Bu sebeple intihar riskinin belirlenmesi, intihara dair öngörücülerin belirlenmesi önemli bir sağlık sorunudur. (353) Bu açıdan düşünüldüğünde obsesif inanişlar kişinin stresli yaşam olaylarında çözüm üretme sürecini olumsuz etkiliyor ve intihara yönelmeye neden oluyor olabilir. Bu konu ile ilgili yapılacak başka çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmaya Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne ayaktan başvuran hastalardan dahil edilme kriterlerini karşılayan, 18-65 yaş arası, 100 depresif bozukluk hastası alınmıştır. Bu kişilerin ölçekleri doldurabilecek eğitim seviyesi mevcuttur. Öncesinde herhangi bir psikotrop ilaç kullanımı ve komorbid bir psikiyatrik tanısı yoktur. Hastalar bilgilendirilmiş aydınlatılmış onamları alınmıştır. Çalışmada depresif bozukluklu hastalarda obsesif inanışların intihar düşüncesi ve biyolojik ritme olan etkisi incelenmiştir. Çalışmadan elde edilen sonuçlar şu şekilde sıralanmıştır:

1. Çalışma sosyodemografik verileri açısından değerlendirildiğinde çalışmaya dahil edilen hasta grubunun 63' ü kadın, 37' si erkek cinsiyettir. Kişilerin yaş ortalaması 24-48 şeklinde bulunmuştur. Bu kişilerin 70'i evli 30'u bekarıdır. 40 kişi ilköğretim, 35 kişi lise, 25 kişi de üniversite mezundur. 79' u şehirde, 21' i ise köy, kasaba gibi kırsal bölgede yaşamaktadır. Çalışmaya katılan hasta grubunda 65 kişi 2000 TL ve altı gelir düzeyine sahiptir. Bu veriler incelendiğinde hasta grubunun cinsiyet, yaş aralığı, eğitim düzeyi, ekonomik durumu, yaşam yeri gibi bilgileri literatürle uyumludur. Ancak medeni duruma bakıldığında çalışmada evliler çoğunluktadır. Bu durum literatür bilgileriyle uyumlu değildir. Literatürde depresyonun daha çok dul, boşanmış ve yalnız yaşayanlarda gözlendiği bildirilmiştir.

2. Hasta grubunda 49 kişide intihar düşüncesi mevcuttur. İntihar düşüncesi olan hastaların şiddetleri değerlendirildiğinde 23 kişi bazen 20 kişi sıklıkla 3 kişi de çok sıklıkla intiharı düşündüğünü belirtmiştir. 17 hastanın öncesinde intihar girişim öyküsü mevcuttur. En sık kullanılan intihar yöntemi ilaç içmedir. İntihar nedenleri arasında da en sık görüleni aile ilişkilerinde geçimsizlik olarak verilmiştir. Ayrıca 3 hastanın ailesinde intihar öyküsü mevcuttur. İntihar ile ilgili veriler literatürle uyumludur.

3. İntihar düşüncesi olanların, öncesinde intihar girişim öyküsü olanların HAM D skorları olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Ayrıca hastaların HAM D skorlaması arttıkça intihar düşünceleri de artmaktadır. Çalışmada intihar ve depresyonun varlığı ve şiddeti arasındaki ilişki literatür bilgileri ile uyumludur. İntihar ve depresyonun arasındaki ilişki ve depresyon şiddeti arttıkça intihar düşüncesi şiddetinin de arttığı bilinmektedir.

4. Hasta grubunun OİÖ önem verme, OİÖ sorumluluk, OİÖ mükemmeliyetçilik, OİÖ toplam skorları kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Çalışmada depresif bozukluk ve obsesif inanışlar arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır. Ancak aynı ilişki

depresyon düzeyleri ile obsesif inanışlar arasında bulunamamıştır. Depresif bozukluk ve obsesif inanışlar arasındaki ilişkiyi destekleyen çalışmalar mevcuttur. yine bazı çalışmalarda depresif bozukluk şiddeti ile obsesif inanışlar arasında ilişki olduğu da bildirilmiştir. Bu durum bu çalışmada desteklenmemiştir.

5. Hasta grubunun BRÖ-uyku, BRÖ-Aktivite BRÖ-Toplumsal BRÖ-Yeme alışkanlıkları BRÖ-Baskın ritm örüntüsü skorları kontrol grubundan yüksektir. Depresif bozukluklu hastaların biyolojik ritm ölçeği tüm alt parametreleri sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Depresif bozuklukta uyku, iştah, toplumsal düzen ve uyku ritmi gibi biyolojik ritmlerin etkilendiği bilinmektedir. Çalışmadaki veriler bu bilgi dahilinde literatürle uyumludur.

6. Hasta grubu intihar düşüncesi olan ve olmayanlar arasında değerlendirildiğinde OİÖ toplam ve OİÖ alt skorlarının intihar düşüncesi ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Aynı şekilde hastaların intihar girişim öyküsü ile OİÖ toplam OİÖ alt skorlarının arasında da anlamlı bir ilişki saptanamamıştır . Hasta grubu intihar şiddeti açısından değerlendirildiğinde de yine aynı şekilde OİÖ toplam ve OİÖ alt skorlarının intihar şiddeti ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Bu ilişkiye ait literatürde çalışmaya rastlanılamamıştır. Bu konuda yeni çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

7. Hasta grubunda BRÖ ve OİÖ arasındaki ilişkiye bakıldığında OİÖ sorumluluk alt boyut skoru ile BRÖ baskın ritm örüntüsü alt boyut skoru arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Hasta grubu cinsiyetler açısından ayrı ayrı değerlendirildiğinde ise kadın hastalarda BRÖ baskın ritm örüntüsü alt boyut skoru ile OİÖ toplumsal alt boyut skoru ve OİÖ toplam skoru arasında anlamlı ilişki saptanırken, diğer ölçek skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Erkek hastalarda ise OİÖ toplam ve alt ölçekleri ile BRÖ alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Çalışma verileri BRÖ ve OİÖ arasında ilişki olduğunu düşündürmektedir. Bu konuya ait başka çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

8. Çalışmada biyolojik ritm ve intihar ilişkisi açısından değerlendirildiğinde intihar şiddeti ile BRÖ uyku, toplumsal ve yeme alt boyut skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Hasta grubunda yer alanlardan intihar düşüncesi olan ve olmayanlar arasında BRÖ aktivite ve toplumsal alt boyut skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. İntihar düşüncesi olan hastaların BRÖ aktivite ve toplumsal alt boyut skorları intihar düşüncesi olmayanlardan anlamlı olarak yüksektir. Hastaların intihar düşüncesi durumları arasında diğer ölçek ve alt boyut skorları açısından anlamlı fark saptanamamıştır. Depresyon hastalarından

daha önce intihar girişiminde bulunanlarla bulunmayanların BRÖ yeme alışkanlıkları alt boyut skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Daha önce intihar girişiminde bulunan hastaların BRÖ yeme alışkanlıkları alt boyut skorları intihar girişiminde bulunmayanlardan anlamlı olarak yüksektir. Hastalardan intihar girişiminde bulunanlarla bulunmayanların diğer tüm ölçek ve alt boyut skorları benzerdir. Kadın hastalarda ise; intihar düşüncesi olanlarla olmayanlar arasında BRÖ toplumsal alt boyut skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken, diğer ölçek skorları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. İntihar düşüncesi olan kadın hastaların BRÖ toplumsal alt boyut skorları intihar düşüncesi olmayanlardan anlamlı olarak yüksektir. Erkek hastalardan intihar düşüncesi olanlarla olmayanlar arasında biyolojik ritm ölçek alt skorları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Araştırma kapsamında incelenen erkek ve kadın hastalardan daha önce intihar girişiminde bulunanlarla bulunmayanlar arasında ölçek skorları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Çalışmadaki veriler özellikle intihar düşüncesi ve intihar şiddeti açısından, biyolojik ritm ve intihar ilişkisini desteklemektedir. İntihar düşüncesi şiddeti ve biyolojik ritm alt skorlarında anlamlılık saptanmıştır. İntihar düşüncesi olanlar da biyolojik ritm aktivite ve toplumsal alt skoru intihar düşüncesi olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir. Literatürde de biyolojik ritmin duygudurumu ve eşlik eden semptomları etkilediğine yönelik bilgiler mevcuttur. Ancak intihar ile ilişkisinde yeni çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Sonuç olarak; çalışmada depresif bozukluk ve obsesif inanislar arasında ilişki saptanmıştır. Ayrıca depresif bozukluklu hastalarda biyolojik ritm ve obsesif inanislar arasında da ilişki saptanmıştır. Ancak intihar ve obsesif inanislar arasında ilişki saptanamamıştır. İntihar hem biyolojik hem toplumsal hem de psikolojik yönden çok geniş boyutları olan bir konudur. Depresyon gibi birçok patolojiye eşlik edebilir. Normal bireylerde de stresli duruma bir yanıt olarak verilebilir. Önlenbilir ölüm nedenleri arasında yer almaktadır. İntihar düşüncesi iyi sorgulanmalı, intihara neden olabilecek durumlar değerlendirilmelidir. Klinisyenlerin intihara neden olabilecek nedenleri iyi bilip saptaması ve bu konu üzerinde çalışması oldukça önemlidir

Çalışmanın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Literatürde obsesif inanislar ve intihar ilişkisini inceleyen çalışmalara rastlanılamamıştır. Bu açıdan çalışmamız değerlidir. Ancak örneklem sayısının küçük olması en önemli kısıtlılıklardandır. Hasta ve kontrol grubu aynı yörede yaşayan insanlardan oluşmaktadır. Bu durum çalışmanın verilerinde yöresel özelliklerinde etkili olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca çalışmaya alınan depresyon

hastaları uyku iştah gibi farklı klinik özellikleri bulunan depresif bozukluk alt tiplerine ayrılmamıştır.



7. KAYNAKLAR

1. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook Of Psychiatry (8th Edition). Sadock BJ, Sadock VA. Lippincott Williams & Wilkins, 2005 'Mood Disorder' Volume 1: 1559-1717
2. Savrun BM. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Depresyon, Somatizasyon Ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu 2-3 Aralık 1999, İstanbul, S. 11 -17. Depresyonun Tanımı Ve Epidemiyolojisi
3. Öztürk MO: Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları, 9. Baskı, Feryal Matbaası. Ankara, 2002; 342
4. Köroğlu E, Güleç C: Psikiyatri Temel Kitabı, 2. Baskı, HYB Basım Yayın Ankara, 2007; 244-245.
5. Wells KB, Stewart A, Hays RD. The Functioning And Well-Being Of Depressed Patients. Results From The Medical Outcomes Study. Journal Of The American Medical Association. 1989; 262: 914-919
6. Işık E, Taner E, Işık U: Güncel Klinik Psikiyatri, Golden Print Matbaası, Ankara, 2008; 138-139
7. Hawton K, Van Heeringen K. Suicide. Lancet 2009; 373 (9672):1372-81.
8. Öztürk MO, Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları. 12. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 1994
9. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A Ve Ark. Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review. JAMA, 294(16): 2064-74, 2005
10. Soloff PH, Lis JA, Kelly T, Cornelius J, Ulrich R. Risk Factors For Suicidal Behavior İn Borderline Personality Disorder, Am J Psychiatry, 151: 1316–1323, 1994.
11. Sayıl I. , & Berksun O. E. Depresyon Ve İntihar. Psikiyatri Dünyası 1998; 2:52-56
12. Işık E, Duygulanım Bozuklukları / Depresyon Ve Mani 13. Baskı. İstanbul Boğaziçi Matbaası. 1991
13. Akiskal HS. Mood Disorders: Historical Introduction And Conceptual Overview. In: Sadock BJ, Sadock VA (Eds). Kaplan And Sadock's Comprehensive Textbook Of Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000: 1559-69
14. Samancı AY. Depresyonun Kliniği, Bekaroğlu M, Ed. Depresyon 3. Anadolu Psikiyatri Günleri. 1 . Baskı. Trabzon Karadeniz Ruh Sağlığı Derneği; 1995. P.35.2
15. Uluşahin A. Depresyona Genel Yaklaşım Türkiye Tıp Dergisi 2003;10(2):79-88
16. Işık E. Depresyonda Klinik Görünüm. Işık E, Duygu Durumu Bozuklukları Depresyon Ve Bipolar Bozukluklar. 1 . Baskı. Ankara Görsel Sanatlar Matbaacılık; 2003. P.33-51

17. Işık E. , Işık U. , Taner Y. (2013), Çocuk, Ergen, Erişkin Ve Yaşlılarda Depresif Ve Bipolar Bozukluklar; Ziraat Gurup Matbaacılık, Ankara.
18. Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı 1. Cilt. Ankara Hekimler Yayın Birliği 1997: 389-428.
19. Olchanski N, Myers MM, Halseth M, Cyr PL, Bockstedt L, Goss TF, Et Al. The Economic Burden Of Treatment-Resistant Depression. Clin Ther 2013;35(4):512-22
20. Rihmer Z, Angst J. (2007). Duygudurum Bozuklukları: Epidemiyoloji. In: Sadock B, Sadock V, Ed. Aydın H, Bozkurt A, (Çev. Ed). Türkçe: Kaplan & Sadock's Comprehensive Text Book Of Psychiatry 8. Baskı. Ankara Öncü Basımevi, 1575-1582
21. Kudlow PA, Cha DS, Mcintyre RS. Predicting Treatment Response İn Major Depressive Disorder: The İmpact Of Early Symptomatic İmprovement. Can J Psychiatry 2012;57(12): 782-8. İ
22. Küey L. Birinci Basamakta Depresyon: Tanıma, Ele Alma, Yönlendirme. Psikiyatri Dünyası 1998;2(1):5-1
23. Murray CJ, Lopez AD. Alternative Projections Of Mortality And Disability By Cause 1990-2020: Global Burden Of Disease Study. Lancet 1997;349(9064):1498-504.
24. Kaya B, Kaya M. 1960'lardan Günümüze Depresyonun Epidemiyolojisi: Tarihsel Bir Bakış. Klinik Psikiyatri 2007;10(6):3-10.
25. Kessler RC, Mcgonagle KA, Nelson CB. Sex And Depression İn The National Comorbidity Survey, II Cohort Effects. J Affect Disord, 30: 15-26, 1994.
26. Ünal S, Özcan E. Depresyonda Hazırlayıcı, Ortaya Çıkarıcı Ve Koruyucu Etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2000;1 (1):41-8.
27. Akiskal HS. Duygudurum Bozukluklarının Doğası Ve Çeşitliliğine Yeni Bir Bakış. Türk Psikiyatri Derg, 3(3): 163-169, 1992.
28. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Et Al. The Epidemiology Of Major Depressive Disorder: Results From The National Comorbidity Survey Replication. JAMA, 289: 3095-3105, 2003.
29. Kayahan B, Altıntoprak E, Karabilgin S, Öztürk Ö. 15-49 Yaşları Arasındaki Kadınlarda Depresyon Prevalansı Ve Depresyon Şiddeti Arasındaki İlişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2003;4(4):208-219.
30. Antony JC, Petronis KR. Suspected Risk Factors For Depression Among Adults 18- 44 Years Old. Epidemiology, 2: 123-132, 1991.

31. Ünal S, Küey L, Güleç C, Bekaroğlu M, Evlice YE, Kırılı S. Depresif Bozukluklarda Risk Etkenleri. Klinik Psikiyatri 2002;5(1):8-15.
32. Kornstein SG, Schatzberg AF, Yonkers KA, Thase ME, Keitner GI, Ryan CE, Et Al. Gender Differences İn Presentation Of Chronic Major Depression. Psychopharmacol Bull 1995;31(4):71 1-8.
33. Akiskal HS., (2000). Mood Disorders. İntroduction And Overwiev. İn: BJ Sadock, VA Sadock (Ed). Comprehensive Textbook Of Psychiatry Seventh Edition. Baltimore: Lippincott Williams And Wilkins 2000;1284-98
34. Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu C, Kılıçkap Z, Özbek H, Akyüz G,(1995). Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi , Sivas, Dilek Matbaası
35. Farmer AE. The Genetics Of Depressive Disorders. Int Review Psychiatry, 8: 369- 373, 1996.
36. Kessler, R. C., Mcgonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Kendler, K. S. (1994). Lifetime And 12 Month Prevalence Of DSM-III-R Psychiatric Disorders İn The United States: Results From The National Comorbidity Survey. Archives Of General Psychiatry, 51(1),8-9.
37. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Türkiye Ruh Sağlığı Profili. Ankara, Eksen Tanıtım
38. Güleç C. Belirti Ve Bulgular: Teşhis. Depresyon: Çağdaş Tedavi Yaklaşımları. Ankara: Servier; 1991 . P.3-5
39. Köroğlu E. Depresif Durumların Kliniği. Depresyon Monografaları Serisi 1993;1 :19-48.
40. Kırılı S. Depresyonun Belirtileri, Alt Tipleri Ve Gidişinin Özellikleri. Depresyon. Bursa: Psikiyatri Ve Sanat Yayınevi; 2002. P.33-41
41. Oxman TE, Barrett J. Depression And Hypochondriasis İn Family Practice Patients With Somatization Disorder. Gen Hospital Psychiatry 1985;7(4):321-9.
42. Yavuz R. Depresyonun Kliniği. İn: Eker E, Ed.Depresyon, Somatizasyon Ve Psikiyatrik İstanbul: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri; 1999. P.29-34.
43. Aydemir C, Temiz HV, Göka E. Majör Depresyon Ve Özkıyımında Kognitif Ve Emosyonel Faktörler. Turk Psikiyatri Derg 2002;13(1):33-9.
44. Özmen M. Psödodemans Kavramı. Yeni Symposium 1996;34(1-2):23-6.
45. Amerikan Psikiyatri Birliğı, Ruhsal Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5) Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabından, Çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliğı, Ankara, 2013.

46. Çevik A, Volkan VD. Depresyonun Psikodinamik Etiyolojisi, Galenos Tıp Dergisi, 5: 44-6, 2001
47. Fenichel O. Nevrozların Psikanalitik Teorisi. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kitaplar Serisi No:98 (Çevirmen: Selçuk Tuncer)1974
48. Beck AT, Rush AJ, Shaw B, Emery G. Cognitive Therapy Of Depression. New York: Guilford Pres, 1979
49. Aaron TB. Depression: Clinical, Experimental,And Theoretical Aspects. Harper&Row, Publishers New York, Evanston, London 1967
50. Seligman MEP. Helplessness, Freman. San Fransisco, 1975
51. Carvalho JP, Hopko DR. Behavioral Theory Of Depression: Reinforcement As A Mediating Variable Between Avoidance And Depression.J Behav. Ther. Exp. Psychiatry 201;42(2):1 54-62
52. Hasler G. Pathophysiology Of Depression: Do We Have Any Solid Evidence Of Interest To Clinicians? In: Maj M, Eds. World Psychiatry. Rockville: World Psychiatric Association, 2010; 9(3): 155–161 .
53. Schweitzer I, Tuckwell V, Ames D, O'Brien J.Structural Neuroimaging Studies İn Late-Lifedepression: A Review. World J Biol Psychiatry 2001;2(2):83-8.
54. Delgado PL. Pathogenesis Of Mood Disorders. In:Stein DJ, Kuffer DJ, Schatzberg AF, Eds. Mood Disorders Text Book. Washington: American Psychiatric Publishing; 2006
55. Durson SM, Blackburn JR, Kutcher SP. An Explotary Approach To The Serotonergic Hypothesis Of Depression: Bridging The Synaptic Gap. Med Hypotheses 2001 ;56(2):235-43.
56. Thase ME. Mood Disorders: Neurobiology. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook Of Psychiatry. 9th Ed. Philadelphia: Lippincott,Williams And Wilkins; 2009. P.1664-74.
57. Pandey GN, Dwivedi Y. Noradrenergic Function İn Suicide. Arch Suicide Res 2007;11 (3):235-46.
58. Albayrak EÖ, Ceylan ME. Depresyon Etiyolojisinde Nörobiyolojik Etkenler. Düşünen Adam 2004;17(19):27-33
59. Nutt DJ. The Role Of Dopamine And Norepinephrine İn Depression And Antidepressant Treatment. J Clin Psychiatry 2006;67 Supp. 6:3-8.
60. Angold A, Costello JE. Puberty And Depression. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2006;15(4):919-37

61. Sprock Ji Yoder CY. Women And Depression:An Update On The Report Of The APA Task Force.Sex Roles 1997;36:269-303
62. Stoffel EC, Craft RM. Ovarian Hormone Withdrawal-Induced 'Depression' In Female Rats.Physiol Behav 2004;83(3):505-13
63. Koenig JI. Schizophrenia: A Unique Translational Opportunity In Behavioral Neuroendocrinology. Horm Behav 2006;50(4):602-11
64. Bale TL. Sensitivity To Stres: Dysregulation Of CRF Pathways And Disease Development. Horm Behav 2005;48(1):1-10
65. Sullivan, P. F., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2000). Genetic Epidemiology Of Major Depression: Review And Meta-Analysis. American Journal Of Psychiatry, 157(10), 1552-1562
66. Ersan E, Abay E. Depresyonun Genetik Nedenleri. Duygudurum Dizisi.2001;6:277-82.
67. Lohoff, F. W. (2010). Overview Of The Genetics Of Major Depressive Disorder. Current Psychiatry Reports, 12(6), 539-546
68. Opmeer, E. M., KorteKaas, R., & Aleman, A. (2010). Depression And The Role Of Genes Involved In Dopamine Metabolism And Signalling. Progress In Neurobiology, 92(2),112-133
69. Eyüboğlu İZ. Türk Dilinin Etimoloji Sözlüğü. Sosyal Yayınlar, İstanbul, 1998
70. Eskin M. İntihar, Açıklama, Değerlendirme, Tedavi Ve Önleme. Bölüm 1: Tanım Ve Anlama. Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara, S. 3–28, 2003
71. Ann JJ. A Current Perspective Of Suicide And Attempted Suicide. Ann Int Med 2002;136(4):302-11
72. Bertolote JM, Fleischmann A. Suicide And Psychiatric Diagnosis: A Worldwide Perspective. World Psychiatry 2002;1 (3):181-5
73. Maclennan W: " Abuse Of The Elderly" : A Chapter In The World Report On Violence And Health. Edited By E. G. Krug Et Al. Geneva: World Health Organization, 2002. Age Ageing 2003, 32(2):136
74. Makinen IH, Wasserman D. Suicide Prevention And Cultural Resistance: Stability In Suicide Ranking Of European Countries, 1970-88. Ital J. Suicidology 1997;7:73-85
75. Suominen, K., Isometsa, E., Suokas, J., Haukka, J., Achte, K., & Lonnqvist, J. (2004). Completed Suicide After A Suicide Attempt: A 37-Year Follow-Up Study. American Journal Of Psychiatry, 161(3), 562-563

76. Odağ C. İntihar (Özkıyım) Tanım-Kuram-Sağaltım. Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova, İzmir, 1995
77. Bauer M, Bosch G, Freyberger H. Psikiyatri, Psikosomatik-Psikoterapi, Çev.: Prof. Dr. Günsel Koptagel-İlal, 3.Baskı, Sermet Matbaası, Kırklareli 1985; S:144-53
78. Durkheim E: İntihar. Ö Ozankaya (Çev.),Ankara, İmge Kitabevi, 2. Baskı, 1992
79. Stengel E. Suicide And Attempted Suicide. New York: Aronson, 1974
80. Turgay Atilla. Psikiyatri Temel Kitabı Cilt 2. Güleç Cengiz, Köroğlu Ertuğrul, Ed. Çocukluk Döneminde Duygudurum Bozuklukları Ve İntihar. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1998, 1177-1194
81. Cullberg, J., Wasserman, D., & Stefansson, C. G. (1988). Who Commits Suicide After A Suicide Attempt?.Acta Psychiatrica Scandinavica, 77(5), 598-603 Runeson, B. S. (1998). History Of Suicidal Behaviour In The Families Of Young Suicides. Acta Psychiatrica Scandinavica, 98(6), 497-501
82. Schosser A, Butler AW, Ising M, Perroud N, Uher R, Ng MY, Cohen-Woods S,Craddock N, Owen MJ, Korszun A, Jones L, Jones I, Gill M, Rice JP, Maier W, Mors O, Rietschel M, Lucae S, Binder EB, Preisig M, Perry J, Tozzi F, Muglia P, Aitchison KJ, Breen G, Craig IW, Farmer AE, Müller-Myhsok B, McGuffin P, Lewis CM: Genomewide Association Scan Of Suicidal Thoughts And Behaviour In Major Depression. Plos One 2011, 6(7):E20690
83. Schulberg Hc, Lee Pw, Bruce Ml, Raue Pj, Lefever Jj, Williams Jw Jr, Dietrich Aj, Nutting Pa: Suicidal İdeation And Risk Levels Among Primary Care Patients With Uncomplicated Depression. Ann Fam Med 2005, 3(6):523–528
84. Mathias CW, Dougherty DM, James LM, Richard DM, Dawes MA, Acheson A, Hill-Kapturczak N: Intolerance To Delayed Reward In Girls With Multiple Suicide Attempts. Suicide Life Threat Behav 2011, 41 (3):277–286
85. Pompili M, Ruberto A, Girardi P, Tatarelli R. Suicide In Schizophrenia. What Are We Going To Do About It? Ann Ist Super Sanita 2004;40(4):463-73
86. McClure GM (2000) Changes In Suicide In England And Wales, 1960-1997. Br J Psychiatry, 176:64-67
87. Nordentoft M. (2007) Prevention Of Suicide And Attempted Suicide In Denmark. Epidemiological Studies Of Suicide And İntervention Studies In Selected Risk Groups. Dan Med Bull, 54:306-369

88. Demirel Özsoy S. Ve Eşel E. İntihar (Özkıyım). Anadolu Psikiyatri Dergisi, 4: 175–185, 2003
89. Mann JJ, Malone KM. Cerebrospinal Fluid Amines And Higher Lethality Suicide Attempts İn Depressed İnpatients. Biol Psychiatry 1997; 41 (2): 162-71
90. Berber S. Özkıyım (İntihar). Öztürk Mo, Uluşahin A. Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları. Yenilenmiş 11. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, 2008, 428-447
91. Roy A. Psychiatric Emergencies. BJ Sadock, VA Sadock (Eds): Comprehensive Textbook Of Psychiatry, 7th Edition, Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2031-2040, 2000
92. Türkiye İstatistik Kurumu İntihar İstatistikleri 2006. TC Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu, Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara,2008
93. Atay İM, Gündoğar D. İntihar Davranışında Risk Faktörleri: Bir Gözden Geçirme. Kriz Dergisi 2004; 12(3):39-52
94. Wilcox HC, Arria AM, Caldeira KM, Vincent KB, Pinchevsky GM, O.Grady KE. Prevalance And Predictors Of Persistent Suicide İdeation, Plans, And Attempts During College. Journal Of Affective Disorders 2010; 127:287-294
95. Sayıl I, Oral A, Güney S, Ayhan N, Ayhan Ö, Devrimcil H. Ankara'da İntihar Girişimleri Üzerine Bir Çalışma. Kriz Dergisi 1993; 2(1):56-6
96. Altındağ A, Özdemir B, Yanık M. Şanlıurfa'da Ateşli Silahla İntiharlar. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005; 6:240-244
97. Sudak HS. Özkıyım. Sadock BJ, Sadock VA (Ed.) Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook Of Psychiatry. Aydın H, Bozkurt A (Çeviri Ed.) 8. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi Ltd. Şti, 2007, 2442-2452
98. Ekici G, Savaş HA, Çıtak S. İntihar Riskini Artıran Psikososyal Etmenler (Sosyal Güvence Yokluğu, Göç Ve Diğer Stresörler). Anadolu Psikiyatri Dergisi 2001; 2(4):204- 212
99. Deveci A, Taşkın EO, Dünder PE, Demet MM, Kaya E, Özmen E, Dinç G. Manisa İli Kent Merkezinde İntihar Düşüncesi Ve Girişimi Yaygınlığı. Türk Psikiyatri Dergisi 2005; 16(3):170-178
100. Lee JI, Lee MB, Liao SC, Chang CM, Sung SC, Chiang HC, Tai CW. Prevalence Of Suicidal İdeation And Associated Risk Factors İn The General Population. J Formos Med. Assoc 2010; 109(2):138-147
101. Welch SS. A Review Of The Literature On The Epidemiology Of Parasuicide İn The General Population. Psychiatr Serv 2001; 52:368-375

102. Kaplan H.I. Ve Sadock B.J. Klinik Psikiyatri-Kaplan & Sadock, Çeviri Editörü E Abay, Bölüm 25.1: İntihar. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, S. 361 –366, 2004
103. Doruk A Ve Özşahin A. İntihar. E Köroğlu, C Güleç (Ed). Psikiyatri Temel Kitabı, 2. Baskı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, S. 556–561. 2007
104. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock Comprehensive Textbook Of Psychiatry. 8. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi, 2007
105. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The Lifetime Risk Of Suicide İn Schizophrenia A Reexamination. Arch Gen Psychiatry, 62: 247–253, 2005
106. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Synopsis Of Psychiatry, 7. Baskı. Williams & Wilkins, Baltimore, 1994
107. Koyuncu A, Mirsal H, Yavuz F, Kalyoncu A. Eroin Bağımlılarında İntihar Düşüncesi, Niyeti Ve Davranışı. 39. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Kongre Bildirileri Özet Kitabı, Antalya, 2003, 583-586
108. Hawton K, Heeringen K. Suicide. Lancet, 373: 1325–45, 2009
109. Kutcher S, Chehil S. Suicide Risk Management A Manual For Health Professionals. 1st Edition, Oxford: Blackwell Publishing, 2007,1-33
110. Brodsky BS, Oquendo M, Ellis SP, Haas GL, Malone KM, Mann JJ. The Relationship Of Childhood Abuse To İmpulsivity And Suicidal Behavior İn Adults With Major Depression. Am J Psychiatry 2001; 158:1871 -1877
111. Önen Sertöz Ö, Noyan A, Seröz N, Elbi H. İntihar Girişimleri Öngörülebilir Mi? Bir Üniversite Hastanesi Acil Servisine İntihar Girişimiyle Başvuran Hastaların 6 Aylık İzlem Sonuçları. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2010;10:1-8.
112. Schmidtke A, Bille-Brahe U, Deleo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P Ve Ark. Attempted Suicide İn Europe: Rates, Trends And Sociodemographic Characteristics Of Suicide Attempters During The Period 1989–1992. Results Of The WHO/Euro Multicentre Study On Parasuicide. Acta Psychiatr Scand, 93: 327–338, 1996
113. Devrimci-Özgüven H. İntihar Davranışının Epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics, 1 (3): 1–7, 2008
114. Toprak S, Çetin İ, Güven T, Can G, Demircan C. Self-Harm, Suicidal İdeation And Suicide Attempts Among College Students. Psychiatry Research 2011; 187(1-2):140-144
115. Wilson SH, Walker GM: Unemployment AndHealth: A Review. Public Health 1993; 107:153-162

116. Eskin M, Akoğlu A, Uygur B. Ayaktan Tedavi Edilen Psikiyatri Hastalarında Travmatik Yaşam Olayları Ve Sorun Çözme Becerileri: İntihar Davranışıyla İlişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi 2006; 17(4):266-275
117. Devrimci-Özgüven H, Soykan Ç, Haran S. İntihar Girişimlerinde Sorun Alanları Ve Tetikleyiciler. Kriz Dergisi 2003; 11(1):13-24
118. Heikkinen A, Aro H, Lonqvist J: Recent LifeEvents, Social Support And Suicide. ActaPsychiatrica Scandinavica 1994; 377(Suppl.):65-7
119. Ferrada-Noli M, Asberg M: Psychiatric Health,Ethnicity And Socioeconomic Factors Amongsuicides İn Stockholm. Psychol Rep 1997;81:323-332
120. Doğan O, Özbek H: Özkıyım Girişimi NedeniyleYatırılan Hastaların Bazı Özellikleri. XXVI. Ulusal Psikiyatri Ve Nörolojik Bilimler KongresiBilimsel Çalışmaları, 1990,S.189-196, İzmir
121. Odağ C. İntihar (Özkıyım):Dinamik Bir Yaklaşım, Psikiyatri Temel Kitabı. 1997;1:855-861
122. Taştan Z. Yusuf Atılganın Eserlerinde İntihar, Milli Eğitim. 2007;176:212-230
123. Odağ C. İntihar (Özkıyım) Tanım-Kuram-Sağaltım İzmir Psikiyatri Derneği 1990.
124. Uludüz DU, Uğur M. Bir Vaka Dolayısıyla İntiharların Gözden Geçirilmesi. Yeni Symposium 2001;39:19-25
125. Alper Ç. Ve Pırıldar Ş. Depresyon Ve İntihar. I Sayıl (Ed), Ege Psikiyatri Yayınları, İzmir, S. 47–60. 2002
126. Roy A. Segal NL, Sarchiapone M: Attempted Suicide Among Living Co-Twins Of Twin Suicide Victims. Am J Psychiatry, 48: 29-32, 1991
127. Brent DA Ve Mann JJ. Family Genetic Studies, Suicide, And Suicidal Behavior. Am J Med Genet C Semin Med Genet, 133 (1): 13–24, 2005
128. Mann JJ, Brent Da, Arango V: The Neurobiology And Genetics Of Suicide And Attempted Suicide: A Focus Of The Serotonergic System. Neuropsychopharmacology, 24: 467-477, 2001.
129. Özalp E. İntihar Davranışının Genetiği, Türk Psikiyatri Dergisi 2008:1-9.
130. Sher L, Oquendo MO, Mann JJ. Risk Of Suicide İn Mood Disorders, Clinical Neuroscience Research. 2001; 1: 337–344
131. Yüksel N. İntiharın Nörobiyolojisi, Klinik Psikiyatri 2001:Ek 2:5-15.

132. Nielsen DA, Goldman D, Virkkunen M, Tokola R, Rawlings R, Linnoila M. Suicidality And 5-Hydroxy İndol Acetic Acid Concentration Associated With A Tryptophan Hydroxylase Polymorphysm. Arch Gen Psychiatry, 51: 34–38, 1994.
133. Arango V, Underwood MA, Mann JJ. Biological Alterations İn The Brainstem Of Suicides. In: Mann JJ, Ed. Psychiatric Clinics Of North America: Suicide. Philedelphia: Saunders; 1997. 14. Mancini C, Brown GM. Urinary Catecolamines And Cortisol İn Parasuicide. Psychiatry Res 1992;43(1):31-42
134. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. Cognitive Assessment Of Obsessive-Compulsive Disorder. Behav Res Ther 1997; 35:667-681.
135. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. Psychometric Validation Of The Obsessive Belief Questionnaire And İnterpretation Of İnterusions İ Inventory-Part 2: Factor Analyses And Testing Of A Brief Version. Behav Res Ther 2005;43:1527-1542.
136. Tolin DF, Worhunskya P, Maltby N. Are "Obsessive" Beliefs Specific To OCD?: A Comparison Across Anxiety Disorders. Behav Res Ther 2006;44:469-480.
137. Befliroğlu L, Ağargün MY. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Sağlık Yardımı Arama Davranışı İle İlişkili Etmenler: Hastalık İle İlişkili Ve Genel Etmenlerin Rolü. Türk Psikiyatri Derg 2006; 17:213-22.
138. Salkovskis P, Harrison J. Abnormal And Normal Obsessions: A Replication. Behav Res Ther 1984; 22:549-52
139. Purdon C, Clark DA. Obsessive İntusive Thoughts İn Nonclinical Subjects: Part I. Content And Relation With Depressive, Anxious And Obsessional Symptoms. Behav Res Ther 1993; 31:713-20.
140. Foa EB, Kozak MJ, Goodman WK Et Al. DSM-IV Field Trial: Obsessive Compulsive Disorder. Am J Psychiatry 1995; 152:90-6
141. Salkovskis PM. Cognitive-Behavioural Factors And The PersistenceOf İntusive Thoughts İn Obsessional Problems. Behav Res Ther1989; 27:677-682.
142. Clark DM. Anxiety Disorders: Why They Persist And How To TreatThem? Behav Res Ther 1999; 37 (Suppl.1):5-27
143. Boysan M, Beşiroğlu L, Çetinkaya N. Obsesif İnanışlar Ölçeği-44'ün(OİÖ-44) Türkçe Formunun Geçerlik Ve Güvenirliği. NöropsikiyatriArşivi 2010; 47:216-222.
144. Ferrari JR. Perfectionism Cognitions With Nonclinical And Clinical Samples. Journal Of Social Behavior And Personality 10:143-156, 1995

145. American Psychiatric Association. DSM-IV (Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, 4th Edition). Washington, DC, 1994.
146. Morrison N, Westbrook D. Obsessive-Compulsive Disorder. Bennett-Levy J, Berrios GE: The History Of Mental Symptoms. Descriptive Psychopathology Since The Nineteenth Century. Cambridge University Pres. : 3255, 1996.
147. Waterhouse J (1999) Introduction To Chronobiology İn Fundamentals Of Chronobiology And Chronotherapy. N. Abacıoğlu, H. Zengil (Ed), Ankara, Palme Yayıncılık.
148. Schulz P. Biological Clocks And The Practice Of Psychiatry. Dialogues Clin Neurosci 2007; 9:237-255
149. Kripke DF (1989) Biological Rhythms İn Psychiatry. Psychiatry, R JS Michels (Ed), 3. Cilt, Philadelphia, Lippincot Company
150. Çalıyurt O (1998) Sirkadiyen Uyku Uyanıklık Düzenini Etkileyen İş Ve Çalışma Gruplarında Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi.
151. Reinberg A, Ashkenazi I. Concepts İn Human Biological Rhythms. Dialogues Clin Neurosci 2003; 5:327-342
152. Schulz P, Steimer T. Neurobiology Of Circadian Systems. CNS Drugs 2009; 23(Suppl 2):3-13
153. Rechtschaffen A, Bergmann BM (2002) Sleep Deprivation İn The Rat: An Update Of The 1989 Paper. Sleep, 24:18-24
154. Özer Z. Uyku Öğrenmenin Mayası Mı? Bilim Ve Teknik 2000; (39):48-50.
155. Alapin I, Fichten CS, Libman E, Creti L, Bailes S, Wright J. How İs Good And Poor Sleep İn Older Adults And College Students Related To Daytime Sleepiness, Fatigue, And Ability To Concentrate? Journal Of Psychosomatic Research 2000; 49(5): 381-390
156. Fernandez-Mendoza J, Vela-Bueno A, Vgontzas AN, Olavarrieta-Bernardino S, Ramos-Platon MJ, Bixler EO, De La Cruz-Troca JJ. Nighttime Sleep And Daytime Functioning Correlates Of The İnsomnia Complaint İn Young Adults. J Adolesc. 2009; 32(5):1059-74.
157. Karadağ M. Uyku Bozuklukları Sınıflaması . T Klin Akciğer Arşivi 2007; 8: 88-91.
158. Fadiloğlu Ç, İlkbay Y, Yıldırım Y. Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Uyku Kalitesi. Turkish Journal Of Geriatrics 2006; 9 (3): 165-9
159. Borbely AA (2001) From Slow Waves To Sleep Homeostasis: New Perspectives. Arch Ital Biol, 139: 53-61

160. Porkka-Heiskanen T, Strecker RE, Mc Carley RW Ve Ark. (2000) Brain Site Specificity Of Extracellular Adenosine Concentration Changes During Sleep Deprivation And Spontaneous Sleep: An In Vivo Microdialysis Study. *Neuroscience*, 99:507-517.
161. Benington JH, Frank MG (2003) Cellular And Molecular Connections Between Sleep And Synaptic Plasticity. *Prog Neurobiol*, 69:71-101
162. Maquet P, Peigneux P, Laureys S Ve Ark. (2003) Off-Line Processing Of Memory Traces During Human Sleep: Contribution Of Functional Neuroimaging. *Sleep And Biol Rhythms*, 1:75-83
163. Bushbaum MS, Hazlett EA, Wu J Ve Ark. (2001) Positron Emission Tomography With Deoxyglucose -F 18 Imaging Of Sleep. *Neuropsychopharmacology*, 25: 50-56
164. Mc Cormick DA (1992) Neurotransmitter Actions In The Thalamus And Cerebral Cortex And Their Role In Neuromodulation Of Thalamocortical Activity. *Prog Neurobiol*, 39:337-388
165. Pace-Schott EF, Hobson JA (2002) The Neurobiology Of Sleep:Genetics, Cellular Physiology And Subcortical Networks. *Nat Rev Neurosci*, 3:591-605
166. Steriade M, Nunez A, Amzica F Ve Ark. (1993) Intracellular Analysis Of Relations Between The Slow (<1Hz) Neocortical Oscillation And Other Sleep Rhythms Of The Electroencephalogram. *J Neurosci*, 13:3266-3283.
167. Braun AR, Balkin TJ, Wesenten NJ Ve Ark. (1997) Regional Cerebral Blood Flow Throughout The Sleep Wave Cycle. *Brain*, 120:1173-1197
168. Datta S (2000) Avoidance Task Training Potentiates Phasic Pontine-Wave Density In The Rat: A Mechanism For Sleep Dependent Plasticity. *J Neurosci*, 20:8607-8613
169. Borbely AA, Peter A. Sleep Homeostasis And Models Of Sleep Regulation. In *Principles And Practice Of Sleep Medicine*, 4th Ed. (Eds MH Kryger, T Roth, WC Dement):395-405. Philadelphia, WB Saunders, 2005
170. Ohdo S., 2007. Chronopharmacology Focused On Biological Clock. *Drug Metab.*, 22, 3-14
171. Hastings M (1998) The Brain, Circadian Rhythms And Clock Genes. *Br Med J*, 317: 1704-1707
172. Mistlberger RE, Rusak B. Circadian Rhythms In Mammals: Formal Properties And Environmental Influences. In *Principles And Practice Of Sleep Medicine*, 4th Ed. (Eds MH Kryger, T Roth, WC Dement):321-335.Philadelphia, WB Saunders, 2005

173. Cermakian N, Boivin DB. A Molecular Perspective Of Human Circadian Rhythm Disorders. *Brain Res Brain Res Rev* 2003; 42:204-220
174. Yılmaz B., 1999. *Hormonlar Ve Üreme Fizyolojisi*. 1.Baskı., Feryal Matbaacılık, Ankara
175. Wehr TA (1995) *Chronobiology İn Comprehensive Textbook Of Psychiatry*/VI. 1. Cilt, HI Kaplan, BJ Sadock (Ed), Baltimore, Maryland, Williams&Wilkins
176. Waterhouse J (1999) *Introduction To Chronobiology İn Fundamentals Of Chronobiology And Chronotherapy*. N Abacıoğlu, H Zengil (Ed), Ankara, Palme Yayıncılık
177. Monteleone P, Martiadis V, Maj M. Circadian Rhythms And Treatment İmplications İn Depression. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2010; Doi:10.1016/J.Pnpbp.2010.07.028
178. Temizel İNS. İştahsız Çocuk. *Çocuk Sağlığı Ve Hast Derg.* 2008; 51: 176-181
179. İyidogan, Y. Ghrelin: Structure And Biological Functions. *J Ist Faculty Med* 2007;70:82-92
180. Babaoğlu K, Hatun Ş. Çocukluk Çağında Obezite. *Sted*; 1: 8-10
181. Alphan ET, Yılmaz N. Endokanabinoid Sistemin, Enerji Metabolizması Ve Obesiteye Etkisi. *Marmara Medical Journal*. 2007; 20: 202-214
182. Aydın S, Özkan Y, Caylak E, Aydın S. Ghrelin Ve Biyokimyasal Fonksiyonları. *J Türkiye Klinikleri Med Sci*. 2006; 26: 272-283
183. Tschop M, Smiley DL, Heiman ML. Ghrelin İnduces Adiposity İn Rodents. *Nature*. 2000; 407: 908- 913
184. Kojima M, Hosoda H, Date Y, Nakazato M, Matsuo H, Kangawa K. Ghrelin İs A Growthhormone-Releasing Acylated Peptide From Stomach. *Endocrinology*, 1999; 141, 11 : 656-60
185. Lam RW, Mok H. *Depression*. 1. Baskı, New York: Oxford University Press, 2008: 21-32
186. Chaudhary BA, Blanchard AR. *Sleep Mechanics*. In: Collop NA, Phillips BA (Eds). *Sleep Medicine* 2002; Pp 1-11
187. Şahin L. *Uyku Yoksunluğu Oluşturulan Sıçanlarda Elektrodermal Aktivite Ve Davranış Değişikliklerinin İncelenmesi*. Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri, Şubat 2010

188. Hawton K, Casanas I Comabella C, Haw C, Saunders K. Risk Factors For Suicide In Individuals With Depression: A Systematic Review. *J Affect Disord* 2013;147(1 -3):17-28
189. Harris EC, Barraclough B. Excess Mortality Of Mental Disorder. *Br J Psychiatry* 1998;173:111-53
190. Sağınç H, Kuğu N, Akyüz G, Doğan O. Yatarak Tedavi Gören Hastalarda İntihar Öyküsünün Araştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2000; 1(2):83-88
191. .(193) Önen Sertöz Ö, Noyan A, Seröz N, Elbi H. İntihar Girişimleri Öngörülebilir Mi? Bir Üniversite Hastanesi Acil Servisine İntihar Girişimiyle Başvuran Hastaların 6 Aylık İzlem Sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2010; 10:1-8
192. Coryell W, Young EA. Clinical Predictors Of Suicide In Primary Major Depressive Disorder. *J Clin Psychiatry* 2005;66(4):412-7
193. Heeringen K. The Neurobiology Of Suicide And Suicidality. *Can J Psychiatry* 2003;48(5):292-300.
194. Marcinko D, Martinac M, Karlović D, Filipic I, Loncar C, Pivac N, Et Al. Are There Differences In Serum Cholesterol And Cortisol Concentrations Between Violent And Non-Violent Schizophrenic Male Suicide Attempters? *Coll Antropol* 2005;29(1):153-7
195. Roy A, Nielsen D, Rylander G, Sarchiapone M, Segal N. Genetics Of Suicide In Depression. *J Clin Psychiatry* 1999;60(2):12-7.
196. Arango V, Huang YY, Underwood MD, Mann JJ. Genetics Of The Serotonergic System In Suicidal Behavior. *J Psychiatr Res* 2003;37(5): 375-86
197. Du L, Merali Z, Poulter MO, Palkovits M, Faludi G, Anisman H. Catechol-Omethyltransferase Val158Met Polymorphism And Altered COMT Gene Expression In The Prefrontal Cortex Of Suicide Brains. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2014;50:178-83
198. Culpepper L, Davidson JR, Dietrich AJ, Goodman WK, Kroenke K, Schwenk TL. Suicidality As A Possible Side Effect Of Antidepressant Treatment. *J Clin Psychiatry* 2004;65(6):742-9
199. Simon GE, Savarino J, Operskalski B, Wang PS. Suicide Risk During Antidepressant Treatment. *Am J Psychiatry* 2006;163(1):41-7
200. Mulder RT, Joyce PR, Frampton CM, Luty SE. Antidepressant Treatment Is Associated With A Reduction In Suicidal Ideation And Suicide Attempts. *Acta Psychiatr Scand* 2008;118(2):116-22

201. Sondergard L, Lopez AG, Andersen PK, Kessing LV. Continued Antidepressant Treatment And Suicide In Patients With Depressive Disorder. Arch Suicide Res 2007;1 1 (2):1 63-75
202. Bradvik L, Berglund M. Long-Term Treatment And Suicidal Behavior In Severe Depression: ECT And Antidepressant Pharmacotherapy May Have Different Effects On The Occurrence And Seriousness Of Suicide Attempts. Depress Anxiety 2006;23(1):34-41
203. Aydemir Ö, Köroğlu E (2012) Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Hekimler Yayın Birliği
204. A. Akdemir , S.Öresel , H.Türkçapar, N İşcan ,H.Özbay Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeğinin Geçerliliği, Güvenirliği Ve Klinikte Kullanımı, Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji 1996;4:251-259
205. Hamilton M: A Rating Scale For Depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1960;23:56-62
206. Linehan M, Nielsen S. Assesment Of Suicide İdeation And Parasuicide: Hopelessness And Social Desirability. J Consult Clin Psychology 1981; 49:773-775
207. Dağ, İ. “Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)’nin Üniversite Öğrencileri İçin Güvenirliği Ve Geçerliliği.” Türk Psikiyatri Dergisi (1991): 5-12
208. Öner N. Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler (1997) Bir Başvuru Kaynağı.3.Basım. S.461-464
209. Tümkaya Ve Ark. OKB’de Obsesif İnançlar Arch Neuropsychiatr 2015; 52
210. Shams G., Milosevic I., Acta Medica Iranica, Vol. 53, No. 5 (2015)
211. Rampacher F , Lennertz L , Vogeley A , Schulze- Rauschenbach S , Katmann N , Falkai P , Wagner M . 2010 . Evidence For Specific Cognitive Deficits In Visual Information Processing In Patients With OCD Compared To Patients With Unipolar Depression . Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 34 : 984 – 989
212. Marazziti D , Baroni S , Picchetti M , Piccinni A , Silvestri S , Dell ’ Osso L . 2013 . New Developments On The Serotonin Hypothesis Of Depression: Shunt Of Tryptophan . Riv Psichiatri 48 : 23 – 34
213. Kusunoki K , Sato T , Tagac, Yoshida T, Komori K , Narita T, Et Al . 2000 . Low Novelty-Seeking Differentiates Obsessive-Compulsive Disorder From Major Depression . Acta Psychiatr Scand 101 :403 – 405

214. Konkan Ve Ark. Panik Bozukluğu Olan Hastalarda Obsesif İnançlar Nöropsikiyatri Arşivi 2013; 50: 141-146
215. Bulent Bahceci, Erman Bagcioglu, Fatmagül Helvacı Çelik, Selim Polat, Ayşe Koroglu, Gökhan Kandemir, Cicek Hocaoglu The Role Of Obsessive Beliefs İn Patients With Major Depressive Disorder. Int J Psychiatry Clin Pract 2014 Jan;18(1):37-40
216. Purdon C , Clark DA . 2001 . Supression Of Obsession-Like Thoughts İn Nonclinical İndividuals: Impact On Thought Frequency, Appraisal And Mood State . Behav Res Ther 39 :1163 –1181
217. Fraciewicz EJ, Sramek JJ, Cutler NR. Gender Differences İn Depression And Antidepressant Pharmacokinetics And Adverse Events. Ann Pharmacother 2000;34(1):80-8
218. Uğur M. Duygudurum Bozuklukları. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi No:62. Mart 2008 S:59-84
219. Akiskal HS., (2000). Mood Disorders. İntroduction And Overwiev. İn: BJ Sadock, VA Sadock (Eds). Comprehensive Textbook Of Psychiatry Seventh Edition. Baltimore:Lippincott Williams And Wilkins 2000; 1284-98
220. Horwath E, Weissman M (1995) Epidemiology Of Depression And Anxiety Disorders
221. Earls F (1987) Sex Differences İn Psychiatric Disorders: Origins And Developmental İnfluences. Psychiatr Dev, 1:1-23
222. Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin Nüfusta Ruhsal Hastalıkların Yaygınlığı, İlişkili Faktörler, Yeti Yitimi Ve Ruh Sağlığı Hizmeti Kullanımı Sonuçları: Ankara T.C. Sağlık Bakanlığı; 1998
223. Doğan O, Gülmez H, Ketenoglu C. Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. Dilek Matbaası, Sivas 1995
224. Okan İbiloğlu A. , Çayköylü A.; Türk Psikiyatri Dergisi 2011;22(3):159-65
225. Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA (1999) Clinical Characteristic Of Major Depressive Disorder That Predict Risk Of Depression İn Relatives. Archgen Psychiatry
226. Ohayon MM, Priest RG, Guilleminault C, Caulet M. The Prevalance Of Depressive Disorders İn The United Kingdom. Biol Psychiatry 1999;45(3):300-7
227. Joska J.,&Stein, D.(2008).Mood Disorders.In The American Psychiatric Publishing Textbook Of Psychiatry, 5. Edition.American Psychiatric Apublishing,Inc
228. Kessler, R. C. (2003). Epidemiology Of Women And Depression. Journal Of Affective Disorders, 74(1), 5-13

229. Kessler, R. C., Zhao, S., Blazer, D. G., & Swartz, M. (1997). Prevalence, Correlates, And Course Of Minor Depression And Major Depression İn The National Comorbidity Survey. *Journal Of Affective Disorders*, 45(1-2), 19-30
230. Doğan O. Bölüm 19: Depresif Bozuklukların Epidemiyolojisi. 1. Baskı. Sivas: Esform Ofset; 2011. P.267-83
231. Bebbington PE. Sex And Depression. *Psychol Med* 1998;28(1):1-8
232. Sarımurat N (1993) Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Evli Kadınlar Ve Ortak Özellikleri. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 30:302-308
233. Ifeld FW (1977) Current Social Stressors And Symptoms Of Depressions. *Am J Psychiatry*, 134:161-166
234. Swindle RW Jr, Cronkite RC, Moos RH. Risk Factors For Sustained Nonremission Of Depressive Symptoms: A 4-Year Follow-Up. *J Nerv Ment Dis*, 186(8): 462-9, 1998
235. Şengül CB, Serinken M, Şengül C, Bozkurt S, Korkmaz A. Acil Servise İntihar Girişimi Nedeniyle Başvurusu Ardından Psikiyatri Polikliniğinde Değerlendirilen Olguların Sosyodemografik Verileri. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 8 (3): 127–131, 2008
236. Kim Yiong, Et Al. "Correlates Of Ante-And Postnatal Depression İn Fathers: A Systematic Review." *Journal Of Affective Disorders* (2011): 358-377.
237. Uçku R, Küey L. (1992). Yaşlılarda Depresyon Epidemiyolojisi-Yarıkentsel Bir Bölgede 65 Yaş Üstü Yaşlılarda Kesitsel Bir Alan Çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 29:15–20.
238. Yalvaç HD, Dikilitaş Y, Coşkun A, Yedi Kardaşlar C, Emül M, Ünal S., (2011). Bir Devlet Hastanesine Depresyon Nedeniyle Başvuran Olgularda Sosyodemografik Özellikler. *Güncel Psikiyatri Ve Psikonörofarmakoloji*, 1(2):16-20
239. Sundquist, Kristina, Gölin Frank, And Jan Sundquist. "Urbanisation And Incidence Of Psychosis And Depression Follow-Up Study Of 4.4 Million Women And Men İn Sweden." *The British Journal Of Psychiatry* (2004): (293-298)
240. Kara H, Ağargün MY, Akman N Ve Ark. (1996) Güvenlik Nedeniyle Kırsal Bölgelerden Van Şehir Merkezine Göç Etmek Zorunda Kalan Göçmenlerde Depresyon Yaygınlığı. *Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 12:165-170
241. Hawton K. Assessment Of Suicide Risk. *Br J Psychiatry*, 150: 145–153, 1987
242. Storch EA, Lewin AB, Larson MJ, Geffken GR, Murphy TK, Geller DA. 2012 . Depression İn Youth With Obsessive-Compulsive Disorder: Clinical Phenomenology And Correlates . *Psychiatry Res* 196 : 83 – 89

243. Wahl K., Schonfelds S., Hissbach J., Kusel Z., Zurowski B., Moritz S. Et Al 2011 . Differences And Similarities Between Obsessive And Ruminative Thoughts İn Obsessive-Compulsive And Depressed Patients: A Comparative Study . J Behav Ther Exp Psychiatry 42 : 454 – 461
244. (246) Rachman S .1997 . A Cognitive Theory Of Obsessions . Behav Rev Ther 35 : 793 – 802 .
245. Kuyken W , Brewin CR . 1999 . The Relation Of Early Abuse To Cognition And Coping İn Depression . Cognit Ther Res 23 : 665 – 677
246. Papageorgion C , Wells A . 2003 . An Empirical Test Of A Clinical Metacognitive Model Of Rumination And Depression . Cognit Ther Res 27 : 261 – 273
247. Yard. Doç. Dr. Beyazıt Yemez, Doç. Dr. Köksal Alptekin Psikiyatri Dünyası 1998;1:21-25
248. Yook K , Kim KH , Sulh SY , Lee KS . 2010 . Intolerance Of Uncertainty, Worry, And Rumination İn Major Depressive Disorder And Generalized Anxiety Disorder . J Anxiety Disord 24 : 623 – 628
249. Sassaroli S., Lauro LJ , Ruggiero GM , Mauri MC , Vinai P , Frost R . 2008 . Perfectionism İn Depression, Obsessive-Compulsive Disorder And Eating Disorders . Behav Res Ther 46 : 757 – 765
250. Wenzlaff RM , Wegner DM , Roper DW . 1998 . Depression And Mental Control: The Resurgence Of Unwanted Negative Thoughts . J Pers Soc Psychol 55 : 882 – 892 .
251. Garber, J., Miller, S. M., & Abramson, L. Y. (2000). On The Distinction Between Anxiety And Depression: Perceived Control, Certainty, And Probability Of Goal Attainment. In: J. Garber, & M. Seligman (Eds.), Human helplessness: Theory And Application (Pp. 199–211). San Francisco: Academic Press
252. Berenbaum, H., Bredemeier, K., & Thompson, R. J. (2008). Intolerance Of Uncertainty: Exploring Its Dimensionality And Associations With Need For Cognitive Closure, Psychopathology, And Personality. Journal Of Anxiety Disorders, 22, 117–125.
253. Dugas, M. J., Schwartz, A., & Francis, K. (2004). Intolerance Of Uncertainty, Worry, And Depression. Cognitive Therapy And Research, 28, 835–842
254. Abrams, M., & Ellis, A. (1994). Rational Emotive Behaviour Therapy İn The Treatment Of Stress. Journal Of Guidance And Counseling, 22(1), 117-123

255. Burns, L. R., & Fedewa, B. A. (2005). Cognitive Styles: Links With Perfectionistic Thinking. *Personality And Individual Differences*, 38(1), 103-113
256. Shafran R., & Mansell, W. (2001). Perfectionism And Psychopathology: A Review Of Research And Treatment. *Clinical Psychology Review*, 21(6), 879-906
257. Burger, J. M. (2006). *Kişilik: Psikoloji Biliminin İnsan Doğasına Dair Söyledikleri* (Çev. İ. D. Erguvan). İstanbul: Kaktüs Yayınları
258. Blatt SJ, Zuroff DC. Interpersonal Relatedness And Self Definition, Prototypes For Depression. *Clin Psychol Rev* 1992;12:527-562
259. Shen GHC, Alloy LB, Abramson LY, Sylvia LG. Social Rhythm Regularity And The Onset Of Affective Episodes İn Bipolar Spectrum Individuals. *Bipolar Disord* 2008; 10:520-529
260. Bunney WE, Bunney BG. Molecular Clock Genes İn Man And Lower Animals: Possible İmplications For Circadian Abnormalities İn Depression. *Neuropsychopharmacology* 2000; 22:335-345
261. Amerikan Psikiyatri Birliği. DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri. In: Koroğlu E, Ed. 2. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2000. P.151-63
262. Oren DA, Levendosky AA, Kasper S Ve Ark. (1996) Circadian Profiles Of Cortisol, Prolactin And Thyrotropin İn Seasonal Affective Disorder. *Biol Psychiatry*, 39: 157-170
263. Benca RM, Obermeyer WH, Thisted RA Ve Ark. (1992) Sleep And Psychiatric Disorders. A Meta-Analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 49:651-668
264. Schatzberg AF. Duygudurum Bozukluklarının Alt Tipleri. In: Stein DJ, Kupfer DJ, Schatzberg AF, Eds. *Duygudurum Bozuklukları Temel Kitabı*. 1. Baskı. İstanbul: Sigma Publishing; 2007. P.527-47
265. Adan A, Lachica J, Caci H, Natale V. Circadian Typology And Temperament And Character Personality Dimensions. *Chronobiol Int* 2010; 27:181-193
266. Emens JS, Yuhas K, Rough J, Kochar N, Peters D, Lewy AJ. Phase Angle Of Entrainment İn Morning And Evening Types Under Naturalistic Conditions. *Chronobiol Int* 2009; 26:474-493
267. Selvi Y, Aydin A, Boysan M, Atli A, Agargun MY, Besiroğlu L. Associations Between Chronotype, Sleep Quality, Suicidality, And Depressive Symptoms İn Patients With Major Depression And Healthy Controls. *Chronobiol Int* 2010; 27:1813-1828

268. Selvi Y, Aydin A, Atli A, Boysan M, Selvi F, Besiroglu L. Chronotype Differences In Suicidal Behavior And İmpulsivity Among Suicide Attempters. *Chronobiol Int* 2011; 28:170-175
269. Hasler BP, Allen JJ, Sbarra DA, Bootzin RR, Bernert RA. Morningness-Eveningness And Depression: Preliminary Evidence For The Role Of The Behavioral Activation System And Positive Affect. *Psychiatr Res* 2010; 176:166-173
270. Hickie IB, Rogers NL (2011) Novel Melatonin-Based Therapies: Potential Advances In The Treatment Of Major Depression. *Lancet*, 378:621-631
271. Mann JJ. A Current Perspective Of Suicide And Attempted Suicide. *Ann Intern Med* 2002; 136: P. 302-311
272. Guze SB, Robins E. Suicide And Primary Affective Disorders. *Br J Psychiatry* 1970;117(539):437-8
273. Batıgün Durak A. Duygudurum Bozuklukları, Şizofreni Ve Alkol/ Madde Bağımlılığında İntihar, *Türk Psikoloji Yazıları*, 1999;2(4) : 43-72
274. Haran S, Aydın O. Depresyon, Umutsuzluk, Sosyal Beğenirlik Ve Kendini Kurgulama Düzeyinin İntihar Fikirleriyle İlişkisi. *Kriz Dergisi* 1995;3: 247-251
275. Harris EC, Barraclough B. Suicide As An Outcome For Mental Disorders. A Meta-Analysis. *Br J Psychiatry* 1997;170:205-28
276. Harris EC, Barraclough B. Excess Mortality Of Mental Disorder. *Br J Psychiatry* 1998;173:11-53
277. Blair-West GW, Cantor CH, Mellsop GW, Eyeson-Annan ML. Lifetime Suicide Risk In Major Depression: Sex And Age Determinants. *J Affect Disord* 1999;55(2-3):171-8
278. Murphy GE. Why Women Are Less Likely Than Men To Commit Suicide. *Comprehensive Psychiatry*. 1998; 39:165-175
279. Brown M, King E, Barraclough B. Nine Suicide Pacts: A Clinical Study Of A Consecutive Series 1974–1993. *Br J Psychiatry*, 167:448–451, 1995
280. Conwell Y, Duberstein PR, Cox C, Herrmann JH, Forbes NT, Caine ED. Relationships Of Age And Axis I Diagnoses In Victims Of Completed Suicide: A Psychological Autopsy Study. *Am J Psychiatry*, 153:1001–1008, 1996
281. Yamada T, Kawanishi C, Hasegawa H, Sato R, Konishi A, Kato D Ve Ark. Psychiatric Assessment Of Suicide Attempters In Japan: A Pilot Study At A Critical Emergency Unit In An Urban Area. *BMC Psychiatry*, 7;7: 64, 2007

282. Santos SA, Lovisi G, Legay L, Abelha L. Prevalence Of Mental Disorders Associated With Suicide Attempts Treated At An Emergency Hospital In Rio De Janeiro, Brazil. *Cad Saude Publica*, 25 (9): 2064–2074, 2009
283. Zonda T.A Longitudinal Follow-Up Study Of 583 Attempted Suicides, Based On Hungarian Material. *Crisis*, 12 (1): 48–57, 1991
284. Kesebir S, Gülpek D, Noyan MA. Özkıyım Girişimlerinin Doğası. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002;3:88-96
285. Malone KM, Haas GL, Sweeney JA, Mann JJ. Major Depression And The Risk Of Attempted Suicide. *J Affect Disord* 1995;34(3):173-85
286. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward A Clinical Model Of Suicidal Behavior In Psychiatric Patients. *Am J Psychiatry* 1999; 156:181-189
287. Alexopoulos GS, Bruce ML, Hull J, Sirey JA, Kakuma T. Clinical Determinants Of Suicidal İdeation And Behavior In Geriatric Depression. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56(11):1048-1053
288. Tuckman J, Youngman WF.: A Scale For Assessing Suicide Risk Of Attempted Suicides. *Journal Of Clinical Psychology* 1968;24: 17-19
289. Can SS, Sayıl I. Yineleyici İntihar Girişimleri. *Kriz Dergisi* 2004;12:53-62
290. Connor JJ, Rueter MA. Parent-Child Relationships As Systems Of Support Or Risk For Adolescent Suicidality. *J Fam Psychol.* 2006; 20: 55-58
291. Güleç G, Aksaray G. İntihar Girişiminde Bulunan Gençlerin Sosyodemografik Sosyokültürel Ve Aile Özelliklerinin Değerlendirilmesi. *Yeni Sempozyum* 2006; 44(3):141-150
292. Kaplan Harold I, Sadock BJ, Sadock VA. *Comprehensive Textbook Of Psychiatry*. Eighth Ed. Suicide: Howard S. Sudak, 2005,2442-2453
293. Souetre E, Salvati E, Belugou JL, Douillet P, Braccini T, Darcourt G.: Seasonality Of Suicides: Environmental, Sociological And Biological Covariations. *J Affect Disord* 1987;13: 215-225
294. Sayıl I, Ozguven HD: Suicide And Suicide Attempts In Ankara In 1998: Results Of The WHO/EURO Multicentre Study Of Suicidal Behaviour. *Crisis* 2002; 18(3): 11-16
295. Dilbaz N, Şengül CB, Çetin MK, Şengül C, Okay T, Yurtkulu F Ve Ark. Genel Bir Hastanede İntihar Girişimlerinin Değerlendirilmesi. *Kriz Dergisi*, 13 (2): 1–10, 2005
296. Burvill P. W., Suicide In The Multiethnic Elderly Population Of Australia 1979-1990, *International Psychogeriatrics*, No: 2, 1995, S. 319-333

297. Devlet İstatistik Enstitüsü İntihar İstatistikleri, 1981-1992, Ankara DİE Matbaası
298. Eskin M. İntihar, Açıklama, Değerlendirme, Tedavi Ve Önleme. Bölüm 5: Risk Etmenleri. Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara, S. 135–222, 2003
299. Dilsiz A, Dilsiz F. İntihar Girişimlerinde Belirtilen Nedenler. Kriz Dergisi 1993; 1(3):124-128
300. Kekeç Z, Yıldırım C, İkizceli İ, Gönül AS, Sözüer EM. Özkıyım Girişimi Nedeni İle Acil Servise Başvuran Hastalarda Hazırlayıcı Etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2000; 1(3):157-161
301. Sayıl I. İntihar Davranışı. I Sayıl, O E Berksun, R Palabıykoğlu, H Devrimci Özgüven, Ç Soykan, S Haran (Ed.). Kriz Ve Krize Müdahale'de. Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama Ve Araştırma Merkezi Yayınları, Damla Matbaacılık, Ankara, S. 165-197, 2000
302. Palabıykoğlu R, Azizoğlu S, Özayar H, Ercan A. İntihar Girişiminde Bulunanların Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi. Kriz Dergisi 1993; 1(2):56-62
303. Brent DA, Kolko DJ. Suicide End Suicidal Behavior İn Children End Adolescents. İn: Garfinkel BD, Carlson GA, Weller EB, Editors. Psychiatric Disorders İn Children End Adolescents. Philedelphia : WB Saunders Co, 1990: 372-391
304. Eser E, Yüksel H, Baydur H, Erharta M, Saatlı G, Özyurt-Cengiz B, Özcan C, Ravens-Sieberer U (2008). Çocuklar İçin Genel Amaçlı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği (Kid-KINDL) Türkçe Sürümünün Psikometrik Özellikleri. Türk Psikiyatri Dergisi; 19(4): 409–417
305. Proctor, C. L., Linley, P. A., & Maltby, J. (2009). Youth Life Satisfaction: A Review of The Literature. Journal Of Happiness Studies, 10, 583–630
306. Malkoff - Schwartz S, Frank E, Anderson BP, Hlastala SA, Luther JF, Sherril JT, Et Al. Social Rhythm Disruption And Stressful Life Events İn The Onset Of Bipolar And Unipolar Episodes. Psychol Med 2000; 30:1005-1016
307. Ehlers CL, Frank E, Kupfer DJ. Social Zeitgebers And Biological Rhythms. Arch Gen Psychiatry 1988; 45:948-952
308. Benca RM (1995) Chronobiological Disorders. Curr Opin Psychiatry, 8: 64-67
309. Tsuno N, Besset A, Ritchie K. Sleep And Depression. J Clin Psychiatry 2005; 66:1254-1269

310. Selvi Y, Aydin A, Boysan M, Atli A, Agargun MY, Besiroglu L. Associations Between Chronotype, Sleep Quality, Suicidality, And Depressive Symptoms In Patients With Major Depression And Healthy Controls. *Chronobiol Int* 2010; 27:1813-1828
311. Giglio LM, Magalhaes PV, Kapczinski NS, Walz JC, Kapczinski F. Functional Impact Of Biological Rhythm Disturbance In Bipolar Disorder. *J Psychiatr Res* 2010; 44:220-223
312. Paladino, D. & Minton, C.A.B. (2008). Comprehensive College Student Suicide Assessment: Application Of The Basic Id. *Journal Of American College Health*, 56 (6)
313. Lester, D. (1997). *The Social Context Of Suicide. Making Sense Of Suicide*, The Charles Press, Publishers, Inc
314. Miller, K. & Barber, J.G. (2002). Brief Intervention Strategies For The Prevention Of Youth Suicide. *Brief Treatment And Crisis Intervention*, 2 (3), 217-231
315. Heikkinen, M., Aro, H., & Lönnqvist, J. (1993). Life Events And Social Support In Suicide. *Suicide And Life-Threatening Behavior*, 23 (4), 343-358
316. Bolton, R. (1986). *People Skills: How To Assert Yourself, Listen To Others, And Resolve Conflicts*. New York: Touchstone Book
317. Gurtman, M.B. & Lee, D.L. (2009). Sex Differences In Interpersonal Problems: A Circumplex Analysis. *Psychological Assessment*, 21 (4), 515-527
318. Fairweather, A.K., Anstey, K.J., Rodgers, B. & Butterworth, P. (2006). Factors Distinguishing Suicide Attempters From Suicide Ideators In A Community Sample: Social Issues And Physical Health Problems. *Psychological Medicine*, 1-11
319. Deveci A, Aydemir Ö, Mızrak S. İntihar Girişiminde Bulunanlarda Sosyodemografik Özellikler, Stres Etmenleri Ve Ruhsal Bozukluklar. *Kriz Dergisi* 2005;13:1-9
320. Janicak P, Davis John, Preskorn S Ve Ark. (1993) *Principles And Practice Of Psychopharmacotherapy*. Baltimore, Maryland, Williams&Wilkins.
321. Altamura C, Van Gastel A, Pioli R Ve Ark. Seasonal And Circadian Rhythms In Suicide In Cagliari, Italy. *Journal Of Affective Disorders* 1999;53:77-85
322. Ceyhun B. Genel Olarak İntiharlar, Ankara Üniversitesi Kriz Uygulama Ve Araştırma Merkezi Ön Eğitim Programı Sunumu, 1-31 Mart 1990, Ankara, 74-76.
323. Üstün TB, Von Korff M (1995) Primary Mental Health Services. Access And Provision Of Care. *Mental Illness In General Health Care: An International Study*. Üstün TB, Sartorius N (Eds). Chichester, John Wiley And Sons, S. 347-360
324. Passamonti M, Pigni M, Fraticelli C Ve Ark. (2003) Somatic Symptoms And Depression In General Practice In Italy. *Eur J Gen Pract*, 9:66-67

325. Lipowski ZJ (1990) Somatization And Depression. *Psychosomatics*, 31:13-21
326. Hall RC, Platt DE, Hall RC. Suicide Risk Assessment: A Review Of Risk Factors For Suicide In 100 Patients Who Made Severe Suicide Attempts. *Psychosomatics* 1999; 40:18-27
327. Fawcett J, Scheftner WA, Fogg L, Clark DC, Young MA, Hedeker D, Gibbons R. Time Related Predictors Of Suicide In Major Affective Disorder. *Am J Psychiatry* 1990; 147:1189-1194
328. Greer S, Bagley C. Effect Of Psychiatric Intervention In Attempted Suicide: A Controlled Study. *Br Med J* 1971; 1:310-312
329. Ford DE, Kamerow DB. Epidemiologic Study Of Sleep Disturbance And Psychiatric Disorders: An Opportunity For Prevention? *JAMA*. 1989;262:1479-1484
330. Agargun MY, Kara H, Solmaz M. Subjective Sleep Quality And Suicidality In Patients With Major Depression. *J Psychiatr Res*. 1997;31:377-381
331. Harvey AG. Sleep And Circadian Functioning: Critical Mechanisms In The Mood Disorders? *Annu Rev Clin Psychol* 2011; 7:1-23
332. Lemmer B. Discoveries Of Rhythms In Human Biological Functions: A Historical Review. *Chronobiol Int* 2009; 26:1019-1068
333. Lee JI, Lee MB, Liao SC, Chang CM, Sung SC, Chiang HC, Tai CW. Prevalence Of Suicidal Ideation And Associated Risk Factors In The General Population. *J Formos Med Assoc* 2010; 109(2):138-144
334. Gerber PD, Barrett JE, Barrett JA, Et Al. The Relationship Of Presenting Physical Complaints To Depressive Symptoms In Primary Care. *J Gen Intern Med*. 1992;7:170-173
335. Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2002). *Perfectionism: Theory And Research*. Washington, DC: American Psychological Association
336. Martin, M. M., & Rubin, R. B. (1995). A New Measure Of Cognitive Flexibility. *Psychological Reports*, 76(2), 623-626
337. Capuzzi, D., & Gross, D. R. (2003). *Counseling And Psychotherapy: Theories And Interventions*. New Jersey: Pearson Education
338. Lorcher, P. S. (2003). Worry And Irrational Beliefs: A Preliminary Investigation. *Individual Differences Research*, 1(1), 73-76
339. Wodarski JS, Harris P (1987) Adolescent Suicide A Review Of Influences And The Means For Prevention *Social Work*, 32, 477-484

340. Dülger HE, Yemişçigil A, Karali H, Ege B, Hancı İH. İntihar Sonucu Ölüm Olgularının Retrospektif İncelenmesi. Adli Tıp Derg 1991; 7: 115-8
341. Batıgün Durak A (2005) İntihar Olasılığı: Yaşamı Sürdürme Nedenleri, Umutsuzluk Ve Yalnızlık Açısından Bir İnceleme. Türk Psikiyatri Dergisi, 16(1): 29-39
342. Schotte DE, Clum GA (1982) Suicide İdeation In A College Population: A Test Of Model. Journal Of Consulting And Clinical Psychology, 50, 690-696
343. Miranda, R.,Gallagher, M., Bauchner, B., Vaysman, R., &Marroquín, B. (2012). Cognitive İnflexibility As A Prospective Predictor Of Suicidal İdeation Among Young Adults With A Suicide Attempt History. Depressionand Anxiety,29(3), 180-186.
344. Fineberg NA, Blackwell AD, Robbins TW Ve Ark. (2006) Motor Inhibition And Cognitive Flexibility İn Obsessive-Compulsive Disorder And Trichotillomania. Am J Psychiatry 163: 1282-4
345. Buhr, K.,& Dugas, M. J. (2006). Investigating The Construct Validity Of İntolerance Of Uncertainty And İts Unique Relationship With Worry. Anxiety Disorders, 20, 222–236
346. Beck AT (1979) Cognitive Therapy Of Depression: A Treatment Manual. Guilford Press, New York
347. Beck AT, Steer RA, Beck JS Ve Ark. (1993) Hopelessness, Depression, Suicidal İdeation, And Clinical Diagnosis Of Depression. Suicide Life Threat Behav, 23:139-145
348. Blatt SJ, Zuroff DC. İnterpersonal Relatedness And Self Definition, Prototypes For Depression. Clin Psychol Rev 1992;12:527-562
349. Baumeister RF (1989) Suicide As Escape From Self, Psychological Review, 97 (1): 90–113
350. Lazarus RS. From Psychological Stress To The Emotions: A History Of Changing Outlooks. Annu Rev Psychol 1993; 44:1-21
351. Ranieri W.F. Ve Ark. (1987) Relationships Of Depression,Hopelessness And Dysfunctional Attitudes To Suicide Location İnPsychiatric Patients. Psychological Reports, 61 967-975
352. Enns MW, Cox BJ. Perfectionism And Depressive Symptom Severity İn Major Depressive Disorder. Behav Res Ther 1999;37:783-794
353. Hughes, S.L. R.A. Neimeyer (1990) "A Cognitiue Model OfSuicidal Behavior" D. (Ed), Current Concepts Of Lester. Suicide.Philadelphia. The Charles Press Publishers, Inc., 1-28.

8. EKLER

Ek.1. Sağlıklı Kontrol Grubu Aydınlatılmış Onam Formu:

Fakültemizde Yrd.Doç. Dr. Bülent Bahçeci olarak sorumlu arařtırmacısı olduđum ‘‘Depresyon hastalarında obsesif inanıřların, intihar dűřüncesi ve biyolojik ritimle arasındaki iliřki’’ isimli bir arařtırma yapılması planlanmaktadır. Arařtırma da obsesif dűřüncelerin (yani; kiřiyi rahatsız eden mantıksız ve saçma olduđu dűřünölen ancak kiřinin engelleyemediđi takıntılı dűřünceleri) intihar dűřüncesi (ölüm dűřünceleri) ve biyolojik ritimleri (yani; gece gündüz döngüsü ,uyku düzeni ,kiřinin günlük yařam düzeni , iřtah düzeni) arasında iliřki olduđu dűřünölmektedir.İřte bu dűřünönceyle çalıřmamız amaçlanmaktadır.Bu çalıřmanın bilimsel olarak yürütölebilmesi için, arařtırmaya katılan hasta kiřilere yukarıda bahsedilen konularla ilgili olan bazı anket formu anket formları doldurtulacaktır. Bu çalıřmaya, ‘‘gönüllü sađlıklı grubu’’ olarak katılmayı kabul ederseniz, sizden istenen anketleri doldurmanız yeterlidir.

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. İstediğiniz zaman araştırmadan çıkabileceksiniz. Herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir tedavi hakkınızı kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilirsiniz.

İzleyiciler, yoklama yapan kişiler, Etik Kurul, Kurum ve diğer ilgili sağlık otoritelerinin orijinal tıbbi kayıtlarınıza doğrudan erişimde bulunabilecek, ancak bu bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun tarafınızdan imzalanmasıyla söz konusu izin verilmiş olacaktır.

Araştırmaya katılması beklenen tahmini hasta gönüllü sayısı 100 kişi olarak planlanmıştır.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki sorumlu hekim tarafından bana gösterilen tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilieceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Araştırma Süresince 24 Saat boyunca araştırma ile ilgili Ulaşabileceğiniz: Kişi Adı / Soyadı / Telefonu/e mail:

Yrd.Doç. Dr Bülent Bahçeci, +90 506 669 93 68, bulentbahceci@hotmail.com

Gönüllünün adı / soyadı / imzası / tarih :

Araştırma ekibinde yer alan ve yetkin bir araştırmacının adı / soyadı / imzası / tarih :

Olur işlemine tanık olan kişinin adı / soyadı / imzası / tarih :

Yasal temsilcinin adı / soyadı / imzası / tarih :

Ek.2. Hasta Grubu Aydınlatılmış Onam Formu:

Fakültemizde Yrd.Doç. Dr. Bülent Bahçeci'in sorumlu arařtırmacısı olduđu, "Depresyon hastalarında obsesif inanıřların, intihar dűřüncesi ve biyolojik ritimle arasındaki iliřki " isimli bir arařtırma yapılması planlanmaktadır. Arařtırma da obsesif dűřüncelerin (yani; kiřiyi rahatsız eden ancak engelleyemediđi takıntılı dűřünceler) intihar dűřüncesi ve biyolojik ritimleri (yani; gece gündüz döngüsü ,uyku iřtah düzeni) arasında iliřki olduđu dűřünülmektedir.İřte bu teoriyle çalıřmamız amaçlanmaktadır.

Bu çalışmanın bilimsel olarak yürütülebilmesi için, araştırmaya katılan hasta kişilere anket formu (ham D , scl 90 ,obsesif inanışlar ölçeği, biyolojik düzen anketi) doldurtulacaktır.

Bu çalışmaya, "gönüllü hasta grubu" olarak katılmayı kabul ederseniz, sizden istenen anketleri doldurmanız yeterlidir.Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. İstediğiniz zaman araştırmadan çıkabileceksiniz. Herhangi bir cezaya veya yaptırma maruz kalmaksızın, hiçbir tedavi hakkınızı kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedeabilirsiniz.

İzleyiciler, yoklama yapan kişiler, Etik Kurul, Kurum ve diğer ilgili sağlık otoritelerinin orijinal tıbbi kayıtlarınıza doğrudan erişimde bulunabilecek, ancak bu bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun tarafınızdan imzalanmasıyla söz konusu izin verilmiş olacaktır.

Araştırmaya katılması beklenen tahmini hasta gönüllü sayısı 100 kişi olarak planlanmıştır.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki sorumlu hekim tarafından bana gösterilen tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Araştırma Süresince 24 Saat boyunca araştırma ile ilgili Ulaşabileceğiniz: Kişi Adı / Soyadı / Telefonu/e mail:

Yrd.Doç. Dr Bülent Bahçeci, +90 506 669 93 68, bulentbahceci@hotmail.com

Asist. Dr. Meltem Puşuroğlu +90 544 738 00 61, eritem@hotmail.com

Gönüllünün adı / soyadı / imzası / tarih :

Araştırma ekibinde yer alan ve yetkin bir araştırmacının adı / soyadı / imzası / tarih :

Olur işlemine tanık olan kişinin adı / soyadı / imzası / tarih :

Yasal temsilcinin adı / soyadı / imzası / tarih :

Ek.3. Sosyodemografik Veri Formu:

Sosyodemografik veri formu

1.Ad ,Soyadı;

2.Yaşınız?

3.Cinsiyet

a)erkek b)kadın

4.Medeni Durumunuz ?

a) evli b) bekar c) boşanmış d) eşinden ayrı yaşıyor e) dul

5.Evinizde kimlerle yaşamaktasınız?

a) yalnız b) sadece eşinizle c) eş ve çocuklar d) anne ve baba e)diğer

6. tek başınıza yaşayabilir misiniz?

a)evet b)hayır

7.Eğitim düzeyiniz?

a)İlköğretim b)Lise c) yüksek okul veya üniversite d) diğer..

8.özel eğitim aldınız mı?

a)Evet, ise belirtiniz..... b)hayır

9.sahip olduğunuz çocuk sayısı

10.şu an yaşadığınız yer?

a)köy b)kasaba c)şehir d)diğer.....belirtiniz

11.çocukluğunuzu geçirdiğiniz yer?

a)köy b)kasaba c)şehir d)diğer.....belirtiniz

12.gelir düzeyiniz nedir ?

a) 500 ytl' nin altında b) 500 ile 1000 ytl arasında

c) 1000-1500 ytl arası d) 2000 ytl ve üzeri

13.yapmakta olduğunuz bir işiniz var mı?

a) evet b) hayır

14.çalışıyorsanız çalışmakta olduğuz birim\ ünitelütfen belirtiniz

15.meslekte çalıştığınız süre nedir?

a) 1 yıldan az b) 1-5 yıl arası c) 5-10 yıl d)11 yıl ve üzeri

16.haftalık çalıştığınız süre

a) ortalama 40 saat b)ortalama 45 saat ve üstü

17.daha önce hiçbir işte çalıştınız mı?

a)evet,ise belirtiniz..... b)hayır

18.başka bir kronik fiziksel bir hastalığınız var mı?

a)evet ise lütfen belirtiniz..... b)hayır

19.hiç bu konu/konular için doktora gittiniz mi?

Hayır ise nedenini belirtiniz.....

20.kronik ruhsal bir hastalığınız var mı?

a)evet ise lütfen belirtiniz..... b)hayır

21.hiç bu konu/konular için doktora gittiniz mi?

Hayır ise nedenini belirtiniz.....



Ek.4. Hamilton Depresyon Ölçeği:

Hamilton Depresyon Ölçeği:

1. Depresif ruh hali (Keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)

0. Yok.
1. Yalnızca soruları cevaplarken anlaşılıyor.
2. Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.
3. Hastada bunların bulunduğu, yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor.
4. Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, konuşma sırasında sözlü ve sözsüz olarak belirtiyor.

2. Suçluluk duyguları

0. Yok.
1. Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.
2. Eski yaptıklarından veya hatalarından dolayı suçluluk hissediyor.
3. Şimdiki hastalığı bir cezalandırılmadır. Suçluluk hezeyanları.
4. Kendisini ihbar ya da itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel halusinasyonlar görüyor.

3. İntihar

0. Yok.
1. Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
2. Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzer düşünceler besliyor.
3. İntiharını düşünüyor ya da düşüncesini belli eden jestler yapıyor.
4. İntihar girişiminde bulunmuş (herhangi bir ciddi girişim, 4 puanla değerlendirilir).

4. Uykuya dalamamak

0. Bu konuda zorluk çekmiyor.
1. Bazen yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından şikayetçi.
2. Gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikayet ediyor.

5. Gece yarısı uyanmak

0. Herhangi bir sorunu yok.
1. Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikayetçi.

2. Gece yarısı uyanıyor. Yataktan kalkmak, 2 puanla değerlendirilir (herhangi bir neden olmaksızın)
6. Sabah erken uyanmak
 0. Herhangi bir sorunu yok.
 1. Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.
 2. Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.
7. Çalışma ve aktiviteler
 0. Herhangi bir sorunu yok.
 1. Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlardaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
 2. Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlardaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor (işinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor).
 3. Aktivitelerinde harcadığı süre veya verim azalıyor. Hastanede yatarken hergün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir.
 4. Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir.
8. Retardasyon (Düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)
 0. Düşünceleri ve konuşması normal
 1. Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor.
 2. Görüşme sırasında açıkca retardasyon hissediliyor.
 3. Görüşmeyi yapabilmek, çok zor.
 4. Tam stuporda.
9. Ajitasyon
 0. Yok.
 1. Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.
 2. Elini ovuşturuyor, tırnak yiyiyor, dudaklarını ısırıyor.
10. Psikik anksiyete
 0. Herhangi bir sorun yok.

1. Subjektif Gerilim Ve İrritabilite
2. Küçük şeylere üzülüyor.
3. Yüzünden ve konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor
4. Korkularını, daha sorulmadan anlatıyor

11. Somatik anksiyete (Anksiyeteye eşlik eden Gastrointestinal: ağız kuruması, yellenme, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme, Kardiyovasküler: palpasyon, baş ağrısı, Solunumla ilgili: hiperventilasyon, iç çekme, Sık idrara çıkma, Terleme gibi fizyolojik sorunlar)

0. Yok.
1. Hafif.
2. İlmli.
3. Şiddetli.
4. Çok şiddetli.

12. Somatik semptomlar (Gastrointestinal)

0. Yok.
1. İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.
2. Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.

13. Somatik semptomlar (Genel)

0. Yok.
1. Ekstremitelerinde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.
2. Herhangi bir kesin şikayet, 2 puanla değerlendirilir.

14. Genital semptomlar (Libido kaybı, adet bozuklukları...vb.)

0. Yok.
1. Hafif.
2. Şiddetli.
3. Anlaşılamadı.

15. Hipokondriyaklık

0. Yok.
1. Kuruntulu.
2. Aklını sağlık konularına takmış durumda.

3. Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.
4. Hipokondriyaklık delüsyonları.

16. Zayıflama (A ya da B'yi doldurunuz)

A. Tedavi öncesinde (anemnez bulgular)

0. Kilo kaybı yok.
1. Önceki hastalığına bağlı olası zayıflama.
2. Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.

B. Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan, hastanın tartıldığı kontrollarda;

0. Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama.
 1. Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama.
 2. Haftada 1 kg'dan daha fazla zayıflama.

17. Durumu hakkında görüşü

0. Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde.
1. Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor.
2. Hasta olduğunu kabul etmiyor.

Ek.5. İntihar Davranışı Ölçeği:

İntihar Davranışı Ölçeği

1. Hiç kendinizi öldürmeyi düşündüğünüz oldu mu?

0 () Asla 1 () Bir kez 2 () Bazen 3 () Sıklıkla 4 () Çok sık 5 () Her zaman

2. Son bir yıl içinde ne kadar sıklıkla kendinizi öldürmeyi düşündünüz?

0 () Asla 1 () Bir kez 2 () Bazen 3 () Sıklıkla 4 () Çok sık

3. Birisine hiç intihar edebileceğinizi veya edeceğinizi söylediniz mi?

1 () Evet 0 () Hayır

4. Bir gün intihara teşebbüs etme olasılığınız nedir?

0 () Hiç bir zaman etmem

1 () Şu anda düşünmüyorum ama gelecekle ilgili kesin bir şey söyleyemem

2 () Belki

3 () Mutlaka

4 () Mutlaka birden fazla tekrarlama olasılığım var.

5. Şu ana kadar intihar girişiminde hiç bulundunuz mu?

1 () Evet Kaç kez?

2 () Hayır (hayır ise soru14'e geç!!)

6. Şu ana kadar intihar girişiminde bulduysanız hangi yöntemi kullandınız?

1 () İlaç içerek

2 () Kendimi asmaya çalışarak

3 () Hayati bölgelerdeki damarlarımı keserek

4 () Kendimi zehirli gazlara maruz bırakarak

5 () Diğer yöntemlerle (hangi yöntemler,yazınız)

7. En son intihar girişiminiz ne zaman oldu?ay önce

8. İntihar girişiminde bulunma nedeniniz aşağıdaki konulardan hangisi ile ilişkilidir?

1 () Fiziksel ya da ruhsal rahatsızlıklar

2 () Aile geçimsizliği

3 () Geçim zorluğu ve ekonomik soranlar

4 () Duygusal ilişkiler ve istediği kişi ile evlenememe

5 () İş ya da iş arkadaşları ile ilgili sorunlar

6 () Öğrenim başarısızlığı

7 () Diğer (belirtiniz)

9. İntihar girişiminde bulunmak için seçtiğiniz yolun ölümle sonuçlanıp sonuçlanmayacağı hakkında bilginiz var mıydı?

1 () Evet 2 () Hayır

10. İntihar girişiminde bulunmadan önce televizyonda izlediğiniz intihar ile ilgili haber ya da filmler sizi etkiledi mi?

1 () Evet 2 () Hayır

11. Evinizde ya da yaşam alanınız dahilinde kolayca ulaşabileceğiniz ateşli silah var mıdır?

1 () Evet 2 () Hayır

12. Son 1 yıl içinde ailenizde ya da çevrenizde çok etkilendiğiniz bir ölüm olayı yaşadınız mı?

1 () Evetse kim?

2 () Hayır

13. Ailenizde intihar girişiminde bulunan var mı?

1 () Evetse kim?

2 () Hayır

14. Ailenizde intiharla ölen var mı?

1 () Evetse kim?

2 () Hayır

15. Sizce gazete, televizyon gibi Medya'da çıkan haberlerin intiharlar üzerindeki bir etkisi var mıdır?

1 () Evet 2 () Hayır

Ek.6. Obsesif İnanışlar Ölçeği:

Obsesif İnançlar Ölçeği (OIÖ-44)

Bu ölçek insanların kapıldıkları farklı tutum ve inançları sıralamaktadır. Her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve ifadeye katılıp katılmadığınızı belirtiniz. Her bir ifade için sizin düşüncenizi en iyi tanımlayan rakamı işaretleyiniz. Soruların doğru ve yanlış cevabı yoktur. Verilen ifadenin sizin genel bakış açınızı temsil edip etmediğine karar verirken çoğu zaman nasıl düşündüğünüzü gözünüzün önüne getiriniz.

Cevaplarken aşağıdaki puanlama yönergesini kullanınız:

(1) Kesinlikle Katılmıyorum

(2) Orta düzeyde katılmıyorum

(3) Çok az katılmıyorum

(4) Ne katılıyorum ne de

(5) Çok az katılıyorum

(6) Oldukça katılıyorum

(7) Tamamen katılıyorum

1. Çevremdeki şeylerin genellikle tehlikeli olduklarını düşünürüm. 1 2 3 4 5 6 7

2. Bir şeyden tam olarak emin değilsem hata yapmam kaçınılmazdır. 1 2 3 4 5 6 7

3. Benim kendi ölçütlerime göre her şey mükemmel olmak zorundadır. 1 2 3 4 5 6 7

4. Değerli bir insan olabilmek için yaptığım her şeyde mükemmel 1 2 3 4 5 6 7

olmak zorundayım.

5. Fırsatını bulduğum zaman kötü şeylerin olmasını engellemek için 1 2 3 4 5 6 7

harekete geçmem gerekir.

6. Zarar görme olasılığı olmasa bile her ne pahasına olursa olsun 1 2 3 4 5 6 7

zararı engellemeye çalışmam gerekir.

7. Bana göre kötü isteklere sahip olmak, onları gerçekten 1 2 3 4 5 6 7

yapmak kadar kötüdür.

8. Tehlikeyi önceden gördüğümde harekete geçmezsem her türlü 1 2 3 4 5 6 7

sonuçtan ben sorumlu olurum.

9. Bir şeyi mükemmel şekilde yapamayacaksam onu hiçbir şekilde 1 2 3 4 5 6 7

yapmamalıyım.

10. Her zaman bütün potansiyelimi kullanmak zorundayım. 1 2 3 4 5 6 7

11. Bir duruma ilişkin olası bütün sonuçları dikkate almak benim için önemlidir. 1 2 3 4 5 6 7

12. Küçük hatalar bile bir işin tamamlanmadığı anlamına gelir. 1 2 3 4 5 6 7

13. Sevdiklerim hakkında saldırgan düşüncelere ve dürtülere sahipsem, bu benim içten içe onlara zarar vermek isteyebileceğim anlamına gelir. 1 2 3 4 5 6 7

14. Kararlarımdan emin olmak zorundayım. 1 2 3 4 5 6 7

15. Gündelik karşılaşılabilecek her türlü durumda, zarara engel olamamak kasten zarara sebep olmak kadar kötüdür. 1 2 3 4 5 6 7

16. Ciddi problemlerden (örneğin, hastalık veya kazalar) kaçınmak benim açımdan sürekli çaba harcamayı gerektirir. 1 2 3 4 5 6 7

17. Benim için bir zararı engellemek zarara neden olmak kadar kötüdür. 1 2 3 4 5 6 7

18. Bir hata yaparsam üzüntü duymam gerekir. 1 2 3 4 5 6 7

19. Benim kararlarımın veya yaptıklarımın olumsuz sonuçlarının başkalarına herhangi bir zarar vermeyeceğinden emin olmam gerekir. 1 2 3 4 5 6 7

20. Bana göre mükemmel olmayan şeyler doğru değildir. 1 2 3 4 5 6 7

21. Müstehcen düşüncelere sahip olmak korkunç bir insan olduğum anlamına gelir. 1 2 3 4 5 6 7

22. Ekstra önlemler almazsam, ciddi bir kaza geçirme veya ciddi bir kazaya neden olma olasılığım bir başkasına göre çok daha fazladır. 1 2 3 4 5 6 7

23. Kendimi güvende hissedebilmek için ters gidebilecek herhangi bir şeye olabildiğince hazırlıklı olmak zorundayım. 1 2 3 4 5 6 7

24. Tuhaf veya tiksinti uyandıran düşüncelerim olmamalı. 1 2 3 4 5 6 7

25. Benim için bir hata yapmak tümüyle başarısız olmak kadar kötüdür. 1 2 3 4 5 6 7

26. Küçük meselelerde bile her şeyin açıkça belirlenmiş olması önemlidir. 1 2 3 4 5 6 7

27. Dine aykırı bir düşünceye sahip olmak din dışı bir şey yapmak kadar günahtır. 1 2 3 4 5 6 7

28. Zihnimi istenmeyen düşüncelerden uzak tutabilmeliyim. 1 2 3 4 5 6 7

29. Kendime veya başkalarına kazara zarar vermeye diğer insanlardan daha yatkınım. 1 2 3 4 5 6 7

30. Kötü düşüncelere sahip olmak benim acayip veya anormal biri 1 2 3 4 5 6 7

olduğum anlamına gelir.

31. Benim için önemli olan şeylerde en iyi olmak zorundayım. 1 2 3 4 5 6 7

32. İstenilmeyen bir cinsel düşünce veya hayale sahip olmak onu 1 2 3 4 5 6 7
gerçekten yapmak istediğim anlamına gelir.

33. Muhtemel bir felaketin yaşanmasında yaptıklarımın az bir etkisi bile 1 2 3 4 5 6 7
olsa ortaya çıkacak sonuçtan ben sorumlu olurum.

34. Dikkatli olduğum zamanlarda bile genellikle kötü şeylerin olacağı 1 2 3 4 5 6 7
düşüncesine kapılırım.

35. İstem dışı gelen düşüncelere sahip olmak kontrolden çıktığım 1 2 3 4 5 6 7
anlamına gelir.

36. Çok dikkatli olmazsam zarara sebep olacak olaylar meydana gelecektir. 1 2 3 4 5 6 7

37. Bir şeyler tam olarak doğru bir şekilde yapılana kadar üzerinde 1 2 3 4 5 6 7
çalışmam gerekir.

38. Saldırgan düşüncelere sahip olmak kontrolü kaybedeceğim ve 1 2 3 4 5 6 7
saldırganlaşacağım anlamına gelir.

39. Bana göre bir felakete engel olamamak ona neden olmak kadar kötüdür. 1 2 3 4 5 6 7

40. Bir işi mükemmel şekilde yapmazsam insanlar bana saygı göstermezler. 1 2 3 4 5 6 7

41. Hayatımdaki sıradan deneyimler bile risk doludur. 1 2 3 4 5 6 7

42. Kötü bir düşünceye sahip olmak ahlaki olarak kötü bir iş 1 2 3 4 5 6 7
yapmaktan farklı değildir.

43. Ne yaparsam yapayım yeterince iyi olmayacak. 1 2 3 4 5 6 7

44. Düşüncelerimi kontrol etmezsem cezalandırılacağım. 1 2 3 4 5 6 7

Ek.7. Biyolojik Ritm Ölçeği:

Biyolojik Ritim Değerlendirme Görüşmesi

Aşağıdaki seçeneklerden, son 15 gün için hastanın davranışlarını en iyi tanımlayan seçeneği işaretleyiniz.

UYKU

1) Her zamanki saatinizde uykuya dalmakta güçlük çeker misiniz? Ne kadar sıklıkla olur?

1.hiçbir zaman 2.nadiren 3.bazen 4.çoğunlukla

2) Her zamanki saatinizde uyanmakta güçlük çeker misiniz? Ne kadar sıklıkla olur?

1.hiçbir zaman 2.nadiren 3.bazen 4.çoğunlukla

3) Uyandıktan sonra yataktan kalkmakta güçlük çeker misiniz? Ne kadar sıklıkla olur?

1.hiçbir zaman 2.nadiren 3.bazen 4.çoğunlukla

4) Her zaman uyuduğunuz miktarda uykuyla dinlenmiş hisseder misiniz (kendinizi dinlenmiş hissetmek ve araba kullanmak, işinizi yapmak gibi gündelik etkinliklerinizi gerçekleştirebilmeniz dahil)? Ne kadar sıklıkla olur?

1.hiçbir zaman 2.nadiren 3.bazen 4.çoğunlukla

5) Dinlenirken zihninizi tamamen durdurmakta güçlük çeker misiniz? Ne kadar sıklıkla olur?

1.hiçbir zaman 2.nadiren 3.bazen 4.çoğunlukla

AKTİVİTE

6) İşteki faaliyetlerinizi bitirmekte güçlük çeker misiniz? Ne kadar sıklıkla olur?

1.hiçbir zaman 2.nadiren 3.bazen 4.çoğunlukla

7) Evdeki faaliyetlerinizi bitirmekte güçlük çeker misiniz? Ne kadar sıklıkla olur?

1.hiçbir zaman 2.nadiren 3.bazen 4.çoğunlukla

8) Bedensel faaliyetlerinizi alıştığınız saatlerde (otobüse, metroya binmek veya spor yapmak gibi) sürdürmekte güçlük çeker misiniz? Ne kadar sıklıkla olur?

1.hiçbir zaman 2.nadiren 3.bazen 4.çoğunlukla

9) Gündelik faaliyetlerinizi zamanında yerine getirmekte güçlük çeker misiniz? Ne kadar sıklıkla olur?

1.hiçbir zaman 2.nadiren 3.bazen 4.çoğunlukla

10) Her zamanki düzeyde cinsel isteğinizi veya cinsel faaliyetlerinizi sürdürmekte güçlük çeker misiniz? Ne kadar sıklıkla olur?

1.hiçbir zaman 2.nadiren 3.bazen 4.çoğunlukla

TOPLUMSAL

11) Çevrenizdeki yakınlarınızla iletişim ve ilişki kurmakta güçlük çeker misiniz? Ne kadar sıklıkla olur?

1.hiçbir zaman 2.nadiren 3.bazen 4.çoğunlukla

12) Elektronik aletleri (televizyon, internet gibi) başka insanlarla ilişkilerinizi bozacak kadar aşırı kullanır mısınız? Ne kadar sıklıkla olur?

1.hiçbir zaman 2.nadiren 3.bazen 4.çoğunlukla

13) Gündelik faaliyetlerinizi ve uyku saatlerinizi çevrenizdeki yakınlarınızla eşzamanlı yapmakta güçlük çeker misiniz? Ne kadar sıklıkla olur?

1.hiçbir zaman 2.nadiren 3.bazen 4.çoğunlukla

14) Çevrenizdeki yakınlarınıza (aile, arkadaş, eş) ilgi göstermekte güçlük çeker misiniz? Ne kadar sıklıkla olur?

1.hiçbir zaman 2.nadiren 3.bazen 4.çoğunlukla

YEME ALIŞKANLIKLARI

15) Yemeklerinizi öğün zamanlarında yemekte güçlük çeker misiniz? Ne kadar sıklıkla olur?

1.hiçbir zaman 2.nadiren 3.bazen 4.çoğunlukla

16) Öğün atladığınız olur mu? Ne kadar sıklıkla olur?

1.hiçbir zaman 2.nadiren 3.bazen 4.çoğunlukla

17) Öğünlerde olağan miktarda yemek yemekte güçlük çeker misiniz? Ne kadar sıklıkla olur?

1.hiçbir zaman 2.nadiren 3.bazen 4.çoğunlukla

18) Uyarıcıları (kahve, kolalı içecekler, çikolata gibi) ölçülü/makul miktarda kullanmakta güçlük çeker misiniz? Ne kadar sıklıkla olur?

1.hiçbir zaman 2.nadiren 3.bazen 4.çoğunlukla

BASKIN RİTİM ÖRÜNTÜSÜ (KRONOTİP)

Aşağıdaki soruları yanıtlarken son 12 ayı göz önüne alınız.

19) Çalışmak ve başka insanlarla birlikte olmak için geceleri kendini daha enerjik hissetme eğilimindedir.

1.hiçbir zaman 2.nadiren 3.çoğunlukla 4.her zaman

20) Sabahları daha üretken hisseder.

1.hiçbir zaman 2.nadiren 3.çoğunlukla 4.her zaman

21) Gece/gündüz döngüsünü tersine dönmüş biçimde yaşar mısınız?

1.hiçbir zaman 2.nadiren 3.çoğunlukla 4.her zaman



Ek.8. SCL-90 (Belirti Tarama Listesi)

SCL-90

Adı – Soyadı:

Yaş :

Cinsiyeti :

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun bugün de dahil olmak üzere son üç ay içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak aşağıda belirtilen tanımlamalardan uygun olanının numarasını karşısındaki boşluğa yazınız.

Tanımlama :

0 Hiç 1 Çok az 2 Orta derecede 3 Oldukça fazla 4 Aşırı düzeyde

1. Baş ağrısı
2. Sinirlilik ya da içinin titremesi
3. Zihinden atamadığınız yineleyici (tekrarlayıcı) hoş gitmeyen düşünceler
4. Baygınlık ve baş dönmeler
5. Cinsel arzuya ilginin kaybı
6. Başkaları tarafından eleştirilme duygusu
7. Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri
8. Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği fikri
9. Olayları anımsamada (hatırlamada) güçlülük
10. Dikkatsizlik veya sakarlıkla ilgili endişeler
11. Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi
12. Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar
13. Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi
14. Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali
15. Yaşamınızın sona ermesi düşünceleri

16. Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma
17. Titreme
18. Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği düşüncesi
19. İştah azalması
20. Kolayca ağlama
21. Karşı cinsten kişilerle ilgili utangaçlık ve rahatsızlık hissi
22. Tuzağa düşürülmüş veya tuzağa yakalanmış hissi
23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma
24. Kontrol edilmeyen öfke patlamaları
25. Evden dışarı yalnız çıkma korkusu
26. Olanlar için kendini suçlama
27. Belin alt kısmında ağrılar
28. İşlerin yapılmasında erteleme düşüncesi
29. Yalnız hissi
30. Karamsarlık hissi
31. Her şey için çok fazla endişe duyma
32. Her şeye karşı ilgisizlik hali
33. Korku hissi
34. Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali
35. Diğer insanların sizin düşündüklerinizi bilmesi hissi
36. Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu
37. Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi
38. İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapmak
39. Kalbin çok hızlı çarpması
40. Bulantı veya midede rahatsızlık hissi

41. Kendini başkalarından aşağı görme
42. Adele (kas) ağrıları
43. Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi
44. Uykuya dalmada güçlük
45. Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme
46. Karar vermede güçlük
47. Otobüz, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu
48. Nefes almada güçlük
49. Soğuk ve sıcak basması
50. Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelere kaçınma durumu
51. Hiç bir şey düşünmeme hali
52. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması
53. Boğazınıza bir yumru tıkanmış hissi
54. Gelecek konusunda ümitsizlik
55. Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlülük
56. Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi
57. Gerginlik veya coşku hissi
58. Kol ve bacaklarda ağırlık hissi
59. Ölüm ya da ölme düşünceleri
60. Aşırı yemek yeme
61. İnsanlar size batığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma
62. Size ait olmayan düşüncelere sahip olma
63. Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması
64. Sabahın erken saatlerinde uyanma
65. Yıkanma, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yenileme hali

66. Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama
67. Bazı şeyleri kırıp dökme isteği
68. Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme
69. Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme
70. Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi
71. Her şeyin bir yük gibi görünmesi
72. Dehşet ve panik nöbetleri
73. Toplum içinde yer içerken huzursuzluk hissi
74. Sık sık tartışmaya girme
75. Yalnız bıraktığınızda sinirlilik hali
76. Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu
77. Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme
78. Yerinizde durmayacak ölçüde rahatsızlık duyma
79. Değersizlik duygusu
80. Size kötü bir şey olacakmış duygusu
81. Bağırma ya da eşyaları fırlatma
82. Topluluk içinde bayılacağınız korkusu
83. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu
84. Cinsellik konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerinizin olması
85. Günahlarınızdan dolayı cezalandırmanız gerektiği düşüncesi
86. Korkutucu türden düşünce ve hayaller
87. Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi
88. Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama
89. Suçluluk duygusu
90. Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi

Ek.9. Etik Kurul Onayı:

T.C.
RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU BAŞKANLIĞI KARAR FORMU
(Approval Form of The University of Recep Tayyip Erdoğan Ethics Committee for Clinical Research)

| | | | | | | |
|--|---|---|--|--|-------------|--|
| | ÇALIŞMA ESASI (Essence of Study) | Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu (Guidance for Clinical Trials and Good Clinical Laboratory Practice Guidelines) | | | | |
| | BAŞKAN UNVANI / ADI / SOYADI: (President) | Yrd.Doç. Dr. Barış UZUNOK | | | | |
| KARAR BİLGİLERİ (Decision Explanations) | Karar No(Decision No): 2015/01 | Tarih (Date):17.04.2015 | | | | |
| | Yukarıda bilgileri verilen Yrd. Doç. Dr. Bülent BAHÇECİ sorumluluğunda yürütülen(188) nolu "Depresyon hastalarında obsesif inanışlar, intihar düşüncesi ve biyolojik ritm arasındaki ilişkisi / Relationship between obsessive beliefs, suicidal ideation and biological rythm in patients with depression" başlıklı klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının oy birliği/salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. | | | | | |
| VARSA ŞERH GEREKÇESİ (Declaratory Clause) | | | | | | |
| DECISION INFORMATION | The above study has been approved by The University of Recep Tayyip Erdogan Medical School Ethics Committee for Clinical Research | | | | | |
| | Kabul <input checked="" type="checkbox"/> Accepted | | Kabul edilmedi <input type="checkbox"/> Rejected | | | |
| Unvanı/Adı/Soyadı | Uzmanlık Alanı | Kurumu | Araştırma ile ilişki | Katılım * | İmza | |
| Yrd.Doç.Dr.Barış UZUNOK | Fizyoloji | Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | | |
| Yrd. Doç. Dr. Evren ŞAVLI | Farmakoloji | Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sağlık Kültür ve Spor | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | | |
| Yrd. Doç. Dr. Aziz GÜMÜŞ | Göğüs Hastalıkları | Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | | |
| Yrd. Doç. Dr. Orhan Ünal ZORBA | Üroloji | Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | | |
| Yrd.Doç.Dr. İbrahim ŞEHİTOĞLU | Patoloji | Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | | |
| Yrd.Doç.Dr.Asım KALKAN | Acil Servis | Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| Uzm. Dr. Celile HATİPOĞLU | Halk Sağlığı | Rize Halk Sağlığı Müdürlüğü Halk Sağlığı Merkezi | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | | |
| Av. Melek YAŞAR | Hukuk | Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | | |
| Hemşire Melek KAMACI | Hemşirelik | Rize Eğitim ve Araştırma Hastanesi | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | | |
| Hemşire Aynur YILMAZ | Hemşirelik | Rize Eğitim ve Araştırma Hastanesi | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | | |
| Recep KOYUNCU | Sivil Üye | Rize İl Müftülüğü | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | | |

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının

Unvanı/Adı/Soyadı: Yrd. Doç. Dr. Barış Uzunok

İmza: