

İntihar Girişiminde Depresyon ve Kaygı Belirtileri ile Problem Çözme Becerileri ve Algılanan Sosyal Desteğin Önemi

Halise Devrimci Özgüven
Ankara Üniversitesi
Tıp Fakültesi

Çiğdem Soykan
Psikolojik Müdahale
Değerlendirme ve
Eğitim Merkezi

Seda Haran
Ankara Üniversitesi
Tıp Fakültesi

Tülin Gençöz*
Orta Doğu Teknik
Üniversitesi

Özet

Bu çalışma intihar girişimi olan kriz vakalarının, intihar girişimi öyküsü olmayan kriz vakaları ve normal kontrol grubuna göre değişik özelliklerini incelemeyi amaçlamaktadır. Araştırma, depresyon ve kaygı belirtilerinin yanısıra problem çözme tutumları ve algılanan sosyal destek düzeyleri farklılıklarını da kapsamaktadır. Araştırmanın örneklemini son bir hafta içinde intihar girişiminde bulunmuş olan 83 kriz vakası (intihar grubu), akut kriz tablosu içinde bulunan ancak intihar girişimi öyküsü olmayan 64 vaka (kriz grubu) ve herhangi bir psikolojik yakınması bulunmayan 70 kişi (normal kontrol grubu) olmak üzere toplam 227 katılımcı oluşturmaktadır. Yaş değişkeni kontrol edilerek yapılan varyans analizi sonuçlarına göre, beklendiği gibi depresyon belirtileri bakımından intihar girişimi olan kriz vakalarının şikayetleri diğer iki gruptan, intihar girişimi olmayan kriz vakalarının şikayetleri de kontrol grubundan daha fazladır. Anksiyete belirtileri ve algılanan sosyal destek bakımından ise intihar girişimi vakaları ile intihar girişimi olmayan kriz vakaları arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir fark görülmezken; her iki grup da kontrol grubundan daha fazla anksiyete belirtisi göstermiş ve daha az sosyal destek almıştır. Problem çözme tutumları bakımından ise intihar girişimi olmayan kriz vakaları kontrol grubundan ayrılmazken; her iki grubun da intihar girişimi olan vakalara kıyasla daha fazla problem çözme becerilerine sahip oldukları izlenmektedir. Son olarak, intihar girişimi olan vakalar ile yapılan hiyerarşik regresyon analizine göre, yüksek anksiyete belirtileri, aileden gelen sosyal destek algısının düşük olması ve problem çözme yaklaşımlarından “aceleci yaklaşım”ın kullanılma sıklığı intihar girişimi için önemli risk faktörleri olarak ortaya çıkmaktadır. Tüm bu bulgular literatür bilgilerinin ışığında tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler: İntihar girişimi, problem çözme becerileri, algılanan sosyal destek

Abstract

This study aimed at examining varying features of crisis cases who have suicide attempts as compared to those crisis cases with no suicide history and also with normal controls. This comparison was established not only on the bases of depression and anxiety symptoms but also on problem solving skills and perceived social support. The sample of the study was composed of 227 participants; 83 of whom were crisis patients who have attempted suicide within last week (suicidal group), 64 were patients suffering from acute crises but had no suicide history (crisis group), and 70 those having no psychological problems of any kind (normal control group). Based on the variance analyses where age was a control variable, as expected suicidal cases had significantly more depressive symptoms than the other two groups. Furthermore, non-suicidal crises cases reported more depressive symptoms than the normal controls. Regarding anxiety symptoms and perceived social support there were no significant differences between suicidal and non-suicidal crises cases. However both crisis groups suffered more from anxiety symptoms and perceived less social support as compared to normal controls. On the basis of the problem solving skills, crises cases with no suicidal history did not significantly differ from normal control group. Where as both of these groups as compared to crisis cases with suicidal history, revealed better problem solving skills. Finally, according to the regression analysis carried out for suicidal cases, high anxiety symptoms, low level of perceived social support from family, and among problem solving styles relying on “impulsive style” emerged as important risk factors for suicide. These findings were discussed in relation to relevant literature.

Key words: Suicide attempts, problem solving skill, perceived social support

*Yazışma Adresi: Doç. Dr. Tülin Gençöz, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, 06531, Ankara.

E-posta: tgencoz@metu.edu.tr

*Yazar Notu: Bu çalışma Türkiye Bilimler Akademisi tarafından kısmen desteklenmiştir (EA-TÜBA-GEBİP/2001-1-1).

Problem çözme, bir problem ile karşılaşıldığında bunun üstesinden gelmek için çeşitli alternatif çözüm yollarının üretilmesi, bu alternatif çözüm yolları içinde en etkili olanın seçilebilmesi ve seçimin uygulanabilmesi olarak tanımlanmaktadır (D'Zurilla ve Goldfried, 1971). Problem çözme becerileri ile psikiyatrik hastalıklar arasındaki ilişki 1950'lerden beri araştırılmaktadır (akt., Batıgün, 2000). Bu araştırmaların önemli bir bölümü depresyon ile problem çözme becerileri arasındaki ilişkiyi araştırmakta ve genel olarak depresyon düzeyi daha yüksek olan kişilerde, karşı karşıya kalınan stres düzeyinden bağımsız olarak, problem çözme becerilerinin daha düşük olduğu sonucuna varmaktadır (Nezu ve Ronan, 1988; Nezu, 1986; Siegel ve Platt 1976).

Kriz durumu, bireyin yaşamının aniden zorlu ve travmatik yaşantılar sonucu kesintiye uğradığı tepkisel bir durum olarak tanımlanabilir (Caplan, 1964). Yaşam birçok iniş-çıkışlar ve tehdit edici deneyimlerle doludur. Birey tehdit edici durum ile bir biçimde başa çıkabildiğinde kriz durumu oluşmaz; ancak kişi tehdit oluşturan duruma alışageldiği problem çözme yöntemleri ile hakim olamazsa, kriz durumu ortaya çıkar. Aslında kriz patolojik bir durum değildir, her insan yaşamında böyle dönemler geçirebilir (Cooper, 1979). Kriz durumundaki kişi çevresinden destek ya da uygun bir profesyonel yardım aldığı anda bu durumla başa çıkabilmekte, yeni beceriler kazanmakta ve bunları gelecek dönemler için biletme becerileri repertuarına ekleyebilmektedir (Aquilera ve Messic, 1974).

Kriz durumu kriz durumlarında kişi bildiği, kullandığı problem çözme becerilerini ya o anki koşullar içinde kullanamamakta, ya da bu yollar yetersiz kalmaktadır. İntihar girişimlerinin büyük bir bölümünün gerçek bir ölüm isteği ile ilişkili olmaktan çok yardım çağrısı ve iletişim çabası içinde ortaya çıktığı ve bu kişilerin büyük bölümünün kriz durumu içinde oldukları bildirilmektedir (France, 1990). Ancak kriz durumlarında intihar düşüncesi sıklığı % 20, intihar girişimi sıklığı ise % 7-10 olarak bildirilmektedir (France, 1990; Özgüven ve Sayıl,

1999). Yani kriz durumundaki bireylerin çoğunluğu intihar davranışı göstermez. İntihar girişiminde bulunmuş olan kriz vakaları ümitsizlik ve kontrolü kaybetmiş olma duyguları içindedirler. Aynı zamanda kendilerini sosyal bakımdan yalnız ve yardımsız hissederler (Bonner ve Rich, 1988; Folkman ve Lazarus, 1986). Bu yardımsızlık duygularının bir bölümü, içinde buldukları sorunu çözmek için yaptıkları girişimlerin başarısızlığa uğramış olmasından kaynaklanır; ancak yardımsızlık duygusuna katkıda bulunan bir diğer faktör, kişinin kendi problem çözme becerilerindeki yetersizlikten kaynaklanıyor olabilir (Wodarski ve Harris, 1987). İntihar girişiminde bulunan kişilerin bilişsel bakımdan daha kısıtlı, katı düşünme alışkanlıklarına sahip bireyler oldukları bildirilmektedir (Bonner ve Rich, 1988; McLeavey, Daly, Murray, O'Riordan, ve Taylor, 1987; Orbach, Rosenheim, ve Hary, 1987; Rich ve Bonner, 1987; Schotte ve Clum, 1987). Ayrıca intihara eğilimli kişiler, oluşturulmuş problem çözme planlarını uygulama konusunda diğer depresyonlu hastalara göre daha başarısızdırlar (Schotte ve Clum, 1987). Bu özellikler nedeniyle bu bireyler karşı karşıya oldukları sorunu çeşitli yönleri ile tanımlamada; alternatif çözüm yollarını keşfetmede ve uygulamada; yani, problem çözme becerilerinde yetersizlik yaşamaktadırlar (Joiner, Pettit, Perez, Burns, Gencoz, Gencoz ve Rudd, 2001).

Problem çözme becerilerinin yanısıra sosyal desteğin ruh sağlığına etkileri de birçok çalışma ile vurgulanmış bir konudur (Cohen ve Wills, 1985; Coyne ve Downey, 1991; Kessler, Price ve Wortman, 1985). Kriz ve intihar olgularında yaşanan yardımsızlık ve yalnızlık duygularının yoğunluğu, bu kişilerde algılanan sosyal desteğin düşük olduğunu göstermektedir. Araştırmacılar sosyal desteğin, kişinin baş-etme becerileri ile ilişkisinden de söz etmektedirler (Coyne ve Downey, 1991; Kessler ve ark., 1985). Sosyal desteğin, kişinin problem çözme becerileri geliştirmesinde ve mevcut becerilerini kullanmasında rolünün olabileceği kolayca varsayılabilir. Bunun yanısıra yeterli baş-

etme becerileri olan bireylerin çevrelerindeki sosyal destek kaynaklarını daha iyi kullanabilecekleri açıktır.

Bu çalışmanın amacı intihar girişimi vakaları, kriz vakaları ve normal kontroller arasında, depresyon ve kaygı belirtilerinin yanısıra, problem çözme becerileri ve algılanan sosyal destek düzeyi açısından fark olup olmadığının incelenmesi ve intihar girişimi olan vakalar için risk faktörlerinin saptanmasıdır.

Yöntem

Örneklem

Katılımcılar, 2001 yılı boyunca Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi Acil Servisi'ndeki Kriz Odası'na başvuran kişilerden oluşmuştur. Bu vakalar araştırmacılar tarafından değerlendirilmiş ve çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayanlar ile çalışmaya katılmayı kabul edenler araştırmaya alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden vakalar öncelikle kriz vakası olup olmamaları yönünden incelenmiştir. Bir vakanın kriz vakası olarak kabul edilmesi için önceden bilinen bir psikiyatrik hastalığının olmaması, mevcut durumun öncesinde, son bir ay içinde yeni bir yaşam olayı ya da kişiler arası ilişki sorunu yaşıyor olması ve sıkıntısının bu sorun ile ilgili olması ön koşulları aranmıştır. Ayrıca vakaların 15-65 yaş arasında olmaları, en az beş yıllık eğitim almış olmaları, kafa travması ve nörolojik bir hastalık öyküsüne sahip olmamaları ve kriz grubundaki vakaların daha önce bir intihar girişiminde bulunmamış olmaları şartları aranmıştır. Bir yıl boyunca çalışmaya alınan kriz vakası sayısı 64, intihar girişimi sayısı 83'tür. Çalışmanın kontrol grubu ise 15-65 yaş arasında, en az beş yıl eğitim almış, herhangi bir hastalığı olmayan 70 sağlıklı gönüllüden oluşmuştur.

İntihar girişimi grubunun yaş ortalaması, kriz grubundan daha küçüktür ($t [145] = 6.11, p < .001$). İki grup arasında gözlenen bu fark benzer gruplarla daha önce yapılmış olan çalışmaların sonuçlarıyla da tutarlıdır (Palabıyıkoğlu, Oral, Binici ve Haran, 1997; Özgüven ve Sayıl, 1999). Bu iki grubun cin-

siyet dağılımı ve eğitim süresi ortalamaları ise benzerdir. Bu araştırmanın ana amacı özellikle intihar girişimi vakalarının özelliklerini incelemek olduğu için, kontrol grubunun yaş, eğitim süresi ortalamaları ve cinsiyet dağılımları intihar girişimi grubu ile benzeştirilmiştir. İntihar girişimi ve kontrol grubunun demografik özellikleri arasında anlamlı bir fark yokken, kriz grubunun yaş ortalaması her iki gruptan yüksektir.

Veri Toplama Araçları

Problem Çözme Envanteri (PÇE). PÇE, bireyin problem çözme becerilerini ve problem çözme becerileri konusunda kendisini algılayışını değerlendirmek amacıyla Heppner ve Petersen (1982) tarafından geliştirilmiştir. PÇE, her biri Likert-tipi bir ölçek üzerinde, 1 (her zaman böyle davranırım) ile 6 (hiçbir zaman böyle davranmam) arasında değişen 32 maddelik bir kendini değerlendirme ölçeğidir. PÇE'nin (Şahin, Şahin ve Heppner, 1993) Türkçe'ye uyarlanma çalışması Şahin ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçekten alınabilecek puanlar 32 ile 192 arasında değişmektedir; düşük puanlar kişinin problem çözme becerileri konusunda kendisini daha güvenli algıladığına ve problemlerine ilişkin daha fazla kişisel kontrolü olduğuna işaret etmektedir. Ölçeğin Türkçe formunun iç tutarlık katsayısı .88, iki yarım güvenilirlik katsayısı ise .81 olarak bulunmuştur. Ölçüt bağımlı geçerliliğine bakıldığında, ölçeğin Beck Depresyon Envanteri (BDE) toplam puanı ile arasındaki korelasyon katsayısı .33 ve Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri, Sürekli Formu ile arasındaki korelasyon katsayısı .45 olarak saptanmıştır. Faktör analizi sonucunda PÇE Türkçe formu için "aceleci yaklaşım", "düşünen yaklaşım", "kaçıngan yaklaşım", "değerlendirici yaklaşım", "kendine güvenli yaklaşım", "planlı yaklaşım" adı verilen 6 faktör tanımlanmıştır.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ). Bu ölçek, Zimet, Dahlem, Zimet ve Farley (1988) tarafından sosyal destek kaynaklarının araştırılması için geliştirilmiş, uygulaması oldukça

kolay ve 12 maddeden oluşan, 7'li Likert-tipi kısa bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin maddeleri başlıca üç grupta toplanmaktadır. Dört madde aile, 4 madde arkadaşlar ve 4 madde diğer önemli kişilerden algılanan sosyal destek düzeyini değerlendirmeyi hedeflemektedir. Elde edilen puanların toplamı her bir alt grup için ayrı ayrı toplanmakta ve bu grupların toplamı da ölçeğin toplam puanını vermektedir. Ölçekten alınan puanın yüksek oluşu, algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Eker ve Arkar (1995) tarafından üniversite sağlık merkezine başvuran üniversite öğrencileri, psikiyatri bölümü hastaları, Litotripsi işlemi yapılan böbrek hastaları normal grup olmak üzere 4 grupta yapılmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarında, ölçeğin ve alt ölçeklerinin iç tutarlılığı .77 ile .92 arasında değişmektedir. Ölçeğin depresif belirtiler ile korelasyonu -.22 ile -.55 arasında değişirken, anksiyete belirtileri ile korelasyonunun -.21 ile -.47 arasında değiştiği bulunmuştur.

Beck Depresyon Envanteri (BDE). BDE, her biri 0 ile 3 arasında değerlendirilen 21 sorudan oluşmakta ve yüksek puanlar depresif belirtilerde artışı işaret etmektedir. Böylece bu envanterden alınabilecek puan 0 ile 63 arasında değişmektedir. Beck ve arkadaşları (Beck, Ward, Mendelson, Mock ve Erbaugh, 1961; Beck, Rush, Shaw ve Emery, 1979) tarafından geliştirilen envanterin 1961 formunun Türkçe uyarlaması Tegin (1980); 1979 formunun Türkçe uyarlaması ise Hisli (1988; 1989) tarafından gerçekleştirilmiştir. Tegin'in Türkçe uyarlama çalışması Beck Depresyon Ölçeği adı altında, Hisli'ninki ise Beck Depresyon Envanteri adı altında yapılmıştır. Her iki çalışmada da aynı kapsamda fakat farklı ifadelerle verilmiş 21 madde bulunmaktadır; bu çalışmada Hisli'nin çevirisi kullanıldığından BDE adı kullanılacaktır. Ayrıca, Tegin (1980) ölçeğin Depresyonda Bilişsel Tepkiler Ölçeği ile korelasyonu incelemiş ve bu korelasyonu normal deneklerde .20, depresif deneklerde .52 ve şizofrenik deneklerde .33 olarak bulmuştur. Türkçe standardi-

zasyon çalışmalarında envanterin iki yarım test güvenilirlik katsayısı, üniversite öğrencileriyle yapılan çalışmada .78 (Tegin, 1980), .74 (Hisli, 1989); depresif hastalar için .61 (Tegin, 1980) olarak bulunmuştur. Minnesota Multiple Personality Inventory-Depresyon (MMPI-D) skalası ile BDE puanları arasındaki Pearson momentler çarpımı katsayısı ise, psikiyatrik örnekleme .63 (Hisli, 1988), üniversite öğrencilerinden oluşan örnekleme ise .50 (Hisli, 1989) olarak bulunmuştur.

Beck Anksiyete Envanteri (BAE). BAE 21 sorudan oluşmaktadır. Her bir soru 0 (hiç) ile 3 (ciddi derecede) arasında değerlendirilmekte; yüksek puanlar kaygı belirtilerindeki artışı işaret etmektedir. Böylece bu envanterden alınabilecek puan 0 ile 63 arasında değişmektedir. Orijinali Beck, Epstein, Brown ve Steer (1988) tarafından geliştirilen envanterin Türkçe standardizasyonu Ulusoy, Şahin ve Erkmen (1996) tarafından gerçekleştirilmiştir. Türkçe standardizasyon çalışmalarında, psikiyatrik hastalardan oluşan örnekleme üzerinde envanterin Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı .93 bulunurken; madde-toplam puan korelasyon katsayıları .45 ile .72 arasında değişmektedir. Envanterin test-tekrar test güvenilirlik katsayısı ise .57 olarak bulunmuştur. Envanterin BDE ile korelasyonu .46; Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri'nin Durumluk bölümü ile .45; Sürekli bölümü ile ise .53 olarak bulunmuştur.

İntihar Riski Endeksi. İntihar girişimi olan vakalara intihar risklerinin değerlendirilmesi amacıyla üç soru yöneltilmiştir. Bunlardan ikisi üçlü Likert-Tipi ölçek üzerinde değerlendirilen "intihara hazırlık" (1 = hiç hazırlık yok, 3 = ileri derecede hazırlık) ve "intihar girişiminin uygulanışındaki "kararlılık" (1 = intihar düşüncesi ortaya çıktıktan hemen sonra intihar girişiminde bulunmuş, 3 = İntihar düşüncesi ortaya çıktıktan en az üç saat sonra intihar girişiminde bulunmuş) maddeleridir. Üçüncü maddede ise vakanın toplam intihar girişimi sayısı sorulmuştur. Bu üç maddeden oluşan değerlendirmeye intihar riski endeksi adı verilmiştir. Bu endeksin iç tutarlığının değerlendirilmesi amacıyla da alfa katsayısına bakılmış ve iç tutarlılığı .70 bulunmuştur.

Ölçüt bağımlı geçerliğinin saptanması amacıyla BDE ve BAE ile korelasyonuna bakılmıştır. Endeksin BDE ile korelasyonu .25 ($p < .05$) iken, BAE ile korelasyonu .35 ($p < .001$) tir.

İşlem

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi Acil Servisi'ndeki Kriz Odası'na başvuran intihar girişimi dışındaki vakalar ile 20-30 dakikalık bir öngörüşme yapılmış; psikiyatrik tanı düşündürmeyen, yalnız kriz vakası olarak değerlendirilen (yani ICD 10'a göre V kodları ya da Uyum Bozukluğu tanı ölçütlerini karşılayan) ve çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan vakalar ile aynı gün görüşme yapılmış; ölçekler uygulanmış ve daha sonra tedavi edici görüşmelere geçilmiştir. Kriz odasına başvuran intihar girişimi vakalarında ise, önce tıbbi müdahalenin tamamlanması ve intihar girişiminde kullanılan yöntem ya da uygulanan tedaviler sonucu yan etkiler ortaya çıkmışsa bu yan etkilerin ortadan kalkması beklenmiştir. Vaka görüşme yapmaya hazır hale geldikten sonra, eğer araştırmaya alınma ölçütlerini karşılamışsa, araştırma görüşmesine alınmıştır. İntihar girişimi vakalarında görüşme intihar girişiminden sonraki ilk 1-6 gün içinde yapılmıştır.

Bulgular

Bu araştırmanın katılımcıları "intihar girişimi vakaları", "kriz vakaları" ve "kontrol grubu" olmak üzere 3 gruptan oluşmaktadır. Bu üç grubun depresyon ve anksiyete belirtilerinin yanısıra, problem çözme tutumları ve bu ölçümün 6 alt-ölçeği ile algıladıkları sosyal destek ve bu ölçümün 3 alt-ölçeği puanlarında farklılaşma olup olmadığını saptamak amacıyla, her bir ölçüm için varyans analizleri yapılmıştır. Yürütülen varyans analizlerinin tümünde yaş değişkeni kontrol edilmiştir.

Depresyon Belirtileri Bakımından İntihar, Kriz ve Kontrol Grubu Farklılıkları

Depresyon belirtileri bakımından intihar, kriz ve kontrol grubu farklılıklarını gözlemek amacıyla BDE ölçümleri ile, yaş ortak değişken (covariate) olarak

alınarak varyans analizi (ANCOVA) yapılmış ve grup temel etkisi anlamlı bulunmuştur, $F(2, 213) = 37.02, p < .001$. Grup farklılıklarının hangi gruplar arasında anlamlı olduğunun saptanması amacıyla LSD aracılığı ile ortalamalar arası çiftli karşılaştırmalar yapılmıştır. Bu karşılaştırmalara göre, intihar girişimi vakaları kriz vakalarından .05 alfa düzeyinde daha fazla depresif belirti gösterirken, her iki grup da .001 alfa düzeyinde kontrol grubundan daha fazla depresif belirtiden yakınmışlardır (Bkz. Tablo 1).

Anksiyete Belirtileri Bakımından İntihar, Kriz ve Kontrol Grubu Farklılıkları

Anksiyete belirtileri bakımından intihar, kriz ve kontrol grubu farklılıklarını gözlemek amacıyla BAE ölçümleri ile, yaş ortak değişken (covariate) olarak alınarak varyans analizi (ANCOVA) yapılmış ve grup temel etkisi anlamlı bulunmuştur, $F(2, 213) = 25.44, p < .001$. LSD ile yapılan ortalamalararası çiftli karşılaştırmalara göre Tablo 1'de görüldüğü gibi, intihar girişimi vakaları ve kriz vakaları arasında anlamlı bir fark gözlenmezken; her iki grup da kontrol grubundan .001 alfa düzeyinde, daha çok anksiyete belirtilerinden yakınmışlardır.

Problem Çözme Tutumları Bakımından İntihar, Kriz ve Kontrol Grubu Farklılıkları

Problem çözme tutumları bakımından intihar, kriz ve kontrol grubu farklılıklarını gözlemek amacıyla PÇE ölçümleri için yaş ortak değişken (covariate) olarak alınarak 3 (Grup) x 6 (PÇE alt-ölçümleri) son değişkeni tekrar-ölçümlü ANCOVA yapılmıştır. PÇE-alt ölçümleri değişkenindeki 6 tür problem çözümü yaklaşımı için, her bir yaklaşım türünün toplamı o faktör altındaki madde sayısına bölünerek ortalama değerler alınmıştır. Bu analiz sonrasında yalnız grup temel etkisi ($F [2,213] = 13.17, p < .001$) anlamlı bulunmuştur.

Bu temel etki için LSD yöntemi ile yapılan ortalamalararası ikili karşılaştırmalara göre, Tablo 1'de görüldüğü gibi, grup temel etkisi için kriz vakaları ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık gözlenmezken; her iki grubun da intihar vakaları

grubundan daha fazla problem çözme becerilerine sahip oldukları gözlenmiştir (kriz vakaları – intihar vakaları karşılaştırması için $p < .005$; kontrol grubu – intihar vakaları karşılaştırması için $p < .001$).

Algılanan Sosyal Destek Bakımından İntihar, Kriz ve Kontrol Grubu Farklılıkları

Algılanan sosyal destek bakımından intihar, kriz ve kontrol grubu farklılıklarını gözlemek amacıyla ÇBASDÖ'nden elde edilen 3 alt-ölçüm üzerinden, yaş ortak değişken (covariate) olarak alınarak 3 (Grup) x 3 (ÇBASDÖ alt-ölçümleri) son değişkeni tekrar ölçümlü ANCOVA yapılmıştır. Bu analiz sonrasında grup temel etkisi ($F [2,213] = 8.60, p < .001$) ve Grup x ÇBASDÖ alt-ölçümleri etkileşimi ($F [4, 426] = 6.04, p < .001$) anlamlı bulunmuştur.

Bu iki anlamlı etki için LSD yöntemi ile yapılan ortalamalararası ikili karşılaştırmaların sonuçları

Tablo 1

BDE, BAE, PÇE ve ÇBASDÖ Ölçümlerinde Gözlenen Grup Farklılıkları için Ortalama (Standart Hata) Değerleri ve Ortalamalar Arası İkili Karşılaştırmalar

	İntihar Vakaları	Kriz Vakaları	Kontrol Grubu
BDE	23.482 _a (1.049)	19.749 _b (1.245)	10.658 _c (1.123)
BAE	23.453 _a (1.373)	22.634 _a (1.630)	10.383 _b (1.471)
PÇE	16.787 _a (0.379)	14.932 _b (0.450)	13.885 _b (0.406)
ÇBASDÖ	19.759 _a (0.501)	20.966 _a (0.595)	22.755 _b (0.537)

Not. 1. BDE = Beck Depresyon Envanteri, BAE = Beck Anksiyete Envanteri, PÇE = Problem Çözme Envanteri, ÇBASDÖ = Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.
2. Tüm değerler yaş değişkenine göre ayarlanmış değerlerdir.
3. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, her bir bağımlı değişken için, aynı alt-harf karakterini paylaşmayan ortalamalar birbirinden anlamlı olarak farklıdır.

şöyledir: Tablo 1'de görüldüğü gibi, grup temel etkisi için kriz vakaları ve intihar vakaları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmezken; her iki grubun da algıladıkları sosyal destek, kontrol grubundan daha düşük düzeydedir (kriz vakaları – kontrol grubu karşılaştırması için $p < .05$; kontrol grubu – intihar vakaları karşılaştırması için $p < .001$).

Grup x ÇBASDÖ alt-ölçümleri etkileşimi için yapılan ikili karşılaştırmalarda öncelikle her bir kaynaktan algılanan sosyal destekte gözlenen grup farklılıkları, daha sonra ise her bir grup için algılanan sosyal destek kaynakları arasındaki farklılıklar ele alınmıştır (ortalama ve standart hata değerleri Tablo 2'de verilmiştir). Farklı sosyal destek kaynakları için yapılan grup karşılaştırmalarına göre, arkadaştan algılanan sosyal destek her üç grup için anlamlı farklılık göstermezken, aileden algılanan sosyal destek, intihar vakaları grubunda hem kriz grubundan ($p < .005$) hem kontrol grubundan ($p < .001$) daha azdır. Ayrıca, kriz vakalarının kontrol grubuna göre aileden aldıkları sosyal destek de ($p < .05$) daha azdır. Diğer önemli kişiler kaynağından intihar vakaları grubu kontrol grubundan daha az ($p < .01$) destek algılamak; kriz vakaları grubunun bu kaynaktan algıladıkları destek intihar vakaları ve kontrol grubundan farklılaşmamıştır.

Her bir grubun algıladıkları sosyal desteğin kaynakları arasındaki ikili karşılaştırmalara göre, hem kontrol grubu hem de kriz vakaları grubunda, aileden algılanan destek arkadaştan algılanan destekten farklılaşmazken; arkadaştan alınan destek diğer önemli kişilerden alınan destekten daha azdır (kontrol grubu için $p < .01$, kriz vakaları grubu için $p < .005$). İntihar vakaları grubu için ise arkadaştan ve diğer önemli kişilerden algılanan destek anlamlı bir farklılık göstermezken; aileden algılanan destek, hem arkadaştan algılanan destekten hem de diğer önemli kişilerden algılanan destekten daha azdır (sırasıyla $p < .005$ ve $.001$).

Tablo 2

ÇBASDÖ – Alt Ölçümleri X Grup Etkileşimi için Ortalama (Standart Hata) Değerleri ve Ortalamalar Arası İkili Karşılaştırmalar

Algılanan Sosyal Desteğin Kaynağı	İntihar Vakaları	Kriz Vakaları	Kontrol Grubu
Aile	17.825 _{a1} (0.621)	20.801 _{b12} (0.738)	23.089 _{c12} (0.666)
Arkadaş	20.378 _{a2} (0.624)	20.280 _{a1} (0.741)	22.039 _{a1} (0.668)
Diğer Önemli Kişiler	21.073 _{a2} (0.566)	21.819 _{ab2} (0.673)	23.136 _{b2} (0.607)

Not. 1. Tüm değerler yaş değişkenine göre ayarlanmış değerlerdir. 2. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, her bir sırada aynı alt-harf karakterini ve her bir kolonda aynı alt-sayı karakterini paylaşmayan ortalamalar birbirinden anlamlı olarak farklıdır.

İntihar Vakaları için Risk Faktörlerinin Belirlenmesi

Her bir ölçek ve alt ölçümleri için yapılan, grup farklılıklarını gözlemeye yönelik varyans analizlerinin ardından intihar vakaları için risk faktörlerinin belirlenmesi amacıyla regresyon analizi yapılmıştır. Bu analizde intihar vakaları için oluşturulan intihar riski endeksi bağımlı değişken olarak yer almıştır. Oluşturulan regresyon denkleminde, birinci basamakta yaş değişkeninin kontrol edilmesi amacıyla bu değişken “enter” yöntemi ile girilirken; ikinci basamakta BDE, BAE, ÇYSSE toplam ve 3 alt-ölçüm değerleri ve son olarak

üçüncü basamakta PÇE toplam ve 6 alt-ölçüm değerleri aşamalı regresyon (stepwise) yöntemi ile girilmiştir. Böylece, intihar riski endeksini anlamlı yordama gücü olan değişkenler ve yaş kontrol edildikten sonra problem çözme yaklaşımlarının önemi sorgulanmıştır. Ayrıca, son basamakta elde edilecek olan anlamlı yordayıcıların intihar riski belirlenmesindeki önemi de vurgulanabilecektir.

Yukarıda açıklandığı şekilde yürütülen regresyon analizi sonucunda Tablo 3’te görüldüğü gibi, son basamakta anksiyete belirtilerinin düzeyi ($pr = .38$, $t[80] = 3.66$, $p < .001$), aileden algılanan sosyal

Tablo 3

İntihar Vakaları için İntihar Riski Endeksini Yordayan Değişkenleri

Denkleme Giriş Sırası ve Giren Değişken	Basamağın F Fark Değeri	S	Son Basamaktaki t Değeri	Kısmi Korelasyon (pr)	Model R ²
1. Yaş	2.77	2, 81	1.85	.20	.03
2. BAE	11.73**	1, 80	3.66**	.38	.16
3. Aile-ASD	4.00*	1, 79	2.30*	.25	.20
4. PÇE- Aceleci Y.	4.04*	1, 78	2.01*	.22	.24

Not. 1. BAE = Beck Anksiyete Envanteri; Aile-ASD = Aileden Algılanan Sosyal Destek; PÇE- Aceleci Y. = Problem Çözme Envanteri, Aceleci Yaklaşım alt-ölçümü. 2. t ve pr için son basamak değerleri verilmiştir. 3. ** $p < .001$; * $p < .05$

destek ($pr = .25$, $t [79] = 2.30$, $p < .05$) ve problem çözümü yaklaşımlarından “aceleci yaklaşım” ($pr = .22$, $t [78] = 2.01$, $p < .05$) anlamlı olarak intihar endeksi değerlendirmesini yordamaktadır.

Tartışma

Bu çalışmada intihar girişimi vakaları, kriz vakaları ve normal kontroller arasında, depresyon ve kaygı belirtilerinin yanısıra, problem çözme becerileri ve algılanan sosyal destek düzeyi açısından fark olup olmadığı incelenmiş ve intihar girişimi olan vakalar için risk faktörleri araştırılmıştır. Çalışmanın bulguları intihar girişimi vakaları ile kriz vakaları ve normal kontroller arasında önemli farklılıklar olduğuna işaret etmektedir. Bu sonuçların değerlendirilmesinde öncelikle problem çözme becerileri ve algılanan sosyal destek düzeyleri ele alınacak; daha sonra ise depresyon ve kaygı belirtileri açısından gözlenen farklılıklar tartışılacaktır.

Problem çözme becerileri açısından intihar girişimi grubundaki katılımcılar kriz grubundaki ve kontrol grubundaki katılımcılardan anlamlı biçimde farklılık gösterirken, kriz ve kontrol grubundaki katılımcılar birbirleri ile benzer özellikler sergilemektedirler. İntihar girişimi grubu, intihar davranışı göstermeyen kriz vakalarından farklı olarak daha yetersiz problem çözme becerilerine sahiptir. Bu bulgu, intihar girişiminde bulunan kişilerin bilişsel bakımdan daha kısıtlı, katı düşünme alışkanlıklarına sahip ve problem çözme becerileri açısından sınırlı bireyler olduklarını bildiren diğer çalışmalarla uyumludur (Bonner ve Rich, 1988; McLeavey ve ark., 1987; Orbach ve ark., 1987; Rich ve Bonner, 1987; Schotte ve Clum, 1987). Buna göre, problem durumlarda kişinin problem çözme dağarcığının yetersizliği kişinin stres düzeyini artırmaktadır. Sonuç olarak kendisini aşırı yüklenmiş, tükenmiş, etkisiz ve beceriksiz hisseden birey, diğer kriz vakalarından farklı olarak ciddi düzeyde uyumsuz ve dezorganize davranmakta ve intiharı tek çözüm yöntemi olarak görebilmektedir (Edwards ve Holden, 2001; Greenstone ve Leviton, 2002).

Çalışmada, algılanan toplam sosyal destek

düzei açısından intihar girişimi ve kriz gruplarının benzer olduğu; ancak her iki grubun da sosyal destek düzeyi algılarının normal kontrollerden daha düşük olduğu saptanmıştır. İntihar girişimi ve kriz gruplarının her ikisinin de karşı karşıya oldukları sorunun çözümü için sosyal destek gereksinimi içinde oldukları açıktır ve bu bulgu literatür ile uyumludur. Sosyal etkileşimin ve bu etkileşimin kalitesinin önemini vurgulayan pek çok çalışma, ruh sağlığı ve fiziksel sağlığın, aile, arkadaşlar ve diğer önemli kişiler ile yaşanan ilişkilerle ilintili olduğuna; bu ilişkilerdeki çözülmenin ve yetersizliğin intihar davranışı için temel bir risk faktörü olduğuna işaret etmektedir (Bjarnason 1994; Brugha, 1988; Eskin 1995). Bu çalışmada değişik kaynaklardan algılanan sosyal desteğin, özellikle intihar girişimi vakaları için farklılaştığı görülmektedir. Nitekim, aile kaynağından, intihar girişimi grubu, hem kriz grubuna hem de normal kontrol grubuna göre daha az destek algılamıştır. Yine bununla paralel olarak intihar vakaları için aileden algılanan destek, hem arkadaştan hem de diğer önemli kişilerden algılanan destekten daha düşüktür. Oysa, kriz vakaları ve normal kontrol grubunun aileden algıladıkları sosyal destek, arkadaştan ve diğer önemli kişilerden algıladıkları destekten farklılaşmamıştır. Sosyal destek için ilk basamak olan aileden destek algılayamamak intihar riskini artırmaktadır. Yalnızlık duygusunun umutsuzluk ve çaresizlik duygusunu pekiştirmesi ve problem çözme becerilerinin kullanılmasını güçleştirmesi beklenebilir. Literatürden de bilindiği gibi, yalnız yaşama ve kişilerarası ilişkilerdeki sorunlar intihar davranışı açısından önemli bir risk faktörüdür. Ayrıca, problem çözme becerilerinin kazanıldığı ilk yerin, kişinin ilk öğrenme ortamı olan aile içinde olacağı açıktır. Ailenin içinde algılanan sosyal destek düşük olduğunda, kişinin problem çözme becerilerini geliştirme süreci de istendiği kadar iyi yürümeyebilir.

Araştırmanın bir diğer bulgusu da depresyon belirtileri açısından üç grubun birbirinden farklılık gösterdiği sonucudur. Beklendiği üzere depresyon

belirtileri en fazla olan grup intihar girişimi grubudur. Bu grubu kriz grubu izlemektedir ve her iki grubun depresyon belirtileri normal kontrollerden anlamlı derecede fazladır. Problem çözme becerileri ile ilgili daha önce yapılmış çalışmaların büyük bölümü depresyon hastalarına yönelik olmuş ve bu çalışmalarda depresyon düzeyi yüksek olan kişilerde problem çözme becerileri normal kontrollere göre daha düşük bulunmuştur (Greenstone ve Leviton, 2002). Bu çalışmada ise kriz vakalarının depresyon belirtileri normal kontrollerden fazla olmasına karşın, problem çözme becerilerinin normal kontrollerden farklı olmadığı gözlenmiştir. Psikiyatrik bir krizin, kişinin karşı karşıya olduğu problemin çözümü konusunda yetersiz kaldığı durumlarda ortaya çıktığı bilinmektedir. Buna karşın bu grubun problem çözme becerilerinin normal kontrollerden farklı olmaması, kriz durumunun bir psikopatolojiye işaret etmediği ve içinde bulunulan zorlu döneme özgü olduğu görüşünü desteklemektedir (Hafen ve Peterson, 1982). Bu vakalar, problem çözme potansiyelleri yeterli olmasına karşın, herhangi bir nedenle, o döneme özgü bir zorluk yaşamaktadırlar. Kriz ile ilgili literatürün de işaret ettiği gibi kriz durumlarında bireyler karşı karşıya oldukları probleme, o anda içinde buldukları koşullara ve yaşam olayının özelliklerine göre tepki vermektedirler (France, 1990; Greenstone ve Leviton, 2002; Hafen ve Peterson, 1982). Örneğin, kişiler benzer olaylara farklı zamanlarda farklı tepkiler verebilirler. Dolayısıyla buradaki temel sorun kişinin baş etme becerilerindeki yetersizlikten çok, o an içinde bulunduğu koşullara özeldir.

Kaygı belirtileri açısından bakıldığında, kriz grubu ile intihar girişimi grubunun benzer oldukları; her iki grubun kaygı düzeylerinin ise kontrol grubundan yüksek olduğu görülmektedir. İntihar girişiminden sonraki ilk günler içinde kaygı düzeyinin yüksek olması beklendik bir durumdur ve bu grupta depresyon belirtileri ile birlikte kaygı belirtilerinin varlığı birçok çalışmada bildirilmiştir (Greenstone ve Leviton, 2002). Kriz durumunda da vakalar, yaşantılarında yeni bir sorun ve duygusal

açından alt üst olmuş bir durumda kliniğe başvurmaktalardır. Bu duygusal alt-üst olma hali ve varolan belirsizlik, depresyon belirtilerinden çok kaygı belirtilerine yol açmaktadır. Bilindiği gibi yeterli düzeydeki kaygı, kişinin üretkenleşmesi ve karşılaştığı sorun ile etkin bir biçimde baş-etmesine yardımcı olacak bir araçtır. Ancak, yüksek düzeydeki kaygı, işlevselliğini kaybeder ve engelleyici, üretkenliği azaltıcı bir rol oynar. Bu durumda, kaygı düzeyi çok yükselen birey, sorunlarını çözmede kendisini yetersiz olarak algılayıp, çaresizlik yaşayabilir ve hatta çevresinde var olan sosyal destekleri bile algılamada ve kullanmada başarısız olabilir. Bunun yanı sıra, yüksek bir kaygı düzeyinin yol açacağı ruhsal acı, kişinin intihar davranışını acıdan kaçma yolu olarak görmesine katkıda bulunabilir.

İntihar girişimi olan vakalar için risk faktörlerini belirlemek üzere geliştirilen intihar endeksi, intihara hazırlık, intihar için dürtüsellik düzeyi ve bireyin o güne kadarki intihar girişimlerinin sayısını içermektedir. Bu endeksi yordayan değişkenlerden, kişinin kaygı düzeyi, aileden algılanan sosyal destek düzeyi ve problem çözme yaklaşımlarından “aceleci yaklaşım”ın sıklıkla kullanılması önemli risk faktörleri olarak ortaya çıkmaktadır. Kaygı düzeyinin ve aileden algılanan sosyal desteğin önemi yukarıda ayrıntılarıyla ele alınmıştır. Problem çözme yaklaşımlarından özellikle aceleci yaklaşımın intihar girişimi için bir risk faktörü olarak belirmesi ise, ele alınması gereken önemli bir bulgudur. Bilindiği gibi kriz durumlarında problemin çözümü için bir aciliyet duygusu yaşanmaktadır (Greenstone ve Leviton, 2002). Bu duygu tıpkı kaygı gibi, kişinin karşılaştığı duygusal açıdan alt-üst olma halinin bir an önce sonlandırması açısından işlevsel olabileceği gibi, şiddetli olduğunda işlevselliğini kaybedebilir ve engelleyici bir etkene dönüşebilir. Yüksek bir aciliyet duygusu içinde olan kişi problemi doğru bir biçimde tanımlayamaz, alternatif çözüm yollarını düşünemez ve sorunu etkin olmayan, aklına gelen ilk yöntemle çözmeye çalışır. Zaten problem çözme becerileri içinde aceleci yaklaşımı daha çok kullandığını saptadığımız intihar girişimi vakaları için

akla gelen ilk yöntem, çoğunlukla problemi aktif olarak çözmek yerine, problemden en kısa sürede kaçmayı sağlayabilecek bir yol olan intihar girişimidir.

Bu çalışmanın en önemli kısıtlılığı kesitsel bir çalışma olmasıdır. Bu nedenle elde edilen sonuçlar arasında kurulan neden sonuç ilişkileri yorumlanırken daha dikkatli olunması gereklidir. Oysa ki, uzunlamasına bir çalışma deseni nedensel ilişkileri daha kuvvetli olarak vurgulayabilecektir. Bunun yanısıra daha büyük bir örneklem sonuçların genellenme gücünü arttıracaktır. Tüm kısıtlılıklara karşın, bu çalışmanın önemli güçlü yanları olduğu da düşünülmektedir. Çalışma intihar girişimi ve kriz vakaları ile ilgili olarak ülkemizde yapılan az sayıdaki araştırmalardan biridir ve bu alandaki literatüre katkıda bulunması açısından önemlidir. Çalışmanın katılımcıları Türkiye'nin tek kriz merkezine yapılan başvurular arasından titizlikle seçilmiştir. Bunun yanında, intihar girişimi grubu yalnızca normal kontrollerle değil; kendisi ile benzer özellikler taşıyan, ancak, intihar davranışı göstermemiş bir grup olan kriz vakaları ile de karşılaştırılmıştır. Bu da elde edilen bulguların önemini artırmaktadır. Ayrıca çalışmanın bulguları özellikle klinik uygulamada kullanım açısından yönlendirici ipuçları vermektedir.

İntihar girişimi vakaları ile çalışırken öncelikle problem çözme becerileri ve sosyal desteğin değerlendirilmesi ile problem çözme becerilerinin artırılmasına yönelik çalışmalar planlanmalıdır. Yeterli aile desteğinin sağlanmasının ve problem çözme becerilerinin geliştirilmesinin, hem intihar girişimlerine müdahalede, hem de intiharı önlemede önemli olduğu düşünülmektedir. Ayrıca, kaygı belirtilerinin ön planda olduğu kriz vakalarında, gecikmeden, bu kaygının kontrol edilmesine yönelik gevşeme teknikleri, ilaç tedavisi gibi girişimlerde bulunulmasında da yarar vardır. Böylece intihar girişimi vakaları için önem taşıyan risk faktörlerinin kontrol edilmesi mümkün olabilir.

Kaynaklar

- Aquilera, D. C., & Messic, M. J. (1974). *Crisis Intervention*. Saint Louis, Mosby comp.
- Batıgün, A. D. (2000). Problem çözmeye yönelik terapiler: tanım ve değerlendirme. *Türk Psikoloji Bülteni*, 6 (19), 40-48.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy for depression*. New York: Guilford.
- Bjarnason, T. (1984). The influence of social support, suggestion and depression on suicidal Behaviour among Icelandic youth. *Acta Sociologica*, 37, 195-206.
- Bonner, R. L., & Rich, A. R. (1988). A prospective investigation of suicidal ideation in collage student: A test of a model. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 17, 50-63.
- Brugha, T. S. (1988). Social support. *Current Opinion in Psychiatry*, 1, 206-211.
- Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. Basic Books, Tavistock, London.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 77, 153-171.
- Cooper, J. E. (1979). *Crisis Admission Unites and Emergency Psychiatric Services*. Public Health in Europe 11, WHO: Copenhagen.
- Coyne, J. C., & Downey, G. (1991). Social factors and psychopathology: Stress, social support, and coping processes. *Annual Review of Psychology*, 42, 401-425.
- D'Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78 (1), 107-126.
- Edwards, M. J., & Holden, R. R. (2001). Coping, meaning in life, and suicidal manifestation: examining gender differences. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 1517-1534.
- Eker, D., & Arkar, H. (1995). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 34, 45-55.
- Eskin, M. (1995). Suicidal behaviour as related to social support and assertiveness among Swedish and Turkish high school students: A cross-cultural investigation. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 158-172.

- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1986). Stress processes and depressive symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology, 95*, 107-113.
- France, K. (1990). *Crisis Intervention. A Handbook of Immediate Person-to-Person Help*. Charles Thomas Publisher, Illinois, USA, p 61-77.
- Greenstone, J. L. & Leviton S. C. (2002). *Crisis Intervention*. Brooks/Cole, California, USA, p 1-5.
- Hafen, B. Q., & Peterson B. (1982). *The Crisis Intervention Handbook*. Prentice-Hall, New Jersey, USA.
- Heppner, P. P., & Petersen, C. H. (1982). The development and implications of a personal problem solving inventory. *Journal of Counseling Psychology, 29*, 66-75.
- Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi, 6*, 118-122.
- Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliliği güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi, 7*, 3-13.
- Joiner, Jr. T. E., Pettit, J. W., Perez, M., Burns, A. B., Gencoz, T., Gencoz, F., & Rudd, M.D. (2001). Can positive emotion influence problem-solving attitudes among suicidal adults? *Professional Psychology: Research and Practice, 32* (5), 507-512.
- Kessler, R. C., Price, R. H., & Wortman, C. B. (1985). Social factors in psychopathology: Stress, social support, and coping processes. *Annual Review of Psychology, 36*, 531-572.
- McLeavey, B. C., Daly, R. J., Murray, C. M., O'Riordan, J., & Taylor, M. (1987). Interpersonal problem-solving deficits in self-poisoning patients. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 17*, 33-49
- Nezu, A. M. (1986). Cognitive appraisal of problem solving effectiveness: Relation to depression and depressive symptoms. *Journal of Clinical Psychology, 42* (1), 42-48.
- Nezu, A. M., & Ronan, G. F. (1988). Social problem solving as a moderator of stress related depressive symptoms: A prospective analysis. *Journal of Counseling Psychology, 35* (2), 134-138.
- Orbach, I., Rosenheim, E., & Hary, E. (1987). Some aspects of cognitive functioning in suicidal, chronically ill, and normal children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 26*, 181-185.
- Özgüven, H. D., & Sayıl, I. (1999). Ankara Üniversitesi Kriz Merkezi'ne bir yıl süresince başvuran yeni vakaların sorun alanları ve tanılarına göre değerlendirilmesi. *Kriz Dergisi, 7*(1), 7-13.
- Palabıyıkoglu, R., Oral A. E., Binici, S. A., & Haran S. (1997). İntihar girişimi olan ve olmayan kriz olgularının çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Kriz Dergisi, 5*(1), 25-31.
- Rich, A. R., & Bonner, R. L. (1987). Concurrent validity of a stress-vulnerability model of suicidal ideation and behavior: A follow-up study. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 17*, 265-270.
- Schotte, D. E., & Clum, G. A. (1987). Problem-solving skills in suicidal psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 49-54.
- Siegel, J. M., & Platt, J. J. (1976). Emotional and social real-life problem-solving thinking in adolescent and adult psychiatric patients. *Journal of Clinical Psychology, 32* (2), 230-232.
- Şahin, N., Şahin, N. H., & Heppner, P. P. (1993). Psychometric properties of the Problem Solving Inventory in a group of Turkish university students. *Cognitive Therapy and Research, 17*(4), 379-396.
- Tegin, B. (1980). Depresyonda bilişsel bozukluklar: Beck modeline göre bir inceleme. Yayınlanmamış doktora tezi, H.Ü. Psikoloji Bölümü, Ankara.
- Ulusoy, M., Şahin, N., & Erkmn, H. (1996). Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*.
- Wodarski, J. S., & Harris, P. (1987). Adolescent suicide: A review of influences and the means for prevention. *Social Work, 32*, 477-484.
- Zimet, G. D., Dahlen, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment, 52*, 30-41.

Summary

Importance of Problem Solving Skills, Perceived Social Support, and Depression and Anxiety Symptoms on Suicide Attempts

Halise Devrimci Özgüven

Ankara Üniversitesi
Tıp Fakültesi

Çiğdem Soykan

Psikolojik Müdahale
Değerlendirme ve
Eğitim Merkezi

Seda Haran

Ankara Üniversitesi
Tıp Fakültesi

Tülin Gençöz*

Orta Doğu Teknik
Üniversitesi

Problem solving is defined as generating several alternative solutions for the exposed problem, which is followed by selecting the most appropriate solution among them and its application (D'Zurilla & Goldfried, 1971). Researchers revealed an important association between problem solving skills and depression symptoms, regardless of the level of exposed stress (Nezu & Ronan, 1988; Nezu, 1986; Siegel & Platt 1976).

As long as one can successfully cope with a problem situation he/she is not expected to experience a crisis; on the other hand, if one cannot cope with the problem situation by means of his/her usual coping skills a crisis situation may emerge. Crisis is not considered as a pathological event, all people experience crises at different periods of their lives (Cooper, 1979). As long as the person who is experiencing a crisis receives appropriate social support or professional help, he/she can cope with the problem, and this accomplishment may even lead to acquisition of some new skills that may successfully be used in the future (Aquilera & Messic, 1974).

In a crisis situation, people either cannot carry on their usual coping skills due to some situational factors or their attempts come out to be insufficient. In most cases the people who attempt suicide are reported to be in a crisis situation, and usually

beneath their attempts lies either seeking help or generating a communication opportunity, rather than a wish to die (France, 1990). On the other hand, most of the people who are in a crisis situation do not attempt suicide, while crisis patients who attempt suicide are mostly those who feel hopeless and out of control. Crisis patients also feel themselves socially withdrawn and helpless (Bonner & Rich, 1988; Folkman & Lazarus, 1986). Moreover, suicidal patients are reported to have lower problem solving skills than the other depressive patients (Schotte ve Clum, 1987).

Besides problem solving skills, social support also has important influences on psychological health (Cohen & Wills, 1985; Coyne & Downey, 1991; Kessler, Price, & Wortman, 1985). Since suicidal and crisis patients usually feel themselves alone and helpless, social support is quite crucial for these individuals. Researchers also proposed that there is a link between social support and coping skills (Coyne & Downey, 1991; Kessler et al., 1985).

The aim of this study is to reveal varying features of crisis cases who have suicidal attempts as compared to those crisis cases with no suicidal history and also with normal controls. This comparison will be established not only on the bases of depression and anxiety symptoms but also on problem solving skills and perceived social support.

*Address for Correspondence: Tülin Gençöz, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, 06531, Ankara, Turkey.
E-posta: tgencoz@metu.edu.tr

Moreover, suicidal risk factors will be examined for subjects who have suicidal history.

Method

The sample of the study was composed of 227 participants, 83 of whom were crisis patients who have attempted suicide within last week (suicidal group), 64 were patients suffering from acute crises but had no suicide history (crisis group), and 70 people were those having no psychological problem (normal control group). The suicidal group had a mean age of 22.00 (*S.D.* = 5.31) and 25.3 % were males, 74.7 % were females. The mean age for crisis group was 30.16 (*S.D.* = 10.56) and 32.8 % of them were males, 67.2 % were females. Finally for the control group the mean age was 23.11 (*S.D.* = 7.57), and for the gender 31.4 % were males and 68.6 % were females.

As assessment instruments, Problem Solving Inventory (PSI; Heppner & Petersen, 1982; Turkish adaptation by Şahin, Şahin, & Heppner, 1993), The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS; Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988; Turkish adaptation by Eker & Arkar, 1995), Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Turkish adaptation by Tegin, 1980; Hisli, 1988; 1989), Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988; Turkish adaptation by Ulusoy, Şahin, & Erkmén, 1996) were utilized. In addition to these measures, by using three items a Suicidal Risk Index was generated. These items were, Preparedness as rated on a three-point Likert type scale from 1 (no preparation at all) to 3 (important preparations), certainty of the suicidal decision as measured by the time spend to take this decision on a three-point Likert type scale from 1 (attempted suicide immediately after having thought about it) to 3 (having thought about attempting suicide for at least 3 hours before actually engaging in the suicidal behavior), and finally the third item asked the number of total suicidal attempts. These three items constituted the Suicidal

Risk Index with an internal consistency of .70; and this index was utilized to establish the risk factors of the participants who had previous suicide attempts (i.e., suicidal group).

Results and Discussion

Group differences (i.e., suicidal group, crisis group, and normal control group) were examined on the basis of depression and anxiety symptoms, perceived social support, and problem solving skills through ANCOVA where age was taken as the covariate. Regarding the depression symptoms, a Group main effect was observed, $F(2, 213) = 37.02$, $p < .001$. Pair-wise comparisons conducted with LSD revealed that suicidal cases had significantly more depressive symptoms ($M = 23.48$) than the other two groups ($M_s = 19.75$ and 10.66 , respectively for crisis group and normal control group); furthermore, non-suicidal crises cases reported more depressive symptoms than the normal controls.

Regarding the anxiety symptoms again a Group main effect was observed $F(2, 213) = 25.44$, $p < .001$. Pair-wise comparisons conducted with LSD revealed that there were no significant differences between suicidal and non-suicidal crises cases ($M_s = 23.45$ and 22.63 , respectively), however both crisis groups suffered more from anxiety symptoms as compared to normal controls ($M = 10.38$).

For the problem solving skills 3 (Group) x 6 (PSI: Subscales of PSI) ANCOVA with a repeated measure on the last factor was conducted, again where age was taken as the covariate. This analysis revealed only a significant Group main effect, $F(2, 213) = 13.17$, $p < .001$. Pair-wise comparisons conducted with LSD showed that crises cases with no suicidal history ($M = 14.93$) did not significantly differ from the normal control group ($M = 13.89$), but still both of these groups revealed better problem solving skills as compared to crisis cases with suicidal history ($M = 16.79$).

Finally for the perceived social support 3

(Group) x 3 (MSPSS: Subscales of MSPSS) ANCOVA with a repeated measure on the last factor was conducted, again where age was taken as the covariate. This analysis revealed a significant Group main effect ($F [2, 213] = 13.17, p < .001$) and a significant Group x MSPSS interaction ($F [4, 426] = 6.04, p < .001$). For the group main effect pairwise comparisons conducted with LSD showed that, there were no significant differences between suicidal ($M = 19.76$) and non-suicidal crisis cases ($M = 20.97$), however both crisis groups perceived less social support as compared to normal controls ($M = 22.76$). For the observed interaction effect LSD comparisons revealed that, perceived social support from friends did not differ for the three groups, however both suicidal group and crisis group perceived less social support from family ($M_s = 17.82$ & 20.80 , respectively) as compared to normal controls ($M = 23.09$). Furthermore, suicidal patients perceived less social support from family as compared to non-suicidal crisis patients. Considering the perceived social support from significant others, while suicidal patients ($M = 21.07$) perceived less social support than the normal control group ($M = 23.14$), non-suicidal crisis patients' perceived support ($M = 21.82$) did not differ from the perception of other two groups. In terms of within group comparisons on the basis of different sources of perceived social support, crisis group perceived similar levels of social support from family ($M = 20.80$) and from friends ($M = 20.28$).

Likewise, normal control group perceived similar level of social support from family ($M = 23.08$) and from friends ($M = 22.04$). On the other hand for both crisis group and normal control group perceived less social support from friends than from significant others ($M_s = 21.82$ & 23.14 , respectively). Concerning the suicidal patients, though the perceived social support from friends ($M = 20.38$) and from significant others ($M = 21.07$) did not differ significantly, perceived social support from family ($M = 17.83$) is less than the perceived support from the other sources.

Finally, a regression analysis was carried out for suicidal cases to reveal the predictors of suicidal risk (as measured by the Suicidal Risk Index). On the first step of this regression equation age was entered, on the second step BAI, BDI, MSPSS and its 3 subscales were entered via stepwise procedure, and finally on the third step PSI and its 6 subscales were entered again via stepwise procedure. Results revealed that, high anxiety symptoms ($pr = .38, t [80] = 3.66, p < .001$), low level of perceived social support from family ($pr = .25, t [79] = 2.30, p < .05$), and among problem solving styles relying on "impulsive style" ($pr = .22, t [78] = 2.01, p < .05$) emerged as important risk factors for suicide.

Overall, these results revealed the importance of focusing on enrichment of problem solving skills and social support for suicidal patients.