

Keyifli Okumalar Dileriz

Binlerce kategoride milyonlarca PDF e-kitap, ders kitapları, dergiler ve romanlara platformumuz üzerinden ücretsiz ulaşabilirsiniz.

RESMİ WEB SİTEMİZ

<https://rantey.org>

Yedek ve Duyuru Kanallarımız

Sitemize erişim engeli gelmesi veya adres değişikliği durumunda aşağıdaki kanallardan güncel giriş adresine erişebilirsiniz:

- Telegram: <https://t.me/birkitapbir>
- WhatsApp Kanalımız : <https://whatsapp.com/channel/0029VbDHv8uE50Us4lvMoc0Y>

İNGİLİZ
PSİKOLOJİ
TOPLULUĞU
*En İyi Popüler
Bilim Kitabı*

KARANLIK ÇÖKTÜĞÜNDE

İnsanlar Neden İntihar Eder ve
Bunu Önlemek İçin Ne Yapabiliriz?

RORY O'CONNOR

okuyan  us

Ücretsiz PDF Kitap Arsivi - <https://rantey.org>

RORY O'CONNOR

KARANLIK ÇÖKTÜĞÜNDE





Psikoloji/Psikiyatri - 150

Karanlık Çöktüğünde

İnsanlar Neden İntihar Eder ve Bunu Önlemek İçin Ne Yapabiliriz?

Rory O'Connor

ISBN: 978-625-6466-21-0

Yayıncı Sertifika No. 49055

1. Baskı: İstanbul, Aralık 2023

Genel Yayın Yönetmeni: Cem Mumcu

Yayın Yönetmeni: Meltem Türkeri

Yayın Koordinatörü: Erkam Evlice

İngilizceden Çeviren: Ayşe Nalan Uysal

Editör: Ayça Dilara Gerçek

Kapak Tasarımı: Deniz Dalkıran

Baskı ve Cilt: Optimum Basım, Tevfikbey Mah. Dr. Ali Demir Cad.

NO:51/1, 34295 Küçükçekmece/İstanbul, T: +90 212 463 71 25

Sertifika no: 41707

Orijinal Adı: *When It Is Darkest*

Copyright © Rory O'Connor, 2021 First published as When It Is Darkest: Why People Die by Suicide and What We Can Do to Prevent It in 2021 by Vermilion, an imprint of Ebury Publishing. Ebury Publishing is part of the Penguin Random House group of companies.

Bu eserin yayın hakları AnatoliaLit Telif Ajansı aracılığı ile Penguin Random House'dan satın alınmıştır. Yayın hakları Okuyan Us'a aittir. Her hakkı saklıdır. Tanıtım için yapılacak kısa alıntılar dışında yayıncının yazılı izni olmaksızın hiçbir yolla çoğaltılamaz.

©Okuyan Us Yayınevi Ticaret ve Sanayi A.Ş.

Kurucu: Cem Mumcu

Özgür ve Ebru, hep bizimlesiniz...

Adres: Gürsel Mah. İcabet Sokak, No:3 Daire:6

Kağıthane, İstanbul Tel.: (0212) 272 20 85 - 86

okuyanus@okuyanus.com.tr

www.okuyanus.com.tr

RORY O'CONNOR

KARANLIK ÇÖKTÜĞÜNDE

**İnsanlar Neden İntihar Eder ve
Bunu Önlemek İçin Ne Yapabiliriz?**

İngilizceden çeviren:

Ayşe Nalan Uysal



Yazar Hakkında

Rory O'Connor, Uluslararası İntihar Araştırmaları Akademisi'nin önceki başkanı ve Glasgow Üniversitesi'nde Sağlık Psikolojisi profesörüdür. Yine Glasgow Üniversitesi bünyesinde, uluslararası alanda öncü bir araştırma grubu olan İntihar Davranışları Araştırma Laboratuvarı'nın liderliğini yapmaktadır. Amerikan İntihar Araştırmaları Derneği üyesi ve Amerikan İntihar Önleme Vakfı'nın Bilimsel İnceleme Kurulu üyesidir. İntihar ve kendine zarar verme konularında birçok ulusal ve uluslararası kuruluşa ve hükümetlere danışmanlık yapmaktadır.

*Sevdiği birini intihar nedeniyle
kaybetmiş olanlara ve
her gün hayatta kalmak için
mücadele edenlere...*

İçindekiler

Giriş.....	11

BİRİNCİ KISIM - İNTİHAR: ÖZET / 27

1 - İntiharın Nasılı, Kimi ve Ne Zamanı	29
2 - İntihar Acısı Nasıl Bir Duygu?.....	50
3 - Efsaneler ve Yanlış Anlaşılanlar.....	65

İKİNCİ KISIM - İNTİHAR ÖLMİYİ İSTEMEKTEN ÇOK ACIYA SON VERMEKLE İLGİLİDİR / 85

4 - İntiharı Anlamlandırmak	87
5 - İntihar ne değildir?	100
6 - Bütüncül İntihar Anlayışına Doğru	109
7 - Bütüncül Güdüleyici İstemli İntihar Davranışı Modeli	124
8 - Kritik Eşikten Geçmek: İntihar Düşüncelerinden İntihar Davranışına	171

ÜÇÜNCÜ KISIM - İNTİHARA EĞİLİMLİ KİŞİLERİ GÜVENDE TUTABİLMEK İÇİN İŞE YARAR NE YAPABİLİRİZ? / 225

9 - Kısa Temas Müdahaleleri	227
10 - Güvenlik Planlaması	234
11 - Daha Uzun Vadeli Müdahaleler	256

**DÖRDÜNCÜ KISIM - İNTİHARA EĞİLİMLİ
YA DA İNTİHAR NEDENİYLE KAYIP YAŞAMIŞ
KİŞİLERİN DESTEKLENMESİ / 273**

12 - İntihar Hakkında Soru Sormak	275
13 - İntihar Eğilimli Kişileri Desteklemek	288
14 - İntiharın Ardından Hayatta Kalmak	309
 Sonsöz	 327
Teşekkür	330
Notlar	333

GİRİŞ

“Kendini öldürmeyi düşünmüyorsun, değil mi?”

Bundan yirmi beş yıl önce, intihar üzerine doktora yapmaya karar verdiğimde annemin bana kurduğu ilk cümlelerden biriydi bu. İntihar araştırması alanında çalışmanın omuzlarıma yükleyeceği duygusal yük nedeniyle endişeliydi ve ruh sağlığıma dikkat ettiğimden emin olmak için beni düzenli olarak arayacaktı.

“Tabii ki hayır” diye cevapladım.

“Emin misin?” diye ısrar etti, onu tatmin edecek başka sözler de duymak istiyordu.

Dürüst olmak gerekirse, sorusuna nasıl cevap vereceğimi bilmiyordum. Üzerinde gerçekten düşündüğüm bir şey değildi. 21 yaşında biri olarak kendimi yıkılmaz hissediyordum ve kendi ruh sağlığımla ilgilenmeye fazla zaman ayırmamıştım. Üstelik o aşamada intihara dair doğrudan bir deneyimim de olmamıştı. Ruh sağlığı konusu bana her zaman cazip gelse de intihar konusu üzerinde çalışmak planladığım bir durum değildi, tesadüfen gelişmişti. Queen’s Üniversitesi Belfast Kampüsü’nde psikoloji bölümü lisans öğrencisiyken depresyon konusunu araştırmıştım ve doktora çalışmalarımı da bu alanda yapmayı düşünüyordum.

Ancak 1994 yazında, mezuniyetimden kısa bir süre sonra, hocalarımdan Profesör Noel beklemediğim bir

zamanda bana telefon açıp intihar üzerine doktora yapmak ilgimi çeker mi diye sordu. Hemen bu fırsatın üstüne atladım. Üzerine düşününce, atacağım bir sonraki adım besbelli ki buydu. İntihar, depresyonun en şok edici sonucudur ve doksanların başlarında İngiltere’de genç erkekler arasında intihar oranları artış gösterse de Kuzey İrlanda’da konuyla ilgili çok az araştırma yapılmıştı. O gün, bu teklifi kabul ederken intihar üzerine bir doktora çalışmasının neye benzeyeceğini gözümde tam olarak canlandıramamıştım ancak önüme çıkan fırsata dört elle sarıldım ve hemen çalışmaya başladım. İşte maceram da böyle başladı; intihar araştırmaları zamanla hayattaki tutkum haline gelecekti. Ancak, Noel’in kendi ruh sağlığı savaşını yine kendi elleriyle sonlandıracığına dair bir fikrim yoktu. Onun bana açılışını sık sık düşünürüm, benim için Sliding Doors* anıydı; her ne kadar emin olmak mümkün olmasa da o olmasaydı intihar araştırmacısı olacağımdan şüpheliyim, muhtemelen hayatımı farklı bir yolda ilerletirdim. Bunun için ona sonsuza kadar şükran duyacağım. Bugün bile, her yeni güne başlarken değişim yaratmak için yirmili yaşlarımdaki ile aynı (hatta belki de daha fazla) motivasyona ve heyecana sahip oluyorum. Belki de ihtiyaç duyduğu saatlerde Noel’e ulaşmalıydım. Bunu yapabilmeyi gerçekten isterdim. Her zaman onun için daha fazlasını yapamamış olmanın pişmanlığını hissedeceğim. Suçluluk ve pişmanlık bir intihar vakasının ardından sıklıkla yaşanan duygulardır.

1998 yapımı filmde bir kadının hayatının değiştiği an bir treni yakaladığı andır. Filmde ana karakterin trene binebilmesi / binememesi durumunda hayatının nasıl gelişeceği irdelenir. ç.n.

Annemin sorusuna dönecek olursak, intihar girişiminde bulunmuş kişilerle görüşme yapmayı ve intihar ederek ölmüş kişilerle ilgili en kişisel ayrıntıları, birinci elden öğrenmeyi gerektiren bir doktora çalışması yapmanın getireceği duygusal yükü öngörememiştim. Neden bilmiyorum çünkü aslında çok belliydi. Elbette insanı dibe çekecekti. Bugün bile, doktora çalışmamın bir parçası olarak görüşme yaptığım ilk kişiyi çok iyi hatırlıyorum: Greg, intihar girişiminin ardından hastaneye kaldırılmış kırklı yaşlarda bir adamdı. Saatler öncesinde çok miktarda ilaç yutmuştu. Hayatta kaldığı için şanslıydı ama yatırıldığı koğuşun diğer ucundan ona baktığımda çok kızgın görünüyordu. Söyleyeceklerimi daha önceden prova ettiysem de yatağına doğru yaklaşırken dehşet içindeydim. Terlemeye başlamıştım, yanlış bir şey söylememeyi umuyordum.

“Merhaba, ben bir psikoloğum ve bir araştırma yapıyorum; size dün gece yaşananlar hakkında bazı sorular sormak istiyorum. Sakıncası var mı?” diye sordum. Beni reddedeceğini düşünmüştüm ama şaşırtıcı biçimde -ve ileride intihar girişiminin ardından görüşmek üzere ulaşacağım hastaların çoğu gibi- görüşmeyi kabul etti.

Hayatı, ruh sağlığı, uzun süren bir ilişkisinin bir süre önce bitmesi, uzak geçmişi ve önceki gece nasıl intihar girişiminde bulunma noktasına geldiği gibi konuları konuştuk. Sesini duyurmak istiyordu. Yaşça büyük olmasına rağmen, benden hiç de farklı değildi -çoğumuzdan hiç farklı değildi; kötü bir dönemden geçen, günden güne ayakta kalmak için mücadele eden biriydi. Ayrıca onu yanlış değerlendirmiştım, kızgın değil umutsuzdu; adım atamıyordu, kapana kısılmıştı, sevdiklerine yük olduğunu hissediyordu. Şu anda, in-

tihar girişiminde bulunduktan sonra nasıl hissettiğini, onun için değişen bir şey olup olmadığını sorduğumda, gözlerinde yaşlarla: “Hayır, hiçbir şey değişmedi. Umurumda değil. Dün gece ne hissediyorsam şimdi de aynı hissediyorum. Dün olduğum kadar depresif ve işe yaramaz hissediyorum” dedi. Üstelik haklıydı, hiçbir şey değişmemişti; ilişkisi hâlâ bitmiş haldeydi ve çocukluğunda deneyimlediği travma için destek almaya daha çok yaklaşabilmiş de değildi. Uyum bozukluğu teşhisi konmuştu ve kısa süre sonra, aile hekimine gönderilecek bir mektubun ötesinde herhangi bir destek almadan taburcu edilecekti. Öyle çaresiz hissetmiştim ki böylesi bir akut keder içerisinde birini görmenin ama yardımcı olamamanın yarattığı etkiyi ilk defa deneyimliyordum. Saatler öncesinde, bilinci tam olarak yerinde değilken hastaneye geldiği zamankinden daha fazla sorunla hastaneden ayrılıyordu. Şimdi bir de ailesiyle yüzleşmesi gerekecekti.

“Benden utanıyorlar, benim adı bir bencil olduğumu düşünüyorlar. Bunu onlara nasıl yapabildim?” dedi bir noktada. Cevap olarak söyleyebileceğim pek bir şey yoktu. Görüşmenin sonunda bana teşekkür etti ve ben neden teşekkür etti acaba diye düşünürken, zihnimi okumuş gibi, “Dinlediğin için teşekkür ederim” diye ekledi.

O gün ve o ilk günlerde, Belfast Şehir Hastanesi acil servisine bağlı gözlem koğuşunda değerli o kadar çok ders aldım ki... Öğrenmenin önemini ve sessizliğin gücünü öğrendim. Kendi korkularımın potansiyelinin yanında, intihar eğilimi yaratan kederin verdiği acıyı öğrendim.

Kendi kederini ve sıklıkla intiharla birlikte ortaya çıkan utanç duygusunu yaşayan birinin yanında olmanın değerini öğrendim. O zaman, o yaz doğru kararı verdiğimi anlamıştım ve intiharı ele almak için ne kadar küçük olursa olsun, elimden ne geliyorsa yapmaya karar verdim.

Yine de annemin sözleri aklımdan çıkmıyordu; şimdi kendine dikkat et korosuna başkaları da eklenmişti: Karım, ailem, dostlarım ve iş arkadaşlarım. O zamandan beri, ara sıra -genellikle uyku tutmadığında ya da geç saatlere kadar çalıştığımda yahut beni gerçekten rahatsız eden bir şeyler olduğunda- kendi kendimle *intihar-eder-miyim* konuşmaları yapıyorum. Bu düşünceler sanki boşluğumu kolluyor. Kırklı yaşlarımda, hayatın iniş çıkışlarıyla bir azalıp bir çoğalarak, bir gelip bir giderek, daha sık ziyaretime gelmeye başladılar. “Eder miyim, etmez miyim?” konuşmalarını yapmadığım zamanlarda bile intiharı, nedenlerini ya da sonuçlarını düşünmediğim tek bir günüm bile olmuyor. İntiharla yaşıyorum, intiharı soluyorum ve kelimenin tam anlamıyla intiharı rüyalarımda görüyorum.

Herhangi bir zaman akut intihar eğilimim olduğundan değil ama doksanların ortalarından sonlarına kadar çalışma hayatımın tamamını intihar konusunu inceleyerek geçirdim; intihar eğilimli birinin zihnine girmeye çalışıyor ve intihara yol açan karmaşık etkenler grubunu anlamak için uğraşıyordum. Glasgow Üniversitesi bünyesinde Sağlık Psikolojisi profesörüyüm ve İntihara Eğilimli Davranış Araştırma Laboratuvarı’nı yönetiyorum; bu araştırma grubu sadece intiharı anlama ve önleme çalışmalarına odaklanmıştır. Üniversitedeki araştırma-

larıma ek olarak, intiharın önlenmesi görevini üstlenmiş ulusal ve uluslararası pek çok kurumla çalışıyorum. Ayrıca ülkenin dört bir yanına seyahat ediyor, genel kitleye hitaben intihar üzerine konuşmalar yapıyorum. Bu, işimin en güzel yanlarından biri. Araştırmalarımızın, sevdikleri insanların çektikleri kederi anlamada insanlara yardımcı olduğunu bizzat görebiliyorum. Bu öyle önemli ki! Bilim insanları araştırma bulgularını, özellikle de yaşama dair sorunlar ve ölümle gerçek anlamda ilişkili olduğu durumlarda, mümkün olduğunca geniş kitlelere duyurmaya çalışırlar. Çalışmam süresince, intihar nedeniyle yakınıni kaybetmiş kişilerle ve hayatta kalmak için mücadele edenlerle ve intihar krizlerinden kurtulmuş kişilerle konuşma ayrıcalığına sahip oluyorum. İnsanların, hayatlarının en kişisel hikayelerini paylaşırken bana ve araştırma ekibime duydukları güvenden her zaman onur duyuyorum.

Crete’de ailemle tatilde olduğum dönemde, bir gece geç saatlerde yine *intihar-eder-miyim* düşüncelerine kapıldım. Tatil döneminin bir yansıması olmadığını da eklemeliyim, tatil son derece huzurluydu; 30 derece sıcaklık, turkuaz deniz, bol bol yiyecek ve içecek ve harika insanlar vardı. Şimdi, COVID-19 pandemisi devam ederken, bu satırları yazdığımı düşününce, öyle tatiller uzak bir anı gibi geliyor. Sanırım nem, işten uzaklaşmanın zorluğu (sadece yaz tatillerinde e-postamı kapatırım) ve çalışmadığım zamanlar etkisini gösteren suçluluk duygusu bir araya gelmişti. O gece ve önceki birkaç hafta, bu lanet olası kitap, evet bu elinizdeki, uyanık olduğum zamanlarda da uyku halinde de zihnimden nadiren uzaklaşmıştı. Yıllardır intihar hakkında genel okuyucu

kitlesine hitap eden bir kitap yazmayı, bilimsel makaleler okumayan insanlara ulaşmayı istemiştim. Sevdikleri intihar etmiş insanlara, intihara eğilimi olanlara ya da kriz durumunda olan kişilerle çalışanlara ve bir de bu karmaşık fenomeni anlamaya çalışan daha geniş kitleye hitap edecek bir şey. Kitabın kişisel olmasını, kendi deneyimlerimden parçalar aktarmasını da istiyordum ama özel hayatını açmayı sevmeyen biri olarak kendim hakkında çok fazla paylaşımda bulunmaktan da endişeleniyordum. Sanırım içini açma kaygısı beni paralyze ediyordu. Yetişkinlik yıllarında yetkin ve kendinden emin bir görüntü çizmeye uğraşmış biri olarak, kendi kendime neden hassasiyetlerimi, belirsizliklerimi ve nevrozlarımı bir kitapla ifşa etme riskini aldığımı sorup duruyordum. Pek çok defa girişimde bulunmama rağmen nasıl ilerleyeceğimi belirleyememiştim.

Yine de o tatil gecesi saat sabah 4 gibi, uyuyamamış, klimanın sesine odaklanıp zihnimi susturmaya çalışırken bir kırılma anı yaşadım. Geçmişte de sıklıkla olduğu gibi, *intihar-eder-miyim* düşünceleri birer birer su yüzüne çıkıyordu ama bu kez epey zorlayıcıydılar: “İntihar eder miyim?”, “Kendimi öldürebilir miyim?”, “Ölmekten korkuyor muyum?” gibi. Ancak o gecenin farklı olan yanı, ilk defa düşüncelerden kaçmamış olmamdı; bunları anlamlandırmaya çalışıp kendi kendime, “Bu düşünceler ne anlama geliyor?”, “Neden tekrar tekrar aklıma geliyor?”, “Benim neyim var?” diye sormuştum. Geçmişte, düşünceler bilinçli farkındalığıma girer girmez, tıpkı bir sopayla vurur gibi uzaklaştırıyordum, onları rahatsız edici ve endişe verici buluyordum. Bu düşünceleri tetikleyen intihar araştırmalarına yoğun zaman harcamam mı, yoksa neredeyse her yıl tanıdığım biri-

nin intihar ederek ölmesi ve benim de elimde olmadan kendimi onlarla kıyaslamam mı diye sorguladım. Kendi kendime mantık yürütüyordum: “Tabii ki hassas yanım yüzünden olası intiharımın aklımın bu kadar meşgul olması şaşırtıcı olmaz herhalde.” Üstelik henüz 23 yaşındayken, babamın aniden kalp krizi geçirip 51 yaşında ölmesinden beri kendi ölümlülüğüme takılıp kalmıştım. Kendi ölümümü bilinçsizce -kalp kriziyle değil de intiharla- planlıyor olabilir miyim diye düşündüm. Ayrıca bu düşüncelerin son zamanlarda, hayata dair kişisel olarak duyduğum memnuniyetsizlikle, son birkaç yılda yaşanan çalkantılar ve rahatsızlıklarla eş zamanlı olarak sıklaştığını da değerlendirdim. Gerçekten de kırklı yaşlarımın büyük bölümünü berbat eden bu üç etken beş yıl önce kişisel olarak terapiye başlamama yol açmıştı.

Ancak kendi intihar düşüncelerim üzerinde durmanın o gece düşünce denizimde havanın değişmesine yol açacağını hiç beklemiyordum; yüzleşmek bu gibi düşüncelerin varlığının bir sorun olmadığını takdir ve kabul etmemi sağladı. İleriye doğru attığım bu adım aynı zamanda birkaç yıl önce, terapiye başladığım dönemde yaşadıklarımın izleri de taşıyordu. 42 yaşında, yetişkin hayatımda ilk defa başa çıkmakta zorlandığım için yardım alıyordum. İnanılmaz ölçüde mutsuzdum, hatta belki depresyon yaşıyordum ama nedenini anlayamıyordum. Neyse ki haftalık olarak psikodinamik psikoterapi almanın bana muazzam yardımı oldu, hâlâ da oluyor. Başlarda üzücü ve rahatsız ediciydi. Kendimi fazlasıyla ifşa olmuş ve kırılğan hissediyordum. Bu yüzden ziyaretlerimi gizli tutuyordum, sadece en yakınlarıma söylemiştim. Mayıs 2016’daki ilk seansımdan bu yana çok yol katettim. Kim olduğumu daha iyi anlıyo-

rum, kusurlarım karşısında daha kabullenici olabiliyorum ve kesinlikle daha mutluyum, çok, çok daha mutlu. Mesleki açıdan da yardımını gördüm. Umutsuzluğun karanlığını, yaşamının hiçbir şey olduğunu ve etraf insanlarla doluyken bile hissedilen katlanılmaz yalnızlığı daha derinden anlamamı sağladı.

Terapinin benim açımdan ve ruh sağlığım açısından bir dönüm noktası olduğuna hiç şüphe yok. Yetişkin hayatımın büyük bölümünde, kariyerimde başarılı olma güdüm o kadar güçlüydü ki duygusal ve zihinsel sağlık ihtiyaçlarımı büyük ölçüde görmezden gelmiştim. Görebileceğiniz en dışa dönük insandım, her zaman pozitifim, diğer taraftan çoğu zaman tırnaklarımı kemirmeme neden olan nevrozlarımı gizliyordum. Her şeyi saatte milyonlarca kilometre hızla yapmam gerekiyordu. Bir şeyden diğerine olabildiğince hızlı koşuyordum dersem yeridir. Kendi ruh sağlığımla ilgilenmek için ne zaman ne de yer bırakıyordum. Çalışma hayatımın odaklandığı konuyu düşünecek olursak, ne kadar da ironik!

Terapistimle ilk seanslarımdan birinde, bana sürekli koşuşturmamın bir şeylerden koşarak kaçmamı temsil edip etmediğini sorduğunu hatırlıyorum. Ayrıca yavaşlarsam kendi memnuniyetsizliğimle ve boş halimle başa çıkmak zorunda kalmaktan korkma ihtimalimi de ele almıştık. Yoksa konu babamın ölümü müydü? Son birkaç yılı bunu anlamaya çalışmakla geçirdim. Bence başlangıçta her şeyi programıma sıkıştırmaya çalışma çabalarım genç yaşta ölme konusunu fazla düşünmemden kaynaklanıyordu. Ancak son zamanlarda yavaşlama korkumun kendi duygusal ihtiyaçlarımla yüz yüze gelmeyi istemememle ilgili olduğuna inanı-

yorum. Terapiye başlamamın üzerinden fazla zaman geçmemişken günlüğüme yazdıklarım bunu yansıtıyor gibi görünüyor:

“Dışa dönük” özgüvenimi ve özsaygımı artırmak çok kolay. Bir süre önce terapide, bazen uzun uzun düşündüğümde bir kutunun içinde olduğumu hayal ettiğimden bahsettim; bir şekilde bu düşünce beni rahatlatıyor ve korunma hissi veriyor. Psikolojik açıdan bu kadar hassas olmasaydım keşke, devam edebilseydim de bu sonu gelmeyen düşünceler bloke olsaydı ve ben rahatlayabilseydim.

Burada kendi mücadelelerimden bahsetmemin nedenlerinden biri, yardım istemenin benim üzerimde dönüştürücü bir etki yaratması. Bu yüzden, deneyiminin başkalarını da özellikle de ketum kişileri, aynısını yapmaya cesaretlendirmesini umuyorum. Kendimle ve ruh sağlığımla çatışmalarım devam etse de işime yarayan, çok daha sağlıklı ve çok daha yönetilebilir bir yol buldum. Ayrıca bazı insanların psikolojik olarak hassas oldukları düşüncesine, intiharla sonuçlanabilecek etkenleri ele alırken yeniden değineceğim.

Crete’de aydınlanma yaşadığım o geceye dönersek, sanki içimdeki bir şeyin kilidi açılmıştı, bir tür “evreka” anıydı. Düşünceler artık rahatsız edici değil, tuhaf bir şekilde rahatlatıcı geliyordu; üstünden ağırlığın kalkması gibiydi. Sonra, güneşin doğmasıyla yeniden bu kitabı düşünmeye başladım; uzun süren tıkanmışlığın ardından artık nasıl ilerleyeceğimi görebiliyordum. Kişisel

olduğu gibi, intiharın karmaşık yapısına da odaklanan ve intihar riskini ortadan kaldırmak için ne yapılabileceğine dair en yeni araştırma bulgularını da paylaşabileceğim bir yapıyı gözümde canlandırabiliyordum. O gece değişimi tetikleyen ne olduğunu bilmiyorum. Belki tatilde olmak, kendi kırılğan yanlarımı düşünmek için işin sürekli araya girmediği bir zamana ve alana sahip olmamı sağlamıştır. Belki yıllardır terapi görüyor olmanın sağladığı güvenli alanın bir sonucudur. Nedeni ne olursa olsun, ertesi sabah, birkaç saatlik bir uykunun ardından kitabın ilk birkaç yüz kelimesini yazdım.

O gece -daha doğrusu o sabahın erken saatlerinde- nihayet uykuya dalmadan önce, düşüncelerim intihardan kişisel olarak etkilendiğim ilk zamana, en yakın arkadaşlarımdan birinin, Clare'in öldüğü haberini aldığı ana gitti.

Cep telefonum çaldığında ofisteydim.

"Gitti, Clare gitti" dedi Dave.

"Ne demek istiyorsun?" Anlayamamıştım.

Beklenmedik bir telefonda. Dave ile Clare Paris'te yaşıyorlardı, günün ortasıydı ve genellikle telefon görüşmelerimizi önceden planlardık. Beni neden arıyordu? Birkaç hafta önce ikisiyle de konuşmuştum ve son dönemde e-posta ile sürekli Clare'le temas halindeydim. İskoçya'ya dönecekleri günü sabırsızlıkla bekliyordum. Clare İskoçya'da bir üniversitede okutmandı ancak Dave'in bursu ve Clare'in de yıl boyunca uzun bir zaman geçirebilmek için izin kullanması nedeniyle, önceki yılı Paris'te geçirmişlerdi. Paris'e bayılmıştı, bayılmışlardı.

Ayağa kalktığımı ve ne yapacağımı şaşırmış halde daracık odamın içinde bir aşağı bir yukarı yürüdüğümü hatırlıyorum. Herhalde "Clare gitti?" demekle neyi kas-

tettiğini sormuşum ki Dave “Clare öldü” cevabını verdi. Hâlâ anlamıyordum, anlayamıyordum. Bir an için bile Dave’in beni Clare’in öldüğünü söylemek için aradığını düşünmemiştim.

Konuşmanın geri kalan kısmını hayal meyal hatırlıyorum. Şok yaşıyordum. Algılayamamıştım. Dave’in ne demek istediğini hâlâ anlamıyordum. Bir yere gittiğini söylemeye çalışmıyor muydu yani? “Clare öldü” diyerek ne demek istiyordu? Dave, gözyaşları içinde olanları anlattı: Clare kendini öldürmüştü. Darmadağın olmuştu. Dave konuşurken iç sesim sürekli “Clare öldü, Clare öldü” diye tekrarlıyor, her defasında sesi daha da yükseliyordu.

2008’in Eylül ayıydı. Clare 40 yaşındaydı, bense 35. Yıllar önce, her ikimiz de Belfast’ta doktora öğrencisiyken tanışmıştık ve o zamandan beri arkadaşlığımız devam ediyordu. Ertesi gün, Dave’in yanında olabilmek için uçakla Paris’e gittiğimde Clare’in artık bizimle olmadığına hâlâ inanamıyordum. Gittiğimiz her yerde onu görmeyi bekliyordum. Hiçbir şey mantıklı gelmiyordu. Ölümünden sonra aylar boyunca Clare’i rüyalarımda gördüm; bana hep iyi olduğunu, endişelenmememi söylüyordu.

Clare’in ölümü beni hâlâ mahvediyor. İnsan olarak değişmeme neden oldu. Onun gibi harika bir arkadaşı kaybetmenin yarattığı kişisel kaybın ötesinde, profesyonel hayatımı sorgulamama neden olmuştu. İlk tepkim Clare’i, Dave’i ve Clare’in ailesini hayal kırıklığına uğrattığım düşüncesi idi. Tam bir başarısızlıktı. Başlangıçta, intihar araştırmaları alanında çalışmaya devam edip edemeyeceğimi bilmiyordum; bana çok zor geliyordu çünkü yaptığım her şey bana Clare’i hatırlatıyor-

du. Ama bırakmadığım için çok mutluyum. Akademik olarak beni teşvik eden, intihara götüren etkenleri daha iyi anlamayı ve en kırılgan insanların güvende olmalarını sağlayabilecek yeni yollar geliştirme arzusu duymamı sağlayan şey bu başarısızlık hissi. Haftalık terapi seanslarımda Clare'in konusu hâlâ açılıyor. Ölümü için artık eskisi kadar ağlamıyorum ama hâlâ ağlıyorum. Hayatımdaki etkisi hâlâ çok güçlü. Kendi kırılganlığımı, hepimizin kırılganlığını gün be gün hatırlatma görevi görüyor.

Her birimizin intihara dair, doğrudan ya da dolaylı olarak, kendine has deneyimleri var. Dünya genelinde her yıl milyonlarca insanı etkileyen bir halk sağlığı sorunu. Bir gün her birimiz intihar nedeniyle hayatını kaybeden ya da intihardan etkilenmiş bir kişiyi ya da her ikisini de tanıyor olacağız. Ancak ne yazık ki çoğunlukla intihar hakkında konuşmaya çekiniyoruz ve insanlara intihar eğilimi olup olmadıklarını sormaktan korkuyoruz. Bunun değişmesi gerekiyor. İntihar üzerine konuşmayı teşvik etmemiz hayati önem taşıyor, böylece daha fazla insan kendisini daha az yalnız hissedecek ve ihtiyaç duydukları yardım ve desteği alabilecektir.

İntihar toplum nezdinde hâlâ tabu olarak görülen az sayıda konudan biridir. Bahsi geçtiğinde bile dolaylı olarak ifade edilir çünkü bazı insanlar açık açık söylemeye çekinir. Bana bundan yirmi ya da otuz yıl önce kanserin tabu olduğu, sıklıkla “amansız hastalık” diye bahsedildiği günleri hatırlatıyor. Ne yazık ki intihar ve intihar hakkında konuşmanın üstü damgalamayla, efsanelerle ve yanlış anlamalarla örtülür. Bu kitapta amacım efsanelere ve yanlış anlamalara meydan okuyarak, bu en trajik

insan eyleminin temeline inmek. Ayrıca hepimizde var olan kırılganlıkları resmetmeyi ama en önemlisi bu kırılganlıkların daha güçlü insanlar olmamızı sağlayacak katalizörler olabileceğini göstermeyi amaçlıyorum. Sizlere araştırmalarla elde edilen kanıtlardan ve intiharı anlamak için kullandığımız farklı yollardan bahsedeceğim, daha da önemlisi, intihara eğilimi olan ya da yakınlarını intihar nedeniyle kaybeden insanlara ses olacağım. Bu kitabı yazarken bir ders kitabı yaklaşımından özellikle kaçındım. İntihar herkesi etkileyebilecek bir olgu, bu nedenle mümkün olan en geniş okuyucu kitlesine ulaşabilmesini istiyorum. İntiharın anlaşılması ve önlenmesine yönelik yaklaşımların her birine dair ayrıntıların yer aldığı başka kitaplar var. Bu kitap her risk faktörüne yer verilen bir kontrol listesi ya da intihar önleme stratejisi olmayacak. Kitabın amacı bu değil.

Karanlık Çöktüğünde ile farklı bir şey yapmaya çalıştım. Kendiminki de dahil olmak üzere, insanların hikayelerini paylaşarak, kişisel bilgimi mesleki bilgilerle birleştirdim; bu en yıpratıcı fenomene kendi hayatımdan ve araştırmalarımın öğrendiklerimi aktarmaya çalıştım. İntihar araştırması boyunca yaptığım yolculuk ve intiharın beni kişisel olarak nasıl etkilediği de buna dahil. Bu kitapta, tanıştığım insanların deneyimlerinden çıkarımda bulunarak intiharı anlamlandırmaya çalışıyorum ve bunun için intihara eğilimi olan kişilerin ve intihar eden sevdiklerini kaybetmiş kişilerin hikayelerini paylaşıyorum. Verdiğim her örnekte, kişilerin anonim kalmalarını sağlayabilmek için hayatlarına ve başlarına ne geldiğine dair kişisel ayrıntıları değiştirdim. Farklı zamanlarda karşılaştıklarımı tek bir tanımlama içerisinde birleştirdim ancak bazı ayrıntıları değiştirsem de

verilen mesaj değiştirilmedi ve buluşmalarımızda gerçekten yaşandı. Bugüne kadar intihar araştırması ve önleme yolculuğumun bir parçası olan sayısız insandan çok şey öğrendim ve bunun için samimiyetle minnet duyuyorum.

İnsanların intihar etmelerinin ardında yatan, yaygın görülen bazı nedenleri ve intiharla ilişkili faktörleri sizlere sunacağım. İntihar düşüncelerini anlamlandırmaya ve bu düşüncelerin neden bazıları için intihar girişimleriyle, bazıları içinse intihar nedeniyle ölümle sonuçlandığını ortaya koymaya çalışacağım. Medyada yer alan bazı haberlerin aksine, intihara tek bir etken neden olmaz. Aksine, bir araya gelerek mükemmel fırtınayı oluşturan biyolojik, fizyolojik, klinik, sosyal ve kültürel belirleyicilerden oluşan karmaşık bir grup etkenin nihai sonucudur. Çoğu insan için intihar, hayatını sonlandırma isteğiyle değil, dayanılmaz ruhsal acıya son verme isteğiyle alakalıdır. Bu kitap boyunca, sizleri intiharın önemli bazı belirleyicileri ile tanıştırmak bu acının ortaya çıkışına neden olan etkenlerin düğümünü çözeceğim.

İntihardan etkilenmişseniz, özellikle de sevdiğiniz bir kişiyi bu nedenle kaybetmişseniz, bu kitabı okumak zor ve acı verici duyguların artmasına neden olabilir. Kişinin kendisine bakması son derece önemlidir, bu nedenle lütfen kendinize dikkat edin. Kitabın arka kısmında, desteğe ihtiyaç duymanız durumunda yardımcı olabilecek bazı kurumların bilgilerine yer verdim.

Son olarak, daha önce intihar eğiliminiz olduysa, sevdiğiniz birini intihar nedeniyle kaybettiyseniz ya da intihar eğilimli ya da kendine zarar veren birine destek oluyorsanız, en büyük dileğim bu kitabın size

yaşadığınız acıyı ya da hayatta kalma savaşı veren ya da bu savaşı kaybetmiş kişilerin acılarını anlamlandırmanızda küçük de olsa bir yardımının dokunmasıdır.

BİRİNCİ KISIM

İNTİHAR: ÖZET

Her 40 saniyede bir, dünyanın bir yerinde, bir kişi intihar ederek hayatını kaybediyor.¹ İntihar ile gelen her ölüm katlanılması zor bir kişisel trajedidir ve intiharın yarattığı dalgalar, yakın aile çevremizin çok ötesine geçecek kadar uzaklara ulaşır. Her bir olayda, her gün çok sayıda çocuk ebeveynini kaybediyor, sayısız partner arkada kalıyor, dostlar ve mesai arkadaşları sarsılıyor, iş yerleri ve topluluklar yaşanan bu kayıpla afallıyor. Uzun bir dönem, intihar ederek hayatını kaybeden her bir kişiye karşı altı kişinin bu ölümden doğrudan etkilenme potansiyeli olduğu ileri sürüldü. Ancak zaman içinde, bu sayının fazlasıyla küçük bir öngörü olduğu ortaya çıktı. 2018'de Amerika'da Julie Cerel adlı bir psikolog önderliğinde yürütülen ve sosyal medyada #notsix etiketiyle duyurulan bir çalışma, intihar nedeniyle ölen her bir kişiyi tanıyan 135 kişi olacağını göstermiştir.² Bu sayı, kişinin en yakınlarının yanı sıra pek çoğu doğrudan bir yakınının kaybı duygusunu yaşamayacak, daha uzak sosyal tanıdık çevresini içerse de, yine de intiharın ne kadar geniş bir etki alanı olduğunu vurgulamaktadır. Her intihar olayı sosyal bir bombanın patlamasına benzer ve yarattığı yıkımın etki alanını tahmin etmek imkansızdır.

İntihara ilk defa doksanların başlarında, üniversite birinci sınıf öğrencisiyken maruz kalmıştım. Sınıf arkadaşlarımdan birinin kuzeni intihar etmişti. Kuzeni bir ay önce yirmi birinci yaş gününü kutlamıştı ve öldüğü geceyi sosyal bir ortamda geçirmiş, etrafa keyifli olduğu izlenimi vermişti. Ama o gece eve gitmiş ve arkadaşlarına veda etmesinin üzerinden çok da zaman geçmeden canına kıymıştı. Hiç beklenmedik bir olay gibi görüldüğünden, ölümüne şaşırmıştım ama o zaman üzerinde fazla durmamıştım. Ne yazık ki Kuzey İrlanda'da genç erkekler arasında intihar vakalarının artış gösterdiği o dönemde, ölümü sıra dışı değildi.³ O olayda doğrudan kayıp yaşayan kişi olmamakla birlikte, ciddi anlamda etkilenmiş, arkadaşımın yaşadığı acıyı kısmen hissetmiştim. Bu tek bir ülkede, tek bir ailede gerçekleşmiş tek bir ölüm olayıydı. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) bize dünya genelinde her yıl en az 800 bin kişinin intihar nedeniyle öldüğünü söylüyor.⁴ Bu, her yıl ilk defa intiharın etkilerine maruz kalmış 108 milyon insan demektir. İngiltere nüfusunun bir buçuk katından fazlasına ya da ABD nüfusunun üçte birine karşılık geliyor.

Geride kalanlar kafalarındaki '*ya şöyle olsaydı*'larla ve '*keşke*'lerle boğuşur, çoğu zaman sevdiklerinin kendi canlarını neden aldıklarını anlayamazlar. Ancak neden bu kadar çok insanın kendilerini öldürdüğünü ele almadan önce, sizlere kısaca kimlerin risk altında olduğundan ve bu riskin zamanından bahsedeceğim. Ayrıca bu son derece düşündürücü fenomeni kavramaya çalışırken karşı karşıya kaldığımız bazı zorluklara da özetle değineceğim. Bölüm 2'de intihardan doğrudan etkilenmiş kişilere kulak vereceğiz, bu da intihar acısının neye benzediğini doğrudan anlama imkanı verecek. Son olarak Bölüm 3'te intiharla ilgili yaygın pek çok efsaneyi açıklayacak ve bunların nasıl ortaya çıktığını ve yok edilmelerini sağlamak için başka nelerin yapılması gerektiğini anlatacağım.

İNTİHARIN NASILI, KİMİ VE NE ZAMANI

İşe intihar terimiyle ve kişinin kendi canına kıymasını belirlemenin zorluklarıyla başlayalım. Dünyanın neredeyse tüm ülkelerinde, intihar kelimesi kişinin kendisini öldürmesini tanımlamak için kullanılır. Bu açık bir tanımdır ve tartışmaya konu değildir. Ancak kişinin ölümünün kazayla olmadığını, kendi hayatını sona erdirmeye niyetinde olduğunu nasıl belirleriz? Hayatını kaybeden kişinin kendi hayatını sonlandırma niyetinde olduğunu söyleyen bir intihar notunun bulunduğu durumlarda bu daha kolaydır. Ancak intihar ederek hayatını kaybeden insanların üçte birden daha azı ardında bir intihar mektubu bırakıyor, dolayısıyla vakaların çoğunluğunda doğrudan kanıta sahip olmuyoruz.¹ İntihar notu bırakılmasına rağmen, adli tabibin ölüm nedenini intihar olarak kayıt altına almayı reddettiği, kişinin notu yazmasının ardından fikrini değiştirmiş olabileceğini değerlendirdiği vakalar da biliyorum. Ayrıca, neden bazı kişilerin intihar notu bıraktığını bazılarının ise bırakmadığını da kesin olarak bilemiyoruz.

Belki de hayattayken iletişime daha açık olanların sevdiklerine yazılı son bir not bırakmaya eğilimli olmaları kadar basit bir nedeni olabilir.²

Çoğu zaman bir intihar notu bırakılmadığı düşünülürse, ölümün kişinin kendi tarafından gerçekleştirildiğinden başka nasıl emin olabiliriz? Kişinin ruh sağlığı geçmişini, hayatlarında akut ya da kronik stresli olayların olup olmadığını ya da özellikle yakın geçmişte kendi hayatlarını sonlandırmaktan bahsedip bahsetmediklerini değerlendirebiliriz. Bunlar makul öneriler olsa da bu soruların cevaplarının yorumlanması zordur. Geçmişte ruh sağlığı sorunları yaşamak ya da yakın dönemde bir akut stres faktörü deneyimlemek intihar riski açısından iyi sayılacak göstergeler değildir. İleride göreceğimiz üzere, intihar genellikle ruh sağlığı sorunları bağlamında gerçekleşse de ruh sağlığı sorunları yaşayan insanların büyük bir çoğunluğu hayatlarını intihar nedeniyle kaybetmez.³ Buna karşılık, dünyanın her yerinde adli tabipler (ya da aynı görevi yapan kişiler) bu yorumu yaparlar. Bir ölümün intihar olup olmadığına karar verirken kişinin hayatına dair parçaları bir araya getirmeye çalışıyorlar. Ölüm olayı ile ilgili koşullara dair bilgi topluyor, sonra da intihar olduğu sonucuna varmak için yeterli kanıt olduğuna inanıp inanmadıklarına karar veriyorlar. Bu zor bir görev.

Bir ölüm vakasının intihar olarak sınıflandırılmasında yasal, kişisel ve kültürel olarak da çeşitli zorluklar söz konusudur. Aile ölümün intihar olduğuna inanmayabilir ya da ölümün bu şekilde sınıflandırılmasını istemeyebilir, özellikle de intiharın hâlâ yasadışı olduğu, fazlasıyla damgalandığı ya da hayat sigortasının işleyişi bakımından etkilerinin olduğu ülkelerde. Ölüm

sınıflandırmasının yapısı aynı zamanda ölümün nerede gerçekleştiğine de bağlıdır çünkü her ülkede uygulanan soruşturma prosedürleri farklıdır ve çok sayıda kültürel faktörden etkilenir. Birleşik Krallık bünyesindeki dört ulusta bile, belirgin farklılıklar söz konusudur. Örneğin, 2019’a kadar İngiltere ve Galler’de bir adli tabibin, bir ölüm vakasını intihar olarak kayıt altına alması için kişinin kendi hayatını sona erdirmeye niyetinin olduğu konusunda “makul şüphelerin ötesinde” ikna olması gerekiyordu. Aynı (yüksek) kanıt yükümlülüğü ceza mahkemelerinde de söz konusudur. Kanıt yükümlülüğünün, İngiltere ve Galler’de intiharların gerektiği kadar rapor edilmemesine yol açacak kadar yüksek olduğu yönündeki yaygın endişeye ek olarak, bu suç benzeri sistemin intihar etrafındaki damgalamayı da artırdığı ileri sürülebilir. Dolayısıyla, Londra Yüksek Mahkemesinin, intihar hükümlerinin hukuk davası hükümleri gibi ele alınması gerektiği yönündeki kararı ve adli tabiplere “makul şüphenin ötesinde” değil “olasılıklar dengesini” esas alarak (hukuk davalarında olduğu gibi kanıt yükümlülüğü daha az) sonuca varmaları talimatı vermesi beni çok memnun etmişti.

Kuzeye doğru 600 km bile gitmiyordunuz ki İskoçya’da, İskoç kanunları gereği Kamu Davaları Savcılık Makamı olası intihar vakalarında karar alırken onlarca yıldır “olasılıklar dengesini” kullanıyordu. Tesadüfen, yirmi beş yıl önce Kuzey İrlanda’da ölüm kayıt memurlarına yardımcı olmak üzere adli tabipler tarafından düzenlenen raporları analiz ettiğim sırada, adli tabiplerden birinin raporların arkasına kurşun kalemle ölümün intihar olup olmadığına dair düşüncesini not aldığını görüp şaşırmıştım. Resmi olmayan bu not, memurlara

nihai kararlarında yardımcı olmayı amaçlıyordu. Bunun aileler üzerinde yarattığı etki bir tarafa, ölüm sınıflandırma prosedürlerinin ülkeler arasında tutarlılık göstermemesi farklı ülkelerdeki intihar oranlarının karşılaştırılmasını da zorlaştırıyor. Buna yönelik bir çözüm olarak pek çok ülkede intihar istatistikleri “nedeni belirlenemeyen ölümler” ve “kazayla ölüm” verileriyle birlikte rapor edilmektedir -ki ikinci grupta yer alan vakaların çoğunun intihar vakası olması olasıdır. Olası intihar başlığının eklenmesi, intihar vakalarının büyüklüğüne dair daha gerçekçi bir resim elde etmeye yardımcı olacaktır.

Zorluklar aynı zamanda aşırı doz ve kişinin kendi bedenini kesmesi gibi, ölümcül olmayan kendini yaralama davranışlarını tanımlama şeklimize de zarar veriyor.⁴ Buradaki en büyük zorluk davranışların ardındaki motivasyonun belirlenmesi ile ilgilidir. Anlaşmazlığın büyük bölümü kendini yaralama eyleminin intihar amaçlı olup olmadığını anlamakta yatar; yani bu bir intihar girişimi mi yoksa değil mi -intihar amaçlı olmayan yaralanma mı- ya da bu iki eylem tipi birbirinden güvenilir biçimde ayırt edilebilir mi? Genel bir ifadeyle, ABD ile karşılaştırıldığında İngiltere’de farklı yaklaşımlar benimsenmiştir. Dolayısıyla, İngiltere’de yaşayan bir kişi hastaneye tıbbi açıdan ciddi kabul edilen ölçüde kendini kesmiş halde gelirse, kişinin klinik dosyasında bu durumun kendine zarar verme şeklinde yer alacağı kesindir. Kendine zarar verme terimi tercih edilir çünkü davranışın ardındaki motivasyondan bağımsız olarak, kasıtlı tüm kendini yaralama ve kendini zehirleme tiplerini kapsar. Öyle ki herhangi bir kendini yaralama davranışının ardından uygulanması önerilen klinik bakım adımları Ulusal Sağlık ve Bakım Mükem-

melîyet Enstitüsü (NICE) tarafından, kendine zarar verme davranışının ele alınmasına dair rehber altında belirtilmiştir. ⁵ Kendine zarar verme teriminin şemsiye terim olarak kullanılmasının temel nedenlerinden biri, kısmen kişinin kendini kestiği nöbetin ya da aşırı doz olayının intihar niyetli olup olmadığını belirleme zorluğunun üstesinden gelmesidir. Bu önemlidir çünkü sorulduğu zaman insanların gerekçelerinin zaman içinde değiştiğini, sıklıkla birden fazla gerekçe dile getirdiklerini ve verdikleri cevabın soruyu soran kişiye ve verecekleri cevabın alacakları tıbbi bakım açısından bir etkisinin olup olmamasına bağlı olabildiğini biliyoruz. ⁶ Bazen de kişilerin duyguları karışık olur ya da cevabı bilmezler.

Andrew'un hikayesinde bu belirsizliği kısmen görebiliyoruz. Bir akşam, birinin bölgedeki nehirde bir adam gördüğünü ihbar etmesi üzerine, bir yardım kuruluşu gelip otuzlu yaşlarındaki Andrew'u almıştı. Yardım kuruluşunda çalışan gönüllüler onu kurtarmayı başarmışlardı, o sırada ambulans da gelmişti ve yakındaki bir hastaneye nakledilebilmişti. Hastanede bir gece gözlem altında tutulduktan sonra, hastanenin irtibatla olduğu psikiyatri ekibi değerlendirme yapma fırsatı bulamadan, Andrew hastaneyi terk etmişti. Üzerinden bir süre geçtikten sonra yaptığımız görüşmede ona neden beklememediğini sordum. Kendisini iyi hissettiğini, bir gece önce fazla içtiğini ve böyle bir şeyi tekrar yapmayacağını söylemesini bekliyordum. Ama beni şaşırttı. Yaptıklarını neden yaptığını bilmiyormuş, bu yüzden de beklemesi için bir neden olmadığını düşünmüş. Mantığını görebiliyorsunuz: Kendisi nedeni bilmiyorsa, *onlar* da elbette bilmeyecekler. Evet, zihinsel açıdan belki bitkin bir haldeydi ama geçmişte aşırı dozda ilaç aldığında

olduğu gibi dibe vurmuş da değildi. Sadece yorgundu ve o gün “morali bozuktu” ama intihara eğilimi olduğunu düşünmüyordu. Daha çok şansını denemek ve ne olacağını görmek istemiş gibiydi; hayatta kalırsa kalır, kalamazsa da kalamazdı. Aşırı gerçekçiydi. Bu kısa paylaşımdan yola çıkarak, Andrew’un kendine zarar verdiği nöbette niyetinin intihar olup olmadığını bilmek zor. Bununla birlikte, gerekçesi ne olursa olsun eylemlerinin hayatının sonunu getirebileceği açıktı.

ABD’deki meslektaşlarımıza bakarsak, neyin intihar eylemi olduğu konusunda farklı bir duruş sergilediklerini görürüz. Genellikle kendine zarar verme terimini kullanmıyor, kendini yaralama davranışlarını intihar girişimi (intihar niyetinin olduğu durumlarda) ya da intihar amaçlı olmayan kendini yaralama (hayata son verme dışında bir gerekçenin olduğu durumlarda) olmak üzere iki şekilde tanımlamayı tercih ediyorlar. Yukarıda özetlenen nedenlerle, bu durum Atlantik’in iki yakasında anlaşmazlıklar doğuruyor. Ancak Amerikan yaklaşımı, kendini yaralama davranışlarının ardında kesinlikle intihar motivasyonunun olmadığına ısrarcı olan kişilerin ihtiyaçlarına cevap verme avantajı sunuyor. Gerçekten de intihar amaçlı olmayan kendini yaralama davranışları intihar girişimleri ile bir arada değerlendirildiğinde, bazı insanlar bu durumdan rahatsız oluyor. Onlara göre kendilerini yaralama davranışları çektikleri acı ile baş etme yolu. Belki de genel kanının aksine, bu davranış hayatta kalma yoludur ve kesinlikle intihar girişimi değildir. Peki ama intihar niyetini gizleyenler ya da emin olmayan ya da değişken ruh halinde olanlar ne olacak? Bu tartışmanın yakın bir zamanda sonuca ulaşması mümkün görünmüyor, bu nedenle bu kitap kap-

samında kendine zarar vermekten bahsettiğim zamanlarda, gerekçesi ne olursa olsun kişinin kendi kendini yaralama davranışlarından bahsettiğim anlaşılmalıdır. İntihar davranışından, intihar girişimlerinden ya da intihar amaçlı olmayan kendini yaralamadan bahsettiğimde, söz konusu davranışı güdüleyen ya da güdülemeyen gerekçelerden daha emin olduğum anlaşılmalıdır.

KİMLER İNTİHAR RİSKİ TAŞIYOR?

Tüm dünyada intihar ilk 20 ölüm nedeni arasında yer alırken, 15-29 yaş arası grupta en çok karşılaşılan ikinci ölüm nedeni.⁷ Global olarak tüm ölümlerin yüzde 1,5'ine karşılık geliyor. Dünyadaki bölgeler açısından bakıldığında, intihar Doğu Avrupa, Orta Avrupa, Avustralya ve Asya Pasifik'in bazı bölgeleri ve Kuzey Amerika'da ilk on ölüm nedeni arasında yer alıyor.⁸ Dünyada intihar vakalarının dörtte üçünden fazlası (yüzde 79) düşük ve orta gelirli ülkelerde görülürken, tüm intiharların yüzde 60'ı Asya'da gerçekleşiyor.⁹ Çelişkili gibi görünse de düşük ve orta gelirli ülkelerde intihar oranları, yüksek gelirli ülkelere göre daha düşüktür ancak nüfus büyüklükleri daha fazla olduğundan sayısal olarak dünyadaki intihar nedeniyle ölümlerin daha büyük bölümünü oluşturur. Global olarak intiharların büyük bir çoğunluğunun düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşmesi gerçeğine karşın, yayımlanmış araştırma kayıtlarının çoğunun yüksek gelirli ülkelere ait olması gerçeği üzücüdür. İntiharı önleme araştırmaları alanında batılı, yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerin intihar anlayışının düşük ve orta gelir bağlamına körü körüne uygulanması sık rastlanan bir durumdur. Bunun uygun olmadığı çok açık. İntiharı gerçek anlamda global bir halk sağlığı önceliği

olarak ele alacaksak bu dengesiz durumu yeniden dengeye getirmek için çok daha fazlasının yapılması gerekiyor. Bağlamsal ve kültürel olarak daha hassas intihar önleme araştırma programları geliştirmeliyiz. Ayrıca intihar nedeniyle yakınlarını kaybetme deneyimini bizzat yaşamış insanlar ile geçmişinde intihar düşünceleri ve davranışları olan kişileri intihar önleme araştırmalarına ve sonrasında uygulamaya aktarma çalışmalarına rutin olarak dahil etmeliyiz.

Dünyanın hemen her ülkesinde, kadınlardan çok erkekler intihar nedeniyle ölüyor ve Batılı ülkelerde erkeklerin kendi canlarına kıyma olasılıkları kadınlara göre üç kat daha fazla.¹⁰ Örneğin İngiltere’de, intihar vakalarının dörtte üçünü erkekler oluştururken, ABD’den gelen son istatistiklere göre erkeklerde intihar oranı kadınların 3,7 katı.¹¹ Ana hatlarıyla bakıldığında, erkek-kadın oranı Avrupa ve Amerika ülkelerinde en yüksek, Güneydoğu Asya ve batı Pasifik bölgesinde en düşük olma eğilimi gösteriyor. Erkeklerde intiharın kadınlara göre önemli ölçüde fazla olmasının nedenine dair basit, tek bir açıklama bulunmuyor. Ancak nedenler arasında daha ölümcül intihar yöntemlerinin kullanılması, yardım arayışına girme oranlarının farklı olması, erkekliğe dair kültürel normlar ve beklentiler, erkeklerin alkol ile ilişkisi ve yakın ilişkilerin kaybedilmesinin erkekler üzerindeki olumsuz etkisi sayılacaktır.¹²

Ülkelere göre intihar oranları açısından, WHO tarafından sağlanan en yeni verileri kullandığımızda, Guyana, Litvanya, Rusya ve Kazakistan’ın global olarak en yüksek intihar oranlarını rapor ettiğini görüyoruz. Buna karşılık, Jamaika, Antigua, Suriye ve Maldivler gibi ülkeler tutarlı biçimde en düşük intihar oranlarını bildir-

mektedir.¹³ Kıtalar içinde de çok büyük farklılıklar görülmektedir. Avrupa'yı ele alalım; kimsenin imrenerek bakamayacağı intihar oranları tabelasının en tepesinde Litvanya (100 bin kişide 25,7) ve Rusya (100 bin kişide 26,5) bulunuyor; Yunanistan (100 bin kişide 3,8) ve İtalya (100 bin kişide 5,5) ise Avrupa'da en düşük intihar oranlarına sahip. Ulusal karşılaştırmalar yaptığımızda dikkatli olmamız gerekiyor çünkü her ülke, intiharla gerçekleşen ölümleri farklı şekilde kayıt altına alıyor ve ölümlerin intihar olarak kayıt altına alınıp alınmamasını etkileyen pek çok kültürel, dini ve siyasi baskı unsuru bulunuyor. Dahası, WHO bile dünyanın pek çok ülkesinden güncel ve güvenilir bilgi toplamakta zorlanıyor.

Global perspektiften bakacak olursak, intihar oranları nispeten yaşlı yetişkinler arasında, özellikle 70 yaş ve üzerindekielerde en yüksek düzeydedir. Oranlar daha yüksek olmasına rağmen, bu yaş grubunda intihar önde gelen ölüm nedeni değildir çünkü pek çok kişi kanser, kardiyovasküler hastalık ve demans gibi başka nedenlerle hayatını kaybedecektir.¹⁴ Buna karşılık, gençler arasında intihar oranı sayısal olarak orta yaş ya da daha üstündekilere göre düşük olsa da intihar gençler arasında önde gelen ölüm nedenlerinden biridir. ABD'de, 10 ila 34 yaş grubundakiler için intihar önde gelen ikinci ölüm nedenidir.¹⁵ Global olarak baktığımızda da 15-29 yaş aralığındaki gençlerde intihar, trafik kazalarında yaralanmaların ardından ikinci sırada gelen ölüm nedenidir. İngiltere'de, 35-49 yaş aralığındaki erkekler için intihar önde gelen ölüm nedeniyken, 20-34 yaş aralığındaki erkekler ve kadınlar için de önde gelen ölüm nedenidir.¹⁶ Son yıllarda gençler arasında, özellikle genç kadınlarda, intihar oranında artış görülüyor. Bu artışın bir açıklama-

sı, daha çok kadının daha öldürücü intihar yöntemlerini kullanmaya başlamasıdır. Global trendlerin aksine, İngiltere’den gelen en son veriler 45-49 yaş aralığındaki kişilerde intihar oranının en yüksek olduğunu, oranın daha yaşlı yetişkinlerin oranının da üzerinde olduğunu göstermektedir. Çin’de intihar oranları tüm yaş gruplarında düşüş gösterirken, Hindistan’daki oranlar gençlerde intiharda bir düşüş ancak daha yaşlı yetişkinlerde artış göstermiştir.¹⁷

Bazı uluslararası karşılaştırmalara değinsem de intihar ve intihar girişimi oranları statik değildir ve sosyal ve ekonomik değişimlerden etkilenir. Öyle ki İngiltere, ABD, Brezilya ve Avustralya’dan alınan son veriler, bu ülkelerde son yıllarda intihar oranlarında artış olduğuna işaret ederken, Sri Lanka, Macaristan ve Hindistan gibi ülkelerde intihar oranlarında kayda değer azalma görülmüştür. Global açıdan baktığımızda, 1990’dan bu yana, intihar nedeniyle ölen kişilerin mutlak sayısı artmasına rağmen (çalışma yapılan yirmi yedi yıllık sürede, elde bulunan en son veri uyarınca 2016 yılına kadar yaklaşık yüzde 7 artış), intihar oranı, yani nüfusa göre ölen kişilerin oranı, yaklaşık üçte bir oranında azalmıştır. Bu düşüş erkeklerde kadınlara göre daha az olmuştur ve büyük ölçüde Çin’de görülen düşüşten ve daha düşük ölçüde de Hindistan’daki düşüşlerden kaynaklanmaktadır.¹⁸

Ölümle sonuçlanmayan intihar girişimlerinin sayısını doğru olarak tahmin etmek zordur. Ancak WHO’ya göre, intihar nedeniyle gerçekleşen her bir ölüme karşılık, yaklaşık 20 kişi ölümle sonuçlanmayan bir intihar girişiminde bulunmaktadır.¹⁹ Bu da her yıl global olarak 16 milyon intihar girişimi demektir. Pek çok ülkede,

en çok 18-34 yaş arasındaki kişiler bu şekilde girişimde bulunmaktadır. Kadınlar erkeklerle karşılaştırıldığında daha sık intihar girişiminde bulunma eğilimi gösterir.²⁰ Ergenlik öncesinde intihar girişimleri de intihar nedeniyle ölümler de nadirdir.²¹ Düşük ve orta gelir düzeyindeki 59 ülkeden ergenlik çağındaki kişilerle yapılan yeni bir çalışmada, katılımcıların yüzde 16,9'u son 12 ay içerisinde intihar düşüncelerinin olduğunu ve yüzde 17'si intihar girişiminde bulunduğunu bildirmiştir.²² Buna karşılık, hem yüksek gelir düzeyinde ülkelerden hem de düşük ve orta gelir düzeyinde ülkelerden gelen 52 binden fazla kişi ile yapılan bir diğer uluslararası çalışmada, katılımcıların toplamda yüzde 2'si son 12 ayda intihar düşünceleri olduğunu bildirirken, yüzde 0,5 aynı dönemde intihar girişiminde bulunduğunu ifade etmiştir.²³ Ancak yetişkinlerde intihar düşünceleri ve eylemleri üzerine bugüne kadar yapılmış en kapsamlı çalışma olan Dünya Ruh Sağlığı Araştırması'nda, hayat boyunca intihar düşüncesi oranı yüzde 9,2 iken, yetişkinlerin yüzde 2,7'si hayatlarının herhangi bir noktasında intihar girişiminde bulunduklarını belirtmişlerdir.²⁴ Kısacası, oranlardaki uluslararası farklılıklara rağmen, ergenlikten yetişkinliğe giden yolculuğumuzda intihar ve intihar girişimlerinin milyonlarca insanı etkileyebileceği açıkça görülmektedir.

Sağlık konusundaki eşitsizlikler

Ulusal ve uluslararası oranlardaki bu gibi varyasyonların tüm nedenleri bilinmese de sağlık konusundaki eşitsizliklerin yapılacak her türlü açıklamanın merkezinde yer alacağına şüphe yok. Sağlık konusundaki eşitsizlikler sosyal gruplar arasında sağlık konusunda

alınan sonuçlar bakımından sistematik farklılıkları ifade eder; sosyal açıdan dezavantajlı gruplardan gelenler daha kısa yaşar ve daha fazla hastalık deneyimler. Esas itibarıyla, sağlık konusundaki eşitsizlik ne kadar büyüse, intihar riski o kadar fazladır. Toplumlarda sağlık konusundaki eşitsizliklerin kökleri derinlere uzanır ve onlarca yıldır sosyal politikalar ve sağlık politikaları bu olumsuz sonuçlardaki kötüye gidişe katkıda bulunmuştur. Bu eşitsizlikler aynı zamanda etnik köken, cinsel ya da cinsiyet kimliği ile ilişkili de olabilir; öyle ki damgalanmaya, utanca, yenilgi ve kapana kısılmışlık hissine katkı sağlayan herhangi bir politika kişinin ruh sağlığı üzerinde olumsuz bir etki yaratabilir. Örneğin, lezbiyen, gey, biseksüel ya da trans bireylerin heteroseksüel ya da natrans bireylere göre daha yüksek intihar riski taşıdıkları bilinirken, bu belirgin eşitsizlikleri anlamak ve ele almak için çok daha fazlasının yapılması gereklidir.²⁵

Eşitsizliğe dair sorunları değerlendirirken, sosyoekonomik eşitsizliklerle intihar arasındaki ilişkinin yakından incelenmesi gerekir. Sosyoekonomik eşitsizlikler çok farklı şekillerde ölçülebilir ancak sosyal sınıf, meslek, eğitim düzeyi, gelir ya da bir eve sahip olup olmama durumu sıklıkla kullanılan göstergelerdir. Edinburgh Üniversitesi bünyesinde sağlık politikaları araştırmaları yürüten ve ayrıca şahsen tanıdığım, iyi bir arkadaşım olan Steve Platt kariyerinin büyük bölümünü bu ilişkinin doğasını anlamaya adanmıştı. *The International Handbook of Suicide Prevention (İntiharı Önlemek İçin Uluslararası El Kitabı)* için bir bölüm kaleme alarak dünya genelindeki literatürü gözden geçirmiş ve sosyoekonomik dezavantajla intihar riski arasındaki ters ilişki olduğuna dair çok geniş yelpazede göstergelere işaret eden kanıtlar olduğu

sonucuna varmıştı.²⁶ Ayrıca İskoçya'dan aldığı verileri kullanarak bu eşitsizliğin ne denli geniş olduğunu göz önüne sermişti. En yoksul kesimlerde yaşayan en düşük sosyal sınıftan insanların intihar nedeniyle ölme olasılıkları, en zengin bölgelerde yaşayan en yüksek sosyal sınıftan insanlarla karşılaştırıldığında on kat fazlaydı. Hükümetler çok uzun zamandır bu eşitsizliği görmezden geliyorlar. Ancak intiharı önleme konusunda samimiysek, sosyal avantajlara sahip olanlarla olmayanlar arasındaki sağlık eşitsizlikleri boşluğunu azaltmamız gerekiyor. Bunu yapabilirsek, İngiltere, ABD, Brezilya ve Avustralya gibi ülkelerde intiharlarda son dönemde görülen artışın büyük bir kısmını değerlendirme açısından belli bir yol kat edebiliriz.

COVID-19 pandemisi de ruh sağlığı eşitsizliği sorununun uluslararası araştırmalar ve halk sağlığı politikası haritasına sarsılmaz biçimde yerleştirdi. 2020 ilkbaharında, aralarında bizzat ruh sağlığı deneyimi yaşamış insanların da yer aldığı bir grup uzmanla birlikte ruh sağlığı araştırmalarının COVID-19'a verilecek tepkinin ayrılmaz bir parçası olması gerektiğine dair bir görüş yayımladık.²⁷ Aynı dönemde, Bristol Üniversitesi'nden David Gunnell de Uluslararası COVID-19 İntihar Önleme Araştırma Çalışma Grubu'nu bir araya getirdi. Bu çalışma grubunun amacı araştırmacıları ve intihar önlemenin bir parçası olan diğer aktörleri bir araya getirmek, çalışmalarda tekrarlardan kaçınmak ve global olarak intihar önleme araştırma faaliyetlerinin etkisini en üst düzeye çıkarmaktı. Pandeminin ilk günlerinde, ortak endişemiz merkezi hükümetin hastalığın yayılımını kontrol altına alma amacıyla alacağı tedbirlerin, örneğin kapanma önlemlerinin, insanların işleri bakımından

oluşacak ekonomik sonuçlarla birleştğinde intihar risk faktörleri bakımından mükemmel fırtınayı yaratabileceği yönündeydi.²⁸

Şimdi bile, COVID-19 pandemisinin global intihar oranları üzerindeki uzun vadeli etkilerinin neler olabileceğini bilmediğimiz gibi, oluşacak herhangi bir etkinin kıtalara, ülkelere, toplumlara ve bireylere göre farklılık göstermesi olasıdır. 2003 yılında Asya'nın bazı bölgelerinde görülen bir diğer koronavirüs salgını olan ağır akut solunum yolu yetersizliği sendromu (SARS) salgınına bakarsak, söz konusu epidemik sırasında daha ileri yaşlardaki yetişkinler arasında intihar oranları artmış ancak aynı durum daha genç kesimde görülmemişti ve aynı zamanda kaygı, depresyon ve travma sonrası streste de artış olmuştu. Ancak COVID-19 pandemisinin ölçeği, SARS ile karşılaştırıldığında muazzam olmuştur.²⁹

Geçmişte yaşanan ekonomik durgunluk dönemlerinden de ekonomik krizlerin yaşandığı zamanlarda intihara bağlı ölümlerin artabildiğini biliyoruz. 2008-2010 yılları arasında ve sonrasında Avrupa'yı ve Kuzey Amerika'yı sarsan Büyük Durgunluk dönemini ele alalım. Global olarak, pek çok ülkede işsizlik çok yüksek düzeylerdeydi ve finansal zorluk, özellikle de zaten kırılgan durumdakiler olmak üzere, geniş bir tabana yayılmıştı. Durgunluk döneminden birkaç yıl sonra yayımlanan tutucu bir tahminde, 2007'de finansal krizin başlamasından bu yana Avrupa Birliği, Kanada ve ABD'de, aksi durumda beklenenden 10 bin fazla intihar vakasının söz konusu olduğu ileri sürülüyordu.³⁰ Şurası çok açık: Durgunluk dönemleri öldürücü olabilir. Dolayısıyla COVID-19'un yarattığı süregelen ekonomik düşüş hâlâ gerçek bir endişe nedenidir. Buna bir de COVID-19'un ruh

sağlığı hizmetlerinde neden olduğu aksamaları, okulların kapanmasının, sosyal izolasyonun, hane içi şiddette yaşanan artışın ve yeni çalışma ve sosyalleşme yollarına uyumun yarattığı olumsuz etkiyi ekleyin. Tüm bunlar ruh sağlığımız açısından potansiyel risklerdir.

Ayrıca intihar düşüncelerine dair verilerden, COVID-19'un bazı gruplardan kişilerin ruh sağlıklarını diğerlerine göre daha çok etkilediğini de biliyoruz.³¹ Örneğin, 2020 ilkbaharından bu yana İngiltere genelinde, yetişkinlerin ruh sağlıklarının izlendiği İngiltere COVID-19 Ruh Sağlığı ve Refah Çalışması'na önderlik ediyorum. Bu çalışmada yayımlanan ilk makalede nüfusun tamamına evlerinde kalmaları, Ulusal Sağlık Hizmetleri'ni (NHS) gözetmeleri ve hayat kurtarmaları talimatının verilmesinin ardından, İngiltere'deki kapanmanın ilk altı haftasında elde edilen verileri analiz ettik.³² Çalışmamızda, bu altı haftalık süre içerisinde insanlara üç defa ruh sağlıkları hakkında sorular sorduk. Bulgular rahatsız ediciydi. Kapanma devam ettikçe, anketimize katılanlar arasında intihar düşünceleri olduğunu bildirenlerin oranı bu altı haftalık süre içerisinde arttı; üçüncü görüşmede artış neredeyse yüzde 10 oranındaydı. Bu bulgular çok çarpıcıydı çünkü aynı zaman diliminde kaygı belirtileri düzeyleri azalmış ve depresyon belirtileri düzeyleri aynı kalmıştı. Zihnim kapanma sırasında intihar düşüncelerindeki bu artışların pandeminin neden olduğu ekonomik ve sosyal belirsizlikleri yansıttığını söylüyordu.

Örneklekimiz içindeki farklı gruplarda elde edilen bulgular daha da rahatsız ediciydi. Gençler, önceden ruh sağlığı sorunları bulunanlar ve sosyal açıdan dezavantajlı hikayeleri bulunanlar daha da çok etkilenmişti, diğer gruplara göre daha yüksek intihar düşüncesi dü-

zeyleri bildiriyorlardı. Daha ileri yaştaki kişiler virüsün fiziksel etkilerinin yarattığı endişeleri taşırlarken, gençlerin gelecekleri tehlikedeydi. COVID-19'un yaratacağı sonuçlardan bahsederken, yazar Damian Barr Nisan 2020'de şu tweet'i paylaşmıştı: "Hepimiz aynı gemide değiliz. Hepimiz aynı fırtınaya yakalandık. Bazılarımız süper lüks yatlarında, bazılarınınnsa sadece tutunacak bir tahta parçası var." Damian Barr'ın tweet'i kulağa doğru geliyor. Bu işte hepimiz birlikte değiliz.

Yukarıda bahsedilen intihar düşüncesi verileri İngiltere'de pandeminin erken aşaması ile ilişkilidir. COVID-19'un intihar ve intihar davranışları üzerindeki etkilerine dair resmin tamamını görmemize yıllar var. Ancak daha geniş kapsamlı olarak anladığım şu: Dünya COVID-19'un etkilerini üzerinden atmaya devam ederken, yaratacağı sonuçları uzun bir süre yaşayacağız.³³ Bunun sonucunda da pandeminin tetiklediği ekonomik fırtınanın olumsuz etkileri ile insanlar arasında bir tampon oluşturabilmek için işgücü güvenlik ağlarının bulunmasını sağlamamız gerekiyor. Ayrıca kadınlar, daha önceden zihin sağlığı sorunları olanlar, gençler ve sosyal açıdan dezavantajlı konumdakiler dahil olmak üzere, en çok etkilenen kesimlere yardım edebilmek için daha fazlasını yapmalıyız. Bununla birlikte hem ulusal hem de uluslararası düzeyde birlikte hareket etmeye devam edersek, COVID-19'un daha uzun vadedeki olumsuz etkilerini yumuşatmayı başarabileceğimize eminim.

KELİMELER ÖNEMLİDİR

İnsanlar, kendilerine zarar veren, intihar girişiminde bulunan ya da intihar nedeniyle ölen kişileri tarif etmek için farklı pek çok ifade kullanırlar. Ancak özenli

olmamız gerekiyor çünkü kullandığımız dil rahatsızlığa neden olabilir ya da gücendirici olabilir ve intihar nedeniyle ölenler kadar intihar girişiminde bulunanların da ailelerinin deneyimledikleri damgalanmayı artırabilir. “Committed suicide” ifadesini ele alalım. Bu ifade yaygın olarak kullanılır; insanlarla bir araya geldiğimiz meyhanelerde, kulüplerde, haber bültenlerinde, internette, filmlerde ve hatta televizyonda ulusal söylemimizin önemli bir parçasıdır. Her yerde kulağımıza ilişir. Ancak bazıları için bu ifade gücendirici, kullanımı hassasiyetten uzak ve rahatsızlık vericidir çünkü intiharın suç teşkil ettiği zamanlardan kalma bir ifadedir. Üstelik bahsedilen bu zamanlar bazı ülkeler için çok uzak bir geçmişte de değildir. İngiltere’de, intiharı suç olmaktan çıkaran “İntihar Yasası” 1961 yılında çıkmıştır. İrlanda’da aynı düzenlemeyi getiren “Ceza (İntihar) Kanunu” ancak 1993’te çıkarılabilmektedir. Dünyanın çeşitli yerlerinde, Bangladeş, Malezya ve Suudi Arabistan dahil olmak üzere, bazı ülkelerde intiharın hâlâ suç olması daha da endişe vericidir. Giderek büyüyen söylemin ve farkındalığın yansıması olarak, bu terimin kullanılmasını açıkça tavsiye eden uluslararası medya haber sunumu kılavuzları bulunmaktadır; bu konuya kitabın ilerleyen bölümlerinde tekrar döneceğim. Ancak tartışmalar geleneksel medya haber sunumunun ötesine geçmiştir: Aslına bakılırsa, bir süre önce popüler kültürde karşılaştığımız bir örnekte, büyük başarı kazanan Broadway müzikali *Hamilton*’da seslendirilen “Alexander Hamilton” adlı şarkının “kuzeni intihar etti” sözlerini

Committed suicide, birebir çevirecek olursak intihar [suçu] işledi denebilir, Türkçede bu şekilde bir kullanım bulunmuyor. Türkçede intihar etti diyoruz. ç.n.

“kuzeni intihar nedeniyle öldü” şeklinde değiştirmesi için Lin-Manuel Miranda’ya çok sayıda çağrı yapıldı. Bazıları da “commit (suç) işlemek” fiilinin tartışılmasının, iyi niyetli de olsa, konuyu fazlaca basitleştirdiğini ve bağlamı yeterince dikkate almadığını ileri sürüyor.³⁴

Kendine zarar verme ve intihar girişimlerine dönecek olursak, “sadece dikkat çekme ve manipölasyon amaçlı” gibi küçümseyici dil halen sıkça kullanılmaktadır. Bu dilin terk edilmesi gerekir; Bölüm 3’te “dikkat çekme isteği” ile ilgili çok daha büyük sorunlara da değineceğim. Bana göre konu basit. Bir kişi, çoğu zaman biraz rahatlama isteğiyle kendisine fiziksel acı çektiyorsa, nasıl bir ruhsal acı içerisinde olabileceğini hayal edin. Bu dikkat çekme isteği midir? Elbette değil, bu dikkat çekme ihtiyacıdır ve kesinlikle *sadece* dikkat çekme isteğiyle yapılmamıştır. Ancak kişi rahatsızlığına dikkat çekmek mi istiyor diye soruyorsanız, o zaman cevap evet, öyle. Deneyimlediği acıya dikkat çekmeye çalışıyor ya da ne hissettiğini başka nasıl ifade edebileceğini bilmiyor. Cevabımız küçümseme ve öfkeyle değil, anlayışla ve destekle nasıl karşılık verebiliriz olmalı. Benzer şekilde, “manipölatif” kelimesinin kullanılması da kabul edilemez. Herhangi bir davranışı güdüleyen gerekçelerin karmaşık yapısı gözden kaçırılmış ve en önemlisi, hepimizin, her gün, etrafımızdaki insanları manipöle ettiğimiz gerçeği de atlanmış olur.³⁵ Belli bir sonuç elde etmek amacıyla söylediğimiz ya da yaptığımız her şey manipölatiftir. Dolayısıyla bu ifadenin insanları gücendirmesi bir tarafa, kendilerine zarar veren insanları bu şekilde damgalamak mantıklı değildir.

Bununla birlikte, Bristol Üniversitesinden Prianka Padmanathan ile Samaritans ve Nottingham Üniver-

sitesi'nden meslektaşları önderliğinde yapılan yeni bir çevrimiçi çalışma ile dil sorununun karmaşık bir konu olduğu gösterilmiştir.³⁶ Bu çalışmada, aralarında intihardan doğrudan etkilenmiş kişilerin de yer aldığı insanlara, farklı intihar davranışı tanımlamaları karşısındaki tavırları sorulmuş ve her tanımlamanın ne ölçüde kabul edilebilir olduğunu değerlendirmeleri istenmiştir. Elde edilen bulgular ilginçtir, hatta bazıları epey şaşırtıcıdır. Birincisi, ki bunun beklenmeyen bir sonuç olduğunu söyleyemeyiz, katılımcıların çoğu “hayatına son verdi”, “intihar ederek öldü” ve “kendi canına kıydı” ifadelerini en “kabul edilebilir” şeklinde değerlendirmiştir. Nedeni sorulduğunda, bazı katılımcılar bu ifadeleri daha olumlu değerlendirdiklerini çünkü kişinin “bunu yapmayı tercih ettiği” [kendi canına kıydı] gerçeğini yansıttığını, dolayısıyla ölen kişinin iradeye sahip olduğunun ve kendi hayatlarını sonlandırma kararı aldıklarının kabul edildiğini söylemiştir. Ancak bu gibi tanımlamaların “çok acımasız” olduğunu da düşünmüyorlardı, katılımcılardan birinin ifadesiyle “insanlığını koruyorlardı.” Buna karşılık, “başarılı intihar” ve “sonuçlanan intihar” gibi ifadelerin kabul edilemez şeklinde değerlendirilmesi olasılığı yüksek çıkmıştır ve dolayısıyla en mantıklısı bu ifadelerden kaçınmaktır. Örneğin, “başarılı intihar” ifadesini beğenmediğini belirtenlerin büyük bölümü intiharı olumlu bir çerçevede gösterdiği, duyarlı olmadığı ve rahatsızlığa neden olabileceği yorumunda bulunmuştur.

“*Committed suicide*” ifadesinin değerlendirilmesi konusunda insanların ikiye ayrılması özellikle ilgi çekici ve epey şaşırtıcıdır. Bazıları bunu en kabul edilebilir ifade olarak değerlendirirken, bazıları da kesinlikle kabul

edilebilir bir yanı olmadığını düşünmüştür. Kabul edilebilir olarak değerlendirenlere baktığımızda; bazıları eylemi doğru olarak tanımladığını düşündükleri için ya da genel olarak kullanılan ifade bu olduğu için bu değerlendirmeyi yapmıştır. Bazıları ise ifadenin suç iması içerdiği görüşüne katılmamıştır. Katılımcılar tarafından değerlendirilen tüm ifadeler arasında, “*committed suicide*” ifadesinde kabul edilebilirlik puanları açısından en belirgin farklılık oluşmuştur. İnsanların bu ifadeyi kullanmayla ilgi güçlü duygulara sahip oldukları açıktır. Oğlunu intihar nedeniyle kaybetmiş bir ebeveyn, intihar araştırmacılarının bu terimi kullanarak sözle yargılamada bulunuyormuş gibi algılanmalarına öfke duyduğunu ifade etmiştir. Bu kişilerin görüşleri bu terimin kullanımına karşı çıkanların görüşleri ile çelişmektedir (açık beyan: uzun yıllardır “*committed suicide*” ifadesinin kullanılmasına karşı olduğum görüşünü sesli ifade ediyorum). Bu ebeveyn siyasi doğruculuk konusunda aşırıya kaçıldığını ve oğlunun ölümünü tanımlama şekilleriyle ilgili olarak kimsenin onları düzeltmeye hakları olmadığını hissediyordu. Elbette ki görüşleri geçerlidir ve dil kullanımıyla ilgili sorunların tek yönlü ve kolay olmadığını, ayrıca hayatını bu şekilde kaybedenlerin yakınlarının kendilerini rahat hissettikleri dili kullanmaya hakları olduğunu da vurgular. Ancak bazı insanların rahatsız olması potansiyelini dikkate alarak, şahsen “*committed suicide*” ifadesini artık hiç kullanmıyorum. Gerçekten de bu terimin kullanımını saygısızca, rahatsız edici ve damgalayıcı bulan sevdiklerini kaybetmiş ebeveynlerle, partnerlerle ve diğer aile üyeleriyle sık sık bir arada bulunuyorum. Kısa bir süre önce kendi canına kıyan bir adamın karısı bana “*committed suicide*” ifade-

sini haberlerde duyduğunda ya da birileri söylediğinde şaşırdığını ve içinde psikolojik bir tepkinin oluştuğunu söylemişti. Nefesi kesiliyordu ancak “Nedenini bilmiyorum, kulağa çok acımasız ve soğuk geliyor” diyordu. Sonuç olarak, bu kitap içerisinde bu ifadeyi göreceğiniz tek yer bu bölüm olacak. Bakış açınız ne olursa olsun, bu konunun hassasiyetle ve anlayışla ele alınması gerektiğini söylemeye gerek yok.

İNTİHAR ACISI NASIL BİR DUYGU?

İntihar ve intihar girişimleri risk faktörlerine geçmeden önce, intihar acısının nasıl bir duygu olduğunu anlamaya çalışmak yararlı olacaktır. Kariyerim boyunca, yakınlarını kaybeden akrabalar bana sevdiklerinin son mektuplarını, notlarını ya da günlüklerini gönderdiler ve bunların çoğu, ölüme dakikalar kala yazılmıştı. Bu özel yazışmaların bana gösterilmesi benim için bir onur ve aynı zamanda muazzam bir sorumluluk da demektir. Aile üyelerinin umudu, bu kişisel iletişimlerin oğullarının, kızlarının ya da partnerlerinin kendi canlarını almadan önceki son dakikalarında aklından geçenlere bir pencere açması oluyordu. Bazı durumlarda bu pencere açılır, paylaşımlar çok nettir, ayrıntılıdır ve açıktır; bazı durumlarda ise değildir, sadece ne yapılmasını istediklerine dair bir dizi talimattan ibarettir. Ayrıca bağımsız olarak ele alındığında, herhangi bir intihar eyleminin altında yatan karmaşık gerekçeleri ayrıştırmak zor olabilir. Bununla birlikte, çoğu zaman notlar güçlü belgelerdir, intihar acısını ve kişinin kendi

hayatına son verme kararından önceki başarısızlık duygusunu aktarır.¹ Aşağıda birkaç yıl önce aldığım, Jamie adında orta yaşlı bir adamın yazdığı not var. Başarısızlık duygusu ile siyah ve beyazdan ibaret düşünüşünü aktarıyor; genellikle her ikisi de intihar halinin karakteristik özelliğidir:

Eğer bunu okuyorsanız, artık dayanamamış ve ölmüşüm demektir. Hayatımın ne kadar berbat olduğunu görebiliyorsunuz. Son zamanlarda işlerin iyi gittiği tek bir gün bile hatırlamıyorum, hem zaten beni kim umursuyor ki... Başarısızın tekiyim, hiçbir işi doğru yapamıyorum. İşe yaramazım. Kapana kısılmış haldeyim. [Kız arkadaşının adı] ile beraberken gerçekten mutluydum, hayatımda ilk defa! Onunla olabilmek için çok uğraştım ama bok gibiydim ve yine başaramadım. Ne istiyordu ki? Ne yapmam gerektiğini bilmiyordum.

İnsanın kendini Jamie'nin yerine koymaması zor. Hepimiz bir ilişkide ayrılığın acısını deneyimlemişizdir, hepimiz şu ya da bu zaman kendimizi işe yaramaz ya da başarısız hissetmişizdir. Tabii ki Jamie'nin geçmişi, hayatının arka planı, zihin sağlığı ya da hayatında başka nelerin olup bittiği hakkında hiçbir şey bilmiyoruz. Dolayısıyla, intihar notunun ötesine bakınca, deneyimlediği acının nasıl ve neden hayatının yaşamaya değer olmadığını hissetmesine neden olacak kadar arttığını anlamak zor bir iş. Kullandığı "kapana kısılmış" ifadesinde bir ipucu gizli olabilir. Bu kitap boyunca tekrarla-

yacağım gibi, tahammül edilemez bir acı içinde kısılp kalmanın intiharı anlamada önemli olduğuna inanıyorum çünkü intihara giden nihai ortak yolun merkezinde durduğunu düşünüyorum.

Jamie'nin başarısız olan ilişkisine odaklanması aynı zamanda kimi zaman intiharın "gündelik oluşu" şeklinde tanımladığım duruma işaret ediyor. İntiharın itici unsurlarının önemini küçümsemek amacıyla söylemiyorum bunu. Bu ifadeyle bir insanın intihar eğilimli olmasına yol açan şeylerin her gün yaşanan olaylar olmasının çok sık rastlanan bir durum olduğunu kast ediyorum: Gündelik başarısızlıklar, gündelik krizler ve gündelik kayıplar. Çoğu zaman insanlar intiharın olağandışı bir şeylerle ilgili olduğunu, başkalarının yaşadığı ancak kendilerinin yaşamadığı olaylara bir tepki olduğunu düşünürler ancak öyle değildir. Bazıları için intihar zorbalıkla, boşanmayla, işsiz kalmakla alakalıdır. Bazıları içinse sevdiklerini kaybetmekle, iflasla, utançla, ayrımcılıkla, bazı hakların kaybedilmesiyle ya da hastalıkla alakalıdır. Stresli olaylara ve durumlara nasıl tepki verdiğimiz kadar doğum sırasında dağıtılan kartlardan bize nelerin düştüğüyle de alakalıdır. Ancak intiharın asla kaçınılmaz olmadığını unutmamak önemlidir. İntihar son ana kadar önlenebilir.

Yine biriyle intihar hakkında konuşurken, özellikle de o kişinin doğrudan intihar deneyimi yoksa, kendilerini öldüren insanların onlardan farklı olduklarını düşünmeleri sık rastladığım bir durum. Sanki kendini öldüren belli bir insan tipi olduğuna ve kendilerinin o tipte biri olmadığına inanırlar; kendilerinin, bir şekilde, intihara karşı dirençli olduğuna inanırlar. Aslında değildirler. Elbette bu "ötekileştirmeyi", bu intihara me-

safeli durma halini anlayabiliyorum; korunduklarını hissetmelerine yardımcı oluyor belki de. Ancak gerçek şu ki bu doğru değil ve sadece damgalamayı ateşlemeye hizmet ediyor ve karşı durulması gerekiyor. İntihar herhangi birimizi etkileyebilir; intihara karşı bir aşı yok. İntihar riski diğerlerine göre daha fazla olan bazı insan grupları vardır ancak intihar kadınlar kadar erkekleri, gençler kadar yaşlıları, siyahileri, beyazları, evlileri ve bekarları etkiliyor.²

İntihar üzerine çalışmaya başladığım ilk günlerden beri intihar notları ilgimi çekiyor çünkü kısıtlayıcı yanlarına rağmen, akut intihar acısına dair benzersiz bilgiler de sağlıyor. Yirmili yaşlarımın başlarında, doğrudan bir intihar deneyimine sahip olmadan doktora çalışmalarına başlarken, intihar eğilimli olmanın ve alternatifleri görememenin nasıl bir duygu olduğunu anlamama yardımcı olmuştu. Bunlar son derece kişisel belgeler. Okuduğum ilk intihar notlarından biri, yaşadığı yerin yakınlarında bir yerde kendi canına kıyan 16 yaşındaki bir genç erkeğin notuydu. Eylemi anlık bir dürtüyle gerçekleşmiş gibi görünüyordu. Öncesinde içki içmişti ve annesiyle kavga etmişti çünkü o gün daha erken saatlerde okulundan annesini aramış ve sınıfından biriyle kavga ettiğini söylemişlerdi. Bu ilk değildi. Annesi onunla yüzleşmek istemişti ve bu da aralarında hararetli bir tartışmaya yol açmıştı; çocuk öfke içinde evden çıkıp gitmişti. O gece eve dönmeyince annesi onu aramak için dışarıya çıkmıştı; boşa çabalamıştı aslında, ne acıdır ki birkaç saat sonra polis oğlunu ölü olarak bulacaktı.

Adli tabip inceleme dosyalarından kısa yaşantısı, travmalarla geçen çocukluğu ve uyuşturucu ve alkolle olan mücadelesi hakkında yazılanları okurken onu ta-

nıyormuş gibi hissetmiştim. O yıl bütün yazı Belfast'te potansiyel intihar ile ölüm vakalarının inceleme dosyalarını okuyup, intiharlarda söz konusu olan modelleri belirlemeye çalışarak geçirmiştim. Onun dosyası da incelediğim ilk potansiyel intihar vakası grubu içerisindeydi. Karşıma çıktığında en küçük erkek kardeşimle aynı yaşlarda olduğunu düşündüğümü hatırlıyorum; hayatın hiç de adil olmadığını düşünürken üstümden bir hüznün dalgası geçmişti. Kardeşimden farklı olarak o cehennemi yaşamıştı. Belfast'ın adli tabipliğinin de yer aldığı gösterişli adliye binasında, masamda oturmuş, annesinin, aile hekiminin ve sosyal hizmet görevlisinin beyanlarını karıştırıyordum. Çok iyi hatırlıyorum; dosyasındaki belgelerin sonuna yaklaşmıştım ve fotoğrafı ile intihar notunu ataşla birbirine tutturulmuş halde gördüğümde donakalmıştım. Ataşın bana çok hüznünlü gelen bir yanı vardı. Öyle duygusuzdu ki... Notu kısa ancak sertti. Titrek bir el yazısıyla, basitçe onun -annesinin- kendisine her zaman kızgın olacağını bildiğini söylüyordu. Bu tünel görüşü, gelecekte işlerin farklı olabileceği bir zamanı görememe durumu, intihar notlarında ve daha genel anlamda intihar içerikli iletişimlerde çok yaygındır. Not sadece o kadardı. Var oluşu tek bir cümleye indirgenmişti. O gece eve döndüğümde ağlamıştım.

O not doktora çalışmam kapsamında yürüttüğüm, intihar notları ile ilgili daha kapsamlı bir çalışmanın parçasıydı.³ İnceleme belgeleri arasında bulduğum intihar notlarını analiz ederek intihar eğilimli bireylerin psikolojik profillerini geliştirmeye çalıştığım nispeten küçük bir çalışmaydı. Bu çalışmada insanların yazdıklarını farklı temalar altında kodlamak gerekiyordu. Ayrıntılı

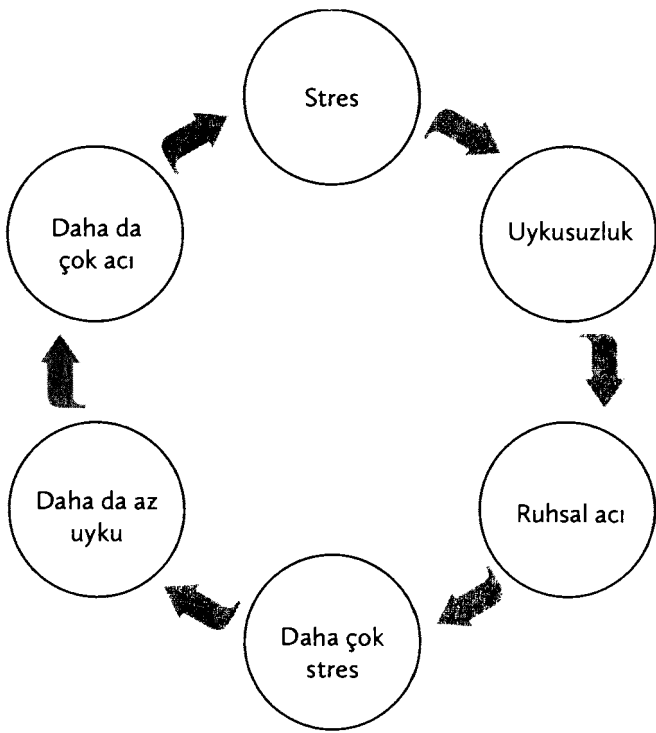
daha fazla profile sahip olmamız durumunda intihar riski bulunan kişileri daha iyi belirleyebilmeyi umuyorduk. Analizlerin üzerinden 20 yıldan fazla zaman geçse de temel bulgular intiharın anlaşılması için bugün de o gün olduğu kadar geçerlidir. Notların yüzde 90'dan fazlasında, ölen kişi katlanılmaz derecedeki psikolojik acısından ve derhal ve kalıcı bir çözümü arzu ettiğinden bahsediyordu. Dave tarafından yazılan bir not, bu yoğunluğu ve aciliyet duygusunu yansıtıyor:

Artık devam edemiyorum, bıktım.
Hayat çok ağır geliyor, bensiz daha rahat
edersiniz.
Kafam patlayacak sanki. Bitmesini istiyorum.
Çok fazla acı çektim. Çok ama çok üzgünüm.
Yapamıyorum.
Sizi seviyorum, bunun sizinle hiç ilgisi yok.

Dave öldüğünde yirmili yaşlarının başlarındaydı. İntihar nedeniyle ölen insanların çok büyük çoğunluğu gibi, ölümünden önceki yıl boyunca ruh sağlığı hizmetleri ile temas halinde değildi.⁴ Hatta hiçbir zaman ruh sağlığı hizmeti almamıştı. Ölümünden önce alkol almış olsa da çok fazla içmemişti. Bir kızla sadece bir defa uzun süreli ilişki yaşamıştı ancak önceki aylarda ilişkilerinde gerginlik vardı. Ayrıca bir süre önce yakınlık duyduğu büyükannesini beyin kanaması sonucu kaybetmişti. Ölümünden önceki haftalarda, anne babası moralsizliğini bu acı kaybına ve bir de yaklaşan üniversite sınavları nedeniyle duyduğu kaygıya yormuşlardı. Onlara çok iyi uyuyamadığını söylemesine rağmen, anne babası ilişkisiyle ilgili sorunlardan haberdar değildi.

Önemli olan, Dave'in son sözlerinde hayatını sona erdirmek istediğinden bahsetmediğini fark etmemiz olacak. Daha önce de bahsettiğim gibi, intihar genellikle ölme arzusuyla değil, katlanılmaz hale gelen ruhsal acıya son vermeyle ilgilidir. Dave ruhsal olarak harap olmuş durumdaydı. Büyükannesini kaybetmenin yarattığı stresin, ilişkisiyle ilgili sorunlarının ve sınav endişelerinin uyumakta zorluk çekmesiyle daha da kötüleşmiş olması olasıdır. Varlığımızı sağlıklı olarak sürdürebilmemiz için kaliteli uyku hayati önem taşır.⁵ Kötü uyku net düşünmeyi, hayatın önümüze çıkardığı engellerle baş etmeyi, seçenekleri görebilmeyi, olayları bütünsel olarak görebilmeyi ve ruh halimizi yönetmeyi çok daha zorlaştırır.

Uykunun sıhhatimiz açısından önemini asla küçümsememeliyiz. Dave'in hikayesinin de gösterdiği gibi, uyku bozukluğu intihar düşünceleri ve davranışları bakımından risk faktörü kabul edilir. Örneğin, Mari Hysing ve Borge Sivertsen yönetiminde Norveç'te ergenlik çağındaki 10 bin birey ile gerçekleştirilen çalışmada, uyku ile kişinin kendine zarar vermesi arasında net bir ilişki belirledik.⁶ Bir doz-tepki ilişkisi olduğunu belirledik; uyku sorunları ne kadar fazlaysa, kendine zarar verme sıklığı o kadar artıyordu. Son yıllarda uyku bozuklukları ile her türden intihar davranışı arasındaki ilişkinin ele alındığı sayısız akademik inceleme yayımlandı.⁷ Hepsinde aynı çıkarımda bulunuluyor: Uyku bozuklukları intihar ve kendine zarar verme riski ile bağlantılı. Yayınlarda ayrıca uyku bozukluğunun psikiyatrik rahatsızlıklara ve fevri davranışlara katkıda bulunması ve karar alma ve duygu düzenlemeyi etkilemesi nedeniyle intihar riskini artırabileceği de ileri sürülüyordu.

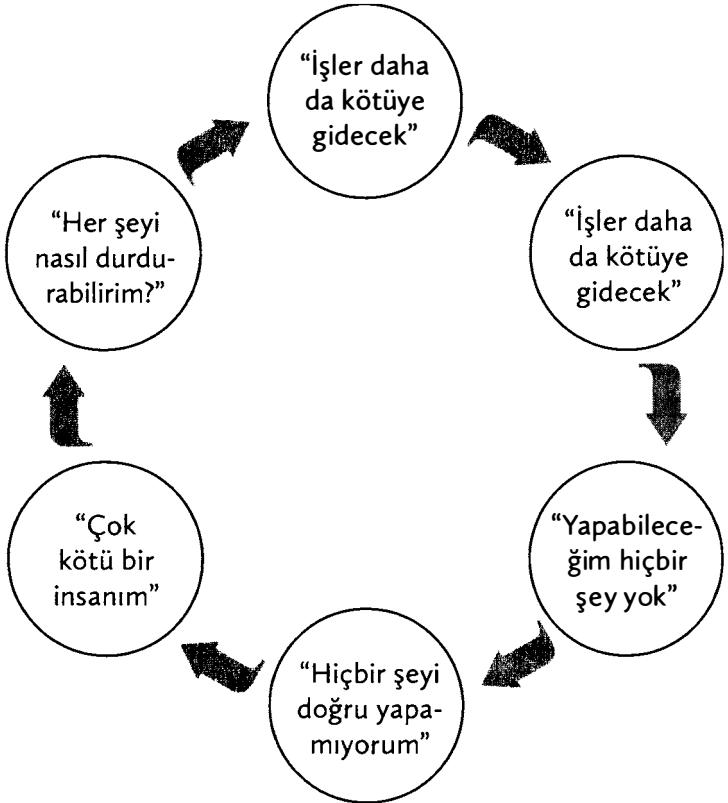


Stres ve zihinsel acı ile ortaya çıkan yıkıcı bir olumsuz düşünce kısır döngüsüne girmek çok kolaydır.

Bazıları için bu döngüler yükseldikçe yükselir, ta ki intihar onları işlevsiz kılan düşünceleri durdurmak için bir seçenek, tek seçenek, nihai çözüm gibi görününceye kadar. Modern intihar araştırmalarının kurucularından Edwin Shneidman intihardan çoğu zaman geçici sorunlara getirilen kalıcı bir çözüm olarak bahsediyordu.⁸ Çok haklıydı; Dave'in hikayesi bu tanımlamanın tipik bir örneği gibi görünüyor. Dave, "Kafam patlayacak sanki. Bitmesini istiyorum. Çok fazla acı çektim" derken hissettiği acının eziciliğini açıkça tarif ediyor. Dolayısıyla bir insanı intihara sürükleyen ne olduğunu anlamaya

çalışacak olursak, hissettikleri acıyı düşünmeliyiz; bu acı -pek çok kişide- gizli olabilir.

İnsanlar acılarının sonlanacağına dair bir umut hissedemediklerinde, bu acıya kısılp kaldıklarını düşünüyor ve çıkış yollarının olmadığını hissettiklerinde intihar girişiminde bulunuyor ya da kendi canlarına kıyıyorlar.⁹ Tıpkı fiziksel acı gibi, dayanabileceğimiz ruhsal acının da bir miktarı vardır ve sınıra dayandığımızda bir şeyden vazgeçmek gerekir. Ne yazık ki, pek çok kişi için ilk vazgeçilen hayat olur. Dave'in "bensiz daha rahat edersiniz" yorumu da çok şey anlatıyor. İntihara eğilimli pek çok kimse başkalarına yük olduklarını ve kendi-



lerini öldürürlerse, sevdiklerinin daha rahat edeceğini düşünür. Dolayısıyla çelişkili de olsa, acının tükettiği kişinin zihninde intihar bencilce bir eylem olarak değil, tam tersi olarak görülür. Sevdiklerine iyilik yaptıklarını hissederekler.

Bir süre önce, Londra’da verdiğim bir konferansın ardından, kızı Jen’i kaybetmiş bir anne araştırmalarım yardımcı olabileceği umuduyla kızının intihar notunu gönderdi. Jen öldüğünde 34 yaşındaydı. Bir defa daha, okuması çok zor olacak. Tıpkı Dave’in ve Jamie’nin mektuplarında olduğu gibi, yazdığı nottan bir bölümde Jen acısını aktarıyor ancak bu defa çektiği ruhsal acı, fiziksel acıyla birleşmiş. Şöyle yazıyor:

Bu acı artık canıma tak etti, artık devam edemiyorum. Son zamanlarda hayattan aldığım tek zevk Benny’yi [köpeği] yürüyüşe çıkarmaktı ve şimdi artık o kadar çok ağrım var ki onu bile yapamıyorum. Yapabileceğim hiçbir şey yok. Sadece bu acıdan kurtulmam gerekiyor ve başka bir çıkış yolu düşünemiyorum. Hayatım o kadar anlamsız ve boş ki...

Jen’in “Bu acı artık canıma tak etti” sözleri ve ardından “Sadece bu acıdan kurtulmam gerekiyor” diye eklemesi çektiği acının yıpratıcılığını açıkça ortaya koyuyor. Deneyimi Katerina Kavalidou liderliğinde yürüttüğümüz araştırma çalışmalarından birindeki bulgularla örtüşüyor; bu çalışmada hem fiziksel hem de ruhsal acıların intihar düşünceleri ile ilişkili olduğunu bulmuştuk.¹⁰ Jen’in tamamen güçsüz olduğu hissi de acılarıyla ilgi-

li yapabileceği hiçbir şeyin olmadığını söylediğinde açıkça görülüyor. Benzer şekilde, acılarının olmadığı bir geleceği göremediğini de söylüyor. Tünel görüşü ve intiharı “Başka bir çıkış yolu düşünemiyorum” diye açıklayacak şekilde algılaması da intihar eğilimli zihnin “imzası” gibi. Üç notta da belirgin olan ortak tema kapana kısılmışlık; Jamie, Dave ve Jen acı içinde kapana kısılmışlar ve ölümlerinde de bu acıdan her ne pahasına olursa olsun kaçma isteği itici güç olmuş. Tekrarlanan bir temanın ortaya çıkmaya başladığını görebildiğinizi umuyorum: İntihar ve kapana kısılmışlık hissi arasında ayrılmaz bir bağ bulunuyor. Bölüm 6’da kapana kısılmışlığa daha fazla değineceğim.

Jen’in son cümlesi de beni çok etkilemişti. Bence hepimiz için bir çağrı gibi. Toplum olarak hepimizin bir görevi, bir sorumluluğu var; etrafımızdaki insanların, intiharı özgür olabilmenin tek yolu olarak görecektik kadar büyük bir boşluk ve anlamsızlık hissetmemeleri, kendilerini böylesine kopmuş hissetmemeleri için elimizden ne gelirse yapmalıyız.

SOSYAL BAĞLARIN ÖNEMİ

Antropologlar ve sosyologlar tarihsel olarak intihar istatistiklerini toplumun “hastalığı” endeksi olarak nitelendirmişlerdir.¹¹ Ben hastalık terimini kullanmazdım ancak sosyal bilimcilerin bu tanımlamayla bir şeyi amaçladıklarını düşünüyorum. İntiharlar topluma yönelik korkunç ithamlardır. Jamie, Dave ve Jen gibi pek çok insanın hayatlarına son vermekten başka bir seçenek göremedikleri bir dünyada yaşamak kabul edilemez ve çoğu zaman ölümleri hızlanır çünkü değer gördüklerini ya da değerli olduklarını düşünmezler. Bu bölümü 2020

Dünya İntiharı Önleme Gün'ünde (WSPD) yazıyorum; bugün her yıl intihar ve intiharın önlenmesi konusunda farkındalık yaratmak üzere dünya genelinde gösterilen çabaların en tepe noktası sayılabilir. WSPD, Uluslararası İntihar Önleme Derneği (IASP) himayesinde her yıl 10 Eylül tarihinde düzenleniyor ve karşı karşıya olduğumuz sorunun büyüklüğünü düzenli olarak hatırlatma amacına hizmet ediyor. WSPD gününü sonuna kadar savunsam da bunun yılın sadece bir günü olduğunu ve intihar önleme çabalarının her yılın 365 günü, 7/24 devam etmesi gerektiğini unutmamalıyız.

Değer verilme ve değerli olma düşüncesine dönecek olursak: 2020 yılında WSPD'nin teması "intiharı önlemek için birlikte çalışmak"tı ve o gün düzenlenen etkinliklerin bir parçası olarak IASP *Step Closer (Bir Adım Daha Yaklaş)* adlı bir kısa film hazırlamıştı.¹² Görseller çağrışım yaptırmaya yönelikti ve insanlar arasında kurulan bağın önemini anlatıyordu. Mesaj basitti: Hepimizi, bir başka insanla bağ kurduğumuzda ya da kopan bağımızı yenilediğimizde bir hayatın kurtulmasına yardımcı olabileceğimizi bilerek, daha yakınlaşmamız, bağ kurmamız için cesaretlendiriyordu.

Videonun açılış sahnesi hepimizin intiharı önlemede bir rolümüzün olabileceğini hatırlatıyordu. Bunu basit bir jestin -bir gülümsemenin- gücü ile görselleştiriyordu. Hüzünlü bir arka plan görülürken anlatıcının şefkatli sesini duyuyorduk:

Basit bir gülümseme sizin için, benim için
çok az şey ifade edebilir...

Ama intiharı düşünen biri için...

Hayata doğru atılan ilk adım olabilir.

Bu duygu o kadar doğru ki; bir gülümseme inanılmaz derecede güçlü olabilir, ortak insanlık duygusunu aktarabilir. Var olduğumuzun, bir başkasından yeterince değer gördüğümüzün, bir gülümsemeye değer olduğumuzun hatırlatmasıdır. Bir gülümsemenin ya da insani, şefkatli, sıcak ya da nazik diğer küçük eylemlerin bu kadar güçlü olabileceğini düşünmek zor gelebilir ama gerçekten olabilir, özellikle de kişi kendini aşırı bunalmış, değersiz ve etrafındaki insanlara bir yük gibi hissediyorsa. Bu küçük jestler kelimenin tam anlamıyla hayat kurtarıcı olabilir. Elbette, intiharı önlemek için bir gülümsemeden çok daha fazlası gerekir ancak buradaki mesaj sosyal bağlantının hayat kurtarmanın yapı bloklarından biri olduğudur.

Birkaç yıl önce, bir arkadaşım, Ryan, gerçekten mücadeleye halindeydi; yıllar boyunca zaman zaman intihar düşünceleri olmuştı. Ancak bir süre önce bu düşünceler, kişisel bir kriz sonucunda yeniden alevlenmişti. Bir gün, akşamüzeri, her şeyin ona çok fazla geldiğini hissetmiş ve aniden harekete geçmişti. Bir tür umutsuzluk çukuru içerisinde, kendinden nefret ettiği düşüncesine artık katlanamayıp, tüm bunlara son vermeye “neredeyse kararlı” olan Ryan, kafasındaki kişisel bağlantılardan kurtulmak, ne yapacağına -hayatını sona erdirmeli mi yoksa erdirmemeli mi- karar vermek için evinden çıkmıştı. Baştaki kararsızlığına rağmen, kendi kendini eve geri gelmemeye ikna etmişti. Ancak çalkantı içindeydi, yaşamak mı ölmek mi kararsızlığını deneyimliyordu. Nereye gideceğini bilmez halde mahalledeki parktan geçmişti. Düşünceler içerisinde kaybolmuş, en kötüsünü düşünmeye başlamıştı. Son birkaç haftada onu darmadağın eden kişisel krizin yor-

gunluğuyla, yaşamayı ne kadar kötü ve ne kadar abartılı bulduğuna odaklanmıştı. Ama sonra, öylesine bir köşeyi döndüğünde bir tanıdığıyla karşılaştı. Sadece “merhaba” diyecek kadar tanıdığı biriydi. Daha önce hiç doğru dürüst sohbetleri olmamıştı ama işe giderken neredeyse her gün aynı parktan geçiyorlardı. Birbirlerine yaklaşırlarken kadın ona gülümsedi ancak yaklaştıkça yüzündeki gülümseme silindi ve yerini endişeye benzer bir ifade aldı.

“Selam. Pardon, iyi misin?” diye sordu yolları kesince.

Çok beklenmedik bir durumdu, Ryan ne söyleyeceğini bilememişti ve aceleyle “Evet, iyiyim, teşekkürler” diye mırıldandı ve hızla uzaklaştı.

Sadece birkaç kelime konuşmuş olsalar da Ryan o karşılaşmayı çok net hatırlıyor. Gülümseyişi, yüzündeki endişe ifadesi, ifadesinin samimiyeti... hepsi sadece birkaç kelimeyle ve bir iki jestle aktarılmıştı. Ryan’ın durup, “Tanrım, gerçekten benim için endişelenmiş gibiydi” diye düşünmesine neden olmuştu. Ayrıca, özellikle kırılğan hissettiğı bir anda, o an için geçici de olsa intiharı düşünmeyi bırakmasına neden olmuştu. Düşünmesi için bir neden vermişti; öyle ki Ryan evine döndüğünde yakın bir arkadaşına mesaj atıp kötü hissettiğini söylemişti, arkadaşı da aile hekimiyle görüşmesi için ısrar etmişti. Bölüm 3’te göreceğiniz gibi, intihar düşüncelerinde kesintiye neden olan herhangi bir şey kişiye hayat ile ölüm arasında karar verme isteğini yeniden değerlendirme şansı verebilir.

Ryan için bu karşılaşma tüm o karanlığın içerisinde ufak bir ışık olmuştu. Sonuç olarak hayatın yaşamaya değer olabileceğini fark etmesini sağlamıştı. Önemli ol-

duğunu fark etmesini. Gülümsemek öylesine basit bir harekettir ki... gülümsemek için kullandığımız kas sayısının kaşlarımızı çatmak için kullandıklarımızdan daha az olması bir tarafa, hayat kurtarabileceğini aklımızda bulundurmaliyiz.

EFSENERLER VE YANLIŞ ANLAŞILANLAR

Yirmi yıl önce, intihar medyada sansasyonel başlıkların ötesinde nadiren konuşulduğu gibi, ailelerde, topluluklarda ya da iş yerlerinde de açıkça tartışılması nadir bir durumdu. Konuşulması düşünüldüğünde de hep fısıltıyla konuşulurdu. Toplumsal ve kişisel bağlamda, önemli bu söylemin eksikliğinin damgalanmaya ve intihara dair pek çok efsanenin güçlenmesine katkıda bulunduğu ileri sürülebilir. Gerçekten de bana göre “Birine intiharla ilgili sorular sormak aklına bu fikri sokar” gibi bu efsaneler kontrol edilmeksizin yaygınlaşmaya devam etti ve ancak çok yakın bir geçmişte anaakım medyada ve diğer bağlamlarda anlamlı bir şekilde sorgulanır hale geldi.

Son birkaç yılda bu efsaneleri sorgulamak amacıyla kayda değer ilerleme kaydettik ancak yıkılmasının ne kadar güç olduğunu görmek beni hep şaşırtıyor. Doksanların sonlarında intihar ile ilgili olarak Belfast, Kuzey İrlanda’da yaptığım halka açık ilk konuşmamda örneklerle anlatımda bulunmaya çalışmışım. O konuşmada, intihar

ile ilgili yazılmış klasik metinlerden edindiğim, sıklıkla aktarılan 14 efsaneyi sıralamıştım. Konuşmadan sonra, Soru-Cevap bölümünde sırayla her bir efsane üzerinde durduk, bu efsanelere kimler ve neden inanıyor, inceledik. Çok geçmeden, dinleyicilerin çoğunun bu efsanelerin büyük bölümüne inandıkları ortaya çıktı. Bu efsanelerle nerede karşılaştıklarını sorduğumda cevap genellikle kullaktan dolma olduğu şeklindeydi; arkadaşlarıyla ya da aileleriyle konuşmuşlardı, TV’de gördükleri ya da bir gazete ya da dergide okudukları bir şey nedeniyle o kanıya varmışlardı. (Kimse internetten bahsetmemişti, sonuçta o dönemde internet yeni yaygınlaşmaya başlıyordu.)

Şimdi hızlıca ileri sarıp 2019’a gelelim. İngiltere’de birkaç konuşma yapacaktım, yıllar öncesinde Belfast’ta yaptığım konuşmaya benzerdi ve dinleyici kitlesi de yine genel halktan kişilerdi. Sunumlarımda yıllardır efsanelere değinmemiştim, bu efsaneleri yıkmak açısından ilerleme kaydedip kaydetmediğimizi görmek için “intihar efsaneleri” slaytımı yeniden ortaya çıkardım. Metinde önemli bir değişiklik yapmamıştım ve daha önceki ile aynı formatı kullandım: Efsaneleri teker teker ele alıp sohbet ederken, dinleyicilerin bu efsanelerden hangilerinin doğru olduğunu düşündüklerini ve nedenlerini anlamaya çalıştım. Her ne kadar doğrudan bir karşılaştırma yapmak fazla adil olmasa da doksanlardan bu yana intihara dair genel söylemde muazzam değişiklikler olmasına rağmen, tartışmalardan efsanelerin büyük bölümünün hâlâ ayakta olduğu ve intiharla ilgili nesillerdir süregelen bu inançları yerle bir edebilmek için daha çok yol gitmemiz gerektiği açıkça görülüyordu.

Aşağıda bu efsaneleri listelerken belli bir sıralama gözetmedim. Efsanelerin her birini gözden geçirmeye

ve kendinize doğru olduklarını düşünüp düşünmediğinizi sormaya ne dersiniz? Sizi temin ederim, en azından bazılarının gerçekleri ifade ettiğini düşüneceksiniz. Ardından sırayla her bir efsaneyi ele alacağız ve neden efsane olduklarını ve bazılarının sınırlarının diğerlerinden daha belirsiz olduğunu değerlendireceğiz.

İ N T İ H A R A D A İ R E F S A N E L E R

1. İntihardan bahsedenler için intihar riski söz konusu değildir.
2. İntihara eğilimli herkes depresiftir ya da ruhsal rahatsızlıkları vardır.
3. İntihar önceden uyarı vermeden gerçekleşir.
4. Birine intiharla ilgili sorular sormak aklına bu fikri sokar.
5. İntihara eğilimli insanlar besbelli ki ölmek ister.
6. Biri intihar eğilimli hale gelirse, her zaman öyle kalacaktır.
7. İntihar kalıtsaldır.
8. İntihar davranışlarının ardında ilgi çekme isteği yatar.
9. İntiharın tek bir nedeni vardır.
10. İntihar önlenemez.
11. Sadece belli bir sosyal sınıftan insanlar intihar nedeniyle ölür.
12. Duygusal durumda iyileşme intihar riskinin azalması anlamına gelir.
13. İntihar düşüncesi nadirdir.
14. Öldürücülüğü düşük bir yöntem kullanarak intihar girişiminde bulunan insanlar kendilerini öldürme konusunda ciddi değildir.

İntihardan bahsedenenler için intihar riski söz konusu değildir

Bu ilk efsanenin kaynağı, hayatını sona erdirmeye niyetli bir kişinin yapacağı son şey insanlara intiharı düşündüğünü söylemek olur, fikridir. Bu fikir yanlış olduğu gibi, intiharın altında yatan gerekçelerin ne kadar karmaşık olabileceği noktası gözden kaçırılıyor; bir de intihar düşüncelerinin ve dürtülerinin çelişkili oluşu ve bazen yükselip bazen azalır nitelikte olması var.¹ İntihardan bahsederek kişi yardım arıyor olabilir. Ne yazık ki insanların kaç defa bu efsanenin gerçek olduğunu düşünerek bana sorduklarını hatırlayamıyorum bile.

Yıllar içinde, bir annenin, babanın, partnerin ya da arkadaşın, sevdikleri kişinin intihar güdülerinden açıkça bahsettikleri için güvende oldukları “gerçeği” ile rahatladıkları yürek burkan çok hikaye dinledim. Bu efsane onları yanıltıp rahatlatmıştı. Ne yazık ki sevdikleri kişilerin yine de kendi canlarına kıyması yıkıcı olmuştu.

Bu efsane o kadar yaygındır ki... Kendileri de benzer bir düşünceye sahip olan ve hastalarını ya da danışanlarını intihar nedeniyle kaybeden aile hekimlerinden ve ruh sağlığı uzmanlarından da benzer hikayeler dinledim. Tahminler farklılık gösterse de gerçek şu ki intihar nedeniyle ölen her on kişiden en az dördü hayatına son vermeden önce birine bundan bahsediyor.² Bazen bu konuşmalar yüzeysel, bazen de daha derin olabiliyor.

Bazen konuşma yaşamaktan yorulma üzerine olurken, bazen daha dolaysız söyleniyor; sevilen kişi hayatını sona erdirmeye arzusu konusunda son derece net konuşuyor. Burada vereceğimiz tavsiye çok basit olacak. İletişimin ne şekilde olduğuna bakmaksızın, intihar eğilimine dair her türlü söylemi ciddiye alın. Doğrudan ve

anlayışlı bir yaklaşımla sorun, sonra intihar düşüncelerini yönlendirenin ne olduğunu ortaya çıkarın ve kişinin güvende olmasını sağlamak için onunla çalışın. Kişinin güvende kalmasını sağlayamayacağınızı düşünüyorsa- nız, her zaman bir sağlıkçıyla ya da acil servisle iletişim kurun. Bölüm 3 ve 4'te intihar hakkında sorular sorma- ya ve kişiyi güvende tutmaya dair pratik bazı önerilerde bulunacağım.

İntihara eğilimli herkes depresiftir ya da ruhsal rahatsızlıkları vardır

Araştırma literatüründe intihar nedeniyle ölenlerinin yüzde 90'ının depresif olduğu ya da ruhsal rahatsızlıkları olduğu sıklıkla ifade edilse de bu istatistiğin abartılı olabileceği kanısı giderek artmaktadır.³ Hatta bazıları intihar araştırmasında bu sözde kabul görmüş gerçeğin güvenilirliğini sorgulamıştır.⁴ Bununla birlikte, aralarındaki ilişkinin boyutuna dair anlaşmazlığa rağmen, pek çok kimse intiharın genellikle ruhsal rahatsızlık bağlamında gerçekleştiğine katılmaktadır. İntihar ile en yaygın olarak ilişkilendirilen ruhsal rahatsızlıklar majör depresyon bozukluğu, şizofreni, bipolar bozukluk ve madde kullanımıdır.⁵ Ancak ruhsal rahatsızlıklar intihar açısından ne bir ön koşuldur ne de yeterli neden oluşturur ve intiharı tam olarak anlayabilmek için ruhsal rahatsızlıkların ötesine bakmamız gerekir. Ruhsal rahatsızlıkların kusursuz intihar risk faktörleri fırtınasının bir parçası olduğu durumlarda bile, belli bir kişinin neden intihar nedeniyle öldüğünü tek başına açıklamaz.⁶ Üstelik uluslararası bağlama -örneğin Asya'ya- bakacak olursak, intihar ile ruhsal rahatsızlıklar arasındaki ilişkilendirme Batılı ülkelerde rapor edilene göre çok daha

zayıftır. Hindistan ve Çin’de intihar nedeniyle ölenlerin sadece yüzde 35-40’ının ölümlerinden önce depresyon teşhisi aldığı tahmin edilmektedir.⁷ Dolayısıyla dünya genelinde intihar vakalarının yüzde 60’dan fazlasının Asya’da ve yüzde 79’unun düşük ve orta gelir düzeyindeki ülkelerde görüldüğü düşünülürse, intihara meyilli insanların tamamının depresif olduklarını ya da ruhsal rahatsızlıklarının bulunduğunu söylemenin doğru olmayacağı açıktır.⁸ Hatta Batı ülkelerinde bile, intihar nedeniyle ölen insanların tamamının ruhsal rahatsızlıkları olduğunu söylemek doğru değildir; bununla birlikte pek çoğunda olacaktır. İntiharın sıklıkla sosyal dezavantajlı bağlamlarda gerçekleştiğini ve çoğu zaman öncesinde ani bir kaybın ya da kişinin hayatını etkileyen stres verici bir olayın yaşandığını hatırlamakta yarar olacaktır, tabii anlık bir güdüyle yapılan bir eylem de olabilir ki bu durumda ruhsal rahatsızlığa dair bir kanıt bulunmayabilir.

İntihar önceden uyarı vermeden gerçekleşir

Bu üçüncü efsaneyi biraz kafa karıştırıcı buluyorum çünkü intihara dair uyarı işaretleri (ör. kişinin işlerini düzene koyması) olsa da günlük hayatlarımızın hareketliliği içinde fark edilmesi genellikle zordur ve elbette uyarı işaretleri sonradan, sevdiğimiz kişiyi kaybettikten sonra, apaçık ortadaymış gibi görünebilir. Bu karışıma bir de işlerini düzene koyan ama intiharı aklının ucuna bile getirmeyen pek çok kişinin olduğunu da ekleyin. Bir de azınlık bir kesim için de olsa, herhangi bir uyarı işareti verilmemiş gibi görünebilir. Her gün intihar düşünceleriyle yaşayan birinin bakımını üstlenmişseniz, uyarı işaretlerini belirlemek daha da zordur. Bu gibi vakalar-

da, konu kimin risk altında olduğunu belirlemekten çok, sevdiğimiz bir kişinin özellikle kırılğan olduğu zamanları ayırt edebilmektir. Edwin Shneidman'ın "ölüm günü" -kişinin kendi canına kıyabileceği gün- olarak tanımladığı zamanı belirlemeye çalışıyoruz.⁹ Ancak uyarılar olsun ya da olmasın, intiharı öngörme açısından şansın ötesine geçemediğimiz gerçeği çok acı.¹⁰ Yine de, bu düşünce efsaneler bölümünde kalıyor çünkü tespit etmesi zor olsa da intiharın uyarı işaretleri vardır.

*Birine intiharla ilgili sorular
sormak aklına bu fikri sokar*

Kariyerim boyunca bana en fazla sorulan bu efsanedir. Dolayısıyla son derece net bir biçimde ifade edeyim: Bir kişiye intihara eğilimi olup olmadığını sormanın bu fikri aklına soktuğuna dair *hiçbir* kanıt yoktur. Dahası, tam tersi *koruma* etkisi de olabilir. Bundan birkaç yıl önce, Londra King's College'dan araştırmacılar yetişkinlerde, ergenlik çağındaki kişilerde, genel popülasyonda ve ayrıca klinik popülasyonlarda intihar hakkında sorular sorulmasının intihara dair düşünceleri tetikleyip tetiklemediği üzerine yapılmış tüm çalışmaları incelediler.¹¹ Bulguları tartışma götürmeyecek cinsten: İntihar hakkında sorular sormak intihar düşüncelerini artırmaz ve hatta azalan intihar düşünceleri ve ruh sağlığında iyileşmeler ile ilişkilendirilebilir. Kısaca söylemek gerekirse, birisi hakkında endişeleriniz varsa, intiharı düşünüp düşünmediklerini lütfen doğrudan sorun. Bu şekilde ihtiyaç duydukları yardımı alabilirler ve bu sorunuz hayatlarını kurtarmış bile olabilir. İntihar hakkında konuşmak ayrıca kişiye seçeneklerini değerlendirme ve hayatını sona erdirmeye kararını gözden geçirme fırsatı

da verebilir. Elbette, yukarıda da değindiğimiz gibi, bu soruyu sormak zor ve korkutucudur, bu yüzden Bölüm 12’de en iyi uygulamalardan yol çıkarak soruyu nasıl sorabileceğinize dair ipuçları vereceğim.

İntihara eğilimli insanlar besbelli ki ölmek ister

Hayır, istemez. Araştırma kariyerime başladığım zaman intihar eğilimli zihinle ilgili öğrendiğim ilk şeylerden biri, bu efsaneyi yıkmak gerektiği idi. Birinci sınıf doktora öğrencisiyken, Edwin Shneidman tarafından yazılmış, bulabildiğim ne varsa içercesine okuyordum. Kendisi Amerikan İntihar Bilim Derneği kurucularından olmasının yanı sıra intihar eğilimli zihnin anlaşılması konusunun da öncülerindendir. Çığır açan kitabı, *Definition of Suicide*’da (İntiharı Anlamak - 1985), “intiharın on ortak özelliği” ile ilk defa karşılaştığımı ve intihara dair efsaneleri öğrendiğimi hatırlıyorum.¹² Shneidman’ın sıraladığı intiharda altıncı ortak özellik bu başlıkla özellikle ilgilidir çünkü “intihardaki ortak bilişsel hal çelişik duygulardır” der. Diğer bir deyişle, kararsızlık intihar eğilimli insanlarda anahtar niteliğinde bir düşünme biçimidir. O kadar doğru ki. İntihara eğilimli insanlar çoğunlukla yaşama isteği ile ölme isteği arasında gidip gelirler. Bazıları için bu döngü neredeyse anlıktır, bir an yaşamak isterken bir diğerinde ölmek ister ve sonra birkaç dakika içinde yeniden yaşama isteğine döner. Bazılarında ise bu döngü saatler ya da günler alabilir.

İntihar girişimi sonrasında hayatta kalan insanlar çoğu zaman bu kararsızlık halinden ya da aynı anda hem yaşama hem de ölme isteğinden bahsederler ve bazıları için yaşama güdüsü intihar girişiminde bulun-

dukaları anda devreye girer. San Francisco’da Golden Gate köprüsünden atlayıp hayatta kalmış nadir insanlardan biri olan Kevin Hines atlar atlamaz hissettiği pişmanlık duygusundan sık sık bahsediyor.¹³ İntihar girişimini anlatırken, ellerinin trabzanlarla temasının kesilmesinden milisaniye sonra hayatının hatasını yaptığını anladığını çok net hatırlıyor. Çok acı verici yaralar almasına rağmen hayatta kaldı ve bugün ABD’de ruh sağlığı kampanyaları yürüten önde gelen isimlerden biri oldu.

Bundan birkaç yıl önce tanıştığım, birden fazla intihar girişiminde hayatta kalan Amir gibiler içinse durum farklı. O, yaşama isteği ile ölme isteği arasındaki düğümü çözmekte zorlanıyor çünkü çoğu zaman aynı anda her iki düşünceye de sahip oluyor. Ayrıca intihar girişimlerinin daha çok darmadağın olmasıyla ya da bunalmış olmasıyla alakalı olduğunu düşünüyor. Tek istediği “kafasındaki seslerin” susması ve sonu gelmeyen değersizlik düşüncelerinin yaşamaya dair kararsızlığını beslediğini düşünüyor. Ayrıca daha önceki intihar girişimlerinin her birinde intihar eğilimli ruh hali ve kararsızlık deneyimi farklı olmuş.

Yirmili yaşlarının ortasında yaşadığı ilk olayda, intihar girişiminde bulunduğu gece çok içmişti ve kararsızlığı aniden sona eren uzun süreli ilişkisi -“hayatının aşkı”- ile bağlantılıydı. Kız arkadaşı onu terk ettiğinde dağılmıştı ve deneyimlediği duygusal acının ötesini göremiyordu. Kararsızlığını güçlendiren aşkı yeniden bulamayacağına inanmasıydı, dolayısıyla, hayatı paylaşacağı bir olmayacaksa yaşamaya değer olmadığını, ölse de fark etmeyeceğini düşünüyordu. Girişimde bulunduğu ertesi sabah hastanede kendine gelişini hatırl-

lıyor; kafası karışık olmasına rağmen önceki gece ölmeyi istemediğinde ve kazayla aşırı alkol aldığı anda ısrar ediyordu. Ancak şimdi bunun bir yalan olduğunu, o an, o zaman ölmeyi gerçekten istediğini kabul ediyor. Yaşı ilerledikçe, intihar eğilimli olduğu zamanlarda baskın olan düşünceller yaşamak ya da ölmekle ilgili olmaktan çok, acıyı sona erdirmekle ilgili olmuş. Kararsız hali hâlâ devam ediyor ancak şimdi kararsızlığı daha çok kendine dönük ve yaşamayı hak edip etmediğine takılmış durumda. Hayatını sonlandıranlar açısından, artık kararsızlıkları ortadan kalkmış mıydı, hayattan gerçekten ölmeyi isteyecek kadar yorulmuşlar mıydı, elbette asla bilemeyeceğiz.

*Biri intihar eğilimli hale gelirse,
her zaman öyle kalacaktır*

Pek çok kişi için intihar riski genellikle kısa vadelidir ve belli bir durumla, çoğu zaman kişilerarası bir krizle bağlantılıdır. İntihar düşünceleri bazı insanlarda yeniden canlanırken, büyük çoğunluk tamamen iyileşecek, asla intihar girişiminde bulunmayacak ve intihar nedeniyle ölmeyecektir. Bu bana ellili yaşlarının ortalarındaki Dale'i hatırlattı; üç aylık bir dönem içerisinde birkaç defa intihar girişiminde bulunmasının ardından klinik çalışmalarımızdan birinde yer almıştı. O da ailesi de doğal olarak işlerin hiç değişmeyeceğinden ve uzun bir süre boyunca intihara eğiliminin devam edeceğinden endişe ediyorlardı. Neyse ki takip seanslarımızdan biri kapsamında onunla yeniden iletişim kurduğumuzda iyi durumdaydı. Depresyon semptomları için ilaç kullanmaya başlamıştı ve özgüven ve özdeğerle ilgili sorunlarını aşması için kendisine yardımcı olan bir psikolog

ile görüşüyordu. Bize şunu söylemişti: “Aylar öncesinde hissettiğim umutsuzluğun derinliklerini düşününce, o zamanlar bir çıkış yolu göremiyordum ya da intihar düşüncelerimin sonu gelmeyecek gibi görünüyordu.” Buna karşılık, şimdi çok daha iyi uyuyor, hayatının kontrolünü eline aldığını hissediyor ve aylardır intihar eğilimi hissetmemiş.

Sevdiğiniz bir kişi intihar eğilimi gösterdiği bir krizin içindeyse ve işlerin iyiye gitmemesinden korkuyorsanız, bu tutunabileceğiniz oldukça güçlü bir mesaj. Kişi iyileşebilir, iyileşir. Ancak sevdiğiniz bu kişiye ulaşmaya çalışmak önemlidir ki ihtiyacı olan yardımı alabilsin.

İntihar kalıtsaldır

Bir defa daha, diğerlerine göre daha müphem efsanelerden biriyle karşı karşıyayız. Bir açıdan, efsane olduğu çok net çünkü kişinin kendi canına kıyması eylemi, her şeyden önce, bir davranıştır ve davranışlar kalıtsal değildir. Bununla birlikte, kişinin intihar karşısında zayıf olması, kısmen, genetik bir durumdur, dolayısıyla intihar *riski* kalıtsaldır. Gerçekten de ikiz kardeşler ve evlat edinilmiş çocuklar ile yapılan çalışmalarda tahminler yüzde 30-50 gibi bir kalıtsallık katsayısı ileri sürmektedir, bununla birlikte psikiyatrik rahatsızlık dikkate alındığında katsayı biraz daha düşüktür.¹⁴ Kalıtsallık katsayısı genetik faktörlerle açıklanabilecek belli bir karakter özelliğinin (bu durumda intiharın) değişkenlik yüzdesidir. Bence intihar ile kalıtsallık arasındaki ilişki tarif edilirken, intiharın kendisinin değil, kısmen intihar karşısındaki zayıflığın kalıtsal olarak geçtiğini söylemek daha doğru olacaktır.

İntihar davranışlarının ardında ilgi çekme isteği yatar

Son yıllarda intiharın damgalama nedeni olmaktan çıkarılması yönünde sağlanan ilerlemeye rağmen, insanların bu efsane hakkında konuştuklarını duyduğumda hâlâ hayal kırıklığı yaşıyorum. İntihar davranışı ve kendine zarar verme davranışları çok sıklıkla küçümseyici bir dille tanımlanıyor, ilgi çekme ifadesinden önce genellikle “sadece” sözü ekleniyor. Örneğin, “Yine kendini kesmiş [kadınların bu şekilde damgalanmaları daha yaygındır], sadece ilgi çekmeye çalışıyor; kendini öldürmeyi cidden isteseydi yapardı.” Elbette intihar eğilimli birey dikkati rahatsızlığına çekmeye çalışır, belki de kendini yaralama davranışını bunu başarmanın tek yolu olarak görür. Ancak bu durum, bu şekilde kestirip atan insanların ileri sürdükleri anlamda “ilgi çekme isteği” değildir; bu bir rahatsızlık göstergesidir. Bana göre konu oldukça basit. Bir kişinin hissettikleriyle başa çıkabilme ya da rahatlama aracı olarak kendisine acı verecek davranışları tercih etmesi için nasıl bir acı ya da rahatsızlık hissedebileceğini hayal etmeye çalışın. Gerekçesi ne olursa olsun, kişinin kendine zarar verdiği her eylemin ciddiye alınması gerekir ve anlayışla, insanca bir tepkiyi hak eder.

Yaklaşık on yıl önce, uzun zamandır birlikte çalışmalar yaptığım kişiler ve aynı zamanda arkadaşlarım olan Susan Rasmussen ve Keith Hawton’la beraber *Yaşam Tarzı ve Refah Çalışması*’nı yürütmüştük; İskoçya ve Kuzey İrlanda’da ergenlik dönemindeki kişilerle yapılan büyük bir anket çalışmasıydı.¹⁵ 15-16 yaşlarındaki 5 bin 500’den fazla gence, gizli kalacağı teminatı vererek, geçmişte kendilerine zarar verip vermediklerini ve verdi-

lerse bunu neden yaptıklarını sorduk. Çalışma bulguları endişe vericiydi; gençlerin en az yüzde 10'u geçmişte, çoğunlukla son 12 ay içinde, en az bir defa kendisine zarar verdiğini söyledi. Bu bulgu diğer uluslararası çalışmalar ile aynı yöndedir. ¹⁶ Gerekçelerinin ne olduğunu sorduğumuzda, cevapları çok dokunaklıydı ve geniş bir yelpazeye yayılmıştı; kendine zarar verme davranışının altında yatan karmaşık gerekçeleri gözler önüne seriyordu. Aşağıda aklımdan silinmeyen dört cevap yer alıyor. Gerekçeden bağımsız olarak, kendine zarar verme davranışının rahatsızlığın bir ifadesi olduğunu ve eleştirilmek ve es geçilmek yerine yardım ve destek verilmeyi hak ettiğini vurgulamaları açısından konumuzla alakalıdır. İlk iki cümle on beş yaşındaki iki gence ait ve kendine zarar verme davranışının, pek çok kişi için, kişinin duygusu ile başa çıkabilme aracı olduğunu aktarıyor:

“Çektiğim çileden ve acıdan kurtulmak için.”

“Acıyı kalbimden koluma taşımak için.”

Aşağıdaki iki cümle de son derece güçlü:

- “Fiziksel acı duygusal acıyı bastırıyor.”
- “Kaçamadım. Sadece artık yaşamak istemedim.”

Bu son iki cümleyi okuduğumda gerçekten etkilenmiştim; bu gençlerin duygusal acılarıyla başa çıkmak için başka bir alternatif bulamamaları düşüncesini kafamdan atamıyordum. Bu gençlerin acılarını bastırmak için kendilerine zarar verme yoluna başvurmaları çok üzücü. Sözleri inanılmaz üzücü ve bence sağlığımızın hem

fiziksel hem de zihinsel sağıktan oluştuğunu ve bunların birbirlerinden ayrılmaz olduklarını vurguluyor. Beden olmadan zihin ve zihin olmadan da beden olmaz.

İntiharın tek bir nedeni vardır

Hiç tartışmasız, intiharın tek bir nedeni *yoktur*. Daha çok, intiharın çeşitli faktörlerin mükemmel bir fırtınada bir araya gelmesinin sonucu olduğu söylenebilir ve daha önce de bahsettiğim gibi, bu faktörler biyolojik, psikolojik, klinik, sosyal ya da kültürel olabilir ve pek çoğu gizli kalmış olabilir.¹⁷ Dışarıdan bakıldığında intihara tek bir olay ya da faktör neden olmuş gibi görünebilir ancak genellikle durum bu değildir. Örneğin, İngiliz televizyon sunucusu Caroline Flack'in Şubat 2020'deki hem İngiltere hem de sınır ötesi medyada fazlasıyla yer bulan trajik intiharını ele alalım. Anaakım medyanın büyük bölümünü dinlediyseniz, 40 yaşındaki zamansız ölümünün tek nedeninin Caroline'e gösterilen yaklaşım olduğuna inanabilirsiniz. Ya da medya suçlanmıyorsa, bu defa Kraliyet Savcılık Makamı saldırıların hedefi oluyordu. Gerçek şu ki ölümünden saatler ya da dakikalar önce aklından neler geçtiğini hiçbirimiz kesin olarak bilemeyeceğiz ama kesin bir şey varsa, o da zamansız ölümünün dışarıdan bakanların bilmedikleri birden fazla faktörün neden olduğu kişisel bir trajedi olduğudur. İntiharı tek bir nedene indirgemenin kimseye, özellikle de intihar riski en yüksek olanlara ya da trajik bir kaybın ardından geride kalanlara faydası olmayacaktır.

İntihar önlenemez

Bu karmaşık bir efsane. Ulusal düzeyde bakacak olursak, intihar önlenemez ancak bunun başarılması çok

zordur.¹⁸ Şu şekilde anlatalım: Ülkeler arasında ve zaman içerisinde intihar oranlarındaki uzun vadeli trendleri inceleyecek olursak, dünyadaki intihar oranlarının gerilediğini görürüz. İstatistiksel açıdan, genellikle yaşa göre standardize edilmiş ölüm oranları raporlanır ve Washington Üniversitesi'nden Mohsen Naghavi tarafından gerçekleştirilen yeni bir çalışmada, dünya genelinde yaşa göre standardize edilmiş intihar oranlarının 1990-2016 yılları arasında üçte bir oranında azaldığı rapor edilmiştir.¹⁹ Bu harika bir haber! Gerçekten de İskoçya kısa bir süre öncesine kadar intihar oranının gerilediği ülkelere iyi bir örnek oluşturmaktadır. 2018'e kadarki 10 yıl boyunca, intihar oranları her yıl azalmış ve toplamda yüzde 20'lik bir düşüş görülmüştür.²⁰ Dolayısıyla ülkeler düzeyinde bakacak olursak, bu veri intiharın önlenabilir olduğunu ortaya koyabilir. Ancak burada zor olan bu azalmanın nereden kaynaklandığının net olmasıdır ve bireysel düzeyde intiharın önlenmesinin zor olduğu bilinir.

Ulusal intihar önleme önlemlerinin işe yarayıp yaramadığını ya da ne ölçüde işe yaradığını kesin olarak bilmiyoruz ama İskoçya örneğinde on yıllık ulusal intihar önleme eylem planının uygulanmasının belli bir rolü olduğuna inanıyoruz. Ancak ABD ve Avustralya gibi diğer ülkelerde intihar oranları son yıllarda artıyor; İskoçya'da da yıllardır gözlenen azalmanın ardından, 2018'den bu yana yeniden bir artış görüldü. Ulusal düzeylerde gözlenen azalmaların (ya da tersinin) açıklamasının ne olduğundan bağımsız olarak, bireysel düzeyde intiharın önlenmesi daha da fazla zorluk içerir. Daha önce de söylediğim gibi, kimin intihar nedeniyle öleceğini bilimsel olarak isabetli tahmin etme olasılığı-

mız, şans eseri tahmin etme olasılığımızla aynı.²¹ Risk ve koruyucu faktörlerin anlaşılması açısından sağlanan ilerlemelere rağmen, bireysel düzeyde intiharın önlenmesi hedefi hâlâ zordur; burada *kimlerin* kendi canlarına kıyma olasılıklarının daha fazla olduğunu belirlemeye çalışmanın yanı sıra, bir de bunu *nerede* ve *ne zaman* yapacaklarını bilmemiz gerekir.

Sadece belli bir sosyal sınıftan insanlar intihar nedeniyle ölür

İntihar sosyal sınıfa bakmaz. Herkes, hangi sosyal sınıftan olursa olsun, intihar nedeniyle ölebilir. Bu efsanenin doğma nedeni daha dezavantajlı geçmişe sahip olanlar arasında intihar oranlarının daha varlıklı olanlara göre daha yüksek olmasıdır. Sık sık eşitsizliğin sosyoekonomik eğiminden bahsederiz ve konu intihar olduğunda bu eğim oldukça diktir. İngiltere’de, en düşük sosyal sınıftan olanlar arasında intihar görülme olasılığı sosyal piramidin en tepesinde bulunanlara göre üç kat fazladır. Daha önce söylediğim gibi, intihar eşitsizliğin ve adaletsizliğin iç burkan bir örneğidir ve intiharın önlenmesinde kamu sağlığı yaklaşımının benimsenmesinin önemi göz önüne serer.²²

Duygusal durumda iyileşme intihar riskinin azalması anlamına gelir

Sıradaki bu efsane içinde hüznün barındırıyor çünkü sevdikleri kişinin duygu durumunun ölümünden önceki günlerde iyileşme göstermesine kanıp rahatlamış ve ardından onu kaybetmiş çok kişiyle tanıştım. Bu kişiler içlerinde büyük bir suçluluk duygusu taşıyorlar çünkü “gardlarını düşürdüklerine” inanıyorlar. Sevdikleri ölü-

me giderken yeterince uyanık olmadıkları için onları yüzüstü bıraktıklarını düşünüyorlar. Elbette aile üyelerinin ya da yakın arkadaşlarının neden böyle hissettiklerini anlayabilirim ama gerçekleri sonradan görebilsek bile, sevdikleri kişinin hayatını kurtarmalarının mümkün olmayabileceğini unutmamak çok önemli.

Duygusal durumda iyileşme intihar riskinin azalması anlamına gelir diyen birine kulak asmayın. Bu bir şehir efsanesi olduğu gibi, ters ilişkinin söz konusu olması nedeniyle trajik ölçüde yanlış olabilir. Görünen o ki, duygu durumundaki iyileşme azalan intihar riski ile değil *artan* riskle ilişkilendiriliyor. Buradaki mantık şöyle: Bir kişi depresif bir dönemin (örneğin) ortasında ve acıları ağır geliyorsa, genellikle bir intihar planı oluşturacak ve uygulayacak enerji ya da motivasyona sahip olmaz. Ancak, acılarını sona erdirmeye amacı olarak intiharda karar kılırsa, sorunlarına çözüm *bulduğu* inancıyla duygu durumu yükselebilir; intihar acılarını kalıcı olarak sona erdirmenin aracı olur. Bu durumun zincirleme etkisi ise, duygu durumu iyileştikçe motivasyon ve enerjisini geri kazanmasıdır ve artık intihar eylemini planlayacak ve uygulayacak duygusal ve bilişsel kapasiteye ulaşmasıdır. Ancak ruh halinde yukarı yönde hareketlenmenin makul bir açıklaması varsa, rahatlama söz konusudur ve uyanık olmak için daha az neden vardır. Örneğin, kişinin ruh halinde iyileşme olmuştur çünkü içinde bulunduğu krizi çözmüştür ya da kullandığı ilaç ya da gördüğü psikolojik tedavi işe yaramaktadır. Bu gibi durumlarda, duygu durumundaki iyileşme anlaşılabilir ve memnuniyetle karşılanır ancak yine de kişinin güvende olduğunun garantisi yoktur.

Genel olarak, hassas durumdaki bir kişinin ruh halinde açıklanamaz bir iyileşme olmuşsa, endişelenmek için bir neden olabileceği düşünülmelidir ve daha fazla irdelenmesi ve destek sunulması tavsiye edilir. Yıllar içerisinde klinisyenlerle yapılan görüşmeler de bu efsanenin görmezden gelinmemesinin önemini doğrular niteliktedir; psikiyatristler ve psikologlar bazı hastaların ölümlerinden önceki günlerde ve haftalarda tedaviye çok daha fazla katılım göstermelerinin ve çok daha mutlu görünmelerinin trajik oluşunu ifade ediyorlar.

İntihar düşüncesi nadirdir

Ne yazık ki bu doğru değil. Araştırma kapsamına ve popülasyonuna bağlı olarak intihar düşüncesinin yaygınlığı büyük farklılıklar göstermektedir. Dünya Ruh Sağlığı Araştırmasında, uluslararası düzeyde yüzde 3 ile 16 arasında yetişkin hayatlarının bir aşamasında intihar düşünceleri deneyimlediklerini bildirmiştir.²³ Bununla “O kadar yorgunum ki, keşke uyusam ve bir daha uyanmasam” gibi pasif intihar düşüncelerini kastetmiyorum; kastettiğim kişinin kendi hayatını sonlandırma yönünde aktif düşünceleri. Örneğin, İskoçya Refah Çalışması adlı bir başka çalışma kapsamında 3500’den fazla genç yetişkinde (18-34 yaş aralığı) intihar düşüncelerini değerlendirirken, “Hayatınıza son vermeyi ciddi anlamda düşündüğünüz ancak bunu yapma girişiminde bulunmadığınız oldu mu?” diye sorduk. Verilen cevaplar hissedilen rahatsızlığın boyutlarının altını çiziyordu: Yüzde 20’den fazlası hayatlarının bir aşamasında intihar düşüncelerinin olduğunu, bunların yüzde 10’u son 12 ay içinde intiharı düşündüğünü belirtmişti.²⁴ Merak ediyorsanız, intihar düşünceleri oranı sadece genç bireylere

odaklanması durumunda daha yüksektir çünkü daha ileri yaştaki yetişkinler daha az intihar düşüncesi beyan etme eğilimindedir.

Öldürücülüğü düşük bir yöntem kullanarak intihar girişiminde bulunan insanlar kendilerini öldürme konusunda ciddi değildir

Bu efsane, kısmen, dikkat çekme isteği efsanesi ile ilgilidir. Buradaki düşünce bir kişinin hayatını sona erdirmeye konusunda gerçekten ciddi olması durumunda, bunu “doğru düzgün yapacağı” ve sözde öldürücülüğü düşük bir yöntem yerine gerçekten öldürücü olacak bir yöntem tercih edeceğidir. Öldürücülüğü düşük, kendini yaralama eyleminin dikkat çekme isteği olarak görülüp önemsenmemesi gerektiği ima edilir. Bu bir şehir efsanesidir; intihara yönelik her eylemin ciddiyetle ele alınması gerekir ve bir intihar girişiminin algılanan öldürücülüğünden yola çıkarak intihar niyetinin olmadığı sonucuna varmamalıyız. Bazen insanlar kişilerin kendilerini yaralaması eyleminin aşırı dozda ilaç alımına göre daha az öldürücü olduğunu düşünürler. Hatta başkaları gibi, ben de hastaneye aşırı dozda ilaç almış halde getirilen kişilerin gelecekte intihar nedeniyle ölme olasılığının, kendini yaralama nöbeti ardından hastaneye getirilenlerle karşılaştırıldığında daha yüksek olduğu görüşündeydim. Ta ki Oxford Üniversitesi’nden Keith Hawton ve çalışma arkadaşlarının tam tersini gösteren bir çalışma yayımlamasına kadar. Çok merkezli bir çalışma olan İngiltere’de Kendine Zarar Verme Üzerine Çalışma’da elde edilen verileri kullanarak, 10-18 yaş aralığındaki bireyler arasında kendini yaralama nedeniyle hastaneye getirilenlerin, aşırı dozda ilaç kullanı-

mının ardından hastanede tedavi görenlerle karşılaştırıldığında, takip eden birkaç yıl içinde intihar nedeniyle ölme olasılıklarının daha fazla olduğunu bulmuşlardır.²⁵ Kısacası, burada not almamız gereken mesaj şudur: Her intihar eylemi ya da kendine zarar verme eylemi ciddiye alınmalıdır.

İKİNCİ KISIM

İNTİHAR ÖLMİYİ İSTEMEKTEN ÇOK ACIYA SON VERMEKLE İLGİLİDİR

Kendimizi akut olarak intihar eğilimli hissedenden birinin yerine koymamız zor olabilir. İntihar üzerine çalışmalar yaptığım bunca yılın ardından bile, intiharın kişisel bedelinin tam anlamıyla akıl almaz olduğunu düşündüğüm günler oluyor ve hayatta kalmak için mücadele edenler için endişeleniyorum. Ancak bu en zor anlarda bile, intiharın itici gücünün ruhsal acılar olduğu gerçeğini aklımdan çıkarmamaya çalışıyorum. Karmaşık nedenlerinden bağımsız olarak, intihar katlanılmaz olan acıyı, kalıcı olarak da olsa, sonlandırmayla ilgilidir.

İNTİHARI ANLAMLANDIRMAK

Ölen kişinin aileleri ya da yas içindeki sevdikleri bizimle iletişim kurduklarında neden yaptığını bilmek isterler. Sevdikleri bu insan neden kendi canına kıydı? Neden bunun olacağını göremediler ya da eğer görmüşlerse, neden onu kaybetmenin önüne geçemediler? Bu e-postalar, bu mektuplar, bu telefon görüşmeleri... hepsi kaybedilmiş hayatların hikayesidir, erkek kardeşlerin, kız kardeşlerin, annelerin, babaların, arkadaşların, evlatların çektiği acıdır. Son derece kişisel ve benzersizdir ama bir yönden de birbirine benzer. Bazıları hâlâ şok içindedir, yaşadıkları kayıpla darmadağın olmuşlardır; bazılarıysa öfkeli ya da kafaları karışmıştır. Yaşadıkları trajediye anlam vermeye çalışırken neredeyse kafaları durmuş gibidir. Bu iletişimler genellikle birdenbire ortaya çıkar; bazen internette yaptıkları bir aramada adımı bulurlar, bazen intihar üzerine verdiğim bir konferansı dinlemiş ya da yazdığım bir akademik makaleyi okumuş olurlar.

İlk defa böyle bir yazı aldığımda yirmili yaşlarımda sonlarındaydım ve başta ciddi anlamda afallamış, nasıl cevap vereceğimi bilememiştim. Elle kaleme alınmış bir mektuptu, üniversite adresime gönderilmişti ve onları telefonla aramamı rica ediyordu. “Onlar” yani anne baba; hiç depresyon geçmişi olmayan, birkaç hafta önce kaybettikleri Daniel’ın anne ve babası. Daniel tek çocuklarıydı ve ölümü beklenmedik olmuştu, “karakterine hiç uymuyor”du. Herhangi bir e-posta adresi verilmemişti, sadece bir telefon numarası vardı. Yazılarımdan birine denk gelmişlerdi ve bu onları anlayabileceğimi hissettirmişti, bu nedenle de benimle iletişime geçmişlerdi.

2000 yılındaydık, 27 yaşına girmek üzereydim ve o dönemde kimlik hırsız sendromu* ile ciddi bir mücadele içindeydim. Okutmanlık yapmaya başlayalı daha birkaç yıl olmuştu ve bağımsız bir araştırmacı olarak yer edinmeye çalışıyordum. Üniversitede yeni okutman olanların çok iyi anlayacağı üzere, çoğu zaman derin bir çukura düşmüş gibi olur, öğrencilerden bir adım önde olmak için uğraşır durursunuz. Tabii ki o dönemde intihar önleme araştırmaları dünyasında sağlam bir yerim olduğumu hissetmiyordum. Daha çaylaştım, o aşamada sadece doktora tezimi yayımlamıştım. “İntihar davranışını anlama konusunda gerçekten ne biliyorum?”, “Daha üç gündür intihar araştırması yapıyorum”, “Başka biriyle konuşmalar daha iyi olur”... Kendi kendimi eleştirdiğim bu gibi cümleler kafamda dönüp duruyordu.

Dolayısıyla mektuba cevap vermeye çekindiğimi söylemem sizi şaşırtmamalı. Samimiyetle söylemeliyim

İng. Imposter syndrome: Kişi mesleki başarılarını içselleştiremez, tesadüfi olduğuna inanır, hak etmediğini düşünür ve dolayısıyla bir tür “sahtekar” olduğuna inanır. ç.n.

ki şaşkına dönmüştüm; kısmen kendimle ilgili olarak kafamın zaten karışık olmasından. Ne söyleyeceğimi bilmiyordum ve özellikle de yanlış bir şey söylemekten ya da yaşadıkları acıyı daha da kötüleştirmekten endişeleniyordum. Ayrıca konuya pratik açıdan baktığımda, bu telefon görüşmesinin nasıl olacağını da bilmiyordum. Ne zaman aramam uygun olurdu? Telefonu açarlarsa ne demeliydim? Konuşacak kadar iyi durumda olduklarını nasıl kontrol edecektim? Defalarca görüşmenin provasını yaptım ama tatmin olmamıştım, bu yüzden aramayı birkaç gün erteleyip en iyi tepkinin ne olacağını anlamaya çalıştım. Ayrıca duyarsızmışım gibi algılanmadan telefon görüşmesi yapmanın getirdiği sınırları aşarak nasıl iletişim kuracağımı da bilmiyordum. Ben bir terapist değilim, araştırmacıyım ve Daniel’la hiç tanışmamışken anne babasına nihai olarak kendi canına kıyma kararını neden aldığını asla söyleyemezdim. Yaşadığım endişeler, çok iyi tanımadıkları biriyle intihar konusunu konuşmaya çalışan herhangi birininkine benziyordu; işleri daha da kötüleştirebilecek bir şey söylemekten endişeleniyordum.

Ancak o zaman bile intihar nedeniyle sevdiklerini kaybetmiş yeterince insanla karşılaşmıştım ve sadece sevdikleri kişi hakkında konuşma fırsatı yakalamalarının, intihar eğilimli zihnin karanlığını aydınlatabilecek ufacık bir ışık olasılığına sahip olmanın bile yardımı olabileceğini biliyordum. Biz insanlar belirsizlikleri ya da bilinmeyenleri ya da muğlak durumları tolere etmekte zorlanırsınız, hayatımızı bunları azaltmaya çalışarak geçiririz. Sabah uyandığımız andan, gece yatağa gittiğimiz ana kadar bu belirsizlikleri ve bilinmezlikleri azaltmak için çabalarız. İntiharın en önemli özelliklerinden biri

sayısız belirsizliğin olmasıysa, bir diğeri de bilinmesi mümkün olmayacak pek çok yanının olmasıdır. İntihar hakkında kesin olarak bilinen tek şeyin, sevdiğiniz kişinin artık gitmiş ve bir daha geri gelmeyecek olması katlanılmazdır. Asla gelmeyecek. Hiçbir zaman. Diğer her şey belirsizdir, kafa karıştırıcıdır ve karmaşıktır. O son dakikalarda birinin aklından geçenleri bilmek imkansızdır. Fikrini değiştirmiş ama çok geç kalmış olabilir mi? Kimsenin onu umursamadığını mı düşündü? Bunlar gerçekten de korkunç sorular ancak gerçek şu ki, ölmüş olan kişilerin karar verdikleri o andaki zihinsel durumlarını bilmek mümkün değildir.

O hafta sonu, aramam durumunda ailenin sevdikleri kişinin neden ölmüş olabileceğini “test etme” fırsatına sahip olabileceklerini düşündüm. Belirsizliği bir nebze de olsa dağıtabilirdi ve konuşabilecekleri güvenli bir ortam yaratabilirdi. Bir intihar olayının ardından cevap arayışı belki de en berbat ikilemdir. Sonuç son derece nettir ama nedenler, ölümden önceki dakikalar ya da saatler çoğu zaman gizlenmiştir ancak kayıp acısı yaşayanları yiyip bitirir. 2008’de Clare öldüğünde ve ben de ilk defa intihara kişisel bir kayıp verme süreciyle yüz yüze geldiğimde, bu karşılaşmayı ve cevap bulma arzusunun son derece boğucu, ısrarcı ve acı verici hale geldiğini hatırladım. Sevdiğiniz kişiye neden devam edemediğini, neden yaşamakla yüzleşemediğini sorabileceğiniz beş dakikacık zamanınızın olmasını dünyada her şeyden çok istersiniz. Geçmişteki tüm konuşmalarınızı zihninizde yeniden canlandırır, işleri iyileştirmek için ne yapabilirdiniz ya da ne yapmalıydınız diye düşünüp kendi kendinize eziyet edersiniz. Onları hayatta tutmak için ne yapabilirdiniz ya da ne yapmalıydınız

diye. Günler boyunca Clare'den gelen her bir e-postayı ve verdiğim cevapları didik didik etmiş, daha farklı cevap verebilir miydim diye düşünmüştüm.

Telefon etmek, yanlış bir şey söylemek ya da yapmak konusunda endişe etmeme gerek yoktu. Ertesi hafta telefon ettiğimde anne de baba da evdeydi. Tam anlamıyla çaresizlik içindeydiler; travma geçiriyorlardı, kalpleri buruktu ve duygusuzlaşmış gibiydiler. Daniel'ın ölümünden beri evlerinden neredeyse hiç  ıkmamışlardı. Onun yerine hayatını, onun için önemli olan her bir dönüm noktasını, her başarısını ve her başarısızlığını tekrar tekrar düşünüyorlardı. İntihar notu yoktu ve depresyon geçmişi olmamakla birlikte doksanların başlarında yaşanan ekonomik durgunluktan etkilenmiş, 1991'de "hayallerindeki işi" kaybetmişti. Özellikle annesi o olaydan sonra eski haline d nemediğini düşünüyordu. Daniel öldüğünde otuzlarının başlarındaydı ve ölümünden önceki üç yılda iki defa daha işsiz kalmış ve uzun süreli bir ilişkisi bitmişti. Çok içmeye başlamıştı ve annesine bakılırsa, eski halinin ancak gölgesi gibiydi. Ama umutsuz ya da intihar eğilimli olduğuna dair hiçbir şey söylememişti; geleceğine dair iyimserdi, dolayısıyla hali onları endişelendirmemişti. Sonra bir akşam, arkadaşlarıyla birlikte yedikleri akşam yemeğinden dönüşte onu bulmuşlardı. Cansız. Pek çok aile gibi, belli bir nihai tetikleyici ya da "bardağı taşıran damla" göremiyorlardı.

Ayrıca bunu neden yaptĐı ve neden o zaman yaptĐı sorularına da bir cevap bulamıyorlardı. Ölümünden sonra geçen birkaç haftada anlamlandırmaya çalıştıklarından yola çıkararak, yeniden ailesinin evine taşınmak durumunda kalmayı utanç verici bulduğu ve bağımsızlığını yeniden kazanmanın bir yolunu göremediği

sonucuna varmışlardı. Telefon görüşmemiz sırasında çoğunlukla anlattıklarını dinledim ve sorularına elimden geldiğince ama genellemelerle cevap verdim; İngiltere’de intihar nedeniyle ölenlerin çoğunun karar alma becerilerini gölgeleyen bir ruh sağlığı sorunu yaşadığını, sorunlu alkol kullanımı gibi ek rahatsızlıkların var olan ruh sağlığı belirtilerini kötüleştirebildiğini çünkü alkolün bir depresan olduğunu söyledim.¹ Anne babası, psikologların “bilişsel daralma” olarak adlandırdıkları durumun Daniel’in alternatifleri görememiş, intiharı tek seçenek olarak değerlendirmiş olabileceğini anlamlarına yardımcı olduğunu düşündüler. Bilişsel daralmandan tünel görüşü olarak da bahsedilir; bu tünel görüşü intihar eğilimli kişilerde yaygın bir düşünme şeklidir.² Edwin Shneidman yıllar önce bilişsel daralmayı intihar eğilimli zihnin ortak özelliklerinden biri olarak belirlemişti; bu daralmanın tedavi edilmesi, kaygı ve depresyon gibi sık rastlanan ruh sağlığı sorunlarının yanı sıra intihar eğilimli kişilerin psikolojik tedavisinde yaygın olarak kullanılan bilişsel davranışçı terapinin (BDT) önemli bir parçasıdır.

Tünel görüş teriminin psikoloji bağlamında kullanıldığını ilk duyduğumda, bilişsel daralma ile neyi kastettiğimizi anlatmak için zaman zaman kullandığım, kısmen içinde tünel geçtiği için korkutucu olan bir çocukluk anımı hatırlamıştım! Kuzey İrlanda’da çocukluk yıllarımın geçtiği Derry’de annemle babamın evinin yakınlarında, çocuklar için oyun cenneti denebilecek bir yer vardı. Futbol sahalarının, çitlerin ve uzun otların, tırmanılacak harika ağaçların ve bir derenin olduğu bir araziydi. Dere boyunca epeyce ilerlediğinizde bir tünele ulaşılıyordu. Üzerinden çok zaman geçti, bu yüzden ayrıntı-

lar biraz bulanık ama 10 ya da 11 yaşında olduğum bir kış gününü hatırlıyorum; tünelin içinden koşmaya karar vermişim ama buz gibi suya düşüp bileğimi burktum. Sırılıklam olmuşum ve arkadaşlarımla nereye kaybolduklarına dair hiçbir fikrim yoktu. Yalnızdım ve bağırmağa rağmen kimse gelmemişti. İşin kötüsü, akşam olmak üzereydi ve tünelin çıkışını göremiyordum. Öylesine şok olmuşum ki doğru düzgün düşünemiyordum, düşüncelerim daraldıkça daralıyordu ve sadece “bu tünelde kısıp kalacağım” düşüncesinden başka bir şeye odaklanamıyordum. Tünelin bir ucu olduğunu bilmeğe rağmen, hiç o kadar uzağa gitmemiştim. Ayrıca basit bir hareketle dönüp geldiğim yerden gidecek kadar da aklım başımda değildi. Fiziksel olarak orada mahzur kaldığımı hissediyordum ama aynı zamanda zihinsel olarak da mahzur kalmışım. O tünelden nasıl çıkabileceğimi düşünemiyordum, düşüncelerimi kontrol edemiyordum. Elbette benim geçici bir süreyle ıslak, karanlık bir tünelde mahzur kalmamı intiharla ilişkilendirilen psikolojik acıyla karşılaştıramayız ancak zihnin yaşanan olayları ve durumları nasıl yanlış yorumlayabileceğini ve gerçekte öyle olmadığımız halde kapana kısılmış hissetmemize neden olabileceğini gösteriyor. O olayda, bir çözüm olmasına rağmen çıkış yolunu düşünememişim.

Bu benzetmeyle devam edersek, intihar düşüncesi çeşitli nedenlerle tünele benzeyebilir; bazıları için tünelin ucundaki ışığı görmek mümkün olmayabilir, bazıları içinse kurtulamadıkları bir zihinsel kapan, kaçamadıkları bir hapishane gibidir. Benim çocukluğumda yaşadığım deneyim geçiciydi ve fiziksel tünelimden kaçabilmişim (arkadaşlarım nihayet yardım çağlıklarımı duymuştu ve yaşça daha büyük çocuklardan birini ça-

ğırıp çıkmama yardım etmişlerdi), bir de zihinsel acılardan kaçmaya çalıştığınızı ve düşüncelerinizin giderek daraldığını, giderek kısıtlandığını düşünün. Zihninizin size çıkış yolu yok dediği psikolojik bir tünelde olmak gibi. Bu düşünce şekli insanı tüketebilir ve alternatifleri görmeyi, farklı bir gelecek ya da ruhsal acıların sona erdiği bir zamanı görmeyi zorlaştırır.

Örneğin, bundan birkaç yıl önce, klinik psikolog Laura McDermott liderliğinde yürüttüğümüz intihar sürecini anlama üzerine kurgulanmış bir çalışmada yer alan 42 yaşındaki Peter'ı ele alalım.³ Tekrarlanan depresyon geçmişi vardı ve odağının daraldığını ve sonunda intihar girişiminde bulunduğunu anlatıyordu:

Gerekçelendirme ve mantıklı bir çerçeveye oturtma kapasitenizi kaybediyorsunuz ve sadece içinde bulunduğunuz umutsuz duruma ve ne kadar korkunç olduğuna odaklanmaya başlıyorsunuz. O zamanlarda mantıklı düşünüp kendi kendinize, “Biliyor musun? Belki yarın aile hekimini ya da psikiyatristi ya da yardım grubunu ararsın” diyemiyorsunuz.

O görüşmede Peter ayrıca umutsuzluğundan ve güçsüzlük hissinden de bahsediyordu:

Yıllar içinde depresyon halim kötüye gitti ve daha uzun süren bir deneyim haline geldi, sanırım intihar girişimlerinde, intihar eğilimli hissettiğim zamanlar, o duygu daha yoğun oluyor. “Yine bu noktadayım. Geçmişte defalarca böyle hissettim. Denedim

ama hiçbir şey işe yaramıyor” diye düşünüyorsunuz. Yani bence böyle olduğunda daha fazla depresyon oluyor ve bu defa gerçekten işe yaramasını istiyorsunuz. Sanki sürekli bir şeyi deniyorsunuz ve deniyorsunuz ve işe yaramasını istiyorsunuz. İşe yaramasını daha da umutsuzca istiyorsunuz.

Çoğu zaman, intihar eğilimli insanlara başka kimse onları duymuyormuş ya da acılarını hissetmiyormuş gibi gelir ve başka bir çıkış yolu göremezler. Tıpkı benim yıllar önce gerçek bir tünelin içinde kaldığımda olduğu gibi; ne kadar bağırırsam bağırayım tek duyabildiğim kendi yankılanan sesimdi. Bu da Annie; aynı çalışma kapsamında Laura’nın görüşme yaptığı 32yaşındaki bir kadın. Defalarca intihar girişiminde bulunmuş ve majör depresyon bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu geçmişi var. Görüşmenin bu bölümünde artık devam etmekte zorlandığını anlatıyor:

Bardağı taşıran son damla olduğunu hissettiğimi hatırlıyorum, “Yapamıyorum. Bu dünyaya uyum sağlamaya uğraşıp duramam. Dirençli olmaya ve var olmaya devam etmeye çalışıp duramam. Artık imkansız” diye düşündüm. İşte o zaman aşırı dozda ilaç aldım.

Peter ve Annie bize intiharla ilişkilendirilen düşünce modellerine dair bir fikir veriyor. Yorumları hayatta kalma mücadelesinin çoğu zaman amansız oluşunu vurguluyor. Buna benzer mücadelelere tekrar döneceğiz.

Yıllar içinde, yaptığım tüm telefon konuşmaları ya da görüşmeler Daniel'in anne babasıyla yaptığımız telefon görüşmesi kadar rahat geçmedi. Bir süre önce, on yedi yaşındaki kızı Kiara'yı altı ay önce kaybetmiş bir anneye, Shilpa'yla görüştük. Bir arkadaşımın arkadaşıydı ve bazı ayrıntılara görüşme öncesinden, çoğunlukla trajediyi aktaran medyadan hakimdim. Yüz yüze görüştük ve başıma gelecekleri önceden nasıl tahmin edemediğimi hâlâ tam olarak anlayamasam da konuşmamızın yarısında söylediğim bir şey Shilpa'yı etkiledi ve çok üzüldü. Üzülmesi şaşırtıcı değil ama kızgınlığının ve öfkesinin yoğunluğu beni şaşırtmıştı. Konuşmanın ayrıntıları her zaman yaptığım benzerlerinden çok farklı değildi: Shilpa kızgındı; okula, çocuk ve ergen ruh sağlığı hizmetlerine... Kızı zorbalığa uğramıştı ve ergenliğinin başından itibaren yeme sorunları vardı. O kadar genç yaşta bile, annesine bakılırsa fazlasıyla üstüne gelinmişti, aldığı tedavilerin hiçbiri işe yaramamıştı ve Kiara artık acı çekmediği için, bir bakıma rahatlamış hissediyordu. Ama büyük bir çatışma içindeydi. Sevdiklerini kaybetmenin acısını yaşayan pek çok ailede olduğu gibi, Kiara'nın ailesine yaşattığı acıyı kabullenemiyordu. Kiara'nın kendi canını almakla bencillik ettiğini hissediyordu. Ama sonra, kızı hakkında böyle düşündüğü için dibine kadar suçluluk hissediyordu.

O gün ergenlerde kendine zarar verme davranışı hakkında, kendine zarar verme davranışına katkıda bulunan olumsuz etkenler hakkında ve kendine zarar verme davranışının intiharla ilişkisi hakkında çok geniş yelpazede bir konuşmamız oldu.⁴ İntiharın bencilce bir davranış olup olmadığını konuştuk. Ona bencilce olduğunu

düşünmediğimi söyledim ve kişinin intihar eğilimli olduğu, yaşamakla ölmek arasındaki düşüncelerle boğuştuğu durumlarda, genellikle ölümünün başkalarında neden olacağı acıyı göremediklerine dair kanıtlar üzerinde durdum. Genel düşüncenin aksine, çoğu zaman sevdiklerini bir yükten kurtardıklarını hissettiklerini aktardım.⁵ “Yük” kelimesini söylediğim anda Shilpa’nın kızgınlığı belirgin hal aldı. Kiara’nın ölümünü anlayışla karşıladığını ve kızını intihara götüren ruhsal acıları anladığını düşünmesine rağmen, öfkesinin ölümün ailesinde neden olduğu acıya -ailenin paramparça olmasına ve bir daha eskisi gibi olamayacağına- odaklandığı görülüyordu. Kiara’nın bencil olduğunu ve kızından utandığını, aynı zamanda böyle şeyler düşündüğü için kendinden de utandığını tekrar tekrar söylüyordu. Sanki üçlü ölümcül utanç, öfke ve suçluluk darbesi gibiydi, utanç ve öfke hem kendisine hem de kızına yöneliyordu. Bir defa daha, Kiara’nın özel hayatıyla ilgili ayrıntılara girmeden, intihar eğilimli insanların dünyayı nasıl gördüklerini -özellikle geleceklerini bozuk ve sonu gelmeyen bir karamsarlıkla bulanıklaşmış bir mercekten yansıyan şekilde algıladıklarını- ve Kiara’nın zihinsel açıdan, ölümünün neden olacağı acıyı göremeyecek ya da anlayamayacak kadar bitkin düşebileceğini psikoloji penceresinden açıklamaya çalıştım.⁶

Shilpa gittiğinde ne düşüneceğimi bilemiyordum. Konuşmamız dostane biçimde sona ermişti ama onunla bağ kurabildiğimi ya da onun da söylediklerimi yararlı bulduğunu hissetmiyordum. Ancak görüşmemizden birkaç ay sonra benimle yeniden temas kurdu. Asıl amacı görüştüğümüz zaman kendisini kaybettiği için özür dilemekti ama aynı zamanda bir psikoloğa gittiğini, ka-

yıp duygusunu atlatması konusunda psikoloğunun ona gerçekten yardımcı olduğunu, bu şekilde hayatta Kiara ile aralarındaki ilişkiyi olduğu kadar onunla ve ortak anılarıyla şimdiki ilişkisini anlamlandırmasına yardım ettiğini anlattı. Ayrıca öfkesinin azaldığını, hâlâ zaman zaman dalgalar halinde gelse de artık öfke patlamalarının olmadığını da söyledi. Görüştüğümüz zaman ona aktardığım “psikolojik bakış açısını” anlayamamış olsa da Kiara’nın ölümünden önce uzun zaman boyunca deneyimlediğini düşündüğümüz zihinsel işkenceye daha farklı bakabilmesini sağladığını da ekledi.

Yıllar içinde tanıştığım, sevdiklerini intihar nedeniyle kaybetmenin acısını yaşayan pek çok insan gibi, intiharla sevdiklerini kaybetme deneyimi ile kişisel olarak yaşadığım yüzleşmelerde, önce 2008’de Clare’le ve sonra 2011’de Noel’le, aynı “neden” sorularıyla ben de cembelleştim. Hâlâ cevaplara ulaşmak için uğraşsam da on yıldan fazla bir zaman geçmişken, bu soruları sorabilmenin ne kadar önemli olduğunu takdir ediyorum ve benzer kayıplar yaşamış insanlara, elimden geldiğince yardım etmeye gayret ediyorum. Ancak ne acı ki hiçbirimiz bu “neden” sorularına gerçek anlamda cevap veremeyiz, bu yüzden artık intihar araştırmaları ve önleme alanında çalışarak edindiğim yirmi beş yıllık deneyimi kullanarak her bir birey ve her birinin benzersiz ve değerli hayatı hakkında bir şey anlamaya çalışıyorum. Ölen kişilerin ailelerine ve arkadaşlarına duymayı çok istedikleri cevapları veremeyeceğimi açıkça ifade ediyorum, bunu yaparken anlayışlı olabildiğimi umuyorum. Oğullarının, kızlarının, akrabalarının ya da arkadaşlarının neden kendi canına kıydığını söyleyemem. Ancak

intiharın karmaşık nedenleri hakkında öğrendiklerimi açıklayarak kendi kayıplarını anlamlandırabilecekleri bilgileri aktarabilirim. Bu kitapta insanlarla kayıpları hakkında konuşma deneyimlerimden bahsederek, anlayışla ve hassasiyetle konuştuğumuz sürece, yanlış bir şey söyleme olasılığımızın düşük olduğunu açıkça gösterebildiğimi umuyorum. Tavsiyem, eğer şüphe duyar-sanız, insanlara ulaşmaya ve bağ kurmaya çalışmanız yönünde olacak. İnsanlar arası bağın gücünü asla küçümsememeliyiz.

İNTİHAR NE DEĞİLDİR?

İntihar nedeniyle sevdiğini kaybetmiş pek çok kişi trajedinin başlarına gelmesinden önce intihar hakkında hiç düşünmemiştir. İntihar hakkında tüm bildikleri belki bir kitapta okuduklarından ya da medyada duyduklarından ibarettir. Bölüm 3'te bahsettiğim gibi, intihara dair efsaneler ve yanlış bilgiler o kadar çoktur ki, bir kişiyi nelerin intihara sürükleyebileceğine dair ayrıntılara girmeden önce, intiharın ne olmadığına bakmak isterim.

İntihar bencillik değildir

İntiharı bencillik olarak nitelendirmek sadece intiharın damgalanmasına katkıda bulunur ve bu damgalanma arttıkça yardım arama eğilimi azalır, konuyla ilgili cehalet artar ve ölümler artar. Önceki bölümde tanıştığımız Daniel ve Kiara bencil değillerdi, acı çekiyorlardı ve intihar onlar için acıyı sona erdirmenin yoluydu. Kendi açılarından, ölümleri umutsuzlukla gerçekleşmiş eylemlerdi. O karanlık yerde daha önce hiç bulunmadıysanız, intiharı bencillikten başka bir şey olarak görmek zor olabilir. Ama gerçek şu ki insanların çok büyük bir

bölümü, intiharı kendilerini hiçe saydıkları bir eylem, kendilerince sevdiklerinin hayatlarında neden olduklarını düşündükleri sıkıntıları sonlandırmanın yolu olarak görür.¹

İntihar korkakların kaçış yolu değildir

İntihar ile ilgili söylemde bu ifadenin çok uzun yıllara dayanan bir geçmişi vardır ama -bir defa daha- bu söylemin bir faydası yoktur, damgalayıcıdır ve pek çokları tarafından aşağılayıcı bulunur. İnsanlar intiharın korkaklık olduğunu söylediklerinde genellikle onlara korkak kelimesinden ne anladıklarını sorar, ağzımızdan kolaylıkla çıkabilen kelimeleri değerlendirmelerini isterim. İntiharda kullanılan yöntemden bağımsız olarak kişinin kendi canına kıyması zordur. En temel kendi kendini koruma içgüdüsünün üstesinden gelme gerekliliğinin yanı sıra pek çok kişi için kendi hayatını sonlandırmak fiziksel olarak acı vericidir. Korkakça bir eylem olmadığı çok açık; intihar bir umutsuzluk eylemidir ve çoğunlukla katlanılamaz bir ruhsal acının ifadesidir.

İntihar tek bir etkenden kaynaklanmaz

Diğer herhangi bir ölüm nedeni gibi, intihara yol açan etkenler birden fazladır ve çeşitlidir. Ancak medyanın intiharla ilgili sunumlarının çoğu zaman basite indirgeyici olduğunu görüyoruz. Örneğin, eskiden “internet zorbalığı oğlumu öldürdü” gibi haber başlıkları çok yaygındı, neyse ki medya kuruluşları haber diline dair rehberlere daha uygun hareket etmeye başladıkça, bu gibi sorumluluktan uzak haber sunumları azaldı.²

Sigara kullanımının akciğer kanseri ölüm risk etkenlerinden biri olduğunu biliyoruz, bununla beraber diğer

bir dizi genetik klinik, psikososyal ve kültürel etkenlerin de bunda rol oynadığı bilinmektedir. İntihar bu anlamda diğer ölüm nedenlerinden farklı değildir. Tek bir risk faktörü yoktur; intihara giden yollarda, birden fazla risk faktörü bulunur.³

İntihar ruhsal rahatsızlıklarla açıklanamaz

1999'da İngiliz Psikoloji Derneği'nin Sağlık Psikolojisi bölümü tarafından hazırlanan *Health Psychology Update* adlı bültende yayımlanan ilk araştırma makalelerimden birinde, kanserin önlenmesi ve intiharın ele alınması arasındaki paralelliklerden bahsetmiştim.⁴ İntiharın tek bir faktörden kaynaklanmadığını vurgulamanın yanı sıra, ilk defa o makalede tıpkı sigara kullanımının kanser için risk faktörü olması gibi, intiharın da bir sağlık davranışı olarak düşünülmesi gerektiğini ileri sürmüştüm. Bu size önemsiz ya da zaten açıkça ortada olan bir nokta gibi gelebilir ama intiharın çok sık ruhsal rahatsızlıkların bir yan ürünü şeklinde açıklanmasıyla ilgili bir süredir hissettiğim endişe ile bağlantılıydı. Dolayısıyla tek başına bağımsız bir olay, bir şey, bir davranış olarak görülüyordu. Her zaman bakış açısının yardımcı olmaktan uzak olduğunu düşündüm çünkü her ne kadar intihar ve ruhsal rahatsızlıklar çoğu zaman bir arada görülse de ruhsal rahatsızlığın varlığı, kişinin neden intihar girişiminde bulunduğunu ya da intihar nedeniyle öldüğünü açıklamaz. "Neden şu kişi kendini öldürdü?" sorusuna "Çünkü depresyondaydı" diye cevap verildiğini kaç defa duydum, hatırlamıyorum. Depresyon intihar nedeniyle ölen pek çok kişinin içinde bulunduğu manzaranın bir parçası olabilir ancak kişinin kendi hayatını neden sonlandırdığını açıklamaz. Aslına bakılırsa hastaneler-

de depresyon -intiharla en yaygın olarak ilişkilendirilen ruhsal rahatsızlık- tedavisi gören kişilerin yüzde 5'inden azı kendini öldürür. Bu görüş aynı zamanda intiharın "deli" kişiler tarafından yapılan anormal bir eylem olduğu şeklindeki damgalayıcı efsane ile de bağlantılıdır. Doğal olarak bunun sonucunda, eylem anormalse ve bu eylemi gerçekleştiren kişi deliyse, eylemin açıklanması ve dolayısıyla önlenmesi mümkün değildir şeklinde bir düşünce akışı ortaya çıkar. Bu tam bir saçmalık!

Sağlık psikologları bakımından, intiharı bir davranış şeklinde kavramlaştırmak önemlidir çünkü intiharın anlaşılması ve önlenmesi açısından yepyeni potansiyel yollar açar. Yukarıda bahsettiğim 1999 tarihli makalede, intihar davranışını "sağlığı tehlikeye atan nihai davranış" olarak tanımlamıştım. Bunu bir bağlama oturtmak istersek; araştırma kariyerime başladığımda, intihar tamamen klinik psikoloji ve psikiyatrinin alanı içerisinde yer alıyordu. Bu anlaşılabilir bir durum olsa da yanıltıcı olduğunu ve sonucunda da intihar düşünceleri ve davranışlarının anlaşılması ve ele alınması konusunda sağlanacak gelişmelerin sekteye uğradığını düşünüyordum. O dönemde başlıca endişem intihar için ruh hastalıkları açıklamalarının baskın olduğu ve intiharın psikolojik ve sosyal belirleyicilerinin yeterince dikkate alınmadığı yönündeydi. Ruh sağlığı disiplinleri olan klinik psikoloji de psikiyatri de intiharı davranış olarak değerlendirmiyordu, öte yandan bana göre böyle olduğu son derece açıktı. Dolayısıyla o zamandan beri intiharın her şeyden önce ve her şeyden önemlisi bir davranış olduğunu, bir kişinin yaptığı bir şey olduğunu tekrarlayıp duruyorum. Bir davranış olarak değerlendirir ve intihar düşünceleri ve davranışlarını doğrudan doğruya müdahale edilecek

hedefler olarak görürsek, intiharı önlemede daha başarılı olma olasılığımız yüksektir. Diğer disiplinlerin yanında, sağlık psikolojisini ve bizlere sunabileceklerini de benimsemek intiharı önlemeyi, hatta çok daha fazlasını kapsamlı biçimde yapmamıza imkan tanır.

Bilim disiplini olarak sağlık psikolojisi geleneksel olarak fiziksel sağlık, hastalık, sağlık hizmetleri ve ruh sağlığı hariç olmak üzere sıhhatli olma hali ile ilgilenir. Bu kapsam dışılık bana her zaman keyfi gelmiştir; seksenlerde, klinik psikoloji (psikolojinin ruh sağlığına odaklanan alt disiplini) ile daha yeni yeni gelişen sağlık psikolojisi (ya da tıbbi psikoloji) arasındaki yetki alanı kavgasından ortaya çıkmıştır. Bundan birkaç yıl önce, İngiltere’de sağlık psikolojisinin gelişim sürecine dair sözel tarihin bir parçası olarak bir mülakat vermiştim.⁶ Odukça ilginç bir deneyimdi ve intihar üzerine yaptığım çalışmaların doksanlarda kesinlikle sağlık psikolojisinin kıyısında kaldığı gerçeği üzerinde durmuştum. Neyse ki o zamandan günümüze kayda değer değişiklikler oldu. Hatta son yıllarda, İngiltere ve Avrupa’da önde gelen sağlık psikolojisi konferanslarında konuşma yapma onuruna sahip oldum. Sağlık psikolojisinin intiharın önlenmesi ile ilişkili yanlarından biri özel olarak sağlık davranışlarının öngörülmesi amacıyla geliştirilmiş teorik modeller yelpazesine sahip olmasıdır. Benim başladığım zamanlarda, sağlık psikolojisinde baskın olan, “sosyal bilişsel modeller” adı verilen bir grup model vardı. Sosyal bilişsel modeller, davranışı yönettiği varsayılan içsel (bilişsel) ve sosyal süreçleri kapsayan çeşitli inanç ve tavırlardan yola çıkarak davranışı öngörmeye çalışır. Yıllar içinde bu modeller sigara kullanımı, alkol kullanımı, ilaç bağımlılığı ve yardıma başvurma dahil

olmak üzere çok çeşitli sağlık davranışının öngörülmesinde kayda değer başarıyla, yaygın olarak kullanıldı.⁷

Ancak doksanların başlarına kadar, sosyal bilişsel modeller ruh sağlığına nadiren uygulanıyordu ve intihar davranışlarının öngörülmesinde ise hiç kullanılmamıştı. Hatta 1999’da katıldığım bir sağlık psikolojisi konferansında (sonrasında *Health Psychology Update*’teki makaleyi yazmama yol açmıştı), bir meslektaşım intihar davranışını anlamak için sosyal bilişsel modelleri kullanmamız gerektiğini söylediğimde hemen itiraz etmişti. Argümanı intiharın ruh hastalıklarından kaynaklandığı, ruh hastalıkları olan insanların anormal olduğu ve bu kişiler anormalse sözde “normal” davranışlar için geliştirilmiş psikoloji modellerinin intiharı anlamak ve öngörmek için kullanılamayacağı yönündeydi. Bu bakış açısı beni şaşırtmıştı ama tek bir görüşmede bile, hem intihar konusu etrafındaki üstü örtülü damgalamayı hem de ruh hastalıklarının yanlış anlaşıldığını net bir biçimde ortaya koymuştu.

Bu görüşe göre, ruhsal bir rahatsızlığınız varsa, nedendir bilinmez, davranışlarınızı belirleyen kurallar, ruhsal rahatsızlığı olmayanların davranışlarını belirleyen kurallardan farklı olmalıdır. Aşağılayıcı bir görüş ve kökleri korkuya ve cehalete dayansa da hatalı olması bir tarafa, oldukça da damgalayıcıdır. “Ötekileştirmenin” güzel bir örneği daha; ruh sağlığını bir süreklilik içerisinde görmek yerine, ruh sağlığı sorunları ile mücadele eden insanlara, etmeyenlerden niteliksel olarak farklı davranma tuzağına düşülmektedir. Ruh sağlığı hepimiz için geçerlidir ve hepimiz ruhsal sağlıklılık sürekliliği içinde bir noktada duruyoruz, daha şanslı olanlarımız ruhsal ızdırabın olmadığı tarafa yakın duruyor.

İntihar günah değildir

İrlanda'da büyüyen biri olarak, intihara dair Katolik öğretinin ülkenin dört bir yanındaki pek çok aileye verdiği zararın farkındaydım. Seksenlere kadar, genellikle intihar nedeniyle ölen insanlara takdis edildiği söylenen kilise arazilerine gömülmek için gereken saygınlık atfedilmiyordu. Kilisenin resmi duruşunun değiştirilmesi için 1983 yılında papalık tarafından bir kararname çıkarılması gerekti, böylece Katolik ailelerin ölüm nedeni ne olursa olsun sevdiklerini kilise arazilerine defnetme hakları doğdu. Bu kararnamenin üzerinden on yıldan fazla zaman geçmişken bile, bu gibi dini öğretilerin bazı aileler üzerindeki etkisini çok açık görebiliyordum. Doksanların ortalarında, doktora eğitimimin sonlarına doğru, ilk defa bir TV programında yer almıştım -araştırmalarımın biri hakkında haber yapan yerel bir kanaldı- Kuzey İrlanda'nın kırsal kesimlerinde yaşayan bir aileden hiç beklenmedik bir mektup aldım. Ruh sağlığı sorunlarıyla uzun süren mücadelesinin ardından intihar ederek hayatını kaybeden oğullarının hikayesini paylaşmak istemişlerdi. Araştırmalarım için iyi dileklerini gönderiyorlar ve ellerinden gelen yardımı yapmaya hazır olduklarını söylüyorlardı. Suçluluk ve utanç duygusuyla dolu, son derece etkileyici bir mektuptu; öyle ki, yarattığı duygular bende hâlâ tazedir. Ne yazık ki anne baba intihar ölümlerinin Kilise tarafından her zaman usulüne uygun bir cenaze törenine layık görülmediği jenerasyondandı ve yazdıkları da muhtemelen yaşadıkları dönemin bir ürünüydü. Yine de el yazısıyla yazdıkları mektuplarındaki ayrıntılar insanın kalbini burkan cinstendi. Oğullarına gereken özeni gösteremedikleri duygusuna ve daha fazlasını yapmalıydık düşüncelerine ek olarak, Kilise'ye ve ce-

maatlerine utanç kaynağı olduklarına eminlerdi. Onlara göre, oğulları ölümcül bir günah işlemiştir ve bu affedilir değildi. Ancak oğullarını değil, kendilerini suçluyorlardı. Öfkelenmişim; onlara değil, Kilise'ye öfke duymuştum. En çok ihtiyaç duydukları anda teselli edici olmak yerine, Kilise'nin öğretilerinin kalıntıları yıkıcı olmuş, bu insanları inançlarından ve parçası oldukları cemaatten uzaklaştırmıştı. Neyse ki işler daha iyiye gitti ve kiliselerin yaptıkları muazzam çalışmalara ve intihar nedeniyle kaybettiklerinin acısını yaşayan insanlar için dinin ne kadar önemli olduğuna bizzat, defalarca şahit oldum.

Ayrıca, İngiltere Kilisesi Ruhani Meclisi tarafından, "kendilerine şiddetin eliyle yaklaşmış olanlara" cenaze töreni yapılmayabileceğini söyleyen on altıncı yüzyıldan kalma *Toplu Dua Kitabı*'nın güncellenmesi de 2015 yılını bulmuştur. Dünyanın pek çok yerinde, intihar hâlâ günah kabul edilirken, bazılarında ise suçtur. İntihar en az 25 ülkede yasadışı kabul edilmektedir ve 10 ülkede de Şeriat kuralları uyarınca intihar girişiminde bulunmanın cezası vardır. Bu gibi tavırlar ve yasalar hem eskiden kalma hem de yanlış olup, dünyanın her yerinden milyonlarca insanın gereksiz yere acı çekmesine neden olmaktadır. Bu ülkelerde intihar davranışının suç olmaktan çıkarılması için çalışmalar yapan IASP'nin Başkanı olmakla gurur duyuyorum.⁸ Ancak intiharın hâlâ suç kabul edildiği ülkelerde siyasi ve dini temsilciler ile lobi çalışmaları yaparak hepimiz üzerimize düşeni yapabiliriz.

*İntihar sevdiklerini kaybetmiş
kişilerin hatası değildir*

Sevdiğiniz bir kişinin intiharının sizin hatanız olmadığını aklınızdan çıkarmayın. Ne yazık ki çoğu zaman sev-

diklerini intihar nedeniyle kaybeden insanlar daha fazlasını yapmalıydım düşüncesiyle kendilerini suçlarlar. Özellikle kişinin kaybettiği sevdiği ile son karşılaşması bir tartışmayla ya da fikir ayrılığıyla geçmişse, hissedilen suçluluk ve pişmanlık duygusu acı verici olabilir. Ölümden önceki saatlerde, günlerde ya da haftalarda tartışma gibi bir kişilerarası krizin yaşanması da olasıdır. Yayımlanan ilk akademik makaleme -Belfast, Kuzey İrlanda'da 142 intihar vakası ile ilişkili faktörlerin ayrıntılı incelemesi- baktığımda, evlilikle ya da ilişkilerle ilgili sorunların en sık yaşanan stres faktörleri olduğunu görmüştük.⁹ Ancak bu bir nedensellik olduğu anlamına gelmez. Her zaman söylediğim gibi, intihar birden fazla faktörün sonucudur. Ayrıca kimse, hiçbir zaman bir tartışmanın ya da anlaşmazlığın sevdiği kişinin ölümü ile sonuçlanmasını beklemeyebilir. Yaşanan durumlardan bağımsız olarak, bir kişinin eylemlerinden asla tek bir birey sorumlu tutulamaz.

Bu *değildir* başlıklarının her birinde geçerli olan ortak tema intiharın ölme isteğinden değil, kişinin kendi acısını dindirme arzusundan hareketle gerçekleştiğidir. İntiharın nedenleri karmaşıktır ve her yıl 800 bin insanın neden intihar nedeniyle hayatlarını kaybettiğini anlamak için ruhsal rahatsızlıklar açıklamasının ötesine bakmamız gerekir. Bundan sonraki birkaç bölümde, geliştirdiğim ve ruhsal acıların intihar riskini artıracak şekilde ortaya çıkışını anlamana yardımcı olacağını umduğum intihar modelini izleyerek tam olarak bunu yapacağım.

BÜTÜNCÜL İNTİHAR ANLAYIŞINA DOĞRU

2010 yılının yaz aylarında, çalışma arkadaşlarım Steve Platt ve Jacki Gordon ile birlikte editörlüğünü yaptığım *The International Handbook of Suicide Prevention* çalışmasının ilk versiyonunu sonlandırmak için uğraşıyordum; metnin son halini teslim etmek için yayınevi tarafından belirlenen tarihin hızla yaklaşmasıyla, hissettiğim baskı artıyordu.¹ Böyle bir rehberin yayımlanması fikri Steve, Jacki ve benim 2008’de düzenlediğimiz, intihar ve intihar davranışı üzerine Avrupa çapında bir konferansta doğmuştu. Steve’le çalışmak benim için büyük bir zevkti çünkü doksanlarda, Queens’te bana ilham veren onun işsizlik ve intihar üzerine yaptığı ufuk açan araştırmasıydı.² Ayrıca kitaba devlet politikaları konusundaki uzmanlığını katan Jacki ile çalışmak da büyük bir zevkti. İntihar araştırmaları ve önlenmesi konusunda en yeni önemli konu başlıklarına ayrılan bölümlere katkıda bulunmak üzere konferanstan açılış konuşmacılarına ve dünya genelinden diğer uzmanlara davette bulunduk.

Kitap sözleşmesini imzaladığımız zaman, “intihar psikolojisi” üzerine bir bölüm hazırlama görevini üstüme almış, bölümün içeriği ya da yapısının nasıl olacağı üzerinde pek düşünmemiştim. Sonra, teslim tarihi yaklaşmışken, üstlendiğim bölümü yazmak için masanın başına oturdum. Ama yaptığım iş hiç verimli gelmiyordu çünkü intiharın ve kişinin kendine zarar vermesinin anlaşılması üzerine yaptığımız en yeni araştırmaların genel olarak özetlendiği birkaç sayfanın ötesine geçememiştim. Israrla yazmaya çalıştığım verimsiz geçen birkaç günden sonra, bölüm için yaptığım “intiharla-ilintili-tüm-psikolojik-faktörler-şunlardır” planımdan vazgeçmeye ve onun yerine intiharın anlaşılmasına odaklanan yeni bir teorik model hakkında bir şeyler yazmaya karar verdim. Bu şekilde büyük çeşitlilik gösteren risk ve koruma faktörlerini tek bir çerçeve içerisinde toplamayı istiyordum. Böylesi bir model geliştirmeyi bir süredir düşünüyordum çünkü intihar araştırmaları alanında çalışarak geçirdiğim önceki 10-15 yıllık dönemde öğrendiklerimle şekillenen düşüncelerimi damıtıp saflaştırmayı arzu ediyordum.

Amacım insanların daha en başında intihar eğilimli hale gelmesine neden olan karmaşık süreçleri daha iyi tanımlayan bir model geliştirmek ve en önemlisi, kişinin hayatını sonlandırmayı düşünme halinden bunu yapma girişiminde bulunmaya geçişini yöneten faktörleri ayrıntılarıyla açıklamaktı. Bana göre, bu geçişe hakim olabilmek intihar önleme araştırmaları alanının Kutsal Kaselerinden biridir (diğerleri ise intihar riskini azaltmada etkin, kişiye özel hazırlanmış psikolojik tedavilerin geliştirilmesi ve intiharı kabul edilebilir bir doğruluk derecesiyle öngörme becerimizin geliştirilmesi). Bu

model ile insanların her şeyden önce neden intihar eğilimli hale geldiklerini ve neden bazı insanların intihar düşünceleri doğrultusunda hareket ederken, bazılarının etmediğini anlayabilmeyi umuyordum. Ayrıca modelin tedavi müdahalelerinin geliştirilmesinde kullanılabilecek bir çerçeve sunmasını da istiyordum. Dahası, intihar düşüncesi ve davranışına giden yollarının haritasını çıkarırken ruh hastalıklarının ötesine bakan bir model yaratmayı istiyordum.

İNTİHAR, KAÇIŞ VE KAPANA KISILMIŞLIK

Yavaş bir başlangıcın ardından, yazma sürecimin beni özgürleştirdiğini hissetmeye başlamıştım ve birkaç hafta içinde intihar davranışı için bütüncül güdüleyici-istemli (IMV) model ortaya çıktı (sonraki bölümde ayrıntılarıyla ele alacağız).³ Bu noktaya gelebilmek için, intihar üzerine yazılmış, yıllardır elime almadığım sayısız akademik makaleyi ve kitabı yeniden okudum, Edwin Shneidman ve Norman Farberow'un 1957 tarihli çığır açan kitapları *Clues to Suicide'a* (*İntiharın İpuçları*) ve Shneidman'ın 1967 tarihli *Essays in Self-destruction* (*Kendini Yok Etme Üzerine Denemeler*) makalelerine ve ayrıca sosyal psikolog Roy Baumeister'in "Benlikten Kaçış Yolu Olarak İntihar" başlıklı teorik makalesi gibi alanda çalışanlara ilham vermiş araştırmalara kadar indim.⁴ 1990'da yayımlanan, farklı tarihsel ve teorik perspektiflerden yola çıkan Baumeister'in makalesi intihardaki birincil motivasyonun kaçış olduğunu ortaya atarken oldukça ikna ediciydi. İntiharda kaçış teorisini ileri süren ilk kişi kendisi değildi. Yetmişlerde, Jean Baechler bir intihar taksonomisi önermişti ve kaçış buradaki kategorilerden biriydi; ayrıca Shneidman gibi başkaları da kaçışın öne-

mini kabul etmişlerdi.⁵ Ancak Baumeister'ın yaptığı ve benim dikkatimi çeken şu olmuştu: Geçmişteki teorik girişimlerin temel unsurlarını doğal olarak çekici olacak ve aynı zamanda bilimsel yöntemlere dayanacak şekilde damıtmıştı.

Doktora eğitimimin başlarında, Baumeister'ın makalesini ilk defa okuduğumda, sorularıma cevap bulmak bir yana, kafamda daha da çok soru uyanmıştı, ki bence bu iyi bir şey ancak intiharın bir kaçış aracı olduğu şeklindeki temel düşüncesi aklıma yatmıştı. Mantıklıydı. O zamandan beri de araştırmalarımın merkezinde yer alan düşüncedir. O kadar ki, zaman zaman aradan geçen 20 yılda bu düşüncemin ne ölçüde değiştiğini sorguluyorum. Baumeister aynı zamanda Shneidman'ın daha önceki düşüncelerinden yola çıkmıştı; Baumeister'ın çalışması sonra da Oxford'dan klinik psikolog ve gazetecilik araştırmalarının öncüsü Mark Williams tarafından genişletildi. Akademik ilham söz konusu olduğunda, bana göre hiçbiri Mark Williams kadar etkili değildir. Kendisi intihar eğilimli zihin üzerine yenilikçi araştırmalar yapmakla kalmamış, aynı zamanda çığır açan psikolojik tedaviler geliştirmiştir ve en karmaşık fikirleri bile son derece kolay ve sıcak bir dille aktarabilmek gibi benzersiz bir beceriye de sahiptir. Hatta, doktora eğitimimi tamamladığım 1997 yılında yayımlanan *Cry of Pain (Acı Çığlığı)* çalışması ile "intihar eğilimi yaratan kapana kısılmışlık" kavramı ile tanışmamı sağlayan da odur.⁶ İntiharı "yardım çığlığı" olarak değil, "acı çığlığı" çerçevesinde değerlendirmesi de intiharın altında yatan rahatsızlığın insani yüzüne ışık tutulması ve elbette intihar etrafında yaşanan damgalamaya meydan okunması açısından önemlidir.

Williams’a göre, intihar kapana kısılmışlıktan kaçıştır. Kulağa tezat gibi geldiğini biliyorum ama açıklamaya çalışayım. *Oxford İngilizce Sözlüğüne* göre, kapana kısılmışlık “kapanda olduğu gibi, kısılmış olma hali” anlamına gelir. Diğer bir deyişle, çıkışı olmayan bir durumda kısıp kalmış olursunuz. Ruhsal rahatsızlıklarda kapana kısılmışlığın rolü üzerine ilk teorik çalışmaların pek çoğunu gerçekleştirmiş İngiliz klinik psikolog Paul Gilbert kapana kısılmışlığın, kişinin hoş olmayan bir durumdan (genellikle yenik ya da küçük düştüğü bir durumdan) kaçma isteğinin engellendiği zaman gerçekleştiğinden bahseder.⁷ Bu düşüncesi evrim teorisinden ilham almıştır. İstenmeyen durumlardan kaçamamakla bağlantılı ortaya çıkan, kişiyi zayıf duruma düşüren sonuçlar ilk olarak insanlarda değil, hayvanlarda tespit edilmiştir. Hatta yıllar önce, etologlar bir hayvanın, diyelim ki, bir başka hayvanla olan kavgasında yenik düştüğü ve o yenilme ya da küçük düşme durumundan kaçamadığı durumlarda, çoğu zaman çaresiz kaldığını gözlemlemişlerdir.⁸ Hayvanın kaçma girişimi bloke olduğundan, bu durumu “durdurulmuş kaçış” olarak adlandırmışlardır; hayvanlar bağlamında olduğu gibi insanlar bağlamında da bu derece zarar verici olan yenilgi ya da küçük düşme değil, kapana kısılmışlıktır. Kapana kısılmışlık insanlarda depresyonun anlaşılmasında araç olarak ilk defa Paul Gilbert tarafından kullanılmışsa da Mark Williams uygulama alanını spesifik olarak intihar riskini içerecek şekilde genişletmiştir. Dolayısıyla, en kısa ifadeyle intihar davranışı ruhsal acı ile kapana kısılma halinden kaçma girişimidir.

Kapana kısılmışlık farklı yollarla değerlendirilebilir ancak en yaygın kullanılan ölçek 1989’da Paul Gilbert ve

Steven Allan tarafından geliştirilen Kapana Kısılmışlık Ölçeğidir.⁹ 16 maddeden oluşan, kişinin kendi beyanına dayanan bu ölçek genel anlamda kapana kısılmışlığın yanı sıra içsel ve dışsal kapana kısılmışlığı da değerlendirir. İçsel kapana kısılmışlık katlanılamaz düşünceler ve duygular nedeniyle kapana kısılma hissiyken, dışsal kapana kısılmışlık, bu duygunun yenilgi ya da küçük düşürücü durumlarla ortaya çıktığı zamanları anlatır. İntihar düşünceleri bu düşünce ve duygulardan kaçma çabalarının engellendiği zamanlarda ortaya çıkar. Değerlendirmeye tabi tutulan kişilere her maddenin (örneğin: “kendi içimde kısılıp kaldığımı hissediyorum”) kendileri için ne ölçüde geçerli olduğunu (“bana hiç uymuyor” ile “bana aşırı uyuyor” arasında değişen) beş puanlık bir ölçek kullanarak ifade etmeleri söylenir ve toplam puan ne kadar yüksek olursa kişi o kadar kapana kısılmış hissetmektedir. Klinik çalışmalarımızda, kimlerin gelecekte intihar davranışı sergileme risklerinin yüksek olduğunu anlamak için, bir intihar girişiminden kısa süre sonrasında kapana kısılmışlık duygusunu değerlendirmek için Kapana Kısılmışlık Ölçeği’ni sıklıkla kullanırız.

2013 yılında Mark Williams ile birlikte yayımladığımız çalışmalarımızdan birinde, intihar girişiminde bulunmalarının ardından hastaneye kaldırılmış bir grup hastadan depresyon, umutsuzluk, kapana kısılmışlık ve mevcut intihar düşüncesi düzeyleri ölçümleri dahil olmak üzere bir grup psikolojik ve klinik ölçümü yapmalarını istemiştik.¹⁰ Veri bağlantısı kullanarak ve hastaların iznini alarak, sonraki dört yılda kimlerin yeniden intihar girişiminde bulunduğunu ya da ne yazık ki intihar nedeniyle hayatını kaybettiğini izleyebilmiştik. Bu sayede,

dört yıl öncesinde hastanede değerlendirdiğimiz faktörlerden hangilerinin gelecekteki intihar riskini öngörmüş olduğunu belirleyebilmiştik. Bu bulgular önemliydi çünkü depresyon ve intihar düşüncesi gelecekteki intihar davranışını öngörmüş olsa da intihar davranışı ile ilgili en iyi öngörü araçları kapana kısılmışlık düzeyi ve geçmiş intihar davranışları olmuştur. Elbette kişinin intihar geçmişi ile ilgili bir şey yapmak mümkün değildir. Ancak kişilerin kapana kısılmışlık düzeylerini hedef almak ve belki değiştirmek mümkün olabilir. Dolayısıyla bir kişinin hissettiği kapana kısılmışlık düzeyini düşürebilirsek, kapana kısılmışlık ile intihar riski arasındaki bağı koparma imkanımız olabilir. Gençlerden ve genel halktan örneklemeler de dahil olmak üzere, farklı popülasyonlardan binlerce katılımcının yer aldığı başka çalışmalarda da kapana kısılmışlık ile intihar düşünceleri ve girişimleri arasında güçlü bir bağlantı belirlenmiştir; kişi kendini ne kadar çok kapana kısılmış hissediyorsa, intihar düşüncelerinin olması ve kendi hayatını sonlandırma girişiminde bulunması olasılığı o kadar yüksek olmaktadır.¹¹ Kapana kısılmışlık hissinin intihar eğilimli zihni anlamak açısından anahtar niteliğinde olduğuna kesin olarak inanıyorum.

Araştırmalarımızda çoğunlukla orijinal 16 maddelik Kapana Kısılmışlık Ölçeği kullansak da 2020 yılında Hollandalı psikolog Derek de Beurs ile beraber dört maddelik bir Kapana Kısılmışlık Kısa Formunu da (E-SF) yayımladık.¹² Bu kısa form biçimindeki anketin uygulamadaki avantajı doldurulmasının daha kısa sürmesidir, dolayısıyla günlük klinik çalışmalara ya da araştırma çalışmalarına entegre edilmesi daha kolaydır. Ankette yer alan ilk iki ifade dışsal kapana kısılmışlığı, son ikisi ise

içsel kapana kısılmışlığı değerlendirmektedir. Zaman ya da mekan gerçekten çok kısıtlıysa, kişilere sadece içsel kapana kısılmışlık ifadelerini sormak da işe yarar.

1. Sıklıkla kaçıp gitmek istediğim duygusuna kapılıyorum.
2. Geçerli koşulları değiştirme gücüne sahip olmadığımı hissediyorum.
3. Kendi içimde kısılıp kaldığımı hissediyorum.
4. İçinden çıkamadığım derin bir çukura düşmüş gibi hissediyorum.

Bizim ve diğer araştırma gruplarının yürüttükleri çalışmalarda, içsel kapana kısılmışlığın, dışsal kapana kısılmışlığa göre çok daha tehlikeli olduğu görülmektedir. Örneğin, Karen Wetherall liderliğinde yürütülen çalışmalarımızdan birinde, içsel kapana kısılmışlığın gençlerde 12 aylık sürede intihar düşüncesini öngörebildiğini belirledik.¹³ Bunun nedeni ne olabilir diye düşünmek için bir an duraklamak ilginç olacaktır. İçsel ve dışsal kapana kısılmışlık arasında karmaşık bir bağ olduğu açık ancak o derece katlanılmaz hale gelen, görünüşe göre, kişinin kendi düşüncelerinden ya da duygularından kaçma ihtiyacıdır. Tabii ki kafamızın içinde olup bitenler çoğu zaman dışsal durumlarla yön bulur ancak intihar düşüncesinin merkezinde yer alan güdüler çoğu zaman içseldir. Başkalarının bu düşünce ve duyguları görmeleleri zor olabilir çünkü bunlar soyuttur ve ruhanidir ancak gözle görülebilir olmasalar bile daha az değil, *daha fazla* acı vericidirler.

Birkaç yıl önce, otuzlu yaşlarındayken intihar girişiminde bulunmuş olan Ed'le görüşmüştüm, farklı

kapana kısılmışlık türleri hakkında konuştuk. Konuştuğumuzda 40 yaşına yeni girmişti ve hayatının iyi ve kötü giden yönlerine anlam vermeye çalıştığı, düşünceli bir ruh halindeydi. İçsel -dışsal kapana kısılmışlık farkı ile ilgili görüşler başına gelenlere çok uyuyor gibiydi. Dışsal olarak kapana kısılmasının -evliliği yıkılmıştı ve artık çocuklarını göremiyordu- içsel kapana kısılmışlık duygularından önce başladığını hissediyordu. Eşiyle ayrılmasının ardından kendini tamamen değersiz ve terk edilmiş hissetmişti. Bu içsel kapana kısılmışlık duyguları arttıkça artmış, hayatının diğer unsurlarına baskın gelmeye başlamıştı, öyle ki kendi kendine yönelttiği eleştirilerin sonu gelmiyor gibiydi. Evliliğinin yıkılmasının sonuçlarının intihar eğilimli hale gelme nedenlerinden sadece bir kısmı olduğunu görse bile, bitkin haldeydi ve intihar girişiminde bulunduğu anda söndürmeye çalıştığı şey durmak bilmeyen olumsuz düşünceleriydi.

Ed'in hikayesinin de gösterdiği gibi, içsel kapana kısılmışlık kontrole sahip olmama ve çaresiz olma görüntülerini akla getiriyor. Kendi açımdan -ve tahminimce başka sayısız kişi için de öyle- uzaklaşmak zor geldiğinde, kendi içime çekilmekten, kendi düşüncelerimin konforuna kendimi bırakmaktan ve bana zevk ve mutluluk vermiş geçmiş görüntüleri ve anıları hatırlamaktan muazzam teselli bulurum. Kendimi sanki bu zevkli anılarla ve fantezilerle doldururum. Zihnim güvenli sığınağımdır. Ancak kişi kendi içinde kapana kısılmış hissettiğinde, içsel dünyamız rahatlama değil de acı kaynağı haline geldiğinde zorluk başlar. Zihin artık güvenli bir sığınak değildir. Eğer bu acı ve algılanan güvende olmama duygusu, toplanan fırtına bulutları gibi artarsa, giderek saklanacak güvenli bir yer olmadığı, dinlenecek

ya da rahatlayacak bir yer olmadığı, kaçacak bir yerin kalmadığı duygusu da giderek artmaya başlar çünkü yapmaya çalıştığınız şey kendinizden kaçmaktır. Bu gibi zamanlarda, intihar düşüncelerinin patlak vermesi olasılığı çok daha fazladır çünkü böyle bir kapana kısılmışlık durumunda, bu düşüncelerin ortadan kalktığı bir zamanı hayal etmek imkansız gibi gelir. Düşüncelerimiz ve duygularımız içerisinde hapsoluruz. Kendi içimizde kısılıp kalırız ve kaçmak imkansızmış gibi hissederiz. Bu tüketici bir ruh halidir. Bu karışıma bir de bu gibi düşüncelerin çoğu zaman utanç, kayıp, kendinden, nefret etme, reddedilme ve öfke ile kirlendiği gerçeğini eklersek ruhsal acının neye benzediğine dair bir fikir edinmeye başlayabiliriz.

RUHSAL ACI

Kapana kısılmışlık ruhsal bir acıdır ve ruhsal acı da insanın kapana kısılmış hissetmesine neden olabilir. Ruhsal acı hissettiğimiz zamanlarda bu acıya son verecek çözümler ararız; bu arayış kişinin dikkatini acıdan uzaklaştırmaya çalışması, aileyle ya da arkadaşlarla konuşma, kişinin kendisini yenik düştüğü durumdan uzaklaştırması, ilaç kullanımı, acı hissini dondurmak için alkol kullanımı, profesyonel yardım alma ya da acıyla başa çıkmaya ya da yönetmeye yardımcı olabilecek sayısız diğer çabayı içerebilir. Ancak ne yazık ki kapana kısılmışlık hissi arttıkça, bir de çözüm bulunamıyorsa, kaçış aracı olarak intiharı düşünme olasılığımız artar. İşte böyle durumlarda tünel görüşü işlerin daha tehlikeli bir hale gelmesine neden olabilir çünkü düşüncelerimiz bulanıklaştıkça giderek daha az potansiyel çözüm aklımıza gelir. Potansiyel çözümlerin gözden kaçtığı ya da

görmezden gelindiği her seferde *gerçek* çözümün -acıyı sona erdirmenin mutlak ancak kalıcı çözümünün- intihar olduğu sonucuna bir adım daha yaklaşıyoruz. Gözden kaçırdıklarımız her birimiz için farklıdır. Sonuç olarak, bazılarımız için intihar eylemi güdüsel olarak ortaya çıkabilir, bazılarımız içinse daha ölçülüp biçilmiş gibi görünebilir. Şurası çok açık; ruhsal acı deneyimi yaşadığımızda çoğumuz hiçbir zaman intihar sonucuna varmayız.

Benzer olarak, ruhsal acı da çeşitli şekillerde görülebilir. Bazı insanlar, tıpkı Ed gibi, acıyı amansızmış gibi görünen düşünce şeklinin sonlandırılması ihtiyacı olarak, kafalarının içindeki fırtınanın onları tükettiği şeklinde tanımlayabilir. Kendileri, dünya ya da kendi gelecekleri-ya da çoğunlukla olduğu gibi, bir geleceklerinin olmaması- hakkındaki olumsuz düşüncelerin sonu gelmeyen bir döngü halinde uzayıp gitmesinden bunalabilirler.¹⁴ Yüz yüze görüşme çalışmalarımızdan birinde bize daha önceki bir intihar girişiminden bahseden 26 yaşındaki Humza, bunu oldukça kısa ve öz ifade ediyordu: “Sadece her şey hakkında düşünmeyi bırakmak istedim... Hayattan vazgeçmiştim. Geleceğin ne getirebileceğini deneyimlemek istemiyordum. Ailemi küçük düşürmüşüm gibi hissediyordum ve ne yaparsam yapayım beni asla affetmeyeceklerini biliyordum.” Humza düşünme süreciyle başa çıkamamıştı; bunu yapmayı durdurmasının yolu intihar girişiminde bulunmaktı.

Önceden bahsettiğimiz, daha önce birkaç defa intihar girişiminde bulunan Annie de intihar davranışını önündeki tek seçenek, tek çözüm olarak, diğer her şeyi elinden alınmışken olayları kontrol etme aracı olarak görüyor:

Bazen tek seçenek, hayatta elinizde kalan tek gücünüz budur. Çünkü hayat elinizden her şeyi alır. Kendinize verdiğiniz değeri. Başarılarınızı. İçinde yaşadığınız topluluğu. Arkadaşlarınızı. Ailenizi. Kendiniz hakkındaki hislerinizi. Çünkü her şeyi kaybettiğinizde, elinizde sadece bir karar kalır, o karar da yaşayıp yaşamamaktır.

Annie'in sözlerini ilk kez okuduğumda, Nobel Ödülü sahibi Albert Camus'nun *Sisifos Söyleni* eserinden sıklıkla aktarılan şu sözler aklıma geldi: "Gerçekten önemli olan bir tek felsefe sorunu vardır, intihar. Yaşamın yaşanmaya değip değmediği konusunda bir yargıya varmak, felsefenin temel sorusuna yanıt vermektir."¹⁵ Ne yazık ki intihar eğiliminin yaşandığı kriz anında kişinin düşünceleri çoğunlukla net bir değerlendirmede bulunmasını engelleyecek zihinsel bir kapana kısılmış olur. Dolayısıyla Camus'nun dokunaklı sözlerine rağmen geleceğe dair herhangi bir düşünce aslında felsefenin konusu değil, daha çok nasıl kaçılacağı konusudur.

Yaşama Tutunmak İçin Nedenler adlı çok satan anı kitabının yazarı Matt Haig bir süre önce Instagram'da kaçış ile ilgili Baumeister'ın kaçış teorisinde özetle dediklerine son derece uyan bir paylaşımda bulundu.¹⁶ Matt şöyle söylüyor: "Artık kendinden kaçmaya çalışmayı ya da kendini geliştirmeye çalışmayı bırakman gereken ve sadece kendini gerçekten kabul etmen gereken güzel bir noktaya gelirsin." Matt burada intihardan bahsetmiyordu ancak yazdıkları o kadar doğru bir noktaya dokunuyor ve intihar riskiyle öylesine doğrudan ilişkili ki, Humza ve Annie'nin söylediklerini paralellik gösteriyor.

Ancak burada zor olan kendimize ve başkalarına kendimizden kaçmayı denemekten vazgeçme konusunda nasıl yardımcı olabileceğimizi bulmaktır. İntihar sıklıkla ajitasyondan dolayı ortaya çıkar ya da travmatik bir geçmiş, pişmanlık ya da genellikle kökleri yanlış yönlendirilmiş kendinden nefret etme duygusuna dayanan, katlanılamaz hale gelen ruhsal acıya katkıda bulunan özeleştirilerle güdülenir. Ne yazık ki, pek çoğumuz için, Haig'ın söylediğini yapmak ve kendimizi olduğumuz gibi kabul etmek zordur.

Haig'ın Instagram paylaşımı kaçıştan ya da kapana kısılmışlıktan ilk bahsetme girişimi değildi. *Yaşama Tutunmak İçin Nedenler* 2015 yılında ilk defa yayımlandığında Matt ile iki edebiyat etkinliğine katılma zevkini yaşamıştım. Kitap yazarın 24 yaşındayken intihar krizine düşüşünü ve o zamandan bu yana daha iyi yaşamak ve hayatta kalmak hakkında öğrendiklerini anlatıyor. Harika bir kitap; etkileyici, bilgilendirici ve çoğu zaman da komik. Hiç şüphesiz, sayısız insanın intiharı düşündüren umutsuzluğun derinliklerinde yollarını bulmasına ve hayata yeni bir anlam katmasına yardımcı olmuştur. Edinburgh Uluslararası Kitap Fuarındaki ilk etkinlik için farklı bir şey yapmak istemiştım. İntiharın psikolojisine dair söylemeyi planladıklarımı görselleştirebilmek amacıyla Haig'ın *Yaşama Tutunmak İçin Nedenler* kitabındaki sözlerini kullanmayı istiyordum. Bu nedenle, hazırlık yaparken kitabı didik didik inceledim, her satırını tekrar tekrar okudum, Matt'in kendi rahatsızlığı bağlamında kaçıştan ya da kapana kısılmışlıktan bahsettiği durumları aradım. İlk örneği bulmam çok uzun sürmedi; daha ilk sayfada kısılmışlığı tarif ediyordu. Gerçekten de bakmaya devam ettikçe kaçışa

ve kapana kısılmışlığa göndermeler bulmaya devam ettim; bu ikisi kitapta tekrarlanan temalar. Haig'in kitabını okumadıysanız, okumanızı tavsiye ederim. Hayat dolu bir kitap.

Elbette kendini kapana kısılmış hissedene ya da kendinden kaçmaya çalışan herkesin her potansiyel çözümü bilinçli olarak, birer birer görmezden geldiğini söylemek doğru olmaz. Ancak bir tür eleme sürecinden geçiyor, acılarından geçmenin bir yolunu arıyor olmaları olasıdır. İşin kötü yanı, alkol kullanıyorlarsa ya da uyuşturucu alıyorlarsa ya da bir süredir uyuyamıyorlarsa bu süreçte "kısa yol" kullanılması mümkündür. Alkol araştırmacıları sık sık "alkol miyobundan" bahseder; bu görüşe göre içki içtiğimizde görüş menzilimiz kısalar, eylemlerimizin uzun vadeli sonuçlarını göremeyiz.¹⁷ Bu miyop, alternatif çözümleri görme, gelecekte acının sona ereceği bir zamanın olacağını anlayabilme olasılığımızı düşürür. Sonuç olarak, görmezden gelme süreci hızlanır, intiharın *gerçek* çözüm gibi görülme olasılığı artar. Atın önce eşkinle gitmesi, sonra dört nala koşması, ilerledikçe giderek daha fazla hız kazanması ve hızlandıkça da kontrol becerisinin giderek azalmasına benzer. Alkol ayrıca kısıtlamaları kaldırıcı bir özelliğe sahiptir, böylece ani kararlar vermeyi kolaylaştırarak, içtiğimiz her kadehle birlikte intihar davranışının daha kaçınılmaz olmasına neden olur. Alkolün tehlikeli etkileri çalışma arkadaşlarım Cara Richardson ve Katie Robb ile yaptığımız, erkeklerde intihar davranışında alkol sorunlarının rolüne dair güçlü kanıtlara ulaştığımız bir inceleme çalışmasında açıkça ortaya çıkıyordu.¹⁸

Bir süre önce Gail Honeyman'ın *Eleanor Oliphant Gayet İyi* adlı çok satan romanını okudum; ana karakter

Eleanor'un intihar girişimini betimlemesi çok çarpıcı geldi.¹⁹ Honeyman'ın, Eleanor'un intihar girişiminden önceki son saatlerini aktardığı anlatımı özellikle etkileyici ve ne yazık ki pek çoğumuz için son derece tanıdık bir öykü. Alkolün karar alma sürecimizi bozduğunu, değersizlik duygularını artırdığını ve düşünce sürecimizi ikili seçeneklere, "ya şu ya bu" tercihlerine, "yaşamalı mıyım yoksa ölmeli miyim"e indirgediğini acı verici bir gerçeklikle resmediyor. Alkol etkisi altında yaşanan bir intihar krizinin puslu ortamında anın ötesini görmek zor, hatta belki de imkansız. Şu an ve gelecek, sonu gelmeyen bir acı ve hiçlik sarmalında birbirine kaynaşır. Ancak Eleanor'un hikayesinin ve gerçek hayattan sayısız örneğin çarpıcı bir biçimde gösterdiği gibi, iyileşme mümkündür. Eleanor'un örneğinde, kriz anında bir arkadaşı müdahale ediyor. Başkaları için, hayatlarını kurtaran fedakarca bir davranış ya da bir ruh sağlığı uzmanının desteği ya da aile üyelerinden biri ile yeniden iletişim kurmak ya da hatta hiç tanımadıkları birinin nazik bir hareketi olabilir. Gerçekten de Bölüm 2'de aktardığımız Ryan'ın hikayesi, küçük nazik davranışların gücünü ortaya koyuyor. Kişinin seçeneklerini, kısa süreliğine de olsa artıracak herhangi bir şey birinin karanlıktan çıkış yolunu bulmasına yardımcı olabilir.

BÜTÜNCÜL GÜDÜLEYİCİ İSTEMLİ İNTİHAR DAVRANIŞI MODELİ

Bu bölümde, ruhsal acılardan intihar düşüncelerine ve intihar düşüncelerinden intihar eylemlerine giden yolları anlamana yardımcı olmaya çalışacağım. İntiharın ruhsal rahatsızlık açıklamalarının ötesine bakacağım ve sevdiğiniz bir kişinin intihar eğilimli olduğundan ya da intihar düşüncelerini eyleme dönüştürme riski olduğundan endişeleniyorsanız, hangi faktörlere bakmanız gerektiğini ayrıntılarıyla açıklayacağım. Bütüncül güdüleyici-istemli (IMV) model intihar eğilimini anlamlandırmaya çalışan ve bazı insanların neden intihar eğilimli hale gelirken, bazılarının da neden intihar nedeniyle ölebileceğini anlamana yardımcı olan bir çerçeve sunacaktır.¹

IMV modelini ayrıntılarıyla açıklamadan önce aşağıda göreceğiniz Şekil 1'i anlamak ve aşağıdaki dört noktayı da akılda bulundurmak yararlı olacaktır:

- IMV modeli ilk bakışta görüldüğünden daha basittir.
- Şimdilik teknik dili görmezden gelin (Açıklama yaptıkça bu maddeyi sileceğiz).
- Kapana kısılmışlık, yenilgi ve aşağılanma ile intihar düşüncesi arasında köprü görevi görür.
- İntihar düşüncelerine yol açan etkenler, intihar eylemine yol açan etkenlerden farklıdır.

Konferanslarda IMV modelini tarif ederken, konuya bazı önemli gözlemleri aktarmakla başlarım:

Model aşağıdaki gibi üç parçaya ya da aşamaya ayrılmıştır:

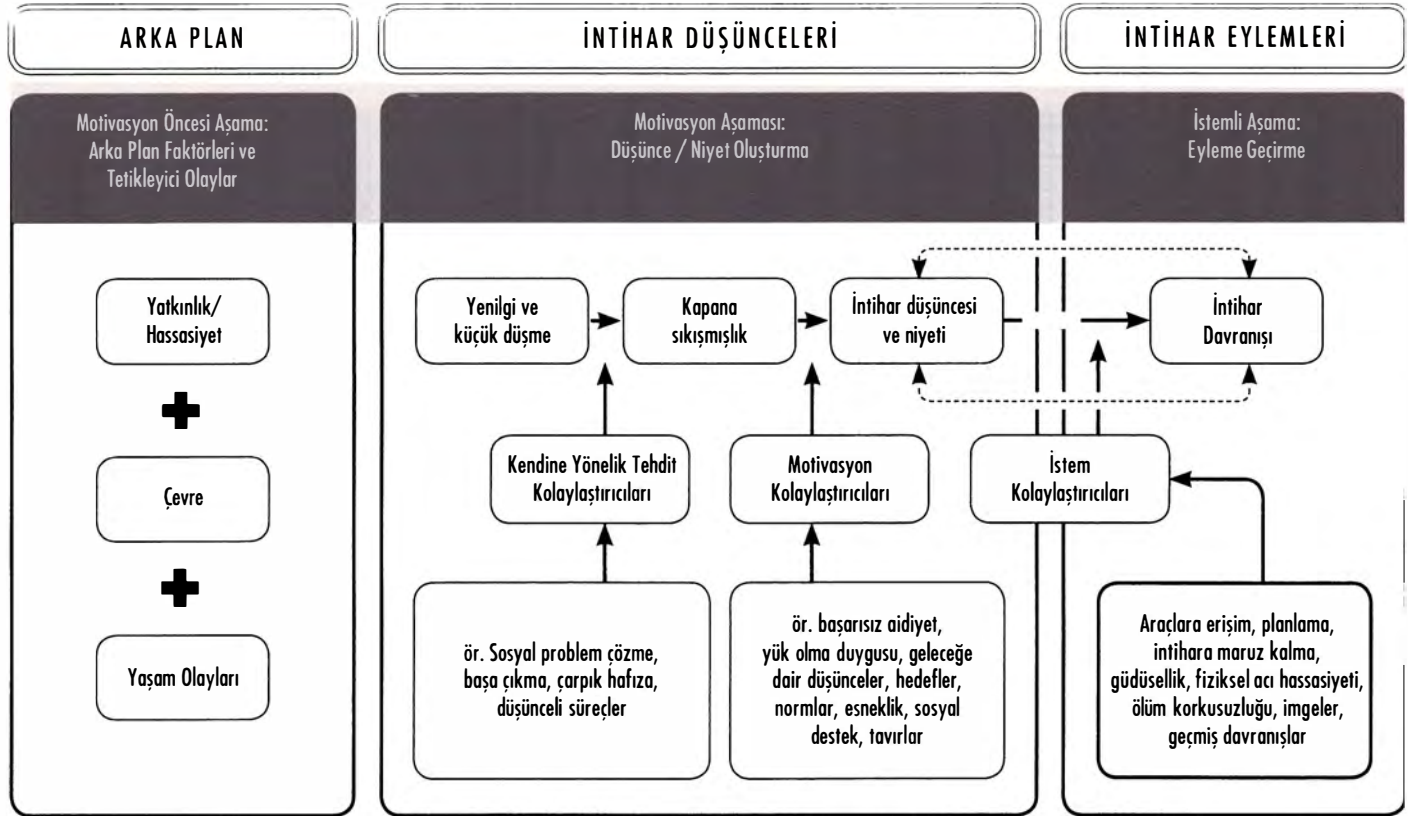
1. Birinci aşama intihar riskinin ortaya çıkabileceği arka plandaki bağlamı kapsar (motivasyon öncesi aşama).
2. İkinci aşama intihar düşüncelerinin ortaya çıkışına odaklanır (motivasyon aşaması).
3. Üçüncü aşama, kişinin intiharı düşünmesi durumunda intihar eylemlerinin olasılığını artıran etkenleri detaylandırır (istemli aşama).

Klinik psikolog ve sağlık psikoloğu olan eski dostum ve çalışma arkadaşım Ronan O'Carroll, modelin üç aşamasını sırasıyla hassasiyet, motivasyon ve eylem (VMA) olarak tanımlıyor. Kabul etmeliyim ki, bu kolay anlaşılır bir tanımlama.

Sonra, genellikle intihar düşüncelerinin ortaya çıkışı ile intihar davranışının ortaya çıkışını karşılaştırdığım ayrıntılara girerim:

- Eğer yenilmiş ya da küçük düşmüş ve -çok önemli bir ayrıntı- bu duygulardan kaçamıyor gibi hissediyorsanız, intihar düşüncesinin ortaya çıkması olasılığı daha fazladır. Kapana kısılmışlık -sıkışmışlık- duyguları intihar düşüncelerinde kilit niteliğindeki güdüleyicilerdir. Yenilgi ve küçük düşmenin yanı sıra, bu kapana kısılmışlık duyguları intihar düşüncelerinin alevlenmesini sağlayan yanıcı maddelerdir. Yenilgi ® kapana kısılmışlık ® intihar düşüncesi ® intihar davranışı şeklinde ilerleyen yol modelin omurgasını oluşturur.
- Yukarıda da ifade ettiğim gibi, intihar düşüncesine götüren etkenler, kişinin intihar girişiminde bulunma ya da intihar nedeniyle ölme olasılığını artıran etkenlerden farklıdır. Konu intihara eğilimi fazla olan kişilerin intihar girişiminde bulunma olasılığının daha fazla olması kadar basit değildir; daha çok, intihar düşünceleri ile değil intihar davranışlarıyla özellikle bağlantılı olan ayrı bir grup etken vardır.

Takip eden paragraflarda bu gözlemlerin her birini ayrıntılı olarak ele alacak, her aşamayı sırayla tanımlayacağım ama önce modelin ardındaki ilkelere özetle bahsetmek istiyorum.



Şekil. 1 Bütüncül Güdüleyici İstemli İntihar Davranışı Modeli

IMV MODELİ TEMEL İLKELERİ

IMV modelini geliştirirken aklımda aşağıda özetlerini bulacağınız beş temel ilke vardı, bunların modelin ve nasıl uygulandığının anlaşılmasında faydalı olacağını düşünüyorum. Öncelikle, intihar psikolojisinin ayrılmaz parçası olmasına rağmen, genetik, biyolojik, sosyal ve kültürel etkilerin intihar riski üzerindeki etkilerini dikkate alabilecek bir model ortaya koymak istiyordum. Erken yaşlardaki travmalar gibi bu etkilerden daha sonra bahsedeceğim. Özü itibariyle model, bu gibi etkileri birincil sonuçlarının motivasyon aşaması ve istemli aşamadaki psikolojik faktörler üzerinde olduğu şeklinde değerlendirir. Bu gibi etkiler ve deneyimler intihar riskini özellikle geçmişe, günümüze ve geleceğe dair algılarımızı etkileyerek artırır. Elbette kişiyi intihara götüren yollar algılardan çok daha fazlasıdır ancak algılarımız biyolojimizden, çevremizden ve hayat deneyimlerimizden etkilenerek oluştuğu için intihar riskinin anlaşılmasının temelinde yer alır. Kişinin kendi hayatını sonlandırma kararı da varoluşunu günümüzde, geçmişte ve nihayetinde de gelecekte nasıl algıladığıyla güdülenir. Kişinin kendi hayatını sonlandırmak gibi zor bir kararı alması, kişinin ölmeyi tercih etmesi ile aynı şey değildir. Pek çok kişi için intihar gerçek bir seçenek değildir çünkü onlara göre hayatları o kadar katlanılmaz hale gelmiştir ki intihar, hissettikleri ruhsal acıyı sonlandırmak için ellerindeki tek araçtır.

İkincisi, modeli intihar araştırmaları alanında kullanılan diğer teorik modeller üzerine kurmak istiyordum, dolayısıyla model konusundaki isim tercihim bu şekilde gelişti: *Bütüncül* güdüleyici – istemli model. Bu modellerin her birini tek tek tarif etmek konunun dağılmasına neden olacaktır ancak daha fazla bilgi almak

isterseniz *The International Handbook of Suicide Prevention* içerisinde bulabilirsiniz.³ Bununla birlikte, üç modeli vurgulamak önemli olacak. Daha önce de bahsettiğim gibi, konu ile ilgili düşüncelerimde Mark Williams'ın ve Paul Gilbert'in sırasıyla acı çılgılığı ve durdurulmuş kaçış modellerinden yoğun biçimde etkilendim.⁴ Onların düşünceleri yenilginin ve kapana kısılmışlığın IMV modeline doğrudan dahil edilmesini sağladı. Etkili olan bir diğer model de Thomas Joiner'ın Kişilerarası İntihar Teorisi (IPTS) oldu.⁵ IPTS, en özet anlatımla, intihar düşüncesinin (ya da Joiner'ın tanımıyla intihar arzusunun) başkalarına yük olma duygusuyla (algılanan yük olma hali), ait olunduğunu hissetmeme hali (başarısız aidiyet) arasındaki etkileşimden doğduğunu ifade eder. Ancak IPTS'e göre, üçüncü bir etken -intihar edebilme yetkisi- olduğunda ciddi bir intihar girişimi ortaya çıkabilir. Joiner'ın modelinde, yetke iki faktörden oluşur: Ölüm-den korkmama ve fiziksel acı toleransı. Bunlara daha sonra döneceğim ancak intihar yetkesinin zaman içinde ve intihar arzusu olan kişiler arasında farklılık gösterdiği, ölümden korkmama duygusunun yüksek olduğu ve fiziksel acı tolerans düzeylerinin yüksek olduğu zamanlarda intihar eylemi riskinin arttığı düşünülür.

Şekil 1'e tekrar bakacak olursanız, bu faktörlerin IMV modeli motivasyon (yenilgi, kapana kısılmışlık, yük olma hali ve aidiyet) ve istemli (fiziksel acı hassasiyeti ve ölümden korkmama hali) aşamalarına dahil edildiğini görürsünüz. Motivasyon-istem ayrımı, modelin kimlerin intihar düşüncesi geliştireceğini ve kimlerin kendilerine zarar verme düşünceleri doğrultusunda hareket edeceğini daha iyi tespit etmemizi sağlaması gerektiği şeklindeki üçüncü ilkeye hitap ediyor.

Düşüncelerimde yol gösterici olan dördüncü ilke, bilimsel bakış açısıyla, modelin araştırma çalışmalarında doğrudan test edilebilecek türden spesifik sorular ve hipotezler üretmesi gerektiği şeklindeydi. Bu önemlidir çünkü hipotezlerin test edilmesi bilimde mihenk taşı gibidir. Önce hipotezler geliştiririz, sonra da hipotezlerin desteklenip desteklenmediğini görmek için veriler derleriz. Desteklenmiyorsa, o zaman tekrar düşünmemiz, belki hipotezimizde düzeltmeler yapmamız ya da hipoteze yaklaşımımızı değiştirip yeniden denememiz gerekir. Bilimin ilerleme kaydetmesini sağlayan hipotez test etme, veri toplama ve değerlendirmeden oluşan işte bu tekrarlamalı süreçtir. İntiharı anlamak ve önlemek için yapmaya çalıştığımız budur. 2011’de yayımlanmasından bu yana, sadece ben değil, başkaları da IMV ile ilişkili spesifik hipotezleri test etti; bu kitapta söz konusu araştırmalardan bazıları açıklanıyor.

Böylece modelin intihar düşüncelerinden intihar eylemlerine giden yolları aydınlatarak hayat kurtarmada fark yaratması arzumu doğrudan etkileyen beşinci ve son ilkeye geliyoruz. Bu belki de en önemli ilke: Teorik bir intihar modelinin bulunması iyi olsa da intiharı anlamaya ve önlemeye yardımcı olmadıktan sonra, üzerine yazılan kağıda yazık olur. Doksanların ortalarında başladığım zamandan beri çalışmalarımın tamamına yol gösteren bu ilke oldu. Yıllar içerisinde, intihar eğilimi olan ya da intihar nedeniyle sevdiklerini kaybeden kişilerin bana ulaşıp kendi intihar eğilimlerini ya da sevdiklerinin yaşadıklarını anlamlandırmada modelimden yararlandıklarını söylemelerinden onur duy-dum.

Davranış olarak intihar

Sağlık psikolojisi alanında yaygın kullanılan bir teorik model olan planlı davranış teorisi de IMV modelini etkilemiştir.⁶ Doktora eğitimi günlerinden bu yana iyi arkadaşım olan, Manchester Üniversitesi'nden sağlık psikoloğu Chris Armitage ile birkaç yıl önce birlikte yürüttüğümüz çalışmalar üzerine bu teoriyi modele ekledik. İntiharı anlamamanın en iyi yolunun sadece ruhsal rahatsızlıkların bir yan ürünü olarak değil, aynı zamanda bir davranış olarak değerlendirilmesi olduğu inancım üzerine kurgulandı. 2006 yılında yaptığımız küçük bir çalışmada, planlı davranış teorisinin intihar davranışını anlamada gerçekten yardımcı olan bir çerçeve olduğunu ortaya koymuştuk.⁷

Özetle ifade edecek olursak, planlı davranış teorisine göre herhangi bir davranışın anlık göstergesi söz konusu davranışta bulunma niyeti ya da motivasyonudur. Basitçe şöyle diyebiliriz: Eylem gerçekleştirmek için niyet oluşturunsanız, eylemi gerçekleştirme olasılığınız daha fazladır. Niyeti de üç psikolojik faktörden yararlanarak öngörebiliriz:

1. Tavrılar: Bunlar kişinin inançları, bir şey hakkında ne kadar olumlu ya da olumsuz düşündüğüdür (örneğin, "Bence egzersiz yapmak iyidir").
2. Normlar: Bunlar da inançlardır ancak bu defa başkalarının söz konusu davranışla ilgili düşünceleri ya da başkalarının ne yaptıkları hakkındaki inançlarınızdır. Egzersiz örneğinden devam edecek olursak, egzersiz normları ailenizin, arkadaşlarınızın ve toplumun egzersizin iyi bir fikir olduğunu düşündüklerine inanıp inanmamanızdan çıkar.

3. Kontrol: Bir davranış üzerinde ne kadar çok kontrole sahip olduğunuzu düşünürseniz, bu davranış gerçekleşme olasılığınızın da o kadar yüksek olacağı mantığına dayanır. Kontrol algılarımız içsel ("Egzersiz yapmak için gereken becerilere sahip olduğuma inanıyorum") ya da dışsal ("Egzersiz yapmak için gerekli aletlere ya da malzemelere sahibim") olabilir. İçsel kontrol çoğu zaman özyeterlik olarak adlandırılır ve söz konusu davranış gerçekleştirmek konusunda kendinize ne kadar güvendiğiniz noktasına temas eder: "Gerekli davranış ya da davranışları gerçekleştirme kapasitesine sahip olduğuma inanıyor muyum?"

Planlı davranış teorisinin evrensel olduğu ve tüm davranışlara uygulanabileceği düşünülür, dolayısıyla biz de intihara uyguladık. İntihar girişiminde bulunmak için kişinin intihar davranışına girme niyeti oluşturmaya gerekeceğini düşündük. Pek çok bilimsel çalışmadan intihar niyetinin intiharın öncülü olduğunu öğrendiğimiz için bunu yapmak doğru geldi. Sonra diğer üç etkenle ilgili olarak, çalışmamızda insanların intihar davranışına yönelik tavırlarının, akranlarının ve arkadaşlarının intihar davranışına yönelik tavırlarının ve kendi özyeterliklerinin (içsel kontrol) intihar riski ile bağlantılı olduğunu belirlemiştik.⁸ Özellikle özyeterliğin gelecekteki intihar davranışı ile güçlü bir bağı olduğu görülüyordu. Sadece küçük bir çalışma olmasına rağmen, bu sözde sosyal-bilişsel etkenlerin intihar riski ile ilişkili olduğunu net bir biçimde ortaya koymuştu, dolayısıyla intihar riskini anlamak için ruhsal rahatsızlıkların ötesine bakmamız gerektiğinin altını bir defa daha çiziyor.

RİSKLER VE HASSASIYETLER: MOTİVASYON ÖNCESİ AŞAMA

İntihar düşüncesini neyin tetiklediğine geçmeden önce, intihar düşüncesinin ve davranışının ortaya çıktığı bağlamı anlamamız gerekir. Bu da bizi yeniden motivasyon öncesi aşamaya -IMV modelinin birinci aşamasına- getiriyor. Üçlüleri gerçekten seviyorum, nitekim motivasyon öncesi aşama da üç bileşenden oluşuyor: Yatkinlik (hassasiyet), çevre ve yaşamsal olaylar.

Yatkinlik ya da hassasiyet faktörleri

Konumuzla ilgili olarak konuşursak, yatkinlik en basit ifadeyle hassasiyet anlamına gelir. Yatkinlik çoğunlukla belli bir hastalığa genetik ya da biyolojik olarak yatkin olmak anlamında kullanılır ancak psikolojide yatkinlik daha geniş bir anlam ifade eder; kişisel ve bilişsel hassasiyetler de dahil olmak üzere farklı hassasiyet türlerini içine alır. Bu başlık altında biyolojik hassasiyete değiniyorum ancak daha çok intihar riskinde söz konusu olduğu düşünülen bir kişilik hassasiyet faktörü olan mükemmeliyetçiliğe yer vereceğim.⁹

Serotonin rolü

Serotonin gibi bir sinir ileticinin (beyinde bulunan kimyasal ulak madde) regülasyonunda görülen bir bozukluk intihar açısından biyolojik yatkinliğe ya da hassasiyete bir örnek olabilir. Serotonin ve metabolitlerinde (küçük moleküllerinde) görülen değişiklikler hem depresyonla hem de intihar davranışları ile ilişkili olsa da serotoninin intihar davranışında belirgin bir rol oynadığı görülmektedir.¹⁰ Etkilerinin zihin ve bedenin tüm

katmanlarına nüfuz ettiği düşünülürse, böyle olması hiç de şaşırtıcı değil. Kendimizi daha sakin, daha mutlu ve daha az kaygılı hissetmemizi sağlıyor ve doğal bir ruh hali düzenleyicisi olduğu düşünülüyor. Bu nedenle, bedenimizde dolaşan serotonin düzeyi düşükse, ruh halimizin olumsuz etkileneceği sonucuna varabiliriz.

Bu dengesizliğin kontrol altına alınabilmesi için seçici serotonin geri alım engelleyicileri (SSRI) olarak adlandırılan, Prozac ve Seroxat gibi bir grup antidepresan ilaç sıklıkla reçete ediliyor. Bunlar serotoninin geri emilimini bloke etmeyi, dolayısıyla beyinde daha fazla dolaşımında olmasını amaçlar; böylece düşük ruh hali ile mücadele edilebilir. Yaygın kullanımlarına rağmen, SSRI gibi ilaçların ve diğer farmakolojik müdahalelerin intiharı gerçekten önleyip önlemediğine dair tartışmalar devam etmektedir. Genelde elde edilen kanıtlar karışık olup bildirilen intihar karşıtı etkiler ilaç tipinin yanı sıra hastanın yaşına ve klinik tablosuna göre farklılık göstermektedir.¹¹ Kullanılan bir ilacın işe yaradığının gösterildiği durumlarda bile çoğu zaman ilacın alınan psikolojik tedaviden üstün mü olduğu yoksa optimal olanın kombinasyon tedaviler mi olacağı net olarak bilinmemektedir. Üstelik yapılan klinik araştırmaların çoğunda intihardan çok nihai sonuç olarak intihar düşüncesi ve intihar girişimleri üzerinde durulmuştur. Bu da intiharın önlenmesi alanında daha geniş kapsamlı bir soruna ışık tutuyor. İntihar nedeniyle ölümler (neyse ki) istatistiksel olarak nadir sonuçlar olduğundan, klinik etkinlik oluşturmak için çok büyük örneklem büyüklüğü gerekmesi bu tip çalışmalar açısından engelleyici olabilir. Dolayısıyla, kitlesel olarak uygulanmamış farmakolojik ya da psikososyal müdahalelerin intiharı gerçekten önleyip önlemedi-

ğini bilmiyoruz. Bazı ilaçlar için kontrendikasyonların bildirildiğini, 25 yaşın altındaki hastaların yer aldıkları da dahil olmak üzere, bazı çalışmalarda belirgin intihar düşüncesinde olası artışlardan bahsedildiğini vurgulamak da önemli olacaktır.¹² Ayrıca hasta danışma grupları tarafından belli bazı ilaçların yan etkilerinin intihar riskine katkıda bulunabileceğinin ifade edildiği endişeler de dile getirilmiştir. Örneğin, akatizi adı verilen, sabit durmayı zorlaştıran hareket bozukluğu, bazı antipsikotik ilaçlarda (bunlar SSRI'dan farklıdır) görülen, intihar için potansiyel bir risk etkeni olduğu ileri sürülen bir yan etkidir. Bunlar daha yakından incelenmesi gereken makul endişelerdir.

Mükemmeliyetçiliğin rolü

Ekibimle birlikte, son 15 yılda biyolojik hassasiyetlerden uzaklaşarak, bir kişilik faktörü olan mükemmeliyetçilik ile intihar riski arasındaki ilişkiyi inceliyoruz.¹³ Tekrar tekrar, bir çalışmadan diğerine, mükemmeliyetçiliğin belli bir boyutunun intihar düşünceleri ve intihar girişimleri ile tutarlı biçimde ilişkili olduğunu gördük. Hatta bu ilişkinin bu derece dirençli oluşu beni şaşırtıyor. Araştırma programımızda bugüne kadar farklı geçmişlere sahip ve farklı yaş gruplarından binlerce birey ile çalıştık ve hem klinik ortamdan hem de toplumsal ortamdan kişiler çalışmalarımıza dahil oldu. İntihar riskinde mükemmeliyetçiliğin önemi yıllar içinde bir dizi inceleme ile de desteklendi.¹⁴ Yazar Will Storr bu konuyu erkekler arasında intihar bağlamında titizlikle kaleme aldı.¹⁵ Tipik bir çalışmada, mükemmeliyetçiliği, zamanda belli bir noktada -referans çizgisi- intihar düşüncesi de dahil olmak üzere, başka değişkenlerle

birlikte değerlendiririz, sonra aynı kişileri daha ileri bir tarihte tekrar görür, mükemmeliyetçiliğin zaman içinde intihar düşüncesindeki değişiklikleri ne ölçüde öngördüğünü araştırırız. Hem bizim çalışmalarımızda hem de diğer araştırma gruplarının çalışmalarında, bu boyutta özellikle yüksek puan almış kişilerin, takip değerlendirmesinde intihara daha fazla eğilimli oldukları görülüyor; genellikle bu kişiler aynı zamanda çalışma süresince yüksek düzeyde stres yaşıyorlar.

O zaman burada soracağımız asıl soru şu: Mükemmeliyetçiliğin hangi boyutundan bahsediyoruz? Cevap vermeden önce, tüm kişilik faktörleri gibi mükemmeliyetçiliğin de bir süreklilikte olduğunu ve her birimizin bu mükemmeliyetçi inançlar sürekliliği üzerinde bir noktada durduğumuzu unutmamak gerekir. Sürekliliğin üst ucuna yakın duran kişiler fazlasıyla mükemmeliyetçiyken, alt ucuna yakın duranlar daha az mükemmeliyetçidir. Ayrıca yüksek puan alanlarımız arasında bile, çoğunluğun çok iyi olduğunu ve asla intihar eğilimli hale gelmeyeceğini vurgulamakta yarar var. Ne zaman hayat kişinin karşısına beklenmedik zorluklar çıkarır, mükemmeliyetçilik o zaman aleyhimize çalışmaya, ruhsal sağlığımızı olumsuz etkilemeye başlayabilir.

Hangi tip mükemmeliyetçiliğin potansiyel zararlarının olacağı sorusuna cevap verebilmek için mükemmeliyetçiliğin nasıl ölçümlendiğine bakmamız gerekir. Genellikle kişinin kendi beyanlarına dayalı olarak değerlendirilir ve mükemmeliyetçiliğin çeşitli boyutlarını ölçen, yaygın olarak kullanılan ölçütler bulunur. Biz araştırmamızda, Kanadalı klinik psikologlar Paul Hewitt ve Gordon Flett tarafından geliştirilen Çok Bo-

yutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği'ni kullanıyoruz.¹⁶ Bu ölçek üç farklı mükemmeliyetçilik boyutunu değerlendirir:

1. Kendine yönelik mükemmeliyetçilik: Kendimizden beklediğimiz standartlar.
2. Sosyal olarak tanımlanan mükemmeliyetçilik: Başkalarının bizden beklediğini düşündüğümüz standartlar.
3. Diğerlerine yönelik mükemmeliyetçilik: Diğerlerinin mükemmel olması beklentimiz.

Bu üç boyut içerisinde, sizce tutarlı biçimde intihar riski ile ilişkilendirilen boyut hangisidir? Bulgular gayet açık: Çalışmada ele alınan popülasyon ne olursa olsun, yüksek düzeylerde sosyal olarak tanımlanan mükemmeliyetçilik (kimi zaman sosyal mükemmeliyetçilik olarak da ifade edilir) ile hayatın çeşitli kademelerinde intihar düşünceleri ve intihar girişimleri arasında güvenilir ilişki kurulmuştur. Sosyal olarak tanımlanan mükemmeliyetçiliğin resmi tanımı, hayatımızda yer alan önemli kişilerin (önemli başkalarının) bize ve davranışlarımıza dair gerçekçi olmayacak kadar yüksek beklentiler taşıdıkları düşüncemizi içerir. Bu tanıma göre, bu beklentileri karşılamayı başaramazsak, bu insanlar bizim hakkımızda kötü düşünür, bizi olumsuz yargılar. Sosyal olarak tanımlanan mükemmeliyetçilik boyutunda yüksek puan alan insanlar, etraflarındaki kişilerin kendilerinden hayatın tüm alanlarında mükemmel olmalarını beklediklerine inanma eğiliminde olurlar ve algıladıkları bu beklentileri karşılamakta (anlaşılır biçimde) zorlanırlar. Bugüne kadar yürüttüğüm çalışmaların tama-

munda, sosyal olarak tanımlanan mükemmeliyetçilik her zaman intihar riski ile ilişkilendirilmiştir.

Mükemmeliyetçiliğin diğer boyutları için kanıtlara bakarsak, bulguların epeyce bulanık olduğunu söyleyebiliriz. Bazı çalışmalarda kendine yönelik mükemmeliyetçiliğin özeleştirel unsurlarının intihar riski ile bağlantılı olduğu bulunmuşken, bazı çalışmalarda da kişinin kendisi için yüksek standartlar belirlemesi ile belirgin olan içsel dürtünün koruyucu olabileceği ileri sürülmektedir. Diğerlerine yönelik mükemmeliyetçilik ise daha nadir araştırıldığından intihar için risk faktörü rolünü değerlendirmek zordur. Mükemmeliyetçilik ve intihar riski araştırma kanıtlarının geneline benim bakış açım, kendine yönelik mükemmeliyetçiliğe dair bulguların karışık olduğu, diğerlerine yönelik mükemmeliyetçiliğin bir rol oynamıyor gibi görüldüğü ve intihar riskinin büyük ölçüde sosyal olarak tanımlanan mükemmeliyetçilik boyutunda toplandığı şeklindedir.

Sosyal olarak tanımlanan mükemmeliyetçilik ile neyi kastettiğimizin daha iyi anlaşılması için, Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeğinden alınan aşağıdaki iki maddeyi inceleyelim:

1. “Başkalarının benimle ilgili beklentilerini karşılamakta zorlanıyorum.”
2. “İnsanlar benden verebileceğimden fazlasını bekliyor.”

Normalde insanlardan yedi puanlık bir değerlendirme ölçeği kullanarak bu gibi ifadelere ne kadar katıldıklarını ya da katılmadıklarını belirtmelerini isteriz. Tam ölçekli bir çalışmada değerlendirilecek 15 ifade bulunur,

dolayısıyla bir araya getirildiğinde ölçek çok geniş bir puan aralığı verir. Bu iki ifadeye nasıl cevap vereceğinizi bir dakikalığına düşünün. Endişelenmeyin; sadece bu iki soruya verdiğiniz cevaplardan yola çıkarak sizi sosyal mükemmeliyetçi olarak sınıflandıramayız! Araştırmamızda ölçeğin tamamını kullandığımızda bile tek bir bireyin puanlarına değil, çalışmaya katılan grubun puanlarına odaklanılır. Genellikle insanların verdikleri cevaplarda bir trend görmeye çalışırız ve bu trendleri intihar düşüncesi gibi diğer faktörlere uygulamayı hedefleriz. Pek çok kişi mükemmeliyetçilik ölçeklerinin ortasında kalan bir puan alır; çoğumuz, en azından bazı zamanlarda, bir yere kadar başkalarını memnun etmeye çalıştığımız için, bu sonuç çok da beklenmedik değildir. Örneğin, ben sosyal olarak tanımlanan mükemmeliyetçilik boyutunda yüksek puan alıyorum, bu bana şaşırtıcı gelmemiştir. Başkalarının benden ne beklediği konusunda fazlasıyla endişeli biriyim ve uyanık olduğum sürenin ciddi bir bölümünü başkalarını hayal kırıklığına uğratmaktan endişe duyarak ya da yaptığım ya da yapabileceğim potansiyel bir sosyal gafı düşünerek geçiririm.

İntihar riskinde oynadığı potansiyel rolü düşünürsek, sosyal olarak tanımlanmış mükemmeliyetçiliğin ne olduğunu ve ne olmadığını açıklamamız önemli olacaktır. Son derece önemli olan bir nokta şudur: Başkalarının bizden *gerçekten* ne beklediklerine dair inançlara bakmaz; daha çok başkalarının bizden ne beklediğini *düşündüğümüzü* değerlendirir. Psikolojik açıdan bakılacak olursa, bu değerlendirmeci inançlar üst biliş olarak adlandırılır; bu terim düşüncelere dair bazı düşüncelere sahip olmayı ya da kendi düşünce süreçlerimize dair

bir anlayışı tanımlamak için kullanılır. Sosyal mükemmeliyetçilik inançlarının zarar verici olma potansiyeline sahip olmasının bir nedeni bu üst bilişlerdir çünkü doğaları itibarıyla hatalı olabilirler ve kontrolümüz dışındaymış gibi görünürler. Hayatlarımızdaki önemli insanların bize dair ulaşılması mümkün olmayan beklentileri olduğuna ve bu beklentileri karşılayamazsak hakkımızda kötü düşüneceklerine inanmamıza yol açarlar. Çoğu örnekte, sosyal mükemmeliyetçi bir kişiyse, başkalarının sizden beklediklerini düşündükleriniz ile gerçekten düşündükleri arasında bağlantı olmaz. Gerçek hayatla bütünleşik değildirler, dolayısıyla değiştirilmeleri zordur.

Sosyal olarak tanımlanan mükemmeliyetçiliğin rolünü biraz daha netleştirmek için, dinleyicilere sosyal mükemmeliyetçiliği açıklarken sık sık kullandığım bir benzetme var: Sosyal olarak tanımlanan mükemmeliyetçilik açısından yüksek puan alanlar *psikolojik derileri ince* düşük puan alanlar ise *psikolojik derileri kalın* insanlar derim. Günlük hayatta yolumuzu bulmaya çalışırken, psikolojik derimiz inceyse (benim gibi), reddedilme ya da yenilgi ya da kayıp gibi sosyal tehditlerle karşılaştığımızda bunları çok daha derinden deneyimleriz. Zamanla bu deneyimler düşük ruh hali ve duygusal rahatsızlık ve bazı vakalarda potansiyel olarak intihar düşüncelerinin ortaya çıkışına katkıda bulunabilir. Sosyal mükemmeliyetçilik psikolojik sırtınızda küçük bir delik gibidir. Ölümcül olmamakla birlikte, hassasiyet faktörüdür. Öyle ki sosyal yenilgi ya da reddedilmenin sivri okları bize yöneldiğinde savunma kalkanlarımızdan geçme, psikolojik derimize nüfuz etme olasılıkları daha fazla olur.

Amanda örneğini ele alalım. Amanda başkalarının gözünde mükemmel olma baskısı olarak gördüğü durumla gerçek bir mücadele veriyor:

İçimde bir parçam yaptığının gayet uygun olduğunu bilse de içten içe yeterince iyi olmadığını ve daha çok çalışırsam onları memnun edebileceğimi düşünmeden edemiyorum. İyi bir iş çıkardığımı düşündüğüm zamanlarda bile, bir sonraki sefere aynı başarıyı göstermek için daha da çok çaba göstermem gerektiğini biliyorum.

Amanda pek çok açıdan tipik bir sosyal mükemmeliyetçidir; sosyal onay ihtiyacı yüzünden bunu elde etmek için yorulmak bilmeksizin çalışmak, başkaları tarafından değer gördüğünü hissetmek, daha sonra yeniden daha çok onay arama haline dönmek ve bu onayı tekrar tekrar aramaktan oluşan sonsuz döngüye kapılmıştır. Bunun sonu gelmez. Kendini tepe noktalar ve dip noktalarının arasında gidip gelen sonsuz bir hız trenindeymiş gibi hisseder, arada sırada “molaya” ihtiyaç duyar ve trenden iner. O kadar kötü bir hal alır ki, dışarı çıkmayı bırakması, arkadaşlarını görmeyi bırakması, iş yerinde görev üstlenmek için öne çıkmayı bırakması gerekir çünkü başarısız olmaktan, başkalarını hayal kırıklığına uğratmaktan çok korkar. Biraz dinlendikten sonra, kendini yenilenmiş hissedecek ve o hız trenine yine binecek. Hiç intihar girişiminde bulunmamışsa bile yine de pek çok zaman bunalmış hissediyor, “boşa alan işgal ettiğini” düşünüyor, dönem dönem intihar eğilimli oluyor ve ölse daha iyi olacağını düşünüyor. Nelerin özel-

likle stres verici olduğunu anlatmasını istediğimde cevap vermekte zorlanmış en küçük görevlerin bile kaygı duymasına ve gerilmesine neden olduğunu söylemişti. Ne kadar küçük ya da önemsiz olursa olsun, her görev başarısız olması için bir fırsat, başkalarını hayal kırıklığına uğratmak için bir yol gibiydi. Ben şahsen, diğer pek çok kişi gibi, Amanda'nın neler hissettiğini çok iyi biliyorum.

Amanda'nın yapılması en kolay görevlerde bile nasıl etkilendiğine dair anlattıkları sosyal mükemmeliyetçiliğin sağlığını etkileme yollarından birini resmediyor; bunu ergenlerde kendi kendine zarar verme davranışları üzerine yaptığımız bir çalışmamızda görmüştük.¹⁷ O çalışmada, 15-16 yaş grubundaki kişilerde, mükemmeliyetçilik ve olumsuz yaşam olayları dahil olmak üzere bir dizi faktörün, takip eden 6 aylık dönemde kendi kendine zarar verme davranışının göstergesi olabileceğini araştırmıştık. Çalışmaya başlamadan önceki hipotezimiz, gençlerden 6 aylık araştırma süresinde en olumsuz yaşam olaylarını yaşayanların kendi kendilerine zarar verme olasılıklarının en fazla olacağı şeklindeydi. Sonuçta elde ettiğimiz bulgu da tam olarak bu şekildeydi. Ancak daha şaşırtıcı olan sosyal olarak tanımlanmış mükemmeliyetçilik ile kendine zarar verme riski arasındaki ilişki oldu. En yüksek kendine zarar verme riskinin sosyal mükemmeliyetçilik puanı en yüksek olan ve aynı zamanda yüksek düzeylerde olumsuz yaşam olayları yaşamış ergenlerde görüleceğini düşünmüştük ancak farklı bir bulgu kalıbı ortaya çıktı. Kendine zarar verme riski artan kişilerin yüksek düzeylerde mükemmeliyetçilik bildirirken (bu sürpriz olmadı), *düşük düzeylerde* olumsuz yaşam olayları bildirdiklerini (bu sürprizdi)

gördük. Sanki yüksek düzeyde sosyal mükemmeliyetçiliğin sonuçlarından biri, stres verici olayların rahatsızlık verici olmaya başladığı eşiğin alçalması gibiydi; buna “stres eşiği alçaltma etkisi” diyorum. Bununla ilgili olarak aynı stres faktörü ile karşılaşan iki insanı düşünmek daha kolay olabilir: Mükemmeliyetçilik düzeyi daha yüksek olan (ince derili olan) bu faktörden daha çok etkilenecektir. Bu bulgular sosyal olarak tanımlanan mükemmeliyetçiliği, ölçeğin yukarı ucuna daha yakın puan alan kişilerin metaforik bir psikolojik ince deriyle uyumlu olduğu şeklinde düşünmeye başlamamda etkili oldu.

Örtülü tavırların rolü

Şu ana kadar psikologlar tarafından yansıtmacı süreçler olarak adlandırılan durum ve bunların intihar riskini anlamada bize nasıl yardımcı olabileceği üzerinde durdum. Ancak ikili süreç olarak adlandırılan modele göre, herhangi bir davranışı anlayabilmek için etkileşim içerisindeki iki sistemi düşünmemiz gerekir. Ekonomi alanında Nobel ödülü sahibi Daniel Kahneman *Hızlı ve Yavaş Düşünme* adlı kitabında bu sistemleri son derece zekice anlatıyor.¹⁸ İlk sistem otomatik olarak işliyor. Hızlı bir sistem; hızla harekete geçiyor, otomatik süreçleri ve davranışları içeriyor. İkincisi ise yansıtmacı sistem; intihar araştırmalarının büyük bölümü bu sisteme odaklanıyor. Bilinçli farkındalık ve bilginin işlenmesini içeriyor. Yavaş ve çaba gerektiriyor ve değerlerimizi ve tavırlarımızı yansıtıyor. Örneğin, kendi hayatına son vermenin ahlaki açıdan yanlış olduğunu düşünen bir kişi intihar davranışına girmekten kaçınabilir ya da kendimizi ne kadar kapana kısılmış hissederseniz, çok çeşitli faktörler üzerine *kafa yormamız* gerekir. Bunlar bilinçli süreçlerdir.

Otomatik sistem bilinçli değildir; alışkanlıklarla, güdülerle ve örtülü tavırlarla belirgindir. Örtülü tavırlar kendimize ya da bilinçli farkındalık olmaksızın ortaya çıkan davranışlara dair değerlendirmelerdir. Bunlar bilinçli olarak farkında olduğumuz ve kolaylıkla belirtileceğimiz tavırlar olan açık tavırlardan çok farklıdır. Yani sigara kullanımına dair (açık) tavrınızın ne olduğunu sorarsam, bu soruya fazla sıkıntı yaşamadan cevap verebilirsiniz. Ancak, belli bir konudaki örtülü inançlara ulaşmak çok daha zordur çünkü bunların bilinçli olarak farkında olmayız ya da başkalarının onaylamayabileceğini düşünerek gerçek tavrımızı açıklamayabiliriz. Bu nedenle, psikologlar bu otomatik süreçlerin derinlerine inecek yenilikçi deneysel teknikler geliştirmişlerdir. Bunlardan en yaygın kullanılanı örtülü tavır testidir (IAT); bu test bilinçli farkındalığın ya da kontrolün dışındaki düşüncelerimize ve duygularımıza hitap eder.¹⁹ Geleneksel olarak IAT, bilgisayar yardımıyla tepki süresi görevleri kullanarak kavramlar (örneğin, İrlandalılar) ile karakter özellikleri (örneğin, dost canlısı) arasında kurulan ilişkinin gücünü kayıt altına alır. IAT ırkçılık ve cinsiyetçiliğin anlaşılmasında yaygın olarak kullanılmaktadır, bununla birlikte intihar riskinin anlaşılması amacıyla kullanılabileceği ancak son on-on beş yıl içerisinde değerlendirilmeye başlanmıştır.

Harvard Üniversitesi'nden klinik psikolog Matt Nock bu otomatik süreçlerin intiharla nasıl ilişkilendirilebileceğinin anlaşılmasına giden yolu açmıştır. 2010 yılında, psikiyatri aciline tedavi için başvuran kişiler arasında ölümü/intiharı kendileri ile ilişkilendiren güçlü örtülü tavırları olan kişilerde, takip eden altı ay içinde intihar girişiminde bulunma olasılığının, zayıf ilişkilendirmeler

yapan kişilerle karşılaştırıldığında daha fazla olduğunu gösteren çığır açıcı bir çalışma yayımladı.²⁰ Dahası, bu örtülü tavırlar, depresyon gibi iyi bilinen risk faktörlerine ve hasta ve klinisyen öngörülerine göre daha iyi ön göstergelerdi. Makalenin yayımlanmasından birkaç yıl sonra, Harvard'da Matt'in laboratuvarında bir süre bulundum; sonunda Christine Cha liderliğinde, İskoçya ve ABD'de eş zamanlı olarak yürütülen bir ortak çalışma ortaya çıktı.²¹ Geçmişte intiharı düşünmüş olan kişilerde yaşamaya ya da ölmeye yönelik bu otomatik tavırları aktive etmenin mümkün olup olmadığını araştırıyorduk. Aktive etmekle kastettiğim, çalışmaya katılan kişilerde düşük ruh halini tetikleyecek olursak, bu otomatik ölüm-yaşam ilişkilendirmesi güçleniyor mu yoksa zayıflıyor mu, görmeye çalışmaktı.

Bu çalışmanın önemli olduğunu düşünüyorduk çünkü yaşamaya ya da ölmeye yönelik tavırlar gibi bu otomatik süreçlerin insanların moralsiz ya da depresif oldukları zamanlarda kötüleşip kötüleşmediğini anlamamıza yardımcı olmuştu. Kötüleşiyorsa, intihar riskinin neden arttığını ortaya çıkarmaya yardımcı olabilir ve daha da önemlisi müdahale edilecek hedefleri ortaya koyabilirdi. Düşük ruh halini tetiklemek için, olumsuz ifadeler okurken üzücü müzik dinleme şeklinde yerleşik bir teknikten yararlandık. Olumsuz ruh halinin bu şekilde tetiklenmesi son derece güvenlidir ve kişinin sadece 10-20 dakika süreyle üzgün olmasını sağlar, çalışmaya katılanlar laboratuvardan ayrılmadan önce olumlu ruh hali tetiklemesi yapar ve kendilerini iyi hissettiklerinden emin olmak için kontroller uygularız.

Daha önce hiç intihara eğilimi olmayan kişilerle karşılaştırıldığında, daha önce intihara eğilimi olanların

kendilerini yaşamla daha az özdeşleştirdiklerini ve bu ilişkilendirmenin olumsuz ruh hali tetiklemesiyle daha da zayıfladığını gördük. Dahası, tetikleme sonrasında IAT puanları altı ay sonrasında intihar düşünceleri gelişeceği öngörüsü ortaya koyuyordu.

Bütün olarak ele alındığında, bu bulgular intihar riskinin anlaşılmasında yapbozun hayati parçalarını oluşturuyor. Elbette insanlara nasıl hissettiklerini sormamız ve hikayelerini dinlememiz hayati önem taşır, ancak bu otomatik süreçlere odaklanması intihar düşüncelerinin nasıl ortaya çıkabileceğine dair daha fazla bilgi edinmemizi sağlar. Ayrıca, kişinin nasıl hissettiğinden emin olmadığı ya da intihar düşüncelerini açıklamaya çekindiği durumlarda da yararlı olabilir. Ancak, yeni tüm gelişmeler gibi, bilinçaltı süreçlere dokunulmasına dair etik sorunların daha fazla irdelenmesine ihtiyaç var.

Çevre ve olumsuz yaşam olayları

Hepimiz içinde bulunduğumuz çevrenin ürünleriyiz, dolayısıyla, IMV modelinde özetlendiği gibi, intihar riskini anlayacaksak çevrenin o riskteki rolünü anlamamız gerekir. İntihar araştırmaları ve önleme alanı, uzun zamandır çevremizin intiharla bağlantılı olan unsurlarını karakterize etmeye çalışıyor. Çevresel etkiler, rahimde fetüsün çevresinden, aile çevresine ve yapısal dezavantajlar, ırkçılık ve sosyoekonomik altyapı da dahil olmak üzere toplumsal çevrenin daha geniş kapsamlı etkileri gibi çok farklı şekillerde olabilir.²² Ancak burada, yaşamda erken dönem çevresi, özellikle de erken yaşam dönemi olumsuzlukları ve bağlanma üzerinde durmak istiyorum. Olumsuzlukların hayatın her döneminde ortaya çıkabildiğini, yetişkinlik dönemindeki olumsuz

yaşam olaylarının intihar riski ile çocukluk ve ergenlik döneminde deneyimlenenler kadar ilişkili olduğunu söylemeye gerek yok.²³

Erken yaşam dönemindeki olumsuzluklar

Erken yaşam döneminde deneyimlenen olumsuzluklar ile intihar riski de dahil olmak üzere kötü ruh sağlığı arasında sağlam bir ilişki olduğuna hiç şüphe yok.²⁴ Erken yaşam dönemi olumsuzlukları çok farklı şekillerde değerlendirilebilir ancak çoğu zaman yaşamın ilk 18 yılına etki eden olumsuz çocukluk deneyimleri (ACE) olarak kayıt altına alınır. Bu deneyimler arasında duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, ebeveynlere yönelen şiddete tanık olma, hane içinde madde kullanımına ya da hane içinde ruhsal rahatsızlıklara tanık olma, ebeveynlerin ayrılması/boşanması ya da aile üyelerinden birinin hapisanede olması yer alır.²⁵ Çok sayıda çalışmada ACE sayısı arttıkça, kişinin yaşamı boyunca sağlık durumunun kötüye gittiği gösterilmiştir.

Amerika’da Shanta Dube ve çalışma arkadaşlarının yaptığı, sıklıkla alıntı yapılan bir çalışmada, her ACE ile beraber intihar girişimi riskinde iki ila beş kat artış görülmüştür. Ancak bundan daha da endişe verici olan şu: ACE’ler puanlandırılıp toplandığında, 7 ya da üzerinde ACE puanı çocuklukta ya da ergenlikte intihar girişimi olasılığını 51 kat, yetişkinlikte ise intihar girişimi olasılığını 30 kat artırmıştır.²⁶ Bunlar endişe verici rakamlardır ve analizlerde kişilerin kendi beyan ettikleri alkolizm, depresyon ve yasa dışı uyuşturucu kullanımı istatistiksel olarak dikkate alındıktan sonra bile ACE’lerle intihar girişimleri arasındaki ilişkinin devam etmesi daha da endişe vericidir.

Riski řu řekilde de dűřűnebiliriz: Bir risk faktűrűnűn kiřinin bir hastalıęa yakalanmasına ya da bizim űrneęimizde intihar giriřiminde bulunmasına katkısının űlűűlmesidir. Bu katkı topluma atfedilebilir fraksiyon (PAF) ya da toplumda risk faktűrűnűn ortadan kaldırılması durumunda intihar giriřimlerinde beklenen azalma yűzdesi olarak bilinir. İntihar giriřimlerinde birden fazla ve űrtűřen risk faktűrleri bulunduęundan, intihar davranıřını nasıl ortadan kaldıracadıımızı belirlemek iwin basitűe PAF'ların toplamını almak műmkűn deęildir. Yine de intiharı űnleme űabalarına yűn veren yararlı bir araűtır. Dube'un űalıřmasında, űocuklarda ya da ergenlerde intihar giriřimlerinin yűzde 80'inin ve yařam boyu gerűekleřen intihar giriřimlerinin yűzde 67'sinin bir ya da daha fazla ACE deneyimine atfedilebileceęi gűrűlműřtűr. Bu yűksek bir oran. Bařka űalıřmalarda farklı istatistikler yayımlansa da tamamında yařamın erken dűneminde travmalara ne kadar űok maruz kalınırsa, hassasiyetin o derece arttıęına dair aynı resmi gűrűyoruz. Ancak arada karmařık bir iliřki bulunuyor, űyle ki hangi faktűrlerin ya da mekanizmaların űocukluk dűnemindeki olumsuzluklar ile intihar riski arasındaki iliřkiyi aűıklar nitelikte olduęu belirsizdir.

Bedenin strese tepkisi

Biyolojik aűıdan, bu erken dűnem deneyimlerinin genlerin ifadesini deęiřtirebildięine ve dolayısıyla ruh saęlıęı sorunlarına hassasiyete katkıda bulunarak sonrasında intihar riskinin artmasına yol aűabildięine dair bazı kanıtlar bulunuyor.²⁷ Yařamın erken dűnemindeki olumsuzluklar hipotalamus hipofiz adrenal (HPA) aks bozululuęu yoluyla bedenin strese tepkisini etkileyebilir.²⁸ HPA

aksı bedenimizin stres tepki sistemi açısından önemlidir; stresli durumlarla (diğer adıyla stres faktörleriyle) karşılaşmışımızda iyi fonksiyon göstermek için ona ihtiyaç duyarız. Daha önce “savaş ya da kaç” tepkisini duymuş olabilirsiniz; bu bedenimizin potansiyel bir tehdit ya da stres etkeni karşısındaki fizyolojik tepkisidir. Bu şekilde adlandırılmıştır çünkü bedeni, duruma göre, tehditle savaşmaya ya da durumdan kaçmaya hazırlar.

Ayrıca HPA aksı, stres ile karşı karşıya kaldığımızda gerekli olması nedeniyle “savaş ya da kaç” hormonlarından biri olarak bilinen kortizol hormonunun salınımını da yönetir. Strese tepki olarak salınmasına kortizol stres reaktivitesi adı verilir. Kortizolün zihin ve beden üzerinde, bizi tehditlerle savaşmaya hazırlayan çok geniş yelpazede etkisi söz konusudur ve aynı zamanda duygu düzenleme ve karar almada da devreye girebilir. Strese tepki olarak salınan kortizol düşük düzeydeyse, bu körelmiş tepkinin yürütücü işlevlerin bazı unsurlarında bozulma olması ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir. Yürütücü işlev, işler bellek, esnek düşünme, sorun çözme ve irade gibi her biri öz düzenlemeye yardımcı olan bir dizi zihinsel beceriyi tanımlamada kullanılan bir nöropsikoloji terimidir. Bu becerileri, günlük hayatta yolumuzu bulurken, duygularımızı yönetirken ve işlerimizi yaparken sürekli kullanırız. İntihar riski açısından, HPA aksı yeterli kortizolün salgılanmayacağı şekilde bozulmuşsa, beden ve zihin herhangi bir tehdide ya da stres faktörüne karşı savaşmak için optimal derecede hazırlıklı olmayabilir. İkincil etkisi ise bir stres faktörüyle karşılaşmışımız bir sonraki seferde vereceğimiz tepkinin daha az etkili olması, dolayısıyla daha fazla rahatsızlık hissetmemiz ve

zaman içinde potansiyel olarak intihara karşı daha zayıf düşmemiz olabilir.

Bazı araştırma çalışmalarımızda kortizol reaktivitesinin rolünü araştırdık; geçmişte intihar girişiminde bulunmuş kişilerin stres altında oldukları durumlarda, intiharı sadece düşünmüş olan ya da hiçbir zaman intihar eğilimi göstermeyen kişilerle karşılaştırıldığında körelmiş tepki verip vermedikleri üzerinde durduk.²⁹ Bu araştırmayı, kendisi de sağlık psikoloğu ve stres araştırmaları uzmanı olan, ayrıca son derece memnuniyetle belirtmeliyim ki, tek yumurta ikizim de olan Daryl O'Connor yürütmüştü. Kişisel olarak, psikoloji profesörü olan bir ikiz kardeşimin olması benim için müthiş bir şans. Gerçekten de doktora günlerimizden bu yana araştırma çalışmalarımızda verimli işbirliklerimiz oldu; en son birlikte *The Psychologist*'e verdiğimiz bir röportajda, tek yumurta ikizi olmanın profesyonel yaşamlarımızı nasıl etkilediği üzerine konuştuk.³⁰

Araştırmalara dönelim. Kortizol sistemini incelemek için stres tepkisini ortaya çıkaracak deneysel bir prosedür kullanıyoruz. Bunu yapmanın farklı yolları var ancak biz Maastricht Akut Stres Testi (MAST) adı verilen bir prosedür uyguluyoruz.³¹ Bu test hem fizyolojik hem de psikolojik açıdan zorlayıcıdır çünkü laboratuvar da katılımcılardan ellerini buzlu soğuk suya daldırırken, diğer yandan çetrefilli bir aritmetik sorusunu çözme-leri istenir. MAST bileşenlerinin kulağa biraz tuhaf gelebileceğini biliyorum ancak bu stres faktörlerinin bir araya geldiğinde HPA aksını aktive ettiği biliniyor ve dolayısıyla stres sisteminin ne kadar iyi çalıştığını görmenin iyi bir yolu. Son dönemdeki çalışmalarımızdan birinde üç grup katılımcı ile bunu test ettik: intihar

girişiminde bulunmuş kişiler, intiharı düşünmüş kişiler ve hiçbir zaman intihara eğilimi olmamış kişiler.³² Tüm katılımcılar laboratuvara çağrıldı ve bazı anketleri doldururken herkesten MAST öncesinde, sırasında ve sonrasında tükürük örneği vermelerini istedik. Bu şekilde, çalışma süresince -MAST etkisinin izlendiği süre de dahil olmak üzere- salgıladıkları kortizol miktarını takip edebilecektik. Tam da öngördüğümüz gibi, intihar girişiminde bulunmuş kişiler çalışma boyunca en düşük miktarda kortizol salgıladılar, intihar geçmişi olmayanlar miktar olarak en fazla kortizol salgılayarak, intihar düşünceleri olanlar ikisinin arasında bir yerde kaldı. Dolayısıyla, laboratuvar ortamında, stresli bir durumu deneysel olarak oluşturduğumuzda özellikle geçen bir yıl içinde olmak üzere, intihar girişiminde bulunanlar körelmiş bir tepki sergilediler. Bu deneyin gerçek hayattan çok uzak olduğunu bilmekle birlikte, ilişkilerle ya da işle ilgili stres faktörleri gibi, günlük hayatta karşılaşılan diğer stresli durumlarda stres sisteminin nasıl tepki vereceğine dair bir fikir veriyor. Psikolojik olarak kapana kısılmış olmanın yanı sıra, görünen o ki, intihar eğilimli kişiler fizyolojik olarak da etkileniyorlar. Ne yazık ki, körelmiş kortizol tepkisinin intihar eğilimli olmanın bir nedeni mi yoksa sonucu mu olduğunu hâlâ bilmiyoruz; cevap bulması gereken bir başka soru da bu.

Bu bölümün başında, hayatın erken döneminde yaşanan olumsuzlukların stres tepki sistemini etkileyerek intihar riskini artırabileceğini ortaya atmıştım. Dolayısıyla Daryl ile yaptığımız önceki çalışmanın devamı olarak, aynı intihar eğilimli katılımcılarda HPA aks bozukluğunun çocukluk travmaları ile ne ölçüde açıkla-

nabileceğini inceledik.³³ Bu kişilerle laboratuvarda ilk tanıştığımızda, çocukluk ya da ergenlik dönemlerinde istismar ya da ihmal deneyimlerine dair sorulara da cevap vermişlerdi; cevapları ile kortizol verileri arasında bağlantı kurduk. Bulgular çok açıktı: En fazla çocukluk travması bildirenler en düşük miktarda kortizol salgılamıştı, bu durum stres tepkileri en fazla körelmiş kişiler olduklarına işaret ediyordu.

Bu bulgular üzerinde biraz düşünelim.

Çalışmamızda, katılımcılardan yıllar önce yaşadıkları herhangi bir istismar ya da ihmal deneyiminden bahsetmelerini istemiştik ve kendi ifadeleri ile bu deneyimleri daha fazla yaşamış olduklarını bildirenler günümüzde, laboratuvar ortamında, *daha az* kortizol salgılamışlardı. Daha da şok edici olan ise, travmanın intihar girişiminde bulunan kişilerde gerçekten yaygın olması. Bizim örneklemimizde ve sonraki çalışmalarda, katılımcıların yaklaşık yüzde 80'i en az bir tip çocukluk travması bildirdi.³⁴ Körleşmiş kortizol tepkisinin zararlı etkilerinin intihar riskinin çok ötesine geçtiğini de hatırlamakta yarar var; çok çeşitli olumsuz davranışsal ve sağlık sonuçları ile ilişkilendiriliyor. Bunun nasıl ve neden olduğunu ve hassas durumdaki kişileri korumak için nelerin yapılabileceğini anlamak için çok daha fazlasını yapmamız gerekiyor.

Bağlanma

Yaşamın erken dönemlerindeki travmayı intihar riski ile birbirine bağlayan biyolojik yollar olsa da dikkate alınması gereken önemli bir başka yol da bağlanma sürecidir. Bağlanmanın söz konusu olduğu ilişkiler, hayatın erken döneminde gelişen ve ergenlik dönemi boyunca

ve daha sonrasında yetişkinlikte ilişkileri etkileyen duygusal bağlardır. Hayatta erken dönemlerde yaşanan kopmaların bu bağları etkileme potansiyelinin bulunması şaşırtıcı değil çünkü bizler büyürken, gelecekte kuracağımız ilişkiler için model oluşturuyorlar. Farklı bağlanma modelleri bulunur, bazıları uyumlu ya da güvenli iken, bazıları uyumsuz ya da güvensizdir. Psikoloji literatüründe, güvenli bağlanma, kaçınan bağlanma ve kaygılı bağlanma (her birini sırayla kısaca açıklayacağım), artan ya da azalan intihar riski ile bağlantılı olma potansiyeli en sık bildirilen bağlanma tarzlarıdır. Kaçırcı ve kaygılı bağlanma yönelimleri sıklıkla güvensiz ya da uyumsuz bağlanmanın tanımlanmasında bir arada görülür.

Birkaç yıl önce, çalışma arkadaşım Tiago Zortea liderliğinde gerçekleştirilen, bu bağlanma tarzlarının her birinin intihar riski ile ilişkilerinin boyutunun değerlendirildiği bir inceleme çalışmasına katılmıştım.³⁵ 50'nin üzerinde çalışma bulmuştuk ve bunların 30'undan fazlasında güvenli bağlanma düzeyleri yükseldikçe intihar düşünceleri ve girişimi düzeyinin düştüğünün bulunduğunu görmek bizi cesaretlendirmişti. İyi haber. Güvenli olarak adlandırılan bağlanma tiplerinin koruyucu olduğu düşünülüyor çünkü güvenli bağlanan bireyler kendilerini sevgiye değer algılama ve etraflarındaki kişilerin ilgili olmalarını ve ihtiyaçlarına cevap vermelerini bekleme eğiliminde oluyorlar. Bu olumlu bir yönelim çünkü bu kişiler çoğu zaman ihtiyaçlarının karşılandığını hissediyorlar. Buna karşılık, kaçınmacı yönelimi olan bir kişi hem kendisi hem de etrafındaki kişiler hakkında olumsuz görüşlere sahip olduğundan, ilişkilerinde mesafeyi ya da

özerkliğini korumaya çalışıyor. Dolayısıyla böyle bir yönelimin çoğu zaman besleyici ve tatmin edici ilişkiler doğurmaması şaşırtıcı değil. Ne yazık ki kaçınan bağlanmaların intihar düşünceleri ve girişimi ile ilişkili olduğuna dair açık kanıtlar bulunuyordu, aynı şekilde kaygılı bağlanma ile intihar riski arasında da net bir ilişki bulunmuştu. Kaygılı bağlanma yönelimi sorunludur, kişi kabul görmek için uğraşır ancak şefkati almakta sıkıntı yaşar çünkü buna değer olduklarını ya da sevmeye layık olduklarını düşünmezler. Bu bağlanma şekli kimi zaman saplantılı ya da ikircikli bağlanma olarak da adlandırılır. Sosyal olarak tanımlanan mükemmeliyetçiliği hatırlayalım; bu bağlanma tipinin sonu gelmeyen bir sosyal onay arama, değerli hissetmeme ve elde edilmesi potansiyel olarak mümkün olmayana ulaşabilmek için giderek daha çok uğraşma döngüsüne katkıda bulunması olasıdır. (Tipik bir sosyal mükemmeliyetçi gibi görünen) Amanda'ya bağlanma ilişkilerini sormuş olmayı isterdim; nasıl bir cevap vereceğine dair iyi bir tahminim var. İncelememizin sonuç bölümünde, intihar riskini azaltmak için bağlanma ile ilişkili başa çıkma stratejileri üzerinde durulan daha fazla desteğin sağlanması çağrısında bulunmuştuk.

Bu araştırma programı kapsamında, Tiago ayrıca geçmişte intihar girişiminde bulunmuş kişilerle ayrıntılı bir görüşme yaptı. Görüşmenin amacı sorunlu bağlantılar ile intihar düşünceleri ve davranışları arasındaki ilişkinin doğasına dair ilk elden deneyimlere ulaşmaktı.³⁶ Görüşme yapılanlardan biri, 22 yaşındaki Joanne, önceki yıl intihar girişiminde bulunmuştu ve yaşadığı kişiler arası zorluklardan bazılarına dair çarpıcı şeyler anlattı.

Görüşmenin aşağıda yer alan bölümünde hayatının ilk dönemindeki ilişkilerden ve bunların günümüzde onu hâlâ nasıl etkilediğinden bahsediyor:

Kimseye güvenmiyorum çünkü insanların bırakıp gideceğini biliyorum. Tıpkı annemin beni yolun ortasında bir arabada bırakıp gittiği gibi, yani böyle bir şey yaptı ve beni sevmesi gereken biri, o zaman başkaları ne yapar? [...] Herhangi biriyle bağ kurmamak ve kendi başına kalmak daha kolay. Eğer yarın bana biri arabayla çarpacak olsa, gitmeye hazırım, karşı koymam. Ben tamamen vazgeçtim çünkü herkes bırakıp gidiyor. Bende yanlış bir şeyler olmalı, ne olduğunu bilmiyorum. Olay şu ki herkes sorun sen değilsin diyor ama her olayın ortak noktası benim başıma gelmesi.

Joanne'in terk edilmişlik ve değersizlik duyguları açıkça görülüyor. Hayatta kalma savaşımdan vazgeçmiş ve kişiler arası sorunlarının çözümünün intihar olduğunu düşünüyor gibi. Kendisini sorun olarak gördüğünü ve sanki ölüm kaderiymiş gibi, ölmekten korkmadığını düşünmek çok üzücü.

Çalışmamız kapsamında görüşme yapılan bir diğer kişi de 23 yaşındaki Christina'ydı. İntihar girişiminde bulunalı epeyce zaman olmuştu ancak depresyon için ilaç kullanmaya devam ediyordu. Hayatının erken dönemindeki deneyimlerin kapana kısılmışlık hissine katkıda bulunduğu aşağıdaki ifadelerinde açıkça görülüyor:

Annemle babam istismarcı kişilerdi hem birbirlerine karşı hem de bana karşı, bu da beni evin dışına itti, en azından çocuk sayılacak bir yaşta. Dolayısıyla kötü şeylere bulaşıyordum, mesela 13 yaşında uyuşturucuya bulaşmak gibi, beraberinde de hoş olmayan diğer şeyler geldi. Yani evet, bir döngünün içindeymiş gibi hissediyordum, hayatta kısılıp kalmışım gibi... kendi beynimin içinde olmaktan bile hoşlanmıyordum, böyle olunca kendi içimde bile güvenli bir yerim yoktu. Bu biraz şey gibiydi, kendimden de hoşlanmıyordum çünkü evet beynimin içinde kısılıp kalmaktan hoşlanmıyordum, düğmesine basıp kapatmak istiyordum.

Christina'nın içsel –"beynimin içinde kısılıp kaldım"– ve dışsal – "hayatta kısılıp kalmışım gibi"– kapana kısılmışlık hallerine dair tanımlamaları üzüntü verici olduğu gibi, hayatlarının erken dönemlerinde olumsuz deneyimler yaşamış kişilerde çoğunlukla ortaktır. Umutsuzluk döngüsüne yakalandığını, bu döngüden çıkışın olmadığını ve güvende hissedebileceği ya da kendini toparlayabileceği sığınacak güvenli herhangi bir yer bulamadığını anlatıyor. Benzer şekilde, kendisinden hoşlanmaması, melankolik hali de güvensiz bağlanma sergileyen kişilerin özelliklerindendir ve değersizlik duygularına ve ölseler de yaşasalar da kimsenin umurunda olmayacağı algılarına katkıda bulunur.

Bu özdeğer eksikliği, önemsizlik ve değersizlik hissi Matt ile yapılan görüşmede, intihar eğilimli olma üzerine yaptığı konuşmanın dökümünde de kendini gösteri-

yor. Matt 27 yaşında ve daha önce iki defa intihar girişiminde bulunmuş:

Hiç arkadaşım yoktu, ailem yoktu. Bilirsiniz işte, sonuçlarını kafamda ölçüp tarttım ve seçenekleri değerlendirdim ve baktığımda yaşamakla ölmek arasında herhangi bir fark göremedim. O zaman o kadar depresyondayım ki o kadar umutsuzdum ki [...] O zaman gidip ışıkları kapatsam da olur diye düşündüm çünkü benim için daha kolay olacaktı ve arkada çok bir şey de bırakmış olmayacaktım.

İntihar girişimleri sırasında, Matt'in hayatında kayda değer herhangi bir ilişki yokmuş gibi görünüyordu, dolayısıyla hayatta kalmanın artısını ve eksisini düşünüyordu. Bununla birlikte yaptığı yorumlar çok ilgi çekici çünkü "o zaman o kadar depresyondaydım ki" derken geleceğe dair düşüncelerinin ("o kadar umutsuzdum ki") bulanık olduğunu fark edebiliyor. Bunlar intiharı düşündüren kapana kısılmışlık halinin geçici olduğunu ve işlerin daha iyiye gidebileceğini hatırlatan güçlü sözler. Ancak asıl zor olan, umutsuzluğun derinliklerinde bunu görebilmektir. Matt'in ilk baştaki hiç arkadaşının ya da ailesinin olmadığı yönündeki yorumu aklıma on yedinci yüzyıl jakoben şairi John Donne'un sözlerini getiriyor: "Ada değildir insan, bütün hiç değildir bir başına." İnsanlar arası bağlantının hayati önemini ve kurulan bağlar kaybedildiği zaman intihar riskinin arttığını vurguluyor.³⁷

İNTİHAR DÜŞÜNCELERİ VE MOTİVASYON AŞAMASI

Mücadele etmekte olan birine destek oluyorsanız, IMV modeli bu kişinin intihar eğilimli olduğunu ya da intihar riski bulunduğunu gösterebilecek uyarı işaretlerini belirlemenize yardımcı olacaktır. Özellikle intihar eğilimi olduğunu hisseden ancak intihar girişiminde bulunma olasılığı düşük olan kişilerle, bir sonraki adımı atma ve intihar eyleminde bulunma riski yüksek olan kişileri birbirinden ayırmanıza yardımcı olur. Bu ayrımın büyük önemi olduğu son derece açık, çünkü kimin en hassas konumda olduğunu ve kimin intihar girişiminde bulunma ya da nihayetinde intihar nedeniyle ölme olasılığının en yüksek olduğunu daha iyi anlamamız kritiktir. Bu geçiş, sırasıyla intihar düşüncesi ve intihar eylemleriyle ilgili olan motivasyon aşaması ve istemli aşama kapsamındadır. Daha önce de özetle belirttiğim gibi, motivasyon aşamasındaki faktörler intihar düşüncesinin aciliyetini belirler. Daha spesifik olarak belirtecek olursak, intihar düşüncesi kişinin kaçamayacağı yenilgi ve/veya küçük düşme duygularının sonucu olarak ortaya çıkar. Şekil 1'e tekrar bakarsanız, yenilgi, kapana kısılmışlık ve intihar düşüncesinin altında "kendine yönelik tehdit kolaylaştırıcıları", "motivasyon kolaylaştırıcıları" ve "istem kolaylaştırıcıları" başlıklı kutucuklar göreceksiniz. Bu kutucuklarda kişinin yenik düşmüş ve küçük düşmüş hissetmekten, nihayetinde intihar davranışında bulunmaya nasıl geçtiğini anlamamızı sağlayacak önemli faktörler yer almaktadır.

Kolaylaştırıcı, istatistikte iki faktör arasındaki ilişkinin yönünü ve/veya gücünü etkileyebilecek üçüncü bir faktörü tanımlamada kullanılan bir terimdir. Kolay-

laştırıcı ile neyi kastettiğini tarif etmeye, stres ile iyilik hali arasındaki ilişkiyi düşünerek başlamak iyi olabilir. Tanıdığınız bir kişinin stres altında hissettiğini ve destek almak için gidebileceği kimsesi olmadığını hayal edin, böyle bir durumda rahatsızlık hissetmeleri olasılığı, gidebileceği biri olması durumu ile karşılaştırıldığında daha yüksektir. Çünkü insanın gidebileceği birinin olması, sosyal desteğinin olması iyi bir şey. Yaşadığı stresle başa çıkmasına yardımcı olabilir ve dolayısıyla rahatsız hissetmesi olasılığını düşürür. Bu örnekte, sosyal desteğe sahip olmak kolaylaştırıcı görevi görür çünkü stresin rahatsızlığa yol açması olasılığını değiştirir (azaltır).

Şekil 1'e tekrar bakarsanız, kolaylaştırıcıların altında 3 kutu daha yer aldığını ve her biri bir dizi fizyolojik faktör içeren bu kutuların hemen üstlerinde yer alan kolaylaştırıcı kutusunu desteklediğini göreceksiniz. Örneğin "kendine yönelik tehdit kolaylaştırıcılarını" ele alalım: İlgili kutu sosyal sorun çözme, başa çıkma ve çarpık hafıza gibi fizyolojik süreçleri içerir. Bu kolaylaştırıcıların ya da faktörlerin her birinin varlığının yenilgi/küçük düşme ile kapana kısılmışlık arasındaki ilişkiyi etkilediği, öyle ki varlıklarının -olumsuz olması durumunda kişinin yenilgi ya da küçük düşme duygularıyla kapana kısılmış hissetme olasılığını artıracak hipotezi ileri sürülür. Bu gibi durumlarda, birey modelde soldan sağa doğru kayar ve bu şekilde intihar düşüncesi ve davranışı olasılığı artar. Ayrıca, moralimiz bozuk olduğunda, geçmişimizde yaşananları hatırlama şeklimiz bozulabilir ve olumlu şeylerden çok olumsuzları hatırlama olasılığımız artar. Bu durum sorundur çünkü zihnimiz olumsuz pekiştireç görevi gören anılarla bulanık olduğundan, kapana kısılmışlık duyguları yoğunlaşabilir.

Otobiyografik çarpık hafıza adı verilen bu çarpıklıklar ayrıca sosyal sorunları çözme becerimizi de kötüleştirebilir.³⁸ Bunun nedeni günümüzde belli bir konuda yaşadığımız yeni bir sorunu çözmemize yardımcı olması için çoğu zaman geçmişte aynı sorunu çözdüğümüz zamanlara ait spesifik ayrıntılara güvenmemizdir. Ancak moralimiz bozuk olduğunda ya da intihar eğilimli olduğumuzda bu çarpıklık ilgili ayrıntıları hatırlamamızı engelleyeceğinden bize yardımcı olmaz, dolayısıyla sorun çözücü olarak etkinliğimiz azalır ve kapana kısılmış hissetme olasılığımız artar.³⁹

32 yaşında, bekar ve yalnız yaşayan Isaac'ı ele alalım. Onun hikayesi çarpık hafızanın sorun çözme becerilerini nasıl etkilediğini gösteren iyi bir örnek. Bir süredir düzenli olarak aile hekimiyle görüşüyor çünkü kendisini gerçekten moralsiz ve intihar eğilimli hissediyor, bunun için de kısmen aile içinde yaşanan bir anlaşmazlığı sorumlu tutuyor. Geçmişinden gelen, iş yerinde yaşadığı zorbalık da dahil olmak üzere, diğer deneyimler de düşük ruh haline katkıda bulunmuş. Ailedeki anlaşmazlığın sonucu olarak, Isaac annesinden ve babasından uzaklaşmış ve aralarında bir uzlaşma olmasını gerçekten istemesine rağmen, bunu nasıl başarabileceğini bilmiyor. Geçmişte de başarıyla çözümlenen aile içi anlaşmazlıklar olmuş ancak ona sorduğumda, çözümün nasıl bulunduğu dair spesifik ayrıntıları hatırlamakta zorlanıyor. Buna karşılık, ailesinde yaşanan durumlarla ilgili olumsuzluklardan ayrıntılı olarak bahsedebiliyor. Dolayısıyla otobiyografik çarpık hafıza bakımından, Isaac'ın tipik bir hikayesi var. Olumlu anılardan çok olumsuzları hatırlama olasılığı bulunuyor ve daha önceki barışmalara dair olumlu anılarının fazla genel olması

işleri daha da zorlaştırıyor; bu anılar şu anda yaşadığı aile krizinde sorunu çözebilecek stratejiler düşünmesine yardımcı olacak kadar ayrıntılı değil.

Kapana kısılmış hissetmeye ve intihar düşüncelerine giden yıkıcı yollar

Kendi hayatınızda yaşadığınız bir sosyal (kişilerarası) durumda başlangıçta yenilgiye uğradığınızı hissettiğiniz bir zamanı düşünerek motivasyon aşamasını açmaya çalışalım. Çözüm bulabildiğiniz, olumlu olarak sonuçlanan bir durum seçin. İş yerinde ya da okulda yaşanan bir sorun ya da arkadaşlarınızla yaşadığınız bir olay olabilir:

Konu neydi?

Sorunu çözmek için ne yapmıştınız?

Böyle bir durumu birkaç dakikalığına düşünün.

Farazi bir senaryo düşünmek ve bunu IMV modeliyle ilişkilendirmek de işimize yarayabilir:

İş arkadaşlarınızdan biriyle sık sık çatıştığınızı, bunun sonucunda da sesinizi asla duyuramadığınızı hissettiğinizi düşünün. Çatışmalar giderek daha sertleşiyor, öyle ki durumu nasıl çözümleyeceğinizi artık bilemiyorsunuz ve tüm enerjinizi bu çatışmalardan sonra duygularınızı yönetmeye harcıyorsunuz. Bu çatışmalar gerçekten moralinizi bozuyor, kendinizi yenik düşmüş ve durumun içinde hapsolmuş hissediyorsunuz çünkü her toplantı ateşli bir tartışmayla bitiyor. Bu durum artık bir rutine dönüştü

ve ne yapacağınızı bilmiyorsunuz. Ancak, bir arkadaşınızla konuşuyorsunuz ve konuyu çatışma yaşadığınız çalışma arkadaşınızla açıkça ve yargılamadan konuşarak halletmenizi öneriyor. Sorunu dile getirmek işe yarıyor çünkü çatışma yaşadığınız çalışma arkadaşınıza istismarcı eski bir çalışma arkadaşını hatırlattığınız ortaya çıkıyor. Sonuç olarak, çalışma arkadaşınız sizin bulunduğunuz durumlarda kendini her zaman gergin hissediyor, bu duygusu da kendini tartışma davranışı olarak gösteriyor. Anca, sorunu dile getirerek birlikte çözebiliyorsunuz.

Şimdi bu senaryoyu IMV modeline göre parçalara ayıralım.

İlk olarak, tekrarlanan tartışmaları çözümleyince, yenilgiden kapana kısılmışlık haline giden yol (ya da bağlantı) kurulması olasılığı düştü. Sorunu çözebilmiş olmak yenilgi ile kapana kısılmışlık arasındaki ilişkiyi *kolaylaştırmıştır* böylece bulunan çözüm kendinizi kapana kısılmış hissetmeye devam etme olasılığınızı azaltmıştır. Genel olarak, kolaylaştırıcılar iki şekilde etki edebilir: ilişkiyi zayıflatabilirler ya da güçlendirebilirler. Yukarıdaki örnekte, psikologlar tarafından sorun odaklı başa çıkma olarak da adlandırılan etkin sorun çözme, yenilgi ile kapana kısılmışlık arasındaki ilişkiyi zayıflatı. Buna karşılık, bu duruma farklı bir tepki vermiş olsaydınız, mesela sorunu çözmeye çalışmak yerine ayak diretseydiniz, böyle bir tepki kendinizi kapana kısılmış hissetmeye devam etme olasılığınızı artıracaktı, dolaylı-

sıyla yenilgiden kapana kısılmışlığa giden yolu güçlendirecekti. Zayıflatma da güçlendirme de kolaylaştırmaya örnek oluşturur. Kolaylaştırıcı koruyucu olduğunda, genellikle tampon olarak adlandırırız. Hayatta hepimizin tamponlara ihtiyacımız vardır!

Daha önce düşündüğünüz, kendinizi yenik düşmüş hissettiğiniz durumu (iş yerinde ya da okulda ya da arkadaşlarınızla yaşadığınız sorunu) IMV modelinde yer alan faktörler bakımından değerlendirmeye çalışmaya ne dersiniz? Yenilgi durumunuzu çözümlemek için kendine yönelik tehdit kolaylaştırıcılarından herhangi birini kullanmış mıydınız? Deneyimlediğiniz rahatsızlıklarla nasıl başa çıkmıştınız?

Şimdi kapana kısılmışlıktan intihar düşüncesine giden yola geçelim. “Kendine yönelik tehdit kolaylaştırıcıları” yenilgiden kapana kısılmışlığa geçişe odaklanırken, “motivasyon kolaylaştırıcıları” kapana kısılmışlık duygularının intihar düşüncelerine yol açma olasılığını artıran ya da azaltan faktörler grubudur. Örneğin, başarısız aidiyet, başkalarına yük olma duygusu, geleceğe dair olumlu çok az düşüncenin olması ve çok az sosyal desteğe sahip olunması, kapana kısılmışlığın umutsuzluğundan intihar düşüncesinin doğma olasılığını artırır. Ancak intihar düşüncesinin, kapana kısılmışlığın kaçınılmaz bir sonucu olmadığını ve motivasyon kolaylaştırıcılarının hepsinin işleri kötüleştirmedeğini unutmalıyız. Bazıları koruyucudur; yukarıda dediğimiz gibi, tampondur. Kapana kısılmış hisseden pek çok insan akut intihar eğilimi geliştirmeyecektir. Önemli olan nokta şu: bize zarar veren faktörleri hedef alacak müdahalede bulunabilirsek, kapana kısılmış hisseden insanları koruyabiliriz. Ancak burada zor olan kimin kendini ka-

pana kısılmış hissettiğini fark etmek ve güvende olmalarını sağlamak için nasıl ve ne zaman müdahale etmek gerektiğini bilmektir. Bölüm 3'te insanların güvende olmalarını sağlamaya nasıl yardımcı olabileceğimiz konusuna yeniden değineceğim.

Geleceğe dair olumlu düşüncelerin rolü

Üstümüze umutsuzluk çöktüğünde, geleceğe dair düşüncelerimizin karanlıkta yolumuzu bulmamız açısından önemli olması belki de şaşırtıcı gelmeyecektir. Örneğin, kendimizi kapana kısılmış hissediyorsak, gelmesini beklediğimiz olumlu hiçbir şey olmadığında intihar düşüncelerinin ortaya çıkması olasılığı daha fazladır. Bu nedenle, geleceğe dair düşünceler IMV modeline motivasyon kolaylaştırıcısı olarak eklenmiştir. Andrew MacLeod'un çalışmalarını temel alarak, yıllar boyunca geleceğe dair düşüncelerle intihar riski arasındaki ilişkinin doğasını çözümlemeye çalıştık. Londra Üniversitesi, Royal Holloway'den klinik psikolog MacLeod doksanlarda bu çalışmanın öncüsü olmuştur. Spesifik olarak ifade edecek olursak, insanların geleceğe dair heyecanla bekledikleri ya da endişe duydukları şeyleri belirttikleri, basit bir sözel görev olarak tanımlanabilecek "geleceği düşünme görevini" geliştirmiştir.⁴⁰ Bu görev insanların geleceğe dair olumlu ve olumsuz düşüncelerine ulaşmamıza imkan verir. Olumlu düşünceler, "tatile gitmekten", "erkek arkadaşımı görmeye" ya da "akşam yemeğe çıkmaya" kadar her şey olabilir. Diğer taraftan, insanların endişe duydukları konulara dair verdikleri tipik cevaplar arasında "partnerimle tartışmak", "işimi kaybetmek" ya da "hastalanmak" gibi olumsuz düşünceler yer alır.

MacLeod'un ilk bulguları çarpıcıydı. Geçmişte kendine zarar vermiş ya da intihar girişiminde bulunmuş kişilere geleceğe dair düşüncelerini sorup, verdikleri cevapları intihar eğilimli olmayan diğer katılımcıların cevaplarıyla karşılaştırdığında net bir kalıp ortaya çıkmıştı. İntihara eğilimli kişilerin geleceğe dair olumlu düşünceleri daha önce hiç intihara eğilim geliştirmemiş olanlarla karşılaştırıldığında daha azdı ve yine depresif olan kişilere göre de daha az olumlu düşünceye sahiplerdi. Üstelik, geleceğe dair olumsuz düşüncelerinde herhangi bir fark varmış gibi de görünmüyordu. Diğer araştırma grupları da, biz de, intihar girişiminde bulunanlarda geleceğe dair olumlu düşüncelerde aynı eksikliği belirledik.⁴¹ Daha yakın dönemde, insanların geleceğe dair olumlu düşünebilme derecelerinin, intihar girişimini takip eden haftalarda iyileşmelerine dair öngöründe bulunmaya imkan verdiğini gösterdik; geleceğe dair olumlu fazla düşünceleri olmayanların iki ay sonra, geleceğe dair daha fazla olumlu düşüncesi olanlara göre daha fazla intihar eğilimi gösterdiğini ortaya koyduk.⁴² Dolayısıyla geleceğe dair olumlu düşünceler kısa vadede koruyucu olabilmektedir.

Ancak hayattaki pek çok şey gibi, geleceğe dair olumlu düşünceler ile intihar davranışı arasındaki ilişkinin de başlangıçta düşündüğümüzden daha karmaşık olduğunu görüyoruz. Uzun lafın kısası, geleceğe dair olumlu düşünceler intihar girişimini takip eden haftalarda koruyucu etkiye sahip gibi görünmekle birlikte, genel kanının aksine belli düşünce tipleri orta vadede kişinin karanlığına katkıda bulunabilmektedir; özellikle söz konusu olumlu düşünceler erişilebilir değilse. İntihar girişiminden sonra katılımcıları 15 ay süreyle takip

ettiğimiz çalışmalarımızdan birinin ardından bu sonuca vardım.⁴³ Kısaca bahsedecek olursak, “içsel” olarak adlandırdığımız, kendine dair olumlu gelecek düşüncesi düzeyleri daha yüksek olan insanların yeniden intihar girişiminde bulunma oranlarının fazla olduğunu belirledik. Geleceğe dair içsel düşünceler sadece kişi ile ilgili olan ve başkalarını içermeyen düşüncelerdir ve “iyileşmeyi istiyorum”, “daha özgüvenli olmak istiyorum”, ya da “mutlu olmak istiyorum” gibi cümlelerle ifade edilir. Endişemiz, kişinin geleceğe dair olumlu düşüncesinin örneğin “depresyonu atlatmak” olması ve sonra bu iyileşmenin gerçekleşmemesi durumunda, bu başarısızlığın kapana kısılmışlık duygusuna katkıda bulunabilecek olmasıdır. Bu durumda kişi yeniden kapana kısılmışlık -intihar düşüncesi-kapana kısılmışlık döngüsüne girecektir.

İntihar riskini anlamaya çalıştığımızı düşünürsek, bence burada önemli iki çıkarımda bulunulabilir. Birincisi, genel olarak, geleceğe dair olumlu düşüncelere sahip olmak iyidir ve insanların geleceğe dair umutları ve istekleri hakkında mümkün olduğunca çok düşünmelerine yardımcı olmalıyız. İkincisi, geleceğe dair olumlu düşünceleri değerlendirirken gerçekçi olmak önemlidir, böylece belli umutların ya da geleceğe dair olumlu düşüncelerin ulaşılması mümkün değilse, geleceğe dair farklı istekler üzerinde durmak iyi olabilir. Eksikliklerimiz konusunda kendimizi daha çok kabullenmeli ve kendimize karşı daha anlayışlı olmalı, herkesin başarısızlık deneyimleri olduğunu ve bunun bir sorun değil, daha geniş anlamda insan olma deneyiminin parçası olduğunu unutmamalıyız. Hatta Glasgowlu çalışma arkadaşım Seonaid Cleare, kişinin

kendine karşı anlayışlı olması ile intihar düşüncesi arasındaki ilişki üzerine var olan araştırma literatürünün incelendiği bir çalışma yürütmüştü.⁴⁴ Bu konuda az sayıda çalışma bulabilmiş olsak da, bulgular gayet açıktı: Kendine karşı anlayışlı olmak ve kendine karşı affedici olmak koruyucudur.

Motivasyon aşamasının insanların hayatlarını anlamaya uygulanması

Bu bölümü bitirirken, bazı motivasyon kolaylaştırıcılarının sırasıyla zararlı ve koruyucu etkilerini göz önüne seren iki hikayeden bahsedeceğim:

Otuzlu yaşlarındaki Charlotte, bir konferansın sonunda yanıma geldi. Daha önce hiç intihar girişimi olmamıştı ama yıllarca intihar düşünceleriyle yaşamıştı. Geçmişe bakıp sorunları üzerinde düşündüğünde, hayatında hiçbir zaman bir yere ait hissetmediğini ve uyum sağlamak için mücadele ettiğini görmüştü; kendini her zaman yabancı gibi hissetmişti. Charlotte kırsal kesimde yaşayan bir transseksüel ve ailesi cinsiyet değişimi sürecinin başlangıcında onu reddetmiş. Uzun ruhsal sağlık sorunları geçmişi ilk gençlik yıllarına kadar uzanıyor. Bana söylediğine göre, cinsiyet değiştirmesinden bu yana cinsiyet kimliği ile bağlantılı hoşnutsuzluk halinde iyileşme olsa da kendisini hâlâ psikolojik olarak kapana kısılmış hissediyordu. Artık kendisini “bedeninin içine hapsolmuş” hissetmese de duygusal olarak acı çekmeye, duygusal açıdan hapsolmuş hissetmeye devam ediyordu. Tek arzusu anne babasının onu Charlotte olarak kabul etmesiydi. Sadece ait olmayı, değer gördüğünü hissetmeyi, ailesinin sevilen bir parçası olduğunu hissettirecek davranışlar görmeyi istiyordu.

IMV modeli bakımından, intihar düşüncelerini güçlendiren başarısız ait olma arzusuyla birlikte kapana kısılmışlık duyguları oluşmuş. Neyse ki onunla tanıştığımdaya gayet iyi durumdaydı ancak Charlotte'ın intihar düşünceleri, başarısız aidiyet hissi çözümlenmedikçe gelip gidebilir. İşte bu aidiyet eksikliği zarar verici görünüyor ve kapana kısılmışlık-intihar düşüncesi ilişkisini kolaylaştırıyor ya da güçlendiriyor.

Diğer taraftan, Ava düşüncelerini eyleme dönüştürmüştü; ilk gençlik yıllarının sonlarında bir defa intihar girişiminde bulunmuştu. Şimdi 24 yaşında ve bana kendini güvende hissettiğini, artık kendisi için tehlike oluşturduğunu düşünmediğini söylemişti. Onun hikayesi de bir istisna değil. Okulda zorbalığa uğramış, özsaygı eksikliği sorunları yaşamış ve bugün bile arkadaş edinmekte ve arkadaşlıklarını sürdürmekte zorlanıyor. Bununla beraber derin bir suçluluk duygusu da taşıyor çünkü ona sorarsanız, kendisi “zor” bir gençmiş. İlk gençlik yıllarının ortalarında polisle birkaç defa başı derde girmiş ve anne babasına bu kadar çok acı ve ızdırap verdiği için pişmanlık duyuyor. Yirminci yaş gününe birkaç gün kalmışken, artık canına tak etmişti. Ailesine yük olmaktan başka bir şey yapamadığını, ölürse onu kimsenin özlemeyeceğini, yaptığı her şeyin yanlış olduğunu ve tüm bunların artık durmasını istediğini düşündüğünü hatırlıyor. Daha sonrasında ilk hatırladığı ise gözünü bir hastanede açtığı, nerede olduğuna ve oraya nasıl geldiğine dair hiçbir fikrinin olmadığı. Neyse ki Ava intihar girişimi sonrasında hayatta kalmış ve onu bir uzman psikiyatri hemşiresine yönlendirmişler. Bu onun için bir dönüm noktası olmuş, çünkü hemşire ile iyi bir bağ kurabilmiş ve hemşiresi de otizm değer-

lendirmesi yapılması için aile hekimi ile görüşmesini ayarlamış. Onunla tanıştığımda, her şeyin yolunda olduğunu ve otizm teşhisi almasının ardından kendisini yeniden değerli hissettiğini söylemişti. Artık ailesine yük olduğunu düşünmüyordu.

“Her şey artık çok mantıklı geliyor” diyordu neşeyle çünkü artık ne hissettiğini ve tüm o yıllar boyunca sosyal açıdan neden mücadele etmek durumunda kaldığını anlayabileceği yeni bir dile sahip. Ailesinin onun “tuhaf” ve “öngörülemez” olduğunu düşündüğünü hissediyordu ama artık öyle hissetmiyor çünkü “artık onlar için sorun değil.” Hayatında her şey değişti; artık üniversite öğrencisi, finans dersleri alıyor, hayatta gerçek bir amacı olduğu için keyifli. En önemlisi, artık ailesine yük olduğunu hissetmiyor. Hâlâ kendini kapana kısılmış hissettiği zamanlar olsa da rahatsızlık hissini kontrol edebiliyor ve duyguları ölüm düşüncesine dönüşecek kadar yükselmiyor. Ava’nın hikayesi bir diğer motivasyon kolaylaştırıcısı olan yük olma halini hedef almanın olumlu etkilerini göz önüne seriyor ve bazı kişiler için intihar düşüncelerinin nedenlerinin belirlenebileceğini ve etkilerinin nötrlenebileceğini ortaya koyuyor.

Ayrıca Ava’nın hikayesi daha geniş kapsamlı bir sorunu da yansıtıyor. Yakın döneme kadar, otizm spektrumunda olan insanların intihar düşüncesi ve davranışı risklerinin daha yüksek olduğu fazla kabul görmemişti. Tam olarak neden böyle olduğu hâlâ netlik kazanmış değil ancak Sarah Cassidy ve Simon Baron-Cohen adlı psikologlar tarafından yapılan yeni bir çalışma, bu kişilerdeki gizleme eğiliminin -sosyal durumlarla başa çıkabilmek için otizm spektrumu özelliklerini maskeleyme eğiliminin- yanı sıra destek ihtiyaçlarının karşılan-

mamasının da intihar eğilimli olmaları ile benzersiz bir ilişkisi olduğuna işaret ediyor.⁴⁵ Ayrıca otizmle ilişkili, intihar nedeniyle ölümlerin her zaman rapor edilmeme olasılığı da kabul ediliyor. Bu kişiler açısından söz konusu olan benzersiz risklerin ve otistik bireyleri intihara karşı nelerin koruyabileceğinin anlaşılması için çok daha fazla çalışmaya ihtiyaç var.⁴⁶ Ayrıca Charlotte gibi trans gençlere yardım etmek için de daha fazlasını yapmamız gerekiyor.⁴⁷

Bu bölümde, ağırlıklı olarak intihar düşüncelerinin ortaya çıkmasına giden yollar üzerinde durduk. İntihar düşüncelerinin nasıl ve neden ortaya çıktığını anlamana ve ayrıca etrafınızdaki kişilerde gözlemeniz gereken uyarı işaretlerini belirlemenize yardımcı olduğunu umuyorum. Sonraki bölümde, IMV modelinde, neden bazı insanların intihar düşüncelerini eyleme dönüştürdüğü, bazılarınınınsa dönüştürmediği konusunun incelendiği istemli aşamayı ele alacağız.

KRİTİK EŞİKTEN GEÇMEK: İNTİHAR DÜŞÜNCELERİNDEN İNTİHAR DAVRANIŞINA

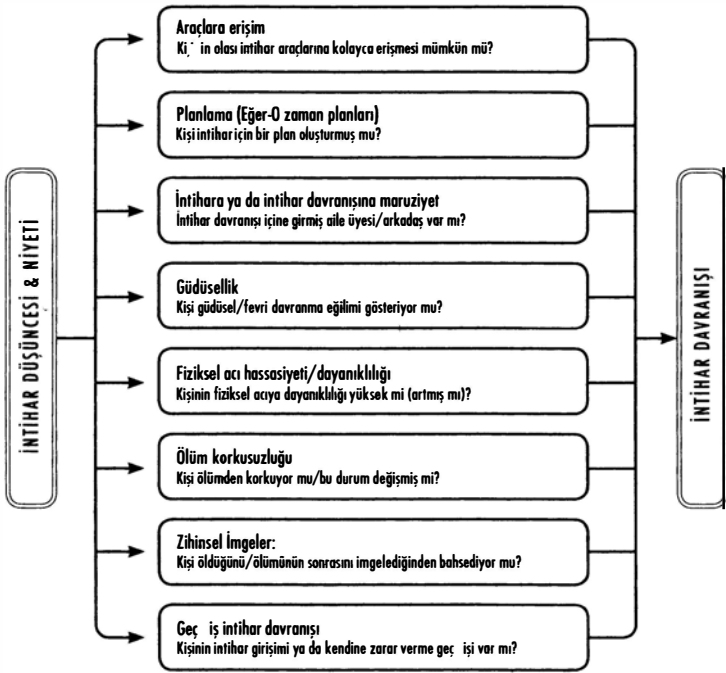
Yapacağını hiç düşünmemiştim. Ölümünden birkaç hafta önce, ölmekle ilgili düşünceleri olduğundan bahsetmişti ama kendini öldürecek mi diye direkt olarak soramayacak kadar korktum. Kendimi, neden sordum diye sorgulamadığım bir an bile olmuyor. Kendime bu soruyla işkence etmediğim tek bir günüm bile yok. Şimdi dönüp baktığımda, onun kendisini öldürecek tipte biri olmadığını düşündüğümü görüyorum. Kulağa ne kadar saçma geldiğinin farkındayım ama o kadar hayat doluydu ki!

Yukarıda kalbi çok kırık bir anne ile, oğlunun ölümünden yaklaşık bir yıl sonra yapılan bir konuşmadan bir bölüm okudunuz. Kimin intihar düşüncelerini eyleme dönüştüreceğini *önceden* belirlemenin inanılmaz ölçüde zor olduğunu gözler önüne seriyor. İntihar davranışını

öngörme becerimizi geliştirmek için çaba gösterirken, hassas durumda olanları korumaya çabalamayı asla bırakmamalıyız. İntihar araştırma ve önleme alanında çalışan her birimiz her gün zorlukların en büyüğüyle -intiharı düşünenler arasından kimlerin intihar girişiminde bulunma olasılığının daha fazla olduğunu belirlemekle- uğraşıyoruz. IMV modelinin istemli aşamasında bunu yapmaya, intiharı düşünmekten intihar girişiminde bulunmaya geçişi anlamlandırmaya çalışıyorum. İstem aşaması ifadesi psikolojide yaygın olarak kullanılır ve bir kişinin herhangi bir davranışı gerçekleştirme niyetinin oluşmasından sonraki aşama olarak tanımlanır. Öte yandan, motivasyon aşaması kişinin bir davranışta bulunma niyetinin oluşmasına yol açan süreçleri tanımlar.

IMV modelinin bu aşaması, insanların intihar eğiliminin kritik eşiğinden geçen, intihar düşüncelerinden intihar eylemine geçişi gerçekleştiren yaklaşık üçte birlik bir kısmı için geçerli olan spesifik faktörleri belirlemeyi amaçlar.¹ Bir kişi eyleme geçtiğinde, eylemin ölümcül olup olmamasını etkileyen, intihar yönteminin öldürücülük potansiyelidir, diğer bir deyişle “vaka ölüm oranıdır.” (Söz konusu yöntemle gerçekleşen intiharların sayısının, aynı yöntemle girişilen intihar sayısına bölünmesi ile elde edilir.) Şans ya da mutlu tesadüfler de intihar eylemlerinin ölümle sonuçlanıp sonuçlanmamasında rol oynar.

Bu bölümde dikkat etmeniz gereken, kişinin intihar düşüncelerini eyleme dönüştürmeyi düşündüğüne işaret edebilecek unsurları ele alacağım. İntihar eylemi olasılığını derinlemesine irdelemenizi sağlayacak bazı sorular da bulacaksınız.



Şekil 2 Sekiz istem faktörü: intihar düşüncesinden intihar davranışına geçiş³

İstem aşaması, aşağıda Şekil 2’de görüldüğü gibi, kişinin intihar düşüncelerini eyleme dönüştürme olasılığının artması ile ilişkilendirilen sekiz önemli faktörden oluşur. Çalışma arkadaşım ve dostum Olivia Kirtley ile 2018 yılında modeli güncellediğimiz zaman istem aşamasının bu ayrıntılı tanımını da modele ekledik.² Şekil 2’de her faktörün hemen altında, söz konusu faktörün tanıdığınız herhangi biri için geçerli olup olmadığını değerlendirmenize yardımcı olacak bir soruya da yer verdim. Bu faktörler intihar düşüncesi ile intihar davranışı arasındaki köprülere benzer. Normalde yere sağlam basmak ve A noktasıyla B noktası arasında güvenle ha-

reket etmek için köprüler kurarız ancak burada görüş alanımızda bu hayali köprülerin olduğundan ve sonra intihar düşüncelerinden intihar davranışına mümkün olduğunca az insanın geçiş yaptığından emin olmak amacıyla bu köprüleri havaya uçurmak için elimizden geleni yapmak istiyoruz. Göreceğiniz gibi, bu istem faktörleri çevresel, sosyal, psikolojik ya da fizyolojik olabilir.

2018’de Washington’da Amerikan İntihar Bilim Derneği Konferansında verdiğim TED tarzı bir konferansın ardından, delegelerden biri, Ken Norton, Twitter’da bu sekiz faktörden “intihar düşünceleri ile eylemleri arasında köprü kuran sekiz gösterge” diye bahsetmişti.⁴ Bu tanımlamayı çok sevmiştim ve istem faktörleri ile ne kastettiğimi özü itibarıyla tam olarak ifade ettiğinden, o günden bu yana bu tanımlamayı kullanıyorum. Şimdi sırayla bu göstergelerin hepsine tek tek bakalım.

ARAÇLARA ERİŞİM

Birinci gösterge intihar araçlarına erişim. Bu çevresel bir istem faktörüdür. Bir kişi hayatını sona erdirmeyi düşünüyorsa, tercih ettiği intihar yöntemine kolayca erişebilir olduğu durumlarda intihar düşüncelerini eyleme dönüştürme olasılığının artması belki de şaşırtıcı olmayacaktır. Hatta, intiharı nelerin önlediğine dair kanıtlar bakımından, araştırmalarda elde edilmiş en güçlü kanıt intihar araçlarına erişimin kısıtlanmasıdır.⁵ Basitçe ifade edecek olursak, bir intihar eyleminin gerçekleştirilmesinin önüne çevresel, sosyal ya da psikolojik engel koyacak herhangi bir müdahale hayat kurtarmaya yardımcı olacaktır. Bundan bir süre önce İngiltere’de hiç beklenmeyen bir kaynaktan net bir örnek ortaya çıkmıştı. Elli-

lerden önce, evlerde kullanılan gaz kömürden elde ediliyordu ve zehirliydi ve ne yazık ki bu karbon monoksit zehirlenmesi aracını kullanan pek çok kişi intihar nedeniyle ölmüştü. Ancak, ellilerin sonlarında İngiltere’de zehirli olmayan doğal gazın kullanılmaya başlanması ile, bu şekilde zehirlenme ile intiharların sayısı altmışlı ve yetmişli yıllarda azaldı. Hatta bu gaz kaynağı değişiminin sonucu olarak 6 bin ila 7 bin hayatın kurtarıldığı tahmin ediliyor.⁶

Doğalgazın gelmesinin intihar oranları üzerindeki etkisi Edinburgh’da yaşayan psikiyatrist Norman Kreitman tarafından yürütülen çığır açıcı bir çalışmada açıklanmıştı; çalışma bütün olarak bakıldığında belli bir intihar yöntemine erişimi kısıtladığınız zaman “ikame etkisi” adı verilen duruma yol açmadığını ortaya koyuyordu.⁷ Karbon monoksit örneğinde, bu şekildeki ölümler azaldığında diğer yöntemlerle gerçekleşen intiharda sadece küçük bir artış görülmüştü. Genel olarak baktığımızda, insanlar kısa vadede kısıtlanan yöntemi başka bir intihar yöntemiyle ikame etme eğiliminde olmuyorlar. Ancak yeni intihar yöntemlerinin ortaya çıkmaya başlamasına karşı uyanık olmak önemlidir.⁸

Yıllar içinde intiharda doğrudan ya da dolaylı olarak azalmaya yol açan başka kamu sağlığı yenilikleri de oldu. Bunlar arasında araba egzozlarına katalitik konvertörlerin takılması, tarım ilaçlarının ithalatı ve satışına sıkı düzenlemelerin getirilmesi ve on altılı paketler halinde sunulan parasetamol ve diğer analjezik tabletlerin satışını kısıtlayan yönetmelikler yer almaktadır.⁹ İngiltere’de parasetamol yönetmeliği 1998’de yürürlüğe girdi, birkaç yıl sonra Oxford Üniversitesinden psikiyatrist Keith Hawton çalışmasında, yönetmeliğin yürürlüğe

girmesinden sonra parasetamol ile bu şekildeki ölümlerde yüzde 43 azalma olduğunu ortaya koydu.¹⁰

Daha yeni bir çalışmada, şu anda *The International Handbook of Suicide Prevention* çalışmasına birlikte editörlük yaptığım, Melbourne Üniversitesi'nden yakın arkadaşım Jane Pirkis ve çalışma arkadaşları endişe verici yerlerde, örneğin köprülerde, yapılan müdahalelerin intiharın önlenmesinde etkili olup olmadığını araştırdılar. Jane ve arkadaşları üç müdahale tipini inceledi: Araçlara erişimi kısıtlayan müdahaleler (örneğin, köprülere bariyer ya da ağ kurulması), yardım istemeyi teşvik eden müdahaleler (örneğin, rahatsızlık duyan kişileri kriz yardım hatlarına yönlendiren tabelaların yerleştirilmesi) ve kişilerin hayatını kurtarmak için üçüncü bir şahsın müdahalede bulunması olasılığını artıran müdahaleler (örneğin, endişe verici yerlere CCTV kameralarının yerleştirilmesi).¹¹ Yaptıkları incelemede, bu müdahalelerin her birinin söz konusu endişe verici yerlerde intihar nedeniyle ölümlerde belli bir azalma ile bağlantısı olduğunu gösteren kanıtlar buldular. Ancak, bu umut verici bulgulara rağmen, bu gibi müdahalelerin bir kombinasyon halinde yapılması durumunda, tek tek yapılmasıyla karşılaştırıldığında daha etkili olup olmadığını hâlâ bilmiyoruz. Çeşitli müdahalelerin hassas farklı gruplarda aynı etkinliği gösterip göstermeyeceği de net değil. Yine de bunlar istem aşamasını hedef alan hayat kurtarıcı gerçek müdahaleler ve bu gibi büyük ölçekli müdahalelerin potansiyel faydalarını resmediyor.

PLANLAMA YA DA EĞER/O ZAMAN PLANLARI

İkincisi, sevdiğiniz bir kişi intihar düşüncelerine sahipse sormanız gereken sorular listesinin başında intihar için

bir plan yapıp yapmadıkları yer almalı. Cevap evetse, bir sonraki soru planlarının ne kadar spesifik olduğu ve bu planı eyleme dönüştürmek için araçlara erişimleri olup olmadığıdır. Bu soruların cevabı evet ise ve kişi güvende kalıp kalamayacağını bilmediğini söylüyorsa bu durumda hemen harekete geçmek gerekir. Kişinin güvenliğini kendiniz sağlayamayacağınızı düşünüyorsanız, aile hekimiyle ya da bir ruh sağlığı uzmanıyla iletişime geçin ve gerekirse acil servisle temas kurun.

İntihar planlamanın temellerine dönecek olursak, bu istem faktörünün araçlara erişimle ilişkili olduğu açıktır çünkü kişi spesifik bir plan oluşturulmuşsa *ve* söz konusu spesifik araçlara erişimi varsa, o zaman kritik eşiği geçme olasılığı artar çünkü çevresel kısıtlamalar azalmış ya da ortadan kalkmıştır. Gerçekten de amaca yönelik sağlık davranışları üzerine yapılmış kapsamlı psikolojik araştırmalardan biliyoruz ki, eğer kişi *uygulama* niyeti oluşturursa (örneğin, “önümüzdeki hafta her gün 5 porsiyon meyve ve sebze yiyerek sağlıklı beslenmeye niyet ediyorum”) o zaman bu davranışı gerçekleştirme olasılıkları sadece *amaç* niyeti (örneğin, “Sağlıklı beslenmeye niyet ediyorum”) oluşturanlarla karşılaştırıldığında daha fazla oluyor.¹² Aynısı intihar davranışı için de geçerli. Uygulama niyetleri eğer-o zaman planlarını içerir çünkü amaca yönelik belli bir davranışın ne zaman ve nerede gerçekleştirileceğini belirler. Eğer-o zaman planları denmesinin nedeni belli bir davranış için söz konusu olan tetikleyicilere ve bu tetikleyicilere verilen bağlantılı tepkilere göre değişmesidir (örneğin, “EĞER stres hissedersen O ZAMAN sağlıklı atıştırmalıklar yerim”). Bunlar farklı davranışları başlatan unsurları belirlememize, bu şekilde belli davranışlar içine girmek

ya da belli davranışlardan kaçınmak isteyen insanlara daha iyi destek sağlamamıza imkan verir.

Genellikle kamu sağlığı bakımından uygulama niyetlerini düşündüğümüzde sağlıklı beslenmenin ya da egzersiz yapmanın özendirilmesi gibi sağlığı koruyucu davranışları teşvik etmeye çalışırız. Ancak intihar önleme bağlamında bunun tam tersini yapmaya çalışıyoruz. İnsanların stres altında olduklarında (“eğer” durumu) intihar davranışı içine girmelerini (“O zaman” durumu) istemeyiz. “Eğer” ile “o zaman” arasındaki bağı koparmaya çalışırız ve genellikle “eğer-o zaman” bağlantılarını yeniden çizmeye çalışırız, bu şekilde intihar davranışının tetikleyicilerden herhangi birine gösterilen tepki olma olasılığı azalır. Bu noktadan baktığımızda, uygulama niyetlerinin intiharın önleminde iki faydası vardır. Birincisi -elbette- kişinin intihar planı yapıp yapmadığını (plan ne, ne zaman ve nerede gerçekleşecek) anlamamıza yardımcı olur, bu bilgiyi kullanarak daha fazla insanın güvenliğini sağlayabilmeyi umarız. Bölüm 10’da bizleri intihara karşı koruyacak başka güvenlik planlama tekniklerinden de bahsedeceğim.

Eğer-o zaman planlarının ikinci faydası, kişiyi mevcut tetikleyiciler ile sonuç olarak ortaya çıkan intihar davranışı arasındaki bağı koparmaya teşvik etmede yararlı teknikler olmasıdır. İntihar eylemlerini davranışlar olarak düşünersek, bir defa intihar eylemi içerisine girmiş kişilerin, bunu tekrarlama olasılıklarının istatistiksel olarak daha yüksek olduğunu biliyoruz. Psikolojinin diğer alanlarında, geçmiş davranışların gelecekteki davranışın öngörülmesinde en etkili araçlar olduğu yerleşmiş bir kabuldür. Bunun nedeni kısmen, herhangi bir davranış içerisine girdiğimizde, tetikleyici ile o davranış

arasında bağlantı kuran bir deneyim izi bırakmamızdır. Sonuç olarak, aynı tetikleyici ile yeniden karşılaştığımızda aynı tepkiyi vermemiz olasıdır. Geçmişteki intihar girişimi, ruhsal acılar sonucunda ortaya çıkan kapana kısılmışlık duygusuyla tetiklenmiş birini düşünürsek, bu kişi kendini yeniden kapana kısılmış hissedecek olursa, yeniden intihar davranışı içine girme ve potansiyel olarak, intihar nedeniyle ölme riskleri artacaktır.

Chris Armitage ve ben intihar davranışını *azaltmak* için bu eğer-o zaman bağlantılarından yararlanmak istemiştik. Chris'in daha önce başka sağlık davranışları üzerine yaptığı çalışmalardan yola çıkarak, birkaç çalışmada, daha önceden hazırlatılan bir İstemli Yardım Formu'na (VHS) eğer-o zaman planlarını ekledik.¹³ VHS bir A4 kağıdının tek yüzüne yazılı 12 maddelik bir listedir; bireylerin intihar davranışında bulunma eğilimi gösterdikleri bu 12 yaygın tetikleyici ya da durum, "Berbat bir düşünce halinden kurtulmak istiyorum" ifadesinden, "Kendimi kapana kısılmış hissediyorum" ya da "Kendimi umutsuz hissediyorum" ifadesine kadar uzanır. Bunlar tek bir sütunda sıralanmıştır. Bunun yanında, VHS üzerinde, bitişik bir diğer sütunda potansiyel 12 çözüm yer alır ve bu çözümler klinik psikolojiden türetilmiştir ve başka klinik ortamlarda işe yaradıkları görülmüş terapötik teknikleri özetle belirtir. Bu çözümler "eğer-o zaman planlaması" bağlamındaki "o zaman" tepkilerini oluşturur ve dikkat dağıtma tekniklerinden ("o zaman bunun yerine başka bir şey yapacağım"), sosyal destek arayışına girmeye ("o zaman ihtiyacım olduğunda dinleyecek birini bulacağım") ve ilaç kullanımına kadar her şeyi içerir. Yardım formunun işlevi kişileri intihar davranışlarındaki tetikleyiciler

üzerinde düşünmeye ve sonra, durumlar ile çözümler arasında çizgi çizerek, bu tetikleyiciler ile farklı tepkiler arasında bağ kurmaya yönlendirmektir. Katılımcılar ayrıca istedikleri kadar çok ya da istedikleri kadar az sayıda durum-çözüm bağlantısı kurmaları için teşvik edilir. Bu bağlantıların kurulmasıyla, kişinin bir daha-ki sefer kendini kapana kısılmış hissettiğinde (durum) verecekleri tepkinin kendine zarar verme ya da intihar davranışı olmayacağı, bunun yerine başka bir çözüme, örneğin dinleyecek birini bulmaya yönelecekleri düşünülmektedir.

Yardım formunu yeni potansiyel çözümlerin araştırılmasını kolaylaştırmak için kullanmaya çalışıyoruz. Ancak intihar davranışına yol açan faktörlerin karmaşık yapısı düşünüldüğünde, genel içerikli tek bir form intiharı ya da kişilerin kendilerine zarar vermelerini önlemeyecektir ancak her zamanki uygulamalara ek olarak kullanılacak, insanların kriz anında intihar davranışından uzaklaşmalarına yardımcı olabilecek yararlı bir araç olabilir. Dolayısıyla, bir anlığına bile olsa, intihar davranışının ya da kendine zarar verme davranışının tedavisini basit bir yardım formuna sıkıştırma çabası içerisinde olmadığımı vurgulamanın önemli olduğunu düşünüyorum. Aslına bakılırsa, Chris ve ben VHS'nin intihar eğilimli kişiler için kullanılmak üzere düzenlenmesi konusunu ilk kez tartıştığımızda biraz şüpheliydim. Ancak VHS yaklaşımı insanların kendilerinde intiharı tetikleyen unsurlar üzerinde düşünmelerine ve alternatif tepkileri değerlendirmelerine yardımcı oluyor gibi görünüyor, dolayısıyla bazen bazı insanlar için kullanımı sonuç verebiliyor. Ancak potansiyel tüm çözümler gibi, sadece belli kişiler için uygun. VHS'nin, kişinin

düşünmeden intihar davranışlarına geçişte kritik eşiği aşması olasılığını azaltmada küçük de olsa rol oynayan pek çok araçtan sadece biri olduğunu görebiliyorum (bkz. Bölüm 3).

VHS'i destekleyici kanıtlar için, intihar davranışının ardından hastanede tedavi gören kişilerle iki çalışma gerçekleştirdik ve her ikisi de cesaret verici bulgular ortaya koydu. Çalışmalardan biri Malezya'da gerçekleştirilmişti.¹⁴ Bir tür deneme çalışmasıydı ve bazı metodolojik zorluklar söz konusuydu ancak elde edilen bulgular VHS'i doldurmuş olanlar arasında intihar davranışı riskinde azalmaya işaret ediyordu. İskoçya'da yapılan diğer çalışma, intihar girişiminin ardından hastaneye yatırılmış hastaların yer aldığı bir tam randomize klinik araştırma (RCT) çalışmasıydı.¹⁵ Altı ay sonra katılımcılarla takip görüşmesi yaptığımızda, VHS'nin daha sonraki dönemde kendine zarar verme nedeniyle hastaneye kaldırılan toplam kişi sayısı üzerinde bir etkisi olmuş gibi görünmüyordu.

Ancak bazı ilave analizler yaptığımızda, bulgularda ilginç bir kalıbın ortaya çıktığını gördük. Yardım formunu doldurmuş ve çalışmamıza katılmadan önce kendine zarar verme gerekçesiyle hastaneye yatırılmış hastalar arasında VHS'nin etkili olmuş gibi görüldüğünü keşfettik. Bu hasta grubu kendine zarar vermeyi tamamen bırakmasa da altı aylık çalışma döneminde kendilerine zarar verme sayıları, sadece her zamanki tedaviyi almış olanların kendilerine zarar verme sayılarından azdı. Bunlar cesaret verici bulgulardır. Ancak VHS'nin geçmişte kendine zarar verme hikayesi olan kişilerde ne ölçüde yararlı olduğunun tekrar kontrol edilmesi için daha fazla araştırmaya ihtiyaç var.

İNTİHARA YA DA İNTİHAR DAVRANIŞINA MARUZ KALMAK

İki yakınımı intihar nedeniyle kaybetmiş biri olarak, bu üçüncü istem faktörünü ve benim içinsöz konusu olan intihar riski üzerindeki etkisini düşünerek kayda değer bir zaman geçirdiğimi söylemeliyim. Ayrıca hem yaptığım çalışmalar nedeniyle intihar konusuna yoğun biçimde maruz kalmamın hem de yakın arkadaşım Clare'in ölümünün yarattığı etkinin çocuklarımın intihar riskini nasıl etkilediğini de düşündüm. Konu intihar nedeniyle sevdiklerini kaybetmek olduğunda yaşadığım korku ve endişelerin evrensel olduğunu söylemeliyim. Aslına bakılırsa, intihar nedeniyle bir sevdiğini kaybedip de intihar riskinin çocuklarına ya da yakınlarına yansımaları potansiyelinin korku duymayan bir kişiyle bile tanışmış değilim.

BAFTA ödülüne aday gösterilen ve En İyi Gerçekçi TV Belgeseli dalında Mind Media Ödülü'nü kazanan *Life After Suicide (İntihar Girişiminden Sonra Yaşam)* belgeselinin sunucusu Angela Samata ile ilk tanışmamızda sorduğu sorulardan biri de "Çocuklarım için intihar riski var mı?" olmuştu.¹⁶ Angela on yıldan uzun zaman önce partnerini intihar nedeniyle kaybetmişti ve iki çocuk anesi olarak en büyük korkularından biri çocuklarının, kısmen babalarının intihar nedeniyle ölümünden etkilenerek, kendi canlarına kıymasıydı. Ona intiharın tek bir faktörden kaynaklanmadığını ve bir risk söz konusu olsa da bu riski bağlam içine oturtmanın önemli olduğunu anlatarak rahatlatmaya çalıştım. *Life After Suicide* çok güçlü bir film. Bu filmde Angela, İngiltere'nin çeşitli yerlerine seyahat ederek sevdiklerini intihar nedeniyle kaybetmiş insanlarla bir araya geliyor. İntiharın yıkıcı etkisini, bu kişilerin deneyimledikleri damgalanmayı ve

fenomenler içinde en karmaşığı olan bu fenomeni anlama çabalarını keşfe çıkıyor.

Filmde BBC'ye danışmanlık yapmışım ve Angela'nın ekran yolculuğunda bir araya geldiğı kişilerden biri de bendim. İnsanların neden intihar nedeniyle öldüklerini anlamak için yürüttüğümüz araştırmalardan bahsetmişim. Asıl katkım mesleki olsa da film çekimi sürecinde yönetmen Leo Burley kamera önünde intihar nedeniyle sevdiklerini kaybetme konusunda kendi deneyimimi paylaşmak isteyip istemeyeceğimi sordu. Başlangıçta çekindim çünkü daha önce kamusal bir alanda bu kişisel deneyimlerimi hiç paylaşmamışım ancak biraz düşününce kabul ettim ve yaptığım için de çok mutluyum. Kendi kişisel paylaşımım ile ilgili aldığım dönütler yüreğimi ısıttığı gibi, başkalarına da yardımcı olmuş gibiydi.¹⁷ O günden sonra kendi kayıplarım ve bu kayıpların bende hem kişisel hem de mesleki açıdan yarattığı etki konusunda açık olmaya karar verdim. Aslında, bu filmde kendi kayıp deneyimim hakkında konuşmamış olsaydım, sanırım bu kitabı yazmazdım. Bu gibi programlar çok geniş kitlelere ulaşır; *Life After Suicide* ilk defa 2015'te yayımlandı ve o zamandan bu yana tüm dünyada 5 milyondan fazla kişi tarafından izlendi. Harika bir diğer örnek de yardım derneğı Movember tarafından finanse edilen ve Avustralya'da 2016 yılında yayımlanan belgesel dizi *Man Up (Ayağına Kalk)*. 2,6 milyon Avustralyalı tarafından izlendi ve Melbourne'de Jane Pirkis ve çalışma arkadaşları belgesel dizisinin yayımlanması ile eşzamanlı olarak başlattıkları bir çalışmada, söz konusu belgesel sayesinde erkeklerin intihar duyguları ile mücadele etmeleri durumunda yardım arayışına girme olasılığının arttığını ortaya koydular.¹⁸

Angela sevilen bir yakınlarını intihar nedeniyle kaybetmenin çocukları -ve kendisi de dahil olmak üzere diğer kişiler- açısından oluşturduğu riski sorduğunda, maruziyetle intihar arasındaki ilişkinin karmaşık olduğunu vurgulayarak söze başladım. Yakın olduğunuz kişinin intihar nedeniyle ölmesinin sizin de intihar nedeniyle ölme riskinizde artışla ilişkili olduğunu gösteren kanıtlar olduğu kesin.¹⁹ 2014 yılında yayımlanan, araştırma kanıtlarının incelendiği bir çalışmada, Londra University College'dan Alexandra Pitman ve çalışma arkadaşları intihar nedeniyle partnerini kaybeden kişilerde ve yetişkin bir çocuğunu kaybeden annelerde intihar riskinde artış olduğu sonucuna varmışlardı.²⁰ Ayrıca ebeveynini intihar nedeniyle kaybeden çocuklarda da depresyon riskinin arttığına işaret ediyorlardı. Ayrıca ebeveynin intiharı durumunda ve ölümün gerçekleştiği zaman çocuğun nispeten küçük yaşta olması halinde, çocuğun intiharının ebeveyn intiharı ile ilişkili olduğunu -annenin intiharında riskin babanın intiharından yüksek olduğunu- gösteren kayda değer kanıt da bulunmaktadır.²¹ Dahası, daha yakın dönemde, 2020 yılında yayımlanan bir başka inceleme çalışmasında ebeveyn intiharı ile yetişkin çocuğun intihar davranışı arasındaki ilişki daha da güçlü ifade edilmiştir.²²

Ancak maruziyetin kendisinin intihara neden olmayacağını belirtmeliyiz. Etkisi daha dolaylıdır ve daha önce pek çok defa söylediğim gibi, intiharın hiçbir zaman tek bir nedeni olmaz. IMV modeli bakımından, maruziyet kişinin intihar düşüncelerini eyleme dönüştürme olasılığını artıran sosyal istem faktörü gibi davranır. Sevilen bir kişinin kaybedilmesinin anlaşılabilir etkilerinin ötesinde, maruziyet bir kişiyi doğrudan doğruya in-

tiyar eğilimli hale getirmez. Bir ebeveynin kendi canına kıyması durumunda bu deneyimin özellikle bir çocuk için travmatik olacağı açıktır. Aynıı kişinin partnerini kaybetmesi için de geçerlidir. Sevilen kişinin kaybedilmesinin yarattığı travmaya ve acıya ek olarak, maruziyetin riski nasıl artırabileceğini açıklayan belli mekanizmalar vardır. Sosyal modelleme denilen süreç ile riski artırabilir. Bize yakın bir kişinin ya da kendimizle özdeşleştirdiğimiz bir kişinin (örneğin, bizimle aynı yaşta ya da aynı geçmişe sahip bir kişinin) intihar davranışına maruz kalmak aynı davranış taklit etme ya da model alma olasılığımızı artırır. Sosyal modelleme denen bu durum diğery herhangi bir davranış gibi intihar davranışını için de geçerlidir. Kendi davranışımız başkalarının davranışlarından etkilenir.

Psikologlar ve diğery araştırmacılar ayrıca bilişsel erişilebilirlik ya da bilişsel uygunluktan da maruziyet ile intihar riski arasında bağlantı kuran bir diğery potansiyel mekanizma olarak bahsederler.²³ Yakın bir arkadaşımız ya da bir aile üyesi intihar girişiminde bulunur ya da intihar nedeniyle ölürse, doğal olarak bizler intihar hakkında düşünerek ve konuşarak zaman geçiririz ve bu da intihara belki de daha önceden var olmayan bir bilişsel belirginlik kazandırır. Bu belirginlik de intiharın bilişsel olarak daha erişilebilir olmasını sağlar ve gelecekte zor zamanlar yaşadığımızda bilincimizde belirmesi olasılığını artırır. İşte bu bilişsel erişilebilirlik intiharı kısmen olası bir çözüm, kişinin acılarını sona erdirme aracı olarak gösterebilir.

Buraya bir virgül koymak ve içinizi rahatlatmak istiyorum: intihar nedeniyle bir yakını kaybetmiş, intihara maruz kalmış insanların çok büyük bir kısmı hiçbir

zaman intihar eğilimli hale gelmeyecektir ve kesinlikle hayatlarına son vermeyeceklerdir. Bu bana yirmili yaşlarının ortalarında kendi canına kıyan oğullarının ölümünden birkaç ay sonra tanıştığım bir aileyi hatırlattı. Oğullarının ölümünden sonraki haftalarda anne bir danışmanla görüşmeye başlamıştı; ayrıntıları tam olarak hatırlayamıyordu ama seanslardan birinden çıktığında dehşete kapılmış ve huzursuz olmuştu çünkü danışman ona bu kayıplarından dolayı diğer çocuklarının intihar riskinin iki katına çıktığını söylemişti. Anneyle konunun detaylarına girince, anlayabildiğim kadarıyla danışman nispi riskle mutlak risk arasındaki farkı yanlış anlamıştı. Bu istatistik terimlerini açıklamaya çalışayım. Sizin ya da bir sevdiğinizin herhangi bir hastalığa (örneğin, kanser) yakalanma ya da olumsuz bir sonuçla (örneğin, intihar) karşılaşma riskinizin iki katına çıktığını duymak elbette korkutucu olacaktır; peki bu tam olarak ne anlama geliyor? Riskin herhangi bir şekilde “iki katına çıkmasını” anlamlandırmak için, mutlak riskin ve nispi riskin anlamını ortaya koyacak şu örneğe bakalım: Popülasyon içerisinde kayıp *yaşamamış* herhangi bir kişinin intihar nedeniyle ölme mutlak riski 100 binde 10 olabilir, diğer taraftan kayıp *yaşamış* herhangi bir kişinin intihar nedeniyle ölme mutlak riski 100 binde 20 olabilir. Bunu nispi intihar riski olarak ifade edecek olursak kulağa inanılmaz korkutucu gelir çünkü kayıp yaşayanların intihar riski kayıp yaşamayanlara göre iki katına çıkmış gibi görünür. Ancak, mutlak risk rakamlarına dönecek olursak, mutlak risk ya da intihar olasılığı hâlâ nispeten düşüktür. Bu hayali örnekte, intihar oranları bakımından, 100 binde 20 mutlak risk oranı, her 100 bin kişide 20 kişinin intihar nedeniyle öleceği anlamına gelir. Dolay-

sıyla, intihar nedeniyle her ölümün bir trajedi olması ve istatistiksel açıdan riskin gerçek olması gerçeği bir tarafta, söz konusu risk hâlâ düşüktür ve sonraki riskin azaltılması tam bir dengeleme işidir. Ayrıca intiharın tek bir faktörün değil, çeşitli faktörlerin karmaşık etkileşiminin sonucu olduğunun ve riskin yaşa, geçmiş yaşantıya ve ölen kişiyle olan ilişkiye göre değişiklik gösterdiğinin unutulmaması önemlidir.²⁴

Sosyal Medya

İntihara ve kendine zarar vermeye maruziyet pek çok farklı şekilde gerçekleşebilir. Son yıllarda, intihar ve kişinin kendine zarar vermesi de dahil olmak üzere toplumdaki tüm olumsuzluklardan sosyal medyayı sorumlu tutan bir habercilik bombardımanı yaşanıyor. Hayattaki her şey gibi, sosyal medya (örneğin Instagram, Facebook, Twitter, TikTok) ile iyilik hali arasındaki ilişki genel olarak bahsedildiğinden daha karmaşıktır. Aşırı sosyal medya kullanımının faydalı olmadığına ve zaten hassas durumda olan kişiler açısından tehlikeli olma potansiyeli bulunduğu şüphe yok. Ayrıca ben sosyal medya platformlarının mümkün olduğunca güvenli olmasının sağlanmasını, hepimizin koruma altında olmamızı şiddetle öneririm.

Ancak ne yazık ki genç insanların intihar yoluyla trajik ölümleri haber yapıldığında, konunun medyada işleniş şekli çoğu zaman yanlış yönlendirici oluyor. İntiharın çok yönlü nedenleri tek bir faktöre indirgeniyor ve bu faktör de çoğu zaman sosyal medya oluyor. Hatta, Netflix'te yayımlanan *Sosyal İkilem* adlı belgesel drama da ABD'de çocuklar ve ergenler arasında intihar riskinin artışı tam olarak bu şekilde açıklanıyordu.²⁵ Bu progra-

mın amacının aşırı sosyal medya kullanımının tehlikeleri ile ilgili alarm zillerini çalmak olduğunu anlıyorum ve tek başına bu bile takdire şayan. Ayrıca programın bazı bölümlerinin dikkat çekici ve bilgilendirici olduğunu da düşünüyorum. Ancak, pek çok kişiyi derinden etkileyen gençler arasında intihar gibi son derece önemli bir konunun basite indirgeyici, kanıtlar açısından yeterince güçlü olmayan bir şekilde aktarılması beni hayal kırıklığına uğrattı. Yapımcılar ABD’de Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri kaynaklı korku verici bazı istatistikler sunuyorlardı. 2009 yılından bu yana, kendine zarar verme oranlarının 15-19 yaş aralığındaki kızlarda yüzde 62, 10-14 yaş aralığındaki kızlarda yüzde 189 arttığını bildiriyorlardı. Daha da endişe verici olan şu ki 2001 ile 2010 yılları arasındaki ortalama oranlarla karşılaştırıldığında, intihar oranlarının 15-19 yaş aralığındaki kızlarda yüzde 70 ve 10-14 yaş aralığındaki kızlarda yüzde 151 arttığını vurguluyorlardı.²⁶ Bu istatistikler dehşet verici ve daha önce de söylediğim gibi İngiltere’de de genç kadınlar arasında intiharlarda artış görülmüştür.

Elbette, çevrimiçi zorbalık ya da sanal ortamda aşılama bu trajik ölümlerin bazılarına katkıda bulunan faktörlerden olacaktır ancak oranlardaki bu sert artışın tamamen sosyal medyaya mal edilebileceğini gösteren kanıt bulunmuyor.²⁷ Dahası, katkıda bulunan kişilerden bazılarının da programda dikkati çektiği gibi, kendi değerimiz ve kimliğimizin bize sosyal medya üzerinden “yüklenen” sosyal onaya bu derece bağlı olması beni endişelendiriyor. Uyku ruhsal sağlığımızın ayrılmaz bir parçası olduğundan, geceleri yoğun kullanım durumunda sosyal medyanın uyku üzerindeki olumsuz etkisinden bahsetmiyorum bile. Öyle ki sosyal onay arayışı

ile bunun sosyal olarak tanımlanan mükemmeliyetçilikle olan ilişkisinden, benim -ve elbette pek çoğumuzun- sosyal medya kullanımından bağımsız olarak her gün mücadele ettiğimizden daha önce bahsetmiştim.

Ancak *Sosyal İkilem* programında bizlere, “[intiharların/kendine zarar verme davranışlarının] oluşturduğu modelin sosyal medyaya işaret ettiği” söyleniyordu ancak ben burada bir ayrım yapılması gerektiğinde ısrarlıyım. Yukarıda dile getirdiğim uyarı geçerli olsa da basite indirgeyen bu iddiayı destekleyen kanıt bulunmuyor. Artışı açıklaması olası daha geniş sosyal bağlamı ortaya koymak çabasına girilmemiş. Bir belgesel drama içerisinde nüansların sunulmasının zor olabileceğini ve sürenin de kısıtlı olmasını anlıyorum ama bu derece önemli bir halk sağlığı sorunu söz konusu olduğunda program yapımcılarının gerçekleri doğru olarak ortaya koyma sorumlulukları vardır. Kısaca cevap verecek olursak, genç kızlar arasında intihar oranlarının neden arttığını kesin olarak bilmiyoruz ve sosyal medyanın nedenler arasında yer alacağına hiç şüphe yok ancak doğrudan değil dolaylı bir risk faktörü olması daha olası. Bununla birlikte, bildiğimiz bir şey var; artışın yaşandığı yıllar Büyük Durgunluğun ardından gelen ekonomik çöküş ile aynı zamana denk geliyor.²⁸ Bu yaş grubunda daha genel anlamda ruh sağlığı sorunlarının artmakta olduğunu biliyoruz ve genç kızların intihar girişiminde bulunduklarında daha öldürücü yöntemler kullandıklarını, dolayısıyla bu girişimleri sonucunda ölme olasılıklarının yükseldiğini biliyoruz.²⁹ Ayrıca çocuk ve ergen ruh sağlığı hizmetlerinin muazzam bir baskı altında olduğunu, tedavi için çok uzun bekleme listeleri bulunduğunu ve bazı ülkelerde 2008’de yaşanan durgunluktan

bu yana bütçelerinde her yıl kesinti olduğunu da biliyoruz. Genç kadınlar arasında intihar oranının artışına dair bir açıklama nihayet yapılabildiğinde tüm bu faktörlerin etkili olduğunu göreceğiz. O zamana kadar, tetikte olmalı ve ilgili riskin doğasını, kimlerin özellikle risk altında olduğunu ve riski azaltmak için ne yapabileceğimizi daha iyi anlama çabalarımıza odaklanmalıyız. Sosyal medyanın yakın zamanda ortadan kalkmayacağı düşünülürse, karşı karşıya olduğumuz bu vahim durumun potansiyel faydalarını da görmezden geliyoruz, dolayısıyla onu iyi yönde dizginlememiz gerekir.

Sosyal medya kullanımı ile intihar ya da kendine zarar verme vakaları arasında bağ kuran kanıtlar

Son 10 yılda sosyal medya kullanımı ile intihar düşüncesi, kendine zarar verme ve intihar girişimleri de dahil olmak üzere intihar riskinin çeşitli göstergeleri arasındaki ilişkinin doğası ve kapsamı üzerine en yeni araştırmaların özetlendiği bir dizi sistematik inceleme çalışması yayımlandı.³⁰ Bununla birlikte, sosyal medya kullanımı ile intiharın kendisi arasındaki direkt ilişkiyi inceleyen çok az araştırma bulunuyor. Yapılan inceleme çalışmalarının çoğunun sonuçlarında, intihar girişimlerinden ya da kendine zarar verme vakalarından yola çıkarak intihar tahmininde bulunmaktadır.

Sosyal medya kullanımı ile intihar girişimleri ya da kendine zarar verme vakaları arasındaki ilişkiyi değerlendirirken, potansiyel zararlar kadar potansiyel faydaları da incelemek önemlidir. 2020 yılında yayımlanan inceleme çalışmalarından biri Pittsburgh Üniversitesi'nden Candice Biernesser ve çalışma arkadaşları tarafından yü-

rütülmüştü ve gençler arasında sosyal medya kullanımı ve intihar riskinin incelendiği en nitelikli 24 çalışma üzerinde durulmuştu.³¹ Yoğun ya da sorunlu sosyal medya kullanıcıları olarak tanımlanan gençlerin intihar düşüncesi ya da davranışı rapor etme olasılıklarının daha yüksek olması şaşırtıcı değildi. Ayrıca farklı ülkelerden gençlerde, sanal zorbalık ve reddedilmenin intihar düşünceleri, kendine zarar verme davranışları ve intihar girişimleri ile ilişkili olduğuna dair kanıtlar buldular. Bahsettiğimiz bu son bulgu Swansea Üniversitesi'nden Ann John liderliğinde gerçekleştirilen bir inceleme çalışması ile aynı doğrultudadır; söz konusu çalışmada sanal zorbalık kurbanı olmayan kişilerle karşılaştırıldığında, sanal zorbalık deneyimi yaşamış olanların kendilerine zarar verme ya da intihar girişiminde bulunma olasılıklarının iki kat fazla olduğu görülmüştü.³²

Ayrıca internette intihar ya da kendine zarar verme ile ilgili bilgi arayışının da intihar riski ile ilişkili olduğuna dair bazı kanıtlar bulunuyordu. İntihara eğilimli gençler kendileri gibi intihar eğilimli diğerleriyle güçlü sosyal medya bağı kurmuşlardı. Bu bulgulara ulaşılması, pek çok yönden, beklenen bir durum ve bu ilişkilerin sadece ilişkilendirme olduğunu göz önünde bulundurarak neden ve sonuçlara dair çıkarımda bulunmamaya dikkat etmeliyiz. Bununla birlikte, bahsettiğimiz çalışmalardan birinde, geçmişte kendilerine zarar vermiş ergenler, kişilerin kendilerine zarar verdikleri görselleri görmenin kendi eylemlerini etkilediğini söylüyorlardı. Sonuç olarak, Instagram gibi sosyal medya platformlarının, tetikleyici olma potansiyeli bulunan içerikleri kaldırmak da dahil olmak üzere yeni koruyucu kurallar getirmiş olması memnuniyet verici. Ancak her zamanki

gibi, koruma ile sansür olarak algılanma arasında ince bir çizgi var, öyle ki bazı gençler kendine zarar vermiş kişilerin görsellerinin kaldırılmasının hissettikleri damgalanmaya daha çok katkıda bulunduğunu düşünüyorlar. Ancak ben, dengeli olmak kaydıyla, çevrimiçi ortamlarda bu gibi görsellere maruziyetin kısıtlanması gerektiğine inanıyorum çünkü maruziyet istem kolaylaştırıcısı görevi görebilir.

Biernesser'in inceleme çalışması ayrıca sosyal medya kullanımının gençler açısından faydalarına da odaklanıyordu. Çalışmalardan beşinde, sosyal medyanın sosyal destek sağladığı ve bağlı olma hissi verdiği görülmüştü, ki bu koruyucu bir unsurdur. Örneğin, bazı gençler sosyal medyada olumsuz etkileşimler yaşadıklarını ifade etseler de etkileşimlerin çoğu destekleyici olmuştu, gençlere empatiyle yaklaşmış ve kendi duygusal acılarını yönetmelerine yardımcı olunmaya çalışılmıştı. Sosyal medya aracılığıyla sosyal desteğin sunulduğu bazı örnekler olduğu gibi gençlere kendine zarar vermenin ya da intiharın önlenmesi ile ilgili kaynakların işaret edildiği durumlar da olmuştu. Bu durumda, genel olarak baktığımızda, özellikle zaten hassas durumda olan gençler için, sosyal medya ile ilişkilendirilebilecek riskler olduğu açıktır ancak intiharda sosyal medyanın rolünün anlaşılması için ölçümlenen bir yaklaşıma ihtiyaç vardır. Dahası, sosyal medyanın yararlarının da olduğunu ve gençlerin önüne taş koymak yerine onlara yardımcı olabilecek şekilde düzenlenebileceğini gördük.

Medyadaki tanımlamalar

Doksanların sonlarında, insanların kendilerine zarar verme olasılıklarının televizyonda izlediklerinden et-

kilenebileceğini gösteren ilgi çekici bir çalışmanın bulguları karşısındaki şaşkınlığımı hatırlıyorum. Bu çalışmada araştırmacılar İngiliz televizyonunda yayımlanan bir hastane dizisi olan *Casualty*'de yer alan, bilerek aşırı dozda ilaç kullanma vakasını incelemek istemişlerdi.³³ Söz konusu bölümün yayımlanmasından sonra İngiltere'de aşırı dozda ilaç kullanımı vakalarında artış olup olmadığını görmek istemişlerdi. Bulgular gayet açıktı. Bölümün ilk yayımlanmasından sonraki hafta içerisinde hastanelere gelen kendini zehirlenme vakalarında yüzde 17 artış olmuştu. Ek olarak, aşırı dozda ilaç kullanmış olan kişilerden oluşan bir alt örneklem ile görüşme yapıldığında, yüzde 20'si söz konusu bölümü izlemenin kendilerine zarar verme kararlarını etkilediğini ifade etmişti.

Şimdi, ileriye sarıp 2017 yılına gelelim; Netflix fenomen olan TV dizisi *Ölmek İçin On Üç Sebep*'i yayımladı.³⁴ Bu dizi ilk gençlik yıllarındaki bir kız olan Hannah Baker'ın intiharı etrafında dönüyor ve kendi canına kıymasının "13 nedeni"ni anlatıyor. İlk defa yayına girmesinin hemen ardından, ben ve intihar önleme çalışmalarında yer alan sayısız diğer araştırmacı, özellikle gençler arasında bir intihar salgınının kıvılcımının ateşleneceğinden endişelenmiştik. Tepkiler sonrasında Netflix programa yeni uyarılar da eklemek durumunda kaldı. Bizlerin endişesi bu programın intiharla ilgili uluslararası medya el kitabını ihlal ediyor olmasıydı. Söz konusu el kitabının amacı program yapımcılarına sansür uygulamak değildir; aksine medyada intiharın aktarımında sorumluluk sahibi ve etik davranılmasını sağlamaya çalışır.³⁵ İntihar yöntemi ya da ölümün gerçekleştiği yere dair gereksiz ayrıntıların verilmemesi,

sansasyonel haber başlıkları kullanılmasından kaçınılması, haber yapılan intihar vakası için basite indirgeyici açıklamalar getirilmemesi ve iyileşmeye dair mesajların teşvik edilmesi gibi pratik tavsiyeler sunulur.

Özellikle son bölümde, Hannah'nın intihar sahnesi, ölüm yönteminin ayrıntılı anlatılmasına dair kuralların tersine hem fazla çarpıcı hem de gereksizdi. O dönemde bir internet sayfasında yazdığım gibi, Hannah'ın intiharının kaçınılmazmış gibi ve onun için intiharın tek seçenekmiş gibi gösterilmesinin kimseye yararı yoktu. Verilen bir örtülü mesaj da yardım aramanın kişiyi hiçbir yere götürmeyeceği şeklindeydi ve intihar olayının sonrasının da fazlasıyla romantikleştirildiğini hissettim. *Ölmek İçin On Üç Sebep* dizisinin ilk yayına girişinden sonraki 3 aylık dönemi kapsayan bir çalışma da korkularımızı destekliyordu.³⁷ Çalışmanın yazarları bulguların yorumlanmasında dikkatli olunması gerektiğini ifade etseler de yayının başlamasının hemen ardından gelen dönemde 10-19 yaş aralığındaki erkek ve kadın intiharlarında sırasıyla yüzde 12 ve yüzde 22 artış bulmuşlardı. Daha sonra yapılan bir çalışmada da ABD'de 10-17 yaş aralığındaki bireylerde genel intihar oranlarında artışlar olduğu rapor edilmişti.³⁸ Bununla birlikte, bahsettiğimiz bu son çalışmada kullanılan analizlerle ilgili çeşitli tartışmalar söz konusu.³⁹ Ancak Netflix tarafından Northwestern Üniversitesi'ne yaptırılan ve ABD, İngiltere, Brezilya, Avustralya ve Yeni Zelanda'da ergenlik çağında bireyler ile ebeveynlerini kapsayan, bazı potansiyel faydalar üzerinde durulan bir anket çalışmasında elde edilen bulgular da var.⁴⁰ Bu rapora göre, dizi ebeveynler ile çocukları arasında intihar, ruh sağlığı ve zorbalık gibi zor konularda iletişim başlatmıştır. Bu tartışmadan ba-

ğımsız olarak, neyse ki Netflix Hannah'nın ölümünün tasvir edildiği rahatsızlık verici görüntüleri diziden çıkardı. Program yapımcılarının sorumlulukları konusunda düşünceli davranmaları gerekir.

Medya maruziyeti ile intihar davranışı arasındaki ilişki televizyonla sınırlı değil. İntiharla ilgili haberleri özellikle de ünlü kişilerin intiharları ile ilgili haberleri de kapsıyor.⁴¹ İntihar ya da kendine zarar verme vakalarının medya tarafından aktarım şeklinin başkalarında intihar davranışını tetikleme etkisi sıklıkla "Werther etkisi" olarak anılır.⁴² Goethe'nin *Genç Werther'in Acıları* adlı romanında, sevdiği kadın tarafından reddedilmesinin ardından kendi canına kıyan kahramanın intiharı nedeniyle bu isim verilmiştir. Roman 1774'te ilk yayımlandığında, Avrupa'nın çeşitli yerlerinden aynı yöntemi kullanarak kendilerini öldüren genç erkekler olduğuna dair haberler gelmeye başlamıştı; sanki kitabı okuyup etkilenmiş ve Genç Werther ile kendilerini özdeşleştirmiş gibiydiler. Bu gibi intiharlara kimi zaman taklit intiharı da denir ya da intihar salgını olarak da tanımlanır.

Yetmişlerde Werther etkisi teriminin ilk kez kullanılmasından bu yana, medyanın intiharları aktarma şeklinin ölümcül ve ölümcül olmayan intihar davranışlarındaki artışlarla ilişkilendirilebileceğine dair net kanıtlar olduğu sonucuna varan sayısız çalışma ve inceleme yapılmıştır. Etkiler diğer pek çok risk faktörü kadar güçlü değildir ve genellikle kısa vadeli olmaktadır. Medyanın intiharı aktarma şeklinin yarattığı etkiye dair fikir edinmek için, Avusturya'da Viyana Medikal Üniversitesi'nden Thomas Niederkrotenthaler, Melbourne Üniversitesi'nden Matt Spittal, diğer isimlerle birlikte İkinci Dünya Savaşı'ndan itibaren ilgili tüm çalışmaları incelediler.⁴³

Bugüne kadar yapılmış bu en kapsamlı inceleme çalışmasında ünlülerin intiharlarına odaklanılıyordu. Orta vadede, genellikle medya tarafından haberin yapılmasından sonraki bir ay içerisinde intihar riskinin yüzde 13 arttığını belirlediler. Bunlar rahatsız edici bulgular ve intiharla ilgili medya haberciliği el kitabına neden eksiksiz uyulması gerektiğini net olarak gösteriyor.

Daha yakın bir dönemse ise dikkatler medyada haber aktarımının olumlu yönde kontrol altına alınmasına kaydı. Niederkrotenthaler da intiharın önlenmesinde medyanın nasıl pozitif bir rol oynayabileceğini araştırarak bu açıdan yolu açtı. Bu amaçla “Papageno etkisi” terimini ortaya attı; Mozart’ın *Sihirli Flüt* operasında çevredekilerin çeşitli başa çıkma yollarını göstermesinin ardından bir intihar krizinin üstesinden gelen Papageno karakterinden esinlenmişti.⁴⁴ Buna göre, Papageno etkisi herhangi bir medya haber aktarımının intiharı önleyici nitelikteki etkisi olarak tanımlanır. Örneğin, gazetecilerin intihar krizini atlatmış olan insanların elde ettikleri olumlu sonuçları haber yapması olabilir. Böyle bir haber intihar krizi içerisinde olan bir kişiye işlerin iyiye gidebileceği ve dayanmaları gerektiği şeklinde umut verici bir mesaj verir. IMV modeli bakımından, bu gibi mesajlar intihara maruz kalmanın zararlı etkilerini azaltır ve kişinin kendisini daha az kapana kısılmış hissetmesine yardımcı olabilir ve intihar düşüncelerinden intihar eylemlerine giden yolları kesebilir. İyileşmenin mümkün olduğu bir model sunmuş olurlar. Bununla birlikte, ilerlerken karşılaşılabileceğimiz zorluklardan biri medya etkilerine dair bildiklerimizi internetin ve sosyal medyanın daha güvenli yerler olmasını sağlamak için nasıl kullanacağımızdır. Daha az Werther’e ve daha çok Papageno’ya ihtiyacımız var!

İntihar kümeleri

İntihara maruz kalmayla ilgili endişelerin sonuncusu intihar kümesi olarak bilinen durumdur. Bu zaman ya da mekan olarak birbirine nispeten yakın gerçekleşen bir grup intiharı ifade eder. Ancak kaç intihar vakasının bir kümeyi oluşturacağına dair ortak bir görüş bulunmamaktadır, bununla birlikte genellikle istatistiksel olarak ya da bir topluluk içerisinde beklenecek miktarın üzerindeki sayı şeklinde yorumlanır. Kümeler genellikle ya “nokta” kümeleri ya da “kitle” kümeleri olarak tanımlanır. Nokta kümeleri hem zaman hem de mekanda genellikle bir topluluk ya da kurum içerisinde kısa bir dönemde, birbirine yakın gerçekleşen ölümlerin oluşturduğu bir gruptur; kitle kümeleri ise bütün nüfus içerisinde nispeten kısa bir zaman aralığında gerçekleşen ölümlerin oluşturduğu intihar grubudur. Ünlü bir kişinin intiharının ardından ölümlerde görülen artışlar kitle kümesinin örneği olacaktır. Bir okulda aynı sömestrde görülen intihar grubu ise nokta kümesi olacaktır. İnternet ve sosyal medya çağında tanımlamalar yapmanın daha da zor olduğu tartışılabilir.

Jo Robinson, Jane Pirkis ve ben, *The International Handbook of Suicide Prevention* için kümelerle ilgili önemli noktaları gözden geçirdiğimiz bir intihar kümeleri bölümü yazmıştık.⁴⁵ Örneğin, intihar kümeleri insanların düşündüğünden çok daha nadir görülür, nüfusa ya da ortama bağlı olmak kaydıyla, tüm intiharların yüzde 1 ila 10’u arasında olduğu tahmin edilmektedir. Gençler arasında ve okullarda ya da psikiyatri birimlerinde daha yaygın görülür. Kümelerin neden ortaya çıktığına bakacak olursak, en az 2 açıklama getirebiliriz. Birincisi intihar salgını ve taklit olacaktır, burada başka birinin

intiharına maruz kalan bireyler söz konusu davranışı model alırlar. Ölen kişi ile bir şekilde kendilerini özdeşleştirmişlerse, bu durumun ortaya çıkması daha olasıdır. İkincisi ise sınıflandırıcı ilişki kurma ya da yatkınlık olarak adlandırılır ve riski yüksek bireylerin hastane gibi spesifik bir ortamda birbirleri ile ilişki kurmaları nedeniyle bir grup intiharın gerçekleştiği durumu tarif eder. Florida State Üniversitesi'nden Thomas Joiner bu sınıflandırıcı etkinin üniversite öğrencilerini içerecek şekilde genişlediğini, aynı odada kalmayı tercih eden öğrencilerin (oda arkadaşlarının) sistem tarafından yapılan yerleştirmede aynı odalara düşen öğrencilerle karşılaştırıldığında, intihar endekslerinin birbirlerine daha çok benzediğini görmüştür.⁴⁶ Nispeten daha nadir olsa da bireylerin, toplulukların ve kurumların daha sağlam olmalarını sağlamak ve kümelenme risklerinin gerçekleşmesi olasılığını proaktif biçimde en aza indirmek için daha fazla çalışma yapılmalıdır.

DÜRTÜSELLİK

Dürtüsellik intihar düşüncelerinden intihar eylemlerine geçiş ile ilişkilendirilen dördüncü istem faktörüdür. Günlük söylemin bir parçası olmasına rağmen, dürtüsellik pek çok farklı tanımı ve farklı değerlendirme şekilleri olması dürtüsellik-intihar riski ilişkisine dair anlayışımızı karmaşıktırıyor. Şu anki amacımız doğrultusunda, "dürtüsellik" terimini, kişinin eylemlerinin sonuçlarını düşünmeden, fevri hareket etme eğilimi ile belirgin kişilik özelliğini tanımlamak için kullanıyorum. Dürtüsellik istemli kolaylaştırıcı olmasının mantığı açık. Eğer kişi hayatını sona erdirmeyi düşünüyorsa ve dürtüsel hareket etme eğilimi varsa, dürtüsel hareket et-

meyen biriyle karşılaştırıldığında düşüncelerini eyleme dönüştürme olasılığının daha yüksek olduğu kabul edilebilir. Ancak intihar için geçerli risk faktörlerinin pek çoğunda olduğu gibi, bu ilişkinin ne kadar güçlü olduğu ve doğası tartışmaya açıktır ve bazı durumlarda intihar davranışında dürtüsellik hiç görülmez, intihar son derece titizlikle planlanır.⁴⁷

Dürtüsellik-intihar riski ilişkisinin düğümünü çözmek için kişinin dürtüsellliği ile intihar eyleminin dürtüsellığının ayırt edilmesi de önemlidir. İntihar davranışı kişinin dürtüsel davranmasının sonucunda ortaya çıkabilir ancak kişinin doğası itibarıyla son derece temkinli olduğu ancak eylemin kendisinin dürtüsel olduğu durumlar da görülebilir. Dürtüsellik ile intihar riski arasındaki ilişkinin gücünün hayatın farklı dönemlerinde değişiklik göstermesi de olasıdır. Daha açık ifade etmek gerekirse, dürtüsellik düzeylerinin yirmili yaşlarımızın ortalarında zirve yaptığı düşünülürse, dürtüsellüğün intihar riski üzerindeki nispi etkisinin bizler yaşlandıkça azalması olasıdır. Dürtüsellliği değerlendirirken alkol, uyuşturucular ve uykusuzluk gibi kişinin kapasitesini sınırlayıcı diğer faktörlerin etkisini de dikkate almalıyız. Bu faktörlerin her biri kişiliğinizin parçası olan dürtüsellikten bağımsız olarak dürtüsel bir intihar eylemine katkıda bulunabilir.

Bir dizi araştırmada, daha önce intiharı düşünmüş ancak hiçbir zaman intihar girişiminde bulunmamış kişiler ile intihar girişiminde bulunmuş kişilerde dürtüsellliği karşılaştırdık.⁴⁸ IMV modeline paralel olarak, tekrar tekrar aynı sonuca ulaştık: Daha önce intihar girişiminde bulunmuş kişiler, intiharı sadece düşünmüş olanlarla karşılaştırıldığında daha yüksek dürtüsellik düzeyleri

bildiriyorlardı. Ancak, dürtüsellik ile intihar davranışı arasındaki ilintinin gücü farklı çalışmalarda farklılık göstermektedir, bazı çalışmalarda çok küçük bir ilinti belirlenmiştir. İşlerin daha da karmaşık bir hal almasına neden olansa, daha yakın dönemde yapılan, aralarında bizim yaptığımız bazı çalışmalar da olmak üzere, bazı çalışmalarda dürtüsellüğün belli bir unsurunun -olumsuz aciliyetin- intihar düşüncesinden intihar girişimlerine geçişte daha merkezi bir rol oynadığı görülmüştür.⁴⁹ Olumsuz aciliyet, olumsuz ya da rahatsızlık verici bir durumdayken ani eylem içerisine girmekten oluşan duygu temelli bir dürtüsellik tipidir. İntihar riski bağlamında kulağa gayet mantıklı geliyor çünkü olumsuz aciliyet aynı zamanda kişinin kendini denetlemede, daha net bir ifadeyle dürtüleri kısıtlama kapasitemizde ortaya çıkan bozukluklarla da ilintilidir. Olumsuz aciliyet bakımından yüksek puan almışsanız ve aynı zamanda kendinizi kapana kısılmış hissediyorsanız, intihar düşüncelerinizi eyleme dönüştürme gücünüzü kontrol altına almak zorlaşabilir ve dolayısıyla intihar davranışı olasılığı artar. Ayrıca alkolle bağlantılı olumsuz aciliyetin de -belki de şaşırtıcı gelmeyecektir- düşüncelerden intihar eylemlerine geçiş ile ilintili olduğunu gördük.⁵⁰

FİZİKSEL ACI HASSASİYETİ

Fiziksel acı hassasiyeti ve ölüm korkusunun olmaması genellikle tek bir alt başlık altında toplanır çünkü önceki bölümde de değindiğim gibi, Thomas Joiner'ın intihar edebilirlik kavramını oluştururlar.⁵¹ Aslına bakılırsa intihar düşüncelerinden davranışlarına geçişte intihar edebilirliğin önemli olduğu konusunda pek az görüş ayrılığı vardır. Ancak IMV modeli bakımından,

intihar edebilirliğin davranış eylemini yöneten bir dizi istem faktöründen sadece biri olduğunu düşünüyorum; diğer yandan Joiner'in kişilerarası teorisinde, intihar edebilirlik kişinin intihar düşüncelerini eyleme dönüştürüp dönüştürmeyeceğini belirleyen kilit faktörlerden biri olarak görülür. British Columbia Üniversitesi'nden psikolog David Klonsky de intihar edebilirlik konusuna daha geniş açıdan bakıyor. Üç aşamalı intihar teorisinde, intihar edebilirliğe katkıda bulunan değişkenlerin yer aldığı üç kategori bulunuyor:⁵²

1. Doğal eğilim (örnek: acı hassasiyeti gibi genetik faktörler)
2. Edinilmiş (örnek: acıya alışma)
3. Tatbiki (örnek: intihar araçlarına erişimin olması)

IMV modelinin yanında bu üç aşamalı teori ve Joiner'in kişilerarası teorisi, intihar düşüncelerinden intihar eylemlerine geçişe odaklanmaları nedeniyle çoğu zaman düşünceden-eyleme geçiş modelleri olarak anılır.⁵³ Ancak teorik bakış açısından bağımsız olarak, çok geniş bir yelpazede gerçekleştirilmiş çalışmalarda fiziksel acı hassasiyeti ve ölüm korkusunun olmamasının intihar davranışı ile ilintili olduğu ve intihar düşünceleri ile intihar davranışlarını birbirinden ayırdığı, intihar girişiminde bulunan kişilerin, intiharı sadece düşünenlerle karşılaştırıldığında daha yüksek düzeyde fiziksel acıyı tolere edebildikleri ve ölümden daha az korktukları ortaya konmuştur.⁵⁴

Fiziksel acı hassasiyetini birkaç defa dile getirdiğimin farkındayım ama nasıl ölçüldüğünü anlatmadım. Fiziksel acıya ne kadar hassas olduğumuzun ya da ne

kadar acıyı tolere edebileceğimizin değerlendirilmesinin titizlikle yapılması gereken bir iş olması belki de şaşırtıcı gelmeyecektir. Bazı araştırmacılar (ben de dahil) kişilerin kendilerini değerlendirdikleri anket formları kullanarak katılımcılara bazı şeyleri ne kadar acı verici bulduklarını soruyor ancak kişisel olarak ben bu tip soruların cevaplanmasının zor olduğunu düşünüyorum.⁵⁵ Üstelik fiziksel acı ile hiç planlanmamış bir şekilde karşı karşıya kalmış olmama rağmen. Üniversitedeki ilk yılımda, dışarı çıktığımız bir gece diz kapağım ezilmişti, neyse ki bayılmadan ve arkadaşlarımdan da yardımıyla yakınlardaki bir hastanenin acil servisine ulaşmayı başardım. (Detaylarını sormayın ama işin içinde beton bir dubadan atlama yarışmasında aşırı özgüven, 1991 Noel'i yaklaşırken hastanede uzun süre yatış ve yürümeyi yeniden öğrenmek var!) Dolayısıyla acı toleransımın gayet yüksek olduğunu düşünüyorum. Buna rağmen, yine de kendimi değerlendireceğim bir ölçekte fiziksel acıya karşı kendi hassasiyetimi ya da toleransımı puanlamak zor geliyor. Sonuç olarak, fiziksel acı toleransını ölçme yöntemi olarak insanlara acıya karşı ne kadar hassas olduklarını sormanın ne kadar doğru sonuç vereceğinden tam olarak emin değilim.

Dolayısıyla, bir süre önce, fiziksel acı eşiğini ve toleransını değerlendirmek için insanlara fiziksel acı hassasiyetlerini sormaktan daha deneysel yöntemler kullanmaya geçtik. Farklı deneysel koşullar altında, genellikle avuç içine olmak üzere uygulanan basınç ya da gücü kaydetme imkanı veren, bilgisayara bağlı bir tür basınç ölçer cihaz olan algometre kullanıyoruz.⁵⁶ Bu şekilde ağrı hassasiyeti ve toleransının daha doğrudan bir ölçümünü elde ediyoruz. Bu gibi çalışmalarda, doğrudan

acı olarak değil, uygulanan basıncı Paskal cinsinden kayıt altına alıyoruz ama yaşanan deneyim az da olsa rahatsızlık verici olduğundan, yaşanan acı deneyimi ile paralel olduğu düşünülüyor. Katılımcıların güvenliği ve iyiliği her zaman ilk önceliğimiz, dolayısıyla tüm katılımcılar çalışmanın yapısına dair önceden bilgilendirilmiş onam veriyorlar ve algometrenin kalıcı herhangi bir etkisi olmuyor. Ayrıca katılımcılar çalışmalardan istedikleri zaman, neden belirtmeksizin ayrılabilirler.

Bu gibi deneysel çalışmalarda genel uygulama katılımcının avuç içine algometre aracılığıyla basınç uygulamak (ya da katılımcı kendisi basınç uygular) ve basıncın/gücün rahatsızlık verici hissettirmeye başladığı noktayı kaydetmektir. Bu bize kişinin ağrı eşiğinin ölçümünü verir. Daha sonra artan miktarlarda basınç uygular ve katılımcılardan dayanamadıkları zaman söylemelerini isteriz; bu düzey acı tolerans göstergesi olarak kullanılır. Bu gibi çalışmalar acı toleransının intihar geçmişine göre değişip değişmediğini, zaman içinde değişip değişmediğini ve morali bozuk, kapana kısılmış ya da stresli hisseden kişilerde toleransın daha yüksek olup olmadığını inceleme imkanı verir. İntihara eğilimli kişilerin daha yüksek fiziksel acıları tolere edebilmelerinin mantığı şöyledir:

İntihara eğilimli kişiler duygusal acılarında öylesine boğulmuşlardır ki (örneğin, kendilerini kapana kısılmış hissettiklerinde), fiziksel acıyı algılama kapasiteleri düşer.

Bu da normalde olduğundan daha yüksek düzeylerde fiziksel acıyı, dayanılmayacak kadar acı verici olduğu şeklinde deneyimlemeksizin tolere edebilmelerine imkan verir.

- Daha yüksek düzeylerde fiziksel acıyı tolere edebilirlerse, o zaman potansiyel olarak daha acı verici ve potansiyel olarak daha öldürücü bir intihar eylemi ile ilintili acıya da dayanabilirler.

Bu tip araştırmalar merak uyandırır da henüz ‘bebeklik çağında’ olduğunu söyleyebiliriz. Ancak intihar eylemlerinin altında yatması olası hayati süreçleri anlamamıza yardımcı olabileceği ve bu kapıların açılmasıyla hayat kurtarmamız mümkün olacağı için önemli. Olivia Kirtley ve Ronan O’Carroll ile birlikte acı hassasiyeti ve kendine zarar verme üzerine yapılmış tüm çalışmaları inceledik; aralarında bir ilişki olduğu kesin de olsa, bu ilişkinin yapısına dair hâlâ cevaplanmamış pek çok soru var.⁵⁷ Örneğin, fiziki acı toleransı, intihar niyeti olmaksızın kendi bedenlerini kesen insanlarda, intihar girişiminde bulunanlar ile aynı mı? Fiziki acı toleransı, fiziksel olarak daha az acı veren intihar davranışları içerisine giren insanlarda nasıl? Tekrarlanan kendine zarar verme davranışı acı toleransını nasıl etkiliyor? Acı hassasiyetinde cinsiyetler arasında görülen farklılıklar erkekler ile kadınların intihar oranları arasındaki farklılıkları açıklar mı? Olivia bu soruları kronik acıları olan kişilerde intihar düşüncesi ve davranışını anlamak üzere genişletti.⁵⁸

Öğrenecek daha çok şeyimiz olmasına rağmen, bu araştırma tipi kimlerin intihar düşünceleri deneyimledikleri dönemlerde kritik eşiği atlama, intihar girişiminde bulunma olasılığının daha fazla olduğunu inceleyebilmek için yenilikçi bir yaklaşıma iyi bir örnek oluşturuyor. Ancak ne yazık ki belli bir fiziksel acı tolerans düzeyinin belli bir intihar riski düzeyi ile ilişkili olduğunu söyleyebileceğimiz noktaya çok uzagız.

ÖLÜM KORKUSUNUN OLMAMASI

Genellikle kişinin hayatına son vermesi için temel hayatta kalma içgüdüsünü yenmesi gerektiği söylenir. Biyolojik olarak hazırlıklı olmanın ötesinde, böyle bir içgüdünün bilinçli olarak var olup olmadığını bilmiyorum ancak Sigmund Freud'un 1920'lerde yayımladığı *Haz İlkesinin Ötesinde Ben ve İd* başlıklı makalesinde savunduğu temel içgüdülerden biri yaşama içgüdüsüydü ("eros"), bir diğeri ise ölüm dürtüsüydü ("thanatos").⁵⁹ Freud insan hayatının bu iki güç arasındaki mücadele ile belirgin olduğuna inanıyordu. Psikanalistlere göre, ölüm dürtüsü yükselişe geçtiğinde ve thanatos ile ilişkili agresyon içe yöneldiğinde sonuç intihar olur. Öyle ki bu yaklaşıma paralel olarak, Amerikalı psikiyatrist Karl Menninger intihardan 180 derecede cinayet olarak bahsetmiştir.⁶⁰ Ancak psikodinamik temellerinden bağımsız olarak, kişinin kendisini öldürmesi, kişinin kendisine yönelmiş görünüşte agresif bir eylemdir ve tanımı itibarıyla, içsel ölüm korkusunun en azından bir ölçüde üstesinden gelinmesini gerektirir.

Yukarıda da değindiğimiz gibi, ölüm korkusunun olmaması -altıncı istem faktörü- intihar edebilirliğin ikinci bileşenidir. Uzun yıllar içerisinde gerçekleştirilen çalışmalarda, intihar girişiminde bulunmuş kişilerin intihar ve ölmek konusunda, intihar girişiminde bulunmamış kişilerle karşılaştırıldığında, daha az korku duyduklarını belirttiklerine dair net kanıtlar elde edilmiştir.⁶¹ Ölüm korkusunun olmaması bilişsel bir faktördür ve fiziksel acı hassasiyeti ile karşılaştırıldığında kişilerin kendi beyanları ile değerlendirilmeye daha uygundur. Öyle ki bundan birkaç yıl önce, Jessica Ribeiro ve çalışma arkadaşları ACSS- Ölüm Korkusuzluğu Ölçeği'ni

(ACSS- FAD) geliştirdiler.⁶² Yedi maddeli bu ölçekte katılımcılardan “Öleceğim gerçeği beni etkilemiyor” ve “ölmekten hiç korkmuyorum” gibi ifadeleri beş puanlık bir puanlama kullanarak kendilerine uygun ya da uygun olmadığı şeklinde değerlendirmeleri istenir. Bu ifadelere daha yüksek puan veren ve aynı zamanda intihar eğilimi olanların, bu ölçekte daha düşük puan alanlarla karşılaştırıldığında intihar düşüncelerini eyleme dönüştürme olasılıkları daha yüksektir ve bunun sonucunda intihar riskleri de daha yüksektir. Sevdieiniz bir kişi kendini kapana kısılmış hissettiğinden ve ölmekten korkmadığından bahsediyorsa, kendisini güvende hissedip hissetmediğini ve herhangi bir intihar düşüncesini eyleme dönüştürüp dönüştürmeyeceğini kontrol ederek hemen tepki vermelisiniz.

Araştırmalarımızda, intihar girişiminde bulunmuş kişilerin, intiharı sadece düşünmüş olanlarla karşılaştırıldığında ölmekten daha az korktuklarını da gördük. Örneğin, çalışma arkadaşlarım Karen Wetherall ve Seonaid Cleare önderliğinde gerçekleştirilen İskoçya Refah Çalışması’nda İskoçya’da yaşayan 3 bin 500 genç yetişkine anket uyguladık ve ruh sağlıkları hakkında çeşitli sorular sorduk. Bu çalışma sonrasında yayımlanan ilk akademik makalelerden birinde, farklı intihar geçmişi olan katılımcıları ölümden korkmama da dahil olmak üzere geniş bir yelpazede psikolojik faktörler ağıısından karşılaştırdık.⁶³ Analiz yaptığımızda, IMV modeliyle ve Thomas Joiner’in kişilerarası teorisi ile tutarlı olarak, intihar girişiminde bulunmuş olanların, intiharı sadece düşünmüş olanlara göre ölmekten belirgin ölçüde daha az korktuklarını gördük. Ancak daha da çarpıcı olan, ölüm konusundaki korkusuzluktaki bu farklılığın farklı

depresyon ya da kapana kısılmışlık düzeyleri açıklanabilir gibi görünmemesiydi. Bu önemli bir nokta çünkü intihar girişiminde bulunan kişilerin, intiharı sadece düşünen kişilere göre daha fazla depresif oldukları gibi basit bir açıklamanın yeterli olmayacağını düşündürüyor. Ayrıca intihar düşüncelerinden intihar davranışlarına geçişin büyük ölçüde istem faktörleri ile yönetildiğini de hatırlatmış oluyor.

Sizleri, otuzlu yaşlarının ortalarında dünyası “yıkılınca” hayatında “berbat” bir dönem geçirmesinin ardından intihar girişiminde bulunan Stan’le tanıştırayım. Onunla ilk klinik çalışmalarımдан birinde tanışmıştım. Ölüm korkusunun (ölüm korkusuzluğunun) zaman içerisinde nasıl değiştiğini anlatıyor:

Her şey üst üste geliyordu. Hiç sonu gelmeyecek gibiydi. Önce tersanedeki işimi kaybettim, sonra erkek kardeşim öldü. İkisi de geçen şubatta oldu. Öldüğüne hâlâ inanmıyorum. Onunla çok yakındık. Cidden çok öfkeliydim, herkese ama herkese öfkeliydim. Tom’muş, Dick’miş ya da Harry’miş fark etmiyordu, durmadan kavga çıkarıyordum; içiyordum, uyuyordum ve kavga ediyordum. Sonra bir gece, aşırı alkol almıştım, artık boğazıma kadar gelmişti, kendimden nefret ediyordum. Her şeyi bitireyim istedim ama yapamadım. Ödüm patlıyordu. Bir süre önce, karım beni terk ettiğinde de işimi bitireyim diye düşünmüştüm ama sonra geçmişti; o zaman aslında intiharı ya da nasıl yapacağımı çok düşünmemiştim.

Ama Mikey öldüğünden beri, artık hiçbir şey umurumda olmuyordu. İşte, bir sabah kalktım, baktım başka bir şey düşünemiyorum. Bir de ne kadar çok düşünürsem, “Korkacak ne var ki?”, “Sonuçta ölmeyecek miyim?”, “Doğru bir şekilde yaptıktan sonra ne sorun olabilir ki?” düşüncelerim de artmıştı. Kendime söz verdim, bu lanet olası düşünce aklıma bir daha düşerse, artık işi bitiririm. Sözümü de tuttum ama hâlâ burada olduğuma inanamıyorum.

Stan çok öfkeliydi ama onunla olan görüşmemizden hatırladığım kadarıyla, öfkesine rağmen agresif değildi. Sadece fazla gerçekçiydi. Keşke ona ölüm korkusunun neden ya da nasıl değiştiğini sorsaydım, sonuçta değiştiği açıkça belli oluyordu. Konuşmanın ortalarında “ödünün koptuğundan” bahsediyordu; bunu ölümden korktuğu şeklinde yorumlamıştım. Daha sonra, kafası bir süre intiharla meşgul olduktan sonra, sanki bir tür “kırılma noktası” yaşamış, sanki bir şey değişmiş ya da başka yöne dönmüş de ölmekten artık korkmaz olmuş gibi görünüyordu. Belki öfkesi onu bitkin düşürmüştü, belki de öfkesinin sonucu olarak bunu yaşamıştı. Sanki kafasında ne yapacağını (yöntem anlamında) ve sonucunun ne olacağını (ölüm) kurmuş gibiydi. Bu dönüşümün ne zaman olduğu da net değildi; korkusunu hızla mı yenmişti yoksa zaman mı almıştı, düşüncesindeki bu değişimi tetikleyen neydi? Hiçbir zaman bilemeyeceğim. Bazen acaba hâlâ hayatta mıdır yoksa değil midir diye düşünüyorum.

Stan’ın hikayesi intiharın önlenmesinde karşı karşıya kalınan bir diğer zorluğu gözler önüne seriyor. Kişinin

ölümünden daha az korkar hale gelmesine neyin neden olduğunu daha iyi anlamalıyız. Acaba ölmeye ve ölüme ne kadar çok maruz kalırsak, korkumuz o kadar azalıyor mu? Korkusuzluk risk almayla mı ilişkili yoksa özsaygının dibe vurmasının ya da zihinsel olarak tükenmişliğin yan ürünü mü? Yaşama korkusu, ölüm korkusundan daha acı verici hale geliyor olabilir mi? Cevaplanmamış çok fazla soru var. Ayrıca başka hangi istem faktörlerinin ölüme dair korkusuzluğu etkileyecek kadar etkileşime girdiği bulmacasını da çözmemiz gerekiyor. Bir kez daha, intihar riskine dair anlayışımızda ilerleme kaydettikçe yepyeni sorular açığa çıkıyor.

ZİHİNSEL İMGELEME

Günlerimi öldüğümü düşünerek geçiriyordum. Ama o kadar da değildi; ölmüş halimi gözümde canlandırabiliyordum. Annemle babamın evine döndüğümü hayal ediyordum, Öyle canlı bir görüntüydü ki! Yüksek çözünürlüklü, renkli bir film gibiydi, sanki gerçekten oradaymışım gibi...

Ellili yaşlarının ortalarında intihar girişiminde bulunan Mo'nun bu sözleri imgelemenin unsurlarından birini -kişinin kendi ölümünden sonrasını imgelemesini- iyi tarif ediyor. Bu zihinsel imgeleme türü görsel imgelemenin bir örneğidir ancak zihinsel imgeleme beş duyardan herhangi birini de içerebilir. Kişinin kendi ölümüne ya da ölüme dair zihinsel imgelemeler yapması sondan bir önceki istem faktörüdür. İntihar girişiminde bulunan ya da daha sonraki denemelerinde intihar nedeniyle ölecek

olan bazı insanlar kendi canlarına kıymalarına, intihar eylemini gerçekleştirdikleri ana dair imgeleri, o anı tüm gerçekliğiyle deneyimliyormuşçasına gördüklerini de ifade etmişlerdir. İntihar riski bakımından endişe verici olan, bilişsel bir istem faktörü olan zihinsel imgelemenin intihar eyleminin öncesinde gelen prova aşamasını oluşturmasıdır. Diğer her tür provada olduğu gibi, zihin gözümüzde herhangi bir davranışı tekrar tekrar canlandırmak, o davranışı gerçeğe dönüştürme olasılığımızı artırır.

Örnek olarak, sporcuların zihinsel imgeleme kullanmalarını düşünün. Zihinsel imgelemenin sporcularda performansı artırdığına dair çok sayıda araştırma kanıtı bulunuyor.⁶⁴ Kesinlikle bir sporcu olduğumu iddia etmiyorum ama çok sık tenis oynarım ve her zaman oyunumu geliştirmenin yeni yollarını düşünürüm. Bu yüzden sık sık kişisel gelişim kitaplarına başvuruyorum ve istisnasız hepsi oyununuzu en iyi haline getirmek için önemli bir teknik olarak zihinsel imgelemeye odaklanıyor. Bu kitaplar attığınız topun filenin üzerinden geçişini ya da mükemmel bir bekent vuruşuyla topu rakibin sahasında ileride bir noktaya atışınızı gözünüzde canlandırmanızı söylüyor. Bu teknikler benim için ne kadar yararlı oldu, çok emin değilim ama etkili oldukları çalışmalarla gösterilmiş; aynı ilkeler intihar davranışı da dahil olmak üzere diğer davranışlar için de geçerli. Bu zihinsel imgeler, Mo'nun zihnindekilere benzer olarak, ölüm konusunda daha korkusuz olmamızı sağlayarak intihar riskini de artırabilir. Birinin kendi ölümünü düşündüğü ya da gözünde canlandırdığı ilk seferi düşünelim. Fizyolojik bir tepki yaratabilir, savaş ya da kaç tepkisine biraz da olsa benzer şekilde, kalp ritmi artabilir

ya da terleyebilir. Bu tepki ayrıca kaygılı ya da korkmuş hissetmeyi de içerebilir ve sonuç olarak da kişi eylemi gerçekleştirmekten vazgeçebilir. Ancak benzer bir görüntünün zihinde canlandığı bir sonraki seferde, belki de daha az korkacak ve zaman içinde, bu gibi görüntülere maruz kalmaya alışacak ve dolayısıyla ölmekten de daha az korkacaktır. Ve daha az korku duyarsa intihar riski artar. Aslına bakılırsa, İskoçya Refah Çalışması'nda daha önce intihar girişiminde bulunmuş kişiler, intiharı sadece düşünmüş olan kişilerle karşılaştırıldığında kendi ölümlerine dair daha yüksek düzeylerde zihinsel imgelemelerde bulunduklarını belirtmişlerdi.⁶⁵ Zihinsel imgelemeyi değerlendirmede, İsveç'te çalışan bir klinik psikolog olan Emily Holmes tarafından geliştirilen bir ölçeği kullanıyoruz.⁶⁶ Bu ölçekte kişilerin kendilerini moralsiz ya da üzüntülü hissettikleri zamanlarda, kendine zarar verme ve intihar da dahil olmak üzere, ölüm ile ilişkili imgelemeler yapıp yapmadıkları sorulur. Örneğin, sorulardan birinde katılımcılara kendilerine zarar verme ya da intihar girişiminde bulunma planları yaptıklarını/hazırladıklarını ne sıklıkla düşündükleri sorulur.

Emily ayrıca intiharla ilişkili belli bazı imgeleme tiplerinden "geleceğe gidiş" olarak bahsediyor. Bu adın verilmesinin nedeni gelecekteki potansiyel intihar düşünceleri ya da eylemleri ile ilişkili imgeler olmaları. Geçmişte yaşadıkları travmatik olaylarla ilgili hatırlamaya engel olamadıkları güçlü görüntüler gören, travma sonrası stres bozukluğu yaşayan bireylerde rapor edilen geçmişe dönüş benzer olduğu düşünülüyor. Geleceğe gidiş imgeleri genellikle son derece ayrıntılı olması nedeniyle belli bir gerçeklik hissi verir. Bu im-

geleri deneyimleyenler, intihar hakkında sözel düşüncelerden çok bu imgelerle meşgul olduklarını da belirtiyorlar. Bu özellikler Mo'nun zihnindeki intihar imgeleri için yaptığı "yüksek çözünürlüklü, renkli bir film gibi, sanki gerçekten oradaymışım gibi" tanımlamasına uyuyor. Bu imgeler genellikle hem rahatsızlık verici hem de rahatlatıcı olarak değerlendirilir. İntihar düşüncelerinde kararsızlığın belirgin bir özellik olduğu düşünülürse, bu değerlendirme şaşırtıcı olmayacaktır.⁶⁷ Ancak rahatlatma duyguları kişiye ödül gibi gelebilir, bu şekilde güçlenmesi de söz konusu imgelerin zihnimizde tekrar tekrar belirmesi olasılığını artırır. Hong Kong'da yapılan bir çalışma da intihara dair geleceğe gidişlerle birlikte deneyimlenen kapana kısılmışlık halinin, daha kötü intihar düşüncelerinin habercisi olduğunu göstermiştir.⁶⁸

Buradan alınacak mesaj, dolayısıyla, intihara dair zihinsel imgelemenin kişinin düşüncelerini eyleme dönüştürme olasılığını artırabileceği, dolayısıyla tedavide geleceğe gidişlerin hedef alınmasının intiharı önleme açısından sonuç verebilecek bir çaba olabileceğidir. Diğer bir deyişle, kişi zihninde kendisini ölmekteyken ya da ölmüş olarak resmediyorsa, bu düşüncelerini eyleme dönüştürme olasılıklarını azaltmak için, bu imgelerin içeriğine yönelik yardım almanın yararını görebilirler. Yakın geçmişte Martina Di Simplicio, Emily ve çalışma arkadaşları tarafından yürütülen bir çalışmada kendilerine zarar veren gençlerde Imaginator adı verilen yeni bir genel imge-tabanlı psikolojik müdahale denenmiştir.⁶⁹ İlk fizibilite çalışmaları umut verici görünüyor, gençlerin kendilerine zarar verme davranışlarını azaltmaya yardımcı olabileceği ileri sürülüyor ancak işe yarayıp yaramadığını belirlemek için eksiksiz bir randomize

kontrollü çalışma (RCT) yapılması gerekir. Son olarak, tıpkı intihar edebilirlik konusu etrafındaki cevaplanmamış sorularda olduğu gibi, ölmek ya da ölümle ilgili zihinsel imgelerin nasıl geliştiğini henüz bilmiyoruz.

GEÇMİŞ İNTİHAR DAVRANIŞLARI

Sekizinci ve son istem faktörünün en önemlisi olduğu da iddia edilebilir çünkü kişi bir defa intihar düşüncesinden intihar eylemine geçişte kritik eşiği aşarsa, bunun tekrarlanma olasılığının daha yüksek olduğunu biliyoruz. Basitçe ifade etmek gerekirse, daha önce de söylediğim gibi, geçmişteki intihar davranışları gelecekteki intihar davranışlarının en iyi göstergelerinden biridir.⁷⁰ Bu son ifade bilimsel olarak doğru olsa da iki noktayı belirterek uyarıda bulunmam gerekiyor:

1. Kitabın daha önceki bölümlerinde intiharı öngörme becerimizin şanstıan fazla olmadığını, yazı tura atmaktan daha doğru sonuç veremeyeceğini söylediğimi hatırlayacaksınız.⁷¹ Evet, doğru. Yine de intihar girişimleri ya da kendine zarar verme geçmişinin intiharın öngörülmesinde en iyi göstergelerden biri olmasına engel değil. İstatistiksel olarak konuşacak olursak, bir defa intihar davranışı içine girmişseniz bunu tekrar yapma olasılığınız daha fazladır. Ayrıca geçmişteki kendini yaralama davranışının intihar niyetli olması (intihar girişimi) ile olmaması (intihar amaçlı olmayan kendine zarar verme) arasında bir fark yokmuş gibi görünüyor.⁷² Her türlü kendini yaralama davranışını ciddiye almalısınız.

2. İstatistiksel risk ile klinik risk aynı şey değildir. Daha önceki bölümlerde mutlak risk ile nispi risk arasındaki farktan bahsettiğimizi hatırlıyor musunuz? Mutlak riskin nispeten düşük olduğu zamanlarda bile nispi risk kulağa gerçekten çok korkutucu gelebilir. İntihar davranışı içerişine giren insanların büyük bölümünün bir daha asla intihar girişiminde bulunmayacağı ya da hayatlarının intihar yoluyla sona ermeyeceği gerçeğini unutmamak önemli. Dolayısıyla mutlak intihar riski düşüktür. Klinik çalışmalarımızda, intihar girişiminin ardından hastaneye kaldırılmış kişilerin yüzde 20 ila 30'unun takip eden 12 ay içerisinde yeni bir intihar girişimi nedeniyle tedavi edildiğini, yüzde 1'den çok daha azının ise intihar nedeniyle öldüğünü görüyoruz.⁷³

Son dönemde, Bristol Üniversitesi'nde David Gunnell'ın intihar ve kendine zarar verme araştırma grubunda yer alan epidemiyoloji uzmanları, geçmişte kendine zarar verme nedeniyle hastaneye başvuran hastalar arasında tekrarlanan kendine zarar verme ve müteakip intihar vakaları ile ilişkili tüm araştırma kanıtlarını gözden geçirdiler.⁷⁴ Bu şekilde intihar riskini ölçme imkanları oldu ve kendine zarar verme eylemi sonrasında hastaneye yatırılan her 25 hastadan 1'inin sonraki 5 yıl içinde intihar nedeniyle öldüğünü buldular. Ayrıca bu hastaların yüzde 16'sı takip eden 12 ay içinde yeni bir kendine zarar verme olayı yaşamıştı. Bu tekrarlanan kendine zarar verme rakamı bizim çalışmalarımızdan bazılarında ulaştığımız rakamlardan düşük kalıyor çünkü biz çalışmalarımıza genellikle tıbbi açıdan daha ciddi intihar gi-

rişimlerini dahil ediyoruz. Dolayısıyla, buradaki önemli mesaj şu: İntihar davranışı geçmişi olan insanların büyük bölümü bir daha asla intihar girişiminde bulunmayacak ya da intihar nedeniyle ölmeyecektir. Ancak çok rahat davranmamamız önemli; intiharı çok iyi öngörmemiz mümkün olmasa da intihar eğilimi geçmişi olan herkesi güvende tutmak için neler yapabileceğimizi her zaman düşünmeye devam etmeliyiz.

İNTİHAR RİSKİNİN ANLAŞILMASINDA IMV MODELİNİN KULLANILMASI

Olivia Kirtley ile 2018’de IMV modelini güncellediğimize, modelin istem aşamasının daha iyi anlaşılmasına ek olarak, intihar düşüncesi ile intihar davranışı arasındaki dinamik ve döngüsel ilişkiyi dikkate almak için her rakamın yanına noktalı bir boşluk alan bıraktık (Şekil 1 ve 2).⁷⁵

Bazı insanlar intiharı düşünme, düşüncelerini eyleme dönüştürme, kapana kısılmışlık hissine dönüş ve tekrar intihar düşünceleri deneyimleme ve belki yeni bir intihar girişiminde bulunma şeklinde bir geçici döngü içerisine girebilirler. Bazıları ise ne yazık ki ilk girişimlerinde intihar nedeniyle ölür. Kaç kişinin ilk girişiminde kendini öldürdüğünün doğru olarak rakama dökülmesi zor olsa da elde bulunan en iyi kanıtlar yarıdan fazla olduğunu söylüyor.⁷⁶ Acı verici bu istatistik erken müdahalenin önemine ve kişinin intihar girişiminde bulunma aşamasına gelmesinden önce müdahale etmenin gerekliliğine dikkati çekiyor çünkü büyük çoğunluk için girişim ölümle sonuçlanacak. Sonuç olarak, intiharı önleme çabalarımızı yenilgiye, aşağılanmaya, kayba, utanca, reddedilmeye ve

kapana kısılmışlığa yol açan bireysel, sosyal ve kültürel faktörlere odaklanmamız gerekiyor. Ayrıca intihar önleme çabalarımızı en üst düzeye çıkarabilmek için farklı risk faktörleri arasındaki dinamik karşılıklı etkileşimi de görmeliyiz. Bu açıdan, Nottingham Üniversitesi psikologlarından, dostum ve çalışma arkadaşım Ellen Townsend kişinin kendine zarar vermesine yol açan düşünce, duygu, davranış ve olay kalıplarının bir haritasının çıkarılmasına imkan veren bir kart düzenleme testi -Kendine Zarar Verme Kart Düzenleme Testi (CaTS)- geliştirdi.⁷⁷ Böyle bir yaklaşımla, farklı kendine zarar verme epizotları için risk faktörlerinin nispi etkisinin resmedilmesi ve farklı insanlar için kişiye özel müdahaleler uygulanması mümkündür. CaTS, hangi spesifik faktörlerin kişinin kendine zarar verme olayı ya da intihar girişimi ile ilişkili olduğunu doğrudan incelemeye imkan verdiği gibi, faktörlerin sıralandığı zincirleri belirlememizi de sağlar. Örneğin, kendine duyulan nefret, öfke duygularına, o da değersizlik duygusuna yol açmış, değersizlik duygusu kapana kısılmışlık duygusunu doğurmuş ve sonra da kapana kısılmışlık duygusu intihar davranışına yol açabilir. Elde bu derece ayrıntılı bilgi olduğunda, ardından bir krizin yükseleceğini önceden tahmin etmek mümkün olabilir ya da klinik müdahalelerle hedeflenecek faktörleri işaret edebilecektir. Sevdiğiniz bir kişide gelişmekte olan düşünce, duygu ve davranış kalıplarını fark ederseniz, yardıma ya da desteğe ihtiyaçları olup olmadığını kontrol etmek isteyebilirsiniz. Bu bilginin, kişinin profesyonel destekten fayda sağlayabileceğine işaret eden bir erken uyarı sistemi gibi kullanılması da mümkün olabilir.

İntihar nedeniyle ölüm vakalarının her biri için geçerli koşulların kendine has olduğunu kabul etmekle

birlikte, yukarıda açıkladığımız gibi IMV modeli intiharla sonuçlanabilen ortak faktörleri ve yolları aydınlatmayı amaçlar. İstem aşamasını düşünürsek, her intihar girişiminde ya da her intihar nedeniyle ölümden istem faktörlerinin sekizinin de geçerli olmasını beklemem. Ancak bir kişinin intihar düşüncelerini eyleme dönüştürme olasılığını sistematik olarak incelemek için Şekil 2’de özetlenen unsurları kullanırım. Belli bir ölüm yöntemi için hazırladığı bir planı olabilir; eğer öyleyse çabalarımı bulunduğu ortamın güvenli olmasını sağlamaya odaklarım. Aslında, sonraki bölümün konusu bu olacak.

Bu bölümü sonlandırmadan önce, intihara giden yolların bazılarını daha derinlemesine resmetmek için, intihar nedeniyle ölmüş birinin daha ayrıntılı hikayesini kullanmak istiyorum. Kitapta başka yerlerde de yaptığım gibi, bu örnek kendi hayatına son vermiş gerçek birine, Paul’e, dayanıyor ancak gizliliğini koruyabilmek amacıyla bazı ayrıntıları değiştirdim. Paul’ün hikayesini inceleyince, umuyorum IMV modelinin intihar riskinin anlaşılması amacıyla nasıl kullanılabileceği daha netleşecek ve endişe duyduğunuz birine nasıl uygulanabileceği üzerinde düşünebileceksiniz. Eğer ruh sağlığı uzmanıysanız, hassas durumda olan biri için tedavi planının oluşturulmasında IMV modelinin nasıl çerçeve görevi göreceğini göz önüne serecektir.

Paul öldüğünde 54 yaşındaydı. Annesinin alkolizm geçmişi vardı ve Paul kendisinden her gün içen biri diye bahsetse de nadiren aşırı sarhoş oluyordu. IT alanında çalışıyordu. İlk evliliği ölümünden dört yıl önce sona ermişti. İki çocuğu vardı ve ço-

cukluğundan beri tanıdığı biriyle yeni bir ilişkiye başlamıştı. Evliliğinin sona ermesinin ardından işlerini ülkenin farklı bir yerine taşımıştı. Çocukluğunun geçtiği yere dönmüşü ama öğrencilik günlerinden beri burada yaşamıyordu. Yeni ilişkisi uzun sürmemişti, başlamasından 18 ay sonra bitmişti. Paul yalnızlaşmıştı. Çocuklarıyla iyi bir ilişkisi olmasına rağmen, her ikisi de ülkenin başka yerlerinde üniversite eğitimi alıyorlardı ve kendi hayatlarıyla meşgul-
lerdi.

Gençliğinde Paul moralsizlikten şikayet-
çiydi ve kendisine zarar vermesi nedeniyle hastanede tedavi görmüşü ancak hiçbir zaman resmi olarak depresyon teşhisi almamıştı ve ruh sağlığı sorunları için hiçbir zaman ilaç reçete edilmemişti. Çocukluğunda yakın olduğu amcası birkaç yıl önce kendi canına kıymıştı ve Paul onun ölümünden kötü etkilenmişti. Büyük oğlunun anlattığına göre, Paul kendisini yalnız hissediyordu ve kendisini en acımasızca eleştiren her zaman yine kendisi oluyordu ve ölümünden kısa süre önce duygusal olarak donuklaşmıştı, yalnız olduğu için hiç şaşırmadığını söylüyordu, “Artık kimseye faydam yok” diyor ve hayatının toplamının bir hiç olduğunu düşünüyordu. Ayrıca üniversite arkadaşları ile iletişimini sürdürmediği için de pişmanlık duyuyordu.

Ne yazık ki Paul'ün hikayesi o kadar alışılmadık değil. Orta yaşlarda boşanmış bir adam, tek başına yaşıyor, kendi hayatına son veriyor. Dünyanın pek çok ülkesinde intihar nedeniyle ölen insanların büyük çoğunluğu ya "hiç evlenmemiş", ya da "daha önceden evli" oluyor ya da öldükleri zaman "ilişkisi olmuyor." İngiltere'de orta yaşlı erkeklerin ölümlerinin kendi ellerinden olma riski diğer yaş grupları ile karşılaştırıldığında en yüksek.⁷⁸ Bu açıdan bakıldığında, Paul'ün hayat öyküsü milyonlarca insanınkiyle aynı, özellikle de İngiltere'de ilk evliliklerin neredeyse yarısının boşanmayla sonuçlandığı düşünülürse. İntihar riski potansiyeli bulunan çok fazla insan demek bu. O zaman Paul'ün durumunda farklı olan neydi? Paul'ün hayatını neden sonlandırdığını kesin olarak bilemesek de katkıda bulunan potansiyel faktörlerin bazılarını bir araya getirebiliriz. Aşağıdaki tabloda, bunu IMV modelinin üç bölümü bakımından sadeleştirilmiş şekilde yapmaya çalıştım:

Motivasyon öncesi aşama	Motivasyon aşaması	İstem Aşaması
• Kendisini eleştiriyor • Annesinin alkolizm geçmişi • Evliliğinin yıkılması ve yeni ilişkisinin bitmesi	• Sosyal desteğin olmaması • Başarısız aidiyet • Artık kimseye faydası yok • Geleceğe dair herhangi bir düşüncesi yok • Yenilgi ve kapana kısılmışlık hisleri	• Kendine zarar verme geçmişi • Amcasının intiharına maruz kalma

İntiharı anlamlandırmaya çalışmak için çerçeve olarak IMV modelini kullanırken kişinin ne ölçüde yenilmiş ya da küçük düşmüş hissedeceğini ve kaçabilecekleri bir yer olmadığını algıladıkları bir durum içinde olup olmadıklarını değerlendiririm. Şu ana kadar defalarca tekrarladığım gibi, kapana kısılmışlık -kapana kısılmış olma *algısı*- son derece tehlikelidir çünkü intihar eğilimine neden olan bunca rahatsızlığı yaratan şey bu algıdır. Tabii ki hayat hikayesinden ilgili olabilecek parçaları da bir araya getirmeye çalışırım. Kişi (varsa) hangi hassasiyete sahipti ve ölümünün öncesindeki günlerde, haftalarda ya da aylarda hayatındaki olumsuz olaylar artmış mıydı? Paul'ün örneğinde, uzak ve nispeten yakın geçmişinde intihar riskine katkıda bulunması, olası pek çok kırmızı uyarı bayrağı varmış gibi görünüyor.

IMV modelinin motivasyon öncesi aşaması ile başlayalım. Hatırlarsanız, bu aşama intihara ya da intihar girişimine katkıda bulunmuş ya da tetiklemiş olabilecek arka planda kalan bağlamı ve hayattaki olumsuz olayları ya da diğer bir deyişle bardağı taşıran son damlayı belirlemeye çalışıyordu. Paul'ün oğlunun "Kendisini en acımasızca eleştiren her zaman yine kendisi oluyordu" demesi kendisini eleştirme düzeyinin fazla yüksek olduğuna işaret ediyor olabilir. Kendini eleştirmek ruh sağlığı bozukluğu ve intihar düşüncesi ile ilişkilendirilen bir kişilik özelliği ve hassasiyet faktörüdür.⁷⁹ Ancak son derece önemli olan nokta, olumsuz etkilerinin stres dönemlerinde en belirgin olmasıdır. Özü itibarıyla, kişinin kendini eleştirmesi intihara yol açmaz ancak kişinin kendisini yenilmiş hissetme olasılığını artırabilir. Ayrıca depresyon, umutsuzluk ve kapana kısılmışlık ile ilişkilendirilen derin düşünceleri de harekete geçirebilir.⁸⁰

Daha önce ele aldığımız sosyal olarak tanımlanan mü-kemmeliyetçilik ile bir ölçüde benzer hareket eder.

Daha önce gördüğümüz gibi, kişinin çevresini ve hayatın erken dönemlerinden gelen travmalar da dahil olmak üzere olumsuz hayat olaylarını anlamak önemlidir. Paul'ün çevresine dair, annesinin alkolizm geçmiş i olmasının ötesinde, fazla bilgimiz yok. Çocukluğunda bu durum Paul'ün refahı üzerinde olumsuz etki yaratmış ve bağlanma ilişkilerinin gelişimini etkilemiş olabilir. Ne yazık ki bu gibi olumsuz çocukluk deneyimlerine maruziyet ne kadar fazla olursa, yetişkinlik döneminde intihar girişimleri ve intihar da dahil olmak üzere, ruhsal ve fiziksel sağ lığın kötü olma olasılığı o kadar artıyor.⁸¹

“Artık kimseye faydam yok” yorumu da muhtemelen Paul'ün başkalarına (çocuklarına) yük olduğu hissi ile bağlantılı ve hayatının bir hiç ettiği düşüncesi ile birleştiğinde yenilmişlik duygusuna katkıda bulunacaktır. Bu depresyon hali içerisinde umut görememiş ve çocukları olmasına rağmen, kendisini yine de yalnız ve ihtiyaç duyduğu sosyal destekten yoksun hissetmiştir. Paul'ün bu koşullarının ülkenin her yerinde, her gün yaş andığını tekrar belirtelim. Duygusal destek yumurtalarının tamamını sadece hayatlarını paylaştıkları partner sepetine dolduran orta yaş lı erkekler için, bu ilişkilerinin sonlanması durumunda sosyal açıdan izole olma riski artar.⁸²

İstem aşaması bakımından Paul'ün bir geçmiş i vardı. Hayatında intihar düşüncelerinden ölümcül intihar eylemine geçişine katkıda bulunmuş olabilecek spesifik en az iki belirteç vardı. Yıllar önce de olsa, geçmişte kendine zarar vermişti ve bu epizotlardan en az biri tıbbi açıdan hastaneye yatırılmasını gerektirecek kadar

ciddiydi. Dolayısıyla kendisine yeniden zarar verme becerisine sahip olduğunu biliyordu. Belki de amcasının kendi canına kıymasıyla birlikte -bu olay onu kötü etkilemişti- geçmişteki kendini yaralama düşünceleri yeniden alevlenmiştir ve sosyal izolasyon, umutsuzluk ve kapana kısılmışlık duygularına bunun da eklenmesiyle birlikte artık daha fazlasını kaldıramaz hale gelmiştir. Ruhsal olarak bitkin düşünce, olayları kontrolü altına almak ve kendi canına kıyarak acısını sonlandırmak istemiştir.

Paul'un ölümü IMV modelinin önemli önermelerinden birini gözler önüne seriyor. İntiharın gerçekleşmesi için hem motivasyonun (intihar düşünceleri) hem de istemin (kişinin intihar düşüncelerini eyleme dönüştürmesine neden olan faktörler) olması gerektiğini vurguluyor. Gelecekte Paul gibi bir başkasının intihar nedeniyle ölmesini önlemek için nerede müdahalede bulunabileceğimizi de düşünmemizi sağlıyor. Model hem motivasyon aşamasında hem de istem aşamasında müdahale edebileceğimizin, her iki düzeyde de müdahalenin kişinin intihar girişiminde bulunma ya da intihar nedeniyle ölme olasılığını azaltabileceğinin altını çiziyor. Daha önce de belirttiğim gibi, bireysel olarak her bir intiharı öngörmek zor olsa da IMV modeli herhangi birimizin etrafımızda bulunan kişilerdeki riski ve potansiyel koruyucu faktörleri düşünmemize yardımcı olacaktır. Dolayısıyla birine yardımcı olmayı düşündüğümüzde, motivasyon aşamasında müdahale edip intihar düşüncelerinin ortaya çıkmasını önlemeyi düşünebileceğimiz gibi, istem aşamasını hedef alan, kişinin intihar düşüncelerini eyleme dönüştürmesini önlemeye odaklanan müdahalelerde de bulunabiliriz. Kitabın geri

kalan bölümlerinde hassas durumdaki birine yardımcı olma başlığına döneceğim. Birine intihar hakkında soru sormak gibi rahatsızlık duyulması olası bir konu hakkında pratik tavsiyeler vereceğim ve hassas durumdaki kişilerin güvende tutulmasını sağlamanın yollarını anlatacağım. İntihara eğilimli olan kişilere destek verenlere ve intihar olayının sonrasında hayatta kalmaya çalışan kişilere en iyi nasıl yardımda bulunabileceğinizi de anlatacağım.

ÜÇÜNCÜ KISIM

İNTİHARA EĞİLİMLİ KİŞİLERİ GÜVENDE TUTABİLMEK İÇİN İŞE YARAR NE YAPABİLİRİZ?

Birinin bana yakın arkadaşım Clare'in öldüğünü söylemesini asla unutmayacağım. Gelen o telefonu. Zaman içerisinde donup kalmış bir an o, yanıp sönen bir anı, capcanlı ve acı verici. Döktüğüm gözyaşlarını, yaşadığım şoku hatırlıyorum; idrak etmesi imkansızdı. Gözlerimi kapayıp Clare'i düşündüğümde, hemen o korkunç keşif anında dönüyorum, hissettiğim suçluluğa ve başka ne yapabilirdim sorularına. İyi görünüyordu, onunla son konuştuğumda iyi bir yerdeydi ve daha birkaç gün önce gönderdiği son e-postasında alarm zillerini çalacak hiçbir şey yoktu. Önceki birkaç ay onun için zor olmuştu ama Clare'in çok daha mutlu olduğunu ve tünelin ucundaki ışığı görebildiğini düşünüyordum. Bu yaşadığım nadir görülen bir durum değil. Pek çok arkadaş, partner, anne babalar ve çocuklar aynılarını yaşayacaktır, kendi kendilerine yakınlarının

güvenliğini nasıl sağlayamadıklarını soracaklardır. Başka ne yapabilirlerdi ya da yapmalıydılar? Elbette sevdiklerimizi geri getiremeyiz ancak ister klinisyen olalım ister araştırmacı ya da aile üyeleri, dostlar ya da çalışma arkadaşları, gelecekte başkalarına yardımcı olabiliriz.

Bu kısımda, intihar riski bulunan kişileri desteklemeye çalışmak anlamında etkili olduğu gösterilmiş bazı müdahaleleri anlatacağım. Müdahale davranışta ya da sağlık durumunda değişiklik sağlamak amacıyla tasarlanmış bir stratejiyi, tekniği, aracı ya da diğer bileşen ya da bileşenleri tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Bu kitaptaki amacımız doğrultusunda, ele alacağımız müdahaleler intihar düşünceleri ve davranışlarının azaltılmasını ya da ortadan kaldırılmasını hedef alır. Bu müdahalelerin bazıları -BDT gibi- daha uzun vadeli klinik müdahalelerdir, eğitilmiş ruh sağlığı uzmanları tarafından uygulanır. Bazıları ise daha geneldir -kişilerin güvenlik planlaması gibi- ve yaklaşan zor zamanlara hazırlanmaları ve kendi güvenliklerini sağlamalarına yardımcı olmak için kullanılabilir. Dördüncü kısımda, intihara yatkın olan insanların desteklenmesi konusunda daha fazla pratik bilgi vereceğim. Bireysel düzeyde intiharın önlenmesi zor olsa da korkmadan harekete geçecek olursak, yapabileceğimiz riski azaltacak bazı şeyler var. Ancak ne yazık ki tüm intiharları önlemek mümkün değildir; yine de toplum olarak bu kişisel trajedileri önlemek için yapabileceğimiz daha çok şey var. İntiharın önlenmesi kamu sağlığı açısından mecburiyet olarak kalmalıdır.

Sizleri adım adım güvenlik planlaması ile tanıştırmadan önce genel müdahalelerin bir özetiyle başlamak istiyorum. Bu kısım işe yaradığı ortaya konmuş ve intiharla bağlantılı bu rahatsızlıkların hafifletilmesi açısından en umut verici olan uzun vadeli müdahalelerin tanımlanması ile sona erecek.

KISA TEMAS MÜDAHALELERİ

Bölüm 8’de, İstemli Yardım Formu’ndan (VHS) bahsetmiştim; bu araç hassas durumda ve intihara eğilimi olan kişilerin dikkatlerini intihar eylemi içerisine girmekten uzaklaştırarak desteklemekte yardımcı olabilir. Ancak son yıllarda araştırmacıların ve klinisyenlerin kayda değer ölçüde ilgisini çeken, intihar riski bulunan kişilere destek olmada potansiyel yollar sunan VHS gibi başka araçlar da bulunuyor. Bu araçlar genellikle “kısa temas müdahaleleri” başlığı altında gruplanır çünkü isimlerinden de anlaşılacağı gibi, sunulma süreleri bakımından kısadır ve o anda ya da bir süredir intihar eğilimi olan bir kişi ile bir şekilde temas içerir. Ayrıca ruh sağlığı uzmanları tarafından uygulanması da gerekmez. Bu tip müdahaleler, Bölüm 11’de ele alacağımız daha uzun vadeli psikolojik tedavilerden ya da psikososyal müdahalelerden farklıdır. Bu kısa müdahalelerde temas minimal düzeyde olabilir. Örneğin, klinisyenden takip yazısı alma ya da hastaneden taburcu edilmesinden sonra kişi ile iletişim kurarak kontrol etme şeklinde olabilir. Bu gibi yaklaşımlara ilgi arttı çünkü kendine zarar vermiş ya da intihar girişiminde bulunmuş hastaların pek çoğu

hastaneden taburcu olduklarında, aile hekimlerine gönderilen bir yazının ötesinde herhangi bir takip hizmeti almıyorlar. Bu müdahaleler sürekli resmi bir ayakta hasta tedavisi almak istemeyen ya da en başta yardım arayışına girmeyen insanlara da yardımcı oluyor.

Bu gibi müdahalelerin yoğunluğunun düşük olduğu düşünülürse, nasıl işe yarayacaklar? Böyle kısa müdahalelerin neden koruyucu olabileceğine dair olası bir dizi farklı açıklama var. Daha önce VHS doldurmanın intihar riskini azaltabileceğinden bahsetmiştim çünkü o zaman planlarını aktive edip intihar düşüncelerinden intihar davranışlarına geçişi kesme görevi görüyor.¹ Ancak bu potansiyel mekanizmalardan sadece biri. Bir kişi ile iletişimi, örneğin mektup yoluyla, sürdürmeye odaklanan düşük yoğunluklu müdahalelerin koruyucu olmasının nedeni, en basitinden iletişimin sürdürülmesi eyleminin, intiharı önleyici olabilecek bağ kurma duygusunu besleyebilmesi de olabilir. Bu mektuplar ayrıca yardım almayı tetikleyici görevi görebilir; özellikle de kişiye sadece önemli olduğunu, kimse için yük olmadığını ve kendisini huzursuz hissettiğinde yardım alabileceğini hatırlatarak bir kapıyı açıyorsa. Kişilerle arasında bağ olmasını hedeflemek ve önemli olduğunu hatırlatmak mantıklıdır çünkü çok sayıda araştırma sayesinde sosyal bağların eksikliğinin, izolasyonun, başarısız aidiyetin, utancın ve değersizlik duygularının intihar riskine katkıda bulunduğunu biliyoruz.² Dolayısıyla bağ kurmayı ve öz değeri teşvik edebilirsek, IMV modeline ve kişiler arası teoriye göre, intihar düşüncelerinin ortaya çıkması ya da artması olasılığını azaltırız. Ayrıca intihar girişiminin ardından acil servise başvuran bazı kişilerin olumsuz deneyimler yaşadıklarından bahsettikleri-

ni ve acil servisten ayrılırken kendilerini daha da kötü hissettiklerini dikkate almalıyız.³ Sıklıkla, doktorların zamanını aldıkları ve zaten yetersiz olan yatak kapasitesini doldurdukları düşündürüldüğünden, kişilerle olan bağlarının daha da kopuk olduğunu ve insan yerine konulmadıklarını hissedilebiliyorlar. Sanki bu hizmeti daha çok hak eden hastalar varmış gibi hissediyorlar. Taburcu olduktan sonra yapılacak kısa bir takip iletişimi, hastanede gösterilecek ilginin, verilecek değerin ve saygının yerini tutmayacak olsa da kişinin kendisini değerli hissetmesi ve hayatının yaşamaya değer olduğunu ve ulaşabileceği yardımın olduğunu hatırlaması için bir yol olabilir. Tanıştığım kişiler arasında, ön saflarda klinik hizmet verenlerin çoğunun tedavi ettikleri kişilere karşı ilgili olduklarını ve onları son derece önemsediklerini vurgulamakta fayda görüyorum.

Kısa temas müdahalelerine duyulan ilginin başlamasına büyük ölçüde neden olan çığır açıcı çalışma 20 yıldan uzun süre önce, Kaliforniya Üniversitesi, San Francisco kampüsünden Jerome Motto ve Alan Bostrom tarafından yayımlandı.⁴ çalışmalarının tasarımı oldukça basitti. Hastaneden taburcu edilmelerinden 30 gün sonra, depresif ya da intihara eğilimi olan ancak hastane sonrası sürekli terapi almayı kabul etmemiş hastalar kısa müdahale alacak ve almayacak şekilde randomize edilmişti; bu hastaların yarısına “önemseyen mektuplar” gönderilirken, diğer yarısı ile tekrar iletişim kurulmamıştı. Bahsedilen önemseyen mektuplarda klinisyenler sadece hastanın durumuyla ilgili endişelerini ifade ediyor ve istemeleri durumunda kendileriyle iletişim kurabileceklerini söylüyordu. Aşağıda bu mektupların bir örneğini görüyorsunuz:⁵

Sevgili John,

Hastanemize gelişinden bu yana epeyce zaman geçti, işlerin senin için yolunda olduğunu umuyoruz. Bizimle iletişime geçmek istersen, senden haber almaktan mutluluk duyarız.

Bu mektuplar ilk dört aylık sürede aylık olarak, sonraki sekiz aylık sürede iki ayda bir ve takip eden dört yıl boyunca her üç ayda bir gönderildi. Dolayısıyla bu kişilere beş yıllık süre içerisinde toplamda yirmi dört mektup gönderildi. Bulgular çok etkileyiciydi; 5 yıllık çalışma süresi boyunca mektup alanların intihar nedeniyle ölüm olasılıkları, mektup almayanlara karşılaştırıldığında daha düşük olmuştu. Ancak daha ayrıntılı analizlerde, beş yıllık süre boyunca olumlu sonuçlar görülmekle birlikte, intiharlardaki azalmanın büyük bölümünün çalışmanın ilk iki yılında gerçekleştiği ortaya çıktı. Bulguları değerlendirmek için biraz daha duraklamakta fayda var. Huzursuzluk hisseden bir kişiyle sadece temas içerisinde kalma eylemi bile güçlü bir intiharı önleyici etkiye sahip olabilir.

Bu bulguları günlük hayatımıza aktaracak olursak, bir kişinin mücadele içerisinde olduğunu düşünüyorsanız ona ulaşın, bir mesaj bırakın, durumunu kontrol edin. Bazen iyi olmamanın da sorun olmayacağını kabul etmeleri ve yardım istemeleri için bu bile yeterli olacaktır. Araştırmalarımızdan birinde yer almak için çok istekli olan Zahra bana ulaşmış ve bir komşusu onu kontrol etmeseydi şimdiye kadar çoktan ölmüş olacağını söylemişti. Yetmişli yaşlarının başlarında, bir apartman

dairesinde tek başına yaşıyor ve genellikle kendi başına zaman geçiriyor, komşularıyla sadece kısa, ayaküstü sohbetleri oluyor. Ancak önceki yıl onun için çok zor geçmişti, tek kız kardeşi hayatını kaybetmişti ve kendisi de uzun bir hastalık dönemi geçirmişti. Geçen yıl “hayat enerjimi emdi” diyordu; depresif bir ruh haline bürünmüştü, ayrıca evinden çıkmaz olmuştu. Dışarı çıkma konusunda neden bu kadar endişelendiğini anlamıyordu ama bu durum kendini gerçekten yalnız hissetmesine neden oluyordu. Kız kardeşinin ölümünün ardından gelen kış aylarında çok karanlık günler yaşamıştı. Kendini mutsuz hissediyordu ve devam edip edemeyeceğini bilmiyordu; “intihara epeyce eğilimliydim” diyordu. Sonra bir akşam, hiç beklenmedik bir şekilde komşularından biri evinin kapısının altından bir not attı. Notta sadece, “Nasılsın? Son zamanlarda seni göremedim. Umarım iyisindir. Birlikte kahve içmek istersen, haber vermen yeter” yazıyordu. O kadar. Başka bir şey yoktu, notu yazan kişiyi neredeyse hiç tanıımıyordu; sadece merhabalaştığı biriydi. Zahra bu basit jesti “gerçekten hayatımı kurtardı” diye anlatıyordu çünkü kısa bir süreliğine de olsa mutsuzluğundan uzaklaşmasını sağlamıştı. Değer gördüğünü hissetmişti ve birinin onu fark edecek zamanı ayırmış olması Zahra için çok önemliydi.

İletişimin gücü önemseyen mektuplar çalışmasında da görülüyor. Bu mektuplara cevap verenlerden bazıları araştırmacılara mektuplar sayesinde değerli ve bir bağ kurmuş gibi hissettiklerini yazmışlardı; tıpkı Zahra gibi. Bir tanesi şöyle diyordu: “Gönderdiğiniz kısa notların benim için ne anlama geldiğini bilemezsiniz. Ailem beni evden atmış olsa da her zaman birinin başıma gelenleri önemseydiğini düşünüyorum. Çok minnettarım”; bir

başkası: “Notunuzu aldığım da sıcak, güzel bir his duy-
dum. Birinin önemsemediğini bilmek çok anlamlı” diye ek-
liyordu.⁶

Bu cesaret verici bulgulara rağmen, başka hiçbir önemseyen mektup çalışmasında sonraki intihar oran-
ları üzerinde böylesi bir etkinin görülmemesi hayal kı-
rıklığı yaratıyor. Ancak bunun nedeni büyük olasılıkla
kısa temas çalışmalarının çoğunun intihar oranlarındaki
değişimleri belirleyecek şekilde tasarlanmamasıdır. Bu
çalışmalar daha çok kendine zarar verme ya da ölümcül
olmayan intihar davranışının azaltılmasına odaklanı-
yor. Hatta son beş ila on yıllık dönemde kısa temas mü-
dahaleleri de dahil psikososyal müdahalelerin sistema-
tik incelemesinin yapıldığı bir dizi çalışma yayımlandı.⁷
Farklı kriterler uygulanmışsa da tamamı psikososyal
müdahalelerin yararlarına işaret ediyor. Bu inceleme ça-
lışmalarından biri (2019 yılında, 36 yaşında trajik bir tra-
fik kazasında hayatını kaybeden) epidemiyoloji uzmanı
Allison Milner tarafından yürütülmüştü ve özellikle kısa
temas müdahalelerinin etkinliğine odaklanıyordu.⁸ Acil
servise ya da herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurma-
nın ardından telefonla kurulan iletişimin yanı sıra acil
kriz kartları ve kartpostal ya da mektupla müdahalenin
değerlendirilmesi de yer alıyordu. Kriz kartları kimi za-
man rutin sağlık hizmetinin parçası olarak kullanılır ve
talep üzerine acil yatış imkanı ya da farklı şekillerde acil
destek hizmeti sağlar. Kartpostal müdahaleleri önemse-
yen mektuplara çok benzer.

Milner ve çalışma arkadaşlarının yaptığı incelemede,
farklı çalışmaların bulguları birleştirildiğinde, kısa mü-
dahale almanın kendine zarar veren ya da intihar girişi-
minde bulunanların toplam sayısını azaltmadığı ancak

kişilerin kendilerine zarar verme ya da intihar girişiminde bulunma *sayısını* azalttığı görüldü. İskoçya’da VHS çalışmasındaki bulgularımızın da benzerlik gösterdiğini hatırlarsınız.⁹ Yani kişinin intihar davranışı içerisine girmesini tamamen durdurması mümkün olmayabilir ama bu kısa müdahaleler kendine zarar verme davranışlarının sıklığının azaltılmasına yardımcı olabilir. İnceleme bulgularını elde ettiğimiz VHS bulguları ile birleştirecek olursak, buradan alınacak mesaj destekleyici olmanın koruyucu olduğudur. Bu destek telefonla arama, yardım formları ya da mektuplar dahil olmak üzere, çok farklı şekillerde olabilir. Bu gibi küçük destek eylemleri özellikle kişinin daha resmi klinik temasla yola devam etmeyi istemediği durumlarda önemli olabilir. Herhangi birimizin alacağı daha genel mesaj ise önemsemişimizi göstererek bir hayatın kurtarılmasına yardımcı olabileceğimizeyizdir.

GÜVENLİK PLANLAMASI

Kısa temas müdahalelerinin ötesine geçen Stephanie Doupnik ve çalışma arkadaşları 2020’de başka bir inceleme çalışması daha yayımladı.¹ Bu defa daha sonraki intihar girişimlerinde bir düşüş sağlayıp sağlayamadıklarını belirlemek için “kısa akut bakım intihar önleme müdahaleleri” olarak tanımlanan araçlara odaklandılar. Yaptıkları incelemede önceki bölümde anlatılan kısa temas müdahalelerinin yanı sıra bakımın koordinasyonu, güvenlik planlaması, kriz tepkisi planlama ve fonksiyonel analiz (bir davranışın neden gerçekleştiğini anlamada kullanılan bir yöntem), terapötik değerlendirme, sorun çözme becerileri ve yüz yüze motivasyon görüşmesinin yanı sıra VHS’imiz gibi diğer kısa terapötik müdahaleleri ele almışlardı. Doupnik ve çalışma arkadaşları tüm çalışmaların bulgularını sentezlediklerinde, bu kısa akut bakım intihar önleme müdahalelerinin hastaneden taburcu olduktan sonraki haftalar ve aylarda intihar girişimlerindeki azalma ile ilintili olduğunu gördüler. Ayrıca bu akut müdahalelerin uygulandığı kişilerin daha sonraki dönemde takip niteliğindeki sağlık hizmetlerine katılma olasılıklarının

da daha fazla olduğunu buldular. İntihar girişimleri ile ilgili yedi çalışmanın dördünde güvenlik planlama bileşenleri bulunuyordu, dolayısıyla güvenlik planlamasının rapor edilen intiharı önleyici etkideki rolünün önemli olması olasıdır. Ayrıca güvenlik planlaması, İntiharı Önleme Kaynak Merkezi -Amerikan İntiharı Önleme Vakfı (SPRC- AFSP) Kayıtları kapsamında “En İyi Uygulama” olarak adlandırılmıştır.²

Güvenlik planlaması genellikle hasta ile ruh sağlığı uzmanı tarafından birlikte oluşturulan yapılandırılmış bir müdahaledir.³ Amacı uyarı işaretlerini ve kişinin güvenliğini sağlamada kullanılacak teknikleri belirlemektir. Basitçe ifade edecek olursak, güvenlik planı insanların intihar eğilimli duygularını eyleme çevirmelerini önlemek amacıyla tasarlanmış bir “acil durum planıdır.” Şekil 3’te görüldüğü gibi, güvenlik planı kişinin genellikle bir intihar krizinin ardından tamamlaması gereken altı adımdan oluşur.⁴

Güvenlik planlaması ile ilk karşılaştığımda, basitliği ve faydacılığı karşısında çok şaşırdığımı (olumlu anlamda) itiraf etmeliyim. Teknik olarak güvenlik planlaması hakkında çok şey duymuştum ve klinik alanda çalışan pek çok meslektaşım tarafından günlük çalışmaları kapsamında kullanıldığını biliyordum. Ancak insanların bu aracı çok farklı şekillerde kullandıklarından da endişeleniyordum, bazıları formu hastaneden taburcu olmaları sırasında kişilere veriyor ve evde doldurmalarını istiyordu. En iyi kullanım şekli bu değil çünkü bu durumda her adım için ortaya koyacakları öneriler üzerinde konuşmak mümkün olmayacaktır. Bazıları ise hastalarla yakın ve işbirliği içinde çalışıyorlar, güvenlik planını hastanın devam eden klinik tedavisi ile bütünleştiriyorlardı. En iyi uygulama şekli budur. Ayrıca, o dönemde,

intihar davranışını azaltmadaki etkinliğini gösteren randomize klinik araştırmaların bulunmadığını da biliyordum. O zamandan bu yana destekleyici kanıtlar arttı. Eksiksiz bir randomize klinik çalışmada elde edilmiş sonuçlara hâlâ sahip değiliz ancak çok farklı türlerde çalışmalardan elde edilmiş bulgular intihar eğilimli kişilerin güvende kalmalarına yardımcı olduğunu doğruluyor.⁶

Özellikle, güvenlik planlaması müdahalesinin orijinal mimarları olan ABD’li klinik psikologlar Barbara Stanley ve Gregory Brown 2018’de güvenlik planlamasının kullanımına dair dikkat çekici bir çalışma yayımladı.⁷ Yaptıkları bu kohort karşılaştırma çalışmasında, telefonla takip teması ile güvenlik planlamasının ABD’de gazi hastanelerinin acil servislerine başvurmuş hastalarda intihar davranışının azalması ile ilişkili olup olmadığını Hastaların olağan tedaviye ek olarak güvenlik planlaması ve telefon desteği aldığı hastaneler (müdahale merkezleri) ve hastaların sadece olağan tedaviyi aldıkları hastaneler (kontrol merkezleri). Bulgular son derece olumluydu. Hastalara güvenlik planlaması ve telefon desteği müdahalesi yapılan merkezlerde intihar davranışları yüzde 45 daha az olmuştu. Kontrol merkezleri ile karşılaştırıldığında, altı aylık takip döneminde intihar davranışı gerçekleşme olasılığı güvenlik planlaması artı telefon desteği verilen merkezlerde yarıya düşmüştü. Bu çalışmada, güvenlik planı ile telefon desteğinin nispi etkisinin ayrıştırılması mümkün olmamıştı. Hastalarla taburcu olmalarının ardından en az iki defa telefonla temas kurulmuş ve bu aramalarda risk gözlemlenmişti, hastalara güvenlik planlarını gözden geçirme ve değişiklikler yapma fırsatı sunulmuştu ve daha ileri düzeyde tedaviye katılmanın önündeki engeller aranmıştı.

ADIM 1

Bir krizin gelişmekte olduğuna işaret eden uyarı işaretleri (düşünceler, görseller, ruh hali, durum, davranış)

- 1.
- 2.
- 3.

ADIM 2

İçsel başa çıkma stratejileri-başka birini aramadan sorunlarımı zihnimden atmamı sağlayacak şeyler (rahatlama, fiziksel aktivite)

- 1.
- 2.
- 3.

ADIM 3

Dikkatimi dağıtabilecek insanlar ve sosyal ortamlar

1. İsim:	İlişki:	Telefon:
2. İsim:	İlişki:	Telefon:
3. Yer:		
4. Yer:		

ADIM 4

Yardım isteyebileceğim kişiler

1. İsim:	İlişki:	Telefon:
2. İsim:	İlişki:	Telefon:
3. Yer:	İlişki:	Telefon:

ADIM 5

Kriz sırasında başvurabileceğim uzmanlar ve kurumlar

Sağlık Ocağı: Telefon:
Aile Hekimi İsim:

ADIM 6

Çevrenin güvenli olmasını sağlamak

- 1.
- 2.
- 3.

Şekil 3. Güvenlik Planı⁵

İngiltere’de, güvenlik planlaması müdahalesinin Ulusal Sağlık Sistemi’ne dahil edilmesinin mümkün ve kabul edilebilir olup olmayacağını belirlemek amacıyla SAFETEL adı altında bir takip telefon desteğinin yer aldığı bir güvenlik planlaması çalışması da gerçekleştirdik.⁸ Bu çalışma Barbara ve Greg ile işbirliği içerisinde gerçekleştirilmişti ve çalışma hazırlıklarının bir parçası olarak bizlere güvenlik planlamasının sunulmasında altın standartlar eğitimi vermişlerdi. Eğitim kapsamında, ben intihar girişiminde bulunmuş bir hasta rolü oynamıştım, Barbara da ruh sağlığı uzmanı olmuştu. Bu canlandırma, eğitimin geri kalanı ile birleştiğinde inanılmaz aydınlatıcı oldu. Güvenlik planlamasının, güvenlik planlama formundan çok daha fazlası olduğu görülüyordu. Barbara ile sadece canlandırma yapsak da birlikte güvenlik planını oluştururken Barbara’nın şefkatini, anlayışını ve samimiyetini hissedebilmiştim. Bunlar güvenlik planlamasının temel taşlarıdır. Güvenlik planı iki kişinin intiharın tetikleyicileri üzerine düşünmelerini, gelecekteki riski azaltmanın yollarını kurgulamalarını sağlayan bir araçtır. Doldurulması, genellikle hassas durumdaki kişinin intihar girişiminde bulunmasına neyin yol açtığını anlatması ile başlayan bir konuşma, çift yönlü bir diyalogdur. Psikoloji konuşmalarında, protokolü temel almak ve formu doldurma amacıyla hareket etmek yerine kişi odaklı olmak, karşınızdaki kişiye odaklanmak hayati önem taşır. Ayrıca rahatsızlık yaşayan kişinin kendi hayatı ve deneyimlerinin uzmanı olduğunu unutmamak da önemlidir. Bu bölümde ağırlıklı olarak Barbara ve Greg’in eğitimini ve geliştirdikleri materyalleri temel aldım.⁹ Eğitimlerinde vurgulanan bir diğer konu da güvenlik planının ne *olduğu* ve belki daha da önemlisi ne *olmadığıydı*.

Güvenlik planı kişiyi, kendini daha iyi hissedinceye kadar intihar düşüncelerinden uzaklaştırmak için kısa vadeli müdahale görevi görecektir. İntihar düşünceleri kabarır ve yatıştır, gelir ve gider.¹⁰ Dolayısıyla güvenlik planı bu akut intihar eğilimi anlarında, düşüncelerin en baskın olduğu zamanlarda kişiyi güvende tutma çabasının ayrılmaz parçasıdır. Herhangi bir zamanda akut intihar düşüncelerinin ne kadar süreceğini tam olarak bilmek zordur. Genellikle epizodik ve kısa süreli olmakla birlikte, bazıları için daha ısrarcı ve düşük düzeyde kalabilmektedir.¹¹ O zaman çoğunluk için, intihar düşüncelerinin yoğun olduğu bu kısa süreli patlama dönemlerinde kişinin güvende kalmasını sağlamak, intihar davranışının önlenmesi açısından kritik önem taşır. İntihar riskinin yakın olduğu bu anlarda, kişinin motivasyon aşamasından istem aşamasına geçişini durdurmak isteriz. Benim endişem bu gibi anlarda intihara giden metaforik kapının açık olması, risk taşıyan kişinin kapıdan geçip olası ölümüne yürüyebilecek olmasıdır. Güvenlik planı işte burada devreye giriyor. Aynı metafordan devam edersek; güvenlik planlaması yapmak kapıyı kapatmaz ama kişinin dikkatini dağıtır ya da başka biriyle iletişim kurmaya ya da bu kapıdan geçmek yerine başka bir şey yapmaya yönlendirir. Kişinin intihar düşünceleri ile intihar eylemi arasındaki eşiği atlamasını önler ve intihar düşünceleri sakinleşene ve kapı kapanana kadar güvende kalmasını sağlar. Kapı yeniden açıldığında -pek çokları için yeniden açılacaktır- hazır olacaktır. Kendi güvenliğini sağlayabilmek için bir kez daha gerekli tepkiyi göstermeye hazırlıklı olur. Başka bir şekilde ifade edecek olursak, güvenlik planı kişinin intihar güdülerini

ve düşünceleri karşısında kendisini kontrol edebilme hissini güçlendirir.

Hazırlanan bir güvenlik planı taşta kazınmış değildir. Zaman içerisinde güncellenebilecek dinamik bir belge olarak tasarlanır. SAFETEL çalışmamızda güvenlik planlamasını takip telefon desteğiyle birleştirmiştik, tıpkı Barbara ve Greg'in gazi hastanelerine yaptıkları gibi. Hastanede güvenlik planı hazırlamış olan kişilerin yüzde 20'sinin takip telefon desteği sırasında planlarında değişiklik yaptığını gördük. Güvenlik planında kriz anında yardım istemek için aranabilecek kişilerin isimleri ve iletişim bilgileriyle birlikte içsel ve sosyal dikkat dağıtıcılar sıralanmalıdır. Güvenlik planının sizin planınız değil, bir başkasının planı olduğunu sakın unutmayın. Planın okunması kolay olmalı ve kişinin kendi kelimeleriyle oluşturulmalıdır. Bu şekilde hazırlandığında sahiplenme duygusu yaratacaktır. Aynı zamanda iki kişi arasındaki -genellikle bir ruh sağlığı uzmanı ile bir süredir intihara eğilimi olan bir birey arasındaki- işbirliği olması son derece önemlidir ve intihar eğilimli bireye verilen tedavideki önemli boşlukları doldurur ya da tedavinin sonunda uygulanır. Barbara ve Greg'in güvenlik planlaması müdahalesini geliştirmelerinin ardındaki asıl niyet kişinin hastaneden taburcu olması ile takip tedavisi arasında geçen sürede güvende kalmasını sağlamaktır. İş birliği unsuru güvenlik planlamasının etkin bir şekilde tamamlanması için temel niteliğindedir. İş birliği süreci, ortamdan bağımsız olarak, saygı duyulduğu ve ilgi gösterildiğini hissettirmelidir, bunun tedaviye katılımı teşvik etmesi umut edilir.

Ruh Sağlığı Ulusal İş Birliği Merkezi (NCCMH) ve İngiltere Tıp Eğitimi (HEE) kurumları birlikte hem kli-

nisyen olmayanların hem de klinisyenlerin yarar görebilecek kişilere güvenlik planı hazırlama konusunda kendilerini yetkin hissetmeleri için, kendine zarar verme ve intiharın önlenmesi yetkinlik çerçevelerini geliştirdiler.¹² Bu çerçeveler, aralarında öğretmenler, gençlik danışmanları, polis ve gönüllüler ve elbette ruh sağlığı uzmanları olmak üzere geniş bir iş gücü tarafından kullanılabilir. Ayrıca güvenlik planlamasının ötesine geçip intihar riskinde motivasyon ile istem aşamaları arasında ayırım yapılmasını vurgular. Toplumun daha geniş kesimlerine intiharı önleme müdahale becerileri kazandırmaya çalıştığımız düşünülünce, bu çerçevelerin geliştirilmesine danışmanlık eden yetişkin uzman referans grubunun bir üyesi olmaktan memnuniyet duymuştum.

Güvenlik planlamasına genellikle bir risk değerlendirmesi ve ruh hali değerlendirmesi dahil edilse de güvenlik planı ruh halinin izlenmesi ya da yönetilmesi için kullanılan uzun vadeli bir araç değildir. Ayrıca yakın zamanda intihar riski olduğu düşünülen kişiler için tasarlanmamıştır. Kişi akut olarak intihar eğilimli ise, gerektiğinde acil servise başvurmak da dahil olmak üzere standart risk değerlendirme prosedürleri takip edilmelidir. Son olarak, ilgili kişiler için uyarlanan ve uygun olacağı belirlenen durumlar dışında, güvenlik planı bilişsel engelleri olan kişiler için kullanılmamalıdır. Farklı nörolojik gelişim profilleri olan kişilerle, örneğin otizmlili bireylerle, standart güvenlik planlarının kullanımının ne ölçüde mümkün olduğu da net olarak bilinmemektedir. Bununla birlikte, Newcastle Üniversitesi'nden Jacqui Rodgers tarafından yürütülen, benim de dahil olduğum bir çalışmadan uyarlanmış bir güvenlik planının otizmlili bireyler için uygunluğunu test ediyoruz.¹³

Dolayısıyla yakın gelecekte otizmli gençler için de özel olarak hazırlanmış ve etkili bir güvenlik planının olması umuyoruz.

ALTI ADIMDA GÜVENLİK PLANLAMASI

Güvenlik planlamasının altı aşamasının her birini oluşturan bileşenlerin tamamı kanıta dayalı intiharı önleme stratejilerinden türetilmiştir.¹⁴ Aralarında sorun çözme ve başa çıkma becerilerinin kullanılması, sosyal desteklerin belirlenmesi ve kullanılması ve acil durumda iletişim kurulacak kişiler yer alır. Ayrıca öldürücü araçların kısıtlanması, hizmetlere erişimin kesilmemesinin sağlanması ve toplumun tedaviye katılımını teşvik etmek amacıyla motivasyonun yükseltilmesi yoluyla çevrenin güvenli hale getirilmesine de odaklanılır.

Güvenlik planı genellikle huzursuzluk yaşayan kişi ve ruh sağlığı uzmanı tarafından birlikte geliştirilmiştir. Ancak bunun mümkün olmadığı durumlarda, aşağıda belirteceğimiz noktalar kriz durumundaki bir kişiye destek olan herhangi birine güvenlik planını hazırlamada yardımcı olacaktır. Yukarıda bahsettiğimiz yetkinlik çerçevesine ek olarak,⁴ Ruh Sağlığı Kurumu yararlı, çevrimiçi güvenlik planlama kaynakları da geliştirmiştir. Bir kişinin yakın zamanda kendisine zarar verme riski bulunduğundan endişeleniyorsanız, lütfen bir aile hekimi, bir ruh sağlığı uzmanı ya da acil servis ile iletişim kurun.

Güvenlik planını tamamlamadan önce, kişinin yaşadığı son intihar krizinin öncesinde, kriz sırasında ve sonrasında ortaya çıkmış olaylara dair olabildiğince doğru bilgi edinmeye çalışmalısınız. Bu tanım harekete geçirici ya da tetikleyici olayların yanı sıra kişinin söz

konusu olaylara gösterdiği tepkiyi de içerebilir. Başlangıçta yapılacak bu karşılıklı konuşma uyarı işaretlerinin yanı sıra krizi hafifletebilecek belirli stratejilerin ya da davranışların belirlenmesini de kolaylaştıracaktır. Güvenlik planı gelecekteki riskli durumlara hazırlanmak için bir şablon görevi görür ve güvenlik davranışlarının provasını yapma fırsatı sağlar. Bunun, kişilerin sorun çözme becerilerinin sekteye uğradığı akut kriz hallerinde yardımı olabilecektir.

Güvenlik planının olabilecek en etkin düzeyde hazırlanması için kişinin hikayesini anlamamız, önceki 24 saatte neler olduğunu çözümlememiz gerekir. Özellikle aşağıdaki bilgilere ihtiyacımız olacaktır:

İntihar düşüncelerinin ve davranışının merkezinde hangi faktörler vardı?

İntihar düşüncelerini ne tetikledi?

İntihar girişimi neden o durumda gerçekleşti de başka bir zamanda gerçekleşmedi?

Ayrıca kişinin kendini iyi hissettiğinden emin olmak için düzenli aralıklarla kontrol etmek gereklidir. Güvenlik planını hazırlarken esnek olmak da önemlidir. Güvenlik planı 1'den 6'ya kadar adımlar halinde numaralandırılrsa da bu sırayla doldurulması gerekmez. Ancak altı adımın tamamının doldurulması tavsiye edilir. Karşılıklı bir konuşma etrafında yapılandırıldığı için, kişi hikayesini anlatırken ihtiyaçlarına duyarlı olmalısınız. Özel düşüncelerini paylaşmakta zorlanabilecektir, bu yüzden kişiyi sıkıştırmamaya ya da zorlamamaya özen gösterin, fakat onu nazikçe yönlendirmek ve bazı ipuçları vermek yararlı olabilir. Motivasyonel görüşmede yaygın olarak kullanılan kişi merkezli etkileşim tekniklerinden yarar-

lanmak, kişinin değerleri, hedefleri, motivasyonları ve endişelerini anlamaya ve üzerinde çalışmaya odaklanmak da işe yarayabilir.¹⁵ Kullanılan teknikler ya da ilkelere genellikle AOYÖ kısaltmasıyla aktarılır:

Açık sorular. Sorularınızı oluştururken “evet” ya da “hayır” ile cevap verilmesi olası (örneğin “İntihara eğilimli misin?” gibi) sorular sormaktan kaçının. Kişileri kendi hikayelerini anlatmaya davet edin ve onlar için neyin önemli olduğunu ve intihar krizlerini neyin etkilediğini öğrenin.

- **Olumlamalar.** Ne kadar küçük olursa olsun karşınızdaki kişinin çabasını ve kaydettiği ilerlemeyi takdir ettiğinizi gösterecek sözlü ve sözlü olmayan geri bildirimlerde bulunun. Olumlu değişime yol açabilecek güçlü yanları ve davranışları gören ve takdir eden ifadeler ve jestler değişimin mümkün olduğuna dair inancın oluşmasını sağlar. Ayrıca kişinin deneyimini onaylamanıza da yardımcı olacaktır. İntihar girişiminde bulunan insanların çoğu zor koşullarda büyümüştür ve bunun sonucu olarak, düşünceleri, duyguları ve davranışları onaylanmamış olabilir, dolayısıyla bunu yapmaya çalışmak önemli olacaktır. Bu onay ifadelerinin samimi ve içten olması gerektiğini ise söylemeye gerek yok.
- **Yansıtıcı Dinleme.** Kişiye, size anlattıklarından ne anladığınızı yansıtmak ve sözlerini “farklı kelimeler kullanarak” tekrarlamak iyi bir uygulamadır. Bu onlara anladıklarını doğrulama fırsatı verir ve ayrıca katılımı ve güveni de teşvik eder.
- **Özetleme.** Yansıtıcı dinlemeye benzer olarak, kişinin ortaya koyduğu önemli sorunların düzenli

aralıklarla özetini yapın. Bu doğru anladığınızı kontrol etmeniz için bir fırsat daha sunacaktır; aynı zamanda uzun ve karmaşık konuşmaların ardından odaklanmayı da sağlayacaktır. Yeni bir başlığa geçmek ya da konuşmanın yönünü değiştirmek açısından da yardımcı olabilir.

Adım 1: Uyarı işaretlerini görmek

Cidden çok ama çok çabuk sinirlenmeye başlıyorum, çok kötü biri olduğum düşüncesini aklımdan çıkarıyorum ve ne kadar bencil olduğumu düşünüp utandığım için çok fazla uyuyorum. Muhammed'e son intihar girişiminde uyarı işaretlerinin neler olduğu sorulduğunda bu cevabı vermişti. Daha önce de intihar girişiminde bulunmuştu ve uyarı işaretleri üzerine çok düşünmüştü, bu nedenle uyarı niteliğindeki düşünceleri ("Ben kötü biriyim"), duyguları ("Utaniyorum") ve davranışları ("Çok fazla uyuyorum") kolayca söyleyebilmişti.

Güvenlik planını hazırlarken, intihar krizinden önce gelen uyarı işaretleri iş birliği içinde keşfedilmeli ve kişinin kendi ifadeleriyle kaydedilmelidir. Kişiye intihara eğilim hissetmeye başladıklarında ne gibi şeyler fark ettiklerini, hangi düşünceleri ve/veya duyguları deneyimlediklerini sorun. Bazı insanlar tetikleyicilerin neler olduğuna dair net fikirler ortaya koyabilir bazılarısı, özellikle fazla bir planlama yapmamış gibi görünüyorlarsa, uyarı işaretlerinin neler olduğu konusunda net olmayabilir. Her zaman anlayışla tepki verin. Belirli bazı düşüncelerin, duyguların ya da davranışların olup olmadığını irdelemenin yararı olabilir. Bazı örnekler düşünmenin de yararı olabilir. Örneğin:

Düşünceler: “Boşuna yer işgal ediyorum.”

Duygular: umutsuz, kapana kısılmış, boğuluyor gibi, umarsız, donuk.

Davranışlar: riskli davranışlar, kendini başkalarından izole etme, kendini ihmal.

Güvenlik planında sadece 3 uyarı işareti için yer ayrılmış ancak bu genişletilebilir çünkü bazı kişiler daha fazla uyarı işaretleri ortaya koyabilirken, bazıları sadece bir ya da iki tane düşüneceklerdir. SAFETEL çalışmasında, uyarı işaretleri arasında uykusuzluk, kabuslar, paranoya, kontrolsüz düşünceler, alkol, tedirginlik, hayat rutininde değişiklikler, hüzün, aşırı düşünme, ciddiye alınmama, eski sevgililere ulaşma çabası, olumsuz düşünceler ve izolasyon yer alıyordu.

Ayrıca kişinin bu uyarı işaretlerini deneyimlediği zamanlarda güvenlik planlarına bakmaları gerektiği üzerine konuşmak da yararlı olabilir. Bu gibi anlarda, intihar düşünceleri geçinceye kadar güvende kalmak için planı uygulamak isteyebilirler. Herkes güvenlik planını farklı şekillerde kullanır. Bazıları bir kopyasını cüzdanlarında ya da çantalarında taşıırken, bazıları buzdolabına yapıştırır, bazıları da bir resmini çekip telefonlarında bulundurur. Bazıları kriz durumunun yükselmeye başladığını hissettiklerinde 1. adımdan 6. adıma doğru sırayla ilerlemenin işe yaradığını düşünür. Bazıları ise bazı adımları atlar ya da belli bir adımda, güvende hissettikleri zaman, durur. Burada da hiç sorun yok, önemli olan güvenlik planını kişi için işe yarayacak şekilde kullanmak.

Adım 2: İçsel başa çıkma stratejilerini belirlemek

2. Adımda, içsel başa çıkma stratejileri kişilerle işbirliği içerisinde araştırılır. Bunlar kişinin intihar düşünceleri / güdüleri ile daha iyi başa çıkabilmek için kullanabileceği stratejilerdir. Birlikte düşünüldüğünde, bunlar nerede ya da günün hangi saatinde olunduğuna bakılmaksızın kolayca erişilebilecek şeyler olacaktır. Stratejileri belirlemek için kişiye intihar düşünceleri deneyimlemeye başladığında dikkatini başka bir yöne çevirmek için neleri kullanabileceğini sorabilirsiniz. Bunlar kişinin kendisini iyi hissetmesini sağlayan, zevk aldıkları ya da onları daha sakin bir ortama “taşıyan” şeyler olabilir. Başa çıkma stratejilerine bazı örnekler vermek gerekirse:

Sevilen müziği dinlemek
Resim çizmek
Rahatlatıcı bir banyo
Video oyunları oynamak
Televizyon seyretmek
Köpeği yürüyüşe çıkarmak
Yoga yapmak
Balığa gitmek

Başa çıkma stratejilerinin uygulanabilirliğinin ve güvenli olduğunun araştırılması güvenlik planı hazırlamanın önemli bir parçasıdır. Bu stratejilerin kullanılmasının önünde engeller olup olmadığının ve kişinin kriz sırasında ilgili stratejiyi gerçekten kullanma olasılığının ne olduğunun incelenmesi gerekir. Başa çıkma stratejilerinin önündeki engellerin ve kolaylaştırıcıların incelenmesi belki de Barbara ve Greg’den aldığım eğitimde edindiğim en önemli dersti. Örneğin, intihar girişiminin

ardından hastanede tedavi gören Juliet'i ele alalım. İçsel başa çıkma stratejilerinden biri olarak "dışarı çıkıp koşma"yı belirtmişti. Aslına bakılırsa bu mantıklı bir öneriydi. Ancak günün ya da gecenin hangi saatlerinde intihar düşüncelerinin arttığı sorulduğunda, genellikle akşam geç saatlerde, yatma zamanına yakın olduğu cevabını vermişti. Dolayısıyla, düşünüldüğünde gece geç saatte dışarıya koşuya çıkmak bulunabilecek en mantıklı başa çıkma stratejisi olmayacaktı çünkü fiziksel olarak güvenli değildi. Önerilerinden bir diğeri de "kitap okumak" idi. Mesela ben, kendimi huzursuz hissettiğimde konsantre olamam, dolayısıyla kişinin kriz anında stratejiyi kullanabilecek durumda olup olmayacağını irdelemeyi unutmayın. Ancak Juliet içinde koşturan yabani atların onu kitap okumaktan alıkoyamayacağını söylemişti, dolayısıyla güvenlik planına eklemek için iyi bir başa çıkma stratejisi olduğuna karar vermiştik. Olabildiğince spesifik olmanın da faydası görülecektir. Örneğin, kişi kitap okumayı ya da Netflix izlemeyi önermişse ne okuyacaklarını ya da ne izleyeceklerini incelemek, belki fazla duygusal ya da üzücü olma olasılığı bulunan materyallerden nazıkçe uzaklaştırmak iyi olabilir.

Ekolojik anlık değerlendirme yöntemini kullandıkları heyecan verici yeni çalışmalarında, Barbara ve çalışma arkadaşları o an için intihara eğilimi olan insanların, kendilerini bir şeylerle meşgul etmek, olumlu düşünmek ve kendileri için iyi bir şeyler yapmak gibi dikkat dağıtıcı/ pozitif aktivite tabanlı stratejilerin kısa vadede intihar düşüncesinin yoğunluğunu azalttığını düşündüklerini belirlediler.¹⁶ İnsanlar ayrıca kendini sakinleştirme ve duyguları geçinceye kadar izleme gibi bilinçli farkındalık merkezli stratejilerin de etkili olduğunu ifade ettiler

ancak bunlar intihar eğiliminin yoğunluğunu azaltmıyor gibi görünüyordu. Ekolojik anlık değerlendirme kişilere o anda ne yaptıklarının ve ne hissettiklerinin gerçek zamanlı olarak sorulduğu bir tekniktir, cevaplarını bir mobil cihaza kaydederler.¹⁷ Araştırmacıların zaman içerisinde intihar düşüncesindeki değişikliklerin başka şeylerden, örneğin duygularıyla başa çıkmak için yaptıkları şeylerden nasıl etkilendiğini anlamalarına imkan verir.

Adım 3: Dikkati dağıtabilecek kişileri ve sosyal ortamları belirlemek

Bu adım için, kişilerin dikkatini intihar düşüncelerinden ya da güdülerinden uzaklaştırabilecek kişileri ve sosyal ortamları belirlemeye çalışıyoruz. Burada dikkatin dağıtılmasına odaklandığımız için, bu adımda yer alan kişilerle hisler ya da duygular hakkında konuşmamıza gerek yok. Bu adımda da uygulanabilirliği, kullanılması olasılığı ve önündeki engelleri irdeleyin. İsmi önerilen herkes için, kişinin düzenli olarak sohbet ettiği biri mi diye sorun. Kişiyi aramaktan mutluluk duyacak mı ve/veya bir araya gelmeyi isteyecek mi? Karşılıklı konuşarak kişilerin ve sosyal ortamların uygun olup olmadığına açıklık kazandırmaya çalışıyorsunuz. Örneğin, bir spor salonu öneriliyorsa hangi saatlerde açık olduğunu kontrol edin ki kişinin ihtiyaç duyma olasılığı bulunan zamanlarda açık olduğundan emin olun. Elbette barlar ve alkol servisi yapılan yerlerden kaçınılması en iyisi olacaktır.

İnsanlara ve sosyal ortamlara örnekler şunlar olabilir:

- Arkadaşlar, aile, tanıdıklar
- Kahve dükkanı, park, spor salonu, ibadethane, müze, sinema, kütüphane gibi sosyal ortamlar

Uzak durulması gereken yerlere örnekler şunlar olabilir:

Bar, gece kulübü

Uyuşturucu kullanılan/bulunabilecek ortamlar

Kumar ortamları (iddia dükkanları, kumarhaneler)

Adım 4: İntihar düşünceleri/güdüleri ile seçilen aile üyeleri/arkadaşlarla temas kurmak

Şimdi kişinin kriz anında konuşmasının yararlı olabileceği kişilere odaklanıyoruz. Bunlar kişinin intihar düşüncelerini rahatça açabileceği güvenli ve güven duyulan kişilerdir. Adım adım ilerlerken, riskli işaretler ve durumları izlemekten uzaklaşıyor ve kişinin güvende olmasını sağlamak için daha aktif önlemlere doğru yaklaşıyoruz. Kişi diğer adımların kendisini güvende tutmadığını ya da tutmayacağını hissettiğinde bu adıma gelinir. Bu adımı doldurmak için kişiyle birlikte çalışırken, yazacağı kişinin kendisini daha az mutsuz edip etmeyeceğini düşünmeye yönlendirin. Örneğin, buraya kişinin üzüntüsüne katkıda bulunabilecek bir eski sevgilinin yazılması akıllıca olmayabilir. Tercih edilen aile üyeleri ya da arkadaşlar 18 yaşın altında olmamalıdır ve önceki iki adımda da önerildiği gibi, bu kişilerle iletişim kurma olasılığı ve iletişim kurmanın önündeki engeller değerlendirilmelidir. Zorunlu olmamakla birlikte, kişiye hazırladığı güvenlik planının bir kopyasını bu adımda yazılan kişilerle paylaşmak isteyip istemeyeceğini sormak iyi bir uygulama olacaktır. En azından, bahsi geçen kişiler güvenlik planına adlarının yazılmasını onaylamalı ve kendilerinden neyin beklendiğini bilmelidir. İntihara eğilimli pek çok kişi aynı zamanda sosyal açıdan izole olduğundan ya da sosyal bağlantıları olmadığından

dan, ihtiyaç duydukları zaman sığınabilecekleri birinin olmaması gerçeğine duyarlı olun. Yapmak isteyeceğimiz son Şey bu gerçeği vurgulamaktır, dolayısıyla bu bölümün doldurulması mümkün olmayabilir.

Adım 5: Yardım almak için uzmanlara başvurmak

Bu, krizin gelişmekte olduğu durumlarda kişinin baŐvurabileceđi uzmanların ve kurumların listesidir. nceki adımların intihar düşüncelerini ve güdülerini azaltmada yetersiz kalması ve kişinin kendi güvenliğinden endişe duyması durumunda baŐvurabileceđi kurumlar ya da uzmanlardan oluşur. Bu listede yer alacak isimler ülkeden ülkeye deđiŐecektir ancak önemli uzmanlar ve kurumlar Şunlar olabilir: Aile hekimi, psikiyatrist, psikiyatri hemşiresi, kriz çözme ve evde tedavi ekibi, sosyal hizmet görevlisi, Samaritans ve NHS 111 gibi kriz yardım hatları ya da acil servisler. Her zaman olduğu gibi, intihar krizi sırasında bu gibi hizmetlerin kullanılma olasılığını ve kullanılabilmesi önündeki engelleri netleştirmek önemlidir. Örneğin, kişi uzmanların ve kurumların telefon numaralarını cep telefonuna kaydetmenin daha iyi olacağını, böylece kriz durumunda elinin altında olacağını düŐünebilir. Yardım istemenin bir davranış olduğunu, dolayısıyla da davranışın gerçekleşmesi ilkelilerinin diğer davranıŐlarla aynı olacağını unutmamak iyi olacaktır. Yani bir davranışta bulunma olasılığımızı, özellikle de kriz anında artırmak için tetikleyicileri, engelleri ve kolaylaştırıcıları derinlemesine düşünmemiz kritik önem taşır. Esas itibariyle, VHS’de olduğu gibi, güvenlik planının amacı intihar krizinin yükseldiği zamanlarda yardım alma davranışının intihar davranışına üstün gelmesi olasılığını artırmaktır.

Adım 6: Ortamın güvenli olmasını sağlamak

Güvenlik planının önceki adımları uyarı işaretlerinin ve başa çıkma stratejilerinin belirlenmesi ve ayrıca kriz durumunda iletişim kurulacak kişilerin listesinin oluşturulması ile ilgiliyken, son adım ortamın güvenli olmasını sağlamaya odaklanır. Biz partnerlerin, ebeveynlerin ya da arkadaşların, sevdiğimiz kişinin bulunduğu ortamı güvenli hale getirmesine yardımcı olarak en büyük etkiye sahip olacağımız adımın bu olduğu söylenebilir. 6. Adımda, kişi ile öldürücü intihar araçlarını (örneğin, çok miktarda reçeteli ilaç ya da diğer çevresel tetikleyicileri) ortadan kaldırmak ya da kısıtlamak için gerçekten işbirliği içinde olmamız gerekir. Bu adımın iş birliği gerektiren doğası belki de diğer adımlardan daha fazla önem taşır çünkü kişinin çevresinde değişiklik yapmayı kabul etmesini gerektirir. Konuşmaya, intihar krizinde kendisine zarar vermek için neleri kullanabileceği üzerinde durarak başlayabilir ve bunlara erişip erişemeyeceklerini irdeleyebilirsiniz. Bu konuşma sırasında ayrıca kriz anında bir kişinin güvenliğini sağlamanın önemli yollarından birinin kendisine zarar vermek için kullanabileceği şeyleri ortadan kaldırarak ya da erişimini sınırlayarak önceden planlama yapmak olduğunu anlamasını sağlayabilirsiniz. Ortamın daha güvenli olmasını nasıl sağlayabiliriz diye sorun ve özellikle de bunun için bir plan üzerinde anlaşmaya çalışın. Plan ne kadar spesifik olursa, uygulamaya konma olasılığı o kadar yüksek olacaktır.

Uygulama niyetlerini yeniden düşünürsek, ortamın güvenliğini sağlamakla ilgili nasıl, ne zaman ve nerede sorularının cevapları üzerinde anlaşmaya varmak iyi olacaktır. Örneğin, kişi aşırı dozda ilaç alacağından en-

dişeliyse, eve gitmeyi ve hemen zehirli olabilecek tüm ilaçları atmayı ya da ilaçlarını kilitli bir kutuda saklamayı ya da başka birine (örneğin, partnerine) emanet etmeyi kabul edebilir. Planı netleştirin, olası engelleri derinlemesine düşünün ve daha önceki engellerde olduğu gibi, sorunlara çözüm bulmaya çalışın.

Bazı kişiler planın doldurulması en zor adımının Adım 6 olduğunu ifade ediyorlar çünkü öldürücü araçlara erişimi kısıtlamakla ilgili pratikte karşılaşılan sorunlar ya da hassasiyetler olabiliyor. Hatta, ABD'deki meslektaşlarımızla konuştuğumuzda, ateşli silahlara erişimin kısıtlanması ile ilgili belli hassasiyetlerin olduğunu söylüyorlar. Bu gibi zorlukların etrafından dolanmanın yolu şimdiye kadar kişi ile ateşli silah arasındaki mesafeyi artırmak ya da kurşunların ateşli silahtan ayrı bir yerde tutulmasında anlaşmaya varmak şeklinde oldu.¹⁸ Adım 6'da karşı karşıya olunan bir diğer zorluk endişe verici yerlere (örneğin, köprülere) erişimin kısıtlanmasının son derece zor olması ya da intihar için kullanılacak yolun (örneğin, kendini asma) kısıtlanmasının zor olmasıdır. Zor olmasına rağmen, bu gibi endişe verici bölgelerden uzak durmanın (örneğin, işten eve dönüşte riskli bölgeye girmekten kaçınmak için farklı bir rota izlemek) ya da genel olarak ulaşılabilen intihar araçlarına erişimi kısıtlamanın (örneğin, tüm kravatları ya da bağlanabilecek olası malzemeleri ortadan kaldırmak ya da kilit altında tutmak) planlanması yine de mümkündür.

Güvenlik planı tamamlandığında, konuşmayı güvenlik planını gözden geçirerek ve kişiden eklemek istedikleri her şeyin not alındığından emin olmak için geri bildirim isteyerek bitirin. Güvenlik planı hazırlamanın

kişinin güvenliğini garanti etmeyeceğini söylemeye elbette gerek yok ancak intihar krizi deneyimledikleri durumlarda intihar düşüncelerini eyleme geçirmeme olasılığını artırdığı kesin.

GÜVENLİK PLANI KARTONETİ

İnsanların güvende olmalarını sağlamak için daha uzun vadeli müdahalelere geçmeden önce; Greg ve Barbara bir de Güvenlik Planı Kartoneti -5 maddede güvenlik planlaması- geliştirmişler; güvenlik planı hazırlayan kişiler için mükemmel bir hatırlatıcı olan bu araç aşağıda birebir aktarılmaktadır.¹⁹

Güvenlik Planı Kartonet

Güvenlik planının mantığı

Açıkla:

- İntihar krizlerinin gelip geçici olması ve uyarı işaretlerinin belirlenmesi (kişinin kendi deneyimleri ile bağlantı kur).
- Güvenlik planı intihar duygularıyla harekete geçmeyi nasıl engeller?
- Güvenlik planı çeşitli adımlardan oluşur; bulunduğu adım işe yaramazsa sonraki adıma geçebilirsiniz (ancak belli bir sıra yoktur).

İntihar riskini azaltmak için krize tepki ver

İş birliği yap:

- Her adımın gerekçesini anlamak için.
- Her bir başa çıkma stratejisi ya da kaynak için beyin fırtınası.
- Spesifik ol.
- Uygulanabilirliği artır/engelleri kaldır.

Öldürücü araçlara erişimi ortadan kaldır

Bir aksiyon planı geliştirmek için birlikte çalışarak:

- Tercih ettiği intihar yöntemine ya da planına erişimi sınırla.
- Ateşli silahlara erişimi sınırla.

Endişe verici noktaları ele almak için güvenlik planını gözden geçir

Geri bildirim olarak aşağıdakileri değerlendir:

- Güvenlik planının işe yarar olması ve kullanılma olasılığı.
- Güvenlik planının nerede tutulacağı ve ne zaman kullanılacağı.
- Güvenlik planı intihar düşüncelerini eyleme dönüştürmeyi önlemede faydalı oldu mu? Olmadıysa neden?
- Güvenlik planı nasıl revize edilirse daha faydalı olur?

Gregory K. Brown ve Barbara Stanley (2017)

DAHA UZUN VADELİ MÜDAHALELER

Son yirmi beş yılda, intihar davranışının azaltılmasına yönelik daha uzun vadeli psikososyal müdahaleler üzerine yapılan randomize kontrollü çalışmaların sayısında kayda değer artış oldu. Daha önce de belirttiğimiz gibi, bu daha uzun vadeli müdahalelerde kılavuz haline gelmiş bir tür psikolojik tedavi sunan bir ruh sağlığı uzmanı bulunur. Cochrane Library Sistematik Derlemeler Rehberi'ne bakacak olursak, gösterdiği bu gelişmeye rağmen araştırmaların ne kadar az sayıda olduğu net şekilde görülecektir. Cochrane Library kanıt derlemeleri altın standardıdır ve sağlık alanında alınan kararlarda esas alınacak bilgilerin temininde kullanılır. 2016 yılında, psikososyal müdahalelere dair iki kanıt derlemesi yayımlandı: Bunların biri yetişkinlerin tedavisi için, diğeri de çocukların ve ergenlik çağındaki bireylerin tedavisi içindi.¹ Derleme çalışmalarının her ikisi de Oxford Üniversitesi'nden Keith Hawton liderliğinde yürütülmüştü ve hem kendisine zarar vermiş kişiler hem de intihar girişiminde bulunmuş kişiler dahil ol-

mak üzere her tür intihar davranışına odaklanılıyordu. Bu derlemeler daha uzun vadeli müdahalelerin yanı sıra kısa temas müdahalelerini de içeriyor olmasına rağmen, 17 bin 699 yetişkini kapsayan sadece 55 klinik çalışma ve bin 126 çocuk ve ergeni kapsayan sadece 11 klinik çalışma bulunuyordu.

Cochrane derlemelerinde, dahil edilecek çalışmalar konusunda son derece katı kriterler uygulanır; klinik çalışma sayısı bu derlemelerin yayımlanmasından bu yana artmaya devam etmiş olsa da hâlâ yeterli sayıda çalışma bulunmuyor. Aslında fiziksel sağlıkla karşılaştırıldığında eşit ilgiyi gördüğünü söylemek mümkün değil. Örneğin, MQ Ruh Sağlığı Araştırmaları adlı yardım kuruluşu, etkilenen kişi bazında değerlendirildiğinde, kanser araştırmalarına ruh sağlığı araştırmaları ile karşılaştırıldığında 25 kat fazla para harcadığını tahmin ediyor.² Daha kötüsü, intiharın önlenmesi araştırmaları bu finansmanın sadece küçük bir bölümünü alıyor. Elbette kanser araştırmalarının finansmanı durdurulsun demiyorum, sadece eşitlenmeye biraz daha yaklaşıldığını görmek istiyorum.

Bu bölümde, intihar davranışının önlenmesi açısından en çok umut veren başlıca psikososyal müdahaleleri anlatacağım. Daha önce de belirttiğim gibi, çok sayıda bilimsel incelemede bu gibi müdahalelerin intihar düşünceleri ve davranışlarını azalttığı ortaya konmuş olsa da intiharı önlediklerine dair kanıt bulunmuyor. Bu intiharı önlemedikleri anlamına gelmez. Anlamı aslında, intiharda bir azalmanın gösterilmesi için gereken örneklem büyüklüğünün çok büyük olması nedeniyle gereken büyüklükte çalışmaların yapılmamasıdır.

Sizlere sırayla her bir terapiyi anlatırken, müdahalelerin her birindeki aktif bileşenleri düşünmeye ve IMV modelinin farklı bileşenleri ile bağlantılarını değerlendirmeye çalışın. Farklı yaklaşımlarda ortak pek çok özellik olduğunu göreceksiniz. Ne yazık ki bu terapilerin her birine düzenli erişim olmayabilir ve yine ne yazık ki tedavi için bekleme listelerinin olması nadir rastlanan bir durum değildir. İlk önce aile hekiminizle iletişim kurmanızı tavsiye ederim, hekiminiz bölgenizde ne gibi imkanların bulunduğunu ve tedaviye nasıl erişebileceğinizi bilecektir. Ancak bir defa daha belirtmeliyim ki bir kişinin yakın zamanda intihar riski olduğunu düşünüyorsanız, acil servise başvurmakta tereddüt etmemelisiniz.

Diyalektik davranış terapisi (DBT)

Washington Üniversitesi'nden Amerikalı psikolog Marsha Linehan tarafından geliştirilen DBT intihar davranışı ve sınırda kişilik bozukluğu (SKB) için uygulanan, iyi bilinen bir tedavidir. SKB duygusal istikrarsızlık, bozuk düşünce kalıpları, fevri davranışlar ve başkaları ile yoğun ancak çoğu zaman stabil olmayan ilişkilerle karakterize olan bir ruh sağlığı bozukluğu teşhisidir. Linehan onlarca yıldır psikolojik tedaviler alanında yükselen bir varlık gösteriyor. Hayatını ruh sağlığı sorunlarının tedavisine adanmasının ardından Linehan, 68 yaşındayken kendi ruh sağlığı mücadelesini ilk defa açıkladı. Bu süreci 17 yaşındayken 26 ay süreyle hastanede yatarak tedavi ve takip eden yıllarda birden fazla seferde intihar girişiminde bulunması ve kendine zarar verme epizotlarını içeriyordu. Ancak zaman içinde ve uygulanan çeşitli tedaviler sonucunda sağlığına kavuşmuştu. 2011 yılında

New York Times'a verdiği bir demecinde belirttiği gibi, iyileşmesini kendini olduğu gibi kabul etmeyi öğrenmesine ve aynı zamanda değişimin gerekli olduğunu kabul etmesine bağlıyordu.³ Aslına bakılırsa bu ikili yorumlar, kabullenme ve bilinçli farkındalık gibi geniş yelpazede diğer kavramları bir araya getiren bir bilişsel davranışçı terapi olan DBT'nin mihenk taşı haline geldi.

Diyalektik, çelişkileri ve çözümlerini incelemek anlamına gelir. Dolayısıyla DBT'de amaç kabul görmekle değişim ihtiyacı arasındaki dengeyi bularak insanların hayatındaki çelişkili sorunları çözmektir. Amaçlarından biri intihar davranışını ya da tedaviye engel olabilecek diğer davranışların yanı sıra diğer tehlikeli ve istikrarı bozucu davranışları doğrudan hedef almaktır. Bahsedilen son davranışlar bazı SKB belirtilerini de içerebilir. DBT, haftalık psikoterapi, grup beceri eğitimi ve telefon desteğinin yanı sıra terapistler arasında konsültasyonları da içeren ve genellikle 12 aylık süre içerisinde yapılan yoğun bir müdahaledir. Linehan'ın yakın dönemde intihar davranışları ve intihar eğilimli olmayan davranışlar sergilemiş kadınlarla yaptığı ufuk açan randomize klinik çalışmasının bulguları etkileyiciydi. Bir yılı tedavi, bir yılı da takip olmak üzere iki yıllık çalışma süresince DBT alanların intihar girişiminde bulunma olasılıkları, almayanların yarısıydı ve intihar düşüncesi nedeniyle hastaneye kaldırılma olasılıkları da daha az olmuştu.⁴ Son dönemde, DBT'nin uyarlanmış yeni bir versiyonunun -DBT-A- tekrarlanan kendine zarar verme ve intihar davranışı geçmişı olan ergenlik çağındaki kişilerde etkili olabileceğine dair kanıtlar artmaktadır.⁵ Yapılan uyarlama ile, müdahale süresi ergenler için kısaltılmış, 19 haftaya indirilmiştir. Ancak tıpkı yetişkinlere uygula-

nan versiyonunda olduğu gibi, DBT-A da haftalık bireysel terapilerden, aile becerileri eğitiminden, aile terapisi seanslarından ve gerektiğinde bireysel terapistlerle telefon koçluğundan oluşur. Bütününe bakıldığında, farklı çalışmalardan elde edilen bulgular sentezlenirse hem yetişkinler hem de ergenler için DBT, kendine zarar veren ya da intihar girişiminde bulunan kişilerin oranına göre, kendine zarar verme ya da intihar davranışı sıklığının azaltılmasında etkili gibi görünüyor.

Bilişsel terapi (BT) ve bilişsel davranışçı terapi (BDT)

İntihar davranışına yönelik psikososyal müdahaleler içerisinde en çok araştırmaya konu olan BT ve BDT'dir. BT ile BDT arasındaki farkın ne olduğundan hiçbir zaman tam anlamıyla emin olamadım çünkü gördüğüm kadarıyla, bu iki isim sık sık birbirinin yerine kullanılıyor. Bu başlık altında bahsedeceğim klinik çalışmaların yazarları hangisini kullanmışsa, BT ya da BDT, ben de aynı şekilde kullanacağım. BDT Amerikalı psikiyatrist ve psikoterapist Aaron T. Beck tarafından altmışlı yıllarda depresyonun kavramsallaştırılmasının ve tedavisinin yeni bir yolu olarak geliştirilmiştir. Öncü niteliğindeki çalışmaları depresyonun bilişsel modeline dayanıyordu.⁶ Bilişsel modelin genel önermesi depresyondaki kişilerin bilgi işleme sistemlerinin düzgün işlev göstermediği, bu nedenle kendilerine, dünyaya ve geleceğe dair görüşlerinin bozuk olduğu şeklindedir. Bu bilişsel üçlü kişinin seilmeye layık olmadığına, etrafındaki kişilerin onu değersiz bulduğuna ve gelecekte her şeyin daha da kötüye gideceğine inanmalarına neden olur. Beck'e göre, bu inançlar olumsuz otomatik düşün-

celer gibi bir dizi bilişsel önyargıyla birlikte gelişir. Bu olumsuz otomatik düşünceler özellikle kendimizi stres altında hissettiğimiz zamanlarda sorun yaratır çünkü alışkanlık haline gelmişlerdir ve hislerimizi ve davranışlarımızı olumsuz etkiler. Kendimize karşı daha eleştirel olmaya yönlendirebilir, en kötüsünün yaklaşmakta olduğunu hissettiğimiz zamanlarda felaket düşüncesine katkıda bulunabilir ve olayları ya siyah ya da beyaz olarak görme, dolayısıyla yaşananları sadece iyi ya da sadece kötü olarak değerlendirme olasılığımızı artırır. IMV modelindeki temel öğeleri hatırlayacak olursanız, bu olumsuz otomatik düşüncelerin (ve diğer bilişsel önyargıların) kişinin kendisini yenik, küçük düşmüş, yük gibi ve katlanılamaz ölçüde kapana kısılmış hissetmesine nasıl katkıda bulunabileceğini kolayca göreceksiniz.

Beck bilişsel modelden yola çıkarak, başlangıçta depresyonu hedef alacak şekilde, işlevsiz düşünce ve davranışlara meydan okumak, duygu denetimini iyileştirmek ve sorun çözme stratejilerini iyileştirmek için BDT'yi geliştirdi. Ancak BDT uygulamaları o günden beri genişledi ve artık intihar davranışı da dahil olmak üzere çok çeşitli ruhsal hastalıkta kullanılıyor.⁷ Bir dizi tedavi aşamasından yararlanan BDT kişinin düşünme ve davranma yollarını yeniden kavramlaştırmasına ve rahatsızlıklarını hafifletmek ve gelecekte karşılaşacakları zorluklarda yollarını bulabilmek için yeni beceriler edinmesine yardımcı oluyor.

İntihar girişimlerinin önlenmesi açısından belirleyici olan çalışmaya ise Greg Brown liderlik etmişti ve çalışma sonuçları 2005'te yayımlandı. Beck ile iş birliği içerisinde yaptığı çalışmasında, daha önce intihar girişiminde bulunmuş yetişkinlerin, özellikle tekrarlanan intihar

girişimlerini önlemek amacıyla tasarlanmış BT almış olmaları durumunda, sonraki 18 ayda yeniden intihar girişiminde bulunma olasılıklarının, standart tedavi gören gruba göre daha düşük olduğunu belirlemişti.⁸ Yapılan on BT seansı sırasında, intihar girişiminden önce aktive olan anlık düşünceler, görseller ve inançlar belirlenmişti, ardından kişinin izleyen stres faktörleri ve intihar tetikleyicileri ile başa çıkmasına yardımcı olacak bilişsel ve davranışsal stratejiler geliştirilmişti. Yetersiz sorun çözme becerisi, güdü kontrolü ve sosyal izolasyon gibi diğer hassasiyet faktörleri de terapinin sonlarına doğru nüks önlemenin yanı sıra ele alınmıştı.

Daha yakın dönemde gerçekleştirdikleri bir çalışmada, klinik psikologlar David Rudd, Craig Bryan ve çalışma arkadaşları BDT'nin kısa bir versiyonunun askerlerden oluşan bir örnekleme, sadece standart tedavi alanlarla karşılaştırıldığında, intihar girişimlerinde yüzde 60 azalma ile ilişkilendirildiğini ortaya koydular.⁹ BDT'nin bu kısa versiyonunun diğer popülasyonlarda da aynı etkiye sahip olup olmayacağını zaman gösterecek. Daha önce bahsettiğim derleme çalışmalarına dönecek olursak, farklı popülasyonlar ve farklı araştırma gruplarında BDT ile ilgili olarak en güçlü kanıtlara sahibiz. Öyle ki, Cochrane derlemesi standart tedavi ile karşılaştırıldığında "BDT tabanlı psikoterapide önemli bir tedavi etkisi vardır" sonucuna varmıştır. Ancak BDT'nin çocuklarda ve ergenlik çağındakilerde intihar davranışını azaltmada ne ölçüde etkili olduğu net değildir. Bu belirsizlik, büyük ölçüde gençlerin yer aldığı az sayıda klinik çalışma olmasından kaynaklanıyor. Bununla birlikte 12 ay süreli bir psikodinamik terapi olan zihinselleştirme temelli tedavinin ergenlik çağındaki ki-

şilerde kendine zarar verme davranışının azaltılmasında etkili olabileceğine dair bazı kanıtlar bulunuyor.¹⁰ Hem haftalık bireysel seansların hem de aylık aile terapisi seanslarının uygulandığı bu müdahalede dürtüsellik ve duygu denetimine odaklanılır ve gencin zor durumlarda hem kendisinin hem de başkalarının duygularını daha iyi ortaya koyabilmesine yardımcı olmayı amaçlar. Ayrıca Londra King's College'dan Dennis Ougrin ve çalışma arkadaşları tarafından yapılan bir başka derleme çalışmasında da ergenlerde intihar girişimleri ve kendine zarar vermeye yönelik terapötik müdahalelere odaklanılıyordu.¹¹ Araştırmacılar çoğunlukla DBT, BDT ve zihinselleştirme temelli terapi çalışmalarından yola çıkarak terapötik müdahalelerin işe yaradığına dair kanıt bulunduğunu sonucuna varmışlardır.

Özetle, bu farklı psikolojik müdahalelerin her birinde açıkça görülen, farklı odakları ya da yol gösterici mantıkları olsa da aynı temel süreçlerin tedavi hedefi olarak tekrar tekrar ortaya çıktığıdır. Öyle ki bu ortak unsurların tamamı -güdüsellik, özeleştirme, başa çıkma, imgeler, sorun çözme ve özdeğer- IMV modeline yerleştirilebilir.

Katılımcı İntihar Eğilimi Değerlendirme ve Yönetimi (CAMS)

CAMS, Washington, DC'de bulunan Amerikan Katolik Üniversitesi'nden klinik psikolog David Jobes tarafından doksanlarda geliştirilmiştir.¹² CAMS intihar düşüncelerinin, güdülerinin ve davranışlarının, altında yatan psikopatolojinin önceliklendirilmesi amacıyla değil tedavinin *birincil* hedefi olarak belirlenmesine ve ele alınmasına odaklanır. İntihar düşünceleri ve davranışlarının değerlendirilmesi ve tedavisi için kullanılan

terapötik bir çerçevedir. CAMS'in yol gösterici felsefesi kırılğan durumdaki hastaların stabilize edilmesi ve hızla kendi güvenliklerini yönetebilir hale getirilmesidir.¹³ Dave Jobes'u yıllardır tanır, çalışmalarını bilirim; onunla yakın arkadaşız ancak 2008 yılında Glasgow'da İntihar ve İntihar Davranışı Avrupa Sempozyumu'nda verdiği bir konferanstan şok olma derecesinde etkilendiğimi hatırlıyorum. O konferansta, CAMS'in geliştirilmesinin altında yatan düşüncelerinden bazılarını bir defa daha vurguluyordu. O konuşmadan özellikle iki nokta aklımdan çıkmaz. Doğrudan doğruya CAMS ile ilişkili noktalar olmalarına rağmen, intiharı önlemenin tüm unsurlarına uygulanabilecek hususlardır.

Birincisi, Jobes uzun zamandır klinikte verilen tedaviyi iyileştirmek için intiharı ruhsal rahatsızlıkların bir belirtisi ya da yan ürünü gibi gören indirgeyici bakış açısından uzaklaşmamız gerektiğini ileri sürüyor. İntihar düşüncelerini ve davranışlarını azaltmak için bir ruh hastalığının tedavi edilmesinden fazlası gerekir. İntihar eğilimi ile ilişkili ruhsal acıların giderilmesi için ilaç kullanımından daha fazlasının gerektiği görüşünde nettir; bu konuda ona katılıyorum. İlaç kullanımının ruhsal rahatsızlıkların tedavisinde işe yaramadığını söylemiyorum. Söylemek istediğim şu: İntihar eğilimli hastalarla çalışırken klinik tedavinin en temel hedefi intihar eğilimi ile ilgili tedavi olmasıdır. Bu, daha geniş kapsamlı psikolojik sıkıntılarla birlikte, tedavi hedeflerinin temeli olmalıdır.

İkincisi, Jobes hasta ile klinisyen arasındaki ilişkiye (adını, pek çokları tarafından modern psikiyatrinin kurucusu kabul edilen etkili Alman psikiyatrist Emil Kraepelin'den (1856-1926) alan) geleneksel "Kraepelinci"

yaklaşımı meydan okuyordu. Bu yaklaşımı benimseyenler klinisyeni uzman olarak, hastayı ya da danışanı da sorularına cevap veren ve koydukları teşhisi alan pasif kişi olarak görüyorlardı. Jobes “ilişkisel dinamiği” didaktik yaklaşımdan katılımcıya doğru değiştirmek istiyordu, işte CAMS’e “katılımcı” ifadesi bu nedenle eklendi. CAMS yaklaşımı kullanıldığında, hasta kendi tedavisine aktif katılım gösterir. Çektiği acıya bir çözüm bulmak için klinisyeniyle birlikte çalışır. Klinisyen intihar eğilimini doğrudan ele alır, bunu yaparken empattir, hastanın ölme arzusunu anlar ancak alternatifleri keşfetmesine ve kabul etmesine yardımcı olur. Bu sadece kavramsal bir katılımcılık değildir; kelimenin gerçek anlamıyla katılımcılık vardır, klinisyen değerlendirme ve tedavi planlama sırasında hastayla birlikte oturur, çözüm bulmak için birlikte çalışacakları mesajını verir.

İntihar Statüsü Formu (SSF) CAMS’in merkezinde yer alır; bu klinik araç tedavi boyunca değerlendirmeden, stabilizasyon planlamasına ve tedavi planlamasına kadar her yerde kullanılır. İlk değerlendirmede, SSF’nin üç bölümü kişinin psikolojik acısının boyutunu anlamak için kullanılır. Rahatsızlıkları ile ilintili durumlar, kapsamlı bir risk değerlendirmesi ve kişinin o anda genel intihar riskine dair kendi değerlendirmesi belirlenir. SSF ayrıca yaşamak için nedenler ve ölmek için nedenlerin ortaya çıkarılmasını ve kişinin kendisini intihar eğilimli hissetmemesine yardım edebilecek bir şeyin belirlenmesini sağlayacak şekilde yapılandırılmıştır. SSF’nin son bölümü ise tedavi planının karşılıklı görüşülmesini kolaylaştırmak üzere tasarlanmıştır. Tedavi planı çözümlenmesi gereken bir dizi sorun etrafında oluşturulur, ayrıca hedeflerin ayrıntıları, amaçlar ve soruna dair

çözümün gerçekleşmesine yönelik müdahaleleri içerir.

Araştırma kanıtları bakımından, bildiğim kadarıyla, CAMS beş randomize klinik çalışmada test edilmiş durumdadır, devam etmekte olan başka çalışmalar da bulunuyor.¹⁴ Bu çalışmalarda, CAMS'in ayakta tedavi gören genel toplum kesimlerinden hastalarda, özel psikiyatrik tedavi merkezlerindeki hastalarda, öğrencilerde ve askerlerde intihar düşüncesinin azaltılmasında etkili olduğuna dair tutarlı kanıtlar bulunuyor. Ancak şimdiye kadar, çalışmaların her birinde örneklem büyüklüklerinin nispeten küçük olması, CAMS'in intihar davranışını azaltmada etkili olup olmadığının belirlenmesini zorlaştırıyor.

İntihar Girişimi Kısa Müdahale Programı (ASSIP)

Giderek büyüyen kanıt tabanına rağmen, daha uzun vadeli müdahalelerin karşısındaki en önemli zorlayıcı nokta tedavi sürekliliğinin yetersiz olmasıdır. Pek çok hasta kendisiyle ilgilenen klinisyen tarafından anlaşılmadığını ya da uygulanan tedavinin yeterince hasta odaklı ya da katılımcı olmadığını hisseder (elbette CAMS ve yukarıda belirtilen diğer psikososyal müdahaleler istisnadır). Bu endişelere cevap verebilmek için İsviçre'de Bern Üniversitesi'nden Konrad Michel ve Anja Gysin-Mailart ASSIP'i geliştirdiler ve klinik bulgularını ilk olarak 2016'da yayımladılar.¹⁵ Altında yatan teorik mantık intiharın hedefe yönelik bir eylem olmasıdır. Bu görüşe göre, intiharı anlamak için kişinin anlatımının, inançlarının, niyetlerinin ve arzularının anlaşılması gerekir. Öyle ki intiharın hedefe yönelik eylem olduğu şeklindeki bu görüş, IMV modelini geliştirdiğim sırada benim düşüncelerim üzerinde de önemli etkiye sahip olmuştu.

Konferanslarımda hâlâ sıklıkla Konrad Michel’den alın-tilar yaparım çünkü o intihardan sadece bir hastalığın ve patolojinin belirtisi olarak değil, bilinçli bir davranış olarak bahseden, bildiğim ilk kişiydi. Onlarca yıldır, hat-ta ASSIP’i geliştirenlerden biri olmasından uzun zaman öncesinden beri bu görüşü savunur.

Klinik uygulamalara etkisi bakımından, ASSIP te-rapötik anlaşmayı yani klinisyen ile hasta arasındaki ilişkiyi öncelikli görür. Ayrıca uluslararası çalışma grubu Aeschi Group’un geliştirdiği klinik kılavuzdan yoğun olarak faydalanır. Bu çalışma grubu yirmi yıldan fazla zaman önce, intihar girişiminin ardından hastaların acil servis değerlendirmelerinin kalitesi ile ilgili endişele-ri bulunduğu için bir araya gelmiş bir grup klinisyen-den oluşur. Bu çalışma grubu geçmişte ayrıca Aeschi, İsviçre’de iki yılda bir intihar eğilimli hastalara terapö-tik yaklaşımlar konusunda yeni düşünme biçimlerinin tartışıldığı bir konferans düzenliyordu. 2002 yılında, bu konferansların ikincisine katılma şansına sahip oldum.

Konrad’ın hastaların intihar düşünceleri ve davranış-larına dair hikayelerini anlattıkları videoları izlettirdiği konferans çalışma gruplarına dair anılarım hâlâ tazedir. Hasta ile klinisyen arasında geçen konuşmaları ayrıntılı olarak irdeliyor ve en iyi uygulamaları belirlemeye, bu karşılaşmalar üzerine kafa yormaya ve onlardan ders çıkarmaya çalışıyorduk. Aeschi Çalışma Grubu’nun te-rapötik yaklaşımı iyileştirmek için üzerinde anlaşmaya vardıkları, vurgulanmaya değer ve günümüzde geçerli-liğini hâlâ koruyan altı ilkesi şunlardır:¹⁶

1. Hastanın intihar eğilimini aynı şekilde anlayabil-mek için hastayla birlikte çalışın.

2. İntihar eğilimli hastaların çoğunun ruhsal acılar çekmekte olduğunu ve özsaygılarının düşük olduğunu unutmayın.
3. Yargılayıcı olmayın, destekleyici olun.
4. Psikososyal değerlendirme yaparken işe hastanın kendi anlatımıyla başlayın.
5. Bu görüşmenin amacı hastanın terapötik ilişkiye katılmasını sağlamaktır.
6. Hastanın intihara eğilim durumuna dair ortak bir anlayışa varmak için yeni intihar davranışı modelleri önemlidir.

Hâlâ gidilmesi gereken çok yolumuz olsa da yukarıda aktardığımız yeni kısa ve uzun vadeli psikososyal müdahalelerin bu ilkelerle uyumlu olması güven vericidir. Güvenlik planlaması gibi kısa bir karşılaşmanın bile etkili olması için katılımcı olması, intihara eğilim yaratan rahatsızlığa dair ortak anlayıştan ortaya çıkması gerekir. Hatta destekleyici bir terapötik ilişkinin hızla oluşmasını da gerektirir.

ASSIP'e dönecek olursak, üç klinik seans ve ardından iki yıl süreyle gönderilen yarı standartlaştırılmış mektuplardan oluşur.¹⁷ İlk seansta, terapötik ilişki kurulur ve hastanın intihar girişimine yol açan hikayesinin ayrıntılarının yer aldığı görüşme yapılır. Bu görüşme, hastanın rızası alınarak kaydedilir ve ikinci seansta dinlenir. Amaç, intihar krizine dair ortak bir anlayış edinmek ve intihar düşüncelerinden intihar eylemlerine geçişe odaklanmaktır. Hastaya ayrıca bir psikoeğitim broşürü verilir ve kendi durumlarını anlattıkları ve düşündükleri sırada broşür hakkında yorumlarda bulunmaları iste-

nir. Üçüncü seansta broşür üzerine konuşulur ve uyarı işaretleri ve kişiselleştirilmiş güvenlik stratejileri üzerinde anlaşmaya varılır; kriz anında aranacak numaraların ve destek alınacakların listesiyle birlikte hastaya verilir. Sonra, 24 aylık bir süre boyunca, önemseyen mektuplar yaklaşımındakine benzer olarak, hastalara ilk yıl her 3 ayda bir, ikinci yıl her 6 ayda bir imzalı bir mektup gönderilir. Bu mektuplarda birkaç kişisel cümle yer alır ancak mektubun büyük bölümü hastaya uzun vadeli intihar krizi riskini ve güvenlik stratejilerinin önemini hatırlatan standart bir formattır.

Bugüne kadar ASSIP ile ilgili yayımlanan tek bir randomize klinik araştırma oldu ancak bu araştırmanın bulguları son derece cesaret verici. Çalışmadaki iki yıllık takip süresi boyunca, sadece beş intihar girişimi olurken, standart tedavi alan grupta bu sayı kırk bir olmuştur.¹⁸ Yüzde olarak ifade edilirse, yeniden intihar girişiminde bulunma oranında yüzde 83'lük bir azalma anlamına geliyor. Ayrıca, ASSIP alan hastalar takip döneminde yüzde 72 daha az günü hastanede geçirdiler. Uluslararası arenada, kendi ülkelerinde ASSIP klinik araştırma çalışmaları yürüten başka araştırma grupları bulunuyor, dolayısıyla onların bulgularının da olumlu olmasını umalım.

Dijital müdahaleler

Şu ana kadar müdahalelerin yüz yüze yapılmasına odaklandım. Ancak bu durumda intihar nedeniyle ölen insanların pek çoğunun ölümlerinden önceki 12 ay içerisinde klinik tedaviye devam eden kişiler olmadıkları gerçeği göz ardı edilmiş oluyor.¹⁹ Dolayısıyla, yukarıda anlatılan tedavilerden faydalanma olasılıkları düşük.

Üstelik, daha önce de vurguladığım gibi, uzun bekleme listeleri olduğu düşünülürse yüz yüze tedavilerin bulunması en iyi olasılıkla kesintilerle mümkün olacaktır; dolayısıyla alternatif tedavi verme şekillerini değerlendirmemiz gerekiyor. Buna bir de intihar nedeniyle ölen pek çok insanın geçmişte hiç yardım arayışına girmemiş olabileceği gerçeğini ekleyelim. Sonuç olarak, dijital müdahaleler yardım arayışına girmeyen ya da mevcut durumda tedavi dışında olan insanlar için önemli bir araç oluşturuyor. Bu müdahaleler farklı şekillerde olabilir: Bazılarında uykusuzluk ya da depresyon için kişinin kendisinin yapacağı bir BDT sunulur, bazıları ise bilinçli farkındalık ya da güvenlik planlaması içerir.²⁰ Dijital müdahaleler herkes için uygun olmayacaktır, bununla birlikte yaygın kullanımı, özellikle de COVID sonrası dünyada kalıcı olacaktır. O halde, dijital müdahalelerin intiharı önleme özellikleri hakkında kanıtlar ne söylüyor?

Genel olarak, intihar düşünceleri ve davranışlarını hedef alan dijital müdahalelerle ilgili kanıtlar, depresyon ve kaygı gibi diğer ruh sağlığı sorunlarına yönelik çevrimiçi desteğin gerisinde kalıyor. Ancak Avustralyalı meslektaşlarımız son yıllarda yenilikçi intihar önleme dijital müdahalelerinin geliştirilmesi ve değerlendirilmesi çabalarında başı çekiyorlar. Örneğin, 2019 yılında ruh sağlığı araştırmacısı Michelle Torok, Sidney’de bulunan Black Dog Institute baş bilim insanı Helen Christensen ve çalışma arkadaşları, intihar riski bulunan kişiler için kişinin kendi kendine uyguladığı psikolojik müdahaleler hakkında bir inceleme çalışması yayımladılar.²¹ On direkt müdahale (intihar eğiliminin hedef alınması nedeniyle bu adla anılıyor) ve altı dolaylı mü-

dahale (intihar eğiliminin değil depresyonun hedef alınması nedeniyle bu adla anılıyor) buldular. Bütün olarak bakıldığında, bu müdahalelerin, müdahalenin yapılmasının hemen sonrasında intihar düşüncesinde azalma ile ilintili olduğunu buldular. Ayrıca en etkili olan müdahalelerin dolaylı değil direkt müdahaleler olduğunu da buldular. Dolayısıyla depresyonun çevrimiçi tedavisine yönelik uygulamalar ya da internet sitelerinin tek başlarına intiharı önleme faydası sağlama olasılıkları yok gibi görünüyor. Bu da Dave Jobes'un, destek yüz yüze de verilse, dijital olarak da verilse, tedavide intihar eğiliminin doğrudan hedef alınması gerektiği görüşünü güçlendiriyor. Kişinin kendi kendine uyguladığı dijital müdahalelerde tedavi etkilerinin büyüklüğünün yüz yüze tedavilerinkine oldukça benzer olduğuna işaret etmemiz de gerekir. Ancak dijital müdahalelerin etkinliğine dair cevaplanmamış pek çok soru bulunuyor. Yüz yüze tedavilere benzer olarak, erkekler ile kadınlar üzerinde, gençlerle daha yaşlı yetişkinler üzerinde, farklı etnik kökenden insanlar üzerinde ya da dünyanın farklı yerlerinde (örneğin, yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerle düşük ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerde) yaşayan insanlar üzerinde aynı ölçüde etkili olup olmadığı net değildir. Etken bileşenlerin neler olduğunu, koruyucu etkilerinin ne kadar sürdüğünü ve en önemlisi intihar girişimlerini gerçekten azaltıp azaltmadığını da bilmiyoruz. Gerçek şu ki intiharın önlenmesi için dijital müdahale bilimi henüz bebeklik çağındadır. Ancak genel görünüm olumlu. Etkinlikleri hakkında öğrenmemiz gereken hâlâ çok fazla şey olsa da şu ana kadar ki kanıtlar umut verici.

Kısacası, ihtiyaç duyan insanlar için ister dijital olsun ister yüz yüze, kanıta dayalı psikososyal müdahaleler mevcuttur. İntihar krizi içerisinde hastanelerin acil servislerine başvuran insanlar çoğu zaman bir tedavi planı ya da destek almadan taburcu ediliyorlar. Kanıtlar açık: Tedavinin devamlılığının sağlanması için daha iyisini yapmamız gerekiyor. Yapılacaklar arasında güvenlik planlaması, hızla ilgili yerlere sevk ve hasta kriz halinden iyileşme aşamasına geçerken yapılandırılmış takip ve destek yer alabilir.²²

DÖRDÜNCÜ KISIM

İNTİHARA EĞİLİMLİ YA DA İNTİHAR NEDENİYLE KAYIP YAŞAMIŞ KİŞİLERİN DESTEKLENMESİ

İntiharın önlenmesi alanında ulusal ve uluslararası söylemin bir parçası olarak, benim gibi insanlar tabiri caizse çatılara çıkmış, bağıırıyoruz: “Arkadaşınızın ya da ailenizden birinin intihar eğilimli olduğundan endişeliyseniz, lütfen onlara bunu doğrudan sorun.” Kitabın bu son kısmında, bu soruyu sormuş insanlara kulak vereceğiz ve bu sayede nasıl hayat kurtardıklarını dinleyeceğiz. Ancak intihar hakkında o soruyu sormak zordur, bu yüzden nasıl yapacağınızı anlatacağım ve en iyi uygulamalardan yola çıkarak anlaşılır yol göstericiler/ıpuçları vereceğim. İntihar hakkında soru sorma (benim “i” harfiyle başlayan soru dediğim soruyu sorma) cesaretini verebilmeyi umuyorum.

Ayrıca intihar düşünceleri olan ya da kendisine zarar veren çocukluk ya da gençlik çağındaki evlatlarına destek verebilmeleri için aile üyelerine de rehberlik etmeye çalışacağım. Buna ek olarak, intihar eğilimli bir dost ya da çalışma arkadaşını desteklemenin farklı yollarını da ele alacağım. İntihar eğilimli insanlar arasında travmanın çok yaygın olduğu düşünülürse, travmalar konusunda daha bilgili olmamız, travmalar nedeniyle hassas durumda olabilecek aile üyelerimizin, dostlarımızın ya da iş arkadaşlarımızın ihtiyaçlarına daha hassasiyetle yaklaşmamız gerekiyor. Son bölümde ise intiharın aileler, çalışma arkadaşları ve dostlar üzerinde olduğu kadar hastalarını intihar nedeniyle kaybeden klinisyenler üzerinde yarattığı yıkıcı etkiyi inceleyeceğiz.

İNTİHAR HAKKINDA SORU SORMAK

İnsanlara intihar hakkında soru sormanın kişinin aklına bu fikrin tohumlarını ektiğine dair kanıt bulunmadığını hatırlarsınız; diğer taraftan bir soru hayat kurtarıcı bir konuşmanın başlangıcı olabilir. Dolayısıyla birinin iyi olup olmadığından endişe ediyorsanız, lütfen intihar eğilimli hissedip etmediklerini doğrudan sorun. Bu şekilde fazlasıyla ihtiyaç duydukları yardımı ve desteği alabilirler. Araştırmalarda elde edilen kanıtlara ek olarak, gerçek hayatta bir dostlarına ya da çalışma arkadaşlarına intihar eğilimli olup olmadıklarını sormuş pek çok insanla karşılaştım; bu soruları kişinin yardım almasını sağlayan katalizör olmuştu.

Birkaç yıl önce, yer aldığım bir belgeselin yayımlanmasından sonra, Jack adında bir genç bana e-posta göndermiş, belgeseli izleyince bir arkadaşına intihara eğilimi olup olmadığını sormaya cesaret edebildiğini söylemişti. Söz konusu olan BBC programını *-Professor Green: Suicide and Me (Profesör Green: İntihar ve Ben)-* kendisi de erkekler arasında intiharı keşfetme yolculuğuna

çıkan İngiliz bir rap şarkıcısı sunuyordu.¹ Konuya ilgisi, kısmen de olsa, babasının intiharını anlamaya çalışma isteğinden kaynaklanmıştı ve İngiltere’de intihar vakalarının dörtte üçünü erkeklerin oluşturduğu istatistiği karşısında şoke olmuştu. Babasının ölümünü, platin plak kazanan “Read All About It” gibi hit şarkıları aracılığıyla dile getirse de belgesel ile yakın aile üyelerine babasının ölümüyle ilgili koşullar hakkında ilk defa açılabilmişti. Gerçekten duygu dolu bir film; özellikle de çocukluğunun büyük bölümünde ona bakan büyükanesi ile ilgili olan bölümleri.

İntiharın psikolojisini anlamak için benimle röportaj yaptığı gibi, Profesör Green ayrıca intihardan doğrudan doğruya etkilenmiş ya da daha önce intihar girişiminde bulunmuş kişilerle bir araya geliyor. Bu kişilerden biri, daha önce intihar girişiminde bulunmuş ancak geçen zaman içerisinde iyileşmiş ve şimdi artık iyi durumda olan eski bir ragbi oyuncusu, Ben. Jack’in belgeselde yardımını gördüğünü hissettiği kısım işte burasıydı. Jack “daha önce insanların neden kendilerini öldürdükleri üzerinde çok da fazla durmamıştı” ve belgesel intihar ve ruh sağlığı hakkında farklı düşünmesini sağlamıştı. Belgeseli izlemeden önce, intihar konusunu düşünmeyi “fazla korkutucu” buluyordu ve kendi canlarına kıyan insanların “ruhsal rahatsızlıkları olduğuna ve onlara yardımcı olmak için yapılabilecek bir şey olmadığına” inanıyordu. Ayrıca belgeselde Ben’i görünceye kadar bu insanların “kendisinden farklı” olduklarını düşünüyordu. Ben ona kendi erkek kardeşini hatırlatmıştı; tipleri benziyordu ve tavırları da aynıydı. Bu da Jack’in intihar eğilimli insanların da diğer herkes gibi olduğunu fark etmesini sağlamıştı. Birkaç hafta sonra bir gün Abdul

adındaki arkadaşıyla birkaç kadeh bir şeyler içmek için dışarı çıktılar; Abdul kız arkadaşından yeni ayrılmıştı. Abdul'un canının çok sıkkın olduğu belliydi ama aralarında duygular pek konuşulmazdı, bu yüzden Jack başta havadan sudan konuşmayı tercih etti.

Kız arkadaşıyla ayrılması Abdul'un yaşadığı zor deneyimlerden oluşan uzun bir listeye yazılan son maddeydi. O gece, Profesör Green belgeselini izlemenin verdiği cesaretle Jack arkadaşına intihara eğilimi olup olmadığını sordu. Üzerinde düşünürken elini ayağını nereye koyacağını bilememişti çünkü ne söyleyeceğini bilmiyordu ama işe yaramış gibi görünüyordu. Başta Abdul soru karşısında şaşırmış gibiydi ama sonra hiçbir şey söylemeden ağlamaya başladı. Jack daha sonra bunların rahatlaması sayesinde akan gözyaşları olduğunu öğrenecekti çünkü Abdul daha önce yüksek sesle "çok yorulдум, sadece ölmek istiyorum" dememişti. Dolayısıyla Jack duydukları karşısında afallarken, Abdul'un omuzlarından bir yük kalkıyordu. Bir de fazlasıyla duygulanmıştı çünkü biri onun iyi olmadığını fark etmişti. Açıklaması zordu ama kendisini daha güvende hissetmişti; "karanlık düşüncelerini" ilk defa bir başkasıyla paylaşınca kontrolü biraz da olsa kazandığını hissetmişti. Abdul ertesi gün aile hekimine gitti, kısa bir süre sonra da ilişkisinin sona ermesi de dahil olmak üzere yaşadığı kayıplarla yüzleşmesine gerçekten yardımcı dokunan bir psikolojik danışmanla görüşmeye başladı. Sonraki aylarda da zorlanmaya devam etse de Jack ve Abdul aralarında bir anlaşma yaptılar, Abdul yeniden intihara eğilimi olduğunu hissederse Jack'i arayacaktı. Aradı da... İlk konuşmalarından birkaç hafta sonra. Abdul kendini çok kötü hissediyordu ve kendi güvenliğini

sağlayamayacağından endişeliydi. Ancak Jack'le açıkça konuşabilmek bile, danışmanıya bir sonraki randevusuna kadar krizi atlatabilmesine yetmişti.

Neyse ki Jack ve Abdul'ünkine benzer hikayelerle giderek daha sık karşılaşyoruz. Öyle ki İskoçya'da, bir süre önce "United to Prevent Suicide (İntiharı Birlikte Önleyelim)" adı altında yeni bir intiharı önleme farkındalık kampanyası başlattık.² Kampanyanın amacı halkı intihar hakkında konuşmak ve insanları ihtiyaç duydukları yardıma başvurmalarında desteklemek için gereken bilgi, beceri ve özgüvenle donatmaktır. Kampanya intihar eğilimli bir dostu, tanıdığı, iş arkadaşı ya da aile üyesi olan herkesi hedef alıyor. İntiharı önlemek için bir sosyal hareket oluşturmaya çalışıyoruz ve intiharı önlemek herkesin işi sloganını yerleştirmeye uğraşıyoruz. Çünkü öyle. İntihar belasını yenmemizin tek yolu her birimizin intiharı önlemede ne kadar küçük olursa olsun üstümüze düşen rolü oynamamızdır. Bu rol basitçe birine gülümsemek de olabilir, mutsuz birine kulak vermek de olabilir, ruh sağlığının damgalandığı durumlarla karşılaştığımızda sesimizi yükseltmek de olabilir.

Bundan birkaç yıl önce, ruh sağlığı yardım kuruluşu Samaritans tarafından başlatılan "Small Talk Saves Lives (Hoş Sohbet Hayat Kurtarır)" farkındalık kampanyası intiharı önlemede hepimizin üzerimize düşeni nasıl yapabileceğimizi ortaya koyan harika bir başka örnekti.³ Ana amacı halka kısa bir hoşbeşin kişinin intihar düşüncelerini kesintiye uğratabileceğini ve dolayısıyla hayat kurtarabileceğini anlatmaktı. İngiltere Taşımacılık Polisi, Network Rail şirketi ve İngiltere genelindeki tren yolları işletmeleri arasında yapılan bu işbirliği çalışmasıyla insanlar tren istasyonlarında, aslına bakılırsa her yerde,

başkalarıyla sohbet etmeye davet ediliyordu. İstedikleri basitti: “Birinin yardıma ihtiyacı olduğunu düşünüyorsanız, içgüdülerinize güvenin ve sohbet başlatın.” Önemli olan nokta ise şu: Kampanyayı geliştirme aşamasında, geçmişte intihar eğilimli kişilere danışmışlardı ve Middlesex Üniversitesi’nden psikolog Lisa Marzano tarafından yürütölen araştırmada elde edilen bilgilerden yola çıkmışlardı.⁴ Bu gibi kampanyaların yarattığı etkiyi ölçmek zor olabilir ancak başladığı günden 15 gün sonra farklı medya kanallarının kullandığı bu kampanya 10 milyondan fazla insana ulaşmıştı. Stephen Fry ve Lord Alan Sugar gibi ünlü isimlerin tanıtımlarda yer alması ulaşölan kişi sayısını olumlu etkiliyordu. “R U OK? – İyi misin?” farkındalık kampanyası ise Avustralya’dan güzel bir örnek; bu sosyal hareketle binlerce Avustralyalıya cevabın “İyi değilim” olduğu durumlarda ne söyleneceğı anlatılıyordu. Verilen ipuçları ve sunulan kaynaklarla insanların hayat kurtarma potansiyeli olabilecek sohbetler edebilmesini hedefliyorlardı.⁵

İskoçya uluslararası arenada, uzun yıllardır intiharı önlemeyi hükümet politikasının önde gelen maddelelerinden biri haline getirmiş öлке olarak tanınıyor. Bunun en önemli nedeni, İskoçya’nın uzun yıllar boyunca Birleşik Krallık bünyesindeki dört ulus içerisinde en yüksek intihar oranına sahip olmasıdır. Doksanların sonunda İskoçya’ya taşındığımda, buradaki intihar oranı İngiltere’nin iki katıydı. Üstelik İskoçya dağlık bölgesindeki oran daha da yüksekti. O zamandan beri kayda değeri iyileşme kaydedilirken, aradan geçen on-on beş yıllık süreçte intihar oranı yüzde 20 azaldı. Bu azalmaya neyin neden olduğunu kesin olarak bilmek mümkün olmasa da 2002’den bu yana intiharın önlenmesi ama-

cıyla uygulamaya konmuş bir ulusal strateji ve aksiyon planı bulunuyor.⁶ Öyle ki intihar hakkında konuşmanın ve yardım istemenin öneminin vurgulanması stratejinin önemli bir bölümünü oluşturuyor. Aksiyon planı sayesinde binlerce insan intiharın önlenmesi müdahale eğitimi alırken, rahatsızlıkları olan binlerce insan da alkol kullanımı konusunda kısa müdahaleler gördü. Dahası İskoçya'daki tüm yerel kurumlar kendi bölgelerinin ihtiyaçları doğrultusunda özel hazırlanmış yerel intiharı önleme eylem planını geliştirdi. Stratejinin merkezinde intiharın önlenmesinin halk sağlığı yaklaşımı gerektirdiği, ulusal eylemler kadar yerel eylemlerin de olması gerektiği ve hepimizin üzerine düşeni yapabileceğimiz düşüncesi yer alıyordu.

İNTİHAR HAKKINDA SORU SORMA İPUÇLARI

İntihar hakkında soru sormak zor olabilir, bu nedenle yardımcı olacağını umduğum bazı ipuçları vereceğim. İskoçya ulusal intiharı önleme çalışmalarının bir parçası olarak, İskoçya Ulusal Sağlık kurumu intihar hakkında konuşma, dinleme ve intiharın damgalanmasını azaltma kılavuzu olarak "Art of Conversation (Sohbet Sanatı)" adlı kaynak ve kampanyayı geliştirdi.⁷ Bu mükemmel bir kaynak; belki de Jack, Abdul'la aralarında geçen intihar hakkında konuşmalarda yararını görebilirdi. Kaynağın başlığı her şeyi özetliyor: "Sor. Anlat. Hayat Kurtar." Birine nasıl hissettiğini sormanın olumlu bir değişiklik yaratabileceği düşüncesini yaygınlaştırmaya çalışıyor. Ancak bu kaynak başlığında anlatılandan çok daha fazlasını sunuyor. Konuyla ilgili efsanelerden bahsediliyor, intihar hakkındaki önemli gerçekler özetle anlatılıyor ve insanların intihara eğilimi olabileceği-

ni gösteren bazı uyarı işaretleri vurgulanıyor. Bu uyarı işaretlerinden kitabın önceki sayfalarında bahsetmiştim ancak burada, önemli olduğunu düşündüğüm diğer bazı işaretlerle birlikte, hepsini bir arada bir defa daha sıralamaya değer.

**BİRİNİN İNTİHARA EĞİLİMLİ
OLABİLECEĞİNİ GÖSTEREN
UYARI İŞARETLERİ**

Aşağıdaki durumlarda kişi intiharı düşünüyor olabilir:

- Kapana kısılmış gibi hissettiğinden, başkalarına yük olduğundan ve gelecekte umudunun olmadığından bahsediyorsa,
- Kayıp, reddedilme ya da hayata dair başka stresli durumlar yaşamışsa ve başa çıkmaya uğraşıyorsa,
- Hayatını temize çekmeye çalışıyorsa, örneğin değerli bazı eşyaları dağıtıyor ya da vasiyetini yeniden düzenliyorsa,
- Ruh halinde açıklaması mümkün olmayan bir iyileşme görülüyorsa; bunun nedeni sorunlarının çözümünün intihar olduğuna karar vermesi olabilir,
- Davranışlarında, uyuma, yemek yeme, alkol tüketimi, uyuşturucu kullanımı ya da diğer risk alma davranışları içine girmek gibi belirgin değişiklikler olduyorsa,
- Geçmişte kendine zarar vermiş ya da intihar girişiminde bulunmuşsa,
- Öngörülemez ya da kişiliğine uygun olmayan şekilde davranıyorsa.

Dinleyin

Deneyimlerim bana, intihar düşünceleri ya da kendine zarar verme olasılığı hakkında soru sormanın önündeki önemli bir engelin, sorduğumuz dostumuzun ya da aile üyemizin “Evet” cevabı vermesi durumunda ne söyleyeceğimizi bilmememiz olduğunu söylüyor. Elbette biri bize kendini öldürmeyi düşündüğünü söyleyecek olursa, içimizde korku ya da kaygı duygularının uyanması anlaşılabilir bir durumdur. Yanlış bir şey söylemekten, işlerin daha da kötüleşmesine neden olmaktan ya da ne yapacağınızı bilememekten korkabilirsiniz. Bu kaygıların bir kısmı kişinin sorunlarını çözmesine yardımcı olma arzunuzla birlikte yoğunlaşabilir. Ancak bazen sadece dinlemek bile yeterlidir ve kişinin yardım arama gücünü bulmasını sağlar. Sorunlarını çözmek sizin sorumluluğunuz değil. Ben de sık sık aynı hataya düşüyorum. Dinlemek yerine, sorun çözme moduna geçiyorum. Sonuç olarak, bu gibi durumlarda söylenenlerin içerisindeki en önemli unsurları kaçırabiliyorum. Sonraki adımda ne yapmak gerektiğini, durumu iyileştirmek için ne yapmak gerektiğini düşünmekle fazlasıyla meşgul oluyorum. Bu yaklaşım iyi niyetli olsa da o anda dostumuzun ya da aile üyemizin istediği ya da ihtiyaç duyduğu bu olmayabilir.

Dinlemenin gücünü asla küçümsemeyin; sadece dinlemek, özellikle de açık uçlu sorular sorarak, rahatsız etmeden irdeleyerek yaptığınızda, o kadar önemlidir ki. Bu tip dinlemeye “aktif dinleme” denir çünkü dinleyen kişi diğer kişinin söylediklerine konsantre olmuştur, söylenenleri anlamlandırmaya ve sonra da cevap vermeye çalışır. Bu sayede karşıdaki kişi neleri rahatsızlık duymadan açıklayabileceğine karar verebilir ve konuş-

manın kontrolünü elinde bulundurur. Size bahsettiğim motivasyonel görüşme tekniklerini hatırlayın; bu AOYÖ tekniği etkili, destekleyici ve aktif dinlemeyi kolaylaştıracaktır. Bu bağlamda kontrol düşüncesinin değerlendirilmesi de önemlidir çünkü intihar eğilimli pek çok kişi güçsüz olduğunu ve kontrole sahip olmadığını hisseder. Dolayısıyla, kontrol hissi veren küçük olayların bile büyük bir fark yaratması ve hatta kişinin hayatındaki olayların kontrolünü kazanmasına ve duygularının kontrolünü yeniden eline almasına giden yolun temellerini atması şaşırtıcı olmayacaktır.

Anlayış gösterin

İskoçya’da, Kedere Kısa Müdahaleyi geliştirdik.⁸ Bu, keder duygusu deneyimleyen insanlara yönelik, İskoç hükümetinin başı çektiği, birden fazla kurumun dahil olduğu bir krizle mücadele hizmetidir ve ulusal sağlık hizmetlerinden, eğitim kurumları, sosyal kurumlar ve gönüllü kuruluşlardan ve emniyet güçlerinden çok geniş yelpazede görev yapan meslektaşlarımız hizmete dahildir. Bu hizmet için Glasgow Üniversitesi’nden meslektaşlarım Jack Melson ve Karen Wetherall ile müdahale eğitiminin geliştirilmesi çalışmalarına liderlik etme ayrıcalığına sahip oldum. Burada *Kedere Kısa Müdahale* hizmetinden bahsetme nedenim, kriz yaşayan kişilere aidiyet hissettiren anlayış dolu bir desteğin sunulması misyonudur. Bana göre, intihar düşünceleri taşıyan kişilerle konuşurken hepimizin ait olduklarını ve anlayışla desteklendiklerini hissettirmeye çalışmamız gerekir.

Kedere Kısa Müdahale’de anlayışlı olmayı kavram-sallaştırırken tüm dünyada anlayışlılık ve anlayışlılık odaklı terapi konusunda önde gelen otoritelerden biri

olan İngiliz klinik psikolog ve yazar Paul Gilbert'in çalış-
malarından yola çıktık. Gilbert anlayışlılığı tanımlarken,
anlayışın basit bir ifadeyle nazik ya da ilgili olmaktan
ibaret olmadığını söyler.⁹ Aynı zamanda başkalarının
çektığı sıkıntıların nedenlerini takdir etme cesaretine ve
bu nedenlerin nasıl ele alınacağını bilme bilgeliğine sa-
hip olmaktır. Başlangıçta yapılacak bir konuşmada, na-
zik ve ilgili olmaya odaklanılacağı açık. Bununla birlik-
te, cesaret ve bilgelik bileşenleri üzerinde düşünmenin
de çok faydası olacaktır. Kişiyi anlayış dolu bir karşılık
verebilmenin temelinde, olayları keder içindeki kişinin
bakış açısından görebilmek yatar. Bunun için empati
yani bir kişinin hislerini hem fark etme hem de anlama
becerisi gereklidir.

Aynı ilkeleri kendimiz için de uygulamalıyız, so-
nuçta kendimize karşı şefkatli olmamız kendi refahı-
mız açısından hayati önem taşır. Kendi kişisel terapime
başlamadan önce, kendimi inanılmaz eleştirirdim ve
başarısızlıklarımı çok da kabul etmezdim; üstelik ken-
dimi azarlayarak da çok fazla zaman geçiriyordum.
Ama daha sonra terapiyle geçen aylar ve yıllar içinde,
kendine karşı anlayışla yaklaşmanın cesaret ve bilgelik
unsurlarını geliştirebildim ve ruh sağlığım açısından ke-
sinlikle yararını gördüm. Tabii bu konuda benim sözü-
me güvenmeniz gerekmiyor. Daha önce de bahsettiğim
gibi, çalışma arkadaşım Seonaid Cleare araştırma litera-
türünü gözden geçirdi ve kendi ifadeleriyle kendilerine
karşı daha fazla anlayış gösteren insanlarda kendine za-
rar verme ve intihar düşünceleri olasılığının daha dü-
şük olduğunu belirledi.¹⁰ Dolayısıyla bir daha kendinizi
eleştirdiğinizde belki de o gün söyledığınız ya da yaptı-
ğiniz iyi bir şeyi de düşünmelisiniz.

Güven ve iş birliği oluşturun

İntihar eğilimli biri ile etkileşim içine girmeye çalışırken, bir travma geçmişinin olabileceğini ya da hayatının erken dönemlerinde olumsuz herhangi bir durum deneyimlediğini akılda bulundurmanın yararı olacaktır. Bölüm 7’de gördüğümüz gibi, özellikle çocukluk döneminde deneyimlenen travma zarar vericidir ve intihar açısından kabul edilmiş bir risk faktörüdür. Dahası, bu travma kişinin yetişkin bir birey olarak ilişki kurma becerilerini de etkileyebilir. Sonuç olarak, kişi başkalarına güven duymayabilir; bu durum destek istemeye ya da destek teklif edildiğinde kabul etmeye çekinme şeklinde kendini gösterebilir. Klinik hizmetlere başvurulmaması kısmen bununla açıklanabileceği gibi, bir süredir intihara eğilimi olan insanların erişilmesi en zor kişilerden olmasının da nedeni bu olabilir. “Erişilmesi zor” ifadesinden hoşlanmıyorum çünkü hem doğru değil hem de yanlış yönlendiriyor. Bu insanlara erişmek zor değil. Doğru olan ifade, ‘onlara erişmeyi başaramadığımız’ olacaktır. Ayrıca çoğu zaman tedaviye katılmanın önünde uzun bekleme listeleri ya da diğer engeller de bulunmaktadır ve intihar eğilimli insanlar çoğu zaman verilen hizmetlerin kendi ihtiyaçlarına uygun olmadığını ya da bu hizmetlerden sonuç alamadıklarını hisseder.

Katılım konusundaki bu zorlukların kabul edilmesiyle birlikte, bir süredir bu engellere dair farkındalık da engellerin üstesinden gelme stratejileri de artıyor. Öyle ki İskoçya dünyada, barındırdığı işgücünün travmanın olumsuz etkilerinin farkında olmasını ve uygun şekilde müdahale edecek donanımına sahip olmasını sağlamak amacıyla bilgi ve beceri çerçevesi geliştiren ilk ülkelerden biri oldu. İskoçya Ulusal Sağlık Hizmetleri – Eği-

tim Kurumu tarafından, İskoç hükümeti ve birinci elden deneyim yaşamış kişilerin ortaklığıyla geliştirilen “Psikolojik Travmanın Dönüştürülmesi Çerçevesi” tüm iş sektörlerinde travmaları dikkate alan uygulamaları yerleştirmeyi amaçlıyor.¹¹ İleride, travmalardan etkilenmiş her yaştan yetişkinin ve çocuğun ihtiyaçlarının anlaşılması ve karşılanması umuluyor. Çerçevenin temelini oluşturan ilkeleri burada bir defa daha dile getirmeye değer; nihayetinde, bu ilkeler travma deneyimi yaşamış bir kişi ile çalışırken el altında bulundurulabilecek faydalı bir rehber niteliğinde. Hatta bir adım daha ileri gideceğim. Bu ilkeler yardıma ya da desteğe ihtiyacı olan herhangi biriyle yapılacak herhangi bir konuşmanın temel taşları olmalı. Beş kelimeyle bu ilkeleri özetlersek:

1. İşbirliği yap
2. Yetkilendir
3. Tercih
4. Güven
5. Güvenlik

3. Kısım’da açıklık getirmeye çalıştığım gibi, intihar riski karşısında en etkili müdahalelerin tamamı iş birliği esasına dayalıdır. Herhangi birimiz ister ailemizin bir üyesi ister dostumuz isterse sağlık görevlisi olsun, travma deneyimi yaşamış insanların ihtiyaçlarını değerlendirdiğimizde aynı ilkeler geçerli olacaktır. Konuşması zor olabilecek konular seslendirildiğinde, geriye doğru bir adım atmak ve olayları karşımızdaki kişinin bakış açısından görmeye çalışmak iyi olacaktır. Belki de neye ihtiyacı olduğunu sorarak ve ihtiyacını karşılamak

için birlikte çalışmaya uğraşarak işe başlayabiliriz. Seçenekler üzerinde durarak yetkinin kendisinde olduğunu hissetmesini sağlayın, böylece kişi neye ihtiyacı olduğu konusunda karar verebilir hale gelecektir. Karşınızdaki kişiyi destek almayı değerlendirmesi için cesaretlendirmeye çalışıyorsanız, seçeneklerin olumlu ve olumsuz yönlerini düşündüğü sırada destek olmanın yolları var mı? Eğer bir sağlıkçıysanız, alabileceği destekler konusunda seçenekler sunun. Elbette bazı kısıtlamalar söz konusu olabilecektir ama örneğin, kişi taciz mağduru ise tedavi ya da destek hizmeti alınacak kişinin cinsiyeti konusunda tercihte bulunma imkanı sunmak özellikle önemli olabilir. Süreç boyunca dürüst ve açık olarak güven duygusu yaratmaya çalışın ve son olarak, mahremiyeti ve gizliliği sağlayın. Gizlilik konusunda söz konusu olacak sınırları ve kişinin kendisine ya da başkalarına karşı risk oluşturur hale gelmesi durumunda gizliliğin bozulmasının gerekebileceğini açıkça belirtmenin güven oluşturmada önemli bir payı olduğunu söylemeye gerek yok.

İntihar hakkında soru sormanın en iyi yolu ne olabilir diye düşündüğümde aklıma gelen son iki kelime şu: İnsancıl olun!

İNTİHAR EĞİLİMLİ KİŞİLERİ DESTEKLEMEK

İntihar eğilimli ya da kendisine zarar verebilecek bir aile üyesine, bir dostumuza ya da iş arkadaşımıza en iyi nasıl destek olabileceğimiz endişesinin nasıl olduğunu hepimiz kolayca anlayabiliriz. Elbette söz konusu desteğin niteliği kişiyle ya da aile ile olan ilişkinize bağlı olacaktır. Bu bölümde, en iyi uygulamalardan yola çıkarak, nelere bakılması gerektiğini vurgulayacağım ve zor olması olası bu durumlarda yolunuzu bulmanıza yardımcı olacak ipuçları vereceğim. Bu rehber, önceki bölümde verdiğimiz insanlara intihar hakkında sorular sorma ipuçlarına ve daha önceki bölümlerde insanların ilk başta neden intihar eğilimli hale geldiklerini anlamaya çalışırken verdiğim bilgilere dayanıyor. Dostlarımıza ve çalışma arkadaşlarımıza destek olma konusuna geçmeden önce ailelere destek olmakla ilgili bir başlıkla başlamak istiyorum.

GENÇ BİR BİREYİN İNTİHAR DÜŞÜNCELERİ TAŞIDIĞI YA DA KENDİNE ZARAR VERDİĞİ DURUMLARDA AİLELERE DESTEK OLMAK

İntihara eğilimli ya da kendine zarar veren bir gencin ailesine destek olurken atılacak ilk adım, nasıl bir süreçten geçtiklerini anlamaktır. Elbette destek olmaya çalıştığınız aile kendi aileniz ya da bir dostunuzun ailesi olabilir. Ancak takip eden paragrafları yazarken genel olarak aileleri düşündüm çünkü bir adım geriye çıkıp ister yakın ister uzak olsun başkalarına en iyi nasıl destek olabileceğimizi düşünmemize yardımcı olacağına inanıyorum.

İntihar düşünceleri olan ya da kendine zarar veren bir gencin bulunduğu aileniz ya da başka bir aile, neler olduğuna anlam vermeye ve yaşananların kendileri ve en yakınları açısından anlamını kabul etmeye çalışacaktır. İntihara eğilimli ya da kendine zarar veren gençlerin anne babalarında ve ailelerinde başarısızlık, utanç, suçluluk, şok ve kızgınlık duyguları yaygındır. Ebeveynler olarak en değerli ödevimiz çocuklarımızın zarar görmemesini sağlamaktır. Ve genellikle, çocuğumuzu korumayı düşündüğümüz zamanlarda, onları dışarıdan gelen potansiyel zararlara karşı korumaya ya da fiziksel olarak sağlıklı olmaları için elimizden geleni yapmaya çalışmaya odaklanırsınız. Kendi çocuğumuzun kendine zarar verebileceği düşüncesi çoğumuza fazlasıyla yabancıdır. Ancak daha önce de belirttiğim gibi, ergenlik çağındakiler arasında kendine zarar verme davranışının yaygınlığı çarpıcı bir hatırlatıcı olarak önümüzde duruyor. Her 10 ergenden en az biri, 16 yaşına gelinceye kadar kendisine zarar verecek ve bunların her 5'inden 1'i kızlar olacak; üstelik bunu büyük olasılıkla son 12 ay içerisinde yapacaklar.¹ Daha da fazlası intihar düşünceleri

lerini dile getirecek ve bazıları kendilerine zarar vermelerinin ardından hastaneye kaldırılacaklar. Cinsiyetleri ve cinsel yönelimleri açısından azınlık konumundaki ergenlerde de kendini yaralama düşünceleri ve davranışları bakımından riskler daha yüksektir.²

Ailelerin damgalanması ve deneyimledikleri çaresizlik de ne yapacağını ya da kime başvuracağını bilmemekle birleşince bunaltıcı olabilir. Birkaç yıl önce, Oxford Üniversitesi'nden Anne Ferrey ve Keith Hawton oğlu ya da kızı kendine zarar vermiş ebeveynlerle yürütülen, mülakat bazlı bir çalışmayı yayımladılar.³ Elde ettikleri bulgular etkileyiciydi ve ailelerin bu zor zamanlarda desteklenmesinin aciliyetini vurguluyordu. Ebeveynler çocuklarının bir süredir kendisine zarar verdiğini öğrenmenin ilk anda yarattığı etkiden bahsediyorlardı; şok, inanamama ve bir de kendi ruh sağlıkları üzerinde yarattığı etki. Bazı ebeveynler depresyona girdiklerini, duygusal olarak tükendiklerini, aşırı duyarlı ve aşırı korumacı hale geldiklerini ifade ediyorlardı. Kardeşler üzerinde de çok çeşitli etkiler görülmüştü; bazı ebeveynler diğer çocuklarının içlerlediklerini ve kızgın olduklarını söylerken, bazıları da kardeşlerin destek olduklarını ifade ediyordu. Ayrıca kardeşlerinin kendisine zarar vermesinden sorumlu hisseden çocuklardan da bahsediliyordu; diğer yandan, bazıları kendine zarar veren bir kardeşlerinin olması nedeniyle damgalanmış hissetmişti. Bütün olarak bakıldığında, bu mülakatlar kendine zarar veren ya da intihar eğilimli bir çocuğun olmasının aile üzerindeki derinlere işleyen ve acı verici etkisini vurguluyordu. Aile üzerinde oluşan etkinin aynı zamanda ilişkilerde önceden var olan gerilimleri ya da çatlakları açığa çıkarması da şaşırtıcı değildir; bunlar

ailenin tüm üyelerinin omuzlarına binen duygusal yükü daha da ağırlaştırabilir. Dolayısıyla, bir gencin kendine zarar verdiği ya da intihara eğilimi olduğu bir aileye destek olmaya çalışırken bu gibi sorunları aklınızda bulundurmalısınız. Bu durumdaki bir ebeveynseniz, çok farklı ve zaman zaman birbiriyle çelişen duygular deneyimleyeceğinizi bilmeniz önemlidir. Daha önce de bahsettiğimiz gibi, kendinize karşı çok acımasız olmamaya ve ailenizden ve dostlarınızdan olduğu gibi, uzmanlardan gelecek desteklere de açık olmaya çalışın.

Bu mülakatlarda ortaya çıkan genel bir diğer tema ebeveynlerin çoğunun deneyimlediği derin izolasyon hissi ve sosyal desteğin ne kadar değerli olduğu ve ihtiyaç duyulduğudur. Ebeveynlerden bazıları dostlarından gelen gayri resmi desteğin yararını görürken, bazıları destek gruplarının olmasının kendilerine yararı olabileceğini hissetmişlerdir. Bildiğim kadarıyla, ne yazık ki, bu gibi çok az sayıda destek grubu var. İster Glasgow'da ister Beijing'de ya da New York'ta yaşayın, destek seçenekleri sınırlı. Genel anlamda bu araştırma bulguları, çocukları kendisine zarar vermiş ya da intihar girişiminde bulunmuş ailelerle yıllar boyunca olan sayısız karşılaşmamda yaşadığım deneyime benziyor. Aileler ilk andaki şoku atlattıklarında, kafalarında cevap bekleyen çok fazla soru olur: Çocuğumun güvenliğini nasıl sağlarım? Kimden destek alabilirim? Çocuğumu nasıl hayal kırıklığına uğratabildim? İnsanlar benim ve ailem hakkında ne düşünecek? Çocuğumun mahremiyetini korurken nasıl yardım alabilirim? Gerçek şu ki bu sorulara kolayca cevap vermek mümkün değil ancak intihar eğilimli ya da kendine zarar veren çocukları ile başa çıkmaya çalışan ailelerinin karşılanamayan muaz-

zam ihtiyaçlarına da dikkati çekiyor. Bu bölümde ele almaya çalışacağımız önemli sorunlardan bazıları bunlar.

Aileler bu gibi zor durumlarla başa çıkmaya çalışırken ortaya çıkan bazı gerginlikler olur. Birkaç yıl önce görüştüğüm bir aileyle sohbetimiz sırasında bu gerginliklerin gündeme geldiğini hatırlıyorum. Ergenlerde intihar ve kendine zarar vermeyle ilgili bir konferans vermiştim ve sondaki soru cevap kısmı yeni bitmişti ancak herkes konferans salonundan ayrıldıktan sonra bir çift beni beklemişti. Konferans sırasında da dikkatimi çekmişlerdi çünkü konuşmamın bir bölümünde baba duygusallaşmıştı ve göz göze geldiğimizde “İyiyim, sorun yok” der gibi başını sallamıştı. O yüzden beklemelerine sevinmiştim, böylece adamın iyi olduğundan emin olabilecektim.

O günlerde, babanın “tam bir kabus” diye tanımladığı bir dönemden geçiyorlardı. 15 yaşındaki oğulları Arron ilkokuldan beri arkadaşlık kurmakta zorlanıyordu. “İssızlaşmıştı” ve özgüveni “dibe vurmuştu.” Arron sürekli kimsenin ondan hoşlanmadığını düşünüyordu çünkü yaşıtlarından biraz farklıydı. şimdi bile, en iyi arkadaşım diyebileceği kimsesi yoktu. Ergenliğe girdiğinde işler çok daha kötüye gitmişti, bir de cinselliğiyle ilgili sıkıntılar yaşamaya başlamıştı. On nc doğum gününün ardından çok geçmeden gerçekten “karanlık bir dönemi” olmuştu ancak anne babası son dönemlerde çok daha iyi olduğunu düşünüyorlardı. Kendi başına olmaktan mutlu görünüyor, boş zamanlarının çoğunu PlayStation oynayarak geçiriyordu. Diğer ergenlerden çok da farklı değil gibiydi, bu yüzden üzerinde fazla durmamışlardı. Ama sonra, karşılaşmamızdan yaklaşık iki ay önce, Arron’ın uyku düzeni çok bozulmuştu ve

birden, hiç beklemedikleri bir şekilde, onu bir gece aşırı dozda ilaç almış ve kendinden geçmiş halde bulduklarında hastaneye kaldırmaları gerekmişti. Tıbbi açıdan ciddi bir durum olmasına rağmen, Arron kalıcı bir zarar görmeyecek kadar şanslıydı ve iki gün sonra hastaneden taburcu edilmişti. Ancak aile çökmüştü. Anne babası kendilerini suçlu hissediyorlardı, onu hayal kırıklığına uğrattıkları için çok utanıyor, aynı şeyi tekrar yapacak diye çok korkuyorlardı. Arron aşırı ilaç almanın güdüsel olduğunu, neden yaptığını açıklayamayacağını söylüyordu, sadece “çok bunalmıştı.” Anne Ferrey’nin çalışmasında mülakat yapılan diğer pek çok anne baba gibi, onlar da şok halindeydiler. Ebeveyn olarak saldırıya uğramış hissediyorlardı; oğulları kendine zarar vererek onlara saldırıda bulunmuş gibi hissetmişlerdi. Elbette öyle değildi ancak oğullarına karşı kızgın olmamak ve içermemek ellerinde değildi. Ailelere destek verirken bakmanız gereken önemli duygusal ve anlaşılabilir tepkiler işte bunlar olacaktır.

Arron’ın anne babası olayların nasıl o kadar hızlı ilerlediğini ya da böyle olacağını nasıl olup da anlamadıklarını çözemiyorlardı. Olup bitenler üzerine düşündüklerinde, önceki haftalarda oğulları için kaygılı olduklarını çünkü biraz öngörülemez ve agresif davrandığını hatırlıyorlardı. Ama aşırı dozda ilaç alacağını hiç düşünmemişlerdi. Ajite hallerini ergenliğin fırtınalı zamanlarına, cinsel kimliğini anlamlandırmaya çalışmasına ve uyku düzeninin bozulmasına yormuşlardı. Konferansına olayları anlamalarına yardımcı olacağı umuduyla gelmişlerdi. Onlara spesifik cevaplar veremeyeceğini zaten biliyorlardı ama hikayelerini paylaşmak ve oğullarının güvenliğini sağlamak için başka ne

yapabileceklerini öğrenmek istiyorlardı. Onlara klinisyen olmadığımı söyledim. Oğullarının aile hekimi ile bir defa daha görüşmeleri ve bir güvenlik planı hazırladıklarından emin olmaları için cesaretlendirdim. Yardım alamadıklarını ve sağlık sistemi tarafından yalnız bırakıldıklarını hissediyorlardı. Oğulları aşırı dozda ilaç almış olmasına rağmen, intihar niyeti olduğunu inkar ettiğinden, yüksek risk altında olduğu değerlendirilmemişti. Aileye tedavi için uzun bir bekleme listesi olduğu söylenmişti. Onların gözünde, oğulları etrafında sağlık sisteminin güvenlik ağını hissetmeye ihtiyaç duyduğunda, sistem çökmüş, onu ve ailesini bu durumla hiç destek almadan başa çıkmaya terk etmişti. Umarım bu kitap bu gibi zorlu sınavlardan geçmekte olan anne babalara, çocuklarının güvenliğini ve iyiliğini sağlama mücadelesi verirken umut ve tavsiyelerde bulunarak yardımcı olabilir.

Ne yazık ki yaşadıkları bu deneyimin bir istisna olduğunu söylemek mümkün değil; İngiltere’de ve diğer pek çok ülkede, çocuk ve ergen ruh sağlığı tedavileri için bekleme listeleri kabul edilemez ölçüde uzun. Bu ön saflarda özveriyle çalışan personelin hatası değil, onların tedavideki bu gecikmelerden benim kadar rahatsız olduğuna şahidim. Siyasilerin ruhsal ve fiziksel hastalıklar arasında, örneğin tedavi için bekleme süreleri bakımından eşitliğin sağlanmasının öneminden bahsettiklerini sıklıkla duyuyoruz. Son yıllarda bu açıdan belli bir ilerleme kaydedilse de ne yazık ki bu genel olarak gerçeklikten çok bir temenni olarak kalıyor. Arron’ın ailesinin denizde kaybolma hali, çocuklarını en iyi şekilde desteklemek ve korumak için ne yapmaları gerektiğinden emin olamama deneyimi, başka sayısız

ailenin deneyimlerini yansıtıyor. Gençlere ve ailelerine zamanında destek sunabilmek için daha fazlasının yapılması gerekli. Bir gencin intihar riskinin yakın olduğundan endişe ediyorsanız, hiç tereddüt etmeden acil servise başvurmanız gerektiğini unutmayın.

Ayrıca okullarda kendine zarar verme ve intihar davranışı riskinin yönetilmesi üzerine de düşünmemiz gerekiyor. Burada önemli zorluklar söz konusu olsa da, İsveç Karolinska Enstitüsü bünyesinde Danuta Wasserman liderliğinde gerçekleştirilen büyük ölçekli bir Avrupa çalışmasında, Youth Aware of Mental Health (YAM) (Gençlerde Ruh Sağlığı Farkındalığı) başlıklı yapılandırılmış bir programın ergenlik çağındaki bireylerde intihar girişimi ve intihar düşüncesini azaltmada etkili olduğu görülmüştür.⁴ Bu akran destek programında gençler ruh sağlıkları hakkında konuşmaya ve kendileri açısından önemli olan sorunları tartışmaya cesaretlendiriliyorlar. Programın tam kapsamlı olarak uygulamaya konması mümkün olmasa bile, okullar gençlerin ruh sağlıkları ve iyilik halleri ile ilgili canlandırma yapımları ve görüş alışverişinde bulunmaları için güvenli alanları teşvik ederek, program ilkelerine bağlı kalmaya çaba göstermelidir.

Son birkaç yılda, ebeveynlere ve bakım verenlere çocuğun kendine zarar vermesi durumu ile başa çıkmalarında yardımcı olmak üzere mükemmel bazı çevrimiçi kaynaklar geliştirildi. Örneğin, ailelerle yaptıkları mülakatlardan yola çıkan Anne Ferrey ve Keith Hawton “Coping with self-harm: A guide for parents and carers (Kendine Zarar Vermeyle Başa Çıkma: Ebeveyn ve Bakım Verenler İçin Rehber)” adlı çevrimiçi bir kaynak üretti.⁵ Rehber kendine zarar vermenin ne olduğunu ve

kendine zarar verme davranışının nedenlerini açıklayarak başlıyor ve kendine zarar verme davranışına gecikmeden müdahale etmenin önemini vurguluyor. Sonraki başlıkta, bu rehberden yola çıkarak ebeveynlere ve bakım verenlere kendine zarar verme davranışı ile başa çıkmak için yapabilecekleri pratik uygulamaları özetleyeceğim.

İletişim, iletişim, iletişim!

İyi bir iletişim çocuğunuza vereceğiniz desteğin başı, ortası ve sonu olacaktır. Kendine zarar verme ile başa çıkma açısından kesinlikle hayati öneme sahiptir. Ancak bazı zamanlarda, özellikle şok halindeyseniz, çocuğunuza kızgınsanız ya da o size kızgınsa, etkin iletişim kurmak zordur. Yukarıda gördüğümüz gibi, Arron'ın anne babası çelişkili duygular içerisindeydi; onu seviyorlardı ama aynı zamanda kızgındılar ve korkuyorlardı. O halde, iletişimin daha etkili olması için ne yapılabilir? “Kendine zarar verme ile başa çıkma” kaynağı yararlı olabilecek bazı ipuçları sunuyor; bazılarını aşağıdaki birkaç paragrafta, kendi düşüncelerimle birlikte, özetleyeceğim. Ancak çocuğun kendine zarar vermesi ile başa çıkma konusundaki zorlukları dikkate alarak, bu ipuçlarının çoğunu, bilerek, denemeniz gereken şeyler olarak sunuyorum. Bunun nedeni kendine zarar verme davranışı ile başa çıkmanın zor olduğunu bilmemdir, dolayısıyla sabrınız tükendiğinde, korku duyduğunuzda ya da hayal kırıklığı yaşadığınızda kendinizi eleştirmemeye çalışın. Bunlar anlaşılır tepkilerdir.

Sohbet başlatmaya çalışın ancak bunu yaparken nazik olun, eğer çocuğunuz konuşmaya istekliyse, konuyu kendine zarar vermeye getirin. Konuşmanın yoğunlu-

ğunu azaltmak için belki başka bir aktivite ayarlayabilir -örneğin yürüyüşe çıkabilir ya da arabayla dolaşabilir- sonra bu konuşmayı yapabilirsiniz. Arron'ın anne babası deniz kenarında yaşıyordu ve aşırı dozda ilaç almasından birkaç gün sonra, olanlar hakkında konuşmak için deniz kenarına yürüyüşe gittiler. Genç biri başlangıçta kendine zarar verdiğini inkar edebilir ya da ne söyleyeceğini bilemeyebilir. Pek çok duygunun etkili olması olasıdır. Utanç duyabilir ya da mahcup hissedebilir ya da kızgın olabilir ya da üç duyguyu birden yaşayabilir. Kendine zarar verdiğini inkar ederse, o zaman tamam, belki başka bir zaman tekrar denersiniz. Ancak zor sorular sorduğunuzda her zaman bir çıkış yolu bırakın. Kendisini köşeye sıkışmış hissederse, fazla ilerleme kaydetme olasılığınız düşük olur ve genç çocuğunuzun içermesine yol açabilir. Ayrıca kapana kısılmışlık duygusunu da artırabilir. Açıklama yapması için mümkün olduğunca fırsat tanıyın ve onu dinleyeceğinizi açıkça belirtin. Yargılayıcı olmamaya çalışın ve onu sevdiğinizi, ne söylerse söylesin onu her zaman seveceğinizi söyleyin. Kendine zarar verme eyleminin ona duyduğunuz sevgiyi değiştirmeyeceğini söyleyin.

Sizinle konuşmayı istemezse alınmayın. İsterse başka biriyle konuşabileceğini söyleyin; bu kişi aile hekimi ya da başka bir sağlık personeli gibi bir uzman olabilir. Ayrıca yüz yüze konuşmak istemeyebileceğini ancak sms, WhatsApp ya da e-posta üzerinden konuşmaya açık olabileceğini de dikkate alın. Kendisine neden zarar verdiğine dair sorular sorarken, "Başına ne geldi?" tarzında cümleler kurmaya çalışın ve "Neden yanlış şeyler yapıyorsun?" gibi olumsuzluk yüklü ifadelerden kaçının.

Çocuğunuz neden böyle hissettiğini anlamaya çalışabilir, özellikle de ergenlik döneminde yolunu bulmaya ve kim olduğunu anlamaya çalışıyorsa. Farklı kimlikleri “deniyor” da olabilir. Çocuğunuza mümkün olduğunca onu onayladığınızı, ona karşı empati duyduğunuzu ve şefkat beslediğinizi aktarın. Hissettiği şeyleri onaylamanız da önemlidir. Neden öyle hissettiğini anlamasanız bile, söz konusu olan gencin gerçekliğidir. Hislerini basite indirgememeye çalışın. Nasıl hissettiğini anladığınızı söyleyerek empati gösterin ve çektiği acıdan endişe duyduğunuzu ve acısını azaltmaya yardımcı olmak istediğinizi ifade ederek şefkat gösterin. Çocuğunuz iyi gibi görünse bile, belli ki kendi içinde bir mücadele veriyor; ne hissettiği konusunda uzman olanın kendisi olduğunu unutmamaya çalışın. Bazı ebeveynler bunu kabul etmekte zorlanır, en iyisini kendilerinin bildiğini düşünürler.

İletişim kurulunca, kendine zarar verme davranışlarını nelerin tetiklediğini bulmasına yardım edin. VHS-İstemli Yardım Formu ya da güvenlik planını –eğer çocuğunuz için hazırlanmışsa– kullanmanın yanı sıra çocuğunuzun bu tetikleyicilerle karşı karşıya geldiği bir sonraki seferde nasıl farklı tepki gösterebileceğinize dair düşünceleri yapılandırmak da bu açıdan işe yarayabilir. Güvenlik planlaması ile ilgili olarak önerdiğim gibi, kendine zarar vermenin potansiyel alternatiflerini birlikte düşünün (takip eden sayfaya bakın).

Başa çıkma stratejileri belirleyin

Çocuğunuzun kendine zarar verme davranışı ile tanımlanamamaya çalışın. Ona güçlü yanlarını, başarısız olmadığını ve yaşadığı sıkıntıların geçeceğini hatırlatın. Genç

biri için, yaşamakta olduğu krizin ötesini görmek zor olabilir. Gelecekte işlerin iyiye gideceğini ve şu anda neyin işe yarayacağına dair bir cevap bulamasa bile üzerinde çalışmaya devam edebileceğini, ayrıca doktoruyla konuşmanın yararını görebileceğini anlatın.

Yaşanan mevcut kendine zarar verme olayının ötesini düşünerek alternatifleri değerlendirmeye çalışın. Çocuğunuza duyguları ve hisleri ile başa çıkabileceği farklı yollar düşünmesinde yardımcı olun. Bu alternatifler film seyretmek ya da müzik dinlemek gibi dikkat dağıtıcı teknikler olabilir ya da banyo yapmak ya da resim yapmak ya da yaratıcı başka bir şeyle uğraşmak gibi yatıştırıcı aktiviteler olabilir. Duyguları serbest bırakmanın farklı yollarını düşünmenin yararı olabilir. Biri için işe yarayan başkasında işe yaramayabilir. Ancak buz küpünü eriyinceye kadar elinde sıkmak ya da bileğinin etrafına lastik dolamak biraz da olsa rahatlama sağlayabilir. Bazı gençler spor ya da egzersiz yapmanın, tükenmez kalemle kendi cildine resim yapmanın ya da yastık gibi yumuşak bir nesneyi yumruklanmanın da stresi azaltan etkili aktiviteler olduğunu ifade ediyor.

Kime anlatmalı?

Başka kime anlatmak gerektiğini bilmek biraz zor. Gösterecekleri tepkileri düşünmeniz önemli olacaktır. Anlatınca korkacaklar mı? Anlayacaklar mı? Bu kararlar her zaman mahremiyet ihtiyacı ile destek ihtiyacı arasında hassas bir dengeyi yansıtır. Benzer şekilde, ailenin diğer üyelerine, örneğin kardeşlerine, söylemenizi isteyip istemediğini çocuğunuzla konuşun. Burada da doğru ya da yanlış cevap yoktur ve yine gizli tutmakla, söylemenin faydaları ve zararlarını düşünmenin gerektiği bir

durumdur. Kendine zarar verme olayı açıklanmasa bile, bir şeylerin yolunda gitmediğini hissedebilecekleri düşünülürken, diğer kardeşlerin de kendi duygularını yönetme konusunda desteğe ihtiyaçları olabilir.

Kime anlatılacağı konusu dijital dünyayı da içerebilir. Genç, deneyimlerini zaten internette paylaşmış olabilir ya da bunu yapmayı düşünüyor olabilir. Avustralya, Melbourne’da bulunan Gençlik Ruh Sağlığı Merkezinden Jo Robinson ve çalışma arkadaşları genç çevrelerle birlikte, internette intihar ve kendine zarar verme konusunda güvenle iletişim kurmakla ilgili, gençlere yönelik muazzam faydalı bir rehber olan #chatsafe’i geliştirdiler.⁶ Bu kaynaklar farklı ülkelerde kullanılmak ve internette paylaşım konusunda pratik araçlar ve destek sunmak üzere modifiye edilmiştir. #chatsafe özellikle bir gencin internette kendi düşünce ve duygularını paylaşmak istediği zaman üzerinde düşünmesi gerekenleri tarif ediyor. Bunlar arasında, yapılan paylaşımların viral olabileceğine, paylaşım yapıldıktan sonra silmenin zor olabileceğine dair hatırlatmaların yanı sıra bir paylaşımın yapılmasının ardından nasıl takip edilebileceğine dair yararlı ipuçları bulunuyor. Ayrıca gençler için pratik öz bakım ipuçları da sunuluyor. #chatsafe ayrıca genç bir bireyin intihar nedeniyle öldüğü üzücü durumlarda anma amaçlı internet sayfaları hakkında da rehber sunuyor.

Aile hekiminin rolü

Kendine zarar verme ve intihar riskinin yönetilmesinde aile hekiminin küçümsenemez bir rolü vardır; aslına bakılırsa, genellikle aldığımız tıbbi bakımın kapılarında bekleyen görevliler gibidirler. İntihar nedeniyle ölen pek

çok kişi ölümlelerinden önceki yılda ruh sağığı hizmetle-ri ile temas halinde olmasa da, 35 yaşın altındaki kişiler-den en az yüzde 60 ila 80'i intiharından önceki 12 ay içinde aile hekimini görmüştür.⁷ Ayrıca kendine zarar veren gençlerin yarısından fazlası önceki altı ay içerisinde aile hekimiiyle temas halindeydi.⁸ Aile hekimlerinin sadece gençlerde değil, hayatın tüm aşamalarındaki insanlarda intihar riskinin belirlenmesi ve yönetilmesi bakımından muazzam bir potansiyeli var. Elbette aile hekimlerinin karşılarına çıkan pek çok zorluk var. Birincisi, görüşme süreleri çoğu zaman on dakikadan daha kısa bir süreyle sınırlı oluyor, dolayısıyla bu süre içerisinde ayrıntılı bir psikososyal değerlendirme yapabilmeleri zor olabilir. İkincisi, intihar nedeniyle ölen kişilerin büyük bölümü, ölümünden önceki 12 aylık süre içerisinde aile hekimiiyle ya da temel sağık hizmetleri hemşiresi ile görüşse de her zaman intihar eğilimli olup olmadıklarını açıklamıyorlar. Bu ikinci soruna yönelik olarak, aile hekimlerine endişe duydukları her hastalarına direkt olarak intihar düşüncesi olup olmadığını sormalarını, cevap evet olursa plan yapıp yapmadıklarını sormalarını ve buna göre müdahalede bulunmalarını öneriyorum.

Aşağıdaki kısım aile hekimleri düşünülerek kaleme alınsa da intihar eğilimli ya da kendine zarar veren birinin ebeveyniyse, aile hekiminizden ne bekleyebileceğinize dair yol gösterici olabilir. Burada aile hekiminin temel ilkesi kişinin konuşmasını sağlamak ve sadece risk değerlendirme ölçekleri ya da araçlarına güvenmemektir. Aile hekimii hasta ile konuşarak geçmişine dair bilgi toplayabilir ve bu bilgiyi mevcut yaşam koşulları ile birleştirip hastanın ihtiyaçları ve risklerini yansıtan bir resim oluşturabilir. Ulusal Sağık ve Bakım Mükemme-

liyet Enstitüsü (NICE) tarafından hazırlanan, kendine zarar vermenin yönetimi el kitabına uygun olarak, aile hekimi intihar riskini belirlemek için sadece klinik risk araçları ve ölçeklerine güvenmemelidir. Araç ve ölçekler tek başlarına işe yaramaz. Manchester Üniversitesi bünyesinde bulunan İngiltere İntihar ve Ruh Sağlığı Güvenliği Gizli Ulusal Araştırması çalışmasına başkanlık eden, yakın dostum ve meslektaşım Nav Kapur, yıllardır bu gibi araçların ve ölçeklerin intiharı öngördüğüne dair herhangi bir kanıt olmadığını söyler. Hatta bunların kullanımı yanlış bir güven duygusu da verebilir. Kısacası, hiçbir zaman sadece bu gibi araçlarla elde edilen bilgilerden yola çıkarak klinik tedavi konusunda karar verilmemelidir.⁹ Elbette bu gibi araçların kullanımı daha bütüncül bir psikososyal değerlendirme kapsamında ya da intihar riski üzerine görüşmenin yapılandırılması açısından yararlı olabilir. Hatta hem aile hekiminin hem de ailenin gence destek olmak için kullanabilecekleri değerli bilgiler sunabilir.

Kendine zarar veren ya da intihara eğilimi olan gençlerin aile hekimlerinden ne istediklerini tahmin etmeye çalışmak yerine, Jo Robinson, India Bellairs-Walsh ve çalışma arkadaşları Avustralya’da bir grup gence görüşlerini sordu.¹⁰ Bir defa daha ifade etmek isterim ki bir ebeveynseniz ya da aile hekimiyseniz, burada çok değerli bilgiler bulacaksınız çünkü bir gencin aile hekimine gittiği zaman tam olarak ne istediğini ve neye ihtiyacı olduğunu anlamanıza yardımcı olacak. Bu tartışmalar birbiri ile ilişkili beş temanın ortaya çıkmasına neden oldu.

İlk tema katılımcı bir diyalogun istenmesi etrafında döner. Bozuk plak gibi aynı şeyleri tekrarlıyormuşum gibi geliyor, biliyorum ama katılım kendine zarar ver-

menin yönetilmesi ya da intiharın önlenmesi için yapmamız gereken her şeyin temelinde yer alıyor. Sağlık uzmanı, birinin ruh sağlığı hakkında en iyisini bilir tarzında ataerkil düşüncelerin hakim olduğu günler geçmişte kaldı. Ayrıca gençler aile hekiminin proaktif olmasını, fiziksel sağlıkları hakkında olduğu gibi, ruh sağlıkları hakkında da sorular sormasını istiyorlardı. Gençlerin bazıları aile hekiminin intihara eğilimlerini tam olarak irdelemediğini ve böylece yardımcı olma fırsatını kaçırdığını söylüyorlardı. Bu bulgulardan ders çıkarmamız gerekiyor. Katılımcı diyalog ayrıca farklı kararlar verildiğinde elde edilecek faydalar ve söz konusu olacak riskler de dahil olmak üzere tedavi seçeneklerini de kapsamalıdır. Gençlere göre, bu yaklaşım hastanın özerkliğini ve kararlarını bilgilendirilerek almasını teşvik etmek açısından önemlidir. Eğer bir ebeveynseniz, bunu çocuğunuzla birlikte aile hekiminizle görüşebilirsiniz.

İkinci tema -riskin açıklanması ile mahremiyetin kaybedilmesi korkusu- bazı gençlerin ruhsal sağlıkları ve intihar düşünceleri hakkında kişisel bilgileri açıklamasının önünde engel oluşturmuştu. Anne babalar da aile hekimi de gencin nelerden endişelenebileceği üzerinde dururken bunu dikkate alması gerekir. Avustralya'da yapılan çalışmada, gençler hangi bilgilerin hasta dosyalarında kayıt altına alınacağından ve bu bilgilerin nerelere gideceğinden endişe duyduklarını belirtmişlerdi; özellikle de sağlık kayıtlarının giderek dijitalleştiği dikkate alındığında. Bu tema, aile hekiminin hastanın kişisel bilgilerine ne olacağı ve kimlere açıklanacağı konusunda şeffaf ve açık olmasına ihtiyaç olduğunun altını çiziyor.

Üçüncü tema aile hekiminin kullandığı etiketlere odaklanıyordu; örneğin, bazı gençler “risk altında” ifadesini sevmemişlerdi. Kulağa olumsuz ve küçük düşürücü gelmişti ve aile hekimlerinin daha olumlu bir dil kullanmasını, belki riskten çok iyilik haline odaklanmalarını söylüyorlardı. Ayrıca teşhislere indirgemek yerine, kendilerini bütün bir insan olarak görüp gösterdikleri belirtilere ve yaşadıkları deneyimlere daha fazla odaklanılmasını istemişlerdi. Ayrıca kişiyi ya sağlıklı ya da hasta olarak nitelendiren geleneksel tıp yaklaşımını sorunlu ve bazı durumlarda da hükümsüz olarak değerlendiriyor ve eleştiriyorlardı. Bu, hepimizin dikkate alması gereken yararlı bir tavsiye: Her türlü etiketin ve teşhisin ötesine bak ve dünyayı ve gencin içinde olduğu mücadeleyi onun gözlerinden gör.

Önceki tema ile ilişkili olarak, aile hekiminin tavırlarının önemi dördüncü temada vurgulanıyordu. Aile hekimi ilgisiz görünür ya da kişisel olmayan bir tavır sergilerse, gencin aile hekimini görmek istememesi anlaşılabilir bir durum. Ruh sağlığı sorunlarını açıklamının önünde engel oluşturacağına da şüphe yok. Bu temanın konusunun bir gence destek vermekte olan, aile üyelerinden arkadaşlara, öğretmenlerden sağlık ve sosyal hizmet uzmanlarına kadar herkes için geçerli olduğunu söylemeye elbette ki gerek yok. Gençler ayrıca formüle dayalı gibi görünen ve işaretlenmesi gereken kutucukların olduğu formlara odaklı bir aile hekimi-hasta etkileşimini de beğenmiyorlar. Aktif dinleme, iyi düzeyde göz teması ve cesaret verici beden duruşu da gençler tarafından intihar eğilimli hallerini ya da kendine zarar verme durumlarını konuşurken önemli gördükleri konular arasında belirtilmiş. Gençlerin bu

gibi kişisel bilgileri açıklarken kırılğan hissedeceklerini aklımızda bulundurmalı, yargılayıcı ya da önemsemez tavırlar sergilemekten ya da endişelerini küçümsemekten kaçınmalıyız.

Ortaya çıkan son tema ise gençlerin pratik destek sağlamada aile hekimlerinin rolünün ne kadar önemli olduğunun farkında olmasıydı. Kriz anında aile hekimlerini son derece değerli bir kaynak olarak görüyorlardı, bazıları ise takip desteği sunmalarının önemli olduğunu hissetmişti. Bu ikincisi aslında şaşırtıcı değil çünkü kendine zarar veren ya da intihara eğilimi olan pek çok genç değer gördüğünü hissetmez, dolayısıyla bir aile hekiminin -ya da başka herhangi bir uzmanın- zaman içerisinde durumlarına ilgi göstermesi son derece güçlü etkiye sahip olabilir.

Kendinize iyi bakın

Anne Ferrey ve Keith Hawton'ın araştırmasının gösterdiği gibi, ebeveynler ve bakım verenler üzerinde kayda değer duygusal etki oluşmaktadır. Dolayısıyla, bu kısımda *yapmaya çalışın* diyeceğimiz son şey şu olacak: Lütfen ebeveynseniz ya da bakım veren kişi konumundaysanız, kendi kendinize iyi bakmaya çalışın. Elbette bir kriz yaşanırken bunu yapmak zor olabilir ancak hayatı önem taşır. Kendinize zaman ayırın. Kendi ihtiyaçlarınızı gidermezseniz, çocuğunuzun ihtiyaçlarıyla ilgilenemezsiniz.

Çocuğunuzun güvenliğinin risk altında olduğunu hissediyorsanız, her zaman aile hekiminizden ya da ruh sağlığı uzmanından profesyonel yardım alın ya da yardım hatlarını arayın. Çocuğunuzun hayatının tehlikede olduğunu düşünüyorsanız acil servisi aramaktan çekinmeyin. İlerleyen bölümlerde yardım için gidilebilecek yerler de dahil olmak üzere, çeşitli kaynakların bir listesini bulabilirsiniz.

İntihara Eğilimli Bir Dosta ya da İş Arkadaşına Destek Olmak

Aynı zamanda çalışma arkadaşı da olan iki dostunu intihar nedeniyle kaybetmiş biri olarak, intihar eğilimli bir dosta ya da iş arkadaşına destek olma konusunda yorum yapacak en doğru kişi ben miyim, bilmiyorum. Ancak dostum Clare'in ölümünden bu yana kendi deneyimlerim üzerine düşünecek çok zamanım oldu. Clare ve ben farklı zamanlarda onun intihar düşünceleri hakkında konuşmuştuk, yaşadığı acı hakkında yaptığımız derinlemesine son konuşmamızı da çok net hatırlıyorum. Kendini kapana kısılmış hissediyordu ve zihinsel olarak bitkin haldeydi. O konuşmamız gözyaşları içinde, birbirimize sımsıkı sarılarak bitmişti; o zamanlar daha yeni yürümeye başlayan kızım araya girmiş, Clare'in üzerine atlamıştı. Birbirlerine bayılıyorlardı. Clare için sabahları zordu, o nedenle, bizi ziyarete geldiği zamanlarda, evde herkes uyurken kızım ile birlikte erkenden kalkardı. Aralarında özel bir bağ kurulmasına neden olmuştu.

Çektiği ruhsal acılar hakkındaki son konuşmamız Clare'in ölümünden birkaç ay öncesindeydi ama o zamandan beri sık sık neyi farklı yapabilirdim diye düşünüyorum.

Elbette geçmiři deęiřtirmek ama dūřunduke, onunla yeterince direkt konuřmadıęım sonucuna varıyorum. Kendisini umutsuz hissettięi hakkında konuřuyorduk ama hatırlayabildięim kadarıyla, dūřuncelerini eyleme dōnūřtirme olasılıęını hiç konuřmamıřtık. Neden konuřmadık sorusunun cevabını bulmaya çalıřırken bařıma aęrılar giriyor. Acaba dūřuncelerini eyleme dōnūřtirmesi mōmkōn deęil diye dūřōnmōř, o yōzden mi sormamıřtım? Yoksa ya evet derse diye, sormaya çok mu korkmıřtum? Yoksa Clare o konuya girmeyi istememiřti de ben de bunu hissetmiř miydim? Dōrōře cevap vermem gerekirse, neden sormadıęımı bilmiyorum ve hālā bunun piřmanlıęıyla yařıyorum. Clare'i daha çok destekleyebilirdim diye dūřōnuyorum. Geçmiře baktıęımda, yařadıęı ruhsal acıya daha ciddiyle yaklařırdım ama bu kez yaklařmadım. Bu nedenle size tavsiyem řu: intihar dūřuncelerini dile getiren birine destek oluyorsanız, her zaman doęrudan, "Dūřuncelerini eyleme dōnūřtirmeyi dūřōndōn mō?" diye sorun. Eęer cevap evetse, birlikte yardım alma ve gōvenlik planlaması yapma imkanlarını arařtırın ve daha ōnce de sōyledięim gibi, gōvende olmadıęından endiřeliyseniz, bir uzmanla iletiřime geçmesinde ısrar edin. Bu konuda çekingen davranıyorsa, onun yerine sizin yapmanızı ister mi diye sorun. Ancak nihayetinde, kabul etmezse ve siz de bir intihar riskinin yakın olduęunu dūřōnuyorsanız, acil servisle iletiřim kurmanız gerekebilir.

Birinin intihara eğilimi olduğunu fark etmek zor olabilir ōnkō pek çok kişi duygularını gizli tutmaya ve her şey yolundaymış gibi gōrōnmeye çalışacaktır. Ancak gōzōnōz ve kulağınız başa çıkmak için uğraştığını gōsterebilecek uyarı işaretlerinde olsun. Bunları kitapta ōzetledim ancak tekrar dile getirmeye değer. Uyarı işa-

retleri arasında kapana kısılmışlık ya da umutsuzluk hissi olabilir. Tedirginlik, riskli davranışlar içine girmek, yalnız olduğundan bahsetmek ve başkalarına yük olduğunu düşünmek incelemeye değer kırmızı uyarı bayrakları olacaktır. Birkaç defa yalnızlıktan, intihar riski ile bağlantısına dair kanıtlar hakkında sağlam bir şeyler söylemeden bahsettim. Çalışma arkadaşım Heather McClelland birlikte gerçekleştirdiğimiz bir derleme çalışmasında bu sorunu ele almıştı ve bulgular son derece netti.¹¹ Yalnızlık zaman içerisinde intihar düşünceleri ve davranışının öncülü oluyor; aralarındaki bağlantı, yalnız olan kişilerde depresyonun artmasıyla açıklanabilir. Ancak, yalnızlıkla intihar arasındaki ilişki için bir şey söyleyemeyiz çünkü bu ilişkiyi zamana yayılmış olarak araştırmış herhangi bir çalışma bulamadık.

Önceki sayfalara dönüp IMV modeline bakarsanız, potansiyel daha fazla uyarı işareti göreceksiniz. Hiç şüphesiz, bir dostunuz ya da çalışma arkadaşınız size intihara eğilimi olduğunu söylerse, bu sözlerini daima ciddiye almalısınız. Kitabın başında söylediğim gibi, intihar nedeniyle ölen kişilerin yaklaşık yüzde 40'ı intihar eğilimli olduklarını birilerine daha önceden söylemişlerdir. Başka birine intihara eğilimi olduğunu söylemesi iyidir çünkü yardım arayışı içinde olduğunu gösterir. Ayrıca, duygularını açıklamaya çekineceğini düşünürsek, oldukça da cesaret gerektirir. Sözleri karşısında nasıl tepki göstereceğinizi bilmediği için kaygılı olabilir. Bu yüzden, bir dostunuz ya da çalışma arkadaşınız intihara eğilimi olduğunu söylerse, yargılayıcı yaklaşmayın. Şok, dehşet ya da şüphayle tepki vermemeye çalışın. Şefkat ve empatiye ihtiyacınız olacak, yoksa duygusal olarak yeniden içine kapanabilecektir.

İNTİHARIN ARDINDAN HAYATTA KALMAK

İntihar nedeniyle bir yakınını kaybetmenin, etkilenen kişiler üzerinde yarattığı yıkım muazzamdır. 1. Bölümün başında yazdığım gibi, ölen kişiyi tanıyan kişi sayısı 135'i bulabilir. Benzerleri arasındaki en büyük çalışmada, Suicide Bereavement UK'den Sharon McDonnell İngiltere'de intihar nedeniyle bir yakınını kaybetmiş 7150'den fazla kişinin katıldığı bir anket çalışması yapmıştır.¹ Katılımcılara intiharın yarattığı etkinin yanı sıra destek hizmetlerine erişimleri hakkında sorular sormuştur. Çalışma bulguları 2020 yılında "Yastan Umuda: İntihar nedeniyle yakınlarını kaydeden ya da intihardan etkilenenlerin ortak sesi" başlıklı bir raporda yayımlanmıştır. Ankete katılan her beş kişiden dördü ölümün hayatları üzerinde büyük ya da orta derecede etkisi olduğunu ifade etmiştir. Üçte birinden fazlası ruh sağlığı sorunları yaşadığını ve yüzde 38'i de kendi hayatına son vermeyi düşündüğünü belirtmiştir. İntihar nedeniyle yakınlarını kaybetmiş insanların sesi çok uzun süre duyulmadı ve bu kişiler yeterince destek görmedi-

ler. Neyse ki bu durum değişiyor ancak daha kat edilecek uzun bir yol var.

2017’de İngiliz radyo ve televizyon sunucusu Zoe Ball, partneri Billy’yi intihar nedeniyle kaybetti. Kaybı hakkında bir haberi ulusal medyada okuduğumu hatırlıyorum. Yas duyguları altında eziliyordu ve intihar nedeniyle yakınlarını kaybetmiş pek çok kişi gibi, o da “Neden?” sorusuyla boğuşuyordu; sevdiği insanı neden kurtaramamıştı? Zaman içinde onu kurtarabilecek hiçbir şey yapmasının m¼mk¼n olmadığı geręeęini kabullendiğini s¼yleyecekti. Billy’nin acılarının sona erdiğini bilmek onu biraz da olsa rahatlatıyordu. Yaşadığı kayıp Ball’u, ruh sağlığı hakkında farkındalık yaratmak ve erkekler arasında intihar vakalarının b¼y¼kl¼ę¼ne ve duygusal sorunlar yaşayan erkeklerin karşılanamayan ihtiyaçlarının ne kadar b¼y¼k olduğuna ışık tutmak amacıyla yaklaşık 550 kilometrelik yorucu bir bisiklet turu ile yardım kampanyası d¼zenlemeye itmişti. Kahramanca çabalarının kesinlikle boşa gitmediğini s¼yleyebiliriz; sonuç olarak İngiltere’nin çeşitli yerlerindeki ruh sağlığı kurumlarına aktarılmak üzere 1 milyon sterlinden fazla bağış topladı.

2019’da D¼nya İntiharı Önleme G¼n¼’nde, partneri Wayne’i intihar nedeniyle kaybetmesinden dokuz ay sonra, İskoç haber spikeri Amy Irons kendi ruh sağlığı sorunları ile m¼cadele ederken geğtiği katlanılmaz ve korkunç acılar hakkında konuşuyordu. O zaman Twitter’daki paylaşımı oldukça etkileyiciydi. Hissettiği acıyı vurguladığı gibi, insanları ellerini uzatmaya davet ediyor ve umut mesajı ile paylaşımını sonlandırıyordu.²

Wayne'i intihar nedeniyle kaybetmek kendimi sorgulamama neden oldu. #DünyaİntiharıÖnlemeGünü için söyleyeceğim şudur: Lütfen insanlarla konuşun, hissettiklerinizden utanmayın ya da hislerinizi saklamayın, yalnız değilsiniz. Her şeyin ötesinde lütfen gelecek güzel günler için dayanın, ben iyi ki öyle yapmışım.

Bu Twitter paylaşımı kendi içinde bir kısa müdahale. Burada anlattığım önemseyen mektupların bazı özelliklerini içinde barındırıyor, işlerin daha iyiye gidebileceğine dair umut veriyor. Birkaç hafta sonra, İskoçya'da en son intihar istatistiklerinin yayımlanması üzerine BBC İskoçya ile yaptığım bir röportaj sırasında Amy ile tanıştım. Ruh sağlığının teşvik edilmesi konusundaki tutkulu tavrı, özellikle erkeklere yardım istemeleri için verdiği mesaj beni çok etkilemişti. Hiç şüphesiz, yaptığı paylaşımın hem hayatta kalmak için savaşan hem de intihar nedeniyle yakınlarını kaybetmiş olan sayısız insana yardımı olacak. Öyle ki paylaşımının altına yapılan yorumlar, mesajının sağladığı yardım ve desteğe duyulan inancın bir beyanı gibiydi.

Ancak ne yazık ki birkaç ay sonra Amy'yi BBC İskoçya Radyosu'nda dinledim. Ama spor hakkında konuşmuyordu. Yaptığı bu duygu yüklü yayında çevrimiçi trol saldırısını anlatıyordu. Kötü niyetli anonim bir Instagram hesabının hedefinde yer almıştı; hesabın sahibi ona, "Erkek arkadaşın senin yüzünden mi canına kıydı?" diye soruyordu. Bu tam anlamıyla alçaklık ve hiçbir şekilde kabul edilemez bir şeydi ama Amy'nin yapabileceği fazla bir şey yoktu. Sevdigi birini intihar nedeniyle kaybeden çoğu kişi kamuoyunun gözü önünde olmasa

bile, bu paylaşım çevrimiçi trol saldırılarının ötesine geçen, daha geniş kapsamlı bir soruna işaret ediyor. Tanıştığım kişiler arasında kocasını, karısını, partnerini ya da başka bir aile üyesini kaybetmiş, sevdiği kişinin intiharının *kendi hatası* olduğunu düşündüğü için katlanılamaz acılar çektiğini söyleyenlerin sayısını hatırlayamıyorum. Dolayısıyla sevdiklerini kaybetmiş pek çok kişi zaten kendisini suçladığı için, bu gibi tatsız mesajların ne kadar boğucu olabileceğini kolayca tahmin edebiliriz. Bu soruna kitabın önceki sayfalarında değinmiştim: Zaten hissettikleri acı, başkalarının sevdikleri kişinin ölümü nedeniyle onları suçlayabileceği düşüncesiyle daha da katlanıyor.

Size Andy'den bahsedeceğim; hikayesi intihar nedeniyle yakınıni kaybetmiş pek çok insanın, özellikle de ölümün ardından gelen ilk günlerde yaşadığı suçluluk duygusu ve suçlu bulmaya çalışma haline örnek oluşturuyor. Her ikisi de yirmili yaşlarının sonlarında olan Andy ve Michael birbirlerini yıllardır tanıyorlardı. Michael -beklenmedik şekilde- öldüğünde, sadece dokuz aydır ilişki yaşıyorlardı ve yaklaşık dört aydır aynı evi paylaşıyorlardı. İkisinin de ilk gençlik yıllarının sonlarından beri süregelen, geniş kapsamlı ruh sağlığı sorunları vardı. Andy'nin bir akşamüzeri telefon konuşmamızda bana aktardığı gibi, aralarında kendisini öldürme olasılığı daha yüksek olanın kesinlikle Michael değil Andy olduğunu söyleyerek şakalaşıyorlardı. Andy yirmili yaşlarının ilk yıllarının büyük bölümünü tekrarlanan kendine zarar verme olayları nedeniyle kolları bandajlı geçirmişti. Buna karşılık, 18 yaşından beri DEHB ve kaygı nedeniyle ilaç kullanmasına rağmen, Andy'nin bildiği kadarıyla, Michael daha önce hiç

kendisine zarar vermemiş ya da intihar girişiminde bulunmamıştı. Ölümüne yakın dönemde, Michael geçmiş ile hesaplaşma yaşıyordu. Yetimhanede büyümüşü ve kısa süre önce öz annesi ile tanışmıştı. Bu tanışma Michael'ın dengesini gerçekten sarsmıştı. Umut ettiği gibi olmamıştı ve görünüşe göre kendini alkole vermesi de aynı zamana denk gelmişti. Andy çok fazla içmiyordu, bu yüzden Michael'ın içmesi aralarında epeyce tartışmaya neden olmuştu. Andy'nin anlayabildiği kadarıyla, dünyaya öfkeli gibi görünüyordu. Sanki annesiyle tanışması içinde yıllardır uyuyan gizli bir acının zincirlerinden boşanmasına neden olmuştu. Andy'nin Michael'ı hayattayken son görüşünde aralarında büyük bir tartışma geçmişti, sonrasında Michael ağlayarak, kapıyı vurup çıkmıştı. Benzer durumları daha önce de yaşamışlardı, bu yüzden Andy endişelenmemişti. Ertesi sabah uyandığında Michael'ı yanında yatarken bulmayı umarak yatıp uyumuştur.

Ama Michael bir daha dönmedi. Ertesi gün kayıp bildiriminde bulunuldu, cenazesi yaşadıkları yere çok da uzak olmayan bir çöplükte bulununcaya kadar üç gün daha geçecekti. Andy'yle konuştuğumda Michael'ın ölümünün birinci yılı yakında dolacaktı. Artık iyi günlerinin kötü günlerinden nispeten fazla olduğunu söyledi; bunu iyi bir gelişme olarak görüyordu. Ama kötü günler gelip çöktüğünde, Michael'ın ölümünün ardından ilk günlerde olduğu kadar berbat hissediyordu. Kendi kendine daha farklı yapabileceği hiçbir şey olmadığını tekrar tekrar söylese bile, zifiri karanlığın çöktüğü o günlerde akli sürekli o son tartışmalarına gidiyordu ve daha önce bahsettiğim o acı veren "Neden?" sorularına. Neden o gece tartışmak yerine çenesini tutmamıştı?

Michael'ın ihtiyaçlarına karşı neden daha hassas olmamıştı? Evden çıktıktan sonra Michael'ı neden aramamıştı? Elbette iyi günlerinde bu soruların cevapları farklı oluyordu: "Tartışma iki kişi arasında olur, tek kişilik bir şey değildir. Michael'ın yaşadığı süreçte inanılmaz destek olmuştu ama ne yapsa yeterli gelmiyordu. Michael onu arayabilirdi; her tartışmalarından sonra ilk barışma hamlesi yapmak neden hep ona kalıyordu?"

Bunlar ilişkilerde hepimizin sıklıkla sorduğumuz sorular ama neyse ki çoğumuz, bir yakınımızın kendi canına kıymasının ardından cevapları tekrar tekrar gözden geçirmek zorunda kalmıyoruz. Andy zifiri karanlıkta kaldığını hissettiğinde, başkalarının Michael'ın ölümünden onu suçladığı düşüncesine takılıp kalıyor. Bunu katlanılmaz buluyor çünkü bir yanı kendisinin suçu olduğuna inanıyor ve Michael'ın iş arkadaşlarından bazılarının konuşmalarına kulak misafiri olduğunda Michael'ın intiharından onun sorumlu olduğunu söylediklerine emin. Ama üzerinde daha çok konuştuğumuzda, düşündüklerini söylediklerine dair bir kanıt varmış gibi görünmüyor.

Yaşadığı kayıptan sonraki ilk altı ayda Andy, bırakın "iyi niyetli bir destek grubuna kendini anlatmayı", kaybıyla ilgili yakın aile çevresi dışında kimseyle konuşmak istememiş. Ancak aile hekiminin tavsiyesi ve birkaç arkadaşının ısrarı üzerine, isteksizce de olsa İntihar Kayıplarına Rağmen Hayatta Kalanlar (SOBS) grubuna katılmaya başlamış. Bu grubun inanılmaz yardımı olduğunu görmüş. SOBS, İngiltere'de intihar nedeniyle yakınını kaybetmiş, 18 yaşın üstündeki herkese destek sağlayan ulusal bir organizasyon. Bu sayede suçluluk duygusuyla yüzleşmesi ve Michael'ın ölümünden kendisinin so-

rumlu olmadığını kabul etmesi mümkün olmuş. Ayrıca derinden hissettiği izolasyon ve damgalanma konusunda da yardımcı olmuş; şimdi bu gibi grupları şiddetle destekliyor. Ancak tanıdığım, bu gibi grupların yardımcı olduğunu düşünen ne kadar kişi varsa, bu yoldan gitmemeyi tercih etmemiş bir o kadar kişi geliyor aklıma. Bana göre önemli olan, yakınlarını kaybetmiş insanların bir seçeneğinin olması. Bu tarz bir destek, ihtiyaç duyan herkes için var olmalı. Ne yazık ki yok. Yakınını kaybetmiş kişilere destek genellikle yardım kuruluşları tarafından sağlanıyor, bu da büyük ölçüde bağış gelirleri ile sürdürülüyor. Çoğu zaman talebi karşılayamıyorlar. İntihar nedeniyle yakınını kaybetmiş kişilere özel bir desteğin ülke genelinde rutin olarak var olmaması utanç verici. Öyle ki Suicide Bereavement UK tarafından hazırlanan raporun iki maddesi bu konuyla ilgili. İlk tavsiyede yakınlarını kaybedenlere verilen destek hizmetleri için ulusal düzeyde asgari standartlar getirilmesi çağrısında bulunulurken, ikinci tavsiyede intihar nedeniyle yakınını kaybetmiş ya da intihardan etkilenmiş kişiler için çevrimiçi bir ulusal kaynağın oluşturulması talep ediliyor.

İNTİHAR NEDENİYLE YAKINLARINI KAYBETMİŞ KİŞİLERİN DESTEKLENMESİ

Herkesin intiharla ölüm sonrası yas deneyimi kendine hastır, ancak suçluluk, öfke ve umutsuzluk gibi ortak bazı düşünceler, hisler ve duygular söz konusu olur. Çoğu intihar nedeniyle yakınını kaybetmiş bir kişi tarafından ya da bu kişilerin katkılarıyla yazılmış, gerçekten yardımcı olabilecek pek çok harika kitap var.³ Karısını

kaybetmiş bir adam geçenlerde bana bu konudan bahsetmişti; intihar nedeniyle yaşanan kayıplar hakkındaki bu kitaplar iyi hoştu ama kitapları okuyabilecek kadar uzun süre konsantre olamıyordu. Bu yüzden genellikle internette araştırma yapmaya yönelmiş, sıklıkla da yardım sitelerinin sanal tavşan deliklerinde kaybolmuştu. Ancak bu yolculuklarından birinde define bulmuştu. Oxford Üniversitesinden Keith Hawton tarafından geliştirilen “Help is at Hand (Yardım Elinizin Altında)” adlı çevrimiçi kaynakla karşılaşmıştı.⁴ Bu harika çevrimiçi kaynak İngiltere Halk Sağlığı ve İngiltere Ulusal İntiharı Önleme İşbirliği tarafından destekleniyor. Kapsamlı ancak sıkıcı olmayan bu kaynak kişinin ne gibi duygular içerisinde olabileceğine dair bilgi vermenin yanı sıra ölümle ilgili nasıl ve kiminle konuşulacağı hakkında pratik destek de sunuyor. Ayrıca ölen kişi ile farklı bağlantıları olan kişilere yardımcı olabilecek spesifik önerilerde de bulunuluyor.

Ebeveyni ya da yakın olduğu biri intihar nedeniyle ölen bir çocuğa ne söyleneceği ile ilgili son derece zor konuya ayrılmış önemli bir bölümü de bulunuyor. Çocuğu olayın gerçekliğinden korumaya çalışmak doğal bir tepkidir. Elbette, çocuğun yaşına ve anlama kapasitesine de bağlı olacaktır ve karar ebeveyne ya da bakım vere-ne kalmıştır ancak genellikle doğruyu söylemek daha iyi olur. Başka bir yoldan, tesadüfen öğrenmesi riskini ortadan kaldırır ve aklındaki soruları sorması ve güven duyacağı bir yetişkin tarafından teselli edilmesi şansı da sunulmuş olur. Çocuk terk edilmekten, suçluluğa, şok duygusundan, inanmakta zorlanmaya kadar çok çeşitli duygu ve hisler yaşayabilir. Ayrıca çocuğun cenazeyi görmesi ya da cenaze törenine katılması konusunda da

karar vermeniz gerekebilir. Bunlar da çocuğun yaşına ve anlama kapasitesine göre verilmesi gereken zor kararlardır. Çocuğa, eğer mümkünse, seçenek sunmak her zaman iyidir. Kişisel deneyiminden bahsetmem gerekirse, Clare öldüğünde, küçük kızımı cenazeye götürmemeye karar vermiştik. Bu karardan pişmanlık duyuyorum. Daha sonrasında bu konuyu kızım ile konuştuğumuzda, cenazeye katılmış olmayı dilerdim demişti çünkü zihninde Clare bir gün önce hayattayken, bir gün sonra, onu bir daha göremediği bir durum oluşmuştu. Kızım Clare'i kaybettiği için üzgün olmasının yanı sıra, bu deneyim nedeniyle kafa karışıklığı yaşamıştı; bir son dan mahrum kalmıştı.

Çocuğun doğruyu söyleyemeyeceğiniz kadar küçük olduğuna karar vererseniz, ileride, biraz daha büyüdüğünde, konuyu yeniden açabilir ve gerçekte ne olduğunu ve o dönemde neden farklı bir hikaye anlattığınızı hassasiyetle açıklayabilirsiniz. Ebeveynlere ya da diğer yetişkinlere çocuklarla bu gibi hassas konuşmaları yapmalarında destek olabilecek *Red Chocolate Elephants: For children bereaved by suicide* (Kırmızı Çikolatalı Filler: İntihar Sonucu Hayatını Kaybeden Çocuklar İçin) gibi çok güzel kitaplar da bulunuyor.⁵ Yakınlarını intihar nedeniyle kaybetmiş çocuklar için uzman hizmetler ve başka dernekler de bulunuyor; aile hekiminiz sizi bunlara yönlendirebilir. Çocuğun kardeşi ölmüşse, özellikle de ölen kardeşle aralarında zor bir ilişki söz konusuysa, bahsettiğimiz tepkilere ek olarak çocuk çözümlenmemiş sorunlarla baş başa kalabilir. Küçüğün endişe verici bu durumu atlatması için hassas destek verilmesi gerekebilir.

Ölen kişinin dostları ve çalışma arkadaşlarına göz kulak olmak da önemlidir çünkü görmezden gelindikle-

rini ya da yas tutmaya haklarının olmadığını hissedebilirler. Ölen kişiyle bir ömrü dolduran paylaşımları olsa bile, aralarında akrabalık olmadığı için dışlanmış hissedebilirler. Hayatlarında önemli yeri olan birini kaybettikleri için duygusal olarak yıkım yaşayabilirler, onlar da yas içinde olabilir, onlar da olup bitene anlam vermekte zorlanıyor olabilir. İhtiyaç duymaları durumunda kayıplarıyla ilgili destek teklif edilmesi gereklidir. Bu konu Suicide Bereavement UK anket çalışmasında da vurgulanıyordu. İntihar nedeniyle bir dostlarını kaybetmiş olanlar sıklıkla hakları olmayan ya da gizli bir yas tuttuklarını ve yanı sıra sosyal olarak izole olduklarını ve hizmet veren kuruluşlarca görmezden geldiklerini hissettiklerini belirtmişlerdir.

Ölümün dostlar üzerindeki etkisi, Clare'in ölümünden beri üzerinde ciddiyletmiş olduğum bir konu. Ben şanslıydım. Ölümünden sonra hemen Paris'e gitme ve kocası Dave'e destek olma imkanım olmuştu; sonraki haftayı ailesi ile geçirmiş, cenazesini ülkeye geri getirmek için Fransız bürokrasisinde yolumuzu bulmaya uğraşmıştım. O hafta Dave'e, Clare'in abisine ve kayınbiraderine destek olabildiğimi umuyorum ancak bu süreç benim için ve benim kendi yasım açısından çok önemliydi. Onlarla Paris'te geçirdiğim zaman beni çok rahatlatmıştı. O beş günlük sürede, gözyaşı dökmekle yaşadığımızı inanmamak arasında gidip gelirken, anılarımızı paylaşmış, Clare'in yaşamını kutlamış, bir taraftan da ölümünün yasını tutmuştuk. O haftanın büyük bölümü zihnimde bulanık olsa da anılarımda o son gün, Clare uçakla eve son yolculuğuna çıkarken, sabahın erken saatlerinde işlemleri yürüten ofise gidişim öne çıkıyor.

Clare'in ölümünün ardından yardımım olabildiği için son derece şanslıydım ama aynı kaybı yaşayan, ölenin arkadaşı olan pek çok kişi deneyimlerinin farklı olduğunu anlatıyor. İntihar nedeniyle yaşanan kayıplar hakkında bir konferansta üniversite arkadaşı Lee'yi kaybetmiş olan Linda bana Lee'nin ailesine hâlâ kızgın olduğunu söylemişti. Onu cenaze organizasyonunun dışında bıraktıklarını hissetmişti. Bir yanı, biri öldüğünde böyle olduğunu, cenazeyi ölen kişinin ailesinin organize ettiğini söylüyor ve anlayış gösteriyordu. Ama kızgındı çünkü ona göre Lee ve o birbirlerinin en yakın dostuydu, üstelik Lee'nin ailesi ile ilişkileri kopuktu. Üniversite yıllarında yaşadığı zorluklar sırasında onu toparlayan kendisi olmuştu. Linda ile Lee'yi kaybetmesinden iki yıl sonra konuştuğumuzda bile Lee'nin yasını tutuyordu ve ölümünün ardından yaşananlar yas tutabilmesini engellediği için kırgındı. Linda'nın deneyimi ile ilgili kişisel ayrıntılardan bağımsız olarak, ölen kişi ile farklı bağları olan insanlara karşı düşünceli davranmalıyız. Aralarındaki ilişkinin şekli ne olursa olsun, onların da dikkate alınmaya ve desteklenmeye ihtiyaçları olabilir.

"Help is at Hand" rehberine dönersek, insanlara destek olma konusundaki önemli mesajlarından bazılarını ve kayıp yaşamış insanlarla yaptığım konuşmalardan yaptığım çıkarımlardan bazılarını aşağıda özetledim. Tanıdığınız biri sevdiği birini intihar nedeniyle kaybetmişse, aşağıdakilerin her birini aklınızda bulundurmaya değecektir:

Hepimiz kendimize has varlıklarız, dolayısıyla herkesin yas deneyimi kendine özeldir.

Bir yakını kaybetme sürecinde geçilecek belli, tek bir yol yoktur.

Birine nasıl hissetmesi gerektiğini söylememeye çalışın ve yakınını kaybeden sizseniz, size bunu söyleyen biri karşısında sabırlı olmaya gayret edin çünkü niyetleri kötü değil.

- Ölen kişi ile mesafeli bir ilişkisi varmış gibi görünen kişilerde (ör. dostlar ve çalışma arkadaşları) intiharla gelen kaybın verdiği acı akut olarak hissedilebilir.

- Yas duyguları yoğun olabileceği gibi, aralarda sakin geçen dönemler olabilir.

Ölümün ardından gelen haftalarda ve aylarda, duyguların yoğunluğunu öngörmek zor olabilir. Öngörebileceğiniz tek şey yasın öngörülemez olacağıdır.

Yaşanacak duygular öfkeden şoka, suçluluktan, utanca, reddetmeden, korkuya, yalnızlığa, kapana kısılmışlığa ve damgalanmaya kadar farklılık gösterebilir.

Yas kişiyi fiziksel olarak etkileyebilir ve kalp çarpıntısı, baş dönmesi ve baş ağrıları yaşanabilir.

Ruh sağlığı etkilenebilir, kayıp yaşayan kişiler depresyon, kaygı, travma sonrası stres ve intihar düşünceleri bildirmişlerdir.

- Acı içindeyken, bazı insanlar sevdikleri kişinin artık acı çekmediğini ve hayatını sona erdirmenin kendi kararı olduğunu düşünerek kabullendiklerini bildirmişlerdir.

Yardıma olabilecek pratik şeyler nelerdir diye düşünerssek, Michael'ın da gördüğü gibi, düşünce ve duygular hakkında konuşmanın yararı olacaktır. Ama herkes kendisine en uygun zaman içinde kendi yolunu bulacaktır.

Michael SOBS grubuna ulaşmadan önce, başta yakın arkadaşları ve ailesiyle konuşmuştu. Yas danışmanı ya da psikologla görüşmek bazılarına destek grubuna katılmaktan daha uygun gelebilir. Bazı insanlar da sevdikleri kişiyi andıkları bir zaman ayırmanın yardımını görürler. Anma farklı şekillerde olabilir; belki bir günlük tutulabilir, anı kutusu oluşturulabilir ya da aranızda özel olan bir yer ziyaret edilebilir. Bazıları ise aktif olmaya ve kendilerini öz bakım etkinliklerine vermeye çalışır. Nelerin işe yaramadığını düşünmek, duyguları bastırmak, daha fazla içmek ve yardım arayışına girmemek belki de “nelerden kaçınmalı” listesi yapılacak olsa, en üste yazılacak maddeler olacaktır.

Yakınını kaybetmiş bir akrabanızın ya da dostunuzun yanında olmak, konuşmak istediği her zaman dinlemeye hazır olduğunuzu açıkça belirtmek, yardımcı olmanın anahtarıdır. Yargılayıcı olmamaya, empatik ve anlayışlı davranmaya çalışın. Yukarıda da belirtildiği gibi, nasıl hissetmesi gerektiğini söylememeye çalışın çünkü herkesin yas deneyimi farklıdır. Her yeni günü geldiği gibi kabul etmeye çalışması gerekecek. Yanında olmak dediğimizde, kişi sadece ölüm olayı ile ilgili zihnindeki soruları seslendireceği ya da anılarını anlatacağı bir dinleyiciye ihtiyaç duyabilir. Yıldönümleri ve bayramlar gibi özel günler özellikle zor geçebilir. Duygusal olarak yoğun ya da tüketici olduğunu hissedebilirsiniz, bu yüzden kendinize de iyi bakmanız önemlidir. Kayıp yaşayan kişi ölüm olayının ardından iş yerine dönmüş bir iş arkadaşınızsa, başkalarının olanlar hakkında ne bilmesini tercih edeceğini önceden konuşmanın yararı olabilir. Burada da rehber alacağımız ilke kişinin isteğine saygı duymaktır; bazıları iş arkadaşlarının durumu

bilmesini ister ve taziyede bulunulmasını takdir eder; tam tersine, mahremiyetine saygı duyulmasını da tercih edebilir.

Her yıl intihar nedeniyle yakınlarını kaybedenlere milyonlarcası eklense de intihar nedeniyle kayıp yaşayan insanları desteklemede neyin en etkili olacağı konusunda araştırma kanıtlarının tam anlamıyla eksik olması şaşırtıcı. Ayrıca, intihar sonrası müdahale ile ilgili pek çok çalışma niteliği bakımından yetersiz ve bu gibi çalışmaların sayısı da çok az. İntihar sonrası müdahale, intihar nedeniyle yakınlarını kaybetmiş kişilere destek vermek için yapılan müdahalelere verilen addır. 2019’da Melbourne Üniversitesi’nden Karl Andriessen ve çalışma arkadaşları intihar nedeniyle yakınlarını kaybeden kişilere yönelik müdahaleler hakkında bir derleme çalışması yayımladılar; çalışma aynı zamanda yas, ruh sağlığı ve intiharla ilişkili sonuçları da içeriyordu.⁶ Otuz beş yıllık bir dönemde, inceleme kriterlerine uyan sadece 11 çalışma bulabildiler. Bulguların karışık olması da hayal kırıklığı yaratmıştı. Genel olarak intihar nedeniyle yas için müdahaleler belli ölçüde destekleniyordu ancak intihar sonrasında karmaşık yas müdahalelerinin etkinliği zayıftı. Müdahalelerin çoğu zaman farklılık göstermesi, neyin etkili olabileceğine dair sonuca varmayı zorlaştırıyordu. Bazı müdahaleler grup tabanlıydı, bazıları ise psikoterapötikti ve seans sayıları da tek bir seans ile 16 seansa kadar farklılık gösteriyordu. Daha olumlu bir çıkarımdan bahsedecek olursak, yazarlar etkili olmuş müdahalelerde genellikle görülen birkaç nokta belirlemişti ve en umut verici müdahalelerin destekleyici, terapötik ve eğitsel yaklaşımın benimsendiği müdahaleler olduğu sonucuna vardılar. Ayrıca müdahalelerin eğitilmiş yar-

dımcılar yönetiminde uygulanmasının önemini de vurguluyorlardı ve müdahale el kitabı kullanımının faydası olabileceğini düşünmüşlerdi.

Bu derleme çalışması takdirle karşılanırsa da akıllarda neyin işe yaradığına dair verdiği cevaplardan daha fazla yeni soru oluşmasına neden oldu. Örneğin, müdahalenin klinik ortamda verilmesinin mi yoksa kişinin evinde verilmesinin mi daha iyi olduğu, bu müdahalelerin yaşamın farklı aşamalarındaki, farklı kültürel yapıdan gelen insanlar için işe yarayıp yaramadığı ya da yüksek gelir düzeyindeki ülkelerden gelen insanlar ile düşük ya da orta gelir düzeyindeki ülkelerden gelen insanlar açısından etkinliği net değildi. İntihar nedeniyle yakınlarını kaybetmiş insanların kendilerinin de intihar risklerinin arttığının bilindiği düşünülürse, bu alanda yapılacak araştırmaların son derece ihtiyaç duyulan finansmana ulaşabilmesini gönülden diliyorum.⁷

BİR DANIŞANI YA DA HASTAYI İNTİHAR NEDENİYLE KAYBETMEK

Ruh sağlığı uzmanıysanız, bir danışanın ya da hastanın intihar nedeniyle kaybedilmesinin yaratacağı etkiyi bilirsiniz. Bir süre önce araştırma literatüründe yaptığımız bir inceleme çalışmasında bu konuyu ele aldık. Deneyimli bir psikoterapist olan çalışma arkadaşım David Sandford liderliğinde, intihar nedeniyle hasta kaybının ruh sağlığı uzmanları üzerindeki etkisinin rapor edildiği 54 çalışma belirledik.⁸ Aileler ve dostlar üzerindeki etkiye benzer olarak, yapılan çalışmalara bakıldığında, karşılıklı görüşme esasına göre yapılan çalışmalarda, klinisyenlerin hissettikleri en yaygın tepkiler suçluluk,

şok hissi, üzüntü, öfke ve suçlama olmuştur. Bazıları ayrıca ölümün gelmekte olduğunu nasıl göremediklerini de sorgulamışlardır. Etki sadece kişisel tepkilerle sınırlı olmamıştır; yaşanan kayıp deneyimi aynı zamanda mesleki olarak kendinden şüphe duymaya da katkıda bulunmuştur. Bazı ruh sağlığı uzmanları intihar riski yönetimine daha titiz ve savunmacı bir yaklaşımı benimsediklerini de belirtmişlerdir. Çalışmalardan birinde, katılımcı klinisyenlerin yarısının, hastalarını intihar nedeniyle kaybetme travmasının sonucu olarak klinik önem arz edecek düzeyde rahatsızlık yaşadıklarını bildirmişlerdir. Tüm çalışmalarda tutarlı olarak görülen bir çıkarım, intiharın etkisine dair daha fazla eğitimin gerekli olduğu ve gayri resmi desteğin yararlı olduğunun sıklıkla dile getirildiğidir.

Bu araştırma programı kapsamında Dave ayrıca ruh sağlığı uzmanları ile, hastalarından birinin ölümünün etkisini ilk ağızdan dinlemek amacıyla derinlemesine yüz yüze görüşmeler de yaptı.⁹ Altı yıllık deneyime sahip bilişsel davranışçı terapist olan Susan'ı ele alalım; kısa süre önce klinik olarak birlikte çalıştığı birinin kendi hayatına son vermiş olduğunu öğrenmenin travmatik olduğunu ve şok yarattığını vurguluyor:

Şok olmuştum, sonra öylece ağlamaya başladım... Yaşadığınız herhangi bir travmatik olayda olduğu gibi, sanki daha dünmüş gibi hissediyorum. Öğrendiğim günü çok net hatırlıyorum... Ben sorumluymuşum gibi hissetmeme neden olmuştu, öyle olmadığını bildiğim halde, insan kendini mahkemede yargılanıyormuş gibi hissediyor.

Bir danışanını intihar nedeniyle kaybettiğinde üç yıldır psikolojik sağlık uygulayıcısı olarak çalışan Isabelle de şok yaşıyordu:

Gerçek bir şoktu, çok üzücü gelmişti, bu kadar üzücü olmasını beklemiyordum... Tır tır titrediğimi hatırlıyorum, fiziksel olarak hasta gibi hissetmiştim.

Hissettiği sorumluluk duygusu da açıkça görülüyor:

Bu benim vakamdı, o benim hastamdı ve şöyle düşünmüştüm... bu genç adamdan ben sorumluyum... bu genç adama karşı çok güçlü sorumluluk duyuyordum. Annesi için çok üzölmüştüm ve tabii çok genç olması da beni üzmüştü. Tanrım, çok kötü olacak, beni sorumlu tutacaklar ve parça parça edecekler.

Dave'in çalışmasında sadece kadın ruh sağlığı uzmanları yer almışsa da erkek klinisyenlerle konuşmalarından ve inceleme çalışmalarımızın bulgularından, erkek ruh sağlığı uzmanlarının da aynı deneyimlerden bahsettiklerini biliyorum. İntiharın nedenlerinin karmaşık olduğunu unutmamak çok önemlidir, dolayısıyla birinin ölümünün sorumluluğu asla tek bir kişiye yıkılamaz. Bu tepkilerin her biri anlaşılır olsa da özbakımın önemini ve hastasını intihar nedeniyle kaybeden ruh sağlığı uzmanlarına yönelik desteğe olan ihtiyacı vurguluyorlar. Tam da bu amaçla psikiyatristler için bir kaynak geliştirildi; bu kaynak intihar nedeniyle hastasını ya da danışanını kaybetmiş tüm ruh sağlığı uzmanları tarafından kullanılabilir. Ox-

ford'da İntihar Araştırmaları Merkezi tarafından geliştirilen kaynak yardımı olabilecek geniş yelpazede stratejilere vurgu yapıyor. Ruh sağlığı uzmanlarının ölüm olayının ardından kısa vadede etraflarındaki insanlarla iletişim içerisinde kalmalarını tavsiye ediyor.¹⁰ Bu şekilde kendilerinin yalnızlaşma riski azalacak ve güvendikleri insanların desteğini alma fırsatları elde edeceklerdir. Anlatılan diğer stratejiler arasında uygulamacılara kendilerine karşı anlayışlı olmalarını, kendilerini aşırı eleştirmemelerini ve kendilerini suçlamamalarını hatırlatmak yer alıyor. Ayrıca hem gayri resmi hem de resmi destek arayışının değerli olduğu ve kendi duygusal ve fiziksel sağlıklarına odaklanmalarının önemi vurgulanıyor. Ruh sağlığı uzmanlarının çalışma şekillerinde geçici değişiklikler yapmayı da değerlendirmeleri öneriliyor. Bu, gerekiyorsa, ölümün yarattığı şok ve travmanın atlatılmasında yardımcı olabilir. Ruh sağlığı uzmanlarının kariyerleri boyunca herhangi bir aşamada hastalarından birini intihar nedeniyle kaybetme olasılığının bulunması üzücü bir gerçek. Her ruh sağlığı uygulayıcısının tepkisi farklı olacaktır ancak kendi iyilik hallerini önemsemezlerse, en kırılgan durumda olan insanlara yardımcı olma becerileri de azalacaktır.

İntihar sonrası ile başa çıkma sadece ruh sağlığı tedavi ortamları ile sınırlı değildir. Burada belirlenen ilkeler ve endişeler aynı zamanda sağlık, adli hizmetler, sosyal hizmetler ve eğitim bağlamlarında çalışan uzmanlar için de geçerlidir. Bir öğretmen, sosyal hizmet çalışanının ya da hapisane memurunun ruhsal olarak yaşadığı yıkım, ruh sağlığı klinisyenin yaşadığı kadar acılı olabilir. İntihar nedeniyle danışanını, hastasını, öğrencisini ya da sorumlu olduğu hükümlüyü kaybeden herkese gerekli anlayışlı desteğin sunulmasını sağlamamız gerekir.

SONSÖZ

Bu kitapta, intiharı önleme araştırmalarıyla şu ana kadar geçirdiğim zamanda hem kişisel hem de mesleki olarak öğrendiklerimin özünü aktarmaya çalıştım. Kitabı yazdığım son 12 ayı düşündüğümde, sürekli kendi kişisel terapi deneyimimle olan benzerliklere çekiliyorum. Kitabı planlamaya başladığım ilk günlerde, ne söylemek istediğime bir türlü karar veremiyordum. Zorlandığımı ve kendimi ifade edemediğimi hissediyor, sesimi bulmaya uğraşıyordum. Bu duygular terapistimin ofisine haftada bir sabah saat 8’de gitmeye başladığım ilk günlerdeki hislerimi hatırlatıyor. Glasgow’daki göz alıcı Viktorya tarzı binanın merdivenlerini tırmanırken fazlasıyla geriliyordum. Kendi kendime sürekli şunu soruyordum: “Şimdi 50 dakika boyunca ne anlatacağım?” Böylece kısa sürede konuşmalarımı önceden hazırlamayı öğrendim, öyle ki terapi odasına girer girmez konuşmaya hazır oluyordum, sorgulanmaktan korunduğumu hissediyor ve sessizlikten de uzak durarak güvenli bir alanda kalıyordum. Bunun kendi kendimi sınırladığım bir strateji olduğu açık ama o zaman kendimi güvende hissetmemi ve paylaşmaya istekli olduğum konular üzerinde kontrol duygumu yeniden kazanmamı sağlayan bir araçtı.

Zihnimde hazırladığım metnin korumasından vazgeçmem ve konuların kendiliğinden ortaya dökülmesi

için kendime alan tanımam haftalar sürdü. Ama bunu başardığımda, mutsuzluğuma katkıda bulunanın ne olduğunu daha iyi değerlendirebilir ve kendi boşluk hislerimin köküne inmeye çalışabilir hale geldim. Bu süreçteki hislerim, bu kitabı yazarken hissettiklerime çok benziyor. Başlangıçta kelimeleri sayfalara dökmek için o kadar heyecan duyuyordum ki nefes almaya, önemli konuların kabarcıklanıp yüzeye çıkmasını beklemeye zaman ayırmıyordum. İntiharın önlenmesi ile ilgili önemli bazı olgusal gerçeklere odaklanıyordum çünkü burası benim için güvenli topraklardı. Ancak günler haftalara, haftalar aylara dönüştükçe kendime güvenim arttı. Bu özgürlükle birlikte deneyimlerim kendini gösterebildi.

Her gece bilgisayarın başına oturuyordum, elimde sadece özet kısmından birkaç cümle oluyordu ve bakalım neler ortaya çıkacak diye bekliyordum. Sık sık, geçmişte intihar eğilimli olmuş ya da intihar nedeniyle bir yakını kaybetmiş birileriyle karşılaşmam aklıma geliyordu ve intihar düşüncelerinin bazı insanlarda ortaya çıkarken bazılarında çıkmamasının nasıldığını ya da nedenini anlatmama yardımcı oluyordu ya da bir anı tam yerine denk geliyor ve bir hayatın gereksiz yere kaybedilmesini önlemek için ne yapmamız gerektiğini ya da geride kalanlara nasıl daha iyi destek olabileceğimizi anlatmama imkan veriyordu. Umarım bu kişisel anıları araştırma kanıtları ile birleştirerek, intihar eğilimi olan insanların hayatlarına zifiri karanlık çökünce deneyimledikleri acıya dair bir fikir verebilmişimdir. İntihar ben-cilce bir eylem değildir; çoğu insan için umutsuzlukla yapılan nihai eylemdir.

Ayrıca intihar ile ilgili anlatılan efsaneleri çürütmeye, intihar düşüncelerinden intihar eylemlerine giden kar-

maşık yola ve intihar davranışını önlemede nelerin işe yaradığına ışık tutmaya çalıştım. Bunu yaparken, umut vermeye çalıştım. Daha önceden intihara eğilimi olmuş kişilere ve intihar nedeniyle kayıp yaşamış kişilere. Kaybettiklerimizi asla geri getiremeyecek de olsak, geride kalanlara daha iyi destek olabiliriz ve birlikte çalışırsak daha çok hayat kurtarabiliriz. En büyük umudum, toplum olarak hem kendimize hem de etrafımızdakilere karşı daha nazik ve daha anlayışlı olmak ve böylece hepimizi intiharın yarattığı yıkımdan korumada belli ölçüde yol kat edebilmek.

TEŞEKKÜR

Ailemin, dostlarımla ve iş arkadaşlarımla destekleri, cesaretlendirmeleri, içgörülerini ve verdikleri ilham olmasaydı bu kitabı yazmam mümkün olmazdı.

Kitabın yazımı sırasında farklı aşamalarda okuma yaparak, son derece değerli yapıcı geri bildirimlerde bulunarak ve olgusal kontrollerini gerçekleştirerek yardımda bulunan Andy Denholm, Ronan O'Carroll, Daryl O'Connor, Suzy O'Connor, Jane Pirkis, Alexandra Pitman, Steve Platt ve Katie Robb'a özellikle minnettarım. Kitapta yer alan hata varsa, bana ait olduğunu söylememe gerek yok. Seonaid Cleare ve Karen Wetherall'a; kitabın yapısının nasıl olması gerektiğini düşündüğüm ilk aşamalarda beni memnuniyetle dinlediler. Ayrıca yazarlık işiyle ilgili tavsiyelerinde son derece cömert davranan Will Storr'a teşekkürler.

Düşünce şeklimi şekillendirmiş, aynı zamanda pek çoğu uzun zamandır çalışmalarına katkıları bulunan harika pek çok kişiyle çalışmak benim için inanılmaz bir şans. Chris Armitage, Clare Cassidy, Derek de Beurs, Eamon Ferguson, David Gunnell, Keith Hawton, Dave Jobes, Nav Kapur, Olivia Kirtley, Matt Nock, Ronan O'Carroll, Daryl O'Connor, Jane Pirkis, Steve Platt, Susan Rasmussen, Noel Sheehy, Ellen Townsend ve Mark Williams'ı burada anmak isterim. Suicidal Behaviour

Research Lab'ın geçmişte ve günümüzde üyesi olan herkese dev bir teşekkür. Bu kitapta bahsettiğim pek çok araştırmaya onlar liderlik etti; enerjileri, tutkuları ve heyecanlarından hâlâ, her gün ilham alıyorum.

Ayrıca yolculuğum esnasında tanıştığım herkese, özellikle de intihar nedeniyle yakınlarını kaybetmiş ya da kendisi intihar eğilimli olan kişilere borçluyum. Hikayelerinizden bir şeyleri, kalp kırıklıklarınız kadar, umutlarınızı benimle paylaştığınız için onur duydum. Son yirmi beş yılda araştırma çalışmalarımızda yer alan herkese teşekkür etmek isterim. Sağladığımız bir ilerleme varsa, bunun büyük ölçüde zamanınızı cömertçe vakfetmeye gönüllü olmanız sayesinde gerçekleştiğini söylemeden geçemem.

Bu kitap biraz da mutlu tesadüflerin bir sonucu. Giriş bölümünde söylediğim gibi, bu kitabı yazmayı yıllardır istiyordum ama nasıl bir yapısı olması gerektiğine karar veremiyordum. Crete'de tatil yaptığımız dönemde bir gece "Evreka!" dediğim anı yaşadığım Temmuz 2019'a kadar. Nasıl ilerleyebileceğimi gözümde canlandırabilmiş ve İngiltere'ye döner dönmez potansiyel yayıncılarla temasa geçmeye karar vermiştim. Ama bu kitabın hayat bulması için yaşadığım beklenmedik / tuhaf / mutlu (istediğinizi seçin) tesadüf şu oldu: Döndüğüm gün birikmiş e-postalarımı bakarken, aralarında Penguin Random House editörü Sara Cywinski'den "Yayımlanacak kitap-rica" başlıklı bir mesaj gördüm. Başlangıçta, bir kitap teklifini incelemem için ricada bulunduklarını düşünerek okumadan geçtim. Sara o dönemde doğum iznindeydi ama işe döndüğü zaman bazı projeler üzerinde hızla yeniden çalışmaya başlayabilmek istediği için yazıyordu. Projelerinden biri de intihar hakkında

bir kitap yayımlamaktı. Zamanlamadaki bu tesadüfe inanamamıştım. Sanki aynı anda aynı şeyi düşünmüş gibiydik. Sara'ya son derece minnettarım çünkü sonraki haftalarda kitabın yapısını oluşturabilmem için benimle çalıştı ve beni Vermillon'da Kıdemli Editör olan Sam Jackson'la tanıştırdı. Sam -ve Marta Catalano- de öylesine destekleyici yaklaştılar ki; yayın sürecinde bana uzman rehberler oldular. Ayrıca editörümün Julia Kellaway olması da benim için çok büyük bir şanstı; isabetli ancak son derece hassasiyetle dile getirdiği önerileri ve yaptığı düzeltmeler sayesinde kitapta tarifi zor ölçüde iyileştirme yapabildik.

Son olarak, 2020 yılının sonbahar ve kış aylarında akşamlarımızın ve hafta sonlarımızın çoğunu çatı katındaki odamda kapalı geçirirken bana tahammül eden Suzy, Poppy ve Oisin'in sonsuz desteği olmasaydı, bu kitabı yazmam mümkün olmazdı.

NOTLAR

BİRİNCİ KISIM: İNTİHAR: ÖZET

1. Dünya Sağlık Örgütü (2018). Dünya intiharı önleme raporu.
2. Cerel, J., Brown, M. M., Maple, M., Singleton, M., Van de Venne, J., Moore, M., & Flaherty, C. (2019). How many people are exposed to suicide? Not six. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49, 529–34.
3. McCrea, P. H. (1996). Trends in suicide in Northern Ireland 1922–1992. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 13, 9–12; O'Neill, S., & O'Connor, R. C. (2020). Suicide in Northern Ireland: epidemiology, risk factors, and prevention. *Lancet Psychiatry*, 7, 538–546.
4. Dünya Sağlık Örgütü (2018). Dünya intiharı önleme raporu; Dünya Sağlık Örgütü (2019). Dünyada intihar: Küresel sağlık tahminleri.

Bölüm 1: İntiharın Nasılı, Kimi ve Ne Zamanı

1. O'Connor, R. C., Sheehy, N. P., & O'Connor, D. B. (1999). A thematic suicide note analysis: Some observations on depression and previous suicide attempt. *Crisis*, 20, 106– 14.
2. O'Connor, R. C., & Leenaars, A. A. (2004). A thematic comparison of suicide notes drawn from Northern Ireland and the United States. *Current Psychology*, 22, 339– 47.
3. O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry*, 1, 73–85.
4. Silverman, M. M. (2016). Challenges in defining and classifying suicide and suicidal behaviors. Yayımlandığı eser: O'Connor, R. C., & Pirkis, J. (editörler) (2016). *The International Handbook of Suicide Prevention*. Wiley-Blackwell, 11–35; Siddaway, A. P., Wood,

- A. M., O'Carroll, R. E., & O'Connor, R. C. (2019). Characterizing selfinjurious cognitions: Development and validation of the Suicide Attempt Beliefs Scale (SABS) and the Nonsuicidal Self-Injury Beliefs Scale (NSIBS). *Psychological Assessment*, 31, 592–608.
5. Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmeliyet Enstitüsü (2011). Self-harm in over 8s: Long-term management [clinical guideline CG133]. Alındığı adres: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg133> (erişim tarihi:10 Sept. 2020). (The self-harm management guidelines are currently being updated: National Institute for Health and Care Excellence (not yet published). Self-harm: Assessment, management and preventing recurrence [in development GID- NG10148]. Alındığı adres: <https://www.nice.org.uk/guidance/indevelopment/gid-ng10148>(erişim tarihi:1 Şubat 2021).
 6. Kapur, N., Cooper, J., O'Connor, R. C., & Hawton, K. (2013). Attempted suicide versus non-suicidal self injury: New diagnosis, or false dichotomy? *British Journal of Psychiatry*, 202, 326–8.
 7. Dünya Sağlık Örgütü (2018). Global sağlık tahminleri2016: Neden, yaş, cinsiyet, ülke ve bölge bazında ölümler, 2000–2016; Dünya Sağlık Örgütü (2 Eylül 2019). Suicide: Key facts. Alındığı adres: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide> (erişim tarihi:25 Kasım 2020).
 8. Naghavi, M. (2019). Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: Systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *BMJ*, 364.
 9. Dünya Sağlık Örgütü (2018). Global sağlık tahminleri 2016: Neden, yaş, cinsiyet, ülke ve bölge bazında ölümler, 2000–2016; Vijaykumar, L., & Phillips, M. (2016). Suicide prevention in lowand middle-income countries. Yayımlandığı eser:O'Connor, R. C., & Pirkis, J. (editörler) (2016). *The International Handbook of Suicide Prevention*. Wiley- Blackwell, 507–23; Dünya Sağlık Örgütü (2 Eylül 2019). Suicide: Key facts. Alındığı adres: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide> (erişim tarihi:25 Kasım 2020).
 10. Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A, Pirkis, J., & Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(74); Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*, 387(10024), 1227–39; Hawton, K., Saunders, K. E. A., & O'Connor, R. C. (2012).

11. Sağlık İstatistikleri Ulusal Merkezi (Nisan 2020). Increase in suicide mortality in the United States, 1999–2018. Alındığı adres: <https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db362.htm> (erişim tarihi:2 Ocak 2021); Ulusal İstatistik Ofisi (3 Eylül 2019). İngiltere’de intiharlar: 2018 kayıtları. Alındığı adres: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/bulletins/suicidesintheunitedkingdom/2018registrations> (erişim tarihi:10 Ekim 2020).
12. Richardson, C., Robb, K. A., & O’Connor, R. C. (2020). A systematic review of suicidal behaviour in men: A narrative synthesis of risk factors. *Social Science & Medicine*; Scourfield, J., & Evans, R. (2015). Why might men be more at risk of suicide after a relationship breakdown? Sociological insights. *American Journal of Men’s Health*, 9, 380–4; Scourfield, J., Fincham, B., Langer, S., & Shiner, M. (2012). Sociological autopsy: An integrated approach to the study of suicide in men. *Social Science & Medicine*, 74, 466– 73; Canetto, S. S., & Cleary, A. (2012). Men, masculinities and suicidal behaviour. *Social Science & Medicine*, 74, 461– 5; Hunt, T., Wilson, C. J., Caputi, P., Woodward, A., & Wilson, I. (2017). Signs of current suicidality in men: A systematic review. *PLOS ONE*, 12, e0174675.
13. Dünya Sağlık Örgütü mevcut en yeni uluslararası intihar oranlarını şu adreste yayımlıyor: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/suicide-data> (erişim tarihi:27 Ocak 2021).
14. Naghavi, M. (2019). Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: Systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *BMJ*, 364; Dünya Sağlık Örgütü (2018). Global sağlık tahminleri 2016: Neden, yaş, cinsiyet, ülke ve bölge bazında ölümler, 2000–2016.
15. Sağlık İstatistikleri Ulusal Merkezi (Nisan 2020). Birleşik Devletlerde intihar mortalitesinde artış, 1999–2018. Alındığı adres: <https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db362.htm> (erişim tarihi:2 Ocak 2021).
16. Ulusal İstatistik Ofisi (3 Eylül 2019). İngiltere’de intiharlar: 2018 kayıtları. Alındığı adres: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/bulletins/suicidesintheunitedkingdom/2018registrations> (eri-

- şim tarihi:3 Kasım 2020); Samaritans (t.y.). İntihar gerçekleri ve rakamları. Alındığı adres: <https://www.samaritans.org/scotland/about-samaritans/research-policy/suicide-facts-and-figures/> (erişim tarihi:26 Mayıs 2020).
17. Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., & Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(74); Ulusal İstatistik Ofisi (3 Eylül 2019). İngiltere'de intiharlar: 2018 kayıtları. Alındığı adres: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/bulletins/suicide-sintheunitedkingdom/2018registrations> (erişim tarihi:3 Kasım 2020).
 18. Naghavi, M. (2019). Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: Systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *BMJ*, 364.
 19. Dünya Sağlık Örgütü (2014). İntiharın önlenmesi: Global bir zorunluluk.
 20. Arensman, E., Griffin, E., & Corcoran, P. (2016). Self-harm: Extent of the problem and prediction of repetition. Yayımlandığı eser: O'Connor, R. C., & Pirkis, J. (editörler) (2016). *The International Handbook of Suicide Prevention*. Wiley-Blackwell,61–73.
 21. Hawton, K., Saunders, K. E. A., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*, 379, 2373–82; Gillies, D., Christou, M. A., Dixon, A. C., Featherston, O. J., Rapti, I., Garcia-Anguita, A., Villasis-Keever, M., Reebye, P., Christou, E., & Al Kabir, N. (2018). Prevalence and characteristics of self-harm in adolescents: Meta-analyses of community-based studies 1990–2015. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57, 733–41.
 22. Uddin, R., Burton, N. W., Maple, M., Khan, S. R., & Khan, A. (2019). Suicidal ideation, suicide planning, and suicide attempts among adolescents in 59 low- income and middle-income countries: A population- based study. *Lancet Child & Adolescent Health*, 3, 223–33.
 23. Cabello, M., Miret, M., Ayuso-Mateos, J. L., Caballero, F. F., Chatterji, S., Tobiasz-Adamczyk, B., Haro, J. M., Koskinen, S., Leonardi, M., & Borges, G. (2020). Cross-national prevalence and factors associated with suicide ideation and attempts in ol-

- der and young-and-middle age people. *Aging & Mental Health*, 24, 1533–42.
24. Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., & Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British Journal of Psychiatry*, 192, 98–105.
 25. di Giacomo, E., Krausz, M., Colmegna, F., Aspesi, F., & Clerici, M. (2019). Estimating the risk of attempted suicide among sexual minority youths: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 172, 1145–52; Glenn, C. R., Kleiman, E. M., Kellerman, J., Pollak, O., Cha, C. B., Esposito, E. C., Porter, A. C., Wyman, P. A., & Boatman, A. E. (2020). Annual research review: A metaanalytic review of worldwide suicide rates in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61, 294–308; McNeil, J., Ellis, S. J., & Eccles, F. J. R. (2017). Suicide in trans populations: A systematic review of prevalence and correlates. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 4, 341–53.
 26. Platt, S. (2016). Inequalities and suicidal behavior. Yayınlandığı eser: O'Connor, R. C., & Pirkis, J. (editörler) (2016). *The International Handbook of Suicide Prevention*. Wiley-Blackwell, 258–83.
 27. Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Wessely, S., Arseneault, L., Ballard, C., Christensen, H., Cohen Silver, R., Everall, I., Ford, T., John, A., Kabir, T., King, K., Madan, I., Michie, S., Przybylski, A. K., Shafran, R., Sweeney, A., Worthman, C. M., Yardley, L., Cowan, K., Cope, C., Hotopf, M., & Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: A call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry*, 7, 547–60.
 28. Gunnell, D., Appleby, L., Arensman, E., Hawton, K., John, A., Kapur, N., Khan, M., O'Connor, R. C., Pirkis, J., & the COVID-19 Suicide Prevention Research Collaboration. (2020). Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*, 7, 468–71; Moutier, C. (2020). Suicide prevention in the COVID-19 era: Transforming threat into opportunity. *JAMA Psychiatry*.
 29. Yip, P. S., Cheung, Y. T., Chau, P. H., & Law, Y. W. (2010). The impact of epidemic outbreak: The case of severe acute respiratory syndrome (SARS) and suicide among older adults in Hong Kong. *Crisis*, 31, 86–92.

30. Reeves, A., McKee, M., & Stuckler, D. (2014). Economic suicides in the Great Recession in Europe and North America. *British Journal of Psychiatry*, 205, 246–7.
31. Czeisler, M. É., Lane, R. I., Petrosky, E., Wiley, J. F., Christensen, A., Njai, R., Weaver, M. D., Robbins, R., Facer-Childs, E. R., Barger, L. K., Czeisler, C. A., Howard, M. E., & Rajaratnam, S. (2020). Mental health, substance use, and suicidal ideation during the COVID-19 Pandemic – United States, June 24–30, 2020. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69, 1049–57.
32. O'Connor, R. C., Wetherall, K., Cleare, S., McClelland, H., Melson, A. J., Niedzwiedz, C. L., O'Carroll, R. E., O'Connor, D. B., Platt, S., Scowcroft, E., Watson, B., Zortea, T., Ferguson, E., & Robb, K. A. (2020). Mental health and wellbeing during the COVID-19 pandemic: Longitudinal analyses of adults in the UK COVID-19 Mental Health & Wellbeing study. *British Journal of Psychiatry*.
33. Niederkrotenthaler, T., Gunnell, D., Arensman, E., Pirkis, J., Appleby, L., Hawton, K., John, A., Kapur, N., Khan, M., O'Connor, R. C., Platt, S., & the International COVID-19 Suicide Prevention Research Collaboration (2021). Suicide research, prevention, and COVID-19. Towards a global response and the establishment of an international research collaboration. *Crisis*, 41, 321–30; John, A., Pirkis, J., Gunnell, D., Appleby, L., & Morrissey, J. (2020). Trends in suicide during the COVID-19 pandemic. *BMJ*, 371, m4352; Tanaka, T., & Okamoto, S. (2021). Increase in suicide following an initial decline during the COVID-19 pandemic in Japan. *Nature Human Behavior*.
34. Galasinski, D. (21 Haziran 2019). Re-visiting language and suicide [blog]. Alındığı adres: <https://dariuszgalasinski.com/2019/06/21/language-and-suicide-2/#more-2280> (erişim tarihi:25 Eylül 2020).
35. Rasmussen, S., Hawton, K., Philpott-Morgan, S., & O'Connor, R. C. (2016). Why do adolescents self-harm? An investigation of motives in a community sample. *Crisis*, 37, 176– 83; de Beurs, D., Vancayseele, N., van Borkulo, C., Portzky, G., & van Heeringen, K. (2018). The association between motives, perceived problems and current thoughts of self-harm following an episode of self-harm. A network analysis. *Journal of Affective Disorders*, 240, 262–70.

36. Padmanathan, P., Biddle, L., Hall, K., Scowcroft, E., Nielsen, E., & Knipe, D. (2019). Language use and suicide: An online cross-sectional survey. *PLOS ONE*, 14, e0217473.

Bölüm 2: İntihar Acısı Nasıl Bir Duygu

1. Leenaars, A. A., Dieserud, G., Wenckstern, S., Dyregrov, K., Lester, D., & Lyke, J. (2018). A multidimensional theory of suicide. *Crisis*, 39, 416–27.
2. Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., & Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(74).
3. O'Connor, R. C., Sheehy, N. P., & O'Connor, D. B. (1999). A thematic suicide note analysis: Some observations on depression and previous suicide attempt. *Crisis*, 20, 106–14.
4. İntihar ve Ruh Sağlığı Güvenliği Gizli Ulusal Araştırması (Aralık 2019). Yıllık Rapor 2019: İngiltere, Kuzey İrlanda, İskoçya ve Galler. Alındığı adres: <https://sites.manchester.ac.uk/ncish/reports/annual-report-2019-england-northern-ireland-scotland-and-wales/> (erişim tarihi:9 Temmuz 2020).
5. Walker, M. (2018). *Why We Sleep*. Penguin.
6. Hysing, M., Sivertsen, B., Morten Stormark, K., & O'Connor, R. C. (2015). Sleep problems and self-harm in adolescence. *British Journal of Psychiatry*, 207, 306–12.
7. Liu, R. T., Steele, S. J., Hamilton, J. L., Quyen, B. P., Furbish, K., Burke, T. A., Martinez, A. P., & Gerlush, N. (2020). Sleep and suicide: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical Psychology Review*, 81, 101895; Russell, K., Allan, S., Beattie, L., Bohan, J., MacMahon, K., & Rasmussen, S. (2019). Sleep problem, suicide and self-harm in university students: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, 44, 58–69; Pigeon, W. R., Bishop, T. M., & Titus, C.E. (2016). The relationship between sleep disturbance, suicidal ideation, suicide attempts, and suicide among adults: A systematic review. *Psychiatric Annals*, 46, 177–86.
8. Shneidman, E. (1996). *The Suicidal Mind*. Oxford University Press.
9. Williams, M. (1997). *Cry of Pain: Understanding Suicide and Self-Harm*. Penguin; O'Connor, R. C., & Portzky, G. (2018). The re-

- lationship between entrapment and suicidal behavior through the lens of the integrated motivational– volitional model of suicidal behavior. *Current Opinion in Psychology*, 22, 12–17; Taylor, P. J., Gooding, P., Wood, A. M., & Tarrier, N. (2011). The role of defeat and entrapment in depression, anxiety, and suicide. *Psychological Bulletin*, 137, 391–420.
10. Kavalidou, K., Smith, D., & O'Connor, R. C. (2017). The role of physical and mental health multimorbidity in suicidal ideation. *Journal of Affective Disorders*, 209, 82–5.
 11. Naroll, R. (1969). Cultural determinants and the concept of the sick society. Yayınlandığı eser: Plog, S. C., & Edgerton, R. B. (editörler) (1969). *Changing Perspectives in Mental Illness*. Rinehart and Winston, 128–55.
 12. Uluslararası İntihar Önleme Derneği (t.y.). Dünya İntiharı Önleme Günü: Etki raporu. Alındığı adres: https://www.iasp.info/pdf/WSPD_2020_impact_report.pdf (erişim tarihi:14 Aralık 2020).

Bölüm 3: Efsaneler ve Yanlış Anlaşılanlar

1. Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*, 387(10024), 1227–39; O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry*, 1, 73–85.
2. O'Connor, R. C., & Sheehy, N. P (1997). Suicide and gender. *Mortality*, 2, 239–54.
3. Cavanagh, J., Carson, A., Sharpe, M., & Lawrie, S. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine*, 33, 395–405; Vijayakumar, L. (2005). Suicide and mental disorders in Asia. *International Review of Psychiatry*, 17, 109–14; Phillips, M. R., Yang, G., Zhang, Y., Wang, L., Ji, H., & Zhou, M. (2002). Risk factors for suicide in China: A national case-control psychological autopsy study. *Lancet*, 360 (9347), 1728–36.
4. Hjelmeland, H., & Knizek, B. L. (2017). Suicide and mental disorders: A discourse of politics, power, and vested interests. *Death Studies*, 41, 481–92.
5. Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A, Pirkis, J., & Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide

- risk. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(74); Too, L. S., Spittal, M. J., Bugeja, L., Reifels, L., Butterworth, P., & Pirkis, J. (2019). The association between mental disorders and suicide: A systematic review and meta-analysis of record linkage studies. *Journal of Affective Disorders*, 259, 302–313.
6. O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry*, 1, 73–85; van Heeringen, K. (2001). Towards a psychobiological model of the suicidal process. Yayınlandığı eser:van Heeringen, K. (editör) (2001). *Understanding Suicidal Behaviour*. John Wiley & Sons.
 7. Vijaykumar, L., & Phillips, M. (2016). Suicide prevention in lowand middle-income countries. Yayınlandığı eser:O'Connor, R. C., & Pirkis, J. (editörler) (2016). *The International Handbook of Suicide Prevention*. Wiley-Blackwell, 507–23.
 8. Naghavi, M. (2019). Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: Systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *BMJ*, 364; Dünya Sağlık Örgütü (2018). Global sağlık tahminleri 2016: Neden, yaş, cinsiyet, ülke ve bölge bazında ölümler, 2000–2016.
 9. Shneidman, E. (1996). *The Suicidal Mind*. Oxford University Press.
 10. Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K. M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143, 187–232.
 11. Dazzi, T., Gribble, R., Wessely, S., & Fear, N. T. (2014). Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence? *Psychological Medicine*, 44, 3361–3.
 12. Shneidman, E. S. (1985). *Definition of Suicide*. John Wiley & Sons.
 13. Kevin Hines internet sayfasında iyileşme yolculuğunun yanı sıra intiharı önlemede yardımcı diğer kaynakları paylaşıyor: <http://www.kevinhinesstory.com> (erişim tarihi:15 Ağustos 2020).
 14. Tidemalm, D., Runeson, B., Waern, M., Frisell, T., Carlström, E., Lichtenstein, P., & Långström, N. (2011). Familial clustering of suicide risk: A total population study of 11.4 million individuals. *Psychological Medicine*, 41, 2527–34; Fu, Q., Heath, A. C., Bu-

- cholz, K. K., Nelson, E. C., Glowinski, A. L., Goldberg, J., Lyons, M. J., Tsuang, M. T., Jacob, T., True, M. R., & Eisen, S. A. (2002). A twin study of genetic and environmental influences on suicidality in men. *Psychological Medicine*, 32, 11–24.
15. O'Connor, R. C., Rasmussen, S., Miles, J., & Hawton, K. (2009). Deliberate self-harm in adolescents: Self-report survey in schools in Scotland. *British Journal of Psychiatry*, 194, 68–72; O'Connor, R. C., Rasmussen, S., & Hawton, K. (2014). Adolescent self-harm: A school-based study in Northern Ireland. *Journal of Affective Disorders*, 159, 46–52.
16. Hawton, K., Saunders, K. E., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*, 379, 2373–82; Madge, N., Hawton, K., McMahon, E. M., Corcoran, P., De Leo, D., de Wilde, E. J., Fekete, S., van Heeringen, K., Ystgaard, M., & Arensman, E. (2011). Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: Findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20, 499–508.
17. O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry*, 1, 73–85; Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., & Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(74); Stack S. (2000). Suicide: A 15- year review of the sociological literature. Part I: Cultural and economic factors. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 30, 145–62; Scourfield, J., Fincham, B., Langer, S., & Shiner, M. (2012). Sociological autopsy: An integrated approach to the study of suicide in men. *Social Science & Medicine*, 74, 466–73; Colucci, E. (2013). Culture, cultural meaning(s), and suicide. Yayınlandığı eser: Colucci, E., & Lester, D. (Editörler), & Hjelmeland, H., & Park, B. C. B. (cols.) (2012). *Suicide and Culture: Understanding the Context*. Hogrefe Publishing, 25–46.
18. Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J. P., Sáiz, P. A., Lipsicas, C. B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U., & Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*, 3, 646–59; Dünya Sağlık Örgütü ayrıca “ulusal intihar önleme stratejileri” hakkında sürece dair ayrıntıların,

örneklerin ve göstergelerin yer aldığı yardımcı bir belge de yayımlamıştır: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279765/9789241515016-eng.pdf> (erişim tarihi:10 Ocak 2021).

19. Naghavi, M. (2019). Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: Systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *BMJ*, 364.
20. İskoçya’da güncel intihar oranları ve intihar önleme eylem planlarına internet üzerinden erişebilirsiniz: <https://www.gov.scot/policies/mental-health/suicide> (erişim tarihi:12 Ocak 2021).
21. Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K. M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143, 187–232.
22. Platt, S. (2016). Inequalities and suicidal behavior. Yayımlandığı eser: O’Connor, R. C., & Pirkis, J. (editörler) (2016). *The International Handbook of Suicide Prevention*. Wiley-Blackwell, 258– 83.
23. Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., . . . & Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British Journal of Psychiatry*, 192, 98–105.
24. O’Connor, R. C., Wetherall, K., Cleare, S., Eschle, S., Drummond, J., Ferguson, E., O’Connor, D. B., & O’Carroll, R. E. (2018). Suicide attempts and non-suicidal self-harm: A national prevalence study of young adults. *British Journal of Psychiatry Open*, 4, 142– 8.
25. Hawton, K., Bergen, H., Kapur, N., Cooper, J., Steeg, S., Ness, J., & Waters, K. (2012). Repetition of self-harm and suicide following self-harm in children and adolescents: Findings from the Multicentre Study of Self-harm in England. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 53, 1212–19.

Bölüm 4: İntiharı Anlamlandırmak

1. Borges, G., Bagge, C. L., Cherpitel, C. J., Conner, K. R., Orozco, R., & Rossow, I. (2017). A meta-analysis of acute use of alcohol and the risk of suicide attempt. *Psychological Medicine*, 47, 949–57.
2. Shneidman, E. (1996). *The Suicidal Mind*. Oxford University Press.

3. McDermott, L. (2016). An interpretative phenomenological analysis of the lived experience of suicidal behaviour [Klinik psikoloji tezi]. Glasgow Üniversitesi. Alındığı adres: <http://theses.gla.ac.uk/7569> (erişim tarihi:20 Ekim 2020).
4. Hawton, K., Saunders, K. E. A., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*, 379, 2373– 82.
5. Joiner, T. (2007). *Why People Die By Suicide*. Harvard University Press.
6. O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry*, 1, 73–85.

Bölüm 5: İntihar Ne Değildir

1. O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry*, 1, 73–85.
2. Dünya Sağlık Örgütü /Uluslararası İntihar Önleme Derneği (2017). Medya rehberi. Alındığı adres: https://www.iasp.info/media_guidelines.php (erişim tarihi:9 Ocak 2021).
3. Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A, Pirkis, J., & Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(74).
4. O'Connor, R. C. (1999). The boundaries: Health psychology and suicidal behaviour. *Health Psychology Update*, 36, 4–7.
5. Bostwick, J. M., & Pankratz, V. S. (2000). Affective disorders and suicide risk: A reexamination. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1925–32.
6. Quinn, F., Chater, A., & Morrison, V. (2020). An oral history of health psychology in the UK. *British Journal of Health Psychology*, 25, 502–18.
7. Conner, M., & Norman, P. (2005). *Predicting Health Behaviour*. Open University Press.
8. Uluslararası İntihar Önleme Derneği bünyesinde intiharın suç olmaktan çıkarılması üzerinde çalışan bir çalışma grubu bulunmaktadır: <https://www.iasp.info/decriminalisation.php> (erişim tarihi:18 Ocak 2021); Mishara, B. L., Weisstub, D.N. (2016). The legal status of suicide: a global review. *International Journal of Law and Psychiatry* 44, 54–74.
9. O'Connor, R. C. & Sheehy, N. P (1997). Suicide and gender. *Mortality*, 2, 239–54.

Bölüm 6: Bütüncül İntihar Anlayışına Doğru

1. O'Connor, R. C., Platt, S., & Gordon, J. (editörler) (2011). *The International Handbook of Suicide Prevention: Research, Evidence and Practice*. Wiley-Blackwell.
2. Platt, S. (1984). Unemployment and suicidal behaviour: A review of the literature. *Social Science & Medicine*, 19, 93–115.
3. O'Connor, R. C. (2011). Towards an integrated motivational–volitional of suicidal behaviour. Yayımlandığı eser: O'Connor, R. C., Platt, S., & Gordon, J. (editörler) (2011). *The International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice*. Wiley Blackwell, 181–98; O'Connor, R. C. (2011). The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *Crisis*, 32, 295–8.
4. Shneidman, E., & Farberow, N. (1957) *Clues to Suicide*. McGraw-Hill Book Company; Shneidman, E. (1967). *Essays in Self-destruction*. Science House; Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97, 90–113.
5. Baechler, J. (1979). *Suicides*. Basic Books; Baechler, J. (1980). A strategic theory. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 10, 70–99; Shneidman, E. (1996). *The Suicidal Mind*. Oxford University Press.
6. Williams, M. (1997). *Cry of Pain: Understanding Suicide and Self-Harm*. Penguin; Williams, J. M. G., Crane, C., Barnhofer, T., & Duggan, D. S. (2005). Psychology and suicidal behaviour: Elaborating the entrapment model. Yayımlandığı eser: Hawton, K. (editör) (2005). *Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour*. Oxford University Press, 71–90.
7. Gilbert, P., & Allan, S. (1998). The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: An exploration of an evolutionary view. *Psychological Medicine*, 28, 585–98.
8. MacLean, P. D. (1990). *The Triune Brain in Evolution*. Plenum Press.
9. Gilbert, P., & Allan, S. (1998). The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: An exploration of an evolutionary view. *Psychological Medicine*, 28, 585–98.
10. O'Connor, R. C., Smyth, R., Ferguson, E., Ryan, C., & Williams, J. M. G. (2013). Psychological processes and repeat suicidal behavior: A four year prospective study. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 81, 1137–43.

11. O'Connor, R. C., & Portzky, G. (2018). The relationship between entrapment and suicidal behavior through the lens of the integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. *Current Opinion in Psychology*, 22, 12–17; Taylor, P. J., Gooding, P., Wood, A. M., & Tarrier, N. (2011). The role of defeat and entrapment in depression, anxiety, and suicide. *Psychological Bulletin*, 137, 391–420; Siddaway, A. P., Taylor, P. J., Wood, A. M., & Schulz, J. (2015). A meta-analysis of perceptions of defeat and entrapment in depression, anxiety problems, posttraumatic stress disorder, and suicidality. *Journal of Affective Disorders*, 184, 149–59.
12. De Beurs, D., Cleare, S., Wetherall, K., Eschle-Byrne, S., Ferguson, E., O'Connor, D. B., & O'Connor, R. C. (2020). Entrapment and suicide risk: The development of the 4-item Entrapment Scale Short-Form (E- SF). *Psychiatry Research*, 284, 112765.
13. Wetherall, K., Cleare, S., Eschle, S., Ferguson, E., O'Connor, D. B., O'Carroll, R. E., & O'Connor, R. C. (2020). Predicting suicidal ideation in a nationally representative sample of young adults: A 12 month prospective study. *Psychological Medicine*.
14. Morrison, R., & O'Connor, R. C. (2008). A systematic review of the relationship between rumination and suicidality. *Suicide and Life- Threatening Behavior*, 38, 523–38; Law, K. C., & Tucker, R. P. (2018). Repetitive negative thinking and suicide: A burgeoning literature with need for further exploration. *Current Opinion in Psychology*, 22, 68–72.
15. Camus, A. (1985). *The Myth of Sisyphus*. Penguin.
16. Haig, M. (2015). *Reasons to Stay Alive*. Canongate.
17. Steele, C. M., & Josephs, R. A. (1990). Alcohol myopia: Its prized and dangerous effects. *American Psychologist*, 45, 921–33.
18. Richardson, C., Robb, K. A., & O'Connor, R. C. (2020). A systematic review of suicidal behaviour in men: A narrative synthesis of risk factors. *Social Science & Medicine*.
19. Honeyman, G. (2018). *Eleanor Oliphant is Completely Fine*. HarperCollins.

Bölüm 7: Bütüncül Güdüleyici İstemli İntihar Davranışı Modeli

1. O'Connor, R. C. (2011). Towards an integrated motivational-volitional of suicidal behaviour. Yayınlandığı eser: O'Connor,

- R. C., Platt, S., & Gordon, J. (editörler) (2011). *The International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice*. Wiley Blackwell, 181–98; de Beurs, D. P., van Borkulo, C. D., & O'Connor, R. C. (2017). Association between suicidal symptoms and repeat suicidal behaviour within a sample of hospital-treated suicide attempters. *BJPsych Open*, 3, 120–6.
2. O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational– volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B.*, 373, 20170268.
3. O'Connor, R. C. (2011). Towards an integrated motivational– volitional of suicidal behaviour. Yayınlandığı eser: O'Connor, R. C., Platt, S., & Gordon, J. (editörler) (2011). *The International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice*. Wiley Blackwell, 181– 98.
4. Williams, M. (1997). *Cry of Pain: Understanding Suicide and Self-Harm*. Penguin; Gilbert, P., & Allan, S. (1998). The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: An exploration of an evolutionary view. *Psychological Medicine*, 28, 585–98.
5. Joiner, T. (2007). *Why People Die By Suicide*. Harvard University Press; van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Brait-hwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E., Jr (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117, 575–600; Chu, C., Buchman-Schmitt, J. M., Stanley, I. H., Hom, M. A., Tucker, R. P., Hagan, C. R., Rogers, M. L., Podlogar, M. C., Chiurliza, B., Ringer, F. B., Michaels, M. S., Patros, C., & Joiner, T. E. (2017). The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta- analysis of a decade of cross- national research. *Psychological Bulletin*, 143, 1313–45.
6. Armitage, C. J., & Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40, 471–99.
7. O'Connor, R. C., Armitage, C. J., & Gray, L. (2006). The role of clinical and social cognitive variables in parasuicide. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 465– 81.
8. A.g.e.
9. O'Connor, R. C. (2007). The relations between perfectionism and suicide risk: A systematic review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37, 698–714; Smith, M. M., Sherry, S. B., Checn,

- S., Saklofske, D. H., Mushquash, C., Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2018). The perniciousness of perfectionism: A meta-analytic review of the perfectionism–suicide relationship. *Journal of Personality*, 86, 522–42.
10. Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., & Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(74).
 11. A.g.e.
 12. Stone, M., Laughren, T., Jones, M. L., Levenson, M., Holland, P. C., Hughes, A., Hammad, T. A., Temple, R., & Rochester, G. (2009). Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: Analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. *BMJ*, 339, b2880.
 13. O'Connor, R. C., Whyte, M. C., Fraser, L., Masterton, G., & MacHale, S. (2007). Predicting short-term improvement in well-being following presentation to hospital with self-harm: The conjoint effects of social perfectionism and future thinking. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1543–55; O'Connor, R. C. (2007). The relations between perfectionism and suicide risk: A systematic review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37, 698–714; O'Connor, R. C., Rasmussen, S., & Hawton, K. (2010). Predicting depression, anxiety and self-harm in adolescents: The role of perfectionism and stress. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 52–9.
 14. O'Connor, R. C. (2007). The relations between perfectionism and suicide risk: A systematic review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37, 698–714; Smith, M. M., Sherry, S. B., Checn, S., Saklofske, D. H., Mushquash, C., Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2018). The perniciousness of perfectionism: A meta-analytic review of the perfectionism–suicide relationship. *Journal of Personality*, 86, 522–42; Roxborough, H. M., Hewitt, P. L., Kaldas, J., Flett, G. L., Caelian, C. M., Sherry, S., & Sherry, D. L. (2012). Perfectionistic self-presentation, socially prescribed perfectionism, and suicide in youth: A test of the perfectionism social disconnection model. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 42, 217–33.
 15. Storr, W. (2017). *Selfie: How the West Became Self-Obsessed*. Picador; Storr, W. (11 Mayıs 2015). The male suicides: How social perfectionism kills. Mosaic Science. Alındığı adres: <https://mosaicscience.com/story/male-suicide> (erişim tarihi:9 Ocak 2021).

16. Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456–70; Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2002). *Perfectionism: Theory, Research and Treatment*. American Psychological Association.
17. O'Connor, R. C., Rasmussen, S., & Hawton, K. (2010). Predicting depression, anxiety and self-harm in adolescents: The role of perfectionism and stress. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 52–9.
18. Kahneman, D. (2011). *Thinking, Fast and Slow*. Penguin.
19. Greenwald, A. G., McGhee, D. E., & Schwartz, J. L. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition: The implicit association test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1464–80.
20. Nock, M. K., Park, J. M., Finn, C. T., Deliberto, T. L., Dour, H. J., & Banaji, M. R. (2010). Measuring the suicidal mind: Implicit cognition predicts suicidal behavior. *Psychological Science*, 21, 511–17.
21. Cha, C. B., O'Connor, R. C., Kirtley, O., Cleare, S., Wetherall, K., Eschle, S., Tezanos, K. M., & Nock, M. K. (2018). Testing mood-activated psychological markers for suicidal ideation. *Journal of Abnormal Psychology*, 127, 448–57.
22. Platt, S. (2016). Inequalities and suicidal behavior. Yayınlandığı eser: O'Connor, R. C., & Pirkis, J. (Editörler) (2016). *The International Handbook of Suicide Prevention*. Wiley-Blackwell, 258–83; Armstrong, G., Pirkis, J., Arabena, K., Currier, D., Spittal, M. J., & Jorm, A. F. (2017). Suicidal behaviour in Indigenous compared to non-Indigenous males in urban and regional Australia: Prevalence data suggest disparities increase across age groups. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 51, 1240–8; Machado, D. B., Rasella, D., & Dos Santos, D. N. (2015). Impact of income inequality and other social determinants on suicide rate in Brazil. *PLOS ONE*, 10, e0124934.
23. O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry*, 1, 73–85; Chen, T., & Roberts, K. (2020). Negative life events and suicide in the national violent death reporting system. *Archives of Suicide Research*.

24. Turecki G. (2018) Early-life adversity and suicide risk: The role of epigenetics. Yayınlandığı eser:Pompili M. (editör) (2018). *Phenomenology of Suicide*. Springer.
25. Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245–58; Bellis, M. A., Lowey, H., Leckenby, N., Hughes, K., & Harrison, D. (2014). Adverse childhood experiences: Retrospective study to determine their impact on adult health behaviours and health outcomes in a UK population. *Journal of Public Health*, 36, 81–91.
26. Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F., & Giles, W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA*, 286, 3089– 96.
27. Turecki G. (2018) Early-life adversity and suicide risk: The role of epigenetics. Yayınlandığı eser:Pompili M. (editör) (2018). *Phenomenology of Suicide*. Springer.
28. O'Connor, D. B., Gartland, N., & O'Connor, R. C. (2020). Stress, cortisol and suicide risk. *International Review of Neurobiology*, 152, 101–30.
29. O'Connor, D. B., Ferguson, E., Green, J., O'Carroll, R. E., & O'Connor, R. C. (2016). Cortisol levels and suicidal behavior: A meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*, 63, 370–9; Berardelli, I., Serafini, G., Cortese, N., Fiaschè, F., O'Connor, R. C., & Pompili, M. (2020). The involvement of hypothalamus-pituitary-adrenal (HPA) axis in suicide risk. *Brain Sciences*, 10, 653; O'Connor, D. B., Branley-Bell, D., Green, J., Ferguson, E., Carroll, R. E., & O'Connor, R. C. (2020). Effects of childhood trauma, daily stress and emotions on daily cortisol levels in individuals vulnerable to suicide. *Journal of Abnormal Psychology*, 129, 92–107.
30. O'Connor, D. B., & O'Connor, R. C. (9 Apr. 2020). Siblings. *The Psychologist*. Alındığı adres: <https://thepsychologist.bps.org.uk/siblings> (erişim tarihi:1 Eylül 2020).

31. Smeets, T., Cornelisse, S., Quaedflieg, C. W. E. M., Meyer, T., Jelicic, M., & Merckelbach, H. (2012). Introducing the Maastricht Acute Stress Test (MAST): A quick and non-invasive approach to elicit robust autonomic and glucocorticoid stress responses. *Psychoneuroendocrinology*, 37, 1998–2008.
32. O'Connor, D. B., Green, J. A., Ferguson, E., O'Carroll, R. E., & O'Connor, R. C. (2017). Cortisol reactivity and suicidal behavior: Investigating the role of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis responses to stress in suicide attempters and ideators. *Psychoneuroendocrinology*, 75, 183–91.
33. O'Connor, D. B., Green, J. A., Ferguson, E., O'Carroll, R. E., & O'Connor, R. C. (2018). Effects of childhood trauma on cortisol levels in suicide attempters and ideators. *Psychoneuroendocrinology*, 88, 9–12.
34. O'Connor, D. B., Branley-Bell, D., Green, J. A., Ferguson, E., O'Carroll, R. E., & O'Connor, R. C. (2020). Effects of childhood trauma, daily stress, and emotions on daily cortisol levels in individuals vulnerable to suicide. *Journal of Abnormal Psychology*, 129, 92–107.
35. Zortea, T. C., Gray, C. M., & O'Connor, R. C. (2019). The relationship between adult attachment and suicidal thoughts and behaviors: A systematic review. *Archives of Suicide Research*, 23, 1–36.
36. Zortea, T. C., Dickson, A., Gray, C. M., O'Connor, R. C. (2019). Associations between experiences of disrupted attachments and suicidal thoughts and behaviours: An interpretative phenomenological analysis. *Social Science & Medicine*, 235, 112408.
37. van Orden, K., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S., Selby, E. A., Joiner, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117, 575–600.
38. Pollock, L. R., & Williams, J. M. (2001). Effective problem solving in suicide attempters depends on specific autobiographical recall. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 31, 386–96.
39. Pollock, L. R., & Williams, J. M. (2004). Problem-solving in suicide attempters. *Psychological Medicine*, 34, 163–7.
40. MacLeod, A. K., Pankhania, B., Lee, M., & Mitchell, D. (1997). Parasuicide, depression and the anticipation of positive and negative future experiences. *Psychological Medicine*, 27, 973–7.

41. MacLeod, A. K., & O'Connor, R. C. (2018). Positive future-thinking, wellbeing and mental health. Yayımlandığı eser: Oettingen, G., Sevincer, A. T., & Gollwitzer, P. (editörler) (2018). *The Psychology of Thinking about the Future*. Guilford Publications Inc, 199–213.
42. O'Connor, R. C., Fraser, L., Whyte, M. C., Machale, S., & Masterton, G. (2008). A comparison of specific positive future expectancies and global hopelessness as predictors of suicidal ideation in a prospective study of repeat self-harmers. *Journal of Affective Disorders*, 110, 207–14.
43. O'Connor, R. C., Smyth, R., & Williams, J. M. G. (2015). Intrapersonal positive future thinking predicts repeat suicide attempts in hospital treated suicide attempters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83, 169–76.
44. Cleare, S., Gumley, A., O'Connor, R. C. (2019). Self-compassion, forgiveness, suicidal ideation and self-harm: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26, 511–30.
45. Cassidy, S., Bradley, P., Robinson, J., Allison, C., McHugh, M., & Baron-Cohen, S. (2014). Suicidal ideation and suicide plans or attempts in adults with Asperger's syndrome attending a specialist diagnostic clinic: A clinical cohort study. *Lancet Psychiatry*, 1, 142–7; Richards, G., Kenny, R., Griffiths, S., Allison, C., Mosse, D., Holt, R., O'Connor, R. C., Cassidy, S., & Baron-Cohen, S.
46. (2019). Autistic traits in adults who have attempted suicide. *Molecular Autism*, 10, 26.
47. Cassidy, S., & Rodgers, J. (2017). Understanding and prevention of suicide in autism. *Lancet Psychiatry*, 4, e11. 47 Mak, J., Shires, D. A., Zhang, Q., & Goodman, M. (2020). Suicide attempts among a cohort of transgender and gender diverse people. *American Journal of Preventive Medicine*, 59, 570–7.

Bölüm 8: Kritik Eşikten Geçmek: İntihar

Düşüncelerinden İntihar Davranışına

1. Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., & Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British Journal of Psychiatry*, 192, 98–105.
2. O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational– volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B.*, 373, 20170268.

3. A.g.e.
4. Norton, K. (20 Apr. 2018). Twitter. Alındığı adres: <https://twitter.com/kennnaminh/status/987404512829861889> (erişim tarihi: 3 Şubat 2021).
5. Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J. P., Sáiz, P. A., Lipsicas, C. B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U., & Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10- year systematic review. *Lancet Psychiatry*, 3, 646– 59; Chen, Y-Y., Chien-Chang Wu, Wang, Y., & Yip, P. S. (2016). Suicide prevention through restricting Access to suicide means and hotspots. Yayınlandığı eser: O'Connor, R. C., & Pirkis, J. (editörler) (2016). *The International Handbook of Suicide Prevention*. Wiley-Blackwell, 609–36; Gunnell, D., Fernando, R., Hewagama, M., Priyangika, W. D., Konradsen, F., & Eddleston, M. (2007). The impact of pesticide regulations on suicide in Sri Lanka. *International Journal of Epidemiology*, 36, 1235–42
6. Hawton, K. (2002). United Kingdom legislation on pack sizes of analgesics: Background, rationale, and effects on suicide and deliberate self-harm. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 32, 223–9.
7. Kreitman N. (1976). The coal gas story. United Kingdom suicide rates, 1960– 71. *British Journal of Preventive & Social Medicine*, 30, 86– 93.
8. Arya, V., Page, A., Gunnell, D., & Armstrong, G. (2021). Changes in method specific suicide following a national pesticide ban in India (2011– 2014). *Journal of Affective Disorders*, 278, 592–600.
9. Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., & Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: A systematic review. *JAMA*, 294, 2064–74.
10. Hawton, K. (2002). United Kingdom legislation on pack sizes of analgesics: Background, rationale, and effects on suicide and deliberate self-harm. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 32, 223–9; Hawton, K., Bergen, H., Simkin, S., Dodd, S., Pocock, P., Bernal, W., Gunnell, D., & Kapur, N. (2013). Long term effect of reduced pack sizes of paracetamol on poisoning deaths and liver transplant activity in England and Wales: Interrupted time series analyses. *BMJ*, 346, f403.

11. Pirkis, J., Too. L. S., Spittal, M. J., Krysinaka, K., Robinson, J., Cheung, Y. T. (2015). Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 2, 994– 1001.
12. Gollwitzer, P. M., & Sheeran, P. (2006). Implementation intentions and goal achievement: A meta-analysis of effects and processes. Yayımlandığı eser: Zanna, M. P. (editör) (2006). *Advances in Experimental Social Psychology*. Elsevier Academic Press, vol. 38, 69– 119.
13. Armitage, C. J., & Arden, M. A. (2012). A volitional help sheet to reduce alcohol consumption in the general population: a field experiment. *Prevention Science*, 13, 635–43; O'Connor, R. C., Ferguson, E., Scott, F., Smyth, R., McDaid, D., Park, A., Beautrais, A., & Armitage, C. J. (2017). A randomised controlled trial of a brief psychological intervention to reduce repetition of self-harm in patients admitted to hospital following a suicide attempt. *Lancet Psychiatry*, 4, 451–60.
14. Armitage, C. J., Abdul Rahim, W., Rowe, R. & O'Connor, R. C. (2016). An exploratory randomized trial of a simple, brief psychological intervention to reduce subsequent suicidal ideation and behaviour in patients hospitalised for self-harm. *British Journal of Psychiatry*, 208, 1–7.
15. O'Connor, R. C., Ferguson, E., Scott, F., Smyth, R., McDaid, D., Park, A., Beautrais, A., & Armitage, C. J. (2017). A randomised controlled trial of a brief psychological intervention to reduce repetition of self-harm in patients admitted to hospital following a suicide attempt. *Lancet Psychiatry*, 4, 451–60.
16. BBC Studios (2015). *Life After Suicide* [documentary]. Alındığı adres: <https://www.bbc.co.uk/programmes/b05n2922> (erişim tarihi:21 Ekim 2020).
17. I wrote a blog about taking part in *Life After Suicide* for *The Psychologist*: O'Connor, R. (Mayıs 2015). Starting a national conversation about suicide. *The Psychologist*. Alındığı adres: <https://thepsychologist.bps.org.uk/volume-28/may-2015/starting-national-conversation-about-suicide> (erişim tarihi:20 Ekim 2020).
18. King, K., Schlichthorst, M., Keogh, L., Reifels, L., Spittal, M. J., Phelps, A., & Pirkis, J. (2019). Can watching a television docu-

- mentary change the way men view masculinity? *Journal of Men's Studies*, 27, 287–306; King, K. E., Schlichthorst, M., Spittal, M. J., Phelps, A., & Pirkis, J. (2018). Can a documentary increase help-seeking intentions in men? A randomised controlled trial. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 72, 92– 8.
19. Erlangsen, A., & Pitman, A. (2017). Effects of suicide bereavement on mental and physical health. Yayınlandığı eser: Andriesen, K., Kryszinska, K., & Grad, O. T. (Editörler) (2017). *Postvention in Action: The International Handbook of Suicide Bereavement Support*. Hogrefe Publishing, 17– 26; Favril, L., O'Connor, R. C., Hawton, K., & Vander Laenen, F. (2020). Factors associated with the transition from suicidal ideation to suicide attempt in prison. *European Psychiatry*, 63, e101; Rostila, M., Saarela, J., & Kawachi, I. (2013). Suicide following the death of a sibling: A nationwide follow-up study from Sweden. *BMJ Open*, 3, e002618.
 20. Pitman, A., Osborn, D., King, M., & Erlangsen, A. (2014). Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *Lancet Psychiatry*, 1, 86–94.
 21. Garssen, J., Deerenberg, I., Mackenbach, J. P., Kerkhof, A., & Kunst, A. E. (2011). Familial risk of early suicide: Variations by age and sex of children and parents. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 41, 585– 93.
 22. Hua, P., Bugeja, L., & Maple, M. (2020). A systematic review on the relationship between childhood exposure to external cause parental death, including suicide, on subsequent suicidal behaviour. *Journal of Affective Disorders*, 257, 723–34.
 23. Biddle, L., Gunnell, D., Owen-Smith, A., Potokar, J., Longson, D., Hawton, K., Kapur, N., & Donovan, J. (2012). Information sources used by the suicidal to inform choice of method. *Journal of Affective Disorders*, 136, 702–9; O'Connor, R. C., & Portzky, G. (2018). Looking to the future: A synthesis of new developments and challenges in suicide research and prevention. *Frontiers in Psychology*, 9, 2139.
 24. Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*, 387(10024), 1227–39.
 25. Netflix (2020). *The Social Dilemma* [belgesel]. Alındığı adres: <https://www.netflix.com/title/81254224> (erişim tarihi: 3 Şubat 2021).

26. A.g.e.
27. John, A., Glendenning, A. C., Marchant, A., Montgomery, P., Stewart, A., Wood, S., Lloyd, K., & Hawton, K. (2018). Self-harm, suicidal behaviours, and cyberbullying in children and young people: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 20, e129; Padmanathan, P., Bould, H., Winstone, L., Moran, P., & Gunnell, D. (2020). Social media use, economic recession and income inequality in relation to trends in youth suicide in high-income countries: A time trends analysis. *Journal of Affective Disorders*, 275, 58–65; O'Connor, R. C., & Robb, K. A. (2020). Identifying suicide risk factors in children is essential for developing effective prevention interventions. *Lancet Psychiatry*, 7, 292–3.
28. Reeves, A., McKee, M., & Stuckler, D. (2014). Economic suicides in the Great Recession in Europe and North America. *British Journal of Psychiatry*, 205, 246–7; Oyesanya, M., Lopez-Morinigo, J., & Dutta, R. (2015). Systematic review of suicide in economic recession. *World Journal of Psychiatry*, 5, 243–54.
29. Mojtabai, R., Olfson, M., & Han, B. (2016). National trends in the prevalence and treatment of depression in adolescents and young adults. *Pediatrics*, 138, e20161878.
30. Robinson, J., Cox, G., Bailey, E., Hetrick, S., Rodrigues, M., Fisher, S., & Herrman, H. (2016). Social media and suicide prevention: A systematic review. *Early Intervention in Psychiatry*, 10, 103–21; Marchant, A., Hawton, K., Stewart, A., Montgomery, P., Singaravelu, V., Lloyd, K., Purdy, N., Daine, K., & John, A. (2017). A systematic review of the relationship between internet use, self-harm and suicidal behaviour in young people: The good, the bad and the unknown. *PLOS ONE*, 12, e0181722.
31. Biernesser, C., Sewall, C., Brent, D., Bear, T., Mair, C., & Trauth, J. (2020). Social media use and deliberate self-harm among youth: A systematized narrative review. *Children and Youth Services Review*, 116, 105054.
32. John, A., Glendenning, A. C., Marchant, A., Montgomery, P., Stewart, A., Wood, S., Lloyd, K., & Hawton, K. (2018). Self-harm, suicidal behaviours, and cyberbullying in children and young people: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 20, e129.

33. Hawton, K., Simkin, S., Deeks, J. J., O'Connor, S., Keen, A., Altman, D. G., Philo, G., & Bulstrode, C. (1999). Effects of a drug overdose in a television drama on presentations to hospital for self poisoning: Time series and questionnaire study. *BMJ*, 318(7189), 972–7.
34. Netflix (2017). *13 Reasons Why*. Alındığı adres: <https://www.netflix.com/title/80117470> (erişim tarihi:3 Şubat 2021).
35. Dünya Sağlık Örgütü/Uluslararası İntihar Önleme Derneği (2017). Medya rehberi. Alındığı adres: https://www.iasp.info/media_guidelines.php (erişim tarihi:9 Ocak 2021).
36. O'Connor, R. (2 May 2017). Comment on the Netflix series 13 Reasons Why [blog]. Suicidal Behaviour Research Lab. Alındığı adres: <http://www.suicideresearch.info/news-1/comment-on-the-netflix-series-13-reasons-why> (erişim tarihi:11 Ocak 2021).
37. Niederkrotenthaler, T., Stack, S., Till, B., Sinyor, M., Pirkis, J., Garcia, D., Rockett, I., & Tran, U. S. (2019). Association of increased youth suicides in the United States with the release of *13 Reasons Why*. *JAMA Psychiatry*, 76, 933–40.
38. Bridge, J. A., Greenhouse, J. B., Ruch, D., Stevens, J., Ackerman, J., Sheftall, A. H., Horowitz, L. M., Kelleher, K. J., & Campo, J. V. (2020). Association between the release of Netflix's *13 Reasons Why* and suicide rates in the United States: An interrupted time series analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59, 236–43.
39. Romer, D. (2020). Reanalysis of the Bridge et al. study of suicide following release of *13 Reasons Why*. *PLOS ONE*, 15, e0227545; Bridge, J. A., Greenhouse, J. B., Kelleher, K. J., & Campo, J. V. (2020). Formal comment: Romer study fails at following core principles of reanalysis. *PLOS ONE*, 15, e0237184.
40. Karter, E. (22 Mart 2018). Multinational study: How teens, parents respond to Netflix show “13 Reasons Why” Northwestern University. Alındığı adres: <https://news.northwestern.edu/stories/2018/march/13-reasons-why/> (erişim tarihi:5 Ocak 2021).
41. Niederkrotenthaler, T., Fu, K. W., Yip, P. S., Fong, D. Y., Stack, S., Cheng, Q., & Pirkis, J. (2012). Changes in suicide rates following media reports on celebrity suicide: A meta-analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66, 1037–42.

42. Phillips D. P. (1974). The influence of suggestion on suicide: Substantive and theoretical implications of the Werther effect. *American Sociological Review*, 39, 340–54.
43. Niederkrotenthaler, T., Braun, M., Pirkis, J., Till, B., Stack, S., Sin-yor, M., Tran, U. S., Voracek, M., Cheng, Q., Arendt, F., Scherr, S., Yip, P., & Spittal, M. J. (2020). Association between suicide reporting in the media and suicide: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 368, m575.
44. Niederkrotenthaler, T., Voracek, M., Herberth, A., Till, B., Strauss, M., Etzersdorfer, E., Eisenwort, B., & Sonneck, G. (2010). Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. *British Journal of Psychiatry*, 197, 234–43.
45. Robinson, J., Pirkis, J., & O'Connor, R. C. (2016). Suicide clusters. Yayımlandığı eser: O'Connor, R. C., & Pirkis, J. (editörler) (2016). *The International Handbook of Suicide Prevention*. Wiley-Blackwell, 758–74.
46. Joiner, T. E. (2003). Contagion of suicidal symptoms as a function of assortative relating and shared relationship stress in college roommates. *Journal of Adolescence*, 26, 495–504.
47. Gvion, Y., & Apter, A. (2011). Aggression, impulsivity, and suicide behavior: A review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 15, 93–112; Anestis, M. D., Soberay, K. A., Gutierrez, P. M., Hernandez, T. D., & Joiner, T. E. (2014). Reconsidering the link between impulsivity and suicidal behavior. *Personality and Social Psychology Review*, 18, 366–86; McHugh, C. M., Lee, R. S. C., Hermens, D. F., Corderoy, A., Large, M., & Hickie, I. B. (2019). Impulsivity in the self-harm and suicidal behavior of young people: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 116, 51–60.
48. Wetherall, K., Cleare, S., Eschle, S., Ferguson, E., O'Connor, D. B., O'Carroll, R., & O'Connor, R. C. (2018). From ideation to action: Differentiating between those who think about suicide and those who attempt suicide in a national study of young adults. *Journal of Affective Disorders*, 241, 475–83; Branley-Bell, D., O'Connor, D. B., Green, J. A., Ferguson, E., O'Carroll, R. E., & O'Connor, R. C. (2019). Distinguishing suicide ideation from suicide attempts: Further test of the integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Journal of Psychiatric Re-*

- search, 117, 100–7; Dhingra, K., Boduszek, D., & O'Connor, R. C. (2015). Differentiating suicide attempters from suicide ideators using the integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *Journal of Affective Disorders*, 186, 211–8.
49. Millner, A. J., Lee, M. D., Hoyt, K., Buckholtz, J. W., Auerbach, R. P., & Nock, M. K. (2020). Are suicide attempters more impulsive than suicide ideators? *General Hospital Psychiatry*, 63, 103–10; Anestis, M. D., & Joiner, T. E. (2011). Examining the role of emotion in suicidality: Negative urgency as an amplifier of the relationship between components of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior and lifetime number of suicide attempts. *Journal of Affective Disorders*, 129, 261–9.
 50. Melson, A. J., & O'Connor, R. C. (2019). Differentiating adults who think about self-harm from those who engage in self-harm: The role of volitional alcohol factors. *BMC Psychiatry*, 19, 319.
 51. Smith, P. N., Stanley, I. H., Joiner, T. E., Jr, Sachs-Ericsson, N. J., & Van Orden, K. A. (2016). An aspect of the capability for suicide- fearlessness of the pain involved in dying-amplifies the association between suicide ideation and attempts. *Archives of Suicide Research*, 20, 650–62.
 52. Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation- to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8, 114–29.
 53. Klonsky, E. D., Saffer, B. Y., & Bryan, C. J. (2018). Ideation-to-action theories of suicide: A conceptual and empirical update. *Current Opinion in Psychology*, 22, 38–43.
 54. Chu, C., Buchman-Schmitt, J. M., Stanley, I. H., Hom, M. A., Tucker, R. P., Hagan, C. R., Rogers, M. L., Podlogar, M. C., Chiurliza, B., Ringer, F. B., Michaels, M. S., Patros, C., & Joiner, T. E. (2017). The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychological Bulletin*, 143, 1313–45.
 55. Kirtley, O. J., O'Carroll, R. E., & O'Connor, R. C. (2015). Hurting inside and out? Emotional and physical pain in self-harm ideation and enactment. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8, 156–71; Osman, A., Barrios, F. X., Gutierrez, P. M., Swarting, B., Kopper, B. A., & Mei-Chuan Wang (2005). Reliability and construct validity of the pain distress inventory. *Journal of*

- Behavioral Medicine*, 28, 169–80; Kirtley, O. J., O'Carroll, R. E., & O'Connor, R. C. (2015). The role of endogenous opioids in non-suicidal self-injurious behavior: Methodological Challenges. *Neuroscience & Biobehavioral Review*, 48, 186–9.
56. Law, K. C., Khazem, L. R., Jin, H. M., & Anestis, M. D. (2017). Non-suicidal self-injury and frequency of suicide attempts: The role of pain persistence. *Journal of Affective Disorders*, 209, 254–61.
 57. Kirtley, O. J., O'Carroll, R. E., & O'Connor, R. C. (2016). Pain and self-harm: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 203, 347–63.
 58. Kirtley, O. J., Rodham, K., & Crane, C. (2020). Understanding suicidal ideation and behaviour in individuals with chronic pain: A review of the role of novel transdiagnostic psychological factors. *Lancet Psychiatry*, 7, 282–90.
 59. Freud, S. (1922). *Beyond the Pleasure Principle*. Bartleby.com, Hubback, C. J. M. (çeviri).
 60. Menninger, K. (1938). *Man Against Himself*. Mariner Books.
 61. Chu, C., Buchman-Schmitt, J. M., Stanley, I. H., Hom, M. A., Tucker, R. P., Hagan, C. R., Rogers, M. L., Podlogar, M. C., Chiurliza, B., Ringer, F. B., Michaels, M. S., Patros, C., & Joiner, T. E. (2017). The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychological Bulletin*, 143, 1313–45.
 62. Ribeiro, J. D., Witte, T. K., van Orden, K. A., Selby, E. A., Gordon, K. H., Bender, T. W., & Joiner, T. E. (2014). Fearlessness about death: The psychometric properties and construct validity of the revision to the acquired capability for suicide scale. *Psychological Assessment*, 26, 115–26.
 63. Wetherall, K., Cleare, S., Eschle, S., Ferguson, E., O'Connor, D. B., O'Carroll, R. E., & O'Connor, R. C. (2018). From ideation to action: differentiating between those who think about suicide and those who attempt suicide in a national study of young adults. *Journal of Affective Disorders*, 241, 475–83.
 64. McCormick, A., Meijen, C., & Marcora, S. (2015). Psychological determinants of whole-body endurance performance. *Sports Medicine*, 45, 997–1015.
 65. Wetherall, K., Cleare, S., Eschle, S., Ferguson, E., O'Connor, D. B., O'Carroll, R. E., & O'Connor, R. C. (2018). From ideation to

- action: Differentiating between those who think about suicide and those who attempt suicide in a national study of young adults. *Journal of Affective Disorders*, 241, 475–83.
66. Holmes, E. A., Crane, C., Fennell, M. J., & Williams, J. M. (2007). Imagery about suicide in depression – “Flash- forwards”? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 423–34; Crane, C., Shah, D., Barnhofer, T., & Holmes, E. A. (2012). Suicidal imagery in a previously depressed community sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19, 57–69.
 67. Naherniak, B., Bhaskaran, J., Sareen, J., Wang, Y., & Bolton, J. M. (2019). Ambivalence about living and the risk for future suicide attempts: A longitudinal analysis. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 21, 18m02361.
 68. Ng, R., Di Simplicio, M., McManus, F., Kennerley, H., & Holmes, E.A. (2016). “Flash- forwards” and suicidal ideation: A prospective investigation of mental imagery, entrapment and defeat in a cohort from the Hong Kong Mental Morbidity Survey. *Psychiatry Research*, 246, 453–60.
 69. Di Simplicio, M., Appiah-Kusi, E., Wilkinson, P., Watson, P., Meiser-Stedman, C., Kavanagh, D. J., & Holmes, E. A. (2020). Imaginator: A proof- of- concept feasibility trial of a brief imagery-based psychological intervention for young people who self-harm. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 50, 724– 40.
 70. Chan, M. K., Bhatti, H., Meader, N., Stockton, S., Evans, J., O'Connor, R. C., Kapur, N., & Kendall, T. (2016). Predicting suicide following self-harm: Systematic review of risk factors and risk scales. *British Journal of Psychiatry*, 209, 277– 83; Mars, B., Heron, J., Klonsky, E. D., Moran, P., O'Connor, R. C., Tilling, K., Wilkinson, P., & Gunnell, D. (2019). Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: A birth cohort study. *Lancet Psychiatry*, 6, 327–37; Favril, L., & O'Connor, R. C. (2019). Distinguishing prisoners who think about suicide from those who attempt suicide. *Psychological Medicine*, 1–8.
 71. Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K. M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta- analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143, 187–232.

72. Cooper, J., Kapur, N., Webb, R., Lawlor, M., Guthrie, E., Markway-Jones, K., & Appleby, L. (2005). Suicide after deliberate self-harm: A 4-year cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 162, 297–303.
73. O'Connor, R. C., Ferguson, E., Scott, F., Smyth, R., McDaid, D., Park, A., Beautrais, A., & Armitage, C. J. (2017). A randomised controlled trial of a brief psychological intervention to reduce repetition of self-harm in patients admitted to hospital following a suicide attempt. *Lancet Psychiatry*, 4, 451–60; O'Connor, R. C., Smyth, R., Ferguson, E., Ryan, C., & Williams, J. M. G. (2013). Psychological processes and repeats suicidal behavior: A four year prospective study. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 81, 1137–43.
74. Carroll, R., Metcalfe, C., & Gunnell, D. (2014). Hospital management of self-harm patients and risk of repetition: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 168, 476–83.
75. O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 373, 20170268.
76. Jordan, J. T., & McNiel, D. E. (2020). Characteristics of persons who die on their first suicide attempt: Results from the National Violent Death Reporting System. *Psychological Medicine*, 50, 1390–7; O'Connor, R. C., & Sheehy, N. P (1997). Suicide and gender. *Mortality*, 2, 239–54.
77. Townsend, E., Wadman, R., Sayal, K., Armstrong, M., Harroe, C., Majumder, P., Vostanis, P., & Clarke, D. (2016). Uncovering key patterns in self-harm in adolescents: Sequence analysis using the Card Sort Task for Self-harm (CaTS). *Journal of Affective Disorders*, 206, 161–8.
78. Samaritans (t.y.). Middle-aged men and suicide. Alındığı adres: <https://www.samaritans.org/scotland/about-samaritans/research-policy/middle-aged-men-suicide> (erişim tarihi:2 Şubat 2021).
79. O'Connor, R. C., & Noyce, R. (2008). Personality and cognitive processes: Self-criticism and different types of rumination as predictors of suicidal ideation. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 392–401.

80. Morrison, R., & O'Connor, R. C. (2008). A systematic review of the relationship between rumination and suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38, 523–38.
81. Thompson, M. P., Kingree, J. B., & Lamis, D. (2019). Associations of adverse childhood experiences and suicidal behaviors in adulthood in a U.S. nationally representative sample. *Child: Care, Health and Development*, 45, 121–8.
82. Wyllie, C., Platt, S., Brownlie, J., Chandler, A., Connolly, S., Evans, R., Kennelly, B., Kirtley, O., Moore, G., O'Connor, R., & Scourfield, J. (2012). Men, suicide and society. Why disadvantaged men in mid-life die by suicide. Samaritans. Alındığı adres: https://media.samaritans.org/documents/Samaritans_Men-SuicideSociety_ResearchReport2012.pdf (erişim tarihi:27 Ocak 2021).

Bölüm 9: Kısa Temas Müdahaleleri

1. O'Connor, R. C., Ferguson, E., Scott, F., Smyth, R., McDaid, D., Park, A., Beautrais, A., & Armitage, C. J. (2017). A randomised controlled trial of a brief psychological intervention to reduce repetition of self-harm in patients admitted to hospital following a suicide attempt. *Lancet Psychiatry*, 4, 451–60; Gollwitzer, P. M., & Sheeran, P. (2006). Implementation intentions and goal achievement: A meta-analysis of effects and processes. Yayımlandığı eser: Zanna, M. P. (Editör) (2006), *Advances in Experimental Social Psychology*. Elsevier Academic Press, vol. 38, 69– 119.
2. O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 373, 20170268; van Orden, K., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117, 575–600; Sheehy, K., Noureen, A., Khaliq, A., Dhingra, K., Husain, N., Pontin, E. E., Cawley, R., & Taylor, P. J. (2019). An examination of the relationship between shame, guilt and self-harm: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 73, 101779.
3. Saunders, K. E., Hawton, K., Fortune, S., & Farrell, S. (2012). Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 139, 205–16; Taylor, T. L., Hawton, K., Fortune, S., & Kapur, N.

- (2009). Attitudes towards clinical services among people who self-harm: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 194, 104–10.
4. Motto, J. A., & Bostrom, A. G. (2001). A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatric Services*, 52, 828–33.
 5. A.g.e.
 6. A.g.e.
 7. Milner, A. J., Carter, G., Pirkis, J., Robinson, J., & Spittal, M. J. (2015). Letters, green cards, telephone calls and postcards: Systematic and meta-analytic review of brief contact interventions for reducing self-harm, suicide attempts and suicide. *British Journal of Psychiatry*, 206, 184–90; Hetrick, S. E., Robinson, J., Spittal, M. J., & Carter, G. (2016). Effective psychological and psychosocial approaches to reduce repetition of self-harm: A systematic review, meta-analysis and meta-regression. *BMJ Open*, 6, e011024; Hawton, K., Witt, K. G., Salisbury, T., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., Townsend, E., & van Heeringen, K. (2016). Psychosocial interventions following self-harm in adults: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 3, 740–50.
 8. Milner, A. J., Carter, G., Pirkis, J., Robinson, J., & Spittal, M. J. (2015). Letters, green cards, telephone calls and postcards: Systematic and meta-analytic review of brief contact interventions for reducing self-harm, suicide attempts and suicide. *British Journal of Psychiatry*, 206, 184–90.
 9. O'Connor, R. C., Ferguson, E., Scott, F., Smyth, R., McDaid, D., Park, A., Beautrais, A., & Armitage, C. J. (2017). A randomised controlled trial of a brief psychological intervention to reduce repetition of self-harm in patients admitted to hospital following a suicide attempt. *Lancet Psychiatry*, 4, 451–60.

Bölüm 10: Güvenlik Planlaması

1. Doupnik, S. K., Rudd, B., Schmutte, T., Worsley, D., Bowden, C. F., McCarthy, E., Eggen, E., Bridge, J. A., & Marcus, S. C. (2020). Association of Suicide Prevention interventions with subsequent suicide attempts, linkage to follow-up care, and depression symptoms for acute care settings: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77, 1021–30.

2. Suicide Prevention Resource Center. Provides useful resources for training in suicide prevention: <https://www.sprc.org>.
3. Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive & Behavioral Practice*, 19, 256–64.
4. A.g.e.
5. O'Connor, R. C., Ferguson, E., Scott, F., Smyth, R., McDaid, D., Park, A., Beautrais, A., & Armitage, C. J. (2017). A randomised controlled trial of a brief psychological intervention to reduce repetition of self-harm in patients admitted to hospital following a suicide attempt. *Lancet Psychiatry*, 4, 451–60.
6. Stanley, B., Brown, G. K., Brenner, L. A., Galfalvy, H. C., Currier, G. W., Knox, K. L., Chaudhury, S. R., Bush, A. L., & Green, K. L. (2018). Comparison of the safety planning intervention with follow-up vs usual care of suicidal patients treated in the emergency department. *JAMA Psychiatry*, 75, 894–900; Stanley, B., Chaudhury, S. R., Chesin, M., Pontoski, K., Bush, A. M., Knox, K. L., & Brown, G. K. (2016). An emergency department intervention and follow-up to reduce suicide risk in the VA: Acceptability and effectiveness. *Psychiatric Services*, 67, 680–3; Doupnik, S. K., Rudd, B., Schmutte, T., Worsley, D., Bowden, C. F., McCarthy, E., Eggan, E., Bridge, J. A., & Marcus, S. C. (2020). Association of Suicide Prevention interventions with subsequent suicide attempts, linkage to follow-up care, and depression symptoms for acute care settings: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77, 1021–30.
7. Stanley, B., Brown, G. K., Brenner, L. A., Galfalvy, H. C., Currier, G. W., Knox, K. L., Chaudhury, S. R., Bush, A. L., & Green, K. L. (2018). Comparison of the safety planning intervention with follow-up vs usual care of suicidal patients treated in the emergency department. *JAMA Psychiatry*, 75, 894–900.
8. O'Connor, R. C., Lundy, J.-M., Stewart, C., Smillie, S., McClelland, H., Syrett, S., Gavigan, M., McConnachie, A., Smith, M., Smith, D. J., Brown, G., Stanley B., & Simpson, S. A. (2019). Study protocol for the SAFETEL randomised controlled feasibility trial of a safety planning intervention with follow-up telephone contact to reduce suicidal behaviour. *BMJ Open*, 9(2).

9. Stanley, B., & Brown, G. K. (2017). *Safety Planning Intervention Manual*. Yayınlanmamış.
10. Bryan, C. J., Rozek, D. C., Butner, J., & Rudd, M. D. (2019). Patterns of change in suicide ideation signal the recurrence of suicide attempts among high-risk psychiatric outpatients. *Behaviour Research and Therapy*, 120, 103392.
11. Kleiman, E. M., & Nock, M. K. (2018). Real-time assessment of suicidal thoughts and behaviors. *Current Opinion in Psychology*, 22, 33–7.
12. Health Education England (HEE), & National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH) (t.y.). Self-harm and suicide prevention competency frameworks. Alındığı adres: <https://www.hee.nhs.uk/our-work/mental-health/self-harm-suicide-prevention-frameworks> (erişim tarihi:27 Ocak 2021).
13. Rodgers, J., Kasim, A., Heslop, P., Cassidy, S., Ramsay, S., Wilson, C., Townsend, E., Vale, L., & O'Connor, R. C. (Eylül 2020). Adapted suicide safety plans to address self harm, suicidal ideation and suicide behaviours in autistic adults: An interventional single arm feasibility trial and external pilot randomised controlled trial [Ulusal Sağlık Araştırmaları Enstitüsü tarafından finanse edilen, devam eden araştırma çalışması]. Alındığı adres: <https://fundingawards.nihr.ac.uk/award/NIHR129196> (erişim tarihi:9 Aralık 2020).
14. Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive & Behavioral Practice*, 19, 256–64; Stanley, B., & Brown, G.K. (2017). *Safety Planning Intervention Manual*. Yayınlanmamış; O'Connor, R. C., Lundy, J. M., Stewart, C., Smillie, S., McClelland, H., Syrett, S., Gavigan, M., McConnachie, A., Smith, M., Smith, D. J., Brown, G. K., Stanley, B., & Simpson, S. A. (2019). SAFETEL randomised controlled feasibility trial of a safety planning intervention with follow-up telephone contact to reduce suicidal behaviour: Study protocol. *BMJ Open*, 9, e025591.
15. Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing: Helping People Change*. Guilford Press, third edition.
16. Stanley, B., Martínez-Alés, G., Gratch, I., Rizk, M., Galfalvy, H., Choo, T. H., & Mann, J. J. (2021). Coping strategies that reduce suicidal ideation: An ecological momentary assessment study. *Journal of Psychiatric Research*, 133, 32–7.

17. de Beurs, D., Kirtley, O., Kerkhof, A., Portzky, G., & O'Connor, R. C. (2015). The role of mobile phone technology in understanding and preventing suicidal behavior. *Crisis*, 36, 79-82; Nuij, C., van Ballegooijen, W., Ruwaard, J., de Beurs, D., Mekkens-torm, J., van Duijn, E., de Winter, R., O'Connor, R. C., Smit, J. H., Riper, H., & Kerkhof, A. (2018). Smartphone-based safety planning and self-monitoring for suicidal patients: Rationale and study protocol of the CASPAR (Continuous Assessment for Suicide Prevention And Research) study. *Internet Interventions*, 13, 16-23.
18. Stanley, I. H., Hom, M. A., Rogers, M. L., Anestis, M. D., & Joiner, T. E. (2017). Discussing firearm ownership and access as part of suicide risk assessment and prevention: "Means safety" versus "means restriction". *Archives of Suicide Research*, 21, 237-53; Anestis, M. D. (2018). *Guns and Suicide: An American Epidemic*. Oxford University Press.
19. Brown, G. K., & Stanley, B. (2017). *Safety Plan Pocket Card*. Yayınlanmamış.

Bölüm 11: Daha Uzun Vadeli Müdahaleler

1. Hawton, K., Witt, K. G., Taylor Salisbury, T. L., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., Townsend, E., & van Heeringen, K. (2016). Psychosocial interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5), CD012189; Hawton, K., Witt, K. G., Taylor Salisbury, T. L., Arensman, E., Gunnell, D., Townsend, E., van Heeringen, K., & Hazell, P. (2015). Interventions for self-harm in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12), CD012013.
2. MQ Transforming Mental Health (Apr. 2015). UK mental health research funding. Alındığı adres: https://b3cdn.net/joinmq/1f731755e4183d5337_apm6b0gll.pdf (erişim tarihi:20 Kasım 2020).
3. Carey, B. (23 Jun. 2011). Expert on mental illness reveals her own fight. *New York Times*. Alındığı adres: <http://archive.nytimes.com/www.nytimes.com/2011/06/23/health/23lives.html> (erişim tarihi:31 Ocak 2021).
4. Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., Korslund, K. E., Tutek, D. A., Reynolds, S. K., & Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized

controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757–66.

5. Mehlum, L., Tørmøen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S., Larsson, B. S., Stanley, B. H., Miller, A. L., Sund, A. M., & Grøholt, B. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: A randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53, 1082–91.
6. Beck, A., Rush, A. J., Shaw, B. E., & Emery, G. (1987). *Cognitive Therapy for Depression*. Guilford Press.
7. BDT ile ilgili bilgi ve kaynaklara Beck Enstitüsünden ulaşılabilir: <https://beckinstitute.org>.
8. Brown, G. K., Ten Have, T., Henriques, G. R., Xie, S. X., Hollander, J. E., & Beck, A. T. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: A randomized controlled trial. *JAMA*, 294, 563–70.
9. Rudd, M. D., Bryan, C. J., Wertenberger, E. G., Peterson, A. L., Young-McCaughan, S., Mintz, J., Williams, S. R., Arne, K. A., Breitbach, J., Delano, K., Wilkinson, E., & Bruce, T. O. (2015). Brief cognitive-behavioral therapy effects on post-treatment suicide attempts in a military sample: Results of a randomized clinical trial with 2-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 172, 441–9.
10. Rossouw, T. I., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51, 1304–13. e3.
11. Ougrin, D., Tranah, T., Stahl, D., Moran, P., & Asarnow, J. R. (2015). Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: Systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54, 97–107. e2.
12. Jobes, D. A. (2016). *Managing Suicide Risk: A Collaborative Approach*. Guilford Press.
13. Jobes, D. A. (2012). The Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS): An evolving evidence-based clinical approach to suicidal risk. *Suicide & Life-Threatening Behavior*,

- 42, 640–53; Comtois, K. A., Jobes, D. A., O'Connor, S., Atkins, D. C., Janis, K., Chessen, C., Landes, S. J., Holen, A., & Yuodelis Flores, C. (2011). Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS): Feasibility trial for next-day appointment services. *Depression and Anxiety*, 28, 963–72.
14. A list of all of the research studies for CAMS is available at: CAMS-Care Preventing Suicide. Alındığı adres: <https://cams-care.com/about-cams/the-evidence-base-for-cams> (erişim tarihi:27 Ocak 2021).
15. Gysin-Maillart, A., Schwab, S., Soravia, L., Megert, M., & Michel, K. (2016). A novel brief therapy for patients who attempt suicide: A 24-months follow-up randomized controlled study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). *PLOS Medicine*, 13, e1001968.
16. The Aeschi Working Group: <http://www.aeschiconference.unibe.ch> (erişim tarihi:30 Ocak 2021).
17. Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP): <https://www.assip.ch> (erişim tarihi:27 Ocak 2021).
18. Gysin-Maillart, A., Schwab, S., Soravia, L., Megert, M., & Michel, K. (2016). A novel brief therapy for patients who attempt suicide: A 24-months follow-up randomized controlled study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). *PLOS Medicine*, 13, e1001968.
19. İntihar ve Ruh Sağlığı Güvenliği Gizli Ulusal Araştırması (Aralık 2019). Yıllık Rapor 2019: İngiltere, Kuzey İrlanda, İskoçya ve Galler. Alındığı adres: <https://sites.manchester.ac.uk/ncish/reports/annual-report-2019-england-northernireland-scotland-and-wales/> (erişim tarihi:9 Temmuz 2020).
20. Perry, Y., Werner-Seidler, A., Calear, A. L., & Christensen, H. (2016). Web-based and mobile suicide prevention interventions for young people: A systematic review. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25, 73–9.
21. Torok, M., Han, J., Baker, S., Werner-Seidler, A., Wong, I., Larsen, M.E., & Christensen, H. (2020). Suicide prevention using self-guided digital interventions: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet Digital Health*, 2, e25–36; Tighe, J., Shand, F., Ridani, R., Mackinnon, A., De La Mata, N., & Christensen, H. (2017). Iobbly mobile health inter-

vention for suicide prevention in Australian Indigenous youth: A pilot randomised controlled trial. *BMJ Open*, 7, e013518.

22. Stapelberg, N., Sveticic, J., Hughes, I., Almeida- Crasto, A., Gae-e-Atefi, T., Gill, N., & Turner, K. (2020). Efficacy of the Zero Suicide framework in reducing recurrent suicide attempts: Cross-sectional and time-to-recurrent-event analyses. *British Journal of Psychiatry*, 1–10; Zortea, T. C., Cleare, S., Melson, A. J., Wetherall, K., & O'Connor, R. C. (2020). Understanding and managing suicide risk. *British Medical Bulletin*, 134, 73–84.

Bölüm 12: İntihar Hakkında Soru Sormak

1. BBC Three (2015). *Suicide and Me* [belgesel]. Alındığı adres: <http://www.bbc.co.uk/programmes/b06mvx4j> (erişim tarihi:21 Kasım 2020).
2. United to Prevent Suicide: <https://unitedtopreventsuicide.org.uk> (erişim tarihi:22 Kasım 2020).
3. Samaritans (t.y.). Small Talk Saves Lives. Alındığı adres: <https://www.samaritans.org/support-us/campaign/small-talk-saves-lives> (erişim tarihi:22 Kasım 2020).
4. Marzano, L., Mackenzie, J. M., Kruger, I., Borrill, J., & Fields, B. (2019). Factors deterring and prompting the decision to attempt suicide on the railway networks: Findings from 353 online surveys and 34 semi-structured interviews. *British Journal of Psychiatry*, 1–6.
5. R U OK? (9 Eylül 2019). Working together to prevent suicide. Alındığı adres: <https://www.ruok.org.au/working-together-to-prevent-suicide> (erişim tarihi:22 Kasım 2020).
6. Platt, S., McLean, J., McCollam, A., Blamey, A., Mackenzie, M., McDaid, D., Maxwell, M., Halliday, E. & Woodhouse, A. (2006). *Evaluation of the First Phase of Choose Life: The National Strategy and Action Plan to Prevent Suicide in Scotland*. Scottish Executive.
7. NHS Health Scotland (22 Ağustos 2019). The art of conversation: A guide to talking, listening and reducing stigma surrounding suicide. Alındığı adres: <http://www.healthscotland.com/documents/2842.aspx> (erişim tarihi:1 Aralık 2020).
8. Distress Brief Intervention: <https://www.dbi.scot/> (erişim tarihi:1 Aralık 2020).
9. Gilbert, P. (2010). *The Compassionate Mind*. Little, Brown Book Group.

10. Cleare, S., Gumley, A., O'Connor, R. C. (2019). Self-compassion, forgiveness, suicidal ideation and self-harm: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26, 511–30.
11. İskoçya Hükümeti (13 Temmuz 2020). Adverse childhood experiences (ACEs). Alındığı adres: <https://www.gov.scot/publications/adverse-childhood-experiences-aces/pages/trauma-informed-workforce> (erişim tarihi:3 Aralık 2020).

Bölüm 13: İntihara Eğilimli Kişileri Desteklemek

1. Hawton, K., Saunders, K. E. A., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*, 379, 2373–82.
2. Smith, D. M., Wang, S. B., Carter, M. L., Fox, K. R., & Hooley, J. M. (2020). Longitudinal predictors of self-injurious thoughts and behaviors in sexual and gender minority adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 129, 114–21.
3. Ferrey, A. E., Hughes, N. D., Simkin, S., Locock, L., Stewart, A., Kapur, N., Gunnell, D., & Hawton, K. (2016). The impact of self-harm by young people on parents and families: A qualitative study. *BMJ Open*, 6, e009631.
4. Wasserman, D., Hoven, C. W., Wasserman, C., & Carli, V. (2015). School-based suicide prevention programmes: The SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet*, 385(9977), 1536–44.
5. Researchers at the University of Oxford (26 Kasım 2015). Coping with self-harm: A guide for parents and carers. Alındığı adres: <https://www.psych.ox.ac.uk/news/new-guide-for-parents-who-are-coping-with-their-child2019s-self-harm-2018you-are-not-alone2019> (erişim tarihi:5 Aralık 2020).
6. Robinson, J., Teh, Z., Lamblin, M., Hill, N., La Sala, L., & Thorn, P. (2020). Globalization of the #chatsafe guidelines: Using social media for youth suicide prevention. *Early Intervention in Psychiatry*; chatsafe (t.y.). Tools and tips to help young people communicate safely online about suicide. Alındığı adres: <https://www.orygen.org.au/chatsafe> (erişim tarihi:27 Ocak 2020).
7. Luoma, J. B., Martin, C. E., & Pearson, J. L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 159, 909–16; Rhodes, A. E., Khan, S., Boyle, M. H., Tonmyr, L., Wekerle, C.,

- Goodman, D., Bethell, J., Leslie, B., Lu, H., & Manion, I. (2013). Sex differences in suicides among children and youth: The potential impact of help-seeking behaviour. *Canadian Journal of Psychiatry*, 58, 274–82; İntihar ve Ruh Sağlığı Güvenliği Gizli Ulusal Araştırması (Aralık 2019). Yıllık rapor 2019: İngiltere, Kuzey İrlanda, İskoçya ve Galler. Alındığı adres: <https://sites.manchester.ac.uk/ncish/reports/annual-report-2019-england-northern-ireland-scotland-and-wales> (erişim tarihi:5 Ocak 2021).
8. Sayal, K., Yates, N., Spears, M., & Stallard, P. (2014). Service use in adolescents at risk of depression and self-harm: Prospective longitudinal study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 1231–40.
 9. Quinlivan, L., Cooper, J., Meehan, D., Longson, D., Potokar, J., Hulme, T., Marsden, J., Brand, F., Lange, K., Riseborough, E., Page, L., Metcalfe, C., Davies, L., O'Connor, R., Hawton, K., Gunnell, D., & Kapur, N. (2017). Predictive accuracy of risk scales following self-harm: Multicentre, prospective cohort study. *British Journal of Psychiatry*, 210, 429–36.
 10. Bellairs-Walsh, I., Perry, Y., Krysinska, K., Byrne, S. J., Boland, A., Michail, M., Lamblin, M., Gibson, K. L., Lin, A., Li, T. Y., Hetrick, S., & Robinson, J. (2020). Best practice when working with suicidal behaviour and self-harm in primary care: A qualitative exploration of young people's perspectives. *BMJ Open*, 10, e038855.
 11. McClelland, H., Evans, J., Nowland, R., Ferguson, E., & O'Connor, R. C. (2020). Loneliness as a predictor of suicidal ideation and behaviour: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Journal of Affective Disorders*, 274, 880–96.

Bölüm 14: İntiharın Ardından Hayatta Kalmak

1. McDonnell, S., Hunt, I. M., Flynn, S., Smith, S., McGale, B., & Shaw, J. (2020). From grief to hope: The collective voice of those bereaved or affected by suicide. Suicide Bereavement UK. Alındığı adres: <https://suicidebereavementuk.com/the-national-suicide-bereavement-report-2020> (erişim tarihi:12 Aralık 2020).
2. Irons, A. (10 Sep. 2019). Twitter. Alındığı adres: <https://twitter.com/AmyJIrons/status/1171460355798601731> (erişim tarihi:3 Şubat 2021).

3. Wertheimer, A. (2013). *A Special Scar*. Routledge; Fine, C. (2002). *No Time to Say Goodbye: Surviving the Suicide of a Loved One*. Bantam Doubleday Dell Publishing Group; Lukas, C., & Seiden, H.M. (2007). *Silent Grief: Living in the Wake of Suicide*. Jessica Kingsley Pub.
4. Support After Suicide Partnership (Eylül 2015). Help is at hand. Alındığı adres: <https://supportaftersuicide.org.uk/resource/help-is-at-hand> (erişim tarihi:13 Aralık 2020).
5. Sands, D. C. (2010). *Red Chocolate Elephants: For Children Bereaved By Suicide*. Karridale Pty Ltd.
6. Andriessen, K., Kryszynska, K., Hill, N., Reifels, L., Robinson, J., Reavley, N., & Pirkis, J. (2019). Effectiveness of interventions for people bereaved through suicide: A systematic review of controlled studies of grief, psychosocial and suicide-related outcomes. *BMC Psychiatry*, 19, 49.
7. Pitman, A., Osborn, D., King, M., & Erlangsen, A. (2014). Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *Lancet Psychiatry*, 1, 86–94.
8. Sandford, D. M., Kirtley, O. J., Thwaites, R., & O'Connor, R. C. (2020). The impact on mental health practitioners of the death of a patient by suicide: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*.
9. Bu mülakatlar Glasgow Üniversitesinde David Sandford'ın doktora araştırması kapsamında gerçekleştirilmiştir.
10. Psikiyatri Bölümü, Oxford Üniversitesi (11 Ağustos 2020). New resource for psychiatrists: Patient suicide. Alındığı adres: <https://www.psych.ox.ac.uk/news/new-resource-for-psychiatrists-patient-suicide> (erişim tarihi:27 Ocak 2021).

Kendini trenin önüne atan insanların düşüncesizlikle suçlandığı, biri canına kıydığında “ne gerek vardı”ların havada uçuştığı bir dünyada intiharın ne olduğunu ve ne olmadığını kavramak hayati önem taşıyor.

Karanlık Çöktüğünde, yıllar süren araştırmaların ve klinik tecrübelerin toplamı niteliğinde bir eser. Psikolog Rory O'Connor, intiharın etrafında örülü gizem kabuğunu kırarak, bir insanı bu trajik sona iten tüm faktörleri çarpıcı bir dürüstlük ve içtenlikle masaya yatırıyor. Yakınlarını intihara kurban vermiş insanlara el uzatarak onlara şefkat ve içtenlik dolu bir yol haritası öneriyor.

Yıllarını intiharı soruşturarak geçirmiş, onunla kişisel olarak da sınanmış birinden, anlayışlı, ustalıkla, ümit dolu bir eser. İnsanın olduğu yerde umudun asla tükenmeyeceğinin bir hatırlatıcısı niteliğinde.



ISBN: 978-625-6466-21-0



okuyan  us.COM.TR