



ASA

ASBÜ Sosyal Araştırmalar  
Dergisi

*ASBU Journal of Social Research*

[Cilt/Volume: 3, Sayı/Issue: 2,  
Kıř/Winter 2025]

## Özkıyım Davranışlarında Kısa Acil Girişimler ve Acil Psikoterapi Yaklaşımları *Brief Interventions and Psychotherapy Approaches in Emergency Situations for Suicide Behaviors*

**SEDAT BATMAZ**

Prof. Dr., Ankara Sosyal Bilimler Üniversitesi  
sedat.batmaz@asbu.edu.tr



<https://orcid.org/0000-0003-0585-2184>  
<https://ror.org/025y36b60>

### Araştırma Makalesi/Research Article

Geliř Tarihi/Received: 27.06.2025  
Kabul Tarihi/Accepted: 19.12.2025  
Yayım Tarihi/Published: 30.12.2025

### Atıf/Citation

- Batmaz, S. (2025). Özkıyım davranışlarında kısa acil girişimler ve acil psikoterapi yaklaşımları. *ASA Dergisi*, 3(2), 320-352. <https://doi.org/10.71313/asa.1729111>
- Batmaz, S. (2025). Brief interventions and psychotherapy approaches in emergency situations for suicide behaviors. *Journal of ASA*, 3(2), 320-352. <https://doi.org/10.71313/asa.1729111>



Bu makale iThenticate programıyla taranmıştır.  
This article was checked by iThenticate.



[Creative Commons Uluslararası Lisansı \(CC-BY-NC 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) ile lisanslanmıştır.  
Licensed under [Creative Commons International License \(CC-BY-NC 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

## Öz

Özkıyım nedeniyle kayıpların önlenmesi için ruh sağlığı uzmanlarının olmadığı sağlık kuruluşlarında veya onlara ulaşılan kadar gerekli risk değerlendirmesini yapabilecek ve acil kısa girişimleri uygulayabilecek deneyime sahip kişilerin toplumda artması gereklidir. Çok farklı şekilde uygulanabilen ancak kısa eğitimlerle yaygınlaşması mümkün olabilecek kısa acil girişimler konusunda bir derleme bu konudaki eksikliği kapatmaya yardımcı olabilir. Örnek kısa acil girişimler arasında Kısa Süreli İrtibata Dayalı Girişimler, Bakımın Eşgüdümünün ve Sürekliliğinin Sağlanması, İstemli Yardım Çizelgesi, Ölümcül Araçlara Erişimin Kısıtlanması, Güvende Kalmayı Planlama Girişimi, Krize Yanıt Vermeyi Planlama, Öğrenme Fırsatı Sunan Kısa Girişimler, Kısa Süreli Hasta Eğitimi, Özkıyım Düşüncelerini Ele Almada Motivasyonel Görüşme ve Özkıyım Girişiminde Kısa Girişim Planı sayılabilir. Ayrıca ruh sağlığı uzmanları tarafından sunulabilecek acil psikoterapi yaklaşımlarının gözden geçirilmesi de bu alanda bir müdahalede bulunulabileceğini hatırlatabilir. Örnek psikoterapi yaklaşımları arasında da Özkıyım Eğiliminde İşbirliğine Dayalı Değerlendirme ve Girişim, Diyalektik Davranış Terapisinin Beceri Kazandırma Modülleri, Özkıyımı Önlemeye Dönük Bilişsel Davranışçı Terapi ve Özkıyım Odaklanan Kısa Süreli Bilişsel Davranışçı Terapi yer almaktadır. Bu derleme kısa acil girişimleri ve acil psikoterapi yaklaşımlarını özetlemektedir.

**Anahtar Kelimeler:** acil, kısa girişim, özkıyım, psikoterapi, risk değerlendirmesi

## Abstract

To prevent losses due to suicide, it is essential to increase the number of people in the community who have the experience to conduct competent risk assessment and apply brief emergency interventions in healthcare facilities where mental health professionals are unavailable or until they can be reached. A review of brief emergency interventions—which can be applied in various ways but have the potential to become widespread through short trainings—could help address this gap. Examples for brief interventions, namely Brief Contact Interventions, Care Coordination, Volitional Help Sheet, Lethal Means Counseling, Safety Planning Intervention, Crisis Response Planning, Teachable Moment Brief Intervention, Brief Patient Education, Motivational Interviewing to Address Suicidal Ideation and Attempted Suicide Short Intervention Program are summarized in this review. Furthermore, reviewing emergency psychotherapy approaches that can be offered by mental health professionals could serve as a reminder that intervention in this area is possible. Collaborative Assessment and Management of Suicidality, Dialectical Behavior Therapy Skills Training, Cognitive Behavioral Therapy for Suicide Prevention and Brief Cognitive Behavioral Therapy for Suicide may further be examples for brief psychotherapies. This review summarizes brief emergency interventions and emergency psychotherapy approaches.

**Keywords:** brief intervention, emergency, psychotherapy, risk assessment, suicide

## Giriş

Kimi araştırmalarda özkıymdan önceki bir yıl içerisinde herhangi bir ruh sağlığı kuruluşuna başvurmayanların en az %50 olduğu bildirilmiştir (Hamdi ve ark., 2008). Ancak farklı araştırmalar bu dönemde özkıymla kaybedilen olguların %90'ından fazlasının bir sağlık kuruluşunda değerlendirildiğini de göstermiştir (Schaffer ve ark., 2016). Birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuruların oranı %80'e varabilmektedir (Stene-Larsen ve Reneflot, 2019). Ayrıca başvuruların özkıym gerçekleşmeden önceki haftalarda sıklaştığı da gösterilmiştir (Laanani ve ark., 2020). Özkıym ile kayıptan önceki son ayda acil servislere başvuruların %16'yı aştığı tespit edilmiştir (John ve ark., 2020). Son bir yıl içinde ise başvuruların %40'ı geçtiği, olguların neredeyse üçte birinin birden fazla kez acil servise başvurduğu, başvurularda da sıklıkla kendine zarar verme girişimlerinin veya ruhsal yardım alma talebinin öne çıktığı bilinmektedir (Da Cruz ve ark., 2011). Öte yandan özkıymla kayıpların üçte ikisinde son bir yıl içinde bir ruh sağlığı uzmanı ile temasa geçilmemiş olduğunu bildiren araştırmalar da mevcuttur (Luoma ve ark., 2002).

Bu bulgular bir arada değerlendirildiğinde, özkıym riski taşıyan bireylerin önemli bir bölümünün sağlık sistemiyle temas ettiği, ancak bu temasın çoğunlukla ruh sağlığı hizmetleri dışında ve çoğu zaman özkıym riski yeterince fark edilmeden gerçekleştiği anlaşılmaktadır. Dolayısıyla birinci basamak sağlık kuruluşları ve acil servisler, ruh sağlığı hizmetlerine erişimden önceki kritik temas noktaları olarak öne çıkmakta; özkıym açısından yüksek riskli bireylerin saptanması, kısa süreli acil ruhsal girişimlerin uygulanması ve uygun yönlendirmelerin yapılması açısından merkezi bir rol üstlenmektedir.

Nitekim alanyazında, acil servisler ve birinci basamak sağlık kuruluşlarında uygulanabilecek ya da bu aşamada başlatılabilecek bazı kısa ve yapılandırılmış girişimlerin özkıymla kaybı azaltmada etkili olabildiği gösterilmiştir (Inagaki ve ark., 2019; Martinez-Ales ve ark., 2019). Buna karşın, bu ortamlarda özkıym riskinin değerlendirilmesi ve uygun müdahalelerin başlatılması süreçlerinin sıklıkla yetersiz kaldığı, sistematik değerlendirme ve müdahale yaklaşımlarının yaygın olarak kullanılmadığı bildirilmektedir (Larkin & Beautrais, 2010; Younesi ve ark., 2025). Bu durum, özellikle ruh sağlığı alanında uzman olmayan sağlık çalışanlarının özkıym riskini tanıma ve yönetme konusunda daha fazla desteklenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Mevcut alanyazında özkıymı önlemeye yönelik çok sayıda psikoterapi yaklaşımı tanımlanmış olmakla birlikte, bu yaklaşımların önemli bir kısmı uzun süreli, uzman odaklı ve özel klinik

koşullara yönelik olarak geliştirilmiştir (Zalsman ve ark., 2016). Buna karşılık, birinci basamak sağlık kuruluşları ve acil servisler gibi zamanın sınırlı olduğu, başvuru yoğunluğunun yüksek seyrettiği ve ruh sağlığı uzmanlarına hızlı erişimin her zaman mümkün olmadığı ortamlarda uygulanabilecek kısa, yapılandırılmış ve kanıta dayalı girişimlere ilişkin bilgilerin dağınık olduğu görülmektedir (Larkin ve Beautrais, 2010). Özellikle bu ortamlarda çalışan sağlık personelinin hangi risk göstergelerine odaklanacağı, hangi soruları soracağı ve hangi klinik adımları izleyeceği konusunda bütüncül ve pratik rehberlere olan gereksinim sürmektedir (World Health Organization, 2014).

Bu derleme, özkıyım riski taşıyan bireylerle sağlık sisteminin ilk temas noktalarında karşılaşıldığı gerçeğinden hareketle, birinci basamak sağlık kuruluşları ve acil servislerde uygulanabilecek kısa süreli acil girişimler ile özkıyıma özgü psikoterapi yaklaşımlarını bir arada ele almayı amaçlamaktadır. Çalışmanın özgün katkısı, özkıyım riskinin tanınmasından başlayarak, kısa acil girişimler ve yapılandırılmış psikoterapötik yaklaşımlar arasında klinik olarak uygulanabilir bir çerçeve sunmasıdır.

Ruh sağlığı ve hastalıkları alanında uzmanlığı olmayan sağlık çalışanlarının, özkıyım riski değerlendirmelerini yapılandırılmış ve standartlara dayalı yaklaşımlar doğrultusunda gerçekleştirmeleri büyük önem taşımaktadır. Bu doğrultuda, Tablo 1’de özkıyım davranışı ile başvuran bireylerde izlenebilecek değerlendirme ve müdahale basamaklarını içeren genel bir algoritma sunulmaktadır (National Institute of Mental Health, 2020). Tablo 2’de özkıyım düşünce ve davranışlarının taranmasına yönelik temel değerlendirme soruları (Özkıyım Tarama Görüşmesi; ÖTG), Tablo 3’te ise bireyin belirlenen risk düzeyine göre izlenmesi önerilen klinik adımlar (Kısa Özkıyım Güvenliği Değerlendirmesi; KÖGD) özetlenmektedir. Bu tablolar, ruh sağlığı uzmanına hızlı erişimin mümkün olmadığı durumlarda acil servisler ve birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık personeline yol gösterici bir çerçeve sunmayı amaçlamaktadır.

**Tablo 1. Özkıyım Davranışı ile Başvuran Bireylerde Algoritmik Yaklaşımın Basamakları**

Basamak	Seçenek	Öneri
1. Birey tıbbî açıdan sorulara cevap verebilecek durumda mı?	HAYIR	Birey tıbben stabil hale geldiğinde özkıyım tarama görüşmesini (ÖTG) tamamlayın.
	EVET	ÖTG'yi tamamlayın.
2. Birey ÖTG'nin sorularına yanıt vermeyi kabul ediyor mu?	HAYIR	<i>Akut olmayan ancak pozitif tarama sonucu</i> olarak kabul edin ve kısa özkıyım güvenliği değerlendirmesini (KÖGD) tamamlayın.
	EVET	KÖGD'yi tamamlayın.
3. ÖTG'de ilk dört soruda en az bir "EVET" yanıtı var mı?	HAYIR	<i>Negatif tarama sonucu</i> olarak kabul edin ve görüşmeyi sonlandırın.
	EVET	<i>Pozitif tarama sonucu</i> olarak kabul edin ve ÖTG'nin beşinci sorusuna geçin.
4. ÖTG'nin beşinci sorusuna "EVET" yanıtı veriliyor mu?	HAYIR	<i>Akut olmayan ancak pozitif tarama sonucu</i> olarak kabul edin ve KÖGD'yi tamamlayın.
	EVET	KÖGD risk düzeyine göre <i>acil durumdaki birey</i> önerilerini dikkat alın.
5. KÖGD'ye göre bireyin risk düzeyi nedir?	DÜŞÜK RİSKLİ BİREY	Sağlık kuruluşunda daha kapsamlı değerlendirmeye gereksinim yoktur.
	YÜKSEK RİSKLİ BİREY	Özkıyım riskinin kapsamlı değerlendirilmesine gereksinim vardır. Bu değerlendirme tamamlanmadan bireyin sağlık kuruluşundan ayrılmasına izin vermeyin.
	ACİL DURUMDAKİ BİREY	
6. Risk düzeyine göre bireye hangi yaklaşımı önereceksiniz?	DÜŞÜK RİSKLİ BİREY	Gerekli tıbbî bakımı uygulayın. Bireyi uygun ruh sağlığı hizmetlerine yönlendirmeyi unutmayın. Bireye gerekli bilgilendirmeleri yapın. Bireyin birinci basamak hekimiyle temasa geçin ve özkıyım açısından pozitif tarama sonucu çıktığını belirtin.
	YÜKSEK RİSKLİ BİREY	Kapsamlı özkıyım risk değerlendirmesi sonucuna göre hareket edin.
	ACİL DURUMDAKİ BİREY	Bireyi güvende tutacak güvenlik tedbirlerini hemen devreye sokun. Sağlık kuruluşu çalışanlarını bireyin risk düzeyi hakkında hemen bilgilendirin. Bireyin birinci derece yakınlarıyla irtibata geçin. Kapsamlı özkıyım risk değerlendirmesi sonucuna göre hareket edin.
7. Kapsamlı değerlendirmeye göre bireyin psikiyatri kliniğine yatırılması gerekiyor mu?	HAYIR	Gerekli tıbbî bakımı uygulayın. Bireyi uygun ruh sağlığı hizmetlerine yönlendirmeyi unutmayın. Bireye gerekli bilgilendirmeleri yapın. Bireyin birinci basamak hekimiyle temasa geçin ve özkıyım açısından pozitif tarama sonucu çıktığını belirtin.
	EVET	Bireyi güvende tutacak güvenlik tedbirleri henüz alınmamışsa hemen devreye sokun, alınmışsa sürdürün. Tıbbî açıdan bireyin durumunun stabil olduğundan emin olun.
8. Bireyin tıbbî durumu psikiyatri kliniğine yatırılmasına izin veriyor mu?	HAYIR	Bireyin devredileceği diğer tıbbî bölümün sorumlu ekibine yaptığımız risk değerlendirmesi sonucunu iletin. Devir işlemi tamamlanana kadar sağlık kuruluşunda güvenlik tedbirlerini uygulamaya devam edin. Bireyin takip edileceği tıbbî klinikte de güvenlik tedbirlerinin aynen sürdürülmesini sağlayın.
	EVET	Bireyin devredileceği psikiyatri bölümünün sorumlu ekibine yaptığımız risk değerlendirmesi sonucunu iletin. Devir işlemi tamamlanana kadar sağlık kuruluşunda güvenlik tedbirlerini uygulamaya devam edin. Bireyin takip edileceği psikiyatri kliniğinde de güvenlik tedbirlerinin aynen sürdürülmesini sağlayın.

**Tablo 2. Özkiyim Tarama Görüşmesinin İçeriği**

Sorular	Yanıtları İşaretleyin	
1. Son birkaç hafta içerisinde hiç ölmüş olmayı dilediniz mi?	EVET	HAYIR
2. Son birkaç hafta içerisinde kendinizin ya da ailenizin siz olmasaydınız daha iyi durumda olacağını hissettiniz mi?	EVET	HAYIR
3. Son birkaç hafta içerisinde hiç kendinizi öldürmeyi düşündünüz mü?	EVET	HAYIR
4. Hiç kendinizi öldürmeye kalkıştınız mı?	EVET	HAYIR
	<i>Ne şekilde?</i>	
	<i>Ne zaman?</i>	
5. Şu anda kendinizi öldürmeyi düşünüyor musunuz?	EVET	HAYIR
	<i>Detayları belirtin.</i>	

**Tablo 3. Kısa Özkiyim Güvenliği Değerlendirmesinin Basamakları**

Basamak	Açıklama	Örnek İçerik
1. Uygun Ortam	Bireyle görüşmeye başlamadan önce bireyin kendisini rahat hissedebileceği bir ortamı sağlamaya çalışın.	“Özkiyim riski taraması sırasında verdiğiniz yanıtlar hakkında konuşmak için buradayım. Bazen bu hususları konuşmak zor olabilir. Daha detaylı konuşmayı kabul ettiğiniz için teşekkür ederim. Size bununla ilgili birkaç soru daha sormam gerekiyor.”
	Bireyle görüşmeyi tek başımayken gerçekleştirin.	“İzin verirseniz sizinle yalnız görüşmek istiyorum.”
2. Değerlendirme	Özkiyim düşüncelerinin sıklığını belirleyin.	“Son birkaç hafta içerisinde kendinizi öldürmeyi hiç düşündünüz mü? Ne sıklıkta? En son ne zaman bu şekilde düşündünüz? Şu anda kendinizi öldürmeyi düşünüyor musunuz?”
	Özkiyim planlarını ortaya çıkarın.	“Kendinizi öldürmekle ilgili bir planınız var mı? Bana planınızın detaylarını tarif edebilir misiniz? Planınız yoksa bile kendinizi öldürecek olsaydınız bunu ne şekilde yapardınız?”
	Önceki özkiyim davranışlarını sorgulayın.	“Daha önce hiç kendinize zarar verdiniz mi? Peki hiç kendinizi öldürmeye kalkıştınız mı? Ne şekilde? Ne zaman? Nedeni neydi? Bu yöntemle öleceğinizi düşünmüş müydünüz? Ölmeyi gerçekten istemiş miydiniz? Sonrasında tıbbî ya da psikiyatrik tedavi almanız gerekti mi?”
	Diğer ruhsal belirtileri tespit edin.	Depresyon, anksiyete, dürtüsellik, ümitsizlik, kendi içine kapanma, çabuk sinirlenme, alkol ve/veya madde kullanımı vb.
	Bireyin destek sistemlerini araştırın ve güvende kalabileceğinden emin olmaya çalışın.	“Güvendiğiniz ve gerektiğinde konuşabileceğiniz bir yakınınız var mı? Kim? Daha önce hiçbir terapistle ya da psikolojik danışmanla görüştünüz mü? Ne zaman ve ne amaçla? Kendinizi güvende tutabilmeniz için yardıma ihtiyacınız var mı? Hayatta kalmak için ne gibi nedenleriniz var?”
3. Karar	Daha kapsamlı değerlendirmeye gereksinim yoktur.	Bireyin güvende kalma planını hazırlayın. Gerekli diğer bilgilendirmeleri yapın. Ruh sağlığı hizmetlerine yönlendirin. Birey sağlık kuruluşundan ayrılabilir.

	Kapsamlı risk değerlendirmesine gereksinim vardır.	Ruh sağlığı uzmanından konsültasyon isteyin. Değerlendirme gerçekleştirilmeden bireyin sağlık kuruluşundan ayrılmasına kesinlikle izin vermeyin.
	Acil psikiyatrik değerlendirmeye gereksinim vardır.	Birey için acil şekilde psikiyatri konsültasyonu isteyin. Bireyi güvende tutacak güvenlik tedbirlerini uygulamaya geçin. Değerlendirme gerçekleştirilmeden bireyin sağlık kuruluşundan ayrılmasına kesinlikle izin vermeyin.
4. Bilgilendirme	Özkıyım davranışıyla başvuran bireyler için gerekli bilgilendirmeleri tamamlayın.	Güvende kalma planı, ölümcül araçlara erişimin kısıtlanması, ruh sağlığı hizmetleriyle bağlantının kurulması vb.

## 1. Kısa Acil Girişimler

“Kısa acil girişimler özkıyım açısından yüksek riskli olan olgularla kısıtlı bir zaman diliminde temas imkânı olduğunda devreye sokulması gereken, sıklıkla yalnızca bir veya birkaç oturumdan ibaret, olguların eğitimi ve bilgilendirmesini temel alan, gelecekteki özkıyım girişimlerini önlemek için planlama yapmayı hedefleyen tedavi edici karşılaşmalara karşılık gelmektedir” (Batmaz, 2023, s.81).

Kısa acil girişimler hem risk altındaki geniş kitlelere ulaşmada hem de sağlık kuruluşlarına başvurmuş riskli olguların takibinde kullanılabilecek farklı yaklaşımları içermektedir. Acil servislerde veya birinci basamak sağlık kuruluşlarında uygulanmak için uygundur. Gerekli eğitimlerden geçirildikten sonra hem diğer hekimlerce hem de hekim dışı sağlık çalışanlarınca uygulanabilecek girişimlerden oluşmaktadır. Her ne kadar farklı isimlerle anılsalar ve uygulama içerikleri bazı yönleriyle birbirlerinden ayrışsa da özleri itibarıyla tüm bu girişimler ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlarına erişilebilene kadar kullanılabilecek yaklaşımlara karşılık gelmektedir (Zero Suicide International, 2020). Ayrıca kanıta dayalı özgül psikoterapi yaklaşımları ile özkıyım ile kayıp hızlarında belirgin bir değişiklik elde edilemediğinden ve ayaktan izlenen her olgunun da psikoterapi hizmetlerine erişimleri olmadığından kısa acil girişimlerin yaygınlaştırılması önemlidir.

### 1.1. Kısa Süreli İrtibata Dayalı Girişimler (Brief Contact Interventions; KSİDG)

Özkıyım girişimlerinden sağ şekilde kurtulmuş olan olgularla kısa süreli de olsa yeniden irtibata geçmeye dayalı çok sayıda ve farklı isimde girişim mevcuttur. Bu girişimlerin en eskilerinden biri *İrtibatı Şefkatle Sürdürme (Caring Contacts)* adıyla bilinmektedir. Motto tarafından geliştirilmiş olan bu girişimde çökkünlük ya da özkıyım davranışı nedeniyle hastaneye yatırıldıktan sonra taburcu edildiklerinde takip için tedavi kuruluşlarına başvurmayı reddeden kişilere odaklanılmıştır. Yatışı takip eden beş yıl içerisinde bu kişilere toplamda 24 mektup

gönderilmesinden ibarettir. Genellikle mektupların gönderilme sıklığı ilk dört ay içinde ayda bir, sonraki sekiz ayda iki haftada bir ve daha sonra da her üç ayda bir olmuştur. Bu mektuplarda kişilerden herhangi bir şey yapmaları talep edilmemekte, sadece taburculuğun üzerinden uzunca bir süre geçtiği, kişinin durumunun iyi olduğunun umulduğu ve eğer dilerlerse bu mektuba bir cevap verebilecekleri yazılmaktadır. Böylelikle tekrarlayan şekilde hastalarla temasa geçildiğinde bir aidiyet hissinin oluşturulabileceği, tedavi şansının olduğunun hatırlatılmasıyla bu yola başvurulabileceği ve sağaltım motivasyonunun sağlanabileceği düşünülmektedir. Yapılan seçkisiz kontrollü çalışmalar bu şekilde şefkatle temas edilen kişilerdeki özkıyım hızlarının ilk iki yıllık süre içinde anlamlı düzeyde düşük olduğunu göstermiştir. Yakın tarihli bir metaanaliz de bir yıllık takip süresinde özkıyım girişimlerini önlemede etkili olduğu sonucuna varmıştır (Skopp ve ark., 2022). *İrtibatı Şefkatle Sürdürme* girişiminin güncel versiyonları telefon, kısa mesaj, kartpostal ya da elektronik posta ile taburculuk sonrasında kişilere ulaşma yollarını kullanmaktadır (Luxton ve ark., 2013; Motto ve Bostrom, 2001).

## **1.2. Bakımın Eşgüdümünün ve Sürekliliğinin Sağlanması (Care Coordination; BESS)**

Özkıyım davranışı sonrasında hastanın başvurusunu karşılayan sağlık çalışanları ile değerlendirme ve acil girişimlerin uygulanmasından sonra hastanın yönlendirildiği ruh sağlığı çalışanları arasındaki bakım eşgüdümünün sağlanmasına BESS adı verilmektedir (Doupnik ve ark., 2020). BESS'nin içerisinde hasta için bir ruh sağlığı hizmet sunucusundan randevu ayarlanması, mevcutsa gezer durumda veya yerleşik olarak hizmet veren krize müdahale ekipleri tarafından hastanın değerlendirilmesinin sağlanması ve yapılan ayarlamalara katılımının gerçekleştiğinden emin olabilmek için hastanın yakınlarıyla iletişime geçilmesi sayılabilir. Eğer KSİDG de BESS ile sunulabiliyorsa, hastayı yönlendiren ekibin ruh sağlığı çalışanlarını hastaların dikkat edilmesini gerektirebilecek yanıtlarını fark edip erken uyarı işareti olarak bilgilendirebilmelerinin önemli olduğu gösterilmiştir (Comtois ve ark., 2019). Araştırmalar özellikle acil servislere özkıyım davranışı sonrasında başvuran olgular için gerekli yönlendirmenin bir hafta içerisinde karşılanmış olmasına vurgu yapmaktadır. İdeal olan durum ise acil servisten taburcu edilen hastanın ilk 24 saat içerisinde bir ruh sağlığı uzmanı tarafından değerlendirilmesidir. Bu nedenle acil servislerle ruh sağlığı hizmetleri arasında doğrudan bir bağlantının kurulması çok önemlidir. Bu doğrultuda acil servis çalışanlarının ruh sağlığı çalışanlarına hangi yollardan ulaşabileceği konusunda kurumsal düzenlemeler yapılmalıdır. Hastaların taburculuğu öncesinde ruh sağlığı kliniklerinden kimin randevu alacağını önceden belirlenmesi bu süreçteki aksamaların önüne geçebilir. Eğer hasta mesai saatleri dışında taburcu

edilecekse ertesi gün mesai saatlerinde o hasta için gerekli irtibatın sağlanması gereklidir. Bu dönemdeki devir işlemlerine azami dikkat edilmeli ve randevu oluşturulacak hastanın hizmetlere erişiminin önüne bir engel olarak çıkmamalıdır. Eğer bir nedenle bir haftalık süre içerisinde ruh sağlığı uzmanlarından randevu alınması mümkün olmuyorsa hasta birinci basamak hekimine yönlendirilmelidir ve ruh sağlığı hizmetlerine erişilebilene kadar hastanın takibini aile hekimleri sürdürmelidir. Hastaların acil servislerden gerek ruh sağlığı servislerine gerekse birinci basamak sağlık hizmetlerine yönlendirilmeleri esnasında mümkün olduğunca hastanın durumunu özetleyen bir bilgi notu hazırlanmalıdır (Suicide Prevention Resource Center, 2015). Özellikle birinci basamak hekimlerinin hastalarının özkıyım davranışlarından haberdar olmadıklarına dair yayınlar (Riihimaki ve ark., 2014) dikkate alındığında bu tip bir bilgilendirmenin hastanın üstün yararı açısından ne kadar gerekli olduğu daha açık şekilde anlaşılabilir ve hekimlerin takip konusunda azami özeni göstermelerini ve uyarıcı işaretlere karşı daha uyanık olmalarını sağlayabilir.

### **1.3. İstemli Yardım Çizelgesi (Volitional Help Sheet; İYÇ)**

KSİDG'nin şaşırtıcı şekilde etkili olması aslında sosyal desteğin özkıyım krizinden çıkan kişiler için ne kadar önemli olduğuna delalet etmektedir. Benzer bir şekilde özkıyım düşünce ve davranışları olan kişilerle kısa süreli bir temas içerisindeyken ne kadar azmış gibi görünse de o kişinin yanında olduğunun hissettirilmesi ve kişiyle beraber sorununu çözmek için yollar aranmasının ruhsal ızdırabı nasıl azaltabileceği İYÇ ile gösterilmiştir. İYÇ, aslında özkıyımın bütüncül motivasyonel istemli modelinde öne sürüldüğü üzere özkıyım düşüncelerinden davranışlarına geçişi engellemekte yardımcı olmak amacıyla oluşturulmuştur. İYÇ çok basit bir çizelgeden oluşmaktadır. Çizelgenin sol tarafında özkıyım davranışlarını tetikleyebilecek on bir durum listelenmektedir. Çizelgenin sağ tarafında ise klinik deneyimlerin özkıyım davranışlarını azaltmada işe yaradığını gösterdiği çözüm yollarına yer verilmektedir. Çizelgede listelenen tetikleyici durumlar ve çözüm yolları dışında kalan haller için kişinin kendisinin yazabileceği bir boşluk da yer almaktadır. Böylelikle özkıyım krizinin en yoğun olduğu anlarda çözüm üretmekte zorlanan kişiye önceden üzerinde düşünülmüş ve zorlanılan durumla çözüm yolunun eşleştirildiği bir çizelge hazırlanmış olmaktadır (O'Connor ve ark., 2017). Tablo 4'te örnek bir İYÇ'nin bileşenleri gösterilmektedir.

**Tablo 4. İstimli Yardım Çizelgesinin Bileşenleri**

<b>Durumlar</b> (...kendime zarar vermeyi düşünecek olursam...)	<i>Lütfen sizin için geçerli olan kutulara birer işaret koyup bu kutuları bir çizgiyle birleştiriniz.</i>	<b>Çözümler</b> (...yapabileceklerim arasında şunlar olabilir:)
Çok rahatsız edici bir ruh halinden kurtulmak istediğimde		kendime zarar vermek dışında bir şey yapacağım.
Kendimi cezalandırmak istediğimde		istersem kendime zarar vermeyi durdurabileceğimi kendime söyleyeceğim.
Kendimi öldürmek istediğimde		kendime zarar vermeyi durdurmanın faydaları hakkında bana verilmiş olan bilgileri hatırlayacağım.
Ne kadar kötü hissettiğimi birilerine göstermek istediğimde		kendime toplumun insanların kendisine zarar vermesini durdurmayı kolaylaştıracak şekilde değiştiğini söyleyeceğim.
Gerçekten beni seven biri olup olmadığını öğrenmek istediğimde		kendime zarar vermezsem diğerlerinin beni ödüllendirmesini sağlayacağım.
Birilerinin dikkatini çekmek istediğimde		kendime zarar vermemin etrafımdaki diğer kişileri nasıl etkilediğini düşüneceğim.
Birilerini korkutmak istediğimde		kendime zarar vermem hakkındaki uyarılara duygusal olarak tepki verdiğimi hatırlayacağım.
Birilerinden intikam almak istediğimde		kendime zarar vermem hakkında düşündüğümde moralimin bozulduğunu hatırlayacağım.
Yenilmiş, başarısız olmuş gibi düşündüğümde		evimde ya da işyerimde kendime zarar vermememi hatırlatacak şeyler koyacağım.
Kapana tıkanmış, çaresizmiş gibi hissettiğimde		kendime zarar vermek hakkında konuştuğumda beni dinleyecek birinin yardımına başvuracağım.
Ümitsiz olduğumu düşündüğümde		ilaçlarımı kullanacağım.
...		...

#### 1.4. Ölümcül Araçlara Erişimin Kısıtlanması (Lethal Means Counseling; ÖAEK)

Ölümcül araçlara erişimi kısıtlamanın temel amacı kişiyi ve/veya yakınlarını kişinin yaşadığı evi başta olmak üzere çevresini ölümlle sonuçlanabilecek tehlikelerden mümkün olduğunca arındırmak konusunda bilgilendirmektir. Özkıyım krizlerinin geçiciliğinden hareketle bu türden bir değişikliğin de geçici olacağını öngörmek gerekir. Ancak işte tam da bu kriz anlarında

kişinin etrafında kendisini öldürmesine neden olabilecek araçlara erişimin önüne geçilmiş olur. Verilere bakıldığında ölümcül araçların arasında ateşli silahlar %51.5 ile ilk sırada yer almaktadır (Center for Disease Control and Prevention, 2014). Bu nedenle birey tarafından bahsedilmese dahi görüşmeci tarafından mutlaka ateşli silahlara erişimin olup olmadığı araştırılmalıdır. ÖAEK sayesinde özkıyım krizi geçene kadar risk altındaki kişiye ona destek olacak bir yakınının ulaşması da mümkün olabilir. ÖAEK sıklıkla üç aşamadan oluşur: *i.* Kişinin güvenliği konusunda endişeli olunduğunun ifade edilmesi, *ii.* Güvenli bir çevre oluşturmak için neler yapılabileceğinin tartışılması (örneğin, evden ya da iş yerinden tüm ölümcül araçların (ateşli silahlar, reçeteli ve reçetesiz ilaçlar, kesici-delici nitelikteki nesnelere, toksik olabilecek temizlik malzemeleri vb.) uzaklaştırılması veya güvenli bir şekilde muhafaza altına alınması) ve *iii.* Ölümcül araçlara erişimin kısıtlanmasının ne şekilde iş görebileceği konusunda bilgilendirme yapılması (örneğin, ÖAEK'nin olası yeni krizleri öngöremeyeceği, yeni bir akut özkıyım krizi ortaya çıkarsa düzelmeye döneminde geri getirilmiş olan tehlikeli araçların yeniden uzaklaştırılmasının gerekliliği, sıklıkla önceki özkıyım girişiminde kullanılan yöntemin yeniden denenebilecek olması, bu nedenle önceki girişimlerde kullanılmış yonteme dair tehlikeli araçların uzaklaştırılmasına özellikle önem ve öncelik verilmesi, önceki girişimden farklı bir yöntem denenirse bununla ölüm riskinin görece daha düşük olabileceği ancak bunun kesin olarak bilinemeyeceği vb.). Yaygın şekilde kullanılan ÖAEK'lerden biri *Ölümcül Araçlara Erişimi Kısıtlama Danışmanlığı (Counseling on Access to Lethal Means; ÖAEKD)* adıyla bilinmektedir. ÖAEKD, risk altında olup da bu girişimden fayda görebilecek bireyleri tespit edebilmeyi, ölümcül araçlara erişimlerini sorgulamayı ve bu erişimi azaltmak için kişi ve yakınlarıyla çalışmayı hedeflemektedir. Nitekim ruh sağlığı çalışanlarına verilen ÖAEKD eğitiminin olumlu sonuçlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Sale ve ark., 2018). Ayrıca ÖAEKD acil serviste görev yapan hekim dışı personel tarafından da başarıyla uygulanabilir (Mueller ve ark., 2020).

### **1.5. Güvende Kalmayı Planlama Girişimi (Safety Planning Intervention; GKPG)**

GKPG, özkıyım krizine yönelik kısa müdahaleler arasında en güçlü kanıtla sahip olanlardan biridir. Tek sayfalık bu belge, kriz anında hasta ve klinisyenin işbirliğiyle doldurulur. GKPG, salt bir belgeden ziyade, işbirliğine dayalı bir sürecin ürünüdür. GKPG, dalgalanmalar sırasında ortaya çıkan krize eşlik eden duygu ve düşünceleri yönetmeyi ve bireyi güvende tutacak bir plan oluşturmayı hedefler. Tek seanslık bir müdahale olabileceği gibi, gerektiğinde hasta ile gözden geçirilip güncellenebilir. GKPG, özkıyım riskini azaltmanın yanı sıra, hastanın tedaviye katılım motivasyonunu da artırır ve kanıtla dayalı psikoterapi tekniklerini içerir. Başlangıçta

ayaktan yüksek riskli hastalar için geliştirilmiş olsa da kullanım alanı genişlemiş ve tek başına bir müdahale aracı haline gelmiştir. Günümüzde, özkıyım riski artmış bireylerde ve kriz anlarında kullanılır. Ancak, kişinin kendine yüksek düzeyde zarar verme riski varsa GKPG uygulanmamalı, acil müdahalelere (örn. zorunlu yatış) başvurulmalıdır. GKPG, hastanın kriz öyküsünü ayrıntılı şekilde anlatmasıyla başlar. Klinisyen, olayları ve hastanın tepkilerini geriye doğru (kronolojik sıra dışında) dinleyerek krizin işlevini ve hastanın bakış açısını anlamaya çalışır. Bu, güçlü duygusal tepkileri ve bunlardan kaçınma çabalarını empatik şekilde kavramayı sağlar. Klinisyen, krizin detaylarını ve temel motivasyonu tam olarak anlamadan çözüm önermekten kaçınmalıdır (Stanley ve Brown, 2012). GKPG'nin temel basamakları Tablo 5'te verilmiştir.

**Tablo 5. Güvende Kalmayı Planlama Girişiminin Temel Basamakları**

Basamak	Kilit Sorular	Açıklamalar / Klinisyen Notları
1. Erken Uyarı İşaretlerini Tanıma	Kendinizi kötü hissetmeye veya özkıyım düşünmeye başladığınızda neler oluyor? (Fiziksel, duygusal, davranışsal)	Hastanın kendi ifadeleriyle işaretleri kaydedin. (Düşünce, duygu, davranış, bedensel his veya dış etken kaynaklı olabilir).
2. Kişisel/İçsel Başa Çıkma Yolları	Bu dürtüye karşı koymak için kendi başınıza ne yapabilirsiniz?	Hastanın kendi başına baş edebileceği teknikler bulması özgüvenini artırır. (örn. yürüyüş, egzersiz, sevilen anılara dönme, ibadet, ev işi).
3. Sosyal Bağlantı Kurma (Dikkat Dağıtma)	Dikkatinizi dağıtmak için kiminle görüşebilir veya nereye gidebilirsiniz?	Yakınlarla sosyalleşme veya güvenli ortamlara gitme (örn. kafe, park, AVM). Özkıyım düşüncesi paylaşımı gerekmez. Alkol alabileceğiniz ortamlarından kaçının. Birden fazla seçeneğin olması önemlidir.
4. Yakınlardan Destek Alma	Özkıyım düşüncelerinizi veya zorlandığınızı kime açabilirsiniz?	Özkıyım düşüncelerini paylaşabileceği ve somut destek isteyebileceği birden fazla güvenilir kişi belirleyin.
5. Profesyonel Desteğe Başvurma	Yukarıdakiler işe yaramazsa hangi profesyonel desteği ararsınız?	Acil yardım hatları, en yakın acil servis, halihazırdaki terapistle nasıl ulaşabileceğini netleştirin. İletişim bilgilerini liste halinde hazırlayın.
6. Ölümcül Araçlara Erişimi Kısıtlama	Kendinize zarar vermek için tercih ettiğiniz yöntem/araç var mı? Evinizde silah bulunuyor mu?	Hastanın diğer basamakları doldurması bu adıma istekliliğini artırabilir. Güvenliği sağlamak için somut plan yapın (örn. silahı uzaklaştırma, ilaç kilitleme vb.).

Örnek bir GKPG şablonu Tablo 6’da yer almaktadır (Batmaz, 2023).

**Tablo 6.** *Güvende Kalmayı Planlama Girişimi için Şablon*

<b>Birinci Basamak: Erken Uyarı İşaretlerim</b>
1.
2.
3.
<b>İkinci Basamak: Kendi Kendime Başa Çıkma Yollarım</b>
1.
2.
3.
<b>Üçüncü Basamak: Dikkatimi Dağıtmak İçin Yapabileceklerim</b>
Birinci kişinin adı-soyadı ve telefonu:
İkinci kişinin adı-soyadı ve telefonu:
Üçüncü kişinin adı-soyadı ve telefonu:
Gidebileceğim birinci yer:
Gidebileceğim ikinci yer:
Gidebileceğim üçüncü yer:
<b>Dördüncü Basamak: Yardım İsteyebileceğim Kişiler</b>
Birinci kişinin adı-soyadı ve telefonu:
İkinci kişinin adı-soyadı ve telefonu:
Üçüncü kişinin adı-soyadı ve telefonu:
<b>Beşinci Basamak: Uzman Desteklerim</b>
Psikoterapistimin adı-soyadı ve telefonu:
En yakın acil servis:
Acil yardım telefonu: 112
<b>Altıncı Basamak: Çevremi Güvenli Hale Getirmek İçin Yapacaklarım</b>
1.
2.
3.
<b>Hayatta Kalmak İçin En Önemli Sebeğim</b>

## 1.6. Krize Yanıt Vermeyi Planlama (Crisis Response Planning; KYVP)

KYVP, Rudd tarafından geliştirilmiş ve sonrasında Rudd ve Bryan tarafından güncellenmiştir. Güncellenme sonrasında seçkisiz kontrollü çalışmalarda KYVP’nin ne kadar etkili olduğu da araştırılmıştır. Örneğin, KYVP’nin güvende kalma sözleşmeleriyle karşılaştırıldığı bir çalışmada altı aylık takip süresinin sonunda KYVP alan grupta özkıyım girişimlerinin %76 daha az görüldüğü tespit edilmiştir. KYVP ile özkıyım düşüncelerinin daha hızlı şekilde düştüğü de gösterilmiştir ve Özkıyım Odaklı Kısa Süreli Bilişsel Davranışçı Terapi’nin de bileşenlerinden biridir. KYVP, bu konuda eğitim almış bir uzman ile özkıyım eğilimi olan bireyin birlikte oluşturdukları bir plandan ibarettir. Kişi ne zaman duygusal sıkıntısında yoğunlaşma olduğunu fark ederse başvurulabilecek bir kontrol listesi sunmayı amaçlar. Ayrıca özkıyım krizindeyken içinde bulunulan yoğun duygusal ruh hali, kişilerin izlemeleri gereken adımları hatırlamalarını zorlaştıracığı için böylesi bir kontrol listesinin faydalı olacağını

varsayar. KYVP’de hazırlanan kontrol listesi beş temel bölümden oluşmaktadır: *i.* Kişisel uyarıcı işaretlerin tanınması, *ii.* Kişinin krizi aşmak için kendi başına yapabilecekleri, *iii.* Yaşamı sürdürmek için nedenlerin tespit edilmesi, *iv.* Sosyal desteklerin devreye sokulması ve güçlendirilmesi ve *v.* Uzman krize müdahale birimlerinden destek alınması (Bryan ve ark., 2017). Görüleceği üzere KYVP’nin pek çok bileşeni aslında GKPG’yi anımsatmaktadır.

### **1.7. Öğrenme Fırsatı Sunan Kısa Girişimler (Teachable Moment Brief Intervention; ÖFSKG)**

ÖFSKG, O’Connor tarafından Louisville Üniversitesi’nde geliştirilmiştir. Tek seferlik bir girişimden ibarettir ve özkıyım girişiminden sağ kurtulmuş kişilere kabul edildikleri yataklı servislerde girişimden sonraki ikinci günde sunulmaktadır. Esas olarak Özkıyım Eğiliminde İşbirliğine Dayalı Değerlendirme ve Girişim, bilişsel davranışçı terapi ve diyalektik davranış terapisi ilkelerinden beslenen bir girişim olan ÖFSKG’de özkıyım girişiminin neye karşılık geldiğini, ne anlam ifade ettiğini anlamak için bir fırsat olarak görülmektedir ve kişiyle sağkalmış olmanın ne demek olabileceği ele alınmaktadır. Nitekim ÖFSKG ile kişinin özkıyım düşünce ve girişimine katkıda bulunmuş olabilecek etmenlerin ortaya çıkarılması temel hedeftir. Sonrasında da kişiyi yeni bir özkıyım krizine karşı korumak adına güvenliğini sağlamaya dönük bir plan oluşturulması için çalışılır. ÖFSKG ile ilgili yapılmış çalışmaların sonuçları değişime hazır olmanın, ruh sağlığı hizmetlerine başvurmanın ve yaşamak için nedenler bulmanın arttığını göstermiştir (O’Connor ve ark., 2015, 2020).

### **1.8. Kısa Süreli Hasta Eğitimi (Brief Patient Education; KSHE)**

KSHE bireyin içinde bulunduğu durumu ve buradan çıkış yollarını daha iyi anlayabilmesini ve böylelikle de hem kendisinin hem de yakınlarının takip sürecinde sağaltım ve destek için başvuru yapmasını kolaylaştırabilmeyi amaçlamaktadır. Özkıyım riski nedeniyle sağlık kuruluşlarına başvuruların sıklıkla acil servislerde gerçekleştiği ve sonrasında bu bireylerin takibinde aksamalar olduğu düşünüldüğünde acil servis başvurularının bu eğitimleri vermek için en uygun ve hatta bezen tek ortam olabileceği bilinmektedir. Her ne kadar kimi basılı materyallerin bu ortamlarda paylaşılması yardımcı olabilse de insan insana karşılıklı etkileşimin yerini almamalıdır. KSHE’de izlenmesi gereken basamaklar şu şekilde özetlenebilir (Suicide Prevention Resource Center, 2015): *i.* Bireyden görüşme sırasında aile üyeleri, yakın arkadaşlar veya bu konuda eğitim almış bir uzmanın yanlarında bulunması konusunda izin isteyin ve mümkün olduğunca görüşmeyi bu kişilerle birlikte yürütün. *ii.* Bireyin içinde bulunduğu durumu anlamaya çalışın, görüşmede bu konuları detaylandırın, tüm görüşme

boyunca empatik davranın ve bireyin özerkliğine saygı konularında hassasiyet gösterin. *iii.* Bireyin hem risk hem koruyucu etmenlerini saptayın. *iv.* Bireye yardımcı olabilecek sağaltım seçenekleri hakkında bilgi verin, sağaltımın etkili sonuçları olduğunu anlatın. *v.* Sağaltıma katılımda sürekliliğin ne kadar önemli olduğunu vurgulayın. *vi.* Yeni bir özkıyım krizi anında ev ortamında yapılabilecekleri tartışın. *vii.* Madde kullanımından uzak durmaya çalışmanın önemini anlatın. *viii.* Ölümcül araçlara erişimin nasıl kısıtlanabileceği konusunda bilgi verin. *ix.* Takip için başvurularını ne zaman ve nereye yapacağı konusunda bireyin aklındaki soruları yanıtlayın ve bir sonraki takip başvurusu tarihini netleştirin. *x.* Bireyin durumunda kötüleşme ortaya çıkarsa bunların nasıl fark edilebileceğini ve bu durumlarda neler yapılması gerektiğini konuşun, hangi koşullarda yeniden acil servis başvurusu gerektiğini belirtin. *xi.* Mümkünse basılı materyaller vererek konuşulanların unutulmasının önüne geçin. *xii.* Bireyin ve varsa görüşmede bulunan yakınlarının bilgilendirmelerin ne kadarını anlayabildiğinden emin olmak için konuştuklarınızı özetlemesini isteyin.

### **1.9. Özkıyım Düşüncelerini Ele Almada Motivasyonel Görüşme (Motivational Interviewing to Address Suicidal Ideation; ÖDEAMG)**

ÖDEAMG, Britton tarafından Amerikan Gazi İşleri Bakanlığı için geliştirilmiş bir görüşme yöntemidir. Özkıyım girişimi sonrasında yatış verilen kişilere akut dönemde uygulanır ve temelde kişinin yaşamak için motivasyonunu yeniden artırmaya dönük değerlendirme ve girişimlerden oluşur. Ayrıca kişinin taburculuk sonrasında yaşamdan keyif almasını, yaşama yeniden dahil olmasını artırmaya dönük etkinlikleri teşvik etmeye odaklanır. Özkıyım girişimine her iki taraftan bakmaya önem verir ve bu girişimden neler öğrenilebileceğini araştırır. Nihayetinde ÖDEAMG, yaşamaya değer bir yaşam kurmak için kişiyle bir plan yapmaya çalışır (Britton ve ark., 2011, 2020). Nitekim mevcut veriler özkıyım açısından yüksek riskli olduğu düşünülen olguların ayaktan psikoterapi görüşmelerine katılımlarının düşük olduğunu, özkıyım girişiminde bulunup da bir şekilde sağaltıma başvuranların %50'ye varan bir kesiminin sağaltımı ya reddettiğini ya da sağaltımı erkenden terk ettiğini, örneğin özkıyım girişiminden sonra sağaltıma başlamış olan olguların %40'a yakınının üçüncü ayda bu görüşmelere devam etmediklerini, bir yılın sonunda ise bu oranın neredeyse %75 olduğunu göstermektedir (Lizardi ve Stanley, 2010; Monti ve ark., 2003). Bu bağlamda ÖDEAMG ve benzeri motivasyon artırmaya dönük girişimlerin ne kadar elzem olduğu daha iyi anlaşılmaktadır.

### 1.10. Özkıyım Girişiminde Kısa Girişim Planı (Attempted Suicide Short Intervention Program; ÖGKGP)

ÖGKGP, Michel tarafından geliştirilmiş, üç oturumdan oluşan bir girişimdir. Bu üç oturum şu basamakları izleyerek ilerlemektedir: *i.* Özkıyım girişiminde bulunan kişi öyküsünü detaylarıyla anlatırken ve terapistiyle yaşadıklarını tartışırken kayda alınır. *ii.* Kişi terapistiyle beraber bu kaydı izler, gözlemlerde bulunur ve durumunu dengelemek için bir plan geliştirir. *iii.* Kişi ve terapisti kaydı yeniden izlerken geliştirdikleri planda yer alan hususları yaşanmış özkıyım krizine benzer durumlarda nasıl uygulayabileceklerini tartışır (Michel ve Gysin-Maillart, 2016). ÖGKGP’de terapötik işbirliğine ve sağlam bir bağ kurmaya özel bir vurgu mevcuttur. Özkıyım davranışını bireyi merkezde tutan bir yaklaşımla ele almaya çalışan ÖGKGP de yatan hastalarda kullanılmak için uygundur. Kişi taburcu edildikten sonra da yalnız bırakılmaz ve 24 ay süreyle girişim süresince öğrenilenleri hatırlatan takip mektupları gönderilir. ÖGKGP ile yürütülmüş çalışmalar, özkıyım girişimlerinin olağan tedavi koşullarına kıyasla %80 azaldığını, iki yıllık takip süresinde hastanede kalınan gün sayısının da %72 daha az olduğunu göstermiştir (Gysin-Maillart ve ark., 2016).

## 2. Acil Psikoterapi Yaklaşımları

Her ne kadar psikoterapi uygulanabilmesi için belirli koşulların oluşması beklenmek zorundaysa da hayati tehlikenin kalmadığı, hastanın görüşmelere koopere olabilecek duruma geldiği, krize müdahale aşamasının geçildiği hallerde özkıyım açısından risk altında olduğuna kanaat getirilen hastalarla en erken dönemden itibaren görüşmelere başlanmalıdır. Elbette klasik psikoterapi aşamaları bu hastalarla yapılan görüşmelerde de geçerlidir ve aşağıdaki bölümlerde daha çok kısa süreli psikoterapi görüşmelerine veya uzun süreli görüşmelerin daha çok erken aşamalarına ağırlık verilerek bu yaklaşımlardan bahsedilmektedir. Hastanın ihtiyaçları ve eşlik eden klinik bozuklukları ve zemindeki kişilik özellikleri, özkıyıma dönük olarak başlatılan psikoterapi görüşmelerinin risk görece azaldıktan sonra diğer alanları kapsayacak şekilde genişletilmesi de sonraki özkıyım krizlerine karşı koruyucu bir tampon görevi görebilir. Her psikoterapi yaklaşımında olduğu gibi hastayla karşılıklı güven ilişkisine dayanan ve terapötik işbirliğinin sağlamlığını önceleyen görüşmeler kendine zarar vermeyi düşünmüş bir hastanın sonraki görüşmelere katılımını artırmaya dönük motivasyonunu da güçlendirebilir. Acil psikoterapi girişimlerinin özkıyım konusunda gerekli eğitimlerle kendini geliştirmiş ve denetim altında olan ruh sağlığı uzmanlarınca gerçekleştirilmesi gerektiği de unutulmamalıdır.

## 2.1. Kısa ve Orta Vadede Gerçekleştirilebilecek Psikoterapötik Girişimler

### 2.1.1. Özkıyım Eğiliminde İşbirliğine Dayalı Değerlendirme ve Girişim (Collaborative Assessment and Management of Suicidality; ÖEİDDG)

ÖEİDDG özkıyım davranışlarına özgül bir çerçeve içerisinde, özellikle özkıyıma zemin hazırlayan etmenlere (tetikleyiciler) odaklanan oldukça yoğun bir girişimdir. ÖEİDDG'nin ayırt edici yönü, özkıyım riskini yalnızca tanısal kategoriler ya da statik risk etmenleri üzerinden değil, bireyin öznel yaşantısı ve anlık özkıyım durumunu belirleyen dinamik süreçler üzerinden ele almasıdır. Bu yaklaşım, özkıyımı bir semptomdan ziyade, bireyin dayanılmaz psikolojik ızdırapla baş etme çabası olarak kavramsallaştırır. Bu yönüyle ÖEİDDG, geleneksel risk sınıflamalarına dayalı değerlendirme modellerinden ayrılmakta ve özkıyım davranışına özgü bir klinik formülasyon sunmaktadır (Jobes, 2016). Bu girişimin içerisinde özkıyıma karşı bir dengelenme planı oluşturma ve özkıyım davranışlarının yerine geçebilecek alternatif baş etme ve sorun çözme yollarının konuşulması öne çıkmaktadır. Her ne kadar ayaktan başvuran hastalarla kullanılmak üzere geliştirilmişse de yatan hastalar için de uyarlanabilir. ÖEİDDG kullanılarak yapılmış çalışmalar özkıyım düşüncelerinde azalma, ümit ve yaşama nedenleri bulmada artış, klinik sağaltıma katılım ve hem acil servislere hem de ruh sağlığı kliniklerine yeniden başvuru sayısında düşme saptamıştır (Comtois ve ark., 2011; Ryberg ve ark., 2019). ÖEİDDG'de kullanılan risk değerlendirmesi, çoğu acil serviste uygulanan kontrol listelerine dayalı değerlendirmelerden farklı olarak, hastanın öznel deneyimini merkeze alan bir yapıdadır. Ruhsal ızdırap, baskı altında hissetme ve ümitsizlik gibi boyutlar, yalnızca “var/yok” şeklinde değil, hastanın kendi değerlendirmesi üzerinden nicel olarak ele alınır. Bu yaklaşım, hem klinisyenin risk algısını kalibre etmesine hem de hastanın kendi özkıyım sürecine ilişkin içgörüsünün artırılmasına hizmet eder. ÖEİDDG hasta ve klinisyenin birlikte doldurdukları bir Özkıyım Durumu Formu-4 (*Suicide Status Form-4; ÖDF-4*) üzerinden ilerler. ÖDF-4, özkıyım riskinin değerlendirilmesi ve uygun şekilde kayıt altına alınması, özkıyım davranışlarına özgül bir sağaltım planının geliştirilmesi, özkıyım riskinin ve sağaltım planının uygulanmasının takip edilmesi ve sonuçların ne olduğunun belgelenmesi aşamalarını içerecek farklı bölümlerden oluşmaktadır. Görüşmenin hangi aşamasında olduğuna göre ÖDF-4'ün farklı versiyonları kullanılmaktadır. İlk görüşme formunun doldurulması sırasında klinisyen hastanın yanına oturur ve hastayla birlikte ilk sayfada yer alan risk etmenlerinin (ruhsal ızdırap/çökkünlük, baskı altında hissetme, huzursuzluk/eyleme geçme ihtiyacı, ümitsizlik, kendinden nefret etme) şiddeti anlaşılmasına çalışılır. Ayrıca hastanın ölmek ve yaşamak için nedenlerini sıralayabileceği iki ayrı liste oluşturulur. Sonrasında klinisyen hastayı kapsamlı bir şekilde

değerlendirir ve hastanın durumuna uygun bir sağaltım planı oluşturur. Hasta tüm bu aşamalarda aktif olarak sürece katılım sağlamaktadır. İlk görüşmede hastanın güvende kalmak için yapabilecekleri ve sorun çözme/başa çıkma yolları bulması üzerine konuşularak bunun bir örneği de hastaya verilerek görüşme sonlandırılır. ÖEİDDG'nin önemli bir bileşeni, özkıyım riski taşıyan bireylerde sıklıkla karşılaşılan güvensizlik, utanç ve damgalanma algılarını azaltmaya yönelik terapötik duruştur. Klinisyenin hastanın yanına oturarak formu birlikte doldurması, hiyerarşik bir değerlendirme yerine eşitlikçi ve şeffaf bir işbirliği mesajı verir. Bu tutum, özellikle acil başvurularda görülen direnç, kaçınma ve erken terk riskini azaltan bir faktör olarak değerlendirilmektedir. Görüşmenin ardından klinisyenin yaptıklarını detaylıca kayıt altına aldığı bir başka form doldurması gerekmektedir. Sonraki görüşmelerde hastayla birlikte risk değerlendirmesi yinelenir ve klinisyen de kapsamlı değerlendirme bulgularını yeniden gözden geçirir. Özkıyım riskinin azaldığı düşünülüp de görüşmeler sonlandırılacağı zaman son görüşme formunun doldurulmasına geçilir. Bu formda da hastanın risk değerlendirmesi ve klinisyenin süreçte ele alınan tüm konuları kayıt altına alması için ayrı bölümler yer almaktadır. ÖEİDDG kapsamında geliştirilen güvende kalma ve baş etme planı, standart güvenlik planlarından farklı olarak yalnızca kriz anına yönelik davranışsal önerilerle sınırlı değildir. Bu plan, özkıyım düşüncelerini tetikleyen özgül durumlara, bu durumlarla baş etmede başarısız olmuş önceki girişimlere ve bireyin öznel güçlü yönlerine dayalı olarak yapılandırılır. Böylece plan, kısa vadede güvenliği sağlamanın ötesinde, orta vadede özkıyım riskini sürdüren döngülerin kırılmasını hedefler. Sistematik bir değerlendirme ve takip süreci sağlayan ÖEİDDG bu nedenle özkıyıma özgül olarak geliştirilmiş psikoterapi yaklaşımları arasında öne çıkmaktadır ve işe yararlığına dair çok sayıda kanıt mevcuttur (Jobes, 2016). Bu özellikleriyle ÖEİDDG, özkıyım girişimi sonrası acil müdahale ile uzun dönem psikoterapi arasında bir köprü işlevi görmektedir. Hem acil servis koşullarına uyarlanabilir yapısı hem de sistematik izlem olanağı sunması nedeniyle, kısa ve orta vadede uygulanabilen özkıyıma özgü psikoterapiler arasında önemli bir yere sahiptir.

### **2.1.2. Diyalektik Davranış Terapisinin Beceri Kazandırma Modülleri (Dialectical Behavior Therapy Skills Training; DDT-BKM)**

Linehan tarafından geliştirilmiş olan DDT-BKM özkıyım davranışlarına özgül olarak geliştirilmiş kanıta dayalı yaklaşımlardan biridir. Diyalektik davranış terapisi (DDT), özkıyım davranışlarını tedavinin bir yan çıktısı olarak değil, doğrudan ve öncelikli bir tedavi hedefi olarak ele almasıyla ayırt edilir. Linehan'ın geliştirdiği hedef hiyerarşisinde, yaşamı tehdit eden davranışlar her zaman ilk sırada yer almakta; terapiyi engelleyici davranışlar ve yaşam kalitesini

bozan örüntüler bundan sonra ele alınmaktadır. Bu yapı, özellikle özkıyım girişimi sonrası erken dönemde uygulanan müdahaleler için DDT'yi özgün ve güçlü bir çerçeve haline getirmektedir. DDT aslında çok bileşenli bir terapi yaklaşımıdır ve tüm bileşenlerinin kullanılması halinde sınırda kişilik bozukluğu başta olmak üzere pek çok ruhsal bozuklukta görülebilecek özkıyım davranışlarını azaltabilir. DDT-BKM, bu bileşenlerden sadece birine karşılık gelir ve kısa ve orta vadede gerçekleştirilmek üzere buradaki tekniklerden özellikle sıkıntıya tahammül etme ve duygu düzenleme modülleri etkin şekilde kullanılabilir. Özellikle sıkıntıya tahammül etme becerileri, özkıyım krizlerinin akut evresinde bireyin dayanılmaz duygulanım karşısında eyleme geçme dürtüsünü erteleyebilmesini hedefler. Bu beceriler, özkıyım düşüncelerini doğrudan ortadan kaldırmaktan ziyade, bireyin bu düşüncelerle baş edebileceği kısa süreli bir psikolojik alan yaratmayı amaçlar. Duygu düzenleme becerileri ise, yoğun ve hızla dalgalanan duygusal durumların tanınması, adlandırılması ve düzenlenmesi yoluyla özkıyım davranışlarının temelini oluşturan duygusal taşkınlığı azaltmayı hedefler. Kısa ve orta vadeli müdahalelerde tüm beceri modüllerinin sistematik olarak öğretilmesi her zaman mümkün olmayabilir. Ancak kişilerarası etkinlik becerileri, özellikle kişilerarası çatışmaların özkıyım krizlerini tetiklediği durumlarda; yargısız farkındalık becerileri ise bireyin yoğun düşünce ve dürtülerle mesafe kurabilmesi amacıyla seçici biçimde kullanılabilir. Bu esnek kullanım, DDT-BKM'nin farklı klinik ortamlara uyarlanabilirliğini artıran önemli bir özelliktir. DDT-BKM pek çok farklı ortamda kullanmaya uygundur. Hem ayaktan başvuran hastalarda hem de yatarak tedavi gören hastalarda bu becerilerin kazandırılmasına dönük görüşmeler yapılabilir. Ayrıca olaylar zincirinin analizi tekniği ve hastaya biyososyal kuramın bakış açısıyla özkıyım krizlerine götüren durumların anlatılmasıyla da önemli terapötik kazanımlar elde edilebilir. Olaylar zincirinin analizi, özkıyım girişimine ya da yoğun özkıyım düşüncelerine giden süreci tetikleyici olaylar, içsel yaşantılar, kişilerarası etkileşimler ve sonuçlar bağlamında ayrıntılı olarak ele almayı sağlar. Bu analiz, bireyin “*Bir anda oldu.*” şeklinde tanımladığı özkıyım davranışlarının aslında öngörülebilir ve müdahale edilebilir bir süreç içinde geliştiğini fark etmesine yardımcı olur. Biyososyal kuram çerçevesinde yapılan bu psiko-eğitim, hem suçluluk ve kendinden nefret etme duygularını azaltabilir hem de değişim için umut verici bir zemin oluşturabilir. Ayrıca diyalektik bakış açısının getirdikleri sayesinde hastayla sadece sorun çözme değil gerektiğinde kabullenme, hastanın sadece eksik ve hasarlı yönlerle ilgilenme değil güçlü yönlerini de öne çıkarma ve duygusal ve akılcı zihin arasında denge kurma gibi yenilikçi yaklaşımlar da hastanın özkıyım eğiliminin üstesinden gelmesinde destek olabilir. Diyalektik yaklaşımın sunduğu kabul ve değişim dengesine dayalı terapötik

duruş, özkiyım riski taşıyan bireylerle çalışırken sık karşılaşılan kutuplaşmaları azaltabilir. Hastanın yaşadığı acının geçerliliğini kabul ederken aynı anda değişimin mümkün olduğuna vurgu yapılması, hem terapötik ittifakı güçlendirir hem de bireyin kendisini yalnızca “hasarlı” ya da “problemlı” olarak tanımlamasının önüne geçer. Bu yönüyle DDT-BKM, kısa ve orta vadeli acil psikoterapiler arasında hem yapılandırılmış hem de insani yönü güçlü bir yaklaşım sunmaktadır (Linehan, 2014).

## **2.2. Orta ve Uzun Vadede Gerçekleştirilebilecek Psikoterapötik Girişimler**

### **2.2.1. Özkiyımı Önlemeye Dönük Bilişsel Davranışçı Terapi (Cognitive Behavioral Therapy for Suicide Prevention; ÖÖDBDT)**

Brown ve Beck tarafından geliştirilmiş ve on oturumdan oluşan bir bilişsel davranışçı terapi formu olan ÖÖDBDT ile özkiyım girişimlerinde %50’ye varan azalma elde edilebildiği bildirilmiştir. Özkiyım düşünce ve davranışları olan hastalarda risk etmenlerinin saptanması ve etkili sağaltım planlarının yapılmasını içeren bilişsel ve davranışçı tekniklerden oluşur. Özel olarak “özkiyım modu”nu ele alan bir psikoterapi yaklaşımıdır. ÖÖDBDT’nin temel varsayımı, özkiyım düşünce ve davranışlarının bireyin genel psikopatolojisinden bağımsız, kendine özgü bilişsel, duygusal ve davranışsal bileşenlerden oluşan bir “özkiyım modu” içinde ortaya çıktığıdır. Bu mod etkinleştğinde, bireyin problem çözme kapasitesi daralmakta, bilişsel esneklik azalmakta ve ölüm, tek çıkış yolu olarak algılanabilmektedir. ÖÖDBDT bu özgül modu hedef alarak, özkiyım riskini sürdüren bilişsel ve davranışsal örüntüleri doğrudan müdahale odağı haline getirmektedir. İlk oturumlarda, bireyin daha önceki özkiyım girişimleri ya da yoğun özkiyım düşüncelerine eşlik eden tetikleyici durumlar, otomatik düşünceler, duygusal tepkiler ve davranışsal örüntüler ayrıntılı biçimde ele alınır. Bu süreç, hem bireyin özkiyım davranışını daha anlaşılır bir çerçeveye oturtmasına hem de klinisyenin kısa vadede risk yaratan özgül hedefleri belirlemesine olanak tanır. Böylece terapi, genel bir bilişsel yeniden yapılandırma sürecinden ziyade, akut riskle doğrudan ilişkili süreçlere odaklanır. ÖÖDBDT kapsamında kullanılan teknikler arasında, umutsuzluk ve çaresizlikle ilişkili temel inançların ele alınması, siyah-beyaz düşünme örüntülerinin sorgulanması, davranışsal etkinleştirme ve problem çözme becerilerinin güçlendirilmesi yer alır. Bu teknikler, özkiyım düşüncelerinin ortaya çıktığı anlarda bireyin bilişsel daralmasını azaltmayı ve alternatif başa çıkma yollarını erişilebilir hale getirmeyi amaçlar. Son oturumlarda ağırlık kazanan yinelemeyi önleme stratejileri, bireyin gelecekte karşılaşılabileceği yüksek riskli durumları önceden tanımasını ve bu durumlara yönelik ayrıntılı eylem planları geliştirmesini hedefler. Yönlendirilmiş imgeleme

egzersizleri aracılığıyla hastalar, olası bir özkıyım krizini zihinsel olarak canlandırmakta ve bu kriz sırasında özkıyım davranışına yönelmek yerine kullanabilecekleri alternatif başa çıkma stratejilerini prova etmektedir. Bu uygulamalar, bireyin kriz anındaki otomatik tepkilerini değiştirmeye yönelik önemli bir köprü işlevi görür (Brown ve ark., 2005; Stanley ve ark., 2009). Bu özellikleriyle ÖÖDBDT, özkıyım girişimi sonrası dönemde hem yapılandırılmış hem de kısa süreli bir müdahale sunarak, acil psikiyatrik bakım ile uzun dönem psikoterapi arasında işlevsel bir geçiş modeli oluşturmaktadır.

### **2.2.2. Özkıyıma Odaklanan Kısa Süreli Bilişsel Davranışçı Terapi (Brief Cognitive Behavioral Therapy for Suicide; ÖOKSBDT)**

İlk geliştirildiğinde askeri personeller arasında görülen özkıyım davranışlarını azaltmayı hedefleyen ÖOKSBDT, sonrasında diğer popülasyonlar için de kullanılabilir şekilde uyarlanmıştır. ÖOKSBDT, sınırlı zaman ve yüksek risk koşullarında uygulanmak üzere yapılandırılmış, yüksek derecede protokole dayalı bir psikoterapi yaklaşımıdır. Terapi süresi ve oturum sayısı baştan belirlenmiş olup, müdahaleler özkıyım riskini sürdüren çekirdek bilişsel ve davranışsal süreçlere odaklanacak şekilde tasarlanmıştır. Bu özellikleriyle ÖOKSBDT, acil başvuru sonrası dönemde hızlı bir klinik çerçeve sunmaktadır. Askerî popülasyonlarda geliştirilmiş olması, ÖOKSBDT'nin yüksek stres, ani krizler ve sınırlı destek kaynakları gibi koşullara uyarlanabilirliğini artırmıştır. Bu bağlamdan gelen yapılandırılmış yaklaşım, daha sonra sivil popülasyonlarda da uygulanabilir bulunmuş; özellikle travmaya maruz kalmış, yineleyen özkıyım girişimi olan ve acil servis başvuruları sık olan bireylerde kullanılabilirliği gösterilmiştir. Erken dönem çalışmaların sonuçları iki yıllık izlem döneminde özkıyım girişimlerinin %60 oranında azaldığını göstermiştir. Pek çok yönüyle ÖÖDBDT'ye benzer. ÖOKSBDT de özkıyım düşünce ve davranışlarını özgül bir özkıyım modu çerçevesinde ele alır. Ancak bu modelde değerlendirme ve müdahale aşamaları daha sıkı bir zaman çizelgesi içinde yürütülür. Amaç, bireyin özkıyım davranışına giden bilişsel ve davranışsal zinciri kısa sürede tanımasını ve bu zincirin erken halkalarına müdahale edebilmesini sağlamaktır. İlk aşamada özkıyım modu hakkında görüşmeler yapılmaktadır, sonraki aşamalarda ise kişinin kendisini sakinleştirme becerileri öğretilmektedir ve hastaların birer ümit kutusu hazırlamaları teşvik edilmektedir. Terapi sürecinin orta aşamasında, bireyin yoğun fizyolojik ve duygusal uyarılmışlık durumlarını düzenleyebilmesine yönelik kendini sakinleştirme becerileri öğretilir. Bu beceriler, nefes egzersizleri, duysal düzenleme teknikleri ve dikkat odağını değiştirmeye yönelik uygulamaları içerebilir. Hastaların hazırladığı "ümit kutuları" ise, kriz anlarında bireyin yaşama bağlanmasını sağlayan kişisel nedenleri, hatırlatıcı nesnelere ve başa çıkma planlarını

somutlaştıran bir araç olarak kullanılmaktadır. Son aşamada ele alınan yinelemeyi önleme çalışmaları, bireyin gelecekte karşılaşılabileceği yüksek riskli durumları tanınması, erken uyarı işaretlerini fark etmesi ve bu durumlar ortaya çıktığında devreye sokabileceği yapılandırılmış eylem planlarını içermektedir. Bu aşama, kısa süreli müdahalenin etkilerinin orta vadede sürdürülmesini hedefleyen kritik bir bileşen olarak değerlendirilir (Rudd, 2012; Rudd ve ark., 2015). Bu özellikleriyle ÖOKSBDT, özkıyım girişimi sonrası dönemde uygulanabilen, yüksek derecede yapılandırılmış ve kısa süreli bir bilişsel davranışçı psikoterapi seçeneği sunmaktadır.

### 3. Kısa Acil Girişimlerin Uygulanması Konusunda Öneriler

Bu girişimler, acil servis gibi ruh sağlığı uzmanı olmayan ortamlarda mümkün olduğunca yaygınlaştırılmalıdır. Uluslararası rehberler ve sistematik derlemeler, acil servisler ve birinci basamak sağlık kuruluşlarının özkıyımı önleme açısından “kritik temas noktaları” olduğunu; bu ortamlarda uygulanan kısa, yapılandırılmış ve düşük yoğunluklu girişimlerin özkıyım girişimlerini ve yeniden başvuruları azaltabildiğini göstermektedir (Larkin ve Beautrais, 2010; Miller ve ark., 2017; Stanley ve Brown, 2012). Bu doğrultuda acil servis ve birinci basamak çalışanlarına düzenli olarak özkıyım riski değerlendirme ve iletişim eğitimleri verilmeli ve kurum yöneticileri de acil servis-psikiyatri koordinasyonunu sağlamalı, yönlendirme ve takip sorumluluklarının kimlerde olduğunu net şekilde tanımlamalıdır. Özellikle standart tarama sorularının kullanımı, risk düzeyine göre izlenecek klinik adımların netleştirilmesi ve psikiyatri konsültasyonuna erişim yollarının önceden tanımlanması, acil servis temelli özkıyım önleme programlarının etkinliğini artıran temel bileşenler arasında yer almaktadır (Boudreaux ve ark., 2013; Horowitz ve ark., 2023). Aşağıda kısa acil girişimler uygulanırken hangi basamakların izlenmesinin gerektiğine yer verilmiştir:

#### 1. Başvuru Türünü Belirle:

- Özkıyım girişimi varsa: Acil tıbbi müdahale sonrası en kısa sürede psikiyatri konsültasyonu iste veya psikiyatrik tedaviye yönlendir.
- Sadece özkıyım düşüncesi varsa: Sonraki adımlara geç.

#### 2. Karar Verme Yeterliliğini Değerlendir:

- Karar verme yeterliliğinin değerlendirilmesi, özkıyım riski olan bireylerde etik ve hukuki açıdan kritik bir adımdır ve özellikle akut intoksikasyon, ağır ajitasyon veya psikotik belirtiler varlığında dikkatle ele alınmalıdır (Simon ve Shuman, 2007).

- Yeterlilik yoksa: Tıbbi stabilizasyon sağlandıktan sonra bireyin yasal temsilcileriyle/hasta yakınlarıyla tedavi planlaması yap.
- Yeterlilik varsa: Sonraki adıma geç.

### 3. Risk Kategorisini Tanımla:

- Orta/Yüksek risk: Psikiyatri konsültasyonu iste veya psikiyatrik tedaviye yönlendir.
- Düşük/Orta risk: Kısa acil girişimleri uygula.

### 4. Kısa Acil Girişimleri Uygula:

- Hastaya durumu, risk/koruyucu faktörler, tedavi seçenekleri hakkında bilgi ver.
- Ölümcül araçlara erişimi kısıtlamayı planla.
- İstemli yardım çizelgesi doldur.
- Güvende kalma planını tamamla.
- Ruh sağlığı hizmetlerine randevu al/yönlendirme yap.
- Taburculuk sonrası irtibat için iletişim bilgilerini kaydet.
- Güvende kalma planının oluşturulması, ölümcül araçlara erişimin kısıtlanması ve taburculuk sonrası aktif temasın planlanması gibi bileşenlerin birlikte uygulanmasının, tek başına bilgilendirme ya da yönlendirmeye kıyasla daha güçlü koruyucu etki sağladığı gösterilmiştir (Inagaki ve ark., 2019; Stanley ve ark., 2018).

## 4. Acil Psikoterapi Yaklaşımlarının Uygulanması Konusunda Öneriler

Acil psikoterapi yaklaşımları özkıyım konusunda özel eğitim almış ruh sağlığı çalışanları tarafından yerine getirilmelidir. Özellikle özkıyım davranışlarını doğrudan hedef alan psikoterapi yaklaşımlarının, genel psikoterapilere kıyasla özkıyım girişimlerini azaltmada daha güçlü kanıt sunduğu bildirilmektedir (Jobes, 2016; Zalsman ve ark., 2016). Farklı ruhsal bozukluklardan ziyade özkıyım davranışları için özgül olarak geliştirilmiş psikoterapi yaklaşımları hastaların sağaltımında öncelikli olarak seçilmelidir. Özkıyım davranışları için geliştirilmiş çok farklı türlerde psikoterapi yaklaşımları mevcut olsa da mümkün olduğunca bütüncül bir yaklaşım tercih edilmelidir. Diyalektik davranış terapisinin kanıt düzeyi göz önünde bulundurulduğunda psikoterapi yaklaşımlarında bazı tekniklerine özellikle yer

verilmesi yardımcı olabilir. DDT'nin özellikle kriz regülasyonu, duygu düzenleme ve kişilerarası zorlanmalarla ilişkili özkıyım davranışlarında etkili olduğu; bu nedenle kısa ve orta vadeli psikoterapilerde seçili tekniklerinin kullanılmasının önerildiği bildirilmektedir (Linehan, 2014; McCauley ve ark., 2018). Psikoterapi yaklaşımlarına ne kadar erken başlanırsa ve hastanın katılımını sağlamaya dönük ne kadar çok çaba harcanırsa, gerektiğinde diğer sağıltım yöntemlerinden de süreçte faydalanılırsa hastaların özkıyım davranışlarının yinelemesini önleyebilir. Her tür psikoterapötik girişim öncelikli olarak sağılam bir hasta-hekim işbirliğine dayanmalı, sağıltımın her aşamasında hastaya empatik yaklaşılmalı, her bir kararda hastanın görüşlerinin alınmasına özen gösterilmelidir. İşbirliğine dayalı ve empatik terapötik duruşun, özkıyım riski olan bireylerde tedaviye katılımı artırdığı ve erken terk oranlarını azalttığı gösterilmiştir (Jobes, 2016; Stanley ve Brown, 2012). Ruh sağılığı çalışanlarının eğitimleri süresinde özkıyım riskini değerlendirme ve girişim planlama konularında daha kapsamlı bir bakış açısı geliştirmeleri sağılanmalıdır. Dünya Sağılık Örgütü ve uluslararası klinik rehberler, özkıyımın önlenmesinde sağılık çalışanlarının eğitimini temel bir halk sağılığı stratejisi olarak tanımlamakta ve bu eğitimin yalnızca ruh sağılığı uzmanlarıyla sınırlı olmaması gerektiğini vurgulamaktadır (World Health Organization, 2014; Zalsman ve ark., 2016).

## Sonuç

Özkıyım davranışlarında hastanın durumunun aciliyeti, sağaltımın yapılacağı ortamın seçilmesi, kullanılacak teknikler ve hastanın motivasyon düzeyi gibi çok sayıda etmen, psikososyal girişimlerin ne zaman, kimler tarafından ve hangi yoğunlukta uygulanabileceğini belirlemektedir. Özellikle akut özkıyım krizi sırasında acil servislere ya da birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran bireylere yaklaşımda gözetilmesi gereken temel ilkelerin ele alındığı bu derlemede, kısa acil girişimler ile özkıyıma özgü acil psikoterapi yaklaşımlarının amaçları, uygulama bağlamları, ortak yönleri ve ayrıştıktıkları noktalar bütüncül bir çerçevede sunulmuştur.

Bu derlemenin alanyazına temel katkısı, özkıyımı önleme çalışmalarında sıklıkla uzun süreli ve uzman odaklı psikoterapilere odaklanan yaklaşımların ötesine geçerek, birinci basamak sağlık kuruluşlarını ve acil servisleri ruh sağlığı hizmetlerine erişimden önceki kritik temas noktaları olarak merkeze almasıdır. Mevcut kanıtlar, özkıyımla kaybedilen bireylerin önemli bir bölümünün ölümünden önce sağlık sistemiyle temas ettiğini, ancak bu temasların çoğu zaman yapılandırılmış risk değerlendirmesi ve kısa süreli kanıta dayalı girişimlerle sonuçlanmadığını göstermektedir (Luoma ve ark., 2002; Schaffer ve ark., 2016; Stene-Larsen ve Reneflot, 2019). Bu bağlamda derleme, acil ve birinci basamak koşullarında uygulanabilecek kısa, yapılandırılmış ve kanıta dayalı girişimleri; özkıyıma özgü acil psikoterapi yaklaşımlarıyla birlikte ele alarak klinik karar vermeyi destekleyen pratik bir yol haritası sunmayı amaçlamaktadır.

Bununla birlikte, bu derlemenin bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Sunulan yaklaşımların önemli bir bölümü yüksek gelirli ülkelerde yürütülmüş çalışmalara dayanmaktadır ve farklı sağlık sistemlerine genellenebilirliği sınırlı olabilir. Ayrıca kısa acil girişimlerin ve acil psikoterapilerin özkıyım davranışları üzerindeki etkilerine dair kanıtlar artmakla birlikte, bu girişimlerin hangi hasta gruplarında, hangi klinik koşullarda ve hangi sağlık profesyonelleri tarafından en etkili biçimde uygulanabileceğine ilişkin karşılaştırmalı veriler halen sınırlıdır (Inagaki ve ark., 2019; Zalsman ve ark., 2016). Özellikle birinci basamak ve acil servis koşullarına özgü, uygulamaya dönük ve bağlama duyarlı araştırmalara gereksinim devam etmektedir.

Sonuç olarak, özkıyım riski yüksek bireylerin psikososyal gereksinimlerinin karşılanması yalnızca ruh sağlığı ve hastalıkları alanında çalışan uzmanların değil, sağlık sisteminin tüm bileşenlerinin ortak sorumluluğudur. Dünya Sağlık Örgütü ve uluslararası rehberler, özkıyımın

önlenmesini temel bir halk sağlığı önceliği olarak tanımlamakta ve sağlık çalışanlarının özkıyım riskini tanıma, kısa acil girişimleri uygulama ve uygun yönlendirmeleri yapma konusunda eğitilmesinin önemini vurgulamaktadır (World Health Organization, 2014; Zalsman ve ark., 2016). Bu çerçevede, acil servisler ve birinci basamak sağlık kuruluşlarında uygulanabilir, yapılandırılmış ve kanıta dayalı yaklaşımların yaygınlaştırılması, özkıyımı önleme çabalarının güçlendirilmesinde kritik bir rol oynamaktadır.

## KAYNAKÇA

- Batmaz, S. (2023). İntihar riski yüksek olan hastada kısa acil müdahaleler ve psikoterapi yaklaşımları. H. Devrimci Özgüven ve G. Özdamar Ünal (Ed.), *İntihar davranışına müdahale kılavuzu* (s. 81-87) içinde. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Boudreaux, E. D., Miller, I., Goldstein, A. B., Sullivan, A. F., Allen, M. H., Manton, A. P., Arias, S. A. ve Camargo, C. A., Jr (2013). The emergency department safety assessment and follow-up evaluation (ED-SAFE): Method and design considerations. *Contemporary Clinical Trials*, 36(1), 14–24. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2013.05.008>
- Britton, P. C., Conner, K. R., Chapman, B. P. ve Maisto, S. A. (2020). Motivational interviewing to address suicidal ideation: A randomized controlled trial in veterans. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 50(1), 233–248. <https://doi.org/10.1111/sltb.12590>
- Britton, P. C., Patrick, H., Wenzel, A. ve Williams, G. C. (2011). Integrating motivational interviewing and self-determination theory with cognitive behavioral therapy to prevent suicide. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(1), 16–27. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.01.001>
- Brown, G. K., Ten Have, T., Henriques, G. R., Xie, S. X., Hollander, J. E. ve Beck, A. T. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: A randomized controlled trial. *JAMA*, 294(5), 563–570. <https://doi.org/10.1001/jama.294.5.563>
- Bryan, C. J., Mintz, J., Clemans, T. A., Leeson, B., Burch, T. S., Williams, S. R., Maney, E. ve Rudd, M. D. (2017). Effect of crisis response planning vs. contracts for safety on suicide risk in U.S. Army Soldiers: A randomized clinical trial. *Journal of Affective Disorders*, 212, 64–72. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.028>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2014). *WISQARS™ (Web-based Injury Statistics Query and Reporting System)*. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html> adresinden 9 Ocak 2023 tarihinde alındı.
- Comtois, K. A., Jobes, D. A., O'Connor, S. S., Atkins, D. C., Janis, K., Chessen, C. E., Landes, S. J., Holen, A. ve Yuodelis-Flores, C. (2011). Collaborative assessment and management of suicidality (CAMS): Feasibility trial for next-day appointment services. *Depression and Anxiety*, 28(11), 963–972. <https://doi.org/10.1002/da.20895>
- Comtois, K. A., Kerbrat, A. H., DeCou, C. R., Atkins, D. C., Majeres, J. J., Baker, J. C. ve Ries, R. K. (2019). Effect of augmenting standard care for military personnel with brief caring

- text messages for suicide prevention: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 76(5), 474–483. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.4530>
- Da Cruz, D., Pearson, A., Saini, P., Miles, C., While, D., Swinson, N., Williams, A., Shaw, J., Appleby, L. ve Kapur, N. (2011). Emergency department contact prior to suicide in mental health patients. *Emergency Medicine Journal*, 28(6), 467–471. <https://doi.org/10.1136/emj.2010.094946>
- Douplik, S. K., Rudd, B., Schmutte, T., Worsley, D., Bowden, C. F., McCarthy, E., Eggen, E., Bridge, J. A. ve 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(10), 1021–1030. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1586>
- Gysin-Maillart, A., Schwab, S., Soravia, L., Megert, M. ve 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(3), e1001968. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001968>
- Hamdi, E., Price, S., Qassem, T., Amin, Y. ve Jones, D. (2008). Suicides not in contact with mental health services: Risk indicators and determinants of referral. *Journal of Mental Health*, 17(4), 398–409. <https://doi.org/10.1080/09638230701506234>
- Horowitz, L. M., Ryan, P. C., Wei, A. X., Boudreaux, E. D., Ackerman, J. P. ve Bridge, J. A. (2023). Screening and Assessing Suicide Risk in Medical Settings: Feasible strategies for early detection. *Focus*, 21(2), 145–151. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20220086>
- Inagaki, M., Kawashima, Y., Yonemoto, N., Yamada, M. ve Ikeda, T. (2019). Active contact and follow-up interventions to prevent repeat suicide attempts during high-risk periods among patients admitted to emergency departments for suicidal behavior: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 19(1), Article 44. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2017-7>
- Jobes, D. A. (2016). *Managing suicidal risk: A collaborative approach* (2. Baskı). Guilford Publications.
- John, A., DelPozo-Banos, M., Gunnell, D., Dennis, M., Scourfield, J., Ford, D. V., Lloyd, K. ve Heron, J. (2020). Contacts with primary and secondary healthcare prior to suicide: Case–control whole-population-based study using person-level linked routine data in Wales, UK,

- 2000–2017. *The British Journal of Psychiatry*, 217(6), 717–724. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.137>
- Laanani, M., Imbaud, C., Tuppin, P., Poulalhon, C., Jollant, F. ve Coste, J. (2020). Contacts with health services during the year prior to suicide death and prevalent conditions: A nationwide study. *Journal of Affective Disorders*, 274, 174–182. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.071>
- Larkin, G. L. ve Beautrais, A. L. (2010). Emergency departments are underutilized sites for suicide prevention. *Crisis*, 31(1), 1-6. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000001>
- Linehan, M. M. (2014). *DBT skills training manual* (2. Baskı). Guilford Publications.
- Lizardi, D. ve Stanley, B. (2010). Treatment engagement: A neglected aspect in the psychiatric care of suicidal patients. *Psychiatric Services*, 61(12), 1183–1191. <https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.12.1183>
- Luoma, J. B., Martin, C. E. ve Pearson, J. L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 159(6), 909–916. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.6.909>
- Luxton, D. D., June, J. D. ve Comtois, K. A. (2013). Can postdischarge follow-up contacts prevent suicide and suicidal behavior? A review of the evidence. *Crisis*, 34(1), 32–41. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000158>
- Martínez-Alés, G., Jiménez-Sola, E., Román-Mazuecos, E., Sánchez-Castro, P., López-Castromán, J., Artés-Rodríguez, A., Navío-Acosta, M., Baca-García, E. ve Barrigón, M. L. (2019). An emergency department-initiated intervention to lower relapse risk after attempted suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(6), 1587–1599. <https://doi.org/10.1111/sltb.12550>
- McCauley, E., Berk, M. S., Asarnow, J. R., Adrian, M., Cohen, J., Korslund, K., Avina, C., Hughes, J., Harned, M., Gallop, R. ve Linehan, M. M. (2018). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents at high risk for suicide: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 75(8), 777–785. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1109>
- Michel, K. ve Gysin-Maillart, A. (2016). *ASSIP—attempted suicide short intervention program: A manual for clinicians*. Hogrefe Publishing GmbH.

- Monti, K., Cedereke, M. ve Öjehagen, A. (2003). Treatment attendance and suicidal behavior 1 month and 3 months after a suicide attempt: A comparison between two samples. *Archives of Suicide Research*, 7(2), 167–174. <https://doi.org/10.1080/13811110301583>
- Motto, J. A. ve Bostrom, A. G. (2001). A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatric Services*, 52(6), 828–833. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.6.828>
- Mueller, K. L., Naganathan, S. ve Griffey, R. T. (2020). Counseling on Access to Lethal Means-Emergency Department (CALM-ED): A quality improvement program for firearm injury prevention. *Western Journal of Emergency Medicine*, 21(5), 1123–1130. <https://doi.org/10.5811/westjem.2020.6.46952>
- O'Connor, R. C., Ferguson, E., Scott, F., Smyth, R., McDaid, D., Park, A.-L., Beautrais, A. ve Armitage, C. J. (2017). A brief psychological intervention to reduce repetition of self-harm in patients admitted to hospital following a suicide attempt: A randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 4(6), 451–460. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30129-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30129-3)
- O'Connor, S. S., Comtois, K. A., Wang, J., Russo, J., Peterson, R., Lapping-Carr, L., Zatzick, D. ve Jobes, D. A. (2015). The development and implementation of a brief intervention for medically admitted suicide attempt survivors. *General Hospital Psychiatry*, 37(5), 427–433. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2015.05.001>
- O'Connor, S. S., McClay, M. M., Choudhry, S., Shields, A. D., Carlson, R., Alonso, Y., Comtois, K. A. ve Jobes, D. A. (2020). Pilot randomized clinical trial of the Teachable Moment Brief Intervention for hospitalized suicide attempt survivors. *General Hospital Psychiatry*, 63, 111–118. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2018.10.001>
- Riihimäki, K., Vuorilehto, M., Melartin, T., Haukka, J. ve Isometsä, E. (2014). Incidence and predictors of suicide attempts among primary-care patients with depressive disorders: A 5-year prospective study. *Psychological Medicine*, 44(2), 291–302. <https://doi.org/10.1017/S0033291713000707>
- Rudd, M. D. (2012). Brief cognitive behavioral therapy (BCBT) for suicidality in military populations. *Military Psychology*, 24(6), 592–603. <https://doi.org/10.1080/08995605.2012.736325>
- 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. ve 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(5), 441–449. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14070843>
- Ryberg, W., Zahl, P. H., Diep, L. M., Landrø, N. I. ve Fosse, R. (2019). Managing suicidality within specialized care: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 249, 112–120. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.02.022>
- Sale, E., Hendricks, M., Weil, V., Miller, C., Perkins, S. ve McCudden, S. (2018). Counseling on Access to Lethal Means (CALM): An evaluation of a suicide prevention means restriction training program for mental health providers. *Community Mental Health Journal*, 54(3), 293–301. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0190-z>
- Schaffer, A., Sinyor, M., Kurdyak, P., Vigod, S., Sareen, J., Reis, C., Green, D., Rhodes, A. ve Grigoriadis, S. (2016). Population-based analysis of health care contacts among suicide decedents: Identifying opportunities for more targeted suicide prevention strategies. *World Psychiatry*, 15(2), 135–145. <https://doi.org/10.1002/wps.20321>
- Simon, R. I. ve Shuman, D. W. (2007). *Clinical manual of psychiatry and law*. American Psychiatric Pub.
- Skopp, N. A., Smolenski, D. J., Bush, N. E., Vogel, D. L., Wade, N. G. ve Sripada, R. K. (2022). Caring contacts for suicide prevention: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Services*, 20(1), 74–83. <https://doi.org/10.1037/ser0000645>
- Stanley, B., Brown, G. K., Brenner, L. A., Galfalvy, H. C., Currier, G. W., Knox, K. L., Chaudhury, S. R., Bush, A. L. ve 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(9), 894–900. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1776>
- Stanley, B., Brown, G., Brent, D. A., Wells, K., Poling, K., Curry, J., Kennard, B. D., Wagner, A., Cwik, M. F., Klomek, A. B., Goldstein, T., Vitiello, B., Barnett, S., Daniel, S. ve Hughes, J. (2009). Cognitive-behavioral therapy for suicide prevention (CBT-SP): Treatment model, feasibility, and acceptability. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(10), 1005–1013. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181b5dbfe>

- Stanley, B. ve Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*(2), 256–264. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001>
- Stene-Larsen, K. ve Reneflot, A. (2019). Contact with primary and mental health care prior to suicide: A systematic review of the literature from 2000 to 2017. *Scandinavian Journal of Public Health, 47*(1), 9–17. <https://doi.org/10.1177/1403494817746274>
- Suicide Prevention Resource Center. (2015). *Caring for adult patients with suicide risk: A consensus guide for emergency departments*. Education Development Center, Inc. <https://sprc.org/edguide/>
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. World Health Organization.
- Younesi, P., Haas, C., Dreischulte, T., Schmitt, A., Gensichen, J., & Lukaschek, K. (2025). Brief interventions for suicidal ideation in primary care: A systematic review. *BMC Primary Care, 26*(1), 167. <https://doi.org/10.1186/s12875-025-02848-4>
- 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. ve Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet. Psychiatry, 3*(7), 646–659. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X)
- Zero Suicide International. (2020). *Treatments and brief interventions for suicide-specific care*. Education Development Center, Inc. <https://zerosuicide.edc.org/resources/resource-database/treatments-and-brief-interventions-suicide-specific-care>

---

<b><i>Etik Kurul İzni</i></b>	<i>Bu çalışma için etik kurul izni gerekmemektedir. Yaşayan hiçbir canlı (insan ve hayvan) üzerinde araştırma yapılmamıştır. Makale Psikoloji alanına aittir.</i>
<b><i>Çatışma Beyanı</i></b>	<i>Makalenin yazarları, bu çalışma ile ilgili herhangi bir kurum, kuruluş, kişi ile mali çıkar çatışması olmadığını ve yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmadığını beyan eder.</i>
<b><i>Destek ve Teşekkür</i></b>	<i>Çalışmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.</i>

---