

Alkol Kullanım Bozukluğu Olan Hastalarda Ölüm Anksiyetesi ve İntihar Düşüncesi

Death Anxiety and Suicidal Ideation in Patients with Alcohol Use Disorder

İsmet Esra Çiçek ¹ 

1. Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Konya

Abstract

Objective: In this study, the death anxiety level of individuals with alcohol use disorder was compared with healthy controls and the relationship with suicidal ideation was evaluated.

Method: Twenty-two patients diagnosed with alcohol use disorder and 20 healthy controls with similar sociodemographic characteristics were included in the study. Suicidal ideation and death anxiety were evaluated in the participants.

Results: Death anxiety did not differ in individuals with alcohol use disorder compared to controls, and suicidal ideation was found to be high. Suicidal ideation and severity of alcohol use were found to be related.

Conclusion: The level of death anxiety was not high in patients with alcohol use disorder. However, our findings suggest a potential link between alcohol use disorder and suicidal ideation and suicide attempt. Studies with larger samples are needed to evaluate death anxiety and related factors in individuals with alcohol use disorder..

Keywords: Alcohol, death anxiety, suicide

Öz

Amaç: Çalışmada alkol kullanım bozukluğu olan bireylerde ölüm anksiyetesi düzeyi sağlıklı kontrollerle karşılaştırılmış ve intihar düşüncesi ile arasındaki ilişki değerlendirilmiştir.

Yöntem: Çalışmaya 22 alkol kullanım bozukluğu tanısı almış hasta ve benzer sosyodemografik özellikler gösteren 20 sağlıklı kontrol alınmıştır. Katılımcılarda sosyodemografik ve klinik özellikler ile intihar düşüncesi ve ölüm anksiyetesi düzeyi değerlendirilmiştir.

Bulgular: Alkol kullanım bozukluğu olan hastalarda ölüm anksiyetesinin kontroller ile farklılık göstermediği, intihar düşüncesinin hastalarda yüksek olduğu bulundu. İntihar düşüncesi ile alkol kullanım şiddetinin ilişkili olduğu bulundu.

Sonuç: Alkol kullanım bozukluğu olan hastalarda ölüm anksiyetesi düzeyinin yüksek olmadığı bulunmuştur. Bununla birlikte bulgularımız alkol kullanım bozukluğu ile intihar düşüncesi ve intihar girişimi arasında potansiyel bir bağlantı olduğunu göstermektedir. Alkol kullanım bozukluğu olan bireylerde ölüm anksiyetesi ve ilişkili faktörleri değerlendiren daha geniş örneklemli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Alkol, ölüm anksiyetesi, intihar

Giriş

Alkol kullanım bozukluğu; etyolojisinde psikososyal ve genetik faktörlerin rol oynadığı, sonuçları itibarıyla bireyi, yakınlarını ve toplumu etkileyen kronik bir bozukluktur. Araştırmalar, alkol kullanımı nedeniyle tedavi gören bireylerin yaklaşık üçte birinin, bir veya daha fazla anksiyete bozukluğu tanı kriterlerini karşıladığını göstermektedir(1). Cloninger'in tanımladığı tip I alkolizm gelişiminde önemli etkenlerin utangaç, anksiyöz ve karamsar kişilik yapısı olduğu bildirilmektedir (2). Strese maruziyet ve anksiyete duyarlılığının da alkol alımını tetiklediği ve alkol kullanımının sürdürülmesinde etkili olduğu düşünülmektedir (3). İçme motivasyonunun alkolün anksiyolitik etkilerinden kaynaklanabileceği sıklıkla vurgulanmıştır. Davranışsal bir perspektiften alkolün hoş olmayan bir durum olan anksiyeteyi hafifletmesi, içme davranışı için olumsuz bir pekiştirici olarak görülür. NESARC verilerinin bir analizi, anksiyete bozukluğu semptomlarıyla baş etmek için alkol kullandığını bildiren bireylerin, kalıcı alkol bağımlılığı için yüksek risk altında olduğunu göstermiştir (4). Türkiye’de yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre yüksek anksiyete duyarlılığı olan kişiler, korku ve kaygılarından ya da korkularının grup içinde ortaya çıkmasından kaynaklanabilecek olumsuz yaşantılardan kaçınmak için alkol almaktadırlar (5).

Yazılı tarihin başlangıcından bu yana, insanın ölüm ile ilgili farkındalığının güçlü bir endişe kaynağı olduğu gösterilmiştir. Ölüm anksiyetesi çok sayıda psikolojik durumun gelişmesi ve devam etmesine katkısı olduğu düşünüldükçe transdiagnostik bir yapı olarak değerlendirilmiştir (6). Ölüm anksiyetesi ile ilgili yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde çoğunun sağlıklı gruplarda olduğu görülmektedir. Farklı örneklemelerin kullanıldığı çalışmalarda; belirgin şekilde kadınların erkeklerden daha yüksek ölüm anksiyetesine sahip olduğu, yüksek eğitim düzeyi ve sosyoekonomik durumun ılımlı derecede daha düşük ölüm anksiyetesine neden olduğu, yüksek dindarlık derecesinin düşük ölüm anksiyetesine sahip olmak anlamına gelmediği, bedensel olarak sağlıklı olanlarda daha düşük ölüm anksiyetesi olduğu ve psikolojik problemlerin şiddeti ve sayısı arttıkça yüksek ölüm anksiyetesine sahip olunduğu bildirilmiştir (7-11).

Psikiyatride yapılan çalışmalara bakıldığında ölüm anksiyetesi açık bir şekilde sağlık anksiyetesinin merkezinde yer almakla beraber, travma sonrası stres bozukluğu, öznel fobi, agorafobi, panik bozukluk gibi birçok anksiyete bozukluğunda, obsesif-kompulsif bozuklukta, somatoform bozukluklarda, şizofrenide ve bipolar bozuklukta var olduğu belirtilmiş ve şiddeti araştırılmıştır (12-15). Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde ölüm anksiyetesinin araştırıldığı bir çalışmada ölüm anksiyetesi düzeyinin yüksek olduğu bildirilmiştir (16). İnsana özgü olan ölüme yönelik farkındalık kişide bilinçdışı bir dehşet hissi oluşmasına neden olur. Bu dehşet hissi ile başedebilmek için çeşitli savunma mekanizmaları kullanılır. Greenberg ve arkadaşları tarafından 1986’da öne sürülen Dehşet Yönetim Kuramı’na göre kültürel dünya görüşlerini savunarak benlik saygısı kazanmanın, çocuk sahibi olmanın ve kalıcı eserler bırakmanın ölüm anksiyetesinin etkilerinden kişiyi koruduğu düşünülür. Ölüm anksiyetesi ile başedilememesinin ise çeşitli psikolojik bozuklukların oluşmasında etkili olabileceği öne sürülmüştür. Buna göre ölüm anksiyetesi tüm kaygıların kaynağı olarak tanımlanmıştır (17).

İntihar açısından alkol kullanım bozukluğu önemli bir risk faktörüdür. Alkol kullanım bozukluğu seyrinde komorbid psikiyatrik hastalıkların olması bu riski daha da artırmaktadır (18). Psikodinamik bakış açısıyla; alkol bağımlılarının kendilerine ve çevrelerine karşı gösterdikleri yıkıcı tutum gizli intihar eğilimlerinin belirtisi olarak değerlendirilmektedir. Bu kişilerin intihar eylemi yerine alkol kullanarak ölüme götüren daha dolaylı ve yavaş bir yol seçtikleri belirtilir. Literatürde intihar düşüncesi ve davranışı ile ölüm anksiyetesi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar son derece kısıtlıdır. Üniversite öğrencilerinde disosiyatif semptomlar, travma ve ölüm anksiyetesi arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada geçmişte intihar girişimi olan kişilerde daha düşük ölüm anksiyetesi olduğu tespit edilmiştir(19).

Dehşet yönetim kuramına göre kişinin ölümle ilgili farkındalığın oluşturduğu varoluşsal kaygıyı yönetememesi psikolojik sorunlara zemin hazırlamaktadır (20). Ölüm anksiyetesinin yönetilememesi de anksiyete düzeyini artırıp kişinin kendini alkol kullanımı ile tedavi etmeye çalışmasına ve intihar riskinde artışa neden olabilir. Tıbbi literatür incelendiğinde alkol kullanım bozukluğu ve ölüm anksiyetesi arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmaların yetersiz olduğu görülmektedir. Bu çalışmada alkol kullanım bozukluğu

olan bireylerde ölüm anksiyetesi düzeyinin sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması ve ölüm anksiyetesi düzeyinin alkol kullanım bozukluğu şiddeti ve intihar ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır

Yöntem

Örneklem

Bu prospektif kontrollü çalışmaya, 1 Temmuz 2020- 1 Eylül 2020 tarihleri arasında Konya Eğitim Araştırma Hastanesi AMATEM(Alkol ve Madde Bağımlılıkları Tedavi Merkezi) kliniğine alkol bırakma talebi ile ardışık olarak başvurmuş, DSM-5'e (Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın beşinci baskısı) göre alkol kullanım bozukluğu tanısı alan , en az 2 haftadır alkol kullanımı olmayan, çalışma şartlarını kabul eden , 18-65 yaş arası hastalar dahil edilmiştir. Hastalardan rutin olarak alınan kan ve idrar tahlili ile alkol/madde kullanım bozukluğu doğrulanmıştır. Kontrol grubu olarak yaş, cinsiyet ve eğitim durumu açısından hasta grubu ile eşleştirilmiş 20 sağlıklı birey çalışmaya dahil edilmiştir. Sağlıklı kontroller psikiyatri polikliniğine genel muayene için başvuran ve herhangi bir psikiyatrik bozukluk ve fiziksel hastalığı olmayan kişilerden oluşturulmuştur. Çalışma süresince alkol kullanım bozukluğu tanısıyla başvuran 36 hastanın 1'i çalışmaya katılmayı kabul etmediği için, 3'ü depresif bozukluk, 5'i anksiyete bozukluğu, 3'ü alkol yoksunluk belirtileri ve 2'si de ek madde kullanım bozukluğu olduğu için çalışmaya alınmamıştır. Sonuç olarak çalışma kriterlerini karşılayan 22 hasta ve 20 kontrol çalışmaya dahil edilmiştir.

Ek psikiyatrik bozukluk saptanan, fiziksel hastalık nedeniyle halen tedavi alan, alkol intoksikasyonu veya yoksunluk döneminde olan , alkol dışı madde kullanım bozukluğu olan, okur yazar olmayan ve mental yetersizlik veya bilişsel bozukluk saptanan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Kontrol grubu için ise halen psikiyatrik ve fiziksel hastalığın olması, alkol ve madde kullanım bozukluğu olması, okur yazar olmamak ve mental yetersizlik veya bilişsel bozukluk saptanması dışlama kriterleri olarak belirlenmiştir.

İşlem

Çalışmanın uygulanabilmesi için KTO Karatay Üniversitesi Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi cihaz dışı araştırmalar Etik Kurulu'ndan 19.06.2020 tarihli 2020/030 karar sayılı etik kurul onayı alınmıştır. Hasta ve sağlıklı kontrollerden yazılı bilgilendirilmiş onam alındıktan sonra araştırmacı tarafından hazırlanmış sosyodemografik özellikleri ve alkol/madde kullanım özelliklerini içeren yarı yapılandırılmış bir veri formu uygulanmıştır. Çalışmaya dahil edilen hastalara Michigan Alkolizm Tarama Testi, Templer'in Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (ÖKÖ) ve İntihar Düşüncesi Ölçeği (İDÖ), sağlıklı kontrollere ise ÖKÖ ve İDÖ uygulanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Michigan Alkolizm Tarama Testi (MATT)

Bir kişinin alkol kullanım sorunlarıyla karşılaşp karşılaşmadığını, varsa düzeyini ölçmek için kullanılır. Birinci basamak sağlık hizmetine başvuranlara, alkol bağımlılığı ile ilgili sorunu olduğu düşünülen kişilere uygulanabilir. Hastaların doldururken kendilerine en çok uyan seçeneği işaretlemeleri istenir. Değişik puanlar verilen 25 sorudan oluşur. Puanlara göre 0-4 sorunsuz içici, 5-9 alkol kötüye kullanımı, 10 ve üzeri alkol bağımlılığı şeklinde değerlendirilir. Gibbs (21) tarafından geliştirilen testin orjinal Cronbach alfa değeri 0.87, Coşkunol ve arkadaşları (22) tarafından yapılan Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının Cronbach alfa değeri ise 0.91 bulunmuştur. Testin kesme noktası 5-9 olarak önerilmiştir.

Templer'in Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (ÖKÖ)

1970 yılında Templer tarafından geliştirilmiş olan bu ölçek bireyin kendi ölümü ve ölüm riski ile ilgili kaygı ve korkularını ölçen, 15 maddelik, doğru-yanlış şeklinde yanıtlanan bir ölçektir (23). Ölçekteki ilk 9 maddeye ve son soruya verilen her bir 'evet' yanıtı için '1', 'hayır' yanıtı için '0' puan, diğer 5 maddeye verilen her bir 'hayır' yanıtı için '1', 'evet' yanıtı için '0' puan alınmaktadır. Toplam skor 0-15 arasında

olabilir. Yüksek puan artmış ölüm anksiyetesini gösterir. Arapça ve İspanyolcaya çevrilmiş, ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması 2008 yılında Akça tarafından yapılmıştır (24). Testin orijinal versiyonunun Cronbach alfa değeri 0.83 iken, Türkçe versiyonunun Cronbach alfa değeri 0.79'dur.

İntihar Düşüncesi Ölçeği (İDÖ)

Özsaygıda azalma olup olmadığı, öfkenin kontrol edilip edilemediği, umutsuzluk ve karamsarlık, ölüm fikirleri ve isteği, kendine zarar verme isteği, başkalarına zarar verme isteği, suçluluk duygusu gibi intihar girişimiyle bağlantılı değişkenleri ölçmek ve değerlendirmek için Levine ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (25). 17 sorudan oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Formun amacı intihar düşüncesinin şiddetini belirlemektir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0- 17 arasında değişmektedir. "Evet" şeklindeki cevaplar "1" puan, " hayır" şeklindeki cevaplar "0" puan olarak kabul edilmektedir. Daha yüksek puanlar, kişide daha ciddi ve belirgin intihar düşüncesi olduğu anlamına gelmektedir. İntihar düşüncesi Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirlik araştırması 1995 yılında yapılmıştır (26). Testin Türkçe versiyonunun Cronbach alfa değeri 0.88'dur

Veri Analizi

İstatistik analizler SPSS programının 20.0 versiyonu ile yapılmıştır. Normal dağılım gösteren yaş, eğitim süresi, ÖKÖ ve İDÖ puanlarının değerlendirilmesinde bağımsız gruplar için t testi; medeni durum, çalışma durumu, intihar girişi, kendine zarar verme ve aile öyküsünü içeren kategorik değişkenler için Ki-kare testi kullanılmıştır. Hastaların klinik ve sosyodemografik özellikleri ile ÖKÖ, İDÖ ve MATT ölçeği puanlarının korelasyonları için Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Analizlerde anlamlılık düzeyi olarak $P<0.05$ alınmıştır.

Bulgular

Hasta ve kontrollerin sosyodemografik özellikleri Tablo-1'de verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi hasta ve kontroller arasında yaş, eğitim durumu, medeni durum ve çalışma durumu açısından fark görülmemiştir (sırasıyla p değerleri:0,325; 0,774; 0,261; 0,269). İntihar girişi, kendine zarar verme davranışı ve ailede alkol kullanım öyküsü ise hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (sırasıyla p değerleri 0,001; 0,023; 0,013). İDÖ ölçek puanı alkol kullanım bozukluğu olan bireylerde anlamlı düzeyde yüksek bulunurken ($p=0,000$), ÖKÖ puanının kontrollerden farklı olmadığı saptanmıştır ($p=0,417$).

Tablo-1. Hasta ve kontrollere ait sosyodemografik özellikler ve ölçek skorları

		Hasta(n=22)	Kontrol(n=20)	t/ χ^2	P
Yaş (yıl±SD)		40,31±11,46	37,40±6.62	0,997	0,325 ^a
Eğitim süresi (yıl±SD)		10,23±2.48	10,45±2.50	-,0289	0,774 ^a
Medeni durum					0,261 ^b
	Evli	14	12		
	Bekar	4	7	2,683	
	Dul	4	1		
Çalışma durumu (çalışıyor)		17	18	6,364	0,269 ^b
İntihar girişi (Var)		9	0	10,413	0,001 ^b
Kendine zarar verme (Var)		5	0	5,160	0,023 ^b
Aile öyküsü (Var)		8	1	6,121	0,013 ^b
İDÖ		9,81±5.06	2.90±3.35	5,161	0,000 ^a
ÖKÖ		6.18±2.71	5.45±3.06	0,819	0,417 ^a

^aIndependent simple t test ^b Chi-Square Test- İDÖ: İntihar Düşüncesi Ölçeği, ÖKÖ:Ölüm Anksiyetesi Ölçeği

Hastalara ait alkol kullanım bozukluğu ile ilgili klinik özellikler ise Tablo-2’de dir. Hastaların alkol kullanımına başladıkları yaş ortalamasının 20.00 ± 5.36 yıl olduğu, yaklaşık 19.63 ± 11.75 yıldır alkol kullanımını sürdürdükleri, ortalama 2.13 ± 2.23 defa bırakma girişimlerinin olduğu ve hastalarda MATT skor ortalamasının 30.18 ± 9.29 olduğu saptanmıştır.

Tablo-2. Hastalara ait alkol kullanım bozukluğu ile ilgili klinik özellikler

	Hasta (n=22)
Alkol kullanımına başlama yaşı (yıl)	20.00 ± 5.36
Alkol kullanım süresi (yıl)	19.63 ± 11.75
Bırakma girişimi sayısı	2.13 ± 2.23
Hastaneye yatış sayısı	1.09 ± 1.54
MATT skoru	30.18 ± 9.29

MATT: Michigan Alkolizm Tarama Testi

Tablo-3’te görüldüğü gibi ÖKÖ ile her hangi bir değişken arasında ilişki saptanmamıştır. Alkol kullanım şiddetini ölçen MATT ile İDÖ arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0.041$).

Tablo-3. Hastaların klinik özellikleri ile ölçekler arasındaki korelasyon analizi

		yaş	İDÖ	ÖKÖ	MATT
Yaş	r		0,088	0,211	0,110
	p		0,581	0,179	0,627
Alkol başlama yaşı (yıl)	r	0,197	-0,088	0,098	-0,411
	p	0,378	0,698	0,665	0,058
Alkol kullanım süresi (yıl)	r	0,883	0,021	0,302	0,316
	p	.000	0,925	0,172	0,152
Sigara başlama yaşı (yıl)	r	0,414	0,192	0,246	-0,171
	p	0,062	0,403	0,282	0,458
İDÖ	r	0,088		0,016	0,439
	p	0,581		0,918	0,041
ÖKÖ	r	0,211	0,016		0,129
	p	0,179	0,918		0,568
MATT	r	0,110	0,439	0,129	
	p	0,627	0,041	0,568	

İDÖ: İntihar Düşüncesi Ölçeği, ÖKÖ:Ölüm Anksiyetesi Ölçeği, MATT: Michigan Alkolizm Tarama Testi

Tartışma

Ulaşabildiğimiz kadarıyla bu çalışma, alkol kullanım bozukluğu olan hastalarda ölüm anksiyetesi düzeyini değerlendiren ilk kontrollü çalışmadır. Hipotezimizin aksine çalışma sonucunda alkol kullanım bozukluğu olan hastalarda kontrollere göre ölüm anksiyetesi düzeyi yüksek bulunmadı. Alkol kullanım bozukluğu olan hasta grubunda kontrollere göre intihar düşüncesi düzeyi, intihar girişi ve kendine zarar verme yüksek saptandı. İntihar düşüncesi ile alkol kullanım şiddeti arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu bulundu.

Abdelhalek ve arkadaşlarının Arap Ölüm Anksiyetesi Ölçeği kullandıkları, şizofreni ve anksiyete bozukluğu hastalarının ve sadece erkek bağımlıların her iki cinsiyetten sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı çalışmada, bağımlı grup ile sağlıklı kontroller arasında anlamlı bir fark saptanmadığı bildirilmiştir. Burada bağımlı grubun hangi maddeleri kullandığı ve madde kullanım şiddeti net olarak ifade edilmemiş, hastaların alkol kullanıp kullanmadıkları da belirtilmemiştir. (27). Yaş ortalaması 36.8 olan 85 madde kullanım bozukluğu tanımlı hastanın değerlendirildiği kontrolsüz bir çalışmada ise ölüm anksiyetesi düzeyi, aynı ölçeği kullanan başka popülasyonlarda yapılmış çalışmalarla karşılaştırılarak yüksek olarak bildirilmiştir (28). Önceki çalışmalarda kullanılan ölçeklerin farklılığı ve hasta popülasyonunun alkol dışı bağımlı gruplarını

içermesinden dolayı bulgularımız farklılık gösteriyor olabilir. Bağımlılık bir grup hastalık olarak değerlendirilse de alkol, sedatif hipnotik, eroin gibi farklı maddelerin tercih edilmesinde farklı kişilik özellikleri ve genetik yatkınlıkların etkisi ve kullanılan maddenin farklı psikolojik etkileri olabilir. Bunula birlikte hastaların alkol kullanım bozukluğu açısından tedavi ile remisyon halinde olmaları da ölüm anksiyetesi düzeylerini etkilemiş olabilir. Ayrıca çalışmada tedavi başvurusu olan hastaların seçilmiş olması, bu kişilerin alkol ile ilgili daha fazla sosyal ve mesleki alanlarda daha fazla sorun yaşayan kişiler olmasına neden olmuş olabilir.

Dehşet yönetim kuramında önerildiği gibi ölüme yönelik farkındalığın, günlük yaşamı, davranışları, kararları ve nihayetinde kişinin psikolojik sağlığını etkileyen bir yönü vardır. Bu varoluşsal kaygının yönetilememesi psikolojik sorunlara yol açabilir. Çocukluk çağı travmaları, bağlanma sorunları, olumsuz yaşam deneyimleri anksiyete tamponlama sistemlerinin gelişimini olumsuz etkileyerek ölüm anksiyetesi ile başetmeyi güçleştirir(29). Ölüm anksiyetesi ile başedememe alkol madde kullanım oranlarını ve intihar riskini artırabilir. Çalışmamızın sadece erkek hastaları içermesi ve örneklemin küçük olması sonuçlarımızı etkilemiş olabilir. Bu konuda yapılacak geniş örneklemler ve her iki cinsiyeti içeren çalışmalara ihtiyaç vardır.

Alkol kişide impulsif ve agresif davranış oluşmasına en sık neden olan psikoaktif maddeler arasındadır. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre tüm tamamlanmış intiharların %22'si alkol ile ilişkili bulunmuştur. Alkol kullanım bozukluğu olan bireylerde intihar düşüncesi ve intihar girişimi oranlarının yüksek olduğuna dair yapılan çalışmalar mevcuttur (30). Kronik alkol kullanım bozukluğu olmasa da intihar girişimini hemen öncesinde akut alkol kullanım oranlarının yüksek olduğu bildirilmiştir (31). Çalışmamızın sonuçlarından biri de alkol kullanım şiddeti ile intihar düşüncesi arasında ilişki olmasıdır. Üniversite öğrencilerinde yapılmış yakın zamanlı bir çalışmada bulgularımızla uyumlu olarak intihar düşüncesi ile alkol kullanım şiddetinin ilişkili olduğu saptanmış ve bu durum anksiyete duyarlılığı ile açıklanmıştır (3). Yalom, intihar bilincinin hayatın sona ermesinin inkarına dayanan bir çeşit reaksiyon formasyonu olduğunu, intiharın ölüm anksiyetesi için paradoksal bir davranış işareti olarak görülebileceğini savunmaktadır (32).

Çalışmamızda yaş ile ölüm anksiyetesi arasında bir ilişki bulunmamıştır. İlk bakışta ilerleyen yaşlarda ölüme yaklaşmakla ölüm anksiyetesinin artacağı düşünülebilir. Bu beklentiye rağmen yaş ile ölüm anksiyetesi arasında farklı çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Türkiye'de yapılmış bir diğer çalışmada ise 16 yaş üstü bireyler arasında ölüm anksiyetesi değerlendirildiğinde 60 yaş üzerinde ölüm anksiyetesinin arttığı bildirilmiştir (33). Huzurevinde yaşayan 120 yaşlı bireyin değerlendirildiği bir çalışmada 60-64 yaş arası bireylerin 70 yaş üstüne göre ölüm anksiyetesinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir(34). Bu çalışmada ayrıca kadınların ölüm anksiyetesi erkekler göre yüksek bulunmuştur. Kadın cinsiyette ölüm anksiyetesinin daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (27). İlerleyen yaşla birlikte artan kronik ve sistemik hastalıklar da ölüm anksiyetesi düzeyini etkileyebilmektedir. Çalışma örnekleminin sadece erkek hastalardan oluşması ve ek sistemik hastalıkların dışlanmış olması nedeniyle ölüm anksiyetesi düzeyi daha düşük bulunmuş olabilir.

Yüksek ölüm anksiyetesi sergileyen bireylerin genel kaygı ölçeklerinden, özellikle sürekli anksiyete açısından daha yüksek puan aldıkları ortaya konmuştur(35). Alkol kullanım bozukluğu olan bireylerde anksiyöz kişilik yapısı ve anksiyete birlikteliğinin yüksek olduğu bilinmektedir. Obsesif kompulsif bozukluk, özgül fobiler, panik bozukluk ve sağlık anksiyetesi bozukluğu ölüm anksiyetesinin mükerrer şekilde yüksek bulunduğu hastalık gruplarıdır (13, 36, 37) Çalışmamızda psikiyatrik ek tanısı olan hastaların dışlanmış olması ölüm anksiyetesi düzeylerinin daha düşük saptanmasına neden olmuş olabilir.

Çalışma popülasyonunun küçük olması, sadece erkek hastalardan oluşması, sublinik anksiyete ve depresyon şiddetinin değerlendirilmemiş olması, kendi bildirim ölçeklerinin kullanılmış olması, kesitsel bir çalışma olması ve kişilik özelliklerinin değerlendirilmemiş olması sınırlılıklarımız arasındadır.

Sonuç olarak, çalışmamızda alkol kullanım bozukluğu olan hastalarda ölüm anksiyetesi düzeyinin yüksek olmadığı bulunmuştur. Bununla birlikte bulgularımız alkol kullanım bozukluğu ile intihar düşüncesi ve intihar girişimi arasında potansiyel bir bağlantı olduğunu göstermektedir. Bu nedenle alkol kullanım bozukluğu

olan tüm hastaların intihar düşüncesi açısından taranması önerilmektedir. Ayrıca bulgularımız daha büyük bir örneklem üzerinde ve çalışmamızın sınırlılıklarını da dikkate alan çalışmalarca teyit edilmelidir.

Kaynaklar

1. Vorspan F, Mehtelli W, Dupuy G, et al. Anxiety and substance use disorders: co-occurrence and clinical issues. *Curr Psychiatry Rep* 2015; 17(2): 4-11.
2. Cloninger CR, Sigvardsson S, Bohman M. Type I and Type II alcoholism: An update. *Alcohol Health Res World* 1996; 20(1): 18-23.
3. Paulus DJ, Capron DW, Zvolensky MJ. Understanding hazardous drinking and suicidal ideation and suicide risk among college students: anxiety sensitivity as an explanatory factor. *Cogn Behav Ther* 2020; doi: 10.1080/16506073.2020.1840622.
4. Menary KR, Kushner MG, Maurer E, Thuras P. The prevalence and clinical implications of self-medication among individuals with anxiety disorders. *J Anxiety Disord* 2011; 25(3): 335-339.
5. Çakmak SŞ. Psychometric properties of anxiety sensitivity index-revised and the relationship with drinking motives and alcohol use in Turkish university students and patients : Middle East Technical University, Department of Psychology, 2006.
6. Yalom ID, Babayiğit Zİ. Varoluşçu Psikoterapi: Kabalıcı Yayınevi; 2001.
7. Furer P, Walker JR. Death anxiety: A cognitive-behavioral approach. *J Cogn Psychother* 2008; 22(2): 167-182.
8. Fortner BV, Neimeyer RA. Death anxiety in older adults: A quantitative review. *Death Stud* 1999; 23(5): 387-411.
9. Eshbaugh E, Henninger W. Potential mediators of the relationship between gender and death anxiety. *Individ Differ Res* 2013; 11(1): 22-30.
10. Russac R, Gatliff C, Reece M, Spottswood D. Death anxiety across the adult years: An examination of age and gender effects. *Death Stud* 2007; 31(6): 549-561.
11. Menzies RE, Sharpe L, Dar-Nimrod I. The relationship between death anxiety and severity of mental illnesses. *Br J Clin Psychol* 2019; 58(4): 452-467.
12. Starčević V. Body as the source of threat and fear of death in hypochondriasis and panic disorder. *Psihijatrija danas* 2007;39(1): 73-82.
13. Menzies RE, Dar-Nimrod I. Death anxiety and its relationship with obsessive-compulsive disorder. *J Abnorm Psychol* 2017; 126(4): 367-377.
14. Vail III KE, Reed DE, Goncy EA, Cornelius T, et al. Anxiety buffer disruption: Self-evaluation, death anxiety, and stressor appraisals among low and high posttraumatic stress symptom samples. *J Soc Clin Psychol* 2020; 39(5): 353-382.
15. Khanna N, Khanna R, Sharma R. A study on death anxiety. *J Pers Clin Stud* 1988; 4(1): 47-51.
16. Daradkeh F, Moselhy HF. Death anxiety (Thanatophobia) among drug dependents in an Arabic psychiatric hospital. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2011; 37(3): 184-188.
17. Arndt J, Routledge C, Cox CR, Goldenberg JL. The worm at the core: A terror management perspective on the roots of psychological dysfunction. *Appl Prev Psychol* 2005; 11(3): 191-213.
18. Çelik S, Demirbaş H, İlhan İÖ, Doğan YB. Alkol bağımlılığında intihar olasılığı ile depresyon, anksiyete ve kişilik bozukluğu ek tanıları arasındaki ilişki. *Bağımlılık Dergisi* 2002; 3(1): 17-20.
19. Boysan M. Üniversite öğrencilerinde disosiyatif yaşantılar, travma ve ölüm anksiyetesi: Yüzüncü Yıl Üniversitesi öğrencileri üzerine bir çalışma Yüksek lisans Tezi, Van: Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2005.
20. Doğulu C, Uğurlu NS. Dehşet Yönetimi Kuramı üzerine bir derleme. *Türk Psikoloji Yazıları* 2015; 18(35): 33-47.
21. Gibbs LE. Validity and reliability of the Michigan alcoholism screening test: a review. *Drug Alcohol Depend* 1983; 12(3): 279-85.
22. Coskunol H, Bagdiken I, Sorias S, Saygili R. Michigan alkolizm tarama testinin geçerliliği. *Ege Tıp Dergisi* 1995; 34(1): 15-18.
23. Templer DI. The construction and validation of a Death Anxiety Scale. *J Gen Psychol* 1970; 82(2): 165-177.
24. Akça F, Köse İA. Ölüm Anksiyetesi Ölçeğinin uyarlanması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2008; 11(1): 7-16.
25. Levine S, Ancill Ru, Roberts A. Assessment of suicide risk by computer-delivered self-rating questionnaire: preliminary findings. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 80(3): 216-220.
26. Dilbaz N, Holat H, Bayam G, Tüzer T, ve ark. İntihar düşüncesi ölçeğinin geçerlilik ve güvenirliği. 31. Ulusal Psikiyatri Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışma Kitabı. 1995:40-41.

27. Abdel-Khalek AM. Death anxiety in clinical and non-clinical groups. *Death Stud* 2005; 29(3): 251-259.
28. Daradkeh F, Moselhy HF. Death Anxiety (Thanatophobia) among drug dependents in an Arabic Psychiatric Hospital . *Am J Drug and Alcohol Abuse* 2011; 37(3): 184-188.
29. Maxfield M, John S, Pyszczynski T. A terror management perspective on the role of death-related anxiety in psychological dysfunction. *J Humanist Psychol* 2014; 42(1): 35-53.
30. Lasota D, Al-Wathinani A, Krajewski P, Mirowska-Guzel D, et al. Alcohol and the risk of railway suicide. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(19): 7003.
31. Kaplan MS, Huguet N, McFarland BH, et al. Use of alcohol before suicide in the United States. *Ann Epidemiol* 2014; 24(8): 588-92.
32. Yalom ID. Staring at the sun: Overcoming the terror of death. *Humanistic Psychologist* 2008; 36(3-4): 283-297.
33. Erdoğan MY, Özkan M. Farklı dini inanışlardaki bireylerin ölüm kaygıları ile ruhsal belirtiler ve sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkiler. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2007; 14(3): 171-179.
34. Şenol C. Ankara İlinde kurumlarda yaşayan yaşlılarda ölüme ilişkin kaygı ve korkular. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1989.
35. Neimeyer RA, Wittkowski J, Moser RP. Psychological research on death attitudes: An overview and evaluation. *Death Stud* 2004; 28(4): 309-40.
36. Strachan E, Schimel J, Arndt J, et al. Terror mismanagement: Evidence that mortality salience exacerbates phobic and compulsive behaviors. *Pers Soc Psychol Bull* 2007; 33(8): 1137-1151.
37. Furer P, Walker JR, Stein MB. Treating Health Anxiety and Fear Of Death: A Practitioner's Guide: Springer Science & Business Media; 2007.