

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**İNTİHAR GİRİŞİMİNDE BULUNAN BİREYLERDE
PSİKİYATRİK MORBİDİTE, KİŞİLİK BOZUKLUĞU ve BAZI
SOSYODEMOGRAFİK ve KLİNİK ETKENLERLE İLİŞKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

**Dr. H. Dilek YALVAÇ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Burhanettin KAYA**

MALATYA-2006

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**İNTİHAR GİRİŞİMİNDE BULUNAN BİREYLERDE
PSİKİYATRİK MORBİDİTE, KİŞİLİK BOZUKLUĞU ve BAZI
SOSYODEMOGRAFİK ve KLİNİK ETKENLERLE İLİŞKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

**Dr. H. Dilek YALVAÇ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Burhanettin KAYA**

İÇİNDEKİLER

	<u>SAYFA</u>
ÇİZELGELER DİZİNİ:.....	II
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	III
GİRİŞ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	4
GEREÇ VE YÖNTEM.....	38
BULGULAR	42
TARTIŞMA.....	56
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	71
ÖZET.....	73
SUMMARY.....	75
KAYNAKLAR.....	77
EKLER.....	94

ÇİZELGELER DİZİNİ

- Tablo 1. Sosyodemografik özellikler
- Tablo 2. İntihar Girişimi Türleri
- Tablo 3. Girişim türüyle çeşitli değişkenler arasındaki ilişkiler
- Tablo 4. Şiddet içermeyen yöntemlerle ölçekler arası ilişki
- Tablo 5. Öyküdeki intihar girişimiyle ilişkili bulgular
- Tablo 6. İntihar girişimi öncesi psikosoyal stresör frekansları
- Tablo 7. Ruhsal hastalık yaygınlıkları
- Tablo 8. Cinsiyetlere göre kişilik bozukluğu dağılımı
- Tablo 9. Bağımlı ve Antisosyal kişilik bozukluğunun cinsiyete göre dağılımı
- Tablo 10. Pasif agresif kişilik bozukluğu, stresör varlığı ilişkisi
- Tablo 11. Paranoid kişilik bozukluğu, devam edegelen sıkıntı ilişkisi
- Tablo 12. Kişilik bozukluğu öyküde intihar girişimi varlığı ilişkisi
- Tablo 13. Kişilik bozukluğu, öyküde intihar girişimi türü ilişkisi
- Tablo 14. Kişilik bozukluğu, girişim öncesi ruhsal hastalık için tedavi alma ilişkisi
- Tablo 15. Antisosyal kişilik bozukluğu, madde kullanımı, psikiyatrik hastalık ilişkisi
- Tablo 16. Ölçekler arası ilişki
- Tablo 17. Kişilik bozuklukları ile ölçek puanları arasındaki ilişkiler

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

• Devlet İstatistik Enstitüsü	DİE
• Dünya Sağlık Örgütü	DSÖ
• Mental bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabı	DSM-IV
• Amerika Birleşik Devletleri	ABD
• Triptofan hidroksilaz	TPH
• Beyin Omurilik Sıvısında	BOS
• 5-hidroksi indol asetik asit	5-HIAA
• Dexametazon supresyon testi	DST
• Yüksek Dansiteli Lipoprotein	HDL
• Tiroid Releasing Hormon	TRH
• Tiroid Stimulating Hormon	TSH
• 5 Hidroksitriptamin	5-HT
• Monoamin Oksidaz	MAO
• Elektroensefalografi	EEG
• Kişilik Bozuklukları için DSM-IV'e göre yapılandırılmış klinik görüşme klavuzu (Structured Clinical Interview for DSM-IV)	SCID-2
• Beck depresyon ölçeği	BDÖ
• Beck anksiyete ölçeği	BAÖ
• Beck umutsuzluk ölçeği	BUÖ
• İntihar düşüncesi ölçeği	İDÖ
• İntihar niyeti ölçeği	İNÖ

1.GİRİŞ ve AMAÇ

İntihar istemli kendini öldürme eylemi olarak tanımlanmaktadır (1). İntihar eden kişi gerçekten ölmek arzusunda olabileceği gibi, bu davranışında acısını, çaresizliğini ve umutsuzluğunu dile getirmek amacını da gütmüş olabilir. Bu yönleri ile intiharı kişinin yardım çağrısı olarak değerlendirmek mümkündür (2). İntihar düşüncesi ile bunu eyleme dönüştürme arasında bir zaman aralığı olduğu, bazı bireylerin hayatlarının hiçbir evresinde eyleme dökülmemiş intihar fikirleri varken bazılarının eylemden önce günler, aylar hatta yıllarca planlar yaptıkları, kimilerinin herhangi bir plan olmaksızın dürtüsel biçimde intihar eylemini gerçekleştirdikleri ve yaşamlarına son verdikleri bildirilmektedir (3).

İntihar stres yaratan yaşam koşullarına tepki veren normal kişilerden ağır ruhsal bozukluğu olan hastalara kadar geniş bir popülasyonda görülebilmektedir (2). Madde kötüye kullanımı, depresif bozukluklar, şizofreni ve diğer ruhsal bozukluklar gibi psikiyatrik etkenlerin intiharda oldukça büyük öneme sahip olduğu, intiharı girişiminde bulunmuş ya da intiharı gerçekleştirmiş tüm bireylerin yaklaşık %95'inin bir ruhsal bozukluk tanısı aldığı ifade edilmektedir (1).

İntihar kurbanlarının büyük bir çoğunluğunda çeşitli kişilik sorunlarının olduğu bildirilmektedir (1). Kişilik bozukluğunun olması, çeşitli biçimlerde intihar davranışı üzerinde belirleyici olabilmektedir. Kişilik bozukluğunun varlığı depresif bozukluklar ya da alkol bağımlılığı gibi başlıca ruhsal bozukluklara yatkın hale getirmekte, ilişki ve sosyal uyum sorunlarına neden olmaktadır. Ruhsal veya fiziksel hastalıkla başa çıkma yetisini bozarak ve aile üyeleri, hekimleri ve hastane personeli gibi kişileri çatışmaların içine çekerek, hayatta arzulanmayan olaylara neden olduğu vurgulanmaktadır (1). Kanada'da Links ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada, antisosyal, borderline ve narsisistik kişilik bozukluğu olan gençlerde suicidal davranış değerlendirilmiş, 15–24 yaş aralığında olan, antisosyal veya borderline kişilik bozukluğu tanısı konan bireylerde major depresyon, madde kötüye kullanımı yaygınlığının yüksek olması, bunun yanında yakın tarihte olumsuz yaşam olaylarıyla karşılaşma ya da çocukluk çağında seksüel kötüye kullanımının bulunması gibi etkenlerin intihar girişimi riskini artırdığı saptanmıştır (4). Bir başka çalışmada ise borderline kişilik bozukluğu ile intihar davranışı arasındaki ilişki geleceğe dönük (prospektif) olarak incelenmiş, kendine zarar verme dışında kalan duygusal dalgalanma ve düzensizliğin borderline kişilik bozukluğunda gözlenen intihar davranışıyla ilişkili olduğu görülmüştür (5).

Kültürler arası farklar görülse de intihar davranışı pek çok ülkede başlıca halk sağlığı sorunları içinde yer almaktadır. Birinci ve ikinci basamakta önemli bir halk sağlığı problemi olarak gündeme gelmektedir. Trafik kazalarından sonra özellikle gençlerde önde gelen ölüm sebeplerinden biri olarak dikkati çekmektedir. Ortalama ömürdeki uzama nedeni ile yaşlılarda da giderek artış gösterdiği izlenmektedir (2).

Ülkemizde intiharların yavaş ama sürekli bir artış içinde olduğu Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) verileri ile görülmektedir. İntihar epidemiyolojisi ile ilgili olarak Dünya Sağlık Örgütü tarafından gerçekleştirilen ve Türkiye'nin de yer aldığı çok merkezli bir araştırmada intihar girişiminde bulunan bireylerin daha genç, sıklıkla yaşam krizleri olan ve ekonomik olarak bağımlı kadınlar olduğu saptanmıştır (6).

Önemli bir ruh sağlığı sorunu olmakla birlikte konunun hala bir çok kesim tarafından yeterince dikkate alınmadığı, bu alanda yeterince çalışma bulunmadığı görölmektedir (2).

Bu araştırmada dört aylık bir zaman diliminde Turgut Özal Tıp Merkezi Acil Servisi veya diğer servislere intihar girişimiyle başvuran, ayaktan ya da yatırılarak izlenen olgularda anksiyete, depresyon ve umutsuzluk düzeyleri, psikiyatrik morbidite ve kişilik bozukluğu ile intihar düşüncesi ve niyeti arasındaki ilişkiyi incelemek, bu ilişkiyi bazı sosyodemografik değişkenler açısından değerlendirmek amaçlanmıştır. Çalışmanın sonunda intihar girişimi ve sonuçları üzerinde etkili olan risk etkenlerini saptamak, bu etkenlerle kişilik arasındaki ilişkiyi araştırarak koruyucu, önleyici ve tedavi edici yaklaşımlar geliştirmeye yönelik bilgilere ulaşmak hedeflenmektedir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. İntihar tanımı

İntihar latince 'insanın kendini öldürmesi' anlamına gelen 'sui' yani 'ben' ve 'cedere' yani öldürmek, kıymak anlamına gelen iki sözcüğün birleşmesi sonucu 'suicidere'den ingilizceye suicide şeklinde geçmiştir (7). Bugün ülkemizde de tıbbi terminolojide 'suisid' sözcüğü sıkça kullanılmaktadır (8). İntihar sözcüğü ise Arapça'dan geçmiştir. Arapça *göğüs, göğüse vurma, boğazından asılma, deveyi boğazlama, gırtlığı bıçakla kesme anlamlarına gelen "nahr"* kökünden türetilmiştir (9). Türk Dil Kurumu tarafından intihar yerine "özkıyım" veya "özekıyım" önerilmektedir. Basit bir anlatımla intihar bireyin bilerek ve isteyerek canına kendi eliyle kıyma olarak tanımlanmaktadır (8). Edwin Shneidman'a göre intihar, "dayanılmaz acıları, ağır sorunları olan, şaşırılmış, bozulmuş ve gücü azalmış benliğin çözüm arayıcı bir eylemidir" (7). Durkheim intiharı "ölen kişi tarafından ölümle sonuçlanacağı bilinerek yapılan olumlu ya da olumsuz bir edimin doğrudan ya da dolaylı sonucu olan her ölüm olayına intihar denir" diye tanımlamıştır (10). Bu tanımdan yola çıkan Odağ "ölüm", "eylem", "eylemin ölüme götüreceğinin bilinmesi" gibi kavramları irdelemektedir. Odağ özellikle toplumun bu deyimlerden anladıkları ile intihar davranışında bulunan kimsenin anladıklarının farklılıklar gösterebileceği üzerinde durmaktadır (11).

Genel bir terim olarak intihar davranışı yaygın kullanım görmektedir. İntihar davranışı terimiyle düşünceyle başlayıp ölümlle sonuçlanan bir davranış yelpazesi ve sürecini anlatılmaktadır. İntihar davranışı genel bir terim olup bu terimle tamamlanmış intihar, intihar girişimi, intihar düşüncesi anlatılmak istenmektedir (8).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) intiharı, intihar eylemi ve intihar girişimi olarak iki grupta ele almaktadır. İntihar eylemini bireyin bilinçli olarak ve kendi isteği ile yaşamına son vermesi, intihar girişimini ise, bireyin kendisini yok etmek, zarar vermek, zehirlemek amacıyla gerçekleştirdiği intihara yönelik ölümcül olmayan tüm istemli girişimler olarak tanımlamaktadır (12).

2.2. İntihar davranışlarının sınıflandırması

2.2.1. Durkheim'ın intihar tipleri

Durkheim her toplumun kendine özgü olan ve büyük toplumsal dönüşümler ya da olağan dışı durumlar olmadıkça durağan kalan bir 'toplumsal intihar oranı' bulunduğunu, bunun da intiharın toplumsal bir olgu olduğunu kanıtladığını belirtmiştir.

Toplumda meydana gelen "bunalımlar" intihar oranlarında bir değişiklik doğurmaktadır. Durkheim'a göre; devrim hareketleri, savaşlar vb, toplumlarda intihar oranını hemen düşürmektedir. Çünkü bu gibi durumlarda kollektif bilinç bireysel bilinçleri sınımsız sarmaktadır (10,13). Başka bir deyişle, "toplumsal intihar oranını belirleyen, intihar olayıyla birlikte görülen kimi toplumsal etkenlerdir ve intiharın nasıl oluştuğunu anlamamızı sağlayacak olan da bu etkindir" görüşündedir. Bu toplumsal etkenleri oluşturan dinsel bağlılık, evlilik, aile yaşamı, siyasal ve ulusal bağlar gibi ögeler ile intihar olayları arasındaki ilişkiyi inceleyen Durkheim, üç ayrı intihar türü olduğunu öne sürmüştür: Bencil, elcil ve kuralsızlık intiharları (10).

Bencil (Egoistik) intiharlar: Toplumsal bağların gevşek olduğu, bireyin kendini yalnız hissettiği dönemlerde görülen (13), bireyin toplumsal çevresiyle bütünleşememesi sonucu oluşan intihar olayı olarak tanımlanmaktadır. Bireyi

kendi başının çaresine bakmak durumunda bırakan etkenler ne kadar çoğalırsa, intihar olaylarının da o ölçüde arttığı vurgulanmaktadır (10).

Durkheim'a göre aile bağlarının zayıflamasıyla bencil intihar olaylarının artışı birlikte görülmektedir. Aile bağlarının yoğunluk ve sıklığı asıl belirleyici etken durumundadır (10).

Siyasal ve ulusal büyük bunalımlar sırasında da, toplumun bütünleşme ölçüsü arttığından ve bireylerin toplumsal sorunlara etkin "katılımları" yoğunlaştığından, intihar oranlarının düştüğü gözlenmektedir. Durkheim, bu ortamda bireylerin bencilliklerinin sınırlanmakta olmasını ve yaşama isteklerinin güçlenmesini bu düşüşün nedeni olarak görmektedir (10). Durkheim "intiharın bireyin dine, aileye, devlete olan bağlılığıyla ters orantılı olduğu" sonucuna varmıştır (13).

Elcil (Altruistik) intiharlar: Bireyin kendi başına bırakıldığı ortamların bencil intiharı özendirici olmasına karşın, aşırı toplumsal bütünleşmişliğin elcil intiharı kolaylaştırdığını öne süren Durkheim, bu ikinci durumda birey yaşamının adetler, gelenekler ve alışkanlıklarla katı bir biçimde düzenlenmiş olduğuna, topluluğun (ister dinsel, isterse siyasi nitelikte olsun) buyrukları gerektirdiğinde, bireylerin düşünmeden kendilerini öldürdüklerine işaret etmektedir (10).

Kuralsızlık (Anomik) intiharları: Toplumsal bunalımlar sonucu (13), bireyin davranışlarında uyulacak ölçülerin bulunmamasından ileri geldiği belirtilmektedir (10). Durkheim'a göre ekonomik krizler intiharların artmasına neden olmaktadır (13). Özellikle kör piyasa ekonomisi içinde yoğunlaşmış olan bu intihar türü, bireylerin davranışlarını düzenleyecek kural ve ölçülerin bulunmaması karşısında, Durkheim'ın deyişiyle "bireyin ufkunun ya aşırı genişlemesinin, ya da aşırı biçimde daralmasının sonucu olmaktadır". Bu durumlara örnek olarak Durkheim beklenmedik zenginleşme ile boşanma durumlarını göstermektedir (10). Kuralsızlık intiharlarının nedenini toplumun yapısında meydana gelen değişikliğin bireyin yaşam koşullarını, manevi değerlerini altüst ederek kargaşaya neden olması olarak açıklamaktadır.

2.2.2. Baechler'in intihar tipleri

Başka bir toplumbilimsel intihar sınıflaması Fransız sosyal bilimci Jean Baechler tarafından önerilmiştir (8,14). Baechler'e göre intiharlar 4 ana grupta toplanmaktadır.

Kaçma intiharları: Bireyin çözümsüz olarak algıladığı bir durumdan ya da sorundan kaçmak isteği ile ilişkilendirilmiş intiharlardır. Dayanılmaz bir durumdan kaçmak için gerçekleştirilen *kaçış* intiharları; bir kayıp sonrası gerçekleştirilen *yas* intiharları; kişinin bir hata veya kusuru yüzünden gerçekleştirilen *ceza* intiharları biçiminde üç alt tipi tanımlanmıştır (8). Maris intihar sonucu ölümlerin yüzde 75'inin kaçış intiharı olduğunu belirtmiştir (14).

Saldırganlık intiharları: Başkalarına yönelik duygular yüzünden meydana gelmektedir. Dört alt tipi bulunmaktadır. Bunlar; başkalarından öç almak için yapılan *intikam* intiharları; kişinin hem başkasını hem de kendini öldürdüğü *cinayet* intiharları; başkalarını etkilemek için yapılan *şantaj* intiharları ve kişinin çevreye sinyal vererek yardım talep ettiği intiharlardır (8). Maris intihar sonucu ölümlerin yüzde 20'sinin ise saldırganlık intiharları olduğunu belirtmiştir (14).

Adanma intiharları: Durkheim'ın elcil intiharlarını çağrıştırmaktadır ve iki alt tipi mevcuttur. Bunlar; kişinin kendi değerini fazlalaştırmak için kendini biri veya bir şeye adanmak için gerçekleştirdiği *kurban* intiharları ve kişinin kendini *yüceleştirmek* (örneğin şehitlik mertebesine ulaşmak) için gerçekleştirdiği intiharlardır (8).

Oyun intiharları: Bireyin hayatı dolu dolu yaşarken, riskli davranışlar sonucu ortaya çıkan ölüm olayları olarak belirtilmektedir. İki alt tipi tanımlanmaktadır. Bunlar; kişinin kendi dayanıklılığını göstermek için gerçekleştirdiği *dayanıklılık denemesi* intiharları ve bireyin yaşamı riske atan ve risk alan davranışlarda bulunarak gerçekleştirdiği *oyun* intiharlarıdır. Oyun intiharlarıyla birey, yaşamda daha fazla heyecan, mutluluk vb. duyguları tatmak için ölümle sonuçlanabilecek eylemlere girişmektedir (8).

2.2.3. Shneidman sınıflaması

Edwin Schneidman intihara çok yönlü bir hastalık durumunun sonlandırılması olarak bakmaktadır. Bu durum esnasında sıkıntı ile sonu gelmeyen olumsuz olaylar arasında ambivalans durumu bulunmaktadır. Schneidman'a göre intihar, bir durumdan kurtulma amacına yönelik patolojik davranış biçimidir. Bu ifadeyle intihar edenlerde patolojik davranışın temelinde bir patolojik kişiliğin de bulunduğu anlatılmak istenmektedir (15).

Bencil (egotic) intiharlar: Psikolojik intiharlar olup, bilişsel daralma, sabit düşünme, dünyaya at gözlükleriyle bakma gibi işlevsel olmayan bilişsel özelliklerden kaynaklanabildiği gibi; kişinin depresyonda kendini aşağılaması, sadece kendi mutsuzluğu ve çektiği acılar üzerine yoğunlaşması gibi ruhsal süreçlerden de kaynaklanabildiği belirtilmektedir.

Çiftli (dyadic) intiharlar: Bireyin yakın ilişkide bulunduğu kimseler tarafından doyurulmayan gereksinimleri belirleyici olup, burada bireyin ilişki bağlamında yaşadığı hayal kırıklıkları, öfkesi, engellenmeleri ve doyurulmayan istekleri bireyin kendi canına kıymaya neden olduğu bildirilmektedir.

Soyutlanma (ageneratic) intiharları: Bireyin kendi soyundan, neslinden ve belki de tüm insanlıktan soyutlanması (yalnızlık intiharları) olarak tanımlanmaktadır (8).

2.2.4. Beck Komitesi Sınıflaması

Tamamlanmış intihar: Ölümle sonuçlanan intihar anlamına gelmektedir.

İntihar girişimi: Kişinin kendini öldürmek için giriştiği, ancak kendini öldürmediği davranışlar olarak tanımlanmaktadır.

İntihar düşünceleri: Kişinin kafasını intihara takması, kendini öldürme yolundaki açık tehditleri ve açık ifade edilen ölme istekleri olarak tanımlanmaktadır (8).

2.3. Epidemiyoloji

İntihar, Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre gelişmiş ülkelerde ölüm olgularının en önde gelen on nedeninden biridir. Ölüm nedenleri arasında kalp hastalıkları, kanser, serebrovasküler hastalıklar, kazalar, pnömoni, diabet ve sirozdan sonra sekizinci sırada yer almaktadır. Özellikle genç yaşlardaki ölümlerin en sık nedenlerindedir. Tüm ölümlerin yaklaşık 0,9'unun intihar sonucu olduğu, dünyada yaklaşık her gün 1000 kişinin intihar ettiği tahmin edilmektedir (16).

Toplum taramalarında intihar sıklığının yıllık yüz binde 10-20 oranında olduğu bildirilmektedir. Değişik ülkelerde bu oran yüz binde 10-40 arasında değişmektedir. İntihar girişimi oranı ise, bunun 15 katı kadardır (16). Ankara'da 1988 yılında 100.000'de 4,4 olarak saptanan tamamlanmış intihar oranları, 1998'de 100.000'de 5,5'e yükselmiştir. Tamamlanmış intihar oranı 10 yılda %25 artmıştır (17). Ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre, Ankara'da 1989 yılında intihar girişimi sıklığı yüz binde 107, 1995 yılında ise yüz binde 113'tür (18,19). 1998 yılı intihar istatistiklerine göre Türkiye genelinde saptanan kaba intihar hızı erkeklerde 100 000'de 3.9, kadınlarda 100 000'de 2.7'dir (20).

2.4. Sosyodemografik özellikler

İntiharın görülme sıklığı toplumdan topluma değiştiği gibi, cinsiyetler arasında da intihar davranışı açısından önemli farklılıklar görülmektedir. Kendini öldürme erkekler arasında daha yaygınken, kendini öldürmeyi düşünme ve bunun için girişimde bulunma kadınlar arasında daha yaygındır (21). Erkeklerde girişimin ölümle sonuçlanması kadınlara oranla üç kat yüksek bulunurken, kadınlarda intihar girişimi erkeklere göre dört kat yüksektir (22). 1981-1996 yılındaki D.İ.E. verilerine göre yıllar itibarıyla bakıldığında toplumumuzda kendini öldürenlerin 15-54 yaşları arasında yoğunlaştığı dikkati çekmektedir. Toplam intihar oranlarına bakıldığında, erkeklerde daha belirgin olmakla birlikte yaşla birlikte kendini öldürenlerin sayısının arttığı görülmektedir (21). İntihar yaygınlığı erkeklerde 45 yaşından sonra en yüksek düzeye ulaşmaktadır. 55 yaşından sonra ise tamamlanmış intiharların sayısında artış gözlenmektedir. Yaşlı

erkeklerde intihar girişimi az, ancak tamamlanmış intihar oranı yüksektir (22). Kadın intiharları ise ergenlik döneminde artış göstermekte, 35–44 yaşlarında ise azalarak, izleyen yıllarda yaşla birlikte yeniden artmaktadır (21).

Kadınlarda erkeklere göre intihar girişimlerinin, erkeklerde ise kadınlara göre tamamlanmış intiharların daha fazla olmasının nedenlerinde farklılıklar olduğu bildirilmektedir. Bunun için ileri sürülmüş bir dizi görüş vardır. Bu görüşlerden biri sosyalleşme kuramıdır. Bu kurama göre erkek ve kadın cinsiyet rolleri cinsiyetler arasındaki bu farklılığın sorumlusudur. Tüm toplumlarda kadın ve erkeklikle ilgili bazı ortak kalıpyargılar bulunmaktadır. Örneğin, erkekler daha etkin kadınlarsa daha edilgendir. Kadın ve erkek intihar davranışlarının da bu toplumsal kalıpyargılara uyduğu öne sürülmüştür (21). Erkekler sıklıkla ateşli silah, ası, yüksekten atlama gibi yöntemleri tercih ederken; kadınlar ise yüksek dozda ilaç alma, zehirlenme, bileklerini kesme gibi yöntemleri tercih etmektedirler (23). Daha etkin olarak görülen erkek, öldürücü yöntemlerle yaşamına son vermede kesin sonuca ulaşırken; kadınlar cinsiyet rolleri doğrultusunda intiharı düşünüp, hatta girişimde bulunup bir türlü kesin sonuca ulaşamamaktadırlar. Sosyal olarak intihar davranışının algılanışına bakıldığında bu görüşün doğruluk payının olduğu görülmektedir (21). Bir çalışmada Linehan, insanların intihar ederek kendini öldüren ve girişimde bulunan bireyleri nasıl algıladıklarını incelemiştir. Bulgular, intihar ederek kendi yaşamına son veren bireylerin erkeksi ve etkin algılandığını göstermiştir. İntihar girişiminde bulunan bireylerse kadınsı ve edilgen algılanmışlardır (24). Daha fazla kadının intiharı düşünüp girişimde bulunmasına rağmen daha azının kendini öldürmesinin başka nedenleri erkek ve kadınların intihar davranışında bulunurken seçtikleri yöntemler, madde kullanımıyla ilgili sorunların erkekler arasında daha yaygın olması, kadın ve erkeğin yardım arama davranışındaki farklılıklar olabilmektedir (21).

Sıralaması ülkelere göre değişmekle birlikte, ilk üç sırada yer alan intihar yöntemleri, kimyasal madde (analjezikler, antibiyotikler, antidepresanlar, antiepileptikler, antihistaminikler ve koroziv etkili ilaçlar) alarak kendini zehirlenme, ası ve kendini ateşli silahla vurma olarak belirtilmiştir (25).

Değişik çalışmalar sosyal yapı (26), evlilik durumu (27), işsizliğin tipi ve sosyal sınıf farklılıklarına göre (26,28) intiharın biçiminin değişebildiğini göstermiştir. Bugüne dek yapılan birçok araştırmada intihar davranışları ve medeni durum arasında ilişki olduğu, intihar davranışlarının bekâr ve dullar arasında daha yaygın olduğu belirtilmiştir. Bekâr ve dulların kendi canlarına kıymasının yaygın olmasının nedenleri, bu kişilerin toplumsal bütünleşmişlik düzeylerinin düşük olması ve dolayısıyla sosyal destek sistemlerinden yeterince yararlanamamaları ile açıklanmaktadır. Nitekim birçok araştırmacının elde ettiği bulgular bu açıklamayı destekler niteliktedir (21,29). Evlilerde ve çocuk sahibi olanlarda intihar oranı 100.000'de 11'e kadar gerilemekteyken, boşanmış erkeklerde intihar oranı çok yükselmektedir (100.000'de 69). En tehlikeli sosyal grubun ise, erkek, boşanmış ve yalnız yaşayan, ailesinde intihar öyküsü bulunan kişiler olduğu belirtilmiştir (22). Sayıl ve arkadaşlarının Ankara ilinde yaptığı çalışmada ise intihar girişiminde bulunanların %30'unun evli, %65'inin bekâr olduğu bulunmuştur (2).

Bireylerin tamamlanmış intihar girişimlerinin bahar ve yaz aylarında yoğunluk kazandığı görülmektedir (21). Çalışmalarda farklı sosyal, çevresel, biyolojik ve psikolojik etkenlerin intiharda mevsimsel dalgalanmanın olası nedeni olabileceği belirtilmiştir. 1890'ların başında Durkheim, intiharda mevsimselliği sosyal yaşamdaki mevsimsel değişikliğe bağlamıştır (30). Mevsimsel intiharlarda intiharla sıcaklık, rutubet, hava koşulları arasında anlamlı ilişki olduğunu bildiren çalışmalar çevresel etkenlerin rolüne vurgu yapmıştır (31,32). Nörokimyasal düzeylerde mevsimsel dalgalanma tamamlanmış intihar ve intihar davranışıyla ilişkilendirilmiştir. Örneğin şiddet, dürtüsellik ve saldırganlık gibi intiharla ilişkili davranışlara bağlanan serum kolesterol düzeyleri, intihar oranlarında yıllık döngüsel değişikliklere benzer mevsimsel değişiklik göstermektedir (33,34,35). Çalışmalar mevsimsel intiharda serotonin işlevlerinin mevsimsel özellik taşıdığını göstermiştir (36,37). Başka bir çalışmada, şiddet içeren intihar ve erkeklerin intiharının mevsimsel olduğu bulunmuştur. Şiddet içeren yöntemleri kullanan erkekler incelendiğinde mevsimsel etki dikkati çekmektedir (38). Tamamlanmış intiharı ve major depresyonu olan 115 Fransız-Kanadalı erkek üzerinde yapılmış geriye dönük bir çalışmada, B kümesi kişilik bozukluğu ek tanısı olmayan bireylerin intiharları mevsimsel özellik gösterirken,

B kümesi kişilik bozukluğu ek tanısı olan bireylerin ise mevsimsel özellik göstermemektedir (30). İntihar ve kendine zarar vermenin farklı mevsimsel örüntüler gösterdiği, intihar yaygınlığının, geç ilkbahardan erken yaza doğru artma ve sonbahar/kışa doğru azalma eğilimi gösterdiği, bu etkinin özellikle erkeklerde ve şiddet içeren yöntemleri kullanan bireylerde olduğu gözlenmiştir. Hemen hemen tüm çalışmalar şiddet-şiddet içermeyen sınıflamasında ICD9 sınıflama sistemini kullanmışlardır (39). Başka bir çalışmada şiddet içeren intiharla şiddet içermeyen karşılaştırıldığında sadece şiddet içeren tamamlanmış intiharın mevsimsellik gösterdiği bulunmuştur (40). Avusturya'da yapılan epidemiyolojik bir çalışmada, erkek ve kadınlar arasındaki intiharların benzer mevsimsel eğilimi taşıdığı, her iki cinsiyette mayıs ayında tepe noktasına ulaştığı, şubat ayında ise düşüş gösterdiği saptanmıştır (41).

Ülkemizde intihar sonucu oluşan ölümlerin coğrafi bölgeler arası farklılıklar gösterdiği bilinmektedir (21). Buna göre en yüksek oranlar Ege, Akdeniz ve İç Anadolu bölgelerinde kaydedilirken en düşük oranlar Karadeniz, Güneydoğu ve Doğu Anadolu bölgelerinde görülmektedir (42). Yapılan çalışmalar boşanma oranlarının ülkemizin doğusunda düşük olduğunu ancak bu oranların batıya doğru gelindiğinde önemli artışlar gösterdiğini bildirmektedir (43). Ülkemizdeki en yüksek intihar oranları Ege bölgesinde görülmektedir (42). Levin'in çalışmasına göre en yüksek boşanma oranları da yine bu bölgemizdedir (43).

Eğitim en önemli sosyoekonomik düzey göstergelerinden biridir (21). Sayıl ve arkadaşları intihar girişiminde bulunanların % 93'ünün eğitim seviyelerinin lise ve altında olduğunu, 5-8-11 yıllık eğitimler arası anlamlı bir fark bulunmadığını belirtmişlerdir (2). Çalışmalar genellikle, işsizlik ve intiharın birbiriyle ilişkili olduğunu, intiharların düşük sosyoekonomik gruplarda daha yaygın olabileceğini destekler niteliktedir (21). Ekonomik ve sosyal koşulların insan ruh sağlığı üzerindeki etkilerini konu edinen yazılarda kendini öldürme olaylarının düşük sosyoekonomik düzeylerdeki toplumsal katmanlarda daha yaygın olduğu belirtilmektedir (44,45). İşsizlerde gözlenen intihar oranının, bir işi olan gruba göre daha yüksek olduğu, ekonomik kriz dönemlerinde ve işsizliğin arttığı dönemlerde intihar sıklığının da artmakta olduğu, ekonominin iyi olduğu

dönemlerde ve savaş zamanlarında ise azalmakta olduğu bildirilmektedir (23). Standish-Barry ve arkadaşları İngiltere'nin Leeds kentindeki intihar girişimleri ve işsizlik arasındaki ilişkiyi araştırmışlar, işsizlik oranı arttıkça intihar girişimi oranlarının da arttığını saptamışlardır (46). Benzer şekilde Crepet ve Florenzano İtalyan toplumunda işsizlik arttıkça insanların kendilerini öldürmelerinin arttığını saptamıştır. Araştırmacılar, yaptıkları hesaplar sonucu intihar olgularının %66'sı gibi önemli bir bölümünün nedeninin işsizlik olabileceğini belirtmektedirler (47). Avrupa'da intihar girişiminde bulunan bireyler arasında kadınların %12'sinin, erkeklerin ise %20'sinin işsiz olduğu (48), Türkiye'de ise intihar girişimlerinin ekonomik olarak daha bağımlı olan ev hanımı, öğrenci gibi kişilerde daha sık görüldüğü bildirilmektedir (18,19,49).

İntihar için özellikle riskli meslekler arasında doktorlar, müzisyenler, diş hekimleri, avukatlar ve sigortacılar başta gelmektedir. Doktorlar arasında psikiyatristler başta gelmekte, onları göz doktorları ve anestezi uzmanları izlemektedir (16,50). Çalışmalar, intihar eden doktorların başta depresyon ve madde bağımlılığı olmak üzere çoğunlukla bir ruhsal bozukluğu olduğunu, sıklıkla işiyle ya da ailesiyle ilgili bir takım güçlükler yaşadığını göstermektedir (50).

İntihar düşüncesi, bireyin yaşadığı güçlüklerle bilişsel ve duygusal olarak başa çıkamadığını göstermektedir. Tel ve Uzun yaptıkları bir çalışmada intihar girişiminde bulunan bireylerin sorunlarla başa çıkmada, duygusal baş etmeyi yansıtan çaresiz yaklaşımı diğer yaklaşımlardan daha fazla kullandıklarını saptamıştır (12). Gerek daha önce intihar girişimi öyküsünün (%39) olması, gerekse intihar düşüncesinin (%22) olması intihar eyleminin yineleme olasılığını düşündürmesi açısından oldukça önemli veriler sağlamakta, bu bireylerin dikkatli izlenmesini gerektirmektedir (51). Olumsuz yaşam olaylarıyla, sevilen birini kaybetme, boşanmalar, ciddi bir sağlık sorununun bulunması, ekonomik kayıplar, kaza veya şiddet olaylarına maruz kalma biçimindeki olaylar kastedilmektedir. Bu tür olaylar kuşkusuz bireyi psikolojik olarak yıpratmanın yanı sıra bireyin kurmuş olduğu öznel dünyanın yıkılmasına, yaşamın anlam bütünlüğünün bozulmasına neden olmaktadır (21). Tel ve Uzun'un çalışmasında bireyler intihar girişimi nedeni olarak, sıkıntı, kayıp, ayrılık, ruhsal, maddi, iletişim sorunları gibi durumları belirtmişler ve bu sorunların üstesinden

gelmekte zorlandıklarını bildirmişlerdir. İntihar girişiminde yaşamsal olaylar ve travmaların tetikleyici rol oynadığı, intiharın stresli yaşam olaylarına karşı verilen tepki olarak ortaya çıktığı, bu nedenle bireyin yardım çağrısı yanında çaresizlik ve umutsuzluğunun da bir göstergesi olarak değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir (12). Yaşam olaylarının intihar olaylarıyla ilişkisini irdeleyen gözden geçirme çalışmasında Heikkinen ve arkadaşları insanların kendilerini öldürmeleriyle ilişkili olarak, ölüm, kayıp, boşanmalar, ciddi hastalıklar, kişinin yakınlarının intihar sonucu ölmesi, işle ilgili sorunlar gibi olayları saymaktadır (52). Heikkinen başka bir çalışmasında, intihar nedenlerinin %80'inin aile içi anlaşmazlık, işsizlik, ekonomik sorunlar, ayrılık, ölüm, iş sorunları, hastalık gibi yaşamsal olaylar olduğunu belirtmiştir (53). Sayıl ve arkadaşlarının Ankara'da 1990 ve 1995 tarihlerinde 5 yıl ara ile gerçekleştirdiği iki ayrı çalışmada, intihar girişimi nedenleri olarak ilk üç sırada sevdiği tarafından terk edilme (%21), evlilikle ilgili sorunlar (%15) ve ruhsal bir sorunun varlığı (%15) tespit edilmiştir. Kuşak çatışması ve eşle ilişki güçlüklerinin ki, bunun önemli bir oranı eş tarafından dövülme olarak ifade edilmiştir, tüm intihar girişimlerinde toplam %45'i oluşturduğu bildirilmiştir (2). Malatya ilinde 1984-1994 yılları arasında tamamlanmış intiharlarla ilgili bir araştırmada, aile geçimsizliği nedeniyle intihar birinci sırada yer alırken, hastalık nedeniyle intihar ikinci sırada yer almıştır (54).

İntihar girişiminden önce yakın zamandaki yaşam olaylarının incelendiği kişilik bozukluğu örneklemeyle yapılan bir çalışmada, yazarlar, uzunlamasına, prospektif çalışmanın ilk 3 yılında intihar girişiminde bulunan kişilik bozukluklu katılımcıların suisid girişimlerinin öncesinde ve o ay içerisinde başlarından özel yaşam olaylarının geçip geçmediğini araştırmışlardır. Kişilik bozukluklu olan 489 katılımcının 61'i izleyen 3 yıllık sürede suisid girişiminde bulunmuştur. Özellikle aşk-evlilik veya suç-yasal sorunlarla ilgili negatif yaşam olayları, borderline kişilik bozukluğu, major depresif bozukluk, madde kötüye kullanımı ve çocukluk döneminde cinsel kötüye kullanım öyküsü, bireylerde intihar girişimlerinin önemli belirleyicileri olarak belirtilmiş, bazı olumsuz nitelikteki yaşam olaylarının borderline kişilik bozukluğu olan bireyler arasında yakında olması beklenen intihar girişimleri için başlıca risk etkeni olduğu saptanmıştır (55).

Tuckman ve Youngman intihar girişimi olan 3800 olgu üzerinde yaptıkları araştırmada, intiharla ilişkili demografik özellikleri vermişlerdir. Bunlar; 45 ve üstü yaşta olmak, erkek olmak, işsiz ya da emekli olmak, ayrılmış, boşanmış veya dul kalmış olmak, yalnız yaşamak, bedensel bir hastalığı bulunması, altı aydır tıbbi tedavi görüyor olmak, alkolizmi de kapsayan psikiyatrik hastalık öyküsü ve intihar etmek amacıyla ası, kurşunlama, atlama ya da düşme gibi şiddet yöntemlerini kullanıyor olmak, intihar notu bırakmak, biçiminde sıralanmıştır (56,57).

2.5. Risk Etkenleri

2.5.1. Psikolojik risk etkenleri

2.5.1.1. Kişilik özellikleri

Kişilik, bir insanın kendine özgü olan genel psikolojik özellikleri, onun yaşam biçimini oluşturan ve huy haline getirmiş olduğu, bilinçli ya da bilinçdışı bütün düşünce ve davranış kalıpları biçiminde tanımlanmaktadır (58). Basit bir biçimde ifade edilecek olursa, kişilik bireyin, yaşama uyum sağlamak için geliştirmiş olduğu iç ve dış örüntülerin bir toplamıdır. Kısmen kişinin genetik olarak aktardığı organik temelleri, kısmen de yaşam deneyimleri tarafından belirlenmektedir. Adler kişiliği, kişinin kendine karşı, diğer insanlara karşı (özellikle aileye) ve topluma karşı geliştirdiği tutumlar olarak görmektedir. Rank ise üç kişilik türü tanımlamıştır: 1- Normal ya da ortalama kişi (grubun isteklerini kabul eden), 2- Yaratıcı kişi (kendi idealleri olan ve kendini bunlara göre yönlendiren), 3- Nörotik kişi (kendi istediğini açıkça anlatmayan, bununla birlikte gruba da uyum sağlayamayan). Freud kişiliği, yapısal olarak üç bölüme ayırmıştır. Bu üç bölüm id, ego ve superegoyu içermektedir. İd, ilkel dürtülerin (içgüdülerin) bilinçdışı dağarcığı olarak tanımlanmıştır. İde, birincil süreç düşünme biçimi ve haz ilkesi egemendir. Bu, bütün insanlarda ve değişikliğe uğramış biçimleriyle hayvanlarda da bulunmaktadır. Ego, kişiliğin dış dünya ile karşılaşan ve etkileşen parçasıdır; kişiliğin 'bütünleyicisi' ya da 'aracısı'dır. Süperego kişiliğin sansürleyici gücüdür. Bireyin ahlak anlayışından,

törelere, değerlere ve değer yargılarından oluşmakta, büyük ölçüde ana babanın aşladıklarından köken almaktadır (59).

Kişilik, kişilik yapısı ve kişilik bozukluğunun birbirleriyle karıştırılan ve bazen birbirlerinin yerine kullanılan deyimler olduğu vurgulanmıştır (60). Püsküllüoğlu'na göre kişilik, kişinin kendine göre ayrılığı, öz yapısına uygun kendine özgüllükleri, insana yakışacak tutum, alışkanlık ve davranış biçimlerinin tümüdür. Deyim konuşma dilinde olumlu özelliklerle yüküldür. 'Kişilikli biri' deyimini birey için güvenilirlik, değer, saygınlık ve deneyimlilik gibi olumlu sıfatları akla getirmektedir (61). Psikoterapi kuramlarında 'kişilik yapısı' sınırları olan bir 'ruhsal bütün', bir 'ruhsal birim' anlamına gelmektedir. Özgül bir benlik ve üstbenlik, özgül çatışmalar ve özgül savunmalar uyumlu bir "ruhsal bütünü", yani "kişilik yapısı"ni oluşturmaktadır. Benliğin örgütlenme yetisi (organizasyon), sayılan öğelerin beraberce ve uyum içinde yapılaşmasında, yani kişilik yapısının kazanılmasında önemli görevler üstlenmektedir. Bireşim (sentez) ve bütünleşme (entegrasyon) işlevleri benliğin örgütlenme yetisinin tamamlayıcılarıdır. 'Kişilik yapısı' özgül işlevsel ve yapısal öğelerin bu yetiler aracılığıyla ve uyumu hedefleyerek oluşturdukları ruhsal bütündür. Değişkenlik ve karışıklığa karşın süreklilik ve kalıcılık kişilik yapısının özgül nitelikleridir (60).

DSM-IV'e göre kişilik bozukluklarının tanı ölçütleri, davranışlar ya da iç yaşantılara bağlı örüntülerdir. Bu anlayışa göre belirli davranışların birlikteliği kişilik bozukluğunu oluşturmaktadır. Oysa kişilik bozukluğunda yalnızca davranışlar değil başka ruhsal öğeler de etkili olmaktadır. Ruhsal öğelerin uyum amaçlı beraberliğindeki dengesizlik, çatışmalardaki çözümsüzlük ve üstbenliğin yargılarındaki ölçüsüzlük kişilik yapılarındaki bozuklukların nedeni olarak belirtilmektedir (60). Kişilik bozukluklarının büyük çoğunluğunda ego ve süperegö işlevlerinde bozukluklar, benlik imgesi ve benlik saygısı sorunları ve geçmiş yaşantılardan köken alan iç çatışmaların canlandığı ve harekete geçtiği, yargılama bozukluklarının olduğu görülmüştür. Kişilik bozukluğu olan kişilerde gelişimsel takılmalar ve olgunlaşmada yetersizlik sözkonusudur. Nesne ilişkileri bozuktur. Bu kişiler, iş yaşamlarında ve özel ilişkilerinde zorluklar yaşamaktadırlar; davranış ve tutumlarının başkalarını nasıl etkilediğini göz önünde bulundurmamaktadırlar. Kişilik bozukluğu olan bireylerin içgöründen

yoksun oldukları, strese dayanma eşiklerinin düşük olduğu, buna karşın yardım arayışında olmadıkları belirtilmektedir (62).

Değişik çalışmalarda kişilik bozukluklarının yaygınlığı %6–15 bulunmuştur Genellikle geç ergenlik ya da erken yetişkinlik dönemlerinde açığa çıkmakla birlikte çocukluk döneminde de bazı belirtileri görülebilmektedir. Genel olarak kadınlarda ve erkeklerde eşit sıklıkta görülmektedir. Birçok kişilik bozukluğunda kısmi bir genetik geçişin olduğu saptanmıştır (62).

Bilimsel araştırmalar, intihar davranışında bulunanların bulunmayanlardan farklı özellikler sergilediğini göstermiştir (21). Örneğin Eysenck Kişilik Envanteriyle yapılan çalışmalarda intihar etmeyi düşünenlerin düşünmeyenlere oranla yüksek nörotisizm, yüksek psikotizm ve düşük dışa dönüklük sergiledikleri gözlenmiştir (63,64). Beautrais ve arkadaşlarının 25 yaş altında olan ve intihar girişiminde bulunan gençlerle yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre, intihar girişiminde bulunan bireyler nörotisizm, içe dönüklük, dürtüsellik ve dış kontrol odak algılı kişilik özelliklerine sahip kimselerdir (65). Bir diğer çalışmada Minarik ve arkadaşları, intihar girişimi ve başkalarına şiddet uygulama nedeniyle hastanede tedavi gören iki ergen grubunda kişilik özelliklerini karşılaştırmışlardır. Ergen Çok Yönlü Kişilik Envanterinin kullanıldığı bu çalışmada intihar grubunun hipokondri, psikasteni, paranoya, şizofreni ve sosyal içe dönüklük puanlarının şiddet grubundan yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırmacılar sözü edilen bulguları intiharda psikotik süreçlerin baskın olabileceğine yormaktadırlar (66). Kontrollü olmayan çalışmalar, geç yaşamda intihar ile ilişkili kişilik özelliklerinin çekingenlik ve utangaçlık (67), hipokondriasis, hostilite ve sert, bağımsız tarzı içerdiğini göstermiştir (67,68,69).

Rudd ve arkadaşları 86 intihar hastasında gerçekleştirdikleri bir çalışmada, intihar düşüncesi olan ya da girişimde bulunan bireylerin ne tür özelliklerinin olduğunu araştırmışlardır. Millon Klinik Çok Eksenli Kişilik Envanteri-II'nin kullanıldığı çalışmada küme analizi, intihar davranışı sergileyen bireylerin üç grupta toplanabileceğini göstermiştir. Birinci küme negativistik-kaçıngan kişilik özellikleri; ikinci grup kaçıngan-bağımlı-negativistik özellikler

gösterirken; üçüncü grup negativistik-kaçıngan-antisosyal özellikler sergileyen bireylerden oluşmuştur. Bu üç grupta psikiyatrik tanı ve belirti örüntüsü açısından farklılık bulunmamıştır. Diğer taraftan araştırmacılar, her grubun kendine özgü kişiler arası ilişki zorlukları gösterebileceğini öne sürmüşlerdir. Üç grup arasındaki olası ilişki zorluklarının bu tür hastaların tedavi çalışmalarını terapötik olarak etkileyebileceği belirtilmiştir (70).

Beş faktörlü kişilik modeli, kişilik kuramları arasında hem bilimsel hem de klinik açıdan gözde bir hale gelmiştir. Bu model, kişiliğin beş boyutunun olduğunu savunmaktadır. Bunlar: nevrotisizm, dışa dönüklük, yeni deneyimlere açıklık, uzlaşılabilirlik ve özdisiplinlilik boyutlarıdır (71). Sayılan kişilik boyutlarından hangilerinin intiharla ilişkili olabileceği açık değildir. Konuyla ilgili yaptığı çalışmalarını özetleyen Duberstein, yukarıda tanımlanan kişilik özelliklerinden, sadece "yeni deneyimlere açıklık" özelliğinin intihar davranışıyla ilişkili olduğunu belirtmektedir. Buna göre yeni deneyimlere açık olmayanların intihar riski yüksektir. Duberstein, yeni deneyimlere açık olmayanların yaşama bağlanma eğilimlerinin azlığının bu bireyleri intihara yöneltebileceğini, intihara giden süreç içinde sergiledikleri ruhsal belirtileri dile getirme ve yardım istemede başarısız olduklarını, intiharla ilişkili olduğu gösterilen bilişsel katılık, at gözlüğüyle bakma gibi, temeldeki bir takım bilişsel özellikler taşıdıklarını öne sürmektedir (72). Monroe bölgesindeki örnekleme yaptıkları çalışmalarında Duberstein ve arkadaşları 50 yaş üzerindeki intihar olgularını aynı yaştaki uygun kontrollerden NEO kişilik envanterinin yeni deneyimlere açıklık faktöründe düşük puanlar ve yüksek nörotisizm düzeyleri ile ayırmıştır (73).

Stalenheim, adli psikiyatrik muayene sırasında intihar girişimleri ile farklı zedelenebilirlik faktörleri arasındaki ilişkiyi araştırmış, kişilik özellikleri ve psikopatolojiyi Karolinska kişilik skalası ve psikopati kontrol listesi ile incelemiştir. Diğer hastalarla karşılaştığında intihar girişiminde bulunanlarda yüksek dürtüsel saldırganlık ve düşük toplumsallaşmayla giden çok yüksek oranda patolojik kişilik özellikleri bulunduğunu saptamıştır (74). Başka bir çalışmada intihar eğilimi olan bireylerin dürtüsel davrandıkları, kişiler arası bağlılıkları abarttıkları, çekingen ve kişiler arası reddedilmeye duyarlı oldukları bildirilmiştir. Ek olarak, sıklıkla aşırı olarak kendilerini cezalandırıcı, eleştirici,

mükemmeliyetçi olan bu bireylerde nörotisizmin arttığı (64,75,76,77) ve içe dönük oldukları saptanmıştır. İçedönüklüğün intihar eğiliminin sık tekrarlayan özelliklerinden biri olduğu bildirilmektedir (76,77,78).

Kendine zarar verme davranışı dışlandığında borderline kişilik bozukluğu tanısı sıklıkla intihar davranışıyla ilişkilendirilmiştir (79,80). Borderline kişilik bozukluğu major depresif bozukluktan daha çok intihar davranışıyla ilişkili bulunmuştur (80,81). Duygusal dengesizlik borderline kişilik bozukluğu tanı ölçütlerinden intihar davranışı ve girişimin her ikisiyle de ilişkili olan en güçlü ölçüttür (5).

DSM-IV tanı sistemine göre kişilik bozukluğu için genel tanı ölçütleri şunlardır:

- A. Kişinin içinde yaşadığı kültürün beklentilerinden belirgin olarak sapan, sürekli bir davranış ve iç yaşantı örüntüsü. Bu örüntü aşağıdaki alanlardan ikisinde ya da daha fazlasında kendini belli eder.
 - (1) Biliş (yani, kendini, başka insanları ve olayları algılama ve yorumlama yolları)
 - (2) Duygulanım (yani duygusal tepkilerin görülme aralığı, yoğunluğu, değişkenliği ve uygunluğu)
 - (3) Kişilerarası işlevsellik
 - (4) Dürtü kontrolü
- B. Bu sürekli örüntü esneklik göstermez ve çok çeşitli kişisel ve toplumsal durumları kapsar.
- C. Bu sürekli örüntü, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki ya da diğer önemli işlev alanlarında bozulmaya yol açar.
- D. Bu örüntü değişmez, uzun bir süredir vardır ve başlangıcı en azından ergenlik ya da genç erişkinlik dönemine uzanır.
- E. Bu sürekli örüntü başka bir mental bir bozukluğun bir görünümü ya da sonucu olarak açıklanamaz.
- F. Bu sürekli örüntü bir maddenin (örneğin kötüye kullanılabilen bir ilaç ya da tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel bir tıbbi durumun (örneğin kafa travması) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir (82).

ICD-10'a göre kişilik bozukluğu için genel tanı ölçütleri şunlardır:
Doğrudan yaygın beyin zedelenmesine ya da hastalığına ya da ruhsal bir hastalığa bağlı olmayan ve aşağıdaki ölçütlere uyan durumlar:

(a) Tutum ve davranışlarda, sıklıkla duygulanım, uyarılma, dürtü denetimi, algılama, düşünme, ilişki kurma biçimi gibi işlev alanlarında belirgin dengesizlik vardır;

(b) Anormal davranış kalıbı kalıcı ve uzun sürelidir; ruhsal bozukluk nöbetleri ile sınırlı değildir;

(c) Anormal davranış kalıbı yaygındır, kişisel ve sosyal uyumu belirgin derecede bozar;

(d) Yukarıdaki belirtiler her zaman çocuklukta ya da delikanlılık çağında ortaya çıkar ve erişkinlikte devam eder;

(e) Bozukluk belirgin kişisel huzursuzluğa yol açar, fakat bu durum geç dönemde ortaya çıkar;

(f) Bozukluk, her zaman olmamakla birlikte sıklıkla, sosyal ve mesleki başarıda önemli sorunlara yol açar.

Değişik kültürler için sosyal normlara, kurallara ve zorunluluklara göre, özgül ölçütlerin geliştirilmesi gerekli olabilir (83).

2.5.1.2. Dürtüsellik ve intihar

Bir kişilik özelliği olan dürtüsellik önemli bir intihar risk etmeni olarak belirtilmektedir. Dürtüsellik kabaca "düşünmeden hareket etme" olarak tanımlanmaktadır. Dürtü kontrol sorunu patolojik kumar, kleptomani, piromani, sınırda ve histriyonik kişilik bozukluğu gibi birçok ruhsal rahatsızlığın temel belirtisidir (21).

Dürtüsellüğün dört ögeden oluştuğu belirtilmektedir. Bu ögeler:

Sabırsızlık: Ödül karşısı aşırı duyarlılık ve ödülü anında isteme

Acelecilik: Olumsuz sonuçlarını düşünmeden acele davranma eğilimi

Cezaya karşı aşırı duyarsızlık: Bireyin davranışlarının sonuçlarını düşünmeden, sadece ödül için hareket ettiğinden cezalara aldırması

Kontrol eksikliği: Kişiyi olumsuz sonuçları olabilecek davranışları yapmaktan alıkoyan kontrol mekanizmasında eksiklik olmasıdır (84,85,86).

Fawcett dürtüsel birinin stres hissettiği, bir kayıp veya kaygı yaşadığı zaman dürtüselliğinin artacağını, böyle bir durumda bireyin intihar davranışına yönelebileceğini belirtmektedir (87). Özellikle intihar girişimlerinin çoğunun dürtüsel olarak gerçekleştirildiği gösterilmiştir (88,89). Simon ve arkadaşları dürtüsel intihar girişimlerini, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nin Texas eyaletinde ölüm riski yüksek intihar girişiminin ele alındığı bir vaka-kontrol çalışmasıyla araştırmıştır. Kişinin intihar etmeyi düşünmesi ve girişimde bulunması arasındaki süre 5 dakikadan az olan girişimler dürtüsel girişimler olarak değerlendirilmiştir. Bulgulara göre 153 intihar girişiminin yüzde 24'ünün dürtüsel olduğu bulunmuştur. Yapılan analizler başkalarıyla kavga edenlerin dürtüsel intihar girişiminde bulunma olasılıklarının yüksek olduğunu gösterirken, depresif kimselerin dürtüsel girişimlerde bulunma olasılığının düşük olduğunu göstermiştir. Araştırmacılar, saldırgan dürtülerin yeteri kadar kontrol edilememesinin, dürtüsel intihar davranışları için önemli bir risk etmeni olduğunu belirtmektedir (90).

2.5.1.3. Umutsuzluk ve intihar

Umut, gelecek ile ilgili bir amacı gerçekleştirmede sıfırdan fazla olan beklentiler, umutsuzluk ise bir amacı gerçekleştirmede sıfırdan az olan olumsuz beklentiler şeklinde tanımlanmaktadır. Umut ve umutsuzluk, bireyin gelecekteki gerçek hedeflerine ulaşma olanaklarının olası yansıması (91), bireyi yaşama bağlayan ve geleceği hedefleyerek yaşama tutunmasını sağlayan veya onu yaşamdan koparan duygular olarak belirtilmektedir (21). Beck, depresyonun umutsuzluk ve karamsarlık gibi belirli bazı bilişsel yönlerinin, intiharla daha yakından ilişkili olduğunu öne sürmüştür. Erişkin hastalarda yürütülen çalışmalarda, umutsuzluk, depresyondan bağımsız olarak intihar davranışıyla ilişkili bulunmuştur (92). Kazdin ve arkadaşları çocuklarda umutsuzluğun depresyonun şiddetiyle pozitif, özgüven ile negatif ilişki gösterdiğini bildirmektedirler. Yazarlara göre intihar niyetiyle umutsuzluk arasında güçlü bir ilişki vardır ve depresyon kontrol edildiğinde bu güçlü ilişki sürmektedir (93).

Sayar ve arkadaşları ergenlerde umutsuzluğun depresyondan bağımsız olarak intihar niyetini etkilediğini belirtmektedir. Duygularını ifade etmekte zorlanan ergenler, alternatif bir rahatlama ve iletişim biçimi olarak intihar davranışına yönelebilmektedir (94). Çalışmalar intihar davranışının gelişmesi ve sürmesinde umutsuzluğun önemli bir nedenselliğe sahip olduğunu göstermektedir. İntihar ve umutsuzluk arasındaki ilişkiyi inceleyen bilimsel çalışmaların gösterdikleri ortak bulgu, bu tür kimselerin çözümsüz olarak gördükleri bir olay karşısında büyük bir çaresizlik içine düştükleridir. Çaresizlik içinde kıvranan bu bireyler geleceğe olan inançlarını ve ondan beklentilerini kaybetmekte ve umutsuzluk duygusunun yol açtığı boşluk, anlamsızlık, yalnızlık ve tükenmişlik duygularıyla yaşamlarını sonlamakta ya da sonlamak için girişimlerde bulunmaktadırlar (95,96,97).

2.5.1.4. Özsaygı ve intihar

Benlik kavramının, kişinin kendisi hakkındaki yansız ve yüksüz bilgileri yansıttığı aktarılmaktadır (98). Bireyin kendisi hakkındaki inançların niteliğinin, bireyin özsaygısını oluşturduğu, öz-saygının öznel olduğu ve değerlendirme içerdiği belirtilmiştir. Benlik kavramı içinde üzerinde en çok çalışılan konu özsaygı olup (21), psikoloji literatüründe özsaygının insan bilişi, güdüsü, duyguları ve davranışları üzerinde güçlü etkisinin olduğu gösterilmiştir (98). Düşük özsaygıya sahip kimselerin olaylardan daha çabuk etkilenip, daha kolay depresyona girdikleri belirtilmiştir (99).

Ergenlerde gerçekleştirilen bilimsel araştırmalar, intihar düşüncesi olan ergenlerin özsaygılarının, olmayanlarıkinden daha düşük olduğunu göstermektedir (100,101). Ergenlerde olduğu gibi düşük özsaygı, yetişkinler arasında da kendini öldürmeyle yakından ilgili bulunmuştur (102,103).

2.5.2. Psikiyatrik Hastalıklar

Psikiyatrik hastalıklar intiharların en önemli nedenidir (104). Psikiyatrik hastalığı olanlarda intihar riskinin, psikiyatrik hastalığı olmayanlara göre 3–12 kat arttığı bildirilmektedir (1,23,105). Bu riskin derecesi ise yaşa, cinsiyete, tanının türüne ve hastanın yatarak ya da ayaktan tedavi görüyor olmasına göre

değişmektedir (1,105). Zaman zaman yatarak tedavi gören erkek ve kadın psikiyatrik hastaların, yaş eşleştirmesinden sonra, sırasıyla genel nüfustaki yaşlılarına göre 5 ve 10 kat daha fazla intihar riskine sahip olduğu, hastaneye psikiyatrik tedavi için hiç yatırılmayan ayaktan tedavi gören erkek ve kadın hastalarda risk oranlarının genel nüfustaki yaşlılarına göre sırasıyla 3 ve 4 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (1). Genel toplumda intihar edenler genel olarak orta ya da ileri yaş grubunda iken, intihar eden psikiyatrik hastalar daha genç gruptadır. Bunun nedeni intihar eden psikiyatrik hastaların büyük bölümünün şizofreni ya da duygudurum bozukluğu gibi genç yaşta başlayan süreğen hastalıklara sahip olması olabilir. Gerçekten intihar eden kişilerin % 58-68'inin intihardan uzun bir süre önce, 36 aydan daha uzun bir zamandır psikiyatrik bir hastalığa sahip oldukları bildirilmektedir (105).

Bazı çalışmalarda intihar edenlerin yakınlarından, doktorlarından ve bilgi verebilecek diğer kişilerden ölen kişilerle ilgili ayrıntılı bilgiler toplanmıştır. Bu çalışmalarda, intihar eden ve intihar girişiminde bulunan kişilerin %90-95'inde en az bir psikiyatrik hastalığı olduğu (1,104,105), yaklaşık %80'inin intihardan önceki bir ay içerisinde bir doktor tarafından değerlendirildiği saptanmıştır. İntihar eden kişilere konan psikiyatrik tanıların başında duygudurum bozuklukları (%45-70) ve alkolizm gelmektedir (%25). İntihar eden depresif bozukluk hastaları diğer depresif hastalardan klinik belirtiler yönünden farklılık göstermemektedir. Ancak, bu hastaların öyküsünde daha fazla sayıda intihar girişimi bulunduğu bildirilmiştir. Ayrıca bekâr, dul hastalar ve erkeklerin daha yüksek risk altında olduğu vurgulanmıştır (104).

Psikotik depresyonu olan hastaların en yüksek intihar riskine sahip oldukları belirtilmektedir. Depresif bozuklukları olan hastaların intihar riski %15'tir. Öyküde dürtüsel davranışı veya şiddet eylemleri olan tüm hastaların %25'inde de intihar riski yüksektir (1).

Bazı psikiyatrik hastalıklar için yaşam boyu tamamlanmış intihar sıklıkları:

Tamamlanmış intiharlar arasında duygudurum bozukluklarının %10-15, alkolizm olgularının (sıklıkla depresyon eşlik eder) %10-15, şizofreni

hastalarının (sıklıkla postpsikotik depresyon sürecinde) %10, borderline ve antisosyal kişilik bozukluklarının %5–10 olduğu bildirilmiştir (104).

San Diego’da yapılan bir araştırmada madde kötüye kullanımı ve antisosyal kişilik bozukluğu tanılarının 30 yaş altındaki, duygudurum ve bilişsel bozukluk tanılarının 30 yaş ve üstündeki intihar kurbanlarında daha sık olduğunu gösterilmiştir. 30 yaşın altındaki bireylerde gözlenen intiharlarla ilişkili stres etkenleri arasında ayrılık, reddedilme, işsizlik ve yasal zorluklar gibi nedenler yer alırken, 30 yaş üstündeki intihar kurbanları arasında hastalıkla ilişkili stres etkenleri daha sık yer almaktadır (1).

2.5.3. Daha Önceki İntihar Girişimleri:

Psikiyatrik hastalıkların dışında daha önceki intihar girişimleri de bir kişide intihar riskinin yüksek olduğunun önemli bir göstergesidir (76,106,107). Çalışmalar intihar eden depresyonlu hastaların %40’ının daha önce en az bir intihar girişiminde bulunmuş olduğunu göstermektedir. Tüm intiharların %19-24’ünde daha önce yapılmış intihar girişimleri bulunmakta, intihar girişimlerinin %10’u 10 yıl içinde tamamlanmış intihar ile son bulmaktadır (50).

İntihar girişiminden sonraki 3-6 ay, intihar riskinin en yüksek olduğu dönem olup (50,108), bu dönemde intihar girişiminin tekrarlanması ile ilgili başlıca risk etkenleri remisyona girmemiş bir affektif bozukluğun olması, aile içinde stres düzeyinin yüksek olması, taburculuktan sonra yapılması planlanan aile terapisine devam edilmemiş olması ve hastanın tedavisinde trisiklik antidepressanların kullanılması olarak belirtilmektedir (108,109,110). Daha önceki intihar girişimlerinin tamamlanmış intiharlar kadar, intihar girişimleri için de açık bir risk etkeni olduğu, intihar girişiminde bulunan kişilerin %30-60’ının girişimlerini yinelediği ve %12-25’inin ise bunu ilk intihar girişiminden sonraki ilk 12 ay içinde gerçekleştirdiği (48,111,112,113), daha önce intihar girişiminde bulunmuş kişilerde daha sonraki girişimlerin mortalitesinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (114,115,116). Tekrarlayıcı intihar girişimlerinde bulunan bireylerin çoğunluğunu 25-49 yaşlar arasında bulunan, boşanmış yada bekar, işsiz ve alt sosyal sınıftan olan kişilerin oluşturduğu belirtilmiştir (48,117).

Tekrarlayıcı intihar girişiminde bulunan kişilerin hemen hemen yarısının kronik olarak kendi kendine zarar veren kişiler olduğu, bunların öykülerinde sıklıkla depresyon, umutsuzluk, kişilik bozuklukları, alkol yada madde kötüye kullanımı, stresli ya da travmatik yaşam olaylarının bulunduğu vurgulanmaktadır (117).

2.5.4. Ailesel Risk Etkenleri:

Ailede intihar öyküsü olanlarda genetik bir hazırlayıcı etken olup olmadığı konusu açık değildir. Bazı yazarlar intihara katkıda bulunan bir genetik etkenin dürtüsellik ile ilişkili olabileceğini öne sürmektedirler (2). Ailede bir ruh hastasının bulunması ya da madde bağımlılığı öyküsü aile bireyleri için risk faktörleri içinde yer almaktadır (2).

Parçalanmış ailelerde, dul veya boşanmış olanlarda intihar riski yüksektir. Baba yokluğu, sorunlu ailelerden gelmek, aile içi şiddet, fiziksel ve cinsel istismar ergen intiharlarında önemli bir risk etkeni olarak ifade edilmektedir (2).

2.5.5. Durumsal Risk Etkenleri:

Amerika Birleşik Devletlerinde durumsal risk etkenlerinin başında evde bir ateşli silah bulundurulması gelmektedir. Evde bir ateşli silah bulundurulması her iki cinste ve tüm yaş grupları için depresyon, alkol ve ilaç kötüye kullanım gibi intihar riskini artıran çok güçlü bir risk etkenidir. Ülkemizde de ateşli silahla intiharın giderek yaygınlaştığı örneğin intiharda kullanılan yöntemler içinde hızla tercih edilen bir yöntem haline geldiği görülmektedir. Son yıllarda beşinci, dördüncü sıralardan ikinci sıraya yükselişi dikkat çekmektedir. Şüphesiz bu sonuç silah satışlarının serbest bırakılmasıyla ilişkili bulunmuştur (2). Ülkemizde 1990 yılında silah bulundurma ve taşıma ruhsatı almaya ilişkin kanunlar değiştirilmiş ve kolaylaştırılmıştır. 1989 yılı ile 1998 yılları arasındaki 10 yıllık süre içinde tamamlanmış intiharlar erkeklerde %56, kadınlarda %41 artmıştır. Ayrıca intihar yöntemi olarak ateşli silahların kullanımı da son 10 yıl içinde artma göstermiştir (118).

ABD'de ateşli silah kullanımının yasalarla kontrol edildiği eyaletlerde intihar hızı daha düşüktür (50). Silah sahibi olmanın kanunlar ile sınırlandırıldığı, arabalarda katalitik konvertörlerin kullanımının zorunlu tutulduğu, kömür gazı yerine toksik olmayan kuzey denizi gazlarının kullanıldığı, ilaç paketlerinin içerdiği toplam ilaç miktarının toksik olmayan bir düzeye indirildiği yerlerde intihar yaygınlığının düştüğü gösterilmiştir (119,120,121,122).

Anne ya da baba ölümü, kişilerarası ilişkilerde güçlükler, red edilmeler, terk edilmeler, iş kaybı, ekonomik güçlükler, mahkumiyet, ölümcül bir hastalığa yakalanma son zamanların stres yüklü olayları içinde sayılmaktadır. Genç intiharlarındaki zorlu yaşam olaylarının başında kişilerarası çatışmalar, okul başarısızlığı, karşı cins tarafından red ve terk edilmeler gelmektedir (2).

Yatkınlığı olan bireylerde intihar davranışına tanık olmak önemli bir risk etkeni olarak kabul edilmektedir. Bu aile üyelerinden birinin ya da bir arkadaşın intiharı olabilmektedir. Özellikle gençlerde bu durumun etkileri daha derin yaşanmaktadır. Mahkumiyet, özellikle gençler için önemli bir risk etkenidir. Cinsel yönelimin intihar riski ile bağlantıları üzerinde de durulmaktadır (2).

2.6. Etiyoloji

2.6.1. Biyolojik Yaklaşımlar:

2.6.1.1. Genetik Etkenler

Psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi, intihar davranışında da ailesel yatkınlık bildirilmektedir. Bu alanda ikiz, evlatlık ve moleküler genetik çalışmalardan elde edilen güçlü veriler bulunmaktadır (23). Tek yumurta ikizlerinde intihar ve intihar girişim riskinin daha yüksek olduğu, yine biyolojik ailelerinde intihar oranının yüksek olmasının evlat edinilen çocukta da bu oranların yüksek olmasına yol açtığı gösterilmiştir (123). Yapılan çalışmalarda monozigot ikizlerde hem intihar, hem de intihar girişimi konkordansının anlamlı ölçüde yüksek olduğu bulunmuştur (124,125). Bir evlat edinme çalışmasında, evlat edinilmiş kişilerden seçilen intihar vakaları ve bunların biyolojik akrabaları

incelenmiş ve kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır. Bu çalışmaya göre intiharla ölenlerin biyolojik akrabalarında intihar oranı kontrol grubundan altı kat fazla bulunmuş, edinilmiş akrabalarda ise intihara rastlanmamıştır (128). Bazı yazarlar intihara katkıda bulunan bir genetik faktörün dürtüsellik ile ilişkili olabileceğinden söz etmektedirler (2).

Ayrıca intihar davranışı, saldırganlığa eğilim, alkol bağımlılığı ve diğer madde bağımlılıkları arasında serotonerjik aktiviteyi etkileyerek yatkınlık oluşturan ortak bir genetik ve biyolojik etyolojik faktörün olduğunu da düşündürmektedir (124).

Moleküler genetik çalışmalarında da TPH (triptofan hidroksilaz) genotipi ile intihar davranışı arasındaki ilişki incelenmiştir. İnsanda TPH geninin U ve L olmak üzere 2 alleli vardır. Bunlardan L allelinin intihar davranışı ile bağlantısı olduğu ileri sürülmüştür. L allelinin, triptofanı 5-hidroksi triptofana hidroksile etme kapasitesini azalttığı ileri sürülmektedir. Böylece merkezi serotonin dönüşümü azalmakta ve beyin omurilik sıvısında(BOS) 5-hidroksi indol asetik asit (5-HIAA) yoğunluğu azalmaktadır (124,127). Yani, intihara eğilimi etkileyen genetik faktörlerin bu işi en azından kısmen serotonerjik sistem yoluyla yaptıkları sanılmaktadır (23).

2.6.1.2. Endokrinolojik Etkenler

Psikiyatrik hastalıklarda endokrin bozukluklar en önemli biyolojik parametrelerdendir. Krieger intihara kalkışmış 13 hastasında sabah kortizol değerlerinin (serumda) intihar düşüncesi olup intihara kalkışmamış 39 kişilik gruptan daha yüksek olduğunu saptamıştır. Krieger'in önerisi şu olmuştur: Eğer bir hasta intihar edeceğini söylüyor ya da klinik olarak böyle bir risk taşıdığı görülüyorsa hemen serum kortizolüne bakılmalı ve %20 $\mu\text{gr}/\text{dl}$ 'in üzerindeyse dikkatle izlenmeli ve özel önlemlerle intihardan korunmalıdır. Kortizol düzeylerindeki yükselmenin o anki intihar girişimleriyle olduğu kadar, geçmişteki intihar girişimleriyle de bağlantı gösterdiği bulunmuştur. Dexametazon supresyon testi (DST) hiçbir zaman kesin bir tanı, ya da önceden intiharı

saptama aracı olmamıştır. Ancak onun pozitif olması hastanın yüksek intihar riski taşıdığını düşündürmelidir (22).

Yapılan biyolojik çalışmalarda intihar girişimi olgularında idrarda 17-hidroksikortikosteroid düzeyinde artma bulunmuş ve bu olgularda kortizol yüksekliği saptanmıştır. Kolesterol düzeyi ile intihar arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmalarda düşük kolesterol düzeyi ile depresif duygudurumu, major depresyon ve intihar girişimleri nedeniyle hastaneye yatış arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Ancak bazı çalışmalarda yüksek serum kolesterolü, düşük HDL-kolesterol düzeyi ile intihar arasında ilişki bulunmuştur. Özellikle şiddet içeren girişimlerin yüksek kolesterol düzeyi ile ilişkili olduğu üzerinde durulmuştur (123).

Ası ya da silah ile yapılan ağır intihar olgularında TRH'ya TSH cevabının azaldığı fark edilmiştir (128).

5-hidroksi triptofan infüzyonuna aşırı plazma kortizol yanıtı, deri iletim anormallikleri, değişken üriner katekolamin oranları trombosit serotonin uptake ya da imipramin (Tofranil) bağlama oranları ile depresif hastalardaki intihar davranışı arasında ilişki bulunmuştur (1).

2.6.1.3. Nörokimyasal Bulgular

İntihar çalışmalarına en fazla konu olmuş nörokimyasal parametre BOS ve kanda serotonin ve metabolitlerinin düzeyi, dolayısıyla da serotonin ve metabolizması olmuştur (22). Bu alandaki bir grup çalışma, serotonin ile intihar davranışı arasında güçlü bir ilişkinin varlığına işaret etmektedir. Bir serotonin yıkım ürünü olan 5-hidroksi indol asetik asit (5-HIAA) düzeylerini inceleyen çalışmalar, bu maddenin intihar davranışında bulunan kişilerde, intihar davranışında bulunmayan kişilere oranla daha düşük olduğunu göstermektedir (129,130,131). Psikiyatrik bozukluğu olmayan kontrol grubu ile yapılan karşılaştırmalarda, intihar edenlerin beyin sapında serotonin ve 5-Hidroksiindolasetiksait (HIAA) düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır. Reseptör düzeyinde yapılan çalışmalarda ise özellikle 5 Hidroksitriptamin (HT) 2A

reseptörleri üzerinde durulmuştur. İntihar olgularında yapılan bir dizi çalışmada presinaptik 5 HT2A reseptör sayısının azaldığı gözlenirken, bazı çalışmalarda ise arttığı dikkati çekmiştir. Bazı çalışmalarda ise postsinaptik 5HT2A reseptörlerinde artış olduğu gözlenmiştir. Reseptör düzeyindeki bu artışın serotonin salıverilmesindeki azalmaya yanıt olarak gelişebileceği üzerinde durulmuştur (132). 5H1AA düzeyinin özellikle şiddet ve agresyon içeren intihar olgularında belirgin derecede düşük olduğu da bulunmuştur (123). Bir görüşe göre düşük serotonin düzeyinin saldırganlıkla ilişkisi, bu maddenin intihar üzerindeki etkisini açıklamaktadır. Başka bir görüşe göre ise düşük serotonin düzeyinin dürtüsellikle ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu bağlamda hayvanlarda merkezi sinir sisteminde düşük serotonerjik etkinlik düzeyinin kişilik özelliğine benzediği ve dürtüsellikle ilişkili olduğu bulunmuştur (133).

İntihar sonucunda ölen hastaların beyinlerinde frontal kortekste serotonin ya da 5-H1AA düzeyinin azaldığı gösterilmiştir. Serotonerjik nöronlarda presinaptik bağlanmada azalma yanında, postsinaptik 5-HT2 bağlanma bölgelerinde kompensatuar artma olduğu belirtilmektedir. Antidepresan kullanan ve kullanmayan intihar vakalarında postmortem 5-HT1A bağlanma bölgelerinde fark saptanmamış ve 5-HT1A reseptör alanının intihar davranışı ve depresyonda etkilenmediği bildirilmiştir (134).

Postmortem çalışmalarda intihar kurbanlarının prefrontal korteksinde serotonin transporter (taşıyıcı) bağlama düzeyinin azalmış olduğu, 5HT1A bağlanmanın artmış olduğu bildirilmiştir (135). Yukarıdaki bulgular intihar davranışı gösterenlerde prefrontal kortekste metabolizma azalması bulgusuyla birlikte düşünüldüğünde (136), intihar eğilimi olan depresyonlu hastaların daha fazla prefrontal korteks hipoaktivitesine sahip olduğu ve bunun da serotonerjik aktivite azalmasıyla ilişkili olabileceğini düşündürmektedir (23).

Beta adrenerjik reseptörlerle yapılan çalışmalarda bazı beyin bölgelerinde bu reseptör sayılarının arttığı sonucuna varılırken, bazı çalışmalarda prefrontal korteksin 4 ve 5. katmanlarında α 1-adrenerjik reseptörlerde azalma tespit edilmiştir. Yeni çalışmalarda intihar vakalarında Mü opiat reseptörlerinde artma olduğu, gama aminobutirikasit reseptörlerinde ise

değişme olmadığı yönünde veriler bulunmaktadır. Patogenezde tüm nörotransmitterler arasında bir etkileşim söz konusu olmaktadır (123).

Bir grup normal gönüllüde trombosit monoamin oksidaz (MAO) seviyeleri analiz edilen kan örneklerine bakılarak gerçekleştirilen bir çalışmada, trombositlerinde en düşük enzim düzeyine sahip olan kişilerde, yüksek düzeyde enzime sahip olan kişilere göre aile öyküsünde intihar yaygınlığının 8 kat daha fazla olduğu ortaya çıkmıştır. Bu çalışmada depresif bozukluklarda trombosit MAO aktivitesinde değişim ile ilgili çok güçlü bir bulgu elde edildiği belirtilmektedir (1). Bazı çalışmalarda, beyinde düşük düzeyli monoamin oksidaz etkinliğinin intiharla ilişkili bulunduğu belirtilmiştir (137). Bazı çalışmalar ise intihar davranışında bulunan kişilerde dopaminerjik sinirsel iletimin düşüklüğüne işaret etmiştir. Roy (1994) bu alandaki bulguları gözden geçirdiği çalışmasında, intihar girişiminde bulunan depresyonlu hastalar ve 5 yıllık izleme döneminde girişimi yineleyen hastaların, girişimde bulunmayan ve girişimi tekrarlamayanlardan daha düşük - bir dopamin yıkım ürünü olan - homovalinik asit düzeyi sergilediklerini saptamıştır (138).

2.6.1.4. EEG Bulguları:

Birkaç araştırmada intihar hastalarında ventrikül genişlemesi ve anormal elektroensefalografi (EEG) bulunmuştur (1). 1972'de, Struve intihar düşüncesi olan hem kadınlarda hem de erkeklerde diğer hastalara göre iki kat daha fazla olmak üzere EEG'de paroksizmal ritm bozukluğu olduğunu gözlemiştir. Daha sonra bunu destekleyen başka araştırmalarda olduğu gibi, EEG'deki ritim bozukluğunun yalnızca intiharla ilgili değil, saldırgan ve yıkıcı davranışla da birlikte olduğu öne sürülmüştür (22).

2.6.2. Psikolojik Yaklaşımlar:

2.6.2.1. Psikodinamik Kuram:

Freud'un psikanalitik kuramına göre intihar depresyonla ilgilidir ve depresyonun sonunda ortaya çıkan en ağır durumdur. Freud ve Abraham

tarafından geliştirilen klasik psikanalitik kurama göre, depresyonda hayalde ya da gerçekte bir sevgi nesnesinin kaybı söz konusudur ve buna bağlı olarak kişinin benliğinde bir yoksullaşma, boşluk ve terkedilmişlik duygularıyla birlikte, özdeğerde (self-esteem) belirgin azalma veya yok olma vardır. Bu görüşe göre depresyon, kaybedilen nesneye karşı duyulan düşmanca duyguların, agresif dürtülerin kişinin kendine dönmesidir. Kişi kaybedilen nesneyle özdeşim kurmaktadır. Bu, kaybın travmasına ve onun ruhsal sonuçlarına karşı bir savunmadır (139).

Depresyonda geç oral, erken anal döneme saplanma olduğu belirtilmektedir. Depresif kişilerde libidinal bir regresyon (gerileme) söz konusu olup, bu regresyon oral ve anal döneme kadar uzanabilmektedir. Bu kişilerde içe alınan nesneye karşı duyulan sevgi-nefret gibi ambivalan duygularda, bu dönemlerdeki saplanmalar rol oynamaktadır. Ayrıca Freud'a göre sorun, depresif kişilerin ilk çocukluk dönemlerinde, özellikle Ödipus karmaşasının çözümü öncesinde önemli narsistik yaralanmalar yaşamış olmaları ve yaşamın sonraki devrelerinde benzer yaralanmaların meydana gelmesinden kaynaklanmaktadır. Bunlar uğradıkları hayal kırıklıklarından dolayı, yaşamları boyunca dış narsistik destekler peşinde koşmakta, diğer insanlara karşı yakınlık, sevgi ve regresif bağımlılık duyguları taşımaktadırlar. Bu narsistik destek arayışları yüzünden üst benliğin gelişmesini de bozarak affetmeyen, cezalandırıcı katı bir üstbenlik geliştirmektedirler. Oral bağımlılığı olan bu kişiler gereksinimlerini ancak boyun eğerek ya da kendilerini beğendirerek karşılama eğiliminde olduklarından; saldırganlık, öfke gibi duygular sürekli bastırılmakta ya da karşıt tepkiler kurulmaktadır. Katı ve eleştirici üst benlik, bu duyguların boşaltılmasına izin vermemektedir. Yine bu kişilerin bütün ilişkilerinde, diğer kişilere karşı yaşanan öfke/nefret gibi ambivalan (karşıt değerli) duygular bulunduğu belirtilmektedir (139).

Kernberg'e göre depresyonun suçluluk duyguları, özsuçlamalar ve özkaygılarla birlikte olması bütünleşmiş üstbenliğin belirtileridir. Bunların yanısıra ölküsel kendiliğin (ideal selfin) dağılması nedeniyle ortaya çıkan şiddetli öfke, çaresizlik/umutsuzluk özellikleri gösteren depresyonlar bulunmaktadır. Bu tür depresyonlar ölküsel benliğin dağılması kadar bütünleşmemiş bir üstbenliği

düşündürmektedir. Üstbenliğin bütünleşip bütünleşemediğini bilmek, nevrozun gelişim düzeyini ve şiddetini belirlemesi açısından önemlidir. Depresyonun depresif mazohistik karakterden ayrılması, kalitesi kadar şiddeti de önemli tanısal bir ölçüttür. Çünkü psikotik düzeydeki şiddetli depresyonlar borderline hastalıklarının varlığına işaret ederler. Kernberg, böylesi şiddetli depresyonlara depersonalizasyonun eşlik etmesinin borderline kişilik bozukluğunun şaşmayan bir belirtisi olduğunu söylemektedir (140).

Psikanalizde depresyon benliğin yitime gösterdiği bir tepki olarak tanımlanmakta ve istenen nesnenin elde edilememesi, özlenen doyumun sağlanamamasının da depresyona neden olduğuna inanılmaktadır (140).

Freud, yasta gerçek bir nesne kaybı olduğunu, depresyonda gerçekte ya da düşsel olarak kişide bir sevgi nesnesinin kaybedildiğini vurgulamıştır. Deprese hastanın benliği kaybedilen nesne ile özdeşleşmiştir. Bu nesneye karşı aynı zamanda ambivalan duygular taşımaktadır. Freud, depresyonun ambivalan duygular taşınan bu nesnenin introjeksiyonu (içer alımı) sonucu olduğunu belirtmiştir. Deprese hastanın içindeki bu nesneye yoğunlaşan öfke, kendilik değersizleşmesi ve depresyon belirtileri ile sonuçlanmaktadır. Freud bu yüzden melankolinin üç ön şartı olarak nesne kaybı, ambivalans ve benlik içindeki libidoya regresyonu göstermiştir. Kişinin öfkesi ve hayal kırıklığı gerçek nesneye yöneleceğine, kişinin kendine döndüğünü vurgulamıştır (139).

Güçlü üstbenliği yüzünden saldırgan duygularını dışa vuramayan birey bu duyguları kendine yöneltmektedir. Burada alt benlik, benlik ve üstbenlik diye bilinen üç sistem arasında bir çatışma bulunmaktadır. Böylece benlik saygısı düşerek kişi kendisini suçlamaya başlamaktadır. Bu arada kaybettiği sevgi nesnesini yeniden kazanabilme amacıyla, bu sevgi nesnesinin içe alınması da onaylanmaktadır. Giderek saldırgan duygular benliğe daha fazla yöneltilmekte, benlik saygısı, benlik değeri azalmakta, kaybolmakta ve böylece depresyon tablosu ortaya çıkmaktadır. Bu saldırganlığı kişinin kendisine yönelten, kişinin üstbenliğidir. Üstbenlik benliği sıkıştırmakta, hırpalamakta, yaşamaya layık görmemektedir. Böylece intiharın mantığı oluşturulmuş olur. Yoğun suçluluk duygusu ve aşağılanma sonucu, benlik üstbenliğin baskılarına dayanamaz hale

gelebilir ve kendisini tahrip etmeye, intihara yönelebilir. Yapısal modelden sonra Freud, intiharı 'sadistik bir üstbenlik tarafından benliğin kurban edilişi' olarak yeniden tanımlamıştır. Bazen de tam tersine, benliğin üstbenliğin baskısından kurtulmak ve ondan öç almak için intiharı gerçekleştirdiği ya da ego psikolojisi kuramına göre, egonun kendi içindeki çatışma sonucu benlik değerinin kaybı vb nedenlerle kişinin eylemi yaptığı belirtilmektedir. Diğer bir yaklaşımla da, kişinin kendini ölüme bırakması ya da intiharının, benliğin üst benlikten bağışlanma isteğiyle olduğu düşünülmektedir (139).

Karl Menninger, 'Man against himself' adlı eserinde intiharı bireyin başkalarına duyduğu öfkeyi kendine yöneltmesi sonucu oluşan kendini öldürme isteği şeklinde tanımlamıştır. Birey bu şekilde başkalarına yönelttiği agresyonu kendine çevirerek kendisini cezalandırmaktadır. Menninger'e göre intihar eden birey üç temel güdüyle hareket etmektedir:

Öldürme isteği: Kızgınlık ve öfke duygularıyla kişi öldürme isteği duymaktadır.

Öldürülme isteği: Birey öfkesini kendisine yönlendirmesinin sonucu olarak, aynı zamanda öldürülme isteği duymaktadır.

Ölme isteği: Kişi kendisine yönelttiği bu duygulardan dolayı ölmeyi istemektedir.

Menninger'in görüşüne göre intihar ederek kendini öldüren bireyin bilinçaltında ölme isteği hâkimken; intihar girişiminde bulunan birinin bilinçaltında ölmeme isteği hâkimdir denilmektedir (1,141,123).

2.6.2.2. Bilişsel çarpıtmalar ve intihar

Bilişsel modele göre, insanların duygu ve davranışları, olayları nasıl yorumladıklarından etkilenmektedir. İnsanların neler hissettiğini belirleyen şey, olayın kendisi değil, o olaya ilişkin olarak kişinin kendi zihninde verdiği anlamlardır (142). Bilişsel model bir yığın genellemeye vurgu yapmaktadır. Bilişsel terapistler genellikle bugünün davranış ve düşünceleri ile bilinçli bilgi işleme üzerinde durmaktadırlar. Depresyon, anksiyete ve öfkeye yönelten temel varsayımlarını, yani hastanın kurallarını ve değerlerini açığa çıkartma çabasıdadırlar. Ayrıca hastanın 'otomatik düşünceleri'ne veya 'bilişsel

çarpıtmaları'na, yani olumsuz duygudurumla bağdaşan bilinçli ve kendiliğinden düşüncelerine odaklanıldığı belirtilmiştir (143). Bilişsel-davranışçı teoriye göre, otomatik düşünceler sorunlu davranışların ve ruh durumlarının sürdürülmesinde merkezi bir role sahiptir. Temel inançlar terapistin, hastanın kendisini, başkalarını ve sorunlu davranış ve belirtilerini yöneten veya sürdüren, dünyayı nasıl gördüğü ile ilgili varsayımlardır (144).

Depresyonla intihar davranışı arasında güçlü bir ilişki olduğu, insanları depresyona ve kendini öldürmeye iten tipik düşünce hatalarının, intihar için önemli birer risk etkeni olduğu bildirilmektedir (21). Depresyonlu hastanın düşünme tarzının, 'bilişsel üçlü' tarafından yönlendiriliyor olduğu düşünülmektedir. Bu üçlü şunlardır: a) Kendine yönelik olumsuz düşünce yapıları, b) Dünya (hastanın deneyimleri) ve c) Gelecek (145). İntihar davranışında bulunan bireylerin kendilerini intihara yatkınlaştıran, esneklikten uzak bilişsel özellikler sergilediği, düşünce yapılarının 'herkes beni sevmeli', 'herkes beni sevmezse mutlu olamam', 'insanların beni sevmesi için onları kırmamam gerek' gibi bir takım işlevsel olmayan varsayımlar içerdiği belirtilmektedir (146,147). Bilişsel katılığın intihar davranışı sergileyen bireylerin ortak bilişsel özelliği olduğu, bilişsel katılık gösteren bireylerin herhangi bir sorunun çözümü için gerekli olan esnekliğe sahip olmadığı, böyle olunca da bireyin karşılaştığı sorunlar karşısında çözümsüz kalarak umutsuzluğa düştüğü vurgulanmaktadır (21). Yaratıcı sorun çözme ve intihar düşünceleri arasındaki ilişkiyi inceleyen Mraz ve Runco, sorun çözmede hem yaratıcılığın hem de esnekliğin önemine işaret etmektedir. Bu yazarlara göre; intihar davranışının açıklamasında önemli bir yere sahip olan sorun çözme becerileri eksikliği görüşünün ana çıkış noktası, sözü edilen bu bilişsel katılıktır. Bireyin yaşamında karşılaştığı zorlukların, bilişsel katılık ve sorun çözme becerisinde yetersizliklerle etkileşim halinde olduğu belirtilmektedir (148).

2.7. İntihar Girişiminde Bulunan Bireylere Tedaviye Yönelik Yaklaşımlar

İntihar hastalarının tedavisinde ilk amacın, bireye intihar girişimine neden olan zorlukları çözebilmesi için yardım edilmesi olduğu belirtilmiştir. İntihar

davranışı kişinin içinden çıkamadığı, çözemediği durumlarda başvurduğu bir arayıştır. Tedavi sırasında bireye içinden çıkamadığı, çözemediği sorunlarını çözebilmesine yardım edilmesi (2,149), ikinci olarak bu tür bir tedaviyle, kişinin ileride karşılaşacağı zorlukları intihar davranışına başvurmadan çözebilmesi amaçlanmaktadır (149).

İntihar sorununda uygun bir tedaviyle hastaya yardımcı olunabilmesi için sağlıklı bir değerlendirme sürecine ihtiyaç olduğu, iyi bir değerlendirme için hastanın yaşamındaki kişisel ve çevresel risk etmenlerinin belirlenmesi gerektiği, belirlenen risk etmenlerinin, sorunun ortaya çıkışında, sürdürülmesinde ve kötüleşmesindeki rollerinin sorgulanması gerektiği belirtilmektedir. Tedavinin başarıya ulaşabilmesi için klinisyen ve hasta arasında işbirliğine dayalı bir ilişkinin kurulması, klinisyenin güven verici olması, yargılayıcı olmaması, profesyonel tutum sergilemesi gerekmektedir (149). İntihar riski taşıyan bir hastaya empatiyle yaklaşılmalıdır. Empatik tutum kişiye anlaşıldığını hissettirmekte, güven vermekte, iletişimi artırmaktadır (2). Ana ilkelerden birinin de bu hastalara umut vermek olduğu, intiharın kişinin umutsuz ve çaresiz durumlarda hayata geçirdiği bir çözüm olduğu, üzerinde çalışılması gerekenin, bireyin yaşamını kolaylaştıracak, sorunlarının üstesinden gelebilmesine yardımcı olabilecek açılım ve stratejilerin üretilmesi olduğu bildirilmektedir (149).

2.7.1. Tedavi İlkeleri

1. Hastaneye yatırma: Hastanın kendisine zarar verme riski yüksekse hasta hastaneye yatırılmaktadır. Hastanın kendisini öldürme isteği devam ediyorsa, psikopatolojisi ciddiyet telkin ediyorsa, hastanın sosyal çevresinden uygun bir destek sağlanamıyorsa tehlikenin söz konusu olduğu belirtilmektedir.

2. Ayaktan izleme: Ağır bir psikopatoloji yoksa geçici bir kriz durumu söz konusuysa ve görüşmede etkileşim ümit vericiyse daha az etkin olsa da ayaktan tedavi denenmektedir. 24 saat sonrası için randevu ile hasta acil servisten gönderilip medikal tedavi ayaktan başlanmaktadır. Medikal uygulamada aşırı doz ilaç alma olasılığı için uyanık olmak gerekmektedir.

3. Medikal tedavi: Bir ölüm, bir kayıp veya bir diğer olaya bağlı olarak kriz döneminden geçen bireylerde özellikle uyku bozukluğu varsa, hafif bir sedasyon yararlı olmaktadır. Bu dönemde benzodiyazepinlerle, 1-2 haftalık bir dönem içinde günde 1 ila 3 mg'lık bir uygulama önerilmektedir. Hafif sedasyonun bireyin işlevselliğini iyileştirdiği, ancak bu sırada hastanın yakından izlenmesi gerektiği bildirilmiştir. Bazen iritabilitenin arttığı, özellikle öfkeli hastalarda buna sık rastlandığı belirtilmektedir. İntihar fikirleri olan hastalarda antidepresan kullanımının tedavinin bir parçası olduğu, antidepresan başlanan hastada, sık, tercihan ertesi gün ve düzenli görüşmelerle izlenmesi gerekliliği vurgulanmıştır (2).

2.7.2. İntiharı Önleme:

İntihar girişimleri ile ilgili yapılan Dünya Sağlık Örgütü bağlantılı çok merkezli bir çalışmada kişi başına 10.000-15.000 dolarlık bir mali yük olduğu belirlenmiştir. Yalnızca insancıl nedenlerle değil ekonomik nedenlerle de intiharı önleme çalışmalarının önem taşıdığı sıklıkla vurgulanmaktadır.

İntihar davranışını önleme çalışmaları, 1980'li yıllardan bu yana Birleşmiş Milletler Örgütü tarafından da gündeme alınan ve desteklenen önemli bir etkinlik alanıdır. 1990'lı yıllarda Dünya Sağlık Örgütü'nün de bu konuyu gündemine aldığı ve günümüzde pek çok ülkede önleme çalışmalarının başarılı sonuçlara ulaştığını söyleyebiliriz.

İntiharı önleme çalışmalarında temel ilkeler şöyle sıralanabilir:

1-İntihar davranışının çeşitli boyutlarına açıklık kazandırmak üzere gerekli çalışmaların yapılması

2-Bu çalışmalardan elde edilen sonuçların topluma aktarılması ve alanda çalışan profesyonellerin yönlendirilmesi

3-Günlük uygulamalarında intihar riski taşıyan bireylerle karşılaşma potansiyeli taşıyan tüm meslek alanlarının sonuçlardan haberdar edilerek bilgilendirilmesi

4-Sağlık sektöründe intihar olguları ile çalışan profesyonellerin eğitimi

5-Krizdeki bireylere ve intihar girişiminde bulunmuş kişilere nitelikli ve girişim sonrası gerekli psikososyal tedavi ve bakımın sağlanması.

Bu ilkeler doğrultusunda yürütülen önleme çalışmalarında; özel olarak intihar eğilimi olan bireylerin belirlenmesi, intihar girişimi ve girişim tehdidi bulunanların uygun tedavi ve bakımı önem taşımaktadır. Özellikle yüksek risk grubu içinde yer alan ruhsal bozukluğu olanlar, madde ve alkol kötüye kullanımı bulunanlar, daha önce intihar girişiminde bulunmuş olanlar için özel önleme çalışmaları planlanmalıdır.

Ülke genelinde önem taşıyan ve intiharı önleme programlarında önemli yeri olan ateşli silah edinme yollarının kontrol altında tutulması önemlidir. Ek olarak, eczanelerden ilaç alımında da bazı yasal sınırlama ve düzenlemelerin yapılması gereklidir. İntihar girişiminde birey hemen her zaman en kolay ulaşabildiği yöntemle intihara kalkışmaktadır.

İntiharı önleme çalışmalarında toplumun intihar davranışına ilişkin tutumlarını etkileyen, aile-arkadaş akraba çevresinden gelecek desteğin önemi ve yararı konusunda toplumun bilgilendirilmesinin gerekliliği vurgulanmaktadır.

Öğretmenler, itfaiye çalışanları, sivil savunma alanında çalışanlar; polisler, din adamları vb. intihar olguları ile karşılaşma potansiyeli yüksek olan meslek gruplarıdır. Bu meslek gruplarının ve sağlık çalışanlarının, bunun yanında intihar eğilimi olan bireylerle ve aileleriyle çalışan meslek gruplarının, intiharı önlemeye ilişkin kapsamlı bir eğitim ve öğretim sürecinden geçmesinin önleme çalışmalarına önemli katkılarda bulunacağı belirtilmektedir. Ayrıca, çocuk ve gençler için kendine güven ve başa çıkma becerilerini artırmaya yönelik okul programlarının hazırlanması önerilmektedir (2).

3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada intihar girişimiyle gelen olgularda kişilik bozukluğu, psikiyatrik morbidite ile intihar dūřüncesi ve niyeti arasındaki ilişkiyi incelemek, bu ilişkiyi bazı sosyodemografik değişkenler ağısından tartışmak amağlanmıştır. Çalışmanın sonunda intihar girişimi ve sonuğları üzerinde etkili olan risk etkenlerini saptamak, bu etkenlerle kişilik arasındaki ilişkiyi araştırarak koruyucu, önleyici ve tedavi edici yaklaşımlar geliştirmeye yönelik bilgilere ulaşmak hedeflenmiştir. Araştırmada bu amaca yönelik klinik değerlendirme ölçekleri, kişilik ölçekleri ve kapsamlı sosyodemografik değişkenleri içeren bilgi formları kullanılmıştır.

3.2.Evren ve Örneklem

Araştırmanın evreni Ocak - Mayıs 2005 tarihleri arasında Turgut Özal Tıp Merkezi Acil Servisi veya diğer servislere intihar girişimiyle başvuran, ayaktan ya da yatırılarak izlenen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 50 olgudan oluşmuştur. Psikotik bulguları olan, deliryum tablosunda olan ve çalışmaya katılmak istemeyen hastalar çalışmaya alınmamıştır.

3.3.Uygulama

Veri toplama aşamasında, psikiyatrik görüşme yapıldıktan sonra, DSM-IV tanı ölçütlerine göre tanı konmuş olgulara, kişilik bozuklukları için DSM-IV'e göre yapılandırılmış klinik görüşme klavuzu (Structured Clinical Interview for DSM-IV, SCID-2), Beck depresyon ölçeği (BDÖ), Beck anksiyete ölçeği (BAÖ), Beck umutsuzluk ölçeği (BUÖ), intihar düşüncesi ölçeği (İDÖ), intihar niyeti ölçeği (İNÖ) ve sosyodemografik veri formu uygulanmıştır.

3.3.1.Araçlar

Sosyodemografik veri formu: Bireylerin demografik özellikleri, intihar şekilleri, karşılaştıkları ruhsal ve toplumsal risk etkenleri, yaşam koşulları, öz ve soygeçmişiyle ilgili soruları içeren, araştırmacı tarafından hazırlanmış bilgi formudur.

Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ): Bireyin geleceğe yönelik olumsuz beklentilerini ölçmektedir. 20 maddeden oluşan, 0-1 arası puanlanan bir ölçektir. Maddelerin 11 tanesinde evet, 9 tanesinde ise hayır seçeneği 1 puan alır. Puan aralığı 0-20'dir. Alınan puan yüksek olduğunda bireydeki umutsuzluğun yüksek olduğu varsayılır. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (150, 151).

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Hastaların depresyonun çeşitli belirtileri üzerine bilgi vermesini sağlayacak şekilde hazırlanmış 21 madde içeren bir ölçektir. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Kesme puanı 17 olarak belirtilmiştir (152,153).

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) : Beck ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilen bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi amacıyla kullanılan kendini değerlendirme ölçeğidir. 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan likert tipi bir ölçektir. Türkiye’de geçerlik ve güvenilirliği Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır (154,155).

İntihar Düşüncesi Ölçeği : Levine ve arkadaşları tarafından 1989 yılında geliştirilen, kontrol edilemeyen öfke, kendine veya başkalarına zarar verme isteği, umutsuzluk, ölüm düşüncesi ve isteği, kendilik saygısında azalma, suçluluk duygusu, yavaş düşünme ve yavaş konuşma gibi depresyon ve umutsuzluk gibi intihar girişimi riskini artıran parametreleri içeren 17 sorudan oluşan bir ölçektir. İntihar düşüncesinin şiddetini belirlemeyi amaçlayan bu soru formu hastaninkendisi tarafından yanıtlanmaktadır. Toplam puan 0-17 arasında değişmekte olup yüksek puan belirgin intihar düşüncesinin varlığı anlamına gelmektedir (156). 1995’te Dilbaz ve arkadaşları tarafından yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında intihar düşüncesi ölçeğinin Hamilton Depresyon ölçeği ($p<0.001$), Ümitsizlik ölçeği ($p<0.001$) ve intihar niyeti ölçeğiyle ($p<0.001$) anlamlı ölçüde ilişkili olduğu bulunmuştur (157).

İntihar Niyeti Ölçeği : Hastanın girişim sırasındaki çevre koşullarını, girişim sonrası eğilimlerini ve girişim sırasındaki beklentilerini değerlendiren puanlanan 15 ve puanlanmayan 5 olmak üzere 20 maddeden oluşmuş bir ölçektir. Her madde 0-2 arasında değişen şekilde puanlanmaktadır. 1973’de Beck tarafından geliştirilen “İntihar Niyeti Ölçeği” nin Türk örnekleme için geçerlilik ve güvenilirliği Dilbaz ve arkadaşları (1995) tarafından sınanmıştır (158, 159).

DSM-4 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-4). DSM-4’ün en önemli özelliklerinden biri, tanısal yargıların güvenilirliğini artırmak üzere tanı ölçütleri sağlıyor olmasıdır (82).

SCID-2 : (Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) , Eksen-2 kişilik bozukluklarının değerlendirilmesi içindir. Bunlardan 10 adedi DSM-4 kişilik bozuklukları bölümünde yer almaktadır (160).

3.4. Verilerin Analizi

Veriler SPSS for Windows 11.00 istatistik paket programı ile değerlendirildi. Bağımsız grupların karęılařtırılmasında ki-kare analizi kullanıldı. Normal dağılıma uyup uymadıklarını kontrol etmek için Kolmogorov Smirnov testi kullanıldı. Sayısal verilerin karęılařtırılmasında verilerin normal dağılıma uymamalarından dolayı Man Whitney-U testi, ölçek puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde spearman korelasyon testi kullanıldı. Değerler ortalama ve standart sapma olarak verildi ve $p < 0.05$ anlamlı olarak değerlendirildi.

4. BULGULAR

Araştırma bulguları şu başlıklar altında incelenmiştir:

1. İntihar girişiminde bulunan bireylerin genel sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular
2. İntihar girişimi ile ilgili bazı klinik değişkenlere ilişkin bulgular
3. İntihar girişiminde bulunan bireylerde kişilik patolojisi ile ilgili bulgular

4.1. Olguların genel sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular:

Çalışmamıza katılan olguların sosyodemografik özellikleri tablo 1'de özetlenmiştir. Olguların %64'ünü kadınlar, %36'sını erkekler oluşturmaktaydı. Kadınların yaş ortalaması 25.9 ± 7.6 , erkeklerinki ise 32.3 ± 13.7 idi. Cinsiyete göre karşılaştırıldığında hastalık süresi, hastalık başlangıç yaşı, hastaneye yatış sayısı, intihar girişim sayısı, eğitim yılı, BDÖ, BAÖ, BUÖ, İNÖ, İDÖ puanları arasında anlamlı fark yoktu.

Çalışmamızda intihar girişimleri evli kadınlarda (%59.4) ve bekâr erkeklerde (%55.6) daha çok görülmüştür. Bekâr, evli, dul veya boşanmış olan olgular karşılaştırıldığında hastaneye yatış sayısı ve ruhsal hastalık başlangıç yaşı açısından fark vardı. Bekârlarda ruhsal hastalık daha erken yaşlarda, dul ve boşanmış olanlarda ise daha geç yaşlarda başlamıştı. Hastaneye yatış sayısı açısından değerlendirildiğinde dullarda yatış sayısı daha yüksekti.

Olguların büyük çoğunluğu çekirdek aile yapısına sahipti. Olguların %42'sini ev hanımları, %18'ini işsiz ve öğrenciler oluşturmaktaydı. Eğitim düzeyi ilkokul ve altı olanlar %54 oranındayken, ortaokul ve üstü olanlar %46 idi. Eğitim yılı ortalaması 7.5 ± 3.7 idi. Eğitim düzeyi ilkokul ve altı olanlarla, ortaokul ve üstü olanlar karşılaştırıldığında; hastalık süresi, hastalık başlangıç yaşı, hastaneye yatış sayısı, intihar girişim sayısı, eğitim yılı, BDÖ, BAÖ, BUÖ, İNÖ, İDÖ arasında anlamlı fark yoktu.

Olguların %58'i düşük gelirliydi. %58'inin evleri kendilerine ait değildi. %34'ünün sağlık güvencesi yeşil kart iken %6'sının sosyal güvencesi yoktu. Olguların %66'sı yörenin yerlisiydi. Olgularda en sık sigara alışkanlığı olup, bu oran erkeklerde daha fazlaydı ($p=0.033$). Erkeklerin %83'ünde sigara alışkanlığı bulunmaktaydı.

Tablo 1: Sosyodemografik özellikler

Sosyodemografik özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	32	64
Erkek	18	36
Meslek		
İşsiz	9	18
Ev hanımı	21	42
Öğrenci	9	18
İşçi	3	6
Memur	4	8
Emekli	1	2
Diğer	3	6
Medeni hal		
Evli	26	52
Bekar,dul,ayrı	24	48
Eğitim		
İlkokul ve altı	27	54
Ortaokul ve üstü	23	46
Aile Yapısı		
Çekirdek	34	68
Yarı geniş-geniş	14	28
Parçalanmış	2	4
Yaşadığı yer		
Yörenin yerlisi	33	66
Başka yerden	17	34
Ailenin aylık geliri		
Düşük	27	54
Orta	19	38
Yüksek	4	8
Ev		
Kendisine ait	21	42
Kendisine ait değil	29	58
Sosyal Güvence Türü		
Emekli	8	16
SSK	19	38
Bağ-Kur	1	2
Yeşil Kart	17	34
Sosyal güvencesi yok	3	6
Askeri Sağlık Cüzdanı	2	4
Sigara alışkanlığı		
Var	32	64
Yok	18	36
Alkol Alışkanlığı		
Var	9	18
Yok	41	82
Madde Alışkanlığı		
Var	2	4
Yok	48	96

4.2. İntihar girişimiyle ilgili bazı klinik bulgular:

Olguların %90'ı şiddet içermeyen yöntemlerle intihar girişiminde bulunmuştu (Tablo.2).

Tablo 2: İntihar Girişimi Türleri

İntihar Girişimi Türleri	N	%
Girişimin Türü		
Fazla ilaç alma	41	82
Tarım ilacı içme	3	6
Ateşli silah	1	2
Yüksekten atlama	1	2
Kesici alet	3	6
Koroziv madde içimi	1	2

Girişimin türüyle (şiddet içerenle içermeyen yöntem karşılaştırıldığında), yaş, eğitim yılı, hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı, intihar girişim sayısı, BDÖ, BAÖ, BUÖ, İDÖ, İNÖ arasında anlamlı fark yoktu (Tablo.3).

Tablo 3: Girişim türüyle çeşitli değişkenler arasındaki ilişkiler

	Şiddet içermeyen N=45		Şiddet içeren N=5		p
	Ort	SS	Ort	SS	
Hastalık süresi	37.9	92.9	2.7	3.4	0.25
Hastaneye yatış sayısı	0.5	2.1	0	0	0.39
İntihar girişim sayısı	2.4	1.6	1		0.25
BAÖ	24.7	14.8	21.8	8.6	0.75
BUÖ	12.8	6.2	9.6	4.7	0.25
İDÖ	10.9	3.9	8.4	2.4	0.06 *
İNÖ	13.5	5.6	15.2	4.4	0.66

* Mann-Whitney U

Şiddet içermeyen yöntemlerle intihar girişiminde bulunan olgularda ruhsal hastalık başlangıç yaşı (22.6 ± 9) daha erkendi ($p=0.007$). Şiddet içeren yöntemle intihar girişiminde bulunan olgularda ruhsal hastalık başlangıç yaşı daha geçti (46.6 ± 7.5)

Şiddet içeren yöntemlerle intihar girişiminde bulunan olgularda ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yokken, şiddet içermeyen yöntemlerde

BDÖ ile BAÖ, BUÖ, İDÖ puanları arasında ($p=0.003$, $p=0.002$, $p=0.000$), İDÖ ile de BAÖ ve BUÖ puanları arasında ($p=0.000$, $p=0.000$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı (Tablo. 4).

Tablo4: Şiddet içermeyen yöntemlerle ölçekler arası ilişki

		İDÖ	İNÖ
BDÖ	r	0.636*	0.106
	p	0.000	0.488
BAÖ	r	0.438*	0.184
	p	0.003	0.225
BUÖ	r	0.537*	0.125
	p	0.000	0.412

* $p<0.01$

Öyküdeki intihar girişimi türüyle yaş, eğitim yılı, hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı, intihar girişim sayısı, BDÖ, BAÖ, BUÖ, İNÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki yoktu. Öyküdeki intihar girişimini türüyle İDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı ($p=0.014$). Şiddet içeren yöntemlere göre şiddet içermeyen yöntemlerle intihar girişiminde bulunanlarda İDÖ puanı daha yüksekti (13.1 ± 2.8) (Tablo 5).

Tablo 5: Öyküdeki intihar girişimiyle ilişkili bulgular

	Şiddet içermeyen N=12		Şiddet içeren N=38		P
	ort	SS	ort	SS	
Yaş	29.2	± 12.6	28	± 10.2	0.5
Eğitim yılı	7	± 2.7	7.6	± 3.8	0.7
Hastalık süresi	55.8	± 150	30.3	± 71.5	0.25
Hastaneye yatış sayısı	1.5	± 4.6	0.2	± 0.7	0.7
İntihar girişim sayısı	2.5	± 2.06	2.14	± 0.9	0.4
BDÖ	38.7	± 9	30.2	± 13.1	0.056
BAÖ	30.2	± 15	23.2	± 14	0.176
BUÖ	14.6	± 4.1	12.1	± 6.5	0.127
İNÖ	14.2	± 4.5	13.6	± 5.7	0.82
İDÖ	13.1	± 2.8	10.2	± 3.8	0.014*

* Mann-Whitney U

Olguların %32'sinin öyküsünde intihar girişimi mevcuttu. Öykülerinde intihar girişimi olan olguların %75'i ilaçla intihar etmekteydi. %12.5 oranla 2. sırada kesici aletle, 3. sırada ise % 6.3 oranla ası ve ateşli silahla intihar girişimleri bulunmaktaydı. Öykülerinde intihar girişimi olan olguların intihar girişiminde buldukları dönemde %75'inin tanısı yoktu ya da bilinmemekteydi. Bu bireylerin % 37.5'i 1 kez, %62.5'i 2 ve daha fazla sayıda intihar girişiminde bulunmuştu.

İntihar girişiminde bulunan bireylerin daha önceki intihar girişimleri sorgulandığında 1 kez intihar edenlerin oranı %37.5 iken, 2 ve daha fazla sayıda intihar girişimi bulunanların sayısı % 62.5 idi. Daha önceki ortalama intihar girişimi sayısı 2.37 ± 1.62 idi.

Olguların %54'ünün intihar girişiminden üç ay öncesinde psikososyal stresörleri mevcut olup, bunların büyük çoğunluğunu ailevi sorunlar oluşturmaktaydı. İntihar sonrası sıkıntıları devam eden olgularda en fazla sıkıntı nedeni yine ailevi sorunlar olup olgular intihar nedeni olarak da ailevi sorunları belirtmekteydi. Olguların %68'i intihar girişiminden hemen önce psikososyal stresörleri olduğunu ve olguların %58'i bir anlık kararla intihar girişiminde bulduklarını bildirmişlerdir (Tablo 6).

Tablo 6: İntihar girişimi öncesi psikosoyal stresör frekansları

	Sayı	%
İntihar girişiminden 3 ay önce psikosoyal stresör var mı		
Var	27	54
Yok	23	46
Psikosoyal stresör varsa türü		
Ailevi sorunlar	15	55.5
Şiddete maruz kalma	4	14.8
Ekonomik sorunlar	4	14.8
Sağlık sorunları	4	14.8
Hala sıkıntı veren yaşantı		
Var	23	46
Yok	27	54
Hala sıkıntı veren yaşantının türü		
Ailevi sorunlar	13	56.6
Şiddete maruz kalma	1	4.4
Ekonomik sorunlar	5	21.7
Sağlık sorunları	4	17.3
En sık intihar nedenleri		
Ailevi sorunlar	25	50
Sağlık sorunları	5	10
Ekonomik sorunlar	3	6
Duygusal ilişkiler	4	8
İş-derste başarısızlık	5	10
Diğer	8	16
2. intihar nedenleri		
Ruhsal hastalık	1	20
Ailevi sorunlar	1	20
Duygusal ilişkiler	2	40
Yalnızlık	1	20
İntihar girişiminden hemen önce psikosoyal stresör var mıydı?		
Evet	34	68
Hayır	16	32
İntiharın amacı		
Ölmek	11	22
Dürtüsel	29	58
Ders vermek	10	20

İntihar girişiminden hemen önce psikosoyal stresör olması kadınlarda erkeklere göre daha fazla olup (fisher kesin testi p:0.041), kadınların %78'inde intihar girişiminden hemen önce psikosoyal stresör mevcuttu.

Olguların %10'unda girişim öncesi alkol kullanımı, %2'sinde madde kullanımı mevcuttu. Olguların hiçbirinde intihar girişimi öncesi herhangi bir ilaç kullanımı bulunmamaktaydı. Girişim öncesi alkollü olma erkeklerde daha fazlaydı(fisher kıkare kesin testi p=0.004). Erkeklerin %27.8'i girişim öncesi alkol almıştı.

Olguların %24'ü intihar girişimi öncesi ruh sağlığı uzmanına göründüklerini, %30'u girişim öncesi ruhsal hastalıkları olduğunu, girişim öncesi ruhsal hastalıkları olanların %53'ü depresyon tanısı aldıklarını, %60'ı ruhsal hastalık için tedavi gördüklerini, en fazla alınan tedavinin ise antidepresan tedavi olduğunu belirtmişlerdi.

İntihar girişimi sonrası konulan tanılardan % 36'sını uyum bozukluğu oluşturmaktaydı. Ek tanılar içerisinde %25'lik oranla yine duygudurum bozukluğu en yüksek oranı oluşturmaktaydı (Tablo 7).

Tablo 7: Ruhsal hastalık yaygınlıkları

	Sayı	%
İntihar girişimi sonrası konulan tanı		
Depresyon	16	32
Uyum bozukluğu	18	36
Anksiyete bozukluğu	2	4
Somatizasyon bozukluğu	1	2
Yeme bozukluğu	1	2
Alkol bağımlılığı	1	2
Davranım bozukluğu	1	2
Tanı yok	10	20
İntihar girişimi sonrası ek tanı		
Depresyon	2	25
Uyum bozukluğu	1	12.5
Alkol bağımlılığı	1	12.5
TSSB	1	12.5
Psikosomatik hastalık	1	12.5
Konversiyon bozukluğu	1	12.5
OKB	1	12.5
Ek tanı yok	42	84

Tanı grubu olarak duygudurum bozukluğu ile diğer tanılar karşılaştırıldığında yaş, eğitim yılı, hastaneye yatış sayısı, intihar girişim sayısı, BDÖ, BAÖ, BUÖ, İNÖ arasında anlamlı fark yoktu. Tanı grubu ile hastalık

süresi arasında anlamlı fark vardı. Duygudurum bozukluğu olanlarda (67±107ay) olmayanlara (20±78) göre hastalık süresi daha uzundu (p=0.008).

4.3. İntihar girişiminde bulunan bireylerde kişilik patolojisi ile ilgili bulgular:

Olguların %90'ı SCID'e göre en az bir kişilik bozukluğu tanısı alırken, %10'una hiçbir kişilik bozukluğu tanısı konmamıştır. %16'sı tek bir kişilik bozukluğu tanısı alırken, %74'ü iki ve daha fazla kişilik bozukluğu tanısını SCID'e göre karşılamıştır. Kişilik bozukluğu oranları tablo 8'de sunulmuştur.

Tablo 8: Cinsiyetlere göre kişilik bozukluğu dağılımı

	Sayı(N=50)	%
Çekingen kişilik bozukluğu		
Kadın	8	57.1
Erkek	6	42.9
Bağımlı kişilik bozukluğu		
Kadın	0	0
Erkek	3	100
Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu		
Kadın	17	60.7
Erkek	11	39.3
Pasif agresif kişilik bozukluğu		
Kadın	11	52.4
Erkek	10	47.6
Depresif kişilik bozukluğu		
Kadın	8	61.5
Erkek	5	38.5
Paranoid kişilik bozukluğu		
Kadın	14	66.7
Erkek	7	33.3
Şizotipal kişilik bozukluğu		
Kadın	4	66.7
Erkek	2	33.3
Şizoid kişilik bozukluğu		
Kadın	6	66.7
Erkek	3	33.3
Histrionik kişilik bozukluğu		
Kadın	2	100
Erkek	0	0
Narsisistik kişilik bozukluğu		
Kadın	14	77.8
Erkek	4	22.2
Borderline kişilik bozukluğu		
Kadın	20	60.6
Erkek	13	39.4
Antisosyal kişilik bozukluğu		
Kadın	1	12.5
Erkek	7	87.5

Cinsiyetler arasında obsesif kompulsif, pasif agresif, depresif, paranoid, şizotipal, şizoid, histrionik, narsisistik, borderline kişilik bozukluğu yaygınlığı açısından anlamlı farklılık yoktu. Ancak bağımlı kişilik bozukluğu ($p=0.042$) ve antisosyal kişilik bozukluğu ($p=0.002$) ile cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı. Antisosyal kişilik bozukluğu ve bağımlı kişilik bozukluğu erkeklerde daha fazla görülmekteydi.

Tablo 9: Bağımlı ve Antisosyal kişilik bozukluğunun cinsiyete göre Dağılımı

	Toplam N=50		Kadın N=32		Erkek N=18		p
	N	%	N	%	N	%	
Bağımlı kişilik bozukluğu	3	6	0	0	3	16.7	.042
Antisosyal kişilik bozukluğu	8	16	1	3.1	7	38.9	.002

Yaşadıkları yer açısından yörenin yerlisi veya başka yerden olma ile kişilik bozuklukları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

İntihar girişiminden üç ay önce stresörü olan olgularda pasif agresif kişilik bozukluğu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla görülmekteydi ($p=0.035$) (Tablo 10).

Tablo 10: Pasif agresif kişilik bozukluğu, stresör varlığı ilişkisi

	İntihar girişiminden üç ay önce stresör				p
	Var		Yok		
	N	%	N	%	
Pasif agresif kişilik bozukluğu	15	55.6	6	26.1	0.035

İntihar girişimi sonrası hâlâ sıkıntı veren yaşantının olması paranoid kişilik bozukluğunda daha yüksek düzeydeydi ($p=0.035$) (Tablo 11).

Tablo11: Paranoid kişilik bozukluğu, devam edegelen sıkıntı ilişkisi

	İntihar girişimi sonrası hâlâ sıkıntı veren yaşantı				p
	Var		Yok		
	N	%	N	%	
Paranoid kişilik bozukluğu	15	55.6	6	26.1	0.035

Öyküde intihar girişimi olan olgularda pasif agresif kişilik bozukluğu ($p=0.044$), depresif kişilik bozukluğu ($p=0.014$), paranoid kişilik bozukluğu ($p=0.001$), narsisistik kişilik bozukluğu ($p=0.007$) ve borderline kişilik bozukluğu ($p=0.028$) istatistiksel olarak anlamlı derecede fazlaydı (Tablo 12).

Tablo 12: Kişilik bozukluğu öyküde intihar girişimi varlığı ilişkisi

	Öyküde intihar girişimi				p
	Var		Yok		
	N	%	N	%	
Pasif agresif kişilik bozukluğu	10	62.5	11	32.4	0.04
Depresif kişilik bozukluğu	8	50	5	14.7	0.014
Paranoid kişilik bozukluğu	12	75	9	26.5	0.001
Narsisistik kişilik bozukluğu	10	62.5	8	23.5	0.007
Borderline kişilik bozukluğu	14	87.5	19	55.9	0.028

Öyküdeki intihar girişiminde şiddet içermeyen yöntemler kullanan olgularda, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte anlamlıya yakın düzeyde histrionik kişilik bozukluğu görülürken ($p=0.054$), paranoid kişilik bozukluğu istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek düzeydeydi ($p=0.008$) (Tablo 13). Diğer kişilik bozuklarında ise istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

Tablo 13: Kişilik bozukluğu, öyküde intihar girişimi türü ilişkisi

	Öyküdeki intihar girişiminde girişim türü				p
	Şiddet içermeyen		Şiddet içeren		
	N	%	N	%	
Histrionik kişilik bozukluğu	2	16.7	0	0	0.54
Paranoid kişilik bozukluğu	9	75	12	31.6	0.008

İntihar girişimi öncesinde ruh sağlığı uzmanına başvuranlar arasında istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte anlamlıya yakın derecede histrionik kişilik bozukluğu yüksek düzeyde görülürken ($p=0.054$), diğer kişilik bozuklarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. İntihar girişimi öncesinde ruhsal hastalık için tedavi alanlarda narsisistik kişilik bozukluğu istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla görülmekteydi ($p=0.011$) (Tablo 14).

Tablo 14: Kişilik bozukluğu, girişim öncesi ruhsal hastalık için tedavi alma ilişkisi

	Girişim öncesi ruhsal hastalık için tedavi alma				
	Evet		Hayır		p
	N	%	N	%	
Narsisistik kişilik bozukluğu	1	11.1	5	83.3	0.011

Sigara alışkanlığı olanlarda ($p=0.039$) ve intihar girişimi öncesinde alkol kullanımı olanlarda ($p=0.024$) istatistiksel olarak anlamlı derecede antisosyal kişilik bozukluğu bulunmaktaydı. Duygudurum bozukluğu dışındaki hastalıklar da antisosyal kişilik bozukluğu olan olgularda daha fazlaydı ($p=0.043$). (Tablo 15).

Tablo 15: Antisosyal kişilik bozukluğu, madde kullanımı, psikiyatrik hastalık ilişkisi

	Antisosyal kişilik bozukluğu				
	var		Yok		p
	N	%	N	%	
Sigara alışkanlığı	8	25	0	0	0.039
Girişim öncesi alkol kullanımı	3	60	5	11.1	0.024
Duygudurum bozukluğu	0	0	8	23.5	0.043

Antisosyal, histrionik, şizoid, şizotipal, paranoid, depresif, pasif-agresif, obsesif-kompulsif, bağımlı kişilik bozuklukları olan hasta grupları arasında hastaneye yatış sayısı, intihar girişim sayısı açısından anlamlı fark yoktu. Ancak yaş ve hastalığın başlama yaşı bazı kişilik örüntülerinde farklılık gösteriyordu. Borderline kişilik bozukluğu olan olguların yaş ortalaması 25.3 ± 9.7 idi. Bu değer borderline kişilik bozukluğu olmayan olgulara (33.9 ± 9.9) göre daha düşük bir yaş ortalaması olup istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0.002$). Narsisistik kişilik bozukluğu olan olguların yaş ortalaması bu kişilik bozukluğu olmayanlara (31.3 ± 11.8) göre daha genç olup bu değer 22.7 ± 4.15 idi ($p=0.026$). Borderline ($p=0.003$) ve çekingen ($p=0.008$) kişilik bozukluğu olan olgularda olmayanlara göre ruhsal hastalık başlangıç yaşı daha erkendi. Borderline kişilik bozukluğu olan olgularda ruhsal hastalık başlangıç yaşı 21.09 ± 9.4 , çekingen kişilik bozukluğu olan olgularda ise 17.6 ± 4 idi.

Ölçekler arasındaki ilişkiye bakıldığında, İDÖ ile BDÖ (0.000), BAÖ (p=0.000), BUÖ (p=0.00) istatistiksel olarak anlamlı derecede ilişkilidir. İDÖ puanı arttıkça BDÖ, BAÖ ve BUÖ puanı da artmaktaydı (Tablo.16).

Tablo 16: Ölçekler arası ilişki

		İDÖ	İNÖ
BDÖ	r	0.6*	0.15
	p	0.000	0.28
BAÖ	r	0.59*	0.18
	p	0.000	0.2
BUÖ	r	0.55*	0.1
	p	0.000	0.4

*p<0.01

Kişilik bozukluğu ile ölçekler arasındaki ilişkiye bakıldığında, narsisistik kişilik bozukluğu olan olgularda BDÖ (p=0.003) ve İDÖ (p=0.006) puanları daha yüksekken, şizoid kişilik bozukluğu olanlarda BDÖ (p=0.041) ve BUÖ (p=0.039) puanları daha yüksekti. Şizotipal kişilik bozukluğu olan olgularda ise BAÖ puanları daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0.039). Paranoid kişilik bozukluğu olan olgularda olmayanlara göre BDÖ (p=0.018), BAÖ (p=0.009), İDÖ (p=0.002) puanları daha yüksekti. Depresif kişilik bozukluğu olanlarda ise olmayanlara göre İDÖ (p=0.015) puanları daha yüksekti. Pasif agresif kişilik bozukluğu olanlarda olmayanlara göre BDÖ puanları daha yüksek olmakla birlikte bu değer istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0.053) (Tablo 17). Diğer kişilik bozuklukları olan ve olmayan olgular karşılaştırıldığında BDÖ, BAÖ, BUÖ, İDÖ, İNÖ puanları arasında ise anlamlı bir fark yoktu.

Tablo 17: Kişilik bozuklukları ile ölçek puanları arasındaki ilişkiler

	N		Ort ± SS		P (* p<0,05)
	Var	Yok	Var	Yok	
Narsisistik kişilik bozukluğu	18	32			
BDÖ			38.7 ± 10.1	28 ± 12	0.003*
BAÖ			28.4 ± 13	22 ± 15	0.124
BUÖ			14.7 ± 7.4	11 ± 5	0.131
İDÖ			12.6 ± 3.4	9 ± 3	0.006*
İNÖ			13.3 ± 4.5	14 ± 6	0.761
Şizoid kişilik bozukluğu	9	41			
BDÖ			39.4 ± 8.9	30.1 ± 13	0.041*
BAÖ			30.5 ± 15.1	23.1 ± 14	0.189
BUÖ			16.7 ± 7	11.6 ± 5.6	0.039*
İDÖ			12.1 ± 3.1	10.4 ± 3.9	0.292
İNÖ			15.8 ± 4.5	13.2 ± 5.6	0.184
Şizotipal kişilik bozukluğu	6	46			
BDÖ			35 ± 9.1	31.3 ± 13	0.521
BAÖ			35 ± 10.4	23 ± 14.2	0.039*
BUÖ			12.8 ± 6.6	12.5 ± 6.1	0.720
İDÖ			13 ± 4.1	10.4 ± 3.7	0.082
İNÖ			13.6 ± 2	13.7 ± 5.8	0.928
Paranoid kişilik bozukluğu	21	29			
BDÖ			36.7 ± 10.2	28 ± 13.5	0.018*
BAÖ			30.4 ± 12.6	20.1±14.1	0.009
BUÖ			13.2 ± 4.6	12 ± 7.1	0.283
İDÖ			12.6 ± 3.2	9.3 ± 3.7	0.002*
İNÖ			13.5 ± 4	13.8 ± 6.4	0.922
Depresif kişilik bozukluğu	13	37			
BDÖ			35.3 ± 10.3	30.5±13.5	0.273
BAÖ			30.7 ± 14.3	22.2±13.8	0.080
BUÖ			13 ± 5.8	12.4 ± 6.3	0.549
İDÖ			12.7 ± 2.9	10 ± 3.9	0.015*
İNÖ			13.6 ± 4.4	13.7 ± 5.8	0.824
Pasif agresif kişilik bozukluğu	21	29			
BDÖ			35.9 ± 10.3	28.7±13.7	0.053
BAÖ			26 ± 13.7	23.3±14.9	0.510
BUÖ			13.5 ± 4.8	11.8 ± 6.9	0.153
İDÖ			11.9 ± 3.4	9.8 ± 3.9	0.075
İNÖ			13.7 ± 5.5	13.7 ± 5.5	0.768

5.TARTIŞMA

İntihar olgusu çok boyutlu bir konu olup sosyolojik, psikolojik, biyolojik yönleri bulunmaktadır (161). İntihar girişiminde bulunan bireylerde ruhsal bozukluklar, kişilik sorunları veya bozuklukları, psikososyal streslerin yoğunlaşması gibi etkenlerin varlığı büyük öneme sahiptir. İntiharı önleme ve tedavi etmede bu tür risk etkenlerini saptamak, bu etkenlerle kişilik arasındaki ilişkiyi araştırmak gerekmektedir. Bu çalışmada intihar girişiminde bulunan bireylerde kişilik bozukluğu, psikiyatrik morbidite ile intihar düşüncesi ve niyeti arasındaki ilişki incelenmiş, bu ilişki bazı sosyodemografik değişkenler açısından tartışılmıştır.

Çalışmanın sonuçları farklı başlıklar altında tartışılacaktır.

5.1. İntihar ve sosyodemografik özellikler:

Çalışmamızda olguların % 64'ü kadın, %36'sı erkekti. Kadın/erkek oranı ise 1.7 idi. Bu oran çeşitli çalışmalarda 3/1 ile 9/1 arasında değişmektedir (65,162). ABD'de bu oran 4/1 (16,50), Avrupa'da 1.5/1 (48), Türkiye'de ise 2/1 olduğu bildirilmektedir (18,49,163,164,165). Şenol ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada intihar girişimlerinde kadın/erkek oranı 1.7/1 bulunmuştur (25). Bu bulgu çalışmamızla uyumludur. Bu farklılıktan yola çıkarak kadınlardaki intihar girişimlerinin intihar dışı bir motivasyonla bağlantılı olduğu, sıkıntıyı ifade ve başkalarına tepkiyi modifiye etme yolu olduğu düşünülebilir (166). Yine intihar girişimlerinin kadınlarda daha fazla görülmesi, en sık intihar nedeni olarak bilinen depresyonun kadınlarda bir kat daha fazla görülmesine ve kadınların isteklerini elde etme, kendilerini ifade edebilme ve kabullenilme açılarından daha yetersiz durumda bulunmalarına bağlanabilir (65). Ayrıca kadınlardaki hormonal değişim dönemleri de (menopoz dönemi gibi) intihar girişimlerinin artmasında rol oynayabilir (25).

Çalışmada yer alan olguların yaş ve cinsiyet dağılımına bakıldığında literatürle uygun biçimde kadınların daha genç olduğu görülmektedir. Olguların yaş ortalaması 28 ± 10.5 olup, kadınların yaş ortalaması 25.9 ± 7.6 , erkeklerin yaş ortalaması 32.3 ± 13.7 'dir. Avrupa'da erkeklerde 15-44 yaşlar, kadınlarda ise 25-44 ve 65-75 yaşlar intihar girişimlerinin en sık gözlemlendiği yaş aralıklarıdır (111,48). Türkiye'de intihar girişimlerinin en sık görüldüğü yaş aralığı 15-24 ve 25-34 yaşları olarak bildirilmektedir (18,49,163,164,167,168).

Çalışmamızda intihar girişimleri evli kadınlarda (%59.4) ve bekâr erkeklerde (%55.6) daha çok görülmüştür. Şenol ve arkadaşları Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Anabilim dalına intihar girişimi nedeniyle getirilen olgularla yaptıkları çalışmada da benzeri bulgular elde etmişlerdir (25). Doğan ve arkadaşları ülkemizde evlilik sorunlarının süregenleşme eğilimi ve evliliğin batılı ülkelere oranla daha sınırlayıcı olması nedeniyle evlilerde de (daha çok evli kadınlarda) yüksek oranlar saptandığını, intihar girişim nedenleri

araştırıldığında kadınlarda «aile ve evlilik sorunları»nın bazı araştırmalarda ilk sırayı almasının da bunu destekleyen bir bulgu olduğunu belirtmişlerdir (169).

Çalışmamızda bekâr, evli, dul veya boşanmış olan olgular karşılaştırıldığında bekârlarda ruhsal hastalık başlangıç yaşı daha erkenken, dul ve boşanmış olanlarda daha geç başlamıştı. Hastaneye yatış sayısı açısından değerlendirildiğinde dullarda yatış oranı daha yüksekti. Çalışmamızda dul ve boşanmış olanlarda ruhsal hastalık başlangıç yaşının daha geç olması, boşanmaya bağlı stresin ve dul olmanın getirdiği stresin zaman içinde artmasıyla ilişkili olabilir. Demirel Özsoy ve arkadaşları, birey için önemli olan kişilerle ilişki sorunlarının, intihara neden olan durumların başında geldiğini, eşle yaşanan kavgaların en sık rastlanandan olduğunu belirtmişlerdir (23). Yapılan bir çalışmada ailede birinin ölümünün akut sorunlar arasında yer aldığı, yas sürecinde intihar riskinin yüksek olduğu, en çok etkileyen durumun da eş kaybı olduğu, diğer önemli kayıplar arasında olan reddedilme, iş kaybı, tutuklanma, ağır hastalık tanısı, yasal ve parasal sorunların da riski artırdığı vurgulanmıştır (170).

ABD'de evlilerde intihar oranı 11/100 000, hiç evlenmemiş kişilerde oran bunun neredeyse iki katı, dullarda 24/100 000, boşanmış kişilerde 40/100 000 olarak bildirilmektedir. Erkek olmak burada da oranları oldukça büyütmektedir; boşanmış erkeklerde oran 69/100 000, boşanmış kadınlarda ise çok daha düşük, 18/100 000'dir (50). Avrupa'da intihar girişiminde bulunan kişilerin çoğunluğu bekâr ya da duldur ya da yalnız yaşamaktadır. Kadınların %6'sı, erkeklerin ise %9'u stabil ev koşullarından, stabil olmayan ev koşullarına bir geçiş yaşadıkdan sonra intihar girişiminde bulunmuşlardır (48). İntihar girişiminde bulunan kişilerde bekâr ya da evli ve bir partner ile birlikte yaşıyor olanların sıklığının benzer olduğunu bildiren çalışmalar da vardır (171). Bizim çalışmamızda da bekâr, dul ya da boşanmış olanlar ile evli olanların sıklığı benzerdi.

Çalışmamızda olguların %52'si evliydi ve %68'inde çekirdek aile yapısı vardı. %66'sı yörenin yerlisiydi. Şenol ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada intihar girişimiyle acil servise başvuran olguların %54.4'ünün bekar olduğunu, %82'sinin çekirdek aile yapısına sahip olduğunu bulmuşlardır (25). Çekirdek aile üyelerinde intihar girişimlerinin sık görülmesinin bir nedeni de bu aile yapısında görülen destek sistemlerinin geleneksel ailelerde görülen destek sistemlerine göre yetersiz kalması ile ilişkili olabilir. Zira geleneksel aile yapısında aile içi destek sistemleri çok güçlüdür; zorluklarla baş etmede yetersizlik ve sonucunda intihar girişimi sık olmayacaktır (25).

Çalışmamızda meslek grubu olarak en fazla intihar oranı ev hanımlarında (%42), işsiz (%18) ve öğrencilerde (%18) görülmektedir. Genel olarak bir işte çalışıyor olmanın intihara karşı koruyucu bir etken olduğu ve işsizlerde intihar oranının, bir işi olan gruba göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Ekonomik kriz zamanlarında ve işsizliğin arttığı dönemlerde intiharın artmakta olduğu, ekonominin iyi olduğu dönemlerde ve savaş zamanlarında ise azalmakta olduğu belirtilmektedir (50). Avrupa'da intihar girişiminde bulunan kişiler arasında kadınların %12'si, erkeklerin ise %20'si işsizdir (48). Türkiye'de intihar girişimlerinin ekonomik olarak inaktif olan ev hanımı, öğrenci gibi kişilerde daha sık görüldüğü bildirilmektedir (18,49,163). Bu veriler çalışmamızdaki verilerle uyumludur. İşsizlik kişinin ekonomik sorunlar yaşamasına, ekonomik düzeyin düşmesi de yaşam kalitesinin düşmesine, kişinin temel ihtiyaçlarını karşılamada sorunlar yaşamasına neden olarak bireyleri çaresiz bırakmaktadır.

Olgularımızın eğitim düzeyi ilkokul ve altı olanlar %54 oranındayken, ortaokul ve üstü olanlar %46 idi. Avrupa'da intihar girişimlerinin çoğunluğu eğitim düzeyi düşük olan kişiler tarafından gerçekleştirilmektedir (48). Bizim çalışmamızda da eğitim düzeyi düşük grup çoğunlukta idi. Eğitim düzeyinin düşük olması kişinin sorun çözme becerilerinin yetersiz olmasına yol açarak bireylerin intihar eğilimlerini artırmış olabilir. Avrupa'da intihar girişiminde bulunan kadınların ve erkeklerin yarısından fazlası yalnız temel eğitim görmüş,

erkeklerin % 38'i, kadınların ise % 50'si hiçbir mesleki eğitim almamış kişilerden oluşmaktadır (48).

Kişinin sosyal statüsünün yükselmesi de, düşmesi de intihar davranışı riskini artırmaktadır (48,172). Ancak genel olarak düşük sosyal sınıftan olmanın intihar girişimi riskini artırdığı bildirilmektedir (48,172,173). Avrupa'da intihar girişiminde bulunan kişilerin yarıdan fazlası alt sosyal sınıftan gelmekte iken, kadınların %5'i, erkeklerin ise %10'u üst sosyal sınıftan gelmektedir. İntihar girişiminde bulunan kişilerde sosyal bakımdan destabilizasyon ve fakirlik genel topluma oranla daha sıktır (48). Bizim çalışmamızda da benzer olarak olguların %54'ü düşük gelirli, %38'i orta derecede sosyoekonomik düzeye sahip olup, olguların %58'inin evleri kendisine ait değildi. %38'inin sağlık güvencesi SSK, %34'ününkü ise yeşil karttı. Ekici ve arkadaşları yaptıkları çalışmada intihar grubundaki hastaların büyük çoğunluğunun herhangi bir sağlık güvencesi olmadığını saptamıştır. Sağlık güvencesinin yokluğunun hem tedavi hizmetlerinden daha az yararlanmak anlamında, hem de sosyoekonomik yetersizliğin dolaylı bir göstergesi olabilmesi nedeniyle intihara etki eden bir faktör olabileceği düşünülmüştür (174).

5.2. İntihar ve bazı klinik değişkenler:

ABD'de tamamlanmış intiharlarda erkeklerin en sık kullandıkları yöntemler ateşli silahlar, ası ve yüksek yerlerden atlamadır (50). Erkeklerin intiharda kullandıkları yöntemlerin kadınlara göre daha saldırgan olduğu bildirilmektedir (20,175,176). Kadınlar daha çok psikotropik ilaçlar ya da başka zehirlerle intihar etmektedirler. Ancak kadınlarda ateşli silahlar ile intihar edenlerin sayısının giderek arttığı bildirilmektedir. Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) verilerine göre, Türkiye'de her iki cinsiyet için tamamlanmış intiharlarda en sık kullanılan yöntemin ası olduğu belirtilmiştir (20). İntihar girişimlerinde en sık kullanılan yöntem ise hem erkeklerde, hem de kadınlarda ilaç ve zehir içmedir (48,171). Türkiye'de yapılan çalışmaların sonuçlarına göre intihar girişimlerinde en sık kullanılan yöntem yüksek doz ilaç alımıdır

(18,49,163,164,167,168,177,178). Çalışmamızda her iki cinste intihar girişimlerinde en sık kullanılan yöntemler arasında aşırı dozda ilaç alımı ilk sıradadır. Kadınların %84.4'ü, erkeklerin ise %77.8'i aşırı dozda ilaç alımı ile intihar girişiminde bulunmuşlardır. Ülkemizde yapılan çeşitli araştırmalarda bizim bulgularımıza benzer şekilde ilaç kötüye kullanımı ve aşırı doz ilaç alımları her iki cinste en önemli intihar araçları olduğu saptanmıştır (15,25,179,180).

Kendini yaralama intihar girişimleri arasında önemli bir yere sahiptir. Kreitman, intihar düşüncesi içinde girilen, sonunda ölüm olmayan davranışlara parasuisid adını vermiştir (15). Yurt dışındaki bir çalışmada kimyasal madde ile intihar girişiminde bulunma sıklığı %70-90 olarak bildirilmiştir (181). Gerek ülkemizde, gerekse diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda ergenlerde en sık kullanılan intihar girişim yönteminin ilaç ya da toksik madde kullanımı olduğu bildirilmiş ve ergen girişimcilerin çoğunluğunun intihar girişim yöntemi olarak aşırı dozda ilaç kullanımı seçtikleri görülmüştür (25,168,182).

İntihar girişim yöntemi, ölüm isteği açısından önemlidir. Gerçekten ölüm isteğine sahip olan kişi, daha çok kendini asma, yüksekten atlama, bileklerini kesme gibi daha ölümcül yöntemlere başvurmaktadır. Yüksek dozda ilaç kullanımı da başlı başına ölüm isteğinin ciddiyetini göstermektedir. Ancak, bu yolla intihar girişimleri çoğu kere radikal değildir, ölümle sonuçlanmaz. Dolayısıyla bu biçimdeki intihar girişimleri ölümle sonuçlanmadan kişilerin dikkat çekme, kendini ifade etme hedeflerine ulaşmasına yardım etmektedir. Diğer yandan kolay bulunabilirlik, yöntemin toplumsal kabul görmesi ve kullanılan aracın alışılmış kullanımına bağlı, ilgili yöntemle aşinalık, intihar girişiminde kullanılacak yöntemin seçiminde belirleyici unsurlar olmaktadır (25). Şenol ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada girişimcilerin çoğunun daha önce kendilerine ve yakınlarına reçete edilen ilaçları aşırı dozda almaları, ayrıca bu ilaçları tarım ilacı ya da temizlik maddeleri ile kombine ederek kullanmalarının temelinde yöntemin kolay ulaşılabilir (25,49) olmasının yanında, ölümcül doz elde etme çabasının yattığı bildirilmiştir (25). Çayköylü ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, olgularda en sık görülen intihar yönteminin fazla miktarda ilaç alımı olduğunu

belirtmişler. Bu durumu ilaç elde etmenin kolaylığına, fazla miktarda ilaç alımının asiya göre daha emniyetli bir yöntem oluşuna ve kültürel özelliklere bağlamışlardır (49).

Kadının kendini öldürmeyi erkeklerden daha fazla düşünüp bunun için girişimde bulunması, ama daha fazla erkeğin kendini gerçekten öldürmesinin nedenleri değişik olabilir (21). Kültürden kültüre geçişle birlikte, kadınlar genellikle ilaç ve kimyasal maddeleri, erkekler ise ateşli silahları ve asiyı tercih etmektedirler (183,23). Erkekler daha etkin kadınlarsa daha edildir. Kadın ve erkek intihar davranışları da bu toplumsal stereotiplere uymaktadır (21). Çalışmamızda olguların %90'ı şiddet içermeyen yöntemlerle intihar girişiminde bulunmuştu. Bu durum kadınların sayısının daha fazla olmasından ve kadınların şiddet içermeyen yöntemleri daha çok tercih etmesinden kaynaklanabilir. Bunun yanında ülkemizde yapılan çalışmalarda intihar girişimlerinde en sık kullanılan yöntemin yüksek doz ilaç alımı olduğu belirtilmiştir (18,49,163,164,167,168). Bu sonuçlar elde ettiğimiz verilerle uyumludur.

Şiddet içermeyen yöntemle intihar girişiminde bulunan olgularda ruhsal hastalık başlangıç yaşı daha erken saptanmıştı ($p=0.007$). Olgularımızın %78.8'inde kişilik bozukluğu mevcuttu. Olgularımızın büyük çoğunluğunda kişilik bozukluğu olması, kişilik bozukluğunun erken yaşta başlaması ve ruhsal hastalıklara eğilimi artırması ruhsal hastalık başlangıç yaşının erken olmasında etkili olabilir. Ancak olgu sayısının yetersiz olması ve şiddet içeren yöntemle intihar girişiminde bulunan olguların sayısının az olması çalışmamızın kısıtlılığıdır.

Çalışmamızdaki olguların %32'sinde öyküde intihar girişimi mevcuttu. En fazla girişim türü ise yüksek doz ilaç alımıydı. Öykülerinde intihar girişimi olan bireylerin % 37.5'i 1 kez, %62.5'i 2 ve daha fazla sayıda intihar girişiminde bulunmuştu. Bu veriler yapılan çalışmalarla uyumluydu. Psikiyatrik hastalıkların dışında, daha önceki intihar girişimleri de, bir kişide intihar riskinin yüksek

olduğunun önemli bir göstergesidir (76,106,107,184,185,186,187). Çalışmalar intihar eden depresyonlu hastaların %40'ının daha önce en az bir intihar girişiminde bulunmuş olduğunu göstermektedir. Tüm intiharların %19-24'ünde daha önce yapılmış intihar girişimleri bulunmakta, intihar girişimlerinin %10'u 10 yıl içinde tamamlanmış intihar ile son bulmaktadır (50). İntihar girişiminde bulunan kişilerin %30-60'ı girişimlerini yinelemekte ve %12-25'i ise bunu ilk intihar girişiminden sonraki ilk 12 ay içinde gerçekleştirmektedirler (48,111,113,114).

Çalışmamıza katılan olguların % 54'ü intihar girişiminden 3 ay öncesinde psikososyal stresörleri olduğunu ve bunun en sık ailevi sorunlarla (%55.5) ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmamızda intihar nedeni olarak ailevi sorunlar (%50) en sık intihar girişim nedeni olup, girişim sonrası hâlâ sıkıntı veren nedenler arasında da ilk sırada (%56.6) yer almıştır. Olgularımızın %46'sı girişim sonrası sıkıntılarının devam ettiğini bildirmişlerdir. Başka bir çalışmada aile içi geçimsizlik, hastalık ve geçim zorluğu ilk üç sırada yer alan girişim nedenlerini oluşturmuştur (25). Ülkemizde ise intihar nedenleri içinde ilk üç sırada hastalık (%31.6), aile içi geçimsizlik (%30) ve geçim zorluğu (%13.3) bulunmaktadır (187,188). 1950'li yıllardan beri süregelen pazar ekonomisine geçiş çabaları, artarak devam eden göçler beraberinde hızlı bir toplumsal değişim getirmiş, aile bağlarının zayıflamasına, bireye yapılan sosyal desteğin azalmasına, aile içi geçimsizliklerin artmasına, işsizliğe ve geçici işlerde çalışma zorunluluğuna neden olmuş, farklı gelir grupları arasındaki toplumsal ve ekonomik mesafenin artmasını hazırlamıştır. Bütün bunların sonucunda bireylerin toplumsal ve ekonomik koşulları ile ilgili memnuniyetsizliğinin artması intihar girişimlerinin artışında temel nedenleri oluşturmuştur (189). Ülkemizde yaşanan bu değişim örüntüsü benzer şekilde bölgemizdeki toplumsal değişimi de yönlendirmiş olabilir.

Olguların %68'i intihar girişiminden hemen önce psikososyal stresörleri olduğunu ve olguların %58'i bir anlık kararla intihar girişiminde bulduklarını

bildirmişlerdir. Çalışmamızda olguların çoğunluğunun dürtüsel olması psikososyal stresör sonrası intihar girişimlerini tetiklemiş olabilir.

Çalışmamızda intihar girişiminden hemen önce psikososyal stresör olması kadınlarda erkeklere göre daha fazla olup %78'inde psikososyal stresör mevcuttu. Bu durum, çalışmamıza katılan kadınların sorun çözme becerilerinin yetersiz olması, sorunları çözmede kendilerini yeterince ifade edememeleri ve çözemedikleri sorunları için iletişim dili olarak intihar girişimini kullanmalarıyla açıklanabilir.

Madde kullanımının intihar riskini arttırdığı değişik yaş gruplarında yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (190,191). Olgularımızın %64'ünde sigara, %18'inde alkol, %4'ünde madde alışkanlığı vardı. Girişim öncesi alkol kullanımı olguların %10'unda, madde kullanımı ise %2'sinde vardı. Alkol bağımlılığı olguların %4'ünde vardı. Bir çalışmada intiharlarda en fazla depresyon ve alkol bağımlılığı bulunurken (192), benzer bir çalışmada madde kullanımı ilk sırada yer almıştır (190). Bizim çalışmamızdaki bulgular Ateşci ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışmadaki sonuçlara benzerdir. Ateşci ve arkadaşları yaptıkları çalışmada %1.7 gibi düşük bir oranda madde bağımlılığı (alkol) bulmuştur. Toplumumuzda özellikle de bölgemizde batı ülkelerine göre madde kötüye kullanımı yaygınlığının göreceli olarak düşük olması ve alkol kullanımına olumlu bakılmaması, ayrıca kişilerin alkol kullandıklarını açıklama konusundaki çekingenlikleri bu oranı azaltmış olabilir (76).

İntihar girişiminde önemli risk faktörlerinden biri de tanı konulabilir psikiyatrik hastalıkların varlığıdır. İntihar girişimlerinde %90'lara kadar varan oranlar bildirilmektedir (190,193). İntiharlarda ruhsal bozuklukların oranı Brown ve arkadaşları (194) tarafından %61, Conwell ve arkadaşları (195) tarafından %90.1, Ateşci ve arkadaşları (76) tarafından %85 olarak belirlenmiştir. Benzer olarak çalışmamızda intihar girişiminde bulunanlarda psikiyatrik bozukluk oranı %80 bulunmuştur.

Psikiyatrik bozukluklar arasında intihar oranı en yüksek olan tanı grubunun, depresif bozukluk spektrumu olduğu bilinmektedir (196). İntihar girişiminde bulunmuş 100 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada bu kişilerin %70'inde depresyon, %15'inde alkolizm, %3'ünde şizofreni ve %5'inde diğer bozukluklar saptanmıştır (109). Vieta ve arkadaşları intihar girişiminde bulunanlarda %37.3 (197), Henrikson ve arkadaşları ise %59 oranlarında depresif bozukluk bildirmişlerdir (198). Cheng, intihar girişiminde bulunanlar arasında major depresyonun baskın olduğunu, bunu distiminin izlediğini bildirmiştir (199). Ateşci ve arkadaşları depresif bozuklukları %46.6 oranında, major depresif bozukluğu ilk sırada, distimiyi ikinci sırada bildirmişlerdir (76). Çalışmamızda olgularımızın %30'unda girişim öncesi ruhsal hastalık olup, %53.3 oranla depresyon ilk sırayı oluşturmaktadır. Olgularımızın %34'ünde öyküde ruhsal hastalık olup bunlar içinde de en sık depresyon görülmekteydi. İntihar girişimi sonrası konulan tanılardan uyum bozukluğu %36 oranla ilk sırada, %32 oranla depresyon ikinci sırada idi. Ek tanılar içerisinde ise %25'lik oranla duygudurum bozukluğu en yüksek oranı oluşturmaktaydı.

5.3. İntihar ve kişilik:

Çalışmamızda, olguların %90'ına en az bir kişilik bozukluğu tanısı konarken, %10'una hiçbir kişilik bozukluğu tanısı konmamıştır. %16'sı tek bir kişilik bozukluğu tanısı alırken, %74'üne iki ve daha fazla kişilik bozukluğu tanısı konmuştur. Antisosyal kişilik bozukluğu ve bağımlı kişilik bozukluğu erkeklerde daha fazla görülmüştür. Literatürde küme B kişilik bozukluğunun küme A ve C'ye göre daha yüksek oranlarda olduğu belirtilmiştir (198,200).

İntihar girişiminden 3 ay önce stresörü olan olgularda pasif agresif kişilik bozukluğu istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla görülmekteydi ($p=0.035$). Pasif-agresiflerin, negativizm, ne yapacağı önceden kestirilemez olma, hem sedüktif, hem de reddedici olma, istekte bulunup sonra da doyum bulamama ile belirli tarzları, herkese karşı kullanabildikleri güçlü silahları olarak kabul edilmektedir. Bir amaç uğruna her şeye katlanan biri, gücendirilmiş,

kırılmış, yanlış anlaşılmış, pişman, hastalıklı, aşırı çalışmakta olan biri rolleri arasında gidip gelmeleri pasif-agresiflere aradıkları ilgi, destek ve bağımlılığı kazandıran kişilerarası ilişki taktikleridir. Böylelikle kızgınlıklarını ve içerlemelerini de büyük bir incelikle dışa vurmuş olmaktadırlar (62). Çalışmamızda pasif-agresif kişilik bozukluğu olan olguların ders verme amaçlı intihar girişimleri stresörle baş etme yöntemleri olabilir. Bu şekilde aradıkları ilgi ve desteği sağlıyor olabilirler.

Çalışmamızda intihar girişimi sonrası hala sıkıntı veren yaşantının olması paranoid kişilik bozukluğunda daha fazla saptandı ($p=0.035$). Paranoid kişilik bozukluğu olan bireyler kendilerine yapılan davranışların 'gizli anlamlarını' görmektedirler, başkalarına dış bileyip kin beslemektedirler. Her an karşı saldırıda bulunmaya hazır beklemektedirler. Resmi bir tarzları olup gergin durmaktadırlar, bir türlü gevşeyememektedirler (62). Çalışmamızda bu bireylerin genel gergin ve güvensiz yapılarının intihar sonrası da devam etmesi intihar girişimi sonrası sıkıntılarının devam etmesine neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda öyküde intihar girişimi olan olgularda pasif agresif kişilik bozukluğu, depresif kişilik bozukluğu, paranoid kişilik bozukluğu, narsisistik kişilik bozukluğu ve borderline kişilik bozukluğu istatistiksel olarak anlamlı derecede fazlaydı. İntihar eden kişilerin ortalama üçte birinde bir kişilik bozukluğu olduğu bildirilmektedir (23). Çalışmamızda daha önce intihar girişimi öyküsü olan olgularda kadınlarda en fazla borderline kişilik bozukluğu (%77.8), erkeklerde ise en fazla antisosyal kişilik bozukluğu (%42.9) tespit edilmiştir. Antisosyal ve borderline kişilik bozukluğunda tekrarlayıcı intihar riski yüksektir (23). Corbitt ve arkadaşları intihar girişiminde bulunan bireylerde Küme B (antisosyal, borderline, histrionik, narsisistik) kişilik bozukluklarını, küme A (paranoid, şizoid, şizotipal) ve C'ye (çekingen, bağımlı, obsesif kompulsif) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulmuşlardır. Bu bozuklukların içinde de en fazla borderline kişilik bozukluğu intihar girişimi ile bağıntılı olup bu davranışın altında; intikam alma, diğerlerini cezalandırma ve panikten kurtulma amacının yattığı bildirilmektedir (200). Yine depresif bozukluğu olan hastalarda

borderline kişilik bozukluğu olduğu zaman intihar girişimlerinin arttığı saptanmıştır (201). Beautrais ve arkadaşları ise intihar girişimi ile en sık ilişkili olarak antisosyal kişilik bozukluğunu bildirmişlerdir (202).

Borderline kişilik bozukluğu manüplatif intiharların ve depresyonda kendine zarar verme davranışlarının çok fazla görüldüğü bir kişilik bozukluğu tipi olarak tanımlanmıştır (201). Çalışmamızda ise ölme amaçlı intiharlar en sık (%36.4, $p=0.059$) antisosyal kişilik bozukluğunda görülürken, dürtüsel intiharlar %32.1 oranla ve ders verme amaçlı intiharlar %60 oranla borderline kişilik bozukluğunda daha sık görülmekteydi. Ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi. Ders verme amaçlı intiharlarda ikinci sıklıkta pasif agresif kişilik bozukluğu görülmekteydi. Çalışmamızda borderline kişilik bozukluğu olan bireylerin ders verme amaçlı intiharları sorun çözme becerilerindeki yetersizliklerini, kendilerinin ifade etme güçlüklerini gösteriyor olabilir.

Çalışmamızda intihar girişimi öncesinde ruhsal hastalık için tedavi alanlarda narsisistik kişilik bozukluğu istatistiksel olarak anlamlı derecede sık görülmekteydi ($p=0.011$). Narsisistik kişilik bozukluğu olan olgularda BDÖ ($p=0.003$) ve İDÖ ($p=0.006$) puanları daha yüksekti. Bu bireylerin intihar girişimi öncesi ruhsal hastalık için tedavi alıyor olmaları, verilerimizde BDÖ ve İDÖ puanlarının yüksek olmasını açıklamaktadır. Narsisistler başarısız olurlarsa kederlenmek, utanmak ve kendini değersiz hissetmekle birlikte yardım istememekte ve avunmak için düşlemlerine dönmektedirler (62). Bu bilgi çalışmamızdaki veriyle uymamaktadır. Ancak narsisistlerin benlik saygılarının kırılma olması, eleştirilmeye ya da yenilgiye büyük bir kızgınlıkla ya da depresyonla tepki vermeleri (62) ruhsal hastalık için tedavi almalarına neden olabilir. Çalışmamızda narsisistik kişilik bozukluğu olan olgularda BDÖ ($p=0.003$) ve İDÖ ($p=0.006$) puanlarının daha yüksek olması da yenilgiye depresyonla karşılık verdiklerinin göstergesi olabilir.

Angst ve Clayton'un yaptığı bir çalışmada, sigara içme davranışı ve sigara miktarıyla antisosyal kişilik tanısı ve intihar sonuçları arasında anlamlı

ilişki bulunmuştur. Sigara içme ile depresyon tanısı alma arasında bir eğilim olduğu bildirilmektedir (203,204). Sigara içenlerde yaşam boyu depresyon prevalansının arttığını ve deprese olmayan bireylere göre sigarayı bırakmalarının daha güç olduğunu gösteren sigara içme, major depresyon ve sigarayı bırakma üzerine çok sayıda araştırma bulunmaktadır (205,206,207). Breslau ve arkadaşları genç erişkinlerde nikotin kullanımı, bağımlılık ve psikopatoloji arasındaki ilişkiyi incelemişler, yaşam boyu psikiyatrik bozukluklardan bağımsız olarak nikotin bağımlılığının artmış nörotisizm düzeyleri, negatif affekt ve umutsuzlukla ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (208,209). Çalışmamızda sigara alışkanlığı olanlarda ($p=0.039$) ve intihar girişimi öncesinde alkol kullanımı olanlarda ($p=0.024$) istatistiksel olarak anlamlı derecede antisosyal kişilik bozukluğu bulunmaktaydı ve bu bulgu Angst ve Clayton'un yaptığı çalışmayla uyumluydu. Çalışmamızda antisosyal kişilik bozukluğu olan bireyler kaygılarını sigara, alkol gibi araçlarla azaltmaya çalışıyor olabilir. Çalışmamızda intihar girişimi öncesinde alkol alımının antisosyal kişilik bozukluğu olan grupta daha fazla olması, bu bireylerin kaygılarıyla baş etmede güçlük yaşadıkları ve bu kaygılarının üstesinden gelemediklerinin göstergesi olabilir. Antisosyal kişilik bozukluğu olgularının çoğunlukla polis, adli ve askerlikle ilgili sorunlar nedeniyle kendine zarar verme davranışına başladıkları ve bu olguların sıklıkla sıkıntı ve öfkelerini azaltma, ortamın ve şartların değiştirilmesi için başkalarını etkileme pozisyonunda oldukları belirtilmiştir. Borderline kişilik bozukluğu olgularında ise, aile ile ilgili nedenlerle kendine zarar verme davranışına başladıkları ve bu olguların kendini cezalandırma ve sıkıntı ve öfkelerini azaltma motivasyonu ile kendilerine zarar verdikleri belirtilmiştir (205).

Depresyonun, B kümesinde sınırdaki (%10-30), histrionik (%2-20), antisosyal (%0-10), narsisistik (%0-5) kişilik bozukluğu ile sık birliktelik gösterdiği belirtilmiştir (210,211). Bizim çalışmamızda ise farklı olarak duygudurum bozukluğu dışındaki hastalıklar antisosyal kişilik bozukluğu olan olgularda daha fazlaydı. Çalışmamızda antisosyal kişilik bozukluğu olan olgu sayısının az olması bu farklılığa neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda borderline ve çekingen kişilik bozukluğu olan olgularda olmayanlara göre ruhsal hastalık başlangıç yaşı daha erkendi. Borderline kişilik bozukluğu olan hastalar 'her zaman bir bunalım içinde' olup hep bir kriz yaşamaktadırlar (62). Çalışmamızda borderline kişilik bozukluğu olan bireylerin bu özellikleri ruhsal hastalıklara daha erken yakalanmalarına neden olmuş olabilir. Ayrıca olguların borderline kişilik özellikleri erken yaşta yanlışlıkla depresyon tanısı almalarına yol açmış olabilir. Çekingen kişilik bozukluklu bireylerin; 'değersizim, hiçbir işe yaramam', 'sevilmeyecek' biriyim gibi temel düşünce şemalarına sahip oldukları bildirilmiştir. Dolayısıyla bu bireyler anksiyete ve depresif yaşantılara duyarlı olup intihar eğilimi taşımaktadırlar (212). Çalışmamızda çekingen kişilik bozukluğu olan olguların temel düşünce şemaları stresörle daha kolay aktive olup, ruhsal hastalıklara daha erken yakalanmalarına neden olabilir.

Şizoid kişilik bozukluğu olanlarda BDÖ ve BUÖ puanları daha yüksekti. Şizotipal kişilik bozukluğu olan olgularda ise BAÖ puanları daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlıydı. Paranoid kişilik bozukluğu olan olgularda BDÖ, BAÖ, İDÖ puanları daha yüksekti. Depresif kişilik bozukluğu olanlarda ise olmayanlara göre İDÖ puanları daha yüksekti.

Umutsuzluğun yer aldığı en önemli psikiyatrik bozukluklardan birisi depresyondur. Birçok deprese hasta psikiyatriste umutsuzluk ve umutsuzluk yakınması ile başvurmaktadır. Beck (1967), deprese hastaların %78'den fazlasının geleceğe olumsuz baktığını belirtmiştir. Bu oran deprese olmayan hastalarda ise %22'dir. Hastaların yakınmaları ve depresif belirtilerinin şiddeti arttıkça umutsuzluğun da arttığı klinik çalışmalarla gösterilmiştir. Ayrıca depresyonun tüm bulguları içinde umutsuzluğun intihar düşüncesiyle en yakın ilişkili olduğu belirtilmiştir (92,213). İntihar düşüncesi yeni herhangi bir intihar girişiminde bulunmamış kişilerde intihar etme arzusu, plan yapma, umutsuzluk varlığı ile belirgin olup intihar riskinin bir belirleyicisi olarak tanımlanmıştır (157). Çalışmamızda da benzer şekilde İDÖ ile BAÖ, BUÖ, BDÖ ilişkili bulunmuştur. Beck ve ark. geliştirdikleri umutsuzluk ölçeğini kullanarak yatarak tedavi gören

intihar girişiminde bulunan hastalar üzerinde yaptıkları çalışmalarda hem depresyonun hem de umutsuzluğun intihar eğilimi ile ilişkili olduğunu, umutsuzluk kontrol edildiğinde ise depresyon ve intihar eğilimi arasındaki ilişkinin kaybolduğunu ama tersinin geçerli olmadığını saptamışlardır (97,150). Çalışmamızda da BDÖ ile BAÖ, BUÖ ve İDÖ istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. Bulgumuz çalışmalardaki verilerle uyumluydu.

1995'te Dilbaz ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, şiddet içeren girişim yöntemini seçen hastaların intihar düşüncesi ölçeğinden aldıkları toplam puan (11.78 ± 4.24) şiddet içermeyen yöntemi seçenlerden (8.73 ± 4.29) anlamlı ölçüde yüksekti (157). Çalışmamızda öykülerinde şiddet içermeyen yöntemlerle intihar girişiminde bulunanlarda İDÖ puanı daha yüksek bulundu. İDÖ puanının ortalaması 13.1 ± 2.8 idi. Bu veri Dilbaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada elde edilen puandan daha yüksekti. Çalışmamızda şiddet içeren yöntemi seçen olguların sayısının az olması bu farklılığa neden olmuş olabilir. Bir çalışmada, şiddet içeren yöntemler ile yüksek doz ilaç alarak intihar girişiminde bulunan bireyler karşılaştırılmış, yüksek doz ilaç alarak intihar girişiminde bulunan bireylerde borderline kişilik bozukluğunun daha fazla bulunduğu gözlenmiştir (214). Çalışmamızda öykülerinde ve şimdi şiddet içermeyen yöntemi kullanan olguların fazla olmasının nedeni olguların büyük çoğunluğunda borderline kişilik bozukluğu olmasıyla ve kadınların erkeklere göre daha fazla olmasıyla açıklanabilir. Ayrıca çalışmamızdaki borderline kişilik bozukluğu olan bireylerin intihar girişimleri daha çok ders vermek amaçlı olduğundan, daha çok şiddet içermeyen yöntemlerle intihar girişiminde buldukları düşünülebilir. Şimdiki intihar girişimlerinde şiddet içermeyen yöntemi kullanan olgularda BDÖ ile BAÖ, BUÖ, İDÖ arasında, İDÖ ile de BAÖ ve BUÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. İDÖ puanı arttıkça Beck ölçek puanları da artmaktaydı.

6.SONUÇ ve ÖNERİLER

Ülkemizde yaşanan sosyal ve ekonomik değişimlerle birlikte intihar davranışının giderek artacağı, zamanla ciddi bir halk sağlığı sorunu olacağı öngörülebilir. Çalışmamızda kadınlarda, ev hanımlarında, evli kadınlarda, bekâr erkeklerde, işsizlerde intihar girişimlerinin daha fazla olduğu, ruhsal bozuklukların varlığıyla, özellikle uyum bozukluğu, depresif bozukluklar ve borderline kişilik bozukluğu arasında güçlü bir ilişki olduğu görülmüştür. Çalışmamızda, olguların %90'ına en az bir, %74'üne iki ve daha fazla kişilik bozukluğu tanısı konmuştur. Öyküde intihar girişimi olan olgularda pasif agresif, depresif, paranoid, narsisistik ve borderline kişilik bozukluğu daha fazlaydı. Çalışmamız; intihar girişimlerini önleme açısından psikiyatrik bozuklukların, kişilik bozukluklarının tanınması, tedavi edilmesi, özellikle belli kişilik bozukluklarında intihar riskinin değerlendirilmesi yönünde çaba gösterilmesi gerektiğini, intihar girişimi ile ilişkili klinik ve sosyodemografik özelliklerin dikkate alınması gerekliliğini ortaya koymuştur. İntiharı önleme tümüyle olası değilse de, belirli düzeyde azaltmak olasıdır. Sosyoekonomik düzeyi düşük olan bireylerde intiharın daha fazla görülmesi ve olguların intihar nedeni olarak ailevi sorunları en fazla belirtmeleri hem global düzeyde ülkenin ekonomi politikalarının, hem de toplumun en küçük birimi olan ailenin iç dinamiklerinin ne denli önemli

olduğunu göstermektedir. İntiharların daha çok psikososyal stresör sonrası çıkması krize müdahale ve intiharı nleme merkezlerinin önemini artırmaktadır. İntihara giren kişi, bu eylemiyle çevresindekilere yardım çağrısında bulunmaktadır. Bu tür merkezlerin sayısının artırılması intihar girişimlerinin azalmasına yardımcı olabilir. İntihar girişiminde bulunan bireylerin tedavisi kadar, insanları bu davranış biçimine yönelten sosyal ve ekonomik koşulların düzeltilmesi de aynı düzeyde önemlidir. Bu da koruyucu ve önleyici yaklaşımları içeren kapsamlı ve çok disiplinli projelere gereksinim olduğunu göstermektedir.

8.ÖZET

İNTİHAR GİRİŞİMİNDE BULUNAN BİREYLERDE, PSİKİYATRİK MORBİDİTE, KİŞİLİK BOZUKLUĞU ve BAZI SOSYODEMOGRAFIK ve KLİNİK ETKENLERLE İLİŞKİSİ

Amaç: İntihar girişimiyle başvuran olgularda, intihar girişimi ve sonuçları üzerinde etkili olan kişilik bozukluğu, psikiyatrik morbidite, sosyodemografik ve klinik değişkenler gibi risk etkenlerini saptayarak koruyucu, önleyici ve tedavi edici yaklaşımlar geliştirmeye yönelik bilgilere ulaşmak hedeflenmektedir.

Gereç ve Yöntem: Hastalara klinik görüşmeyi takiben araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formu, DSM-IV için yapılandırılmış SCID-II formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ), İntihar düşüncesi ölçeği (İDÖ), İntihar niyeti ölçeği (İNÖ) uygulanmıştır.

Bulgular: Olguların yaş ortalaması 28.24 ± 10.59 idi. %64'ü kadın, %42'si ev hanımı, %52'si evli, %62'si çekirdek aile yapısında, %54'ü düşük gelirlili, %82'si fazla miktarda ilaç alarak intihar girişiminde bulunmuştur. En sık intihar nedeni ailevi sorunlar olup, %68'inde intihar girişiminden hemen öncesinde psikososyal stresör vardı. İntihar girişimi sonrası hastaların % 36'sı uyum bozukluğu, %32'si depresyon tanısı aldı. Olguların %90'ı SCID'e göre en az bir kişilik bozukluğu tanısı aldı. %34'ünde borderline kişilik bozukluğu, %16'sında obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu tespit edilmiştir. Antisosyal ve bağımlı kişilik bozukluğu erkeklerde daha fazla saptanmıştır. İDÖ ile BDÖ, BAÖ ve BUÖ ilişkili bulunmuştur.

Sonuç: Olgularımızda kişilik bozukluğu oranının yüksek olması ve intiharların daha çok psikososyal stresör sonrası çıkması, krize müdahale ve intiharı önleme merkezlerinin önemini artırmaktadır. Ayrıca olguların intihar nedeni olarak ailevi sorunları en fazla düzeyde belirtmeleri ailenin iç dinamiklerinin nedeli önemli olduğunu göstermektedir. İntihar girişiminde bulunan bireylerin tedavisi kadar, insanları bu davranış biçimine yönelten sosyal ve ekonomik koşulların düzeltilmesi de aynı düzeyde önemlidir. Bu da koruyucu ve önleyici

yaklaşımları içeren kapsamlı ve çok disiplinli projelere gereksinim olduğunu göstermektedir.

Anahtar kelimeler: İntihar, kişilik bozukluğu, psikiyatrik morbidite, sosyodemografik etkenler, klinik etkenler.

8. SUMMARY

THE INTERACTION OF PSYCHIATRIC MORBIDITY, PERSONALITY DISORDERS AND SOCIODEMOGRAPHIC AND CLINICAL VARIABLES IN SUICIDAL INDIVIDUALS

Objective: The aim of this study is to investigate the risk factors like psychiatric morbidity, personality disorder, sociodemographic and clinical variables and their effects on the process and the results of the suicidal interference, in patients who undertake suicide, and to search for preventive and curative approaches.

Material and Method: The sociodemographical data sheet, the SCID-II sheet configured for DSM-IV, Beck Anxiety Inventory (BAI) Beck Depression Inventory (BDI), Beck Hopelessness Scale (BHS), suicidal ideation scale (SIS) and suicidal intention scale (SInS) were applied following the clinical interview.

Results: The mean age was 28.24 ± 10.59 . 64% of the patients were female, 42% were housewives, 52% were married, 62% had the nuclear family type, 54% had low income and 82% committed suicides by high dose oral drug ingestion. The most common reason for suicidal intervention was family problems; 68% had psychosocial stressors prior to the intervention. After the intervention 36% of the patients were diagnosed as adaptation disorder, while 32% was diagnosed as depression. 90% of all cases had at least one personality disorder diagnosis according to SCID. 34% had borderline personality disorder; 16% had obsessive-compulsive personality disorder. Anti-social and dependent personality disorders were more common in males. SIS and BDI, BHS and BAI were found out to be related.

Conclusion: The high rate of personality disorders and the interaction between psychosocial factors and suicidal interventions seem to increase the importance of the crises interference and suicide prevention centers. On the other hand the fact that family problems are signed to be the most common stressors for suicide, prove the importance of the in-family dynamics. The corrections of the social and economical factors which lead to this behavior are as important as

the treatment of the individuals who commit suicide. This result is a proof that we will need large multidisciplinary studies which may apply preservative and preventive measures.

Key words: suicide, personality disorders, psychiatric morbidity, sociodemographic variables, clinical variables.

KAYNAKLAR

1. Kaplan H.I., Sadock B.J., Klinik psikiyatri- Kaplan & Sadock, Çeviri Editörü : Prof. Dr. Ercan Abay, Bölüm 25: Psikiyatrik Aciller: 25.1: İntihar, s:361-366, 2004.
2. Sayıl I, Berksun OE, Palabıyıköğlü R, Özgüven HD, Soykan Ç, Haran S. Kriz ve Krize Müdahale. Sayıl I: İntihar Davranışı. Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları, no:6, 2000.
3. Kaplan & Sadock, Klinik Psikiyatri, Bölüm 30: Psikiyatrik Acil Durumlar, 30.2 İntihar, 2. baskı, syf 389-396, 2005.
4. Paul S Links, Brent Gould, Ruwan Ratnayake ; Assessing Suicidal Youth With Antisocial, Borderline, or Narcissistic Personality Disorder; Review. *Can J Psychiatry*; 48(5):301-10, 2003.
5. Yen S, Shea T, Sanislow CA, Grilo CM, Skodol AE, Gunderson JG , McGlashan TH, Zanarini MC, Morey LC: Borderline personality disorder criteria associated with prospectively observed suicidal behavior; *Am J Psychiatry* 161 : 1296-1298, 2004.
6. Ozguven HD, Sayıl I.; Suicide attempts in Turkey : Results of the WHO-EURO Multicentre study on suicidal behaviour ; *Can J Psychiatry*, Vol 48, No 5, June 2003.
7. Shneidman ES. Definition of Suicide. New York: John Wiley, 1985.
8. Eskin M., İntihar- Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme. Bölüm 1: Tanım ve Anlama, sayfa: 3-28. Ankara, 2003.
9. Eyüboğlu İz. Türk dilinin Etimoloji Sözlüğü. İstanbul: Sosyal Yayınlar, 1998.
10. Durkheim E: Çeviren Ö. Ozankaya: İntihar: Toplumbilimsel İnceleme. Ankara: Türk Tarih Kurumu Basımevi, 1986. (Fransızca orijinali 1897).
11. Odağ C. İntihar: Tanım-Kuram-Sağaltım. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi, 1995.
12. Tel H, Uzun S; İntihar girişimi ile acil sevisse başvuran hastaların sosyal destek ve stresle baş etme durumları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 4 : 151-158, 2003.
13. Kösemihal NŞ, Sosyoloji Tarihi, syf 191-195, 1968.

14. Maris RW. How Are Suicides Different. Assessment and Prediction of Suicide. RW Maris, AL Berman, JT Maltzberger ve ark. (Ed.), New York: Guilford Pres, s.65-87, 1992.
15. Uğurlu Uludüz D, Uğur M. Bir vaka dolayısıyla intiharların gözden geçirilmesi. *Yeni Symposium* 39 (1): 19-25, 2001.
16. Roy A: Psychiatric emergencies. BJ Sadock, VA Sadock (eds): Comprehensive Textbook of Psychiatry, Yedinci baskı, Baltimore, Lippincott Williams & Wilkins, s.2031–2040; 2000.
17. Sayıl I and Ozguven HD: Suicide and suicide attempts in Ankara in 1998: Results of the WHO/EURO multicentre study of suicidal Behaviour; *Crisis*; Volume 23 (1) : 11–16, 2002.
18. Sayıl I, Oral A, Güney S, Ayhan N, Ayhan Ö, Devrimci H: Ankara’da intihar girişimleri üzerine bir çalışma. *Kriz Dergisi*; 1: 56-61; 1993.
19. Sayıl I, Berksun O, Palabıyıköçlü R: Attempted suicides in Ankara in 1995. R Kosky, HS Ersevari, RD Goldney, R Hasan (eds): Suicide Prevention: The Global Context’de. New York, Plenum, s.201-204; 1997.
20. DIE (Devlet İstatistik Enstitüsü-1991) İntihar istatistikleri 1989. TC Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, Ankara, 1991.
21. Eskin M, İntihar- Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme. Bölüm 5:Risk Etmenleri, sayfa:133-222. Ankara, 2003.
22. Ceylan M, Yazan B. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, Anksiyete Bozuklukları. Bölüm 2: İntihar, s:43-66; 2000.
23. Demirel Özsoy S., Eşel E. İntihar (Özkıyım). *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 4: 175-185, 2003.
24. Linehan M. Suicide and attempted suicide: A study of perceived sex differences. *Perceptual and Motor Skills*, 37, 31-34, 1973.
25. Şenol V, Ünalın D, Avşaroğulları L, İkizceli İ.: İntihar girişimi nedeniyle Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Anabilim Dalı’na başvuran olguların incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6: 19-29; 2005.
26. Nayha S.: Autumn incidence of suicides re-examined: data from Finland by sex, age and occupation. *Br J Psychiatry*; 141:512-517, 1982.

27. Nayha S.: The bi-seasonal incidence of some suicides. Experience from Finland by marital status, 1961-1976. *Acta Psychiatr Scand*;67:32-42, 1983.
28. Chew KS, McCleary R.: The spring peak in suicides: a cross-national analysis. *Soc Sci Med*;40:223-23; 1995.
29. Stack S.: Marriage, family, religion, and suicide. Assessment and Prediction of Suicide, RW Maris ve ark. (Ed.), New York: Guilford Pres, s:540-552, 1992.
30. Kim CD, Lesage AD, Seguin M, Chawky N, Vanier C, Lipp O, and Turecki G.: Seasonal Differences in Psychopathology of Male Suicide Completers. *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 45, No. 5: pp 333-339, 2004.
31. Souetre E, Salvati E, Belugou JL, Douillet P, Braccini T, Darcourt G.: Seasonality of suicides: environmental, sociological and biological covariations. *J Affect Disord*;13:215-225, 1987.
32. Salib E.: Elderly suicide and weather conditions: is there a link? *Int J Geriatr Psychiatry*;12:937-941, 1997.
33. Apter A, Laufer N, Bar-Sever M, Har-Even D, Ofek H, Weizman A.: Serum cholesterol, suicidal tendencies, impulsivity, aggression, and depression in adolescent psychiatric inpatients. *Biol Psychiatry*;46:532-541, 1999.
34. Keys A, Karvonen MJ, Fidanza F.: Serum-cholesterol studies in Finland. *Lancet*;2:175-178, 1958.
35. Engelberg H.: Low serum cholesterol and suicide. *Lancet*; 339:727-729, 1992.
36. Maes M, Scharpe S, Verkerk R, D'Hondt P, Peeters D, Cosyns P, et al.: Seasonal variation in plasma L-tryptophan availability in healthy volunteers. Relationships to violent suicide occurrence. *Arch Gen Psychiatry*;52:937-946, 1995.
37. Pine DS, Trautman PD, Shaffer D, Cohen L, Davies M, Stanley M, et al.: Seasonal rhythm of platelet [3H]imipramine binding in adolescents who attempted suicide. *Am J Psychiatry*;152:923-925, 1995.
38. Rock D., Greenberg David M. and Hallmayer Joachim F.: Increasing seasonality of suicide in Australia 1970–1999. *Psychiatry Research*, Volume 120, Issue 1 , Pages 43-51, 2003.
39. Rock DJ, Greenberg David M and Hallmayer JF.: Impact of case fatality on the seasonality of suicidal behaviour, *Psychiatry Research* Volume 137, Issues 1-2 , Pages 21-27, 2005.

40. Maes M, Cosyns P, Meltzer HY, De Meyer F, Peeters D.: Seasonality in violent suicide but not in nonviolent suicide or homicide. *Am J Psychiatry*; 150:1380-1385, 1993.
41. Kapusta N and Sonneck G.: Suicides of men in Austria: an epidemiological analysis over a 30-year period. *The Journal of Men's Health & Gender*, Volume 1, Issues 2-3 , Pages 197-202, 2004.
42. Devlet İstatistik Enstitüsü (D.İ.E.) (1980-1996). İntihar İstatistikleri. Ankara: Devlet İstatistik Enstitüsü.
43. Levine N. Social change and family crisis- The nature of Turkish divorce. Sex Roles, Family and Community in Turkey, Ç Kağıtçıbaşı. (Ed.), Bloomington: Indiana University, s. 323-347, 1982.
44. Seidman E ve Rapkin B.: Economics and psychological dysfunction: Toward a conceptual framework and prevention strategies. Preventive Psychology: Theory, Research and Practice, RD Fenler, LA Jason, JN Moritsugu ve ark. (Ed.), NewYork: Pergamon Pres, s. 175-198, 1983.
45. Pritchard C.: Suicide- The ultimate rejection? A psycho-social study. Open University Pres: Buckingham, 1997.
46. Standish-Barry HMS, Clayden A ve Sims ACP.: Age, unemployment and parasuicide in Leeds. *International Journal of Social Psychiatry*, 35, 303-312, 1989.
47. Crepet P ve Florenzano F.: Suicide and unemployment in Italy. Current Issues of Suicidology, HJ Möller, A Schmidke ve R Welz (Ed.), Berlin: Springer, s. 356-363, 1988.
48. Schmidtke A, Bile-Brahe U, De Leo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P, Haring C, Hawton K, Lönnqvist J, Michel K, Pommereau X, Querejeta I, Phillipe I, Salander-Renberg E, Temesvary B, Wasserman D, Fricke S, Weinacker B, Sampaio-Faria JG.: Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/Euro multicentre study on parasuicide. *Acta Psychiatr Scand*, 93:327-338, 1996.
49. Çayköylü A, Coşkun İ, Kırkpınar İ, Özer H.: Özkıyım girişiminde bulunanlarda sosyodemografik özellikler ve tanı dağılımı. *Kriz Dergisi*; 5(1):37-42, 1997.
50. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA.: Synopsis of Psychiatry, 7. Baskı. Williams & Wilkins, Baltimore, 1994.
51. Dieserud G, Roysamb E, Ekeberg O, Kraft P.: Toward an integrative model of suicide attempt: a cognitive psychological approach. *Suicide Life Threat Behav*; 31: 153-158, 2001.

52. Heikkinen M, Aro H ve Lönqvist J.: Life events and social support in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23, 343-358, 1993.
53. Heikkinen M, Aro H, Lönqvist J.: Recent life events, social support and suicide. *Acta Psychiatr Scand (Suppl)*; 377: 65-72, 1994.
54. Yalvaç M.: Toplumsal bir olgu olarak intiharın sosyolojik değerlendirmesi, Malatya Örneği 1984 – 1994. 7. Anadolu Psikiyatri Günleri, Cinsiyet ve Psikiyatri, s:278-291, 1998.
55. Yen S, Pagano ME, Shea MT, Grilo CM, Gunderson JG, Skodol AE, McGlashan TH, Sanislow CA, Bender DS and Zanarini MC.: Recent Life Events Preceding Suicide Attempts in a Personality Disorder Sample: Findings From the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Volume 73, Issue 1, Pages 99-105, 2005.
56. Tuckman J, Youngman WF.: A scale for assessing suicide risk of attempted suicides. *Journal of Clinical Psychology* 24, 17-19, 1968.
57. Hawton K, Catalan J.: Çeviren: Doç. Dr. Birsen Ceyhun. İntihar Girişimi, Attempted Suicide: A Practical Guide to its Nature and Management. Londra Oxford Üniversitesi. s:58, 1994.
58. Güleç C, Köroğlu E, Psikiyatri Temel Kitabı-Cilt 2, Bölüm 50: Kişilik bozuklukları, s:723-757, 1998.
59. Köroğlu E., Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri, Bölüm 1: Temel Psikodinamik Kavramlar, s:11-27, 2004.
60. Odağ C, Nevrozlar-1. Kişilik Yapıları. Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları, s:111-114, İzmir-1999.
61. Püsküllüoğlu A. Arkadaş Türkçe Sözlük. Ankara Arkadaş Yayınevi, 1994.
62. Köroğlu E., Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri, Bölüm22: Kişilik Bozuklukları, s: 513-557, 2004.
63. Irfani S.: Personality correlates of suicidal tendency among Iranian and Turkish students. *Journal of Psychology*, 99, 151-153, 1978.
64. Lester D.: Suicidal preoccupation and dysthymia in college students. *Psychological Reports*, 61, 762, 1987.
65. Beautrais AL, Joyce PR ve Mulder RT.: Personality traits and cognitive styles as risk factors for serious suicide attempts among young people. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 29, 37-47, 1999.

66. Minarik MJ, Myatt R ve Mitrushina M.: Adolescent Multiphasic Personality Inventeory and its utility in assessing suicidal and violent adolescents. *Suicide and Life-Threatinig Behavior*, 27- 278–284, 1997.
67. Batchelor IRC, Napier MB.: Attempted suicide in old age. *Br Med J* 2:1186–1190, 1953.
68. Clark DC.: Narcissistic crises of aging and suicidal despair [see comments]. *Suic Life-Threaten Behav* 23:21–26, 1993.
69. Farberow NL, Shneidman ES.: Suicide among patients with malignant neoplasms. In: Shneidman ES, Farberow NL, Litman RE, editors. *The Psychology of Suicide*. New York: Science House, pp 324–344, 1970.
70. Rudd MD, Ellis TE, Rajab MH ve ark.: Personality types and suicidal behavior: An exploratory study. *Suicide and Life-Threatining Behavior*, 30, 199-212, 2000.
71. Costa PT ve McCrere RR.: NEO PI-R Professional Manual: Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1992.
72. Duberstein PR.: Are closed-minded people more open to the idea of killing themselves? *Suicide and Life-Threatining Behavior*, 31, 9-14, 2001.
73. Duberstein PR, Conwell Y, Caine ED.: Age differences in the personality characteristics of suicide completers: Preliminary findings from a psychological autopsy study. *Psychiatry* 57:213–224, 1994.
74. Stålenheim EG.: Relationships between attempted suicide, temperamental vulnerability, and violent criminality in a Swedish forensic psychiatric population. *Eur Psychiatry* ; (16) : 386-94, 2001.
75. Schotte DE, Clum GA.: Suicide ideation in a college population: a test of a model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 50(5):690–6, 1982.
76. Shafii M, Carrigan S, Whittinghill JR, Derrick A.: Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*; 142:9 1985.
77. Street S, Kromrey JD.: Relationships between suicidal behavior and personality types. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 24(3):282–92, 1994.
78. Komisin L.: Personality type and suicidal behavior in college students. *Journal of Psychological Type* 24:24–32,1992.

79. Brodsky BS, Malone KM, Ellis SP, Dulit RA, Mann JJ.: Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior. *Am J Psychiatry*; 154:1715–1719, 1997.
80. Yen S, Shea T, Pagano M, Sanislow CA, Grilo CM, McGlashan TH, Skodol AE, Bender DS, Zanarini MC, Gunderson JG, Morey LC.: Axis I and axis II disorders as predictors of prospective suicide attempts: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *J Abnorm Psychol*; 112:375–381, 2003.
81. Warshaw MG, Dolan RT, Keller MB.: Suicidal behavior in patients with current or past panic disorder: five years of prospective data from the Harvard/Brown Anxiety Research Program. *Am J Psychiatry*; 157:1876–1878, 2000.
82. Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000'den çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001.
83. ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması, Dünya Sağlık Örgütü, Cenevre, 191-192, 1992.
84. Carlton PL ve Goldstein L.: Physiological determinants of pathological gambling. *A Handbook of Pathological Gambling*, T Glaski (Ed.), Springfield IL: Charles C. Thomas, s. 657-663, 1987.
85. Carlton PL ve Manowitz P.: Physiological factors as determinants of pathological gambling. *Journal of Gambling Behavior*, 3, 274-285, 1987.
86. White JL, Moffitt TE, Caspi A ve ark.: Measuring impulsivity and examining its relationship to delinquency, *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 192-205, 1994.
87. Fawcett J.: Treating impulsivity and anxiety in the suicidal patient. *The Clinical Science of Suicide Prevention*, H. Hendin ve JJ Mann (Ed.), New York: New York Academy of Sciences, s. 94-105, 2001.
88. O'Donnell I, Farmer R ve Catalan J.: Explaining suicide: The views of survivors of serious suicide attempts. *British Journal of Psychiatry*, 168, 780-786, 1996.
89. Read G.: Trends in an adolescent and young adult parasuicide population presenting at a psychiatric emergency uni: A descriptive study. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 9, 249-269, 1997.
90. Simon TR, Swann AC, Powell KE ve ark.: Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32 (suppl.), 49-59, 2001.

91. Dilbaz N, Seber G.: Umutsuzluk Kavramı: Depresyonda ve İntiharda Önemi. *Kriz Dergisi* 1(3): 134-138, 1993.
92. Beck AT, Steer RA, Beck JS.: Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression. *Suicide and Life-threatening Behavior*. 23139-145, 1993.
93. Kazdin A, French N, Unis A.: Hopelessness, depression and suicidal intent among psychiatrically disturbed inpatient children. *J Abnorm Psychol*; 94: 298-307, 1983.
94. Sayar MK, Öztürk M, Acar B.: Aşırı Dozda İlaç Alımıyla İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerde Psikolojik Etkenler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*; 10: 133-138, 2000.
95. Dori GA, Overholser JC.: Depression, hopelessness, and self-esteem: Accounting for suicidality in adolescent psychiatric inpatients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29, 309-318, 1999.
96. Beck AT, Brown G, Berchick RJ ve ark.: Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 147, 190-195, 1990.
97. Beck AT, Kovacs M ve Weissman A.: Hopelessness and suicidal behavior: An overview. *Journal of the American Medical Association*, 234, 1146-1149, 1975.
98. Campbell JD ve Lavalley LF.: Who am I? The role of self-concept confusion in understanding the behavior of people with low self-esteem. Self-esteem: The Puzzle of low Self-regard, RF Baumeister (Ed.), New York: Plenum, s. 3-20, 1993.
99. Roberts JE ve Monroe SM.: Vulnerable self-esteem and depressive symptoms: Prospective findings comparing three alternative conceptualizations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 804-835, 1992.
100. Lewinsohn PM, Rohde P ve Seeley JR.: Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 297-305, 1994.
101. de Man AF, Leduc CP ve Labreche-Gauthier L.: Correlates of suicidal ideation in French-Canadian adolescents: Personal variables, stress, and social support. *Adolescence*, 28, 819-829, 1993.
102. de Man AF, Leduc CP ve Labreche-Gauthier L.: Correlates of suicidal ideation in French-Canadian adults and adolescents: A comparison. *Journal of Clinical Psychology*, 48, 811-816, 1992.

103. Wetzel RD ve Reich T.: The cognitive triad and suicide intent in depressed inpatients. *Psychological Reports*, 65, 1027-1032, 1989.
104. Oto R, Özkan M, Altındağ A.: Batman İntiharları. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry*. Cilt : 5, sayı: 2, s:74-100, 2004.
105. Devrimci-Özgüven H, Oğuz Y, Erden G, Alper Y, Pırıldar Ş, Doğan Y, Palabıyıkoglu R, Coşkunol H, Sayıl I.: Editör: Çelikkol A. İntihar, Ege Psikiyatri Yayınları, s:7-23, 2002.
106. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Baugher M, Allman C.: Suicide in adolescent with no apparent psychopathology. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 32:494-500, 1993a.
107. Zonda T.: A longitudinal follow-up study of 583 attempted suicides, based on Hungarian material. *Crisis* 12(1):48-57, 1991.
108. Brent DA, Kolko DJ, Wartella ME, Boylan MB, Moritz G, Baugher M, Zelenak JP.: Adolescent psychiatric inpatients' risk of attempt upon six-month follow-up. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 32:95-105, 1993b.
109. Pfeiffer CR, Klerman GL, Hurt SW, Lesser M, Peksın JR, Siefker CA.: Suicidal children grown up: Demographic and clinical risk factors for adolescent suicide attempts. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 30:609-616, 1991.
110. Pfeiffer CR, Hurt SW, Kakuma T, Peksın JR, Siefker CA, Nagabhairava.: Suicidal children grown up: Suicidal episodes and effects of treatment during follow-up. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 33:225-230, 1994.
111. Platt S.: Suicide trends in 24 European Countries 1972-1984. Möller HJ, Schmidtke A, Welz R (ed): *Current Issues of Suicidology'de*. Springer Verlag, Berlin Heidelberg, 1988.
112. Kreitman N, Casey P.: Repetition of parasuicide: An epidemiological and clinical study. *Br J Psychiatry*, 153:792-800, 1988.
113. Bile-Brahe U, Jessen G.: Repeated suicidal behavior: A two-year follow-up. *Crisis*, 15 (2); 77-82, 1994.
114. Farmer R.: Deliberate self-poisoning. *Br J Hospital Medicine*, (36); 437-442, 1986.
115. Cullberg J, Wasserman D, Stefansson CG.: Who commits suicide after a suicide attempt? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77:598-603; 1988.

116. Rygnestad T.: A prospective 5-year follow-up study of self-poisoned patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 72:389-394, 1988.
117. Arensman E, Kerkhof A.: Classification of attempted suicide: A review of empirical studies, 1963-1993. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26:46-67, 1996.
118. DIE (Devlet İstatistik Enstitüsü-2000) İntihar istatistikleri 1998. TC Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, Ankara, 2000.
119. Carrington PJ, Moyer S.: Gun control and suicide in Ontario. *Am J Psychiatry*, 151:606-608, 1994.
120. Loftin C, McDowall D, Wiersema B, Cottey TJ.: Effects of restrictive licensing of handguns on homicide and suicide in the District of Columbia. *New England J Medicine*, 325:1615-1620, 1991.
121. Sloan JH, Rivara FP, Reay DT, Ferris JA, Kellermann AL.: Firearm regulations and rates of suicide: A comparison of two metropolitan areas. *New England J Medicine*, 322:369-373, 1990.
122. Kingdon D, Jenkins R.: 'The health of the nation': Suicide prevention in England. *Italian J Suicidology*, 5(1):9-17, 1995.
123. Sarandöl A, İntihar. *Birinci Basamak için Psikiyatri*, cilt 2, sayı 1, s:32-45; 2003.
124. Mann JJ, Brent DA, Arango V.: The neurobiology and genetics of suicide and attempted suicide: a focus on the serotonergic system. *Neuropsychopharmacology*; 24:467-477, 2001.
125. Roy A, Segal NL, Sarchiapone M.: Attempted suicide among living co-twins of twin suicide victims. *Am J Psychiatry*; 152:1075-1076, 1995.
126. Schulsinger F, Kety SS, Rosenthal D.: A family of suicide, in origin, prevention and treatment of affective disorder. M Schon, E Stromgren (eds). New York, Academic Pres, s.277-287, 1979.
127. Nielsen D, Goldman D, Virkunnen M.: Suicidality and 5-hydroxy indol acetic acid concentration associated with a tryptophan hydroxylase polymorphysm. *Arch Gen Psychiatry*; 51:34-38, 1994.
128. Linkowski P, van Wette J, Kerkhofs M, ve ark.: *Neuropsychobiology* 12: 19-22, 1984.
129. Asberg A.: Neurotransmitters and suicidal behavior: The evidence from cerebrospinal fluid studies. The Neurobiology of Suicide: From the Bench to the Clinic, DM Stoff ve JJ Mann (Ed.), New York: Annals of the New York Academy of Sciences, Volume, s. 158-181, 1997.

130. Nordström P, Samuelsson M, Asberg M ve ark.: CSF 5-HIAA predicts suicide risk after attempted suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 24, 1-9, 1994.
131. Pandey GN.: Altered serotonin function in suicide: Evidence from platelet and neuroendocrine studies. *The Neurobiology of Suicide: From the Bench to the Clinic*, DM Stoff ve JJ Mann (Ed.), New York: New York Academy of Sciences, s. 182-200, 1997.
132. Turecki G, Briere R, Dewar K ve ark.: Prediction of level of serotonin 2A receptor binding by serotonin receptor 2A genetic variation in postmortem brain samples from subjects who did or did not commit suicide. *Am J Psychiatry* 156(9):1456–1458, 1999.
133. Higley JD ve Linnoila M.: Low central nervous system serotonergic activity is traitlike and correlates with impulsive behavior. *The Neurobiology of Suicide: From the Bench to the Clinic*, DM Stoff ve JJ Mann (Ed.), New York: New York Academy of Sciences, s. 39-56, 1997.
134. Lowther S, Freedy De P.: 5HT1A receptor binding sites in postmortem brain samples from depressed suicides and controls. *J Affect Dis*; 42:199-207, 1997.
135. Oquendo MA, Mann JJ: The biology of impulsivity and suicidality. *Psychiatr Clin North Am*; 23:11-25; 2000.
136. Oquendo MA, Mann JJ: Neuroimaging findings in major depression, suicidal behavior and aggression. *Clin Neurosci Res*; 1:377-380, 2001.
137. Van Prag HM.: Biological suicide research: Outcome and limitations. *Biological Psychiatry*, 21, 1305-1323, 1986.
138. Roy A.: Recent biological studies on suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 24, 10-14, 1994.
139. Alper Y: Depresyonun psikodinamiği. I Sayıl (ed): İntihar'da. İzmir, Ege Psikiyatri Yayınları, s.39-46, 2002.
140. Odağ C, Nevrozlar-2. Depresif Nevroz, sayfa:14, Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları, İzmir-2001.
141. Eskin M, İntihar- Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme. Bölüm 4: İntiharın Açıklanması, sayfa:113-131. Ankara, 2003.
142. Beck JS., Çev.: Hisli Şahin N.: Bilişsel Terapi, Temel İlkeler ve Ötesi. 2. Bölüm: Bilişsel Formülasyon. Türk Psikologlar Derneği Yayınları No:22. s:15-29, 2001.

143. Leahy LR., Bilişsel Terapi ve Uygulamaları. Çev: Hacak H, Macit M, Özpilavcı F. Editör: Özakkaş T. Leahy RL: Bölüm 1: Bilişsel Terapi Müdahaleleri. Litera Yayıncılık, s:25-45, 2004.
144. Leahy LR., Bilişsel Terapi ve Uygulamaları. Çev: Hacak H, Macit M, Özpilavcı F. Editör: Özakkaş T. Tompkins MA: Bölüm 3: Bilişsel-Davranışçı Terapide Vaka Formülasyonu. Litera Yayıncılık, s:63-85, 2004.
145. Leahy LR., Bilişsel Terapi ve Uygulamaları. Çev: Hacak H, Macit M, Özpilavcı F. Editör: Özakkaş T. Greenberg RL.: Bölüm 5: Depresyon. Litera Yayıncılık, s:111-132, 2004.
146. Ellis TE ve Ratliff KG.: Cognitive characteristics of suicidal and nonsuicidal psychiatric inpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 625-634, 1986.
147. Bonner RL ve Rich AR.: Toward a predictive model of suicidal ideation and behavior: Some preliminary data in college students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 17, 50-63, 1987.
148. Mraz W ve Runco MA.: Suicide ideation and creative problem solving. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 24, 38-47, 1994.
149. Eskin M, İntihar- Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme. İntihar hastalarının tedavisi, syf.277-310, 2003.
150. Beck AT, Lester D, Weisman A, Trexler L. : The measurement of pessimism. The hopelessness scale. *J Consult Clin Psychology*, 42:861-874, 1974.
151. Durak A.: Beck Umutsuzluk Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*; 9:1-11, 1994.
152. Beck AT.: An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 4: 561-571, 1961.
153. Hisli N.: Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*; 7-3-13, 1989.
154. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA.: An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*, 56: 893-897, 1988.
155. Ulusoy M, Şahin N, Erkman H.: Turkish Version of The Beck Anxiety Inventory: psychometric Properties. *J Cognitive Psychotherapy: Int Quaterly*, 12:28-35, 1998.

156. Levine S, Ancill RJ, Roberts AP.: Assesment of suicide risk by computer delivered self-rating questionnaire: preliminary findings. *Acta Psychiatr Scand* 80: 216-220, 1989.
157. Dilbaz N, Holat H, Bayam G, Tüzer T, Bitlis V.: İntihar düşüncesi ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği. XXXI. Ulusal Psikiyatri Kongresi, İstanbul. s: 40-41, 1995.
158. Beck AT, Schuyler D, Herman L.: The prediction of suicide. 1.baskı, Maryland. The Charles Press publishers, 1974.
159. Dilbaz N, Bitlis V, Bayam G, Berksun O, Holat H, Tüzer T, Güney S.: İntihar Niyeti Ölçeği: geçerlik ve güvenilirliği. *3P Dergisi* 3(2): 28-31, 1995.
160. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, and Williams, JBW, Benjamin L: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II, Personality Disorders (SCID-II)'den türkçeye çeviren ve uyarlayanlar: Yıldız M, Özcan ME, Boztepe A, Yüksekaya E. Turgut Özal Tıp Merkezi, Psikiyatri Bölümü, Malatya.
161. Sayıl I, Azizoğlu Binici S.: İntihar bibliyografya – II. *Kriz Dergisi* 4 (1): 63-66, 1996.
162. Fawcett J, Shaughnessy R. The suicidal patient. JA Flaherty, RA Channon, JM Davis (eds), *Psychiatry'de*, Chicago, s.49-56, 1989.
163. Sayıl I, Berksun O, Palabıyıköğlü R, Oral A, Haran S, Güney S, Binici S, Geçim S, Yücat T, Beder A, Özayar H, Büyükçelik D, Özgüven HD.: Attempted suicides in Ankara in 1995. *Crisis*, 19: 47-48, 1998.
164. Bitlis V, Tüzer T, Bayam G, Dilbaz N, Holat H, Tan D: Genel bir hastanede acil servise intihar girişimi nedeniyle başvuran hastaların retrospektif incelenmesi. *Kriz Dergisi*, 2(2): 323-326, 1994.
165. Dilsiz A, Dilsiz F.: Çocuk ve ergenlerde intihar girişimi: Kontrollü bir çalışma. *Kriz Dergisi*, 4(1):1-6, 1996.
166. Hawton K: Sex and suicide. *Br J Psychiatry*; 177:484-485, 2000.
167. Koçal N, Coşar B, Candansayar S, Arıkan Z, Işık E.: Yatan psikiyatrik hastalardan intihar girişimi olanlarda demografik özellikler ve psikiyatrik bozuklukların retrospektif araştırılması. *Kriz Dergisi*, 2(2): 327-330, 1994.
168. Gidiş D, Kaya N, Çilli AS, Özkan İ, Şahinoğlu U.: Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne intihar girişimi nedeniyle başvuran ergenlerin değerlendirilmesi. *Kriz dergisi*, 5(1): 37-42, 1997.
169. Doğan O, Özbek H.: Özkıyım girişimi nedeniyle yatırılan hastaların bazı özellikleri. XXVI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmaları, s:189-196, İzmir 1990.

170. Moscicki EK.: Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatr Clin North Am*; 20:499-517, 1997.
171. Diekstra RFW, Graaf AC de, Van Egmond M.: On the epidemiology of attempted suicide: A sample-survey study among general practitioners. *Crisis* 5(2):108-118, 1984.
172. Bagley C, Ramsey R.: Psychosocial correlates of suicidal behaviors in an urban population. *Crisis*, 6(2):63-77, 1985.
173. Aysev A.: İntihar girişimi olan çocuklarda yaşam olayları. *Kriz Dergisi*,1(1):17-21, 1992.
174. Ekici G, Savaş HA, Çıtak S.: İntihar riskini artıran psikososyal etmenler (Sosyal güvence yokluğu, göç ve diğer stresörler). *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 2(4):204- 212, 2001.
175. Bile-Brahe U.: WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. Facts and Figures. Second Edition, Copenhagen: World Health Organisation, 1999.
176. Diekstra RFW.: The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatr Scand (Suppl)*, 371:9-20, 1993.
177. Sağınç H, Kuğu N, Akyüz G, Doğan O.: Yatarak tedavi gören hastalarda intihar öyküsünün araştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 1(2):83-88, 2000.
178. Ateşçi FÇ, Kuloğlu M, Tezcan E, Yıldız M.: İntihar Girişimi Olan Bireylerde Birinci ve İkinci Eksen Tanıları. *Klinik Psikiyatri*;5:22-27, 2002.
179. Oral G.: İntihar ve adli bilimler. *Yeni Symposium*; 35:46-47, 1997.
180. Beautrais AL.: Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Aust N Z J Psychiatry*; 34:420-436, 2000.
181. Zlotnick C, Donaldson D, Spiritio A, Pearstein T. Affect regulation and suicide attempts in adolescent inpatients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 36: 793-798; 1997.
182. Shaffer D, Pracentini J.: Suicide and attempted suicide. *Child Adolesc Psychiatry*; 2:407-424, 1994.
183. Bekaroğlu M.: Birinci Basamak İçin Acil Psikiyatri. İstanbul, Uniform Matbaası, 1998.
184. Oquendo MA, Kamali M, Ellis SP, Grunebaum MF, Malone KM ve ark.: Adequacy of antidepressant treatment after discharge and the occurrence of suicidal acts in major depression: a prospective study. *Am J Psychiatry*; 159:1746-1751, 2002.

185. Busch KA, Fawcett J, Jacobs DG.: Clinical correlates of inpatient suicide. *J Clin Psychiatry*; 64:14-19, 2003.
186. Sayar K, Acar B.: Psikofarmakolojik ajanlarla yapılan intihar girişimlerinde risk etkenleri. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*; 9:208-212, 1999.
187. Sayıl I.: İntihar davranışı ve epidemiyolojisi. O Doğan (ed): Psikiyatrik Epidemiyoloji'de, İzmir, Ege Psikiyatri Yayınları, s.118-123, 1995.
188. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü: 2000 İntihar İstatistikleri, Ankara. Başbakanlık Matbaası, 2000.
189. Altındağ A, Sır A, Özkan M.: Türkiye'de intihar hızlarındaki değişimler (1974-1998). *Türkiye'de Psikiyatri*; 2:79-86, 2001.
190. Goldstein RB, Black DW, Nasrallah A ve ark.: The prediction of suicide. *Arch Gen Psychiatry*, 48:418-422, 1991.
191. Murphy GE.: Suicide and attempted suicide. *Psychiatry*. PJ Wilner (Ed), Lippincott Basic Books. New York, New York Publication, Vol. 1:14-18, 1990.
192. Diekstra RFW.: The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatr Scand (Suppl)*, 371:9-20, 1993.
193. Alec R.: Psychiatric Emergencies. Suicide. BJ Sadock, VA Sadock (Ed), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 2. Cilt, 8. Baskı, Philadelphia, Williams & Wilkins, 2031-2040, 2000.
194. Brown M, King E, Barraclough B.: Nine suicide pacts: A clinical study of a consecutive series 1974-93. *Br J Psychiatry*, 167:448-451, 1995.
195. Conwell Y, Duberstein PR, Cox C ve ark.: Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: A psychological autopsy study. *Am J Psychiatry*, 153:1001-1008, 1996.
196. Hawton K.: Assesment of suicide risk. *Br J Psychiatry*, 150:145-153, 1987.
197. Vieta E, Nieto E, Gasto C ve ark.: Serious suicide attempts in affective patients. *J Affect Disord*, 24:147-152, 1992.
198. Henrikson MM, Hillevi MA, Marttunen MJ.: Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry*, 150:935-940, 1993.
199. Cheng A.: Mental illness and suicide. *Arch Gen Psychiatry*, 52:594-603, 1995.

200. Corbitt ME, Malone KM, Heas GL ve ark.: Suicidal behaviour in patients with major depression and comorbid personality disorders. *J Affect Disord*, 39:61-72, 1996.
201. Gunderson JG.: Borderline Kişilik Bozukluğu. (Çev. B Ceyhun), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 78-105, 1994.
202. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT, Fergusson DM, Deavoll BJ, Nightingale SK.: Prevalence and comorbidity of mental disorder in persons making serious suicide attempts: A case control study. *Am J Psychiatry*, 153(8):1009-1014, 1996.
203. Angst J, Clayton PJ.: Premorbid personality of depressive, bipolar, and schizophrenic patients with special reference to suicidal issues. *Compr. Psychiatry* 27, 511–532, 1986.
204. Angst J., Clayton P.J., Personality, smoking and suicide: a prospective study. *Journal of Affective Disorders* 51, 55– 62, 1998.
205. Breslau N, Kilbey M, Andreski P.: Nicotine dependence and major depression. *Arch. Gen. Psychiatry* 50, 31–35, 1993a.
206. Glassman AH, Helzer JE, Covey LS, Cottler LB, Stetner F, Tipp JE, Johnson J.: Smoking, smoking cessation, and major depression. *JAMA* 264, 1546–1549, 1990.
207. Kendler KS, Neale MC, MacLean CJ, Heath AC, Eaves LJ, Kessler RC.: Smoking and major depression. A causal analysis. *Arch. Gen. Psychiatry* 50, 36–43, 1993.
208. Breslau N, Kilbey M, Andreski P.: Nicotine dependence, major depression, and anxiety in young adults. *Arch. Gen. Psychiatry* 48, 1069–1074, 1991.
209. Breslau N, Kilbey M, Andreski P.: Vulnerability to psychopathology in nicotine-dependent smokers: Epidemiologic study of young adults. *Am. J. Psychiatry* 150: 941–946, 1993b.
210. Corruble E, Ginestet D, Guelfi JD (1996) Comorbidity of personality disorders and unipolar depression: a review. *J Affect Disord*,37: 157-170.
211. Sayın A, Aslan S. Duygudurum bozuklukları ile huy, karakter ve kişilik ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*;16(4), 2005.
212. Savaşır I, Boyacıoğlu G, Kabakçı E.: Bilişsel Davranışçı Terapiler. Ankara, Özyurt Matbaacılık, 177-202, 1996.
213. Beck AT.: Depression: Clinical, experimental and the theoretical aspects. New York, Hoeber Medical Division, Harper and Row, 1967.

214. Murase S, Ochiai S, Ueyama M, Honjo S and Ohta T. Psychiatric features of seriously life-threatening suicide attempters. A clinical study from a general hospital in Japan. *Journal of Psychosomatic Research*, Volume 55, Issue 4 , Pages 379-383, 2003.

EKLER

EK-1

Tarih:

Sosyodemografik Bilgi Formu:

Tlf:

1. İsim: Doğum yeri:
2. Yaş:
3. Cinsiyet: Kadın () Erkek ()
4. Meslek: İşsiz () Ev hanımı () Öğrenci () İşçi ()
Memur () Emekli () Esnaf () Çiftçi ()
Diğer ()
5. Halen esas olarak yaptığınız iş nedir? (lütfen açık olarak yazınız)
(emekliler için emekli oldukları anda yaptığı işini yazınız ve emekli olduğunu mutlaka belirtiniz)
6. Esas olarak yaptığınız işteki durumunuz nedir?
 - a) ücretli, maaşlı
 - b) kendi hesabına çalışıyor
 - c) emekli
 - d) işsiz, ara sıra iş bulduğunda çalışıyor
 - e) öğrenci
 - f) ev hanımı
 - g) diğer (belirtiniz)
7. Hane reisi şu anda emekli ise, emekli olduğu işindeki konumu neydi?
 - a) ücretli maaşlıydı
 - b) kendi hesabına çalışıyordu
 - c) işsizdi, ara sıra iş bulduğunda çalışıyordu
 - d) diğer (belirtiniz)
8. Eğitim durumu : Okur-yazar () İlkokul () Ortaokul ()
Lise () Üniversite-yüksek okul ()
9. Eğitim yılı :
10. Medeni durum : Bekar () Evli () Dul-boşanmış () Ayrı yaşıyor ()
11. Aile yapısı : Çekirdek () Yarı geniş () Geniş () Parçalanmış ()
12. Yaşanılan yerdeki durum : Yörenin yerlisi () Başka yerden ()
13. Gelir düzeyi : Düşük () Orta () Yüksek ()

14. Evi : Kendisine ait () Kira ()
15. Sosyal güvencesi var mı? Var () Yok ()
VAR ise türü : Emekli () SSK () Bağ-Kur () Yeşil Kart ()
Özel sigorta () Sosyal güvenceye ihtiyacı yok ()
Diğer ()

16. İntihar tarihi:

17. Girişimin türü : Fazla miktarda ilaç alma () Tarım ilacı içme ()
Ası () Ateşli silahla () Yüksekten atlama ()
Kesici aletle () Diğer ()

18. Tanı : Eksen 1 :
Eksen 2 :

19. Hastalık süresi (kısa öykü) :

20. Sigara -alkol-madde kullanım öyküsü : Var () Yok ()
VAR ise Sigara alışkanlığı : Süre : Miktar :
Alkol alışkanlığı : Süre : Miktar :
Madde alışkanlığı : Süre : Miktar :

21. PREMORBİD ÖZELLİKLER FORMU

- Girişim öncesinde bilinen herhangi bir fiziksel hastalığınız var mı?

- 1) Evet 2) Hayır

EVET ise türü :

-Kullandığınız ilaç var mı?

- 1) Evet 2) Hayır

EVET ise adı ve dozu :

-Girişim öncesinde bilinen herhangi bir ruhsal hastalığınız var mı?

- 1) Evet 2) Hayır

EVET ise türü :

-Girişim öncesinde ruhsal hastalıkla ilgili tedavi alıyor muydunuz?

- 1) Evet 2) Hayır

EVET ise tedavi türü :

-Daha önce geçirdiğiniz psikiyatrik hastalık var mı? Evet () Hayır ()

EVET ise hastalığınızın adı :

kullandığınız ilaçlar :

hastalığınızın başlama yaşı :

hastaneye yatış sayısı :

- Ailenizin herhangi bir bireyinde bilinen herhangi bir ruhsal hastalık var mıydı?

1)Evet 2)Hayır

EVET ise yakınlığı ve tanısı :

- Ailenizin herhangi bir bireyinde bilinen herhangi bir bedensel hastalık var mıydı?

1)Evet 2)Hayır

EVET ise yakınlığı ve tanısı:

- Girişim öncesinde ruh sağlığı uzmanına görüldünüz mü?

1)Evet 2)Hayır

EVET ise; En son ne zaman görüldünüz ve ne zamandır görünüyorsunuz?

- Girişim öncesinde alkol, madde, ilaç kullanım öyküsü var mı?

1)Evet 2)Hayır

EVET ise türü /süresi/ miktarı :

- Girişimden üç ay öncesine ait size sıkıntı verecek ve yaşadığınız bu olayla ilişkili olmayan olumsuz bir yaşantınız oldu mu? (Boşanma, ayrılık, şiddet, taciz, hırsızlık, eşle ilgili..vs)

1)Evet 2)Hayır

EVET ise türü :

- Girişimden sonraki dönemde yaşadığınız bu olayla ilişkili olmayan size hala sıkıntı verebilecek bir yaşantınız var mı? (Ölüm, boşanma, anne-baba ile ilgili, taciz, hırsızlık, şiddet, ayrılık, göç, ölümcül hastalık...vs.)

1)Evet 2)Hayır

EVET ise türü :

- Daha önce intihar girişimi öyküsü var mı?

1)Evet 2)Hayır

EVET ise türü :

Fazla miktarda ilaç alma () Tarım ilacı içme () Ası ()

Ateşli silahla () Yüksekten atlama () Kesici aletle ()

Diğer ()

EVET ise kaç kez? :

EVET ise tarihleri :

EVET ise psikiyatrik morbidite :

34. İntihar etme nedenleri:

a-Ruhsal hastalık

b-Fiziksel hastalık

c-Aile geçimsizliği----Eşle() Anne-babayla() Kardeşlerle()
Akrabayla ()

d-Maddi sorunlar

e-İş hayatında başarısızlık

f- Duygusal ilişkiler, istediği ile evlenememe vs.

g-Madde-alkol alışkanlığı

h-Yaşlılık

ı- yalnızlık

i-Diğer

35. İntihar girişiminin hemen öncesinde psikososyal stresör var mıydı?

1)Evet

2)Hayır

36. İntihar edilen yer :

Ev ()

İşyeri ()

Sokak ()

Diğer ()

37. İntihar edilen gün ve saatler :

38. İntiharın amacı neydi?

Ölme amaçlı ()

İmpulsiv ()

Ders vermek (manüplatif) ()

39. Ölçek puanları :

BDÖ :

BAÖ :

BUÖ :

HAM-D :

İDÖ (intihar düşüncesi ölçeği) :

İNÖ (intihar niyeti ölçeği) :

EK-2:**BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ**

Aşağıda kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen dört seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki harfin üzerine (x) işareti koyunuz.

- 1- (0) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
(1) Kendimi üzgün hissediyorum.
(2) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
(3) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
- 2- (0) Gelecekte umutsuz değilim.
(1) Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.
- 3- (0) Kendimi başarısız görmüyorum.
(1) Çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
(2) Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığım olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4- (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
(1) Herşeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
(3) Bana zevk veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı.
- 5- (0) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
(1) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
(2) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
- 6- (0) Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.
(1) Bazı şeyler için cezalandırılabileceğimi hissediyorum.
(2) Cezalandırılmayı bekliyorum.
(3) Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7- (0) Kendimden hoşnutum.
(1) Kendimden pek hoşnut değilim.
(2) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
(3) Kendimden nefret ediyorum.
- 8- (0) Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.
(1) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
(2) Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.
(3) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.

- 9-(0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(1) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, fakat bunu yapmam.
(2) Kendimi öldürebilmeyi isterdim.
(3) Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10-(0) Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
(1) Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.
(2) Şu sıralarda her an ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim, ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.
- 11-(0) Her zamankinden daha sinirli değilim.
(1) Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum.
(2) Çoğu zaman sinirliyim.
(3) Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum.
- 12-(0) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
(1) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
(2) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
(3) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
- 13-(0) Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum.
(1) Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum.
(2) Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiç karar veremiyorum.
- 14-(0) Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.
(1) Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum.
(2) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu hissediyorum.
(3) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
- 15-(0) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
(1) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.
(2) Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
(3) Hiçbir iş yapamıyorum.
- 16-(0) Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.
(1) Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.
(2) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.
(3) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17-(0) Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
(1) Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.
(2) Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor.
(3) Öyle yorgunum ki hiçbir şey yapamıyorum.

18-(0) İştahım eskisinden pek farklı değil.

- (1) İştahım eskisi kadar iyi değil.
- (2) Şu sıralarda iştahım epey kötü.
- (3) Artık hiç iştahım yok.

19-(0) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.

- (1) Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.
- (2) Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.
- (3) Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim.
Daha az yemeye çalışarak kilo kaybetmeye çalışıyorum:
Evet () Hayır ()

20-(0) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.

- (1) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.
- (2) Ağrı, sızı gibi sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
- (3) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki artık başka hiçbir şey düşünmüyorum.

21-(0) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.

- (1) Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
- (2) Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim.
- (3) Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

EK-3:**BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ**

Adınız, Soyadınız:.....

Test tarihi:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra her maddedeki belirtinin **bugün dahil son bir haftadır** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere (X) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde, beni pek etkilemedi	Orta düzeyde, hoş değildi ama katlandım	Ciddi düzeyde, dayanmakta çok zorlandım
1- Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma	()	()	()	()
2- Sıcak / ateş basmaları	()	()	()	()
3- Bacaklarda halsizlik, titreme	()	()	()	()
4- Gevşeyememe	()	()	()	()
5- Çok kötü şeyler olacak duygusu	()	()	()	()
6- Baş dönmesi veya sersemlik	()	()	()	()
7- Kalp çarpıntısı	()	()	()	()
8- Dengenizi kaybedeceğiniz duygusu	()	()	()	()
9- Dehşete kapılma	()	()	()	()
10- Sinirlilik	()	()	()	()
11- Boğuluyormuş gibi olma hissi	()	()	()	()
12- Ellerde titreme	()	()	()	()
13- Titreklik	()	()	()	()
14- Kontrolü kaybetme duygusu	()	()	()	()
15- Nefes almada güçlük	()	()	()	()
16- Ölüm korkusu	()	()	()	()
17- Korkuya kapılma	()	()	()	()
18- Midede hazımsızlık veya rahatsızlık hissi	()	()	()	()
19- Baygınlık	()	()	()	()
20- Yüzün kızarması	()	()	()	()
21- Terleme (sıcaklığa bağlı değil)	()	()	()	()
Toplam işaret sayısı	()	()	()	()

EK-4: BUÖ**BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ**

1. Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum Evet-----Hayır
2. Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur Evet-----hayır
3. İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor Evet-----Hayır
4. Gelecek on yıl içinde hayatimin nasıl olacağını hayal bile edemiyorum Evet-----Hayır
5. Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var. Evet-----Hayır
6. Benim için çok önemli konularda ileride basarili olacağımı umuyorum. Evet-----Hayır
7. Geleceğimi karanlık görüyorum. Evet-----Hayır
8. Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum. Evet-----Hayır
9. İyi fırsatlar yakalayamıyorum.Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiç bir neden yok. Evet-----Hayır
- 10.Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı Evet-----Hayır
- 11.Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor Evet-----Hayır
- 12.Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum Evet-----Hayır
- 13.Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum. Evet-----Hayır
- 14.İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor. Evet-----Hayır
- 15.Geleceğe büyük inancım var. Evet-----Hayır
- 16.Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur. Evet-----Hayır
- 17.Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi. Evet-----Hayır
- 18.Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor. Evet-----Hayır
- 19.Kotu günlerden çok , iyi günler bekliyorum. Evet-----Hayır
- 20.İstediğim her şeyi elde etmek için caba göstermenin gerçekten yararı yok,nasıl olsa onu elde edemeyeceğim. Evet-----Hayır

EK-5:**İNTİHAR DÜŞÜNCESİ ÖLÇEĞİ**

Son bir hafta içinde aşağıdaki cümlelerde belirtilen düşüncelerden size uyanlar için EVET, uymayanlar için HAYIR yanıtını işaretleyiniz.

1-Kontrol edemeyeceğim kadar öfkelenirim.

Evet Hayır

2-Bazen başkalarını incitmek isteği hissediyorum.

Evet Hayır

3-İncinmem veya yaralanmam umurumda değil.

Evet Hayır

4-Kendim için bir şeyleri daha iyi yapabileceğim konusunda umudumu kesebilirim.

Evet Hayır

5-Geleceğim bana karanlık görünüyor.

Evet Hayır

6-İlerisi için yalnızca hoş olmayan şeyler düşünüyorum.

Evet Hayır

7-İstediğim hiçbir şeyi elde edemiyorum.

Evet Hayır

8-Hiçbir şey istediğim gibi değil.

Evet Hayır

9-Ölümü hak etmiş olduğumu düşünüyorum.

Evet Hayır

10-İntihar girişiminden önce en az 3 saat kendimi öldürmeyi düşündüm.

Evet Hayır

11-Geçen bir yıl içinde başkalarına hayatıma son verebileceğimden bahsettim.

Evet Hayır

12-Zaman zaman kendimi öldürme konusunda karşı konulmaz bir istek duyarım.

Evet Hayır

13-Sık sık hayatıma son verme fikri akılma geliyor.

Evet Hayır

14-İşlerin kötüye gitmesi konusunda kendimi suçluyorum.

Evet Hayır

15-Kötü bir şeyler yapmışım gibi geliyor.

Evet Hayır

16-Her zamankinden daha yavaş düşünüyorum.

Evet Hayır

17-Her zamankinden daha yavaş konuşuyorum.

Evet Hayır

EK-6:

İNTİHAR NİYETİ ÖLÇEĞİ

İntihar girişimi ile ilgili koşullar

1-İzolâsyon

- a-Yanında herhangi biri var.
- b-Yakınında veya ilişkide olduğu biri var.telefonla olabilir.
- c-Yakınında veya ilişkide olduğu kimse yok.

2-Zamanlama

Zamanlama dikkate alınmamış

- a-Müdahaleye imkan verecek şekilde zamanlanmış
- b-Müdahale imkanı az olacak şekilde zamanlanmış
- c-Müdahale imkanı çok az olacak şekilde zamanlanmış.

3-Fark edilme ve-veya müdahale edilmeye karşı önlemler

- a-önlem almamış
- b-Pasif önlemler almış.örneğin.insanlardan kaçınmış fakat engelleyici müdahalelere karşı önlem almamış. Bir odaya kapıyı kilitlemeden kapanması gibi
- c-Aktif önlemler almış.Kendini bir odaya kilitlemiş.

4-Girişim süresince veya sonrasında yardım sağlayacak tarzda davranmış. Herhangi bir şey yapmamış.

- a-Girişimle ilişkili yardım edebilecek birine haber vermiş.
- b-Yardımcı olabilecek kişiyle ilişkiye geçmiş fakat özellikle girişimden bahsetmemiş.
- c-Yardımcı olabilecek kişilerle ilişki kurmamış.

5-Ölümü beklerken yapılan son eylemler

- a-Yok
- b-ölümü beklerken bazı planlar yapmamış veya yapmayı düşünmüş.;
- c-Kesinlikle planlar yapmış.-Vasiyetinde değişiklikler yapması, armağanlar bırakması, yaşam sigortasını iptal ettirmesi gibi.

6-İntihar irişimi için yapılan hazırlıkların derecesi

a-Hiç bir hazırlık yok.

b-Minimum veya orta düzeyde hazırlık

c-Ciddi hazırlık

7-İntihar notu:

a-Not yok.

b-Not yazmayı düşünmüş veya yazmış ancak yırtmış.

c-Not var.

8-İntihar girişiminden önce niyetin açıkça belirtilmesi

a-Yok

b-Belirsiz biçimde

c-Acık bir biçimde

9-İntihar girişiminin amacı

a-Temel olarak çevresini değiştirmek veya etkilemek.

b-Hem çevresini değiştirmek ve etkilemek hemde bulunduğu çevreden kurtulmak.

c-Tamamen kendi çevresinden kurtulmak.

Kendini değerlendirme:

10-Girişimin ölümcüllüğü ile ilgili beklentiler

a-ölümün pek olası olmadığını düşünmüş veya hiç düşünmemiş.

b-ölebileceğini düşünmüş ancak pek ihtimal vermemiş,

c-ölümün olası veya kesin olduğunu düşünmüş.

11-Kullanılan yöntemin öldürücü olmasına ilişkin kavramlar.

a-Hiç düşünmemiş veya öldürücü olmayacak düzeyde uygulamış.

b-Kullandığı yöntemin öldürücü olup, olmadığı konusunda emin değilmiş.

c-Kullandığı yöntemin en az düşündüğü kadar veya düşündüğünden de öldürücü olduğunu düşünmüş

12-Girişimin ciddiyeti

a-Yaşamım sonlandırarak düzeyde ciddi bir girişim düşünmemiş.

b-Yaşamını sonlandırarak düzeyde ciddi bir girişim olup, olmadığından emin değilmiş.

c-Yaşamını sonlandırarak düzeyde ciddi bir girişim olarak düşünmüş.

13-Yaşamın devamına ilişkin çelişkiler

a-ölmek istememiş.

b-Yaşamayı veya ölmeyi önemsememiş.

c-ölmek istemiş.

14-Girişimin geri dönülebilir olması

a-Tıbbi müdahale sayesinde ölmeyebileceğini düşünmüş

b-Tıbbi müdahale ile ölümün önlenebileceğinden emin değilmiş.

c-Tıbbi müdahaleye rağmen öleceğinden eminmiş.

15-Girişimin tasarlanma derecesi

a-Hiç düşünmemiş, impulsif.

b-intihar girişiminden 3 saat veya daha kısa süre önce tasarlamaya başlamış.

c-intihar, girişiminden 3 saatten daha uzun süre önce tasarlamaya başlamış.

Puanlanmayan bölüm:

16-Girişime tepki

a-Girişimden dolayı pişman

b-Hem girişimini hem de hayatta kalışını kabullenemiyor.

c-Halen hayatta olduğuna pişman.

17-Ölümü gözünde canlandırmak

a-Ölümü, ölmüşlerine kavuşmak veya ölümden "sonraki yaşam şeklinde canlandırıyor.

b-Sonsuz bir uyku ve karanlık olarak canlandırıyor.

c-Ölümü gözünde canlandırmamış veya aklına getirmemiş.

18-önceki girişimlerin sayısı

a-Yok

b-1 veya 2

c-3 veya daha fazla kez.

19-Girişim sırasındaki alkol alımı

Alkol alımı yok.

a-Girişim sırasında ne yaptığını bilmeyecek veya kafasını bulandıracak kadar alkol almış.

b-Girişim için cesaret verecek kadar alkol almış. :

c-İlaç veya başka yöntemlerle girişimi gerçekleştirirken etkisini artırmak için alkol almış.

20-Girişim sırasındaki ilaç kullanımı

ilaç kullanımı yok.

a-Girişimi sırasında ne yaptığını bilmeyecek veya girişimin sonuçlarının farkında olamayacak kadar ilaç almış.

b-Girişimi kendini engellemeden rahatlıkla gerçekleştirebilmek için ilaç almış.

c-Girişim yönteminin etkisini artırmak için ilaç almış.

EK-7: SCID-II

1.	Birçok insanla karşılaşmayı gerektirecek meslek ya da işlerden kaçındığınız oldu/olur mu?	Hayır	Evet
2.	Sevdiğinizden emin olmadıkça insanların arasına girmekten kaçınır mısınız?	Hayır	Evet
3.	İnsanlar size yakın olsa bile onlara açılmak ya da yakın olmak sizin için zor olur mu	Hayır	Evet
4.	Sosyal ortamlarda eleştirileceğiniz ya da reddedileceğiniz düşüncesi kafanızı hep meşgul eder mi ?	Hayır	Evet
5.	İlk defa karşılaştığınız insanlar karşısında genellikle kendinizi yetersiz hissederek ketlenir / engellenir misiniz ?	Hayır	Evet
6.	Kendinizin diğer insanlar kadar becerikli,çekici ya da iyi olmadığına inanır mısınız ?	Hayır	Evet
7.	Yeni girişimlerde bulunmaktan çekinir misiniz?	Hayır	Evet
8.	Günlük kararlarınızı (örneğin ne giyineceğiniz, restoranda nasıl davranacağınız gibi) vermek için başkalarından çokça tavsiye ya da güvence almak ihtiyacı duyar mısınız ?	Hayır	Evet
9.	Mali konular, çocuk bakımı gibi yaşamınızdaki önemli alanlarda sorumluluk almak için başkalarının yardımına ihtiyaç duyar mısınız?	Hayır	Evet
10.	Hatalı olduklarını düşündüğünüz halde başkalarına aykırı görüş belirtmekte zorlanır mısınız?	Hayır	Evet
11.	Size yardım edecek birisi olmadığı zaman işleri başlatmakta zorlanır mısınız ?	Hayır	Evet
12.	Hoş olmayan şeyleri yapmaya genelde istekli misinizdir ?	Hayır	Evet
13.	Yalnızken çoğunlukla kendinizi rahatsız hisseder misiniz?	Hayır	Evet
14.	Yakın bir ilişkiniz sonlandığında kendinizi sizinle ilgilenecek başka birisini bulmak zorunda hisseder misiniz?	Hayır	Evet
15.	Kendi kendinize bakmak zorunda kalabileceğiniz konusunda çok endişelenir misiniz ?	Hayır	Evet
16.	Ayrıntı, düzen ve düzenlemeyle çok uğraşan ya da listeler ve programlar yapmayı seven bir kişiliğiniz var mı?	Hayır	Evet
17.	Herşey tam mükemmel olsun diye çok zaman harcayarak işleri bitirmekte zorluk çeker misiniz?	Hayır	Evet
18.	Başkalarına ya da eğlenceye zaman ayıramıyacak kadar kendinizi işe/okula adadığınızı düşünür müsünüz? Ya da insanlar sizin böyle olduğunuzu düşünürler mi?	Hayır	Evet
19.	Neyin doğru, neyin yanlış olduğu konusunda çok yüksek standartlarınız var mıdır?	Hayır	Evet
20.	Bir gün işe yarayabilir düşüncesiyle eskimiş eşyaları atmakta zorlanır mısınız?	Hayır	Evet

21.	Tam olarak sizin istediğiniz tarzda yapmayacaklarını düşündüğünüz için başkalarının yardımını istemek size zor gelir mi?	Hayır	Evet
22.	Yeterince paranız olduğunda bile kendiniz ve başkaları için harcayamadığınız olur mu?	Hayır	Evet
23.	Sıklıkla diğer insanların söylediklerine aldırmayacak denli kendinizden emin olur musunuz?	Hayır	Evet
24.	Başkaları hiç sizin inatçı ya da katı birisi olduğunuzu söyledi mi?	Hayır	Evet
25.	Yapmayı istemediğiniz bir şeyi yapmanız istendiğinde 'evet' deyip, sonra işi yavaştan alır ya da kötü yapar mısınız?	Hayır	Evet
26.	Eğer bir şeyi yapmak istemezseniz; onu sıklıkla unutur musunuz (unutmuş gibi davranır mısınız)?	Hayır	Evet
27.	Genellikle diğer insanların sizi anlamadıklarını ya da değerini takdir etmediklerini düşünür müsünüz ?	Hayır	Evet
28.	Sık sık hırçın ve tartışmacı tavır alır mısınız?	Hayır	Evet
29.	Ne yaptığını bildiği kabul edilen çoğu patron, öğretmen, danışman, doktor vb. nin aslında pek bir şey bilmediklerini düşünür müsünüz?	Hayır	Evet
30.	Sıklıkla diğer insanların sizden daha çok şeye sahip olmalarının adil olmadığını düşünür müsünüz?	Hayır	Evet
31.	Sık sık başınıza gelen kötü şeylerin daha fazlasından şikayet eder misiniz?	Hayır	Evet
32.	Sık sık başkalarının isteklerini öfkeyle reddeder ve sonra pişman olup özür diler misiniz ?	Hayır	Evet
33.	Genellikle kendinizi mutsuz ya da hayatı zevksiz hisseder misiniz?	Hayır	Evet
34.	Temelde yetersiz bir kişi olduğunuza inanır ve kendiniz hakkında iyi şeyler hissetmez misiniz?	Hayır	Evet
35.	Sıklıkla kendinizi aşağılar mısınız?	Hayır	Evet
36.	Geçmişte olan kötü şeyler hakkında düşünmeyi sürdürür ya da gelecekte olabilecek kötü şeyler hakkında endişelenir misiniz?	Hayır	Evet
37.	Başkalarını sık sık insafsızca yargılar ve onlarda kolayca hata bulur musunuz?	Hayır	Evet
38.	İnsanların çoğunun temelde iyi olmadığını düşünür müsünüz?	Hayır	Evet
39.	Hemen her zaman işlerin kötüye gideceğini bekler misiniz?	Hayır	Evet
40.	Yaptığınız ya da yapmadığınızı şeyler hakkında sıklıkla suçluluk hisseder misiniz?	Hayır	Evet
41.	İnsanların sizi kullanmasını ya da zarar vermesini önlemek amacıyla hep gözünüzü açık tutmak zorunda hisseder misiniz?	Hayır	Evet
42.	Dostlarınıza ya da iş arkadaşlarınıza güvenip güvenmeyeceğinizi düşünmek çok zamanınızı alır mı?	Hayır	Evet

43.	Size karşı kullanacakları düşüncesi ile diğer insanların sizin hakkınızda çok şey bilmemelerini daha doğru bulur musunuz?	Hayır	Evet
44.	İnsanların sözlerinde ya da yaptıklarında sıklıkla gizli bir tehdit ya da kötü niyet sezer misiniz?	Hayır	Evet
45.	Kinci bir insan mısınız, sizin için onur kırıcı davranışları ve haksızlıkları unutmak çok zaman alır mı?	Hayır	Evet
46.	Uzun zaman önce size yaptıkları ya da söylediklerinden ötürü affedemeyeceğiniz çok insan var mıdır?	Hayır	Evet
47.	Birisi sizi eleştirdiği ya da incittiği zaman genellikle çabuk sinirlenir ya da öfkenizi dışa vurur musunuz?	Hayır	Evet
48.	Eşinizin ya da sevgilinizin sadakatsizliğinden sıklıkla kuşkulandığınız oldu mu?	Hayır	Evet
49.	İçinde bulunmadığınız bir topluluğu konuşurken gördüğünüzde, sıklıkla onların sizin hakkınızda konuştuklarını düşünür müsünüz?	Hayır	Evet
50.	Çoğu insan için özel bir anlamı olmayan şeylerin size gerçek bir mesaj olduğunu sıklıkla hisseder misiniz?	Hayır	Evet
51.	İnsanlar arasındayken onlar tarafından gözlemlendiğiniz ya da dikkatle bakıldığınız hissine sıklıkla kapılır mısınız?	Hayır	Evet
52.	Hiç eşyaları ya da olayları yalnızca onları düşündüğünüz ya da yapmayı dilediğiniz için etkileyebildiğinizi hissettiniz mi?	Hayır	Evet
53.	Doğa üstü güçlerle ilişkili bir yaşantınız oldu mu?	Hayır	Evet
54.	Başkalarının bilemeyeceği ve kestiremeyeceği bazı olayları bilmenizi ve sezmenizi sağlayacak "altıncı his" sizin olduğuna inanıyor musunuz?	Hayır	Evet
55.	Nesnelerin ya da gölgelerin gerçek insan ya da hayvan olduklarını veya gürültünün gerçekten insan sesleri olduğunu sıkça hisseder misiniz?	Hayır	Evet
56.	Çevrenizde kimseyi görmesenez bile bir insan ya da güçler olduğu hissine kapıldığınız oldu mu?	Hayır	Evet
57.	Sıklıkla insanların etrafında bir enerji alanı ya da aura olduğunu görür müsünüz?	Hayır	Evet
58.	Aile çevreniz dışında size gerçekten yakın olan çok az insan mı var?	Hayır	Evet
59.	Başka insanların yanındayken kendinizi sıklıkla sinirli hisseder misiniz?	Hayır	Evet
60.	Yakın bir ilişkinizin olup olmaması sizin için önemli değil mi?	Hayır	Evet
61.	Bir iş yaparken başkalarıyla birlikte olmaktansa hemen her zaman yalnız olmayı tercih eder misiniz?	Hayır	Evet
62.	Cinsel bir ilişkiniz olmasa bile kendinizi doyumlu hisseder misiniz ya da cinsel zevki aramaz mısınız?	Hayır	Evet

63.	Size zevk veren şeyler gerçekten çok az mıdır?	Hayır	Evet
64.	İnsanların sizin hakkınızda ne düşündükleri sizin için önemsiz midir?	Hayır	Evet
65.	Sizi çok mutlu ya da çok mutsuz edecek hiçbir şey olmadığını düşünür müsünüz?	Hayır	Evet
66.	Başkalarının ilgisinin en çok sizin üzerinizde olmasından hoşlanırmısınız?	Hayır	Evet
67.	Çok sayıda flörtünüz (çıktığınız kişi) olur mu?	Hayır	Evet
68.	Kendinizi baştan çıkarıcı (ayartıcı) bulur musunuz?	Hayır	Evet
69.	Giyiminiz ya da görünüşünüzle insanların dikkatini çekmeye çalışırmısınız?	Hayır	Evet
70.	Sıklıkla dramatik ve renkli bir tavır sergiler misiniz (abartılı ve yapmacık davranır mısınız)?	Hayır	Evet
71.	Birlikte olduğunuz insanlardan, okuduklarınızdan ve televizyonda izlediklerinizden etkilenerek sık sık fikir değiştirir misiniz?	Hayır	Evet
72.	Çok yakın olduğunuz çok sayıda arkadaşınız var mıdır?	Hayır	Evet
73.	İnsanlar sizin özel yetenek ve başarılarınızı yeterince takdir etmezler mi?	Hayır	Evet
74.	İnsanlar size kendinizi yüksek gördüğünüzü söylediler mi?	Hayır	Evet
75.	Güç, ün ve kabul görme konusunda kafa yorar ve bir gün bunlara sahip olacağını çok düşünür müsünüz?	Hayır	Evet
76.	Bir gün kusursuz sevgiyi bulacağınız üzerine çok kafa yorar mısınız?	Hayır	Evet
77.	Bir sorununuz olduğunda o konudaki en üst düzey kişiyi görmek için çok ısrarlı davranır mısınız?	Hayır	Evet
78.	Özel ya da nüfuzlu insanlar ile zaman geçirmek sizin için önemlidir?	Hayır	Evet
79.	İnsanların sizinle ilgilenmesi ya da size hayran olması sizin için çok önemli midir?	Hayır	Evet
80.	Sizi engellediği zaman belli kurallara ya da sosyal düzene uymanın sizin için zorunlu olmadığını düşünür müsünüz?	Hayır	Evet
81.	Özel tedaviyi (muameleyi) hak eden bir insan olduğunuzu düşünür müsünüz?	Hayır	Evet
82.	İstediğinizi elde etmek için her yolu mübah bulur musunuz?	Hayır	Evet
83.	Kendi ihtiyaçlarınızı diğer insanlarınkinden daha önemli görüp genellikle kendinize öncelik tanır mısınız?	Hayır	Evet
84.	Başkalarının sizin istediklerinizi (sizden geldiği için) sorgusuz sualsiz yerine getirilmelerini sıklıkla bekler misiniz?	Hayır	Evet
85.	Başkalarının sorunları ya da duygularına gerçekten ilgisiz kalır mısınız?	Hayır	Evet

86.	İnsanlar kendilerini dinlemediğinizden ya da onların duygularını önemsemediğinizden yakındılar mı?	Hayır	Evet
87.	Başkalarını sıkça kıskanır mısınız?	Hayır	Evet
88.	Sık sık başkalarının sizi kıskandığı hissine kapılır mısınız?	Hayır	Evet
89.	İlgi ve zaman ayırmanıza değecek çok az insan olduğunu düşünür müsünüz?	Hayır	Evet
90.	Önem verdiğiniz birisi tarafından terk edilme düşüncesi sizi çılgına çevirir mi?	Hayır	Evet
91.	Önem verdiğiniz insanlarla ilişkilerinizde aşırı iniş çıkışlar var mıdır?	Hayır	Evet
92.	Kimliğiniz ve yönelimlerinizde ani değişiklikler yaşadınız mı?	Hayır	Evet
93.	Kim olduğunuzla ilgili hislerinizde ani, dramatik değişmeler olur mu?	Hayır	Evet
94.	Farklı insanlarla ya da farklı durumlar karşısında bazen gerçekten kim olduğunuzu tanıyamayacak kadar değiştığınız olur mu?	Hayır	Evet
95.	Amaçlarınızda, kariyer planlarınızda, dini inançlarınızda vs. birçok ani değişiklik oldu mu?	Hayır	Evet
96.	Bir çok şeyi sıkça dürtüsel olarak (içinizden geldiği gibi, tartmadan) yaptığınız oldu mu?	Hayır	Evet
97.	Kendinize zarar veren davranışınız, ya da kendinizi öldürmeye kalkıştığınız, ya da buna benzer tehditlerde bulunduğunuz oldu mu?	Hayır	Evet
98.	Hiç vücudunuzu kestiğiniz, yaktığınız (sigara basma vs.) ya da çizdiğiniz oldu mu?	Hayır	Evet
99.	Duygusal durumunuzda birçok ani değişiklikler olur mu?	Hayır	Evet
100.	Sık sık içinizde bir boşluk hissedersiniz mi?	Hayır	Evet
101.	Sık sık kendinizi kaybedecek kadar öfke patlamaları ya da kızgınlık yaşarsınız mı?	Hayır	Evet
102.	Kızdığınızda insanlara vurur ya da birşeyleri fırlatır atar mısınız?	Hayır	Evet
103.	Küçük şeyler bile sizi kızdırır mı?	Hayır	Evet
104.	Yoğun stres altındayken başka insanlardan kuşkulandığınız ya da ne yaptığınızı bilmediğiniz, dağıldığınız olur mu?	Hayır	Evet
105.	15 yaşından önce başka çocuklara gözdağı verir ya da onları tehdit eder miydiniz?	Hayır	Evet
106.	15 yaşından önce kavgalar başlatır mıydınız?	Hayır	Evet
107.	15 yaşından önce bir kimseyi taş, sopa, cam, bıçak ya da tabanca gibi silahlarla tehdit ettiniz ya da yaraladınız mı?	Hayır	Evet
108.	15 yaşından önce kasten birisine işkence ettiğiniz ya da fiziksel acı verdiğiniz oldu mu?	Hayır	Evet
109.	15 yaşından önce hayvanlara işkence ettiğiniz ya da acı verdiğiniz oldu mu?	Hayır	Evet

110. 15 yaşından önce birisini tehdit ederek ya da zorlayarak bir şeyini çaldığınız, dükkan soyduğunuz oldu mu?	Hayır	Evet
111. 15 yaşından önce birisini cinsel ilişkiye, soyunmaya ya da size dokunmaya zorladınız mı?	Hayır	Evet
112. 15 yaşından önce yangın çıkardınız mı?	Hayır	Evet
113. 15 yaşından önce size ait olmayan şeylere kasten zarar verdiniz mi?	Hayır	Evet
114. 15 yaşından önce ev araba ya da binalara zor kullanarak girdiniz mi?	Hayır	Evet
115. 15 yaşından önce çok yalan söyleyip başkalarını atlattınız mı?	Hayır	Evet
116. 15 yaşından önce zaman zaman mağaza hırsızlığı yaptınız ve başkasının imzasını taklit ettiniz mi?	Hayır	Evet
117. 15 yaşından önce evden kaçtınız ve geceyi dışarıda geçirdiniz mi?	Hayır	Evet
118. 13 yaşından önce sıklıkla geç saatlere kadar dışarıda kalır, evde olmanız beklenen zamandan daha geç gelir miydiniz?	Hayır	Evet
119. 13 yaşından önce sık sık okuldan kaçtınız mı?	Hayır	Evet