

T.C.  
HARRAN ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI  
PSİKIYATRI ANABİLİM DALI

**ŞANLIURFA'DA İNTİHAR GİRİŞİMLERİNİN  
İLİŞKİLİ OLDUĞU RİSK FAKTÖRLERİ**

Dr. Mehmet ASOĞLU

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN  
Doç. Dr. Abdurrahman ALTINDAĞ

ŞANLIURFA  
2007

T.C.  
HARRAN ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI  
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

**ŞANLIURFA'DA İNTİHAR GİRİŞİMLERİNİN  
İLİŞKİLİ OLDUĞU RİSK FAKTÖRLERİ**

Dr. Mehmet ASOĞLU

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN  
Doç. Dr. Abdurrahman ALTINDAĞ

ŞANLIURFA  
2007

## TEŞEKKÜR

Tezimin hazırlanmasında bana her konuda destek olan tez danışmanım Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Abdurrahman ALTINDAĞ'a, bilgilerinden ve klinik tecrübelerinden yararlandığım bölüm hocalarımdan Yrd. Doç. Dr. Mahmut KATI'ya, psikiyatri asistanlığına başladığımda, kliniğe ve hastalara uyum sürecimde sabırlı ve hoşgörülü tutumuyla bana psikiyatriyi sevdiren hocamız Doç. Dr. Medaim YANIK'a teşekkür ederim.

Nöroloji rotasyonum sırasında bilgi ve klinik tecrübelerinden faydalandığım Nöroloji A.D. Başkanı Doç. Dr. Yaşar ÖZKUL'a, teşekkür ederim.

Dahiliye rotasyonum sırasında desteklerinden dolayı İç Hastalıkları A.D. Başkanı Doç. Dr. Tevfik SABUNCU'ya, teşekkür ederim.

Adli Tıp A.D. Başkanı Yrd. Doç. Dr. Bora ÖZDEMİR'e ve Deontoloji ve Tıp Tarihi A.D. Başkanı Doç. Dr. Şahin AKSOY'a katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Hastanede çalıştığımız süre boyunca hiçbir konuda desteğini esirgemeyen Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimisi Prof. Dr. Halit ANDAÇ'a teşekkür ederim.

Çocuk Psikiyatrisi rotasyonumda, uzmanlık eğitimime katkılarından dolayı, Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D. Başkanı Prof. Dr. Süha MİRAL'e, Yrd. Doç. Dr. Burak BAYKARA'ya, diğer öğretim üyeleri ve asistan arkadaşlara teşekkür ederim.

Birlikte çalıştığım asistan arkadaşlarımdan Dr. Melike NEBİOĞLU'na, Dr. Zeliha DEVECİ'ye, Dr. Mehmet GÜNEŞ'e, Dr. Gülben SARAÇOĞLU'na, Dr. Şükran MENEK'e, Dr. Erhan YENGİL'e, Dr. Gökhan UNUTMAZ'a, Dr. Zafer SAK'a ve Uz. Psikolog Özlem EROĞLU'na teşekkür ederim.

Her zaman olduğu gibi tez çalışmam sırasında da, bana her türlü desteği, ilgiyi ve özveriyi sunan sevgili eşim, Emel'e, sevgili çocuklarım Halil İbrahim ve Zeynep Berra'ya, manevi desteğini her zaman hissettiren muhterem, anneme teşekkür ederim.

# İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLolar DİZİNİ	iii
KISALTMALAR	iv
ÖZET	v-vi
ABSTRACT	vii-viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
A. ERİŞKİNDE İNTİHAR	3
1. İntiharın Tanımları	3
2. İntiharın Sınıflandırılması	4
3. İntiharın Tarihçesi	5
4. İnsidans ve Epidemiyoloji	5
5. Risk Faktörleri	9
6. Etiyoloji	18
7. Tanı	22
8. İntihar Girişimleri	28
9. İntihar Önlenebilir mi?	29
10. İntihar Yöntemleri	33
11. Özel Gruplar	33
12. Tedavi	35
B. ÇOCUK VE ERGENDE İNTİHAR	38
1. İnsidans ve Epidemiyolojisi	38
2. Risk Faktörleri	39
3. Tetikleyicileri	43
4. Açıkça Tehdit Etme ya da Uyarı Davranışları	43
5. İntihar Yöntemleri	44
6. İntiharın Etiyolojisi	45
a. Çevresel Faktörler	45
b. Bireysel Farklılıklar	48
c. Biyolojik Faktörler	53
7. Tedavi	54
3. GEREÇ VE YÖNTEM	61
4. BULGULAR	63
5. TARTIŞMA	69
6. SONUÇ	78
7. KAYNAKLAR	80
8. EKLER: Supre-miss anket formu	

## TABLolar DİZİNİ

	<b>Sayfa No</b>
Tablo 1. Araştırma grubunun cinsiyet dağılımları ve % oranları.	63
Tablo 2. Araştırma grubunun medeni duruma göre dağılımları ve % oranları.	63
Tablo 3. Araştırma grubunun mesleki dağılımları ve % oranları.	64
Tablo 4. Araştırma grubunun eğitim düzeyleri değişimi, eğitim yılı ve ortalamaları.	64
Tablo 5. İntihar girişiminde bulunan kişilerin (n=90) psikiyatrik tanılarları ve fiziksel hastalık zellikleri.	65
Tablo 6. İntihar girişiminde bulunan kişilerin (n=90) madde kullanım zellikleri	65
Tablo 7. İntihar girişiminde bulunan kişilerin (n=90) herhangi bir tedavi alıp-almama zellikleri	66
Tablo 8. İntihar girişiminde bulunan kişilerin (n=90) istismar öyküsü zellikleri	66
Tablo 9. İntihar girişimleri yöntemlerinin özellikleri (n=90)	67
Tablo 10. Yaş grubu	67
Tablo 11. Araştırma grubundaki psikometrik ölüm sonuçları	68

## KISALTMALAR

BDE: Beck Depresyon Envanteri

SÖÖ: Sürekli Öfke Ölçeği

SSRI: Selektif Seretonin re-uptake İnhibitörü

## ÖZET

### ŞANLIURFA'DA İNTİHAR GİRİŞİMLERİNİN İLİŞKİLİ OLDUĞU RİSK FAKTÖRLERİ

Bu çalışmanın amacı, Şanlıurfa'da intihar girişimi ile ilgili risk faktörlerini araştırmaktır. Çalışma Ocak 2004 - Kasım 2006 tarihleri arasında Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Acil Servisine intihar girişimi nedeniyle müracaat eden 90 kişi üzerinde yapıldı. Bu hastalar, Şanlıurfa merkezi, ilçeleri, kasaba ve köylerinden geldiler.

Çalışmada Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Kriz Merkezi tarafından hazırlanan Supre-Miss Anket Formu kullanıldı. Anketin içeriğinde aşağıdaki alt ölçekler yer almakta idi: Sosyodemografik ve klinik veri formu, WHO İyilik Hali İndeksi, Beck Depresyon Envanteri (BDE), Sürekli Öfke Ölçeği (SÖÖ).

İncelenen 90 hastanın, %72.2'si kadın, %77.8'i 16-35 yaş arası, %86.7'sinin düşük eğitim düzeyinde, %70.0'nın ev hanımı - ev kızı olduğu, %62.2'sinin BDE'den 17 puan ve üzeri aldığı, %94.5'inin kimyasal madde – ilaç aldığı, %66.2'sinin pratisyen hekim başvurusunun olduğu, %99.7'sinin psikiyatrik tanı aldığı, %61.2'sinin bekar olduğu bulunmuştur. Bu bulgular, literatür verileri ile örtüşmektedir.

Çalışmanın sonunda intihar riski açısından çok önemli olan depresyon ve anksiyete başta olmak üzere, diğer psikiyatrik bozuklukların da, tüm hekimlerce de tanınması, intihar riski olanların psikiyatistlere yönlendirilmesinin intihar sorununu çözmeye yararlı olacağı kanaatine varılmıştır.

Koruyucu sağlık hizmeti açısından özellikle pratisyen hekimlere ve aile hekimlerine yönelik eğitimler verilmesinin yanısıra, intiharı önleme çalışmalarında, genç nüfus başta olmak üzere toplumun eğitim düzeyinin yükseltilmesi ve sorun çözme becerilerinin geliştirilmesi, ev kızı - ev hanımlarının sorunlarına yönelik aydınlatıcı programların medyada işlenmesi, ateşli silah edinme yollarının denetim altında tutulması, ilaç ve kimyasal maddelerin ev ortamında güvenli kullanılması faydalı olacaktır.

Bütün bu çalışmaların tek tek bazı kurum, kuruluş veya kişilerce yürütülmesi yeterli görünmemektedir. Olaya geniş ve toplumsal açıdan bakılması gerekmektedir. Uygulamalar, sağlık bakanlığınca koordine edilerek, aile, sivil toplum örgütleri, okul, işyeri ve ilgili kuruluşlar düzeyinde, planlı bir şekilde yürütülmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** *İntihar, intihar girişimi, ergen, psikiyatrik bozukluklar, Şanlıurfa.*

## ABSTRACT

### The investigation of risk factors related to suicide-attempt in Şanlıurfa

The aim of this study was to investigate the risk factors related to suicide attempt in Şanlıurfa.

The study was carried out between January 2004 and November 2006 on 90 persons who attempted suicide and brought to Psychiatry Clinic of Harran University Research Hospital. These patients were brought from the city center of Şanlıurfa, and its counties, towns and villages. In this study, we used the Supre-Miss Questionnaire which prepared by the Crisis Center of Psychiatry Department of Medical Faculty at Ankara University. This questionnaire contains the following measures: A semi-structured form of socio-demographic and clinical variables, WHO Wellness Inventory, The Beck Depression Inventory (BDE) and State Trait Anger Expression Inventory.

72.2% of these 90 patients were female, 77.8% of them were between the ages of 16-35, 86.7% had lower education, 70.0% were housewives, 62.2% had 17 points or higher from BDE, 94.5% had received chemicals or drugs, 66.2% had applied to a general practitioner, 99.7% had psychiatric diagnosis and 61.2% were single. These findings were in association with the literature.

From the results of our study, it is significantly important for all doctors to recognize all the psychiatric disorders, especially depression and anxiety which are important for suicide risk, to lead them to the psychiatrists and prevent suicide attempts.

From preventive health care point of view, besides educating general practitioners and family physicians, it will be beneficial to target young population for suicide prevention. It is also important to increase education level in the society, to develop problem solution skills, to apply programs for housewives about their problems, to control owning guns in the society, and to provide safe use of drugs and chemicals at home.

It is not enough to run all these programs by individual institutions or persons. Instead, a wide and social look at the issue is required. All these applications should be organized and controlled by the Ministry of Health and run by families, Non Governmental Organizations, schools, and related institutions.

**Key words:** *Suicide, suicide-attempt, adolescent, psychiatric disorders, Şanlıurfa.*



## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Evrene baktığımızda canlı cansız her varlığın (yıldızlar, güneş, ay, bitkiler, hayvanlar vs.) direkt veya indirekt olarak, insan hayatının devamını sağlamak amacıyla çalışmakta olduğunu görmekteyiz. Bunun yanında bilim de, insan hayatının devamı ve daha kaliteli bir hayat sağlaması için yoğun uğraş vermektedir.

Tüm bunlara rağmen, insanın, kendi hayatına son vermek istemesi, girişimde bulunması veya sonlandırması, çok hazin ve ürkütücü bir durumdur. Kişinin öldükten sonra geriye bıraktığı yakınlarının ve toplumun maddi-manevi kaybı da, olayın bir diğer ürkütücü yönünü oluşturmaktadır. Evet, var olmak ve yaşamın devam etmesi her şeye rağmen güzeldir.

İnsanlar çok değişik nedenlerle yaşamlarına son vermek isterler. En sık rastlanılan sebepler ana başlıklar altında şu şekilde sıralanabilir:

- Psikiyatrik hastalıklar (özellikle Major Depresif Bozukluk)
- Sosyal nedenler
- Psikolojik nedenler
- Biyolojik yatkınlık
- Genetik yatkınlık
- Fiziksel hastalıklar

Etyolojisinin bu çeşitliliği, intihar olgusunu, psikiyatrik, psikolojik, sosyolojik, felsefi ve teolojik boyutlarıyla birçok bilim dalının ilgi odağı haline getirmiştir.

Halen hiçbir bilim dalı, intihar davranışının örüntüsünü tam olarak açıklayamamıştır. Sebeplerin bu kadar çeşitli olması, multidisipliner işbirliğiyle yapılan çalışmaları, zorunlu bir ihtiyaç haline getirmektedir.

Her şeye rağmen intihar, önlenebilecek bir ölüm nedenidir. Dünyada ve kısıtlı da olsa ülkemizde, intihar eylemlerinin sebepleri, çeşitli değişkenler açısından görülme sıklığı, çözüm ve tedavileri hususunda çalışmalar devam etmektedir.

Çalışmamızda, Şanlıurfa ve çevresinde yaşayan ve intihar girişiminde bulunan kişilerin sosyodemografik profilini (cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim durumları ve yaş) belirlemek, risk faktörlerini (psikiyatrik tanı, madde kullanımı, fiziksel hastalık varlığı, ve istismar öyküsü) saptamak ve psikometrik ölçümlerle elde edilen sonuçları değerlendirebilmek amaçlanmıştır. Çalışmamız, ayrıca, intihar girişiminde bulunan kişileri tedavi edebilmek, alınması gereken önleyici tedbirleri sunabilmek, intiharı önleme konusunda yapılan uğraşlara katkı sağlayabilmek ve bu konuda, ülkemiz bilim dünyasına, az da olsa bir bilgi zemini oluşturabilmek amacı ile planlanmış ve yürütülmüştür.

## 2. GENEL BİLGİLER

### A. ERİŞKİNDE İNTİHAR

#### 1. İntiharın (suicide, özkıyım) tanımları:

İntihar, bireyin kendi yaşamına son vermek amacıyla eyleme geçmesi anlamına gelmektedir. Arapça'da "kurban" demek olan "nahr" sözcüğünden köken almıştır. Latince'de, sui (kendi) ve cadere (öldürmek) köklerinden türetilmiş olan "suicide" sözcüğü ile ifade edilmektedir (1). Dilimizde özkıyım sözcüğü olarak da kullanılmaktadır. Durkheim (1897), intiharın özet bir tanımını yapanların öncüsüdür. Durkheim'ın tanımını Çuhadaroğlu ve Sonuvar (1992) şöyle özetler: "Ölüme götüreceğini bilerek, olayın kurbanı tarafından girilen olumsuz eylemin doğrudan doğruya ya da dolaylı olarak meydana getirdiği her ölüme intihar denir" (2). Ölümle sonuçlanan eylemlere "intihar", ölümle sonuçlanmayanlara ise "intihar girişimi" adı verilmektedir. İntihar davranışı kavramı, intihar düşüncesi (istemli olarak kendine zarar verme ve ölüm düşünceleri), intihar girişimi (istemli olarak kendine zarar verme girişimi) ve intiharı (ölümü) içermektedir (3).

İntihar girişimi DSM-IV-TR' de majör depresif bozukluğun ("yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar için özgül bir tasarının olması") ve borderline (sınırdaki) kişilik bozukluğunun ("intiharla ilgili yineleyen davranışlar, girişimler, göz korkutmalar ya da kendini yaralama davranışı") tanı ölçütüdür. Bununla birlikte, bu tanıları olmayan birçok ergende intihar düşünceleri ve intihar girişimi görülür (4).

Dünya Sağlık Örgütü, intihar girişimini şu şekilde tanımlar: Ölümcül

sonucu olmayan bir davranıştır, bu davranışında kişi alışılmamış bir davranışı amaçlı olarak başlatır, diğer kişilerin müdahalesi yoktur, bu davranış kişinin kendisine zarar verecektir, ya da kişi reçete edilmiş bir maddeyi amaçlı olarak aşırı miktarlarda ya da genellikle tanımlanmış tedavi edici dozlarından daha fazla miktarda yutar ve kişinin amacı maddenin gerçek ya da beklenen fiziksel sonuçlarını değiştirmeyi gerçekleştirmektir (4).

İntihar, tanı koymada güçlük çekilen, ruh sağlığı çalışanları için birinci dereceden müdahaleyi gerektiren acil bir durumdur. İntihar aynı zamanda bir halk sağlığı sorunudur. Amerika'da 2000 yılında 30000 civarında ölüm nedeni olup; bu, günde 80' den çok kişinin ölümü demektir. Bunun en az 10 ila 20 katı kadar da intihar girişimi olmuştur (4).

İntiharın; tarihi, sosyolojik, kültürel, epidemiyolojik, biyolojik, genetik, psikolojik, filozofik, dinsel, ekonomik, mesleki, varoluşçu vb. boyutları vardır (4).

## **2. İntiharın Sınıflandırılması:**

İntihar denemelerinin tanımlanması ve klasifikasyonu, konseptüsü, metodolojisi ve klinik problemler açısından içeriklerine göre çok farklı kategorize edilirler (5). Yukardaki tanımlar doğrultusunda intihar olgusu; intihar (intiharın ölümle sonuçlanması), intihar girişimi ve intihar düşüncesi olarak sınıflanabilir (4).

Norman Kreitman tarafından geliştirilen intihara benzer (parasuicide) kavramı sıklıkla kızlarda görülen ve genellikle çok kötü sonuçlanmayan, madde yutmalarını ya da cildi kesmeyi içerir. Bu terim, intihar davranışlarının bazı tiplerinin doğasının kötü bir özellik göstermediği (benign) görüşünü taşır (4,6).

İntihar tehditleri (suicide gesture), teriminin farklı bir anlamı vardır. Bu terim, sıklıkla ve olasılıkla hatalı bir şekilde, intihar davranışının ölümcül bir niyet taşımaksızın, yardım çağrısı ya da dikkat çekme amacı ile başlatıldığını ima etmek için kullanılır. Terim kullanımı, motivasyon ve niyetin bilindiğini varsayar. Gerçekte, her ikisini de değerlendirmek güçtür ve yapılan araştırmaların bu yöndeki yardımı çok azdır. Birçok ergen intihar girişimlerinin

keşfedilmesini önleyici bir davranışta bulunmasalar da, ya da kullandıkları yöntemin ölümle sonuçlanma olasılığı düşük olsa da, bu girişimlerinden sonra acil bölümünde yatanların yaklaşık yarısı, bu davranışları sırasında ölmek istediklerini söylemişlerdir (4).

Son olarak, Hastalık Kontrol Merkezi (the Center for Disease Control) tıbbi girişime ihtiyaç gösterip göstermemesine göre intihar girişimlerini sınıflar. Bu sınıflama, servisin yükü hakkında bilgi vermede yararlı olsa da, intiharın ciddiyeti ya da gidiş hakkında iyi bir gösterge olmayabilir. Tıbbi girişimi, tedavinin mevcudiyeti, fiyatı, intihar niyetinin ciddiyeti ve mental fenomenin tedavisine karşı tutumlar belirler ve tıbbi girişim ile ilgili bilgiler intihar eğiliminden çok servis yükünün kaydedilmesi amacı için saklanabilir (4).

### **3. İntiharın Tarihçesi:**

İntiharın tarihi, en eski yazılı kayıtlara (örneğin, Sokrat, Seneka) ya da doğru yorumlandı ise resimli tasvirler kadar uzanır (4). İlk bilimsel sınıflamalardan biri Emile Durkheim tarafından yapılmıştır. İntiharı; egoistik, anomik ve alturistik tipleri içermek üzere 3'e ayırmıştır. Egoistler; yalnız, içe kapanık ve çevrelerine yetersiz derecede entegre olmuş bireyler olurken; anomik tipler ise başkalarına ayak uyduramayan, yaşamdaki değişimlere bağlı olarak (örneğin; iş kaybı, aşkının kaybı) ya da kronik olarak hep böyle olanlardır. Altruistikler, bir fedakarlık sergilerken ölmüşlerdir (Örneğin; arkadaşını kurtarmak için el bombasının üstüne kendini atan bir asker gibi) (4,7).

Neredeyse bütün batı dinlerince yasaklanmış olmasına rağmen, intihar bugüne dek hep varolmuştur (4).

### **4. İnsidans ve Epidemiyoloji:**

Altındağ A ve ark'ı, Şanlıurfa il merkezinde 2001 – 2004 yılları arasında ateşli silah kullanarak gerçekleştirilen intiharların özelliklerini araştırmışlar. Bu çalışmada, 2001 – 2004 yılları arasında Şanlıurfa il merkezinde 63 kişinin intihar ettiği tespit edilmiş. Yıllık ortalama intihar hızı yüzde 3.7 olarak

bulunmuş. Şanlıurfa'da erkekler tarafından en sık olarak kullanılan intihar yöntemi olan, ateşli silah (%39), kadınlarda ise ası (%44) olarak bulunmuş. Ateşli silahla intiharlar en sık 15–24 yaş grubunda meydana gelmiş. Şanlıurfa'nın Türkiye geneline göre daha yüksek intihar oranlarına sahip olduğu tespit edilmiş (8).

Dervic K ve ark'ı, 1946 – 2002 yılları arasında Viyana azınlıklarındaki intihar oranları üzerinde bir çalışma yapmışlar. Sonuçta, erkek ve kadınlarda, çalışma periyodu boyunca, intihar oranlarında azalma görülmüş. Ortalama intihar oranı 100.000'de 6,2, erkek/kadın oranı 2,1/1 bulunmuş. Genel Avusturya oranı içersinde Viyana azınlıklarının oranı daha düşük çıkmış (9).

Perret G ve ark'ı, 1993 – 2002 yılları arasında Cenova / İsviçre'de genç insanlar arasında intihar vakalarını incelemişler. Bu çalışmada, görüntüleme yöntemleri, otopsi bulguları, toksikolojik sonuçlar ve psikolojik anamnezler incelenmiş. Ortalama intihar oranı 11/100.000 olarak bulunmuş. Erkeklerde %38 ile ateşli silah ile intihar, en sık olmak üzere, yüksekten atlama %16, boğulma %10 olarak bulunmuş. Bayanlarda ise yüksekten atlama %40, ası %13, boğulma %7 olarak tespit edilmiş. %41 vakada toksikolojik panel çalışılmış. Bunların %26'sı alkol, %67'sinde ise ilaç alımı şeklinde görülmüş. En sık kullanılan ilaçlar ise, benzodiazepinler, kannabis ve kokain olarak tespit edilmiş (10).

Güney Hindistan'da intihara bağlı ölüm oranı ve iş gücü kaybının süresi incelenmiş. 100.000 kişilik popülasyonda, kasıtlı hasar oranı 54,9, intihar oranı 82,2 ve ikisinin toplamı 137,1 olarak tespit edilmiş. Ası ve pektisitlerle kendini zehirleme, intihar için seçilen ana yöntemler arasında imiş. Kasıtlı hasar ve suisid % 26,9 işgücü kaybına neden olmuş. Popülasyondaki ölümlerin %18,9'u suisid ve kasıtlı hasara bağlı olarak bulunmuş (11).

20. yüzyılın son yarısında, tüm ABD' de intihar oranı, 1990 yılı ile biten 5 yıllık dönemde en yüksek seviyesine ulaşmıştır. 2000 yılı itibariyle bu oran, 1980 yılı seviyelerine yakın oranlara düşmüştür. 100.000 de olarak ifade edilen bu oranın 1990–2000 yılları arası niye düştüğü belirsiz olmakla beraber bunun mental hastalıkların ilerlemiş tanı koyma ve tedavisi (özellikle farmakolojik) ile bağlantılı olduğu ümit edilmektedir. Tüm oranlar yaklaşık %10 düşmesine rağmen, oranlar daha çok ergenler için önemli derecede

düşmüştür. İntihar oranlarını karşılaştırırken üzerinde çalışılan herhangi bir nüfus ya da alt nüfus için standart paydanın 100.000 olması faydalıdır (pay ise ölümler, girişimler vb.'dir). Verileri kıyaslarken pay ve paydaların belirli bir nüfusu işaret etmesi önemlidir (örneğin; bütün cinsiyetler ya da sadece erkekler, yaş ayarlanmış ya da kaba oranlar, bütün diğer ırklar ya da zenciler). Başta gelen ölüm nedenleri gibi sıra düzenlemeleri, kafa karıştırıcı olabilir; örneğin, intihar bütün yaşlar için önde gelen ölüm nedenleri arasında 8. ile 12. sırada yer alırken, lise çağındaki öğrencilerde 2. ya da 3. önde gelen ölüm nedenidir. Lise çağındaki öğrenciler, yaşça daha büyük yetişkinlere kıyasla intihar sonucu daha az ölmektedirler; fakat daha yaşlı kişilerden genel sağlıkları da daha iyi olduğundan (genç nüfusta) daha az doğal ölümler olmaktadır (Kalp hastalıkları ve felçler gibi). Böylece, daha düşük oranlı intiharlar bile ölüm nedenleri listesinde daha yüksek sıralamalara çıkabilirler. Daha da ötesi, bu tip sıralamalar yalnızca intihar dışı ölümlerin mortalite değişimlerine değil, aynı zamanda ICD' deki (DSÖ Uluslararası Ruhsal Hastalıklar Sınıflaması) değişikliklere de duyarlıdır (4).

Ölüm oranları toplum ruh sağlığının göstergesi midir? Bray I ve Gunnell D toplumun ruh sağlığının göstergesi olarak ölüm oranları, yaşam memnuniyeti ve mutluluk düzeylerini incelemişler. Bu çalışma, ölüm oranları ve Avrupa toplumunun ruh sağlığının diğer göstergeleri arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılmıştır. Sonuç olarak, yaşam memnuniyeti ve mutluluğun toplumun ruh sağlığının diğer göstergeleri ile ilişkisinin zayıf olduğu bulunmuştur. Bütün bu göstergelerin kendi sınırlılıklarının olması nedeniyle, toplumun ruh sağlığının en iyi göstergesinin sağlık olabileceği saptanmıştır (12).

ABD' de her yıl intiharla ilgili yaklaşık 30.000 ölüm olmaktadır. Bu sayı yaklaşık yıllık 20.000 ölümün nedeni olan cinayetlerle bir zıtlık gösterir. İntihar girişimlerinin, tamamlanmış intiharlardan en az 10 kat daha fazla sıklıkta olduğu bildirilmektedir. Geçen yüzyılda bazı alt nüfuslarda, intiharlardan ölümlerde belirgin kaymalar olmasına rağmen (örneğin, artmış ergen ve azalmış yaşlı oranları) yaklaşık 100.000 kişi başına 20 intiharla ölüm oranı sabit kalmıştır. Bu oranda istisnalar ise; Büyük Depresyon Yılları (oranların belirgin bir şekilde arttığı) ve iki Dünya Savaşı (oranların dramatik bir şekilde

düştüğü) dönemleridir (4). Bununla ilgili olarak, Henderson R ve ark'ı, 2. Dünya Savaşı boyunca İskoç intihar oranlarındaki değişiklikleri incelemişler. Bütün yaş gruplarında, çalışma süresince kadın ve erkeklerde intihar oranları azalmış. Ancak bu azalma, 2. Dünya Savaşı sırasında İskoç Populasyonunun artmasına bağlanmış. İskoç nüfusundaki bu artış, ateşli silah kullanımına bağlı erkek intiharlarını gizlemiş (13).

### **Türkiye İle İlgili Veriler :**

Ülkemizde intihar olayları ile ilgili resmi veriler, Devlet İstatistik Enstitüsü tarafından derlenmekte yayınlanmaktadır. İntiharlar, Ölüm İstatistikleri içerisinde, ölüm nedenleri arasında 1931 yılından beri sadece il merkezlerinden derlenmekte, 1959 yılından itibaren ise, bütün il ve ilçe merkezleri kapsam içerisine alınarak yayınlanmaktadır. Bu istatistiklerden bağımsız olarak, adli kaynaklara dayanılarak elde edilen intihar olayları ise 1963 yılından itibaren Adalet İstatistikleri Yıllığı içerisinde kısa bilgiler şeklinde yayınlanmaya başlanmıştır. 1974 yılından itibaren ise intiharla ilgili resmi veriler Devlet İstatistik Enstitüsü tarafından "İntihar İstatistikleri" adıyla yayınlanmaktadır (14,15).

İntihar hızı düşük ülkeler arasında olmamıza karşın, son yıllarda intihar ve intihar girişimleri, en azından ruh sağlığı alanında çalışanların daha çok dikkatini çekmeye başlamıştır. Kapsamlı, genellenebilir sonuçları olmasa da, bu çalışmalar ülkemizdeki intihar davranışına ışık tutmaktadır (14,16,17).

İntiharların son 10 yıllık değişimi incelendiğinde 1997 yılına kadar dalgalanmalarla birlikte bir artış olduğu ve intihar oranının 100.000'de 2 dolayında bulunduğu, bu dalgalı artışın 1998 yılında ise bir azalma trendine girdiği gözlenmektedir (14,17,18).

Kaba intihar oranlarının bölgesel değişimi incelendiğinde, Ege Bölgesi'nin 100.000'de 3,74 ile en yüksek intihar oranına sahip olduğu görülmektedir. İntihar oranının en düşük olduğu bölge ise 100.000'de 1,86 ile Karadeniz Bölgesi'dir (14,18).

Türkiye'de intihar edenlerin 15 – 34 yaş grubunda yoğunlaştığı ve kadınların erkeklere nazaran daha genç yaşta intihar ettiği gözlenmektedir.



İntihar eden erkeklerin yarısından fazlası 35 yaşından, kadınların ise yarısından fazlası 25 yaşından daha küçüktür (14,18,19).

Türkiye'deki intiharların en önemli nedeni, hastalık olarak görülmektedir. İntihar nedenlerinden aile geçimsizliği ve geçim zorluğu 2. ve 3. sırada yer almaktadır. Öğrenim başarısızlığı ise intihar nedenleri, arasında en düşük orana sahiptir. D.İ.E. İntihar İstatistikleri 1998 verileri doğrultusunda, nedene göre intihar yüzdeleri şöyledir: Hastalık %31,59, aile geçimsizliği %26,56, geçim zorluğu %14,66, hissi ilişki ve istediği ile evlenememe %13,07, ticari başarısızlık %6,03, öğrenim başarısızlığı %4,18 ve diğerleri %3,91 dir (14,18,19).

Türkiye'de intihar edenlerin çoğunluğu kendini asarak intihar etmektedir. Ateşli silah ve kimyevi madde kullanarak intihar etmek 2. ve 3. sırada kullanılan yöntemlerdir. 1998 yılı D.İ.E. İntihar İstatistikleri verileri doğrultusunda şekline göre intihar yüzdeleri şöyledir: Kendini asarak %41,66, ateşli silah kullanarak %25,71, kimyevi madde kullanarak %15,93, kendini yüksekten atarak %10,64, kendini suya atarak %2,91 ve diğer yöntemler %3,12'dir (14,18).

## **5. Risk Faktörleri:**

### **a. Genel Risk Faktörleri:**

Önceden tanımlandığı gibi, bazı hastalıkların yanısıra, hekim ek risk faktörlerinin varlığını araştırmalıdır. Birbirleri arasındaki sınırlar net olmasa da bunlar akut ve kronik sınıflara ayrılabilirler. Riskte şu anda artış gösteren akut faktörler; spesifik bir planın varlığını, böyle bir planı yerine getirmede kullanılacak araçların (özellikle ateşli silahların) bulunmasının, önceki intihar girişimlerini, beraberinde madde bağımlılığını ya da depresyonla birlikte panik bozukluğunu ve yeni kayıplarını (ilişkiler, mesleki, sağlık, ekonomi ve statü) içermektedir. Ölmek için ciddi bir niyet de önemli bir ipucudur. Geleneksel olarak, gerçek bir girişim akut bir risk faktörü olarak görülmesine rağmen, Jan Favcett tarafından yapılmış bir çalışmada; kadınlarda erkeklerden daha çok olmak üzere, bir önceki girişimden sonraki 6 ayın riskli bir dönem olduğunu

öngörmektedir (4,20).

Bütün cinsiyetler için, girişimleri (ve intihar niyetini bildiren konuşmaları) izleyen 2 ila 10 yıl için belirgin bir artmış risk öngörülür. Bu, elbette girişimlerin gözardı edilmemesi gerektiğini gösterir. Girişimler intihar nedeniyle sonuçlanan ölümlerin en kuvvetli göstergeleri olmaktadır (4).

Favcett ayrıca, depresyonun eşlik ettiği ciddi anksiyetenin, kritik derecede önemli bir risk faktörü olduğuna inanmaktadır (4,20,21). Bu anksiyete, benzodiazepin tipi (ya da atipik antipsikotik) ilaçla hızlı bir tedavi gerektirmektedir. Ve önceden bir teşebbüs ya da tehditleri olmayan ve gizli olarak dilüzyonel olabilen depresyondaki bir kişiden beklenmeyen tamamlanmış bir intihara yol açabilir. Favcett'in çalışması üzerine, riskin öngörülmesi hakkında yaratılışın rolü Maser JD'nin grubu tarafından genişletilmiştir (4,22). Jacobs DG gibi diğer otoriteler, risk faktörlerini, predispozanlara (örneğin Eksen I tanıları) karşı, potansiyeli arttıranlar (örneğin aile hikayesi, Eksen II tanıları ve fiziksel hastalıklar) olarak ayırmışlardır (4,23–26).

Yoshimasu K ve ark'ının Japonlar üzerindeki bir çalışmanın sonucunda, psikiyatrik semptomların intihar girişimi ile ilişkisinin net olmadığı, düşük sosyal durum ve depersonalizasyonun, erkeklerde intihar girişimi ile bağlantılı olduğu; kadınlarda ise depresif duygudurum ve anksiyetenin daha fazla bağlantılı olduğu ortaya çıkmıştır (27).

Hastalara kendini gerçekten öldürebilecek ya da zarar verebileceklerinden korkuyorlar mı diye sormak da yardımcı olabilir. Çünkü olumlu bir cevap bu hastaların intihardan korunmasını fiilen zorunlu kılmaktadır. Buna karşın olumsuz bir cevap, otomatik olarak bir riskin olmadığını göstermez çünkü hasta ölüm düşüncesine o kadar teslim olmuştur ki beklenen şey anksiyeteye neden olmamaktadır (4).

Daha uzun dönemli ya da kronik risk faktörleri; geçmiş intihar girişimleri öyküsünü (bir akut ve bir kronik risk), impulsif davranış öyküsünü, depresyon ya da intihar girişimi ya da ailede tamamlanmış intihar öyküsünü, yalnız yaşamayı, boşanmış ya da ayrılmış olmayı ve beyaz, erkek ya da yaşlı olmayı içermektedir. Ölümcül ajanlara ulaşma kolaylığı bir akut ve kronik risk faktörüdür ve bunda eğer hasta zaten intihara eğilimli ise bu ulaşım, riski akut

olarak artırır. Fakat hasta o anda intihara eğilimli olmasa bile, bu ulaşım kolaylığı alt grupların riskini artırır (Örneğin, hekimlerde, diş hekimlerinde, eczacılarda, hemşirelerde, polislerde ve silahların bulunduğu evlerde yaşayanlarda yüksek ölüm oranları). Depresyondaki bütün hastalara silahları elde edebilme kolaylığı sorulmalı ve eğer kolaysa ulaşmalarını engellemek için uygun adımlar atılmalıdır (4).

Dube SR ve ark'ına göre, sonraki intihara eğilimli davranışlarla doğru orantılı olarak görünen, özellikle çocukluk çağı fiziksel ya da cinsel kötüye kullanım ve ihmal gibi zor yaşam deneyimlerine duyarlı olunmalıdır (4,28).

Nickel MK ve ark'ı bulimik ve depressif kadınların intihara teşebbüsünde ailesel ve sosyo-psikopatolojik risk faktörleri incelemeye yönelik ileriye (prospektif) yönelik bir çalışma yapmıştır.

Bu çalışma, komorbid major depresyonu olmayan bulimik kadınlar ile çalışmaya başlandığı zaman komorbid yeme bozukluğu olmayan major depresyonlu kadınlarda gözlemlenen ileriye yönelik intihara teşebbüsünün sosyo-psikopatolojik prediktörlerini incelemek için yapılmıştır.

12 aylık gözlem sürecinde intihara teşebbüs eden 28 komorbid major depresyonu olmayan bulimik kadın ile, 126 komorbid yeme bozukluğu olmayan major depresyonlu kadın karşılaştırılmıştır. Hastalardan komorbid major depresyonu olmayan bulimik kadınların, diğer gruba nispeten, çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalanların oranının daha yüksek olduğu, bununla birlikte laksatif ve yasa dışı ilaç kötüye kullanımının daha fazla olduğu, ayrıca yaşam uyumlarının olmadığı, ailelerinin ve ark'ının varlığına rağmen kendilerini yalnız hissettikleri, öfkelerini dışa yönlendirdikleri ve rahatlayamadıkları bulunmuştur. Sonuç olarak, bulimik ve depressif kadınların intihara teşebbüslerindeki sosyo-psikopatolojik risk faktörlerinin çok çeşitli olduğu ortaya çıkmıştır (29).

#### **b. Genetik Risk Faktörleri:**

İntiharda, depresif bozukluklara yatkın olanlardan farklı bir genetik yatkınlık var mıdır? Zemetkin AJ ve ark'ının (4,30) ve Janice Egeland J ve Sussex JN (4,31) çalışmalarında duygudurum bozuklukları ve intiharları olan

aile kümeleri yanısıra intiharın olmadığı duygudurum bozuklukları olan kümeler de tanımlanmıştır. Bu da duygudurum bozukluklarının ve intihara eğilim davranışının bağımsız olarak miras alındığını göstermektedir. Diğer çalışmalar, Fini R Shulsinger, Seymour Kety, David Rosenthal ve Paul Wender tarafından yapılan klasik Danimarka çalışmasını içermektedir. Burada, kendini öldürmemiş olan evlatlık edinilmişlerin, 269 biyolojik yakınından sadece 2'sine karşın, intihar nedeniyle ölmüş olan evlatlık edinilmişlerin 269 biyolojik yakınından 12'sinin intihar nedeniyle ölmüş olduğu gösterilmiştir (4). Bunun da ötesinde, Alec Roy, monozigot ikizleri için intihar uyumunu %13.2 olarak gösterirken; dizigot ikizler için ise sadece %0.7 olarak belirlemiştir (4,32,33).

### **c. Cinsiyet Farklılıkları:**

ABD'de, ırk farkı alınmaksızın, kadınların intihar girişimleri yaklaşık erkeklerin 3 katı olmasına rağmen, erkeklerde tamamlanmış intihar oranları kadınların kabaca 3 katı daha fazladır. Bu durum açıkça anlaşılacakla birlikte genellikle kullanılan yöntemle ilgili olarak açıklanmaktadır. Bu da kadınların ilaçlar gibi daha az ölümcül, çirkinleştirmeyen ve daha az acı veren yöntemleri seçmeye eğilimli oldukları ve böylece kadınların intihar girişimi sonrası (silahlar gibi daha çok öldürücü metodları seçme eğiliminde olan) erkeklerden daha fazla güvenlikte olduklarıdır. Buna rağmen, silah kullanımının kadınlar arasında arttığı da dikkati çekmektedir. Kadınlar, ölmeyi erkeklerden daha mı az istemektedirler? Acı ve çirkinleşmeden kaçınmak için mi hapları yeğlemektedirler? Kadınların, özellikle üzüntü olmak üzere emosyonlarının ifadesini erkeklerden daha serbestçe ve labil bir şekilde yaşamaları kültürün bir yansıması mıdır? Yoksa kadınlar, intihar konusunda daha impulsif/plansız mı olma eğilimindedir ve yakınında haplar gibi ne varsa, ne kadar ölümcül olduğunu umursamadan kullanmakta mıdır? Erkeklerin sözde güçlü, maço ve batı kültüründe tedbirli oldukları, üzüntülerini kendi içlerinde tuttuklarını ve böylece deprese olmuş bir kişinin, işleme geçmeden önce intiharı uzunca bir süre derin derin düşündüğü ve intihar planını oldukça ölümcül bir şekilde yerine getirmeyi ayarlamada bol zamanı olduğu yönünde

benzer tartışmalar da öne sürülmektedir. Bir başka teori de; kadınların düşük tamamlama oranının, kadınlarda alkol bağımlılığı oranının düşük olmasına bağlı olduğudur ki, çalışmalar bu farklılığa hakim olduğunda, tamamlanmış intihar oranları daha kıyaslanabilir olacaktır (4).

Oranlardaki bu farkın bir başka açıklaması da, kadınların deprese olduklarında veya başka bir mental sorunları olduğunda erkeklere oranla daha çok tıbbi yardım aramalarıdır. Hasta rolü, kadınlar için, kendini kararlılıkla hastalığa dayanmak zorunda hisseden birçok erkeğe oranla daha az rahatsızlık veren bir durumdur. Bunu tamamlayan bir hipotez de, kadınların, erkeklerden daha yakın ilişki kurmalarıdır. Arkadaşları ve aileleri yoluyla daha iyi bir destek ağı sistemleri vardır ve bu ağ sistemleri içinde erkeklerden daha çok duygularını paylaşabilmekte böylelikle intihar duygularını da olasılıkla azaltmaktadırlar. Ayrıca, duruma müdahale edecek, yardım alacak fazla kişiye sahiptirler (4).

Erkeklere oranla kadınların tamamlama oranlarının daha düşük olması gerçeği, kadın ve erkekteki depresyon yaygınlığı değerlendirildiğinde daha dikkate değerdir. Bipolar bozukluk için (manik-depresif hastalık) erkek ve kadının yaşam yaygınlık oranları kıyaslanabilir olmasına rağmen, bütün depresyonlar (distirnik bozukluk, deprese mood ile beraber uyum bozuklukları, başka bir şekilde spesifiye edilmemiş depresyon vb.) bir araya geldiğinde yaygınlıkları kadınlar için daha yüksektir. Kadın ve erkek arasındaki intihar oranı arasındaki fark bütün dünyada aynı değildir. Örneğin, Çin'de kadın ve erkeklerdeki oranlar kıyaslanabilir ölçüde yakındır. Birçok ülkede kadınlarda intihar oranı, yaş ilerledikçe artar. Bu durum ABD' de tersine olup erkeklerde, yaş ilerledikçe intihar oranı artmaktadır (4). Ancak metot seçimindeki farklılıklar, intihar oranlarında farklılıklara yol açabilmektedir (34).

#### **d. Cinsiyet, Yer (Mekan) ve İntihar Yöntemi (Metodu) İlişkisi:**

Bu konu ile ilgili Kposowa AJ ve McElvain JP geniş kapsamlı bir çalışma yapmışlar. Bu çalışmanın amacı, intihara teşebbüs eden kadınların, erkeklere oranla daha az öldürücü yöntemler kullanıp kullanmadıklarının incelenmesidir. Buna bağlı olarak diğer bir amaç da, intihara teşebbüs edilen yerin intihar

yöntemini etkileyip etkilemediğinin belirlenmesidir.643 intihar kurbanı, cinsiyetin ve yerin (mekanın) en çok kullanılan yöntemler ateşli silah, ası ve ilaç zehirlenmelerine olan yegane etkisini ortaya çıkarmak için incelenmiştir. Kadınların erkeklerden %73 daha az oranda ateşli silah kullandığı, ası yönteminde cinsiyet farkı olmadığı, kadın kurbanların ilaç zehirlenmesi yöntemiyle ölüm oranının erkeklerden dört kat daha fazla olduğu bulunmuştur. İntihara teşebbüs edilen yer eklendiği zaman ise, evde intihara teşebbüs edenlerin dışarıda teşebbüs edenlere oranla ateşli silah kullanma oranının 2,5 kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Evde intihara teşebbüs edenlerin dışarıda veya demiryolunda intihara teşebbüs edenlere oranla ası yöntemini kullanma oranı 3 kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Aynı şekilde, evde intihara teşebbüs edenlerin dışarıda veya demiryolunda intihara teşebbüs edenlere oranla ilaç yöntemini kullanma oranı 3 kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak, kadınların erkeklere oranla daha az öldürücü yöntemler kullandıkları yönündeki önerme kısmen doğrulanmıştır. Geçmiş araştırmalarda, ası yönteminin oldukça öldürücü olduğu düşünülmüştür. Bu araştırmada, kadınların da erkekler kadar ası yöntemini kullandıkları bulunmuştur. Ayrıca, ateşli silah kullanarak intihar etme kadınlarda ikinci yöntem olarak tespit edilmiştir. İntihardan korunma programlarını hazırlarken potansiyel intihar kurbanlarını vazgeçirmeye çalışmak kadar ateşli silahlara ulaşabilmenin de kısıtlanması gerektiği önerilmiştir (35).

#### **e. Yaş Farklılıkları:**

Bütün yaş gruplarında, intihar puberte öncesi nadirdir. Bundan sonra beyaz erkeklerde oranlar hemen hemen, yaşla doğru orantıda artmaktadır. Burada 20 ila 30 yaş arası erkeklerin oranının 30 ila 40 yaş arası erkeklerden biraz daha yüksek olması ile iki evreli bir artış vardır (4).

Ergenler ve yaşlılar gibi bazı özel yaş grupları özel dikkat gerektirmektedir. 1950–1980 yılları arasında 15–24 yaş arası beyaz erkek ve Afrika-Amerikalı erkek ve kadınlarda tamamlanmış intihar oranları üç kat artmıştır (%300). 15–24 yaş arası beyaz kadınlarda bu oran 2 mislidir. Oranlar 1980'lerde artmaya devam etmiş fakat eğrinin meyili daha az dik olmuş ve

1990'dan 2000'e doğru düşmeye başlamıştır (4).

Medyanın dikkati bu dramatik artış üzerine odaklanmıştır. Beraberinde beklenen teoriler de, herhangi bir diğer artış ya da düşüşün artmış oran ile direkt ya da indirek olarak ilişkili olabileceği yönünde kolay teorilere de yol göstermiştir; örneğin, ilaç ve alkol bağımlılığı, silahların varlığı, nükleer öfke, dinin azalmış rolü ve ailenin parçalanması. Daniel Offer ve Paul C. Holinger bir popülasyon hipotezi öne sürmüşlerdir. İkinci Dünya Savaşı sonrasındaki doğum patlaması ile 1955'te genel nüfus içindeki ergen nüfus oranı artmıştır. İyi işin azlığı ve rekabetin artışı bu grubu zorlamış ve bunlarda artan stres düzeyi sonucu intiharlar artmıştır (4,36,37).

1950'lerden (100.000'de 19) 1980'lere (100.000'de 20) topyekün intihar oranlarında ancak bir miktar değişme olurken, neden ergenlerin oranları 3 katına çıkmıştır? Diğer bazı grupların oranları bu aynı dönemde düşmüş olmalıdır. Öylede olmuştur. 55 yaş ve üstünde oran, ergenlerin artışını dengelemeye yetecek kadar düşmüştür. Çünkü 55 yaşından yaşamın sonuna kadarki periyot, ergenlikten genç yetişkinliğe kadarki süreden (15-24 yaş arası), daha çok yıl içermektedir. Yaşlılardaki düşüş daha az dramatik görünmektedir. Yaşlılardaki bu düşüşün açıklaması, yaşlıların bu dönemde genelde yaşam kalitesinin iyileşmesine (sosyal güvence, genelde daha iyi tıbbi bakım ve depresyonunun daha ilerlemiş tedavisi) bağlı olduğu öne sürülmüştür (4).

#### **f. Irksal Farklılıklar:**

Beyaz erkek ve kadınlara ait oranlar, yaşam döngüsü boyunca Afrika-Amerikalı erkek ve kadınlara ait oranların, yaklaşık olarak iki ya da üç misli fazladır (4). Rockett IR ve ark'ının bir çalışmasında, ABD'de aynı riske sahip olmalarına rağmen, siyahların intihar oranı, beyazların intihar oranlarının yarısından da az bulunmuştur (38). Bu neden böyledir? Afrika-Amerikalı olmanın koruyuculuğu nedir? Burada da teoriler tatmin edici değildir. Önceden popüler olan fakat kaba olarak fazlaca basitleştirilmiş hipotez, agresyon değişiklikleri ile ilişkilendirilmiştir. Bu teoriye göre; Afrika-Amerikalılar agresyonlarını daha çok eksternalize etme eğiliminde olurken, (dolayısıyla yüksek

cinayet oranları) beyazlar, agresyonlarını internalize etme eğilimindedirler (dolayısıyla yüksek intihar oranları). Herbert Hendin, "Black Suicide" adlı kitabında Harlem'deki genç Afrika-Amerikalılardaki hem yüksek intihar hem de cinayet oranlarına işaret ederek buna karşı çıkmıştır. Araçlara karşılık istekler hipotezi: Afrika-Amerikalıların oyunun şartlarının eşit olmadığı farkında olduklarını ve ırkçılık gerçeklerine uygun olarak isteklerini ayarladıklarını kabul etmektedir. Bu nedenle umutlarını yüksek tutmadıkları için, daha az hayal kırıklığına uğrama eğilimindedirler (örneğin deprese olma). Bir başka teori de; Afrika-Amerikalı toplumu içinde güçlü aile ve kilise (din) ilişkilerin koruyucu olduğudur. Bir üçüncüsü de; Yahudilerin II. Dünya Savaşında esir kamplarında olduğu gibi, baskı altında zulmedilenin özel bir kararlılıkla yaşama sarılması şeklindedir. Geleneksel olarak üç kat olan aradaki farkın giderek daralarak yakın zamanlarda sabit bir şekilde iki kata doğru azaldığı görülmektedir. Bu asimilasyonun bir yan ürünü müdür yoksa Afrika-Amerikalı orta sınıfının büyümesinin bir yansıması ya da hepsi midir? Sonuçta, Afrika-Amerikalı ve beyazların verileri kıyaslandığında, Afrika-Amerikalı ve beyaz Amerikalıların sosyoekonomik farklılıklarının rolü sıklıkla ihmal edilmektedir. Sosyoekonomik durum farklılıklarının kontrol edilmesi birçok görünüşte ırkçı kökenli farklılıkları belirgin bir şekilde azaltmaktadır (4). Buna karşılık, Abe K ve ark'ının, 1988–2002 yılları arasında Fulton Country, Georgia da siyah ve beyazların suisid karakteristik özelliklerini incelemişler. Siyahlarda intihar girişimi erkeklerde, gençlerde daha sık; fakat depresyonla birliktelik, ailesel intihar anamnezi ve intihar notu bırakma oranı daha az olarak tespit edilmiş (39).

#### **g. Doğum tarihinin intihar riskine olan etkisi:**

Doğum tarihinin intihar riskine olan etkisi henüz tam olarak keşfedilebilmiş değildir. Bu konuyla ilgili bulgular sonuçsuz ve çelişkilidir. Doğum tarihi ile intihar riski arasındaki ilişkiyi incelemek için İngiltere ve Galler bölgesinde 22 yıllık süre içerisinde gerçekleşen intihar verileri kullanılmıştır. 26915 intihar vakası şimdiye kadar kullanılan en geniş denek grubunu oluşturmaktadır. Sonuç olarak nisan, mayıs ve haziran ayında doğanların diğer aylarda doğanlara oranla intihar etme oranlarında aşırı bir artış



görülmüştür. Doğum tarihinin intihar riskine olan etkisi intiharın çoklu etiyolojisinin anlaşılması, yeni araştırma ve korunma stratejilerinin geliştirilmesi için bir gösterge olabilir (40).

#### **h. Çeşitli Grup Farklılıkları:**

Pompili M ve ark'ı, tükenmişlik çeken ve özgün savunma mekanizmalarını kullanan psikiyatri hemşirelerinde umutsuzluk ve intihar riskinin ortaya çıkması üzerine bir çalışma yapmışlar. Sonuçta, psikiyatri hemşirelerinde, tükenmişliğin oldukça önemli bir durum olduğu; tükenmişlik ve bazı savunma mekanizmalarının, intihar riskinin prediktörü olan umutsuzluk düzeyini arttırdığı bulunmuş (41).

Amerikan yerlileri, ABD'nin en yüksek intihar oranlarına sahiptirler. Bu durum yüksek oranda madde bağımlılığı, yoksulluk ve silah bulabilme oranları ile ilişkilendirilebilir. ABD'de Protestan ve Yahudilere ait oranlar Katoliklere ait olanlardan yüksektir. Müslümanlara ait oranlar daha da düşüktür. İlk kuşak Amerikalılara ait oranlar ailelerinin göç ettiği ülkelerin oranlarını yansıtır. Kentsel kesimde yaşayanların oranları, kırsal kesimden belirgin olarak daha yüksek görünmesine rağmen, son verilerde Rocky Mountains ve Plains eyaletleri, daha yoğun nüfuslu bölgelere oranla daha yüksek intihar oranlarına sahiptirler.

Japonlar dünyada intihar girişimlerinde yüksek orana sahiptirler. 1998'de 32.863 vaka olmuş. Ve ondan sonraki her yıl 30.000'i aşmış (42).Yoshimasu K. ve ark'ının Japonlar üzerindeki bir çalışmasında ise, kadınlarda intihar girişim oranı diğer ülkelere göre daha yüksek görülmüş (27).

Pratt D ve ark'ının yaptıkları bir çalışmada, hapistan yeni çıkmış mahkumların, çıkışın ilk birkaç haftasında, genel popülasyona göre intihar riskinin hayli yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Bu da taburcu olan psikiyatri hastalarının risk oranına yakındır (43).

## **1. Cinsel Yönelim:**

Homoseksüel erkek ve kadınların, heteroseksüellere oranla daha yüksek intihar oranlarına sahip oldukları görünmekteyse de Richard C. Friedman'ın belirttiği gibi, bunun nedeni açık değildir (4). Ancak de Graaf R. ve ark'ının Hollanda'da yaptıkları çalışma oldukça dikkat çekicidir. Bu çalışma, sonuç olarak, homoseksüaliteye toleranslı bir ülkede dahi, heteroseksüel erkeklere göre daha fazla intihar eğilimi bulunduğunu göstermiş. Bu ilişki onların yüksek psikiyatrik morbiditelerine bağlanamaz. Homoseksüel erkekler arasında, algılamadaki farklılık intihar eğilimi ile ilişkili bulunmuş. Kadınlarda ise böyle bir ilişki bulunmamış (44). Hidaka Y. ve Operario D.'nin, Japon erkeklerde yaptığı bir çalışmada da, homoseksüel, biseksüel ve cinsel tercih bozukluğu olanların %15'inde intihar girişimi, % 70'inde ileri düzeyde anksiyete ve %13'ünde ise ileri düzeyde depresyon tespit edilmiş (45). Eisenberg ME ve Resnick MD. ABD'de gay, lezbiyen ve biseksüeller arasında intihar insidansı ve koruyucu faktörler üzerinde çalışmışlar. Çalışmaya 2255 vaka alınmış. Gay, lezbiyen ve biseksüellerin yarısından çoğu intiharı düşünüyormuş; %37,4'ü intihar girişiminde bulunmuş. İntihara karşı koruyucu faktörler bu insanlarda daha az bulunmuş (46).

## **6. Etyoloji:**

Giriş bölümünde intiharın, sosyokültürel, filozofik, ekonomik vb. nedenleri ön plana çıkarıldıysa da, bu bölümde, pratik nedenlerle biyolojik, psikolojik ve biyopsikososyal yönler çerçevesinde gözden geçirilecektir (4).

### **a. Psikolojik Faktörler :**

Depresyondaki tek yumurta ikizlerinde, ikiz olmayanlara göre kesin olmamakla birlikte intihar olasılığı benzerlik gösterir. Ancak bu yüzde yüz değildir. Neden birinde görülürken diğesinde görülmez? Kabaca bipolar bozukluğu olan bireylerin %85'i kendilerini hiçbir zaman öldürmezler. Bir intihar geni mi vardır? Yaşamlarını söndüren bu kişilerin mental yapılarında ne

vardır? (ya da ne yoktur?). Bu ölümcül yolda psikolojileri hangi çocukluk çağı olayları ile renklendirilmiştir? William Shakespeare ergenlerin karşılıksız aşklarını yazmıştır; ama bu yeterli bir açıklama mıdır ? Edwin S. Schneidman kurbanların tahammül edilemez mental ağrısını, psikolojik ağrı ve son dönemde algılarının nasıl dar (tunnel vision) ve nasıl sadece bir çözümü, ölümü görebildiğini yazmaktadır. Sigmund Freud, Mourning and Melancholia'da intiharı kişinin agresyonu kendine çevirmesi olarak tanımlar. Bunu kişinin kaybolan bir objeyi içselleştirmesi ve sonrasında da, agresyonun içe döndürülmesi olarak ifade etmiştir. Karl A. Menninger, buna bütün intiharların bileşeni olmak üzere intihar triadını (ölmek için bir arzu, öldürmek için bir arzu, öldürülmek için bir arzu) yazarak ekleme yapmıştır (4).

Kay Redfield Jamison, "An Unquiet Mind'da", William Stroy'un "Darkness Visible"ında olduğu gibi intihara götüren kendi ümitsizliğini yazmaktadır. Her tanım, bir cevap olarak, eksik olmasına rağmen dokunaklıdır. Bu inceleme yazıları genellikle depresif durumların mental refakatçileri hakkındadır. Dünyaya siyah renkli camlarla bakarak; geçmiş, şimdiki zaman ve geleceği karanlık ve kasvetli görmektir. Görüşü kaplayan lens sadece umutsuzluğa izin verir ve sonuçta bazısı için intihar tek çözüm olarak gözükür. Tahminen, intiharın sadece bir psikolojik açıklaması yoktur. Fakat böylesi trajik bir sonucu hazırlayan birden fazla psikodinamikler vardır (4).

## **b. Biyolojik Faktörler:**

İntihar hakkında biyolojik teoriler, intiharın altında yatan mental durumun sıklıkla depresyon olması nedeniyle, depresyon çalışmaları ile içinden çıkılmaz bir şekilde birleştirilmiştir (4). Julius Axelrod'un biojenik amin metabolizması hakkında öncülük eden çalışmaları (4,47) ve Marie Asberg'in depresyondaki bireylerin beyinlerindeki serotonin (5HT) ve norepinefrin düzeyleri üzerine sonraki çalışmaları daha sonraki bir çok çalışmanın zeminini oluşturmuştur. İşin esası, beyinde kritik alanlarda bu şekildeki nörotransmisyonla relatif bir yetmezlik olduğu ve bunun depresyonla sonuçlandırıldığıdır. Bu yetmezlik; yetersiz üretime, sinapsda transmitterin aşırı

reuptake'ine ya da reseptör sistemde bir bozulmaya bağılı olabilir. Alternatif olarak, bazı antagonist nörokimyasal ajanlar, efektif düzeyleri düşürüyor olabilir. 5-HT (4,48) ve norepinefrin en çok üzerinde çalışılanlar olmasına rağmen, diğer transmitterler (örneğin y- aminobutirik asit [FABA]) ya da diğer ajanlarda (örneğin, G proteinler, kinazlar, ya da FL Lowe-Ponnsfort ve NJ Nutt tarafından tanımlanan beyinden türetilmiş nörotrafik faktör) rol oynayabilirler. Birçok çalışma; deprese ölmüş kişilerin beyinlerinde 5-HT'nin, yaşayan deprese hastaların serebrospinal sıvılarında, 5-HT'nin major metaboliti olan 5-hidroksi indolasetik asitin düzeyinde azalma olduğunu bulmuştur. Buna ek olarak intihara eğilimli olmayan deprese hastalardan daha düşük 5-HT düzeylerine sahiptirler. Bunun ötesinde, daha vahşi intihar teşebbüsleri yapan ve intihar eden bireylerin (örneğin; silahlar, bıçaklama ve atlama) daha az vahşi olanlardan (örneğin haplar) daha düşük seviyelere sahip oldukları bulunmuştur. Diğer çalışmalar, kontrol popülasyonlarına kıyasla genelde, bu tip nörokimyasal düşük seviyeleri, kumar oynayanlar, yangın çıkaranlar ve impulsif bireylerle de bulmuşlardır ve bu nonspesifite bazı araştırmacıların, bu seviyeleri düşük nörotransmitterleri spesifik impuls kontrolsüzlüğünden daha çok genel impuls kontrolünün indikatörleri olarak görmelerine yol açmıştır (4).

### **c. Biyopsikososyal Faktörler :**

Biyojenik aminleri çalışmaya ek olarak, alternatif ve çağdaş bir hipotezde kortikal hipotalamik-hipofizer-adrenal (HHA) eksen ile ilgilidir. Bu sistem adrenal kortikal hormon (steroid) düzeylerini regüle eder ve strese karşı olan reaksiyonlarda aracılık eder (4). Charles B Nemeroff, intihar kurbanlarının BOS'larında kortikotropin-releasing faktör (KRF) konsantrasyonlarında artış ve frontal kortekslerinde KRF bağlanma yerlerinde azalma olduğunu belirtmiştir. Ayrıca bebek ratları, annelerinden ayırmanın onları ileride streslere, kontrol hayvanlarından çok daha derinden reaksiyon göstermeye hazırladığını (artmış kortizol seviyelerinin ölçülmesi ile) göstermiştir (4,49). Birçok çalışma, intiharın stres-diatez modellerini öne sürmüştür. Buna göre, prenatal dönemde ya da yaşamın ilk yıllarında dürtüselliğe meyilli

olan bireyler, sonraki yaşamlarında zorlandıkları ve de özellikle depresyon yaşadıklarında, kendilerine, önceden maruz kalmamışlardan daha çok zarar vermektedirler (4,50,51). Özellikle fiziksel ya da cinsel taciz gibi çocukluk çağı travmaları; bireyleri, sonradan depresyon yaşadıklarında intihar dürtülerine düşüncesizce karşılık verme durumunda bırakabilir. Eğer bu olaylar erken ya da yeterince şiddetli olursa ya da daha sonra stresörler olarak belirirlerse ya da bir şekilde sonradan daha az travmatik olarak ortaya çıkarlarsa o zaman bu tip olaylar impulsiv-agresif-intihar diatezini oluşturabilirler (4). Newport DJ ve ark'ı bunu "kaybın hayvan modelleri" hakkındaki yazılarında tanımlamışlardır. (4,52)

Birçok hipotez olmasına rağmen önceden bahsedilen iki model, depresyon ve intihar hakkındaki önde gelen biopsikososyal teorileri 1990'lar ya da daha öncesinden beri temsil etmektedir (4). Alkol bağımlılığının depresyondaki hastalarda intihar riskini büyük ölçüde artırdığı bilindiğinden (4), Mann, alkolün kendisinin, depresyondaki hastalarda görüldüğü gibi beyindeki aynı yerlerde 5-HT seviyesinin azaltıldığını bulmuştur (4,53). Bu problemin bir çeşit kimyasal bileşenidir (ayrıca alkolün 5-HT'yi arttıran antidepresanlara nasıl bir eksojen antagonist olduğunu da gösterir). Alkol ayrıca çok iyi bilinen bir disinhibitördür böylelikle düşüncesizce davranma yönündeki eğilimi de artırmaktadır (4).

Belirgin bir şekilde depresif hastalıkları olan birçok kişi intihar girişiminde bulunmamıştır; ancak bir kısım depresif hasta ise, bulunmuştur. Bunu yapanlar ve yapmayanlar arasındaki farklar nelerdir? (4). Mann tarafından yapılan bir çalışma, girişimde bulunanların depresyon ve umutsuzluğu daha subjektif (her zaman objektif değil) yaşadıkları ve intiharı daha fazla hayal ettiklerini ortaya çıkarmıştır. Bu kişiler ayrıca, kıyaslanabilir sayıda çok ters yaşam olaylarına rağmen, daha az yaşama nedeni görmüşlerdir (4,53). Bu kişiler hastalıklara ya da diğer stresörlere daha güçlü bir şekilde tepki vermeye önceden beri mi meyillidirler? İntihara meyilli hastalar ayrıca yaşam boyu daha çok agresif olma ve agresyon örüntüleri göstermişlerdir. İntihar girişimlerinin geçmiş hikayesi ya da aile hikayesi bu tip altta yatan diatezlere ipuçları olabilir (4).

## 7. Tanı :

İntihar hakkında dikkatli ve ayrıntılı bir sorgulama her psikiyatrik değerlendirmenin bir parçasıdır. Bu sorgulamanın niteliği çok önemlidir; soru sormanın yolları vardır ve bunlar hastaya hekimin gerçekten negatif bir tepki istediği şekilde işaret verilebilir, örneğin, "intihara meyilli değilsiniz değil mi?". Hekim sorgulamayı hastanın hikayesini almaya uygun olabilecek şekilde zamanlamalıdır. Açık bir şekilde depresyonda olan hastalar için, intihar hakkında dikkatli ve ayrıntılı sorular kesinlikle esastır. Gizli olarak depresyondakiler içinse, depresyonun vejetatif semptomlarına ilişkin sorulara (örneğin, kilo ve uyku değişiklikleri, kabızlık) pozitif cevaplar hekimi altta yatan olası bir depresyona karşı uyanık tutmalıdır ve böylece bu alanı (depresyon ve intihar) daha ayrıntılı bir şekilde inceleme ihtiyacını açığa çıkarmalıdır. İntiharı sorgulama, adım adım ilerlenerek yapılmalıdır. Hastanın depresyonda mı, yoksa intihara eğilimli mi olduğunu anlamak için; hekim en genel sorularla başlar, örneğin "Bazen keşke doğmasaydım diyecek keder kendinizi çok kötü hissediyor musunuz?" ya da "keşke ölseydik diyecek kadar?". Eğer hasta bu tip duyguları reddederse ve ona inanılırsa, bu aşamadaki sorgulama bitirilebilir. Eğer hasta bu tip duyguları kabul ederse o zaman sorgulamaya devam edilir, örneğin "Hiç kendinize zarar verme düşünceleriniz olmuş muydu?" eğer olmuşsa, bu düşüncelerin ne olduğunu, hiç eyleme geçilip geçilmediğini ve hastanın halen bu düşüncelerinin olup olmadığı sorulmalıdır. Kendisine şu anda zarar vermesi için varolan bir planı var mı ve eğer varsa bu nedir? Bu planı gerçekten yerine getirmek için nedenleri var mı? Gerçekten kendine zarar verebileceğinden korkuyor mu? (4).

Eğer daha önceki girişimlere ait bir hikaye varsa, bunların ne kadar ölümcül olduklarını ve hastanın ölüm hakkındaki niyetinin ne olduğunu (kurtarılmak için hastanın zamanında bulunmasının ne kadar olası olduğunu) anlamaya çalışmak gerekir. Yüksek ölümcül düzeydeki yöntemlerle ve ölme niyeti ciddi boyuttaki girişimlerin varlığı, özellikle endişe vericidir; düşük ölümcül düzeyli ve ölüm isteği yüksek olmayan geçmiş girişimler daha az endişe vericidir ve ölme isteği az da olsa yüksek ölümcül sonuca götüren yöntemler kullanılmayan girişimler orta bir yerdedir (ve hekim için daha az

öngörülebilir olanlardır). Bunun da ötesinde, bu ipuçlarına rağmen, sonraki girişimlerin her zaman bir öncekiler ile kıyaslanabilir ölümcül düzeyde ve niyette olacakları farz edilemez. Örneğin dün aspirin almış olan, belki yarın kendini ateşli silahla vurabilecektir (4). Beck AT ve ark'ı niyetin ciddiyeti hakkında soru sormanın gelecekteki intihar girişimlerinin ölümcül düzeyinin en iyi göstergesi olduğunu yakın zamanda göstermiştir (4,54).

Ruhsal Bozukluklar için Tam ve İstatistik El Kitabı'nın (DSM IV- TR) gözden geçirilmiş dördüncü basımının insidans tahminlerinde, kendilerini öldürenlerde psikiyatrik bir tanı olması oranı %70 - %90 olarak verilmiştir. Eksen-I kategorisi tanıları en çok görülenlerdir. Ancak diğer etkenler de gözardı edilemez (4).

#### **a. Eksen I Bozuklukları:**

Reinherz HZ ve ark'ının bir çalışmasında, 30 yaşında muayene edilen her iki cinsiyetten hastalarda intihar düşüncesi olan ve olmayanlar arasında farklılıklar tespit edilmiş. İntihar düşüncesi olanlar 2 kat daha fazla eksen I bozukluğa sahipti; yaklaşık 12 kat daha fazla intihar girişiminde bulundular. İntihar düşüncesi olan hastalarda daha fazla davranış problemleri ve daha zayıf fonksiyon tespit edildi. Bunlarda kendine saygı ve kişiler arası ilişkiler de zayıftı. Erkek hastalarda gelir ve sosyoekonomik seviye daha düşüktü (55).

#### **(1). Duygudurum Bozuklukları :**

Duygudurum Bozuklukları intihar ile en yakından ilişkilendirilenlerdir. %60 - %70 aralığında olan sayılar sıklıkla ölümlerinde belirgin bir depresyon yaşayan intihar kurbanları yüzdesidir. Yaşam boyu ölüm riski, bipolar bozukluğu olan bireyler (manik dönemden çok genellikle depresyon dönemindedirler) için yaklaşık olarak %15-20 ve diğer duygulanım bozuklukları için ise yaklaşık olarak %10 olarak hesaplanmıştır. Bazı İngiliz araştırmacılar, bu yaygınlık oranlarının daha düşük olduğunu düşünmektedirler (4).

## (2). Şizofreni :

Strauss JL ve ark'ı, komorbid travma sonrası stres bozukluğunun şizofreni ve şizoafektif bozukluğu olan erkek gazilerdeki intiharla ilişkisini incelemişler. Bu çalışmanın amacı, komorbid travma sonrası stres bozukluğu ile birlikte şizofreni ve şizoafektif bozukluğu olan erkek gazilerin intihar riskinin, komorbid travma sonrası stres bozukluğu olmayan hastalardan daha yüksek olup olmadığını saptamaktır. 165 şizofreni ve şizoafektif bozukluğu olan erkek gazi çalışmaya dahil edilmiştir. Komorbid travma sonrası stres bozukluğu olan hastaların intihar düşüncesi ve intihar davranışı oranının komorbid travma sonrası stres bozukluğu olmayanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar, komorbid travma sonrası stres bozukluğu olan hastaların intihar riskinin daha yüksek olduğunu, iyi izleme ve müdahale programlarının komorbid travma sonrası stres bozukluğunun ve intihar riskinin teşhis edilebilmesini kolaylaştırdığını göstermektedir (56).

”Şizofrenili hastalar ayrıca yüksek intihar oranlarına sahiptirler ve intihardan ölüm yaygınlığı %10 olarak hesaplanmıştır” (4). Şizofreninin, özellikle ilk evresinde, intihar oranı fazladır. Tedaviye başlamadan önce ve ilk tedavi sırasında da intihar girişim oranı yüksektir. Birinci episodda daha az düzeyde semptomları olan hastaların tedavisine başlandığında, intihara teşebbüs riski potansiyel olarak azalmaktadır. Sonuç olarak, hastaları erken dönemde ve daha az düzeyde semptom varken tedaviye başlatmak ilk tedavi karşılaşmasında intihar riskini azaltabilir (57,58). Acosta FJ ve ark'ının yaptıkları bir çalışmada, 62 intihar düşüncesi olan şizofrenik hastanın uzun dönem izleminde, belirgin şekilde alt grupların varlığı gösterilmiştir(59).

Şizofrenili hastalar, ilk defa ciddi bir mental hastalıkları olduğunun farkına vardıklarında özellikle incinebilir görünmektedirler ve ayrıca hastalıklarının alevlenmelerinden iyileştikten sonra depresyon yaşadıklarında daha da incinebilir olurlar. Şizofreni ve psikotik depresyondaki kişiye, kendisini öldürmesini söyleyen seslerin duyulduğu emir varsanıları, David Hellerstein tarafından sorgulanmış olup, geleneksel olarak tehdit edici riskleri taşıdığına inanılmaktadır (4,60)

McGirr A ve ark'ı şizofreni ve diğer kronik psikotik bozukluklarda



sonuçlanmış intihar için, risk faktörleri konusunda bir vaka kontrol çalışması yapmışlar.

Psikotik bozukluğu olan kişilerde intihar riskinin artmasına rağmen bu gruptaki insanların sonuçlanmış intihar için risk faktörleri büyük ölçüde çalışılmamış olarak kalmıştır. Bu çalışma, vaka kontrol desenini kullanarak, şizofreni ve diğer kronik psikotik bozukluklardaki sonuçlanmış intihar için klinik ve davranışsal risk faktörlerini araştırmayı amaçlamıştır. 81 psikotik denek incelenmiş ve bunların 45 tanesi intihar sonucu hayatını kaybetmiştir. Sonuç olarak, psikotik insanlarda intihar riskinin en kolay belirleyicisi depressif bozukluğun varlığı, orta veya şiddetli düzeydeki psikotik semptomlar ve ailedeki intihar davranışlarının geçmişi olarak tanımlanmıştır. Bu kişilerin az sayıda negatif semptomlara, daha çok komorbid hastalıklara (comorbid diagnoses) ve diğer bulguların tersine cluster A ve C kişilik özelliği semptomlarının şizofrenlerde ve diğer kronik psikotik intihar girişimlerinde koruyucu etkiye sahip olduğu görülmüştür. Bu çalışma, impulsif - agresif davranışlar gibi intihar riski için davranışsal arabulucuların şizofrenlerde ve kronik psikotik bozukluğu olanlarda intihar riski için herhangi bir rolünün olmadığını göstermiştir. Bu sonuç, diğer tanısal gruplarda bulunanların tersi olup intiharda yatkınlığın heterojenliğe işaret ettiğini göstermiştir (61).

### **(3). Diğer Eksen I Bozuklukları :**

Özellikle madde bağımlılığı ve panik bozukluk olmak üzere (4), alkol ve bazı ilaçların kötüye kullanımı (62) ve diğer eksen I bozuklukları, kendileri içinde primer olmaktan çok yardımcı faktörler olarak daha önemli görünürler. Majör bir depresif bozukluğa (ya da şizofreni) eşlik eden beraberindeki panik ya da madde ilişkili bozukluklar, intihar riskini önemli derecede arttırır (4).

Clarke DE ve ark'ı, musevi katliamını görmüş, kamplarda çalışmış, hapselere atılmış kişileri, travma sonrası stres bozukluğu açısından değerlendirilmiş ve bu kişilerde, kontrol grubuna göre, en az 3 kat, daha fazla intihar oranı tespit edilmiş. Ancak katliama tanıklık eden diğer kişilerle, kontrol grubu arasında anlamlı bir fark bulunmamış. Sonuç olarak, bu çalışma gösteriyorki, intihar riski açısından tedavi planlanırken, travmanın ciddiyeti ve

çeşidinin dikkate alınması gerekir (63).

Phillips KA ve Menard W'nın bir çalışmasında, beden dismorfik bozukluğu bulunan bireylerde yüksek oranda intihar düşüncesi ve teşebbüsü saptanmış. Ayrıca, ölümlle sonuçlanan intihar teşebbüsü, beden dismorfik bozukluğu olan bireylerde, belirgin derecede yüksek bulunmuştur (64).

### **b. Eksen II Bozuklukları :**

Borderline kişilik bozukluğu (tanısal kriterlerinden biri intihara eğilimli davranışları olan) intihar ile en yakın ilişkide olan Eksen II tanısıdır. Bu hastalarda sıkça görülen kendine zarar verme davranışı (örneğin yüzeysel bilek kesileri) genellikle bir anksiyeteden kurtulma isteğidir ve ölme isteğinin bir yansıması olarak gözlenmezler. Buna rağmen, bu hastaların kendilerini öldürmeyecekleri anlamına gelmemektedir. Kendilerini öldürebilirler ve bu nedenle de dikkatli gözlemlenmelidirler (4,53). Nitekim Fliege H ve ark'ının yaptıkları bir çalışmada, kendine zarar verici davranışları olanlarda psikiyatrik semptom oranının, kendine zarar verici davranışları olmayanlardan daha yüksek olduğu bulunmuş (65).

Antisosyal kişilik bozukluğu olan hastalarda suçluluk duygusu pek görülme de (ve böylece kendilerine zarar verme olasılığı düşüktür) bu kişiler artmış intihar oranlarına sahiptirler (Belki de bilinçlerinin yetersizliğinden çok bir tutarsızlığı gösterir). Dürtüsel davranış eğilimi, Eksen II bozukluklarında intihara eğilimle ilişkili genel payda olarak gözükmektedir (4,53).

### **c. Eksen III Bozuklukları:**

Eşlik eden tıbbi durumlar da intihar riskini artırır. Özellikle kronik, ağrılı durumlar (4,66) ve özellikle epilepsi, Huntington hastalığı, serebral vasküler olaylar (SVO'lar), multipl skleroz (MS) (4,67), demanslar, AIDS ve kafa zedelenmeleri gibi santral sinir sistemi (SSS) patolojileri için de böyledir (4). Genç epilepsi hastalarında depresyon ve diğer hastalıklar yeterince teşhis ve tedavi edilmemiştir. Depresyonla ilgili tepkiler, yaşamı tehdit edici ve intihar için bir risk faktörü olmasına rağmen, genellikle normal olarak düşünülmüştür.

Birçok çalışma epilepsi ve depresyon arasında kuvvetli bir ilişki olduğunu göstermiştir. Etiyolojik faktörleri, nörolojik, genetik ve iatrogenic faktörler içermektedir. Başlangıçtaki tanı değerlendirme aşamasında, hastanın depresyon riskinin tanımlanabilmesi için, doktorun hastaya psikiyatrik ve psiko-sosyal değerlendirme yapması önerilmektedir. Bu yaklaşım, epilepsinin hasta üzerinde oluşturduğu etkinin ve psikiyatrik rahatsızlıkların bütün belirtilerinin değerlendirilebilmesi için doktora yardımcı olmaktadır. Etkili tedavi seçenekleri hem somatik hem de somatik olmayan terapileri içermektedir (68).

Epilepsi hastalarında intihar girişimi genel topluma göre 4 -10 kat daha fazla görüldüğü için, intihar düşüncesi bu hastalarda dikkatle sorgulanmalıdır (69).

Schairer C ve ark'ının, meme kanseri sonrası suisit; 723.810 kadını kapsayan uluslar arası çalışmasında, 25 yıldan daha uzun süredir tanı alanlarda ve zencilerde intihar riski daha yüksek bulunmuş. 30 yıldan uzun süredir tanı alanlarda intihar oranı % 0,2 bulunmuş (70).

#### **d. Komorbid Durumlar:**

Alkol kullanım bozukluklarının, artmış ciddi hatalıklarla ve içinde intihar girişimi potansiyeli olan major depresif bozukluğa ilişkili olduğu tespit edilmiştir (71). Kişilik bozuklukları ve alkol bağımlılığının komorbiditesinin intihar davranışı riskini artırdığı düşünülmektedir. Preuss UW ve ark'ı, DSM-IV' deki kişilik özellikleri ve komorbid I. Eksen bozukluklarının alkol bağımlısı yatan hastalardaki intihar davranışı üzerindeki etkisini araştırmışlar. 376 alkol bağımlısı hastadan kişilik bozukluğu olan %55 hasta, bunların yaklaşık %25'i en az bir kez intihara teşebbüs etmiş; çalışmaya dahil edilmiştir. Kişilik bozukluğu olan hastaların geçmişinde intihara teşebbüs, depresyon epizodu ve en ciddi teşebbüsleri sırasındaki depresyon oranlarının diğer gruplardan oldukça yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu tarzdaki intihara teşebbüs olaylarının, sınırda (borderline) kişilik bozukluğu olan kişilerde ve yalnız yaşayan alkol bağımlılarında daha fazla görüldüğü bildirilmiştir. Sonuç olarak, komorbid kişilik bozukluğu ve depresyonu olan alkol bağımlısı kişilerin intihardan korunması için psikiyatrik tedavilerinde, özellikle dikkat edilmesi

gerekmektedir. Bu yüksek riskli grubun tedavisi için psikoterapötik stratejiler geliştirilmelidir (72).

## **8. İntihar Girişimleri:**

İntiharlar ve intihar girişimleri bir bakıma iki farklı grup gibi görünse de üst üste binen grupları da temsil ediyor gibi görünebilir. Eksen I depresif bozukluk tanılı yaşlı beyaz erkekler, özellikle de beraberinde madde bağımlılığı varsa, tipik intihar profilini sergilerler. Borderline kişilik, narsistik ya da histrionik kişilik bozukluğu gibi Eksen II bozukluğu olan genç yetişkin beyaz kadınlar, tipik intihar girişimcisi profilinde yer alırlar. Acilde düşük ölüm riski olan intihar girişimleri ekseriyetle önemsenmeyen bir tutum içinde tedavi edilirler. Görevliler onları dikkat çekmek için böyle şeyler yapan kişiler olarak görürler. Gerçekte bunlar da diğer acil hastaları gibi birer kurbandır. Yetersiz uyum becerisi sergileyen kişilerdir. Bunların %8-10'u zaman içinde kendilerini öldürürler (Oysa intihar edenlerin üçte ikisi önceden intihar girişiminde bulunmamışlardır) (4).

İntihar edenler eylemlerini yerine getirdikleri zamandaki (kendilerinin) psikolojik durumları hakkında araştırmacıları bilgilendirmek için ortada olmadıklarından, girişimde bulunanlarla çalışmak ne ifade edebilir? Eğer, intihar spektrumu, intihar fikirleri ve fantazileri bir uçta ve de intihar istekleri, sonra eylemleri ve sonra da tamamlamalar diğer bir uçta bir devamlılık olarak görülürse; sadece psikolojik olarak değil ayrıca biyolojik olarak da bazı şeyler öğrenilebilir. Örneğin, girişimde bulunanlardan olası bir postmortem degradasyon (bozulma) sorunu olmaksızın Beyin Omurilik Sıvısı (BOS), kan ve idrar alınabilir. Girişimde bulunanlarda ayrıntılı görüşmeler ve psikolojik testler yapılabilir ve sonuçlar, belirgin farklar olabilmesine rağmen tamamlayanlara atfedilebilir. Bazı araştırmacılar, tamamlayanlar popülasyonuna çok yakından benzeyen bir grup olduğu düşüncesiyle, sadece ölmesi gereken ama mucizevi ve beklenmeyen bir şekilde kurtulan teşebbüs edenlere odaklanmıştır. Bir başka yaklaşımda; sadece intiharları öncesinde aktif olarak uzun dönem psikoterapi alan ve terapistleri kendileri hakkındaki verileri paylaşma isteğinde olan, tamamlayanlarla çalışmaktır. Amerikan İntiharı

Önleme Vakfı ile beraber olan Hendin H. ve ark'ı bu tip 26 vakayı ayrıntılı olarak çalışmış ve tedavilerinde genel örüntüleri analiz etmişler (örneğin, affekt değişiklikleri, kayıplar ve yıl dönümleri gibi konuları atlayan terapistler) ve ayrıca 26 terapistten 21'inin geriye döndüklerinde ilaçları değiştirecekleri ya da hastalarının hastaneye yatıracaklarını ya da geriye dönük olarak hastalarının bir önceki terapistleriyle durumu konsülte edeceklerini/danışacaklarını bulmuşlardır (4,73,74).

### **9. İntihar Önlenebilir mi?**

İntihar göreceli olarak sık rastlanır olmadığından, doğru pozitif öngörüler nadirdir (4). İntiharı negatif öngörme, Pokory AD'nin gazilerle yaptığı klasik bir çalışmasında gösterdiği gibi, gruplarla çalışıldığında istatistiksel olarak neredeyse her zaman doğrudur. Bu, yapılabilecek olan en dikkatli risk değerlendirmesinin bireysel yapılması gerektiği anlamına gelmemektedir (4,75). William Goryel ve Michael Schlossor, major affektif bozukluk veya şizofreni olan toplamdaki 78 hastanın 32'si DST' lerinin pozitif olduğunu ve bunların tüm intiharların %26' sını oluştururken hastaların sadece %2.9'unun DST'leri negatif olduğu halde kendilerini öldürdüğünü bulmuşlardır. Daha kronik depresyondaki kişilerin, daha olasılıkla DST'leri pozitif olduğundan bu bir şekilde sonuçları çarpıtılabilecektir (4).

Sublette ME ve ark'ı, gelecekte intihar riskini önceden belirlemede, omega-3 poliansature esansiyel yağ asitlerini çalışmışlar. Docosahexonoic asitin, total poliansature yağ asitleri içerisindeki oranının azalması ve omega – 6 / omega – 3 oranının artması, intihar riskinin artmasıyla ilişkili bulunmuş (76).

Tüm intiharları önlemek ya da tamamen ve kesin bir şekilde hastayı intihardan korumak mümkün değildir. Olası olan, nüfuslar ve alt nüfuslar için intihar olasılığını azaltmak ve bireydeki intihar riskini azaltmaktır (4).

Gençlerden oluşan intihar girişiminde bulunanlar daha ziyade psikiyatri servislerini kullanmaktalar. Bunların çoğu intihar girişim öyküsü olsun ya da olmasın daha önceden birçok psikiyatrik nedenlerle uzun süre psikiyatri servislerinde takip edilmiş kişilerdir (77). Ancak devamlı gözlem olsa bile,

psikiyatri kliniğine yatırmak, intihar olmamasının garantisi değildir. Fakat gerçekten bir fark oluşturur. Hastaneye yatırmak sadece hastayı korumakla kalmaz, tedavinin başlaması, risklerin azaltılması, desteklerin mobilize edilmesi ve hastanın bakım sonrası güvenliği için düzenlernelerin yapılması için zaman kazandırır. Hastaneye yatırma ayrıca, personelin hastanın dengesini daha çok yaşamı olumlu kılan bir yüze doğru değiştirme uğraşında, birçok intihara eğilimli hastada varolan ambivalansdan faydalanır (4).

Rowe JL ve ark'ının bir çalışmasında, yaşlı erişkinlerin, ne sosyal bağlantılarının olmasının, ne de dışarıdan yararlı destek almasının, intihar girişimlerinde bir değişiklik olmadığını göstermiştir (78).

Tiet QQ ve ark'ının konuyla ilgili çalışmasında şu sonuçlar çıkmıştır: Yüksek intihar riski olan hastalarda, özellikle önceki intihar öyküsü varsa öyküsüne, intoksikasyona neden olan alkol, kokain ve varsa diğer maddelerin kullanımına, ilk intihar denemesi ve zorlukla kontrol edilebilen davranışlara, dikkat edilmesi gerekmektedir (79).

Her intihar eğiliminde her zaman aynı tedavi süreci mi işlemelidir? Raue PJ ve ark'ı, kendilerine zarar verme riski yüksek olduğu için M. Depresyonlu hastaları veya intihar düşüncesi için uyuşturucu kullanan hastaları değerlendirmişler. Sonuç olarak, hafif ve orta intihar riskli hastalar, 1. basamak sağlık merkezinde tedavi edilmiş; ancak yüksek riskli hastalar, yoğun bakım ünitesi ve monitörizasyon hizmeti verebilen uzman merkezlere sevk edilmişler (80).

Halk sağlığı bakış açısından; primer korunma, hastalıkların başlamadan önce elimine edilmesine hedeflenmiştir. Örneğin, genetik danışmanlık yoluyla, gen manüplasyonu, herkes için yaşamın kalitesinin iyileştirilmesi ve silah ve zehirlerin kontrolü vb. Bununla ilgili olarak, Portzky G ve Van Heeringen K adolesanlarda intihar girişimini önleme amacıyla, okul kaynaklı psikolojik eğitimin, kontrol edilmiş çalışmayla etkinliğini saptamaya çalışmışlar. Bu çalışmada psikolojik eğitim, çoğunlukla gençlerde intihar girişimlerini önlemek amacıyla uygulanmış. Sonuçta, programın, sorunların üstesinden gelmede ve ümitsizlik düzeyleri üzerinde hiç etkisi olmamış. Programın intiharlar konusundaki bilgileri arttırdığı ve intihar eğilimindeki kişilerin tutumlarını öğrettiği, ancak sorunların üstesinden gelmeye ve ümitsizlik düzeylerine etkisi

olmadığı görülmüş (81).

Sekonder korunma, hastalıkların etkilerini en aza indirmeye çabalar. Örneğin; depresyon için daha iyi bir tedavi ve depresyonda iken intihar teşebbüslerinin önlenmesini içerir ( 4,82). Bununla ilgili olarak Dervic K ve ark'ı 147 depresyonla birlikte B tipi psikopatolojisi olan hasta ile, 210 sadece depresyonu olan hastayı klinik ve demografik özellikleri ve intihara teşebbüs geçmişi açısından karşılaştırılmıştır. Sonuç olarak, intiharla ilgili ahlaki kuralların ve dini inançların depresyonla birlikte B tipi psikopatolojisi olan hastalardaki intihar davranışlarında koruyucu etkiye sahip olduğu ve terapötik müdahale için hedef kitlesi olabilecekleri bulunmuştur (83).

Tersiyer korunma, bir intihar teşebbüsü oluştuğunda morbidite ve mortaliteyi en aza indirmeye yönelmiştir. Bu konu ile ilgili, Berg AM ve ark'ı çalışmalarında, Norveç Polis Servisleri'nin, profesyonel yardımıyla kurtarılan intihar girişimlerine geleneksel bir bakış yapmışlar. Ülke çapında yapılan çalışma göstermiştir ki; polis memurlarının kurtarma çalışmaları, onların hususi tecrübelerinden ve psikoterapistlerin yardımlarından etkilenmektedir. Polis memurları, her nasılsa meydana gelen ciddi bir intihar girişimiyle karşılaşınca, bir psikiyatrist veya psikologla bağlantı kurmaktadır (84).

Müdahalede, riski azaltıcı çabaları tanımlarken; evrensel (örneğin; genel nüfuslar hedeflenmiştir), seçilmiş (örneğin spesifik risk altındaki nüfuslar hedeflenmiştir) ya da gösterilen (örneğin problemlili nüfuslar hedeflenmiştir) olarak ifade edilen benzer bir şema kullanılır. Hastalık Kontrol Merkezleri (CDC) tarafından yapılan bir çalışmaya göre; ölümlerinden önceki bir ay içinde, intihar edenlerin tahmini %50' si ya da daha fazlası bir pratisyen hekime (primer bakım hekimi) gitmiş olduklarından, doğal bir önleme programı, "depresyon ve intihar" tanıma ve tedavileri konusunda eğitim programlarının pratisyen hekimlere odaklanmasıdır. Bu tip bir çalışma 1984'te bir İsveç adası olan Gotland'da yürütülmüştür. Sonuçlar etkileyici olmasına rağmen, bu eğitici çabaların en az her üç yılda bir tekrarlanması ve güçlendirilmesi açığa çıkmıştır. Bu önleme stratejisi Amerikan İntihar Önleme Vakfı tarafından Macaristan' da şu anda sadeleştirilmiş olarak yürütülmektedir (4). Önleme çalışmalarına örnek olarak, Drew BL ve ark'ı üç hastanedeki acil servise intihar şeklinde gelen hastaları incelemeye almışlar. Bu çalışmanın

amacı, acil servislere gelen intihara teşebbüs etmiş kişileri tanımlamak ve klinik ve sağlık servisi özellikleri ve acil servis tedavisi sonrası alınan kararlar arasındaki ilişkiyi incelemektir. Bir ay boyunca üç hastanenin acil servisini ziyaret eden 110 intihar düşüncesi ve 53 intihar girişimi olan toplam 163 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Acil servis tedavisi sonrası klinik kararların hastanın intihar riski düzeyi gözlemlenmesinin dikkatli alındığı, hastaların %71'nin ya psikiyatrik değerlendirmeye yönlendirildiği ya da psikiyatri ünitelerine kabul edildiği görülmüştür. Acil servis çalışanlarının, psikiyatri uzmanlarından daha tutucu olduğu fakat yatkınlık hakkındaki kararlarında önemli fark olmadığı bulunmuştur (85).

Johansson L ve ark'ının ergen intiharlarının önlenmesi konusunda yaptıkları bir çalışmada, anahtar kişinin, pratisyen hekimler olduğu düşünüldü. Çünkü intihar sonrasındaki erken süreçte genellikle pratisyen hekim, ölünün ailesi, arkadaşları ve diğer tanıdıklarıyla görüşme yapar. Bu durum pratisyen hekimin, intihar küme oluşumunun ve intihar aktivitelerinin önlenmesi için gencin iyiliğinde faydası olabilecek kişilerin dahil edilebilmesinde ilişkileri başlatacak uygun kişi olduğunu göstermektedir (86).

Önleme çabalarını kategorize etmenin bir başka yolu da Paul Duberstein ve Yeates Conwell tarafından, yaşlı bireylerde, önleme stratejilerini gözden geçirirken tanımlandığı gibi, risk temelli stratejilere kıyasla nüfus temelli stratejilerdir (4,87). Bir önceki primer korunma yaklaşımlarına benzerdir ve sonraki ise genelde pratisyenlerin uygulamalarını ya da depresyondaki kişileri hedef almaktadır (4).

Tondo L ve ark'ının yaptıkları bir çalışmada, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki intihar oranlarının, sağlık yardımına ulaşabilmeye bağlantılı olduğu hipotezi test edilmiştir. Her insan için bu tip analizlerin risk endeksini analiz edemeyeceği fakat bu metodun, intihara ilişkin bazı faktörleri iyi keşfettiği bulunmuştur. Ülke bazında intihar oranları ile sağlık yardımına ulaşabilme arasında kuvvetli bir ilişki olduğu da bulunmuştur. Bu bulgular kliniksel yardımın intihardan korunmak için çok önemli bir rolü olduğunu desteklemiştir (88).

Bunun yanında Appelbaum PS'nin Yasa ve Psikiyatri başlıklı makalesinde, hafif intihar eğilimi bulunan üniversite öğrencilerinin okuldan



uzaklaştırılmadan, uygun bir yöntemle tedavi edilebileceğini öngörmektedir (89).

## **10. İntihar Yöntemleri:**

İntihar yöntemleri zamanla değişmektedir ve ayrıca o andaki imkana bağlıdır (örneğin, kırsaldaki intiharlar, az sayıda yüksekten atlama ve ölüm içerir, bu en azından kısmi olarak çok katlı apartmanların olmamasına bağlıdır). Yöntemin ölmüş kişi için bazen özel ve sembolik bir anlamı olmasına rağmen, daha sıklıkla acıdan, çirkinlikten, ölümden ya da yaşamdan kaçınmadaki çare ve isteği yansıtır. Silahlar halen en sık kullanılan yöntemdir (bütün intiharların yaklaşık %60'ı) ve intiharların daha iyi silah kontrolleri ile azalacağı kesin bir açıklıkla söylenemezken, cinayetlerin dramatik bir şekilde azalacağı açık bir şekilde söylenebilir. Ancak, silahlara ulaşabilme azalmış olsa, bütün yöntemlerle yapılan girişimlerin toplam sayısı azalmasa da, intihardan ölümler daha azalacaktır. Mark Rosenberg tarafından öne sürüldüğü gibi; 1997'de ateşli silahlarla 32.436 ölüm olmuş, bunun %54'ünü (17.566) intiharlar ve %41'ini (13.252) cinayetler oluşturmuştur, bunlarda konunun çok büyük bir halk sağlığı sorunu olduğunun belirleyicileridir (4).

Litvanya'da ise ası oldukça yaygın bir metottur. Bu yüzden Litvanya'da düşük eğitim düzeyli populasyon, fakir bölgeler, yaşlı insanlar ve erkekler arasında, asının sosyal kabul edilebilirliği, evrensel intihar önleme yaklaşımları konusunda oldukça düşündürücüdür (90).

## **11. Özel Gruplar:**

### **a. Yaşlılar:**

Her yaştaki en yüksek intihar oranlarına yaşlılar sahiptir (4,91,92). Conwell ve Duberstein göstermiştir ki; ABD'nin tüm nüfusunun yaklaşık olarak %12'sini oluşturmalarına rağmen, ABD'nin tüm tamamlanmış intiharlarının hemen hemen %19'unu oluşturmaktadırlar (4,91). Özellikle yaşlıların Duygudurum Bozuklukları'nda intihar riski belirgin derece artarken, demans

hastalarında azalmaktadır (92). Ergenlerde olduğu gibi, yaşlı bireyler depresyonlarını yaşlı olmayanlardan daha farklı ifade ederler. Ağlayan, suçlu, üzgün ya da anhedonik olmaktan çok, sadece daha içe dönük olurlar ya da bazı iştah ve uyku değişiklikleri olur. Depresyonun somatik ifadeleri sıkça vardır ve yaşlı kişinin şüpheli somatik semptomlarına hiçbir neden bulunamadığında, akıllı geriatri hekimleri hızlı bir şekilde depresyonu düşünmeyi bilirler. Biraz üzüntü ifade eden yaşlı bir kişi çok kolay bir şekilde "sadece yaşlı, ..... başka ne bekleyebilirsiniz ki?" şeklinde bertaraf edilir. Benzer şekilde, bazı terapistler yaşlıda antidepresanların kullanımı konusunda hevesli değildirler çünkü "onlara gençliklerini geri veremezsiniz" şeklinde düşünürler. Yaşlının psikoterapiden fayda görmesi ve farmakolojik tedaviye iyi yanıt vermesi ile (ya da EKT, eğer belirtilmiş ise) giderek bu peşin hüküm zayıflamaktadır. Dozlar yaşlıda genelde azaltılmaktadır, buna rağmen ilaç etkileşimleri konusunda dikkat gösterilmelidir. Çünkü yaşlılar sıklıkla birden fazla ilaç kullanmaktadırlar. Ayrıca, yaşlıda sedatize edici ilaçları kombine ederken dikkat gereklidir. Demanslı olan yaşlı hastada bile antidepresanlar, sonuç olan ya da beraberinde olan depresyonu iyileştirmede yardımcı olabilirler. Ayrıca, tedavi edilmemiş depresyonun, olasılıkla kortikal HPA aksisi yoluyla kardiyovasküler hastalık riskini artırabileceği (ve en azından depresyondaki erkeklerde ölüm riskini) ve bunun tersi olarak kardiyovasküler hastalıkların da, depresyon riskini artırabileceği hatırlanmalıdır (4). Yaşlıların, herhangi bir yaş grubundaki girişim başına tamamlama oranının en yükseğine sahiptirler. Bir girişimde bulduklarında, ölümcül olma olasılığı daha yüksektir. Yaşlıda güvenlik için daha az bir dikkat yetebilir (bakıcılar çok uyarı almazlar). 70 yaşından büyük olan yaşlılar ölümcül intiharlarının %70'inde ateşli silahları kullanırlar. Ayrıca, intihar oranları 1990 ve 2004 yılları arasında yaşam döngüsü boyunca belirgin bir şekilde düşmesine rağmen, bu sonuç intiharla ölüm oranları artmaya devam eden yaşlılar için doğru değildir (4).

Bir araştırmada, yaşlı hastaların SSRI kullanmaya başlaması ve tamamlanmış intihar girişimleri arasındaki ilişki incelenmiştir. İlk bir ay içerisinde SSRI kullanılarak tedavi edilen hastaların intihar riskinin diğer antidepresanlar ile tedavi edilen hastalardan daha yüksek olduğu bulunmuştur (93).

## **b. Gebeler:**

Gebelik esnasında intihara teşebbüs eden kadınlarda, maternal ve yenidoğan sonuçlarının belirleyicilerini tanımlamak ve ölçmek amacıyla bir çalışma yapılmış. İntihara teşebbüs önemli ölçüde maternal ve yenidoğan hastalıkları ve bazı durumlarda da yenidoğan ölümleri ile ilişkili bulunmuştur. İntihara teşebbüs edebilecek kadınlarda en iyi belirleyici madde bağımlılığıdır. Bu sonuçlardan korunmak için yardım sağlanması ve koruma en önemli faktörlerdir (94,95).

## **12. Tedavi:**

Karmaşık bir fenomen olan intihar davranışını anlamada ve tedavi planını yapmada zorluklarla karşılaşmaktadır. Ancak intihar davranışının tedavisini planlarken çok yönlü düşünmeli, tüm kurumlardan ve uyarılardan yararlanmalıdır.

İntihar ile ilgili demografik ve klinik risk etkenlerini belirleme, özellikle kriz durumlarında yararlıdır. İntihar davranışını değerlendirirken psikiyatrik öykü ayrıntılı olarak alınmalı ve ruhsal durum muayenesi dikkatli yapılmalıdır. Ayrıca depresif semptomların, intihar niyetinin, düşüncesinin, planının ve girişimlerinin yanında psikososyal durumun da ayrıntılı bir biçimde irdelenmesi gerekmektedir (1).

## **a. Hastaneye Yatırma:**

İntiharda genetik bir predispozisyon olabileceğini gösteren bazı veriler olmasına rağmen, depresyonda genetik pozisyonlardan ayrı olarak, intihar ve intihara meyilli davranışlar tanı olarak değil semptomlar olarak görülürler. Nasıl ateş bir belirtidir ve tedavi edilmesi gereken altta yatan enfeksiyon ise, intihara meyilli hastalarda da primer olarak major duygudurum bozukluğu, şizofreni ve borderline kişilik bozukluğu gibi altta yatan hastalıklar, tedavi için hedeflenirler. Bu altta yatan durumların tedavisi, canlı/yaşayan bir hastaya ihtiyaç gösterdiğinden, hastanın güvenliğini sağlayacak adımlar atılmalıdır.

İntihara eğilimli bir davranış riski olduğuna karar verildiğinde, durumun akut olmasına ilişkin hekimin kararı bir sonraki adımları belirler. Eğer risklerin minimal olduğu düşünülürse, hekim altta yatan durumları poliklinik koşullarında tedavi etmeyi ve öz kırım riskini değerlendirmeye devam etmeyi seçebilir. Hastanın, hastayı gözlemlenmede yardımcı olacak ve hastanın klinik durumu kötüleştiğinde terapisti bildirmeyi sağlayacak güvenilir bir destek ağı varsa; hastanın risk altında olduğuna inanılsa dahi hekim poliklinik tedavisini denemeyi seçebilir. Bu, ayrıca hastanın güvenilir ve işbirlikçi olduğunu ve terapistin de aralarında pozitif bir ilişki olduğuna inanmasını da öngörür. Çok fazla risk altında olduğuna inanılan hastalar için hastaneye yatış gereklidir. Bu tip bir hastaneye yatış, tercihen gönüllü olmalıdır; fakat eğer hasta reddederse, gönüllülük olmaksızın yatış gereklidir (4).

İntiharı ilgilendiren en iyi teoriler psikolojik ve biyolojik yönleri içerirken, intihara eğilimli hastalar için en iyi tedavi ayrı her iki alanı içerir. Depresyonda farmakoterapötik girişimler hastaların yaklaşık olarak %60'ında etkilidir ve benzer rakamlar psikoterapi içinde verilmiştir. Yaklaşımları birleştirmek bu oranı %70'lere götürür. Birleşik tedavi tercih edilir olmasına rağmen, her iki yaklaşımı da birbirinden ayrı tartışmak daha kolaydır (4).

#### **b. Psikoterapi:**

İntihara eğilimli hastalarda birçok psikoterapi şekli kullanılır. Tercih, terapistin özel uzmanlığına göre değil de, hastanın altta yatan hastalığı ve tedavinin etkinliği üzerinde ampirik dökümantasyonu temel alınarak yapılmalıdır. Örneğin, borderline kişilik bozukluğu olan bir hastanın, diğer yaklaşımlar hakkında bilgili olmayan analitik yönelimli olan yetenekli bir psikoterapist tarafından görülmesinden ziyade ilaç ve davranış tedavisi tercihen de dialektik davranış tedavisi [DBT] ile tedavi edilmesi olasılıkla daha iyi olacaktır. Akut olarak intihara eğilimli olup hastaneye yatırılmış hastalarda, hastane, erken tedavi, güvenlik açısından gözlemek ve iyileşmek için ümit vermek yönünde en önemli parçalardan biridir. Klinikteki grup deneyimleri de faydalı olabilir (4).

Suisid antlaşmasını hastanın imzalamayı reddettiğinde ona

güvenilemeyeceğini göstermesi yönünde açık bir işarettir (ya da onun manipülasyon yaptığı yönünde). Robert Simon (4,96) ve diğerleri tarafından belirtildiği üzere, aksi taktirde onlar güvenilir olmaktan çok uzaktadırlar ve ekibi yanlış bir güven duygusuna yönlendirebilirler (4).

Psikoterapi alan intihara eğilimli poliklinik hastası, genellikle akut olarak intihara eğilimli olmayana kadar, en az haftada bir görülmelidir. Kısa dönem psikoterapi, grup psikoterapisi, davranış tedavisi, kognitif-davranış tedavisi (CBT), dialektik davranış tedavisi (DBT), interpersonal (kişiler arası) tedavi, psikoanaliz, psikoanalitik yönelimli psikoterapi ve multipl diğer psikoterapötik yaklaşımların hepsi başarı ile kullanılmıştır (4).

### **c. İlaç Tedavisi:**

Psikoterapide olduğu gibi, ilaç tedavisinde de birincil belirleyici, altta yatan bozukluktur. Depresyon hastaları, antidepresanlar ve belki de duygudurumu düzenleyicilerle (mood stabilizörleri), mani hastaları duygudurumu düzenleyicileri ve belki de antipsikotiklerle, psikotik hastalar antipsikotiklerle, madde bağımlılığı olan hastalar metadon (Dolotin), naltrekson (Re Via) ya da disulfiram (Antabus) gibi ilaçlarla tedavi edilebilirler. İntihara meyilli olan hasta için farklı olan, hekimin hasta kendine zarar vermeden önce hemen acilen bir şey yapmak zorunda oluşudur. Bazı vakalarda, özellikle ilaca karşı geçmişte bir direnç hikayesi olan, depresyondaki ve intihara meyilli hastalarda elektrokonvulsif tedavi (EKT) seçilebilir. Bipolar II bozukluğu olan bir hasta, bir seçici serotonin geri alım inhibitörü (SSGI)'nden çok bir monoamin oksidaz inhibitörü (MAOI) ile daha etkili tedavi edilebilir (atipik depresyonlu hastada olabildiği gibi) ve antidepresan ilaç kombinasyonları özellikle intihara meyilli hastalar başta olmak üzere giderek daha çok kullanılır olmuştur. Antidepresanların etkisinin geç olması nedeniyle, Fawcett belirgin derecede ajite olan depresyondaki intihara meyilli hastaların tedavilerinin erken dönemlerinde benzodiazepinlerin (ya da atipik antipsikotiklerin) tedaviye eklenmesini önermiştir. Bu bireyler özel bir risk altındadırlar ve bu bekleme döneminde bu ajanların kısa dönem kullanımı büyük bir rahatlık (ve gerekli uykuyu) sağlayabilir. Bu ajanların kısa süreli

kullanımının bağımlılık ve kötüye kullanım açısından göreceli olarak düşük potansiyelleri olduğu görülmektedir (4).

Belki de intihar oranlarındaki şu andaki düşüş, depresyonun daha iyi tammlanmasının ve uygun farmakolojik tedavisinin bir sonucudur. Antidepresanlar ile veya onlarsız tedavi edilen intihara meyilli depresyondaki hastaların kontrollü çalışmaları yapılmadığı için bu sonuç, kesin olarak söylenememektedir (4). Fred Foodwin ve Kay Jamison ve Mark Bauer ve Landis Mitchener tarafından bipolar hastalarda lityumun kullanımı ile ilgili çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalarda, lityum, intiharı gerçekten azaltmış ve lityumun çekilmesi, özellikle de ani olursa, intiharda bir artışa yol açmıştır (4). Geddes J ve ark'ı tarafından yapılan bir metaanaliz de bunu teyit etmiştir (4,97). Meltzer HY ve Okayli G tarafından yapılan bir çalışmada klozapin ile tedavi edilen şizofrenik hastalarda, intihar oranlarında belirgin derecede azalma olduğunu gösteren veriler vardır (4,98). Linehan MM ve ark'nın bir çalışmasında DBT'nin, borderline kişilik bozukluğunda, intihar girişimlerini belirgin derecede azaltabileceğini göstermiştir (4,99).

## **B. ÇOCUK VE ERGENDE İNTİHAR**

### **1.İnsidans ve Epidemiyoloji:**

Bütün intihar nedenlerinin komplikasyonu olarak gelişen ölüm oranı, A.B.D.de, 15 – 24 yaş arasında ölüm nedenleri arasında 3. en sık neden olarak tespit edilmiştir (100).

Tamamlanmış intihar seyrek, ancak korkunç bir olaydır. İntihar olasılığı, intihar yatkınlığının çok daha sık görülen ve her zaman da ciddi bir görünüşte olmayan -intihar düşünceleri ve girişimleri- belirtilerinin gölgesinde yatar. Birçok gelişmiş ülkede, ergenlerde görülen öz kırım, kazalardan sonra, en sık ikinci ölüm nedenidir. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) cinayet yüksek sıklıkta görüldüğünden, intihar en sık üçüncü ölüm nedenidir. Psikiyatri

kliniklerine ergenlerin önemli bir kısmı intihar girişimleri, tehditleri ve fikirleri nedeniyle gönderilir. Herhangi bir yılda, ABD' de yaklaşık olarak her beş lise öğrencisinden birinde intiharla ilgili düşünce ve her on lise öğrencisinden birinde de en azından belli derecelere kadar ölme niyeti içeren bir davranış görülür (4).

İntihar eğiliminin farklı görünümünde olması, çocukluk ve ergenlik çağlarının diğer yaşam zamanlarından daha farklı olmasıyla ilgili olan karmaşık bir durumdur. Şüphesiz ki, intiharı düşünme, intihar girişimi ya da intiharın tamamlanması için gerekli bir koşuldur ve oldukça sıktır. Yaklaşık olarak, intiharı düşünen ergenlerin yarısında intihar girişimi görülür ve bu girişimlerden dörtte birinde tıbbi tedaviye ihtiyaç duyulur. İntihar girişimlerinin küçük bir kısmı tamamlanmış intihar ile sonuçlanır. İntihar girişimi, ergen erkeklerde tamamlanmış intihardan 400 kat, ergen kızlarda ise 4000 kat fazladır. Erkekler arasında, intihar girişimi yapmış olma, tamamlanmış intihar olasılığını 30 kat arttırmaktadır (4).

Ancak intiharı düşünen bir çocuk ya da ergen ile ilgili klinik kaygılar, sadece intihar yapabileceği korkusundan kaynaklanmaz. İntihar düşünceleri sıklıkla yoğun bir sıkıntı ile birlikte ve anksiyete, depresyon, alkol kötüye kullanımı ya da antisosyal davranışın göstergesi olabilir (4).

Özet olarak intihar, bir belirti olarak ya da çeşitli etyolojiler ile birlikte olan bir davranış olarak görülmelidir. Motivasyonu ve ciddiyeti değerlendirmek güçtür. Birçok olguda, hastanın mental durumu, kullanılan yöntemin koşullarından ve özelliklerinden, sonucun daha iyi yordayıcısıdır (4).

## **2. Risk Faktörleri:**

### **a. Yaş:**

Ergenlerde intihar düşüncesi ve davranışı ile ilgili defalarca yapılmış; referans alınabilecek büyük çalışmalar, yaklaşık olarak lise öğrencilerinin %20'sinde intiharla ilgili bir düşünce olduğunu ve yaklaşık olarak %10'unda da bir ya da birden fazla intihar girişiminin olduğunu göstermiştir. On ile on altı yaşlarındaki ergenlerin yaklaşık olarak %2'si ile %3'ü girişimlerinden dolayı

tıbbi bakım almaktadır. Tüm ülkelerde puberte öncesinde intihar son derece düşüktür; ergenlik süresince sıklıkta artma olur ve 16 ile 18 yaşlar arasında en yüksek düzeye ulaşır.

Erkeklerde, oran, lineer bir şekilde artar ve en üst düzeyine yirmili yaşların ortasında ulaşır. Bu zamanda oran, 10 yaş öncesine göre 6 ile 8 kat fazladır. Bu süre boyunca kızlardaki oran, küçük bir değişiklik gösterir.

Puberte öncesinde intihar oranının düşük olmasının nedeni bilinmemektedir. Küçük çocuklar da intihar tehdidinde, hatta girişimlerinde bulunabilirler; bu neden ile olasılıkla bu kavramın farkındadırlar. Bununla birlikte, intihar için en güçlü risk etkenleri olan depresyon ve madde kullanımı puberteden önce olağan dışıdır (4).

#### **b. Etnik ve Kültür :**

Beyaz (yüzde 19.7) ve Latin (yüzde 19.4) gençlerde, Afrika kökenli Amerikalı'lara (yüzde 13.3) göre daha fazla intihar düşüncesi bulunur. Latin öğrenciler (yüzde 12.1), Afrika kökenli Amerikalı'lara (yüzde 8.8) ya da beyazlara (yüzde 7.9) göre daha fazla intihar girişiminde bulunur. Latin kökenli gençlerde, yüksek orandaki intihar düşüncesi ve girişiminin nedeni bilinmemektedir (4).

İntihar oranları tanımlanan kültürel ya da coğrafi duruma göre farklı gruplar arasında önemli bir şekilde değişir. ABD'de, intihar uzun süredir beyazlar arasında, beyaz olmayanlara göre daha sıktır. İntihar oranları, 1980'lerin ortalarında Afrika orijinli Amerikanlı ergenlerin arasında artmaya başlamıştır; intihar oranı beyazlar arasında ise sabit ya da azalarak devam etmiştir. On beş ile yirmi dört yaş arasındaki erkekler arasındaki fark azdır. ABD'de, intihar oranı Kuzey Doğu'da en az, Alaska, New Mexico ve Arizona'da ise en fazladır. Yıllardır buna benzer bir farklılık sürmektedir ve bu durum etnik farklılığa ya da silaha ulaşabilmeye bağlanamaz. Bu farklılığın, psikiyatrik bozukluklar, ailesel intihar eğilimi, stres, kültürel ya da milli gruplar arasındaki farklılıklar gibi risk faktörlerinin farklı oranlarını yansıttığına dair kanıt yoktur (4).

Young R ve ark'ı, çağdaş barbar (Goth) gençlik alt kültüründe kasten



kendine zarar verme ve intihara teşebbüs yaygınlığı konusunda boylamsal kohort çalışması yapmışlar. Bu çalışma, kasten kendine zarar vermenin çağdaş barbar (Goth) gençlik alt kültürüyle bağlantısı olup olmadığını araştırmak için yapılmıştır. İskoçya'da okullar ve toplumda yaşayan genç insanlar arasında yapılan çalışmada 19 yaşında 1258 kişi 11 yaşından itibaren gözlemlenmiştir. Kendini barbar gençlik alt kültürüne ait olarak tanımlama ile gençlerin hayat boyu kendine zarar verme ve intihara teşebbüs yaygınlığı arasında oldukça kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. Diğer gençlik alt kültürlerinin analizi bu etkinin asıl barbar (Goth) gençlik alt kültürüyle ilişkili olduğunu göstermiştir. Sonuç olarak, kendine zarar verme ve intihara teşebbüsü en iyi tahmin etmenin yolunun kendini barbar gençlik alt kültürüne ait olarak tanımlama olduğu bulunmuştur (29).

#### **c. Mevsim :**

Kuzey ve güney yarım kürelerde intihar oranı bahar aylarında en sıktır; ikinci en yüksek düzey sonbahar aylarında görülür. Mevsimsel farklılık 1980'li yıllardan beri azalmıştır (4).

#### **d. Cinsiyet :**

Kızlarda, ciddi intihar girişimi düşüncesi (yüzde 23:6), özgül bir intihar planı (yüzde 17.7) ve intihar girişimi (yüzde 11.2) erkeklerden daha fazladır (sırasıyla yüzde 14.2, yüzde 11.8 ve yüzde 6.2). Tıbbi bakım gerektirecek öz kıyım açısından bakıldığında, cinsiyet farklılığı daralmaktadır (kızlarda yüzde 3.1, erkeklerde %2.1).

ABD'de, 2001 yılında, 10 ile 14 yaş arasındaki erkeklerde ve kızlarda intihar oranı sırasıyla, 100,000'de 2.3 ve 0.6'dır. Ergenlik yılları boyunca oran keskin bir şekilde yükselir; 15 ile 19 yaş arasındaki erkeklerde ve kızlarda sırasıyla, 100,000'de 13.2 ve 2.8'e ulaşır. İntihar düşüncesi ve girişimi kızlar arasında daha sıktır; ancak Çin hariç birçok ülkede, genellikle kızlar arasında tamamlanmış intihar erkeklere göre daha azdır (4).

Ergenler arasında intihar düşüncesinde cinsiyete bağlı bir fark olup

olmadığını belirlemek amacıyla Güney Kore’de okuyan lise öğrencilerinin cinsiyete bağlı olarak intihar düşüncelerinin prediktörleri konusunda bir çalışma yapılmış. Erkekler için, bütün davranış değişkenlerinin intihar düşüncesini tetiklediği bulunmuştur. Kızlarda ise erkeklerden farklı olarak, kabadayı davranışlara maruz kalmak ve cinsel yönelim intihar düşüncesini tetiklemesi için gerekli davranış değişkenleridir. Erkeklerde anne ve babanın boşanması, ailede alkol bağımlılığının olması ve psiko-sosyal çevresel değişkenler intihar düşüncesini tetikleyen değişkenlerdir. Kızlarda ise, yine erkeklerden farklı olarak, bütün psiko-sosyal çevresel değişkenler intihar düşüncesini tetikleyebilen değişkenler içerisinde yer almamaktadır. Erkeklerdeki intihar düşüncesini tetikleyen en önemli değişkenler, intihar girişimi hikayesi, depresyon, saldırganlık, sigara, ailedeki alkol bağımlılığı, arkadaşlarla olan ilişkiler ve özsaygıdır. Kızlardaki intihar düşüncesini tetikleyen en önemli değişkenler ise, depresyon, saldırganlık, cinsel yönelim ve özsaygıdır. Bu sonuçlar, ergenlerde intiharı inceleme ve önleme programlarının, cinsiyet farklarını dikkate almasının gerekliliğini göstermiştir (101).

İntiharın kızlarda daha düşük oranda görülmesi, kızların zehirlenme ya da madde alma yöntemini seçmeleri ile öz kırımın önemli bir belirleyicisi olan dürtüsellik ve agresif davranışının erkeklere göre daha az görülmesi kombinasyonunu yansıtabilir(4).

#### **e. Daha Önceki İntihar Girişimleri :**

İntihar yapan kişilerin yaklaşık yüzde 40'ının daha önce bilinen bir intihar girişimi vardır. Daha önceki intihar girişimleri en sık kızlarda ve ölümleri sırasında bir duygudurum bozukluğu olan kişiler arasındadır.

Toplum örneklemelerinde, yaklaşık olarak intihar yapan ergenlerin yüzde 10'u, iki sene içerisinde ikinci kez ya da daha fazla intihar girişiminde bulunur. Kliniklerde tekrar eden girişimlerin görülmesi daha sıktır; yaklaşık olarak klinikte değerlendirilenlerin yüzde 12 ile yüzde 30'unda daha önce intihar girişim öyküsü vardır. Tekrarlayan girişimler, erkeklerde ve madde kötüye kullanımı, psikoz, depresyon ya da umutsuzluğu olan ergenlerde daha sıktır.

Evde yaşayan ve iyi arkadaşlık ilişkisi olanlarda ise daha seyrek (4).

### **3. Tetikleyiciler:**

Birçok intihar stresli bir yaşantıdan kısa bir süre sonra (stres sonrası intihar), ya da korkuyu tetikleyen bir olaydan hemen önce (stres öncesi intihar) yapılır. Stres etkeninin (stressörün) zamanı ve doğası sıklıkla kurbanın altta yatan psikopatolojisini yansıtır. Sıklıkla, stressör ve intihar arasındaki zaman kısadır (saatler, bazen dakikalar). İntihardan önce görülen en sık stressörler romantik bir ilişkinin sonlandırılması, disiplin sorunları ya da adli sorunlardır. Bu tip stressörler, özellikle davranım bozukluğu ya da madde kullanımı olan ergenlerde siktir. Korku veren bir olayın beklentisi ile olan intiharlar ise, en sık kolayca anksiyete oluşan ergenlerde görülür. Korku veren olay, sınav gibi sıradan bir olay ya da yeni bir yere taşınma ya da okula başlama gibi göreceli daha önemli bir olay olabilir. Stresli bir olay ya da beklenti stresörünün hiç birisi olmaksızın olan intihar sayısı azdır ve büyük olasılıkla majör depresyonu olan ergenlerde görülür. Az sayıda intihar, ölen bir arkadaşın yıl dönümünde ya da intihar yapan kişinin kendi doğum gününden kısa bir süre önce ya da sonra yapılır.

İntihar girişimini tetikleyen en sık nedenler, romantik kız erkek arkadaşlık ilişkisindeki krizler, anne babaların koyduğu kurallar için tartışma, son zamanlarda olan parasal ya da adli sorunlardır. Ergen intihar girişimcilerinin yaklaşık üçte birisi tetikleyen nedeni açıklayamazlar ya da açıklamak istemezler. Bu grup altta yatan depresyon açısından dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir (4).

### **4. Açıkça Tehdit Etme ya da Uyarı Davranışları :**

Yaklaşık olarak intihar yapan kişilerin yarısı, ölümlerinden önceki 24 saat içinde, daha çok arkadaşlarına intihar tehdidinde bulunur ya da arkadaşlarıyla bunu tartışır. Yazılı olarak isteklerde bulunma ya da kendi eşyalarını başkalarına verme gibi açıkça yapılan davranışlar daha seyrek. Buna karşın, intihar farkındalığı ile ilgili birçok program, seyrekçe görülen bu

davranışların tespit edilmesinin önemini vurgular. Ancak seyrek görülmesi nedeni ile, yararlı bir strateji olma olasılığı düşüktür (4).

## 5. İntihar Yöntemleri:

ABD'de, 1999'da, intiharda bulunan erkeklerin yüzde 64'ü, kızların yüzde 60'ı ateşli silah ile intiharda bulunmuştur. Genellikle bu silahların kanuni izni vardı; ancak gençlerin silaha ulaşmasını engelleyecek yeterince önlem alınmamıştı. Birçok ölüm tüfek ile meydana gelmişti; ateşli silah yaralanmalarının sadece yüzde 18'i tabancalar ile yapılmıştı. Ası (erkeklerin %26'sı, kızların yüzde 33'ü) ve yüksekten atlama (erkeklerin yüzde 2'si, kızların yüzde 5'i), ABD'deki gençlerin kullandığı diğer yöntemler arasındadır. Erkeklerin sadece yüzde 2'si çeşitli maddelerin yutulması ile intihar yaparken, kızlarda ise bu oran yüzde 16'dır. Gaz ile kendini boğma şeklinde intihar her iki cinsiyette de, sadece yüzde 2 oranındadır. Bu oran, 1975 yılında katalitik dönüştürücülerin henüz kullanıma sunulmamasından önceki %7 oranından azdır. Karbondioksitin ulaşılabilirliğinin azalması, bu yöntemle ölüm yolunun da azalttığını göstermektedir.

İntihar yöntemi ile altta yatan psikopatolojinin tipi arasında bağlantı yoktur. Birçok araştırma, intiharda kullanılan yöntemi, yöntemin ulaşılabilirliğinin ya da uygulanabilirliğinin ve bir parçada bölgesel adetlerin belirlediğini göstermiştir. Kızlarda intihar oranının, erkeklerdeki orandan fazla olduğu ülkelerde, örneğin Çin' de ve Hindistan' da, çeşitli maddelerin yutulması en sık yöntemdir ve parakuatin ya da organofosfatların alınması ile yapılan intihar kolayca tedavi edilememektedir.

Genel olarak toplum örneklerinde yapılan çalışmalarda, kızların ve erkeklerin kullandıkları intihar yöntemleri oldukça farklıdır. Kızların yüzde 55 'i çeşitli maddelerin yutulması ile intihar yaparken, yüzde 31'i damarlarını keserek intiharda bulunur. Bu oranlar sırasıyla erkeklerde yüzde 20 ve yüzde 25'tir. Erkeklerin yüzde 15'i intihar amacı ile ateşli silah kullanır; yüzde 11'i ise ası yöntemine teşebbüs eder. Çeşitli maddeleri yutarak intihar yaptıktan sonra kliniklerde değerlendirilenlerin, en sık kullandıkları maddeler, narkotik olmayan analjezikler ya da psikotropik ilaçlardır (4).

## **6. Etyoloji :**

İntihar girişimi ve intihar üzerine yapılmış birçok çalışmada, intihara katkıda bulunan birçok etken bildirilmiştir. Bu etkenlerin bir çoğu diğerleri ile korelasyon gösterirler ve intihara bağımsız katkıları azdır. Bu etkenler, bireysel farklılıklar (ör. psikolojik özellikler, psikiyatrik hastalıklar ya da biyolojik anormallikler) ya da çevresel etkenler olarak gruplanabilir (4).

### **a. Çevresel Faktörler:**

#### **(1). Fakirlik ve Sosyoekonomik Durum:**

İntihar eden erişkinlerin ve intihar girişiminde bulunan ergenlerin düşük sosyoekonomik düzeyden (SED) olma olasılığı daha fazladır. Ancak aynı ilişki yeni yetme dönemindeki çocuklarda bulunmamıştır (4). Nitekim Vinnerljung B. ve ark'ının bir çalışmasında refah içerisinde çocukluk geçiren kişiler, doğum yılı ve cinsiyetler standardize edilerek yapılan risk oranları belirlendiğinde akranlarına nispeten 4 – 5 kat daha fazla intihar nedenleriyle hospitalize oldukları görülmüştür (102).

#### **(2). Sosyal Çekingenlik:**

İntiharı tamamlayan büyük yaştaki ergenlerin çoğu, okula devam etmeyen ya da işi olmayan, yani aylak gezen kişilerdir. Bu süreç olasılıkla onlu yaşların ortalarında başlar. Okuldan kaçma ile intihar girişimi arasında güçlü bir korelasyon vardır (4).

### **(3). Taklit:**

İntiharla ilgili bir şeyler okuma, görme ya da işitme, bazı ergenlerde benzer davranışları başlatıyor gibi gözükmektedir. Televizyonda, gazetelerde, sinemada ve kitaplarda intiharla ilgili konuların işlenmesinden sonra intihar davranışında artma olduğu, sıkça ve düzenli olarak bildirilir. Taklide dayalı öğrenmede beklenildiği gibi, maruz kalınan materyalin süresi, miktarı ve çarpıcılığı etkiyi belirler. Taklide duyarlı ergenin bireysel özellikleri henüz bilinmemektedir. Grupça intiharda bulunma, fenomenin çarpıcı bir şeklidir ve ABD 'de genç intiharlarının yaklaşık yüzde 4'ünü oluşturur.

Amerikan İntiharı Önleme Vakfı, bir gencin intiharının, diğer kişilerde intihar riskini azaltmak için, nasıl haber edileceği ile ilgili olarak gazetecilere izleyebilecekleri ilkeleri hazırlamışlardır. Bu ilkeler, intihar ile ilgili resimlerin azaltılması, romantik bir sunumdan ve yöntemin tam olarak tanımlanmasından kaçınılması ve tedavi kaynaklarının yaygınlaştırılmasıdır.

İntihar girişiminde bulunan ergenlerin, intihar girişiminde bulunan bir arkadaşının ya da aile üyesinin olma olasılığının daha yüksek olduğunu bildiren birbiriyle uyumlu çalışmalar vardır (4).

### **(4). Ebeveyn – Çocuk İlişkisi ve Kötüye Kullanma:**

Aleck O ve ark'ı, babaların fiziksel ve psiko-sosyal çalışma koşullarının çocuklarının teşebbüs ettiği ve tamamladığı intiharlara olan etkisi incelemişler. Kötü çalışma deneyimleri, özellikle işsizlik ve işsizlik tehlikesi, fiziksel ve mental sağlık ile ilgili olarak intiharı da kapsayabilen bazı kötü sonuçlarla ilişkilendirilmektedir. Buna rağmen, ebeveynlerin çalışma koşullarının onların çocuklarının intihar teşebbüsleri ve tamamlanmış intiharlarına olan etkisini araştıran hiçbir çalışma yapılmamıştır. 1985 ve 2001 yılları arasında 250 çocuğun intihar teşebbüs ettiği ya da intihar ettiği saptanmıştır. Sonuç olarak, babaların işinde kısa süreli olarak çalışması ile erkek çocuklarının intihara teşebbüsü arasında kuvvetli bir ilişki olduğu, kız çocuklarının üzerinde düşük kontrole sahip oldukları ve erkek çocukların tamamlanmış intiharları ile babaların düşük psikolojik talebe (haklara) sahip işlerde çalışıyor olması

arasında kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak, babaların kötü çalışma koşullarına sahip olan işlerde çalışmaları, çocuklarının hayatlarının ilk 16 yılında intihara teşebbüs etme ve tamamlama olasılığını büyük ölçüde artırdığı bulunmuştur (103).

İntihar kurbanlarının genel topluma göre, bir ebeveyn ile yaşamaları, psikiyatrik hastalığı olan anne babalarının olması ve anne baba çatışması olan ailelerinin olması daha olasıdır. Ayrıca, intihar eğilimi ve kötüye kullanım arasında özgül bir ilişki var gibi görünmektedir. Çünkü bu ilişki ebeveyn, psikopatolojisi ve demografik özellikleri dışlayınca bile devam etmektedir (4). Connor JJ. ve Rueter MA. ergen intiharlarında destek ya da risk sistemi olarak ebeveyn - çocuk ilişkisini irdelenmiştir. Bu çalışma, bir model olarak ergen intiharlarının tahmin sürecini incelemiştir. Ergenlerin duygusal sıkıntılarının, ebeveyn davranışları ve bunun sonucunda gelişen ergen intiharları arasında arabuluculuk ettiği varsayılmıştır. Çalışmaya dahil edilen ebeveyn davranışları, ebeveyn sıcaklığı ve ebeveyn düşmanlığıdır. Çalışmaya kırsal alanda yaşayan 451 aile dahil edilmiştir. Sonuçlar anne sıcaklığının ergen intiharını tahmin ettiğini fakat duygusal sıkıntıyı edemediğini göstermiştir. Ebeveyn düşmanlığının, gizli değişkenleri dahi tahmin edemediğini göstermiştir (104).

Bir girişimden önce sıklıkla ebeveyn - genç çatışması görülür; ancak ölümden önce görülmesi daha nadirdir. İntihar girişiminden önce görülen çatışmalar, genellikle çocuğa konulan çözümlenmemiş sınırlamalar üzerinedir. Genellikle ergenler, anne babalarına göre ebeveynleri ile olan ilişkilerini daha kötü görmektedirler. Büyük olasılıkla bu stresörler, henüz bilinmeyen kişisel yatkınlık etkenleri ile etkileşerek intihar girişimine neden olabilecek davranışsal sonuçlara neden olmaktadır (4).

##### **(5). Sorunlu Çocuk Geçirme ve Ebeveyn Kayıpları:**

Üzücü bir olay gerçekleştiği zaman stresli bir yaşam oluşur. Hele de bu sıkıntı, sevdiği birinin intiharı ile ilişkili olduğu zaman daha barizdir. Dahası anne veya babasının ölümü, herhangi bir yaştaki kişi için travmatik olurken; bu durum, küçük çocukları daha çok etkiler. Burada önemli olan nokta, bu

çocukları fark etmek ve gerekli psikiyatrik tedaviyi yapıp; sosyal problemleri çözüme kavuşturmadır (105).

## **b. Bireysel Farklılıklar:**

### **(1). Psikopatoloji:**

Psikiyatrik bir hastalığı yoksa intihar yapan ergenlerin (ya da erişkinlerin) sayısı azdır. Ancak, psikiyatrik hastalığı olanların da az bir kısmında intihar görülür. Bu nedenle psikopatoloji intihar için gereklidir ancak yeterli değildir (4). Bir İskandinav çalışmasında, erken çocuk ve adolesan psikiyatrik hastalardaki, ölümler ve intihar oranlarına bakılmış. İntiharlar, tüm ölüm sebepleri arasında ilk sırayı almıştı (106).

Genellikle, intihardan önceki psikopatolojiler ile ilgili bilgi, psikolojik otopsi yöntemi ile elde edilir. Bu yöntemde, ölümlerinden önce kurbanı izleme fırsatı bulan kişiler ile intihar hakkında konuşmalar yapılır ve intiharın işareti olabilecek (semptomatik) davranışların ortaya konulması sağlanır. Bu kişiler, öz kırım yapan çocuk ve ergenlerin yüzde 90'ının ölümleri sırasında bir psikiyatrik hastalığı olduğunu göstermişlerdir. Genellikle psikiyatrik bozukluk iyi bir şekilde ortaya konulur. Bu bozukluk, yaklaşık olarak intiharların yarısında, 2 yıldır veya daha uzun süredir vardır (4).

Majör depresyon, kızlarda en önemli risk etkenidir ve intihar riskini yaklaşık 20 kat artırır. Ergenlerdeki depresyonun belirti ve bulguları yetişkinlerle aynı olmayabilir (4). Shaffer D ve ark'ı; sessiz, mükemmeliyetçi, iyi çocuk denilen ve hiçbir zaman başını belaya sokmayan fakat beklenen mükemmellik düzeyini sürdüremeyen çocuklar yanı sıra, depressif olan ve impulsif olarak hareket eden çocuklar konusunda da uyarılmaktadır. Ayrıca, belki de depresyonu ifade etme şekilleri olarak aniden davranış bozuklukları geliştirdikleri gözlenen çocuklarda da bir depresyondan şüphe edilmelidir (4,107).

Okul performansında ya da arkadaşlıklarda değişiklikler örtülü bir depresyonun işareti olabildiği gibi madde kullanımının başlangıcını da işaret edebilir. İntihar eden ergenlerin ebeveynleri sıklıkla çocuklarının intihar



öncesinde herhangi bir semptomu olmadığında ısrar etmelerine rağmen, yakından yapılan bir incelemede bunun nadiren doğru olduğu görünmektedir (ve ebeveynlerin inkarını ya da depresyonun belirtilerini fark etmedeki yetersizliklerini yansıtabilir) (4).

Bunun yanında cinsel travmalar da intihar riskini arttıran faktörlerden birisidir. Bununla ilgili olarak Çin'in Henan Bölgesinde çocuk cinsel istismarının ergen kızlar üzerindeki mutsuzluk, intihar ve riskli davranışlarla olan ilişkisi ile ilgili bir çalışma yapılmış. Bu çalışmanın amacı, Çin'deki çocuk cinsel istismarının sıklığı ve ruh sağlığı üzerine olan muhtemel etkileri ve ergen kızlardaki riskli davranışların ortaya çıkarılmasıdır. 351 ortaöğretimde okuyan kız öğrenci üzerinde yapılan araştırma sonucunda %21'i bir şekilde 16 yaş öncesinde cinsel istismara maruz kaldığını belirtmiştir. Bunlardan %14'ünün fiziksel temas şeklinde olduğu belirtilmiştir. Çocuk cinsel istismarının, ailenin eğitim durumu, kardeşin olup olmaması ya da kırsal alan veya şehirde oturmak ya da oturmamakla ilişkili olmadığı bulunmuştur. Fiziksel temasın olduğu cinsel istismarlarda, depresyon, mutsuzluk, intihar düşüncesi ve planı, alkol ve sigara kullanımı, kavgacılık ve cinsel ilişkiye girme oranlarının yüksek olduğu gözlenmiştir. Sonuç olarak, bu bulgular Çin'deki cinsel istismara maruz kalan ergen kızların davranış biçimlerinin diğer birçok batı ülkelerindekine benzer şekilde ortaya çıktığı bulunmuştur (108).

Daha önce intihar girişiminin olması, kızlarda intihar riskini 3 kat artırır. Erkeklerde tamamlanmış intiharın en güçlü yordayıcısı daha önce intihar girişiminin olmasıdır, intihar riskini 30 kat artırır (4).

İntihar girişiminde bulunan duygudurum bozukluğu olan kişilerin çoğunda, davranım bozukluğu, madde ve alkol kötüye kullanımı eş tanıları ya da bu eş tanıların her ikisi birden vardır. Büyük yaşta intihar yapan çocukların yaklaşık üçte ikisinde sadece duygudurum bozukluğu ya da eş tanıli bir duygudurum bozukluğu görülür. İntihar yapanların yaklaşık üçte biri ile yarısı arasında, davranım ya da karşı olma karşı gelme bozukluğu vardır. Bu bozukluklar daha büyük yaştaki ergenler ve erkekler arasında daha sıktır. Şizofreni ve iki uçlu bozuklukta intihar oranı önemli bir şekilde artmışsa da, bu bozuklukların seyrek görülmesinden dolayı, her birisinin ergen intiharlarındaki sorumluluğu yüzde 5'den azdır (4).

Tuisku V ve ark'ının yaptıkları bir çalışmada, 13-19 yaş arası 218 ayakta tedavi gören ergen hastanın yarısı intihar düşüncesi ya da davranışı bildirmiştir. Komorbid mood bozukluğu olan ve olmayan grup arasında intihar davranışına yatkınlık açısından bir fark olmadığı bulunmuştur. Sonuç olarak, komorbiditesi olsun veya olmasın, depressif mood bozukluğunun intihar düşüncesi ve teşebbüsü ile ilişkili olduğu bulunmuştur (109).

Ciddi depresyonu olan birçok depresif hastada intihar yatkınlığı yoktur. Diğer yandan sadece hafif ya da geçici depresyonu olan, hatta hiç depresyonu olmayan kişiler ciddi intihar girişiminde bulunabilir ya da intiharı başarılı bir şekilde tamamlayabilir. Bu durum bazılarını, intihar eğiliminin bağımsız bir durum olduğu sonucuna götürmektedir. İntiharın biyolojik belirleyicilerinin, depresyonu olanlarda, intihar yapan ancak birlikte bir tanısı olmayan hastalarda farklı görünmesi de bu durumu desteklemektedir (4).

Steinhausen HC ve ark'ının bir çalışmasında, intihar risk grubunda, psikolojik anormallikler olduğu, kontrol grubuyla karşılaştırıldığında açıkça görülmektedir. Madde kötüye kullanımları, depresif bozukluklar, fobiler, adolesan öncesi evrede, davranışsal veya duygusal bozukluklar geçirme ile intihar risklerinin arttığı görülmektedir (110).

İntihar girişiminde bulunanların çoğunun psikiyatrik profili, intiharı tamamlayanlarınkine birçok yönden benzer. İntiharda bulunan ergenlerin hemen hepsinin bir psikiyatrik hastalığı vardır ya da daha önce bir psikiyatrik hastalık geçirmiştir. Çoğunlukla bu hastalık bir duygudurum bozukluğudur; sıklıkla bir davranım ya da anksiyete bozukluğu eş tanısı; daha az olarak da yeme bozukluğu eş tanısı vardır (4).

Beden dismorfik bozukluğu ile intihara teşebbüs riski arasında da paralellik vardır. Rodriguez - Cano T, Beato - Fernandez L, Llario AB. çalışmasında, 13 yaşındaki ergenlerin bedenlerine yönelik hoşnutsuzluğunun iki yıl sonra bildirilen intihar teşebbüsü riskini, daha önceden var olan intihar fikrini ve teşebbüsünü kontrol ederek, ne ölçüde tahmin edebildiğini incelemek için yapılmıştır. Sonuç olarak, ergenlerde beden algısına saygıyı artıran programlar yalnızca yeme bozuklarından korunmaya değil, diğer potansiyel tehlikeli sonuçlardan da korunmaya yardımcı olmaktadır (111).

Uyum bozuklukları tanısı da sıktır. Strese yanıt olarak, eşik altı belirtiler

hızla artabilir, ancak girişimden kısa bir süre sonra normale döner. İntihar girişimi riski yoğun sigara içicilerinde, önemli bir şekilde fazladır. Yoğun alkol alımı, intihar girişimini yaklaşık 10 kat arttırmaktadır. Alkolizm, intihar girişimi için fiziksel ya da cinsel kötüye kullanımdan üç kat daha güçlü bir risk etkenidir (4).

Bulimia nervozalı adolesanlarda, kötü aile tecrübeleri ve multipl sosyopsikopatolojik faktörler, intihar riskini arttırmıştır (112).

Çocukluk çağındaki ve sonraki zorlayıcı deneyimlerin karşılıklı etkileşimlerinin oldukça kompleks olabileceği akılda tutulmalıdır. Örneğin; dikkat eksikliği / hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olan bir çocuk daha sakin bir çocuğa göre çevresinden olasılıkla daha agresif bir davranışı da beraberinde getirir (Eğer çocuğun ailesi de üzölmüşse, özellikle böyledir). Çocuğa karşı olan bu agresyon, çocukta daha da çok agresyonu harekete geçirir ve peşinden bir şiddet siklusu gelir (4).

## **(2). Psikolojik Etkenler:**

Umutsuzluk, dürtüsellik, agresyon ve taklit üzerine oldukça fazla vurgu yapılır. İntihar yapan kişilerin pek azı, ölümlerinden önce bu bağlamda araştırılmıştır. Bu alandaki bilgilerin çoğu, intihar girişiminde bulunan kişilerden gelmektedir ve intiharı tamamlayan kişilere genelleştirilebilmesi kesin değildir (4).

### **(a). Umutsuzluk:**

İntihar eğilimi ve umutsuzluk arasındaki ilişki bir tartışma alanıdır. Uzunlamasına yapılan büyük çalışmalarda, depresyon kontrol edildikten sonra, ikisi arasında ilişki gösterilememiştir. İlişki bulan çalışmalar, kızlar arasında ilişkinin en güçlü olduğunu göstermiştir. Bu kızların birçoğu, intihar girişiminde bulunan ancak tamamlayamayan kişilerdir (4).

### **(b). Dürtüsellik:**

Dürtüsellikle ilgili kanıtların çoğu, standart laboratuvar ölçürlerinden çok, intihar kararı çalışmaları ve intiharın biyolojik anormallikleri ile ilgili çalışmalardan gelmektedir. Ardışık olarak intihar nedeniyle acile başvuran kişiler ile yapılan bir seride, bu kişilerin sadece yüzde 10-15'inde, bir günden daha fazla süren intihar girişimi hakkında bir düşünce oluşmuştur. İntihar girişimcilerinin yüzde 15'inin daha önce bir planı yoktur. Ancak bu, kişisel özelliklerin yatkınlığı ile ilgili bilişsel durumu göstermekten çok, duygudurumdaki oynaklığı gösterebilir (4).

### **(c). Saldırganlık (Agressiveness):**

İntihar eğilimleri ile saldırganlık arasındaki ilişkiler sıklıkla bildirilir ve biyolojik bulgular ile uyumludur. İntihar eğilimi olan bir gencin saldırganlığı, var olan depresyonun görünümünden daha fazla olabilir. Sekiz yaşındaki saldırgan çocukların, saldırgan olmayan kontroller grubuna göre, ileride intihar düşüncesi ve davranışı göstermesi iki kat daha fazladır (4).

### **(d). Cinsel Yönelim:**

Büyük örneklem ile yapılan toplum çalışmaları, biseksüellerde, homoseksüel erkeklerde ve kızlarda, heteroseksüel ergenlere göre, intiharı düşünme ve intihar girişiminde bulunana iki ile altı kat daha fazla olduğunu göstermektedir. Tüm Amerika'yı yansıtabilecek bir örneklemde yapılan bir çalışmaya göre, son bir yılda biseksüel veya homoseksüel erkeklerin ya da kızların yüzde 9'u bir intihar girişiminde bulunmuşlardır. Massachusetts eyaletinde yapılan bir çalışmaya göre, bu kişilerin yaklaşık olarak yüzde 35'i, bir intihar girişiminde bulunur. Bu ilişkinin mekanizmaları büyük oranda bilinmemektedir. Biseksüel veya homoseksüel erkeklerin ya da kızların, okulda haksız davranışlara maruz kalmaları daha olasıdır. Ancak bu gençlerin yüksek bir oranda alkol ve madde kullanımı vardır. Majör depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu ve davranım bozukluğu gibi psikiyatrik bozukluklar da bu

kişilerde yüksek oranda görülür. Biseksüel veya homoseksüel erkeklerde ya da kızlarda, bu etkenlerin tümü ya da herhangi birisi, intihar oranlarında çarpıcı bir yükselmeden sorumlu olabilirler (4).

### **(3). Biyolojik Faktörler:**

#### **(a). Aile Öyküsü ve Genetik:**

Tamamlanmış intiharı ya da intihar girişimleri olan ergenlerin, birinci derecede akrabalarında öz kıyım oranı, kontrol grubuna göre, iki ile dört kat daha yüksektir. İkiz çalışmaları, bu durumun sadece psikiyatrik olarak hasta bir ebeveyn tarafından yetiştirilmenin sonucu olmadığını göstermektedir. Tek yumurta ikizlerinde intihar artışı riski, yaklaşık 11 kat fazla iken, çift yumurta ikizlerinde bu risk iki kat fazladır (4).

#### **(b). Serotonerjik Anormallikler:**

İyi kurgulanmış bir çok çalışma, intihar yatkınlığı olanlarda, dürtüsel ve saldırgan kişilerde serotonin işlevi anormalliklerini işaret eder. Araştırmacılar, idrar ve BOS'ta serotonin metabolitlerinin düşük olduğunu göstermişlerdir. Otoradiografik ve nöroanatomik çalışmalarda, prefrontal korteksde ve dorsal rafe nükleusda, serotonin Tip IA reseptörlerinin ve serotonin taşıyıcı reseptörlerin (serotonin geri alınımını düzenlerler) yoğunluklarında azalma bildirilmiştir. Dorsal rafe nükleus, prefrontal korteksdeki serotonin inervasyonlarının kaynağını oluşturmaktadır.

İntihar yatkınlığı ile birlikte olan serotonerjik anormallikleri açıklamak için çeşitli genetik mekanizmalar ileri sürülmüştür. Bunlar, serotonin taşıyıcı gende, serotonin IA reseptör gende ve triptofan hidroksilaz (TPH) (serotonin biosentezinde hız sınırlayıcı enzimdir) geninin intron 7 bölgesinde polimorfizmlerdir. İntihar fenotipi, muhtemelen heterojen ve karmaşıktır. Genetik etkiler, olasılıkla azdır. Tek bir genetik varyant, olasılıkla varyansın örüntüsünden daha az önemlidir.

Bu ilişki tanıdan bağımsız olduğundan, yatkınlığın bir belirteci olduğu düşünölmektedir. Bu anormallikler ya da farklılıklar, mental olarak hasta bir kişinin strese olan yanıtını değiştirerek doğrudan intihara neden olabilir ya da olumsuz sonuçları olan bir yanıtı sebep olarak, stres ve saldırganlık döngüsünü arttırarak intihara neden olabilir. Bu kategoriye dahil olan intihar oranı bilinmemektedir.

İntihar girişiminde bulunan kişilerde, BOS serotonin metabolitleri düşükse, gelecekte intihar girişiminin ya da tamamlanmış intiharın ya da her ikisinin birden önemli bir şekilde artacağını bildiren umut verici bir çalışma vardır. Ancak bulgunun, intihar yordamada ya da önlemede kullanılabilmesi için, çalışmanın tekrarı ve intiharı olmayan toplumda bu anormalliklerin oranı üzerine bilgilerin toplanması gereklidir (4).

### **(c). Perinatal Morbidite:**

Bütün çalışmalarda olmasa da, perinatal morbidite ile daha sonraki öz kıyım arasında ilişki olduğuna dair çeşitli bildirimler vardır. Bu ilişkinin altta yatan mekanizması bilinmemektedir (4).

## **7. Tedavi:**

### **a. Önlemler:**

Ergenler diğer yaş gruplarına göre daha dürtüsel davranırlar ve bu nedenle bir krizle karşılaşma durumunda mevcut intihar araçlarını daha sık kullanma eğilimindedirler. Bu nedenle bu yaş grubunda ateşli silahla intihar riski yüksektir. Ateşli silahları temin etme ve bulundurmayı kısıtlayan yasal düzenlemeler intihar insidansını düşürebilir (8).

### **b. Geçmişteki ve Şimdiki Tedavi:**

Yaşam boyu, ruh sağlığı profesyonellerinden yardım alma oranı yüzde 25 ile 60 arasındadır. İntiharların küçük bir kısım -yaklaşık olarak yüzde 15'i-

aktif bir psikiyatrik tedavi sırasında (bir ay içerisinde) olur.

Yaklaşık olarak, intihar girişimlerinin üçte birinde, daha sonra bir klinik değerlendirme ya da tedavi yapılır. İntihar girişiminde bulunan kızların, erkeklere göre tedavi edilme olasılıkları daha fazladır. Ayrıca, İspanyol kökenli olan kişilerin, siyah ırk ya da beyaz ırka göre, tedavi edilme olasılıkları daha fazladır (4).

### **c. Başlangıç Tedavisi:**

Sıklıkla intihara girişenlerin çoğu acil serviste görülürler. Tıbbi durumları düzeldikten sonra, gözleme devam edilmesi ya da evine gönderilmesi ile ilgili bir karar vermek gerekir (4).

### **d. Değerlendirme:**

İntiharın, prognozu iyiden kötüye değişmektedir; intihara bağlı kalıcı işlev bozuklukları ya da daha sonraları intihar girişiminin tekrarı görülebilir. Değişik sonuçlar, intiharın yapıldığı zamandaki zihinsel duruma bağlı olabilir ve bunlar klinik değerlendirmenin odak noktasını oluşturmalıdır. İntihar eğilimi, kendi başına, yeterli bir tanı değildir (4).

Yaklaşık olarak intihar girişiminde bulunanların dörtte birinin süregelen bir psikopatolojisi yoktur. İntihar girişiminde bulunanların bazıları, en iyi şekilde uyum bozukluğu olarak tanımlanabilir. Stresörler arasında, bu kişilerin eşik altı belirtileri olabilir; ancak bir stres ile karşılaşınca zihinsel durumları aniden değişir ve intihar girişimde bulunduktan kısa süre sonra tekrar bu anormal eşik altı duruma döner (4).

Hekimlerin en büyük endişesi, iyi prognozu olanlar ile kötü prognozu olanları ayırt etme ile ilgilidir. İntihar düşüncesinin ve girişiminin sık, tamamlanmış intiharın nadir görülmesi nedeniyle, istatistiksel olarak tüm girişimler iyi prognozlu düşünülebilir. Ancak bunun gerçeği yansıttığını çok az hekim düşünür. Hekimlerin karşılaştıkları sorunlardan bir tanesi, bir ergenin olaydan önceki ve sonraki niyetini değerlendirmedeki güçlüktür. Ergenlerin aldıkları risk hakkında iyi bilgileri yoktur. Bir intihar girişiminden sonra acil

bölümünde görülen ergenlerin yüzde 30 ile yüzde 50 'si, yaptıkları girişimin ortaya çıkmasını engellemek için çok azı aktif bir önlem alsalar da, ölmeyi istediklerini söylemişlerdir (4).

Sıklıkla hekimler, ergenin yaptığı davranışın tehlikesi hakkında farklı düşünürler. Ölmek isteyen ergenler ile yapılan bir çalışmada, hekimlerin sadece üçte biri aynı sonucu söyleyebilmiştir. Bu durum, hastanın niyeti ile ilgili ifadesinin sorgulaması ve eğer sorgulanacaksa ne zaman sorgulanacağı ile ilgili sorulara neden olmaktadır. Normal ve bozukluğu olan ergenlerin sıklıkla yutarak aldıkları maddelerin ne kadar ölümcül olduğu ile ilgili yanlış yargıları vardır; bazı olgularda maddenin ölümcüllüğünün olduğundan fazla olduğunu düşünürler iken bazı olgularda ise daha az olduğunu düşünürler. Bir çalışmada, intihar girişimi yapan ergenlerin yüzde 26'sı yuttukları maddelerin ölümcül olduğunu düşünürken, çocuk doktorları yüzde 2' si bu maddelerin ölümcül olabileceğini bildirmişlerdir. Daha önce bir intihar planının olması sıklıkla niyeti değerlendirmede kullanılır; ancak intihar girişimleri sıklıkla stresli bir yaşantıdan kısa bir süre sonra olur ve iyi bir şekilde planlanma olasılığı zayıftır. Gençlerde Riskli Davranış Araştırması, düzenli bir şekilde intihar düşünen gençlerin, dörtte üçünün intiharı nasıl yapacağı ile ilgili, bir plan yaptığını göstermiştir. Bu ergenlerin çoğu, intihar girişiminde bulunmazlar ya da intiharı tamamlamazlar. İntihar ile ilgili bir planı olmayanlar ile ilgili yapılan bir çalışma, bu gençlerinde intihar girişim oranlarının, planı olanlara benzer olduğu ve diğer sorunlar da gösterdiklerini ortaya koymuştur (4).

Gözlemler, intihar girişiminde bulunanların ruhsal durumlarının anormal olduğunu, özellikle ajitasyon, depresyon, irritabilite ya da psikoz görülebildiğini ve küçük bir kısmında ise sürekli bir ölme isteği olduğunu göstermiştir (4).

Küçük ya da orta dereceli intihar riski, puberte öncesi çocuklarda azdır; bu grupta intihar düşüncesi ya da davranışı, kendi başına hastane yatırılma endikasyonu olarak görülmez (4). İntihar riskinin değerlendirilmesi, ruh sağlığı çalışanları için, özellikle ergenlerle çalışıldığı durumlarda, genellikle sorun olmaktadır. Bazı sorunlarla, stres faktörleriyle ve yaşam olaylarıyla uğraşan ergenler, iletişim şekli ya da baş etme yolu olarak zorlu ve kendilerine zarar verici davranışlar sergileyebilirler. Literatürdeki çalışmalarda, kayıplar, ayrılma ve boşanma, karma aileler, çocuk hakkındaki çatışma ve istismarlar, ergen



gelişimi ve risk altında olan gençlerin incinebilirliğinin artışı hakkında sınırlı sayıda araştırma vardır. Ruh sağlığı çalışanlarının gençlerle iletişim halinde olmaları, ergenlerin kendine zarar verici davranışlarını aile ortamlarında anlamaya çalışmaları, okul ve sosyal deneyimlerini de anlamaya çalışmaları önemlidir. Kendine zarar verici ve sorunlu davranan ergenlerin yaralayıcı ve zor ergenler olması özel bir dikkat gerektirmektedir (113).

Hastaneye yatırılmanın olumlu ya da olumsuz etkilerini gösteren çalışmalar yoktur; ergen koğuşlarında intihar girişimlerinde bulunanların başka ortamlarda örneğin okullarında yaptıkları gibi, başka bir arkadaşlık arayışında oldukları gösterilmiştir. İntihar girişiminde bulunan ancak duygudurumu normal olan kişilerin yatırılması, hastane ücretini sigortanın karşılaması ya da yeterli yatağın olması gibi klinik dışındaki etkenlere bağlıdır. Hastaneye yatırılma kısa süreli ise ve tüm bakımı sağlayamayacak tarzda uzak bir hastanede olacaksa, olasılıkla bu hastanede önemli terapötik girişimler önerilmesinin yararı olmayacaktır (4).

Hiçbir ergen, ruhsal durumuna bakılmaksızın, sorumlu olan yetişkin ile, daha ideali bakım vereni ile konuşulmadan, acil bölümden çıkarılmamalıdır. Genç, yetişkinin bakımında bölümden taburcu edilmelidir. Yetişkin, ateşli silahların ve tehlikeli olabilecek ilaçların ortadan kaldırılması konusunda uyarılmalıdır. Eğer bu durum açık bir şekilde anlatılırsa anne babalar söylenenleri kabul edip uymaktadırlar. Aksi takdirde bunları düşünmeyebilirler. Silahlar ya da ilaçlar güvenli bir yere konulana ya da ortadan kaldırılana kadar, genci acil bölümünde tutmak akla yatkın bir yaklaşımdır (4).

Sıklıkla hastaların, taburcu olmadan önce, güvenlik anlaşmasını imzalaması gerekir. Bu anlaşmaya göre, herhangi bir intihar davranışına girişmeden önce, hastanın bir hekim ile temasa geçmesi gerekir. Bu anlaşmaların etkisi bilinmemektedir. Tekrarlayıcı intihar eden 135 kişi ile yapılan bir çalışmada, olguların yüzde 31'i daha önce güvenlik anlaşmasını imzalamışlardır (4).

Acil bölümünde ilk vizitede, girişimle ve girişimin öncesindeki duygular ve girişimin sonuçları ile ilgili detaylı bilgi alma fırsatı vardır. Bu bilgi, en iyi şekilde henüz unutulmamışken alınabilir ve terapinin planlanmasına yardımcı olabilir (4).

### **e. Ayaktan Bakım:**

İntihar girişiminde bulunanların sadece küçük bir kısmı daha sonra psikiyatrik bir tedavi almaktadır. Maalesef, belirtilerin ve intihar düşüncesinin devam ettiği girişimcilerde, tedaviye uyumsuzluk en siktir (4).

Planlı tedaviye uyumu arttırabilen etkenler şunlar olabilir: (1) aileye bu durumun ve tedavisinin öğretilmesi (2) aile içi sorunlar gibi, hastanın intihar girişimi ile doğrudan bağlantısı olmayan çeşitli etkenlerin ele alınması (3) acil bölümünden taburcu olmadan önce takip amacı ile randevu verilmesi (4) hastaya randevularını hatırlatıcı önlemler alınması; ayrıca randevuya gelinmeyen durumları tespit edip önleminin alınmasıdır (4).

### **f. Psikoterapi:**

İntihar girişiminde bulunan ergenler ile ilgili çok az psikoterapi çalışması yapılmıştır. BDT, depresif ergenlerde test edilmiş olmasına karşın, intihar yatkınlığı olan çocuklarda değerlendirilmemiştir. BDT, depresyonu olan ergenlerde başarı ile kullanılmaktadır; ancak, intihar yatkınlığı bulunan erişkinler ile yapılan BDT çalışmaları umut verici değildir.

Diyalektik davranışçı terapi (dialectical behavior therapy, DBT), erişkinlerde intihar girişimlerinin tekrarını azalttığı gösterilmiştir; ancak ergenler üzerindeki etkisi bilinmemektedir. DBT, bireysel ya da grup olarak uygulanabilen, uzun ve karmaşık davranışçı girişimlerdir. DBT, intihar eğilimin çağdaş modelini iyi bir şekilde kurgulamıştır; bu nedenle DBTnin bileşenleri üzerinde düşünmeye değer. Bunlar (1) kendini-kabul etmeyi iyileştiren farkındalık eğitimi (2) kişiler arası çatışmaları azaltan kendine güven eğitimi (3) olumsuz duygudurumu tetikleyen durumlardan kaçınması için hastanın eğitilmesi (4) psikolojik sıkıntıya katlanabilirliği arttırmak (4).

### **g. İlaç Tedavisi:**

İntihar girişiminde bulunan kişilerin bazıları son derece çabuk bir şekilde öfke patlaması yaşayabilirler ve bu kişiler sık olarak intihar girişiminde

bulunurlar. Böyle durumlarda, özellikle küçük dozlardaki antipsikotik ilaçların yararlı olduğu gösterilmiştir.

SSGİ Antidepresiflerin, sınırlı sayıda intihar girişimi olan veya depresyonu olan ya da B kümesi kişilik bozukluğu olan ancak depresif olmayan erişkinlerde intihar düşüncesini azalttığı gösterilmiştir. SSGİ kullanımının artması ile ergen intihar oranının azaldığına dair bazı ekolojik kanıtlar vardır. Ancak bazı antidepresiflerin, ergenlerde tam tersine etki yaptığını düşündüren anekdotal bildirimler de vardır. Fakat, depresif ergenlerin tedavisinde SSGİ'lerin plasebodan daha etkili olduğu gösterilmiştir. SSGİ'ler intihar eğilimi olan gençlerde sık olarak görülen dürtüsel ve agresif davranışların sıklığını azaltmaktadır. Yüksek dozlarda, trisiklik antidepresiflerden önemli bir şekilde daha az tehlikelidirler.

Lityumun, iki uçlu erişkinlerde intiharı önemli bir şekilde azalttığı gösterilmiştir. Ancak iki uçlu hastalar lityumu aniden kestiklerinde, intihar riski artar; hatta manik belirtiler görülmese bile bu riskte artış olur. Bir ergende lityum kullanılacağı zaman, ilacın kesilmesi dikkat ile yapılmalıdır ve ani olarak ilacın kesilmesinden kaçınılmalıdır.

Klozapin, şizofrenik erişkinlerde intiharın azaltılmasında etkili bulunmuştur. Bu etki, ilacın şizofreninin diğer belirtileri üzerinde etkili olmadığı durumlarda bile görülür. Lityum ve klozapinin intiharı azaltıcı etkileri çocuk ve ergenlerde araştırılmamıştır (4).

## **h. Tedaviye Bağlı İntihar Eğilimi.**

SSGİ antidepresiflerin başlanması kısa bir süre sonra intihar eğiliminin arttığını bildiren kontrolsüz bildirimler vardır (4). Olfson M. ve ark'ının bir çalışmasında adultlarda (19 – 64 yaş arası) antidepresan ilaç tedavisi ile intihar ve buna bağlı ölümlerde bir artış olmamış; ancak her nasılsa çocuk ve adolesanlarda (6 – 18 yaş arası) önemli oranda intihar girişimi ve ölümlerle ilişkili bulunmuş (114). Bazen, intihar düşüncesinin tedavi kesildikten sonra kaybolduğu görülür. Ancak, binlerce ergen ve erişkin ile yapılan metanalizler, SSGİ'lerin intihar düşüncesini azalttığını düşündürmektedir. Tedavi sırasında intihar eğilimini düşündüren olaylar,

intiharla yakından ilgili ise de, bu her zaman doğru değildir. Hekimler tedaviye başlamadan önce ve başladıktan sonra intihar düşüncesini sistematik olarak sorgulamalıdır ve intihar eğilimi açısından dikkatli olmalıdır (4).

Hekimler, intihar girişiminde bulunmuş hastalara, benzodiazepinler gibi, kendilik - kontrolünü azaltan ilaçları reçete ederken dikkatli olmalıdır. Fenobarbital, yüksek dozlarda alınır, öldürücü potansiyeli yüksektir. Benzodiazepinler, bazı kişileri dizinhibe edebilir; bu kişiler agresyon gösterirler ve intihar girişiminde bulunabilirler. Benzer etkiler, maprotilin, amitriptilin, amfetaminler ve fenobarbital ile görülebilir (4).

### **3.GEREÇ VE YÖNTEM**

Bu çalışma Ocak 2004-Kasım 2006 tarihleri arasında Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Acil Servisine intihar girişimi nedeniyle müracaat eden 90 kişi üzerinde yapıldı.

İntihar girişiminde bulunan her kişi ile psikiyatri kliniğindeki görüşme odasında ortalama 45-60 dakika süren bir psikiyatrik görüşme yapıldı, bu süre içinde çalışma anketi uygulandı. Görüşmeler kıdemli bir psikiyatri uzmanlık öğrencisi (M.A) tarafından uygulandı. Görüşmeler sonrasında tanısı tartışmalı olan hastalar bir psikiyatri doçentine (A.A) danışılarak nihai tanıları belirlendi.

Çalışmaya alınan her intihar girişimi olgusundan sözlü bilgilendirilmiş onam alındı. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen kimse olmadı. Çalışmanın uygulanabilmesi için Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan onay alındı.

Verilerin analizi için tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanıldı.

#### **Kullanılan ölçekler:**

Çalışmada Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Kriz Merkezi tarafından hazırlanan Supre-Miss Anket Formu kullanıldı. Anketin içeriğinde aşağıdaki alt ölçekler yer almakta idi:

#### **1. Sosyodemografik ve klinik veri formu:**

Bu bölümde intihar girişiminde bulunan kişinin sosyodemografik verileri, şimdiki intihar girişimi ile ilgili veriler, önceki intihar girişimi öyküsü ve aile ile ilgili bilgiler, istismar öyküsü, yasal ya da suç öyküsü, sosyal destek öyküsü, önceki tedavi girişimleri ve sağlık hizmetleri ile bağlantısı, ruhsal durum muayenesi sonuçları ve klinik tanıları yer almaktaydı.

## **2.WHO İyilik Hali İndeksi:**

Beş maddeli Likert tipi bir ölçektir. Puan aralığı 0 ile 25 arasında değişmektedir. Düşük puanlar iyilik halindeki kötüleşmeyi, yüksek puanlar ise iyilik halindeki düzelmeyi-iyileşmeyi göstermektedir.

## **3. Beck Depresyon Envanteri (BDE):**

Beck ve ark'ı (1961) tarafından geliştirilen ve depresyon belirti düzeyini ölçmede yaygın olarak kullanılan bu ölçeğin geçerlik-güvenilirlik çalışması Hisli (1989) tarafından yapılmış ve 17 puan patoloji kesim noktası olarak saptanmıştır. Envanter 21 maddelik kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Maddeler depresyonun ciddiyetine göre sıfırdan 3'e kadar değişen dereceli bir ölçek üzerinde değerlendirilmektedir. Puan aralığı 0-63'tür (115,116).

## **4. Sürekli Öfke Ölçeği (SÖÖ):**

Sürekli Öfke-Öfke Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ)'nin bir bölümüdür. Spielberger tarafından geliştirilmiştir. The State-Trait Anger Scale (STAS) Türkçe formunun çevirisi ve geçerlilik çalışması Özer (1994) tarafından yapılmıştır. Ölçek, Sürekli Öfke, Öfke-İçte, Öfke-Dışa ve Öfke Kontrol alt ölçeklerinden oluşur. Bireylerin kendi kendilerine yanıtlayabilecekleri bir ölçektir. Verilen tümcelerin kişiyi ne kadar tanımladığı sorusuna "1" hiç tanımlamıyor, "2" biraz tanımlıyor, "3" oldukça tanımlıyor ve "4" tümüyle tanımlıyor şeklinde yanıtlar verilmektedir. Bu ölçek ergen ve yetişkinlere uygulanabilir ve zaman kısıtlaması yoktur. Sürekli Öfke alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar öfke düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir (117).

## 4.BULGULAR

Araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri (cinsiyet, medeni durum, meslek ve eğitim durumları) tablolar halinde (Tablo 1-4) sunulmuştur. İntihar girişiminde bulunan ve araştırmaya alınan kişilerin (n=90) psikiyatrik tanısı, fiziksel hastalık varlığı, madde kullanımı, psikiyatrik tedavi öyküsü, pratisyen hekim başvurusu, pratisyen hekime intihar düşüncesinden bahsetme ve istismar öyküsü (duygusal, fiziksel ve cinsel) gibi klinik özelliklerin dağılımı (Tablo 5-8), ayrıca intihar girişim özellikleri (Tablo 9), yaşlarına göre gruplanması (Tablo 10) ve grubun psikometrik ölçüm sonuçları (Tablo 11) ilgili tablolarda sunulmuştur.

**Tablo 1. Araştırma grubunun cinsiyet dağılımı ve % oranları.**

Cinsiyet	Sayı	Yüzde (%)
Erkek	25	27.8
Kadın	65	72.2
Toplam	90	100

Tablo 1’de görüldüğü gibi, araştırma grubunun %72.2’sini kadınlar, %27.8’ini erkekler oluşturmaktadır (Tablo1).

**Tablo 2. Araştırma grubunun medeni duruma göre dağılımı ve % oranları.**

Medeni durum	Sayı	Yüzde (%)
Bekar	55	61.2
Evli	29	32.2
Dul	2	2.2
Boşanmış	4	4.4
Toplam	90	100

İntihar girişiminde bulunan araştırma grubunun çoğu bekarlardan (%61.2), %32.2'si ise evli kişilerden oluşmaktadır. Geri kalan %2.2'si dul ve %4.4'ü boşanmış kişilerden oluşmaktadır (Tablo 2).

**Tablo 3. Araştırma grubunun mesleki dağılımı ve % oranları.**

Meslek	Sayı	Yüzde (%)
Memur	3	3.3
İşçi	14	15.6
Esnaf	2	2.2
Ev kızı/hanımı	63	70
Diğer	8	8.9
Toplam	90	100

İntihar girişiminde bulunan kişilerin %70'inin ev kızı/hanımı olmak üzere en yüksek oranda olduğu dikkati çekmekte, bunu sıra ile %15.6 işçi, % 3.3'ü memur, %2.2'si esnaf ve %8.9'unu da diğer kişilerden oluşmaktadır (Tablo 3).

**Tablo 4. Araştırma grubunun eğitim düzeyleri değişimi ve eğitim yılı ortalamaları**

Eğitim düzeyi	Sayı	Yüzde (%)
Eğitimsiz	25	27.8
İlkokul	27	30
Ortaokul	26	28.9
Lise	9	10
Üniversite	3	3.3
Toplam	90	100
Eğitim yılı ortalaması		5.9 ± 3.9

İntihar girişimi ile eğitim düzeyi ve ortalaması arasındaki oranların belirlendiği tabloda (Tablo 4), araştırma grubunun %27.8'i eğitimsiz, %30 ilkokul, %28.9 ortaokul, %10 lise, %3.3 ise üniversite mezunundan oluşmaktadır (Tablo 4).



**Tablo 5. İntihar girişiminde bulunan kişilerin (n=90) psikiyatrik tanıları ve fiziksel hastalık özellikleri.**

<b>Psikiyatrik tanı</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde (%)</b>
1- M. Depresif Bozukluk	63	55.7
2- Yaygın Anksiyete Boz.	16	14.1
3- Aralıklı Patlayıcı Boz.	6	5.3
4- Şizofreni	2	1.7
5- İki Uçlu Duygudurum Boz.	1	0.9
6- Madde Kullanım Boz.	1	0.9
7- Travma Sonrası Stres Boz.	1	0.9
8- Sınırdaki Kişilik Boz.	9	7.9
9- Diğer Psikiyatrik Bozukluklar	14	12.3
10- Fiziksel hastalık varlığı	9	10

İntihar girişimi ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki oranların belirlendiği tabloda araştırma grubunun %55.7'sini M. Depresif Bozukluk, %14.1'ini Yaygın Anksiyete Bozukluğu, %5.3'nü Aralıklı Patlayıcı Bozukluk, %1.7'sini şizofreni, %0.9'unu İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu, %0.9'unu Madde Kullanım Bozukluğu, %0.9'unu Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), %7.9'unu Sınırdaki (Borderline) Kişilik Bozukluğu ve %12.3'ünü ise diğer psikiyatrik bozukluklar oluşturmaktadır İntihar girişiminde bulunan 90 hastanın 23'ü, komorbid psikiyatrik bozukluk tanısı almış olup; 2 hasta ise psikiyatrik görüşme sonrasında henüz tanı almamıştı. İntihar girişiminde bulunan kişilerin %10'unda da fiziksel bir hastalığın varlığı saptanmıştır.

**Tablo 6. İntihar girişiminde bulunan kişilerin (n=90) madde kullanım özellikleri**

<b>Madde kullanımı</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Sigara	41	45.6
Alkol	15	16.7
Diğer	13	14.4

İntihar girişimi ile madde kullanımı arasındaki oranların belirlendiği tabloda (Tablo 6), araştırma grubunun %45.6'sı sigara, %16.7'sinin alkol, %14.4'ünün de diğer maddelerden kullandığı ortaya çıkmıştır (Tablo 6).

**Tablo 7. İntihar girişiminde bulunan kişilerin (n=90) herhangi bir tedavi alıp-almama özellikleri**

Hekime Başvuru	Sayı	Yüzde (%)
Psikiyatrik tedavi öyküsü	11	12.2
Pratisyen hekim başvurusu	56	66.2
Pratisyen hekime intihar düşünce-sinden bahsetme	11	12.2

Herhangi bir tedavi alıp almaması ile intihar ilişkisi oranlarının belirlendiği tabloda (Tablo 7), %12.2'sinde psikiyatrik tedavi öyküsünün olduğu, %66.2'sinin pratisyen hekim başvurusunun olduğu, %12.2'sinin de pratisyen hekime intihar düşüncesinden bahsettiği ortaya çıkmıştır (Tablo 7)

**Tablo 8. İntihar girişiminde bulunan kişilerin (n=90) istismar öyküsü özellikleri**

İstismar öyküsü	Sayı	Yüzde (%)
Duygusal	21	23.3
Fiziksel	8	8.9
Cinsel	2	2.2

İntihar girişimi ile istismar öyküsü arasındaki oranların belirlendiği tabloda (Tablo 8), araştırma grubunun %23.3'ünün duygusal, %8.9'unun fiziksel, %2.2'sinin de cinsel istismara maruz kalmış olduğu ortaya çıkmıştır (Tablo 8).

**Tablo 9. İntihar girişimleri yöntemlerinin özellikleri (n=90)**

Yöntem	Sayı	Yüzde (%)
Kimyasal madde-ilaç alımı	65	94.5
Ası	2	2.2
Kesi	1	1.1
Diğer	2	2.2

Araştırma grubunun intihar girişim özellikleri dikkate alındığında, yöntem olarak %94.5'inin kimyasal madde-ilaç alımı ile, %2.2'sinin ası ile, %1.1'inin kesi ile ve %2.2 de diğer yöntemlerle intihar girişiminde bulunduğu anlaşılmaktadır (Tablo 9).

**Tablo 10. Yaş Grubu**

Yaş Grubu	Sayı	Yüzde (%)
0-15	10	11.1
16-35	69	77.8
36-60	10	11.1
61 ve üstü	0	0
Yaş ortalaması	23.4 ± 8.1	

Araştırma grubunun yaş grubu özellikleri dikkate alındığında, %11.1'inin, 0-15 yaş arasında, %77.8'inin 16-35 yaş arsında, %11.1'inin de 36-60 yaş arasında olduğu, 61 ve üstü yaş grubuna da hiç rastlanmadığı ortaya çıkmıştır (Tablo 10).

**Tablo 11. Araştırma grubundaki psikometrik ölçüm sonuçları**

	<b>Ortalama <math>\pm</math> standart sapma</b>
WHO İyilik Hali İndeksi	8.7 $\pm$ 6.7
Sürekli Öfke Ölçeği (SÖÖ):	22.1 $\pm$ 7.5
Beck Depresyon Envanteri (BDE)	24.2 $\pm$ 11.8
BDE'den 17 puan ve üstü alan kişi sayısı ve yüzdesi	56 (% 62.2)

Araştırma grubunun psikometrik ölçüm değerlerini veren tablo 11 dikkate alındığında WHO İyilik Hali İndeksinin ortalama  $8.7 \pm 6.7$ , BDE ortalamasının  $22.1 \pm 7.5$ , BDE'den 17 puan ve üstü değer alan kişi sayısını 56, yüzdesinin ise % 62.2 olduğu gözlemlenmiştir. Bu oran, intihar girişimi ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki oranların belirlendiği tabloda (Tablo 5), araştırma grubunun %55.7'sinin M. Depresif Bozukluk tanısını almış olduğunu gösteren oranı, destekler mahiyettedir.

## 5. TARTIŞMA

Çalışmamızda ergen ve erişkin intihar davranışının yordayıcıları ve risk etkenleri araştırılmıştır. Bu amaçla intihar girişiminde bulunan ergen ve erişkinler bir dizi ölçek ve ayrıntılı bir sosyo-demografik formla değerlendirilmiştir. İntihar düşüncesi, niyeti ve ölümcüllük arasındaki bağıntının yanı sıra, intihar düşüncesinin yordayıcıları, bağıntı analizi ve regresyon modelleri içinde araştırılmıştır.

İntihar girişimleri alanında yapılmış çalışmaların büyük bir çoğunluğunda, intihar girişiminin cinsiyetler arası farkı dikkate alındığında, erkeklere oranla kadınlarda intihar girişim oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır (4). Yapılan bu çalışmada denekler, cinsiyetleri açısından incelendiğinde, araştırma grubuna alınan intihar girişiminde bulunmuş toplam 90 deneğin %72,2'sinin kadın, %27,8'inin de erkeklerden oluştuğu görülmektedir. Bu bulgular literatür verileriyle uyushmaktadır.

Ergen kızlarda, ciddi intihar girişimi düşüncesi (%23.6), özgül bir intihar planı (%17.7) ve intihar girişimi (%11.2), erkeklerden daha fazladır (erkeklerde sırasıyla %14.2, %11.8 ve %6.2). Tıbbi bakım gerektirecek intihar açısından bakıldığında, cinsiyet farklılığı daralmaktadır (kızlarda %3.1, erkeklerde %2,1) (4).

Ancak tamamlanmış intihar (intiharla sonuçlanan ölüm) alanında yapılmış çalışmalarda erkek/kadın oranı çok belirgin şekilde erkeklerin lehine çıkmıştır (4,9). Dervic K ve ark'ının 1946–2000 yılları arasında Viyana azınlıklarındaki intihar oranları üzerinde bir çalışma yapmışlar. Sonuçta, erkek ve kadınlarda, çalışma peryodu boyunca, intihar oranlarında azalma görülmüş. Ortalama intihar oranı 100.000'de 6.2, erkek/kadın oranı ise 2.1/1 bulunmuş (9).

ABD'de 2001 yılında, 10 ile 14 yaş arasındaki erkeklerde ve kızlarda

intihar oranı sırasıyla, 100.000'de 2.3 ve 0.6'dır. Ergenlik yılları boyunca oran keskin bir şekilde yükselir; 15 ile 19 yaş arasındaki erkeklerde ve kızlarda sırasıyla, 100.000'de 13.2 ve 2.8'e ulaşır (4).

Sonuç olarak; intihar düşüncesi ve girişimi kadınlar arasında daha sıktır; ancak Çin hariç birçok ülkede, genellikle kadınlar arasında ölümlerle sonuçlanan intiharlar erkeklere göre daha azdır(4).

İntiharla ölümlerin kadınlarda daha düşük oranda görülmesi, kadınların çoğunlukla zehirlenme ya da madde alma yöntemini seçmeleri, erkeklerin ise çoğunlukla ölümlerle sonuçlanan ateşli silahları kullanmaları ve intiharın önemli bir belirleyicisi olan dürtüsellik ve agresif davranışın erkeklerde daha fazla olması kombinasyonuna atfedilebilir.

İntihar girişiminin kadınlarda daha fazla görülmesi, intihar için en önemli risk faktörleri arasında olan M. Depresif Bozukluğun, kadınlarda daha sık görülmesine yordanabilir.

Literatürlerde intihar girişim yaşının özellikle genç nüfusta daha belirgin olduğu bildirilmektedir (4). Türkiye'de intihar edenlerin 15 – 34 yaş grubunda yoğunlaştığı ve kadınların erkeklere nazaran daha genç yaşta intihar ettiği gözlenmektedir. İntihar eden erkeklerin yarısından fazlası 35 yaşından, kadınların ise yarısından fazlası 25 yaşından daha küçüktür (14,18,19).

Yapılan bu çalışmada denekler yaşları bakımından incelendiğinde %11.1'inin 0-15 yaş arasında, %77.8'inin 16-35 yaş arasında, %11.1'inin de 36-60 yaş arasında olduğu, 61 ve üstü yaş grubuna hiç rastlanmadığı, yaş ortalaması ve standart sapmasının ise  $23.4 \pm 8.1$  olduğu ortaya çıkmıştır. Bu bulgu literatür verileriyle örtüşmektedir.

Tüm ülkelerde puberte öncesinde intihar son derece düşüktür. Ergenlik süresince sıklıkta artma olur ve 16 ile 18 yaşlar arasında en yüksek düzeye ulaşır. Ergenlerde intihar düşüncesi ve davranışı ile ilgili defalarca yapılmış; referans alınabilinecek büyük çalışmalar, lise öğrencilerinin yaklaşık olarak %20'sinde intiharla ilgili bir düşünce olduğunu ve yaklaşık olarak %10'unda da bir ya da birden fazla intihar girişiminin olduğunu göstermiştir. On ile on altı yaşlarındaki ergenlerin yaklaşık olarak %2'si ile %3'ü girişimlerinden dolayı tıbbi bakım almaktadır. En yüksek insidans 15 ile 16 yaşlar arasındadır(4).

Bütün yaş gruplarında, intihar puberte öncesi nadirdir. Bundan sonra

beyaz erkeklerde oranlar hemen hemen, yaşla doğru orantıda artmaktadır (Burada 20 ila 30 yaş arası erkeklerin oranınının 30 ila 40 yaş arası erkeklerden biraz daha yüksek olması ile iki evreli bir artış vardır) (4).

Ergenler ve yaşlılar gibi bazı özel yaş grupları özel dikkat gerektirmektedir. 1950–1980 yılları arasında 15–24 yaş arası beyaz erkek ve Afrika-Amerikalı erkek ve kadınlarda tamamlanmış intihar oranları üç kat artmıştır (%300). 15–24 yaş arası beyaz kadınlarda bu oran 2 mislidir. Oranlar 1980'lerde artmaya devam etmiş ve 1990'dan 2000'e doğru ise düşmeye başlamıştır (4).

Medyanın dikkati bu dramatik artış üzerine odaklanmıştır. Beraberinde beklenen teoriler de, herhangi bir diğer artış ya da düşüşün artmış oran ile direk ya da indirek olarak ilişkili olabileceği yönünde kolay teorilere de yol göstermiştir; örneğin, ilaç ve alkol bağımlılığı, silahların varlığı, nükleer öfke, dinin azalmış rolü ve ailenin parçalanması. Daniel Offer ve Paul C Holinger bir popülasyon hipotezi öne sürmüşlerdir. İkinci Dünya Savaşı sonrasındaki doğum patlaması ile 1955'te genel nüfus içindeki ergen nüfus oranı artmıştır. İyi işin azlığı ve rekabetin artışı bu grubu zorlamış ve bunlarda artan stres düzeyi sonucu intiharlar artmıştır (4,36,37).

1950'lerden (100.000'de 19) 1980'lere (100.000'de 20) topyekün intihar oranlarında ancak bir miktar değişme olurken, neden ergenlerin oranları 3 katına çıkmıştır? Diğer bazı grupların oranları bu aynı dönemde düşmüş olmalıdır. Öylede olmuştur. 55 yaş ve üstünde oran, ergenlerin artışını dengelemeye yetecek kadar düşmüştür. Çünkü 55 yaşından yaşamın sonuna kadarki periyot, ergenlikten genç yetişkinliğe kadarki süreden (15-24 yaş arası), daha çok yıl içermektedir. Yaşlılardaki düşüş daha az dramatik görünmektedir. Yaşlılardaki bu düşüşün açıklaması, yaşlıların bu dönemde genelde yaşam kalitesinin iyileşmesine (sosyal güvence, genelde daha iyi tıbbi bakım ve depresyonunun daha ilerlemiş tedavisi) bağlı olduğu öne sürülmüştür (4).

Ancak bazı çalışmalarda, yaşlı nüfusta intihar girişimine bağlı ölüm oranlarında diğer yaş gruplarına göre daha fazla çıkmıştır (4).

Her yaştaki en yüksek intihar oranlarına yaşlılar sahiptir (4,91,92). Conwell ve Duberstein göstermiştir ki; ABD'nin tüm nüfusunun yaklaşık olarak

%12'sini oluşturmalarına rağmen, ABD'nin tüm tamamlanmış intiharlarının hemen hemen %19'unu oluşturmaktadırlar (4,91). Özellikle yaşlıların Duygudurum Bozuklukları'nda intihar riski belirgin derece artarken, demans hastalarında azalmaktadır (92). Ergenlerde olduğu gibi, yaşlı bireyler depresyonlarını yaşlı olmayanlardan daha farklı ifade ederler. Ağlayan, suçlu, üzgün ya da anhedonik olmaktan çok, sadece daha içe dönük olurlar ya da bazı iştah ve uyku değişiklikleri olur. Depresyonun somatik ifadeleri sıkça vardır ve yaşlı kişinin şüpheli somatik semptomlarına hiçbir neden bulunamadığında, akıllı geriatri hekimleri hızlı bir şekilde depresyonu düşünmeyi bilirler. Biraz üzüntü ifade eden yaşlı bir kişi çok kolay bir şekilde "sadece yaşlı, ..... başka ne bekleyebilirsiniz ki?" şeklinde bertaraf edilir. Benzer şekilde, bazı terapistler yaşlıda antidepresanların kullanımı konusunda hevesli değildirler çünkü "onlara gençliklerini geri veremezsiniz" şeklinde düşünürler. Yaşlının psikoterapiden fayda görmesi ve farmakolojik tedaviye iyi yanıt vermesi ile (ya da EKT, eğer belirtilmiş ise) giderek bu peşin hüküm zayıflamaktadır (4).

Yaşlıların, herhangi bir yaş grubundaki girişim başına tamamlama oranının en yükseğine sahiptirler. Bir girişimde bulduklarında, ölümcül olma olasılığı daha yüksektir. Yaşlıda güvenlik için daha az bir dikkat yeterlidir. 70 yaşından büyük olan yaşlılar ölümcül intiharlarının %70'inde ateşli silahları kullanırlar. Ayrıca, intihar oranları 1990 ve 2004 yılları arasında yaşam döngüsü boyunca belirgin bir şekilde düşmesine rağmen, bu sonuç intiharla ölüm oranları artmaya devam eden yaşlılar için doğru değildir (4).

Yaşlılarla ilgili bu sonuçlar dikkat edileceği üzere ölümle sonuçlanan intiharları kapsamaktadır. Yapılan bu çalışmada ise intihar girişiminde bulunan kişiler dikkate alındığından bulguların tartışılması uygun olmayabilir.

Eğitim düzeyi bakımından intihar girişiminde bulunanlara bakıldığında, eğitimsizlerin oranı %27.8, ilkokul mezunu olanların %30, ortaokul mezunu olanların %28.9, lise mezunu olanların %10, üniversite mezunu olanların %3.3, eğitim yılı ortalaması ve standart sapması ise  $5.9 \pm 3.9$  olarak bulunmuştur. Görüldüğü üzere, eğitim düzeyi düştükçe intihar oranı artmaktadır; tam tersi eğitim düzeyi arttıkça düşmektedir. Keza, eğitimsizler ve ilköğretim mezunlarının toplam oranı %86.7 gibi çok yüksek bir değer oluşturmaktadır. Bu değerler Türkiye ortalamasıyla da örtüşmektedir. Türkiye genelinde intihar eden kadınların %52.5'i, erkeklerin de



%52.4'ü ilkokul mezunudur (14). Bu sonuçlar, intiharı önleme stratejilerden en önemlilerinden birisinin, eğitim düzeyinin yükseltilmesi olduğunu göstermektedir.

Ülkemizde meslek kategorilerine göre intihar oranlarına bakıldığında, en yüksek sonuç, ticaretle uğraşanlarda görülürken, ev kadını ve/veya emekli kesimi ise ikinci en yüksek intihar hızına sahiptir (14). Yaptığımız çalışmada ise ev kızı/ev hanımı, %70 gibi büyük bir oranda bulunmuştur. Bu bulgu daha önceki çalışmalarla karşılaştırıldığında, pek benzerlik göstermemektedir. Bu farklılık, kültürel özelliklerin de etkisiyle, kadınların yeterince sosyal ortamda ve değişik uğraşlarda bulunmamasından, ev içinde devamlı sorunlarıyla karşı karşıya kalmasından ve ekonomik bağımsızlıklarının olmamasından kaynaklanıyor olabilir. Diyarbakır'daki 1997 yılına ait verilerde de, hem intihar edenler, hem de intihar girişiminde bulunanlar arasında ev hanımı/ev kızlarının birinci sırayı aldıkları saptanmıştır(14). Bu sonuç, çalışmamızın sonuçlarıyla örtüşmektedir.

Beck Depresyon Ölçeği ortalama ve standart sapma puanı, araştırma grubunda (intihar girişiminde bulunanlarda)  $24.2 \pm 11.8$  olarak bulunmuştur. Bu durum yurt dışı ve Türkiye'de yapılan araştırmaların sonuçlarıyla uyumlu bulunmuştur (14). Bu çalışmada BDE'den 17 puan ve üstü değer alan kişi sayısını 56, yüzdesinin ise % 62.2 olduğu gözlemlenmiştir. Bu oran, intihar girişimi ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki oranların belirlendiği tabloda (Tablo 5), araştırma grubunun %55.7'sinin M. Depresif Bozukluk tanısını almış olduğunu gösteren oranı, destekler mahiyettedir.

Birçok araştırma ve inceleme sonucunda M. Depresif Bozukluğun, intihar için en önemli risk faktörlerinden birisi olduğu ortaya çıkarılmıştır (4,14,107). Majör depresyon, kızlarda en önemli risk etkenidir ve intihar riskini yaklaşık 20 kat artırır. Ergenlerdeki depresyonun belirti ve bulguları yetişkinlerle aynı olmayabilir (4). Shaffer D ve ark'ı; sessiz, mükemmeliyetçi, iyi çocuk denilen ve hiçbir zaman başını belaya sokmayan fakat beklenen mükemmellik düzeyini sürdüremeyen çocuklar yanı sıra, depressif olan ve impulsif olarak hareket eden çocuklar konusunda da uyarılmaktadır. Ayrıca, belki de depresyonu ifade etme şekilleri olarak aniden davranış bozuklukları geliştirdikleri gözlenen çocuklarda da bir depresyondan şüphe edilmelidir (4,107).

Okul performansında ya da arkadaşlıklarda değişiklikler örtülü bir depresyonun işareti olabildiği gibi madde kullanımının başlangıcını da işaret edebilir. İntihar eden ergenlerin ebeveynleri sıklıkla çocuklarının intihar öncesinde herhangi bir semptomu olmadığında ısrar etmelerine rağmen, yakından yapılan bir incelemede bunun nadiren doğru olduğu görünmektedir (ve ebeveynlerin inkarını ya da depresyonun belirtilerini fark etmedeki yetersizliklerini yansıtabilir) (4).

Depresif hastaların izlenmesine yönelik çeşitli araştırmalarda, bu hastaların %15.3'ü ile %13.4'ü arasında değişen bir oranın intihar ederek öldüğü bulunmuştur. Türkiye'de yapılan bir araştırmada depresyon ile intihar olasılığı arasında 0.72 oranında bir ilişki olduğu ve depresyonun intihar olasılığının %53 düzeyinde yordadığı saptanmıştır. Depresif kişilerin, sosyal ilişkilerinin zayıflaması, kendi içine kapanması ve insanlar arası ilişkilerini sınırlamaya başlamasının, o kişinin intihar eğiliminin attığını gösteren önemli bir ipucu olduğu belirtilmektedir (14).

Ciddi depresyonu olan birçok depresif hastada intihar yatkınlığı yoktur. Diğer yandan sadece hafif ya da geçici depresyonu olan, hatta hiç depresyonu olmayan kişiler ciddi intihar girişiminde bulunabilir ya da intiharı başarılı bir şekilde tamamlayabilir. Bu durum bazılarını, intihar eğiliminin bağımsız bir durum olduğu sonucuna götürmektedir. İntiharın biyolojik belirleyicilerinin, depresyonu olanlarda, intihar yapan ancak birlikte bir tanısı olmayan hastalarda farklı görünmesi de bu durumu desteklemektedir (4).

Steinhausen HC ve ark'ının bir çalışmasında, intihar risk grubunda, psikolojik anormallikler olduğu, kontrol grubuyla karşılaştırıldığında açıkça görülmektedir. Madde kötüye kullanımları, depresif bozukluklar, fobiler, adolesan öncesi evrede, davranışsal veya duygusal bozukluklar geçirme ile intihar risklerinin arttığı görülmektedir (110).

İntihar girişiminde bulunanların çoğunun psikiyatrik profili, intiharı tamamlayanlarınkine birçok yönden benzer. İntihar eden ergenlerin hemen hepsinin bir psikiyatrik hastalığı vardır ya da daha önce bir psikiyatrik hastalık geçirmiştir. Çoğunlukla bu hastalık bir duygudurum bozukluğudur; sıklıkla bir davranım ya da anksiyete bozukluğu eş tanısı; daha az olarak da yeme bozukluğu eş tanısı vardır (4).

Tuisku V ve ark'ının yaptıkları bir çalışmada, 13-19 yaş arası 218 ayakta

tedavi gören ergen hastanın yarısı intihar düşüncesi ya da davranışı bildirmiştir. Komorbid duygudurum bozukluğu olan ve olmayan grup arasında intihar davranışına yatkınlık açısından bir fark olmadığı bulunmuştur. Sonuç olarak, komorbiditesi olsun veya olmasın, depressif mood bozukluğunun intihar düşüncesi ve teşebbüsü ile ilişkili olduğu bulunmuştur (109).

Bu çalışmada da M. Depresif Bozukluk tanısını alan hastaların oranı, %55.7 gibi yüksek bir rakam çıkmıştır. Bu da bize intiharı önleme çalışmaları konusunda, M. Depresif Bozukluğun tedavisinin, pratisyen hekimler seviyesinden başlamak üzere, etkin bir şekilde yapılması ve depresyonla ilgili koruyucu sağlık hizmetlerinin önemini göstermektedir.

Ülkemizde yapılan intihar girişimi olan hastalarda yapılan çalışmalarda, intihar girişimi yöntemi olarak ilk sırayı ilaç almaktadır. Van ilinde intihar girişiminde bulunanlarla yapılmış bir çalışmada da ilaç, tarım ilacı veya fare zehiri gibi diğer kimyasal madde içerenlerin oranı %92.3, yüksekten atlama yöntemi ise %7.7 çıkmıştır (14). Yapılan bu çalışmada ise kullanılan intihar yöntemleri, en çok kimyasal madde - ilaç içmek (%94.5), ası (%2.2), Kesi (%1.1) ve diğer yöntemler (%2.2) olarak tespit edilmiştir. Her iki çalışma sonuçlarının birbirleriyle örtüştüğü görülmektedir.

Türkiye genelinde Devlet İstatistik Enstitüsü verilerine göre, tamamlanmış intiharlarda (ölümle sonuçlanan intiharlar) ise ilk sırada %41.64 ası yöntemi, %25.71 ile ateşli silah yöntemi ve %15.93 ile de kimyevi madde yöntemi sıralanmaktadır (14). Bu araştırmada ise, intiharla ölüm oranları değil de, intihar girişimine ilişkin veriler bulunmaktadır. Bu nedenle bu sonuçların karşılaştırılması uygun olmayabilir.

Bütün çalışma sonuçlarından anlaşılmaktadır ki, intihar girişiminde seçilen yöntem, en kolay ve çabuk elde edilebilen bir araçla gerçekleştirilmektedir (14). Bu nedenle intiharların önüne geçilebilmesi için kolay bulunan zehirleyici ve benzeri ilaçların kolayca sağlanmasının önüne geçilmesi, ateşli silahlara ulaşılmasının zorlaştırılması gibi önlemler faydalı olabilir.

Türkiye'deki intiharların en önemli nedeni, hastalık olarak görülmektedir. İntihar nedenlerinden aile geçimsizliği ve geçim zorluğu 2. ve 3. sırada yer almaktadır. Öğrenim başarısızlığı ise intihar nedenleri, arasında en düşük orana sahiptir. DİE İntihar İstatistikleri 1998 verileri doğrultusunda, nedene göre intihar yüzdeleri şöyledir: Hastalık %31,59, aile geçimsizliği %26,56, geçim zorluğu %14,66, hissi ilişki ve istediği ile evlenememe %13,07, ticari

başarısızlık %6,03, öğrenim başarısızlığı %4,18 ve diğerleri %3,91'dir (14,18,19). Bu çalışmada da 90 deneğin 88'ine (%97.7'si) herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı konulmuş olması, DİE'nin verileriyle benzeştiğini göstermektedir. Psikiyatrik hastalık risk faktörünü en aza indirmek için, pratisyen hekim bazında koruyucu sağlık hizmetleri yoğunlaştırılmalıdır.

Çalışmamızda, herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı alan kişi oranı %97.7, ancak psikiyatrik tedavi öyküsü olanların oranı ise sadece %12.2 çıkmıştır. Son bir yıl içinde dış hekimi ve psikiyatrist hariç herhangi bir hekime başvuranların oranı ise %66.2 çıkmıştır. Bu sonuçlar bize, kaynağı psikiyatrik bozukluk olup, ancak çeşitli bedensel belirtilerle herhangi bir hekime giden insanların yeterince ruhsal hastalıklarının tanınmadığını ve dolayısıyla etkin tedavi edilmediklerini göstermektedir. Netice itibariyle, ruhsal hastalığı bulunan kişilerin, daha psikiyatriste gelmeden önce hekimleri tarafından tanınması, yapılabilirse etkin tedavilerinin yapılması; yapılamıyorsa en kısa zamanda bir psikiyatriste sevklerinin yapılması zorunluluğu ortaya çıkmaktadır. Bunun için, çalışmamız sonucunda da çıkan, intihara sevkeden en sık rastlanan psikiyatrik bozukluklar olan M. Depresif Bozukluk (%55.7) ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu (%14.1) hastalıklarıyla ilgili hekimlere özel eğitimler verilmelidir.

Evlilerin intihar girişimi oranlarının, bekarlara oranla daha düşük olması, evliliğin genel olarak intihara karşı güçlü bir koruyucu olduğunu düşündürmektedir (118). Bu çalışmada da, intihar girişiminde bulunanlar medeni durumlarına göre bakıldığında bekarlar %61.2, evliler %32,2, dul kişiler %2.2, boşanmışların ise %4.4 oldukları görülmektedir. Bu sonuçlar genel olarak yapılmış çalışmaların sonuçlarıyla örtüşmektedir. Bu bulgular, toplum olarak, evlilik müessesinin önemsenmesi ve güçlendirilmesi gerektiğini hatırlatmaktadır.

Cinsel travmalar da intihar riskini arttıran faktörlerden birisidir. Bununla ilgili olarak Çin'in Henan Bölgesinde çocuk cinsel istismarının ergen kızlar üzerindeki mutsuzluk, intihar ve riskli davranışlarla olan ilişkisi ile ilgili bir çalışma yapılmış. Bu çalışmanın amacı, Çin'deki çocuk cinsel istismarının sıklığı ve ruh sağlığı üzerine olan muhtemel etkileri ve ergen kızlardaki riskli davranışların ortaya çıkarılmasıdır. 351 ortaöğretimde okuyan kız öğrenci üzerinde yapılan araştırma sonucunda %21'i bir şekilde 16 yaş öncesinde cinsel istismara maruz kaldığını belirtmiştir. Bunlardan

%14'ünün fiziksel temas şeklinde olduğu belirtilmiştir. Çocuk cinsel istismarının, ailenin eğitim durumu, kardeşin olup olmaması ya da kırsal alan veya şehirde oturmak ya da oturmamakla ilişkili olmadığı bulunmuştur. Fiziksel temasın olduğu cinsel istismarlarda, depresyon, mutsuzluk, intihar dűřüncesi ve planı, alkol ve sigara kullanımı, kavgacılık ve cinsel ilişkiye girme oranlarının yüksek olduğu gözlenmiştir. Sonuç olarak, bu bulgular Çin'deki cinsel istismara maruz kalan ergen kızların davranış biçimlerinin diğer birçok batı ülkelerindekine benzer şekilde ortaya çıktığı bulunmuştur (108).

Bu çalışmada da, istismar öyküsü sonuçları anlamlı çıkmıştır. Duygusal istismara uğrayanlar %23.3, fiziksel istismara uğrayanlar %8.9, cinsel istismara uğrayanlar ise %2.2 olarak bulunmuştur. Sonuçlar, yukarıdaki çalışmaların oranları kadar yüksek çıkmamış olsa da, duygusal, fiziksel ya da cinsel istismarların intihar girişiminde risk faktörü olarak rol aldığını düşündürmektedir.

## 6.SONUÇ

İntihar girişiminin kadınlarda daha fazla görülmesi, intihar için en önemli risk faktörleri arasında olan M. Depresif Bozukluğun, kadınlarda daha sık görülmesine yordandırabilir. Bu nedenle depresyonun sadece psikiyatristlerce değil, diğer hekimlerce de atlanmaması, tanınması ve mümkünse tedavi edilmesi, mümkün değilse bir psikiyatriste yönlendirilmesi büyük önem taşımaktadır.

İntihar girişimlerinin genç nüfusta daha belirgin olduğu görülmüştür (bu çalışmada %77.8'i 16 – 35 yaş arasında). Bu da intiharı önleme çalışmalarında, primer hedef kitlenin genç nüfus olduğunu göstermektedir.

İntihar girişiminde bulunanların eğitim düzeylerine bakıldığında eğitimsizler ve ilköğretim mezunlarının toplam oranı %86.7 gibi çok yüksek bir değer oluşturmaktadır. Bu da muhtemelen sorun çözme becerisinin bu kesimde yetersiz olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar, intiharı önleme stratejilerinden en önemlilerinden birisinin, eğitim düzeyinin yükseltilmesi ve sorun çözme becerilerinin geliştirilmesi olduğunu ortaya çıkarmaktadır.

Bu çalışmada meslek kategorilerine göre, ev kızı - ev hanımı oranı %76.8 oranında bulunmuştur. Bu farklılık, kültürel özelliklerin de etkisiyle, kadınların yeterince sosyal ortamda ve değişik uğraşlarda bulunmamasından, ev içinde devamlı sorunlarıyla karşı karşıya kalmasından ve ekonomik bağımsızlıklarının olmamasından kaynaklanıyor olabilir. Dolayısıyla ev kızı - ev hanımlarının sorunlarına yönelik ve özellikle depresyon ve anksiyete bozuklukları ile ilgili aydınlatıcı programların, yerel veya ulusal radyo ve televizyonlarca işlenmesi, intiharı önleme konusunda faydalı olacaktır.

Bu çalışmada Major Depresif Bozukluk tanısını alan hastaların oranı, %55.7 gibi yüksek bir rakam çıkmıştır. Bu da bize, intiharı önleme çalışmaları konusunda, Major Depresif Bozukluğun tedavisinin, pratisyen hekimler seviyesinden başlamak üzere, etkin bir şekilde yapılması ve depresyonla ilgili koruyucu sağlık hizmetlerinin önemini göstermektedir.

İntiharı önleme programlarının başlarında yer alan, ateşli silah edinme

yollarının denetim altında tutulması, üzerinde durulması gereken konuların en önemlileri arasındadır. Ayrıca eczaneden ilaç alımında sınırlama ve düzenleme getirilmesi ve tüm ilaçların hekim reçetesi kontrolünde tüketilmesi önem taşımaktadır. Yine intihar girişimi yöntemleri arasında en sık görülen kimyasal madde – ilaç alımını (bizim çalışmamızda %94.5 çıkmıştı) en aza indirmek için, ev ortamlarında daha güvenli ve ulaşılması daha zor yerlerde bulundurulması hususunda eğitim verilmelidir.

Çalışmamızda, herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı alan kişi oranı %97.7, ancak psikiyatrik tedavi öyküsü olanların oranı ise sadece %12.2 çıkmıştır. Son bir yıl içinde diğ hekimi ve psikiyatrist hariç herhangi bir hekime başvuranların oranı ise %66.2 çıkmıştır. Bu sonuçlar bize, kaynağı psikiyatrik bozukluk olup, ancak çeşitli bedensel belirtilerle herhangi bir hekime giden insanların yeterince ruhsal hastalıklarının tanınmadığını ve dolayısıyla etkin tedavi edilmediklerini göstermektedir. Netice itibarıyla, ruhsal hastalığı bulunan kişilerin, daha psikiyatriste gelmeden önce, ilgili hekimleri tarafından tanınması, yapılabiliriyorsa etkin tedavilerinin yapılması; yapılamıyorsa en kısa zamanda bir psikiyatriste sevklerinin yapılması zorunluluğunu ortaya çıkarmaktadır. Bunun için de, çalışmamız sonucunda da çıkan, intihara sevkeden en sık rastlanan psikiyatrik bozukluklar olan M. Depresif Bozukluk (%55.7) ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu (%14.1) gibi psikiyatrik hastalıklarla ilgili hekimlere özel eğitimler verilmelidir.

Evlilerin intihar girişimi oranlarının, bekarlara oranla daha düşük olması, evliliğin genel olarak intihara karşı güçlü bir koruyucu olduğunu düşündürmektedir. Bu çalışmada da, medeni durumlarına göre bekarlar %61.2, evliler %32,2, dul kişiler %2.2, boşanmışların ise %4.4 oldukları görülmektedir. Bu bulgular, toplum olarak, evlilik müessesinin önemsenmesi ve güçlendirilmesi gereğini hatırlatmaktadır.

Son olarak; bütün bu çalışmaların tek tek bazı kurum, kuruluş veya kişilerce yürütülmesi yeterli görünmemektedir. Olaya geniş ve toplumsal açıdan bakılması gerekmektedir. Uygulamalar, sağlık bakanlığınca koordine edilerek, aile, sivil toplum örgütleri, okul, işyeri ve ilgili kuruluşlar düzeyinde, planlı bir şekilde yürütülmelidir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Köroğlu E, Güleç C. Psikiyatri Temel Kitabı. 2. baskı, Ankara; Hekimler Yayın Birliği (HYB). 2007; 556, 560
2. Odağ C. İntihar (İntihar) tanım – kuram – sağaltım. İzmir; İzmir Psikiyatri Derneği. 1995; 3
3. Soykan Aysev A, Işık Taner Y. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. İstanbul Golden Print. 2007; 856
4. Kaplan Harold I, Sadock BJ, Sadock VA. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Eighth Ed. 2005; Suicide: Howard S. Sudak, 2442-2453. Depressive Disorders and Suicide in Children and Adolescents: David Shaffer, 3262-3273
5. Nock MK, Kessler RC. Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: analysis of the National Comorbidity Survey. J Abnorm Psychol. 2006 Aug; 115 (3): 616-23.
6. Kreitman N. Can suicide and parasuicide be prevented? J R Soc Med. 1989 November; 82(11): 648–652.
7. Stack S. Emile Durkheim and altruistic suicide. Arch Suicide Res. 2004; 8(1): 9-22.
8. Altındağ A, Özdemir B, Yanık M. Şanlıurfa 'da ateşli silahla intiharlar. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005; 6: 240-244.
9. Dervic K, Friedrich E, Prosquill D, Kaputsa ND, Lenz G, Sonneck G, Friedrich MH. Suicide among Viennese minors, 1946-2002. Wien Klin Wochenschr. 2006 Apr;118(5-6):152-9.
10. Parret G, Abudureheman A, Perret-Catipovic M, Flomenbaum M, La Harpe R. Suicides in the young people of Geneva, Switzerland, from 1993 to 2002. J Forencis Sci. 2006 Sep;51(5): 1169-73.



11. Bose A, Konradsen F, John J, Suganthy P, Muliylil J, Abraham S. Mortality rate and years of life lost from unintentional injury and suicide in South India. *Top Med Int Health*. 2006 Oct; 11 (10): 1553-6.
12. Bray I, Gunnel D. Suicide rates, life satisfaction and happiness as markers for population mental health. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006 May; 41 (5): 333-7. Epub 2006 Mar 25.
13. Henderson R, Stark C, Humpry RW, Selvaraj S. Changes in Scottish suicide rates during the Second World War. *BMC Public Health*. 2006 Jun 23;6:167.
14. Seydioğlu M. İntihar Girişiminde Bulunan Kişilerin Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi, Depresyon ve Sosyal Destek Algısı Açısından Değerlendirilmesi. Y.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Van, 2002; 24-25.
15. Ayhan N. Ülkemizde İntihar Verilerinin Toplanması ve Derlenmesi, Kavramlar, Yöntemler ve Zaman Serileri, *Kriz Dergisi*. 1996; 4, 1, 23-33.
16. Dilsiz A, Dilsiz F, Ökten N. İntihar Davranışı I. Demografik Özellikler ve Risk Faktörleri. *İzmir SSK Tepecik Hastanesi Dergisi*. 1992; 2,3.
17. Bertan M, Güler Ç. Halk Sağlığı (Temel Bilgiler). Ankara; Güneş Kitabevi 1995; Toplum Ruh Sağlığı Açısından Psikiyatrik Epidemiyoloji. Güleç C. 450-451.
18. DİE. İntihar İstatistikleri. Ankara. Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası. 1998. Yayın No: 2294.
19. Suvarlı MK. Çocuklarda ve Adölesan Çağında İntihar: Araştırmalar, Önlemler ve Çözüm Önerileri, *Kriz Dergisi*, 1995; 3, 1-2, 75-87.
20. Favcett C. Predictors of early suicide : Identification and appropriate intervention . *J Clin Psychiatry*. 1998; 49 (suppl): 7-8.
21. Foley DL, Goldston DB, Costello EJ, Angold A. Proximal psychiatric risk factors for suicidality in youth: the Great Smoky Mountains Study. *Arch Gen Psychiatry*. 2006 Sep; 63 (9): 1017-24.
22. Maser JD, Akiskal HS, Schettler P, Scheftner W, Mueller T, Endicott J, Solomon D, Clayton P. Can temperament identify affectively ill patients who engage in lethal or near-lethal suicidal behavior? A 14-year

- prospective study. *Suicide Life Threat Behav.* 2002 Spring; 32 (1): 10-32.
23. Laget J. Depression and suicidal risk in adolescents: detection, evaluation and management. *Schweiz Rundsch Med Prax.* 2000 Jan 6;89 (1-2): 32-8.
  24. Nemeroff CB, Compton MT, Berger J. The depressed suicidal patient. Assessment and treatment. *Ann N Y Acad Sci.* 2001 Apr;932: 1-23.
  25. Szanto K, Mulsant BH, Houck P, Dew MA, Reynolds CF 3rd. Occurrence and course of suicidality during short-term treatment of late-life depression. *Arch Gen Psychiatry.* 2003 Jun; 60 (6): 610-7.
  26. Tarrier N, Gregg L. Suicide risk in civilian PTSD patients – predictors of suicidal ideation, planning and attempts. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004 Aug; 39 (8): 655-61.
  27. Yoshimasu K, Sugahara H, Tokunaga S, Akamine M, Kondo T, Fujisawa K, Miyashita K, Kubo C. Gender differences in psychiatric symptoms related to suicidal ideation in Japanese patients with depression. *Psychiatry Clin Neurosci* 2006 Oct; 60 (5): 563-9.
  28. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA.* 2001 Dec 26; 286 (24): 3089-96.
  29. Nichel MK, Simek M, Lojewski N, Muehlbacher M, Fartacek R, Kettler C, Bachler E, Egger C, Rother N, Buschmann W, Gil FP, Kaplan P, Mitterlehner FO, Anvar J, Rother WK, Loew TH, Nickel C. Familial and sociopsychopathological risk factors for suicide attempt in bulimic and in depressed women: prospective study. *Int J Eat Disord.* 2006 Jul; 39 (5): 410-7.
  30. Zametkin AJ, Alter MR, Yemini T. Suicide in teenagers: assessment, management, and prevention. *JAMA.* 2001 Dec 26; 286 (24): 3120 - 5.
  31. Egeland JA, Susser JN. Suicide and family loading for affective disorders. *JAMA.* 1985 Aug 16; 254 (7): 915-8.

32. Roy A, Rylander G, Sarchiapone M. Genetics of suicides. Family studies and molecular genetics. *Ann N Y Acad Sci.* 1997 Dec 29; 836: 135-57.
33. Roy A, Nielsen D, Rylander G, Sarchiapone M, Segal N. Genetics of suicide in depression. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 Suppl 2: 12-7; discussion 18-20, 113-6.
34. Tamosiunas A, Reklaitiene R, Virviciute D, Sopagiene D. Trends in suicide in a Lithuanian urban population over the period 1984-2003. *BMC Public Health.* 2006 Jul 13;6: 184.
35. Kposowa AJ, McElvain JP. Gender, place, and method of suicide. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006 Jun; 41(6): 435-43. Epub 2006 Mar 25.
36. Holinger PC, Offer D. Prediction of adolescent suicide: a population model. *Am J Psychiatry.* 1982 Mar; 139 (3): 302-7.
37. Sudak HS, Ford AB, Rushforth NB. Adolescent suicide: an overview. *Am J Psychother.* 1984 Jul; 38(3): 350-63.
38. Rockett IR, Samora JB, Coben JH. The black-white suicide paradox: possible effects of misclassification. *Soc Sci Med.* 2006 Oct;63(8): 2165-75. Epub 2006 Jul 14
39. Abe K, Mertz KJ, Powell KE, Hanzlick RL. Characteristics of black and white suicide decedents in Fulton County, Georgia, 1988-2002. *Am J Public Health.* 2006 Oct; 96(10): 1794-8.
40. Salib E, Cortina-Borja M. Effect of month of birth on the risk of suicide. *Br J Psychiatry.* 2006; Dec; 189; 567-8; author reply 568.
41. Pompili M, Rinaldi G, Lester D, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R. Hopelessness and suicide risk emerge in psychiatric nurses suffering from burnout and using specific defense mechanisms. *Arch Psychiatr Nurs.* 2006; Jun; 20(3): 135-43.
42. Sato R, Kawanishi C, Yamada T, Hasegawa H, Ikeda H, Kato D, Furuno T, Kishida I, Hirayasu Y. Knowledge and attitude towards suicide among medical students in Japan: preliminary study. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2006; Oct; 60 (5): 558-62.

43. Pratt D, Piper M, Appleby L, Webb R, Shaw J. Suicide in recently released prisoners: a population-based cohort study. *Lancet*. 2006 Jul; 368 (9530): 119-23.
44. de Graaf R, Sandfort TG, ten Have M. Suicidality and sexual orientation: differences between men and women in a general population-based sample from the Netherlands. *Arch Sex Behav*. 2006 Jun; 35(3): 253-62. Epub 2006 Jun 24.
45. Hidaka Y, Operario D. Attempted suicide, psychological health and exposure to harassment among Japanese homosexual, bisexual or other men questioning their sexual orientation recruited via the internet. *J Epidemiol Community Health*. 2006 Nov; 60 (11): 962-7.
46. Eisenberg ME, Resnick MD. Suicidality among gay, lesbian and bisexual youth: the role of protective factors. *J Adolesc Health*. 2006 Nov; 39 (5): 662–8. Epub 2006 Jul 10.
47. Axelrod J. Journey of a late blooming biochemical neuroscientist. *J Biol Chem*. 2003 Jan; 3; 278(1): 1-13. Epub 2002 Oct 31
48. Purselle DC, Nemeroff CB. Serotonin Transporter: A Potential Substrate in the Biology of Suicide. *Neuropsychopharmacology* (2003) 28, 613-619.
49. Nemeroff CB, Owens MJ, Bissette G, Andorn AC, Stanley M. Reduced corticotropin releasing factor binding sites in the frontal cortex of suicide victims. *Arch Gen Psychiatry*. 1988 Jun;45(6): 577-9.
50. Emery PE. Adolescent depression and suicide. *Adolescence*. 1983 Summer;18(70): 245-58.
51. Anuradha B, Flemming K, Jacob J, Pearline S, Jayaprakash M, Sulochana A. Mortality rate and years of life lost from unintentional injury and suicide in South India. *Tropical Medicine & International Health*. 2006 Oct;11(10): 1553-6.
52. Newport DJ, Stowe ZN, Nemeroff CB. Parental depression: animals models of an adverse life event. *Am J Psychiatry*. 2002 Aug; 159 (8): 1265-83.

53. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry*. 1999 Feb;156(2): 181-9.
54. Beck AT, Brown GK, Steer RA, Dahlsgaard KK, Grisham JR. Suicide ideation at its worst point: a predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. *Suicide Life Threat Behav*. 1999 Spring;29(1): 1-9.
55. Reinherz HZ, Tanner JL, Berger SR, Beardslee WR, Fitzmaurice GM. Adolescent suicidal ideation as predictive of psychopathology, suicidal behavior, and compromised functioning at age 30. *Am J Psychiatry*. 2006 Jul;163(7): 1226-32.
56. Strauss JL, Calhoun PS, Marx CE, Stechuchak KM, Oddone EZ, Swartz MS, Butterfield MI. Comorbid posttraumatic stress disorder is associated with suicidality in male veterans with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Schizophr Res*. 2006 May; 84(1): 165-9. Epub 2006 Mar 29.
57. Melle I, Johannesen JO, Friis S, Haahr U, Joa I, Larsen TK, Opjordsmoen S, Rund BR, Simonsen E, Vaglum P, McGlashan T. Early detection of the first episode of schizophrenia and suicidal behavior. *Am J Psychiatry*. 2006 May;163(5): 800-4.
58. Clarke M, Whitty P, Browne S, Mc Tigue O, Kinsella A, Waddington JL, Larkin C, O'Callaghan E. Suicidality in first episode psychosis. *Schizophr Res*. 2006 Sep;86(1-3): 221-5. Epub 2006 Jul 17.
59. Acosta FJ, Aguilar EJ, Cejas MR, Gracia R, Caballero-Hidalgo A, Siris SG. Are there subtypes of suicidal schizophrenia? A prospective study. *Schizophr Res*. 2006 Sep;86(1-3): 215-20. Epub 2006 Jul 13.
60. Hellerstein D, Frosch W, Koenigsberg HW. The clinical significance of command hallucinations. *Am J Psychiatry*. 1987 Feb;144(2): 219-21.
61. McGirr A, Tousignant M, Routhier D, Pouliot L, Chawky N, Margolese HC, Turecki G. Risk factors for completed suicide in schizophrenia and other chronic psychotic disorders: a case-control study. *Schizophr Res*. 2006 May; 84(1): 132-43.
62. Measey MA, Li SQ, Parker R, Wang Z. Suicide in the Northern Territory, 1981-2002. *Med J Aust*. 2006 Sep 18;185(6): 315-9.

63. Clarke DE, Colantonio A, Rhodes A, Conn D, Heslegrave R, Links P, van Reekum R. Differential experiences during the holocaust and suicidal ideation in older adults in treatment for depression. *J Trauma Stress*. 2006 Jun;19 (3): 417-23.
64. Phillips KA, Menard W. Suicidality in body dysmorphic disorder: a prospective study. *Am J Psychiatry*. 2006 Jul;163(7): 1280-2.
65. Fliege H, Kocalevent RD, Walter OB, Beck S, Gratz KL, Gutierrez PM, Klapp BF. Three assessment tools for deliberate self-harm and suicide behavior: evaluation and psychopathological correlates. *J Psychosom Res*. 2006 Jul;61(1): 113-21.
66. Edwards RR, Smith MT, Kudel I, Haythornthwaite J. Pain-related catastrophizing as a risk factor for suicidal ideation in chronic pain. *Pain*. 2006 Dec 15;126(1-3): 272-9. Epub 2006 Aug 22.
67. Turner AP, Williams RM, Bowen JD, Kivlahan DR, Haselkorn JK. Suicidal ideation in multiple sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil*. 2006 Aug;87(8): 1073–8.
68. Baker GA. Depression and suicide in adolescents with epilepsy. *Neurology*. 2006 Mar 28;66(6 Suppl 3): 55-12.
69. Cankurtaran EŞ, Uluğ B, Saygı S. Epilepsiye Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2004; 14: 97-106.
70. Schairer C, Brown LM, Chen BE, Howard R, Lynch CF, Hall P, Storm H, Pukkala E, Anderson A, Kaijser M, Andersson M, Joensuu H, Fossa SD, Ganz PA, Travis LB. Suicide after breast cancer: an international population-based study of 723,810 women. *J Natl Cancer Inst*. 2006 Oct 4;98(19): 1416-9.
71. Goldstein BI, Levitt AJ. Is current alcohol consumption associated with increased lifetime prevalence of major depression and suicidality? Results from a pilot community survey. *Compr Psychiatry*. 2006 Sep-Oct; 47 (5): 330-3.
72. Preuss UW, Koller G, Barnow S, Eikmeier M, Soyka M. Suicidal behavior in alcohol-dependent subjects: the role of personality disorders. *Alcohol Clin Exp Res*. 2006 May;30(5): 866-77.

73. Hendin H, Foley K, White M. Physician-assisted suicide: reflections on Oregon's First case. *Issues Law Med.* 1998 Winter;14 (3): 243-70.
74. Hendin H, Lipschitz A, Maltzberger JT, Haas AP, Wynecoop S. Therapists reactions to patients suicides. *Am J Psychiatry.* 2000 Dec; 157 (12): 2022-7.
75. Pokorny AD. Suicide prediction revisited. *Suicide Life Threat Behav.* 1993 Spring; 23 (1): 1-10.
76. Sublette ME, Hibbeln JR, Galfalvy H, Oquendo MA, Mann JJ. Omega-3 polyunsaturated essential fatty acid status as a predictor of future suicide risk. *Am J Psychiatry.* 2006 Jun; 163 (6): 1100-2.
77. Renaud J, Chagnon F, Balan B, Turecki G, McGirr A, Marquette C. Psychiatric services utilization in completed suicides of a youth centres population. *BMC Psychiatry.* 2006 Aug 23;6: 36.
78. Rowe JL, Conwell Y, Schulberg HC, Bruce ML. Social support and suicidal ideation in older adults using home healthcare services. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2006 Sep; 14(9): 758–66.
79. Tiet QQ, Ilgen MA, Byrnes HF, Moos RH. Suicide attempts among substance use disorder patients: an initial step toward a decision tree for suicide management. *Alcohol Clin Exp Res.* 2006 Jun;30(6): 998-1005.
80. Raue PJ, Brown EL, Meyers BS, Schulberg HC, Bruce ML. Does every allusion to possible suicide require the same response? *J Fam Pract.* 2006 Jul; 55 (7): 605-12.
81. Portzky G, van Heeringen K. Suicide prevention in adolescents: a controlled study of the effectiveness of a school-based psycho-educational program. *J Child Psychol Psychiatry.* 2006 Sep; 47(9): 910-8.
82. McKeown RE, Cuffe SP, Schulz RM. US suicide rates by age group, 1970-2002: an examination of recent trends. *Am J Public Health.* 2006 Oct;96(10):1744-51.
83. Dervic K, Oquendo MA, Currier D, Grunebaum MF, Burke AK, Mann JJ. Moral objections to suicide: Can they counteract suicidality in patients with cluster B psychopathology? *J Clin Psychiatry.* 2006 Apr; 67(4): 620-5.
84. Berg AM, Hem E, Lau B, Ekeberg O. Help-seeking in the Norwegian Police Service. *J Occup Health.* 2006 May; 48 (3): 145-53.

85. Drew BL, Jones SL, Meldon SW, Varley JD. Emergency department visits for suicidality in three hospitals. (39) Arch Psychiatr Nurs. 2006 Jun;20(3): 117-25.
86. Johansson L, Lindqvist P, Eriksson A. Teenage suicide cluster formation and contagion: implications for primary care. BMC Fam Pract. 2006 May 17; 7:32.
87. Yeates C. Management of Suicidal behavior in the elderly. Psychiatric Clinics of North America, Volume 20, Issue 3, 1 September 1997, Pages 667-683 (Abstr.)
88. Tondo L, Albert MJ, Baldessarini RJ. Suicide rates in relation to health care access in the United States: an ecological study. J Clin Psychiatry. 2006 Apr;67(4): 517-23.
89. Appelbaum PS. Law & psychiatry: "depressed? Get out!": dealing with suicidal students on college campuses. Psychiatr Serv. 2006 Jul; 57(7): 914-6.
90. Starkuviene S, Kalediene R, Petrauskiene J. Epidemic of suicide by hanging in Lithuania: does socio-demographic status matter? Public Health. 2006 Aug;120 (8): 769-75. Epub 2006 Jul 7.
91. Duberstein PR, Conwell Y, Seidlitz L, Denning DG, Cox C, Caine ED. Personality traits and suicidal behavior and ideation in depressed inpatients 50 years of age and older. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2000 Jan; 55 (1): P18-26.
92. Erlangsen A, Zarit SH, Tu X, Conwell Y. Suicide among older psychiatric inpatients: an evidence-based study of a high-risk group. Am J Geriatr Psychiatry. 2006 Sep; 14(9): 734-41.
93. Juurlink DN, Mamdani MM, Kopp A, Redelmeier DA. The risk of suicide with selective serotonin reuptake inhibitors in the elderly. Am J Psychiatry. 2006 May; 163 (5): 813-21.
94. Gandhi SG, Gilbert WM, McElvy SS, El Kady D, Danielson B, Xing G, Smith LH. Maternal and neonatal outcomes after attempted suicide. Obstet Gynecol. 2006 May; 107 (5): 984-90.
95. Schiff MA, Grossman DC. Adverse perinatal outcomes and risk for postpartum suicide attempt in Washington state, 1987-2001. Pediatrics. 2006 Sep; 118 (3):e669-75.



96. Simon RI. The suicide prevention contract: clinical, legal, and risk management issues. *J Am Acad Psychiatry Law*. 1999;27(3): 445-50.
97. Geddes JR, Burgess S, Hawton K, Jamison K, Goodwin GM. Long-Term Lithium Therapy for Bipolar Disorder: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Am J Psychiatry*, February 2004 161: 217-222.
98. Meltzer HY, Okayli G. Reduction of suicidality during clozapine treatment of neuroleptic-resistant schizophrenia: impact on risk-benefit assessment. *Am J Psychiatry*. 1995 Feb; 152 (2): 183-90.
99. Linehan MM, Tutek DA, Heard HL, Armstrong HE. Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *Am J Psychiatry*. 1994 Dec;151(12): 1771-6.
100. Shields LB, Hunsaker DM, Hunsaker JC 3rd. Adolescent and young adult suicide: a 10-year retrospective review of Kentucky Medical Examiner cases. *J Forensic Sci*. 2006 Jul; 51 (4): 874-9.
101. Park HS, Schepp KG, Jang EH, Koo HY. Predictors of suicidal ideation among high school students by gender in South Korea. *J Sch Health*. 2006 May; 76 (5): 181-8.
102. Vinnerljung B, Hjern A, Lindblad F. Suicide attempts and severe psychiatric morbidity among former child welfare clients--a national cohort study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006 Jul; 47 (7): 723-33.
103. Aleck O, Stefania M, James T, James D, Ruth H, Lisa C, Amber L, Clyde H. The impact of fathers' physical and psychosocial work conditions on attempted and completed suicide among their children. *BMC Public Health*. 2006 Mar 27; 6: 77.
104. Connor JJ, Rueter MA. Parent-child relationships as systems of support or risk for adolescent suicidality. *J Fam Psychol*. 2006 Mar; 20(1): 143-55.
105. Mitchell AM, Wesner S, Brownson L, Gale DD, Garand L, Havill A. Effective communication with bereaved child survivors of suicide. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2006 Aug; 19 (3): 130-6.
106. Engqvist U, Rydelius PA. Death and suicide among former child and adolescent psychiatric patients. *BMC Psychiatry*. 2006 Nov 2; 6: 51.

107. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, Flory M. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry*. 1996 Apr; 53 (4): 339-48.
108. Chen J, Dunne MP, Han P. Child sexual abuse in Henan province, China: associations with sadness, suicidality, and risk behaviors among adolescent girls. *J Adolesc Health*. 2006 May; 38 (5): 544-9.
109. Tuisku V, Pelkonen M, Karlsson L, Kiviruusu O, Holi M, Ruutu T, Punamaki RL, Marttunen M. Suicidal ideation, deliberate self-harm behaviour and suicide attempts among adolescent outpatients with depressive mood disorders and comorbid axis I disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2006 Jun; 15 (4): 199-206.
110. Steinhausen HC, Bosiger R, Metzke CW. Stability, correlates, and outcome of adolescent suicidal risk. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006 Jul; 47 (7): 713-22.
111. Rodriguez-Cano T, Beato-Fernandez L, Llarío AB. Body dissatisfaction as a predictor of self-reported suicide attempts in adolescents: a Spanish community prospective study. *J Adolesc Health*. 2006 Jun; 38 (6): 684-8.
112. Nickel C, Simek M, Moleda A, Muehlbacher M, Buschmann W, Fartacek R, Bachler E, Egger C, Rother WK, Loew TH, Nickel MK. Suicide attempts versus suicidal ideation in bulimic female adolescents. *Pediatr Int*. 2006 Aug; 48 (4): 374-81.
113. Murray BL, Wright K. Integration of a suicide risk assessment and intervention approach: the perspective of youth. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2006 Apr; 13 (2): 157-64.
114. Olfson M, Marcus SC, Shaffer D. Antidepressant drug therapy and suicide in severely depressed children and adults: A case-control study. *Arch Gen Psychiatry*. 2006 Aug; 63 (8): 865-72.
115. Beck AT, Ward CH, Mendelson M ve ark. (1961) An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4:561-571.
116. Hisli N (1989) Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 7:3-13.
117. Özer AK (1994) Sürekli Öfke (SL-ÖFKE) ve Öfke İfade Tarzı (ÖFKE-TARZ) ölçekleri ön çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 31:26-35.

- 118.** Bozkır F.İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerde Risk Etkenleri. Karadeniz Teknik Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Psikolojisi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Trabzon 2002; 28

**HARRAN ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA**

Dr.Mehmet ASOĞLU'nun hazırladığı “Şanlıurfa’da İntihar Girişimlerinin İlişkili Olduğu Risk Faktörleri” başlıklı tezi 10.12.2007 tarihinde jüri üyeleri tarafından değerlendirilerek **Psikiyatri** Anabilim Dalında Tıpta Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

**Jüri Başkanı**

Yrd.Doç.Dr.Mahmut KATI  
Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı

**ÜYE**

Prof.Dr.Akın İŞCAN  
Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı

**ÜYE**

Doç.Dr.Abdurrahman ALTINDAĞ  
Gaziantep Üniv.Tıp Fakültesi  
Psikiyatri Anabilim Dalı

**ÜYE**

Doç.Dr.M.Yaşar ÖZKUL  
Nöroloji Anabilim Dalı Başkanı

**ÜYE**

Yrd.Doç.Dr.Bçra ÖZDEMİR  
Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanı

**ONAY**

14/12/2007  
Prof. Dr. Ahmet KOÇ  
DEKAN