



Türk Psikoloji Yazıları
1999, 2(4) 43-72

Duygudurum Bozuklukları, Şizofreni Ve Alkol/Madde Bağımlılığında İntihar

Ayşegül Durak Batıgün*
Ankara Üniversitesi

Özet

İntihar eğilimi son yıllarda, özellikle de gençler arasında hızla artmaktadır. Buna paralel olarak konuya duyulan ilgi artmakta ve pek çok araştırma yapılmaktadır. Geçmiş çalışmalar incelendiğinde, intihar girişiminde bulunan ya da intihar eden bireylerin çoğunda ciddi psikiyatrik hastalık bulgularına rastlandığı görülmektedir. Bunlar arasında en sık rastlananlar; duygudurum bozuklukları, şizofreni ve alkol/madde bağımlılığıdır. Bu çalışmanın temel amacı, sözü edilen bu üç tanı kategorisi ile intihar arasındaki ilişkilerin ele alındığı çalışmaları gözden geçirmektir. Bu amaçla yurt içi ve yurt dışında yapılan ve pek çok araştırma ele alınarak değerlendirilmeye çalışılmıştır. Ayrıca, bu çalışma kapsamında, intiharın tanımı ve yaygınlığı, risk faktörleri ve intihar ile ruhsal hastalıklar arasındaki ilişkiler de gözden geçirilmiştir.

Anahtar sözcükler: İntihar, Duygudurum Bozuklukları, Şizofreni, Alkol/Madde Bağımlılığı

Application of Cognitive Behavioral Therapy to the Marital Problems

Abstract

Cognitive behavioral approach has become one of the most commonly employed methods in the treatment of marriage problems. Examination of the literature on this issue implies that although cognitive behavioral intervention has been commonly used in the treatment of general disorders like depression and anxiety, it has been underused in the treatment of marriage problems. However, the cognitive behavioral technique has been shown to be effective in the treatment of marital problems. The current article aims to review the recent literature regarding the cognitive behavioral marital therapy. In the following section, first, how cognitive therapy formulates the marital problem was presented, and then, fundamental techniques and the interventions used in the assessment of marital problems, and effectiveness of the intervention were reviewed.

Key Words: Marital Problems, Cognitive Behavioral Therapy, Interview with Partners

* Araştırma Görevlisi, Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih Coğrafya Fakültesi Psikoloji Bölümü, Sıhhiye/Ankara.

E-posta: ayse.caner@superonline.com

NOT: Yazının olgunlaşma aşamasındaki değerli önerileri ve katkıları nedeniyle Prof. Dr. Nesrin Şahin, Doç. Dr. Canan Sümer ve Doç. Dr. Belgin Ayvaşık'a teşekkür ederim.

İntihar davranışı, son yıllarda özellikle gençler arasında hızla yayılmaktadır. Gelişmiş ülkelerde giderek büyüyen bir sorun haline gelen bu olgunun çeşitli boyutlarda incelenmesinin gerek değerlendirme, gerekse önleme çalışmalarına katkıda bulunacağına inanılmaktadır. Bu amaçla, konuyu çeşitli boyutlarıyla ele alan çok sayıda çalışma yapılmış ve yapılmaktadır. Bu çalışmalar gözden geçirildiğinde, intihar girişiminde bulunan ya da intihar eden bireylerin pek çoğunda ciddi psikiyatrik hastalık bulgularına rastlandığı ya da kendilerine bu hastalıkların teşhisinin konduğu ve tedavi altında oldukları gözlenmektedir. Bunların genelde ne tür hastalıklar olduğuna bakıldığında ise duygudurum bozuklukları, alkol/madde bağımlılığı ve şizofreni gibi hastalıkların ilk sıraları aldığı gözlenmektedir. Buradan hareketle, bu üç tanı kategorisi ile intihar arasındaki bağlantıların bir arada ele alındığı bir çalışmanın, yurt dışı ve yurt içinde şimdiye dek neler yapılmış, hangi konular üzerinde sıklıkla durulmuş, neler eksik ya da yetersiz gibi sorulara yanıt aranmasında yararlı olacağı düşünülmüştür. Bu amaçla bu tarama yazısında, önce intihar ile ilgili genel bir giriş yapılmış, intiharın sınıflandırılması, yurt içi ve yurt dışındaki yaygınlığı üzerinde durularak ilgili istatistikler gözden geçirilmiştir. Yalnız yaşama, sosyal desteğin olmaması, umutsuzluk, ailede intihar girişiminin olması, evlilik ve iş sorunları, fiziksel hastalıklar vb. pek çok risk faktörü üzerinde tek tek durulmuştur. Ardından, intihar ile ruhsal hastalıklar arasındaki ilişkiler vurgulanarak, daha önce sözü edilen üç tanı kategorisi (duygudurum bozuklukları, alkol/

madde bağımlılığı ve şizofreni) ayrı ayrı ele alınmıştır. Herbir tanı kategorisinin önce tanımı yapılmış, ayrıntılı bilgiler verilmeye çalışılarak belirtileri, sınıflandırılması ve yaygınlıkları gibi genel bilgiler özetlenmiştir. Çalışmanın temel amacı ise, yukarıda adı geçen tanı kategorilerinin intihar ile olan ilişkilerini gözden geçirmektir. Bu amaçla, yurt içi ve yurt dışında yapılan çalışmalar ele alınarak değerlendirilmeye çalışılmıştır.

İntiharın Tanımı ve Yaygınlığı

İntihar kısaca “insanın kendini dünyadan ayırmak için bilinçli olarak yaptığı psikolojik bir davranış” olarak tanımlanabilir (TDK Sözlüğü, 1993). İntihar davranışlarını ilk olarak sınıflandıran kişi Durkheim’dir. Durkheim’a göre intihar, ölüme götürüleceğini bilerek, ölen kişi tarafından yapılan olumlu ya da olumsuz bir edimin doğrudan ya da dolaylı sonucu olan ölüm olayıdır. Durkheim intiharı sosyolojik bir fenomen olarak ele almış ve dinsel bağlılık, evlilik, aile yaşamı, siyasal ve ulusal bağlar gibi öğeler ile intihar olayları arasındaki bağları incelemiştir. İntihar olayının kalıtım, iklim ve ruhsal etkenlerle açıklanamayacağını, ancak toplumsal etmenlerle açıklanabileceğini vurgulamaktadır. Bunun kanıtı olarak da, her toplumun kendine özgü olan, görece durağan bir intihar oranı bulunduğunu göstermektedir (Durkheim, 1992).

İntihar davranışı çeşitli biçimlerde sınıflandırılmaktadır. Bu konuya açıklık getirmek amacıyla National Institute of Mental Health, tamamlanmış intihar (completed suicide), intihar

girişimi (attempted suicide) ve intihar düşüncesi (suicide ideation) olmak üzere üç temel terim belirlemiştir. Tamamlanmış intihar, istemli olarak kendine yönelik yapılan ve ölümle sonuçlanan tüm davranışları kapsar. İntihar girişimi, ölümle sonuçlanmayan, kendi yaşamına son vermeye yönelik davranıştır. Bu kategori, tamamlanmamış intihar (incomplete suicide), başarısız intihar (unsuccessful suicide), intihar ifadesi (suicide gesture), çelişkili girişim (ambivalent attempts) gibi, öldürücü olmayan davranışlar olarak sınıflandırılan davranışları kapsar (Pokorny, 1974). İntihar düşüncesi ise, intihar etmek için planların yapılması, bunun istenmesi, fakat gözlenebilen bir davranışın bulunmamasıdır (Beck, Kovacs ve Weissman, 1979).

Tanımı ve sınıflandırılması bu şekilde yapılan intihar olgusuna, çağlara ve toplumlara göre değişik yaklaşımlar söz konusudur. Tarihsel gelişimine bakıldığında Eski Yunan ve Roma uygarlıklarında konuya ahlaki bir sorun olarak yaklaşıldığı ve intiharın devlete karşı işlenmiş bir suç olarak nitelendirildiği görülmektedir. İlk hıristiyanlık döneminde din uğruna gerçekleştirilen intiharlara karşı çıkmamıştır. St. Augustina'nın (354-430), intiharı doğaya, topluma ve Tanrı'ya karşı işlenmiş bir suç olarak görmesinden sonra hıristiyanlık ve kilise de bu görüşü benimsemiştir (Çifter, 1990).

Konu ile ilgili ilk bilimsel psikolojik yaklaşım ise Freud tarafından ortaya atılmıştır. Freud aşlında intihar konusu ile doğrudan ilgilenmemiş, sadece intihar girişimi olan birkaç hastası üzerinden konu ile ilgili önemli bir perspektif sunmuştur. "Mourning and

Melancholia" (1917) adlı klasik eserinde, intiharın psikoanalitik açıklamasına değinmiştir. Bu eserde kişideki sadizmin, çöküntü hallerinde kişinin kendine çevrildiğini ve benliğin kendini ölüme terk ettiğini öne sürer (Berman ve Jobes, 1991).

İntihar oranlarının son yıllarda özellikle gençler arasında hızla artış gösterdiği gözlenmektedir. ABD'de 15-25 yaş arası gençlerin ölüm nedeni olarak intiharın 1950 yılında 5. sırayı, 1980 yılında 3. sırayı, 1989 yılında ise 2. sırayı aldığı görülmektedir (Dixon, Rumford, Heppner ve Lips, 1992). 1994 yılında, ABD'de 31.000'in üzerinde insanın kendini öldürdüğü belirtilmektedir (Metha, Weber ve Webb, 1998). Son 25 yıl içerisinde ise ergenler arasındaki intiharların % 300 oranında arttığı bildirilmektedir (Rotheram-Borus, Walker ve Ferns, 1996).

İntihar oranlarına cinsiyet açısından bakıldığında, ölümle sonuçlanan intiharların tüm ülkelerde, erkeklerde kadınlardan daha fazla olduğu görülür. Bu oran 2-3'e karşı 1 olarak gösterilmektedir (Diekstra, 1987). Roy (1995) ise yapılan çalışmalarda bu oranların 2'ye karşı 1 ile 7'ye karşı 1 arasında değiştiğini bildirmektedir. Ölümle sonuçlanmayan intihar girişimlerinde ise bu oran tersine dönmekte, kadınlar erkeklere kıyasla iki kat daha fazla girişimde bulunmaktadır (Bolger, Downey, Walker ve Staininger, 1989; Diekstra, 1987; Hawton, 1987).

Leenaars ve Lester (1990), Amerika'lı ve Kanada'lı ergenler üzerinde yaptıkları karşılaştırmalı bir çalışmada, ergen intiharlarının özellikle 15-19 yaş arasındaki erkek ergenlerde

önemli bir problem olduğunu belirtmektedirler. Genç erkeklerde intihar oranı kızlardan 5 kat daha fazladır. Araştırmacıların belirttiğine göre her iki cinsiyette de intihar oranı Kanada'da ABD'den daha yüksektir. İngiltere'de yapılan bir başka çalışmada 1975 ve 1984 yılları arasında erkeklerde görülen intiharlarda %30'luk bir artışın olduğu belirtilmektedir. Aynı dönem içerisinde kadınlarda görülen intihar oranlarında ise küçük bir artış söz konusudur. Erkeklerde gözlenen artışın özellikle 25-54 yaş arasında olduğu belirtilmektedir (McClure, 1987). Cinsiyetler arasında görülen bu farklılık, temel olarak, seçilen intihar yöntemlerinin cinsiyetlere göre farklılığı ile açıklanmaktadır. Erkekler genellikle yöntem olarak ateşli silahlar ve kendini asma gibi şiddet içeren ve daha öldürücü olan yöntemleri kullanırken, kadınlar yüksek dozda ilaç alma ya da yüksek bir yerden atlama gibi yöntemleri seçmektedirler (Roy, 1995; Shaffer ve Piacentini, 1995). Ayrıca intihar girişimi kayıtlarının birçoğu, hastaneye başvuran kadınlardan elde edilmektedir. Bazı araştırmalar sağlık merkezinde alıkonan erkekler arasında da intihar girişimlerinin görüldüğünü, eğer araştırma metodları bu alıkonan hastaları da kapsayacak şekilde ele alınırsa, intihar girişimindeki bu cinsiyetler arası farklılığın azalacağını belirtmektedirler (Garland ve Zigler, 1993).

Ateşli silahlar, tamamlanmış ihtiharlarda en çok kullanılan yöntemdir. Bunu ası ve zehirli gazlar izlemektedir. İntihar girişimlerinde ise yüksek dozda ilaç kullanımı hem kadınlar, hem de erkeklerde ortak olarak kullanılan yöntemdir (Murphy, 1987). New York'ta bir yıl içinde meydana gelen intiharların % 30'unun yüksek bir yerden atlama yöntemi ile gerçekleştiği belirtilmektedir. Bu yöntem ile intihar, son on yıldır New York'ta ilk sırayı almaktadır (Fischer, Comstock, Monk ve Sencer, 1993).

İntihar oranlarına ülkeler açısından bakıldığında, Dünya Sağlık Örgütü'nün 1987 verilerine göre Arap ülkelerinde intihar oranı oldukça düşüktür. Bu sonuç, Latin Amerika ülkeleri için de geçerlidir. Avustralya, ABD, Kanada gibi ülkelerde ise oldukça yüksek oranlarda görülmektedir (Diekstra, 1989; Diekstra, 1991). Ergenlerde intiharın yaşam boyu görülme riski, ülkeler arasında yüzbinde 40 ile yüzbinde 200 arasında değişmektedir (Klenhorst, 1995).

Ülkemiz açısından bakılacak olursa, yapılan epidemiyolojik bir çalışmada, Türkiye'nin intihar oranı düşük ülkelerden biri olduğu belirtilmektedir (Güleç ve Küey, 1989). DİE verilerine göre, 1997 yılında intihar oranı yüzbinde 3.18'dir (DİE İntihar İstatistikleri, 1997). 1988-1997 yılları arasındaki intihar oranları Tablo 1'de verilmektedir.

Tablo 1. Yıllara göre intihar oranları

Yıl	Yıl Ortası Tahmini Nüfus	İntihar Sayısı	İntihar Oranı (Yüzbinde)
1988	53715	1099	2.05
1989	54893	1172	2.14
1990	56098	1357	2.42
1991	57064	1228	2.15
1992	57931	1167	2.01
1993	58812	1229	2.09
1994	59706	1536	2.57
1995	60614	1460	2.41
1996	61536	1815	2.95
1997	62510	1990	3.18

(Kaynak: D.İ.E. İntihar İstatistikleri, 1997)

Tablodan da anlaşılacağı gibi, 1990 yılına kadar bir artış, 1991, 1992 ve 1993 yıllarında bir düşüş ve bu yıldan sonra dalgalanmalarla birlikte bir artış gözlenmektedir. Çok hızlı olmamakla birlikte, gittikçe yükselen bir oran sözkonusudur. Yapılan bir çalışmada da, hastanelerin acil servisine gelen psikiyatrik olguların %10.4'ünün intihar girişimi olduğu belirtilmektedir (Özşahin, Aydın, Boz, Battal ve Özgen, 1988).

Ülkemizde, erkeklerde ölümle sonuçlanan intihar oranı kadınların yaklaşık iki katıdır ve tüm intiharların 1/3'ü 15-24 yaş grubunda gerçekleşmektedir (Sayıl, 1992). DİE verilerine göre, 1997 yılında intihar eden erkeklerin %27.68'i, kadınların ise %45.56'sı bu yaş grubundadır. Bunu erkekler için %23.01 ve kadınlar için %22.30 ile 25-34 yaş grubu izlemektedir (DİE İntihar İstatistikleri, 1997). Ülkemizde yapılan üç ayrı çalışmada da intihar

girişimlerinin %70 (Ulaşım, Aydın, Çetin ve Banoğlu, 1992), %52.2 (Bitlis, Tüzer, Bayam, Dilbaz, Holat ve Tan, 1994) ve %57.5'i (Sayıl, Oral, Güney, Ayhan, Ayhan ve Devrimci, 1992) 15-24 yaş grubunda görülmektedir. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde de benzer bulgulardan söz edilmektedir (Yağlı, Kırılı ve Eskici, 1992). Eskin (1993)'in yapmış olduğu kültürlerarası karşılaştırmaya dayanan bir çalışmada ise, 15-24 yaş arasındaki İsveçli genç erkeklerde görülen intihar oranı kızlardan fazla iken, Türk gençlerde bu oranın her iki cinsiyet grubu için de eşit olduğu belirtilmektedir. Ülkemizde görülen yaşlı intiharları oranının ise diğer ülkeler ile karşılaştırıldığında düşük olduğu bildirilmektedir (Fidaner ve Fidaner, 1994). DİE İntihar İstatistikleri (1997) verilerine göre intihar eden bireylerin yalnızca %5.36'sı 75 yaş ve üzerindedir. Eğitim düzeyi açısından bakıldığında, 1997 yılında intihar eden bireylerin %54.62'si ilkökul mezunudur.

Bunu sırasıyla %13.37 ile lise ve dengi okullardan mezun olanlar ve %12.11 ile ortaokul ve dengi okullardan mezun olanlar izlemektedir. En düşük intihar oranı ise %4.42 ile üniversite mezunlarında görülmektedir (DİE İntihar İstatistikleri, 1997). 1997 yılı içerisinde intihar eden bireylerin %44.17'si bekar, %47.34'ü evlidir. Tüm intiharların %31.66'sı hastalık nedeniyle gerçekleşmekte, bunu %30.5 ile aile geçimsizliği izlemektedir (DİE. İntihar İstatistikleri, 1997).

Kullanılan yöntemler açısından bakıldığında, kadın ve erkekler arasında farklılıklar görülmektedir. DİE İntihar İstatistikleri (1997) verilerine göre, ası yöntemi hem kadınlar (%40.89) hem de erkekler (%49.83) için birinci sırayı alırken, ateşli silah kullanımı erkekler (%26.30) için, kimyevi madde kullanımı ise kadınlar (%22.42) için ikinci sıradadır. Yüksel ve arkadaşlarının (1986) gözlemleri ise, zehirlenmelerle olan intihar girişimlerinin giderek arttığı ve özellikle 13-25 yaş arası gençler tarafından bu yöntemle sıklıkla baş vurulduğu doğrultusundadır. Ankara'daki tüm acil servislere 1990 yılı içerisinde başvuran intihar girişimlerinin geriye dönük olarak incelendiği bir araştırmada da kadın ve erkekler için ilaç-kimyevi madde alımı %88.21 ile ilk sırayı alırken, kesi yöntemi ikinci sırayı izlemektedir (Sayıl ve ark., 1993). Kullanılan aracın ulaşılabilirlik düzeyi, intihar yöntemi üzerinde etkilidir. Örneğin geçim kaynağı tarım olan kırsal bölgelerde, tarım ilacının intihar aracı olarak kullanımı anlaşılabilir (Şahin ve Özkan, 1993).

Tüm bunlara karşın, gençlerle ilgili intihar istatistiklerinin, aslında gerçek rakamları yansıtmadığı belirtilmektedir. Dini engeller, ailevi kaygılar ve sigorta ödemeleri gibi nedenlerden ötürü, birçok intihar vakası rapor edilmemekte, dolayısıyla istatistiklere yansımamaktadır. Her ne kadar intihar istatistikleri ile ilgili kesin kayıtlar bulunmuyorsa ve gerçek oran bilinmiyorsa da, intihar girişimlerinin, tamamlanmış intihar oranından 50 ile 200 kat daha fazla olduğu tahmin edilmektedir (Garland ve Zigler, 1993). Ülkemizde de intihar istatistiklerinin gerçek değerleri yansıtmadığı konusunda benzer nedenlerden ötürü şüphe vardır. Özellikle dini engeller ve ailevi kaygılar nedeniyle intihar vakalarının kayıtlara düzenli olarak geçirilmemesi olasıdır.

İntiharda Risk Faktörleri

İntihar etmiş ergenlerin aileleri ve arkadaşlarıyla kapsamlı bir görüşme sonucu bilgi elde edilen ve "psikolojik otopsi" adı verilen yöntemin kullanılmasıyla, bazı temel risk faktörleri tanımlanmıştır. Ruhsal bozukluklar, alkolizm ve madde kötüye kullanımı, intihar düşüncelerinin varlığı, daha önce intihar girişiminin bulunması, yalnız yaşama, sosyal desteğin olmaması, umutsuzluk, ailede intihar girişiminin bulunması, iş sorunları, ekonomik sorunlar, yaşam olayları, fiziksel hastalıklar vb., intihar için risk faktörleri olarak kabul edilmektedir (Hawton, 1991; Roy, 1995).

Son yıllarda yapılan çalışmalarda, çocuklarda ve ergenlerde görülen intihar davranışları için, aileden ayrılma ya da aileyi kaybetme, aile stresi (family stress), aile içi

iletişimde bozukluk, ailesel psikopatoloji ve örselenme yaşantısı gibi bazı ailesel risk faktörleri tanımlanmaktadır. İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerin büyük bir bölümünün parçalanmış ailelerden geldikleri belirtilmektedir (Garfinkel, Froose ve Hood, 1982; Kotita ve Lönnqvist, 1987; Turgay, 1992). Bu bulgular kuşkusuz önleme ve tedavi programları açısından oldukça önemlidir. Wagner (1997), bu konu ile ilgili olarak yaptığı bir derleme çalışmasında konunun önemine değinerek, 1974-1995 yılları arasında yapılan çok sayıdaki araştırmayı özetlemiştir; ailede görülen bazı işlevsel olmayan durumların, çocuk ve ergenlerde görülen intihar davranışları için bir risk faktörü oluşturduğu ilgili araştırma bulguları temelinde değerlendirmiştir. Yazarın bildirdiğine göre, fiziksel ya da cinsel örselenme geçmişinin bulunması, intihar davranışı için önemli bir risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca, aile ve çocuk arasındaki iletişimin zayıf olması, aileden birinin ölümü ya da onlardan ayrılma, birinci derecedeki akrabalarından birinde bir psikopatolojinin bulunması diğer risk faktörleri arasında yer almaktadır. Wagner (1997), hazırlanmış olduğu bu derlemede, zayıf aile iletişimi, problem çözme becerilerinin zayıflığı, şamaroğlanı (scapegoating) durumuna konma, aile-çocuk arasındaki bağlanma (attachment) zayıflığı, işlevsel olmayan evlilik ve aile patolojisi olmak üzere 5 ana tema üzerinde durulduğunu ifade etmektedir. Ülkemizde yapılan ergen intiharları ile ilgili çalışmalarda da, bu ergenlerin ailelerinde görülen boşanma oranının, genel hasta popülasyonunda görülen oranlardan daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Sonuvar, 1985;

Dilsiz ve Dilsiz, 1996; Şener ve Şenol, 1996). Ayrıca ailede fiziksel bir hastalık ya da psikiyatrik bozukluk öyküsünün bulunması, ülkemizde görülen ergen intiharları için önemli bir risk faktörü olarak ortaya çıkmaktadır (Bayam, Dilbaz, Holat, Bitlis, Tüzer ve Şenol, 1995; Dilsiz ve Dilsiz, 1996). Ailede çocuk sayısının fazlalığı ve özellikle kızlar için aile ile olan ilişkilerin bozukluğu diğer risk faktörleri arasındadır (Çuhadaroğlu ve Sonuvar, 1993; Dilsiz ve Dilsiz, 1993).

Hemen hemen bütün intihar vakalarında, özellikle duygudurum bozukluklarından birine rastlanmaktadır. İntihar oranlarının 2/3'ü depresif hastalık tanısı almış vakalardır. Özellikle depresyonla birlikte, yalnız yaşama ve sürekli uykusuzluk, intihar riskini daha da arttırmaktadır (Maris, 1991). İkiyüziki genç ve çocuk üzerinde yapılan bir çalışmada, bu çocuk ve gençlerin herbirinin en az bir psikiyatrik bozukluk gösterdiği, bu oranın %37.2 olarak saptandığı belirtilmektedir (Turgay, 1992).

İntihar için diğer bir risk faktörü olan alkol ve madde kötüye kullanımı, özellikle gençler arasında ciddi bir sorun oluşturmaktadır. (Murphy, 1988; Murphy ve Wetzel, 1990). İntihar eden bireylerin en azından 1/3'ünün intihar sırasında madde intoksikasyonu altında olduğu belirtilmektedir. Bir başka çalışmada ise intihar eden ergenlerin %10'unda alkol, %12'sinde madde kötüye kullanımı saptanmıştır (Akt. Garland ve Zigler, 1993).

İntihar vakalarının büyük bir çoğunluğunun intihar niyetleri ile ilgili ipuçları verdiği ve niyetin derecesi ile girişim arasında

bağlantının bulunduğu belirtilmektedir (Hawton, 1987). Bazı araştırmalar da intihar eden vakaların 2/3'ünün bu niyetleri ile ilgili olarak başkaları ile konuştuğunu göstermektedir (Murphy, 1987).

Geçmişte intihar girişimi bulunan bireylerin tekrar intihar girişiminde bulunma riski, geçmişte intihar girişimi bulunmayan bireylere oranla daha yüksektir. Daha önce intihar girişiminde bulunan bireylerin %15'inin daha sonra yine intihar yoluyla yaşamlarını yitirecekleri farzedilmektedir (Akt. Maris, 1991). Howard-Pitney ve arkadaşlarının (1992) yapmış oldukları bir çalışmada da, intihar düşüncesi ile geçmişte intihar girişiminin bulunması arasında anlamlı korelasyon bulunmuştur. Bir kriz merkezine başvuran ergenler üzerinde yapılan bir başka araştırmada da bu oran % 22.1 olarak bildirilmektedir (Rotheram-Borus ve ark., 1996). Kısacası, daha önce intihar girişiminin bulunması, yeni girişim olasılığını ciddi şekilde yükseltmektedir.

Sosyal yalıtım ya da yalnız yaşamak, intihar için diğer bir risk faktörüdür. İntihar girişiminde bulunan depresifler ile, intihar girişimi olmayan depresiflerin karşılaştırıldığı bir çalışmada, intihar girişimi olan depresiflerin %42'sinin yalnız yaşadığı saptanmıştır. Diğer depresif grupta yalnız yaşama oranı ise %7'dir. İntihar etmiş ve intihar girişiminde bulunmuş iki ayrı grup ergen üzerinde yapılan bir çalışmada da, intihar etmiş olan ergenlerin %50'sinin yakın bir arkadaşının olmadığı görülmüştür. İntihar girişiminde bulunmayan ergenlerde ise bu oran %20'dir (Akt. Maris, 1991). Benzer bir bulgudan, İsveç'li ve Türk öğrencilerin

karşılaştırıldığı bir çalışmada da söz edilmektedir (Eskin, 1996).

İntiharlar ve intihar girişimleri üzerinde, gerek deneysel, gerekse intihar notlarının incelenmesi yoluyla gerçekleştirilen çalışmalarda, stresli yaşam olayları ve intihar arasında bağlar saptanmıştır. İntiharda yaşam olayları ve sosyal destek konusunda yapılan çalışmaların derlendiği bir makalede, yaşam olaylarının intihar için bir risk oluşturduğu ve hızlandırıcı bir etken olduğu konusuna değinilmektedir (Heikkinen, Aro ve Lönnqvist, 1993). Bazı stres kaynaklarının da intiharlar ve intihar girişimleri ile ilişkisi kabul edilmektedir (Hendin, 1991; Wilson, 1991; Kandel, Raveis ve Davies, 1991; Brent, Perper, Moritz, Baugher, Roth, Balach ve Schweers, 1993). Wilde ve arkadaşları'nın (1992) intihar girişiminde bulunmuş, depresif ve normal olmak üzere üç grup ergen ile yapmış oldukları bir çalışmada, intihar girişiminde bulunan ergenlerin çocukluk dönemlerinde ve intihar girişiminden bir yıl önceki dönemde, diğer iki grup ergene oranla anlamlı düzeyde daha fazla sorunlu yaşam olayları (fiziksel örselenme, küçük yaşta aileden ayrılma, sık sık bakıcı veya okul değiştirme vb.) ile karşı karşıya kaldıkları belirtilmektedir. Bir başka çalışmada da, intihardan bir yıl önceki dönem içinde, bireylerin aileleri veya kız/erkek arkadaşları ile bir çatışma yaşadıkları, kız/erkek arkadaşlarından ayrıldıkları, yasal ya da disiplin cezası gerektiren bir olay yaşadıkları saptanmıştır (Brent ve ark., 1993). Yaşam olaylarının intihar davranışı için önemli olduğu, fakat bu olayların ancak yatkınlığı artırıcı faktörler (genetik, ruhsal veya yapısal) bulunduğu durumda tetikleyici rol

oynadıkları vurgulanmaktadır (Scheftner, Young ve Endicott, 1988). Ülkemizde de, bir arkadaştan ayrılma, anne-babayla şiddetli tartışma, bir ya da daha fazla dersten başarısızlık, okulda başarısız olma korkusu, yeni bir okula başlama, bir kız ya da erkek arkadaşla çıkmaya başlama gibi olaylar, intihar girişimi olan grupta rastlanan yaşam olayları arasında yer almaktadır. Yapılan bir çalışmada, gerek intihar girişimi olan, gerekse nevrotik belirtiler gösteren gruplarda görülen stresli yaşam olaylarının, belirti göstermeyen gruba oranla daha yoğun olduğu bildirilmektedir (Canat, 1989).

İntihar için en önemli risk faktörlerinden biri de umutsuzluktur. Beck ve arkadaşları, umutsuzluğun, intiharın en iyi yordayıcısı olduğunu belirtmektedirler (Beck, Weissman, Lester ve Trexler, 1974). Bu konu ile ilgili ayrıntılı bilgi "Depresyon ve İntihar" başlığı altında verilecektir.

İntihar literatüründe umutsuzluk dışında ele alınan diğer bilişsel değişkenler ise katı düşünce tarzı (Neuringer, 1964; Patsiokas, Clum ve Luscomb, 1979) ve yetersiz problem çözme becerileridir (Schotte ve Clum, 1982; Schotte ve Clum, 1987; Lerner ve Clum, 1990; Carris, Sheeber ve Howe, 1998). Buna göre, eğer kişi olumsuz yaşam stresleri ile karşı karşıya ise ve/veya hem zayıf problem çözme becerilerine hem de bilişsel katılığa sahip ise intihar riskinden söz edilmektedir. Yaşam stresleri ile başa çıkma gücündeki bu tür yetersizlikler depresyon ve umutsuzluk duygularına neden olmakta, dolayısıyla intihar riski artmaktadır (Patsiokas, Clum ve Luscomb,

1979; Fremouw, Callahan ve Kashden, 1993). Sözkonusu bu çalışmalar, intihara eşlik eden "olumsuz" bilişler üzerinde odaklanırken, Linehan ve arkadaşlarının geliştirdiği Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanteri, kişileri intihar davranışından ahkoyan "olumlu" bilişler üzerinde odaklanmaktadır. Bu ölçeğin geliştirilmesinde Victor Frankl'ın, Nazi kamplarındaki bütün olumsuzluklara rağmen yaşamlarını sürdürebilen insanlar üzerindeki incelemelerinden yararlandığı belirtilmekte ve intihar eden ve etmeyen bireylerde farklılık gösteren faktörlerden birinin, bu insanların inanç sistemlerinin içeriği olduğu söylenmektedir. Linehan ve ark. (1983), insanları yaşama bağlayan nedenleri, hayatta kalma ve başatma inançları, aileye karşı sorumluluk, çocukla ilgili kaygılar, intihar korkusu, sosyal açıdan onaylanmama korkusu ve ahlaki engeller olmak üzere altı faktör altında toplayarak, bunların intihar davranışı ile olan ilişkilerine bakmışlardır. Sonuçta, kişilerin bu faktörlere verdikleri önem derecesi ile intihar davranışı arasında olumsuz bir ilişki olduğu bulunmuştur. Son yıllarda yapılan çalışmalarda da, yaşamı sürdürme nedenlerinin, ergenlerde görülen intihar davranışlarında rol oynayan önemli bir bilişsel faktör olduğu belirtilmektedir (Pinto, Whisman ve Conwell, 1998). Ülkemizde de bu konu ile ilgili çalışmalar bulunmaktadır. (Durak, Yasak-Gültekin ve Şahin, 1993; Şahin, Batugün ve Şahin, 1998). İkiyüzotuziki üniversite öğrencisi üzerinde yaşama nedenleri ve bunun koruyucu değerinin araştırıldığı bir çalışmada, kadınların erkeklere göre daha iyimser bir tavır içinde oldukları ve daha fazla yaşama nedeni

belirledikleri görülmektedir (Şahin, Batıgün ve Şahin, 1998).

Ailede intihar davranışlarının bulunması diğer bir risk faktörüdür (Murphy, 1987; Wilson, 1991; Roy, 1995; Shaffer ve Piacentini, 1995). Birey özellikle psikiyatrik bir hastalığa sahipse, ailede intihar davranışının bulunması riski daha da artmaktadır (Hawton, 1987). Roy'un (1995) aktardığı bir çalışma da Hawton'un belirttiği bu noktaya destek sağlamaktadır. Beşbin sekizyüz kırkbeş hasta üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada hastaların 243'ünün ailelerinde intihar davranışı saptanmıştır. Ailelerinde intihar davranışı saptanan bu 243 hastanın %56.4'ü ise duygudurum bozukluğu tanısı almıştır. Ülkemizde yapılan iki ayrı çalışmada da, ailede intihar öyküsünün bulunması önemli bir risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır (Bayam, Dilbaz, Holat, Bitlis, Tüzer ve Şenol, 1995; Dilsiz ve Dilsiz, 1996).

Gazete ve televizyonda intihar haberlerinin ön planda yer aldığı dönemlerde, intihar oranlarında artış olduğu gözlenmektedir (Garland ve Zigler, 1993; Hassan, 1995). Bu konuda yapılan çalışmaların gösterdiğine göre, insanlar basın-yayın organlarında yer alan intihar olaylarından etkilenmektedirler (Motto, 1967; Berman, 1987; Hassan, 1995). Yapılan bir çalışmada, TV'de üç ayrı kanalda intihar ile ilgili yayınların gösterildiği bir dönemi izleyen günlerde, ergenler arasındaki intihar girişimleri ve tamamlanmış intihar oranlarında anlamlı bir artışın olduğu saptanmıştır (Akt. Garland ve Zigler, 1993). Avustralya'da yapılan bir çalışmada da, gazetelerde intihar haberlerinin

yer aldığı günlerde, intihar oranlarında anlamlı düzeylerde artışların olduğu saptanmıştır. Araştırmacının belirttiğine göre bu artış, özellikle erkeklerdeki intihar oranlarında anlamlı düzeydedir (Hassan, 1995).

Ülkemizde de konu ile ilgili olarak yapılmış çalışmalar bulunmaktadır (Sayıl, Gürakar ve Ayhan, 1989; Palabıykoğlu, Azizoğlu, Haran ve Özayar, 1994; Palabıykoğlu, Hovardaoğlu ve Azizoğlu, 1995). Gazetelerdeki intihar haberlerinin okuyucuya nasıl yansıtıldığına ilişkin olarak yapılan bir çalışmada, intihar eden kişi ile ilgili dramatik bilgilerin verilmesi ve intihar davranışının flaş haber yapılmasının, okuyucunun ruh sağlığı konusunda etkili olacağı, kullanılan yöntem konusunda okuyucuya ayrıntılı bilgilerin verilmesinin, etkilenmeye açık ve kriz içerisindeki kişilere bir çözüm yolu etkisi yaratabileceği üzerinde durulmaktadır (Palabıykoğlu ve ark., 1994). İntihar haberlerine ilişkin okuyucu tutumlarının araştırıldığı bir başka çalışmada da, bu haberlerin yorumsuz, dramatize edilmeden, yanlış bilgilere yol açmayan kısa bilgiler halinde, iç sayfalarda ve fotoğrafsız yer alması gerektiği belirtilmektedir (Palabıykoğlu ve ark., 1995).

İntiharlar, tüm meslek kategorileri ve sosyal sınıflarda görülmektedir. Özellikle hekimlik mesleğinin intihar için bir risk faktörü oluşturduğu belirtilmektedir (Carlson ve Miller, 1981; Lindeman, Heinanen, Vaisanen ve Lönnqvist, 1998; Tuncer ve Oral, 1988). Yapılan bir çalışma erkek hekimlerin kadın hekimlere oranla daha yüksek intihar riski taşıdıklarını göstermektedir (Carlson ve Miller,

1981). İngiltere ve İskandinav ülkelerinde de erkek hekimler arasında görülen intihar oranlarının, genel popülasyonda bulunan aynı yaştaki erkeklerden 2 ya da 3 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir. Benzer şekilde evlenmemiş kadın doktorlarda görülen intihar oranı, genel popülasyondaki evlenmemiş kadınlarda görülen intihar oranından 2.5 kat daha fazladır. Çalışmalar intihar girişiminde bulunan hekimlerin genellikle depresif bozukluk ve madde bağımlılığı tanısı aldıklarını göstermektedir (Akt. Roy, 1995). Psikolojik otopsi yöntemiyle yapılan bir çalışmada, hekimlerin dışarıdan yardım almak yerine kendi kendilerini tedavi etmeye çalışmaları, ilaçları kolay elde edebilmeleri ve bunların nasıl kullanılacağını iyi bilmeleri gibi konuların, hekimlerde görülen intiharlar için özel bir risk faktörü oluşturduğu belirtilmektedir (Lindeman ve ark., 1998).

İş ya da üretime yönelik yaşam aktiviteleri intihardan koruyucu bir rol oynarken, iş problemleri intihar ile ilişkili bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada, intihar vakalarının 1/3'ünün, intihar ettikleri dönemde işsiz oldukları belirlenmiştir (Maris, 1991). Risk özellikle işsiz erkeklerde, kadınlara oranla daha yüksektir. İşsizliğe psikiyatrik bir hastalığın eşlik etmesi ise riski daha da arttırmaktadır (Hawton, 1987).

Evlilik ve bir aileye sahip olmak, genellikle düşük intihar oranı ile bağlantılıdır. Bunun tam tersi olarak intihar oranları hemen her zaman dul ve boşanmış kişiler arasında daha yüksektir. Bekar kişilerde görülen intihar oranlarının evlilerden iki kat, ayrı yaşayan ya da

dul bireylerde görülen intihar oranlarının ise evlilerden 4 ya da 5 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (Akt. Roy, 1995). Ayrıca hamileliğin de intihara karşı koruyucu bir faktör olduğuna ilişkin bulgular mevcuttur. Hamile ve hamile olmayan kadınlar karşılaştırıldığında, hamile kadınlarda depresyon, anksiyete ve psikosomatik belirtilerin yüksek, sosyal uyum düzeyinin düşük olmasına karşın, intihar riskinin az olması dikkate değer bir nokta olarak değerlendirilmektedir. Buradan yola çıkan Marzuk ve ark. (1997)'nin yapmış oldukları bir çalışmada, 1990-1993 yılları arasında intihar etmiş 314 kadın değerlendirmeye alınmış ve yalnız 6 kadının intihar ettikleri dönemde hamile oldukları saptanmıştır. 10-44 yaş arasındaki kadınlarda görülen yıllık intihar oranı yüzbinde 3.85 iken, hamile kadınlarda bu oranın yüzbinde 0.33 civarında olduğu bildirilmektedir (Marzuk ve ark., 1997).

Fiziksel hastalıklar da, intihar davranışları için önemli bir risk faktörü olarak kabul edilirler (Paykel, Prusoff ve Myers, 1975; Hawton, 1987; Maris, 1991). İntihar davranışında bulunan bireylerde görülen fiziksel hastalıkların oranı Danimarka'da %38, İngiltere'de %28, Amerika'da %20 ve İsviçre'de %29.9 olarak bildirilmektedir (Rao, 1990). Maris (1991) ise bu oranın %30 ile %40 arasında değiştiğini belirtmektedir.

İntiharın en yaygın görüldüğü fiziksel hastalıkların başında kanser gelmektedir. Kanserli hastalar arasındaki intihar oranlarının, normal popülasyondan 20 kez daha fazla olduğu belirtilmektedir. Ayrıca kanserin bütün türlerinde intiharın, tanı koyulduktan sonraki ilk

12 ay içinde ortaya çıktığı bilinmektedir (Hjörstsjö, 1987). İntihar eden kanserli kadınların %70'inin göğüs ve genital organ kanserlerine yakalanmış oldukları bildirilmektedir (Akt. Roy, 1995). Massie ve Holland (1987) ise, kanserli hastaların %59'unda depresyon veya intihar riski saptamışlardır.

İntihar riskinin yüksek olduğu bir diğer fiziksel hastalık, kronik böbrek yetmezliğidir. Hemodiyaliz hastalarında görülen intihar oranının, normal popülasyondan 100 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir. Bu orana tehlikeli miktarlarda sıvı ve gıda alımı gibi tıbbi tedaviye kasıtlı olarak uymama nedeniyle meydana gelen ölümler de eklenince, 400 katı aşabileceği bildirilmektedir (Goldstein ve Reznikoff, 1971).

İntihar ile Ruhsal Hastalıklar Arasındaki İlişkiler

İntihar ile ruhsal hastalıklar arasındaki ilişkiler oldukça sık araştırılan bir konudur.

Bulgulara göre intihar eyleminde bulunan bireylerde ruhsal bir hastalığın bulunma oranı %80 hatta %90'a ulaşmaktadır (Odağ, 1995). Rich ve arkadaşları (1986), 30 yaşın altındaki intihar girişimleri üzerinde yaptıkları bir çalışmada bulgularını, "İntihar için psikiyatrik hastalık gerekli bir koşuldur" şeklinde özetlemektedirler. Çalışmalarda vakaların %92'sinin DSM-III kriterlerine göre tanı aldıklarını belirtmektedirler. Geriye dönük araştırmalar da aynı şekilde, intihar vakalarının hemen hemen hepsinin psikiyatrik bir tanı aldıklarını göstermektedir. İntihar eden bireylerin en fazla %1 veya %2'sinin klinik bir hastalık sözkonusu olmadan intihar ettikleri belirtilmektedir (Murphy, 1987). Murphy ve Wetzel (1990), bir çalışmalarında, konuya ilişkin yapılan geriye dönük araştırmalardan, tanı gruplarına göre belirlenen intihar oranlarını Tablo 2' de görüldüğü şekilde derlemiştir (Bkz. Tablo 2).

Tablo 2. Toplumlarda görülen intiharların tanı gruplarına göre dağılımı

Kaynak	N	Duygudurum Bozukluğu			Madde Bağımlılığı
		%	Alkolizm %	Şizofreni %	
Robins ve ark. (ABD, 1959)	134	45	25	2	25
Dorbat ve Ripley (ABD, 1960)	114	30	27	12	31
Barrocough ve ark. (İngiltere, 1974)	100	70	15	3	19
Beskow, (İsveç, 1979)+	270	28	31	3	37
Hagnell ve Roman (İsveç, 1979)	28	50	19	7	39
Chynoweth (Avustralya, 1980)	135	43	20	4	22
Rich ve ark. (ABD, 1986) *	283	44	54	3	56

+ Bu çalışma sadece erkekler üzerinde yapılmıştır.

* Bu çalışmada çoklu tanımlar kullanılmıştır

(Kaynak: Murphy ve Wetzel, 1990).

Tablodan da anlaşılacağı gibi, duygudurum bozukluğu, alkol bağımlılığı ve madde bağımlılığı, intihar riskini arttıran başta gelen psikiyatrik bozukluklardır. Kontaxakis ve arkadaşları (1988), yapmış oldukları bir çalışmada, eğer bireylerde psikiyatrik hastalık ile birlikte, fiziksel bir hastalık da bulunuyorsa intihar riskinin daha da arttığını belirtmektedirler. Gerçekleştirilen uzun süreli bir izleme çalışmasında, şizofren hastaların %10'unun, manik hastaların %8.5'inin ve depresif hastaların ise %10.6'sının intihar yoluyla öldükleri saptanmıştır. Kontrol grubunda ise intihar yoluyla yaşamını yitiren bireye rastlanmamıştır (Winokur ve Tsuang, 1975).

Çeşitli psikiyatrik tanı kategorilerine giren ve ayakta tedavi gören hastalar ile gerçekleştirilen bir başka çalışmada da, hastaların %55'inde intihar düşünceleri, %31'inde ise intihar planları saptanmış, %25'inin ise en az bir kez intihar girişiminde buldukları belirlenmiştir. Çalışmada intihar davranışı ve düşüncelerinin birçok tanı grubunda yaygın olduğu belirtilmektedir. Majör depresyon, distimi ve bipolar bozukluk gibi duygulanım bozukluklarında, uyum bozukluklarında ve alkol/madde kötüye kullanımında, yaygın anksiyete bozukluklarına oranla, intihar düşünceleri ve davranışları anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. İntihar düşünceleri oranı, benzer şekilde majör depresyon, bipolar bozukluk ve distimi tanısı alan hastalarda, organik-mental bozukluk tanısı alan hastalardan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ayrıca majör depresyonu olan hastalarda intihar düşüncelerinin oranı, panik bozukluğu olan hastalardan daha yüksektir. Araştırmacılar

majör depresyon tanısı alan grubun, panik bozukluk ve uyum bozukluğu tanısı alan hastalardan anlamlı düzeyde daha fazla sayıda intihar girişiminde bulduklarını belirtmektedirler (Asnis, Friedman, Sanderson, Kaplan, Praag ve Harkavy-Freedman, 1993).

Duygudurum Bozuklukları ve İntihar

Duygudurum bozuklukları, özellikle de depresyon son yıllarda çağımızın en sık rastlanan problemleri arasına girmiştir. Yetişkin popülasyonun yaklaşık %20'si yaşamlarının bir döneminde depresif bir hastalık geçirmeye yatkındır (Weissman ve Klerman, 1980). Dünya Sağlık Örgütü, 1974 yılında, bir yıldaki tüm depresyon vakalarının, dünya nüfusunun %3'ü olduğunu tahmin etmektedir. Başka bir deyişle, bu dönem içinde dünyada 100 milyon depresyonlu insanın bulunduğu saptanmıştır. Bu sayının 1983 yılında 200 milyona yaklaştığı tahmin edilmektedir (Köknal, 1989). İleriye yönelik nüfus taramaları, depresyonun son 25 yılda 10-20 kez arttığını göstermektedir (Gaspar, 1986). 1980-1985 yılları boyunca bir akıl hastanesinde yatan hastaların (yaklaşık 6.000) geriye dönük analizi, depresyonun ve bipolar duygulanım bozukluğunun önemli bir yüzdesini oluşturduğunu ortaya koymuştur (Küey, Satılmış ve Koçak, 1988).

Depresif hastalarla yapılan çalışmalar, bu hastalarda intihar yoluyla ölümlerin oldukça yaygın olduğunu göstermektedir. Duygudurum bozukluklarında görülen yaşam boyu intihar riski %15 olarak belirtilmektedir (Murphy, 1987; Hawton, 1987). Bu oran genel popülasyondan 30 kat daha fazladır.

Depresyon tarih boyunca çeşitli kuramlar çerçevesinde açıklanmaya çalışılmıştır. Son yıllarda en sıklıkla kabul gören kuram, Beck tarafından ortaya atılan Bilişsel Kuram'dır. Beck, bu bilişsel kuram çerçevesinde konuyu ele alarak, depresif hastalardaki intihar davranışlarının belirli bilişsel çarpıtmalardan kaynaklandığını belirtmektedir. Psikoterapi gören, intihar girişiminde bulunmuş 50 depresif hasta ile yaptığı çalışmalar sonucunda, hastaların başarısızlıklarına katlanamayacaklarına, sorunlarının çözümü olmadığına, psikiyatristin onlara yardım edemeyeceğine, sorunlarını hiçbir zaman çözemeyeceklerine inandıklarını ve hastaların bu durumları ile intihar girişimleri arasında bir bağ olduğunu bildirmektedir. Beck, hastaların bu durumlarını "Umutsuzluk" olarak adlandırmıştır. Hasta objektif ve gerçekçi bir nedeni olmadığı halde deneyimlerine yanlış anlamlar verir, amaçlarına ulaşmak için herhangi bir çaba harcamadığı halde bunlardan olumsuz sonuçlar bekler (Beck, 1963). Westefeld ve arkadaşları (1990) da umutsuzluk ve yalnızlığı, intihar davranışlarının anlaşılmasında oldukça önemli iki faktör olarak görmektedirler. İntihar girişiminde bulunan hastaların intiharı genellikle çaresizlikleri veya umutsuzluk durumları için bir çıkış yolu olarak gördükleri, kişinin yaşama bakış tarzı umutsuzluklarla doluyorsa, intihar riskinin de arttığı belirtilmektedir (Minkoff, Bergman, Beck ve Beck, 1973). Umutsuzluğun tanımı ise "Gelecek hakkında olumsuz beklentilerden oluşan bir set" olarak verilmektedir (Beck, Kovacs ve Weissman, 1975). Beck, depresif hastaların %78'den fazlasının geleceğe olumsuz baktığını vurgulamaktadır. Depresif olmayan

hastalarda ise bu oran %22'dir. Ayrıca umutsuzluğun intihara niyet ile güçlü bir bağlantısının olduğu da bildirilmektedir (Beck ve Weishaar, 1990).

İntihar ile depresyon ve umutsuzluk arasındaki ilişkiyi gösteren pek çok araştırma bulunmaktadır. Bu konu ile ilgili klasik çalışmalardan biri, Minkoff ve arkadaşları (1973) tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada umutsuzluk, "geleceğe ilişkin olumsuz beklentiler" olarak ele alınmış ve sonuç olarak umutsuzluk derecesi ile intiharın ciddiyeti ve depresyon ile intiharın ciddiyeti arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Araştırma sonucunda umutsuzluğun intihara iten önemli bir faktör olduğu söylenmektedir. İntihar düşüncesi olan bir grup depresif hasta üzerinde yapılan 10 yıllık bir izleme çalışmasının sonucunda da bireylerin umutsuzluk ölçeğinden aldıkları puanlar ile intihar davranışının önceden tahmin edilebileceği belirtilmektedir. İntihar eden bireylerde umutsuzluk ölçeğinden alınan puanların ortalaması, intihar etmeyen bireylere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Beck, Steer, Kovacs ve Garrison, 1985). Beck ve arkadaşları (1989) tarafından gerçekleştirilen bir başka izleme çalışmasında da benzer sonuçlardan söz edilmektedir.

İntihar ile ilgili olarak yapılan kültürlerarası karşılaştırmalı çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Amerikalı ve Çinli psikiyatrik hastaların karşılaştırıldığı bir çalışmada, intihar girişiminde bulunan hastalar arasında, depresyon düzeyi, umutsuzluk ve yaşama bağlayan nedenler açısından benzerlikler olduğu belirtilmektedir. Genellikle

her iki gruptaki hastalarda, yüksek düzeyde depresyon ve umutsuzluk, bunun yanı sıra az sayıda yaşama bağlayan nedenler saptanmıştır (Chiles, Strosahl, Yan-Ping, Michael, Hall, Jemelka, Senn ve Rata, 1989). İsveçli ve Türk öğrencilerin karşılaştırıldığı bir başka çalışmada da, umutsuzluğun her iki kültürde de intihar düşüncelerinin en iyi yordayıcılarından biri olduğu belirtilmektedir (Eskin, 1996). Ülkemizde gerçekleştirilen, intihar girişiminde bulunan hastalar, intihar girişiminde bulunmayan psikiyatrik hastalar, kronik-fiziksel hastalar ve normal kişilerin karşılaştırıldığı bir çalışmada da umutsuzluk düzeyinin en yüksek olduğu grubun, intihar girişiminde bulunan hasta grubu olduğu, bunu depresif hastaların izlediği belirtilmektedir (Durak, 1994). Depresyon, umutsuzluk ve intihar fikirleri ile ilgili olarak yapılan bir başka çalışmada da, umutsuzluk ile intihar fikirleri arasında anlamlı olumlu ilişkilerin bulunduğu, kriz grubundaki deneklerin umutsuzluk düzeylerinin normal gruba oranla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Haran ve Aydın, 1995).

Özetle, umutsuzluk ve intihar ilişkisi ile ilgili olarak yapılan çalışmalar, umutsuzluğun intiharın önemli bir yordayıcısı olduğunu göstermekle beraber, intihar risklerinin belirlenmesine yönelik olarak yapılan bir çalışmada, umutsuzluğun her iki cinsiyet için de madde kötüye kullanımının yordayıcısı olduğu, intihar riskini ise yordamadığı yolunda bir bulgudan da söz edilmektedir (Metha, Chen, Mulvenon ve Dode, 1998).

Son yıllarda özellikle üzerinde durulan konulardan biri de depresif hastaların bilgi

işleme süreçleridir. Bilgi işleme, değişik yollarla tanımlanıyorsa da, birçok depresyon çalışması kodlama ve geri çağırma süreçleri ile işe başlamaktadır. Bu süreçlerin, depresyonda gözlenen bilişsel bozulmalar, dolayısıyla da intiharın anlaşılmasında önemli bir rol oynadıkları üzerinde durulmaktadır (Ingram ve Reed, 1986).

İntihar riskinin, hastalığın başlangıç dönemlerinde daha yüksek olduğu ve genellikle remisyon dönemlerinden çok, depresif episodlar sırasında meydana geldiği bildirilmektedir (Hawton, 1987). Isometsa ve arkadaşlarında (1994) intihar riskinin genellikle hastalık başladıktan sonraki ilk on yılda daha yüksek olduğunu belirtmektedirler.

İntihar etmiş depresif hastalar ile, intihar girişiminde bulunmamış depresif hastaların karşılaştırıldığı bir çalışmada, erkek olmak, yaşlılık (kadınlarda), yalnız yaşamak, bekar olmak ve daha önce intihar girişiminin bulunması gibi risk faktörlerine intihar etmiş depresif hastalarda diğer gruba oranla anlamlı düzeyde daha fazla rastlandığı bulunmuştur. Uykusuzluk, hafıza kaybı ve kendini ihmal gibi belirtiler de intihar riskini arttırmaktadır. (Hawton 1987). Uykusuzluk, kaygı belirtileri, konsantrasyon güçlüğü ve alkol kötüye kullanımı, intiharın kısa dönem yordayıcıları olarak kabul edilirken; umutsuzluk, duygu değişimleri ve daha önce intihar girişiminin bulunması uzun dönem yordayıcıları olarak kabul edilmektedir (Isometsa ve ark., 1994). Ayrıca sanrıları olan depresif hastalarda, sanrıları olmayanlara oranla intihar riskinin

daha fazla olduğu da belirtilmektedir (Hawton, 1987).

Fawcett ve arkadaşları (1990), majör depresyon tanısı almış hastalar ile yapmış oldukları boylamsal bir çalışmada, hastalarda görülen panik ataklar, şiddetli psişik anksiyete, konsantrasyonda azalma, genel uykusuzluk, orta derecede alkol kullanımı, ilgilerinde ve hoşlandığı etkinliklerde önemli azalmalar gibi bazı özelliklerin, hastalığın ilk bir yılı içerisinde meydana gelen intiharlar ile; şiddetli derecede yaşanan umutsuzluk duygularının, intihar düşüncelerinin ve daha önce intihar girişiminin bulunması gibi özelliklerin ise, 1 yıldan sonra meydana gelen intiharlar ile bağlantılı olduğunu belirtmektedirler.

Brent ve arkadaşlarının (1988) yapmış oldukları bir çalışmada, intihar edenlerde ve intihar girişiminde bulunanlarda gözlenen duygudurum bozuklukları ile, ailelerinde duygudurum bozukluğunun bulunma oranının benzer olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte, bipolar bozukluk tanısı almış olmak, tedavi görmemek ve evde ateşli silahların bulunması, intihar eden bireyler için daha yüksek düzeyde risk faktörü oluşturmaktadır. Ayrıca, intihar girişiminde bulunan bireylere kıyasla, intihar eden bireylerde bipolar bozukluk oranının daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Bir grup manik ve manik-depresif hastada intihar olgusunun araştırıldığı bir başka çalışmada, manik hastalardan yalnızca %2'sinde intihar davranışları bulunurken, manik-depresif tanısı almış hastaların %54.5'inde intihar davranışları saptanmıştır. İki grup arası farklılık oldukça yüksektir (Dilsaver, Chen, Swann, Shoib,

Karajewski, 1994). Benzer bir bulguya Strakowski ve arkadaşları (1996) tarafından da değinilmektedir. DSM III-R kriterlerine göre mani ya da manik-depresif tanısı almış hastalarda saptanan intihar puanları, manik-depresif tanısı almış hastalarda, yalnızca mani tanısı almış olan hastalara oranla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Araştırmacılar, intihar açısından manik-depresif durumun, mani durumundan daha riskli olduğunu belirtmekte ve saptadıkları bu oranların Dilsaver ve arkadaşlarının (1994) saptadıkları oranlardan daha yüksek olduğunu belirtmektedirler.

Yapılan çalışmalar, intihar etmiş majör depresif hastaların büyük bir kısmında ikincil tanılara da rastlandığını göstermektedir. Isometsa ve arkadaşlarının (1994) intihar etmiş hastalar üzerinde gerçekleştirdikleri bir çalışmada, hastaların %52'sinde depresyonla birlikte fiziksel hastalıklar, %34'ünde kişilik bozukluğu, %31'inde ise psikoaktif madde kullanım bozukluğu belirlenmiştir. Özellikle yaşlı vakalarda depresyonla birlikte fiziksel hastalıkların görülme sıklığı artmaktadır.

Alkolizm/ Madde Bağımlılığı ve İntihar

Alkolizm, bireyin beden ve ruh sağlığını, aile, sosyal ve iş uyumunu bozacak derecede sık ve fazla alkol alma, alkol alma isteğini durduramama ile tanımlanan bir bozukluktur (Öztürk, 1995). Alkol tüm dünyada en sık kullanılan psikoaktif maddedir. ABD'de 10 milyon civarında alkolik olduğu tahmin edilmektedir (Yüksel, 1995). Amerika, Fransa, Norveç, İsveç gibi ülkelerde yaygınlık oranı %10-15'dir. ABD'de kalp hastalıkları ve

kanserden sonra üçüncü büyük sağlık sorunudur. Yapılan bir tarama çalışmasında, alkol bağımlılığı ve kötüye kullanımının bir yıllık prevalansı %7-10 ve yaşam boyu risk ise %14-20 arasında bulunmuştur. On ülkenin ele alındığı uluslararası karşılaştırmalı bir çalışmada yaygınlık oranları %0.5 (Şangay) ile %22 (Kore) arasında değişmektedir. Bu oranlar bize alkol bağımlılığı ve kötüye kullanımı oranlarının ülkeler arasında farklılaştığını göstermektedir (Gelder, Gath, Mayau ve Cowen, 1996). Ülkemizde ise gerçek rakamlar tam olarak bilinmemekle birlikte, nüfus başına düşen alkol miktarının hızla arttığı belirtilmektedir. Örneğin toplam nüfusta kişi başına düşen alkol tüketim miktarı, 1970 yılında 0.29 lt. iken, 1985 yılında bu sayı 0.67 lt.'ye çıkmıştır (Öztürk, 1995).

Alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı, erkeklerde kadınlardan daha yüksektir (Ohberg, Vuori, Ojenpera, Lonnqvist, 1996). ABD'de bu oran erkeklerde kadınlardan üç kat fazla iken, Asya ülkelerinde 10 kat daha fazladır. Yapılan geniş kapsamlı bir tarama sonucunda Amerika'da, alkol bağımlılığı ve kötüye kullanımının 1 yıllık prevalansı erkeklerde %14.1, kadınlarda %5.3 olarak saptanmıştır (Gelder ve ark., 1996). Ülkemizde de İstanbul ve Burdur olmak üzere iki ayrı kentte öğrenim gören 1769 lise ve üniversite öğrencisi üzerinde yapılan epidemiyolojik bir çalışmada, erkek öğrencilerdeki alkolle tanışma oranının kız öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirtilmektedir (Tümerdem, Ayhan, Özsüt, Emekli, Dişçi, Güneren, İncesu ve Fak, 1986).

Erkekler arasında yaygın alkol kullanımı yirmili yaşların başlangıcında veya yirmili yaşlardan hemen önce görülür. Birçok kültürde, alkol bağımlılığı ve kötüye kullanımında 45 yaştan sonra belirgin bir düşüş görülür (Gelder ve ark., 1996). Ülkemizde de alkole başlama yaşının ortalama 17.9 olduğu, düzenli içiciler ve alkol bağımlılarının 15 yaştan sonra arttığı, 45-65 yaş arasında ise azaldığı belirtilmektedir (Arıkan, Coşar, Işık, Candansayar ve Işık, 1996). Dini ve kültürel etmenler de alkol ve madde kullanımı üzerinde önemli rol oynarlar. Örneğin, alkolizm İslam ülkelerinde ve Hindu ülkelerde daha az görülürken, Amerika'da siyahlar arasında, beyazlara oranla daha az rastlanmaktadır. Meslek grupları açısından bakıldığında ise, mutfakta çalışanlar, barmenler ve bira fabrikasında çalışanlar gibi içkiye kolaylıkla ulaşabilen kişilerin, aktörlerin, eğlence yerlerinde çalışanların ve doktorların risk grupları oluşturdukları belirtilmektedir (Gelder ve ark., 1996). Araştırmalar gençlerde riskin özellikle evsiz iseler arttığını göstermektedir (Sibthorpe, Drinkwater ve Bammer, 1995).

Alkol bağımlılığının intihar için yüksek bir risk faktörü oluşturduğu bilinmektedir. Tüm intihar girişimlerinin yaklaşık 1/4'ünün, alkol bağımlılığı ya da kullanımı ile ilgili olduğu ileri sürülmektedir. Yapılan sistematik çalışmalar, intiharlarda görülen madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığı oranının %15 ile %39 arasında değiştiğini göstermektedir. Bu oranların büyük bir kısmı ise yalnızca alkolizme aittir (Murphy, 1988). Murphy ve Wetzel (1990), alkol bağımlılığında yaşam boyu intihar girişimi

oranının ortalama %11-15 arasında değiştiğini belirtmektedirler.

Alkolizm, intihar için risk faktörü oluşturan psikiyatrik hastalıklar içerisinde ikinci sırayı almaktadır. İntihar riski özellikle, uzun süredir içen ve daha önce intihar girişimi bulunan yaşlı erkeklerde, depresyon da söz konusu ise, oldukça yüksektir (Gelder ve ark., 1996). Ohberg ve arkadaşları (1996), 1348 intihar etmiş kişi ile yapmış oldukları bir çalışmada, tüm intihar vakalarının %35.9'unun alkol etkisi altındayken gerçekleşmiş olduğunu belirtmektedirler. İntihar esnasında erkeklerin %15.8'inde kan-alkol oranındaki yükseklik sınırların çok üzerinde iken, bu oran kadınlarda %5.1'dir.

Alkol bağımlılığında intihar riskini arttıran nedenler arasında içki nedeniyle oluşan fiziksel hastalıklar, evlilik sorunları, iş kaybı ya da işte sorunların yaşanması sayılabilir (Gelder ve ark.,1996). Yakın geçmişte meydana gelen bir kaybın, alkolik intiharları için temel bir faktör olduğu belirtilmektedir. Klinik, sosyolojik ve sağlık faktörlerinin bir arada bulunuşu, alkoliklerde görülen intiharlar ile yakından ilişkilidir (Greenwald, Reznikoff, Plutchik, 1994). Murphy ve arkadaşları (1992) intihar etmiş 50 alkol bağımlısı ile gerçekleştirdikleri bir çalışmada, kesintisiz içme, aynı anda yaşanan (comorbid) majör depresyon, ciddi medikal bir hastalık, işsizlik ve zayıf sosyal desteğin, intihar davranışı için risk faktörleri oluşturduğunu belirtmektedirler. Yapılan derleme türü bir çalışmada da, yaşam olayları ve alkolizm ile intihar arasında güçlü bir bağlantının olduğundan söz edilmektedir.

Özellikle, diğer destek sistemleri yoksa ve kişinin başatma becerileri zayıfsa, kişiler arasında yaşanan bir krizin intihar riskini hızla arttırdığı belirtilmektedir (Heikkinen ve ark., 1993).

Sibthorpe ve arkadaşları (1995), gençler arasındaki evsizlik sorununun, alkol ve madde kullanımı için yüksek bir risk faktörü oluşturduğuna dikkati çekerek, evsiz gençlerin %45'inin yüksek dozda ilaç aldıkları ya da başka bir yolla, birden fazla sayıda intihar girişiminde bulduklarını bildirmektedirler. Bu gruptaki kadınlar arasında görülen intihar girişimi oranı erkeklerden daha yüksektir. Bu araştırma sonucunda, böyle bir grupta intiharın en iyi yordayıcılarının, kadın olmak, sürekli alkol kullanımı ile birlikte cinsel örselenme öyküsünün bulunması olduğu belirtilmektedir. Cinsel örselenme öyküsü ve sürekli alkol kullanımı intihar girişimlerini yordama açısından diğer değişkenlere oranla 6.5 kez daha güçlü bulunmuştur.

Murphy ve Wetzell (1992), literatürde yer alan ve alkol bağımlılarında intihar ile ilgili olarak çeşitli ülkelerde yapılmış çalışmaların derledikleri çalışmalarında, alkolikler arasında intiharın en sık görüldüğü yaş aralığını 40-49 olarak vermektedirler. Bu bulgudan da anlaşılacağı gibi, intihar alkolizmin geç dönemlerinde görülen bir fenomen olarak karşımıza çıkmaktadır. Yıkım yaratıcı dereceye varan içme davranışı, ancak birkaç yıl içinde gelişmektedir. İntihar etmiş 76 hasta ile gerçekleştirilen bir çalışmada da bu bilgiyi destekleyici veriler elde edilmiş, intihar eden

vakaların yalnızca %11'inin 10 yıldan kısa bir süredir içtikleri belirlenmiştir.

İkincil tanılar, alkoliklerde görülen intiharlarda oldukça önemli bir rol oynar. Alkolizme en sık eşlik eden tanı % 68 ile majör depresyon olarak belirlenmiştir. Majör depresyon alkoliklerde, alkolik olmayan bireylerle oranla 1.5 kez daha fazla görülür (Murphy ve Wetzel, 1992).

Alkol dışındaki maddelerin kullanımı da oldukça yaygın bir sorundur. Amerika'da, genel popülasyonun %37'sinin yaşamları boyunca en az bir yasadışı maddeyi kullandıkları belirlenmiştir. Yasadışı maddelerin kullanımı 18-25 yaş arasındaki işsiz gençlerde en yüksek orandadır. Bu yaş grubundaki bireylerin son bir ay içerisinde yasadışı maddeleri kullanma oranı %15.4'tür. En sık kullanılan madde 'cannabis'dir. Yapılan çalışmalar, tüm ülkelerde yasadışı maddelerin en çok evsiz gençler arasında yaygın bir biçimde kullanıldığını göstermektedir (Gelder ve ark., 1996). Sibthorpe ve arkadaşlarının (1995) yapmış oldukları çalışma da bu bilgiyi destekler niteliktedir. Bu çalışmada, örneklem grubunu oluşturan bir grup işsiz gencin %74'ünün, tüm yaşamları boyunca 10 kezden daha fazla sayıda marijuana, %28'inin uçucu maddeleri (inhalant), %17'sinin ise halusinojenleri kullandıkları belirlenmiştir.

Ailede madde kullanımının bulunması, küçük yaşta anne ve babanın boşanması, ailede intihar ya da intihar girişimi öyküsü, madde kullanım bozukluğu olan bireylerde, diğer kişilere oranla daha sık gözlenmektedir. İşsizlik ve yasal sorunlar, sıklıkla rastlanan sosyal

sorunlar arasındadır. Madde kullanım bozukluğunun sıklıkla borderline kişilik bozukluğu veya şizofreni ile birlikte görüldüğü de belirtilmektedir. Kişi uzun süredir madde kullanıyorsa ve kişilik bozukluğu veya şizofreni gibi bozukluklara da yatkınsa intihar riski artmaktadır (Runeson, 1990).

Ohberg ve arkadaşları (1996)'nın yapmış oldukları bir çalışmada, bazı uyuşturucuların kullanım sıklığı, alkolün tam tersi olarak, kadınlarda (%67.1) erkeklerden (%33.8) daha yüksek bulunmuştur. Bu gruptaki tüm intiharların %5.3'ü nöroleptikler, %4.4'ü antidepresanlar, %2.9'u kardiovasküler ilaçlar ve %1.4'ü barbitüratlar ile gerçekleştirilmiştir. İntihar edenlerin %20.2'si ya antidepresanları, ya nöroleptikleri ya da her ikisini birden almışlardır.

Kandel ve arkadaşları (1991), yasadışı madde kullanımı ve intihar düşünceleri arasında güçlü bir ilişkinin olduğunu belirtmektedirler. İntihar düşünceleri, kullanılan madde eğer yasadışı ise daha da artmaktadır. Kokain kullanan kızlar arasındaki intihar girişimi oranı %54 olarak belirtilmektedir ve bu oran, herhangi bir madde kullanmayan veya yalnızca alkol ya da sigara kullanan ergen kızlardan 8 kat daha fazladır. Erkekler arasında da kokain kullananlar ve marijuana dışındaki yasadışı maddeleri kullananlar, diğer gruplara oranla (sigara ve alkol kullananlara) daha fazla sayıda intihar girişimi belirtmişlerdir. Depresyon belirtilerinin madde kullanımı üzerindeki doğrudan etkisi ve madde kullanımının intihar düşünceleri üzerindeki etkisi, özellikle kızlarda oldukça belirgindir.

Ülkemizde de, intihar girişiminde bulunan alkol bağımlılarıyla ilgili demografik bilgileri elde etme amacıyla yapılan bir çalışmada, 68 alkol bağımlısı incelenmiştir. Bu hastalardan 33'ünün intihar girişiminde bulunduğu ve yaşlarının intihar girişiminde bulunmayanlara oranla daha genç olduğu saptanmıştır. İntihar girişiminde bulunan grubun, bulunmayan gruba oranla daha fazla miktarda alkol tükettikleri, sosyo-ekonomik durumlarının daha kötü olduğu ve daha fazla sayıda depresif bozukluk, anksiyete bozuklukları ve madde kötüye kullanımı gibi ikincil tanılar aldıkları belirtilmektedir (Ağargün, Kara, Karamustafaloğlu ve Üçışık, 1995).

Alkol ve intihar eğilimleri arasındaki ilişkilerin araştırıldığı bir başka çalışmada, alkol bağımlılığı tanısı almış hastalardaki intihar girişimi ve düşüncesi oranı (%44), karşılaştırma grubundan (%12) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Alkolikler arasındaki intihar girişimleri dürtüsel ve plansız gerçekleşmiştir ve büyük bir çoğunluğu (%93.3) intihar girişimi sırasında içkili olduklarını belirtmişlerdir. Ayrıca alkol bağımlılığı tanısı alan grupta görülen depresyon oranı %72 olarak belirlenmiştir (Sayıl ve Kemaloğlu, 1992). Bir başka çalışmada, örnekleme oluşturan alkol bağımlılarının %48'inin daha önce intihar girişimi olduğu ve bunların %35'inin de girişimleri sırasında alkollü oldukları belirtilmektedir (Arıkan ve Coşar, 1996).

Ankara'daki üniversitelerde öğrenim gören gençler arasındaki madde kullanımının boyutlarını saptamak için yapılan bir çalışmada da 1382 üniversite öğrencisi örneklem grubunu

oluşturmuştur. Bu öğrencilerin kokain, trankilizan, sedatif, afyon, eroin ve opiyat gibi uyuşturucu maddeleri ilk kez kullanma yaşlarının, 15 ve 15'in altında olduğu belirlenmiştir. Halusinojen, sigara ve alkolde ise ilk kullanma yaşı olarak 15-19 yaşlar arası daha yüksek oranda bildirilmiştir. Bu öğrenciler arasında alkolün yaşam boyu en az bir kez kullanımı %70, son bir yıl %49, son bir ay %10, hergün en az bir kez kullanım oranı ise %2'dir. Bağımlılık yapıcı maddelerden kokain dışındakilerin son bir ay içindeki kullanımı ise bildirilmemiştir. Son bir ay içinde kokain kullandığını bildirenlerin sayısı 3'dür (%0.2) (Yüksel, Dereboy ve Çifter, 1994).

Şizofreni ve İntihar

Şizofreni, uzun yıllardır birçok boyutu ile ele alınan, fakat hala açıklanamayan pek çok yönü bulunan psikiyatrik bir bozukluktur.

Şizofreni her ülkede sıklıkla görülmektedir, fakat yaygınlığı ile ilgili olarak değişik veriler bulunmaktadır. Tüm dünyada yaşam boyu görülen yaygınlık oranının yavaş yavaş binde 1'in altına düşmekte olduğu bildirilmektedir. Amerika'da bu günkü yaygınlığı da bu düzeydedir (Carson ve Sanislow, 1993). Şizofreninin yaygınlığı ile ilgili olarak gerçekleştirilen 70'ten fazla araştırmanın değerlendirildiği bir çalışmada, şizofreninin farklı toplumlardaki yaygınlık oranlarında anlamlı farklılıklar olabileceği ve bu oranların her zaman değişebileceği belirtilmektedir. Bu çalışmada şizofreninin en düşük yaygınlık oranı ABD'deki Amish topluluğu için binde 0.3, en yüksek yaygınlık oranı ise İsveç'te binde 17

olarak saptanmıştır (Torrey, 1987). ABD'de yaşam boyu şizofreniye yakalanma riski binde 7 ile 13 arasında kabul edilmektedir (Gelder ve ark., 1996). Bu ülkede 1986 yılında 900.000 kişinin şizofreni tanısı ile hastanelere yattığı belirtilmektedir. Hastalığın kadın ve erkeklerde görülme sıklığı açısından önemli bir fark bulunmamakla birlikte, kadınlarda başlangıç yaşı daha geçtir (Carson ve Sanislow, 1993). Erkeklerde görülen başlangıç yaşı, ortalama olarak kadınlarınkinden 5 yaş daha erkendir. Şizofreninin genellikle 15 ile 45 yaş arasında başladığı belirtilmektedir (Gelder ve ark., 1996). Erkek hastaların %61.6'sında, kadın hastaların ise %47'sinde hastalık belirtileri 25 yaşına dek ortaya çıkmış olmaktadır. Bilindiği gibi DSM III-R, hastalığın 40 yaşından önce başlamasını bir tanı ölçütü olarak koymuştur (Öztürk, 1995).

Evlad edinilenler ile yapılan çalışmalar, şizofrenide genetik faktörlerin oldukça güçlü bir etkisi olduğunu göstermektedir. Şizofrenlerin birinci derecedeki akrabaları arasında yaşam boyu şizofreniye yakalanma riski %5 olarak belirtilmektedir. Bu oran akrabaları arasında şizofren bulunmayan bireylerde %0.2 ile %0.6 arasındadır (Gelder ve ark., 1996).

Tüm popülasyonda, şizofreniye yakalanmada etken olan bireysel farklılıklar değişkenine, çevresel faktörlerin %30 civarında katkıda bulunduğu tahmin edilmektedir. Hatta, hemen hemen hiç genetik yatkınlığı bulunmayan bireylerde bile bazı yaşam olayları ve çevresel stres faktörleri, hastalığın başlamasına neden olabilmektedir. Fakat aynı derecede stresörlere maruz kalmış pek çok insanda da bir majör

psikiyatrik bozukluk görülmemektedir. Kısacası hem genler, hem de çevresel faktörler şizofreni için gerekli fakat yeterli şartlar değildir (Freeman, 1989).

Hastalığa neden olan faktörler arasında madde kötüye kullanımı, kafa travmaları veya intra-kranial enfeksiyonlar gibi biyolojik faktörler de yer almaktadır. Kısa dönem yaşam olaylarının da şizofrenik bir epizodu başlatabileceği öne sürülmektedir. Yaşam olayları gibi, uzun süreli aile sıkıntıları da şizofrenik semptomatolojiyi hazırlayan bir stres kaynağıdır. Şizofreni ile ilgili olarak yapılan çalışmalarda özellikle aile arasındaki duygu aktarımı konusuna sıklıkla rastlanmaktadır (Carson ve Sanislow, 1993).

Daha önce de belirtildiği gibi, şizofreni intihar için yüksek risk faktörü oluşturan hastalıklar arasında yer almaktadır. Şizofrenler arasındaki intihar oranlarının ortalama %10 olduğu bildirilmektedir (Hamsley, 1994; Roy, 1995). Bir başka kaynağa göre şizofrenler arasındaki intihar girişimi oranı %20 ile %42 arasındadır ve bunların %10-15'i ölümlle sonuçlanmaktadır (Amador, Friedman, Kasapis, Yale, Fraum ve Gorman, 1996). Amerika'da her yıl ortalama 4.000 şizofrenik hastanın intihar ettiği tahmin edilmektedir (Roy, 1995). 1997 yılında Finlandiya'da gerçekleştirilen bir çalışmada da bir yıllık bir süre içerisinde gerçekleşen tüm intihar vakalarının %7'sini şizofrenlerin oluşturduğu bildirilmektedir (Heila ve ark., 1997). Risk özellikle hastalığın ilk yıllarında artmaktadır. Yaşın genç olması, erkek olmak, hastalığın tekrarlar ve remisyonlarla belirgin olarak kronikleşmiş olması,

depresyonun eşlik etmesi, intihar fikirlerinin bulunması, işsizlik ve tedaviyi bırakmış olma şizofrenlerde görülen intihar riskini arttırıcı faktörler olarak belirtilmektedir (Hawton, 1987). Westermeyer ve arkadaşlarında (1991) yapmış oldukları bir çalışmada erkek olma, bekarlık, beyaz ırk, yüksek IQ ve hastalığın başlangıç döneminde yüksek eğitim düzeyine sahip olmak gibi değişkenlerin, intihar için risk faktörü oluşturduğunu bildirmektedirler. Araştırmacılar şizofrenlerde görülen intihar oranlarındaki bu yüksekliğin, hastaların yaşam kalitelerinin düşüşü karşısında yaşadıkları hayal kırıklığı ve engellenmeler ile bağlantılı olabileceğini belirtmektedirler. Gerçekten de bu hastaların büyük bir kısmı, hastane dışında oldukça zayıf ve başarısız işlevler göstermektedirler. Bu hastalar için yaşam oldukça zordur. Psikotik olmayan hastalar ile karşılaştırıldıklarında birçoğu işsiz, sosyal ve maddi destekten yoksundur. Tüm bunlara ek olarak, hastaneden ayrıldıktan sonra da psikotik belirtileri zaman zaman devam etmekte ve bu durum alkol ya da madde kullanımı ile birlikte gidebilmektedir. Tüm bunlar şizofren hastalarda intihar riskini arttırıcı faktörleri oluşturmaktadır.

Şizofreni ve şizofreni spektrum bozukluklarına sahip hastalarda görülen pozitif ve negatif belirtiler, hastalığın alt tipi ve intihar davranışı arasındaki ilişkiyi saptamayı amaçlayan uzun süreli bir izleme çalışması sonucunda hastaların %40'ının intihar düşünceleri olduğu, %23'ünün intihar girişiminde bulunduğu, %6.4'ünün ise intihar sonucunda hayatlarını kaybettikleri belirtilmektedir. İntihar sonucu hayatlarını kaybeden hastalar, intihar davranışı göstermeyen hastalardan negatif

belirtiler açısından anlamlı düzeyde düşük puanlar alırken, iki pozitif belirti (sanrılar ve şüphecilik) bu hastalarda belirgin olarak fazla görüldüğü belirtilmektedir. Yine bu araştırma sonuçlarına göre, paranoid şizofreni alt tipi intihar riskini arttırıcı (%12) bir faktör olarak bulunmuştur (Fenton ve ark., 1997).

Bazı araştırmacılar, şizofren hastaların, hastalıklarının ruhsal bir hastalık olduğunu anlamaları sonucunda intihar riskinin arttığını öne sürmektedirler. Hastalar ruhsal bir hastalığa sahip olduklarını anladıklarında umutsuzluk duyguları geliştirmekte ve moralleri bozulmaktadır. Bu durum ise hastayı intihara sürüklemektedir. Amador ve arkadaşları (1996), buradan yola çıkarak; şizofren hastalardaki yüksek derecede farkındalığın, intihar davranışları ile bağlantısını araştırmışlardır. Sonuç olarak sanrılarının, asosyalliklerinin, körleşen duygularının ve uykusuzluklarının farkında olmayan hastalarda, bu durumlarının farkında olan hastalara oranla daha az intihar davranışları belirlenmiştir. Ayrıca, tekrarlayan intihar düşünceleri veya davranışları olan şizofren hastaların, intihar davranışları olmayan hastalara oranla negatif belirtilerinin daha fazla farkında oldukları belirlenmiştir.

Depresyon, şizofreniye sıklıkla eşlik eden tanı grubudur (Weisman, 1974; Roy, 1995). Yapılan bir çalışmada, şizofrenlerin hastaneye yatışları sırasında, %40'ının sübjektif üzüntü, %20'sinin minör depresif episodlar, %6'sının ise majör depresif episodlar gösterdiği belirtilmektedir. Şizofrenide depresyonun görülmesi, depresyonun şizofren intiharları için belkide en önemli risk faktörünü oluşturduğunu

göstermektedir. Umutsuzluk, intihar etmiş şizofrenlerde görülen ve intihar olasılığını arttıran en önemli belirti olarak belirtilmektedir. Umutsuzluğun hemen ardından ise majör depresif episod gelmektedir. Depresif duygu olmadan umutsuzluğun görüldüğü vaka sayısı ise çok azdır. Bulgular, şizofren hastaların, değersizlik duygusu ve intihar fikirleri gibi depresyonun psikolojik belirtilerini daha fazla geliştirdiklerini göstermektedir (Drake ve Cotton, 1986). Bir başka çalışmada da hastaların %64'ünde, intiharları öncesinde depresif belirtilerin varolduğu belirtilmektedir. Ayrıca bu hastaların %78'inin hastalıklarının aktif döneminde olduğu, %71'inin ise geçmişinde yine bir intihar girişimi olduğu belirtilmektedir (Heila ve ark., 1997). Ülkemizde 30 erkek şizofren üzerinde yapılan bir çalışmada da, hastaların %63.3'ünün depresyon tanısı aldığı, %43.3'ünde intihar düşünceleri saptandığı bildirilmektedir. Ayrıca depresyon tanısı alan şizofren hastaların %42'sinin geçmişinde intihar girişiminin bulunduğu da bildirilmektedir (Güney ve Özden; 1993).

Tartışma

Görüldüğü gibi intihar, özellikle ABD ve Avrupa ülkelerinde üzerinde yoğun olarak çalışılan bir konudur. Literatür gözden geçirildiğinde çok sayıda kitabın ve yalnızca bu konu ile ilgili çalışmalara yer veren "Suicide and Life-Threatening Behavior" ve "Archives of Suicide Research" gibi süreli yayınların düzenli olarak çıkartıldıkları gözlenmektedir. Çalışmalar, genellikle risk faktörlerinin ve istatistiklerin belirlenmesine yönelik çalışmalar olmakla

birlikte, çeşitli modellerin test edildiği (Beck ve ark., 1974; Patsiokas ve ark., 1979; Schotter ve Clum, 1982) ve intihar girişimi olan hastaların rüyalarının analizi gibi oldukça spesifik konuların ele alındığı çalışmaların da (Levitan, 1984) bulunduğu gözlenmektedir. Risk faktörlerinin belirlenmesine, istatistiklerin çıkartılmasına ve rüya analizleri gibi konulara yönelik çalışmaların belirli bir birikime ulaşmasının ardından, özellikle son yıllarda bunları değerlendiren derleme türü makalelere de rastlanmaktadır (Hawton, 1987; McClure, 1987; Diekstra, 1989; Westefeld ve Range, 1990; Heikkinen ve ark., 1993; Silverman, 1993; Maltzberger, 1993; Wagner, 1997).

Bunların dışında intihar ile ruhsal hastalıklar arasındaki ilişkilerin incelendiği pek çok araştırma da bulunmaktadır. Bu çalışmaların özellikle duygudurum bozuklukları üzerinde yoğunlaştığı, daha sonra ise şizofreni ve alkol bağımlılığı gibi diğer hastalıkları da kapsayan bir biçimde sayılarının gittikçe arttığı gözlenmektedir. Bu konuda da ulaşılan son noktanın, yine bu çalışmaların derlendiği makaleler olduğu görülmektedir (Murphy ve Wetzel, 1990; Murphy ve Wetzel, 1992; Heikkinen ve ark., 1993).

Ülkemiz açısından bakılacak olursa, konu ile ilgili ilk bilimsel yayının 1910 yılında Faik Şevket tarafından yapılan bir çeviri olduğu belirtilmektedir. İlk bilimsel çalışma ise, 1927 yılında Cemal Zeki'nin kadınlarda intihara neden olan olaylar ve önleme yöntemleri üzerine gerçekleştirdiği bir çalışmadır. 1927 ve 1968 yılları arasında geçen yaklaşık kırk yıllık süre içerisinde intihar konusuna ilişkin çok az sayıda

yayının olduğu, 1968 yılından sonra ise özellikle klinik temelli araştırma yazılarının arttığı bildirilmektedir (Ceyhun, 1994).

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesi sırasında taranan literatür, bu konuda ülkemizde yapılan çalışmaların; intihar yöntemlerinden (Tüzer ve ark., 1995) psikiyatristlerin tutumlarına (Sayıl ve ark., 1990); coğrafi etkenler (Fidaner ve Fidaner, 1988) ve meteorolojik faktörlerden (Ersoy, Hancı ve Akçiçek, 1996) duygularını açma davranışına (Oral, 1994) kadar oldukça geniş bir yelpaze içerisine yayıldığını göstermektedir. Çalışmaların ağırlığını ise, yurt dışındaki çalışmalarda olduğu gibi, risk faktörlerinin belirlenmesi ve intihar edenlerin ya da girişimde bulunanların demografik özelliklerinin ortaya konmasını hedef alan yayınlar oluşturmaktadır. Sayıları çok olmamakla birlikte, alkol bağımlılığı, depresyon ve şizofreni gibi psikiyatrik tanı kategorileri ile intihar arasındaki ilişkileri araştıran çalışmalara da rastlanmaktadır. Ancak bu çalışmaların da çoğunluğu, hastaların demografik özelliklerini ya da bazı test bulgularını özetleyen türde çalışmalardır.

Özellikle son yıllarda, intihar ile ilgili olarak ortaya atılan bazı bilişsel değişkenlerin test edilmesi yönünde çalışmaların başladığı (Haran ve Aydın, 1995; Şahin ve ark., 1998), bilişsel kuram çerçevesinde geliştirilen çeşitli ölçeklerin kliniklere kazandırılmaya (Durak ve ark., 1993; Durak, 1994; Dilbaz ve ark., 1995) ve intihara ilişkin kalıpyarguların belirlenmeye çalışıldığı (Şahin, Şahin ve Tümer, 1994) bazı çalışmalar da gözlenmektedir. Ancak, yurt dışı yayınlarda sıklıkla karşımıza çıkan ve oldukça

önemli bilişsel değişkenler olarak görülen katı düşünce tarzı (Patsiokas ve ark., 1979), problem çözme becerileri (Schotte ve Clum, 1987; Lerner ve Clum, 1990) ve bilgi işleme süreçleri (Ingram ve Reed, 1986) ile ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır. Oysa ki, yaşam stresleri ile başa çıkma konusundaki yetersizlikler ve bilgi işleme süreçlerindeki hatalar, depresyon ve umutsuzluk duygularına neden olmakta, dolayısıyla intihar riskini arttırmaktadır. Bu konularda kültürümüze özgü bazı farklılıkların bulunabileceği düşünülmektedir. Bu noktalar üzerinde çalışılmamış olması, konu ile ilgili ülkemiz literatüründe bir eksiklik olarak değerlendirilebilir.

Son yıllarda gözlenen ve sevindirici olan iki gelişme söz konusudur. Bunlardan biri kültürlerarası karşılaştırmalı çalışmaların başlamış olması (Eskin, 1993, 1996, 1997); diğeri ise, ilki 1991, ikincisi 1996 yılları olmak üzere "Türkiye'de İntihar Olgusu Bibliyografya" adı altında, birbirinin devamı niteliğinde olan iki bibliyografya çalışmasının yayınlanmasıdır (Sayıl ve Azizoglu, 1991; Sayıl ve Azizoglu-Binici, 1996). Bu bibliyografyada 1910 yılından başlayarak 1995 yılı sonuna dek ülkemizde yayınlanmış olan ve saptanabilen tüm çalışmalar dizin halinde verilmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalardan haberdar olmanın ve bunlara ulaşabilmenin, zaman zaman, yurt dışındaki yayınlara ulaşmaktan daha güç olduğu düşünülecek olursa, bu bibliyografyanın önemli bir boşluğu doldurduğu ve intihar konusuna ilgi duyan araştırmacılara önemli bir kaynak olduğu şüphe götürmez bir gerçektir.

Kaynaklar

- Ağargün, M. Y., Kara, H., Karamustafahoğlu, N. & Üçışık, M. (1995). İntihar girişiminde bulunan alkol bağımlılarının demografik verileri ve klinik özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 6 (3), 198-202.
- Amador, X. F., Friedman, J. H., Kasapis, C., Yale, S. A., Flaum, M. & Gorman, J. M. (1996). Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness. *American Journal of Psychiatry*, 153 (9), 1185-1188.
- Ankan, Z. & Coşar, B. (1996). Alkol bağımlılığına demografik ve epidemiyolojik bir bakış. *Kriz Dergisi*, 4 (2), 81-91.
- Ankan, Z., Coşar, B., Işık, A., Candansayar, S. & Işık, E. (1996). Yarı kentsel bir bölgede alkolizm prevalansı. *Kriz Dergisi*, 4 (2), 93-100.
- Asnis, G. M., Friedman, J. A., Sanderson, W. C., Kaplan, M. L., Praag, H. M. & Friedman, J. M. H. (1993). Suicidal behaviors in adult psychiatric outpatients. I: Description and prevalence. *American Journal of Psychiatry*, 150, 108-112.
- Bayam, G., Dilbaz, N., Holat, H., Bitlis, V., Tüzer, T. & Şenol, S. (1995). Genel bir hastanede acil servise intihar girişimi nedeniyle başvuran ergenlerin sosyodemografik özellikleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 2 (2), 57-62.
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression. I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-333.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy of depression: A treatment manual*. Guilford Press, New York.
- Beck, A. T., Brown, G. & Steer, R. A. (1989). Prediction of eventual suicide in psychiatric inpatients by clinical ratings of hopelessness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 (2), 309-310.
- Beck, A. T., Kovacs, M. & Weissman, A. (1975). Hopelessness and suicidal behavior. *Journal of American Medical Association*, 234 (11), 1146-1149.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Kovacs, M. & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideations. *American Journal of Psychiatry*, 142, 559-563.
- Beck, A. T. & Weishaar, M. E. (1990). Suicide risk assessment and prediction. *Crisis*, 11 (2), 22-30.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D. & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42 (6), 861-865.
- Berman, A. (1987). Fictional depiction of suicide in television films and imitation effects. *American Journal of Psychiatry*, 145, 982-986.
- Berman, A. L. & Jobes, D. A. (1991). *Adolescent suicide: Assessment and intervention*. American Psychological Association, First Edition.
- Bitlis, V., Tüzer, T., Bayam, G., Dilbaz, N., Holat, H. & Tan, T. (1994). Genel bir hastanede acil servise intihar girişimi nedeniyle başvuran hastaların retrospektif incelenmesi. *Kriz Dergisi*, 2 (2), 323-326.
- Bolger, N., Downey, G., Walker, E. & Steininger, P. (1989). The onset of suicidal ideation in childhood and adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 18 (2), 175-190.
- Bonner, R. L. & Rich, A. R. (1991). Predicting vulnerability to hopelessness; A longitudinal analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179 (1), 29-32.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Baugher, M., Roth, C., Balach, L. & Schweers, J. (1993). Stressful life events, psychopathology, and adolescent suicide: A case control study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23 (3), 179-187.
- Burns, D. D. (1981). *Feeling good. The new mood therapy*. The New American Library, Inc., New-York.
- Canat, S. (1989). Ergenlerde intihar girişimi ve stresli yaşam olayları. XXV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Mersin, 128-134.
- Carlson, G. A. & Miller, D. C. (1981). Suicide, affective disorder and women physicians. *American Journal of Psychiatry*, 138, 1330-1335.
- Carson, R. C. & Sanislow, C. A. (1993). The schizophrenias. *Comprehensive Handbook of Psychopathology*. Sutker and Adams (Eds.), Plenum Press, 295-333.
- Carris, M. J., Sheeber, L. & Howe, S. (1998). Family rigidity, adolescent problem solving deficits, and suicidal ideation: A mediational model. *Journal of Adolescence*, 21, 459-472.
- Ceyhun, B. (1994). 1980-1990 yılları arasında Türkiye'de yapılan intihara ilişkin yayımların çok yönlü değerlendirilmesi. *Kriz Dergisi*, 2 (1), 255-260.
- Chiles, J. A., Strosahl, K. D., Yan-Ping, Z., Michael, M. C., Hall, K., Jemelka, R., Senn, B. & Refo, C. (1989). Depression, hopelessness and suicidal behavior in Chinese and American psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 146 (3), 339-344.

- Çakmak, D., Arslanoğlu, K. & Akman, M. B. (1988). İntihar girişimi nedeniyle acil dahiliye polikliniğine başvuran hastalarda psikopatolojik değerlendirme. XXIV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, Saypa matbaası, Ankara, 214-217.
- Çifter, I. (1990). *Psikiyatri*. Gazi Üniversitesi BYYO Basımevi, 3. Baskı, Ankara.
- Çuhadaroğlu, F. & Sonuvar, B. (1993). Adolesan intiharları ve kendilik imgesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 4 (1), 29-38.
- D. I. E. İntihar İstatistikleri (1997). T. C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Ankara.
- Diekstra, R. F. W. (1989). Suicide and the attempted suicide: An international perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80, (Suppl. 354), 1-24.
- Diekstra, R. F. W. (1991). Suicide and parasuicide: A global perspective: Current approaches. Suicide and attempted suicide. Risk factors, management and prevention. Montgomery and Goeting (Eds.), Duphar Laboratories Limited, First Edition, 1-22.
- Dilbaz, N., Bitlis, V., Berksun, O. E., Bayam, G., Güney, S., Holat, H. & Tüzer, T. (1995). Beck İntihar Niyeti Ölçeği, *3P Dergisi*, 3 (2), 28-31.
- Dilsaver, S. C., Chen, Y. W., Swann, A. C., Shoaib, A. M. & Krajewski, K. J. (1994). Suicidality in patients with pure and depressive mania. *American Journal of Psychiatry*, 151 (9), 1312-1315.
- Dilsiz, A. & Dilsiz, F. (1993). İntihar girişimlerinde belirtilen nedenler. *Kriz Dergisi*, 1 (3), 124-128.
- Dilsiz, A. & Dilsiz, F. (1996). Çocuk ve gençlerde intihar girişimi: Kontrollü bir çalışma. *Kriz Dergisi*, 4 (1), 1-6.
- Dixon, W. A., Rumford, K. G., Heppner, P. P. & Lips, B. J. (1992). Use of different sources of stress to predict hopelessness and suicide ideation in a college population. *Journal of Counseling Psychology*, 39 (3), 342-349.
- Drake, R. E. & Cotton, P. G. (1986). Depression, hopelessness and suicide in chronic schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 148, 554-559.
- Durak, A. (1994). Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9 (31), 1-11.
- Durak, A., Yasak-Gültekin, Y. & Şahin, N. H. (1993). İnsanları yaşama bağlayan nedenler nelerdir? Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanteri'nin (YSNE) güvenilirliği ve geçerliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 8 (30), 7-19.
- Durkheim, E. (1992). *İntihar* (Çev. Özer Ozankaya) İmge Kitabevi, Ankara.
- Ersoy, M. A., Hancı, İ. H. & Akçiçek, E. (1996). Meteorolojik faktörlerin intihar ve cinayetlere etkisi. *Psikoloji Seminer Dergisi*, 11, 135-143.
- Eskin, M. (1993). Age specific suicide rates and the rates of increase, and suicide methods in Sweden and Turkey: A comparison of the official suicide statistics. Reports from the Department of Psychology, Stockholm University, No: 772.
- Eskin, M. (1996). Cross-cultural gender differences in the psychosocial correlates of current adolescent suicidal ideation. *Journal of Gender, Culture, and Health*, 1 (3), 189-205.
- Eskin, M. (1997). Cross-cultural tests of the gender-role consistency and stigma hypotheses of suicidal behavior. *Journal of Gender, Culture, and Health*, 2 (3), 245-262.
- Fawcett, J., Scheftner, W. A., Fogg, L., Clark, D. C., Young, M. A., Hedeker, D. & Gibbons, R. (1990). Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147 (9), 1189-1193.
- Fenton, W. S., McGlashan, H., Victor, B. J. & Blyler, C. R. (1997). Symptoms, subtype, and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders. *American Journal of Psychiatry*, 154 (2), 199-204.
- Fidaner, C. & Fidaner, H. (1988). Türkiye'de coğrafi etken ve intihar hızları. XXIV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmaları, GATA Ankara.
- Fidaner, C. & Fidaner, H. (1994). Türkiye'de yaşlı intiharları epidemiyolojisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 5 (1), 69-73.
- Fischer, E. P., Comstock, G. W., Monk, M. A. & Sencer, D. J. (1993). Characteristics of completed suicides: Implications of differences among methods. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23 (2), 91-100.
- Freeman, H. (1989). Relationship of schizophrenia to the environment. *British Journal of Psychiatry*, 155 (5), 90-99.
- Fremouw, W., Callahan, T. & Kashden, J. (1993). Adolescent suicidal risk: Psychological, problem solving, and environmental factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23 (1), 46-54.
- Garfinkel, B. D., Froese, A. & Hood, J. (1982). Suicide attempts in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1257-1261.

- Garland, A. F. & Zigler, E. (1993). Adolescent suicide prevention. *American Psychologist*, 48 (2), 169-182.
- Gaspar, M.. (1986). Epidemiology of depression (Europe and North America). *Psychopathology*, 19 (Supl. 2), 17-21.
- Gelder, M., Gath, D., Mayou, R. & Cowen, P. (1996). *Suicide and deliberate self-harm. Oxford Textbook of Psychiatry*. Third Edition, Oxford University Press.
- Goldstein, A. & Reznikoff, M. (1971). Suicide and chronic hemodialysis. *American Journal of Psychiatry*, 127, 1204-1207.
- Greenwald, D. J., Reznikoff, M. & Plutchik, R. (1994). Suicide risk and violence risk in alcoholics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 3-8.
- Güleç, C. & Küey, L. (1989). Türkiye'de 1980'lerde depresyon: Epidemiyolojik ve klinik yaklaşımlar. *Nöro-Psikiyatri Arşivi*, Özel Sayı. XXVI. 17-28.
- Güney, M. & Özden, A. (1993). Şizofrenide depresyon ve intihar. *Kriz Dergisi*, 1 (2), 76-83.
- Haran, S. & Aydın, O. (1995). Depresyon, umutsuzluk, sosyal beğenirlik ve kendini kurgulama düzeyinin intihar fikirleri ile ilişkisi. *Kriz Dergisi*, 3 (1-2), 218-222.
- Hassan, R. (1992). Effects of newspaper stories on the incidence of suicide in Australia: A research note. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 29, 480-483.
- Hawton, K. (1987). Assessment of suicide risk. *British Journal of Psychiatry*, 150, 145-153.
- Hawton, K. (1991). Repetition and suicide following attempted suicide. Current approaches. Suicide and attempted suicide risk factors, management and prevention. Montgomery and Goeting (Eds.), Duphar Laboratories Limited, First Edition, 34-40.
- Heikkinen, M., Aro, H. & Lönnqvist, J. (1993). Life events and social support in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 24 (3), 343-358.
- Heila, H., Isometsa, E., Henriksson, M. M., Heikkinen, M. E., Marttunen, M. J. & Lönnqvist, J. K. (1997). Suicide and schizophrenia: A nationwide psychological autopsy study on age- and sex-specific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1235-1242.
- Hemsley, D. R. (1994). Schizophrenia. *The handbook of clinical adult psychology*. Lindsay and Powell (Eds.), Second Edition, Routledge, 295-308.
- Hendin, H. H. (1991). Psychodynamics of suicide, with particular reference to the young. *American Journal of Psychiatry*, 148 (9), 1150-1158.
- Hjörstsjö, T. (1987). Suicide in relation to somatic illnesses and complications. *Crisis*, 8 (2), 125-137.
- Hotto, J. (1967). Suicide and suggestibility. The role of the press. *American Journal of Psychiatry*, 124, 156-160.
- Howard-Pitney, B., LaFromboise, T. D., Basil, M., September, B. & Johnson, M. (1992). Psychological and social indicators of suicide ideation and suicide attempts in zuni adolescent. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (3), 473-476.
- Ingram, R. E. & Reed, M. R. (1986). Information encoding and retrieval processes in depression: Findings, issues, and future directions. R. E. Ingram (Ed.), *Information Processing Approaches to Clinical Psychology* (pp. 131-150), London: Academic Press, Inc.
- Isometsa, E. T., Henriksson, M. M., Aro, H. M., Heikkinen, M. E., Kuoppasalmi, K. I. & Lönnqvist, J. K. (1994). Suicide in major depression. *American Journal of Psychiatry*, 151, 530-536.
- Kandel, D. B., Raveis, V. H. & Davies, M. (1991). Suicidal ideation in adolescence: Depression, substance use, and other risk factors. *Journal of Youth and Adolescence*, 20 (2), 289-307.
- Klenhorst, I. (1995). Depressive symptomatology in depressed and suicidal adolescents. *Crisis*, 16 (1), 7-8.
- Kontaxakis, V. P., Christodoulou, G. N., Mavreas, V. G. & Havaki-Kontaxakis, (1988). Attempted suicide in psychiatric outpatients with concurrent physical illness. *Psychother Psychosom*, 50, 201-206.
- Kotita, L. & Lönnqvist, J. (1987). Adolescents who make suicide attempts repeatedly. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 76, 389-393.
- Köknel, Ö. (1989). Depresyon, Ruhsal Çöküntü, Altın Kitaplar Yayınevi, 2. Basım.
- Küey, L., Satılmış, N. & Koçak, B. (1988). Ruhsal bozuklukların sağaltımında akıl hastanelerinin yeri ve işlevi. XXIV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, GATA, Ankara.
- Leenaars, A. A. & Lester, D. (1990). Suicide in adolescents: A comparison of Canada and The United States. *Psychological Reports*, 67, 867-875.

- Lerner, M. S. & Clum, G. A. (1990). Treatment of suicide ideators: A problem solving approach. *Behavior Therapy*, 21, 403-411.
- Levitan, H. (1984). Vicissitudes of the suicidal impulse in dreams. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 14 (2), 201-206
- Lindeman, S., Heinanen, H., Vaisanen, E. & Lönnqvist, J. (1998). Suicide among medical doctors: Psychological autopsy data on seven cases. *Archives of Suicide Research*, 4, 135-141.
- Linehan, M. M., Goodstein, J. L., Nielsen, S. L. & Chiles, J. A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself. The reasons for living inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51 (2), 276-286. and
- Maltsberger, T. T. (1993). Dreams and suicide. *Suicide Life-Threatening Behavior*, 23 (1), 55-62.
- Maris, R. W. (1991). Introduction. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 21 (1), 1-17.
- Marzuk, P. M., Tardiff, K., Leon, A. C., Hirsch, C. S., Portera, L., Hartwell, N. & Iqbal, M. I. (1997). Lower risk of suicide during pregnancy. *American Journal of Psychiatry*, 154 (1), 122-123.
- Massie, M. J. & Holland, J. C. (1987). The cancer patient with pain: Psychiatric complications and their management. *Medical Clinics of North America*, 71 (2), 243-258.
- McClure, G. M. C. (1987). Suicide in England and Wales, 1975-1984. *British Journal of Psychiatry*, 150, 309-314.
- Metha, A., Chen, E., Mulvenon, S. & Dode, I. (1998). A theoretical model of adolescent suicide risk. *Archives of Suicide Research*, 4, 115-133.
- Metha, A., Weber, B. & Webb, L. D. (1998). Youth suicide prevention: A survey and analysis of policies and efforts in the 50 states. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28 (2), 150-164.
- Minkoff, K., Bergman, E., Beck, A. T. & Beck, R. (1973). Hopelessness, depression and attempted suicide. *American Journal of Psychiatry*, 130 (4), 455-459.
- Murphy, G.E. (1987). *Suicide and attempted suicide*. Psychiatry, R. Michels and J. O. Cavenar (Eds.), J. B. Lippincott Company. 1-17.
- Murphy, G. E. & Wetzel, R. D. (1990). The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 47, 383-392.
- Murphy, G. E., Wetzel, R. D., Robins, E. & McEvoy, L. (1992). Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 49, 459-463.
- Neuringer, L. (1964). Rigid thinking in suicidal individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 28, 54-58.
- Odağ, C. (1995). *İntihar (Özkıyım). Tanım, Kuram, Sağıaltım*. İzmir Psikiyatri Derneği, İzmir.
- Ohberg, A., Vuori, E., Ojanpera, I. & Lönnqvist, J. (1996). Alcohol and drugs in suicides. *British Journal of Psychiatry*, 169, 75-80.
- Oral, E. A. (1994). İntihar girişimi olan kadınların duygularını açma davranışı, *Kriz Dergisi*, 2(1), 299-310.
- Özşahin, A., Aydın, H., Boz, U., Battal, J. & Özgen, F. (1988). *İntihar girişimi sonucu acil servise başvuranlar üzerinde bir çalışma*. XXIV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, GATA, Ankara.
- Öztürk, O. (1995). *Ruh Sağılığı ve Bozuklukları*. Hekimler Yayın Birliği, 6. Basım, Ankara.
- Palabıykoğlu, R., Azizoglu, S., Haran, S. & Özayar, H. (1994). Gazetelerdeki intihar haberlerinin okuyucuya nasıl yansıtıldığına ilişkin bir çalışma. *Kriz Dergisi*, 2(2), 285-292.
- Palabıykoğlu, R., Hovardaoglu, S. & Azizoglu, S. (1995). Gazetelerde yayınlanan intihar haberlerine ilişkin tutumlar. *3P Dergisi*, 3 (1), 15-20.
- Patsiakos, A. T., Clum, G. A. & Luscomb, R. A. (1979). Cognitive characteristics of suicide attempters. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 478-484.
- Paykel, E. S., Prusoff, B. A. & Myers, J. K. (1975). Suicide attempts and recent life events. *Archives of General Psychiatry*, 32, 327-333.
- Pinto, A., Whisman, M. A. & Conwell, Y. (1998). Reasons for living in a clinical sample of adolescents. *Journal of Adolescence*, 21, 397-405.
- Potorny, A. D. (1974). *A schema for classifying suicidal behaviors*. The Prediction of Suicide. Beck, Resnik and Lettieri (Eds.), The Charles Press Publishers, Inc. Bowie Maryland.
- Rao, A. V. (1990). Physical illness, pain, and suicidal behavior. *Crisis*, 11 (2), 48-56.
- Rich, C. L., Yound, D. & Fowler, R. C. (1986). San Diego suicide study, I: Young vsold subjects. *Archives of General Psychiatry*, 43, 577-582.
- Rotheram-Borus, M. J., Walker, J. U. & Ferns, W. (1996). Suicidal behavior among middle-class adolescents who seek crisis services. *Journal of Clinical Psychology*, 52 (2), 137-143.
- Roy, A. (1995). *Suicide*. Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI. Kaplan and Sadock (Eds.), Vol.2, Sixth Edition, 1739-1752.

- Runeson, B. (1990). Psychoactive substance use disorder in youth suicide. *Alcohol and Alcoholism*, 25 (5), 561-568.
- Sayıl, I., Gürakar, L. & Ayhan, Ö. (1989). *İntihar olaylarının 1988 yılı içinde yazılı basına yansımaları konusunda bir çalışma*. XXV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Mersin, 55-63.
- Sayıl, I., Göğüş, A. K., Sözer, Y. & Ceyhun, B. (1990). *İntihar ve psikiyatrist*. XXVI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmaları, 3, İzmir, 233-239.
- Sayıl, I. & Azizoğlu, S. (1991). Türkiye'de İntihar Olgusu Bibliyografya, Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları No:1, Ankara.
- Sayıl, I. (1992). Statistical data on suicide in Turkey. *Crisis, Special Issue: Suicide and attempted suicide in 1981-1991*. Published by Ankara University Crisis Intervention Center, 10-18.
- Sayıl, I. & Kemalöglü, M. (1992). The relation between alcohol dependency and suicidal behaviour. *Crisis, Special Issue: Suicide and attempted suicide in 1981-1991*. Published by Ankara University Crisis Intervention Center, 19-22.
- Sayıl, I., Oral, A., Güney, S., Ayhan, N. & Devrimci, H. (1992). Parasuicide in Ankara. *Crisis, Special Issue: Suicide and attempted suicide in 1981-1991*. Published by Ankara University Crisis Intervention Center, 35-37.
- Sayıl, I. (1994). Türkiye'de intihar sorunu. *Kriz Dergisi*, 2 (2), 293-298.
- Sayıl, I. & Azizoğlu-Binici, S. (1995). Türkiye'de İntihar Olgusu Bibliyografya-II, Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları No:2, Ankara.
- Scheftner, W. A., Young, M. A. & Endicott, J. (1988). Family history and five years suicide risk. *British Journal of Psychiatry*, 153, 805-809.
- Schotte, D. E. & Clum, G. A. (1982). Suicide ideation in a college population: A test of a model. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 50, 690-696.
- Shaffer, D. & Piacentini, J. (1995). Suicide and attempted suicide. *Child and Adolescent Psychiatry*. Rutter, Taylor and Hersov (Eds.), Blackwell Science Ltd., Third Edition, 407-424.
- Sibthorpe, B., Drinkwater, J., Gardner, K. & Bammer, G. (1995). Drug use, binge drinking and attempted suicide among homeless and potentially homeless youth. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 29, 248-256.
- Sonuvar, B. (1985). *Gençlerde intihar ve intihar girişimleri*. XXI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmaları, 26-28
- Strakowski, S. M., McElroy, S. L., Keck, P. E. & West, S. A. (1996). Suicidality among patients with mixed and manic bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153 (5), 674-676.
- Şahin, A. R. & Özkan, A. (1993). Hastane tedavisi gerektiren intihar girişimleri. *Kriz Dergisi*, 1 (3), 129-133.
- Şahin, N., Şahin, N. H. & Tümer, S. (1994). Stereotypes of suicide causes for three age / gender cohorts. *International Journal of Psychology*, 29 (2), 213-232.
- Şahin, N. H., Batıgün, A. D. & Şahin, N. (1998). Reasons for Living and their protective value: A Turkish sample. *Archives of Suicide Research*, 4 (2), 157-168.
- Şener, Ş. & Şenol, S. (1996). İntihar girişi nedeniyle başvuran ergenlerin değerlendirilmesi ve kısa süreli izlenimi. *3P Dergisi*, 4 (2), 100-107.
- T.D.K. Sözlüğü (1993). *Türkçe Sözlük*. Genişletilmiş 7. Baskı, Türk Dil Kurumu Basımevi, Ankara.
- Torrey, E. F. (1987). Prevalence studies in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 150, 598-608.
- Tuncer, C. & Oral, T. (1988). Hekimler arası intiharlar. *Nöroloji, Nöroşirürji, Psikoloji Dergisi*, 3 (2), 17-20.
- Turgay, A. (1992). Çocuk ve gençlerde intihar girişimleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 3 (3), 183-189.
- Tümerdem, Y., Ayhan, B., Özsüt, H., Emekli, U., Dişçi, R., Güneren, E., İncesu, C. & Fak, A. S. (1986). Orta ve yüksek öğrenim gençleri ve alkol kullanımı. XXII. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Marmaris, 22-27.
- Tüzer, T., Bayam, G., Bitlis, V., Holat, H. ve Dilbaz, N. (1995). İntihar girişiminde yöntem seçimini etkileyen faktörler. *Kriz Dergisi*, II. Sosyal Psikiyatri Sempozyumu Özel Sayı, 3 (1-2), 226-228.
- Ulaşım, Y., Aydın, N., Çetin, S. & Banoğlu, R. (1992). Özkıyım girişimi ile yatırılan hastaların sosyodemografik özellikleri. XXVIII. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Özetleri, Hacettepe Tıp Fakültesi, Ankara.

- Wagner, B. M. (1997). Family risk factors for child and adolescent suicidal behavior. *Psychological Bulletin*, 121 (2), 246-298.
- Weissman, M. (1974). The epidemiology of suicide attempts. *Archives of General Psychiatry*, 30, 737-746.
- Weissman, M. & Klerman, G. L. (1980). Psychiatric nosology and Midtown Manhattan study. *Archives of General Psychiatry*, 37, 229-230.
- Westefeld, J. S., Whitehard, K. A. & Range, L. M. (1990). College and university student suicide: Trends and implications. *The Counseling Psychologist*, 18 (3), 464-467.
- Westermeyer, J. F., Harrow, M. & Marengo, J. (1991). Risk for suicide in schizophrenia and other psychotic and nonpsychotic disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 259-266.
- Wilde, E. J., Kienhorst, I., Diekstra, R. & Wolters, W. H. G. (1992). The relationship between adolescent suicidal behavior and life events in childhood and adolescence. *American Journal of Psychiatry*, 149, 45-51.
- Wilson, G. L. (1991). Comment: Suicidal behavior, clinical considerations and risk factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (6), 869-873.
- Winokur, G. & Tsuang, M. (1975). The Iowa 500: Suicide in mania, depression and schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 132 (6), 650-651.
- Yağlı, M., Kırılı, S. & Eskici, M. A. (1992). Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde intihar. *Kriz Dergisi*, 1 (1), 32-37.
- Yüksel, N. (1995). *Ruhsal Hastalıklar*. Hatiboğlu Yayınevi, Ankara.
- Yüksel, N., Dereboy, Ç. & Çifter, İ. (1994). Üniversite öğrencileri arasında madde kullanımı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 5 (4), 283-286.
- Yüksel, N., Özgentaş, U., Çalın, S. & Ekşi, A. (1986). Adolesanlarda intihar girişimi nedenleriyle ilgili bir çalışma. XXII. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, Marmaris, 220-230.