

I.GİRİŞ

İntihar özellikle son yıllarda giderek adından daha çok söz ettiren ve görülme sıklığı belirgin bir şekilde artarak bir halk sağlığı sorunu olarak görülmeye başlanan, bireysel ve toplumsal bir olgudur. İntihar stres yaratan yaşam koşullarına tepki veren “normal” bireylerden ağır ruhsal sorunları olan hastalara kadar uzanan geniş bir kitlede görülebilmektedir. Bu nedenle intihar riski olan bireylerin belirlenmesi ve gereken tedbirlerin alınması sağlık çalışanlarının karşılaştığı başlıca sorunlar arasındadır (1).

Bu temel problemin çözümü bağlamında intihar davranışını öngörebilecek parametrelerle ilgili yapılan araştırmaların sonuçlarına göre intihar ve intihar girişimlerini öngören en önemli değişkenlerden biri intihar düşünceleridir. İntihar düşünölmeye başlanınca bunu her insanda varolan kendini koruma ve kendini yıkmaya yönelik güçler arasındaki çatışma izler ve bu yüzden, intihar düşünceleri kişiyi tehdit eden çatışma ve kriz durumlarının en iyi göstergesi olarak kabul edilir (1). İntihar davranışı genel olarak intihar düşüncelerinin zamanla değişik etkenlerle yoğunlaşarak intihar planı ve eylemine giden bir süreç şeklinde gerçekleşir.

Depresyon intihar riskini artıran psikiyatrik hastalıklar arasında en önde gelmektedir ve toplumdaki intihar etme riskini otuz kat artırdığı ileri sürölmektedir (1). Majör Depresyon (MD) DSM-IV (Psikiyatri’de Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, Dördüncü Baskı) sınıflandırmasında duygudurum bozuklukları (DDB) başlığı altında yer alan bir tanıdır ve intiharda en sık rastlanılan psikiyatrik bozukluktur (2). Depresyonda en fazla rastlanan belirtilerden birisi intihar düşünceleridir (2). Bununla birlikte geleceğe dönük umutsuz beklentiler şeklinde tarif edilen umutsuzluk depresyonla yakından ilişkilidir. İntihar etme maksadıyla depresyon arasındaki ilişki yönünden umutsuzluk önemli bir rol oynamaktadır (1).

Anksiyete bozukluğu olan tüm bireylerde intihar riskini araştıran bir meta analizin sonuçları Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) olguları için sadece %1,5 intihar girişimi oranı göstermektedir. Başka bir çalışma bu oranı 60 OKB hastasında %3 olarak bildirirken, diğer bir çalışmada OKB olgularının %57’sinde intihar düşüncesi bildirmişti. OKB’lilerde intihar düşüncesi ve davranışlarının sıklığıyla ilişkili faktörleri araştıran bir çalışmada %56’da ölme arzusu, %46’da intihar düşüncesi, %20’de intihar etme planı ve %10’da ise intihar etme hazırlığı saptanırken güncel intihar düşüncesi örneklerin %14’de vardır ve Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS) skorunun 16 ya da daha fazla

olmasıyla anlamlı bir ilişkisi bulunmaktadır. Ayrıca daha önceki intihar düşünceleri Beck Depresyon Ölçeğinin (BDÖ) 19 ya da daha fazla olmasıyla ilişkilidir. Daha önceki çalışmalar OKB’li hastalarda intihar riskinin düşük olduğunu bildirirse de son araştırmalar bunun aksini göstermektedir(3). Kliniğimizde yapılan yeni bir çalışmada da, güncel intihar düşünceleri olan ve olmayan OKB hastaları karşılaştırıldığında, MD ve saldırganlık obsesyonların bulunmasının, umutsuzluk derecesinin ve Obsesif Kompulsif (OK) semptomatolojinin şiddetinin OKB’de güncel intihar düşüncelerini yordadığı bulunmuştur (4). Bu verilere karşın intihar davranışı sorununun OKB hastalarında gerektiği kadar araştırılmadığı görülmektedir.

II.AMAÇ

Yaptığımız bu araştırmadaki amacımız güncel intihar düşünceleri olan MD ve OKB’li bireyleri sosyodemografik ve klinik yönlerden karşılaştırarak, OKB’li hastalarda az çalışılmış olan intihar davranışı ile ilgili risk faktörlerinin incelenmesidir.

Bu amaçla araştırmamızda;

- a) Güncel intihar düşünceleri olan OKB ve MD gruplarının sosyodemografik ve klinik değişkenler yönünden karşılaştırılması,
- b) İntihar düşünceleri ile MD ve OKB’nin klinik şiddeti arasındaki ilişkinin araştırılması,
- c)İntihar düşüncelerinin ortaya çıkmasında diğer risk etkenleri ile birlikte OK belirtilerin rolünün incelenmesi planlanmıştır.

III.GENEL BİLGİLER

III.1.İNTİHAR

III.1.1.TARİHÇE

Arapça’da “kurban” anlamına gelen “nahr”dan köken aldığı belirtilen kelime, Latince’de sui (kendi) ve cadere (öldürmek) köklerinden türetilmiş olan “suicide” sözcüğü ile ifade edilmektedir (5). “Suicidum” kelimesi Fransızca da XVIIIci asırda ortaya çıkmış bir kelimedir (6). Bugün kullanılan ‘intihar’ kelimesi Türk diline ise Tanzimat döneminde dahil olmuştur ve Batı dillerinden yapılan çevirileri karşılayabilmek için Arapçadan alınmıştır (6).

İntihar eylemi tarihin ilk çağlarına kadar uzanmaktadır. Yapılan çok sayıda antropolojik inceleme ilkel toplumlarda intihar davranışının olduğunu göstermektedir. İlkel topluluklardaki intihar vakaları çoğunlukla kahramanlık şeklinde dile getirilen intiharlardır. İntiharlarla ilgili olarak elde edilmiş en eski yazıt olan Oedipus mitolojisindeki Epikaste’in

intihar etmesi bu şekilde gelişen bir intihardır (7). Eski Yunanda ise ilk akla gelen Sokrates'in bir intiharı çağrıştıran ölümüdür. Sokrates'in öğrencisi Platon ve Kriton diyalogu Sokrates'in şahsına verilen kaçma fırsatlarını nasıl reddettiği ve prensipleri uğruna yaşamdan nasıl vazgeçtiğini ayrıntılı olarak tasvir eder (8).

Tek tanrılı dinlerde ise başlıca düşünce sistemi herşeyden daha üstün olan, yaratan ve yok edebilen tek bir yaratıcıdır. Bunun tabii yansıması ise yaşamın kutsanması şeklinde olur ve gerek Musa'nın on emrindeki katletmeyeceksin sözü, gerekse Hz. İsa'nın Lazarus'u diriltmesi ve Kuran-ı Kerim'deki intiharın yaradana karşı işlenen en affedilmez günah olarak dile getirilmesi buna örnektir (8).

Onurun muhafazası için hayatına son vermek Anadolu'da sadece halk tarafından değil hükümler sınıfında kabul gören bir eylemdir. Osmanlıda Yıldırım Beyazıt'ın Timur'a yenilince kendisini zehirlemesi, tahttan indirilen Abdulhamit'in intiharı buna delil olabilir (8).

III.1.2.EPIDEMİYOLOJİ

İntihar gibi birçok faktörün etkilediği vakaların dağılımlarının ve etyolojisinde payı olan etmenlerin saptanabilmesi zordur. Bu nedenle intiharların ve intihar girişimlerinin epidemiyolojini inceleyen araştırmaların sayısı, içeriği ve güvenilirliği başka birçok vakadaki çalışmalara göre düşük olmaktadır. Aynı konu ile ilgili değişik kaynakların verileri arasında şaşırtıcı farklar bulunmaktadır. Toplumda intihara dönük negatif tutumların veri toplamadaki güçlüklerin nedeni olduğu değişik kaynaklarca birçok kez yazılmıştır (9).

İntihar eylemi son yirmi yıl içerisinde bütün dünyada önemli ve ciddi bir sorun olarak tarif edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre intihar oranı toplumda yüz binde 15.1 olarak belirlenmiştir(10). Yine WHO verilerine göre dünya üzerinde yılda sekiz yüz bin insan intihar eylemi sebebiyle ölmektedir (7). Yapılan karşılaştırmalarda dünyadaki tamamlanmış intiharlarda erkek/kadın oranı 3.5'dur (10). Buna karşın kadınların intihar girişim oranları erkeklerin dört katıdır (10). İntihar girişim oranları Türkiye'de ise, 15 yaş üstü erkeklerde yüz binde 31.9, kadınlarda yüz binde 85.6, tamamlanmış intiharlar erkeklerde yüz binde 9.9, kadınlarda ise 5.6 olarak bildirilmektedir (10). Ülkemizde 2002 yılı istatistiklerine göre aynı yıl 2301 tamamlanmış intihar vakası bildirilmiştir. Bu kişilerin %55'i 15-34 yaş grubundadır ve 15-24 yaş grubunda ise kadınlardaki intihar oranı daha yüksek bulunmuştur (7). Diğer Avrupa ülkelerine göre ülkemizde intihar girişim oranları biraz düşük bulunsada son yıllarda özellikle gençler arasında intihar hızı dikkat çekici bir şekilde artmaktadır (10).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'de her yıl 30 bin tamamlanmış intihar olmaktadır ve toplumun %5'inin en az bir kez intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır (11). ABD'de 1990-1992 ve 2001-2003 dönemini kapsayan bir çalışmada ise tedavideki belirgin artışa rağmen 1990 süresince intihar düşüncesi, planı, hareketleri ve teşebbüsünde anlamlı bir azalma olmadığı sonucuna varılmıştır (12). Yapılan çalışmalarda intihar girişiminde bulunanlar ve bu nedenle ölenlerin çoğunlukla bir psikiyatrik bozukluğa sahip olduğu gözlenmiştir (7,10). Depresyon intihar riskini artıran hastalıkların başında gelir ve toplumdaki intihar riskini otuz kat artırdığı öne sürülmektedir (1). ABD'de yapılan bir çalışmada intiharların %50'de komplike olmamış MD bulunduğu bildirilmiştir (13). Yapılan bir çalışmada intihar eğilimi olan OKB hastalarının oranı %6.7 olarak saptanmıştır (14). Food Drog Administer (FDA) kaynaklı bir meta analizde OKB hastalarının intihar girişim oranı %1.5 olarak bildirilmektedir (3). Tamamlanmış intiharların en az 1/3'ünde (%31-62) ve intihar girişimi olanların %77'sinden fazlasında kişilik bozukluğu olduğu saptanmıştır (15). Sınır Kişilik Bozukluğu (SKB) olan hastalarda ise intihar oranı %3-9.5 bulunmuştur. SKB'lu hastaların %75'de en az bir kez önceden intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır (16).

III.1.3.TANIMLAMA

III.1.3.1.Genel Tanım

Kişinin istemli olarak yaşamına son vermesi şeklinde tanımlanan intihar psikiyatrideki ölüm nedenleri arasında birinci sırada yer almaktadır (17). İntihar bireyin toplumsal ya da ruhsal nedenlerle hayatını kendisi karar vererek sona erdirmesidir (7). İntihar ölüm yaşam ikileminde ölümden yana tavır almak olarak tanımlanır (18). WHO'nun 1974 yılında intihar eylemini "kişinin amacının bilincinde ve değişik derecelerde ölümcül maksatlı olarak kendine zarar vermesi" olarak tanımladığı görülür. Yakın bir geçmişe dek intihar girişimleri yani ölüme gitmeyen intihar vakaları ölüme giden intihar vakalarının bit alt sınıfı olarak görülmüştür. Son dönemde ise WHO intiharı, intihar eylemi ve intihar girişimi şeklinde iki ayrı kategoride incelemektedir. İntihar girişimi kişinin kendisini yok etmek, zarara uğratmak ve zehirlenmek amacıyla yaptığı intihara dönük ve ölüme varmayan tüm istemli girişimleri kapsamaktadır (19). Başka bir deyişle intihar kişinin ölmek niyetiyle giriştiği kendine zarar verici davranışın ölümle sonuçlanmasıdır. İntihar girişimi ise yine ölüm niyeti taşısa da ölümle sonuçlanmayan kendine zarar verme davranışdır. Bir grup olarak ele alındıklarında intihar girişimleri tamamlanmış intiharlardan ayrılırlar (20).

III.1.3.2.İntiharla İlgili Kuramlar

İntiharın özel bir tanımını yapmak güçtür (21). İntihar insanların yüzyıllardır anlamaya çalıştığı en ilginç ölüm şekillerinden biridir. Tarih boyunca bu girişim oldukça farklı kavramlarla değerlendirilmiştir. Kişileri intihara götüren sebeplerle ilgili bir çok bilimsel kuram öne sürülmüştür (22). Kuramların aralarındaki görüş farklılıklarına karşın ortak oldukları noktaları vardır (9).

Littre intiharı kendini öldüren insanın eylemi olarak tanımlar ve kazayla zehir içerek ölümüne neden olan birinin bu eylemini bile intihar olarak kabul etmektedir. Durkheim ise kazayla olması durumunu bu tanımın dışına çıkarır (6). Durkheim'e göre 1897 yılında yayınladığı *Le Suicide –Etude Sociologique* isimli eserinde, insanın kendisini dolaylı veya direkt olarak ölüme götüren davranışı arasında bir fark görülemez ve ölüme götüreceğini bilerek, olayın kurbanı tarafından doğrudan ya da dolaylı olarak meydana getirdiği her ölüme intihar denmelidir (6,21-22). Bu açıdan aşırı ölçüde yemek yememe, koroner damar hastalığı bulunan birisinin bunu bilerek sigara kullanması gibi ölüme yol açabilen durumlar intihar olarak görülmektedir. Durkheim'in tanımını geniş bulan Delmas ise intihar eylemini, bir insanın yaşamla ölüm arasında seçimde bulunabileceği bir durumda her çeşit moral değerleri ve dini bilgileri aşarak ölmeyi tercih ederek kendini öldürmesi olarak tarif eder. Bununla birlikte bireyin kendi hareketiyle neden olduğu, fakat tamamıyla iradeli ve arzulu olmadığı ölüm arzusu şekillerine ise sözde intihar (pseudo suicide) adını vermiştir (6).

Freud'un psikanalitik kuramı intiharı bir depresyon sorunu olarak görmektedir. Bu konudaki çalışmasının önemli bir bölümünü sevgi nesneleri ile onların kaybedilmesi kavramları oluşturmaktadır. "Yas ve Melankoli"de sevgi nesnelerinin kaybindan kaynaklanan kızgınlık ve hayal kırıklıkları, nesne kaybının yarattığı süreçler, libido ve regresyon kavramları saldırganlığa yönelik olarak onun işleniş şekilleri etrafı olarak anlatılmaktadır (9). Freud ve Abraham tarafından geliştirilen klasik psikanalitik teoriye göre, depresyonda kaybedilen nesneye karşı duyulan düşmanca hislerin, agresif dürtülerin kişinin kendine dönmesi söz konusudur. İçeride atımla birey kaybedilmiş olan nesneyle bir özdeşim kurmaktadır ve bu kaybın yarattığı örselenmeye ve onun ruhsal sonuçlarına karşı ortaya çıkan bir savunmadır (23).

Menninger'e göre, Freud'un kavramlaştırdığı yıkıcı ve yapıcı dürtüler birbirleriyle kesintisiz bir ilişki içerisindeyken, bütünleşir ya da ayrışabilirler. Bütünleşince yapıcı, ayrışma durumunda ise yıkım yaratan unsurlar daha baskındır. Yıkıcı ve yapıcı dürtülerin dışı

yönlendirilmesindeki bozukluklar onların yeniden ayrışması ve içe “kendiliğe” doğru geriye dönmelerine neden olur ve bu saldırganlığın şiddetinin artarak yapıcı unsurları bastırmasıyla sonuçlanır. Bu süreçte intihar eğilimleri de şiddetlenmektedir. Bütünleşip nötralize olmayan saldırganlığın içe geri dönüşü kronik bir intihar olgusuna neden olur. Sonuçta intihar, kronik intihar eğilimlerinin bir ileri aşamasıdır (9).

III.1.4.RİSK ETKENLERİ

İntihar çok karmaşık nedenleri olan bir davranıştır. İntiharda da psikosomatik hastalıklarda olduğu gibi çoğul etmenli nedenlerin etkili olabileceği düşüncesi son yıllarda önem kazanmaktadır (24- 25).

III.1.4.1.Sosyodemografik etkenler

III.1.4.1.1.Mevsim

Dünyada ilkbahar ayları ve yaz mevsiminin başlangıcı İntihar girişimlerinin her iki yarım kürede en fazla görüldüğü dönemler olarak bilinir (25). Kadınlarda intihar girişimlerinin yaz aylarında en sık olduğu, erkeklerde ise hem intihar eylemleri hem de girişimlerine ilkbahar aylarında sık rastlandığı bildirilmektedir (6). Bununla beraber literatürde ise intihar davranışıyla mevsimler arasında bir bağlantı olmadığı, yalnızca ilkbahar ve sonbaharda hafif bir artış olduğu ve yaygın olan düşüncenin aksine tatil aylarında artış olmadığı bildirilmektedir. Belçika’da yapılan bir incelemede hava sıcaklığı, atmosfer basıncı, güneş doğma süresi ve nemlilik oranı gibi faktörlerin intihar eylemine etkisi incelenmiş, hava sıcaklığı ve güneş doğma süresinin özellikle ciddi intihar teşebbüsüyle bağlantılı olduğu bulunmuştur (25). İtalya’da Cagliari’de yapılan bir çalışma ise mevsimsel ve sirkadyan ritimlerle ilgili olarak intihar oranlarını anlamlı bir şekilde yüksek bulmuştur (26).

III.1.4.1.2.Cinsiyet

İntihar davranışı ile ilgili yapılan çalışmalarda kadınlarda intihar girişimi 1-4 kat erkeklerden daha fazla olmasına rağmen, erkeklerde kadınlara oranla 3-4 kat daha fazla tamamlanmış intihar görüldüğü bildirilmektedir (10,19,27). Genel olarak tamamlanmış intiharlar erkeklerde tüm yaşlarda ABD’de üç kat fazladır (28). Dünyada Çin hariç bu oran erkeklerde kadınların üzerinde seyretmektedir. Bu oran ülkemizde 1.4’dür genel nüfustan 15 yaş altı olanlar çıkarılırsa bu oran daha da artacaktır (19).

Türkiye’de 15 yaş üstü intihar girişimi sıklığı, erkeklerde yüz binde 31.9, kadınlarda yüz binde 85.6, tamamlanmış intiharlar ise erkeklerde yüz binde 9.9, kadınlarda ise yüz binde 5.6 düzeyindedir (10). Ülkemizde 2002 yılı istatistiklerine göre intihar hızı

yüzbinde 3.3; erkeklerde yüzbinde 4.05, kadınlarda ise yüzbinde 2.72 olarak bildirilmiştir (7). İntihar girişimi kadın/erkek oranları ABD’de 4/1, Avrupa’da 1.5/1, ülkemizde ise yaklaşık 2/1 olarak bildirilmektedir (28).

Erkeklerin tamamlanmış intihar oranlarının yüksekliği tüfek, tabanca gibi ateşli silahlarla daha ilgili olmalarıyla ilgilidir. Yanısıra yüksek bir yerden atlamak ve ası gibi yöntemleride erkekler kadınlara göre daha çok uygulamaktadır. İntihar amacıyla psikoaktif maddelerin alınması, zehir içeren maddelerin veya kimyasal ajanların içilmesi kadınlarda daha sık gözlenen yöntemdir (6,29).

III.1.4.1.3.Yaş

Avrupa’da erkeklerde 25-44 yaşlar, kadınlarda ise 25-44 ve 65-74 yaşlar intihar girişimlerinin en fazla gözleendiği dönemlerdir (28). İntiharların oranı yaş ve orta yaş krizleri ile artmaktadır (30). Ülkemizde ise tamamlanmış intihar oranları, 15-24 yaşlar arasında pik yapmaktadır (28). Son 20 yılda gençlerdeki intihar sıklığı özellikle 15-24 yaş grubunda artmaktadır. Bu sıklık 1970-1980 arasında 15-24 yaş erkekler arasında %40, 25-34 yaş erkekler arasında %30 yükselmiştir (28,30). Aynı yaşlardaki kadın popülasyonunda ise daha yavaş olarak hafif bir artış gözlenmiştir (30).

Günümüzde ise intihar sonucu gerçekleşen ölümler büyük oranda 15-44 yaş grupları arasında görülmektedir (28,30). Gençlerde intihar girişim oranları tamamlanmış intihar oranlarının çok daha üzerindedir (28). 15-24 yaş grubu arasında ölüme neden olan üçüncü faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Yaşlılarda intihar girişimi oranı gençlerdeki kadar fazla olmamaktadır, ama tamamlanmış olma ihtimali gençlerden ve genel popülasyondan çok daha fazla orandadır (28,30). Erkeklerde 65 yaşın üstünde tamamlanmış intihar sıklığı genel popülasyonun yaklaşık dört katı olup, yüz binde 40’a kadar yükselmektedir (28).

III.1.4.1.4.Medeni Durum

ABD’de çocuk sahibi çiftlerde intihar vakalarının anlamlı ölçüde az görüldüğü bildirilmiştir. İntihar sıklığı hiç evlenmemiş olanlarda evlilerdekinin yaklaşık iki katı bulunmuştur. Evlilerde bu oran 11/100 000, boşanmış bireylerde 40/100 000, boşanmış erkeklerde 69/100 000, boşanmış kadınlardaysa 18/100 000 oranlarında görülmektedir. Avrupa’da intihar girişimi yapan bireylerin çoğu bekar ya da dul ve %30’a yakını yalnız olarak hayatını sürdürmektedir (28).

III.1.4.1.5.Eğitim ve çevre

Ülkemizde 1996’da resmi kayıtlardan elde edilen verilere göre, intihar sonucu ölen 1810 kişiden %10’u eğitimsiz ve okuryazar değil, %8’i eğitimsiz ama okuryazar, %50’si ilkokul, %12’sinin ortaokul, %15’inin lise ve sadece %5’inin yüksekokul mezunu olduğu belirlenmiştir (24).

Avrupa’da intihar girişimleri çoğunlukla daha düşük eğitim düzeyindeki bireylerce yapılmaktadır. Bunların yarısından fazlası sadece temel eğitim almış, erkeklerin %38’i, kadınların ise %50’si herhangi bir mesleki eğitim görmemiş bireylerdir. Bu sonuçlar birbiriyle uyumlu görünmektedir. Genelde şehirde yaşayan bireylerde, kırsal kesimdekilere göre intihar riski daha fazladır (28).

III.1.4.1.6.Sosyal Sınıf, Meslek ve Ekonomik Durum

Bireyin sosyal durumu yükselme gösterdikçe intihar etme riski artmaktadır. Sosyal konumdaki düşüşler de intihar riskini yükseltmektedir (30). Ancak genel olarak düşük sosyal statüde olmak intihar girişimlerini artırmaktadır. Avrupada intihar davranışında bulunanların yarısından çoğu düşük sosyal statüdeki kişiler olurken, kadınların %5’i erkeklerin ise %10’u yüksek sosyal mevkidendir (28).

Genelde iş sahibi olma intihar açısından koruyan bir etmen olarak gözlenmektedir (28-30). İşsizlerde intihar etme sıklığı, bir işte çalışanlara göre daha fazladır, ekonomik problemler ve işle ilgili stres yükleri erkeklerde daha sık gözlenmektedir (28).

Mesleki sıralama içinde özellikle hekimler en büyük risk grubunu oluşturmaktadır. ABD’deki son çalışmalarda ise erkek hekimler arasında intihar sıklığının artmadığı ve 25 yaş üzeri beyaz erkeklerdekiyle aynı olduğu bulunmuştur (30). Buna karşın İskandinav ülkeleri ve İngiltere verilerinde erkek hekimlerdeki intihar sıklığı aynı yaş grubunda toplum genelindeki erkek intihar oranının 2/3 katı bulunmuştur (28,30). Kadın hekimler ise diğer kadınlara göre daha yüksek risk altındadır. ABD’de kadın hekimler arasında intihar etme oranı 25 yaş üzeri beyaz kadınların üç katından fazladır. Benzer olarak Galler ve İngiltere’de hiç evlenmemiş kadın hekimlerdeki intihar oranı toplum genelindeki hiç evlenmemiş kadınlar arasında görülenden 2.5 kat daha yüksektir (30). Hekimler dışındaki özel risk grupları müzisyenler, diş hekimleri, yasa uygulayıcılar, avukatlar ve sigortacılarıdır (28,30). İntihar işsiz durumda olanlara göre çalışan bireylerde daha az gözlenmektedir (30).

Ekonomik kriz durumlarında ve işsizliğin arttığı dönemlerde intiharlar artmakta, ekonominin iyi olduğu dönemlerde ise azalmaktadır. Ülkemizde intihar eylemlerinin

ekonomik yönden inaktif durumdaki ev hanımları ve öğrenci gibi gruplarda daha çok olduğu bildirilmektedir (28).

III.1.4.1.7.Irk

İntihar oranı beyaz erkekler için yüzbinde 19.6 ile zenci erkeklerden (yüzbinde 12.5) 1.6 kat daha yüksektir. İntihar oranı beyaz kadınlar için yüzbinde 4.8 ile zenci kadınlardan (yüzbinde 2.4) 2 kat daha yüksek bulunmuştur. Amerikada iç kesimlerde yaşayan genç bireylerin özellikle kızilderililerde intihar oranları ülkedeki ulusal düzeyde görülme sıklığını büyük ölçüde aşmış durumdadır (30).

III.1.4.2.Psikiyatrik Hastalıklar

Psikiyatrik bozukluklar intihar eyleminde en başta gelen risk faktörleri içindedir (10). Psikiyatrik hastalığa sahip bireylerin intihar açısından risk oranı psikiyatrik hastalığı olmayanlara kıyasla 3 ile 12 kat daha yüksektir (30). İntiharla ilişkili çalışmalarda intihar kurbanlarının %90 oranında bir psikiyatrik bozukluğu olduğu saptanmıştır (10). Yaş dikkate alınmazsa yaşamlarının bir döneminde yatarak tedavi gören hastalar relatif olarak 5 ve 10 misli daha çok intihar etme riskine açıktır (30). Ayaktan tedavi alan hastalarda bu oran, psikiyatrik tedavi almak için müracaat etmemiş bireylere göre 2-4 kez daha çoktur (30). Hastanede yatarak tedavi olan kişilerin hayat boyu intihar mortalite oranları, Bipolar (BP) bozuklukta %20, Unipolar (UP) depresyonda %15, şizofrenide %10, alkol kullanım bozukluklarında %18, sınırda ve antisosyal kişilik bozuklukları içinse %5-10 arasında bulunmuştur (10).

III.1.4.2.1.Duygudurum Bozuklukları

Ciddi intihar girişimlerinde ve tamamlanmış intiharlarda Duygudurum Bozuklukları oranı birinci sıradadır (10,30). Yaş sabit kalırsa DDB'deki intihar etme riski erkeklerde 400/100 000, kadınlarda ise 180/100 000 olarak hesaplanmaktadır (30). Ülkemizde yapılan bir çalışmada intihar girişimlerinde herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısının mevcudiyeti %68 olarak bulunurken, bu tanıların %77'sini DDB oluşturmaktadır (29).

İntihar etme yönünden BP depresyon daha fazla riskli olabilir. Özellikle çökkün duygudurumdan çıkıp kendini gereğince güçlü hissettiği dönemlerde intihar eyleminde bulunabilir. BP bozukluk olan kişilerin her iki duygudurumuda yaşıyor olması ve duygudurumdaki bu zıtlık, başa çıkması güç bir umutsuzluğa yol açıyor olabilir. BP hastalar özellikle manik dönemden depresif epizoda geçtiklerinde bu umutsuzluğu daha yoğun bir

şekilde yaşıyor olabilirler (24). Bir gözden geçirme çalışmasında, hayat boyu intihar olasılığı ortalamaları BP II bozuklukta %24, BP I bozuklukta %17, UP depresyonda ise %12 olarak bildirilmiştir (31).

Ruhsal bir hastalığı olan intihar vakalarının yaklaşık olarak %80’de depresyon olduğu saptanmıştır (10). MD intiharda en sık saptanan psikiyatrik bozukluktur ve birlikte intihar sıklığı %15 olarak bulunmuştur (7). Depresyonda olan kişilerde ise intihar etme riski yaklaşık %10 olarak bulunmuştur (10). Depresif bozukluk tanısı almış hastalar muhtemelen depresif atağın sonu veya başında intihar eyleminde bulunurlar. Çalışmalar intihar eyleminde bulunan depresyonluların 1/3 ya da daha çok oranda hastaneden taburcu olduktan sonraki altı ay zarfında bunu gerçekleştirdiklerini göstermektedir. İntihar eden depresyonlular sıklıkla orta yaş ve daha üst yaş gruplarındandır (30). Ülkemizdeki bir çalışmada ise intihar girişimi olan MD’lu grubun %70’inin kadın olduğu, yaş olarak daha genç olduğu (25-44 yaş arası ile uyumlu) bulunmuştur (17).

III.1.4.2.2.Şizofreni

Şizofreni olanlarda intihar nedeniyle ölüm oranı fazladır ve bunlar yaklaşık %10’u bulmaktadır (10,30). ABD’de her yıl yaklaşık 4000 kadar şizofreni hastasının intihar ederek öldüğü tahmin edilmektedir. İntihar eden şizofreni hastalarının yaklaşık %50’si daha önceden bir intihar girişimi yapmış olan bireylerdir (30). Ülkemizde yapılan bir araştırmada özellikle akut dönemdeki, sosyal destekleri yetersiz ve daha öncesinde intihar girişim hikayesi veren şizofrenlerde intihar düşüncelerinin daha sık olduğu belirlenmiştir (10). Şizofreni bizzat intihar etme riskini yükseltmemekle birlikte, kişinin hayatını sona erdirmesine gidecek süreci başlatacak niteliktedir (24). Bu olgularda depresif belirtilerin ortaya çıkması intihar için büyük risk oluşturmaktadır (10,30). Hastanede yapılan incelemelerde şizofrenlerden intihar etmiş olanların asgari 2/3’ünde en son temas kurulduğunda depresif belirtiler bildirilmiştir (30). Şizofrenlerin az bir kısmı ise varsanıları yönünde veya kötülük görme sanrılarından kurtulabilmek amacıyla inhar girişimi yaparlar (10,30).

III.1.4.2.3.Alkol ve Madde Bağımlılığı

Alkol kullanım bozukluklarında hayat boyunca intihar sıklığı %2.2-3.4 arasındadır (10). Alkol bağımlılarında ise %15’inden fazlasında intihar eylemi görülmektedir ve bunların intihar oranı yüzbinde 270 civarında hesaplanmaktadır (5,30). Alkol bağımlılarının %40’dan çoğu intihar girişim öyküsü olan bireylerdir. Alkol bağımlısı olup intihar edenlerin %40’dan çoğunun hastaneye son yatışlarından sonraki bir yıl içersinde bunu

yaptıkları gözlenmektedir. ABD’de, her yıl 7000 ile 13000 arası alkol bağımlısının intihar ettiği gözlenmektedir. Tüm alkol bağımlıları içinde intihar sonucu ölenlerinin %80’i erkektir. Ayrıca intihar sonucu ölen alkol bağımlıları beyaz, orta yaşta, evlenmemiş, arkadaşı olmayan, sosyal açıdan izole yaşayan ve bağımlılık sorununu bitirememiş olanlar çoğunluktadır (30). Türkiye’de yapılan bir çalışmada Alkol ve madde kullanımı öyküsü intihar girişimi yapan olgular açısından risk etmeni olarak saptanmıştır (29).

1980’li yılların ortalarında eski Sovyetler birliğindeki Perestroika döneminde birkaç yıl daha sıkı bir alkol politikası uygulanmış ve intihar oranları bu yıllar içinde özellikle orta yaşlı erkek popülasyonunda belirgin olarak düşmüştür. Burada şüphesiz diğer faktörlerin katkılarını reddetmeksizin alkolün rolünün de önemli olduğu gözlenmektedir (32).

Yapılan araştırmalar alkoliklerin hastanedeyken depresif olduklarını ve 2/3’ünün intihar ettiği sırada DDB belirtisi gösterdiğini bildirmişlerdir. Erkek alkol bağımlılarının büyük bir kısmında anti sosyal kişilik bozukluğu vardır (30). Yapılan bir çalışmada, alkol kullananların kullanmayanlara göre daha sık intihar etmesiyle ilgili olarak, 1.beyindeki bazı kimyasal ileticileri etkilemesi, 2.depresyonla birlikteliği, 3.kişilik bozukluklarıyla birlikteliği, 4.olumsuz hayat olayları yaşayarak (iş kaybı, aile birliğinin dağılması) bir kısır döngüye girmeleri şeklinde dört sebep ileri sürülmüştür (24).

Çalışmalarda sigara kullanımının da depresyonla ve intihar eylemiyle ilgili olabileceği bildirilmiştir. Sigara kullanımının intihara yatkınlık yaratabileceği belirtilmiştir. Anksiyete ve depresyonun sigaraya başlama nedeni olduğu öne sürülmüş olup bunlar kontrol edildiği zaman sigara içmenin intihar eylemiyle bağlantısının net olmadığını bildiren çalışmalarda vardır (10).

Eroin kullananlarda risk toplum genelinde 20 kat daha fazla bulunmuştur. İntravenöz olarak kullanan ergen kızlar da, bağımlılık yapıcı maddelere ve öldürebilecek miktarlarına kolayca ulaşabilme imkanı olanlarda, antisosyal kişilik bozukluğu olanlarda, dürtüsellik olanlarda, kaotik bir hayat sürenlerde, özellikle depresif epizod sırasında ya da aldığı maddenin etkisi altındayken intihar riski yüksek bulunmuştur (5,30).

III.1.4.2.4.Anksiyete Bozuklukları

Yapılan çalışmalarda anksiyete bozuklukları intiharla bağlantılı olarak görülmüştür (10). Panik Bozukluk (PB) ve sosyal fobili hastaların %20’si, herhangi bir zaman diliminde intihar girişimi yapabilmektedir (5,10). Ancak PB’nin depresyonla birlikte olduğu durumlarda depresyon hariç tutulduğunda bu oran %7’ye inmektedir (10). FDA verilerinin

kullanıldığı bir meta analizde anksiyete bozukluklarında intihar ve intihar girişimi sıklığı ölçüldüğünde genel populasyondan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu meta analizde sözü edilen bir çalışmada 167 sağlık merkezinden bir yıl içinde bildirilen 248 intihar ve 770 intihar girişimi incelenmiştir ve 248 intiharın 44'ü (%17.7) anksiyete bozukluğu tanısı almış olup bunlar arasında Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) en sık görülenidir. 770 intihar girişiminin ise 95'i (%12.3) anksiyete bozukluğu tanısı almış bunlar içinde ise TSSB'li olanların sıklığı belirtilmemiştir. Aynı meta analizde OKB hastalarının intihar girişim oranı %1.5 (14/954) ya da 1468/100 000/yıl olarak bildirilmektedir (33). Başka bir çalışma bu oranı 60 OKB hastasında %3 olarak bildirirken, diğer bir çalışmada OKB olgularının %57'de önceden deneyimlenmiş intihar düşüncesi bildirmiştir. Komplike olmayan OKB'lilerdeki intihar girişim oranlarının ruhsal bir bozukluğu olmayanlardan yüksek (%3.6 ve %0.9) olduğu bulunmuş, ayrıca komorbid OKB'li bireylerde diğer ruhsal bozukluğu olanlardan daha yüksek olarak (%15 ve %7) saptanmıştır (3).

Kliniğimizde yapılan yeni bir çalışmada güncel intihar düşünceleri olan ve olmayan OKB hastaları karşılaştırılmış, intihar düşünceleri için risk etkenlerinin belirlenmesine çalışılmıştır. Elde edilen bulgulara göre depresyon şiddeti intihar düşünceleri olan grupta daha fazladır. MD ve saldırganlık obsesyonlarının bulunması, umutsuzluk düzeyi ve Obsesif Kompulsif (OK) belirtilerinin şiddeti hastalarda güncel intihar düşüncelerinin ortaya çıkışını yordamıştır (4).

III.1.4.2.5.Yeme Bozuklukları

Yemek yemeyi kabul etmemenin bir tür intihar olacağı öne sürülebilir. Bazı çalışmalar bu fikri destekleyici özelliktedir. Bilimsel yayınlarda yeme bozukluğu olan bireylerde intihar riskinin arttığı yönündedir. Yeme Bozukluklu 246 kadınla yapılan bir araştırmada tüm diğer ölüm sebepleri %9.6 iken, intihar sebebiyle ölenlerin oranı %58.1 olarak bulunmuştur. Yeme bozukluklarına depresyon sıkça eşlik edebilir. Yapılan bir çalışmada Blumia Nervoza'lı hastalar içinde birlikte depresyon gözlenme oranı %35-80 arasında bildirilmiştir (24).

III.1.4.2.6.Kişilik Bozuklukları

İntihar eden bireylerde fazla oranda bir kişilik sorunu ya da kişilik bozukluğu mevcuttur. Bir kişilik bozukluğunun bulunması farklı şekillerde intihar eyleminin bir belirleyicisi olabilir (30). Yapılan çalışmalarda intihar eden kişilerin 1/3'de kişilik bozukluğu olduğu belirtilmektedir (28). Bu kişilerin ben merkezci, bağımlılık gereksinimleri fazla, ve

dürtü kontrolleri zayıf olma özellikleri dikkat çekici bulunmuştur (34).

İntihar davranışı olan bireylerde en sık gözlenen B küme kişilik bozukluklarıdır. İntihar girişimi olanlar arasında yapılan bir araştırmada B kümesi kişilik bozukluğu olanlar %29.8, C kümesi %7 ve A kümesi %3.5 bulunmuştur. İntihar eden kimseler arasında B küme kişilik bozukluğunun sık görülmesi bir tesadüf değildir çünkü kişinin uyumunu zorlaştırmaktadır. Özellikle dürtü kontrolünün sorunlu olması SKB ve histrionik kişilik bozukluğu olanların temel belirtilerindendir ve bu nedenle eylemlerini kontrol edemezler (24).

B küme kişilik bozukluğu içerisinde şüphesiz SKB intihar eylemi açısından önemli bir konumda bulunur (24). SKB tanısı intihar eyleminde ayırt edici bir risk etmenidir. SKB'lu olgular içerisinde intihar oranları %3 ile % 9.5 arasındadır, ve SKB'lu klinik vakaların %75'inin önceden en az bir kez intihar eyleminde bulundukları bildirilmiştir. Önceki intihar girişimi SKB'lu tüm psikiyatrik gruplarda intihar ve gelecekteki intihar eylemi için en güçlü öngörücü olarak saptanmıştır. Yapılan çalışmalar eksen I affektif bozukluk ve madde kötüye kullanım tanılarının varlığının SKB'lu olgulardaki intihar eylemini açıklamak için yetersiz kaldığını düşündürmektedir. SKB'nun intihar davranışıyla ilgili karakteristiklerinin incelendiği bir çalışmada SKB'da dürtüsellik ve önceki intihar girişimlerinin sayısı arasında bir ilişki olduğu belirlenmiştir (16). MD ve SKB'lu hastaların intihar girişimlerinin karakteristiklerinin incelendiği bir karşılaştırma çalışmasında ise MD ve SKB birlikteliğinin intihar girişimlerinin sayı ve ciddiyetini artırdığı sonucuna varılmıştır. Umutsuzluk ve dürtüsel agresyon MD ve SKB'lu olgularda intihar davranışını bağımsız olarak artırmaktadır (35). Toplum çalışmaları tamamlanmış intiharlarının ¼'den fazlasında SKB tanısı olduğunu göstermektedir (36).

Antisosyal kişilik bozukluğu olan kişilerin ise %5'inin intihar eyleminde bulunduğu ve mahkumların genel popülasyona kıyasla üç kat daha yüksek intihar riski bulunduğu gözlenmektedir (28,30).

III.1.4.3.İntihar Düşüncesi

Belli durumlarda yaşamayı istememek, bu hayattan bıktım demek ve dolaylı bir şekilde ölümü düşünmek her zaman hastalığın ya da özkıyım girişiminin bir belirleyicisi değildir. Önemsiz sebepler, sevilmediği kanaati, başarısız olduğuna dair inanç hasta olmayan bireyleri de hayattan soğutabilir. Bu kişilerin “yaşamak istemiyorum, artık yaşamam da olur” tarzındaki fikirleri intihar girişiminde bulunanların düşünceleriyle benzeşir. Ama bu

düşünceler kısa süreli ve geçici tarzdadırlar, çok hafiftirler ve irade gücüyle zihinden uzaklaştırılabilir. Bu özellikleriyle intihar düşüncelerinden büyük farklılıklar gösterirler. Çünkü intihar düşünceleri uzun süre kaybolmazlar, inatçı ve şiddetlidirler, irade tarafından etkilenmezler (9).

İntihar düşüncelerinin üç önemli niteliği vardır:

1- İntihar düşünceleri yaklaşan bir tehlikenin habercisidir.

2-Ayrıca bilinçdışı bir çatışmanın, ruhsal bir denge bozukluğunun, ciddi ruhsal bir sorununda habercisidir

3-Birdenbire ya da yavaş bir şekilde kendini gösterebilir , yavaş olarak gelişenlerin giderek şiddetinin yükseldiği gözlenir ve sayısı aniden ortaya çıkanlardan daha az değildir (9).

Yayınlanan bir araştırmanın sonuçları, toplum genelinde hayat boyu intihar düşüncesi ve intihar girişimi sıklığının sırasıyla %10-18 ve %3-5 arasında olduğunu bildirmektedir (32). Birleşik Devletler Ulusal Komorbiditenin bir araştırmasında ise, görüşülen bireyler içersinde hayatlarının bir evresinde intiharı düşünenlerin ve intihar girişimi yapanların oranları sırasıyla %13.5 ve %4.6 olarak bulunmuştur. Bundan sonra, intihar düşüncesi olanlara intihar planı yapıp yapmadıkları sorulunca, yaklaşık %30'u bu doğrultuda planları olduğunu kabul etmişlerdir (tüm görüşülenlerin %3.9'u) (32,37).

İntihar girişiminde bulunmuş kişilerin daha öznel depresyon ve umutsuzluk duygularıyla birlikte, daha ciddi intihar düşüncelerine sahip oldukları belirlenmiştir (10). Katlanılması zor sonuçlara giden hayat olayları ve zorlu yaşam koşulları çözüm olarak intiharı düşündürebilir ve intihar riskini yükseltebilir (10).

III.1.4.4.Psikolojik Etkenler

III.1.4.4.1.Umutsuzluk

Umut gelecekle ilgili bir amacı gerçekleştirmede sıfırdan fazla olan beklentilerdir. Umutsuzluk ise bir amacı gerçekleştirmede sıfırdan daha az olan olumsuz beklentiler şeklinde tarif edilir. Gerek umut gerekse umutsuzluk, her iki durumda bireyin gelecekle ilgili hedeflerine varma imkanlarının olası bir yansıması olarak görülebilir. Umutda amaçlanan hedefe varma açısından uygulanan planların gerçekleştirileceği öngörüsü varken; umutsuzlukta başarısızlık düşüncesi vardır (38).

Umutsuzluğun intihara niyetle güçlü bir bağlantısının bulunduğu bildirilmekte, intihara iten önemli bir etken olduğu söylenmektedir. İntiharla ilgili çalışmalar gözden

geçirildiğinde genç olmak (15-24 yaş arası), umutsuzluk ve yalnızlık hislerini yoğun olarak yaşamak ve yaşama sürdürme nedenlerinin az olması önemli risk etkenleri olarak görülmektedir (39). Umutsuzlukla birlikte olan en önemli psikiyatrik bozukluklardan birisi depresyondur. Hastaların şikayetleri ve belirti şiddeti arttıkça umutsuzluğun arttığı klinik araştırmalarla belirlenmiştir. Diğer yandan depresyonun tüm bulguları arasında umutsuzlukla en yakından ilişkili olan ise intihar düşünceleridir (38). Erişkin hastalarda yürütülen çalışmalarda umutsuzluk, depresyondan bağımsız olarak intihar davranışıyla ilişkili bulunmuştur (40). Kişiyi intihar etmeye götüren aslında depresyon değil, depresif duygudurumun kişide yol açtığı umutsuzluk ve seçeneksizlik hisleridir (24).

Hastanede yatarak sağaltılan ve intihar girişiminde bulunmuş olgular üzerinde yapılan bir çalışmada, hem depresyon hem de umutsuzluğun intihar eğilimiyle bağlantılı olduğu, umutsuzluk kontrol edildiğinde ise depresyonla intihar eğilimi arasındaki bağlantının yok olduğu ama tersinin sözkonusu olmadığı belirlenmiştir. Başka bir çalışmadaysa umutsuzluk ve depresyonun beraber intihar düşünceleriyle bağlantılı olmasına karşın umutsuzluğun intihar düşüncesi konusunda depresyondan daha çok sorumlu olduğunu belirlemişlerdir (38). Umutsuzluk bilişsel açıdan ele alındığında, intihar girişiminde bulunan bireylerin intihara, çoğu kez çaresizlikleri ya da umutsuzlukları için bir çıkış yolu olarak baktıkları; kişinin hayata bakış tarzı umutsuzlukla kaplıysa, intihar etme riskinin de yükseldiği bildirilmektedir (39). Depresyonun klinik semptomları arasında intiharla bağlantısı en sık görülen umutsuzluğun sadece değerlendirme yapılan zamanla sınırlı bir semptom olmayıp , uzun süre sonra bile gerçekleşebilecek intihar açısından da ipucu verebileceği öne sürülmekle birlikte bunun kültürel faktörlere bağlı olarak değişebileceği bildirilmiştir (40). Bir başka çalışmada en yüksek Beck umutsuzluk ölçeği (BUÖ) skorları eksen II, B küme bozukluklarla birlikte DDB olanlar arasında gözlenmiştir (41). İntihar riski ile ilgili değerlendirmede umutsuzluk şiddetinin depresyonun şiddetinden daha önemli olduğunun söylenebileceği belirtilmektedir (40).

Türkiyede yapılan, intihar girişimi olan ve olmayan psikiyatri hastalarıyla normal bireylerin karşılaştırıldığı bir çalışmada da umutsuzluk seviyesinin en fazla intihar girişiminde bulunan hasta grubunda olduğu ve bunu depresif hastaların takip ettiği bildirilmektedir (39).

Yine ülkemizde yapılan bir başka çalışmada ise umutsuzluk duygusu intihar eden grupta belirgin çıkmamıştır (17).

III.1.4.4.2.Yalnızlık

Sadece kendisinin yarattığı olumsuz tesirlerle beraber yalnızlık, aynı zamanda bir risk faktörüdür. Çoğu çalışma, yalnızlık duygusu içindeki şahısların intihar açısından risk grubunda olduğunu belirtmektedir. Yalnızlık duyguları intihar eden şahıslar içinde yoğun bir şekilde yaşanmaktadır. Kendini soyutlanmış hissedene ve yalnızlık duygusuna kapılan şahıs içine yuvarlandığı anlamsızlık, boşluk, mutsuzluk ve umutsuzluk duyguları arasında yaşamdan kopmaktadır. Kişi yalnızlık anlarında hayatla bağını kopararak yaşamına son verir. İntihar aslında, bireyin yalnızlık yükünü kaldıramadığının net bir göstergesidir (24).

III.1.4.4.3.Dürtüsellik

Bir kişilik özelliği olarak dürtüsellik önemli bir risk etkenidir. Dürtüsellik kısaca “düşünmeden davranma” olarak tanımlanabilir. Dürtü kontrol sorunu yaşayan birisi herhangi bir problemle karşı karşıya kaldığı zaman kızgınlık ve öfkesini kontrol edemez. Dürtü kontrolü sorunlu olan bir kişi eylemleri üzerindeki kontrolünü kaybetmiş demektir. Dürtüsel bir şekilde davranan kimse eylemlerinin kendine ve başkalarına vereceği zararı pek düşünmez. İntiharda dürtüsellik rolü fazladır. Kendini öldüren ya da bu yönde girişim içindeki birey kızgınlık ve öfkeyle bu eylemi gerçekleştirmektedir. Saldırgan dürtülerini zaptetmekte zorlanan şahıslar kendini öldürmekte zorlanmayacaktır (24).

III.1.4.4.4.Sorun Çözme Becerisinde Düşüklük

Kişilerin sorun çözme becerilerinin yeterli düzeyde olmaması önemli bir intihar risk etkenidir. İntihar girişiminde bulunan kimseler karşılaştıkları problemlerle ilişkili olarak alternatif çözümler getiremezler. Kişinin intihar etmesinde, karşısına çıkan problemleri çözümsüz olarak algılaması önemlidir. Zaten intiharlar çözümsüz bir durumla karşılaşan şahsın başvurduğu bir çıkış yoludur, zorlanan ve intihar eyleminde bulunanların sorun çözme becerilerinin düşük düzeyde olduğu araştırmacıların ekseriyetinin ortak kanısıdır (24).

III.1.4.5.Daha Önceki İntihar Girişimi

İntihar düşünceleri ve davranışları epizodik özellik taşır. İntihar davranışının temel niteliklerinden biri de tekrarlayıcı olabilmesidir. Hastanın duygusal dalgalanmalarına, kavrama becerisindeki değişimlere ve çevrede olan değişikliklere bağlı olarak tekrarlar gözlenebilir. İntihar sonucu ölenlerin yaklaşık %44’ü daha önce en az bir intihar girişiminde bulunmuşlardır. İntihar girişiminden sonra bu eylemin yinleme sıklığının yüksek olması ciddi bir sorundur ve bazen ölümle sonuçlanabilir. Bir intihar girişiminden sonraki birinci yıl, daha önemlisi ilk üç-altı ay tekrar bir girişim yönünden en risk taşıyan süreçtir (42).

WHO/EURO'nun intihar davranışına yönelik yapmış olduğu çalışmasına göre, intihar girişiminde bulunan hastalardan en az %56'sı daha önce intihar girişimi olan, %32'si ise en az iki kez intihara teşebbüs eden olanlardır. Olguların %29'u ise bir yıllık takipte yeni bir girişimde bulunmuştur. Retrospektif bir çalışmada tekrarlayıcı girişimde bulunanlar, büyük ve küçük olarak iki gruba ayrılmış ve büyük gruba daha önce beş ve daha fazla intihar girişimi olanlar alınmıştır. Büyük yineleyiciler grubunda sıklıkla erkek, düşük sosyal sınıftan, evlenmemiş, kişilik bozukluğu ve alkol bağımlılığı olan kişiler yer almıştır (42).

III.1.4.6.Parasuisid

Parasuisidal terimi, bazı yazarlarca, “self mutilasyon” veya deride kesiklerle kendini yaralama (self injury) eylemi gösteren ancak genelde ölmeyi arzu etmeyen olguları tarif etmek için kullanılır (30). Bir grup yazar bireyin kendini öldürme kastından daha çok, intihar eğiliminin derecesini tanımlamak için “parasuisid” sözcüğünü kullanmıştır. İngiliz terminolojisinde ise “parasuisid”, kendisini öldürmekten çok dikkat çekmek için yapılan eylem olarak tarif edilmektedir (18). Her intihara karşılık 10 parasuisid olmaktadır, aşağı yukarı yılda 30 000 intihar gerçekleştiğini düşünürsek, 300 000 de parasuisid gerçekleşmektedir ve bunların 200 000'i kadındır. Olguların %80'inin (160 000) yüksek doz ilaç aldığı belirtilmektedir (13).

Tanımlayıcı bir bakışla, parasuisidler intiharlardan farklı bir bir popülasyondur, kadınlarda iki kat fazladır ve 40 yaş altında en fazla görülür (13). Tüm olguların %4'ünün kendilerini kesmek şeklinde yaraladıklarını, bununla ilgili erkek/kadın oranının ise yaklaşık 1/3 olduğu saptanmıştır. Psikiyatri olgularındaki kendini yaralama sıklığının toplum geneline göre elli kat daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir. Bu olgular çoğunlukla yirmi'li yaşlardadır ve çoğu kesi kaba şekilde değil özenle yapılmış kesilerdir. Kendini kesenlerin birçoğu herhangi bir acı duymadıklarını ve kendilerine ya da başkalarına kızgınlık duydukları, gerginlik azaltmak istedikleri ve ölmek istediklerini belirtmek için bu davranışı gerçekleştirdiklerini söylemişlerdir. Bu grubun büyük bir bölümü kişilik bozukluğu olarak sınıflandırılmış ve kontrol grubuna göre daha fazla içe dönük, nevrotik ve düşmanca eğilim içinde oldukları gösterilmiştir. Bunlar arasında alkol ve diğer madde kötüye kullanımı çok fazladır ve kesicilerin ekseriyetle intihar girişimi vardır (30).

III.1.4.7.Yetersiz Tedavi

Tedavi kurumuna müracaat, intihar davranışını önlemek için gereklidir ama yeter şarttır denilemez. İntihar öncesi buna benzer müracaatların araştırıldığı bir çalışmada, öldükleri yıl içersinde intihardan ölenlerin %41'inin yataklı bir psikiyatri hastanesine, %11'inin psikiyatrik toplum servislerine ve %83'ünün pratisyen hekime başvurdıkları bildirilmektedir. Bunlardan %9'u taburcu olduktan sonra, %4'ü psikiyatrik toplum servislerinde görüşmeden sonra ve %20'si pratisyen hekime başvurduktan sonra bir gün içersinde intihar edebilmektedir. İngiltere ve Galler'deki büyük ölçekli bir klinik çalışmada başvuruların bir bölümü daha detaylı gözden geçirilince %16'sının hastanede yatarken, %24'ünün taburcu olduktan sonraki üç ay zarfında intihar ettiklerini göstermiştir. Bunun yanısıra intihar etmiş olanların %28 oranında servislerle ilişkisini kestikleri saptanmıştır. Aynı araştırma grubu başka bir çalışmasında, tedavideki azalmalar ile psikiyatrik bozukluğu olanların intihar oranları arasında güçlü bir ilişki olduğunu ve intihar riski fazla bireyleri koruyabilmek için düzeldikten sonra da temasların sürmesi gerektiğini ileri sürmüşlerdir (32). Ülkemizdeki bir çalışmada tüm hekimler acil servislerde intihar girişimlerine yeterli hizmetin verilemediği hususunda birleşmişlerdir. 143 psikiyatristin katıldığı diğer bir çalışmada ise intihar eğilimli hastalara hem kişisel hem de kurum içersinde yaklaşımın iyileştirilmesine gereksinim olduğu çizgisinde bir sonuç ortaya çıkmıştır (43).

Psikofarmakoloji, intihara yönelik davranışların etkisini azaltmada ve denetiminde faydalı olabilir (44). Eski çalışmalar intihar eden MD'lu hastaların tamamına yakınının ya hiç tedavi olmadıkları yada yeterli tedavi almadıklarını saptamıştır (32). Yetersiz dozda ilaç tedavisi mevcut psikiyatrik hastalığın öncelikle iyileşmemesine, kronikleşmesine ve bazende alkol-madde kullanımıyla komplike olmasına yol açarak intihar riskini artırabilir. Düşük dozda bazı Antipsikotikler (AP) yineleyen intihar girişimi öyküsü veren hastalarda intihar davranışını azaltabilir. Çift yönlü plasebo kontrollü bir çalışmada flupentiksol uygulanan az sayıda hastada daha sonraki girişimleri önlenmiştir ayrıca yapılan çalışmalarda şizofrenide klopapinin antipsikotik tedavi edici etkilerinden bağımsız bir şekilde intihar eylemini azaltabileceği anlaşılmıştır. Antidepresanlarda (AD) ise intihar girişimini ve fikirlerini azaltıcı etki tartışmalıdır (44). Yapılan çalışmalarda maprotilin gibi noradrenerjik ajanlarla intihar girişimlerinin uyarılabileceği şeklinde bulgular elde edilmektedir. Bununla birlikte serotonerjik ajanlar intiharı uyarıcı olarak görünmeyip bilakis koruyucu etkisi olabilir. Yan etki ya da toksik doza çıkma korkusuyla ilacın yetersiz dozda önerilmesinin hastaya daha

zarar verici olduğu, ayrıca intihar eden hastaların yalnızca %5'inin almakta olduğu ilaçları ile intihar ettikleri bildirilmektedir. Finlandiya'da yapılan bir çalışmada Seçici Serotonin Geri Alım Engelleyicisi ilaçların (SSGE) kullanımının yaygınlaştığı bir dönemde toplam intihar oranının anlamlı olarak düştüğü bildirilmiştir (44). İsveç'te 1992-1994 yıllarında yapılan bir çalışmada intihar eden 5281 kişinin sadece %13'ünde AD kullanımı (yüksek dozlar hariç) belirlenmiştir. İntihar eden kişilerde depresyonun sıklığı dikkate alındığında, bu çalışmadan, AD kullanımının yaygınlaştığı yeni kuşak antidepresanlar döneminde bile halen intihar edenlerin yeterli tedavi almadığı sonucuna varılabilir (32). Finlandiya'daki bir araştırmada intihar girişimi öncesi ve sonrası aldıkları tedaviler yönünden mukayese edilen MD'lu olguların intihar girişiminden sonra bile yalnızca %17'sinin yeterli AD tedavi gördüğü, ne önce ne de sonra hiçbirisine Elektrokonvulsif Tedavi uygulanmadığı belirtilmiştir. Tıbbi takip altındaki depresyon hastalarının intiharını inceleyen bir araştırmada hastaların yarısından daha az sayıdaki bölümünün antidepresan almakta olduğu ve çok az bir bölümünün etkili dozda tedavi gördükleri anlaşılmıştır.

Tekrarlayan intihar girişimleri olan, halen MD hastası olan dolayısıyla intihar riski fazla olgularla yapılan bir çalışmada olguların çoğunun yetersiz doz AD tedavi aldıkları bildirilmiş ve bunun mahzurlarına dikkat çekilmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada intihar eden gruptaki olguların anlamlı düzeyde bir farkla yetersiz dozda ilaçla tedavi aldıkları saptanmıştır (44). Yine ülkemizdeki başka bir çalışmada depresif bozukluğun tedavi edilmediği takdirde intihar riskinin artacağı belirlenmiştir (29). Daha iyi tedavinin intiharları önleyip önleyemeyeceği henüz yanıtı alınmamış bir sorudur fakat çalışmalara göre, en azından AD tedavisinin zarar verme olasılığı düşüktür denilebilir (32).

III.1.4.8. *Beden Sağlığının Bozulması*

Kronik bedensel bir hastalığın mevcudiyeti tüm yaş gruplarında intihar için bir risk faktörüdür. Düşünlüğe yol açan hastalıklar yüksek oranda intihar eylemini tetikler. İntihar vakalarında bedensel hastalıkların sıklığı %25 ile %70 arasında değişir. Fiziksel hastalıklar depresyona sebep olarak, psikiyatrik hastalıkları başlatarak veya relaps oluşturarak ve organik mental bozukluklar yaparak yargılama bozukluğu, dürtüsellik ve intihara yönelik eyleme yol açmalarıyla intihar riskini artırır (44).

Yapılan bir araştırmada intihar girişimi olan beş kadından birinin kaza veya ameliyat nedeniyle hastaneye yatırıldığı belirlenmiştir. Kadınlarda mastektomi ve

histeroktomi yapılması belirgin disforik duyguduruma ve bununla ilişkili olarak intihar davranışına sebep olabilir (45).

Bir çok vakada boyun ve yüz operasyonları, amputasyonlar gibi görünümü bozan veya organ kaybına sebep olan cerrahi girişimler ağır depresif duygulanım ve bununla ilişkili olarak intihar eylemine neden olabilirler (45). Hastaneye çeşitli sebeplerle yatırılmalar incelendiğinde epilepsi ile intiharlar arasında direkt bir ilişki olduğu anlaşılmaktadır (44). Epilepsi hastalarında diğer hastalarla karşılaştırıldığında intihar oranı 4-7 kat daha fazladır (44-45). Bunlarla birlikte hipotroidi, hepatik ensefalopati, adrenal bez aktivitesinde azalma da kişinin ruhsal durumuna tesir etmekte ve intihara sebep olabilmektedir. Özellikle kanser tanısı alan hastalarda hem intihar girişimi hem de intihar oranları oldukça yüksek bulunmaktadır (45). Bedensel hastalıklar içersinde intiharla en fazla bağlantılı görülenler; kanser ve diyaliz hastaları, endokrin hastalıklar, AIDS, demans, Huntington koresi, epilepsi, kas-iskelet sistemi bozuklukları ve peptik ülserdir (44).

III.1.4.9. Nörobiyolojik ve Genetik Etkenler

III.1.4.9.1. Nörobiyolojik Etkenler

Dürtüsel agresyon yoksunluk (deprivasyon) ve cezalandırmaya cevap şeklinde kendini gösterir ve intihar davranışıyla ilişkilidir. Engellenme, irritabilite, korku ve öfkeyle beraber olur. Bunun kökeninde 1. Serotonerjik, 2. Dopaminerjik, 3. Noradrenerjik, 4. Gama Amino Bütirik Asit (GABA)'erjik nörotransmitter sistemleri bulunmaktadır. Mezolimbik dopamin yolları çevreye duygulanımla ilgili yanıtı düzenleyerek agresyonda etkili olmaktadır. Bu yollarda dopaminerjik etkinlikte yükselme olması irritabiliteyi yükseltir. Aynı anda agresif cevap verme alışkanlığı değişir. Noradrenerjik aktivite artışının hayvanlarda çalışmalarında agresif eylemleri sıklaştırdığı gözlenmiştir. 5-Hidroksi Triptamin (5-HT) ve GABA'nın ise agresyonu inhibe edici bir tesiri vardır ve değişmiş serotonerjik fonksiyon, intihar eylemine yakınlıkla ilişkilidir (45).

MD vakalarında intihar girişimi yapanların yaklaşık 2/3'de BOS'da serotonin metaboliti olan 5 Hidroksi İndol Asetik Asit (5-HIAA) düzeyi düşük çıkmaktadır. Bu düşüklük şizofreni, alkolizm, kişilik bozukluğu olup intihar girişimi olanlarda da vardır. Bu düşüklük intihar eylemi ile depresyona göre daha çok ilişkili gibi gözükmemektedir. Öldürücü metod kullananlarda bu ilişki daha aşık olmakta ve psikiyatrik tanı ile ilişki görülmemektedir. Bu azalmanın sebebi: 1. Transmitter salımında düşme, 2. 5-HT nöronlarının sayısında düşme, 3. 5-HT sentezi azalması, 4. Otoinhibitör tesirin yükselmesi, 5. Hedef

nöronların inerve edilmesinde düşüşle izah edilmektedir. BOS 5-HİAA düzeyi daha sonraki davranışlar için yordayıcıdır. Taburcu olduktan sonraki 12 ay içinde BOS 5-HİAA seviyesi düşük olanlarda tamamlanmış intiharlar yüksek olanlara nazaran daha fazla gözlenmektedir (45-46). İnsanda kolesterol seviyesinin düşüklüğüyle intihar eylemi riski arasında korelasyon mevcuttur ve bu yüksek bir ihtimalle serotonerjik aktivitenin düşmesiyle ilişkilidir (45).

III.1.4.9.2.Genetik Etkenler

Bugün için intihar davranışının kuşaklar arasında karmaşık kalıtım yoluyla aktarıldığı düşünülmektedir. Yani intihar eylemi birden fazla genin birbiriyle olan etkileşimi ve çevresel etmenlerin de olaya katılmasıyla multifaktöryel bir biçimde kuşaklar arasında aktarılmaktadır. Çalışmalar genetik etkenlerin rolünün, diğer psikiyatrik hastalıklar ve psikolojik stresörlere bağımlı olmaksızın %30 ile 50 arasında olduğunu bildirmektedir (47).

İkiz çalışmalarındaki verilere göre, hem intihar girişimi hem de tamamlanmış intihar oranları tek yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerine göre daha yüksek oranda gözlenmektedir ve bu intihar eyleminin genetik bir temeli olduğunu göstermektedir. Bu çalışmaların tamamında psikiyatrik hastalık tanılarının hem intihar düşüncesi hem de girişimi yönünden risk etmenleri olarak değerlendirilmesi bu genetik temelin ruhsal hastalıklarla bağlantılı olduğunu göstermektedir (47).

Evlat edinme çalışmalarının sonuçları da genetik faktörlerin intihar eyleminde etkisi olduğunu destekler. Aile çalışmalarının çoğunluğunda ise intihar eyleminin ailevi bir kümelenme gösterdiği belirlenmiştir (47).

Bu çalışmalarla ailede intihar öyküsü mevcudiyetinin, psikopatoloji öyküsü olmasından bağımsız bir biçimde, intihar eylemi yönünden önemli bir risk etmeni olduğuna dair değerli kanıtlara sahip olunmuştur (46).

Aday gen çalışmalarındaysa triptofan hidroksilaz, serotonin taşıyıcı reseptör, bazı serotonin reseptörleri (5HT1A, 5HT1B, 5HT2A), katekol-o-metil transferaz, monoaminooksidaz A, ve tirozin hidroksilaz genleri intihar eylemiyle bağlantılı görülmüşlerdir (47-48). Bu aday genlerin DNA'larında polimorfizm olarak isimlendirilen baz dizilerindeki değişiklikler oluşmaktadır (47).

İntihara yönelik en mühim bulgular serotonerjik sisteme ait bulgulardır (47). İntihardan ölenlerde sinaps sonrası 5-HT1A sayısı yükselmektedir (45). Nörotransmitter eksikliğini kompanze etmek için sinaps sonrası reseptör sayısında artış olur (47).

Son yıllarda bulunan Triptofan hidroksilaz-2 geni ve intihar eylemi arasındaki ilişkiyi irdeleyen çalışmalar bulunmaktadır (47-48). Bu araştırmalar intihar eyleminin moleküler temellerini anlamada önemli katkılar yapsada; henüz kesin sonuçlar olarak değerlendirilemezler (47).

III.1.4.10. Psikososyal Etkenler

III.1.4.10.1. Travmatik Yaşam Olayları

Travmatik yaşam olayları psikiyatrik bozuklukların görünürdeki en önemli nedenlerindendir. Travmatik yaşam olayları kişinin ebeveynlerinden, sevgilisinden, eşinden, arkadaşından ayrılması, memleketinden isteğiyle ya da koparılarak ayrı düşmesi, sevdiklerinin kaybı, hastalanması, savaş-işkence-taciz ve tecavüz'e maruz kalması depresyon, sel ve yangın gibi doğal afetler yaşaması, ekonomik yıkımlar, mesleki, akademik ve ticari başarısızlık gibi durumları içermektedir (49). Ülkemizdeki bir çalışmada son dönem yaşam olayının mevcudiyeti intihar girişimi vakalarında %75 olarak bulunmuştur (29).

Travmatik yaşam olayları kişinin psikolojik homeostazını bozup dayanma gücünü azaltarak onu intihar gibi yıkıcı eylemlere yöneltmektedir. Ancak, bu tür bir olay yaşamış her bireyin kendini öldürmediği bilinmektedir. Bundan ötürü, insanları intihara ya da bunu düşünmeye ve girişimde bulunmaya sürükleyen şeyin, yaşadıkları travmatik olaylar değil, bunlarla baş etme güç ve becerilerinin olduğu vurgulanmaktadır (49).

Stres-diatez modeline göre intihar riskinin oluşabilmesi için bireyin sorun çözme becerisinin düşük olmasıyla birlikte çözümü zor bir problemle de karşı karşıya kalması gereklidir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada sorun çözme beceri düzeyleri düşük olguların başına çok sayıda travmatik yaşam olayının gelmesi halinde intihar eylemi riskini yüksek olarak değerlendirmek gerektiği bildirilmektedir. İnsanları intihara ya da bunu düşünmeye ve girişimde bulunmaya sürükleyen şeyin, yaşadıkları travmatik olaylar değil, bunlarla baş etme güç ve becerilerinin olduğu vurgulanmaktadır (49).

III.1.4.10.2. Kitle İletişim Araçları

Kitle iletişim araçlarında intihar haberlerinin belli bir tarzda, dramatize edilerek verilmesi intihar davranışında tetiği çeken faktör olabilir, uyarıcı niteliği taşıyabilir. Lester intihar epidemisinin güncel bir kavram olmasına ve intihar eyleminde taklit ve model almanın önemine değinmiştir. Yazara göre intiharlar toplu bir şekilde yapılabilir, metodlar benzeşebilir fakat taklit etme grupları için incelendiğinde bulaşma intihar girişimleri içinde geçerlidir (50). "İmitasyon" (taklit yoluyla) intihar girişimi bir kültür, toplum, kurum veya basında açıkça

gözlenen bir modelden spesifik bir intihar yönteminin öğrenilmesi anlamına gelir. Duygusal açıdan insanları etkileme potansiyeli yüksek olan bir intihar modeli etraflıca medyada sunulursa taklit riski ortaya çıkar (18). Avrupada Goethe'nin “Genç Wertherin Acıları” adlı eserinde sevdiği kız tarafından reddedilince canına kıyan kahramanın intiharı bir çok kişi tarafından taklit edimiştir (18,24). Buna ‘*Werther Etkisi*’ denilmiş ve bu durum Avrupanın bir çok ülkesinde kitabın toplatılmasına sebep olmuştur (18).

İntiharın gazetelerin birinci sayfasında ve ana haberler bültenlerinde çarpıcı olarak verilmesi sonrası aynı metodlarla, aynı biçimde gerçekleşen intihar vakalarının arttığı bilinmektedir (19). Viyana’da basın yayın organlarıyla işbirliği yapılmış ve haberlerin verilış tarzını belirleyen yazılı kurallar oluşmuş ve bir ilke anlaşmasına varılmıştır (50) .

Ülkemizde bu konuda alınan ilk önlem 1931 yılında yürürlüğe giren ve intiharı yayınlamayı yasaklayan “*Matbuat Kanunu*” olmuştur (19). Basılabilmesi için en büyük zabıta görevlisinden izin alınması ve bu durumda bile fotoğrfsız olması hükmü konmuştur (50). Sonrasında 1939 yılında yapılan bir çalışmada intiharı yayınlama yasağının, intihar hızının artmasına mani olduğu bildirilmiştir (19).

İntihar haberlerini sunarken eylemin tekrar tekrar gösterilmemesi, uzun röportajların yapılmaması, teknik ayrıntıların yer almaması, olağan bir şeymiş gibi anlatılmaması, intiharın şahsi sorunlar için bir başa çıkma metodu şeklinde sunulmaması ve intihar edip ölenlerin birer kahraman gibi gösterilmemesi gerekmektedir (18).

Buna karşı çıkan görüşler de vardır: Durkheime göre, intihar oranları taklit eylemiyle izah edilemez. Bu konuda yazılı basını engellemek intihara tedbir almada geçerli değildir. Bazı şahısların telkine yatkın olduğunu ancak bunun intihar istatistiklerini etkilemeyeceğini vurgulamıştır (50). Odağ, *İntihar* isimli kitabında “bazı araştırmacıların toplumda intiharla ilgili açık tartışmaların intihar sayısını artırabileceğini düşündüklerini ve buna Kaliforniya’da yüksek okul öğrencisi Pellach’ın intiharı sonrası ya da Almanya’da bir gencin intiharı sonrası intiharlardaki artışı kanıt gibi gösterdiklerini oysa tam tersine açık tartışmaların, araştırma ve yayınların toplumsal bilinci artırıcı etkileri bulunduğu” şeklinde görüşünü dile getirmektedir (9).

Nitekim daha sonra bu alandaki çalışmaların çelişkili bulguları Lester’i intihar olgusunun taklit dışında başka süreçlerle açıklanması gerektiği görüşüne itmiştir. Ülkemizdeki Matbuat yasasındaki intiharı yasaklayan madde 1950 yılında 5680 sayılı basın yasasıyla yürürlükten kaldırılmıştır (50).

III.1.4.11.İntihar Yöntemi

İntihar girişimleri ölüm niyetinden yardım için ağlamaya kadar değişebilen farklı davranış kalıpları şeklinde ortaya çıkabilir. Öldürücülük derecesi ve tıbbi açıdan ciddi sonuçlar doğurması, niyete, seçilen yöntemin hazırlığına, uygulayanın yöntem hakkındaki bilgisine ve beklentilerine bağlıdır. İntihar düşüncesi olan birey son aşamada uygulayacağı yönteme karar verir. Bu aşamadan sonra olaya müdahil olma şansımız sınırlıdır. Bu seçeneğe tesir eden ana etmen “imkan”dır. Ası, tüm dünyada ulaşılması en basit ve bundan dolayı yaygın olan bir intihar yöntemidir. Ateşli silahlar, ciddi düzeyde karbon monoksit zehirlenmesi ve ası, ölüm riski en fazla intihar yöntemleridir. Yüksek bir yerden veya hareket halindeki bir aracın önüne kendini atmak ise oldukça hasar vericidir. Zehirlenme veya bilek kesisi ise uygun bir girişimle hastanın kurtarılması açısından diğerlerine göre hekime daha çok zaman veren yöntemlerdir. Kişinin kullandığı ilaçlar hakkında bilgisiz olmasındaki gibi, bazen de intihar girişiminde bulunanlar aslında ölmeyi arzulamadıkları halde öldürücü ya da kendilerine zarar verici bir sonuçla karşılaşabilirler. En sık kullanılan intihar girişimi yöntemi ilaç alımıdır (%72). Ancak ölüme giden intihar girişimlerinde en sık kullanılan yöntem ateşli silahlardır. Öldürücü yöntemlere kolayca ulaşabilme genç intiharları için risk etmenlerinden birisidir. Evde ateşli silah bulundurulması bağımsız bir risk etmeni olarak genç erişkinlerde intihar riskini 5-10 kat artırmaktadır. Bazı ülkelerde kolayca silah ruhsatı temin edebilme intihara eğilimli şahıslar ve çevresindekiler için tehlike oluşturabilir. En sık kullanılan ilaç antidepresanlar olmaktadır. Trisiklik antidepresanların potansiyel ölümcül etkilerinin fazla olması nedeniyle bu grup ilaçlar ile olan intihar girişimleri daha ölümcül olmaktadır (18).

WHO tarafından yapılan bir çalışmada erkeklerin %64’ünün, kadınların %80’inin kendilerini zehirleme yöntemini kullandıkları saptanmıştır. Avrupada ise daha değişik yöntemler intihar girişiminde kullanılmaktadır. Örneğin Macaristan’da erkeklerin %19’unun, kadınların ise %15’inin pestisid, herbisid veya diğer toksik kimyasallarla kendini zehirledikleri belirlenmiştir. Yaşlı erkeklerin ise genelde yüksek bir yerden kendini atmak ya da hareketli bir aracın önüne atlamak şeklinde intihar etmeyi seçtikleri görülmüştür (18).

III.1.5.İNTİHARI SÖZKONUSU OLAN BİREYİN ELE ALINMASI

İntihar olasılığı olan hastaların hekimlerle bağlantısı güçlüdür. İntihar girişiminde bulunanların %50’si girişim öncesi 1 ay içinde tıbbi yardım aramışlardır (51-52). Özellikle ilk

karşılamada intihar düşünceleri olan bir şahısa yeterli vakit ayırmak, ona yabancı gelen, ürkütücü ve korkutucu intihar düşünceleri üzerinde konuşmak üzerindeki baskıyı hafifletir. Bu nedenle görüşmelerin belli bir süreye sığdırılmayarak, bazan kısa bazan da uzun sürmesi, sorumluluğun görüşmelerden sonra da devam etmesi tedavi prensiplerinden birisidir (9).

İntiharın tedavisinden genelde intihar girişimlerinden sonraki tedavi biçimleri anlaşılmaktadır. İntihar girişimleri sonrası alınan önlemler de tedavi süreci içindedir. Halbuki intihar girişim riskini gösteren işaretler girişimlerden daha önce kendini gösterir. Girişimden önce riskin yükseldiği bu safhayı da tedavinin içine dahil etmek gerekir. Bu nedenle konuya açıklık kazandırmak maksadıyla tedavi, girişimden önce, girişim ve girişimden sonra olmak üzere üç evrede incelenebilir (9).

Her intiharla ilgili durum önleme (prevention), tedavi (intervention) ve izleme (postvention) üçgeni içinde ele alınmalıdır (43).

DDB’da intiharın önlenmesi:

1.Primer önleme:Temel amaç intihar davranışı için risk faktörlerini azaltmaktır,
2.Sekonder önleme:Bu aşamada amaç yüksek riskli hastalarda intihar girişimi olasılığını azaltmaktır.

3.Tersiyer önleme:İntihar girişiminin sonuçlarını azaltmak amaçlanır (46).

III.1.5.1. Girişim Öncesi :Risk değerlendirmesi ve Önlem alma

Kısa olarak intihar girişiminden önceki tedbir alma dönemidir (9). En önemli ve ortaya konması en zor amaçlardan biri riski belirlemek, diğeri de intihar girişimlerinin azaltılmasını veya önlenmesini gerçekleştirmektir (29). İntihar eyleminin önceden tahmini karmaşık ve zordur (51). İntihar girişimlerinin birbirinden değişik doğaları vardır, bunların içinde özellikle bir kısım olgu bazı risk etkenlerini bulundurmaktadır ve bunlar tamamlanmış intihar eylemleri için aday olabilirler (29).

İntihar girişimi, risk faktörleri ve koruyucu faktörler arasındaki dengenin bozulmasından dolayı ortaya çıkar. İntihar düşüncesinin belirginleşmesi, risk unsurlarının yoğunluk kazanması ve koruyan unsurların zayıflaması manasına gelir (18). İntihar tehlikesini vaktinde anlamak bize gerekli tedbirleri iş işten geçmeden alabilme imkanı sağlar. Bununda en önemli şartları aslında eğitim, öğretim ve toplumun bilinçlenmesidir (9). Bunun için yapılacak en iyi şey, tıp öğrencilerinden başlayarak sağlık çalışanlarının özellikle risk etmenleri ve intihara eğilimi olan şahısların yönetimi konusunda eğitilmeleridir. Ayrıca, temel sağlık hizmetlerinin bir bölümü olan ruh sağlığı örgütlenmesi içerisinde intihar ihbar

merkezleri gibi spesifik çalışmalar yapmalıdır. İngiltere’de yapılan bir çalışma, iyi örgütlenme ve eğitim ile intihar nedeniyle ölümlerin 1/3 oranında düşürülebileceğini ortaya konmuştur (5).

Tehlikeyi zamanında anlamada ilk yapılan görüşme çok önemlidir. İlk görüşmede primer amaç intiharın önlenmesi olmamalıdır. Birincil amaç “burada ve şimdi” görüştüğümüz hastayı anlamaya, ona ulaşmaya çalışmaktır. Onunla bir bağ kurmak, bağ kurulmasa bile ona yalnız olmadığını, bırakılmadığını, bir köşeye itilmediğini, kendisine değer verildiğini göstermek olmalıdır (9). İntihar riskini araştırırken empati ile yaklaşp, yaratıcı ve esnek bir görüşe sahip, güven verici, anlayışlı olmak ama net bir şekilde böyle bir niyetinin olup olmadığını hastaya doğrudan sormak en iyi yoldur (42,52). Burada hastaya açıkça zihninden bazan artık yaşamak istememe gibi bir düşüncenin geçip geçmediği sorulmalı, daha önce bir intihar girişimi olup olmadığı araştırılmalıdır (9). Bu soruyu imkanı varsa problemlili olduğu yakınlarının yanında sormayıp bire bir görüşmede yöneltmelidir (52). Hasta ile yan yollara sapmadan, normal bir vakadan bahsediyormuş gibi konuşmak, ona gerekli soruları dosdoğru ve hiç çekinmeden sormak da bu yaklaşımın bir prensibidir (9). Çoğu vaka gerçeği söyleyecektir (52). İntihar potansiyelini değerlendirirken tam bir psikiyatrik öykü almalı, bu yönde vakanın mental durumunu ve depresif belirtilerini, intihar fikirlerini, niyetlerini, planlarını ve girişimlerini sorgulamalıdır (30). İntihar girişiminde bulunanlar bazan olayı basit bir kaza gibi göstermeye çalışabilir, bazan da inkar eder. Bu nedenle şüphe uyandıran kazalarda intihar ihtimali mutlaka akla gelmelidir (42).

Bir grup yazar, intihar riski değerlendirmesi yapabilmenin iki koşulundan söz etmektedirler. Birinci koşula göre klinisyen, intiharla ilgili niyetini direkt sorgulama arzusu olduğunu göstermelidir. İntihara eğilimle direkt yöneltilmiş sorular hastayı intihara sürüklemeyi aksine intihar etmeyi düşünmüş bir hasta, hekiminin bu tarz sorular sormasından sıkıntılarının anlaşıldığını düşünecektir. İkinci koşula göre klinisyen, intihar riskinin artışıyla ilgili göstergelere karşı hassas olmalıdır. Bir hastanın intihar değerlendirmesi sürecinde, hastayı intihara götürecek risk faktörlerinin bilincinde olunmalıdır. Bu bağlamda intihar girişimlerinden sonraki görüşmelerde intihar riskini saptamada fayda sağlayacak beş soru önermektedirler:

- 1.Kendine zarar verdiği esnada hastanın niyeti nedir?
- 2.Hasta değerlendirme esnasında da ölmeyi arzu etmekte midir?
- 3.Hastanın sorunları nelerdir?
- 4.Hastada psikiyatrik bir bozukluk var mıdır?
- 5.Hastanın bireysel kaynakları nelerdir? (24).

İntihar girişimi öyküsünün olması, bazı durumlarda stresörlerle karşılaştığında kişinin intihar düşüncelerine yatkın olduğunu göstermektedir. İntihar bazı ailelerde birden fazla aile üyesinde gözlenmektedir ve genetik olarak bir nesilden diğerine aktarılıyor olabilir. Buna göre, ailede intihar öyküsü olması hem intihar eylemi açısından stresör olabilecek bir psikiyatrik bozukluğa, hem de intihar eylemi için yatkınlığın kalıtımına sebep teşkil edebilir. İntihar eylemi öyküsü intihar fikirleriyle beraber olduğunda yakın bir sürede meydana gelebilecek bir intihar riskinin en iyi prediktörüdür. İntihar düşünceleri uzun vadeli riske göre yakın vadeli bir intihar riskini daha güçlü olarak yordamaktadır. İntihar planı veya girişimine dönük aktif bir hazırlanmayı işaret eden intihar düşünceleri yakın vadeli çok daha ciddi bir riskin göstergeleridir. Özellikle erkeklerin intihar fikirlerini girişimleri öncesi hekimlerine kadınların yarısı nispetinde söyledikleri dikkate alındığında intihar düşüncesinin saptanması klinisyenin aktif katılımını gerektirmektedir. Ciddi intihar düşüncelerinin varlığı, hastanın intihar girişimine yönelik bir plan yapıp yapmadığıyla ilgili konularda hastanın yakınlarından bilgi alınmalıdır. İntihar öncesi intihar düşünceleri hekim veya çevredeki diğer şahıslara bir biçimde ifade edilmektedir (51). Ayrıca riskli olduğu saptanan olgular için, öncelikle silahların evden kaldırılması gibi intiharı olanaklı kılacak durumlara önlemler alınmalıdır. Genç insanlara silah ruhsatı vermenin önüne geçilmesi intihar oranlarını düşürebilir (18).

III.1.5.2.Girişim Süreci: Tedavi

Genelde intihar ihtimali olan olgular iki şekilde hekimlerle irtibat kurmaktadır: Bu şahıslar ilk olarak psikiyatrik bir bozukluk için tedavi arayabilirler veya bu şahısların bir pratisyen hekime ya da dahiliye uzmanına başvurmalarına neden olan tıbbi bir rahatsızlıkları mevcuttur. MD'nin varlığına dair belirtiler dikkatlice ortaya konarak ayırt edilebilir. İntihar eylemi riskinin MD ile birlikte arttığı bilindiği için, teşhisin hızla belirlenmesi ve etkili bir tedavi çok önemlidir (51). Yapılan çalışmalar MD epizodu esnasında intihara teşebbüs edenlerden AD tedavi almakta olanların oranının 1/6'dan düşük olduğunu bildirmektedir (32,51). Buna göre depresif bozuklukların daha etkin teşhis edilmesi ve tedavileri intihar sıklığını azaltacaktır. Diğer taraftan yakın dönemdeki çalışmalar, BP veya yineleyici UP

depresyonu olan hastalarda, lityumun intiharı önleyici etkileri olabileceği olabileceğini ortaya çıkarmıştır. Şizofrenide, atipik bir AP olan klozapinin tedavi edici antipsikotik tesirlerinden bağımsız bir şekilde intihar eylemini azaltabileceği belirtilmiştir (51).

İkinci olarak ise bu kişiler genelde acil servislere intihar girişimleri sonrası yardım istemiyle müracaat etmektedirler (51). Girişimde bulunulduğunda önce mide yıkanması, gerekirse yoğun bakıma almak gibi tüm tıbbi önlemler branş hekimlerince alınacaktır (9). Acil servis çalışanları, yoğun işleri nedeniyle, hasta ve yakınlarına ruhsal ve sosyal açıdan yaklaşamayabilirler. Bu nedenle, konsultan psikiyatr, hasta komada bile olsa, “entoksikasyon tedavi edilince rekonsültasyon isteyin” diyerek çekip gitmemelidir (53). Bu sırada bir taraftan acil servis ekibine yardım etmeye çalışırken, diğer taraftan hasta yakınlarıyla diyalog kurmalı; onlara hastanın durumunu açıklayarak paniklerini yatıştırmalı, hastayla ilgili onlardan bilgi almalı ve ilk fırsatta hasta ile ilişki kurmalıdır (5). Yoğun bakıma veya acil olarak dahiliye kliniğine yatması gereken bir hastada görüşme ile sonuç alınamayacağı ortadadır. Burada önemli olan hasta ile irtibatın koparılmaması ve bilinci yerine gelip, konuşabilecek durumda olunca kendisi ile bağlantı kurmaya gayret edilmesidir (9).

Bu dönemde hasta yalnız bırakılmamalı, intihar eylemine yönelik yargılayıcı bir tutum alınmamalı, umutsuzluk içindeki şahsın gerçekçi sınırlar içerisinde iyimser bir tutum geliştirmesine yardımcı olmalı, hasta yakınlarının da tedavide işbirliği etmeleri sağlanmalıdır (5). Hastanın o sırada düşük ölüm riski olan bir girişimle müracaatı ise, gelecekte daha ciddi veya tamamlanmış bir intihar davranışı yapma ihtimalinin düşük olduğu anlamına gelmez. Kişinin daha önceki intihar girişimlerini de irdeleyen bir değerlendirme, çok daha ölümcül intihar girişimlerinin mevcudiyetini ortaya koyabilir (51). Bu değerlendirmenin yeterli zamanda ve uygun ortam koşullarında yapılması gereklidir. Girişimin kararlılığı ile bağlantılı olabilecek risk etmenleri ayrıntılı bir şekilde irdelenmelidir. Bu risk etmenlerinin bir bir araştırılmasına gerek vardır (29). Mevcut depresyon, umutsuzluk ve intihar düşüncelerine dair yapılan sistemli incelemeler, klinisyenlere yakın zamanlı intihar eylemi riskinin ortaya konmasında rehber olacaktır (51).

İntihar probleminin tedavisinde izlenebilecek ilk yöntem hastanın akut intihar riskini düşürmek olmalıdır (24). Ciddi intihar düşüncelerinin varlığı, mesela ciddi intihar girişimine yönelik bir planın olması, hastaneye yatırma dahil daha ciddi bir gözlem yapılmasını gerektirir (51).

Bir hastanın hastaneye yatırılma kararı teşhise, depresyonun şiddetine, intihar düşüncelerine, hastanın ve ailesinin başa çıkma yeteneklerine, hastanın hayat şartlarına, sosyal desteğinin olup olmamasına, intiharla ilgili risk faktörlerinin mevcudiyeti ya da yokluğuna bağlıdır. İntihar düşünceleri olan hastaları hastaneye yatırıp yatırmama kararını alırken zaman kaybedilmemelidir. İntihar düşünceleri olan her hastanın yatırılması şart değildir. Bazıları ayaktan tedavi edilebilir (30). Ağır bir psikopatolojisi yoksa, bir kriz halinin çözümü söz konusu ise, çevresel kaynakların harekete geçirilmesi olanaklı görünüyorsa, hasta kendisine hakim olabilecek durumdaysa ve görüşmede terapötik etkileşme umut veriyorsa ayaktan tedavi şıkkı düşünülebilir. Ayaktan takip edilecek hastalara 24 saat sonrasına randevu verilmeli, yeri ve zamanı belirlenmiş, kiminle nerede görüşme yapılacağı saptanmış düzenlemeler yapılmalıdır. Aile ilk 24 saat, hasta ile beraber olma mesuliyetini üstlenmelidir. Ayrıca, aile yeni intihar girişimleri ve alınması gerekli önlemler açısından bilgilendirilmelidir (5).

Ancak, güçlü bir sosyal destek sistemi yoksa, dürtüsel davranış öyküsü veriyorsa, intihar planları varsa ve bu planları eyleme geçirmişse hastanın yatırılması gerekir (30). İntihar eğilimi bulunan hastalar için hastane iyi bir tedavi ortamı değilse de, yakınları olmayan ya da çevresi güven vermeyen hastaların psikiyatri kliniğine yatırılmaları, psikiyatri kliniği yoksa acil serviste gözetim altında tutulmaları zorunludur (53). Hastanın intihar niyeti ciddiye ve ayaktan izlenmek için gönderilmesi durumunda intihar etmeyeceğine dair söz veremiyor ve iyi bir ilişki kurulamıyorsa bu acilen hastaneye yatırmak için bir belirleyicidir (30). Bu durumda hem hastanın kendisi hem de ailesi hastaneye yatış için ikna edilmeli bu yönde dirençleri varsa kırılmaya çalışılmalıdır (30,52). Hastaneye yatırma kontrollü bir ortam sağlayacağından yeni bir intihar teşebbüsüne bir süre için engel olabilir. Ayrıca, teşhis konmasını kolaylaştırır ve temel bozukluğa dönük tedavi sürecinin başlamasını hızlandırabilir (5). İntihar riski olan hasta, hastanede yatışı istemezse zor kullanmak yoluyla gözlem altında tutulup kendine zarar vermesini önlemeye çalışılabilir (42).

Hastanede, hastalar belirlendiği tarzda AD ve AP ilaç alabilir, çeşitli terapilerden faydalanabilir ve hastanenin verdiği sosyal destek ve güvende olma hissini yaşarlar (30). Bu hastaların odalarından intihar etmek için kullanabilecekleri araç ve gereçler uzak tutulmalıdır. Ayrıca eğitim almış, ve hastanın özel durumlarına ilişkin uyarılmış personelin gözetimi gerekir (53). Elektrokonvulzif tedavi farklı tedavi uygulamalarıyla beraber bazı ağır depresyon olguları için gerekli olabilir (30). Buna karşın, birçok psikiyatrist intihar girişimi

olan her vakanın, ölümcül olmasına rağmen, yatırılmasına bir gerek olmadığı düşüncesindedirler (30). Hastaneye yatırma, başlangıçta en iyi çözüm gibi görünüyorsa da, hastayı mesuliyetlerinden uzaklaştırır, benlik saygısının zedelenmesine ve hastanın süregen, iyileşmesi zor bir hastalığa yakalandığı hissine kapılmasına neden olur (5). İntihar dayanılmaz görünen bir probleme yanıttır. İntihar eyleminde çözüm için intihar dışında başka bir çare olmadığına inanılmaktadır. Eğer başka çözümler yönünde hasta ikna edilebilirse krizin aciliyeti ortadan kalkar. Hastayı tekrar umutlu hale getirmek ve çözümün intihar olmadığına ikna etmek esastır (42).

İntihar etme dürtülerini dizginlemenin diğer bir yolu ise bu alanda sıkca kullanılan intihar sözleşmesidir. Anti-intihar sözleşmesi yazılı bir şekilde yapılabileceği gibi sözlü de yapılabilir. Sözleşme sözel olarak yapılıyorsa bunun insani bir iklimde yapılması uygun olur. İster yazılı ister sözlü olsun dikkat edilecek özellik, bunun şahsın kendi iyiliği için yapıldığı vurgulanmalıdır. İntihar krizi esnasında olguya yardım edebilecek farklı kurumların telefon ve adreslerinin yazılı olduğu bir kart hastaya verilmelidir (24).

III.1.5.3.Girişim Sonrası: İzleme

En uzun, en yorucu, en fazla emek ve dayanıklılık gereken safhadır (9). Kendisini öldürme girişiminde bulunan kişilerin aynı girişimleri tekrar yapmalarına karşı tedbir alınması bunun esasını oluşturmaktadır (24). İntihar düşünce ve eylemleri epizodik özelliktedir. Hastanın duygusal dalgalanmaları ve kavrama yeteneğindeki değişimlere bağlı olarak tekrarlar olabileceği gibi, çevredeki değişiklikler nedeniyle tekrarlar da gözlenebilir (42). Bu süreçte gerekli uygulamaya sayısal verilerdeki belirsizliğe rağmen başlanmalıdır. Bunun gerekliliği kişinin içinde olduğu zor durumdan kaynaklanır. İnsanların zor ve umutsuz durumlarda çevredekilerin ilgisine ihtiyaçlarının arttığını biliyoruz. Yalnızlık, umutsuzluk ve çaresizliği en üst düzeylerde yaşamakta olan, intihar girişimi yapmış bir kimsenin ilgi ve bakıma ihtiyacı artmaktadır. Burada hastaların bu ihtiyaçlarını inkar etmelerini, hatta “benim kimseye ve hiçbir şeye ihtiyacım yok” şeklindeki sözlerini fazla büyütmemek gerekir. Hiçbir yardım istemediklerini bazan bağırarak anlatmalarına rağmen bu şahıslarla bir görüşme denenmelidir (9).

Bu dönemdeki çalışmalar aynı zamanda ciddi psikiyatrik bozuklukların artık etkileri ve olumsuz sonuçlarını azaltma amacı gütmektedir. Bu tarz çalışmayla, hastalığın tedavi sürecinde alevlenme ve tedaviden sonra nüksetme sıklığının düşürülmesi planlanmaktadır. MD geçiren ve tedavi olan bir kişinin yeniden depresif atak yaşamasını

engelleyici önlemlerin alınması ve buna yönelik önleyici girişimlerde bulunulması bu çalışmanın bir parçasıdır. Bu çalışmalar “idame tedavi” olarak isimlendirilen ve hastalığın tekrar ortaya çıkmasını engellemeye dönük çabalarlardır. Amaç, intihar girişiminde bulunmuş kimselerin tekrar girişimde bulunmalarının önünü almak için gerekli tedavi ve yardım çabalarını yoğunlaştırmaktır (24).

İntihara eğilimli hastalar, depresyondaki iyileşme döneminde de kısmi olarak risk altındadır. Depresyon düzelmeye başladığında hastaların enerjisinin giderek arttığı süreçte intihar planlarını eyleme geçirebilme imkanı bulurlar ve buna “paradoksal intihar” ismi verilmiştir. Bazen deprese olgular tedavi sürecinde bile aniden rahatlamış bir görünüm sergileyebilirler ve bu saklı tutulan bir intihar kararı yüzünden olabilir. Klinisyenler böyle ani ve dramatik farklılaşmalara kuşkuyla bakmalıdır (30). İntihar girişimlerini azaltıcı etkileri olduğu saptanan AD, lityum ve klopazapin kullanılabilirler (51). Özellikle AD seçimi yapılırken yüksek dozları göreceli olarak daha güvenli olan SSGE ilaçlar trisikliklere tercih edilmelidir (46).

IV:GEREÇ VE YÖNTEM

IV.1.ÇALIŞMA DESENİ

Güncel intihar düşünceleri olan MD’lu bireyleri güncel intihar düşünceleri olan OKB’li bireylerle karşılaştırarak OKB’deki intihar düşünce ve davranışı için olası risk faktörlerini ve prediktörlerini anlamaya çalışan, bu konuda öngörude bulunmayı ve literatüre katkıda bulunmayı amaçlayan kesitsel bir çalışmadır.

IV.2.KATILIMCILAR

Bu çalışmanın yapılabilmesi için Adnan Menderes Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığından onay alınmıştır. Çalışma hakkında ayrıntılı olarak bilgilendirilen, çalışmaya katılmayı kabul eden ve bilgilendirilmiş onam formunu imzalayan hastalar çalışmaya dahil edilmişlerdir. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri polikliniğine Temmuz 2008 ile Ocak 2009 tarihleri arasında ayaktan müracaat eden ve DSM-IV’e göre MD veya OKB tanısı alan, 18-65 yaşları arasındaki, müracaat ettikleri sırada ve/veya daha öncesinde bu tanıyla ilaç tedavisi almakta olan ve/veya olmayan hastalar çalışmaya kabul edilmiştir.

Hastaların tanısall değerlendirilmeleri Eksen I için DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu [Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis

I Disorders; (SCID-I)], Eksen II için *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third edition Revised (DSM-III R) Kişilik Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Klavuzu [Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders; (SCID-II)] esas alınarak yapılmıştır. Hastaların obsesyon ve kompulsiyon semptomlarının içerik ve şiddeti Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS) 10 maddelik Türkçe versiyonu; depresyon şiddeti Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) Türkçe versiyonu; anksiyete belirtilerinin şiddeti Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) Türkçe versiyonu; güncel intihar düşüncelerinin şiddeti Beck İntihar Düşünceleri Ölçeği (İDÖ) Türkçe versiyonu; umutsuzluk düzeyleri Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) Türkçe versiyonu; genel klinik şiddeti Klinik Genel Değerlendirme Ölçeği (CGI) ile ölçülmüştür. Mental retardasyon, demans veya epilepsi gibi organik beyin hastalığı, ağır tıbbi hastalığı, kafa travması olan hastalar, psikotik bozukluk olanlar, MD hastalarında BP bozukluk tanısı alan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. OKB tedavisi için AP kullanmakta olan hastalardan ekstrapramidal sistem yan etkisiyle ilgili belirti gözlenenler ve/veya nöropsikiyatrik muayene bulgusu saptananlar çalışmaya alınmamıştır.

Y-BOCS'dan 16'nın üzerinde puan alan OKB'li hastalar ile (3,14), BDÖ skorları 18'in üzerinde olan MD hastalar çalışmaya alınmıştır (3,54). Araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olan yarı-yapılandırılmış bir görüşme formu, hastaların demografik ve klinik karakteristiklerini ayrıntılı olarak kaydetmek için kullanılmıştır. Bu form ile hastaların cinsiyet, yaş, geçmiş ve şimdiki intihar düşünceleri, geçmiş intihar girişimleri, ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü, evlilik durumları, eğitim, hastalık süresi, tedavi edilmemiş hastalık süresi, hastaneye yatış sayıları, aldıkları tedaviler, yalnız yaşama gibi sosyodemografik özellikleri ve klinik durumları ayrıntılı olarak kaydedilmiştir. Çalışmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayan MD ve OKB hastaları arasında son bir hafta içinde kendini öldürmeye yönelik düşünceleri olduğunu ifade eden ve İDÖ toplam skorları altı ve üzeri olan hastaların güncel intihar düşünceleri olduğu kabul edildi (14,55). Sonuçta araştırmanın örneklemini güncel intihar düşünceleri bulunan ve çalışmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayan 31 MD ve 36 OKB hastası oluşturmuştur.

IV.3.VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

1.DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu [Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders; (SCID-I)], Spitzer ve arkadaşları tarafından (1997), DSM-IV Eksen I tanılarının konması için geliştirilen yapılandırılmış klinik

görüşme formudur. Geçerlik ve güvenirliği Öztürkçigil ve ark tarafından yapılmış olan Türkçe versiyonu vardır. Çalışmamızda bu Türkçe versiyon kullanılmıştır (40).

2.DSM-III-R (Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, Gözden Geçirilmiş Üçüncü Baskı) Kişilik Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Klavuzu [Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders; (SCID-II)] SCID-II, Eksen II’de tanımlanan kişilik bozukluk tanılarını koymak amacıyla bireysel olarak uygulanan, yapılandırılmış bir klinik görüşme yöntemidir. Türkçe versiyonu Sorias ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (56).

3.Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ):Depresyonda görülen somatik, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçmektedir (54). Batı’da sıklıkla kullanılan, belli bir kurama dayalı olmayıp, klinik gözlemlerden sağlanan veriler üzerine meydana getirilmiş, 21 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçeğin amacı depresyon teşhisi koymak değil, depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak belirlemektir. BDÖ depresyonun klinik özelliklerinden bir bölümünü ölçmek için uygun olmakla beraber teşhis etmek için yetersizdir. 1988’de poliklinik hastalarıyla ülkemizde yapılan bir geçerlik güvenirlik çalışmasında BDÖ’nin 17 ve üzerindeki puanlarının, tedaviye ihtiyaç olan depresyonu %90 doğrulukla saptayabildiği gözlenmiş ve bu bulgu literatürle de tutarlı bulunmuştur (54).

BDÖ için Ülkemizde birbirinden bağımsız olan iki uyarlama çalışması yapılmıştır. Bunlardan biri Buket Tegin (Erkal) tarafından “Beck Depresyon Ölçeği” ismiyle yapılmış olan versiyon çalışmasıdır. Diğeri ise, Nesrin Şahin (Hisli) tarafından “Beck Depresyon Envanteri” ismiyle yapılan çalışmadır (54). Bizim çalışmamızda Beck Depresyon Ölçeği kullanılmıştır.

4.Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ): Bireylerin yaşadığı anksiyete semptomlarının sıklığının belirlenmesini ölçmektedir. Beck ve ark tarafından geliştirilen ölçek ilk kez *Journal of Consulting and Clinical Psychology*’nin 56. sayısında yayınlanmıştır. Mustafa Ulusoy ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Ergen ve yetişkinlere uygulanır ve zaman sınırlaması yoktur. 21 maddeden oluşan Likert tipi bir ölçektir (54).

5.Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ): Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin geliştirilmesinde iki çeşit kaynaktan faydalanılmıştır. 1.Gelecek ile bağlantılı tutumlar çizelgesi, 2.Klinisyenlerce kaydedilen, psikiyatri hastalarının kötümserlik ifadeleri. 20 maddeden oluşan, 0-1 arası puanlama yapılan bir ölçektir. Bireyden kendisi için uygun gelen ifadeleri “evet”, uygun gelmeyen ifadeleri ise “hayır” olarak işaretlemesi istenmektedir.

Bireyin geleceğe dönük olumsuz beklentileri değerlendirilmektedir. Türkçeye ilk uyarlaması ve geçerlik güvenirlik çalışması Gülten Seber ve arkadaşları tarafından yapılmış, sonraki geçerlik ve güvenirlik çalışması ise Ayşegül Durak tarafından yapılmıştır. En son 1994’de Ayşegül Durak ve Refia Palabıyıkoglu tarafından geçerlik çalışması yapılmıştır (54).

6.İntihar Düşüncesi Ölçeği (İDÖ): İntihar düşüncesi kavramını yaşam ve ölüme dair tutumun özellikleri, intihar düşüncesi ve arzusunun özellikleri, tasarlanan girişimin özellikleri, tasarlanan girişimin gerçekleştirilmesi ve arka plan faktörleri olmak üzere beş bölümde araştıran ölçek Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup ülkemizdeki geçerlilik ve güvenirlik çalışması Dilbaz ve arkadaşları tarafından yapılmış olan ve klinisyen tarafından derecelendirilen bir ölçektir. Her bir madde 0-2 arasında puanlanmakta olan ölçeğin ilk bölümü olan 1-5. maddeler “yaşam ve ölüme dair tutumun özellikleri”, ikinci bölümü olan 6-11. maddeler “intihar düşüncesi ve arzusunun özellikleri”, üçüncü bölümü olan 12-15. maddeler “tasarlanan girişimin özellikleri”, dördüncü bölümü olan 16-19. maddeler “tasarlanan girişimin gerçekleştirilmesi” ve beşinci bölümü oluşturan 19-21. maddelerde “arka plan faktörleri” değerlendirilmektedir. Ölçekten toplam alınan puan tüm maddelerden alınan puanların aritmetik toplamı ile elde edilir. Arka plan faktörleri genel değerlendirmeye alınmamaktadır. En düşük puan 0 en yüksek puan ise 38 olup puanın yüksek olması intihar düşüncesinin belirgin ve ciddi olması anlamına gelmektedir (57).

7.Klinik Genel Değerlendirme Ölçeği (CGI): Guy ve arkadaşları tarafından, her yaşta tüm psikiyatrik bozuklukların klinik araştırma amaçlı olarak seyrini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. CGI, üç boyutu olan bir ölçektir ve psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin tedaviye cevaplarını değerlendirmek amacıyla klinisyence yürütülen yarı yapılandırılmış görüşme esnasında doldurulur (58).

I.(CGI-SI):Toplam yedi değerliği olan bir ölçektir. Psikiyatrik bozukluğu olan kişinin, ölçeğin doldurulduğu sıradaki hastalığının şiddetine göre 1 ile yedi puan arasında değerlendirme yapılır;1=Normal, hasta değil, 2=Ruhsal hastalık sınırında, 3=hafif düzeyde hasta, 4=Orta düzeyde hasta, 5=Belirgin düzeyde hasta, 6=Ağır derecede hasta , 7=Çok ağır derecede hasta .

II (CGI-GI):toplam yedi değerlikli bir ölçek olup psikiyatrik bozukluğu olan kişinin, çalışmaya girdiği zamanki durumuna göre ne kadar değiştiğinin 1 ile 7 puan arasında değerlendirmesi yapılır.Bu ölçek bizim çalışmamızda kullanılmamıştır.

III.CGI İzlenim-Etkililik:Toplam dört puan üzerinden değerlendirmesi yapılan bir ölçektir . Bu ölçek bizim çalışmamızda kullanılmamıştır.

8.Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS): Klinisyen tarafından değerlendirilen 10 maddeyi içermektedir. Değerlendirmeler semptomun şiddetine göre 0 ile 4 arası yapılır. Yarı yapılandırılmış görüşme ile obsesyon ve kompulsiyonlarla ilgili belirtileri sorgulayan iki alt test bölümü bulunmaktadır (59-60). Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Tek ve arkadaşları tarafından 1995’de yapılmıştır ve değerlendiriciler arasındaki güvenirlik katsayısı 93 ile 98 arasında yüksek olarak saptanmıştır (59). Ölçek uygulanmadan önce, hastalara verilecek 64 maddelik soru listesi (Y-BOCS semptom kontrol listesi) yoluyla obsesyon ve kompulsiyonlar taranabilir. Değerlendirmeyi yapan klinisyenin, hastanın bildirdiklerinin OKB’ye ait olduğundan veya bir başka psikiyatrik bozuklukla (basit fobi ya da parafili) ilgili olmadığından emin olması gereklidir,yani klinisyen yargısı gereklidir (60).

IV.4.İSTATİSTİKSEL ANALİZ

OKB ve MD hastalarının sosyodemografik ve klinik değişkenler yönünden karşılaştırılmasında niteliksel veriler için Pearson’s Ki-Kare testi, gereken durumlarda Fisher’in kesin testi, niceliksel veriler için ise Student t testi kullanılmıştır. Karşılaştırılacak verilerin fazla olması göz önüne alınarak Tip I hatadan kaçınmak için Bonferoni düzeltmesi uygulanmıştır ($0.05/47=0.001$). İntihar düşüncelerinin şiddetiyle hangi değişkenler arasında anlamlı bağıntı olduğunu saptamak için korelasyon analizleri ve intihar eğiliminin şiddetini hangi sosyodemografik ve klinik değişkenlerin yordayabileceğini saptamak için Lineer Regresyon analizi kullanılmıştır.

V.BULGULAR

V.1.HASTALARIN SOSYODEMOGRAFIK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Her iki grup arasında yaş ($p=0.98$), cinsiyet ($p=0.13$), medeni durum ($p=0.15$) ve eğitim süreleri ($p=0.56$) yönünden anlamlı bir farklılık yoktur. Aynı şekilde iki grup arasında değerlendirme sırasında OKB ve MD için herhangi bir tedavi alıp almaması ($p=0.64$), ailede ($p=0.54$) ve kişide intihar girişimi öyküsü ($p=0.32$), kişide şimdiye kadarki intihar girişimi ortalaması ($p=0.14$) ve eşlik eden eksen II tanısı ortalaması ($p=0.06$) yönünden anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. İntihar düşünceleri olan OKB’li grupta hastalık süresi ve eşlik eden

eksen I bozukluk ortalaması MD grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 1).

Tablo 1. İki grup arasındaki sosyodemografik değişkenlerin karşılaştırılması

	İntihar düşüncesi olan OKB hastaları (s=36)		İntihar düşüncesi olan MD hastaları (s=31)		İstatistik Analiz		
	S	%	S	%	X ²	Sd	P
Cinsiyet							
Kadın	26	72.2	27	87.1	2.23	1	0.13
Erkek	10	27.8	4	12.9			
Evlilik durumu							
Evli	24	66.7	17	54.8			
Bekar	11	30.6	9	29.0	3.70	2	0.15
Boşanmış/dul	1	2.8	5	16.1			
İlaç tedavisi							
Alıyor	24	66.7	19	61.3	0.209	1	0.647
Almıyor	12	33.3	12	38.7			
Ailede intihar girişimi	5	13.9	6	19.4	0.363	1	0.547
Kişide intihar girişimi	12	33.3	14	45.2	0.981	1	0.322
	Ort±s.s		Ort±s.s		t	Sd	P
Yaş	35.4±12.07		35.4±12.06		-0.013	65	0.98
Eğitim yılı	8.7±3.9		8.1±3.8		0.580	65	0.56
Ortalama intihar girişim sayıları	0.50±0.84		1.03±1.97		-1.47	65	0.14
Hastalık süresi	8.66±7.55		2.67±2.53		4.14	64	P<0.001
Ortalama eksen I bozukluk sayısı	0.8±0.5		0.3±0.5		3.70	65	P<0.001
Ortalama eksen II bozukluk sayısı	1.2±1.1		0.8±0.7		1.86	65	0.06

Bonferoni düzeltmesi sonrası anlamlılık <0.001

Güncel intihar düşüncesi olan OKB'li ve MD'li hastalar arasında BDÖ ($p=0.09$), BAÖ ($p=0.27$), BUÖ ($p=0.12$), CGI ($p=0.20$) skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Bonferroni düzeltmesi yapıldıktan sonra anlamlı olmadığı anlaşılsa da İDÖ skorlarının MD grubunda daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0.009$). OKB'li grubun %66.7'sinde ($s=24$) MD bulunmaktadır. Beklendiği gibi OKB grubunda ortalama toplam Y-BOCS skorları ile obsesyon ve kompulsyon alt ölçek skorları MD grubuna göre anlamlı ölçüde yüksektir (<0.0001) (tablo 2).

Tablo 2. İntihar düşüncesi olan OKB ve MD hastalarının ölçek skorları

	İntihar düşüncesi olan OKB hastaları (s=36)	İntihar düşüncesi olan MD hastaları (s=31)	İstatistik Analiz		
	Ort±s.s	Ort±s.s	t	Sd	P
BDÖ	32.77±10.02	36.70±8.51	-1.715	65	0.09
BAÖ	32.51±15.59	36.41±11.93	-1.093	58	0.27
İDÖ	14.19±5.20	18.45±7.69	-2.683	65	0.009
BUÖ	13.91±5.10	15.54±3.42	-1.554	61	0.12
CGI	4.97±0.50	4.80±0.54	1.292	65	0.20
Y-BOCS toplam	27.80±6.72	9.51±7.40	10.59	65	<0.0001
Y-BOCS obsesyon	14.58±3.59	6.77±4.65	7.74	65	<0.0001
Y-BOCS Kompulsiyon	13.22±4.62	3.06±4.42	9.14	65	<0.0001

Bonferoni düzeltmesi sonrası anlamlılık <0.001

V.2.EKSEN I VE EKSEN II TANILARI**Tablo 3. İki grup arasındaki eksen I ve II tanıların karşılaştırılması**

	İntihar düşüncesi olan OKB hastaları (s=36)		İntihar düşüncesi olan MD hastaları (s=31)		İstatistik Analiz		
	S	%	S	%	X2	Sd	P*
Eksen I Eştanısı							
Var	26	72.2	11	35.5	9.09	1	0.003
Yok	10	27.8	20	64.5			
Yaygın anksiyete bozukluğu	2	5.6	3	9.7	0.41	1	0.65
Somatoform bozukluk	0	0	3	9.7	3.64	1	0.09
Panik bozukluk	2	5.6	4	12.9	1.10	1	0.40
Eksen II eştanısı							
Var	25	69.4	20	64.5	0.18	1	0.43
Yok	11	30.6	11	35.5			
Paranoid	4	11.4	6	19.4	0.89	1	0.49
Şizotipal	4	11.4	0	0	0.36	1	0.07
Sınır	5	13.9	3	9.7	0.28	1	0.71
Çekingen	14	38.9	8	25.8	1.293	1	0.25
Bağımlı	6	16.7	3	9.7	1.10	1	0.40
Histriyonik	1	2.8	2	6.5	0.52	1	0.59
Obsesif-kompulsif	12	33.3	2	6.5	7.282	1	0.007

Bonferoni düzeltmesi sonrası anlamlılık <0.001

Eksen I tanısının eşlik etmesi oranının OKB'li hastalarda MD'li gruba göre daha yüksek olduğu bulunmasına karşın, Bonferroni düzeltmesinden sonra bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı anlaşılmıştır ($p=0.003$). Eksen I bozukluk eştanılarından Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Panik Bozukluk, Somatoform Bozukluk yönünden her iki grup karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Aynı şekilde, eksen II bozukluk eştanısı bulunması yönünden her iki grup arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p=0.43$). Eksen II tanıları olarak ortaya çıkan paranoid, şizotipal, sınır, histriyonik, bağımlı ve çekingen kişilik bozukluğunun sıklığı gruplar arasında farklılık göstermemiştir. Obsesif kompulsif kişilik bozukluğunun OKB'li hastalarda MD'li hastalara göre daha fazla olmasına karşın ($p=0.007$), bu farklılık Bonferroni düzeltmesinden sonra anlamlı kabul edilmemiştir (tablo 3).

İntihar düşüncesinin şiddetiyle klinik değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek için Bağlantı Analizleri uygulanmıştır. Beck İntihar Düşüncesi skorları ile yaş arasında negatif bir bağlantı bulunmuştur ($r=-0.31$; $p=0.01$). Bu bulgu bize yaş azaldıkça intihar düşüncesinin şiddetlendiğini göstermektedir. İntihar düşüncelerinin şiddetiyle Beck Depresyon skorları ($r=0.37$, $p=0.002$) ve intihar sayısı arasında pozitif bir bağlantı bulunmuştur ($r=0.32$, $p=0.007$). Aynı şekilde her iki grup güncel intihar düşünceleriyle hangi sosyodemografik değişkenler arasında ilişki olduğunu anlamak için ayrı ayrı incelendiğinde, OKB grubunda güncel intihar düşünceleriyle BDÖ skorları arasında pozitif bir bağlantı olduğu bulunmuştur ($r=0.39$, $p=0.018$).

Güncel intihar düşüncelerinin şiddetini hangi sosyodemografik ve klinik değişkenlerin yordayabileceğini incelemek için Lineer Regresyon analizi kullanılmıştır. Bu analize göre, yaş ($B=-0.19$, $Beta=-0.34$, $p=0.009$) ve Beck Depresyon skorları ($B=0.21$, $Beta=0.29$, $p=0.01$) güncel intihar düşüncelerinin şiddetini yordamıştır.

V.3.OBSESİF KOMPULSİF BELİRTİLER

Kompulsiyon sayısı OKB'li grupta MD'li gruba göre anlamlı olarak yüksektir ($p<0.0001$). OKB'li gruptaki obsesyon sayısı diğer gruba göre daha yüksek olmasına karşın bu fark Bonferroni düzeltmesi yapılmasından sonra anlamlı kabul edilmemiştir. Obsesyon türleri açısından, saldırganlık, bulaşma, cinsel, biriktirme, simetri, somatik ve diğer obsesyonların sıklığı iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Dinsel obsesyonların OKB'li grupta MD'li gruba göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.0001$). İki grup arasında Ritüel davranışlar, sayma, düzenleme, biriktirme

ve diğer kompulsiyonların sıklığının yönünden anlamlı bir farklılık yoktur. Temizlik ($p<0.0001$) ve kontrol kompulsiyonları ($p<0.0001$) OKB'li grupta MD'li gruba göre anlamlı olarak daha yüksektir (tablo 4).

Tablo 4. Gruplarda obsesyon ve kompulsiyonların dağılımı ve OK semptomatoloji

	İntihar düşüncesi olan OKB hastaları (s=36)		İntihar düşüncesi olan MD hastaları (s=31)		İstatistik Analiz		
	Ort±ss		Ort±ss		t	Sd	P
Obsesyon sayısı	3.91±1.81		2.83±1.95		2.34	sd=65	0.02
Kompulsiyon sayısı	3.47±1.82		1.32±1.62		5.05	sd=65	<0.0001
	S	%	S	%	χ^2	Sd	P
Obsesyonlar							
Saldırganlık	22	61	22	71	0.71	1	0.27
Bulaşma	29	80.6	17	54.8	5.11	1	0.02
Cinsel	5	13.9	3	9.7	0.71	1	0.27
Biriktirme	8	22.2	4	12.9	0.98	1	0.25
Dinsel	17	47.2	2	6.5	13.62	1	<0.0001
Simetri	20	55.6	10	32.3	0.36	1	0.04
Somatik	10	27.8	6	19.4	0.65	1	0.30
Diğerleri	30	83.3	24	77.4	0.37	1	0.38
Kompulsiyonlar							
Temizlik	28	77.8	7	22.6	20.34	1	<0.0001
Kontrol	19	52.8	1	3.2	19.53	1	<0.0001
Ritüel davranışlar	19	52.8	8	25.8	5.03	1	0.02
Sayma	14	38.9	7	22.6	2.05	1	0.12
Düzenleme	17	47.2	5	16.1	7.30	1	0.007
Biriktirme	8	22.2	2	6.5	3.26	1	0.07
Diğerleri	19	52.8	11	35.5	2.01	1	0.12

Bonferoni düzeltmesi sonrası anlamlılık <0.001

VI.TARTIŞMA

Daha önceki çalışmalar OKB'li hastalarda intihar riskinin düşük olduğunu bildirirse de son araştırmalar bunun aksini göstermektedir(3,33). Bir epidemiyolojik alan çalışması komplike olmayan OKB'lilerdeki intihar girişim oranlarını ruhsal bir bozukluğu olmayanlardan yüksek (%3.6 ve %0.9) bulmuştur (3,61). Son dönemde yapılan bir çalışma, OKB'lilerde intihar düşünceleri ve girişiminin sık olduğunu ortaya koymuştur ve girişim oranları şizofreni, UP depresyon, BP bozukluk, alkol bağımlılığı ve kişilik bozuklukları ile benzer bulunmuştur (14). Yaptığımız bu araştırmadaki temel amacımız OKB hastalarındaki güncel intihar düşünceleriyle çeşitli sosyodemografik ve klinik değişkenler arasındaki ilişkiyi, MD hastalarıyla karşılaştırarak incelemektir. Hastaların sosyodemografik bilgilerinin yanı sıra daha önceki kişisel ve ailesel intihar girişimi öyküsü ve hastadaki geçmiş intihar girişimi sayısı sosyodemografik ve klinik veri formu ile öğrenilmiştir. Hastalardaki intihar düşünceleri ve hastalık belirtilerinin şiddeti, umutsuzluk düzeyi uygun ölçeklerle belirlenmiştir. OKB ve MD hastalarında eksen I ve II bozuklukların varlığını yapılandırılmış bir görüşmeyle belirlemeye çalıştık.

Yapılan araştırmalarda toplum genelinde yaşam boyu intihar düşüncesi ve intihar girişimi sıklığının sırasıyla %10-18 ve %3-5 arasında olduğu bildirilmektedir (32). Ülkemizde yapılan bir araştırmada ise intihar düşüncesi ve intihar girişimleri yaygınlıkları sırasıyla %6.6 ve %2.3 olarak bulunmuştur (62). ABD'de yapılan bir araştırmaya göre görüşülen bireyler arasında hayatlarının bir evresinde intiharı düşünenlerin oranı %13.5, intihar planı yapanların oranı %3.9 ve intihar girişimi yapanların oranı %4.6 olarak bulunmuştur. Toplam olarak da %34'ünün intihar düşüncesinden planına, %72'sinin intihar planından girişimine ve %26'sının da intihar düşüncesinden plansız bir intihar girişimine geçişi olasıdır. Plansız olanların %90'ı ve planlı olanların %60'ı olmak üzere ilk girişimler intihar düşüncesinin başlaması sonrası bir yıl zarfında ortaya çıkmaktadır (37). Yani intihar düşüncesine sahip olanların önemli bir kısmı bir yıl içinde intihar girişiminde bulunmaktadır.

WHO/EURO'nun intihar davranışıyla ilgili verilerine göre, intihar girişiminde bulunan hastaların en az %56'sı daha önce intihar girişimi olan, %32'si ise en az iki kez intihar girişimi olan kişilerdir (42). İntiharın tanısal ve psikososyal değişkenlerinin incelendiği çalışmalarda intihar için en önemli yordayıcının intihar düşünceleri olduğu, bunun yanı sıra tanı konulan hastalığın şiddetinin ve psikososyal faktörlerin de önemli olduğu sonucuna varılmıştır (63). Psikiyatrik bozukluklar intihar eyleminde en başta gelen risk faktörleri

içindedir (10). Çalışmalarda intihar girişiminde bulunanların ve intihar nedeniyle ölenlerin çoğunluğunun psikiyatrik bir bozukluğu bulunduğu bildirilmektedir (10,51). Psikiyatrik hastalığa sahip bireylerin intihar açısından risk oranı psikiyatrik hastalığı olmayanlara kıyasla 3 ile 12 kat daha yüksektir (30). İntiharla ilişkili çalışmalarda tamamlanmış intiharların yaklaşık %90'ında bir psikiyatrik bozukluk olduğu saptanmıştır (10,51). Yaş dikkate alınmazsa yaşamlarının bir döneminde yatarak tedavi gören hastalarda intihar davranışı riski 5 ve 10 kat fazladır. Ayaktan tedavi alan hastalarda bu oran psikiyatrik tedavi almak için başvurmamış bireylere göre 2-4 kez daha fazladır (30).

Ciddi intihar girişimlerinde ve tamamlanmış intiharlarda en çok saptanan bozukluk DDB'dir (10, 30). Tamamlanmış intiharların yaklaşık %60'ını DDB oluşturur. Bir gözden geçirme çalışmasında yaşam boyu intihar girişimi olasılığı ortalamaları BP II bozuklukta %24, BP I bozuklukta %17, UP depresyonda ise %12 olarak bildirilmiştir (31). Yaşam boyu intihardan ölenlerin %20'si BP bozukluk, %15'i MD, %10'u şizofreni, %18 alkolizm tanısı almıştır (51). Yapılan çalışmalar ailede intihar öyküsü bulunmasının, psikopatoloji öyküsü olmasından bağımsız bir biçimde, intihar eylemi yönünden önemli bir risk etmeni olduğu konusunda değerli kanıtlar sunmuştur (46). FDA verilerinin kullanıldığı bir meta analizde anksiyete bozukluklarında tamamlanmış intihar ve intihar girişimi sıklığının genel popülasyona göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur (33). Bu meta analizde sözü edilen bir çalışmada 167 sağlık merkezinden 1 yıl içerisinde bildirilen 248 tamamlanmış intihar ve 770 intihar girişimi incelenmiştir. 248 intiharın 44'ü (%17.7) anksiyete bozukluğu tanısı almış olup bunlar arasında en sık görülen tanı TSSB'dir (33). Aynı meta analizde OKB hastalarının intihar girişim oranı %1.5 (14/954) ya da 1468/100.000/yıl olarak bildirilmektedir (3,33). Ülkemizde yapılan bir çalışmada şizofren hastalarda obsesif kompulsif semptomların şiddetiyle intihar girişimlerinin sıklığı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Tüm örnekleme kompulsif semptomların şiddetinin intihar girişiminin aciliyetini predikte ettiği saptanmıştır. İntihar düşünce ve/veya davranışları obsesif kompulsif belirtilerin gelişmesi için predizpozan olarak bulunmuştur (64). Bir çalışmada intihar girişim oranı 60 OKB hastasında %3 olarak bildirilirken, diğer bir çalışmada OKB olgularının %90'dan fazlasında özgüven eksikliği ve %57'de önceden deneyimlenmiş intihar düşüncesi ve %12.2'de intihar girişimi bildirmiştir (3). OKB'lilerde intihar düşüncesi ve davranışlarının sıklığıyla ilişkili faktörleri araştıran bir çalışmada ise %56 ölme arzusu, %46 intihar düşüncesi, %20 intihar etme planı ve %10'da ise intihar girişimi saptanırken güncel intihar

düşüncesi örneklerin %14'de vardır ve Y-BOCS skorunun 16 ya da daha fazla olmasıyla anlamlı bir ilişkisi bulunmaktadır (3). MD ile Sosyal Fobi, TSSB ve PB birlikteliğinde depresyonun kronikleşmesinin yanı sıra işlevsellikte daha ciddi bozulma, yüksek intihar riski, tedaviye yetersiz yanıt olduğu bildirilmiştir (65).

Yaptığımız araştırmada önemli bulgular elde edilmiştir. Güncel intihar düşünceleri olan OKB ve MD grupları arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim süreleri yönünden anlamlı bir farklılık yoktur. Her iki grupta da intihar düşüncesine sahip kadınların erkeklerden daha fazla oranda bulunması (OKB:26/10, MD:27/4), intihar düşüncesi ve girişim oranlarının kadınlar da daha fazla olduğunu bildiren ülkemizde ve diğer ülkelerde yapılan araştırma sonuçlarıyla uyum göstermektedir (10,19,27,62). Güncel intihar düşüncesinin evli olanlarda bekarlardan daha fazla olması intihar girişim sayıları açısından önceki çalışmalarla uyumlu olmasa da, ülkemizde yapılan çalışmaların bulgularıyla örtüşmektedir. Ülkemizde evlilik problemlerinin kronikleşme eğilimi ve evliliğin batılı ülkelere oranla bireyler üzerinde daha sınırlayıcı etkileri olması sebebiyle, evlilerde de (daha çok evli kadınlarda) yüksek intihar girişim oranları bulunmaktadır (66). Yapılan çalışmalarda intihar düşüncesinde olanların önemli bir bölümünün intihar girişiminde bulunduğu göz önüne alınırsa, çalışmamızdaki intihar düşüncesi ile ilgili sosyodemografik verilerin, önceki çalışmalarda intihar girişimi ile ilgili sosyodemografik verilerle oransal olarak paralellik göstermesi önemli olabilir.

Çalışmamızda iki grup arasında OKB ve MD için herhangi bir tedavi alıp almaması, ailede ve kişide intihar girişimi öyküsü ve kişide intihar girişimi ortalaması yönünden anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Daha önceki yapılan çalışmalarda intihar eden MD hastalarının çoğunun ya hiç tedavi olmadıkları ya da yeterli tedavi almadıklarını saptamıştır (29, 32, 44, 51). Burada OKB'li (24/36) ve MD'li hastaların çoğunun (19/31) ilaç tedavisi alıyor olmasına rağmen güncel intihar düşüncelerinin bulunması ve bazı hastaların da hiç tedavi almaması intihar düşüncesi ve davranışında yetersiz tedavinin veya tedavi almamanın önemli bir rol oynayabileceğini düşündürmektedir .

İntihar düşüncesinin şiddetiyle klinik değişkenler arasındaki ilişkiyi incelediğimizde İDÖ skorları ile yaş arasında negatif bir bağıntı bulunmuştur. Aynı şekilde yaşı küçük olması güncel intihar düşünceleri üzerinde yordayıcı bir etkiye sahiptir. Bu bulgular bize yaş azaldıkça intihar düşüncesinin şiddetlendiğini göstermektedir. Ülkemizde intihar girişimlerinin en sık gözlemlendiği yaş grubu 15-24 ve 25-34 yaşlarıdır (7,10,43). Bizim

bulgularımız ülkemizdeki bu verilerle paralel görünmektedir. Yapılan önceki çalışmalarda güncel intihar düşünceleriyle yaş arasında bir ilişki olduğu yönünde herhangi bir bulguya rastlanmamıştır. Önceki çalışmalara göre yaşlı nüfusta intihar girişimi oranı genel nüfusa göre daha düşük olmaktadır, yani yaş arttıkça intihar girişim oranları azalmaktadır (28,30). Bu bulgular bizim elde ettiğimiz sonuçlarla uyumlu görünmektedir. Ancak yaşlı nüfusta tamamlanmış intihar oranlarının genel toplum oranından daha yüksek olması güncel intihar düşünceleri olan hastaların tamamlanmış intiharlar yönünden uzunlamasına izlenmesinin gerekli olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda OKB'lilerde hastalık süresi MD'lilerden anlamlı olarak farklı çıkmıştır. OKB MD'ye göre daha süregen bir hastalık olduğu için bu fark muhtemelen buna bağlıdır. Bir araştırmada OK ve depresif semptomların şiddeti arasında yüksek bir ilişki bulunmuştur (3). Depresyon eş tanısı OKB'nin şiddetlenmesine ve süregenleşmesine yol açtığı gibi, hastaneye yatma ve intihar girişimi sayısının artmasına neden olabilir (65,67). Sonuçta tedavi yanıtının azaldığı ve prognozun kötüleştiği görülür (65). Bizim çalışmamızda da OKB hastalarında MD eş tanısının yüksek oranda olmasının bu süregenliğe katkı yaptığı düşünülebilir.

Araştırmamızda istatistiksel olarak anlamlı olmasa da ortalama intihar girişim sayıları MD grubunda OKB grubuna göre yaklaşık iki katı fazladır. Güncel intihar düşüncelerinin şiddetiyle intihar sayısı arasında pozitif bir bağıntı vardır. Araştırmamızda elde ettiğimiz bulgulara göre geçmişteki intihar girişimi sayısı her iki grup için intihar düşüncelerini güçlü bir şekilde yordamaktadır. Bütün bu bulgular önceki çalışmaların bulgularıyla uyumludur (10,51). OKB hastalarında intihar davranışını inceleyen bir çalışmada, güncel intihar düşünceleri depresyon, umutsuzluk ve geçmiş intihar girişim öyküsüyle ilişkili bulunmuştur (14). İntihar girişimi öyküsünün intihar düşünceleriyle birlikte olduğunda yakın bir gelecekte meydana gelebilecek bir intihar eylemi için en iyi yordayıcı olduğu bilinmektedir (51). Bulgularımız bu açıdan dikkat çekici ve diğer çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur. Bu çalışmada merak ettiğimiz bir konu da OK belirtilerin güncel intihar düşünceleri üzerinde nasıl bir etki gösterdiği olmuştur. Ancak Lineer Regresyon analizinde elde ettiğimiz bulgular bize OK belirtilerin güncel intihar düşünceleri üzerinde yordayıcı bir etkiye sahip olmadığını göstermiştir.

Bu çalışmada güncel intihar düşüncesi olan OKB ve MD hastaları arasında BDÖ, BAÖ, BUÖ ve CGI skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Ancak,

Bonferroni düzeltmesi yapıldıktan sonra anlamlı olmadığı anlaşılsa da İDÖ skorlarının MD grubunda daha yüksek olduğu bulunmuştur. Eşlik eden eksen I bozukluk tanısı ortalaması OKB grubunda MD grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. OKB'li grubun %66.7'sinde MD eşlik etmektedir. Yapılan çalışmalarda OKB'ye en sık eşlik eden eksen I bozukluğunun MD olduğu, bu birlikteliğin hastanın değerlendirildiği devrede %30-40, hayat boyu %70 oranında görüldüğü bildirilmektedir (14,68). Ülkemizde yapılan bir çalışmada da buna yakın oranlar bulunmuştur (69). Çalışmamızda bütün örneklem için güncel intihar düşüncelerinin şiddetiyle depresyonun şiddeti ve geçmiş intihar sayısı arasında pozitif bir bağıntı bulunmuştur. Bizim çalışmamızda Lineer Regresyon analizine göre Beck Depresyon skorlarının güncel intihar düşüncelerinin şiddetini yordamış olmasının yanı sıra, eşlik eden eksen I bozukluk ortalamasının OKB'li grupta MD'li gruptan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olması, intihar düşüncesi olan OKB'lilerde hastanın değerlendirildiği sırada MD eş tanı oranının yüksek bulunması, OKB grubunda güncel intihar düşüncelerinin şiddeti ile depresyon belirtilerinin şiddeti arasında pozitif bir bağıntı olması, intihar düşüncesinin ortaya çıkmasında OKB'lilerde özellikle MD olmak üzere eksen I bozukluk eştanısının ve her iki grupta da depresyonun şiddet derecesinin etkin olduğunu düşündürmektedir.

Yapılan çalışmalarda intihar eden kişilerin 1/3'de kişilik bozukluğu olduğu bildirilmiştir (28). İntihar girişimi olanlar arasında kişilik bozukluklarının oranını araştıran bir çalışmada B küme kişilik bozukluğu %29.8, C küme kişilik bozukluğu %7 ve A küme kişilik bozukluğu %3.5 bulunmuştur (24). Bazı çalışmalarda intihar girişimi olanların %5-10'unun sınır ve antisosyal kişilik bozukluğu tanısı aldığı bildirilmiştir (51). Çalışmamızda her iki grup arasında eksen II bozukluk açısından anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Güncel intihar düşüncesi olan MD hastalarında en sık bulunan eksen II bozuklukları sırasıyla çekingen, paranoid, sınır ve bağımlı kişilik bozukluklarıdır. OKB'li hastalarda da en sık eşlik eden eksen II bozuklukları sırasıyla çekingen, obsesif kompulsif, bağımlı ve sınır kişilik bozukluğudur. Eksen II bozukluk birlikteliği açısından elde ettiğimiz bulguların önceki çalışmalarda elde edilen bulgularla uyumlu olduğunu söyleyebiliriz (14,70,71). Bir çalışmada OKB olgularının %90'dan fazlasında özgüven eksikliği ve %57'de önceden deneyimlenmiş intihar düşüncesi ve %12.2'de intihar girişimi bildirilmiştir (3). Bizim çalışmamızda da OKB'lilerde en sık çekingen, üçüncü sırada bağımlı kişilik bozukluğu mevcuttur. Bu kişilikler özgüven eksikliği olan yapıdadırlar bu açıdan bir paralellik olduğu düşünülebilir.

Bizim çalışmamızda güncel intihar düşüncesi OKB'li hastalarda en sık görülen

obsesyonlar sırasıyla diğerleri (%83.3), bulaşma (%80.6), saldırganlık (%61), simetri (%55.6) ve dinsel (%47.2) olarak belirlenmiştir. En sık görülen kompulsiyonlar ise temizlik (%77.8), kontrol (%52.8), ritüel (%52.8), diğerleri (52.8), düzenleme (%47.2) olarak bulunmuştur. Çalışmamızda OKB'liler ile MD'lilerin sadece dinsel obsesyonlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmiştir. OKB'lilerde intihar davranışını araştıran bir çalışmada dinsel obsesyonları bulunanlarda anlamlı fark olmasada suçluluk skorları yüksek bulunmuştur (14). Bu durum intiharın dinimizce günah kabul edilmesi nedeniyle intihar fikirlerinin suçluluğun etkisiyle dinsel obsesyonlar'a neden olmasıyla bir ölçüde açıklanabilir ama yeterli değildir. OKB'lilerde intihar davranışını araştıran bir çalışmada intihar girişimi olanlarda dinsel obsesyonlar %44, olmayanlarda %22 olarak bulunmuştur. Dinsel ve cinsel obsesyonların varlığı profesyonel yardım arayışını geciktirmektedir (14). Bu veri dinsel obsesyonu olan OKB'lilerin intihar girişimi açısından ileriye dönük daha büyük risk altında olduğunun bir işareti olabilir ve bu nedenle dinsel obsesyonlara yönelik ileriye dönük yeni araştırmalara gereksinim vardır.

Y-BOCS obsesyon, kompulsiyon ve toplam skorları karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. OKB'nin obsesyonlar ve kompulsiyonlarla belirgin bir hastalık olduğunu düşünürsek böyle bir fark olması normaldir. İki grup arasında İDÖ skorları yönünden anlamlı bir fark olmadığı, güncel intihar düşüncelerinin şiddetiyle OK belirtilerin şiddeti arasında bir bağıntı bulunmadığı, OK belirtilerin intihar düşünceleri üzerinde yordayıcı bir etkiye sahip olmadığı göz önüne alındığında obsesyonların ve kompulsiyonların genel olarak ve her iki grupta da intihar düşünceleri ile ilişkili olmadığı sonucuna ulaşabiliriz.

OKB ve MD hastaların kompulsiyonları karşılaştırıldığında ise hem tüm kompulsiyon sayıları açısından, hem de temizlik ve kontrol kompulsiyonları yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmiştir. Bu bulgular bize, MD'li bireylerde özellikle kuşku ve bulaşma obsesyonlarının daha çok obsedan düşünceler düzeyinde kaldığını, kompulsif eylemlerin bu düşünceleri izlemediğini düşündürmektedir. Ayrıca her iki grupta İDÖ skorları arasında anlamlı bir farklılık olmadığına bakarak kompulsiyon sayılarının ve özellikle temizlik ve kontrol kompulsiyonlarının güncel intihar düşüncelerini doğrudan etkilemediğini söyleyebiliriz.

VII.SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak intihar davranışı, birçok sosyosemografik, klinik ve psikososyal etkenle karşılıklı ilişki içinde olan karmaşık bir süreçtir. Yaptığımız çalışmada güncel intihar düşüncelerinin şiddetiyle depresyonun şiddeti ve geçmiş intihar sayısı arasında pozitif bir bağıntı bulunmuş olması; BDÖ skorlarının güncel intihar düşüncelerinin şiddetini yordamış olması; eşlik eden eksen I bozukluk ortalamasının OKB’li grupta MD’li gruptan anlamlı düzeyde yüksek olması; intihar düşüncesi olan OKB’lilerde MD eş tanı oranının yüksek bulunması; OKB grubunda güncel intihar düşüncelerinin şiddeti ile depresyon belirtilerinin şiddeti arasında pozitif bir bağıntı olması bulgularına dayanarak intihar düşüncesinin ortaya çıkmasında OKB’lilerde özellikle MD olmak üzere eksen I bozukluk eştanısının ve her iki grupta da depresyonun şiddet derecesinin etkin olduğunu düşünebiliriz.

OKB’li hastalarda intihar düşüncesinin intihar girişimleri açısından belirgin bir risk oluşturduğu, depresyonlu hastalarda bu riskin arttığı göz önüne alınırsa bu hastaların intihar açısından ayrıntılı risk değerlendirmesinin yapılması, gerekli önlemlerin alınması, tedavilerinin yeterli olarak yapılması ve dikkatle izlenmesi gerektiği görülebilir. Ayrıca bu etkenlerin intiharla olan somut ilişkisi daha iyi bir şekilde anlaşılabilmesi için uzunlamasına ve ileriye dönük yeni çalışmalar gerekmektedir.

VIII:ÖZET

GÜNCEL İNTİHAR DÜŞÜNCELERİ BULUNAN MAJÖR DEPRESYON VE OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKLU BİREYLERİN KLİNİK, KİŞİLİK VE SOSYODEMOGRAFIK YÖNLERDEN KARŞILAŞTIRILMASI

Amaç: Bu çalışmada, MD ve OKB hastaları klinik, kişilik ve sosyodemografik değişkenler yönünden karşılaştırılarak OKB’li hastalarda güncel intihar düşüncelerinin önemi araştırılmıştır.

Yöntem: Araştırmaya güncel intihar düşüncesi olan 31 MD 36 OKB hastası alınmıştır. Hastaların Eksen I tanıları SCID-I, Eksen II tanıları ise SCID-II ile değerlendirilmiştir. OK belirtilerin şiddeti Y-BOCS, depresyon belirtilerinin şiddeti BDÖ, anksiyete belirtilerinin şiddeti BAÖ, güncel intihar düşüncelerinin şiddeti İDÖ, umutsuzluk düzeyleri ise BUÖ ile ölçülmüştür.

Bulgular: İntihar düşünceleri olan OKB’li grupta hastalık süresi ve eşlik eden eksen I bozukluk ortalaması MD grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. OKB grubunda ortalama toplam Y-BOCS skorları ile obsesyon ve kompulsiyon alt ölçek skorları MD grubuna göre anlamlı ölçüde yüksektir. İDÖ skorları ile yaş arasında negatif bir bağıntı bulunmuştur. OKB grubunda güncel intihar düşünceleriyle BDÖ skorları arasında pozitif bir bağıntı olduğu bulunmuştur. Dinsel obsesyonların OKB’li grupta MD’li gruba göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kompulsiyon sayısı OKB’li grupta MD’li gruba göre anlamlı olarak yüksektir. Lineer Regresyon analizine göre, yaş ve Beck Depresyon skorları güncel intihar düşüncelerinin şiddetini yordamıştır.

Sınırlılıklar:Bu çapraz-kesitsel araştırmada örneklem sayısının az olması önemli bir kısıtlılıktır. OKB’deki diğer risk etkenlerinin değerlendirilmesi için uzunlamasına yapılmış yeni çalışmalara gereksinim bulunmaktadır.

Sonuç: Bütün örneklem için güncel intihar düşüncelerinin şiddetiyle depresyonun şiddeti ve geçmiş intihar sayısı arasında pozitif bir bağıntı bulunmuştur. Bu çalışmanın bulguları güncel intihar düşüncesinin ortaya çıkmasında OKB’lilerde özellikle MD olmak üzere eksen I bozukluk eştanısının ve her iki grupta da depresyonun şiddet derecesinin etkin olduğunu düşündürmektedir.

VIII:ABSTRACT

A COMPARISON OF MAJOR DEPRESSIVE AND OBSESSIVE- COMPULSIVE SUBJECTS WITH CURRENT SUICIDAL IDEATIONS IN TERMS OF SOCIO- DEMOGRAPHIC, CLINIC, AND PERSONALITY FACTORS.

Background. In the present study, we tried to examine the importance of current suicidal thoughts in OCD by comparing the patients with OCD and Major Depression (MD) in terms of several socio-demographic and clinical variables.

Methods: The sample included 31 MD, and 36 OCD patients. SCID-I and SCID-II were used to evaluate the diagnoses of the patients according to DSM-IV. The severity of obsessive-compulsive symptoms (OC) were measured through Y-BOCS. Beck Depression Inventory and Beck Anxiety Scale were used to assess the severity of depression and anxiety. The severity of current suicidal ideations was evaluated by The Scale for Suicidal Ideation. In addition, Beck Hopelessness Scale were used to measure the level of hopelessness.

Results: The mean number of Axis I Disorders were significantly higher in patients with MD compared to OCD patients. The total, obsession and compulsion subscale scores of Y-BOCS were more likely to be higher in OCD patients than in patients with MD. There was a negative correlation between The Scale for Suicidal Ideation and age. We have found a positive correlation between the severity of current suicidal ideation and the scores of BeckAnxiety Scale. The religious obsessions ($p<0.0001$), and the mean number of compulsions were significantly higher in OCD group compared to MD group. Linear Regression Analyses indicated that age, and the severity of depression strongly predicted the occurrence of current suicidal ideations.

Limitations: The relatively smaller sample size is an important limitation of this cross-sectional study. Further longitudinal studies are required to assess the other risk factors in OCD.

Conclusion: For the total sample, we have found a positive correlation between the severity of current suicidal ideations and the the severity of depression, and the mean number of previous suicidal acts. The findings of this study indicate that depression might be associated with the occurrence of suicidal ideation in OCD patients.

X.KAYNAKLAR

- 1.Haran S, Aydın O. Depresyon, umutsuzluk, sosyal beğenirlik ve kendini kurgulama düzeyinin intihar fikirleriyle ilişkisi. Kriz Dergisi 1995;3: 247-251.
- 2.Deveci A, Yüksel EG, Gökalp F ve ark. Yatarak Tedavi Gören Majör Depresif Bozukluklu Hastalarda Sosyodemografik ve Klinik Özellikler. Türkiye’de Psikiyatri 2005;7:67-72
- 3.Torres AR, de Abreu Ramos-Cerqueira AT, Torresan RC ve ark. Prevalance and Associated Factors for Suicidal Ideation and Behaviors in Obsessive-Compulsive Disorder. CNS Spectrums 2007;12:771-778
- 4.Balcı V, Sevincok L. Suicidal ideation in patients with obsessive-compulsive disorder. Psychiatry Research (Basımda).
- 5.Doruk A, Özşahin A, İntihar. Editörler Köroğlu E, Güleç C. Psikiyatri Temel Kitabı ikinci baskı, 2007:556-561.
- 6.Uludüz DU, Uğur M. Bir Vak’a Dolayısıyla İntiharların Gözden geçirilmesi. Yeni Symposium 2001;39:19-25.
- 7.Özkan S, Direk N, İntihar. Sayı editörü:Özkan M, Türkiye Klinikleri Acil Psikiyatri özel sayısı. 2007; 42:8-16.
- 8.Oğuz Y. Anadolu Uygarlıklarında İntihar Düşüncesinin Evrimi. Editör Sayıl I. İntihar. Ege Psikiyatri Yayınları 2002:23-27.
- 9.Odağ C. İntihar (özkıym) tanım-kuram-sağaltım İzmir Psikiyatri Derneği 1990.
- 10.Atay İM, Gündoğar D. İntihar Davranışında Risk faktörleri: Bir Gözden Geçirme. Kriz dergisi 2004; 12:39-52.
- 11.Oquendo MA, Galfalvy H, Russo S ve ark. Prospective Study of Clinical Predictors of Suicidal Acts After a Majör Depressive Episode in Patients With Majör Depressive Disorder or Bipolar Disorder. Am J Psychiatry 2004; 161:1433-1441.
- 12.Kessler RC, Berglund P, Borges G. ve ark. Trends in Suicide İdeation, Plans, Gestures, and Attempts in the United States. JAMA 2005; 20:2487-2495.
- 13.Murphy GE. Why Women Are Less Likely Than Men to Commit Suicide. Comprehensive Psychiatry. 1998; 39:165-175.
- 14.Kamath P, Reddy YCJ, Kandavel T. Suicidal Behavior in Obsessive-Compulsive Disorder, J Clin Psychiatry 2007;68: 1741-1750.
- 15.Pompili M, Ruberto A, Girardi P ve ark. Suicidality in DSM IV cluster B

personality disorders. Ann Isst Super Sanità 2004;40:475-483.

16.Brodsky BS, Malone KM, Ellis SP ve ark. Characteristics of Borderline Personality Disorder Associated With Suicidal Behavior. Am J Psychiatry 1997;154: 1715-1719.

17.Aydemir Ç, Vedin Temiz H, Göka E. Majör Depresyon ve Özkıyımda Kognitif ve Emosyonel Faktörler, Türk Psikiyatri Dergisi 2002; 13:33-39.

18.Kekeç Z, Sarı A. Acilde Zehirlenme Olguları ve Özkıyım, Yeni-New Symposium. Psikiyatri, Nöroloji ve Davranış Bilimleri Dergisi. 2008; 46:109-121

19.Uçan Ö. Türkiye’de İntihar Konu Alan Yayınlar Üzerine Bir Bibliyografya Çalışması, Kriz Dergisi 2005;13:15-26

20. Sayar K, Acar B. Psikofarmakolojik Ajanlarla Yapılan İntihar Girişimlerinde Risk Etkenleri. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 1999; 9:208-212.

21. Odağ C. İntihar (Özkıyım):Dinamik Bir Yaklaşım, Psikiyatri Temel Kitabı. 1997;1:855-861.

22.Taştan Z. Yusuf Atılganın Eserlerinde İntihar, Milli Eğitim. 2007; 176:212-230.

23. Alper Y. Depresyonun Psikodinamiği. Editör Sayıl I, İntihar. Ege Psikiyatri Yayınları 2002:39-46

24. Eskin M. İntihar:Açıklama-Değerlendirme-Tedavi-Önleme, Ankara 2003.

25.Deveci A, Aydemir Ö, Mızrak S. İntihar Girişiminde Bulunanlarda Sosyodemografik Özellikler, Stres Etmenleri ve Ruhsal Bozukluklar. Kriz Dergisi 2005;13:1-9.

26.Altamura C, Van Gastel A, Pioli R ve ark. Seasonal and circadian rhythms in suicide in Cagliari, Italy. Journal of Affective Disorders 1999;53:77-85.

27.Dilbaz N, Şengül CB, Çetin MK ve ark. Genel Bir Hastanede İntihar Girişimlerinin Değerlendirilmesi. Kriz Dergisi 2005;13:1-10.

28.Devrimci-Özgüven H. İntiharların ve İntihar girişimlerinin Epidemiyolojisi. Editör Sayıl I. Ege Psikiyatri Yayınları İntihar. 2002:7-22.

29.Kesebir S, Gülpek D, Noyan MA. Özkıyım girişimlerinin doğası. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002;3:88-96.

30.Psikiyatrik Acil durumlar. Çeviri: Sayıl I, Kesebir S. Editörler: Sadock BJ, Sadock VA, KAPLAN&SADOCK (Klinik Psikiyatri /Özet Psikiyatri). 2005; 9:382-395.

- 31.Rihmer Z, Kiss K. Bipolar Disorders and suicidal behaviour. *Bipolar Disorders* 2002;4:21-25.
32. Isometsä ET. Suicide. *Current Opinion in Psychiatry* 2000; 13:143-147.
- 33.Khan A, Leventhal RM, Khan S ve ark. Suicide risk in patients with anxiety disorders: a meta-analysis of the FDA database-research report. *Journal of Affective Disorders* 2002; 68:183-190.
- 34.Ak M, Özmenler N, Özşahin A. İntihar Girişimi ile Mizaç ve Karakter Özellikleri Arasındaki İlişkinin Majör Depresif Bozukluk Örnekleminde İrdelenmesi. *Klinik Psikiyatri*. 2008;11:33-41.
- 35.Soloff PH, Lynch KG, Kelly TM ve ark. Characteristics of Suicide Attempts of Patients With Majör Depressive Episode and Borderline Personality Disorder: A Comparative Study. *Am J Psychiatry* 2000;157:601-608.
- 36.Paris J. Chronic Suicidality Among Patients With Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Services*. 2002; 53:738-742.
- 37.Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalance of and Risk Factors for Lifetime Suicide Attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56:617-626.
- 38.Dilbaz N, Seber G. Umutsuzluk Kavramı: Depresyon ve İntiharda Önemi. *Kriz Dergisi* 1993;1:134-138.
- 39.Durak Batıgün A. İntihar Olasılığı:Yaşamı Sürdürme Nedenleri. Umutsuzluk ve Yalnızlık Açısından Bir İnceleme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2005;16:29-39.
- 40.Ak M, Özmenler K. N, Bozkurt A. Depresyon Hastalarında Belirti Şiddeti ve Umutsuzluğun İntihar Davranışı Üzerindeki Etkisi. *Kriz Dergisi* 2006;14:1-7.
- 41.Niméus A, Träskman-Bendz L, Alsén M. Hopelessness and suicidal behavior-research report. *Journal of Affective Disorders* 1997;43:137-144.
- 42.Can SS, Sayıl I. Yineleyici İntihar Girişimleri. *Kriz Dergisi* 2004;12:53-62.
- 43.Sayıl I. Türkiyede İntihar Sorunu. *Kriz dergisi* 1994;2:293-298.
- 44.Ekici G, Savaş H. A. ve Çıtak S. Tamamlanmış İntiharlarda İki Önemli Risk Etmeni:Fiziksel Hastalığın Varlığı ve yetersiz Dozda Psikiyatrik Tedavi *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 2001;11:168-173.

- 45.Yüksel N. İntiharın Nörobiyolojisi, Klinik Psikiyatri 2001:Ek 2:5-15.
- 46.Sher L, Oquendo MO, Mann JJ. Risk of suicide in mood d-isorders, Clinical Neuroscience Research. 2001; 1: 337–344.
- 47.Özalp E. İntihar Davranışının Genetiği, Türk Psikiyatri Dergisi 2008:1-9.
- 48.Mann JJ. Current Perspective of Suicide and Attempted Suicide. American College of Phisician-American Society of İnternal Medicine 2002:302-311.
- 49.Eskin M, Akoğlu A, Uygur B. Ayaktan Tedavi Edilen Psikiyatri Hastalarında Travmatik Yaşam Olayları ve Sorun Çözme Becerileri:İntihar Davranışıyla İlişkisi, Türk Psikiyatri Dergisi 2006;17:266-275.
- 50.Palabıyıkoglu R, İntihar Davranışı ve Kitle İletişim Araçları, Kriz Dergisi 1994;2:277-284.
51. Mann JJ, Currier D. Özkıymı Anlama ve Önleme, Edit. Stein DJ, Kupfer DJ, Schatzberg AF, The American Psychiatric Publishing. Çeviri Edit. Oral ET. Duygudurum Bozuklukları Temel Kitabı 2006-1ci Türkçe baskı 2007;485-496.
52. Doksat MK. İntiharlar, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp. Fak. Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu. 2-3 Aralık 1999. İstanbul;169-172.
- 53.Bekaroğlu M, Bilici M. Psikiyatrik Acil Durumlar. Editörler: Güleç C, Koroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı 1(2): 835-851.
- 54.Editörler Savaşır I, Şahin NH. Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme:Sık Kullanılan ölçekler, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 1997.
- 55.Holi MM, Pelkonen M, Karlsson L ve ark. Psychometric properties and clinical utility of the Scale for Suicidal Ideation (SSI) in adolescents, BMC Psychiatry February 2005;5:1-8.
- 56.Erkıran M, Evren C, Erkıran GC. İki Uçlu Duygu Durumu Bozukluğu ve Kişilik Bozukluğu Eştanısı, Kontrollu Bir Çalışma, Türkiye’de Psikiyatri 2003; 5:20-28.
- 57.Dilbaz N ve ark. İntihar Düşüncesi Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirliği, XXXI.Ulusal Psikiyatri Kongresi, İstanbul-1995:40-41.
58. Eker SS, Akkaya C, Akgöz S ve ark. Majör depresif bozuklukta Sertralin ve Reboksetin’in Etkinlik ve Güvenilirliğinin Karşılaştırılması, Türk Psikiyatri Dergisi 2005;16:153-163.

59. Savaşır I, Psikolojik Testler, Editörler: Güleç C, Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı 1ci basım-1ci cilt, 1997:63-80.
60. Aydemir Ö. Psikiyatrik Ölçekler. Editörler Köroğlu E, Güleç C. Psikiyatri Temel Kitabı ikinci baskı, 2007:62-75.
61. Hollander E, Greenwald S, Neville D ve ark. Uncomplicated and Comorbid Obsessive- Compulsive Disorder İn An Epidemiologic Sample, Depression And Anxiety 1996/1997;4:11-119.
62. Deveci A, Taşkın EO, Erbay DP ve ark. Manisa İli Kent Merkezinde İntihar Düşüncesi ve Girişimi Yaygınlığı, Türk Psikiyatri Dergisi 2005;16:170-178.
63. Clum GA, Esposito CL, Hiral M ve ark. Relative Contribution of Diagnostic and Psychosocial Variables to Severity of Suicidal Ideation Journal of Psychopatology and Behavioral Assessment. 2000; 22:79-90.
64. Sevinçok L, Akoğlu A, Kökçü F. Suicidality in schizophrenic patients with and without obsessive-compulsive disorder, Schizophrenia Research 2007;90:198-202.
65. Uzun Ö, Karlıdere T. Depresyon ve Komorbidite, Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri, Psikiyatri, Depresyon Özel Sayısı, 2007;26-31.
66. Ekici G, Savaş HA, Çıtak S. İntihar riskini artıran psikososyal etmenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2001;2:204-212.
67. Perugi G, Akiskal HS, Pfanner C ve ark. The clinical impact of bipolar and unipolar affectif comorbidity on obsessive-compulsive disorder, Journal of Affective Disorders. 1997; 46:15-23
68. Hewlett WA. Çeviri:Yurtman F, Özdemir C. Obsesif Kompulsif Bozukluk, Ebert ME, Loosen PT, Çeviri Editörleri:Birsöz S, Karaman T. Current Psychiatry. Tanı ve Tedavi 2003:351-365.
69. Tükel R, Polat A, Özdemir Ö ve ark. Comorbid Conditions İn Obsessive-Compulsive Disorder. Comprehensive Psychiatry. 2002;43:204-209.
70. Özmen M, Özmen E. Komorbid Depresyon ve Kişilik Bozukluğu Tanısı Almış Hastalarda Tedavi Yaklaşımları. Yeni Symposium 2005;43:54-57.
71. Uğuz F, Aşkın R, Çilli AŞ. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Eksen I ve Eksen II Bozuklukları ile birlikteliği. Türkiye’de Psikiyatri. 2006;8:1-5.

XI.EKLER

Beck İntihar düşüncesi ölçeği

I. Yaşam / Ölüme Dair Tutumun Özellikleri

1. Yaşama arzusu ()

0.Orta veya şiddetli

1.Zayıf

2.yok

2. Ölme arzusu ()

0.Yok

1.Zayıf

2.Orta veya şiddetli

3. Yaşam / Ölüm için Nedenler ()

0.Yaşam ölümden ağır basmakta

1.Yaşam ve ölüm için nedenler eşit

2.Ölmek yaşamaktan ağır basıyor

4. Aktif intihar girişiminde bulunma arzusu ()

0.Yok

1.Zayıf

2:Orta veya şiddetli

5. Pasif intihar girişimi ()

0.Yaşamı korumak için intihar girişimi

1.Yaşamayı ölmeyi şansa bırakabilir

2.Hayatını korumak ve sürdürmek için önlemlerden kaçınma

II. İntihar Düşüncesi / Arzusu Karakteristięi

6. Zaman boyutu : Süresi ()

0..Kısa ve geçici dönemler

1.Uzun dönemler

2.Kronik veya hemen daima sürekli

7. Zaman boyutu : Sıklık ()

0.Nadiren

1.Aralıklı

2.Sebat eden veya süregen

8. Düşünce ve Arzuya karşı tutum ()

0.Kabul etmeyen

1.Ambivalan , tepkisiz

2.Kabul eden

9. İntihar davranışını / Acting outu kontrol etme arzusu ()

0.Kontrol etme duygusu mevcut

1.Kontrol edeceğinden emin değil

2.Kontrol etme duygusu yok

10. Aktif girişimden caydıran etmenler (din, aile, başarılı olmayan ()
ciddi hasar. Geri dönüş yok.

0.Caydırıcılar sebebi ile intihar etmeme

1.Caydırıcılar hakkında biraz ilgi gösterme

2.Caydırıcılar hakkında hic yada minimal ilgi tasıma

11. Düşünülen girişim için sebep ()

0. Çevreyi etkilemek, dikkat çekmek,intikam

1. 0 ve 2 nin kombinasyonu

2. Problemden kaçma, çözmek, tamamen sona erdirmek

III. Tasarlanan Girişimin Özellikleri

12. Yöntem: Özgüllük ve Planlama ()

0.Dikkate alınmama

1.Dikkate alınmış fakat detaylar çalışılmamış

2.Detaylar çalışılmış ve çok iyi planlanmış

13. Yöntem: Erişilebilirlik ()

0.Yönteme ulaşamıyor, fırsat yok

1.Yöntem zaman ve çaba istiyor, fırsat gerçekten yok

2a.Yöntem ve fırsata erişilebilir

2b.Gelecekte yöntem ile ilgili fırsat veya erişilebilirlik önceden tahmin edilebilir.

14. Girişimi gerçekleştirme yeteneğine ilişkin duyumları olması ()

0.Cesaret yok, korkmuş, çok zayıf, yeteneksiz

1.Cesaret konusunda emin değil, yeteneği var.

2.Yetenegi ve cesareti var

15.Gerçek girişimin beklentisi / öngörüsü ()

0.Yok

1.Belirsiz, emin değil

2.Evet

IV- Tasarlanan Girişimin Gerçekleştirilmesi

16.Gerçek Hazırlık ()

0.Yok

1.Kısmen

2.Tam

17. İntihar Notu ()

0.Yok

1.Başlamış fakat tamamlamamış yada bırakmamış, sadece düşünce

2.Tamamlamış, bırakmış

18.Ölüm beklentisi içinde yapılan son hareketler ()

0.Yok

1.Düşünmüş ve bazı düzenlemeler yapmış

2.Kesin planlar yapmış yada düzenlemeleri tamamlamış

19. Tasarlanan girişimin gizlenmesi yada aldatıcı bir tavır sergilenmesi ()

0.Tasarıları açıkca belli etmek

1.Açıklamaktan çekinmek

2.Yalan söyleme,aldatma, gizli tutma girişimlerinde bulunur.

V- Arka Plan Faktörleri

20. Önceki intihar girişimi ()

0. Yok

1. 1

2. Birden fazla

21 Son girişimle ilgili ölme eğilimi ()

0.Düşük

1.Orta derecede, ikilemli, emin değil

2.Yüksek

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

AÇIKLAMA:

Bu form son bir hafta içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki 4 cevabı dikkatle okuduktan sonra size en çok uyanı, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

1.

0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.

2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.

3. O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2.

0. Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.

1. Gelecek hakkında karamsarım.

2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.

3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3.

0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.

2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.

3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

4.

0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.

2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.

3. Her şeyden sıkılıyorum.

5.

0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.

2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.

3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6.

0. Kendimden memnunum.

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.

2. Kendime çok kızıyorum.

3. Kendimden nefret ediyorum.

7.

0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

1. Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünüyorum.

2. Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.

3. Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahatli buluyorum.

8.

0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

1. Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.

2. Kendimi öldürmek isterdim.

3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

9.

0. İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.

1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.

2. Çoğu zaman ağlıyorum.

3. Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.

10.

0.Şimdi her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.

1.Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.

2. Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.

3.Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.

11.

0. Başkaları ile görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.

1. Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.

2. Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.

3. Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.

12.

0.Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum..

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.

2. Eskisine kıyasla, karar vermekte çok güçlük çekiyorum.

3. Artık hiçbir konuda karar veremiyorum

13.

0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.

2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.

3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

14.

0. Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.

1.Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.

2.Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.

3. Artık hiçbir iş yapamıyorum.

15.

0. Uykum her zamanki gibi.

1. Eskisi gibi uyuyamıyorum.

2. Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.

3. Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

16.

0. Kendimi her zamankinden daha yorgun hissediyorum.

1. Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
2. Her Şey beni yoruyor.
3. Kendimi hiçbir Şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

17.

0. İŐtahım her zamanki gibi.
- 1.Eskisinden daha iŐtahsızım
- 2.İŐtahım çok azaldı.
3. Hiçbir Şey yiyemiyorum.

18.

0. Son zamanlarda zayıflamadım.
1. Zayıflamaya alıŐtıđım halde en az 2 kilo verdim.
- 2.Zayıflamak istemediđim halde en az 4 kilo verdim..
3. Zayıflamak istemediđim halde en az 6 kilo verdim.

19.

0. Sağlığımla ilgili kaygılarım yok.
- 1.Ağrılar;mide sancıları, kabızlık gibi Őikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
- 2.Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka Şeylere vermekte zorlanıyorum.
3. Sađlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, baŐka hiçbir Őey dűŐünemiyorum.

20.

0. Sekse karşı ilginde herhangi bir değişiklik yok.
- 1.Eskisine oranla sekse ilgim az.
2. Cinsel iŐteđim çok azaldı.
3. Hiç cinsel istek duymuyorum.

21.

0. Cezalandırılması gereken Şeyler yaptığımı sanmıyorum.
- 1.Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğimi dűŐünüyorum.
- 2.Cezamı çekmeyi bekliyorum.
- 3.Sanki cezamı bulmuŐum gibi geliyor.

BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

İSİM:

TARİH:

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir., Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif Düzeyde <i>Beni pek Etkilemedi</i>	Orta Düzeyde <i>Hoş değildi ama Katlanabildim</i>	Ciddi Düzeyde <i>Dayanmakta çok zorlandım</i>
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Beck Umutsuzluk Ölçeği

Geleceğe yönelik olumsuz beklenti ya da düşünceleri içeren cümlelerden size uygun olanları evet ya da hayır olarak kodlayınız.

1- Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum

Evet----- hayır

2- Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.

Evet----- hayır

3- İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.

Evet----- hayır

4- Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.

Evet----- hayır

5- Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.

Evet----- hayır

6- Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum.

Evet----- hayır

7- Geleceğimi karanlık görüyorum.

Evet----- hayır

8- Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.

Evet----- hayır

9- İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiç bir neden yok.

Evet----- hayır

10- Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı

Evet----- hayır

11- Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor

Evet----- hayır

12- Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum

Evet----- hayır

13- Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.

Evet----- hayır

14-İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.

Evet----- hayır

15-Geleceğe büyük inancım var.

Evet----- hayır

16-Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur.

Evet----- hayır

17-Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.

Evet----- hayır

18-Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.

Evet----- hayır

19-Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum.

Evet----- hayır

20-İstediğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.

Evet----- hayır

Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS)

İsim:

Tarih:

Y-BOCS SEMPTOM KONTROL LİSTESİ

Var olan tüm semptomları işaretleyiniz. Birincil semptomları "P" ile işaretleyiniz.
(Değerlendirme yapanın, hastanın bahsettiği davranışların, basit fobi veya hipokondriyazise ait değil, obsesif kompulsif bozukluğa ait olduğundan emin olması gereklidir. "s" ile işaretlenen semptomlar obsesif kompulsif bozukluğa ait olabilir veya olmayabilir.)

Şimdi **Geçmişte**

SALDIRGANLIK OBSESYONLARI

_____	_____	Kendine zarar vereceğinden korkma
_____	_____	Başkalarına zarar vereceğinden korkma
_____	_____	Şiddet içeren veya korkutucu imgeler
_____	_____	Müstehcen veya hakaret edici sözler söyleme korkusu
_____	_____	Utanılacak bir şey yapmaktan korkma*
_____	_____	İstenmeyen dürtüleri yapmaktan korkma (örn. arkadaşını yaralama)
_____	_____	Çalacağından korkma
_____	_____	Dikkatsizlik nedeniyle başkalarına zarar verme korkusu (örn. çarpma/kaçma, motorlu araç kazası)
_____	_____	Olan kötü olaylardan kendinin sorumlu olacağı korkusu (örn. yangın, hırsızlık)
_____	_____	Diğer

KİRLLENME OBSESYONLARI

_____	_____	Vücut atık veya salgılarından (örn. idrar, dışkı, tükürük) kaygılanmak veya iğrenmek
_____	_____	Kir veya mikroplardan kaygılanmak
_____	_____	Çevre kirliliğinden aşırı kaygı duymak (örn. asbestoz, radyasyon, toksik atıklar)
_____	_____	Evde kullanılan maddelerden aşırı kaygılanmak (örn. temizlik maddeleri, çözücüler)
_____	_____	Kontaminasyon nedeni ile hastalanma kaygısı
_____	_____	Hayvanlardan aşırı derecede korkmak (örn. böcekler)
_____	_____	Yapışkan maddeler veya atıklardan rahatsız olmak
_____	_____	Başkalarına hastalık etkeni bulaştırma kaygısı (saldirgan)
_____	_____	Sadece kontaminasyon halinde ne hissedeceğinden kaygılanmak, sonuçları düşünmemek
_____	_____	Diğer

CİNSEL OBSESYONLAR

- | | | |
|-------|-------|---|
| _____ | _____ | Yasaklanmış veya sapıklık derecesinde cinsel düşünce, görüntü veya dürtüler |
| _____ | _____ | Çocuklar veya inest ilişki ile ilgili |
| _____ | _____ | Homoseksüel ilişkili ile ilgili* |
| _____ | _____ | Başkalarına karşı cinsel davranış (saldırgan)* |
| _____ | _____ | Diğer |

BİRİKTİRME/SAKLAMA OBSESYONLARI

(Hobiler ve maddi ve manevi değeri olan eşyalar ile karıştırılmamalıdır)

DİNİ OBSESYONLAR

- | | | |
|-------|-------|---|
| _____ | _____ | Kutsal şeylere karşı hürmetsizlik veya günah ile ilgili |
| _____ | _____ | Doğru/Yanlış kavramları ile aşırı ilgi |
| _____ | _____ | Diğer |

**EŞYALARIN SİMETRİKLİĞİ VE DÜZENİ İLE İLGİLİ
OBSESYONLAR**

- | | | |
|-------|-------|---|
| _____ | _____ | Doğüstü düşünce ile birlikte (örn. eşyaların yerinde olmaması halinde annesinin başına kaza geleceği) |
| _____ | _____ | Doğüstü düşünceler olmadan |

DİĞER OBSESYONLAR

- | | | |
|-------|-------|--|
| _____ | _____ | Bilme veya hatırlama ihtiyacı |
| _____ | _____ | Belirli şeyleri söyleme korkusu |
| _____ | _____ | Doğru şeyi söyleyememe korkusu |
| _____ | _____ | Birşeyler kaybetme korkusu |
| _____ | _____ | İstenmeyen (dehşet içermeyen) görüntüler |
| _____ | _____ | Anlamsız sesler, kelimeler veya müzik duyma |
| _____ | _____ | Belirli seslerden veya gürültüden rahatsız olma* |
| _____ | _____ | Uğurlu veya uğursuz sayılar |
| _____ | _____ | Özel anlamı olan renkler |
| _____ | _____ | Batıl itikatlar |
| _____ | _____ | Diğer |

Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS)

SOMATİK OBSESYONLAR

- _____ Hastalık ile ilgili*
- _____ Vücudun bir parçası veya görünümü ile aşırı ilgili
(örn. dismorfofobi)
- _____ Diğer

TEMİZLEME/YIKAMA KOMPULSİYONLARI

- _____ Aşırı veya törensel el yıkama
- _____ Aşırı veya törensel duş, banyo, diş fırçalama veya giyime ileri derecede dikkat
- _____ Ev eşyalarının veya diğer cansız nesnelerin aşırı temizliği ile ilgili
- _____ Kirlетici maddeler ile teması önleyen veya yok eden diğer önlemler
- _____ Diğer

KONTROL ETME KOMPULSİYONLARI

- _____ Kilit, ocak, alet vb.lerinin kontrolü
- _____ Başkalarına zarar vermediğini/vermeyeceğini kontrol etmek
- _____ Kendine zarar vermediğini/vermeyeceğini kontrol etmek
- _____ Korkunç bir şey olmadığını/olmayacağını kontrol etmek
- _____ Hata yapıp yapmadığını kontrol etmek
- _____ Somatik obsesyonlara bağlı kontroller
- _____ Diğer

TEKRARLAYICI TÖRENSEL DAVRANIŞLAR

- _____ Tekrar okuma veya yazma
- _____ Rutin hareketleri tekrarlama gereksinimi
(örn. kapıdan girme/çıkma, sandalyeye oturma/kalkma)
- _____ Diğer

SAYMA KOMPULSİYONLARI

SIRALAMA/DÜZENLEME KOMPULSİYONLARI

Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler

BİRİKTİRME/TOPLAMA KOMPULSİYONLARI

[Hobilerden, maddi ve manevi değeri olan şeylerin toplanması ile karıştırılmamalıdır (örn. eski mektupları dikkatle okumak, eski gazeteleri düzenlemek, ufak tefek şeyleri sınıflandırmak, işe yaramaz şeyleri biriktirmek).]

_____	_____	_____
_____	_____	DİĞER KOMPULSİYONLAR
_____	_____	Zihinsel törenler (kontrol veya sayma dışında)
_____	_____	Aşırı liste hazırlama
_____	_____	Söyleme, sorma veya itiraf etme gereksinimi
_____	_____	Dokunma, vurma veya ovalama gereksinimi*
_____	_____	Göz kırpma veya gözlerini dikme törensi davranışları*
_____	_____	Kendine; başkalarına zarar gelmemesi veya kötü olaylara karşı önlem alma (kontrol etme değil)
_____	_____	Tören haline gelmiş yemek yeme alışkanlıkları*
_____	_____	Batıl davranışlar
_____	_____	Trikotillomani*
_____	_____	Kendine zarar verici veya yaralayıcı davranışlar*
_____	_____	Diğer

Sadece 1-10. maddelerin puanları toplanarak YBOKS skoru hesaplanır

YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ (Y-BOCS)

TOPLAM PUAN (Madde 1-10 toplamı)

_____ ☐

1.OBSESİF DÜŞÜNCELERLE GEÇEN ZAMAN	Yok	Hafif	Orta	Ciddi	İleri
	0	1	2	3	4

1b.OBSESYONSUZ GEÇEN DÖNEM	Semptom yok	Uzun	Ortalama	Uzun	Kısa	Çok kısa
(Toplam ve alt toplamlara eklemeyiniz)	0	1	2	3	4	

2.OBSESİF DÜŞÜNCELERİN YAŞAMI

ETKİLEMESİ	0	1	2	3	4
------------	---	---	---	---	---

3.OBSESİF DÜŞÜNCELERLE BİRLİKTE

OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ	0	1	2	3	4
------------------------	---	---	---	---	---

Tam

4.OBSESİFDÜŞÜNCELERE DİRENÇ GÖSTERME	Sürekli direnme	teslimiyet			
	0	1	2	3	4

5.OBSESİF DÜŞÜNCELER ÜZERİNDEKİ	Tam	Yeterli	Orta	Az	Yok
KONTROLÜN DERECEŚİ	0	1	2	3	4

OBSESYONLARIN ALT TOPLAMI (Madde 1-5 toplamı) ☐

6.KOMPULSİF DAVRANIŞLAR İÇİN	Yok	Hafif	Orta	Ciddi	İleri
HARCANAN ZAMAN	0	1	2	3	4

6b.KOMPULSİYONSUZ GEÇEN ZAMAN	Semptom yok	Uzun	Ortalama	uzun	Kısa	Çok kısa
(Toplam ve alt toplamlara eklemeyiniz)	0	1	2	3	4	

7.KOMPULSİF DAVRANIŞLARIN

YAŞAMI ETKİLEMESİ	0	1	2	3	4
-------------------	---	---	---	---	---

8.KOMPULSİF DAVRANIŞLARLA BİRLİKTE

OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ	0	1	2	3	4
------------------------	---	---	---	---	---

9.KOMPULSİF HAREKETLERE DİRENÇ	Sürekli				Tam
GÖSTERME	Direnme				Teslimiyet
	0	1	2	3	4

10.KOMPULSİF DAVRANIŞLAR

ÜZERİNDEKİ KONTROLÜN DERECEİ	Tam	Yeterli	Orta	Az	Yok
	0	1	2	3	4

KOMPULSİYONLARIN ALT TOPLAMI (Madde 6-10 Toplamı) ☐

11.OBSESYON VE KOMPULSİYONLARI	Mükemmel							Yok
HAKKINDA HASTANIN İÇGÖRÜSÜ	0	1	2	3	4			
	Yok	Hafif	Orta	Ciddi	İleri			
12.KAÇINMA	0	1	2	3	4			
13.KARARSIZLIĞIN DERECEŚİ	0	1	2	3	4			
14.AŞIRI SORUMLULUK DUYMA	0	1	2	3	4			
15.YAVAŞLAMA	0	1	2	3	4			
16.PATOLOJİK KUŞKU	0	1	2	3	4			
17.GENEL ŞİDDET	0	1	2	3	4	5	6	
18.GENEL DÜZELME	0	1	2	3	4	5	6	
19.GÜVENİLİRLİK	MÜKEMMEL:0	İYİ:1	ORTA:2	ZAYIF:3				

Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS)

İsim:

Tarih:

HEDEF SEMPTOM LİSTESİ

OBSESYONLAR:

1.

2.

3.

KOMPULSİYONLAR:

1.

2.

3.

KAÇINMA:

1.

2.

3.

SCID-II YANIT FORMU

Adı ve Soyadı:

Tarih:/....../200..

?= Bilgi yetersiz 1= Yok ya da yanlış
Çekingen Kişilik Bozukluğu
(En az 4 madde “3” olmalı)

2= Eşik altı 3= Eşik ya da doğru
Self Defeating Kişilik Bozukluğu

- 1) ? () 1 () 2 () 3 ()
2) ? () 1 () 2 () 3 ()
3) ? () 1 () 2 () 3 ()
4) ? () 1 () 2 () 3 ()
5) ? () 1 () 2 () 3 ()
6) ? () 1 () 2 () 3 ()
7) ? () 1 () 2 () 3 ()

Bağımlı Kişilik Bozukluğu
(En az 5 madde “3” olmalı)

- 8) ? () 1 () 2 () 3 ()
9) ? () 1 () 2 () 3 ()
10) ? () 1 () 2 () 3 ()
11) ? () 1 () 2 () 3 ()
12) ? () 1 () 2 () 3 ()
13) ? () 1 () 2 () 3 ()
14) ? () 1 () 2 () 3 ()
15) ? () 1 () 2 () 3 ()
1) ? () 1 () 2 () 3 ()

Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu
(En az 5 madde “3” olmalı)

- 16) ? () 1 () 2 () 3 ()
17) ? () 1 () 2 () 3 ()
*18) ? () 1 () 2 () 3 ()
*19) ? () 1 () 2 () 3 ()
20) ? () 1 () 2 () 3 ()
21) ? () 1 () 2 () 3 ()
*22) ? () 1 () 2 () 3 ()
*23) ? () 1 () 2 () 3 ()
24) ? () 1 () 2 () 3 ()
25) ? () 1 () 2 () 3 ()
26) ? () 1 () 2 () 3 ()

Pasif Agresif Kişilik Bozukluğu
(En az 5 madde “3” olmalı)

- 27) ? () 1 () 2 () 3 ()
28) ? () 1 () 2 () 3 ()
29) ? () 1 () 2 () 3 ()
30) ? () 1 () 2 () 3 ()
31) ? () 1 () 2 () 3 ()
32) ? () 1 () 2 () 3 ()
33) ? () 1 () 2 () 3 ()
34) ? () 1 () 2 () 3 ()
35) ? () 1 () 2 () 3 ()

En az 5 madde “3” olmalı

- *36) ? () 1 () 2 () 3 ()
*37) ? () 1 () 2 () 3 ()
*38) ? () 1 () 2 () 3 ()
*39) ? () 1 () 2 () 3 ()
40) ? () 1 () 2 () 3 ()
41) ? () 1 () 2 () 3 ()
*42) ? () 1 () 2 () 3 ()
*43) ? () 1 () 2 () 3 ()

- *44) ? () 1 () 2 () 3 ()
*45) ? () 1 () 2 () 3 ()
46) ? () 1 () 2 () 3 ()
*47) ? () 1 () 2 () 3 ()
*48) ? () 1 () 2 () 3 ()

Paranoid Kişilik Bozukluğu
(En az 4 madde “3” olmalı)

- 49) ? () 1 () 2 () 3 ()
50) ? () 1 () 2 () 3 ()
51) ? () 1 () 2 () 3 ()
52) ? () 1 () 2 () 3 ()
53) ? () 1 () 2 () 3 ()
54) ? () 1 () 2 () 3 ()
*55) ? () 1 () 2 () 3 ()
*56) ? () 1 () 2 () 3 ()

Şizotipal Kişilik Bozukluğu
(En az 5 madde “3” olmalı)

- *57) ? () 1 () 2 () 3 ()
*58) ? () 1 () 2 () 3 ()
59) ? () 1 () 2 () 3 ()
*60) ? () 1 () 2 () 3 ()
*61) ? () 1 () 2 () 3 ()

- *62) ? () 1 () 2 () 3 ()
*63) ? () 1 () 2 () 3 ()
*64) ? () 1 () 2 () 3 ()

- 5) ? () 1 () 2 () 3 ()
6) ? () 1 () 2 () 3 ()
7) ? () 1 () 2 () 3 ()
8) ? () 1 () 2 () 3 ()

Paranoid K.B. ilk 5 kriterden biri

- 9) ? () 1 () 2 () 3 ()

Arka sayfaya devam ediniz>>>>

Şizoid Kişilik Bozukluğu

(En az 5 madde “3” olmalı)

- 65) ? () 1 () 2 () 3 ()
66) ? () 1 () 2 () 3 ()
67) ? () 1 () 2 () 3 ()
68) ? () 1 () 2 () 3 ()
69) ? () 1 () 2 () 3 ()
70) ? () 1 () 2 () 3 ()
71) ? () 1 () 2 () 3 ()

Histrionik Kişilik Bozukluğu

(En az 4 madde “3” olmalı)

- 72) ? () 1 () 2 () 3 ()
73) ? () 1 () 2 () 3 ()
74) ? () 1 () 2 () 3 ()
*75) ? () 1 () 2 () 3 ()
*76) ? () 1 () 2 () 3 ()

*77) ? () 1 () 2 () 3 ()

*78) ? () 1 () 2 () 3 ()

*79) ? () 1 () 2 () 3 ()

80) ? () 1 () 2 () 3 ()

Narsistik Kişilik Bozukluğu

(En az 5 madde “3” olmalı)

- 81) ? () 1 () 2 () 3 ()
*82) ? () 1 () 2 () 3 ()

*83) ? () 1 () 2 () 3 ()

*84) ? () 1 () 2 () 3 ()

85) ? () 1 () 2 () 3 ()

86) ? () 1 () 2 () 3 ()

87) ? () 1 () 2 () 3 ()

88) ? () 1 () 2 () 3 ()

89) ? () 1 () 2 () 3 ()

90) ? () 1 () 2 () 3 ()

Borderline Kişilik Bozukluğu

(En az 5 madde “3” olmalı)

91) ? () 1 () 2 () 3 ()

Ardışık *’lı maddelerden en az 2’si “3”
ise bir madde olarak “3” kabul olur

*92) ? () 1 () 2 () 3 ()

*93) ? () 1 () 2 () 3 ()

*94) ? () 1 () 2 () 3 ()

*95) ? () 1 () 2 () 3 ()

*96) ? () 1 () 2 () 3 ()

97) ? () 1 () 2 () 3 ()

98) ? () 1 () 2 () 3 ()

*99) ? () 1 () 2 () 3 ()

*100) ? () 1 () 2 () 3 ()

Ardışık*’lı maddelerden biri “3” olmalı

*101) ? () 1 () 2 () 3 ()

*102) ? () 1 () 2 () 3 ()

Ardışık *’lı maddelerden en az 2’si “3”

ise bir madde olarak “3” kabul olur

*103) ? () 1 () 2 () 3 ()

*104) ? () 1 () 2 () 3 ()

*105) ? () 1 () 2 () 3 ()

*106) ? () 1 () 2 () 3 ()

107) ? () 1 () 2 () 3 ()

108) ? () 1 () 2 () 3 ()

Antisosyal Kişilik Bozukluğu

En az 3 kriter “3” olarak kodlanmalı

A) ? () 1 () 2 () 3 ()

B) 109) ? () 1 () 2 () 3 ()

110) ? () 1 () 2 () 3 ()

111) ? () 1 () 2 () 3 ()

112) ? () 1 () 2 () 3 ()

113) ? () 1 () 2 () 3 ()

114) ? () 1 () 2 () 3 ()

115) ? () 1 () 2 () 3 ()

116) ? () 1 () 2 () 3 ()

117) ? () 1 () 2 () 3 ()

118) ? () 1 () 2 () 3 ()

119) ? () 1 () 2 () 3 ()

120) ? () 1 () 2 () 3 ()

En az 3 kriter “3” olarak kodlanmadıysa
sona erdir, kodlandıysa devam et

En az 5 kriter “3” olarak kodlanmalı

C) 1) a) b) c)

? () 1 () 2 () 3 ()

2) ? () 1 () 2 () 3 ()

3) ? () 1 () 2 () 3 ()

4) ? () 1 () 2 () 3 ()

5) a) b)

? () 1 () 2 () 3 ()

6) ? () 1 () 2 () 3 ()

7) ? () 1 () 2 () 3 ()

8) a) b) c) d) e) f)

? () 1 () 2 () 3 ()

9) ? () 1 () 2 () 3 ()

10) ? () 1 () 2 () 3 ()

BTA Kişilik Bozukluğu: İşlevsellik

kaybının olduğu, diğer kişilik bozukluklarını tam karşılamayan
bozukluklar

“GÜNCEL İNTİHAR DÜŞÜNCELERİ BULUNAN MAJOR DEPRESYON VE OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKLU BİREYLERİN KLİNİK, KİŞİLİK VE SOSYODEMOGRAFİK YÖNLERDEN KARŞILAŞTIRILMASI”	
KATILIMCI DEĞERLENDİRME FORMU	
Adı ve Soyadı:	
Başvuru tarihi:	/...../200..
Şimdiki Psikiyatrik Tanısı:	
Geçmiş Psikiyatrik Tanılar:	
Komorbid Psikiyatrik Tanılar:	
Şimdiki Tıbbi Hastalıklar:	
Geçmiş Tıbbi Hastalıklar:	
Yaşı:	
Cinsiyeti:	E () K ()
Mesleği:	
Eğitim durumu:	
Evlilik Durumu:	Bekar () Evli () Dul/Boşanmış ()
Yaşam Şekli	Yalnız () Birlikte ()
Şimdiki İntihar Düşünceleri	Var () Yok ()
Geçmiş İntihar Girişimi:	Var () Yok ()
İntihar Girişim Sayıları:	()
İntihar Girişim Şekli:	
Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Var () Yok ()
Tanı:	
Ailede İntihar Öyküsü ve Şekli:	Var () Yok () Şekli (.....)
Hastalık Süresi(yıl):	
Tedavisiz Geçen Süre (yıl):	
Hastanede Yatış Sayısı:	
Alkol ve Madde Bağımlılığı:	Var () Yok ()
Ailede Alkol ve Madde Bağımlılığı:	Var () Yok ()
Şimdiki Tedaviler:	

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ

HASTA ADI: □□□

ARAŞTIRICI ADI :

HASTA NO : □□□

VISIT I TARİH:.../.../.....

KLİNİK GENEL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ
HASTALIK ŞİDDETİ

Bu hasta grubu ile olan klinik deneyimlerinize dayanarak, sizce bu kişi ne kadar hasta?

- | | |
|---------------------------|--------------------------|
| 1.Normal hasta değil | ☐ |
| 2.Hastalık sınırında | ☐ |
| 3.Hafif düzeyde hasta | ☐ |
| 4. Orta düzeyde hasta | ☐ |
| 5. Belirgin düzeyde hasta | ☐ |
| 6.Ağır hasta | ☐ |
| 7.Çok ağır hasta | ☐ |

DÜZELME

Hastanın ilk değerlendirildiğindeki durumu düşünürseniz, sizce bu hasta ne kadar değişti?

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| 1.Çok düzeldi | ☐ |
| 2.Oldukça düzeldi | ☐ |
| 3.Biraz düzeldi | ☐ |
| 4. Hiç değişiklik yok | ☐ |
| 5. Biraz kötüleşti | ☐ |
| 6.Oldukça kötüleşti | ☐ |
| 7.Çok kötüleşti | ☐ |

YAN ETKİ ŞİDDETİ

Bu maddeyi sadece ilaç etkisini göz önüne alarak değerlendiriniz. Yan etkiyi en iyi ifade eden seçeneği işaretleyiniz

- | | |
|--|--------------------------|
| 1.Hiç yok | ☐ |
| 2.Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkilemiyor | ☐ |
| 3.Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkiliyor | ☐ |
| 4.Terapötik etkinin yararlarını göz ardı ettirecek düzeyde etkiliyor | ☐ |