

# Psikiyatrik Hastalıklarda İntihar ve Acil Serviste İntihar Girişimine Müdahale: Güncel Bir Gözden Geçirme

Psychiatric Diseases, Suicide and Intervention to Suicide Attempts in the Emergency Service:  
A Current Review

İD Selime Çelik Erden<sup>1</sup>

İD Banu Karakuş Yılmaz<sup>2</sup>

İD Abdullah Burak Uygur<sup>1</sup>

1- Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi, Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Alanya, Antalya, Türkiye.

2- Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi, Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Alanya, Antalya, Türkiye.

## ABSTRACT

According to the World Health Organization, suicide is defined as a self-harming act committed with the intention of ending one's life. Epidemiologically, suicide is one of the leading causes of preventable premature death. Due to suicide, which has become an increasing public health problem in our country and in the world, more than 800,000 people die worldwide every year. Suicide, suicide attempt and completed suicide (leading to death) are grouped together. Emergency services are usually the first hospital unit where suicide cases are encountered, and it is seen that approximately 40% of people who die as a result of suicide have applied to the emergency department at least once in the year before their death. Therefore, emergency services represent a critical opportunity and represent a critical opportunity to assess the mental health needs of the patient, as well as to deal with physical health problems. Intervention in the emergency service and what to do after the suicide attempt are of great importance. Suicide and suicide attempt have been associated with mental disorders in most cases. The most common basic diagnoses are mood disorders, schizophrenia and substance use disorders. Many variables should be taken into account in the assessment of suicide risk of individuals and in the early diagnosis and treatment of individuals at risk. One of the most important of these variables is comorbid psychiatric diseases. Considering the association of suicidal behavior and psychiatric diseases, it is seen that psychiatric consultation is necessary for all patients who attempt suicide. However, as can be seen from the results of the study carried out; The number of psychiatric consultations requested from the emergency department after a suicide attempt is quite low. This is also an indication that patients receive inadequate psychiatric support. It is seen that increasing the number of psychiatric consultations and training of emergency service personnel about "suicide" may contribute to patients in order to provide adequate support to patients after a suicide attempt. In this review, it is aimed to discuss the issue of suicidal behavior in psychiatric disorders and the approach to suicide attempt in the emergency department.

## ÖZET

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre intihar kişinin hayatını sona erdirmeye niyetiyle gerçekleştirdiği kendine zarar verici bir eylem olarak tanımlanmaktadır. Epidemiyolojik olarak intihar, önlenbilir erken ölümlerin önde gelen nedenlerinden biridir. Ülkemizde ve dünyada giderek artan bir halk sağlığı sorunu haline gelen intihar nedeniyle, dünya çapında her yıl 800.000'den fazla insan ölmektedir. İntihar; intihar girişimi ve tamamlanmış intihar (ölümle sonuçlanan) olarak gruplandırılmaktadır. Acil servisler genellikle intihar olgularıyla ilk karşılaşılan hastane birimidir ve intihar sonucu ölen insanların yaklaşık %40'ının ölümlerinden önceki yıl içinde en az bir kez acil servis başvurularının olduğu görülmektedir. Bu nedenle, acil servis hizmetleri fiziksel sağlık sorunlarıyla ilgilenmenin yanı sıra hastanın ruh sağlığı ihtiyaçlarını değerlendirmek açısından da kritik bir öneme sahiptir ve ciddi bir fırsatı temsil eder. İntihar girişimine acil serviste müdahale ve sonrasında yapılması gerekenler büyük önem arz etmektedir. İntihar ve intihar girişimleri çoğu durumda ruhsal bozukluklarla ilişkilendirilmiştir. İntihar girişimi sonucu ölenlerin %90'ından fazlasında bir psikiyatrik bozukluk olduğu düşünülmektedir. En sık rastlanan temel tanılar ise duygudurum bozuklukları, şizofreni ve madde kullanım bozukluklarıdır. Bireylerin intihar riskinin değerlendirilmesi ve risk altındaki bireylerin erken teşhis ve tedavilerinde çok sayıda değişkenin dikkate alınması gerekmektedir. Bu değişkenlerin en önemlilerinden biri de intihar için risk oluşturan eşlik eden psikiyatrik hastalıklardır. İntihar davranışı ile psikiyatrik hastalıkların birlikteliği düşünüldüğünde intihar girişiminde bulunan tüm hastalar için psikiyatri konsültasyonunun gerekli olduğu görülmektedir. Fakat gerçekleştirilen çalışma sonuçlarından da görüldüğü üzere; intihar girişimi sonrası acil servisten istenen psikiyatri konsültasyon sayıları oldukça düşüktür. Bu durum aynı zamanda hastaların yetersiz psikiyatrik destek aldıklarının da bir göstergesidir. İntihar girişimi sonrası hastalara yeterli destek sağlanabilmesi için psikiyatri konsültasyonlarının sayısının artırılması ve acil servis çalışanlarının "intihar" ile ilgili eğitim almalarının hastalara katkı sağlayabileceği görülmektedir. Bu derlemede psikiyatrik hastalıklarda intihar davranışı ve acil serviste intihar girişimine yaklaşım konusunun ele alınması amaçlanmıştır.

## Keywords:

Suicide  
Emergency service  
Psychiatric diseases  
Comorbidity

## Anahtar Kelimeler:

İntihar  
Acil servis  
Psikiyatrik hastalıklar  
Komorbidite

**Correspondence:** Banu Karakuş Yılmaz, Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi, Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Alanya, Antalya, Türkiye. E-mail: banukarakus@yahoo.com

**Cite as:** Çelik Erden S, Karakuş Yılmaz B, Uygur AB. Psikiyatrik Hastalıklar, İntihar ve Acil Serviste İntihar Girişimine Müdahale: Güncel Bir Gözden Geçirme. Phnx Med J. 2023;5(3):125-131.

**Received:** 02.02.2023

**Accepted:** 26.07.2023

**Online Published:** 24.10.2023



### GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre intihar kişinin hayatını sona erdirmeye niyetiyle gerçekleştirdiği kendine zarar verici bir eylem olarak tanımlanmaktadır (1). Epidemiyolojik olarak intihar, önlenemez erken ölümlerin önde gelen nedenlerinden biridir (2). Ülkemizde ve dünyada giderek artan bir halk sağlığı sorunu haline gelen intihar nedeniyle, dünya çapında her yıl 800.000'den fazla insan ölmektedir (1). Acil servisler genellikle intihar olgularıyla ilk karşılaşılan hastane birimidir ve intihar sonucu ölen insanların yaklaşık %40'ının ölümlerinden önceki yıl içinde en az bir kez acil servis başvurularının olduğu görülmektedir (3). Bu nedenle, acil servis hizmetleri fiziksel sağlık sorunlarıyla ilgilenmenin yanı sıra hastanın ruh sağlığı ihtiyaçlarını değerlendirmek açısından da kritik bir öneme sahiptir ve ciddi bir fırsatı temsil eder. İntihar girişimine acil serviste müdahale ve sonrasında yapılması gerekenler büyük önem arz etmektedir.

İntihar çoğu durumda ruhsal bozukluklarla ilişkilendirilmiştir. İntihar girişimi sonucu ölenlerin %90'ından fazlasında bir psikiyatrik bozukluk olduğu düşünülmektedir (4). En sık rastlanan temel tanılar ise duygudurum bozuklukları, şizofreni ve madde kullanım bozukluklarıdır (5). İngiltere'de tamamlanmış intiharların gözden geçirildiği bir çalışmada; ölenlerin %32-47'sinde affektif bozukluk, %19-20'sinde şizofreni, %8-17'sinde alkol bağımlılığı, %8-11'indeyse kişilik bozukluğu ve %3-9'unda madde bağımlılığı saptanmıştır (4).

Depresyon ve anksiyete bozuklukları da intihar düşüncesi ve intihar girişimi ile sıklıkla ilişkili bulunmuştur (6). Cavanagh ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada intihar nedeniyle ölen tüm bireylerin yaklaşık %60'ına depresif bozukluk teşhisi konulduğu bulunmuştur (7). Majör depresif bozukluğu olan hastalar arasında yaşam boyu intihar girişimi tahminleri %5 ile %15 arasında değişmektedir (8). Anksiyete bozukluğu olan bireylerde de intihar riski artmıştır (9). Depresyon ve anksiyete bozukluğu eş tanısı, her iki bozukluğun tek başına olduğundan daha yüksek intihar riskiyle ilişkili bulunmuştur (10).

Wiebenga ve arkadaşları depresyon ve anksiyete bozukluğu hastalarında intihar davranışının gözden geçirdikleri derlemelerinde; intihar düşüncesi daha fazla eğitim yılı ile intihar girişimi ise daha az eğitim yılı ile ilişkili bulunmuştur. Komorbid depresyonu olan anksiyete bozukluğu hastalarında, komorbiditesi olmayan anksiyete bozukluğu hastalarına göre daha şiddetli hastalık belirtileri, uyku bozuklukları, umutsuzluk, agresyon ve çocukluk çağı travmaları intihar düşüncesi ve girişimi ile bağlantılı bulunmuştur (6).

İntihar düşüncesi ayrıca erkek cinsiyet, daha yüksek içe dönüklük ile, intihar girişimi ise işsizlik, alkol kullanım bozukluğu, düşük sosyal destek, duygu işleme sırasında anormal beyin aktivitesi ve genetik risk ile ilişkilendirilmiştir (6). Depresyon ve/veya anksiyete bozukluğu olan kişilerin intihar riskinin değerlendirilmesi ve risk altındaki bireylerin erken teşhis ve tedavilerinde çok sayıda değişkenin dikkate alınması gerekmektedir.

Bu derlemede psikiyatrik hastalıklarda intihar davranışı, acil serviste intihar girişimine müdahale ve sonrasında yapılması gerekenlerin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

### Duygudurum Bozuklukları ve İntihar

Majör depresyon en sık görülen duygudurum bozukluğudur. Tek bir atak ya da tekrarlayıcı ataklar biçiminde görülebilir. Hastaların yaklaşık 2/3'ünde intihar düşüncesi görülür. Yaşam boyu intihar olasılığı %15 dolayında olup, depresyondaki intihar oranının diğer psikiyatrik bozukluklardan 3-4 kat daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (11). Majör Depresyon hastalarında geçmiş intihar girişimi öyküsü ve umutsuzluk intihar davranışının öngörücüleri olarak bildirilmiştir (4). Ayrıca, intiharın alkol kullanımı ve impulsif agresif kişilik özellikleriyle de ilişkili olduğu bildirilmiştir. Sosyal destek yetersizliği, genç yaş, hastalığın erken yaşta başlaması, kötü seyretmesi, melankolik ve psikotik özellikler, ailede intihar öyküsünün bulunması ve kronik bedensel hastalık bulunması önemli risk faktörleri arasındadır (4).

Bipolar bozukluk hastalarının %8-19'unun intihar ettiği bildirilmektedir (12). Bipolar bozukluk hastalarında intihar için risk faktörlerine göz atıldığında en önemlisi hastanın daha önceden de intihar girişiminin olmasıdır. Komorbid anksiyete bozukluğu, kişilik bozukluğu, alkol madde kullanımı ve ciddi bedensel hastalıklar da riski artırmaktadır. Klasik manik dönemden çok karma dönem (disforik mani dönemi) ve hipomanik dönemde daha fazla intihar girişimi görülmektedir (13). Bipolar bozukluk hastalarında aile öyküsünün varlığı da intihar için diğer bir ciddi risk faktörüdür (14).

Duygu durum bozukluğu hastalarında erken teşhis, akut dönem tedavisi ve koruyucu tedavilerin uygulanması ile hastaların remisyona sürelerinin uzayabileceği ve bunun da intihar davranışını azaltabileceğini söyleyebiliriz. Ayrıca hasta ve yakınlarına hastalık ve tedavisi konusunda bilgilendirme ve aile desteğinin sağlanması gibi konularda psikoeğitim uygulanması hastaların tedavi uyumunu artırarak intiharın önlenmesine katkı sağlayabilir.

### Psikotik Bozukluklar ve İntihar

İntihar veya ciddi intihar girişimi ile ilişkili en sık görülen psikiyatrik hastalıklardan biri psikotik bozukluklardır. 1911 gibi erken bir tarihte, Bleuler intihar dürtüsünü tüm şizofrenik belirtilerin en ciddiisi olarak nitelendirmiştir (15). Araştırmalar şizofreni hastalarında yaşam boyu intihar oranının %4 ile %13 arasında olduğunu, modal oranın ise yaklaşık %10 olduğunu bildirmektedir (16). İntihar, şizofreni hastalarında beklenen yaşam süresinin azalmasına en büyük katkıyı yapan etkidir. Genç yaş, erkek olmak, bekar olmak, yalnız yaşamak, işsiz olmak, daha yüksek zeka düzeyi, iyi eğitilmiş olmak, hastalık öncesi iyi uyum veya işlevsellik, yüksek kişisel beklenti ve umutlara sahip olmak, hayattan beklentilerin ve umutların karşılanmayacağına inanılması, yakın zamanda olumsuz yaşam olayları yaşanmış olması, mesleki işlevselliğin yetersiz olması ve ateşli silahlar gibi ölümcül araçlara erişimin olması şizofreni hastalarında intihar riskini artıran demografik ve psikososyal faktörlerdir (17).

Hastalığın ilk on yılı boyunca, şizofreni hastaları önemli ölçüde yüksek intihar riski altındadır. Bununla birlikte yaşamları boyunca kötüleşme veya iyileşme dönemleri ile yüksek intihar riski taşımaya devam ederler. Belirtilerin farkında olmak, özellikle de sanrıların, anhedoninin, asosyallığın ve künt duygulanımın farkındalığı ve tedavi hakkında olumsuz bir duyguya sahip olmak veya tedaviye

uymamak, şizofreni hastalarında daha yüksek intihar riski ile ilişkili bulunmuştur (18). Eşlik eden depresyon ve intihar davranışı öyküsü, şizofreni hastalarında intihar riskine önemli katkıda bulunmaktadır (19).

Şizofreni hastalarında intihar için tek güvenilir koruyucu faktör, kapsamlı tedavinin sağlanması ve tedaviye uyum olarak görünmektedir. Şizofrenide intihar davranışının önlenmesi, risk altındaki hastaların tanınmasını, klinik belirtiler için mümkün olan en iyi tedavinin verilmesini ve eşlik eden depresyon ve madde kullanım bozukluklarının tedavisini de içermesi gerektiğini söyleyebiliriz.

#### **Anksiyete Bozuklukları ve İntihar**

Anksiyete bozuklukları ile intihar davranışı ilişkisini araştıran çalışma sonuçları tutarsızlık göstermektedir. Mevcut literatürde, az sayıda çalışmada pozitif ilişki gösterilirken, çalışmaların büyük bir çoğunluğunda anksiyete bozuklukları ile intihar davranışı arasında herhangi bir ilişki gösterilmemiştir (20). Bu karışık bulgular, çalışmalarda komorbid psikiyatrik hastalıkları olan bireylerin dahil edilmesi veya dışlanması gibi yöntemsel farklılıklar veya örneklem küçüklüğü gibi çalışmanın gücüne ilişkin faktörler ile ilgili olabilir.

Kanwar ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği depresyon varlığı tespit edilen çalışmaların dahil edilmediği, 42 çalışmanın meta-analizinde anksiyete bozukluğu hastalarında intihar düşünceleri için Odds oranı 2,89, intihar girişimi için Odds oranı 2,47 ve tamamlanmış intihar için Odds oranı 3,34 olarak tespit edilmiştir (21). Finlandiya'da 1 yıl boyunca meydana gelen tüm intihar vakaları (N: 1397) üzerinde yapılan bir çalışmada; tüm intihar kurbanlarının %11'inde anksiyete bozukluğu saptanmış ve bunların yaklaşık üçte birinde de panik bozukluğu belirlenmiştir. Panik bozukluğu olan kişilerde intiharın, komorbid majör depresyon ve madde kötüye kullanımı ve kişilik bozuklukları ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir (22). Ülkemizde yapılan bir çalışmada da panik bozukluğu tanısı konulan 62 hastanın yaşam boyu intihar düşünce ve girişimleri sorgulanmış ve yaşam boyu intihar düşüncesi prevalansı %22,6 ve intihar girişimi prevalansı %4,8 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada da komorbid major depresyon ve borderline kişilik bozukluğu ve çözümlenemeyen ailesel sorunların ciddi intihar riski oluşturduğu bildirilmiştir (23). Elde edilen sonuçlar intihar riski taşıyan panik bozukluk hastalarını tanımlayabilmek için genel psikopatolojinin değerlendirilmesinin oldukça önemli olduğunu göstermektedir.

Gerçekleştirilen çalışmalarda genel olarak anksiyete bozukluklarının özellikle diğer ruhsal bozukluklar ile komorbid olduklarında intihar davranışı üzerinde etkili oldukları görülmektedir. Bipolar bozukluk hastalarında eşlik eden anksiyete bozukluğu tanısının intihar girişimini iki kattan fazla artırdığı bildirilmiştir (24). Psikotik bozukluk hastalarında da intihar davranışı öyküsü olanların, olmayanlara kıyasla, daha sık şiddetli anksiyete yaşadıkları bildirilmiştir (25).

Anksiyete bozukluklarının genellikle depresyon ile görülmesi gerçekliğine rağmen, komorbiditesi olmayan anksiyete bozukluğu ve intihar davranışı ile ilgili çok az araştırma yapılmıştır. Anksiyete ve intihar arasındaki ilişkiye yönelik görece bu ilgi azlığı, Placidi tarafından anksiyete bozukluğu olan bireylerde “zarardan kaçınma”

mizaç özelliğinin intihar düşünce ve dürtüleri üzerindeki engelleyici etkisi ile açıklanmıştır (26). Gil'e göreyse “zarardan kaçınma” mizaç özelliği intihar davranışına karşı korumaktan ziyade bazı bireylerde intihar riskini artırmaktadır (27). Mendlowicz de Gil'i destekleyerek anksiyete bozukluğu hastalarının çoğunda bu kaçınan mizaç özelliğinin önemli ölçüde işlevsellik kaybı, yaşam kalitesinde azalma ve sosyal izolasyona yol açtığı gibi intihara olan yatkınlığı da artırdığını bildirmiştir (28). Komorbidite olmadan anksiyete bozukluğunun intihar davranışı üzerindeki bağımsız etkisi hakkındaki kanıtlar daha az tutarlı olmakla beraber mevcut bilgiler göz önüne alındığında; intiharı önlemede anksiyete bozukluklarının tanı ve tedavisinin de ihmal edilmemesi gerektiğini söyleyebiliriz.

#### **Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) ve İlişkili Bozukluklar ve İntihar**

Obsesif kompulsif bozukluğu olan bireylerin genel popülasyona göre daha yüksek intihar düşüncesi ve girişimi riski altında olduğu bildirilmiştir (29). Gerçekleştirilen çalışmalarda OKB'de intihar düşüncesiyle obsesyonların şiddeti, daha düşük eğitim düzeyi, daha yüksek işsizlik oranları, komorbid alkol kullanım bozuklukları, kişilik bozuklukları ve ailede tamamlanmış intihar öyküsü ilişkili bulunmuştur. OKB'de intihar girişimiye obsesyonların şiddeti, komorbid alkol madde kullanım bozuklukları, depresyon ve anksiyete belirtilerinin şiddeti ile ilişkili bulunmuştur (29).

İntihar eğilimi olan OKB hastalarında intihar eğilimi olmayan OKB hastalarına göre, obsesif belirtilerin yanı sıra depresyon ve anksiyete belirtilerinin daha şiddetli, yaşam kalitelerinin ise daha düşük olduğu bildirilmiştir (30). Ayrıca, intihar eğilimi olan OKB hastalarının aile üyelerinde de daha fazla intihar girişimi olduğu belirlenmiştir (30). Aleksitimi ve mükemmeliyetçilik gibi kişilik özellikleri ile ego-distonik, kabul edilemez düşünceleri olan hastalarda da intihar riski artmaktadır (31).

Sonuç olarak; OKB psikiyatrik komorbiditelerden bağımsız olarak intihar riski ile ilişkilidir. OKB'de intihar davranışı için risk faktörlerinin tanımlanması ve tanınması, bu grupta intihar oranlarını azaltmayı amaçlayan ampirik temelli önleyici ve müdahale stratejilerinin geliştirilmesi için önemlidir. OKB'li hastalarda özellikle daha önce intihar girişiminde bulunmuş olanların yeni bir intihar girişimi açısından çok dikkatli izlenmesi gerektiğini söyleyebiliriz.

#### **Yeme Bozuklukları ve İntihar**

Yeme bozuklukları fiziksel sağlığı etkiledikleri gibi intihar davranışının da fazla görüldüğü psikiyatrik hastalıklardır (32). Yaşam boyu DSM-5 Yeme Bozukluğu tanısı olan yetişkinlerde intihar girişimi riski önemli ölçüde yüksek bulunmuştur (33). Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşayan yetişkinlerde DSM-5 ölçütüne göre yeme bozukluğunda intihar prevalansının araştırıldığı 36171 katılımcı ile yapılan bir çalışmada; intihar girişimi yaygınlık oranları, Anoreksiya Nervosa (AN) için %24,9 AN-Kısıtlı tip için %15,7 AN-tıkınırcasına yeme-çıkartma tipi için %44,1 Bulimia Nervosa (BN) için %31,4 ve Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB) için %22,9 olarak bildirilmiştir (33).

Gerçekleştirilen araştırmalarda yaşam boyu yeme bozukluğu olanlarda, olmayanlara göre kabaca 5-6 kat artmış intihar girişimi riski belirlenmiştir. En yüksek intihar girişimi riski AN-Tıknırcasına yeme-çıkartma tipi için tespit edilmiştir. İntihar girişimi öyküsü, psikososyal bozulma ve psikiyatrik komorbidite de dahil olmak üzere belirgin şekilde farklı klinik profiller ile ilişkili bulunmuştur (33).

Birçok çalışmada yeme bozukluklarında komorbid psikiyatrik tanıların varlığının intihar girişimi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (34). Özellikle yeme bozukluklarına eşlik eden depresyon tanısı ve tedavisinin önemi vurgulanmaktadır (35). Anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza hastalarında komorbid alkol ve madde kullanım bozukluğu varlığının intihar için yordayıcı oldukları gösterilmiş; ayrıca bulimia nervoza hastalarında laksatif kullanımının da intihar için yordayıcı olduğu belirtilmiştir (36).

Yeme bozukluğu hastaları tedavileri sırasında intihar davranışı açısından da değerlendirilmelidirler. Ayrıca, madde kullanımı, fiziksel ve cinsel taciz öyküsü sorgulanmalı, aile dinamikleri ve aile tutumlarına yönelik müdahaleler de yapılmalıdır.

### **Alkol Madde Kullanım Bozuklukları ve İntihar**

Alkol kullanım bozukluğunun psikiyatrik hastalıklar ile yüksek oranda birlikte görüldüğü ve hastalık seyrini olumsuz etkilediği bilinmektedir (37). Gerçekleştirilen çalışmalarda alkol kullanım bozukluğu hastalarında yaşam boyu intihar oranı %6 ile %21 arasında bildirilmiştir. Ayrıca, alkol bağımlılarında intihar girişimi yineleme riskinin de yüksek olduğu bilinmektedir (38). Alkol kullanım bozukluğu ve komorbid psikiyatrik hastalıklar varlığında intihar riski artmaktadır. Depresyon ve alkol kullanım bozukluğu olan erkeklerin yüksek intihar riskine (%16,2) sahip olduğunu bildirilmiştir (39). Bipolar bozukluk ve alkol kullanım bozukluğu olan hastalarda ise yaşam boyu intihar girişimi yaygınlığı %21 ile %42 arasında bildirilmiştir (40). Farklı çalışmalarda tüm intihar girişimlerinin yaklaşık %25'inin alkol kullanımı ile ilgili olduğu bildirilmiştir (41).

Ülkemizde alkol ve madde kullanım bozukluğu tanıları ile yatarak tedavi olan hastalarda yapılan bir çalışmada alkol kullanım bozukluğu hastalarının %23,3'ünde ve madde kullanım bozukluğu hastalarının %49,9'unda en az bir kez intihar girişimi öyküsü belirlenmiştir. Ayrıca, olguların %12,9'unda intihar girişimi sayısının 3 ve üzerinde olduğu, intihar girişimi olan bağımlılarda ilk maddeye başlama yaşının daha düşük, birinci derecede akrabalarında intihar girişimi oranları ve ailelerinde sözel ve fiziksel şiddet oranlarının daha fazla olduğu tespit edilmiştir (42).

Madde kullanım bozukluğu hastalarında duygudurum bozuklukları, kişilik bozuklukları, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gibi komorbid psikiyatrik hastalıkların daha sık olduğu ve madde kullanımının tedavi uyumunu bozduğunu ve hastalıkların seyrini olumsuz etkilediği bilinmektedir (43). Komorbid madde kullanım bozukluğu olan bipolar bozukluk hastalarında hastalığın daha erken başladığı, daha fazla anksiyete bozukluğu eş tanısı, daha fazla intihar girişimi ve daha sık hastaneye yatış olduğu belirlenmiştir (43).

Gerçekleştirilen çalışmalarda madde kullanım bozukluğu hastalarında yaşam boyu intihar düşüncesi borderline kişilik bozukluğu, depresif bozukluklar, cinsel istismar, çoklu madde kullanımı, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve motor dürtüsellik ile ilişkili bulunmuştur (44). Ayrıca, madde kullanım bozuklukları intihar sonucu ölüm riski ile de ilişkili bulunmuş, birden fazla madde kullanım bozukluğunun bu riski artırdığı bildirilmiştir (45).

Alkol-Madde kullanım bozuklukları ve intihar ilişkisi göz önüne alındığında; intiharı önlemek için alkol-madde kullanım bozukluğuna sıklıkla eşlik eden ve intihar riskini arttıran komorbid psikiyatrik hastalıkları olan hastaları yakından takip etmek ve intihar düşüncelerinin olup olmadığını düzenli olarak taramak gerektiğini söyleyebiliriz.

### **Kişilik Bozuklukları ve İntihar**

İntihar ve intihar girişiminde bulunan bireylerin çoğunda kişilik bozukluğu olduğu özellikle de antisosyal, borderline gibi B grubu kişilik bozukluklarının daha fazla görüldüğü bilinmektedir (46). Kişilik bozukluklarının komorbid psikiyatrik bozukluklardan bağımsız olarak erkeklerde intihar olasılığını yedi kat, kadınlarda ise altı kat artırdığı bildirilmektedir (47).

Borderline kişilik bozukluğunda intihar girişimi oranının %46 ile %92 arasında olduğu bildirilmiştir (48). Tamamlanmış intiharlardaysa borderline kişilik bozukluğu oranının %3 ile %10 arasında olduğu bildirilmiştir (49). Ayrıca, borderline kişilik bozukluğu varlığının komorbid olarak bulunduğu depresyon, alkol madde kullanım bozukluğu gibi psikiyatrik hastalıklara bağlı intihar riskini artırdığı bilinmektedir (50). Ülkemizde gerçekleştirilen Yalvaç ve arkadaşlarının çalışmalarında; antisosyal veya borderline kişilik bozukluğu olan genç hastalarda olumsuz yaşam olayları ve cinsel travma öyküsünün intihar riskini artırdığı belirlenmiştir (51).

Kişilik bozukluklarında özellikle borderline kişilik bozukluğundaki yüksek intihar oranları göz önüne alındığında; acil servise intihar girişimi ile başvuran bireylerin kişilik bozuklukları açısından da değerlendirilmelerinin yararlı olabileceğini söyleyebiliriz.

### **Otizm ve İntihar**

Otizm, sınırlı ilgi alanları ve basmakalıp davranışlarla ilişkili, sosyal etkileşim ve iletişimde niteliksel bir değişiklik ile karakterize edilen nörogelişimsel bir bozukluktur. Gerçekleştirilen çalışmalarda otizmlili bireylerin intihar düşünceleri yaşama, intiharı planlama, gerçekleştirme ve intihar nedeniyle ölme riski daha yüksek bulunmuştur. Taciz öyküsü, yalnızlık ve komorbid depresyon otizmlili bireylerde intihar için risk faktörleri olarak belirlenmiştir (52). Otizmlili kişilerde depresyon gelişme olasılığı genel popülasyona göre dört kat daha fazladır. Ayrıca, depresyon otizm spektrum bozukluğu (OSB) olan bireylerde en yaygın olarak bulunan komorbid psikiyatrik bozukluk olarak bildirilmiştir (52).

Otizmlili bireylerde depresyonu tanımak güç olabilir. Otizmlili bireylerde depresyon, üzüntü duygularından daha çok huzursuzluk ve uykusuzluk ile kendini göstermektedir. Bu nedenle klinisyenlerin dikkatli olması ve tüm davranış problemlerini otizme bağlamaması gerekir. Otizmlili bireylerde depresyonun erken saptanması ve tedavisi

**Tablo 1:** İntihar girişimi ile acil servise başvuran kişinin bakımında önem gösteren özellikler.

---

Hastanın acil servise nasıl geldiği (ailesi tarafından, ambulans ile, kendisi araba ile)
İntihar girişimi yöntemi
İntihar girişiminin özel nedeni
Hastanın olanları açık ve net olarak anlatması
Hasta ile iletişimde karşılaşılan güçlükler
Hastanın ailesi veya yakınları ile kurulan iletişim
Hastanın endişeleri ve bu endişeleri azaltmak için alınan önlemler
Hastanın ilaçları hakkında bilgi
Hastada intihar ile ilgili risk ve koruyucu faktörlerin değerlendirilmesi
Hastanın öldürücü araçlara erişiminin değerlendirilmesi ve ilgili danışmanlığın sağlanması
Basit destekleyici ve problem çözme çabaları da dahil olmak üzere acil serviste sağlanan müdahaleler
Kısa intiharı önleme müdahaleleri
Ruh sağlığı ve hastalarına konsültasyon
Hastanın taburculuk, sevk veya yatış kararlarının değerlendirilmesi
Taburculuk kararı verildiyse, taburculuk için hasta bakım planı ve güvenlik planı
Hastanın gerektiğinde iletişim kurabilmesinin sağlanması

---

intihar yaygınlığının azaltılmasına da katkı sağlayabilir. Aynı zamanda ancak son yıllarda daha derinlemesine bir sorun olarak ele alınan otizmlili bireylerdeki artmış intihar riskine ilişkin farkındalık yaratılması gerektiğini de belirtmek gerekir.

#### **Acil Serviste İntihar Girişimine Müdahale ve Sonrasında Yapılması Gerekenler**

İntihar sonucu ölen insanların yaklaşık %40'ının ölümlerinden önceki yıl içinde en az bir kez acil servis başvurularının olduğu görülmektedir (3). İntihar girişiminden sağ kurtulan kişiler için, acil servis ziyaretinden sonraki dönem, başka bir intihar girişimi için yüksek riskli bir dönemdir. Bununla birlikte, hastaların zamanında tedaviye dahil edilmesi ve acil servisten taburcu olduktan sonra takip hizmetlerinin sağlanması ile tekrarlayan intiharlara bağlı ölümlerinin azaldığı gösterilmiştir (53). İntihar girişimi sonucu tıbbi yardım alan bireylerin, tıbbi yardım almayanlara kıyasla ruh sağlığı tedavisi görme olasılıklarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (54). Bu nedenle, acil servis hizmetleri fiziksel sağlık sorunlarıyla ilgilenmenin yanı sıra hastanın ruh sağlığı ihtiyaçlarını değerlendirmek açısından da kritik bir öneme sahiptir ve ciddi bir fırsatı temsil eder.

Acil servise intihar girişimi nedeniyle başvuran kişiye ilk yapılması gereken şey tıbbi müdahaledir. İntihar girişimi ile acil servise başvuran hastalara yapılan tıbbi işlemlerin belgelenmesi hem bakım kalitesini artırmakta hem de bu hastaların bakımıyla ilgili olası yasal sorunların önlenmesi ve ele alınması için önem arz etmektedir. Karar verme sürecindeki her adım, süreç boyunca hasta ve yakınları (aile üyeleri, hastayı acil servise getiren yakını gibi diğer önemli kişiler ...vb.) ile olan tüm iletişim kayıt altına alınmalıdır. Ayrıca, acil servis çalışanlarının bilgileri eksiksiz olarak hastane elektronik tıbbi kayıt sistemlerine kaydetmeleri "intihar" ile ilgili gerçekleştirilecek bilimsel çalışmalar için de bir veri tabanı oluşmasını sağlayacaktır. İntihar girişiminde bulunan bireyler ile iletişim kurarken yargılayıcı olmayan ifadeler kullanılmalı ve iletişim

kurmadan önce hastane elektronik kayıt sistemleri incelenerek önceki intihar girişimleri, kronik hastalıkları ve tedavileri hakkında bilgi sahibi olunmalıdır. Tablo 1'de intihar girişimi ile acil servise başvuran kişinin bakımında önem gösteren özellikler yer almaktadır.

Tıbbi müdahale sonrasında hasta ile iletişim mümkün ise kendisinden ayrıntılı bir anamnez almak, mümkün değilse yakınlarından ve çevresinden bilgi almak önemlidir. İntihar girişimiyle başvuran kişinin demografik özellikleri yanı sıra daha önce bir intihar girişiminin olup olmadığı, intihar girişiminin planlı olup olmadığı, girişimin yeri, girişim sırasında yalnız olup olmadığı, girişim yöntemi, hastaneye nasıl geldiği veya getirildiği gibi intihar girişimi ile ilgili özellikler ve psikososyal stresör durumu öğrenilmelidir.

Acil tıbbi destek sağlandıktan psikiyatri konsültasyonu istemek de oldukça önemli görünmektedir. İntihar ile psikiyatrik hastalıkların birlikteliği bilinmesine rağmen İngiltere'de acil servise kendine zarar verici davranış nedeniyle başvuran hastaların %58,9'una psikiyatri konsültasyonu istenmediği belirlenmiştir (55). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, acil servise intihar girişiminde bulunmuş kişilerin %80'ine psikiyatri konsültasyonu istenmediği belirlenmiştir (56).

Psikiyatrik muayene ve ayrıntılı psikiyatrik öykü alındıktan sonra, özellikle depresyon, bipolar bozukluk, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, alkol madde kullanım bozukluğu, kişilik bozukluğu gibi intiharın sık görüldüğü psikiyatrik hastalıkların varlığı ve psikiyatrik tedavi öyküsü detaylı olarak değerlendirilmelidir. İntihar girişimleri ve tamamlanmış intiharlar için önemli bir risk faktörü olduğu bilinen alkol ve madde kullanım bozuklukları olan bireylerde kasıtlı doz aşımı en yaygın olan intihar girişimidir (57,58). İntihar riski taşıyan bu hastalar acil servise vardıklarında sarhoşluk belirtileri gösterebilirler. Acil servis çalışanları tarafından bu hastaların ayılana kadar acil serviste kalması sağlanmalı ve ayıldıktan sonra intihar riski değerlendirilmesi

## Çelik Erden ve ark.

yapılmalıdır. Gerektiğinde hastaların yatarak tedavisi planlanmalı, yatarak tedaviyi kabul etmeyen hastalarda aile ile iş birliği yapılmalı ve ayaktan tedavisi düzenlenerek poliklinik kontrol randevuları oluşturulmalıdır.

### SONUÇ

İntihar sonucu ölen insanların ciddi bir kısmı ölümlerinden önceki yıl içerisinde acil servislere görülmektedir. Bu nedenle acil servis hizmetleri fiziksel sağlık sorunları ile ilgilenmenin yanı sıra hastaların ruh sağlığı ihtiyaçlarını değerlendirmek açısından da kritik bir öneme sahiptir ve ciddi bir fırsatı temsil eder. İntihar girişimine acil serviste müdahale ve sonrasında yapılması gerekenler büyük önem arz etmektedir. İntihar davranışı ile psikiyatrik hastalıkların birlikteliği düşünüldüğünde intihar girişiminde bulunan tüm hastalar için psikiyatri konsültasyonunun gerekli olduğunu söyleyebiliriz. Gerçekleştirilen çalışma

sonuçlarından da görüldüğü üzere; intihar girişimi sonrası acil servisten istenen psikiyatri konsültasyon sayılarının düşük olması aynı zamanda hastaların yetersiz psikiyatrik destek aldıklarının da bir göstergesi olabilir. İntihar girişimi sonrası hastalara yeterli destek sağlanabilmesi için psikiyatri konsültasyonlarının sayısının artırılması ve acil servis çalışanlarının “intihar” ile ilgili eğitim almalarının hastalara katkı sağlayabileceğini söyleyebiliriz.

Ayrıca, yasalarımıza göre (Ceza Mahkemesi Kanunu 87.madde) tüm intihar girişimleri adli bir olaydır ve hayatta kalanlara adli rapor düzenlenmesi bir zorunluluktur. İntihar girişimi ile ilgili edinilen tüm bilgilerin kayıt altına alınmasının hastaları strese bağlı intihar girişimlerinin tekrarının ve aile içi şiddetin tekrarının önlenmesi gibi olası kötü sonuçlardan koruyabileceği unutulmamalıdır.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar bu çalışmada herhangi bir çıkarı dayalı ilişki olmadığını beyan etmişlerdir.

**Etik:** Etik izin gerekmemektedir.

**Finansal Destek:** Yazarlar bu çalışmada finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

**Son onay:** Tüm yazarlar tarafından onaylanmıştır.

### KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative. World Health Organization, 2014.
2. World Health Organization. “The European mental health action plan 2013–2020.” World Health Organization, 2015.
3. Gairin I, House A, Owens D. Attendance at the accident and emergency department in the year before suicide: Retrospective study. *The British Journal of Psychiatry*. 2003;183(1):28-33.
4. Windfuhr K, Kapur N. Suicide and mental illness: a clinical review of 15 years findings from the UK National Confidential Inquiry into Suicide. *Br Med Bull*. 2011;100:101-21.
5. Hocaoglu Ç. İki uçlu bozukluk ve intihar davranışı. *Journal of Mood Disorders*. 2013; 3(5): 20-22.
6. Wiebenga JXM, Dickhoff J, Mérelle SYM, Eikelenboom M, Heering HD, Gilissen R, et al. Prevalence, course, and determinants of suicide ideation and attempts in patients with a depressive and/or anxiety disorder: A review of NESDA findings. *J Affect Disord*. 2021;283:267-277.
7. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med*. 2003;33(3):395-405.
8. Baldessarini RJ, Tondo L, Pinna M, Nuñez N, Vázquez GH. Suicidal risk factors in major affective disorders. *Br J Psychiatry*. 2019;215:621-626.
9. Bentley KH, Franklin JC, Ribeiro JD, Kleiman EM, Fox KR, Nock MK. Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2016;43:30-46.
10. Bolton JM, Pagura J, Enns MW, Grant B, Sareen J. A population-based longitudinal study of risk factors for suicide attempts in major depressive disorder. *J Psychiatr Res*. 2010;44(13):817-826.
11. Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ, Heikkinen ME, Isometsä ET, Kuoppasalmi KI, et al. Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry*. 1993;150(6):935-940.
12. Marangell LB, Bauer MS, Dennehy EB, Wisniewski SR, Allen MH, Miklowitz DJ, et al. Prospective predictors of suicide and suicide attempts in 1,556 patients with bipolar disorders followed for up to 2 years. *Bipolar Disord*. 2006;8(5):566-575.
13. Abreu LN, Lafer B, Baca-Garcia E, Oquendo MA. Suicidal ideation and suicide attempts in bipolar disorder type I: an update for the clinician. *Braz J Psychiatry*. 2009;31(3):271-280.
14. Finseth PI, Morken G, Andreassen OA, Malt UF, Vaaler AE. Risk factors related to lifetime suicide attempts in acutely admitted bipolar disorder inpatients. *Bipolar Disord*. 2012;14(7):727-734.
15. Bleuler E. *Dementia Praecox: oder Gruppe der Schizophrenien*. Franz Deuticke; Leipzig, Germany: 1911.
16. Siris SG. Suicide and schizophrenia. *J. Psychopharmacol*. 2001;15:127-135.
17. Popovic D, Benabarre A, Crespo JM, Goikolea JM, González-Pinto A, Gutiérrez-Rojas L, et al. Risk factors for suicide in schizophrenia: Systematic review and clinical recommendations. *Acta Psychiatr Scand*. 2014;130:418-426.
18. Balhara YP, Verma R. Schizophrenia and suicide. *East Asian Arch Psychiatry*. 2012;22:126-133.
19. Hettige NC, Bani-Fatemi A, Sakinofsky I, De Luca VA. Biopsychosocial evaluation of the risk for suicide in schizophrenia. *CNS Spectr*. 2018;23:253-263.
20. Warshaw MG, Dolan RT, Keller MB. Suicidal behavior in patients with current or past panic disorder: five years of prospective data from the Harvard/Brown Anxiety Research Program. *American Journal of Psychiatry*. 2000;157(11):1876-1878.
21. Kanwar A, Malik S, Prokop LJ, Sim LA, Feldstein D, Wang Z, et al. The association between anxiety disorders and suicidal behaviors: a systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety*. 2013;30(10):917-929.
22. Henriksson MM, Isometsä ET, Kuoppasalmi KI, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Lönnqvist JK. Panic disorder in completed suicide. *J Clin Psychiatry*. 1996;57(7):275-281.
23. Tezcan E, Ülkeroglu F, Çulha F, Karabulut C. Panic disorder and suicide. *Erciyes Tıp Dergisi* 1996;18(1):7-10.
24. Simon NM, Zalta AK, Otto MW, Ostacher MJ, Fischmann D, Chow CW, et al. The association of comorbid anxiety disorders with suicide attempts and suicidal ideation in outpatients with bipolar disorder. *J Psychiatr Res*. 2007;41(3-4):255-264.
25. Fialko L, Freeman D, Bebbington PE, Kuipers E, Garety PA, Dunn G, et al. Understanding suicidal ideation in psychosis: findings from the Psychological Prevention of Relapse in Psychosis (PRP) trial. *Acta Psychiatr Scand*. 2006;114(3):177-186.
26. Placidi GP, Oquendo MA, Malone KM, Brodsky B, Ellis SP, Mann JJ. Anxiety in major depression: relationship to suicide attempts. *Am J Psychiatry*. 2000;157(10):1614-1618.
27. Gil S. The role of personality traits in the understanding of suicide attempt behavior among psychiatric patients. *Arch Suicide Res*. 2003;7(2):159-166.
28. Mendlowicz MV, Stein MB. Quality of life in individuals with anxiety disorders. *Am J Psychiatry*. 2000;157(5):669-682.

29. Pellegrini L, Maietti E, Rucci P, Casadei G, Maina G, Fineberg NA, et al. Suicide attempts and suicidal ideation in patients with obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2020;276:1001-1021.
30. Angelakis I, Gooding P, Tarrrier N, Panagiotti M. Suicidality in obsessive compulsive disorder (OCD): a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2015;39:1-15.
31. Kim H, Seo J, Namkoong K, Hwang EH, Sohn SY, Kim SJ, et al. Alexithymia and perfectionism traits are associated with suicidal risk in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord.* 2016;192:50-55.
32. Oncu B, Sakarya D. (2013). Suicidal Behavior in Eating Disorders. *Current Approaches in Psychiatry.* 2013;5(1):48-60.
33. Udo T, Bitley S, Grilo CM. Suicide attempts in US adults with lifetime DSM-5 eating disorders. *BMC Med.* 2019;17(1):120. DOI: 10.1186/s12916-019-1352-3.
34. Milos G, Spindler A, Schnyder U, Martz J, Hoek HW, Willi J. Incidence of severe anorexia nervosa in Switzerland: 40 years of development. *Int J Eat Disord.* 2004;36(1):118-119.
35. Franko DL, Keel PK. Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates, and clinical implications. *Clin Psychol Rev.* 2006;26:769-782.
36. Franko DL, Keel PK, Dorer DJ, Blais MA, Delinsky SS, Eddy KT, et al. What predicts suicide attempts in women with eating disorders? *Psychological medicine,* 2004;34(5):843-853.
37. Castillo-Carniglia A, Keyes KM, Hasin DS, Cerdá M. Psychiatric comorbidities in alcohol use disorder. *Lancet Psychiatry.* 2019;6(12):1068-1080.
38. Berglund M. Suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry.* 1984;41:888-891.
39. Holmstrand C, Bogren M, Mattisson C, Brådvik L. Long-term suicide risk in no, one or more mental disorders: the Lundby Study 1947-1997. *Acta Psychiatr Scand.* 2015;132(6):459-469.
40. Oquendo MA, Currier D, Liu SM, Hasin DS, Grant BF, Blanco C. Increased risk for suicidal behavior in comorbid bipolar disorder and alcohol use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Clin Psychiatry.* 2010;71(7):902-909.
41. Murphy GE, Wetzel RD, Robins E, McEvoy L. Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry.* 1992;49(6):459-463.
42. Evren EC, Üstünsoy S, Can S, Başoğlu C, Çakmak D. Alkol/madde bağımlılarında özkiyim girişimi öyküsünün klinik belirtilerle ilişkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi.* 2003;6(2):86-94.
43. Nery FG, Soares JC. Comorbid bipolar disorder and substance abuse: evidence-based options. *Curr Psychiatry.* 2018;10:57-67.
44. Rodríguez-Cintas L, Daigre C, Braquehais MD, Palma-Alvarez RF, Grau-López L, Ros-Cucurull E, et al. Factors associated with lifetime suicidal ideation and suicide attempts in outpatients with substance use disorders. *Psychiatry Res.* 2018;262:440-445.
45. Lynch FL, Peterson EL, Lu CY, Hu Y, Rossom RC, Waitzfelder BE, et al. Substance use disorders and risk of suicide in a general US population: a case control study. *Addict Sci Clin Pract.* 2020;15(1):14. DOI: 10.1186/s13722-020-0181-1.
46. Ak M, Gülsün M, Özmenler KN. Özkiyim ve kişilik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.* 2009;1:45-54.
47. Schneider B, Wetterling T, Sargk D, Schneider F, Schnabel A, Maurer K, et al. Axis I disorders and personality disorders as risk factors for suicide. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2006;256(1):17-27.
48. Black DW, Blum N, Pfohl B, Hale N. Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *J Pers Disord.* 2004;18(3):226-239.
49. Paris J. Estimating the prevalence of personality disorders in the community. *J Pers Disord.* 2010;24(4):405-411.
50. Isometsä ET, Henriksson MM, Heikkinen ME, Aro HM, Marttunen MJ, Kuoppasalmi KL, et al. Suicide among subjects with personality disorders. *Am J Psychiatry.* 1996;153(5):667-673.
51. Yalvaç HD, Kaya B, Ünal S. İntihar girişimi ile başvuran bireylerde kişilik bozukluğu ve bazı klinik değişkenler. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2014;15:24-30.
52. Ruggieri V. Autismo, depresión y riesgo de suicidio [Autism, depression and risk of suicide]. *Medicina (B Aires).* 2020;80(Suppl2):12-16.
53. Motto JA, Bostrom AG. A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatric Services.* 2001;52(6):828-833.
54. Han B, Compton WM, Gfroerer J, McKeon R. Mental health treatment patterns among adults with recent suicide attempts in the United States. *American Journal of Public Health.* 2014;104(12):2359-2368.
55. Hickey L, Hawton K, Fagg J, Weitzel H. Deliberate self-harm patients who leave the accident and emergency department without a psychiatric assessment: a neglected population at risk of suicide. *J Psychosom Res.* 2001;50(2):87-93.
56. Ata EE, Bayrak NG, Yılmaz EB. İntihar girişimi nedeniyle acil servise başvuran olguların incelenmesi: bir yıllık retrospektif bir çalışma. *Cukurova Medical Journal.* 2021;46(4):1675-1686.
57. Caring for Adult Patients with Suicide Risk. A Consensus Guide for Emergency Departments. Suicide Prevention Resource Center. Education Development Center; 2015.
58. Crane EH. Patients with Drug-Related Emergency Department Visits Involving Suicide Attempts Who Left Against Medical Advice. In: *The CBHSQ Report.* Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2013.