

## İNTİHAR RİSKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ\*

Çeviren: D. Gündoğar\*\*

Bir hastanın intiharla ölme riskini değerlendirmek, psikiyatristlerin sahip olması gereken klinik beceriler arasında belki de en önemlisi ve en zorlu olanıdır. Bu değerlendirme, tedavi seçimi, hastaneye yatışın gerekip gerekmediği gibi klinik kararları verme sürecinde rol oynayan en önemli faktörlerden biridir. Bu derlemede ilk olarak intihar riskini değerlendirmede karşılaşılan güçlükler incelenecektir. Daha sonra, intihar riski hakkında karar verme sürecinde psikiyatriste yardımcı olacak çalışmalardan elde edilen veriler doğrultusunda temel psikiyatrik bozukluklarda ve intihar girişiminde bulunan veya yatan hastalar da dahil bazı klinik hasta gruplarında intihar riski ele alınacaktır.

### **İntihar Riskini Değerlendirmede Karşılaşılan Sorunlar**

İntihar riskini değerlendiren psikiyatristin karşılaşacağı pek çok teorik ve pratik güçlük olacaktır.

\* Hawton K (1987) Assessment of suicide risk. British Journal of Psychiatry, 150: 145-153

\*\* Yrd. Doç. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı.

### **Zeminde Yatan Sıklık Problemi**

En temel güçlük, görece seyrek ortaya çıkan ve mevcut kriterler göz önüne alındığında yeterince netleşmemiş bir durumu inceliyor olmaktan kaynaklanmaktadır. Örneğin intihar girişimini izleyen yıl içinde intihar oranının % 1 olacağı varsayılarak, intihar girişiminde bulunan 1000 kişi arasında 10 kişinin 1 yıl içinde intihar sonucu öleceği söylenebilir. Kimlerin intihar sonucu öleceğini öngörmeye % 80 doğruluk payımızın olduğu düşünülürse, 10 intihardan 8'ini doğru biçimde tahmin edebiliriz. Ne var ki bunu yaparken 192 kişi de yanlışlıkla olası intihar olgusu olarak tanımlanacaktır. Terapötik girişimleri sadece en yüksek risk taşıyan bireyler üzerinde yoğunlaştırmayı hedeflediğimiz durumlarda, bu düzeyde bir yanlış pozitif oranı fazla yüksek olacaktır.

### **Genel Risk Faktörlerini Bireylere Uygulamada Karşılaşılan Güçlükler**

İntiharla ilgili risk faktörleri yüksek risk taşıyan birey gruplarını tanımlamada faydalı ise de, tek tek bireylerdeki riski öngörmeye çok daha az faydalıdır. Örneğin bir grup açısından intihar riskini belirlerken yaş ve cinsiyet özellikleri bilgi vericidir, ancak bireysel açıdan bu özel-

likler yalnızca çok sınırlı bir katkı sağlar. Yaş ve cinsiyetten çok daha yüksek düzeyde yordayıcı olan değişkenler için de aynı durum geçerlidir.

### **Risk Faktörlerini Tanımlamada Yöntemler**

İntiharda risk faktörleri ile ilgili bilgilerimiz, uygulanan tedavi yöntemi dikkate alınmaksızın, belli bir zaman diliminde, bir grup içinden intihar etmiş bireylerin ayırt edici özelliklerini inceleyen çalışmalardan elde edilmiştir. Uygun ve etkin tedaviyle bu intiharlardan bazılarının ek olarak önlenmesi mümkündür. Bu durumda bu çalışmaların tedaviye rağmen mevcut olan intihar riskini öngören faktörleri tanımladığı söylenebilir, bu nedenle klinik pratikte psikiyatriste ne kadar yardımcı olacağı da kuşkuludur.

#### **Kısa Dönemli – Uzun Dönemli Risk**

Klinikte temel ilgi konusu gelecek bir kaç saat, gün veya hafta içinde hastanın intihar edip etmeyeceğinin değerlendirilmesidir. Diğer taraftan risk faktörleri ile bilginizin çoğu uzun dönemdeki risk ile ilişkili olup, uzun dönemdeki risk faktörleri kısa dönemdeki riski yordayan faktörlerle aynı değildir. Bu nedenle uzun dönemli izlem çalışmalarında elde edilen bulguların kısa dönemdeki riski değerlendirmede klinisyene yardımcı olacağı söylenemez.

#### **Risk Faktörlerinin Değişebilirliği**

Uzun dönemli risk faktörlerini belirlemede bir diğer sorun da kişinin gelecekte risk durumunu değiştirecek olaylar yaşayabilecek olmasıdır. Örneğin mutlu bir evliliği ve iyi bir işi olan bir erkek bir kaç yıl içinde boşanmış, işsiz kalmış ve çok fazla içmeye başlamış olabilir. Sonuç olarak bu kişi düşük riske sahip olan bir gruptan, çok daha yüksek risk taşıyan bir başka gruba geçmiş olacaktır. Bu nedenle Kreitman'ın (1982) da belirttiği gibi mevcut durumdaki özelliklerle uzun dönemdeki intihar riskini belirlemeye çalışmak bir anlamda mantık dışı bir uygulama olabilir.

### **Risk Faktörleri Evrensel Değildir**

İntiharla ilgili risk faktörleri ele alınan grubun özelliklerine göre değişir. Örneğin psikiyatrik hastanelerde yatan hastalarla, intihar girişiminde bulunmuş olanlardaki risk faktörleri arasında önemli farklar vardır.

Tek tek psikiyatrik bozukluklardaki intihar riskine geçmeden önce bazı önemli özellikler üzerinde durmak gereklidir. İlk, intihar erkeklerde kadınlara göre daha siktir. İkinci olarak orta yaşların sonu ve yaşlılık başlangıcına kadar risk yaşla artış gösterir (McClure 1984). Üçüncü olarak, kendisini öldüren kişilerin çoğu son dönemde bu durumdan yakınlarına açık açık ya da daha dolaylı biçimde bahsetmişlerdir (Robins ve ark. 1959a).

### **Psikiyatrik Bozukluklar ve İntihar Riski**

Tablo 1'de tamamlanan intiharlarda psikiyatrik bozuklukların yaygınlığını araştıran üç temel çalışmanın sonuçları gösterilmektedir. Bu çalışmalarla ilgili olarak dikkate alınması gereken önemli bir nokta resmi kayıtlara intihar olarak geçmiş olguları içermeleri ve resmi olarak kayda girmeyen olası intiharları kapsam dışı bırakmış olmalarıdır. Geçmişte bilinen bir psikiyatrik öykünün varlığında ölüm nedeninin intihar olarak kayda geçmesi daha yüksek bir olasılıktır, bu nedenle intiharlar arasındaki psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı olduğundan fazla saptanıyor olabilir. Tablo'da gösterilen bozukluklar birincil tanımlar olup pek çok olguda birden fazla tanı söz konusudur. Bu çalışmalardan çıkarılacak ortak sonuçlar şöyle sıralanabilir: 1.İntihar edenlerin hemen hepsinde bir psikiyatrik bozukluk vardır. 2. Bu olguların yarısında duygudurum bozukluğu, 1/4'ünde alkol bağımlılığı ve yaklaşık % 5'inde şizofreni saptanmıştır.

#### **Duygudurum Bozuklukları**

Duygudurum bozuklukları ile ilgili izlem çalışmaları bu hastaların % 15'inin intihar sonucu öldüğünü göstermiş olup, bu oran genel popülasyonun 30 katıdır (Guze ve Robins

Tablo I. Tamamlanmış İntiharlarda Psikiyatrik Bozukluklar (%)

	Duygudurum bozukluğu	Alkol bağımlılığı	Şizofreni	Diğer psikiyatrik bozukluklar	Tüm psikiyatrik bozukluklar
Robins ve ark. (1959a) (n=134)	47	25	2	20	94
Dorpat ve Ripley (1960) (n=108)	30	27	12	31	100
Barraclough ve ark. (1974) (n=100)	70	15	3	5	93
n=342)	48	23	6	19	96

1970). İntihar riski hastalığın ilk yıllarında daha yüksektir ve bekleneneği gibi intiharlar genellikle depresif nöbetler sırasında görülmektedir.

Barraclough ve Pallis ( 1975) depresyon tanısı almış 64 intihar olgusu ile 128 yaşayan depresif hastayı karşılaştırdığı çalışmada intihar olgularındaki özellikleri şu şekilde belirlemiştir: erkek cinsiyet, ileri yaş (kadınlarda), bekar olma, yalnız yaşama (kontrollere göre altı kat fazla), öyküde intihar girişimlerinin varlığı (yedi kat fazla). İntiharları ayırt eden belirtiler uykusuzluk, bellek bozukluğu ve kendine bakımın azalmasıdır. Sanrıları olan hastalar da daha yüksek intihar riski taşırlar (Roose ve ark 1983). Roy ve ark.'nın (1983) yaptığı, intihar eden 21 depresif hasta ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 21 depresif kontrolün karşılaştırıldığı çalışmada, intihar olgularının bekar olduğu, yalnız yaşadığı ve geçmişte intihar girişimlerine sahip olduğu saptanmıştır.

Depresif hastalarda umutsuzluk ve gelecekle ilgili olumsuz beklentilerin intihara yol açan en önemli etkenlerden olduğu bilinmektedir. Beck umutsuzluğun intihara yol açan en

temel belirti olduğunu ve depresyonun kendisinden bile önemli olduğunu öne sürmüştür (Beck ve ark. 1975b). Beck ve ark. psikiyatri hastanesine yatırılan, ancak son dönemde intihar girişimi olmayan 207 hastada, umutsuzluk, depresyon ve intihar düşüncesinin intihar riski açısından yordayıcı etkisini incelemiştir (Beck ve ark. 1979). Bu çalışmada ilk 72 saat içinde hastalara Beck Depresyon Ölçeği ( Beck ve ark. 1961), Beck Umutsuzluk Ölçeği (Beck ve ark. 1974b) ve İntihar Düşüncesi Ölçeği (Beck ve ark. 1979) uygulanmış ve 5-10 yıllık izlem süresinde intihar ederek ölen 14 hasta ile karşılaştırılmıştır. İntihar olgularında depresyon düzeyleri ve intihar düşünceleri açısından fark saptanmamış ancak umutsuzluk puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu bulguyu destekleyen bir diğer veri de depresyon ölçeği içindeki karamsarlık maddesinin intihar riski ile ilişkili olmasıdır. Bu çalışmanın sonuçları geniş bir psikiyatri poliklinik grubunda tekrarlanmış ve benzer sonuçlar elde edilmiştir (Herald ve ark., hazırlık aşamasında)

Beck'in yorumuna göre depresyonda umutsuzluk duygusu altta yatan bazı bilişsel

şemaların (özellikle erken dönemdeki yaşantılar sonucunda ortaya çıkmış olan) aktif hale gelmesi sonucunda oluşur. Buna ek olarak benzer düzeyde depresif belirtiler gösteren bireylerde dahi geleceğe yönelik karamsar tutumlar geliştirme eğilimi farklılıklar gösterir. Buradan yola çıkarak , bir depresyon döneminde ortaya çıkan şiddetli umutsuzluk duygusunun hem o andaki, hem de takip eden depresif dönemlerdeki intihar riskini artırdığı söylenebilir.

#### **Alkol Bağımlılığı ve Diğer Bağımlılıklar**

Yapılan izlem çalışmalarında alkol bağımlılığında % 15 oranında intihar gözlemlendiği bildirilmektedir (Miles 1977). Alkol bağımlılığında, duygudurum bozukluğunda olanın aksine, intihar davranışı hastalığın daha geç dönemlerinde ortaya çıkar (Robins ve ark. 1959b).

İntihar eden alkol bağımlısı bireylerin çoğu aynı zamanda depresiftir (Pitts ve Winokur 1966, Barraclough ve ark. 1974). İntihar eden alkol hastalarında diğer ayırt edici özellikler şunlardır: fiziksel sağlığın kötü olması, son 4 yıl içinde etkin biçimde çalışmama ve öyküde intihar davranışının ( özellikle de ciddi intihar niyeti içeren) varlığı ( Motto 1980). Benzer olarak son dönemde ölüm ya da ayrılık sonucunda yakın bir ilişkinin kaybı da alkol bağımlılığında intihar riskini, depresif intiharlara göre daha fazla artırır (Murphy ve Robins 1967, Murphy ve ark. 1979).

Madde bağımlılığında da intihar riski artar. Eroin bağımlısı erkek hastalarda intihar riski normal popülasyonun 20 katı artmıştır (James 1967).

#### **Şizofreni**

Miles (1977) izlem çalışmalarını gözden geçirmiş ve şizofreni hastalarının % 10'unun intihar sonucu öldüğünü ve riskin hastalığın ilk yıllarında daha yüksek olduğunu saptamıştır. Roy (1982a) intihar sonucunda ölen 30 kronik şizofreni hastasıyla , yaşayan 30 kronik şizofreni hastasını karşılaştırmış ve erkek cinsiyet, genç yaş, alevlenmeler ve düzelmelerle giden kronik seyir, son görüşmede depresyonun varlığı, inti-

har düşüncelerinin dile getirilmesi, işsizlik, hastaneden yeni taburcu olmuş olmayı intihar açısından risk faktörleri olarak belirlemiştir. Bu özelliklerin pek çok şizofreni hastası için geçerli olduğu açıktır. Güncel bir çalışmada ise şizofrenik intiharların hastalığın görece psikotik olmayan dönemlerinde gerçekleştiği gösterilmiştir (Drake ve ark. 1984). Buna ek olarak intihar olgularının çoğunda hastalık öncesinde yüksek eğitim düzeyi saptanmış, yalnız yaşadıkları ve intihar niyetinden söz etmiş oldukları belirlenmiştir. Çoğunda yüksek beklenti düzeyi mevcut olup, hastalığın etkileri ve gelecekteki işlevselliklerini ne yönde etkileyeceğinin farkındadırlar. Depresyon dönemlerinde, biyolojik özelliklerden çok, yetersizlik duyguları, umutsuzluk ve intihar düşüncelerine sahip olma eğilimi gösterirler. Beck'in gelecekle ilgili olumsuz düşünceler ve intihar arasındaki kuvvetli ilişkiyi gösteren varsayımına koşut olarak intiharı öngörmede üç değişkenin özellikle önemli olduğu söylenebilir: ruhsal dağılma (dezen-tegrasyon) korkuları, intihar tehditleri ve umutsuzluk. Akatizi (Drake ve Ehrlich 1985) ve ilacın ani bırakılması ( Cohen ve ark. 1964) da intihar riskini artırabilir. Bu bulgular şizofreni hastalarında uzun dönemli destek tedavisine ve alevlenme dönemlerinde olduğu kadar iyilik dönemlerinde de yakın takibe ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

#### **Nevrozlar**

Sims ve Prior (1978) çeşitli nevrotik bozukluklar gösteren hastalarda intihar riskinin artmış olduğunu göstermiştir. Ancak bu çalışmada yatan hastalar incelenmiş olduğu için, görece daha ağır hastalığa sahip oldukları düşünülebilir. Risk özellikle taburculuktan sonraki yıl içinde artmıştır. Bu hastaların pek çoğuna depresif nevroz tanısı konmuştur. Günümüzde bu hastaların ne kadarının major depresyon tanısı alacağı açık değildir. Ancak depresif nevroz hastaları dışlandığında da intihar oranı yüksektir (Sims 1984). Coryell panik bozukluklu hastalarda riskin yüksek olduğunu (Coryell 1982) ancak obsesif kompulsif bozuklukta yük-

sek olmadığını göstermiştir (Coryell 1981). Ne yazık ki nevrozlu hastalarda hangi özelliklerin riski artırdığı konusunda veri yoktur.

#### **Kişilik Bozuklukları**

Normal dışı kişilik özelliği gösteren bireyler arasında intihar riski konusunda, intiharlar arasında kişilik bozukluklarına sık rastlandığı (Barracough ve ark. 1974), %10'unda sosyopatik bozukluklar bulunduğu (Ovenstone ve Kreitman 1974) haricinde fazla veri yoktur.

#### **İntihar Değerlendirmesiyle İlişkili Diğer Faktörler**

##### **Fiziksel Hastalıklar**

İntiharlar arasında özellikle kronik hastalıklar olmak üzere fiziksel hastalıklara sık rastlanır. Dorpat ve Ripley'in çalışmasında (1960) intihar olgularının en az yarısında ciddi fiziksel hastalıklar olduğu ve pek çok olguda hastalığın intihar sürecine katkıda bulunduğu saptanmıştır. Fiziksel hastalık özellikle ileri yaştaki erkek intiharlarında sıktır. En sık görülen fiziksel hastalıklar peptik ülser, kardiyovasküler hastalık ve kanserdir (Sainsbury 1955, Dorpat ve Ripley 1960). Epilepsi de bir diğer risk faktörüdür. Barracough (1981) izlem çalışmalarını gözden geçirdiği yazısında, bu grupta riskin 5 kat fazla olduğunu, temporal lob epilepsisinde daha da arttığını bildirmiştir.

##### **Yas**

Çocuklukta ana-baba ölümü, büyük olasılıkla depresyona yatkınlığı artırarak (Brown ve Haris 1978), yetişkinlikte intihar riskini artırır (Dorpat ve ark. 1965). Yakın zamanda yas, özellikle eş ya da ana-baba kaybı da risk faktörüdür (Mc Mahon ve Pugh 1965). Bunch (1972) yası takip eden ilk iki yılda en fazla olmak üzere, en az 4 ya da 5 yıl boyunca riskin artmış olduğunu bildirmiştir. Yas öncesinde psikiyatrik bozukluk ve/veya intihar davranışı öyküsü olanlar ve kayıptan sonra aile desteği alamayanlar en yüksek riski taşır.

##### **Ailede İntihar Öyküsü**

Ailede intihar öyküsünün varlığı psikiyatrik bozukluk gösteren diğer aile üyelerinde intihar

riskini artırır (Roy 1982 a,b). Ancak bu durumun duygudurum bozukluğu ve diğer hastalıklara yatkınlık, ailesel intihar davranışı modeline sahip olma ya da her ikisinin ortak etkisiyle ilişkili olup olmadığı açık değildir.

##### **İşsizlik**

İşsiz erkekler ve daha düşük düzeyde olsa da işsiz kadınlarda intihar riskinin arttığı bildirilmektedir (Platt 1984), ancak bu durumun işsizliğin kendi başına intihar riskini artırmasına mı, yoksa işsizliğin ruhsal sağlık üzerindeki etkileri ya da ruhsal sağlığı bozuk bireylerin daha fazla işsiz kalıyor olmasına mı bağlı olduğu net değildir (Smith 1985). Shepherd ve Barracough (1980) bir dizi intihar olgusunda işsiz erkek oranının yüksek olduğunu saptamıştır ancak bu durumun büyük olasılıkla bir üçüncü faktöre, psikiyatrik bozukluğa bağlı olduğunu öne sürmüşlerdir, çünkü çoğu olguda hem işsizlik hem de intihardan psikiyatrik bozukluk sorumlu görünmektedir. Diğer yandan işsizlik bazı bireylerde önceden var olan bir psikiyatrik bozukluğu tetikleyebilir ve intihar riskini artırabilir. Yine de, bu ilişki hangi yönde etki ederse etsin, psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde işsizlik intihar açısından risk faktörüdür (Roy 1982 a,b).

##### **Biyolojik Faktörler**

Bazı yeni çalışmalarda intiharda serebral serotonin düzeylerinin düşük olduğu (5-HT) öne sürülmektedir (Asberg ve ark. 1976, Traskman ve ark. 1981, Stanley ve Mann 1983, Van Prag 1983). Bu durumun dolaysız olarak intihar davranışı, saldırganlık ya da depresyon şiddeti ile ilişkili olup olmadığı açık değildir (Stanley ve ark. 1982). Ancak gelecekte serebral serotonin aktivitesi kan testi ile kolayca değerlendirilebilecek hale gelirse, intihar riski açısından biyolojik bir belirleyici olarak kullanılabilir.

##### **Psikiyatrik Yatan Hastalar**

Tüm tedavi çabalarına rağmen psikiyatri hastanelerinde intiharlara çok sık rastlanır

(Hawton 1978). Akut tedavi birimlerinde risk genel popülasyonun 50 katından fazladır (Fernando ve Storm 1984).

En yüksek risk taşıyan hastalar, özellikle öyküde intihar davranışı göstermiş, duygudurum bozukluğu veya şizofrenisi olan genç veya orta yaşlı erkekler ve duygudurum bozukluğu ya da kişilik bozukluğu olan genç kadınlardır (Pokorny 1964, Copas ve Robin 1982). Risk hastalığın iyileşmeye başladığı ve dolayısıyla personelin dikkatinde azalmanın görülebileceği dönemde artar (Sletten ve ark. 1972, Gale ve ark. 1980). Morgan ve Priest (1984) intihar davranışı öncesinde ekipten ve servisteki kişilerden uzaklaşma gözlemlendiğini öne sürmüşlerdir. Yüksek binalar (Salmons 1984) ya da yakında tren yolunun varlığı (Langley ve Bayati 1984) gibi bazı hastane özellikleri intiharı kolaylaştırabilir. Hastaneye yatışın ilk haftası (Copas ve Robin 1982) ve taburculuktan sonraki bir ay (Pokorny 1964, Roy 1982b) en yüksek risk içeren dönemlerdir.

#### ***İntihar Girişiminde Bulunanlar***

İntihar girişimini izleyen bir yıl içinde intihar riski yaklaşık % 1 olup (Kessell ve McCulloch 1966, Buglass ve Horton 1974, Hawton ve Fagg, hazırlık aşamasında), bu risk genel popülasyonun 100 katıdır. İlerleyen sürede risk giderek azalmakla birlikte girişimden sonra en az 8 yıl daha görece yüksek olarak seyrederek (Hawton ve Fagg, hazırlık aşamasında).

Bu grup içinde özellikle yüksek risk taşıyanları belirlemeye yönelik çalışmalar yapılmıştır. Tuckman ve Youngman'ın çalışmasında (1963, 1968) sadece hastaneye gelen hastalar değil, polis tarafından tanımlanan olgular da ele alınmıştır. Bu çalışmada bireyin demografik ve klinik özellikleri tamamlanmış intiharların tipik profiline yaklaştıkça intihar olasılığının arttığı gösterilmiştir.

İki temel izlem çalışmasına göre bir grup risk faktörü belirlenmiştir: (i) 45 ya da üzeri yaş

(ii) erkek cinsiyet (iii) işsizlik ya da emeklilik (iv) ayrılmış, boşanmış ya da dul olmak, (v) yalnız yaşamak (vi) kötü fiziksel sağlık (vii) son 6 ay içinde tıbbi tedavi (viii) alkol bağımlılığı da dahil olmak üzere psikiyatrik bozukluklar (ix) intihar girişiminde asi, ateşli silah, yüksekten atılma vb saldırgan yöntemlerin kullanılmış olması (x) intihar notu bırakmış olmak (xi) geçmişte intihar girişimleri. Birey için bu listeden ne kadar çok faktör pozitifse, intihar riski o kadar artacaktır. Örneğin 2-5 faktöre sahip bireylerin intihar oranları 1000'de 6,8 iken, 10 veya üstü faktöre sahip olan bireylerde bu oran 1000'de 60'dır. Daha sonra yapılan çalışmalar bu faktörlerin önemini doğrulamış ve bazı yeni risk faktörleri eklenmiştir. Örneğin iki çalışmada intihar girişiminde bulunup daha sonra intiharı tamamlayan bireylerde girişimden önceki bir yıl içinde bir ilişkiyi bitirmiş olma yaşantısının daha seyrek olduğu gösterilmiştir (Pallis ve ark. 1982, Hawton ve Fagg, hazırlık aşamasında). Bu durum ilişki krizlerinin genellikle düzeldiğini, ancak kronik seyreden sorunların (örneğin fiziksel sağlığın kötü olması) olumsuz gidişe yol açtığını gösteriyor olabilir.

#### ***Girişimlerdeki Tehlike Düzeyi***

İntihar girişiminin yol açtığı tıbbi tehlike ile gelecekteki intihar riskinin tahmin edilemeyeceği konusunda önemli tartışmalar mevcuttur. Örneğin Fox ve Weissmann (1975), intihar girişimlerinde yüksek doz ilacın tıbbi etkileri, kendini yaralamanın etkilerinden daha fazla olsa da, ilaç alanlarda intihar niyetinin (ölme isteği) daha az olduğunu saptamışlardır. Bu bulguya benzer olarak Rosen'ın çalışmasında (1970) intihar girişiminin tıbbi tehlikesi ile psikiyatrik tehlikesi arasında korelasyon olmadığı saptanmıştır. Pallis ve Barraclough (1977) bu bulgunun aksine intihar girişiminde kullanılan yöntemin intihar açısından zayıf da olsa bir yordayıcı olabileceğini göstermiştir. Sonuç olarak bu tartışmalar girişimdeki tehlikenin tek başına intihar riskini yordamak için yeterli olmadığı anlamına gelir. Yine de intihar girişiminde bulunan hastanın girişimdeki tehlikenin farkında olup

olmadığını dikkate almak yararlı olabilir (Beck ve ark. 1975 a).

### ***İntihar Niyeti***

Bu tanım girişimde mevcut olan ölme niyetinin derecesine işaret eder. İntihar niyetini değerlendiren bir çok ölçek geliştirilmiş olup, İntihar Niyeti Ölçeği en çok bilinen (Beck ve ark. 1974a) ve hem araştırma hem de uygulama alanında en faydalı olanıdır. Bu ölçek iki bölümden oluşur: İlk bölümde davranışın hangi koşullarda olduğu ile ilgili sorular varken, ikinci bölümde davranış sırasında kişinin ne tür bir ruh hali içinde olduğu sorgulanmaktadır. Bu ölçekte elde edilen puanların (i) Tuckman ve Youngman intihar riski ölçeği (Pallis ve Sainsbury 1976) (ii) tehlikenin farkında olan hastalar için girişimin tıbbi açıdan ciddiyeti (Beck ve ark. 1975a)(iii) umutsuzluk gibi bazı depresyon özellikleri (Minkoff ve ark. 1973, Wetzel 1976, Dyer ve Kreitman 1984) (iv) intihar riski (Pierce 1981) ile korelasyon gösterdiği saptanmıştır (Pierce 1981). Buna ek olarak, giderek artan intihar niyeti ile tekrarlayan intihar girişimlerinde bulunan hastalar özellikle risk altındadır (Pierce 1984).

Sonuç olarak bir intihar girişimini takiben intihar riskinin değerlendirilmesinde Tuckman ve Youngman'ın altını çizmiş olduğu gibi sosyal, demografik ve klinik faktörleri, nesnel olarak ölçülen intihar niyetini ve yalnızca olası tehlikeler hakkında bilgi sahibi olan hastalar açısından girişimdeki tıbbi tehlikeyi göz önüne almak doğru olacaktır. Pallis ve ark. intihar riskinin değerlendirilmesinde intihar niyetinin yanı sıra sosyodemografik ve klinik faktörleri de değerlendiren bileşik ölçekler geliştirmiştir (Pallis ve ark. 1984). Bu ölçeklerde maddelerin ağırlığı ölçülmekte ve çeşitli risk dereceleri için kesme puanları belirlenmektedir. Ancak bu ağırlık değerlendirme süreci, bu ölçütlerin pratikteki kullanımını sınırlamaktadır. Günlük klinik uygulamada psikiyatristlerin intihar riskini artıran özellikleri dikkate almaları salık verilmektedir, bunu yaparken ölçek uygulanması şart değildir,

yine de İntihar Niyeti Ölçeği kullanılmaya değerlidir. Buna ek olarak hastaların gelecekteki tutumları ve böyle bir davranışı yineleyip yinelenmeyecekleri konusundaki düşünceleri sorgulanmalıdır. Bazı hastalar gerçek niyetlerini ifade etmekten kaçınacaklardır, bu gibi durumlarda psikiyatrist diğer risk etkenlerini dikkate alarak tetikte olmalıdır (örneğin mevcut girişimin tehlikesi, kişinin belirgin umutsuzluk içinde olması). Dikkate alınması gereken diğer etkenler hastanın hastaneden çıktıktan sonra destek alıp alamayacağı, izlem görüşmelerine gelme durumu ve bu izlemin faydalı olup olmayacağıdır. İntihar girişimlerinde intihar riskinin değerlendirilmesi konunun sadece bir yönüdür. Tam bir değerlendirme için bu gruptaki hastaların sıklıkla karşılaştığı ilişki ve aile sorunları, alkol bağımlılığı ve diğer psikiyatrik bozukluklar da ele alınmalıdır.

Bu derlemede, intihar riskini değerlendirmede klinisyene yardımcı olacak etkenlerle ilgili kapsamlı bilgilerden en önemlileri özetlenmiştir. Hasta gruplarını inceleyen çalışmalarda elde edilen istatistiksel bulguların bireyleri değerlendirmede klinisyene yalnızca sınırlı ölçüde yardımcı olacağı açıktır. Buna ek olarak her hastanın kendisine ait özellikleri, içinde bulunduğu koşullar ve intihar yöntemlerine ulaşabilirliği her zaman dikkat edilmesi gereken diğer özelliklerdir. Klinisyenin araştırmalardan elde edilen bilgileri akılda tutması ve her olguda hastanın, intihar edenlere ait özellikleri ne ölçüde taşıdığını kendisine sorması yararlı olacaktır.

İntiharın en yüksek risk gruplarında dahi seyrek görülüyor olması, yordayıcı özelliklerin ayırt etme gücünü düşürmektedir, ancak yine de risk faktörleri ile ilgili bilgimizi artırmamız gereklidir. İntihar riski ile ilgili dikkate değer diğer sorular intihar fikirlerinin hastalık seyri boyunca gösterdiği dalgalanmalar, hangi tedavi yöntemlerinin intihar düşüncesi üzerinde hızlı etki ettiği ve bilişsel tedavilerin umutsuzluk duygusuna yakınlığı değiştirerek intihar davranışını azaltıp azaltmadığıdır.

**KAYNAKLAR**

Asberg M, Traskman L, Thoren P (1976) 5-HIAA in the Cerebrospinal Fluid: A Biological Suicide Predictor? *Archives of General Psychiatry*, 33: 1193-1197.

Barraclough B (1981) Suicide and Epilepsy. In *Epilepsy and Psychiatry* (eds EH Reynolds ve MR Trimble) Edinburgh: Churchill Livingstone.

Barraclough B, Pallis DJ (1975) Depression Followed by Suicide: A Comparison of Depressed Suicides With Living Depressives. *Psychological Medicine*, 5: 55-61.

Barraclough B, Bunch J, Nelson B, Sainsbury P (1974) A Hundred Cases of Suicide: Clinical Aspects. *British Journal of Psychiatry*, 125: 355-373.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M (1961) An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, 4:561-571.

Beck AT, Schuyler D, Herman J (1974a) Development of Suicidal Intent Scales. In the Prediction of Suicide (AT Beck, HLP Resruk, DJ Lettieri) Maryland: Charles Press.

Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L (1974b) The Measurement of Pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42:861-865.

Beck AT, Beck R, Kovacs M (1975a) Classification of Suicidal Behaviors: I. Quantifying Intent and Medical Lethality. *American Journal of Psychiatry*, 132:285-287.

Beck AT, Kovacs M, Weissman A (1975b) Hopelessness and Suicidal Behavior: An Overview. *Journal of the American Medical Association*, 234: 1146-1149.

Beck AT, Kovacs M, Weissman A (1979) Assessment of Suicidal Intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47: 343-352.

Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison B (1985) Hopelessness and Eventual Suicide: A 10 Year Prospective Study of Patients Hospitalised with Suicidal Ideation. *American Journal of Psychiatry*, 145: 559-563.

Brown GW, Haris T (1978) *Social Origins of Depression*. London: Tavistock.

Buglass D, Horton J (1974) A Scale for Predicting Subsequent Suicidal Behavior. *British Journal of Psychiatry*, 124: 573-578.

Bunch J (1972) Recent Bereavement in Relation to Suicide. *Journal of Psychosomatic Research*, 16: 361-366.

Cohen S, Leonard C, Farberow N, Schneidman ES (1964) Tranquilizers and Suicide in the Schizophrenic Patient. *Archives of General Psychiatry*, 11, 312-321.

Copas JB, Robin A (1982) Suicide in Psychiatric In-Patients. *British Journal of Psychiatry*, 141: 503-511.

Coryell W (1981) Obsessive-Compulsive Disorder and Primary Unipolar Depression: Comparisons of Background, Family History, Course and Mortality. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169: 220-224.

Coryell W, Noyes R, Clancy J (1982) Excess Mortality in Panic Disorder: A Comparison with Primary Unipolar Depression. *Archives of General Psychiatry*, 39: 701-703.

Dorpat TL ve Ripley HS (1960) A Study of Suicide in the Seattle Area. *Comprehensive Psychiatry*, 1: 349-359.

Dorpat TL, Jackson JK, Ripley HS (1965) Broken Homes and Attempted and Completed Suicide. *Archives of General Psychiatry*, 12: 213-216.

Drake RE, Ehrlich J (1985) Suicide Attempts Associated with Akathisia. *American Journal of Psychiatry*, 142: 499-501.

Drake RE, Gates C, Cotton PG, Whitaker A (1984) Suicide Among Scizophrenics: Who Is At Risk? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172: 613-617.

Dyer JAT, Kreitman N (1984) Hopelessness, Depression and Suicidal Intent in Parasuicide. *British Journal of Psychiatry*, 144:127-133.

Fernando S, Storm V (1984) Suicide Among Psychiatric Patients of A District General Hospital. *Psychological Medicine*, 14: 661-672.

Fox K, Weissmann M (1975) Suicide Attempts and Drugs: Contradiction Between Method and Intent. *Social Psychiatry*, 10: 31-38.



Gale S, Mesnikoff A, Fine J, Talbott JA (1980) A Study of Suicide In State Mental Hospitals in New York City. *Psychiatric Quarterly*, 52: 201-213.

Guze SB, Robins E (1970) Suicide Among Primary Affective Disorders. *British Journal of Psychiatry*, 117: 437-438.

Hawton K (1978) Deliberate Self-Poisoning and Self-Injury in the Psychiatric Hospital. *British Journal of Medical Psychology*, 51, 253-259.

Hawton K, Fagg J Suicide An Other Causes of Death Following Attempted Suicide (in preparation)

Herold RC, Beck AT, Berchick RJ, Brown G, Ster RA Hopelessness As A Predictor of Long Term Suicide In Psychiatric Outpatients (in preparation)

James IP (1967) Suicide and Mortality Amongst Heroin Addicts in Britain. *British Journal of Addiction*, 62: 391-398.

Kessel N, McCulloch W (1966) Repeated Actsof Self-Poisoning and Self-Injury. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 59: 89-92.

Kreitman N (1982) How Useful is the Prediction of Suicide Following Parasuicide? In *New Trends in Suicide Prevention* (editörler J. Wilmotte ve J Mendlewicz). Basel: Karger.

Langley GE, Bayatti NN (1984) Suicides in Exe Vale Hospital, 1972-1981. *British Journal of Psychiatry*, 145: 463-467.

McClure GMG (1984) Trends in Suicide Rate for England and Wales 1975-80. *British Journal of Psychiatry*, 144: 119-126.

McMahon B, Pugh TF (1965) Suicide in the Widowed. *American Journal of Epidemiology*, 81: 23-31.

Mile CP (1977) Conditions Predisposing to Suicide: A Review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 164: 231-246.

Minkoff K, Bergmann E, Beck AT, Beck R (1973) Hopelessness, Depression, and Attempted Suicide. *American Journal of Psychiatry*, 130: 455-459.

Morgan HG, Priest P (1984) Assessment of Suicide Risk In Psychiatric In-Patients. *British Journal of Psychiatry*, 145: 467-469.

Motto JA (1980) Suicide Risk Factors In Alcohol Abuse. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 10: 230-238.

Murphy GE, Robins E (1967) Social Factors In Suicide. *Journal of the American Medical Association*, 199: 303-308.

Murphy GE, Armstrong JW, Hermele SL, Fischer JR, Clenendin WW (1979) Suicide and Alcoholism: Interpersonal Loss Confirmed As A Predictor. *Archives of General Psychiatry*, 36: 65-69.

Ovenstone IMK, Kreitman N (1974) Two Syndromes of Suicide. *British Journal of Psychiatry*, 124, 336-345.

Pallis DJ, Sainsbury P (1976) The Value of Assessing Intent In Attempted Suicides. *Psychological Medicine*, 6: 487-492.

Pallis DJ, Barraclough BM (1977) Seriousness of Suicide Attempt and Future Risk of Suicide: A Comment on Card's Paper. *Omega*, 8: 141-149.

Pallis DJ, Barraclough BM, Levey AB, Jenkins JS, Sainsbury P (1982) Estimating Suicide Risk Among Attempted Suicides: I. The Development of New Clinical Scales. *British Journal of Psychiatry*, 141, 37-44.

Pallis DJ, Gibbons JS, Pierce DW (1984) Estimating Suicide Risk Among Attempted Suicides: II. Efficiency of Predictive Scales After the Attempt. *British Journal of Psychiatry*, 144: 139-148.

Pierce DW (1981) The Predictive Validation of A Suicidal Intent Scale: A Five Year Follow-Up. *British Journal of Psychiatry*, 139: 391-396.

Pierce DW (1984) Suicidal Intent and Repeated Self- Harm. *Psychological Medicine*, 14: 655-659.

Pitts FN, Winokur G (1966) Affective Disorder – VII: Alcoholism and Affective Disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 4: 37-50.

Platt S (1984) Unemployment and Suicidal Behaviour: A Review of the Literature. *Social Science and Medicine*, 19: 93-115.

Pokorny AD (1964) Suicide Rates In Various Psychiatric Disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 139: 499-506.

Robins E, Gassner S, Kayes J, Wilkinson RH, Murphy GE (1959a) The Communication of Suicidal Intent: A Study of 134 Consecutive Cases of Successful (Completed Suicide). *American Journal of Psychiatry*, 115: 724-733.

Robins E, Murphy GE, Wilkinson RH, Gassner S, Kayes J (1959b) Some Clinical Considerations In the Prevention of Suicide Based on A Study of 134 Successful Suicides. American Journal of Public Health, 49: 888-899.

Roose SP, Glassman AH, Walsh BT, Woodring S, Vital-Herne J (1983) Depression, Delusions and Suicide. American Journal of Psychiatry, 140: 1159-1162.

Rosen DH (1970) The Series Suicidal Attempt: Epidemiological and Follow-Up Study of 886 Patients. American Journal of Psychiatry, 127: 764-770.

Roy A (1982a) Suicide In Chronic Schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 141, 171-177.

Roy A (1982b) Risk Factors for Suicide In Psychiatric Patients. Archives of General Psychiatry, 39, 1089-1095.

Roy A (1983) Suicide In Depressives. Comprehensive Psychiatry, 24: 487-491.

Sainsbury P (1955) Suicide In London. Maudsley Monograph No.1. London: Chapman & Hall.

Salmons PH (1984) Suicide In High Buildings. British Journal of Psychiatry, 145, 469-472.

Shepherd DM, Barraclough BM (1980) Work and Suicide: An Empirical Investigation. British Journal of Psychiatry, 136: 469-478.

Sims A (1984) Neurosis and Mortality: Investigating an Association. Journal of Psychosomatic Research, 28: 353-362.

Sims A (1984) Prior P (1978) The Pattern of Mortality In Severe Neuroses. British Journal of Psychiatry, 133: 299-305.

Sletten IW, Brown ML, Evenson RC, Altman H (1972) Suicide In Mental Hospital Patients. Diseases of the Nervous System, 33: 328-334.

Smith R (1985) Occupationless Health. ' I Couldn't Stand it Any More': Suicide and Unemployment. British Medical Journal, 291: 1563-1566.

Stanley M, Mann JJ (1983) Increased Serotonin-2 Binding Sites In Frontal Cortex of Suicide Victims. Lancet, ii: 214-216.

Stanley M, Virgilio J, Gershon S (1982) Science, 216: 1337-1338.

Traskman L, Asberg M, Bertilsson L, Siostrand L (1981) Monoamine Metabolites in CSF and Suicidal Behavior. Archives of General Psychiatry, 38, 631-663.

Tuckman J, Youngman WF (1963) Identifying Suicide Risk Groups Among Attempted Suicides. Public Health Reports, 78: 763-766.

Tuckman J, Youngman WF (1968) A Scale for Assessing Suicide Risk of Attempted Suicides. Journal of Clinical Psychology, 24: 17-19.

Van Pragg HM (1983) CSF 5-HIAA and Suicide In Non-Depressed Schizophrenics. Lancet, ii: 977-978.

Wetzel RD (1976) Hopelessness, Depression and Suicide Intent. Archives of General Psychiatry, 33: 1069-1073.

#### **Yazışma Adresi:**

Yrd. Doç. Dr. Duru GÜNDOĞAR  
Süleyman Demirel Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Psikiyatri Anabilim Dalı  
PK: 4 32000 Çünür-İSPARTA  
e-posta: durugundogar2000@yahoo.com