

## İNTİHAR EĞİLİMİ OLAN HASTAYA ACİL MÜDAHALE\*

B. Öncü\*\*

### ÖZET

Dünyada ve Türkiye’de intihar sorununun ulaştığı boyut değerlendirildiğinde, günümüzde intiharın yalnızca psikiyatri uzmanlarını ilgilendiren bir sorun olmadığı ve bir halk sağlığı sorunu haline geldiği görülmektedir. Bu nedenle intihara eğilimi olan kişilerin belirlenmesi ve bu kişilerde intihar riskinin sistematik biçimde değerlendirilip gereken girişimlerin zaman kaybetmeden yapılması önem kazanmıştır. Bu yazıda intihar riskinin sistematik biçimde nasıl değerlendirilebileceği ve intihar riski yüksek olan hastaya acil müdahalede nasıl bir yol izleneceği üzerinde durulacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** İntihar, İntihar davranışı, müdahale

### Emergency Intervention for Suicidal Patients

#### Summary

Nowadays, the extent of suicide problem in the world and in Turkey has reached a point that

it can no longer be considered a problem of only mental health workers. Suicide has become a public health problem. Determination of suicidal individuals, making a systematic suicide risk assessment, and making necessary interventions in time for high risk individuals are very important. In this paper systematic suicide risk assessment, and emergency intervention for high risk individuals will be reviewed.

**Key Words:** Suicide, suicidal behavior, intervention

### GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2000 yılında tüm dünyada 815 bin kişinin intihar ettiğini tahmin etmektedir (WHO 2002). Buna göre dünyamızda her 40 saniyede 1 kişi kendini öldürmektedir. İntihar dünyada tüm ölüm nedenleri arasında 13., 15-44 yaş grubu için ölüm nedenleri arasında ise 4. sırada yer almaktadır (WHO 1999).

Hem dünya genelinde hem de Türkiye’de intihar hızı ve intihar hızındaki artış (Devrimci-Özgüven ve Sayıl 2003) göz önüne alındığında, konunun yalnızca psikiyatrları ilgilendiren bir sorun olmadığı ve aslında bir halk sağlığı

\* 42. Ulusal Psikiyatri Kongresi’nde panel konuşması olarak sunulmuştur.

\*\* Doç. Dr., Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı.

sorunu olduğu görülmektedir. İntihara eğilimi olan kişilerin saptanarak, gerekli değerlendirme ve müdahalelerin zaman kaybetmeden yapılması konusunda tüm sağlık çalışanlarının eğitimi ve iş birliği önemlidir. Bu yazıda intihara eğilimi olan hastada yapılması gereken değerlendirme ve acil müdahaleler üzerinde durulacaktır.

Bazı durumlar kişinin intihara eğilimi olabileceğini düşündürmelidir. Yakın zamanda intihar girişiminde bulunmuş ya da kendine zarar vermiş kişiler en kısa sürede intihar riski açısından değerlendirilmelidir. İntihar düşüncelerinden, ümitsiz olduğundan ya da ölmüş olmayı istediğinden söz eden kişilerde intihar niyeti ve planları özellikle sorgulanmalıdır. Aşırı riskli davranışlar sergileyen ya da sık sık kaza geçiren kişiler söz konusu olduğunda da dikkat edilmelidir. Bu davranışların arkasında intihar düşünceleri olabilir. Bazı intiharların öncesinde tehlikeli biçimde artan madde kullanımı ya da sık sık geçirilen trafik kazası öyküsü bulunabilmektedir.

Psikiyatrik hastalığı olan kişiler de intihar eğilimli olabilir. Bütün psikiyatri hastaları hem ilk değerlendirmede hem de izlemde intihar düşünceleri konusunda sorgulanmalıdır. Çünkü intihar edenlerin yaklaşık %90'ında psikiyatrik bir hastalık bulunmaktadır ve intihar edenlerin 2/3'sinin intihardan önceki ay içinde herhangi bir hekimle görüştüğü bilinmektedir (Cheng ve ark.2000, Vijayakumar ve ark.1999, Luoma ve ark. 2002).

#### ***İntihara Eğilimi Olan Kişilere Yaklaşım: Genel İlkeler***

İntihara eğilimi olduğu düşünülen kişilerle görüşme yapılırken sakin, yargılamayan ve empatik bir tutum sergilenmelidir. Bu kişilerin görüşmecide bunaltı ya da öfke gibi duygular uyandırabileceği akılda tutulmalı, görüşmeci bu tür duygularını denetlemeye çalışmalıdır.

İntihara eğilimi olduğu düşünülen kişiyle intihar hakkında konuşurken genel sorulardan

daha özel sorulara doğru gidilmelidir. Örneğin, başlangıçta ölüm düşünceleri olup olmadığı ya da ölmüş olmayı isteyip istemediği, bundan sonra intiharı düşünüp düşünmediği sorulur. İntiharı düşündüğünü söyleyen hastaya intihar planı yapıp yapmadığı ve planın ayrıntıları sorulmalıdır. Bunlardan başka geçmişteki intihar girişimlerinin öyküsü ve intihar girişiminin ayrıntıları öğrenilmelidir. Görüşmeci intihar hakkında konuşmak ya da sorular sormaktan kaçınmamalıdır. İntihar hakkında konuşmak, intiharı hiç düşünmeyen bir kişinin aklına intihar etme fikrini getirmediği gibi, intihara eğilimi kişinin duygularını rahatça paylaşma olanağı sağladığı için rahatlatıcı da olur.

Kişi intiharı düşündüğünü reddediyorsa ama görüşmeci ikna olmadıysa intihar düşünceleri görüşme içinde tekrar sorgulanmalıdır. Çünkü görüşmenin başında intiharı düşündüğünü kabul etmeyen kişiler, görüşme ilerleyip rahatladıkça başlangıçta reddettiği intihar düşüncelerini kabul edebilirler.

İntihara eğilimli olduğu düşünülen kişilerle yapılan görüşmelerde başka kaynaklardan da mutlaka bilgi alınmalıdır. Aile, arkadaşlar, hastanın doktoru ve varsa eski dosyası değerli bilgiler verebilmektedir.

#### **Tablo 1: İntihar Riski Değerlendirmesinin Ana Hatları**

Sosyodemografik risk etmenleri
İntihar düşüncesinin ciddiyeti
Planın ayrıntıları, kurtulma olasılığı
Kişinin hayatına son vermeyi istemesinin nedenleri
Psikiyatrik- tıbbi hastalığı olup olmadığı
Geçmişteki intihar girişimlerinin öyküsü
Sosyal desteğin durumu
İntihara karşı koruyucu etmenler

### ***İntihar Riskinin Değerlendirmesi***

İntihar riski, kişinin yakın bir gelecekte kendini öldürmesi olasılığıdır. İntihara eğilimli olduğu düşünülen hastada intihar riski sistematik bir şekilde değerlendirilmelidir (Tablo 1). Bu değerlendirme sırasında risk etmenleri ve koruyucu etmenler sorgulanmalı, akut, değiştirilebilir ve tedavi edilebilir risk etmenleri belirlenmeli ve belirlenen risk ve koruyucu etmenlere göre tedavi planlanmalıdır. İntihar riski sistematik biçimde değerlendirilmediğinde önemli risk etmenleri ya da koruyucu etmenler gözden kaçabileceği için sistematik değerlendirme önem kazanmaktadır. Yapılan değerlendirme hasta dosyasına mutlaka kaydedilmelidir. Bu hem hastayla ilgilenecek diğer hekimler için yol gösterici olacak, hem de adli sorunlar söz konusu olduğunda hekim ya da görüşmeci için koruyucu olacaktır.

İntihar riski değerlendirmesinin "şimdi-burada" yapıldığı, geçerliliğini zaman içinde yitireceği ve kısa süreli değerlendirmelerin uzun süreliyelerden daha güvenilir olduğu akılda tutulmalıdır. İntihar riski değerlendirmesi yapmak hava tahmini yapmaya benzetilebilir. Bu nedenle intihar riski yüksek olan kişilerde değerlendirme sık sık yinelenmelidir. Bununla birlikte yalnızca şu an için yapılan değerlendirmeler de yetersizdir ve geçmişteki intihar öyküsü üzerinde de durulmalıdır (Simpson ve Stacy 2004).

**Sosyodemografik risk etmenleri:** İntiharla ilişkili olduğu belirlenmiş bazı sosyodemografik risk etmenleri vardır. Erkekler, ergenler ve ileri yaştakiler, dul ya da boşanmış kişiler, işsizler, yalnız yaşayan ve ekonomik sıkıntılar içinde olan kişilerde intihar riski yüksektir (Qin ve ark. 2003). Ne yazık ki bireysel değerlendirme yapılırken yalnızca bu risk etmenlerinin ele alınması yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle demografik etmenlerin yanı sıra aşağıdaki noktalar da değerlendirilmelidir.

**İntihar düşüncesi ve düşüncenin ciddiyeti:** İntihar düşünceleri ölmeyi isteme gibi

pasif ölüm düşüncelerinden çok ciddi ve öldürücü planlara kadar değişebilir. Kişinin intiharı düşündüğünü bildirmesi ve düşüncelerin ciddiyeti intiharda en önemli risk etmenlerinden biridir (Mann ve ark. 1999). Kessler ve arkadaşlarının (1999) çalışmasında intihar düşünceleri olan kişilerin % 34'ünde bunların intihar planına dönüştüğü; intihar planı olanların %72'sinin de intihar girişiminde bulunduğu görülmüştür. İntihar düşüncelerinin ciddiyeti değerlendirilirken intihar planı olup olmadığı, planın ayrıntıları, kişinin bu planın ne kadar ölümcül olduğunu düşündüğü, hangi yöntemleri kullanmayı planladığı ve ölümlle ilgili hazırlıkları (vasiyet, borçları ödeme vb) hakkında konuşulmalıdır.

Hastaların anlattığı bazı intihar planları profesyonellere tehlikesiz görünebilir. Ama kişi profesyonellere göre tehlikeli olmayan bir planın öldürücü olduğunu düşünüyorsa intihar riski yükselir. Örneğin 10 tane antibiyotik alarak intihar etmeyi planladığını söyleyen bir hastaya mutlaka bu planın ne kadar öldürücü olduğunu düşündüğü sorulmalıdır. Bu girişim sonunda büyük ihtimalle öleceğini söyleyen kişinin intihar düşünceleri ciddidir.

**İntihar planının ayrıntıları ve kurtulma olasılığı:** İntiharın tarihi, yöntemi, yeri belirlenmişse, intihar planı ölümcülse ya da kişi ölümcül bir plan yaptığını düşünüyorsa, intihar planı uygulanabilecek bir plansa, intihar planı keskinleştirilmiş ve ayrıntılandırılmışsa, intihar sonrası için plan yapıldıysa (vasiyet, mezar yeri alma vb) intihar riski yüksektir (Patterson ve ark. 1983, Andreasen ve Black 2001 ).

İntihar planı ne kadar ölümcül, kurtarılabilirlik olasılığı (intihar girişimi sonrasında kişiye ulaşmak ve kurtarma olasılığı) ne kadar düşükse, "Risk/Kurtarılabilirlik Oranı" o kadar yüksek, yani intihar riski o derece yüksektir.

**Kişinin hayatına son vermeyi istemesinin nedenleri:** Kişinin yaşamına neden son vermek istediği de önemlidir. Yoğun ümitsizlik ya da gelecekle ilgili olumsuz beklentileri nedeniyle

hayatına son vermek isteyenlerde intihar riski yüksektir. Umutsuzluk intihar riskini depresyonun şiddetinden bağımsız biçimde öngörmektedir (Beck ve ark. 1993).

**Psikiyatrik ya da tıbbi hastalık olup olmadığı:** İntiharın en güçlü yordayıcılarından biri psikiyatrik bir hastalığın olmasıdır (Rich ve Runeson 1992, Stovall ve Domino 2003). Tamamlanmış intiharların yaklaşık %60'ında duygudurum bozukluğu, %25'inde alkol-madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığı, %15-20'sinde bunaltı bozuklukları, %10'unda psikotik bozukluklar ya da şizofreni ve %5-10'unda kişilik bozuklukları olduğu bildirilmektedir (Foster ve ark. 1997, Mann 2002, Sudak 2004). Depresyondaki kişilerde anhedoni, alkol-madde kullanımı, anksiyete ya da panik atakları bulunduğu intihar riski artmaktadır (Sudak 2004).

Alkol ya da madde bağımlılığında bağımlılığın ilerleyen yıllarında intiharlar görülebilmektedir (Suokas ve ark. 2005). Bu kişilerde yakın zamanda yaşanan kayıplar ya da gelişen tıbbi komplikasyonlar intihar riskini arttırabilmektedir (Sher 2006).

Kişi uzun süreden beri madde kullanıyor olsa bile, madde kullanımı tek başına intihar riskini arttıran bir etmendir. Ayrıca bütün tamamlanmış intiharların yaklaşık %20- 50 'sinde alkol-madde kullanımı sonucu gelişen yargılama kusuru ve dürtüsellik rol oynadığı düşünülmektedir (Murphy 2000).

Anksiyete bozukluğu olanlarda da intihar riskinin yüksek olduğu bildirilmektedir (Sareen ve ark 2005). Depresyon ve alkol/madde kullanımı için kontrol edildikten sonra bile anksiyete bozukluklarında intihar riskindeki yükseklik devam etmektedir (Sareen ve ark. 2005, Boden ve ark. 2006). Anksiyete, depresyonla birlikteyse intihar riski katlanarak artabilir (Sareen ve ark 2005).

Psikotik bozukluklarda da intihar riskini arttıran bazı durumlar bulunmaktadır. Psikotik bozuklukla birlikte depresyon varsa; hastalık ağır seyrediyorsa; tedavi uyumsuzluğu söz konusuysa akatizi ya da geç diskinezi varsa;

antipsikotikler ani olarak bırakıldıysa; kendine zarar vermeyi telkin eden işitsel varsanılar varsa; ve premorbid işlevselliği iyi olan genç, erkek şizofreni hastalarında intihar riski yüksektir (Alaraisanen ve ark. 2006, Fialko ve ark. 2006).

Kişilik bozukluklarından da sınır ya da anti-sosyal kişilik bozukluğu olanlarda intihar riski yüksektir (Verona ve ark. 2004). Bu kişilerde kronik intihar düşüncelerinin yanı sıra dürtüsel ve yaşamı tehdit edecek kadar ciddi girişimler de olabilir (Foster ve ark. 1999 ).

Psikiyatrik muayenede saptanan bazı bulgular da intihar riskini arttırabilir. Deliryum ya da akut zehirlenmelerde görülen dikkat, uyanıklık ve farkındalıktaki bozulmalar yargılama yetisini olumsuz etkileyerek intihar riskini yükseltebilmektedir. Psikomotor aktivite artışı, motor huzursuzluk (anksiyeteli veya ajite depresyon, akatizi göstergesi), dürtüsellik, içgörü eksikliği, ani sükunet ve ümitsizlik varsa intihar riski yüksektir (Özgüven 2003).

Ölümcül hastalığı olanlarda intihar riski genel topluma göre 2 ile 4 kat artmaktadır (Henriksson ve ark. 1995). Buna karşın santral sinir sistemini etkileyen epilepsi, Huntington Hastalığı, kafa travmaları ve beyin damar hastalıklarında intihar riski çok daha fazla artmaktadır (Mann 2002). Beyindeki patoloji depresyonu ve intihar düşüncelerini tetikleyebileceği gibi, intihar düşüncelerinin eyleme dönüşmesi konusundaki inhibisyonun da ortadan kalkmasına neden olabilir (Mann 2002). İntihar edenlerin yaklaşık %5'inin intihar ettikleri sırada önemli bir fiziksel hastalıkları vardır (Andreasen ve Black 2001). Geriatrik hasta grubunda bu oran %70'lere dek çıkabilmektedir (Heikkinen ve Lonnqvist 1995, Erlangsen ve ark.2005). Genellikle bunlar kronik ya da ilerleyici seyir gösteren hastalıklardır (Kanser, Huntington Hastalığı, MS vb.) (Druss ve ark. 2000).

**Geçmişteki intihar girişimlerinin öyküsü:** Daha önce intihar girişiminde bulunmuş kişilerde (Mann 2002) ve yakın arkadaşları

ya da akrabaları intihar girişiminde bulunmuş ya da intihar etmiş kişilerde intihar riski yüksektir (Maris 2002). İntihar girişimini izleyen ilk 1 yılda intihar riski genel topluma göre 100 kata kadar artmaktadır (Owens ve ark. 2002). Daha önceki intihar girişiminde kullanılan yöntemin ölümcül bir yöntem olması da intihar riskini yükseltmektedir (Suokas ve ark. 1991).

**Sosyal desteğin durumu:** Sosyal desteğin olup olmaması intihar riskini belirlerken oldukça önemlidir. Sosyal izolasyon ya da yalnız yaşıyor olma intihar riskini yükseltmektedir (Stovall ve Domino 2003). Ayrıca aile, yakın arkadaş ve akrabalar kişinin güvenliğinin sağlanmasında yararlı olabilmektedir.

**İntihara karşı koruyucu etmenler:** Kişinin aile ve sosyal desteğinin güçlü olması intihara karşı koruyucudur. Bundan başka gebelik, 18 yaşından küçük çocuğu olma, dini inançların güçlü olması, kişinin yaşadığı toplumda ya da ait olduğu kültürde intihara karşı tutumların olumsuz olması intihara karşı koruyucu etmenler arasında sayılabilir (Marzuk ve ark. 1997, Özgüven 2003, Dervic ve ark. 2004, Donald ve ark. 2006.).

#### **İntihar Riski Olan Hastaya Müdahale**

Yukarıda anlatılan değerlendirme sonucu kişinin intihar riskinin yüksek olduğu düşünülüyorsa ya da kişi intihar girişiminde bulunduysa öncelikle tıbbi müdahalenin gerekli olup olmadığı değerlendirilmeli ve gereken girişimler yapılmalıdır. Bundan sonraki adım kişinin güvenliğinin sağlanmasıdır. Bu konuda aile ya da hasta yakınlarıyla işbirliği kurulmaya çalışılabilir. Kişinin tıbbi durumu kontrol altına alınıp güvenliği sağlandıktan sonra uygun psikiyatrik yaklaşım belirlenip uygulanır.

İntihardan düşüncelerinden söz eden ya da intihar riski yüksek kişiler intihar girişiminde bulunmuş ve bunu gizliyor olabilirler. Bu nedenle görüşme sırasında olası zehirlenme belirtilerine dikkat edilmelidir. Hastanın güvenliği sağlanırken ilaç, zehirli madde, silah, keskin nesnelere gibi ölümcül olabilecek nesnelere

ulaşmasının sınırlanması önemlidir. Hasta yakınlarından bu konuda yardım alınabileceği gibi gerekirse hasta kapalı bir psikiyatri servisine yatırılmalıdır.

İntihar düşünceleri olan kişilerin bu konuda çok yaratıcı fikirleri olabileceği unutulmamalıdır. Buldukları keskin nesnelere kendilerine zarar verebilir (toplu iğne, jilet vb), ilaçları ya da yutulabilecek nesnelere yutabilir, alçak bir yerde (su ya da kalorifer boruları gibi) kendilerini asabilirler. Bu nedenle intihar riskinin yüksek olduğu kişilerin yakın takibi gerekebilir.

Eğer elinde silah olan ya da yüksek bir yerden atlamakla tehdit eden bir kişi söz konusuysa öncelikle kişi yatıştırılmalı ve ona yardım edilmeye çalışıldığı hissettirilmelidir. Felsefi konular yerine daha somut (açlık, korku, soğuk, üşüme vb) konulardan söz etmeli ve ne istediği ya da ne istemediği öğrenilmelidir (Miron ve Goldstein 1979, Ögüven 2003). Yaşamı ya da ölümü seçme konusundaki kontrolün kendisinde olduğu, ama yaşamı seçerse onun için sorun olan şeylerin konuşulabileceği mesajı verilmelidir.

İntihara eğilimli hastanın güvenliği sağlanırken onun özgürlüğünü en az kısıtlayacak yöntemler seçilmelidir. Kısa vadede intihar riskinin düşük olduğu düşünülen ve sosyal desteği yeterli olan hastalar sık görüşmelerle ayaktan da izlenebilir. Yatarak tedavi edilen hastalar taburcu edilirken intihar riski mutlaka yeniden değerlendirilmelidir.

Sonuç olarak ülkemiz ve dünyada artık bir halk sağlığı sorunu boyutuna ulaşmış intihar sorunuyla mücadelede hem ruh sağlığı çalışanları hem de sağlık çalışanlarına düşen görev intihar riski yüksek hastaların belirlenerek gereken müdahalelerin yapılmasını sağlamaktır. İntihar riski hiç bir zaman %100 doğrulukta belirlenemez. Ancak yukarıda anlatıldığı gibi ayrıntılı biçimde değerlendirme yapıldığı takdirde riskli hastalar daha iyi belirlenebilecektir. Bu hem hastaların yaşamını kurtaracak, hem de sağlık çalışanlarının yasal ve vicdani sorumluluklarını azaltacaktır.

**KAYNAKLAR**

Alaraisanen A, Miettunen J, Lauronen E ve ark. (2006) Good School Performance is A Risk Factor of Suicide in Psychoses: A 35-Year Follow up of the Northern Finland 1966 Birth Cohort. *Acta Psychiatr Scand*, 114: 357-362.

Andreasen NC, Black D (2001) *Introductory Textbook of Psychiatry*, 3. Baskı, American Psychiatric Publishing Inc., Arlington VA.

Beck AT (1986) Hopelessness as a Predictor of Eventual Suicide. *Ann N Y Acad Sci*, 487: 90-6. Beck AT, Steer RA, Beck JS, Newman CF (1993) Hopelessness, Depression, Suicidal Ideation, and Clinical Diagnosis of Depression. *Suicide Life Threat Behav*, 23:139-45.

Boden JM, Fergusson DM, John HL (2006) Anxiety Disorders and Suicidal Behaviours in Adolescence and Young Adulthood: Findings From A Longitudinal Study. *Psychol Med*, 17: 1-10.

Cheng AT, Chen TH, Chen CC ve ark. (2000) Psychosocial and Psychiatric Risk Factors For Suicide. Case-Control Psychological Autopsy Study. *Br J Psychiatry*, 177: 360-5.

Dervic K, Oquendo MA, Grunebaum MF ve ark. (2004) Religious Affiliation and Suicide Attempt. *Am J Psychiatry*, 161:2303-8.

Devrimci-Özguven H, Sayıl I (2003) Suicide Attempts in Turkey: Results of the WHO-EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. *Can J Psychiatry*, 48:324-9.

Donald M, Dower J, Correa-Velez I ve ark. (2006) Risk and Protective Factors For Medically Serious Suicide Attempts: A Comparison of Hospital-Based With Population-Based Samples of Young Adults. *Aust NZJ Psychiatry*, 40:87-96.

Druss B, Pincus H (2000) Suicidal Ideation and Suicide Attempts in General Medical Illnesses. *Arch Intern Med*, 160:1522-6.

Erlangsen A, Vach W, Jeune B (2005) The Effect of Hospitalization With Medical Illnesses on the Suicide Risk in the Oldest Old: A Population-Based Register Study. *J Am Geriatr Soc*, 53: 771-776.

Fialko L, Freeman D, Bebbington PE ve ark. (2006) Understanding Suicidal Ideation in Psychosis: Findings From the Psychological Prevention of

Relapse in Psychosis (PRP) Trial. *Acta Psychiatr Scand*, 114: 177-186.

Foster T, Gillespie K, McClelland R ve ark. (1999) Risk Factors For Suicide Independent of DSM-III-R Axis I Disorder. Case-Control Psychological Autopsy Study in Northern Ireland. *Br J Psychiatry*, 175:175-9.

Foster T, Gillespie K, McClelland R (1997) Mental Disorders and Suicide in Northern Ireland. *Br J Psychiatry*, 170:447-52.

Heikkinen ME, Lonnqvist JK (1995) Recent Life Events in Elderly Suicide: A Nationwide Study in Finland. *Int Psychogeriatr*, 7:287-300.

Henriksson MM, Isometsa ET, Hietanen PS ve ark. (1995) Mental Disorders in Cancer Suicides. *J Affect Disord*, 36:11-20.

Kessler RC, Borges G, Walters EE (1999) Prevalence of and Risk Factors For Lifetime Suicide Attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 56:617-2.

Luoma JB, Martin CE, Pearson JL (2002) Contact with Mental Health and Primary Care Providers Before Suicide: A Review of the Evidence. *Am J Psychiatry*, 159:909-16.

Mann JJ (2002) A Current Perspective of Suicide and Attempted Suicide. *Ann Intern Med*, 136: 302-11.

Mann JJ, Waternaux C, Haas GL ve ark. (1999) Toward A Clinical Model of Suicidal Behavior in Psychiatric Patients. *Am J Psychiatry*, 156:181-9.

Maris RW (2002) Suicide. *Lancet*, 360: 319-26.

Marzuk PM, Tardiff K, Leon AC ve ark. (1997) Lower Risk of Suicide During Pregnancy. *Am J Psychiatry*, 154: 122-3.

Miron MS, Goldstein AP (1979) *Hostage*. NY: Pergamon.

Murphy G (2000) *Psychiatric Aspects of Suicidal Behavior: Substance Abuse*. İçinde K. Hawton ve K. Van Heeringen (Eds.), *International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (sy. 135-146). Chichester, UK: John Wiley and Sons.

Owens D, Horrocks J, House A (2002) Fatal and Non-Fatal Repetition of Self-Harm. *Systematic Review*. *Br J Psychiatry*, 181: 193-9.

Özgüven HD (2003) İntihar Girişimlerinde Krize Müdahale. *Kriz Dergisi*, 11: 25-34 .

Patterson WM, Dohn HH, Bird J ve ark. (1983) Evaluation of Suicidal Patients: The SAD PERSONS Scale. *Psychosomatics*, 24: 343-9.

Qin P, Agerbo E, Mortensen PB (2003) Suicide Risk in Relation to Socioeconomic, Demographic, Psychiatric, and Familial Factors: A National Register-Based Study of All Suicides in Denmark, 1981-1997. *Am J Psychiatry*, 160: 765-72.

Rich CL, Runeson BS (1992) Similarities in Diagnostic Comorbidity Between Suicide Among Young People in Sweden and the United States. *Acta Psychiatr Scand*, 86:335-9.

Sareen J, Cox BJ, Afifi TO ve ark. (2005) Anxiety Disorders and Risk for Suicidal Ideation and Suicide Attempts: A Population-Based Longitudinal Study of Adults. *Arch Gen Psychiatry*, 62:1249-57.

Sher L (2006) Risk and Protective Factors for Suicide in Patients with Alcoholism. *Scientific World Journal*, 6:1405-11.

Simpson S, Stacy M (2004) Avoiding the Malpractice Snare: Documenting Suicide Risk Assessment. *J Psychiatr Pract*, 10:185-9.

Stovall J, Domino FJ (2003) Approaching the Suicidal Patient. *Am Fam Physician*, 68: 1814-8.

Sudak HS (2004) *Psychiatric Emergencies*. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8. baskı, Sadock BJ ve Sadock VA (Ed), Philadelphia. Lippincott, Williams & Wilkins, s. 2442-53.

Suokas J, Lönnqvist J (1991) Outcome of Attempted Suicide and Psychiatric Consultation: Risk Factors and Suicide Mortality During A Five-Year Follow-Up. *Acta Psychiatr Scand*, 84:545-9 .

Suokas J, Suominen K, Lönnqvist J (2005) Chronic Alcohol Problems Among Suicide Attempters - Post-Mortem Findings of A 14-Year Follow-Up. *Nord J Psychiatry*, 59:45-50.

Verona E, Sachs-Ericsson N, Joiner TE Jr (2004) Suicide Attempts Associated with Externalizing Psychopathology in An Epidemiological Sample. *Am J Psychiatry*, 161:444-51.

Vijayakumar L, Rajkumar S (1999) Are Risk Factors For Suicide Universal? A Case-Control Study in India. *Acta Psychiatr Scand*, 99: 407-11.

WHO (1999) *Injury A Leading Cause of the Global Burden of Disease*. Geneva: World Health Organization.

WHO (2002) *World Report on Violence and Health: Summary*. Geneva: World Health Organization.