

## YİNELEYİCİ İNTİHAR GİRİŞİMLERİ

Serdar S. Can\*, I. Sayıl\*\*

### ÖZET

Bu yazının amacı intihar olgusu hakkında genel bilgiler vermek ve intihar davranışının tekrarlayıcı doğası ile beraber yineleyici intihar girişimlerini ele almaktır. Bir çok intihar girişiminden önce bireylerin tıbbi yardım arayışı veya başka bir şekilde bunu ifade ettikleri bilinirse, sağlık çalışanlarının bu konudaki duyarlılıkları artabilir. Her intihar girişiminin ardından tekrarlama olasılığı mutlaka dikkate alınmalıdır. Bu yazıda tekrarlama riskini yordayan özellikler ve tekrarlama olasılığı fazla olan gruplar ele alınmıştır. İntihar girişiminde bulunan bireylerin heterojen olması nedeniyle her hastanın özellikleri ve yaşam koşulları ayrı ayrı değerlendirilmeli ve her hastaya özel tedavi ve müdahale yöntemleri planlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** İntihar, tekrarlama, özel gruplar.

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

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

### Repeated Suicides

### SUMMARY

The purpose of this literature is to give general information about suicidal behaviour and repeated suicides. Before suicide attempts many people seek medical or other help. If medical professional know this information, they will be more sensitive about this issue. After every suicide attempt, we must take into account repetition of suicide. In this literature, factors which represents possibility of repetition and special risk groups are reviewed. Because of heterogeneity of suicidal people, the aim of intervention and therapy would be planned individually. Special intervention methods should be planned for every patients separately.

**Key Words:** Suicide, repetition, special groups.

### I. GİRİŞ

Bu yazının amacı intihar olgusu hakkında genel bilgiler vermek ve intihar davranışının

tekrarlayıcı doğası ile beraber yineleyici intihar girişimlerini ele almaktır.

İntihar, kişinin istemli olarak yaşamına son vermesidir. Kişinin özbenliğine yönelmiş bir saldırganlık halidir. İntihar davranışı; intihar düşüncesi, intihar girişimi ve tamamlanmış intihar olarak üç boyutta düşünülebilir (Sayıl, 2000). Her tamamlanmış intihara karşılık ortalama 30 intihar girişimi gerçekleştiği düşünülmektedir. İntihar girişimleri kadınlarda erkeklerden 1.5-3 kat fazla iken tamamlanmış intiharlar erkeklerde 2-3 kat daha fazladır. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre dünyada yılda 800.000 kişi intihar nedeniyle ölmektedir. Bu nedenle bu durum bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilebilir.

Ülkemizde 2002 yılı istatistiklerine göre erkeklerde intihar hızı 4.05/100.000 kadınlarda 2.72/100.000 olarak bulunmuştur. Türkiye'de kaba intihar hızları 10 yıl içerisinde erkeklerde % 60, kadınlarda % 41 artmıştır.

İntihar aracı olarak erkekler ateşli silahlar ve asıyı, kadınlar da kimyasal maddeleri daha çok kullanmaktadır.

İntihar, stres yaratan yaşam koşullarına karşı tepki veren normal kişilerden, ağır ruhsal rahatsızlıkları olan hastalara kadar geniş bir toplum kesiminde görülebilmektedir. İntihar eden kişi gerçekten ölmek arzusunda olabileceği gibi, bu davranışında acısını, çaresizliğini ve umutsuzluğunu dile getirmek amacı da gütmüş olabilir. Bu yönleri ile intiharı kişinin yardım çağrısı olarak değerlendirmek mümkündür.

İntihar girişiminde bulunanlar bazen olayı önemsiz bir kaza gibi gösterme yoluna gidebilir, bazen de inkar yoluna sapar. Bu nedenle şüphe davet eden kazalarda intihar olasılığı mutlaka

düşünülmelidir. Bazen hasta bilinç dışı kendine yönelik yıkıcı dürtülerin farkında değildir. Bazen de çevreye karşı saldırgan gibi görünürler. Aslında başkalarını kendisini öldürmeleri için kışkırtan bir davranış içindedirler (Maskeli İntihar, Sayıl, 2000).

Psikoanalitik kuram intiharı, sevilen birinin yitirilmesi ve yitirilen sevgi objesinin benliğinin bir parçası haline dönüştürülerek (içe alma) yitirilene duyulan öfkenin özbenliğe çevrilmesi şeklinde açıklar.

Ringel (1969) intihar eden bireylerde özel bir klinik tablonun varlığını savunmuştur. "Pre-suisidal Sendrom" diye isimlendirdiği bu tablo bireysel yetersizlik, umutsuzluk, olumsuz yarğılar ve kişiler arası ilişkilerde içe çekilme halini içerir. Ölüm düşüncesi giderek yoğunlaşarak intihar planları akta dönüştürülür.

Yapılan çalışmalar, intihar edenlerin %80'inin daha önce intihar edeceklerini bir şekilde bildirdiklerini göstermektedir. Yine intihar edenlerin % 50'sinin intihardan önceki bir ay içinde, % 25'inin de intihardan önceki bir hafta içinde tıbbi yardım için doktora gittikleri bildirilmektedir. Doktora gitmeyi gerektirecek bedensel bir hastalığı olmayan bu insanların yaptığı, aslında bir imdat çağrısından başka bir şey değildir (Sayıl, 2000).

İntihar fikirleri ve davranışları epizodik özellik taşır. Hastanın duygusal dalgalanmaları ve kavrama becerisindeki değişimlere bağlı olarak tekrarlar görülebileceği gibi, çevredeki değişikliklere bağlı tekrarlar da görülebilir. Böyle durumlarda hasta ile olduğu kadar çevre ile de ilgilenmek hastanın korunması için şarttır.

İntihara eğilimli hasta ambivalenttir. Hastanın yaşama ve ölme isteği arasındaki denge

değişkenlik gösterir. 10 intihardan 8'inin önceden ipucu verdiği unutulmamalıdır.

Bazı araştırma sonuçlarına göre intihar ederek yaşamına son verenlerin beyin omurilik sıvısında 5-hidroksi indol asetik asit düzeylerinin düşük olduğu ve trombositlerindeki mono amino oksidaz aktivitesinin azaldığı bulguları gösterilmiştir (Sayıl, 2000).

### **II.A) İNTİHARDA RİSK FAKTÖRLERİ**

(Kessler, 1999; Moscicki, 1997; Angst, 2002; Fawcett, 1992):

#### **1.) Demografik özellikler**

İşsiz, boşanmış, yalnız yaşayan, 15-24 yaş arasındakiler (Türkiye için), erkekler yüksek risk grubunu oluşturur.

#### **2.) Yaşam olayları**

Yakın zamanda yaşanmış gerçek ya da sembolik anlam taşıyan kayıplar, anksiyete ya da depresif duygularla seyreden bir kriz intihar durumunu ortaya çıkarabilir.

#### **3.) Belirti ve bulgular**

Hastaya ait umutsuzluk, çaresizlik, yalnızlık ve tükenme şeklindeki duygular endişe vericidir. Davranışlardaki beklenmedik değişiklikler önem taşır. Örneğin eski tutku ve heveslerinden vazgeçme veya yoğun kaygı ve husursuzluğun yerini bir durulma, sükunet halinin alması intihar düşüncesinin yansımaları olabilir.

#### **4.) Geçmiş yaşam öyküsü**

Geçmişte intihar girişimlerinin mevcudiyeti intihar riskini artırır. Özellikle bunlar tekrarlayan, birden çok girişimse tehlike daha büyüktür.

#### **5.) Beden sağlığı**

Hastanın öyküsünde kronik bir hastalığın varlığı, beden sağlığında akut bir değişiklik olması intihar riskini artıran etkenlerdir.

#### **6.) Aile öyküsü**

Ailede affektif bir bozukluk olması intihar riskini artırabilir. Öüm yıldönümleri, daha önce ölmüş bir yakının yaşına ulaşmış olma özellikle kritik zamanlardır.

#### **7.) Ruhsal hastalıklar**

Depresyon, intihar riski en yüksek tablodur. Depresif hasta bazen iyileşmeye başladığı dönemde daha çok intihar riski taşır. Çünkü antidepressan tedavi ile vejetatif bulgular daha kısa sürede düzelenken, depresif düşüncelerin düzelmesi biraz daha uzun zaman alır.

Psikotik çözüme sırasında ortaya çıkan depresyon ve anksiyete ya da kronik ilerleyici hastalığın farkına varış şizofren hastalardaki intiharı hazırlayan durumlardır. Bazen de halüsinasyon ve hezeyanların etkisi altında kalarak tehlikeli davranışlarla ve intihara kalkışabilirler.

Demans, delirium tablosu, alkol ve bağımlılık yapan diğer maddelerin aşırı alımı ya da yoksunluk durumu intiharların görülebildiği diğer tablolarıdır. Bu hastaların intiharı dürtü kontrolsüzlüğü ve doğru yargılama becerisinin kaybı ile yakından ilgilidir.

Kişilik bozukluğu olan hastalarda da intiharlar görülür. Bunlar impulsif, reddedilmeye aşırı duyarlı, regresyona meyilli, alkol ve toksik maddelere eğilimleri olan kişilerdir. Bazen bu kişilik özellikleri üstüne depresyon eklenmiş olabilir. Kazara ya da titlere kendilerini öldürübelirler.

**İİB) İNTİHAR GİRİŞİMLERİNDE RİSK FAKTÖRLERİ** (Isometsa, 1998; Tejedor, 1999):

- 1) Kadın olmak,
- 2) 15-24 yaş grubunda olmak,
- 3) Yakın zamanda gerçek ya da sembolik anlam taşıyan kayıplar,
- 4) Yakın çevre ile iletişim sorunları yaşamak,
- 5) Başta depresyon olmak üzere bir ruhsal sorunun bulunması.

**III. İNTİHAR GİRİŞİMLERİNDE İLK YARDIM VE MÜDAHALE**

İntihar girişiminde bulunan hastanın kendisine zarar verme riski yüksekse hastaneye yatırılması gerekir. Hastanın kendisini öldürme isteği devam ediyorsa, psikopatolojisi ciddiyet telkin ediyorsa, hastanın sosyal çevresinden uygun bir destek sağlanamıyorsa tehlike söz konusudur. İntihar riski olan hasta, hastanede yatışı reddederse zor kullanmak suretiyle gözlem altında tutularak kendisine zarar vermesi önlenmeye çalışılır (Busch 1993; Fawcett 1992).

Ağır bir psikopatoloji yoksa, geçici bir kriz durumu söz konusuysa ve görüşmede etkileşim ümit verici ise daha az etkin olsa da ayaktan tedavi denenir. 24 saat sonrası için randevu verilerek hasta acil servisten gönderilir.

Terapist, yapılandırılmış bir görüşme planı ile işe başlamalıdır. Örneğin belli zamanlarda hasta görülür. Problemin çözümünde somut ve özel bir yaklaşım sergilenir. Böylece şaşkınlık ve kargaşa azalacaktır. Bireyin etrafındaki yakınları harekete geçirilir. Onların destek ve yardımı sağlanır. Hastanın izolasyonu ve yalnızlığı

kırılır. Destekleyici bir yaklaşım sergilenir. Direktif bir tutum içinde, net, açık, direkt sorularla yaklaşımda bulunulur. Görüşme sırasında yaşamın değeri üzerine evet-hayır çatışmasından kaçınmak gerekir. Görüşmeci için bu, öncelikli sorun değildir. Görüşmeci yaşamın değeri konusunda hastayı inandırmaya çalışırken o anlaşılmadığını düşünecek ve ikisi arasındaki iletişim kesilecektir. Doğru olan hastada yaşamı böylesine çekilmez kılan şeyin ne olduğunu anlamaya çalışmaktır. Empatik tutum, kişiye anlaşıldığını hissettirir, güven verir, iletişimi artırır.

Tekrar intihar riski, intihar nedeni ve önceki intihar girişimleri hakkında bilgi toplanmalıdır. Hastayı intihara sevk eden durumun bilinmesi çok önemlidir. Bu açıklık kazanınca, pek çok vakada ne yaparak bunun önlenebileceği de açıklık kazanır.

İntihar, dayanılmaz görünen bir soruna cevaptır. Çözüm için intihardan başka çare olmadığına inanılır. Bir başka görüş çerçevesinde intiharın ambivalan özelliği gündeme gelir. Davranışın amacı kendini öldürmek ya da incitmek değildir. Başa çıkılmayan duygulara bir çare olarak gündeme gelir. Eğer terapist, başka çözümler konusunda hastayı ikna edebilirse krizin aciliyeti ortadan kalkar. Hastayı tekrar ümitli kılmak ve çözümün intihar olmadığına inandırmak esastır. Sonra görüşmeci sorunun çözümü konusunda yardımcı olmaya çalışacağına söz verir.

Görüşmeci empati ile yaklaşmalı, yaratıcı ve esnek bir görüşe sahip olmalı ve kişiyi tüm olanaklarını kendi yararına kullanmak üzere cesaretlendiren koruyucu bir tutum içinde olmalıdır. Bu görüşmenin yanı sıra varsa hastadaki psikopatoloji değerlendirilir. Altta yatan

tablo bir depresyon, bir şizofreni, bir alkol bağımlılığı ya da bir kişilik bozukluğu olabilir. Bu durumda görüşmeler devam ederken gerekli tıbbi tedavi başlanır.

İntihar girişimlerinin çoğunda ilk müdahaleden sonra ileri bir tedaviye ihtiyaç duyulmaz. İleride gerekli olabilecek bir müdahalede kolay ulaşılabilmek üzere bu kişilerle gevşek bir ilişki içinde bulunmak çok önemlidir. İntihar girişimlerinden sonra 1/4 oranında bir sonraki girişim için hazır olmak gerekir.

#### **IV. YİNELEYİCİ İNTİHAR GİRİŞİMLERİ**

İntihar davranışının temel özelliklerinden biri de yineleyici olabilmesidir. İntihar sonucu ölenlerin yaklaşık % 44'ü daha önce intihar girişiminde bulunmuştur. Bu sonuç, psikolojik otopsiyi de içeren araştırmalar neticesinde elde edilmiştir (Ovenstone ve Kreitman 1974, Clark ve Horton-Deutsch 1992, Moris 1992, Isometsa ve Lönnqvist 1998).

İntihar girişiminden sonra bu davranışın tekrarlama oranının yüksek olması önemli bir sorundur ve bazen ölüme neden olabilir. Bu durum ayrıca ulusal sağlık sistemine önemli bir yük getirir. Bu yüzden intihara müdahale araştırmalarının en önemli amacı yinelemeyi önleme olmuştur.

#### **A) EPİDEMİYOLOJİ**

İngiltere'de yapılan birçok çalışmanın ortak sonucuna göre, intihar girişiminde bulunanlardan yaklaşık % 1'i takip eden 1 yıl içerisinde intihar nedeniyle hayatlarını kaybetmektedir. Bu risk genel topluma oranla 100 kat daha fazladır ve takip eden yıllarda bu risk yüksek kalır. İntihardan önceki 1 yıl içerisinde kadınlarda intihar girişimi oranı erkeklerden daha fazladır (% 39'a

karşı % 19) (Isometsa ve Lönnqvist, 1998). Ayrıca birçok çalışmanın ışığında, intihar girişiminde bulunanlar arasında, tekrarlayıcılar, ilk defa intihara kalkışanlardan daha fazladır.

İntihar girişiminde bulunanların % 30 ila % 60'ı daha önce intihar girişiminde bulunmuştur ve % 15 ila % 25'i bunu son 1 yıl içerisinde yapmıştır (Bagley ve Green, 1971 Buglass ve Horton 1974; Morçian ve ark. 1975; Kreitman ve Casey 1988; Haw on ve ark. 1995; Platt ve ark. 1992; Sakinofski, 2000).

Prospektif bir çalışma sonucu, intihar girişiminde bulunanların tekrar intihar girişiminde bulunmak için yüksek risk taşıdıkları gösterilmiştir (Moris 1992).

Bir intihar girişiminin ardından ilk 1 yıl, özellikle de 3-6 ay tekrar intihar girişimi açısından en riskli dönemdir (Horton ve Fagg 1995).

WHO/EURO'nun intihar davranışı üzerine yaptığı çok merkezli çalışmasının sonucuna göre, intihar girişiminde bulunan kayıtlı hastalardan en az % 56'sı daha önce intihar girişiminde bulunmuş, % 32'si en az 2 kez intihar girişiminde bulunmuştur. Ayrıca % 29 hasta 1 yıllık izlemde tekrar bir girişimde bulunmuştur (Arensman ve ark. 2003).

#### **B) RİSK FAKTÖRLERİ**

Epidemiyolojik çalışma sonuçları, intihar girişimlerinin yinelenmesini önlemek için daha çok bilgi elde edilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır. Risk faktörlerinin bilinmesi, bu kişilerin erken belirlenmesini ve daha iyi tedavisini sağlayabilir.

Yineleyici intihar girişimleri için sosyodemografik risk faktörleri: 25-49 yaş arası, boşanmış, işsiz ve düşük ekonomik seviyedir.

Çok genç ve yaşlı popülasyonda yineleyici intihar girişimleri biraz daha az görülür (Arensman ve Kerkhof, 1996).

İntihar girişimlerinin yinelemesi ile bağlantılı psikiyatrik ve psikososyal risk faktörleri:

- Madde kötüye kullanımı,
- Depresyon,
- Umutsuzluk düşünceleri,
- Kişilik bozuklukları,
- Yalnız yaşama,
- Suç kaydı olması
- Daha önce psikiyatrik tedavi almış olmak,
- Travmatik yaşam olayları,
- Aile içi şiddete maruz kalmak,
- Daha önce intihar girişimi olması,

(Kreitman ve Foster 1991; Owens ve ark. 1994; Arensman ve Kerkhof 1996; Hjelmeland 1996; Sakinofski 2000).

WHO/EURO intihar davranışı izlem çalışması sonucunda tekrarlayıcılar (1038 hasta) ve ilk defa intihar girişiminde bulunanlar (828 hasta) karşılaştırılmıştır. Toplam 1866 hasta içeren, 16 merkez tarafından yürütülen çalışmada hastalar son intihar girişiminin ardından yapılan görüşmeye göre değerlendirilmiştir. Sonuçlar:

1) İntihar oranı, intihar girişiminde bulunanlarda nisbeten düşüktür. Yani risk faktörleri ile belirlenen kişilerden bir çoğunda intihar gözlenmez. Risk belirleyicilerinin duyarlılıkları yüksek iken özgüllükleri oldukça düşüktür. Bu yüzden belirlenecek geniş bir risk grubuna özel müdahalelerin yapılması oldukça güçtür.

2) İntihar belirleyicileri, hasta grupları üzerinde yapılan çalışmalar sonucu bulunmuştur. Fakat bir birey olarak hastanın değerlendirilmesi gerekince bu etmenler genellikle çok faydalı olmaz. İntihar riskini her hastada bireysel özelliklerine göre ayrı ayrı değerlendirmek riski daha iyi belirlemeyi sağlayabilir.

3) İntihar girişiminden sonra intihar riski, genellikle tedavi altına alınmasına rağmen hayatını kaybeden kişilerden elde edilen verilere dayanır. Halbuki bu risk etmenlerinin hastaneye başvurmadan hayatını kaybeden kişilerde ayrı olmaması muhtemeldir.

4) İntihar riski genellikle uzun dönem çalışmalarla ortaya konmuştur. Fakat klinisyen için kısa süreli risk faktörleri daha önemlidir. Bu yüzden risk etmenlerinin kısa ve uzun süreçlerdeki ağırlıklarını ayırt etmeyi sağlayacak araştırmalara ihtiyaç vardır.

5) Bir insanın intihar riski zaman içinde değişebilir. Örneğin, boşanma, terk edilme, alkol kullanımında artma ile risk artabilir. Bu yüzden uzun dönemleri içeren risk faktörleri yanıtıcı olabilir.

### **C) YİNELEYİCİ İNTİHAR GİRİŞİMLERİ AÇISINDAN ÖZEL GRUPLAR**

Geriyeye dönük olarak yapılan bir çalışmada yineleyici intihar girişimlerinde bulunanlar, büyük ve küçük olarak ikiye ayrılmıştır. Büyük denilen gruba daha önce 5 ve daha fazla intihar girişimi olanlar dahil edilmiştir. Büyük tekrarlayıcılar, daha çok erkek, düşük sosyal sınıftan, evlenmemiş, kişilik bozukluğu tanısı olan kişileri ve alkol bağımlılarını içerir (Stocks ve Scott 1991).

WHO/EURO intihar izlem çalışması sonucunda yineleyici şekilde intihar girişiminde bulunanların 2 gruba ayrılabilceği düşünülmüştür.

1. grupta depresyon ve ümitsizlik düşünceleri belirgin iken, 2. grup daha az depresif ve anlık rahatlama amacı ile tekrarların görüldüğü gruptur. Depresif grupta hayat boyu zorlu yaşam koşulları bildirilmiştir (Çocuklukta anne-baba tarafından kötü muamele görmek, uzun süren problemler ve psikiyatrik tedavi öyküsü gibi...). Depresyon, ümitsizlik düşünceleri ve intihar girişimlerinin hepsi zorluklarla mücadele etmede başarısız yolları yansıtır. Bu grupta geleceğe yönelik sürekli bir olumsuz bakış açısı mevcuttur. Bu grupta intihar girişimlerinin amacı ölmektir.

2. grup tekrarlılar daha az depresif ve daha az ümitsizlik düşüncelerine sahiptir. Bu grupta psikiyatri kliniklerinde yatarak tedavi görenler, alkol kullanım bozukluğu olanlar, kişiler arası ilişkilerde sorun yaşayanlar daha sıktır. Bu grupta intihar niyet ölçeği skorları düşüktür ve davranışlarda kontrolsüzlük belirgindir. İmpulsivite ve dikkat çekmeye yönelik davranış mevcuttur. Bu tür intihar girişimleri bir baş etme mekanizması olarak düşünülebilir. Amaç; çok yakın bir gelecekte kısmi bir rahatlama sağlamaktır. Fakat biraz daha uzun gelecek bu kapsama girmez.

Bancroft ve Marsack, 3 tip yineleyici intihar girişiminde bulunan grubun olduğunu belirtmiştir:

1) Kronik tekrarlayıcılar: Ardarda kriz yaşamayı tecrübe etmeye eğilimi olan, kendine zarar verici davranışları alışkanlık haline getiren ve bunu sorunlarla baş etme mekanizması olarak kullanan grup.

2) Birkaç ay içinde 2 veya daha fazla intihar girişimi olan dönemsel olarak sorun yaşayan grup (Örneğin evlilik problemi).

3) Şiddetli bir kriz anında intihar girişimi olan ve gelecekte benzer bir durumda tekrar intihar girişiminde bulunabilecek grup.

Kronik tekrarlayıcılar olarak nitelenen, sık sık intihar girişimi de bulunan insanları anlamak ve onlara yardım etmek oldukça güçtür. Bazen bu kişilerin intihar girişiminin sebebi oldukça küçük görünebilir. Fakat bu, bu kişilerin daha az acı çektiği anlamına gelmemelidir. Ayrıca bu kişilerin sağlık çalışanlarında olumsuz tutum uyandırma potansiyelleri de yüksektir.

#### **D) MÜDAHALE VE ÖNLEME ÇALIŞMALARI**

Tekrarlayan başvurular, ilgililerde engellenme duygusu uyandırır. Kabul görmeyen hatta açıkça reddeden tutumlara yol açar. Bunlar büyük risk taşıyor gruptur. Sonunda isteyerek, kazara ya da impulsif bir atakla kendilerini öldürürler. Bu nedenle bu tür hastalar için dikkatli bir değerlendirilme zorunludur.

İngiltere'de yapılan bir çalışmaya göre, bilişsel davranışçı problem çözmeye odaklı bir terapi ile intihar girişimlerinde tekrarlama süresi 3 aydan 9 aya çıkarılmıştır.

Sakinofski ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışma sonucunda, sosyal problemlere özel müdahale yapılanlar a, yapılmayanlar arasında yineleme oranları farklı bulunmamıştır.

#### **V. SONUÇ**

Ölümlerle sonuçlanmayan intihar girişiminde bulunan şahıslar, takip eden bir yıl içerisinde % 12 ila % 20 oranında tekrar intihar girişiminde bulunmaktadır. İntihar girişiminden sonraki 3-6

ay yineleme açısından en riskli dönemi oluşturur (Hawton ve Fagg 1995). Esas amacı araştırmalarda kullanılmak olsa da intihar yineleme riskini değerlendiren skalalar geliştirilmiştir.

Şimdiye kadar yapılan çalışmalar sonucu, intihar girişiminden sonra özel bir tedavi ile yinelemelerin önüne geçilebileceği gösterilememiştir. Fakat bu tür müdahalelerle özellikle bayanlarda sosyal uyumun arttığı gözlenmiştir. Tekrarlayıcıların kişilik özellikleri bu ihtimali artırmaktadır ve çevrenin değişmesinden de fazla etkilenmediği düşünülmektedir.

Kronik tekrarlayıcıların sağlık sistemi üzerine getirdiği yük çok fazladır. Bu kişiler ilgileri zor durumda bırakır ve hatta bazen öfke uyandırabilir. Bu grup hastaların tedavisi için etkin yöntemler geliştirilmelidir (Soloff 1994).

İntihar girişiminden sonra yineleme riskini ölçen bir çok etmen belirlense de bunların yordayıcı gücü düşüktür. Bu yüzden intihar riskini değerlendirmek kolay değildir.

Son intihar girişiminden önceki intihar girişimlerinin sayısı ne kadar fazla ise ve psikiyatri kliniklerinde daha önceki yatış sayısı ne kadar fazla ise intihar girişimlerinin yineleme olasılığı o

kadar fazladır. Bu sonuç klinik olarak sürpriz değildir çünkü bu iki özellik gelecekte ölümcül olmayan intihar girişimlerini yansıtan bir çok değişkeni kapsamaktadır.

Tekrarlayan kendine zarar verici davranışları olan borderline hastalar gibi spesifik risk faktörlerine odaklanmak yineleyici intihar girişimlerini tahmin etmeyi sağlayabilir. Veya daha önce intihar girişimi ve psikiyatrik tedavi öyküsü bulunmayan, düzenli yaşamı olan adölesan erkekler gibi düşük risk gruplarını bilmek önemli olsa da genelde intihar girişimlerinin tekrarlamasını önceden tahmin etmek bir çok yanlış pozitif ve yanlış negatifleri kapsar.

İntihar girişiminde bulunan insanların heterojen olması nedeniyle her hastanın özellikleri ve yaşam koşulları ayrı ayrı bireysel olarak değerlendirilmeli ve her hastaya özel tedavi ve müdahale yöntemleri planlanmalıdır.

Zorlayıcı yaşam olaylarından sonra bir yardım çağrısı ya da sorunla baş etmeye çalışmaktan vazgeçme niteliğinde intiharlar ve intihar girişimleri olabilmektedir. Bu nedenle kriz durumdaki bireylere hızlı ve etkili bir yardımın intihar davranışının önlenmesinde yararı olacaktır.



## VI. KAYNAKLAR

Motgomery SA, Goeting NL (1991) Suicide and Attempted Suicide Risk Factors, Management and Prevention.

De Leo D, Bille-Brahe A, Kerkhof A, Schmidtke A (2004) Suicidal Behavior Theories and Research Findings.

Arensman E, Kerkhof AJFM (1963-1993) Classification of Attempted Suicide. A review of Empirical Studies.

Bagley C, Greer S. Clinical and Social Predictors of Repeated Attempted Suicide: A Multivariate Analysis. *British Journal of Psychiatry*, 119, 515-521.

Bancroft JH, Marsack P. The Repetitiveness of Self-Poisoning and Self Injury. *British Journal of Psychiatry*, 131, 394-399.

Beck AT, Kovacs M, Weisman A. Assessment of Suicidal Intention. The Scale For Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 343-352.

Bille-Brahe U, Jessen G. Repeated Suicidal Behavior: A Two Year Follow-Up Crisis, 15, 77-82.

Buglass D, Horton J. A Scale For Predicting Subsequent Suicidal Behavior. *British Journal of Psychiatry*, 124, 573-578.

Hawton K. Assessment of Suicide Risk. *British Journal of Psychiatry*, 150, 145-153.

Hawton K, Fagg J. Repetition of Attempted Suicide: The Performance of the Edinburgh Predictive Scales in Patients in Oxford. *Archives of Suicide Research*, 1, 261-272.

Hjelmeland H. Repetition of Parasuicide: A Predictive Study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26, 395-404.

Isometsa ET, Lönnqvist JK. Suicide Attempts Preceding Completed Suicide. *British Journal of Psychiatry*, 173, 531-535.

Kreitman N, Caisey P. Repetition of Parasuicide: an Epidemiological and Clinical Study. *British Journal of Psychiatry*, 153, 792-800.

Ovenstone IMK, Kreitman N. Two Syndromes of Suicide. *British Journal of Psychiatry*, 123, 35-39.

Sakinofsky I (2000). Repetition of Suicidal Behavior. *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, 385-404.

Stocks R, Scott AIF. What Happens to Patients Who Frequently Harm Themselves? A Retrospective One-Year Outcome Study. *British Journal of Psychiatry*, 158, 371-378.

Sayı I (2000). İntihar Davranışı, Kriz ve Krize Müdahale, Sayı I ve ark. sy 165-197, A.Ü. Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi yay, yay no 6, Damla Matbacılık.

Sayı I İntiharlar, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Ed. Sayı I, Özgürven HD, sy 253-263, AÜTF Yayınları.

Özgüven HD (2000). İntiharların ve İntihar Girişimlerinin Epidemiyolojisi. İntihar, İlkbahar, Ege Psikiyatri Yayınları.

Zahl DL, Hawton K (2004). Repetition of Deliberate Self-Harm and Subsequent Suicide Risk: Long-Term Follow-Up Study of 11583. *British Journal of Psychiatry*, 185, 70-75.

Hawton K, Zahl D, Weatherall R (2003). Suicide Following Deliberate Self-Harm: Long-Term Follow-Up of Patients who Presented to a General Hospital. *British Journal of Psychiatry*, 182, 537-542.

Angst F, Stassen HH, Clayton PJ et al: (1993). Mortality of Patients With Mood Disorders: Follow-Up Over 34-38 Years. *J Affect Disord* 68: 167-181.

Busch KA, Clark DC, Fawcett J, et al (1993). Clinical Features of Inpatient Suicide. *Psychiatric Annals* 23: 256-262.

Fawcett J (1992). Suicide Risk Factors in Depressive Disorders and Panic Disorder. *J Clin Psychiatry* 53: 9-13, 1992.

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: 617-626.

Moscicki EK (1997). Identification of Suicide Risk Factors Using Epidemiologic Studies. Psychiatr

Nort Am 20: 499-517.

Soloff PH, Lis JA, Kelly TM et al (1994). Risk Factors for Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder. Am J Psychiatry 151: 1316-1326.

**Yazışma Adresi:**

*Dr. Serdan CAN*  
*Ankara Üniversitesi*  
*Tıp Fakültesi*  
*Psikiyatri Anabilim Dalı*  
*Dikimevi - ANKARA*  
*e-posta: serdarsccan@yahoo.com.*