



Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklarda Özkıyım

Suicide in Obsessive Compulsive and Related Disorders

Gonca Karakuş¹, Lut Tamam¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Adana, Turkey

ABSTRACT

Suicide is a complex term. Suicide attempts are common in women, but completed suicide rates are higher in men. Several demographic factors, stressful life events, previous suicide attempts, childhood abuse, physical or psychiatric disorders are risk factors for suicide. Suicide rates in a variety of mental disorders is more than the normal population. Data on rates and risk factors of suicide in patients with obsessive-compulsive disorder and related disorders are limited. Present data are often associated with patients with obsessive compulsive disorder and body dysmorphic disorder. Lifetime suicidal ideation rates in patients with obsessive compulsive disorder is within a range of 36-63%. Any comorbid psychiatric diagnosis is an important risk factor for suicide in this disorder. This article aims to review the relationship between suicide and obsessive compulsive and related disorders.

Key words: Suicide, obsessive-compulsive disorder, body dysmorphic disorder.

ÖZET

Özkıyım karmaşık bir kavramdır. Özkıyım girişimleri kadınlarda yaygınken, tamamlanmış özkıyım oranları erkeklerde daha yüksektir. Bazı sosyodemografik faktörler, stresli yaşam olayları, önceki özkıyım girişimleri, çocukluk çağı istismarı, fiziksel ve psikiyatrik hastalık varlığı özkıyım için risk faktörleridir. Çeşitli psikiyatrik hastalıklarda özkıyım oranları normal popülasyondan yüksektir. Obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklarda özkıyım oranları ve risk faktörleri ile ilgili veriler sınırlıdır. Sınırlı veriler de çoğunlukla obsesif kompulsif bozukluk ve beden dismorfik bozukluğu ile ilişkilidir. Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında yaşam boyu özkıyım düşüncesi oranları %36-63'tür. Bu hastalıklarda herhangi bir psikiyatrik ektanı önemli bir risk faktörüdür. Bu makalede özkıyım ile obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklar arasındaki ilişkinin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Özkıyım, obsesif kompulsif bozukluk, beden dismorfik bozukluğu.



Giriş

Özkıym karmaşık bir kavramdır ve karşımıza düşünce veya davranış olarak çıkabilir. Bu davranışlar sonucunda ise bazı kişiler hayatlarını kaybetmektedir. Ağır ruhsal hastalıkları olanlarda özkıym düşünce ve davranışları ile karşılaşabileceğimiz gibi, zaman zaman herhangi bir ruhsal hastalığı olmayan kişilerde de görebileceğimiz zorlanmaya karşı bir tepki olarak da görülebilir. Genel olarak tamamlanmış özkıymlar erkeklerde, girişimler ise kadınlarda daha sık görülmektedir¹. Özkıym düşüncesinin yaşam boyu yaygınlığı %13,5-35 kadardır²⁻⁵.

Çeşitli ülkelerde yapılmış çalışmalar anksiyete bozukluğunun özkıym düşünce ve girişimi için komorbid depresif bozukluğun etkisi ayarlandıktan sonra bile bir risk faktörü olduğunu göstermektedir⁶⁻⁸. Ancak obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ile ilgili veriler çelişkilidir. Son dönem yapılan bir meta-analiz çalışmasında ise anksiyete bozuklukları içerisinde OKB dışı anksiyete bozukluklarında özkıym riskinin arttığı, OKB hastaları için ise bunun gösterilemediği bildirilmiştir⁹.

Önceleri anksiyete bozuklukları içinde sınıflandırılan OKB, DSM-5'de beden dismorfik bozukluğu (BDB), istifleme bozukluğu, trikotillomani ve cilt yolma bozuklukları ile birlikte ayrı bir grup olarak ele alınmıştır¹⁰. Bu yazıda OKB ve ilişkili bozukluklarda özkıym sıklığı; sosyodemografik ve klinik değişkenlerle ilişkisinin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

Özkıym

Özkıym basitçe kişinin kendi isteği ile yaşamına son vermesi olarak tanımlanır¹¹. Özkıym karşımıza düşünce, davranış veya tamamlanmış özkıym olarak çıkabilir¹. Genel popülasyonda intihara bağlı ölümler ABD'de 100000'de 12 görülmektedir¹¹. Türkiye'de bu oranlar dünya ortalamasından düşüktür. Ancak son yıllarda bu oranlarda yukarı yönde bir artış söz konusudur¹.

Özkıym önemli bir mortalite nedenidir. Özkıymın önlenabilir bir ölüm nedeni olması intihar riskinin değerlendirilmesini çok önemli bir konu haline getirmektedir¹². Tamamlanmış özkıymların hızı yaş ile birlikte artmaktadır¹³⁻¹⁵. Özkıym sonucu ölümlerde erkek olmak, girişimlerde ise kadın olmak bir risk faktörüdür¹². Evli ve çocuk sahibi olmak riski azaltmaktadır¹¹. Hem özkıymlarda, hem özkıym girişimlerinde işsizlik ve ekonomik sorun

sıklığı yüksektir¹⁶⁻¹⁸. Özkıyım girişimleri genellikle düşük eğitim düzeyi^{16,19}; düşük veya yüksek sosyoekonomik düzey^{19,20} ile ilişkili bulunmuştur.

Aile öyküsünde tamamlanmış özkıyım veya girişimi olması, parçalanmış aileden olma, parçalanmış aileden gelme, aile içi şiddet, fiziksel ve cinsel istismar özkıyım açısından sayılabilecek ailesel risk faktörleridir¹². Israrlı, yineleyici, yoğun düşünceler riski artırır. Tamamlanmış özkıyımların yaklaşık 5'te birinde daha önce girişim öyküsü vardır. Özkıyım girişimlerinin yaklaşık %10'u özkıyım ile son bulmaktadır^{11,21}.

Özkıyım girişimlerinde en sık kullanılan yöntem ilaç ve zehirlenme iken; tamamlanmış özkıyımlarda erkeklerin ve kadınların seçtiği yöntemler birbirinden farklılık göstermektedir. Erkekler silah, ası ve yüksekten atlama gibi daha agresif yöntemleri; kadınlar ise ilaç veya zehirlenme yolunu seçmektedir^{1,11}. Tamamlanmış özkıyımlarda %90-95 bir psikiyatrik bozukluk bulunmaktadır. Bunlar en sık depresif bozukluk, şizofreni, alkol ve madde bağımlılığı, B kümesi kişilik bozukluklarıdır. Özkıyım girişimlerinde ise psikiyatrik tanılar daha düşük oranda görülür¹².

Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Özkıyım

OKB kronik seyir, yüksek komorbidite ve tedavi direnci ile karakterize olmasına rağmen; OKB'de özkıyım eğilimine neden olan risk faktörleri diğer anksiyete bozukluklarına göre az çalışılmıştır ve bu konudaki veriler çelişkilidir²². Erken dönem çalışmalarda, bu hastalar agresif uyarıları atlatmada sıklıkla temkinli oldukları ve olası zararlardan kaçındıkları için OKB de özkıyımın nadir ortaya çıktığı düşünülmeye rağmen duygudurum ya da anksiyete bozukluğu komorbiditesinin bu oranı artırdığı düşünülmüdü²³. OKB hastalarında ruhsal bozukluğu olmayanlara göre 3 kat, başka bir ruhsal bozukluğu olanlara göre 2 kat fazla özkıyım girişimi oranları bildirilmiştir²⁴.

OKB' de özkıyım düşünce ve girişimlerinin sıklığı konusundaki veriler çelişkilidir. Bu konuda son yıllarda yapılmış bazı çalışmaların verileri Tablo 1' de gösterilmiştir. Bazı erken dönem çalışmalarda %1'den az tamamlanmış özkıyım oranları²⁵ ve %3-4 özkıyım girişimi öyküsü oranları^{26,27} bildirilse de; daha sonraki çalışmalar daha yüksek oranlar göstermektedir^{22,28-33}. Anksiyete bozuklukları ve özkıyım ilişkisinin değerlendirildiği gözden geçirme ve metaanaliz çalışmasında ise OKB dışı anksiyete bozukluklarında artmış özkıyım davranışı riski olduğunu; OKB için böyle bir ilişki olmadığı gösterilmiştir⁹.

OKB hastalarında özkıyımın araştırıldığı 218 hastalık bir prospektif izlem çalışmasında ilk başlangıçta %20,1 hayat yaşamaya değmez; %10 ölmek isteme; %4,1 şu an özkıyım düşüncesi; %8,2 hayatın herhangi bir döneminde özkıyım girişimi oranları bulunmuşlardır. Ortalama 4,1 yıl izlem döneminde hastaların %19,2'si sürekli hayatı yaşamaya değmez olarak bulunmuşlardır. %10 ölmek istemiş; %8,2'si ısrarlı özkıyım düşüncelerine sahiptir. Takibe alınan hastaların %0,91'i özkıyım girişimi sonucunda hayatını kaybetmiş; %5'i en az bir kez özkıyım girişiminde bulunmuştur. %72,2 takip süresinde en az bir kez özkıyım düşüncesi bildirmiştir³⁴.

Tablo.1. Son yıllarda yapılmış bazı çalışmalarda OKB'de özkıyım düşünce (ÖD) ve özkıyım girişim(ÖG) oranları

	YB-ÖD(%)	Ş-ÖD(%)	YB-ÖG(%)
Torres 2006 ²⁸	63	-	25
Kamath 2007 ²⁹	59	28	27
Torres 2007 ³⁰	46	14	10
Balcı 2010 ²²	-	52	
Torres 2011 ³¹	36,1	10	11
Torresan 2013 ³²	37,8	-	11
Dhyani 2013 ³³	-	-	19,23

YB-ÖD: Yaşam boyu özkıyım düşüncesi; Ş-ÖD: Şimdiki özkıyım düşüncesi; YB-ÖG: Yaşam boyu özkıyım girişimi

OKB'de özkıyım risk faktörleri hakkında bilgi azdır³⁵. Özellikle duygudurum bozuklukları olmak üzere komorbide OKB ve özkıyım değişkenleri arasındaki ilişkiye aracılık edebilir^{39,31,34}. Sınırlı sayıdaki çalışmada antisosyal, borderline, çekingen kişilik bozukluğu, davranım bozukluğu komorbiditesinin ve dürtüsellüğün erişkin ve adolesanlarda özkıyım davranışı için belirgin risk faktörleri olabileceği bulunmuştur^{24,34,35}. Torres ve arkadaşları 582 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada yaşam boyu major depresif bozukluk (MDB), posttravmatik stres bozukluğu(PTSB), yaygın anksiyete bozukluğu ve dürtü kontrol bozukluğu komorbiditesinin özkıyımın tüm bileşenleri; distimik bozukluğun özkıyım düşüncesi ve planı; travmatik deneyimlerin ise yaşam boyu özkıyım düşüncesi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir³¹.

OKB'de özkıyım için sosyodemografik risk faktörlerine bakıldığında ise evli olmama³⁴ ve ailede özkıyım girişimi öyküsü³¹ ile özkıyım girişimi; düşük sosyoekonomik düzey ve dini uğraşların olmaması ile özkıyım düşüncesi³¹ arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. OKB hastalarında evlilik durumu başlangıç yaşı, hastalığın şiddeti ve seyri, kişilik özellikleri, komorbid psikiyatrik

hastalıklar, coğrafik durum ve kültürel etmenlere bağlıdır. Bu nedenle evlilik durumu ile özkıyım ilişkisi basit bir lineer ilişki değildir³⁴.

Farklı obsesif kompulsif belirti boyutlarıyla özkıyım riski arasındaki ilişki üzerine oldukça az veri vardır. Kamath ve arkadaşlarının çalışmasında özkıyım girişimi olanlarda dini obsesyonlar ve tekrarlama ve güven arama kompulsiyonları daha sık bulunmuştur²⁹. Alonso ve arkadaşlarının çalışmasında ise simetri/düzen obsesyon ve kompulsiyonları ile yüksek özkıyım riski arasında ilişki saptanmıştır³⁴. Torres ve arkadaşları ise cinsel/dinsel obsesyonlarla girişim dışındaki özkıyım boyutları; istifleme ile de özkıyım planları arasında ilişki saptanmıştır. Yine aynı çalışmada şimdi ve yaşam boyu özkıyım düşünce ve planları olan hastalarda YBOCS obsesyon, Beck depresyon (BD) ve Beck anksiyete (BA) ölçek puanlarının; girişim öyküsü olan hastalarda ise BD ve BA puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir³¹. Alonso ve arkadaşlarının izlem çalışmasında da bazal Hamilton depresyon ölçeği (HDÖ) skorları yüksek özkıyım riski ile ilişkili bulunmuştur³⁴.

Özkıyım düşüncesi olan ve olmayan hastaların karşılaştırıldığı bir çalışmada ise özkıyım düşüncesi olan ya da olmayan hastalarda komorbid depresyon tanısı oranları arasında anlamlı fark olmadığı, ancak bu tanının varlığının OKB'de şimdiki özkıyım düşüncesinin güçlü bir prediktörü olduğu gösterilmiştir. Yine aynı çalışmada özkıyım düşüncesi olan ve olmayan hastalar arasında kişilik bozukluğu açısından anlamlı fark saptanmamıştır²². Apter ve arkadaşları OKB hastası adolesanlarda özkıyım davranışı ve depresyon arasında şaşırtıcı şekilde bir ters ilişki saptamışlardır³⁶.

OKB hastalarında özkıyım şekli ile ilgili veriler oldukça sınırlıdır. Dhyanı ve arkadaşlarının çalışmasında %60 oranında zehirlenme ile özkıyım girişiminde buldukları belirlenmiştir³³.

Beden Dismorfik Bozukluğu ve Özkıyım

BDB daha önce somatoform bozukluklar başlığı altında sınıflandırılırken DSM-5 ile sınıflandırmadaki yeri değişmiştir¹⁰. Genel popülasyondaki görülme prevalansı %0,7 ile %2,4 arasında değişmektedir³⁷⁻⁴⁰.

BDB olan hastalar sıklıkla büyük ölçüde üzüntülü, başkaları tarafından kabul edilmediklerini hisseden, depresif ve sosyal olarak izole, özkıyım düşünce ve davranışı için için risk faktörlerine sahip bireylerdir⁴¹. BDB'da özkıyım düşünce, davranış ve tamamlanmış özkıyım girişimi

oranlarının yüksek olduğu olgu raporlarında, kesitsel ve prospektif çalışmalarda vurgulanmıştır⁴²⁻⁴⁶.

Phillips ve arkadaşlarının 200 BDB hastasının çeşitli klinik değişkenlerinin araştırdıkları bir çalışmada tedavi gören 134 hastada özkıyım düşüncesi oranı %81.3; tedavi görmeyen 66 hastada özkıyım düşüncesi oranı %71,2 olarak bildirilmiş ve iki oran arasında anlamlı fark saptanmamıştır⁴³. Philips ve arkadaşlarının BDB'da özkıyımı araştırdıkları bir başka prospektif çalışmalarında yıllık özkıyım düşüncesi görülme oranı %57,8; yıllık özkıyım girişim oranı %2,6; tamamlanmış yıllık özkıyım oranı %0,3 olarak belirlenmiştir⁴⁴. Otuz altı ergen ve 164 erişkin BDB hastasının klinik özelliklerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada; ergenlerde yaşam boyu özkıyım düşüncesi %80,6, özkıyım girişimi oranı %44,4; erişkinlerde düşünce oranı %77,4, girişim oranı %23,8 olarak bulunmuştur. Ergenlerde yaşam boyu özkıyım girişim oranlarının erişkinlere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır⁴⁵.

Genç BDB hastalarında özkıyım önemli bir konudur. Çünkü genellikle BDB başlangıcı erken ergenlik dönemdir^{43,47}. BDB hastası gençlerde 2 çalışmada özkıyım düşüncesi oranları %67 ve %81; yaşam boyu özkıyım girişim oranları ise %21-44 olarak bildirilmiştir^{45,48}. Bu kadar yüksek özkıyım düşünce ve girişim oranlarına rağmen BDB sıklıkla klinik ortamlarda yeterince tanınmaz. BDB hastalarını tanımak, onlara uygun tedaviyi düzenlemek özkıyım düşünce ve davranışlarını azaltabileceği için önemlidir⁴¹.

BDB da özkıyım için bazı risk faktörleri vardır. Bunlar yüksek özkıyım düşüncesi, özkıyım girişim, hospitalizasyon, işsizlik ve sakatlık oranları, bekar ya da ayrılmış olma, zayıf psikososyal destek, ve kötüye kullanım öyküsüdür. Ayrıca MDB, yeme bozukluğu veya madde kullanım bozukluğu komorbiditesi de ilave risk faktörleridir^{43,47,49-54}.

İki yüz hastada yapılan bir çalışmada özkıyım davranışı ve girişimi ile daha şiddetli yaşam boyu BDB, şimdiki fonksiyonel bozulmanın fazla olması, yaşam boyu bipolar bozukluk, herhangi bir kişilik bozukluğu ve borderline kişilik bozukluğu arasında belirgin ilişki bulmuşlardır. Sadece özkıyım düşüncesi öyküsü ile komorbid yaşam boyu MDB; sadece özkıyım davranışı öyküsü ile yaşam boyu PTSB, yeme bozukluğu, madde kullanım bozukluğu, delüzyonel BDB arasında ilişki saptanmıştır⁴³.

BDB ve OKB klinik karakteristiklerini karşılaştıran bazı çalışmalarda BDB hastalarında OKB hastalarından daha fazla oranda özkıyım düşüncesi bildirilmiştir^{55,56}. Bir çalışmada yaşam boyu özkıyım davranışları karşılaştırıldığında BDB hastalarında %22; OKB hastalarında %8 oranında

bildirilmiştir⁵⁵. Bir çalışmada ise komorbid OKB ve BDB hastalarında tek başına OKB ya da tek başına BDB hastalarına göre yüksek özkıyım girişimi oranları bildirilmiştir⁵⁶.

OKB ile İlişkili Diğer Bozukluklar ve Özkıyım

Klinik çalışmalarda trikotilomani ve deri yolma bozukluğu arasında davranış paterni, başlangıç yaşı, cinsiyet özellikleri, psikosozyal fonksiyonellik ve klinik şiddet aısından benzerlikler vardır^{57,58}. Nörobilişsel aından da bu hastalıklar arasında benzerlikler olabileceği düşünölmüştür; bu konuda yapılan çalışmalarda her 2 hastalık grubunda da çeşitli değerlendirmelerde dürtüsellikte bozulmalar saptanmıştır^{59,60}. Dürtüsellik bazı çalışmalarda özkıyım için risk faktörleri arasında gösterilmiştir. Bu nedenle dürtüselligin yüksek olduğu hastalarda özkıyım riskinin de yüksek olacağı düşünölebilir⁶¹.

Bazı yazarlar trikotilomaninin bir kendine zarar verme davranışı olduğunu savunmuşlardır. Bazıları ise trikotilomani davranışının özkıyım ve diğer kendine zarar verme davranışlarını içeren bir kendine zarar verme dizisine ait olduğu teorisini savunmuşlardır. Bu nedenle trikotilomani öyküsü olan hastalarda diğer kendine zarar verici davranışların daha sık gözlenmesi umulabilir. 186 hastalık bir çalışmada trikotilomani hastalarında %15,1 özkıyım girişimi bildirilmiştir⁶². Trikotilomani ve deri yolma bozukluğunda özkıyım düşüncesi, girişimi ve tamamlanmış özkıyımlarla ilgili yeterli veri bulunmamaktadır.

İstifleme bozukluğu ve özkıyım ilişkisinin doğrudan araştırıldığı çalışmalara ait veri yoktur. Bu konu ile ilgili veriler çoğunlukla istiflemenin olduğu ve olmadığı OKB hastalarında yapılan çalışmalara dayanmaktadır. Çocuk ve ergen hastaların karşılaştırıldığı bir çalışmada özkıyım için risk faktörü olabilecek agresyonun istiflemenin olduğu OKB hastalarında yüksek olduğu gösterilmiştir⁶³. Yine erişkin OKB hastalarında yapılan benzer bir çalışmada da istiflemenin olduğu grupta hayat yaşamaya değmez, keşke ölse düşünöceleri, özkıyım planı ve girişimi oranları yüksek saptanmıştır⁶⁴.

Sonuç

OKB ve ilişkili bozukluklar tanımı DSM-5 ile tanımlanmış bir gruptur. Bu gruptaki hastalıkların bazılarının sınıflandırıldığı gruplar değişmiş, bazıları ise yeni tanımlanmıştır. OKB ile özkıyım girişimi arasındaki ilişkiyi araştırın çalışmalar bulunmasına rağmen veriler çelişkilidir. OKB ile ilişkili bozukluklardan özkıyım ile ilgili en çok veri beden algısı bozukluğu ile ilgilidir. Diğer bozukluklarla ilgili veriler ise oldukça sınırlıdır. Bu bozukluklarda özkıyım ve risk faktörlerinin

araştırılacağı, OKB ve ilişkili hastalıkların birbiri ile karşılaştırılacağı geniş örneklemli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

1. Özgüven HD. İntihar davranışının epidemiyolojisi. *Turkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*. 2008;1:1-7.
2. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arc Gen Psychiatry*. 1999;56:617-26.
3. Ramsay R, Bagley C. The prevalence of suicidal behaviors, attitudes and associated social experiences in an urban population. *Suicide Life Threat Behav*. 1985;15:151-67.
4. Zimmerman M, Lish JD, Lush DT, Farber NJ, Plescia G, Kuzma MA. Suicidal ideation among urban medical outpatients. *J Gen Intern Med*. 1995;10:573-6.
5. Paykel ES, Myers JK, Lindenthal JJ, Tanner J. Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. *Br J Psychiatry*. 1974;124:460-9.
6. Lee S, Fung SC, Tsang A, Liu ZR, Huang YQ, He YL et al. Lifetime prevalence of suicide ideation, plan, and attempt in metropolitan China. *Acta Psychiatr Scand*. 2007;116:429-37.
7. Scooco P, de Girolamo G, Vilagut G, Alonso J. Prevalence of suicide ideation, plans, and attempts and related risk factors in Italy: results from the European Study on epidemiology of mental disorders-world mental health study. *Compr Psychiatry*. 2008;49:13-21.
8. Cogle JR, Keough ME, Riccardi CJ, Sachs-Ericsson N. Anxiety disorders and suicidality in the National Comorbidity Survey-Replication. *J Psychiatr Res*. 2009;43:825-9.
9. 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;30:917-29.
10. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edition. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2013.
11. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Synopsis of Psychiatry*. 7. Baskı, Baltimore: Williams&Wilkins. 1994.
12. Özgüven HD. İntihar davranışı riskinin değerlendirilmesi. *Turkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*. 2008;1:8-14.
13. Moscicki EK. Epidemiology of suicidal behavior. *Suicide Life Threat Behavior*. 1955;25:22-35.
14. Richardson R, Lowenstein S, Weissberg M. *Coping with the suicidal elderly: a physician's guide*. Geriatrics. 1989;44:43-7.
15. De Leo D, Ormskerk SCR. Suicide in the elderly: general characteristics. *Crisis*. 1991;12:3-17.

16. Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen PB. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. *BMJ*. 2002;325:7355-74.
17. Cheng ATA, Chen THH, Chen CC, Jenkins R. Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide: *Br J Psychiatry*. 2000;177:360-5.
18. Monk M. Epidemiology of suicide. *Epidemiol Rev*. 1987;9:51-69.
19. Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/Euro multicentre study on parasuicide. *Acta Psychiatr Scand*. 1996;93:327-38.
20. Bagley C, Ramsey R. Psychosocial correlates of suicidal behaviors in an urban population. *Crisis*. 1985;6:63-77.
21. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self harm. *Br J Psychiatry*. 2002;181:183-9.
22. Balci V, Sevincok L. Suicidal ideation in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. 2010;175:104-8.
23. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45:1094-9.
24. Hollander E, Greenwald S, Neville D, Johnson J, Hornig CD, Weissman MM. Uncomplicated and comorbid obsessive-compulsive disorder in an epidemiologic sample. *Depress Anxiety*. 1996-1997;4:111-9.
25. Goodwin DW, Guze SB, Robins E. Follow-up studies in obsessional neurosis. *Arch Gen Psychiatry*. 1969;20:182-7.
26. Koran LM, Thienemann ML, Davenport R. Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1996;153:783-8.
27. Khan A, Leventhal RM, Khan S, Brown WA. Suicide risk in patients with anxiety disorders: a meta-analysis of the FDA database. *J Affect Disord*. 2002;68:183-190.
28. Torres AR, Prince MJ, Bebbington PE, Bhugra D, Bhugra TS, Farrell M et al. Obsessive-compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *Am J Psychiatry*. 2006;163:1978-85.
29. Kamath P, Reddy YCJ, Kandavel T. Suicidal behavior in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2007;68:1741-50.
30. Torres AR, de Abreu Ramos-Cerqueira AT, Torresan RC, de Souza Dominques M, Hercos AC, Guimaraes AB. Prevalence and associated factors for suicidal ideation and behaviors in obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr*. 2007;12:771-8.

31. Torres AR, Ramos-Cerqueira AT, Ferrao YA, Fontenelle LF, do Rosario MC, Miguel EC. Suicidality in obsessive-compulsive disorder: prevalence and relation to symptom dimensions and comorbid conditions. *J Clin Psychiatry*. 2011;72:17-26.
32. Torresan RC, Ramos-Cerqueira AT, Shavitt RG, do Rosario MC, de Mathis MA, Miguel EC et al. Symptom dimensions, clinical course and comorbidity in men and women with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. 2013;209:186-95.
33. Dhyani M, Trivedi JK, Nischal A, Sinha PK, Verma S. Suicidal behaviour of Indian patients with obsessive compulsive disorder. *Indian J Psychiatry*. 2013;55:161-6.
34. Alonso P, Segalas C, Real E, Pertusa A, Labad J, Jimenez-Murcia S et al. Suicide in patients treated for obsessive-compulsive disorder: A prospective follow-up study. *J Affect Disord*. 2010;124:300-8.
35. Torres AR, Shavitt RG, Torresan RC, Ferrao YA, Miguel EC, Fontenelle LF. Clinical features of pure obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2013;54:1042-52.
36. Apter A, Horesh N, Gothelf D, Zalsman G, Erlich Z, Soreni N et al. Depression and suicidal behaviour in adolescent inpatients with obsessive compulsive disorder. *J Affect Disord*. 2003;75:181-9.
37. Faravelli C, Salvatori S, Galassi F, Aiazzi L, Drei C, Cabras P. Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1997;32:24-9.
38. Koran LM, Abujoude E, Large MD, Serpe RT. The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population. *CNS Spectr*. 2008;13:316-22.
39. Otto MW, Wilhelm S, Cohen LS, Harlow BL. Prevalence of body dysmorphic disorder in a community sample of women. *Am J Psychiatry*. 2001;158:2061-3.
40. Rief W, Buhlmann U, Wilhelm S, Borkenhagen A, Brahler E. The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychol Med*. 2006;36:877-85.
41. Phillips KA. Suicidality in body dysmorphic disorder. *Prim Psychiatry*. 2007;14:58-66.
42. Phillips KA. Body dysmorphic disorder: the distress of imagined ugliness. *Am J Psychiatry*. 1991;148:1138-49.
43. Phillips KA, Menard W, Fay C, Weisberg R. Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*. 2005;46:317-25.
44. Phillips KA, Menard W. Suicidality in body dysmorphic disorder: a prospective study. *Am J Psychiatry*. 2006;163:1280-2.
45. Phillips KA, Didie ER, Menard W, Pagano ME, Fay C, Weisberg RB. Clinical features of body dysmorphic disorder in adolescents and adults. *Psychiatry Res*. 2006;141:305-14.
46. Phillips KA, McElroy SL, Keck PE Jr, Hudson JI, Pope HG Jr. A comparison of delusional and nondelusional body dysmorphic disorder in 100 cases. *Psychopharmacol Bull*. 1994;30:179-86.

47. Phillips KA, Diaz SF. Gender differences in body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis.* 1997;185:570-7.
48. Albertini RS, Phillips KA. 33 cases of body dysmorphic disorder in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1999;38:453-9.
49. Veale D, Boocock A, Gournay K, Dryden W, Shah F, Willson R et al. Body dysmorphic disorder: a survey of fifty cases. *Br J Psychiatry.* 1996;169:196-201.
50. Perugi G, Giannotti D, Frare F, Vaio SD, Valori E, Maggi L et al. Prevalence, phenomenology and comorbidity of body dysmorphic disorder(dysmorphophobia) in a clinical population. *Int J Clin Pract.* 1997;1:77-82.
51. Phillips KA, Menard W, Fay C, Pagano ME. Psychosocial functioning and quality of life in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry.* 2005;46:254-60.
52. Philips KA, Coles ME, Menard W, Yen S, Fay C, Weisberg RB. Suicidal ideation and suicide attempts in body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry.* 2005;66:717-25.
53. Hollander E, Cohen LJ, Simeon D. Body dysmorphic disorder. *Psych Ann.* 1993;23:359-64.
54. Gunstad J, Phillips KA. Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry.* 2003;44:270-6.
55. Phillips KA, Gunderson CG, Mallya G, McElroy SL, Carter W. A comparison study of body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry.* 1998;59:568-75.
56. Phillips KA, Pinto A, Menard W, Eisen JL, Mancebo M, Rasmussen SA. Obsessive-compulsive disorder versus body dysmorphic disorder: a comparison study of two possibly related disorders. *Depress Anxiety.* 2007;24:399-409.
57. Cohen LJ, Stein DJ, Simeon D, Spadaccini E, Rosen J, Aronowitz B et al. Clinical profile, comorbidity, and treatment history in 123 hair pullers: a survey study. *J Clin Psychiatry.* 1995;56:319-26.
58. Odlaug BL, Grant JE. Trichotillomania and pathologic skin picking: clinical comparison with an examination of comorbidity. *Ann Clin Psychiatry.* 2008;20:57-63.
59. Chamberlain SR, Fineberg NA, Blackwell AD, RobbinsTW, Sahakian BJ. Motor inhibition and cognitive flexibility in obsessive-compulsive disorder and trichotillomania. *Am J Psychiatry.* 2006;163:1282-4.
60. Odlaug BL, Chamberlain SR, Grant JE. Motor inhibition and cognitive flexibility in pathologic skin picking. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2010;34:208-11.
61. Gvion Y, Apter A. Aggression, impulsivity, and suicide behavior: A review of the literature. *Arch Suicide Res.* 2011;15:93-112.
62. Stein DJ, Christenson GA, Hollander E. Trichotillomania. Washington DC, American Psychiatric Press, 1999.

63. Storch EA, Lack CW, Merlo LJ, Geffken GR, Jacob ML, Murphy TK et al. Clinical features of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder and hoarding symptoms. *Compr Psychiatry*. 2007;48:313-8.
64. Torres AR, Fontenelle LF, Ferrao YA, do Rosario MC, Torresan RC, Miguel EC et al. Clinical features of obsessive-compulsive disorder with hoarding symptoms: A multicenter study. *J Psychiatr Res*. 2012;46:724-32.

Correspondence Address / Yazışma Adresi

Gonca Karakuş
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı
Adana, Turkey
e-mail: goncakaratas78@hotmail.com