

T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**İNTİHAR GİRİŞİMİNDE BULUNAN ÇOCUK VE ERGENLERİN ANNE
VE/VEYA BABALARINDA PSİKOPATOLOJİ VE AİLE
İŞLEVSELLİĞİNİN İNCELENMESİ**

Dr. Feride MEYDAN
UZMANLIK TEZİ

SİVAS

2010

**TC
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**İNTİHAR GİRİŞİMİNDE BULUNAN ÇOCUK VE ERGENLERİN ANNE
VE/VEYA BABALARINDA PSİKOPATOLOJİ VE AİLE
İŞLEVSELLİĞİNİN İNCELENMESİ**

**Dr. Feride MEYDAN
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Nesim KUĞU**

SİVAS

2010

Tıpta Uzmanlık Tez Yazım Yönergesi, Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 10/02/2010 tarih ve 2010 / 1-2 sayılı kararı ile kabul edilerek yürürlüğe girmiştir.

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım; tezimle ilgili her konuda desteğini gördüğüm hocam ve tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Nesim KUĞU'ya; bilimsel gelişmemde büyük paya sahip, hekimliğin incelikleri konusunda çok şey öğrendiğim Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Orhan DOĞAN'a; tecrübe ve bilgisini esirgemeyen Sayın Yrd. Doç. Dr. Önder KAVAKCI'ya; tezimin hazırlanması sırasında bilgi ve deneyimini paylaşan ve arkadaşlığından büyük haz duyduğum Uzm. Dr. Ayşegül Selcen GÜLER'e; Psikiyatri Anabilim Dalında birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum araştırma görevlisi arkadaşlarıma; servis hemşirelerimize, personellerimiz ve bölüm sekreterlerimiz Lütfiye ÇİMEN ve Sevinç KILIN'a; bu çalışmanın gerçekleşmesini sağlayan tüm katılımcılara; her zaman yanımda olan ve sevgilerini daima hissettiğim aileme; varlığı ile mutlu olduğum, her zaman yanımda olacağını bildiğim meslektaşım ve kardeşim Güngör'e sonsuz saygı ve teşekkürlerimle...

Feride MEYDAN

Kasım, 2010

İNTİHAR GİRİŞİMİNDE BULUNAN ÇOCUK VE ERGENLERİN ANNE VE/VEYA BABALARINDA PSİKOPATOLOJİ VE AİLE İŞLEVSELLİĞİNİN İNCELENMESİ

Dr. Feride Meydan, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sivas, 2010

ÖZET

Bu çalışmada, intihar girişimi için risk etkeni olabileceği düşünülerek, intihar girişiminde bulunmuş çocuk ve ergenlerin anne-babalarında sosyodemografik özellikler, anne-baba psikopatolojisi ve aile işlevselliğinin araştırılması amaçlandı. Çalışmada intihar girişiminde bulunmuş 50 çocuk ve ergen ile yaş ve sosyoekonomik düzey açısından eşleştirilmiş intihar girişiminde bulunmamış 49 çocuk ve ergen için sosyodemografik bilgi formu dolduruldu. Çalışma grubundaki 50 anne ile 37 babaya ve kontrol grubundaki 49 anne ile 47 babaya sosyodemografik bilgi formu ve Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) verildi. Daha sonra anne-babalara SCID-I ve SCID-II uygulandı. Çalışma grubunda parçalanmış aile sayısı daha fazlaydı. Annenin eğitim düzeyi çalışma grubunda kontrol grubuna göre daha düşüktü ($p<0.05$). Çalışma grubundaki annelerin 12'sinde (%24) intihar girişimi vardı. Çalışma grubundaki annelerin %80'inde SCID-I'e göre birinci eksen tanısı saptandı ve iki grup karşılaştırıldığında fark istatistiksel olarak anlamlıydı. Birinci eksen tanısı saptanan annelerin 24'ünde (%48) majör depresyon vardı. İki grup arasında ikinci eksen tanıları açısından istatistiksel fark yoktu. Çalışma grubundaki babaların %35.1'inde SCID-I'e göre birinci eksen tanısı saptandı, iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı. Otuz yedi babanın beşinde (%37.5) majör depresyon vardı. Çalışma grubundaki babalarda antisosyal kişilik bozukluğu kontrol grubuna göre daha fazlaydı ($p<0.05$). ADÖ'ye göre annelerde problem çözme, iletişim, davranış kontrolü ve genel işlevler; babalarda problem çözme ve duygusal tepki verme alt ölçekleri açısından iki grup arasında anlamlı fark saptandı.

Sonuç olarak intihar öyküsü bulunan ve psikopatolojisi olduğu belirlenen erişkinlere yönelik tedavinin içinde, aile işleyişindeki yetersizlikleri anlama ve sağlıklı baş etme stratejilerini güçlendirmeye yönelik aile odaklı yaklaşımların, çocuk ve ergen intihar girişimlerini azaltmaya katkıda bulunacağı düşünülebilir.

Anahtar kelimeler: İntihar girişimi, anne-baba, psikopatoloji, aile işlevselliği

PARENTAL PSYCHOPATHOLOGY AND FAMILY FUNCTIONING IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WHO HAVE ATTEMPTED SUICIDE

Feride Meydan, M.D., Department of Psychiatry, Sivas, 2010

ABSTRACT

Primary objective of this study was to investigate family functioning, psychopathology and sociodemographic characteristics of parents of children and adolescents who have attempted suicide. Sociodemographic forms were completed for 50 subjects who have attempted suicide and 49, age and socioeconomic level-matched control subjects, who have no suicide attempt. Sociodemographic form and Family Assessment Device (FAD) were completed for the study (50 mothers, 37 fathers) and the control (49 mothers, 47 fathers) groups and SCID-I/SCID-II were administered to both groups. There were more intact families in the control group compared with the study group. Education level of the mothers in the study group was lower than that of the control group ($p < 0.05$). 12 mothers in the study group (24%) had a history of suicide attempt where there were no history of suicide attempts in either parents of the control subjects. 80% of the mothers in the study group had a SCID-I diagnosis and the difference was statistically significant between two groups ($p = 0.001$). 24 of the mothers (48%) with axis I diagnoses had major depression. Two groups were not different from each other in terms of parental axis II diagnoses. 35.1% of the fathers in the study group had an axis I diagnosis and the difference between the two groups was statistically significant ($p = 0.001$). 5 of 37 fathers in the study group (37.5%) had major depression. Antisocial personality disorder was diagnosed more in the fathers of the subjects in the study group ($p < 0.05$). According to FAD, problem solving, communication, behavior control and general functioning dimensions in mothers and problem solving and emotional reaction dimensions in fathers discriminated the two groups.

In conclusion, assessment and treatment of adults with psychopathology who have a history of suicide attempt should involve family-oriented approaches, which might help understanding deficiencies in family functioning and strengthening healthy coping strategies in families, which in turn might result in a decrease in child and adolescent suicidal behaviors.

Key Words: Suicide attempt, parents, psychopathology, family functioning

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. TANIM	3
2.2. TARİHÇE	3
2.3. EPİDEMİYOLOJİ	4
2.4. RİSK ETKENLERİ	5
2.5. ETİYOLOJİ	13
2.6. TEDAVİ	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1. ÖRNEKLEM	19
3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	20
3.3. UYGULAMA	23
3.4. İSTATİSTİKSEL YÖNTEM	23
4. BULGULAR	24
5. TARTIŞMA	32
SONUÇ VE ÖNERİLER	42
KAYNAKLAR	44
EKLER	

SİMGELER VE KISALTMALAR

- ADÖ:** Aile Değerlendirme Ölçeği
BOS: Beyin omurilik sıvısı
DİE: Devlet İstatistik Enstitüsü
DSM: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
DVK: Davranış Kontrolü
DTV: Duygusal Tepki Verme
GİG: Gereken İlgiyi Gösterme
GNF: Genel Fonksiyonlar
İLT: İletişim
MDB: Majör depresif bozukluk
MAO: Monoamin Oksidaz
OKB: Obsesif kompulsif bozukluk
OKKB: Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu
TSSB: Travma sonrası stres bozukluğu
PRÇ: Problem çözme
ROL: Roller
SKB: Sınır kişilik bozukluğu
SCID-I: DSM-IV Eksen I İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme
SCID-II: DSM-III-R Eksen II İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme
TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu
TPH: Triptofan hidroksilaz
5-HIAA: 5-hidroksi indol asetik asit
5-HT2A: 5-Hidroksitriptamin 2A reseptörleri
YAB: Yaygın anksiyete bozukluğu

TABLÖLAR

Tablo 1. Çalışma ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri

Tablo 2. Çalışma ve kontrol grubundaki annelerin sosyodemografik özellikleri

Tablo 3. Çalışma ve kontrol grubundaki babaların sosyodemografik özellikleri

Tablo 4. Annelerin birinci eksen tanıları

Tablo 5. Annelerin ikinci eksen tanıları

Tablo 6. Babaların birinci eksen tanıları

Tablo 7. Babaların ikinci eksen tanıları

Tablo 8. Annelerin ADÖ alt ölçekleri puan ortalamaları

Tablo 9. Babaların ADÖ alt ölçekleri puan ortalamaları

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Erişkinde intihar tanımının daha kolay yapılabilmesine karşılık, çocuk ve ergenler için bu tanımlama çeşitli nedenlere bağlı olarak daha zordur. Çocukta psikiyatrik bozuklukların doğal gidişi erişkine benzememekte, bilişsel olarak ölüm kavramının algılanması gelişim evresine göre değişmektedir. Ölüm kavramı, çocuklarda on yaşından sonra erişkindekine benzer biçime giderek yaklaşır (1). Çocukta intihar kavramının algılanması da ölüm kavramına paralellik göstermekte, ölüm kavramının farklı algılanması intihar davranışını etkilemekte, hatta kolaylaştırmaktadır (2).

Çocukta intihar davranışını, her zaman psikiyatrik tanılar ile açıklamak mümkün değildir. Okul başarısızlıkları, okulla ilgili disiplin sorunları, yaşıit ilişkilerinde yaşanan zorluklar, özellikle ergenlik döneminde yaşanan romantik ilişkilerdeki hayal kırıklıkları, anne-babalarla yaşanan çatışmalar ve cezalandırılma korkusu, sorunlu ev ortamı intihar girişimini kolaylaştırabilir (3, 4, 5). Bu tip zorlukların her çocuk-ergende intihar davranışına neden olması beklenmez. Nispeten daha kırılğan bir yapının varlığı ve savunma düzeneklerinin yetersiz olması, sıklıkla yaşanan engellenmeler, yoğun anksiyete veya agresyonun görülmesi, psikososyal stresörlere karşı duyarlılığı arttırmaktadır (6).

Aile ile ilgili etkenler, çocuk-ergen intihar girişimlerinde önemli bir yer tutmaktadır. Anne ve/veya babanın kaybedilmesi, ailenin parçalanması ve boşanma, ailede işsizlik önemli sorunlar arasındadır (7). Gould ve arkadaşları (3), 20 yaş altında, ölümle sonuçlanan 120 intihar olgusunun psikolojik otopsilerinde, kontrol grubuna oranla daha fazla tek anne-babanın olduğu ailelerden geldiklerini ve anne-baba ilişkilerinde doyumsuzluk yaşadıklarını saptamışlardır. Başka çalışmalarda da bozuk aile-çocuk ilişkisi (8), aile içi çatışmalar (9) ve çocuğa kötü muamele edilmesi (10) ile intihar girişimi arasında ilişki olduğu bulunmuştur.

Bir çalışmada intihar girişiminde bulunmuş ergenlerin anne-babalarında depresyon ve madde kötüye kullanımı ile bozuk anne-çocuk ilişkisi anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Babaların kendine güvensiz ve depresyonda, annelerin ise endişeli oldukları ve intihar düşüncesi taşıdıkları saptanmıştır. Aynı çalışmada anne ve/veya babada alkol kullanımının yüksek olduğu bulunmuştur (11). Pfeffer ve

arkadaşları (6), 6-12 yaşları arasında intihar girişiminde bulunmuş çocukları kontrol grubu ile karşılaştırdıklarında, annedeki depresyonun önemli bir risk etkeni olduğunu belirlemişlerdir. Annedeki depresyon, özellikle doğumdan sonraki ilk yıllarda anne-çocuk ilişkisini ve çocuğun anneye bağlanma biçimini olumsuz yönde etkilemekte, annenin çökkün duygudurumu ile özdeşim yapan çocukta kendisine zarar verici davranışlar görülmektedir (6).

Temel Hipotezler ve Amaçlar

Bu çalışmada şu hipotezlerin incelenmesi amaçlanmaktadır:

1. İntihar girişiminde bulunmuş çocuk ve ergenlerin anne-babalarının, intihar girişiminde bulunmamış kontrol grubunun anne-babalarına göre psikopatolojileri daha fazladır.
2. İntihar girişiminde bulunmuş çocuk ve ergenler ile intihar girişiminde bulunmamış çocuk ve ergenlerin aile işlevleri farklıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İntiharın Tanımı

İntihar, Latince “insanın kendini öldürmesi” anlamına gelen ‘suicidere’den İngilizceye “suicide” şeklinde geçmiştir (12).

İntihar, bireyin kendi yaşamına son vermek amacıyla eyleme geçmesi anlamına gelmektedir (13). Türk Dil Kurumu tarafından intihar sözcüğü yerine “özkıyım” veya “özekıyım” önerilmektedir (14). Edwin Shneidman’a göre intihar, “dayanılmaz acıları, ağır sorunları olan, şaşırılmış, bozulmuş ve gücü azalmış benliğin çözüm arayıcı bir eylemidir” (12). Durkheim intiharı “ölen kişi tarafından ölümle sonuçlanacağı bilinerek yapılan olumlu ya da olumsuz bir eylemin doğrudan ya da dolaylı sonucu olan her ölüm olayı” olarak tanımlamıştır (15). Ölümle sonuçlanan eylemlere “intihar”, ölümle sonuçlanmayanlara ise “intihar girişimi” adı verilmektedir. İntihar davranışı kavramı, intihar düşüncesi (istemli olarak kendine zarar verme ve ölüm düşünceleri), intihar girişimi (istemli olarak kendine zarar verme girişimi) ve intiharı (ölümü) içermektedir (16).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) intiharı, “gerçek intihar” ve “intihar girişimleri” olarak iki grupta ele almaktadır. Gerçek intiharlar ölümle sonuçlanır. DSÖ intihar girişimini şu şekilde tanımlar: “Ölümcül sonucu olmayan bir davranıştır, bu davranışta kişi alışılmamış bir davranışı amaçlı olarak başlatır, diğer kişilerin müdahalesi yoktur, bu davranış kişinin kendisine zarar verecektir. Kişi reçete edilmiş bir maddeyi amaçlı olarak aşırı miktarlarda ya da genellikle tanımlanmış tedavi edici dozlarından daha fazla miktarda yutar ve kişinin amacı, maddenin gerçek ya da beklenen fiziksel sonuçlarını değiştirmeyi gerçekleştirmektir” (17).

2.2. İntiharın Tarihçesi

İntiharın tarihi, en eski yazılı kayıtlara (örneğin, Sokrates, Seneca) ya da doğru yorumlandı ise resimli tasvirlerle kadar uzanır (18). İlk bilimsel sınıflamalardan biri Emile Durkheim tarafından yapılmıştır. İntiharı egoistik, anomik ve altruistik tipleri olmak üzere üçe ayırmıştır. Egoistler, yalnız, içe kapanık ve çevreleriyle yeterince bütünleşmemiş bireylerken; anomik tipler yaşamdaki değişimlere ayak uyduramayan (örneğin, iş kaybı, aşkının kaybı) ya da hep böyle olanlardır. Altruistikler, bir fedakârlık sergilerken ölmüşlerdir (örneğin, arkadaşını kurtarmak

için el bombasının üstüne kendini atan bir asker gibi). Neredeyse bütün batı dinlerince yasaklanmış olmasına rağmen, intihar bugüne dek hep olmuştur (18).

Gençlerdeki epizodik intihar epidemileri, intihar davranışı ile ilişkili özelliklerin anlaşılmasını, mortalite ve morbiditeyi azaltıcı önlemlerin alınmasını gerekli kılmıştır. On dokuzuncu yüzyılda Goethe tarafından yayınlanan “Genç Werther’in Acıları” adlı kitabın ardından gençlerde intihar epidemileri ortaya çıkmıştır. Bu epidemi, bir aşk ilişkisinin bozulmasından sonra kendini vuran kitabın kahramanının taklit edilmesi ile ilişkilendirilmiş ve kitap Avrupa’da yasaklanmıştır. Genç intiharlarındaki önemli oranda artış, 1910’da Viyana’da, intihar davranışında risk etkenleri ile ilgili özel bir toplantının düzenlenmesini gerekli kılmıştır. Burada Freud, gençlerde intihar için en önemli risk etkeninin aşık olunan kişi ile ilgili olduğu üzerinde dururken, çocukluk dönemindeki dinamik etkenlerin de daha derin çalışmalarla açığa çıkarılması gerektiğini bildirmiştir. Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) 1960’larda başlayıp 1977’lerde en üst noktaya ulaşan, 15-24 yaşları arasındaki bireylerde intihar oranlarında artış olduğu saptanmıştır. İlk kez 1980’lerde dünyada toplu genç intiharları gerçekleşmiştir. Bunların sonucunda intihar davranışının engellenmesine yönelik olarak yaygın bir toplumsal ilgi ortaya çıkmıştır (19).

2.3. Epidemiyoloji

İntihar, DSÖ’nün verilerine göre gelişmiş ülkelerde ölümlerin en önde gelen on nedeninden biridir. Ölüm nedenleri arasında kalp hastalıkları, kanser, serebrovasküler hastalıklar, kazalar, pnömoni, diyabet ve sirozdan sonra sekizinci sırada yer almaktadır. Özellikle genç yaşlardaki en sık ölüm nedenlerinden biridir (20). Dünyada, her gün yaklaşık bin kişinin intihar ettiği tahmin edilmektedir (20).

Genel toplumda intihar sıklığı yıllık 100.000’de 10–20 kadardır (20, 21). Değişik ülkelerde bu oran 100.000’de 10–40 arasında değişmektedir (22, 20). İntihar girişimi oranı ise, bunun 15 katı kadardır (20). Bu oran ABD’de yıllık 100.000’de 12.5’tir (20). Baltık ülkelerinde 100.000’de 35’in üzerine çıkabilmekte, İrlanda ve Mısır gibi ülkelerde ise 100.000’de 10’nun altına düşebilmektedir (20).

Çocukta intihar girişimi bir bulgu olarak, kendine zarar vermek veya ölmek için yapılan her türlü kendine zarar verici davranış şeklinde tanımlanmaktadır (23).

Yapılan birçok çalışmanın sonuçlarına göre, çocuklarda tamamlanmamış (ölümle sonuçlanmayan) intihar girişiminin yaygınlığı %1 civarındadır. Tamamlanmış (ölümle sonuçlanan) intihar prevalansı beş-dokuz yaş arası çocuklarda düşük olup literatür de seyrek olarak tanımlanmaktadır. Ergenlerde çeşitli çalışma sonuçlarına göre intihar girişimi yaygınlığı %1.7-5.9 arasında değişmektedir (24). On-on dört yaş arasında tamamlanmış intihar yaygınlığı erkeklerde 2.4/100.000, kızlarda 0.96/100.000 olup, bu oranlar 15-19 yaşlar arası için sırasıyla 18.25/100.000 ve 3.48/100.000 olarak bulunmuştur (24). 1991 yılına ait bir çalışmada, tamamlanmış intihar girişiminde bulunmuş beş-on dört yaş arasında 266 çocuk bildirilmiş, intihar için yaşa özgü mortalite hızı 0.7/100.000 olarak saptanmıştır (25). Toplum taramalarında çocuklar ve ergenler için intihar düşüncesi (niyeti) oranı sırası ile %6.6 (26), %26 (27) olarak belirlenmiştir. Ergenler için intihar niyeti ve intihar eylemi arasındaki süreç ve birbirleri ile ilişkilerini ortaya koyan bilgileri almak daha kolayken, çocuklarda bu niyeti ve aradaki süreci değerlendirmek oldukça zordur (28). Ölümle sonuçlanan intihar olayları erkeklerde kızlardan üç-beş kat daha fazladır. Ölümle sonuçlanmayan intihar girişimleri ise, kızlarda erkeklerden en az iki-üç kat daha fazla görülmektedir (29).

2.4. Risk Etkenleri

2.4.1. Yaş

İntihar ve intihar girişimi oranları yaşa bağlı olarak ergenlikten sonra anlamlı olarak artmaktadır. On dört yaşın altındaki çocuklarda intihar oranı 100.000'de birin altında iken 15-19 yaş grubunda 100.000'de on oranında görülmektedir. İntihar girişiminin tamamlanmış intiharlara oranı, 14 yaşın altındakilerde 1/50 iken, 15-19 yaş grubunda 1/15'dir (30). En yüksek tamamlanmış intihar oranları erkekler arasında 45 yaşından sonra, kadınlar arasında ise 55 yaşından sonra görülür (22). Yaşlılarda intihar girişimlerinin sıklığı gençlerde olduğu kadar yüksek değildir ama girişimin ölümle sonlanma olasılığı gençlerden ve genel toplumda olduğundan çok daha yüksek olup 100.000'de 25'tir (31). Gençlerde tamamlanmış intiharların intihar girişimlerine oranı 1/200 iken, yaşlılarda bu oran 1/4'tür (31). Günümüzde intiharların çoğu 15-44 yaşları arasında görülmektedir (22).

Çalışmalarda intihar girişiminde bulunan olgular 7-15 yaş, 9-15 yaş, 12-17 yaş, 12-18 yaş, 11-19 yaş grupları arasında değişmektedir (32, 33, 34, 35, 36, 37).

Türkiye’de tüm intihar girişimlerinin %30-35’i 14-15 yaş grubu arasında görülmektedir (38).

2.4.2. Cinsiyet

Genel olarak tamamlanmış intiharlar erkeklerde, intihar girişimleri kadınlarda daha sık görülmektedir (31). İntihar hızı erkeklerde tüm yaşlarda kadınlara göre ABD’de üç kat (39), Avrupa’da ve Türkiye’de ise yaklaşık iki kat fazladır (31, 40, 41). İntihar girişimlerinde ise, kadın/erkek oranının ABD’de 4/1.5, Avrupa’da 1.5/1.13 ve Türkiye’de 2/1 olduğu bildirilmektedir (31).

Literatürde intihar girişimi açısından kız/erkek oranı için %70 ile %96 arasında rakamlar bildirilmektedir (33, 34, 35, 42, 43).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda kızların erkeklere oranla daha fazla intihar girişiminde buldukları saptanmıştır (36, 44).

Kızların erkeklere oranla daha az ölümcül yöntemlere başvurduğu, erkeklere oranla daha gizli yardım isteme yöntemlerini yeğlediği ve ergenlik dönemi sonrası kızlarda duygulanım bozukluklarının daha yaygın olduğu gibi bir dizi neden bu yaygınlığı açıklamak için öne sürülmüştür (45).

2.4.3. Ailesel Etkenler

Çocuk ve ergenlerde intihar ve intihar girişimi ile ilgili yapılan çalışmalarda intihar davranışı ile diğer aile özellikleri arasında ilişki olduğu gösterilmiştir. Ailede intihar öyküsü ve ruhsal bozukluk, aile içi uyuşmazlık, boşanma ile çocuk ve ergenin kendine zarar verici davranışları arasında ilişki olduğu belirtilmiştir (46). Ailede intihar girişiminin varlığı, özellikle tamamlanmış ve ölümlü sonuçlanan intihar olaylarında önemli bir risk etkeni olarak kabul edilmektedir (47, 48, 49).

Pek çok çalışmada, intihar girişiminde bulunan çocuk veya ergenin ailesindeki intihar girişimi öyküsü anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (3, 50). Bozuk anne-baba ve çocuk ilişkisi ile ailedeki psikopatolojilerin kontrol edilmesi sonrasında da çocukta intihar girişiminin sürdüğünü gören bazı araştırmacılar, bunu sorunlu aile ortamından çok, genetik yükünlüğe bağlamışlardır (3, 51). Anne-babanın taklit

edilmesi ve zorluklarla baş etmede bunun bir yöntem olarak öğrenilmesinin, çocukta intihar girişimine yatkınlığı arttırdığı tartışmalıdır (52).

İntihar girişimi görülen ergenlerin ailelerinde de intihar girişiminin %2 ile %30 arasında değiştiği, anne-babalarda ruhsal bozukluk (%15-47) ve madde kötüye kullanımının (%16-35) da sık olduğu görülmüştür (53). İntihar girişiminde bulunmuş 67 ergen kontrol grubu ile karşılaştırmış, intihar grubunun anne-babalarında depresyon ve madde kötüye kullanımı, bozuk anne-çocuk ilişkisi anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. İlaç bağımlılığı da önemli bir aile sorunu olarak görülmüştür (11). Bir çalışmada, altı-on iki yaş arasında ve intihar girişiminde bulunmuş çocukları kontrol grubu ile karşılaştırdıklarında, annedeki depresyonun önemli bir risk etkeni olduğunu saptamışlardır. Yirmi yaş altında tamamlanmış intiharların psikolojik otopsilerinde, annede sıklıkla duygudurumu bozukluğu bulgularına, babada antisosyal davranış özelliklerine rastlanmıştır (3).

Çocukların bilişsel becerileri sınırlı olduğu için, ailelerinin geçirdiği sorunlu dönemlerde kendileri olmadan ailelerinin daha rahat edeceği şeklindeki egosentrik düşünceye kapılabilirler. Ağır ve çoklu stresle karşı karşıya kalan çocuklar destekleyici bir çevre edinemezler, stresle karşılaştıklarında dürtüsel davranırlar ve hatta bazı olgular intiharla yanıt verebilirler (54).

İntihar girişiminde bulunmuş çocuk ve ergenleri temsil eden örneklerle yapılmış kontrollü çalışmalarda, intihar girişiminde bulunmuş ergenlerin dağılmış ailelerden gelme olasılığının daha yüksek olduğu, fakat boşanmanın intihar riski üzerindeki etkisinin genel olarak düşük olduğu saptanmıştır (3, 53). Ailedeki psikopatoloji kontrol edildiğinde, dağılmış aileden gelmenin bir risk etkeni olarak önemini yitirdiği görülmüştür (48). Psikolojik otopsi çalışmalarının sonuçları genel olarak değerlendirildiğinde, anne-babanın boşanmasının intihar riski üzerinde tek başına anlamlı bir etkisinin çok düşük olduğu görülmüştür. Ergen intiharlarını araştıran bir çalışmada ergenlerin çoğunun dağılmış ailelerden gelmediği, ama yaklaşık dörtte birinin ailesel sorunlar yaşadığı, ya da yoksulluk çektiği görülmüştür. Ergenlerin %50'sinin ailesinde psikiyatrik bozukluk, %25'inin de bir aile bireyinde intihar girişimi ya da intihar öyküsü saptanmıştır (55).

İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerin anne-babalarıyla iletişimlerinin sıklığı ve kalitesinin yetersiz olduğu bildirilmiştir (3). İntihara eğilimli çocuk ve ergenlerde genel toplumda ve klinikte yapılan çalışmalarda, ailede saldırganlığın sık olduğu gösterilmiştir (56). Birçok çalışmada ergenlerin intihar girişimi öncesinde yoğun ailesel çatışmalar yaşadığı belirlenmiştir (57, 58).

Ailede intihar veya intihar girişimi öyküsünün bulunması, erken anne-baba kaybı, fiziksel ve cinsel istismar öyküsü, anne-babadan ayrı yaşama, aile içinde iletişim sorunlarının varlığı, ailenin sosyoekonomik durumunun düşük olması gibi etkenler intihar davranışı için görüş birliğinin olduğu risk etkenleridir (59, 30).

2.4.4. Eğitim, Meslek ve Ekonomik Durum

İntihar davranışı olan kişilerde dünya genelinde eğitim düzeyinin daha düşük olduğu bildirilmektedir (14). Avrupa'da intihar girişimlerinin çoğu eğitim düzeyi düşük olan kişiler tarafından gerçekleştirilmiş olup, intihar girişiminde bulunan kadınların ve erkeklerin yarıdan fazlası yalnız ilköğretim düzeyinde eğitim görmüşlerdir (31). Sayıl ve arkadaşları intihar girişiminde bulunanların %93'ünün eğitim düzeylerinin lise ve altında olduğunu, eğitim süreleri (5 yıl, 8 yıl veya 11 yıl) açısından anlamlı bir fark bulunmadığını belirtmişlerdir (60). Hem intiharlarda, hem de intihar girişimlerinde işsizlik ve ekonomik sorun sıklığı yüksektir (61). Bir işte çalışıyor olma genel olarak intihara karşı koruyucu bir etkidir. Ekonomik kriz ve işsizliğin arttığı dönemlerde intiharların arttığı, ekonominin iyi olduğu dönemlerde ise azaldığı belirtilmektedir (59). Türkiye'de yapılan çalışmalarda, intihar girişimlerinin büyük bölümünün ev kadınları ve öğrenciler gibi ekonomik bakımdan bağımlı kişilerde olduğu görülmüştür (62, 63). Kienhorst ve arkadaşlarının çalışmasında intihar girişiminde bulunan 9393 ergenin babalarının büyük çoğunluğunun işsiz olduğu belirtilmiştir (64). Düşük sosyoekonomik durum, düşük akademik başarı, düşük gelir ve yoksulluk gibi özelliklerle tanımlanan sosyal dezavantajlı gençlerde intihar ve intihar girişimi riskinin arttığı bildirilmiştir (65).

2.4.5. Yerleşim Yeri

Genel olarak şehirde yaşayan kişilerde intihar ve intihar girişimi riski, kırsal bölgede yaşayan kişilere göre daha yüksektir (59, 66). Türkiye'de de intihar edenlerin yaşadığı yerler dikkate alındığında şehirlerde intihar olguları köylerde yaşayanlara

göre daha fazladır. Coğrafi bölgelere göre dağılımda en yüksek intihar hızı Ege bölgesinde, en düşük hız ise Güneydoğu Anadolu ve Karadeniz bölgesindedir. Ülke genelinde intiharların batıya gittikçe arttığı görülmektedir (67).

2.4.6. Durumsal Risk Etkenleri

ABD’de tamamlanmış intiharlarda en sık kullanılan yöntem, hem kadınlarda, hem de erkeklerde ateşli silahlardır. İkinci sırada ise kadınlarda ilaç, erkeklerde ası gelmektedir. İntihar girişimlerinde aşırı dozda ilaç içme tüm intihar girişimlerinin %70’ini oluşturmaktadır (68).

TÜİK verilerine göre, Türkiye’de tamamlanmış intiharlarda en sık kullanılan yöntem iki cinsiyette de asıdır. Erkeklerde ikinci sıklıkta kullanılan yöntem ateşli silahlar, kadınlarda ise kendini zehirlemedir (41). İntihar girişimlerinde ise, genel olarak en sık kullanılan yöntem hem erkek, hem de kadınlarda aşırı dozda ilaç içmedir (59, 69, 70-72).

İntihar araçlarına ulaşılabilirliğin artması ile ergenlerde intihar hızının arttığını bildiren çalışmalar vardır (73-75). İntihar eden kişilerin evlerinde bu tür araçların ulaşılabilirliği daha yüksektir (11, 49, 76). Evde bulunan bir silahın intihar aracı olarak kullanılması için kişide bir psikopatoloji olmasının gerekmediği bildirilmektedir (76, 77). 1989-1998 yılları arasındaki on yıllık sürede tamamlanmış intiharlar erkeklerde %56, kadınlarda %41 artmıştır. Ayrıca intihar yöntemi olarak ateşli silahların kullanımı da bu yıllar arasında artma göstermiştir (78).

Yatkınlığı olan bireylerde intihar davranışına tanık olmak, intihar davranışı riskini arttırmakta olup, bu tanıklık doğrudan veya medya aracılığıyla da olabilmektedir (79). Araştırmalar özellikle çocuk, ergen ve genç erişkin intiharlarında taklit ve bulaşmanın önemli rolünün olabileceğine işaret etmektedir (80, 81). İntihar salgınları buna en iyi örnektir. Kitle iletişim araçları gençlere intihar konusunda taklit edebilecek modeller sunmaktadır. Medyanın intihar davranışına etkisini inceleyen bir gözden geçirmenin sonuçları intihar girişimleri ve intiharın gazete, televizyon ve kitaplarda yer almasının özellikle gençlerdeki intihar davranışıyla ilişkili olduğuna işaret etmektedir (82).

2.4.7. Yaşam Olayları

DSÖ verilerine göre, erkeklerin %10'unda, kadınların %6'sında intihar girişiminden önce önemli bir yaşam değişikliğinin olduğu saptanmıştır (83). Kişiler arası ilişki sorunları (anne-baba ya da arkadaşlarla), anne-baba kaybı, fiziksel/sözel/cinsel taciz, anne-babanın işsiz kalması, iflas etmesi, okul başarısızlığı, kronik hastalık veya yeti yitimi, bir kaza ya da hastalık sonucu bedensel yetilerde kayıp gibi somut kayıplar intihar davranışı için tetikleyici olabilir (84-87). Kişinin yaşadığı zorlayıcı olayları çözümsüz olarak algılaması ile intihar riski artmaktadır (86).

Geriye dönük çalışmalar, çocukluk döneminde cinsel ya da fiziksel istismar ve anne-baba ihmalinin, ilerideki dönemlerde intihar açısından önemli risk etkenleri olduğunu ortaya koymuştur. İntihar eğilimi yüksek olan ergenlerle yapılan bir çalışmada, ergenlerin önemli bir kısmında istismar öyküsüne rastlanmıştır (88). Epidemiyolojik çalışmalar çocukluk dönemi istismarlarının, erişkin dönemde de, hayat boyu intihar riskini arttırdığını göstermektedir (89)

Erken çocukluk travmalarının, ruhsal bozukluklara eğilim oluşturmalarından bağımsız olarak da intihar riskini arttırdıkları ileri sürülmektedir (90).

2.4.8. Geçmişte İntihar Girişimi Öyküsü

Öyküde intihar girişimlerinin bulunması, intihar riskinin yüksek olduğunun önemli bir göstergesidir (59, 91). İntihar girişimlerinin üçte biri yinelenen girişimlerdir (13). İntihar davranışından sonraki ilk üç ay içinde ikinci bir intihar girişimi riski oldukça yüksek olarak değerlendirilmektedir (13). Tamamlanmış intiharların %19-24'ünde daha önce gerçekleştirilmiş intihar girişimleri vardır ve intihar girişimlerinin %10'u on yıl içinde intihar ile son bulmaktadır (39, 59).

Bir girişimden sonraki ilk 12 ay, özellikle ilk üç-altı ay arası intihar riskinin en yüksek olduğu dönemdir (9, 39). Bu dönemde intihar girişiminin tekrarlanması ile ilgili başlıca risk etkenleri iyileşmemiş bir duygudurum bozukluğunun olması, aile içinde stres düzeyinin yüksek olması ve hastanın tedavisinde trisiklik antidepressanların kullanılıyor olmasıdır (9, 77, 23).

Daha önceki intihar girişimleri, tamamlanmış intiharlar kadar intihar girişimleri için de açık bir risk etkenidir. Geçmişte intihar girişimi öyküsü olan kişilerde ölüm oranı daha yüksektir (92-94) ve en riskli dönem, intihar girişiminden sonraki ilk on iki aylık dönemdir (95, 96).

Tekrarlayan intihar girişimleri olan kişilerin çoğu 25–49 yaşları arasında, boşanmış ya da bekâr, işsiz ve alt sosyal sınıftan, depresyon, kişilik bozukluğu ve alkol-madde kullanım bozukluğu olan, kronik olarak kendi kendine zarar veren, zedeleyici yaşam olayları öyküsü bulunan kişilerdir (83, 97).

2.4.9. Psikopatolojik Etkenler

Psikiyatrik bozukluklar intiharların en önemli nedenidir (98). Çalışmalar intihar girişiminde bulunan ergenlerin %80-90'ında psikiyatrik bir bozukluğun olduğunu bildirmektedir (99, 100). En sık rastlanan üç bozukluk duygudurum bozuklukları, yıkıcı davranım bozukluğu ve madde kullanım bozukluklarıdır (23, 100, 101).

İntihar girişimi ile en fazla ilişkisi olan duygudurum bozukluklarıdır. Duygudurum bozukluğu (majör depresif bozukluk ve/veya distimi) tanısı konan ergenler konulmayanlara göre 17 kat daha yüksek oranda intihara eğilimlidir. Yapılan çalışmalarda majör depresif bozukluk tanısıyla izlenen çocuk ve ergenler %70 oranında intihar düşüncesinden ya da girişiminden bahsetmişlerdir (102, 103).

Genel toplum örnekleminde intihar edenler sıklıkla orta ya da ileri yaş grubunda iken, intihar eden psikiyatrik hastalar daha genç gruptadır. Bunun nedeni intihar eden psikiyatrik hastaların büyük bölümünün şizofreni ya da duygudurum bozukluğu gibi genç yaşta başlayan kronik bozukluklara sahip olması olabilir (59).

Tamamlanmış intiharlar arasında duygudurum bozukluklarının %10-15, alkol bağımlılarının (sıklıkla depresyon eşlik eder) %10-15, şizofreni hastalarının (sıklıkla postpsikotik depresyon sürecinde) %10, borderline ve antisosyal kişilik bozukluklarının %5–10 olduğu bildirilmiştir (104). Psikolojik otopsi yaklaşımını kullanan olgu-kontrol çalışmalarında majör depresyon, iki cinsiyette ve tüm yaş gruplarında, 65 yaş üzerinde ve genç erkeklerde intihar için bir risk etkeni olarak saptanmıştır (105). Hastalığın erken dönemlerinde, atağın başında veya sonunda intihar davranışı ile daha sık karşılaşılmaktadır (13, 106) ve bu durumun alkol kötüye

kullanımı dürtüsel-saldırgan kişilik özellikleriyle ilişkili olduğu düşünülmektedir (91).

Ergenlerde yıkıcı davranım bozukluğunun intihar açısından risk etkeni olduğu psikolojik otopsi çalışmaları ile ortaya konmuştur (100, 108). İntihar nedeni ile kaybedilen, yıkıcı davranım bozukluğu bulunan ergenlerle yapılan bir psikolojik otopsi çalışmasında, yıkıcı davranım bozukluğu birlikteliğinde madde bağımlılığının, geçmiş intihar girişiminin, fiziksel istismarın ve ailede duygudurum bozukluğu öyküsünün olması intihar riskini arttırdığı bulunmuştur (109). Benzer biçimde davranım bozukluğu birlikteliğinde madde bağımlılığı ve duygudurum bozukluğu, özellikle daha ileri yaştaki erkek ergenlerde riski arttırmaktadır (100).

1977 yılında yapılan bir gözden geçirmede şizofrenide yaşam boyu intihar riskinin %10, 1990 yılındaki başka bir gözden geçirmede de bu oranın %10-13 arasında değiştiği bildirilmektedir. 2005 yılında yapılan bir gözden geçirmede ise şizofrenide yaşam boyu intihar riskinin %4.9 olduğu belirtilmektedir. Literatürde intihar riski oranları %5-13 olarak bildirilmekle birlikte, riskin yaklaşık %10 olduğu tahmin edilmektedir. Bu risk bozukluğun başlangıcında en yüksektir (110). Şizofrenideki intihar riski depresif bulgularla ilişkilidir. Önceki intihar girişimleri, madde kötüye kullanımı, tedaviye uyumsuzluk ve zihinsel parçalanma korkusu diğer risk etkenleridir (111). İntiharın, sanrı ve varsanı gibi şizofreninin pozitif belirtileriyle daha az ilişkili olduğu belirtilmektedir (111).

Kişilik bozukluklarının toplumdaki oranı %6–13 olarak verilmekte, %15 gibi yüksek oranlardan da söz edilmektedir (112, 113). Tamamlanmış intiharlarda kişilik bozukluğu oranı %9–28, intihar girişimlerinde ise %55 olarak bulunmuştur (114). Kişilik bozukluklarında intihar davranışını inceleyen çalışmaların büyük bir bölümü sınır kişilik bozukluğu (SKB) üzerine odaklanmıştır (113, 115). Çoğunluğu hastanelerde yatan SKB olanlardaki intihar girişimlerine bağlı ölüm oranını araştıran on çalışmada, iki-on altı yıl arasındaki izleme sonucunda ölüm oranı %3–9 arasında bulunmuştur. Bu risk erkeklerde kadınlardan daha yüksek saptanmıştır. Eş tanı olarak duygudurum bozuklukları, madde kullanım bozuklukları veya her ikisinin, SKB olanlarda intihar riskini belirgin biçimde arttırdığı gösterilmiştir (113). Birden fazla sayıda intihar girişiminde bulunan ergenlerde özellikle SKB semptomlarının olduğu belirlenmiştir (116).

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu erkeklerde özellikle davranım bozukluğu ve depresyon gibi eş tanıların sıklığını arttırarak intihar riskini arttırmaktadır (91).

Alkol bağımlılarının %15'inden fazlasında intihar davranışı görülmektedir (13). Olguların %40'ı daha önce intihar girişiminde bulunmuştur (13). Orta yaş grubunda, sosyal ilişkileri az olanlarda, bekârlarda, depresyonu olanlarda, eş zamanlı başka madde kullanımı olanlarda, dürtüsel ve saldırgan davranış gösterenlerde, nesne kaybı olanlarda ve alkollü durumda iken risk artmaktadır (13).

Eroin bağımlılarında intihar oranının genel topluma göre 20 kat fazla olduğu bildirilmektedir (39, 59). Madde bağımlılarında maddenin intravenöz yolla kullanımı, kaotik yaşam biçimi, madde bağımlılığıyla birlikte antisosyal kişilik bozukluğunun varlığı ve dürtüsellikğin olması intihar riskini arttırmaktadır (39).

2.5. Etiyoloji

2.5.1. Psikososyal Etkenler

İntihara ilişkin en önemli kuramlardan biri, intiharla ilgili ilk toplumsal çalışmayı yapan Fransız toplumbilimcisi Durkheim'in toplumsal yönelimli kuramıdır. Durkheim intiharı salt toplumsal bir olgu olarak göstermektedir. Ona göre, intihar birey ile toplum arasındaki ilişki bozukluğunun bir sonucudur. Toplumda var olduğuna inandığı ortak intihar eğiliminin bireyleri intihar eylemine sürüklediği kanısındadır. Bu düşüncesine kanıt olarak da toplumsal dalgalanmalar ile intihar sayılarındaki değişimler arasındaki bağlantıyı gösterir. Toplumda köklü değişimlerin olmadığı dönemlerde intihar sayılarında da büyük değişmelerin olmadığını, buna karşılık toplumsal değişmelerin hızlandığı dönemlerde ölüm sayılarında artışın bulunduğunu belirtir. Durkheim'a göre bireylerin toplumla bütünleştiği, uyum sağladığı dönemlerde intihar sayısında azalma, toplumdan soyutlanma durumunda ise intihar sayısında artma görülmektedir (117).

Freud'un psikanalitik kuramına göre, intihar depresyonla ilgilidir ve depresyon sonrası ortaya çıkan en ağır durumdur. Bu kurama göre kişi gerçekte ya da düşsel olarak bir nesne kaybı yaşamakta (yakın kaybı, ölüm vb.), kişi o nesneyi içine almakta (introjeksiyon), onunla bütünleşmekte, daha sonra kaybedilen nesneye duyduğu ambivalan duyguları nedeniyle düşmanca duygularını, üstbenliğin devreye

girmesiyle benliğinin bir parçasına (kişinin kendi benliğine) yöneltmektedir. Üstbenlik benliği sıkıştırır, hırpalar, yaşamaya layık görmez (118). Toplumsal yönden intihar, çevresindeki insanlara eleştirel bir mesaj vermeyi amaçlayan, çevreyi suçlayan bir eylem olup bir yandan içinde yaşadığı toplumdaki yardıma ihtiyacı içerirken, diğer yandan aynı topluma karşı bir başkaldırı halindedir (118).

Menninger, “Man Against Himself” isimli eserinde intiharı, ‘içeride çevrilmiş homisid’ olarak tanımlar ve başka bir kişiye duyulan öfkenin sonucunda ‘içeride alınan bu kişiyi cezalandırma’ şeklinde yorumlar. Menninger, intiharın üç kaynağını ‘öldürme isteği’, ‘öldürülme isteği’, ‘ölme isteği’ olarak tanımlamıştır. Ona göre, intihar ederek kendini öldüren bireyin bilinçaltında ölme isteği hâkimken, intihar girişiminde bulunan birinin bilinçaltında ölmeme isteği hâkimdir (22, 119).

Öğrenme kuramına göre, intihar öğrenme süreçlerinin bir sonucudur. İntihar davranışı öğrenilmiş bir strateji, çatışmanın öğrenilmiş bir işleme biçimi, öğrenilmiş bir çaresizliktir (117).

Ringel, intiharı salt bir hastalık olarak görür. Onun düşüncesine göre insanlar ancak hasta iken kendilerine kıyabilirler. İntihar girişiminde bulunanlarla yaptığı görüşmeler ve intiharla yaşamını yitirmiş kişilerin yaşamlarının ayrıntılı bir biçimde araştırılması sonucunda, bu kişilerde ruhsal bir bozukluğun bulunduğu inancını geliştirmiştir. Bu ruhsal bozukluğa ‘presuisidal sendrom’ ismini verir. Bu sendromun temel belirtileri ise A. Daralma ve kısıtlanma, B. Ketlenmiş ve kişinin kendisine yönelmiş saldırganlık, C. İntihar düşlemleridir (117).

Nesne ilişkileri kuramına göre intihar çatışmalı bir ilişkiden kaynaklanır. İlkel nesne ilişkilerinin anlaşılması ile bu sorun anlaşılır. Bu bağlamda hekim-hasta ilişkisi önem kazanır. Bu ilişkide karşı aktarım önemlidir (117). Kind, intihar eyleminin birincil amacının ölüm değil, bir ilişkiyi ve bu ilişkinin odağında bulunan bir nesneyi değiştirmek olduğunu öne sürer (117). Henseler, intiharı narsisistik bir çatışmanın sonucu olarak görür ve bu kişilerde narsisistik sorunlar olduğunu kabul eder (117).

Sheidmann, intiharın anlamsız bir eylem olmadığı kanısındadır. Ona göre, en anlamsız gibi görünen bir intihar girişiminin bile kendi içinde bir mantığı vardır. Sheidmann’a göre, intihar dayanılmaz acıları, ağır sorunları olan şaşırılmış, bozulmuş ve gücü azalmış benliğin çözüm arayıcı bir eylemidir (117).

Depresyonla intihar davranışı arasında güçlü bir ilişki olduğu, insanları depresyona ve kendini öldürmeye iten tipik düşünce hatalarının, intihar için önemli birer risk etkeni olduğu bildirilmektedir (120). İntihar davranışında bulunan bireylerin kendilerini intihara yatkınlaştıran, esneklikten uzak bilişsel özellikler sergilediği, düşünce yapılarının ‘herkes beni sevmeli’, ‘herkes beni sevmezse mutlu olamam’, ‘insanların beni sevmesi için onları kırmamam gerekir’ gibi birtakım işlevsel olmayan varsayımlar içerdiği belirtilmektedir (121, 122). Bilişsel katılığın intihar davranışı gösteren bireylerin ortak bilişsel özelliği olduğu, böyle olunca da bireyin karşılaştığı sorunlar karşısında çözümsüz kalarak umutsuzluğa düştüğü vurgulanmaktadır (120).

2.5.2. Biyolojik Etkenler

a) Genetik

Araştırmalar intihar davranışı üzerinde genetik etkenlerin rolünün, diğer ruhsal bozukluklar ve ruhsal stresörlerden bağımsız olarak %30–50 oranında olduğunu göstermektedir (123, 124). Bazı bireylerin yapısal olarak intihar davranışına daha yatkın oldukları ve bu yapısal yatkınlığın dürtüsellik, saldırganlık gibi kalıtlıabilir kişilik özellikleriyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir (125).

Tek yumurta ikizlerinde hem intihar, hem de intihar girişimi sıklığı benzerdir (126). Evlat edinilmiş kişilerden seçilen intihar olguları ve bunların biyolojik akrabalarının incelendiği bir çalışmada, intiharla ölenlerin biyolojik akrabalarında intihar oranı kontrol grubundan altı kat fazla bulunmuş, edinilmiş akrabalarda ise intihara rastlanmamıştır (127).

Moleküler genetik çalışmalarında triptofan hidroksilaz (TPH) genotipi ile intihar davranışı arasındaki ilişki incelenmiştir. İnsanda bulunan TPH geninin U ve L alellerinden L alelinin intihar davranışı ile bağlantısı olduğu ileri sürülmüştür. (126, 128).

Son yıllarda keşfedilen TPH2 geni ve intihar davranışı arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar oldukça günceldir (129).

b) Nörokimyasal

İntihar davranışı ile serotonin sistemi arasında bir ilişkinin varlığına işaret eden, bir serotonin yıkım ürünü olan 5-HIAA düzeyini inceleyen çalışmalar, bu maddenin intihar davranışında bulunan kişilerde, intihar davranışında bulunmayan kişilere oranla daha düşük olduğunu göstermektedir (130, 131).

Çalışmalarda özellikle 5-Hidroksitriptamin 2A reseptörleri (5-HT_{2A}) üzerinde durulmuştur. İntihar olgularında yapılan bir dizi çalışmada presinaptik 5-HT_{2A} reseptör sayısının azaldığı gözlenirken, bazı çalışmalarda ise arttığı dikkati çekmiştir (132). Reseptör düzeyindeki bu artışın serotonin salıverilmesindeki azalmaya yanıt olarak gelişebileceği üzerinde durulmuştur (132).

Bazı araştırmacılar intihar olgularında frontal kortekste β -adrenerjik reseptör bağlanmasında önemli artış olduğunu, bunun da noradrenerjik sistemdeki bozulma ve intihar arasındaki ilişkiyi destekleyen bir kanıt olduğunu belirtmektedir (133).

Bir grup normal gönüllüde trombosit monoamin oksidaz (MAO) düzeylerine bakılmış, trombositlerinde düşük enzim düzeyine sahip olan kişilerin ailelerinde, yüksek enzim düzeyine sahip olan kişilere göre intihar yaygınlığı öyküsünün sekiz kat fazla olduğu bulunmuştur (22).

Bir çalışmada intihar hastalarında ventrikül genişlemesi ve anormal elektroensefalografi bulguları bulunmuştur (22). Çalışmalarda düşük kolesterol düzeyi ile intihar girişimleri arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (134).

2.6. Tedavi

Tedavide akut duruma müdahalenin yanı sıra kişide bulunan diğer psikiyatrik bozuklukların tedavisi de ele alınmalıdır (135).

Kişinin kendisine zarar verme riski yüksekse hastaneye, yatırılması gerekmektedir. Ağır bir psikopatoloji yok, geçici bir kriz durumu söz konusuysa ve görüşmede etkileşim ümit vericiyse, daha az etkin olsa da ayaktan tedavi denenir (136).

İntihar girişiminde bulunmuş çocuk-ergenlerin tedavisinde odaklanılması gereken alanlar:

1. Psikiyatrik bozukluğun tedavisi,
2. Sosyal, problem çözme ve duygudurumlarını düzenleme becerilerindeki yetersizlikler,
3. Anne-baba psikopatolojisi, anne-babanın ilgisizliği, işlevselliği bozulmuş aile süreçleri (135).

Psikososyal Tedaviler: İntihar davranışında tedavinin önemli parçasıdır ve çocuk-ergenin ihtiyaçlarına göre düzenlenmelidir. Psikodinamik psikoterapiler, sorun çözme terapileri, bilişsel davranışçı terapiler, grup terapileri, aile terapilerinden yararlanılabilir (135).

İlaç Tedavileri: Çocuk-ergen depresyonlarının tedavisi için antidepresanlar duygudurum düzenleyicileri dikkatli kullanılmalıdır (135).

İntiharı Önleme:

İntiharı önlemeye yönelik olarak yapılan halk sağlığı çalışmalarında intihara eğilimi olan çocuk-ergene, onlarla bağlantıda olan erişkinlere, arkadaşlarına, çocuk doktorlarına ve medyaya ulaşmak hedeflenmektedir (135).

İntihar girişimleri ile ilgili olarak yapılan Dünya Sağlık Örgütü bağlantılı çok merkezli bir çalışmada kişi başına 10.000-15.000 dolarlık bir mali yük oluştuğu belirlenmiştir. Yalnız insancıl nedenlerle değil, ekonomik nedenlerle de intiharı önleme çalışmalarının önem taşıdığı sıklıkla vurgulanmaktadır (137).

İntiharı önleme çalışmalarında temel ilkeler şöyle sıralanabilir:

1. İntihar davranışının çeşitli boyutlarına açıklık kazandırmak üzere gerekli çalışmaların yapılması,
2. Bu çalışmalardan elde edilen sonuçların topluma aktarılması ve alanda çalışan profesyonellerin yönlendirilmesi,
3. Günlük uygulamalarında intihar riski taşıyan bireylerle karşılaşma potansiyeli taşıyan tüm meslek alanlarının sonuçlardan haberdar edilerek bilgilendirilmesi,

4. Sağlık sektöründe intihar olguları ile çalışan profesyonellerin eğitimi,

5. Krizdeki bireylere ve intihar girişiminde bulunmuş kişilere nitelikli ve girişim sonrası gerekli psikososyal tedavi ve bakımın sağlanması (137).

2004'te DSÖ 10 Eylül'ü 'Dünya İntiharı Önleme Günü' olarak kabul ve ilan etmiştir. Günümüzde, Uluslararası İntiharı Önleme Birliği'nin (IASP) girişimleri ile gerçekleştirilen toplumsal önleme çalışmalarında, bilgilendirme ve işbirliğini sağlama bağlamında çalışmalar yapılmaktadır (138).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Örneklem

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği'nde yürütülen çalışma için, Yerel Etik Kurulu'ndan 2010/12 sayılı yazı ile onay alındı. Çalışmaya Mart-Temmuz 2010 tarihleri arasında Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisi'ne intihar girişimiyle başvuran, ayaktan ya da yatırılarak izlenen yedi-on sekiz yaş grubundaki çocuk ve ergenlerin, araştırmaya katılmayı kabul eden anne ve/veya babaları alındı. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve çalışma ölçütlerine uygun 87 anne-babadan, hastanede yapılan psikiyatrik görüşme öncesinde yazılı onam alındı.

Çalışmaya alınma ölçütleri:

1. Değerlendirilmeye alınan anne-babanın intihar girişiminde bulunan yedi-on sekiz yaşları arasında çocuğunun olması
2. Değerlendirmeye alınan anne ve/veya babanın yapılandırılmış görüşmeyi sürdürebilecek zihinsel yeterliliğe sahip olması
3. Değerlendirmeye alınan anne ve/veya babanın çalışmaya katılmaya gönüllü olması

Kontrol Grubu:

Kontrol grubu için Sivas il Milli Eğitim Müdürlüğü'nden izin alınarak, şimdiye kadar intihar girişiminde bulunmamış, hastane grubu ile benzer sosyodemografik özelliklere sahip, Sivas il merkezindeki ilköğretim ve liselerdeki öğrencilerin anne-babaları dâhil edildi.

Kontrol grubu için çalışmaya alınma ölçütleri:

1. Değerlendirmeye alınan anne-babanın ilköğretim ve/veya lise düzeyindeki çocuğunun şimdiye kadar intihar girişiminde bulunmamış olması
2. Değerlendirmeye alınan anne ve/veya babanın yapılandırılmış görüşmeyi sürdürebilecek zihinsel yeterliliğe sahip olması

3. Değerlendirmeye alınan anne ve/veya babanın çalışmaya katılmaya gönüllü olması

4. Kontrol grubunun çalışma grubu ile benzer sosyodemografik özelliklere (gelir düzeyi, yaş ve cinsiyet açısından) sahip olması

3.2. Veri Toplama Araçları

3.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenler ile anne-babaları için araştırmacı tarafından iki ayrı sosyodemografik bilgi formu hazırlandı. Bilgiler anne-babalardan alındı. İntihar girişiminde bulunan çocuk-ergenler için yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi soruldu (Ek 1).

Anne-babaya yaş, medeni durum, kaç yaşında evlendiği, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, mesleği, aylık gelir düzeyi, en uzun süre nerede yaşadığı, aile yapısı, sigara-alkol veya uyuşturucu madde kullanımı soruldu. Ayrıca formda anne-babanın intihar girişiminde bulunup bulunmadığı, girişim yöntemi, intihar girişiminin nedenleri, intihar girişimi öncesi herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısının konup konmadığı, yaşam boyu psikiyatrik bozukluk öyküsünün olup olmadığı, psikiyatrik bozukluk için tedavi görüp görmediği, ailede başka intihar girişiminin varlığı ile ilgili sorular yer aldı (Ek 2).

Kontrol grubunda çocuk ve ergen için intihar girişimi ile ilgili soru sorulmadı. Çocuk ve ergenin intihar girişiminde bulunup bulunmadığı anne-babadan öğrenildi. Diğer sosyodemografik bilgiler anne-babadan alındı (Ek 1).

Kontrol grubundaki anne-baba için sosyodemografik bilgi formu çalışma grubunun anne-babaları için hazırlanan formun aynısı idi (Ek 2).

3.2.2. DSM-IV Birinci Eksen İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I)

SCID-I, DSM-IV'e (Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders) göre I. Eksen bozuklukları tanımlarını araştırmak amacıyla görüşmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış klinik görüşme ölçeğidir. Altı modülden oluşmaktadır.

DSM-IV I. Eksen bozukluklarından 38'ini tanı ölçütleriyle, on tanesini ise tanı ölçütleri olmadan araştırmaktadır. Uygulama ortalama 25-60 dakika sürmektedir. Hemen her zaman hastayla yalnız olarak yapılır. Uygulamada, görüşme sorularını içeren uygulama kitapçığı ve üzerinde işaretlenerek bulguların kaydedildiği puanlama cetveli kitabı birlikte kullanılır. Hastada tanı 'şu anda' ve 'yaşam boyu' göz önüne alınarak araştırılır. Sorular yardım sağlasa bile, mutlak doğru olarak kabul edilmez. 'Evet' yanıtı eşiği geçip geçmeme yönünden araştırılmalıdır. Ek olarak istenen sorular sorulabilir. Belirtilerin tek tek eşik şiddetini geçmesi ve birleşerek bir tanıyı karşılayıp karşılamadığı görüşmecinin yorumuna kalmış bir durumdur (139).

First ve arkadaşları tarafından 1997'de geliştirilen ölçeğin Türkçeye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması Özkürkçügil ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (140, 141). Tüm tanılar için görüşmeciler arası uyuma oranı %98.1 ve Kappa katsayısı 0.86 olarak bulunmuştur. Tanı kategorileri için Kappa katsayıları 0.52-1.00 arasında değişmektedir ve hepsi istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir ($p<0.001$) (139).

3.2.3. DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Kişilik Bozuklukları Formu (SCID-II)

DSM-III-R tanı ölçütlerine göre hastalardaki kişilik bozukluklarını araştırmak için görüşmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış bir görüşme aracıdır. Spitzer ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (142). Genellikle SCID-I görüşmesinden ve hasta tarafından doldurulan SCID kişilik ölçeğinden sonra uygulanır. Eğer hastada bir kişilik bozukluğu varsa, daha önce yapılmış olan SCID-I görüşmesi bunu düşündürecektir. Hasta SCID kişilik ölçeğinde kendi duygu ve davranışlarına uyan maddeleri belirtir. Görüşmeci, SCID kişilik ölçeğinde 'evet' olarak yanıtlanan soruları işaretleyip bunlarla ilgili konulara odaklanır (143).

SCID-II'nin geçerlilik çalışmalarında, geçerlilik standardı olarak hastanın uzun bir süre izlenmesi ve bütün verilerin kullanılarak uzmanlar grubunca değerlendirilmesi alındığında, en yüksek tanı koyma gücünün antisosyal (%95) ve şizotipal (%90) kişilik bozukluklarında; en düşük tanı koyma gücünün ise narsisistik (%45) ve kaçınan (%60) kişilik bozukluklarında olduğu belirlenmiştir (144, 145). SCID-II çeviri çalışmaları 1988 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri

kliniğinde Sorias ve arkadaşları tarafından yapılmış (143) ve yatarak izlenen psikiyatrik hastalarında ($\kappa=0.79$) görüşmeciler arası uyuşma oranı yüksek bulunmuştur (146). Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Coşkunol ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (146).

3.2.4. Aile Değerlendirme Ölçeği

Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) (Mc Master Family Assessment Device), ABD'de Brown Üniversitesi ve Butler Hastanesi tarafından Aile Araştırma Programı çerçevesinde aile işlevlerini çeşitli boyutlarda ölçmek üzere geliştirilmiştir. Problem Çözme (PRÇ), İletişim (İLT), Roller (ROL), Duygusal Tepki Verebilme (DTV), Gereken İlgiyi Gösterme (GİG), Davranış Kontrolü (DVK) ve Genel Fonksiyonlar (GNF) adı altında yedi alt ölçekten oluşan ADÖ 60 maddedir. Ölçek 'aynen katılıyorum' bir puan ile 'hiç katılmıyorum' dört puan arasında değişen dört seçenek üzerinden puanlanmaktadır (Ek 3). On iki yaş üzerindeki tüm aile üyelerine ve deneğin kendisine aile işlevlerini değerlendirmek amacıyla uygulanabilmektedir. Teorik olarak iki puanı sağlıklı ve sağlıksız işlevleri ayırt eden bir puan olarak kabul edilmiştir. Bir ile dört arasında değişen puanlara göre ikinin kesim puanı olarak alınmış olması sağlıksızlık alanının daha geniş tutulduğunu göstermektedir. Ölçeğin ülkemize uyarlama çalışması Bulut (1990) tarafından yapılmıştır. Güvenilirlik çalışması, iç tutarlılık ve puan değişmezliği açısından incelenmiştir. Alt ölçeklerin Cronbach-alfa katsayıları 0.38 ile 0.86 arasında değişmektedir, ölçeğin bir toplam puanı olmadığından, her alt ölçek için test-tekrar test korelasyonu Pearson-Momentler Çarpımı ile hesaplanmıştır. Alt ölçekler için korelasyon katsayıları en düşük 0.62 ile en yüksek 0.90 arasında verilmiştir, ölçeğin geçerlilik çalışması yapı geçerliliği ve uyum geçerliliği ile sınıanmıştır. Yapı geçerliliği boşanma sürecinde olan ve olmayan, ruh hastası üyesi bulunan ve bulunmayan gruplarla araştırılmıştır. Ölçek, grupları anlamlı düzeyde ayırt etmektedir. Ölçeğin uyum geçerliliği Evlilik Yaşam Ölçeği ölçütü alınıp 25 evli çifte her iki ölçek uygulanarak yapılmıştır. Genel Fonksiyonlar alt ölçeği ile hesaplanan korelasyon katsayısı 0.66'dır. Bu bulgular, ölçeğin psikometrik özelliklerinin yeterli düzeyde olduğunu göstermektedir (147).

3.3. Uygulama

Çalışmaya alınan intihar girişiminde bulunan çocukların anne-babaları, çocuklarının tıbbi tedavileri ve psikiyatrik görüşmeleri tamamlandıktan sonra değerlendirmeye alındı. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen kimse olmadı. Tüm katılımcılardan yazılı bilgilendirilmiş onam alındı. Çalışmanın ilk aşamasında katılımcılardan alınan sosyodemografik bilgiler araştırmacı tarafından hazırlanan forma kaydedildi. İkinci aşamada bu konuda eğitim almış, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda çalışmakta olan araştırmacı tarafından iki ayrı oturumda, sırasıyla SCID-I ve SCID-II uygulandı. Görüşmeler ortalama 1-1.5 saat sürdü. ADÖ, çalışmaya alınan anne-babalar tarafından dolduruldu. Ölçek okuyamaz olmayan anne-babalar için araştırmacı tarafından dolduruldu.

Kontrol grubu için yapılan okul ziyaretlerinde okul idarecileri ve sınıf öğretmenlerine çalışma hakkında bilgi verildi. Okul idarecileri ile görüşmede sosyoekonomik düzey, yaş ve cinsiyete göre hasta grubuna benzer 100 çocuk ve ergen belirlendi. Bu 100 kişiden 80 kişiye telefonla ulaşıldı. Telefonla aranan ve çalışmaya katılmayı kabul eden yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik düzey açısından çalışma grubu ile eşleştirilmiş 49 çocuk ve ergenin anne ve/veya babası görüşmeye davet edildi.

3.4. Verilerin Analizi

Ölçümle elde edilen değişkenler ortalama±standart sapma, kategorik değişkenler yüzde ve sayı şeklinde ifade edilmiştir. Ölçümle elde edilen değişkenler bağımsız gruplarda t testi ile kategorik değişkenler Pearson ki-kare testi ve Fishers's Exact testi ile değerlendirilmiştir. $p<0.05$ değeri istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edilmiş olup tüm istatistiksel işlemler Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 14.0 programında yapılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Çocuk-Ergenlerin Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmada intihar girişiminde bulunan çocuk-ergenlerin yaş ortalaması 15.2±1.6 (9–18 yaşları arasında), kontrol grubunu oluşturan çocuk-ergenlerin yaş ortalaması 15.6±1.7 (9-18 arasında) olarak bulunmuştur. Çalışma grubundaki 50 kişiden 39'u kız (%78), kontrol grubundaki 49 kişiden 35'i kızdı (%71.4).

Tablo 4.1. Çalışma ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri.

	Çalışma grubu		Kontrol grubu	
<i>Yaş ortalaması (ort+SS)</i>	15.2±1.6		15.6±1.7	
	Sayı	%	Sayı	%
<i>Cinsiyet</i>				
Kız	39	78	35	71.4
Erkek	11	22	14	28.6
<i>Eğitim</i>				
İlköğretim	17	34	11	22.4
Lise	33	66	38	76.6

4.2. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Annelerin Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya katılan 50 annenin 31'i (%62), kontrol grubundaki 49 annenin 27'si (%55.1) 36-45 yaş aralığında bulunmuştur. Çalışma grubundaki annelerin 12'si (%24), kontrol grubundakilerin ise ikisi (%4) boşanmış/dul idi ve iki grup arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıydı ($p=0.01$). Annenin eğitim düzeyi çalışma grubunda kontrol grubuna göre daha düşüktü. Çalışma ve kontrol grubundaki annelerde uyuşturucu madde kullanımına rastlanmadı. Sigara içen annelerin sayısı çalışma grubunda daha fazlaydı ve iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0.04$).

Çalışma grubundaki annelerin 12'sinde (%24) geçmişte intihar girişimi öyküsü vardı ve on anne (%83.3) yüksek dozda ilaç içerek intihar girişiminde bulunduğunu bildirdi. Annelerin hepsi intihar girişimi nedeni olarak aile ile ilgili

sorunları dile getirdi. Çalışma grubundaki annelerin 19'unda (%38), kontrol grubundaki annelerin beşinde (%10.2) depresyon vardı. Annelerin kendi bildirimlerine dayalı psikiyatrik bozukluk öyküsü çalışma grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Psikiyatrik ilaç kullanımı çalışma grubunda 21 annede (%42.9), kontrol grubunda beş annede (%10.2) vardı ve iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0.001).

Tablo 4.2. Çalışma ve kontrol grubundaki annelerin sosyodemografik özellikleri.

	Çalışma grubu		Kontrol grubu		χ^2	p
	sayı	%	sayı	%		
<i>Yaş ort. grubu</i>						
25-35	6	12	12	24.2	2.657	0.26
36-45	31	62	27	55.1		
46 ve üstü	13	26	10	20.4		
<i>Medeni durum</i>						
Evli	38	76	47	95.9	8.110	0.01
Boşanmış /Dul	12	24	2	4.0		
<i>Evlilik yaşı</i>						
18 ve altı	24	48	18	36.7	1.286	0.25
19 ve üstü	26	52	31	63.3		
<i>Ailenin çocuk sayısı</i>						
1	1	2	4	8.2	1.960	0.16
2 ve üstü	49	98	45	91.8		
<i>Eğitim</i>						
Okur-yazar değil	6	12	-	-	14.739	0.001
İlköğretim	38	76	29	59.2		
Lise ve üstü	6	12	20	40.8		
<i>Meslek</i>						
Çalışmıyor	48	96	41	83.7	4.319	0.11
Çalışıyor	2	4	7	4.3		
Emekli	-	-	1	2.0		
<i>En uzun yaşadığı yer</i>						
İl merkezi	30	60	39	79.6	4.498	0.03
İlçe/ Köy-belde	20	40	10	20.4		
<i>Aile yapısı</i>						
Çekirdek aile	37	74	35	71.4	2.573	0.27
Yarı geniş/Geniş aile	9	18	13	26.5		
Parçalanmış	4	8	1	2.0		
<i>Sigara içme</i>						
Hayır	33	66	41	83.7	4.095	0.04
Evet	17	34	8	16.3		
<i>Alkol içme</i>						
Hayır	48	96	48	98.0	0.323	0.57
Evet	2	4	1	2.0		
<i>İntihar girişimi</i>						
Hayır	38	76	49	100	13.382	0.001
Evet	12	24	-	-		
<i>İntihar girişim aracı</i>						
İlaç	10	83.3	-	-	-	-
Diğer	2	16.7	-	-	-	-
<i>İntihar girişimi öncesi psikiyatrik tanı</i>						
Hayır	9	75	-	-	-	-
Evet	3	25	-	-	-	-
<i>Yaşam boyu psikiyatrik bozukluk öyküsü</i>						
Hayır	27	54	43	87.8	13.614	0.001
Evet	23	46	6	2.2		
<i>Psikiyatrik ilaç kullanım öyküsü</i>						
Hayır	28	57.1	44	89.8	13.402	0.001
Evet	21	42.9	5	10.2		

4.3. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Babaların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışma grubuna alınan 37 babadan 21'inin (%56.8), kontrol grubundaki 47 babadan 26'sının (%55.3) yaşı 36-45 arasındaydı. Çalışma grubunda 35 (%94.6), kontrol grubunda 46 (%97.9) baba evliydi. Eğitim düzeylerine bakıldığında çalışma grubunda 16 (%43.2), kontrol grubunda 29 (%61.7) baba lise ve üstü eğitim görmüştü, çalışma grubunda lise ve üstü eğitim gören babaların sayısı çoktu ancak gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. İki grup arasında babaların mesleği açısından istatistiksel fark yoktu.

Ailenin toplam geliri çalışma grubunda %60, kontrol grubunda %67.3 oranlarında olmak üzere 551-1500 TL arasındaydı. En uzun süre il merkezinde yaşayanların sayısı kontrol grubunda 40 (%85.1), çalışma grubunda 20 (%54.1) idi ve fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0.001$). Sigara içenlerin sayısı çalışma grubunda daha fazlaydı ancak iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0.89$). Çalışma ve kontrol grubundaki babalarda uyuşturucu madde kullanımına rastlanmadı.

Çalışma grubunda intihar girişimi öyküsü bulunan iki baba (%5.4) vardı; kontrol grubunda intihar girişimi öyküsü olan baba yoktu. Babaların kendi bildirimlerine dayanan psikiyatrik bozukluk öykülerine bakıldığında çalışma grubunda iki babada (%5.6) depresyon, ikisinde (%5.6) anksiyete bozukluğu, birinde (%2.8) psikotik bozukluk vardı.

Tablo 4.3. Çalışma ve kontrol grubundaki babaların sosyodemografik özellikleri.

	Çalışma grubu		Kontrol grubu		χ^2	p
	sayı	%	sayı	%		
<i>Yaş ort. grubu</i>						
25-35	-	-	2	4.3	1.62	0.44
36-45	21	56.8	26	55.3		
46 ve üstü	16	43.2	19	40.4		
<i>Medeni durum</i>						
Evli	35	94.6	46	97.6	0.65	0.42
Boşanmış/ Dul	2	5.4	1	2.1		
<i>Evlilik yaşı</i>						
18 ve altı	4	10.8	5	0.6	0.001	0.98
19 ve üstü	33	89.2	42	89.4		
<i>Eğitim</i>						
Okur-yazar değil	2	5.4	-	-	4.66	0.09
İlköğretim	19	51.4	18	38.3		
Lise ve üstü	16	43.2	29	61.7		
<i>Meslek</i>						
Çalışmıyor	1	2.7	2	4.3	0.15	0.92
Çalışıyor	31	83.8	39	83.0		
Emekli	5	13.5	6	12.8		
<i>Aile geliri</i>						
550 TL'den az	12	24	10	20.4	0.60	0.74
551-1500 TL	30	60	33	67.3		
1501 ve üstü	8	16	6	12.2		
<i>En uzun yaşadığı yer</i>						
İl merkezi	20	54.1	40	85.1	9.78	0.001
İlçe merkezi / Köy-belde	17	45.9	7	14.9		
<i>Sigara içme</i>						
Hayır	16	43.2	21	44.7	0.20	0.89
Evet	21	56.8	26	55.3		
<i>Alkol içme</i>						
Hayır	32	86.5	41	87.2	0.01	0.92
Evet	5	13.5	6	12.8		
<i>İntihar girişimi</i>						
Hayır	35	94.6	47	100	2.61	0.10
Evet	2	5.4	-	-		
<i>İntihar girişim aracı</i>						
İlaç	2	100	-	-	-	-
Diğer	-	-	-	-		
<i>İntihar girişimi öncesi psikiyatrik tanı</i>						
Hayır	2	100	-	-	-	-
Evet	-	-	-	-		
<i>Yaşam boyu psikiyatrik bozukluk öyküsü</i>						
Hayır	31	86.1	46	97.9	4.21	0.08
Evet	5	13.9	1	2.1		
<i>Psikiyatrik ilaç kullanım öyküsü</i>						
Hayır	31	86.1	44	93.6	1.32	0.25
Evet	5	13.9	3	6.4		
<i>Ailede başka çocukta intihar girişimi</i>						
Hayır	47	94	49	100	3.03	0.24
Evet	3	6	-	-	-	-

4.4. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Annelerin Birinci Eksen Tanıları

Çalışma grubundaki annelerin %80'inde, kontrol grubundaki annelerin %25.5'inde SCID-I'e göre birinci eksen tanısı saptandı. Birinci eksen tanısı saptanan çalışma grubundaki annelerin 24'ünde (%48) majör depresyon, üçünde (%6) panik bozukluk, ikisinde (%4) şizofreni var iken, kontrol grubunda 10 kişide (%20.4) majör depresyon, bir kişide (%2) YAB vardı (Tablo 4). Çalışma grubundaki annelerde birinci eksen tanıları kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0.001$).

Tablo 4.4. Annelerin birinci eksen tanıları.

Tanı	Çalışma Grubu		Kontrol Grubu	
	Sayı	%	Sayı	%
Tanı yok	10	20	37	75.5
Majör depresyon	24	48	10	20.4
Anksiyete bozuklukları (panik bozukluğu, YAB, TSSB, sosyal fobi)*	6	12	2	4.1
Alkol bağımlılığı	1	2	-	-
Şizofreni	2	4	-	-
Anksiyete bozukluğu	7	14	-	-
+ Majör depresyon				

$\chi^2=33.27$, $p=0.001$

*Çalışma grubundaki üç (%6) annede panik bozukluğu, bir (%2) annede YAB, bir (%2) annede TSSB, bir (%2) annede sosyal fobi; kontrol grubunda bir (%2) annede YAB vardı.

4.5. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Annelerin İkinci Eksen Tanıları

Çalışma grubundaki annelerin 43'ünde (%86) ikinci eksen tanısı yoktu. Üçünde (%6) sınırda kişilik bozukluğu, ikisinde (%4) histriyonik kişilik bozukluğu, ikisinde (%4) kaçınan kişilik bozukluğu saptandı. Kontrol grubunda 46 kişide (%93.9) ikinci eksen tanısı yoktu, birinde (%2) kaçınan kişilik bozukluğu, ikisinde (%4.1) obsesif kompulsif kişilik bozukluğu (OKKB) vardı (Tablo 5). İki grup arasında annelerde ikinci eksen tanıları açısından istatistiksel fark yoktu.

Tablo 4.5. Annelerin ikinci eksen tanıları.

Tanı	Çalışma Grubu		Kontrol Grubu	
	Sayı	%	Sayı	%
Tanı yok	43	86	46	93.9
Sınır kişilik bozukluğu	3	6	-	-
Histriyonik kişilik bozukluğu	2	4	-	-
Kaçıngan kişilik bozukluğu	2	4	1	2.0
OKKB	-	-	2	4.1

$\chi^2=7.42$, $p=0.11$

4.6. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Babaların Birinci Eksen Tanıları

Çalışma grubundaki babaların beşinde (%13.5) majör depresyon, üçünde (%8.1) alkol bağımlılığı vardı (Tablo 6). Gruplar karşılaştırıldığında çalışma grubunda babalarda birinci eksen tanıları kontrol grubuna göre daha fazlaydı ($p=0.02$).

Tablo 4.6. Babaların birinci eksen tanıları.

Tanı	Çalışma Grubu		Kontrol Grubu	
	Sayı	%	Sayı	%
Tanı yok	24	64.9	44	91.7
Majör depresyon	5	13.5	2	4.2
Anksiyete bozuklukları (panik bozukluğu, OKB)*	3	8.1	2	4.2
Alkol bağımlılığı	3	8.1	-	-
Şizofreni	2	5.4	-	-

$\chi^2=11.13$, $p=0.02$

*Çalışma grubunda iki (%5.4) babada panik bozukluğu, bir (%2.7) babada OKB; kontrol grubunda iki (%4.2) babada OKB vardı.

4.7. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Babaların İkinci Eksen Tanıları

Çalışma grubundaki babaların beşinde (%13.5) antisosyal kişilik bozukluğu, ikisinde (%5.4) OKKB, birinde (%2.7) paranoid kişilik bozukluğu vardı (Tablo 7). Babalarda ikinci eksen tanıları çalışma grubunda kontrol grubuna göre daha fazlaydı ve gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıydı ($p=0.04$).

Tablo 4.7. Babaların ikinci eksen tanıları.

Tanı	Çalışma Grubu		Kontrol Grubu	
	Sayı	%	Sayı	%
Tanı yok	29	78.4	46	95.8
Antisosyal kişilik bozukluğu	5	13.5	-	-
Paranoid kişilik bozukluğu	1	2.7	-	-
Kaçıngan kişilik bozukluğu	-	-	1	2.1
OKKB	2	5.4	1	2.1

$\chi^2=9.929$, $p=0.04$

4.8. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Anne-Babaların Birinci Eksen Tanılarının Varlığı

Çalışma grubundaki 41 (%82) çocuk ve ergenin anne-babalarından herhangi birinde birinci eksen tanısı varken, kontrol grubunda 15 (%30.6) çocuk ve ergenin anne-babalarında birinci eksen tanısı vardı. Çalışma grubunda anne-babalarda birinci eksen tanısı varlığı istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha fazla bulundu ($p=0.001$).

4.9. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Anne-Babaların İkinci Eksen Tanılarının Varlığı

Çalışma grubunda 18 (%36), kontrol grubunda dört anne-babada (%8.2) ikinci eksen tanısı vardı. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0.001$).

4.10. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Annelerin Bildirdikleri Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçek Puanları

ADÖ'nün PRÇ, İLT, DVK ve GNF alt ölçeklerinde çalışma grubundaki annelerin ortalama puanlarının daha yüksek olduğu görüldü. Bu alt ölçek puanları açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıydı. ADÖ'nün alt ölçeklerinden alınan puanlar yükseldikçe söz konusu işlev alanının problemlili olduğu düşünülmektedir.

Tablo 4.8. Annelerin ADÖ alt ölçekleri puan ortalamaları

Alt Ölçekler	Gruplar		t	p
	Çalışma Grubu	Kontrol Grubu		
	Ortalama±SS	Ortalama±SS		
PRÇ	2.00±0.63	1.66±0.49	3.065	0.001
İLT	1.92±0.73	1.68±0.39	2.113	0.03
ROL	2.02±0.57	1.86±0.41	1.624	0.10
DTV	1.94±0.91	1.68±0.59	1.670	0.09
GİG	2.46±0.49	2.32±0.42	1.499	0.13
DVK	2.20±0.37	1.94±0.37	3.448	0.001
GNF	1.87±0.76	1.56±0.44	2.493	0.01

PRÇ: Problem Çözme, İLT: İletişim, ROL: Roller, DTV: Duygusal Tepki Verebilme, GİG: Gereken İlgiyi Gösterme, DVK: Davranış Kontrolü, GNF: Genel Fonksiyonlar

4.11. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Babaların Bildirdikleri Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçek Puanları

ADÖ'nün PRÇ ve DTV alt ölçeklerinde çalışma grubundaki babaların ortalama puanları kontrol grubuna göre daha yüksekti ve bu alt ölçekler açısından gruplar arasındaki fark anlamlıydı.

Tablo 4.9. Babaların ADÖ alt ölçekleri ortalama puanları

Alt Ölçekler	Gruplar		t	p
	Çalışma Grubu	Kontrol Grubu		
	Ortalama±SS	Ortalama±SS		
PRÇ	1.91±0.59	1.66±0.51	2.042	0.04
İLT	1.84±0.68	1.63±0.43	1.654	0.10
ROL	1.85±0.38	1.91±0.45	0.752	0.45
DTV	1.92±0.77	1.59±0.53	2.231	0.02
GİG	2.36±0.46	2.23±0.47	1.257	0.21
DVK	2.14±0.42	2.00±0.35	1.687	0.09
GNF	1.69±0.65	1.53±0.51	1.262	0.21

PRÇ: Problem Çözme, İLT: İletişim, ROL: Roller, DTV: Duygusal Tepki Verebilme, GİG: Gereken İlgiyi Gösterme, DVK: Davranış Kontrolü, GNF: Genel Fonksiyonlar

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, intihar girişiminde bulunan ve bulunmayan çocuk-ergenlerin anne ve babalarının sosyodemografik özellikleri, SCID-I ve SCID-II ile belirlenen birinci ve ikinci eksen tanıları ve ADÖ ile aile işleyişi araştırıldı.

Sosyodemografik özellikler incelendiğinde, çalışma grubunda daha fazla parçalanmış aile olduğu, çalışma grubundaki annelerin eğitim düzeyinin kontrol grubundakilere göre daha düşük olduğu, intihar girişimi öyküsü bulunan annelerin sayısının çalışma grubunda kontrol grubuna göre daha fazla olduğu görüldü.

Birinci ve ikinci eksen tanıları, çalışma grubunu oluşturan anne-babalarda kontrol grubundakilere göre daha fazlaydı. Anne-babalarda en sık bulunan birinci eksen tanısı majör depresyondur. Annelerde ikinci eksen tanıları açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Ancak çalışma grubundaki annelere kontrol grubuna göre daha fazla ikinci eksen tanısı konuldu. Annelerde saptanan en sık ikinci eksen tanısı SKB idi. Çalışma grubunda babalarda saptanan en sık ikinci eksen tanısı antisosyal kişilik bozukluğuydu.

ADÖ'ye göre annelerde problem çözme, iletişim, davranış kontrolü ve genel işlevler, babalarda problem çözme ve duygusal tepki verme alt ölçekleri açısından iki grup arasında anlamlı fark saptandı. İntihar girişiminde bulunan grupta anne ve babalar tarafından doldurulan ölçekler ile değerlendirilen aile işlevselliğinin kontrol grubuna göre bozuk olduğu belirlendi.

5.1. Anne-Babaların Sosyodemografik Özellikleri ve Çocuk-Ergen İntihar Girişimi

Çocuklukta intihar girişiminin dört belirgin öncülü vardır: 1. Düşük benlik saygısı, 2. Depresyon, 3. Aile içi sorunlar, 4. Umutsuzluk.

Bütün bunların içinde özellikle umutsuzluk en önemli çocukluk ruhsal sorunlarından biridir ve genellikle düşük akademik başarı, davranış bozukluğu ve istismar ile birlikte görülür. Aile sorunları içinde anne-baba ayrılığı, boşanmalar, tek anne-babanın olduğu aile, aile bireylerinde psikopatoloji (depresyon) ve intihar davranışı gibi olaylar çocuklukta intihara zemin hazırlar (153).

Yapılan çalışmalarda, intihar girişiminde bulunan ergenlerin parçalanmış ailelerden geldiği (148, 149, 150), ayrılık-boşanma gibi nedenlerle anne-baba kaybı olan gençlerin intihar davranışı riskinde artış olduğu bildirilmiştir (65).

Başka bir çalışmada, üvey anne-babanın bulunduğu ailelerden gelen ergenlerin “bozulmamış aile”lerden gelen ergenlere göre daha düşük benlik saygısı, daha fazla anksiyete bulgusu ve yalnızlık yaşadıkları, daha çökkün bir duygudurum, daha fazla intihar düşüncesi ve girişimi gösterdikleri bulunmuştur (151). Yirmi yaşından önce intihar girişiminde bulunmuş 92 ergenle yapılan bir çalışma sonucunda, intihar girişiminde bulunmuş ergenlerin anne-babalarının intihar girişiminde bulunmamış ergenlerin anne-babalarına göre daha fazla oranda boşanmış oldukları belirtilmiştir (154).

İntihar davranışı olan kişilerin toplum kontrollerine göre parçalanmış ailelerden gelme ihtimallerinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (155). Ölüm sebebiyle anne-baba kaybının veya biyolojik anne-babadan biri ya da ikisinden de ayrı yaşıyor olmanın intihar için önemli bir risk etkeni olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (156-158). Lewinsohn ve arkadaşları (1996), 12 yaşından önce anne-baba kaybı ile intihar girişimi sayısının çokluğu arasında bağlantı olduğunu bildirmektedirler (159).

Bu çalışmada, çalışma grubundaki annelerin kontrol grubundakilere göre daha fazla oranda boşanmış ya da dul olduğu bulunmuştur. Çalışmada, intihar girişiminde bulunmuş olan çocuk-ergenlerin anne-babalarından oluşan grupta evli anne sayısının kontrol grubundakilerden daha düşük olduğu, babalar açısından iki grup arasında farkın olmadığı görülmüştür. Boşanma ve baba ölümü sebebiyle parçalanmış ailelerde bakım veren kişilerin çoğunluğunu annelerin oluşturması ortaya çıkan sonuca yol açmış olabilir.

Türkiye’de yapılan iki çalışmada, intihar girişiminde bulunan ergenlerin çoğunun eğitim düzeyi düşük ailelerden geldiği bulunmuştur (160). Bu çalışmada, annenin eğitim düzeyi çalışma grubunda daha düşüktü. İlköğretim öğrencilerinin anne-çocuk ilişkisini nasıl algıladıklarının araştırıldığı bir çalışmada, annelerin eğitim düzeyinin yüksek olmasının anne-çocuk ilişkisini olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir (161). Toplumumuzda çocuklarla daha çok annelerin ilgilendiği

düşünülürse, annenin eğitim düzeyinin düşüklüğüne bağlı anne-çocuk ilişkisindeki kalitenin azlığı, çocuk-ergenlerde intihar için risk etkeni olabilir.

Angst ve Clayton'un yaptığı bir çalışmada, sigara içme davranışı ve sigara miktarıyla antisosyal kişilik bozukluğu tanısı ve intihar sonuçları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Sigara içme ile depresyon tanısı arasında bir ilişki olduğu bildirilmektedir (162, 163). Sigara içenlerde yaşam boyu depresyon yaygınlığının arttığını ve deprese olmayan bireylere göre sigarayı bırakmalarının daha güç olduğunu gösteren çok sayıda araştırma vardır (164-166). Breslau ve arkadaşları genç erişkinlerde nikotin kullanımı, bağımlılık ve psikopatoloji arasındaki ilişkiyi incelemişler, yaşam boyu psikiyatrik bozukluklardan bağımsız olarak nikotin bağımlılığının artmış nörotisizm düzeyleri, negatif duygulanım ve umutsuzlukla ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (167, 168).

Bazı çalışmalar, ergenlerdeki psikopatoloji kontrol edildikten sonra, anne-babalardaki depresyon ve madde kötüye kullanımının ergendeki intihar davranışı için risk etkeni olarak bulunduğunu, fakat başka psikopatolojiler için böyle bir sonuca ulaşılmadığını ortaya koymaktadır (3, 169). Bu çalışmada da annelerde sigara içme ve majör depresyon kontrol grubuna göre çalışma grubunda istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksekti. Çalışma grubunda kontrol grubuna göre sigara içen babaların oranı daha fazlaydı ancak iki grup arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildi. Anne ve babaların sigara içiyor olması, yukarıda sözü geçen çalışma da göz önüne alındığında, çocuk-ergenlerde intihar girişimi için risk etkeni olarak düşünülebilir.

Bir çalışmada, intihar girişiminde bulunmuş 67 ergen kontrol grubu ile karşılaştırılmış, intihar grubunun anne-babalarında madde kullanımı ve alkol içmenin anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur (11). Bu çalışmada anne-babalarda alkol içme ve uyuşturucu madde kullanımı açısından gruplar arasında fark yoktu. Toplumun ve çalışmanın yapıldığı yerin geleneksel ve kültürel yapısı nedeniyle bireylerin alkol ve madde kullandıklarını ifade etmemelerinden ya da kullanmamalarından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışma grubundaki anne ve babalar kontrol grubuna göre daha uzun süre kırsal bölgede yaşamışlardır. Çok sayıda çalışma intihar oranları açısından kent ile kırsal bölge arasındaki farklılıkları araştırmışsa da (169-180), bu farklılığın altında yatan mekanizmalar hakkındaki araştırmalar yetersizdir (175). Yaşanan yerin insanların yaşamını şekillendirdiği, coğrafi bölgeler arasında morbidite ve mortalite açısından farklılık olabileceği ve bu farklılığın hem o yerde yaşayan insanların özellikleriyle, hem de yaşanan yerin kendisine özgü coğrafi özelliklerle ilişkili olabileceği belirtilmektedir (175). Bir gözden geçirmede, bir yerde yaşayan kişilerin özellikleri kontrol edildikten sonra, yaşanan yerin coğrafi özelliklerinin sağlık üzerinde önemli etkisinin olduğu belirtilmektedir (176). Son yıllarda dünyanın değişik bölgelerinde yapılan araştırmalarda intihar oranlarının kentlere göre kırsal bölgelerde ve küçük yerleşim birimlerinde artış gösterdiği görülmektedir (177-179).

Yaşanan yer ile intihar girişimi arasındaki ilişkiyi araştıran erişkin yaş grubu ile ilgili yayınlar olsa da, bu çalışmada doğumlarından sonra daha çok nerede yaşadıklarının sorulmamış olması, çocuk ve ergenlerde intihar girişimi ile yaşanan yer arasındaki ilişki hakkında yorum yapılmasını zorlaştırmaktadır. Bu durum çalışmanın bir kısıtlılığı olarak değerlendirilebilir.

Literatürde, intihar girişiminde bulunan çocuk-ergenlerin ailelerinde de intihar girişimi öyküsünün anlamlı olarak yüksek olduğu bildirilmiştir (3, 51). Yapılan çalışmalarda, intihar girişiminde bulunan ergenlerin ailelerinde intihar girişimi oranının %2-%30 arasında değiştiği bulunmuştur (53). Pfeffer ve arkadaşlarının (1979) 58 olguluk çocukluk intiharları serisinde; 13 annede intihar düşüncesi, on annede intihar eylemi, iki annede tamamlanmış intihar girişimi; iki babada ölüm ve intihar düşüncesi, üç babada intihar eylemi ve birinde tamamlanmış intihar olduğu bildirilmiştir (6).

Bu çalışmada annelerin %24'ünde, babaların %5.4'ünde intihar girişimi öyküsü vardı. Bozuk anne-baba/çocuk ilişkisi ve ailedeki psikopatolojilerin kontrol edilmesinden sonra çocukta intihar girişiminin sürdüğünü gören bazı araştırmacılar, bunu sorunlu aile ortamından çok, genetik yükünlüğe bağlamışlardır (3, 51).

Evlat edinme, ikiz ve aile çalışmaları, intihar davranışının ailesel ve genetik kökeni olduğunu ve intihar davranışına yatkınlığın, psikiyatrik bozukluktan bağımsız olarak, ailelerde önemli oranda genetik geçiş gösterdiğini ortaya koymaktadır. İntihar

girişiminde bulunan kişilerin ailelerinde intihar riski artmışken, tamamlanmış intihar davranışı olan kişilerin çocuklarında intihar girişim riskinin yüksek olması, “intihar davranışına yatkınlık” fenotipinin olduğunu desteklemektedir (125, 158). Anne-babanın taklit edilmesi ve zorluklarla baş etmede intiharın bir yöntem olarak öğrenilmesinin, çocukta intihar girişimine yatkınlığı arttırdığına dair kesin bir sonuca ulaşamamıştır (52).

İntihar girişimlerinde en sık kullanılan yöntem hem erkeklerde, hem de kadınlarda ilaç ve zehir içmedir (70, 83). DİE verilerine göre, Türkiye’de her iki cinsiyet için tamamlanmış intiharlarda en sık kullanılan yöntemin ası olduğu belirtilmiştir (20). Türkiye’de yapılan çalışmaların sonuçlarına göre intihar girişimlerinde en sık kullanılan yöntem yüksek dozda ilaç içmedir (62, 63, 69, 71, 180, 181, 182, 183). Çalışmada, intihar girişiminde bulunmuş olan anne-babaların büyük bir kısmı yüksek dozda ilaç içerek girişimde bulunmuştu ve hepsinde intihar girişimi nedeni, aile ile ilgili sorunlardı.

Çalışma grubunda yaşam boyu psikiyatrik bozukluklar açısından anne-babaların kendi bildirimlerine göre majör depresyon ilk sıradaydı. İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerin anne-babalarında psikiyatrik bozukluk öyküsünün olmasının önemli risk etkeni olduğunu bildiren çalışmalar ile bu çalışmadaki bulgular uyumludur (184). İntihar girişiminde bulunmuş ergenlerin anne-babalarında psikiyatrik bozukluk öyküsünün %25-50 gibi yüksek oranlarda olduğu bulunmuştur (185).

5.2. Anne-Babaların Birinci Eksen Tanıları ve Çocuk-Ergen İntihar Girişimi

Gerek hazırladığı uygunsuz ev ortamı ve önemli bir psikososyal etken olarak, gerekse getirdiği genetik yüklülük açısından anne-babalardaki ve ailenin diğer üyelerindeki psikopatolojiler, çocuktaki intihar davranışı için risk etkeni olabilir.

Brent ve arkadaşları (1988), intihar girişiminde bulunmuş 67 ergeni kontrol grubu ile karşılaştırmış, intihar grubunun anne-babalarında depresyon ve madde kötüye kullanımı kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulmuş, anne-çocuk ilişkisinde kontrol grubuna göre bozulma saptamıştır. Babaların kendine güvensiz ve

depresyonda, annelerin ise endişeli oldukları ve intihar düşüncesi taşıdıkları belirlenmiştir (11).

Pfeffer ve arkadaşları (1979); intihar girişiminde bulunmuş çocukları kontrol grubu ile karşılaştırdıklarında, annedeki depresyonun önemli bir risk etkeni olduğunu belirlemişlerdir (6). Gould ve arkadaşları da (1996); 20 yaş altında ölümle sonuçlanan intihar olaylarının psikolojik otopsiğinde, annede sıklıkla duygudurumu bozukluğu bulgularına, babada antisosyal davranış özelliklerine rastlamışlardır (3).

Annedeki depresyon, özellikle doğumdan sonraki ilk yıllarda anne-çocuk ilişkisini ve çocuğun anneye bağlanma biçimini olumsuz yönde etkilemekte, annenin çökkün duygudurumu ile özdeşim yapan çocukta kendisine zarar verici davranışlar görülmektedir (6).

Bu çalışmada, çalışma grubundaki annelerin %80'inde, babaların %35.1'inde SCID-I'e göre birinci eksen tanısı saptandı. Çalışma grubundaki anne-babalarda majör depresyon en çok rastlanan ruhsal bozukluktan ve daha önce yapılmış çalışmalarla sonuçlar uyumluydu. Çocuk-ergen intiharlarında, anne ve babadaki psikopatolojinin intihar girişimi için risk etkeni olduğu göz önüne alındığında, depresyonun belirlenmesinin ve tedavisinin, anne-babanın çocuklarıyla kurdukları ilişkinin kalitesini arttıracığı ve aile işlevselliğinde birçok alanda iyileşmeye neden olacağı düşünülebilir.

Ülkemizde yapılan intihar girişiminde bulunmuş çocuk-ergenlerin ve ailelerinin kendi bildirimlerine dayalı bir çalışmada, intihar girişiminde bulunmuş çocuk-ergenlerin annelerinin %8,6'sı depresyon, %1.7'si anksiyete bozukluğu ve %1.7' si de obsesif kompulsif bozukluk; babalarının %1.8'i depresyon, %3.6'sı madde kötüye kullanımı tanıları almışlardır. Toros ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada intihar girişimi açısından akrabalarda ruhsal sorunların olmasının en önemli risk etkenlerinden biri olduğu belirtilmiştir (186).

5.3. Anne-Babaların İkinci Eksen Tanıları ve Çocuk-Ergen İntihar Girişimi

Kişilik bozuklukları arasında antisosyal ve sınır kişilik bozukluğunda, ölümcül olan ya da olmayan intihar davranışı riski yüksektir (187).

Kişilik bozukluğu olan hastalarda intihar davranışı sıklıkla öfke ile bir arada ve önemli kişiler arası ilişkilerin bozulması ile dürtüsel davranışın sonucu olmaktadır. Sınır kişilik bozukluğunda intiharlar alışılmış yaşam tarzının değişimi ya da önemli olarak görülen kişilerden ayrılıkla tetiklenen, ümitsizlik ile karışık öfkeli duygudurumun sonucu olarak gerçekleşebilmektedir. Antisosyal kişilik bozukluğunda kişinin işlediği bir suçun açığa çıkması ya da hakkında soruşturma açılması sonrasında intihar gözlenebilmektedir. Histriyonik kişilik bozukluğunda kişiler kendilerine gereksinim duyulmadığını algıladıklarında intihar girişiminde bulunabilmektedirler (185).

Çalışma grubundaki annelerde ikinci eksen tanısı olarak en sık sınır kişilik bozukluğu, babalarda antisosyal kişilik bozukluğu saptandı. İkinci eksen tanıları çalışma grubundaki anne-babalarda fazlaydı ve çoğunlukla B kümesi kişilik bozukluğu vardı. B kümesi kişilik özellikleri ile açıklanan intiharın ailesel kümelenmesinin araştırıldığı bir çalışmada, intihar girişiminde bulunan depresif kişilerin ailelerinde B kümesi kişilik özelliklerinin daha fazla olduğu ve intihara ailesel yatkınlığın artmış B kümesi kişilik özellikleri ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (188). Temel olarak duygusal istikrarsızlık, dürtü kontrolünde zorluk ve kişiler arası ilişkilerde sorun yaşanması B kümesi kişilik özelliklerini oluşturmaktadır. B kümesi kişilik özelliklerinin kümelenmediği ailelerde, aile içinde duygusal tepkilerin aşırı ve yoğun olması, öfke kontrolünün zayıf olması ve ilişkili olabilecek yıkıcı davranışların görülmesi, çocuk ve ergenlerin baş etme becerilerinin de sınırlı ve katı olmasına neden olabilir.

5.4. Anne-Babaların Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçekleri ve Çocuk-Ergen İntihar Girişimi

Sağlıklı ve işlevlerini yerine getirebilen aileler, sorunlarını çözebilen, birbirlerine duygusal olarak bağlı, rolünü etkili biçimde yerine getirebilen, dolaysız bir iletişim biçimini benimseyen ailelerdir. Sağlıksız ailelerin en önemli özelliği ise, iletişim işlevinin bozuk, üyeler arası ilişkilerin kopuk, kurallara bağlı olması ve esnek bir yapının bulunmamasıdır. Belirli roller kişilerin üzerine zorla yüklenmiştir (147).

Sayı (1989), sağlıklı evlilik kurumunda belirlenmiş roller içinde görevlerin dağılımından ve ailede dengeli bir iş bölümünden söz etmektedir. Ayrıca aile içi

ilişkilerde otorite boşluğu göstermeyen demokratik bir düzenin varlığından, iletişimin, ortak karar alabilmenin ve problem çözümünün aile dengesinin sürdürülmesinde önemli olduğunu da vurgulamıştır (189).

Literatürde intihar girişimi olanların stres verici ev ortamına sahip oldukları bildirilmiştir. Bu aileler iletişim eksikliği, problem çözmede güçlükler, destek ve empati eksikliği, yoğun düşmanca ilişkiler ve aile üyelerinde rol çatışmalarının olduğu aileler olarak tanımlanmaktadır (190).

Psikososyal etkenlerden iyi işlev görmeyen aile, anne ya da baba ile iletişimin kötü olması, anne-babaların önemli sorunlar yaşaması, ailede intihar girişimi ve madde kullanım öyküsünün olması ergenlikte intihar riskini ciddi ölçüde arttırmaktadır (191). Ergen intiharlarının nedenleri incelendiğinde başka bir çalışmada işlevsel olmayan anne baba tutumları gibi ailesel etkenlerin rol oynadığı görülmüştür (99).

Çalışma grubunda ADÖ'nün PRÇ alt ölçeğinden alınan puanlar hem anne, hem de babalarda yüksekti. Annelerde İLT, DVK, GNF alt ölçeklerinden alınan puanlar bu alanlarda da işlevlerin bozuk olduğuna işaret etmekteydi. Babalarda PRÇ alt ölçeğine ek olarak DTV alt ölçek puanları yüksekti.

Problem çözme boyutu, ailenin etkili işlevlerini yerine getirebileceği düzeyde maddi ve manevi sorunlarını çözebilme becerisini göstermektedir (192). Çalışmada intihar girişiminde bulunan çocuk-ergenlerin anne ve babalarının PRÇ alt ölçeğinden aldıkları yüksek puanlar nedeniyle problem çözme becerilerinin zayıf olduğu, güçlüklerle baş etmede esneklik gösteremedikleri düşünülebilir.

İletişim işlevi, aile üyeleri arasındaki bilgi alışverişi biçiminde ele alınmaktadır. Burada ailenin etkili bir iletişim içinde olup olmadığı, üyeler arası sözlü iletişimin içeriğinin açık olup olmadığı, kişilerin doğrudan ya da dolaylı iletişim kalıpları ortaya çıkmaktadır (192). İletişim kalıpları ve aile içi anlaşma açısından çalışma grubundaki annelerin, ailede daha sağlıklı yolların seçildiğini düşündüğü söylenebilir.

Davranış kontrolü ailenin, üyelerinin davranışlarına standart koyma ve disiplin sağlama biçimidir. Burada, psikolojik ve sosyal tehlike karşısındaki davranışlar değerlendirilir (192). Çalışma grubundaki anneler kural koyma ve disiplin sağlanması açısından aile içinde sorun yaşandığını düşünmektedir.

Genel fonksiyonlar, ADÖ'de yer alan problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme ve davranış kontrolü gibi altı alt boyutu kapsayacak şekilde ailelerden bilgi toplamayı amaçlayan bir alt ölçektir (192). Annelerin değerlendirmesine göre bu alt ölçek puanının yüksek olması, ADÖ'nün diğer alt ölçeklerinden yüksek puan almalarıyla ilişkili olabilir. Çalışma grubundaki anneler ailede birden fazla işlev alanında problem yaşadığını düşünmektedir.

Duygusal tepki verebilme işlevi, aile üyelerinin her türlü uyaran karşısında en uygun tepkiyi göstermesi anlamına gelmektedir. Burada, sevgi, mutluluk ve neşe yanında; kızgınlık, üzüntü, korku gibi duygular yer alır (192). Babalarda bu alanda işlevselliğin bozuk olmasının, antisosyal kişilik örüntüsünün çalışma grubunda kontrol grubuna göre daha fazla görülmesi nedeniyle özellikle öfke kontrolünün sağlanmasındaki güçlüklerin, çocukla kurulan iletişimi olumsuz yönde etkileyeceği, çocuk ve ergenin duygu ifadesini sınırlandıracağı ve öfke ifadesini yıkıcı hale getirebileceği düşünülebilir.

İntihar girişiminde bulunan ve bulunmayan ergenlerle yapılan bir çalışmada, her iki gruptaki ergenlere ADÖ verilmiş, intihar girişiminde bulunan ergenlerin değerlendirmesine göre ADÖ'nün bütün alt ölçeklerinden alınan puanlar yüksek bulunmuştur. Elde edilen puanların aile işleyişinde bozukluk olduğuna işaret ettiği saptanmıştır (160).

Sözü geçen işlevsellik alanları açısından ailede yaşanan sorunların anne-baba ve/veya çocuktaki psikopatoloji ile ilişkili olabileceği akla gelmektedir. Çocuk-ergenlerde intihar ve intihar girişimi ile aile içi anlaşmazlık arasında ilişkinin olduğunu bildiren çok sayıda çalışma bulunmaktadır, ancak bir çalışmada anne-baba ve çocuktaki psikopatoloji kontrol edildikten sonra, bu ilişkinin gücünün hafiflediği gösterilmiştir (193). Anne/baba-çocuk ilişkisinin kalitesi de intihar davranışı için önemli bir etken olarak tanımlanmaktadır (194). Gould ve arkadaşları (1996), diğer etkenler kontrol edildikten sonra, baba ile zayıf iletişimin kurulmasının yaşça büyük ergenlerde intihar için risk etkeni olduğunu belirtmektedir (3).

Aile bütünlüğünün, olumlu anne/baba-çocuk ilişkisinin, birlikte zaman geçirmenin, anne-baba denetiminin ve anne-babanın akademik ve davranışsal açıdan

beklentilerinin yüksek olmasının çocuk-ergen intiharları açısından koruyucu rolü olduğundan söz edilmektedir (195,196).

Kısıtlılıklar

Çalışmaya alınan örneklem bir üniversite hastanesine başvuran olguların anne-babalarından oluşmaktadır. Sonuçların genellenebilmesi için çok merkezli, daha büyük örneklemlili çalışmalara ihtiyaç vardır.

Sosyodemografik veri formunda anne ve babanın her birinin en uzun süre nerede (kent/kırsal) yaşamış oldukları sorulmuştur. Çocuk veya ergenin doğumundan itibaren nerede yaşamış olduğuna dair bilginin sorulmamış olması nedeniyle intihar girişimi ile yaşanan yer arasındaki ilişki hakkında yorum yapılamamaktadır.

Aile değerlendirme ölçeğinden elde edilen veriler ölçeği dolduran kişinin aile işleyişini nasıl algıladığını yansıtmaktadır. Daha önceki araştırmalarda aile işleyişinin ailenin tek bir üyesinden alınan bilgiye dayanılarak değerlendirildiği göze çarpmaktadır. Bu çalışmada aile işlevleri hakkında hem anne, hem de babadan bilgi alınmış olması her iki bilgi kaynağının bakış açısı ve değerlendirmesi ile ilgili fikir verse ve nesnelliği arttırsa da, intihar girişiminde bulunmuş olan bireyin kendisinden de söz konusu işlevler hakkında bilgi alınmamış olması bir kısıtlılık olarak kabul edilebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, intihar girişiminde bulunmuş çocuk ve ergenlerin anne-babalarının sosyodemografik özellikleri, anne-baba psikopatolojisi ve aile işlevselliğinin intihar girişiminde bulunmamış kontrol grubunun anne-babaları ile karşılaştırılması amaçlandı.

Çalışma sonuçları gözden geçirildiğinde;

1. Çalışma grubundaki annelerin 12'si (%24), kontrol grubundakilerin ikisi (%4); çalışma grubundaki babaların ikisi (%5.4), kontrol grubundaki babaların biri (%2.1) boşanmış/dul idi. İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenler daha fazla oranda parçalanmış ailelerden geliyorlardı.

2. Annelerin eğitim düzeyi çalışma grubunda kontrol grubuna göre daha düşüktü. Babaların eğitim düzeyi açısından iki grup arasında fark yoktu.

3. Çalışma grubundaki annelerin 12'sinde (%24), babaların ikisinde (%5.4) geçmişte intihar girişimi vardı. Girişim aracı olarak, çoğunluğu yüksek dozda ilaç içmişti ve hepsinde intihar girişim nedeni, aile ile ilgili sorunlardı.

4. Annelerin ve babaların kendi bildirimlerine dayalı psikiyatrik bozukluk öyküsü çalışma grubunda kontrol grubuna göre yüksek bulundu.

5. Çalışma grubundaki annelerin %80'inde, babaların %35.1'inde SCID-I'e göre birinci eksen tanıları saptandı.

6. Annelerin ikinci eksen tanıları açısından iki grup arasında istatistiksel fark yoktu, ancak çalışma grubunda ikinci eksen tanıları kontrol grubuna göre fazlaydı. Çalışma grubundaki babalarda ikinci eksen tanıları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti.

7. ADÖ'ye göre annelerde problem çözme, iletişim, davranış kontrolü ve genel işlevler; babalarda problem çözme ve duygusal tepki verme alt ölçekleri açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. İki grup arasında anlamlı fark saptanan alt ölçekler açısından çalışma grubunun işlevleri kontrol grubuna göre daha sağlıklıydı.

Sonuç olarak intihar öyküsü bulunan ve psikopatolojisi olduğu belirlenen erişkinlerin tedavisinde aile işleyişindeki yetersizlikleri anlama ve sağlıklı baş etme

stratejilerini güçlendirmeye yönelik aile odaklı yaklaşımların, çocuk ve ergen intihar girişimlerini azaltmaya katkıda bulunabileceği düşünülebilir.

Öneriler:

1. Çocuk ve ergenlerin intihar girişimlerinde anne-babada intihar öyküsü, psikopatolojinin varlığı önemli risk etkenlerinden olduğu için, bu riskler ayrıntılı öykü ve klinik değerlendirme ile gözden geçirilmelidir.

2. Çalışmada intihar girişiminde bulunan çocuk-ergenlerin aile işlevselliğinde, özellikle annelerin bildirdiği birçok alanda sorun saptandığı için, ailenin iyi işlemeyen sistemleri tedavi planı içerisinde aile görüşmeleri ile gözden geçirilmelidir.

3. Araştırılan sonuç değişkenlerinden aile işlevselliğinin anne-babanın yanı sıra çocuk-ergen tarafından da değerlendirildiği bir araştırma aile işleyişi hakkında daha fazla ve nesnel bilgi edinilmesini sağlayacaktır.

4. Araştırmanın bulguların genellenebilmesi için çok merkezli, büyük örneklemlili çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Odabaşıoğlu G, Dođangün B, Kayaalp ML. Çocukta intihar girişimleri: olgu örnekleriyle gözden geçirme. *Türkiye’de Psikiyatri*, 7(2):73-80, 2005.
2. Pfeffer CR. Suicidal behavior of children: a review with implications for research and practice. *Am J Psychiatry*, 138:154-9, 1981.
3. Gould MS, Fisher P, Parides M, Flory M, Shaffer D. Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Arch Gen Psychiatry*, 53: 1155-62, 1996.
4. Brown J, Cohen P, Johnson JG, Smailes EM. Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38: 1490-6, 1999.
5. McClure GM. Suicide in children and adolescents in England and Wales 1970-1998. *Br J Psychiatry*, 178:469-74, 2001.
6. Pfeffer CR, Conte HR, Plutchik R, Jerrett I. Suicidal behavior in latency age children: an empirical study. *J Am Acad Child Psychiatry*, 18: 679-92, 1979.
7. Neeleman J, Wessely S, Lewis G. Suicide acceptability in African- and white Americans: the role of religion. *J Nerv Ment Dis*, 186: 12-6, 1998.
8. Fergusson DM, Lynskey MT. Childhood circumstances, adolescent adjustment, and suicide attempts in a New Zealand birth cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34: 612-22, 1995.
9. Brent DA, Kolko DJ, Wartella ME, Boylan MB, Moritz G, Baugher M ve ark. Adolescent psychiatric inpatients’ risk of suicide attempt at 6-month follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32: 95-105, 1993.
10. Wagner BM. Family risk factors for child and adolescent suicidal behavior. *Psychol Bull*, 121:246-98, 1997.
11. Brent DA, Perper JA, Goldstein CE, Kolko DJ, Allan MJ, Allman CJ ve ark. Risk factors for adolescent suicide. A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Arch Gen Psychiatry*, 45: 581-8, 1988.
12. Shneidman ES. *Definition of Suicide*. Wiley Press, New York, 1985.
13. Doruk A ve Özşahin A. İntihar. E Köroğlu, C Güleç (Ed). *Psikiyatri Temel Kitabı*, 2. Baskı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 556–561 s., 2007.

14. Eskin M. İntihar, Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme. Bölüm 1: Tanım ve Anlama. Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara, 3–28 s., 2003.
15. Durkheim E: Çeviren, Ozankaya Ö: İntihar: Toplumbilimsel İnceleme. Türk Tarih Kurumu Basımevi, Ankara, 1986 (Fransızca orijinali 1897).
16. Soykan Aysev A, Işık Taner Y. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. İstanbul Golden Print, 856 s., 2007.
17. Kaplan Harold I, Sadock BJ, Sadock VA. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Eighth Ed. Suicide: Howard S. Sudak, 2442-2453, 2005.
18. Sadock BJ ve Sadock VA. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8. Baskı. Çeviri Editörü H Aydın, A Bozkurt, Bölüm 29: Özkıym. Güneş Kitabevi, Ankara, 2442–2453 s., 2007.
19. Lewis M. Suicidal behavior in children and adolescents: causes and management. A Comprehensive Textbook. M Lewis (ed.). Williams and Wilkins, Baltimore, Maryland, 666-672 p., 1996.
20. Demirel Özsoy S. ve Eşel E. İntihar (Özkıym). Anadolu Psikiyatri Dergisi, 4: 175–185, 2003.
21. Sayıl I. İntihar Davranışı ve Epidemiyolojisi. O Doğan (Ed). Psikiyatrik Epidemiyoloji'de. Ege Psikiyatri Yayınları, İzmir, 118–123 s., 2002.
22. Kaplan H.I. ve Sadock B.J. Klinik psikiyatri-Kaplan & Sadock, Çeviri Editörü E Abay, Bölüm 25. 1: İntihar. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 361–366 s., 2004.
23. Pfeffer CR, Klerman GL, Hurt SW, Lesser M, Peskin JR, Siefker CA. Suicidal children grow up: demographic and clinical risk factors for adolescent suicide attempts. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 30: 609-16, 1991.
24. Pataki CS. Mood disorders and suicide in children and adolescents. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds). Comprehensive Textbook of Psychiatry, seventh edition, volume two. Lippincott Williams&Wilkins; Philedelphia, 2740-2757 p., 2000.
25. National Center for Health Statistics: Advance report of final mortality statistics, 1991.Monthly Vital Statistics Report, Hyattsville, MD: US Public Health Service, 42:2, 1993.

26. Kashani JH, Goddard P, Reid JC Correlates of suicidal ideation in a community sample of children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 28: 912-7, 1989.
27. Velez CN, Cohen P Suicidal behavior and ideation in a community sample of children: maternal and youth reports. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 27: 349-56, 1988.
28. Carlson GA, Asarnow JR, Orbach I. Developmental aspects of suicidal behavior in children and developmentally delayed adolescents. In: Noam GG, Borst S ve ark. (eds). *Children, Youth and Suicide: Developmental Perspectives*. Jossey-Bass; San Francisco, 93-107 p., 1994.
29. American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence: Suicide and suicide attempts in adolescents and young adults. *Pediatrics*, 81: 322-4, 1988.
30. Kaplan HI, Sadock BJ *Synopsis of Psychiatry: Psychiatric Emergencies: Suicide*. Lippincott Williams and Wilkins; New York, 864-872 p., 1988.
31. Devrimci-Özgüven H. İntihar davranışının epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri*, 1 (3): 1-7, 2008.
32. Sayar MK, Öztürk M, Acar B. Aşırı dozda ilaç alımıyla intihar girişiminde bulunan ergenlerde psikolojik etkenler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 10: 133-138, 2000.
33. Trangkasombat U ve Likanapichiltkul D. Prevalence and risk factors for depression in children: an outpatient pediatric sample. *J Med Assoc Thai*, 80: 303-310, 1997.
34. Rodriguez OB, Vicent GM, Bartolome MS, Flores CJ. Suicide in pediatric patients: 30 cases. *An Esp Pediatr*, 52: 31-35, 2000.
35. Jay MS, Graham CJ, Flowers C. Adolescent suicide attempters presenting to a pediatric facility. *Adolescence*, 24: 467-472, 1989.
36. Şener Ş. ve Şenol S. İntihar girişimi nedeniyle başvuran ergenlerin değerlendirilmesi ve kısa süreli izlemi. *3P Dergisi*, 4: 100-107, 1996.

37. Lifshitz M ve Gavrilov V. Deliberate self-poisoning in adolescents. *Isr Med Assoc J*, 4: 252-254, 2002.
38. Atay IM ve Kerimoğlu E. Ergenlerde intihar davranışı. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 10: 128-136, 2003.
39. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Synopsis of Psychiatry*, 7. Baskı. Williams & Wilkins, Baltimore, 1994.
40. DİE (Devlet İstatistik Enstitüsü). Genel nüfus sayımı: Nüfusun sosyal ve ekonomik nitelikleri 1990, Türkiye. TC Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, Ankara, 1993.
41. TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) İntihar istatistikleri 2006. TC Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu, Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara, 2008.
42. Le Heuzey MF, Isnard P, Badoual AM, Dugas M. Suicidal children and adolescents. *Arch Pediatr*, 2: 130-135, 1995.
43. Romero GR, Garcia GJJ, Ruano CE, Cubells LC, Diez AJA, Fernandez PJ. Voluntary poisoning as a form of attempted suicide. *An Esp Pediatr*, 53: 213-216, 2000.
44. Ercan EE, Varan A, Aydın C. İntihar girişiminde bulunan ergenlerde sosyodemografik, psikiyatrik ve ailesel özelliklerin araştırılması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 7: 81-91, 2000.
45. Sayar MK, Öztürk M, Acar B. Aşırı dozda ilaç alımıyla girişimde bulunan ergenlerde psikolojik etkenler. *Klinik psikofarmakoloji Bülteni*, 3:133-138, 2000.
46. Turgay A. An Integrative approach to child and adolescent suicidal behavior. *Psychiatr Clin North Am*, 12(4):971-985, 1989.
47. Shafii M, Carrigan S, Whittinghill JR, Derrick A. Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. *Am J Psychiatry*, 142:1061-1064, 1985.
48. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Liotus L, Schweers J, Balach L ve ark. Familial risk factors for adolescent suicide: A case-control study. *Acta Psychiatr Scand*, 89: 52-58, 1994.

49. Brent DA ve Perper JA. Research in adolescent suicide: implications for training, service delivery, and public policy. *Suicide Life Threat Behav*, 25: 222-30, 1995.
50. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet*, 360:1126-30, 2002.
51. Brent DA, Bridge J, Johnson BA, Connolly J. Suicidal behavior runs in families: a controlled family study of adolescent suicide victims. *Arch Gen Psychiatry*, 53: 1145–1152 606, 1996.
52. Schulsinger F. Biological psychopathology. *Annu Rev Psychol*, 31: 583, 1980.
53. Pelkonen M ve Marttunen M. Child and adolescent suicide: Epidemiology, risk factors, and approaches to prevention. *Pediatric Drugs*, 5:243–265, 2003.
54. Sabbath JC. The suicidal adolescent: The expendable child. *J Am Acad Child Psychiatry*, 8: 272-289, 1969.
55. Houston K, Hawton K, Shepperd R. Suicide in young people aged 15–24: a psychological autopsy study. *J Affect Disord*, 63: 159–170, 2001.
56. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT, Fergusson DM, Deavoll BJ, Nightingale SK. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *Am J Psychiatry*, 153(8):1009–14, 1996.
57. Bayam G, Dilbaz N, Bitlis V, Tüzer T. Genel bir hastanede acil servise intihar girişimi nedeniyle başvuran ergenlerin sosyodemografik özellikleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 2: 57-62, 1995.
58. Miller DN, Eckert TL, Dupaul GJ ve ark. Adolescent suicide prevention: acceptability of school-based programs among secondary school principals. *Suicide Life Threat Behav*, 29(1):72-85, 1999.
59. Devrimci Özgüven H. İntiharların ve İntihar Girişimlerinin Epidemiyolojisi. I Sayıl (Ed). İntihar'da. Ege Psikiyatri Yayınları, İzmir, 7–22 s., 2002.
60. Sayıl I, Berksun OE, Palabıyıkoglu R, Devrimci Özgüven H, Soykan Ç, Haran S. Kriz ve Krize Müdahale. Sayıl I: İntihar Davranışı. Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları, no:6, 2000.

61. Sayıl I ve Devrimci Özgüven H. Suicide and suicide attempts in Ankara in 1998: results of the Who/Euro Multicentre Study on Suicidal Behavior. *Crisis*, 23: 11-16, 2002.
62. Sayıl I, Oral A, Güney S, Ayhan N, Ayhan Ö, Devrimci H. Ankara'da intihar girişimleri üzerine bir çalışma. *Kriz Dergisi*, 1: 56-61, 1993.
63. Çayköylü A, Coşkun İ, Kırkpınar İ, Özer H. İntihar girişiminde bulunanlarda sosyodemografik özellikler ve tanı dağılımı. *Kriz Dergisi*, 5: 37-42, 1997.
64. Kienhorst CW, Wilde EJ, Van den Bout J, Diekstra RF, Wolters WH. Characteristics of suicide attempters in a population-based sample of Dutch adolescents. *Br J Psychiatry*, 156: 243-248, 1990.
65. Beautrais AL. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Aust N Z J Psychiatry*, 34: 420-436, 2000.
66. Ramsay R ve Bagley C. The prevalence of suicidal behaviors, attitudes and associated social experiences in an urban population. *Suicide Life Threat Behav*, 15: 151-67, 1985.
67. İntihar İstatistikleri (1962-2000). TC Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, DİE Matbaası, Ankara, 2000.
68. Moscicki EK. Epidemiology of suicidal behavior. *Suicide Life-Threat Behav*, 25 (1): 22-35, 1995.
69. Sayıl I, Berksun O, Palabıyıköğlü R, Oral A, Haran S, Güney S ve ark. Attempted suicides in Ankara in 1995. *Crisis*, 19: 47-48, 1998.
70. Diekstra RFW, Graaf AC de, Van Egmond M. Epidemiology of attempted suicide: A sample-survey study among general practitioners. *Crisis*, 5: 108-118, 1984.
71. Koçal N, Coşar B, Candansayar S, Arıkan Z, Işık E. Yatan psikiyatrik hastalardan intihar girişimi olanlarda demografik özellikler ve psikiyatrik bozuklukların retrospektif araştırılması. *Kriz Dergisi*, 2: 327-330, 1994.

72. Deveci A, Aydemir Ö, Mızrak S. İntihar girişiminde bulunanlarda sosyodemografik özellikler, stres etmenleri ve ruhsal bozukluklar. *Kriz Dergisi*, 13 (1): 1–9, 2005.
73. Boyd JH. The increasing rate of suicide by firearms. *N Engl J Med*, 308: 872–874, 1983.
74. Boyd JH ve Moscicki EK. Firearms ad youth suicide. *Am J Public Health*, 76: 1240–1242, 1986.
75. Brent DA, Perper JA, Allman C. Alcohol, firearms and suicide among youth: Temporal trends in Allegheny County, PA. 1960–1983. *J Am Med Assoc*, 257: 3369–3372, 1987.
76. Kellermann AL, Rivara FP, Somes G, Reay DT, Francisco J, Banton JG ve ark. Suicide in the home in relation to gun ownership. *N Engl J Med*, 327: 467–472, 1992.
77. Pfeffer CR, Hurt SW, Kakuma T, Peskin JR, Siefker CA, Nagabhairava S. Suicidal children grown up: Suicidal episodes and effects of treatment during follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33: 225–230, 1994.
78. DIE (Devlet İstatistik Enstitüsü–2000) İntihar istatistikleri 1998. TC Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, Ankara, 2000.
79. Monk M. Epidemiology of suicide. *Epidemiol Rev*, 9: 51–69, 1987.
80. Fox C, Hawton K. Deliberate self-harm in adolescence. Jessica-Kingslay, 2004.
81. Schmidtke A, Schaller H. The role of mass media in suicide prevention. *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (eds K.Hawton, K. van Heeringen). Chichester, Wiley, 675-697, 2000.
82. Hawton K, Williams K. The connection between media and suicidal behaviour warrants serious attention. *Crisis*, 22(4):137-140, 2001.
83. Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D. Attempted suicide in Europa: rates, trend and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992: results of the WHO/EURO Multicentre Study on parasuicide. *Acta Psychiatry Scand*, 93: 327-338, 1996.

84. Cheng ATA, Chen THH, Chen CC, Jenkins R. Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide. *Br J Psychiatry*, 177: 360–365, 2000.
85. Özgüven HD, Soykan Ç, Haran S. İntihar girişimlerinde sorun alanları ve tetikleyiciler. *Kriz Dergisi*, 11: 13–24, 2003.
86. Milnes D, Owens D, Blenkiron P. Problems reported by self-harm patients perception, hopelessness, and suicidal intent. *J Psychiatric Res*, 53: 819–822, 2002.
87. Sayıl I, Canat S, Tuğcu H. Onaltı intihar olgusunun psikolojik otopsi yöntemi ile değerlendirilmesi. *Kriz Dergisi*, 11: 1–6, 2003.
88. Grilo CM, Sanislow CA, Fehon DC ve ark. Correlates of suicide risk in adolescent inpatients who report a history of childhood abuse. *Compr Psychiatry* Nov-Dec, 40(6):422-8, 1999.
89. Davidson JR, Hughes DC, George LK, Blazer DG. The association of sexual assault and attempted suicide within the community. *Arch Gen Psychiatr*, 53(6): 550-5, 1996.
90. Brodsky BS ve Stanley B. Developmental effects on suicidal behavior. The role of abuse in childhood. *Clin Neurosci Res*, 1: 331–336, 2001.
91. Hawton K ve Heeringen K. Suicide. *Lancet*, 373: 1372–1381, 2009.
92. Cullberg J, Wasserman D, Stefansson CG. Who commits suicide after a suicide attempt? *Acta Psychiatr Scand*, 77: 598–603, 1988.
93. Rygnestad T. A prospective 5-year follow-up study of self-poisoned patients. *Acta Psychiatr Scand*, 72: 389–394, 1988.
94. Farmer R. Deliberate self-poisoning. *Br J Hospital Medicine*, 36: 437- 442, 1986.
95. Bile-Brahe U ve Jessen G. Repeated suicidal behavior: A two-year followup. *Crisis*, 15 (2): 77–82, 1994.
96. Kreitman N ve Casey P. Repetition of parasuicide: An epidemiological and clinical study. *Br J Psychiatry*, 153: 792–800, 1988.
97. Arensman E ve Kerkhof A. Classification of attempted suicide: A review of empirical studies, 1963–1993. *Suicide Life Threat Behav*, 26: 46–67, 1996.

98. McClure GMG. Recent trends in suicide among the young. *Br J Psychiatry*, 144: 134–138, 1984.
99. Lewinson DF, Mowry BJ, Sharpe L, Endicott J. Penetrance of schizophrenia-related disorders in multiplex families after correction for ascertainment. *Genet Epidemiol*, 13(1):11-21, 1996.
100. Shaffer D, Gould MS, Brasic J, Ambrosini P, Fisher P, Bird H ve ark. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry*, 53(4):339-48, 1996.
101. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35(9): 1174-82, 1996.
102. Myers K, McCauley E, Calderon R, Mitchel J, Burke P, Schloredt K. Risks for suicidality in major depressive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30(1):86-94, 1991.
103. Lewinson W, Roter D. The effects of two continuing medical education programs on communication skills of practicing primary care physicians. *J Gen Intern Med*, 8(6), 1993.
104. Oto R, Özkan M, Altındağ A. Batman İntiharları. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry*, 5(2):74-100, 2004.
105. Schneider B, Wetterling T, Sargk D, Schneider F, Schnabel A, Maurer K ve ark. Axis I disorders and personality disorders as risk factors for suicide. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 256: 17–27, 2006.
106. Schernhammer ES ve Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry*, 161: 2295–2302, 2004.
107. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Harriss L. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry*, 66: 693–704, 2005.
108. Brent DA, Perper JA, Kolko DJ, Zelenak JP. The psychological autopsy: methodological considerations for the study of adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 27(3):362-6, 1988.

109. Renaud J, Brent DA, Birmaher B, Chiappetta L, Bridge J. Suicide in adolescents with disruptive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38(7):846-51, 1999.
110. Pompili M, Amador XF, Girardi P, Harkavy-Friedman J, Harrow M, Kaplan K ve ark. Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. *Ann Gen Psychiatry*, 16:6-10, 2007.
111. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks JJ. Schizophrenia and suicide: a systematic review of risk factors. *Br J Psychiatry*, 187: 9–20, 2005.
112. Köroğlu E. Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri. Bölüm 22: Kişilik Bozuklukları. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 513–556, 2004.
113. Isometsä ET, Henriksson MM, Heikkinen ME, Aro HM, Marttunen MJ, Kuoppasalmi KI ve ark. Suicide Among Subjects With Personality Disorders. *Am J Psychiatry*, 153: 667–673, 1996.
114. Soloff PH, Lis JA, Kelly T, Cornelius J, Ulrich R. Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 151: 1316–1323, 1994.
115. Zaheer J, Links PS, Liu E. Assessment and emergency management of suicidality in personality disorders. *Psychiatr Clin North Am*, 31 (3): 527-543, 2008.
116. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Allman C, Friend A, Schweers J ve ark. Bereavement or depression? The impact of the loss of a friend to suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32(6):1189-97, 1993.
117. Odağ C. İntihar (Özkıyım) Tanım-Kuram-Sağaltım. Odağ Psikanaliz ve psikoterapi Eğitim Hizmetleri, META Basım Matbaacılık, Bornova-İzmir, 2008.
118. Alper Y ve Pırıldar Ş. Depresyon ve İntihar. I Sayıl (Ed): İntihar'da. Ege Psikiyatri Yayınları, İzmir, 47–60. 2002.
119. Eskin M. İntihar, Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme. Bölüm 4: İntiharın Açıklanması. Çizgi TıpYayınevi, Ankara, 113–131, 2003.
120. Eskin M. İntihar, Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme. Bölüm 5: Risk Etmenleri. Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara, 135–222, 2003.
121. Ellis T ve Ratliff KG. Cognitive characteristics of suicidal and nonsuicidal psychiatric inpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 10: 625–634, 1986.

122. Bonner RL ve Rich AR. Toward a predictive model of suicidal ideation and behavior: Some preliminary data in college students. *Suicide Life Threat Behav*, 17: 50–63, 1987.
123. Roy A, Segal NL, Sarchiapone M. Attempted suicide among living co-twins of twin suicide victims. *Am J Psychiatry*, 152: 1075–1076, 1995.
124. McGuffin P, Marusic A, Farmer A. What can psychiatric genetics offer suicidology? *Crisis*, 22: 61–65, 2001.
125. Brent DA ve Mann JJ. Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *Am J Med Genet C Semin Med Genet*, 133 (1): 13–24, 2005.
126. Mann JJ, Brent DA, Arango V. The neurobiology and genetics of suicide and attempted suicide: a focus on the serotonergic system. *Neuropsychopharmacology*, 24: 467–477, 2001.
127. Schulsinger F, Kety SS, Rosenthal D. A family of suicide, in origin, prevention and treatment of affective disorder. M Schon, E Stromgren (Ed). Academic Pres, New York, 277–287, 1979.
128. Nielsen DA, Goldman D, Virkkunen M, Tokola R, Rawlings R, Linnoila M. Suicidality and 5-hydroxy indol acetic acid concentration associated with a tryptophan hydroxylase polymorphysm. *Arch Gen Psychiatry*, 51: 34–38, 1994.
129. Özalp E. İntihar davranışının genetiği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20 (1): 85–93, 2009.
130. Nordström P, Samuelsson M, Asberg M, Träskman-Bendz L, Aberg-Wistedt A, Nordin C ve ark. CSF 5-HIAA predicts suicide risk after attempted suicide. *Suicide Life Threat Behav*, 24: 1–9, 1994.
131. Pandey GN. Altered serotonin function in suicide: Evidence from platelet and neuroendocrine studies. *The Neurobiology of Suicide: From the Bench to the Clinic*, DM Stoff ve JJ Mann (Ed.), New York: New York Academy of Sciences, 182–200, 1997.
132. Turecki G, Brière R, Dewar K, Antonetti T, Lesage AD, Séguin M ve ark. Prediction of level of serotonin 2A receptor binding by serotonin receptor 2A genetic

variation in posmortem brain samples from subjects who did or did not commit suicide. *Am J Psychiatry*, 156 (9): 1456-1458, 1999.

133. Traskman L ve Asberg M. Monoamine metabolites in CSF and suicidal bahavior. *Arch Gen Psychiatry*, 38: 631–636, 1981.

134. Sarandöl A, İntihar. *Birinci Basamak için Psikiyatri*, 1: 32–45, 2003.

135. Çuhadaroğlu F. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Bölüm 50: İntihar Davranışı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 503-512, 2008.

136. Sayıl I. İntihar Davranışında Tedavi İlkeleri. I Sayıl (Ed). İntihar'da. Ege Psikiyatri Yayınları, İzmir, 116–120, 2002.

137. Sayıl I. İntihar Önleme. I Sayıl (Ed). İntihar'da. Ege Psikiyatri Yayınları, İzmir, 121–123, 2002.

138. Beautrais A ve Mishara B. World suicide prevention across the life span. *Crisis*, 28: 57–60, 2007.

139. Aydemir Ö ve Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın, Ankara, 2007.

140. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV). Washington DC, American Psychiatric Press, Inc, 1997.

141. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen Danacı A, Köroğlu E. DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12: 233–236, 1999.

142. Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, First M. Manual for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders. Washington DC, American Psychiatric Press, 1990.

143. Sorias S, Saygılı R, Elbi H, Vahip S, Mete L, Nifirnr Z ve ark. DSM-III-R Kişilik Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID II). Ege Üniversitesi Yayınları, İzmir, 1990.

144. Spitzer RL. Psychiatric diagnosis are clinicians stil necessary? *Compr Psychiatry*, 24: 399–411, 1983.

145. Skodol AE, Rosnick L, Kellman D. Validating structured DSM-III-R personality disorder assessment with longitudinal data. *Am J Psychiatry*, 145: 1297–1299, 1988.
146. ořkunol H, Bađdiken İ, Sorias S. SCID-II (Türkçe versiyon) görüşmesinin kişilik bozukluklarındaki güvenilirliği. 28. Ulusal Psikiyatri Kongresi (27–30 Eylül 1992, Ankara) Tam Kitap Metni, 1992.
147. Bulut I. Aile Değerlendirme Ölçeği El Kitabı. Özgöl Zeliř Matbaası. Ankara, 1990.
148. Beautrais AL. Suicide and serious suicide attempts in youth: A multiple-group comparison study. *Am J Psychiatry*, 160: 1093-1099, 2003.
149. Çuhadaroğlu F, Sonuvar B Adolesan intiharları: Risk faktörleri üzerine bir inceleme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 3: 222-226, 1992.
150. Groholt B, Ekeberg Q, Wichstrom L, Hardorsen T. Young suicide attempters: a comparison between a clinical and an epidemiological sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39: 868-875, 2000.
151. Garnefski N ve Diekstra RF. Adolescents from one parent, stepparent and intact families: emotional problems and suicide attempts, *J Adolesc*, 20: 201-208, 1997
152. Özsan HH, Odabařiođlu G, Dođangün B, Kayaalp ML. Türkiye’de Psikiyatri, 7: 2, 2005.
153. Kerimoğlu E. ocukluk intiharları. *Turkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 1 (3): 28-30, 2008.
154. Langlo SR, Ramberg M, Groholt B. Suicidal adolescents what should clinicians look for. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 28, 123(16):2246-9, 2003.
155. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry*, 47 (3/4): 372-394, 2006.
156. Groholt B, Ekeberg O, Wichstrom L, Haldorsen T. Youth suicide in Norway, 1990–1992: A comparison between children and adolescents completing suicide and age- and gender-matched controls. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 27:250–263, 1997.

157. Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen PB. Familial, psychiatric and socioeconomic risk factors for suicide in young people: Nested case-control study. *British Medical Journal*, 325:74, 2002.
158. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry*, 47 (3/4): 372-394, 2006.
159. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology Science and Practice*, 3:25-36, 1996.
160. Ercan ES. İntihar girişiminde bulunan ergenlerde sosyodemografik, psikiyatrik ve ailesel özelliklerin araştırılması. Uzmanlık tezi, İzmir, 1998.
161. Pektaş İ, Özgür G. İlköğretim öğrencilerinin anneleri olan ilişkilerini algılayışları ve bu ilişkiyi etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 21(2):13-27, 2005.
162. Angst J, Clayton PJ. Premorbid personality of depressive, bipolar and schizophrenic patients with special reference to suicidal issues. *Compr Psychiatry*, 27:511-532, 1986.
163. Angst J, Clayton PJ. Personality, smoking and suicide: a prospective study. *J Affect Disord*, 51:55-62, 1998.
164. Breslau N, Kilbey M, Andreski P. Nicotine dependence and major depression. *Arch Gen Psychiatry*, 50:31-35, 1993.
165. Glassman AH, Helzer JE, Covey LS, Cottler LB, Stetner F, Tipp JE ve ark. Smoking, smoking cessation, and major depression. *JAMA*, 264:1546-1549, 1990.
166. Kendler KS, Neale MC, MacLean CJ, Heath AC, Eaves LJ, Kessler RC. Smoking and major depression. A causal analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 50:36-43, 1993.
167. Breslau N, Kilbey M, Andreski P. Nicotine dependence, major depression and anxiety in young adults. *Arch Gen Psychiatry*, 48:1069-1074, 1991.

168. Breslau N, Kilbey M, Andreski P. Vulnerability to psychopathology in nicotine-dependent smokers: Epidemiologic study of young adults. *Am J Psychiatry*, 150: 941–946, 1993.
169. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry*, 47 (3/4): 372-394, 2006.
170. Dudley M, Kelk N, Florio T, Howard J, Waters B, Haski C ve ark. Suicide among young rural Australians 1964–1993: a comparison with metropolitan trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 32:251–260, 1997.
171. Dudley M, Waters B, Kelk N, Howard J. Youth suicide in New South Wales: urban-rural trends. *Med J Aust*, 156:83–88, 1992.
172. Krupinski J, Tiller JW, Burrows GD, Hallenstein H. Youth suicide in Victoria: a retrospective study. *Med J Aust*, 160:113–116, 1994.
173. Cantor CH ve Coory M. Is there a rural suicide problem? *Aust J Publ Health* 17:382–384, 1993.
174. Cantor CH, Slater PJ. A regional profile of suicide in Queensland. *Aust J Publ Health*, 21:181–186, 1997.
175. Judd F, Cooper AM, Fraser C, Davis J. Rural suicide-people or place effects? *Aust N Z J Psychiatry*, 40:208-216, 2006.
176. Pickett K ve Pearl M. Multilevel analyses of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes: a critical view. *J Epidemiol Community Health*, 55:111–125, 2001.
177. Yip PSF, Callanan C, Yuen HP. Urban/rural and gender differentials in suicide rates: east and west. *J Affect Disord*, 57:99-106, 2000.
178. ABS. Suicides: 1921–1998. Canberra: Australian Bureau of Statistics, 2000.
179. Krupinski J, Tiller JW, Burrows GD, Hallenstein H. Youth suicide in Victoria: a retrospective study. *Med J Aust*, 160:113–116, 1994.
180. Bitlis V, Tüzer T, Bayam G, Dilbaz N, Holat H, Tan D. Genel birhastanede acil servise intihar girişimi nedeniyle başvuran hastalarınretrospektif incelenmesi. *Kriz Dergisi*, 2(2): 323-326, 1994.

181. Gidiş D, Kaya N, Çilli AS, Özkan İ, Şahinoğlu U. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne intihar girişimi nedeniyle başvuran ergenlerin değerlendirilmesi. *Kriz dergisi*, 5(1): 37-42, 1997.
182. Sağınç H, Kuğu N, Akyüz G, Doğan O. Yatarak tedavi gören hastalarda intihar öyküsünün araştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1(2):83-88, 2000.
183. Ateşçi FÇ, Kuloğlu M, Tezcan E, Yıldız M. İntihar Girişimi Olan Bireylerde Birinci ve İkinci Eksen Tanıları. *Klinik Psikiyatri*, 5:22-27, 2002.
184. Garland AF, Zigler E Adolescent suicide prevention: current research and social policy implications. *Am Psychologist*, 48: 169-182, 1993. Gould MS, Kramer RA Youth suicide prevention.31 (suplSpring), 6-30, 2001.
185. Wasserman D. Suicide. An unnecessary death. London. Martin Dunitz. ISBN 1-85317-822-5. 2001.
186. Aktepe E, Kandil S, Göker Z, Sarp K, Topbaş M, Özkorumak E. İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerde sosyodemografik ve psikiyatrik özelliklerin değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 5(6): 444-454, 2006.
187. Baxter D, Appleby L. Case register study of suicide risk in mental disorders. *Br J Psychiatry*, 175:322-326,1999.
188. Alexander McGirr, Martin Alda MSc, Monique Séguin MD, Sophie Cabot PhD, Alain Lesage BA, Phil MD ve ark. Familial Aggregation of Suicide Explained by Cluster B Traits: A Three-Group Family Study of Suicide Controlling for Major Depressive Disorder. *Am J Psychiatry*, 166: A28. 2009.
189. Sayıl I. Ruh Sağlığı ve Aile. Türkiye'de aileye yönelik sosyal refah hizmetleri konulu panel konuşması.1989.
190. Palabıyıköğlü R, Azizoğlu S, Özayar H, Ercan A. İntihar Girişimlerinde Bulunanların Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi *Kriz Dergisi*, 1(2):69-75, 1993.
191. Pfeffer CR. Diagnosis of childhood and adolescent suicidal behavior Unmet needs for suicide prevention. *Biol Psychiatry*, 9:1055-1061, 2001.
192. Bulut I. Ruh hastalığının aile işlevlerine etkisi. Başbakanlık Kadın ve Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı, Ankara, 1993.
193. Johnson JG, Cohen P, Gould M, Kasen S, Brown J, Brook JS. Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Arch Gen Psychiatry*, 59:741-749, 2002.

194. Wagner BM, Cole RE, Schwartzman P. Psychosocial correlates of suicide attempts among junior and senior high school youth. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25:358–372, 1995.
195. Borowsky IW, Ireland M, Resnick MD. Adolescent suicide attempts: Risks and protectors. *Pediatrics*, 107:485–493, 2001.
196. Resnick MD, Bearman PS, Blum RW, Bauman KE, Harris KM, Jones J. Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *JAMA*, 278:823–832, 1997.

EKLER**EK 1. ÇOCUK-ERGENLER İÇİN
SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU**

Sıra no:

Tarih: .../.../2010

Yaşınız:**Cinsiyetiniz:** () Kadın () Erkek**Eğitim düzeyiniz:** () İlköğretim () Lise

**EK 2. ANNE VE BABALAR İÇİN
SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU**

Sıra no:

Tarih:/..../2010

Yaşınız: () 25-35 () 36-45 () 46 ve üzeri**Cinsiyetiniz:** () Kadın () Erkek**Medeni durumunuz:** () Evli () Boşanmış/ Dul**Kaç yaşında evlendiniz?** () 18 ve altı () 19 ve üstü**Kaç çocuğunuz var? :** () 1 () 2 ve üstü**Eğitim düzeyiniz:** () Okuryazar değil () Okuryazar / İlköğretim () Lise ve üstü**İşiniz:** () Çalışmıyor () Çalışıyor () Emekli**Aylık toplam geliriniz:** () Gelir yok () 550 TL'den az () 551-1500 TL
() 1501 TL'den çok**En uzun süre nerede yaşadınız?** () İl merkezi () İlçe merkezi/Belde, köy**Aile yapısı:** () Çekirdek () Yarı geniş/ Geniş () Parçalanmış**Sigara içme:** () Evet () Hayır**Alkol içme:** () Evet () Hayır**Uyuşturucu madde kullanımı:** () Var () Yok**İntihar girişiminde bulundunuz mu:** () Evet () Hayır**Girişim aracı:** () İlaç () Tarım ilacı () Ası () Ateşli silah
() Yüksekten atlama () Kesici alet () Diğer**İntihar girişiminin nedenleri :** () Aile sorunları () Bedensel hastalık
() Ekonomik sorunlar () İftira-dedikodu**Girişim öncesinde herhangi bir psikiyatrik tanınız var mıydı?**

() Hayır () Evet

Yaşam boyu psikiyatrik bozukluk geçirdiniz mi? () Hayır () Evet,**Psikiyatrik ilaç kullandınız mı?** () Hayır () Evet**Ailede bu çocuk dışında intihar girişimi var mı?** () Yok () Var

EK 3. AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

CÜMLELER:	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
1.Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız.	()	()	()	()
2.Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz.	()	()	()	()
3.Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenlerini bilir.	()	()	()	()
4.Bizim evde, kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler.	()	()	()	()
5.Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler.	()	()	()	()
6.Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda, birbirimize destek oluruz.	()	()	()	()
7.Ailemizde acil bir durum olsa, şaşırıp kalırız.	()	()	()	()
8.Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız.	()	()	()	()
9.Birbirimize karşı olan sevgi, şefkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçınırız.	()	()	()	()
10.Gerektiğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız.	()	()	()	()
11.Evde dertlerimizi üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz.	()	()	()	()
12.Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uygularız.	()	()	()	()
13.Bizim evdekiler, ancak onların hoşuna giden şeyler söylediğimizde bizi dinlerler.	()	()	()	()
14.Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir.	()	()	()	()
15.Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur.	()	()	()	()
16.Ailemizin üyeleri, birbirlerine hoşgörülü davranırlar.	()	()	()	()
17.Evde herkes başına buyruktur.	()	()	()	()
18.Bizim evde herkes, söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler.	()	()	()	()
19.Ailede bazılarımız, duygularımızı belli etmeyiz.	()	()	()	()
20.Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz.	()	()	()	()
21.Ailecek, korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınırız.	()	()	()	()
22.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz.	()	()	()	()
23.Gelirimiz (ücret, maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor.	()	()	()	()
24.Ailemiz, bir problemi çözdükten sonra, bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır.	()	()	()	()
25.Bizim ailede herkes kendini düşünür.	()	()	()	()
26.Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz.	()	()	()	()
27.Evimizde banyo ve tuvalet bir türlü temiz durmaz.	()	()	()	()
28.Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz.	()	()	()	()
29.Evde herkes her istediğini birbirinin yüzüne söyleyebilir.	()	()	()	()
30.Ailemizde, her birimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır.	()	()	()	()

CÜMLELER	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
31.Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	()	()	()	()
32.Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir.	()	()	()	()
33.Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karışırız.	()	()	()	()
34.Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz.	()	()	()	()
35.Evde genellikle söylediklerimizle, söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır.	()	()	()	()
36.Aile içinde birbirimize hoşgörülü davranırız	()	()	()	()
37.Evde birbirimize, ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacaksa ilgi gösteririz.	()	()	()	()
38.Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz.	()	()	()	()
39.Ailemizde sevgi ve şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır.	()	()	()	()
40.Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız.	()	()	()	()
41.Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur.	()	()	()	()
42.Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterir.	()	()	()	()
43.Evde birbirimize karşı açık sözlüyüzdür.	()	()	()	()
44.Ailemizde hiçbir kural yoktur.	()	()	()	()
45.Evde birinden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendisine hatırlatılması gerekir.	()	()	()	()
46.Aile içinde, herhangi bir sorunun (problemin) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz.	()	()	()	()
47.Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeyiz.	()	()	()	()
47.Bizim evde aklınıza gelen her şey olabilir.	()	()	()	()
49.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz.	()	()	()	()
50.Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz.	()	()	()	()
51.Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	()	()	()	()
52.Sinirlenince birbirimize küseriz.	()	()	()	()
53.Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez.	()	()	()	()
54.Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışıyoruz.	()	()	()	()
55.Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir.	()	()	()	()
56.Aile içinde birbirimize güveniriz.	()	()	()	()
57.Ağlamak istediğimizde, birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz.	()	()	()	()
58.İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz.	()	()	()	()
59.Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz.	()	()	()	()
60.Problemimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.	()	()	()	()

ÖZGEÇMİŞ

1975 yılında Artvin’de doğdu. İlkokulu Bayburt, orta ve lise eğitimlerini Trabzon’da tamamladı. 1992 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi’ni kazandı. 1999 yılında tıp fakültesinden mezun olduktan sonra pratisyen hekim olarak Amasya ve Samsun’da çalıştı. 2006 yılında Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları bölümünü kazandı. Üniversitede araştırma görevlisi olarak çalışırken Bilişsel Davranışçı Terapi (temel ve süpervizyon) ve Şema Terapisi temel eğitimini aldı.