

İlaç içerek intihar girişiminde bulunanlarda eksen-1 tanı sıklığı ve klinik özellikler*

Frequency of axis-1 diagnosis and clinical features of suicide attempters with drug overdose*

Habib Erensoy¹, Hasan Mervan Aytaç², Tonguç Demir Berkol³, Ava Şirin Tav⁴

¹Üsküdar Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

²Malazgirt Devlet Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, Muş

³Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, İstanbul

⁴Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, İstanbul

Habib Erensoy orcid.org/ 0000-0002-4278-2739

Hasan Mervan Aytaç orcid.org/ 0000-0002-1053-6808

Tonguç Demir Berkol orcid.org/ 0000-0003-4341-6826

Ava Şirin Tav orcid.org/ 0000-0003-4643-0164

Öz

Amaç: İntihar psikiyatrik bozuklukların en ciddi komplikasyonu olup intihar girişimlerinde en fazla kullanılan yöntem ilaç alımıdır. Bu çalışmada ilaç içerek intihar girişiminde bulunarak yoğun bakım servisinde gözlemlen tutulan hastalarda sosyodemografik özellikler, psikososyal risk etkenleri ve psikiyatrik tanı dağılımlarının saptanması ve böylelikle erken müdahale yöntemlerine kılavuzluk sağlanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza bir eğitim ve araştırma hastanesinin yoğun bakım servisinde, ilaç içerek intihar girişimi nedeni ile izlenen ve çalışmaya katılmaya onam veren 94 hasta alınmıştır. Hastalara sosyodemografik veri formu doldurulmuş ve tüm hastalara SCID-I uygulanmıştır. İntihar girişimi ile ilişkili olabilecek risk etkenleri belirlenip elde edilen veriler cinsiyet, eğitim düzeyi ve eksen-I tanı dağılımı gibi değişkenler açısından değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hastaların %95'i intihar girişimi ile ilişkili ailesel, duygusal veya sosyoekonomik bir stres etkeni tariflemiştir. Hastaların %72'sinde (n=68) bir, %11'inde (n=10) ise birden çok eksen-I bozukluk saptanmıştır. Çalışmamızda hastaların %68'inde (n=64) major depresif bozukluk, %11'inde (n=10) depresif uyum bozukluğu, %6'sında (n=6) panik bozukluk, %6'sında (n=6) alkol bağımlılığı, %2'sinde (n=2) yaygın anksiyete bozukluğu ve %2'sinde (n=2) akut stres bozukluğu tespit edilmiştir.

Sonuç: İlaç içerek intihar girişiminde bulunan hastalarda eksen-I bozukluklar sık bulunmuş olup bunlar arasında major depresyon başı çekmektedir. Çalışmamızda yer alan hastaların tamamına yakını intihar girişimleri ile ilişkili olabilecek stres etkeni tariflemekte olup erken müdahale ve etkin bir psikiyatrik tedavi ciddi riskleri önleyebilir.

Anahtar Kelimeler: İntihar girişimi, ilaç zehirlenmesi, eştani

Abstract

Objective: Suicide is the most serious complication of psychiatric disorders. Drug intake is the most commonly used method in suicide attempts. The aim of this study was determining sociodemographic characteristics, psychosocial risk factors, and psychiatric diagnosis distributions in patients who were observed in the intensive care unit by attempting suicide with taking medication.

Material and Methods: 94 of the patients who were followed up for suicidal attempt in a training and research hospital intensive care unit were included in the study. Sociodemographic data form was filled and SCID-I was applied to all patients. The risk factors that may be related with suicide attempt were determined and the obtained data were evaluated in terms of variables such as gender, education level and axis-I diagnosis distribution.

Results: T95% of the patients had a familial, emotional or socioeconomic stress associated with suicide attempt. While 72% (n=68) of the patients had only one axis-I disorder, 11% (n=10) had multiple axis I disorders. In our study, 68% (n=64) of the patients had major depressive disorder, 11% (n=10) had depressive adjustment disorder, 6% (n=6) had panic disorder, 6% (n=6) had alcohol dependence, 2% (n=2) had generalized anxiety disorder and 2% (n=2) had acute stress disorder.

Conclusion: Axis-I disorders were found to be frequent in patients who attempted suicide by taking a drug and major depression was the leading one. Almost all of the patients in our study have been described as stressors that may be related to suicide attempts and early intervention and effective psychiatric treatment can prevent serious risks.

Key words: Suicide attempt, drug overdose, comorbidity

Giriş

İntihar psikiyatrik bozuklukların en ciddi komplikasyonudur. İntihar edenlerde eştanı oldukça sıktır. Yapılan bir çalışmada psikiyatrik otopsi sonucunda intihar kurbanlarının %93'ünde en az bir eksen-I bozukluk tespit edilmiştir. Bu kişilerden tek eksen-I bozukluğu dışında eştanısı olmayanların oranı ise %12 olarak bildirilmiştir (1-5). İntihar edenlerde psikolojik otopside en sık olarak duygudurum bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları bulunduğu tespit edilmiştir (1,3,6). Bunları birincil psikotik bozukluklar ve kişilik bozuklukları izlemektedir. Kadınlarda depresif bozuklukların, erkeklerde ise madde kullanım bozukluklarının varlığı daha belirgindir (1). Genç yaş intiharlarında madde kullanımı ve birincil psikotik bozukluklar, ileri yaş intiharlarında ise duygudurum bozuklukları varlığı ön plana geçmektedir (3).

Tamamlanmamış intihar girişiminde bulunmuş kişiler değerlendirildiğinde yaklaşık tamamına yakınında en az bir eksen-I, yarısına yakınında ise eksen-II bozukluk bulunduğu bildirilmektedir (7-9). Bu kişilerin sıklıkla bir duygudurum bozukluğu içinde olduğu tespit edilmiştir (7, 8). Tamamlanmamış intihar girişiminde bulunan kişilerin psikiyatrik tanı varlığı, eştanı varlığı ve duygudurum bozukluğu bulunma sıklığı oranlarının tamamlanmış intihar girişiminde bulunan kişiler ile benzer olduğu görülmektedir.

İntihar riskinin erkek cinsiyeti (10); bekâr, boşanmış veya yalnız olmak (6, 11); işsizlik (6, 12, 13); emeklilik (14); düşük gelir veya ekonomik sorunlar (14-16); fiziksel hastalık veya özürülük varlığı (13-15) gibi sosyodemografik değişkenler ile ilişkili olduğu bildirilmiştir.

Kadınlar erkeklere göre daha fazla intihar girişiminde bulunmaktadır (17). Fakat erkeklerde kadınlara göre girişimler daha yüksek oranda ölümlle sonuçlanmaktadır (18, 19, 10). Bu farkı seçilen girişim yöntemlerindeki farklılığın yarattığı düşünülmektedir (10). Örneğin erkeklerin daha sık başvurduğu yöntem olan ateşli silahlarla yapılan girişimlerde ölümlle sonuçlanma oranı %91 iken, kadınlara

rın daha sıklıkla tercih ettikleri ilaç zehirlenmesinde aynı oran %14'tür (18, 20, 21). Japonya'da yapılan bir çalışmada intihar girişiminde en yaygın kullanılan metodun yüksek dozda ilaç içmek (%57) olduğu ve ilaç içerek yapılan intihar girişimlerinin ya da intihar sonucu ölümlerin yaklaşık yarısının reçete edilen ilaçlarla olduğu saptanmıştır (4). WHO/EURO intihar girişimi üzerine yapılan bir çalışmada, 14 Avrupa ülkesinde, erkeklerin %73'ünün ve kadın intihar girişimlerinin %84'ünün aşırı doz alınan ilaçlardan kaynaklandığı bildirmiştir (19).

Bu çalışmada ilaç içerek intihar girişiminde bulunarak yoğun bakım servisinde gözlemlenen hastalarda sosyodemografik özellikler, psikososyal risk etkenleri ve psikiyatrik tanı dağılımlarının saptanması ve böylelikle erken müdahale yöntemlerine kılavuzluk sağlanması amaçlanmış olup hipotezimiz ilaç içerek intihar girişiminde bulunan kişilerin büyük çoğunluğuna girişimde bulunulan esnada herhangi bir psikososyal risk etkeni ve eksen-I tanısı eşlik ettiği şeklindedir.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışmaya Aralık 2018 - Şubat 2019 tarihleri arasında bir eğitim ve araştırma hastanesinin yoğun bakım servisinde ilaç içerek intihar girişiminde bulunan ve çalışmaya katılmaya onam veren 94 hasta alınmıştır. Hastalar acil servisten taburcu edildikleri hafta içinde, psikiyatri servisine çağırılmışlardır. Sonrasında tüm hastalara sosyodemografik veri formu doldurulmuş ve SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV) uygulanmıştır. Ayrıca intihar girişimi ile ilişkili olabileceği düşünülen risk etkenleri (aile içi duygusal, sosyal, ekonomik alanlar ile ilişkili sorunlar) değerlendirilmiştir. Veriler cinsiyet, eğitim düzeyi ve eksen-I tanı dağılımı gibi değişkenler açısından değerlendirilmiştir. Ayrıca hastalar girişimlerin manipulatif olup olmaması durumuna göre de iki gruba ayrılmış ve değerlendirilmiştir. Etik kurul belgesi üniversitenin etik kurulundan 25.11.2018 tarihinde, B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06/2018/959 sayı ile alınmıştır.

İlaç içerek intihar girişiminde bulunanlarda eksen-ı tanı sıklığı ve klinik özellikler - Erensoy E, Aytaç HM, Berkol Td. ve Tav AŞ.

Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Veri Formu: Çalışmanın amacına yönelik olarak araştırmacılar tarafından oluşturulmuş ilaç içerek intihar girişiminde bulunan hastalar ile ilgili ayrı ayrı hazırlanmış sosyodemografik özellikler, aile öyküsü, hastalık öyküsü, başvuru şikayetleri gibi klinik bilgilere ilişkin sorular içeren ayrıntılı görüşme formudur.

DSM-IV Eksen-I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I): SCID-I, DSM-IV Eksen-I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme ölçeğidir. Tanısal değerlendirmenin standart bir biçimde uygulanmasını sağlayarak tanının güvenilirliğinin ve DSM-IV tanı ölçütlerinin taranmasını kolaylaştırarak tanılarının geçerliliğinin artırılması, belirtilerin sistematik olarak araştırılması için geliştirilmiştir (22). SCID-I'nin Türkiye için uyarlama ve güvenilirlik çalışmaları Çorapçıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (23).

İstatistiksel analiz; Bu çalışmada elde edilen veriler SPSS 21 paket programı aracılığı ile analiz edilmiştir. Değişkenlerin frekans ve yüzdesel dağılımlarının yanında değişkenler arasındaki ilişkiye Ki-Kare analizi ile bakılmıştır. Anlamlılık seviyesi olarak 0,05 kullanılmış olup, $p < 0,05$ olması durumunda anlamlı ilişkinin olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda ise anlamlı farklılığın olmadığı belirtilmiştir.

İçerme kriterleri

- 1) 18-65 yaş arasında olmak,
- 2) Okuma-yazma biliyor olmak,
- 3) Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmek,
- 4) Bilişsel işlevleri etkileyebilecek başka bir sistemik/nörolojik hastalığının olmaması. (demans, epilepsi, parkinson hastalığı, bilinç kaybının eşlik ettiği kafa travması öyküsü)

Dışlama kriterleri

- 1) Genel tıbbi bir durum, demans veya beyin hasarına bağlı mental bozukluğun varlığı,
- 2) Mental retardasyon, otizm gibi nörogelişimsel bozuklukların olması,
- 3) Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmemek.

İlaç içerek intihar girişiminde bulunanlarda eksen-ı tanı sıklığı ve klinik özellikler - Erensoy E, Aytaç HM, Berkol Td. ve Tav AŞ.

Bulgular

Hastalardaki cinsiyet dağılımlarına bakıldığında; kadın cinsiyet % 80,86, erkek cinsiyet % 19,16 oranında bulunmuştur. 15-24 yaş arası hastalar, toplam hasta sayısının % 51,06'sını, 25-35 yaş arası hastalar ise % 23,4'ünü oluşturmaktadır. İntihar girişiminde bulunan hastaların genel özelliklerine ait yüzdeler Tablo-1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. İntihar girişiminde bulunan hastaların genel özelliklerine ait yüzdeler.

Yaş Grupları		
	n	%
15-24 yaş arası	48	51,06
25-35 yaş arası	22	23,4
36-50 yaş arası	18	19,15
51-64 yaş arası	4	4,26
65 yaş ve üstü	2	2,13
Eğitim		
Eğitimsiz	6	6,38
İlköğretim	44	46,81
Lise(Öğrenci+mezun)	34	36,17
Yüksek Öğretim	10	10,64
Medeni Durum		
Evli	46	48,94
Bekar	38	40,42
Boşanmış	10	10,64
Sosyoekonomik Durum		
Alt	22	23,4
Orta	56	59,58
Üst	16	17,02
İş Durumu		
Ev hanımı	52	55,32
İşçi	10	10,64
Kendi işi	8	8,51
Öğrenci	6	6,38
Özel Sektörde çalışıyor	10	10,64
Diğer	8	8,51
Toplam	94	100

Etiyolojide ailesel sorunlar nedeniyle intihar girişiminde bulunmuş olmanın (% 59,58) başı çekmekte olduğu görülmüş olup diğer etmenler duygusal sorunlar (% 19,04), sosyal sorunlar (% 19,04), ekonomik ve ticari sorunlar (% 12,77) ve eğitim sorunları (% 2,13) şeklinde sıralanmıştır.

İntihar nedenleri yüzdeleri, birden fazla sorunu olanların yüzdeleri, her bir sorunun hasta sayısına oranı, DSM-IV, SCID-I'e göre hastaların aldığı tanıların yüzdeleri Tablo-2'de gösterilmiştir.

Tablo2. İntihar nedenleri yüzdeleri, birden fazla sorunu olanların yüzdeleri, her bir sorunun hasta sayısına oranı, dsm-iv, scid i' e göre hastaların aldığı tanıların yüzdeleri.

İntihar Nedeni			
	n	%	
Sadece tek bir sorunu olan	74	78,72	
Birden fazla sorunu olan	16	17,02	
Ciddi bir sorunu olmayan	4	4,26	
Toplam	94	100	
Birden fazla sorunu olan			
	n	%	
Aile içi sorun+sosyal sorun	4	25	
Aile içi sorun+duygusal sorun	6	37,5	
Ekonomik-Ticari sorunlar+Duygusal sorun	4	25	
Sosyal sorunlar+Duygusal sorun	2	12,5	
Toplam	16	100	
Her bir sorunun hasta sayısına oranı			
	n	%	
Aile içi sorun	Tek Başına İntihar Nedeni	46	82,14
	Başka Bir Sorunla Beraber İntihar Nedeni	10	17,86
Toplam	56	59,58	
Duygusal sorun	Tek Başına İntihar Nedeni	6	33,33
	Başka Bir Sorunla Beraber İntihar Nedeni	12	66,67
Toplam	18	19,14	
Ekonomik ve Ticari Sorunlar	Tek Başına İntihar Nedeni	8	66,66
	Başka Bir Sorunla Beraber İntihar Nedeni	4	33,34
Toplam	12	12,77	
Ekonomik ve Ticari Sorunlar	Elti-kaynana baskısı	6	33,33
	Töre,ayıplanma vb.	4	22,2
	Kocası kuma getiren	6	33,33
	Nişanlısının evli olduğunu öğrenme	2	11,11
Toplam	18	19,14	
Eğitim sorunları	2	2,13	
DSM-IV, SCID I' e göre hastaların aldığı tanıları			
	n	%	
Sadece tek bir tanı alan	68	72,34	
Birçok tanı alan	10	10,64	
Tanı almayan	16	17,02	
Toplam	94	100	

Çalışmamızda 54 hastada (% 57.45) major depresyon, 10 hastada (% 10.64) uyum bozukluğu, 2 hastada (% 2.13) alkolizm, 4 hastada (% 4,25) alkolizm + major depresyon, 4 hastada (% 4,25) panik bozukluğu + major depresyon, 2 hastada (% 2.13) panik bozukluğu + yaygın anksiyete bozukluğu + major depresyon, 2 hastada (% 2.13) akut stres bozukluğu tanıları saptanmıştır. Tanı dağılımları, intihar girişim sayıları ve yüzdeleri, manipülatif hastaların aldıkları tanıları ve yüzdeleri, manipülatif intihar olarak değerlendirilen 22 hastanın özellikleri ve yüzdeleri Tablo-3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. Tanı dağılımları, intihar girişim sayıları ve yüzdeleri, manipülatif hastaların aldıkları tanıları ve yüzdeleri, manipülatif intihar olarak değerlendirilen 22 hastanın özellikleri ve yüzdeleri.

Tanı Dağılımı		
	n	%
Major Depresyon	54	57,45
Alkolizm	2	2,13
Uyum Bozukluğu	10	10,64
Akut Stres Bozukluğu	2	2,13
Panik Bozukluğu+Major Depresyon	4	4,25
Alkolizm+Major Depresyon	4	4,25
Tanı almadı	16	17,02
Panik bozukluğu+YaygınAnksiyete Boz. +M.Depresyon	2	2,13
Toplam	94	100
İntihar girişim sayısı		
	n	%
Manipülatif olarak değerlendirilen intihar girişimi sayısı	22	23,4
Ciddi olarak değerlendirilen intihar girişimi sayısı	72	76,6
Toplam	94	100
Manipülatif intihar olarak değerlendirilen 22 hastanın özellikleri		
	n	%
M.Depresyon	4	18,18
Uyum Bozukluğu	2	9,09
Tanı almadı	16	72,73
Toplam	22	100

Aile içi sorun, sosyal sorun, ekonomik-ticari sorun, psikiyatrik tanı alma ve manipülatif intihar girişiminde bulunma oranları açısından cinsiyet grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunduğu tespit edilmiştir

İlaç içerek intihar girişiminde bulunanlarda eksen-1 tanı sıklığı ve klinik özellikler - Erensoy E, Aytaç HM, Berkol Td. ve Tav AŞ.

($p < 0,05$). Erkeklerin %22,2'i ve kadınların %68,4'u aile içi sorun yaşamaktadır. Yine kadınlarda %23,7 oranında sosyal sorun var görülmektedir. Erkeklerin %55,6'ı ve kadınların %2,6'si ekonomik-ticari sorun yaşamaktadır. Erkeklerin %33,3'ü herhangi bir psikiyatrik tanı almamışken, kadınların %13,2'si tanı almamış görülmektedir. Kadınlarda %81,6 olarak görülen manipülatif intihar girişiminde bulunma oran, erkeklerde %55,6 olarak görülmektedir. Duygusal sorun, eğitim sorunu açısından ise cinsiyet grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiye rastlanılmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo-4).

Tablo 4. Aile içi sorun, sosyal sorun, ekonomik-ticari sorun, yalancı intihar, duygusal sorun ve eğitim sorunu ile cinsiyet grupları arasındaki ilişki.

Cinsiyet									
Aile içi sorun	Erkek		Kadın		Toplam		Ki-Kare analizi		
	n	%	n	%	n	%	Ki-kare	p	
yok	14	77,8	24	31,6	38	40,4	11,05	0,001*	
var	4	22,2	52	68,4	56	59,6			
Toplam	18	100,0	76	100,0	94	100,0			
Sosyal Sorun									
yok	18	100	58	76,3	76	80,9	F	0,019*	
var	0	0	18	23,7	18	19,1			
Toplam	18	100	76	100,0	94	100,0			
Ekonomik-Ticari Sorun									
yok	8	44,4	74	97,4	82	87,2	F	0,001*	
var	10	55,6	2	2,6	12	12,8			
Toplam	18	100,0	76	100,0	94	100,0			
Tanı									
Tanı almadı	6	33,3	10	13,2	16	17,0	*	0,001*	
Tek tanı	6	33,3	62	81,6	68	72,3			
Birçok Tanı	6	33,3	4	5,3	10	10,6			
Toplam	18	100,0	76	100,0	94	100,0			
Yalancı intihar									
Manipülatif(+)	8	44,4	14	18,4	22	23,4	F	0,029*	
Manipülatif(-)	10	55,6	62	81,6	72	76,6			
Toplam	18	100,0	76	100,0	94	100,0			

İlaç içerek intihar girişiminde bulunanlarda eksen-1 tanı sıklığı ve klinik özellikler - Erensoy E, Aytaç HM, Berkol Td. ve Tav AŞ.

Duygusal sorun									
yok	14	77,8	62	81,6	76	80,9	F	0,743*	
var	4	22,2	14	18,4	18	19,1			
Toplam	18	100,0	76	100,0	94	100,0			
Eğitim Sorunu									
yok	18	100	74	97,4	92	97,9	F	1	
var	0	0	2	2,6	2	2,1			
Toplam	18	100	76	100,0	94	100,0			

*Ki-Kare Testi

Aile içi sorun, sosyal sorun, duygusal sorun, eğitim sorunu, ekonomik-ticari sorun ile eğitim durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Psikiyatrik tanı alma ve manipülatif intihar girişimi açısından eğitim durumu grupları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p < 0,05$). İlköğretim ve altında %28 oranında tanı almamışken, lise ve üstünde bu oran %4,5 olarak görülmektedir. İlkokul ve altındaki intihar girişimlerinin %64'ünde manipülasyona rastlanılmamışken, bu oran lise ve üstündeki girişimlerde %90,9 şeklindedir (Tablo-5).

Tablo 5. Aile içi sorun, sosyal sorun, duygusal sorun, eğitim sorunu ve ekonomik-ticari sorun, tanı ve yalancı intihar ile eğitim durumu grupları arasındaki ilişki.

Eğitim Durumu									
Aile içi sorun	Okur Yazar+İlköğretim		Lise+Üniversite		Toplam		Ki-Kare analizi		
	n	%	n	%	n	%	Ki-kare	p	
yok	22	44,0	16	36,4	38	40,4	0,294	0,588	
var	28	56,0	28	63,6	56	59,6			
Toplam	50	100,0	44	100,0	94	100,0			
Sosyal Sorun									
yok	40	80,0	36	81,8	76	80,9	0	1	
var	10	20,0	8	18,2	18	19,1			
Toplam	50	100,0	44	100,0	94	100,0			
Duygusal Sorun									
yok	44	88,0	32	72,7	76	80,9	2,6	0,106	
var	6	12,0	12	27,3	18	19,1			
Toplam	50	100,0	44	100,0	94	100,0			

Eğitim Sorunu									
yok	50	100,0	42	95,5	92	97,9	F	0,216	
var	0	0,0	2	4,5	2	2,1			
Toplam	50	100,0	44	100,0	94	100,0			
Ekonomik-Ticari Sorun									
yok	44	88,0	38	86,4	82	87,2	0	1	
var	6	12,0	6	13,6	12	12,8			
Toplam	50	100,0	44	100,0	94	100,0			
Tanı									
Tanı alm adı	14	28,0	2	4,5	16	17,0	9,2	0,011*	
Tek tanı	32	64,0	36	81,8	68	72,3			
Birçok Tanı	4	8,0	6	13,6	10	10,6			
Toplam	50	100,0	44	100,0	94	100,0			
Yalancı İntihar									
Manipülasyon(+)	18	36,0	4	9,1	22	23,4	8,02	0,005*	
Manipülasyon(-)	32	64,0	40	90,9	72	76,6			
Toplam	50	100,0	44	100,0	94	100,0			

*Ki-Kare Testi

Aile içi sorun, sosyal sorun, duygusal sorun, ekonomik-ticari sorun ve manipülatif intihar girişimi açısından medeni durum grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p < 0,05$). Boşanmış olanların tamamında intihar girişimleri manipülatif görülmektedir. Aile içi sorun, sosyal sorun, duygusal sorun açısından manipülatif intihar grupları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Psikiyatrik tanı alma ile manipülatif intihar grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p < 0,05$). İntihar girişimleri manipülatif olanların %27,3'ünün psikiyatrik bozukluk tanısı aldığı görülmüşken, manipülatif olmayanların %86,1'i en az 1 psikiyatrik tanı aldığı görülmektedir (Tablo-6).

Tablo 6. Aile içi sorun, sosyal sorun, duygusal sorun, ekonomik-ticari sorun ve yalancı intihar ile medeni durum grupları arasındaki ilişki + aile içi sorun, sosyal sorun, duygusal sorun, tanı ile yalancı intihar grupları arasındaki ilişki.

Medeni Durum										
Aile içi sorun	Bekar		Boşanmış		Evli		Toplam		Ki-Kare analizi	
	n	%	n	%	n	%	n	%	Ki-kare	p
yok	20	52,6	6	66,7	12	26,1	38	40,4	31	0,0001*
var	18	47,4	4	44,4	34	73,9	56	59,6		
Toplam	38	100,0	9	100,0	46	100,0	94	100,0		
Sosyal Sorun										
yok	30	78,9	10	100	36	47,4	76	100	26,3	0,0001*
var	8	21,1	0	0	10	55,6	18	100		
Toplam	38	100,0	10	100	46	48,9	94	100		
Duygusal Sorun										
yok	28	73,7	4	40,0	44	95,7	76	80,9	0,9	0,635
var	10	26,3	6	60,0	2	4,3	18	19,1		
Toplam	38	100,0	10	100,0	46	100,0	94	100,0		
Ekonomik-Ticari Sorun										
yok	38	100	4	40	40	87,0	82	87,2	*	0,0001*
var	0	0	6	60	6	13,0	12	12,8		
Toplam	38	100	10	100	46	100,0	94	100,0		
Yalancı İntihar										
Manipülasyon(+)	10	26,3	0	0	12	26,1	22	23,4	22,1	0,0001*
Manipülasyon(-)	28	73,7	10	100	34	73,9	72	76,6		
Toplam	38	100,0	10	100	46	100,0	94	100,0		
Yalancı İntihar										
Aile içi sorun	Manipülasyon(+)		Manipülasyon(-)		Toplam		Ki-Kare analizi			
	n	%	n	%	n	%	Ki-kare	p		
yok	12	54,5	26	36,1	38	40,4	1,6	0,196		
var	10	45,5	46	63,9	56	59,6				
Toplam	22	100,0	72	100,0	94	100,0				
Sosyal sorun										
yok	16	72,7	60	83,3	76	80,9	F	0,352		
var	6	27,3	12	16,7	18	19,1				
Toplam	22	100,0	72	100,0	94	100,0				

Duygusal sorun							F	0,00,6*
yok	22	100	54	75	76	80,9		
var	0	0	18	25	18	19,1		
Toplam	22	100	72	100	94	100,0		
Tanı							28	0,0001*
Tanı almadı	16	72,7	0	0,0	16	17,0		
Tek tanı	6	27,3	62	86,1	68	72,3		
Birçok Tanı	0	0,0	10	13,9	10	10,6		
Toplam	22	100,0	72	100,0	94	100,0		

*Ki-Kare Test

Tartışma ve Sonuç

Çalışmamızda ilaç içerek intihar girişiminde bulunan hastalar ardışık sıra ile yoğun bakım taburculuklarının ardından SCID-I uygulanarak çalışmaya alınmıştır. Hastalardaki cinsiyet dağılımlarına bakıldığında; kadın cinsiyet % 80,86, erkek cinsiyet % 19,16 oranında bulunmuştur. Yaklaşık olarak kadınlar, erkeklerden 4 kat daha fazla oranda intihar girişiminde bulunmuşlardır. Literatürde de tamamlanmış intiharların erkeklerde (2-3 kat), intihar girişimlerinin ise kadınlarda (4 kat) daha fazla olduğu bildirilmektedir. Kadınlar çoğunlukla yüksek doz ilaç ya da zehir içmeyi tercih etmektedir (18). Bir çalışmada kadın ölümlerinde ilaç zehirlenmesine bağlı ölümlerin, erkeklerden 4 kat daha yüksek olduğu bulunmuştur (20). Bizim çalışmamızda da bu orana benzer bir oran bulunmuştur. Ayrıca Avrupa'da çok merkezli yapılan bir çalışmada ilaç içerek intihar girişimi oranları; Oxford'da 100,000 kadının 188'inde, 100,000 erkeğin 135'inde, Helsinki'de 100,000 kadının 188'inde ve 100,000 erkeğin 211'inde, Stockholm'da ise kadın ve erkeklerde ortalama 100,000'de 172 kişide saptanmıştır (24). Asyada ise intihar girişimi oranları erkeklerde kadınlardan daha yüksek oranda saptanmıştır (4). Bir çalışmada da aşırı doz ilaçla intihar girişiminde bulunan grupta kadınların daha ön planda (%60) olduğu bulunmuştur (25).

Çalışmamızda 15-24 yaş arası hastalar, toplam hasta sayısının % 51,06'sını, 25-35 yaş arası hastalar ise % 23,4'ünü oluşturmaktadır. Literatürde yer alan bir çalışmada intihar

girişimi oranlarının 15-34 yaş grubunda yükselme eğiliminde olduğu bulunmuş olup bazı çalışmalarda özellikle kadınlarda çalışmamızdaki bulgulara benzer şekilde 15-24 yaş aralığında intihar girişimlerinde yükselme trendi bildirilmiştir (26).

DSM IV, SCID-I'e göre çalışmamıza katılan hastaların % 82,98' i en az bir psikiyatrik tanı almıştır. Literatür tarandığında çalışmamızdaki bulguya en yakın sonucun % 85 (27) oranında elde edildiği tespit edilmiş olup diğer benzer çalışmalarda % 96 (25), % 98 (9), % 90 (8) ve % 92 (7) oranları göze çarpmaktadır. Psikolojik otopsi çalışmalarında ise % 93(1), % 90,1(3) ve % 86 (5) eksen-I etkeni oranları bulunmuştur. Yine literatürde tamamlanmış intihar çalışmalarında erkeklerde daha yüksek oranlara rastlanırken, intihar girişimi çalışmalarında ise kadın olgularla daha sık karşılaşılmaktadır. Sonuç olarak hem tamamlanmış intihar, hem de intihar girişimi çalışmalarında çok yüksek oranda eksen-I tanıları göze çarpmakta olup ruhsal hastalıklar her iki cinsiyette intihar girişiminde predominant risk faktörü olarak raporlanmıştır (6). Çalışmamızdaki bulgularda intihar olgularıyla ruhsal bozuklukların birlikteliği göze çarpmakta olup bu bulgulara dayanarak intihar girişiminde psikiyatrik bozuklukların doğru tanı ve tedavisinin çok önemli olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmamızda 68 hasta (% 72.34) sadece tek bir eksen-I tanısı alırken, 10 hasta (%10.64) birden çok eksen-I tanısı almıştır, 16 hasta (% 17,02) ise herhangi bir tanı almamıştır. Literatürde ek tanı alma oranları intihar girişimi çalışmalarında % 82 (9), %44 (8), % 46.7 (7) olarak bulunmuş olup tamamlanmış intihar çalışmalarında ise % 55 olarak bulunmuşlardır (5). Bizim çalışmamızda literatüre göre farklı sonucun bulunmasında hastalarla DSM-IV, SCID-I'e göre ayrıntılı şekilde görüşülüp tanılandırılması etkili olmuş olabilir.

Tanı dağılımları açısından olgular incelendiğinde, çalışmamızda en sık saptanan tanılar major depresyon, uyum bozukluğu, alkolizm ve anksiyete bozuklukları olarak sıralanmıştır. Ayrıntılı incelendiğinde; uyum bozukluğu 10 hastada (% 10.64), major depresyon tanısı 54 hastada (% 57.45) tek başına, 10 hastada ise (% 10.64) eş tanı olarak saptanmıştır. Bu oran diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında major depresyon oranı literatürde % 31 (27), % 37 (25), % 73 (8), % 72 (7) olarak bulunmuştur. Psikolojik otopsi

çalışmalarında ise % 59 (1) oranını rastlanmaktadır. Çalışmamızda major depresyon en sık rastlanan ruhsal bozukluk olarak bulunmuştur. Bu sonuç literatürdeki intihar girişimi ve psikolojik otopsi çalışmaları ile de uyumludur (3, 7, 8, 25, 27). Alkolizm tanısı 2 hastada (% 2.13) tek başına, 4 hastada ise (% 4.25) eş tanılı olarak saptanmıştır. Bu oran diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında daha düşük olarak % 33 (27), % 24 (8), % 27 (7) olarak bulunmuştur. Psikolojik otopsi çalışmalarında ise bu oran % 43 (1) olarak bulunmuştur.

Anksiyete bozukluğu ise toplam 6 hastada (% 6,38) eş tanılı olarak bulunmuştur. Literatürde panik bozukluk ve sosyal fobisi olan anksiyete bozukluk tanılı hastaların % 20'sinde intihar davranışı bulunduğu bildirilmiş olup anksiyete bozukluklarına eşlik eden depresif belirtiler ya da bozukluk riski artırmaktadır (18). Bizim çalışmamızda da bu duruma benzer şekilde major depresyon eş tanısı olan anksiyete bozuklukları saptanmıştır.

Sosyoekonomik ve demografik risk faktörlerinin değerlendirilmesi

Çalışmamızda hastaların % 78,72'sinde tek bir nedenle intihar girişimi, % 17,02'sinde ise çoklu nedenlerden dolayı intihar girişimi saptanmış olup toplamda hastaların % 95,74'ünde bir yada birden fazla stresör saptanmıştır. Literatürde de bulgularımıza benzer şekilde intihar davranışı gösteren hastaların % 97'sinde bir ya da daha fazla stresör saptanmıştır (15). En sık görülen üç etken; çatışma-ayırılma-ret (conflict-seperasyon-rejection), ekonomik sorunlar ve fiziksel hastalıklar olarak bulunmuştur. Kadınlarda intihar girişiminde ailesel sorunlar, ekonomik yetersizlik ve cinsel kötüye kullanım ve şiddet mağduriyeti saptanmış olup, erkek intihar girişiminde ise yalnız yaşama, işsizlik, alkol kullanımı, finansal sorunlar, kurumsal aktivite sorunları daha sık bulunmuştur (28).

Çalışmamızda etiyolojide en sık ailesel sorunlar nedeniyle (% 59,58) intihar girişimi bulunmuş olup ardından duygusal sorunlar (% 19,04), sosyal sorunlar (% 19,04), ekonomik ve ticari sorunlar (% 12,77) ve eğitim sorunları (% 2,13) şeklinde sıralanmıştır. 4 hastada (% 4,26) ise ciddi bir neden bulunamamış olup toplamda % 95,74 hastada bir ya da birden fazla stres faktörü yer almıştır. Literatürde de benzer şekilde çalışmalarda sosyal stres faktörlerinin intihar belirleyicisi olduğu bildirilmiştir (11, 12, 14).

Cinsiyet faktörünün değerlendirilmesi

Çalışmamızda cinsiyetle meslek dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiş olup intihar girişiminde bulunan kadınların %68,5 i çalışmazken bu oran erkeklerde %0 bulunmuştur. Yani kadınların önemli bir kısmı ekonomik açıdan bağımlı özellik taşımaktadır. Kadın intihar girişimi olgularında ekonomik yetersizlik mevcudiyeti yazında da belirtilmiş olup çalışmamızdaki sonuç bu açıdan uyumlu bulunmuştur (28).

Cinsiyetle aile içi sorun varlığı dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir. Kadınların aile içi sorun varlığı %68,4 i iken bu oran erkeklerde %22,2 bulunmuştur. Kadınların maruz kaldığı bu sorunlar arasında küfür, hakaret, şiddet mağduriyeti, toplumsal ilişkilerde kısıtlanma, ihmal gibi durumlar saptanmıştır. Kadın intihar girişimi hastalarında ailesel sorunlar ve şiddet mağduriyeti (victims) saptanan bir çalışma bizim çalışmamızdaki sonuçlarla uyumlu bulunmuştur (28). Başka bir çalışmada kadınların cinsiyetle bağlantılı psikopatolojik yatkınlık ve psikososyal dezavantaj koşulları nedeniyle erkeklerden daha fazla intihar girişiminde bulunabileceğini vurgulamıştır. Cinsiyetle ilişkili psikopatolojiye ek olarak, psikososyal risk faktörlerine kadınların, erkeklerden daha fazla maruz kalması da intihar davranışına yatkınlığın artışına katkısının olabileceği belirtilmiştir. Bu psikososyal faktörler annelik, çocuklukta cinsel kötüye kullanım ve aile içi şiddet olarak belirtilmiştir. Bu durumun özellikle Asya'nın gelişen ülkelerindeki genç kadınlarda görüldüğünü, yaşam ve evlilik koşullarının, bu kadınları intihar davranışlarına hassas hale getirebildiği vurgulanmıştır. Erken evlilik, genç annelik, düşük sosyal statü, aile içi şiddet ve erken ekonomik bağımlılık stres faktörleri olarak yer almıştır. Sosyal, kültürel ve dini baskıların; iş, kariyer, finansal ve sosyal bağımsızlık konusunda kadınları engellediği, ailede bağımlı yaşam düzeninde, mutsuz evlilik içinde kalması yönünde cesaretlendirdiği belirtilmiştir (29). Çalışmamızda da kadınların daha fazla psikososyal risk faktörüne maruz kaldığı bulunmuştur. Aile içi sorun ve sosyal sorun varlığı kadınlarda erkeklerden daha fazla bulunmuştur. Aile içi sorun varlığı kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı fazla bulunmuş, sosyal sorun varlığının kadınlardaki fazlalığı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. İstatistiksel açıdan bu sonuç anlamlı olmasa da, bizim açımızdan anlamlı bir sonuçtur. Çünkü sosyal sorunu olan toplam 18 hastanın tamamı kadın hastalardır.

Erkek hastalarda sosyal sorun varlığına rastlanmamıştır (% 0). Sosyal sorun olarak elti-kaynana baskısı 3 hastada, töre cinayeti, namus ve ayıplanma korkusu vb. 4 hastada, üzerine kuma getirilmesi 3 hastada, düğün haftasında nişanlısının evli olduğunu öğrenme 2 hastada sosyal stres faktörü olarak saptanmıştır. Bu sonuçların erkek egemen bir toplumun yansması ve kadınların psikososyal dezavantajlarının ülkemizdeki bir göstergesi olduğunu düşünebiliriz.

Cinsiyetle ekonomik sorun varlığı dağılımları arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir. Kadınların ekonomik sorun varlığı %2,6'i iken bu oran erkeklerde %55,6 bulunmuştur. Erkek intihar girişiminde ise yalnız yaşama, işsizlik, alkol kullanımı, finansal sorunlar, kurumsal aktivite sorunları daha sık tespit edilmiştir (28). Bir çalışmada ekonomik sorunların erkeklerde, kadınlardan bulgularımıza uyumlu şekilde daha fazla bulunmuştur (15).

Cinsiyet ile madde kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir. Erkeklerde alkol sorunu olanların varlığı %33,3 iken bu oran kadınlarda % 0,00 bulunmuştur. Bir çalışmada erkek intihar girişiminde alkol kullanımı daha sık bulunmuştur (28). Depresif bozukluğun kadınlarda (% 85'e, %64) , alkol bağımlılığının ise (% 64'e, % 21) erkeklerde daha yaygın olduğu göze çarpmaktadır (9). Başka bir çalışmada erkek hastalarda alkol bağımlılığı ya da zararlı kullanımı % 26.7 oranında kadınlardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (7). Literatürdeki çalışmalarda alkol bağımlılığı ya da madde kötüye kullanımını kadınlarda % 15,3, erkeklerde % 41, duygudurum bozuklukları oranları her iki cinste birbirine yakın bulunmuşlardır (8). Bir psikolojik otopsi çalışmasında major depresyon yaygınlığı kadınlarda % 43, erkeklerde % 26 olarak tespit edilmiş olup alkol bağımlılığı da erkeklerde oran olarak (% 39'a % 18) daha fazla bulunmuştur (1). Bizim çalışmamızda da kadınlarda major depresyon, erkeklerde ise alkol kullanımı daha yüksek saptanmıştır. Literatürde madde kullanım bozukluğu genel olarak erkek intiharlarında daha yaygındır (18). İntihar davranışlarda cinsiyet farkına 4 olası açıklama yapmıştır: Ölümcüllük (lethality), peşin hüküm (recall bias), depresyon ve alkol kötüye kullanım oranları farklılığı ve sosyalizasyon (30). Çalışmamız da bu görüşleri destekler nitelikte sonuçlar bulunmuştur.

Cinsiyetle çoklu tanı dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir. Kadınların çoklu tanı varlığı %5,3 iken bu oran erkeklerde %33,3 bulunmuştur. Literatürde konuyla ilişkili bir çalışmada eşit oranı kadın ve erkek cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmamıştır (9). Çalışmamızda ise farklı olarak erkek cinsiyette daha fazla oranda bulunmuştur.

Medeni durum faktörünün değerlendirilmesi

Çalışmamızda intihar girişiminde bulunan evlilerde çalışmama ve ekonomik bağımlılık daha fazla bulunmuştur. Bu hastaların önemli bir kısmının kadın olduğu düşünülürse, kadınlarda ekonomik inaktiviteyi daha fazla bulan bir çalışma (25) ile dolaylı olarak bağlantılı olduğu düşünülebilir. Medeni durum ile duygusal sorun varlığı dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir. Evlilerde duygusal sorun varlığı %4,3, boşanmışlarda %60, bekârlarda %26,3 bulunmuştur (12), yalnız olmak erkeklerde risk faktörü olarak değerlendirilmiş olup yalnız olmanın duygusal sorunları artırıyor olabileceği düşünülebilir (5). Medeni durum ile ekonomik ticari sorun varlığı dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir. Ekonomik sorun varlığı boşanmışlarda %60 ve evlilerde %13 iken, bekârlarda % 0,00 bulunmuştur. Bu sonuca göre boşanmışlarda bu durum daha fazla bulunmuştur. Fakat çalışmamızda medeni durum faktörünün intihar üzerine; eğitim durumu, sosyo-ekonomik durum, aile içi sorun varlığı, sosyal sorun varlığı, eğitim sorunu varlığı, tanı dağılımı, tanı alma sayısı, alkol ve madde sorunu, manipülatif intihar açısından anlamlı bir etkisi bulunmamıştır.

Eğitim faktörünün değerlendirilmesi

Çalışmamızda eğitim düzeyi ile sosyoekonomik durum ve meslek durumu arasındaki anlamlı sonuçlar ülkemizdeki gelir dağılımındaki eşitsizliğin bir sonucu olarak değerlendirilebilir. Eğitim durumunun intihar davranışını konu alan bazı çalışmalarda anlamlı bir risk faktörü olduğu (12), bazı çalışmalarda ise risk faktörü olmadığı gösterilmiştir (5,14). Düşük eğitim almış olmak intihar için risk faktörü olarak bulunmuş (on şehrin sekizi hariç) Sosyoekonomik açıdan dezavantajlı şehirlerde intihar riski oranı daha büyük bulunmuştur (27). Ruhsal hastalıkların intihar için major bir risk faktörü olduğu ve bunun alt sosyoekonomik düzeylerde daha fazla olduğu (27) , alt sosyal sınıfın intihar ile bağlantılı olduğu (15) bildirilmiştir.

Diğer bir ilginç sonuç eğitim düzeyi ile manipülatif intihar dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiş olmasıdır. Yani eğitim düzeyi düşük hastalarda manipülatif intihar oranı daha fazla bulunmuştur. Okuryazar ve ilköğretim grubunda ev kadını olanların %72 ve özel sektörde çalışanların %0 oranında bulunması bu gruptakilerin alt (%44) ve orta (%44) eğitim düzeyinde olması ile bağlantılı olabilir. Eğitim faktörünün intihar üzerine etkisinde; yaş ortalaması, medeni durum, aile içi sorun varlığı, sosyal sorun varlığı, duygusal sorun varlığı, eğitim sorunu varlığı, ekonomik ve ticari sorun varlığı, tanı dağılımı, tanı alma sayısı, alkol ve madde sorunu açısından anlamlı bir sonuç bulunmamıştır.

Manipülatif olan ve olmayan grupların karşılaştırılması

Çalışmamızda ciddi niyetle intihar girişiminde bulunan grupta major depresyon, manipülatif grupta ise tanı alma eğilimi daha fazla bulunmuştur. Manipülatif intihar varlığı ile tanı dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir. Manipülatif olmayan grupta tek tanı alma varlığı %86,11 ve tanı almama % 0,00 iken, manipülatif değerlendirilen grupta % 27,3 ve % 72,72 bulunmuştur. Buradaki dikkat çekici nokta ciddi niyetle intihar girişiminde bulunanların % 100' ünün bir ya da daha fazla psikiyatrik tanı almış olmasıdır. Yani literatüre uyumlu biçimde ciddi niyetle intihar girişiminde bulunanların, psikiyatrik bozukluklarla beraber olduğunu ve psikiyatrik bozuklukların bir intihar tetikleyicisi olabileceğini söylemek mümkündür (31). Manipülatif olan grupta bile % 27,3 hastada bir psikiyatrik bozukluk saptanmış olması tanı koyucular için dikkat çekicidir. Yine ciddi niyetle intihar girişiminde bulunanların eğitim yılı ortalaması manipülatif gruptan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Sonuç olarak manipülatif intihar grubunun eğitim yılı ortalamasının daha düşük bulunduğunu görülmektedir. Bu durum eğitim seviyesi arttıkça kişilerin çözüme yönelik başka seçenekler bulabileceğini, düşük eğitim seviyesinin dolaylı olarak neden olduğu problem çözme becerilerindeki yetersizliğin ise kişileri manipülatif tipte intihar girişimine sürükleyebileceğini göstermesi bakımından önem arz etmektedir. Bunun yanında çalışmamızın bazı sınırlılıkları vardır. Bu sınırlılıklardan biri çalışma grubunu seçerken ulaşılabilirlik yönteminin kullanılmasıdır. Daha sonra yapılacak çalışmalarda tesadüfi örnekleme yönteminin kullanılması sonuçların genellenebilirliği açısından önerilmektedir.

Ayrıca, farklı bölgelerden tesadüfi şekilde seçilen kişilerle örneklem büyüklüğünün artırılması faydalı olacak, mevcut çalışmanın bulgularına ek olarak elde edilen sonuçları zenginleştirilecektir.

Kaynaklar

1. Hoertel N, Franco S, Wall MM, Oquendo MA, Kerridge BT, Limosin F, Blanco C. Mental disorders and risk of suicide attempt: a national prospective study. *Molecular Psychiatry* 2015; 20:718.
2. Serious Suicide Attempts: Systematic Review of Psychological Risk Factors. *Front Psychiatry* 2018.
3. Na EJ, Lee H, Myung W, Fava M, Mischoulon D, Paik JW, Hong JP, Kwan WC, Kim H Jeon, HJ. Risks of Completed Suicide of Community Individuals with ICD-10 Disorders Across Age Groups: A Nationwide Population-Based Nested Case-Control Study in South Korea. *Psychiatry Investigation* 2019; 16:314-24.
4. Chihara I, Ae R, Kudo Y, Uehara R, Makino N, Matsubara Y, Sasahara T, Aoyama Y, Kotani K, Nakamura Y. Suicidal patients presenting to secondary and tertiary emergency departments and referral to a psychiatrist: a population-based descriptive study from Japan. *BMC Psychiatry* 2018;18:112.
5. O'Connor RC, O'Neill SM. Mental health and suicide risk in Northern Ireland: a legacy of the Troubles?. *The Lancet Psychiatry* 2015; 2:582-4.
6. Dyvesether SM, Nordentoft M, Forman JL, Erlangsen A. Join point regression analysis of suicides in Denmark during 1980-2015. *Methods* 2018; 60:X84.
7. Homan KJ, Sim LA, Fargo JD, Twohig MP. Five-year prospective investigation of self-harm/suicide-related behaviors in the development of borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* 2017; 8:183.
8. Tong Y, Phillips MR, Conner KR. DSM-IV Axis II personality disorders and suicide and attempted suicide in China. *The British Journal of Psychiatry* 2016; 209:319-26.
9. Mc Millan KA, Asmundson GJ, Sareen J. Comorbid PTSD and social anxiety disorder: associations with quality of life and suicide attempts. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2017; 205:732-7.
10. Freeman A, Mergl R, Kohls E, Székely A, Gusmao R, Arensman E, Koburger N, Hegerl U, Rummel-Kluge C. A cross-national study on gender differences in suicide intent. *BMC Psychiatry* 2017; 17:234.
11. Burrell LV, Mehlum L, Qin P. Sudden parental death from external causes and risk of suicide in the bereaved offspring: a national study. *J Psychiat Res* 2018; 96: 49-56.
12. Kerr WC, Kaplan MS, Huguet N, Caetano R, Giesbrecht N, McFarland BH. Economic recession, alcohol, and suicide rates: comparative effects of poverty, foreclosure, and job-loss. *Am J Prevent Med* 2017; 52:469-75.

13. Dunlavy AC, Juárez S, Toivanen S, Rostila M. Suicide risk among native-and foreign-origin persons in Sweden: a longitudinal examination of the role of unemployment status. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2018; 1-12.
14. Puzo Q, Mehlum L, Qin P. Socio-economic status and risk for suicide by immigration background in Norway: A register-based national study. *J Psychiat Res* 2018; 100:99-106.
15. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet* 2016; 387: 1227-39.
16. Lorant V, de Gelder R, Kapadia D, Borrell C, Kalediene R, Kovács K, ... & Rodríguez-Sanz M. Socioeconomic inequalities in suicide in Europe: the widening gap. *The British Journal of Psychiatry* 2018; 212:356-61.
17. Shain B. Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics* 2016; 138:e20161420.
18. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI. Kaplan and Sadock's Comprehensive TextBook of Psychiatry. 10th ed Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2017.
19. Kumar PR, Vincent SD. Features of Parasuicide Cases Presented to Hospital Melaka in Year 2015-“A Wake-up Call”. *Malaysian J Psychiat* 2017; 25:47-59.
20. Veisani Y, Mohamadian F, Delpisheh A, Khazaei S. Socio-demographic factors associated with choosing violent methods of suicide, 2011-2016, Ilam province. *Asian J Psychiat* 2018; 35:72-5.
21. Kim Y, Ng CFS, Chung Y, Kim H, Honda Y, Guo YL et al. Airpollution and suicide in 10 cities in Northeast Asia: a time-stratified case-crossover analysis. *Environmental Health Perspectives* 2018; 126:037002.
22. First MB, Spitzer RL, Gibbon M et al. Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV). American Psychiatric Press, Washington DC, 1997.
23. Çorapçioğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. DSM IV Eksen I Bozuklukları (SCID- I) için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinik Versiyon. Ankara: Hekimler Birliği Yayınevi, 1999.
24. Hanuscin C, Zahmatkesh G, Shirazi A, Pan D, Teklehaimanot S, Bazargan-Hejazi S. Socio-demographic and mental health profile of admitted cases of self-inflicted harm in the US population. *Int J Env Res Public Health* 2018; 15:77.
25. Snyder DJ, Ballard ED, Stanley IH, Ludi E, Kohn-Godbout J, Horowitz LM. Patient opinions about screening for suicide risk in the adult medical inpatient unit. *J Behav Health Serv Res* 2017; 44(3):364-72.
26. Jimenez-Trevino L, Saiz PA, Corcoran P, Burón P, García-Portilla MP, China ER et al. Factors associated with hospitalization after suicide spectrum behaviors: results from a multicenter study in Spain. *Arc Suicide Res* 2015; 19:17-34.
27. Kim JJ, La Porte LM, Saleh MP, Allweiss S, Adams MG, Zhou Y, Silver RK. Suicide risk among perinatal women who report thoughts of self-harm on depression screens. *Obst Gynecol* 2015; 125:885-93.
28. Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: a meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull* 2017; 143(2):187.
29. Vijayakumar L. Suicide in women. *Ind J Psychiat* 2015; 57:233.
30. Mergl R, Koburger N, Heinrichs K, Székely, A, Tóth MD, Coyne J et al. What are reasons for the large gender differences in the lethality of suicidal acts? An epidemiological analysis in four European countries. *PloSone* 2015; 10:e0129062.
31. Hocaoglu Ç & Aytac HM. Özel Grup ve Kurum İntiharları (Cezaevi, Asker, Polis). *Turkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics* 2016; 9:37-50.