

İntihar Girişimi Olan Bireylerde Birinci ve İkinci Eksen Tanıları

Figen Çulha ATEŞÇİ*, Murat KULOĞLU**, Ertan TEZCAN***,
Mustafa YILDIZ****

ÖZET

Bu çalışmada intihar girişiminde bulunan hastalarda birinci ve ikinci eksen tanılarının görülme sıklıklarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışma grubunu Şubat 1996 - Ocak 1997 tarihleri arasında intihar girişimi nedeniyle Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi acil polikliniğine başvuran 60 erişkin hasta oluşturmuştur. Hastalara klinik görüşmeyi takiben DSM-III-R için yapılandırılmış SCID I ve SCID II formları uygulanmıştır. Hastaların %46.6'sında depresif bozukluk (%18.3 major depresif bozukluk, %15 BTA depresif bozukluk, %13.3 distimi), %18.3'ünde borderline kişilik bozukluğu, %16.7'sinde histrionik kişilik bozukluğu saptanmıştır. Olguların %15'inde herhangi bir birinci eksen bozukluğu ve %51.7'sinde ikinci eksen bozukluğu belirlenmiştir. İntihar girişimlerinde en sık rastlanan ruhsal bozukluk tanısının depresif bozukluklar olduğu, borderline ve histrionik kişilik bozukluklarının depresif bozukluklara sıklıkla eşlik ettiği belirlenmiştir.

Anahtar Sözcükler: İntihar girişimi, ruhsal bozukluk, depresyon, kişilik bozukluğu.

KLİNİK PSİKİYATRİ 2002;5:22-27

SUMMARY

Axis I and Axis II Diagnoses in Suicide Attempters

Its aimed to determine the morbidity of axis I and axis II diag-

* Yrd. Doç. Dr., Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, DENİZLİ

** Yrd. Doç. *** Doç. Dr., Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, ELAZIĞ

**** Doç. Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, KOCAELİ

noses in a group of suicide attempters. The study group was consisted of 60 adult patients who had been consulted for suicide attempt in the emergency department of the Medical School of the University of Fırat, between February 1996 and January 1997. Patients were evaluated SCID I and SCID II forms for the DSM-III-R following the interview. 46.6% of the patients had depressive spectrum diagnoses (18.3% major depressive disorder, 15% depressive disorder NOS, 13.3% dysthymia). Meanwhile, 18.3% was diagnosed as having borderline personality disorder, and 16.7% histrionic personality disorder. No major mental disorder in 15%, and no personality disorder in 51.7% was diagnosed. In this study, it was found that, depressive disorders were the most frequently seen mental disorder among the suicide attempters, and borderline personality and histrionic personality disorders were the most common comorbid personality disorders in these patients.

Key Words: Suicide attempt, mental disorder, depression, personality disorder.

GİRİŞ

Kişinin istemli olarak yaşamına son vermesi olan intihar, psikiyatride başta gelen ölüm nedenidir. İntihar rastgele ve amaçsız bir hareket değildir. Aksine değiştirilemez şekilde yoğun bir sıkıntıya neden olan bir sorun ya da krizden kurtulma yoludur. İntihar umutsuzluk ve yardımsızlık düşünceleri, devam eden ve dayanılmaz stres faktörleri arasındaki ambivalan çatışmalar ve bireyin önündeki seçeneklerin daralması ile bağlantılıdır (Alec 2000, Garnfinkel 1982).

İntihar girişimlerinde en fazla kullanılan yöntem ilaç alımı olup, daha önce girişimi olanlarda, intihar etmiş

bireylerin bulunduğu ailelerden gelen kişilerde intihar olasılığı yüksektir (Robbins ve Alessi 1985, Goldstein ve ark. 1991).

İntiharla ilgili olarak en çok incelenen konulardan biri ruhsal bozukluklardır. Çok sayıda çalışmada intihar girişiminde bulunan veya intihar nedeniyle ölen bireylerde yüksek oranda ruhsal bozukluklar bildirilmiş olup intihar girişimi ile ilişkisi en fazla gösterilen depresyondur (Henriksson ve ark. 1993, Isometsa ve ark. 1994). Depresif bozukluğu olan hastaların yaklaşık 2/3'ünde intihar düşüncesi görülür. Bu hastaların yaşam boyu intihar olasılığı ise %15 dolayında olup, depresyondaki intihar oranının diğer psikiyatrik bozukluklardan 3-4 kat daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (Henriksson ve ark. 1993, Fawcett ve ark. 1987). Hızlı döngülü ve karışık tipte duygudurum bozuklukları da intihar riskini arttırmaktadır (Black ve ark. 1988).

Madde kullanımı ve alkolizm ile intihar birlikteliği %15 gibi yüksek oranlardadır. Tek başına depresyon geçiren veya alkol bağımlılarına göre depresif dönemdeki alkol bağımlılarının intihar etme olasılıkları daha yüksektir. Bu nedenle madde kullanımı olan depresif hastaların intihar düşüncesi açısından dikkatle incelenmesi gerekmektedir (Murphy 1990, Fowlar ve ark. 1986). Panik bozukluğu olan hastalarda depresyon gelişme riskinin ve beklenti anksiyetesi nedeniyle alkol kötüye kullanımının sağlıklı bireylere göre daha fazla olması intihar eğilimini arttırmaktadır (Johnson ve ark. 1990, Dilbaz 1995).

İntiharlarda psikotik bozukluklar önemli olup, çeşitli çalışmalarda %1-25 arasında değişen oranlarda görülmektedir. Şizofrenide intihar riski, pozitif belirtili alevlenme dönemlerine kıyasla relaps sonrası iyileşme döneminde veya ümitsizlik ve mizacın deprese olduğu dönemlerde artar. Kronik şizofrenilerin %12'sinin, benzer olarak akut şizofrenilerin de %12'sinin intihar nedeniyle ölmüş oldukları saptanmıştır (Alec 2000, Black ve ark. 1988, Hawton ve Catalon 1994).

İntiharlarda ruhsal bozuklukların yanı sıra bireyin kişilik özellikleri de önemlidir. İntihar girişiminde bulunan hastalar genellikle olgunlaşmamış, benmerkezci, fazla bağımlılık gereksinimleri olan, dürtü kontroleri zayıf bireylerdir. Bu özelliklerin toplandığı küme B kişilik bozukluklarında (antisosyal, borderline, histriyonik, narsisistik) kendine zarar verme ya da intihar öyküsü sıklıkla (Alec 2000, Siever ve Davis 1991).

Borderline kişilik bozukluğu manüplatif intiharların

ve depresyonda kendine zarar verme davranışlarının çok fazla görüldüğü bir kişilik bozukluğu tipidir (Gunderson 1994). Obsesif kompulsif bozukluğu olan kişilerde ise sadistik bir süperegoya ambivalan bağımlılık ile dayanılmaz bir suçluluk geriliminden ne pahasına olursa olsun kurtulma gereksinimi, bu kişilerin en sık intihar nedenidir (Wallace 1994). Bazı kişilik bozuklukları da depresyona yakınlık eğilimi nedeniyle intiharla ilişkili görünmektedir. Bağımlı kişilik özellikleri taşıyan bireylerin temel korkuları, reddedilme ya da terk edilme ile ilgilidir. Şizotipal kişilik yapısındaki bireyler ise tehlikelere açık olduklarına inanırlar. Narsisistik kişilik yapısındaki bireyler, diğer insanlardan bekledikleri hayranlığı ve saygıyı görmezlerse kızgınlık duyarlar, depresyona girerler. Çekingen kişilik bozukluklu bireyler; "değersizim, hiç bir işe yaramam", "sevilmeyecek" biriyim gibi temel düşünce şemalarına sahiptirler. Dolayısıyla bu bireyler anksiyete ve depresif yaşantılara duyarlı olup intihar eğilimi taşıyabilirler (Savaşır ve ark. 1996, Gunderson 1994).

İntihar davranışında psikiyatrik bozukluklar yani birinci ve ikinci eksen tanıları risk faktörü olabilmekte, bu bozuklukların tanınması ve uygun yaklaşımda bulunulması ise yaşam kurtarıcı olabilmektedir. Çalışmamızda intihar girişimi nedeniyle başvuran hastalarda ruhsal bozukluklar ve kişilik bozukluklarının görülme sıklıklarının saptanması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Hasta Grubu

Bu çalışma Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde, intihar girişimi nedeniyle acil servise başvuran 18 yaş ve üzeri 60 hastada gerçekleştirilmiştir.

Hastalara çalışma hakkında bilgi verilmiş ve gönüllü olanlarla ayrı bir görüşme yapılarak gerekli bilgiler alınıp, klinik değerlendirmeleri yapılmıştır. İntihar girişimi sonucu yaşamını kaybeden iki, 18 yaşın altında olan altı ve çalışmayı kabul etmeyip yeterli bilgi vermeyen üç hasta çalışma dışı bırakılmıştır. Çalışma grubunu oluşturan 60 hasta acil tıbbi tedavileri tamamlandıktan sonra görüşebilecek duruma geldiklerinde değerlendirilmişler.

Araçlar

Sosyodemografik Bilgi Formu (SBF)

Hastaların cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum ve ekonomik durumları, daha önce psikiyatrik tedavi

görüp görmedikleri, intihar girişiminde bulunup bulunmadıkları, her hasta için ayrı bir form düzenlenerek kaydedilmiştir. Sosyodemografik bilgilerdeki olası eksiklikleri tamamlayabilmek ve daha ayrıntılı bilgi almak için hastaların aileleriyle de görüşülmüştür.

DSM-III-R in *Yapılandırılmış Klinik Görüşme-SCID (Structured Clinical Interview for DSM-III-R)* (Spitzer ve ark. 1987):

DSM-III-R sınıflandırmasına uygun olarak geliştirilmiş, I. ekseninde yer alan psikiyatrik bozuklukların tanımlarını koyma olanağı sağlayan yapılandırılmış bir görüşme yöntemidir.

DSM-III-R Kişilik Bozuklukları in *Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klavuzu-SCID II (Manual for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders)* (Spitzer ve ark. 1990):

DSM-III-R sınıflandırmasına uygun olarak geliştirilmiş, II. ekseninde yer alan kişilik bozuklukları tanımlarını koyma olanağı sağlayan yapılandırılmış bir görüşme yöntemidir. SCID I ve SCID II, Sorias ve arkadaşları (1990) tarafından Türkçe'ye çevrilerek uyarlamaları yapılmıştır.

Uygulama ve Değerlendirme

Hastaların değerlendirilmeleri acil serviste yapıldıktan sonra detaylı görüşme için ilk 48 saat içinde ikinci bir randevu verildi. İkinci görüşmede SBF, SCID I ve SCID II formları uygulandı.

BULGULAR

Çalışma grubunu oluşturan 60 hastanın 34'ü (%56.7) kadın 26'sı (%43.3) erkekti. Olguların yaş ortalaması 25.8 ± 10.2 yıl (yaş aralığı 18-65 yıl) idi. Çalışma grubunun sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir.

Tüm grubun %53.3'de psikiyatrik bozukluk ve %48'de psikofarmakolojik tedavi öyküsü bulunmaktaydı. Girişimcilerin en fazla kullandıkları yöntem %65 oranıyla ilaç alımıydı. Bunu sırasıyla tarım ilaçlarının kullanımı (%18.3), ateşli silahlar (%5), yüksekten atılma (%5), ası (%3.3), kesi (%1.7) ve boğulmanın (%1.7) izlediği saptandı. Olguların 46'sının (%76.7) ilk, 8'inin (%13.3) ikinci, 6'sının (%10) üç ve üçten fazla intihar girişimleri olduğu belirlendi.

İntihar girişiminde bulunan hastaların çoğunluğu (%46.7) psikiyatrik değerlendirilmelerinde depresif bozukluklar tanısı almıştır. Depresif bozuklukları sık-

Tablo 1. Çalışma grubunun sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik özellikler	Çalışma grubu	
	s	%
Medeni durum		
Evli	18	30
Bekar	37	61.6
Dul	5	8.3
Eğitim düzeyi		
Eğitimsiz	6	10
İlkokul	14	23.3
Ortaokul	5	8.3
Lise	17	28.4
Yüksekokul	18	30
Meslek		
Öğrenci	19	31.7
İşsiz	8	13.3
Ev hanımı	18	30
Memur	10	16.7
Serbest	5	8.3
Ekonomik durum		
İyi	6	10
Orta	30	50
Kötü	24	40
Yaşadığı yer		
Köy	6	10
Kasaba	5	8.3
Kent	49	81.7

Tablo 2. Çalışma grubunun psikiyatrik tanı dağılımı

Psikiyatrik tanı	S	%
Depresif bozukluklar	28	46.6
Major depresif bozukluk	11	18.3
BTA*depresif bozukluk	9	15
Distimi	8	13.3
Anksiyete bozuklukları	8	13.4
Yaygın anksiyete bozukluğu	3	5
BTA*anksiyete bozukluğu	2	3.3
Posttravmatik stres bozukluğu	1	1.7
Obsesif kompulsif bozukluk	1	1.7
Panik bozukluk	1	1.7
Psikotik bozukluklar	9	15
Paranoid bozukluk	2	3.3
Şizofreni	6	10
Kısa psikotik bozukluk	1	1.7
Somatoform bozukluklar	5	8.3
Konversiyon bozukluğu	5	8.3
Madde bağımlılığı	1	1.7
Alkol kullanımı	1	1.7

BTA*= Başka türlü adlandırılmayan

Tablo 3. Çalışma gurubunda belirlenen kişilik bozuklukları

Kişilik bozuklukları	S	%
Borderline	11	18.3
Histrionik	10	16.7
Antisosyal	3	5
Obsesif-kompulsif	3	5
Çekingen	2	3.3
Bozukluk seviyesinde olmayan kişilik hatları	31	51.7

lık açısından psikotik bozukluklar (%15) ve anksiyete bozuklukları (%13.3) izlemiştir. İntihar girişiminde bulunan hastaların psikiyatrik tanı dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir. Komorbid durumlara bakıldığında sadece üç depresif hastada başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu ve bir şizofren hastada depresif bozukluk saptanmıştır.

Hastalar kişilik bozuklukları açısından incelendiğinde, Tablo 3'de görüldüğü gibi çoğunluğunun borderline (%18.3), histrionik (%16.7) ve antisosyal (%5) kişilik bozukluğu olduğu belirlendi. Bu sonuçlara göre Küme B kişilik bozukluğu %40 oranında saptandı.

TARTIŞMA

Sosyodemografik özelliklerin değerlendirildiği çalışmalarda intihar oranları erkeklerde daha fazlayken, intihar girişimlerinde kadınların önde gittiği bilinmektedir (Mc Clure 1984, Hawton 1987). Benzer olarak çalışmamızda kadınların oranı erkeklerden fazlaydı (1.3/1).

İntihar girişiminde bulunan bireylerin önceden intihar girişimi deneyimi olması ve çoğunun psikiyatrik tedavi alması bu hastaların sorunlarını çözümlenemedikleri ya da hastalıklarının düzelme yolunda olmadığı izlenimini yaratmaktadır. İntihar girişiminde bulunabilecek hastaların diğer psikiyatrik hastalardan ayrı edilmelerinde ve intiharı önleme çabalarının intihar tehlikesi yüksek hastalara ulaştırılmasında, öyküde daha önce intihar girişiminin olması önemli bir uyarıcı olarak görülmektedir (Hawton ve Catalon 1994, Cirit ve ark. 1990). Ülkemizde yapılan bir çalışmada intihar girişiminde bulunan bireylerin %40'ının daha önce psikiyatrik başvuru yapıp tedavi gördükleri, %10'unun ise yatarak psikiyatrik tedavi aldıkları saptanmıştır (Cirit ve ark. 1990). Çalışmamızda da benzer biçimde olgularımızın

%48.7'sinin önceden psikiyatrik tedavi gördüğünü saptadık. İntihar girişiminde bulunan bireylerin tekrar girişimde bulunma olasılıklarının genel topluma göre daha fazla olduğu bilinmektedir (Hawton ve Catalon 1994). Shafii ve arkadaşları (1985) intihar girişimcilerinin %40'ının daha önceden en az bir kez girişimde bulunmuş olduklarını bildirmişlerdir. Çalışmamızda da hastaların %23.3'ünün önceden en az bir kez girişimde bulunduğu görülmektedir.

Kullanılan yöntemler incelendiğinde intihar girişimlerinin %70-90'ını kolay bulunması ve ucuz olması nedeniyle aşırı doz ilaç kullanımı oluşturmaktadır. Alınan madde miktarı değişmekle birlikte genellikle azdır ve hayatı tehdit edici düzeyde değildir. Bunu tanımlayan ilaçları ve kimyasal maddelerin kullanımı izlemektedir. Girişimlerin yaklaşık %10'u kesici aletlerle, az bir kısmı ise fazla risk içeren ateşli silahlarla olmaktadır. (Murphy 1990, Shaffer ve ark. 1988). Garfinkel (1982) intihar girişimlerinde %87.9 oranında ilaçların kullanıldığını bildirmektedir. Çalışmamızda ilaç alımı %65'lik oranla en sık kullanılan intihar girişimi yöntemi olup arkasından tarım ilacı kullanımı gelmekteydi.

İntihar girişiminde önemli risk faktörlerinden biri de tanı konulabilir psikiyatrik hastalıkların varlığıdır. İntihar girişimlerinde %90'lara kadar varan oranlar bildirilmektedir (Alec 2000, Goldstein ve ark. 1991). İntiharlarda ruhsal bozuklukların oranı Brown ve arkadaşları (1995) tarafından %61, Conwell ve arkadaşları (1996) tarafından %90.1 olarak belirlenmiştir. Benzer olarak çalışmamızda intihar girişiminde bulunanlarda psikiyatrik bozukluk oranını %85 olarak saptadık.

Psikiyatrik bozukluklar arasında intihar oranı en yüksek olan tanı grubunun, depresif bozukluk spektrumu olduğu bilinmektedir (Hawton 1987). İntihar girişiminde bulunmuş 100 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada bu kişilerin %70'inde depresyon, %15'inde alkolizm, %3'ünde şizofreni ve %5'inde diğer bozukluklar saptanmıştır (Pfeiffer ve ark. 1991). Vieta ve arkadaşları (1992) intihar girişiminde bulunanlarda %37.3, Henrikson ve arkadaşları (1993) ise %59 oranlarında depresif bozukluk bildirmişlerdir. Cheng (1995), intihar girişiminde bulunanlar arasında major depresyonun baskın olduğunu, bunu distiminin izlediğini bildirmiştir. Çalışmamızda da depresif bozukluklar %46.6 oranında bulunmuş olup, major depresif bozukluk ilk sırada, distimi ikinci sırada yer almıştır. Bu bulgularımız literatürle (Brown ve ark. 1995, Hawton 1987, Cheng 1995) uyumluuydu.

Alkol kötüye kullanımının intihar riskini arttırdığı değişik yaş gruplarında yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (Goldstein ve ark. 1991, Murphy 1990). Bir çalışmada intiharlarda en fazla depresyon ve alkol bağımlılığı bulunurken (Appleyb 1992), benzer bir çalışmada madde kullanımı ilk sırada yer almıştır (Fowler ve ark. 1986). Çalışmamızda ise %1.7 gibi düşük bir oranda madde bağımlılığı (alkol) bulunmuştur. Toplumumuzda özellikle de bölgemizde batı ülkelerine göre madde kötüye kullanımı yaygınlığının göreceli olarak düşük olması ve alkol kullanımına olumlu bakılmaması, ayrıca kişilerin alkol kullandıklarını açıklama konusundaki çekingenlikleri bu oranı azaltmış olabilir.

Modestin ve arkadaşları (1992) şizofreniklerde %20-40 oranında intihar girişimi olduğunu saptamışlardır. Henrikson ve arkadaşları (1993) intiharlarda %25 oranında psikotik bozukluk bildirmişlerdir. Çalışmamızda psikotik bozukluk oranı %15 olup, bu çalışmalarda bildirilen oranlara göre düşüktür. Psikozlarda intihar girişimlerinin fazlalığı bozuk psikososyal uyum, hastalığın çok şiddetli olması ve sosyal durumun yeterince doyum sağlayıcı olmaması gibi nedenlerle açıklanmaktadır (Appleyb ve ark. 1992). Ülkemizde, özellikle de bölgemizde psikotik hastaların sosyal destek sistemlerinin iyi olmamasına karşın genelde aile içinde korunmalarının bu düşük oranlara neden olduğu kanısındayız. Çalışmamızda intihar girişimcilerinde anksiyete bozuklukları, depresif bozukluk ve psikotik bozukluklardan sonra yer almıştır. Bu bulgumuz daha önce bildirilen araştırma sonuçlarıyla (Brown ve ark. 1995, Beautrais ve ark. 1996) uyumludur. Henrikson ve arkadaşları (1993) anksiyete bozukluklarını girişimcilerde %11 oranında

bildirmişlerdir. Çalışmamızda da belirlenen %13.4'lük oran bu çalışma sonucu ile uyumludur.

Corbitt ve arkadaşları (1996) intihar girişiminde bulunan bireylerde Küme B (antisosyal, borderline, histriyonik, narsisistik) kişilik bozukluklarını, küme A (paranoid, şizoid, şizotipal) ve C'ye (çekingen, bağımlı, obsesif kompulsif) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulmuşlardır. Bu bozuklukların içinde de en fazla borderline kişilik bozukluğu intihar girişimi ile bağıntılı olup bu davranışın altında; intikam alma, diğerlerini cezalandırma ve panikten kurtulma amacının yattığı bildirilmektedir. Yine depresif bozukluklu hastalarda borderline kişilik bozukluğu olduğu zaman intihar girişimlerinin arttığını saptamıştır (Gunderson 1994). Beautrais ve arkadaşları ise (1996) intihar girişimi ile en sık ilişkili olarak antisosyal kişilik bozukluğunu bildirmişlerdir. Çalışmamızda, intihar girişiminde bulunan olgularda borderline kişilik bozukluğu en fazla görülen kişilik bozukluğu olup, bunu histriyonik kişilik bozukluğu izlemektedir. Bu iki bozukluğun ve antisosyal kişilik bozukluğunun yer aldığı küme B kişilik bozukluğu küme A ve C'ye göre daha yüksek oranlarda bulunmuş olup bu sonuç literatürde bildirilen bulgularla uyumluydu (Henrikson ve ark. 1993, Corbitt ve ark. 1996).

SONUÇ

Ruhsal bozuklukların varlığıyla, özellikle depresif bozukluklar ve borderline kişilik bozukluğu ile intihar girişimi arasında güçlü bir ilişki olduğu görüldü. Çalışmamız; intihar girişimlerini önleme açısından psikiyatrik bozuklukların tanınması ve tedavi edilmesi yönünde çaba gösterilmesi gerektiğini ortaya koymuştur.

KAYNAKLAR

- Alec R (2000) Psychiatric Emergencies. Suicide. BJ Sadock, VA Sadock (Ed), Comprehensive Textbook of Psychiatry, 2. Cilt, 8. Baskı, Philadelphia, Williams & Wilkins, 2031-2040.
- Appleyb L (1992) Suicide in psychiatric patients: Risk and prevention. Br J Psychiatry, 161:749- 758.
- Beautrais AC, Joyce PR, Mulder RT ve ark. (1996) Prevalance and comorbidity of mental disorder in persons making serious suicide attempts: A case control study. Am J Psychiatry, 153:1009-1014.
- Black DW, Winokur G, Nasrallah A (1988) Effect of psychosis on suicide, risk in 1593 patients with unipolar and bipolar affective disorders. Am J Psychiatry, 7:849-880.
- Brown M, King E, Barraclough B (1995) Nine suicide pacts: A clinical study of a consecutive series 1974-93. Br J Psychiatry, 167:448-451.
- Cheng A (1995) Mental illness and suicide. Arch Gen Psychiatry, 52:594-603.
- Cirit H, Eğrilmez A, Kültür S (1990) İntihar girişiminde bulunan erişkinlerde görülen psikiyatrik semptomatoloji ve aile özelliklerinin araştırılması. XXVI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmaları, İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi, 547-553.
- Conwell Y, Duberstein PR, Cox C ve ark. (1996) Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: A psychological autopsy study. Am J Psychiatry, 153:1001-1008.
- Corbitt ME, Malone KM, Heas GL ve ark. (1996) Suicidal

- behaviour in patients with major depression and comorbid personality disorders. *J Affect Disord*, 39:61-72.
- Dilbaz N (1995) Psikiyatrik Hastalarda İntihar. III. Anadolu Psikiyatri Günleri Kitabı, M Bekaroğlu (Ed), Trabzon, İnkilap Matbaacılık, 169-175.
- Fawcett J, Sheftner W, Clark D (1987) Clinical predictors of suicide inpatients with major affective disorder: A controlled prospective study. *Am J Psychiatry*, 144:35-40.
- Fowler RC, Rich CL, Young D (1986) San Diego suicide study: Substance abuse in young cases. *Arch Gen Psychiatry*, 43:962-965.
- Garnfinkel BD (1982) Suicide attempts in children and adolescents. *Am J Psychiatry*, 139:1257-1262.
- Gunderson JG (1994) Borderline Kişilik Bozukluğu. (Çev. B Ceyhun), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 78-105.
- Goldstein RB, Black DW, Nasrallah A ve ark. (1991) The prediction of suicide. *Arch Gen Psychiatry*, 48:418-422.
- Hawton K (1987) Assesment of suicide risk. *Br J Psychiatry*, 150:145-153.
- Hawton K, Catalon J (1994) İntihar Girişimi. (Çev. B Ceyhun), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 6-33.
- Henrikson MM, Hillevi MA, Marttunen MJ (1993) Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry*, 150:935-940.
- Isometsa ET, Henriksson MM, Hillevi MA (1994) Suicide in major depression. *Am J Psychiatry*, 151:530-536.
- Johnson J, Weissman MM, Klerman GL (1990) Panic disorder comorbidity and suicide attempts. *Arch Gen Psychiatry*, 47:805-808.
- Mc Clure GMG (1984) Recent trends in suicide amongs the young. *Br J Psychiatry*, 144:134-138.
- Modestin J, Zarro I, Waldvogel O (1992) A study of suicide in schizophrenic inpatients. *Br J Psychiatry*, 160:398-401.
- Murphy GE (1990) Suicide and attempted suicide. *Psychiatry*. PJ Wilner (Ed), Lippincott Basic Books. New York, New York Publication, Vol. 1:14-18.
- Pfeiffer ÇP, Klerman GL, Hurt SW (1991) Suicidal children grow up: Demographic and clinical risk factors for adolescent suicide attempts. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30:609-616.
- Robbins D, Alessi NE (1985) Depressive symptoms and suicidal behaviour in adolescents. *Am J Psychiatry*, 142:588-592.
- Savaşır I, Boyacıoğlu G, Kabakçı E (1996) Bilişsel Davranışçı Terapiler. Ankara, Özyurt Matbaacılık, 177-202.
- Shaffer D, Gerald A, Gould M (1988) Preventing teenage suicide: A critical review. *Am J Acad Child Adolesc Psychiatry*, 27:675-687.
- Shafii M, Carrigan S, Whittighill JR (1985) Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescent. *Am J Psychiatry*, 142:1061-1064.
- Siever U, Davis KL (1991) A psychobiological perspective on the personality disorders. *Am J Psychiatry*, 148:1647-1658.
- Sorias S, Saygılı R, Elbi H ve ark. (1990) DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonu (SCID) Kullanım Klavuzu. İzmir, Ege Üniversitesi Yayınevi.
- Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M (1987) Structured Clinical Interview for DSM-III-R. Washington DC, American Psychiatric Press.
- Spitzer RL, Williams MW, Gibbon M ve ark. (1990) Manual for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders. Washington DC, American Psychiatric Press.
- Vieta E, Nieto E, Gasto C ve ark. (1992) Serious suicide attempts in affective patients. *J Affect Disord*, 24:147-152.
- Wallace RE (1994) Dinamik Psikiyatri Kuramı ve Uygulaması. (Çev. H Atalay), İstanbul, Ceylan Matbaacılık, s.210-225.