

# İntihar Öngörebilecek Bir Araç: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

Oğuz Karamustafalıoğlu<sup>1</sup>,  
Başak Özcelik<sup>2</sup>, Bahadır Bakım<sup>2</sup>,  
Yasemin Cengiz Ceylan<sup>2</sup>,  
Burcu Göksan Yavuz<sup>2</sup>,  
Tuğba Güven<sup>2</sup>, Sinem Gönenli<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Doç. Dr., <sup>2</sup>Uzm. Dr.,  
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

## ÖZET

İntihar öngörebilecek bir araç: Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, genel bir hastanede psikiyatri konsültasyonu istenmiş, intihar girişimi olan ve olmayan, yatarak tedavi gören hastaların anksiyete ve depresyon belirtilerinin Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ile karşılaştırılmasıdır.

**Yöntem:** Çalışmaya, Ocak 2005 ile Ocak 2007 tarihleri arasında yaş açısından eşleştirilmiş intihar girişiminde bulunmuş ve bu sebeple Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yatarak tedavi altına alınmış 50 hasta ile genel tıbbi durumları sebebiyle yatarak tedavi altına alınmış 50 hasta dahil edilmiştir. Bu çalışmada sosyodemografik form, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) ve klinisyen tarafından yapılandırılmış tanı amaçlı Mini-Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme Metodu (MINI) kullanılmıştır.

**Bulgular:** İntihar girişimi olanlarda, kontrol grubuyla karşılaştırıldığında geçmiş psikiyatri öyküsü  $p=0.017$ , yatarak psikiyatrik tedavi görme  $p=0.04$ , aile öyküsü  $p=0.023$ , alkol/ madde kullanımı  $p=0.004$  anlamlı olarak daha fazlaydı. İntihar girişimi olan hastalarda gerginlik, anhedoni, korku, mizah yetisinin kaybı, huzursuzluk ve keyifsizlik skorları anlamlı olarak daha yüksekti.

**Sonuç:** Klinisyenler geçmiş psikiyatrik öykü, aile öyküsü, alkol/madde kullanımı, anhedoni, keyifsizlik, mizah yetisi kaybı, korku, gerginlik, huzursuzluk belirtilerini intihar riski açısından dikkate almalıdırlar. Çalışmadaki bulgular, psikiyatrik değerlendirilmenin yanı sıra HAD ölçeğinin intihar riskini belirlemeye yardımcı bir araç olabileceğini göstermiştir.

**Anahtar kelimeler:** İntihar öngörücüleri, hastane anksiyete depresyon ölçeği, bipolar bozukluk, anhedoni, huzursuzluk

DOI: 10.5350/DAJPN2010230302

## ABSTRACT

A promising tool that can predict suicide: the hospital anxiety and depression scale

**Objective:** The aim of this study was to compare the anxiety and depressive symptoms between the suicide attempters and non-suicide attempters and to determine the differences in the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) items inpatient between the two groups.

**Method:** The study participants were age-matched 50 suicide attempters who were admitted to Şişli Etfal Research and Training Hospital, and 50 inpatients who were hospitalized due to their general medical complaints. The sociodemographic form, the HADS and the Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) were administered.

**Results:** The suicide attempters had significantly higher rate of previous psychiatric history  $p=0.017$ , psychiatric hospitalization  $p=0.04$ , family history  $p=0.023$ , and alcohol/substance use  $p=0.004$ . The suicide attempters scored significantly higher on tension, anhedonia, fear, loss of humor, restlessness, and lack of enjoyment.

**Conclusions:** Clinicians should take into account the presence of previous psychiatric history, family history, substance/alcohol use, presence of anhedonia, lack of enjoyment, loss of humor, fear, tension and restlessness. The HADS could be a powerful tool to assess the suicide risk other than psychiatric evaluation.

**Key words:** Suicide predictors, hospital anxiety depression scale, bipolar disorder, restlessness, anhedonia

Yazışma adresi / Address reprint requests to:  
Bahadır Bakım, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma  
Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul - Türkiye

Telefon / Phone: +90-212-373-5000

Elektronik posta adresi / E-mail address:  
bbakim@yahoo.com

Kabul tarihi / Date of acceptance:  
18 Ağustos 2010 / August 18, 2010

## GİRİŞ

Suicid (İntihar) kelimesi, Latince birinin kendisini öldürmesi anlamına gelen sui caedere kökünden türemiş olan suicidium kelimesinden gelmektedir (1). İntihar girişimi, bir kişinin hayatını sonlandırmaya yönelik yıkıcı bir davranış olarak tanımlanmaktadır (2). Edwin Schneidman'a (3) göre intihar; umutsuzluk,

engel olunmuş istekler, üstesinden gelinemez stres, çaresizlik hislerine karşı bir çıkış yolu olarak görülür. İntihar düşüncesi ve girişimi arasında geniş bir yelpaze vardır. Bazı kişiler intiharı düşünür, ancak hiçbir zaman eyleme koymazlar, bazıları intiharı planlar, bazılarıysa dürtüsel olarak intihar girişiminde bulunurlar.

İntihar davranışı ciddi bir sağlık sorunudur ve psikiyatrik acil durumlar içinde önemli başvuru sebepleri

arasında yer almaktadır. Uzunlamasına takip çalışmaları, intihar girişiminde bulunanların %10-15'nin intihar eylemini tamamladıklarını göstermektedir (4). İntihar girişimi tamamlanmış intiharlardan 10-40 kat daha sık gözlenmektedir (5). Paracıkoğlu ve arkadaşları (6), ortalama 29 aylık izlem döneminde intihar yinleme oranını %19.2 olarak bulmuşlardır. Petronis ve arkadaşlarının (7) çok merkezli 18.000 kişilik ECA çalışması sonucunda, her tamamlanmış intihar öncesinde ortalama 18 intihar girişiminde bulunduğu bildirilmiştir. Tamamlanmış intiharlar üzerinde yapılan bir toplum çalışmasında %56-75 oranında ilk girişimde intiharın gerçekleştiği belirlenmiştir (8). Bu sebeple özgeçmişte intiharın olmaması riski uzaklaştırmamaktadır.

İntihar için en önemli belirleyici, psikiyatrik bozukluğun varlığıdır. İntihar girişiminde bulunan vakaların %90'ından fazlasında psikiyatrik bozukluk mevcuttur. Majör depresyon, bipolar bozukluk, alkol kötüye kullanımı, şizofreni, "borderline" kişilik bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu, distimi ve anksiyete bozukluğu tanısı olan hastaların intihar riski bulunmaktadır (9). Son yıllarda, psikiyatri ünitelerine başvuran intihar girişiminde bulunmuş hastaların ele alınış şekillerine yoğunlaşmıştır (10-13). Hall ve arkadaşları (14), intihar girişiminde bulunan kişilerin %83'ünün, bu girişimlerinden önceki bir ay içinde herhangi bir sağlık çalışanına başvurduklarını göstermişlerdir. Birçok vaka intihar girişimine bağlı fiziksel şikayetler sebebiyle genel bir hastaneye başvurmakta ve sonrasında, bu vakaların ilk kez psikiyatrik tedavileri düzenlenmektedir. İntihar girişiminde bulunan vakaların seyrinde psikiyatri konsültasyonunun olumlu etkileri olduğu gözlenmiştir (15,16). Tamamlanmış intihar riski, intihar girişiminden sonraki 1 yılda, özellikle ilk 3 ayda en yüksektir (17). İntihar girişimcileri, psikososyal etkenler ve yüksek oranda psikiyatrik komorbidite nedeniyle tanısız açıdan heterojen vakalardır (12,13). Bu çalışmanın amacı, genel bir hastanede psikiyatri konsültasyonu istenen, intihar girişimi olan ve olmayan, yatarak tedavi gören hastaların anksiyete ve depresyon belirtilerinin Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ile karşılaştırılmasıdır. Klinik açıdan anlamlı fark bulunan ölçek maddeleri, intihar riskini belirlemede psikiyatrik muayeneye ek olarak önemli öngörücüler olabilirler.

## YÖNTEM

Çalışmaya Ocak 2005 ile Ocak 2007 tarihleri arasında, yaş açısından eşleştirilmiş, intihar girişiminde bulunmuş ve bu sebeple genel bir hastanede yatarak tedavi altına alınmış 50 hasta ile genel tıbbi durumları sebebiyle yatarak tedavi altına alınmış 50 hasta dahil edilmiştir. Veriler; 14 yaş ve üzerinde, psikiyatri konsültasyonu istenmiş, intihar girişiminde bulunmuş tüm vakaları içermektedir. Psikiyatrik değerlendirmeden önce, bütün intihar girişimcileri Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye veya Yoğun Bakım servisinde tedavi altına alınmışlardır. Çalışmaya katılan hastalara bilgilendirilmiş onam formu verilmiş ve hastalar tarafından kabul edilmiştir. Bu çalışmaya, yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş, genel tıbbi şikayetler sebebiyle yatarak tedavi gören ve psikiyatri konsültasyonu istenmiş 50 vaka da dahil edilmiştir. Bütün konsültasyon sonuçları, hasta bilgileri ve sosyodemografik veriler kayıt edilmiştir. Kronik hastalık, demans ve mental retardasyon dışlama kriterleri olarak belirlenmiştir. Konsültasyon sırasında deliryum tablosunda olan hastalar, genel tıbbi durumları stabil olduktan ve deliryum tablosu düzeldikten sonra çalışmaya alınmıştır. Bu çalışma etik kurul tarafından onaylanmıştır.

## Ölçekler

Bu çalışmada, sosyodemografik form, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) ve klinisyen tarafından yapılandırılmış tanı amaçlı Mini-Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme Metodu (MINI) kullanılmıştır (18). MINI'in Türkçe uyarlaması Engeler (19) tarafından yapılmıştır. Yaş, medeni durum, eğitim, meslek, geçmiş psikiyatrik öykü, aile öyküsü, psikiyatrik tanı, alkol/madde kullanımı sosyodemografik formula değerlendirilmiştir. Hastalar, öncelikle alkol/madde bağımlılığı açısından değerlendirilmiştir. Ancak hastalardan hiçbiri alkol/madde bağımlılığı ölçütlerini karşılamadığından, alkol, sigara veya herhangi bir madde kullanıp kullanmadıkları sorulmuştur.

HAD, anksiyete ve depresyon belirtilerinin tarandığı, hastanın kendisi tarafından doldurulan ve hastane ortamında sıkça kullanılan bir ölçektir (20). HAD

**Tablo 1: Sosyodemografik veriler**

	İntihar girişimi olan		İntihar girişimi olmayan		$\chi^2$	p
	n=50	%	n=50	%		
Cinsiyet					0.57	0.45
Erkek	12	24	15	30		
Kadın	38	76	35	70		
Medeni durum					2.1	0.15
Bekar	32	64	26	52		
Evli	15	30	22	22		
Dul	1	2	1	2		
Boşanmış	2	4	1	2		
Mesleki durum					0.21	0.64
İşsiz	33	66	35	70		
Çalışan	17	34	15	30		
Eğitim					3.1	0.08
Eğitimsiz	0	0	3	6		
İlkokul	20	40	17	34		
Ortaokul	9	18	11	22		
Lise	17	34	12	24		
Üniversite	4	8	7	14		
Geçmiş psikiyatrik öykü					9.2	0.002*
Yok	21	42	36	72		
Var	29	58	14	28		
Psikiyatri yatışı					4.2	0.04*
Yok	46	92	50	100		
Var	4	8	0	0		
Aile öyküsü					5.2	0.023*
Yok	32	64	42	84		
Var	18	36	8	16		
Alkol/madde kullanımı					8.3	0.004*
Yok	38	76	48	96		
Var	12	24	2	4		

\*İstatistiksel olarak anlamlı

depresyon ve anksiyete alt ölçeklerinin kesme puanı  $\geq 8$ 'dir. HAD Türkçe çevirisinin geçerliliği Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (21).

### İstatistiksel Analiz

Analizler için SPSS 11.5 programı kullanıldı. İntihar girişimi olan ve olmayan grup arasındaki karşılaştırmalarda bağımsız t-testi ve ki-kare kullanıldı.  $p < 0.05$  değerleri klinik olarak anlamlı kabul edildi.

### BULGULAR

Her iki grup yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, ekonomik durum, alkol/madde kullanımı, geçmiş psikiyatrik öykü, aile öyküsü açısından karşılaştırıldı. İntihar girişimi olan grubun yaş ortalaması  $24.2 \pm 9.0$ , kontrol grubunun yaş ortalaması  $25.4 \pm 6.5$  olarak bulundu. İki grup da, yaş, medeni durum, cinsiyet, mesleki durum,

eğitim açısından benzerdi. Literatürle uyumlu olarak, intihar girişimi olan vakaların %76'sı kadın, %24'ü erkekti. İntihar girişimi olanlarda, kontrol grubuyla karşılaştırıldığında geçmiş psikiyatrik öyküsü ( $p=0.002$ ), yatarak psikiyatrik tedavi görme oranları ( $p=0.04$ ), aile öyküsü ( $p=0.023$ ), alkol/madde kullanımı ( $p=0.004$ ) anlamlı olarak daha fazlaydı. Tablo 1'de demografik veriler gösterilmiştir (Tablo 1).

İntihar girişimi olan 50 vakanın 19'unda (%38) geçmiş intihar girişimi öyküsü saptandı. İntihar girişimi olanlarda, HAD depresyon ( $p=0.002$ ) ve anksiyete ( $p=0.005$ ) alt ölçekleri puanı anlamlı olarak daha yüksekti. Ortalama anksiyete skoru  $10.9 \pm 4.1$  ve ortalama depresyon skoru  $10.0 \pm 3.9$  olarak bulundu. Ortalama toplam puanlar karşılaştırıldığında, intihar girişimi olanların skoru ( $20.9 \pm 6.4$ ), intihar girişimi olmayan vakalarına göre ( $15.7 \pm 8.5$ ) göre klinik olarak anlamlı derecede daha yüksekti ( $p < 0.001$ ). İntihar girişimi olan hastalarda gerginlik (1. madde), anhedoni (2. madde), korku (3.

**Tablo 2: HAD maddelerinin karşılaştırılması**

	İntihar girişimi olan	İntihar girişimi olmayan	$\chi^2$	p
	Ortalama±SS	Ortalama±SS		
HAD-A (anksiyete)	10.9±4.1	8.2±5.1	-2.9	0.005*
HAD-D (depresyon)	10.0±3.9	7.3±4.8	-3.1	0.002*
HAD toplam	20.9±6.4	15.7±8.5	-3.5	<0.001*
HAD 1 (gerginlik)	1.9±1.0	1.4±1.1	-2.5	0.014*
HAD 2 (anhedoni)	1.7±1.0	1.1±1.1	-2.5	0.014*
HAD 3 (korku)	1.7±1.1	1.1±1.1	-2.5	<0.01*
HAD 4 (mizah kaybı)	1.3±1.0	0.7±0.9	-3.0	0.003*
HAD 5 (endişe)	1.4±1.1	1.3±1.3	-0.5	0.6
HAD 6 (neşesizlik)	1.2±0.8	1.0±0.9	-1.2	0.25
HAD 7 (gevşeyememe)	1.7±0.9	1.3±0.8	-1.9	0.062
HAD 8 (durgunlaşma hissi)	1.7±1.0	1.4±1.0	-1.5	0.15
HAD 9 (tedirginlik)	1.2±0.8	1.0±1.0	-0.7	0.5
HAD 10 (özbakım)	1.4±1.0	1.3±1.2	-0.5	0.6
HAD 11 (huzursuzluk)	1.6±0.9	0.9±1.0	-3.6	<0.001*
HAD 12 (zevk alamama)	1.6±1.2	1.1±1.1	-2.4	0.017*
HAD 13 (panik duygusu)	1.4±1.0	1.2±1.1	-1.0	0.32
HAD 14 (kitap, TV ya da radyo programından zevk alamama)	1.0±1.0	0.8±1.0	-1.2	0.25

\*İstatistiksel olarak anlamlı

**Tablo 3: Eksen I tanıları**

	İntihar girişimi olan		İntihar girişimi olmayan		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
Depresyon	25	50	17	34	2.6	0.1
Bipolar bozukluk	19	38	-	-	-	-
Anksiyete bzk	3	6	8	16	2.6	0.1
Uyum bzk	6	12	22	44	12.7	<0.001*
Somatizasyon bzk	-	-	3	6	-	-

\*İstatistiksel olarak anlamlı

madde), mizah yetisinin kaybı (4. madde), huzursuzluk (11. madde) ve keyifsizlik (12. madde) skorları anlamlı olarak daha yüksekti. Tablo 2'de HAD ölçeği skorlarının karşılaştırılması gösterilmiştir (Tablo 2).

Bu çalışmada hastaların %38'i bipolar bozukluk tanısı almıştır ve bipolar bozukluğu olan hastaların hepsi intihar girişimi olan vakalardır. Uyum bozukluğu intihar girişimi olmayan grupta anlamlı derecede daha fazlaydı. Tablo 3'te eksen I tanıları gösterilmiştir (Tablo 3).

## TARTIŞMA

Bu çalışmada, literatürle uyumlu olarak intihar girişimi olan vakaların %76'sı kadın, %24'ü erkekti. Weissman ve arkadaşları (22), kadınlarda intihar girişiminin erkeklere oranla 2-3 kat daha sık olduğunu bildirmişlerdir.

Günümüze kadar yapılan çalışmalarda geçmiş intihar girişiminin, hem daha sonraki girişimlerin hem de tamamlanmış intiharın en güçlü öngörücüsü olduğu belirtilmiştir (23). Tamamlanmış intiharların %18-50'sinde geçmiş intihar girişimleri olduğuna dikkat çekilmiştir (24). Bu çalışmada da olguların %38'inde geçmiş intihar girişimi bulunmaktadır. Hall ve arkadaşları (14), intihar girişimi olan vakaların %33'ünün daha önce intihar girişiminde bulunduğunu bildirmişlerdir. Greer ve Soukas, psikiyatri konsültasyonu ve risk faktörlerinin değerlendirilmesinin intihar girişimi vakalarının seyrinde olumlu etkilerinin olduğunu belirtmişlerdir (15,16). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan çalışmalar, intihar girişiminde bulunmuş vakaların, girişimden önceki 1 ay içinde bir pratisyen hekime başvurduklarını vurgulamaktadır (25). Bu sebeple HAD ölçeği, klinisyenlerin ve özellikle pratisyen hekimlerin

psikiyatrik değerlendirmeden sonra intiharı öngörebilecekleri ikinci bir araç olarak kullanılabilir.

Bu çalışmada, intihar girişimi olanların HAD depresyon ( $p=0.002$ ) ve anksiyete ( $p=0.005$ ) alt ölçek puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Verilerin analizi, gerginlik, anhedoni, korku, olayların komik tarafını görebilme, huzursuzluk, zevk alamama maddelerinin intihar girişiminin öngörücüsü olabileceğini göstermiştir. Hall ve arkadaşları (14), anksiyete, depresif duygudurum, alkol/madde kötüye kullanımı, umutsuzluk hisleri ve anhedoninin intihar girişiminin öngörücüsü olabileceğini bildirmiştir. Anhedoni, anksiyete ve alkol kötüye kullanımı intihar girişiminin kısa dönem öngörücüleriyken, duygudurumda dalgalanmalar ve umutsuzluk hisleri uzun dönem öngörücüler olarak tespit edilmiştir (26). Eşlik eden bir psikiyatrik hastalığın varlığı intihar riski için en güçlü belirleyici olarak bulunmuştur (27). İntihar girişiminde bulunmuş birçok hastanın depresif belirtiler sergilediği ve %60'nın duygudurum bozukluğu tanısı aldığı bildirilmiştir (28). Bu çalışmadaki veriler depresyonun temel belirtileri olan anhedoni, ilgi kaybı ve depresif duygudurumun her iki grup arasında klinik açıdan anlamlı derecede farklı olduğunu göstermiştir. Sertöz ve arkadaşlarının (29) 6 aylık izlem çalışmasında, DSM-IV'e göre majör depresyon tanısının varlığının, intihar girişimini tekrarlama riskini 12 kat artırdığı tespit edilmiştir.

HAD ölçeğinde doğrudan intihar sorgulanmamakla birlikte, anhedoni, mizah yetisinin kaybı, zevk alamama maddeleri olası intihar girişimlerinin belirleyicileri olabilir. Bu bulgu, intihar düşüncelerini paylaşmak istemeyen hastalarda intihar riskini belirlemek açısından önemli olabilir.

Bu çalışmada intihar girişiminde bulunmuş vakaların anksiyete skorları, kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Gerginlik, korku ve huzursuzluk maddeleri anlamlı olarak farklı bulunmuştur. Fawcett ve arkadaşlarının (26) erişkinlerle yaptığı çalışmada, intihar riski olan hastalarda psikiyatrik anksiyetenin fazla olduğu saptanmıştır. Weissman ve arkadaşları da (22) benzer şekilde, anksiyetenin intihar davranışını öngörebileceğini bildirmişlerdir. Anksiyete, iritabilite, gerginlik, ajitasyon, korku ve huzursuzluk intihar için risk faktörleri arasındadır. Huzursuzluk ve ajitasyon

tehlikenin habercisi olabilir (30). İntihar davranışının önlenmesi ile ilgili bir makalede, huzursuzluğun intihar riski açısından bir etken olabileceği bildirilmiştir (31). Thomas ve Kramer'a (32) göre yoğun huzursuzluk intiharı düşündürebilecek kadar baş edilemez hale gelebilir. Placidi ve arkadaşları (33), bu bulgulara karşılık olarak, intihar girişimi olmayan hastalarda, hastalık ve ölüm korkusuna bağlı Hamilton Depresyon Ölçeği anksiyete maddelerinden anlamlı olarak daha yüksek puan aldıklarını bulmuştur.

Bu çalışmadaki veriler intihar davranışının anlamlı olarak bipolar bozuklukla ilişkili olabileceğini göstermektedir. Balazs ve arkadaşları (34) intihar girişimi olan hastalarda yüksek oranda bipolar bozukluk olduğunu bulmuştur. İritabilite ve psikomotor ajitasyon intihar girişimi için kuvvetli öngörücüler olarak belirtilmiştir. Bipolar hastaların %25-%50'si yaşamları boyunca en azından bir kez intihar girişiminde bulunmuştur (35). Özellikle karma epizot hikayesi olan vakalar, disforik duygudurum ve yüksek enerji seviyesine bağlı olarak intihar için daha riskli olarak değerlendirilmiştir (36,37).

Bulgularımız, alkol ve madde kötüye kullanım yaygınlığının az olduğu bir toplumda bile, bunun intihar davranışıyla ilişkili olabileceğini göstermektedir. Madde kötüye kullanımının dürtüsel intihar davranış riskini artırdığını bildiren çalışmalar vardır (13). Alkol/madde bağımlılığının, intihar riskini 5 kat artırdığı bildirilmiştir (14). Cornelius ve arkadaşları (38), komorbid alkol bağımlılığı olan majör depresyon hastalarının alkol bağımlılığı olmayan depresyonlu vakalara oranla intihar riskinin daha fazla olduğunu bildirilmiştir. Ek olarak bazı yazarlar, intihar yaygınlığındaki artışın madde kötüye kullanımındaki artışla bağlantılı olabileceğini belirtmişlerdir (39,40).

Bu çalışmada depresyon, anksiyete ve alkol/madde kullanımına ek olarak, geçmiş psikiyatrik öykü, geçmiş psikiyatrik yatış öyküsü ve aile öyküsü faktörlerinin artmış intihar riskiyle ilişkili olduğu bulundu. İntihar girişimi olanların %98'inin psikiyatrik tanısının olduğu ve bunun intihar riski için en güçlü belirleyici faktör olduğu bildirilmiştir (41). Ailede intihar öyküsünün olması genetik bir yatkınlığı göstermekle birlikte, öğrenilmiş bir davranış olabileceğini düşündürmektedir (25). Bu çalışma, önceki çalışmaları destekler şekilde intihar giri-

şimi olanların daha fazla yatarak tedavi görme öyküsü olduğunu göstermiştir. Hastaneye yatışı gerektirecek düzeyde psikiyatrik hastalığı olanların intihar risklerinin daha fazla olduğu gösterilmiştir (42,43).

Bu çalışmanın kısıtlılığı, olguların yatan hastalarla sınırlandırılmış olmasıdır. Veriler sınırlı bir grubu yansıtmaktadır. Diğer bir kısıtlılık, hastaların geçmiş birinci basamak başvurularının değerlendirilmemiş olmasıdır.

## SONUÇ

Bu çalışmada, depresif belirtilerin ve anksiyetenin, alkol/madde kötüye kullanımı ve bağımlılığın nadir olduğu bir toplumda alkol/madde kullanımının ve bipolar bozukluğun intihar girişimi için risk faktörleri olduğu

gösterilmiştir. İntihar girişiminde bulunma, bir sonraki intihar girişimi açısından risk oluştururken, yineleyen girişimler hem gelecekte intihar girişimi riskini hem de tamamlanmış intihar riskini artırmaktadır (44).

Türkiye’de intihar hızının 10 yıl içinde, erkeklerde %60, kadınlarda %41 oranında artmış olduğu tespit edilmiştir (45). Bu bağlamda intiharı önceden öngörebilmek, riski belirlemek klinisyenin temel hedefi olmalıdır.

Klinisyen, geçmiş psikiyatrik öykü, aile öyküsü, alkol/madde kullanımı, anhedoni, keyifsizlik, mizah yetisinin kaybı, korku, gerginlik, huzursuzluk belirtilerini dikkate almalıdır. Çalışmadaki bulgular psikiyatrik değerlendirmenin yanı sıra HAD ölçeğinin intihar riskini belirlemeye yardımcı bir araç olabileceğini göstermiştir.

## KAYNAKLAR

1. Sadock BJ, Sadock VA (editors). Suicide. In: Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2003, 913-922.
2. Beck AT, Kovacks M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol* 1979; 47:343-352.
3. Schneidman ES. The suicidal Mind. New York: Oxford University Press, 1996.
4. Cullberg J, Wasserman D, Stefansson CG. Who commits suicide after a suicide attempt? *Acta Psychiatr Scand* 1988; 77:598-603.
5. Haukka J, Suominen K, Partonen T, Lönnqvist J. Determinants and outcomes of serious attempted suicide: a nationwide study in Finland, 1996-2003. *Am J Epidemiol* 2008; 167:1155-1163.
6. Paracıoğlu V, Sayıl I, Özgüven HD. Ankara’da intihar girişimleri üzerine bir izleme çalışması: Dünya Sağlık Örgütü-Avrupa çok merkezli intihar davranışı izlem çalışması sonuçları. *Kriz Dergisi* 2004; 12:1-17.
7. Petronis KR, Samuels JF, Moseicki EK, Anthony JC. An epidemiologic investigation of potential risk factors for suicide attempts. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1990; 25:193-199.
8. Isometsä ET, Lönnqvist JK. Suicide attempts preceding completed suicide. *Br J Psychiatry* 1998;173:531-535.
9. Rich CL, Runeson BS. Similarities in diagnostic comorbidity between suicide among young people in Sweden and the United States. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 86:335-339.
10. Hawton K, Bancroft J, Catalan J, Kingston B, Stedford A, Welch N. Domiciliary and outpatient treatment of self-poisoning patients by medical and non-medical staff. *Psychol Med* 1981; 11:169-177.
11. Runeson B, Wasserman D, Träksman-Bendz L, Agren H, Asberg M. Management of suicide attempters in psychiatric care in Sweden- Evaluation of a questionnaire. *Nord J Psychiatry* 1994; 48:117-120.
12. Runeson B, Wasserman D. Management of suicide attempters: what are the routines and the costs? *Acta Psychiatr Scand* 1994; 90:220-228.
13. Schnyder U, Valach L. Suicide attempters in psychiatric emergency room population. *Gen Hosp Psychiatry* 1997; 19:119-129.
14. Hall RC, Platt DE, Hall RC. Suicide risk assesment: A review of risk factors for suicide in 100 patients who made severe suicide attempts. *Psychosomatics* 1999; 40:18-27.
15. Greer S, Bagley C. Effect of psychiatric intervention in attempted suicide: a controlled study. *Br Med J* 1971; 1:310-312.
16. Suokas J, Lönnqvist J. Outcome of attempted suicide and psychiatric consultation: risk factors and suicide mortality during a five-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84:545-549.
17. Dahlgren KG. Attempted suicide: 35 years afterwards. *Suicide Life Threat Behav* 1977; 7:75-79.
18. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59 (Suppl.20):22-33.
19. Engeler A. M.I.N.I. Araçları Türkçe Uyarlama 5.0.0., GSK, İstanbul, 2004.
20. Zigmund AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67:361-370.
21. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L. Validity and reliability of Turkish version of Hospital Anxiety and Depression Scale. *Turkish Journal of Psychiatry* 1997; 8:280-287.
22. Weissmann MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR, Karam EG, Lee CK, Lellouch J, Lepine JP, Newman SC, Rubio-Stipec M, Wells JE, Wickramaratne PJ, Wittchen HU, Yeh EK. Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychol Med* 1999; 29:9-17.

23. [Rudd MD, Jonier T, Rajab MH. Relationship among suicide ideators, attempters, and multiple attempters in a young-adult sample. J Abnorm Psychol 1996; 105:541-550.](#)
24. Gould M, Shaffer D, Fisher P, Kleinman M, Morishima A. The clinical prediction of adolescent suicide: In Marris R, Berman A, Maltzberger J, Yufit R (editors). Assessment and prediction of suicide. New York: Guilford Press, 1992, 130-143.
25. Vannoy SD, Unützer J. Detection of suicide risk in patients with depression. WPA Bulletin on Depression 2005; 10:4-6.
26. Fawcett J, Scheftner WA, Fogg L, Clark DC, Young MA, Hedeker D, Gibbons R. Time related predictors of suicide in major affective disorder. Am J Psychiatry 1990; 147:1189-1194.
27. Stevenson JM. Suicide: In Talbot JA, Hales RE, Yudofsky SC (editors). The American psychiatric press textbook of psychiatry. Washington DC: American Psychiatric Press, 1988, 1021-1035.
28. Wasserman D (editor). Affective disorders and suicide. In: Suicide: an unnecessary death. London: Martin Dunitz Ltd., 2001, 39-47.
29. Sertöz Ö, Noyan MA, Sertöz N, Elbi H. İntihar girişimleri öngörülebilir mi? Bir üniversite hastanesi acil servisine intihar girişimiyle başvuran hastaların altı aylık izlem sonuçları. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2010; 11:1-8.
30. [Simon GE. The antidepressant quandary-considering suicide risk when treating adolescent depression. N Engl J Med 2006; 355:2722-2723.](#)
31. Sainsbury P. Depression, suicide, and suicide prevention: In Roy A (editor). Suicide. London: Williams & Wilkins, 1986, 73-88.
32. Kramer TA. Talking points about antidepressants and suicide. MedGenMed 2004; 6; 30.
33. [Placidi GVP, Oquendo MA, Malone KM, Brodsky B, Ellis SP, Mann JJ. Anxiety in major depression: relationship to suicide attempts. Am J Psychiatry 2000;157:1614-1618.](#)
34. [Balazs J, Benazzi F, Rihmer Z, Rihmer A, Akiskal KK, Akiskal HS. The close link between suicide attempts and mixed \(bipolar\) depression: implications for suicide prevention. J Affect Disord 2006; 91:133-138.](#)
35. Jamison KR. Suicide and bipolar disorder. J Clin Psychiatry 2000; 61 (Suppl.9):47-51
36. Goodwin FK, Jamison KR. Manic-depressive illness. New York: Oxford University Press, 1990.
37. Winokur G, Tsuang M. The Iowa 500: suicide in mania, depression, and schizophrenia. Am J Psychiatry 1975; 132:650-651.
38. Cornelius JR, Salloum IM, Mezzich J, Cornelius MD, Fabrega H Jr, Ehler JG, Ulrich RF, Thase ME, Mann JJ. Disproportionate suicidality in patients with comorbid major depression and alcoholism. Am J Psychiatry 1995; 152:358-364.
39. [Rich CL, Fowler RC, Young D. Substance abuse and suicide of San Diego study. Ann Clin Psychiatry 1989; 1:79-85.](#)
40. [Fombonne E. Suicidal behaviours in vulnerable adolescents. Time trends and their correlates. Br J Psychiatry 1998; 173:154-159.](#)
41. Kerr-Correa F, Tucci AM. Preventing suicide risk in depressed patients. WPA Bulletin on Depression 2005; 30:7-10.
42. [Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders : a meta-analysis. Br J Psychiatry 1997; 170:205-228.](#)
43. [Qin P, Mortensen PB, Agerbo E, Westergaard-Nielsen N, Eriksson T, Mortensen PB. Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. Br J Psychiatry 2000; 177:546-550.](#)
44. [Pagura J, Cox BJ, Sareen J, Enns MW. Factors associated with multiple versus single episode suicide attempts in the 1990-1992 and 2001-2003 United States National Comorbidity Surveys. J Nerv Ment Dis 2008; 196:806-813.](#)
45. Can SS, Sayıl I. Yineleyici intihar girişimleri. Kriz Dergisi 2004; 12:53-62.