

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
BAKIRKÖY PROF DR. MAZHAR OSMAN
RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

13. PSİKIYATRI BİRİMİ
Başhekim : Doç. Dr. Erhan KURT
Klinik Şef V. : Dr. Ahmet TÜRKCAN

KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI OLAN
GENÇ ERİŞKİN HASTALARDA İNTİHAR GİRİŞİMİ
OLAN VE İNTİHAR GİRİŞİMİ OLMAYANLARIN
KLİNİK TANILARI, BORDERLINE KİŞİLİK
ÖZELLİKLERİ, MİZAÇ VE KARAKTER
ÖZELLİKLERİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Seçil UYSAL
PSİKIYATRI UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı
Uzm. Dr. Ahmet TÜRKCAN

İstanbul 2010

ÖNSÖZ

Psikiyatri uzmanlık eğitimim süresince bilgi, birikim ve desteklerinden yararlandığım değerli şefim ve tez danışmanım Uzm. Dr Ahmet Türkcan'a,

Bu tezin gerçekleşmesine olanak sağlayan hastane başhekimi Doç. Dr. Erhan Kurt' a,
Rotasyonlarım sırasında çalışma fırsatı bulduğum Uzm. Dr. Niyazi Uygur'a, Prof. Dr. Hayrettin Kara'ya, Doç. Dr. Defne Tamar Gürol'a, Doç. Dr. Medaim Yanık'a, Doç Dr. Solmaz Türkcan'a, Doç.Dr. Feriha Özer'e ve Doç.Dr. Baki Kumbasar'a,

Hastaneye ilk geldiğim günlerden itibaren desteğini ve bilgisini esirgemeyen Doç.Dr. Güliz Özgen'e ve Uzm. Dr. Hikmet Dadalı'ya,

13. psikiyatri kliniğinde ve rotasyonlarımda çalışma fırsatını yakalayabildiğim uzmanlara, psikologlara, hemşirelere ve tüm diğer çalışanlara,

Dr. Aylin Ağırman'a ve Gazi Üniversitesi Türkçe Eğitimi Bölümü Arş. Gör. Başak Uysal'a katkılarından dolayı,

En derin teşekkürlerimi sunuyorum.....

Haziran, 2010

İstanbul

İÇİNDEKİLER

ÖN SÖZ.....	III
İÇİNDEKİLER.....	IV
ÖZET.....	V
ABSTRACT	VI
KISALTMALAR	VII
TABLO VE ŞEKİLLER LİSTESİ	VIII
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. İNTİHAR.....	3
2.1.1. İNTİHARIN TANIMI.....	3
2.1.2. EPİDEMİYOLOJİ.....	3
2.1.3. ETYOLOJİ.....	4
2.1.4. RİSK FAKTÖRLERİ.....	9
2.2. KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI VE İNTİHAR GİRİŞİMİ.....	14
2.2.1. KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞININ TANIMI.....	14
2.2.2. EPİDEMİYOLOJİ	14
2.2.3. KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞININ GÖRÜLDÜĞÜ DSM	
TANILARI.....	15
2.2.4. SINIFLANDIRMA.....	16
2.2.5. ETYOLOJİ.....	17

2.2.6. KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI VE İNTİHAR ARASINDAKİ İLİŞKİ.....	20
2.3. BORDERLINE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE İNTİHAR ARASINDAKİ İLİŞKİ.....	22
2.3.1. BORDERLINE KİŞİLİK ORGANİZASYONU.....	22
2.3.2. BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞUNDA TANI VE KLİNİK ÖZELLİKLER.....	23
2.3.4. EPİDEMİYOLOJİ.....	25
2.3.5. ETİYOLOJİ.....	26
2.3.6. BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU VE İNTİHAR.....	28
2.4. MİZAÇ VE KARAKTER ÖZELLİKLERİ İLE İNTİHAR ARASINDAKİ İLİŞKİ..	31
2.4.1. KİŞİLİĞİN TEMEL BİLEŞENLERİNİN TANIMI.....	31
2.4.2. CLONINGER'IN KİŞİLİK KURAMI	32
2.4.3. MİZAÇ VE KARAKTER ÖZELLİKLERİ, KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI VE İNTİHAR ARASINDAKİ İLİŞKİ.....	37
3. GEREÇ VE YÖNTEM	39
3.1. ÖRNEKLEM.....	39
3.2. YÖNTEM.....	39
3.3. GEREÇLER.....	40
3.3.1. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU:	40
3.3.2. KASITLI KENDİNE ZARAR VERME TARAMA FORMU.....	40
3.3.3. KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI ANKETİ: SHBQ (SELF HARM BEHAVIOR QUESTIONNAIRE)	40
3.3.4. KASITLI KENDİNE ZARAR VERME ANKETİ: DSHI (DELIBERATE SELF-HARM INVENTORY)	41
3.3.5. YARI YAPILANDIRILMIŞ KLİNİK GÖRÜŞME (SCID) UYGULAMASI.....	42

3.3.6. BORDERLINE KİŞİLİK ENVANTERİ(BKE):	43
3.3.7. MİZAÇ VE KARAKTER ENVANTERİ (MKE):	44
3.4. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME.....	45
4.BULGULAR.....	46
4.1. GENEL BULGULAR.....	46
4.2. İNTİHAR GİRİŞİMİ OLAN VE OLMAYAN GRUBUN KİYASLANMASI...	53
5. TARTIŞMA.....	63
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	71
7. KAYNAKLAR	73

ÖZET

KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI OLAN GENÇ ERİŞKİN HASTALARDA İNTİHAR GİRİŞİMİ OLAN VE İNTİHAR GİRİŞİMİ OLMAYANLARIN KLİNİK TANILARI, BORDERLINE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ, MİZAÇ VE KARAKTER ÖZELLİKLERİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Seçil UYSAL

Amaç: İntihar ergenlerde ve genç erişkinlerde önemli bir ölüm sebebidir. İntiharı önlemede en önemli strateji yüksek riskli grubu tespit etmektir. Kendine zarar verme davranışı ile intihar arasındaki ilişki komplekstir. Bu grubun yapılan takip çalışmalarında ölüm nedenleri sıralamasında birinci sırada tamamlanmış intiharlar gelmektedir. Bu çalışmada kendine zarar verme davranışında bulunan genç erişkinlerde intiharı önleme, tedavi ve tekrarını engellemede yol gösterecek klinik tanıları, borderline kişilik özelliklerini ve mizaç ve karakter özelliklerini tespit etmek amaçlanmaktadır.

Yöntem: Ergen ve Genç Erişkin Psikiyatrisi İkinci basamak polikliniğinden izlenen 18-20 yaşları arasındaki hastalara ardışık olarak Kendine Zarar Verme Tarama Formu uygulandı. Kendine zarar verme davranışları tespit edilen 93 hasta intihar girişimleri olanlar ve olmayanlar olmak üzere iki gruba ayrıldı. Bu hastalara Sosyodemografik Veri Formu, SCID I ve/veya SCID II uygulaması, Kasıtlı Kendine Zarar Verme Anketi, Kendine Zarar Verme Davranışı Tarama Anketi, Mizaç ve Karakter Envanteri ve Borderline Kişilik Envanteri verildi. İntihar girişiminde bulunanlar ve bulunmayanlar klinik tanıları, mizaç ve karakter özellikleri ve borderline kişilik özellikleri açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya katılan hastaların %48,4'ünün intihar girişiminde bulunduğu, intihar girişiminde bulunanların %93,3'ünü kızların oluşturduğu saptandı. İntihar girişimde bulunan grupta kendini kesme, sigara ile yakma, tırmalama, yüksek doz ilaç içme ve cam sürtme yöntemlerinin ve tekrarlayıcı kendine zarar verme davranışının intihar girişimi olmayanlara göre anlamlı olarak daha fazla olduğu saptandı($p<0,05$). İntihar girişimi olan grupta borderline kişilik bozukluğu tanısının intihar girişimi olmayan gruba göre anlamlı olarak daha fazla olduğu saptandı. ($p<0,05$) İntihar girişimi olan grupta borderline psikopatolojinin daha ağır olduğu saptandı. ($p<0,05$). Mizaç ve karakter özellikleri açısından iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmadı. ($p>0,05$).

Sonuç: Kendine zarar verme davranışı olan olgular içinde erkeklere göre kızlar, anne eğitim düzeyi düşük olanlar, borderline kişilik bozukluğu olanlar ve tekrarlayıcı kendine zarar

verme davranışı olanlar intihar girişimleri için daha fazla risklidir. Olgularda intihar girişimi olanlar ve olmayanlar arasında mizaç ve karakter özellikleri açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Kendine zarar verme davranışı ve intihar girişimleri birbirinden uzak durmakla birlikte pek çok açıdan benzerlik içeren deneyimlerdir. Kendine zarar verici davranışı olanlarda intihar düşüncesi ayrıntılı sorgulanmalı ve tedavide problem çözme yeteneklerine odaklanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Kendine zarar verme davranışı, intihar girişimi, borderline kişilik bozukluğu

İletişim Adresi: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, 13. Psikiyatri Kliniği
seciluysal2002@yahoo.com

ABSTRACT

CLINIC DIAGNOSIS OF YOUNG ADULT PATIENTS WITH SELF INJURY BEHAVIOUR WITH AND WITHOUT SUICIDE ATTEMPT, WITH RESPECT TO BORDERLINE PERSONALITY CHARACTERISTICS, TEMPERAMENT AND CHARACTER FEATURES

Dr. Seil UYSAL

Aim: Suicide is an important cause of death among adolescents and young adults. The most important strategy is to determine the group with highest level of risk. The relation between self injury behavior and suicide is complicated. In the follow-up studies done on this group, suicide is the major cause of death. In this study, it is aimed to determine clinical diagnosis which will lead to prevention, treatment and keeping from reoccurrence of suicide among young adults with self injury behavior, and to determine borderline personality characteristics and temperament and character features.

Method: 18-20 year old patients followed in Adolescent and Young Adult Psychiatry second step clinic, have been given self injury consecutively underwent scanning form. 93 patients with self injury behavior have been divided into two groups as those who have attempted suicide and those who have not. These patients have been given socio-demographic data form, SCID I and/or II application, deliberate self harm inventory, self harm behavior questionnaire, temperament and character inventory and borderline personality inventory. Those who have attempted suicide and those who have not, have been compared with respect to clinical diagnosis, temperament and character features and borderline personality characteristics.

Results: It has been determined that %48,4 of the patients have attempted suicide and %93,3 of these attempts have been made by females. It has been determined repetitive self injury behavior is significantly more frequent in the group of those (self-cutting, burning with cigarette, scratching, overdose, tramping with a glazed material) who have attempted suicide, compared to the group of those who have not. It has been determined that borderline personality disorder is observed significantly more frequently in the group of those who have

attempted suicide, compared to the group of those who have not. In the group of those who have attempted suicide, using suicide as a threat and idea of suicide is significantly more frequent than the group of those who have not. It has been determined that borderline psychopathology is more severe in the group of those who have attempted suicide. No significant differences have been determined between the two groups with respect to temperament and character features.

Conclusion: Self-mutilation of the facts in respect to men, women maternal education level ones, borderline personality disorder and those repetitive self-injurious behavior, those who attempted suicide for the greater risk. In case of suicide attempts and those between non-significant differences in temperament and character traits were not detected. Self-injurious behavior and suicide attempts, but stay away from each other with experience in many ways are similar. Individuals with self-harming behavior and suicidal ideation should be questioned further treatment should focus on problem-solving skills.

Keywords: self injury behavior, suicide attempt, borderline personality disorder

Contact Address: Bakırköy Prof.Dr. Mazhar Osman Training and Research Hospital for Psychiatry and Neurology, 13. Psychiatry Clinic.

seciluysal2002@yahoo.com

KISALTMALAR

BKB: Borderline Kişilik Bozukluğu

BKE: Borderline Karakter Envanteri

5HIAA: 5 Hidroksi indol asetik asit

SERT: Serotonin taşıyıcı reseptör

HPA: Hipotalomopitüiter eksen

MKE: Mizaç ve Karakter Envanteri

TABLO VE ŞEKİLLER LİSTESİ

Tablo 1: Borderline kişilik bozukluğu alt tipleri

Tablo 2: Kendine zarar veren gençlerde sosyodemografik özellikler

Tablo 3: Kendine zarar veren gençlerde kendine zarar verme davranışının özellikleri **Tablo 4:** Kendine zarar veren gençlerde intihar girişimi ve özellikleri

Tablo 5: Kendine zarar veren gençlerde psikiyatrik tanı ve tedavi sürelerinin dağılımı

Tablo 6: Kendine zarar veren gençlerde intihar girişimi olan ve olmayanların demografik özelliklerin değerlendirmesi

Tablo 7: Kendine zarar veren gençlerde intihar girişimi olanların ve olmayanların DSM'ye göre tanılarının değerlendirilmesi

Tablo 8: Kendine zarar veren gençlerde intihar girişimi olan ve olmayanların kendine zarar verme davranış sayılarının değerlendirmesi

Tablo 9: Kendine zarar veren gençlerde intihar girişimi olanlar ve olmayanlar arasında kendine zarar verme davranış özelliklerinin değerlendirilmesi

Tablo 10: Kendine zarar veren gençlerde intihar girişimi olanların ve olmayanların kendine zarar verme davranış puanlarının değerlendirmesi

Tablo 11: Kendine zarar veren gençlerde intihar girişimi olanların ve olmayanların Borderline Karakter Envanteri puanlarının değerlendirmesi

Tablo 12: Kendine zarar veren gençlerde intihar girişimi olan ve olmayanların mizaç ve karakter envanteri puanlarının değerlendirilmesi

Şekil 1: Kendine zarar veren gençlerde borderline kişilik özellikleri ve kendine zarar verme yaşı arasındaki ilişki

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İntihar, kişinin istemli olarak kendini öldürme girişimidir. Ölümle sonuçlanan intihar eylemlerine tamamlanmış intihar, ölümle sonuçlanmayanlara ise intihar girişimi adı verilmektedir(1). Dünyada ölüm nedenleri arasında 13. sırada bulunan intihar, gençlerde ilk üç sıraya girmektedir(2). Ülkemizde intihar istatistikleri incelendiğinde 15-24 yaş grubunda ölüm nedenleri sıralamasında intihar, 2. sırada yer almaktadır ve veriler bu yaş grubunda intihar girişimlerinin artma eğiliminde olduğunu göstermektedir(3). İntiharı tek bir neden olarak değil, birbiriyle etkileşim içinde olan çok sayıda etmenin sonucu olarak algılamak ve yüksek riskli grubu saptayabilecek çalışmalar yapmak intiharı önlemek için en önemli stratejidir(4).

İntihar amaçlı olmayan kendine zarar verici davranış, sosyal olarak onaylanmayan ve bilinçli intihar amacı taşımayan vücut dokusuna tekrarlı ve amaçlı zarar verme davranışdır(5). Bu davranış pek çok araştırmacı tarafından, kendine acı veren duyguları hafifletme ve gerilimi azaltma stratejisi veya non-adaptif bir başa çıkma mekanizması ya da emosyonel regülasyon stratejisi olarak düşünülür(6). Kendine zarar verme davranışı geçici bir sıkıntı dönemini temsil ediyor ve daha ileri risk taşıyor olabileceği gibi, depresyon, yalnızlık, umutsuzluk, dürtüsellik ve tekrarlayan kendine zarar verici davranışlar sonrasında gelişen fiziksel ağrı duygusunun kaybı ergen ve genç erişkinlerde uzun dönemde intihar riskini artırmaktadır(7-10). Kendine zarar verme davranışı intihar için riskli olarak kabul edilmiş ancak tam olarak riski artıran faktörlerin bir çerçevesi çizilememiştir.

Cloninger'in geliştirdiği mizaç ve karakter modeline göre, mizaç özelliklerinden olan ödül bağımlılığı kişinin çevresi ile iyi ilişkiler kurması

ve aitlik hissetmesini temsil eder, bu özelliğin intihara karşı koruyucu olduğu yapılan çalışmalarla desteklenmiştir (11,12,13). Karakter özelliklerinden olan kendini yönetme ve işbirliği puanlarında düşüklük borderline kişilik bozukluğu ile uyumludur. Calati ve ark. intihar girişiminde bulunan, intihar girişiminde bulunmayan duygudurum bozukluğu olan ve sağlıklı kontrol grubunu karşılaştırdıkları çalışmada intihar girişiminde bulunan grupta, karakter özelliklerinden kendini yönetme ve işbirliği yapma puanlarında düşüklük olduğunu özellikle gençlerde düşük kendini yönetmenin intihar için bir risk faktörü olduğunu göstermişlerdir(14).

Borderline kişilik bozukluğu olan hastaların %75'inde intihar girişimi, %10'unda tamamlanmış intihar, %69-70'inden fazlasında kendine zarar verici davranış tespit edilmiştir(15). İntihar girişiminde bulunanların %7-38'inde borderline kişilik özelliklerine rastlanmıştır. Kendine zarar verici davranışları olan hastalarda borderline kişilik özelliklerinin görülmesi intihar riskini belirlemek için önemli olabilir(11).

Hipotezimiz; kendine zarar verme davranışı ve intihar girişimlerinin birlikte olduğu genç erişkin hasta grubunda intihar girişimi olmayan kendine zarar verme davranışı olan gruba kıyasla borderline kişilik özelliklerinin daha sık görüldüğünü, mizaç özelliklerinden ödül bağımlılığının ve karakter özelliklerinden kendini yönetme ve işbirliği puanlarının düşük olduğudur.

Bu çalışmada ergen ve genç erişkin psikiyatri polikliniğine başvuran kendine zarar verme davranışı bulunan 18-20 yaş aralığındaki genç erişkinlerde intihar girişiminde bulunanlar ve intihar girişiminde bulunmayanların sosyodemografik farklılıklarının, kendine zarar verme davranış özelliklerinin, klinik tanılarının, borderline kişilik özelliklerinin ve mizaç ve karakter özelliklerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır. Çalışmanın sonunda klinisyenler için yeterince anlaşılamamış olan kendine zarar verme davranışı ve intihar girişimleri arasındaki ilişkiyi saptamak, koruyucu, önleyici ve tedavi edici yaklaşımlar geliştirmeye yönelik bilgilere ulaşmak hedeflenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.İNTİHAR

2.1.1.İNTİHARIN TANIMI

Latince “sui-kendi” ve “cadera-öldürmek” köklerinden gelen “suicidium” kelimesi ilk kez Fransa’da 1737 yılında kullanılmış, ülkemizde ise Tanzimat döneminden sonra “intihar” olarak yazılı kaynaklarda kullanılmaya başlanmıştır. İntihar kelimesi Arapçada kurban anlamına gelen “nahr” kelimesinden köken almaktadır(16). İntihar kelimesi yerine son yıllarda “özkıyım” kelimesi kullanılsa da dilimize daha çok yerleşmiş olduğu düşünüldükçe özkıyım yerine bu çalışmada “intihar” kelimesi kullanılmıştır.

İntihar, stres yaratan yaşam koşullarına tepki veren normal kişilerden ağır ruhsal bozukluğu olan hastalara kadar geniş bir popülasyonda görülebilen, kişinin istemli olarak kendini öldürme eylemi olarak tanımlanmaktadır(17). Durkheim, intiharı “Ölüme götüreceğini bilerek olayın kurbanı tarafından girilen olumsuz eylemin doğrudan doğruya ya da dolaylı olarak meydana getirdiği her ölüm” diye tanımlar(18).

İntihar davranışı genel bir terim olarak kullanılmakta ve bu terim düşünceyle başlayıp ölümlü sonuçlanan bir davranış yelpazesi ve süreci ifade etmektedir. İntihar davranışı terimi tamamlanmış intiharı, intihar girişimini ve intihar düşüncesini kapsamaktadır(19).

2.1.2. EPİDEMİYOLOJİ

Dünya Sağlık Örgütü’nün verilerine göre, dünyada her yıl 800.000’den fazla kişi intihar yoluyla hayatını kaybetmekte, bu sayının yaklaşık olarak 200.000’ini genç erişkinler ve ergenler oluşturmaktadır(20, 21). Türkiye’de 1974-2006 yılları arasındaki intihar hızlarının ortalaması erkeklerde 100000’de 3,08, kadınlarda 100000’de 2,03 ve tüm grupta 100000’de 2,53’dür bu oranlar birçok Avrupa ülkesi ve ABD’ye göre düşük

olmasına rağmen ülkemizde intihar hızlarında süregelen ve dikkat çekici bir artış vardır. Türkiye İstatistik Kurumuna göre ülkemizde tamamlanmış intiharlar, kadınlarda en çok 15-24 yaş grubunda, erkeklerde ise 15-34 yaş grubunda görülmektedir(3). Ülkemizde intihar istatistikleri incelendiğinde 15-24 yaş grubunda ölüm nedenleri sıralamasında intihar 2. sırada yer almaktadır. Veriler, intihar hızının özellikle geç ergenlik ve genç erişkinlik döneminde artma eğiliminde olduğunu ve ülkemizde önemli bir sorun oluşturduğunu göstermektedir(3). İntihar girişimlerinin tamamlanmış intiharlardan yaklaşık olarak on kez daha fazla olduğu söylenebilir. Fakat bu oran farklılıklar göstermekte, gençlerde intiharların intihar girişimlerine oranları 1/200 iken, yaşlılarda bu oran 1 /4'e çıkmaktadır(22).

ABD'de tamamlanmış intiharlarda erkekler ateşli silahlar, ası ve yüksek yerlerden atlamak gibi daha agresif yöntemleri seçerken kadınlar daha çok psikotropik ilaçlar ya da başka zehirler ile intihar etmektedirler(1). Ülkemizde tamamlanmış intiharlarda en sık kullanılan yöntem her iki cinsiyette de asıdır. Erkeklerde ikinci sıklıkta kullanılan yöntem ateşli silahlar, kadınlarda ise kendini zehirlemedir(3). İntihar girişimlerinde ise hem kadınlarda hem erkeklerde en çok kullanılan yöntem yüksek doz ilaç alımıdır(23,24).

2.1.3 ETYOLOJİ

2.1.3.1. KURAMSAL GÖRÜŞLER

İntihar olgusunun tek bir yaklaşım ile anlaşılamayacak kadar karmaşık olması, çok sayıda kuramın varlığına neden olmuştur. Odağ, her bir kuramın intiharın bir yönünü açıkladığını, geliştirilen kurama dayanılarak intiharın bir tanımı yapıldığını, oysa uygulamaların her intihar girişiminde değişik ve her intihar girişimine özgü nedenler kümesinin bulunduğunu belirtmiştir(25). Bu durum bir intihar olgusunu anlamak için çok yönlü bir yaklaşımı zorunlu kılmaktadır.

Durkheim'in Toplumsal Kuramı

Durkheim, intiharı salt toplumsal bir olgu olarak görür. İntihar birey ile toplum arasındaki ilişki bozukluğunun bir sonucudur. Toplumda varolduğuna inandığı ortak bir kıyım eğiliminin bireyleri bu eyleme sürüklediğini savunmakta kanıt olarak da toplumsal dalgalanmalar ile intihar sayılarındaki değişimler arasındaki bağlantıyı göstermektedir. Bireylerin toplumla birleşebildiği oranda intihar eylemlerinde azalmanın olacağını savunmaktadır(18).

Psikoanalitik Kuram

Freud'un 1916'da yayınladığı 'Yas ve Melankoli' çalışmasında intiharın bir tanımını yapmış, intiharın dinamiklerini tanımlamak için kullandığı regresyon, nesne yitimi, üstbenlik, yıkımın kendine dönmesi, kendini suçlama, libido, özdeşim gibi kavramlar bugünde geçerliliğini korumaya devam etmiştir. Freud intiharı bir depresyon sorunu olarak görür ve depresyonun en ağır sonucu olduğunu belirtir. Sevgi nesnesinin yaralamasının ya da sevgi nesnesinin neden olduğu düş kırıklığı sonucu kişinin benliğinde bir yoksullaşma, boşluk ve terkedilmişlik duygularıyla birlikte özdeğerde belirgin bir azalma ve yoksullaşma gelişir. Kaybedilen sevgi nesnesine karşı duyulan düşmanca duygular kişinin kendi benliğine dönmekte, yitirilen sevgi nesnesi benliğin bir parçası olmaktadır. Kaybedilen sevgi nesnesi ile kurulan bu özdeşim bu kaybın travmasına ve ruhsal sonuçlarına karşı bir savunma mekanizmasıdır(25). Depresyonda görülen libidinal regresyon oral ve anal döneme kadar uzanmaktadır. İlk çocukluk dönemlerinde, önemli narsistik yaralanmalar yaşanması yaşamın sonraki evrelerinde benzer yaralanmalara sebep olmakta, yaşanan hayal kırıklıkları kişinin yaşamı boyunca narsistik dış doyumlar sağlamaya odaklanmasına, diğer insanlara karşı sevgi ve regresif bağımlılık ihtiyaçları içindeyken, kendisine karşı katı ve cezalandırıcı bir üstbenlik geliştirmesine sebep olmaktadır. Oral bağımlı olan bu kişiler ihtiyaçları olan bu gereksinimlere ancak boyun eğerek ya da kendilerini beğendirerek karşılama eğiliminde olduklarından; saldırganlık, öfke gibi duygular sürekli olarak katı ve

cezalandırıcı üstbenlik tarafından bastırılmaktadır. Bu durum kurulan bütün ilişkilerde ambivalan duygulara neden olmaktadır. Bilinçdışı nesne yitimi sonucu gelişen melankolide Freud nesne kaybı, ambivalans ve benlik içindeki regresyonu üç ön şart olarak belirtmiştir. Kişinin öfkesi ve hayal kırıklığı gerçek nesneye değil kendisine yönelmekte, güçlü üstbenliğin bu saldırgan dürtüleri dışa vurmasına izin vermemesi de benlik saygısının düşmesine neden olmaktadır. İntiharın mantığı üstbenliğin yoğun sıkıştırmaları, yaşamaya layık görmemesi ile oluşmaktadır. Benlik üstbenliğin baskılarına dayanamaz ve intihara yönelebilir(26).

Menninger'in İntihar Anlayışı

Meninger intihar etmek için öldürme isteği, öldürülme isteği ve ölme isteği olmak üzere üç ana neden olduğunu öne sürmektedir. İntihar girişimlerini bilinç düzeyinde ölme isteği, bilinçdışında ise ölmeme isteği olarak yorumlamıştır(25).

Ringel'in Presuisidal Sendrom Kuramı

Ringel intiharı bir hastalık olarak görür ve bu hastalık kavramını 'Presuisidal Sendrom' olarak adlandırır. Sendromun temel belirtileri daralma ve kısıtlanma, ketlenmiş ve kişinin kendine yönelik saldırganlığı ve intihar düşlemleridir(25).

Henseler'in Narsistik Kuramı

Henseler'e göre intihar narsistik bir çatışmanın ürünüdür. Narsistik sorunları olan kişi özgüven ve özdeğerlilik gibi kendilik duygularında bozukluklar gösterir, savunma düzeneklerinin yetersiz kalması sonucunda kişi ölümü, kendilik duygusundaki bozukluğun onarımı, narsistik yaralanmalardan kurtuluşu, özlenen biçimdeki bir dinginlik olarak algılamaya başlar(25).

Shneidmann'ın Kuramı

Shneidmann kişinin dayanılmaz acılara katlanmak yerine yaşam yitimini seçtiği patolojik bir davranış biçimi olarak intiharı tanımlamaktadır(25).

Kind'in Nesne İlişkileri Kuramı

Kind intiharın çatışmalı bir ilişkiden kaynaklandığını, bu nedenle intihar sorununu anlamak için ilkel nesne ilişkilerini anlamak gerektiğini iddia eder. Nesne ilişkileri kuramına göre eylemin birinci amacı ölmek değil, bir ilişkiyi ve bu ilişkinin odağında bulunan bir nesneyi değiştirmektir(25).

2.1.3.2.GENETİK FAKTÖRLER

İntihar davranışı birden fazla genin birbiriyle etkileşimi ve çevresel faktörlerin olaya katılmasıyla oluşmaktadır. Yapılan çalışmalar intihar davranışı üzerinde genetik faktörlerin rolünün, diğer ruhsal hastalıklar ve psikolojik stressörlerden bağımsız olarak %30-50 oranında olduğunu göstermiştir (27,28). Yüzyıllık kayıtların incelenerek yapıldığı bir çalışmada tamamlanmış intihar olgularının ailelerinde intihar davranışı öyküsünün psikopatolojinin önüne geçtiği görülmüştür(29). Statham ve ark 1998 yılında 5995 ikizi intihar düşünceleri, hafif şiddetli ve ciddi intihar girişimleri olmak üzere üç gruba ayırarak yaptıkları çalışmada, tüm gruplarda tek yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerine göre eş hastalanma oranını daha yüksek bulmuşlardır. Ayrıca eğer eş ikizde ciddi bir intihar girişimi var ise tek yumurta ikizlerinde intihar riskinin diğer ikizlere göre 17 kat arttığını göstermişlerdir(30).

2.1.3.3.NÖROKİMYASAL FAKTÖRLER

İntiharla ilgili en önemli nörokimyasal bulgular serotonerjik sisteme ait bulgulardır. Serotonin ve onun metaboliti olan 5 hidroksi indol asetikasit (5HIAA) depresyon ve intihar ile ilişkili bulunmuştur. 5 HIAA intihar davranışında bulunan bireylerde bulunmayanlara göre BOS'ta düşük oranlardadır(31-33). Reseptör düzeyinde yapılan çalışmalarda intihar davranışında bulunanlarda presinaptik bölgede 5HT2A reseptörlerinin azaldığı, bazı çalışmalarda ise postsinaptik 5HT2A reseptörlerinin arttığı görülmüştür. Reseptör düzeyindeki bu artışın serotonin salıverilmesindeki

azalmaya yanıt olarak gelişebileceği üzerinde durulmaktadır(34). Serotonin ile yapılan çalışmalarda bir diğer görüşde, ise düşük serotonin düzeylerinin öncelikle zayıf dürtü kontrolle ilişkili olduğu buna bağlı olarak intihar ve öfkeli davranışların geliştiği öne sürülmektedir(35). Serotonin taşıyıcı reseptör (SERT) geni ile ilgili olarak S allelinin intihar davranışı ile ilgili olarak özellikle de şiddet içeren intihar davranışı ile ilgili olduğu saptanmıştır(36). Nörotransmitterlerin yıkımından sorumlu enzimlerle yapılan çalışmalarda; MAO-A'nın özellikle erkek cinsiyetinin, dürtüsellik, şiddet, antisosyal kişilik özellikleriyle bağlantısının olduğu, COMT geninin ise intihar, öfke dürtüsellik ile bağlantısı olduğuna dair çalışmalar bulunmaktadır(37,38).

2.1.3.4. BİLİŞSEL FAKTÖRLER

Bilişsel modele göre bir kimsenin intihar davranışının altında yatan neden düşünmedeki hata ve yanlışlıklardır. İntihar davranışında bulunan kişilerde sorun çözme becerilerinde eksiklikler bulunmakta ve problemlerini intihar gibi işlevsel olmayan bir biçimde çözmeye kalkışmaktadırlar. Depresyonla intihar davranışı arasında güçlü bir ilişki olduğu, insanları depresyona ve kendini öldürmeye iten tipik düşünce hatalarının, intihar için önemli birer risk etkeni olduğu bildirilmektedir (39). Depresyonlu hastanın bilişsel bir katılık içeren düşünme tarzını Beck, kendine negatif bakış, geleceğe negatif bakış ve dünyaya negatif bakış olmak üzere bir triad ile özetlemiştir. Bilişsel katılık gösteren kimseler herhangi bir sorunun çözümü için gerekli olan esnekliğe sahip değildir. Böyle olunca da kişi karşılaştığı sorunlar karşısında çözümsüz kalarak umutsuzluğa düşer. Yaratıcı sorun çözme ve intihar düşünceleri arasındaki ilişkiyi inceleyen Mraz ve Runco, sorun çözmede hem yaratıcılığın hem de esnekliğin önemine işaret etmektedir(40). İntihar davranışlarının açıklamasında önemli bir yere sahip olan sorun çözme becerileri eksikliği görüşünün ana çıkış noktası, bilişsel katılıktır. Kişinin yaşamda karşılaştığı zorluklar, bilişsel katılık ve sorun çözme yetersizlikleri ile etkileşim içindedir(41).

2.1.4. RİSK FAKTÖRLERİ

İntiharın önlenabilir bir ölüm sebebi olması intihar riskinin değerlendirilmesini çok önemli bir konu haline getirmektedir.

2.1.4.1 SOSYODEMOGRAFİK RİSK FAKTÖRLERİ

İntihar davranışı için özgül değildirler fakat bir riskli bireyler için bir çerçeve çizmede önemlidirler.

Tamamlanmış intiharlar için erkek olmak, intihar girişimleri için ise kadın olmak risk faktörüdür. İntihar girişimleri tamamlanmış intiharlara göre daha sıklıkla ve her iki cinsiyette de ergenler ve genç erişkinler en riskli gruptur(42). Tamamlanmış intiharların hızı yaşla artmaktadır. Ülkemizde intihar riski erkeklerde 35 yaş üzerinde artmakta iken, kadınlarda en yüksek riskli yaş grubu 15-29 yaşdır(43).

Boşanmış, dul veya bekâr olmak ve yalnız yaşıyor olmak intihar riskini artırır(42,44,45). Evli olmak, özellikle çocuk sahibi olmak intihar davranışı riskini azaltır(46,47).

İşsizlik ve ekonomik sorunlar intiharlarda ve intihar girişimlerinde önemli bir rol oynar(45,48). İntihar davranışında bulunan kişilerde dünya genelinde eğitim düzeyinin daha düşük olduğu bildirilmiştir(42).

Düşük sosyal sınıfta intihar ve intihar girişimleri riski yüksek olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır(42,45). Genel olarak kentte yaşayan kişilerde intihar ve intihar girişimi riski, kırsal bölgede yaşayan kişilere göre daha yüksektir(42).

2.1.4.2. AİLESEL RİSK FAKTÖRLERİ

Aile öyküsünde tamamlanmış intihar ya da intihar girişimlerinin olması, parçalanmış aileden gelme, boşanmış olma, aile içi şiddet, fiziksel veya cinsel istismara uğrama, ailede psikiyatrik bozukluk öyküsünün olması ve sosyal desteklerinin yetersiz olması aile ile ilgili başlıca risk faktörleridir. Aile içinde iletişim sorunlarının varlığı, gevşek aile bağları, kaotik ortam ve ailenin sosyoekonomik durumunun kötü olması da intihar riskini artırmaktadır(45,49,50). Ailede depresyon, madde bağımlılığı ve antisosyal

davranışların olması ergenlikte ve genç erişkinlikte intihar riskini artırır. Ebeveynin ölümü farklı bir olgu olarak kabul edilmekte iken boşanma nedeniyle olan ayrılığın gençlerde intihar davranışında dahil olmak üzere çok sayıda psikopatoloji için risk faktörü olduğu birçok çalışmayla desteklenmektedir(35). İntihar girişimi olan ergenlerde 5 ile 15 yaş arasında ebeveyn figüründeki değişikliğe intihar girişimi olmayanlara göre daha sık rastlanmıştır(51).

2.1.4.3.KLİNİK RİSK FAKTÖRLERİ

Psikopatoloji

Tamamlanmış intiharlara %90-95 oranında, intihar girişimlerine ise %30-60 oranında psikiyatrik tanımlar eşlik etmektedir. Tamamlanmış intiharlarda en sık majör depresyon, intihar girişimlerinde ise uyum bozukluğu ardından depresyon gelmektedir(47).

İntihara en fazla eşlik eden psikopatoloji duygudurum bozukluklarıdır. Yaşam boyu intihar nedeniyle ölüm riski, bipolar bozukluğu olanlarda (çoğunlukla depresyon dönemi) %15-20 ve diğer duygulanım bozuklukları için % 10 olarak hesaplanmıştır. İntihar nedeniyle ölüm oranı şizofreni hastalarında %10 olarak bulunmuştur, ama 25 yaşın altında şizofreni dahil olmak üzere psikotik bozukluklar, intihar nedeni olarak çok küçük bir grubu oluşturmaktadır(35).

Özellikle panik bozukluk ve madde bağımlılığı olmak üzere, diğer eksen I bozuklukları kendi içlerinde primer olmaktan çok yardımcı faktörler olarak intihar riskini artırmaktadırlar(52). Madde kullanım bozukluğu olan gençlerde intihar davranışı, yapılan çalışmalarda %5,5, intihar davranışı olan gençlerle yapılan çalışmalarda ise madde kullanım bozukluğu %5,4 oranında görülmüş, aralarındaki bu ilişki anlamlı olarak değerlendirilmiştir. Anksiyete bozuklukları gençlerde duygudurum bozuklukları ile birlikteliğinde risk faktörü olarak tanımlanmaktadır(35).

Dürtüsel davranış eğilimi olan kişilik bozuklukları intihar açısından risklidir. Eksen I tanımlarına eşlik eden kişilik bozukluklarında intihar riskinin

belirgin olarak arttığı görülmüştür(53). Davranım bozukluğu, karşı gelme-karşı olma bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğu gibi yıkıcı davranışları içeren tanılar gençlerde intihar için risklidir(35). Borderline kişilik bozukluğunun DSM-IV-TR tanı kriterlerinden biri intihara eğilimli davranışlardır. Bu hastalarda sıkça görülen kendini öldürme davranışı genellikle anksiyeteden kurtulmayı temsil eder ve ölme isteği olarak yorumlanmaz fakat bu hastaların kendini öldürmeyecekleri anlamına gelmez, dikkatli davranılmalıdır(52). Buna ek olarak borderline kişilik bozukluğunun intiharla bağlantısının major depresyondan daha fazla olduğu gösterilmiştir(54).

Tanıdan bağımsız olarak ümitsizlik, anksiyete ve ajitasyon, ani gelişen bir sukunet ve rahatlama hali, intihar fantezileri(özellikle kişinin zihnine kendi isteği dışında, kendiliğinde gelen düşünceler şeklinde ise), öfkeli, çözümsüzlük duygusu, içe çekilme, anhedoni ve uyku bozukluğu ile kronik ve şiddetli ağrılar var ise intihar riski artmaktadır(55,56). Tamamlanmış intiharlar ile kıyaslandığında intihar girişimlerinde öfke ve dürtüsellik daha ön plandadır(56).

İntihar Düşüncesinin Özellikleri

İntihar düşüncelerinin genel toplumda yaşam boyu yaygınlığı %13,5-35 oranındadır(57). Her intihar düşüncesi intihar girişimiyle sonuçlanmamaktadır ancak bu düşünceleri ifade eden kişi, bu düşüncüyü atamadığını, ondan kurtulamadığını veya düşüncenin inatla sürdüğünü belirttiğinde, ciddi bir ruhsal bozukluk saptandığında ve düşüncelere eşlik eden intihar planları olduğunda dikkatli olunmalıdır. Genellikle bu riskli durumların ardından intihar girişimi gelmektedir (58).

Önceki İntihar Girişimleri

Klinikte kişinin nereden güdülendiği, istemleri, sorunları nasıl çözdüğü, yaşantıları, kurulan ilişki biçimleri, ölüm hakkındaki bilinçdışı tasarımları ve eylemin bilinçdışı nedenleri hakkında bilgi edinmeden sadece

eylemin sonucuna göre yapılan değerlendirmeler sakıncalıdır. İntihar girişimlerinde gösteriş ve yardım çağrısının ön planda oluşu bu eylemin ciddiye alınmasında zaman zaman yanılgıya düşmemize sebep olmaktadır(59). Oysa bir kişide intihar riskinin yüksek olduğunun en önemli göstergelerinden biri daha önceki intihar girişimleridir(61,62). Tamamlanmış intiharların %19-24'ünde daha önce gerçekleştirilmiş intihar girişimleri vardır ve intihar girişimlerinin %10'u 10 yıl içerisinde intihar ile son bulmaktadır(52,62). Girişimden sonraki ilk 12 ay özellikle ilk 3-6 ay intihar riskinin en yüksek olduğu dönemdir(52,61,62). Bu dönemde özellikle iyileşmemiş bir duygudurum bozukluğu ve aile içerisinde stres düzeyinin yüksekliği risk faktörüdür. Tekrarlayıcı intihar girişimleri olan bireylerin çoğu 25-49 yaş arasında, boşanmış ya da bekar, işsiz ve alt sosyal sınıftan, depresyon, kişilik bozukluğu ve alkol madde kullanım bozukluğu olan, kronik olarak kendine zarar veren, zedeleyici yaşam öyküsü olan bireylerdir(43).

Bedensel Hastalıklar

Kronik ve ölümcül hastalıkların varlığında intihar davranışı riski artmaktadır. Bunun yanında ergenlik, gebelik, postpartum dönem, menapoz gibi biyolojik geçiş zamanlarında risklidir(52).

2.1.4.4.DURUMSAL RİSK FAKTÖRLERİ

Yaşam Olayları ve Stressörler

Kişilerarası ilişki sorunları, partner tarafından terk edilme, fiziksel, sözel veya cinsel istismar, yakınların ölümü, işsiz kalma, iflas etme, okul başarısızlığı, yaşlılarda yeti yitimi ve izolasyon, bir kaza ya da hastalık sonucu bedensel yetilerde kayıp gibi somut kayıplar; şu ya da bu nedenle toplumsal statünün, güvenlik duygusunun kaybı gibi daha soyut kayıplar, intihar davranışı için tetikleyici olabilir(61,63,64). Kişinin bu olayları “çözumsuz” olarak algılaması ile intihar riski artmaktadır (65).

Travma dönemi yalnızca yakın döneme değil, daha eski dönemlere özellikle çocukluk ve ergenlik dönemlerine ait olduğunda da risk artmakta, bu risk kısa dönemde değil uzun vadeli bir artışa neden olmaktadır.

İntihar Araçlarının Ulaşılabilirliği

İntiharda kullanabileceği bir araca sahip olmanın, intihar düşüncesi olan bireylerde girişim ve ölüm riskini artırdığı yapılan çalışmalarla desteklenmiştir(66). Ülkemizde 1990 yılında silah bulundurma ve taşıma ruhsatı almaya ilişkin kanunların değiştirilerek silah edinmenin kolaylaştırılması ile son 10 yılda ateşli silahların intihar yöntemi olarak kullanımının artmasına neden olduğu belirtilmiştir(67).

Model Alma

Herkeste değil ama yatkınlığı olan bireylerde intihar davranışına tanık olmak, intihar davranışı riskini artırmakta ve bu tanıklık doğrudan olabileceği gibi medya aracılığı ile de olabilmektedir(68).

2.2. KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI VE İNTİHAR GİRİŞİMİ

2.2.1. KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞININ TANIMI

Kendine zarar verme davranışı her yaşta ortaya çıkabilir. Ancak dikkat çekici yüksek oranlar ergenlerde ve genç erişkinlerde saptanmıştır(69). Kendine zarar verme davranışı, bir hastalık olarak değil, kişinin kendisine fiziksel olarak zarar verme amaçlı davranışı olarak tanımlanmıştır(70). İntihar amaçlı olmayan kendine zarar verici davranış, sosyal olarak onaylanmayan ve bilinçli intihar amacı taşımayan vücut dokusuna tekrarlı ve amaçlı zarar verme davranışdır(5). Kendine zarar verme davranışını, Walsh ve Rosen; isteyerek ve amaçlı olarak yapılan, genellikle ölümcül olmayan ve toplumsal olarak kabul edilmeyen bir davranış, Favazza; tekrarlayıcı, yaşamı tehdit etmeyen, kendine fiziksel zarar verme, Favazza ve Conterio; şahsın durumuna katlanamaması, başa çıkamaması sonucu oluşan tahammülsüzlüğün yarattığı baskıya karşın, kendi kendine yardım etme ve rahatlama amacıyla yapmış olduğu bir davranış, Ghaziuddin ve arkadaşları; kişinin bilinçli ölüm isteği olmadan doku hasarı ile sonuçlanan, kendi bedenine yönelik girişimi, LeBlanch; ortama uyamamanın ve hoşnutsuzluğun aynada bir yansıması olarak tanımlamışlardır(71-75). Bu tanımlamaların ortak özellikleri arasında vücudun belirli bölümlerine zarar verilmesi, bu eylemin tekrarlayıcı olması, bilinçli olmaması, ölümcül olmaması, yaşamı tehdit etmemesi yer almaktadır(76).

2.2.2. EPİDEMİYOLOJİ

Kendine zarar verme davranışı puberteden önce nadiren görülür, genellikle puberte döneminde başlar, ABD’de başlangıç yaşı 16 olarak bildirilmektedir(77). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise, 16-20 yaşları arasında kendini kesme davranışının başladığı belirtilmiştir (78).

Yapılan çalışmalar yaşla kendine zarar verme davranışı arasında ters bir korelasyon olduğunu ve son yıllarda kendine zarar verme davranışının daha sık görüldüğünü desteklemektedir(79). Genel popülasyonda görülme

sıklığı %1 iken, bu oranın ergen ve genç erişkin yaş grubunda %12'ye kadar çıkabileceği tahmin edilmektedir(80). Bazı çalışmalar kadınlarda daha sık görüldüğünü belirtmektedir(79). Bazı çalışmalar ise kendine zarar verme davranışının görülme sıklığında cinsiyet farkının olmadığını belirtmektedir(81). Hawton ve arkadaşları, 1985-1995 yıllarını kapsayan kendine zarar verme davranışları ile başvuran hastalarla yaptıkları bir çalışmada, on yıllık süre başvuru sayısında % 28'lik bir artış olduğuna ve özellikle ergen kızlarda kendine zarar verme davranışıyla hastaneye başvurma sayısında % 49'luk bir artış olduğuna dikkat çekmişlerdir(82).

En sık görülen kendine zarar verme yöntemi kendini kesme, kendine zarar verici davranışı olan bireylerin %70-97 oranında görülür, kendini kesmeyi takiben sırasıyla kendine vurma (%21-44) ve kendini yakma (%15-35) görülür. Çoğunluk birden fazla yöntem kullanır. Hayat boyu kendine zarar verici davranışta bulunma ortalama sayısı 3,4-50 arasında değişir(83).

2.2.3. KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞININ GÖRÜLDÜĞÜ DSM TANILARI

DSM-IV-TR kendine zarar verme davranışlarının tamamının değil ama büyük kısmının dâhil edilebileceği birkaç tanı önermektedir(84);

1-Eksen I BTA dürtü kontrol bozuklukları kapsamında Trikotillomani

2-BTA Dürtü Denetim Bozukluğu

3-İntihar eğilimli davranışlar, jestler veya tehditler veya kendine zarar verme davranışları ölçütlerini dolduran eksen II Borderline kişilik bozukluğu

4-Kendine zarar verme davranışları ile birlikte stereotipik hareket bozukluğu

Bu tanıların dışında DSM IV ölçütlerine göre en sık konulan tanı depresif bozukluktur. Madde kullanım bozuklukları, yıkıcı davranım bozuklukları, bipolar bozukluk diğer sık görülen tanılardandır(85).

2.2.4. SINIFLANDIRMA

Yakın zamanda Simeon ve Favazza tüm kendine zarar verme davranışları için fenomonolojik temelli dört major kategoriden oluşan bir şema önermişlerdir(86);

1-Sterotipik Kendine Zarar Verme Davranışı: Sık tekrarlanan, monoton, sabit, ritmik, hastanın kendini kaptırmış gibi görüldüğü, genellikle içeriksiz (düşünce, affekt ve anlam içermeyen) eylemler olarak tariflenebilir. Sıklıkla mental retardasyon, otizm, Lesch Nyan Sendromu gibi durumlarda görülür.

2-Major Kendine Zarar Verme Davranışı; Kastrasyon, göz çıkarma, extremitte amputasyonları gibi kişinin kendisine dramatik ve hayatı tehdit edici biçimde zarar verdiği davranışları içerir. Sıklıkla şizofreni, psikotik bozukluklar, ciddi kişilik bozuklukları, transseksüalizmde görülür.

3-Kompulsif Kendine Zarar Verme Davranışı: Tipik olarak günde birçok defa tekrarlayıcı ve ritüel tarzda trikotillomani(saç çekme), onkofaji(tırnak yeme), cildi sıkıştırma gibi davranışlardır.

4-Dürtüsel Kendine Zarar Verme Davranışı: Kişinin tolere edemediği durumlarla ilgili olarak hızlı ve kısa süreli rahatlama sağları, dolayısıyla morbid patolojik, fakat hayatı idame ettiren davranışlardır. Bu davranışları belirleyen ve presipite eden faktörler, motivasyonlar çok komplikedir ve tedavi etkinliğinin maksimize edilmesi için kişinin bunu nasıl tariflediği ve motivasyonu anlaşılmalıdır. Borderline ve antisosyal kişilik bozukluğu, diğer dürtü denetim bozuklukları, travma, dissosiasyon, postravmatik stres bozukluğu ve yeme bozukluklarında görülebilir.

İlk üç gruptaki kendine zarar verme davranış biçimleri klinik popülasyonda sık olmakla birlikte dürtüsel kendine zarar verme davranışı klinik dışı popülasyonda da görülebilir. Dürtüsel kendine zarar verme davranışları beş destriktif evreye ayrılmıştır. Tetikleyen olay genellikle gerçek ya da varsayılan kayıp, reddedilme veya terk edilmedir. Bu olayı takiben olumsuz duygular oluşur. Kendine zarar verme davranışını engelleme girişimi başarısız olur ve eylem gerçekleşir. Tipik olarak kısa süreli bir rahatlama hissedilir(86). Yapılan araştırmalar bu davranışlara tolere

edilemeyen gerilimin serbestleşmesi; kişinin nefret ettiği taraflarına öfkesini yöneltmesi, kendini cezalandırma, kendi üzerinde kontrolün veya omnipotansın tekrar elde edilmesi, kendini rahatlatmak, kişisel sınırlarını yeniden düzenlemek, diğerleri ile iletişim kurmak veya kişileri kontrol etmek, cinsel haz veya öfori duyma, tolere edilemeyen yalnızlık, yabancılaşma, umutsuzluk veya çaresizlik hissetme; umutsuzluk ve çelişen dissosiyatif durumların yansıtılmasının sebep olabileceğini göstermektedir(73).

2.2.5. ETYOLOJİ

2.2.5.1 ÇOCUKLUK DÖNEMİ TRAVMASI

Çocukluk çağı travması kendine zarar verme davranışında önemlidir. Kendine zarar verme davranışlarını alışkanlık haline getiren kadınlarla yapılan bir çalışmada katılımcıların %62 sinin çocukluk çağı travmasına maruz kaldığı, bu gruptakilerin %29'unun hem fiziksel hem cinsel istismara, %17 sinin sadece cinsel istismara, %16'sının sadece fiziksel istismara uğradığı gösterilmiştir (74). Çocukluk çağı travmasına maruz kalan gençlerde kendilerine zarar vermenin altında yatan nedenler şu şekilde sınıflandırılabilir;

1-Yaşadıkları travmatik olaydan dolayı kendilerini suçlamaları ve bu nedenle kendisini cezalandırması(87).

2- Kendilerine zarar veren sıkıntı yaratan duygularla baş etmede zorluk yaşamaları, bu olayı hatırlatan durumla karşılaşınca veya hatırlayınca bu düşünceleri zihninden uzaklaştırmak çabası(77).

3-Yaşanan yoğun duygular karşısında kontrolü kaybetmemek adına kendilerini yaralayabilmesi(87).

4-Ailesinden kendini soyutlayan veya soyutlanan gencin öfkesini göstermesinin bir yolu kendine zarar vermek aynı zamanda aile iletişim kurmanın tek yolu olarak algılanabilmesi(77).

5-Kendilerine zarar veren gençlerin çoğu hislerini donuk veya ölü olarak tanımlamaktadırlar, kendisini kesmenin bir şekilde canlı olduklarını hissetmenin bir yolu olması(88).

VI-Kendini kesmenin ağlamanın bir diğer yolu olması(89).

2.2.5.2. BİYOLOJİK NEDENLER

Nörobiyolojik görüşler opiyat, dopamin ve serotonin sistemlerine ilişkin çalışmaları kapsamaktadır.

Opiyat Sistemi

Opiyat salınımı ağrılı uyararla olur, kendine zarar verici davranış sonucu oluşan ağrılı uyarılar endojen opioid salınımını artırır.Kendine zarar verme davranışında bulunan bireylerde ağrıya karşı oluşan analjeziyi opiyatlardaki epizodik yükselme açıklayabilir(90).

Dopamin Sistemi

Goldstein ve ark., Lesch-Nyhan sendromunda dopamin reseptörlerindeki duyarlılaşmanın kendine zarar verici davranıştan sorumlu olduğunu ileri sürmüşlerdir(91).

Serotonin Sistemi

Kendini kesen kişilerin öfkeli, dürtüsel, anksiyeteli ve agresif olduğu ve bunun beyindeki serotonin miktarının azalmasına bağlı olduğu belirtilmiştir (92). Düşük serotonin düzeyinin kişide irritabiliteye yol açtığı ve bunun da kişilerde kendini kesmeye ve intihara yol açabileceği belirtilmiştir (93).

2.2.5.3. AİLE ÖZELLİKLERİ

Yapılan çalışmalar, yaşamın erken dönemlerinde izolasyon duygusu veya ayrılık kaygısı yaşamının kendine zarar verme davranışında etkili olduğunu göstermiştir. Çocuklar ailenin sıkıntılarla başa çıkma biçimini ve öfkenin dışa vurumunu içselleştirmekte ve sıkıntılarla karşılaştıkları zamanlarda bu yöntemleri kullanabilmektedirler(77). Anne baba ayrılıkları, ailede dürtü denetim bozukluğu olan bireylerin olması, kötü akran ilişkileri risk faktörleridir(94).

2.2.5.4. PSİKODİNAMİK FAKTÖRLER

Kendine zarar verme davranışın psikodinamiği incelendiğinde, bu gençlerin yalnız olduklarında kendine zarar verme girişiminde bulundukları ve yara izlerini saklama eğiliminde oldukları göz önünde bulundurulursa bu davranış manüplatif olmaktan çok yüksek kaygı düzeyinin bedensel acıya dönüştürülerek azaltılması amacıyla yapıldığı anlaşılmaktadır(77).

Emerson tarafından yapılan ilk psikoanalitik değerlendirme kendini kesme davranışının pek çok amaca hizmet ettiğini belirtmiştir. Bunlar aşağıdaki gibi özetlenebilir(95);

- 1) Kendine zarar verme davranışının doğrudan doğruya sadistik ve mazoşistik bir haz verdiği,
- 2) Kendini kesme davranışının yaşanan hazzı değersizleştirecek yara meydana getirdiği,
- 3) Kendini kesme davranışının gerçek kastrasyonu önlemeye yönelik sembolik bir kastrasyonu simgelediği,
- 4) Kendini kesme davranışının babanın hem korkulan, hem de arzu edilen penetrasyonunu simgeleyen “self-penetrasyonun” bir parçası olduğu belirtilmiştir.

Favazza ise bu davranışın dinamiğini açıklamak için; boşluk duygusu, depresyon, rahatlama duygusunu aramak, duygusal acıları bastırmak ve

boşluk duygusundan uzaklaşarak kendilerine yaşadıklarını göstermek tanımlamalarından yararlanmışır(88).

2.2.6. KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI VE İNTİHAR ARASINDAKİ İLİŞKİ

Kendine zarar verme davranışı ile intihar arasındaki ilişki oldukça karmaşıktır. Kendine zarar verici davranış öncesinde tanımlanan gerilim hissi, tolere edilemeyen affekt, kendini cezalandırma arzusu davranıştan sonra yerini daha iyi hissetmeye ve rahatlamaya bırakır(88). İntihar davranışında ise umutsuzluk ve depresyon daha belirgindir. Bu farklılığa ve kendine zarar verme davranışında bilinçli intihar niyeti içeren davranışlar açıkça dışlanmış olmasına rağmen bazı araştırmacılar niyetin her zaman güvenilir olarak değerlendirilemeyebileceğini, hastaların ölme niyetleri ile ilgili olarak ambivalan olabileceğini ve/veya intihar niyetlerini gizleyebileceklerini savunmuşlardır(4). Stanley ve Brodsky, kendine kasıtlı zarar vermenin iki çeşit kendine zarar verme davranışı olarak sınıflandırılabilirliğini, intihar girişimlerinin tamamen olmasa da ölme niyeti içerebileceğini, diğer formun ise ölme niyeti taşımadan kendine zarar verme davranışı “parasüisidal davranışlar” olarak tanımlanabileceğini belirtmişlerdir. Ancak her iki davranış biçiminde aynı kişide olabilir, bu durum yanıltıcı olarak kendine zarar verme davranışının kişinin kontrolünde olduğunu ve kasten yaptığını düşünmemize neden olur(96). Kendine zarar verme davranışları sırasında intihar düşüncelerinin insidansı %28-41 arasındadır(97). Foster ve arkadaşları bireyin önceki kendine zarar verme davranışını temel risk faktörü olarak tanımlamışlar, özellikle kendine zarar verici davranış takip eden ilk 12 ayda intihar girişimi riskinin normal popülasyona oranla 50 -100 defa daha riskli olduğunu, intihar girişimi nedeniyle ölenlerin yaklaşık olarak yarısında kendine zarar verme davranışı öyküsünün bulunduğunu ve bu oranın genç yaş grubunda üçte ikiye çıktığını belirtmişlerdir(98). Cooper ve arkadaşları, kendine zarar verme davranışından sonraki ilk 6 ayın intihar girişimleri için özellikle riskli olduğunu ve bu riskin erkeklerde kadınlara göre daha fazla olduğunu belirtmişlerdir(4). Özellikle tekrarlayan kendine zarar verme davranışı risklidir, yapılan izlem

alışmalarında kendine zarar verenlerde 5 yılda %1,7, 10 yılda %2,4 ve 15 yılda %3'e kadar artan oranlarda intihar girişimi olduğu saptanmıştır(99). Zahl ve ark, 1978- 1997 yılları arasında kendine zarar verme davranışı olan 11583 hasta ile yaptıkları bir çalışmada %39'unda tekrarlayıcı kendine zarar verme davranışının olduğunu, intihar için en riskli grubun ise tekrarlayıcı kendine zarar verme girişimi olan kadınlar olduğunu göstermişlerdir(100). Bulimiası olan erkekler ve kendini kesme sırasında analjezi hissedenler, cinsel travma öyküsü olanlar intihar için daha risklidir(101,102). Boynunu kesenlerin kolunu kesenlerden daha fazla dissosiasyonla ilişkisi olduğu için intihar için riskli olduğu belirtilmiştir(103). Kendine zarar verme davranışında bulunanların intihar girişimlerinin daha manüplatif ve dikkat çekmeye yönelik olduğu düşünölür, fakat bu grubun %10'undan fazlası tamamlanmış intihar nedeniyle hayatını kaybetmektedir(81). Stanley ve ark 2001 yılında yaptıkları, kendine zarar verme girişimi olan ve olmayan borderline kişilik bozukluğu tanısı almış ve intihar girişiminde bulunmuş iki hasta grubunun intihar girişimlerinin özelliklerinin karşılaştırıldığı çalışmalarında girişimlerin objektif ölümcüllüğü arasında bir fark olmadığını, fakat kendine zarar veren hastaların daha depresif, anksiyöz ve daha dürtüsel olduklarını ve girişimlerinin ne kadar ölümcül olduğunu değerdendiremediklerini göstermişlerdir(81).

2.3. BORDERLINE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE İNTİHAR ARASINDAKİ İLİŞKİ

2.3.1. BORDERLINE KİŞİLİK ORGANİZASYONU

Kernberg'in Borderline kişilik örgütlenmesi olarak tanımladığı yapıyı Celal Odağ uzun zamanlı klinik deneyimleri sonrasında örgütlenmeden ziyade borderline hastalarda “geniş kapsamlı bir örgütsüzlük” olarak tanımlamaktadır. Bu örgütsüzlenmede örgütlenme(organization), bütünleme (integration) ve bireşim(synthesis) işlevlerindeki bozukluklar temel belirleyicilerdir. Normal ruhsal gelişimde örgütlenmiş, olgunlaşmış ve tamlığını, bütünlüğünü kazanmış ruhsal yapı, bireylerin güvenini, kendileri ile barışıklığını, kendileri ve başkalarını anlayabilecek derinliği, sevebilme yetilerinin gelişmesini ve estetiğin kazanılmasını sağlar. Bu bütünlük ve tamlık anksiyeteyi etkin bir biçimde engelleyen etkili bir savunmadır. Borderline hastalarda bu bütünlüğünü ve tamlığını sağlayamayan ruhsal yapı; dürtü ve duygularda hızlı değişimler, yapısal birimlerdeki iyiler ve kötüler ayrılaşmasını çok aşan bir dağınıklık, ilişkilerde izlenen karmaşa, yaygın ve yoğun anksiyete olarak kendini gösterir(104). Kişilik organizasyonu tanısal kavramdan daha geniş bir kavram olup, borderline kişilik bozukluğunda borderline kişilik organizasyonunun demonstratif bir alt grubunu oluşturmaktadır(104).

Borderline hastalar DSM II'ye göre (APA 1968) latent şizofreni olarak tanımlandı, borderline kişilik bozukluğu(BKB) adıyla kişilik bozuklukları kategorisi altında DSM-III'de (APA 1980) yer aldı. Kişilik bozuklukları içindeki özgün yerini, birtakım değişikliklerle DSM-III-R (APA 1987) ve DSM-IV'de (APA 1994) ve DSM-IV-TR 'de (APA 2000) sürdürdü.

2.3.2. BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞUNDA(BKB) TANI VE KLİNİK ÖZELLİKLER

Aşağıdakilerden beşinin ya da daha fazlasının olması ile belirli, genç erişkinlik dönemlerinde başlayan ve değişik koşullar altında ortaya çıkan, kişilerarası ilişkilerde, benlik algısında ve duygulanımda tutarsızlık ve belirgin dürtüselliğin olduğu sürekli bir örüntü(84);

1. Gerçek ya da hayali bir terk edilmeden kaçınmak için çılgınca bir çaba harcama
2. Gözünde aşırı büyütme ve yerin dibine sokma arasında gidip gelen, gergin ve tutarsız kişilerarası ilişkilerin olması
3. Kimlik karmaşası; belirgin olarak ve sürekli bir biçimde tutarsız benlik algısı ya da kendilik duyumu
4. Kendine zarar verme olasılığı yüksek en az iki alanda dürtüsellik(örn. para harcama, cinsellik, madde kötüye kullanımı, pervasızca araba kullanma, tıknırcasına yemek yeme)
5. Yineleyen intiharla ilgili davranışlar, girişimler, göz korkutmalar ya da kendine kıyım davranışı
6. Duygudurumda belirgin bir tepkiselliğin olmasına bağlı affektif instabilite (örn. yoğun epizodik disfori, iritabilite ya da genellikle birkaç saat süren, nadiren birkaç günden daha uzun süren anksiyete)
7. Kendini sürekli olarak boşlukta hissetme
8. Uygunsuz, yoğun öfke ya da öfkesini kontrol altında tutamama (örn. sık sık hiddetlenme, gereksiz kavgalara karışma)
9. Stresle ilişkili gelip geçici paranoid düşünce ya da dissosiyatif semptomlar

DSM-IV kriterleri ile yapılan bu tanımlamaya rağmen borderline kişilik bozukluğu olan bütün hastalar aynı belirtileri taşımamaktadır. Borderline kişilik bozukluğu etyolojideki farklılıklar nedeniyle beş alt gruba ayrılabilir. Bu sınıflandırmada affektif instabilitesi olan ve impulsif tipte intihar davranışı daha sık görülmektedir(96).

Tablo 1: Borderline kişilik bozukluğu alt tipleri

Tip	Tanımlama	DSM-IV'e göre karşılıdığı tahmin edilen kriterler
Affektif	Atipikduygudurum değişiklikleri ve ve çevresel stresörlerle tetiklenen, Akiskal ve arkadaşları tarafından “subaffektif bozukluk”, Klein ve Liebowitz tarafından ise “histeroid disfori” olarak tanımlanan affektif disregülasyon ile karakterize olan tiptir.	Ölçüt 5 Ölçüt 6
İmpulsif	İmpuls kontrol bozukluğunun bir formu olarak doğuştan mevcut olan mizaç oryantasyonunun bir etkisi olarak tanımlanır. BKB impuls kontrol bozukluğu ile ortak klinik özellikleri vardır.Örneğin; madde kullanım bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğu	Ölçüt 4 Ölçüt 5
Agresif	Primer doğuştan gelen mizaç özellikleri veya erken travma, kötüye kullanım, ve ihmale sekonder gelişebilir. Santral sinir sisteminde serotonininde düşme, diğer nörotransmitter ve nöroendokrin düzensizlikler görülür.	Ölçüt 8 Ölçüt 6
Bağımlı	Yalnız olmayı tolere edememe görülür, Masterson ve ark çocukta otonomi gelişiminde ebeveyn intoleransının BKB gelişimine neden olduğunu öngörürler. Gunderson buna katılır fakat yalnız kalmayı tolere edememenin birçok hastada görülen karakterisitk bir semptom olduğunu belirtir.	Ölçüt 1 Ölçüt 6
Boşluk hissi	Düşük ve instabil kendilik algısı erken dönemde uygunsuz anne-baba davranışının bire yansıması olarak kabul edilir. Adler ve ark uygunsuz ebeveyn deneyimlerinin ve empati yoksunluğunun temel güveni etkilediği ve iyi hatırlamanın oluşmasında yetersizlik ile sonuçlandığını ve bireyin internal objeleri yeterince oluşturamadığını belirtmektedir.	Ölçüt 7 Ölçüt 3

2.3.4. EPİDEMİYOLOJİ

Psikiyatriye yatarak ve ayaktan başvuran hastalarda en sık görülen kişilik bozukluğu BKB'dir. Genel toplumdaki yaygınlığı %1-3 arasında değişmektedir(105). Cinsiyet dağılımına bakıldığında, BKB olan hastalarla yapılan 23 çalışmanın meta-analizinde %77'sinin kadın olduğu belirtilmiştir, psikoterapiye gelen hastaların %80'ini kadınlar oluşturmaktadır(106). Cinsiyet farklılığı ile ilgili çok sayıda teori üretilmiştir, ancak bu karışıklığın sebebi daha çok hastalığın kendi içindeki manifestasyonu ile ilişkilidir

Borderline kişilik bozukluğuna eksen I tanıları eşlik edebilir, en sık eşlik eden tanılar; distimi %12-39, bipolar bozukluk %10-20, madde kötüye kullanımı %64-66, travma sonrası stres bozukluğu (%46-56), sosyal fobi %23-47, obsesif kompulsif bozukluk %16-25, panik bozukluk %31-48, yeme bozuklukları %29-53 olarak bildirilmiştir(105). Tadic ve arkadaşları, 2009 yılında BKB tanısı almış 110 kadın, 49 erkek hasta ile BKB eşlik eden eksen I tanıları arasındaki cinsiyet farklılıklarını tespit etmek amacıyla yaptıkları çalışmada erkeklerde başta alkol kötüye kullanımı olmak üzere madde kötüye kullanımının, kadınlarda ise affektif bozukluklar, anksiyete bozuklukları ve yeme bozukluklarının sık görüldüğünü göstermişlerdir(107). Zeminde yatan kişilik bozukluğu birinci eksen tanılarının tedavisini zorlaştırmaktadır. Borderline kişilik bozukluğu ile bipolar I bozukluğun ayrı başlıklar altında incelenebileceği, fakat borderline kişilik bozukluğu ile bipolar II bozukluğunun ortak fenotipler taşıyabileceğine dair çalışmalar vardır. Ancak kesin bir sonuca ulaşmak için daha fazla çalışma yapmak gerekmektedir(108). Benazzi, 2005 yılında 138 bipolar II ve 71 major depresyon hastasında borderline kişilik özelliklerini tarayarak yaptığı çalışmada, affektif instabilitenin bipolar II ile ilişkisinin olduğunu, fakat impulsivitenin bipolar II ile ilişkisinin zayıf olduğunu göstermiştir(109).

2.3.5. ETİYOLOJİ

2.3.5.1. PSİKODİNAMİK FAKTÖRLER

Kernberg ego psikolojisi ve nesne ilişkileri kuramını kullanarak en tutarlı psikoanalitik açıklamayı yapmıştır. Boderline kişilik bozukluğunun tanısının tanımlayıcı özelliklerle değil, aşağıdaki dört özelliği ortaya koyan sofistike analizlerle yapılması gerektiğini savunur(105);

1-Ego zayıflığının özgül olmayan belirtileri: Dürtüleri geciktirmede ve ertelemede sorunlar, anksiyete gibi duygulanımların ayarlanmasında kusurlar.

2-Birincil sürece kayma: Ego yapısı dağınık olduğu için yoğun duygulanımlarda psikoz benzeri düşüncelere regresyon(gerçeği değerlendirme tipik olarak sağlamdır)

3-Özgül savunmalar:

a.Bölünme(splitting);

1.Karşıt tavırları birarada sergileme

2. “İyi” ve “kötü” arasında kompartmanlaşma

3.Kendilik tasarımlarındaki çelişkili imge ve görünümlerdeki saatlik-günlük hızlı değişimler

b.İlkel ülküleştirme(primitive idealization)

c.Yansıtılmalı özdeşim(projective identification)

4-Patolojik olarak içselleştirilmiş nesne ilişkileri: İçselleştirilmiş nesne ilişkileri kuramına göre doğal gelişim sırasında, hem kendilik(self), hem de nesnelere ait imge ve tasarımlar farklı kanallarda iyi(libidinal) ve kötü(agresif) dürtülere yatırım yapılarak birbirinden ayrı olarak gelişir. İyi tasarımların kötüler tarafından yok edilmesine ilişkin ilkel kaygılar nedeniyle ayrı yerlerde gelişirler. Normal gelişim sırasında zaman içinde önce kendilik ve nesne tasarımlarında , sonra gerçeklik ilkesi uyarınca, kendilik ve nesneye ait “iyi” ve “kötü” kendilik ve nesne tasarımlarında, birleştirme gerçekleştirilir. Borderline kişilik bozukluğunda “iyi” ve “kötü” kendilik ve nesne tasarımlarının birleştirilmesinde sorun vardır. Nesneleri iyi ve kötü özelliklere sahip bileşenlerin bir bütünü olarak algılama zorluğu nedeniyle kişiler arası

ilişkiler son derece kaotik seyreder. Düşünce süreçleri yüzeyde dağınık olamadığı halde, ilişki kurma biçimleri derinlemesine incelendiğinde ve projektif testlerde, dağınıklığın ve birincil süreç düşüncenin izleri görülebilir.

Adler'in borderline psikopatolojisine ilişkin açıklamalarında “eksiklik-yetersizlik modeli” temel alınmıştır. Adler'e göre değişken, tutarsız ya da güvenilirmez anne, borderline hastada "destekleyen" bir içsel nesne gelişiminde yetersizliğe neden olur. "Destekleyen" içsel nesnenin eksikliğinde boşluk duyguları ve depresif eğilimler ortaya çıkar. Bu durum, borderline hastalardaki bağımlılığın genel sorumlusu gibi görünmektedir. Adler'e göre bu bozukluk duygusal olarak yetersiz anne figürlerinin çocukluk çağı boyunca yarattığı duygularla ilişkili bir bozukluktur(110).

2.3.5.2. NÖROBİYOLOJİK FAKTÖRLER

Frontolimbik yollara ait yapılardan anterior singulat korteks, orbitofrontal ve dorsolateral prefrontal korteks, hipokampus ve amigdalada anormallikler gözlenmiştir.

Prefrontal inhibisyonda bir kusura bağlı olarak amigdalada aktivasyon artışı gözleniyor olabilir. Hem limbik hem de prefrontal patolojileri içeren iki farklı nöropatolojik altyapıda eş zamanlı bir bozulmanın varlığından söz edilebilir(111).

Erken çocukluk travması olan olgularda hipotalomopitiüiter(HPA) ekseninde etkinlik artışının olduğunun görülmesi, erken dönem kötü deneyimlerin, erişkinlikteki artmış HPA eksen işlevi ile ilişkili olduğunu desteklemektedir(105). Affektif instabilite ve impulsif agresif davranışların birden fazla genetik faktör ve çocukluk çağı stresörlerinin birbirleri ile etkileşimi sonucu ortaya çıktığı öne sürülmüştür(112) .

2.3.6. BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU VE İNTİHAR

Çin ve Tayvan'da yapılan kişilik bozukluğu ve intihar arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmada, intihar girişiminde bulunmuş 116 kişilik grup ile 113 kişilik kontrol grubu karşılaştırılmış, intihar grubunda kişilik bozukluğu oranı belirgin yüksek bulunmuştur(113). Corbitt ve arkadaşları özkıyım girişiminde bulunan bireylerde B kümesi (antisosyal, borderline, histrionik, narsisistik) kişilik bozukluklarının, A (paranoid, şizoid, şizotipal) ve C (çekingen, bağımlı, obsesif kompulsif) kümesine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunduğunu belirtmişlerdir. Bu grup içinde de borderline kişilik bozukluğu intihar girişimi ile en fazla bağlantılı bulunmuş ve bu davranışın altında; intikam alma, diğerleri cezalandırma ve panikten kurtulma amacının yattığı bildirilmiştir(114). Tanısal ölçütlere göre sınıflandıran araştırmaların intiharda ve intihar girişiminde kişilik özellikleri olarak daha çok borderline ve antisosyal kişilik olmak üzere B grubu kişilik özelliklerine işaret ettiği görülmektedir. Bu kişilik özellikleri madde kullanımının en çok olduğu ve dürtüselliğin en belirgin olduğu kişilik grubudur. Borderline kişilik bozukluğunun tanısının yineleyen intihar girişimleri, dürtüsellik ve duygusal dengesizlik ölçütlerini içerdiği düşünülecek olursa bu şaşırtıcı değildir. Borderline kişilik bozukluğu duygudurumda, ilişkilerde, kendilik algısında tutarsızlıklarla karakterize, dürtüselliğin, kendine zarar verici davranışların ve intiharın sıklıkla görüldüğü bir kişilik bozukluğudur. Lesage ve arkadaşlarının yürüttüğü 18-35 yaş aralığında yer alan 75 olguyu içeren psikolojik otopsi çalışmasında olgularda % 30 oranında borderline kişilik bozukluğu tespit edilmiştir (115).

Psikiyatrik acillerde görülen kronik suicidal hastaların yaklaşık yarısı BKB'dir ve kendine zarar verme davranışı oranları %70-78 arasındadır(116). Stone ve ark'larının yaptığı 16 yıllık takip çalışmasında borderline kişilik bozukluğunda intihar oranını %9, komorbid depresyon varlığında %18.5, depresyon ve madde kullanımı varlığında %45 olarak bulmuştur(117). Paris ise bu bulguların tersine depresyonu olan ve olmayan borderline kişilik bozukluğu hastalarında intihar riski yönünden bir fark bulamamıştır(118). Komorbiditenin etkisi ile farklı sonuçlar bildirilmektedir. Borderline kişilik

bozukluğunda intihar davranışına katkısı olabilecek özellikler şu şekilde sıralanmaktadır; kognitif rijidite, düşüncede dağınıklık, problem çözme yeteneğindeki yetersizlikler, impulsivite, affektif instabilite, tekrarlayan intihar tehditleri ve kendine zarar verici davranışlar(116). Soloff ve ark. 84 borderline kişilik bozukluğu hastasının intihar davranışı yönünden risk faktörlerini inceledikleri çalışmalarında 61 (%72.6) hastada intihar girişimi öyküsü tespit etmişlerdir(120). Çalışma sonuçlarına göre önceki intihar girişimlerinin varlığının hem intihar davranışı için önemli bir yordayıcı olduğunu hem de ölümcüllük derecesinin girişimler tekrarlandıkça arttığını bulmuşlardır. Bu çalışmanın sonuçları impulsif davranış ve antisosyal kişilik özelliklerinin varlığının intihar girişimi riskini artırdığını göstermiştir. Majör depresyon, alkol ve madde bağımlılığı açısından intihar girişiminde bulunanlar ve bulunmayanlar arasında bir fark bulunmamıştır(120).

Borderline kişilik bozukluğu, major depresyon ve ikisinin komorbid olduğu durumdaki hastaların karşılaştırıldığı bir çalışmada borderline kişilik bozukluğu olan hastaların daha erken yaşta intihar davranışı gösterdikleri ve yaşam boyu daha fazla intihar girişimi sayısına sahip olmaları yönünden depresyon hastalarından ayrıldıkları ancak ölüm niyetinin ciddiyeti, planlı hareket etme, kullanılan metodun ölümcüllüğü yönlerinden fark göstermedikleri ve sonuçta Borderline Kişilik Bozukluğu olan hastaların intihar girişimlerinin major depresyonlu hastaların girişimlerinden ne daha fazla ne de daha az ciddi olarak değerlendirilebileceği bulunmuştur(121).

Borderline kişilik bozukluğu tanısı alan bireylerde %50-80 oranında kendine zarar verici davranış görülür(122,123). Kendine zarar verme davranışında en çok tercih ettikleri yöntem kendini kesme, kendine vurma, başını vurma yöntemidir, olguların %72'isi kendine zarar verirken birden fazla yöntem seçtiklerini belirtmişlerdir(124). Kendine zarar verici davranışta bulunan borderline kişilik bozukluğu olan hastalar daha çok gerilimi azaltmak, depresif semptomatoloji, kendilik saygısında azalma ve kişiler arası ilişkilerde zorluklarla başedememe sonrasında bu davranışta bulunduklarını belirtmektedirler(122). Bu grup içinde kendine zarar verme davranışının intiharı öngörme açısından en riskli davranış olarak değerlendirildiğine dair çalışmalar bulunmakla birlikte (122,123), kendine

zarar verme davranışının borderline hastalarda intihar için risk oluşturmadığına dair çalışmada bulunmaktadır(96). Kendine zarar verme davranışı ve intihar girişimlerinin birlikteliği diğer eksen II bozukluklarından daha fazla borderline kişilik bozukluğu olan hastalarda görülür. Kendine zarar verme davranışı olan borderline hastalarda en çok kullanılan intihar yöntemi sırasıyla ilaç içerek kendini zehirleme ve kendini kesmedir ve %31'i intihar girişimi için birden fazla metod kullanmaktadır(124). Borderline hastalarda kendine zarar verme davranışı net olarak anlaşılamamıştır, farklı motivasyonlarla ilişkili olabilir, anlam, amaç her hastaya ve hastanın o dönemine özgü olabilir(96).

Borderline kişilik bozukluğunda intihar için riskli olan özellikler özet olarak aşağıdaki şekilde sıralanabilir(96);

- 1-Önceki intihar girişimleri
- 2-Komorbid duygudurum bozukluğu
- 3-Umitsuzluk
- 4-Ailede intihar öyküsünün veya tamamlanmış intiharın olması
- 5-Cinsel istismar öyküsü
- 6-Dürtüsellik ve antisosyal özelliklerin olması
- 7-Komorbid madde kötüye kullanımı

2.4. MİZAÇ VE KARAKTER ÖZELLİKLERİ İLE İNTİHAR ARASINDAKİ İLİŞKİ

2.4.1. KİŞİLİĞİN TEMEL BİLEŞENLERİNİN TANIMI

Kişilik oldukça karmaşık bir yapıdır. Kişilik ile ilgili yapılan tüm tanımlamaların ortak yönü “işlevsellik”tir; yani organizmanın ruhsal uyumuna ve motivasyonuna odaklanılmıştır. Gordon Alport kişiliği; kişinin, kendisine ve çevresine özgü uyumunu belirleyen psikofiziksel sistemlerin bireye özgü dinamik organizasyonu olarak tanımlamıştır(125). Yapısal açıdan kişilik mizaç, karakter ve psişeden oluşur. Mizaç, biyolojik faktörlerin kişiliğe katkılarını, karakter ise sosyal ve kültürel etkilerini yansıtmaktadır. Psişe ise kendilik farkındalığının sezgilenmesini ve zekâyı içermektedir, bütünsel kişilik fonksiyonlarını düzenlemektedir. Kişiliğin temel fonksiyonları hissetmek, düşünmek ve algılamaktır. Bunların neticesinde hedefe yönelik davranışlarda bulunulur(125).

Mizaç

Mizaç; fiziksel uyaranların isteklerine şartlanmış davranış cevabının şekillenmesine vücudun eğilimi olarak tanımlanmaktadır. Mizaç (kişiliğin emosyonel çekirdeği), kortiko-striato-limbik sistemde bulunan kompleks döngüler, birincil sensorikortikal bölge, amigdala, putamen ve kaudat nükleuslar tarafından kontrol edilen işlemsel belleği kapsamaktadır.

Karakter

Karakter; yürütücü, kurallar koyucu ve yargısal işlevleri içeren, ruhsal olarak kendini yönetebilme olarak tanımlanmaktadır. Özetleme, muhakeme ve sembolik yorumlama gibi yüksek bilişsel işlevler beyinde karmaşık olarak dağılmış olan ağları göstermektedir. Bu ağlar neokorteksteki karaktere özgü olan anlamsal belleğin hipokampüste uzun süre depolaması yoluyla bilişsel şemaların şifrlenmesini içermektedir. Bunun gibi sembolik bellek işlemleri,

bilişsel süreçler tarafından güdüsel olarak istila edilmiş mizaçla düzenlenen duyusal algılar vasıtasıyla mizaçla etkileşmektedir.

Psişe

Psişe; sanat, bilim, maneviyat gibi insanı yaratıcılığa sevk eden sezgisel farkındalılık temelli insana özgü sembolik yaratıcılık süreçlerini kapsamaktadır. Psişeye özgü olan epizodik bellek, yer-zaman bağlamında kişinin niyetlerinin farkındalığını ifade eder. Epizodik bellek ve prefrontal korteksin dahil olduğu epizodik ağ kısımları insanoğluna özgü olup, son dönemlerde evrimleşmiş bellek sistemleridir. Epizodik bellek işlevsel ve anlamsal bellekten sonra gelişir.

Kişilik

Kişilik; mizaç, karakter ve psişe arasında çok boyutlu etkileşimi olan, kompleks uyumsal bir sistem olarak tanımlanmaktadır. Mizaç ve karakter arasındaki etkileşimler kendilik ve dış dünya hakkında olgun ve gerçekçi şekilde özümsemiş kavramların gelişmesini sağlamaktadır. Sırasıyla mizaç, karakter ve psişenin işlevi olan, işlevsel, anlamsal ve epizodik bellekteki etkileşimler kişilik gelişimini oluşturmaktadır. En az plastisite mizaçta(işlemsel bellek), en fazla plastisite psişededir(epizodik bellek).

2.4.2. CLONINGER'IN KİŞİLİK KURAMI

Cloninger kişiliğin iki temel bileşeni olan mizaç ve karakterdeki normal ve anormal değişiklikleri açıklayan boyutsal bir psikobiyojik kişilik modeli geliştirmiştir. Cloninger'in kişilik kuramı kişiliğin genetik temelinden davranışın nörobiyolojik temellerine, kişiliğin bilişsel ve emosyonel yapısı ve gelişiminden, kişilik boyutlarında bireysel farklılıkların davranışsal bağlarına, kişilik yapılarının gelişimsel etmenlerle etkileşiminden, psikiyatrik bozukluklara yol açmasına kadar uzanan çok sayıda alanda kapsamlı bilgi sağlama potansiyeline sahiptir (126). Mizacı genetik faktörlerin etkisinde, karakteri ise çevresel faktörlerin etkisinde gelişen dinamik bir yapı olarak

tanımlamıştır. Cloninger mizacı “Yenilik Arayışı, Zarardan Kaçınma, Ödül Bağımlılığı ve Sebat Etme” olmak üzere dört boyutta , karakteri ise “Kendini Yönetme, İş Birliği Yapma ve Kendini Aşma” olarak üç boyutta incelenmektedir. Aynı mizaçta özelliklerine sahip bireyler farklı karakter gelişimleri sebebiyle farklı davranabilmektedirler. Bu nedenle kişiliğin hem mizacın hem de karakterin farklı kategorilerinin harmanlanmasıyla incelenmesi gerekmektedir. Cloninger’in kişilik modeli davranışlar ile nörotransmitterler arasında bağlantı kurma olanağı da verir. Yenilik arayışı (davranışsal aktivasyon) ile dopamin, zarardan kaçınma (davranışsal inhibisyon) ile serotonin, ödül bağımlılığı (davranış sürdürme) ile norepinefrin, sebat etme (davranışta ısrar etme) ile glutamaterjik aktivite arasında ilişki olduğu bildirilmiştir(127).

2.4.2.1. CLONINGER MODELİNE GÖRE MİZAÇ ÖZELLİKLERİ

Yenilik Arayışı

Davranışsal aktivasyon sistemi ile ilişkilidir. Yeni bir uyarana yanıtta keşfedici etkinliğe doğru kalıtsal bir yatkınlık, dürtüsel karar verme, ödül ipuçlarına yaklaşımda aşırıya kaçma, çabuk öfkelenme ve engellenmeden aktif kaçınmayı içerir. Yüksek yenilik arayışı olan bireyler genel olarak çabuk heyecanlanan, meraklı, keşfetme ruhuna sahip, heyecanlı, çabuk sıkılan, atak ve düzensiz kişilerdir. Bu durumun avantajı bu kişilerin alışık olmadıkları durumlara çabuk adapte olabilmeleri, dezavantajı istedikleri olmadığında fazla sinirli olabilmeleri ve tutarlı ilişkiler kuramamalarıdır. Düşük yenilik arayışı olan bireyler ise; meraklı olmayan, tutumlu, ihtiyatlı, duygularını coşkun yaşamayan, sistematik, düzenli, monotonluğa karşı toleranslı kişilerdir(126,127) .

Zarardan Kaçınma

Davranışsal inhibisyon sistemi ile ilişkilidir. Davranışın önlenmesine ya da durdurulmasına dair kalıtsal bir eğilim vardır. Kendisini gelecek sorunlarına karşı ilişkin karamsar bir endişelilik hali, belirsizlik korkusu, yabancılardan çekinme ve çabuk yorulma gibi pasif kaçınma davranışları ile gösterir. Bu bireyler diğerlerini çok fazla endişelendirmeyecek durumlar

karşısında tedbirli, dikkatli, korkak, sinirli, endişeli, çekingen, şüpheli, cesaretsiz, pasif ve kötümser olurlar. Bu nedenle genelde sosyal meseleler de çekimser olurlar, cesaretlendirilmeye ihtiyaçları vardır ve kendilerini sürekli yorgun hissederler. Bu durumun avantajı olası tehlikelere karşı kişilerin dikkatli olmalarıdır. Dezavantajı ise; bazı durumlarda aşırı hassasiyetten dolayı gereksiz endişe duymalarıdır. Zarardan kaçınması düşük olan bireyler tam aksine rahat, fazla endişelenmeyen, sosyal ortamlarda rahat kişiliklere sahiptirler. Bu durumun avantajı onların çeşitli durumlarda endişesiz bir biçimde daha rahat hareket edebilmeleridir. Bu durumun dezavantajı ise ; bazen bu kişiler çok rahat oldukları için tehlikelere karşı fazla korunmasız ve fazla umursamaz olabilmektedirler(126,127).

Ödül Bağımlılığı

Davranışsal sürdürme sistemi ile ilişkilidir. Duygusal, sosyal bağlanma ve başkalarının onayına bağımlılık ile kendini gösteren kalıtsal bir eğilimdir. Ödül bağımlılığı yüksek bireyler sıcak, duygusal, sevecen ve sosyal tiplerdir. Onlar sosyal bağlantılar ve diğer insanlarla iletişim içerisinde bulunmayı severler. Bu durumun en önemli avantajı kişinin empati kurabilmesi ve geniş bir sosyal iletişim ağına sahip olması, dezavantajı ise; bu kişilerin duygudurumlarının diğerlerinden fazlaca etkilenmesidir. Ödül bağımlılığı düşük olan bireyler; gerçekçi, soğuk ve sosyal anlamda duyarsız tiplerdir. Yalnız olmayı tercih ederler, insanlarla iletişim kurmayı çok fazla tercih etmezler. Bu kişiler diğerlerinden uzak durmayı ve genelde kamusal alanda faaliyette bulunmamayı tercih ederler. Bu durumun avantajı bu kişilerin duygusal bağımlılıklardan uzak objektif bir biçimde hareket edebilmeleri, dezavantajı ise; sosyal duyarlılıklardan yoksun olmalarıdır. (126,127)

Sebat Etme

Davranışta ısrar etme sistemi ile ilişkilidir. Engellenme ve yorgunluğa karşı sebat etmeye olan kalıtsal eğilimdir. Sebat etmesi yüksek olan bireyler, çalışkan bireylerdir. Gönüllü bir biçimde bir işte çalışabilirler. Onlar bir işte

hata yaptıklarında çabucak vazgeçmezler daha büyük bir çaba ile çalışmaya devam ederler. Başarıya ulaşmak için oldukça fedakâr, hatta işkolik ve mükemmeliyetçi olabilirler. Sebat etmesi düşük olan bireyler ise; uyuşuk, aktif olmayan, güvenilirmez, kararsız tiplerdir. Bir işe başlamakta çok yavaşlırlar ve genelde gönüllü olarak bir işin içerisinde yer almazlar. Engeller, eleştiriler onların bir işten çabucak vazgeçmelerine neden olabilir. Genelde içerisinde bulundukları durumdan memnundurlar, daha fazlasına sahip olmak, daha yüksekte olmaya çalışmak onlar için iş yükü anlamına geldiği için çaba sarfetmezler(126,127).

2.4.2.2. CLONINGER MODELİNE GÖRE KARAKTER ÖZELLİKLERİ

Cloninger'in modelinde Kendini Yönetme(SD), İşbirliği Yapma (C) ve Kendini Aşma (ST) olmak üzere üç karakter özelliği tanımlanmıştır.Karakter bileşenlerinin mizaçtan farklı olarak daha çok kültürel ve çevresel etkenlerden etkilenerek varolduklarına inanılır.

Kendini Yönetme

Kişinin kendi tercihleri konusunda sorumluluğunu kabul etmesi, bireysel açıdan anlamlı amaçların belirlenmesi ve sorunları çözmede beceri ve güvenin gelişimi ile kendini kabullenmeden oluşur. Kendini yöneten birey otonom bir bireydir, sorumludur, amaçları vardır, beceriklidir, kabul edicidir ve görev duygusu olan bir bireydir. Bu grubun özelliklerini yüksek oranda taşıyan kişiler; olgun, güçlü, kendi kendine yeterli, sorumlu, güvenilir, yapıcı, liderlik yapacakları bir durum olduğunda diğer insanlarla entegre olabilme yeteneği olan tiplerdir. Kendini yönetmesi zayıf olan bireyler ise; zayıf, sorumluluk sahibi olamayan, kendi kendine yeterli olmayan, güvenilirmez ve güçlü entegrasyon yeteneği olmayan tiplerdir(126,127).

İş Birliğı Yapma

Sosyal kabul, empati, yararlılık, sevecenlik ve erdemli-vicdanlı olmaktan oluşur. İşbirliğı yapan insanlar hoşgörölü, empati yeteneğı olan, yararlı, sevecen ve erdemlidirler. Bu grubun özelliklerini yüksek oranda gösteren kişiler empati kurabilen, sevecen, toleranslı, yardımsever, sadakatli tiplerdir. Diğer insanlarla mümkün olduğunca işbirliğı içerisinde olmaya dikkat ederler, nelere ihtiyaçları olduğunu önemserler. Bu özellikler bir takım içerisinde çalışma ve o takımın uyumunu sağlama gibi durumlar için önemlidir. İşbirliğı yapması düşük olan bireyler ise; toleranslı olmayan, kindar ve fırsatçı tiplerdir. Bunlar diğerlerinin duygularını önemsemeden kendi çıkarları için çalışırlar, amaçları ve değerleri farklı olan insanları kabul etmezler, onları eleştirirler, toleranssız ve arkadaş canlısı olmayan kişilerdir. Empatiye, merhamete ve etik prensiplere sahip olmayan bu tarz kişilerin sosyal liderlikleri tiranlık şeklinde olur(126,127)

Kendini Aşma

Kendilik kaybı, kişiler arası özdeşim ve manevi kabulden oluşur. Kendini aşan bireyler yaratıcı, bencil olmayan, inançlı, manevi duyguları olan, idealist bireylerdir. Bu kişiler iddiasız, memnun, sabırlı, yaratıcı ve spiritual insanlardır. Doğı toplumlarında bu insanlar aydınlanmış, tedbirli kişiler olarak addedilirken, batı toplumlarında aynı özellikte kişiler toy, saf olarak addedilir. Bu kişiler muğlâklığa, belirsizliğe karşı toleranslıdırlar. Sonucunu bilmeden ve kendilerini kontrol etmeden davranmayı severler. Bu bireyler alçakgönüllü ve mütevazı insanlardır, bir acıyla ya da ölümle karşılaştıklarında adaptasyonları daha yüksektir. Kendini aşma özelliğı daha az olan bireyler ise; kibirli, sabırsız, vefasız, yaratıcı olmayan ve materyalist tiplerdir, kesin olmayan şeylere ya da sürprizlere karşı toleranslı değillerdir, her şeyi kontrol etmeye gayret ederler. Bu tarz kişiler doğı toplumlarında materyalist, bilimsel ve akılcı düşünen kişiler olarak addedilirler. Bu kişiler ani bir acı, ölüm gibi olayları kabullenme konusunda diğerlerine göre daha az toleranslıdırlar(126,127) .

2.4.3. MIZAÇ VE KARAKTER ÖZELLİKLERİ, KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI VE İNTİHAR ARASINDAKİ İLİŞKİ

Mizaç ve karakter özellikleri ile intihar davranışı arasındaki ilişkiyi incelemenin intiharı önlemek, tedavi ve tekrarını engellemek için yol gösterici olacağı düşünülerek çok sayıda çalışma yapılmıştır. Stres- diyatez modeline göre; genetik, prenatal dönem ya da yaşamın ilk yıllarında dürtüsellığe meyilli olan bireyler, sonraki yaşamlarında zorlandıkları özellikle depresyon yaşadıklarında, kendilerine daha çok zarar vermektedirler(125). Dürtüsellik intihar davranışı, kendine zarar verme davranışı, savurganlık, uygunsuz cinsel ilişkiler gibi yıkıcı davranışlara yol açabilir. Dürtüsellikte görülen nörotransmitter değişiklikleri serotonininde azalma ve dopamin ve noradrenalinde artmadır, bu bulgular kendine zarar verme davranışının, intihar davranışının ve BKB'nun nörobiyolojisinde de ortakdır(128). Evren ve ark. 2005 yılında 136 madde bağımlısı erkeğin tedavi süreçlerinde yaptıkları bir çalışmada, madde bağımlısı olup kendine zarar verici davranışları olan kişilerde madde bağımlısı olup kendine zarar verici davranışı olmayanlardan daha yüksek yenilik arayışının olduğunu bulmuşlardır(129). Mizaç özelliklerinden yenilik arayışı alt başlıklarından biri dürtüsellğin, ergenlik döneminde yüksek olması genç erişkin dönemde intihar riskini artıran önemli bir prediktördür(130,131). Dürtüsellğin intihar riskini artırıcı etkisi yaşla birlikte azalır(132). Dürtüsellik yenilik arayışının sadece bir boyutudur. Cloninger'in modeline göre yenilik arayışı diğer alt başlıkları ile birlikte değerlendirilince baş edebilme yetisininde temsil etmektedir. Bundan dolayı intihardan koruyucu etkisinin olduğuna dair çalışmalarda bulunmaktadır(133).

Cloninger'in mizaç özelliklerinden biri olan zarardan kaçınma ile intihar girişimleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çok sayıda çalışma olmasına rağmen literatürde kendine zarar verme davranışı ile ilişkisini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Ergenlerde ve bipolar hastalarda intihar girişiminde bulunanlarda zarardan kaçınmanın yüksek olduğuna dair sonuçlar

yayınlanmıştır(134). Araştırmalar depresyon tanısı ile zarardan kaçınma birlikteliğine dikkat çekmişlerdir(135,136). Bu nedenle zarardan kaçınma ile intihar arasındaki ilişki incelenirken depresyon şiddetinin zarardan kaçınma puanını etkileyeceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Kişinin çevresi ile iyi ilişkiler kurması ve aitlik hissetmesi intihara karşı koruyucu önemli bir faktördür. Yüksek ödül bağımlılığı insanlarla sıkı ilişkiler içinde olmayı, aidiyet hissini dolayısıyla kişinin kendini güvende hissetmesini sağlar(11). Muehlenkamp ve ark'larının ergenlerle yaptıkları bir çalışmada, sadece kendine zarar verici davranışı olan grupta, kendine zarar verme ve intihar girişimlerinin birlikte olduğu gruba göre aile içi uyumun daha iyi olduğu ve bu grubun intihardan korunmak için diğerlerinin destekleyici ilişkisine ihtiyaç duyduklarını saptamışlardır(7). Herrigen ve ark 17 intihar girişiminde bulunmuş ve 23 intihar öyküsü olmayan depresyon şiddeti ve cinsiyet dağılımı açısından fark olmayan olgularla yaptıkları çalışmada ödül bağımlılığı puanının intihar grubunda düşük olduğunu göstermişlerdir(12). Chapman ve ark kendine zarar verme davranışı veya madde kullanım bozukluğu olan 55 kadın hasta ile yaptıkları bir çalışmada intihar girişiminde bulunanlarda ödül bağımlılığının onaylanmayı ve duygusal desteği tanımlayan bağlılık alt başlığının düşük olduğunu göstermişlerdir(11).

Cloningerin mizaç boyutlarından olan sebat etmenin intiharla ve kendine zarar verme ile ilişkisi bulunamamıştır(11).

Karakter özelliklerinden olan kendini yönetme ve işbirliği puanlarında düşüklük BKB ile uyumludur. Calati ve ark. intihar girişiminde bulunan, intihar girişiminde bulunmayan duygudurum bozukluğu olan ve sağlıklı kontrol grubunu karşılaştırdıkları çalışmada intihar girişiminde bulunan grupta, karakter özelliklerinden kendini yönetme ve işbirliği yapma puanlarında düşüklük, kendini aşma puanlarının ise daha yüksek olduğunu göstermişlerdir(14). Özellikle intihar girişiminde bulunan gençlerde düşük kendini yönetme puanlarının belirginleştiğini bulmuşlardır(14). Kendini aşma puanlarındaki yükseklik kültürel ve etnik kökenlerle ilişkili bulunmuştur(137).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÖRNEKLEM

Bu araştırma, Bakırköy Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ergen ve Genç Erişkin Psikiyatri 2. basamak polikliniğinde 1 Ocak 2010 ile 1 Nisan 2010 tarihleri arasında yapıldı. Araştırmaya ardışık olarak kasıtlı kendine zarar verme tarama formu ile kendine zarar verme davranışı tespit edilen hastalar alındı. Görüşmede çalışmaya katılanlara kendisi ile ilgili her türlü kişisel bilginin gizli kalacağı, çalışma içerisinde isminin geçmeyeceği anlatıldı. Çalışmaya katılmaktan herhangi bir zamanda ayrılabilceği ve katılıp katılmamasının tedavi programını hiç bir şekilde etkilemeyeceği bildirildi.

Araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra katılmayı kabul eden ve aşağıda belirtilen dışlama ölçütlerini taşımayan 93 hasta çalışma grubuna alındı.

Dâhil edilme ölçütleri:

18-20 yaş grubu içinde olmak

Çalışmaya katılmayı kabul etmek

İlköğretim mezunu olmak

Dışlama ölçütleri:

Hâlen aktif psikotik bulguların olması

Mental retardasyonun olması

3.2. YÖNTEM

Ergen ve Genç Erişkin Psikiyatrisi İkinci Basamak Polikliniğinden izlenen olgulara, ardışık olarak kendine zarar verme tarama formu uygulandı. Kasıtlı kendine zarar verme davranışları tespit edilenler intihar

girişimleri olanlar ve olmayanlar olmak üzere iki gruba ayrılarak intihar girişiminde bulunanlar ve bulunmayanlar klinik tanıları, mizaç ve karakter özellikleri ve borderline kişilik özellikleri açısından karşılaştırıldı. Ayrıca kendine kasıtlı zarar verme davranışı olanların bu davranışları da “Kasıtlı Kendine Zarar Verme Anketi” ve “Kendine Zarar Verme Davranışı Anketi” ile ayrıntılı olarak değerlendirildi.

3.3. GEREÇLER

3.3.1. SOSYODEMOGRAFIK VERİ FORMU

Cinsiyet, yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, anne babanın birliktelik durumu, kardeş sayısı, evde yaşayan kişi sayısı, büyüten kişi, anne ve babanın eğitim durumları, psikiyatrik tedavi süresi, ailede psikiyatrik hastalığın varlığı sorgulandı.

3.3.2. KASITLI KENDİNE ZARAR VERME TARAMA FORMU

Kasıtlı kendine zarar vermeyi taramak için aşağıdaki soru kullanıldı: “Hiç kasıtlı olarak yüksek dozda ilaç içtiniz mi veya kendinize herhangi bir şekilde zarar vermeyi (örneğin kendinizi kesmeyi) denediniz mi?” Yanıt için “Hayır/ Evet seçenekleri kullanıldı. Kasıtlı kendine zarar verme davranışı olduğunu doğrulayanlar için son eyleminin zamanıyla ilgili ileri sorular soruldu. Yanıt seçenekleri “bir aydan kısa bir süre önce / bir ay ile bir yıl arasındaki bir süre kadar önce / bir yıldan daha uzun bir süre önce” şeklindeydi(138). Kendine zarar verme tarama formu daha önce Gülhazar Saçarçelik’in “Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışı Olan Ergen ve Genç Erişkin Hastalarda Çocukluk Çağı Travmaları” adlı tezinde ergen ve genç erişkinlerde kullanılmıştır(139). Kendine zarar verme tarama formunun kendine zarar verme niyetini sorgulayan ikinci sorusu değiştirilerek intihar girişimi sorgulandı. İntihar girişimini taramak amacıyla aşağıdaki soru kullanıldı “Şu ana kadar hiç intihar girişiminde bulundunuz mu?” Yanıt için “Hayır/ Evet seçenekleri kullanıldı. İntihar girişimin olduğunu doğrulayanlar için son eyleminin zamanıyla ilgili ileri sorular soruldu. Yanıt seçenekleri “bir aydan kısa bir süre önce / bir ay ile bir yıl arasındaki bir süre kadar önce / bir yıldan daha uzun bir süre önce” şeklindeydi.

3.3.3.KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI ANKETİ: SHBQ (SELF HARM BEHAVIOR QUESTIONNARIE))

2001 yılında Gutierrez ve ark tarafından geliştirilmiştir. Kendine zarar verme davranışında bulunan kişilerin kendilerinin doldurduğu bir ölçektir. Kendine zarar verme davranışı anketi intihar amaçlı olmayan kendine zarar vermenin, intihar girişiminin, intihar tehditlerinin ve intihar düşüncelerinin, sıklığını ve insidansını ölçen dört bölümden oluşur. Her bölüm hedef davranışın sıklığını ve kullanılan metodu sorgulayan sorular içermektedir. SHBQ intihar amaçlı olan kendine zarar vermeyi ve intihar amaçlı olmayan kendine zarar vermeyi tanımlar. SHBQ'ya verilen yanıtlar doğrultusunda, katılımcılar kendine zarar verme davranışı olmayanlar, kendine zarar verme davranışı olan ama intihar girişimi olmayanlar, sadece intihar girişimi olanlar, hem intihar girişimi hem de kendine zarar verme girişimi olmak üzere dört gruba ayrılabilirler. Yanıtlar kendine zarar verme davranışında kullanılan metodu tanımlayıcı bilgiyi de içermektedirler(7). Çevirisi çalışmacı tarafından yapılmış, bir psikiyatri asistanı, bir psikiyatri uzmanı ve bir dilbilimciden oluşan danışma ekibi tarafından kontrol edilmiş ve hazırlanan form kendine zarar davranışı olan olgulardan oluşan küçük bir grupta uygulanarak ankete son hali verilmiştir.

3.3.4. KASITLI KENDİNE ZARAR VERME ANKETİ: DSHI (DELIBERATE SELF-HARM INVENTORY)

Kasıtlı kendine zarar verme davranışını değerlendirmek için Gratz KL tarafından 2001 yılında geliştirilen, davranış temelli, kişilerin kendilerinin doldurduğu bir anket formu şeklindedir. DSHI; kasıtlı kendine zarar vermenin kavramsal tanımına dayanarak hazırlanmıştır. Bu ölçüt kasıtlı kendine zarar verme davranışının sıklık, süre, şiddet ve türü gibi özelliklerini değerlendirir. Ankette listelenen kasıtlı kendine zarar verme davranışı spesifik eylemleri klinik gözlemlere, kendine zarar verme davranışında bulunan bireylerin ifadelerine ve literatürde geçen yaygın davranışlara dayanarak hazırlanmıştır. başka yöntemlerle kolayca

doğrulanamayan suicidal düşünceler gibi pek çok iç durumla ilgili güvenilir bilgiler sağladığına dair çok fazla kanıt mevcuttur. Ayrıca; bireylerin, damga taşıyan (suicid girişimleri ve kendine zarar verme gibi) davranışlar hakkında bilgi verirken klinik görüşmeden daha çok bir kendi-bildirim yönteminde daha rahat olabileceği saptanmıştır. Bazı kendine zarar verme davranışları, eğer spesifik olarak tarif edilmedilerse, olduğundan az bildirilmiş olabilir. Bu nedenle; daha yüksek bir duyarlılık arzu edildiğinde ve/veya kendine zarar verme davranışının farklı formlarının araştırılması planlandığında kasıtlı kendine zarar verme anketi tercih edilebilir(140). DSHI daha önce Gülhazar Saçarçelik'in "Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışı Olan Ergen ve Genç Erişkin Hastalarda Çocukluk Çağı Travmaları" adlı tezinde ergen ve genç erişkinlerde kullanılmıştır(139).

3.3.5.: YARI YAPILANDIRILMIŞ KLİNİK GÖRÜŞME (SCID) UYGULAMASI

DSM-IV Eksen Tanıları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I): Majör DSM-IV Eksen I tanılarının konması için geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir. Yapılandırılmış görüşmeler değerlendirme sürecinin standardizasyonu ile tanının güvenilirliğinin artırılması, DSM-IV tanı ölçütlerinin uygulanmasını kolaylaştırması ile tanılarının geçerliliğinin artırılması, aksi takdirde gözden kaçabilecek bazı semptomların sistematik olarak araştırılması için geliştirilmiştir.

SCID' in geliştirilmesindeki amaçlardan biri, etkili ve kullanımı kolay bir ölçek üretmekti, böylece yapılandırılmış görüşmelerin avantajları klinik değerlendirmede uygulanabilecektir. SCID-I altı modülden oluşmaktadır ve toplam 38 tane 1. Eksen bozukluğunu tanı ölçütleri ile ve 10 tane 1. Eksen Bozukluğunu tanı ölçütleri olmadan araştırmaktadır. İki modül duygudurum epizodları ve duygudurum bozuklukları, iki modül psikotik semptomlar ve psikotik bozukluklar için ayrılırken, madde kullanım bozuklukları ve anksiyete ve diğer bozukluklar birer modülde yer almaktadır. SCID-I' in 18 yaşından büyüklerde kullanılması önerilmektedir. Ağır bilişsel kusurlarda,

ağır psikotik belirtileri olan ve ajite bireylerde kullanımı uygun değildir. Bilgi kaynakları arasında hasta, hastanın ailesi ve yakınları, klinik ortamındaki gözlemler ve tıbbi kayıtlar kabul edilmektedir. Her ne kadar yapılandırılmış görüşme olarak belirtilse bile, kullanımı yarı yapılandırılmış görüşme biçimindedir ve görüşmecinin SCID-I' nin sorularına ek sorular sorarak araştırmayı sürdürebilir. Öztürkçügil ve ark tarafından yapılmış bir Türkçe çevirisi bulunmaktadır(141).

DSM-III-R Eksen II Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-II): Yarı yapılandırılmış klinisyen tarafından uygulanan bir testtir. İkinci ekseninde tanımlanan kişilik bozukluk tanımları için kullanılmaktadır. Türkçe versiyonu Soriaş ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir(142). SCID-II bireysel uygulamalı bir form olup, sorular hastaya yöneltilerek alınan yanıtlara ve görüşme esnasındaki klinik yargıya göre hastalar değerlendirilmektedir.

3.3.6. BORDERLINE KİŞİLİK ENVANTERİ (BKE)

Leichsenring tarafından geliştirilmiş bir kendini-değerlendirme ölçeğidir(143). Geçerlilik güvenirlik çalışması 2006 yılında Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır(144). Borderline Kişilik Envanteri, 53 maddeden oluşan ve doğru-yanlış biçiminde yanıtlanan bir envanterdir. Bu maddelerden son iki tanesi diğer maddelere bağlıdır ve psikopatoloji alkol ya da madde kullanımıyla ilişkilidir. BKE önce 100 madde ile oluşturulmuş ve hastalar üzerinde yapılan analizlerle 53 maddeye inilmiştir. Kernberg'in yapısal kişilik organizasyonu kuramına dayanan BKE, temel olarak kimlik karmaşası, ilkel savunma düzenekleri ve gerçeği değerlendirmede bozulma bozulma belirti kümelerinden oluşmaktadır. Kernberg'in işaret ettiği özellikler dışında, Gunderson'un Borderline için Tanısal Görüşme ve DSM ölçütlerinden de esinlenmektedir(144). Geçerlilik analizine bakıldığında kesme puanı 15/16 olarak hesaplanmıştır, borderline psikopatolojinin ağırlığı bu puanı etkilemektedir. BKE'nin istatistiksel analizler sonucu kimlik karmaşası, ilkel savunmalar, yakınlaşmaktan korkma, gerçeği değerlendirme bozukluğu alt ölçeklerinden oluştuğu saptanmıştır. BKE, bundan önce

yapılmış çalışmaların aksine, tanı ölçütleriyle iyi bir uyum göstermiş ve yüksek düzeyde duyarlılık ve özgüllük elde edilmiştir. Borderline kişilik örgütlenmesinin olduğu klinik tablolarda ve kesitsel yanında boyutsal değerlendirmede kullanılabileceği ileri sürülmektedir(145).

3.3.7. MİZAÇ VE KARAKTER ENVANTERİ (MKE)

Cloninger'in kişilik kuramını temel alarak geliştirdiği Mizaç ve Karakter Envanteri 240 maddeden oluşan "Doğru" ya da "Yanlış" şeklinde yanıtlanan bir kendini değerlendirme ölçeğidir, zaman sınırlandırması yoktur, 20-30 dakikada doldurulabilir. Bu yedi faktörlü kişilik envanterinin geçerlik ve güvenilirliği hem genel popülasyonda hem de psikiyatrik hastalarda sınanmış ve tekrarlanmıştır. MKE içerik olarak 15 yaş ve üstü bireyler için uygulama alanına sahiptir (146). MKE; yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı ve sebat etme olmak üzere dört boyutlu bir mizaç, kendini yönetme, işbirliği yapma ve kendini aşma olmak üzere üç boyutlu bir karakter bileşeninden oluşmaktadır(127). Türkiye'de Köse ve Arkar tarafından geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır(127,146). Mizaç özellikleri; Zarardan Kaçınma: Üzüntü ve karamsarlığa karşı ketlenmemiş iyimserlik (HA1), Belirsizlik endişesi (HA2), Yabancılardan utanma (HA3), Çabuk yorulma dermansızlık (HA4) alt ölçekleriyle, Yenilik arayışı; Keşfetmekten heyecan duymaya karşılık durağanlık (NS1), Dürtüselliğe karşı düşünsellik (NS2), Savurganlığa karşı tutumluluk (NS3), Düzensizliğe karşı düzenlilik (NS4) alt ölçekleriyle,Ödül Bağımlılığı; Aşırı duygusallık (RD1), sosyallığe karşı yalnızlık (RD2), bağlanmaya karşı ayrıklık (RD3), bağımlılığa karşılık bağımsızlık (RD4) alt ölçekleriyle, Sebatkarlık; Çalışma şevkine karşılık tembellik (P1), Azimliliğe karşı boş vermişlik, Hırslılığa karşı tatminkarlık (P3), Mükemmeliyetçiliğe karşılık pratiklik (P4) alt ölçekleriyle değerlendirilir. Karakter özellikleri ise Kendini Yönetme; Sorumluluğa karşı suçluluk (ST1), Amaçlılığa karşılık hedefsizlik (ST2), Becerikliliğe karşılık çaresizlik (ST3), Kendini kabullenmeye karşılık kendisiyle uğraşma (ST4), Uyumlu ikincil huylar (ST5) alt ölçekleriyle, İşbirliği yapma; Sosyal kabullenmeye karşılık sosyal kabullenmeme (C1), Empatiye karşılık sosyal tarafsızlık (C2), yardımseverliğe karşılık yardımcı

olmama (C3), merhametliliğe karşılık intikamcılık (C4) , erdemliliğe karşı çıkarıcılık (C5) alt ölçekleriyle kendini aşma, kendini unutmaya karşılık kendini çok düşünme (ST1), kişiler ötesi özdeşime karşılık kendini çok düşünme (ST2), manevi kabullenmeye karşılık gerçekçi materyalizm (ST3), bilgililiğe karşı nesnellik (ST4), idealistliğe karşılık pratiklik (ST5) alt ölçekleriyle değerlendirilir.

3.4. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

Tüm istatistiksel değerlendirmeler için SPSS 15.0 yazılım programı kullanıldı. Sosyodemografik ve tanısal değişkenler sayısal ve yüzde değerleri ile gösterildi. Nominal ve ordinal değişkenlerin biyoistatistiksel değerlendirmesi sıklık ve yüzde oranlar temelinde ki-kare testi ile yapıldı. Ki-kare testi ile odds oranları tespit edildi. Ortalama kıyaslamalar bağımsız örnekler mann whitney U testi ile değerlendirildi. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. GENEL BULGULAR

Çalışmaya Bakırköy Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ergen ve Genç Erişkin Psikiyatri 2. basamak polikliniğine başvuran 93 hasta alındı. Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri aşağıdaki tabloda gösterilmiştir (Tablo 2). Olguların yaşları 18 ile 20 arasında değişmekte olup ortalama yaş $18,54 \pm 0,79$ olarak saptanmıştır. Çalışmaya katılanların %73,1'si kız, %26,9'ü erkekti Kardeş sayıları 1 ile 12 arasında değişmekte olup ortalama $2,88 \pm 1,89$ olarak saptanmıştır.

Eğitim durumuna bakıldığında en fazla lise mezunu-lise öğrencisi (%71) olduğu, %10,7'sinin üniversite öğrencisi olduğu, çalışma durumuna bakıldığında %54,8'inin öğrenci olduğu, 30,1'inin çalışmadığı, %9,7'sinin düzenli çalıştığı, %5,4'ünün düzensiz çalışması olduğu saptandı.

Çalışmaya katılan hastaların %75,3'ünün anne ve babası beraberken; % 15'inin boşanmış; %7,5'inin babasının ölmüş ve % 2,2'sinin hem annesi hem de babasının ölmüş olduğu saptandı.

Çalışmaya katılan hastaların %71'nin psikoaktif madde kullanmadığını, %21,5'i alkol kullanımı, %4,3'ü madde kullanımı, %3,2'sinde ise alkol ve maddeyi bir arada kullanımı olduğunu bildirdi.

Çalışmaya katılan hastaların %32,3'ünün ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu saptandı. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olanların %50'sinde annede, %20'sinde babada, %20'sinde kardeşinde, %16,7'sinde diğer akrabalarında psikiyatrik hastalığın olduğu belirlendi.

Tablo 2:Kendine Zarar Veren Gençlerde Sosyodemografik Özellikler

		Min-Max	Ort±SS
Yaş		18-20	18,54±0,79
Kardeş Sayısı		1-12	2,88±1,89
		N	%
Cinsiyet	Kız	68	73,1
	Erkek	25	26,9
Eğitim Durumu	Ortaokul	17	18,3
	Lise	66	71
	Üniversite	10	10,7
Çalışma Durumu	Öğrenci	51	54,8
	Düzenli çalışıyor	9	9,7
	Düzensiz çalışıyor	5	5,4
	Çalışmıyor	28	30,1
Anne-Baba Durumu	Beraber	70	75,3
	Boşanmış	14	15
	Baba ölmüş	7	7,5
	Anne-Baba ölmüş	2	2,2
Büyüten Kişi	Anne-Baba	73	78,5
	Büyükanne-Büyükbaba	14	15
	Akraba	6	6,5
Baba Eğitim Durumu	Yok	4	4,3
	İlkokul	42	45,2
	Ortaokul	18	19,3
	Lise	24	25,8
	Üniversite	5	5,4
Anne Eğitim	Yok	13	14

Durumu	İlkokul	48	51,6
	Ortaokul	13	14
	Lise	16	17,2
	Üniversite	3	3,2
Psikoaktif madde kullanımı	Kullanmıyor	66	71
	Alkol	20	21,5
	Madde	4	4,3
	Alkol+Madde	3	3,2
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü	Var	30	32,3
	Yok	63	67,7
Ailede psikiyatrik hastalık bulunan birey	Anne	15	50
	Baba	4	13,3
	Kardeş	6	20
	Diğer	5	16,7

Çalışmaya katılan hastaların kendisine zarar verme davranışı ile ilgili özellikleri aşağıdaki tabloda gösterilmiştir(Tablo 3). İlk zarar verme yaşı 10-20 yaş arasında değişmekte olup ve ortalama yaş $15,01 \pm 2,01$ 'dir. Olguların %38,7'si 1-5 kez, %14'ü 5-10 kez ve %47,3'ü çok sayıda kendine zarar verme davranışı tanımlamışlardır. Olguların %20,4'ü bir yıldan uzun süredir kendisine zarar vermediğini, % 35,5'i bir ay- bir yıl içinde kendine zarar verici davranışta bulunduğunu ve %44,1'i son bir ay içinde kendine zarar verici davranışta bulunduğunu belirtmiştir.

Çalışmaya katılan hastalar kendine zarar verme yöntemi olarak sırasıyla kendini kesme, deriye cam sürtme, kelime kazıma, iz bırakacak veya kanatacak şekilde kendini tırmalama, kafayı vurma ve ilaç içme yöntemlerini kullandıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 3: Kendine Zarar Veren Gençlerde Kendine Zarar Verme Davranışının Özellikleri

	Min-Max	Ort±SS
Kendine İlk Zarar Verme Yaşı	10-20	15,01±2,01
	N	%
Kendine Zarar Verme Sayısı		
1-5 arası	42	38,7
5-10 arası	13	14
Çok sayıda	44	47,3
Kendine Son Zarar Verme Zamanı		
1 aydan kısa sürede	41	44,1
Bir ay-bir yıl içinde	33	35,5
Bir yıldan daha uzun zamanda	19	20,4
Kendine Zarar Verme Türü		
Keserek	82	88,2
Cam sürtme	54	58,1
Kendini tırmalama	35	37,6
Kelime kazıma	35	37,6
İlaç içme	23	35,5
Kafayı vurma	27	29
Kendini ısırma	20	21,5
Keskin cisimleri deriye saplama	20	21,5
Sigara ile yakma	16	17,2
Çakmak veya kibritle yakma	12	12,9
Saç çekme	11	11,8
Duvarı yumruklama	11	11,8
Resim kazıma	8	8,6
Kemikleri kırma	7	7,5
Kendini zımbalama	4	4,3
Yaranın iyileşmesini önleme	3	3,2
Asit damlatma	2	2,2
Çamaşır suyu ile ovalama	1	1,1

Çalışmaya katılan hastaların intihar girişimleri ve özellikleri aşağıdaki tabloda belirtilmiştir(Tablo4). Çalışmaya katılan hastaların %48,4'ü intihar girişiminde bulunduğunu, % 51,6'sı intihar girişiminde bulunmadığını belirtmiştir. İntihar girişimi sayısı 1-7 arasında değişmektedir, ortalama intihar girişimi sayısı $2,08 \pm 1,57$ 'dir.Çalışmaya katılan intihar girişiminde bulunan hastaların %26,6'sı son 1 ay içinde, %37,8'i bir ay- bir yıl içinde, %35,6'sı bir yıldan daha uzun bir zaman dilimi içinde intihar girişiminde bulunmuştur. Çalışmaya katılan hastaların %20,4'ünün ailesinde intihar girişimi öyküsü vardır, %79,6'sının ailesinde intihar girişimi öyküsü tespit edilmemiştir. En çok belirtilen intihar yöntemi yüksek dozda ilaç içmedir.

Tablo 4: Kendine Zarar Veren Gençlerde İntihar Girişimi ve Özellikleri

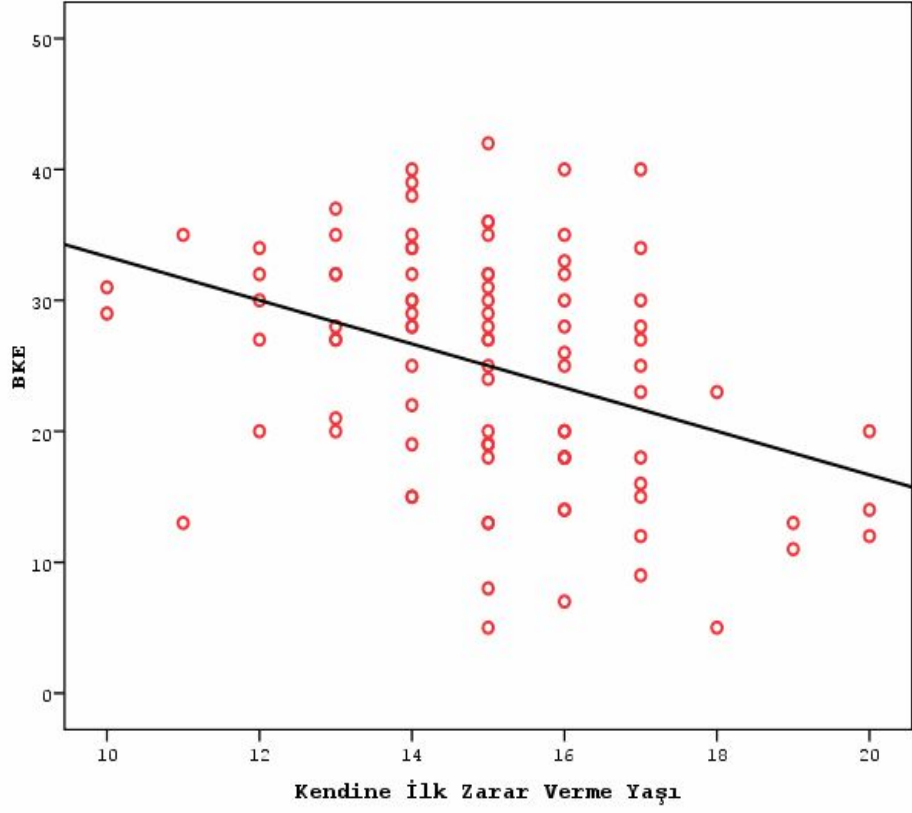
		Min-Max	Ort $\pm$ SS
İntihar Girişimi	Evet	45	48,4
	Hayır	48	51,6
İntihar Zamanı	1 aydan kısa sürede	12	26,6
	Bir ay-bir yıl içinde	17	37,8
	Bir yıldan daha uzun zamanda	16	35,6
Ailede İntihar Öyküsü	Var	19	20,4
	Yok	74	79,6
İntihar Yöntemi	İlaç içme	28	62,2
	Kendini kesme	6	13,4
	Yüksekten atlama	1	2,2
	Birden fazla metod ilaç içme-kendini kesme	8	17,8
	Birden fazla metod ilaç içme-yüksekten atlama	1	2,2
	Gaz açma	1	2,2

Çalışmaya katılan hastaların tanılarının dağılımı ve psikiyatrik tedavi süreleri aşağıdaki Tablo 5’te görülmektedir. En sık görülen tanıların sırasıyla Major Depresyon(%25,81), Davranım Bozukluğu ile giden Uyum Bozukluğu(%17,20), Başka Türü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğu (%12,90), Borderline Kişilik Bozukluğu(%11,83) ve Postravmatik Stres Bozukluğu(%11,83) olduğu saptandı. Çalışmaya katılan hastaların %26’sının ilk kez tedaviye başvurdıkları, %38,7’sinin 1-6 aydır, %19,4’ünün 6-12 aydır, %10,7’sinin 1-3 yıldır ve %3,2’sinin 3 yıldan uzun süredir tedavilerinin sürdüğü saptandı.

Tablo 5: Kendine Zarar Veren Gençlerde Psikiyatrik Tanı ve Tedavi Sürelerinin Dağılımı

Tanı		N	%
Major Depresyon		24	25,81
Davranım bozukluğu ile giden Uyum Boz		16	17,20
Depresif Duygudurumla Giden Uyum Bozukluğu		10	10,75
Başka Türü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğu		12	12,90
Posttravmatikstres Bozukluğu		11	11,83
Obsesif kompulsif Bozukluk		1	1,08
Sosyal Fobi		1	1,08
Borderline Kişilik Bozukluğu		11	11,83
Antisosyal Kişilik Bozukluğu		1	1,08
Anksiyete İle Giden Uyum Bozukluğu		4	4,30
Bulimia Nervosa		1	1,08
Madde Kötüye Kullanımı		1	1,08
Tedavi Süresi	İlk Başvuru	26	28
	1-6 ay	36	38,7
	6-12 ay	18	19,4
	1-3 yıl	10	10,7
	3 yıl +	3	3,2

Çalışmamıza katılan hastalarda kendine ilk zarar verme yaşları ile BKE puanları arasında negatif yönde %37,4 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,01$).



Şekil 1: Kendine Zarar Veren Gençlerde Borderline Kişilik Özellikleri ve Kendine Zarar Verme Yaşı Arasındaki İlişki

4.2. İNTİHAR GİRİŞİMİ OLAN VE OLMAYAN GRUBUN KİYASLANMASI

Çalışmaya katılan hastalarda intihar girişimi olanların ve olmayanların sosyodemografik özelliklerine ilişkin tablo aşağıdadır (tablo 6). İntihar girişimine göre yaşlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Çalışmada intihar girişimi tespit edilen hastalarda diğer gruba, göre cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,01$); kızlarda intihar girişimi oranı erkeklerden anlamlı yüksektir. 61 kız olgusunun 42'sinde (%61,8) intihar girişimi saptanırken, 25 erkek hastanın 3'ünde (%12) intihar girişimi saptandı. Cinsiyet açısından kızlarda intihar riskinin arttığı saptandı (odds oranı:11,846; %95 güven aralığı:3,223-43,559; $p=0.000$). İntihar girişimi olan ve olmayan grupta eğitim düzeyine, çalışma ve öğrencilik durumuna, kardeş sayılarına, kimin büyüttüğüne ve babanın eğitim düzeyine ilişkin anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). İki grup arasında anne eğitim düzeyi anlamlı farklılık göstermektedir. Eğitimsiz anne ve ilköğretim mezunu anne gruplarında intihar girişimi oranı yüksekken lise ve üniversite mezunu anne grubunda intihar girişimi oranı düşüktür ($p<0,01$). İntihar girişimi olan 45 olgunun 10'unun (% 22.2'si), intihar girişimi olmayan 48 kişinin 3'ünün (%6.3) annesinin eğitiminin olmadığı saptandı. Eğitimsiz annenin intihar girişimi riskini artırdığı saptandı (odds oranı:4.286; %95 güven aralığı:1.096-16.760; $p=0.026$). İntihar girişimi olan ve olmayan grupta olguların eğitim sürelerinde, ailede psikiyatrik hastalık ve ailede intihar davranışı öyküsünde anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6: Kendine Zarar Veren Gençlerde İntihar Girişimi Olan ve Olmayanların Demografik Özelliklerin Değerlendirmesi

		İntihar Girişimi		P
		Evet	Hayır	
		n :45	N:48	
Yaş	18	30 (% 66,6)	30 (%62,5)	0,899
	19	7 (%15,5)	9 (%18,75)	
	20	8 (%17,9)	9 (%18,75)	
Cinsiyet	Kız	42 (%93,3)	26 (%54,3)	0,001*
	Erkek	3 (%6,7)	22 (%45,8)	
Eğitim Durumu	Ortaokul	10 (%22,2)	7 (%14,6)	0,528
	Lise	30 (%66,6)	37 (%77,1)	
	Üniversite	5 (%11,2)	4 (%8,3)	
Çalışma Durumu	Öğrenci	23 (%51,1)	28 (%54,)	0,309
	Düzenli Çalışıyor	4(%8,9)	5(%10,4)	
	Düzensiz Çalışma	1(%2,2)	4(%8,3)	
	Çalışmıyor	17(%15,6)	11(%23)	
Anne Baba	Berberler	31(%68,9)	39(%81,3)	0,551
	Boşandılar	9(%20)	5(%10,4)	
	Babam Öldü	4(%8,9)	3(%6,2)	
	Annem-Babam Öldü	1(%2,2)	1 (%2,2)	
Kardeş Sayısı		2,98±2,21	2,75±1,39	0,994

Tablo 6: Kendine Zarar Verme Davranışı Olan Gençlerde İntihar Girişimi Olan ve Olmayanların Demografik Özelliklerin Değerlendirmesi

Annenin Eğitimi	Okula gitmemiş	10(%22,2)	3(%6,3)	0,007*
	İlköğretim	30(%66,7)	31(%65,5)	
	Lise	5(%11,1)	11(%22,9)	
	Üniversite	0(%0)	3(%6,3)	

Tedavi Süresi	İlk Başvuru	12 (%26,7)	14 (%29,2)	0,890
	1-6 ay	17 (%37,8)	19 (%39,6)	
	6-12 ay	8 (%17,8)	10 (%20,8)	
	1-3 yıl	6 (%13,3)	4 (%8,3)	
	3 yıl +	2 (%4,4)	1 (%2,1)	

Ailede psikiyatrik Hastalık	Yok	33 (%73,3)	30 (%62,5)	0,264
	Var	12 (%26,7)	18 (%37,5)	

Ailede psikiyatrik hastalık bulunan birey	Anne	7 (%58,3)	8 (%44,5)	0,536
	Baba	2 (%16,7)	2 (%11,1)	
	Kardeş	3 (%16,7)	4 (%22,2)	
	Diğer	1(%8,3)	4 (%22,2)	

Ailede intihar öyküsü	Yok	36(%80,2)	38 (%79,2)	0,264
	Var	9 (%20)	10 (%37,5)	

Ki-kare testi kullanıldı *p<0,01

Çalışmaya katılan hastalarda intihar girişimi olanların ve olmayanların DSM'ye göre en çok aldıkları 4 tanı grubuna göre değerlendirilmesi aşağıdaki tabloda gösterilmiştir(Tablo 7). İntihar girişimine göre DSM tanıları anlamlı farklılık göstermediği saptandı. Borderline kişilik bozukluğu (BKB) saptanan 11 olgunun 9'unda (% 81.9) intihar girişimi bulunmaktaydı. BKB olması intihar girişimi için riski belirgin biçimde artırmaktadır (odds oranı: 5.75; % 95 güven aralığı 1.169-28.282; p=0.018).

Tablo 7: Kendine Zarar Veren Gençlerde İntihar Girişimi Olanların ve Olmayanların Dsm'ye Göre Tanılarının Değerlendirilmesi

DSM Tanıları	İntihar Girişimi		P
	Evet	Hayır	
1. Major Depresyon	14 (%31,8)	9 (%19,6)	0,106
2.Borderline Kişilik Bozukluğu	9 (%20,5)	2 (%4,3)	
3.Uyum Bozukluğu	10(%22,7)	21(%45,7)	
4.Anksiyete Bozukluğu	11(%25)	14 (%30,4)	

Ki-Kare testi kullanıldı p>0,05

Çalışmaya katılan hastalarda intihar girişimi olanlarla olmayanların kendine zarar verme davranışı sayısı açısından karşılaştırılması aşağıdaki tabloda yapılmıştır (tablo 8). İntihar girişimine göre çok sayıda kendine zarar verme davranışı olanlarda intihar girişimi daha fazla görülmüştür, aradaki fark anlamlı olarak değerlendirilmiştir(p<0,05). Kendine zarar verme davranışlarının tekrarlanmasına 1-5 kez arasında kendine zarar verme davranışında bulunan olgular ile 5'den fazla kendine zarar verme davranışı olan (tekrarlayıcı kendine zarar verme davranışı olan olgular) intihar girişimi açısından karşılaştırıldı. 1-5 kez arasında kendine zarar verme davranışı olan 36 olgunun 11'i (% 30.6) intihar girişiminde bulunurken, 5'den fazla kendine zarar verme davranışı olan 57 olgunun 34'ü (% 59.6) intihar

girişiminde bulunmuştu. 5’den fazla kendine zarar verme davranışının olması (tekrarlayıcı kendine zarar verme davranışı olması) intihar girişimi riskini artırmaktadır (Odds oranı:3.360; %95 güven aralığı:1.387-8.139; p=0.006).

Tablo 8: Kendine Zarar Veren Gençlerde İntihar Girişimi Olan ve Olmayanların Kendine Zarar Verme Davranış Sayılarının Değerlendirmesi

Kendine zarar verme davranışı sayısı	İntihar Girişimi		
	Evet	Hayır	
1-5 kez	11 (%24,4)	25 (%52,1)	0,021 *
5-10 kez	7 (%15,6)	6 (%12,5)	
Çok sayıda	27 (%60)	17 (%35,4)	

Ki-kare testi kullanıldı p<0,05*

Çalışmaya katılan hastalarda intihar girişimi olanların ve olmayanların kendine zarar verme davranış özellikleri açısından karşılaştırılması aşağıdaki tabloda yapılmıştır.(Tablo 9) İntihar girişiminde bulunanların kendini kesme, sigarayla yakarak zarar verme, iz bırakacak yada kanatacak şekilde tırmalama, cam sürtme ve yüksek doz ilaç içme davranışı intihar davranışı olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek olarak saptandı.(p<0,05).

Tablo 9: Kendine Zarar Veren Gençlerde İntihar Girişimi Olanlar ve Olmayanlar Arasında Kendine Zarar Verme Davranış Özelliklerinin Değerlendirilmesi

		İntihar Girişimi		P
		Evet	Hayır	
Keserek Zarar Verme	Evet	43 (%95,5)	39 (%81,3)	0,033 *
	Hayır	2 (%4,5)	9 (%18,7)	
Sigarayla yakarak zarar verme	Evet	12 (%26,7)	4 (%8,3)	0,019 **
	Hayır	33 (%73,3)	44 (%91,7)	
Çakmak Kibritle Yakma	Evet	6 (%13,3)	6 (%12,5)	0,905
	Hayır	39 (%86,7)	42 (%87,5)	
Kelime Kazıma	Evet	21 (%46,7)	14 (%29,2)	0,063
	Hayır	24 (%53,3)	34 (%70,8)	
Kendini Tırmalama	Evet	22 (%48,9)	13 (%27,1)	0,025 **
	Hayır	23 (%51,1)	35 (%72,9)	
Kendini Isırma	Evet	10 (%22,2)	10 (%20,8)	0,535
	Hayır	35 (%77,8)	38 (%79,2)	
Asit Damlatma	Evet	1 (%2,2)	1 (%2,1)	0,736
	Hayır	44 (%97,8)	47 (%97,9)	
Çamaşır Suyuyla ovalama	Evet	1 (%2,2)	0 (%0)	0,484
	Hayır	44 (%97,8)	48 (%100)	
Keskin Cisimleri Deriye Saplama	Evet	13 (%28,9)	7 (%14,6)	0,077
	Hayır	32 (%71,1)	41 (%85,4)	

Cam Sürtme	Evet	31 (%68,9)	23 (%47,9)	0,033 **
	Hayır	14 (%31,1)	25 (%52,1)	
Kemikleri Kırma	Evet	3 (%6,7)	4 (%8,3)	0,36
	Hayır	42 (%93,3)	44 (%91,7)	
Kafayı vurma	Evet	14(%31,1)	13(%52,1)	0,421
	Hayır	31(%68,9)	35(%72,9)	
Kendini Zımbalama	Evet	3(%6,7)	1(%2,1)	0,284
	Hayır	42(%93,3)	47(%97,9)	
Yara İyileşmesini Önlemek	Evet	3(%6,7)	0(%0)	0,109
	Hayır	42(%93,3)	48(%100)	
Saç Çekme	Evet	4(%36,4)	7(%14,6)	0,206
	Hayır	41(%91,1)	41(%83,4)	
İlaç İçme	Evet	15(%40)	4(%8,3)	0,009 *
	Hayır	30(%60)	44(%91,7)	
Duvar yumruklama	Evet	8(%17,8)	14(%29,2)	0,107
	Hayır	37(%82,2)	34(%70,8)	

Ki-kare testi kullanıldı $p<0,01^*$ $p<0,05^{**}$

Çalışmaya katılan hastalarda intihar girişiminde bulunan ve bulunmayanlara göre kendine zarar verme davranışı puanlarının karşılaştırılması aşağıdaki tabloda gösterilmiştir(tablo 10). İntihar girişiminde bulunan hastaların kendine zarar verme puanları intihar girişimi olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ($p<0,05$). İntihar girişiminde bulunan hastaların geçmiş intihar puanları intihar girişimi olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ($p<0,01$).

İntihar girişiminde bulunan hastaların intihar tehdidi puanları intihar girişimi olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ($p<0,05$). İntihar girişiminde bulunan olguların intihar düşüncesi puanları

intihar girişimi olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır (p<0,01).

Tablo 10: Kendine Zarar Veren Gençlerde İntihar Girişimi Olanların ve Olmayanların Kendine Zarar Verme Davranışı Puanlarının Değerlendirmesi

Kendine zarar verme davranışı	İntihar Girişimi		P
	Evet	Hayır	
	Ort±SS	Ort±SS	
Kendine zarar verme	14,68±1,85	13,80±2,19	0,046*
Geçmiş İntihar	15,66±3,04	0±0	0,001**
İntihar Tehdidi	4,21±6,24	1,70±4,28	0,033*
İntihar Düşüncesi	7,51±3,42 (8)	3,53±4,0 (0)	0,001**

Mann-Whitney U test kullanıldı

*p<0,05

**p<0,01

Çalışmamıza katılan hastaların intihar girişiminde bulunan ve bulunmayanların borderline karakter envanteri (BKE) ortalamaları aşağıdaki tabloda gösterilmiştir(tablo11). İntihar girişimine göre BKE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0,01); intihar girişiminde bulunan olguların puanları bulunmayan olgularda yüksektir.

Tablo 11:Kendine Zarar Veren Gençlerde İntihar Girişimi Olanların ve Olmayanların Borderline Karakter Envanteri Puanlarının Değerlendirmesi

	Borderline Karakter Envanteri	P
	Ort±SS	
İntihar Girişimi		
Evet	28,08±7,85	0,001*
Hayır	20,90±8,78	

Mann-Whitney U test kullanıldı p<0,001*

Çalışmamıza katılan intihar girişiminde bulunan ve bulunmayan hastaların mizaç ve karakter özellikleri karşılaştırılması aşağıdaki tabloda verilmiştir(tablo 12).Yenilik arayışı alt boyut puanları ve toplam puanı intihar

girişimi olmasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Zarardan kaçınma alt boyut puanları ve toplam puanı intihar girişimi olmasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).Ödül bağımlılığı alt boyut puanları ve toplam puanı intihar girişimine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Kendini yönetme alt boyut puanları ve toplam puanı intihar girişimine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). İş birliği alt boyut puanları ve toplam puanı intihar girişimi olmasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Kendini aşma alt boyut puanları ve toplam puanı intihar girişimi olmasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 12: Kendine Zarar Veren Gençlerde İntihar Girişimi Olan ve Olmayanların Mizaç ve Karakter Envanteri Puanlarının Değerlendirilmesi

		İntihar Girişimi		P
		Evet	Hayır	
		Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	
Yenilik Arayışı	NS 1	6,24±1,86	6,06±2,01	0,652
	NS 2	5,4±2,03	5,29±2,27	0,810
	NS 3	5,62±1,89	5,31±1,98	0,444
	NS 4	5,58±1,92	5,40±1,69	0,620
	NS TOPLAM	22,93±4,73	22,26±5,62	0,480
Zarardan Kaçınma	HA 1	6,44±2,39	6,37±2,34	0,888
	HA 2	3,82±2,07	3,68±1,83	0,740
	HA 3	3,68±2,44	4,20±2,07	0,271
	HA 4	4,93±2,28	5,20±2,14	0,550
	HA TOPLAM	19,02±6,72	19,81±6,08	0,214
Ödül Bağımlılığı	RD 1	7,13±1,97	6,97±1,95	0,431
	RD 2	4,35±1,78	3,75±1,81	0,109
	RD 3	1,88±1,56	1,81±1,55	0,742
	RD TOPLAM	13,15±3,48	12,54±3,63	0,409
Kendini Yönetme	SD 1	2,66±1,66	3±1,68	0,341
	SD 2	3,88±2,06	4±1,89	0,787
	SD 3	2,53±1,30	2,45±1,52	0,801
	SD 4	4,68±2,60	3,87±2,39	0,120
	SD 5	6,53±1,90	6,41±2,35	0,794
	SD TOPLAM	20,31±5,88	19,83±6,88	0,721
İş Birliği	C 1	4,68±2,13	4,20±2,23	0,291
	C 2	3,75±1,52	3,75±1,89	0,988
	C 3	351,±1,27	3,85±1,65	0,267
	C 4	5,26±3,34	4,41±3,25	0,218
	C 5	5,44±1,76	5,54±1,94	0,972
	C TOPLAM	22,75±7,60	21,60± 8,29	0,488
Kendini Aşma	ST 1	7,46±2,52	7,10±2,03	0,447
	ST 2	4,71±2,32	4,70±3,14	0,996
	ST 3	7,35±3,37	6,75±2,86	0,352
	ST TOPLAM	19,57±6,91	18,58±6,31	0,470
Sebat etme	P	4,06±2,09	3,97±2,05	0,839

5. TARTIŞMA

Bu çalışmaya Bakırköy Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ergen ve Genç Erişkin Psikiyatri 2. basamak polikliniğinde iki ay boyunca başvurarak takip ve tedavi edilen kendine zarar verme davranışı olan 93 hasta alındı. Bu polikliniğe başvuranlar psikoterapiden yararlanacağı düşünülerek Ergen ve Genç Erişkin Psikiyatri 1. basamak polikliniğinden yönlendirilen hastalardan oluşuyordu.

Çalışmaya alınan hastalara sırasıyla kendine zarar verme davranışı tarama anketi, sosyodemografik veri formu, SCID I ve/veya SCID II uygulaması, kasıtlı kendine zarar verme anketi, kendine zarar verme davranışı tarama anketi, mizaç ve karakter envanteri ve borderline kişilik envanteri verildi.

Çalışmaya katılan hastalar kendine zarar verme tarama formu verilerek intihar girişimi olanlar ve olmayanlar şeklinde iki gruba ayrıldı. Çalışmaya katılan 61 kızdan 42'si intihar girişiminde bulunduğunu, 25 erkek hastadan 3'ü intihar girişiminde bulunduğunu bildirmiştir. İntihar girişimi olanların oranı % 48 bulundu. Çalışmaya aldığımız grubun 3. basamak bir tedavi merkezinde takip ediliyor olması bu oranın yüksekliğini açıklamaktadır. İntihar girişiminde bulunanların %93'ünü kızlar oluşturmaktaydı. Literatürde tüm yaş grupları için tamamlanmış intiharın erkeklerde, intihar girişimlerinin ise kadınlarda daha sık olduğu konusunda görüş birliği bulunmaktadır. Lewinsohn ve ark. 14-18 yaşları arasındaki 1709 ergenle yaptıkları 5 yıllık takip çalışmasında intihar girişimi sayısının kızlarda daha fazla olduğunu göstermişlerdir(147). Çalışmamıza katılan hastalarda intihar girişimi sayısı 1-7 arasında değişmekteydi ve % 46,6'sının bir kez intihar girişiminde bulunduğu, % 53,4'ünün birden fazla kez intihar girişiminde bulunduğu tespit edilmiştir. Kendine zarar verme davranışında bulunanların %15'i hastaneye başvurmakta çoğunluğu hastaneye başvurmamaktadır(62). Hastaneye başvuran kendine zarar verme davranışında bulunan hastalarla yapılan 9 yıllık bir takip çalışmasında % 5'inden

fazlasının tamamlanmış intihar nedeniyle öldüğü gösterilmiştir(62). Helsinki de yapılan 5,3 yıllık bir takip çalışmasında kendine zarar verici davranışı olanların %15'inin öldüğü, bunların yarısından azının tamamlanmış intihar nedeniyle öldüğü, diğer ölüm sebeplerinin homisid, alkol kötüye kullanımı, madde kötüye kullanımı ve kazalar sonucu gerçekleştiği saptanmıştır(148). Kendine zarar verici davranışı olanlarda en önemli ölüm nedeni tamamlanmış intihar, tamamlanmış intihar için en önemli risk faktörü ise önceki intihar girişimleridir(77). Bu nedenle kendine zarar verici davranış ve intihar girişimleri üzerinde titizlikle durulmalıdır.

Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre, anne baba kaybı ya da boşanmasının, kardeş sayısının ve baba eğitim düzeyinin, ailede psikiyatrik hastalığın olmasının, psikoaktif madde kullanımının kasıtlı kendine zarar veren bireylerde intihar girişiminde anlamlı düzeyde etkili olmadığı düşünülmüştür.

Anne eğitim düzeyinin düşük olmasının intihar girişimini artırdığını destekleyen çalışmalar bulunmaktadır(149). Çalışmamızda intihar girişimi olan grupta anne eğitim düzeyinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda intihar girişiminde bulunan hastaların büyük çoğunluğunu kızların oluşturması bununla ilişkili olarak anneyi model alarak problem çözme yetilerinin yetersiz gelişmesinin etkili olduğu düşünülebilir.

Yüksek doz ilaç içme intihar girişimleri arasında en çok kullanılan yöntemdir(24, 25, 150). Çalışmamızda hastaların %62,2'si yüksek doz ilaç içerek intihar girişiminde bulunduklarını belirtmişlerdir. Çalışmaya katılan intihar girişiminde bulunan hastaların çoğunluğunun kızlardan oluşması, ilacın kolay ulaşılabilir bir intihar yöntemi olması sonuçlarımızı açıklamaktadır.

Önceki psikiyatrik tedaviler kendine zarar verici davranışı olan gençlerde önemli bir prediktördür (151). Çalışmamızda intihar girişiminde bulunanlar ve bulunmayanların psikiyatrik tedavi sürelerinde farklılık bulunmamıştır. Ancak ileri istatistiklerde borderline kişilik bozukluğu tanısının intihar girişimi olanlarda daha fazla olduğu saptanmıştır.

Borderline kişilik bozukluğunda kendine zarar verici davranış ve intihar girişimlerinin birlikteliği diğer eksen II bozukluklarından daha sık görülmektedir(124). Kjelsberg ve ark. 21 Borderline Kişilik Bozukluğu tanısı almış hasta ile yaptıkları çalışmada intihar girişiminde bulunanlarla bulunmayanlar arasında dürtüsellik, alkol madde kullanım bozuklukları ve depresif semptomatoloji açısından farklılık saptanmadığını, borderline kişilik bozukluğunun global şiddetinin artmasının intihar davranışı üzerinde daha etkili olduğunu göstermişlerdir(121). Borderline karakter envanterindeki (BKE) toplam puan artışı borderline psikopatolojinin ağırlığı ile açıklanmaktadır(145). Çalışmaya katılan tüm hastalar BKE'nin kesme noktası olan 15-16 noktasını geçmiş ancak intihar girişiminde bulunanlarda BKE puanları ortalaması intihar girişiminde bulunmayan gruptan daha yüksek çıkmıştır. Çalışmamız sonuçlarına göre borderline psikopatolojinin ağırlığı intihar girişimlerinde önemli bir risk faktörüdür.

Muehlenkamp ve arkadaşları, kendine zarar verici davranışı olan ergenlerde intihar girişimi olan ve olmayanları değerlendirdikleri bir çalışmada iki grup arasında depresyon görülme sıklığında bir farklılık saptanmadığını ancak grupta depresif semptomatolojinin farklılık gösterdiğini ve her iki davranışın birlikte görüldüğü grupta anhedoni ve düşük seviyede gelecek planlarının belirginleştiğini, bu durumun umutsuzluk için önemli olduğunu göstermişlerdir(7). Umutsuzluk kognitif önyargıları, stresi ve problem çözme yeteneklerini etkileyerek intihar düşüncesi ile en fazla etkileşim içinde olan parametredir. Bu etkileşim ergenlerde ve erişkinlerde kuvvetlenmektedir (152). Dougherty ve ark. ergenlerde yaptıkları bir çalışmada kendine zarar verme davranışı ve intihar girişimlerinin birlikte bulunduğu grupta sadece kendine zarar verme davranışında bulunanlara göre depresyon ve umutsuzluğun daha fazla olduğunu göstermişlerdir(10). Literatürde intihar ve intihar girişimini yordayan en önemli değişkenlerden birinin intihar düşüncesi olduğu ve intihar girişiminde bulunan kişilerin bu fikirlerini açık yada üstü örtülü bir biçimde çevrelerine ilettiklerini gösterilmektedir(153). Stanley ve arkadaşları, 53 erişkin borderline kişilik bozukluğu tanısı almış hastayı, intihar girişimi ve kendine zarar verici davranışının birlikte olduğu 30 hasta ve sadece intihar girişimi olan 23 hasta

olmak üzere iki gruba ayırarak yaptıkları karşılaştırmalı bir çalışmada intihar düşüncelerinin, depresyonun, umutsuzluğun, dürtüselliğin kendine zarar verici davranış ve intihar davranışının birlikte olduğu grupta daha sık olduğunu göstermişlerdir(81). Muehlenkamp ve ark., sadece kendini zarar verici davranışı olanların, sadece intihar girişimi olanların, intihar girişimi ve kendine zarar verici davranışın birlikte olanların ve her iki davranışında görülmeyenlerin oluşturduğu ergen gruplarında yaptıkları bir çalışmada, kendine zarar verme davranışı ve intihar girişimlerinin birlikte olduğu grupta diğer gruplara göre intihar düşüncesinin daha fazla olduğunu göstermişlerdir(7). Her iki çalışmada da, intihar düşüncelerinin kendine zarar verme davranışları ve intihar girişimlerinin birlikte olduğu grupta, hem sadece intihar girişimi olan gruptan ve hem de sadece kendine zarar verici davranışı olan gruptan daha yüksek olduğunu göstermesi dikkat çekicidir. Çalışmamızda literatürlerle uyumlu olarak kendine zarar verme davranışı ve intihar girişiminin birlikte olduğu grupta sadece kendine zarar verme davranışı olan gruba göre intihar düşüncelerinin daha fazla olduğu gösterilmiştir. Sonuç olarak kendine zarar verme davranışı olan bireylerde intihar düşüncelerini sorgulamak önemlidir.

İntihar davranışında aile öyküsü hem biyolojik hem de çevresel faktörlerin etkileşmesiyle önem kazanmaktadır. Ailesel intihar davranışındaki artış dürtüsellik gibi endofenotip transmisyonları ile açıklanabilir. Aynı zamanda ebeveynin dürtüselliği ve agresyonu aile yapısının kırılganlığını ve çocuğun kötüye kullanım riskini artırmakta, intihar davranışı riskide çevresel faktörler nedeniyle dolaylı olarak artış gösterebilmektedir. Özellikle çocuklarda ve gençlerde aile disfonksiyonu hem kendine zarar verme davranışında hem de intihar girişiminde önemli bir risk faktörü olarak tanımlanmaktadır. Nakagava ve ark. intihar girişimi olan 469 hastayı değerlendirdikleri bir çalışmada %14,9’unda aile öyküsünün olduğunu göstermişlerdir(154). Diconu ve ark. intihar girişiminde bulunan 474 hastayı değerlendirdikleri bir çalışmada %13,2’sinde ailede intihar davranışı öyküsünün olduğunu göstermişlerdir(155). Bu çalışmada kendine zarar veren bireylerde ailede intihar davranışı görülme oranı % 20,4 olarak bulundu, bu oran literatürdeki intihar girişimi olanlarda ailede intihar davranışı öyküsünün

tespit edildiği çalışmalardan daha yüksektir. Çalışmamızda ailede intihar davranışı öyküsünün kendine zarar verme davranışı olanlarda yüksek olduğu, kendine zarar verici davranışı olan intihar girişimi olan ve olmayan grupların ailelerinde intihar davranışının karşılaştırılmasında ise anlamlı farklılık bulunmadığı tespit edilmiştir.

Kendine zarar verme davranışının çoğunlukla ergenlik döneminde başladığı çok sayıda çalışmada belirtilmiştir. Literatürde kendine zarar verme davranışının 13-19 yaşları arasında başladığı gösterilmiştir(156). Çalışmaya katılan hastalarda kendisine ilk zarar verme yaşı 10-20 yaş arasında değişmektedir ve ortalama yaş $15,01 \pm 2,01$ olarak saptanmıştır, bu veri literatürle uyumludur. Kendine zarar verme yaşı küçüldükçe çalışmaya katılan hastaların borderline kişilik envanterinde aldıkları toplam puanlarda artış anlamlı olarak saptanmıştır. İlk kendine zarar verme yaşı ve ilk intihar girişiminde bulunma yaşı borderline kişilik bozukluğunda daha erken yaşlarda görülmektedir(124). Borderline karakter envanterindeki toplam puan artışı borderline psikopatolojinin ağırlığı ile açıklanmaktadır(145). Borderline psikopatolojideki artış ile ilk kendine zarar verme yaşının daha erken olması arasında ilişki olduğu çalışmamızda saptanmıştır.

İntihar amaçlı olmayan kendine zarar verici davranış, sosyal olarak onaylanmayan ve bilinçli intihar amacı taşımayan vücut dokusuna tekrarlı ve amaçlı zarar verme davranışdır(5). Tekrarlayan kendine zarar verici davranışı olanlar acıyı ve korkuyu alışkanlık haline getirirler. İntihar girişiminde bulunanlar intihardan daha az korktuklarını belirtmektedirler(7). Bu nedenle kendine zarar verici davranıştan daha az korkan ve tekrarlayıcı kendine zarar verme davranışında bulunanlar intihar açısından daha fazla risk taşırlar(7). Zahl ve arkadaşları, 1978- 1997 yılları arasında kendine zarar verme davranışı olan 11583 hasta ile yaptıkları bir çalışmada %39'unda tekrarlayıcı kendine zarar verme davranışının olduğunu, intihar için en riskli grubun ise tekrarlayıcı kendine zarar verme girişimi olan kadınlar olduğunu göstermişlerdir (100). Çalışmamızda intihar girişimlerinde bulunanların %59.6'sı tekrarlayıcı kendine zarar verme davranışı tanımlamıştır. İntihar girişimi olmayan grupta ise tekrarlayıcı kendine zarar verme davranışı %30,6

olarak saptanmıştır. Tekrarlayıcı kendine zarar verme davranışının acıdan korkuyu azaltarak intihar girişimleri için bir risk oluşturduğu söylenebilir.

Tekrarlayıcı kendine zarar verme davranışı olanlarda uzun dönemde kendi hayatlarını değiştirme kapasitesinin olmadığı ve problem çözme yetilerinde eksiklik olduğu belirtilmiştir(157). Çalışmamıza katılan hastalarda kendine zarar verici davranışta bulunan ve intihar girişiminde bulunan grupta sadece kendine zarar verici davranışta bulunan gruba göre bir problemle karşılaştıklarında çevrelerindeki daha çok intihar etmekle tehdit ettikleri ve daha ciddi intihar planları yaptıkları görülmüştür. Kendine zarar verme davranışı olanların tedavisinde problem çözme yetenekleri üzerine odaklanarak sorunlarına daha gerçekçi ve işlevsel çözümler bulmalarına yardımcı olunabilir.

Skegg kendine zarar verme davranışlarını ölümcüllüğü yüksek olanlar(ası, ateşli silah kullanma, yüksekten atlama, zehirlenme), ölümcüllüğü düşük olanlar (yüksek doz ilaç içme, kendini kesme, yakma), doku hasarına neden olanlar(kendini kesme, kendini yakma, kendini ısırma, tırmalama, cildine kelimeler kazıma), doğrudan doku hasarına neden olmayan diğer kendine zarar verici davranışlar(kendini cezalandırma, içmesi gereken ilaçları bırakma, kendini yaralayabilecek egzersizler yapma) olmak üzere sınıflandırmıştır(77). Yüksek doz ilaç içme ölümcüllüğü düşük olan grupta yer alırken, kendini kesme ve kendini yakma ölümcüllüğü düşük olan grupta ve aynı zamanda da doku hasarına neden olan grupta yer almaktadır(77). Kendine zarar verme davranışı niyet olmadan değerlendirilemez. Genel popülasyonda genç erişkinlerle yapılan bir çalışmada kendini kesme ve yüksek doz ilaç içme davranışının intihar niyetiyle bağlantılı olduğunu gösterilmiştir(158). Çalışmamızda en çok görülen kendine zarar verme davranışları ise sırasıyla kendini kesme, deriye cam sürme, kelime kazıma, iz bırakacak veya kanatacak şekilde tırmalama, kafayı vurma ve yüksek doz ilaç içme yöntemleridir. Bu yöntemlerden intihar girişiminde bulunanlarda kendini kesme, kendini yakma, yüksek doz ilaç içme, deriye cam sürme ve iz bırakacak veya kanatacak kadar tırmalama davranışına intihar girişiminde bulunmayanlara göre daha sık rastlanmıştır. Kendini tırmalama dışında intihar girişiminde bulunanların kendine zarar

vermek için kullandıkları yöntemlerin ölümcül olarak sınıflandırılan gruptan olduğu ve daha agresif davranışları seçtikleri dikkat çekmektedir.

Hipotezimizden farklı olarak çalışmamıza katılan kendine zarar verme davranışı ve intihar girişimi olan grupla sadece kendine zarar verme davranışı olan grupta mizaç ve karakter özellikleri açısından anlamlı farklılık bulunamıştır. Daha önce bu iki grubu mizaç ve karakter özellikleri açısından karşılaştırmak için yapılan bir çalışma bulunmamaktadır. Ancak intihar girişimleri için riskli olabilecek mizaç ve karakter özelliklerini belirlemek amacıyla çok sayıda çalışma yapılmıştır(152).

Mizaç özelliklerinden olan yenilik arayışı dürtüsellik alt başlığı ile kendine zarar verme davranışı ve intihar davranışları ile en fazla bağlantı gösterirken diğer alt başlıkları ile sorunlarla baş edebilme yetisini göstermektedir. Dougherty ve ark'larının ergen hastalarla yaptıkları, kendine zarar verme davranışı ve intihar girişimlerinin birlikte görüldüğü grupla sadece kendine zarar verme davranışlarının görüldüğü iki grubu karşılaştırdıkları bir çalışmada dürtüsellik, depresyonun, intihar düşüncelerinin ve umutsuzluğun intihar girişimi ve kendine zarar verici davranışın birlikte olduğu grupta daha fazla olduğunu göstermişlerdir(10). Çalışmamızda kendine zarar verici davranış ve intiharın birlikte görüldüğü grupta depresyon ve intihar düşünceleri daha fazla görülmüş, ancak yenilik arayışının toplam puanlarında ve alt başlıklarında farklılık görülmemiştir. Çalışmamıza katılan hastalardan intihar girişiminde bulunan hastaların %93,3'ünü kızlar, %6,7'sini erkekler oluşturmaktaydı. Gençlerde intihar davranışı için riskli kişilik özellikleri tarif edilirken erkeklerde dürtüsellik ve öfkenin daha çok görüldüğü, kızlarda ise depresyon, içe kapanma ve anksiyete özelliklerinin belirginleştiği gösterilmiştir(152). Çalışmamızda intihar girişiminde bulunan erkek hastaların sayısının kız hastaların sayısından belirgin olarak az olması çalışmamızda yenilik arayışında ve alt başlıklarında anlamlı farklılık olmamasını açıklamaktadır.

Ödül bağımlılığı kişinin çevresi ile ilişkilerini, empati yeteneğini etkileyen bir mizaç özelliğidir. Yapılan çalışmalarda ödül bağımlılığının intihar girişimlerine karşı koruyucu bir mizaç özelliği olduğu gösterilmiştir (12, 13). Hipotezimizden farklı olarak ödül bağımlılığı kendine zarar verme

davranışı ve intihar girişimlerinin birlikte olduğu grupla sadece kendine zarar verme davranışı olan grup arasında farklılık göstermemiştir. Çalışmaya katılan hastaların tümünün borderline karakter envanterinde borderline kişilik özellikleri için yeterli puanı aldığı görülmüş ancak intihar grubunda borderline psikopatolojinin daha ağır olduğu gösterilmiştir. Borderline kişilik bozukluğunun tanı ölçütlerinden biri gözünde aşırı büyütme ve yerin dibine sokma arasında gidip gelen, gergin ve tutarsız kişilerarası ilişkilerin olmasıdır. Bu ölçüt borderline patolojide bağlanmanın ne kadar kırılğan olduğunu göstermektedir. Kişilerarası ilişkilerde bağlanma uzun dönemde sürekli olarak değişmekte ve koruyucu olabildiği gibi, aynı zamanda kendine zarar verme davranışı ve intihar girişimleri için ciddi bir risk faktörü olabilmektedir(11). Çalışmamıza katılan tüm hastalarda borderline patolojinin görülmesi ödül bağımlılığında anlamlı farklılık çıkmamasını açıklamaktadır.

Hipotezimizden farklı olarak karakter özelliklerinden kendini yönetme ve işbirliği yapma intihar girişimi olan ve olmayan grup arasında farklılık göstermemiştir. Mizaç özelliklerinden farklı olarak karakter özellikleri doğuştan gelmemekte bireyin yaşla birlikte olgunlaşmasıyla değişmektedir(146). Kendini yönetme ve işbirliği puanlarının yaş ile orta düzeyde pozitif korelasyon göstermesi karakterin yaşla olgunlaştığını göstermektedir(146). Düşük kendini yönetme ve işbirliği yapma puanları aynı zamanda borderline kişilik bozukluğu ile ilişkilidir(14). Çalışmamıza katılan tüm hastaların borderline kişilik özellikleri göstermesi ve çalışmaya aldığımız yaş grubunun 18-20 yaş arasında olması hipotezimizden farklı olarak kendini yönetme ve iş birliği yapma karakter özelliklerinde intihar girişimi olan ve olmayan gruplar arasında mizaç ve karakter özellikleri açısından farklılık göstermemesini açıklamaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bakırköy Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ergen ve Genç Erişkin Psikiyatri 2. basamak ergen polikliniğine başvuran 18-20 yaş arası genç erişkinlerde yapılan bu çalışmayla kendine zarar verici davranışta bulunanlarda intihar girişimi %48,4 bulundu. Kendine zarar verici davranışı olanlarda intihar girişimi kızlarda erkeklerden daha sık görülür. Kendine zarar verme davranışı olanlarda anne eğitiminin düşük olması intihar için bir risk faktörüdür. İntihar girişimi için en çok tercih edilen yöntem yüksek dozda ilaç içmedir.

Kendine zarar verme davranışı ve intihar girişiminin birlikte olduğu grupta sadece kendine zarar verme davranışı olanlara göre borderline kişilik bozukluğu daha fazla görülmektedir.

Kendine zarar verme davranışı olanlarda intihar girişimi olan grupta vücudunu kesme, sigara ile yakma, cam sürtme, yüksek dozda ilaç içme ve iz bırakacak veya kanatacak kadar tırmalama daha yüksektir. Tekrarlayıcı kendine zarar verici davranış intihar girişimi olan grupta %59,6 oranında görülürken sadece kendine zarar verme davranışı olan grupta %30,6 oranında görülmektedir. Tekrarlayıcı kendine zarar verme davranışa intihar girişimi olan grupta daha sık rastlanmaktadır.

Kendine zarar verme davranışı olanlarda intihar girişimi olan grupta intihar girişimi olmayan gruba göre intihar düşüncesi daha fazladır ve zor durumlarla karşılaştıklarında intiharı bir tehdit olarak kullanmayı daha çok tercih etmektedirler.

Kendine zarar verici davranışı olanlarda borderline kişilik özellikleri bulunmaktadır, intihar girişimi olan grupta intihar girişimi olmayan gruba göre borderline psikopatoloji daha ağırdır. Borderline psikopatoloji arttıkça ilk kendine zarar verme yaşı düşmektedir.

Kendine zarar verici davranışta bulunanlarda intihar girişimi olan ve olmayan grupta mizaç ve karakter özellikleri açısından farklılık bulunmamıştır.

Kendine zarar verme davranışı ve intihar arasındaki ilişki kompleksdir. Bu iki davranış birbirinden uzak durmakla birlikte pek çok açıdan benzerlik içeren deneyimlerdir ve tamamlanmış intihar ile sonlanabilirler. Kendine zarar verme davranışı ve intihar davranışının birlikte görüldüğü grup bu iki davranışın tek tek görüldüğü gruplardan daha hassas tedavi edilmelidir.

Çalışmamızda sağlıklı kontrol grubunun olmaması, intihar girişiminde bulunan grupta cinsel istismar, depresyon ve anksiyete düzeylerinin ölçülmemesi kısıtlılık noktalarını oluşturmaktadır. Bu nedenle farklılıklar tam olarak değerlendirilememiştir. İleride yapılacak çalışmalarda sağlıklı kontrol grubu ile farklılıkların değerlendirilmesi yararlı olacaktır.

Ancak çalışmamız sonucunda, kendine zarar verme davranışında bulunanlarda intihar riskinin, kızlarda, düşük anne eğitim düzeyinde, tekrarlayıcı kendine zarar verme davranışlarının varlığında, kendine zarar verme yöntemi olarak; vücudunu kesme, iz bırakacak veya kanatacak şekilde kendini tırmalama, cam sürtme, sigara ile yakma ve yüksek doz ilaç almayı kullananlarda, borderline kişilik bozukluğunda arttığı görülmüştür. Bu özellikleri olanlarda daha dikkatli olunmalıdır. Kendine zarar verici davranışı olanlarda intihar düşüncesi ayrıntılı olarak sorgulanmalı ve tedavide problem çözme yeteneklerine odaklanmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Kaplan H.I., Sadock B.J., Klinik psikiyatri- Kaplan & Sadock, Çeviri Editörü : Prof. Dr. Ercan Abay, Bölüm 25: Psikiyatrik Aciller: 25.1: İntihar, 2004,s:361-366
2. Bosiger R,Winkler Metze C.Stabilty,corraletes and outcome of adolescent suicidal risk.J.Child Psychol Psychiatry 2006;47:713-7224
3. Türkiye İstatistik Yıllığı (2008),TC Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Ankara
4. Cooper J. , Kapur N, Webb R Suicide After Delibrate Self Harm:A 4 year Cohort Study Am J Psychiatry 2005;162:297-303
5. Clotuiet P, Martin J,Allison K, Nixon M, Muehlenkamp J, Characteristics and Co- Occurrence of Adolescent Non Suicidal Self-Injury and Suicidal Behaviors in Pediatric Emergency Crisis Services J .Youth Adolescence 2009 Oct;24-5
6. Favazza AR. Why patients mutilate themselves. Hosp Community Psychiatry 1989; 40: 137-145
7. Muehlenkamp JJ.,Gutierrez PM.,Risk For suicide attempst among adolescents who engage in non- suicidal self injury,Archives of Suicide Resarch,2007;11:1-4
8. Harrington R, Pickles A, Aglan A, et al Early adult outcomes of adolescents who deliberately poisoned themselves J.Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2006;45:337-345.
9. Nock MK, Joiner TE, Gordon KH, Lyold-Richardson E, Non-suicidal self injury among adolescent: diagnostic corraletes and relations to suicide attempst, Psychiatry Res.2006 Sep 30;144(1):65-72
10. Dougherty DM Mathias CW, İmpulsivity and cilinical symptoms among adolescents with non suicidal self injury with or without attempted suicide Psychiatry Res.2009 ,Aug 30;169(1):22-7

11. Chapman A, Christina M, Derbidge MS, Temperament as a prospective predictor of self-injury among patients with borderline personality disorder, *Journal Of Personality Disorders*, 2009;23(2): 122-140
12. Heerigen C, Audenaert K, Wiele L, Cortisol in violent suicidal behavior; associaton with personality and monoaminergic activity, *J.Affect Disorder*,2000;60(3:)181-189
13. Ak M, Özmenler N,Özşahin A, İntihar ve Kişilik, *Klinik Psikiyatri* 2008;11:33-41
14. Calati R, Giegling I, Rujescu D et al. Temperament and Character of Suicide Attempers, *Journal of Psychiatric Research*, 2008; 42:938-945
15. Skodol A, Gunderson J, Pfohl B. et al, The borderline diagnosis; Psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry*, 2000;50:991-999
16. Oral G, İntihar ve Adli Bilimler, *Yeni Symposium* 1997;35(2-3):46-57
17. Sayıl I, Berksun OE, Palabıyıkoglu R ve ark ;Kriz ve Krize Müdahale. Sayıl I: İntihar Davranışı. Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları, 2000, no:6
- 18.Durkheim E, İntihar, Çev. Ed. Prof. Dr. Özer Ozankaya, Cem Yayınları, 2002
19. Eskin M., İntihar- Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme. Bölüm 1:Tanım ve Anlama, 2003: sayfa: 3-28
20. Mann JJ, Apter A, Bertolote J. et al; Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA* 2005;224: 2064 - 2074
21. Diekstra R: Suicide and the attempted suicide: an international perspective. *Acta Psychiat Scand*, 1989; 80: 1 - 24
22. McIntosh JL, Suicide among the elderly: Levels and trends. *Am J Ortopsychiatry* 1985; 55: 288-93.

23. Sayıl I, Oral A, Güney S, Ayhan N ve ark, Ankara’da intihar girişimleri üzerine bir çalışma. Kriz Dergisi 1993;1:56-61
24. Çayköylü A, Coşkun İ, Kırkpınar İ, Özkıyım girişiminde bulunanlarda sosyodemografik özellikler ve tanı dağılımı. Kriz dergisi, 1997; 5:37-42
25. Odağ C, İntihar (Özkıyım) Tanım-Kuram-Sağaltım, İzmir Psikiyatri Derneği Yayınları,1995; sayfa:84-95
26. Odağ C, Nevrozlar-2. Depresif Nevroz, Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları, 2001;sayfa:14
27. Roy A, Segal NL, Sarchiapone M ; Attempted suicide among living co-twins of twin suicide victims. Am J Psychiatry, 2005;152:1075–1076
28. McGuffin P, Marusic A, Farmer A and et al; What can psychiatric genetics offer suicidology? Crisis, 2001; 22: 61–65
29. Özalp E, İntihar Davranışının Genetiği, Türk Psikiyatri Dergisi,2009;20(1):85-93
30. Statham DJ, Heath AC, Madden PA and et al; Suicidal behaviour:an epidemiological and genetic study. Psychol Med, 1998;28(4):839-55.
31. Nordström P, Samuelsson M, Asberg M and et al.;CSF 5-HIAA predicts suicide risk after attempted suicide. Suicide and Life-Threatening Behavior, 1994;24: 1-9
33. Pandey GN. Altered serotonin function in suicide: Evidence from platelet and neuroendocrine studies. The Neurobiology of Suicide: New York Academy of Sciences, 1997,s. 182-200
34. Turecki G, Briere R, Dewar K ve ark.: Prediction of level of serotonin 2A receptor binding by serotonin receptor 2A genetic variation in posmortem brain samples from subjects who did or did not commit suicide. Am J Psychiatry 1999;156(9):1456–1458
35. Beatures, Risk factors for suicide and attempted suicide among young people, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2000; 34:420–436

36. Baca-García E, Salgado BR, Segal HD et al; A pilot genetic study of the continuum between compulsivity and impulsivity in females: the serotonin transporter promoter polymorphism. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*,2005; 29(5):713-7
37. Du L, Faludi G, Palkovits M and et al, High activity-related allele of MAO-A gene associated with depressed suicide in males. *Neuroreport*, 2002;13: 1195–1198
38. Ono H, Shirakawa O, Nushida H and et al Association between catechol-O-methyltransferase functional polymorphism and male suicide completers. *Neuropsychopharmacology*, 2004;29: 1374–1377
39. Eskin M, İntihar- Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme. Bölüm 5:Risk Etmenleri, 2003; sayfa: 133-222.
40. Mraz W, Runco MA, Suicide ideation and creative problem solving, *Suicide Life Threat Behav.*1994;24(1): 38-47
41. Eşkin M, İntiharda Bilişsel Davranışçı Sağaltım Yaklaşımları, *Kriz Dergisi* 2007;15(2):15-36
42. Sayıl I, Devrimci Özgüven H. Suicide and suicide attempts in Ankara in 1998: results of the Who/Euro Multicentre Study on Suicidal Behavior.*Crisis* 2002;23:11-6.
43. Schmidtke A, Bille-Brahe U. et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/Euro multicentre study on parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93:327-38
44. Diekstra RFW. The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 1993;371(Suppl):9-20.
45. Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen PB. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people:nestedcase-control study. *BMJ* 2002; 325:7355-74
46. Rundell JR, Wise MG. Suicidality. *Consultation Psychiatry*. Washington DC: AmericanPsychiatric Press Inc.; 2000. p. 243-54.

47. Westergard-Nielsen N, Eriksson T. Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *Br J Psychiatry* 2000;177:546-50.
48. Cheng ATA, Chen THH, Chen CC, Jenkins R. Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide. *Br J Psychiatry* 2000; 177:360-5.
49. Lorensini S, Bates G. Relationship difficulties and unemployment in attempted suicide in an australian regional center. *Psychological Reports* 2002; 90:923-9.
50. Özgüven HD, Soykan Ç, Haran S, Gençöz T.İntihar girişimlerinde depresyon ve kaygı belirtilerinin yanı sıra problem çözme becerileri ve algılanan sosyal desteğin önemi. *Türk Psikoloji Dergisi* 2003; 18:1-11.
51. Fergusson DM, Lynskey MT. Suicide attempts and suicidal ideation in a birth cohort of 16 year old New Zealanders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1995; 34: 1308–1317
52. Saddock BJ, Saddock VA, Klinik Psikiyatri. Aydın H, Bozkurt A (Çeviri Ed),8.baskı, Ankara; Güneş Kitabevi Ltd.Şti, 2007, sayfa:2442-2453
53. Houbart L, Gernay X, Gernay P and et al; Suicide of young Adults: Psychiatric and psychosocial comorbity, *Rev,Med, Liege*, 2005,Jul; Aug;60(7-8):669-75.
54. Yen S, Shea T, Sanislow CA et.al Borderline personality disorder criteria associated with prospectively observed suicidal behavior; *Am J Psychiatry* 2004;161 : 1296-1298
55. Phillips MR, Yang G, Zhang Y et al Risk factors for suicide in China:a national case-control psychological autopsy study. *Lancet* 2002;360:1728-36.
56. Özgüven HD, Soykan Ç, Haran S, Gençöz T.İntihar girişimlerinde depresyon ve kaygı belirtilerinin yanı sıra problem çözme becerileri ve algılanan sosyal desteğin önemi. *Türk Psikoloji Dergisi* 2003; 18:1-11.
57. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56:617-26

58. Odağ C, İntihar(Özkıyım) Tanım- Kuram-Sağaltım,1995,İzmir Psikiyatri Derneği Yayınları, sayfa :19-20
59. Odağ C, İntihar(Özkıyım) Tanım- Kuram-Sağaltım,1995,İzmir Psikiyatri Derneği Yayınları, sayfa: 15
60. Tsai SYM, Kuo CJ, Chen CC, Lee HC. Risk factors for completed suicide in bipolar disorder.J Clin Psychiatry 2002;63:469-76
61. Brent DA, Perper JA , Moritz G, Baugher M, Suicide in adolescent with no apparent psychopathology. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry 1993; 32:494-500.
62. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal ad nonfatal repetition of self-harm. Br J Psychiatry 2002; 181:183
63. Phillips MR, Yang G, Zhang Y, Wang L, Ji H, Zhou M. Risk factors for suicide in China:a national case-control psychological autopsy study. Lancet 2002;360:1728-36.I
64. Özgüven HD, Soykan Ç, Haran S. İntihar girişimlerinde sorun alanları ve tetikleyiciler. Kriz Dergisi 2003;11:13-24.
65. Milnes D, Owens D, Blenkiron P. Problems reported by self-harm patients perception, hopelessness,and suicidal intent. J Psychiatric Res 2002; 53:819-22
66. Brent DA. Risk factors for adolescent suicide and suicidal behavior: Mental and substance abuse disorders, family environmental factors, and life stress. Suicide Life Threat Behav1995; 25:52-6
67. Devlet İstatistik Enstitüsü. İntihar İstatistikleri 1998. Ankara: TC Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası,2000.
68. Stack S. Media coverage as a risk factor in suicide. J Epidemiol Community Health 2003;57:238-40

69. Briere J, Gil E. Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *Am J Orthopsychiatry* 1998;68:609-20
70. Issacson G, Rich CL: Management of patients who deliberately harm themselves. *BMJ* 2001; 322: 213 - 215
71. Walsh BW, Rosen PM. Self-mutilation theory, research, and treatment. New York, Guilford Press 1988
72. Favazza AR. Why patients mutilate themselves. *Hosp Community Psychiatry* 1989; 40:137-145
73. Favazza AR, Conterio K. Female habitual selfmutilators. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79: 283-289
74. Ghaziuddin M, Tsai L, Naylor M. Mood disorder in group of self-cutting adolescents. *Acta Paedopsychiatry* 1992; 55:103-105.
75. LeBlanch R. Educational management of selfinjurious behavior. *Acta Paedopsychiatrica* 193;56:91-92
76. Favazza AR, Rosenthal RJ, Diagnostic issues in self mutilation .*Hosp Commun Psychiatry* 1993, 44:134-40
77. Skegg K, Self Harm , *Lancet* 2005,366:1471-1483
78. Tarlacı N, Yeşilbursa D, Türkcan S, Saatçioğlu Ö, Yaman M. B kümesi kişilik bozukluklarında kendini yaralamanın özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1997;8:29-35
79. Zlotnick C, Mattia J, Zimmerman M, Clinical Correlates of self mutilation in a sample of general psychiatric patients, *Journal Of Nervous and Mental Disease*, 1999; 187,296-301
80. Donatella RJ, School Counselors and student self injury, *J. Sch.Health* 2007;77:257-264

81. Stanley B, Gameroff MJ, Michalsen V: Are suicide attempters who self mutilate a unique population? Am J Psychiatry 2001,158:427-432
82. Hawton K, Fagg J, Simkin S Delibrate Self Harm in Adolescents in Oxford, 1985-1995, J.Adolescent,2000;23:47-55)
83. Messer J, Fremouv W., A critical review of explanatory models for self-mutilating behaviors in adolescent, Clinical Psychology Review, 28(2008), 162-168
84. Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı, Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000'den çeviren Koroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001
85. Olsson M, Gameroff MJ, Marcus SC National Trends in hospitalization of youth with intentional self –inflicted injuries, Am. J. Psychiatry 2005;162:1328-1335
86. Hollander E, Stein D, Dürtü Kontrol Bozuklukları Klinik El Kitabı, Karamustafalıoğlu O(Çeviri Ed) Sigma Publishing Dış Tic. Ltd. Şti.2005, sayfa; 63-87
87. Webb L,Delibrate Self Harm in Adolescence:a systematic review of psychological and psycho social factors 2002;J.Adv.Nurs 38:235-244
88. Favazza AR, Repetitive Self-mutilation ,Psychiatr Ann 1992,22:60-639
89. Gladstone GL, Parker GB, Mitchell PB İmplication of childhood trauma for depressed women;an analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self harm and revictimization, Am J Psychiatry ,2004,161:1417-1425
90. Winchel , M.R, Stanley M; Self-injurious Behavior ; A review of Behavior and Biology of Self-mutilation, American Journal of Psychiatry, 1991;148:306-317
91. Goldstein M, Kuga S, Kusana N et.al.:Dopamine Agonist İnduced Self-mutilative biting behavior monkeys with unilateral ventromedial tegmental lesions of the brainstem;Possible pharmacological model for Lesch-Nyan Syndrome, Brain Res.1986, 367:114-119

92. Hawton K, Kingsbury S, Steinhardt K, James A, Fagg J. Repetition of deliberate self-harm by adolescents: the role of psychological factors. *J Adolesc* ;1999; 22:369-78
93. Tantam D, Whittaker J. Personality disorder and self-wounding. *Br J Psychiatry* 1992;161:451-464
94. Sinclair J, Gren J. Understanding resolution of deliberate self harm ; qualitative interview study of patients experiences *BMJ* 2005; 330:1112-1116
95. Emerson LET. The case of Miss A: a preliminary report of a psychoanalysis study and treatment of a case of self-mutilation. *Psychoanalytic review* 1913;1:41-54
96. Oldham JM, Borderline Personality Disorder and Suicidality ,*Am J Psychiatry* 2006; 163:1
97. Patrison EM, Kahan; Delibrate Self Harm Syndrome *AM J psychiatry* 1983;140:867-872
98. Foster T, Gillespie K,Mc Clelland R, Mental Disorders and suicide in Northern Ireland, *Br.J.Psychiatry* 1997; 170;447-452
99. Hawton K, Zahl D, Weatherall R: Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *Brit J Psychiat* 2003; 182: 537 - 542
100. Zahl DL, Hawton K: Repetition of self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11, 583 patients. *Brit J Psychia* 2004; 185: 70 - 75.
101. Matsumoto T, Yamaguchi A, Asami Tet al. Characteristics of self-cutters among male inmates: association with bulimia and dissociation. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 59: 319 - 326
102. Murray CD, MacDonald S, Fox J, Body satisfaction, eating disorders and suicide ideation in an Internet sample of self-harmers reporting and not reporting childhood sexual abuse. *Psychol Health* 2008; 13: 29 - 42

103. Matsumoto T, Yamaguchi A. Chiba S et al. Patterns of self-cutting: a preliminary study on differences in clinical implications between wrist- and arm-cutting using a Japanese juvenile detention center sample. *Psychiat Clin Neuros* 2004; 58: 377 - 382
104. Odağ C, Nevrozlar-2. Depresif Nevroz, Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları, 2001, sayfa:146-155
105. Sakarya D, Çevik A, Sınırdaki Kişilik Bozukluğu, Türkiye Klinikleri J.Int Med Sci 2007,3(12):40-46
106. Fyer, M.R., Frances, A.J., Sullivan, T. et al: Comorbidity of borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 45:348-52, 1988
107. Tadic A, Wagner B, Gender differences in axis I and Axis II comorbidity in patient Borderline personality disorders *Psychopathology*. 2009;42(4):257-63
108. Paris J, Gunderson J, Weinberg I. The interface between borderline personality disorder and bipolar spectrum disorders. *Compr Psychiatry* 2007;48(2):145-54
109. Benazzi F, A relationship between bipolar disorder II and borderline personality disorder? *Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 2008;May 15;32(4):1022-9
110. Gebbard, R.L., Templer, D.I., Cappellty, G.G et al. Borderline, depressive and schizophrenic discrimination by MMPI. *J Clin Psychol Res*. 1991; 47:783-9
111. Zanarini C, Borderline Personality Disorder, *Lancet* 2004;364:453-61
112. Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M: Borderline personality disorder. *Lancet* 2004, 364:453-461
113. Cheng AT, Mann AH, Chan KA, Personality Disorders and Suicide: A Case Control Study, *Br.J.Psychiatry*, 1997, May 17:441-6
114. Corbitt EM, Malone KM, Suicidal Behavior in patients with major depression, *J.Affect Disorder*, 1996, Jun 20;39(1):61-72

115. Lesage AD, Boyer R, Grunberg Fet al. Suicide and mental disorders: a case-control study of young men. *Am J Psychiatry* 1994; 151:1063-1068)
116. Kjellander C, Bongar B, King A, Sucialty in Borderline Personality Disorder. *Crisis* 1998;19:125-15.
117. Stone MH, Stone DK, Hurt SW: Natural history of borderline patients treated by intensive hospitalization. *Psychiatr Clin North Am* 10:185-206, 1987
118. Paris J, Nomlis D. Predictors of Suicide in Borderline Personality Disorder. *Can J Psychiatry* 1989;34:8-9
119. Arkasaray G, Sayıl I, Kişilik Bozuklukları ve İntihar Davranışı,Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri 2007;3(12):87-91
120. Soloff H P, Lynch G K ve ark. Charecteristics of Suicide Attempts of Patiens With Major Depressive Episode and Borderline Personality Disorder: A Comprative Study. *Am J Psychiatry* 2000;157:601
121. Kjelsberg E, Eikeset PH, Dahl A A, Suicide in Borderline Patients-Pretictice Factors. *Acta Psychiatr Scand* 1991;84:283-7
122. Bohus M, Limberger M et al, Pain perception during self reported distress and calmness in patients with borderline personality disorder and self mutilating behavior, *Psychiatry Res* 2000, Sep,11;95(3);251-60
123. Brown Mz, Comtois KA, Linehan MM, Reasons for suicide attemps and nonsuicidal self injury in women with borderline personality disorder,J. *Abnorm.Psychol* 2002 Feb 111(1):198-202
124. Zanarini Mc, Frankenburg FR, Reich DB et al. The 10 year course of physically self destructive acts reported by borderline patients and axis II comparison subjects, *Acta Psychiatr Scand* 2008, 117, 177-184

125. Kaplan H.I., Sadock B.J., Klinik psikiyatri- Kaplan & Sadock, Çeviri Editörü : Prof. Dr. Ercan Abay, Bölüm 23: Kişilik bozuklukları,2004 s:2063-2105
126. Kose S. A Psychobiological Model of Temperament and Chararecter; TCI Yeni Symposium,2003, (41/2);86-97
- 127.Köse S, Sayar K, Kalelioğlu ve ark. Mizaç ve Karakter Envanteri(Türkçe TCI):Geçerlik, Güvenilirliği ve Faktör yapısı,Klinik Psikfarmakoloji Bülteni 2004, Cilt 14, Sayı:3:107-131
128. Oquendo MA, Mann JJ, The biology of impulsivity and suicidality, Psychiatric Clinics of North America, 2000, Mar, 23,(1):11-25
129. Evren C., Evren B., The relationship of suicide attempt history with childhood abuse and neglect , alexthymia and temperament and character dimensions of personality in substance dependents.Nordic Journal of Psychiatry , 2005, 60, 263-269
130. Fergusson DM, Beautrais AL, Horwood LJ. Vulnerability and resiliency to suicidal behaviors in young peoplePsychol Med 2003;33:61–73.
131. Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidalbehaviour during adolescence and early adulthood. Psychol Med 2000;30:23–39.
132. McGirr A, Renaud J, Bureau A, Seguin M, Lesage A, Turecki G, İmpulsive-Aggressive behaviours and completed suicide across the cycle ;a predisposition for younger age of suicide , PsycholMed.2008,Mar;38(3):407-17
133. Chapman A.L., Specht M.W., Celluci A.J., Factors Associated with suicide attemps in female inmates:The hegemony of hopelessness., Suicide and Life- Threatening Behaviors, 2005, 35,558-569
134. Allen MH, Cheesick CA, Miklowitz DJ et al, Contrubitors to suicidal ideation among bipolar patients with and without a history of suicide attemps, Suicide Life Threatening Behaviour 2005;35:671-80

135. Akiskal HS; Hirschfield MA, Yerevanian BI, The Relationship of Personality to Affective Disorders .Arch.Gen. Psychiatry, 1983, 40:801-810
136. Cloninger CR, Bayon C, Svrakic DM, Measurement of Temperament and Character in Mood Disorders:A Model of Fundamental States as Personality Types.J.Affect Dis , 1998, 51:21-32
137. Joyce Pr, Light K.J, Rowe S.L et al, Self-mutilation and suicide attempts: relationships to bipolar disorder, borderline personality disorder, temperament and character,Aust N.Z.J.Psychiatry, 2010 Mar;44(3):250-7
138. Morey C, Corcoran P, Arensman E, Perry IJ. The prevalence of self-reported deliberate self harm in Irish adolescents. BMC Public Health. 2008 Feb 28;8:79
139. Saçarçelik G, “Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışı Olan Ergenler ve Genç Erişkin Hastalarda Çocukluk Çağı Travmaları” adlı yayınlanmamış uzmanlık tezi, Bakırköy Prof Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul 2008
140. Gratz KL. Measurement of deliberate self-harm: preliminary data on the deliberate selfharm inventory. J Psychopathol Behav 2001; 23:253– 63
141. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen DanacıA, Köroğlu E. DSM-IV eksen bozuklukları içinyapılandırılmışklinik görüşmenin Türkçeye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. İlaç veTedavi Dergisi 1999; 12:233-236
142. Sorias S, Saygılı R, Elbi H ve ark. DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonu. SCID-II, Kişilik Bozuklukları Formu. Ege Üniversitesi Basım Evi, İzmir, 1998
143. Leichsenring F, Development and first results of the Borderline Personality Inventory: a self –report instrument for assessing borderline personality organization, J Pers Assess. 2006 Feb;86(1):11
144. Gunderson JG, Phillips KA, Triebwasser J et al,The Diagnostic Interview for Depressive Personality. Am J Psychiatry, 1994;151: 1300-1304

145. Aydemir Ö, Demet M, Danacı A ve ark, Borderline Kişilik Envanterinin Türkçe'ye uyarlanması, güvenilirlik ve geçerliliği, Türkiye'de Psikiyatri, 2006;8(1):6-10
146. Arkar H, Sorias O, Tunca Z ve ark. Mizaç ve Karakter envanterinin Türkçe formunun faktör yapısı geçerlik ve güvenilirliği Türk Psikiyatri Dergisi, 2005;16(3):190-204
147. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Gender differences in suicide attempts from adolescence to young adulthood, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001 Apr;40(4):427-34
148. Ostamo A, Lonnqvist J, Excess mortality of suicide attempters Soc. Psychiatry Epi 2003;6:29-35
149. Mittendorfer-Rutz E, Rasmussen F, Wasserman D, Restricted fetal growth and adverse maternal psychosocial and socioeconomic conditions as risk factors for suicidal behaviour of offspring: a cohort study, Lancet, 2004 Sep 25-Oct 1;364(9440):1135-40
150. McClure GM, Changes in suicide in England and Wales, 1960-1997 Br J Psychiatry, 2000 Jan;176:64-7
151. Hawton K, Fagg J, Platt S, Factors Associated with suicide after parasuicide in young people, BMJ 1993;306:1641-44
152. Brezo J, Paris J, Turecki G Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts and suicide completions: a systematic review, Acta Psychiatrica Scand, 2006;113:180-206
153. Aydemir Ç, Temiz H, Göka E, Major depresyon ve özkıyıda kognitif ve emosyonel faktörler, Türk Psikiyatri Dergisi 2002;13(1):33-39
154. Nakagawa M, Kawaski C, Yamada T et. Al, Characteristics of suicidal attempters with family history of suicide attempt; a retrospective chart review, BMC Psychiatry;2009, June 5;9:32
155. Diaconu G, Turecki G: Family history of suicidal behavior predicts impulsive-aggressive behavior levels in psychiatric outpatients. J Affect Disord 2009, 113(1-2):172-178

156. Ögel K, Aksoy A, Kendine zarar verme davranışı, Anatolian Journal of Psychiatry 2003; 4 :226-236)

157. Redley M, Towards a new perspective on deliberate self harm in an area of multiple deprivation. Social Health 2003;25;348-73

158. Nada-Raja S, Skegg K, Langley J et al. Self-harmful behaviors in population-based sample of young adults. Suicide Life Threat Behav 2004, 34:177-86

•
•
•
•