

Araştırma / Original article**İstanbul'da tamamlanmış intihar olgularının psikolojik otopsi****Şafak TAKTAK,¹ İbrahim ÜZÜN,² İbrahim BALCIOĞLU³****ÖZET**

Amaç: Bu çalışmanın amacı İstanbul'da tamamlanmış intihar gerçekleştiren bireylerin genel özelliklerini belirlemektir. **Yöntem:** Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Dairesi'ne 2002 yılında Nisan-Ağustos aylarında ardışık olarak gönderilen ve intihar ettiği bildirilen 130 olgudan psikolojik otopsi yöntemi ile ölü muayenesi, otopsi, toksikolojik analiz sonuçları, otopsi raporları, adli tahkikat dosyalarından, cenaze yakınlarından elde edilen bilgilerin psikiyatri ve adli tıp uzmanlarca incelendikten sonra intihar ettiğine karar verilen ve dosyaları adli makamlarca kapanan 124 olgu değerlendirilmiştir. **Sonuçlar:** Belirtilen süre içerisinde toplam 124 intihar girişiminin 83'ü erkekler (%66.9), 41'i ise kadınlar (%33.1) tarafından gerçekleştirilmiş, her iki cinsiyet açısından intihar girişimleri 15-24 yaş grubunda yoğunlaşmıştır. Bireylerin en çok psikiyatrik hastalıklar (%28.2) nedeni ile intihar girişiminde buldukları belirlenmiştir. **Sonuç:** Bu çalışmanın sonuçları intihar girişiminde bulunanların sosyodemografik özellikleri açısından genel olarak ilgili literatürle uyumludur. (*Anadolu Psikiyatri Dergisi 2012; 13:117-124*)

Anahtar sözcükler: Tamamlanmış intihar, intihar girişimi, İstanbul

Determined of psychological autopsy of completed suicides in İstanbul**ABSTRACT**

Objective: Purpose of this study to determine general characteristics of the completed suicide in İstanbul. **Methods:** Out of 130 cases consecutively referred to Forensic Medicine Institute Morgue Department in April-August, 2002, 124 completed suicides were included in the study based on evaluations of death examinations, autopsies and toxicological examinations, autopsy reports and information obtained from forensic files and relatives of suicide victims by psychiatrists and forensic medicine specialists using psychological autopsy. **Findings:** Twenty four-one hundred of the totally 124 suicide attempts during the specified period were committed by 83 males (66.9%), while the remaining 41 (33.1%) were committed by women and the suicide attempts were concentrated in 15-24 age group. Most of the individuals in the study (28.2%) showed psychiatric disease as the reason of suicide attempt. **Conclusion:** The results of this study are similar with literature about sociodemographic aspects related to suicide attempt. (*Anatolian Journal of Psychiatry 2012; 13:117-124*)

Key words: completed suicide, suicide attempt, İstanbul

GİRİŞ

İntihar davranışı, kimi zaman ölüm düşüncesi ve niyetinin öne çıktığı, kimi zaman yaşam ile ölüm arasında süregelen belirsizlikte doğrudan veya dolaylı bir şekilde ölümcül bir yöntemin denendiği, kimi zaman da sonucun ölümle bittiği bir dizi kararlı veya kararsız eylemlere işaret eden geniş

anlamı bir deyimdir.¹

İntihar, toplumdan topluma ve kültürden kültüre gerek görülme sıklığı ve şekli, gerekse bu olgunun toplumda oluşturduğu tepki ve yargı açısından büyük değişiklikler gösteren çok bileşenli bir niteliğe sahiptir. Toplumun sosyal ve ekonomik yapısının göstergelerinden biri olan intihar, çeşitli

¹ Uzm.Dr., Sağlık Bakanlığı & Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri ve Adli Tıp Uzmanı, Kırşehir

² Doç.Dr., Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Antalya

³ Prof.Dr., İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

Yazışma adresi / Address for correspondence:

Uzm.Dr. Şafak TAKTAK, Sağlık Bakanlığı & Ahi Evran Üniv. Eğit. ve Araş. Hastanesi, Psikiyatri ve Adli Tıp Uzmanı, 40100 Kırşehir

E-mail: nilufertupras@hotmail.com

Geliş tarihi: 11 Temmuz 2011, Kabul tarihi: 18 Kasım 2011

Psikolojik, sosyolojik, ekonomik ve kültürel etkenlerin etkisinde olan çok değişkenli bir olaydır. Bu nedenle intihar, stres yaratan yaşam koşullarına karşı tepki veren normal kişilerden, ruhsal bozuklukları olan hastalara kadar geniş bir kitlede görülebilmektedir.²

İntihar davranışları, intihar düşüncesi, intihar girişi ve tamamlanmış intihar olarak üç boyutta düşünülebilir. Birçok ülkede tüm yaş gruplarında intihar, ölüm nedenleri arasında ilk 10 sırada yer almaktadır.^{3,4} Türkiye'de intihar girişiminde bulunan ve tamamlanmış intiharı gerçekleştirenlerin düzeyinin Avrupa ve Amerika'ya göre daha düşük olduğu bilinmektedir.⁵

Türkiye'de 1993-1997 yılları arasında intiharların dalgalanma gösterdiği, 1997-2000 yılları arasında azaldığı, 2001 yılında önemli derecede arttığı, 2002'de tekrar azalma gösterdiği saptanmıştır.² 2009 yılı Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre ülkemizde 2898 kişinin intihar ettiği yani tamamlanmış intihar gerçekleştirdiği belirlenmiştir.⁶ Tamamlanmış intiharlar, intihar girişimlerine göre 10-40 kat daha az görülmektedir.⁴

Literatürde, şüpheli ölümleri aydınlatılabilmek için intihar kurbanının ölümünden haftalar ve aylar önceki çevresel, davranışsal ve semptomatolojik bir portresini oluşturmak amacıyla psikolojik otopsi yönteminin kullanıldığı görülmüştür.⁷⁻¹¹ Psikolojik otopsi yöntemiyle ulaşılabilecek tüm bilgi kaynakları taranarak; intihar kurbanının aile üyeleri, yakınları, arkadaşları, varsa ilişkide bulunduğu hastane, polis ve adli kayıtlar ve bu kurumlardaki görevlilerle yüz yüze görüşmeler, bazen de yarı yapılandırılmış görüşme formları kullanılarak oluşturulmuş ekip tarafından bilgiler toplanır, sağlıklı bulgulara ulaşmaya çalışılır.¹²

Türkiye'de yapılmış, geniş bir ekip çalışması ile fazla mesai ve düzenli kayıt tutulmasını gerektiren bu tür çalışmalara pek rastlanmamaktadır. Bu çalışma ile İstanbul'da tamamlanmış intihar öykülerinin araştırılması amaçlanmıştır. Bu çalışma, şüpheli ölümlerin nedenini bulmaya yönelik psikolojik otopsi çalışmalarına destek yoluyla adli psikiyatri uygulamalarına bir katkı sağlayacaktır.

YÖNTEM VE GEREÇ

Çalışmada Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Dairesi'ne 2002 yılı Nisan-Ağustos aylarında gönderilen ve intihar ettiği bildirilen olguların ölü muayenesi, otopsi, otopsi raporları, adli dosyaları ve cenaze yakınlarından elde edilen bilgiler incelenmiştir.

Literatür doğrultusunda çalışmanın amacına yönelik olarak yarı yapılandırılmış bir anket formu oluşturulmuştur.^{7,10,12} Anket formunda bireyin cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, öğrenim durumu, mesleği,

Anatolian Journal of Psychiatry 2012; 13:117-124

sosyal güvencesi, ekonomik durumu, fiziksel hastalık/özür varlığı, aile yapısı, doğum yeri, oturduğu yer ve kat, kaçınıcı çocuk olduğu, adli sorununun olup olmadığı yer almıştır. Ankette psikiyatrik bozukluk ve tedavi, yaşam biçimi, ailesi ve arkadaşları ile ilişkisi, psikososyal stres etkeni, soygeçmişinde psikiyatrik öykü, psikoaktif madde kullanımı, kanında/idrarında uyuşturucu bulunma durumu, en son tetiği çeken olay varlığı da bulunmaktadır. Bireylerin intihar yeri, intihar öncesi intihar düşüncesi, kaçınıcı intihar girişimi, intihar saati, soy geçmişinde intihar, intihar şekli, intihar öncesi sözlü veya yazılı mesaj, intihar nedeni, çevresinde ateşli silah varlığı, yakın çevresinde intihar durumları da sorgulanmıştır.

İntihar olgularının birinci veya ikinci derece akrabalarından en az biriyle görüşülmüştür. Görüşmelerin %90'ı olay veya ertesi günü, %10'u bir hafta içinde yapılmıştır. Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Dairesi'ne intihar ettiği bildirilerek getirilen olguların olay yeri inceleme tutanak ve krokisi, ölü muayene tutanağı (kimlik verilerini de içeren görgü tanıklarının ifadesi), yakınlarının ifadesinin kaydedilmiş olduğu adli soruşturma dosyaları geriye dönük bilgi kaynağı olarak kullanılmıştır. Adli soruşturma, dış muayene, otopsi bulguları, otopsi sırasında standart teknikle alınan iç organ örnekleri, kan ve idrar alınarak sistematik toksikolojik analiz, biyolojik inceleme ve histopatolojik incelemeyi içeren ölüm nedenine yönelik kanaat raporundan alınan bilgiler değerlendirilmiştir.

Elde edilen veriler, bilgisayar ortamında değerlendirilmiş, her değişkenin frekans dağılımları ve yüzde analizleri yapılmıştır.

BULGULAR

Bireylerin %66.9'u erkek, %33.1'i kadındır. Bu bulgu, kadınlarda tamamlanmış intiharın erkeklerin yarısı kadar olduğunu göstermektedir. Bireylerin ağırlıklı olarak 15-24 yaş grubunda (%34.7), evli (%47.6) ve hiç evlenmemiş (%37.9), ilkokul mezunu (%46.8), ev kadını veya serbest meslek (%18.5) sahibi olduğu saptanmıştır. Bireylerin %57.3'nün sosyal güvencesi yoktur. Olguların %16.9'unun fiziksel hastalık/özürünün bulunduğu saptanmıştır. Bireylerin %1.6'sının herhangi bir dini inancının olmadığı, %91.9'unun dini inancının olup ibadetlerinin eksik, %6.5'inin ise dini inancının olup ibadetlerinin tam olduğu öğrenilmiştir. Aile yapısı olarak %73.4'ünün çekirdek aileye sahip olduğu belirlenmiştir. Doğum yerlerine bakıldığında, Marmara (%37.9), Doğu Anadolu (%26.6), Karadeniz bölgesi (%14.5) ilk üç sırada yer almaktadır. Bireylerin ağırlıklı olarak birinci (%43.5) ve ikinci (%25.8) katta oturdukları, gelirlerinin giderlerinden düşük (%39.5) ve denk (%38.7) olduğu,

Tablo 1. Bireylerin sosyodemografik özellikleri

	Sayı	%		Sayı	%
Cinsiyet			Aile yapısı		
Erkek	83	66.9	Çekirdek	91	73.4
Kadın	41	33.1	Parçalanmış	32	25.8
			Geniş	1	0.8
Yaş			Doğduğu bölge		
15 altı	2	1.6	Marmara	47	37.9
15-24	43	34.7	Doğu Anadolu	33	26.6
25-34	25	20.2	Karadeniz	18	14.5
35-44	20	16.1	İç Anadolu	12	9.7
45-54	18	14.5	Ege	7	5.6
55-64	6	4.8	Güneydoğu Anadolu	4	3.2
65 ve üzeri	10	8.0	Akdeniz	3	2.4
Medeni durum			Oturduğu Kat		
Evli	59	47.6	Birinci kat	54	43.5
Hiç evlenmemiş	47	37.9	İkinci kat	32	25.8
Boşanmış	10	8.1	Üçüncü kat	22	17.7
Eşi ölmüş	6	4.8	Dördüncü kat	10	8.1
Evli ama ayrı yaşıyor	2	1.6	Beş ve üzeri kat	6	4.8
Öğrenim durumu			Ekonomik durum		
Okuryazar değil	2	1.6	Geliri giderinden düşük	49	39.5
İlkokul mezunu	58	46.8	Geliri giderine denk	48	38.7
Ortaokul mezunu	33	26.6	Geliri giderinden yüksek	27	21.8
Lise mezunu	25	20.2			
Üniversite mezunu	6	4.8			
Meslek			Kaçıncı çocuk		
Ev hanımı	23	18.5	Birinci	52	41.9
Serbest meslek	23	18.5	İkinci	34	27.4
İşsiz	18	14.5	Üçüncü	21	16.9
İşçi	17	13.7	Dördüncü	8	6.5
Diğer	14	11.3	Beşinci	3	2.4
Emekli	12	9.7	Altıncı	2	1.6
Öğrenci	9	7.3	Yedinci	1	0.8
Çiftçi-çoban	5	4.0	Sekizinci	1	0.8
Memur	3	2.4	Dokuzuncu	1	0.8
			Onuncu	1	0.8
Sosyal güvence			Oturduğu Yer		
Yok	71	57.3	İl merkezi veya ilçe	109	87.9
Var	53	42.7	Köy	15	12.1
Fiziksel hastalık/özür			Adli sorunlar		
Yok	101	83.1	Yok	116	93.5
Var	21	16.9	Var	8	6.5

ailenin birinci (%41.9) ve ikinci (%27.4) çocukları olarak dünyaya geldikleri saptanmıştır. Olguların %87.9'unun il merkezi ile ilçede oturduğu ve %6.5'inin adli sorunlar yaşadığı saptanmıştır (Tablo 1).

Bireylerin yakınlarından ve adli tahkikat dosyalarından alınan bilgiler ile araştırmacı iki psikiyatri uzmanının DSM-IV ölçütlerine göre yaptıkları inceleme sonucunda olguların %62.1'nin psikiyatrik bozukluğunun olduğu belirlenmiştir. Duygulanım (%66.2) ve kişilik (%12.9) bozuklukları en sık görülen psikiyatrik bozukluklardır ve %16.1'i psikiyatrik tedavi almıştır. Olguların %24.2'sinin soygeçmişinde psikiyatrik öykü vardır. Tamamlanmış

intihar yaşayan olguların %68.5'inin yaşamını ailesiyle, %22.5'inin yalnız olarak sürdürdüğü, %47.9'unun ailesi, %16.1'inin de arkadaşları ile ilişkilerinin kötü olduğu belirtilmiştir. Psikososyal stres yaşayan bireylerin (%87.1) daha çok aile (%19.4), ciddi ekonomik (%14.8) ve aşk (%13.8) problemleri yaşadığı bulunmuştur. Bireylerin kişilik özelliklerine bakıldığında; sessiz, sakin, uyumlu (%48.3), psikiyatrik problemi olanlar (%20.9), şakacı, hareketli, girişken (%16.1) ve uyumsuz, sinirli (%14.5) oldukları belirlenmiştir. Psikoaktif madde kullanımı konusunda; madde kullanmayanlar veya sigara kullananlar %80.6 iken, alkol kullananlar %17.7 düzeyindedir. Bireylerin kan ve idrar incelemelerinin

Tablo 2. Bireylerin ruhsal durumu ile ilgili özellikleri

	Sayı	%		Sayı	%
Psikiyatrik bozukluk			Soygeçmişinde psikiyatrik öykü		
Var	77	62.1	Yok	94	75.8
Yok	47	37.9	Var	30	24.2
Psikiyatrik bozukluk türü*			Kişilik özelliği		
Mizaç bozuklukları	51	66.2	Sessiz, sakin, uyumlu	60	48.3
Kişilik bozuklukları	10	12.9	Psikiyatrik problemliler	26	20.9
Psikotik bozukluklar	7	9.0	Şakacı, hareketli, girişken	20	16.1
Madde kullanım bozuklukları	5	6.4	Uyumsuz, sinirli	18	14.5
Organik mental bozukluk	3	3.8			
Zeka geriliği	1	1.2			
Psikiyatrik tedavi			Psikoaktif madde kullanımı		
Görmüş	20	16.1	Yok veya sigara	100	80.6
Görmemiş	104	83.9	Alkol	22	17.7
			Madde ve karışık	2	1.6
Yaşam biçimi			Kanında/ıdrarında uyuşturucu		
Ailesiyle	85	68.5	Yok	98	79.0
Yalnız	28	22.5	Alkol	18	14.5
Akraba	7	5.6	Madde	8	6.5
Arkadaş	4	3.2			
Ailesi ile ilişkisi			Arkadaşları ile ilişkisi		
Kötü	59	47.9	Kötü	20	16.1
Orta	18	14.5	Orta	28	22.6
İyi	47	37.9	İyi	76	61.3
Psikososyal Stres Etkeni			En son tetiği çeken olay		
Var	108	87.1	Var	95	76.6
Yok	16	12.9	Yok	29	23.4
Psikososyal stres etkeninin türü**			En son tetiği çeken olayın türü***		
Aile problemleri	21	19.4	Aile içi problemler	28	29.4
Ciddi ekonomik problem	16	14.8	Aşk problemleri	23	24.2
Aşk problemleri	15	13.8	İş kaybı/iş bulamama/borç	20	21.0
Kronik hastalık problemi	13	12.0	Öğrenim başarısızlığı	12	12.6
Askerlik yapıyor olma veya			Cinsellikle ilgili problemler	7	7.3
yakında askerden gelmiş olma	10	9.2	Kronik hastalık/ lar ilgili problemler 3	3.1	
Çok sayıda stresli yaşam olayı	9	8.3	Bir yakınının kaybı	1	1.0
Yakında ayrılmış/boşanmış veya			Varsanı ve/veya sanrı	1	1.0
eşini kaybetmiş olma	8	7.4			
Yalnız yaşama	6	5.5			
Alkol/madde kullanım bozukluğu	4	3.7			
İşsizlik/yakında iş değişikliği/kaybı	3	2.7			
Bir yakınının kaybı	2	1.8			
Tutuklanma/tutuklu olma	1	0.9			
İntihardan iki hafta önce					
Hiç belirti yok	37	29.8			
Yineleyen intihar düşünceleri	21	16.9			
Çökkün duygudurum	14	11.3			
Duyusal geri çekilme	12	9.7			
Bedensel yakınma	8	6.5			
Psimotor ajitasyon/retardasyon	7	5.6			
İgi kaybı/hayattan zevk alamama	7	5.6			
Uyku bozukluğu	5	4.0			
Varsanılar	4	3.2			
Kendini yerme ve suçluluk	3	2.4			
Hezeyan	2	1.6			
İşbirliğine girmeme	2	1.6			
Kilo/iştah değişikliği	1	0.8			
Düşüncede dağınık/kararsız	1	0.8			

*Oranlar s=77 üzerinden, ** oranlar s=108 üzerinden, *** oranlar s=95 üzerinden alınmıştır.

Tablo 3. Bireylerin intihar ilgili özellikleri

	Sayı	%		Sayı	%
İntihar Yeri			İntihar Şekli		
Evde	76	61.3	Asarak	74	59.7
Kamuya ait bir yer	17	13.7	Ateşli silah kullanarak	25	20.2
Evden uzakta bir yer	15	12.1	Yüksekten atlayarak	13	10.4
Evin olduğu bina veya eve ait evin dışında bir yer	14	13.7	İlaç içerek	7	5.6
Özel iş yeri	2	1.6	Kesici/delici alet kullanarak	5	4.0
İntihar Öncesi İntihar Düşüncesi			İntihar öncesi sözlü veya yazılı mesaj		
Yok	78	62.9	Yok	78	62.9
Var	46	37.1	Var	46	37.1
Kaçıncı İntihar girişimi			İntihar nedeni		
Birinci	108	87.1	Psikiyatrik bozukluk	35	28.2
İkinci	10	8.1	Saptanamayanlar	28	22.6
Üçüncü	4	3.2	Aile problemleri	23	18.5
Dördüncü	1	0.8	Ekonomik problemler	17	13.7
Altıncı	1	0.8	Aşk problemleri	13	10.5
			Kronik hastalık/ lar	7	5.6
			Öğrenim başarısızlığı	1	0.8
İntihar Saati			Çevresinde ateşli silah		
05:00 - 11:59	30	24.2	Yok	97	78.2
12:00 - 20:00	57	46.0	Var	27	21.8
20:00 üstü	37	29.8			
Soygeçmişinde İntihar			Yakın çevresinde intihar		
Yok	110	88.7	Yok	117	94.4
Var	14	11.3	Var	7	5.6

de, %14.5'inde alkol, %6.5'inde de madde saptanmıştır. İntihara yönelik olarak %76.6'sının tetiği çeken bir olay yaşadığı öğrenilmiştir. Tetiği çeken olay olarak ilk başta aile (%29.4) ve aşk (%24.2) problemlerinin geldiği belirlenmiştir. İntihar eden bireylerin yakınlarından alınan bilgilere göre, son iki haftada %29.8'inde hiç belirti olmadığı, %16.9'unda yineleyen intihar düşüncelerinin yaşandığı, %11.3'ünde de çökkün duygudurum belirtilerinin yaşandığı belirlenmiştir (Tablo 2).

Olguların %61.3'ünün evinde intihar ettiği, %59.7'sinin ası yöntemi, %20.2'sinin ateşli silah kullanarak intiharını gerçekleştirdiği, %21.8'inin çevresinde ateşli silah bulunduğu, %37.1'inde intihar öncesi intihar düşüncesinin yaşandığı ve intihar öncesi sözlü veya yazılı mesaj bıraktığı, %87.1'inin ilk intihar girişiminin olduğu, %46'sının 12:00-20:00 saatleri arasında intihar ettiği belirlenmiştir. Yakınlarından alınan bilgilere göre intihar nedeni olarak psikiyatrik hastalığın (%28.2) ilk sırada yer aldığı belirlenmiştir. Bireylerin %11.3'ünün soygeçmişinde, %5.6'sının da yakın çevresinde intihar öyküsü yaşandığı saptanmıştır (Tablo 3).

TARTIŞMA

Literatürde intihar girişimlerinin daha çok kadınlarda, tamamlanmış intiharların daha çok erkeklerde

olduğunu belirtilmektedir.^{2,13-15} Çalışmada intihar eden 124 olgunun 83 erkeğe karşılık 41 kadın olması literatür bulgularıyla uyumludur. Yaş gruplarıyla ilgili bulgu ülkemizde yapılan bazı çalışmalarla da paralellik göstermektedir.^{2,14,15} İntihar, 15-24 yaş grubunda (%34.7) yoğunlaşmakla beraber, 15-34 yaş grubunda (%54.9) daha çok görülmektedir. Literatürde intiharların özellikle gençlerde 15-24 yaş aralığında artış gösterdiği, genel olarak ise yaşla birlikte intihar girişimi riskinin arttığı belirtilmektedir.¹⁶

İntihar konusunda yapılan çalışmalarda, bekarların, yalnız yaşayanların, boşanmış ve dulların evlilerden daha fazla intihar ettikleri ve evliliğin intihardan koruyucu bir etken olduğu vurgulanmaktadır. Buna karşılık birçok çalışmada da intiharların evliler arasında daha fazla olduğu dikkati çekmektedir. Bu çalışmada evlilerin hemen arkasından bekarların daha sık intihar ettiği görülmüştür. Neden olarak bu durum, evlilerin aile içinde yoğun çatışmaya maruz kalması, evlilik sorunlarının kronikleşme eğilimi göstermesi ve evliliğin batılı ülkelere göre daha sınırlayıcı olmasının etkili olabileceği, bekarların ise aşk ve karşı cinsle ilgili problemleri daha yoğun yaşamasından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.¹⁶⁻¹⁸

Meslek konusunda dikkat çekici bir özellik saptan-

mamakla beraber, Türkiye'de kadınların büyük bir kısmının ev kadını olduğu, bunun da örnekleme yansıdığı söylenebilir. Örneklemin öğrenim durumu ile aile yapısının, toplumumuzda var olan özellikleri yansıttığı görülmektedir.

Bazı yayınlarda düşük sosyoekonomik düzeyin intihara sürükleyici bir etken olduğu belirtilmektedir.¹⁹ Fakat aynı şartları paylaşan insanlardan neden bir kısmının bu yolu seçip diğerlerinin seçmediği açık değildir. Olguların %57.3'ünün sosyal güvencesinin olmadığı görülmektedir. Sağlık güvencesi yokluğunun hem tedavi hizmetlerinden daha az yararlanmak anlamında, hem de sosyoekonomik yetersizliğin dolaylı bir göstergesi olabilmesi nedeniyle intihara etki eden bir etken olduğu düşünülebilir.

Parçalanmış aileden gelmek hem intihar için risk etkeni olan majör depresyon görülme sıklığını artırmakta, hem de bir psikososyal stres etkeni olarak intihar riskini artırmaktadır.^{14,15,18} Çalışmada ise, sanayileşmiş toplumların aile biçimi olarak kabul edilen çekirdek tipi ailenin çoğunluğu oluşturduğu, ailenin bireylere sosyal destek getirmekle beraber çatışmaları da getirdiği görülmektedir.

Olguların %41.9'unun ailenin ilk, %27.4'ünün ikinci çocuğu olduğu saptanmıştır. İlk çocukların intihar olaylarının fazla olmasına neden olarak, ailenin çocuğu yetiştirirken deneyimsiz olabileceğini veya bu çocuğun anne-babalarına yaş ve konum açısından diğer çocuklara göre daha yakın olduğunu ve diğer kardeşlerinin sorunlarını da paylaşmak durumunda kaldığını düşündürmektedir.

Olguların doğduğu bölgenin ilk sırada Marmara olması, çalışmanın yapıldığı yerin İstanbul olmasından kaynaklanabileceğini, %62.1'inin dışarıdan gelmesinin ise irdelenmesi gerektiğini düşündürmektedir. Bu çalışmada olduğu gibi, literatürde de şehirde yaşayanların köylerde yaşayanlara göre daha fazla intihar davranışı gösterdikleri bildirilmiştir.²⁰ Modernleşme, hızlı sosyal değişimler, bireyselleşme, sosyal bağların gevşemesi kişinin yalnızlık duygusunu derinleştirmekte ve kişi intihara yönelebilmektedir. İntiharda ulaşılabilecek en kolay yolun seçildiği düşüncesine destek olabileceğini düşünerek kişilerin evinin kaçınıcı katında oturması ile seçtiği intihar şekli arasında ilişki incelendiğinde, oturulan katlar arttıkça asıların azaldığı, buna karşılık yüksekten atlamaların en azından ilk dört katta arttığı görülmektedir.

Tutuklanma, gözaltına alınma, hakkında soruşturma açılma veya başka adli sorunların intihar riskini artıran etkenler arasında olduğu bildirilmiştir.²¹ Çalışmadaki olguların halen veya yakın bir geçmişte adli sorunlarının olup olmadığı araştırıldığında, sadece sekiz olgunun adli sorununun olduğu görülmektedir. Adli sorunu olan sekiz olgu **Anatolian Journal of Psychiatry 2012; 13:117-124**

da erkektir. Bu durum kadınların depresyon, somatizasyon, konversiyon gibi psikiyatrik bozukluklara daha eğilimli olmaları ve bu hastalıkları bir çözüm şekli ve başa çıkma yolu olarak görmelerine karşın, erkeklerin sorunların çözümünde alkol-madde kullanımına daha çok başvurdukları, anksiyetelerini saldırgan davranışlarla daha çok dışa vurma eğiliminde oldukları şeklindeki bilgiler literatür bulgularıyla uyumludur.^{21,22}

Olguların 21'inde fiziksel bir hastalık/özür vardır. Fiziksel hastalık/özür, bireylerin intihar riskini artıran etkenler arasındadır. Sertöz ve ark., bedensel hastalığının olmasıyla intihar girişiminde bulunma arasında istatistiksel açıdan anlamlılık bulunmuştur.¹⁴ Belirtilen sonuç bu çalışmanın konu ile ilgili bulgusunu destekler niteliktedir. Ekici ve ark. tamamlanmış intiharlarda saptanan iki önemli risk etkeninin fiziksel hastalık varlığı ve yetersiz dozda psikiyatrik tedavi olduğunu bulmuştur.²³

Dini inancın intihara karşı koruyucu olup olmadığı ise Durkheim'in klasik eseri İntihar'dan beri tartışılmaktadır. Din ve intihar ilişkisini araştıran çalışmalar; dinin en çok kadınları intihardan koruduğunu ve yüksek oranda sekülerleşmiş toplumlarda bu koruyucu etkinin görülmediğini ortaya koymaktadır. Sonuç olarak din ve intihar ilişkisinde kolaycı formüllerin işe yaramadığı, karmaşık sosyal dinamikleri hesaba katan bir araştırma yönteminin zorunlu olduğu anlaşılmaktadır.²⁴

Tamamlanmış intiharlarda, en sık rastlanan psikiyatrik tanımlar duygulanım bozuklukları ve alkol-madde kullanım bozukluklarıdır.²⁵ Gerek duygulanım ve kişilik bozukluklarının varlığı, gerekse alkol-madde kullanım bozuklukları kendi başlarına birer intihar risk etkenidir. Bu iki etkenin komorbid durumları, çok önemsenmesi gereken ayrı bir risk etkenidir. Alkol ve/veya madde kullanımının intihar riskini artırdığı ve alkol-maddenin kötüye kullanımı veya bağımlılığının tamamlanmış intiharlarda daha çok görüldüğü bildirilmektedir. Alkol-madde bağımlılığının, yaşamın geç dönemlerinde ortaya çıkan intihar eylemlerinde depresyonun ardından ikinci önemli ve yatkınlığı artırıcı etken olduğunu belirten yayınlara benzer olarak bu çalışmada alkol-madde kullanımını %19.3 oranında bulunmuştur.^{26,27} Bu durum, multifaktöriyel modelin etkin olduğunu düşündürmektedir. Ailesinin bilmeme olasılığı olabileceğinden ölenin kan/idrar/iç organından yapılan analizde %21 düzeyinde alkol-madde bulunmakla beraber, bu düzey içinde intihar için alınan ilaçlar da yer almaktadır. Psikososyal stres etkenlerinin bir intihar risk etkeni olduğu ve intihar eğilimini artırdığı bilinmektedir.²¹

Bu çalışmada psikososyal stres etkenlerinin etkisi literatür bulgusu ile uyumludur.

Bu çalışmada olguların soy geçmişinde psikiyatrik

öyküsünün yaşandığı (%24.2), soy geçmişinde (%11.3) ve yakın çevresinde (%5.6) intihar edenlerin bulunduğu belirlenmiştir. Yayınlarda intihar edenlerin yakınlarında normal popülasyona göre daha fazla intihar olaylarının görüldüğü, altta yatan potansiyel ruhsal hastalıklara ailevi bir yatkınlığın da eklendiği söz edilmektedir.^{14,15,21}

İntihar ile ilgili çalışmaların çoğunda geçmiş intihar girişiminin ilerideki intihar girişimlerini öngördürücü olduğu belirtilmiştir.²⁸⁻³² Kendine zarar verme davranışının varlığı intihar için yaygın ilk beş risk etkeni arasında yer almaktadır. Kendine zarar verme davranışı olarak bireyin daha önceki intihar girişimleri, alkol-madde kullanım durumu, vücudunda kesi/yara varlığı anlaşılmaktadır.³³⁻³⁵ Bu çalışmada da bireylerin kendine zarar verme davranışlarının bulunduğu görülmüştür.

Çalışmada en sık görülen ilk üç intihar yöntemi asi, ateşli silah ve yüksekten atlamadır. Türkiye'de ateşli silahların denetime tabi ve ruhsatlandırılmış olması, intihar amacıyla en çok kullanılan hipnotik ve sedatif ilaçların 1986 yılında yeşil reçeteye bağlanarak kısıtlanmış olması, ateşli silah ve ilaç kullanarak intihar etme yöntemlerinin daha az kullanılmasıyla sonuçlanmış olabilir. Asi ve yüksekten atlama her yerde herkesin kolayca bulabileceği koşulları gerektirmekte ve en kolay erişilebilir yöntemler olmaktadır. Bu çalışmadaki yedi olgu trisiklik antidepressan ve/veya sedatif-hipnotik olarak intihar etmiştir. Yüksek doz ilaç alarak intihar edenlerin kayda değer bir kısmının trisiklik antidepressan ve/veya sedatif-hipnotik ilaç kullanarak intihar ettiği bilinmektedir.³⁶ Ateşli silah

ve kesici alet kullanma, kendini yakma gibi daha çok şiddet içeren ve daha öldürücü yöntemlerin belirgin şekilde kadınlarda az, erkeklerde yüksek oranda görülmesi ve ilaç içme gibi yöntemlerin kadınlarca tercih edilmesi literatür bulgularıyla uyumaktadır.³⁷

Literatürde intihar kurbanlarının %10-25 oranında yazılı not bıraktıkları belirtilmiştir.³⁸⁻⁴⁰ Bu çalışmada %16.1'nin yazılı olmak üzere toplam %37.1'inin intihar öncesi sözlü ve yazılı mesaj bıraktıkları saptanmıştır. İntihar notlarına bakıldığında, genellikle bunların problem yaşadıkları insanlara yönelik belki de onları cezalandırma dileğiyle yazılmış mesajlar olduğu belirlenmiştir. İntihar eylemini tamamlamadan evvel intihar edenlerin birçok zaman diliminde intihar düşüncelerini açıkça veya ima yoluyla çevrelere aktardıkları ve bu dışavurumların klinisyen ve hasta yakınları tarafından ciddiye alınması gerektiği bilinmektedir.³⁷

İntiharların %70.2'sinin gündüz saatlerinde gerçekleştiği saptanmıştır. Bu durum, gün doğumuyla beraber kendilerini son fiziksel eylem için daha güçlü hissediyor olabildiklerini düşündürmektedir. Ayrıca bu bulgu için diğer önemli bir etkenin, özellikle depresyon hastalarının en sıkıntılı oldukları saatlerin sabah saatleri olabileceği ve bu depresif duygudurum içinde intihara yönelimin artabileceği söylenebilir.

Bu çalışmada olduğu gibi, Alptekin ve ark.¹ ile Sağınç ve ark.¹⁵ psikiyatrik bozukluklar ve ailesel problemlerin intihar nedeni olarak ilk sıralarda yer aldığını belirtmektedir.

KAYNAKLAR

1. Alptekin K, Duyan V, Demirel S. Adıyaman'da intihar girişimleri. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2006; 7:150-156.
2. T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü. *İntihar İstatistikleri 2002*, Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, Ankara, 2004.
3. Can SS, Sayıl I. Yineleyici intihar girişimleri. *Kriz Dergisi* 2004; 12:53-62.
4. Haukka J, Suominen K, Partonen T, Lönnqvist J. Determinants and outcomes of serious attempted suicide: a nationwide study in Finland, 1996-2003. *Am J Epidemiol* 2008; 167:1155-1163.
5. Özgüven DH, Sayıl I. Suicide attempts in Turkey: Results of the WHO/EURO multicentre study of suicidal behavior. *Can J Psychiatry* 2003; 48:324-329.
6. Türkiye İstatistik Kurumu. *İntihar İstatistikleri Veri Tabanı, 2009*. <http://www.tuik.gov.tr/demografiapp/intihar.zul> (Erişim: 21.06.2011).
7. Andrewt TA. Psychological autopsy risk factors for suicide. *Br J Psychiatry* 2000; 177:360-365.
8. Conwell Y, Duberstein PR, Cox C, Herrmann JH, Forbes NT, Caine ED. Relationships of age and Axis-1 diagnosis in victims of completed suicide: A psychological autopsy study. *Am J Psychiatry* 1996; 153:1001-1008.
9. Shafii M, Carrigan S. Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1985; 142:1061-1064.
10. Brent DA. The psychological autopsy: methodological considerations for the study of adolescent suicide. *Suicide Life Threat Behav* 1989; 19:43-57.
11. Denning DG, Conwell Y, King D. Method choice, intent and gender in completed suicide. *Suicide Life Threat Behav* 2000; 30:282-288.
12. Isometsa ET. Psychological autopsy studies-a review. *Eur Psychiatry* 2001; 16:379-385.
13. Rhyne CE, Templer DI, Brown LG, Peters NB. Dimensions of suicide: perceptions of lethality, time and agony. *Suicide Life Threat Behav* 1995; 25:373-380.
14. Sertöz ÖÖ, Noyan MA, Sertöz N, Elbi H. İntihar girişimleri öngörülebilir mi? Bir üniversite hastanesi acil servisine intihar girişimiyle başvuran hastaların altı aylık izlem sonuçları. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2010; 10:1-8.
15. Sağınç H, Kuğu N, Akyüz G, Doğan O. Yatarak tedavi gören hastalarda intihar öyküsünün araştırılması. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2000; 1:83-88.

16. Masango SM, Rataemane ST, Motojesi AA. Suicide and suicide risk factors: a literature review. *SA Fam Pract* 2008; 50:25-28.
17. Berber S. İntiharın psikodinamik kuramı. *3P Dergisi* 1995; 3:55-58.
18. Ekici G, Savaş H, Çıtak S. İntihar riskini arttıran psikososyal etmenler (sosyal güvence yokluğu, göç ve diğer stresörler). 35. Ulusal Psikiyatri Kongresi ve Uluslararası Kros-Kültürel Psikiyatri Uydu Sempozyumu, 6-12 Eylül, Trabzon, 1999, s.193-198.
19. Diekstra RF. Suicide and the attempted suicide: an international perspective. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 354(Suppl.):1-24.
20. Micciolo R, Williams P, Zimmermann-Tansella C, Tansella M. Geographical and urban-rural variation in the seasonality of suicide: some further evidence. *J Affect Disord* 1991; 21:39-43.
21. Aydın H, Battal S, Özşahin A. İntihar davranışının sosyodemografik özellikleri. XXIV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, 19-23 Eylül, Ankara, 1988, s.238-246.
22. Moscicki EK. Epidemiology of suicide, North American perspectives. *Int Psychogeriatr* 1995; 4:137-148.
23. Ekici G, Savaş HA, Çıtak S. Tamamlanmış intiharlarda iki önemli risk etmeni: Fiziksel hastalığın varlığı ve yetersiz dozda psikiyatrik tedavi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2001; 11:168-173.
24. Sayar K. İntihar ve inanç sistemleri, <http://www.kemalsayar.com/sayfalar.asp?s=39> (Erişim: 18.11.2011).
25. Blumental SJ. Suicide: a guide to risk factors, assessment and treatment of suicidal patients. *Med Clin North Am* 1988; 72:937-971.
26. Ekici G, Savaş HA, Çıtak S. Tamamlanmış intiharlarda alkol madde kullanım öyküsünün rolü. *Bağımlılık Dergisi* 2001; 2:113-116.
27. Cornelius JR, Salloum IM, Mezzich J, Cornelius MD, Fabrega HJr, Ehler JG, et al. Disproportionate suicidality in patients with comorbid major depression and alcoholism. *Am J Psychiatry* 1995; 152:358-364.
28. Pagura J, Cox BJ, Sareen J, Enns MW. Factors associated with multiple versus single episode suicide attempts in the 1990-1992 and 2001-2003 United States National Comorbidity Surveys. *J Nerv Ment Dis* 2008; 196:806-813.
29. Wong JPS, Stewart SM, Claassen C, Lee PWH, Rao U, Lam TH. Repeat suicide attempts in Hong Kong community adolescents. *Soc Sci Med* 2008; 66:232-241.
30. Masango SM, Rataemane ST, Motojesi AA. Suicide and suicide risk factors: a literature review. *SA Fam Pract* 2008; 50:25-28.
31. Tuğcu H. A study various factors related to suicide probability. *Kriz Dergisi* 2006; 14:17-21.
32. Oquendo MA, Currier D, Mann JJ. Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: What is the evidence for predictive risk factors? *Acta Psychiatr Scand* 2006; 114:151-158.
33. Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K. Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environ Health Prev Med* 2008; 13:243-256.
34. Kurihara T, Kato M, Reverger R, Tirta GR. Risk factors for suicide in Ball: a psychological autopsy study. *BMC Public Health* 2009; 9:327.
35. Schneider B, Grebner K, Schabel A, Hampel H, Georgi K, Seidler A. Impact of employment status and work-related factors on risk of completed suicide. A case-control psychological autopsy study. *Psychiatry Res* 2011 (article in press).
36. Kolusayın Ö, Koç S. Ölüm, Adli Tıp. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, Rektörlük Yayın No.4165, Fakülte Yayın No.224, 1999, s.93-105.
37. Ekici G. Psikiyatrik Hastalığı Olan Ölümle Sonuçlanmış Olgularda Sosyodemografik Özellikler. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul, 1999.
38. Ho TP, Yip PSF, Chiu CWF, Halliday P. Suicide notes: what do they tell us? *Acta Psychiatry Scand* 1998; 98:467-473.
39. Heim N, Lester D. Do suicides who write notes differ from those who do not? A study of suicides in West Berlin. *Acta Psychiatry Scand* 1990; 82:372-373.
40. O'Donnell I, Farmer R, Catalan J. Suicide notes. *Br J Psychiatry* 1993; 163:45-48.