

İntihar Girişiminde Bulunan Gençlerin Sosyodemografik-Sosyokültürel ve Aile Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Gülcan Güleç*, Gökay Aksaray**

* Öğr. Gör. Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi; Psikiyatri Anabilim Dalı

** Doç. Dr. Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi; Psikiyatri Anabilim Dalı

Yazışma adresi: Dr. Gülcan Güleç, Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi; Psikiyatri Anabilim Dalı, ESKİŞEHİR

E-posta: gulcangulec@yahoo.com

Tel: +902222392979

GSM: +905333542024

Faks: +90222292811

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada intihar girişiminde bulunan gençlerin sosyodemografik-sosyokültürel ve aile özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: İntihar girişimi nedeni ile hastaneye kabul edilen 15-24 yaş arası 63 genç, sağlıklı gençlerden oluşan 65 kişilik kontrol grubu ile sosyodemografik-sosyokültürel ve aile özellikleri açısından karşılaştırıldı. Altmış üç intihar girişimcisinin 48'i (%76.2) kadın, 15'i (%23.8) erkekti. Kontrol grubu intihar girişimcileri ile benzer yaş ve cinsiyetteki gençlerden oluşturuldu. Altmış beş kişilik kontrol grubunun 46'sı (%70.8) kadın, 19'u (%29.2) erkekti. Gençlere yazarlar tarafından geliştirilen görüşme formu uygulandı. Elde edilen veriler, verilerin yapısına uygun olarak x-kare, t-test ile değerlendirildi.

Bulgular: İntihar girişiminde bulunanların 58'i yöntem olarak ilâç yüksek dozunu, 4'ü böcek ilacı içmeyi, 1'i asıy kullanmıştır. Ayrıca bu grubun %47.6'sı (n=30) daha önce en az iki hafta süre ile ölüm isteği hissetmiş, %44.4'ü (n=28) intihar hakkında düşünmüş ve %31.7'si (n=20) daha önce intihar girişiminde bulunmuştur. İki grup karşılaştırıldığında, intihar girişiminde bulunan gençlerin daha az eğitim aldıkları, okula devam veya düzenli bir işte çalışma oranlarının düşük olduğu bulundu. Psikiyatrik hastalık veya psikiyatriye başvuru oranlarının daha yüksek olduğu, ana-baba eğitim düzeyinin daha düşük olduğu, ailede fiziksel istismara mâruz kalma veya tanık olma oranlarının daha yüksek olduğu, ailede psikiyatrik hastalık oranlarının daha yüksek olduğu ve daha fazla sigara içtikleri tespit edildi.

Tartışma: Sonuçlar gençlerde intihar girişimi ile parçalanmış aileye sâhip olmaktan ziyâde, iyi fonksiyon göstermeyen aile ortamına sâhip olma arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermiştir.

Sonuç: İntihar girişimini etkileyen faktörlerin bilinmesi intihar önleme çalışmaları için önemlidir. Aynı zamanda klinisyene intihar girişiminde bulunan gençlerin değerlendirilmesinde yol gösterici olacaktır.

Anahtar Kelimeler: genç, intihar girişimi, aile

ABSTRACT

Purpose: In this study our aim was to reveal sociodemographic-sociocultural and family traits of young suicide attempters.

Method: We examined 63 young patients admitted to the hospital with suicide attempt whose ages were between 15 and 24. Of these 63 suicide attempters, 48 (76.2%) were female, 15 (%23.8) were male. We compared these patients with 65 healthy controls according to their sociodemographic-sociocultural and family traits. Healthy controls were similar age and gender with suicide attempters. Of these 65 controls 46 (70.8%) were female, 19 (29.2%) were male. To evaluate suicide attempters and controls we used a questionnaire that was formed by authors. Chi-square and t-test analysis were used to evaluate the data.

Findings: Fifty-eight of the patients had attempted suicide by ingestion of drugs, four by ingestion of insecticides, and one by hanging. Of the suicide attempters 47.6% (n=30) had the wish to die, 44.4% (n=28) had thoughts about suicide for a period of 2 weeks or more in their life and 31.7% (n=20) had made previous suicide attempts. We found out that when compared to controls,

young patients with suicide attempt had lower education levels, more absence from school or regular employment, more past history of psychiatric disorder-care, lower parental education level, more witness or exposure to physical abuse, higher parental psychopathology and more smoked .
Discussion: This study shows strong association between suicide attempt and dysfunctional family rather than parental divorce or separation.

Conclusion: Knowledge of associated factors with suicide attempt is important in suicide preventive work and will guide the clinician in the important task of assessing suicidal young people.
Keywords: youth, suicide attempt, family

GİRİŞ

Son yıllarda genç intiharlarına yönelik artan bir ilgi bulunmaktadır. Bu ilginin nedeni olarak pek çok toplumda 1980 ve 1990'lı yıllarda genç intihar oranlarının artması gösterilmektedir (Beautrais 2003). İntihar 15-24 yaş gurubunda Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) erkeklerde üçüncü, kızlarda ise ikinci ölüm nedenidir. İntihar oranları yaşa bağlı olarak ergenlikten sonra anlamlı olarak artmaktadır. 14 yaşın altındaki gençlerde intihar oranı yüz binde birin altında iken 15-19 yaş gurubunda yüz binde 10 oranında görülmektedir. 12 yaşından küçüklerde intiharın nâdir görülmesinin nedeni olarak o yaş gurubundaki bir çocuğun gerçekçi bir intihar planı hazırlayıp uygulamaya koyma kapasitesine sahip olmamasıdır. Bilişsel olgunlaşmanın tamamlanmaması intihara karşı koruyucu bir rol oynuyor gibi görünmektedir. İntihar girişiminin tamamlanmış intiharlara oranı, 14 yaşın altındakilerde 50/1 iken, 15-19 yaş grubunda 15/1'dir (Kaplan ve Sadock 1998).

Ülkemizde de 1990-2001 yılları arasında kaba intihar hızı yüz binde 2.42'den 3.77'ye çıkmış olup, intiharların %29.7 ilâ %36'sı 15-24 yaşları arasındaki gençlerde meydana gelmiştir (DİE 2001). İntihar girişimlerinin epidemiyolojik özellikleri tamamlanmış intiharlar kadar iyi bilinmemektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) desteği ile yürütülen çok merkezli bir çalışmanın Türkiye'deki merkezindeki bulgulara göre, 1998-2002 yılları arasında intihar girişimi hızı ortalaması yüz bin de 46.89 olarak tespit edilmiştir. Bu hız Avrupa'daki diğer merkezlerde saptanan hıza göre düşük olmakla birlikte, bu 4 yıl içinde intihar girişimi hızı %93.59 artış göstermiştir (Devrimci-Özguven ve Sayıl 2003).

Ergenlerin %7-10'u intihar girişiminde bulunmakta ve bunların yaklaşık %2-3'ü tıbbî bakım almaktadır (Spirito 1997, Rotheram-Borus ve ark. 2000). Ruh sağlığı açısından yardıma ihtiyaçları olmakla birlikte %50'den azı âcil servislerde görüldükten sonra psikoterapiye gönderilmekte, bunların çoğu tedaviye başlamakta ancak tedavilerini tamamlamamaktadır (Rotheram-Borus ve ark. 2000).

Eski intihar davranışı, gerek sonraki intihar girişimleri ve gerekse tamamlanmış intiharlar için ön belirleyici etkenlerdendir. Psikolojik otopsi çalışmaları sonucunda intihar eden bireylerin %18-50'sinde eski intihar girişimi öyküsüne rastlanırken, intihar girişimcilerinin uzun süreli takip çalışmaları sonucunda ise, bu kişilerin %10-15'inin daha sonra intiharı tamamladıkları bildirilmiştir (Rudd ve ark. 1996).

Tamamlanmış intiharlarda yapılan psikolojik otopsi çalışmalarına veya intihar girişimlerini değerlendirmek için yapılan epidemiyolojik ve klinik çalışmalara dayanarak intihar için bazı risk faktörleri tanımlanmıştır. Bunlar cinsiyet (kadın olmak), psikopatoloji mevcudiyeti, stresör yaşam olayları, âilede intihar davranışı öyküsü, ebeveyn ayrılığı, çocuk-ebeveyn çatışması, ebeveyn psikopatolojisi, ebeveynlerin evlilik uyumsuzluğu, fiziksel veya cinsel kötüye kullanım, düşük sosyoekonomik durum, okul ve iş problemleri, genetik - biyolojik etkenler, cinsel yönelim ile umutsuzluk, depresyon, problem çözme yetersizliği, impulsivite gibi psikolojik etkenlerdir (Gould ve Kramer 2001, Beautrais 2000, Low ve Andreus 1990).

Gençlerde intihar davranışı ile en sık beraberlik gösteren psikiyatrik bozukluklar intihar girişimi öyküsü, duygudurum bozukluğu, madde kötüye kullanımı ve antisosyal davranıştır (Gould ve Kramer 2001). Öyküde daha öncesine âit intihar girişiminin varlığı erkeklerde en güçlü risk faktörü iken kızlarda depresyondan sonra ikinci sıklıktadır (Gould ve Kramer 2001, Beautrais 2000, AACAP Official Action 2001).

Çok sayıdaki çalışmada dağılmış âilelerden gelen çocuklarda intihar davranış riskinin arttığı gösterilmiştir (Ferguson ve Lynskey 1995, Andrews ve Lewinsohn 1992, Gould ve ark. 1998). Bir çalışmada intihar girişiminde bulunmuş gençler arasında kontrol gurubundan farklı olarak, 5-15 yaşları arasındayken en az üç ebeveyn figürü değişikliği yaşadıkları saptanmıştır (Fergusson ve Lynskey 1995). Gençlerde ayrılık ve boşanma sonucu ebeveyn kaybı intihar davranışını içeren psikopatoloji riskini arttırırken, ölüm sonucu ebeveyn kaybında böyle bir risk artışına rastlanmamaktadır. Ebeveynlerinde depresyon, madde kullanım bo-

zukluğu, antisosyal davranışları içeren psikopatoloji varlığında gençlerde intihar davranışı artma eğilimindedir (Brent ve ark. 1994, Gould ve ark. 1996).

Ebeveynler arası uyumsuzluğun 15-24 yaşlar arasındaki gençlerdeki intihar girişimi oranlarını arttırdığı gösterilmiştir. Ayrıca gençler ebeveyn uyumsuzluğunun girişimleri ortaya çıkarıcı bir faktör olduğunu da bildirmişlerdir (Beautrais ve ark. 1996). Bununla birlikte tamamlanmış intihar ile ebeveyn uyumsuzluğu arasında bir ilişki tanımlanmamıştır (Brent ve ark. 1993).

Çocuk ebeveyn ilişkisinde yetersizlik, aile içi iletişimde yetersizlik, çok yüksek veya düşük ebeveyn beklentisi ve ebeveynlerin gençleri aşırı kontrolünü içeren tutumlar gençlerde intihar ve intihar girişimi riskini 1.4-3.6 kat arttırmaktadır (Beautrais 2000).

Çocukluk çağında yaşanan fiziksel istismar intihar girişimini 1.9-6.5 kez arttırmaktadır (Beautrais 2000). Cinsel istismarın da riski arttırdığı gösterilmiştir (Beautrais 2000, Devrimci-Özgüven 2002).

Düşük sosyoekonomik durum, sınırlı eğitim başarısı, düşük gelir ve yoksulluk gibi özellikler ile tanımlanan sosyal dezavantajlı gençlerde intihar ve intihar girişimi riskinin arttığı bildirilmiştir (Beautrais 2000). Okuldan ayrılma ile meydana gelen sosyal izolasyon intihar davranışını kolaylaştırır (Gould ve Kramer 2001). Kırsal bölgelerde yaşayan gençlerde kentlerde yaşayanlara göre daha fazla intihar davranışı görülmekte ve kırsalda yaşayan gençler intihar metodu olarak daha fazla ateşli silah kullanmaktadır (Beautrais 2000).

İntihar girişimleri için risk etkenlerinin bilinmesi ve intihar davranışı gösteren gençlerin değerlendirilmesi intiharı önleme çalışmalarında yol gösterici olacaktır. Biz de bu çalışmamız ile intihar ve intihar girişimini etkileyen etkenlerin tespitine yönelik çalışmalara katkıda bulunmayı amaçladık. Bu amaç doğrultusunda, intihar girişimi nedeniyle hastaneye kabul edilen gençleri, sosyodemografik - sosyokültürel özellikleri, alkol-madde kullanımı, fiziksel ve cinsel şiddet öyküsü, fiziksel ve psikiyatrik hastalık öyküsü gibi değişkenler açısından intihar girişiminde bulunmamış sağlıklı gençler ile karşılaştırdık.

Tablo 1. İntihar Girişimi Olan Grup İle Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

	İntihar Girişiminde Bulunan Grup (N=63)		Kontrol Grubu (N=65)		
	N	%	N	%	
Yaş Ortalaması	19.25±3.15		19.09± 3.35		p>0.05
Cinsiyet					p>0.05
Kadın	76.2		70.8		
Erkek	23.8		29.2		
Eğitim					***p<0.001
İlkokul	12.7		1.5		
Ortaokul	47.6			26.2	
Lise	36.5			69.2	
Üniversite	3.2		3.1		
Medenî Durum					*p>0.05
Bekâr	88.9			98.5	
Evli	9.5			1.5	
Boşanmış	1.6		0.0		
İş Durumu					***p<0.001
Öğrenci	55.6			90.8	
Düzenli Çalışıyor	11.1			3.1	
Düzensiz Çalışıyor	12.7			0.0	
Çalışmıyor	20.6		6.2		
Yaşadığı Yer					p>0.05
Köy	4.8			1.5	
Kasaba-İlçe	19		7.7		
Şehir	74.6		90.8		
Yurt Dışı	1.6		0.0		

YÖNTEM

Araştırmaya intihar girişimi nedeni ile Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne Mayıs 2003 ve Aralık 2003 tarihleri arasında başvurmuş, araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan 15-24 yaş arası gençler ardışık olarak alınmıştır. Araştırmaya alınma kriterleri olarak en az ilkokul mezunu olma ve mental retardasyonu olmama aranmıştır. Araştırmaya 48'i kadın ve 15'i erkekten oluşan 63 kişi alınmış olup, veri toplama araçları intihar girişimlerinden sonraki ilk üç gün içinde uygulanmıştır. Akut psikoz ve alkol madde çekilme semptomlarının verilerin toplanmasını engelleyeceği ve güvenilirliğini azaltacağı için, bu kişiler çalışma dışı bırakılmıştır. Kontrol grubu ise hastane çalışanlarının benzer yaş ve cinsiyetten, daha önce intihar girişiminde bulunmamış, en az ilkokul mezunu olan ve mental retardasyonu olmayan yakınlarından meydana gelmiş olup, 65 kişiden oluşmaktadır.

Tablo 2. İntihar Girişiminde Bulunan Grup İle Kontrol Grubunun Aile Özelliklerinin Karşılaştırılması

	İntihar Girişiminde Bulunan Grup (N=63)		Kontrol Grubu (N=65)		
	N	%	N	%	
Ana-Baba Durumu					p>0.05
Sağ-Birlikte	47	74.6	59	90.8	
Anne Ölmüş	1	1.6	0	0.0	
Baba Ölmüş	8	12.7	4	6.2	
Boşanmışlar	7	11.1	2	3.1	
Baba Eğitim Düzeyi					
İlköğretim	40	6.5	22	33.8	
Lise ve Üzeri	23	36.5	43	66.2	
Anne Eğitim Düzeyi					***p<0.001
İlköğretim	50	79.4	36	55.4	
Lise ve Üzeri	13	20.6	29	44.6	
Âilenin Geliri					*p<0.05
< 500 milyon	30	47.6	15	23.1	
500 milyon-1.5 milyar	26	41.3	40	61.5	
>1.5 milyar	7	11.1	10	15.4	
Âile Geliri					p>0.05
Yeterli	35	55.6	33	50.8	
Yeterli Değil	28	44.4	32	49.2	

Uygulanmaya başlamadan önce, katılımcılara araştırmanın amacı anlatılmış, rızaları alınmış ve veri toplama araçlarının nasıl doldurulacağı hakkında bilgi verilmiştir.

Araştırmaya katılanlara uygulanan ve araştırmacı tarafından geliştirilen formda, bireyin kendisinin yaşı, cinsiyeti, medenî durumu, eğitim durumu, yaşadığı yer, iş durumu, beraber yaşadığı kişiler, sigara-alkol-madde kullanım öyküsü, travmatik yaşantı öyküsü, fiziksel-psikiyatrik hastalık öyküsü, intihar davranışı öyküsüne yönelik sorular bulunmaktadır. Aile özelliklerini tespit etmek için âilesinin gelir düzeyi, ana-baba eğitim durumu, âilede fiziksel-psikiyatrik hastalık öyküsü, âilede alkol-madde kullanım öyküsü, âilede intihar girişimi öyküsünü içeren sorular da bulunmaktadır. Ayrıca intihar girişiminde bulunan gruba tanımlayıcı bilgilere ulaşmak amacıyla intihar davranışı öyküsü ve şu andaki intihar girişimi sırasındaki kullandığı yöntem, nerede olduğu, alkollü olup olmadığı, not bırakıp bırakmadığı, ne zamandır plânladığı, girişim öncesi birisi ile konuşup konuşmadığı ve girişimden sonra yardım isteyip istemediğine yönelik sorular sorulmuştur.

Verilerin değerlendirilmesi Biyoistatistik Anabilim Dalı'nda SPSS paket programı kullanılarak yapılmıştır. İstatistikî değerlendirmede verilerin yapısına uygun olarak ki-kare ve test analizleri uygulanmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya alınan 63 kişilik intihar girişiminde bulunan grubun 48'i (%76.2) kadın, 15'i (%23.8) erkek olup yaş ortalamaları 19.25 (sd±3.15) idi. Kontrol grubundaki 65 kişinin ise 46'sı (%70.8) kadın, 19'u (%29.2) erkek olup, yaş ortalamaları 19.09'du (sd±3.35). İntihar girişimi olan grup ile kontrol grubunun sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 1'de gösterilmiştir.

İntihar girişiminde bulunan grubun eğitim, medenî durum ve iş durumu kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdi. Kontrol grubunun eğitim düzeyi intihar girişiminde bulunan gruba göre daha yüksekti (p<0.001), intihar girişiminde bulunan grupta düzensiz çalışma veya çalışmama oranları kontrol grubuna göre daha fazlaydı (p<0.001). Ayrıca intihar girişiminde bulunan grupta evli olanların oranının daha fazla olduğu saptandı (p <0.05).

İntihar girişiminde bulunanların %92.1'i (n=58) yöntem olarak ilaç yüksek dozunu, %6.3'ü (n=4) böcek ilacı içmeyi, %1.6'sı (n=1) asıyı kullanmıştır. Olguların %88.9'u (n=56) girişim sırasında evdeyken, %22.2'si (n=14) not bırakmış, %50.8'i (n=32) girişimden sonra yardım istemiş veya birisine haber vermiştir. İntihar girişiminde bulunanların %34.9'u (n=22) intihar konusunda birileri ile konuşurken, %34.9'u (n=22) girişim kararına 5 dakika içinde, %28.6'sı (n=18) birkaç saat, %4.8'i (n=3) bir gün, %15.9'u (n=10) birkaç gün, %15.9'u (n=10) daha önceden plânlamıştır. Girişim sırasında 4 kişi (%6) alkollü olduğunu belirtmiştir.

İntihar davranışı incelendiğinde ise 30'u (%47.6) daha önce en az iki hafta süre ile ölüm isteği hissettiğini, 28'i (%44.4) daha önce en az iki hafta süre ile intihar hakkında düşünceleri olduğunu, 20'si (%31.7) daha önce intihar girişiminde bulunduğunu bildirmiştir. Aile

Tablo 3. Alkol-Madde Kullanımı ve Fiziksel-Cinsel Tâciz Öyküsü Açısından İntihar Girişimi Olan Grup İle Kontrol Grubunun Karşılaştırılması

	İntihar Girişiminde Bulunan Grup (n=63)		Kontrol Grubu (n=65)		
	N	%	N	%	
Sigara Kullanımı					
Var	35	55.6	17	26.2	***p<0.001
Yok	28	44.4	48	73.8	
Alkol Kullanımı					
Var	11	17.5	11	16.9	p>0.05
Yok					
Madde Kullanımı					
Var	0	0.0	0	0.0	p>0.05
Yok	59	93.7	63	96.9	
Bıraktım Denedim					
Cinsel Tâciz					
Var	6	9.5	7	10.8	p>0.05
Yok	57	90.5	58	89.2	
Âilede Şiddete Mâruz Kalma					
Evet-Sık Sık	3	4.8	0	0.0	***p<0.001
Evet-Ara Sıra	28	44.4	9	13.8	
Hayır					
Babanın Anneye Şiddeti					
Evet-Sık Sık	4	6.3	0	0.0	***p<0.001
Evet-Ara Sıra	20	31.7	4	6.2	
Hayır	39	61.9	61	93.8	

özellikleri incelendiğinde ebeveynlerin sağ ve birlikte, boşanmış veya ebeveynlerden birinin ölmüş olması şeklinde sınıflanan ana-baba durumu gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemiştir. İntihar girişiminde bulunan grubun anne ve babalarının eğitim düzeyi ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde kontrol grubunun anne-babalarının eğitim düzeyinden düşük bulunmuştur (her iki değişken içinde $p<0.001$). İntihar girişiminde bulunan grubun âile gelir düzeyleri kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olmakla birlikte ($p<0.05$), her iki grupta sâhip oldukları gelir düzeylerini benzer oranlarda yeterli bulmaktadır. Her iki grubun âile özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 2’de gösterilmektedir.

İntihar girişiminde bulunanların %55.6’sı (n=35) sigara kullanıyorken, kontrol grubundakilerin %26.2’sinin (n=17) sigara kullandığı tespit edilmiştir ve iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde kontrol

grubunda daha düşük çıkmıştır ($p=0.001$). Alkol kullanımı, madde kullanımı, cinsel tâciz değişkenlerinde istatistikî olarak iki grup arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Şiddete mâruz kalma ($p<0.001$) ve şiddete tanık olma oranları ($p<0.001$) intihar girişiminde bulunan grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. İntihar girişiminde bulunan grup ile kontrol grubunun alkol-madde kullanımı ve fiziksel-cinsel tâciz öyküsü açısından karşılaştırılması Tablo 3’de gösterilmektedir.

İntihar girişiminde bulunanların %22.2’si (n=14) daha önce psikiyatrik bir hastalık geçirmiş, intihar girişiminde bulunanların %33.3’ü (n=21) daha önce bir psikolog veya psikiyatru gitmiş, %22.2’si (n=14) daha önce bir psikiyatrik bozukluk tanısı almış ve %9.5’inin (n=6) günlük yaşamını kısıtlayan fiziksel bir hastalığı vardı. Kontrol grubunun ise %7.7’si (n=5) daha önce psikolog veya psikiyatru gitmiş, %3.1’i (n=2) bir psikiyatrik bozukluk tanısı almış ve %3.1’inin (n=2) günlük yaşamını kısıtlayan fiziksel bir hastalığı vardı. Bu değişkenler arasında fiziksel hastalığa sâhip olma gruplar arasında istatistiksel olarak bir fark göstermezken, psikiyatrik hastalık geçirme ($p<0.05$) ve psikolog veya psikiyatru gitme ($p<0.001$) intihar girişiminde bulunan grupta daha yüksek oranda bulunmuştur. Âile hikâyeleri incelendiğinde âilede psikiyatrik hastalık öyküsü, fiziksel hastalık öyküsü, alkol kullanım öyküsü, intihar girişimi öyküsü değişkenlerinden istatistikî olarak tek anlamlı fark intihar girişiminde bulunan grupta daha fazla olmak üzere âilede psikiyatrik hastalık öyküsünde bulunmuştur ($p<0.05$). İntihar girişiminde bulunan ve kontrol grubunda öz ve soy geçmişte hastalık öykülerinin karşılaştırılması Tablo 4’te gösterilmiştir.

TARTIŞMA

Araştırmaya alınan 63 kişilik intihar girişiminde bulunanlar grubunda kız/erkek oranı 3.2/1 olarak bulunmuştur. Bu sonuç erkeklerdeki tamamlanmış intihar oranlarının sıklığına karşı kızlarda intihar niyet

Tablo 4. İntihar Girişimi Olan Grup İle Kontrol Grubunda Özgeçmiş ve Hoygeçmişde Hastalık Öykülerinin Karşılaştırılması

	İntihar Girişiminde Bulunan Grup (n=63)		Kontrol Grubu (n=65)		
	N	%	N	%	
Psikiyatrik Hastalık Öyküsü					
Var	14	22.2	2	3.1	*p<0.05
Yok	49	77.8	63	96.9	
Psikiyatrik Başvuru					
Var	21	33.3	5	7.7	***p<0.001
Yok					
Fiziksel Hastalık					
Var	6	9.5	2	3.1	p>0.05
Yok	57	90.5	63	96.9	
Âilede Psikiyatrik Hastalık					
Var	13	23.8	5	7.7	*p<0.05
Yok	50	76.2	60	92.3	
Âilede Fiziksel Hastalık					
Var	4	6.3	7	10.8	p>0.05
Yok	59	93.7	58	89.2	
Âilede Alkol Kullanımı					
Var	8	12.7	5	7.7	p>0.05
Yok	55	87.3	60	92.3	
Âilede İntihar Girişimi					
Var	6	9.5	3	4.6	p>0.05
Yok	57	90.5	62	95.4	

ve girişiminin daha fazla olduğunu bildiren çalışmalar ile uyumludur (Wunderlich ve ark. 2001). Literatürde intihar ve intihar girişimlerdeki cinsiyet farklılığının nedenine yönelik çeşitli açıklamalar bulunmaktadır. Öz bildirim ölçeklerinin kullanıldığı çalışmalarda kızlar daha fazla depresyon semptomu bildirmiş ve erkekler ile karşılaştırıldığında kızların daha büyük bir oranı depresyon tanısı için gerekli olan standart kesme noktasının üzerinde puan almışlardır. Kızlardaki depresyon oranının yüksekliğinin nedeni açık olmamakla birlikte kızlarda daha fazla görülen intihar niyet ve girişimi için bir açıklama olabilir (Allison ve ark. 2001). Ancak cinsiyet, intihar oranını depresyondan bağımsız olarak da arttırabilir. Depresyonun benzer düzeylerinde bile kızlarda intihar niyeti erkeklerden daha fazla görülmekte ve bâzi yazarlar kızların düşük düzey depresyona cevap olarak erkeklerden daha fazla intihar niyeti geliştirdiklerini söyle-

mektedirler (Allison ve ark. 2001). Kadınlarda intihar girişiminin sosyal olarak daha kolay kabul edilmesi ve bunun yardım isteme gibi daha basit şekilde yorumlanmasına ilâve, kültürel olarak kabul edilebilir kendine zarar verme davranışlarının sosyalizasyonundaki cinsiyet farklılığı, erkeklerin başarısız girişimlerini bildirmelerini de azaltmaktadır (Wunderlich ve ark. 2001, Lewinsohn ve ark. 2001). Tamamlanmış intiharların erkeklerde daha fazla görülmesinin nedeni olarak cinsiyetler arasındaki kişilik gelişim farklılığından söz edilmektedir. Sözel ifade yeteneğindeki zayıflık intihar riskini arttırmaktadır. Kızların psikolojik gelişimi daha belirgin sözel yetenek ile donanmıştır. Bu nedenle tamamlanmış intihar oranları daha düşük olabilir (Kotila ve Lönnqvist 1988). Majör depresyonlu erkekler kızlara göre daha az yardım ve tedavi arayışı içinde bulunurlar ve daha az tedavi alırlar (Blair-West ve Mellsoop 2001, American Psychiatric Association 2003). Ayrıca erkeklerde daha fazla agresif davranış görüldüğü, depresyona karşı madde kullan-

nım bozukluğunun daha fazla olduğu, daha fazla başarıya odaklanmış oldukları ve daha fazla risk alma davranışı gösterdikleri bildirilmiştir. Daha fazla agresif davranış gösteren genç erkekler daha öldürücü yöntemler kullanmakta, bu da tamamlanmış intihar olasılığının artmasına neden olmaktadır. Araştırmamızda intihar girişiminde bulunanların %92.1'inin yöntem olarak yüksek doz ilâç alımını, %6.3'ünün zehir içmeyi kullandıklarını bulduk. Bu sonuç intihar girişimlerinde her iki cinsiyette de en çok kullanılan yöntemin ilâç ve zehir içme olduğunu bildiren çalışmalar ile uyumludur (Beautrais ve ark. 1996, Brent ve ark. 1993, Tomori ve Zalar 2000). Birçok hasta için intihar eyleminden önce bir intihar plânının oluşum süreci gelmektedir. Tipik olarak bu intihar niyetinin başlangıcından sonraki bir yıl içinde olmaktadır. İntihar zamanı, yeri, kullanılacak yöntemin seçimi gibi pek çok faktörü içeren bu plan ne kadar detaylı

ise intihar riski de o kadar artmaktadır. Spesifik bir intihar plânının yokluğunda, hazırda ve kolay ulaşılabilir bir öldürücü yöntemin varlığında impulsif eylem intihar ile sonuçlanabilir (American Psychiatric Association 2003, Garland ve Zigler 1993). Bizim çalışmamızda da intihar girişimcilerinin %68.3'ünün eylemleri impulsif iken, %31.7'si 1 günden daha uzun süre içinde plân yapmış olduklarını bildirmişlerdir. İlâç ve zehirlere kolay ve hızlı ulaşılabilmesi bu yöntemin girişimlerde sık kullanılmasının nedeni olabilir. ABD'de ateşli silah ile intihar oranları, silâh sâhibi olma oranları ile paralel olarak bölgesel farklılık gösterir. Öldürücülüğü yüksek intihar yöntemlerine ulaşımın sınırlandırılması ile intihar oranların azaldığı bildirilmektedir (Gunnell ve ark. 2000, Marzuk ve ark. 1992). Evde silâh varlığı özellikle gençlerde intihar için bağımsız bir risk etkenidir (Gould ve Kramer 2001, Brent ve ark. 1991). Kanunlar ile silâh sahibi olmanın sınırlandırıldığı yerlerde intihar oranları düştüğü tesbit edilmiştir (Gould ve Kramer 2001). Silâhlara ulaşılmanınca daha az öldürücü yöntemler seçilmektedir. Benzer şekilde Clarke ve Lester'e göre (1987) ABD'lerinde 1960'ların ortalarında emisyon kontrollerine başlanmasını takiben otomobil egzozu ile intihar oranları azalmıştır. Sağlık çalışanlarının yüksek riskli hastalarda daha güvenli ilâçları tercih etmeleri konusundaki eğilimler intiharı önleme stratejileri içinde yer almaktadır (Gould ve Kramer 2001).

Araştırmaya alınan intihar girişiminde bulunan grubun %47.6'sı daha önce en az iki hafta süre ile ölüm isteği hissettiğini, %44.4'ü daha önce intihar düşünceleri olduğunu ve %31.7'si daha önce intihar girişimleri olduğunu bildirmişlerdir. Eski intihar girişimi hikâyesi gelecekteki intihar girişimi ve intihar için en önemli risk faktörlerinden biridir (Beautrais 2003, Gould ve Kramer 2001, Roy 2000, Groholt ve ark. 2000). Bir intihar girişimi intihar riskini herhangi bir psikiyatrik hastalıktan daha fazla olmak üzere, yaklaşık 38 kat arttırmaktadır. Ayrıca tekrarlayan, vazgeçilen girişimler ile risk artarken, takip süresine bağlı olarak girişimcilerin %6-27.5'inin intihar sonucu öldüğü bildirilmektedir (American Psychiatric Association 2003). Prospektif bir çalışmada bir yıl içinde intihar girişimcilerinin %45'inde yeni intihar davranışı, %15'inde ise yeni intihar girişimi tespit edilmiştir (Tomori ve Zalar 2000). Bir başka çalışmada ise intihar girişiminde bulunanların %40'ının girişimlerini tekrarladığı, %10-14'ünün ise tamamladığı bildirilmiştir (Garland ve Zigler 1993).

Araştırmamızdaki intihar girişiminde bulunan grup kontrol grubuna kıyasla daha eğitimsizken, okula devam etme veya düzenli çalışma oranları ve gelir

düzeyleri anlamlı olarak daha düşüktü. Eğitimin 15-24 yaşlar arası gençlerde intihar girişimi riskini sosyal sınıf etkisinden bağımsız olarak azalttığı bildirilmiştir (Çuhadaroğlu ve Sonuvar 1992). Okuldan ayrılma ile meydana gelen sosyal izolasyon intihar davranışını artırır (Gould ve Kramer 2001). Düzenli bir işte çalışmanın intihara karşı koruyucu bir faktör olduğu (Roy 2000, Sanchez 2001), işsizlik ile birlikte intihar ve intihar girişimi riskinde özellikle erkeklerde daha fazla olmak üzere bir artış gözlemlendiği bildirilmiştir (Qin ve ark. 2003, Groholt ve ark. 2000). İşsizlikle beraber intihar davranışı riskini etkileyen diğer etkenler beraber ortaya çıkabilir. Örneğin iş kaybı, ekonomik ve evlilik sorunlarını arttırabilir, alkol kullanım bozukluklarına yol açabilir ve kendine zarar verme davranışını tetikleyebilir (Gould ve Kramer 2001). Sınırlı eğitim, düşük gelir ve yoksulluk olarak tarif edilen düşük sosyoekonomik düzeyli gençlerde intihar ve intihar girişimi oranlarının fazla olduğu bildirilmiştir (Beautrais 2003, Beautrais 2000, Groholt ve ark. 2000).

Araştırmamızda intihar girişiminde bulunan grup ile kontrol grubu arasında yaşadıkları yer açısından fark bulunmadı. Literatürde de bu konuda çelişkili bilgiler bulunmaktadır. İntihar sonucu ölümlerin kırsalda daha fazla olduğu bildirilirken (Beautrais 2000), kentlerde yaşamının kırsalda intihar oranını arttırdığına erkeklerde azalttığı da ileri sürülmüştür. Bu farklılığın nedeni büyük şehirde yaşamın daha iyi iş imkânları ile erkekleri olumlu etkilediği, diğer yandan bu yarışmacı çevrenin kadınları daha kırılgan yaptığı şeklinde açıklanmıştır (Qin ve ark. 2003).

İntihar girişiminde bulunan ergenlerin parçalanmış âilelerden geldiği (Beautrais 2003, Çuhadaroğlu ve Sonuvar 1992, Groholt ve ark. 2000), ayrılık boşanma gibi nedenlerle ebeveyn kaybı olan gençlerde intihar davranışı riskinde artış olduğu, ancak ölüm ile ebeveyn kaybı sonucunda böyle bir artışın olmadığı bildirilmiştir (Beautrais 2000). Ayrılık-boşanma ve intihar arasındaki ilişkinin ebeveyn psikopatolojisi ile açıklandığı, istatistiksel yöntemler ile âile psikopatolojisinin etkisi bertaraf edildikten sonra parçalanmış âileden gelme ile intihar riskindeki artış arasında ilişkinin kalmadığını bildirilmektedir (Gould ve Kramer 2001). Araştırmamızın sonuçlarında ebeveyn durumları açısından iki grup arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı. Pek çok çalışmada da ebeveyn eksikliğinden ziyade âile ortamı üzerinde durulmuştur. Âile fonksiyon bozukluğunun kendine zarar verme davranışı ile ilişkili olduğu (American Psychiatric Association 2003), âilenin sosyal ve duygusal destek sağlamadığı gençlerde intihar ile depresyon-davranım bozukluğu-

madde kötüye kullanımı ilişkisinin yüksek olduğu (Tomori ve Zalar 2000) ileri sürülmüştür. Aynı zamanda depresyon, madde kullanım bozukluğu, antisosyal davranışları içeren ebeveyn psikopatoloji hikâyesi ve problemlili ebeveyn-çocuk ilişkisi olan gençlerde intihar ve intihar girişim oranlarının arttığı da bildirilmiştir (Gould ve Kramer 2001, Beautrais 2000). Benzer şekilde çocukluk çağındaki cinsel ve fiziksel istismar artan intihar davranışı ile ilişkilendirilmiş ve 1.9-10 kat risk artışı bildirilmiştir (Low ve Andreus 1990, Wunderlich ve ark. 2001, Tomori ve Zalar 2000). Çalışmamızda intihar girişiminde bulunan grubun, kontrol grubundan anlamlı oranda daha fazla çocukluk dönemlerinde âilelerinden şiddet gördükleri ve/veya babalarının annelerine şiddet uyguladığına tanıklık ettikleri bulunmuştur. Fiziksel istismar, reddedilmekabül edilmeme hissini azalttığı benlik saygısı ve kendiliği küçültme sürecinin tetiğini çeker. Bu tetiklenmiş kendine zarar verme davranışı madde kötüye kullanımından intihar davranışına kadar değişik şekillerde görülebilir (Tomori ve Zalar 2000). Bozuk âile ilişkileri bu şekilde dolaylı olarak intihar davranışı riskini etkiliyor olabilir. Araştırmamızdaki intihar girişimi olan grubun ebeveynlerinin eğitim düzeyinin kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük olması da ebeveyn - çocuk ilişkisinin kalitesinde düşüklük ile risk üzerinde etkili olmuş olabilir. İntihar girişimi olan grubun âilesinde psikiyatrik başvuru ve psikiyatrik hastalık öyküsü kontrol grubuna göre anlamlı oranda fazlaydı. Bulgularımız intihar davranışı gösterenlerin âilelerinde psikiyatrik bakım alma öyküsünün ve psikiyatrik hastalığın bulunmasının önemli risk etkenleri olduğunu bildiren çalışmalar ile uyumludur (Beautrais 2003, Garland ve Zigler 1993, Gould ve Kramer 2001).

İntihar girişiminde bulunan grupta kontrol grubuna göre fiziksel hastalık, alkol-madde kullanımı öyküsü farklılık göstermezken, psikiyatrik hastalık ve psikiyatrik başvuru hikâyesi anlamlı şekilde daha fazlaydı. Psikolojik otopsi çalışmaları, intihar davranışı olan ve olmayanlar arasında psikiyatrik bozuklukların oranlarının araştırıldığı uzunlamasına veya vaka-kontrol çalışmalara göre, intihar veya intihar girişimi olanlarda sıklıkla psikiyatrik bakım hikâyesi bulunmaktadır (Beautrais 2000). İntihar eden gençlerde yapılan psikolojik otopsi çalışmalarında çoğunlukla eski intihar davranışı, depresif bozukluk ve madde kötüye kullanımını içeren psikiyatrik problemlere rastlanılmıştır (Gould ve Kramer 2001). Gençlerde intihar girişimi için risk faktörlerini araştıran çalışmalarda da intihar girişimi ile psikiyatrik hastalık, ruh sağlığı merkezlerine baş-

vuru ve bakım alma hikâyesi arasında ilişki olduğu çeşitli çalışmalar ile desteklenmiştir (Beautrais 2003, Beautrais ve ark. 1996, Brent ve ark. 1993).

Araştırmamızda intihar girişiminde bulunan gençler ile kontrol grubu arasında alkol ve madde kullanımı açısından anlamlı bir fark bulmadık. Bununla birlikte intihar girişimi olan grup anlamlı oranda daha fazla sigara kullanmaktaydı. Bir çalışma da intihar davranışı gösteren ve göstermeyen gençler arasında sigara içme ve alkol kötüye kullanımı arasında önemli fark bulunmadığı, intihar davranışı gösteren gençlerin sıklıkla psikoaktif madde kullandıkları bildirilmiştir (Tomori ve Zalar 2000). Bir başka çalışmada ise epidemiyolojik çalışmaların sigara ile intihar arasında sigara ve koroner kalp hastalığı arasındaki ilişkiye benzer bir ilişki bildirildiği, prospektif çalışmalar ile de sigara içme ve intihar riskinde doz bağımlı bir artış bildirildiği ve gelir, ırk, miyokard enfarktüsü, diyabet, alkol gibi potansiyel katkıda bulunan faktörler için düzeltme yapıldıktan sonra da sigara içicilerinde intihar oranının yüksek olarak kaldığı ileri sürülmüştür (Malone ve ark. 2003). Aynı çalışmada sigara içme, Majör depresyon ve serotonin fonksiyonu arasında bir bağlantı olduğu, akut nikotin alımının dopamin gibi serotonin salgılanmasına neden olduğu, kronik nikotin alımının ise serotonin konsantrasyon ve biyosentezini azalttığı bildirilmiştir. Yazarlar kendi yürüttükleri çalışmalarının sonucunda yaşam boyu agresyon puanları ile şimdiki intihar niyeti puanlarının önemli derecede yüksek olduğunu bildirmişler ve yüksek düzey yaşam boyu agresyonun madde kötüye kullanımı ve intihar davranışı ile ilişkili olarak ortak bir diyatezi yansıttığı olabileceğini ileri sürmüşlerdir (Malone ve ark. 2003).

SONUÇ

İntiharın önlenmesi için psikolojik risk etkenleri kadar sosyodemografik-sosyokültürel ve âile özelliklerinin de değerlendirilmesi gerekir. Araştırmamızın bulgularını topladığımızda, kötü âile ortamına sahip, okula gitme veya düzenli bir işte çalışma oranlarındaki düşüklük nedeni ile yeterli sosyal destek alamayan, daha fazla psikiyatrik bozukluğu olan gençlerin intihar girişiminde bulunma ihtimallerinin daha yüksek olduğunu söyleyebiliriz. Bu gençlerin 2/3'ü bir sorun ile karşılaştıklarında impulsif şekilde intihar girişiminde bulunmuş ve 1/3'ü daha önceki bir dönemde psikiyatrik başvuruda bulunmuştur. Klinik uygulamalar esnasında bize başvuran gençlerle olan görüşmelerimizde bu sonuçların akılda tutulmasının morbiditeyi azaltabileceği görüşündeyiz.

KAYNAKLAR

- AACAP Official Action (2001) Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescent with suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 40(suppl. 7): 24-51.
- Allison S, Roeger L, Graham M, Keeves C (2001) Gender differences in the relationship between depression and suicidal ideation in young adolescents. *Australian New Zealand J Psychiatry*; 35: 498-503.
- American Psychiatric Association (2003) Practice Guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *Am J Psychiatry*; 160(suppl): 7-28.
- Andrews JA, Lewinsohn PM (1992) Suicidal attempts among older adolescent: prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 31: 655-662.
- Beautrais AL (2000) Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Australian New Zealand J Psychiatry*; 34: 420-436.
- Beautrais AL (2003) Suicide and serious suicide attempts in youth: A multiple-group comparison study. *Am J Psychiatry*; 160: 1093-1099.
- Beautrais AL, Joyce PY, Mulder RT (1996) Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *J American Acad Child Adolesc Psychiatry*; 35: 1174-1182.
- Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT, Fergusson DM, Deavoll BJ, Nightingale SK (1996) Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *Am J Psychiatry*; 153: 1009-1014.
- Blair-West GW, Mellsoy GW (2001) Major depression: does a gender-based down-rating of suicide risk challenge its diagnostic validity? *Australian New Zealand J Psychiatry*; 35: 322-328.
- Brent DA, Perper JA, Allman CJ, Moritz GM, Wartella ME, Zelenak JP (1991) The presence and accessibility of firearms in the homes of adolescent suicides: a case-control study. *JAMA*; 266: 2989-2995.
- Brent DA, Perper JA, Moritz G, Allman C, Friend A, Roth C, et al (1993) Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 32: 521-529.
- Brent DA, Perper JA, Moritz G, Liotus L, Schueers J, Balach L, Roth C (1994) Familial risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 89: 52-58.
- Clarke RV, Lester D (1987) Toxicity of car exhaust and opportunity for suicide: Comparison between Britain and the United States. *J Epidemiology Commun Health*; 41: 114-120.
- Çuhadaroğlu F, Sonuvar B (1992) Adolesan intiharları: Risk faktörleri üzerine bir inceleme. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 3: 222-226.
- Devlet İstatistik Enstitüsü (2003) İntihar istatistikleri 2001. Ankara: DİE matbaası.
- Devrimci-Özguven H (2002) İntiharların ve intihar girişimlerinin epidemiyolojisi. Çelikkol A, Sayıl I, editörler. İntihar. İzmir: Ege Psikiyatri Yayınları, 7-22.
- Devrimci-Özguven H, Sayıl I (2003) Suicide attempts in Turkey: results of the WHO/EURO multicenter study on suicidal behavior. *Can J Psychiatry*; 48: 324-329.
- Fergusson DM, Lynskey MT (1995) Suicide attempts and suicidal ideation in a birth cohort of 16 years old New Zealanders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 34: 1308-1317.
- Garland AF, Zigler E (1993) Adolescent suicide prevention: current research and social policy implications. *Am Psychologist*; 48: 169-182.
- Gould MS, Fisher P, Parides M, Flory M, Shaffer D (1996) Psychosocial risk factors for children and adolescent completed suicide. *Arch Gen Psychiatry*; 53: 1155-1162.
- Gould MS, Kramer RA (2001) Youth suicide prevention; 31 (supl Spring): 6-30.
- Gould MS, Shaffer D, Fisher P, Garfinkel R (1998) Separation/divorce and adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 37: 155-162.
- Groholt B, Ekeberg Q, Wichstrom L, Hardorsen T (2000) Young suicide attempters: a comparison between a clinical and an epidemiological sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 39: 868-875.
- Gunnell D, Middleton N, Frankel S (2000) Method availability and the prevention of suicide: a re-analysis of secular trends in England and Wales 1950-1975. *Soc Psychiatry Epidemiol*; 35: 437-443.
- Kaplan HI, Sadock BJ (1998) Synopsis of Psychiatry: Psychiatric Emergencies: Suicide. New York: Lippincott Williams and Wilkins, 864-872.
- Kotila L, Lönnqvist J (1988) Adolescent suicide attempts: sex differences predicting suicide. *Acta Psychiatrica Scand.*; 77: 264-270.
- Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Baldwin CL (2001) Gender differences in suicide attempts from adolescence to young adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 40: 427-434.
- Low BP, Andreus SF (1990) Adolescent suicide. *Med Clinics North Am*; 74: 1251-1263.
- Malone KM, Wateraux C, Haas GL, Cooper TB, Li S, Mann JJ (2003) Cigarette smoking, suicidal behavior, and serotonin function in major psychiatric disorders. *Am J Psychiatry*; 160: 773-779.
- Marzuk PM, Leon AC, Tardiff K, Morgan EB, Stajic M, Mann JJ (1992) The effect of access to lethal methods of injury on suicide rates. *Arch Gen Psychiatry*; 49: 451-458.
- Qin P, Agerbo E, Mortensen BP (2003) Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *Am J Psychiatry*; 160: 765-772.
- Rotheram-Borus MJ, Piacenti J, Cantwell C, Belin TR, Song J: The 18-month impact of an emergency room intervention for adolescent female suicide attempters. *J Consult Clin Psychology* 2000; 68: 1081-1093.
- Rudd MD, Joiner T, Rajab MH (1996) Relationships among sui-

-
- de ideators, attempters and multiple attempters in a young-adult sample. *J Abnorm Psychology*; 105: 541-550.
- Roy A (2000) Psychiatric emergencies. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry 7th Edition. Benjamin J Sadock, Virginia A Sadock, editors. Philadelphia: 2031-2040.
- Sanchez HG (2001) Risk factor model for suicide assessment and intervention. *Professional Psychology: Research and Practice*; 32: 351-358.
- Spirito A (1997) Cognitive characteristics predict adolescent suicide attempts. *Brown Univ Child Adolesc Behav; Letter*; 13: 1-3.
- Tomori M, Zalar B (2000) Characteristic of suicide attempters in a Slovenian high school population. *Suicide Life-Threat Behav*; 30: 222-238.
- Wunderlich U, Bronisch T, Wittchen HU, Carter R (2001) Gender differences in adolescent and young adults with suicidal behaviour. *Acta Psychiatr Scand*; 104: 332-339.