

Özkıyım Girişimiyle Hastaneye Başvuran Hastaların Mizaç Özellikleri

Osman MERMİ^{a1}, Faruk KILIÇ¹, Mehmet Gürkan GÜROK², Murat KULOĞLU³, Murad ATMACA¹

¹Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Elazığ, Türkiye

²Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Elazığ, Türkiye

³Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Elazığ, Türkiye

ÖZET

Amaç: Çalışmamızda özkıyım girişiminde bulunan kişilerde mizaç özelliklerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya acil servise özkıyım girişi ile başvuran 50 hasta alındı. Hasta gruplarıyla yaş ve cinsiyet açısından benzer, 50 sağlıklı bireyden oluşan kontrol grubu oluşturuldu. Hastalara DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I) ve Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego anketi (TEMPS-A) uygulandı.

Bulgular: Çalışmaya alınan hastaların % 60'ı (n=30) kadın, % 40'ı (n=20) erkekti. Hastaların yaş ortalaması 28.7±9.8 yılı ve % 64'ü bekarı. Hasta grubunda, kontrol grubuna göre depresif, siklotimik ve anksiyöz mizaç skorları kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekti. Yine hastaların % 56 (n=28) inde baskın bir veya birden fazla mizaç bulunduğu saptandı. Özkıyım girişiminde bulunan hastaların %38'inde (n=19) depresif mizaç, % 24'ünde (n=12) anksiyöz mizaç, % 16'sında (n=8) siklotimik mizaç ve %6'sında (n=3) irritable mizaç saptandı.

Sonuç: Çalışmamızda depresif, anksiyöz ve siklotimik mizaç özelliklerinin özkıyım girişimi ile yakından ilişkili olduğu göze çarpmaktadır

Anahtar Kelimeler: Acil, Özkıyım girişi, Mizaç.

ABSTRACT

Temperament Characteristics of Patients Admitted to Hospital Due to Suicide Attempt

Objective: In the present study, it was aimed to examine the temperament characteristics of the patients with suicide attempt.

Material and Method: Totally fifty patients who applied to the emergency unit were included into the study. A control group matched with the patient group in regard to age and gender was composed. The Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I) and Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire (TEMPS-A) were administered to both groups.

Results: Of the patients, 60% (n=30) were females while 40% (n=20) were males. The mean age was 28.7±9.8 years. 64% of the patients were single. The mean scores of the patients on the items of depressive, cyclothymic and anxiety were higher than those of healthy controls. Of the patients, 28 (%69) had dominant several temperament characters. 38% (n=19) of the patients had depressive temperament while 24% (n=12) of them had anxious temperament, 16% (n=8) had cyclothymic temperament and 6% (n=3) exhibited irritable temperament.

Conclusion: The present study suggests that depressive, anxious and cyclothymic temperament characteristics may be associated with suicidal behavior.

Key Words: Emergency, Suicide attempt, Temperament.

Özkıyım dünyada önde gelen ölüm nedenleri arasında yer almakta ve ülkeler özkıyımın nedenlerini ortaya koyup önleyici tedbirler alabilmek için ulusal projeler geliştirmeye çalışmakta ve bu alanda yapılan araştırmaların sayısı artmaktadır (1). Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) verilerine göre, her yıl 800.000'den fazla kişi intihar yoluyla hayatını kaybetmektedir (2). Özkıyım girişiminde birçok etkenin rol aldığı kabul edilmektedir. Ruhsal bozukluklar, biyolojik yatkınlık, olumsuz yaşam olayları, mizaç, karakter ve kişilik özellikleri, umutsuzluk, ailede özkıyım girişi öyküsü olması başta gelen nedenlerdir (1, 3).

Mizaç; kalıtımla geçen ve yaşam boyunca çok az oranda değişen yapısal özelliklerdir. Tanım olarak yapısal, genetik, biyolojik temele dayanan tavır ve

davranışları ifade eder. Karakter de yetiştirilmenin ve çevrenin etkisiyle gelişmiş, öğrenilmiş tutumlar olduğu ve zamanla değiştirilebilecek özelliklerden olduğu düşünülmüştür. Kişiliğin ise kalıtsal olarak gelen mizaçla, sonradan şekillenmiş karakterin birleşiminden oluştuğu belirtilir (4, 5). Akiskal ve ark. (6) mizaç kavramını yeniden gözden geçirerek duygulanımla ilgili mizaçların (afektive temperaments) duygudurum bozukluklarının temeli olduğunu ileri sürmüştür. Akiskal hipertimik, siklotimik, depresif, irritable ve anksiyeteli olmak üzere 5 temel afektif mizaç olduğunu önermiştir.

Özkıyım davranışının nedenleri arasında, psikiyatrik hastalıklar ve olumsuz yaşam olayları kadar mizaç özellikleri de önemlidir. Yakın zamandaki pek çok çalışma yetişkin popülasyonunda, özgül mizaç

^a Yazışma Adresi: Dr. Osman MERMİ, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Elazığ, Türkiye
e-mail: osmanmermi@hotmail.com

Geliş Tarihi/Received: 25.09.2014

Kabul Tarihi/Accepted: 01.12.2014

özellikleriyle özkıyım davranışı arasında güçlü ilişki olduğunu ortaya koymuştur (7-9). İntihar girişiminde bulunan bireylerin kişilik özelliklerini irdeleyen çalışmalarda bireylerin olgunlaşmamış, ben merkezci, bağımlılık gereksinimleri fazla ve dürtü kontrolleri zayıf olma özellikleri dikkat çekici bulunmuştur (10, 11).

Rihmer ve ark. (8) özkıyım girişimi olan ve olmayan yetişkinlerde Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire (TEMPS-A) ölçeğini kullandıkları çalışmalarında, özkıyım girişimcilerinde depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç özelliklerini anlamlı olarak yüksek bulmuştur. Hipertimik mizaç özelliğini ise özkıyım riskine karşı koruyucu mizaç özelliği olarak tanımlamıştır.

Ülkemizde acile özkıyım ile başvuran hastaların mizaç özellikleriyle ilgili kısıtlı sayıda çalışma mevcuttur. Bu çalışmanın amacı hastaneye başvurusu özkıyım girişimiyle olan hastalar arasında mizaç özelliklerinin değişiklik gösterip göstermediği ve özkıyımda hangi mizaç özelliklerinin rolünün olduğunu araştırmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Örneklem Grubu:

Çalışmaya Temmuz 2013-Şubat 2014 tarihleri arasında Fırat Üniversitesi Hastanesi Acil servisine özkıyım girişimi ile başvuran 57 hasta, acil servis, dahiliye yoğun bakım ve anestezi yoğun bakım servislerinde sağaltımları sonlandıktan sonra, hastane içi iletişimle çalışma grubuna yönlendirilerek alındı. Ancak, mesai saatinden sonra acil servise başvuran ve sağaltılarak gönderilen 5'i kadın, 2'si erkek 7 hasta, sonraki günlerde psikiyatri polikliniğine yönlendirilmelerine rağmen başvurmadıkları için çalışma dışı kaldı. Yönlendirmeye psikiyatri polikliniğine başvuran hastalardan çalışmaya katılmayı reddeden olmadı.

Yine çalışma ölçütlerini karşılayan, hasta gruplarıyla yaş ve cinsiyet açısından benzer, geçmiş ve şimdiki öyküsünde psikiyatrik ve nörolojik hastalığı olmayan, hastane personeli ve yakınlarından seçilen 50 sağlıklı bireyden kontrol grubu oluşturuldu. Hasta ve kontrol grubuna, çalışma ve uygulanacak işlemler hakkında bilgi verilerek, sözel ve yazılı onayları alındı. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay alındıktan sonra çalışmaya başlandı.

Zeka geriliği olanlar, okuma-yazma bilmeyenler, beyin fonksiyonlarını etkileyebilecek düzeyde herhangi bir nörolojik veya sistemik hastalığı olanlar çalışmaya dahil edilmedi

Uygulama ve değerlendirme:

Hastaların ilk değerlendirilmesi acil serviste yapıldı. Acil servisten taburculuklarından sonra ilk 24 saat içerisinde detaylı değerlendirilmenin yapılabilmesi için poliklinik randevusu verildi. Hastalara ikinci

değerlendirmede SCID-I ve TEMPS-A ölçekleri uygulandı.

Gereçler:

SCID-I Klinik Versiyon: 1997 yılında DSM III-R tanı ölçütlerine uyarlanan testin DSM IV tanı ölçütlerine göre yeniden gözden geçirilmesi ile Amerikan Psikiyatri Birliğince oluşturulmuştur. Klinik çalışmalarda tanıyı doğrulamak için standart görüşme olarak kullanılmaktadır. Türkçe uyarlama ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (12).

TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire) Mizaç Ölçeği: Baskın afektif mizacı değerlendirmek için Akiskal ve arkadaşları tarafından 1997'de düzenlenmiştir. Orijinal ölçek erkekler için 109, kadınlar için 110 maddedir. Türkçe'ye uyarlanmış şekli depresif, siklotimik, hipertimik, irritabl ve anksiyöz mizaçları belirlemek için 100 maddeden oluşur. Türkçe çevirinin test – tekrar test güvenilirliği 0,73 ile 0,93 ve Cronbach-alpha katsayısı 0,75 ile 0,84 arasındadır (13). Kişi tüm yaşamını düşünerek maddelere evet veya hayır şeklinde yanıt verir. Evet yanıtları 1 puan, hayır yanıtları 0 puan ile değerlendirilir. Ankette depresif mizaç 18 madde; siklotimik mizaç 19 madde; hipertimik mizaç 20 madde; irritabl(sinirli) mizaç 18 madde ve anksiyöz (endişeli) mizaç 24 madde ile sorgulanmaktadır. Baskın mizacı değerlendirmek için kesim noktaları sırası ile 13; 18; 20; 13 ve 18 puandır.

İstatistiksel Değerlendirme: Verilerin değerlendirilmesinde "SPSS for Windows 18.0" bilgisayar paket programı kullanıldı. Normal dağılım kriterlerine uygunluk test edildikten sonra istatistiksel analizler için parametrik testler kullanıldı. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkileri değerlendirmek için ki-kare testi kullanıldı. Grupların mizaç ortalamaları arasındaki farkı değerlendirmek için t-testi uygulandı.

BULGULAR

Çalışmaya alınan hastaların 30'u kadın (% 60) ve 20'si erkekti (% 40). Hastaların yaş ortalaması 28.7±9.8 yıldır ve % 64'ü bekar. Hasta grubunun sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

SCID-I ile saptanan DSM-IV tanılarına göre özkıyım girişiminde bulunanların % 52.7'sinde majör depresif bozukluk, % 11.3'ünde anksiyete bozukluğu, % 10.8'inde psikotik bozukluk, %4.9'unda bipolar bozukluk ve % 1.9'unda madde kullanım bozukluğu saptandı.

Hastaların % 42'sinde psikiyatrik tedavi öyküsü bulunmaktaydı. Hastaların özkıyım girişimi metodu olarak en fazla % 80 oranıyla ilaç alımıydı. Bunu sırasıyla % 8 kesici alet, % 8 yüksekte atlama, % 2 asi ve % 2 ateşli silah kullanımının izlediği saptandı. Olguların % 68'inin (n:34) ilk, % 10'unun (n=5) ikinci,

% 22'sinin (n=11) üç ve daha fazla özkıyım girişimleri olduğu belirlendi.

Tablo 1. Özkıyım girişiminde bulunanların ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri

		Özkıyım girişiminde bulunanlar	Kontrol grubu	İstatistik	p
Yaş		28.7±9.8	31.6±6.3	t=-1.761	0.082
Cinsiyet	Kadın, n(%)	30 (60)	29 (58)	χ ² =0.041	0.839
	Erkek, n(%)	20 (40)	21 (32)		
Medeni Durum	Bekar, n(%)	32 (64)	10(20)	χ ² =19.869	<0.001*
	Evli, n(%)	18 (32)	40(80)		
Eğitim	İlkokul, n(%)	8 (16)	16 (32)	χ ² =8.248	0.041*
	Ortaokul, n(%)	4 (8)	2 (4)		
	Lise, n(%)	25 (50)	13 (26)		
	Üniversite, n(%)	13 (26)	19 (38)		
Sigara	Var, n(%)	24 (48)	17 (34)	χ ² =2.0126	0.155
	Yok, n(%)	26 (52)	33 (66)		
Madde	Var, n(%)	7 (14)	1 (2)	χ ² =4.891	0.027*
	Yok, n(%)	43 (86)	49 (98)		
Alkol	Var, n(%)	9 (18)	1 (2)	χ ² =7.111	0.008*
	Yok, n(%)	41 (82)	49 (98)		

*p<0.05

Hastaların 28'i (% 56) ailesel, 12'si (% 24) arkadaş, 5'i (% 10) mesleki, 2'si (% 4) maddi kaynaklı psikososyal stres etmeni mevcuttu. Bununla birlikte 3 hastada (% 6) herhangi bir psikososyal stres etmeni mevcut değildi. Hastaların 7'sinde (% 14) kannabis kullanımını öyküsü belirlendi.

Grupların TEMPS-A baskın mizaç değerlendirmesinde hasta grubunda depresif, siklotimik ve anksiyöz mizaç skorları kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekti. Yine hastaların % 56'sında (n=28) baskın bir veya birden fazla mizaç bulunduğu saptandı. Özkıyım girişiminde bulunan hastaların % 38'inde (n=19) depresif mizaç, % 24'ünde (n=12) anksiyöz mizaç, % 16'sında (n=8) siklotimik mizaç, %6'sında (n=3) irritabl mizaç saptandı. Sağlıklı kontrol grubunda ise baskın mizaç olarak %8'inde (n=4) depresif mizaç, % 4'ünde (n=2) anksiyöz mizaç saptandı. Çalışmamızda hasta ve kontrol grubunda hipertimik mizaca rastlanmadı (Tablo 2).

Tablo 2. Özkıyım girişiminde bulunanların ve kontrol grubunun baskın mizaç sayıları ve yüzdeleri

Mizaç	Özkıyım girişiminde bulunanlar	Kontrol grubu	χ²	p
Depresif mizaç, n (%)	19 (38)	4 (8)	12.704	<0,001*
Siklotimik mizaç, n (%)	8 (16)	0	8.695	0.003*
Hipertimik mizaç, n (%)	-	-	-	-
İrritabl mizaç, n (%)	3 (6)	0	3.092	0.078
Anksiyöz mizaç, n (%)	12 (24)	2 (4)	8.305	0.004*
Herhangi bir mizaç varlığı, n (%)	28 (56)	6 (12)	21.569	<0,001*

*p<0.05

TARTIŞMA

Çalışmamızın bulguları depresif, anksiyöz ve siklotimik mizacın özkıyım girişimi ile yakından ilişkili olduğunu ortaya koymuştur.

Ülkemizde yapılan sosyodemografik özelliklerin değerlendirildiği bir çalışmada özkıyım girişimleri bulunanların % 66.3'ünün kadın, % 33.7'sinin erkek olduğu bildirilmiştir (14). Çalışmamızda da benzer şekilde özkıyım girişiminde bulunan hastaların % 60'ı kadın, % 40'ı erkekti. Özkıyım girişimi için en önemli risk faktörlerinden olan majör depresif bozukluğa kadınlarda daha sık rastlanması, özkıyım girişiminin kadınlarda daha fazla görülmesinin nedeni olarak açıklanmaktadır. Çalışmamızda hastaların % 52.7'sinde majör depresif bozukluk saptanması, bu bulguyu destekler niteliktedir.

Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada özkıyım girişiminde bulunanların medeni durumlarının % 61.2'sinin bekar, % 32.2'sinin evli, % 6.6'sının boşanmış ve dul olduğu bildirilmiştir (15). Çalışmamızda da benzer şekilde özkıyım girişiminde bulunan hastaların % 64'ü bekar, % 32'si evliydi. Özkıyım girişimlerinin bekârlarda daha fazla görülmesi, evliliğin koruyucu etkisi ve bunun sonucunda sosyal uyumun artması nedeniyle olabilir.

Eğitim düzeyi düştükçe özkıyım girişimi oranının arttığı bilinmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada özkıyım girişiminde bulunanların % 49'unun ilköğretim mezunu, % 43'ünün lise mezunu, % 8'inin üniversite mezunu olduğu bildirilmiştir (16). Çalışmamızda, literatürden farklı olarak özkıyım girişiminde bulunanların % 24'ünün ilköğretim mezunu, % 50'sinin lise mezunu, % 26'sının üniversite mezunu olduğu görüldü. Hasta ve kontrol grubu arasındaki eğitim düzeyi farklılığı, üniversite mezunlarında özkıyım girişimi oranının yüksek çıkması nedeniyle olabilir.

Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada özkıyım girişiminde bulunan bireylerin % 40'ının daha önce psikiyatrik başvuru yapıp tedavi gördükleri, % 10'unun ise yatarak psikiyatrik tedavi aldıkları saptanmıştır (17). Çalışmamızda da benzer biçimde olgularımızın % 42'sinin önceden psikiyatrik tedavi gördüğünü saptadık.

Özkıyım girişiminde bulunan bireylerin tekrar girişimde bulunma olasılıklarının genel topluma göre daha fazla olduğu bilinmektedir (18). Shafii ve ark. (19) özkıyım girişimcilerinin % 40'ının daha önceden en az bir kez girişimde bulunmuş olduklarını bildirmişlerdir. Çalışmamızda da benzer biçimde hastaların % 32'sinin önceden en az bir kez girişimde bulunduğu görülmektedir.

Kullanılan yöntemler incelendiğinde özkıyım girişimlerinin % 70-90'ını kolay bulunması ve ucuz olması nedeniyle aşırı doz ilaç kullanımını oluşturmaktadır. Alınan madde miktarı değişimle birlikte genellikle azdır ve hayatı tehdit edici düzeyde

değildir. Bunu tarım ilaçları ve kimyasal maddelerin kullanımı izlemektedir. Girişimlerin yaklaşık % 10'u kesici aletlerle, az bir kısmı ise fazla risk içeren ateşli silahlarla olmaktadır. (20, 21). Garfinkel özkıyım girişimlerinde % 87.9 oranında ilaçların kullanıldığını bildirmektedir (22). Çalışmamızda da benzer biçimde ilaç alımı % 80'lik oranla en sık kullanılan özkıyım girişimi yöntemi olup arkasından yaklaşık % 8'u kesici alet kullanımı gelmekteydi.

Özkıyım girişiminde önemli risk faktörlerinden biri de tanı konulabilir psikiyatrik hastalıkların varlığıdır. Özkıyım girişimlerinde %90'lara kadar varan oranlar bildirilmektedir (23, 24). Özkıyımlarda ruhsal bozuklukların oranı Brown ve ark. (25) tarafından %61, Conwell ve ark. (26) tarafından %90.1 olarak belirlenmiştir. Benzer olarak çalışmamızda özkıyım girişiminde bulunanlarda psikiyatrik bozukluk oranını %81.6 olarak saptadık.

Birçok çalışmada madde kötüye kullanımı ile özkıyım girişimleri arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (27, 28). Ülkemizde yapılan bir çalışmada özkıyım girişiminde bulunanların % 14.4'ünde madde kullanımı ve % 16.7'sinde alkol kullanımı olduğu bildirilmiştir (15). Çalışmamızda da benzer biçimde özkıyım girişiminde bulunanların % 14'ünde madde kullanımı ve % 18'inde alkol kullanımı olduğu saptandı. Çalışmalarda madde kullanımının, maddeyi kullanan kişinin hem kendine, hem de başkalarına yönelik olan saldırganlıkla güçlü bir şekilde bağlantılı olduğu bulunmuş, ancak bu bağlantının gerçek doğası net olarak açıklanamamıştır (28). Özkıyım girişiminde bulunanların madde kötüye kullanımı açısından değerlendirilmeleri önerilmektedir.

Depresif bozuklukların psikiyatrik bozukluklar arasında en yüksek özkıyım girişimi oranına sahip olduğu bilinmektedir. Özkıyım girişiminde bulunmuş 100 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada bu kişilerin %70'inde depresyon, %15'inde alkolizm, %3'ünde şizofreni ve %5'inde diğer bozukluklar saptanmıştır (29). Henrikson ve ark. (30) özkıyım girişiminde bulunanlarda %59 oranlarında depresif bozukluk bildirmişlerdir. Cheng (31) özkıyım girişiminde bulunanlar arasında major depresyonun baskın olduğunu bildirmiştir. Çalışmamızda da depresif bozukluklar %52.7 oranında bulunmuş olup, major depresif bozukluk ilk sırada yer almıştır.

Rihmer ve ark. (8) çalışmalarında, özkıyım girişimlerinde depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç özelliklerini anlamlı olarak yüksek bulmuştur. Aynı çalışmada depresif mizaçtan sonra anksiyöz mizacın özkıyım riski ile en güçlü ilişkilendirilen mizaç olduğu bildirilmiştir. Akbaş ve ark. (32) çalışmalarında

özkıyım girişimi olan olgularda depresif, siklotimik ve anksiyöz mizacın daha sık olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak özkıyım girişiminde bulunan hastalarda sağlıklı kontrollere göre depresif, anksiyöz ve siklotimik mizaç tiplerini daha yüksek saptadık.

Pompili ve ark. (33) 346 duygudurum bozukluklu hastada yaptıkları çalışmada, siklotimik, depresif ve anksiyöz mizaca sahip olanların % 81'inde, hipertimik mizaca sahip olanların %42'sinde özkıyım riskinin arttığını bildirmişlerdir. Rihmer ve ark. (8) özkıyım girişiminde bulunan depresif bozukluklu hastaların, baskın bir mizaca sahip olma oranının, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğunu bildirmişlerdir (%90-%21). Biz de çalışmamızda depresif bozukluğu olan hastaların baskın bir mizaca sahip olma oranının, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğunu saptadık (%70-%16).

Bir çalışmada siklotimik mizaca sahip özkıyım girişiminde bulunmuş bipolar bozukluklu hastaların, siklotimik mizaca sahip olmayan özkıyım girişiminde bulunmuş bipolar bozukluklu hastalara göre daha fazla özkıyım girişiminde buldukları bildirilmiştir (34). Depresif ve hipertimik mizacın araştırıldığı özkıyım girişimi öyküsü olan 72 ötimik bipolar I bozukluklu hastada, depresif mizacın görülme oranının kontrol grubuna göre önemli derecede yüksek olduğu bildirilmiştir (35). Çalışmamızda da bipolar bozukluklu hastalarda depresif mizaç kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksekti.

Siklotimik mizaca sahip obsesif kompulsif bozukluklu hastaların, siklotimik mizaca sahip olmayan obsesif kompulsif bozukluklu hastalara göre iki kat fazla özkıyım girişiminde buldukları bildirilmiştir (36). Depresif, anksiyöz ve siklotimik mizaç özkıyım girişimi ile yakından ilişkili olabilir.

Çalışmamızın kısıtlılıkları, hasta sayısının az olması ve tek merkezli bir çalışma olmasıdır. Tek merkezli çalışmalar, yöresel etkenlerin etkisinde kalabilmektedir. Özkıyım girişimiyle mizaç özellikleri arasındaki ilişkinin daha iyi saptanabilmesi için çok merkezli, daha geniş verilerin toplandığı, örneklem grubunun daha büyük olduğu çalışmalara çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Sonuç olarak çalışmamız depresif, anksiyöz ve siklotimik mizaç özelliklerinin özkıyım girişimi ile yakından ilişkili olduğu göstermektedir. Özkıyım girişiminde bulunmuş olguların kişilik özelliklerinin belirlenmesinin özkıyımı önleme çalışmalarına katkı sağlayacağı düşünülebilir.

KAYNAKLAR

1. Özsoy S, Eşel E. İntihar (Özkıyım). Anadolu Psikiyatri Dergisi 2003; 4: 175-85.
2. Comtois KA, Linehan MM. Psychosocial treatments of suicidal behaviors: A practice-friendly review. J Clin Psychol 2006; 62: 161-70.

3. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 765-72.
4. Akiskal HS, Hirschfeld MA, Yerevanian BI. The relationship of personality to affective disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 801-10.
5. Köse S. A psychobiological model of temperament and character: TCI. *Yeni Symposium* 2003; 41: 86-97.
6. Akiskal HS, Mallya G. Criteria for the soft bipolar spectrum treatment implications. *Psychopharmacol Bull* 1987; 23: 68-73.
7. Rihmer Z. Suicid risk in mood disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20: 17-22.
8. Rihmer A, Rozsa S, Rihmer Z, Gonda X, Akiskal KK, Akiskal HS. Affective temperaments, as measured by TEMPS-A, among nonviolent suicide attempters. *J Affect Disord* 2009; 116: 18-22.
9. Zouk H, Tousignant M, Seguin M, Lesage A, Turecki G. Characterization of impulsivity in suicide completers: clinical, behavioral and psychosocial dimensions. *J Affect Disord* 2006; 92: 195-204.
10. Cheng AT, Mann AH, Chan KA. Personality Disorder and Suicide. A Case-Control Study. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 441-6.
11. Tidemalm D, Elofsson S, Stefansson CG, et al. Predictors of Suicide in A Community-Based Cohort of Individuals with Severe Mental Disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40: 595-600.
12. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders (SCID-I). Clinical Version. Washington DC: American Psychiatric Press Inc, 1997.
13. Akiskal HS. The temperamental foundations of affective disorders. C Mund (Ed.), *Interpersonal Origin and Course of Affective Disorders*, London, Gaskell, Royal College of Psychiatrists, 1996: 3-30.
14. Atay İM, Yaman GB, Demirdaş A, Akpınar A. Outcomes of suicide attempters in the emergency unit of a university hospital. *Anatolian J Psychiatry* 2014; 15: 124-31.
15. Asoğlu M, Bülbül F, Altındağ A. Bir üniversite hastanesi acil servisine başvuran intihar girişimi vakalarının değerlendirilmesi. *Düşünen Adam J Psychiatry Neurol Sci* 2013; 26: 376-80.
16. Hawton K. Assesment of suicide risk. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 145-53.
17. Şevik AM, Özcan H, Uysal E. İntihar girişimlerinin incelenmesi: Risk Faktörleri ve Takip. *Klinik Psikiyatri* 2012; 15: 218-25.
18. Cirit H, Eğrilmez A, Kültür S. İntihar girişiminde bulunan erişkinlerde görülen psikiyatrik semptomatoloji ve aile özelliklerinin araştırılması. XXVI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmaları, İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi, 1990 547-53.
19. Shafii M, Carrigan S, Whittighill JR. Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescent. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 1061-4.
20. Murphy GE. Suicide and attempted suicide. *Psychiatry*. PJ Wilner (Ed), Lippincott Basic Books. New York, New York Publication 1990; 1: 14-8.
21. Shaffer D, Gerald A, Gould M. Preventing teenage suicide: A critical review. *Am J Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988; 27: 675-87.
22. Garnfinkel BD. Suicide attempts in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1982; 139: 1257-62.
23. Alec R. *Psychiatric Emergencies*. Suicide. BJ Sadock, VA Sadock (Ed), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 2. Cilt, 8. Baskı, Philadelphia, Williams & Wilkins 2000; 2031-40.
24. Goldstein RB, Black DW, Nasrallah A, et al. The prediction of suicide. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 48: 418-22.
25. Brown M, King E, Barraclough B. Nine suicide pacts: A behaviour in patients with major depression and comorbid personality disorders. *J Affect Disord* 1995; 39: 61-72.
26. Conwell Y, Duberstein PR, Cox C, Herrmann JH, Forbes NT, Caine ED. Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. *Am J Psychiatry*. 1996; 153: 1001-8.
27. Dhossche DM, Meloukheia AM, Chakravorty S. The association of suicide attempts and comorbid depression and substance abuse in psychiatric consultation patients. *Gen Hosp Psychiatry* 2000; 22: 281-8.
28. Trezza GR, Popp SM. The substance user at risk of harm to self or others: Assessment and treatment issues. *J Clin Psychol* 2000; 56: 1193-205.
29. Pfeiffer CP, Klerman GL, Hurt SW. Suicidal children grow up: Demographic and clinical risk factors for adolescent suicide attempts. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991; 30: 609-16.
30. Henrikson MM, Hillevi MA, Marttunen MJ. Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 935-40.
31. Cheng A. Mental illness and suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 594-603.
32. Akbaş S, Kesebir S, Böke Ö, ve ark. Hastaneye başvurusu özkıyım girişimiyle olan ve olmayan majör depresif bozukluklu ergenlerin ve annelerinin mizaç özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2010; 11: 9-17.
33. Pompili M, Innamorati M, Rihmer Z, et al. Cyclothymic-depressive-anxious temperament pattern is related to suicide risk in 346 patients with major mood disorders. *J Affect Disord* 2012; 136: 405-11.
34. Akiskal HS, Hantouche EG, Allilaire JF. Bipolar II with and without cyclothymic temperament: "dark" and "sunny" expressions of soft bipolarity. *J. Affect Disord* 2003; 73: 49-57.
35. Henry C, Lacoste J, Bellivier F, Verdoux H, Bourgeois ML, Leboyer M. Temperament in bipolar illness: impact on prognosis. *J Affect Disord* 1999; 56: 103-8.
36. Hantouche EG, Angst J, Demonfaucon C, Perugi G, Lancrenon S, Akiskal HS. Cyclothymic OCD: a distinct form? *J Affect Disord* 2003; 75: 1-10.