



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA GÜNCEL
İNTİHAR DÜŞÜNCELERİNİN KLİNİK
DEĞİŞKENLER İLE İLİŞKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. MURAT VOLKAN BALCI

DANIŞMAN

Prof. Dr. Levent SEVİNÇOK

AYDIN-2008

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA GÜNCEL
İNTİHAR DÜŞÜNCELERİNİN KLİNİK
DEĞİŞKENLER İLE İLİŞKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. MURAT VOLKAN BALCI

DANIŞMAN

Prof. Dr. Levent SEVİNÇOK

AYDIN-2008

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde ve tezimin oluşmasındaki büyük katkılarından dolayı değerli hocam Prof.Dr.Levent SEVİNÇOK'a sonsuz teşekkür ederim. Aynı şekilde, uzmanlık eğitimim süresince mesleki bilgilerini, her türlü katkılarını, zamanlarını esirgemeyen sayın hocalarım Prof.Dr.Ferhan DEREBOY, Prof.Dr.Erkan ÖZCAN, Prof.Dr.Çiğdem DEREBOY ve Prof.Dr.Mehmet ESKİN'e, kısa bir süre de olsa çalışma fırsatı bulduğum Yard.Doç.Dr. Sermin KESEBİR ve Yard.Doç.Dr.Vesile ALTINYAZAR'a teşekkürlerimi sunarım. Uzmanlık eğitimimde önemli bir yer tutan dış rotasyonlarım sırasında; her türlü mesleki birikimlerini ve misafirperverliklerini cömertçe sunan Ege Üniversitesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'ndaki sayın hocalarım Prof.Dr.Cahide AYDIN, Prof.Dr.Müge TAMAR, Doç.Dr.Eyüp Sabri ERCAN, Doç.Dr.Serpil ERERMİŞ, Doç.Dr.Tezan BİLDİK'e, Nöroloji Anabilim Dalı'ndaki sayın hocalarım Prof.Dr.Ali AKYOL, Doç.Dr.Cengiz TATAROĞLU, Doç.Dr.Nefati KIYLIOĞLU'na, İç Hastalıkları Anabilim Dalı'ndaki sayın hocalarım, Prof.Dr.Taşkın ŞENTÜRK, Prof.Dr.Hulki Meltem SÖNMEZ, Doç.Dr.Nezih MEYDAN'a teşekkürü borç bilirim. Uzmanlık eğitimim sırasında yakın dostluk ve desteklerini esirgemeyen asistan arkadaşlarıma ve huzurlu bir ortamda yakın bir şekilde çalışma imkanı sunan hemşire, psikolog, sekreter ve diğer personelimize teşekkür ederim.

Sevgisi, tebessümü, desteği ve sonsuz anlayışları ile her zaman güçlerini arkamda hissettiğim eşim Yelda'ya, annem, babam ve ağabeyime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Murat Volkan BALCI

İÇİNDEKİLER

Sayfa

I.GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
II. GENEL BİLGİLER.....	2
II.1. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Fenomenolojisi.....	2
II.1.1. Epidemiyoloji.....	2
II.1.2. Klinik Özellikler.....	3
II.1.3. Semptomatoloji.....	6
II.1.4. Tanı.....	11
II.1.5. Ayırıcı Tanı.....	13
II.2 İntihar.....	14
II.2.1. İntihar davranışı.....	15
II.2.2. İntihar Davranışının Klinikle Bağlantıları	22
II.2.3. İntihar Davranışında Ailesel ve Genetik Faktörler.....	20
II.2.4. İntihar Davranışının Psikososyal ve Diğer Çevresel Bağlantıları.....	21
II.2.5. İntihar Davranışının Nörobiyolojisi.....	21
II.2.6. İntihar Hastasının Değerlendirmesi ve İzlemi.....	23
III.GEREÇ ve YÖNTEM.....	24
III.1. Çalışma Deseni.....	24
III.2. Katılımcılar.....	24
III.3. Veri Toplama Araçları.....	26
III.4. İstatistiksel Analiz.....	28
IV.BULGULAR.....	29
IV.1. Hasta Karakteristikleri.....	29
IV.2. Eksen I ve II Tanıları Komorbiditesinin Karşılaştırılması.....	32
IV.3. Obsesif kompulsif Semptom Profilleri.....	33
IV.4. OKB'li Hastaların Lojistik Regresyon Sonuçları.....	35
V. TARTIŞMA.....	36
VI. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	41
ÖZET.....	43
İNGİLİZCE ÖZET.....	44
KAYNAKLAR.....	45
EKLER.....	68

TABLO DİZİNİ**Sayfa**

Tablo I.	İki grup arasındaki sosyodemografik değişkenlerin karşılaştırılması.....	30
Tablo II.	İki grup arasındaki eksen I ve II tanılarının karşılaştırılması.....	31
Tablo III.	Gruplar arasında sosyodemografik ve klinik değişkenlerin karşılaştırılması...	32
Tablo IV.	Uygulanan klinik ölçek skorlarının gruplar arasındaki karşılaştırması.....	34
Tablo V.	OKB semptom içeriklerinin gruplararası karşılaştırılması.....	35
Tablo VI.	Güncel intihar düşüncelerine etki eden eksen I ve eksen II'ye ait klinik faktörlerin lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmesi (Lojistik regresyon I).....	36
Tablo VII.	Güncel intihar düşüncelerine etki eden OK semptomatoloji ile ilişkili faktörlerin lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmesi (Lojistik regresyon II).....	36

KISALTMALAR

OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
OK	: Obsesif-Kompulsif
DSM-IV	: Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders IV
SGİ	: Serotonin Gerilim İnhibitörü
SSGİ	: Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörü
ICD-10	: The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
BDB	: Beden Dismorfik Bozukluğu
DİE	: Devlet İstatistik Enstitüsü
5-HIAA	: Hidroksi İndol Asetik Asit
SCID-I	: DSM-IV-TR Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (Structured Clinical Interview for DSM-IV TR)
SCID-II	: DSM-III R Eksen II Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (Structured Clinical Interview for DSM-III)
YBOKÖ	: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
İDÖ	: İntihar Düşünceleri Ölçeği
BUÖ	: Beck Umutsuzluk Ölçeği
AİHÖ	: Anormal İstemsiz Hareketler Ölçeği
SAEBDÖ	: Simpson–Angus Ekstrapiramidal Belirti Değerlendirme Ölçeği

EKLER

- EK 1.** : İntihar Düşüncesi Ölçeği
- EK 2.** : Beck Depresyon Ölçeği
- EK 3.** : Beck Anksiyete Ölçeği
- EK 4.** : Beck Umutsuzluk Ölçeği
- EK 5.** : Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği
- EK 6.** : Anormal İstemsiz Hareketler Ölçeği
- EK 7.** : Barnes Akatizi Ölçeği
- EK 8.** : Simpson-Angus Nöroleptiklere Bağlı Hareket Bozukluklarını Değerlendirme Ölçeği

I.GİRİŞ VE AMAC

Duygudurum bozuklukları (1), madde kullanım bozuklukları (2) ve şizofreni (3) intihar davranışı için iyi tanımlanmış risk faktörleridir. Geçmiş çalışmalar, anksiyete bozukluğu bulunan bireylerde, normal popülasyona göre, intihar riskinin anlamlı düzeyde fazla olduğunu ortaya koymuştur (4). Aynı zamanda, yaşam boyu anksiyete bozukluğu bulunması, bazı sosyodemografik faktörler ve komorbid koşullar hesaba katıldığında, yaşam boyu intihar düşüncesi ve girişiminde bulunma ile güçlü bir ilişki göstermiştir (5).

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) kronik gidişli, tedaviye dirençli ve komorbiditenin sık olması ile karakterize bir ruhsal bozukluk olmasına rağmen, OKB'de intihara eğilim için risk faktörleri diğer anksiyete bozukluklarına kıyasla daha az çalışılmıştır. İntihar düşünceleri, OKB ile direkt bir ilişki içinde olabilir (5). Ölüm ile sonuçlanmayan intihar girişimleri OKB'li olguların hemen hemen % 15'inde ortaya çıkmaktadır (6). Son dönemde yapılan bir çalışmada, OKB hastalarında güncel ve yaşam boyu intihar düşüncesi bulunma oranlarını sırasıyla % 28 ve % 59 olarak bulmuştur. Ek olarak, bu çalışmada, OKB hastalarında, geçmişte intihar girişiminde bulunma oranı % 27 olarak bulunmuştur (7).

OKB ve intihara eğilim arasındaki ilişkiyi ortaya koyacak bir takım açıklamalar olabilir. Öncelikle, obsesif kompulsif (OK) belirtilerin etkisi, yüksek depresyon, anksiyete ve umutsuzluk düzeyleri, hastaları acılarından kurtulmak için, intiharı düşünmeye ve intihar girişiminde bulunmaya sevk ediyor olabilir. Agresyon ve öfke de intiharla ilişkili diğer durumlardır (7-10). Diğer ruhsal bozuklukların komorbiditesi, özellikle de duygudurum bozuklukları OKB ve intihar ilişkisi üzerinde etkili olabilir (7). Sınırlı sayıdaki çalışmalar, antisosyal veya sınır kişilik bozukluğu, davranım bozukluğu komorbiditesinin ve impulsivitenin OKB'li ergen ve erişkinlerde intihar için belirgin risk faktörleri olduğunu ortaya koymuştur (6, 11).

Güncel intihar düşüncelerinin bulunması bazı kişileri gelecek intihar girişimlerine karşı riskli hale getirmektedir (12). İntihar girişiminde bulunanların çoğunda bir psikiyatrik bozukluk vardır. İntihar genellikle bir psikiyatrik hastalığın komplikasyonudur. Yapılan çalışmalarda intihar kurbanlarının % 90'dan fazlasında tanı konulabilir bir psikiyatrik hastalık bulunduğu ortaya konmuştur (13-16). İntihar düşüncesi, aynı zamanda yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi, panik bozukluk ve OKB gibi anksiyete bozuklukları ile de yakın bir ilişkili içinde olabilir (5, 17). Apter ve arkadaşları ise yaptıkları bir çalışmada, OKB'li bireylerin, OKB'li olmayanlarla benzer şekilde intihar düşüncesi ve tehdidi sergilediklerini,

ancak intihar girişimlerinin bu hasta grubunda anlamlı olarak daha az gözlemlendiğini bildirmişlerdir (11).

Her bir klinik psikiyatrik bozukluğun klinik özellikleri ile intihar davranışı arasında farklı bağlantılar olabilir. Ruhsal bozukluğu bulunan bireylerde, intihar düşüncesi gelecek intihar girişimleri ve tamamlanmış intiharlar için kuvvetli bir prediktördür (12, 18-20). OKB hastalarında gelecek intihar girişimlerini kontrol edebilmek için güncel intihar düşüncelerine yol açan risk faktörlerinin ayrıntılı olarak anlaşılması gerekmektedir. Belirti yönünden zengin bir bozukluk olan OKB’de, bazı OK semptom içerikleri ile komorbid durumlar, hastalığın başlangıç zamanı, gidiş özellikleri gibi klinik özellikler arasında ilişki bulunduğu, bunların hastalığın çeşitli alt tiplerine işaret ettiği ortaya konmuştur (21-23).

Bu çalışmada, OKB’li hastalardaki güncel intihar düşüncelerinin klinik karakteristikleri ve OKB kliniği ile ilişkili olabilecek durumların ortaya konması amaçlanmıştır. OK semptom içerikleri ile intihar davranışı için risk oluşturan intihar düşünceleri arasındaki ilişki gözden geçirilmiş, ayrıca eksen II bozuklukları tanıları da değerlendirilerek, aralarındaki olası ilişki araştırılmıştır.

II. GENEL BİLGİLER

II.1. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞUN FENOMENOLOJİSİ

OKB psikiyatri tarihinde tanımlanan ilk hastalıklardan biridir. OKB yineleyici, istenmeyen, zorlayıcı, sıkıntı veren düşünce ve düşlemler (obsesyon) ile beraberinde sıklıkla tekrarlayıcı, ritüelistik davranışların (kompulsiyon) eşlik ettiği, genellikle kronik, kimi zaman epizodik gidiş gösteren, kişinin günlük işlevlerini belirgin düzeyde etkileyen ruhsal bir bozukluktur. OK belirtiler, kişi tarafından benliğe yabancı olarak algılanır. Zarardan kaçınma, riski azaltma, belirtilerin saçma ve anlamsız olduğunu düşünme, belirtilere karşı direnme, anksiyetenin azalmasına karşın doyumun olmaması ile karakterizedir. Yaygın olan tanımın aksine bazı hastalar, obsesyonları saçma ya da anlamsız bulmazlar ve onlara karşı gösterilen direnç değişken olabilir.

II.1.1. Epidemiyoloji

OKB, dünya üzerinde, depresyon, fobiler ve madde suistimalinden sonra en sık görülen dördüncü psikiyatrik bozukluktur (24-28). OKB ile ilgili yapılmış olan epidemiyolojik çalışmalar, klinik yargıya dayalı olarak tanılarının konmasıyla yapıldığı erken

dönem çalışmalar ve yarı ya da tam yapılandırılmış araçların kullanıldığı modern çalışmalar olarak ikiye ayrılabilir. Seksenlerden önce yapılan çalışmalarda, OKB için % 0.03 ila % 1 arasında değişen prevalans değerleri elde edilmiştir (29). Weismann ve arkadaşlarının (27) yedi farklı uluslararası toplumda, yapılandırılmış araçlar kullanarak yapmış olduğu çalışmada, OKB'nin yaşam boyu prevalansı % 1.9 ila % 2.5 olarak bulunurken, yıllık prevalans oranları % 1.1 ila % 1.9 olarak hesaplanmıştır. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması'nda OKB'nin 1 yıl içerisindeki yaygınlığını % 0.5 olarak saptamıştır (30). Konya bölgesinde yapılan bir epidemiyolojik çalışmada ise OKB'nin 12 aylık prevalansı % 3 olarak belirlenmiştir (31).

II.1.2. Klinik Özellikler

II.1.2.1. Cinsiyet Dağılımı: Diğer anksiyete ve duygudurum bozukluklarının kadınlarda daha sık oranda görülürken, OKB, kadın ve erkekleri eşit oranda etkilemektedir (32). Erişkinlerde geçerli olan bu durum çocuk ve ergenlerde farklılık göstermektedir. Bu yaş grubunda OKB'li erkeklerin oranı 1.5-2 kat daha fazladır (33). Bu verilere karşın, Grabe ve arkadaşlarının (25) yaptıkları çalışmada, OKB hastaları arasındaki kadın/erkek oranı 5.7 olarak hesaplanmıştır. Yaygın olarak kabul gören görüş, OKB'nin kadın ve erkeklerde eşit oranda görüldüğü şeklindedir.

II.1.2.2. Başlangıç Yaşı: OKB, karakteristik belirti ve yeti kayıplarıyla 6-7 yaşlarında gözlenebilmekle beraber ileri yaşlarda da ilk kez ortaya çıkabilir. Tipik olarak geç ergenlikte ya da erken erişkinlik döneminde başlamaktadır. Başlangıç yaşı genellikle yirmili yaşların başlarına denk gelmektedir (34, 23). OKB'li erişkinlerin % 30-50'si başlangıcın çocuklukta olduğunu, üçte ikisi ise belirtilerin 15 yaşından önce başladığını bildirmişlerdir (35). Erkeklerde, hastalığın kadınlara göre daha erken yaşlarda başladığı düşünülmektedir (34, 36, 37). Özellikle erkeklerde sık görülen juvenil başlangıç daha fazla ailesellik ve tik bozukluğu bulunması ile ilişkilendirilmiştir (38).

OKB'de erken başlangıcın ayırt edici bir özellik olduğu düşünülmektedir. Erken ve geç başlangıçlı erişkin hastalar arasında OK belirtilerin sayısı, dağılımı ve şiddeti açısından farklılıkların olduğu bildirilmiştir. Araştırmalarda, erken başlangıçlı OKB hastalarında geç başlangıçlılara göre, kompulsiyonların obsesyonlardan daha önce ortaya çıktığı (39); obsesyon ve kompulsiyonların sayısının daha fazla (40-42), OK belirti şiddetinin daha yüksek (39, 41, 43) olduğu; tik bozukluklarının (39, 42) ve öğrenme güçlüklerinin (40) daha sık

görüldüğü; tedaviye yanıtın daha kötü olduğu (39) belirlenmiştir. Bir çalışmada ise, erken başlangıçlı grupta, OK belirtilerin başlamasıyla, bozukluk tablosunun oturması arasında geçen sürenin, geç başlangıçlı gruba göre daha kısa olduğu bulunmuştur (40).

Gebelik ve doğum sonrası döneminin OKB gelişimi açısından riskli olduğu bilinmektedir. Ancak, çalışmalarda OKB'nin gebelik ve doğum sonrası dönemde başlama sıklığına ilişkin elde edilen sonuçlar çelişkilidir. Neziroğlu ve arkadaşları (44) doğum yapmış OKB hastalarının % 39'unda, Williams ve Koran (45) % 13'ünde OKB'nin gebelik sırasında başladığını bildirmişlerdir. Diğer çalışmalarda, kadın OKB hastalarının % 15'inde, ise yaklaşık dörtte birinde OKB'nin ilk kez doğum sonrası dönemde başladığı bildirilmiştir (46, 47). Diğerlerinden farklı olarak, Williams ve Koran (45) değerlendirdikleri 31 doğum yapmış OKB olgusundan hiçbirinde bozukluğun doğum sonrası dönemde başlamamış olduğunu, buna karşın hastaların % 29'unda önceden mevcut olan OKB tablosunun doğum sonrası dönemle birlikte alevlendiğini ortaya koymuşlardır.

II.1.2.3. Gidiş: Vakaların çoğunda başlatıcı bir stresör veya olay tanımlanamamaktadır. Çoğunlukla sinsi başlangıçlıdır ve kronik, ilerleyici bir seyir gösterir. Belirtilerin bozukluk tablosuna gidişi zaman alabilir. Ancak bazı hastalar ani başlangıç tanımlayabilirler ve genellikle bu hastalarda hastalıkla ilişkili bir nörolojik temel olduğu öne sürülmektedir (48). Gebelik sırasında ortaya çıkan OKB vaka bildirimleri de son yıllarda artmaktadır (44). OKB'de belirtiler genellikle yavaş bir başlangıç göstermekte, belirtilerin klinik olarak anlamlı bir düzeye gelmesi yıllar alabilmektedir. Bununla birlikte, OKB'li hastaların belirli bir bölümünde belirtiler, gebelik ya da yakınıni kaybetme gibi nedenlerle ani bir başlangıç gösterebilir (49).

OKB'de obsesyon ve kompulsiyonlar süreç içinde şiddet ve biçim değiştirebilmektedir. OKB'li hastalarda bu tür dalgalanmalar sıkça bildirilmekle birlikte, uzunca bir süre belirtilerin tamamen düzelmesi ya da tam remisyona görülmesinin nadir bir durum olduğu düşünülmüştür (49). OKB'nin gidiş özellikleri çeşitli yazarlar tarafından farklı biçimlerde tanımlanmıştır. Rasmussen ve Tsuang (1986) (50), OKB hastalarını gidiş özelliğine göre, “sürekli”, “kötüleşmeyle giden” ve “epizodik” olarak üçe ayırmışlardır. Demal ve arkadaşları (1993) (51) ise, OKB'yi, daha kapsamlı bir gruplandırma ile, “sürekli ve değişmeyen”, “kötüleşmeyle birlikte sürekli”, “iyileşmeyle birlikte sürekli”, “kısmi remisyona birlikte epizodik”, “tam remisyona birlikte epizodik” olarak 5 ayrı grupta ele almışlardır.

Epizodik OKB için, tanımlamalardaki farklılıklara bağlı olarak, çeşitli çalışmalarda birbirinden oldukça farklı görülme oranları elde edilmiştir. Rasmussen ve Eisen (1988) (52), epizodik OKB için % 2 gibi oldukça düşük bir oran bildirirken, DSM-IV'te (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (53) bu oran % 5 olarak verilmiştir. Daha yakın tarihli çalışmalarda ise, epizodik OKB görülme oranı % 45.5 (54) ve % 27.4 (55) gibi daha yüksek değerlerde bulunmuştur. Çeşitli çalışmalarda, epizodik ve süreğen OKB hastaları arasındaki farklar araştırılmıştır. Bu çalışmalardan birinde, epizodik OKB hastalarında, süreğen gidişli gruba göre, hastalık başlangıcı daha geç, kadın/erkek oranı daha yüksek bulunmuş ve OKB'nin epizodik alt tipi ile major depresyon arasında bir ilişki olabileceği üzerinde durulmuştur (54).

OKB belirtileri yoğun bir sıkıntı kaynağı olmalarının yanında, gündelik işlevsellikte belirgin zorlanma ve kayıplara yol açarak yaşam kalitesi üzerinde olumsuz bir etkiye neden olur (49, 56). Buna bağlı olarak, kişinin mesleki ya da eğitimle ilgili işlevselliği, toplumsal etkinlikleri ya da çevresiyle ilişkileri bozulur. OKB'li hastaların yaklaşık % 15'inde, mesleki ve toplumsal işlevsellikteki bozulmanın süreç içinde giderek arttığı bildirilmiştir (57). OKB, ciddi psikiyatrik bozukluklar arasında en sık görülenlerden bir tanesi olması yanında en fazla yeti yitimine yol açan hastalıklar arasında yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü 2001 yılında, OKB'yi en fazla yeti yitimine yol açan 20 hastalık arasına almıştır (58). Rasmussen ve arkadaşları (29), yapmış oldukları çalışmada, OKB'nin fobiler, madde kullanımı ve major depresif bozukluktan sonra dördüncü sırada en sık rastlanan psikiyatrik bozukluk olduğunu ortaya koymuşlardır. Belirgin yeti kaybına yol açan bu bozukluk etkin olarak uygun ilaç ve psikoterapi yöntemleri ile tedavi edilebilmektedir. Bozukluğu bulunan bireylerin çoğu hastalığın çocukluk ve adolesan dönemle ortaya çıktığını bildirmektedir. Neden olduğu utanma duygusu, gizlenme gereksinimi ve karakteristik belirtilerin tanınmasındaki güçlük, bu bozukluğun tanı ve tedavisinin gecikmesine yol açabilmektedir (58). Yapılan bir çalışmada etkin tedaviler için ortalama gecikme süresinin on yedi yılın üzerinde olduğu ifade edilmiştir (59). OKB'de diğer anksiyete bozukluklarına göre plasebo cevabının düşük olması, bu bozukluğun dirençli doğasına işaret etmektedir (60). Son yıllarda OKB'nin ilaç tedavisi ile ilgili olarak önemli gelişmeler sağlanmasına rağmen, hastaların % 40-60'ının tedaviye yeterli derecede yanıt vermediği anlaşılmaktadır (61). Yapılan klinik çalışmalar, Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeğinde (Y-BOKÖ) % 25-35'lik bir azalmayı tedaviye anlamlı yanıt olarak kabul etmektedir. Terimler sıklıkla

birbirinin yerine kullanılıyor olmasına rağmen tedaviye dirençli ve tedaviye refrakter OKB arasında farklar vardır. Tedaviye dirençli OKB genellikle uygun doz ve sürede iki SGI (Serotonin Gerilim İnhibitörü) tedavisine yanıt vermeyen OKB tablosu olarak anlaşılmaktadır (62). Bu grup ilaçları, SSGI'ler (Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörü) ve bir trisiklik antidepresan olan klomipramin temsil etmektedir. Tedaviye refrakter OKB ise klomipramin dahil olmak üzere, terapötik dozda, uygun sürelerde olacak şekilde, üç farklı SGI'ye yanıt alınamayan durumu ifade etmektedir. Ayrıca, kişiye bu durumda, terapötik dozda SGI alırken aynı zamanda bir kez davranışçı tedavi uygulanmış olmalı, son olarak da SGI tedavisine ek olarak bir atipik antipsikotik, güçlendirme tedavisi olarak denenmiş olmalıdır. Bu durumda, tedavi başarısızlığı Y-BOKÖ skorlarında % 25'in altındaki bir azalmayla veya Y-BOKÖ skorlarında % 25'lik bir azalmaya rağmen devam eden OKB ile ilişkili yeti yitimi ile ifade edilmektedir. Bir OKB hastası tedaviye refrakter olarak değerlendirilmeden önce, klinisyen OKB tanısını tekrar gözden geçirmeli, psikoz veya depresyon gibi komorbid durumları değerlendirmeli, hastanın yeterli sayı, doz ve sürede medikasyon ile davranışçı tedavi aldığını doğrulamalıdır. Refrakter olduğuna karar verilen hastalar, psikocerrahi gibi daha ekstrem prosedürlere yönlendirilmektedirler (63).

II.1.3. Semptomatoloji

II.1.3.1. Obsesyon ve Kompulsiyonlar: Obsesyonlar (saplantı), istemsiz, zorlayıcı, sıkıntı verici, tekrarlayıcı, kontrol edilemeyen düşünce, düşlem ve dürtülerle karakterizedir. Obsesyonlar, genellikle, kişi bir düşünce veya aktiviteye odaklanmaya çalıştığında belirir. Kişi, bunları benliğine yabancı (egodistonik) bulur, aşırı ya da anlamsız olarak değerlendirir. Kişi bu obsesif nitelikteki düşünce, dürtü ve imgelerin kendi zihinlerinin bir ürünü olduğunu kabul etmeli, dışsal bir faktör ya da kişiye atfetmemelidir. Obsesyonlar, kişinin günlük sorunları hakkında duyduğu aşırı düzeydeki kaygılarından ayırteilmelidir. Obsesyonların ortaya çıkardığı duygu anksiyetedir ve bu nedenle OKB, anksiyete bozuklukları grubu altında incelenmektedir. Günümüz tanısal sınıflandırma sistemlerinde anksiyete bozuklukları grubunda ele alınmasına rağmen OKB'nin yeri halen tartışma konusu olmaktadır. Kişinin hissettiği anksiyete, zihinde beliren bu düşünce, düşlem ya da dürtülere karşı ortaya çıkmaktadır.

Kompulsiyon (zorlantı) ise ya bir obsesyona karşı tepki olarak ya da kişinin katı kurallarına göre kendini yapmaktan alı koyamadığı, tekrarlayıcı, ritüelistik davranış veya zihinsel eylemlerdir. Çoğunlukla, obsesyona bir tepki olarak veya onun oluşturduğu

anksiyeteyi azaltmak için ortaya çıkmaktadır. Ancak, bu davranış ve zihinsel eylemlerin tekrarlayıcı ve ritüelistik doğası nedeniyle zaman ve yoğun çaba gerektirmesi kendi başlarına anksiyete oluşturmalarına sebep olabilmektedir. OKB'li hastaların büyük çoğunluğunda hem obsesyonlar, hem de kompulsiyonlar bir arada bulunmaktadır. (58). Hastaların yaklaşık % 90'ı hem obsesyon hem de kompulsiyonlardan yakınırken, % 28'i sadece obsesyonlardan, % 20'si ise sadece kompulsiyonlardan yakınmaktadır (64). Yaygın kabul gören, DSM-IV (53) ve ICD 10 (The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) (65) gibi kategorik tanısal sınıflandırma sistemleri sadece obsesyon ya da sadece kompulsiyonların bulunduğu OKB tiplerini de tanımlamaktadır. Başlangıçta klinik tabloya obsesyonlar hakim iken, zamanla kompulsiyonlar daha baskın ve şiddetli hale gelebilirler (66). DSM-IV'e göre, OKB günde bir saatin üzerinde süren, kişide belirgin bir zorlanma oluşturan ve işlevselliği etkileyen semptomlarla karakterizedir. Ayrıca, bu tanı sistemine göre, hastalık epizodu sırasında kişinin obsesyonlarının ve/veya kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olarak değerlendirmedeği durumdaki hastalık tablosu "içgörüsü az olan" alt tip olarak değerlendirilmektedir.

En sık rastlanan obsesyonlardan biri olan kirlenme/bulaşma obsesyonlarında, kişinin kirli olduğunu düşündüğü yerlerden mikrop, vücut atıkları gibi şeylerin bulaşabileceği endişesi vardır. El sıkışmak, tuvalete gitmek, kapı kolları, para gibi nesnelere dokunmayla kirlilik ya da mikrop bulaşabileceği düşünülmektedir. Bu tür obsesyonları olan kişiler, her şeyi kirlenme kaynağı olarak görebilmektedirler. Kendilerine olabilecek bulaşmayı önlemek için eşyalara dokunmak ya da insanlarla yakın temas kurmaktan kaçınabilirler. Kirlenme/bulaşma obsesyonlarına yanıt olarak ortaya temizleme kompulsiyonları çıkmaktadır. Sık ve tekrar edici tarzda el yıkamalar, bu tür kompulsiyonlarının en sık karşılaşılan şeklidir. Temizleme kompulsiyonları sonucunda kişi temizlendiğine ikna olamaz ve uzun süreli banyo yapma, etrafı, eşyaları temizleme, çamaşır yıkama şeklinde davranışlar gösterir.

Bir eylemin yapıldığından emin olamama durumu, kuşku obsesyonu olarak tanımlanmaktadır. Kuşku obsesyonu olan bir kişi, elektrikli bir eşyayı prizden çekip çekmediğinden, terk ettiği yerin kapısını kilitleyip kilitlemediğinden emin olamaz. Bu obsesyon genellikle kişinin zihninde bir tehlike durumuna işaret eder. Bu sebeple ardından güvenliği sağlamakla ilişkili kontrol etme kompulsiyonları sıklıkla takip etmektedir. Kontrol etme kompulsiyonlarına örnek olarak, gaz ocağının kapalı olup olmadığının ya da ütünün

prizde unutulup unutulmadığının yineleyici tarzda kontrol edilmesi verilebilir. Bu tür kompulsiyonlar felaketleri önlemek amacıyla yapılır ve sıklıkla bunların bu eylemlerin arkasında saldırganlık ve şiddet içerikli obsesif düşünceler yer almaktadır. Kontrol etme, aynı zamanda bulaşmayla ilgili kişinin yaşadığı korkuları hafifletmeye yönelik olarak da yapılabilir.

Simetri ve düzen obsesyonları, nesnelere ve olayların belirli bir düzen ve konumda olması ya da eşyaların tam bir simetri içinde bulunmasıyla ilişkili obsesyonlardır. Bu tür obsesyonlara yanıt olarak, bir denge ve simetri sağlamak üzere eşyaları belirli bir sıra ve düzen içinde tutmaya çalışma tarzındaki simetri/düzenleme kompulsiyonları ortaya çıkar.

Saldırganlık teması obsesyonların içeriğinde ya da bunların ardında yatan düşüncelerde sıkça yer almaktadır. Saldırganlık obsesyonlarının içeriğine bakıldığında, kendine ya da başkalarına yönelik öldürme, yaralama, çeşitli yollarla zarar verme düşünceleri görülür. Bu kişiler zarar verme potansiyeli bulunan nesnelere bulundurmaktan, sevdikleri kişilerle yalnız kalmaktan, ölüm haberleriyle karşılaşmamak için gazete okumak ya da televizyon seyretmekten kaçınabilirler. Bunlar kişinin zihninde imgeler şeklinde de belirebilirler.

Obsesyonlar, utanç verici ve kabul edilemez olarak nitelenen cinsel temalarla ilişkili olduğunda bunlar cinsel obsesyonlar olarak değerlendirilirler. Saçma bulduğu bir cinsel eylem içinde bulunma, eşcinsellik, ensest ilişkilerle ilgili düşünceler örnek olarak verilebilir.

Günahla ilgili düşünceler ve benzeri dini temaların yer aldığı dinsel obsesyonlar, ülkemizde, Batı toplumlarından farklı olarak, sık görülen bir obsesyon tipidir. Bu kişiler, yaptıkları eylemlerin günah olup olmamasına yönelik düşüncelere saplanırlar.

Bir diğer obsesyon tipi, sıklıkla hayatı tehdit eden bir hastalığa yakalanma şeklinde ortaya çıkan somatik obsesyonlardır. Bu tür obsesyonlar sıklıkla kanser, AIDS, cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanma korkusu şeklinde ortaya çıkar. Bu tür korkulara, hastalıkla ilişkili olduğu düşünülen beden bölümünün kontrol edilmesi, iyi olduğuna yönelik onaylanma arayışı gibi kompulsiyonlar eşlik etmektedir.

Gerçek anlamda maddi ya da manevi değer taşımayan pek çok şeyin saklanıp biriktirildiği, gereksinim olmamasına rağmen satın alındığı kompulsiyon tipi biriktirme kompulsiyonlarıdır. Bu tür kompulsiyonlarda, kişide kullanım değeri olmayan çeşitli

nesneleri, atmaya ya da elden çıkarmaya yönelik yoğun bir korku vardır. Biriktirme davranışı, kişinin yaşam alanını önemli ölçüde kısıtlayacak boyutlara ulaşabilir.

Yineleme tüm kompulsiyonlarda görülen bir özellik olsa da, gündelik yaşama ilişkin bir davranışın tam olarak yapıldığından emin olunamayıp yapma-bozma tarzında sürekli yinelendiği durumlarda yineleme kompulsiyonlarından söz edilir. Elektrik düğmesini açıp kapama, kapıdan girip çıkma, yazdıktan sonra silip tekrar yazma, bu tür kompulsiyonlara örnek olarak verilebilir (49). Yineleyici tarzda dua etme, sayı sayma, belirli kelimeleri yineleme gibi düşünsel süreçler, zihinsel kompulsiyonlar olarak tanımlanır. Yapılan bir DSM-IV alan çalışmasında, zihinsel kompulsiyonların, el yıkama ve kontrol etmeden sonra üçüncü sıklıktaki kompulsiyon tipi olduğu belirlenmiştir (64).

Obsesyon ve kompulsiyonlar sıklıkla bir arada görülürler. Kompulsiyonların eşlik etmediği sadece obsesyonların bulunduğu durumlarda sıklıkla saldırganlık, cinsellik ve beden temalarını tabloya hakimdir. Sadece obsesyonu olduğu düşünülen bir hastada, bir şeyi doğru yaptığının onayını almak üzere yineleyici tarzda soru sorma ya da yineleyici, törensel tarzda dua etme gibi kompulsiyonlar gözden kaçabilmektedir. Sadece kompulsiyonların görüldüğü OKB tabloları ise nadiren görülmektedir. Bu tür kompulsiyonlar, daha büyük bir olasılıkla çocukluk dönemindeki OKB'li hastalarda görülmektedir. Yine aynı DSM-IV alan çalışmasında, 411 OKB'li hastanın % 91'inde "karma obsesyon ve kompulsiyonlar", %8.5'inde "ağırlıklı olarak obsesyonlar", %0.5'inde ise "saf kompulsiyonlar" saptanmıştır (64).

Obsesif düşünceler ve törensel davranışlar, kişinin günlük etkinliklerini yerine getirirken yavaşlamasına neden olur. Bu duruma "Obsesyonel yavaşlık" adı verilmektedir ve bu durum, bazen kişinin yaşantısını çekilmez bir hale getirebilmekte, sıradan gündelik işlerin bile tamamlanması saatlerce sürebilmektedir (49).

Bazı kaynaklara göre değişmekle birlikte, en sık gözlenen obsesyon tipleri sırasıyla; bulaşma, kuşku, somatik, simetri, zarar verme, agresif, cinsel ve dini obsesyonlar şeklindedir. En sık kompulsiyonlar ise; kontrol etme, yıkama, sayma, düzenleme ve biriktirme kompulsiyonları olarak sıralanmaktadır. Yıkama obsesyonlarına temizleme, kuşku obsesyonlarına kontrol etme, zarar verme ve cinsel obsesyonlara anlatma ve sorma kompulsiyonları, simetri obsesyonlarına düzenleme kompulsiyonları, somatik obsesyonlara kontrol etme kompulsiyonları ve güvence arama ritüelleri eşlik eder (67). Obsesyon ve kompulsiyonların içerikleri kültürlere özgü özellik gösteriyor olabilir (68). Akhtar ve

arkadaşlarının (68) Hindistan’da yaptıkları bir çalışmada, kirlenme ve bulaş obsesyonlarının ABD’deki OKB olgularına göre çok daha sık olduğunu, dini ve cinsel obsesyonların ise çok nadir olduğunu ortaya koymuşlardır. Bazı çalışmalar, dinin obsesyonların katı dini toplum ve kültürlerde daha sık olduğuna işaret etmektedir (57). OKB semptom içerikleri ile hastalığın alt tipleri, hastalığın diğer özellikleri ile olan ilişkisi pek çok araştırmacı tarafından çalışılmıştır. OKB semptom içerikleri ile psikiyatrik komorbidite ve bozukluğun erken başlangıcı arasında ilişki olduğu ortaya konmuştur. Hasler ve arkadaşları (21) yaptıkları çalışmada, OKB semptom içeriklerini faktör ve küme analizi yaparak komorbidite ile ilişkilendirmişlerdir. Faktör I (agresif, cinsel, dini ve somatik obsesyonlar, kontrol etme kompulsiyonları) komorbid anksiyete bozuklukları ve depresyon ile, Faktör II (simetri obsesyonları, tekrarlama, sayma, düzenleme kompulsiyonları) bipolar bozukluk, panik bozukluk, agorafobi ile, Faktör III (bulaş obsesyonları, temizlik kompulsiyonları) yeme bozuklukları komorbiditesi ile ilişkili bulmuşlardır. Ek olarak, Faktör I ve II erken başlangıçla da ilişkili bulunmuştur. OKB’de bipolar bozukluk komorbiditesinin, cinsel ve dini obsesyonların anlamlı oranda daha fazla, kontrol kompulsiyonlarının ise daha az oranda görülmesi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (22). Tükel ve arkadaşlarının yaptıkları bir başka çalışmada ise, simetri, biriktirme ve dini obsesyonlar ile biriktirme kompulsiyonlarının erken başlangıç gösteren OKB hasta grubunda anlamlı olarak fazla bulunduğunu ortaya koymuşlardır (23). Yapılan bu çalışmalar, OKB semptom içeriklerinin bize birtakım ipuçları sağladığını göstermektedir.

Obsesif-kompulsif belirtilerin dağılımı cinsiyetler arasında bazı farklılıklar gösterir. Araştırma sonuçları bazı uyumsuzluklar içerse de, kadınların daha yüksek oranda bulaşma obsesyonları ve yıkama/temizleme kompulsiyonları; erkeklerin ise daha yüksek oranda cinsellik, agresyon, simetri obsesyonları ve tekrarlama, kontrol etme kompulsiyonları gösterdiği bildirilmiştir (34, 36, 37, 69).

II.1.3.2. İçgörü: OKB, tanım olarak bakıldığında, hastaların belirtilerine yönelik içgörülerinin iyi olduğu bir hastalık olarak ifade edilmektedir. Ancak, OKB’li hastaların belirli bir bölümünde, belirtilere yönelik içgörünün değişen derecelerde bozulduğu, kişinin obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ve anlamsız olduğunu kabul etmediği gözlenmekte, obsesyonlara yönelik içgörünün değişken olduğu bildirilmektedir (70). OKB hastalarında içgörünün bir spektrum içinde değerlendirilmesi uygun olabilir. Bu spektrumun bir ucunda

içgörünün tam olduğu hastalar, diğer ucunda ise içgörünün tamamen kaybolduğu “ obsesif-kompulsif psikozlar” yer almaktadır. Yapılan çeşitli çalışmalarda da, OKB hastalarının % 15-36’unda içgörü azlığı olduğu bildirilmiştir (71-74). OKB hastalarında içgörü derecesi ile tedavi yanıtı ilişkisi konusunda elde edilen bulgular ise çelişkilidir. Bazı çalışmalarda tedavi öncesi içgörü düzeyi ile ilaç tedavisine yanıt arasında bir ilişki bulunmazken (71, 75); bazı çalışmalarda içgörü azlığının ilaç tedavisine kötü yanıt ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (74, 76, 77).

II.1.4. Tanı

Günümüzde psikiyatrik hastalıkların tanı ve sınıflandırmasında yaygın olarak DSM-IV (53) ve ICD-10 (65) kullanılmaktadır. DSM-IV’e göre OKB tanısı, obsesyon ya da kompulsiyonların olması; bir dönem obsesyon ya da kompulsiyonların aşırı ya da anlamsız olduğunun kabul edilmesi; obsesyon ya da kompulsiyonların günde 1 saatten daha uzun bir zaman alması ya da kişinin işlevselliğini önemli ölçüde bozması ölçütleri karşılandığında konulmaktadır. Ayrıca, OKB tanısı konulabilmesi için, başka bir psikiyatrik bozukluk eşlik ettiğinde, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriğinin söz konusu bozukluğun ana belirtileriyle sınırlı olmaması ve de bozukluğun bir maddenin ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı olarak ortaya çıkmamış olması gerekmektedir. DSM-IV’te, kişinin, hastalık döneminde çoğu zaman obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etmemesi durumu için, “içgörüsü az olan” olarak isimlendirilen ayrı bir tip tanımlanmıştır.

ICD-10’un (65) OKB tanı ölçütleri açısından DSM-IV’ten (53) en önemli farkı, belirtiler için süre koşulunun bulunması, bunun da OK belirtilerin üst üste en az 2 hafta boyunca bulunması gerektiğinin ifade edilmesidir. OK belirtilerin sıkıntı verici ve gündelik etkinlikleri önleyici niteliğine ICD-10’da (65) da yer verilmektedir. Ayrıca, ICD-10 (65) OKB tanı ölçütlerinde, OK belirtilerin kişinin kendi düşünceleri veya dürtüleri olarak algılanması; bu belirtilerden en az birine karşı kişinin direnç gösteriyor olması; kompulsiyonları yerine getirme düşüncesinin haz verici olmaması ve de düşünce, imge ve dürtülerin rahatsızlık verici biçimde yineleyici olması gerektiği vurgulanmaktadır.

Obsesif-kompulsif bozukluk için DSM-IV (53) tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir:

A. Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar vardır:

Obsesyonlar aşağıdakilerden (1), (2), (3) ve (4) ile tanımlanır:

1. Bu bozukluk sırasında, kimi zaman istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da imgeler görülür.
2. Düşünceler, dürtüler ya da imgeler sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir.
3. Kişi, bu düşünceleri, dürtüleri ya da imgelerine önem vermemeye ya da bunları baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirme çabası içindedir.
4. Kişi, obsesyonel düşüncelerini, dürtülerini ya da imgelerini kendi zihninin bir ürünü olarak görür (düşünce sokulmasında olduğu gibi değildir).

Kompulsiyonlar aşağıdakilerden (1) ve (2) ile tanımlanır:

1. Kişinin, obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallarına göre, yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (örn. el yıkama, düzene koyma, kontrol etme) ya da zihinsel eylemlerdir (örn. dua etme, sayı sayma, birtakım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma).
 2. Davranışlar ya da zihinsel eylemler, sıkıntıdan kurtulmaya ya da var olan sıkıntıyı azaltmaya ya da korku yaratan olay ya da durumdan korunmaya yöneliktir; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, ya etkisizleştirilmesi ya da korunulması tasarlanan şeylerle gerçekçi biçimde ilişkili değildir ya da açıkça çok aşırı bir düzeydedir.
- B.** Bu bozukluğun gidişi sırasında kişi, bir zaman, obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder. Not: Bu çocuklar için geçerli değildir.
- C.** Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin sıkıntıya neden olur, zamanın boşa harcanmasına yol açar (günde 1 saatten daha uzun zaman alırlar) ya da kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini ya da olağan sosyal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozar.
- D.** Başka bir I. Eksen bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir (örn. Yeme Bozukluğunun olması durumunda yemek konusu üzerinde düşünüp durma; Trikotilomaninin olması durumunda saç koparma üzerinde durma; Beden Dismorfik Bozukluğunun olması durumunda dış görünümle aşırı ilgilenme; bir Madde Kullanım Bozukluğunun olması durumunda ilaçlar üzerinde düşünüp durma; Hipokondriyazisin olması durumunda ciddi bir hastalığı olduğu biçiminde düşünüp durma; bir Parafilinin olması

durumunda cinsel dürtüler ya da düşlemler üzerinde düşünüp durma ya da Major Depresif Bozukluk olması durumunda suçluluk üzerine geviş getirircesine düşünme).

E. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç ya da tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Varsa belirtiniz:

İçgörüsü az olan: O sıradaki epizotta çoğu zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etmiyorsa.

Obsesif-kompulsif bozukluk için ICD-10 (65) tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir:

Kesin tanı koyabilmek için, obsesyonel belirtiler ya da kompulsif hareketler, en az iki hafta (üst üste iki hafta) süre ile çoğu günler bulunmalı ve sıkıntı verici ve gündelik etkinlikleri önleyici nitelikte olmalıdır.

Obsesyonel belirtiler aşağıda belirtilen niteliklere sahip olmalıdır:

A. Bunlar kişinin kendi düşünceleri ya dürtüleri olarak algılanırlar.

B. Hasta, bu düşünceler ya da hareketlerden en az birine karşı kişi direnç gösteriyor olmalıdır; hastanın artık karşı koyamadığı başka düşünceler ya da hareketler bulunabilir.

C. Bu hareketi yerine getirme düşüncesi haz verici olmamalıdır (yalnızca gerginlik ya da anksiyetenin giderilmesi söz konusudur).

D. Düşünceler, imgeler ve dürtüler rahatsızlık verici biçimde yineleyici olmalıdır.

II.1.5. Ayırıcı Tanı

OKB'yi fobilerden ayırmak bazen zor olabilmektedir. Genellikle fobik tepki, dışarıdaki bir nesne ya da durumdan zarar geleceği korkusu ile birliktedir. Bu korkular fobik nesne ya da durumdan kaçınılarak denetim altına alınmaya çalışılır. Bu durum, sıklıkla başkalarına ya da kendine zarar verme korkusunun yaşandığı ve bu tür korkuların kompulsif eylemlerle denetim altına alınmaya çalışıldığı OKB hastalarındaki ile karşıtlık gösterir. Diğer taraftan, OKB hastalarının bulaşmayı önlemek için eşyalara dokunmaktan, insanlarla yakın temas kurmaktan kaçınabileceği akılda tutulmalı; bu tür davranışlarla fobik kaçınmaları birbiriyle karıştırmamak gereklidir.

Normal görünümlü bir kişinin, görünümünde hayali olarak kusur olduğunu düşünmesi ya da hafif bir bedensel kusuru olduğunda yoğun bir kaygı duyması ve bununla aşırı ilgilenmesi durumunda beden dismorfik bozukluğu (BDB) tanısı akla gelmelidir. BDB'yi OKB'den ayıran en önemli özellik, kişinin ilgi ve uğraşısının bedeninin kusurlu

olduğu düşüncesi üzerinde odaklanmış olmasıdır. BDB ile OKB arasındaki farklılıklardan bir diğeri, BDB'nin zihinsel uğraşlarının genellikle anlamsız ya da saçma olarak görülmemesi ve sıklıkla zayıf bir içgörünün bulunmasıdır.

Kişinin bedensel belirtilerini yanlış yorumlamasına bağlı olarak ciddi bir hastalığı olduğu düşüncesine sahip olması ve yeterli tıbbi değerlendirme yapılmasına ve tıbbi olarak güvence verilmesine karşın bu düşüncelerinin ısrarlı bir şekilde sürmesi durumu hipokondriyazis olarak tanımlanır. Bedensel ya da mikropla ilgili bir obsesyonu, hipokondriyak bir uğraşından ayırmak kolay olmayabilir. Hastanın diğer obsesyon ve kompulsiyonlarının olması, ayırıcı tanıda yardımcı olabilir.

Tikler, ani başlangıçlı, hızlı, yineleyici, amaca yönelik olmayan, istemsiz motor hareketler ya da ses çıkarma davranışlarıdır. Kompulsiyonun tersine daha az karmaşık olan tikler, amaçsız ve istemsiz oluşları, gelecekte olmasından korkulan olayların önlenmesi ya da anksiyeteyi azaltma gibi amaçlarının olmamasıyla kompulsiyonlardan ayrılır.

Şizofreninin başlangıç ve gelişim aşamasında ya da benzeri psikotik bozukluklarda, geçici ve değişebilen obsesif-kompulsif belirtiler görülebilmekte ve bu tür belirtiler psikotik tablo tam yerleştikten sonra da ara ara ortaya çıkabilmektedir (49).

II.2. İNTİHAR

İntihar; insanın kendi benliğine yönelmiş bir saldırganlık ve yok etme eylemi olup, bireyin istemli olarak yaşamına son vermesidir. İntihar ve intihar girişimleri dünya çapında önemli bir ölüm ve morbidite nedenidir. Türkiye'de son yıllarda intihar sonucu ölüm olgularında büyük artış tespit edilmiştir. 1999 yılında kaba intihar oranı % 2.80 iken, bu oran 2001 yılında % 3.77'ye çıkmıştır. Ülkemizde intihar edenlerin 15-34 yaş grubunda yoğunlaştığı ve intihar eden erkeklerin % 52'sinin, kadınların ise % 70'inin 35 yaşından küçük olduğu tespit edilmiştir (78). Ülkemizde intiharlar 1962'den beri Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) tarafından tüm yerleşim yerlerinde derlenmektedir. 1974'ten beri yılda bir yayımlanan bir kitapçıkta ayrı bir yayın olarak basılmaktadır. Türkiye'de 1989 yılında 1172, 2000 yılında 1802 kişinin intihar ederek yaşamına son verdiği bildirilmektedir (79, 80). Ülkemizde 1974-1998 yılları arasında intihar hızı % 100 artmış, giderek büyümekte olan bir sorun haline gelmiştir (81). Manisa ili kent merkezinde yapılan epidemiyolojik bir çalışmada, intihar düşüncesinin yaşam boyu yaygınlığı % 6.6, intihar girişiminin yaşam boyu yaygınlığı % 2.3 olarak saptanmıştır (82). Trabzon'da 1995 yılı intihar sıklığı 2.6/100.000 ve intihar

girişimi sıklığı 31.5/100.000 (83) olarak belirtilmektedir. Ankara-Mamak'ta 1998-2001 yılları arasında intihar girişimlerinin sıklığını saptamak amacıyla yapılan dört yıllık bir araştırmada ilk yıl 57.9/100.000 olan yıllık hız, dördüncü yılda 112.1/100.000 olarak bildirilmektedir (84). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre intihar ilk on ölüm nedeni arasındadır. İntihar ABD'de en sık sekizinci ölüm nedenidir ve yılda 30 bin üzerinde can kaybına sebebiyet vermektedir. ABD'de 1998 yılında elde edilen verilere göre erkeklerde intihar oranı kadınlardan dört kat daha fazladır (erkeklerde 18.7/100 000, kadınlarda 4.4/100 000) (12). ABD dışındaki ülkelerde intihar oranı Suriye, Mısır, Lübnan gibi ülkelerde yıllık 100 binde birin altındaki bir orandan eski Sovyet ülkelerindeki 100 binde 40 a kadar çıkabilmektedir (12, 85). Geçtiğimiz yüzyılda, Macaristan dünyadaki en yüksek intihar oranına sahip olduğu bildirilmişti. Bunun sebebi bilinmemektedir. Ek olarak, Avusturalya ilk kuşak göçmenleri üzerinde yapılan araştırma, göçmenlerdeki intihar oranlarının geldikleri ülkelere benzer olduğunu göstermiştir (86, 87). Bu durum da intihar oranlarına kültür ve etnisitenin etkisine işaret etmektedir. İntihara kalkışanların yarıdan fazlasını 45 yaşın altındaki bireyler oluşturmaktadır (88). İntihar genellikle bir psikiyatrik hastalığın komplikasyonudur. İntihar kurbanlarının % 90'dan fazlasında tanı konulabilir bir psikiyatrik bozukluk vardır (13-16) İntihar girişiminde bulunanların çoğunda da bir psikiyatrik bozukluk vardır. İntihar ve ciddi intihar girişimleri ile en sık ilişkili olan ruhsal bozukluklar duygudurum bozukluklarıdır (12). Araştırmacılar intiharı açıklamak ve predikte etmek için pek çok modeller sunmuşlardır (89). Önerilen modellerden biri de stres-diatez modelidir. Bir psikiyatrik bozukluğun başlangıcı veya ani kötüleşmesi stresör olarak değerlendirilebilir ancak, psikososyal zorlanmalar da stres kaynağı olabilmektedir.

İntihar davranışına yatkınlık sağlayan faktörler ise cinsiyet, din, ailesel ve genetik yüklülük, çocukluk deneyimleri, psikososyal destek sistemleri, ölümcül araçlara yakın olma ve kolesterol düzeyi gibi diğer faktörler olarak sıralanır (90).

II.2.1. İntihar Davranışı

İntihar davranışı intihar düşüncesiyle başlayıp, bir sosyal krizin sonucunda ve kişinin yardım arayışının bir eseri olan ölümcüllüğü düşük intihar girişimlerinden, kurtulmanın şansa bağlı olduğu yüksek oranda ölümcül olan girişimlere ve en keskin görünümü olan tamamlanmış intihara kadar uzanan bir yelpazede değerlendirilebilir (91). İntihar düşüncesi dendiğinde, kişinin kendini öldürmeyi düşünmesi ve planlar yapması

anlaşılmaktadır. İntihar düşüncesinin intihar girişiminin bir öncülü olduğu söylenebilir. İntihar düşüncesi ve intihar girişimi, tamamlanmış intiharlar için risk faktörleri olarak tanımlanmıştır (92). İntihar girişimi olmadan intihar düşüncelerinin olması daha sık gözlenen bir durumdur (91). İntihar düşüncesi ve intihar girişimleri de sırasıyla % 11-% 14 ile % 2.8-% 4.6'lık oranlarla toplumda yaygın olarak görülmektedir (1, 93). Yapılan psikolojik otopsi çalışmaları, intiharların büyük çoğunluğunun ilk intihar girişimi sonrası ortaya çıktığını göstermiştir (92, 94). Ülkelerin çoğunda, erkeklerin daha fazla tamamlanmış intihar davranışı sergiledikleri, kadınların ise daha fazla intihar girişiminde buldukları bildirilmektedir (95). Erkek intiharlarının planlı, dikkatli, gözen uzak ve ölümcül olma özellikleri taşıma eğiliminde olduğu bildirilirken, tersine, kadın intiharlarının daha çok bir yardım arama ifadesi taşıyan, ölümcüllüğü düşük, sağ kalma, fark edilme ve kurtarılma şansı yüksek intihar girişimleri gözleendiği belirtilmektedir (18, 96). Böylece, intihar davranışının iki boyutu olduğu söylenebilir. Birinci boyutu, intihar girişiminden kaynaklanan tıbbi ölüm veya yaralanmadır. İkinci boyutu ise, intihar niyeti ve hazırlanma derecesinin ölçümü, yaşamaya veya ölmeye karşı duyulan arzu ve fark edilmeye yönelik değişimlerle ilişkilidir (18).

Niyet ve ölümcüllük birbirleriyle ve intihar riski ile ilişkili olan biyolojik anormalliklerle ilişki içerisindedir (18, 97, 98). Tamamlanmış intiharların ve intihar girişimlerin klinik profilleri birbirine benzemektedir (99). Başarısız olarak nitelenen ölümcüllüğü yüksek olan intiharlar, tamamlanmış intihar vakalarıyla aynı klinik ve psikososyal profili taşımaktadırlar (91, 99). Başarısız intiharlar üzerinde çalışmak ve bunları önlemek muhtemelen tamamlanmış intiharlarla olan ilişkiyi ortaya koyabilir. İntihar niyeti ve ölümcüllük, gelecekte tamamlanmış intihar girişimleri ile ilişki göstermektedir (18). Sonraki intihar girişimleri daha yüksek oranda niyet ve ölümcüllük gösterebilir (100). İntihar girişimlerinin % 25'inin yinelendiği ve bu yinelemelerin % 30'unun ölümle sonuçlandığı bilinmektedir (101). İntihar girişimini izleyen ilk altı ay en riskli dönem olarak bildirilmektedir (102-104). Özellikle erkeklerde ilk yıl içinde intihar girişimi riskinin daha fazla olduğu belirtilmektedir (105). Önceki girişimler, gelecekteki intihar veya intihar girişiminin önemli bir prediktörü olduğu düşünülmektedir (106, 107). Psikiyatrik hastalarda geçmişteki intiharların sorgulanması, risk değerlendirmesi için önemlidir. Çünkü, intihar girişimlerinin üçte ikisi ilk girişimlerdir (12). İntihar öyküsü, intiharların tamamını predikte etmez, diğer risk faktörlerinin de hesaba katılması gereklidir.

II.2.2. İntihar Davranışının Klinikle Bağlantıları

II.2.2.1. İntihar ve Eksen I Bozuklukları: Psikolojik otopsi çalışmaları, kurban hakkındaki tüm ulaşılabilir tıbbi kayıtları ile aile üyeleri ve arkadaşlarının verdiği bilgileri temel alarak yapılmaktadır. Bu metod geçerli olan psikiyatrik tanıları kullanır (108) ve çalışmaların çoğunda intihar kurbanlarının intihar sırasında % 90'dan fazlasının intihar anında bir psikiyatrik bozukluğu bulunduğunu göstermiştir (13-15, 109, 110). Bildirilen bu % 90'lık oran daha da yüksek olabilir çünkü değerlendirme kurbanın son haftalarındaki ruhsal durumu hakkında yakınlarının söylemlerine dayanmaktadır. İntihar davranışı için risk faktörü olarak mental hastalıklardan, özellikle de duygudurum bozukluğu, madde bağımlılığı ve şizofreni üzerinde pek çok sayıda çalışma yapılmıştır (1,2, 111, 112). Şizofrenik bireyler intihar yönünden büyük risk altındadırlar. Şizofreni hastalarının, hastalık süresi boyunca yaklaşık yarısı intihar düşüncesine sahip olduklarını bildirmiş veya intihar girişiminde bulunmuştur (113). Şizofrenisi olan hastalarda yapılan ve bir yıldan kırk yıla kadar değişebilen zaman aralıklarını içeren izleme çalışmaları, şizofrenide ölümle sonuçlanan intihar oranlarını % 10-13 oranında bulmuştur. İntihar girişimlerinde bulunan şizofreni hastalarının oranı ise % 40 civarındadır (3, 114, 115). Şizofreni hastaları için genç, erkek, beyaz, bekar, hastalığın ilk on yılında olma, geçmişte intihar öyküsü bulunması intihar için risk faktörleri olarak bildirilmiştir (116-118). Depresyonun, psikotik hastalarda intihar davranışı için bir risk faktörü olduğu bildirilmektedir (119, 120). Sevinçok ve arkadaşları (121), OKB'li şizofrenik hastalarda, OKB'si olmayan şizofreniklere göre intihar girişimi ve intihar düşüncesi öyküsünün daha sık olduğunu, kompulsif semptomların şizofrenik hastalarda intihara eğilimi predikte ettiğini bulmuşlardır.

Tüm intiharların % 60'ı duygudurum bozukluğu bulunan bireylerde ortaya çıkmaktadır (13, 15, 16, 109). İntiharla en çok ilişkilendirilen psikiyatrik bozukluklardan birisi major depresyondur. Depresyonda intihar riskinin genel popülasyondan 20-30 kat fazla olduğu bildirilmektedir (122). Major depresyon tanısı almış kişilerde yaşam boyu intihar oranı % 15 olarak bulunmuştur (123). Yine ölümle sonuçlanan intiharların yaklaşık %70'inde depresyon saptanmıştır (124).

Geriye kalan intihar girişimleri sıklıkla alkolizm (125), uyuşturucu madde kötüye kullanımı (14, 126) gibi psikiyatrik bozuklukları ve borderline, antisosyal kişilik bozukluğu gibi kişilik bozukluğu bulunan bireylerde gözlenmektedir (110, 127-129). Hastaneden taburcu olmuş psikiyatrik popülasyonda yaşamboyu intihara bağlı mortalite bipolar depresyonda %

20, unipolar depresyonda % 15, alkolizmde % 18, şizofrenide % 10, antisosyal ve borderline kişilik bozukluğunda % 5 ila % 10 olarak bildirilmiştir (128-132). Eskiden beri düşünülenin aksine, anksiyete bozuklukları bulunan bireylerin intihar için yüksek risk taşıdıkları düşünülmektedir (4). Yapılan geniş toplum tabanlı çalışmalar, anksiyete bozukluğu bulunmasının, eştanı bulunmadığında bile intihar davranışı için bağımsız bir risk faktörü olduğunu ortaya konmuştur. İntihar düşüncesi, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi, panik bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk gibi anksiyete bozuklukları ile de direkt olarak ilişkili olabilir (5,17). Anksiyete bozukluğunun yanında eştanı olarak bir duygudurum bozukluğu bulunması, tek başına bir duygudurum bozukluğuna göre intihar davranışı riskini daha fazla artırmaktadır (5). İntihar ve intihar girişimlerinin sıklığına bakıldığında, intihar riskinin anksiyete bozukluğu bulunan bireylerde normal topluma göre oldukça yüksek olduğu bildirilmektedir (4). OKB ve intihar arasındaki ilişkiyi ortaya koyan çalışmalar literatürde kısıtlı sayıdadır. Yapılan eski çalışmalar OKB’de düşük intihar oranları bildirmesine rağmen, son dönemde yapılan çalışmalar bu riskin umulanın altında kestirildiğini göstermektedir. (4, 133, 134). Ölümcül olmayan intihar davranışı OKB’li olguların hemen hemen %15’inde ortaya çıkmaktadır (6). Ancak, OKB’de intihara eğilim için risk faktörleri diğer anksiyete bozukluklarına kıyasla daha az çalışılmıştır. Sınırlı sayıdaki çalışmalar, antisosyal veya borderline kişilik bozukluğu, davranım bozukluğu komorbiditesinin ve impulsivitenin OKB’li ergen ve erişkinlerde intihar için belirgin risk faktörleri olduğunu ortaya koymuştur (6, 11). Saf OKB hastalarına göre bipolar bozukluk ve anksiyete bozukluğu komorbiditesi bulunan hastalarda intihar girişimi oranlarının anlamlı oranda yüksek olduğu bildirilmiştir (135). İntihar psikiyatri uygulamalarında sıklıkla karşılaşılan, müdahale gerektiren bir durumdur. Bazı psikiyatrik bozukluklar ve kişilik bozukluklarının intihar için risk faktörü olduğu yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. OKB ve intihar arasındaki ilişkiyi ortaya koyan çalışma sayısı kısıtlıdır. Son yıllarda anksiyete bozukluklarında daha önce bilinenin aksine intihar riskinin yüksek olarak bildirilmesi, bir anksiyete bozukluğu olan OKB için de bu riskin yüksek olabileceğini akla getirmektedir. Obsesif kompulsif belirti içeriği ve intihar düşünceleri arasında bir ilişki bulunabilir.

Genel psikiyatrik popülasyonda, intihara bağlı gelişen mortalite daha düşüktür (136, 137). İntihar, genellikle bir psikiyatrik bozukluğun komplikasyonu olmasına rağmen, psikiyatrik bozukluğu bulunan bireylerin çoğu intihara girişmezler. Unipolar ve bipolar duygudurum bozukluğu bulunan bireylerde bile yaşam boyu intihara girişim oranı % 50’yi

geçmemektedir. Bu yüzden intiharla ölen ve hiç intihara girişmemiş hastalar farklılık göstermektedirler. Bu farkı anlamak için araştırmacılar, intihara girişen ve girişmeyen hastaları psikiyatrik tanı ve hastalık şiddeti yönünden karşılaştırmışlardır (90). Aynı psikiyatrik bozukluğa sahip intihara girişen ve girişmeyen bireyler iki önemli yolla birbirlerinden ayrılırlar. Öncelikle daha fazla depresyon, umutsuzluk ve de özellikle intihar düşüncesi sergilemektedirler. Hastalığın ve diğer yaşam stresörlerinin yarattığı duygular bu bireylerde intihar düşünceleriyle birlikte umutsuzluğun artışı açıklayabilir.

II.2.2.2. İntihar ve Kişilik: Kişilik özellik karakteristikleri, çevre, genler ve çevre-gen etkileşimi ile belirlenirler (138-147). Teoretik ve metodolojik araştırmalar sonucu pek çok kişilik özelliği belirlenmiştir. Kişilik özellikleri bazı özellikleriyle intihar eğilimi yönünden araştırılmaya kayda değerdir. Çevre ve kendilik algısına yönelik etkileri ve koşullara adaptasyon ile ilişkili olmaları, çevre ile ilişki kurma ve bununla ilgili olarak sağlık hizmetlerine erişim intihara yatkınlıkta, kişilik özelliklerini önemli kılmaktadır (142, 148, 149). Bazı kişilik özelliklerinin intihar için risk oluşturabileceği bildirilmiştir. Bu kişilik özellikleri nörotisizm, agresyon, impulsivite, kuşkuculuk, umutsuzluk, özeleştiricilik, mükemmeliyetçilik, suçluluk, alınganlık ve irritabilitedir (150-166). Koruyucu kişilik özelliklerinin ise esneklik, atılganlık ve özgüven sabitliği olduğu düşünülmektedir (167-170). Yaşam boyu agresiflik ve impulsivitenin fazla olmasının etkisi bu kişilerde intihar için ikinci bir yatkınlık nedeni olabilir. Bu kişiler sadece çevrelerine değil, aynı zamanda iş ve alışveriş gibi ilişkilerinde de daha fazla impulsiftirler. İntihar düşüncelerine ve güçlü duygu dışavurumlara meğilli olanların diğerlerine göre intihar girişimlerine yönelik risklerinin fazla olduğu söylenebilir. Çalışmalar, kişilik bozukluklarının, özellikle de B küme Kişilik bozukluklarının, kendine zarar verme kadar intihar düşüncesi girişimi ve tamamlanmış intihar ile ilişkili olduğunu göstermiştir (171-174). Psikolojik otopsi çalışmalarının ele alındığı bir gözden geçirmede, intihar sonucu ölen bireylerin %57'sinin kişilik bozukluğu tanısı aldığı bildirilmiştir (175). Dünya Sağlık Örgütü'nün intihar davranışı üzerine Çok Merkezli EURO çalışması, intihar girişiminde bulunan erkeklerde %18, kadınlarda %15 olmak üzere, nörotik ve kişilik bozukluklarının uyum bozukluğundan sonra en sık ikinci tanılar olduğunu göstermiştir (176). Kişilik Bozukluklarının diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikte bulunarak tedaviyi güçleştirdiği ve intihar riskini alevlendirdiği bilinmektedir (171). İntihar riski ve kişilik bozuklukları arasındaki ilişkiye bakıldığında daha çok borderline ve antisosyal kişilik

bozukluğu öne çıkmaktadır (4). Bu kişilik bozuklukları duygusal oynaklık, agresyon ve impulsivite ile karakterizedir.

Klinisyenler için, bu şekildeki yatkınlığın önemli göstergeleri bireyde ve ailede intihar davranışı öyküsü olabilir. İntihar davranışı ailesel geçiş gösterdiği bilinmektedir. Bunun intihar düşüncesine ve intihara yatkın olmaya neden olan bir psikiyatrik hastalığın geçişiyle olabileceği söylenebilir. İntihar davranışı için risk oluşturan diğer klinik özellikler çocuklukta fiziksel ve cinsel istismar (177), kafa travması veya bir nörolojik bozukluk öyküsünün bulunması (178-182) ve sigara içiyor olmaktır (90, 183-186). Sigara içiyor olma ile major depresyon arasındaki ilişkinin intihar riskini artırdığını bildiren çalışmalar mevcuttur (48, 49) (185,186). Agresif-impulsif özellikler, alkolizm, madde kötüye kullanımı ve sigara içiyor olma intihar riski ile ilişkili görünmektedir (150, 184, 187-189). Ayrıca kafa travmaları, agresif-impulsif bireylerde ve alkolik veya madde kötüye kullanan kimselerde daha sıktır. Bu ilişki iki yönlüdür, agresif-impulsif davranışlar ve alkol-madde kötüye kullanımı kafa travmalarını takiben ortaya çıkabilir (190-194). Erkeklerde agresif davranışların ve alkolizmin sık olması (90, 125, 195, 196) , kadınlara göre erkeklerde intihar oranının yüksek olmasını açıklayabilir.

II.2.3. İntihar Davranışında Ailesel ve Genetik Faktörler

İntihar eden ve girişimde bulunan kişilerin ailelerinde de intihar girişimlerinin anlamlı oranda artmış olduğu bildirilmektedir (197). İkiz çalışmaları, monozigotiklere karşı dizigotiklerde intihar (198) ve intihar girişimleri (199) için yüksek bir uyum göstermiştir. Evlat edinme çalışmaları (200) intihar eden evlatlıkların biyolojik ebeveynlerinde, kontrol evlatlıkların biyolojik akrabalarına göre daha yüksek intihar oranları sunmaktadır. Bu ilişki psikoz ve duygudurum bozuklukları tanıları için de uyarlandığında aynen sürmektedir. Ailesel geçiş çalışmaları genç intihar kurbanlarının ebeveynlerinin psikopatoloji varlığından bağımsız olarak daha yüksek intihar davranışı gösterdiklerine işaret etmektedir (201).

Özetle, intiharın kalıtımı, bipolar bozukluk ve şizofreni gibi diğer major psikiyatrik bozuklukların kalıtımı ile mukayese götürmektedir. Bu riske neden olan faktörler, psikiyatrik bozukluklarda söz konusu olan genetik faktörlerden bağımsız olarak, bilinir durumda değildir. İlişki (asosiasyon) ve bağlantı (linkage) çalışmalarında, araştırmacılar, intihar davranışı ile bağlantılı olarak triptofan hidroksilaz (serotonin sentezi için hız kısıtlayıcı biyosentetik enzim) ve serotonin 5-HT_{2A} reseptör genlerini aday genler olarak belirlemişlerdir. Bu

çalışmalar, triptofan hidroksilaz genindeki bir intronik polimorfizm ve intihara girişme davranışı ve azalmış serotonerjik fonksiyon (202) arasında kayda değer ilişki bildirmiştir ancak bu tip çalışmalar sıklıkla güvenilir bulunmamaktadır.

İntihar riskine sebebiyet veren genetik dışı ailesel faktörler; aile terbiyesi (177), olası ailesel impulsivite ve alkolizm, madde suistimali gibi diğer psikiyatrik bozukluklara bağlı fiziksel ve cinsel istismar olarak sayılabilir. Ailedeki bir intihar davranışı modelinin etkisi gelecekte çocukların intihar davranışı gösterme riskini artırabilir.

II.2.4. İntihar Davranışının Psikososyal ve Diğer Çevresel Bağlantıları

Kırsal alanda, yoksulluk, daha fazla oranda silah bulundurma, işsizlik ve sosyal izolasyon görülmesi intiharla ilişkili bulunmuştur (203,204). Bu faktörlerin kendi başlarına ne kadar etkili oldukları bilinmemektedir. Çünkü psikiyatrik bozukluklar sosyoekonomik durumda bozulma, evlilik ve ilişki sorunları, ayrılma, boşanma gibi durumlara neden olabilir, psikososyal zorlukların psikiyatrik hastalıktan kaynaklanıp kaynaklanmadığını ayırt etmek güç olabilir. Psikiyatrik hastalıklar psikososyal zorlanmalara neden olabilir ve her ikisi de biraraya gelip bireyin stresini artırarak, intihar davranışı riskini artırabilir.

II.2.5. İntihar Davranışının Nörobiyolojisi

Yapılan pek çok çalışma, serotonerjik fonksiyon değişikliklerinin intihar davranışına yatkın olma ile ilişkili olduğunu göstermiştir (205). Postmortem reseptör haritalama çalışmaları (206, 207), davranışsal inhibisyon ile ilişkili beyin alanı olan orbital frontal kortekse doğru azalmış inputların agresif-impulsif davranışlara yatkınlık sağladığını ve intihar davranışı için riskli bireylerde bu sistemde bir bozulma olduğunu öne sürmektedirler. Serotonerjik hipofonksiyon daha ölümcül olan intihar davranışı ile ilişkili görünmektedir (97,208). Üstelik, serotonin reseptör miktarı intihar kurbanlarının beyinlerinde değişim göstermektedir. İntihar eden bireylerdeki beyin disfonksiyonu, prefrontal kortekste presinaptik bağlanma alanlarında azalma ve 5HT1A ve 5HT2A reseptörleri gibi postsinaptik reseptörlerde artma ile ifade edilmektedir (209). İntihar kurbanlarında azalmış olan serotonin veya onun metaboliti 5 hidroksi indol asetik asit (5-HIAA) ile birlikte reseptörlerdeki kantitatif değişiklikler, primer psikiyatrik tanıdan bağımsız olarak intihar ile ilişkilidir (209). Ciddi intihar girişiminde bulunmuş bireylerin serebrospinal sıvılarındaki 5-HIAA seviyeleri psikiyatrik olarak eşlenmiş kontrollerine azalmıştır. Bu etki, aynı zamanda psikiyatrik tanıdan

bağımsızdır ve ciddi intihar girişiminde bulunmuş duygudurum bozukluğu, şizofreni veya kişilik bozukluğu bulunan bireylerde de mevcuttur. Düşük serotonerjik fonksiyon intihar potansiyelini gösteren bir belirteç olabilir ve bu durum düşük serebrospinal 5-HIAA seviyelerinin duygudurum bozukluğu veya şizofreni hastalarında intiharı ve intihar girişimlerini predikte etmiş olması durumu ile desteklenmektedir (122, 210, 211). İntihar riski ile ilintili bir genetik ögenin varlığına yönelik gözlem, genetik faktörlerin nasıl intihar riskini etkilediği sorusunu akla getirmektedir. Çünkü, bazı serotonerjik faktörler serotonerjik fonksiyonu düzenlemektedir. Genetik faktörlerin serotonerjik fonksiyonu etkileyerek intihar riskini artırdıkları öne sürülmektedir (202). Aday gen çalışmaları bu hipotezi test etmektedirler. Son dönemde diet veya ilaçlarla kolesterol seviyesinin düşürülmesinin, spontan olarak ortaya çıkan düşük kolesterol seviyeleri gibi intihar ile ilişkili olduğuna yönelik kanıtlar sunulmuştur (212, 213). Düşük kolesterol seviyesi olan kimselerde intihar, intihar girişimleri ve intihar düşüncelerinde çok küçük bir artış olduğu bildirilmiştir (214). Primatlarda düşük kolesterollü diet azalmış serotonerjik aktivite ve artmış agresif davranışlarla ilişkili bulunmuştur (213, 215). Bu çalışma henüz insanlar üzerinde doğrulanmamış olsa da kolesterol seviyelerinin intihar riski üzerindeki etkisini açıklayabilir. İntihar ve kazara ölümler azalmış kolesterol seviyeleri ile birlikte artış göstermektedirler (214). Bu etki kolesterol düşürücü tedavi ile birlikte artıyor olabilir (214).

İntihar kurbanları üzerinde yapılmış nöradrenerjik sistem çalışmaları, bu bireylerin locus ceruleus bölgelerinde nöradrenerjik nöronların azaldığını (216), beyin sapında tirozin hidroksilazın artmış olduğunu ve kortekste postsinaptik reseptör miktarının azaldığını işaret etmektedir (217). Bu tablo, intihar öncesi aşırı norepinefrin salınımı ile sonuçlanan artmış stres yanıtı ve tirozin hidroksilaz biyosentetik aktivitesinde sekonder bir upregülasyon ve kortekste postsinaptik adrenerjik reseptörlerin downregülasyonu ile açıklanabilir. Ek olarak, kortikotropin releasing hormon bağlanması intihar kurbanlarında azalmış olduğu bildirilmiştir ve artmış kortikotropin releasing hormon salınımını yansıtır olabilir (218). Bu bir stres yanıtı olabilir (219) veya major depresyonda (220) veya gelecek intiharlarda (221) bildirilen bir etki olan hiperaktif hipotalamo-pituiter-adrenal aks ile ilişkili olabilir. Ciddi anksiyete veya ajitasyon, intihar riski (222) ve hipotalamo-pituiter-adrenal aşırı aktivitesi (223) ile ilişkilidir.

Bu bulgular, major depresyon ve psikoz gibi psikiyatrik bozukluklardaki nörobiyolojik değişikliklerin, intihar davranışına eğilim yaratan nörobiyolojik anormalliklerin

ve intihar öncesi yaşanan aşırı stresin nörobiyolojik yansımalarının ayırt edilmesinin önemini vurgulamaktadır. Biyolojik yatkınlığı ortaya koyabilecek beyin görüntüleme ve diğer metodlar bir gün klinisyenlere intihar hastalarının değerlendirmeye yardımcı olabilir.

II.2.6. İntihar Hastasının Değerlendirmesi ve İzlemi

İntihar etmiş olan hastaların % 50'sinin eylemde bulunmadan önceki bir ay içinde profesyonel yardım aradıkları tahmin edilmektedir (224). İsveç'te yapılan bir çalışmada 1983 yılında, pratisyen hekimlerin depresyonu tanıma ve tedavi yönündeki eğitimlerinden sonra, antidepresan reçetelemenin arttığı ve 1983 yılındaki 20/100.000 olan intihar oranının 1985'te 7/100.000'e düştüğü bildirilmiştir. Erişilen oran o bölge için o güne dek elde edilen en düşük oran imiş ve intihar kurbanı olan yedi kişinin tedavi altında olmadığı öğrenilmiştir (225). İntihar öncesi kurulan tıbbi kontak etkin koruyucu müdahalelerin mümkün olduğu anlamına gelmektedir (226). İntihar hastasının izleminin üç temel ögesi vardır (227). Mevcut psikiyatrik bozukluğun tanı ve tedavisi, intihar riskinin değerlendirilmesi, intihar için ortamın düzeltilmesi ve intihara eğilim yaratan durumların azaltılması olarak sıralanmaktadır. İntihar hastası genellikle bir ya da iki yolla başvurmaktadır. Birincisi tedavi arayışında oldukları bir psikiyatrik bozukluk için, diğeri ise anksiyete ya da duygudurum bozuklukları bulunurken tıbbi bir sorun için bir pratisyene veya dahiliye uzmanına başvurmaları şeklinde olmaktadır. Depresif duygudurum, umutsuzluk, suçluluk, uykusuzluk, yorgunluk, iştahsızlık, kilo kaybı, konstipasyon, azalmış konsantrasyon gibi semptomların dikkatli değerlendirilmesi depresyona işaret ediyor olabilir. Major depresyonun etkin tedavisi önemlidir, çünkü 6 tedavi gören hastanın birinden azı intihara girişmektedir (228). Bu yüzden depresyonun tanınması ve tedavisi intihar oranlarını düşürmektedir(229). Bu durum depresif bozukluğu olup antidepresan tedavi almayan hastalar için gereklidir. Bazı hastalar ise ölümcüllüğü düşük intihar girişiminde bulunarak acil servise başvurmaktadır ve bu da bir yardım arama davranışı olabilmektedir. Bu durum düşük ölümcüllük gösteren intihar girişimlerinin daha ölümcülleri ile devam etmeyeceğini göstermez. Geçmiş intihar davranışları öyküsünü içeren dikkatli psikiyatrik değerlendirme daha ölümcül intihar girişimlerini açığa vurabilir. Duygudurum bozukluğu (188) veya şizofreni (230) tanısı olan bireylerde komorbid alkolizm veya madde suistimali bu kişilere intihar riskini anlamlı derecede artırır. Bu psikiyatrik bozuklukların uygun tedavi ve izlemi başlatılması gereklidir. İntihar davranışının en iyi prediktörleri intihar girişimi öyküsü ve güncel intihar düşüncelerinin bulunuyor olmasıdır. İntihar düşüncesi ve

eylemi arasındaki ilişki uzun döneme göre kısa dönemde daha güçlüdür (231, 101). Kişinin intihara yönelik bir plan ya da bu yönde bir kanıt olduğunu içeren intihar düşüncesinin varlığı kısa dönemdeki risk için ciddi bulgulardır. Erkeklerin kadınlara göre intihardan önce hekimlerine intihar düşüncelerini bildirmeleri yarı yarıya az bulunmuştur (232). Bu bilgiyi aktif bir şekilde açığa çıkarmak en iyisidir. Yakınları, kişinin plan ve düşüncelerine yönelik bilgileri verebilirler. Klinisyenler sırasıyla güncel depresyon, umutsuzluk ve intihar düşüncesini sistematik olarak sorgulamalıdır. İntihar davranışına yönelik bir plan ya da ciddi intihar düşüncesi olması durumunda kişinin gözlenmesi ya da hastaneye yatırılması düşünülebilir. Risk durumunda koruyucu önlemler alınması uygun olur. İzlemin temelini, ilişkili psikiyatrik bozukluğun tedavisi, psikososyal destek sistemlerinin devreye sokulması, aileye psikoeğitim verilmesi, dikkatli gözlem ve intihara yardımcı araçlardan arındırmak için hastaneye yatırma oluşturmaktadır. Primer psikiyatrik bozukluğun dışında, intihar davranışına yönelik spesifik tedaviler yoktur. Ancak, son dönemde, lityumun hem bipolar hem de unipolar hastalarda intiharı azalttığı yönünde kanıtlar ortaya çıkmıştır (233,234). Lityum bireyleri manik ve depresif ataklardan korumasının yanında, intihar ve intihar girişimlerinde de korumaktadır. Şizofrenik bireylerde de klozapin intihar ve intihar girişimlerinden koruyucu etki göstermektedir (235, 236). Klozapin ve lityumun serotonerjik etkileri olması intihardan koruyucu olmalarını açıklıyor olabilir. Bu hipotez doğrulanmaya açıktır.

III. GEREÇ VE YÖNTEM

III.1. Çalışma Deseni

OKB hastalarını, güncel intihar düşünceleri olanlar ve olmayanlar olmak üzere karşılaştırarak OKB'deki intihar davranışı için olası risk faktörlerini belirlemeyi hedefleyen kesitsel bir çalışmadır.

III.2. Katılımcılar

Bu çalışmanın yapılabilmesi için Adnan Menderes Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan onay alınmıştır. Çalışma hakkında ayrıntılı bir biçimde bilgilendirilen, çalışmaya katılmayı kabul eden ve bilgilendirilmiş onam formunu imzalayan hastalar çalışmaya dahil edilmişlerdir. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri polikliniğine Mart 2007 ile Ocak 2008 tarihleri arasında, ayaktan başvuran ve birincil tanısı DSM IV'e göre OKB olan yaş aralığı 18 ile 65 arasında bulunan, başvurdukları

sırada daha önceden bu tanı ile ilaç tedavisi almakta olan ve olmayan hastalar değerlendirilmeye alındı. Hastaların I. Eksen tanısız değerlendirmeleri DSM-IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-I (SCID-I) (237) Türkçe versiyonu (238), II. Eksen tanısız değerlendirmeleri DSM III-R için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-II (SCID-II) (239) Türkçe versiyonu (240) kullanılarak yapıldı. Hastaların obsesif kompulsif semptomlarının içerik ve şiddeti Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) (241) 10 maddelik Türkçe versiyonu (242), depresyon şiddeti Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (243) Türkçe versiyonu (244), anksiyete belirtileri şiddetleri Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) (245) Türkçe versiyonu (246), güncel intihar düşüncelerinin şiddeti İntihar Düşünceleri Ölçeği (İDÖ) (247) Türkçe versiyonu (248) ve umutsuzluk düzeyleri Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) (249) Türkçe versiyonu (250) uygulanarak ölçüldü. Mental retardasyon, demans gibi organik beyin hastalığı, psikotik bozukluk, ağır tıbbi hastalığı, kafa travması olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. OKB'nin klinik olarak anlamlı kabul edilmediği YBOKÖ'den 16'nın altında puan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. OKB tedavisi için antipsikotik almakta olan hastalarda ekstrapiramidal sistem yan etkileri Barnes Akatizi Ölçeği (251), Anormal İstemsiz Hareketler Ölçeği (AİHÖ) (252), ve Simpson–Angus Ekstrapiramidal Belirti Değerlendirme Ölçeği (SAEBDÖ) (253) uygulanarak değerlendirildi. Araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olan yarı yapılandırılmış bir görüşme formu, hastaların demografik ve klinik karakteristiklerini ayrıntılı olarak kaydetmek için kullanıldı. Bu forma hastaların cinsiyet, yaş, geçmiş ve şimdiki intihar düşünceleri, geçmiş intihar girişimleri, ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü, evlilik durumları, eğitim, hastalık süresi, tedavi edilmemiş hastalık süresi, hastaneye yatış sayıları, aldıkları tedaviler, yalnız yaşama gibi sosyodemografik özellikleri ve klinik durumları ayrıntılı olarak kaydedildi.

Çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan hastalar güncel intihar düşünceleri olanlar (grup1) ve olmayanlar (Grup 2) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Son bir hafta içinde kendini öldürmeye yönelik düşüncesi olduğunu, bu yönde planlar yaptığını ifade eden ve Beck intihar düşüncesi ölçeğinden 6 puan ve üzeri alan hastaların güncel intihar düşünceleri olduğu kabul edildi (254, 255). Güncel intihar düşünceleri bulunan gruba 23 (% 52.3), bulunmayan gruba 21 (% 47.7) hasta kaydedildi.

III.3. Veri Toplama Araçları

III.3.1. DSM-IV-TR Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu [Structured Clinical Interview for DSM-IV TR; (SCID-I)]: SCID-I, DSM-IV-TR eksen I bozuklukları tanımlarını koymak için geliştirilmiş olan yapılandırılmış bir tanınal görüşme formudur. First ve arkadaşları (237) tarafından geliştirilen görüşme formunun Türkçe çevirisi, geçerlilik ve güvenilirliği Çorapçıoğlu ve arkadaşları (256) tarafından yapılmıştır.

III.3.2. DSM-III R Eksen II Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu [Structured Clinical Interview for DSM-III; (SCID-II)]: SCID-II, yarı yapılandırılmış klinisyen tarafından uygulanan bir testtir. İkinci ekseninde tanımlanan kişilik bozukluk tanımları için kullanılmaktadır. Dilimize, Sorias ve arkadaşları (257) tarafından kazandırılmış, Türkçe versiyonunun güvenilirlik çalışması Coşkunol ve arkadaşları (240) tarafından yapılmıştır. SCID II bireysel uygulamalı bir formdur. Hastaya yöneltilen sorulardan alınan yanıtlara ve görüşme esnasında klinisyenin edindiği yargıya göre hastalara eksen II tanımları konmaktadır.

III.3.3. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOKÖ) ve YBOKÖ Semptom Kontrol Listesi: Deneklerde obesif kompulsif belirtilerin türü ve şiddetini ölçmek amacıyla, Goodman ve arkadaşları tarafından 1989 yılında geliştirilen toplam 19 maddeden oluşan ancak toplam puanın saptanması sırasında yalnızca ilk 10 maddenin kullanıldığı, görüşmecinin değerlendirdiği yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur (241). On madde halindeki sorulara uygulayıcı tarafından 0-4 arası puanlar verilerek değerlendirilmektedir. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği Tek ve arkadaşları tarafından gösterilmiştir (242). Türkiye’de yapılan çalışmada kesme puanı hesaplanmamıştır. Karşılaştırılmalı çalışmalarda kullanılması önerilmektedir.

III.3.4. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ): Bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmektedir. 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Beck ve arkadaşları (245) tarafından geliştirilmiş olup ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Ulusoy ve arkadaşları (246) tarafından yapılmıştır.

III.3.5. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): BDÖ 21 sorudan oluşmaktadır ve her bir soru 0 ile 3 arasında bir puan almaktadır. Yüksek puanlar depresif yakınmaların şiddetinde artışa işaret etmektedir. Böylece bu ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 63 arasında değişmektedir. Beck ve arkadaşları (243) tarafından geliştirilen ölçeğin, Türkçe uyarlaması ise Hisli (244) tarafından gerçekleştirilmiştir.

III.3.6. İntihar Düşüncesi Ölçeği (İDÖ): İntihar düşüncesi kavramını yaşam ve ölüme dair tutumun özellikleri, intihar düşüncesi ve arzusunun özellikleri, tasarlanan girişimin özellikleri, tasarlanan girişimin gerçekleştirilmesi ve arka plan faktörleri olmak üzere beş bölümde araştıran ölçek 1979 yılında Beck ve arkadaşları (247) tarafından geliştirilmiş olup ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dilbaz ve arkadaşları (248) tarafından yapılmış olan klinisyen tarafından derecelendirilen bir ölçektir. Her bir madde 0-2 arasında puanlamakta olan ölçeğin ilk bölümü “yaşam ve ölüme dair tutumun özellikleri” 1-5, ikinci bölümü “intihar düşüncesi ve arzusunun özellikleri 6-11., üçüncü bölümü “tasarlanan girişimin özellikleri” 12-15., dördüncü bölümü “tasarlanan girişimin gerçekleştirilmesi” 16-19. ve beşinci bölümü “arka plan faktörleri” 19-21. maddelerle değerlendirilmektedir. Ölçekten toplam alınan puan tüm maddelerden alınan puanların aritmetik toplamı ile elde edilir. Arka plan faktörleri genel değerlendirmeye alınmamaktadır. En düşük puan 0 en yüksek puan ise 38 olup puanın yüksek olması intihar düşüncesinin belirgin ve ciddi olması anlamına gelmektedir.

III.3.7. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ): Beck ve arkadaşları (249) tarafından geliştirilen 20 maddelik kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Bireyin geleceğe yönelik karamsarlık derecesini belirlemek amaçlanmaktadır. Sorulara "doğru –yanlış" şeklinde cevap verilmekte ve negatif beklentileri yansıtmaktadır. Ölçeğin puan aralığı 0-20 dir. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Durak (250) tarafından yapılmıştır.

III.3.8. Anormal İstemsiz Hareketler Ölçeği [Abnormal Involuntary Movements Scale;(AIMS)]: Ölçek, 1976'da Guy tarafından geliştirilmiştir (252). Özgün adı “Abnormal Involuntary Movements Scale” dir. Klinisyen tarafından antipsikotik tedavi alan hastalarda diskinezinin varlığının değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir.

III.3.9. *Barnes Akatizi Ölçeği*: AP tedavisi alan hastalarda akatizinin ölçümü için klinisyen tarafından uygulanan yaygın olarak kullanılan bir ölçektir. Psödoakatizi ve hafif, orta, ağır akatizi için tanısal kriterleri içerir. Ölçek hem gözlenen hareketleri hem de subjektif huzursuzluk deneyimini ölçer. Barnes tarafından 1989 yılında geliştirilmiş ve klinisyenlerin kullanımına sunulmuştur (251).

III.3.10. *Simpson–Angus Ekstrapiramidal Belirti Değerlendirme Ölçeği (SAEBDÖ)*: AP kullanımı ile ortaya çıkan parkinsonizm ve diğer ekstrapiramidal yan etkileri değerlendirmek için kullanılan, klinisyen tarafından uygulanan bir ölçektir. Parkinsoniyen semptomatolojinin varlığını ve ciddiyetini ölçmek için 10 madde içermektedir ve yirmi beş yılı aşkın süredir klinik uygulamalarda bu alanda yaygın olarak kullanılmaktadır. Ölçek Simpson ve Angus tarafından 1970 yılında geliştirilmiş ve klinisyenlerin kullanımına sunulmuştur (253).

III.4. İstatistiksel Analiz

Kategorik değişkenler için gruplararasıda yapılan ikili karşılaştırmalar için uygun olduğunda Pearson's Ki-Kare testi ile Fisher'in Exact testi, sürekli değişkenler için Mann-Whitney U testi kullanıldı. Güncel intihar düşüncelerinin potansiyel prediktörlerini belirlemek için ileriye doğru seçimli (forward selection) lojistik regresyon analizi uygulandı. Çalışılan örneklemin küçüklüğü göz önüne alınarak, tip I hata olasılığını azaltmak için Bonferroni düzeltmesi yapıldı. Bonferroni metodu ile karşılaştırma sayılarına göre "p" değeri uyarlaması yapıldı ($0.05/45=0.0011$). Lojistik regresyon analizine alınacak değişkenlerin sayısını azaltmak amacıyla, ikili karşılaştırmalar için yapılan analizlerden sonra, $p=0.05$ altındaki değişkenler ileriye doğru seçimli lojistik regresyon analizine katıldı. Çalışmada, biri OK semptomotolojisi, diğeri eksen I ve II'ye ait diğer klinik değişkenler için olmak üzere iki ileriye doğru seçimli lojistik regresyon modeli uygulandı. Lojistik regresyon I ve II için toplam doğruluk yüzde sınıflamaları (Overall percent correct classification) % 68.2 ve % 72.7 idi.

IV. BULGULAR

IV.1. Hasta Karakteristikleri

Çalışmaya alınan hastaların yaşları 18 ve 65 yaşlar arasında değişmekteydi ve yaş ortalamaları 34.82 ± 11.76 yıl SS (standart sapma) idi. Tüm hastaların 34'ü (% 77.3) kadın, 10'u (% 22.7) erkek idi. Hastaların medeni durumlarına bakıldığında 26'sı (% 56.1) evli, 17'si (% 38.6) bekar, 1'i (% 2.3) boşanmış idi. Hastaların ortalama eğitim süreleri 9.48 ± 3.22 yıl SS idi. Hastaların ortalama geçmiş intihar sayısı 0.36, ortalama hastalık süreleri 9 ± 7.57 yıl idi. Hastaların % 22.7'si hayatlarının bir döneminde en az bir kez intihar girişiminde bulunmuştu, % 13.6'sının ailelerinde intihar girişimi öyküsü mevcuttu. Hastaların 29'u (% 65.4) biri SGI olmak üzere en az bir antiobsesyonel ilaç almaktayken, 15'i (% 34.1) herhangi bir antiobsesyonel ilaç almıyordu. Hastaların hiçbirinde ekstrapiramidal sistem yan etkileri gözlenmemekle beraber, Barnes Akatizi Ölçeği (251), Anormal İstemsiz Hareketler Ölçeği (AIHÖ) (252), ve Simpson–Angus Ekstrapiramidal Belirti Değerlendirme Ölçeği (SAEBDÖ) (253) skorları tüm hastalarda “0” idi.

Tablo I. İki grup arasındaki sosyodemografik değişkenlerin karşılaştırılması.

	İntihar düşüncesi olan OKB hastaları (n=23)		İntihar düşüncesi olmayan OKB hastaları (n=21)		İstatistik Analiz		
	N	%	N	%	x ² *	sd	P
Cinsiyet							
Kadın	18	78.3	16	76.2	0.27	1	0.58
Erkek	5	21.7	5	23.8			
Evlilik durumu							
Evli	16	69.6	10	47.6	3.77	2	0.28
Bekar	6	26.1	11	52.4			
Boşanmış/dul	1	4.3	0	0			
İlaç tedavisi							
Alıyor	14	60.9	15	71.4	0.55	1	0.34
Almıyor	9	39.1	6	28.6			
Ailede intihar girişimi	2	8.7	6	19.0	0.99	1	0.29
Kişide intihar girişimi	7	30.4	3	14.3	1.63	1	0.18

*Ki-kare testi. Bonferroni düzeltmesi sonrası anlamlılık <0.0011.

Güncel intihar düşünceleri bulunan ve bulunmayan OKB hasta grupları arasında yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi, evlilik durumu, bireyde veya ailede intihar girişimi öyküsü bulunması yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Geçmiş intihar öyküsü ve intihar girişim sayıları grup 1’de grup 2’ye göre daha fazla olmasına rağmen, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi (p=0.18, p=0.23) (Tablo I). Grup 1, Grup 2 ile karşılaştırıldığında daha yüksek BDÖ (P=0.001), BUÖ skorlarına (P=0.005) sahip idi (Tablo IV).

Tablo II. İki grup arasındaki eksen I ve II tanılarının karşılaştırılması.

	İntihar düşüncesi olan OKB hastaları (n=23)		İntihar düşüncesi olmayan OKB hastaları (n=21)		İstatistik Analiz		
	N	%	N	%	x ² *	sd	P
Eksen I tanısı	18	78.3	9	42.9	5.80	1	0.017
Unipolar depresyon	16	69.6	5	23.8	9.21	1	0.003
Yaygın anksiyete bozukluğu	1	4.3	3	14.3	1.31	1	0.27
Panik bozukluk	2	8.7	1	4.8	0.27	1	0.54
Eksen II tanısı	17	73.9	11	52.4	2.20	1	0.12
Şizotipal	4	17.4	2	9.5	0.58	1	0.38
Borderline	5	21.7	2	9.5	1.22	1	0.25
Çekingen	9	39.1	5	23.8	1.19	1	0.22
Bağımlı	3	13	2	9.5	0.14	1	0.55
Obsesif-kompulsif	8	34.8	6	28.6	0.2	1	0.45

*Ki-kare testi. Bonferroni düzeltmesi sonrası anlamlılık p <0.0011

Çalışmaya alınan tüm OKB hastaları, ilaç tedavisi alıp almama durumlarına göre karşılaştırıldıklarında, güncel intihar düşünceleri bulunması, OK semptom ciddiyeti, depresyon, umutsuzluk, anksiyete düzeyleri yönünden gruplar arasında anlamlı fark gözlenmedi.

Tablo III. Gruplar arasında sosyodemografik ve klinik değişkenlerin karşılaştırılması.

	İntihar düşüncesi olan OKB hastaları (n=23)		İntihar düşüncesi olmayan OKB hastaları (n=21)		İstatistik Analiz	
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	z**	p
Yaş	33.71	11.51	35.82	12.14	-0.55	0.58
Eğitim seviyesi	8.87	3.47	8.62	7.24	-1.41	0.16
Hastalık süresi	9.35	8.00	8.62	7.24	-0.37	0.71
Ortalama intihar girişim sayıları	0.43	0.79	0.29	0.90	-1.21	0.23
Ortalama komorbid eksen I bozukluk sayısı	0.87	0.46	0.52	0.75	-2.46	0.014
Ortalama komorbid eksen II sayısı	1.17	0.94	0.67	0.73	-1.85	0.65

**Mann-Whitney U testi. Bonferroni düzeltmesi sonrası anlamlılık $p < 0.0011$

IV.2. Eksen I ve II Tanıları Komorbiditesinin Karşılaştırılması

Tablo II ve III'de her iki grup için eksen I ve II tanıları komorbiditesi ile ilişkili değişkenlerin karşılaştırması gösterilmektedir. Grup 1'de eksen I bozuklukları prevalansı ($p=0.017$), özellikle major depresyon ($p=0.003$) Grup 2'ye göre daha fazla oranda fazla olmasına rağmen Bonferroni düzeltmesi yapıldığında aradaki fark anlamlı düzeyde değildi. Depresyon şiddeti, BDÖ skorlarına göre bakıldığında grup 1'de anlamlı düzeyde fazla idi ($p=0.001$). Ancak, hastaların genel anksiyete düzeylerinin ölçüldüğü BAÖ skorları grup 1'de daha fazla olmasına rağmen bu fark anlamlı değildi ($p=0.091$). BUÖ skorları ise grup 1'de belirgin düzeyde fazla olmasına rağmen aradaki fark Bonferroni düzeltmesi sonrası anlamlı düzeye ulaşmadı ($p=0.005$) (Tablo IV). Komorbid eksen I bozukluk tanıları ortalama sayısı Grup 1'de Grup 2'ye göre daha yüksek olmasına rağmen aradaki fark anlamlı değildi ($p=0.014$). Hastalardan 27'sinde (% 61.3) bir ya da daha fazla sayıda komorbid eksen I bozukluk tanısı mevcut idi.

Komorbid grupta saf OKB hastalarına göre güncel intihar düşünceleri varlığı ($\chi^2=5.80$, $sd=1$, $p=0.017$), YBOKÖ toplam ($p=0.032$), obsesyon ($p=0.013$), alt ölçek skorları, depresyon ($p=0.003$) şiddeti daha fazla idi. Bonferroni düzeltmesi yapıldığında bu fark anlamlı olarak bulunmadı. Ek olarak, aradaki fark anlamlı olmamasına rağmen, kişilik bozukluğu tanısı varlığı ($p=0.12$) ve ortalama sayıları ($p=0.65$) Grup 1’de daha fazla idi.

IV.3. Obsesif kompulsif Semptom Profilleri

Tablo IV her iki gruptaki OK semptomların ciddiyetini göstermektedir. YBOKÖ toplam ($p=0.011$), obsesyon ($p=0.015$) ve kompulsiyon ($p=0.018$) alt ölçekleri Grup 1’de Grup 2’ye göre belirgin düzeyde yüksek idi. Bu fark, Bonferroni düzeltmesi yapıldığında anlamlı kabul edilecek sınırın altında kaldı. Ortalama obsesyon ve kompulsiyon sayıları yönünden gruplar arasında anlamlı fark gözlenmedi. Her iki grupta da, en sık obsesyonlar kontaminasyon, simetri ve diğer obsesyonlar idi. Grup 1, Grup 2’ye göre daha fazla oranda agresif tip obsesyonlara sahip olma eğiliminde idi ($p=0.04$). Dini obsesyonlar Grup 1’de daha sık bulunmasına rağmen, bu fark istatistiksel olarak anlamlı değil idi ($p=0.24$). En sık kompulsiyonlar her iki grupta da benzer idi (temizleme, ritüelistik, kontrol etme, düzenleme/sıralama). Gruplar arasında anlamlı farklılık gösteren bir kompulsiyon tipi bulunmadı.

Tablo IV. Uygulanan klinik ölçek skorlarının gruplar arasındaki karşılaştırması.

	İntihar düşüncesi olan OKB hastaları (n=23)		İntihar düşüncesi olmayan OKB hastaları (n=21)		İstatistik Analiz	
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	z**	p
Toplam Y-BOKÖ	28.61	6.55	23.48	6.49	-2.56	0,011
Obsesyon	14.91	3.92	12.29	3.18	-2.42	0.015
Kompulsiyon	13.67	4.45	11.19	3.7	-2.38	0.018
Ortalama obsesyon sayısı	3.65	1.67	3.67	1.46	-0.10	0.92
Ortalama kompulsiyon sayısı	3.65	1.75	3.67	1.56	-0.20	0.84
Beck depresyon ölçeği	31.4	9.75	17.67	9.97	-3.77	0,001***
Beck Anksiyete ölçeği	30.44	14.5	21.60	12.81	-1.70	0.091
Beck umutsuzluk ölçeği	13.78	4.94	9.00	5.29	-2.82	0.005

Mann-Whitney U testi. *Bonferroni düzeltmesi sonrası anlamlılık <0.001

Hem major depresyonu hem de intihar düşüncesi bulunan hastalar (n=17), major depresyonu ve intihar düşüncesi olmayanlara (n=27) göre daha fazla agresif obsesyonlara sahip idi, ancak aradaki fark anlamlı değil idi ($\chi^2=2.07$, $sd=1$, $p=0.13$). Ek olarak, bu grupta diğer tip kompulsiyonlar belirgin düzeyde daha fazla gözlenmekle beraber Bonferroni düzeltmesi sonrası belirlenen anlamlılık sınırının altında kaldı ($\chi^2=7.94$, $sd=1$, $p=0.006$).

Tablo V. OKB semptom içeriklerinin gruplararası karşılaştırılması.

	İntihar düşüncesi olan OKB hastaları (n=23)		İntihar düşüncesi olmayan OKB hastaları (n=21)		İstatistik Analiz		
	N	%	N	%	χ^2 *	sd	P
Obsesyonlar							
Kontaminasyon	19	82.6	18	85.7	0.08	1	0.55
Agresif	11	47.8	4	19.0	4.05	1	0.04
Cinsel	2	8.7	4	19.0	0.99	1	0.29
Biriktirme	4	17.4	7	33.3	1.49	1	0.19
Dini	10	43.5	6	28.6	1.05	1	0.24
Simetri	16	69.6	15	71.4	0.02	1	0.58
Somatik	4	17.4	6	28.6	0.78	1	0.30
Diğer	18	78.3	17	81.0	0.05	1	0.56
Kompulsiyonlar							
Temizleme	20	87.0	18	85.7	0.14	1	0.62
Kontrol	15	65.2	12	57.1	0.30	1	0.41
Ritüelistik	12	52.2	12	57.1	0.10	1	0.49
Sayma	8	34.8	10	47.6	0.75	1	0.29
Sıralama/düzenleme	13	56.5	13	61.9	0.13	1	0.48
Biriktirme	4	17.4	7	33.3	1.49	1	0.20
Diğer	12	52.2	15	71.4	1.72	1	0.16

*Ki-kare testi. Bonferroni düzeltmesi sonrası anlamlılık <0.001

IV.4. OKB'li Hastaların Lojistik Regresyon Sonuçları

OKB'li hastalarda intihar düşünceleri varlığının olası prediktörlerini belirlemek için iki adet lojistik regresyon modeli oluşturuldu. Lojistik regresyon analizine alınacak değişkenlerin sayısını azaltmak için gruplar arasında yapılan karşılaştırma sonuçlarına göre $p=0.05$ 'in altında olan değişkenlerin lojistik regresyon modeline dahil edilmesi benimsendi.

Yaygın olarak kabul gören, modele alınacak değişken sayısının denek sayısının onda biriyle sınırlandırılması ilkesi de gözetildi (258). Önceki analizlerin sonuçlarına göre, biri eksen I ve eksen II'ye ait klinik değişkenler diğeri ise OK semptomatolojisine ait klinik değişkenler için olmak üzere iki lojistik regresyon analizi yapıldı. Lojistik regresyon I'e komorbid eksen I tanısı ve major depresyon tanısı varlığı, eştanı sayısı ve BUÖ skorları, lojistik regresyon II'ye agresif tipte obsesyon bulunması, YBOKÖ toplam, obsesyon ve kompulsiyon alt ölçek skorları güncel intihar düşüncelerini predikte edebilecek olası değişkenler olarak analize dahil edildi.

Tablo VI. Güncel intihar düşüncelerine etki eden eksen I ve eksen II'ye ait klinik faktörlerin lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmesi (Lojistik regresyon I)

Olası faktörler	Olasılıklar oranı (OR)	%95 güven aralığı	p
Unipolar Depresyon	7.89	1.73-36.03	0.009
BUÖ	1.21	1.03-1.41	0.015

İstatistik anlamlılık $p<0.05$

Yapılan analiz sonucunda OKB hastalarında güncel intihar düşüncesi bulunması riskini, agresif tip obsesyonların varlığı 6.17 kat, major depresyon komorbiditesi 7.89 kat (Tablo VI) Y-BOKÖ toplam ve BUÖ skorlarındaki her bir puanlık artışın sırasıyla 1.13 ve 1.21 kat artırdığı görüldü (Tablo VII).

Tablo VII. Güncel intihar düşüncelerine etki eden OK semptomatoloji ile ilişkili faktörlerin lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmesi (Lojistik regresyon II)

Olası faktörler	Olasılıklar oranı (OR)	%95 güven aralığı	p
Agresif obsesyonlar	6.17	1.29-29.57	0.023
Y-BOKÖ toplam	1.13	1.02-1.25	0.019

İstatistik anlamlılık $p<0.05$

V. TARTIŞMA

OKB ve intihar davranışı arasındaki ilişkiye dair çelişkili kanıtlar mevcuttur. Erken dönemde yapılan çalışmalarda, bu hasta grubunda agresif dürtülerinden sakınmak ve potansiyel tehlikelerden kaçınmak için tetikte olmaları nedeniyle, intiharların nadir olduğu düşünülmüş olmasına rağmen, intihar düşünceleri ve intihar girişimlerinin, afektif

bozukluklar ve anksiyete bozuklukları komorbiditesi söz konusu olduğunda artış gösterdiği bildirilmiştir (24). ABD’de elde edilen Epidemiyolojik Alan Çalışması (ECA) verilerinin analizi hem komorbid hem de komplike olmayan, yani pür OKB’lilerde intihar girişimlerinin yüksek olduğunu göstermiştir (6). Anksiyete bozuklukları, unipolar veya bipolar depresyon komorbiditesi olan OKB’li hastalar saf OKB’lilere göre daha ciddi hastalık semptomları ve artmış intihar girişimleri sergilemektedirler (6, 135, 259). Ancak, adolesanlar üzerinde yapılan bir çalışmada, OKB’lilerin, OKB’li olmayanlarla benzer şekilde intihar düşüncesi ve tehditi sergilediklerini, ancak intihar girişimlerinin bu hasta grubunda anlamlı olarak daha az gözlemlendiği bildirilmiştir (11). Bu çalışma, depresyonun, intihar girişimlerine karşı koruyucu olduğu sonucuna varmıştır. Son dönemde yapılan bir çalışma, OKB hastalarında, intihar girişimi ve düşüncelerinin sık olduğunu ortaya koymuştur. OKB’de gözlenen intihar girişimi oranları şizofreni, unipolar depresyon, bipolar bozukluk, alkol bağımlılığı ve kişilik bozuklukları ile benzer bulunmuştur (7). Çalışmanın yapıldığı örnekleme ölümcül olmayan intihar davranışı sıklığı % 22.7 olarak bulunmuştur. Bu bulgu, Hollander ve arkadaşlarının (6) OKB’liler üzerinde yaptıkları çalışmada elde ettikleri % 15’lik oranın üzerinde olmakla beraber Kamath ve arkadaşlarının (7) elde ettikleri % 27’lik oranın altında bir orandır.

Bu çalışmada, OKB’de güncel intihar düşünceleri ile demografik ve klinik özellikler arasındaki ilişkiyi değerlendirdik. Örnekleminiz, klinik olarak hasta ve bir dereceye kadar, antiobsesif tedavilere yanıt vermeyen hastaları içermekteydi. Güncel intihar düşüncesi olan grupta, olmayan gruba göre, sadece depresyon şiddetinin Bonferroni düzeltilmesini takiben anlamlı oranda fazla olduğunu saptadık. Bu çalışmanın diğer major bulguları, OKB hastalarında, komorbid major depresyon tanısı bulunması, OK semptomatolojisinin ciddiyeti, yüksek umutsuzluk düzeyleri ve agresif obsesyonların varlığının bu hasta grubunda güncel intihar düşüncelerine eğilim yaratıyor olmasıdır.

Çalışmamızda, komorbid major depresyon tanısının varlığı, güncel intihar düşünceleri bulunan ve bulunmayan OKB’liler arasında istatistik olarak anlamlı bir fark göstermezken, depresyon şiddeti istatistik olarak güncel intihar düşünceleri bulunan grupta daha fazla bulunmuş, komorbid major depresyon tanısının varlığı bu hasta grubunda güncel intihar düşüncelerini predikte etmiştir. Geçmiş çalışmalarda gösterildiği gibi, bu çalışmada da komorbid olan grupta, saf OKB’li gruba göre OKB, depresyon skorlarının yüksek ve intihar düşüncelerinin fazla olmasıyla karakterize daha ciddi bir hastalık tablosunun olduğu ortaya konmuştur. Bu çalışmada, güncel intihar düşünceleri ile arasında ilişki bulunan major

depresyon öne çıkan komorbid eksen I tanısı durumundadır. Bu çalışmada elde edilen bulgular OKB'li hastalarda intihar düşünceleri ve girişimlerinin duygudurum bozukluğu, özellikle de major depresyon varlığı ile arasında güçlü bir ilişki olduğunu ortaya koyan geçmiş çalışmalar ile uyumludur (7, 22, 24, 260, 261). Daha önce bazı yapılan çalışmalarda, OKB'de komorbid major depresyon, ileri yaş, OK semptomların ciddiyeti ve kronikleşmesi, hastanede yatış ile intihar girişim sayısında artma, yaygın anksiyete bozukluğu, basit fobi, kafein suistimali, agresif obsesyonlar ile daha sık birlikte olma ve yeti kaybı ile ilişkili bulunmuştur (22, 42, 261-263). Ek olarak, umutsuzluk ve intihar düşüncesi arasındaki belirgin ilişkiyi bildiren geçmişte yapılmış olan çalışmalarla uyumlu olacak şekilde (12, 264), bu çalışma da, umutsuzluğun OKB'li hastalarda intihar düşüncelerinin güçlü bir prediktörü olabileceğini göstermektedir. Buna göre, BUÖ skorlarındaki her bir puanlık artış, mevcut OKB örnekleminde güncel intihar düşüncesi bulunma olasılığını 1.21 kat artırmaktadır. Bu çalışmada da gösterildiği üzere, artan umutsuzluk düzeyi ile intihar düşüncelerindeki artışı ortaya koyabilecek bir açıklama da, hastalığın kendisi ve yaşam stresörlerinin kişileri bu duygulara yatkın kılıyor olması olabilir. OK semptomlar, artmış depresyon ve umutsuzluğun direkt etkisi hastaları intiharı düşünerek veya girişimde bulunarak acı verici bu durumlardan kaçmaya teşvik ediyor olabilir.

Bu çalışmada, OKB şiddetinin intihar davranışı için bağımsız bir risk faktörü olup olmadığını da değerlendirildi. Yakın zamanda, Kamath ve arkadaşları, yaptıkları çalışmada, Y-BOKÖ obsesyon alt ölçek skorlarının intihar düşüncesi ve girişimleri bulunan OKB'lilerde daha fazla olduğunu ortaya koymuşlardır. Regresyon analizinde ise OKB şiddetini anlamlı bir risk faktörü olarak saptamamışlardır. Bu bulguların aksine, bu çalışmada, Y-BOKÖ skorları gruplar arasında anlamlı bir farklılık göstermemekle beraber, Y-BOKÖ toplam skorları, OKB'li hastalarda güncel intihar düşüncelerini anlamlı olarak predikte etmiştir. Her bir Y-BOKÖ toplam skorundaki artışın, OKB hastalarında güncel intihar düşüncesi bulunma olasılığını 1.13 kat artırdığı saptanmıştır. Bu bulgu, OKB'nin klinik şiddetinin, özellikle depresyon varlığında, OKB'de intihar düşünceleri ile olan ilişkisine işaret ediyor olabilir.

OKB'de obsesyon ve kompulsiyon içerikleri ile intihar davranışı arasındaki ilişki tartışmalı bir konudur. Dini obsesyonlar, tekrarlama ve emin olamama kompulsiyonları intihar girişim öyküsü bulunanlarda, bulunmayanlara göre daha fazla bulunmuştur (7). Örneğimizdeki tüm hastaların Müslüman olmaları sebebiyle, dini obsesyonlar ile intihar düşünceleri arasındaki ilişkiyi özellikle merak ettik. İntihar düşünceleri bulunan grupta, dini

obsesyonların daha fazla olduğunu bulmamıza rağmen bu fark istatistik olarak anlamlı düzeye ulaşmadı. Dini obsesyonlar ve intihar düşünceleri arasındaki ilişki, dinin günlük yaşamda önemli bir yer tuttuğu toplumlardaki klinik örneklemelerde, dinin inanç düzeyinin de ölçüleceği ileri çalışmalarla değerlendirilmesi uygun olabilir.

Önceki bazı çalışmalar, OKB’de komorbid major depresyon tanısı varlığında anlamlı oranda daha fazla agresif obsesyonların bulunduğuna yönelik bulguları ortaya koymuştur (22, 265). Bu çalışmalarda elde edilen bulguların aksine, bu çalışmada agresif obsesyonların varlığı ile komorbid major depresyon bulunması arasında bir ilişki ortaya konmamıştır. Ancak, agresif obsesyonlar güçlü bir şekilde, güncel intihar düşüncelerini predikte etmiştir. Üzerinde çalıştığımız OKB örnekleminde, agresif obsesyonları bulunanlarda, agresif obsesyonları bulunmayanlara göre güncel intihar düşüncesi bulunması riski 6.17 kat fazladır. Komorbid major depresyonu bulunan OKB’li bireylerde güncel intihar düşüncesi bulunma olasılığı, komorbid major depresyonu olmayan OKB’li bireylere göre 7.89 kat daha fazladır. Elde ettiğimiz bulgular, depresyon ve agresif obsesyonların bağımsız olarak, OKB hastalarında güncel intihar düşüncelerinin gelişimi üzerinde etkili olabileceğine işaret etmektedir. Agresif obsesyonlar, kişinin kendine veya çevresine zarar verebileceğine yönelik kaygılarla karakterize olan sosyal yönden kabul görmeyen düşüncelerdir (266). Bu tip obsesyonu olan bireyler, bunların kendilerine intiharı düşündürdüğü, sorumlu ve suçlu hissederler. Bu yüzden, OK semptomatolojisinin ciddiyeti, özellikle depresyon ve umutsuzlukla birlikte agresif obsesyonların varlığı, OKB hastalarında intihar davranışının yönetiminde dikkatle değerlendirilmelidir.

Geçmişte intihar girişiminde bulunanların, hem güncel intihar düşüncelerini, hem de gelecek intihar girişimlerini predikte edeceği düşünülebilir. Ancak daha önce elde edilen bulguların aksine (7), bizim üzerinde çalıştığımız örnekleimde, geçmiş intihar girişimleri, güncel intihar düşüncelerini predikte etmemiştir. Bu durumda, öncelikle, hem güncel intihar düşünceleri ve hem de geçmiş intihar girişimi olan bireylerde gelecek intihar girişimlerini tahmin etmek için izlem çalışmaları yapılması gerekmektedir. Ek olarak, kesitsel bir analizde, çalıştığımız hastalardaki güncel intihar düşünceleri, geçmiş intihar girişimlerine göre, depresyon, OKB, umutsuzluk ve agresif obsesyonlar gibi güncel psikopatoloji ile daha güçlü bir ilişki içinde olabilir. Eğer bir intihar davranışını birçok faktör etkiliyorsa, geçmişteki bir intihar girişimini hastaya ait güncel psikopatoloji ile tahmin etmek daha güç olabilir. Bu

yüzden, geçmiş intihar girişimlerinin, sonraki intihar düşünceleri ve girişimlerini predikte etmekte yetersiz olduklarını öne sürebiliriz.

Araştırmalar, kişilik bozukluklarının (özellikle B küme) genel toplumda ve psikiyatrik bakım altındaki bireylerde yüksek intihar düşüncesi, tamamlanmış intihar ve kendini kesme davranışı riski ile ilişkili olduğunu göstermiştir (2, 173, 174, 267). Yapılan bir çalışmada, C küme kişilik bozukluklarının, özellikle bağımlı kişilik bozukluğu ile komorbid major depresyonun artmış intihar davranışı riski ile ilişkili olabileceğini göstermiştir (268). Panik bozukluklu hastalarda intihar düşüncesi veya girişimi öyküsü, komorbid paranoid veya borderline kişilik bozukluğu varlığında daha sık gözlenmektedir. Panik bozukluklu hastalarda intihar düşüncelerinin prediktörü major depresyon ve çekingen kişilik olarak saptanmıştır (269). Panik bozukluk hastalarında intihar düşünceleri ve komorbid kişilik bozuklukları arasındaki ilişkiyi değerlendiren önceki çalışmalara paralel olarak (270), bu çalışmada OKB'li hastalarda çekingen kişilik bozukluğu tanısı güncel intihar düşünceleri bulunan grupta daha fazladır. Agresif impulsif kişilik özelliklerinin intihar riski ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (150). Yaşamboyu yüksek düzeyde agresiflik ve impulsivite intihara eğilim için yatkınlık oluşturmaktadır. Bazı geçmiş çalışmalarda, OKB hastalarında intihar davranışının yüksek düzeydeki davranım bozukluğu, impulsivite, antisosyal davranış veya borderline kişilik bozukluğu ile ilişkili olduğu ortaya konmuştur (6). Çalıştığımız örnekleme, güncel intihar düşüncesi olanlar, olmayanlarla karşılaştırıldığında, daha fazla komorbid eksen II bozukluğuna sahip idi. Özellikle de borderline, şizotipal, çekingen, bağımlı, obsesif kompulsif kişilik bozukluk tanıları daha fazla idi. Ancak bu farklılık gruplar arasında istatistik olarak anlamlı değildi. Birkaç psikiyatrik bozuklukta C küme kişilik özelliklerinin intihara karşı koruyucu etkisi olabileceğini (121, 271) , B küme kişilik özelliklerinin de daha fazla intihar düşüncesi, girişimi ve tamamlanmış intihar bulunması ile ilişkili olduğunu akılda tutarak daha fazla sayıda örnekleme sahip gelecek çalışmalarda farklı kişilik özelliklerinin intihar düşüncesi ve girişimi ile ilişkili olup olmadığını değerlendirilmesi gerektiği düşünülebilir.

Bu çalışmada bazı önemli sınırlılıklar mevcuttur. Öncelikle örneklemin küçüklüğü tip II hata olasılığını artırmaktadır. Diğer yandan, çoklu karşılaştırmalarda tip I hata oranını kabul edilebilir düzeyde tutmak için çalışmada uygulanan Bonferroni düzeltmesi tip II hata oranını yükseltmiş olabilir. Bu yüzden, gruplar arasındaki kimi gerçek farklar bu çalışmada gözlenememiş olabilir. Bazı eksen I bozukluk tanılarının düşük oranda olması küçük

örneklem büyüklüğüne bağlı olabilir ve bu da tip II hataya neden olabilir. Bu çalışmada OKB hastalarında güncel intihar düşüncelerini predikte eden faktörler saptanmıştır. Ancak bu hastalarda gelecek intihar girişimlerinin kestirilmesi mevcut çalışma deseni ile mümkün olamamaktadır. Son dönemdeki intihar girişimleri, tamamlanmış intiharlar ve OKB arasındaki ilişki bu çalışmada değerlendirilmedi. İntihar düşünceleri ve girişimleri, tamamlanmış intihar ile bağlantılı olmasına rağmen, mevcut çalışma OKB'nin tamamlanmış intiharlar ile ilişkisine yorum getirememektedir.

Mevcut çalışma, çocukluk travması, genetik faktörler ve agresif-impulsif özellikler gibi intihar davranışıyla ilişkili olması muhtemel değişkenleri değerlendirmemiştir (150). Psikososyal ve çevresel faktörlerin intihar davranışı ve düşünceleriyle ilişkisi bilinmektedir. Bu çalışmanın bir diğer sınırlılığı da örneklemdeki hastaların psikososyal ve çevresel stresörlerinin ölçülmemiş olmasıdır. Bu ölçüm yapılmadığından, bu faktörlerin intihar düşünceleri ile olan ilişkisine bakılamamıştır. Ayrıca, çalışmaya hastalardan ilaç tedavisi almakta olanlar, tedaviye dirençli veya refrakter olmaları yönüyle değerlendirilmemiştir. Bu durum örneklemdeki hastaların, tüm OKB hastalarının intihar düşüncelerine yönelik risk faktörlerinin tam olarak yansıtması önünde bir engel oluşturabilir.

VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak, intihar davranışı, birçok demografik ve klinik değişkenle karşılıklı ilişki içinde olan karmaşık bir süreçtir. Mevcut çalışmada ilişkili bulunan depresyon, umutsuzluk, özellikle de agresif obsesyonlar, güncel intihar düşünceleri üzerinde önemli role sahip olmalarına rağmen, OKB'deki intihar düşünceleri ile ilgili mekanizmanın daha iyi anlaşılabilmesi gelecekte yapılacak çalışmalarla mümkün olabilecektir.

OKB ve intihar davranışı arasındaki ilişki kesitsel çalışmalarda ortaya konmasına rağmen, intihar girişimleri ve OKB arasındaki ilişkinin uzunlamasına araştırılması ilgi çekici görünmektedir. Geçmiş intihar girişimlerinin OKB hastalarında güncel intihar düşüncelerini predikte etmediğini hesaba kattığımızda, güncel intihar düşüncelerinin direkt olarak güncel psikopatoloji ile ilişkili olduğunu iddia edebiliriz. Hangi hastaların intihar girişiminde bulunacağını belirlemek için güncel intihar düşüncesi bulunan OKB'lilerin prospektif ve uzunlamasına değerlendirilmesi gerekmektedir.

OKB hastalarında, intihar düşünceleri ve major depresyon komorbiditesi sık olmakla beraber, bu faktörlerin gelecekteki intihar girişimlerine karşı koruyucu olup olmadığı

sorusu halen cevap beklemektedir. Bu sorulara da gelecekte yapılacak izlem çalışmalarıyla cevap bulunabilir. İntihar davranışı içinde değerlendirilen intihar düşüncesi, intihar girişimleri için açık bir risk oluşturduğu ve OKB hastalarında sık olduğu akılda tutulduğunda, OKB'li hastaların intihar yönünden ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmesi gerektiği aşıkardır. Klinisyen, OKB'li hastaları değerlendirirken yüksek depresyon ve umutsuzluk şiddeti ile agresif obsesyonların varlığını gözlediğinde intihar davranışı yönünden daha dikkatli davranmalıdır. Özellikle agresif obsesyonların varlığının intihar düşüncelerini kestirim gücü oldukça yüksek olduğu unutulmamalıdır. Bu çalışma, OKB'li hastaların OK semptom içeriklerinin ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. OKB'nin komorbiditesinin yüksek, semptom içeriğinin zengin olması bu bozukluk için intihar davranışını tanımlayacak özgül modellerin tanımlanmasını zorlaştırıyor olabilir. İntihar davranışının kendi içinde geniş bir yelpazede bulunduğunu akılda tutmak gerekmektedir. OKB ile ilişkili intihar düşüncesine ait mekanizma gelecekte yapılacak çalışmalarla belirlenmeyi beklemektedir.

ÖZET

Obsesif Kompulsif Bozuklukta Güncel İntihar Düşüncelerinin Klinik

Değişkenler İle İlişkisi

Amaç: OKB’de intihar davranışı için risk faktörleri, diğer anksiyete bozukluklarına kıyasla daha az çalışılmıştır. Bu çalışmada, OKB’li hastalarda güncel intihar düşünceleri ile demografik ve klinik değişkenler arasındaki ilişki araştırılmıştır.

Metod: Kırk dört OKB hastası, İntihar Düşüncesi Ölçeği kullanılarak, güncel intihar düşüncesi olanlar (s=23) ve olmayanlar (s=21) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Hastaların eksen I ve II ile ilişkili klinik özellikleri, SCID I ve II, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği kullanılarak değerlendirildi. Obsesif kompulsif semptomları değerlendirmek için Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği kullanıldı.

Bulgular: Bonferroni düzeltmesini takiben, iki grup arasında, sadece depresyon şiddeti yönünden bir farklılık mevcuttu ($p<0.001$). Major depresyon komorbiditesi (OR:7.89, CI: 1.73-36.03, $p=0.008$) ve agresif obsesyonların varlığı (OR:6.17, CI:1.29-29.57, $p=0.023$), umutsuzluk düzeyleri (OR:1.21, CI:1.03-1.41, $p=0.015$), OK semptomatolojinin ciddiyeti (OR: 1.15, CI:1.03-1.29, $p=0.009$), OKB’li bireylerde güncel intihar düşünceleri bulunmasını predikte etti.

Sınırlılıklar: Bazı eksen bir bozukluklarının görece azlığı küçük örneklem sayısına bağlanabilir ve bu durum tip II hataya neden olabilir. Son dönemdeki intihar girişimleri ile OKB arasındaki ilişki ve impulsivitenin OKB’li hastalarda intihar düşünceleri üzerine olan etkisi bu çalışmada değerlendirilmemiştir.

Sonuç: Depresyon, umutsuzluk, OK semptomatolojinin ciddiyeti ve agresif obsesyonlar OKB’li hastalarda intihar düşüncelerinin ortaya çıkmasında önemli role sahip olabilirler. Ancak, tamamlanmış intihar gösteren OKB’lilere psikolojik otopsi yapılarak sistematik değerlendirmenin yapılabileceği ileri çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Obsessive-Compulsive disorder; Suicidal ideations; Suicidal attempt; Axis I and II comorbidity.

İNGİLİZCE ÖZET: SUMMARY

The Clinical Correlates Of Current Suicidal Ideation In Obsessive Compulsive Disorder

Background: The risk factors for suicidal behaviour in Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) have been less studied compared to other anxiety disorders. In the present study, we examined the demographic and clinical correlates of current suicidal ideation (SI) in patients with OCD.

Methods: Forty-four patients were grouped into those with (n=23) and without current SI (n=21) through by The Scale for Suicidal Ideation. Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) was used to assess the obsessive-compulsive (OC) symptomatology. The clinical variables of axis I and axis II disorders among the patients were evaluated using Beck Depression Inventory, Beck Hopelessness Scale and Beck Anxiety Inventory.

Results: Following Bonferroni correction, only the severity of depression differed significantly between two groups ($p < 0.001$). The presence of major depression (OR:7.89, CI: 1.73-36.03, $p = 0.008$) and aggressive obsessions (OR:6.17, CI:1.29-29.57, $p = 0.023$), the level of hopelessness (OR:1.21, CI:1.03-1.41, $p = 0.015$), and the severity of OC symptomatology (OR: 1.15, CI:1.03-1.29, $p = 0.009$) were significant predictors of current SI in patients with OCD.

Limitations: The relatively lower frequency of some comorbid Axis I disorders is based on small sample size and therefore may be vulnerable to type II error. We did not examine the relationship between the recent suicidal attempts and OCD. Also, we did not look at the effect of impulsivity in the occurrence of SI in patients with OCD.

Conclusion: Associated depression, hopelessness, and aggressive obsessions might play an important role in the occurrence of SI in patients with OCD. However, future studies using psychological autopsy design are required to systematically assess for OCD among those who have completed suicide.

Keywords: Obsessive-Compulsive disorder; Suicidal ideations; Suicidal attempt; Axis I and II comorbidity.

KAYNAKLAR

1. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 617-26.
2. Verona E, Sachs-Ericsson N, Joiner TE Jr. Suicide attempts associated with externalizing psychopathology in an epidemiological sample. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 444-51.
3. Fenton WS, McGlashan TH, Victor BJ, Blyler CR. Symptoms, subtype, and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 199-204.
4. Khan A, Leventhal RM, Khan S, Brown WA. Suicide risk in patients with anxiety disorders: a meta-analysis of the FDA database. *J Affect Disord* 2002; 68: 183-190.
5. Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, Graaf RD, Asmundson GJG, Have MT, Stein MB. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 1249-57.
6. Hollander E, Greenwald S, Neville D, Johnson J, Hornig CD, Weissman MM. Uncomplicated and comorbid obsessive-compulsive disorder in an epidemiologic sample. *Depress Anxiety* 1996; 4: 111-19.
7. Kamath P, Reddy J, Kandavel T. Suicidal behaviour in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 2007; 68: 1741-50.
8. Apter A, Bleich A, Plutchik R, Mendelsohn S, Tyano S. Suicidal behavior, depression, and conduct disorder in hospitalized adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1988; 27: 696-9.
9. Apter A, Gothelf D, Orbach I, Weizman R, Ratzoni G, Har-Even D, Tyano S. Correlation of suicidal and violent behavior in different diagnostic categories in hospitalized adolescent patients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995; 34: 912-8.
10. Stein D, Apter A, Ratzoni G, Har-Even D, Avidan G. Association between multiple suicide attempts and negative affects in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998; 37: 488-94.

11. Apter A, Horesh N, Gothelf D, Zalsman G, Erlich Z, Soreni N, Weizman A. Depression and suicidal behaviour in adolescent inpatients with obsessive compulsive disorder. *J Affect Disord* 2003; 75: 181-89.
12. Mann JJ. A Current Perspective of Suicide and Attempted Suicide. *Ann Intern Med* 2002; 136: 302-11.
13. Robins E, Murphy GE, Wilkinson RH Jr, Gassner S, Kayes J. Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. *Am J Public Health*. 1959; 49: 888-99.
14. Rich CL, Fowler RC, Fogarty LA, Young D. San Diego Suicide Study. III. Relationships between diagnoses and stressors. *Arch Gen Psychiatry*. 1988; 45: 589-92.
15. Dorpat TL, Ripley HS. A study of suicide in the Seattle area. *Compr Psychiatry*. 1960; 1: 349-59.
16. Isometsa E, Henriksson M, Marttunen M, Heikkinen M, Aro H, Kuoppasalmi K, Lönnqvist J. Mental disorders in young and middle aged men who commit suicide. *BMJ*. 1995; 310: 1366-7.
17. Bolton JM, Cox BJ, Afifi TO, Enns MW, Bienvenu OJ, Sareen J. Anxiety disorders and risk for suicide attempts: findings from the Baltimore Epidemiologic Catchment area follow-up study. *Depress Anxiety* 2008; 25: 477-81
18. Beck AT, Weismann A, Lester D, Trexle L. Classification of suicidal behaviours. II. Dimensions of suicidal intent. *Arch Gen Psychiatry* 1976; 33: 835-37.
19. Pinninti N, Ster RA, Rissmiller DJ, Nelson S, Beck AT. Use of the Beck Scale for suicide ideation with psychiatric inpatients diagnosed with schizophrenia, schizoaffective or bipolar disorders. *Behav Res Ther* 2002; 40: 1071-79.
20. Joiner TE Jr, Ster RA, Brown G, Beck AT, Pettit JW, Rudd MD. Worst-point suicidal plans: a dimension suicidality predictive of past suicide attempts and eventual death by suicide. *Behav Res Ther* 2003; 41: 1469-80.
21. Hasler G, LaSalle-Ricci VH, Ronquillo JG, Crawley SA, Cochran LW, Kazuba D, Greenberg BD, Murphy DL. Obsessive-compulsive disorder symptom dimensions show specific relationships to psychiatric comorbidity. *Psychiatry Res*. 2005; 135: 121-32.

22. Perugi G, Akiskal HS, Pfannner C, Prestaa S, Gemignania A, Milanfranchi A, Lensi P, Ravagli S, Cassano GB, The clinical impact of bipolar and unipolar affective comorbidity on obsessive–compulsive disorder. *J Affect Disord* 1997; 46: 15–23.
23. Tükel R, Ertekin E, Batmaz S, Alyanak F, Sözen A, Aslantaş B, Atli H, Ozyildirim I. Influence of age of onset on clinical features in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety* 2005; 21: 112-7.
24. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 1094–99.
25. Grabe HJ, Meyer C, Hapke U, Rumpf HJ, Freyberger HJ, Dilling H, John U. Prevalence, quality of life and psychosocial function in obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in northern Germany. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2000; 250: 262–68.
26. Grabe HJ, Ruhrmann S, Ettelt S, Buhtz F, Hochrein A, Schulze-Rauschenbach S, Meyer K, Kraft S, Reck C, Pukrop R, Freyberger HJ, Klosterkötter J, Falkai P, John U, Maier W, Wagner M. Familiality of obsessive-compulsive disorder in nonclinical and clinical subjects. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1986-92.
27. Weisman MM, Bland RC, Canino GJ. The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. TheCross National Collaborative Group. *J Clin Psychiatry* 1994; 55: 5–10.
28. Kolada JL, Bland RC, Newman SC. Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. Obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 376: 24–35.
29. Rasmussen SA, Eisen JL. Epidemiology of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1990; 51: 10-3.
30. Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta ruhsal hastalık yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiyitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek M (ed.ler). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara: Eksen Tanıtım Ltd.Şti, 1999: 77-93.

31. Çilli AS, Telcioğlu M, Aşkın R, Kaya N, Bodur S, Kucur R. Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. *Compr Psychiatry* 2004; 45: 367-74.
32. Björgvinsson T, Hart J, Heffelfinger S. Obsessive-compulsive disorder: update on assessment and treatment. *J Psychiatr Pract* 2007; 13: 362-72.
33. Swedo SE, Rapoport JL, Leonard H, Lenane M, Cheslow D. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 335-41.
34. Lensi P, Cassano GB, Correddu G, Ravagli S, Kunovac JL, Akiskal HS. Obsessive compulsive disorder: familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 101-7.
35. Rapoport JL. The waking nightmare: an overview of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1990; 51: 25-8.
36. Noshirvani HF, Kasvikis Y, Marks IM, Tsakiris F, Monteiro WO. Gender-divergent aetiological factors in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry* 1991; 158: 260-3.
37. Tükel R, Polat A, Genç A, Bozkurt O, Atlı H. Gender-related differences among the Turkish patients with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2004; 45: 362-6.
38. Eichstedt JA, Arnold SL. Childhood-onset obsessive-compulsive disorder: a tic-related subtype of OCD? *Clin Psychol Rev* 2001; 21: 137–57.
39. Rosario-Campos MC, Leckman JF, Mercadante MT, Shavitt RG, Prado HS, Sada P, Zamignani D, Miguel EC. Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1899-903.
40. Sobin C, Blundell ML, Karayiorgou M. Phenotypic differences in early- and late-onset obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2000; 41: 373-9.
41. Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Marques C, Versiani M. Early- and late-onset obsessive-compulsive disorder in adult patients: an exploratory clinical and therapeutic study. *J Psychiatric Res* 2003; 37: 127-33.

42. Millet B, Kochman F, Gallarda T, Krebs MO, Demonfaucon F, Barrot I ve ark. Phenomenological and comorbid features associated in obsessive-compulsive disorder: influence of age of onset. *J Affect Disord* 2004; 79: 241-6.
43. Miguel EC, Rosario-Campos MC, Shavitt RG, Hounie AG, Mercadante MG. The tic related obsessive-compulsive disorder phenotype and treatment implications. *Adv Neurol* 2001; 85: 43-55.
44. Neziroglu F, Anemone R, Yaryura-Tobias JA. Onset of obsessive compulsive disorder in pregnancy. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 947-50.
45. Williams KE, Koran LM. Obsessive compulsive disorder in pregnancy, puerperium, and the premenstrium. *J Clin Psychiatry* 1997; 58: 330-4.
46. Buttolph ML, Holland AD. Obsessive compulsive disorder in pregnancy and childbirth. Jenike MA, Baer L, Minichiello L (ed.) *Obsessive-Compulsive Disorder: Theory and Management*. Chicago: Year Book Medical Publishers, 1990: 89-95.
47. Maina G, Albert U, Bogetto F, Vaschetto P, Ravizza L. Recent life events and obsessive-compulsive disorder: the role of pregnancy/delivery. *Psychiatry Res* 1999; 89: 49-58.
48. Hales RE, Yudofsky SC. Anxiety disorders. Hollander E, Simeon D (eds). *Essentials of clinical psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2004: 374-86.
49. Tükel R, Alkın T. Obsesif kompulsif bozukluğun fenomenolojisi. Tükel R, Demet MM, Topçuoğlu V. *Anksiyete bozuklukları*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2006: 277-98.
50. Rasmussen SA, Tsuang MT. Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 317-22.
51. Demal U, Lenz G, Mayrhofer A, Zapotoczky HG, Zitterl W. Obsessive compulsive disorder and depression. *Psychopathology* 1993; 26: 145-50.
52. Rasmussen SA, Eisen JL. Clinical and epidemiologic findings of significance to neuropharmacologic trials in OCD. *Psychopharmacol Bull* 1988; 24: 466-70.
53. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV)*, 1994. Köroğlu E (çev.). Ankara; Hekimler Yayın Birliği, 1994.

54. Ravizza L, Maina G, Bogetto F. Epizodic and chronic obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety* 1997; 6: 154-8.
55. Perugi G, Akiskal HS, Gemignani A, Pfanner C, Presta S, Milanfranchi A ve ark. Episodic course in obsessive-compulsive disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1998; 248: 240-4.
56. Eisen JL, Mancebo MA, Pinto A, et al. Impact of obsessivecompulsive disorder on quality of life. *Compr Psychiatry* 2006; 47: 270–5.
57. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am* 1992; 15: 743–58.
58. Heyman I, Mataix-Cols D, Fineberg NA. Obsessive-compulsive disorder. *BMJ* 2006; 333: 424-9
59. Skoog G, Skoog I. A 40-year follow up of patients with obsessivecompulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 121-7.
60. Mavissakalian MR, Jones B, Olson S. Absence of placebo response in obsessive-compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis.* 1990; 178: 268-70.
61. McDonough M, Kennedy N. Pharmacological management of obsessive-compulsive disorder: a review for clinicians. *Harv Rev Psychiatry* 2002; 10: 127-37.
62. Goodman WK, Ward HE, Kablinger AS, Murphy TK. Biological approaches to treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. In: Goodman WK, Rudorfer MV, and Maser JD, (eds). *Obsessive-Compulsive Disorder: Contemporary Issues in Management*. London: Lawrence Erlbaum Associates; 2000: 333-69.
63. Husted DS, Shapira NA. A review of the treatment for refractory obsessive-compulsive disorder: From medicine to deep brain stimulation. *CNS Specturms* 2004; 9; 12: 833-47.
64. Foa EB, Kozak MJ, Goodman WK, Hollander E, Jenike MA, Rasmussen SA. DSM-IV field trial: obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 90-6.
65. Öztürk MO, Uluğ B. ICD-10 ruhsal ve davranışsal bozukluklar sınıflaması. Ankara: Türkiye Ruh ve Sinir Sağlığı Yayını 1993: 134-7.

66. Okasha A, Saad A, Khalil AH, el Dawla AS, Yehia N. Phenomenology of obsessive compulsive disorder: a transcultural study. *Compr Psychiatry* 1994; 35: 191-7.
67. Koroğlu E, Güleç C. Obsesif kompulsif bozukluk. Şahin AR, Böke Ö (ed.ler). *Psikiyatri temel kitabı*, Ankara: HYB Basım, 2007: 343-52.
68. Akhtar S, Wig NN, Varma VK, et al. A phenomenological analysis of symptoms in obsessive-compulsive neurosis. *Br J Psychiatry* 1975;127:342-8.
69. Bogetto F, Venturello S, Albert U, Mania G, Ravizza L. Gender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry* 1999; 14: 434-41.
70. Lochner C, Stein D. Heterogeneity of obsessive compulsive disorder: a literature review *Harvard Review of Psychiatry* 2003; 11: 113-32.
71. Eisen JL, Rasmussen SA, Phillips KA, Price LH, Davidson J, Lydiard RB ve ark. Insight and treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2001; 42: 494-7.
72. Marazziti D, Dell’Osso L, Di Nasso E, Pfanner C, Presta S, Mungai F ve ark. Insight in obsessive-compulsive disorder: a study of an Italian sample. *Eur Psychiatry* 2002; 17: 407-10.
73. Türksoy N, Tükel R, Özdemir Ö, Karalı A. Comparison of clinical characteristics in good and poor insight obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 2002; 16: 413-23.
74. Ravi Kishore V, Samar R, Janardhan Reddy YC, Chandrasekhar CR, Thennarasu K. Clinical characteristics and treatment response in poor and good insight obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry* 2004; 19: 202-8.
75. Matsunaga H, Kiriike N, Matsui T, Oya K, Iwasaki Y, Koshimune K ve ark. Obsessive-compulsive disorder with poor insight. *Compr Psychiatry* 2002; 43: 150-7.
76. Catapano F, Sperandeo R, Perris F, Lanzaro M, Maj M. Insight and resistance in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology* 2001; 34: 62-8.
77. Erzegovesi S, Cavallini MC, Cavedini P, Diaferia G, Locatelli M, Bellodi L. Clinical predictors of drug response in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2001; 21: 488-92.

78. Yavuz Y, Yürümez Y, Küçüker H, Demirel R, Küçük E. İntihar sonucu meydana gelen ölümlerin incelenmesi. Genel Tıp Derg 2006; 16: 181-5.
79. DİE İntihar istatistikleri. Ankara: DİE Matbaası 1990.
80. DİE İntihar istatistikleri. Ankara: DİE Matbaası 2000.
81. Altındağ A, Sır A, Özkan M. Türkiye’de intihar hızlarındaki değişimler (1974-1998). Türkiye’de Psikiyatri 2001; 2:79-86.
82. Deveci A, Taşkın EO, Erbay Dünder P, Demet MM, Kaya E, Özmen E, Dinç G. The prevalence of suicide ideation and suicide attempts in Manisa City Centre. Turk Psikiyatri Derg 2005; 16: 170-8.
83. Bekaroğlu M, Bilici M, Hocaoğlu Ç, Gürpınar, N Uluutku. Trabzon’da 1995 yılı intihar insidansı. Türk Psikiyatri Dergisi, 1999; 10: 190-200.
84. Devrimci-Ozguven H, Sayıl I. Suicide attempts in Turkey: Results of the WHO-EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. Can J Psychiatry, 2003; 48: 324-9.
85. WHO Statistical Information System. www.who.int/whosis
86. Burvill PW, Woodings TL, Stenhouse NS, McCall MG. Suicide during 1961-70 migrants in Australia. Psychol Med. 1982; 12: 295-308.
87. Cantor C, Neulinger K. The epidemiology of suicide and attempted suicide among young Australians. Aust N Z J Psychiatry. 2000; 34: 370-87.
88. WHO.SuicidePrevention.http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent). Accessed September 10 2004.
89. Maris RW, Berman AL, Silverman MM. Comprehensive Textbook of Suicidology. New York: Guilford Pr, 2000: 26-61.
90. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. Am J Psychiatry 1999; 156: 181-9.
91. Stengel E. Suicide and Attempted Suicide. New York: Aronson, 1974.
92. Suominen K, Isometsa E, Suokas J, Haukka J, Achte K, Lonnqvist J. Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. Am J Psychiatry 2004; 161: 562-3.
93. Neeleman J, De Graaf R, Vollebergh W. The suicidal process: prospective comparison between early and later stages. J Affect Disord 2004; 82: 43-52.

94. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med.* 2003; 33: 395-405.
95. Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P, Haring C, Hawton K, Lönnqvist J, Michel K, Pommereau X, Querejeta I, Phillipe I, Salander-Renberg E, Temesváry B, Wasserman D, Fricke S, Weinacker B, Sampaio-Faria JG. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93: 327-38.
96. Shearer SL, Peters CP, Quaytman MS, Wadman BE. Intent and lethality of suicide attempts among female borderline inpatients. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 1424-7.
97. Mann JJ, McBride PA, Brown RP, Linnoila M, Leon AC, DeMeo M, Mieczkowski T, Myers JE, Stanley M. Relationship between central and peripheral serotonin indexes in depressed and suicidal psychiatric inpatients. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 442-6.
98. Mann JJ, Malone KM, Psych MR, Sweeney JA, Brown RP, Linnoila M, Stanley B, Stanley M. Attempted suicide characteristics and cerebrospinal fluid amine metabolites in depressed inpatients. *Neuropsychopharmacology.* 1996; 15: 576-86.
99. Linehan MM. Suicidal people. One population or two? *Ann N Y Acad Sci* 1986; 487: 16-33.
100. Malone KM, Haas GL, Sweeney JA, Mann JJ. Major depression and the risk of attempted suicide. *J Affect Disord* 1995; 34: 173-85.
101. Goldstein RB, Black DW, Nasrallah A, Winokur G. The prediction of suicide. Sensitivity, specificity, and predictive value of a multivariate model applied to suicide among 1906 patients with affective disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 418-22.
102. Rygnestad T. Mortality after deliberate self-poisoning. A prospective follow-up study of 587 persons observed for 5279 person years: risk factors and cause of death. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997; 32: 443-50.
103. Tejedor M, Diaz A, Castillon J ve ark. (1999) Attempted suicide: repetition and survival—findings of a follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 100:205-211.

104. Cheng ATA, Chen THH, Chen CC ve ark. (2000) Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide. *Br J Psychiatry* 177:360-365.
105. Suokas J, Suominen K, Isometsa E ve ark. (2001) Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide-findings of a 14-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 104: 117-121.
106. Beck AT, Beck R, Kovacs M. Classification of suicidal behaviors: I. Quantifying intent and medical lethality. *Am J Psychiatry* 1975; 132: 285-7.
107. Leon AC, Friedman RA, Sweeney JA, Brown RP, Mann JJ. Statistical issues in the identification of risk factors for suicidal behavior: the application of survival analysis. *Psychiatry Res* 1990; 31: 99-108.
108. Kelly TM, Mann JJ. Validity of DSM-III-R diagnosis by psychological autopsy: a comparison with clinician ante-mortem diagnosis. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 94: 337-43.
109. Barraclough B, Bunch J, Nelson B, Sainsbury P. A hundred cases of suicide: clinical aspects. *Br J Psychiatry* 1974; 125: 355-73.
110. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, Flory M. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 339-48.
111. Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ, Heikkinen ME, Isometsa E, KuoppasalmiKI, Lonnqvist J. Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 935-40.
112. ten Have M, Vollebergh W, Bijl R, Nolen WA. Bipolar disorder in the general population in the Netherlands (prevalence, consequences and care utilisation): results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *J Affect Disord* 2002; 68: 203-213.
113. Asnis GM, Friedman TA, Sanderson WC, Kaplan ML, van Prag HM, Harkavy-Friedman JM. Suicidal behaviors in adult psychiatric outpatients, I: description and prevalence. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 108–12.
114. Roy A. Suicide in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1982; 141: 171-177.
115. Caldwell CB, Gottesman II: Schizophrenia, a high risk factor for suicide: clues to risk reduction. *Suicide Life Threat Behav* 1992; 22: 479-93.

116. Drake RE, Gates C, Whitaker A, Cotton PG. Suicide among schizophrenics: a review. *Compr. Psychiatry* 1985; 26: 90–100.
117. Allebeck P, Varla A, Kristjansson E, Wistedt B. Risk factors for suicide among patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1987; 76: 414–19.
118. Cheng KK, Leung CM, Lo WH, Lam TH. Risk factors of suicide among schizophrenics. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 81: 220–24.
119. Altamura AC, Bassetti R, Bignotti S, Pioli R, Mundo E. Clinical variables related to suicide attempts in schizophrenic patients: a retrospective study. *Schizophr Res* 2003; 60: 47–55.
120. Kuo, C.J., Tsai, S.Y., Lo, C.H., Wang, Y.P., Chen, C.C., 2005. Risk factors for completed suicide in schizophrenia. *J. Clin. Psychiatry* 66, 579–585.
121. Sevincok L, Akoglu A, Kokcu F. Suicidality in schizophrenic patients with and without obsessive-compulsive disorder. *Schizophrenia Res* 2006; 90: 198-202.
122. Roy A, De Jong J, Linnoila M. Cerebrospinal fluid monoamine metabolites and suicidal behavior in depressed patients. A 5-year follow-up study. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 609-12.
123. Fawcett J, Sheftner W, Clark D, Hedeker D, Gibbons R, Coryell W. Clinical predictors of suicide in patients with major affective disorders: A controlled prospective study. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 35-40.
124. Öztürk O. Ruh sağlığı ve hastalıkları. 9 baskı Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, 2002: 291-342.
125. Murphy GE, Wetzel RD, Robins E, McEvoy L. Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 459-63.
126. Murphy GE. Suicide and substance abuse. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 593-4.
127. Runeson B. Mental disorder in youth suicide. DSM-III-R Axis I and II. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79: 490-7.
128. Marttunen MJ, Aro HM, Henriksson MM, Lönnqvist JK. Mental disorders in adolescent suicide. DSM-III-R axes I and II diagnoses in suicides among 13- to 19-year-olds in Finland. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 834-9.
129. Frances A, Fyer M, Clarkin J. Personality and suicide. *Ann N Y Acad Sci* 1986; 487: 281-93.
130. Jamison KR. Suicide and bipolar disorders. *Ann N Y Acad Sci* 1986; 487: 301-15.

131. Johns CA, Stanley M, Stanley B. Suicide in schizophrenia. *Ann N Y Acad Sci* 1986; 487: 294-300.
132. Roy A, Linnoila M. Alcoholism and suicide. *Suicide Life Threat Behav* 1986; 16: 244-73.
133. Hollander E. Witches, pumpkins, and other frightful topics. *CNS Spectr* 2007; 10: 730–1.
134. Torres AR, de Abreu Ramos-Cerqueira AT, Torresan RC, de Souza Domingues M, Hercos AC, Guimarães AB. Prevalence and associated factors for suicidal ideation and behaviors in obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr* 2007;12: 771-8.
135. Angst J, Gamma A, Endrass J, Hantouche E, Goodwin R, Ajdacic V, Eich D, Rössler W. Obsessive-compulsive syndromes and disorders: significance of comorbidity with bipolar and anxiety syndromes. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 255: 65–71.
136. Murphy GE, Wetzel RD. The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 383-92.
137. Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1925-32.
138. Reif A, Lesch K, Toward molecular architecture of personality. *Behav Brain Res* 2003; 139: 1–20.
139. Paris J. Half in love with easeful death. *Harv Rev Psychiatry* 2004; 12: 42–8.
140. Furnham A. Personality and activity preference. *Br J Soc Psychol* 1981; 20: 57–67.
141. Plomin R, Owen MJ, McGuffin P. The genetic basis of complex human behaviors. *Science* 1994; 264: 1733–9.
142. Harkness AR, Lilienfeld SO. Individual differences science for treatment planning: personality traits. *Psychol Assess* 1997; 9: 349–60.
143. Kuhn K, Meyer K, Nothen MM, Gasicke M, Papassotiropoulos A, Maier W. Allelic variants of dopamine receptor D4 (DRD4) and serotonin receptor 5HT2 (HTR2c) and temperament factors: replication tests. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 1999; 88: 168–72.

144. Lesch KP, Merschdorf U. Impulsivity, aggression, and serotonin: a molecular psychobiological perspective. *Behav Sci Law* 2000; 18: 581–604.
145. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, McClay J, Mill J, Martin J, Braithwaite A, Poulton R. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 2003; 301: 386–389.
146. Strobel A, Gutknecht L, Rothe C, Reif A, Mössner R, Zeng Y, Brocke B, Lesch KP. Allelic variation in 5-HT_{1A} receptor expression is associated with anxiety and depression-related personality traits. *J Neural Transm* 2003; 110: 1445–53.
147. Ebstein RP, Gritsenko I, Nemanov L, Frisch A, Osher Y, Belmaker RH. No association between the serotonin transporter gene regulatory region polymorphism and the tridimensional personality questionnaire (TPQ) temperament of harm avoidance. *Mol Psychiatry* 1997; 2: 224–6.
148. Dean PJ, Range LM, Goggin WC. The escape theory of suicide in college students: testing a model that includes perfectionism. *Suicide Life Threat Behav* 1996; 26: 181–6.
149. Baumeister RF. Suicide as escape from self. *Psychol Rev* 1990; 97: 90–113.
150. Brent DA, Johnson BA, Perper J, Connolly J, Bridge J, Bartle S, Rather C. Personality disorder, personality traits, impulsive violence, and completed suicide in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33: 1080–6.
151. Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychol Med* 2000; 30: 23–39.
152. Nordstrom P, Schalling D, Asberg M. Temperamental vulnerability in attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 92: 155–60.
153. Enns MW, Cox BJ, Inayatula M. Personality predictors of outcome for adolescents hospitalized for suicidal ideation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 42: 720–7.
154. Dean PJ, Range LM, Goggin WC. The escape theory of suicide in college students: testing a model that includes perfectionism. *Suicide Life Threat Behav* 1996; 26: 181–186.
155. Castrogiovanni P, Pieracini F, Di Muro A. Suicidality and aggressive behavior. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 97: 144–148.

156. Engstrom G, Persson B, Levander S. Temperament traits in male suicide attempters and violent offenders. *Eur Psychiatry* 1999; 14: 278–283.
157. Conner KR, Cox C, Duberstein PR, Tia L, Nisbet PA, Conwell Y. Violence, alcohol and completed suicide: a case–control study. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1701–5.
158. Roy A. Family history of suicide and neuroticism: a preliminary study. *Psychiatry Res* 2002; 110: 87–90.
159. Beautrais A. Suicide in New Zealand. II. A review of risk factors and prevention. *N Z Med J* 2003; 116: U461.
160. Beevers CG, Miller IW. Perfectionism, cognitive bias, and hopelessness as prospective predictors of suicidal ideation. *Suicide Life Threat Behav* 2004; 34: 126–37.
161. Dixon WA, Rumford KG, Heppner PP, Lips BJ. Use of different sources of stress to predict hopelessness and suicide ideation in a college population. *Journal of Couns Psychol* 1992; 39: 342–9.
162. Dixon WA, Heppner PP, Rudd MD. Problem-solving appraisal, hopelessness, and suicide ideation: evidence for a mediational model. *Journal of Couns Psychol* 1994; 41: 91–8.
163. Enns MW, Cox BJ, Inayatulla M. Personality predictors of outcome for adolescents hospitalized for suicidal ideation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 2003; 42: 720–7.
164. Minarik MJ, Myatt R, Mitrushina M. Adolescent multiphasic personality inventory and its utility in assessing suicidal and violent adolescents. *Suicide Life Threat Behav* 1997; 27: 278–84.
165. Abramson LY, Alloy LB, Hogan ME et al. Suicidality and cognitive vulnerability to depression among college students: a prospective study. *J Adolesc* 1998; 21: 473–87.
166. Donaldson D, Spirito A, Farnett E. The role of perfectionism and depressive cognitions in understanding the hopelessness experienced by adolescent suicide attempters. *Child Psychiatry Hum Dev* 2000; 31: 99–111.
167. Brenner ND, Hassan SS, Barrios LC. Suicidal ideation among college students in the United states. *J Consult Clin Psychol* 1999; 67: 1004–8.

168. Duberstein PR, Conwell Y, Seidlitz L, Denning DG, Cox C, Caine ED. Personality traits and suicidal behavior and ideation in depressed inpatients 50 years of age and older. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2000; 55: 18–26.
169. De Man AF, Becerril Gutierrez BI. The relationship between level of self-esteem and suicidal ideation with stability of self-esteem as moderator. *Can J Behav Sci* 2004; 34: 235–8.
170. Haller DL, Miles DR. Suicidal ideation among psychiatric patients with HIV: psychiatric morbidity and quality of life. *AIDS Behav* 2003; 7: 101–8.
171. Linehan MM, Rivzi SL, Welch SS, Page B. Psychiatric aspects of suicidal behaviour: personality disorders. In: Hawton K, Van Heeringen K, (eds). *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester: John Wiley & Sons; 2000: 147–78.
172. Pompili M, Ruberto A, Girardi P, Tatarelli R. Suicidality in DSM-IV cluster B personality disorders: an overview. *Ann Ist Super Sanita* 2004; 40: 475–83.
173. Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M. Borderline personality disorder. *Lancet* 2004; 364: 453–61.
174. Black DW, Blum N, Pfohl B, Hale N. Suicidal behaviour in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *J Pers Disord* 2004; 18: 226–39.
175. Isometsa ET. Psychological autopsy studies: a review. *Eur Psychiatry* 2001; 16: 379–84.
176. Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D, et al. Sociodemographic characteristics of suicide attempters in Europe: combined results of the monitoring part of the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. In: Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D, Kerkhof A, editors. *Suicidal behaviour in Europe: results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour*. Goettingen: Hogrefe & Huber, 2004: 29–43.
177. Brodsky BS, Malone KM, Ellis SP, Dulit RA, Mann JJ. Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 1715–9.

178. Brent DA. Overrepresentation of epileptics in a consecutive series of suicide attempters seen at a children's hospital, 1978-1983. *J Am Acad Child Psychiatry* 1986; 25: 242-6.
179. Breslau N, Davis GC, Andreski P. Migraine, psychiatric disorders, and suicide attempts: an epidemiologic study of young adults. *Psychiatry Res* 1991; 37: 11-23.
180. Schoenfeld M, Myers RH, Cupples LA, Berkman B, Sax DS, Clark E. Increased rate of suicide among patients with Huntington's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1984; 47: 1283-7.
181. Farrer LA. Suicide and attempted suicide in Huntington disease: implications for preclinical testing of persons at risk. *Am J Med Genet* 1986; 24: 305-11.
182. Breslau N. Migraine, suicidal ideation, and suicide attempts. *Neurology* 1992; 42: 392-5.
183. Breslau N, Kilbey M, Andreski P. Nicotine dependence, major depression, and anxiety in young adults. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 1069-74.
184. Breslau N, Kilbey MM, Andreski P. Nicotine dependence and major depression. New evidence from a prospective investigation. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 31-5.
185. Glassman AH, Helzer JE, Covey LS, Cottler LB, Stetner F, Tipp JE, Johnson J. Smoking, smoking cessation, and major depression. *JAMA* 1990; 264: 1546-9.
186. Glassman AH. Cigarette smoking: implications for psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 546-53.
187. Brent DA, Johnson B, Bartle S, Bridge J, Rather C, Matta J Connolly J, Constantine D. Personality disorder, tendency to impulsive violence, and suicidal behavior in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 69-75.
188. Cornelius JR, Salloum IM, Mezzich J, Cornelius MD, Fabrega H Jr, Ehler JG, Ulrich RF, Thase ME, Mann JJ. Disproportionate suicidality in patients with comorbid major depression and alcoholism. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 358-64.
189. Cornelius JR, Thase ME, Salloum IM, Cornelius MD, Black A, Mann JJ. Cocaine use associated with increased suicidal behavior in depressed alcoholics. *Addict Behav* 1998; 23: 119-21.
190. Elliott FA. Violence. The neurologic contribution: an overview. *Arch Neurol* 1992; 49: 595-603.

191. Clifton GL, Kreutzer JS, Choi SC, Devany CW, Eisenberg HM, Foulkes MA, Jane JA, Marmarou A, Marshall LF. Relationship between Glasgow Outcome Scale and neuropsychological measures after brain injury. *Neurosurgery* 1993; 33: 34-8.
192. Frost EA. Perioperative management of the head trauma patient. *Ann Acad Med Singapore* 1994; 23: 497-502.
193. McAllister TW. Neuropsychiatric sequelae of head injuries. *Psychiatr Clin North Am* 1992; 15: 395-413.
194. Gorenstein EE, Newman JP. Disinhibitory psychopathology: a new perspective and a model for research. *Psychol Rev* 1980; 87: 301-15.
195. Rich CL, Runeson BS. Mental illness and youth suicide. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1239-40.
196. Raine A, Buchsbaum M, LaCasse L. Brain abnormalities in murderers indicated by positron emission tomography. *Biol Psychiatry* 1997; 42: 495-508.
197. Roy A. Family history of suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 971-4.
198. Roy A, Segal NL, Centerwall BS, Robinette CD. Suicide in twins. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 29-32.
199. Roy A, Segal NL, Sarchiapone M. Attempted suicide among living co-twins of twin suicide victims. *Am J Psychiatry* 1995;152:1075-6.
200. Schulsinger F, Kety SS, Rosenthal D, Wender PH. A family study of suicide. In: Schou M, Stromgren E, eds. *Origin, Prevention, and Treatment of Affective Disorders*. London: Academic Pr, 1979: 277-87.
201. Brent DA, Bridge J, Johnson BA, Connolly J. Suicidal behavior runs in families. A controlled family study of adolescent suicide victims. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 1145-52.
202. Mann JJ, Brent DA, Arango V. The neurobiology and genetics of suicide and attempted suicide: a focus on the serotonergic system. *Neuropsychopharmacology* 2001; 24: 467-77.
203. Smith JC, Mercy JA, Conn JM. Marital status and the risk of suicide. *Am J Public Health* 1988; 78: 78-80.
204. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Access to firearms and the risk of suicide: a case control study. *Aust N Z J Psychiatry* 1996; 30: 741-8.
205. Mann JJ. The neurobiology of suicide. *Nat Med* 1998; 4: 25-30.

206. Mann JJ, Huang YY, Underwood MD, Kassir SA, Oppenheim S, Kelly TM, Dwork AJ, Arango V. A serotonin transporter gene promoter polymorphism (5-HTTLPR) and prefrontal cortical binding in major depression and suicide. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 729-38.
207. Arango V, Underwood MD, Gubbi AV, Mann JJ. Localized alterations in pre- and postsynaptic serotonin binding sites in the ventrolateral prefrontal cortex of suicide victims. *Brain Res* 1995; 688: 121-33.
208. Malone KM, Corbitt EM, Li S, Mann JJ. Prolactin response to fenfluramine and suicide attempt lethality in major depression. *Br J Psychiatry* 1996; 168: 324-9.
209. Mann JJ, Arango V. Neurobiology of suicidal behavior. In: Jacobs D, ed. *The Harvard Medical School Guide To Suicide Assessment and Intervention*. San Francisco: Jossey-Bass, 1999: 98-114.
210. Cooper SJ, Kelly CB, King DJ. 5-Hydroxyindoleacetic acid in cerebrospinal fluid and prediction of suicidal behaviour in schizophrenia. *Lancet* 1992; 340: 940-1.
211. Nordstrom P, Samuelsson M, Asberg M, Traskman-Bendz L, Aberg-Wistedt A, Nordin C, Bertilsson L. CSF 5-HIAA predicts suicide risk after attempted suicide. *Suicide Life Threat Behav* 1994; 24: 1-9.
212. Muldoon MF, Manuck SB, Matthews KA. Lowering cholesterol concentrations and mortality: a quantitative review of primary prevention trials. *BMJ* 1990; 301: 309-14.
213. Muldoon MF, Rossouw JE, Manuck SB, Glueck CJ, Kaplan JR, Kaufmann PG. Low or lowered cholesterol and risk of death from suicide and trauma. *Metabolism* 1993; 42: 45-56.
214. Golomb BA. Cholesterol and violence: is there a connection? *Ann Intern Med* 1998; 128: 478-87.
215. Kaplan JR, Shively CA, Fontenot MB, Morgan TM, Howell SM, Manuck SB, Muldoon MF, Mann JJ. Demonstration of an association among dietary cholesterol, central serotonergic activity, and social behavior in monkeys. *Psychosom Med* 1994; 56: 479-84.
216. Arango V, Underwood MD, Mann JJ. Fewer pigmented locus coeruleus neurons in suicide victims: preliminary results. *Biol Psychiatry* 1996; 39: 112-20.

217. Ordway GA. Pathophysiology of the locus coeruleus in suicide. *Ann N Y Acad Sci* 1997; 836: 233-52.
218. Nemeroff CB, Owens MJ, Bissette G, Andorn AC, Stanley M. Reduced corticotropin releasing factor binding sites in the frontal cortex of suicide victims. *Arch Gen Psychiatry*. 1988; 45: 577-9.
219. Buchheit KH, Gamse R, Pfannkuche HJ. SDZ 205-557, a selective antagonist at 5-HT₄ receptors in the isolated guinea pig ileum. *Eur J Pharmacol* 1991; 200: 373-4.
220. Carroll BJ, Feinberg M, Greden JF, Tarika J, Albala AA, Haskett RF, James NM, Kronfol Z, Lohr N, Steiner M, de Vigne JP, Young E. A specific laboratory test for the diagnosis of melancholia. Standardization, validation, and clinical utility. *Arch Gen Psychiatry*. 1981; 38: 15-22.
221. Bunney WE Jr, Fawcett JA, Davis JM, Gifford S. Further evaluation of urinary 17-hydroxycorticosteroids in suicidal patients. *Arch Gen Psychiatry* 1969; 21: 138-50.
222. Fawcett J, Busch KA, Jacobs D, Kravitz HM, Fogg L. Suicide: a fourpathway clinical-biochemical model. *Ann N Y Acad Sci*. 1997; 836: 288-301.
223. Brown RP, Stoll PM, Stokes PE, Frances A, Sweeney J, Kocsis JH, Mann JJ. Adrenocortical hyperactivity in depression: effects of agitation, delusions, melancholia, and other illness variables. *Psychiatry Res*. 1988;23: 167-78.
224. Isacson G, Boethius G, Bergman U. Low level of antidepressant prescription for people who later commit suicide: 15 years of experience from a populationbased drug database in Sweden. *Acta Psychiatr Scand*. 1992;85: 444-8.
225. Rutz W, Wålinder J, Von Knorring L, Rihmer Z, Pihlgren H. Prevention of depression and suicide by education and medication: impact on male suicidality An update from the Gotland Study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 1997; 1: 39-46.
226. Isacson G, Holmgren P, Wasserman D, Bergman U. Antidepressants and suicide. *BMJ* 1995; 310: 127.
227. Hirschfeld RM, Russell JM. Assessment and treatment of suicidal patients. *N Engl J Med* 1997; 337: 910-5.
228. Isometsa E, Henriksson M, Heikkinen M, Aro H, Lonnqvist J. Suicide and the use of antidepressants. Drug treatment of depression is inadequate. *BMJ* 1994; 308: 915.

229. Rutz W, von Knorring L, Wålinder J. Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 80: 151-4.
230. Harkavy-Friedman JM, Restifo K, Malaspina D, Kaufmann CA, Amador XF, Yale SA, et al. Suicidal behavior in schizophrenia: characteristics of individuals who had and had not attempted suicide. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1276-8.
231. Pokorny AD. Prediction of suicide in psychiatric patients. Report of a prospective study. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 249-57.
232. Isometsa ET, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Henriksson MM, Aro HM, Lonnqvist JK. The last appointment before suicide: is suicide intent communicated? *Am J Psychiatry* 1995; 152: 919-22.
233. Baldessarini RJ, Tondo L, Hennen J. Effects of lithium treatment and its discontinuation on suicidal behavior in bipolar manic-depressive disorders. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 77-84.
234. Nilsson A. Lithium therapy and suicide risk. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 85-8.
235. Meltzer HY, Okayli G. Reduction of suicidality during clozapine treatment of neuroleptic-resistant schizophrenia: impact on risk-benefit assessment. *Am J Psychiatry* 1995;152:183-90.
236. Reid WH, Mason M, Hogan T. Suicide prevention effects associated with clozapine therapy in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Psychiatr Serv* 1998; 49: 1029-33.
237. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured clinical interview for DSM-IV clinical version (SCID-I/CV). Washington D.C: American Psychiatric Press, 1997.
238. Özkürkçügil A, Aydemir O, Yıldız M, Esen Danacı A, Koroglu E. DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçeye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999; 12; 233-6.
239. Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, First M. Manual for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1990.
240. Coşkunol H, Bağdiken, İ, Sorias S. SCID-II (Türkçe versiyonu) görüşmesinin kişilik bozukluklarındaki güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1994; 9: 26-9.

241. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, Heninger GR, Charney DS. The Yale–Brown Obsessive Compulsive Scale. I: Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 1006–11.
242. Tek, C., Ulug, B., Rezaki, G., Tanriverdi, N., Mercan, S., Demir, B., Vargel, S., 1995. Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale and US National Institute of Mental Health Global Obsessive Scale in Turkish: reliability and validity. *Acta Psychiatr Scand* 1995 91: 410-3.
243. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561-71.
244. Hisli N. Beck Depresyon Envateri'nin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 1989; 7: 3-13.
245. Beck AT, Epstein N, Brown, G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56: 893-97.
246. Ulusoy M, Sahin, NH, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *J Cogn Psychother Int Q* 1998: 12: 163-72.
247. Beck AT, Kovacks M, Weissmann A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicidal Intention. *J Consult Clin Psychol* 1979; 47: 342-52.
248. Dilbaz N, Holat H, Bayam G, Tüzer T, Bitlis V. İntihar düşüncesi ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği. XXXI. Ulusal Psikiyatri Kongresi, İstanbul. 1995: 40-41.
249. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism. The hopelessness scale. *J Consult Clin Psycholgy* 1974; 42: 861-5.
250. Durak A. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi* 1994; 9: 1-11.
251. Barnes TRE. A rating scale for drug-induced akathisia. *Br J Psychiatry* 1989; 154: 672–6.
252. Guy W. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. US Department of Health, Education and Welfare. Washington, DC, 1979: 8.
253. Simpson GM, Angus JWS. A rating scale for extrapyramidal side effects. *Acta Psychiatr Scand* 1970; 212: 11–9.
254. Sokero TP, Melartin TK, Rytsala HJ, Leskela US, Lestela-Mielonen PS, Isometsa ET: Suicidal ideation and attempts among psychiatric patients with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 1094-100.

255. Holi MM, Pelkonen M, Karlsson L, Kiviruusu O, Ruuttu T, Heilä H, Tuisku V, Marttunen M. Psychometric properties and clinical utility of the Scale for Suicidal Ideation (SSI) in adolescents. *BMC Psychiatry*. 2005; 5: 8.
256. Çorapçioğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M. DSM-IV eksen 1 ruhsal bozukluklarına göre Türkçe yapılandırılmış klinik değerlendirilmenin güvenilirliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999; 12: 33-6.
257. Sorias S, Saygılı R, Elbi H. DSM-III-R yapılandırılmış klinik görüşmesi. Türkçe versiyonu. SCID-II kişilik bozuklukları formu. Bornova: Ege Üniversitesi Basımevi, 1990.
258. Özdemir O. Medikal İstatistik. 1.Baskı İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık, 2005: 243
259. Chen YW, Dilsaver SC. Comorbidity for obsessive-compulsive disorder in bipolar and unipolar disorders. *Psychiatry Res* 1995; 29: 57-64.
260. Denys D, Tenney N, vanMegen HJ, de Geus F, Westenberg HG. Axis I and II comorbidity in a large sample of patients with obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord* 2004; 80: 155–62.
261. Tükel R, Meteris H, Koyuncu A, Tecer A, Yazici O. The clinical impact of mood disorder comorbidity on obsessive-compulsive disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 256: 240–5.
262. Angst J, Dobler-Mikola A. A continuum from depression to anxiety disorders? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1985; 235: 179–86.
263. Hecht H, Von Zerssen D, Krieg C, Possl J, Wittchen HU. Anxiety and depression: comorbidity, psychopathology and social functioning. *Compr Psychiatry* 1989; 30: 420–33.
264. Brezo J, Paris J, Turecki G. Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113: 180-206.
265. Besiroglu L, Uğuz F, Sağlam M, Agargun MY, Cilli AS. Factors associated with major depressive disorder occurring after the onset of obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord* 2007; 102: 73–9.
266. Starcevic V. Anxiety disorders in adults: A clinical guide. Oxford: Oxford University Press, 2004.

267. Yen S, Shea MT, Sanislow CA, Grilo CM, Skodol AE, Gunderson JG, McGlashan TH, Zanarini MC, Morey LC. Borderline personality disorder criteria associated with prospectively observed suicidal behaviour. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1296–8.
268. Chioqueta, A.P., Stiles, T., 2004. Assessing suicide risk in cluster C personality disorders. *Crisis*. 25, 128–133.
269. Özkan M, Altındağ A. Comorbid personality disorders in subjects with panic disorder: do personality disorders increase clinical severity? *Comp Psychiatry* 2005; 46: 20-6.
270. Starcevic V, Bogojevic G, Marinkovic J, Kelin K. Axis I and axis II comorbidity in panic/agoraphobic patients with and without suicidal ideation. *Psychiatry Res* 1999; 88: 153-61.
271. McGirr A, Tousignant M, Routhier D, Pouliet L, Chawky N, Margolese HC, Turecki G. Obsessive and compulsive symptoms in schizophrenia. Clinical and neurocognitive correlates. *J Nerv Ment Dis* 2006; 188: 76-83.

EKLER

İntihar Düşüncesi Ölçeği

I. Yaşam / Ölüme Dair Tutumun Özellikleri

1. Yaşama arzusu ()
0.Orta veya şiddetli
1.Zayıf
2.yok
2. Ölme arzusu ()
0.Yok
1.Zayıf
2.Orta veya şiddetli
3. Yaşam / Ölüm için Nedenler ()
0.Yaşam ölümden ağır basmakta
1.Yaşam ve ölüm için nedenler eşit
2.Ölmek yaşamaktan ağır basıyor
4. Aktif intihar girişiminde bulunma arzusu ()
0.Yok
1.Zayıf
2:Orta veya şiddetli
5. Pasif İntihar girişimi ()
0.Yaşamı korumak için intihar girişimi
1.Yaşamayı ölmeyi şansa bırakabilir
2.Hayatını korumak ve sürdürmek için önlemlerden kaçınma

II. İntihar Düşüncesi / Arzusu Karakteristiği

6. Zaman boyutu : Süresi ()
0..Kısa ve geçici dönemler
1.Uzun dönemler
2.Kronik veya hemen daima sürekli
7. Zaman boyutu : Sıklık ()
0.Nadiren
1.Aralıklı
2.Sebat eden veya süregen
8. Düşünce ve Arzuya karşı tutum ()

- 0.Kabul etmeyen
1.Ambivalan , tepkisiz
2.Kabul eden
9. İntihar davranışını / Acting outu kontrol etme arzusu ()
0.Kontrol etme duygusu mevcut
1.Kontrol edeceğinden emin değil
2.Kontrol etme duygusu yok
10. Aktif girişimden caydıran etmenler (din, aile, başarılı olmayan ciddi hasar. Geri dönüş yok ()
0.Caydırıcılar sebebi ile intihar etmeme
1.Caydırıcılar hakkında biraz ilgi gösterme
2.Caydırıcılar hakkında hiç yada minimal ilgi taşıma
11. Düşünülen girişim için sebep ()
0. Çevreyi etkilemek, dikkat çekmek,intikam
1. 0 ve 2 nin kombinasyonu
2. Problemden kaçma, çözmek, tamamen sona erdirmek

III. Tasarlanan Girişimin Özellikleri

12. Yöntem: Özgüllük ve Planlama ()
0.Dikkate alınmama
1.Dikkate alınmış fakat detaylar çalışılmamış
2.Detaylar çalışılmış ve çok iyi planlanmış
13. Yöntem: Erişilebilirlik ()
0.Yönteme ulaşamıyor, fırsat yok
1.Yöntem zaman ve çaba istiyor, fırsat gerçekten yok
2a.Yöntem ve fırsata erişilebilir
2b.Gelecekte yöntem ile ilgili fırsat veya erişilebilirlik önceden tahmin edilebilir.
14. Girişimi gerçekleştirme yeteneğine ilişkin duyumları olması ()
0.Cesaret yok, korkmuş, çok zayıf, yeteneksiz
1.Cesaret konusunda emin değil, yeteneği var.
2.Yeteneği ve cesareti var
- 15.Gerçek girişimin beklentisi / öngörüsü ()
0.Yok
1.Belirsiz, emin değil
2.Evet

IV- Tasarlanan Girişimin Gerçekleştirilmesi

- 16.Gerçek Hazırlık ()
0.Yok

- 1.Kısmen
- 2.Tam

17. İntihar Notu ()
0.Yok
1.Başlamış fakat tamamlamamış yada bırakmamış, sadece düşünce
2.Tamamlamış, bırakmış
- 18.Ölüm beklentisi içinde yapılan son hareketler ()
0.Yok
1.Düşünmüş ve bazı düzenlemeler yapmış
2.Kesin planlar yapmış yada düzenlemeleri tamamlamış
19. Tasarlanan girişimin gizlenmesi yada aldatıcı bir tavır sergilenmesi ()
0.Tasarıları açıkça belli etmek
1.Açılmaktan çekinmek
2.Yalan söyleme,aldatma, gizli tutma girişimlerinde bulunur.

V- Arka Plan Faktörleri

20. Önceki intihar girişimi ()
0. Yok
1. 1
2. Birden fazla
- 21 Son girişimle ilgili ölme eğilimi ()
0.Düşük
1.Orta derecede, ikilemlı, emin değil
2.Yüksek

Beck Depresyon Ölçeği (B D Ö)

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz.

A- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

B- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.

1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

C- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

D- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

E- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

F- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.

1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

G- 0. Kendimden memnunum.

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.

H- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

1. zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

İ- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

J- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

K- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sınırlı değilim.

1. eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sınırlendiren şeyler şimdi hiç sınırlendirmiyor.

L. 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

M. 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.

N- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

O- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

P- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

R- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

S- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

T- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

Evet Hayır

U- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

V- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

İSİM:

TARİH:

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir., Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğim yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif Düzeyde <i>Beni pek Etkilemedi</i>	Orta Düzeyde <i>Hoş değildi ama Katlanabildim</i>	Ciddi Düzeyde <i>Dayanmakta çok zorlandım</i>
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Beck Umutsuzluk Ölçeği

Geleceğe yönelik olumsuz beklenti ye da düşünceleri içeren cümlelerden size uygun olanları evet ye da hayır olarak kodlayınız.

1- Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum

Evet-----hayır

2- Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.

Evet-----hayır

3- İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.

Evet-----hayır

4- Gelecek on yıl içinde hayatimin nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.

Evet-----hayır

5- Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.

Evet-----hayır

6- Benim için çok önemli konularda ileride basarili olacağımı umuyorum.

Evet-----hayır

7- Geleceğimi karanlık görüyorum.

Evet-----hayır

8- Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.

Evet-----hayır

9- İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiç bir neden yok.

Evet-----hayır

10- Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı

Evet-----hayır

11- Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor

Evet-----hayır

12-Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum

Evet-----hayır

13-Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.

Evet-----hayır

14-İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.

Evet-----hayır

15-Geleceğe büyük inancım var.

Evet-----hayır

16-Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur.

Evet-----hayır

17-Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.

Evet-----hayır

18-Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.

Evet-----hayır

19-Kotu günlerden çok, iyi günler bekliyorum.

Evet-----hayır

20-İstediğim her şeyi elde etmek için caba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.

Evet-----hayır

Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS)

İsim:

Tarih:

Y-BOCS SEMPTOM KONTROL LİSTESİ

Var olan tüm semptomları işaretleyiniz. Birincil semptomları "P" ile işaretleyiniz.
(Değerlendirme yapanın, hastanın bahsettiği davranışların, basit fobi veya hipokondriyazise ait değil, obsesif kompulsif bozukluğa ait olduğundan emin olması gereklidir. "s" ile işaretlenen semptomlar obsesif kompulsif bozukluğa ait olabilir veya olmayabilir.)

Şimdi	Geçmişte	
_____	_____	SALDIRGANLIK OBSESYONLARI
_____	_____	Kendine zarar vereceğinden korkma
_____	_____	Başkalarına zarar vereceğinden korkma
_____	_____	Şiddet içeren veya korkutucu imgeler
_____	_____	Müstehcen veya hakaret edici sözler söyleme korkusu
_____	_____	Utanılacak bir şey yapmaktan korkma*
_____	_____	İstenmeyen dürtüleri yapmaktan korkma (örn. arkadaşını yaralama)
_____	_____	Çalacağından korkma
_____	_____	Dikkatsizlik nedeniyle başkalarına zarar verme korkusu (örn. çarpma/kaçma, motorlu araç kazası)
_____	_____	Olan kötü olaylardan kendinin sorumlu olacağı korkusu (örn. yangın, hırsızlık)
_____	_____	Diğer
_____	_____	KİRLENME OBSESYONLARI
_____	_____	Vücut atık veya salgılarından (örn. idrar, dışkı, tükürük) kaygılanmak veya öğrenmek
_____	_____	Kir veya mikroplardan kaygılanmak
_____	_____	Çevre kirliliğinden aşırı kaygı duymak (örn. asbestoz, radyasyon, toksik atıklar)
_____	_____	Evde kullanılan maddelerden aşırı kaygılanmak (örn. temizlik maddeleri, çözücüler)
_____	_____	Kontaminasyon nedeni ile hastalanma kaygısı
_____	_____	Hayvanlardan aşırı derecede korkmak (örn. böcekler)
_____	_____	Yapışkan maddeler veya atıklardan rahatsız olmak
_____	_____	Başkalarına hastalık etkeni bulaştırma kaygısı (saldırgan)
_____	_____	Sadece kontaminasyon halinde ne hissedeceğinden kaygılanmak, sonuçları düşünmemek
_____	_____	Diğer

CİNSEL OBSESYONLAR

- _____ _____ Yasaklanmış veya sapıklık derecesinde cinsel düşünce, görüntü veya dürtüler
- _____ _____ Çocuklar veya incest ilişkisi ile ilgili
- _____ _____ Homoseksüel ilişkisi ile ilgili*
- _____ _____ Başkalarına karşı cinsel davranış (saldırgan)*
- _____ _____ Diğer

BİRİKTİRME/SAKLAMA OBSESYONLARI

(Hobiler ve maddi ve manevi değeri olan eşyalar ile karıştırılmamalıdır)

_____ _____

DİNİ OBSESYONLAR

- _____ _____ Kutsal şeylere karşı hürmetsizlik veya günah ile ilgili
- _____ _____ Doğru/Yanlış kavramları ile aşırı ilgi
- _____ _____ Diğer

EŞYALARIN SİMETRİKLİĞİ VE DÜZENİ İLE İLGİLİ OBSESYONLAR

- _____ _____ Doğaüstü düşünce ile birlikte (örn. eşyaların yerinde olmaması halinde annesinin başına kaza geleceği)
- _____ _____ Doğaüstü düşünceler olmadan

DİĞER OBSESYONLAR

- _____ _____ Bilme veya hatırlama ihtiyacı
- _____ _____ Belirli şeyleri söyleme korkusu
- _____ _____ Doğru şeyi söyleyememe korkusu
- _____ _____ Birşeyler kaybetme korkusu
- _____ _____ İstenmeyen (dehşet içermeyen) görüntüler
- _____ _____ Anlamsız sesler, kelimeler veya müzik duyma
- _____ _____ Belirli seslerden veya gürültüden rahatsız olma*
- _____ _____ Uğurlu veya uğursuz sayılar
- _____ _____ Özel anlamı olan renkler
- _____ _____ Batıl itikatlar
- _____ _____ Diğer

Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS)

SOMATİK OBSESYONLAR

- _____ Hastalık ile ilgili*
- _____ Vücudun bir parçası veya görünümü ile aşırı ilgili
(örn. dismorfofobi)
- _____ Diğer

TEMİZLEME/YIKAMA KOMPULSİYONLARI

- _____ Aşırı veya törensel el yıkama
- _____ Aşırı veya törensel duş, banyo, diş fırçalama veya giyime ileri derecede dikkat
- _____ Ev eşyalarının veya diğer cansız nesnelerin aşırı temizliği ile ilgili
- _____ Kirletici maddeler ile teması önleyen veya yok eden diğer önlemler
- _____ Diğer

KONTROL ETME KOMPULSİYONLARI

- _____ Kilit, ocak, alet vb.lerinin kontrolü
- _____ Başkalarına zarar vermediğini/vermeyeceğini kontrol etmek
- _____ Kendine zarar vermediğini/vermeyeceğini kontrol etmek
- _____ Korkunç bir şey olmadığını/olmayacağını kontrol etmek
- _____ Hata yapıp yapmadığını kontrol etmek
- _____ Somatik obsesyonlara bağlı kontroller
- _____ Diğer

TEKRARLAYICI TÖRENSEL DAVRANIŞLAR

- _____ Tekrar okuma veya yazma
- _____ Rutin hareketleri tekrarlama gereksinimi
(örn. kapıdan girme/çıkma, sandalyeye oturma/kalkma)
- _____ Diğer

SAYMA KOMPULSİYONLARI

SIRALAMA/DÜZENLEME KOMPULSİYONLARI

BİRİKTİRME/TOPLAMA KOMPULSİYONLARI

[Hobilerden, maddi ve manevi değeri olan şeylerin toplanması ile kanştırılmamalıdır (örn. eski mektupları dikkatle okumak, eski gazeteleri düzenlemek, ufak tefek şeyleri sınıflandırmak, işe yaramaz şeyleri biriktirmek).]

DİĞER KOMPULSİYONLAR

Zihinsel törenler (kontrol veya sayma dışında)

Aşırı liste hazırlama

Söyleme, sorma veya itiraf etme gereksinimi

Dokunma, vurma veya ovalama gereksinimi*

Göz kırpma veya gözlerini dikme törensi davranışları*

Kendine; başkalarına zarar gelmemesi veya kötü olaylara karşı önlem alma (kontrol etme değil)

Tören haline gelmiş yemek yeme alışkanlıkları*

Batıl davranışlar

Trikotillomani*

Kendine zarar verici veya yaralayıcı davranışlar*

Diğer

Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS)

İsim:

Tarih:

HEDEF SEMPTOM LİSTESİ

OBSESYONLAR:

1.

2.

3.

KOMPULSİYONLAR:

1.

2.

3.

KAÇINMA:

1.

2.

3.

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

YALE-BROWN OBSESYON KOMPÜLSİYON ÖLÇEĞİ (Y-BOCS)

		Puan
1. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE GEÇEN ZAMAN	(0-4)	<input type="checkbox"/>
2. OBSESİF DÜŞÜNCELERİN YAŞAMI ETKİLEMESİ	(0-4)	<input type="checkbox"/>
3. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ	(0-4)	<input type="checkbox"/>
4. OBSESİF DÜŞÜNCELERE DİRENÇ GÖSTERME	(0-4)	<input type="checkbox"/>
5. OBSESİF DÜŞÜNCELER ÜZERİNDEKİ KONTROLÜN DERECEŚİ	(0-4)	<input type="checkbox"/>
6. KOMPÜLSİF DAVRANIŞLAR İÇİN HARCANAN SÜRE	(0-4)	<input type="checkbox"/>
7. KOMPÜLSİF DAVRANIŞLARIN YAŞAMI ETKİLEMESİ	(0-4)	<input type="checkbox"/>
8. KOMPÜLSİF DAVRANIŞLA BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ	(0-4)	<input type="checkbox"/>
9. KOMPÜLSİF HAREKETLERE DİRENÇ GÖSTERME	(0-4)	<input type="checkbox"/>
10. KOMPÜLSİF DAVRANIŞLAR ÜZERİNDEKİ KONTROLÜN DERECEŚİ	(0-4)	<input type="checkbox"/>
11. HASTANIN OBSESYON VE KOMPÜLSİYONLARINA BAKIŞ AÇISI	(0-4)	<input type="checkbox"/>
12. KAÇINMA	(0-4)	<input type="checkbox"/>
13. KARARSIZLIĞIN DERECEŚİ	(0-4)	<input type="checkbox"/>
14. AŞIRI SORUMLULUK DUYMA	(0-4)	<input type="checkbox"/>
15. HAREKETLERDE BELİRGİN AZALMA VE RAHATSIZLIK HİSSİ	(0-4)	<input type="checkbox"/>
16. PATALOJİK KUŞKU	(0-4)	<input type="checkbox"/>
17. GENEL ŞİDDET	(0-6)	<input type="checkbox"/>
18. GENEL DÜZELME	(0-6)	<input type="checkbox"/>
19. GÜVENİLİRLİK	(0-3)	<input type="checkbox"/>
TOPLAM PUAN	

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

ANORMAL İSTEMSİZ HAREKETLER ÖLÇEĞİ (AİHÖ) ABNORMAL INVOLUNTARY MOVEMENT SCALE (AIMS)

Direktifler: Derecelendirmeyi yapmadan önce muayene yönteminin tümünü inceleyiniz, gözlenen belirtilerden en şiddetli olanı işaretleyiniz.	0 : Hiç yok 1 : Minimal, normalin üst sınırı 2 : Hafif 3 : Orta 4 : Şiddetli
---	---

YÜZ VE AĞIZ HAREKETLERİ	1. Yüz İfade Kasları Örnek: Alın, göz kapakları, periorbital alan ve yanakların hareketleri; göz kırpması, gülümseme, yüz buruşturma	0	1	2	3	4	
	2. Dudaklar ve ağız çevresi Örnek: Ağız buruşturma, dudak bükme, ağız şapırdatma gibi	0	1	2	3	4	
	3. Çene Örnek: Isırma, dişleri sıkma, ağız açma, yan hareketler	0	1	2	3	4	
	4. Dil Yalnızca ağız içi ve ağız dışı hareketlerdeki artmayı derecelendiriniz, hareketleri yapabilme yetersizliğini değil	0	1	2	3	4	
KOL VE BACAK HAREKETLERİ	5. Üst kısım (Kollar, el bilekleri, eller, parmaklar) Koreik hareketler (hızlı, amaçsız, düzensiz, kendiliğinden olanlar), atetoid hareketler (yavaş, düzensiz, karmaşık, yılanvari olanlar) derecelendirilir. Tremor dahil EDİLMEZ (yani tekrarlayıcı, düzenli ve ritmik olanlar).	0	1	2	3	4	
	6. Alt kısım (Bacaklar, dizler, ayak bilekleri ve parmaklar) Örnek: Dizlerin dışı hareketi, ayak vurma, düşük topuk, ayakların kıvrılması, çarpık basma gibi.	0	1	2	3	4	
GÖVDE HAREKETLERİ	7. Boyun, omuzlar, kalçalar Örnek: Sallanma, kıvrılma, kıvrınma, pelvis dönüklüğü gibi	0	1	2	3	4	
GENEL YARGI	8. Anormal hareketlerin şiddeti	Hiç yok, normal	0				
		Minimal	1				
		Hafif	2				
		Orta	3				
		Şiddetli	4				
	9. Anormal hareketlerden dolayı beceri kaybı	Hiç yok, normal	0				
		Minimal	1				
		Hafif	2				
		Orta	3				
		Şiddetli	4				
	10. Hastanın bu anormal hareketlerin farkında olup olmadığı Yalnızca hastanın bildirimini değerlendiriniz.	Farkında değil	0				
		Farkında, sıkıntıda değil	1				
		Farkında, hafif sıkıntıda	2				
		Farkında, orta sıkıntıda	3				
		Farkında, şiddetli sıkıntıda	4				
DİŞ DURUMU	11. Halen diş ve / veya diş protezi ilgili bir sorunu var mı?	Hayır	0				
		Evet	1				
	12. Hasta genellikle diş protezi mi kullanır?	Hayır	0				
		Evet	1				

Toplam Sayı:

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

BARNES AKATİZİ ÖLÇEĞİ (BARS)

Hasta otururken ve ayakta doğal konuşma sırasında gözlenmelidir, her bir pozisyon için en az iki dakika gerekir. Diğer durumlarda gözlenen belirtiler de, örneğin serviste herhangi bir faaliyet yaparken ortaya çıkanlar , ayrıca değerlendirilmelidir. Ardından, öznel fenomenler doğrudan sorgulamayla ortaya çıkarılmalıdır.

1. NESNEL (OBJEKTİF) (0-3)

0 =	Normal, genellikle kol ve bacaklarda huzursuz hareketler
1 =	Karakteristik huzursuz hareketlerin; otururken ayaklar ve bacakların yerinde duramaması ya da bir bacağın sallanması ve/veya ayakta yerinde sayma hareketleri veya bir nokta üzerinde yürüme vardır fakat, hareketler gözlenen zamanın yarısından daha az bir zamanda bulunur.
2 =	Gözlenen fenomen 1. maddede tarif edildiği gibidir fakat, hareketler gözlenen zamanın en az yarısı kadar bir zamanda bulunur.
3 =	Hasta gözlenen süre boyunca sürekli olarak karakteristik huzursuz hareketler ile meşguldür ve/veya oturur durumda kalamaz veya ayakta yerinde yürümeden ya da adımlamadan duramaz

ÖZNEL (SUBJEKTİF)

2. HUZURSUZLUĞUN FARKINDA OLMAK (0-3)

0 =	İç huzursuzluğu yoktur
1 =	Spesifik olmayan iç huzursuzluğu hissi
2 =	Hasta bacaklarını hareket ettirmeden tutamayacağını farkındadır veya hareketsiz durması istendiğinde, ayaklarını hareket ettirme isteği ve/veya iç huzursuzluğu yakınmaları artar
3 =	Hasta çoğu zaman hareket etmek için yoğun bir zorlanma hissettiğinin ve/veya yürümek ya da adımlamak için kuvvetli bir arzu duyduğunun farkındadır

3. HUZURSUZLUĞA BAĞLI RAHATSIZLIK (0-3)

0 =	Rahatsızlık yoktur
1 =	Hafif
2 =	Orta
3 =	Şiddetli

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

4. AKATİZİNİN AYRINTILI KLİNİK DEĞERLENDİRMESİ (0-5)

0 =	Yok. Huzursuzluğun farkında olduğuna dair bir belirti yoktur. İç huzursuzluğu ya da ayaklarını hareket ettirmek için zorlantılı bir arzu duyduğuna dair öznel bir açıklama olmadığı halde karakteristik akatizi hareketleri varsa, psödoakatizi olarak sınıflandırılmalıdır.
1 =	Kuşkulu. Spesifik olmayan iç gerilimi ve huzursuz hareketler.
2 =	Hafif akatizi. Hareketsiz durması istendiğinde kötüleşen ayaklardaki huzursuzluğun ve/veya iç huzursuzluğunun farkında olma. Huzursuz hareketler vardır. Fakat akatizinin karakteristik huzursuz hareketlerinin gözlenmesi gerekmez. Bu durum rahatsızlık yaratmaz ya da çok az rahatsızlık yaratır.
3 =	Orta derecede akatizi. Yukarıda hafif akatizide tarif edildiği gibi huzursuzluğun farkındadır ve buna ek olarak ayaktayken yerinde sayma hareketleri gibi huzursuz hareketler bulunur. Hastalar bu durumu rahatsız edici bulurlar.
4 =	Belirgin akatizi. Yürümek ya da adımlamak için zorlu bir arzu içeren öznel bir huzursuzluk. Bununla birlikte, hasta en az beş dakika oturur durumda kalabilir. Durum açıkça rahatsız edicidir.
5 =	Şiddetli akatizi. Hasta çoğunlukla bir aşağı bir yukarı gezinmek için kuvvetli bir zorlanma tanımlar. Birkaç dakikadan fazla oturamaz ya da yatamaz. Yoğun huzursuzluk ve uykusuzluk ile birlikte sürekli huzursuzluk hali.

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

SIMPSON-ANGUS NÖROLEPTİKLERE BAĞLI HAREKET BOZUKLUKLARINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (SAS)

Lütfen her konu başlığı için 0-4 arası bir puan verin

	Puan
1. YÜRÜYÜŞ	<input type="checkbox"/>
2. KOLLARIN DURUMU	<input type="checkbox"/>
3. OMUZ SALLAMA	<input type="checkbox"/>
4. DİRSEK RİJİDİTESİ	<input type="checkbox"/>
5. BİLEK RİJİDİTESİ	<input type="checkbox"/>
6. BACAĞIN SARKAÇ HAREKETLERİ	<input type="checkbox"/>
7. BAŞIN DURUMU	<input type="checkbox"/>
8. GLABELLA REFLEKSİ	<input type="checkbox"/>
9. TREMOR	<input type="checkbox"/>
10. SALYA	<input type="checkbox"/>
TOPLAM PUAN: