

Tamamlanmış İntiharlarda İki Önemli Risk Etmeni: Fiziksel Hastalığın Varlığı ve Yetersiz Dozda Psikiyatrik Tedavi*

Dr. Gıyasettin Ekici¹, Dr. Haluk A. Savaş², Dr. Serhat Çıtak¹

ÖZET:

TAMAMLANMIŞ İNTİHARLARDA İKİ ÖNEMLİ RISK ETMENİ: FİZİKSEL HASTALIĞIN VARLIĞI VE YETERSİZ DOZDA PSİKİYATRİK TEDAVİ

Amaç: Bu çalışmada tamamlanmış intihar olgularında, fiziksel hastalıkların varlığı ve yetersiz dozda ilaç tedavisinin intihar riski ile ilişkili olup olmadığının saptanması amaçlandı.

Yöntem: 1.1.1996-31.6.1997 tarihleri arasındaki İstanbul ili polis kayıtları incelenerek intihar ederek hayatına son vermiş olanlar arasında daha önce Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde yatırılarak tedavi edilmiş olduğu saptanan 48 kişi ile aynı hastaneye yatırılarak tedavi edilmiş ve intihar öyküsü olmayan hastalardan tanı, yaş ve cinsiyetleri açısından benzer özellikler gösteren 45 kişilik kontrol grubu fiziksel hastalıklarının varlığı ve yetersiz tedavi açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: İntihar grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek oranda fiziksel hastalık ve yetersiz tedavi saptanmıştır.

Sonuç: İntihar riskinin azaltılabilmesi için hem mevcut fiziksel hastalığın hem de psikiyatrik bozukluğun bir bütün olarak ele alınıp hızlı ve etkin bir şekilde tedavi edilmesi gerekmektedir.

Anahtar sözcükler: intihar, fiziksel hastalıklar, yetersiz tedavi, antipsikotik, antidepressan

Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2001;11:168-173

ABSTRACT:

TWO IMPORTANT RISK FACTORS IN COMMITTED SUICIDES: EXISTANCE OF PHYSICAL ILLNESS AND INADEQUACY OF PSYCHIATRIC TREATMENT

Objective: In this study we aimed to determine whether there is role of existence of physical illness and inadequacy of psychiatric treatment in committed suicides or not.

Method: Between the dates 1.1.1996-31.6.1997 police notes were reviewed about committed suicides in İstanbul. Then the persons in that list were checked to see if they had been treated in Bakırköy Mental Hospital(n=48). The files of persons who committed suicide and who were treated there, were surveyed about physical illness and inadequacy of treatment with the aid of a semi-structured form. A matched group who didn't commit suicide but have same first axis diagnosis, same gender and age were used as a control group(n=48).

Results: In the suicide group physical illness and drug treatment with inadequate doses are found to be more frequent than the control group.

Conclusion: To decrease the suicide risk of patients we should treat them with drugs in adequate doses and also consider whether they have a physical illness or not. And if there is a physical illness, it should be evaluated immediately and treated with the same importance as psychiatric illness.

Key words: suicide, physical illness, inadequacy of treatment, antipsychotic, antidepressant

Bull Clin Psychopharmacol 2001;11:168-173

GİRİŞ

Kronik fiziksel bir hastalığın varlığı tüm yaş gruplarında intihar için bir risk etmenidir. Yaşlı erkek hastalarda bu risk daha da artmaktadır(1,2). Düşkünlük yapan hastalıklar sıklıkla intihar davranışını tetikler. İntihar olgularında fiziksel hastalıkların prevalansı % 25 ile % 70 arasında değişmektedir. Bazı çalışmalarda intiharların en az yarısında fiziksel bir hastalığın bulunduğu ve birçok vakada intiharin temel

nedenini oluşturduğu öne sürülmüştür(1, 3). Fiziksel hastalıklar depresyona neden olmak, psikiyatrik hastalıkları başlatmak veya alevlendirmek, algısal-bilişsel ve duygulanımsal değişikliklere neden olan organik mental bozukluklar oluşturarak muhakeme bozukluğu, impulsivite ve suisidal davranışa yol açmak gibi çeşitli yollarla intihar riskini artırır. Yaşlılardaki fiziksel hastalıklarda ve terminal dönemdeki hastalarda, özellikle de kanserde intihar hasta tarafından mantıklı bir "çıkış yolu" gibi görülebilir. İntihar riski

*35. Ulusal Psikiyatri Kongresinde "sözel bildiri" olarak sunulmuştur. 6-12 Eylül 1999 Trabzon

¹İstanbul Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ² Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri ABD

Yazışma Adresi / Address reprint requests to: Yrd. Doç. Dr. Haluk A. Savaş, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fak., Psikiyatri A.B.D
e-mail: haluksavas@hotmail.com Tel: +90 (342) 336 54 00 dahili: 369 Faks: +90 (342) 336 55 05

Kabul tarihi: 08.08.2001

teşhisten hemen sonra ve kemoterapi alırken en yüksektir(4). Yaşlı fiziksel hastalarda eşlik eden depresyonun tedavisi, yaşlılardaki intiharların önlenmesinde önemli bir adımdır (5). İntihar riskini arttıran başlıca etkenler arasında alkol ve madde kullanımının depresyonla komorbiditesi, ileri yaşlar, kötü fiziksel sağlık, kötü iş uyumu, yakın dönemde bir yakınından ayrılma deneyimi, daha önce intihar girişi ve ciddi intihar niyetinden söz edilmektedir (1,6). Fiziksel hastalıklar arasında intiharla en çok ilişkili görülenler; kanser, diyaliz hastaları, endokrin hastalıkları, AIDS, demans, Huntington koresi, epilepsi, kas-iskelet sistemi bozuklukları ve peptik ülserdir. Epileptik hastalarda intihar riski normal popülasyona göre dört kat fazladır. Temporal lobe epilepsisi olanlar arasında ise risk 25 kat artmış bulunmaktadır. Terminal dönemdeki hastalarda, ağrılı hastalıklara sahip kişilerde, uzun ve güç tedavi gerektiren durumlarda intihar riski artar. Bazı kanserler, örneğin pankreatik tümörler fiziksel hastalık belirtileri açıkça ortaya çıkmadan depresif belirtilerle ortaya çıkabilir. İntiharla hayatına son veren insanlarda yüksek oranda peptik ülser saptanmaktadır. Dializ hastaları bir diğer yüksek risk grubunu oluşturur ve genel popülasyona oranla 10 ila 100 kat daha fazla intihar insidansı gözlenir. Huntington koresi olanlarda intihar riski 6 kez artmış bulunmaktadır. Cushing hastalığı, tiroid bozuklukları ve hiperparatiroidizm gibi endokrinopatiler de ciddi depresyonla komplike olabilir ve tanı ve tedavi yetersizliklerinde intihara yol açabilirler. Depresyon sıklıkla AIDS'in ilk belirtisi de olabilir. AIDS'e sıklıkla eşlik eden demans, depresyon ve ileri derecede düşkünlük nedeniyle intihar riski artar. Aurayla birlikte seyreden migrende de intihar riskinin arttığı bildirilmiştir(7). Fiziksel hastalıkların tedavisi için kullanılan bazı ilaçların da depresyona yol açtığı bilinmektedir. Antihipertansif ilaçlar olan propranolol ve reserpin depresyona neden olabilir veya depresyonu başlatabilir. Steroidler de depresyona veya maniye neden olabilir. Levodopa gibi antiparkinson ilaçları, dışarıdan verilen hormonlar, antikanser ve antitüberküloz ilaçları da ciddi duygudurum değişikliklerine neden olabilirler(8).

Psikofarmakoloji, suicidal davranışların etkinliğini azaltmada ve denetiminde faydalı olabilir. Düşük dozda bazı nöroleptikler tekrarlayan intihar girişimi öyküsü olan hastalarda suicidal davranışı azaltabilir(9). Çift yönlü placebo kontrollü bir çalışmada flupenthixol verilen küçük bir grup hastada daha sonraki girişimler önlenmiştir (10). Ancak bu sonucun

başka çalışmalarla da desteklenmesi gerekmektedir(11). Antidepresanlarda ise intihar girişimini ve intihar fikirlerini azaltıcı etki tartışmalıdır. Yapılan çalışmalarda noradrenerjik antidepresanlarla intihar girişimlerinin provoke edilebileceği şeklinde bulgular elde edilmektedir. Örneğin maprotilinle yapılan uzun erimli bir çalışmada, depresyonu azaltıcı etkisine rağmen yüksek intihar girişimi oranı saptanmıştır. Bununla birlikte serotonerjik antidepresanlar intiharı provoke eder görünmemektedir. Hatta koruyucu etkisi olabilir. Serotonerjik ilaçların aşırı alınımının, heterosiklik antidepresanların aşırı alınımından daha az öldürücü olduğu da bilinmektedir(9, 12,13). Yan etki ya da toksik doza çıkma korkusuyla ilacın yetersiz dozda reçete edilmesinin hastaya daha çok zarar verdiği, ayrıca intihar eden hastaların sadece % 5'inin kullanmakta oldukları ilaçlarıyla bunu yaptıkları belirtilmektedir(14). Finlandiya'da yapılan 1990-1995 yılları arasındaki intiharları araştıran bir çalışmada SSRI'ların kullanımının yaygınlaştığı bu dönemde toplam intihar oranının anlamlı şekilde düştüğü belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada antidepresan alarak intihar edenlerin % 82'sinin trisiklik ajanlarla bunu yaptıkları belirlenmiştir(15).

Yetersiz dozda ilaç tedavisi mevcut psikiyatrik hastalığın öncelikle iyileşmemesine, kronikleşmesine ve bazen de alkol-madde kullanımıyla komplike olmasına yol açarak intihar riskini arttırabilir. Tıbbi takip altındaki 61 depresyon hastasının intiharını inceleyen bir çalışmada hastaların yarısından azının antidepresan kullanmakta olduğu ve bunların çok az bir kısmının etkin dozda tedavi edildikleri saptanmıştır(16). Bir başka çalışmada geçmişte mükerrer intihar girişimi olan ve halen major depresyonda olan ve dolayısıyla intihar riski yüksek olan hastaların çoğunluğunun yetersiz dozda antidepresanla tedavi edilmeye çalışıldığı belirtilmiş ve bunun sakıncalarına dikkat çekilmiştir(17). Finlandiya 'da yapılan bir çalışmada ise intihar girişiminden önce ve sonra aldıkları tedaviler açısından karşılaştırılan major depresyonu olan hastaların girişimden sonra bile sadece % 17'sinin yeterli dozda antidepresan aldıkları, öncesinde ve sonrasında hiçbirinin EKT tedavisi almadığı vurgulanmıştır(18). Bir başka çalışmada ise hastaneye yatmış olan ve daha öncesinde hekim kontrolünde olan major depresyon hastalarının yatıştan önceki dönemde % 14'üne antidepresan önerilmemiş olduğu, %41'ine ise yetersiz dozda antidepresan verildiği belirlenmiştir(19).

Bu çalışmada tamamlanmış intihar olguları, fizik-

sel hastalıkların varlığı ve yetersiz dozda tedavi açısından araştırıldı.

GEREÇ VE YÖNTEM:

Örneklem grubu:

Çalışmamız daha önce Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yatırılarak tedavi edilmiş olup daha sonra intihar ederek hayatına son vermiş olan 48 kişi ile yatırılarak tedavi edilmiş olan intihar etmemiş hastalar arasından seçilen aynı tanıları almış, aynı yaşlardaki, aynı cinsiyete sahip 45 kişiden oluşan kontrol grubu ile gerçekleştirilmiştir.

Bu amaçla İstanbul Emniyet Müdürlüğü İstatistik Şubesinden alınan İstanbul sınırları içinde 1996 yılı ve 1997 yılının ilk 6 ayında meydana gelmiş intihar vakalarını içeren liste taranarak hastanemizdeki kayıtlarla karşılaştırılmış, 508 vakadan 48 tanesinin hastanemizde yatarak tedavi gören hastalar olduğu anlaşılmıştır. Bu hastaların daha önceki tıbbi yatış dosyaları çıkarılarak 16 itemden oluşan sosyodemografik ve klinik bilgi formu ile incelenmiş ve bulgular kontrol grubuyla karşılaştırılmıştır. Her iki grup, fiziksel hastalıkların varlığı ve yetersiz tedavi açısından karşılaştırıldı. Epilepsi, diyabet, kardiyovasküler hastalık vb. gibi süregen ve kişinin işlevselliğini ve performansını önemli oranda etkileyen bozukluklar fiziksel hastalık olarak kabul edildi.

Antidepresanlar için 150 mg/gün imipramin eşdeğeri, antipsikotikler için 10 mg/gün haloperidol eşdeğeri altındaki dozlar düşük doz olarak kabul edildi. Kombinasyon ilaç kullanılan olgularda tam uyumlu olarak birincil tedavi amaçlı kullanılan ilacın dozu esas alındı.

Analiz yöntemi:

Verilerin analizi için non-parametrik testler kullanılmıştır. Oran karşılaştırmaları için ki-kare, ikili karşılaştırmalar için de Mann-Whitney U testlerinin uy-

gulanmasında SPSS programı 6.0 versiyonu kullanılmıştır.

BULGULAR

Sosyodemografik Bulgular:

Çalışma kapsamına alınan hasta sayısı 48'i çalışma grubu ve 45'i kontrol grubu olmak üzere 93 kişidir. Çalışma grubunun 36 kişisi(%75) erkek, 12 kişisi (%25) kadındır. Kontrol grubunda 36 kişi erkek(%80), 9 kişi (%20) kadındır. Gruplar arasında cinsiyet açısından anlamlı fark yoktur ($\chi^2=0,332$, $sd=1$, $p=0,564$).

Yaş dağılımına bakıldığında çalışma grubundaki olguların yaşları 19 ile 57 arasında değişmektedir ve yaş ortalaması 36.7'dir($ss\pm 8.17$). Kontrol grubunda da yaşlar 19 ile 57 arasında değişmekte ve yaş ortalaması 37.0 ($ss\pm 9.05$) olarak bulunmaktadır. İki grup arasında yaş dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($z=0.17$, $p> 0.05$).

Klinik bulgular:

Olgulardaki fiziksel hastalık sıklığı araştırıldığında Tablo-1'de görüldüğü şekilde intihar eden grupta 47 kişiden 12'sinde(%25.5) fiziksel hastalık saptanırken, kontrol grubunda 45 kişiden 4'ünde(%8.9) fiziksel hastalık vardı. Fiziksel hastalıkların listesi Tablo-2'de sunulmuştur. 35 erkekte 8'inde (%22.9) fiziksel hastalık varken, 12 kadından 4'ünde (%33.3) bulunmaktadır($\chi^2=4.43$ $sd=1$ $p=0.035$).

Hastaların son yatışlarında tedavi amacıyla kullandıkları ilaçlar gözden geçirildi. Tablo-3'de görüldüğü gibi kontrol grubunda 1 kişi ilaçsız gözlenmiştir. Trisiklik antidepresan kullananların sayısı intihar eden grupta 7 ve kontrol grubunda 1 kişi, diğer antidepresanlar (SSRI, SNRI, MAO-I vs.) kullananlar intihar grubunda 1 ve kontrol grubunda 5 kişi, nöroleptik kullananlar intihar grubunda 20 ve kontrol grubunda 23 kişi, benzodiazepin kullananlar intihar

Tablo 1. Fiziksel hastalığın varlığı

	İntihar grubu		Kontrol Grubu		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Fiziksel hastalık yok	35	74.5	41	91.1	76	82.6
Fiziksel hastalık var	12	25.5	4	8.9	16	17.4
Bilgi yok	1	2.1	-	-	1	1.1
Toplam	48	53.2	45	48.9	92	100

$\chi^2=4.43$

$sd=1$

$p=0.035$

Tablo 2. Fiziksel hastalıkların listesi

Fiziksel hastalığın türü	Görülme sıklığı(kişi sayısı)
Epilepsi	2
İleri derecede bilateral katarakt	1
Diabetes Mellitus	1
Hipotiroidi	2
Hipertiroidi	1
Akciğerde Tbc.sekeli+3kez mide ameliyatı	1
Ağır anemi	1
Duodenum ülseri	1
Huntington hastalığı	1
Sekel hemipleji	1
Kronik tıkaçıcı akciğer hastalığı	1
Koroner kalp hastalığı	1
Kronik hepatit	1
Travma sonrası scrotumu alınmış	1
Toplam	16

roleptiklerle birlikte 2 kişiye olmak üzere toplam 9 kişiye benzodiazepin kullanılmıştır. İntihar eden grupta daha çok benzodiazepin kullanıldığı görülmektedir.

Olgulara uygulanan farmakoterapinin yeterli doz aralığında bulunup bulunmadığı araştırıldı. Değerlendirme sonucu intihar eden grupta istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı olmak üzere yetersiz doz ilaç uygulandığı saptandı. Tablo-4'te görüldüğü şekilde intihar eden grupta 48 kişiden 16'sına (%33.3) yeterli doz sınırının altında ilaç uygulandığı görülürken, bu oran kontrol grubunda 45 kişide sadece 2 kişi olarak bulundu. ($\chi^2=12.08$, $sd=1$, $p=0,0005$)

İntihar grubunda yetersiz doz ilaç kullanımı olan 16 olgunun hangi ilaçları kullandıkları araştırıldığında Tablo-5'te görüleceği gibi 5'inin trisiklik antidepresan, 1'inin diğer grup antidepresanlar, 2'sinin nöro-

Tablo 3. Gruplara göre ilaç kullanımı

	İntihar grubu (n)	Kontrol grubu (n)	Toplam (n)	Toplam (%)
İlaçsız gözlem	—	1	1	1.1
Trisiklik antidepresan	7	1	8	8.6
Diğer antidepresanlar	1	5	6	6.5
Antipsikotik	20	23	43	46.2
Benzodiazepin	5	3	8	8.6
Kombine	15	12	27	29.0
Toplam	48	45	93	100

Tablo 4. Yeterli doz aralığı ve grupsal dağılımı

	İntihar grubu		Kontrol grubu		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Yeterli doz	16	33.3	2	4.5	18	19.6
Yetersiz doz	32	66.7	42	95.5	74	80.4
Toplam	48	52.2	44	47.8	92	100

 $\chi^2=12.08$

sd=1

p=0.0005

grubunda 5 ve kontrol grubunda 3 kişi, kombine ilaç kullanımı olanlar(antidepresan+nöroleptik+benzodiazepin veya antidepresan+nöroleptik) intihar grubunda 15 ve kontrol grubunda 12 kişidir.

İntihar eden grupta sadece benzodiazepin verilen 5 kişinin yanısıra, antidepresanlara ek olarak 7 kişiye ve nöroleptiklere ek olarak 9 kişiye olmak üzere toplam 21 kişiye benzodiazepin grubu ilaç verilmiştir. Kontrol grubunda ise sadece benzodiazepin kullanan 3 kişiye ek olarak, antidepresanlarla birlikte 4 ve nö-

leptik, 2'sinin benzodiazepin ve 6'sının kombine ilaç kullandıkları görüldü.

TARTIŞMA:

İntihar eden grupta fiziksel hastalık oranı kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda intihar eden grupta 47 kişiden 12'sinde kişinin işlevselliğini bozacak düzeyde ciddi fiziksel hastalık saptanırken, kontrol grubundaki 45

Tablo 5. Yetersiz dozda kullanılan ilaçların cinsi

	Yetersiz doz		Yeterli doz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Trisiklik A.D.	5	71.4	2	28.6	7	14.5
Diğer A.D.	1	100	-	-	1	2.0
Antipsikotik	2	10	18	90	20	41.6
Benzodiazepin	2	40	3	60	5	10.4
Kombine	6	40	9	60	15	31.2
Toplam	16	33.3	32	66.6	48	100

kişiden 4'ünde saptanmıştır. Tedavi amacıyla kullanılan ilaçların dağılımında her iki grupta da en fazla antipsikotik ilaç kullanıldığı görülmektedir. Trisiklik antidepresan kullananların büyük kısmı (8 kişiden 7'si) intihar eden grupta iken, kontrol grubunda daha çok diğer (SSRI,SNRI,RIMA vs.) antidepresanların kullanıldığı dikkati çekmektedir (6 kişiden 5'i). Diğer taraftan tek başına veya kombinasyon içinde benzodiazepin verilen hastalar intihar eden grupta 21 kişi ve kontrol grubunda 9 kişi olmak üzere anlamlı düzeyde farklıdır. Bu bulgu intihar grubundaki hastaların anksiyete düzeylerinin daha yüksek olması , klinik idarede güçlük çekilmiş olması gibi nedenlere işaret edebilir.

Yüksek doz ilaç alarak intihar edenlerin kayda değer bir kısmının trisiklik antidepresan ve/veya sedatif-hipnotik ilaç kullanarak intihar ettiği bilinmektedir(20). Bizim çalışmamızda yüksek doz ilaç alarak intihar edenler sadece 2 kişi olduğu için bu bilgiyi destekleyecek anlamlı bir bulgu elde edemedik. Bu iki kişiden biri trisiklik antidepresan, diğeri kombine ilaç(trisiklik antidepresan+antipsikotik+benzodiazepin) kullanmakta iken hastaneden çıkarılmışlardır. İntihar sırasında hangi ilaçları kullanarak intihar ettikleri ise kayıtlarda belirtilmediği için bilinmemektedir.

Tedavide kullanılan ilaçların yeterli dozda uygulanıp uygulanmadığı araştırıldı. İntihar eden grupta yeterli doz sınırının altında ilaç uygulanma oranı %33.3 iken, kontrol grubunda sadece %4.4 olarak bulunmaktadır. Çok ileri düzeyde anlamlı olan bu fark, intihar eden gruptaki olguların yetersiz dozda ilaçla tedavi edildiklerini göstermektedir.

Sonuç olarak; İntihar eden grupta yetersiz doz ilaç uygulanmış olanların oranı çok yüksektir. Kronik fiziksel hastalıklar intihar grubunda daha fazla görülmüştür. Yaptığımız bu çalışma etkin ve bütünsel bir tedavinin intihar riskini azaltabileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle aşağıdaki hususların klinisyen tarafından daha dikkatle değerlendirilmesi yararlı olacaktır: 1- Psikiyatrik tedavi için kullanılan ilaç dozlarının yeterli olması konusunda özen gösterilmeli, 2- Olası fiziksel hastalıkların titiz bir tamsal değerlendirilmesinin yapılması intihar riskinin belirlenmesinde daha doğru bir öngörü sağlaması yanında, mevcut fiziksel hastalığın etkin tedavisi de intihar riskini azaltabilir. Sonuç olarak intihar riskininin azaltılabilmesi için hem mevcut fiziksel hastalığın, hem de psikiyatrik bozukluğun bir bütün olarak ele alınıp hızlı ve etkin bir şekilde tedavi edilmesi gerekmektedir.

Kaynaklar:

1. Hawton K. Assesment of suicide risk, Br J Psychiatry 1987;150: 145-153.
2. Heikkinen ME, Lonqvist JK. Recent life events in elderly suicide: a nationwide study in Finland. Int Psychogeriatr 1995 ; 7: 287-300.
3. Rossau CD, Mortensen PB. Risk factors for suicide in patients with schizophrenia: nested case-control study. Br J Psychiatry 1997 ;171: 355-9.
4. Storm HH, Christensen N, Jensen OM. Suicides among Danish patients with cancer: 1971 to 1986. Cancer 1992; 69:1507-12.
5. Moscicki EK. Epidemiology of suicide, North American Perspectives,International Psychogeriatrics, Vol:7, No:2, 1995, s:137-148.
6. Fidaner H, Fidaner C. İntihar:çok yönlü sosyal psikiyatri sorunu, XXIII. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik bilimler kongresi bilimsel çalışmaları, İstanbul 1987, s:301-307.

7. Breslau N. Migraine, suicidal ideation, and suicide attempts. *Neurology* 1992; 42:392-5.
8. Blumenthal S J. Suicide: a guide to risk factors, assessment and treatment of suicidal patients, *Medical Clinics of North America*, 1988; 72:937-71.
9. Hillard JR. Predicting suicide. *Psychiatric Services* 1995; 46:223-5.
10. Montgomery SA, Montgomery DB, Rani SJ, Roy DN. (1979) Maintenance therapy in repeated suicidal behaviour: A placebo controlled trial. In proceedings communication: 10th International for Suicide Prevention and Crisis Intervention, Ottawa, 17-20 June, 1979.
11. Hawton K, Catalan J. Attempted Suicide: a practical guide to its nature and management, Çeviri: Birsen Ceyhan, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1994, s:4-44.
12. Brewerton TD. Fluoxetine-induced suicidality, serotonin, and seasonality. *Biol Psychiatry* 1991; 30:190-6.
13. Montgomery SA. Suicide and antidepressants. *Drugs* 1992; 43 Suppl 2:24-30; discussion 30-1.
14. Muller-Oerlinghausen B, Berghofer A. Antidepressants and suicidal risk. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 Suppl 2:94-9; discussion 111-6.
15. Ohberg A, Vuori E, Klaukka T, Lonnqvist J. Antidepressants and suicide mortality. *J Affect Disord* 1998; 50:225-33.
16. Modestin J. Antidepressive therapy in depressed clinical suicides. *Acta Psychiatr Scand* 1985; 71:111-6.
17. Oquendo MA, Malone KM, Ellis SP, Sackeim HA, Mann JJ. Inadequacy of antidepressant treatment for patients with major depression who are at risk for suicidal behavior. *Am J Psychiatry* 1999; 156:190-4.
18. Suominen KH, Isometsa ET, Henriksson MM, Ostamo AI, Lonnqvist JK. Inadequate treatment for major depression both before and after attempted suicide. *Am J Psychiatry* 1998 ; 155:1778-80.
19. Ferreres F, Bertschy G, Baumann P. Antidepressant treatment before hospitalization for major depression: often prescribed, often undertitrated. *Pharmacol Res.* 1997; 35: 33-6.
20. Odağ, C. İntihar, İzmir, Psikiyatri Derneği Yayınları, 1995.