

İNTİHAR ve ADLİ BİLİMLER

Dr. GÖKHAN ORAL*

ÖZET

İntihar, insanın özbenliğine yönelmiş bir saldırı olup, bireyin kendi yaşamına isteyerek son vermesidir. Yüzyılımıza "Anksiyete Çağı" denmesinin mevcut sebepleri insanoğlunun, Romantik Çağ sonrası önce Avrupa'da yaygınlaşmış, intihar seçeneğini daha fazla kullanmasına yol açmıştır. Son yıllarda özellikle genç nüfusta artan intihar oranı bu konuyu hem Psikiyatrinin hem de Adli Bilimlerin önemli bir konusu haline getirmiştir. Bu yazıda önce intiharın bio-psiko-sosyal yönleri hakkında mevcut tıbbi bilgiler ışığında bir derleme yaptıktan sonra Adli Bilimsel boyutunu da ekleyerek tartışmak istiyoruz.

SUMMARY

Suicide is an attack directed toward oneself, a conscious deliberate self-inflicted death. The same factors which caused our century to be called "The Age of Anxiety", also brought about an increase incidence of suicide which was already widespread, first in Europe after "The Romantic Age". Lately, the increase in suicide incidence, especially among young people, made suicide a significant subject for both Psychiatry and Forensic Sciences. In this paper, we aimed to review the bio-psycho-social aspects of suicide and discuss the topic in terms of Forensic Sciences.

GİRİŞ

Edwin Sheneidman'a (1985) göre intihar, kişinin kendi iradesiyle kendisini yok etmesidir ve çok yönlü bir konu olmasına rağmen, zor durumda olan bir kişinin kendisi için bulabildiği en iyi çözüm yolu şeklinde düşünmek anlamlı olabilir. Bugünkü tıbbi görüşlere göre intihar bir hastalık değil bir semptomdur ve diğer semptomlar gibi farklı hastalıklarda ortaya çıkabilir (*Murphy, Michels, 1989*). İntihar, karşılanmamış ihtiyaçlarla, umutsuzluk ve çaresizlik duygularıyla, yaşam ve dayanılmaz stres arasındaki konflikt (çatışma) veya ambivalansla, kişinin kendi çıkış yollarını tükenmiş olarak algılamasıyla ve kaçış isteğiyle alakalı görünmektedir (*Kaplan, Sadock ve Grebb, 1994*).

TARİHÇE

İntiharın İngilizce ve Fransızca karşılığı olan "suicide" orta çağda kullanılmaya başlanan ve kendini öldürmek anlamına gelen "sui homicide" kelimesinden gelmektedir. 18. yüzyılda Fransızlar "suicidium" kelimesini kullanmaya başladılar. Bugünkü haliyle ilk defa Abbe Desfontaines kullanmış daha sonra da

bu kelime "Dictionnaire de L'Academie" de yer almıştır. Arapçada kurban anlamına gelen "narh"tan gelen "intihar" kelimesi ise ilk defa Tanzimat döneminde kullanılmaya başlamıştır. İntihar eylemleri tarih boyunca çok farklı biçimlerde yorumlanmış, bazı kültürlerde bir günah olarak lanetlenirken, bazılarında da onurla bağdaştırılarak saygıyla karşılanmıştır. İslamiyet, Musevilik ve Hıristiyanlık intiharı yasaklar; ayrıca bazı ülkelerde intihar girişimlerinde ceza öngören yasalar mevcuttur (*Çağlayan, 1966*). Bu yaklaşımın arkasında, intihar etmek isteyen kişilerin dine, devlete ve topluma karşı çıkmış, intikam almak isteyen, toplumun yaşama gücünü kırmaya çalışan zararlı kimseler olarak görme itiyadı vardır (*Ziyalar, 1980*).

Eski Yunanda idam mahkumlarının intihar etmesine izin verilirdi. İdama mahkum bir kişinin yaptığı o kadar korkunç o kadar görülmemiş bir şeydir ki, bunların sonucunda öç arayan ruh ya da öç alma tanrıçalarının (Eriny'ler) kışkırttığı ölümcül gaflet içinde yakalanıp yutulmasına, yani kendini öldürmesine izin verilirdi (*Thompson, 1988*). Öte yandan Romalılar, özellikle imparatorluğun son dönemlerinde, intihara karşı hoşgörüsüz bir tutum benimsediler. Bunun nedeni, köleler arası intiharın yaygınlaşması, dolayısıyla da köle sahiplerinin ekonomik zarara uğramasıydı.

* İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı Adli Psikiyatri Bilim Dalı. Adli Tıp Uzmanı

Buna karşılık Brahmanlar intihara hoşgörüsüyle bakar. Dul kalan bir kadının kendisini yakması (sati) yakın zamana kadar toplumsal kabul görür, hatta özendirilirdi. Japonların hara-kiri (karın yarma) geleneği de uzun süre törensel biçimde uygulandı. Soy-lulara bu yolla hatalarından dolayı kendilerini cezalandırma ayrıcalığı tanınırdı. Hara-kiri aynı zamanda başarısızlığın getirdiği aşağılanmadan kurtulmak, düşmanları utandırmak, ölmüş bir büyüğe ya da imparatora bağlılığı göstermek için bir yoldu. Zorunlu hara-kiri 1873'te yasaklandı. Ayrıca Budacı rahip ve rahibeler arasında da toplumsal bir protesto biçimi olarak kendini yakma geleneğinin yaygın olduğu da bilinmektedir.

Avrupa'da ortaçağdan başlayarak önce kilise hukuku, ardından ceza hukuku aracılığıyla intihar yasaklandı. İngiliz "Common Law" örfü, intihar edenin bütün servetinin devlete intikal edeceğini emreder. Yine İngiltere'deki geleneksel bakış; "intihara teşebbüs eder ve kurtulursanız, bir katil gözü ile bakılmaktan, muvaffak olursanız, bir "lunatik" (deli) olarak görülmekten kurtulamazsınız" şeklindeydi. İntihara teşebbüs edenler için düzenlenen cezalar arasında en önemlileri toplumdaki ayrılmak zorunda bırakmak ve dinsiz ilan etmektir. Bunun yanı sıra, intihar edenleri gömmeyip açıkta bırakmak birçok kültürde kabul gören bir adettir. Fransız Devriminden sonra intihar girişimlerini cezalandıran yasalar kaldırıldı. İngiltere'de ise bu yasal düzenleme ancak 1961'de gerçekleşti.

Türkiye'de ise intihara teşebbüs (İT) eden kimse bundan dolayı suçlu tutulmaz. Ancak intihar için yasalarla kullanımı yasak edilmiş bir psikoaktif madde kullanmış veya ruhsatsız bir ateşli silahla (AS) bunu denemişse sadece TCK'nun 6136 sayılı kanununa muhalefeten suçlu duruma düşer. Bu konuyla ilgili bir diğer maddeye göre de; birçok Avrupa ülkesi ve Amerika Birleşik Devletleri'nde de uygulandığı gibi; başkalarını intihara ikna ve yardım eden TCK. 454. maddesine göre yargılanır (İçel, 1991).

EPİDEMİYOLOJİ

İnsidans ve Prevalans:

Her yıl, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yaklaşık 30.000 kişi intihar ederek ölmektedir (Kaplan, Sadock ve Grebb, 1994). 1989 yılında 30.232 kişi intihar sonucu ölmüştür (U.S. Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi, 1990). Bu rakamlar başarıya ulaşılmış intiharlar için geçerlidir. İntihara teşebbüs (İT) rakamlarının ise bu rakamların 8-10 misli olduğu tahmin edilmektedir. 1970 ile 1980 arasında 230.000'den fazla kişi ABD'de intihar ederek yaşamına son ver-

miştir. Yani, günde 75 kişi ve her 20 dakikada bir kişi bu şekilde ölmektedir. İntihar oranı (İÖ) bir toplumdaki diğerine değiştiği ve hatta aynı ülkenin farklı yörelerinde anlamlı farklılıklar gösterdiği için bu rakamların toplumumuzda ve diğer toplumlarda da aynı ciddi oranda olduğunu düşünmek yanlış olur. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) istatistiklerine göre; Finlandiya, Macaristan ve Batı Almanya'da intihar oranı 100.000'de 30 kişi olmasına karşın, Filipinler'de bu oran 100.000'de 1'e düşmektedir (Geçtan, 1995). İntihar Kuşağı'nı (suicidebelt) oluşturan ülkeler olan, İskandinav devletleri, İsviçre, Almanya, Avusturya ve Doğu Avrupa ülkelerinde İÖ, 100.000'de 25'dir. Bazı bölgesel çalışmalar dışında ülkemizde bu oranları kati olarak bildiren rakamlar olmamasına rağmen Devlet İstatistik Enstitüsü'nün (DİE) ve Emniyet Örgütü'nün ülke genelinde yaptığı belirlemeler sonucu 1985 yılında 1185 kişinin çeşitli nedenlerle intihar ettiği bildirilmiştir. Yine DİE'nin verilerine göre 1981-1990 yılları arasında intiharların genel nüfusa oranı 100.000'de 2.23'tür. Adli Tıp Kurumu İzmir Grup Başkanlığı'nda yapılan bir çalışmaya göre; İzmir'de 1980-1990 yılları arasında 473 intihar vakası belirlenmiştir (Dülger ve ark., 1991). Oysa ki aynı yıllarda Sivas'ta görülen intihar sayısı 154'tür (Katkıcı ve ark. 1994). Salaçin (1993), 1992 yılında Adana bölgesinde 43 intihar vakası bildirmiştir. İstanbul'da 1927-1972 yılları arasındaki bütün intiharları inceleyen bir çalışmaya göre de, tüm popülasyonda İÖ, 100.000'de 0.7'dir (Arkun, 1976).

İntihar oranının yıllar içinde tüm dünyada arttığı yolunda çok sayıda veri mevcuttur. İÖ, 14 ülkeyi kapsayan bir çalışmada yıllar içinde şu değişiklikleri göstermiştir: Her 100.000 kişide; 1875 yılında 7.8, 1952'de 12.3, 1962'de 12.9, 1975'de 15.0 ve 1986'da 17.9 (Lester, 1994). Benzer bir şekilde ABD'de de İÖ yıllar içinde yavaş bir artış göstermiş, 1977 yılında bir pik yaparak 13.3'e yükselmiş, halen de yavaş bir hızla da olsa yükselmeye devam etmektedir (Atlanta, Hastalık Kontrol Merkezi İstatistikleri, 1990). Türkiye'deki İÖ hakkında DİE'nin bildirdiği verilere göre, intiharlar 1988 yılı itibarıyla 1979 yılından bu yana %43'lük bir artış göstermiş, 1982-1983 yılları arasında ise %1.98 oranında artmıştır. Arkun'un 1927-1972 yılları arasında bildirdiği İstanbul'daki İÖ, 100.000'de 0.7 iken Oral (1994); bir çalışmada İstanbul'daki sadece ası yoluyla İÖ'nün 1993 yılında 100.000'de 1.0 olarak bulunmuştur. Bu rakamlar, İstanbul'un gerçek nüfusunun bile tam olarak bilinmediği ülkemizde, gerçek oranları ne kadar yansıttığı dikkate alınarak yorumlanmalıdır. Batı Avrupa ülkeleri ve ABD'deki sanayileşmiş kentlerde intihar oranının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Roy, 1989).

DİE'nin verilerine göre benzer bir durumun bizim ülkemizde de var olduğu söylenebilir.

İlişkili Faktörler:

1- Cinsiyet:

Erkeklerin kadınlara göre 3 misli daha fazla intihar ederek öldükleri, bu oranın her yaş grubunda sabit olduğu, bununla beraber intihara teşebbüsün (İT) kadınlarda 4 misli daha fazla olduğu bildirilmiştir. Değişik çalışmalarda erkek/kadın oranı (E/K); 2/1 ile 7/1 arasında bulunmuştur (Roy, 1989 ve Perlin, 1975). Ülkemizde yapılan çalışmalarda, Katkıcı, Sivas'ta 1984-1993 yılları arasındaki intihar olgularında erkeklerin oranını %51.6, Salaçin ise, 1992 yılı içinde Adana'daki intihar vakalarında erkeklerin oranını %46.5 gibi bu değerlere uymayan rakamlarda bulmuşlardır. Arkun ise İstanbul'da yaptığı yaklaşık 50 yıllık çalışmasında E/K oranını 1.2 olarak bulmuştur. Bu rakamlar birbirinden farklı olarak görülmekle birlikte, E/K oranı Türkiye'de diğer ülkelere göre "1"e daha yakın gibi gözükmektedir.

2- İntihar yöntemi:

Erkeklerde İO'nun daha yüksek olması, ası, ateşli silah (AS) ve yüksekte atlama (YA) gibi başarıya ulaşma şansı daha fazla olan intihar yöntemlerinin (İY) seçilmesindedir. Kadınlarda daha çok aşırı dozda psikoaktif ve toksik madde alma ve suda boğulma gibi metodları İY olarak tercih ederler. Son yıllarda kadınlar tarafından AS'ların da bir İY olarak tercih edildiği bildirilmektedir. Katkıcı (1994), kendi istatistiklerinde, erkeklerde ası yoluyla İY'nin %43.8, kadınlarda ise madde alarak intihar etmenin %53.3 ile ilk sırada geldiğini belirtmektedir. Benzer biçimde Salaçin de (1993), erkeklerde ve kadınlarda ön sırada gelen İY'lerini; erkeklerde ası, kadınlarda madde alımı olarak bulmuştur.

3- Yaş:

İO yaşla birlikte artış gösterir. Orta yaş krizinin, bu yaştaki İO değeri ile ilişkisi açıkça görülebilir. Erkeklerde İO, 45. yaş'tan sonra pik yapar. Kadınlarda ise 55 yaş sonrası İO en yüksek değerini bulur. 65 yaş sonrası erkeklerde İO; 100.000'de 40.0'dır (Kaplan ve ark., 1994).

Genç popülasyondaki İO da yıllar içinde artış göstermektedir. ABD'de 1970-1980 yılları arasında 15-24 yaş arası grupta İO %40'lık bir artış göstermiştir (Robins, 1986). 15 ile 24 yaşlar arasındaki ölüm sebeplerinde intihar, kaza ve cinayetten sonra 3. sırada gelmektedir.

4- Irk:

ABD'de siyah ırkta İO beyaz ırka göre daha dü-

şüktür (Peffer, 1985). Hem erkek hem de kadın nüfusta beyaz ırka göre yarıya yakın bir oranda intihar daha seyrek görülür. 1989 yılındaki sonuçlara göre İO (100.000'de olarak), siyah erkeklerde; 12.5, beyaz erkeklerde; 19.6, siyah kadınlarda; 2.4, beyaz kadınlarda; 4.8 olarak bulunmuştur (Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi, 1991). Alaska'lı kızıldilerde ve bazı göçmenlerde de genel oranın üstündedir. İrlandalılarda ve Mısırlılarda da İO, 100.000'de 10.0'ın altındadır. En yüksek İO, 100.000'de 30.0 ile Macaristan'da bulunmuştur (Roy, 1989).

4- Din:

Katoliklerde İO'nun, Protestan ve Yahudilere göre daha düşük olduğu bildirilmiştir (Ferracuti, 1957). Müslümanlarda bu oranın değişip değişmediği hususunda yeterli bilgi yoktur. Ancak İslamiyetin intiharı Katoliklerde olduğu gibi yasaklaması, bu oranın daha düşük olabileceğini düşündürmektedir.

5-Medeni durum:

Özellikle çocuklarda desteklenmiş evliliklerde intiharın daha az görüldüğü saptanmıştır. ABD'de evli kişiler arasındaki İO'nun 100.000'de 11.0, bekar ve hiç evlenmemiş kişilerde bu oranın iki katı, fakat daha önce evlenmiş şu anda boşanmış durumdaki kişilerde daha da yüksek olduğu bildirilmiştir. Eşi ölmüş olanlarda 100.00'de 24.0, boşanmış olanlarda ise 40.0 olarak bulunmuş, boşanmış erkeklerdeki İO'nun kadınlara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Kaplan ve ark. 1994).

6- Meslek ve Sosyal Statü:

Sosyal statü yükseldikçe intihar riski (İR) artar. Fakat düşük sosyal seviyede de İR yüksektir. Bir işte çalışmak intihara karşı genellikle koruyucu iken, bazı mesleklerde, özellikle doktorlarda İO yüksektir. ABD'de hem erkek hem de kadınlarda, doktorlar arasındaki İ-O aynı yaş grubundakilere oranla birbirine yakınken, İngiltere ve İskandinav Devletlerinde İO, normal popülasyona oranla 2-3 misli yüksek bulunmuştur (Barracough, 1973 ve Brown, 1987). İntihar eden doktorlarda depresyon ve madde bağımlılığının (MB) yüksek oranda olduğu, doktorlar arasında psikiyatrların İR en yüksek grubu oluşturduğu, ekonomik krizlerde İR'nin arttığı, savaş zamanlarında da azaldığı bildirilmiştir (Perlin, 1975 ve Robins 1986).

7- İklim:

Sanıldığı gibi aksine intiharın bazı mevsimlerde, tatil günlerinde ve bazı özel günlerde arttığına dair anlamlı bir sonuç bulunamamıştır (Freeman, 1989,

Christensen, 1984 ve Lester, 1975). Yine de birçok araştırmada İO'nun ilkbahar sonu ve yaz başlangıcında hafif bir artış gösterdiğine dair bulgular mevcuttur (*Oral, 1994*).

8- Fiziksel Sağlık:

Fiziksel sağlık ve intihar arasındaki ilişki birçok çalışmada anlamlı bulunmuştur. İntihar edenlerin %32'sinin son 6 ay içinde herhangi bir medikal sebeple tedavi gördükleri, postmortem çalışmalara göre de intihar vakalarında %20 ile %70 arasında değişen oranlarda muhtelif fiziksel hastalıklar saptandığı, herhangi bir fiziksel hastalığın %11 ile %51 arasındaki bir oranda önemli bir yardımcı faktör olduğu ve bu yüzdenin yaşla birlikte arttığı bildirilmiştir (*Kaplan ve ark., 1994*).

Örneğin, ABD'de, kanserli erkek hastaların %50'sinin, göğüs ve genital organ kanseri olan kadın hastaların %70'inin, hastalıklarını öğrendikten sonraki 1 yıl içinde intihar ettikleri istatistiklerde gözlenmiştir. Epilepsi, multipl skleroz, kafa travmaları, kardiyovasküler hastalıklar, Huntington koresi, demans, AIDS gibi nörolojik hastalıklar, Cushing hastalığı, Klinefelter sendromu ve porfiri gibi endokrin hastalıklar, peptik ülser, karaciğer sirozu, prostat hipertrofi ve kronik renal hastalıklar İR'ni arttıran hastalıklardır (*Curran ve ark., 1980 ve Marzuk, 1994*). bu hastalıkların birçoğuna duygudurum bozukluklarının eşlik ettiğini, siroz ve peptik ülserle birlikte genellikle alkol bağımlılığının da mevcut olduğunu belirtmeliyiz.

Fiziksel hastalığa bağlı olarak İR'nin artmasının, beraberinde eşlik eden psikiyatrik hastalıklar yanında, fiziksel hareketlilik gerektiren bir işte çalışanlarda hastalığın getirdiği hareket kısıtlılığına ve özellikle kadınlarda hastalığa bağlı şekil bozuklukları ve kronik, geçmeyen ağrılara bağlı olduğu düşünülmektedir. Yılmaz, Edirne'de biri kısmi felçli, diğeri ise terminal dönem akciğer kanseri olan ve geçmeyen ağrılardan muzdarip iki kişinin intihar ederek öldüğünü bildirmiştir. Olgulardan birincisi ası yolu ile, ikincisi ise AS'la intihar etmiştir. Kronik hastalıklar sonrası meydana gelen sosyal statü ve çevre kaybının da İR'ni arttıran bir faktör olduğu düşünülmektedir.

Bazı ilaçlar depresyona ve dolayısıyla intihara sebebiyet verebilirler. Reserpin (Serpasil, Regreton) ve propranolol (Dideral) gibi antihipertansifler ile sitostatikler bu duruma yol açan ilaçlardandır (*Leonard, 1992*).

9- Mental Sağlık:

İntihar ile depressif bozukluklar, madde kötüye

kullanımı (MKK), şizofreni ve diğer mental bozukluklar arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu inanılmaktadır (*Dunner, 1993, Maltzberger, 1994 ve Ellis ve ark. 1989*). İntihar edenlerin içinde mental problemleri olanların oranı %70 ile %95 arasında değişmektedir. Bu oranlar teşhiste daha çok DSM IV kriterlerini kullanan Anglo-Amerikan literatüründen alınmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) önerdiği ICD 10 ve kendi teşhis kriterlerini kullanan diğer ülkelerde bu oranların farklı bulunması mümkündür. Bu oranın %80'lik bölümünü Depressif hastalıklar, %10'unu şizofreni, %5'lik bir oranı da demansiyel tablolar ve delirium kapsamaktadır. Tüm bu oranların 925'lik bir kısmı beraberinde alkol bağımlılığını ve ikili teşhisi içermektedir.

Hezeyanlı depresyondaki İR'nin çok yüksek olduğu, tüm psikiyatrik hastalardaki İR'nin normal popülasyona göre 3 ile 12 misli arasında değişen oranlarda daha yüksek olduğu, herhangi bir dönemde hastahanedeki tedavi görmüş psikiyatrik hastalarda bu oranın 5-10 kat arttığı belirtilmektedir.

ETYOLOJİ

Her ne kadar, intihar ile ilgili olarak, birçok çalışma bize oldukça kapsamlı bilgiler veriyorsa da, intiharın etyolojisi hakkındaki bilgi ve görüşler daha çok ampirik temelli olup multidisipliner bir boyutta tartışılmaktadır. Hem intihar etmiş kişilerin artık hayatta olmamaları, hem de intihar davranışının kompleks yapısı, bu konuyu şu anki bilgilerle tam olarak açıklayabilmemizi engeller. Zilboorg'un 1939'de söylediği; "İntihar, bilimsel açıdan, henüz çözülememiş bir problemdir. Ne sağduyuyla ne de psikopatoloji alanındaki klinik çalışmalarla bu problemin nedenini ve ampirik dahi olsa çözümünü bulabilmek kabil olmuştur" sözü bazı açılardan hala geçerli gibidir. Benzer bir içeriği Freud'un, 1910 yılında Viyana'daki Psikoanaliz Sempozyumundaki kapanış konuşmasında görmekteyiz:

"Şu ana kadar birikmiş olan değerli materyele rağmen, bizi ilgilendiren intihar problemi konusunda bir karara varamadık. Olağanüstü güçlü yaşam içgüdüsünün nasıl olup ta yenilgiye uğradığını herşeyden çok merak ediyoruz. Acaba bunu gerçekleştirebilen hayal kırıklığına uğramış libido mudur, yoksa ego kendi egoistik amaçları için mi kendini koruma görevinden vazgeçmektedir? Belki de bu soruna yaklaşabilmek için uygun bir yol bulamadık. Sanırım bize klinik açıdan çok yakın gelen melankoliyi başlangıç noktası olarak almak ve bununla, yasta gözlenen duygudurumu karşılaştırmak yol gösterebilir..."

Tüm yeni çalışmalara, yeni görüşlere rağmen bu-

günlük bio-psiko-sosyal bilgi ve bulgular bu erken sıkıntuların hala geçerli olmasını engelleyememiştir. Bu bölümde mevcut teori ve bulguları üç ana başlık altına alarak sunacağız. Çünkü intihar olgusunun gerçekleşmesinin üç etmene bağlı olduğunu düşünüyoruz. Herhangi bir intihar davranışında bu üç etmenin birden, birarada etkili olduğunu düşünmek bütüncü bir bakışı gerektiren çağdaş tıbbi görüşe uygun düşebilir.

I- Sosyal Etmenler ve Sosyolojik Bakış:

İntihar konusu, 1987 yılında Emile Durkheim'in (1858-1917), "Le Suicide" (İntihar) isimyle yayınladığı ünlü monografındaki görüşlerine kadar, toplumun ve bilim adamlarının tüm ilgisine rağmen, tamamen demonolojik ve teolojik bir şekilde ele alınmaktaydı. Durkheim, intiharla ilgili olan sosyolojik varyasyonların kalıcı değişkenlerinin ilk teorik ve ampirik araştırmasını yapan kişidir. Onun teorik intihar tiplemesi ve açıklama çerçevesi, hala, sosyologların çalışma perspektiflerine temel oluşturmaktadır.

Yukarda, epidemiyoloji kısmında bahsettiğimiz faktörlerin (yaş, ırk, meslek, medeni durum v.s.) hemen hepsinin Durkheim tarafından, bundan yaklaşık 100 yıl önce, elinde çok geniş istatistiki çalışmalar olmadan, halen inanılan biçimde vurgulanmış olması oldukça şaşırtıcıdır. Örneğin intihar oranının, evlenmemiş ya da boşanmış kişilerde evli olanlardan, dindar olmayan kişilerde dindar olanlardan, grup özdeşleşmesi yapamamış kişilerde topluma bağlılık oranı yüksek olan kişilerden daha yüksek olduğunu söylemiştir. Bu bulgulardan, kişinin özdeşleştiği toplum grubuyla olan bağlarının zayıflamasının ve grubuna yabancılaşmasının (anomie) intihar olgularında başlıca etmen olduğu sonucuna varmıştır. Ona göre intiharda üç etyolojik tip vardır; anomik, egoistik ve altruistik. Anomik tipte; biraz önce bahsedildiği üzere, toplumun düzenini bozan büyük olaylarla, kişinin ekonomik düzeninin sarsılması, ait hissettiği grupla ilişkisinin sekteye uğraması, bağlarının zayıflaması ve yeni duruma adapte olmanın zorlukları zemininde gelişen intiharları (az gelişmiş ve/veya fakir ülkelerdeki toplumsal büyük ekonomik krizler sonucu gözlenen kitlesel intiharlar da buna dahildir), egoistik tipte; kişinin toplumla entegrasyonunun bozulduğu durumlarda yani kişinin bireysel dünyası içindeki toplumun değerleri, inançları ve diğer bütün özellikleriyle varlığının önemsizleşmesi ve/veya yokolması ile ortaya çıkan intiharları, altruistik tipte ise; egoistik intiharın tam tersi bir şekilde yetersiz bireyselleşme sonucu meydana gelen intiharları (yani kişinin toplumun kendisinden beklentileri üzerine yaşamına son vermesini) kastetmiştir.

Durkheim'dan sonra Sainsbury, Dublin, Farberow, Leonard, Sheneidman, Coleman, Strotzka ve hatta Kraepelin gibi birçok bilim adamı, sosyal psikiyatrinin en önemli konularından biri haline gelen intihar hakkında, sayısız çalışmalar yaparak göç, işsizlik, hastalık ve çeşitli kayıplar sonrası hayatın anlamını yitirme, çevreyle ilişkilerde kopukluk ve kısıtlanma, yalnız yaşama ve evlenmeme, büyük toplumsal felaketler vb. birçok sosyal olayla intihar arasındaki ilişkiyi epidemiyolojik ve etyolojik açıdan değerlendirmeye çalışmışlardır.

II. Psikolojik Etmenler ve Bakış:

Uzun bir zaman boyunca, özellikle 17., 18. ve 19. yüzyıllarda intihara akıl hastalarının bir davranış biçimi olarak bakılmıştır. Bourdin, Esquirol, Brierre de Boismont, Krafft-Ebing ve Gaupp gibi 18., 19. ve 20. yüzyılın önemli psikiyatri uzmanları, intiharı bir çeşit monomani, izole bir hastalık olarak görmüşler, etkisi bugünlere kadar süren bir bakışın en önemli temsilcileri olmuşlardır. Sadece A.F.Brierre de Boismont (1797-1881), "Du Suicide et de la Folie Suicide" adlı 1856'da yayınlanmış kitabında, ince bir ayrıntı olarak, intihar edenlerin bazılarının hasta olmadıklarını, ancak "ahlaki bakımdan bozuk" olduklarını söylemiştir. Bu kişiler arasında en derin çalışma Jean Etienne Esquirol'un (1772-1840), 1827'de yayınladığı "Sur le Monomanie Suicide"de açıklandığı şekliyledir. Esquirol intiharın, bir çeşit akut deliriuma bağlı davranış biçimi olarak geliştiği düşüncesindedir. Diğerlerine göre intiharın psikojen yönünü daha fazla vurgulamaktadır. Bireyin emosyonel ve ahlaki dengesini sarsarak bir takım bozuklukları ortaya çıkaran sosyal ve çevresel faktörlerden bahsetmiştir. Bu yaklaşım, yani intiharın psikojenik ve reaktif faktörleri, organotoksik orijinler, herediter ve yapısal faktörlerle psikiyatrik bozuklukların açıklanması doktrini içinde daha sonraki yıllarda kaybolup gitmiş ancak yüzyıl sonu ve 20. yüzyıl başında tekrar hatırlanmıştır.

20. yüzyıl başında bilimsel çevreler, "determinist felsefe"nin etkisinde, insan davranışlarının sebeplerini bulabilmek için, bakışlarını bütün dış dünyaya çevirmişti. Tabiidir ki, intihar konusu da en önemli çalışmada alanlarından biriydi. Yalnız sebep-sonuç ilişkileri, hala psikolojik boyutları vurgulamaktansa, olaylara görünen, basit sebepler aramaktan öteye pek gidemiyordu. Örneğin, Goethe'nin romantik trajedisi "Werther'in Acıları"ndaki kahramanın, sonunda intihar etmesinin, insanın psikolojik derinliğini araştırmaya bir direnç, rasyonalizasyona genel bir eğilimle, birçok kişinin intihar etmesine sebebiyet verdiği düşünülüyordu. Yine aynı şekilde, Otto Weininger'in

1903'te yayımlanan "Cinsiyet ve Karakter" kitabını yazdıktan sonra 23 yaşında hayatına son vermesinin, Avrupa'daki lise ve üniversite öğrencileri arasında bir intihar dalgası başlattığına inanılıyordu. Böylece okullar, toplumun saldırısının hedefi ve pedagoji de çocuk ve gençlerin kendine zarar veren (selfdestrüktif) davranışlarından sorumlu olan bir günah keçisi haline geldi. Bu durumdan eğitim dünyası da oldukça etkilendi ve davranış bilimleriyle daha sıcak bir ilişki içine girdi. 1910'da Viyana'daki, intihar konusunu işleyen, Psikoanaliz Derneği'nin düzenlediği sempozyumda en ilgi çeken konuşmayı yapan bir klasik diller öğretmeni idi; Profesör, D.E. Oppenheim. Uzun yıllar unutulmayacak ve çok önemli eğitim reformlarının temel noktalarından birini oluşturacak konuşmayı, edebiyat ve eğitim kadar okul dışı zamanı da sorumlu tutmak gereğini ve ev içi yaşantının kendine zarar verici davranışlardaki var olabilecek rolünü de vurgulayarak bitirmiştir.

Derinlikler psikolojisinin ilk düşünürlerinden Freud'un intihar üzerine düşünceleri, zaman içinde bir takım değişikliklere uğrayarak, kendini öldürmeyi, önceleri internalize edilmiş (içselleştirilmiş) sevgi nesnesine yöneltilmiş saldırganlık olarak düşünürken (1917), daha sonraları strüktürel modeli geliştirince (1923) egonun sadist bir süperego tarafından kurban edilmesi olduğu şeklinde tekrar yorumlamıştır.

Menninger, Freud'un ölüm içgüdü (Thanatos) kavramının en önde gelen savunucularından biriydi. İntiharın üç kaynağını şöyle betimlemişti: (a) öldürme isteği; (b) öldürülme isteği; ve (c) ölme isteği.

Fenichel (1945) intiharın, kaybedilmiş bir sevgi nesnesiyle tekrar birlikte olma ve birbirine kavuşma veya sevilen süperego figürüyle narsisistik bir birleşme arzusu olduğunu düşünmüştür.

Pollack, mood labilitesi ve cinsel uyum güçlüğü, Oedipalite ve homoseksüalitenin intihar eden hastalarda sıklıkla görüldüğünü, Zilboorg intiharın, hayati imkansız hale getiren güçlere karşı çıkma yolu olduğunu, bütün vakalarda bilinç dışı güçlü bir hostileyle beraber başkalarını sevme kapasitesinde yetersizlik saptadığını ve bir taraftan da intiharın ölümsüzlüğe ve üne kavuşma ile egoyu yoketme yerine yaşatma yolu olarak kullanılabilirdiğini söylemiştir. O'Connor da Zilboorg'un "ölümsüzlük" görüşüne katıldığını, deprese hastaların intiharının, erken çocukluk narsisizmine ve omnipotansına dönüş olduğunu bu yüzden birdenbire iyileşme gösteren deprese hastalara dikkat edilmesi gerektiğini vurgulamıştır. Bender ve Schilder, 13 yaş altı 18 çocukla yapılan çalışmada kin tutma ve kızgınlığın intihar eden bütün vakalarda tesbit edildiğini, sevgi yoksunluğu gibi dayanılmaz durumlardan bir kaçış olarak intihara

seçildiğini, ortaya çıkan kızgınlığın suçluluk duygusuna yol açtığını, bunun da kızgınlığın kendisine dönmesiyle sonuçlanarak intihar davranışının ortaya çıktığını belirtmişlerdir.

Alfred Adler, insan davranışlarının kişinin kendi içsel yaşantılarının çözülmesiyle açıklanacağına inananlardan biriydi. Ona göre, davranışların ortaya çıkış nedenleri bireyin çevresindeki olaylarda değil, bireyin onları nasıl gördüğü ve yorumladığında aranmalıdır. Düşünceler, çevresindeki gerçek olayların simgesel temsilcileridir. Bu düşünceler onlara ilişkin olarak ortaya çıkan olaylarla özdeş olmayıp, "imgelensel"dir. Kendisine özgü ve imgelemenin ürünü olan bu düşünceler, yaşamının amacını saptar,duygu ve davranışlarını bu amaca doğru yönlendirir. Adler bu durum için "imgelensel amaç" (fictional goal, fictional finalizm) deyimini kullanır. Toplumsal duygunun eksikliği ya da yokluğu normal dışı davranışların temel belirleyicisidir. Bu şekilde, yaşamının ilk dönemlerinde, normal insana göre daha yoğun yoksunluk duyguları içinde olan ve bu duygularla başa çıkma çabası içinde uyumsuzluğunu arttırıcı davranışlar geliştiren "nevrotik" insan, sürekli üstünlük maskesinin düşeceği ve yetersizliğinin ortaya çıkacağı duygusu içinde, kendi gözündeki üstünlük imgesini koruyabilmek için çeşitli "nevrotik koruyucular" geliştirir. İntihar da tıpkı sokağa çıkma fobisi gibi, güya koruyucu olan, bir çeşit sorun yaratan durumlardan kaçma tepkisidir. Karen Horney (1950), Freud'dan farklı olarak ölüm içgüdüünün varlığına inanmaz ve insanda var olan, gerek kendisine gerekse etrafına yönelik yıkıcı eğilimlerin daha çok tepkisel olarak ortaya çıktığını belirtir. Normal dışı davranışların, kusurlu ana ve baba tutumlarının çocukta oluşturduğu "temel anksiete" ile başladığını ve çocuğun dış dünya içinde yalnızlık, çaresizlik ve düşmanlık duygusu içinde ölüm arzularının bir ifadesi olarak ölüm anksietesi" yaşayabileceğini, bunun da intihara yol açabileceğini savunmuştur. Bernfeld ise intihar konusunda artık klasikleşmiş deyişinde, benzer bir deyişi daha önce Wilhelm Stekel'in de söylediği gibi, görüşlerini şöyle dile getirir: "İntihar eden kişi aslında bir başka insanı öldürmek istemektedir. Çünkü intihar eylemine geçebilmesi için, bu insanı güçlü bir şekilde internalize etmesi (içselleştirmesi) gerekmektedir. Ancak o zaman kişi, kendini öldürmekle, önceleri sevdiği ve sonradan nefret ettiği bu ikinci insanı da ortadan kaldıracağına inanabilir. Ayrıca, öldürme isteğinden dolayı duyduğu suçluluğun karşılığını da böylece ödemiş olur". Wallace da (1994) bu görüşe katılır ve "cinayet ve intiharın herbirinin diğerinin ters yüzü olduğunu" söyler. Logoterapinin kurucusu Viktor Frankl, insanoğlundaki an-

lamsızlık duygusunu iki farklı devrede değerlendirir. Varoluş vakumu ve varoluş nevrozu. Ona göre kişi, kendine ve dünyaya anlamsız bir biçimde bakmaktadır ve yönünü bilemeyerek yaptığı her şeyin amacını soruşturur. Sezgilerine yabancılaşmış ve geleneklerini yitirmiş olmak çağdaş insanın temel açmazı olduğu için ne istediğini ve nereye gideceğini bilemez. Belirgin bir vakum oluştuğunda da semptomlar bu boşluğu doldurmaya ve klinik problemler ortaya çıkmaya başlar. Diğer klinik görüntüler yanında, sorumsuz, yıkıcı davranışlar ve intihar bu şekilde ortaya çıkabilir.

Sheneidman ve Farberow, intihar nedenlerini dört gruba ayırarak incelerler: 1-daha iyi bir şarta geçiş ve şeref kazandırıcı olarak görmek (hara-kiri ve bazı din ve mezheplerde olduğu gibi), 2-bir kurtuluş yolu olarak görmek (yaşlı, hasta, bitik ve kronik ağrı şikayeti olanlarda), 3-psikozlularda, idrak ve muhakeme bozukluklarına bağlı olarak, 4-ölümleri sonucunda yasa girecek olan kişilerin sürekli sevgisini kazanacakları veya sürekli olarak onları üzüntü içinde bırakacaklarını umut etmek. Barry (1989), daha materyalistik değerlere sahip olunan çağımızda bireysel davranışların değişmesinin doğal olduğunu, boşanmalarda, MKK'da, ötanazi ve intihar oranında artışın sürpriz olarak algılanmaması gerektiğini düşünür. İntihar eden kişilerde: düşük kendine saygı (self-esteem), yoğun suçluluk ve utanç duygusu, kendini herhangi bir şeye ait hissetmemeyi ifade eden izolasyon, güçsüzlük, umutsuzluk ve anlamsızlık gibi duygulara sahip olma, yetersizlik hisleri, rijit standartlar ve cevaplar, problem çözme yeteneğinde yetersizlik, kompulsif davranışlar ve bağımlılıklar (MKK, alkolizm, yeme bozuklukları, promisküite ve hoşnutsuzluk yaratan homoseksüel impulslar vb.) şeklinde özellikler bulunduğunu belirtir. Barry'e göre, intihar kararı iki gücün arasındaki dengenin "ölüm lehine güçler" lehine değişmesiyle alınır. Beck (1985), intiharın içerdiği en önemli duygunun umutsuzluk olduğunu inanır.

Kognitif

Kognitif- Davranışçı teorilere göre, intihar her insanın seçenekleri arasındadır ancak en son sıradaki seçenektir. Diğer alternatifler tükendiğinde devreye girer. İnsanların çok büyük bir kısmında bu seçenek hiçbir zaman gündeme gelmez. Bazıları için sık olarak akla gelmesi bile rahatsız edici bir varlığı mevcuttur. Bir kısım insan için de süregen, istenmeyen hayat boyu eşlik eden bir refakatçi gibidir. Küçük bir grup içinse sadece uygulamaya konmakla kalmayıp, hayatları boyunca devam eden ve ön planda olan bir düşüncedir. Kabaca dört tip intihar biçimi olduğu

şeklinde bir sınıflandırmaları mevcuttur: 1-Umutsuzluk sonucu intihar; hayatının yaşanabilir bir hale geleceği konusunda bir umudu olmadığı için intihar eder (depressif kişiler), 2- Histriyonik tip intihar; bazı insanlar çok yoğun anksiyete içinde ve/veya sıkılmış oldukları zaman; MKK, hızlı araba kullanma gibi hayatlarına heyecan katacaklarını varsaydıkları çeşitli yollarla kendilerini stimüle ederler. Zaten kişilik yapıları itibarıyla heyecana diğer insanlara göre daha fazla ihtiyaç duyarlar. Bu tip insanlar intiharı bu amaçla kullanabilirler (histriyonik özellikler taşıyan Borderline kişilik bozuklukları), 3-Psikotiklerin intiharı; idrak ve muhakeme kusurları sonucu intihar edebilirler (özellikle kendisine emir veren ses hallüsinasyonları ile seyreden çeşitli psikotik hastalıklar), 4-Rasyonel tip intihar; bazı insanların ölüm kararının arkasında herkesce kabul edilebilecek cinsten, bir sebep vardır. Genellikle tedaviye yanaşmazlar (terminal dönemdeki kanser hastaları).

Varoluşçu psikiyatrinin yaşayan en önemli ismi Yalom (1980), intihar konusunu insanın ölümle ve yaşamla ilişkisini irdeleyerek inceler. Yaşamla ilişkisinde yaşamın anlamsız olduğunu hissedip, kendi anlamını kendi yaratma sorumluluğunu almamanın nevrozun ve belki de sonunda intihar etmenin en önemli nedenlerinden birisi olduğunu düşünür. A.Camus'nün bir yapıtında söz ettiği "...Tek ciddi felsefi sorun vardır. O da, hayatın anlamsızlığını kavradıktan sonra yaşamaya devam edip etmeme kararı..." düşüncesini belirttikten sonra L.W.Beethoven'in söyledikleriyle devam eder; "Eğer sanatım olmasaydı intihar ederdim". İnsanın ölümle ilişkisinde ise en önemli sorun onu gerçekten kabullenip kabullenmediğidir. Ölümün kaçınılmaz olduğunu tam olarak hissetmeden ve yaşamadan kişinin kendi yaşamıyla ilişkisinin doğru bir şekilde kurulamayacağını vurgular. Ölüm korkusu, ona yabancılaşma çabasıyla kendisini farklı şekillerde gösterebilir. Başkaları tarafından hatırlandığı müddetçe yaşayabileceğini düşünen birisi intihar ederek hatırlanacağı şeklinde majik bir düşünceye kapılabilir ya da E. Hemingway gibi kendisinin özel olduğuna, başına birşey gelmeyeceğine ve incinmez olduğu efsanesine inanabilmek için "kompulsif kahraman" rolünü oynayabilir. Yalom'a göre Hemigway, hayatının son yıllarında sağlığı bozulmaya başladığında kendi "sıradanlığını" farkedince (sonunda herkes gibi bir insan olduğunu ve bir gün öleceğini) ölüm korkusuna karşı en önemli savunma mekanizmasını kaybetmiş son bir çaba olarak "ölüm ona gelmeden o ölüme gitmişti". Yalom ayrıca ciddi intihar girişimi sonunda şans eseri kurtulabilen kişilerde, ölümle bu karşılaşma sonrası hayatı sevebildiklerini ve anlamlandırabildiklerini kay-

detmiştir. Benzer bir görüşü Van Dongen (1993), intihara çok ciddi bir teşebbüsten sonra tesadüfen hayatta kalan 35 kişi ile yaptığı çalışmada, bu kişilerin büyük bir kısmında sosyal ilişkilerinde belirgin bir düzelme saptadığını söyleyerek dile getirmiştir.

III-Biyolojik Etmenler:

1910'daki sempozyum, o günkü bilimsel havayı intihar konusunda değiştiren bir toplantı olmuştur. O yıllardaki bilimsel bakış daha çok biyolojik sayılırdı. İntihar konusu biraz da Montesquieu'nün (*Charles-Louis ve Secondat, 1689-1755*), "De L'Esprit de Lois, ou de rapport que les lois doivent avoir avec la constitution de chaque gouvernement, les moeurs, le climat, la religion, le commerce, etc.", (Kanunların ruhu üzerine...) kitabının; bir süre "Yasak Kitaplar Listesi"ne de (Index Librorum Prohibitorum) alınmasına rağmen; siyaset öğretimi ve hukuk hakkında en önemli yapıtlarından biri olarak kabul edilmesi birçok konuda olduğu gibi intihara bakışta da bir takım etkiler yaratmıştır. Bu kitabında Montesquieu, okuduğu değişik kaynakların yanısıra yolculuk izlenimleri ve Bordeaux'da yaptığı basit deneylere dayanarak, özellikle sıcak ve soğuk iklimin bireyin fiziksel yapısını ve bunun sonucu olarak ta toplumun düşünsel bakış açısını etkilediğini vurgular. Bu dönemde intihar hala, "kozmetik faktörler" gibi değiştirilemez bazı dış sebeblere bağlanıyordu. İntiharın dış etkenlere bağlanması ve insan iradesiyle ilişkisiz görülmesi bazı yazarları intihar ile ilgili yasaları sorgulamaya bile yöneltmiştir. Belçikalı astronom ve istatistikçi Lambert A. Quételet (1796-1874), bu görüşün etkisi altında kötümser bir sonuca vararak, intihar sayısının sabit olduğunu, adeta bir "vergi borcu" gibi düzenli olarak ödenmesi gerektiğini iddia etmiştir. Determinizm tıbbi bilimlerde de kendini göstererek, Julius Bartel (1874-1925) adında Viyanalı bir patoloğun, intihar edenler üzerinde yaptığı çok sayıda otopsi sonunda, insanda kendine zarar verici davranışlara "status thymicolymphaticus" adını verdiği bir patolojinin yol açtığını iddia etmesine yol açmıştır. Bu görüşlerin bugünkü tezahürünü, çalışma yapılan cesetlerin bir zamanlar bir "psişe"si de olduğunu unutmış görünen ve her türlü meseleyi kadavra üzerinde açıklayabileceklerini düşünen bazı ortodoks çalışmalarda görmekteyiz.

Yüzyılın ikinci yarısından itibaren merkezi sinir sistemi (MSS) fizyolojisi üzerine yapılan yeni çalışmalar sonucu elde edilen bilgi ve bulgular insan davranışının nörokimyası hakkında daha fazla fikir sahibi olmamıza sebep olmuştur. Şimdi intihar ile ilgili bulunan fizyolojik faktörlerden söz etmek istiyoruz.

Genetik faktörler:

Çalışmalar, intihar eğiliminin bir aile içinde kuşaktan kuşağa devam ettiğini söylemektedir. Bir çalışmada, psikiyatrik hastaların birinci derece akrabalarındaki intihar riskinin kontrol grubunun akrabalarına göre sekiz kat, intihar ederek ölen psikiyatrik hastaların birinci derecede akrabalarında dört kat artmış olduğu bulunmuştur. Bu bulgunun genetik faktörlere mi yoksa özellikle adolesanlarda, aile içi intiharların model oluşturmasına ve psikiyatrik hastalığı olan kişilerin aile dinamiklerindeki patolojik yapıya mı bağlı olduğu tartışılabilir. Belki, genetik yatkınlık üzerine hakkında daha fazla bilgi sahibi olduğumuz; iki uçlu duygudurum bozukluğu (bipolar affektif psikoz) Tip I, şizofreni ve alkol bağımlılığı gibi hastalıklara sekonder bir şekilde ortaya çıkıyor da olabilir.

Nörokimyasal faktörler:

Depresyon ile serotonin metabolizması arasında bir ilişki olduğu konusundaki görüşler çok yaygındır. İntihar etmiş olan hastalarda, serotonin düzeyi, ağırsif yöntemlerle (AS, yüksekten atlama vb.) intihar edenlerde daha belirgin olmak üzere düşük bulunmuştur (Kaplan ve ark., 1994). Bazı çalışmalarda, impuls kontrol bozukluğu ile merkezi serotonin sistemi yetersizliği arasında bir ilişki saptanmıştır. İntihar davranışının bazı periferik göstergeleri de, idrarda yüksek miktarda serbest kortizol bulunması, 5-hidroksitriptofan infüzyonuna aşırı plazma kortizol cevabı, TRH (tirotropin releasing hormon) infüzyonuna azalmış TSH (tiroid stimulating hormon) cevabı, idrardaki katekolamin oranlarda değişimler, trombosit serotonin uptake'inde azalma gibi bulgulardır.

ADLİ BİLİMLER AÇISINDAN İNTİHAR

İntiharın suç olarak sayılıp sayılmaması konusunda tarihsel anlamı ve gelişiminden farklı olmayarak, çeşitli görüşler mevcuttur. her ne kadar modern ceza hukukunda intihara bakış, intihar edenin fiilini suç olarak kabul edip bunun cezalandırılmasından fayda elde edilebileceği kanaatinde değilse de, son zamanlarda önemli bir tartışma konusu olarak ortaya çıkan "ötanazi", modern yasaların bile "yaşam hakkı"ndan ne anladığı konusunda tereddütler oluşturmaktadır. Türk Medeni Kanunun (TMK) 15,16,23 ve 24. maddeleri; kişiliğe saygı ve kişiliğin korunması ile ilgili maddeleri kapsar. 1982 Anayasasının 12. maddesine göre; "Herkes, kişiliğine bağlı, dokunulmaz, devredilmez, vazgeçilmez temel hak ve hürriyetlere sahiptir" (*Dural, 1977*). Kişilik hakkı, mutlak,

inhisari ve hakimiyet hakkıdır. Kişisel varlıkların tümünü ve başkalarının müdahalelerini engellemeyi de içerecek şekilde hak sahibinin bunlar üzerindeki mutlak hakimiyetini kapsar ve doğum anından itibaren geçerlidir (*Kabaoğlu, 1993*). İntiharla ilgili olarak TCK'nunda ilgili olan hüküm, yani 454. madde, "birini intihara ikna ve buna yardım eden, münteherin vefatı vukubulduğu takdirde 3 seneden 10 sene kadar ağır hapis cezasına mahkum olur..." demektir. tıpkı ülkemizde olduğu gibi birçok ülkede de intihara ikna ve yardım suçtur. Bu fiillerin suç olarak kabul edildiği hukuk sistemlerinde korunmaya değer görülen yarar, kişiliğe bağlı haklar içinde en önemli hak olarak kabul edilen bireyin" yaşam hakkı"dır. "Yaşam hakkı"nın neleri kapsayacağı oldukça tartışmalı bir konudur. Bize göre "yaşam hakkı", yaşamamayı tercih etmeyi de kapsar ve ancak onunla birlikte olduğunda bir anlam ifade eder (Dinçmen, 1993). Bu konuyu aşağıda tartışmadan evvel Leo Tolstoy'un "İtirafımlarım" isimli otobiyografik bir fragmanında yazdıklarından bir bölümü araya sıkıştırmayı tercih ediyoruz.

"...Üzerinde durduğum toprak, parça parça dağılıyordu. Ayakta durabileceğim herhangi bir yer kalmamıştı. Bugüne kadar yaşadıklarım bir hiçten ibaretti. Gerçeklik, hayatın aslında anlamsız olmasımı. 50. yaşında beni intihar düşüncesine götüren, her insanın ruhunun derinliklerinde yatan bütün soruların en basitini kendime sormamdı: Şu anda yaptığım ve yarın yapacağım şeyin ne önemi var, beni nereye götürecektir, niçin yaşamalıyım? herhangi bir şey yapmamın anlamı nedir? Acaba hayatımda kaçınılmaz ölümün yokedemeyeceği kadar anlamlı herhangi bir şey var mı?...".

Hukuki bakış, diğer yasalarda da olduğu gibi Kanun koyucunun "kamu vicdanını" ön plana alarak intiharı değerlendirmesi gerektiğini ortaya koyar. Toplum ise yazının daha önceki bölümlerinde vurguladığımız gibi bu konuda farklı düşüncelere sahiptir. Bir ucunda intiharının doğal bir hak olduğunu düşünenlerle diğer ucunda bunu tam anlamıyla reddeden görüşler arasındaki geniş bir spektrumda farklı fikirlere sahip birçok insan ve hukukçu vardır (*Ingram ve Ellis 1992*). Bu yazının amacı tüm bu görüşleri burada tartışmaktansa mevcut çağdaş tıbbi bilgilerle konuya bir bakış açısı getirmekten ibaret olduğu için diğeri görüşleri farklı yazarlara ve hukukçulara bırakarak yukarıda belirttiğimiz verileri tıbbi bakış açısından değerlendirmeye çalışmak istiyoruz.

Adli Bilimler açısından "şüpheli ölüm" olarak kabul edilen intiharla ilgili olarak iki önemli soru vardır. Birincisi intihar ederek yaşamına son verdiği düşünülen kişide, orijininin intihar olup olmadığı kararı-

nı verdirebilecek verileri otopsi ve otopsiyle ilgili çalışmalarla toplamak ve değerlendirmektir. İkincisi de ötanazi, intihara ikna ve yardım ile bir hekim hatası olup olmadığı hususunda sorulabilecek hususlara Adli Psikiyatrik açıdan cevap bulabilmektir. Tüm bu sorulara değerlendirmek için yapılan işlemleri iki ayrı başlık altında toplamayı tercih ettik.

1-Kadavra üzerinde değerlendirmeler:

Bu bölüm, ölüm nedeni ve orijini hakkında bir karar verebilmek için uygulanan tetkiklerle ilgilidir. Orijininin intihar olup olmadığı Ceza Hukuku açısından, birlikte intihar söz konusu ise kimin daha önce öldüğü Medeni Hukuk açısından çok önemlidir. Değerlendirme çeşitlerini aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür.

- a) Postmortem patolojik incelemeler: Ölü üzerinde yapılan makro ve mikropatolojik çalışmalardır. Postmortem incelemeler, cesedin ölüm zamanı gerilere doğru gittikçe daha zorlaşır. Canlı dokudan alınan materyelde yapılan tetkiklere göre otolize uğramış dokularda yapılan incelemeler oldukça karmaşıktır. Ayrıca ceset üzerinde bulunan ve kendisine ait olmadığı düşünülen saç, kıl v.b maddelerin tetkiki adli tahkikata yardımcı olabilir.
- b) Kimyasal ve toksikolojik analizler: Kadavradan alınan kan, idrar ve iç organ parçalarında yapılan incelemelerdir. Özellikle şüpheli ölümlerde bir çok maddenin birden aranması zor, uzun süreli ve pahalı çalışmalar gerektirir. Beyin nörokimyası ve nörofizyolojisindeki yeni bilgiler intihar eden kişilerdeki postmortem kimyasal çalışmalarını daha da önemli hale getirmiştir.
- c) Fiziksel incelemeler: Özellikle AS ile intihar eden cesetlerde yapılan ballistik incelemeler, ellerde ve ateşli silah yarısında yapılan barut is ve hasarı ile ilgili tetkikler çok önemlidir. Ayrıca cesetin yanında bulunan kağıt, mektup gibi materyelde yapılacak yazı mukayeseleri ve bant kayıtlarının tetkiki gibi incelemeler adli tahkikatın seyrini değiştirebilir.

2-Adli Psikiyatrik değerlendirmeler:

- a) Hekim hatası (mal practice): İntihar, mevcut tıbbi bilgilerle, bazı kişiler için kaçınılmaz bir son olmaktan çıkmış, çeşitli psikoterapi metodları ve/veya farmakoterapiyle önlenebilir bir durum haline gelmiştir. Zaten hukuken ve tıbben gerek kendisine gerekse başkasına karşı zarar verici düşünce ve eylemleri olan kişinin Adli Psikiyatrik müşahedeye ve/veya hospitalize edilmesine gerek olduğu düşüncesi birçok medeni ülkede ol-

dukça yaygındır (*Bongar ve Greaney, 1994*). bu bakış içinde, genel hukuk ve meslek hukuku açısından intihar fikirleri olan bir kimsenin başvurduğu kurum, hekim ve/veya terapistin, başvuran kimseye gerekli olduğu bir çok yazar tarafından kabul edilmektedir), tedavisi boyunca herhangi bir hekim hatası yapıp yapılmadığı Adli Psikiyatrinin bilirkişiliğine ihtiyaç gösteren en önemli konudur. Zira bu durumda, TCK'nun 455. maddesi uyarınca ihmali görülen kurum ve kişiler hakkında Ceza ve Hukuk davaları açılarak, "meslek ve sanatta acemilikle, tedbirsizlik ve dikkatsizlik sonucu ölüme sebebiyet vermektan hüküm giymeleri söz konusu olabilir. Bu davanın diğer ülkelerde, özellikle ABD'de, yüksek tazminat talepleri ile sık açılan davalardan olduğu, mahkemenin tayin ettiği bilirkişilerin "proçes notları"na kadar her türlü dökümanı hekim ve/veya terapistlerden talep ederek bir karar verdiklerini, sadece tedaviyle ilişkili kişi ve kurumların değil, yakın ilişkide bulunan öğretmen, aile üyeleri gibi birçok kişinin dava edilebildiklerini genel hukuk ve aktüalite bilgisi olarak biliyoruz.

- b) İntihara ikna ve yardım hususu: Bize göre, tespiti ve değerlendirilmesi en zor olan husus budur. TCK 454. madde "ikna ve yardım" şeklinde belirtilmesine rağmen kanunun alındığı özgün şeklinin ve doğrusunun "ikna veya yardım" olması gerektiğini söyleyenlere biz de katılıyoruz (Artuk, 1995). Ancak, olayları ve onlardan doğacak sonuçları değerlendirme yeteneğini azaltacak veya yok edecek derecede bir mental hastalığı veya zeka geriliği ya da bu meleklerin henüz tam olarak gelişmediği bir yaşta olan kişiler haricinde herhangi bir insanın intihar gibi ciddi bir karara ikna edilebileceğini düşünmediğimizi eklemeliyiz. Mevcut tıbbi görüşün de bunu gerektirdiği yukarıda sunduğumuz bilgiler ışığında kolayca anlaşılabilir. İntiharla ilişkili görünen faktörler, intihar etmenin sebebinin değil, intihar etme çözümünü üretme öncesi şartlarını (anxiete, depresyon) oluşturabilecek faktörlerdir. Yapay ortamlar yaratarak (ailesini kaybettiği şeklinde sahte haberler vb.) bu şartları oluşturmak mümkün gibi görünse de buradaki ortam intiharın nedeni değil, var olan patolojiyi tekrar ortaya çıkaran bir faktör olabilir ki bunu da saptamak neredeyse imkansızdır. Saptanabildiği nadir durumlarda da, eğer kişinin kastı varsa cezai müeyyide "kasten adam öldürme"nin cezası kadar ağır olmalıdır. Tıpkı ağır kalp yetmezliği olduğu bilinen bir kişinin ölümüne bilerek sebebiyet verecek, aralarında illiyet bağı bulunan bir davranış gibi değerlendirilmelidir.

Tıbbi araştırmalar, intiharda psiko-sosyal stres etmenlerinin, depresyon ve diğer mental bozukluklardan bağımsız ve anlamlı etkileri olduğu savını çürütmektedir (*Goodwin, 1994*). Artuk'a (1992-1993) göre 454. madde sadece failin mağdura intihar etme kararını aldırması durumunda geçerlidir. Mağdurca önceden verilen intihar kararının teşvik edilmesi ve kuvvetlendirilmesi niteliğindeki eylemler ikna sayılmaz. Hukuk bu konuda, tıbbi açıdan çok istisnai durumlar dışında (özellikle din ve çeşitli inançları kullanarak telkin ve iknaya toplu veya individual intiharlara sebebiyet vermek oldukça istisnai bir durum olmakla birlikte, akli dengesi muhtemelen yerinde olmayan bir önderin peşine takılmış mental olgunluk dereceleri herhaldeki önderlerinin olgunluk derecesine yakın bir takım kimselerin toplu intiharları maalesef mevcuttur) var olmayan, bir nedensellik bağı kuruyor gibi gözükmektedir.

T.C.K. 454. maddeye göre intihara ikna ve yardım suçunun gerçekleşmesi müntehirin ölümüne bağlıdır. Teşebbüs mümkün değildir. Yardım ise ölüm neticesi doğurmayan ancak intihar eylemini kolaylaştıracak davranışlar şeklinde yorumlanmıştır. Yani failin eylemi ile neticenin arasına müntehirin eylemi girmelidir. Bu husus da saptanması ancak adli soruşturmanın çok net ve açık olması halinde değerlendirilebilir. TCK 454. maddenin değerlendirilmesinde tıpkı "tahrik" hususunda olduğu gibi hakimın Adli Psikiyatrik müatala almasının zorunlu olduğu düşüncesindeyiz.

- c) Ötanazi: Bir kişinin kendi hayatı ve kendi geleceği hakkında kimseyi etkilemeyeceği kabul edilen bir kararını toplumun ve hukukun neden bu kadar tartıştığı doğrusu dikkati çeken bir husustur. Kendisi suç olmayan bir davranışın talep üzerine yapılmasının suçun maddi unsurunu ortadan kaldırıp kaldırmayacağı da halen hukukçular arasında bile tartışmalara sebep olmaktadır. İntihar konusundaki görüşlerin merkezindeki soru; "ölmek isteyen insana müdahale etmeli mi?" sorusudur. Bu soru en dar anlamıyla terminal dönemdeki ve/veya acı çeken hastalarla ilgilidir. En geniş anlamıyla ise bütün ölmek isteyen insanları kasteder. Bazılarına göre "yaşam hakkı", yaşamını sayesinde sürdürdüğü tedavileri reddetme hakkını da içerir (*Weber, 1988*). Azınlıkta olan bir grup da kişinin intihar dahil tüm konularda, kendi vücutları üzerinde kontrol hakkına sahip olduğuna inanmakta ve bu hakka müdahalenin temel insan haklarının ihlali olduğunu düşünmektedir. Hangi fikirde olursa olsun bütün düşünürler, sağ-

lıkları bir insanın intihar düşüncesi ile terminal dönemdeki bir kişinin intihar isteği arasında farklı tutumlar gerektiği hususunda hemfikirlerdir Humphry ve "Hemlock Society" etik açıdan, intiharı sadece bazı durumlarda haklı görmekteler. Bunlar; terminal bir hastalıkta acı çektiği ve çok ileri derecede bir sakatlık halinde kendini bir süre tartıktan, bu durumla başa çıkabilmesi için gerekli yardımı aldıktan sonra bu kısıtlı varoluşu kabullenemediği, bu dar sınırlarda yaşayamayacağına karar verdiği durumlardır Humphry'e göre (1987), bu özel durumlarda, kişinin kendisini nasıl öldüreceğini bilmesi ve bu özgürlüğe sahip olması başlı başına rahatlatıcı bir şeydir ve kişiye biraz daha yaşama şevki dahi verebilir. Bize göre "ötanazi", sosyal ve hukuki açıdan çeşitli komplikasyonlara sebebiyet vermemesi için, serbest olduğu ülkelerde uygulandığı gibi, mahkeme kararıyla olmak kaydıyla serbest bırakılmalıdır. Ancak öncelikle olgun bir kişinin iyi düşünülmüş bir kararı olup olmadığını, bu kararı hayatını tehdit eden hastalığı ilk öğrendiği anda verip vermediğini, içinde bulunduğu durumu ve sonuçlarını değerlendirecek derecede idrak ve muhakeme yeteneğini haiz olup olmadığını objektif olarak karara bağlayabilecek ve içinde psikiyatry ve/veya adli psikiyatryın da bulunduğu bir heyetin ötanazi isteğini değerlendirmesi mahkeme tarafından zorunlu tutulmalıdır (Siegel, 1992). Kişinin "yaşam hakkı" insan hakları açısından da gözetildiğinde, tababetin elinde bulunan teknik olanaklarla onun hayatını sürdürmesini sağlamaya ve bazı bilgiler edinmeye hakkı olduğu kadar, insanın kendisine anlamsız gelebilecek bu şekildeki bir yaşamı reddetmeye de hakkı vardır.

KAYNAKLAR

- Ana Britannica. Ana Yayıncılık A.Ş. & Encyclopaedia Britannica. Inc. 15. Edit. 1988, Cilt 11,588.
- Arkun N.İstanbul'da 1927-1972 yılları arasındaki İntiharlar Üzerinde Psikososyal Bir Araştırma. XII. Ulusal Psikiyatry ve Nörolojik bilimler kongresi, 1976, 581-588.
- Artuk ME. Talep Üzerine Öldürme. Marmara Ü. Hukuk Fak. Hukuk Araştırmaları Dergisi. 1992-1993. C.7, Sayı 1-3: 20.
- Artuk ME. Adli Tıp Enstitüsü, master ve doktora programı yayınlanmamış ders notları 1995.
- Barraclough B.Differences between National Suicide Rates. British Jour. of Psych. 1973, 122,247-256.
- Barry B. Suicide: The ultimate Escape. Death Studies, 1989, 13: 185-190.
- Beck AT. Hopelessness and Eventual Suicide: A 10-year Prospective Study of Patients Hospitalized with Suicidal Ideation. Am. Jour. Psychiatry. 1985, 142: 559.
- Bongar B., Greaney SA. Essential Clinical and Legal Issues

- When Working with the Suicidal patient. Death Studies. 1994, 18: 529-548.
- Brown HN. The Impact of Suicide on Psychiatrists in Training. Comp. Psych. 1987, 28,101-112.
- Centers for Disease Control. Attempted Suicide among High-school Students, US, 1990. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. 1991.
- Christensen R. The Misdiagnosis of Holiday and Winter Complaints: An Unconscious Shift in Criteria? Psychotherapy. 1984,21,401.
- Coleman JC. Abnormal Psychology and Modern Life. Scott-Foresman Inc. Illinois. 1972, 160-178.
- Curran WJ., Mc Garry AL., Petty CS. modern Legal medicine, Psychiatry and Forensic Sciences. F.A davis Company, Philadelphia. 1980, 843.
- Çağlayan MM. Ötanazi ve İntihar. Adalet dergisi. 1966, 1: 3-33.
- Dinçmen K. Cumhuriyet Gazetesi. 10 Ekim 1993.
- Dublin L. Suicide. Ronald Comp.-New-York. 1963, 23-37.
- Dunner DL. Current Psychiatric Therapy. W.B. Saunders Company, Philadelphia. 1993.197,491.
- Dural M. Türk Medeni Hukukunda Gerçek Kişiler. İ.Ü. Hukuk Fakültesi Yayınları, İst. 1977.
- Dülger HE., Yemişçigil A., Karalı H., Ege B., Hancı İE. İntihar sonucu Ölüm Olgularının Retrospektif İncelenmesi. Adli Tıp Dergisi 7,1991,115-118.
- Ellis JB., Range LM. Characteristics of Suicidal Individuals: A Review. Death Studies. 1989, 13:485-500.
- Farberow NL. Personality Patterns of Suicidal Mental Hospital Patients. Genetic Psychology Monographs. 1950,42:3-79.
- Fenichel O. The Psychoanalytic Theory of Neurosis. WW Norton, New York. 1945.
- Ferracuti F. Suicide in a Catholic Country. Clues to Suicides. Shneidman ES., Farberow NL., (editors). Mc Graw-Hill Book Company, Inc. 1957,70-78.
- Frankl V. İnsanın Anlam Arayışı. Çev. Budak S. II. Baskı. Feryal Matbaası, Ankara. 1992, 88-118.
- Freud S. Mourning and Melancholia. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, C. 14. Hogart Press, London. 1963,238-260.
- Freeman A., White DM. The Treatment of Suicidal Behavior, Comprehensive Handbook of Cognitive Therapy. Freeman A., Simon KM, Beutler LE., Arkowitz H., Editors, Plenum Press, New York, 1989, 321-346.
- Friedman P. (editor). On Suicide, Discussions of the Vienna Psychoanalytic Society 1910. International Universities Press, 1967.11-26,140-141.
- Gabbard GO. Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. American Psychiatric Press, Inc. Washington DC. 1990, 182-184.
- Geçtan E. Psikanaliz ve Sonrası, 6. Basım. Remzi Kitabevi, İst. 1993, 122-164.
- Geçtan E. Psikodinamik Psikiyatry ve Normaldışı Davranışlar. 11. Basım, Remzi Kitabevi-İst. 1995, 163-168.
- Goodwin FK. Tıpta Yenilikler, Psikiyatry. JAMA. 1994, 271:1707,1708.
- Henry AF., Short JF. The Sociology of Suicide. Clues to Su-

- icide. Shneidman ES., Farberow NL., (editors). McGraw-Hill Company, Inc. 1957,58-69.
- Horney K. Neurosis and Human Growth, New York, 1950.
- Geçtan E. Psikanaliz ve sonrası'ndan alınmıştır. 235-269.
- Humphry D. The Case for rational Suicide. (Letter to the Editor). Suicide and Life Threatening Behavior. 1987, 17:335-338.
- Ingram E., Ellis JB. Attitudes toward Suicidal Behaviour: A Review of the Literature. death Studies. 1992, 16: 31-43.
- İçel K., Yenisey F. Türk Ceza Kanunu. Beta Basım Yayım Dağıtım AŞ. 2. baskı, İst. 1991,205.
- İntihar İstatistikleri 1990, DİE Matbaası, Ankara, 1990,1-6.
- Jackson DD. Theories of Suicide. Clues of Suicide. Shneidman ES., Farberow NL., (editors). McGraw-Hill Company. Inc. 1957,11-21.
- Kaboğlu İÖ. Özgürlükler Hukuku. Afa Yayınları, İst. 1993,41-48.
- Kaplan HI., Sadock BJ., Grebb JA. Synopsis of Psychiatry. Williams & Wilkins Comp. Baltimore-Maryland. 1994, Chapter 34,803-811.
- Katkıcı U., Özkök MS., Özkara E. Sivas İlinde İntihar Olgularının Değerlendirilmesi. I. Adli Bilimler kongresi. 1994,8-11,115-118.
- Köknel Ö.Genel ve Klinik Psikiyatri. Nobel Tıp Kitabevi-İst. 1989,225-227.
- Leonard BE. Fundamentals of Psychopharmacology. John Wiley & Sons Ltd. Chichester, West Sussex, England, 1992, 34-35,42-45.
- Lester B., Beck A.Suicide in the Spring. Psychological Reports. 1975,893-894.
- Lester D.Challenges in Preventing Suicide. Death Studies. 1994,18:623-639.
- Maltsberger JT. Calculated Risk in the Treatment of Suicidal Patients: Ethical and Legal Problems. Death Studies, 1994,18:439-452.
- Marzuk PM. Suicide and Terminal İllness. Death Studies, 1994,18:497-512.
- Mosak HH, Dreikurs. R. Adlerian Psychotherapy. Current Psychotherapies, Corsini R. (editor) Peacock Publishers. 1973, 48.
- Murphy GE., Michels R (chairmen, edit. board). Psychiatry. J.B. Lippincott Comp. Philadelphia, Basic Books, Inc., Publishers New York. Revised Edition, 1989, Vol 1, Chapter 71,1-18.
- National Center for Health Statistics, Vital Statistics of the United States, 1980, Vol II, Part A.DHSS Pub. No. (PHS) 85-1101. U.S. Government Printing Office, 1985.
- National Center for Health Statistics: Health, United States, 1991. Public Health Service, Hyattsville, Md, 1992.
- Oral G., Tanman Ç., Bayar R., Özmen M., İlkay E. Ası ile İntihar Sonucu Ölümünün İstatistiksel Değerlendirmesi. III. Anadolu Psikiyatri Günleri, Poster Bildiri, 1994.
- Özbek A.Sosyal Psikiyatriye Giriş. Yeni Desen Matbaası, Ankara. 1971, 134-163.
- Özen C. Adli Tıp Ders Kitabı. İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi yayınları, Rek. No: 2227, Fak. No: 111.2. Baskı, 1980, 167.
- Pfefer C. Self Destructive Behaviour. Psych. Clin North America, 1985, 8:215.
- Perlin S.A Handbook for the Study of Suicide. Oxford University Press, Oxford, 1975.
- Robins E., Completed Suicide, Suicide, Roy A, Editor. Williams & Wilkins, Baltimore, 1986, 723-734.
- Roy A.Suicide. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 5. Edit. Kaplan HI., Sadock BJ., Editors, Williams & Wilkins, Baltimore. 1989, 1414-1427.
- Salaçin S., Gülmen MK., Çekin N., Şen F. Adana'da Kaza, Cinayet ve İnhitarlarda Ölüm nedenleri ve Rastlanma Sıklığı. 7. Ulusal Adli Tıp Günleri, Antalya, 1993, Poster Bildiri, 327-331.
- Shneidman E.Definition of Suicide. Wiley, New York, 1985, 21-22.
- Siegel K. Rational Suicide S. Lesse (editor). What We Know about Suicidal Behavior and How to Treat It?. Northvale. NJ: Jason Anderson 1988, 85-102. Ingram E., Ellis JB. Attitudes toward Suicidal Behavior: A Review of the Literature. Death Studies. 1992. 16:31-43'den alınmıştır.
- Thompson G. Tarih Öncesi Ege. Çev: Celal Üster. Payel Yayınları: 63. II. Basım, İst. 1988, 159-164.
- Van Dongen CJ. Social Context of Postsuicide Bereavement. Death Studies. 1993, 17: 125-141.
- Yalom ID. Existential Psychotherapy. Basic Books, Inc., Publishers, New York. 1980, 41-74,110-158,461-483.
- Yalom ID. Aşkın Celladı ve Diğer Psikoterapi Öyküleri. Çev. Saraç H. Remzi Kitabevi. 1993,82-103,165-174.
- Yılmaz A., Azmak D.İntihar Etiyolojisinde Ağrı: 2 Olgu Sunumu. I.Adli Bilimler Kongresi, 12-15 Nisan 1994, Adana, P-59,382-384.
- Wallace ER.Dinamik Psikiyatri. Çev. Atalay H. Eylül Yayınları. 1994, 211-214.
- Weber W. What Right to Die? (Letter to the Editor). Suicide and Life Threatening Behavior. 1988, 18: 181-188.
- Ziyalar A. Sosyal Psikiyatri. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak. Psikiyatri Kliniği Vakfı Yay.: 2. İst. 1980, 263-288.