

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

Prof.Dr.Refet SAYGILI

ÇOCUK PSİKİYATRİSİ BİLİM DALI

Prof. Dr. Cahide AYDIN

Tez Danışmanı: Prof Dr. Cahide Aydın

İNTİHAR GİRİŞİMİNDE BULUNAN ERGENLERDE
SOSYODEMOGRAFIK, PSİKİYATRİK VE AİLESEL
ÖZELLİKLERİN ARAŞTIRILMASI

UZMANLIK TEZİ

T.C. YÜ.

DOĞU İZMİR

71240

Dr. Eyyüp Sabri Ercan
İzmir-1998

Asistanlık eğitimimin başından itibaren çok değerli katkılarından dolayı Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Refet Saygılı'ya ve Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Cahide Aydın'a en içten teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Psikiyatri Ana Bilim Dalındaki rotasyonum süresince yanında çalıştığım hocalarım Prof. Dr. Nuri Doğan Atalay, Doç. Dr. Simavi Vahip, Uz. Dr. Elif Ertin, Doç. Dr. Erhan Bayraktar, Prof. Dr. Ahmet Çelikkol, Doç. Dr. Hakan'a Coşkunol'a ve Çocuk Nörolojisi rotasyonum süresince yanında çalıştığım Prof. Dr. Sarenur Tütüncüoğlu'na çok teşekkür ederim.

Kanada'da yanında çalışma fırsatı bulduğum ve bu süre boyunca yakın ilgi, yardım ve dostluğunu gördüğüm Prof. Dr. Atilla Turgay'a, asistanlık eğitimim boyunca her zaman beraber çalışmaktan onur duyduğum ve çok değerli katkılarını gördüğüm Doç. Dr. İnci Doğaner, Dr. Azmi Varan, Uz. Dr. Atilla Erol, Uz. Dr. Baybars Veznedaroğlu ve Uz. Dr. Fisun Akdeniz'e teşekkür ederim.

Ege Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı'nın tüm çalışanlarına destek ve katkılarından dolayı en içten teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Eyyüp Sabri Ercan
İzmir-1998

İÇİNDEKİLER

I. Giriş ve Amaç	1
II. Genel Bilgiler	5
III. Gereç ve Yöntem	29
IV. Bulgular	34
V. Tartışma	50
VI. Sonuç	65
VII. Özet	68
VIII. Kaynaklar	71
IX. Ekler	84

I. GİRİŞ VE AMAÇ

Tarihin en eski zamanlarından beri kendini öldürenler bulunduğu halde intihar sözcüğü ancak XVIII. yüzyılda dile girmiştir. Orta çağda Latince 'sui homicida' ve 'sui ipisus homicidum' terimleri başkasını öldürmek, başkasını katletmek anlamında kullanılmıştır. Latince 'sui-kendi' ve 'cadera-öldürmek' köklerinden gelen 'suicidum' kelimesi ilk kez Fransızcada Abbe Desfotaines tarafından kullanılmış ve 1737'de 'Dictionaire de L'Academie'de yer almıştır. İntihar kelimesi Türkçe'ye Tanzimat döneminde girmiştir. Bu dönemde batı dillerinden Türkçe'ye çevrilen eserlerde 'suicide' sözcüğüne karşılık olarak kendini katletme anlamına 'intihar' sözcüğü kullanılmaya başlanmıştır. Bu sözcük Arapçada kurban demek olan 'nahr' dan gelmektedir (8).

İntiharın özet bir tanımını yapmak güçtür. Dr. Celal Odağ, intiharın ister dinamik, ister görüngüsel (fenomenolojik) araştırmalarda olsun kısa ve doyurucu bir tanımını yapmanın oldukça güç olduğunu belirtmektedir. Çünkü intiharların değişik türleri, intihar olgusunun karmaşıklığı, çoğul etmenli nedenlerin bulunması tüm intiharlarda geçerli genel bir tanımlamanın yapılmasını engellemektedir (85). Durkheim intiharı, 'ölen kişi tarafından ölümle sonuçlanacağı bilinerek girişilen olumlu ya da olumsuz bir eylemin, doğrudan ya da dolaylı sonucu olan her ölüm olayı' şeklinde tanımlamıştır. Bu şekilde tanımlanan ama ölüm sonucu doğmadan durdurulan eyleme ise 'intihar girişi' adı verilir (30). Bugüne kadar intihar girişimlerini tanımlamak için, parasuicid, bilerek kendini yaralama, pseudosuicid ve ölümcül olmayan bilerek kendine zarar verme gibi çok çeşitli isimler

kullanılmıştır. Ancak bu tanımların hiçbiri yeterli değildir, genel kabul görmemekle birlikte intihar girişimi en yaygın olarak kullanılan terim olmuştur (107).

İnsan yaşamı dört ölüm biçiminden birisiyle sonlanır. 1- Doğal ölüm, 2- Kazaya bağlı ölüm, 3- Öldürülme, 4- İntihar. İntihar tüm dünyada önemli bir toplum sağlığı problemidir. İnsanlar çeşitli nedenlerle kendi yaşamlarını kendi istekleriyle sonlandırmaya kalkışabilirler ve intihar da yaşamın bir yönüdür (86). İntihar batılı ülkelerde en sık ölüm nedenleri içerisinde 5. ile 10. sıra arasında yer almaktadır. Tüm ölümlerin % 0.4-0.9'u intihara bağlıdır (107). İntihar olgusu klinik yanlarıyla psikiyatrinin, epidemiyolojik özellikleriyle halk sağlığının, cana kastın suç olmasıyla hukukun, dinin ve felsefenin, kısaca tüm toplumun ilgi alanına girer (37).

İntihar genç insanların en üretken çağlarında ölmelerine yol açan en önemli nedenlerden birisidir ve 15-24 yaş grubunda görülen ölümlerin ilk üç nedeni arasında yer almaktadır. Ülkemizde de 1992 yılından geriye doğru son on yıllık Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) verileri incelendiğinde, her yıl toplam intiharların çok önemli bir bölümünün (% 30) bu yaş grubunda gerçekleştiği görülmektedir (28). Öte yandan, resmi intihar rakamlarının gerçek değerlerinden yaklaşık % 40-50 oranında daha az olduğu tahmin edilmektedir (81). Çünkü intihar davranışı ülkemiz de dahil olmak üzere pek çok ülkede toplumsal ve dinsel açıdan onaylanmamakta ve bir leke olarak değerlendirilebilmektedir (6). Bundan dolayı doğal nedenler veya kazalara bağlı olduğu belirtilen ölümlerin bir kısmı intihar sonucu olabilir. Sayıl ve arkadaşları toplumda intihar olgusuna karşı tutum ve inançları araştırmışlardır. Özellikle intihar davranışında bulunanlarla karşılaşma olasılığı en düşük olan toplum

kesimindeki deneklerin, intihar davranışını genellikle günah ve korkakça bir davranış olarak kabul ettikleri, insanların intihar davranışında bulunmaya hakları olmadığını düşündükleri ve intihar davranışında bulunanları ruhsal yönden hasta olarak kabul etmeme eğiliminde oldukları görülmüştür (112).

Tamamlanmış intihar hekime psikiyatrik yardımın doğasında var olan sınırlılıkları hatırlatır. Ciddi intihar davranışı gösteren hastaları tedavi eden hekimler, çabalarının genelde olumsuz sonuçlanması nedeniyle kızgınlık hissetmeye başlarlar (49). Ülkemizde psikiyatristlerin intihara karşı tutumlarını araştıran bir çalışmada, psikiyatristlerin konuya reddedici şekilde yaklaştıkları, intihar davranışı gösteren hastaların tedavisini üstlenme konusunda genelde isteksiz oldukları, intihar girişiminde bulunan hastayla karşılaştıklarında yaşadıkları en sık duyguların yardımcı olma isteği, tedirginlik ve sıkıntı olduğu bildirilmiştir (111).

Ülkemizde intihar oranları dünya ortalamasının altında olmakla birlikte, her ülkeden psikiyatristler intihar girişiminde bulunan hastalarla günlük pratikte özellikle acil servislerde sık olarak karşılaşmaktadırlar. Örneğin İngiltere’de 50 yaş altındaki hasta başvurularında intihar girişiminin en yaygın tanısı olduğu (kadınlarda birinci, erkeklerde ise kalp krizinden sonra ikinci sırada) belirtilmiştir (107). Ayrıca ülkemizde intihar oranlarındaki artışın batılı ülkelere göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir (28). Bu nedenle, intihar girişimlerinin ortaya konması ve anlaşılması birçok açıdan önemlidir. Öncelikle akılcı bir koruma planı geliştirilmesi bakımından gereklidir (86). Ayrıca eylemin anlaşılması sonradan sunulacak yardımın şeklini de etkileyebilmektedir (11).

Ülkemizde 15-24 yaş grubunda tamamlanmış intiharların diğer yaşlara göre belirgin olarak yüksek olduğu görülmektedir (27). İntihar girişimleriyle ilgili kesin veriler bulunmamakla beraber tamamlanmış intiharların 30-100 katı olduğu tahmin edilmektedir (1,10). Günlük pratiğimizde çok sık olarak karşılaştığımız ergen intiharlarıyla ilgili gerçekleştirdiğimiz bu çalışmanın amaçları şöyle sıralanabilir:

- 1- İntihar girişiminde bulunmuş olan ergenlerin yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, yerleşim yeri ve kardeş sayısı gibi sosyodemografik özelliklerinin belirlenmesi.
- 2- Ergenlerin intihar davranışına model oluşturabilecek kaynakların, çevre etkilerinin araştırılması.
- 3- Parçalanmış aileden gelme, ebeveynlerde psikoaktif madde kullanımı, ebeveynlerden uzun süre ayrı kalma ve ebeveynlerce fiziksel kötüye kullanılma gibi olası predispozan etkenlerin araştırılması.
- 4- İntihar girişiminde bulunan ergenlerde aile yapısı ve işleyişinin değerlendirilmesi.
- 5- İntihar girişiminde bulunan ergenlerin tanısal açıdan değerlendirilmesi.
- 6- İntihar girişiminde bulunan ergenlerin anksiyete ve depresyon düzeylerinin psikometrik ölçekler aracılığıyla belirlenmesi.
- 7- İntihar girişimlerinin ortaya çıktığı koşullar, kullanılan yöntemler, nedenler ve motivasyonların değerlendirilmesi.

II. GENEL BİLGİLER

ETİYOLOJİK VE KURAMSAL GÖRÜŞLER

İntiharın etiyolojisine ve tanımlanmasına ilişkin psikodinamik, toplumbilimsel, bilişsel ve biyolojik çok sayıda kurama rastlanmaktadır. Bu kuramların neredeyse tümü kendi dayandıkları kavramların anlayış alanlarını aşmamaktadır. İntihar kuramlarının pek çoğunda öne sürülen modellerin sınırlılıklarına değinilmediği göze çarpmaktadır. Bu kuramların başka bir ortak yanı, intihar olgusunu bütünüyle açıklama ve tüm intihar olgularında belirtilen kuramın geçerli olduğu iddiasında olmalarıdır. Odağ (1995), intiharın değişik türlerinin olması ve intiharı belirleyici etkenlerin kişiden kişiye, hatta eylemden eyleme değişmesi nedeniyle intihar olgusunun tek bir kuramın sınırları içinde anlaşılmasının olanaklı olmadığını belirtmiştir (85). Bu nedenle intihar olgusunun anlaşılması çok yanlı bir yaklaşımı zorunlu kılmaktadır.

Bu bölümde psikodinamik teori, toplumbilimsel görüşler, sosyal öğrenme teorisi, bilişsel ve biyolojik yaklaşımlar tartışılacaktır.

Psikodinamik Teori:

Bu yaklaşımda, psikolojik kayıp, ayrılma veya zarar görmeye karşı bilinç altı öfke intihar davranışının gelişiminde temel rol oynar. Engellenmeye karşı agresyon ve bu agresyonun kendine yöneltilmesinin intihar davranışı için ortak bir yol olduğu kabul edilmektedir.

Klasik Freudyan teoriye göre agresyonun kendine yöneltmesinin sonucunda intihar görülür. Bu nedenle intiharlar adam öldürmenin zıttı olarak kabul edilir. Freud intiharı, ambivalans kaynağı içe atılmış olan nesneye karşı ölümcül bir saldırı olarak tanımlamıştır. Eylem fiziksel olarak kendiliğe yönelmişken, ruhsal anlamda içe atılmış olan sevilen kişiye yönelmiştir. İntiharın özünde sevilen nesneyi yitirme korkusu vardır. Sonuç olarak intihar kurbanı kendisi ve nesne üzerinde bir kontrol duygusu sunar (120). Lestler ve Lindsley (1988), intihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerde, psikodinamik yaklaşımla uyumlu olarak, normal kontrollerden daha fazla kendine yöneltilmiş irritabiliteye rastlamışlardır. Menninger (1938), intihar etmek için üç ana neden olduğunu öne sürmüştür: 1- öldürme isteği, 2- öldürülme isteği, 3- ölme isteği. Menninger'e göre intihar etmek bilinç düzeyinde ölme isteğini, intihar girişimlerinde bulunmak ise bilinç altında ölmeme isteğini içermektedir.

Nesne kuramcılarının Klein (1986), intiharın dinamiğinin içselleştirilmiş 'kötü nesnelere' dayandığını öne sürmüştür. Klein'a göre 'intihar ederken bile ego içindeki kötü nesneleri öldürmek ister, ancak aynı zamanda içindeki olumlu nesneleri korumak ister'. Yani nesne ilişkileri bakışına göre, intihar içselleştirilmiş kötü nesnelerden kurtulmanın bir yoludur.

Toplumbilimsel Yaklaşımlar:

İntihar davranışına toplumbilimsel yaklaşım ilk kez Durkheim (1951) tarafından ortaya konmuştur. Durkheim, çok yaygın olarak bilinen 'İntihar-Toplumbilimsel İnceleme' adlı kitabında intiharların istatistiksel ve toplumbilimsel irdelemesini yapmıştır. Durkheim,

intihar gibi ancak bireysel bağlamda anlaşılabilceğı düşünölen bir kavramın bile toplumsal etkenleri bulunduğunu, bu nedenle toplumbilimsel yöntemlerle ele alınması gerektiğini göstermiş ve intihar tümüyle toplumsal bir olgu olarak görmüştür (30). Ona göre her toplumda kollektif bir intihar eğilimi bulunmaktadır. Varolan bu kollektif intihar eğilimi bireyleri intihar eylemine sürükler. Toplumda değışiklikler olmadığı sürede intihar sayılarının değışmemesini bu görüşe kanıt olarak gösterir (85). Durkheim'a göre, sosyal bir yaratık olan insan sosyal bir grupta yer almak ve bütünleşmek ister (sosyal bütünleşme). Aynı zamanda birey toplum tarafından kontrol edilmek ister (sosyal kontrol). Bu teoriye göre Durkheim üç çeşit intihar tanımlamıştır:

a- Bencil intihar, bireyin toplumsal çevresi ile bütünleşememesi sonucu gerçekleşen intihar olayıdır. 'Bireyi kendi başının çaresine bakmak durumunda bırakan etkenler ne kadar çoğalırsa, intihar olayları da o ölçüde artar'. Aile bağlarındaki zayıflamasıyla bencil intihar olayları artış göstermektedir. Siyasal ve ulusal büyük bunalımlar sırasında toplumun bütünleşmesi arttığından, bireylerin toplumsal sorunlara etkin katılımları yoğunlaştığında intihar oranlarının düştüğü gözlenmektedir. Bu ortamda bireylerin bencilliklerinin sınırlanması ve yaşama isteklerinin güçlenmesi bu düşüşün nedeni olarak görülür. Kırsal kesimdeki toplumların toplumsal bütünlüğü, şehir toplumlarından daha fazladır ve bu nedenle daha az intihar görülür.

b- Elcil intihar: Durkheim, bireyin kendi başına bırakıldığı ortamların bencil intiharı özendirici olmalarına karşın, aşırı toplumsal bütünleşmişliğin de elcil intiharı kolaylaştırdığını belirtmiştir. Elcil intiharlar, insan yaşamı adetler, gelenekler ve

alışkanlıklarla katı bir biçimde düzenlenmiş olduğunda, topluluğun (ister siyasal, ister dinsel nitelikte) buyrukları gerektirdiğinde, kendilerini öldürdükleri durumlardır.

c- Kuralsızlık intiharı: Birey davranışlarında uyulacak ölçülerin bulunamamasından ileri gelen intiharlardır. Bireyin ufkunun ya aşırı genişlemesinin ya da aşırı biçimde daralmasının sonucu olmaktadır. Beklenmedik zenginleşme ile boşanma durumları bu türe örnek olarak gösterilebilir.

İntiharların toplumsal olgulardan etkilendikleri ve bu etkilenmenin kaçınılmazlığı görüşü artık yaygınlaşmıştır. İntihar oranlarının ve girişim biçimlerinin toplumdan topluma değişmesi, hatta aynı toplumun değişik kesimlerinde saptanan yöntem ve sayı farklılıkları, toplumsal olayların intiharlara etkilerinin belgeleridir (85). Durkheim'ın bireylerin toplumla bütünleşmesinin intiharları engellediği savı da tartışılmayacak kadar açıktır. Bireylerin bir topluma ait oldukları duygusu, o toplumun bir bireyi olduklarını duyumsamaları, ait oldukları toplumda gerekli desteği bulabilecekleri inancı, güçsüz zamanlarında toplum tarafından desteklenecekleri ve yalnız bırakılmayacakları düşüncesi onları yalnızlıktan ve çaresizlikten kurtarıcı ve o oranda da intiharları engelleyici etkiye sahiptir. Tüm bu düşünceler Durkheim'ın 'bireylerin toplumla bütünleştikleri oranda intiharların engellendiği' savını desteklemektedir. Ama Durkheim'a yapılacak eleştiri onun karmaşık ve pek çok ögenin etkili olduğu intiharı, tümüyle toplumsal etmenlerin sonucu olarak görme eğiliminin tek yanlılığındadır. Bireysel psikodinamik güçlerin görüşlerinde yer almaması büyük bir eksikliğidir. Çünkü intiharda toplumsal olduğu kadar bireysel nedenler de etkilidir. Bunlara kalıtsal, endokrinolojik ve biyokimyasal nedenlerin de

katıldığını unutmamak gerekir. Günümüzde hem bireysel hem de toplumsal dinamik güçlerin (psikodinamik ve sosyodinamik) etkili olduğu düşünülmektedir (85).

Sosyal Öğrenme Teorisi:

Lester (1987), sosyal öğrenme teorisini intihara uyarlamıştır. Bu yaklaşımın temel hareket noktası ‘intiharın en azından bir bölümüyle stres verici yaşam olaylarına karşı öğrenilmiş bir cevap’ olduğudur. Sosyal öğrenme teorisi, suicidal ergenin diğer aile üyelerinin veya arkadaşlarının davranışlarını taklit ettiklerini öne sürmektedir. Ergen intiharları bazen epidemik olabilir. Çünkü ergenler bu yaşlarda arkadaşlarının ne yaptıkları ile yakından ilgilidirler. Eğer ergenin intihar girişimi olduğu zaman yakın çevresindeki arkadaşlarında intihar görüldüyse intihar girişiminin ciddiyetinin yüksek olduğu düşünülebilir (97,116). Abartılı olarak duygusallaştırılmış, kurgulu tarzda ve ünlülerin intiharları ile ilgili medya yayınlarının da yatkınlığı olan ergenlerde suicidaliteyi arttırabileceği bildirilmiştir (17,63,114).

Bilişsel Yaklaşımlar:

İntihara bilişsel yaklaşımlar, suicidal bireyin düşüncelerinin sistematik bir biçimde çarpıtılmış olduğunu öngörmektedir. Beck (1976), depresyonun bilişsel teorisini, kendine negatif bakış, dünyaya negatif bakış ve geleceğe negatif bakış biçimindeki tipik bilişsel üçlüyle tanımlamıştır. Beck ve arkadaşları (1974), genel umutsuzluk bağlamındaki bu negatif yaklaşımları değerlendirmek için bir ölçek geliştirmişlerdir. Umutsuzluk gelecek

için negatif beklentiler olarak tanımlanabilir. Bu araştırma intiharın bilişsel teorisi için sağlam bir zemin hazırlamıştır. Suisidal bireyler intihara eğilim yaratan, bilişsel katılık veya bölünmüş düşünme, problem çözme becerilerinde eksiklik ve intiharı stres oluşturan durumlarda çözüm olarak algılama gibi diğer bazı bilişsel özellikleri de gösterirler.

Biyolojik Yaklaşımlar:

İntihar davranışına biyolojik yaklaşımlar genetik ve biokimyasal etkenleri içermektedir. Biokimyasal etyolojiye ilişkin çalışmalar intihar davranışı ile serotonin ve diğer nörotransmitterlerin, beyin omurilik sıvısı (BOS), kan ve idrar düzeylerinin karşılaştırılması şeklinde gerçekleştirilmiştir. Bugüne kadar yapılmış birçok çalışmada, serotoninin yıkılım ürünü olan 5 Hidroksi İndol Asetik Asit (5-HİAA) düzeylerinin BOS'da düşük bulunmasıyla intihar davranışı arasında ilişkili olabileceği gösterilmiştir (9,110). Ayrıca düşük 5-HİAA düzeyleriyle vahşi intihar ya da intihar girişimleri arasında da güçlü bir ilişki bulunduğu gösterilmiştir (110,128). Önceden intihar girişiminde bulunan ve 90 nmole/litre'nin altında BOS 5-HİAA düzeyi olan hastaların % 20-25'inin hastaneden çıkıştan sonraki ilk bir yıl içinde intihar ettikleri bildirilmiştir (109,110). Ölüm sonrası serotonin reseptörlerinin ölçülmesine dayalı çalışmalarda, intihar kurbanlarının prefrontal korteksinde 5-HT₂ reseptör sayılarının arttığı bildirilmiştir (81). Benzer biçimde, düşük beyin monoamino oksidaz aktivitesinin intihar davranışıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (127).

İntihar davranışıyla dopamin ve dopamin yıkım ürünü homovanilik asit arasındaki ilişki de araştırılmıştır. Bir çalışmada, intihar girişiminde bulunan ve 5 yıllık süreç içerisinde tekrar girişimde bulunan depresyondaki hastaların, intihar girişiminde bulunmayan deprese hastalardan anlamlı olarak daha düşük BOS ve idrar homovanilik asit düzeyleri gösterdikleri bulunmuştur (108). Bazı araştırmacılar düşük BOS homovanilik asit düzeylerinin intihar davranışından çok depresyonun bir sonucu olduğunu ileri sürmelerine karşın, bir grup araştırmacı intihar davranışı ile homovanilik asit düzeyleri arasındaki ilişkinin 5-HIAA düzeylerinden daha güçlü olduğunu belirtmektedirler (110).

Serotonin ve dopaminin intihar davranışıyla ilişkisi dışında, kortizol, tiroid hormonları, kolesterol düzeyleri ve EEG bozuklukları gibi pekçok özellik arasında ilişki araştırılmıştır (54,60,74,107). Ancak bu biyolojik yaklaşımların hiçbirisi psikolojik özelliklerin intihar sürecinde etkili olduğunu dışlamamaktadır. Psikolojik, biyolojik ve sosyal sistemlerin birbiriyle etkileşim içinde olması nedeniyle, biyolojik değişkenlerin intihar davranışında tek başına etkili olduğunu kabul etmek oldukça güçtür. Ayrıca psikososyal etkenlerin beyin nörotransmitter dengeleri üzerinde etkili olduğu düşünülmekte ve hayvan deneyleri bu düşüncüyü desteklemektedir (78,100). Son yıllarda BOS 5-HIAA düzeylerindeki düşüklük gibi özelliklerin intihar için biyolojik yatkınlık oluşturduğu düşünülmektedir (9).

İNTİHAR VE İNTİHAR GİRİŞİMİ:

Dr. Celal Odağ intihar ve intihar girişiminde etkili olan ruhsal etkenleri şu şekilde değerlendirmiştir (85):

1- Dayanılmaz acılar hem intihar hem de intihar girişiminde eylemi başlatan uyarandır. Acılara yalnızlık duygusunun eklenerek onları şiddetlendirmesi ve buna bir çare bulunamaması intihar tehlikesini artırır.

2- Her iki durumda da engellenmiş gereksinimler rol oynar. Engellenme şiddetindeki farklılık intihar ile intihar girişiminin belirleyicisidir.

3- Her ikisinde de amaç, birdenbire bastıran bir sorunun çözülmesidir. İntihar çözüme kapalı, ilişkilerin kesildiği, içe dönük; intihar girişimi ise çözüme izin veren, ilişkilerin devam ettiği, dışa açık bir durumdur.

4- Aralarında amaç farklılığı bulunmaktadır. İntiharda amaç bilincin ortadan kaldırılması, intihar girişiminde ise yeni bir arayış, yeni bir örgütlenmedir. İntiharda *yaşamın yok edilmesi*, intihar girişiminde ise *yaşamın değişimi* amaçlanır.

5- Her ikisinde de ortak duygular bulunmaktadır. İntiharda umutsuzluk ve çaresizlik, intihar girişiminde uzaklaşma, seçim yapamama, yitim ve reddedilmenin doğurduğu duygular önceliklidir. Ancak intihar ve intihar girişimi arasında duygulanım farkları bulunur. intihar girişiminde daha çok *huzursuzluk* bulunurken, intiharda özellikle karar döneminden sonra bir *dinginleşme* saptanır. Bu dinginleşme acının bitmesinden çok tehlikenin artması olarak değerlendirilmelidir.

6- İntiharda ölüm-kalım şeklinde çok kısıtlayıcı iki seçenek bulunmaktadır. Buna karşın intihar girişimide ölüm-acı çekme-kalım gibi seçenek fazlalığı çözüm olanaklarını arttırır.

7- İntihar bilişsel olarak çözüm olanaklarına izin vermeyen bir yapılanmadır. Bu yapılanmada ölümün tek çözüm olduğu düşüncesine saplanılmıştır. İntihar girişiminde kıyıma saplanma daha az, çözüm olanakları daha çoktur.

8- İlişki açısından da farklar bulunur. İntiharda ilişkiler kopmuştur, artık herşeyin bittiğini bildirirler. İntihar girişiminde ise ilişkiler kopmamıştır, iyileşmeye, bakıma izin verir, yardım çağrısını dışlamazlar.

9- Her ikisinin de ortak tutumları bulunmaktadır: intiharda yaşamdan kaçış, ayrılış, kopuş eğilimi ağırlıktadır. İntihar girişiminde yaşamla bağlantı sürer. Gizli amaç başkaları ile bir yaklaşımın sağlanmasıdır. Bu yaklaşım isteğinin şiddeti çevreyi zorlayabilir.

10- Kriz durumunda intiharda kalıplaşmış, kesin, dönüşü olmayan tepkiler ortaya konur. İntihar girişiminde ise başkalarına yönelen, onları da kapsayan, karışmalarını isteyen bir tutum egemendir. İşyerinde bir çatışma olduğunda suicidal kişi kendini kovdurur, parasuisidal kişi ise 'lütfen beni kovmayın, yoksa hasta olurum' biçiminde ifade edilebilecek bir yardım çağrısında bulunur.

Ancak yukarıda sözü edilen bu farklılıkların ve kullanılan kavramların uygulamalarla tam olarak kanıtlanmadığı, bazı yerlerinde büyük açıklar verebileceği belirtilmektedir.

Herşeyden önce aynı hastanın bazen intihar girişimine bazen intihara yönelik belirtiler verdiği, bu değişimin özellikle ergenlik döneminde belirgin olduğuna dikkat çekilmektedir.

ERGENLİK DÖNEMİ

Çocukluk ve yetişkinlik dönemleri arasında yer alan ergenlik dönemi, birçok araştırmacıya göre, kişilerin yaşamında oldukça kritik bir yer tutmaktadır. Günümüzde daha çok bir geçiş dönemi olarak algılanan ergenlik dönemi, buluş çağı ile başlamakta, yetişkin kimliğinin oluşmasıyla sona ermektedir. Diğer bir deyişle, birey, çocuk olarak başladığı ergenlik döneminden bir yetişkin olarak çıkmaktadır. Dönemin bir 'geçiş' olarak algılanması, kavramsal açıdan, göreceli olarak daha sabit iki nokta arasında yer alan bir 'değişme, büyüme ve dengesizlik' durumunu düşündürmektedir. Diğer bir deyişle, ergenlik, fiziksel, sosyal ve psikolojik olgunluk açısından değişme, büyüme ve dengesizlik dönemidir. Geçiş kavramı ayrıca, ergenlik döneminin bir ara-dönem olduğunu da çağrıştırmaktadır. Çocukluk geride kalmıştır ama yetişkinliğe henüz ulaşamamıştır. Diğer bir deyişle, ergen ne çocuktur ne de yetişkin; ikisinin arasında sıkışıp kalmıştır (65).

Aristo, günümüzden yaklaşık olarak 2350 yıl önce gelişim sürecini bebeklik, çocukluk ve gençlik olarak üç dönemde düşünmüştür. Aristo'ya göre 14 ile 21 yaşları arasında yer alan gençlik dönemi, bireyin seçimler yaptığı dönemdir. Genç, kendi isteği ve iradesiyle seçimler yaparak hem uzun vadede olumlu bir kişilik geliştirir hem de kendi kişiliğinin

oluşumuna aktif olarak katılmış olur. Aristo'nun günümüzden yaklaşık olarak 2300 yıl önce çizdiği genç tablosu pek çok açıdan günümüzdeki ergeni çağrıştırmaktadır. Kiell, M.S. 120 yılından günümüze uzanan tarih içerisinde çok çeşitli kültürlerden topladığı ergenlik gelişimi ile ilgili 200'den fazla otobiyografi, günce ve mektubu incelemiş ve bu belgelere dayanarak, bunalımlı bir ergenlik döneminin tüm kültürlerde ve tüm zamanlarda varolduğunu savunmuştur (64).

Ergenliğin günümüzdeki anlamıyla ortaya çıkışında belki de en önemli rolü oynayan çalışma, G. Stanley Hall'ın 1904 yılında yayımlanan iki ciltlik 'Ergenlik' adlı yapıtıdır. Hall, ergenlik dönemini başlı başına çalışılması gereken bir dönem olarak düşünmüş ve konuya bilimsel yöntemle yaklaşan ilk kişi olmuştur. Bu anlamda Hall ergenlik psikolojisinin yaratıcısı olarak kabul edilmektedir. Hall, ergenlik dönemini Almanca'daki bir edebiyat akımının isminden hareket ederek 'fırtına ve stres' (storm and stress) dönemi olarak değerlendirmiştir. Schiller ve Goethe'nin de dahil olduğu bu edebiyat akımı (Sturm und Drang), idealizmle dolu, eskiye isyan eden, kişisel duygu, ihtiras ve acının ifade edildiği bir akımdı. Hall, bu özellikleri ergenlerde de görmüş, ergenlik dönemini temelde 'çelişkiler' dönemi olarak tanımlamıştır (83).

Çocukluktan yetişkinliğe geçiş süreci dünya üzerindeki çeşitli toplum ve kültürlerde farklı şekillerde yaşanmaktadır. Bu farklılıklar, toplumsal yapı ve kültür açısından büyük farklılık gösteren topluluklar arasında doğal olarak daha belirgin bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Örneğin, yaşamını avcılık ve toplayıcılıkla sürdüren ilkel bir toplulukta yaşanan

yetişkinliğe geçiş süreci ile günümüzün gelişmiş batılı ülkelerinde yaşanan ergenlik süreci arasında çarpıcı farklılıklar görülmektedir. Ergenlik döneminin bir 'fırtına ve stres' dönemi olduğu görüşü, ilk olarak Hall tarafından ortaya atılıp sistematik olarak incelenmeye çalışılmıştır. Bu görüş daha sonra psikanalitik yaklaşım tarafından da benimsenerek uzun yıllar etkisini sürdürmüştür.

Anna Freud'un öncülüğünü yaptığı psikanalitik yaklaşımın temel görüşü, buluş çağı ile yeniden ortaya çıkan güçlü cinsel dürtüler karşısında kendini savunmaya çalışan güçsüz bir benlik kavramı üzerine kurulmuştur. Bu görüşe göre, latans dönemi takip eden ergenlik döneminde genç, bir yandan yeniden gündeme gelen tehditkar Oedipal çatışmayla başetmeye, diğer yandan ise benliğini anne-babasından ayırttırmaya, bağımsızlaştırmaya çabalamaktadır. Dolayısıyla, ergenlik dönemi benlik için çatışmalar, çelişkiler, kaygı, stres ve karışıklıklarla dolu bunalımlı ve fırtınalı bir dönemdir (16,41,42,43).

Anna Freud ergenliği huzurlu bir büyüme sürecinin bozulması veya kesintiye uğraması olarak değerlendirmiş ve ergenlik süreci içinde tutarlı bir dengenin korunmasını 'anormal' olarak görmüştür (41). Anna Freud'a göre, yetişkinlikte 'anormal' olarak düşünülebilecek bazı uyumsuz düşünce, duygu ve davranışlar ergenlik döneminde 'normal' olarak oluşmaktadır. Erikson da, Anna Freud'la aynı doğrultuda, ergenlik bunalımını 'normatif' olarak kabul etmiştir (32). Ergenlik döneminin psikopatoloji sınırını zorlayan, çatışmalar ve karışıklıklarla dolu, dengesiz ve fırtınalı bir dönem olduğu görüşü, pek çok yazar

tarafından benimsenerek, ergenlik dönemi ile ilgili en yaygın inançlardan biri durumuna gelmiştir (12,52,64,121,129).

Ergenlik döneminin bir bunalım ve karışıklık dönemi olduğu görüşü temelde klinik kökenlidir. Görüş, esas olarak psikanalitik tedaviye alınmış ‘sorunlu’ ve ‘rahatsız’ gençlerden elde edilen gözlemlere dayanmaktadır. Oysa, ‘normal’ gençlerle yapılan çalışmalardan elde edilen veriler incelendiğinde, ortaya tamamen farklı bir tablo çıkmıştır. Adelson’un da vurguladığı gibi, ergenlik döneminin normatif olarak stresli olduğunu destekleyen tek bir çalışma yoktur (3). ‘Normal’ ergenlerle yapılan geniş çaplı taramalarda ve boylamsal çalışmalarda ergenlik döneminin iddia edilenin tersine bunalımsız ve stressiz olduğu, gelişimin rahat bir şekilde aksamadan geliştiği ve gençlerin içsel çatışmalarla, çelişkilerle ‘bunalmadığı’ izlenmiştir (3.59, 65,72,92,130).

‘Normal’lerin oluşturduğu gruplardan toplanan verilerin ışığında, ergenlik döneminin normatif olarak bunalımlı bir dönem olduğu düşüncesi günümüzde, özellikle akademik çevrelerde artık bir ‘efsane’ olarak değerlendirilmektedir (3,71,76,130). Ne var ki, elde edilmiş olan tüm verilere rağmen ‘bunalımlı ergenlik’ düşüncesi toplumda halen yaygın olarak görülmektedir (56). Bazı yazarlar bunu kitle yayınlarının daha çok isyankar ve sorunlu gençler üzerinde durmasına ve olağan ergenlerin hiçbir zaman kitle yayınlarının ilgisini çekmediğine bağlamaktadırlar (4,24). Oysa, ‘isyankar ve sorunlu’ gençler, genel gençlik içerisinde ancak küçük bir azınlık oluşturmaktadır. Weiner ‘rahatsız’ gençlerin toplam genç popülasyonun ancak % 20’sini oluşturduğunu ve bu oranın yetişkinlikte

izlenen oranla aynı olduğunu ileri sürmüştür (4). Ülkemizde de Özbay ve arkadaşları tarafından yapılan çok kapsamlı bir çalışmada 2222 çalışan ve okuyan ergenden toplanan çeşitli verilerin analizi sonucunda araştırmacılar ergenlik döneminin gençlerin % 83'ü için sorunsuz ve mutlu bir dönem olduğunu, gençlerin ancak % 17'sinde 'kaygılar ve çalkantılar' görüldüğünü belirtmişlerdir (88).

Özetlenecek olursa, içinde bulunduğumuz yüzyılın ilk yarısında ergenliğin patoloji sınırlarını zorlayan, bunalımlı, çatışmalar ve çelişkilerle dolu bir karışıklık dönemi olduğu düşünülmüş; daha sonra, özellikle 1960'lı yıllarda diğer uca gidilerek dönemin aslında patolojiden uzak, bunalımsız, çatışmasız rahat ve yavaş bir geçiş dönemi olduğu savunulmuştur.

ERGEN İNTİHARLARI

Çocuk ve ergenler arasında çeşitli zamanlarda baş göstermiş olan intihar davranışı salgınları, gençlik dönemindeki intiharları anlama ve önleme çalışmalarına ilgiyi çekmiştir. On dokuzuncu yüz yılda Goethe tarafından 'Genç Werther'in Acıları' adlı kitabın yayımlanmasından sonra ergenler arasında bir intihar ve intihar girişimi salgını olduğu gözlenmiştir. Kitabın kahramanının sonlanan bir sevi ilişkisi sonrasında kendini öldürmesi ve bir çok gencin bu kitabı okuduktan sonra intihara kalkışmaları kahramanı taklit etmek olarak yorumlanmış ve kitap çeşitli dönemlerde yasaklanmıştır (94).

1910 yılında Viyana Psikanaliz Birliği, gençlik dönemi intiharlarını incelemeye yönelik bir toplantı düzenlemiştir. Bu toplantıda Freud, gençlik dönemindeki intiharların en önemli nedeninin sevilen kişilerle yaşanan çatışmalar olduğunu belirtmiş ve suicidal çocuk ergenler üzerinde yapılacak incelemelerin intiharın dinamik yönünü aydınlayabileceğini öne sürmüştür. Diğer yandan bazı psikanalistler ergenlik döneminde okul baskısı gibi stres verici etkenlerin azaltılmasının bu dönemdeki intiharların önlenmesinde yararlı olabileceği görüşünü savunmuşlardır (93).

1960'lı yılların sonundan itibaren çocuk ve ergen intiharlarında gözle görülür bir artışın meydana gelmesi, bu konuya toplumun ve profesyonellerin ilgisini yoğunlaştırmıştır. Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Sağlık Örgütü, 1986 yılında 'Genç İntiharları' konulu bir konferans düzenleyerek, çocuk ve ergen intiharlarını önlemeye yönelik yapılandırılmış bir sistem oluşturmaya çalışmış ve bu konferansın sonucunda şu önerileri açıklamıştır:

- 1- İntiharlarla ilgili kayıtların daha sistemli tutulması, yerel ve genel bir veri tabanı oluşturulması
- 2- Gençlerde intihar davranışına yol açan çok yönlü etkenlerinin belirlenmesi için araştırmaların gerçekleştirilmesi
- 3- Suisidal ve intihar için risk grubunda olan gençlerin tedavisi için etkin yöntemlerin oluşturulması
- 4- İntihar önleme yöntemleri için destek sağlanması ve planlama yapılması
- 5- Sağlık çalışanlarına, suicidal çocuk ve ergenleri tanıma, tedavi etme ve önleme konusunda eğitim verilmesi

6- Toplum ve derneklerle genç intiharlarının önlenmesi konusunda işbirliği yapılması

Epidemiyoloji

Çocukluk ve ergenlik döneminde yaş arttıkça intihar sıklığı artmaktadır (115). Oniki yaşın altında ise intihara oldukça az rastlanmaktadır (18). Çünkü küçük yaştaki çocuk okul ve aile çevresinden yoğun destek görmektedir; ayrıca bilişsel fonksiyonları tam olarak gelişmediği için ölüm kavramını net olarak algılamakta güçlük çeker ve ölümcül bir plan yapmakta zorlanır (114). Oysa ergenlik döneminin temel dönüm noktalarından birisi ayrılma ve bireyselleşmeyi başarmaktır. Bazı araştırmacılar bu nedenle ergenliğin başlı başına intihara eğilim yaratan bir dönem olduğunu belirtmişlerdir (33).

Son yıllarda ergen intiharları ve intihar girişimilerindeki artışa paralel olarak bu konudaki yayınların artışı dikkat çekicidir (26). Amerika Birleşik Devletlerinde son otuz yıl içerisinde ergen intiharlarının yaklaşık üç kat arttığı ve ergenlerde ölüm nedenleri arasında intiharın ilk 3 sıra içerisinde yer aldığı konusunda kesin bir görüş birliği bulunmaktadır (17). İntihar girişimlerinin sayısının ise, tamamlanmış intiharların yaklaşık olarak 30-100 katı olduğu belirtilmektedir (2,5). Epidemiyolojik araştırmalarda çocukların yaklaşık olarak % 1'inin, ergenlerin ise % 9'unun yaşamları boyunca en az bir kez intihar girişiminde bulunduğu bildirilmektedir (44). Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Sağlık İstatistiği rakamlarına göre intiharların 15-24 yaş grubundaki ölümlerin % 13'ünden sorumlu olduğu ve 15-24 yaş grubu için intihara bağlı ölüm oranının 13.1/100.000 olarak belirttiği görülmektedir (84). Yirmi bir Avrupa ülkesini kapsayan bir araştırmada, ergen intihar

oranları 21.2/100.000 olarak saptanmıştır. Türkiye’de ise aynı oranın 3-4/100.000 olduğu bildirilmektedir (35,36).

Batılı ülkelerde intiharların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, çocuk ve ergen intiharlarının oranının en son sırada yer aldığı görülmektedir. Buna karşın Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) kayıtları incelendiğinde (Tablo-1), ülkemizde intiharların 15-24 yaş grubunda yoğunlaştığı ve tüm intiharların % 30’unun bu yaşlarda görüldüğü bildirilmektedir (27,28). Türkiye’de nüfus dağılımının piramid şeklinde olması, yani nüfusun çoğunluğunu gençlerin oluşturmasının bunun en önemli nedeni olabileceği düşünülmektedir (34,35).

Tablo 1: Yaş gruplarına göre intihar yüzdelerinin dağılımı ve erkek/kadın oranları, (DİE 1992).

Yaş Aralığı	Oran (%)	Erkek/Kadın oranı
<15	3.6	1.5
15-24	30.5	1.
25-34	20.5	2.1
35-44	12.5	2.1
45-54	11.8	2.1
55-64	8.4	2.1
65+	9.9	2.7
Bilinmeyen	2.8	-

Tüm yaş gruplarında erkeklerde tamamlanmış intiharın kadınlarda ise intihar girişiminin fazla olduğu iyi bilinmektedir (77). Ergenlerde intihar girişiminin kızlarda erkeklerden dört kat fazla olduğu, tamamlanmış intiharın ise erkeklerde dört kat fazla olduğu

belirlenmektedir (77). Ancak Tablo 1’de de görüldüğü gibi, Türkiye’de 1988-1990 yılları arasındaki Devlet İstatistik Enstitüsü rakamları incelendiğinde 15-24 yaş grubunda intiharın her iki cinsde eşit sıklıkta olduğu görülmektedir (28). Eskin (1995) bu farklılığı, Türkiye’de kızların sosyal statülerinin batılı ülkelere göre düşük olmasına ve daha fazla sosyal baskı ve kısıtlamalara maruz kalmalarına bağlamıştır (35).

Batılı ülkelerde intihar oranları ülkemizden oldukça yüksek olmasına rağmen, son yıllarda bu ülkelerde intihar oranlarında bir artışa rastlanmamaktadır. Buna karşın 1980-1988 yılları arasındaki Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) kayıtları incelendiğinde, ülkemizde intihar oranlarında belirgin bir artışın bulunduğu gözlenmektedir (Tablo-2). Bu artışın ülkemizde son yıllarda yaşanan toplumsal değişimin sonucu olduğu düşünülebilir.

Tablo 2: Türkiye’de yaş gruplarına göre intihar oranlarındaki artış oranları, (DİE 1992).

Yaş Aralığı	İntihar Artış Hızı
15-24	5.4
25-34	8.5
35-44	7.7
45-54	7.1
55-64	9.8
65+	3.5

Pfefer (1991), 6-8 yıllık bir izlem çalışması sonucunda, intihar davranışının sosyal durum, yaş, cins, ırk, dinle ilgisi olmadığını bildirmiştir (96). Ancak yazın bütünüyle göz önüne alındığında, ergenlik döneminde intiharların ve intihar girişimlerinin, düşük sosyoekonomik düzeyden gelenler arasında daha sık olduğunu gösteren birçok araştırmanın

bulunduğu görülmektedir (26). Ancak etnik köken ve sosyoekonomik statüye oranla, ergenin toplumdan ve yakın çevresinden aldığı desteğin intihar davranışı yönünden daha büyük öneme sahip olduğu düşünülebilir.

Ergenlerde İntihar Riski ve Psikopatoloji:

İntiharın ruhsal hastalığı olmayan kişilerde görülmesi oldukça nadirdir (133). İntihar eden ergenlerin de yaklaşık olarak % 90'ının bir veya birden fazla psikiyatrik hastalığı olduğu bildirilmiştir (125).

Diğer yaş gruplarında olduğu gibi, ergenlik döneminde de depresyonun intihar ve intihar girişimi için en önemli risk faktörlerinden olduğu bilinmektedir (82). Majör duygudurum bozuklarında yaşam boyu intihar etme riskinin % 19 dolaylarında olduğu öngörülmektedir (58). Psikolojik otopsi çalışmalarında intihar sonucu yaşamını yitiren bireylerin % 13-70'nin Unipolar Depresyonu olan bireyler olduğu belirtilmektedir (58). İntihar girişiminde bulunan ergenlerde depresyon sıklığının %25-65 arasında değiştiği bildirilmektedir (105). İntihar sonucu yaşamını yitiren ve psikolojik otopsi çalışması sonucu depresyon tanısı aldıkları belirlenen 71 olguyla yapılan bir çalışmada, olguların % 85'inin birden çok psikiyatrik tanı aldığı ve % 75'inin psikiyatrik tedavi görme öyküsü bulunduğu g r lm ştir. Ancak olguların sadece % 45'inin intiharı gerçekleştirdikleri dönemde psikiyatrik tedavi almakta oldukları ve yalnızca % 3'ünün etkin dozda antidepresan tedavi almakta oldukları bulunmuştur (58). Anhedoni, anksiyete belirtileri, konsantrasyon güçlüğü, kendini değersiz görme ve uyku bozukluğu gibi bazı depresyon belirtilerinin

intihar öngörmede yararlanılabilecek özellikler olduğu öne sürülmektedir (58). Depresyonu olan bir ergenin, intihar girişiminin ciddiyetini belirlemede depresyonun şiddetini saptamak önemli bir yer tutmaktadır (19). Ergenlerdeki şiddetli bir depresyonun sık görülen belirtilerinden bazıları, psikomotor retardasyon, yoğun umutsuzluk ve çaresizlik düşüncelerini sık olarak tekrar etmektir (45). Kız ergenlerde intiharla depresyon arasındaki ilişkinin, erkek akranlarındakinden daha fazla olduğu da öne sürülmektedir (60). Bununla birlikte, tüm intihar eden ergenler depresyon tanılı olmadığı gibi, depresyonu olan tüm ergenler intihar etmediğinden duygulanım bozukluklarıyla ergen intiharları arasında bire bir ilişki olmadığı da göz önünde bulundurulmalıdır (35).

Davranım bozukluğu ve alkol-madde kullanım bozukluğu gibi intiharla yakından ilişkili tanıların, ergenlik döneminde diğer yaş gruplarındakinden daha fazla intihara neden olduğu bulunmuştur (102). San Diego intihar çalışmasında 30 yaşın altında ve üstünde intihar girişiminde bulunan 150 birey karşılaştırılmıştır. Otuz yaşın altındaki grupta madde kötüye kullanımı sıklığı (% 53), otuz yaş üstü gruptan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (39). Birçok çalışmanın sonucunda da, intiharı tamamlayan ergenlerin çoğunluğunun girişim sırasında alkollü oldukları ve intihar girişiminden önceki birkaç haftalık dönemde antisosyal davranışlar gösterdikleri bildirilmiştir (7,57,77,98). Sınırlı mental kapasite kişinin yargı yeteneğinin azalmasına ve psikotik semptomların bulunması kendini öldürmeyle ilgili deliran fantazilere yol açabilmektedir (45). Çoğul psikiyatrik tanı alma ve kronik bir psikiyatrik hastalığın bulunmasının, tedavi umudunu ve yaşam kalitesini düşürebildiği için, tek bir psikiyatrik hastalığın bulunmasından çok daha fazla oranda intihar eğilimini arttırdığı bildirilmiştir (101,117,125). İntihar girişiminde bulunmuş olan

202 çocuk ve ergenlerin DSM-III'e göre aldıkları I. Eksen tanılarının incelendiği bir çalışmada, uyum bozukluğu, davranım bozukluğu ve depresyonun en sık görülen tanılar oldukları bildirilmiştir. Ayrıca, depresyon, davranım bozukluğu ve çoğul psikiyatrik tanı alan olguların intihar girişimlerinin ve süregelen intihar tehlikesinin şiddeti yönünden en riskli grupları oluşturdukları bulunmuştur (125). İntihar sonucu yaşamını yitiren 27 ergenle, intihar girişimi sonrası psikiyatri kliniğinde tedaviye alınan 56 ergenin karşılaştırıldığı bir çalışmada, bipolar bozukluk tanısı alma, çoğul psikiyatrik tanı alma, daha önce psikiyatrik tedavi görmeme ve evde ateşli silahların bulunmasının intihar sonucu yaşamını yitiren olgular için ayırt edici özellikler olduğu bildirilmiştir (19). Daha önce intihar girişiminde bulunmuş olma, tamamlanmış intiharlar için en önde gelen risk faktörlerindendir (17,73,105). Yirmi çocuk ve ergenle yapılmış olan bir psikiyatrik otopsi çalışmasında, olguların % 40'ının daha önce intihar girişiminde bulunduğu, % 70'inin alkol-madde kötüye kullandığı ve % 70'inin antisosyal davranışlar gösterdiği bildirilmiştir (116). Ayrıca önceki intihar girişimlerinin sayısı ve ciddiyeti ne kadar fazlaysa şimdiki girişimin ciddiyetinin o kadar yüksek olacağı belirtilmektedir (125). Geçmişte kendine zarar verici davranış öyküsü ve kazaya yatkınlığın bulunmasının da intihara eğilimi arttırabileceği düşünülmektedir (77).

New York psikiyatrik otopsi çalışmasında, genç intiharları için risk etkenlerinin cinsiyete göre önemlilik oranları araştırılmıştır. Erkeklerde, daha önceki intihar girişimleri (22.5 kat), Majör Depresyon tanısı alma (8.6 kat) ve Madde Kullanım Bozukluğunun (7.1 kat) intiharla ilişkili en önemli risk arttırıcı etkenler olduğu bildirilmiştir. Kız ergenlerde ise,

Majör Depresyon tanısı alma (49 kat) ve daha önce intihar girişiminde bulunmanın (8.6 kat) intiharla ilişkili en önemli risk artırıcı etkenler olduğu bulunmuştur (113).

Aile Özellikleri:

Aile işleyişinde bozukluk bulunmasının hem erişkinlerde, hem ergenlerde intihar davranışıyla yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir (62,119). Aile yapısına yönelik incelemeler, intihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerin büyük kısmının parçalanmış ailelerden geldiğini ortaya koymuştur (26). Araştırmalar, ergenlerin intihar fikri, girişimleri ve girişimlerinin ciddiyetinin, aile yapısı bozuldukça arttığını göstermektedir (2,101). Ailede psikiyatrik hastalığı olan, intihar girişiminde bulunan, intihar sonucu ölen veya kronik fiziksel hastalığı olan bireylerin bulunmasının ergenin intihar davranışıyla yakından ilişkili özellikler olduğu öne sürülmektedir. (20,62,119). Ülkemizde yapılmış olan bir çalışmada, intihar girişiminde bulunmuş olan ergenlerin boşanmış ailelerden gelme oranının % 9.2-11.6 olduğu ve bu oranın Türkiye'deki genel boşanma oranından ve psikiyatrik hasta popülasyonundaki boşanma oranından yüksek olduğu bildirilmiştir (118). Türkiye ve İsveç'te intihar girişiminde bulunan ergenlerdeki risk faktörlerinin incelendiği bir çalışmada, anne-babanın boşanmış olmasının Türkiyedeki ergenleri İsveç'teki akranlarına oranla duygusal olarak çok daha fazla etkilediği gösterilmiştir (35).

Aile içi şiddetin de çocuk ve ergenlerin intihar davranışıyla ilgili etkenler olduğu bildirilmektedir. Anne-babaların birbirine ve çocuklarına fiziksel şiddet uyguladıkları ailelerde çocukların kontrollere oranla daha fazla intihar düşüncesi ve davranışı göstermeye

eğilimli oldukları ve intihar davranışının çoğunlukla aile içi çatışmaların bulunduğu dönemlerde ortaya çıktığı belirtilmektedir (95). Fiziksel kötüye kullanıma uğrayan çocukların, aile sorunları nedeniyle kendilerini suçladıkları, kendilerini günahkar ve aşağılık olarak hissettikleri, kendilerine zarar verici davranışlara normal kontrollerden ve ihmal edilmiş çocuklardan daha fazla yatkın oldukları bulunmuştur (31).

Psikodinamik ve gelişimsel açıdan bakıldığında, çocuk kötüye kullanımı ve reddi ile intihar davranışı arasındaki ilişkinin üç biçimde olabileceği ileri sürülmektedir. Birincisi, engellenme ve öfke ile başatmenin yolu olarak şiddet öğrenilmiş bir tepkidir. İkincisi, düşük benlik saygısının hem kötüye kullanılmış çocuklar hem de suicidal bireylerde varolan bir özellik olduğu belirlenmiştir. Üçüncüsü, gelişimsel kuram açısından bakıldığında, çocuk kötüye kullanımı ve reddi sonucu çocuğun aileden uzaklaşması söz konusu olduğunda, yaşa ve süreye bağlı olarak bu bağ kopmaları bir ayrılık duygusuna ve anlamlı ilişkiler kurma güçlüklerine yol açabilir (31,94).

İntihar Girişiminin Yöntemi:

Erkeklerde kadınlardan daha fazla intihara rastlanmasının en önemli nedenlerinden birisi, erkeklerin daha agresif yöntemlerle intihar girişiminde bulunmalarıdır (73,117). Devlet İstatistik Enstitüsü kayıtları incelendiğinde (Tablo 3), ülkemizde en sık intihar etme yöntemi olarak asının seçildiği göze çarpmaktadır. Buna karşın intihar girişiminde bulunanların çoğunlukla kendini zehirleme yöntemini seçtikleri bildirilmektedir (47,80).

Ülkemizde yapılan bir çok çalışmada da intihar girişiminde bulunanların en sık olarak kendini zehirleme yöntemini kullandıkları görülmüştür (22,25,61,67,75,86,89,90,126).

Tablo 3: Devlet İstatistik Enstitüsü rakamlarına göre Türkiye’de cinsiyete göre intihar yöntemlerinin dağılımı.

İntihar Girişiminde Kullanılan Yöntem	Erkek %	Kadın %
Kendini Zehirleme	13.2	34.5
Ası	54	51.3
Ateşli Silahlar	13.4	5.3
Boğulma	5.1	5.3
Diğer Yöntemler	13.4	12.7
Bilinmeyen	0.9	0.9

İntihar İçin Tetik Çekici Faktörler:

Yapılan psikiyatrik otopsi çalışmalarında neredeyse tüm ergen intiharlarının, yakın zamanda stres verici bir olayla karşılaşılmasından sonra meydana geldiği bulunmuştur (114). Hem kısa süreli, hem de uzun süreli yaşam olaylarının ergenlerin intihar girişimlerinde tetik çekici rol oynadıkları gösterilmiştir (23,26,48,50,91). Karşılaşılan olayların ergenin iç dünyasını etkileyerek ümitsizlik, özdeğer duygusu ve güven hissinde azalmaya neden olabileceği ve bu yolla da genci intihara yatkın kılabilceği üzerinde durulmuştur (26,99). Nesne kaybı, disiplin kuralları veya yasalarla sorun yaşama, aile içi çatışmalar ve medyadaki intihar haberlerinin, yatkınlığı olan ergenlerde intihara tetik çekebileceği bilinmektedir (26,63). Ergenliğin en önemli dönüm noktaları bireyselleşme ve

kimlik kazanma olduğu için, bu dönemde aileden ve akranlardan sosyal destek alma oldukça büyük bir önem taşır. Yetersiz sosyal ilişki ve destek ergenlerde intihara yol açan önemli etkenlerdendir (132).

III. GEREÇ VE YÖNTEM

Örneklem:

Çalışma Grubu:

Aralık-Temmuz 1997 tarihleri arasında, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine, intihar girişimi sonrası başvuran, 14-18 yaşları arasındaki ergenler çalışma grubunu oluşturmuştur. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine, intihar girişimi sonrası başvuran tüm olgulardan psikiyatri konsültasyonu istenmektedir. Bu olgulardan çalışma ölçütlerini karşılayan, çalışmaya katılmayı kabul eden ve çalışmada sürdürülen işlemleri tamamlayan 46 ergen çalışmaya alınmıştır.

İzmir bölgesinde bulunan diğer hastanelerden çalışma için olgu alınmaya çalışılmış olmasına ve bu hastanelerdeki görevlilerin çabalarına rağmen diğer kurumlardan olgu alımı gerçekleştirilememiştir. Hastaneler arasındaki uzaklık nedeniyle ailelerin gelmek istememesi ve çalışmada yürütülen işlemin zaman alıcı olması gibi etkenlerin başka kliniklerden olgu alınmasına engel olduğu düşünülmüştür. Ayrıca Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine intihar girişimi sonrası başvuran olgulardan çalışmada yürütülen

işlemleri uzun bulanlar, başladıkları halde tamamlamak istemeyenler veya verilen randevuya gelmeyenlerin çalışmaya alınan olguların sayısının en azından üç katı olduğu gözlemlenmiştir.

Kontrol Grubu:

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvuran, o anki başvuru nedeni kronik bir hastalık olmayan, çalışmaya katılmayı kabul eden, 14-18 yaşları arasındaki 55 ergen kontrol grubunu oluşturmuştur. Kontrol grubunda yer alan olgular rastgele örneklem yoluyla seçilmiştir.

ARAÇLAR:

1- Beck Depresyon Ölçeği: Bu ölçek; 1961 yılında Beck tarafından geliştirilmiştir. Hastanın depresyonunu daha çok bilişsel açıdan değerlendirmek amacıyla, hastanın yanıtlaması gereken 21 cümle grubundan oluşur. Algılanan depresif belirtileri nicel olarak değerlendirir. Ölçeği oluşturan 21 belirti kategorisi şunlardan oluşur: duygudurum, karamsarlık, başarısızlık duygusu, doyumsuzluk, suçluluk duygusu, kendinden hoşnutsuzluk, kendini suçlama, intihar istekleri, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal geri çekilme, karasızlık, beden imgesinin çarpıtılması, uyku bozukluğu, yorgunluk, iştah azalması, kilo kaybı, bedensel yakınmalar, cinsel istek kaybı ve cezalandırılma duygusu. Her belirti kategorisi, dört kendini değerlendirme maddesinden oluşmuştur. Bu maddeler 0-

3 arası puan almaktadır. Her soru depresif hastalarda açıkça görülebilen belirtilere dayanılarak geliştirilmiştir. Sorulardan elde edilen puanların toplamı;

0-13 puan arasında ise → Depresyon olmadığı,

14-24 puan arasında ise→ Orta derecede depresyon depresyon olduğu,

25 puan ise → Ciddi depresyon olduğu düşünülür.

Ölçekle ilgili geçerlik ve güvenirlik çalışmaları, Beck Depresyon Envanteri'nin depresyon belirtileri ve depresyon düzeyini değerlendirmede kullanılabilecek, kendi kendine uygulanabilen, uygun bir ölçüm aracı olduğunu göstermiştir. Türkiye'de güvenirlik çalışması, 1980 yılında Teğin tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe formu çok sayıda araştırmada kullanılmıştır (87).

2- Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği: Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970'te geliştirilen ölçek, 1976 yılında Öner ve LeCompte tarafından Türkçe'ye çevrilmiş ve uyarlaması yapılarak öğrencilerin anksiyete düzeylerinin araştırılmasında kullanılmıştır. Daha sonra birçok araştırmacı ölçeği kullanan araştırmalar yapmış ve ölçeğin Türkçe formunun geçerliliğini destekleyen sonuçlar bildirmişlerdir.

Bu çalışmada ölçeğin Sürekli (Trait) Anksiyete formu kullanılmıştır. Sürekli (Trait) Anksiyete Ölçeği 20 maddeden oluşur ve deneklerin kendilerini genellikle nasıl hissettikleri sorulur. Alınan puanların düşüklüğü veya yüksekliği, anksiyete düzeyini gösterir. Ölçeğin 14 yaş ve üstü normaller ile okuduğunu anlayıp yanıtlayabilecek kadar bilinci yerinde olan hastalara uygulanabileceği belirtilmektedir (87).

3- Aile Değerlendirme Ölçeği: Epstein, Bishop, Baldwin ve Keitner tarafından geliştirilmiş ve Bulut (1989) tarafından ülkemize uyarlanmış olan Aile Değerlendirme Ölçeği çalışma ve kontrol grubuna uygulanmıştır. Aile Değerlendirme Ölçeği toplam 60 madde içermektedir ve Problem Çözme, İletişim, Roller, Duygusal Tepki Verebilme, Gereken İlgiyi Gösterme, Davranış Kontrolü ve Genel İşlevler olarak 7 alt ölçek içermektedir. Bu alt ölçeklerden alınan 2'nin üzerindeki puanlar, bu alanlarda sorun bulunduğunu düşündürmektedir. Ölçeğin 12 yaşın üstündeki tüm aile bireylerine uygulanabileceği belirtilmektedir (87).

4- Anket Formu: Ergen ve ailesine, sosyodemografik veriler, intihar girişiminin ve olası tetik çekici etkenleri sorgulayan Anket Formu araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Anket Formunun hazırlanmasında, Eğrilmez (1988) tarafından kullanılan formdan yararlanılmıştır (31).

Tanı Görüşmesi: Çalışma grubuna alınan tüm olgularla DSM-IV ölçütlerine göre psikiyatrik tanı görüşmesi yapılmıştır.

İstatiksel Değerlendirme: Araştırmada çalışma ve kontrol gruplarının Aile Değerlendirme Ölçeği, Sürekli Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanları ile yaş ortalamalarının karşılaştırılmasında Student t-testi, bu analizlerin dışındaki tüm süreksiz verilerin analizinde ise ki-kare analizi kullanılmıştır. Tüm verilerin çözümlenmesi bilgisayarda SPSS programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Olguların Değerlendirilmesi:

Çalışma grubunda yer alan olgular, intihar girişimi sonrası Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine başvuru yapmışlardır. Gerekli tıbbi girişimler yapıldıktan sonra araştırmacı tarafından psikiyatri konsültasyonları gerçekleştirilmiştir. Çalışma ölçütlerini karşılayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden olgulara intihar girişimini izleyen ilk bir hafta içerisinde Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi kliniğine başvurmaları için randevu verilmiştir. Olgular ve aileleriyle görüşme yapıldıktan sonra, araştırmacı tarafından çalışmada kullanılan anket formu yine araştırmacı tarafından tüm olgulara uygulanmıştır. Ayrıca olguların Beck Depresyon Ölçeği, Sürekli Anksiyete Ölçeği ve Aile Değerlendirme Ölçeğini tamamlamaları istenmiştir.

Kontrol grubunda yer alan olgular, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvuran, başvuru nedeni kronik bir hastalık olmayan, çalışmaya katılmayı kabul eden, 14-18 yaşları arasındaki ergenlerden rastgele örneklem yoluyla seçilmiştir. Kontrol grubunda yer alan tüm olgulara araştırmacı tarafından anket formu uygulanmış ve ayrıca tüm olguların Beck Depresyon Ölçeği, Sürekli Anksiyete Ölçeği ve Aile Değerlendirme Ölçeğini tamamlamaları istenmiştir.

IV. BULGULAR:

Yaş:

İntihar girişiminde bulunmuş olan olguların oluşturduğu çalışma grubunun yaş ortalaması 15.71 (sd:2.5), kontrol grubunun yaş ortalaması 15.23 (sd:.92) olarak saptanmıştır. Gruplar arasında yaş ortalamaları bakımından istatistiksel anlamlılığa ulaşan bir farklılığa rastlanmamıştır.

Cinsiyet:

Çalışma grubunda yer alan 46 olgunun, kırkı (% 87) kız, altısı (% 13) erkektir. Kontrol grubunda yer alan 55 olgunun ise yirmi sekizi (% 50.9) kız, 27'si (% 49.1) erkektir. Gruplar cinsiyet dağılımı bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermişlerdir ($\chi^2=14.7968$, $p<.001$).

Okula Devam ve Okul Başarısı:

İntihar girişiminde bulunan olguların % 69.6'sı eğitimlerini sürdürmekte olduğu, % 30.4'ünün ise okula bıraktıkları veya çalışmakta oldukları saptanmıştır. Kontrol grubunda yer alan olguların ise % 87.3'ünün eğitimlerinin sürdürmekte oldukları görülmüştür. Okula devam oranı bakımından gruplar arasındaki fark istatistiksel anlamlılığa ulaşmıştır

Tablo 4: Çalışma ve kontrol gruplarının bazı sosyodemografik özellikleri.

			Çalışma Grubu	Kontrol Grubu		p
Yaş	X		15.72	15.24	t=1.24	.222
		SS	2.5	.92		
Cinsiyet	Kız	f	40	28	X ² = 14.797	.00012
		%	87	50.9		
	Erkek	f	6	27		
		%	13	49.1		
Kardeş Sayısı	0	f	7	7	X ² = .31481	.95722
		%	15.2	12.7		
	1	f	19	23		
		%	41.3	41.8		
	2	f	14	16		
		%	30.4	29.1		
	3 ve üstü	f	6	9		
		%	13	16.4		
Gelir	Alt	f	20	11	X ² = 13.841	.0009
		%	46.5	20.8		
	Orta	f	15	35		
		%	34.9	66		
	Üst	f	8	7		
		%	18.6	13.2		
Anne eğitim	İlk	f	29	15	X ² = 11.602	.003
		%	65.9	30.6		
	Orta		10	22		
			22.7	44.9		
	Yüksek	f	5	12		
		%	11.4	24.5		
Baba eğitim	İlk	f	19	3	X ² =21.291	.00002
		%	43.2	6		
	Orta		17	21		
			38.6	42		
	Yüksek	f	8	26		
		%	18.2	52		
Psikiyatri kliniğine daha önce başvuru	Var	f	21	3	X ² = 22.342	.00001
		%	45.7	5.5		
	Yok	f	25	52		
		%	54.3	94.5		
Süreğen bir fiziksel hastalığın bulunması	Var	f	12	13	X ² = .00009	.99226
		%	26.1	26		
	Yok	f	34	37		
		%	73.9	74		

($X^2=4.76922$, $p<.03$). Her iki grupta yer alan olgulardan okul devam edenler okul başarısı bakımından karşılaştırıldığında, çalışma grubunda yer alan olguların kontrollerden anlamlı olarak daha düşük okul başarısı gösterdikleri bulunmuştur. Okul başarısı, iyi (pekiyi-iyi), orta ve kötü (geçer-başarısız) olmak üzere üç grup olarak sınıflandırılmıştır. Çalışma grubunda yer alan olguların % 18.8'i iyi, % 37.5'i orta, % 43.8'i kötü okul başarısı gösteren grupta yer alırken, kontrol grubundaki olguların % 70.8'i iyi, % 25'i orta, % 4.2'si kötü başarı gösteren yer almıştır ($X^2=26.45833$, $p<.00001$).

Sosyal Uğraş:

Düzenli bir sosyal uğraşın bulunması bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Yine de kontrol grubundaki olgulardan düzenli bir sosyal uğraşı bulunanların (% 36.4), çalışma grubundakilerden (% 20) anlamlılığa yakın düzeyde fazla olduğu görülmüştür ($X^2=3.21869$, $p<.08$).

Yerleşim Yeri:

Çalışma grubunda yer alan olguların % 47.7'si büyük, % 34.1'i orta, % 18.2'si küçük yerleşim birimlerinden geldiği görülmüştür. Kontrol grubunda yer alan olgular ise İzmir'de oturmakta olan ergenlerden oluşmuştur.

Kardeş Sayısı:

Çalışma ve kontrol gruplarının kardeş sayısı bakımından benzerlik gösterdiği görülmüştür. Çalışma grubundaki olguların kardeş sayısı ortalaması 2.4 (sd:.958), kontrol grubundaki olguların ise 2.5 (sd:.997) olarak bulunmuştur ($t=.636$).

Ailelerin Gelir Düzeyi:

Olguların sosyoekonomik düzeyleri anket formunun uygulanması sırasında araştırmacı tarafından aileye sorularak belirlenmiştir. Çalışma grubunda yer alan olguların % 18.6'sı üst, % 34.9'u orta, % 46.5'i alt gelir grubunda olan ailelerden gelmekteyken, kontrol grubunda yer alan olguların, % 11.3'ü üst, % 84.9'u orta, % 3.8'i alt gelir grubunda olan ailelerden geldikleri saptanmıştır.

Anne-Babaların Eğitim Durumu:

Anne-babaların eğitim durumu anket formu uygulanırken araştırmacı tarafından sorgulanmıştır. Anne-babaların eğitim durumu değerlendirilirken üç alt grup kullanılmıştır:

- 1- Alt eğitim düzeyi: Cahil, okur-yazar veya ilkokul mezunu
- 2- Orta eğitim düzeyi: Ortaokul veya lise mezunu
- 3- Yüksek eğitim düzeyi: Yüksek okul veya dengi okul mezunu

Çalışma grubunda yer alan olguların annelerinin % 65.9'u alt, % 22.7'si orta, % 11.4'ü yüksek eğitim düzeyinde olduğu görülürken, kontrol grubunda yer alan olguların annelerinin % 30.6'sının alt, % 44.9'unun orta, % 24.5'inin yüksek eğitim düzeyinde oldukları saptanmıştır. Annelerin eğitim düzeyi bakımından gruplar arasında istatistiksel anlamlılığa ulaşan farklılık olduğu, çalışma grubunda yer alan olguların annelerinin daha düşük eğitim düzeyinde oldukları görülmüştür ($X^2=11.60162$, $p<.005$).

Çalışma grubunda yer alan olguların babaların eğitim düzeylerinin de, kontrol grubundaki olguların babalarının eğitim düzeylerinden anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur. Çalışma grubunda yer alan olguların babalarının % 43.2'si alt, % 38.6'sı orta, % 18.2'si yüksek eğitim düzeyinde olduğu görülürken, kontrol grubunda yer alan olguların babalarının % 6'sının alt, % 42'sinin orta, %52'sinin yüksek eğitim düzeyinde oldukları saptanmıştır ($X^2=21.29$, $p<.0001$).

Aile Bütünlüğü ve Ebeveynlerden Uzun Süre Ayrı Kalma:

İntihar girişiminde bulunmuş olanların, sağlıklı kontrollere oranla anlamlı olarak daha yüksek oranda parçalanmış ailelerden geldikleri bulunmuştur. Çalışma grubunda yer alan olguların % 24.4'ü parçalanmış ailelerden gelirken, kontrol grubunda bu oran % 3.6 olarak belirmiştir ($X^2=9.47494$, $p<.003$). Yaşamlarının herhangi bir döneminde ebeveynlerden altı aydan daha uzun bir süre ayrı kalma araştırıldığında, çalışma grubunda yer alan ergenlerin (% 52.3), kontrol grubunda yer alan olgulardan (% 16.4) anlamlı olarak daha fazla ayrılık yaşadıkları görülmüştür ($X^2=14.40903$, $p<.0002$).

Ailede Psikiyatrik Hastalık ve Alkol Kullanımı:

Birinci derece akrabalarda psikiyatrik hastalık bulunması bakımından gruplar karşılaştırıldığında, çalışma grubunda yer alan olguların birinci derece akrabalarında anlamlı olarak daha sık psikiyatrik hastalığa rastlandığı görülmüştür. Çalışma grubundaki olguların % 60'ının ailesinde psikiyatrik hastalık olduğu görülürken bu oran kontrol grubunda % 11.1 olarak belirlemektedir ($X^2=26.4$, $p<.00001$). Benzer biçimde çalışma grubunda yer alan olguların anne babalarında alkol bağımlılığı, alkol kötüye kullanımı ve akşamcılık biçiminde alkol kullanımı (% 28.6), kontrol grubundan (% 1.8) anlamlı olarak daha sıktır ($X^2=14.68636$, $p<.001$).

Çalışma grubunda yer alan olgulardan Majör Depresyon tanısı alanların ailelerinde psikiyatrik hastalık bulunması oranı, intihar girişiminde bulunmuş diğer ergenlerin ailelerindeki bu orandan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($X^2=4.67134$, $p<.05$).

Ailede ve Yakın Çevrede İntihar Girişimi:

Ailede bireylerinde intihar girişimi bulunma oranı çalışma grubunda (%20.2) kontrol grubundan (%3.6) anlamlı olarak daha sıktır ($X^2=11.16821$, $p<.001$). Benzer biçimde çalışma grubunda yer alan olguların yakın çevrelerinde bulunan bireylerin intihar girişiminde bulunma oranı (% 48.9), kontrol grubundan (% 20.5) anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur ($X^2=8.07047$, $p<.02$). İntihar girişiminde bulunan kız ve erkek olgular, yakın

Tablo 5: Çalışma ve kontrol gruplarında yer alan olguların ailesel özellikleri

		Çalışma Grubu	Kontrol Grubu	X ²	p
Ailede parçalanma	Var	f 34 % 75.6	f 53 % 96.4	9.47494	.00208
	Yok	f 11 % 24.4	f 2 % 3.6		
Ebeveynlerden altı aydan uzun süreli ayrılık öyküsü	Var	f 23 % 52.3	f 46 % 83.6	14.4090	.00015
	Yok	f 21 % 47.7	f 9 % 16.4		
Ailede intihar girişimi öyküsü	Var	f 10 % 20.9	f 2 % 3.6	11.1682	.00234
	Yok	f 33 % 79.1	f 53 % 96.4		
Çevrede intihar girişimi öyküsü	Var	f 22 % 48.9	f 8 % 20.5	8.07047	.01768
	Yok	f 23 % 51.1	f 31 % 79.5		

çevrelerinde bulunan bireylerde intihar girişiminde bulunanların olması bakımından karşılaştırılmıştır. Kız olguların yakın çevresinde anlamlı olarak daha yüksek oranda intihar girişiminde bulunanların olduğu saptanmıştır ($X^2=6.62207$, $p<.02$).

Evde Disiplin Yöntemi Olarak Dayanın Kullanılması:

İntihar girişiminde bulunan ergenlerin evlerinde disiplin yöntemi olarak dayanın kullanılma oranı (% 54.8), kontrol grubundan (% 7.5) anlamlı olarak daha sık bulunmuştur ($X^2=25.67623$, $p<.00001$).

Daha Önce Psikiyatriye Başvuru Bulunması:

Araştırmada uygulanan anket formunda, olguların daha önce psikiyatriye başvurularının bulunup bulunmadığı sorgulanmıştır. Çalışma grubunda yer alan olguların kontrol grubunda yer alan olgulardan anlamlı olarak daha sık psikiyatriye başvurdıkları saptanmıştır. Çalışma grubunda yer alan olgularda bu oran % 45.7 iken, kontrol grubunda % 5.5 olarak bulunmuştur ($X^2=22.34296$, $p<.00001$). Ayrıca çalışma grubunda yer alan olgulardan erkeklerin kızlara oranla anlamlı olarak daha yüksek oranda psikiyatriye başvuruları bulunduğu görülmüştür ($X^2=3.9487$, $p<.05$).

Süreğen Fiziksel Hastalığın Bulunması:

Süreğen bir fiziksel hastalığın bulunması bakımından gruplar arasında herhangi bir farklılığa rastlanmamıştır. Çalışma grubundaki olguların % 26.1'inin, kontrol grubundaki olguların % 26'sının süreğen bir fiziksel hastalığın bulunduğu görülmüştür ($X^2=.00009$, $p>.05$).

Akran İlişkileri:

Araştırmada yer alan tüm olgulara akranlarıyla ilişkilerini nasıl değerlendirdikleri sorulmuştur. Çalışma grubunda yer alan olguların % 79.1'i akran ilişkilerinin yetersiz veya sorunlu olduğunu belirtirken, kontrol grubunda bu oranın % 6.5 olduğu görülmüştür. Aradaki fark istatistiksel anlamlılığa ulaşmıştır ($X^2=45.42939$, $p<.00001$).

Diğer yandan çalışma grubunda yer alan olgulardan Majör Depresyon tanısı alanların, başka bir psikiyatrik tanı alan veya tanı almayan olgulara göre anlamlı olarak daha yetersiz akran ilişkileri bulunduğu saptanmıştır ($\chi^2=6.20867$, $p<.05$).

Stres Etkeni:

Çalışma grubunda yer alan olgulara uygulanan anket formunda, intihar girişiminde bulunmalarına neden olabileceğini düşündükleri bir stres etkenine maruz kalıp kalmadıkları sorulmuştur. Olguların 18'i (% 39.1) sadece ailesel sorunlar, 5'i (%10.9) sadece arkadaş ilişkilerinde problem, 1'i (% 2.2) okul başarısı ile ilgili sorunlar yaşadıklarını bildirirken, 17 (% 41.3) ergen hem aile hem arkadaş sorunları yaşadıklarını belirtmişlerdir. Beş olgu (% 10.9) ise tanımlayabildikleri bir sorun alanı bulunmadığını bildirmiştir.

Tablo 6: İntihar girişiminde bulunan ergenlerin bildirdikleri stres etkenleri

Belirtilen Stres Etkeni	Olgu Sayısı	%
Aile İçi Sorunlar	18	39.1
Arkadaş İlişkileri	5	10.9
Aile+Arkadaş Sorunları	17	41.3
Okul Sorunları	1	2.2
Sorun Belirtmiyor	5	10.9

İntihar Düşüncesi:

Araştırmada yer alan tüm olgulara son bir ay içerisinde intihar düşüncelerinin bulunup bulunmadığı sorulmuştur. Çalışma grubunda yer alan olgulardan % 51.2'sinin son bir ay içerisinde intihar düşüncelerinin bulunduğu, kontrol grubundaki olgularda ise bu oranın % 16.7 olduğu görülmüş, gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=19.43278$, $p<.0004$).

İntihar girişiminde bulunan olgularla yapılan psikiyatrik görüşme sonrasında psikiyatrik tanı alan olguların bulunduğu grupta son bir ay içerisinde intihar düşüncesi bulunanların oranı, herhangi bir psikiyatrik tanı almayanlardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<.05$).

İntihar Girişiminin Planlanması, Model Alma ve İntihar Girişimi Hakkında Konuşma:

İntihar girişiminde bulunan olguların % 69.8'inin intihar girişimini önceden planlamadıkları saptanırken, % 30.2'sinin daha önceden planlayarak intihar girişiminde bulundukları belirlenmiştir. Olguların büyük bir bölümü (% 66.7) girişim biçimi, zamanı ve yerini herhangi bir yerden ya da birisinden model almadıklarını belirtirken, % 30.3'ü bir modelin etkisinde kaldıklarını belirtmiştir. Olguların % 47.6'sı intihar girişiminde bulunmadan önce çevresine bu konudan bahsederken, % 52.4'ü kimseye bahsetmemiştir.

İntihar girişiminin planlanması, model alma ve intihar girişiminden yakınındaki bireylere bahsetme bakımından, çalışma grubunda yer alan kız ve erkek olgular arasında anlamlı bir farklılığın bulunmadığı görülmüştür ($p>.05$).

İntihar Girişiminin Şiddeti, Yeri ve Girişimin Farkedilmesi İçin Ön Düzenlemeler:

Girişimin ciddiyeti araştırmacı tarafından, Turgay (1992) ve Önal'ın (1995) çalışmalarında kullandıkları ölçütler göz önüne alınarak belirlenmiştir (86,125). Buna göre intihar girişi sonrası hiç tedavi görmeseler bile kesinlikle düzelecek olanlar 'hafif şiddette', tedavi edilmezlerse ölüm riski yüksek olanlar 'ağır şiddette' ve tedavi görmediklerinde ölüm-yaşam şansı yarı yarıya olanlar 'orta şiddette' olarak sınıflanmıştır. Bu sınıflama yapılırken Acil Servis anestezi hekiminin görüşlerinden yararlanılmıştır. Böylece olguların % 37.2'sinin ağır, % 41.9'unun orta, % 20.9'unun hafif şiddette intihar girişiminde bulunduğu belirlenmiştir.

Otuz altı olgu (% 78) intihar girişimini evde gerçekleştirirken, on olgu (% 22) girişimi günlük çevre ve topluma açık yerlerde gerçekleştirmiştir. Olguların % 31.8'i girişimin farkedilmesi için çeşitli ön düzenlemeler yapmıştır. Olguların % 22.7'si girişiminden kimsenin haberdar olmamasına çalışırken, % 45.5'i intihar girişiminin farkedilmesini şansa bırakmıştır.

İntihar girişiminin şiddeti, yeri ve girişimin farkedilmesi için ön düzenlemeler yapılması bakımından kız ve erkek olgular arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı; ayrıca

olguların psikiyatrik tanılarının da bu değişkenlerden bağımsız olduğu saptanmıştır ($p>.05$).

Geçmişte İntihar Girişimi:

İntihar girişiminde bulunan olgulardan yaklaşık yarısının (% 46.7) geçmişte en az bir kez intihar girişiminde bulunmuş oldukları görülmüştür. Altı erkek olgulardan sadece birisinin geçmişte intihar girişiminde bulunduğu saptanırken, 40 kız olgunun yirmisinde intihar girişimi öyküsü bulunmaktadır.

İntihar Girişiminde Kullanılan Yöntem:

Olguların % 86.7'si intihar girişiminde bulunmak için ilaç kullanımını seçmişlerdir. Kız olgulardan dördü (% 10.3), erkek olgulardan ikisi (% 33.3) girişimde bulunmak için diğer yöntemleri tercih etmişlerdir. Kız olgulardan ikisi bilek kesme, birisi bilek kesme ve ilaç alımı, bir diğeri ası yöntemini kullanmıştır. Erkek olgulardan ilaç dışı yöntem kullanan iki olgudan birisi organik fosfor, diğeri fare zehiri içerek intihar girişiminde bulunmuştur. Bileğini keserek girişimde bulunan kız olgulardan birisinin Konversiyon Bozukluğu ve Uyum Bozukluğu tanısı aldığı, diğerinin psikiyatrik tanı almadığı belirlenmiştir. İlaç alma ve bilek kesme yöntemlerini birarada kullanarak girişimde bulunan bir kız olgunun Davranım Bozukluğu ve Alkol Kötüye Kullanım tanısı aldığı, ası yöntemini kullanan kız olgunun ise Davranım Bozukluğu tanısı aldığı saptanmıştır. İlaç dışı yöntem kullanan iki

erkek olgudan organik fosfor içen olgunun psikiyatrik tanı almadığı, fare zehiri içen olgunun psikotik bulgulu Majör Depresyon tanısı aldığı görülmüştür.

Beck Depresyon Ölçeği:

Çalışma ve kontrol grubunda yer alan olgulara uygulanan Beck Depresyon Ölçeği puanları karşılaştırıldığında, intihar girişiminde bulunan olgularda anlamlı olarak daha yüksek depresyon puanları saptanmıştır. İntihar girişiminde bulunan olguların Beck Depresyon Ölçeği puanlarının ortalamasının 24.05 (sd:12.8) olduğu görülürken, kontrol grubunda bu sayının 12.98 (sd:7.67) olarak belirdiği görülmüştür ($t=4.82$, $p<.001$).

İntihar girişiminde bulunan olgular arasında Majör Depresyon tanısı alan olgularla diğer olgular ve tanı almayan olgular karşılaştırıldığında ise depresyon puanları bakımından anlamlı bir farklılığın bulunmadığı belirlenmiştir ($p>.05$).

Tablo 7: Çalışma ve kontrol gruplarında yer alan olguların Beck Depresyon Ölçeği ve Sürekli Anksiyete ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar ve ilgili analiz sonuçları.

	Çalışma Grubu		Kontrol Grubu		t
	X	SD	X	SD	
Beck DÖ	24.05	12.8	12.98	7.67	4.82
STAI	53.27	11.327	42.17	7.931	5.13

Sürekli Anksiyete Ölçeği:

İntihar girişiminde bulunan olguların anksiyete puanları, kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Çalışma grubunun anksiyete puanları 53.27 (sd:11.327) olarak bulunurken, kontrol grubunda 42.17 (7.931) olarak bulunmuştur ($t=5.13$, $p<.001$).

Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçekleri:

Tablo 8'de görüldüğü gibi Aile Değerlendirme Ölçeğinin tüm alt ölçeklerinde, intihar girişiminde bulunan ergenlerin kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldıkları görülmektedir. Aile Değerlendirme Ölçeğinden alınan puanların yüksekliği o işlevde sağlıksızlık bulunabileceğini göstermektedir.

Tablo 8: Çalışma ve kontrol gruplarında yer alan olguların ADÖ alt ölçeklerinden aldıkları ortalama puanlar ve ilgili analiz sonuçları:

ADÖ Alt Ölçekleri	Çalışma Grubu		Kontrol Grubu		t
	X	SS	X	SS	
PRC	2.59	.71	1.83	.62	4.54
ILT	2.33	.61	1.79	.55	3.70
ROL	2.08	.59	1.77	.42	2.33
DTV	2.46	.70	1.78	.60	4.12
GIG	2.39	.69	2.03	.40	2.50
DVK	2.08	.56	1.74	.38	2.73
GNF	2.45	.69	1.62	.54	5.18

: $P<.05$

PRC:Problem Çözme, ILT:İletişim, ROL:Roller, DTV:Duygusal Tepki Verebilme, GIG:Gereken İlgiyi Gösterme, DVK:Davranış Kontrolü ve GNF:Genel İşlevler

Psikiyatrik Tanılar:

Tabloda intihar girişiminde bulunan olguların tanısal dağılımı görülmektedir. Majör Depresyon (16 olgu), Uyum Bozukluğu (8 olgu), Konversiyon Bozukluğu (8 olgu) ve Davranım Bozukluğu (5 olgu) en sık rastlanan psikiyatrik tanılar olurken, olgulardan ondördünün psikiyatrik tanı almadıkları görüldü. Birden fazla psikiyatrik tanı alan olgulardan dokuzu iki tanı alırken, üç olgu üç psikiyatrik tanı almaktaydı.

Tablo 9: İntihar girişiminde bulunan olguların tanı dağılımına ilişkin frekans ve yüzdelere.

Tanı	Olgu Sayısı	Yüzdesi
Major Depresyon	16	34.8
Uyum Bozukluğu	8	17.4
Konversiyon Bozukluğu	8	17.4
Davranım Bozukluğu	5	10.9
Distimi	3	6.5
Alkol Kötüye Kullanımı	3	6.5
Enürezis Nocturna	1	2.2
OKB	1	2.2
Mental Retardasyon	1	2.2
Bipolar Bozukluk	1	2.2
İki Tanı Alan	9	20
Üç Tanı Alan	3	6.5
Tanı Almayan	14	30.4

Tablo 10: İntihar girişiminde bulunan olguların tanısal dağılımı

Sıra no	Cinsiyeti	Psikiyatrik Tanı	Sıra no	Cinsiyeti	Psikiyatrik Tanı
1	K	UYB,KNVB,MD	24	K	Alkol KK
2	K	MD,EN	25	K	DVB+MD
3	K	-	26	K	-
4	K	MD	27	K	DVB+KB
5	K	MD	28	K	MD
6	K	MD	29	K	-
7	E	OKB+MD	30	K	-
8	K	DVB	31	K	MD+Alkol KK
9	K	MD	32	K	-
10	K	-	33	K	-
11	K	-	34	K	Distimi
12	E	KNVB	35	E	MD
13	K	MD	36	E	UYB
14	K	-	37	K	MD+UYB
15	K	-	38	K	DVB+Alkol KK
16	K	-	39	K	KNVB
17	E	-	40	K	KNVB+UYB+MD
18	E	MR+UYB	41	K	KNVB
19	K	-	42	K	UYB+KNVB+Disti
20	K	MD	43	K	UYB
21	K	BPB	44	K	UYB
22	K	-	45	K	KNVB+UYB
23	K	Distimi	46	K	MD

-Tanı almıyor, UYB:Uyum Bozukluğu, KNVB:Konversiyon Bozukluğu, MD:Majör Depresyon, EN: Enürezis Nocturna, OKB:Obsesif Kompulsif Bozukluk, DVB:Davranım Bozukluğu, MR:Mental Retardasyon, BPB:Bipolar Bozukluk, Alkol KK:Alkol Kötüye Kullanımı.

TARTIŞMA:

Bu çalışmanın temel amacı ergenlerde intihar davranışına yol açabilecek risk etkenlerinin belirlenmesidir. Bu amaçla intihar girişiminde bulunmuş olan 46 ergen ve kontrol grubunu oluşturan 55 ergenin, sosyodemografik, psikiyatrik ve ailesel özellikleri incelenmiştir. Elde edilen veriler yazındaki diğer bulgular ışığında tartışılmaya çalışılacaktır.

Bu araştırmada yazınla uyumlu olarak, intihar girişiminde bulunan ergenlerin % 87'sini kız olguların oluşturduğu, kız/erkek oranının 6.7/1 olduğu bulunmuştur. Yazında tüm yaşlar için erkeklerde tamamlanmış intiharın, kadınlarda ise intihar girişimlerinin daha sık olduğu konusunda görüş birliği vardır. İntihar girişiminde bulunan ergenlerde kız/erkek oranının 3/1-9/1 arasında değiştiği bildirilmektedir (46,53). Turgay (1992) intihar girişiminde bulunan 202 çocuk ve ergen üzerinde yaptığı bir araştırmada, kız olguların erkeklerden anlamlı olarak daha yüksek oranda intihar girişiminde bulunduğunu, ancak intihar girişimleriyle cinsiyet ilişkisinin bilindiği kadar basit olmadığını ve psikiyatrik tanı, risk faktörleri gibi etkenlerin göz önünde bulundurulması gerektiğini belirtmiştir (125). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı tarafından 1982-1984 yıllarında gençlerde intihar girişimleri üzerine yapılan iki araştırmadan birinde % 70 kız-% 30 erkek, diğerinde ise % 74 kız-%26 erkek oranları bulunmuştur (118).

İntihar girişiminde bulunan ergenlerin kontrol grubundakilere oranla eğitim sürelerinin daha kısa ve okul başarılarının daha düşük olduğu görülmüştür. Shaffer (1981) ve Brent (1987) tarafından intihar girişimi nedeniyle incelenen ergenlerde düşük okul başarısına

rastlanmıştır (18,115). İntihar girişiminde bulunan Türk ve İsveç’li ergenlerin karşılaştırıldığı bir çalışmada, Türk ergenlerin okul başarısızlığından İsveç’li yaşıtlarına göre daha fazla etkilendikleri görülmüştür. Türkiye’de ileride meslek edinme ve ekonomik güçlüklerinin orta eğitimden başlayarak ergenler üzerinde baskı oluşturmaya başlamasının bu sonuçtan sorumlu olabileceği öne sürülmüştür (35). Bizim araştırmamızda yer alan intihar girişiminde bulunan ergenlerde saptanan eğitimi sürdürme ve okul başarısındaki düşüklüğün, olguların çok büyük bir bölümünün psikiyatrik bir tanı almasına (% 69.6) veya aile, okul ve arkadaş ilişkilerinde sorun yaşamalarına (% 89.1) bağlı olabileceği de düşünülmüştür. Çünkü intihar girişiminde bulunan olgulardan sadece birisi okulun en önemli stres etkeni olduğunu belirtmiştir.

Spor, resim ve müzik gibi bir sosyal uğraşın bulunması çalışma grubunda kontrol grubunda anlamlılığa yakın düzeyde düşük bulunmuştur. Bu veri anksiyeteyi dışa vurmada sosyal bir uğraşın bulunmasının olumlu etki yapabileceği şeklinde yorumlanabilir. İntihar girişiminde bulunan ergenlerin Sürekli Anksiyete Ölçeğinden aldıkları puanların yüksek olması bu olguların anksiyeteyi dışa vurma sorunları olduğunu desteklemektedir. Diğer yandan intihar girişiminde bulunan ve anksiyete düzeyleri kontrol grubundan yüksek bulunan ergenlerin bu nedenlerden dolayı sosyal uğraş edinemedikleri veya psikiyatrik olarak sağlıklı olan bireylerin daha kolay bu tip etkinliklere katıldıkları da düşünülebilir.

Bu araştırmada çalışma grubundaki olguların kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşük sosyoekonomik düzeydeki ailelerden geldikleri saptanmıştır. Ancak intihar girişimi nedeniyle çalışmaya alınan olguların acil servise başvuruda bulundukları için hastane

seçmeden geldikleri, buna karşın kronik bir hastalığı olmaksızın üniversite hastanesi polikliniğine başvuran olguların hastane seçerek geldikleri, dolayısıyla sosyoekonomik düzeyi yüksek gruptan olabilecekleri göz önünde bulundurulmalıdır. Buna rağmen, bu çalışmada yazınla uyumlu olarak, intihar girişiminde bulunan ergenlerin yarıya yakınının alt gelir düzeyinde olan ailelerden geldikleri, çoğunlukla küçük ve orta ölçekli yerleşim birimlerinde yaşadıkları ve anne-babalarının eğitim düzeylerinin genellikle okur yazar veya ilkökul düzeyinde olduğu görülmektedir. Bu güne kadar yapılmış olan çalışmalarda düşük sosyoekonomik düzey ve intihar davranışı ilişkisi konusunda görüş birliği bulunmamaktadır. Pfefer (1991), 6-8 yıllık bir izlem çalışması sonucunda, intihar davranışının sosyal durum, yaş, cins, ırk, dinle ilgisi olmadığını bildirmiştir (96). Buna karşın intihar ve intihar girişimiyle düşük sosyoekonomik düzey arasında ilişki bulunduğunu gösteren bir çok çalışma vardır (26,68). İskoçya'da işsizlik, fakirlik ve suç oranlarının fazla olduğu bölgelerde intihar girişimlerinin sık olduğu bulunmuştur (21). Ülkemizde yapılan iki araştırmada (31,135), intihar girişiminde bulunan ergenlerin büyük çoğunluğunun alt gelir ve eğitim düzeyinde olan ailelerden geldiği bulunmuştur.

Stres verici yaşam olayları ve gençlerde intihar davranışı arasında yakın bir ilişki bulunduğu çok çeşitli araştırmalarda gösterilmiştir (94). Hem kısa süreli, hem de uzun süreli yaşam olaylarının ergenlerin intihar girişimlerinde tetik çekici rol oynadıkları bilinmektedir (23,26,48,50,91). Sevilen bir yakının ölümü, sevilen birisinden ayrı kalma, aile içi çatışmalar, akran ilişkilerinde bozukluk, disiplin kuralları veya yasalarla sorun yaşama ve medyadaki intihar haberlerinin yatkınlığı olan ergenlerde intihara tetik çekebileceği bilinmektedir (26,63). Özellikle bozuk aile yapısı ve işleyişinin ergen

intiharları için çok önemli bir risk etkeni olduğu üzerinde durulmaktadır (94). Bu araştırmada yazınla uyumlu olarak, intihar girişiminde bulunan ergenlerin kontrollere oranla anlamlı olarak daha sık parçalanmış ailelerden geldikleri, daha yüksek oranda anne-babalarından uzun süreli ayrılık yaşadıkları, evlerinde dayanın daha yaygın olarak kullanıldığı, ailelerinde daha sık olarak psikiyatrik hastalığı, alkol kötüye kullanımı ve intihar girişiminde bulunmuş olan bireylerin bulunduğu görülmüştür.

Parçalanmış ailelerden gelen ergenlerde intihar girişimlerinin sıklığının oldukça yüksek olduğu bildirilmektedir (17,94). Turgay (1992) intihar girişiminde bulunmuş olan çocuk ve ergenlerin % 54.6'sının, Yüksel ve arkadaşları (1985) % 36.4'ünün parçalanmış ailelerden geldiğini belirtmişlerdir (125,135). Eğrilmez (1988), intihar girişiminde bulunan ergenlerin anne-babalarında boşanma oranının (% 15), anne veya babadan birisinin kaybının (% 20) ve anne-babalarından uzun süre ayrı kalmanın (% 50) kontrollerden anlamlı olarak daha sık olduğunu bildirmiştir (31). Eskin (1995) intihar girişiminde bulunan ergenlerin anne-babalarının boşanma oranının Türkiye'deki ortalama boşanma sıklığından yüksek olduğunu ve anne-babanın boşanmasının Türkiye'deki ergenler için çok önemli bir stres etkeni olduğunu öne sürmüştür (33). Bizim araştırmamızda yazınla uyumlu olarak intihar girişiminde bulunan ergenlerin % 24.4'ünün parçalanmış ailelerden geldikleri, % 52.3'ünün anne-babalarından uzun süreli ayrılık yaşadıkları bulunmuştur. Ayrıca çalışmamızda aile işleyişini değerlendirmek amacıyla Aile Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. Problem Çözme, İletişim, Roller, Duygusal Tepki Verebilme, Gereken İlgiyi Gösterme, Davranış Kontrolü ve Genel İşlevler olmak üzere 7 alt ölçek içeren bu ölçekten elde edilen puanlar incelendiğinde, bu alanların tümünde intihar girişiminde bulunan

ergenlerin kontrollerden anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldıkları görülmüş ve elde edilen puanların bu işleyişlerde bozukluk bulunduğuna işaret ettiği saptanmıştır.

Fiziksel kötüye kullanım gençlerde intihar davranışı için çok önemli bir risk etkenidir (94). Araştırmamızda intihar girişiminde bulunan ergenlerin % 54.8'i evlerinde fiziksel şiddete maruz kaldıkları görülmüştür. Deykin ve arkadaşları (1985), intihar girişimi nedeniyle acil servise başvuran 159 ergenin başka nedenlerle acil servise başvuranlardan oranla 3-6 kat fazla fiziksel şiddete maruz kalma öyküsüne sahip olduklarını bildirmişlerdir (29). Brent ve arkadaşları (19) hastanede yatan suicidal ergenlerin % 16.1'inin fiziksel kötüye kullanımla karşı karşıya kaldıklarını bildirmişlerdir. Ülkemizde yapılan bir araştırmada, intihar girişiminde bulunan ergenlerden % 30'u evlerinde disiplin yöntemi olarak dayanın sık bir biçimde kullanıldığını belirtmişlerdir (31).

Bu araştırmada intihar girişiminde bulunan ergenlerin ailelerinde psikiyatrik hastalığı olan bireylerin bulunması (% 60) ve evde sık olarak alkol kullanımı (% 28.6) kontrollerden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Yazında intihar girişiminde bulunan gençlerin ailelerinde başta Affektif Bozukluklar ve Antisosyal Kişilik Bozukluğu olmak üzere çok yüksek oranda psikiyatrik bozukluklara rastlandığı bildirilmektedir. Çuhadaroğlu ve Sonuvar (1992), intihar girişiminde bulunan ergenlerin % 42'sinin ailesinde psikiyatrik hastalığa rastlandığını belirtmişlerdir (26). Garfinkel ve arkadaşları (1982), intihar girişiminde bulunan ergenlerden % 51.6'sının ailelerinde psikiyatrik hastalığı olan bireylerin bulunduğunu bildirmişlerdir (46). Cohen-Sandler ve arkadaşları (1982), suicidal, depresif ve psikiyatrik kontrollerle yaptıkları çalışmada, suicidal çocukların ebeveynlerinin

diğer gruplardan çok daha yüksek oranda (% 40) alkol ve ilaç kötüye kullandıklarını göstermişlerdir (23). Eğrilmez (1988) intihar girişiminde bulunan ergenlerin % 25'inin ailelerinde alkol kötüye kullanımı veya bağımlılığı bulunduğunu saptamıştır (31). Ülkemizde intihar girişiminde bulunan ergenlerle yapılmış olan bir diğer çalışmada, ailede sorun oluşturacak düzeyde alkol alışkanlığı % 16.2 olarak saptanmıştır (118). Araştırmamızda elde edilen sonuçlar yazınla uyumludur. Ayrıca çalışmamızda intihar girişiminde bulunan ergenlerden Majör Depresyon tanılı olanların ailelerinde psikiyatrik hastalık bulunma oranı, grubun geri kalanından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Majör Depresyon ve intihar davranışının etyolojisinde genetik etkenlerin önemli bir yer tutması ve intihar davranışıyla Majör Depresyon arasında çok iyi bilinen bir ilişkinin varlığı nedeniyle bu sonucun elde edildiği düşünülmüştür.

Çocuk ve ergenlerde intihar davranışının önemli risk etkenlerinden birisi yakın çevrede intihar davranışının varlığıdır. Shafii ve arkadaşlarının (1985) gerçekleştirdiği oldukça kapsamlı bir psikolojik otopsi çalışmasında, intihar kurbanı ergenlerin akrabalarında ve arkadaşlarında kontrollere göre çok daha sık suicidal bireylerin bulunduğunu belirtmişlerdir (116). İntihar kurbanı gençlerin % 60'nın akrabalarında suicidal eğilimleri olanlar bulunmasına rağmen, kontrollerde bu oranın % 12 olduğunu göstermişlerdir. New York Psikolojik Otopsi çalışmasında, ailede intihar öyküsünün bulunmasının erkek ergenlerde intihar riskini beş, kızlarda ise üç kat arttırdığı bildirilmiştir (113). Ailesinde intihar veya intihar girişimi öyküsü bulunan ve bulunmayan 5845 psikiyatrik olgunun değerlendirildiği bir araştırmada, ailede suicidalite öyküsü bulunanlarda intihar girişiminin % 48.6, bulunmayanlarda % 21.8 olduğu görülmüştür (106). Rotheram (1987) intihar girişiminde

bulunmuş ergenlerde tamamlanmış intiharı gerçekleştirmek için risk etkenleri arasında yakın çevrede intihar davranışı bulunan bireylerin olmasının bulunduğunu belirtmiştir (104). Ülkemizde yapılan iki çalışmada da intihar girişiminde bulunmuş olan ergenlerin yakın çevrelerinde suicidal davranışı bulunan bireylerin kontrollerden anlamlı olarak daha sık olduğu gösterilmiştir (31,134). Bu araştırmada intihar girişiminde bulunan ergenlerin ailelerinde (% 22.2) ve yakın çevrelerinde (% 48.9) intihar etmiş veya intihar girişiminde bulunmuş olan bireylerin yüksek oranda bulunması yazınla uyumludur. Bu konuda yapılmış olan biyolojik ve genetik çalışmaların artmasıyla intihar davranışında model alma ve genetik etkenlerin öneminin daha fazla açıklık kazanacağı düşünülebilir. Diğer yandan araştırmamızda intihar girişiminde bulunan ergenlerin bir kısmının (% 30.7) intihar girişiminin biçimi, yeri veya zamanını belirlemede yakın çevrelerinden veya medyadan etkilendiklerini bildirmeleri model alma teorisini güçlendirmektedir. Model alma teorisinde klasik bir örnek olarak verilen Goethe'nin 'Genç Werther'in Acıları' kitabının yayınlanmasından sonra intihar salgınlarının bildirilmesi, televizyonda intiharla ilgili yayınlarından sonra ergen intiharlarında belirgin artışların görülmesi (63) ve bazı köprü, geçit ve binaların intihar etmek için çok sık olarak kullanılması (6) model alma teorisinin özellikle ergen intiharları için çok önemli bir risk etkeni olduğunu desteklemektedir.

Bu araştırmada intihar girişiminde bulunan ergenler tarafından ikinci sıklıkta belirtilen stres etkeni arkadaş ilişkilerinde sorun yaşamadır. Yazında ergen intiharları konusunda yapılmış olan pek çok çalışmada arkadaş ilişkilerinde sorun yaşamamanın intihar girişimleri için önemli bir risk etkeni olduğu belirtilmekte ve gençlerde bu sorunun daha da önem kazandığı ileri sürülmektedir (31,94,102,114). Diğer yandan bu araştırmada intihar

girişiminde bulunan ergenlerin büyük bir bölümünün (% 79.1) akran ilişkilerinin yeterli düzeyde olmadığını belirtmeleri, ilişki sorunlarının intihar davranışıyla bağlantısını güçlendirmektedir.

Çalışmamızda intihar girişiminde bulunan ergenlerle kontroller arasında kronik fiziksel hastalık öyküsü bakımından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Yazında başta epilepsi olmak üzere kronik fiziksel hastalığı bulunanlarda tamamlanmış intihar ve intihar girişimlerinin daha yüksek bulunduğunu gösteren çalışmalara rastlanmaktadır (17,114). Bu araştırmada kontrol grubu olarak sağlıklı toplum yerine Genel Çocuk Sağlığı polikliniğine başvurup sürekli izleme alınmayan hastaların alınmış olması bu bulgu değerlendirilirken göz önünde bulundurulmalıdır.

Psikiyatrik başvuru öyküsünün çalışma grubunda kontrollerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışma grubunda yer alan olgularla yapılan psikiyatri görüşme sonucunda olguların büyük bir bölümünün psikiyatrik tanı aldıkları (% 69.6) ve Majör Depresyon, Uyum Bozukluğu, Konversiyon Bozukluğu ve Davranım Bozukluğunun en sık görülen psikiyatrik bozukluklar olduğu saptanmıştır. Olguların % 20'si iki psikiyatrik tanıyı aynı anda alırken, % 6.5'i aynı anda üç psikiyatrik tanı almaktaydı. Çalışmamızda elde edilen verilerin çoğunluğu yazında ergen intiharları ve psikopatoloji konusundaki çalışmalarla uyumludur.

Yazındaki araştırmaların pek çoğu diğer yaş gruplarında olduğu gibi, ergenlik döneminde de depresyonun intihar ve intihar girişimi için en önemli risk faktörlerinden olduğunu

göstermektedir (26,82,103). Majör duygudurum bozuklarında yaşam boyu intihar etme riskinin % 19 dolaylarında olduğu ve intihar sonucu yaşamını yitiren bireylerin % 13-70'nin Unipolar Depresyonu olan bireyler olduğu öne sürülmektedir (58). Pfeffer ve arkadaşları (1988) intihar girişiminde bulunan ergenler arasında en sık rastlanan psikiyatrik tanı grubunun % 33.5'le Duygudurum Bozuklukları olduğunu göstermişlerdir (97). Aynı grubun intihar girişiminde bulunan ergenlerle yaptıkları bir izlem çalışmasında, intihar girişimlerinin yinelenmesinde de Duygudurum Bozukluklarının önemli rol oynadığı gösterilmiştir (96). Diğer bir çalışmada, intihar girişiminde bulunan ergenlerde Majör Depresyona olguların % 42'sinde rastlandığı gösterilmiştir (104). İntihar girişiminde bulunmuş olan ergenlerin tanısız sınıflamasının yapıldığı bir çalışmada, intihar girişiminde bulunan ergenlerin neredeyse tümünde Duygulanım Bozukluklarına rastlandığı bildirilmiştir (40). İntihar sonucu yaşamlarını yitiren ergenlerin aileleriyle yapılan görüşmeler sonucunda intihar kurbanlarının % 63-76'sının Duygudurum Bozukluğu bulunan bireyler oldukları görülmüştür. İlgi çekici olarak bu olguların yarısından azının daha önce bir psikiyatri kliniğine başvuruda bulunmuş olduğu ve sadece çok küçük bir kısmının intiharı gerçekleştirdikleri sırada psikiyatrik tedavi almakta olduğu bulunmuştur (19, 117). Çalışmamızda yazınla uyumlu olarak intihar girişiminde bulunan ergenlerin önemli bir bölümünün Duygudurum Bozukluğu tanısı aldıkları (% 34.8'i Majör Depresyon, % 6.5'i Distimi) görülmüştür. Ayrıca çalışma grubunda yer alan olguların Beck Depresyon Ölçeği puanları şiddetli depresyon sınırında bulunmuş ve kontrollerden belirgin anlamlılık düzeyinde yüksek olduğu saptanmıştır.

Bu araştırmada intihar girişiminde bulunan ergenler arasında Uyum Bozukluğu (% 17.4) ve Davranım Bozukluğuna (% 10.9) da sık olarak rastlanmıştır. Rotheram-Borus (1987) ve Trautman ve arkadaşları (1991), intihar girişiminde bulunan ergenlerle yaptıkları çalışmalarda Davranım Bozukluğunun en sık rastlanan psikiyatrik tanı olduğunu ve sıklığının % 45-50 dolaylarında olduğunu göstermişlerdir (104,124). Turgay (1992) intihar girişiminde bulunmuş olan 202 ocuk ve ergenle yaptığı bir çalışmada, en sık rastlanan psikiyatrik tanuların Uyum Bozukluğu (69 olgu) ve Davranım Bozukluğu (39) olduğunu bildirmiştir. Brent ve arkadaşları (1987) ergen intiharlarına ilişkin risk etkenlerini inceledikleri çalışmalarında, Duygudurum Bozuklukları, Madde Kullanım Bozuklukları ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğundan sonra en sık rastlanan tanuların Davranım Bozukluğu ve Uyum Bozukluğu olduğunu öne sürmüşlerdir (18). İntihar girişiminde bulunmuş 131 ocuk ve ergenle yapılan bir çalışmada Uyum Bozukluğu (32 olgu) ve Davranım Bozukluğunun (32 olgu), Duygulanım Bozukluklarından sonra en sık rastlanan psikiyatrik tanılar olduğu belirtilmiştir (19). Ülkemizde yapılan bir çalışmada intihar girişiminde bulunmuş olan 15-19 yaş arası ergenlerin % 27.5'inin Uyum Bozukluğu ve Davranım Bozukluğu tanılarını aldıkları bildirilmiştir (31). Çalışmamızda elde edilen bu sonuçların yerli ve yabancı yayınlarla uyumlu olduğu görülmektedir. Daha önceleri yaygın kabul gören 'Dışavurum Bozukluğu' bulunan bireyler arasında intihar davranışının çok az görüldüğü hipotezi bu çalışmalarla yayınlığını yitirmektedir.

Bu araştırmada intihar girişiminde bulunan ergenlerden sekizinin (% 17.4) Konversiyon Bozukluğu tanısı aldıkları saptanmıştır. Ergen intiharları konusunda ülkemizde ve dünyada yapılmış araştırmalarda intihar sonucu ölen ve intihar girişiminde bulunmuş olan

ergenlerde Konversiyon Bozukluğunun sık olarak görüldüğünü bildiren herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak bu çalışmaların pek azında Konversiyon Bozukluğu tanısının göz önüne alındığı dikkati çekmektedir. Taylor ve Stansfeld (1984) kendini zehirleyerek intihar girişiminde bulunmuş olan 50 çocuktan hiçbirisinin, Turgay (1992) intihar girişiminde bulunmuş 202 çocuk ve ergenden dokuzunun, Şener ve Şenol (1996) intihar girişiminde bulunmuş olan 40 ergenden birisinin Konversiyon Bozukluğu tanısı aldıklarını bildirmişlerdir (122,123,125). Ergen intiharları konusundaki araştırmaların pek çoğunun batılı ülkelerde yapılmış olduğu, buna karşın Konversiyon Bozukluğunun daha çok az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde görüldüğü göz önünde bulundurulmalıdır. Ülkemizde psikiyatri polikliniklerine baş vuruda bulunan olguların neredeyse % 10'unun Konversiyon Bozukluğu tanıli hastalardan oluştuğu göz önüne alınarak (5), bundan sonraki araştırmalarda Konversiyon Bozukluğu ile ergen intiharları arasındaki ilişkinin ayrıntılı olarak incelenmesinin uygun olacağı düşüncesindeyiz. Yine de çalışmamıza elde edilen bu sonucun başka çalışmalarla desteklenmesine gereksinimi vardır.

Yazında ergen intiharları için önemli bir risk etkeni olarak gösterilen Alkol Kötüye Kullanımına araştırmamızda yer alan üç olguda rastlanmıştır. İntihar kurbanı çocuk ve ergenlerle yapılan psikiyatrik otopsi çalışmalarında (116,117) ve intihar girişiminde bulunmuş olgularla yapılan görüşmelerle tanı konan pek çok çalışmada (19,104), Madde Kullanım Bozukluklarının intihar girişimleri için giderek artan bir risk etkeni olduğuna dikkat çekilmekte ve girişimde bulunurken ergenlerin çoğunlukla alkol veya madde etkisinde bulunduğunu belirtmektedirler (57,77,98). Ülkemizde yapılan bir çalışmada intihar girişimi sırasında ergenlerin % 11.7'sinin alkollü olduğu bildirilirken (13), intihar

girişiminde bulunan ergenlerin psikiyatrik tanılarının araştırıldığı çalışmalarda Madde Kullanım Bozukluğuna rastlanmamıştır (31,122).

Yazında çoğul psikiyatrik tanı konmuş olan ergenlerin, intihar girişimleri, tamamlanmış intiharlar ve intihar girişimlerini tekrarlama bakımından en önemli risk gruplarından birisini oluşturdukları konusunda görüş birliği bulunmaktadır (17,114). Shafii ve arkadaşları (1988) tarafından gerçekleştirilen psikiyatrik otopsi çalışmasında intihar kurbanı çocuk ve ergenlerin % 81'inin iki veya daha fazla psikiyatrik tanı aldıkları görülmüştür (117). İntihar girişiminde bulunan ergenlerle yapılan bir çalışmada bu oranın % 38 olduğu bildirilmiştir (105). Yine intihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerle yapılan bir çalışmada olguların % 67'sinin çoğul psikiyatrik tanı aldıkları belirtilmiştir (125). Bu araştırmada yazınla uyumlu olarak intihar girişiminde bulunan ergenlerin % 26.5'inin birden fazla psikiyatrik tanı aldıkları saptanmıştır. İntihar girişiminde bulunanlar arasında çoğul psikiyatrik tanı konan ergenlerin bu kadar büyük bir yer tutması, birden fazla psikiyatrik tanı alan olguların daha güç tedavi edilebilmelerine ve psikiyatrik bozukluklarının daha yüksek oranda kronikleşerek ergende umutsuzluk oluşturabilmesine bağlı olabileceği düşünülmüştür.

Bu güne kadar yapılmış olan araştırmalar, geçmişte intihar girişiminde bulunmuş olan bireylerin, tamamlanmış intihar ve intihar girişimlerini tekrarlama bakımından en önemli risk gruplarından birisini oluşturduklarını göstermektedir (17,114). İntihar girişiminde bulunan ergenlerde risk etkenlerini belirlemeye yönelik araştırmalarda ve uzun süreli izlem çalışmalarında, intihar girişiminde bulunan ergenlerin yaklaşık % 40'ının girişimlerini

tekrarladıkları veya intihar sonucu yaşamlarını yitirdikleri saptanmıştır (19,31,86,113). Bu araştırmada yazınla uyumlu olarak, intihar girişiminde bulunan ergenlerin neredeyse yarısının (% 46.7'sinin) geçmişte en az bir kez intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır. Ayrıca ülkemizde intihar girişiminde bulunan ergenlerle yapılmış olan çalışmaların sonuçlarıyla uyumlu olarak, kız ergenlerin erkeklerden anlamlı olarak daha yüksek sıklıkta geçmişte intihar girişimi öyküsüne sahip oldukları bulunmuştur (31,135).

Olgularımızın çok büyük bir bölümü (% 86.7) ilaç içerek intihar girişiminde bulunmuştur. İngiltere'de yapılan bir çalışmada intihar girişimlerinin % 90'ının aşırı doz ilaç alınarak gerçekleştirildiği bildirilmiştir (47). Ülkemizde yapılmış olan pek çok çalışmada da aşırı doz ilaç alımının intihar girişimlerinde en sık kullanılan yöntem olduğu belirlenmiştir (22,25,61,67,75,86,89,90,126). Eğrilmez (1988) ve Sonuvar (1985) intihar girişiminde bulunan ergenlerin neredeyse tamamının ilaç içerek intihara kalkıştıklarını belirtmişlerdir (31,118). Yine yazındaki çalışmalarla uyumlu olarak (31,86) olgularımızın büyük bir bölümü evde intihar girişiminde bulunmuş, intihar girişimini planlamamış ve girişimi gizlemek için çaba göstermemiştir. İntihar girişimi sonrası yapılan tıbbi değerlendirmede olguların büyük çoğunluğunun girişimlerinin orta ve hafif şiddette olduğu saptanmıştır. Yörükoğlu (1985) intihar girişiminde bulunan ergenlerin % 87'sinin evde ve kolay farkedilir biçimde intihara kalkıştıklarını bildirmiştir (134). Yüksel ve arkadaşları (1985) intihar girişiminde bulunan ergenlerin % 80'inin girişimlerini çevreye şu ya da bu şekilde duyurmak amacıyla gerçekleştirdiklerini belirtmişlerdir (135). Eğrilmez (1988) de intihar girişiminde bulunan ergenlerin büyük çoğunluğunun ev veya günlük çevrelerinde intihara kalkıştıklarını ve girişimin farkedilmesi için ön düzenlemelerde bulunduklarını belirtmiştir

(31). Bu bulgular intihar girişiminde bulunan ergenlerin, çoğunlukla içinde bulundukları stres verici durumdan kurtulmak için yardım elde etme amacıyla intihara kalkıştıkları biçiminde yorumlanabilir. Ayrıca intihar girişiminde bulunan ergenlerin yaklaşık yarısı çevrelerine intihardan bahsetmişlerdir. İntihar davranışı öncesi dönemde intihar düşünceleri bulunanların bir yardım arama çabası olarak, belki de içlerindeki sıkıntıyı iletebilmek için, çevrelerindeki intihar tehditlerinde bulundukları ve bu tehditlerin intihar veya intihar girişimiyle sonuçlanabilme olasılığı nedeniyle ciddiye alınmaları gerektiği görülmektedir



SONUÇ

Bu çalışmada intihar girişiminde bulunan ergenlerin aşağıda belirtilen özellikleri taşıdığı görülmüştür:

İntihar girişiminde bulunan ergenler,

- Çoğunlukla kızlardan oluşmaktadır,
- Eğitimlerini sürdürme ve okul başarıları düşüktür,
- Çoğunlukla alt ve orta sosyoekonomik düzeydeki ailelerden gelmektedirler,
- Parçalanmış ailelerden gelme ve ebeveynlerden uzun süreli ayrılıklar yaşama sıklığı,
- Ailelerinde psikiyatrik hastalık bulunması ve alkol kullanımı oranı yüksektir,
- Aile ve yakın çevrelerinde intihar eden veya intihar girişiminde bulunan bireyler bulunması oranı yüksektir,
- Aile Değerlendirme Ölçeğinde araştırılan tüm alanlarda aile işleyişinde sorunlar bulunduğu görülmektedir,
- Çoğunluğunun en az bir psikiyatrik hastalığı bulunmaktadır,
- Yarıya yakın bölümünün geçmişte intihar girişiminde bulundukları görülmektedir,
- Majör Depresyon, Uyum Bozukluğu, Konversiyon Bozukluğu ve Davranım Bozukluğu en sık rastlanan psikiyatrik bozukluklardır.
- Depresyon ve anksiyete puanları yüksektir,
- Çoğunluğu aile ve akran ilişkilerinin kendileri için önemli stres etkeni olduğunu belirtmektedir,

- Olguların yaklaşık yarısı intihar girişiminde bulunmadan önceki bir ay içerisinde intiharı düşünmüş ve bu konuyu yakın çevrelerine açmışlardır,
- Olguların yaklaşık üçte biri intihar girişimini planladığını ve girişim modelini başka bir yerden aldığını belirtmiştir,
- Olguların tamamına yakını aşırı doz ilaç alarak intihar girişiminde bulunmuştur,
- Olguların % 37.2'si girişimden sonra tedavi almazlarsa ölüm riski yüksek olacak düzeyde ağır intihar girişiminde bulunurken, % 20.9'u hiçbir tedavi görmeseler bile yaşamsal tehlike taşımayan biçimde intihar girişiminde bulunmuştur.

Bu verilerin ışığında, ergenlik dönemindeki intihar girişimlerinin 'manüplatif' olarak nitelendirilip önemsenmemesinin oldukça eksik bir yaklaşım olduğu görülmektedir. Ergenlerde intihar girişimlerinin tek bir model veya kuramın açıklaması olanaklı olmadığından her olgunun psikiyatrik, biyolojik ve sosyal özelliklerinin ayrıntılı bir biçimde ele alınması gerekmektedir. Aile ve akran ilişkilerinde sorun yaşayan, psikiyatrik bozukluğu ve geçmişte intihar girişimleri bulunan, intihar veya ölümden söz eden ergenlerin intihar davranışı için risk taşıdıkları göz önünde bulundurulmalıdır. Aile işleyişi ve ergen intiharları arasındaki yakın ilişki nedeniyle intihar riski bulunan olguların ailenin bütününe yönelik bir yaklaşımla değerlendirilmeleri gerekmektedir. İntihar girişiminde bulunan ergenlerde sık olarak rastlanmış olan Majör Depresyonun, Uyum Bozukluğu, Konversiyon Bozukluğu ve Davranım Bozukluğunun etkin tedavisinin ergen intiharlarını önlemede gerekli olduğu görülmektedir. Erken başlangıçlı Majör Depresyon'un intihar davranışıyla yakın ilişkisi bilindiğinden etkin doz antidepresan sağaltımını da içeren hızlı ve yakın izlemlili bir tedavi programının uygulanması gerektiği görüşündeyiz. Daha

önceleri yaygın kabul gören 'Dışavurum Bozukluğu' bulunan bireyler arasında intihar davranışının çok az görüldüğü hipotezi artık yaygınlığını yitirdiğinden, Davranım Bozukluğu ve Uyum Bozukluğu gösteren ergenlerin de intihar davranışı için risk grubunda oldukları dikkate alınmalıdır. Ülkemizde Madde Kullanım Bozukluğunun ergenler için giderek artan bir sorun olduğu bilindiğinden bu gençlerin ileride intiharı da içeren çok çeşitli psikososyal sorunları yaşamamaları için önleyici çalışmaların yapılması gerektiği düşüncesindeyiz. Bugüne kadar yapılmış olan çalışmalarda Konversiyon Bozukluğu ve intihar girişimleri arasındaki ilişki üzerinde fazla durulmamış olmakla beraber, bu çalışmada Konversiyon Bozukluğunun intihar girişimleriyle ilişkili bir psikiyatrik bozukluk olduğu görülmüştür. Türkiye'de Konversiyon Bozukluğu sık rastlanan bir psikiyatrik bozukluk olduğu için intiharla ilişkisinin daha ayrıntılı bir biçimde araştırılması gerektiği düşüncesindeyiz.

Sonuç olarak insanların henüz yaşamlarının başındayken kendilerini öldürmeyi düşünmeleri, intihara kalkışmaları ve intihar ederek yaşamlarını sonlandırmaları oldukça trajik bir durumdur. Ülkemiz nüfusunun oldukça büyük bir bölümünü oluşturan gençlerdeki intiharları önlemek için, birincil olarak risk etkenlerinin belirlenip risk grubunu oluşturan ergenlere yönelik koruyucu çalışmalar yapılması, ikincil olarak tekrarlayan intihar girişimlerinin önüne geçilmesi gereklidir.

ÖZET

Bu çalışma intihar girişiminde bulunmuş olan 46 ergen ve kontrol grubunu oluşturan 55 ergenle gerçekleştirilmiştir. Çalışmada intihar girişiminde bulunmuş olan ergenlerin sosyodemografik, psikiyatrik ve ailesel özelliklerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Tüm olgulara sosyodemografik bilgi formu uygulanmış, Beck Depresyon Ölçeği, Sürekli Anksiyete Ölçeği ve Aile Değerlendirme ölçeği verilerek yanıtlamaları istenmiştir. İntihar girişiminde bulunan ergenlerle DSM-IV tanı ölçütlerine göre psikiyatrik görüşme yapılmıştır.

İntihar girişiminde bulunan ergenlerin yaş ortalamasının 15.72 olduğu, 40 kız ve 6 erkekten oluşmakta olduğu görülmüştür. İntihar girişiminde bulunan ergenlerin kontrol grubundaki olgulardan istatistiksel düzeyde anlamlı olarak daha düşük okul başarıları gösterdikleri ($p<.00001$), ailelerinin gelir düzeyinin daha düşük olduğu ($p<.001$), anne ve babalarının daha düşük eğitim düzeyinde oldukları ($p<.01, p<.0001$), anne-babalarından daha sık ayrılık yaşadıkları ($p<.001$), daha sık olarak parçalanmış ailelerden geldikleri ($p<.01$), anksiyete ve depresyon ölçeklerinden daha yüksek puanlara aldıkları ($p<.01, p<.01$), ailelerinde daha yüksek oranda psikiyatrik hastalık ve alkol kullanımı bildirdikleri ($p<.0001, p<.01$), aile ve yakın çevrelerinde daha yüksek oranda intihar girişiminde bulunanlar olduğu ($p<.03, p<.03$), evlerinde daha sık olarak dayanın kullanıldığı ($p<.0001$) ve akran ilişkilerinin daha çok sorun yaşadıkları ($p<.0001$) görülmüştür.

İntihar girişiminde bulunan olgularla DSM-IV ölçütlerine göre yapılan tanı görüşmelerinin sonucunda, en sık rastlanan psikiyatrik tanıların Majör Depresyon (% 34.8), Uyum Bozukluğu (%17.4), Konversiyon Bozukluğu (% 17.4) ve Davranım Bozukluğu (% 10.9) olduğu belirlenmiştir. İntihar girişiminde bulunan ergenlerden Majör Depresyon tanılı olguların, çalışma grubunda yer alan diğer olgulardan anlamlı olarak daha yetersiz akran ilişkilerine sahip oldukları ($p<.05$) ve ailelerinde daha yüksek oranda psikiyatrik bozukluğu bulunan bireylerin bulunduğunu bildirdikleri ($p<.05$) saptanmıştır.

İntihar girişiminde bulunan ergenlerin % 30.2'si girişimi daha önceden planlayarak gerçekleştirmiş, olguların % 30.3'ü girişim biçimi, zamanı ve yerini model aldığını belirtmiş ve % 47.6'sı intihar girişiminde bulunmadan önce çevresindekilere bu konudan bahsetmiştir. Otuz altı olgu (% 78) intihar girişimini evde gerçekleştirmiş, olguların % 22.7'si girişimin farkedilmemesi ve önlenmemesi için çaba göstermiştir. Girişim yöntemi olarak olguların % 86.7'si aşırı doz ilaç alımını seçmiştir. Olguların % 46.7'sinin daha önce en az bir kez intihar girişiminde bulundukları saptanmıştır. İntihar girişiminde bulunan ergenlerin % 37.2'si tedavi edilmezlerse ölümle sonuçlanabilecek biçimde ağır şiddette intihar girişiminde bulunmuş, girişimin şiddetiyle olguların aldıkları psikiyatrik tanılar arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır ($p>.05$).

Çalışmanın sonucunda ergenlerde intihar girişimlerinin tek bir model veya kuramla açıklanmasının olanaklı olmadığı düşünülmüş, ergenlerde intihar davranışıyla çok çeşitli etkenlerin ilintili olduğu görülmüştür. Düşük sosyoekonomik düzey, aile yapısı ve işleyişinde bozukluk, yetersiz aile ve akran ilişkileri, psikiyatrik bozukluğun bulunması,

daha önce intihar girişiminde bulunma, intihar konusunda çevredekilerle konuşma veya tehditte bulunma, ailede psikiyatrik hastalık ve sorunlu alkol kullanımının bulunması ve yakın çevrede intihar eden veya intihar girişiminde bulunan bireylerin bulunması gibi etkenlerin ergenlerde intihar girişimiyle yakından ilişkili özellikler olduğu saptanmıştır.



KAYNAKLAR

1. Adam KS (1985) Attempted suicide. *Psychiatry Clinics of North America* 8 (2):971-985.
2. Addams DA, Overholser JC, Lehnert KL (1994) Perceived family functioning and adolescent suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 33: 498-507.
3. Adelson J (1979) Adolescence and generation gap. *Psychology Today* 67:33-37.
4. Adelson J (1985) Observations on research in adolescence. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs* 111:249-254.
5. Alkın T, Tunca Z (1997) Konversiyon Bozukluğu. *Psikiyatri Temel Kitabı içinde, Güleç C, Köroğlu E (ed). Hekimler Yayın Birliği, Ankara (1):537-545.*
6. Alvarez A (1994) İntihar, kan dökücü tanrı. Sarıkaya ZÇ (çeviren). Öteki Yayınevi, Ankara.
7. Apter A, Gothelf D, Orbach I ve ark (1995) Correlation of suicidal and violent behavior in different diagnostic categories in hospitalized adolescent patients. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 34: 912-918.
8. Arkun N (1978) İntihar Psikodinamikleri. İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Matbaası, İstanbul.
9. Asberg M, Nordstorm P ve Traskman-Bendz L (1987) Cerebrospinal fluid studies in suicide. *Psychobiology of Suicidal Behavior içinde, Mann JJ & Stanley M (ed), New York Academy of Sciences, New York:243-255.*
10. Bancroft J, Marsack P (1977) Repeativness of self-poisoning and self-injury. *Br J Psychiatry* 131:394-399.

11. Bancroft J, Skrimshire AM, Simkin S (1976) The reasons people give for taking overdoses. *Br J Psychiatry* 128:538-548.
12. Barker P (1976) *Basic Child Psychiatry*. University Park Press, Baltimore.
13. Bayam G, Dilbaz N, Holat H ve ark. (1995) Genel bir hastanede acil servise intihar girişimi nedeniyle başvuran ergenlerin sosyodemografik özellikleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2: 57-62.
14. Beck AT (1976) *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International University Press, New York.
15. Beck AT, Steer RA, Kovacs M ve ark. (1974) Hopelessness and eventual suicide. *Am J Psychiatry* 142:559-563.
16. Blos P (1962) *On Adolescence: A Psychoanalytic Interpretation*. Free Press, New York.
17. Brent DA, Kolko DJ (1990) Suicide and suicidal behavior in children and adolescents. *Psychiatric Disorders in Children and Adolescents içinde*. Garfinkel BD, Carlson GA, Weller EB (Ed), ABD, Saunders Company:372-392.
18. Brent DA, Perper JA, Allman C (1987) Alcohol, firearms and suicide among youth. *Jama* 257:3369-3372.
19. Brent DA, Perper JA, Goldstein CE ve ark (1988) Risk factors for adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 45: 581-587.
20. Brown JH (1979) Suicide in Britain. *Arch Gen Psychiatry* 36:1119-1124.
21. Buglass D, Duffy JC (1978) The ecological pattern of suicide and parasuicide in Edinburgh. *Soc Sci Med* 12:241-253.
22. Cirit H (1990) İntihar girişiminde bulunan erişkinlerde görülen psikiyatrik semptomatoloji ve aile özelliklerinin araştırılması. Uzmanlık Tezi, İzmir.

23. Cohen-Sandler R, Berman AL, King RA (1982) Life stress and symptomatology: Determinants of suicidal behavior in children. J Am Acad Child Psychiatry 21:178-186.
24. Conger JJ, Petersen AC (1984) Adolescence and Youth: Psychological Development in a Changing World. Harper & Row, New York.
25. Çakmak D, Arslanoğlu K, Akman MB (1988) İntihar girişimi nedeniyle acil dahiliye polikliniğine başvuran hastalarda psikopatolojik değerlendirme. XXIV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Kitabı, Ankara :214-217.
26. Çuhadaroğlu F, Sonuvar B (1992) Adolesan intiharları, risk faktörleri üzerine bir inceleme. Türk Psikiyatri Dergisi 3(3): 222-226..
27. Devlet İstatistik Enistitüsü (1983) İntihar istatistikleri. Başbakanlık Devlet İstatistik Enistitüsü Yayınları, Ankara.
28. Devlet İstatistik Enistitüsü (1992) İntihar istatistikleri. Başbakanlık Devlet İstatistik Enistitüsü Yayınları, Ankara.
29. Deykin EY, Alpert JJ, McNamarra JJ (1985) A pilot study of effects of exposure to child abuse or neglect on suicidal behavior. Am J Psychiatry 142:1299-1303.
30. Durkheim E (1986) İntihar. Çeviren: Ozankaya Ö, Türkiye Tarih Kurumu Basımevi, Ankara.
31. Eğrilmez A (1988) 15-19 yaş grubu ergenlerin suisid girişimlerinde predispozan etkenler ve aile özellikleri. Uzmanlık Tezi, İzmir.
32. Erikson HE (1950) Childhood and Society, 2. Baskı. New York, Morton.
33. Eskin M (1992) Opinions about and reactions to suicide, and the social acceptance of a suicidal classmate among Turkish high school students. International Journal of Social Psychiatry 38:280-286.

34. Eskin M (1993) Age spesific suicide rates and rates of increase, and suicide methods in sweden and Turkey. Reports from the Department of Psychology, Stockholm University, 772.
35. Eskin M (1995) Suicidal Behavior in Swedish and Turkish Adolescents. Stocholm University, Stocholm.
36. Fidaner H, Fidaner C (1991) Dünyada çocuk ve adolesanlarda intihar epidemiyolojisi. Türk Psikiyatri Dergisi 2 (3): 211-215.
37. Fidaner H, Fidaner C (1987) İntihar, çok yönlü bir sosyal psikiyatri sorunu. XXIII. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Kitabı, İstanbul :301, 307.
38. Fidaner H, Fidaner C (1993) İntihar. Depresyon Monoğrafları Serisi 5. Hekimler Yayın Birliği, Ankara :329-348.
39. Fowler RC, Rich CL, Young D (1986) San Diego suicide study, substance abuse in young cases. Arch Gen Psychiatry 43:962-965.
40. Freedman AM, Blumenfield M (1986) Recognizing the role of bereavement and reactive depression in modern psychiatry. Psychopatology 2:37-46.
41. Freud A (1936) The Ego and the Mechanisms of Defense. International Press, New York.
42. Freud A (1958) Adolescence. Psychoanalytic Study of the Child içinde, Eissler RS (ed). International Universities Press, New York.
43. Freud A (1969) Adolescence as a developmental disturbance. Adolescence: Psychosocial Perspectives içinde, Caplan G, Lebovici S (ed). Basic Books, New York.
44. Friedman JM, Asnis GM, Boeck M ve ark. (1987) Prevalence of specific suicidal behaviors in a high school sample. Am J Psychiatry 144:1203-1206.

45. Gardner RA (1988) Psychotherapy With Adolescents, Library of Congress Cataloging, New Jersey.
46. Garfinkel BD, Forese A, Hood J (1982) Suicide attempts in children and adolescents. Am J Psychiatry 139:1257-1261.
47. Gelder M, Gathi D, Mayou R (1990) Suicide and deliberate self-harm. Oxford Textbook of Psychiatry, 2. Baskı. Oxford University Press, İngiltere :478-506.
48. Gispert M, David MS, March L ve ark. (1987) Predictive factors in repeated suicide attempts by adolescents. Hosp Community Psychiatry 38:390-393.
49. Gobbard GO (1990) Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. American Psychiatry Press Inc, ABD.
50. Goodyer IM, Wright C, Altham PME (1988) Maternal adversity and recent stressful life events in anxious and depressed children. J Child Psychol Psychiatry 29 (5):651-667.
51. Graham P, Rutter M (1985) Adolescent Disorders. Child and Adolescent Psychiatry içinde, Rutter M, Taylor E ve Hersov L (Ed), Blackwell Science Ltd., London s:351-353.
52. Haim A (1974) Adolescent Suicide. International Universities Press, New York.
53. Hawton K (1987) Assessment of suicide risk. Br J Psychiatry 150:145-153.
54. Hawton K, Cowen P, Owens D (1993) Low serum cholesterol and suicide. Br J Psychiatry 162:818-825.
55. Holding TA, Buglass D, Kreitman N (1977) Parasuicide in Edinburgh. Br J Psychiatry 130:534-543.

56. Holmbeck GN, Hill JP (1988) Storm and stress beliefs about adolescence: Prevalence, self-reported antecedents, and effects of an undergraduate course. *Journal of Youth and Adolescence* 17:285-306.
57. Inamdar SC, Lewis DO, Siomonopoulus G ve ark. (1982) Violent and suicidal behavior in psychotic adolescents. *Am J Psychiatry* 139:932-935.
58. Isometsa ET, Henriksson MM, Aro HM ve ark. (1994) Suicide in major depression. *Am J Psychiatry* 151:530-536.
59. Josselson R (1980) Ego development in adolescence. *Handbook of Adolescent Psychology içinde, Adelson J (ed). Wiley, New York.*
60. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA (1994) *Psychiatric Emergencies. Synopsis of Psychiatry, 7'nci baskı. Williams & Wilkins, Baltimore :803-811.*
61. Kaya N, Çakmak D, Ögel K (1993) Hospitalize psikiyatrik hastalarda intihar girişiminin sosyodemografik özellikler ve psikiyatrik tani ile ilintisi. 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı, Bursa :45-46.
62. Keitner GL, Ryan CE, Miller W ve ark. (1990) Family functioning, social adjustment and recurrence of suicidality. *J Clin Psychiatry* 53:17-30.
63. Kessler RC, Downey G, Milawsky JR ve ark. (1988) Clustering of teenage suicides after television news stories about suicides, a reconsideration. *Am J Psychiatry* 145: 1379-1383.
64. Kiell N (1964) *The Universal Experince of Adolescence. International Universities Press, New York.*
65. Kimmel DC, Weiner IB (1985) *Adolescence: A Developmental Transition. Hillsdale, New Jersey.*

66. Klein M (1986) A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. Essential Papers on Object Relations içinde, Buckley P (ed), New York University Press, New York:40-70.
67. Koçal N, Coşar B, Candansayar S (1993) Yatan psikiyatrik hastalarda intihar girişimi olanlarda demografik özellikler ve psikiyatrik bozuklukların retrospektif araştırılması. 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı, Bursa :46.
68. Kotila L, Lönnquist J (1987) Adolescents who make suicide attempts repeatedly. Acta Psychiatrica Scand 76:389-393.
69. Lester D (1987) Suicide as a learned behavior. Charles C. Thomas, Springfield.
70. Lester D, Lindsley LK (1988) Inward and outward irritability in the suicidality inclined. Journal of General Psychology 115:37-39.
71. Lipsitz JS (1979) Adolescent development: Myths and realities. Children Today 23:2-7.
72. Livson N, Peskin H (1980) Perspectives on adolescence from longitudinal research. Handbook of Adolescent Psychology içinde, Adelson J (ed). Wiley, New York.
73. Low BP, Andrews SF (1990) Adolescent suicide. Medical Clinics of North America 74: 1251-1264.
74. Maes M, Delanghe C, Meltzer HY (1994) Lower degree of esterification of serum cholesterol in depression relevance for depression and suicide research. Acta Psych Scand 90:252-258.
75. Maner F, Pınar Z, Yeşilbursa D (1988) Psikiyatrik hastalarda suisid girişimi. XXIV. Ulusal Psikiyatri ve nörolojik Bilimler Kongresi Kitabı, Ankara :227-237.
76. Manning ML (1983) Three myths concerning adolescence. Adolescence 18: 823-829.

77. Marttunen MJ, Aro HM, Lönnqvist JK (1993) Adolescent suicide, a review of psychological autopsy studies. *European Child and Adolescent Psychiatry* 2:10-18.
78. McGuire MT, Raleigh MJ, Johnson C (1983) Social dominance in adult vervet monkeys: Behavior-biochemical relationship. *Social Science Information* 22:311-328.
79. Meninger K (1938) *Man against himself*. Harcourt Brace & World, New York.
80. Michel K, Waeber V, Valach L (1994) A comparison of the drugs taken in fatal and nonfatal self-poisoning. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 90:184-189.
81. Montgomery SA, Goeting NLM (1991) *Suicide and attempted suicide risk factors, management and prevention*. Duphar Laboratories Limited, İngiltere.
82. Morrissey RF, Dicker R, Abikoff H ve ark (1995) Hospitalizing the suicidal adolescent, an empirical investigation of decision-making criteria. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 34: 902-911.
83. Muuss RE (1988) *Theories of Adolescence*, 5. baskı, Random House, New York.
84. National Center for Health Statistics (1991) Advance rate of final mortality statistics. *Monthly Vital Statistic Reports* 42 (2).
85. Odağ C (1995) *İntihar, tanı-kuram-sağaltım*. İzmir Psikiyatri Derneği, İzmir.
86. Önal C (1995) *Özkıyım girişiminde bulunan bir grup erişkinde girişimi güdüleyici etkenlerin ve yakınlarının tepkilerinin araştırılması*. Uzmanlık Tezi, İzmir.
87. Öner N (1996) *Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler, Bir Başvuru Kaynağı*, 2. Basım. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul.
88. Özbay MH, Şahin N, Hınçal G ve ark. (1991) Ergenlikte benlik imajı. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2:82-96.

89. Özbek A, Ceyhun B, Kumbasar H (1987) Tedavi ortamında intihar girişimi vakalarının değerlendirilmesi. XXIII. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Kitabı, İstanbul :321-326.
90. Özşahin A, Aydın H, Boz Ü (1988) İntihar girişimi sonucu acil servise başvuranlar üzerinde bir çalışma. XXIV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Kitabı, Ankara :208-213.
91. Paykel ES, Prusoff BA, Myers JK (1975) Suicide attempts and recent life events. Arch Gen Psychiatry 32:327-333.
92. Petersen AC (1987) Those gangly years. Psychology Today 183:28-35.
93. Pfeffer CR (1986) The Suicidal Child. Guilford Press, New York.
94. Pfeffer CR (1996) Suicidal Behavior in Children and Adolescents: Cause and Management. Child and Adolescent Psychiatry içinde, Lewis M (ed), Williams & Wilkins, Maryland: 666-673.
95. Pfeffer CR, Hurt SW, Peskin JR ve ark. (1995) Suicidal children grow up: Ego functions associated with suicide attempts. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 34: 1318-1325.
96. Pfeffer CR, Klerman GL, Hurt SW ve ark. (1991) Suicidal children grow up. Demographic and clinical risk factors for adolescent suicide attempts. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry 30:609-616.
97. Pfeffer CR, Newcorn , Kaplan G ve ark. (1988) Suicidal behavior in adolescent psychiatric inpatients. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 3:357-361.
98. Pfeffer CR, Plutchik R, Mizruchi MS (1983) Suicidal and assaultive behavior in children. Am J Psychiatry 140: 154-157.

99. Platt S (1984) Unemployment and suicidal behavior. *Soc Sci Med* 19:93-115.
100. Raleigh MJ, McGuire MT, Brammer GL ve ark. (1984) Social and environmental influences on blood serotonin concentrations in monkeys. *Arch Gen Psychiatry* 41:405-410.
101. Reinherz HZ, Giaconia RM, Silverman AB ve ark. (1995) Early psychosocial risk for adolescent suicidal ideation and attempts. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 34: 599-611.
102. Rich CL, Fowler RC, Fogarty LA ve ark. (1988) San Diego suicide study 2, relationship between diagnoses and stressors. *Arch Gen Psychiatry* 45: 589-592.
103. Robbins D, Allesi NE (1985) Depressive symptoms and suicidal behavior in adolescents. *Am J Psychiatry* 142:588-592.
104. Rotheram-Borus MJ (1987) Evaluation of imminent danger for suicide among youth. *Am J Orthopsychiatry* 57:102-110.
105. Rotheram-Borus MJ, Piacentini J, Miller S ve ark. (1994) Brief cognitive behavioral treatment for adolescent suicide attempts and their families. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 33: 508-517.
106. Roy A (1983) Family history of suicide. *Arch Gen Psychiatry* 40: 971-974.
107. Roy A (1989) Emergency Psychiatry. *Comprehensive Textbook of Psychiatry/5*. Baskı içinde, Kaplan HI, Sadock BJ (ed). Williams & Wilkins, Baltimore :1414-1427.
108. Roy A (1994) Recent biologic studies on suicide. *Suicide and Life Threatening Behavior* 24:10-14.
109. Roy A, DeJong J, Linnoila M (1989) Cerebrospinal fluid monoamine metabolites and suicidal behavior in depressed patients. *Arch Gen Psychiatry* 46:609-612.

- 110.Roy A, Linnoila M (1988) Suicidal behavior, impulsiveness and serotonin. *Acta Psychiatr Scand* 78:529-535.
- 111.Sayıl I, Göğüş AK, Sözer Y (1990) İntihar ve psikiyatrîst. XXIV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Kitabı, İzmir (3):233-239.
- 112.Sayıl I, Pekyardımcı C, Sözer Y (1988) Toplumda intihar olgusuna tutum ve inançlar üstüne bir araştırma. XXII. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Kitabı, Ankara :536-543.
- 113.Shaffer D (1988) The epidemiology of teen suicide, an examination of risk factors. *J Clin Psychiatry* 49:36-41.
- 114.Shaffer D, Piacentini J (1994) Suicide and attempted suicide. Rutter M, Taylor E, Hersov L(ed.): *Child and Adolescent Psychiatry'de*. 3'üncü baskı, Blackwell Science, London: 407-424.
- 115.Shaffer D, Fisher P (1981) The epidemiology of suicide in children and young adolescents. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 20:545-565.
- 116.Shafii M, Carrigan S, Whittinghill JR ve ark. (1985) Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 142:1061-1064.
- 117.Shafii M, Lenarsky SJ, Derrick AM ve ark (1988) Comorbidity of mental disorders in the post-mortem diagnoses of completed suicide in children and adolescents. *Journal of Affective Disorders* 15: 227-233.
- 118.Sonuvar B (1985) Gençlerde intihar ve intihar girişimleri. XXI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmalar Kitabı, Ünal M (ed) :26-28.
- 119.Spirito A, Brown L, Overholser J ve ark. (1989) Attempted suicide in dolescence, a review and critique of the literature. *Clinical Psychology Review* 9:335-363.

- 120.Stevenson JM (1988) Suicide. Textbook of Psychiatry içinde, Talbott JA, Hales RE, Yudofsky SC (ed). American Psychiatric Press Inc, ABD :1021-1035.
- 121.Stone LJ, Church J (1968) Childhood and Adolescence: A Psychology of the Growing Person, 2. Basım, Random House, New York.
- 122.Şener Ş, Şenol S (1996) İntihar girişimi nedeniyle başvuran ergenlerin değerlendirilmesi ve kısa süreli izlemi. 3P Dergisi 4 :100-107.
- 123.Taylor EA, Stansfeld SA (1984) Children who poison themselves, prediction of attendance for treatment. Br J Psychiatry 145:132-135.
- 124.Trautman PD, Rotheram-Borus MJ, Dopkins S ve ark. (1991) Psychiatric diagnosis in minority female adolescent suicide attempters. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry 30:617-622.
- 125.Turgay A (1992) Çocuk ve ergenlerde intihar girişimleri. Türk Psikiyatri Dergisi 3(3): 183-189..
- 126.Ulamış Y, Aydın N, Çetin Ş (1992) Özkıym girişimi ile yatırılan hastaların sosyodemografik özellikleri. 28. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı, Ankara :78.
- 127.Van-Praag HM (1986) Biological suicide research: Outcome and limitations. Biological Psychiatry 21:1305-1323.
- 128.Wakelin JS (1988) The role of serotonin in depression and Suicide. Advances in Biological Psychiatry 17 :70-83.
- 129.Weiner IB (1966) Psychodiagnosis is Schizophrenia., John Wiley & Sons, New York.
- 130.Weiner IB (1985) Clinical contributions to the developmental psychology of adolescence. Genetic, Social and General Psychology Monographs 112:195-203.

131. Weissman MM, Fox K, Klerman GL (1973) Hostility and depression associated with suicide attempts. *Am J Psychiatry* 130:450-455.
132. Wenz FV (1979) Sociological correlates of alienation among adolescent suicide attempts. *Adolescence* 14:19-30.
133. Winokur G, Tsuang M (1975) Suicide in mania, depression and schizophrenia. *Am J Psychiatry* 132: 650-651.
134. Yörükoğlu A ((1985) *Gençlik Çağı. Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, Ankara :246.*
135. Yüksel N, Özgentaş U, Çalangu S ve ark. (1985) Adelosanlarda intihar nedenleriyle ilgili bir çalışma, XXII. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Kitabı :220-230.

ANKET FORMU

Adı soyadı:

Psikiyatrik tanılar:

1) Yaşı: __

2) Cinsiyeti:

1-E

2- K

3) Öğrenim durumu (belirtiniz):

1-Okula devam ediyor

3- Okulu bitirmiş, evde

2-Terk etmiş

4- Okulu bitirmiş, çalışıyor

4) Kardeş sayısı:

1-

2-

3-

4-

5 ve daha fazla

5) Ailenin kaçınıcı çocuğu:

1-

2-

3-

4-

5. ve üstü

6) Anne -Babanın birliktelik durumu:

1- Evli

3-Ayrı oturuyorlar

2-Boşanmışlar

4-Anne veya babadan birisi ölmüş.

7) Kiminle beraber yaşıyor:

1-Anne -Baba ile beraber

3-Yurtta veya pansiyonda :

2-Bir akrabanızla beraber: 4- Diğerleri, belirtiniz.

8)Ailenin gelir durumu:

1-Alt

2-Orta

3-Üst

9) Herhangi bir sosyal uğraşı var mı:

1- Varsa tanımla

Spor

Müzik

Tiyatro

Resim

2- Yok

10) Okul başarısı:

1-Pekiyi

2-İyi

3-Orta

4-Kötü

5-Okulu terk etmiş

11) Yerleşim yeri:

1-Büyük

2-Orta

3-Küçük ölçekli yerleşim birimi

12) Evdeki ceza yöntemleri(anne, baba veya büyük kardeşler tarafından)

1-Dayağın sık olarak kullanılması

2-Dayağın ara sıra kullanılması

3-Dayak dışı yöntemler

13) Geçirilmiş tıbbi hastalık

1-Var

2-Yok

14) Daha önce psikiyatriye başvuru var mı?

1-var

2-yok

15) Son altı ay içerisinde ebeveynlerden uzun süreli ayrılık var mı?

1-Var

2-Yok

16) Ailede intihar girişimi öyküsü var mı?

1-Var (kim olduğunu belirtiniz)

2-Yok

17) Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü var mı?

1- Var (kimde olduğunu belirtiniz)

2-Yok

18) Ailede psikoaktif madde kullanımı var mı?

1-Var (kim olduğunu belirtiniz)

2-Yok

19) Suisidal düşünceler (bir aydan beri):

1-Yok

2-Bazen

3-Birçok kez

4-Sürekli

20) Akranlarıyla ilişkileri :

1-Yeterli, iyi

3-Sorunları var

2-Yetersiz sayıda

4-İlişki kuramıyor

AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA :

İlişikte aileler hakkında 60 cümle bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuduktan sonra, sizin ailenize ne derece uyduğuna karar veriniz. Önemli olan, sizin ailenizi nasıl gördüğünüzdür.

Her cümle için 4 seçenek söz konusudur.

Aynen katılıyorum

Eğer cümle sizin ailenize tamamen uyuyorsa işaretleyiniz.

Büyük ölçüde katılıyorum

Eğer cümle sizin ailenize çoğunlukla uyuyorsa işaretleyiniz.

Biraz katılıyorum

Eğer cümle sizin ailenize çoğunlukla uymuyorsa işaretleyiniz.

Hiç katılmıyorum

Eğer cümle sizin ailenize hiç uymuyorsa işaretleyiniz.

Her cümlenin yanında 4 seçenek için de ayrı yerler ayrılmıştır. Size uyan seçeneğe (X) işareti koyunuz. Her cümle için uzun uzun düşünmeyiniz. Mümkün olduğu kadar çabuk ve samimi cevaplar veriniz. Kararsızlığa düşerseniz ilk aklınıza gelen doğrultusunda hareket ediniz. Lütfen her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

CÜMLELER	Aynen Katılıyorum	Büyük ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
1. Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız.				
2. Günlük hayatımızdaki sorunların(problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz.				
3. Evde biri üzgün ise, diğer aile bireyleri bunun nedenini bilir.				
4. Bizim evde, kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler.				
5. Evde birinin başı derde girdiğinde diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler.				
6. Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda birbirimize destek oluruz.				
7. Ailemizde acil bir durum olsa şaşırıp kalırız.				
8. Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız.				
9. Birbirimize karşı olan sevgi, şevkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçınırız				
10. Gerektiğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız.				
11. Evde dertlerimizi, üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz.				
12. Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uygularız.				
13. Bizim evdekiler, ancak onların hoşuna giden şeyler söylediğinizde sizi dinlerler.				
14. Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir.				

CÜMLELER	Aynen Katılıyorum	Büyük ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
15. Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur.				
16. Ailemiz üyeleri birbirlerine hoşgörülü davranırlar.				
17. Evde herkes başına buyruktur.				
18. Bizim evde herkes, söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler.				
19. Ailede bazılarımız, duygularımızı belli etmeyiz.				
20. Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz.				
21. Ailecek, korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınırız.				
22. Sevgi, şevkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz.				
23. Gelirimiz (Ücret, Maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor.				
24. Ailemiz, bir problemi çözdükten sonra, bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır.				
25. Bizim ailede herkes kendini düşünür.				
26. Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz.				
27. Evimizde banyo ve tuvalet (yüznumara) bir türlü temiz durmaz.				
28. Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz.				
29. Evde herkes, her istediğini birbirinin yüzüne söyleyebilir.				
30. Ailemizde, herbirimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır.				

CÜMLELER	Aynen Katılıyorum	Büyük ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
31. Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinmeyiz.				
32. Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir.				
33. Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karışırız.				
34. Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz.				
35. Evde genellikle söylediklerimizle söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır.				
36. Aile içinde birbirimize hoş görülü davranırız.				
37. Evde birbirimize, ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacaksa ilgi gösteririz.				
38. Ailemizde bir dert varsa kendi içimizde hallederiz.				
39. Ailemizde sevgi, şevkat gibi güzel duygular ikinci plandadır.				
40. Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız.				
41. Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur.				
42. Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterirler.				
43. Evde birbirimize karşı açık sözlüyüzdür.				
44. Ailemizde hiç bir kural yoktur.				
45. Evde birinden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendine hatırlatılması gerekir.				

CÜMLELER	Aynen Katılıyorum	Enyükölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
46. Aile içinde, herhangi bir sorunun (problemin) nasıl çözüleceğı hakkında kolayca karar verebiliriz.				
47. Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeyiz.				
48. Bizim evde aklınıza gelen herşey olabilir.				
49. Sevgi, şevkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz.				
50. Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz.				
51. Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.				
52. Sinirlenince birbirimize küseriz.				
53. Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez, çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez.				
54. Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışıyoruz.				
55. Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı, aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir.				
56. Aile içinde birbirimize güveniriz.				
57. Ağlamak istediğimizde birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz.				
58. İşimize (Okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz.				
59. Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz.				
60. Problemlerimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.				

STAI FORM TX- 2

İsim Cinsiyet Yaş Meslek Tarih

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlamada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi, ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

Hemen hiç Bazen Çok Hemen
bir zaman () zaman her zaman ()

21. Genellikle keyfim yerindedir.
22. Genellikle çabuk yorulurum.
23. Genellikle kolay ağlarım.
24. Başkaları kadar mutlu olmak isterim.
25. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıtırırım.
26. Kendimi dinlenmiş hissederim.
27. Genellikle sakin, kendime hakim ve sağlıklıyım.
28. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim.
29. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.
30. Genellikle mutluyum.
Her şeyi ciddiye alırım ve kılınırım.
31. Genellikle kendime güvenim yoktur
32. Genellikle kendimi emniyette hissederim.
33. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.
34. Genellikle kendimi hüzünlü hissederim.
35. Genellikle hayatımdan memnunum.
36. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.
37. Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam.
38. Akıllı başında ve kararlı bir insanım.
39. Son zamanlarda kafama takılan k...

BECK ENVANTERİ

- 1— (a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
(b) Kendimi üzgün hissediyorum.
(c) Herzaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
(d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
- 2— (a) Gelecekte umutsuz değilim.
(b) Gelecek konusunda umutsuzum.
(c) Gelecekte beklediğim hiçbirşey yok.
(d) Benim için gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek.
- 3— (a) Kendimi başarısız görmüyorum.
(b) Heskestense daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
(c) Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
(d) Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum.
- 4— (a) Herşeyden eskisi kadar doyum alabiliyorum (zevk alabiliyorum).
(b) Herşeyden eskisi kadar doyum alamıyorum.
(c) Artık hiçbirşeyden gerçek bir doyum alamıyorum.
(d) Beni doyuran hiçbirşey yok. Herşey çok sıkıcı.
- 5— (a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
(b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
(c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
(d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
- 6— (a) Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim.
(b) Sanki, bazı şeyler için cezalandırılabilirmişim gibi duygular içindeyim.
(c) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.
(d) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.
- 7— (a) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım.
(b) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım.
(c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
(d) Kendimden nefret ediyorum.
- 8— (a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum.
(b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
(c) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum.
(d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
- 9— (a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(b) Bazen, kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapamam.
(c) Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim.
(d) Eğer bir fırsatını bulursam kendimi öldürürüm.
- 10— (a) Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
(b) Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum.
(c) Şimdilerde her an ağlıyorum.
(d) Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum.

- 11— (a) Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam.
(b) Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim.
(c) Çoğu zaman sinirli ve tedirginim.
(d) Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim.
- 12— (a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
(b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
(c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
(d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
- 13— (a) Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum.
(b) Eskisine kıyasla, şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum.
(c) Eskisine göre, karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
(d) Artık hiç karar veremiyorum.
- 14— (a) Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum.
(b) Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzüldüyüm.
(c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum.
(d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
- 15— (a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
(b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum.
(c) Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
(d) Hiç çalışmıyorum.
- 16— (a) Eskisi kadar kolay ve rahat uyuyabiliyorum.
(b) Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum.
(c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.
(d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17— (a) Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
(b) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.
(c) Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum.
(d) Artık hiçbir şey yapamıyacak kadar yoruluyorum.
- 18— (a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
(b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
(c) Şimdilerde iştahım epey kötü.
(d) Artık hiç iştahım yok.
- 19— (a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
(b) Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim.
(c) Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim.
(d) Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim.
- 20— (a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
(b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var.
(c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
(d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka bir şey düşünmüyorum.
- 21— (a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.
(b) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
(c) Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.
(d) Artık, cinsellikle hiç bir ilgim kalmadı.