

DEPRESİF KIZ ERGENLERDE İNTİHAR DAVRANIŞININ KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Çiğdem YEKTAŞ*, Tezan BİLDİK**, N. Burcu ÖZBARAN**,
Sezen KÖSE***, Serpil ERERMİŞ****

ÖZET

Amaç: Ergenlerde son yıllarda intihar oranları dramatik biçimde artmaktadır. Başta depresyon olmak üzere duygudurum bozuklukları intihar için en önemli risk faktörleridir. Bu çalışmanın amacı depresif kız ergenlerde intihar davranışının doğası ve klinik özelliklerini değerlendirmektir. **Yöntem:** Örneklem 15-17 yaş arasındaki depresif kızlardan oluşmaktadır. Hastaların 40'i intihar düşüncesi, 39'u intihar girişimi olarak sınıflandırılmıştır. Sosyoekonomik Düzey Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri, İntihar Değerlendirme Formu uygulanmıştır. **Sonuçlar:** Girişimlerin %95'i impulsif doğadadır. Girişimler için en sık kullanılan yöntem ilaç içme yöntemidir. İntihar davranışının altında yatan dinamikler; emosyonel stresin ifadesi, ümitsizlik ya da çaresizlik durumları karşısında yaşanan kontrol kaybı ve aileyle ilişkili algılanan sorunlardır. Girişimlere yönelik belirtilen motivasyonlar ise sorunlardan kaçma, yakın çevrede davranış değişikliği yaratma ve diğerlerini üzme ya da cezalandırma isteği olmuştur. **Tartışma:** Bu çalışma, ergenlerin intihar davranışına ilişkin algılarını doğrudan değerlendiren verilerin kullanılması nedeniyle önem taşımaktadır. Araştırma sonuçları, özellikle depresif ergen kızlarda intihar davranışına yönelik tedavilerin olumlu başa çıkma becerileri ve duygu düzenleme becerileri hedeflemesi gerektiğini önermektedir. Ayrıca, aile bağlılığının ve aile içi etkili iletişim becerilerinin güçlendirilmesi intihar riski üzerinde koruyucu bir etkiye sahip olabilir.

Anahtar Sözcükler: Ergen, depresyon, intihar davranışı.

SUMMARY: CLINICAL CHARACTERISTICS OF SUICIDAL BEHAVIOR IN DEPRESSIVE ADOLESCENT GIRLS

Objective: The suicide rate among adolescents has risen dramatically in recent years. Mood disorders, particularly depression are among the strongest risk factors for suicide. The aim of this study is to examine the nature and clinical characteristics of suicidal behavior in depressed adolescent girls. **Method:** The sample comprised of 79 depressed female adolescents aged 15 to 17 years; 40 of whom were classified as suicide ideators and 39 of whom as suicide attempters. Socio-economic Status Scale, Beck Depression Inventory and Suicide Assessment Form were administered. **Results:** Ninety-five percent had made impulsive attempts and medication ingestion was the most common method. Key themes underlying suicidal behaviour included expression of emotional stress, a sense of losing control due to experiences of sadness and helplessness, and perceptions regarding family problems. Reported motives for suicide were escaping from problems, changing the behaviour of significant others in the close circle and making other people feel sad or intending to punish them. **Discussion:** This study is valuable in the sense that it used data that directly assessed the adolescents' perceptions of their suicidal behavior. The study results suggest that treatments for suicidal behavior in depressed adolescent girls in particular should focus on positive coping and emotion regulation skills. In addition, increasing the strength of family cohesiveness and effective communication skills among family members might provide a protective effect for the risk of suicide.

Key Words: adolescent, depression, suicidal behavior.

GİRİŞ

İntihar davranışı bireyin ölmeye dair niyet ve isteğini barındıran, intihara ilişkin tüm davranış ve düşünceleri kapsayan genel bir kavramdır. İntihar davranışı içinde yer alan 'intihar düşüncesi', eylemin eşlik etmediği, kişinin kendini öldürmek istemesiyle ilişkili düşüncelerdir (Hill ve ark. 2011). İntihar düşüncelerinin şiddeti, pasif ölüm düşüncelerinden niyet ve planın eşlik ettiği aktif intihar düşüncelerine doğru artan bir

seyir izlerken, intihar düşüncelerinin yoğunluğu; sıklık, süre ve kontrol edilebilirliğine göre farklılık göstermektedir. (Posner ve ark. 2011). İntihar girişimi ise açık ya da gizli bir biçimde ölme niyeti güderek yapılan ve kişinin ölümü ile sonuçlanmayan kendine zarar verme eylemidir (Hill ve ark. 2011).

Ergenlerde intihar davranışı son yıllarda büyük bir hızla artmış ve ölüme sebebiyet veren ilk 3 neden arasında yer almıştır (Eaton ve ark. 2010, Hill ve ark. 2011, Xing ve ark. 2010). Amerika'da lise öğrencilerinde yapılan bir çalışmada son 1 yıl için ergenlerde intihar düşünce oranı %15.8, intihar planı yapma oranı %12.8 ve intihar girişim oranı %7.8 olarak belirtilmiştir (Eaton ve ark.

*Uzm.Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, İzmir.

**Doç.Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, İzmir.

***Yard.Doç.Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, İzmir.

****Prof.Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, İzmir.

2012). Ülkemizde Eskin ve ark. (2007) tarafından 805 lise öğrencisi ile yapılan bir çalışmada, intihar düşünce oranı %23, intihar girişim oranı ise %2.5 olarak bildirilmiştir. Ergenlik öncesinde intihar oranları açısından cinsiyetler arası belirgin bir fark bulunmazken, ergenlik dönemiyle birlikte kızlarda intihar düşünce ve girişimleri, erkeklerde ise tamamlanmış intiharlar daha sık görülmektedir (Bridge 2006). Ergenlerde özellikle depresyon varlığının, diğer psikiyatrik hastalıklara oranla intihar davranışı riskini 4-5 kat arttırdığı bildirilmektedir (Cash ve Bridge 2009).

Bu çalışma, depresyon tanılı kız ergenlerde intihar davranışlarının (düşünce ve girişim) psiko-sosyal ve klinik belirleyicilerinin incelenmesini amaçlayan tanımlayıcı bir araştırmadır. Ayrıca intihar davranışının doğasının daha ayrıntılı değerlendirmek için intihar düşünce ve girişim grupları bazı klinik değişkenlere açısından karşılaştırılmıştır.

YÖNTEM

Bu çalışma depresyon tanılı kız ergenlerde intihar davranışının doğası ve gelişimsel bağlamını inceleyen iki aşamalı projenin birinci bölümüdür. Birinci bölümde ilk kez depresyon tanısı alan kız ergenlerde intihar davranışının psiko-sosyal ve klinik belirleyicilerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Projenin ikinci bölümünde ise depresyon tanılı kız ergenlerde klinik ve gelişimsel bağlamla ilişkili değişkenlerin (kimlik duygusu, ergenebeveyn ilişkileri ve duygusal özerklik) intihar davranışı üzerine yordayıcı etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır. Araştırmanın veri toplama sürecinde, çalışmanın ölçütlerini karşılayan sadece 10 erkek hasta olması nedeni ile çalışma sadece kız ergenlerle yürütülmüştür.

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ergen Birimine ardı sıra ilk kez başvuran ve son 12 ayda intihar davranışı olan, 15-17 yaş arasındaki kız ergenler arasından, ÇDGŞG-ŞY ile Major Depresif Bozukluk tanısı alan 79 hasta araştırma örneğini oluşturmuştur. Çalışmada Sosyoekonomik

Düzye Ölçeği (SED), Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve İntihar Değerlendirme Formu (İDF) kullanılmıştır. Araştırmanın dışlama ölçütleri; major depresif bozukluk dışında herhangi bir ruhsal bozukluk tanı ölçütlerini karşılama, daha önce herhangi bir psikiyatrik tanı ve tedavi öyküsü, tanımlanmış herhangi bir bedensel hastalık varlığı, intihar düşüncesi ve niyeti olmaksızın kendine zarar verme davranışı olarak belirlenmiştir. İntihar risk kategorilerini belirlemek amacı ile Somers-Flangan (1995) tarafından önerilmiş olan şemasından yararlanılmıştır:

Düşük risk grubu: Kısa süren ve aralıklarla gelen ölüm düşünceleri, intihar planı ve niyet yok, girişimin görünen bir amacı yok (manipulatif/gerçek), üzgün, kolayca ağlıyor ve/veya iritabl, hafif düzeyde emosyonel distres, olumlu sosyal destek algısı, daha önce bir intihar girişimi yok, umutsuzluk duygusu yok, geleceğe ilişkin planlar var, çok az sayıda risk faktörü varlığı olarak tanımlanmıştır.

Orta risk grubu: Akla sıklıkla gelen ve yok etmesi zor ölüm düşünceleri, iyi düşünülmüş, özgül ve detaylı bir plan yok ancak ölmeye ilişkin çelişkili duygular, girişimin görünen bir amacı yok (manipulatif/gerçek), yöntemin öldürücülüğü belirsiz, kurtarılma ve müdahale olasılığı var, duygudurumda dalgalanmalar, orta düzeyde emosyonel stres, yetersiz sosyal destek, kişiler arası ilişkilerde ılımlı düzeyde çatışma, daha önce bir kez girişim öyküsü, gelecekle ilişkili olumsuz ve belirsiz plan ve beklentiler, az sayıda risk faktörü varlığı olarak tanımlanmıştır.

Yüksek risk grubu: Zihinden uzaklaştırılmayan çok yoğun ölüm düşünceleri, iyi düşünülmüş, özgül ve detaylı bir plan ve intihar niyeti varlığı, ölümcül yöntem var, emosyonel hissizleşme ve/veya duygusal kargaşa (anksiyete, ajitasyon, öfke), katlanılmaz bir emosyonel acı, reddedilmiş desteksiz hissetme, aile ve arkadaşlarla yoğun çatışma, sosyal izolasyon, birden fazla girişim öyküsü, yoğun umutsuzluk ve çaresizlik duyguları, geleceği anlamsız ve boş görme, çok

sayıda risk faktörü varlığı olarak tanımlanmıştır.

Veri toplama araçları

Sosyo-Ekonomik Düzey (SED) Ölçeği

Çalışmaya katılan hastaların sosyoekonomik düzeylerini belirlemek amacıyla SED Ölçeği (Bacanlı 1997) kullanılmıştır. Ölçeğin puanlanmasında (12. soru hariç) maddeler kategorileştirilerek değerlendirilmiştir. Birinci maddeden başlayarak seçilen şıkka göre 1'den başlayarak 1, 2, 3, 4 şeklinde puan verilmiştir. Bütün maddelerde ilk şık en düşük puanı, son şık en yüksek puanı almıştır. 12. madde de ise işaretlenen her bir seçenek için 1 puan verilmiştir. Uygulama sonucunda her maddenin puanları toplanmış ve toplam puan elde edilmiştir.

Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşamboyu Versiyonu (ÇDGŞG-ŞY) (Kiddie-SADS-PL, Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children Present and Life-time)

ÇDGŞG-ŞY Kauffman ve ark. (1997) tarafından 6-18 yaşlar arasındaki çocuk ve ergenlerde şimdiki ve yaşam-boyu psikopatolojiyi taramak amacıyla geliştirilmiş, yarı-yapılandırılmış bir görüşmedir. ÇDGŞG-ŞY, DSM-IV (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994) tanı ölçütleri doğrultusunda uygulanmıştır. ÇDGŞG-ŞY'nin Türkçe çevirisi ve geçerlik ve güvenilirlik çalışması Gökler ve ark. (2004) tarafından yapılmıştır.

Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Ölçeğin özgün formu Beck ve ark. (1961) tarafından hazırlanmıştır. Bu çalışmada Hisli (1988, 1989) tarafından uyarlanan 1978 versiyonu kullanılmıştır. Toplam puanın yüksek oluşu depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksek oluşunu gösterir. Beck Depresyon Envanterinin (BDE) intihar maddesi (9. madde) intihar düşüncesi yoğunluğunun değerlendirilmesi için tarama

amaçlı pek çok çalışmada kullanılmıştır (Brown ve ark. 2000, Lam ve ark. 2005, O'Carroll ve ark. 1996).

İntihar Değerlendirme Formu (İDF)

Çalışmaya katılan hastalara araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan ve intihar davranışının doğasına yönelik sorulardan oluşan İDF uygulanmıştır. Formun birinci bölümünde intihar düşüncesi olan grupta intihar düşüncesinin şiddeti, sıklığı, süresi, yoğunluğu ve niyet/plan varlığı sorgulanmıştır. İntihar girişim olan gruba ise; intihar girişim ciddiyeti, girişim sonrası ölüm riski, girişim sonrasına yönelik algı ve beklentiler, geçmiş intihar girişim öyküsü, önceki girişimlerin yarattığı değişim alanlarında sorular sorulmuştur. Formun ikinci bölümünde ise her iki gruba şimdiki ölüm düşüncesi, umutsuzluk, intiharın dinamik anlamları, yaşamı sürdürme nedenleri, aile ya da yakın çevrede intihar davranışına yönelik sorular yöneltilmiştir.

İstatistiksel Analizler

Verilerin analizi SPSS (The Statistical Package for Social Sciences) 15.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Veri analizinde ortalama, sıklık, ki-kare analizi ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır. İstatistiksel olarak $p < 0.05$ olan değerler anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Sosyodemografik özellikler

MDB ve intihar düşüncesi olan grubun yaş ortalaması 15.83 ± 0.96 ; MDB ve intihar girişimi olan grubun yaş ortalaması 15.67 ± 1.03 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında yaş ortalamaları ($z = -0.72$, $p = 0.47$) ve sosyoekonomik düzey ($z = -0.26$, $p = 0.8$) açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır.

MDB ve intihar düşüncesi olan grubun annelerinin %65'inin ($n = 26$) ve babalarının %75'inin

Tablo 1: Major Depresif Bozukluk ve İntihar Düşüncesi Olan Grubun İntihar Düşüncelerinin Özellikleri

İntihar düşüncesi yoğunluğu	N	%
Kısa süren ve aralıklarla gelen	31	77,5
Akla sıklıkla gelen ve yok etmesi zor	7	17,5
Zihinden uzaklaştırılamayan, çok yoğun	2	5
İntihar düşüncesi sıklığı	N	%
Her gün	10	25,0
Haftada üçten fazla	4	10,0
Haftada üçten az	18	45,0
Ayda üçten fazla	1	2,5
Ayda üçten az	7	17,5
İntihar düşüncesi süresi	N	%
Bir saatten fazla	12	30,0
30 dk- bir saat arası	13	32,5
30 dk'dan az	15	37,5

(n=30) eğitim düzeyleri ortaokul ve altı olarak bulunmuştur. MDB ve intihar girişimi olan grubun annelerinin %66,7'sinin (n=26) ve babalarının %56,4'ünün (n=22) eğitim düzeyleri ortaokul ve altı olarak bulunmuştur. Buna göre gruplar arasında anne eğitim ($\chi^2=0.02$, $p=0.53$) ve baba eğitim düzeyleri ($\chi^2=2.96$, $p=0.07$) açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

MDB ve intihar düşüncesi olan grubun %72.5'i (n=29), MDB ve intihar girişimi olan grubun ise %64.1'i (n=25) annelerinin ev hanımı olduğunu bildirmiştir. MDB ve intihar düşüncesi olan grubun %72.5'i (n=29) babalarının mavi yakalı iş kolunda çalıştığını bildirirken, MDB ve intihar girişimi olan grubun %53.8'i (n=21) babalarının mavi yakalı iş kolunda çalıştığını bildirmiştir. Buna göre iki grup arasında anne ($\chi^2=0.81$, $p=0.67$) ve baba ($\chi^2=2.96$, $p=0.07$) meslek grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Depresif Ergenlerde İntihar Davranışının Özellikleri

İntihar düşüncesi olan grup

Çalışmamızda intihar düşüncesi olan ergenlerin %72.5'inin (n=29) pasif doğada ölüm düşün-

celeri olduğu saptanmıştır. Grubun %77.5'inin (n=31) kısa süreli ve aralıklarla gelen ölüm düşünceleri olduğu, %45'inin haftada üçten az sıklıkta ölüm düşünceleri olduğu, % 37.5'inde bu düşüncelerin 30 dakikadan kısa sürdüğü belirlenmiştir (Tablo-1). Yaklaşık üçte biri ise (n=11) intihar niyetinin eşlik ettiği aktif intihar düşünceleri olduğunu bildirmiştir. Aktif ölüm düşüncesi bildiren 11 ergenden altısının girişimlerine yönelik özgül bir planları olduğu belirlenmiştir. Buna göre MDB ve intihar düşüncesi olan grubun %40'ı (n=16) düşük riskli, %45'i (n=18) orta riskli ve %15'i (n=6) yüksek riskli grup olarak saptanmıştır.

İntihar girişimi olan grup

İntihar girişimi olan depresyon tanılı ergenlerin (n=39) %95'i girişimlerini, yaşanan tetikleyici bir olay sonrasında, özgül ve üzerinde düşünülmüş bir plan ya da öncesinde yapılmış bir prova/hazırlık davranışı olmaksızın, dürtüsel doğada ve ölme niyeti ile gerçekleştirmiştir. Sadece iki ergen ilaç biriktirme ve intihar notu yazmak şeklinde hazırlık davranışları yapmıştır.

Şimdiki ölüm düşüncesi

MDB ve intihar girişimi olan grubun %33.3'ü (n=13) kısa süren ve aralıklarla gelen, %25.6'sı

(n=10) akla sıklıkla gelen ve yok etmesi zor ve %17.9'u (n=7) ise zihinden uzaklaştırılamayan çok yoğun intihar düşünceleri olduğunu belirtmiştir.

Geçmiş intihar öyküsü

MDB ve intihar girişimi olan grubun %61.5'inde (n=24) geçmişte başka bir intihar girişim öyküsü yokken, %38.5'inde (n=15) birden fazla girişim öyküsü mevcuttur. Tekrarlayıcı intihar girişimleri olan 15 ergenin %66.7'si (n=10) önceki girişimlerinin, şu anki girişimleri üzerinde cesaretlendirici bir etkisi olduğunu bildirirken, %33.3'ü (n=5) ise kolaylaştırıcı bir etkisi olmadığını bildirmiştir.

İntihar girişiminin öldürücülüğüne ilişkin algılar

İntihar girişimi olan 39 ergenin yaptıkları intihar girişimlerinin yaşamlarını sonlandıracak düzeyde bir girişim olup olmadığı yönündeki algıları değerlendirilmiştir. Buna göre %10.3'ünün (n=4) girişimlerini yaşamını sonlandıracak düzeyde ciddi bir girişim olarak algılamadığı, %41'inin (n=16) girişimlerinin yaşamını sonlandıracak düzeyde ciddi bir girişim olup olmadığından emin olmadığı, %48.7'sinin (n=19) ise yaptıkları girişimi yaşamını sonlandıracak düzeyde ciddi bir girişim olarak algıladığı bulunmuştur. Yaptıkları girişimin yaşamını sonlandıracak düzeyde ciddi bir girişim olarak algılayan ergenlerin (n=19) %79'u (n=15) yüksek dozlarda ilaç içme, %10.5'i (n=2) ilaç içme ile birlikte bilek kesme, %5.25'i (n=1) ilaç içme ile birlikte yüksekten atlama, %5.25'i (n=1) ise ilaç içme ile birlikte asi yöntemlerini denemiştir.

Girişim sonrası ölüm riski

Yapılan girişimin ölüm riskini değerlendirmek amacıyla, 'tıbbi ölüm riski, ya da eylem sonrası fiziksel durum, yöntem, kurtarılma anındaki bilinç durumu, fiziksel hasarın ciddiyeti, alınan maddenin toksisitesi, geri dönülebilirlik, tam iyileşme için gerekli zaman ve ne kadar tıbbi tedavi gerektiğine' ilişkin bilgiler ailelerinden alınmıştır. Buna göre ailelerinden alınan bilgiler

sonucunda girişim yapan ergenlerin, %31'inin (n=12) gerçekleştirdikleri intihar eylemine bağlı ölüm riski yaşadığı öğrenilmiştir. Bu 12 ergenden 11'i yaptıkları girişimin öldürücülüğünden emin olan ergenler grubunda (n=19) yer almaktadır. Bu ergenlerin hepsi ilaç ile intihar girişiminde bulunmuş; sadece iki ergen ek olarak bilek kesme ve yüksekten atlama yöntemlerini denemiştir. Ölüm riski olan ergenlerin dokuzu (%75) yoğun bakım ünitesinde izlenmiştir. Hiçbir ergen girişim sonrasında kalıcı bir uzuv ya da organ hasarı yaşamamıştır.

İntihar girişimlerine yönelik motivasyonlar ve tetikleyici etkenler

Ergenlerin girişimleri sonrasındaki algı ve beklentileri değerlendirildiğinde; grubun %69'u (n=27) yaptıkları girişim sonucunda yaşadıkları sorunlardan kurtulmayı, %18'i (n=7) yaptıkları girişim sonrasında çatışma yaşadıkları kişilerin kendilerine daha yakın ve sıcak davranacaklarını, %13'ü (n=5) ise yaptıkları girişim sonrasında çatışma yaşadıkları kişilerin, kendilerini üzgün ve suçlu hissetmelerini sağlamayı beklediklerini bildirmiştir.

Girişim grubundaki ergenlerde intihar girişimlerini tetikleyici en sık etken ebeveyn ile yaşanan çatışma olarak bulunmuştur (Tablo-2).

Klinik Özellikler

Depresyon şiddeti

MDB ve intihar düşüncesi olan grubun BDE puan ortalaması 27.25 ± 10.85 , MDB ve intihar girişimi olan grubun BDE puan ortalaması 31.80 ± 10.74 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında BDE puanı sıra ortalamaları açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($z = -2.04$, $p = 0.042$).

İntihar davranışı olan ergenlerin geleceğe olumsuz bakış ve düşünceleri

Umutsuzluk duyguları BDE'nin umutsuzlukla ilgili ikinci maddesinden alınan toplam puanlar açısından iki grup karşılaştırılmıştır. Buna göre

Tablo 2: Major Depresif Bozukluk ve İntihar Girişimi Olan Grubun İntihar Girişimlerini Tetikleyen Etkenler

Ciddi bir girişim olarak algılamayan grup (n=4)	N	%
Ebeveynle çatışma	3	75
Yoğun yalnızlık duyguları	1	25
Emin olmayan grup (n=16)	N	%
Ebeveynle çatışma	5	31,25
Okul sorunları	3	18,75
Arkadaşla çatışma	2	12,5
Okul sorunları + Ebeveynle çatışma	2	12,5
Arkadaş ve Ebeveynle çatışma	4	25,0
Ciddi bir girişim olarak algılayan grup (n=19)	N	%
Ebeveynle çatışma	8	50,0
Arkadaşla çatışma	2	12,5
Ebeveyn ve arkadaş ile çatışma	4	25,0
Ebeveynler dışındaki otorite ile çatışma	1	6,25
Ebeveyn ve arkadaş ile çatışma ve akademik sorunlar	1	6,25

girişim (2.18±1.2) ve düşünce (1.98±1.0) grupları arasında umutsuzluk açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($z = -0.51$, $p = 0.061$). Ayrıca ÇDGŞG-ŞY yarı yapılandırılmış görüşme formunun MDB tanı başlığı altında yer alan "ümitsizlik, çaresizlik ve karamsarlık düşünceleri" maddesi ile de değerlendirilmiştir. Buna göre girişim yapan ergenlerin %69.2'si ($n = 27$) gelecekle ilişkili ümitsizlik, çaresizlik ve karamsarlık düşüncelerinin olduğunu, %30.8'i ($n = 12$) ise olmadığını belirtmiştir. Düşüncesi olan ergenlerin %50'si ($n = 20$) gelecekle ilişkili ümitsizlik, çaresizlik ve karamsarlık düşüncelerinin olduğunu, %50'si ($n = 20$) ise olmadığını belirtmiştir. İki grup arasında umutsuzluk açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmasa da, girişim grubunda daha fazla oranda umutsuzluk düşünceleri bildirilmiştir.

İntihar düşüncesi şiddeti

İntihar düşüncesi şiddeti, BDE'nin 'intiharla ilişkili olan' dokuzuncu maddesinden alınan toplam puanlar açısından karşılaştırılmıştır. Buna göre MDB ve intihar girişimi olan grubun puan ortalaması (2.82±1.1) MDB ve intihar düşüncesi grubun puan ortalamasından (2.38±0.70) anlam-

lı olarak daha yüksektir ($z = -2.15$, $p = 0.032$).

Aile ve yakın çevrede intihar davranışı

MDB ve intihar girişim olan grubun %92.3'ü ($n = 36$) ailelerinde ya da yakın bir akrabalarında intihar girişimi ya da tamamlanmış intihar bildirmezken; %7.7'si ($n = 3$) bildirmiştir. MDB ve intihar düşüncesi olan grubun %77.5'i ($n = 31$) ailelerinde ya da yakın bir akrabalarında intihar girişimi ya da tamamlanmış intihar bildirmezken; %22.5'i ($n = 9$) bildirmiştir. Buna göre ailede intihar girişim öyküsü açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p = 0.07$).

MDB ve intihar girişim olan grubun %59'u ($n = 23$) arkadaş ya da yakın çevrelerinde intihar girişimi ya da tamamlanmış intihar öyküsü olmadığını bildirirken, %41'i ($n = 16$) girişim ya da tamamlanmış intihar öyküsü bildirmiştir. MDB ve intihar düşüncesi olan grubun ise %62.5'i ($n = 25$) arkadaş ya da yakın çevrelerinde intihar girişimi ya da tamamlanmış intihar öyküsü olmadığını bildirirken; %37.5'i ($n = 15$) girişim ya da tamamlanmış intihar öyküsü bildirmiştir. Buna göre akran intihar girişim öyküsü açısından

Tablo 3: İntihar Davranışlarına Yönelik Dinamik Anlam

	Var		Yok	
	MDB ve intihar düşüncesi olan grup	MDB ve intihar girişimi olan grup	MDB ve intihar düşüncesi olan grup	MDB ve intihar girişimi olan grup
Emosyonel stresin ifadesi	19 (%47.5)	28 (%71.8)	21 (%52.5)	11 (%21.2)
Kontrol kaybı duygusu	20 (%50)	26 (%66.7)	20 (%50)	13 (%33.3)
Aileyle ilişkili algılanan sorunlar	18 (%45)	19 (%48.7)	22 (%55)	20 (%51.3)
Üzme ya da cezalandırma isteği	14 (%35)	12 (%30.8)	26 (%65)	27 (%69.2)
Yeniden birleşme arzusu	6 (%15)	3 (%7.7)	34 (%85)	36 (%92.3)
Olası kayba yönelik verilen tepki	1 (%2.5)	3 (%7.7)	39 (%97.5)	36 (%92.3)

dan iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.68$).

İntihar davranışına yönelik dinamik anlamlar Depresyon tanılı ergenlerin intihar davranışları ile ilgili en sık bildirdikleri dinamik anlamlar; emosyonel stresi ifade etme, ümitsizlik ya da çaresizlik duygularının yol açtığı kontrol kaybı ve aile ile ilişkili sorunlar olmuştur (Tablo 3). İntihar davranışının dinamik anlamları içinde sadece emosyonel stresi ifade etme maddesi açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=4.84$, $p=0.03$).

Yaşamı sürdürme nedenleri

İntihar davranışı olan depresyon tanılı ergenlerin en sık bildirdikleri yaşamı sürdürme nedenleri; aile, arkadaşlar, özgül plan ve amaçlar ve gelecek algısı, kendisine karşı sorumluluk olmuştur (Tablo 4). Yaşamı sürdürme açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

TARTIŞMA

Bu çalışmada 15-17 yaş arasındaki depresyon tanılı kız ergenlerden oluşan bir klinik örneklemede intihar davranışının özellikleri ayrıntılı incelenmiştir. MDB ve intihar düşünce grubundaki ergenlerin önemli bir oranında pasif doğada ölüm düşünceleri olduğu bulunmuştur. MDB ve intihar girişim grubunda ise, bir plan ya da öncesinde herhangi bir hazırlık davranışının eşlik etmediği dürtüsel doğada girişimlerin yapıldığı saptanmıştır. Depresyon tanılı ergenlerde ebeveynlerle yaşanan çatışma intihar girişimlerinde bildirilen en sık tetikleyici etmendir. İntihar girişimlerine yönelik en sık belirtilen motivasyonların ise yaşanan sorunlardan kurtulma ve çatışma yaşanan kişilerde davranış değişikliği yaratmak olduğu saptanmıştır.

MDB ve intihar düşünce grubunun yaklaşık üçte ikisi kısa süreli, aralıklarla gelen, zihinden kolay

Tablo 4: Yaşamı Sürdürme Nedenleri

	Var		Yok	
	MDB ve intihar düşüncesi olan grup	MDB ve intihar girişimi olan grup	MDB ve intihar düşüncesi olan grup	MDB ve intihar girişimi olan grup
Aile	28 (%70)	26 (%66,7)	12 (%30)	13 (%33,3)
Arkadaş	17 (%42,5)	17 (%43,6)	23 (%57,5)	22 (%56,4)
Özgül plan/amaçlar	4 (%10)	7 (%17,9)	36 (%90)	32 (%82,1)
Gelecek algısı	8 (%20)	6 (%15,4)	32 (%80)	33 (%84,6)
Kendisine sorumluluk	6 (%15)	4 (%10,3)	34 (%85)	35 (%89,7)
Başkalarına sorumluluk	1 (%2,5)	2 (5,1)	39 (%97,5)	37 (%94,9)
İnanç	2 (%5)	1 (%2,6)	38 (%95)	38 (%97,4)
Anlamalı obje/eylemler	1 (%2,5)	1 (%2,6)	39 (%97,5)	38 (%97,4)

uzaklaştırılabilen, ılımlı ya da orta şiddette, niyet ve planın eşlik etmediği pasif doğada ölüm düşünceleri olduğunu belirtmiştir. Nock ve ark. (2009) 12-19 yaş arası çoğunluğu depresyon ve anksiyete bozukluğu tanısı alan 30 ergen hasta ile yaptıkları çalışmada, intihar düşüncelerinin yaklaşık üçte ikisinin ılımlı ya da orta şiddete, kısa süren (1 saatten az) ve aralıklarla gelen (haftada ortalama 1 kez) düşünceler olarak saptanmıştır. Ancak depresif ergenlerde zaman zaman olan intihar düşünceler genellikle stresli bir olay sonucunda dürtüsel bir intihar girişimi ile sonuçlanabilmektedir (Shaffer ve ark. 2001). Yapılan bazı çalışmalarda pasif doğada ölüm düşüncelerinin intihar riski açısından önemli bir belirteç olduğu belirtilmektedir. Pasif ölüm düşüncelerinin intihar girişim riski üzerine olan

etkisini değerlendirdikleri geniş örneklemli bir yetişkin çalışmasında, pasif ölüm düşünceleri bildiren kişiler ile aktif intihar düşüncesi bildiren bireylerin yaşam boyu intihar girişim oranlarının benzer olduğu belirtilmiştir (Baca-Garcia ve ark. 2011). Sonuçta klinik pratikte pasif ölüm düşünceleri düşük risk olarak değerlendirilmekle birlikte araştırma bulguları bu düşüncelerin aktif intihar düşünceleri kadar önemli ve intihar riski açısından önemli bir klinik belirteç olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda intihar girişimi olan ergenlerin önemli bir oranı, sıklıkla gelen ve yok etmesi zor ya da zihinden uzaklaştırılamayan çok yoğun intihar düşünceleri olduğunu belirtmiştir. Ayrıca bu ergenlerin üçte birinde tekrarlayıcı intihar

girişim öyküsü mevcuttur. Geçmişte intihar girişimi öyküsü varlığı ve şimdiki intihar düşünceleri risk değerlendirmesi açısından özel bir önem taşımaktadır (Shaffer ve ark. 2001). Literatürde hem depresif ergen ve yetişkinler, hem de sağlıklı ergen ve yetişkinlerle yapılan çalışmalar, önceki intihar girişimlerinin ve şimdiki intihar düşüncelerinin sonraki intihar girişimleri açısından önemli bir risk faktörü olduğunu belirtmektedir (Bolton ve ark. 2010, Roberts ve ark. 2010, Wilkinson ve ark. 2011).

Çalışmamızda yer alan intihar girişimlerinin %95'i, bir plan ve öncesinde herhangi bir hazırlık davranışının eşlik etmediği dürtüsel doğada girişimlerdir. Literatürde, girişimin ölümcüllüğü belirleyen etmenlerin plan ve hazırlık davranışları olduğu ve ölümcül olmayan girişimlerin genellikle dürtüsel doğada gerçekleştiği belirtilmektedir (Gvion ve Apter 2011). Ülkemizde Eskin ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada da, 13-18 yaş arası lise öğrencilerinde ölümcül olmayan intihar girişimlerinin daha yüksek oranda olduğu bildirilmiştir. Girişim yapan grubun yaklaşık yarısının ciddi bir intihar girişimi yaptığına yönelik algıya sahip olduğu belirlenmiştir. Özellikle ergen intiharlarında alınan ilaç miktarı az olsa bile alınan dozun öldürücü olduğuna ilişkin bir beklenti olabilmekte ya da tam tersi öldürücü dozda ilaç almış bir ergenin gerçekte kendini öldürme niyeti olmayabilmektedir (Freedenthal 2007). Çalışmamızda girişim yapan kız ergenlerin hepsi, yöntem olarak evde kolay ulaşılabilir olan ilaçlarla girişim yapmış, sadece dört ergen ek olarak farklı yöntemler denemiştir. Hem yurtdışında hem ülkemizde yapılan çalışmalarda kızların, erkeklere göre öldürücülüğü daha düşük yöntemler seçtikleri ve en sık ilaç içme yöntemini kullandıkları bildirilmiştir (Dilli ve ark. 2010, Hawton ve ark. 2012, Hepp ve ark. 2012, Wu ve ark. 2009).

Çalışmamızdaki ergenler girişimleri ile ilgili en sık bildirdikleri tetikleyiciler sıklık sırasına göre aile, arkadaş ve okul ile ilgili yaşadıkları sorunlar bulunmuştur ve bu bulgular literatürle ben-

zerlik göstermektedir (Chiou ve ark. 2007, Dilli ve ark. 2010, Hawton ve ark. 2012, Öztop ve ark. 2009, Shaffer ve ark. 2001, Steele ve ark. 2007). Çalışmamızda intihar girişim yapan kız ergenler, gerçek bir ölme isteğinden çok sorunlarından kurtulmayı ya da çatışma yaşadığı kişilerde davranış değişikliği yaratmayı umduklarını belirtmişlerdir. Literatürde de yapılan intihar girişimlerin çoğunun, gerçek bir ölme niyetinden çok, acı veren bir durumdan kaçmak, katlanılamayan duygularla baş etmek, diğerlerinin yardımını almak, etrafındaki kişilerde davranış değişikliği yaratmak niyeti ile yapıldığı belirtilmiştir (Dedic ve ark. 2010, Freedenthal 2007, Hawton ve ark. 2010, Ougrin ve ark. 2012).

Çalışmamızda intihar girişimi olan ergenlerin üçte ikisi umutsuzluk düşünceleri olduğunu bildirmiştir. Hem sağlıklı hem de depresif ergenlerde yapılan çalışmalar, umutsuzluğu ergen intiharları için önemli bir risk faktörü olduğunu ve risk değerlendirmesi yapılırken umutsuzluk düzeyinin değerlendirilmesi gerektiğini belirtmektedir (Asarnow ve ark. 2011, Hetrick ve ark. 2012, Ougrin ve ark. 2012). Ergenler tarafından intihar davranışları ile ilişkili en sık bildirilen temalar; emosyonel stresin ifadesi, stresli durumlar karşısında kontrol kaybı, aileyle ilişkili algılanan sorunlar ve sorun yaşanan kişiyi üzme ya da cezalandırma isteğidir. Literatürde intihar girişiminde bulunan ergenlerde altta yatan en sık dinamik nedenler kendini yatırtmada yetersizlik, acı veren affetlere katlanmakta güçlük ve ebeveynin eş duyum eksikliğidir (King ve Apter 1996). İntihar davranışı olan hastalar öfke, umutsuzluk, çaresizlik ve suçluluk duygularını yoğun biçimde yaşamaktadır. Ergenlerde intihar davranışı, katlanılamayan affetlerden bir kaçış yolu olarak işlev görmektedir (Hendin 1991).

Çalışmamızda intihar davranışı olan depresyon tanılı ergenlerin en sık olarak bildirdikleri yaşamı sürdürme nedenlerinin aile ve arkadaşlar, özgül plan/amaçlar ve gelecek algısı olarak belirlenmiştir. Hem ergen hem de yetişkin çalışmalarında yaşamı sürdürme nedenlerinin inti-

YEKTAŞ VE ARK.

har davranışından koruyucu önemli bir bilişsel faktör olduğu belirtilmektedir (Gutierrez 2006; Muehlenkamp ve ark. 2008, Wasserman ve ark. 2012). Özellikle aile faktörünün intihar riskine karşı koruyucu olduğu vurgulanmaktadır (Dilli ve ark. 2010, Kim ve Kim 2008).

Çalışmamızda intihar davranışı olan ergenlerin %40'ı arkadaş kümesinde intihar öyküsü olduğunu bildirmiştir. Yapılan çalışmalarda intihar davranışı olan arkadaşına sahip olmanın, ergenlerde intihar düşünce ve girişim riski ile anlamlı bir ilişkisi olduğu bulunmuştur. Ergenler sorunlar ve yaşadıkları olumsuz duygular karşısında intiharı bir problem çözme yöntemi olarak benimsemektedir (Andover ve ark. 2012, Karaman ve Durukan 2013, Steele ve ark. 2007).

Çalışmanın sonuçları ayaktan tedavi programına katılan depresyon tanılı ergen kız öğrenciler ile sınırlıdır. Bu nedenle erkek ergenler, çalışan grup ya da sağlıklı gruptaki gençlere genellenemez. Sonuç olarak depresyon tanılı kız ergenlerde pasif doğada ölüm düşünceleri genellikle stres verici bir olay sonucunda dürtüsel bir intihar girişimi ile sonuçlanabilme riski taşımaktadır. Klinik pratikte, pasif ölüm düşünceleri, aktif intihar düşünceleri kadar intihar riski açısından önemli bir klinik belirteç olarak göz önünde bulundurulmalıdır.

KAYNAKLAR

Andover MS, Morris BW, Wren A ve ark. (2012) The co-occurrence of non-suicidal self-injury and attempted suicide among adolescents: distinguishing risk factors and psychosocial correlates. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 6: 11.

Asarnow JR, Porta G, Spirito A ve ark. (2011) Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: Findings from the TORDIA study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 50: 772-781.

Bacanlı H (1997) *Sosyal İlişkilerde Benlik Kendini Ayarlamının Psikolojisi*, İstanbul: Millî Eğitim Basımevi.

Baca-Garcia E, Perez-Rodriguez MM, Oquendo MA ve ark. (2011) Estimating risk for suicide attempt: Are we asking the right questions? *Passive suicidal ideation as a marker for suicidal behavior. J Affect Disord* 134: 327-332.

Beck AT, Ward Ch, Mendelson M ve ark. (1961) An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry* 4: 561-571.

Bolton JM, Pagura J, Enns MW ve ark. (2010) A population based longitudinal study of risk factors for suicide attempts in major depressive disorder. *J Psychiatry* 44: 817-826.

Bridge J, Goldstein T, Brent D. (2006) Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry* 47: 372-394.

Brown GK, Beck AT, Steer RA ve ark. (2000) Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study. *J Consult Clin Psychol* 68: 371-377.

Cash SJ, Bridge JA (2009) Epidemiology of youth suicide and suicidal behavior. *Curr Opin Pediatr* 21: 613-619.

Chiou PN, Chen YS, Lee YC (2007) Characteristics of adolescent suicide attempters admitted to an acute psychiatric ward in Taiwan. *J Chin Med Assoc* 69: 428-35.

Dedić G, Đurđević S, Golubović B (2010) Psychological assessment of persons following suicide attempt by self-poisoning. *Vojnosanit Pregl* 67: 151-8.

Dilli D, Dallar Y, Çakır İ (2010) Psychological characteristics of adolescent suicide attempters presenting to a pediatric emergency service. *Turk J Med Sci* 40: 377-390.

Eaton DK, Kann L, Kinchen S ve ark. (2010) Youth Risk Behaviour Surveillance-United States 2009. *MMWR Surveill Summ* 59: 1-142.

Eaton DK, Kann L, Kinchen S ve ark. (2012) Youth Risk Behavior Surveillance-United States, 2011. *MMWR Surveill Summ* 61: 1-162.

Eskin M, Ertekin K, Dereboy Ç (2007) Risk factors for and protective factors against adolescent suicidal behavior in Turkey. *Crisis* 28: 131-139.

Freedenthal S (2007) Challenges in assessing intent to die: Can suicide attempters be trusted? *Omega (Westport)* 55: 57-70.

Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B. (2004) Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu şekli-Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 11: 109-16.

Gutierrez PM (2006) *Integratively assessing risk and protective factors for adolescent suicide. Suicide Life Threat Behav* 36: 129-135.

Goion Y, Apter A (2011) *Aggression, impulsivity and suicide behavior: a review of the literature. Suicide Life Threat Behav* 15: 93-112.

Hawton K, Harriss L, Rodham K (2010) *How adolescents who cut themselves differ from those who take overdoses. Eur Child Adolesc Psychiatry* 19: 513-23.

Hawton K, Bergen H, Kapur N ve ark. (2012) *Repetition of self-harm and suicide following self-harm in children and adolescents: findings from the Multicentre Study of Self-harm in England. J Child Psychol Psychiatry* 53: 1212-1219.

Hendin H (1991) *Psychodynamics of Suicide, With Particular Reference to The Young. Am J Psychiatry* 148: 1150-1157.

Hepp U, Stulz N, Unger-Koppel J ve ark. (2012) *Methods of suicide used by children and adolescents. Eur Child Adolesc Psychiatry* 21: 67-73.

Hetrick SE, Parker AG, Robinson J ve ark. (2012) *Predicting suicidal risk in a cohort of depressed children and adolescents. Crisis* 33: 13-20.

Hill R, Castellanos R, Pettit J (2011) *Suicide-related behaviors and anxiety in children and adolescents: A review. Clin Psychol Rev* 31: 1133-1144.

Hisli N (1988) *Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliliği üzerine bir çalışma. Psikoloji Dergisi* 6: 118-126.

Hisli N (1989) *Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. Psikoloji Dergisi* 7: 3-13.

Karaman D, Durukan İ (2013) *Suicide in children and adolescents. Current Approaches in Psychiatry* 5: 30-47.

Kaufman J, Birmaher B, Brent D ve ark. (1997) *Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age*

children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 36: 980-988.

Kim HS, Kim HS (2008) *Risks factors for suicide attempts among Korean adolescents. Child Psychiatry Hum Dev* 39: 221-235.

King RA, Apter A (1996) *Psychoanalytic perspectives on adolescent suicide. Psychoanal Study Child* 51: 491-511.

Lam DH, McCrone P, Wright K ve ark. (2005) *Cost-effectiveness of relapse-prevention cognitive therapy for bipolar disorder: 30-month study. Br J Psychiatry* 186: 500-506.

Muehlenkamp JJ, Ertelt TW, Azure JA (2008) *Treating outpatient suicidal adolescents: Guidelines from the empirical literature. J Ment Health Counsel* 30: 105-120.

Nock MK, Prinstein MJ, Sterba S (2009) *Revealing the form and function of self-injurious thoughts and behaviors: a real-time ecological assessment study among adolescents and young adults. J Abnorm Psychol* 118: 816-827.

Posner K, Brown GK, Stanley B ve ark. (2011) *The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. Am J Psychiatry* 168: 1266-1277.

O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW ve ark. (1996) *Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. Suicide Life Threat Behav* 26: 237-252.

Ougrin D, Tranah T, Leigh E ve ark. (2012) *Practitioner Review: Self-harm in adolescents. J Child Psychol Psychiatry* 53: 337-350.

Öztop DB, Özdemir Ç, Ünal D ve ark. (2009) *İntihar Girişiminde Bulunan 6-16 Yaş Grubuna Ait 2002-2006 Yılları Başvuru Kayıtlarının Değerlendirilmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 4: 159-173.

Roberts RE, Roberts CR, Xing Y (2010) *One-year incidence of suicide attempts and associated risk and protective factors among adolescents. Arch Suicide Res* 14: 66-78.

Shaffer D, Pfeffer CR, Bernet W ve ark. (2001) *Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. J Am Acad Child Ado-*

YEKTAŞ VE ARK.

lesc Psychiatry 40: 24-51.

Somers-Flanagan J, Somers-Flanagan R (1995) Intake interviewing with suicidal patients: A systematic approach. *Professional Psychology Research and Practice* 26: 41-47.

Steele MM, Doey T (2007) Suicidal behaviour in children and adolescents. part 1: etiology and risk factors. *Can J Psychiatry* 52: 21-33.

Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D ve ark. (2012) The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *Eur Psychiatry* 27: 129-141.

Wilkinson P, Kevin R, Roberts C ve ark. (2011) Clinical

and psychosocial predictors of suicide attempts and non-suicidal self-injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). *Am J Psychiatry* 168: 495-501.

Wu C, Liao S, Lin CS ve ark (2009) Multidimensional assessments of impulsivity in subjects with history of suicidal attempts. *Contemp Psychiatry* 50: 315-321.

Xing X, Tao F (2010) Family Factors Associated With Suicide Attempts Among Chinese Adolescent Students: A National Cross-Sectional Survey. *J Adolesc Health* 46: 592-599.