

## İNTİHAR GİRİŞİMLERİNDE KRİZE MÜDAHALE

Halise Devrimci Özgüven\*

### ÖZET

Psikiyatri kliniklerine kriz durumu ile başvuran vakaların % 10-20'sinin intihar ile ilintili olduğu bildirilmektedir. İntihar girişimlerinin önemli bir bölümü kriz durumlarındaki aciliyet ve çaresizlik duyguları içinde yapılan, yardım çağırısı ya da zorlayıcı durumdan uzaklaşma isteği niteliğindeki girişimlerdir. Bir intihar girişimi ile karşılaşıldığında yapılması gereken ilk şey tıbbi müdahalenin sağlanmasıdır. İntihar girişiminde bulunan kişinin kriz terapisti tarafından tıbbi müdahalenin tamamlanmasından hemen sonra, o koşullarda görülmesi son derece yararlıdır. Çünkü bu dönem genellikle kişinin hiçbir zaman olmadığı kadar yardıma açık olduğu bir zaman dilimidir; bundan yararlanılmalıdır. İlk görüşmeden sonra en kısa sürede hasta için en uygun psikiyatrik yaklaşımın belirlenmesi gereklidir. İntihara eğilimli kişiler genellikle umutsuzluk, yardım-

sızlık ve kontrolü kaybetmiş olma duyguları içindedirler. Problem çözmeye yönelik yaklaşımlar umutsuzluk ve yarımsızlık duygularının azaltılması yoluyla kontrol duygusunun yeniden kazanılmasına ve intihara eğilimin azalmasına yardımcı olur. İntihara eğilimli kişilerde sıklıkla uykusuzluk, anksiyete vb. belirtiler olmakta ve bu belirtiler kişinin sıkıntılarını artırdığı gibi, çözüm üretmeye konsantre olabilmesini de engellemektedir. Bu tür belirtilerin ve varsa depresyonun tedavisi için ilaç kullanımı da bu kişilerde son derece yararlı olmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** İntihar, intihar girişimi, kriz, krize müdahale

### Crisis Intervention in Suicide Attempts

#### SUMMARY

It is reported that 10-20% of cases where patients attending psychiatric clinics in a state of crisis are associated with suicide attempts. A significant portion of these attempts are made in the urgency and desperation of a crisis and are

\* Uzm. Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Dikimevi/Ankara.

calls for help or attempts to distance oneself from an oppressive situation. When confronted with a suicide attempt, the first step to be taken is medical intervention. Then it is extremely beneficial for the patient to be seen by his or her crisis therapist in this condition immediately upon the completion of medical intervention. This is because this is a period in which the patient tends to be more open to being helped than at any other time; advantage should be taken of this opportunity. It is necessary to determine the psychiatric approach most suitable for the patient in the shortest possible time after the first meeting. Suicide-prone people generally feel hopeless, helpless, and out of control. Approaches to problem-solving seek to give patients a sense of control and reduce their tendency to suicide by decreasing their feeling feelings of hopelessness and helplessness. Suicide-prone people frequently have symptoms such as insomnia and anxiety, which exacerbate their problems as well as hindering their ability to concentrate on finding a solution. The use of medicine is extremely beneficial in the treatment of these symptoms and of depression, if the patient suffers from it.

**Key Words:** Suicide, suicide attempt, crisis, crisis intervention

## GİRİŞ

Psikiyatrik kriz, bireyin yaşamının aniden zorlu ve travmatik yaşantılar sonucu kesintiye uğradığı reaksiyoner bir durum olarak tanımlanabilir (Caplan 1964). Yaşam birçok iniş-çıkışlar ve tehdit edici deneyimlerle doludur. Birey bu tehdit edici durum ile başarılı bir biçimde başa çıkabildiğinde kriz durumu oluşmaz, ancak eğer tehdit eden duruma alışageldiği problem çözme yöntemleri ile çözemese bireyde kriz durumu

ortaya çıkar (Cooper 1979) da krizin patolojik bir durum olmadığını, her insanın yaşamında böyle bir durumla karşılaşabileceğini bildirmektedir.

Caplan'ın teorisinde "Kriz" kavramı tehdit edici durumun kendisi olarak değil, bireyin buna duygusal reaksiyonu olarak tanımlanır (Sonneck ve Caplan 1985) krizleri ikiye ayırmaktadır. Travmatik krizler (örneğin yas, boşanma, iş kaybı veya iş değişikliği, göç vb) ve gelişimsel krizler (örneğin ergenlik dönemi, evlilik, çocuğun doğumu, emeklilik vb).

Kriz, kişiye olgunlaşması ya da gerileyerek gelecekte karşılaşacağı streslere daha duyarlı hale gelmesi potansiyellerini sunan geçici, kısa süreli bir ara dönemdir (Caplan 1964). France'e göre üç evresi vardır (1990):

### 1. İlk Etki Evresi

Krizin ilk evresi, kişinin kaçamadığı ve başa çıkamadığı ani bir soruna verdiği ilk tepkiden oluşur. Kişinin alışageldiği, her zaman kullandığı başetme stratejileri bu sorunu çözmekte yetersiz kalır (Caplan 1964; McGee 1983). Krizin ilk evresindeki kişiler sıklıkla şiddetli bir çaresizlik duygusu yaşarlar. Bu duyguya sıklıkla anksiyete engellenmişlik duygusu ve öfke eşlik eder. Bu kısa bir dönemdir ve genellikle kişi psikiyatrik yardım için başvurduğunda krizin bu ilk dönemi bitmiştir.

### 2. Başetme Evresi

Krizin "etki" evresinde kişi karşı karşıya olduğu sorunun başından aştığı ve kontrol dışına çıktığı duyguları içindedir. Üzerindeki baskı sürerse, kişi sorunu çözebilmek için yeni denemeler yapar. Bu çabalar krizin ikinci evresini başlatır. Başetme evresinde kişi, mevcut potansiyel-

lerini kullanarak mental ve davranışsal bir çaba gösterir. Bu çabalar sonucu kişi sorunun üstesinden gelmeyi başarabilir.

Caplan, krizlerin çoğunun bu aşamada çözümlendiğini bildirmektedir (Caplan 1974). Çözümde ulaşılmada yetersiz kalınca, kişide bir aciliyet duygusu oluşur (Caplan 1974), kişi bir an önce birşeyler yapmak zorunda olduğunu hissederek. Böylece sorunu çözme motivasyonu yükselir. Bu baskının bir an önce sona ermesi ihtiyacı ve motivasyonunun yükselmesi nedeniyle krizler kısa sürelidir. Kişi sorunlarını bir biçimde çözer ya da onlardan kaçır. İntihar girişimlerinin önemli bir bölümü krizin bu evresindeki aciliyet ve çaresizlik duyguları içinde yapılan, yardım çağırısı ya da zorlayıcı durumdan uzaklaşma isteği niteliğindeki girişimlerdir.

### 3. Geri Çekilme / Adaptasyon Evresi

Bütün krizler, presipitan olaydan sonra en çok iki ay içinde şu ya da bu biçimde çözümlenirler (Caplan 1964, McGee 1983). Çözüm, kişinin yaşamını, kriz öncesi döneme göre, daha çok, daha az ya da eşit derecede etkin hale getirebilir (Rapoport 1962). Eski başatma becerileri karşılaştığı zorlukla başatmada yetersiz kalan kişi, yeni yaklaşımlar geliştirir ve yeni başatma yollarına adapte olmak kişinin yaşamında büyük değişikliklere neden olur. Bu genellikle uzun süreli bir adaptasyondur (Caplan 1964).

Eğer başatma evresindeki adaptif ya da maladaptif başatma yollarının hiçbirini krizi sonlandıramazsa, krizin üçüncü evresi ortaya çıkar. Karşı karşıya olduğu baskının üstesinden gelemeyen kişi, sonunda onunla başatmaya çalışmaktan vazgeçer, sorunu çözme denemelerini durdurur.

Geri çekilme istemli ya da istemsiz olabilir. Geri çekilmenin istemsiz biçimi, kişiliğin dezorganizasyonu olmalıdır. Bu dezorganizasyon, ağır psikiyatrik tabloların ortaya çıkması biçiminde olur. Krizin ikinci evresinde, bir yardım çağırısı olarak ortaya çıkan intihar girişimlerinden farklı olarak, bu evrede görülen intihar girişimlerinin ölüm ile sonuçlanma riski daha yüksektir. Kişi yardım çağırılmamakta, çektiği acıya katlanmak yerine ölmeyi tercih etmektedir.

Kriz durumu ile başvuran vakaların % 10-20'sinin intihar ile ilgili olduğu bildirilmektedir (Cawunder ve Mohr, 1982). Ankara Üniversitesi Kriz Merkezi'ne yapılan başvuruların % 7.1'ini (n=26) intihar girişimleri oluşturmaktadır (Özgüven-Devrimci ve Sayıl, 1998). Başvurduğu dönem içinde intihar düşüncesi olduğunu ifade edenler ise tüm vakaların % 22.3'üdür.

İntihar girişimi ya da intihar düşüncesi ile başvuran kişilerin, başvuruların görece küçük bir bölümü oluşturması konunun önemini azaltmaz, çünkü intihar girişimlerinin tamamlanmış intiharlar için belki de en önemli risk faktörü olduğu bilinmektedir (Kaplan ve ark. 1994). Ayrıca intihar eden kişilerin % 80'i bu düşüncelerini intiharlarından önce dile getirmekteydiler (Michel 1987; Shafii ve ark. 1985; Shneidman 1985). İntihar düşüncelerini dile getiren kişilerin ise % 20'si intihar girişiminde bulunmakta ve yetişkinlerde her 10 intihar girişiminden biri, ergenlerde ise her 200-300 intihar girişiminden biri ölüm ile sonuçlanmaktadır (Bille-Brahe ve Juel-Nielsen 1986; Curran 1987). Bu istatistikler, "bir kişi intihardan söz ediyorsa yalnızca dikkat çekmeye çalışıyordur, gerçek bir tehlike söz konusu değildir" biçimindeki inancın yanlış olduğunu göstermektedir, ortada azınsanamayacak bir risk vardır. Ayrıca kişinin intihar ile ilgili düşüncelerinin

konusulmasının intihar riskini azalttığı bildirilmektedir (France 1990). Bu nedenle bu hastalarla çalışmak özel bir önem ve dikkat istemektedir. Bu müdahale belli basamakları içerir ve ilk basamak tıbbi müdahalenin sağlanmasıdır.

### Tıbbi Müdahalenin Sağlanması

Bir intihar girişimi ile karşılaşıldığında yapılması gereken ilk şey tıbbi müdahalenin sağlanmasıdır. Bazen intihar girişiminde bulunan kişi ya da yakını, adli prosedürler nedeniyle, olayın gizli kalmasını istedikleri için, ya da kendini iyi hissettiği için hastaneye gitmez ve doğrudan doğruya kriz merkezine gelir ya da telefon ederler. Bu durumda eğer telefon ediliyorsa önce telefon eden kişinin kimliği, telefon numarası ve adresi alınmalı, sonra girişimin yöntemi, yeri ve saati öğrenilmelidir. Terapiste intihar için kullanılan yöntem pek tehlikeli ve ölümcül gelmesi bile terapist hastanın bir an önce bir hastane acil servisi ile ilişki kurmasını sağlamalı ve bu konuda yapabileceği ne varsa yapmalıdır. Yapılabilecekler arasında alınan adrese ambulans ya da polis yollamak, oraya gitmek, hastanın bir yakınına ulaşarak onu bu işle görevlendirmek vb. olabilir. Hastanın tıbbi bakım alması çok önemlidir; çünkü örneğin hasta ilaç aldıysa, aldığı ilacın adını ve miktarını bilmeyebilir, yanlış hatırlayabilir, azaltarak söylemiş olabilir; ilaçların miktarı az bile olsa, yanında alkol ya da başka bir madde almışsa beklenmedik ölümcül sonuçlar ortaya çıkabilir. Aldığı maddenin etkisi hemen başlamadığı için hasta iyi görünebilir, ancak toksik etki daha sonra ortaya çıkabilir. Hastanın gereksiz de olsa hastaneye gitmesi, gerektiği halde gitmeyip bedensel bir zarara uğramasından daha iyidir.

Tıbbi müdahale, hastanın yaptığı girişimin sonuçlarının ciddiyetini anlaması ve kendisi ile ilgilenildiğini hissetmesi bakımından yararlıdır. Ayrıca bu kişi hastaneye geldiğinde gerekli olan psikiyatrik müdahale için ilk bağlantıyı kurma olanağı edinebilir.

### İlk Görüşme

İntihar girişiminde bulunan kişinin kriz terapisti tarafından tıbbi müdahalenin tamamlanmasından hemen sonra, o koşullarda görülmesi son derece yararlıdır. Çünkü bu dönem genellikle kişinin hiçbir zaman olmadığı kadar yardıma açık olduğu bir zaman dilimidir; bundan yararlanılmalıdır. Ayrıca böyle bir görüşme yapılmadan, krize müdahale ve psikiyatrik yardım için bir bağlantı kurulmadan, intihar girişiminde bulunduğu şartlarda bir değişiklik olmadan aynı ortama geri gönderilen bir kişinin, intihar girişimini tekrarlama olasılığı yüksektir (Goldacre ve Hawton 1985).

Kriz terapisti öncelikle danışanın neden ölmek istediğini araştırmalıdır. Ölümün avantajlarını yargılayıcı olmayan bir tutumla tartışmak, ölümün kendisini rahatlatacağına, sükunete kavuşturacağına inanan hastanın yaşadığı früstürasyon duygularını ifade etmesine yardımcı olacaktır. İntihara ilişkin düşüncelerin açıkça tartışılması ile, kriz terapisti hastaya onun ümitsizliğini ve yaşadığı karmaşayı anlamaya hazır olduğunu gösterir ve bu yolla ikisi arasındaki terapötik ilişki güçlenir. Böyle destekleyici bir ortamda terapist ve danışan ölümün olası sonuçlarını anlayabilirler. Konuşmaya intiharın avantajları ile başlamak terapist ile danışan arasındaki ilişkiyi geliştiren, yakınlaşmayı artıran iyi bir tekniktir. Fakat konuşma giderek yaşamının ve ölü-

mün hem dezavantajlarını hem de avantajlarını kapsmalıdır.

Ölümün avantajlarının konuşulmasından sonra, kişiyi zor durumda bırakan konulardaki problem çözme kaynaklarına odaklanılabilir. Krizin vazgeçme dönemindeki kişiler kendilerini içinde buldukları olumsuz koşulları değiştirme konusunda yardımsız hissederler. Problem çözümü sırasında görüşmeci bu güçlükleri anlaşılabilir ve üzerinde çalışılabilir terimlerle tanımlamalı, danışana yeni alternatifler üretme konusunda yardımcı olmalı ve kişinin bu iş üzerinde çalışırken gerçekçi ve problemin çözümüne spesifik, onu cesaretlendirecek, hayata bağlayacak planlar yapması konusunda gayret sarfetmelidir.

Yaşamının avantajlarının da konuşulması gereklidir. İnsanların ifade ettikleri en genel yaşama nedenleri, kişinin zamanla bu zorlukların üstesinden gelebileceğine olan inancı ve ailesine karşı duyduğu sorumluluktur. Eğer bir zamanlar kendisine yaşama isteği veren bu nedenler, bir kişiye artık yaşama isteği veremiyorsa, terapist bir zamanlar bu nedenlerin ona yaşama isteği vermiş olduğunu hatırlatmalı ve aynı yaşama nedenlerinin gelecekte yeniden onun için anlamlı hale gelebileceğini ve ona yaşama isteği verebileceğini, söylemelidir. Terapist bu kişinin şimdiye dek gerçekleştirdiği ve eğer intihardan vazgeçerse yapmaya devam edebileceği yararlı işlerin bir listesini de yapabilir.

Bu aşamadan sonra, danışan ile dostane bir ilişki kuran ve anlaşıldığını gösteren görüşmeci, ölümün dezavantajlarını konuşmaya başlamalıdır. Terapötik ilişkinin destekleyici atmosferi içinde kişiyi intihardan çekiciliğini artıran ölüm fantazileri ile yüzleştirmek uygun olabilir. Böyle-

ce görüşmeci kişinin ölüm anksiyetesini artırarak, en azından geçici bir süre için, kişinin intihar isteğini azaltabilir. Kişi ölümden korkuyor olabilir ve bu korku onu intihardan koruyabilir. Bu gibi korkular kendine zarar verirse ağrı-acı duyacağı endişesinden, intihar ederse günah işleyeceği düşüncesinden ya da ölümden sonraki yaşam ve ölümün nasıl bir durum olduğunu bilememek ve bundan ürkmekten kaynaklanabilir. Ölümün dezavantajları konuşulurken ölüm korkusu da ele alınmalıdır. Araştırmalar ölüm korkusunun ciddi biçimde intihar etmek isteyen kişilerle, sadece o dönem için yaşamı tehdit eden davranışlar gösteren kişileri birbirinden ayırdığını göstermektedir (Linehan ve ark. 1983).

Ölümün gerçek anlamda bir "son" olması da onun dezavantajıdır. Özellikle ergenler intiharı romantize ederler ve intiharı sıklıkla, sanki varlıkları ve hayatla ilişkileri sonlanmamış gibi, öldükten sonra hala orada olup etrafları ve çevrelerinin bu intihara gösterdiği tepkileri izleyebilecekleri bir durum olarak görürler (Patros ve Shamo 1989). Bu hastalarla intiharı gerçek bir "sonlanma" durumu olduğu konuşulmalı ve kafalarındaki intihar kavramı romantik anlamından sıyrılarak gerçekçi bir hale getirilmelidir.

### **Uygun Psikiyatrik Yaklaşımın Belirlenmesi**

Bu ilk görüşmeden sonra en kısa sürede hasta için en uygun psikiyatrik yaklaşımın belirlenmesi gereklidir. İntihar girişiminde bulunan kişilerin hemen hemen yarısı kronik olarak self-destrüktif olan kişilerdir. Bunların öykülerinde genellikle tekrarlayan intihar girişimleri bulunur; sıklıkla depresif, umutsuz, alkol ya da madde

kotuye kullanımı olan kişilerdir (Gispert ve ark 1987) ve krize mudahale yaklaşımı bu kişilere yardım için yeterli değildir. Bu kişilere, umutsuzlukları ve sorunları ile başetme becerilerini geliştirmeye yönelik uzun süreli terapiler ve ilaç tedavileri uygulanmalıdır.

İntihar girişiminde bulunanların 2/3'ü aslında olmayı istemezler, yaptıkları aslında bir yardım çağırısıdır (France 1990). Bu kişilerin çoğu kriz durumunun ikinci aşamasındadır. Karşıkarşıya oldukları sorunla başedebilmek için yardım aramış, ancak elde edememişlerdir. Gereksinim duydukları yardımı elde edebilmek için dramatik, dikkat çekici bir hareket gerçekleştirir, yani intihar girişiminde bulunurlar. Krize mudahale bu kişilere yardım için en uygun yaklaşımdır.

İntihar girişiminde bulunanların % 5'i olmak istediklerinden emindirler, buna karşılık % 30'u bu konuda ambivalenttir ve kurtarılmaları için bir olanak bırakırlar (Gispert ve ark 1987). Bu iki gruptaki kişilerin çoğu krizin üçüncü aşamasındadırlar. Umutsuzluk içindedirler. Karşıkarşıya oldukları sorunları çözmeye çalışmaktan vazgeçmişlerdir ve intiharı yaşadıkları ağır baskıdan kurtulmanın en iyi ve kolay yolu olarak görürler. Bu kişilerde intihar riski genellikle birkaç gün sürer. Bu kısa fakat tehlikeli dönemde hastalara yardım sağlamak acildir ve bazen hastaneye yatırmayı gerektirebilir. Kriz terapisti yatırılarak ya da ayakta tedavi konusunda karar verirken şu faktörleri göz önüne alınmalıdır.

- Tehlikenin düzeyi
- Destek
- Kooperasyon

İntihara eğilimli hasta ile çalışırken kriz terapistinin iki temel sorumluluğu vardır.

(1) Durum yatışınca kadar kişiyi hayatta tutmak,

(2) Kişinin intihar dışındaki alternatif çözümleri araştırmasını sağlamak.

İlk hedef kişiyi hayatta tutmaktır.

### **Olumsuz Araçlara Ulaşılabilirliğin Azaltılması**

İntihara eğilimli olan bir kişi ile karşılaşıldığında ilk yapılacak, kişiyi ilaç, zehirli madde, silah gibi intiharda kullanabileceği araçlardan uzaklaştırmaktır. Bu iş duruma göre danışanın kendisi, ailesi, arkadaşları, kriz merkezinde çalışan kişiler ya da polis tarafından yapılabilir.

Danışmanın elinde silah varsa ya da yüksek bir yerden atlamak üzere ise görüşmeci alttan almak ve dikkatli olmak zorundadır. Böyle bir durumda anlaşılması zor filozofik konuşmalar yapmaktan ya da danışana ultimatomlar vermekten kaçınmalıdır. Korku, urkuntu, soğuk, açlık ya da uşumuş olmak gibi gerçekçi duygulardan ve durumlardan konuşmak çok daha iyidir (Miron ve Goldstein 1978). Öncelikle kişi yatıştırılmalıdır. Ona yardım etmeye çalışıldığını hissetmelidir. Kişiyi istediği ve istemediği şeylerin ne olduğu sorulabilir. Burada verilmesi gereken mesaj, özgür olduğu, yaşamı ya da olumu seçebileceği, kontrolün onda olduğu, ama bu seçimi daha sonra da yapabileceği, eğer bu seçimi şimdi ertelerse, onun için sorun olan şeylerin konuşulabileceği ve çözüm arayışında ona yardım edilebileceğidir.

İntihara eğilimli bir kişi ile çalışılırken standart uygulama, onunla bu görüşmeden sonraki

belli bir süre, genellikle bir sonraki görüşmeye kadar intihar etmeyeceği konusunda anlaşmaya varmaktır. Fakat görüşmecii bu tür anlaşmalara çok fazla güvenmemesi gerektiğini de bilmelidir.

### İntihar Riskinin Değerlendirmesi

İntihar riski, kişinin yakın bir gelecekte kendini öldürmesi olasılığıdır. İntihara eğilimli ve intihar girişiminde bulunmuş kişilerde bu olasılığın değerlendirilmesi öncelikle ele alınması gereken bir durumdur. İntihar riski şu durumlarda yüksektir:

#### 1. İntihar Planı

- İntiharın tarihi, yöntemi, yeri belirlenmiş ise;
- İntihar planı uygulanabilir bir plan ise;
- İntihar planı kesinleştirilmiş ve ayrıntılandırılmış ise;

#### 2. Duygudurum

- Depresyon
- Ajitasyon
- Sükunet
- Umutsuzluk duyguları mevcut ise;

#### 3. Daha Önceki İntihar Girişimleri

- Hastanın daha önce intihar girişimi olduysa;
- Daha önceki intihar girişiminde kullanılan yöntem mortalitesi yüksek bir yöntem ise;
- Hastanın yakın arkadaş ve akrabalarının intihar girişimi ya da tamamlanmış intiharı olduysa;

4. Ani bir kriz durumu, akut bir stresör söz konusuysa;

#### 5. Obje Kaybı

- Bir kaza ya da hastalık sonucu bedensel yetilerde kayıp;
- İflas, işten çıkarılma ya da suç işleme sonucu kendilik değerinde ve toplumdaki statüde kayıp;
- Taşınma ya da terfi etme sonucu güvenlik duygusunun kaybı;
- Kavga geçimsizlik, rejeksiyon, ayrılık, boşanma, aile parçalanması, taşınma ya da ölüm sonucu önemli bir ilişkinin kaybı söz konusu ise;

6. Sosyal desteği yetersiz ise intihar girişiminin tekrarlanma olasılığı yüksektir.

### Problem Çözümü

İntihara eğilimli kişiler genellikle umutsuzluk, yardımsızlık ve kontrolü kaybetmiş olma duyguları içindedirler. Umutsuzluğun ve yardımsızlık hissinin bir bölümü sorunu çözmek için gösterdikleri çabaların tekrar tekrar başarısızlık ile sonuçlanmış olmasından kaynaklanır, ama bir bölümü de kişinin problem çözme becerilerinin yetersizliğinden doğar (Wodarski ve Harris 1987). Böyle kişilerde sıklıkla bir bilişsel kısıtlılık vardır. Rijid düşünme alışkanlıkları, problemleri çeşitli yönleriyle tanımlamalarına, potansiyel çözümleri görebilmelerine, alternatifler üretmelerine engel olur ve olası umutsuzlukları daha fazla düşünürler (Bonner ve Rich 1987, Bonner ve Rich 1988, Schotte ve Clum 1987).

Yaşam deneyimlerinin kısıtlı olması nedeniyle bu türlü bilişsel kısıtlılığa çocuk ve ergen-

lerde daha çok rastlanır. Çocuk ve ergenler “olasılıklar repertuarının” darlığı nedeniyle intiharı “mümkün olan tek çözüm yolu” olarak görmeye daha yatkındırlar (Patros ve Shamoo 1999). Aslında intihara eğilimi olan kişilerin küçük bir bölümü gerçekten ölmeyi ister; çoğunun istediği ölmek değil sıkıntılı durumlarının ve duydukları ruhsal acının sona ermesidir. Bu durumda intiharın önlenmesinde esas hedef kişinin sıkıntısının ve çektiği ruhsal acının azaltılarak yaşama devam etmesinin sağlanmasıdır (Shneidman 1984).

İntihara eğilimli hastalarla çalışan terapistler, bu türlü bir kısıtlı bilişsel bakış açısına karşı hazırlıklı olmalıdırlar. Görüşmeci, danışana sorunu kontrol altına almak için yardımcı olacağını açıklamalı ve etkileşim danışanın kabul gösterdiği çözüm olasılıklarının mümkün olduğunca genişletilmesine odaklanmalıdır. Bu tür problem çözme çabaları umutsuzluk ve yardımsızlık duygularının azaltılması yoluyla duygusunun yeniden kazanılmasına ve intihara eğilimin azalmasına yardımcı olur (Hawton 1986).

Depresyondaki kişilerin sosyal becerileri genellikle yetersizdir ve kişiler arası ilişkilerde risk almalarını gerektiren durumlardan kaçınma eğilimindedirler. Ancak bir yandan da sosyal desteğe çok ihtiyaçları vardır (Folkman ve Lazarus 1986). İntihara eğilimli kişilerde de yalnızlık ve izolasyon duygularına sık rastlanmaktadır (Bonner ve Rich 1987; Maltberger 1988). Bu nedenle bu kişilerde kişiler arası ilişkilerin yeniden sağlanması gereksinimi vardır. Arkadaşlar ve akrabalar, olanaklı ve uygun olduğunda tedavi planına dahil edilmelidirler. İntihar tehdidinin şiddetli olduğu durumlarda bu kişiler danışanın intihar girişiminde bulunmaması için gözlemcilik yapabilirler.

İntihara eğilimli kişiler diğer kriz durumundaki kişilere göre sorun çözme ve tedaviye yönelik planları daha zor uygularlar (Schotte ve Clum 1987). Görüşmeci, kişinin yakınlarından belirlenen problem çözme stratejilerinin uygulanması konusunda yardım isteyebilir; bu iş için bazı yakınlar somut görevler alabilirler. Örneğin danışanın bir yakınından bir süre onunla yaşaması istenebilir.

Bazı durumlarda terapistin danışanın bir yakını ile bozulmuş olan ilişkisini düzeltmesine yardımcı olması gerekebilir. Örneğin krizin nedeni yakın bir arkadaş ile yapılan bir tartışma ise, terapist bu ilişkideki sorunu araştırarak alternatifleri tartışabilir. Ya da ilişki onarılamaz bir durumda ise, o kişi olmadan yaşama devam etmenin yolları tartışılabilir.

### İlaç Tedavisi

İntihara eğilimli kişilerde sıklıkla uykusuzluk, anksiyete vb. belirtiler olmakta ve bu belirtiler kişinin sıkıntılarını artırdığı gibi, çözüm üretmeye konsantre olabilmemesini de engellemektedir. Bu tür belirtilerin ve varsa depresyonun tedavisi için ilaç kullanımı da bu kişilerde son derece yararlı olmaktadır. Ancak kişinin kendisine verilen ilaç ile intihar girişiminde bulunma riski olduğundan, ilacın hastaya değil yakınına teslim edilmesi, yüksek dozda alınsa bile öldürücü olma riski olmayan ilaçların tercih edilmesi, hastanın eline bir seferde birkaç kutu birden ilaç verilmemesi gibi önlemler alınabilir. Ancak ilaç verilse ve verilen ilaç hastanın belirtilerini ortadan kaldırsa bile, krize bağlı intihar eğiliminde ilacın, problem çözümünün yerini tutmayacağı unutulmamalıdır.



**KAYNAKLAR**

Baldwin BA (1978) A paradigm for the classification of emotional crises: Implications for crisis intervention. *American J Orthopsychiatry* 48: 538-51.

Bille-Brahe U, Juel-Nielsen N (1986) Trends in attempted suicide in Denmark, 1976-1980. *Suicide & Life-threatening Behavior* 16:46-55.

Bonner RL, Rich AR (1987) Toward a predictive model of suicidal ideation and behavior: Some preliminary data in college students. *Suicide & Life-Threatening Behavior* 17: 50-63.

Bonner RL, Rich AR (1988) A prospective investigation of suicidal ideation in college students: A test of a model. *Suicide & Life-Threatening Behavior* 18: 245-258.

Caplan G (1964) *Principles of Preventive Psychiatry*. New York, Basic Books.

Caplan G (1974) *Support Systems and Community Mental Health: Lectures on Concept Development*. New York, Behavioral Publications.

Cawunder P, Mohr M (1982) Call length in telephone crisis intervention: Relationship with other caller and counselor characteristics. *Crisis Intervention* 11: 66-73.

Cooper JE (1979) *Crisis Admission Unites and Emergency Psychiatric Services, Public Health in Europe* 11, WHO: Copenhagen.

Curran DK (1987) *Adolescent Suicidal Behavior*. New York: Hemisphere, 61-101.

Folkman S, Lazarus RS (1986) Stress processes and depressive symptomatology. *J Abnormal Psychology* 95: 107-113.

France K (1990) *Crisis Intervention: A Handbook of Immediate Person-to-Person Help*. İkinci Baskı, Illinois.

Gispert M, Davis MS, Marsh L, Wheeler K (1987) Predictive factors in repeated suicide attempts

by adolescents. *Hosp Com Psychiatry* 38: 390-393.

Goldacre M, Hawton K (1985) Repetition of self-poisoning and subsequent death in adolescents who take overdoses. *Br J Psychiatry* 146: 395-358.

Hawton K (1986) *Suicide and Attempted Suicide Among Children and Adolescents* Beverly Hills, CA: Sage.

Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA (Ed.) (1994) *Psychiatric Emergencies. Synopsis of Psychiatry*, 7. Baskı: New York, Williams & Wilkins, 803-811.

Linehan MM, Goodstein JL, Nielsen SL, Chiles JA (1983) Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself. *J Consult Clin Psychology* 51: 276-286.

Maltsberger JT (1988) Suicide danger: Clinical estimation and decision. *Suicide & Life-Threatening Behavior* 18: 47-54.

McGee RK (1983) Crisis intervention and brief psychotherapy. In M Hersen, AE Kazdin, AS Bellack (Eds): *The Clinical Psychology Handbook*. New York, Pergamon.

Michel K (1987) Suiciderisk factors: A comparison of suicide attempters with suicide completers. *Br J Psychiatry* 150: 78-82.

Miron MS, Goldstein AP (1978) *Hostage*. Kalamazoo, MI, Behaviordelia.

Özgüven-Devrimci H, Sayıl I (1998) Ankara Üniversitesi Kriz Merkezi'ne bir yıl süresince başvuran yeni vakaların sorun alanları ve tanılarına göre değerlendirilmesi (Yayına hazırlanıyor).

Patros PG, Shamoo TK (1989) *Depression and Suicide in Children and Adolescents*. Boston, Allyn and Bacon.

Rapoport L (1962) The state of crisis: Some theoretical considerations. *The Social Service Review* 36: 211-217.

Schotte DE, Clum GA (1987) Problem-solving skills in suicidal psychiatric patients. J Consult Clin Psychology 55: 49-54.

Shafii M, Carrigan S, Whittinghill JR, Derrick A (1985) Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescent. Am J Psychiatry 142: 1061-1064.

Shneidman ES (1985) Definition of suicide. New York: Wiley.

Shneidman ES (1984) Aphorisms of suicide and some implications for psychotherapy. Am J Psychotherapy 38: 319-328.

Sonneck G, Caplan G (1985) Krisenintervention und Suizidverhütung. Facultasverlag: Wien.

Wodarski JS, Harris P (1987) Adolescent suicide: A review of influences and the means for prevention. Social Work 32: 477-484.

**Yazışma Adresi:**

Uz. Dr. Halise DEVRİMCİ-ÖZGÜVEN

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Psikiyatri Anabilim Dalı Dikimevi / ANKARA

Tel: 362 30 30 / 7084

Faks: 36212 92

e-posta: ozguven@medicine.ankara.edu.tr