

## İNTİHAR GİRİŞİMLERİNDE SORUN ALANLARI VE TETİKLEYİCİLER

Halise Devrimci Ozgüven\*, Çiğdem Soykan\*\*, Seda Haran\*\*\*

### ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı intihar girişiminde bulunan ve bulunmayan kriz vakalarında tabloyu ortaya çıkardığı düşünülen nedenlerin, tetikleyicilerin ve bu vakaların psikiyatrik değerlendirme sonuçlarının betimlenmesi ve karşılaştırılmasıdır **Yöntem:** 2001 yılı boyunca Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi Acil Servisi'ndeki Kriz Birimi'ne yapılan tüm başvurular değerlendirilmiş, bunlar arasından intihar girişimi olan 83 ve olmayan 64 kriz vakası ardışık olarak çalışmaya alınmış ve bunlar birbiri ile karşılaştırılmıştır **Bulgular:** Her iki grupta kadın sayısı erkeklerden daha fazladır. İntihar girişiminde bulunan grupta diğer kriz grubuna göre, yaş ortalaması daha düşük, bekarların, ana-babasıyla birlikte yaşayanların, ekonomik

bakımdan bağımlı kişilerin ve işsizlerin sıklığının daha yüksek olduğu görülmüştür. İntihar grubundaki deneklerin girişimlerini daha çok ilaç içerek, önceden düşünmeden gerçekleştirdikleri ve her iki cinsiyet için tekrarlayıcı intihar girişimi sıklığının az olduğu görülmektedir. İntihar girişimi grubunda anne-baba ile ilişki sorunu ve girişimin hemen öncesinde fiziksel şiddet olgusunun sıklığı dikkati çekmektedir. Daha sonra yapılan psikiyatrik değerlendirmede intihar girişimi grubunda hastaların % 22,9'unun major depresyon tanısı aldığı ve bu grupta kişilik bozukluğu tanısının diğer gruba göre daha sık olduğu görülmüştür **Sonuç:** Çalışmada elde edilen sonuçlar koruyucu sağlık hizmetleri açısından tartışılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** İntihar, intihar girişimi, kriz, intihar girişiminin nedeni, tetikleyici faktörler

### Problem Areas and Precipitant Factors in Suicide Attempts

### SUMMARY

**Objective:** The aim of the present study was to evaluate and compare cases of crisis

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

\*\* Dr. Psk. Klinik Psikolog, Psikolojik Müdahale Değerlendirme ve Eğitim Merkezi

\*\*\* Uzm. Psk., Klinik Psikolog, Ankara Üniversitesi, Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi

with or without suicidal behavior in terms of precipitants, causes and the presence of psychiatric diagnosis. **Method:** 83 suicidal and 64 non-suicidal cases who were under crisis situation, applied to Ankara University İbn-i Sina Hospital Emergency Service Crisis Unit were included in the study. **Results:** Female ratios were higher in suicidal and non-suicidal patients. In the suicidal group, mean age was lower, more patients were single and living with their parents, were economically dependency and unemployed. The most prevalent method of suicide attempts was self-poisoning and most of attempters were impulsive. Repetitive suicide attempts were uncommon. Problems with parents and physical violence prior to suicide attempt were significantly higher in suicidal patients. The frequency of major depression was 22.9 % in suicide attempt group and personality disorders was more common in suicidal patients compare to other group. **Conclusion:** The results are discussed from a preventive health approach

**Key Words:** Suicide, suicide attempt, crisis, cause of suicide attempt, precipitant factors

## GİRİŞ

Psikiyatrik kriz, bireyin yaşamının aniden zorlu ve zedeleyici yaşantılar sonucu kesintiye uğradığı tepkisel bir durum olarak tanımlanabilir (Caplan 1964). Kişiler yaşam olaylarıyla karşılaştıklarında çoğunlukla etkin çözümler geliştirebilmekte ve bu zorlanmalar çoğunlukla belirgin bir kriz durumu ortaya çıkarmamaktadır. Ancak bazı durumlarda kişinin varolan başa çıkma becerileri yetersiz kalabilir, yaşanan olayın kendisi çok zedeleyici olabilir ya da ortaya çıkarıcı olayın kendisi kişinin herhangi bir nedente etki-

lenmeye açık ve yatkın olduğu bir döneme rastlayabilir. Kriz durumları kişinin yaşam olayları sonucunda oluşan duygusal baskıyı azaltmaması veya ortadan kaldıramaması sonucunda ortaya çıkar (Sayıl 2000a, France 1990). Esasen kriz durumunun kendisi patolojik değildir, her insan yaşamında böyle dönemler geçirebilir, ancak kriz durumu psikopatolojik tablolar ile sonuçlanabilir, ya da bir psikopatolojiye eşlik edebilir (Cooper 1979). Kriz durumundaki kişi çevresinden destek ya da uygun bir profesyonel yardım aldığıında bu durumdan daha iyi bir ruh sağlığı ile çıkabilmektedir (Aquilera and Messic 1974). Normal yaşamın bir parçası olarak krizler, değişim ve kayıp yoluyla sosyal ve duygusal gelişimin oluşmasında önem taşımaktadırlar (Sayıl 2000a).

Kriz vakalarının bir çoğu, kriz yaşantısını kendi kişilik gelişimleri için bir avantaj haline getirebilirken, bir bölümü bu durumda psikiyatrik patolojiler geliştirebilmekte ve/veya intihar girişimlerinde bulunabilmektedir (Sayıl 2000a, Sayıl 2000b, France 1990). İntihar girişimlerinin büyük bir bölümünün gerçek bir ölüm isteği ile ilişkili olmaktan çok yardım çağrısı ve iletişim çabası içinde ortaya çıktığı ve bu kişilerin büyük bölümünün psikiyatrik kriz durumu içinde oldukları bildirilmektedir (France 1990). Buna karşın kriz durumlarında intihar düşüncesi sıklığının % 20, intihar girişimi sıklığının ise % 7-10 olduğu bildirilmektedir (Özgüven ve Sayıl 1999, France 1990). Başka bir deyişle, kriz durumundaki bireylerin çoğunluğu intihar davranışı göstermez. İntihar girişiminde bulunmuş olan kriz vakaları ümitsizlik ve kontrolü kaybetmiş olma duyguları içindedirler. Aynı zamanda kendilerini sosyal bakımdan yalnız ve yardımsız hissederler (Folkman ve Lazarus 1986, Bonner ve Rich

1988), problem çözme becerileri daha sınırlıdır (Wodarski ve Harris 1987, Özgüven ve ark. 2003), bilişsel bakımdan daha kısıtlı, rijid düşünme alışkanlıklarına sahip bireylerdir (Schotte ve Clum 1987, Bonner ve Rich 1988, McLeavey ve ark. 1987, Orbach ve ark. 1987, Rich ve Bonner 1987, Özgüven ve ark. 2003).

Kriz ortaya çıkarıcı bir neden olmaksızın gelişemeyecek bir tablodur (Sayıl 2000a). En sık rastlanılan sorun alanlarının kişiler arası ilişki sorunları, kayıplar, travmatik olaylar ve kişinin yaşamında ortaya çıkan rol değişiklikleri olduğu bilinmektedir (Özgüven ve Sayıl 1999, Palabıykoğlu ve ark. 1997). Bu bulgu toplumumuz için koruyucu ruh sağlığı açısından önemli bir bulgudur. Bu bulguya ek olarak, intihar girişiminde bulunan ve bulunmayan kriz vakalarında tetikleyici olaylar, sorun alanları ve psikiyatrik tablolar açısından fark olup olmadığı sorusu, kriz vakalarında rastlanan intihar girişimi oranlarının yüksekliği düşünüldüğünde, cevaplanması gereken bir araştırma sorusu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu soruların yanıtının bilinmesi hem kriz durumundaki bireylerin intihar davranışının engellenmesinde, hem de krize müdahale sürecinde oldukça yararlı ve yol gösterici olabilir. Bu çalışma bu soruya bir yanıt aramak üzere betimleyici ve karşılaştırmalı bir çalışma olarak planlanmıştır.

Bu çalışmanın amacı intihar girişiminde bulunan ve bulunmayan kriz vakalarında tabloyu ortaya çıkardığı düşünülen nedenlerin, tetikleyicilerin ve bu vakaların psikiyatrik değerlendirme sonuçlarının betimlenmesi ve karşılaştırılmasıdır.

## YÖNTEM

Bu çalışma vaka-kontrol türünde bir çalışmadır. 2001 yılı boyunca Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi Acil Servi-

si'ndeki Kriz Birimi'ne başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden, kriz durumu öncesinde herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan vakalar bu çalışmaya alınmışlardır. Son bir ay içerisinde bir yaşam olayının bulunması ve Kriz Birimi'ne başvuruya neden oluşturan şikayetlerin, ortaya çıkan ardıl sorunların çözümsüzlüğüne işaret eden bir tabiatta olması ve bu yaşam olayı ile ilgili olduğunun bildirilmesi kriz durumu için ölçüt olarak kabul edilmiştir. Vakaların bu araştırma için yapılan psikiyatrik değerlendirmelerinde saptanan psikiyatrik bozukluklar kriz için bir dışlama ölçütü olarak kullanılmamıştır, krizin bir sonucu ya da krize eşlik eden bir durum olarak ele alınmıştır. Bir yıl boyunca çalışmaya alınan intihar girişiminde bulunmamış kriz vakası sayısı 64, intihar girişiminde bulunmuş kriz vakası sayısı ise 83 olmuştur. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen vaka olmamıştır.

Tüm vakalara demografik özelliklerin ve yaşadıkları kriz durumu ile ilgili özelliklerin kaydedildiği, intihar girişimi vakalarına ise ayrıca intihar girişimlerine ilişkin özelliklerin sorgulandığı bir anket formu uygulanmıştır. Formda yer alan "temel sorun alanı" ve "tetikleyici"nin ne olduğu konusundaki sorularda vakalardan seçenekleri önem sırasına koymaları istenmiştir.

Bu form kriz vakalarına başvurudan sonra yapılan ilk kısa değerlendirme görüşmesinin hemen ardından, intihar girişimi vakalarına ise tıbbi müdahalenin tamamlanması ve intihar girişiminde kullanılan yöntem ya da uygulanan tedaviler sonucu yan etkiler ortaya çıkmışsa bu yan etkilerin ortadan kalkmasının hemen ardından uygulanmıştır. Anket formlarının uygulanmasından sonra her iki grup hastaya da krize müdahale görüşmesi yapılmış, daha sonra hastalar çalışmanın birinci yazarı tarafından psikiyatrik değerlendirmeye alınmış ve DSM-IV'e (Amerikan

Psikiyatri Birliği 1994) göre psikiyatrik tanılar konulmuştur.

Her iki gruba ait demografik ve klinik özellikler frekans analizi ile incelenmiş, iki grup arasındaki karşılaştırmalar ise sürekli değişkenlerde t-testi, kesikli değişkenlerde ki-kare testi ile yapılmıştır.

### BULGULAR

Vakaların demografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. İntihar girişiminde bulunan ve bulunmayan kriz vakaları arasında cinsiyet dağılımı açısından anlamlı bir fark yoktur (Ki-kare= 0.99, p= .320) ve her iki grupta da vakaların büyük bölümünü kadınlar oluşturmaktadır. Ancak diğer demografik değişkenler iki grup arasında farklı bulunmuştur. İntihar girişiminde bulunmuş vakalardan oluşan grup diğer gruba göre anlamlı ölçüde gençtir (t=5.65, p= .000), eğitim düzeyi daha düşüktür (t= 3.08, p= .002) ve çoğunluğu bekarıdır (Ki-kare= 14.14, p= .001). Yine intihar girişimi olan grubun önemli bir bölümü öğrenci ve ev hanımı iken, diğer kriz grubunun önemli bir bölümü çalışarak hayatını kazanan kişilerden oluşmaktadır (Ki-kare= 24.46, p= .000). Ayrıca intihar girişimi grubunda işsizlerin oranı diğer kriz grubuna göre daha yüksektir. İntihar girişimi ile gelen kriz vakaları diğer kriz vakalarına göre daha sık anne-babası ile yaşamaktadır; diğer grupta ise eş ve çocukları ile yaşama sıklığı daha yüksektir (Ki-kare= 15.09, p= .010).

İntihar girişiminde bulunan kriz vakalarının bu girişimlerine ait özellikler Tablo 2'de sunulmuştur. Tabloda görüldüğü gibi, girişimlerin yaş gruplarına dağılımı, hem erkek hem de kadınlarda 15-24 yaşa yığılma göstermektedir. İntihar girişimlerinin büyük bölümü hem kadınlarda, hem erkeklerde ilaçlar ile gerçekleştirilmektedir

(sırasıyla, % 98.4 ve % 90.4). Bu ilaçlar içinde psikotrop ilaçların oranı kadınlarda % 16.36, erkeklerde ise % 21.02'dir. Girişim sırasında alkol kullanmış olma sıklığı erkeklerde kadınlardan daha yüksek olmakla birlikte, iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Her iki cinsiyette de tekrarlayıcı intihar girişimi olan vaka sıklığı oldukça düşüktür. İntihar girişimi olmayan grupta daha önce intihar girişiminde bulunmuş olan vaka yoktur.

Erkeklerde vakaların % 33.3'ü, kadınlarda % 43.5'i, intihar girişimini üzerinde hiç düşünmeden gerçekleştirdiğini bildirmiştir. İntihar girişimini gerçekleştirmeden önce bu karar üzerinde üç saatten daha uzun süre düşündüğünü bildirenlerin oranı ise erkeklerde daha yüksektir, ancak iki grup arasında anlamlı fark yoktur. Benzer şekilde, intihar girişimini gerçekleştirmeden önce ölüme yönelik hazırlık yapma açısından (intiharı planlamış olma, vasiyetini yazma, eşyalarını dağıtma, borçlarını ödeme, intihar notu yazma vb. hazırlıklar) iki grup arasında fark bulunmamıştır. Her iki cinsiyette de vakaların yarısından fazlası intihar girişimi öncesinde hiçbir hazırlık yapmamıştır. Yine de erkeklerin daha sık hazırlık yaptıkları görülmektedir. Erkeklerde planlanmış intihar girişimi sıklığı kadınlardan daha fazladır. Bu değişkenler açısından kadın ve erkek intihar girişimleri arasında anlamlı fark yoktur.

Sorun alanlarının iki gruptaki dağılımı istatistiksel bakımdan anlamlı derecede farklıdır (ki-kare= 21.29, p= .001) (Tablo 3). İntihar girişimi olmayan kriz vakalarında kişiler arası ilişki sorunlarının, intihar girişimi grubunda ise yalnızlık ve sosyal izolasyonun daha sık olduğu görülmektedir. Ayrıca intihar girişimi grubunda ekonomik sorunlar, diğer kriz grubunda ise bedensel sağlık sorunları dikkati çekmektedir. İki gru-

Tablo 1: İntihar girişimi olan ve olmayan kriz vakalarının sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı.

	İntihar girişimi olan kriz vakaları (n=83)	İntihar girişimi olmayan kriz vakaları (n=64)	t, ki-kare ve p değerleri
Yaş ( $X \pm ss$ ) (Min-Max)	22.00 $\pm$ 5.31 (15-39)	30.16 $\pm$ 10.56 (16-54)	t= 5.65 p= .000
Eğitim süresi ( $X \pm ss$ ) (Min-Max)	10.96 $\pm$ 2.37 (5-15)	12.18 $\pm$ 2.33 (5-15)	t= 3.08 p= .002
Cinsiyet Erkek Kadın	% 25.3 % 74.7	% 32.8 % 67.2	Ki-kare= 0.99 p= .32
Medeni Durum Bekar Evli Dul-boşanmış	% 77.1 % 15.7 % 7.2	% 48.4 % 42.2 % 9.4	Ki-kare= 14.14 p= .001
İş Durumu Çalışıyor Emekli Öğrenci Ev Hanımı İşsiz	% 26.5 - % 39.8 % 12.0 % 21.7	% 59.4 % 4.7 % 12.5 % 9.4 % 14.1	Ki-kare= 24.46 p= .000
Kimlerle yaşadığı Anne/babasıyla Eşi/çocuklarıyla Çocuklarıyla Arkadaş/akrabasıyla Yurtta/kurumda Yalnız	% 59.0 % 16.9 % 1.2 % 9.6 % 10.8 % 2.4	% 45.3 % 37.5 % 6.3 % 6.3 % 1.6 % 3.1	Ki-kare= 15.09 p = .010

K R İ Z

Tablo 2: İntihar Girişimine İlişkin Özellikler.

	Kadın (n=62)	Erkek (n=21)	Ki-kare ve p Değeri
Yaş gruplarına göre dağılım			
15-24	% 80.6	% 76.2	Ki-kare= 5.94 p= .050
25-34	% 17.7	% 9.5	
35-44	% 1.6	% 14.3	
İntihar girişiminin yöntemi			
Psikotrop ilaçlar	% 16.1	% 19.0	Ki-kare= 3.91 p= .270
Diğer ilaçlar	% 82.3	% 71.4	
Böcek-fare zehri	-	% 4.8	
Kesici araçlar	% 1.6	% 4.8	
İntiharın dürtüsellığı			
Hiç düşünülmeden yapılmış intihar girişimi	% 43.5	% 33.3	Ki-kare= 1.3 p= .530
Üç saatten daha kısa düşünölmüş intihar girişimi	% 22.6	% 19.0	
Üç saatten daha uzun düşünölmüş intihar girişimi	% 33.9	% 47.6	
İntihar girişimi öncesinde hazırlık			
Hiç hazırlık yapmamış	% 54.8	% 52.4	Ki-kare= 2.49 p= .290
Az-orta derecede hazırlık yapmış	% 30.6	% 19.0	
İleri derecede hazırlık yapmış	% 14.5	% 28.6	
İntihar girişimlerinin sayısı			
Bir girişim	% 90.3	% 85.7	Ki-kare= 1.00 p= .60
İki girişim	% 8.1	% 14.3	
Dört girişim	% 1.6	-	
Girişim sırasında alkol almış olma			
Var	% 19	% 8.1	Ki-kare= 1.95 p= .160
Yok	% 81	% 91.9	

Tablo 3: Temel Sorun Alanı.

	İntihar girişimi olan kriz vakaları (n=83)	İntihar girişimi olmayan kriz vakaları (n=64)	Ki-kare ve p değeri
Kişilerarası ilişkiler	% 56.6	% 68.8	Ki-kare= 21.29 p= .001
Eşle-partnerle ilişki sorunu	% 36.1	% 46.9	
Anne-baba ile ilişki sorunu	% 19.3	% 12.5	
Diğer kişiler arası sorunlar	% 1.2	% 9.4	
Yalnızlık / sosyal izolasyon	% 26.5	% 7.8	
Ekonomik sorunlar / işsizlik / iflas	% 10.8	% 6.3	
Bedensel hastalık	-	% 10.9	
Yas	% 2.4	% 6.3	
Akademik alanda sorunlar	% 3.6	-	

bun kişiler arası ilişki sorunlarının türü karşılaştırıldığında ise, her iki grupta da önde gelen sorun alanının eş ya da partner ile ilişki sorunları olduğu görülmektedir. Ancak intihar girişimi olmayan grupta eş/partner ile ilişki sorunu sıklığı diğer gruba göre, intihar girişimi grubunda ise anne/baba ile ilişki sorunu sıklığı, diğer gruba göre daha yüksektir.

Tetikleyici olayların dağılımı açısından bakıldığında iki grup birbirinden anlamlı derecede farklıdır (ki-kare= 20.23, p= .010) (Tablo 4). Her iki grupta da en sık görülen tetikleyici bir kişi ile tartışmadır. Ancak tetikleyicinin bir tartışma olması sıklığı intihar girişimi olmayan grupta daha yüksektir. Buna karşılık intihar girişimi grubunda vakaların % 15.7'si herhangi bir tetikleyici olay tanımlanamamaktadır. İntihar girişimi vakalarının % 7.2'si girişimden hemen önce fiziksel şiddete uğradığını bildirmiştir. Diğer kriz grubunda tablo-

nun ortaya çıkmasından hemen önce fiziksel şiddete uğramış olan vaka yoktur. Ayrıca intihar girişimi olmayan kriz vakalarında tetikleyicinin bir yakının ölümü olma sıklığı da yüksektir.

Yapılan psikiyatrik değerlendirme sonucunda psikiyatrik tanıların bu iki gruptaki dağılımının istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı olduğu görülmektedir (ki-kare= 11.85, p= .018) (Tablo 5). Herhangi bir psikiyatrik tanı almayan ve kriz tanısı olarak kabul edilen bir tanı kategorisi olan uyum bozukluğu tanısı alan vakaların oranı intihar girişimi bulunmayan grupta daha yüksektir ve bu kişiler intihar girişimi grubunun % 45.8'ini, diğer kriz grubunun ise % 82.8'ini oluşturmaktadır. İntihar girişimi grubunda vakaların % 22.9'u major depresyon, % 31.3'ü ise kişilik bozukluğu tanısı almıştır. Diğer kriz grubunda major depresyon tanısı alan yoktur ve kişilik bozukluğu tanısı sıklığı % 12.5'dir.

Tablo 4 Vakaların başvuru ya da intihar girişiminden önce yaşanan tetikleyici olaylara göre dağılımı

	İntihar girişimi olan kriz vakaları (n=83)	İntihar girişimi olmayan kriz vakaları (n=64)	Ki-kare ve p değeri
Tartışma	% 37 3	% 42 2	Ki-kare= 20 23
Terk edilme	% 14 5	% 18 8	p = 010
Fiziksel şiddete uğrama	% 7 2	-	
İşten çıkarılma	% 8 4	% 10 9	
Sınıfta kalma	% 8 4	% 12 5	
Hukuksal sorun	% 4 8	% 3 1	
Olum	% 2 4	% 9 4	
Bedensel hastalık	% 1 2	% 3 1	
Tetikleyici yok	% 15 7	-	

Tablo 5 İntihar girişimi olan ve olmayan kriz vakalarının aldıkları tanılarına göre dağılımları

	İntihar girişimi olan kriz vakaları (n=83)	İntihar girişimi olmayan kriz vakaları (n=64)	Ki-kare ve p değeri
Uyum bozukluğu	% 26 5	% 53 1	Ki-kare= 11 85
Major Depresyon	% 22 9	-	p= 018
Kışık bozukluğu	% 31 3	% 12 5	
Histrionik KB	% 12 0	% 4 7	
Bağımlı KB	% 8 4	% 3 1	
Borderline KB	% 8 4	% 1 6	
Narsisistik KB	% 2 4	% 3 1	
Generalize Anksiyete Bozukluğu	-	% 4 7	
Psikiyatrik hastalığı bulunmuyor	% 19 3	% 29 7	



## TARTIŞMA

Bu çalışmada intihar girişiminde bulunan ve bulunmayan kriz vakaları demografik özellikler, temel sorun alanları, tetikleyici faktörler ve yapılan psikiyatrik değerlendirme sonucu konulan tanıları açısından karşılaştırılmışlardır. Buna ek olarak intihar grubundaki bireylerin kullandıkları yöntemler, intihar davranışının nasıl ortaya çıktığı, buna ilişkin önceden bir hazırlık olup olmadığı ve önceki girişimlerin varlığı araştırılmış ve intihar davranışının özellikleri bu grup için tanımlanmaya çalışılmıştır.

Her iki grupta kadın sayısının erkeklerden daha fazla olduğu görülmektedir. Bu bulgu her iki grup için de literatürdeki bulgularla benzerlik göstermektedir (Devrimci-Ozguven ve Sayıl 2003, Sayıl ve Devrimci-Ozguven 2002, Kerkhf 2000, Sayıl 2000, Ozguven ve Sayıl 1999, Bland ve ark 1998, Palabıykoğlu ve ark 1997, Schmidtke 1996, Diekstra 1993, Platt ve ark 1992, Sayıl). Bu durum kadınların yaşadıkları olaylardan erkeklere göre daha fazla etkilendiklerini gösterebileceği gibi, kadınların yardım isteme davranışı açısından erkeklere göre daha açık ve rahat olduklarını, bu nedenle de başvuruların çoğunluğunun kadınlar tarafından oluşturulduğu fikrini de desteklemektedir.

Intihar girişiminde bulunan grupta yaş ortalaması daha düşük, bekariarın oranı daha yüksektir. Bu grupta ana-baba ile birlikte yaşama ve ana-baba ile ilişki sorunları sıklığının diğer gruba göre daha yüksek olması yukarıdaki bulgulara paralel gibi görünmektedir. Yine intihar girişimi grubunda öğrenci, ev hanımı gibi ekonomik bakımdan bağımlı kişilerin ve işsizlerin sıklığı diğer gruba göre daha yüksektir. Tüm bu bulgular daha önce yapılmış çalışmalar ile uyumludur (Sayıl ve Devrimci-Ozguven 2003, Ozguven ve Sayıl 1999, Palabıykoğlu ve ark 1997) ve hep-

si bir arada düşünüldeğinde, yaş kuçuldukke, aileye sosyal ve ekonomik bağımlılık arttikça başetme becerilerinin kısıtlandığını ve intihar gibi maladaptif yöntemlerin kullanılma riskinin yükseldiğini düşündürmektedir.

Sorun alanları açısından bakıldığında, her iki grupta da onde gelen sorun alanlarının eş/partner ile ve anne/baba ile ilişki sorunları, onde gelen tetikleyicilerin ise tartışma ve terkedilme olduğu görülmektedir. Genel olarak her iki grupta da kişiler arası ilişki sorunları ve bu sorunların akışı içinde gelişen akut olaylar en önemli kriz nedeni gibi görünmektedir. Intihar girişimi grubunda ana-baba ile ilişki sorunlarının, diğer grupta eş/partner ile ilişki sorunlarının görece daha yüksek olması bu grupların yaş ve medeni durum özellikleri ile ilgili gibi görünmektedir. Bunun yanı sıra, intihar girişiminde bulunan grupta bireylerin kendilerini diğer gruba göre daha yalnız tanımladıkları, sosyal izolasyon içinde oldukları ve ekonomik güçlükleri daha çok yaşadıkları görülmektedir. Bu grup hem yaş hem de iş gücü açısından başkalarına daha bağımlı bir grup gibi görünmekte, yalnızlık ve sosyal izolasyonları nedeniyle de ekonomik sorunlarını muhtemelen daha çözümsüz algılamakta ve bu sorunların karşısında kendilerini diğer gruba göre daha çaresiz hissetmektedir. Intihar girişimi grubundaki bireylerin yalnızlık ve izolasyon duyguları, yetersiz sosyal destek nedeniyle ortaya çıkabileceği gibi, bu bireylerin çevresindekilerden yardım almadağı güçlüklerinden de kaynaklanabilir (Coyne ve Downey 1991, Kessler ve ark 1985, Cohen ve Wills 1985).

Intihar girişimi olmayan kriz grubunda, diğer gruptan farklı olarak kayıp yaşantılarının ve fiziksel hastalıkların varlığı dikkati çekmektedir. Bu gruptaki deneklerin yaşlarının daha yüksek olması fiziksel hastalıklarla karşılaşma olasılığı-

nı artırıyor olabilir. Bunun yanı sıra acil servisteki kriz odası tecrübelerimize göre abartılı yas tepkileri gösteren bireyler yakınları tarafından acil servislere getirilmektedirler. Bu çalışmanın vakaları bir acil servis başvuruları arasından alındığı için, intihar girişimi olmayan kriz vakaları arasında yas ile başvuruların olması olağan bir bulgu olarak yorumlanmıştır ve bulgu acil servis çalışanlarının akut yas reaksiyonları ve buna müdahale konusunda eğitilmelerinin son derece yararlı olacağını düşündürmüştür.

Tetikleyiciler açısından bakıldığında tartışma ve terkedilme gibi tetikleyicilerin yoğunluğu her iki grupta da iletişim becerileri ve sorunlar karşısında sosyal desteklerin kullanımı bakımından sorunlar yaşandığını göstermektedir. İntihar girişimi grubunda sıklıkla yaşanan yalnızlık ve sosyal izolasyona, bir yakını ile tartışmanın ya da terkedilmenin eklenmesi kişinin karşı karşıya olduğu sorunu çözümsüz gibi algılamasına, umutsuzluğa kapılmasına ve yaşadığı ofkeyi kendine yönelmesine yol açıyor olabilir. Ayrıca intihar grubunda diğer gruptan farklı olarak fiziksel tacizin sık denebilecek bir tetikleyici olarak yaşandığı görülmektedir. Bu onun kırıcı ve zedeleyici durumun da kişinin intihar gibi maladaptif bir davranışa yönelmesini kolaylaştırdığı düşünülebilir. İntihar açısından fiziksel tacizin önemli bir risk olduğu düşünüldüğünde, ev içi şiddet olgularının izlenmesi ve bu olgular için sosyal destek sistemlerinin harekete geçirilmesi etkili olabilecektir. Yine intihar girişimi grubunda hiçbir tetikleyicinin tanımlanmadığı olguların bulunduğu görülmektedir. Bu durum intihar grubunda psikiyatrik hastalıkların daha sık olmasıyla uyumlu gözükmemektedir.

İntihar girişimi olmayan kriz grubunda vakaların yarısından fazlasına 1 ekseninde yer alan, ancak reaktif bir tanı olarak kabul edilen ve kriz

tanısı olarak düşünülebilecek bir tanı kategorisi olan uyum bozukluğu tanısı konmuştur. Uyum bozukluğunu 2 ekseninde yer alan kişilik bozuklukları izlemektedir. Bunun yanında vakaların neredeyse 1/3'ü herhangi bir tanı almamıştır. İntihar girişimi grubunda ise durum farklıdır. Bu grupta herhangi bir psikiyatrik tanı olmayanların (yaklaşık 1/5) ve uyum bozukluğu tanısı alanların oranı daha düşüktür. Buna karşılık bu vakalara en sık kişilik bozukluğu tanısı konmuş, onu major depresyon izlemiştir. Kriz vakalarında, vakaların bir bölümünde herhangi bir psikiyatrik tanı saptanmadığı, ancak önemli bir bölümünde, en sık konuları tanılarının uyum bozukluğu, major depresyon ve kişilik bozuklukları olduğu, bu konuda yapılmış başka bir çalışmada da bildirilmiştir (Ozguven ve Sayıl 1999). Bu durumda, başlangıçta yapılan kısa değerlendirmede kriz vakası olarak değerlendirilse bile, bunların daha sonra psikiyatrik yonden daha ayrıntılı bir biçimde değerlendirilmesi gerektiği açıktır. Bu yapılmadığı takdirde, her iki grupta da intihar açısından yapılacak risk değerlendirmesi ve tedavi planlaması eksik kalacaktır.

Bu çalışmada saptanan intihar girişimlerinin özellikleri incelendiğinde, girişimlerin büyük bölümünün durtusel nitelikte ve önceden üzerinde düşünülmemiş, herhangi bir hazırlık yapılmadan gerçekleştirilmiş girişimler oldukları görülmektedir. Özellikle ergen intiharlarının önceden tahmin edilebilirliğinin düşük olması, bu kişilerin içinde buldukları karmaşık ruh hali, kendi kendilerini kontrol becerilerindeki yetersizlik ve durtusel davranmaya eğilimli oluşları ile ilgili olabilir (Hafen ve Peterson 1982). Bugünkü bilgilerimiz ışığında intihar davranışına ilişkin açıkça bir belirti olmasa bile okul başarısında düşme, ipe çekilme, durtusel patlamalar, alkol ve madde kullanımı, aile ile ilişkilerde yoğun çatış-

malar, konsantrasyon güçlüğü gibi belirtilerin bulunması halinde intihar davranışı olasılığının düşünülmesi gereklidir. Bu çalışmada yer alan intihar girişimi grubundaki denekler, bu bilgilerle uyumlu olarak, aileleri ile sık çatışma, yalnızlık, sosyal izolasyon, akademik alanda güçlükler ve intihar davranışlarında durtusellik sergilemektedir. Bunun yanısıra, adolesanların % 90'ı ailelerinin kendilerini anlamadığını ve bu nedenle intihar girişiminde bulduklarını belirtmektedirler (Hafen ve Peterson 1982). Bu nedenle genç yaş grubundaki bireylere, özellikle aile içi çatışma çözümlerine ilişkin bilgilendirmelerin ve beceri eğitimlerinin yapılması hem koruma hem de tedavi açısından önemlidir. Bu yaş dönemi itibarıyla intihar grubundakilerin özellikle üniversite sınavı gibi bir stresorle karşılaşmaları olasıdır. Bu nedenle sınav stresiyle ilgili olarak hem ailelerin hem de öğrencilerin bilgilendirilmeleri istenmedik sonuçların engellenmesi açısından gereklidir.

Intihar girişimlerinin her zaman için olum amacıyla yapılmadığını biliyoruz; bunların önemli bir bölümü iletişim kurmayı, yardım istemeyi ve kişinin içinde bulunduğu ve memnun olmadığı koşulları değiştirmeyi hedeflemektedir (Sayıl 2000b). Bu çalışmadaki denekler özellikle kişilerarası sorunlardan yakınmaktadırlar. O halde risk grubundaki bireylerin kişilerarası ilişkilerini geliştirmeye ve karşılaştıkları problemleri etkin bir biçimde çözmeye ait yeni beceriler kazanmaları intiharın önlenmesinde etkili olacaktır. Ayrıca sağlık personelinin ve riskli ergenlerin öğretmen ve ana-babalarını intihara ilişkin ipuçlarını saptama, iletişim becerileri, umutsuzluk ve ofke gibi negatif duygularının yönetilmesi, kendi kendini kontrol, sozel ve fiziksel şiddet gibi yaklaşımların zararları gibi konularda eğitmek de kriz durumlarında intihar davranışını önleme açısından son derece yararlı olabilir.

#### KAYNAKLAR

Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 4. Baskı (DSM-IV) (Çev. Ed. E. Koroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.

Aquilera DC, Messic MJ (1974) Crisis intervention. Saint Louis, Mosby comp.

Bland RC, Dyck RJ, Newman SC, Orn H (1998) Attempted suicide in Edmonton. In Leenaars AA, Wenckstern S, Sakinofsky I, Dyck RJ, Kral MJ, Bland RC, editors. Suicide in Canada. Toronto: University of Toronto Press, 1998. p. 136-150.

Bonner RL, Rich AR (1988) A prospective investigation of suicidal ideation in college student. A test of a model. Suicide & Life-Threatening Behavior, 17, 50-63.

Caplan G (1964) Principles of Preventive Psychiatry. Basic Books, Tavistock, London.

Cohen S, Wills TA (1985) Stress, social support and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin, 77, 153-17d1.

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

Coyne JC, Downey G (1991) Social factors and psychopathology. Stress, social support, and coping processes. Annual Review of Psychology, 42- 401-425.

Devrimci-Ozguven H, Sayil I (2003) Suicide attempts in Turkey: results of the WHO-EURO Multi-centre Study on Suicidal Behaviour. Can J Psychiatry, 48(5) 27-32.

Diekstra RFW The epidemiology of suicide and parasuicide *Acta Psychiatr Scand (Suppl)* 1993, 371 9-20

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

France K (1990) *Crisis Intervention A Handbook of Immediate Person-to-Person Help* Charles Thomas Publisher, Illinois, USA, p 61-77

Hafen B, Peterson B (1982) *The Crisis Intervention Handbook* Prentice-Hall, New Jersey, p 2-8

Kerkhof JFM Attempted suicide patterns and trends In Hawton K, van Heeringen K, editors *The international handbook of suicide and attempted suicide* West Sussex, England John Wiley and Sons Ltd, 2000 p 49-64

Kessler RC, Price RH, Wortman CB (1985) Social factors in psychopathology Stress, social support, and coping processes *Annual Review of Psychology*, 36, 531-572

McLeavey BC, Daly RJ, Murray CM, O'Riordan J, Taylor M (1987) Interpersonal problem-solving deficits in self-poisoning patients *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 17, 33-49

Orbach I, Rosenheim E, Hary E (1987) Some aspect of cognitive functioning in suicidal, chronically ill, and normal children *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 181-185

Ozguven HD, Soykan Ç, Haran S (2003) *Intihar girişimlerinde depresyon ve kaygı belirtilerinin yanısıra problem çözme becerileri ve algılanan sosyal desteğin önemi* *Türk Psikoloji Dergisi* (yayına kabul edildi)

Ozguven HD, Sayıl I (1999) *Ankara Üniversitesi Kriz Merkezi'ne bir yıl süresince başvuran yeni vakaların sorun alanları ve tanılarına göre değerlendirilmesi* *Kriz Dergisi*, 7(1) 7-13

Palabıyıkoğlu R, Oral A, Binici SA, Haran S (1997) *Intihar girişimi olan ve olmayan kriz olgularının çeşitli değişkenler açısından incelenmesi* *Kriz Dergisi*, 5(1) 25-32

Platt S, Bille-Brahe U, Kerkhof A, Schmidtke A, Bjerke T, Crepet P, et al *Parasuicide in Europe The WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide I Introduction and preliminary analysis for 1989* *Acta Psychiatr Scand* 1992, 85 97-104

Rich AR, Bonner RL (1987) *Concurrent validity of a stress-vulnerability model of suicidal ideation and behavior A follow-up study* *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 17, 265-270

Sayıl I, Ozguven HD (2003) *Suicide and suicide attempts in Turkey Results of the Who/Euro Multicenter Study of Suicidal Behavior (in) Suicide and Suicide Attempts in Europe Finding From the Who/Euro Multicenter Study on Suicide* Hogrefe Publisher (basımda)

Sayıl I, Ozguven HD (2002) *Suicide and suicide attempts in Ankara in 1998 Results of the Who/Euro Multicentre Study of Suicidal Behavior* *Crisis*, 23(1) 11-16

Sayıl I (2000a) *Kriz kavramı, krize müdahale ve koruyucu ruh sağlığındaki yeri* *Kriz ve Krize Müdahale (içinde) Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları, Ankara, s 7-38*

Sayıl I (2000b) *Intihar davranışı* *Kriz ve Krize Müdahale (içinde) Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları, Ankara, s 165-198*

Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P, et al (1996) *Attempted suicide in Europe rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992 Results of the WHO/EURO multicentre study on parasuicide* *Acta Psychiatr Scand* 1996, 93 327-338

Schotte DE, Clum GA (1987) *Problem-solving skills in suicidal psychiatric patients* *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 49-54

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