

BİPOLAR BOZUKLUKLARDA İNTİHAR*

Işık SAYIL*

ÖZET

Makalede bipolar bozukluklarda intihar olgusu uygulamadan gelen deneyimler doğrultusunda gözden geçirilmiştir. İntihar girişimlerinde ilk yardım tartışılmış ve acil serviste kriz ekibinin çalışması anlatılmıştır.

Anahtar Kelimeler: İntihar, bipolar bozukluk, krize müdahale.

Suicide in Bipolar Disorders

SUMMARY

In this article, suicide phenomenon was reviewed under the practical experience. The first aid in suicide attempts is discussed and the work of the crisis team in the emergency room is elaborated.

Key words: Suicide, bipolar disorder, crisis intervention.

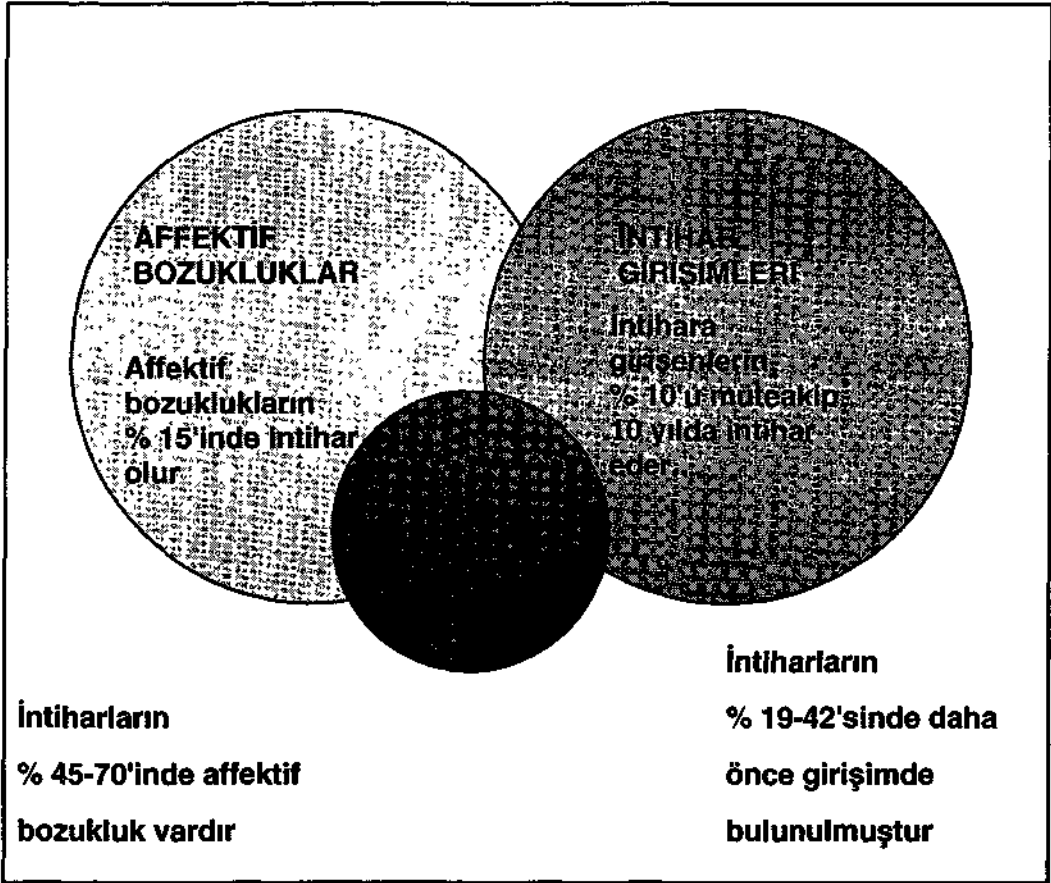
Bipolar bozukluklarda intihar fenomeni, depresyon fazına özgü bir sorun olarak karşımıza çıkar. Her ne kadar maniden depresyona geçiş özellikle bazı vakalarda çok süratle seyretse de genelde intihar depresyon dönemlerinin bir komplikasyonu olarak gündeme gelir (Sayıl 1996).

Bilindiği gibi depresif bozukluk çok çeşitli belirtilerle karşımıza çıkan bir tablodur. Temel belirtileri çökkün duygu durum, karamsar düşünce biçimi ve içeriği, yaşamdan zevk alamama, enerjide azalma, isteksizlik, motor ve ruhsal yavaşlık hali, sıkıntı, endişe, tahammülsüzlük olarak sayılabilir. Uykuda, iştahta azalma ve çeşitli bedensel belirtiler görülebilir. Bazen yalnızca önde gelen bedensel belirtilerle maskeli olarak karşımıza çıkabilir. Tabloya psikotik belirtiler de eklenebilir. Çocukluk ve ergenlik dönemi depresyonlarının erişkin depresyonlardan klinik olarak farklılık gösterdiği, çocuklarda ve ergenlerde davranış değişiklikleri ve bozukluklarının depresyonun belirtileri olabileceği akılda tutulmalıdır. Genel popülasyona oranla yaşlılarda depresyon daha sıklıkla görülmekte ve daha çok bedensel yakınmalarla seyreden maskeli depresyon tarzında seyretmektedir. Nadir de olsa "hiç depresif belirti sergilemiyordu, bu intihar da nereden çıktı" dedirtebilecek durumların nedeni budur.

Her ne biçimde karşımıza çıkarsa çıksın depresif bozuklukta vakaların intihar potansiyeli, son derece dikkatli değerlendirilmelidir. Çünkü bildiğiniz gibi depresyon tedavi edilebilen bir hastalıktır. Oysa intihar olgusu geri dönülemeyen bir sonuca gidebilme potansiyeline sahiptir. Söz konusu olan insanın en değerli şeyi, yaşamıdır. Ağır depresyon vakalarının % 15'inin yaşamının bu yolla son bulduğunu düşünürsek, durumun ciddiyeti daha açık olarak ortaya çıkacaktır. Bir çok bedensel hastalıkta mortalite oranlarının bu düzeye ulaşmadığını hepimiz biliyoruz (Venn Diyagramı Şekil 1)

+ 2-5 Nisan 1998 tarihinde gerçekleştirilen "Bipolar Bozukluklar" konulu "Efes Günleri"nde Panel Konuşması olarak sunulmuştur.

* A.Ü. Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.



İntihar ile affektif bozukluk ve intihar girişimi arasındaki ilişki- VENN DİYAGRAMI

Ne yazık ki intihar genel tababet içinde, hatta psikiyatride klasik morbidite ve mortalite anlayışlarını zorlamaktadır. İradeli bir yanının olması karışıklığa neden olmaktadır. İntiharlar morbid bir durum veya morbid bir durumun mortal bir sonucu olarak değerlendirilmekte, iradi boyutu morbid boyutunu gölgelemektedir. Duruma daha çok moral, dinsel, toplumsal açıdan ön yargılı, biraz izole bir yaklaşımla tavrı alınmaktadır. Bu tavrı alış en azından hekimlerin, bu tür davranışların nörobiyolojik temellerinin olabileceğine dair bir fikre sahip olmamasından ve bilgi eksikliklerinden kaynaklanmaktadır. Suisidal hastalarda BOS'da 5-HIAA (Serotonin metaboliti) düşme göstermektedir. Ayrıca intihar ederek yaşamını yitiren hastalarda beyinde serotonin konsantrasyonunda artma saptanmıştır. Şiddete dayalı intiharlarda bu farklar daha belirgindir (Kaplan ve Sadock 1966)

Genetik çalışmalarda affektif bozukluklarda ailede affektif bozukluk bulunması halinde % 10 ile 75 arasında değişen oranlarda bir genetik geçişten söz edilmektedir. Bu gün için bilgi eksikliğimiz olsa da depresyonda intihar riskinin araştırılmasının hayati önem taşıdığı bir gerçektir.

Özellikle yalnız yaşayan erkek hastalarda intihar riski yüksektir. Ancak bu konuda günümüzde giderek kadın erkek farkının azaldığı dikkati çekmektedir.

Depresyon tanısı konulan her hastada intihar riski değerlendirilmelidir. Depresif tablo süregenleştikçe ve ağırlaştıkça, psikotik belirtileri içeren tablolar da dikkatli olmak gerekir. Hasta ve yakınları ile bu konu açıkça konuşulmalı ve değerlendirilmelidir (Tablo I).

Tablo 1: Depresif Hastalarda İntihar Riskini Artıran Faktörler

- Erkek olmak
- 45 yaşın üzerinde olmak
- Düşük sosyo-ekonomik düzeyden gelmek
- Ailesinde psikiyatrik tedavi görmüş bireylerin olması
- Depresyonun uzun süredir devam ediyor olması
- Bir yılı aşkın süreden beri hipnotik ilaç kullanmak
- Psikomotor yavaşlama, enerji eksikliği göstermek

Depresif bir hasta intiharı düşünüyorsa kendini öldürme planları yapıyorsa, daha önceleri de bir girişimi olmuşsa, ailesinde intihar ederek yaşamına son vermiş birileri varsa risk yükselecektir.

İntihar konusunda iki önemli yanlış inançtan da söz etmek yerinde olacaktır (Tablo 2).

Tablo 2: Yanlış İnanışlar

- "İntihardan söz eden bir kişi intihar etmez"
- "İntihar konusunda konuşmak bireyi intihara iten bir davranıştır".

1- "İntihardan söz eden bir kişi kendini öldürebilir". İntihar edeceğini söyleyen kişi intihar etmez savı yanlıştır. On intihar olgusundan sekizi bunu önceden haber vermiştir. Bu türden ifadeler daima ciddiye alınmalıdır.

2- "İntihar konusunda konuşmak bireyi intihara iten bir davranış değildir". Aksine kişinin bu konuyu birisiyle, özellikle bir profesyonelle paylaşması aktı engelleyici nitelik taşır.

Depresif hastalarda öğüt veren yaklaşımlar, hastayı taşıyamayacağı sorumluluklara itme, zorlamalar, suçluluk duygusu yaratacak davranış ve konuşmalar çok tehlikelidir ve hastanın intihar riskini artırır.

Terapist hastanın intihar düşüncelerini veya girişimini bir sır olarak saklamamalı ve buna söz vermemelidir. Bu bilgi mutlaka hastanın yakınlarıyla paylaşılmalı ve tedavi planı yapılırken onların görüş ve önerileri dikkate alınmalıdır. (Tablo 3)

Tablo 3: İntihar Girişimlerine Müdahalede Yapılmaması Gerekli Durumlar

- Hastanın, anlattıkları ile terapistin sarsıldığını görmesi
- Terapistin objektifliğini yitirerek olayları hastanın gözü ile görmesi
- Terapistin hastada suçluluk duyguları yaratacak davranışlarda bulunması
- Terapistin hastaya öğüt verici bir yaklaşımda bulunması
- Terapistin hastaya intihar girişimini bir sır olarak saklayacağına dair söz vermesi

Terapistin hastayı gördüğü zaman dilimi de önem taşır. Bilindiği gibi depresif hastalar günün başlangıcına göre, gün içinde ve günün sonunda kendilerini daha iyi hissederler. Görüşmeciyi değerlendirmelerinde bunu da dikkate almalıdır.

Ayrıca hastanın yaşam öyküsü iyi değerlendirilmeli, birinci dereceden yakınlarının ölüm yıl dönümleri belirlenmeli, özellikle o günlerde daha aktif bir tutum sergilenmelidir. Pek çok intiharı yakınlarının ölüm yıl dönümlerinde gerçekleştiği bilinen bir gerçektir.

Hastanın statüsünün ya da yakınlarının meslek ve statülerinin terapötik süreci ve tedavi planını etkilemesine izin verilmemelidir; aksi halde gereken müdahale uygun biçimde gerçekleştirilemez. Hasta tedavi edilebilir bir hastalıktan kaybedilebilir.

Tıbbi tedavinin etkilene süresi özellikleri iyi bilinmelidir. Örneğin bazen depresif düşünce içeriği düzelmeden halsizliğin hızla ortadan kalkışı ve kazanılan canlılık intihar riskini artıracaktır.

Bazı vakalarda hastanın tecridi ve acilen, hızla etkili bir tedavi şeklinin, örneğin EKT'nin seçilmesi gerekebilir. Böyle durumlarda kararsızlık gösterilmemesi hayat kurtarıcı olacaktır.

İntiharı düşünen birey daima ölmekle yaşamak arasında düşüncelere birlikte sahiptir. Bazen ufak bir uyarı, birden onu ölüme itebildiği gibi, hayat kurtarıcı da olabilir. Bu bakımdan terapist çok dikkatli olmalıdır.

Bu yazıda AÜ Kriz Merkezi'ne başvuran olguların ışığında edinilen deneyimler aktarılmaya çalışılmıştır. Her bir önerme bir vakanın başarılı ya da başarısız tedavi sonuçlarından edinilmiş deneyimlerdir.

Depresyon, hastadaki biyolojik komponentleri yadsınmayan bir tablodur. Ancak güncel olaylarla bağları da görmezden gelinmemelidir. Bu bakımdan tedavide çok yönlü bir yaklaşım tercih edilmelidir. Tedavi sürecinin uzun olduğu, hatta iyi dönemlerde de hastanın terapistle rahatça ulaşabileceği bir ilişkiyi sürdürmekte yarar vardır. Geçmişinde ağır bir depresyon ve intihar girişimi hikayesi veren her hasta iyi dönemlerinde de ilişki kurmak suretiyle yarı sosyal boyutta bir iletişim içinde izlenmelidir.

İntihar girişimleri bilindiği gibi acil servislere başvurur, çoğu zaman da yakınları tarafından götürülürler. Çoğunlukla da tıbbi ilk yardımdan sonra psikiyatrik konsültasyon istenir, ancak bu her zaman gerçekleşmez. Ülkemizde de giderek boyutları büyüyen bu sorun özellikle büyük kentlerde daha da önemle dikkat çekmektedir (Sayıl 1997, Sayıl ve ark 1997). Bu deneyimlerden yola çıkılarak A.Ü. Kriz Merkezi tarafından, İbni Sina Hastanesi Acil Servisi'nde bir kriz odası oluşturulmuştur (Haran ve ark. 1995). Tüm intihar girişimlerine tıbbi tedavinin hemen bitiminde ulaşmayı hedefleyen bu program, konsültasyon-liyezon ünitesi ile işbirliği içinde yürü-

tılmaktadır. Bu uygulama çerçevesinde 1997 yılı içinde intihar girişimiyle gelen hastaların % 25'i depresyon tanısı ile tedaviye alınmıştır.

Böylelikle pek çok olguda hem tanı hem de tedavi yönünden hizmetin hastanın ayağına götürülmesi ile hasta kaybı önlenmiştir. Ayrıca kalan % 75 oranındaki intihar girişimi de psikososyal kriz olarak değerlendirilerek krize müdahale yöntemleri ile tedaviye alınmış ve olası bir depresyon önlenmiştir. Bu uygulama hem tanı ve tedavi, hem de önleme çalışmalarını bir arada sunması bakımından değerli örnek olarak sunulmuştur.

KAYNAKLAR

Haran S, Berksun O, Sayıl I (1995) Acil Servis Kriz Odası Uygulamaları. Kriz Dergisi, 3:114-117.

Kaplan HI, Sadock BÜ (1996) Comprehensive Textbook of Clinical Psychiatry. William & Wilkinz, Gıza.

Sayıl I (1987) Affektif Hastalıklar ve İntihar: Günümüzde Affektif Bozukluklar (Eğitim Semineri) Sy: 43-47, Gazi Üniversitesi Yayınları, Ankara.

Sayıl I (1996) İntihar, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, I Sayıl (Ed), Sy: 203-215, AÜTF Antıp AŞ. Yayınları, No 12, Ankara

Sayıl I (1997) Review of Suicide Studies in Turkey. Crisis, 18: 124-127

Sayıl I, Berksun O, Palabıyıköçlü R, Oral A, Haran S, Güney S, Binici S, Geçim S, Yücat T, Beder A, Özayar H, Büyükçelik D, Özgüven HD (1997) Attempted Suicides in Ankara in 1995. Suicide Prevention: The Global Context. Kosky R, Eskevari HS, Goldney RD, Hassan R (Eds.) Plenum, N.Y. pp 201-204.