

SUISİDAL KADINLAR: ÖNLEME VE MÜDAHALE STRATEJİLERİ*

Silvia Sara CANETTO, D. LESTER

Çeviren ve özetleyen: Bedriye ÖNCÜ*

ÖZET

İntihar girişiminde bulunan kadınlarda intiharı önleme ve intihara müdahale yöntemleri üzerinde durulan bu yazıda, intiharla ilgili çalışmaları diğerlerinden ayıran özellikler ve intiharla ilgili risk faktörleri gözden geçirilmiştir. İntihar hakkındaki çalışmalarda intihar davranışının daha çok kadınlarda görüldüğü gerçeğinin ihmal edildiği belirtilmiştir. Ölümle sonuçlanmayan intihar davranışının daha çok kadınlarda görüldüğü göz önüne alınarak intiharı önleme, intihara müdahale ve tedavi stratejileri bu bakış açısı ışığında tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: İntihar, kadın, önleme ve müdahale.

Suicidal Women: Prevention and Intervention Strategies

SUMMARY

This review focuses on the prevention and intervention strategies in suicidal women. Differences of the suicidal behavior literature from others and risk factors in suicide is reviewed. The literature on suicidal behavior neglects the fact that the prototypical suicidal person is a woman. The prevention, intervention and therapeutic strategies in suicide is discussed from this point of view.

Key words: Suicide, women, prevention, intervention

+ Women & Suicidal Behaviour, 237-253, New York; Springer, 1995.

* Uzm. Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatrid ABD.

İntihara müdahaleyle ilgili araştırmalar gözden geçirildiğinde, diğer konularda yapılan araştırmalardan bazı yönlerden farklı olduğu görülmektedir. Bu farklılıklar 4 başlık altında incelenebilir.

Birinci fark, bu araştırmaların nadiren birincil önleme sorunları (yani intihar insidansının azaltılması) üzerinde durmasıdır. Araştırmaların büyük çoğunluğu ikincil ve üçüncül önleme üzerinedir. İkincil önleme; intihar sonrası görülen stres ve çeşitli bozuklukların düzeltilmesi, üçüncül önleme; tekrarlardan intihar davranışını azaltmaya yönelik çalışmalar içerir.

İkinci fark, intiharla ilişkili diğer bozukluklar örneğin, depresyon üzerinde yapılan çalışmalarda karşılaştırıldığında, intihara müdahaleyle ilgili çalışmaların yetersizliğidir. Lesse'nin 1970'lerin ortalarında "Ciddi depresyonu olan suicidal hastaların tedavisinde terapilerin menzili" adlı yayınında bahsettiği gibi "intihar fikirleri olan hastalara müdahalede ve bu konuda pragmatik yol gösterici tekniklerin geliştirilmesindeki ciddi boşluk" hala devam etmektedir. Bu boşluğun bir nedeni, intihar çalışmaları yapılırken toplumda daha nadir görülen ama erkeksi bir fenomen olarak kabul edilen mortalite üzerinde daha çok durulmasıdır. Kadınsı bir fenomen kabul edilen ve daha sık görülen ölümle sonuçlanmayan intihar davranışı üzerinde daha az durulmaktadır.

Üçüncü fark, intihar davranışına müdahale hakkındaki yayınlarda tedavi, rasyonel uygulamalar ve

tedavi standartlarından çok (Bongar 1991) intihara müdahale ve pragmatik yol gösterici yöntemler (Lesse 1975) üzerinde durulmasıdır. Özellikle hastaneye yatış endikasyonları üzerinde durulurken bireyin yaşadığı stres veya psikoterapi sürecine daha az önem verilmektedir. İntihar eğilimi olan hastasının intihar sonucu ölmesinde terapistin potansiyel sorumluluğu göz önüne alındığında müdahale üzerinde bu kadar durulması, kısmen de olsa haklı görülebilir. Ama intiharı önlemek gibi daha öncelikli bir konudan çok, tedavi ve hastayla ilgili konular dikkat çekiyor gibi görünmektedir.

En son fark da, intiharla ilgili yayınlarda intihar eden insan prototipini kadınların oluşturduğunun göz ardı edilmesidir. Pek çok makalede (örneğin: Olin 1976) bu kişilerden bahsedilirken erkek zamlar kullanılmaktadır. Bir çok araştırmada da ölümle sonuçlanmayan intihar girişimleriyle ilgili en önemli soru göz ardı edilmektedir. Neden kadınlar? Neden endüstrileşmiş ülkelerin çoğunda ölümle sonuçlanmayan intihar davranışı erkeklerden çok kadınlarda görülmektedir?

Bu bölümde kadınlarda intiharı önleme (birincil müdahale) ve tedavi (ikincil ve üçüncül önleme) üzerinde durulacaktır. Risk faktörleri özetlendikten sonra primer önleme ve tedavi konusundaki yayınlar gözden geçirilecektir.

Risk Faktörleri

Ölümle sonuçlanmayan intihar davranışı eğitimsiz, işsiz, yoksul, istismar ve/veya ihmale uğrayan kadınlarda daha sık görülmektedir (Canetto & Lester 1995). A.B.D.'de ölümle sonuçlanmayan intihar davranışı kadınca bir tutum olarak algılanmaktadır. Kadınların intihar sonucu ölmesi erkekler göre daha olumsuz değerlendirilmektedir. Yine A.B.D.'de kişiler arası ilişki güçlüklerine bağlı intihar davranışı kadıncı bir pattern olarak değerlendirilmektedir (Canetto 1991, 1992-1993, 1994).

Birincil Önleme

İntihar davranışının önlenmesi konusundaki en ilginç bulgular, yardım arama davranışı üzerinde yapılan çalışmalardan elde edilmiştir. Bir çok yazara göre (Hawton&Blackstock 1976; Hawton, O'Grady, Osborn&Cole 1982) intihar eden kişiler tipik olarak girişimden önceki son 1 ay içinde doktora giderler. Bu kişiler sosyal ve kişiler arası ilişki

güçlüklerinden bahsederler, genellikle psikotrop ilaçlarla tedavi edilirler ve kısa bir süre sonra da bu ilacı intihar amacıyla kullanırlar.

İntiharı önleme servislerinin etkinliğini araştıran A.B.D., Batı Almanya ve eski Yugoslavya'da yapılmış çalışmalar (Miller, Coombs, Leeper & Barton 1984; Tekavcic-Grad, Farberow, Zavasnik, Mocnik & Korenjak 1988) kadınların intiharı önlemek amacıyla kurulan telefon hatlarını daha sık kullandığını göstermiştir. A.B.D.'de yapılan bir çalışmada (Miller, Coombs, Leeper & Barton 1984) intiharı önleme servislerinin 25 yaşın altındaki beyaz kadınlarda intihar sonucu ölümleri azaltmada etkili olduğu bulunmuştur. Onsekiz çalışmanın gözden geçirildiği bir metaanalizde (Dew, Bromet, Brent & Greenhouse 1987) intiharı önleme merkezlerinin toplumdaki intihar oranını etkilemediği saptanmıştır. İntiharı önleme merkezlerinin ölümle sonuçlanmayan intihar davranışı üzerine etkisi ise araştırılmamıştır.

Özetle, intiharı önlemeyle ilgili çalışmalar göstermiştir ki doktor ve/veya intiharı önleme servisiyle kurulan bağlantı intihar oranlarını etkilemektedir. Hatta ilaçla intihar etmek isteyenlerde doktora başvuru sonucu verilen tedavi amaçlı ilaçlar intiharı kolaylaştırmaktadır. Kişi bir kez intiharı düşünmeye başladıktan sonra intiharı önlemeden söz etmenin güç olduğu da düşünülebilir. Kişiyi intiharı düşünmeye yönlendiren nedenlerin önlenmesi, intiharı önlemede çok daha etkili bir yöntem olabilir.

Halk sağlığı çalışanları birincil önleme yöntemleri uygulanırken, sorunun temelini (nedenin nedeni) doğru gidildikçe daha etkili sonuç alındığını bilirler. Genel yani makro planlar, daha özel yani mikro planlardan (krize müdahale merkezleri gibi) her zaman daha etkin olmuştur. İntihar konusunda yapılan makro plan çalışmalarında daha çok erkekler üzerinde durulmaktadır. Örneğin, McIntosh (1992) beyaz erkeklerin intihar oranlarında bir düşüş sağlanabilmesi için bu grubun ekonomik güvenliğinin sağlanması ve toplumun yaşlanmaya olumsuz yaklaşımı üzerinde durulması gerektiğini savunmuştur. Buna benzer bir makro analiz kadınların intihar davranışını anlamak ve önlemek amacıyla da yapılabilir. Ancak, kadınların intihar davranışındaki risk faktörlerine, özellikle de işsizlik ve ölümle sonuçlanmayan intihar davranışının toplumda kadınca bir başatma yolu olarak algılanmasına yönelik çalışmalar çok çok nadirdir (Canetto 1992-1993).

İkincil ve Üçüncül Önlleme

İkincil ve üçüncül önlleme hakkındaki yayınların çoğu bireylerin intihar girişimleri üzerinedir. Örneğin ilaç tedavileri, EKT veya bireysel psikoterapiler. Bazı yazarlar aile tedavileri ve grup psikoterapilerini de önermektedirler (Farberow 1968; Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon&Heard 1991). Sosyal, ekonomik ve kültürel faktörler üzerinde duran programlara birincil önlleme alanında olduğu gibi, ikincil ve üçüncül önlleme programlarında da rastlanmaktadır.

Bireysel Müdahaleler

Ölümlerle sonuçlanmayan intihar davranışına müdahalede ilk tanımlanan ve en çok kullanılan yöntemler, bu davranışın bireysel bozukluk veya yetersizliklerden kaynaklandığı ve bireysel bir sorun olduğu görüşünden yola çıkarlar (Birtchnell 1983; Maltzberger & Buie 1974, Schwartz, Flinn & Slawson 1974). Müdahale yöntemlerindeki farklılıkların nedeni genellikle bireysel patolojinin ne olduğu konusundaki görüş ayrılıklarıdır. Beyindeki kimyasal dengesizlikler, intrapsişik sorunlar, kişilik bozuklukları, bilişsel çarpıtmalar veya problem çözme kapasitesindeki yetersizlikler gibi sorunlara yönelen tedavi yöntemleri uygulanmaktadır.

Biyolojik müdahaleler: Yayınlarda sık rastlanan bir tedavi grubudur. İntihar davranışından biyolojik etmenlerin sorumlu olduğu ve tedavi için bu etmenlerin düzeltilmesi gerektiği hipotezinden yola çıkılarak geliştirilen tedavilerdir. Uygulanan yöntemler ilaç tedavileri ve EKT dir. En çok önerilen ilaçlar antidepressanlar ve antipsikotiklerdir (Lesse 1975).

Psikolojik müdahaleler: İntihar davranışına müdahalede en çok tartışılmış ikinci yöntem psikoterapidir. Psikodinamik yönelimli psikoterapiler en sık önerilen yöntem olmakla birlikte, bilişsel ve davranışçı yaklaşımlar da kullanılmaktadır.

Psikodinamik yönelimli psikoterapiler: Diğer bireysel psikoterapi yöntemleri arasında klinik çalışmalarda en çok üzerinde durulan yöntem psikodinamik yönelimli psikoterapilerdir (Birtchnell 1983; Hendin 1981; Lesse 1975; Maltzberger & Buie 1974, Olin 1976). Bu yaklaşım intihar eden kişilerde esas bozukluğun intrapsişik alanda olduğu düşüncesi üzerine kurulmuştur ve intihar davranışı

özellikle otonomi ve bireyselleşmedeki sorunların bir belirtisi olarak kabul edilir. İntihara eğilimli kişilerin büyüme ve gelişme dönemlerinde bakımda eksiklik veya bozukluklar sonucu oral bağımlı kişilik özellikleri geliştirdikleri öne sürülmüştür. Hatta bu kişilerin aileleri, dominant bir anne ve yetersiz ve uzak bir baba şeklinde karikatürize edilmiştir. Bir çok psikiyatrik bozuklukta olduğu gibi burada da sorumlu olarak hastanın annesi gösterilmiştir (ayrıntılı bilgi için bkz. Caplan & Hall-McCorquodale, 1985).

İntihar girişiminde bulunan kişi tanı konulurken sıklıkla bağımlı, borderline, immatür veya histerik olarak değerlendirilmektedir (Birtchell 1983, Kiev 1975, Novotny 1972). Örneğin Birtchnell "İntihara eğilimli hastalara müdahalede psikoterapötik yaklaşımlar" (1983) adlı makalesinde şöyle yazmıştır: "İntihar davranışı bağımlı kişilik yapısının belirgin bir özelliğidir. Bu kişiler stres altında çaresizlik hisseder, ne yapacağını birisinin söylemesini bekler ve kollanmayı isterler".

Sık rastlanan başka bir tema, intiharın 'mazohistik tatmin' sağladığı görüşüdür (Novotny, 1972). Hatta bazı yazarlar tarafından kendini kesmek enstest isteğinin sembolik bir şekilde tatmini olarak değerlendirilmiştir. İntihar girişiminde bulunmuş kendini kesen hastalar hakkındaki bir yazısında Novotny şöyle demektedir: "Penetrasyonun" bir boyutu olan 'kendini kesme' hem korkulan aynı zamanda da istenen babanın penetrasyonunu sembolize ediyor olabilir mi?"

Psikoanalitik eğilimli pek çok klinisyen, intihara eğilimli kişilerin insan ilişkilerinin ilgisiz hatta düşmanca olmaya eğilim gösterdiğini yazmıştır. Örneğin Schwartz'a (1979) göre "hastalar annelik ihtiyaçları yetersiz olarak karşılanan bireylerdir".

Paradoks olarak, intihar eğilimli kişinin duygusal desteğinin yetersiz olduğu anlaşıldığında, sıklıkla terapide de bu tür bir desteğin verilemeyeceği şeklinde bir uyarı bunu izler. Schwartz, Flinn ve Slawson'a (1974) göre "intihar eğilimli bir kişilikte, anneliğe (*mothering*) duyulan ihtiyaç intihar olarak ifade edilir. Bu annelik sağlanırsa intihar eğilimi azalabilir. Fakat bu intihara eğilimli kişilik yapısını güçlendirmekten başka işe yaramaz." Yine bu yazarlara göre, "terapinin aşamalı olarak kişiyi etrafını saran kollardan kurtaracağı ve gittikçe üstündeki

sorumluluğu arttıracığı hastaya gösterilmelidir". Aynı yazıda intihara eğilimli kişilerin mümkün olduğunca kısa sürelerde hastanede kalması gerektiğini savunan yazarlar, hastanede uzun süre kalmanın kişide intihara eğilimli bir kişilik yapısının gelişimini destekleyen önemli bir faktör olduğunu tartışmışlardır.

Özet olarak; psikodinamik yönelimli psikoterapistler, intihara eğilimli bireylerin çevresindeki empatik olmayan ilişkileri tekrar ediyor gibi görünmektedirler. Hastanın bağımsız ve sorumluluk sahibi olması gerektiği üzerinde bu kadar durulması dikkat çekicidir. Çünkü psikodinamik yaklaşımlarda genellikle terapist, geçici bir süre içinde olsa hastanın bağımlılığını destekleyici bir tutum takınır ve hastanın "düzeltilici" duygusal yaşantı yaşammasını sağlar.

Bilişsel ve davranışçı tedaviler: İntihar davranışının, davranışçı teorisi ve terapisi Frederick ve Resnik (1971), Bostock ve Williams (1974) ve Liberman ve Eckman (1981) tarafından geliştirilmiştir. Davranışçı yaklaşımlarda ortak tema, intihar davranışının öğrenilmiş bir başa çıkma mekanizması olduğu ve sosyal sonuçlarının da etkisiyle kalıcı hale geldiğidir. Davranışçı tedaviler, yıkıcı olmayan başa çıkma yollarının öğrenilmesi üzerinde durur. Bu tedaviler davranışsal defisitler üzerinde duran paket programlar şeklinde hazırlanmışlardır. Örneğin kronik intihar davranışı için Liberman ve Eckman'ın hazırladığı tedavi paketi "sosyal yeteneklerin geliştirilmesi, kaygı ile başa çıkma yöntemleri, birey ve aile üyeleri arasında sorumluluk kontratları yapılmasını" içerir.

Bilişsel yöntemlerde intihara yaklaşımda depresyondakine benzer bir yol izlenir. Disfonksiyonel bilişsel süreçlerin anlaşılması ve düzeltilmesi üzerinde durulur. Örneğin olayların yanlış değerlendirilmesi, asılsız inanışlar ve mantık hataları. İntihara eğilimli kişilerde kognitif terapinin önerileri; kişinin problem çözme yeteneklerinin artırılması, dikotom düşünmeye yönlendirilmesi, kendisi, dünya ve geleceğe dair yanlış inanışlarının değiştirilmesidir.

Bu alandaki yayınlarda en son yenilik, problem çözme becerilerinin geliştirilmesine yönelik bilişsel davranışçı tedavilerdir (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon & Heard, 1991; Nidiffer, 1980; Salkovskis, Atha & Storer, 1990). Bu tedaviler so-

runa direktif, problem yönelimli ve psikoeğitimsel yaklaşır. Hastaya problemlerinin farkına varması, çözüm ve amaçlar geliştirmesi, strateji belirlemesi ve sonuçları değerlendirmesi öğretilir. Önerilen iki model vardır. Birinci model (Salkovskis 1990) kısa sürelidir (5 görüşme). Bireysel görüşme ve ev ödevlerinden oluşan oldukça yoğun bir terapidir. İkinci model (Linehan 1991) daha uzun sürelidir (1 yıl). Pek çok sorun üzerinde değişik teknikler kullanılarak durulur. Grup terapileri, bireysel terapiler ve görüşmeler arası telefonlarla tedavi yürütülür.

Grup, Eş ve Aile Müdahaleleri

İntihar davranışı bireysel zayıflık veya psikopatolojinin sonucu olarak değerlendirildiği için, çevresel faktörler üzerinde duran müdahale önerileri çok azdır. Mevcut öneriler intihar eğilimi olan bireyin ilişkileri üzerinde durmaktadır. Linehan'ın (Linehan 1991) grup terapisi dışındakiler geleneksel psikodinamik veya sistemik yaklaşımı benimser. Kişilerarası ilişkiler haricindeki diğer çevresel faktörler (örn: fakirlik, işsizlik) üzerinde duran bir yaklaşım yoktur.

Grup psikoterapisi: İntihara eğilimli kişilerle yapılan ilk grup terapisi çalışmasını Farberow (1968) yayınlamıştır. Farberow'un önerdiği bu tedavi, kısa ve kriz yönelimli olup, yazarı tarafından "klinik olarak yararlı ve önemli" bulunmuştur. Daha yakın tarihte Linehan ve arkadaşları (Linehan 1991) paket programlarına grup psikoterapisini dahil etmişlerdir. Bu sistemde grup 1 yıl süreyle haftada 1 kez yapılmakta ve kişilerarası ilişkilerin, stres toleransının ve duyguları regülasyon yetilerinin geliştirilmesi üzerinde durulmaktadır.

Eş ve aile terapileri: Pek çok yazara göre hasta için önem taşıyan diğer kişiler de tedaviye dahil edilmelidir (Bedrosian 1986; Kiev 1975). Fakat yalnızca Richman (1986) intihara eğilimli bireylerde aile tedavisinden ayrıntılı olarak bahsetmiştir. Richman, klasik psikodinamik ve sistemik yaklaşımla ayrışma-bireyleşme süreci üzerinde durmuştur. İntihar potansiyelinin yüksek olduğu ailelerde "gerekli değişimlerin kabulünün güç olduğu, rol çatışmaları, bozuk aile yapısı, dengesiz ilişkiler ve duygusal güçlüklerin, transaksiyonel zorlukların ve krize karşı intoleransın" bulunduğunu belirtmiştir. Richman, mümkün olduğunca çok aile ferдинin terapiye alınmasını, aile üyelerinin ölüm düşüncelerinin araştırılmasını, ümide dayalı iyileştirici bir ilişki-

nin kurulmasını, transferansiyel ve kontrtransferansiyel süreçlerin monitorize edilmesini önermiştir.

Terapötik İlişki

Terapötik ilişkinin kalitesi uzun zamandan beri psikoterapinin sonucu için bir belirleyici olarak kabul edilmektedir.

İntihara eğilimi olan kişilerle sağlık personelinin ilişkileri nasıldır ve bu ilişki hastayı nasıl etkilemektedir? Araştırmalar göstermiştir ki (Ansel&McGee, 1971; Dressler, Prusoff, Mark, & Shapiro, 1975) acil servis personeli, psikiyatri asistanları ve hemşireler de dahil olmak üzere, intihar eden kişilerin bakımını üstlenen sağlık personeli bu kişilere karşı ters hatta düşmanca davranmaya eğilimlidir. İki çalışmada (Ansel & McGee, 1971; Ramon et al. 1975) intihar girişimleri "tehlikesiz" olarak kabul edilen kişilere daha negatif yaklaşıldığı göstermiştir. Örneğin Ramon ve arkadaşlarının çalışmasında doktorların; başkalarını etkilemek veya başkalarını üzme gibi kişilerarası dürtülerle yapılan intihar girişimlerine (genellikle kadınlara atfedilen özellikler) daha olumsuz yaklaşırken, depresif dürtülerle (ölme veya kaçıp kurtulma isteği gibi daha çok erkeklere atfedilen özellikler) yapılan intihar girişimlerine daha olumlu yaklaştıkları ve yardım etme konusunda daha istekli davrandıkları görülmüştür. Bütün bu çalışmalar değerlendirildiğinde, intihar yoluyla önem verdiği kişiyi etkilemeye çalışan bir kadının aslında kendini ne kadar güçsüz ve çaresiz hissettiğini bakım veren kişilerin göz önüne almadıkları anlaşılmaktadır. İntihara eğilimli pek çok kadının zaten içinde olduğu düşmanca ve kötüye kullanıcı ilişkiler göz önüne alındığında sağlık personelinin katı ve yardımcı olmaya isteksiz tutumu çarpıcıdır.

Ölümlerle sonuçlanmayan intiharların "kişilerarası" dürtülere bağlı olduğu varsayımı sağlık personelinin, intihara eğilimli bireylerdeki kişilerarası ilişki güçlüklerine empatik yaklaşma güçlüğüne eşlik ediyor gibi görünmektedir. Zich'in araştırmasında (1984) sağlık personelinin ölümlerle sonuçlanmayan intihar davranışını genellikle "bir kandırmaca, başka türlü etkileyemeyeceğin kişileri etkilemek için bir yol" olarak değerlendirdiği anlaşılmıştır. Aslında etkilemek/yönlendirmek (manipulation) terimine ölümlerle sonuçlanmayan intihar literatüründe çok sık rastlanmaktadır (Zich, 1984). Bancroft ve arka-

daşlarının araştırmasında (Bancroft, Skrimshire, & Simkin, 1976) kişilerarası dürtülerden, (örn. başkasını etkilemek veya yönlendirmek) çoğu psikiyatristin bahsettiği fakat hastaların çok az bir bölümünün bundan bir sebep olarak bahsettiği görülmüştür. Hastaların çoğu davranışını korkunç bir durum karşısında duyulan ümitsizlik ve çaresizlik olarak açıklamıştır.

Klinisyenler ve intihar eğilimi olan hastaların uzun süreli kişilerarası ilişki süreçleri (aktarım ve karşı aktarım) incelendiğinde, klinisyenlerin intihara eğilimli kişileri daha eleştirel bir şekilde tanımladıkları görülmüştür. Genellikle bu hastalar "kooperasyon güç", "provokatif", "nisbetçi" gibi etiketlerle değerlendirilmiştir (Maltzberger & Buie, 1974). Maltzberger ve Buie'a (1974) göre bu kişiler nefret karşı aktarımını stimüle ederler, diğer bireylerde sadizmi uyandırırılar, genellikle diğer kişilerle yalnızca sadomazohistik ilişkiler kurabilirler.

Bu yayınlarda intihar eğilimi olan hasta genellikle kadın (she), terapistler de erkektir (he). Terapötik ilişkinin cinsiyet ve güçle ilgili dinamikleri üzerinde stereotipik bir biçimde durulmuştur. Yine Maltzberger ve Buie'a (1974) göre "hasta terapistin bilinç dışında yer alan oral dönemdeki anne figürü ile özdeşleşir ve terapist "kimin patron" olduğunu göstereceği bir kavgaya doğru sürüklenir"

Özetle; klinik ve ampirik veriler göstermiştir ki, sağlık personelinin intihar eğilimli kişilere yaklaşımı eleştirel ve reddedicidir. Bu olumsuzluğun temelinde kişiyi intihara yönlendiren sebeplerle ilgili yanlış anlamalar ve aynı zamanda bu kişilerin ilişkilerinde yaşadıkları çaresizliğe empatide eksiklik vardır. Hastanın iyileşmesinde olumlu terapötik ilişkinin önemi dikkate alınır, intihar eğilimli bireylerin tedavisindeki genel başarısızlık hiç de şaşırtıcı değildir.

Tedavi Müdahalelerinin Etkinliği

Hirsch, Walsh ve Draper'in 1982'de yayınladıkları tedavi etkinliğiyle ilgili gözden geçirme çalışmasında "herhangi bir müdahalenin diğerlerine göre intiharı önlemede daha etkin olduğuna" dair çok az kanıt bulunduğu, ancak uzun süreli, ve tekrarıyan herhangi bir iletişim şeklinin (telefon veya görüşme şeklinde olabilir) yararlı olabileceği belirtilmiştir. Salkovskis (1990) ve arkadaşlarının yaptığı bir ça-

İşimada (N=20, %58 kadın) intihar riski yüksek hastalar "normal tedavi" ve problem çözümüne yönelik bilişsel davranışçı tedavi gruplarına alınmışlar. Deney grubundaki hastalar tüm sorunlu alanlarda ilerleme kaydetmişler ve 6 ay içinde tekrarlayan intihar girişimi oranlarında azalma olduğu görülmüştür. Bu durum 18. ayda kontrol grubuyla eşitlenmiştir. Linehan ve arkadaşlarının (1991) yaptığı diğer bir çalışmada, kronik intihar girişimleri ve ciddi fonksiyon bozuklukları olan kadınlar (N=44) normal tedavi ve bilişsel davranışçı tedavi gruplarına ayrılmış. Her 4 ayda gelişmeler değerlendirilmiş. Her değerlendirmede deney grubundaki kadınların daha seyrek ve daha az ciddi intihar girişimleri olduğu saptanmıştır. Bu hastalar bireysel tedaviye daha çok devam etmiş ve hastanede daha az yatmışlardır. Tedavi sonrası verileri olmadığı için deney grubundaki bu ilerlemenin süregen olup olmadığı bilinmemektedir.

Sonuçlar ve Öneriler

İntihar literatürü, müdahale ve ele alışla ilgili değişik yaklaşımlar içerir. Cinsiyet ve diğer yaşam olaylarının intihar davranışı üzerindeki etkisine değinilmemiş olması bu yayınların bir eksikliğidir. Çok az sayıda araştırmacı (Jack&Williams, 1991) intihar davranışının ekonomik sıkıntıları olan, eğitimsiz, duygusal ve fiziksel istismara uğramış genç kadınlarda daha sık görüldüğünü göz önüne alarak planlamıştır.

Yayınlardaki diğer bir eksik yan, intiharin sosyal anlamının gözardı edilmesidir. A.B.D.'de ölümler sonuçlanmayan intihar davranışının genç kadınlara uyan bir davranış olarak algılandığı bilinmektedir (bkz. Canetto, 1991, 1992-1993, 1994). Genç kadınların bu davranışı idiosinkratik ve garip bir davranış olarak değerlendirilmemelidir. İntihar eden kadınların psikolojik özellikleri (örneğin; kendileri, dünya ve gelecek hakkındaki olumsuz inanışları ve geçmiş yaşantıları) kadınların sosyalleşme patternleri ve kadınlarla ilgili kültürel değerler ışığında değerlendirildiğinde bu davranış çok irrasyonel görünmemektedir.

Cinsiyet ve diğer çevresel faktörlerin dikkate alınmasının önem kazandığı yer değerlendirme aşamasıdır. Geleneksel intihar risk değerlendirmesi (Bongar, 1991) cinsiyet rolü analizi ile desteklenebilir (Brown, 1986; 1990; Canetto, 1994). Bu,

cinsiyet rolünün kişinin sosyalleşmesi ve ruh sağlığı üzerindeki etkileri hakkında fikir sahibi olmayı gerektirir. Aynı zamanda cinsiyet, yaş, sosyal sınıf, etnik köken, kültür ve diğer demografik faktörlerin risk faktörleri açısından değerlendirilmesini de içermelidir. Cinsiyet farklılıklarına dikkat eden klinisyenler, hastaları için cinsiyetin ne anlama geldiğinin ve bu yaş grubundan ve kültürden gelen hastaların cinsiyetle ilgili yaşadığı güçlüklerin farkındadırlar. Aynı zamanda cinsiyet hakkında kendi tutumlarının ve bu tutumun tedaviyi ne yönde etkilediğinin bilincindedirler. Cinsiyet farkını dikkate alan böyle bir klinisyenin sorması gereken sorular şunlardır: Acaba bu belirtiler stereotipik kadınsı davranışların abartılmış bir şekli mi? Böyle davranması onun için ne anlama geliyor? Bu kültürde kadının intiharı nasıl değerlendirilir? Onun için önemli kişiler bu davranışı nasıl değerlendiriyor? Öyküde istismar var mı? Ekonomik kaynakları ne? Eğitim ve iş olanakları ne durumda?

İntihara müdahale konusunda şimdiye kadar önerilmiş her tedavinin belli avantaj ve dezavantajları vardır. Biyolojik tedavilerde psikolojik zihinliliğe gerek duyulmaması bir avantajken, hastanın çözümü tamamen kendi dışında araması gibi olumsuz sonuçlar doğurması dezavantajdır. Jack ve Williams (1991) a göre biyolojik tedaviler kişinin becerilerini azalttığı gibi bağımlılığa da yol açabilirler.

Bireysel terapiler intihar eğilimli bireye kendini tanımak için önemli bir fırsat sunar. Bu tedavilerden özellikle psikodinamik yönelimli terapilerde dış etkenlerin göz ardı edilmesi ve kişinin sorunu yalnızca kendinde araması riski vardır. Bireyin kendine dönmesi ve sorunlarını kişiselleştirmesi, kadının sosyalleşmesinde zaten desteklenen davranışlardır. İntihara eğilimli kadınlar olumsuz ve kendini suçlayıcı düşüncelere özellikle duyarlı olduklarından bunun gibi iç odaklara yönelen bir yaklaşım hastanın suçluluk duygularını arttırabilir.

İntihar davranışının tedavisinde grup psikoterapilerinin etkinliğini araştıran basılı bir yayın yoktur (Linehan ve arkadaşlarının (1991) bireysel, grup ve telefonla irtibatı kombine ettikleri çalışma dışında). Ama grup terapilerinin depresyon, madde kullanımı gibi alanlardaki sonuçları düşünüldüğünde, bu tedavinin intihar eğilimli kadınlarda da başarılı olacağı öngörülebilir. Bu tedavi intihar eğilimli kadınlara destek sağlayan bir sosyal ortam sunacak ve has-

tarlar için çevresel etkenlerin kendi davranışını nasıl etkilediğini öğrenme konusunda bir fırsat olacaktır. Grup terapisi psikoterapistte duyulan duygusal bağımlılığı da azaltacaktır (Canetto, 1991). Grup terapileri intihar eğilimli kadınlara özellikle uygundur, çünkü bu kadınların sosyal ilişkileri genellikle zayıftır (Arcel et al., 1991) ve benzer sorunlarla başkalarının karşılaşmadığını düşünüyör olabilirler (Cloward & Piwen, 1979).

Aile veya eşin tedaviye dahil edilmesiyle ilgili sistematik araştırmalar yapılmamıştır, ancak bu tür bir girişimin sonuçlarının olumlu olabileceğine dair veriler vardır. Canetto ve Lester'e (1975) göre intihar eğilimli kişilerin yakınlarıyla sorunlar yaşadığına dair kanıtlar vardır. Pek çok vakada önemli bir kişi tarafından söylenmiş/ima edilmiş ölüm isteği vardır (Richman&Rosenbaum, 1970; Wolk-Wasserman, 1985). İntihar eğilimli kişilerin ailelerinde ciddi psikolojik sorunlar olduğu rapor edilmektedir. Bunlar otonomi sorunları (Canetto& Feldman, 1993) ve intihar davranışını da içermektedir (Walk-Wasserman, 1985a).

Klinisyen en azından aile üyelerinden hasta hakkında bilgi alma yoluyla aileyi terapiye katabilir. Örneğin Lesse, (1975) aile üyelerinden hastayı izlemelerini ve terapistte rapor vermelerini istemektedir. Bu yaklaşımın eksik yanı aile üyelerinin psikolojik olarak sağlıklı olduğunu, ve hastanın iyiliğini istediklerini varsaymasıdır. Klinisyen aile bireylerini ayrı ayrı değerlendirip tüm aileyi tedaviye almayı da seçebilir. Bu yaklaşım terapistte çeşitli avantajlar sunar. Böylece;

- a) Aile dinamikleri doğrudan incelenebilir.
- b) İntihar davranışını tetikleyen veya sümesine neden olan aile dinamiklerine müdahale edilebilir.
- c) Bu olaylardan etkilenen aile üyelerine destek sağlanır.

d) Aile üyelerinin disfonksiyonel ilişkilerdeki potansiyel katkılarının farkına varması sağlanarak hastaya daha çok destek olunabilir.

e) Hastanın ve ailesinin yalnızca terapistte dayanması azaltılır.

Terapi tedavide önemli olmakla birlikte unutulmamalıdır ki uzun süreli önlemede (18 ay) başarısı kanıtlanmış bir tedavi henüz yoktur. Terapilerde başarının artırılması için sosyal, ekonomik, yaş, cinsiyet ve ailesel etkenlerin üzerinde durulması yararlı olabilir.

Uygulanan bütün tedavilerin ortak yanı, intihar insidansını etkilememeleridir. Albee'nin (1990) yazdığı gibi, toplumu etkileyen hiç bir hastalık tek tek bireylerin tedavisiyle ortadan kaldırılamaz. Tedavi programlarındaki başka bir sorun, intihar eğilimi olan bireylere sağlanacak uzun dönemli ve yoğun terapilerde çalışacak yeterli personelin olmamasıdır.

Sosyokültürel etkilerin herhangi bir tedavi yönteminden daha etkili olduğunu ve intihar yüzdesinde gerçek bir azalma için "toplumun değişmesinin gerektiğini" savunan yazarlar vardır (Hirsch et al., 1983). Hirsch ve ark. ile Albee'nin (Albee, 1986, 1990) çalışmalarından şöyle bir sonuç çıkarmak oldukça mantıklı görünmektedir: Ölümle sonuçlanmayan intihar davranışında en çok ümit veren çalışmalar sosyal ve kültürel risk faktörlerini hedefleyen birincil önleme programlarıdır. Kadınlarda görülen ölümle sonuçlanmayan intihar davranışı kadınların iş olanakları arttığında azalacaktır. Yaşamda karşılaşılan sorunların çözümünde, intiharın makul kadınsı bir çözüm olduğu inancının değişmesi durumunda da kadınlardaki ölümle sonuçlanmayan intiharların azalacağı öngörülebilir.

KAYNAKLAR

Albee GW (1986), Toward a just society: Lessons from observations on the primary prevention of psychopathology, *American Psychologist*, 41, 891-898.

Albee GW (1990) The futility of psychotherapy. *The Journal of Mind and behavior* 11, 369, 384.

Ansel EL, Mc Gee RK (1971), Attitudes toward suicide attempters. *Bulletin of Suicidology* 8, 22-28

- Arcel LT, Mantonakis J, Petersson B, James J & Kalliteraki E (1991), Suicide attempts among Greek and Danish women and the quality of their relationships with husbands and boyfriends. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 189-195.
- Bancroft JH, Skrimshire AM, Simkin S (1986), The reason people give for taking overdoses. *British Journal of Psychiatry* 128, 538-548.
- Bedrosian RC (1986), Cognitive and family interventions for suicidal patient. *Journal of Psychotherapy and the Family* 2, 129-152.
- Birchneil J (1983), Psychotherapeutic considerations in the management of the suicidal patient. *American Journal of Psychotherapy* 37, 24-36.
- Bongar, B. (1991), *The suicidal patient: Clinical and legal standard of care*. Washington DC. American Psychological Association
- Bostock T, Williams CL (1974), Attempted suicide as an operant behavior. *Archives of General Psychiatry* 31, 482-486.
- Brown LS (1986), Gender role analysis: A neglected component of psychological assessment. *Psychotherapy* 23, 243-248.
- Canetto SS (1991), Gender roles, suicide attempts, and substance abuse. *Journal of Psychology* 125, 605-620.
- Canetto SS, Feldman LB (1993), Overt and covert dependence in suicidal women and their male partners. *Omega* 27, 177-194.
- Canetto SS (1992-1993), She died for love and he for glory: Gender myths of suicidal behavior *Omega* 26, 1-17.
- Canetto SS (1994), Gender issues in the treatment of suicidal individuals. *Death Studies* 18, 513-527.
- CanettoSS, Lester D. (1995), The epidemiology of women's suicidal behaviors. SS Canetto & D Lester (editörler), *Women and suicidal behaviors (sy 35-57)* New York: Springer.
- Caplan PJ; Hall-McCorquodale I (1985), The scapegoating of mothers: a call for change. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4): 610-3.
- Cloward RA, Piven FF (1979), Hidden protest: The channeling of female innovation and resistance. *Signs. Journal of Women in Culture and Society* 4, 651-669.
- Dew MA; Bromet EJ; Brent D; Greenhouse JB (1987), A quantitative literature review of the effectiveness of suicide prevention center. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (2): 239-44.
- Dressler DM; Prusoff B; Mark H; Shapiro D (1975), Clinician attitudes toward the suicide attempter. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 160 (2-1):146-55.
- Farberow N (1968), Crisis prevention. *International Journal of Psychiatry*, 6(57):382-4.
- Frederick CJ; Resnik HL (1971), How suicidal behaviors are learned. *American Journal of Psychotherapy*, 25 (1): 37-55.
- Hawton K; Blackstock E (1976), General practice aspects of self-poisoning and self-injury. *Psychological Medicine*, 6(4):571-5.
- Hawton K; O'Grady J; Osborn M; Cole D (1982), Adolescents who take overdoses: their characteristics' problems and contacts with helping agencies. *British Journal of Psychiatry*, 140: 118-23.
- Hendin H (1981): *Psychotherapy and suicide*. *American Journal of Psychotherapy*, 35(4):469-80.
- Hirsch SR; Walsh C; Draper R (1982) Parasuicide. A review of treatment interventions. *Journal of Affective Disorder*, 4 (4): 299-311.
- Hirsch SR; Walsh C; Draper R (1983), The concept and efficacy of the treatment of parasuicide. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 15 Suppl 20:189S-194S.
- Jack RL; Williams JM (1991), Attribution and intervention in self-poisoning. *British Journal of Medical Psychology*, 64 (Pt 4) 0:345-58.
- Kiev A (1975), Psychotherapeutic strategies in the management of depressed and suicidal patients. *American Journal of Psychotherapy*, 29 (3):345-54.
- Lesse S (1975), Fifteenth Emil A. Gutheil Memorial Conference. The range of therapies in the treatment of severely depressed suicidal patients. *American Journal of Psychotherapy*, 29 (3):308-26.
- Liberman RP; Eckman T (1981), Behavior therapy vs insight-oriented therapy for repeated suicide attempters. *Archives of General Psychiatry*, 38(10): 1126-30.
- Linehan MM; Armstrong HE; Suarez A; Allmon D; Heard HL (1991), Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry* 48 (12): 1060-4.
- Maltsberger JT; Buie DH (1974), Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. *Archives of General Psychiatry*, 30(5): 625-33.

McIntosh JL (1992), Epidemiology of suicide in the elderly. *Suicide Life Threat Behav*, 22 (1):15-35.

Miller HL; Coombs, DW; Leeper JD; Barton SN (1984), An analysis of the effects of suicide prevention facilities on suicide rates in the United States. *American Journal of Public Health*, 74 (4):340-3.

Nidiffer FD(1980), Combining cognitive and behavioral approaches to suicidal depression: a 42 month follow-up. *Psychological Reports*, 47 (2): 539-42.

Novotny P (1972), Self-cutting. *Bulletin of Menninger Clinic*, 36(5):505-14.

Olin HS (1976), Psychotherapy of the chronically suicidal patient. *American Journal of Psychotherapy* 30 (4): 570-5.

Ramon S; Bancroft JH; Skrimshire AM (1975), Attitudes towards self-poisoning among physicians and nurses in a general hospital. *British Journal of Psychiatry*, 127:257-64.

Richman J; Rosenbaum M (1970), A clinical study of the role of hostility and death wishes by the family and society in suicidal attempts. *Isr Ann Psychiatr Relat Discip*, 8(3):213-31.

Salkovskis PM; Atha C; Storer D (1990), Cognitive-behavioural problem solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide. A controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 157:871-6.

Schwartz DA (1979), The suicidal character, *Psychiatry* Q 51(1):64-70.

Schwartz DA; Flinn DE; Slawson PF (1974), Treatment of the suicidal character. *American Journal of Psychotherapy* 28(2):194-207 .

Tekavcic-Grad O; Farberov NL; Zavasnik A; Mocnik M; Korenjak R (1988), Comparison of the two telephone crisis lines in Los Angeles (USA) and in Ljubljana (Yugoslavia), *Crisis*, 9(2): 146-57.

Wolk-Wasserman D (1985), The intensive care unit and the suicide attempt patient. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71 (6):581-95.

Zich JM (1984), A reciprocal control approach to the treatment of repeated parasuicide. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 14 (1):36-51.