

Çocuk ve Ergenlerin İntihar Davranışına Yönelik Bütünleyici Bir Tedavi Yaklaşımı *

Çeviren R .Uslu

Özet : Çocuk ve ergen intiharları son yıllarda giderek artmaktadır. Çocuk ve ergenlerde intihar girişimi ve tamamlanmamış intiharlar ile ilgili yüksek risk etkenleri tartışılmış ailelerin tepkileri ve terapi sürecinde bu tepkilerin geçirdiği aşamalar verilmiştir.

Saat 02.00'de J'nin telefonu ile uyandım. Paniğe kapılmış gibiydi : "Bu sefil yaşamı sona erdirmek üzereyim. Elimde bir avuç dolusu hap var. Siyanür bile var" dedi. 17 yaşında, davranım bozukluğu, madde ve alkol sorunları olan çok saldırgan bir gençti. Anababasının evinden atılmıştı. O gece, uyuşturucu madde satışı nedeni ile tutuklanmıştı. Telefonda, onu hastaneye yatırmazsam kendini "gerçekten" öldüreceğini söyledi. İlaçları yutmadan önce, size telefon ederek yardım istediğimi ancak sizin bunu reddettiğinizi belirten bir intihar mektubu bırakacağım. Bir gazeteye telefon ederek bu mektubu onlara okuyacağım. Bana yardım etmelisiniz" dedi. Uzun bir telefon konuşmasından sonra onu, ileri değerlendirme için acil servise başvurmaya ikna edebildim. Hastaneye değil ama, daha önce tedavi görmüş olduğu bir eve kabul edildi. Şimdi hayatta, ancak suça yönelik davranışları nedeniyle başı hala deritte.

İntihar eğilimi olan çocuk ve ergenlerle çalışmak güç olduğu kadar ödüllendirici, klinik deneyim kazandırıcıdır. Çocukların ve gençlerin kendine zarar verici davranışları, ailelerini, arkadaşlarını, sağlık ve ruh sağlığı çalışanlarını çok etkilemektedir.

İntihar, pek çok ülkede gençlerin ölüm nedenleri arasında ilk üç sırada yer almaktadır. Tüm yaş gruplarında yıllık intihar oranları Yunanistan'da 100.000/2.9. Macaristan'da

100.000/ 44.9, ortalama 10.0'dur Kanada, 1983 de 15.1/100.000 oran ile Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) listesindeki ülkeler içinde ilk sıradayer almakta idi. Dahası, Kanada'nın bugünkü oranı ABD'de aşmıştır. İngiltere'de 1980'de genel intihar oranı 9/100.000 idi. Birleşik Devletler'in intihar oranı 1968-1983 yılları arasında 10-14/100.000 idi. Kuzey Amerika ve diğer batılı ülkelerde 1981 yılında, 10-19 yaşındaki (ergenlik dönemindeki) ve 20-29 yaşındaki (genç erişkinlik dönemindeki) erkekler yüksek risk grupları olarak belirlenmişlerdir. 1981'de 15-19 yaş grubu erkeklerin intihar oranı 13.8/100.000, aynı yaş grubu kızların ise 3.6/100.000 idi. 1980'de İngiltere ve Galler'de aynı yaş grubundaki erkeklerin intihar oranı erkeklerde 21.2, kızlarda 3.8 olarak saptanmıştır.

Kanada'da gençlerde intihar oranı son 30 yılda üç kat artmış olmasına karşın, diğer yaş gruplarında hafif artma ve azalmalar gözlenmektedir. İntihar tehditleri ve girişimleri de çocuk ve ergen psikiyatrik hastalarda en sık rastlanan sorunlardandır. Son yayınlarda Amerika Birleşik Devletlerinde 5-14 yaş grubunda yılda 12.000 çocuğun intihara yönelik davranış nedeni ile psikiyatri hastanelerine başvurdukları bildirilmektedir.

Koruyucu psikiyatri alanındaki çalışmalarını geliştirmek için intihar davranışını daha iyi anlayabilmek gerekir. Bu amaçla tüm sağlık ve ruh

*Turgay, A. An Integrative approach to child and adolescent suicidal behavior, Psychiatric Clinics of North America 12, 4, , 971-985, 1989

sağlığı çalışanları tarafından önemli adımlar atılmıştır. İntiharla ilgili olarak henüz pek çok yanıtlanmamış soru ve çelişkili varsayım vardır. Çevresel etkenlerin, ruhsal hastalığın rolünün, hazırlayıcı genetik veya biyokimyasal etkenlerin ve tüm biyolojik, psikolojik ve sosyal etkenlerin etkileşimlerinin daha ileri düzeylerde araştırılmaları gerekmektedir. İntiharın, daha önce sanıldığı gibi tümüyle ayrı bir grup oluşturmadıkları konusunda bir ölçüde fikir birliğine varılmıştır.

Çocuk ve ergen intiharları konusundaki literatür gözden geçirildiğinde bu alandaki eğilimleri, aşırı vurgulanan ve gözardı edilen konuları görmek mümkündür. Çalışmaların çoğu, klinik örneklerde kendine zarar verici davranışlar veya intihar girişimlerine odaklanmaktadır. Tamamlanmış intiharlar ele alan çalışma sayısı azdır. Tamamlanmış intihar konusundaki bilgimizi sorunun ciddiyeti ile karşılaştırdığımızda, biyolojik etkenler, tedavi, korunma ve izleme gibi konulardaki boşlukların doldurulması gerektiğini anlıyoruz. Literatürde görülen ortak eğilim, kolay elde edilen epidemiyolojik verilerin ve sorunun ciddiyetine ilişkin düşüncelerin fazlasıyla vurgulanması yönündedir. Araştırmalar en çok, yüksek risk etkenlerine odaklanmıştır. Son zamanlarda yapılmış olan ve kliniğe başvurmamış örneklem gruplarını ele alan çalışmaların önemi büyüktür. Pfeffer ve arkadaşları, çocuklarda intihar davranışına ilişkin birçok değişkenin ortaya konmuş olmasına karşın bu etkenlerin anlamlılığını gösteren pek az sağlam kanıt olduğunu belirtmişlerdir. Literatürde yaklaşım, tedavi ve korunma konularında önemli bir boşluk vardır. Pfeffer, intihar eğilimi olan hastalarda psikoterapinin etkinliğini değerlendiren sistematik çalışma olmadığını bildirmiştir. İntihar eğilimi olan çocuklara uygulanan psikoterapiye ilişkin bilginin "ampirik olarak araştırılan kuramsal içgörü" üreten olgu bildirimlerinden elde edildiğini belirtmiştir. Bu yazıda kendine zarar verici davranışın epidemiyolojik özellikleri, çocukluk ve ergenlikte intihar girişimi ve tamamlanmamış intihar ile ilgili yüksek risk etkenleri gözden geçirilmiştir. Bu nedenle, bu yazının odağı olarak, çocuk ve ergenlerin intihar davranışına karşı ailelerin tepkileri ve terapi boyunca bu tepkilerin geçirdiği aşamalara sürecinde vermeye yöneliktir.

YÖNTEM :

Bu yazıda anahatları ile sunulan klinik bulgular ve terapötik yaklaşımlar, yazarın son 15 yılda Hacettepe, Ottawa ve Mc Master Üniversiteleri çocuk klinikleri ve çocuk hastanelerindeki çalışmaları sırasında oluşmaya başlamıştır. Son 6 yılda intihar eğilimi olan çocuk ve ergenler ile yaptığı çalışmalar ise ilk formülasyonların doğrulanması veya değiştirilmesi olanağını vermiştir. Grup tartışmaları, servis vizitleri asistan süpervizyonları, tek yönlü aynadan yapılan gözlemler, bireysel görüşme ve aile görüşmelerinin video kayıtları, üst düzey nesnelliğe ulaşmasını sağlamıştır.

Yazar Mayıs 1981 ve Nisan 1988 tarihleri arasında 139 çocuk ve ergeni, aileleri ile birlikte, çocuk ve aile tedavisinde bütüncü yaklaşımını kullanarak değerlendirmiş ve tedavi etmiştir. Bu çocuk ve ergenlerin yaş, cins dağılımları ve DSM III Eksen I tanıları Tablo I ve II' de görülmektedir.

Tablo I : Yaş Dağılımı

Yaş	Erkek	Kız	Toplam
9 yaş ve altı	2	-	2
10 yaş	1	1	2
11 yaş	2	1	3
12 yaş	3	5	8
13 yaş	4	9	13
14 yaş	6	24	30
15 yaş	9	32	41
16 yaş	8	14	22
17 yaş ve üstü	8	10	18
TOPLAM	43	96	139

Tablo II : İntihar Girişimi olan 139 Çocuk ve Ergenin DSM III Eksen I Tanı Dağılımı

Tanı	Erkek	Kız	Toplam
Uyum boz	14	45	59
Davranım boz	13	22	35
Depresyon	10	17	27
Sınır kiş Boz	1	8	9
Anoreksiya ne	-	2	2
Madde Bağ	2	-	2
ADHD	1	-	1
Ozdeşim sor	1	-	1
Madde alınma bağlı psikoz	1	-	1
Kayı Boz	-	1	1
Sızof Boz	-	1	1
TOPLAM	45	95	139

59 olgu uyum bozukluğu tanısı almış olup bunların 53'ünün çökkün duygulu durumlu olduğu görülmektedir. 90 çocuk başlangıçta ortalama 4 hafta

süre ile yatarak tedavi görmüştür. Bu hastaların çoğu (önceden başka terapistler tarafından izlemeye alınmışlardı. Hastanede yattıkları süre boyunca bu hastalar yoğun biçimde değerlendirmeye alınmış ve terapi uygulanmıştır. Bu ayrıntılı değerlendirmeler hastaların patolojilerine, aile ve tedavi ekibinin tepkisine ilişkin pek çok veri sağlamıştır. 49 hasta, Doğu Ontario Çocuk hastanesi'nin acil servisinden random örneklem yöntemi ile seçilmiştir. Asistanlar ve tedavi ekibinin diğer üyeleri tarafından yatırılan 90 hasta ise daha sonra yazara sevk edilmişlerdir. Olguların çoğunda süresi 1.5-2 saat olmak üzere, en az 20 seans ve aileler ile en az 15 seans görüşme yapılmıştır. Bulgu ve sonuçlar, bu derinlemesine klinik çalışmalarından elde edilmiştir. Olguların çoğunda, bir psikiyatri asistanının katılımı vardır.

Bu yazıda, yer darlığı nedeni ile farmakoterapi, bireysel terapi, aile desteği ile yürüyen grup ve ortam tedavileri üzerinde durulmayacaktır. Literatürde ailenin korunma, değerlendirme ve tedavideki rolü önemli ölçüde gözardı edilmiş olduğundan bu yazıda tanı ve tedavi bağlamında ailenin intihar davranışına tepkisi üzerinde durulacaktır. Yazarın söz konusu 139 çocuk ve ergen ile yaptığı çalışmaların diğer bulguları başka yazılarda aktarılacaktır.

Bu çalışmada, çocuk ve ergenlerin intihar davranışına yönelik olarak uygulanan, tanı koyma, terapi ve korunma öğelerini içeren yaklaşıma "bütünleyici yaklaşım" adı verilebilir.

BÜTÜNLEYİCİ YAKLAŞIM

Yazarın bütünleyici yaklaşım ile çocuk ve ergenlerin kendine zarar verici davranışına ilişkin kuramlar, araştırmalardan ve uygulamalardan elde edilenleri bir araya getirmeye çalışmaktadır. Amaç, intihar davranışını önlemek ve denetlemektir. Bunun için sistematik, kapsamlı, yoğun ve bütünleşmiş bir tanı ve tedavi yaklaşımı oluşturmaya çalışılmıştır.

Öncelikle, kuramsal düzeyde bütünleme amaçlanır. Tanınmış kuramların ve tedavi yaklaşımlarının uygun yanlarının bir araya getirilmesine çalışılır. Örneğin, biyolojik, psikodinamik, davranışçı, bilişsel, stratejik, yaşantısal ve sistematik kuramlar kullanılır. Yaşamın sonlandırılması tehdidi ciddi bir konu olduğu ve intihara eğilimli

hastaların özellikleri ve gereksinimleri çok farklı olduğu için, terapistin, hastaların çoğuna uygulayamayacağı tek bir" terapi okulu modeline" sadık kalması güçtür. İntiharda krize müdahalenin, aile ve psikofarmakoterapinin tedaviye katılması gerekir.

İkinci olarak, müdahale için hedef sistem seçimi yapılır. Pfeffer'in de belirttiği gibi, pek çok olguda çocuk müdahalenin merkezi olarak alınmakla birlikte, zaman zaman tedavinin odağını değişik amaçlar uğruna aileye, okula ve topluma kaydıracak ölçüde esnek olmalıdır. Dinamik, bütünleyici bir modelde "ilgi odağı" sürekli değişir. Terapist çocukla sürdürdüğü bireysel terapiye bir süre için ara vererek, çocuğa günah keçisiymiş gibi davranan aileyi ele alabilir. İntihar eğilimi majör depresyon veya psikoz ile ilişkili ise, ilaç tedavisi merkez alınarak, çocuğun psikoterapisi, aile ve ortam yaklaşımları tamamlayıcı olarak kullanılabilir. Üçüncü bütünleme düzeyi, birincil, ikincil ve üçüncül korumayı ilgilendirir. Çocuk ve ergen intihar davranışının, klinik psikiyatrik sendromlar ile ilişkili olduğu kesin olarak anlaşılmıştır. İntihar eğilimi olan çocuk ve ergenlerde en sık saptanan klinik sendromlar depresyon, davranım bozukluğu, uyum bozukluğu, psikoz, madde ve alkol kullanım bozukluklarıdır. Bu çocuk ve ergenlerin koruma, değerlendirme ve tedavileri, klinik sendromların genel tedavisinden ayrı tutulamaz. Koruma söz konusu olduğunda, klinik sendromların ailesel ve genetik yanları da gözönüne alınmalıdır. İntiharı önleme söz konusu olduğunda, intihar davranışı ile yakından ilişkili olan bu klinik sendromların daha iyi tanınmaları ve tedavi edilmeleri gerekmektedir.

Çocuk veya ergenin kendine zarar verici davranışı ile, ailenin diğer bireylerinde saptanan ruhsal hastalık ve intihar davranışı arasında karşılıklı bir ilişki vardır. Bu ilişki, birincil koruma çalışmalarında, ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerinin yüksek risk grubu olarak değerlendirilmelerini gerektirir. Bu ailelerden affektif hastalık, antisosyal davranışlar ve madde kötüye kullanımı ile yüklü olanlara yönelmek en doğrusu olacaktır.

Ailede intihar etmiş bir birey varsa, o bireyin yalnız çocuklarında değil, diğer akrabalarında da intihar etme riskinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Yüksek risk taşıyan bu aileleri "intihar açısından birincil korunmanın" hedefi olarak seçmek gerekir.

Ruhsal bozukluğun erken tanı ve tedavisi yolu ile, aynı aile için ikincil korunma da gerçekleştirilebilecektir. Depresyon veya davranım bozukluğu olan ancak, tanısı konmamış ve tedaviye alınmamış bir ergen yüksek intihar riski taşımaktadır. Kronik ruhsal hastalığın aile üzerindeki olumsuz etkisi o denli fazladır ki, üçüncül korumanın (rehabilitasyon) müdahaleye eklenmesi, birincil korumaya da büyük katkıda bulunacaktır.

İntihar davranışına bütüncül yaklaşımda hedef sistemler, çocuk/ ergen, aile, okul, arkadaş çevresi, sağlık/ruh sağlığı sistemi ve toplumdur.

Kendine zarar verici davranışın tedavisinde psikofarmakoterapi giderek önemli bir yer edinmektedir. Yine de, intihar eğilimi olan hastanın tedavisi yalnızca ilaç kullanımına indirgenemez. İlaç seçiminde "klinik sendrom" gözetilir. Örneğin, depresyonu olan hastaya antidepresan, psikotik hasta için antipsikotik, dikkat eksikliği-hiperaktivite gösteren hasta için psikostimülan ilaçlar seçilir. Ayrıca hedef belirtilere yönelik ilaç kullanılabilir. Örneğin, davranım bozukluğundaki saldırgan ve dürtüsel davranışlar hedef alınabilir.

Bütüncül yaklaşımı benimsemiş terapist tedavinin odağını ayaktan (bireysel) tedaviden, yatarak(ortam) tedavi ve farmakoterapiye kaydırabilir. Çocuğun psikoterapisi, ailenin desteklenmesi ve aile tedavisi ile bütünlenmiştir.

İNTİHAR EĞİLİMİ OLAN ÇOCUK VE ERGENLERİN AİLELERİ

"Ailemiz sürekli olarak J'nin intihar girişimlerinin tehdidi altında. Artık yeter. Korkarım artık aldırmaya başlayacağız" Bu sözleri, 15 yaşındaki bir hastanın annesi hastanın intihar girişiminden bir gün sonra yaptığım aile seansında söylemişti. 16 yaşında, kendine yönelik tekrarlayıcı zarar verici davranışı olan bir erkek çocuğun babası, aile seansında eşine dönerek "R. dünyanın merkezi oldu. Diğer çocuklar ne olacak? Ya bizim mesleklerimiz?" diye sordu. 11 yaşındaki M.annesine "Yapmak istediğim tek şey kendime, kız kardeşimin kendisine yaptığından daha etkili bir biçimde zarar verebilmek" dedi. Aynı seansta M.'nin, 16 yaşındaki ablasının çok miktarda ilaç alarak elde ettiği ikincil kazançlara "imrendiği" anlaşıldı.

Aile bireylerinin ve bir sistem olarak ailenin, çocuk ve ergenlerin intihar davranışlarına tepkileri basite indirgenemez. Literatüre bakıldığında intihar eğilimi olan hastaların aileleri ile ilgili bilgimizin ne denli kısıtlı olduğu görülür.

Bazı yayınlarda, intihar davranışının etyolojisinde ailenin işlev bozukluğunun payına değinilmiştir. Bender ve Schilder, çocuğun intihar girişiminin ilgi toplama özelliği taşıdığını farketmişlerdir. Schrut, karmaşalı ve gergin aile ortamını tanımlamış ve çocuğun intiharı girişimini, bu rahatsız edici ortamı değiştiremeyişinin bir belirtisi olarak kavramlaştırmıştır. Lawler ve ark., Mattson ve ark., çocuğun intihar davranışının, aile ve çevreye yönelik bir yardım çağrısı olduğunu belirtmişlerdir

Sabbath "harcanabilir çocuk" kavramını tanımlamış, çocuğun, ailenin kendisinden kurtulmaya odaklanmış düşmanca isteklerine "bilinçdışı yanıt" verdiğini öne sürmüştür. Onlara göre ailenin gereksinim duymadığı ve dayanamadığı, anne ve babasının ruhsal bozukluğu bağlamında belirli bir gereksinime hizmet eden ve aile yapısında hassas dengenin korunmasını sağlayan kişidir.

Corder ve ark., intihar eğilimi olan çocukların ailelerinde sıcak yetişkin özdeşim figürlerinin olmadığını kaydetmiştir. Pfeffer, intihar eğilimi olan çocukların ailelerini nitelleyen 5 önemli özellik saptamıştır. Kuşaklar arası sınırların olmaması, ana baba ilişkilerinde şiddetli çatışma olması, anababanın çocuğa yansıttıkları duygular, sembiyotik anababa-çocuk, esnek olmayan bir aile sistemi.

Çocuk ve ergende intihar ve intihar girişimi üzerinde yapılan çalışmalarda intihar davranışı ile diğer aile özellikleri arasında sistematik bir etkileşim olduğu gösterilmiştir. Ailede ruhsal hastalık, ailede intihar öyküsü, aile içi uyumsuzluk, ayrılma ve boşanma ile çocuk ve ergenin kendine zarar verici davranışı arasında güçlü ilişkiler vardır. Çocuk ve ergenlerin intiharında ailenin rolü pek çok yazar ve araştırmacı tarafından önemli bulunmuştur. Ne yazık ki, aile sisteminin, kendine zarar verici davranıştan korunma ve tedavi gibi konulardaki etkinliği pek bilinmemektedir.

Aile ile çalışırken, çocuk veya ergenin intihar davranışı üzerinde etkili olabilecek aile

özellikleri ele alınır. Yazarın, çocuk ve ergenlerde intihar davranışının değerlendirilmesi ve önlenmesinde, ailenin rolü konusunda yaptığı kapsamlı bir çalışmada, son 6 yıl içinde 139 çocuk, ergen ve aileleri değerlendirmiştir.

Çalışmada en çok önem verilen konulardan biri, çocuk ve ergenin intihar davranışının aile üzerine olan etkisi idi. İntihar girişiminin ardından çocuk ve aile ile yapılan görüşmelerde, ailelerde bazı ortak tepkiler, temalar ve örüntüler tanımlandı.

Tedavi sırasında ailelerin şu aşamalardan geçtikleri görüldü:

1. Şok ve korku
2. Panik ve harekete geçme
3. Suçluluk
4. Öfke
5. Onarma
6. Kısmi iyileşme

Bazı aileler ilk aşamalarda takılabilirler. Bu dönemler birbirinden kesin sınırlarla ayrılamazlar. Basite indirgenmemeleri gerekir. Farklı dönemlere ilişkin pek çok duygusal tepkiler ve savunmalar bir arada yaşanabilir. Son aşamaya ulaşmak aylar alabilir. Aile bireylerinin her biri bu aşamalardan farklı sürelerde geçebilir. Olguların çoğunda terapötik süreç sayesinde aile bireyleri birbirlerinin duygu ve tepkilerini daha iyi anlama olanağı bulurlar. Bu tepkiler, intihar eğilimi olan çocuğun kişilik yapısı ve ruhsal bozukluğuna ilişkin özelliklerden etkilenirler.

Çocuğun intihar girişiminde bulunduğu öğrenildiği anda ailede "şok" yaşamaya başlar. İnanmazlık ve yadsıma eğilimleri görülür. "Olamaz!", " O olamaz!", "Nasıl olur?", "Ciddi olamaz!" veya "Şimdi ne yapacağız?" gibi ifadeler sık kullanılır. İntihar girişiminde bulunan çocuğun yaşamını kurtarmak veya acil tıbbi girişime ulaştırmak gerekiyorsa, pek çok ailenin bu şaşkınlıktan çabuk sıyrıldığı görülür. İntihar girişiminde bulunan kişiyi yitirme korkusu şok

dönemine son vererek harekete geçme dönemini başlatır. Başkaları yardıma çağrılır, hastaneye koşulur. Bu dönemde çok yoğun duygular yaşanır. Aile üyeleri intihar girişiminde bulunmuş bireyi hastane personeline teslim ettiklerinde ancak bu güçlü duyguların farkına varabilirler. "Panik", güçlü çatışma ve duyguların yarattığı, durumun gerçeğine uygun yoğun kaygıdır. Buraya dek belirlenmiş duygu ve tepkiler bir arada yaşanabilecekleri gibi, dönemier arasında ileri geri gidip gelişebilir.

Aile bireylerinin hem intihar girişimine, hem de terapistin destekleyici tedavi yaklaşımına tepkilerini belirleyen pek çok etmen vardır. Çocuğun ruhsal bozukluğu, aile işlevlerinin sağlıklı ve sağlıklı olmayanları, önerilen tedavinin özellikleri, ailenin krizle başatma becerileri çocuğun kişilik yapısı ve girişimin ciddiyeti gibi. Bu değişkenler nasıl olursa olsun, ailede başlangıçta belirli bir düzeyde şok, inanmazlık ve yadsıma gibi tepkiler görülür.

Aile bireyleri acı ve kırgınlık duyarlar. Kendilerini alçaltılmış hissederek. İntihar girişiminde bulunan bireyin sorunlarını "açacak" kadar onlara güvenmediğini düşünürler. Çocuklarını yitirme korkusu, hayal kırıklığı, öfke ve hatta nefret gibi duyguların yüzeye çıkmasını engeller. Bu olumsuz duygulardan suçluluk duyguları da filizlenebilir. İntihar girişiminde bulunan bireyi cezalandırma, vermeleri beklenen sevgi ve bakımı esirgemekle tehdit ederek ondan intikam alma eğilimleri de sık görülür. Çocuk, doğrudan veya dolaylı olarak aileyi suçlayacak olursa, şiddetli suçluluk duyguları, karşı suçlamalar ve savunuculuk gibi tepkiler ortaya çıkabilir. Pek çok olguda, hastanın intihar davranışının yarattığı öfke ve kırgınlık, duyulan ilginin bir belirtisi olarak ve gerçekçi bir biçimde yeniden yapılandırılabilir. Hastanın tıbbi durumu düzeldikçe, yavaş yavaş "rahatlama", "söz verme", "barışma" ve "Tanrıya şükretme" dönemine girilir. Bazı aileler ise, intihar girişiminde bulunan bireye karşı öfke ve gücenikliklerini sürdürebilirler.

Pek çok anne, baba ve kardeş, daha çocuğun bedensel sağlığı düzelmeden, kendi yaşamlarını ve çocuk ile olan ilişkilerini hızla gözden geçirirler. İyi nesne ilişkisi arama, intihar girişiminden bir anlam çıkartma, duydukları acı ve suçluluğu dengelemek için olumlu tutumlarını anımsama gibi dönemlerin oluşturduğu bir tür muhasebe yapılır.

Başka yakınların varlığı ve aile bireyleri arasındaki paylaşımın desteklenmesi duyulan keder ile başatmeyi kolaylaştırır. Bu süreç, "girişimin psikolojik otopsi" gibidir. Bunun sağlıklı yanı, herkesin başbaşa verip çocuğun intihar davranışını anlamaya ve gelecekte onun yaşamına mal olabilecek yeni bir girişimi önlemeye çalışma şansının tanınmasıdır. Ailede girişim sonrası yoğun kaygı, korku ve gerilim yaşanır. Bu acılı dönemden geçerken aileye yardımcı olacak bir terapist varsa, önemli terapötik kazanımlar elde edilebilir. Bu dönemde aile sistemine girmek daha kolay olur. Terapist aile ile sağlam bir terapötik ilişki kurabilirse, çok yardımcı olabilir. Deneyimlerime göre, bu dönemde pek çok aile terapötik girişime açık iken, çocuk tıbbi yönden iyileştikçe aile giderek daha savunucu olabilmektedir. Terapötik amaçlar açısından, bu dönem kaçırılırsa yazık olur.

Çocuk iyileştikçe ve onu yitirme korkusu azaldıkça gelecekte bulunabileceği girişimlerin korkusu ağırlık kazanmaya başlar. Pek çok hasta intihar girişimini tekrarlayabileceğinden, terapistin bu riski açıkça tartışarak, riski azaltmak için terapötik amaçlar çerçevesinde çocuk ve aileye düşen görevleri belirlemesi gerekir.

İntihar eğilimi olan çocukların özellikleri farklıdır. Mesajları, gereksinimleri ve belirtileri birbirine benzemez. Tablo II'de görüldüğü gibi, bazıları majör depressif dönem ile veya kolay düzelmeyecek daha ciddi bir ruhsal bozukluk ile karşımıza gelebilirler. Çocuğun hastalığının ciddiyetini kabul eden aileler bile, acil serviste bekledikleri birkaç saat içinde bir "sulsidektomi" yapılamayacağını anlamakta güçlük çekerler. "Fazla ciddi değil..." veya "Bunu yapmak istemedi..." diye umurlar. Bu çocuğun eve döneceği umudunu korumak için olduğu kadar, uzmanların gözü ile çocuğun intihar girişiminin ciddi olmadığına inanmak gereksiniminden kaynaklanır. Aileler terapistin, çocuğun ruhsal bozukluğunun özellikleri, tedavisi ve prognozuna ilişkin bilgisini paylaşacağı bir görüşmeden çok yararlanırlar. Dikkatlerini kendine zarar verme davranışının kaynaklarına yöneltebilirler. Bu sürecin gözardı edilmesi, ailenin intihar girişiminin ciddiyetini yadsımasına yol açabilir.

Hastanın intihar etme olasılığının sürmesi, aile içi gerginliğin de yüksek düzeyde sürmesine neden olur. Buna aile bireylerinin bu konudaki

sorumluluklarının ağırlığı ve çocuklarını yaşamda tutabilme becerilerinin kısıtlılığı, yol açar. Aile bireyleri bu gerilime farklı tepkiler verirler. Ailede ilgisizlikten aşırı kaygıya uzanan bir yelpaze içinde yere alan tepkiler gözlenir. Tutumlar da buna uygun olarak çaresizlik ve güçsüzlükten, kurtarıcı veya Tanrı rolünün benimsenmesine kadar değişebilir. İntihar girişiminin özellikleri ve ciddiyeti bütün bu duygu ve davranış biçimlerini yönlendirir. Girişim ne denli ciddi ve örseleyici ise verilen tepkiler de o denli şiddetlidir. Örneğin, raslantı ile eve gittiğinde 16 yaşındaki kızını yarı koma durumunda bulan ve onu sırtında, aşağı taşıyarak hastaneye yetiştiren bir anne, kızı iyileştikten sonra geçici olarak çalışmayı bırakmıştı. Kızının intihar davranışını yineleyeceğii ve kendisinin haberi olmayabileceği düşüncesine katlanamıyordu.

İyileşme süreci bir bakıma, önemli bir nesne ilişkisi yitirdiğinde yaşanan sürece benzer. Bir süre, yineleyen korkulu rüyalar görülebilir. Bir baba, kızını evlerinin ön bahçesinde ölü bulduğu bir rüyayı tekrar tekrar görüyordu. Kızı eve dönmediği bir gecenin sabahında, orada bilincini yitirmiş biçimde bulunmuştu. Bu baba, iyileştikten aylarca sonra bile kızını bağışlayamadı.

Onarma dönemi boyunca pek çok aile bireyi çocuğa yakınlık ve acıma duyabilir. Bu duygular verimli ve terapötik bir iletişimi başlatabilir. Çocuğun ruhsal durumunu anlama çabası, olumlu bir değişimin başlangıcı olabilir. Onarma ve barışma sürecinde, aşırıya kaçılmamasına dikkat edilmelidir. Bazı aileler sınır koymaktan vazgeçip, "teslim olarak" hastayı "intihar silahının" güçlenmesine ve "vazgeçilmez" duruma gelmesine yol açacak denli şımartabilirler.

Ailenin diğer çocukları, intihar eğilimi olan çocuğa özenbilirler. 10 yaşındaki bir çocuk, "bize de kardeşime davrandıkları gibi davranmaları için hepimiz ilaç yutmalıyız" demişti. Bazı çocuklar ailenin ilgisi ve bakımını dengelemek için kendilerine zarar verecek denli ileri gidebilirler. Aile, özellikle anne ve baba "köklü çözüm bulmak" ile uğraşırken, diğer çocukların bakımı ve gereksinimleri gözardı edebilir.

Sağlıklı bir iyileşme sürecinden geçen ailelerde vardır. Bununla birlikte, dengenin sağlıksız biçimde değişmesi bireylerin ve bir bütün olarak ailenin gelişim sürecinde sorunlar

yaratabilir. Terapist, olumlu gelişmenin sürmesi ve intihar riskinin en aza indirgenmesi için bu gelişim sürecini yakından izlemelidir.

Bazı aileler terapiyi zamanından önce sonlandırabilirler. Bu aileler terapiye geri döndüklerinde sağlıklı bir iyileşme süreci betimlerler. İntihar davranışının yarattığı korku, kaygı gibi duygular ve açığa çıkan enerji, terapötik danışmanlık aracılığı ile olumlu değişim için kullanılabilir. Pek çok aile intihar girişiminin ardından terapistin desteği olmaksızın yalnızca kendi kaynaklarını kullanarak olumlu gelişme gösterebilir. Ne yazık ki bu konudaki bilgimiz, hangi ailelerin bunu başarma şansının yüksek olduğunu yordamamıza yetmemektedir.

Ailenin, intihar davranışının etkisinden tümüyle kurtulmasını beklemek gerçekçi olmaz. Pek çok aile terapistin desteği ile yaşamlarını sürdürebilecekleri bir kısmı iyileşme dönemine ulaşırlar. Bir yandan da intihar girişiminden arta kalanlar ile uğraşp uğradıkları zararı kapatmaya ve kazanımlarını korumaya çalışırlar.

Bazı etkenler iyileşme sürecini yavaşlatır. Ailede ciddi işlev bozukluğu, ailenin kriz ile başetme becerilerinin kısıtlılığı, gelecekte intihar davranışının yinelenmesi tehdidinin sürmesi, tedaviye dirençli ruhsal hastalığı olan veya işbirliği yapmayan bir çocuk, bu süreçte önemli sorunlar yaratabilir.

Onarma döneminde intihar davranışının yaptığı etki yalnızca intihar girişiminde bulunan bireyin kendisi tarafından değil, ailenin diğer bireyleri tarafından da kullanılabilir. Bir anne, 17 yaşındaki kızının intihar etme riskini, evden uzaklaşan kocasını geri getirmek için kullanmış; bu da babanın kızına karşı duyduğu olumsuz duyguları arttırmıştı.

Tedavinin başlarında pek çok aile üyesinin gerçekte karmaşık olan intihar davranışını açıklamak için "basit yanıtlar" aradıkları görülür. Bu basite indirgeme çabası bu konudaki bilgisizlikten kaynaklanır. Aslında ailenin korkularını azaltmayı amaçlayan uyuma yönelik bir tutumdur. Her insan sorunlarının basit ve kolayca başedilebilir olmasını ister. Terapist, ailenin dikkatini yavaş yavaş çok etmenli etyolojiye ve sistem içi bağlantılara çekmeye çalışmalıdır.

Araştırmada ailelerin hevesli oluşları ve yoğun çaba göstermeleri çok yararlı olmuştur. Bu çalışmaya alınan ailelerin hemen hepsi, intihar eğilimi olan genci anlamak ve ona yardım etmek için içtenlikle uğraştılar. Yoğunlaştırılmış, bütüncül aile yaklaşımı ailenin iyileşme sürecini hızlandırmakta oldukça etkin oldu.

İntihar girişiminin hemen ardından gelen akut kriz döneminde, terapi kontratına ailede saptanan işlevsel bozuklukların da katılması çok önemlidir. İntihar eğilimi olan çocuk ve ergenlerin aileleri ile yapılan destekleyici ve terapötik çalışma ve hastanın nöroendokrin, ruhsal ve çevresel sistemlerine yönelik diğer terapötik yaklaşımlar bütüncül olmaktadır.

KAYNAKLAR

Ackerly, W.C.(1967) Latency-age children who threaten or attempt to kill themselves. J Am Acad Child Psychiatry 6:242-261,

Aleksondrowicz, M.K. (1975)The biological strangers :An attempted suicide of 7 1/2 year-old girl. Bull Menninger Clin 39:163-176,

Asberg, M. Nordström P, Traskman-Bendez L: (1986) Biological factors in suicide, In Roy A (ed): Suicide, Baltimore, Williams & Wilkins, , pp 47-71

Bakwin I,I.:(1957) Suicide in children and adolescents. J Pediatr 50:749-769,

Barracough D:(1986) Sex ratio of juvenile suicide J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 26:434-435,

Barter J,T,1968 Swaback DO.Todd D: Adolescent suicide attempts: A follow-up of hospitalized patients. Am. J. of Psychiatry 19:523-527,

Bender, L, Schilder P, (1937) Suicidal preoccupations and attempts in children. Am. J. Orthopsychiatry. 7:223-235,

Bergstand C,G, Otto, U. (1962) .Suicidal attempts in adolescence and childhood. Acta. Pediatr 51:17-26,

Berlin, I,N. (1970) Crisis intervention and

- short-term therapy: An approach in child psychiatric clinic. *J. Am. Acad. Child Psychiatry* 9:595-606,
- Brent D,A, Kalas, R, Edelbrock G. et.al. (1986) Psychopathology and its relationship to suicidal ideation in the childhood and adolescent. *J. Am. Acad. Child Psychiatry* 25:666-671
- Brent D,A. (1987) Correlates of the medical lethality of suicide attempts in children and adolescents *J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry.* 26:87-89,
- Carlson G,A, ((1983) Depression and suicidal behavior in children and adolescents. In Cantwell DP, Carlson GA (eds):*Affective Disorders in childhood and Adolescence:An Update.* New York. Spectrum. pp 335-352
- Carlson G,A, Asarow J,R, Orbach I.(1987): Developmental aspects of suicidal behavior in children. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 26: 189-192
- Chicofetz P,N, Posener J,A, LeHaye A, et.al. (1987) An epidemiologic study of adolescent suicide. *Can. J. Psychiatry* 32:656-659
- Cohen-Sandler R, Berman, A. (1982) A follow-up study of hospitalized suicidal children. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 21:414-416
- Corder B, F, Shorr, W, Corder, R,F. (1974) A Study of social and psychological characteristic of adolescent suicide attempts in urban disadvantaged area.*Adolescence* 9:1-6,
- Crumley, F,E.(1982): The adolescence suicide attempt: A cardinal symptom of a serious psychiatric disorder. *Am. J. Psychother* 36:158-165.
- Deykin, E,Y, Perlew, R., McNamarra, J. (1985) Non-fatal suicidal and life-threatening behavior among 13- to 17-year-old adolescents seeking emergency medical care. *Am J Public Health* 75:90-92.
- Durkeim, E. (1897) *Le Suicide*, Translated by JA Spaulding, G Simpson, New York, Free Press,
- Eisenberg, L. (1986) Adolescent suicide: On taking arms against a sea of troubles. *Pediatrics* 66:315-320.
- Emery, P.E. (1983) Adolescent depression and suicide. *Adolescence* 18:245-258.
- Finch, S,M, Pozanski, E,O. (1971) .Adolescent Suicide. Springfield, Illinois, Charles C Thomas.
- French AP, Steward M: Family dynamics, childhood depressin and attempted suicide in a 7-year-old boy: A case study *Suicide* 5:29-37,1975
- Freud, S, (1917): Mourning and melancholia. In *Complete Psychological Works.*Standard Ed. Vol 14. London,Hogarth Press, 1955
- Garfinkel, B,D, Forese, A., Hood, J. (1982) Suicide attempts in children and adolescents. *Am. J. Psychiatry* ,139:1257-1261
- Garfinkel, B.D.; Goolombek, H. (1983) Suicidal behavior in adolescence. In Golombek H. Garfinkel BD (eds): *The Adolescent and Mood Disturbance.* New York International Universities Press: pp 189-217
- Glaser, K. (1978) Attempted suicide in children and adolescents: Psychodynamics. *Am. J. Psychother*, 32: 225-227
- Glaser K, (1981) Psychopathic patterns in depressed adolescents,. *Am. J. Psychother*, 35:368-382
- Green A, H. (1978) Self-destructive behavior in battered children *Am. J. Psychother*, 135:579-582
- Haim, A. (1974) *Adolescent Suicide.* New York, International Universities Press.
- Haider, I(1968) Suicidal attempts in children and adolescents. *Br. J. Psychiatry* 114:1133-1134
- Hawton, K. (1986) Suicide in adolescents. In Roy A (ed) : *Suicide*, Baltimore, Williams & Wilkins. pp 135-150
- Hollinger P,C.(1978) Adolescent suicide :An epidemiologic study of recent trends, *Am. J. Psychiatry.* 135: 754-756
- Husain S,A, Vandiver, T (1984) Suicide in children

and Adolescents, New York. SP Medical and Scientific Books

Inamdar, S.C, Lewis D,O, Sirmopoulos, G, et.al. (1982) Violent and suicidal behavior in psychotic adolescents. *Am. J. Psychiatry* 139:932-935

Joffe, R.T. Offord D,R. (1983) Suicidal behavior in childhood. *Can. J. Psychiatry*, 28:57-63

Kazdin, A,E, French N,II, Unis A,S. et.al.(1983) Hopelessness, depression and suicidal intent among psychiatrically disturbed in-patient children. *J. Consul. Clin. Psychology* 51:504-510

Kerfoot, M. (1980) The family context of adolescent suicidal behavior. *J Adolesc.* 3:335-346.

Klerman, G,L. (1986): *Suicide and Depression Among Adolescents and Young Adults.* Washington: American Psychiatric Press.

Kosky, R. (1982) Suicide and attempted suicide among Australian children. *Med. J.Aust.* 124-126,

Lawler, R,H, Nakleiny, W, Wright N. (1963) Suicidal attempts in children. *Can. Med. Assoc. J.* 89:751-754.

Lesse, S. (1975) The range of theories in the treatment of severely depressed suicidal patients. *Am. J. Psychother.* 29:308-326.

Luklonowicz, N.(1968) Attempted suicide in children. *Acta. Psychiatr. Scand* 44:415-435.

Mattsson A, Seese L, R, Hawkins J, W. (1969) Suicidal behavior as a child psychiatric emergency. *Arch. Gen. Psychiatry.* 20:100-109

McClure G, Gould M,S, (1984) Recent trends in suicide among the young. *Br. J. Psychiatry* 144:134-138.

McIntire, M.S.; Angle, C. R. (1973) Psychological "biopsy" in self-poisoning of children and adolescents. *Am. J. Disord. Child* 126:42-46.

McKenry, P.C.; Tishler C.L.; Kelley, C. (1982) Adolescent suicide: A Comparison of attempters and nonattempters in emergency room population. *Clin. Pediatr.* 21: 266-270.

Meares, R.; Kraiuhin, C.; Benfield, J (1983) Adolescent suicide, *Aust. Fam. Phys.* 12:614-616.

Meeks, J. (1971) *The Fragile Alliance* Baltimore:

Williams & Wilkins.

Menninger, J. (1933) Psychoanalytical aspects of suicide. *Int. J. Psychoanal.* 14: 376-390.

Menninger, K,A. (1938) *Man Against Himself.* New York: Harcourt, Brace.

Minde, K.K. (1986) Suicide in children and adolescents. *Ann. RCFSC.* 19:29-33.

Morrison, G.C.; Collier, I.G. (1969) Family treatment approaches to suicidal children and adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 8:140-153

Motto, J. A. (1985) Treatment concerns in preventing youth suicide. In Peck ML, Farberow,NL, Litman RE (Eds). *Youth suicide* New York, Springer Publishing Company, pp 91-111.

Myers, K.M.; Burke, P.; McCauley, E. (1985) Suicidal behavior by hospitalized preadolescent children on a psychiatric unit. *J. Am. Acad. Child. Psychiatry* 24: 474-480.

Orbach, J. Rosenheim, E, Hary, E.(1987)Some aspects of cognitive functioning in suicidal children. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.* 26: 181-185.

Otto, W. (1964) Changes in behavior of children and adolescents preceding suicidal attempts. *Act. Psychiatr. Scand.* 40: 386-399.

Otto, U. (1972) Suicidal acts by children and adolescents : A follow-up study. *Acta. Psychiatr. Scand.* 233(Supp): 5-123.

Paulson, M.J.; Stone, D.; Sposto, R. (1978) Suicide potential and behavior in children ages 4-12. *Suicide Life. Threat. Behav.* 8:225-242.

Peck, M.L.; (1980) *Recent Trends in Suicide Among Young People.* Los Angeles, Institute for Studies of Destructive Behaviors

Peck, M.L.(1985) Crisis intervention treatment with chronically and acutely suicidal adolescents. In Peck ML, Farberow NL, Litman RE (Eds): *Youth Suicide.* New York, Springer Publishing Company, pp 112-122

Peck, M.L.; Farberow N.L.; Litman, R.E. (1985) *Youth Suicide,* New York, Springer Publishing Company.

- Pfeffer, C., Conte, H. R.; Plutchik, et.al. (1979) Suicidal behavior in latency age children. *J. Am. Acad. Child. Psychiatry*, 18:679-692.
- Pfeffer, C. R. (1981) Suicidal behavior of children: A review implications for research and practise. *Am. J. Psychiatry* 138:154-159.
- Pfeffer, R.C.(1981) The family system of suicidal children. *Am. J. Psychother.* 35:330-341.
- Pfeffer, C.R.; Plutchik, R.; Mizruchi, M.S. (1983) Suicidal and assaultive behavior in children: Classification, measurement, and interrelations. *Am. J. Psychiatry*. 140: 154-157.
- Pfeffer, C.R.; Zuckerman, S.; Plutchik, R. et.al. (1984) Suicidal behavior in normal school children: A comparisons with child psychiatric inpatients, *J. Am. Acad. Child. Psychiatry*. 23:416-423
- Pfeffer, C. R. (1986) : *The Suicidal Child*, New York: Guilford Press
- Pfeffer, C.R.; Newcorn, J.; Kaplan, G. et.al. (1988) Suicidal behavior in adolescent psychiatric inpatients. *J. Am. Acad. Child. Adoles. Psychiatry* 27:357-361.
- Report of the National Task Force (1987) *Suicide in Canada*. Sponsored by the Mental Health Division, Health Services and Promotion Branch, Health and Welfare Canada.
- Robbins, D. R.; Alessi, N.E. (1985): Depressive symptoms and suicidal behavior in adolescents. *Am. J. Psychiatry*, 142: 588-592
- Rosenberg, P. H.; Latimer, R.(1966) Suicide attempts by children. *Ment Hygiene*. 50:354-359.
- Roy, A. (1986) *Suicide*. Baltimore, Williams & Wilkins.
- Sabbath, J.C. (1969) The suicidal adolescent: The expendable child. *J. Am. Acad. Child. Psychiatry* 8:272-289.
- Sainsbury, P. (1986) The epidemiology of suicide. In Roy A (ed): *Suicide*. Baltimore, Williams & Wilkins, pp 17-40.
- Schechter, M. D. (1957) The recognition and treatment of suicide in children. In Schneidman E, Farberow N (eds): *New York, Blakiston*, pp 131-143.
- Schneer, I,I,I ; Peristein, A.; Brozovsky, M. (1975) Hospitalized suicidal adolescents: Two generations. *J. Am. Acad. Child. Psychiatry*. 14: 268-280
- Schrut, A.(1964) Suicidal adolescents and children. *JAMA* 188:1102-1107.
- Schaffer, D. (1974): *Suicide in childhood and early adolescence*. *J. Child. Psychol. Psychiatry*. 15:275-291.
- Shaffer, D.; Fisher, P. (1981)The epidemiology of suicide in children and young adolescents. *J. Am. Acad. Child. Psychiatry*. 20:545-565.
- Shaffer, D. (1986) Developmental factors in child and adolescent suicide. In Putter, M, Izard, c, Read P. (eds): *Depression in Young People*, New York, Guilford Press. pp 383-396.
- Shaw, C.R.; Schelkum, R.F. (1963) Suicidal behavior in children *Psychiatry*. 28:157-168.
- Stanley, E.J.; Barter, J.T. (1970) Adolescent suicidal behavior. *Am. J. Orthopsychiatry*. 40:87-96.
- Sudak, I.S.; Ford, A.B.; Rushfort, N.B. (1984) *Suicide in the Young*. Boston: Yohn Wright.
- Turgay, A. (1982) Psychiatric emergencies in children. *Psychiatr J. Unic. Ottawa*. 7:254-260.
- Veelvez, C.N.; Cohen, P. (1986) Suicidal behavior and ideation in a community sample of children: Maternal and youth reports. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. 27: 349-356.
- Ward, J.A.;Fox, J. (1977)Suicide epidemic on an Indian reserve. *Can. Psychiatr. Assoc. J.* 22: 423-426.
- Winn, D.; Halls, R. (1966) Observations of children who threaten to kill themselves. *Can. Psychiatry. Assoc J.* 11:283-294.
- Zilboorg, G.(1937) Considerations on suicide, with particular reference to that of the young. *Am. J. Orthopsychiatry*. 7: 15-31.