

ÇOCUK VE ERGENLERDE İNTİHAR DAVRANIŞI

Uzm.Dr. Evrim AKTEPE*, Prof. Dr. Sema KANDİL*, Yrd. Doç. Dr.
Murat TOPBAŞ**

* Karadeniz Teknik Üniv., Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Trabzon

** Karadeniz Teknik Üniv., Halk Sağlığı AD, Trabzon

ÖZET

Amaç: Çocuk ve ergenlerde intiharın ikinci ya da üçüncü en sık ölüm sebebi olduğu bildirilmektedir. İntihar psikolojik, biyolojik ve sosyal faktörlerle ilişkili kompleks bir fenomendir. Motivasyonların tanımlanması çerçevesinde çocuk ve ergenlerde intihar davranışı tartışılacaktır.

Yöntem: Çocuk ve ergen intiharları ile ilgili yapılan araştırma ve gözden geçirme yazıları incelenmiştir. Ayrıca klasik kaynaklardan da faydalanılarak intihar örüntüsü araştırılmıştır.

Bulgular: Ergenlerde intihar sonucu ölümlerdeki en önemli yöntemin ateşli silah olduğu bildirilmektedir. Ölümcül olan ve olmayan intihar davranışları cinsiyet, dürtüsel davranışlar, stresör faktörler, madde kötüye kullanımı, depresyon tanısı ve çocuk-aile iletişimindeki olumsuzluklarla sıkı birliktelik göstermektedir.

Tartışma: İntihar davranışıyla ilgili gelecekteki araştırmalarda intihar davranışı riskiyle birliktelik gösteren biyolojik, çevresel, yapısal faktörler arasındaki ilişkileri tanımlamaya yönelik yeni araştırma metodları kullanılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Çocuk, ergen, intihar

Sorumlu Yazar (Corresponding Author):

Dr. Evrim AKTEPE, KTÜ Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD 61080, TRABZON
Tel:0.462.3775386

E-posta: e_aktepe@yahoo.com

ABSTRACT

SUICIDAL BEHAVIOR IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Objective: Suicide is a complex phenomenon associated with psychological, biological and social factors. Suicide has been reported as the second or third most common cause of death in children and adolescents worldwide. Suicidal behaviour in children and adolescents will be discussed in the frame of motivational definition.

Method: Published research studies and reviews on children and adolescent suicides have been reviewed. Furthermore, classical papers have been searched to obtain knowledge about suicide behavior.

Results: It is reported that firearms have been the most important effect in adolescent suicide. Both fatal and nonfatal suicidal behaviors have been linked consistently to negative parent-child relationships, depression, substance use, overall number of life stressors, gender and impulsive behaviors.

Discussion: Future efforts to investigate suicidal behavior should use new research methodologies that may lead to identification of the interactions between environmental factors and constitutional and biological factors that are associated with risk for suicidal behavior.

Key Words: Child, adolescent, suicide

GİRİŞ

Ergenlerde ve çocuklarda intihar nedeniyle mortalite insidansının artması, psikiyatrik ve sosyal morbiditelerin daha iyi tanımlanması nedeniyle, bu yaştaki intiharlarda risk etmenlerinin belirlenmesinin önemi artmaktadır. Ergenlik öncesi dönemde ve ergenlerde intihar davranış kavramı:

- İntihar düşüncesi (istemli olarak kendine zarar verme ya da ölüm düşünceleri)
- İntihar girişimi (istemli olarak kendine zarar verme davranışı)
- İntiharı (ölümü) içermektedir (1).

TARİHÇE

19. yy'da Goethe tarafından yayınlanan "Genç Werther'in Acıları" adlı kitabın ardından gençlerde intihar epidemileri ortaya çıkmıştır. Bu epidemi, bir aşk ilişkisinin bozulması sonrasında kendini vuran kitabın kahramanının taklit edilmesi ile ilişkilendirilmiş ve kitap Avrupa'da yasaklanmıştır (1). Viyana psikoanalitik topluluğu tarafından gençlerdeki intihar davranışlarında rol oynayan etmenleri değerlendirmek amacıyla düzenlenen toplantıda Freud, gençlerde intihar davranışı üzerindeki en önemli etkenin aşık olunan kişi ile ilgili olduğu üzerinde dururken, çocukluk dönemindeki dinamik etkenlerin de

çalışmalarla açığa çıkarılması gerektiğini bildirmiştir (2).

ABD'de 15-24 yaşlar arasında intihar oranlarındaki artışlar 1960 yılında başlamış, 1977 yılında en üst noktaya ulaşmıştır. 1980 yılında toplu gerçekleştirilen genç intiharları ile tanışılmıştır. Sonuç olarak intihar girişimlerini önleme yöntemleri üzerinde artan bir ilgiyle durulmaya başlanmıştır (2).

EPİDEMİYOLOJİ

İntihar davranışı 15-24 yaş grubunda ölüm sebepleri arasında 3. sırayı alırken, 5-14 yaş grubunda 6. sırada yer almaktadır. Amerika kaynaklı istatistiklere göre 1998 yılında intihar oranı 15-24 yaş grubunda 100.000'de 11.3, 5-14 yaş grubunda 100.000'de 0.8 olarak bildirilmektedir (2).

Türkiye'de Devlet İstatistik Enstitüsünün verilerine göre intihar oranı 5-14 yaş grubunda milyonda 3-3.5 olarak bildirilmiştir. 1990 yılı verileri, cinse göre değerlendirildiğinde intihar hızı 5-14 yaş grubu erkeklerde milyonda 4.1, kızlarda ise milyonda 2.6 olarak hesaplanmaktadır (3). Bununla birlikte resmi intihar rakamlarının gerçek değerlerinden yaklaşık %40-50 oranında daha az olduğu tahmin edilmektedir. Çünkü intihar davranışı ülkemizde dahil olmak üzere pek çok ülkede toplumsal ve dinsel açıdan onaylanmamakta ve

aşağılayıcı bir eylem olarak değerlendirilmektedir. Bundan dolayı doğal nedenlere veya kazalara bağlanan ölümlerin bir kısmı intihar sonucu olabilir. Ülkemizde 15-24 yaş grubunda tamamlanmış intiharların diğer yaşlara göre belirgin olarak yüksek olduğu görülmektedir. İntihar girişimleriyle ilgili kesin veriler bulunmamakla beraber tamamlanmış intiharların 30-100 katı olduğu düşünülmektedir (4).

İntihar davranışı üzerinde dönemsel etkenlerinde önemi vurgulanmaktadır. Örneğin, 2. Dünya savaşından sonra doğanlarda 15-24 yaşlar arasında şiddet, madde kullanımı ve ciddi depresyon gibi pek çok psikiyatrik sorun birlikteliğinde artmış intihar oranları saptanmıştır (1).

İntihar olgularındaki artış ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile ters orantılı bir tablo çizmektedir. İntihar hızı Japonya, Almanya, Finlandiya, İsviçre'de 100.000'de 25, Amerika Birleşik Devletleri ve İngiltere'de 100.000'de 12 düzeyindedir (1).

Toplumsal örneklerdeki intihar oranları psikiyatrik hastalar arasındaki oranlara göre anlamlı derecede daha düşüktür. Psikiyatrik tedavi öyküsü olan çocuk ve ergenlerdeki intihar davranışının toplumdaki çocuk ve ergenlerden 9 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (2).

KLİNİK ÖZELLİKLER

İntihar davranışının temelinde kendine zarar verme niyeti bulunmaktadır. İntihar niyeti açık ve güçlü olabileceği gibi belirsiz de olabilir. Çocuk ve ergenlerde kendine zarar verme davranışlarının olması klinisyene intihar potansiyeli açısından yol gösterici olabilmektedir (2). İntihar davranışı ölüm isteği ile ilgili olmakla birlikte çocuklarda olduğu gibi ergenlerde de ölüm kavramının olgunlaşmamış olabileceği ya da değişkenlikler gösterebileceği unutulmamalıdır (1).

Çocuk ve ergenlerde intihar amacı ile çok çeşitli öldürücü yöntemler planlanmakta ve uygulanmaktadır. Ası, ilaç alımı, trafiğe atlama, suda boğulma kullanılan yöntemler arasında yer almaktadır. Son yıllarda gençlerin intiharlarında en yaygın kullanılan yöntemin ateşli silah kullanımı olduğu bildirilmektedir. Kızlarda öldürücü maddelerin alımı ile intihar girişiminde bulunma, erkeklerde ise ateşli silah kullanımı ile tamamlanmış intiharlar daha fazla görülmektedir (2).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda kızların erkeklere oranla daha fazla intihar girişiminde buldukları saptanmıştır (4,5). Literatürde kız hastaların intihar girişimi oranı için %70, %78, %83, %87, %96 gibi rakamlar bildirilmektedir (6-10). Kızların erkeklere oranla daha az ölümcül yöntemlere başvurduğu,

erkeklere oranla daha gizli yardım isteme yöntemlerini yeğlediği ve ergenlik dönemi sonrası kızlarda duygulanım bozukluklarının daha yaygın olduğu gibi bir dizi neden bu yaygınlığı açıklamak için öne sürülmüştür (11).

Ergenlerdeki intihar davranışına katkıda bulunan 3 faktör olduğu varsayılmaktadır: mizaç, tetikleyici faktörler ve sosyal çevre. Psikolojik otopsi çalışmaları depresif bozukluk, önceki intihar girişimleri, antisosyal davranış, madde kötüye kullanımı, impulsif ya da obsesif kişilik özelliklerinin intihar davranışına yatkınlık yaratan en önemli sebepler olduğunu öne sürmektedirler. Erkeklerde alkol kötüye kullanımı ve davranım bozukluğu, kızlarda ise depresyon sık görülmektedir. Disiplin krizi yaratan ani bir olay, kız ya da erkek arkadaştan ayrılma gibi ani stresörler, aşırı öfke, umutsuzluk gibi ruhsal durum değişiklikleri de intihar davranışında tetikleyici faktörler olarak rol oynamaktadırlar (12).

ETYOLOJİ VE PATOGENEZ

İntihar davranışı psikiyatrik bozukluklar, psikiyatrik belirtilerin varlığı, sosyal desteklerin zayıf olması, sosyokültürel faktörlerden etkilenen kompleks bir belirtidir. Gençlerdeki intihar davranışını daha iyi anlayabilmek amacıyla, DSM-IV'teki

psikiyatrik hastalık sınıflandırmalarına benzer bir sınıflama sistemi ile çoğul eksenli bir model kullanmak daha faydalı olabilir. Bu açıdan 5 eksen tanımlanmıştır (2).

1. Birincil psikiyatrik bozukluklar
2. Gelişimsel etmenler ve kişilik bozuklukları
3. Biyolojik etmenler
4. Stres
5. Sosyal işlevsellik

BİRİNCİL PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR

Çalışmalar intihar girişiminde bulunan ergenlerin %80-90'ında psikiyatrik bir bozukluğun mevcut olduğunu bildirmektedir (1). Ergen intihar girişimcileri umutsuzluk, dürtüsellik, dış kontrol odağı, zayıf kişiler arası sorun çözme ve zayıf sosyal beceriler gibi bir dizi psikososyal işlev bozukluğu göstermektedirler (11).

Ergen intihar girişimlerinde en önemli risk faktörlerinin duygudurum bozuklukları, yıkıcı davranış bozuklukları ve madde kötüye kullanımının olduğu bildirilmektedir (13). Alkol ve madde kullanım bozuklukları ile birliktelik riski 12 kat arttırmaktadır (1). İntihar girişiminde bulunan 302 ergenle yapılan toplumsal çalışmada girişim açısından kannabis kötüye kullanımı ya da bağımlılığın anlamlı derecede risk faktörü teşkil ettiği bulunmuştur (2).

Psikiyatrik tedavi alan hastalar ve toplum örneklemi üzerinde yapılan çalışmalarda duygudurum bozuklukları ile intihar davranışı arasında anlamlı birliktelikler olduğu bildirilmiştir. Örneğin, yapılan bir çalışmada ayaktan tedavi alan major depresif bozukluk tanılı çocuk ve ergenlerin %70'inde intihar girişimi ya da düşüncesi tespit edilmiştir. Garrison ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise major depresif bozukluğun intihar düşüncesini 7 kat, intihar girişimlerini 10 kat arttırdığı bildirilmektedir (2).

Karşıt olma karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluklarında intihar girişimine eğilim 13 kat artmaktadır (1). Turgay intihar girişiminde bulunmuş 200 çocuk ve ergenle yaptığı bir çalışmada en sık rastlanan psikiyatrik tanıların uyum bozukluğu ve davranım bozukluğu olduğunu bildirmiştir. Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada intihar girişiminde bulunmuş olan 15-19 yaş arası ergenlerin %27.5'inin uyum bozukluğu ve davranım bozukluğu tanımlarını aldıkları bildirilmiştir (4).

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu birlikteliği (DEHB) de intihar eğilimini etkileyen önemli etkenlerdendir. Bu konu ile yapılan karşılaştırmalı bir çalışmada, özellikle bileşik tip DEHB'de intihar eğiliminin daha fazla olduğu bildirilmektedir (1). Topluma dayalı yapılan bir çalışmada cinsel yönelimin intihar girişiminde

önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir (2). Homoseksüel ve biseksüel gençlerde ölümcül olmayan intihar davranışı oranları 2-6 kat artmaktadır (1).

Robbins ve Alessi'nin çalışmasında intihar girişimlerinin ölümcüllük düzeyinin depresif duygudurum, düşük benlik saygısı, anhedoni, psikomotor ajitasyon, alkol ya da madde kötüye kullanımı ile birliktelik gösterdiği bulunmuştur (2). Turgay'ın bir çalışmasında da ciddi intihar girişiminde bulunan hastalarla ciddi olmayan girişimde bulunanlar karşılaştırıldığında depresyon ve davranış bozukluğu tanısı, öyküde intihar deneyimi ve birden fazla psikiyatrik hastalığın varlığı, psikiyatrik hastaların tedaviye direnci ve kronikleşmesi gibi etkenlerin ciddi intihar girişimleri ile birliktelik gösterdiği bildirilmiştir (14).

İntihar davranışı açısından risk faktörlerini belirlemede takip çalışmaları da kullanılmıştır. Psikiyatrik tedavi alıp taburcu edilen 180 ergenin 5 yıllık takip çalışmasında ergenlerin %25'inin intihar girişiminde bulunduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada hastaneden çıkıştan sonraki ilk 1 yılın intihar davranışı açısından oldukça riskli bir dönem olduğu saptanmıştır. Ayrıca intihar girişimleri açısından en güçlü faktörün önceki girişimlerin varlığı olduğu ve duygudurum bozukluklarının da tabloya

eklenmesinin riski arttırdığı belirtilmiştir (2).

GELİŞİMSEL ETMENLER VE KİŞİLİK BOZUKLUKLARI

Özgül gelişimsel bozukluklara bağlı öğrenme yeteneğindeki bozuklukların intihar riskini arttırdığı bilinmekle birlikte çalışmalar entellektüel düzeyin genç intihar davranışlarında bir öncü olmadığını öngörmektedir (1).

Narsisistik, antisosyal, histrionik kişilik bozukluklarının öncül belirtileri olan dürtüsellik, yoğun agresyon gibi psikiyatrik belirtilerin çocuk ve ergenlerdeki intihar davranışıyla pozitif birliktelik gösterdiği bildirilmiştir. Kişilik bozuklukları ile ergen intihar girişimleri arasındaki birliktelikleri inceleyen bir çalışmada psikiyatrik tedavi alan 53 ergende en sık borderline kişilik bozukluğu tanısının konulduğu bildirilmiştir. Yine Brent ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada birden fazla intihar girişiminde bulunan ergenlerde özellikle borderline kişilik bozukluğunun olduğu bulunmuştur (2).

İntihar girişiminde bulunmuş çocuklarda kişilik özellikleri üzerinde durulmamasına rağmen bu çocuklara ait farklı özelliklerin tanımlanması gerekmektedir. Örneğin, yapılan bir çalışmada intihar ve şiddet davranışları içeren çocuklarda dürtü kontrolünde anlamlı eksiklikler bulunmuştur.

Dürtüsellik, intihar ve şiddet davranışı gelecekte oluşabilecek kişilik bozukluklarının öncül belirtileri olabilir. Buna karşıt olarak, yapılan bir çalışmada intihar davranışında bulunan fakat şiddet davranışları içermeyen bir çocuk grubunda dürtü kontrolünde problem olmadığı fakat belirgin derecede depresif belirtilerin olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak kişilik bozukluklarının öncül belirtileri ile intihar davranışı arasındaki ilişkileri, intihar davranışında bulunan farklı özelliklere sahip çocuklarda ayrıntılı olarak değerlendirmek gerekmektedir (2).

BİYOLOJİK ETMENLER

İntihar girişiminin nörobiyolojisi hakkındaki bilgiler hala sınırlıdır. Klinik, postmortem, genetik ve hayvan çalışmaları serotoninin önemli bir role sahip olduğunu bildirmektedir. Santral sinir sistemindeki ilgili başlıca alanlar serotonerjik hücreleri içeren orta beyindeki dorsal raphe nukleusu ve serotonerjik sistem tarafından innerve edilen ventral prefrontal kortektir. İnvivo ve postmortem çalışmalar intihar ve ciddi intihar girişimlerinde serotonerjik hipofonksiyonu göstermektedir. Bu hipofonksiyon ventral prefrontal korteksin inhibitör fonksiyonunu bozarak impulsif ve agresif davranışa sebep olabilir. Bu eğilimin varlığı, mental rahatsızlıkların

gelişimi ya da diğer yaşam stresörleri bireyin intihar düşüncelerini eyleme dönüştürmesinde birer risk faktörüdür (15). Çeşitli çalışmalarda intihar eden ergenlerde serotonin öncüsü olan triptofan aminoasitinin, serumdaki diğer aminoasitlere oranının çok daha düşük seviyelerde saptanması sonucunda triptofan oranlarının intihar riskini belirlemede öncü olabileceği öngörülmüştür (1).

STRES

Gençlerdeki intihar davranışı ile stresli yaşam olayları arasında anlamlı ilişkiler yapılan araştırmalarla ortaya konmuştur. İntihar düşüncesi ya da girişimleri olan prepubertal dönemdeki çocuklar intihar davranışı olmayan prepubertal dönemdeki çocuklara göre daha fazla oranda stresli yaşam olaylarına maruz kalmaktadırlar. Ebeveynlerin ölümü ya da boşanması, kardeş doğumu, hastalık, hastaneye yatma, aile bireylerinin psikiyatrik hastalığı nedeniyle aile iletişimindeki problemler, aile içi şiddet ve tartışmalar nedeniyle oluşan aile içi uyumsuzluk sözü edilen stresli yaşam olaylarıdır. Prepubertal dönemdeki intihar davranışında bulunan çocukların ailelerinde yapılan ilk sistematik, kontrollü çalışmada Pfeffer ve arkadaşları intihar girişim ve davranışları olan çocukların birinci derece akrabaları arasında antisosyal kişilik bozukluğu, madde kullanımı,

şiddet ve intihar eylemlerinin, aile içi uyumsuzluğun yüksek olduğunu bildirmişlerdir (2).

İntihar girişimi öyküsü olan ergenlerde aile bireylerinde madde kullanımı, annede intihar girişimi öyküsü ve ailesel problemlerin yüksek oranlarda bulunduğu gösterilmiştir (2). Farklı ortam ve toplumlarda yürütülen çalışmalarda aile bağlarının gevşemesi ya da kopmasının genç insanlar arasında intihar yaygınlığını etkileyen en önemli etkenler arasında olduğu saptanmış olup intihar davranışı gösteren ergen ailelerinin daha az destekleyici ve daha fazla çatışmacı olduğu, düşmanca tutumların ön plana çıktığı da bildirilmektedir (11).

Şiddet özellikle fiziksel ve cinsel kötüye kullanımın, gençlerdeki intihar davranışında güçlü bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir. Deykin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada intihar girişiminde bulunan 159 ergende fiziksel kötüye kullanım şüphesinin 3-9 kat oranında yüksek olduğu saptanmıştır. Grilo ve arkadaşlarının çalışmasında da cinsel kötüye kullanımın ergenlerdeki tekrarlayıcı intihar girişimleri açısından riski 8 kat arttırdığı bulunmuştur (2).

SOSYAL İŞLEVSELLİK

İntihar eden çocuk ve ergenler duygu ve düşüncelerle başa çıkmada kendilerine rehberlik edebilecek

kişilerden yoksundurlar ayrıca aile, akran ve kardeş ilişkilerinde sorunlar mevcuttur. Sosyal destek sistemlerindeki yetersizlik gencin yalnızlık duygusunu, anksiyetesini, düşük benlik saygısını, ret edilmişlik ve ümitsizlik duygularını yoğunlaştırmaktadır. Ümitsizlik duyguları gencin problemlerle baş etme ve çözme yeteneklerini azaltarak intihar riskini arttırmaktadır. İntihar eden çocuk ve ergenler sosyal uyumsuzluklarını ya dürtüsel davranışlar göstererek ya da hayal güçlerini kullanarak çözmeye çalışmaktadırlar. İnkâr, reaksiyon formasyon kullanılan savunma mekanizmalarıdır (2).

Ergen kişinin yaşamında çok önemli bir yer tutan arkadaş ilişkilerindeki aksaklıkların bu dönemde tetikleyici olabileceği bildirilmiştir. İntihar davranışı gösteren kızların daha çok erkek arkadaş kaybı ve okul değişimlerinden, erkeklerin ise daha çok aile içindeki saldırgan tutumlardan etkilendikleri saptanmıştır. Ergenlik dönemindeki pek çok intihar girişimi dürtüsel özellik gösterebilir ve hayatı pek az tehdit edebilir. Çoğu zaman asıl motivasyon başkalarını etkilemek, dikkat çekmek, sevgi ve nefreti iletme ya da hoşnutsuz bir durumdan kaçmaktır (11).

RUHSAL DEĞERLENDİRMELER

İntihar girişiminde bulunan gençle ve ailesiyle kapsamlı görüşmeler yapılmalıdır. Değerlendirmede gencin intihar niyeti ve girişimleri, niyet ve girişimlerin ciddiyeti, girişimlerde kullanılan yöntemler, girişimlerin yapılacağını hissettiren davranışlar, alta yatan risk faktörleri, dürtüsel davranışlar ve çevresel nedenler sorgulanmalıdır. Gencin ruhsal değerlendirilmesi de psikopatolojinin tipini ve derecesini içerecek şekilde planlanmalıdır. Gencin düşük dürtü kontrolüne sahip olması, intihar düşüncelerini, endişelerini ve hissettiklerini paylaşamaması, yüksek düzeyde ümitsizlik duyguları girişimin tekrarı açısından yüksek risk faktörleridir. Olumlu sosyal çevre intihar girişimlerini azaltmaktadır. Bu nedenle aile bireylerindeki psikopatoloji, şiddet ve stresör faktörleri içeren ailesel ve çevresel durumların incelenmesi gerekmektedir (2).

TEDAVİ

Tedavide ilk yapılması gereken ergenin kendine zarar verme olasılığını azaltmaktır. Ergenin yakından gözlenmesi ve terapötik değerlendirmesinin yapılması için psikiyatrik tedavi altına alınması gerekebilir. Hastaneye yatırma ergenin stresli çevresel faktörlerinden uzaklaşmasına da yardım etmektedir. Eğer çocuk ve ergenin intihar girişimini

her an tekrar etme riski yoksa ayaktan tedavide yapılabilir (2).

Psikoterapotik yaklaşım dürüst bir ilişkiyi gerektirmektedir. Terapistin ergenin acı, umutsuzluk, düşmanca hislerinin etkisi altında kalması tedavinin ilerleyişini olumsuz yönde etkileyecektir. Yeni ve etkin başa çıkma stratejilerinin geliştirilmesi temel olmalıdır. Ayrıca intihar davranışının altında yatan motivasyonları da ortaya çıkarmak gerekmektedir. Ergen bu motivasyonlarının farkında olabilir ya da olmayabilir. Sık görülen motivasyonlar kız ya da erkek arkadaştan ayrılma, aile bireylerinden ayrılma gibi özel bir kişinin kaybıdır. Bu gibi durumlar ergende suçluluk duygularına neden olmaktadır (2). Engellenme, yoksun bırakılma ya da yanlış algılanmaya karşı yanıt olarak öfke ve dürtüsel intihar girişimleri sık bir şekilde görülmektedir (1). Diğer bir motivasyon psikotik fonksiyona dayalıdır. Bazı psikotik ergenler kendilerini çökkün hissederler ve psişik acıyı intihar ederek dindirmeye çalışırlar (2).

Tedavi çok bileşenli olmalıdır. Dinamik, destekleyici, kognitif psikoterapiye ek olarak farmakolojik yaklaşımlar da gerekmektedir. Lityum major depresif bozukluk ya da bipolar bozukluklu yetişkinlerde intihar girişimi riskini 9 kat azaltmakta, bırakılması ise riski 7 kat arttırmaktadır. Lityumun

yüksek dozlarda ölümcül olması nedeniyle çocuk ve ergenlerde kullanımı dikkatli olmayı gerektirmektedir. Selektif serotonin geri alım inhibitörleri gibi antidepresanlar da intihar davranışında bulunan çocuk ve ergenlerin tedavisinde önerilmektedir (2).

Ergen üzerinde doğrudan etkisi bulunan aile üyeleri de tedaviye alınmalıdır. Bireysel terapiler, evlilik terapisi ve psikofarmakolojik tedaviler uygulanarak ergenin sağlıklı bir ortamda yaşaması sağlanmalıdır (2).

KORUMA

Ergenlerde intihar girişimlerini tek bir model veya kuramın açıklaması olanaklı olmadığından her olgunun psikiyatrik, biyolojik ve sosyal özelliklerinin ayrıntılı bir biçimde ele alınması gerekmektedir. Aile ve akran ilişkilerinde sorun yaşayan, psikiyatrik bozukluğu ve geçmişte intihar girişimleri bulunan, intihar veya ölümden söz eden ergenlerin intihar davranışı için risk taşıdıkları göz önünde bulundurulmalıdır. Aile işleyişi ve ergen intiharları arasındaki yakın ilişki nedeniyle intihar riski bulunan olguların ailenin bütününe yönelik bir yaklaşımla değerlendirilmeleri gerekmektedir.

Günümüzde ateşli silahların kolay elde edilebilir olması, genç intiharlarda belirgin oranda etkindir. İntiharları engellemek için silahlanmanın en aza

indirgenmesi, gerekli yasaklamaların yapılması, evlerde ölümcül silahların bulunmaması uygun olacaktır.

SONUÇ

İnsanların henüz yaşamlarının başındayken kendilerini öldürmeyi düşünmeleri, intihara kalkışmaları ve intihar ederek yaşamlarını sonlandırmaları oldukça trajik bir durumdur. Ülkemiz nüfusunun oldukça büyük bir bölümünü oluşturan gençlerdeki intiharları önlemek için, birincil olarak risk etkenlerinin kapsamlı çalışmalarla belirlenip, risk grubunu oluşturan ergenlere yönelik koruyucu çalışmalar yapılması, ikincil olarak tekrarlayan intihar girişimlerinin önüne geçilmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Atay IM, Kerimoğlu E. Ergenlerde intihar davranışı. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2003; 3: 128-136.
2. Lewis M. Suicidal behavior in children and adolescents: Causes and management. Lippincott Williams & Wilkins, third edition. Philadelphia, 2002, p. 796-805.
3. Fidaner C, Fidaner H. Türkiye'de çocuk intiharları epidemiyolojisi. Türk Psikiyatri Dergisi 1992; 4: 255-260.
4. Ercan ES, Varan A, Aydın C. İntihar girişiminde bulunan ergenlerde sosyodemografik, psikiyatrik ve ailesel özelliklerin araştırılması 2000; 2:81-91.
5. Şener Ş, Şenol S. İntihar girişimi nedeniyle başvuran ergenlerin değerlendirilmesi ve kısa süreli izlemi. 3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 1996; 2: 100-107.
6. Le Heuzey MF, Isnard P, Badoyal AM, Dugas M. Suicidal children and adolescents. Arch Pediatr 1995; 2: 130-135.
7. Trangkasombat U, Likanapichitkul D. Prevalence and risk factors for depression in children : An outpatient pediatric sample. J Med Assoc Thai 1997; 5: 303-310.
8. Osona Rodriguez B, Gonzalez Vicent M, Menica Bartolome S, Casad Flores J. Suicide in pediatric patients: 30 cases. An Esp Pediatr 2000; 1: 31-35.
9. Garrido Romero R, Garcia Garcia JJ, Carballo Ruano E, Luaces Cubells C, Alda Diez JA, Pou Fernandez J. Voluntary poisoning as a form of attempted suicide. An Esp Pediatr 2000; 3: 213-216.
10. Jay MS, Graham CJ, Flowers C. Adolescent suicide attempters presenting to a pediatric facility. Adolescence 1989; 94: 467-472.
11. Sayar MK, Öztürk M, Acar B. Aşırı dozda ilaç alımıyla girişimde bulunan ergenlerde psikolojik etkenler. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2000; 3: 133-138.
12. Harrington R. Depression, suicide and deliberate self-harm in adolescence. Br Med Bull 2001; 57: 47-60.
13. Rowan AB. Adolescent substance abuse and suicide. Depress Anxiety 2001; 3: 186-191.
14. Turgay A. Çocuk ve ergenlerde intihar girişimleri. Türk Psikiyatri Dergisi 1992; 3: 183-189.
15. Kamali M, Oquendo MA, Mann JJ. Understanding the neurobiology of suicidal behavior. Depress Anxiety 2001; 3: 164-176.