

İlaçla özkıyım girişiminde bulunan ergen ve gençlerde depresif belirti farklılıkları*

Şakir ÖZEN,¹ Cafer GÜLOĞLU²

ÖZET

Amaç: Ergen ve gençlerde ilaçla özkıyım girişiminden önceki 3-4 gün içinde belirginleşen depresif belirtileri ve öne çıkan stres etkenlerini saptamak. **Yöntem:** Çalışma 2002 yılı içinde Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Psikiyatri ve Acil Tıp Anabilim Dallarının işbirliğiyle yürütüldü. 15-19 yaşları arasındaki 50 kişi A grubunu, 20-30 yaşları arasındaki 50 kişi B grubunu oluşturdu. Veriler yarı-yapılandırılmış Bilgi Formu yardımıyla hasta ve hasta yakınlarıyla tek tek görüşülerek elde edildi. **Sonuçlar:** Yüz hastanın 78'i kadın, 73'ü bekardı, 83'ü il merkezinde oturmaktaydı, 6'sının bilinci kapalıydı. A grubunun yaş ortalaması 17.5 ± 1.2 ; B grubunun yaş ortalaması 24.3 ± 3.2 idi. A grubunun %40'ı, B grubunun %20'si 17-19 saatleri arasında ilaç almıştı. Aşırı üzüntülü hal-çabuk ağlama A grubunda %36, B grubunda %78; aşırı sinirlilik A grubunda %52 B grubunda %70; kendini suçlama-değersiz olduğunu söyleme A grubunda %24 B grubunda %62 oranında saptandı. A grubunda aile içi sorunlar (%22), ruhsal hastalık (%20), okul sorunları (%16) öne çıkan stres etkenleriyken; B grubunda ruhsal hastalık (%34), aile içi sorunlar (%28), bedensel hastalık (%26), sorunlu duygusal ilişki (%20) öne çıkan stres etkenleriydi. **Tartışma:** Aşırı üzüntülü hal ve aşırı sinirlilik ilaçla özkıyım girişimi öncesi evrede her iki grupta öne çıkan belirtilerdir. A grubunun özkıyım girişimleri genellikle stres faktörlerine ani tepki verme ve çevreye mesaj sunma nitelikleri taşımaktadır. B grubunda depresif yakınmalar ve psikosomatik özellikler gösteren fiziksel hastalıklar daha yoğun görülmektedir. Özkıyım girişimlerinin önlenmesi için yaş dönemlerine özgü sorunların bilinmesi ve belirtilere dikkat edilmesi yararlı sonuçlar doğuracaktır. (Anadolu Psikiyatri Dergisi 2003; 4:159-166)

Anahtar sözcükler: İlaç, özkıyım girişimi, belirti, ergen, genç

Depressive symptom differences between adolescents and youths suicide attempted with drugs

ABSTRACT

Objective: To define depressive symptoms and major stress factors 3-4 days before attempted suicide in adolescents and youths. **Methods:** This study was performed at Dicle University Medical Faculty with collaboration of Departments of Psychiatry and Emergency in 2002. Group A was 50 patients (age 15-19) and Group B was 50 patients (age 20-30). Data was acquired from patients and relatives with a semi-structured form. **Results:** Among 100 patients, 78 were female, 73 bachelors, 83 were living in central city and 6 were unconscious. The mean age for Group A and B were 17.5 ± 1.2 years and 24.3 ± 3.2 years respectively. Forty percent of patients in Group A and 20% in Group B took medicine

* 12. Anadolu Psikiyatri Günleri'nde sunulmuştur (18-22 Haziran 2003, Elazığ).

¹ Yrd.Doç.Dr., Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, DİYARBAKIR

² Yrd.Doç.Dr., Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, DİYARBAKIR

Yrd.Doç.Dr. Şakir ÖZEN, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı DİYARBAKIR

e-posta: sakiro@dicle.edu.tr

between 17 and 19 hours. Thirty-six percent of Group A and 78% of Group B were over sad and quickly crying; %52 of Group A and 70% of Group B were over angry; 24% of Group A and 62% of Group B were saying they are guilty and worthless. The major stress factors in Group A were family problems (22%), mental disease (20%), and school problems (16%) while in Group B mental disease (34%), family problems (28%), physical illness (26%), and problem love affair (20%) were major stress factors. **Discussion:** Being over sad and over angry were major symptoms in both group before suicide attempt. In Group A, patients were generally overreacting to stress factors and trying to give message to people around before suicide attempt. In Group B, patients were depressive and complaining from physical illness with psychosomatic appearance before suicide attempt. To prevent suicide attempt, age related problems should be known and suicide sign must be carefully taken in account. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2003; 4:159-166)

Key words: Drug, suicide attempt, symptom, adolescent, youth

GİRİŞ

Kişinin kendi isteği ile yaşamına son vermesine özkıyım, ölümle sonuçlanmayan eylemine özkıyım girişimi denmektedir. Özkıyım girişimi, en sık yüksek doz ilaç yutma şeklinde gerçekleştirilmektedir.^{1,2} İlaçla özkıyım girişiminde ölüm oranı diğer yöntemlere göre daha azdır.³ Fakat yine de, bazen arka planda ciddi psikiyatrik hastalıkların bulunabilmesi, bazen ölümlerin veya ciddi komplikasyonların oluşması, ayırıcı tanı zorluğu oluşturabilmesi, sonraki dönemlerde özkıyım girişimi riskini artırması, hastane ortamının ve hastane çalışanlarının meşgul edilmesi, hastane ve laboratuvar masrafları gibi nedenlerden dolayı ciddi bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir.

1997 yılına ait adli dosyaların incelenmesi ile yapılan bir çalışmada,² Diyarbakır'da özkıyım girişiminde bulunanların yaş ortalaması 22.1±6.8, özkıyımı gerçekleştirenlerin yaş ortalaması 27.7±15.3 olarak bulunmuştur. Klasik bilgilerin aksine, hem özkıyımı gerçekleştirenlerde, hem de özkıyım girişiminde bulunanlarda kadınların oranı daha yüksek olarak bulunmuştur. Özkıyım girişiminde sık kullanılan yöntem olarak; ilaç alımı %55.5, zehir içme %15.7, yüksekte atlama %10.2 oranında belirtilmiştir. Bize yakın bir il olan Elazığ'da 18-65 yaş aralığında 60 hastanın incelendiği bir çalışmada¹ özkıyım girişiminde bulunanların yaş ortalaması 25.8±10.2 olarak bulunmuştur. Girişim yöntemi olarak ilaç alımı %65, tarım ilacı içme %18.3, yüksekte atlama %5, ateşli silah %5, ası %3.3, kesi %1.7 ve boğulma %1.7 oranında saptanmıştır.

Diğer yöntemlerde olduğu gibi, ilaçla özkıyım girişimlerinde ani ölüm veya yalnız başına bir yerlerde ölüp kalma pek görülmez. Genellikle, birilerinin haberdar olmasına veya kişinin hastaneye gelmesine/getirilmesine yetecek kadar zaman olmaktadır. Çoğu kişide, ilaç dozu yaşamsal tehlike sınırına ulaşmamaktadır ve çevredekilere mesaj verme gibi

özellikler taşımaktadır. Kişinin acil serviste veya hastanenin diğer bir biriminde kısa süreli de olsa kalması, çevrenin kendisi üzerindeki baskının azalmasına, üzerinde ilgi yoğunluğu oluşmasına veya çevredekilere yaptırmak istediği şeylere kısmen yaptırabilmesine yol açmaktadır.⁴ Bazı durumlar kişideki özkıyım niyetinin ciddiyeti konusunda bize fikir verebilir; örneğin, dozun yüksek olması³ veya herkesin dinlenmeye çekildiği gece saatlerinde ilaç alınması vb. Aşırı yüksek doz ilaç alımı genelde, ciddi ruhsal-fiziksel hastalığı olanlarda veya süregelen stres etkeni olanlarda karşımıza çıkmaktadır.

Özkıyım girişiminde bulunanlarda depresyon, şizofreni, alkol-madde bağımlılığı, kişilik bozukluğu başta olmak üzere birçok psikiyatrik bozukluk bulunduğu bildirilmektedir. Bunlardan en önemlisi ve sık görüleni şüphesiz depresif bozukluklardır.^{1,5-7} Ergenlik ve gençlik dönemlerinde depresyonun görülme sıklığı ile yaşı ilerlemesi arasında pozitif ilişki olduğu belirtilmektedir.⁸ Fedotov⁹ çocuklarda özkıyım davranışının impulsif olduğunu, fakat ergenlerde presuicidal evre yaşandığını belirtmektedir, ve özkıyım eğiliminin devamını; depresyonun derinliğine, patolojik kişilik özelliğiyle ilişkili olarak tekrarlayan girişimler olmasına ve çözülmemiş örseleyici durumların varlığına bağlamaktadır.

Erik H. Erikson¹⁰ insanın psikososyal gelişimini başlıca 8 evrede incelemektedir. Erikson'a göre, her bir evre önceki evrelerin olumlu veya olumsuz izlerini taşır ve ayrıca kendi içinde aşılması gereken zorluğu ve başarıyı temsil eden özellikler barındırır. Kişi yaşadığı evrenin krizini aşamazsa psikopatolojiler ortaya çıkar. Erikson 5. evre olarak 13-20 yaş arasını ele almakta ve buna "kimlik kazanma evresi" adını vermektedir. Bu evre içinde puberte ve ergenlik dönemleri de yaşanmaktadır. Sağlıklı kimlik ve kişilik duygusunun oluşması, yakın çevrede özdeşim yapılacak sağlıklı anne-baba modellerinin varlığıyla kolaylaşır. Ara sıra dalgalan-

malar ve çelişkiler yaşansa da, kişi bu evrede bazı ahlaki değerler sistemini benimser. Bazen meslek seçimi gibi konularda kararsızlık yaşayabilir, kısa süreli bazı mesleklere-işlere girebilir, okuldan ayrılabilir. Ergenliğin sonunda normal bir süreç olarak "kimlik krizi" yaşanır. Bu evreyi rahat atlatamayan kişi kendi kimliğini tanımakta ve tanımlamakta zorlanır, dünyada ve toplum içinde kendi yerini ve rolünü tanımlama konusunda karmaşa yaşar. Bu kişilerde evden kaçma, suç işleme ve psikopatolojik davranışlar sergileme görülebilir, cinsel kimlik sorunları da oluşabilir. Ergen yaşadığı rol karmaşasından kurtulmak için bazı hizip ve gruplara katılabilir veya halk kahramanı gibi görünen kişilerle özdeşim kurma çabasına girebilir. Erikson 6. evre olarak, 21-40 yaş arasını ele almakta ve buna "yakın dostluklar kurma evresi" adını vermektedir. Gerçek dostlukta karşılıklı saygı, fedakarlık ve karşılıklı yarar sağlama esası vardır. Kimlik krizini aşmış kişi; toplumun diğer bireyleriyle evlilik, iş, eğlence veya sivil toplum kuruluşları gibi birçok sosyal alanda bir araya gelebilir ve uzun süren dostluklar kurabilir. Kişi bu evrede sorun yaşarsa; kabuğuna çekilir, dostluklar kuramaz, iş yaşamında yalnız kalabilir evlilikten kaçınabilir veya evlilik sorunları yaşayabilir.

Yirmi yaş öncesindeki bölgemiz erkekleri (eğer öğrenci değillerse) bir işyerinde çırak-yardımcı eleman olarak çalışmakta, tarım alanında çalışmakta, geçici işler yapmakta veya işsiz dolaşmaktadır. 20'li yaşlarda da askerlik görevini yapması söz konusu olmaktadır. Evlilik ve sürekli bir iş sahibi olma çabası çoğunlukla askerlik veya mezuniyet sonrasına bırakılmaktadır. Bölgemizdeki nüfus artışı hızı ve işsizlik oranı yüksek olduğu için,¹¹ sürekli ve orta-iyi gelirli iş bulmak eğitim düzeyine bakmaksızın sorun olabilmektedir. Bölgemizdeki kızların okuryazarlık oranı son yıllarda kısmen değişmekle birlikte yine de erkeklerden ve Türkiye ortalamasından oldukça düşüktür. Eğer okula gitmiyorsa, ergenlik çağındaki kız genelde ev işleriyle vakit geçirmekte, az bir kısmı da düşük gelirli gündelik işlere gitmektedir. Bir gencin evlenmesi söz konusu olduğunda çoğunlukla akraba çocukları veya ailenin uygun gördüğü kişiler zorunlu seçenek olarak önüne konmaktadır. Yeni evlenen kadın bazen kayın peder ve kayın valide ile birlikte kalabalık bir aile ortamında kalmak veya onlarla iletişimin yoğun olacağı yakın bir evde yaşamak zorunda bırakılmaktadır. Erken yaşlarda anne olup, yaşı birbirine yakın birçok çocuğa bakım verme sorumluluğuyla

karşı karşıya da kalabilmektedir.¹¹ Dolayısıyla genç kız veya kadın özgüvenini kazanmış, kültürlü bir birey olarak "kendi" olamamakta, toplumdaki yerini alamamakta ve karşısına çıkan problemlere uygun çözüm üretememektedir. Bölgemizdeki çoğu ailede erkek-kadın, baba-çocuk arasında sözlü iletişimin ve olumlu duygu paylaşımının az olduğu söylenebilir. Erkek genelde evin koruyucusu, para getireni ve saygı duyulması gereken otorite figürüdür; açıklama yapmadan bir işe girebilir, seyahat edebilir, eve geç gelebilir, kahve vb. yerlere takılabilir. Bazen de erkek kalabalık olan ailesini geçindirebilmek için aşırı çalışmakta ve ev halkıyla dertleşmeye pek az zaman ayırmaktadır.

Biz bu çalışmada, bölgemizde yüksek doz ilaç alımıyla özkıyım girişimlerinin en sık görüldüğü 15-30 yaş arası evreyi 2 temel gruba ayırarak (ergen ve genç), özkıyım girişiminden önceki 3-4 gün içinde, bu iki grupta belirginleşen bazı davranış değişikliklerini (özellikle de depresif belirtileri) ve öne çıkan stres etkenlerini saptamayı amaçladık.

YÖNTEM ve GEREÇ

Çalışma 2002 yılı içinde Dicle Üniversitesi Acil Servisi'nde Acil Servis ve Psikiyatri bölümlerinin işbirliğiyle yürütüldü. Aşırı dozda ilaç yutarak özkıyım girişiminde bulunan 15-19 yaşları arasındaki 50 kişi (A grubu) ve 20-30 yaşları arasında 50 kişinin (B grubu) incelenmesi planlandı. Otuz yaş üstünde olanlar, yetersiz veya çelişkili bilgi alanlar, görüşmeyi reddedenler, başka yöntemlerle özkıyım girişiminde bulunanlar çalışmaya alınmadı. Veriler tarafımızdan hazırlanan yarı yapılandırılmış "Genel Bilgi Formu" yardımıyla hastalar ve hasta yakınlarıyla tek tek görüşülerek elde edildi. Bilgi formu içinde hastanın sosyodemografik özellikleri, aile ortamı, özkıyım girişiminin şekli, zamanı, ilaç adı, not bırakıp bırakmadığı, fiziksel veya ruhsal hastalık öyküsü, olaydan önceki 3-4 gün içindeki depresif belirti değişiklikleri, son bir ay içindeki olası stres etkenleri ile ilgili sorular vardı.

İstatistikler SPSS programı 7.5 versiyonu ile yapıldı. Çoğu verinin frekansı ve yüzdesi belirlendi. Grupların karşılaştırılmasında parametrik dağılımlarda iki bağımsız grup için t testi, parametrik olmayan dağılımlarda X² testi kullanıldı. Değişkenler arasındaki ilişki araştırmasında Pearson korelasyon testi kullanıldı. İstatistiklerde güven aralığı %95 olarak ele alındı.

SONUÇLAR

Örnekleme genel bakış

Yüz hastanın 22'si (%22) erkek, 78'i (%78) kadındı; 73'ü bekar, 26'sı evli, 1'i duldu; 43'ü ev kızı/ev hanımı, 28'i öğrenci, 16'sı işsizdi; 17'si okumamış, 31'i ilköğretim, 30'u lise mezunuydu; 83'ü il, 12'si ilçe merkezinde, 5'i köyde oturmaktaydı. Erkeklerin yaş ortalaması (19.6±2.9) kadınların yaş ortalamasından (21.3±1.4) daha düşüktü ($t=2.091$, $p=0.041$). Acil servise geldiğinde 6'sının bilinci kapalı, diğerlerinin açıkta. Hastaların %30'u 17-19 saatleri arasında ilaç almıştı, gece ve sabah saatlerinde her iki grupta girişim oldukça azdı, gece yarısından sonra ise hemen hemen hiç yoktu. Kırk yedi kişinin bir çeşit ilaç aldığı, 26 kişinin iki veya daha fazla çeşit ilaç aldığı bilgisi edinildi, fakat 27 kişinin kaç tür ilaç aldığı tam saptanamadı. On iki hastanın daha önce de girişimde bulunduğu öğrenildi.

Tablo 1. A ve B grubunu tanıttıcı özellikler

Özellikler	A Gr (n=50)	B Gr (n=50)
Yaş ortalaması	17.5±1.2	24.3±3.2
Cinsiyet		
Erkek	15	7
Kadın	35	43
Medeni durum		
Bekar	47	26
Evli	3	23
Eğitim düzeyi		
Okumamış	8	9
İlk	13	18
Orta	8	3
Lise	17	13
Yüksek	4	7
İş, uğraş durumu		
Ev işleri	17	26
Alışkanlık		
Sigara	24	33
Sigara+alkol	3	4

Grupların özellikleri

Gruplara ait temel tanıttıcı özellikler Tablo 1'de görülmektedir. Erkeklerin oranı ergen grupta %30 Anadolu Psikiyatri Dergisi 2003; 4:159-166

iken, diğer grupta %14'tür ($X^2=3.730$, $p=0.053$). A grubunun kardeş sayısı 6.3 ± 2.2 , B grubunun kardeş sayısı 6.4 ± 3.3 bulundu ve gruplar arasında fark yoktu ($t=0.331$, $p=0.741$). A grubunun o günlerdeki hane halkı sayısı 7.5 ± 2.2 , B grubunun 6.0 ± 3.3 olarak belirlendi ve iki grup arasında istatistiksel farklılık vardı ($t=2.509$, $p=0.014$). A grubunda 8, B grubunda 15 kişinin ölüm veya ayrılık nedeniyle anne-baba birlikteliği bozulmuştu. Hastaların çoğu sigara içmekteydi. Herhangi bir alışkanlık bildirme B grubunda daha fazlaydı ($X^2=4.456$, $p=0.035$).

Daha önce özkiyim girişiminde bulunma A grubunda 5, B grubunda 7 kişi; arkadaşına veya bir yakınına girişimde bulunacağını bildirme A grubunda 6, B grubunda 8 kişi; girişimiyle ilgili not bırakma A grubunda 5, B grubunda 4 kişiydi. Her iki grubun girişim saatleri Tablo 2'de, kaç çeşit ilaç aldığı Tablo 3'de gösterilmiştir. Her iki grupta sık yutulan ilaçlar; antidepresanlar (özellikle SSRI, TCA, NaSSA), analjezikler (özellikle parasetamol), anti-biyotikler, anksiyolitikler, antihistaminikler ve potent olmayan antipsikotiklerdi. Bu ilaçların bir özelliği, sık reçete edilen ilaçlar olması ve evlerde sıkça bulunabilmesidir.

Depresif semptom ortalaması A grubunda 5.1, B grubunda 7.0 idi ($t=11.560$, $p=0.000$). Yaş arttıkça semptom sayısının da arttığı belirlendi ($r=0.269$, $p=0.007$). Fakat, yutulan ilaç adediyle depresif semptom sayısı arasında bir ilişki saptanmadı ($r=0.161$, $p=0.137$). Son günlerde belirginleşen davranışlarla ilgili olarak; aşırı üzüntülü hal-çabuk ağlama, hoşlandığı şeylere karşı ilgisiz davranma, uyku ve iştah değişikliği, kendini suçlayıcı konuşmalar yapma, ölümle ilgili konuları konuşma B grubunda istatistiksel açıdan farklı olacak kadar sık bildirildi (Tablo 4). Acil servise geldiğinde 6 kişinin bilinci kapalı, diğerlerinin açıkta. Bu 6 kişinin hepsi bekar; 5'i kızdı ve bunların biri öğrenci diğerleri ev kızıydı; 5'i il merkezinde oturmaktaydı; 2'si eğitimsiz, 1'i ilköğretim, 2'si ortaokul, 2'si lise düzeyi eğitimliydi. Bunların 4'ü A grubundan (ortalama semptom sayısı 1), 2'si B grubundan (ortalama semptom sayısı 5).

Son bir aylık zaman dilimiyle ilgili, ruhsal hastalık her iki grupta sık bildirilen stres etkeniydi. Fakat ruhsal hastalık öyküsü alınan kişilerden her iki gruptan da üçer kişi olaya yakın günlerde ilaç almamaktaydı. Bildirilen ruhsal hastalıkların çoğu depresif spektrum içinde ele alınabilecek hastalıklardı. Bedensel hastalık ve sorunlu duygusal

Tablo 2. İlaç alma saatleri

Saat	A Grubu (n=50)	B Grubu (n=50)	X ²	p
7-9	1	3	-	-
10-12	4	3	-	-
13-16	10	14	0.88	0.35
17-19	20	10	4.76	0.03
20-22	8	10	-	-
23-02	3	5	-	-

Tablo 3. Alınan ilaç çeşidi

	A Grubu (n=50)	B Grubu (n=50)	X ²	p
Bir çeşit	20	27	1.97	0.16
İki veya daha fazla çeşit	16	10	1.87	0.17
?	14	13	-	-

ilişkinin bildirilme oranlarında istatistiksel açıdan farklılık saptandı. Ergenlerde okul-ÖSS sorunu da öne çıkan stres etkenlerindendi (Tablo 5). B grubunda daha fazla olmak üzere, her iki grupta da, fiziksel hastalığın üçte ikisini psikosomatik hastalıklar oluşturmaktaydı (migren veya gerilim tipi baş ağrısı, gastrit, peptik ülser, bel ve boyun ağrıları, astım). Bildirilen diğer fiziksel hastalıklar ise, böbrek hastalığı, nefrolitiazis, kronik otitis media, mitral kapak hastalığı ve guatrıdır.

TARTIŞMA

Önceki çalışmalarda da belirtildiği gibi,¹⁻³ ilaçla özkıym girişimi bekar genç kadınlarda daha sık görülmektedir. Erkeklerle ilgili olarak A grubunda ailesiyle çatışmalı erkek öğrenciler, diğer grupta ise işsiz erkekler arasında ilaçla özkıym girişimi daha sık görülmüştür. Ergen-geç erkeklerde yaş ilerledikçe ilaçla özkıym girişimi kadınlara oranla azalmaktadır. Bu belki de, yaşın ilerlemesiyle problemli aile etkisinden kısmen kendilerini uzaklaştırebilmelerine, kısmen de bireyselleşme ve sosyalleşme çabalarının bir sonucu olarak problem çözme yetilerinin gelişmesine bağlı olabilir.

İlaçla özkıym girişiminde bulunanların çoğunun il merkezlerinde oturduğu görülmektedir. Bu durum;

Tablo 4. Giriřimden önceki 3-4 gün içinde göze çarpan belirtiler

Belirtiler	A Grubu (n=50)	B Grubu (n=50)	X ²	p
Çabuk öfkelenme, aşırı sinirlilik	26	35	3.41	0.065
Çabuk ağlama, aşırı üzüntülü hal	18	39	17.99	0.000
Hoşlandığı şeylere karşı ilgisizlik	9	19	4.96	0.026
Uyku değişikliği	10	26	11.11	0.001
İştah değişikliği	14	26	6.00	0.014
Kendini suçlayıcı konuşmalar	12	31	14.73	0.000
Ölümlle ilgili konuları konuşma	4	19	12.71	0.000
Unutkanlık, dikkat dağınıklığı	14	25	5.09	0.024
İçe kapanma, kimseyle konuşmama	17	23	1.50	0.221
Halsiz ve yorgun olduğunu söyleme	18	29	4.86	0.028
Tutarsız-anlamsız konuşmalar	8	8	-	-
Tutarsız-anlamsız hareketler	6	9	0.71	0.401
Saldırgan davranış	8	15	2.77	0.096
Semptom bildirmeyen	4	3	0.15	0.695

Tablo 5. Son bir ayla ilgili bildirilen stres etkenleri

Stres etkenleri	A Grubu (n=50)	B Grubu (n=50)	X ²	p
Ruhsal hastalık	10	17	2.49	0.115
Bedensel hastalık	5	13	4.34	0.037
Sorunlu duygusal ilişki	3	10	4.33	0.037
Aile içi sorunlar	11	14	0.48	0.488
Okul-not sorunu, ÖSS sorunu	8	-	-	-
Bir yakınının ölümü	-	5	-	-
Ekonomik sıkıntı	1	3	-	-
Zorla evlendirilme	3	-	-	-
Arkadaş, akraba, komşu sorunu	2	5	-	-
İşsizlik	2	2	-	-
Cezaevine girme	2	1	-	-
Bir yakınının cezaevine girmesi	2	-	-	-
Yaşadığı yerde sosyal aktivite azlığı	-	2	-	-
Dünyada yaşanan acılar	-	1	-	-
Stres etkeni bildirmeyen	12	7	1.62	0.202

Not: Bazı hastalar birden fazla stres etkeni bildirmiştir.

Üniversite hastanesinin il merkezinde olması nedeniyle, şehir içinden daha kolay ulaşılabilmesiyle de yakından ilişkili olabilir. Köy ve ilçelerden hastanemize ulaşana kadar arada sağlık ocakları ve diğer hastaneler olduğundan, bize daha az hasta ulaşmış olabilir. Başka bir neden de, Diyarbakır gibi yoğun göç alan şehirlerde¹² tam şehirleşmemiş, eğitim ve gelir seviyesi düşük ve kalabalık aile ortamındaki gençlerin daha iyi seviyedeki gençlere özenmesi aile bireyleri arasında kırsal-kentsel geleneklerin ve yaşam tarzının çözülmemiş bir sorun olarak devamı vb. şehir merkezlerindeki özkıyım girişimini artıran risk faktörlerinden bazıları olabilir.

Bir araştırmada,⁸ gençlik çağına yaş arttıkça depresyonun görülmeye sıklığının da arttığı belirtilmiştir. Biz de depresif belirti sayısı ile yaş arasında pozitif ilişki saptadık. Her iki grupta da, sayı ve çeşit açısından alınan ilaç fazlalılığı (özkıyım

girişiminin ciddiyeti) ile son günlere ait depresif belirti çokluğu arasında bir ilişki saptanmadı. Her iki gruptan bazı hastaların dürtüsel ve tepkisel ilaç alımlarının katkısı olduğunu düşünmekteyiz.

Alınan ilaç çeşidini genelde en yakın çevrede bulunan ilaçlar belirlemektedir. Bazen kişiler birden fazla çeşit ilacı çok sayıda almakta ve ilaç etkileşimleri nedeniyle acil tedavi zorlaşabilmektedir. Alınan ilaçların önemli bir kısmını ruhsal hastalık için önerilen ilaçlar oluşturmaktadır. Bu nedenle, evlerde fazla ilaç bulundurulmaması, riskli hastalara fazla çeşit ve fazla kutu ilaç yazılmaması, ama mutlaka yeterli dozda¹³ ilaç kullanılması ve bu hastaların belli bir dönem için sık aralarla görülmesi gerekmektedir.

İlaç alımlarının çoğu günün ikinci yarısında olmaktadır. Çalışmamızda ergenlerin %40'ı aile bireyleri-

nin eve toplanma zamanı olan 17-19 saatleri arasında ilaç almıştı. Bu davranış çevredekilere bir mesaj sayılabilir ve aynı zamanda yardım çağrısı anlamı da taşımaktadır.^{3,4} Sonuçlarımızla uyumlu şekilde, daha önce ergenlerle yapılan bir çalışmada¹¹ da ilaç alımının %50 oranında akşam saatlerinde olduğu saptanmıştır.

Özkiyim ve özkiyim girişimleri için en büyük risk faktörlerinden birinin daha önce girişimde bulunulması olduğu bildirilmektedir.^{13,14} Bir çalışmada,¹³ özkiyimde bulunanların %49'unun daha önce özkiyim girişiminde bulunduğu bildirilmiştir. İlaçla özkiyim girişimlerinin incelendiği bir çalışmada³ hastaların %34'ünün daha önce de girişimde bulunduğu belirtilmiştir. Ergen özkiyim girişimlerinin incelendiği bir çalışmada,¹⁵ %21'inin daha önce de girişimde bulunduğu bildirilmiştir. Özkiyim girişiminde bulunan 40 ergenin incelendiği bir başka çalışmada¹⁶ daha önceki girişim oranı %35 olarak saptanmış ve 6 aylık izlem sürecinde ise 3 (%7.5) kişi tekrar girişimde bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise yaşam boyu tekrarlayan girişim ergen grupta %10, diğer grupta %14 bulundu. Bu oranların bizde tekrarlayan girişimlerin azlığına değil, çevreyle iletişim dili olarak ilaçla özkiyim girişimini seçen yeni vakaların çokluğuna işaret ettiğini düşünmekteyiz. Bunun tam olarak belirlenebilmesi; ciddi epidemiyolojik çalışmalarla veya il genelinde sağlıkla ilgili kayıtların iyi tutulduğu prospektif çalışmalarla mümkündür.

Hastanede yatarak tedavi gördükten sonra hemen çıkışı takiben özkiyimde bulunan 76 kişinin incelendiği bir çalışmada, özkiyim için en önemli tahmin ettirici belirtinin aşırı anksiyete ve/veya ajitasyon olduğu (%79), ve yapılan en son görüşmede %78'inin özkiyima ilişkin düşüncelerini inkar ettiği bildirilmiştir.¹⁴ İstanbul'da 959 lise öğrencisinin Genel Sağlık Anketi (GSA-12) ile değerlendirildiği bir çalışmada¹⁷ yakın dönemdeki intihar düşüncelerini yordayan en önemli belirtiler ve görülme oranları şu şekilde bulunmuştur: Endişeler yüzünden uykusuzluk çekme %22.2, değersizlik duyguları %10.3, zorlukları yenememe hissi %28.5, genel mutsuzluk %26.7. Wolfersdor⁵ presuisidal belirti olarak ümitsizlik-geleceği karanlık görme, uyku

bozukluğu, suçluluk hissi, anksiyete, iç sıkıntısı, rahatlama ve dinginlik hissine vurgu yapmaktadır. Çalışmamızda, her iki grupta özkiyim girişimine yakın günlerde aşırı üzüntülü hal ve aşırı sinirlilik öne çıkan belirtilerdir. B grubunda, ölümle ilgili ve kendinin suçluluğuyla ilgili konularda konuşmalar yapma, halsiz olduğunu bildirme, uyku ve iştah değişikliği de sık görülmektedir. Sayısal olarak semptomların daha az olması, 15-19 yaş grubunun özkiyim girişimlerinin genellikle aile içi ve çevresel stres faktörlerine kısa süreli tepki özellikleri taşıdığını göstermektedir. 20-30 yaş arasındaki hastalarda depresif yakınmalar, psikosomatik özellikler gösteren fiziksel hastalıklar, sorunlu duygusal ilişkiler ve aile içi çatışmalar daha yoğun görülmektedir. Bulgulardan yola çıkarak, özellikle B grubunda, özkiyim girişimi öncesindeki günlerde hiç konuşmama halinden öfkeli konuşmalara kadar değişkenlik ve dalgalanma gösterebilen yoğun bir depresif atmosferin hakim olduğunu söyleyebiliriz.

İki grupta kardeş sayıları birbirine yakındır, fakat o sıralardaki hane halkı sayısı B grubunda düşüktür. Bu fark A grubunda anne-babasıyla birlikte kalanların fazla olması, B grubunda ise genç evli çiftlerin henüz çocuk sayılarının bölgemizdeki toplum ortalamalarından düşük olması ile açıklanabilir. Ayrıca bu tablo, ergen kızların kendi anne-babaları ve kardeşleriyle sorun yaşadığına, evli genç kadınların ise, eş ve eş yakınlarıyla ilgili sorunlar yaşadığına da işaret edebilir. Ek olarak, B grubunda sorunlu duygusal ilişkiler de önemli bir stres etkenidir ve bu Erikson'un¹⁰ "yakın dostluklar kurma, sağlıklı eş seçimi veya yalnızlaşma" dönemi olarak tanımladığı evrede ciddi bir sorun yaşandığını göstermektedir. Bu nedenle, zaman zaman şiddetli öfke zaman zaman da suçluluk duygusu ortaya çıkmaktadır.

Sonuç olarak, özkiyim girişimlerinin önlenmesi için yaş dönemlerine özgü sorunların irdelenmesinin, belirtilere dikkat edilmesinin, halka ve sağlık çalışanlarına yönelik bilgilendirme/egitim programlarının yapılmasının ilaçlarla gerçekleştirilen özkiyim girişimlerinin azalmasına katkı yapacağını düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Ateşçi FÇ, Kuloğlu M, Tezcan E, Yıldız M: İntihar girişimi olan bireylerde birinci ve ikinci eksen tanıla-

rı. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2002; 5:22-27.

2. Sır A, Özkan M, Altındağ A, Özen Ş, Oto R: Diyarbakır'da özkiyim ve özkiyim girişimleri: Adli kayıtların incelenmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1999; 10:50-57.
3. Sayar K, Acar B: Psikofarmakolojik ajanlarla yapılan intihar girişimlerinde risk etkenleri. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 1999; 9:208-212.
4. Orvin GH: Ergenlik çağındaki Çocuğunuzu Anlamanın Yolları. A Güran (Çev.), Ankara, HYB Yayıncılık, 1997.
5. Wolfersdorf M, Faust V, Holzer R: Suicide in the Ravensburg/Oberschwaben area. Results of a study of 508 suicides based on criminal police records. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 1992; 143:485-495.
6. Sampson SM, Mrazek DA: Depression in adolescence. *Curr Opin Pediatr* 2001; 13:586-590.
7. Meltzer HY: Suicidality in schizophrenia: a review of the evidence for risk factors and treatment options. *Curr Psychiatry Rep* 2002; 4:279-283.
8. Toros F: Çocukluk çağı ve ergenlik dönemi depresyonlarında risk etmenleri. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi* 2002; 3:75-79.
9. Fedotov DD, Chudin AS, Sarkisov SA: Reactive suicide attempts in children, adolescents and young adults. *Zh Nevropatol Psikhiatr Im S S Korsakova* 1978; 78:1559-63.
10. Newton DS, Newton PM: Erik H. Erikson. BJ Sadock, VA Sadock (eds): *Comprehensive Textbook of Psychiatry*'de. Yedinci baskı, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 1999, s.607-615.
11. Özen Ş, Oto R, Tıraşçı Y, Ayna YE: Çocuklarda suç davranışları, farik-mümeyyizlik ve sosyodemografik özellikler. *3P Dergisi* 2002; 10:155-164.
12. Balcıoğlu İ: Medikal ve Psikososyal Açıdan Göç Olgusu. İstanbul, Girişim Dizgi-Alfabe Basım Yayın, 2002.
13. Oquendo MA, Kamali M, Ellis SP, Grunebaum MF, Malone KM ve ark: Adequacy of antidepressant treatment after discharge and the occurrence of suicidal acts in major depression: a prospective study. *Am J Psychiatry* 2002; 159:1746-1751.
14. Busch KA, Fawcett J, Jacobs DG: Clinical correlates of inpatient suicide. *J Clin Psychiatry* 2003; 64:14-19.
15. Sayar MK, Öztürk M, Acar B: Aşırı dozda ilaç alımıyla özkiyim girişiminde bulunan ergenlerde psikolojik etkenler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2000; 10:133-138.
16. Şener Ş, Şenol S: İntihar girişimi nedeniyle başvuran ergenlerin değerlendirilmesi ve kısa süreli izlemi. *3P Dergisi* 1996; 4:100-107.
17. Eskin M: Ergen ruh sağlığı sorunları ve intihar davranışıyla ilişkileri. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2000; 3:228-234.