

# İNTİHAR GİRİŞİMİNDE PSİKİYATRİK YAKLAŞIM

Uz. Dr. Ali Rıza ÇELİKER\*

## ÖZET

Çeşitli psikiyatrik hastalıklarda görülen intihar potansiyelinin tesbiti, acil psikiyatrinin en zor yönlerinden biridir. Bu yazıda, acil yardım talebinde bulunan bir kişideki intihar potansiyelinin tesbiti için, bir psikiyatristin sorması gereken sorular ve akut intihar girişiminde bulunan bir hastaya tedavi yaklaşımı ele alınmıştır.

## SUMMARY

The evaluation of the suicide potential, is one of the most difficult aspects of intensive psychiatry. Therefore, questions determining the suicide potential of a person who seeks immediate help and the therapeutic strategy in a case with an acute suicide attempt are discussed.

## İNTİHAR DAVRANIŞI

Çeşitli psikiyatrik hastalıklarda görülen intihar potansiyelinin tesbiti acil psikiyatrinin en zor taraflarından biridir. Önemli derecede intihar potansiyeli mevcut ise o hasta hastaneye yatırılmamalıdır. Devletlerin çoğunda davranışları kendileri veya diğerleri için önemli bir risk oluşturan kişilerin mevcut şartların veya ailelerin hastaneye yatmaya karşı koyduğu durumlarda, bir hekimin tıbben tesbit etmesine izin veren yasalar vardır. Çok nadir hallerde bir aile intihara meyilli bir şahsın bir hekimin kontrol ve sorumluluğu altında devamlı olarak kontrol ettirebilir. Bu nisbeten istisnai bir durumdur. Kendini cidden öldürmek isteyen bir hasta hastaneye yatırılmadıkça gerekli bir biçimde koruma altına alınmış sayılamaz. Ayrıca aile ikiyüzlü olabilir, görünüşte ilgi ve destek gösterdiği halde gizli olarak bir ölüm isteği bulunabilir ki, hasta da bunu severek maksadını gerçekleştirebilir. Muhakkak ki hayatına son vermek istediğini ifade eden herkes bunu ciddi olarak yerine getirmek istiyor demek değildir. O halde acaba şahıs cidden hayatına son vermek istiyor ve hangisi rol yapmaktadır? Bu şahıs herhangi bir ek kazanç arayan ve gerçekleşmeyen kendini öldürme fiili ile bir mesaj gönderen şahıs mıdır? Eldeki mevcut bilgiler hekime intihar davranışının epidemiyolojik ve sosyolojik incelemelere dayanarak intihar riskinin saptanmasında yardımcı olmaktadır.

Yapılan araştırmalarda Birleşik Amerika intihar bakımından dünyada orta sıralarda yer almaktadır. 100.000 kişiye yılda yaklaşık 10.5 intihar isabet etmekte olup, yılda yaklaşık 20.000 intihar vakası bildirilmektedir. Önemli ölüm sebepleri arasında Birleşik Amerika'da onuncu sırayı almaktadır. Bu oran Şili, İrlanda ve Yeni Zelanda'da 6/100.000'nin altındadır. Bu oran Avusturya, Danimarka, Japonya, İsveç ve Batı Almanya'da 20/100.000 oranı üzerindedir. Birleşik Amerika'da vuku bulan intihar adedinin on misli kadar da intihar teşebbüsü olduğu söylenmektedir. Weisman (1974) geçen on yıl zarfında vuku bulan intihar girişimi oranlarını incelemiş ve tehlikeli bir artış müşahade etmiştir. 1960'lı yıllarda Philadelphia'da oran 59/100.000 iken 1970'li yıllarda 183/100.000 olmuştur. On yıl içinde İngiltere'de önemli bir artış gözlenmiştir. Şöyle ki, İngiltere'de Sheffield şehrindeki oran 1960'lı yıllarda 82/100.000 iken 1970'li yıllarda oran 300/100.000'ne çıkmıştır.

## İNTİHAR RİSKİNİN SAPTANMASI

İntihar tehdidinde bulunan, intihar düşünceleri olan veya intihar teşebbüsünden sonra acil yardım talebinde bulunan bir kişideki intihar potansiyelinin tayini için aşağıdaki sorular psikiyatriste yardımcı olabilir. Riski artıran değişik faktörler varsa hekim tedaviyi ayakta yürütmek için çok ihtiyatlı olmalıdır. Hastayı intihardan korumak için en iyi yol hastaneye yatırmaktır.

## SORULACAK SORULAR

1- EVLİLİK DURUMU: Bekarlarda intihar olayı evli olanlardan iki kat fazladır. Boşanmış ve dul olanlar için bu oran evlilere nazaran dört ile beş kat yüksektir. Dullarda bu risk dulluğun ilk yılında en yüksek seviyededir. Evli şahıslarda özellikle çocuklu evlilerde bu oran en düşük seviyededir.

2- CİNSİYET: Kadınlarda intihar girişimi fazla başarı az, erkeklerde ise başarılı intihar fazladır. Bu oran Birleşik Amerika'da başarıya ulaşan intihar erkeklerde % 70, kadınlarda ise % 30'dur. Kadınlar daha ziyade yüksek dozda ilaç alırken erkekler daha ziyade ateşli ve yaralayıcı kesici silahlar kullanmaktadırlar.

3- YAŞ: İntihar riski yaşla doğru orantılıdır.

\* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Başasistanı

Erkeklerde intihar oranı 85 yaşına kadar devamlı surette artar bununla beraber kadınlarda 70 yaşına kadar artar, bundan sonra azalır. On yaşına kadar çocuklarda az da olsa intihar görülür. On ilâ ondört yaş grubunda bu oran süratle artar. 15 ilâ 19 yaş grubunda 8/10 misli artar. 20 ilâ 25 yaş grubunda tekrar 2 misli artış görülür.

**4- ÖNCEKİ GİRİŞİMLERİN TARİHÇESİ:** Tekrarlanan girişimlerin ve tehditlerin şekli birbirine benzer. Bilinen girişimler, başarılı intiharlara göre on misli fazladır. Çeşitli çalışmalarda intiharların % 20-% 60'ının önceden denendiği bulunmuştur. Önceden intihar girişiminde bulunmayanlara göre daha başarılıdır. İkinci girişim genellikle ilkinden sonra üç ay sonra görülür.

**5- SOSYO-EKONOMİK VE MESLEKİ DURUMU:** Birleşik Amerika'da ve Avrupa'da intihar düşük sosyal sınıflarda en yüksek seviyededir. Mesleki gruplarda ve kalifiye işçilerde intihar oranı ortalamanın altındadır. Polislerde, müzisyenlerde, diş hekimlerinde, sigortacılar, doktorlarda (özellikle psikiyatristlerde, oftalmologlarda, anesteziistlerde) ve avukatlarda intihar daha siktir.

**6- DEPRESYON:** İntihar riski depresif mizaçlarda öncelikle iştahsızlık, kilo kaybı, libido azalması, uykuya dalmada güçlük, gece uyanmak ve sabah erken uyanmak gibi bozukluklar olduğu zaman artar. Keza psiko-motor retardasyon, aşagılık duygusu ve ümitsizlik hallerinde risk artar. Anti-depressan ilaçlarla tedavinin hemen başlangıcında enerjinin yeniden kazanılması ile intihar arzusu gerçekleştirmek mümkün olacağından intihar riski artırabilir.

**7- ŞİDDETLİ UYKUSUZLUK:** Depresyon mevcut olsa da, olmasa da şiddetli uykusuzluklar intihar riskini artırır.

**8- ALKOL VE İLAÇ ALIŞKANLIĞI:** Alkoliklerde intihar riskini kestirmek zordur. Alkol ve ilaç intiharı ve başkalarına yönelik şiddet hareketlerinin teşvikçisidir. Barbitüratlar ve alkol beraber alındığında özellikle öldürücü etkilidir. Alkol ve ilaç kullanımı depresyon ve şizofrenik psikoz hastalarının kendi kendilerini tedavi etmek üzere başvurdukları bir yol olabilir.

**9- ŞİZOFRENİ:** Şizofreniklerde intihar riskini tayin zordur. Düşünce bozukluğu, depresif mizaç ve intihar fikirlerinin bir arada bulunması özellikle tehlikelidir.

**10- EMREDİCİ HALLÜSİNASYONLAR:** Bir kimseye kendini öldürmesini söyleyen veya onu öteki dünyadakilerin yanına davet eden hallüsinasyonlar riski büyük ölçüde artırır.

**11- CİNSEL SAPMALAR:** Homoseksüel eğilimi ağır basan kişilerde özellikle depresyonlu, yaşlı veya alkolik iseler riski çoğaltır.

**12- FİZİKSEL HASTALIK:** Şayet hastalarda fiziksel bir hastalık varsa ve özellikle eskiden bağımsız ve sağlam olup, sonradan ağrılı veya sakat bırakan bir hastalığa tutulmuş ise riskte artma görülür. Örneğin; kronik veya tedavisi mümkün

olmayan hastalıklar, dayanılmaz ağrılan olanlar, hastalıkların terminal dönemi, kanser gibi.

**13- AİLE HİKAYESİ:** Aile hikayesinde özellikle aynı cinsiyete sahip olan ebeveynde intihar olayı varsa risk çoğalır. Yapılan çalışmalarda intihara teşebbüs eden kişilerin % 25'inin yakın aile geçmişinde intihar olayı olduğu tesbit edilmiştir.

**14- KİŞİSEL EŞYALARIN DAĞITILMASI:** Eşyalarını ve özellikle çok sevdiği kişisel eşyalarını terketmeye başlayan bir kişide risk artar. Bu esasen bir vasiyetname yapıp bunu uygulamaktan başka bir şey değildir.

**15- GELECEK İÇİN PLAN BULUNMAMASI:** Gelecek için bir plan bulunmaması riski artırır. Şayet hasta kendi cenaze merasiminde ne olacağından ve kendisi hayattan ayrıldıktan sonra arkadaşlarının ve akrabalarının ne yapacaklarından bahsederse riskin artmış olduğu kabul edilir.

**16- TEŞEBBÜSÜN ÖLDÜRME DERECESESİ:** Şayet bir kişi bulunup tedavi edilmediği takdirde ölümlü neticelenmeye yakın bir intihar teşebbüsünde bulunmuş ise, diğer bir teşebbüs için daha tehlikesiz bir metot kullanmaktan çok daha fazla risk vardır. Kendini asmak, yüksek yerlerden atlama ve silah yaralarında ölüm ani olmakta ve bu nedenle öldürücü teşebbüs olarak kabul edilmektedir. Bilek kesme ve az miktarda içilen maddeler daha az öldürücüdür. Girişim şiddeti ve ağrılı olması ne kadar fazla ise risk de o kadar fazladır.

**17- YALNIZ YAŞAMA:** Kişi yalnız yaşıyorsa intihar etme riski çok daha yüksektir.

**18- YENİ VUKU BULMUŞ KAYIP:** Şayet bir kişi sevdiği bir kimseyi ölüm ve ayrılık nedeni ile yeni kaybetmiş ise risk artar.

**19- HİPOKONDRİAZİS:** Kişide hipokondriyak düşünceler varsa riski artırır.

**20- YENİ VUKU BULMUŞ AMELİYAT VE DOĞUM:** Yakında cerrahi mücadele geçirmişler, postpartum aylar ve premenstrüel haftada kadınlarda risk artar.

**21- İŞSİZLİK VE PARASAL SIKINTILAR:** İşsizlik veya mali yükün artması ile oluşan ekonomik sorunlar riski artırır.

**22- SEKONDER KAZANCIN BULUNMAMASI:** İntihar olayında "Mesajın kıymeti" gibi belirgin bir sekonder kazancın yokluğu riski artırır.

**23- KAZA EĞİLİMİ:** Kişinin son zamanlarda yaptığı kazalarda bir artış varsa şuur altındaki intihar arzularından ileri geldiği düşünülebilir.

**24- ETNİK ORJİN:** Yabancı bir ülkede doğanlar arasındaki risk oranı, o ülkede doğanlarından fazla olduğu bir çok araştırmada belirtilmiştir.

**25- RİSK TAYİNİ İÇİN SORULMASI GE-REKLİ DİĞER SORULAR:** İntihar girişimi nasıl bir ortamda olmuştur? Derhal ortaya çıkarılması olasılığı mevcut muydu? Hasta intihar edeceğini herhangi bir kişiye bildirmiş midir? İntihar niyeti

olduğu hususunda hiç bilgi vermeyen bir kişide, özellikle girişimin meydana çıkması tesadüfen mümkün olan bir yer aradığı takdirde, intihar riski çok fazladır.

## İNTİHAR GİRİŞİMİ GÖRÜLEN PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR

- 1- Şizofrenik Bozukluklar
- 2- Şizoaffektive Bozukluklar
- 3- Birincil Duygulanım Bozuklukları (Büyük Depresyon)
- 4- Distimik Bozukluk
- 5- Posttravmatik Stress Bozukluğu
- 6- Somatization Bozukluğu
- 7- Conversion Bozukluğu
- 8- Histrionik Kişisel Bozukluğu
- 9- Hudud Kişilik Bozukluğu
- 10- Alkol Sarhoşluğu
- 11- Barbituratlar ve Diğer Sakinleştirici Sarhoşlukları

## AKUT İNTİHAR GİRİŞİMİNDE TEDAVİ YAKLAŞIMI

A) Bir intihar girişimi ardından, eğer hasta hâlâ ölmeyi istiyorsa, girişimi presipite eden kriz çözümlenmemişse ve hastanın yerine getirebileceği bir planı mevcut ise, yüksek derecede risk devam etmektedir. Maksadın anlatılması, ümitsizlik, kronik veya terminal fiziksel hastalık da riski artırır. Ailevi intihar anamnezi olması, önceden üç veya daha fazla intihar girişimi olması ki bunlarda iyi planlanmış ise şiddetli intihar riski artar. İntihar edenlerin çoğu depresyonda veya alkoliktir. Organik beyin sendromlular, şizofrenikler ve ilaç bağımlılarında da risk artar. Aile üyelerinin önemli yardımları olabilir. Veya hastadaki intihar davranışını açıkça veya gizli olarak cesaretlendirilir.

B) Düşük lethalliteli girişimler, örneğin düşük dozda ilaçlar ve kurtarıcıların bulunduğu durumda yapılan küçük laserasyonlarda, risk düşüktür ve yüksek kurtulma şansı vardır. Eğer yardımcı aile üyeleri ve arkadaşları varsa, hasta intiharı hissetmi-

yorsa, özellikle krizi presipite eden olay çözümlüyorsa, hasta acil odasından çıkarılabilir ve ayakta tedaviye alınır. Ancak hastaların % 50'si ayakta tedaviyi takip ederler.

C) Daha ciddi yüksek dozlar, bıçak yaraları 9 metreden daha az yerden atlamalar ve kurtarıcının bulunmadığı yerlerdeki girişimler orta dereceli lethallite taşımaktadır. Orta derecede lethalliteli girişimde, spesifik plan olmadan intihar düşünceleri devam ediyorsa veya akut tedavi edilebilir psikiyatrik bozukluk varsa, artabilecek riski izleyebilmek ve yoğun tedavi için yakın takip gerekir. Yatırılmayan hasta ertesi güne kontrole çağrılmalı ve aileye hastayı yakından izlemeleri öğütlenmelidir.

D) İntihar girişimi krizin çözümlenmesi ile sonuçlanmamışsa, hasta problemin ciddiyetini inkar ediyorsa veya ayakta tedaviye gönüllü değilse, hastanın yaşamındaki önemli kişiler yardımcı değil veya aleyhtar ise veya risk tesbit edilemiyorsa derhal hospitalize edilmelidir. Çok tehlikeli veya acayip intihar girişiminde, özellikle kurtarma olamayacak şekilde planlanmışsa, hasta intihar yapmayacağını söylese bile hospitalizasyon gerekir.

Hasta yatırıldıktan sonra da intihar potansiyeli yüksek olarak devam ediyorsa, yakından izlenmeli ve önlenmiş, gerekirse sedasyon sağlanmalı ve hasta hır a düzelmezse ECT tercih edilmelidir.

## KAYNAKLAR

- 1- Dubovsky-Feiger-Eisman, Psyciatric Decision Making (1984) Philadelphia Toronto.
- 2- Harold I. Kaplan M.D., Alfred M. Freedman M.D., Benjamin J. Sadock M.D., Comprehensive Textbook of Psyciatri (1985) Williams-Wikings
- 3- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Edition, III. APA (1980)
- 4- Uygur N., İntihar, Ders Notları, Bakırköy İstanbul (1985)
- 5- Arkonaç O., Psikiyatrik Semptomlar ve Sendromlar (1987) İstanbul

## İMMÜNİTE VE ŞİZOFRENİ

Uz. Dr. Nezh ERADAMLAR\*, Dr. Selami AKSOY\*\*

### ÖZET

Bu yazıda, psikoimmunoloji konusunda şizofrenik hastalarda yapılan son araştırmalar ve sonuçları gözden geçirilmiştir.

### SUMMARY

In this article, recent researches which have been employed about psychoimmunology in schizophrenic patients and their results, have

\* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi II. Psikiyatri Birimi, \*\* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi II. Psikiyatri Birimi Asistanı