

Uyum Bozukluğu Olgularında İntihar Davranışı

Abdullah Bolu¹, Ali Doruk²,
Mehmet Ak³, Barbaros Özdemir²,
Fuat Özgen⁴

¹Asist. Dr., ²Doç. Dr., ³Yard. Doç. Dr., ⁴Prof. Dr.
GATA Psikiyatri AD, Ankara - Türkiye

ÖZET

Uyum bozukluğu olgularında intihar davranışı

Amaç: Psikiyatrik birçok hastalıkta olduğu gibi uyum bozukluğunda da intihar ve intihar girişimleri önemli mortalite ve morbidite nedenleri arasında yer almaktadır. Bu çalışmada uyum bozukluğu hastalarının intihar davranışı incelenmiştir.

Yöntem: Bir yıl boyunca bir üniversite hastanesinde DSM-IV TR tanı ölçütlerine göre uyum bozukluğu tanısı ile yatan 82 hastanın tıbbi kayıtları retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: Bu hastaların %26.8'i (n=22) intihar girişimi ile kliniğe başvurmuştu. İntihar girişiminde bulunan hastaların %68.1'i (n=15) intihar girişiminde kurtulma/kurtarıma olasılığı yüksek olan yöntemleri seçmişti. Kurtulma/kurtarıma olasılığı düşük olan yöntemleri seçen hasta grubunun eğitim seviyesinin, diğerlerine göre daha düşük düzeyde olduğu saptandı.

Sonuç: Daha önce yapılan bazı çalışmalarda, uyum bozukluğu tanısı almış olan hastalarda %25 oranında intihar girişimi veya intihar düşüncesinin olduğu rapor edilmiştir. Bu çalışmada da benzer sonuçlar saptanmıştır. Çalışmamızda intihar davranışının yaygınlığının, popülasyonun eğitim düzeyinin düşük olması ile ilişkilendirilebileceği düşünülmüştür.

Anahtar kelimeler: Uyum bozukluğu, intihar, yatan hasta, kurtulma/kurtarıma olasılığı

ABSTRACT

Suicidal behavior in adjustment disorder patients

Objective: As with many psychiatric disorders, also suicide and suicide attempts are the major causes of mortality and morbidity in patients with adjustment disorder. Suicidal behaviors in patients with adjustment disorder were examined in this study.

Material and Methods: Medical records of 82 patients who were hospitalized in a university hospital and diagnosed with adjustment disorder according to DSM-IV-TR diagnostic criteria had been studied retrospectively throughout a year.

Results: 26.8% (n=22) of these patients were admitted to the clinic by suicide attempt. 68.1% (n=15) of the patients who attempted suicide, chose suicidal methods with a high chance of rescue/being rescued. Education levels of the patients were lower in the group with low chance of rescue/being rescued than the group with high chance of rescue/being rescued.

Conclusion: In the previous studies, the proportion of adjustment disorder patients who had suicide initiative or suicidal thoughts was reported as 25%. In this study, similar results were found. We think that suicidal attempts and suicidal thoughts were more common in adjustment disorder patients due to the population's education level.

Key words: Adjustment disorder, suicide, inpatient, rescue/being rescued rate

Yazışma adresi / Address reprint requests to:
Asist. Dr. Abdullah Bolu, GATA Psikiyatri AD,
Etilik, Ankara - Türkiye

Telefon / Phone: +90-312-304-4501

Elektronik posta adresi / E-mail address:
abdullah_bolu@yahoo.com

Geliş tarihi / Date of receipt:
25 Nisan 2011 / April 25, 2011

Kabul tarihi / Date of acceptance:
26 Temmuz 2011 / July 26, 2011

GİRİŞ

Uyum bozukluğu, psikososyal stresörler sonrasında gelişen, duygusal veya davranışsal belirtilerle kendini gösteren ruhsal bir bozukluktur. DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre, bu belirtiler, kişinin işlevselliğinde bozulmaya yol açmalı ya da oluşan sıkıntı, stresörün oluşturması beklenen etkisinden daha fazla olmalıdır (1). Uyum bozukluğuna neden olan stresörler, doğal afetler gibi yıkıcı nitelikteki olaylardan çok, genellikle günlük yaşamda sık görülebilen sevilen kişi veya

kişilerden ayrılık, iş değişikliği, çevre değişikliği veya ekonomik zorluklar gibi sıradan olayları içermektedir (2). Uyum bozukluğu klinik uygulamada sık karşılaşılan bir tablo olup, yaygınlığı %7-35 arasında değişmektedir (3,4). Yaygın görülen bir bozukluk olmasına karşın, uyum bozukluğunda intihar davranışı üzerinde yeterince çalışılmamıştır.

DSM-IV-TR, alt tipler için özgün semptom yapısına göre altı alt tip tanımlamaktadır. Depresif mizaçlı uyum bozukluğunda; depresyon, uykusuzluk, düşük benlik saygısı ve intihar davranışı baskın bulgulardandır.

Anksiyöz mizaçlı uyum bozukluğunda; yaygın veya durumsal anksiyete, artmış motor aktivite ön plana çıkmaktadır. Davranım bozukluğu ile giden tipte; dürtüsellik, içgörü yokluğu, şiddet davranışı görülmektedir. Karışık anksiyete ve depresif duygudurum ile giden tipte önde gelen görünüm, depresyon ve anksiyetenin bir bileşkesidir. Karışık duygu ve davranım bozukluğunda; aşırı alkol tüketimi, kuşkuculuk, öfke, aldatma davranışları, başkalarını öldürme düşünceleri tabloya hakimdir. Belirlenmemiş tipte; fiziksel yakınmalar ve sosyal içe çekilme gibi uyum bozukluğunun özgül alt tiplerinden biri olarak sınıflandırılmayan psikososyal stres etkenlerine karşı gösterilen uyumsuz tepkiler ön plandadır (1).

İntihar davranışının, genellikle umutsuzluk, engellenmiş istekler, baş edilemeyen stres veya çaresizlik gibi hislere karşı tepkisel olarak ortaya çıktığı bilinmektedir (5,6). Bu hisler, birçok psikiyatrik bozuklukta olduğu gibi, uyum bozukluğunda da sık olarak görülmektedir. İntihar riski, psikiyatrik hastalığı olanlarda, olmayanlara göre 3-12 kat daha fazladır. İntihar eden veya intihar girişiminde bulunan kişilerin %94'ünde en az bir ruhsal hastalık bildirilmektedir (7). İntihar eden kişilerde saptanan ruhsal hastalıkların başında, %35-80 oranında depresif bozukluklar gelmekte, onu %10 oranında şizofreni ve %5 oranında demans ya da deliryum izlemektedir. İntihar eden kişilerin %25'inde aynı zamanda alkol bağımlılığı bulunmaktadır (7-9). Affektif bozukluklar intihar riskinin en yüksek olduğu psikiyatrik hastalıklardır (9). Depresif epizotlarda intihar oranları, normal popülasyondakinden 30 kat fazladır. Distimik bozukluklar ve uyum bozuklukları da intihar nedenleri arasında önemli yer tutmaktadır (10). Pelkonen ve arkadaşlarının (11) uyum bozukluğu tanısı ile ayaktan takip edilen 89 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada, hastaların %25'inde intihar girişimi veya düşüncesi olduğu rapor edilmiştir. İntihar düşüncesi veya davranışı ile başvuran hastaların sosyoekonomik düzeylerinin daha düşük olduğu ve bu hastaların psikiyatrik takip öykülerinin, intihar davranışı olmayanlara göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu rapor edilmiştir (11).

Yukarıda ifade edilen bilgiler bağlamında bu çalışmada, üzerinde görece az çalışılan, ancak oldukça yaygın görülen bir bozukluk olan uyum bozukluğunda intihar davranışının boyutlarını incelemeyi amaçladık.

YÖNTEM

Katılımcılar

01 Ocak 2009 – 30 Aralık 2009 tarihleri arasında Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) Psikiyatri Kliniği'nde yatmış ve DSM-IV TR tanı ölçütlerine göre uyum bozukluğu tanısı konmuş 82 hastanın dosyası retrospektif olarak incelendi. Uyum bozukluğu (ve alt tiplerinin) tanısı, kliniğe yatırılarak gözlenmiş ve yapılandırılmış, Klinik Görüşme Formu (SCID-I) ile doğrulanmıştır (1,12). Olgular, uyum sorunları nedeniyle GATA Psikiyatri Servisi'ne gönderilen ve daha önce uyum bozukluğu dışında herhangi bir psikiyatrik tanı ile takip edilmeyen hastalardı.

İntihar girişim şekli: Uyum bozukluğu tanısı alan hastaların intihar girişimleri, kurtulma/kurtarıma olasılığı yüksek (düşük doz ilaç içmek, yüzeysel bilek kesisi) ve kurtulma/kurtarıma olasılığı düşük (ası, yüksekten atlama, ateşli silah ile intihar girişimde bulunma) olarak ikiye ayrılarak değerlendirildi.

Ölçümler

Bu hastaların bilgileri geriye dönük olarak, yatan hasta protokol defteri ve yatan hasta dosyalarından elde edilen verilerle (eğitim düzeyi, yaş, medeni durum, uyum alt tipi, başvurma şekli) incelenmiştir. Hastaların tanısız dağılımları incelenirken, DSM-IV TR Tanı ve Sınıflandırma Sistemi esas alınmıştır.

Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGI): Ruhsal bozuklukların şiddetini, iyileşme düzeyini ve ilaç yan etkisini değerlendirmek için kullanılabilen bir ölçektir (13). Ölçeğin; şiddet, global iyileşme ve yan etki düzeylerini gösteren 3 alt ölçeği vardır. Bu çalışmada, uyum bozukluğunun şiddetini ölçmek için, şiddet alt ölçeği kullanılmıştır. Ölçekteki şiddet değerleri: 1. Normal-hasta değil, 2. Hastalık sınırında, 3. Hafif düzeyde hasta, 4. Orta düzeyde hasta, 5. Belirgin düzeyde hasta, 6. Ağır hasta, 7. Çok ağır hasta şeklindedir.

İstatistiksel Değerlendirme

Elde edilen veriler SPSS 15.0 ile değerlendirilmiştir.

Tablo 1: Uyum bozukluğu alt tiplerine göre intihar oranları

Uyum alt tipi	İntihar girişimi		
	Var	Yok	Toplam (%)
Depresif duygudurumla giden tip	12	27	39 (%47)
Anksiyete ile giden tip	2	9	11 (%13)
Davranım bozukluğu ile giden tip	1	10	11 (%13)
Karma duygu ve davranım bozukluğu ile giden tip	4	6	10 (%12)
Belirlenmemiş tip	0	8	8 (%10)
Karma anksiyete ve depresif duygudurumla giden tip	3	0	3 (%3)
Toplam	22	60	82

Sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma, kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde olarak belirtilmiştir. İntihar davranışı gösteren ve göstermeyen uyum bozukluğu olgularının karşılaştırılmasında ve kurtulma/kurtarımla olasılığı yüksek intihar davranışında bulunanlar ile kurtulma/kurtarımla olasılığı düşük intihar davranışında bulunan olguların karşılaştırılmasında sürekli değişkenler için Mann-Whitney U testi, kesikli değişkenler için ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık değeri $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

2009 yılı içerisinde kliniğe yatan 952 erkek er-erbaşın %8.6'sı (n=82) uyum bozukluğu tanısı almıştır. Yaş ortalamaları 23.6 ± 5.7 olan hastaların yaşları, 18 ile 46 arasında değişmekteydi. Ortalama eğitim yılı 8.79 ± 2.4 olarak tespit edilen hastaların %54.5'i (n=12) ilköğretim mezunuydu; diğerleri ise lise ve üstü eğitim düzeyine sahipti. Sigara dışında madde kullanımını yoktu. Hastaların %20.7'si (n=17) evli, %79.3'ü (n=65) bekar-
dı.

Bozukluğun şiddeti KGİ ile değerlendirildiğinde, hastalık şiddeti olguların %32.9'unda (n=27) hafif, %51.2'sinde (n=42) orta ve %15.8'inde (n=13) belirgin düzeyde olarak saptandı. Uyum bozukluğunun alt tipleri sırasıyla, depresif duygudurumla giden uyum bozukluğu %47.6 (n=39), anksiyete ile giden uyum bozukluğu %13.4 (n=11), davranım bozukluğu ile giden uyum bozukluğu %13.4 (n=11), karma duygu ve davranım bozukluğu ile giden uyum bozukluğu %12.2 (n=10), belirlenmemiş tip %9.8 (n=8) ve karma anksiyete ve depresif duygudurumla giden uyum bozukluğu %3.7 (n=3) şeklinde saptanmıştır.

Hastaların %26.8'i (n=22) intihar girişimi ile, %23.1'i (n=19) somatik yakınmalar nedeni ile, %17'si (n=14) bunaltı, sıkıntı yakınmaları ile kliniğe başvurmuştu. İntihar girişiminde bulunan hastaların %27.2'si (n=6) evliydi. Hastaların %54.5'i (n=12) ilköğretim mezunuyken, diğerleri lise ve üstü eğitim düzeyine sahipti. İntihar girişiminde bulunan hastaların %68.1'inin (n=15) intihar girişimleri, kurtulma/kurtarımla olasılığı yüksek olan yöntemlerin seçimi tarzındaydı. Uyum bozukluğu alt tipleri intihar davranışı bağlamında karşılaştırıldığında, depresif mizaçlı alt tipte intihar davranışının anlamlı şekilde yüksek olduğu görüldü ($\chi^2=14.49$, $p=0.013$) (Tablo-1). İntihar girişiminin şekline göre (kurtulma/kurtarımla olasılığı düşük ya da yüksek) eğitim düzeyleri karşılaştırıldığında, (kurtulma/kurtarımla olasılığı yüksek olanlarda 10.2 ± 2.0 yıl, kurtulma/kurtarımla olasılığı düşük olanlarda 7.2 ± 1.3 yıl) kurtulma/kurtarımla olasılığı yüksek intihar girişiminde bulunan hastaların eğitim seviyelerinin daha düşük olduğu saptandı ($Z=3.07$, $p=0.02$).

TARTIşMA

Uyum bozukluğu, askeri psikiyatri alanında yaygın olarak görülen bir bozukluktur. Bir çalışmada, Polonya Ordusu'nda ilk bir yıl içinde acemi askerlerin %95'inde uyumsuzluk belirtileri görüldüğü ve ordudan çıkarılmalarının %25'ini uyum bozukluğu sendromlarının oluşturduğu bulunmuştur (14). Bozukluk genellikle, hastalık öncesi dönemde hastalığa yatkınlığı olan bireylerde yaşam koşullarının değişmesi sonrasında (askerlik, göç) tetiklenen bir klinik antitedir. Bu klinik tabloda genellikle kaygı, çökkünlük belirtileri ile davranış patolojileri görülür. Bu tanıyı alan bireylerde stresörle baş etme

mekanizmaları zayıftır. Göreceli olmakla birlikte, zorlayıcı bir durum, uyarıcı ya da ortamlarda belirtilerin ortaya çıkması ile birlikte tabloda alevlenmeler görülür. Alevlenmenin şiddeti ve süresi hastanın uyum ve işlevselliğini bozar. Çare arama çabalarında, zaman zaman amaç dışına çıkan davranışlar sergilenir. Uyum bozukluğu tanısı alan hastalar, değişik yakınmalar ile hekime başvurabilmektedir. Yapılmış olan çalışmalar, bu hastaların hekime başvurma nedenleri arasında intihar girişiminin önemli bir yer kapladığını göstermektedir. Hatta bu bozukluğun belirti yapısını tanımlamak için yapılan bir çalışmada, en sık gözlenen belirtilerden biri, intihar düşünceleri olarak bulunmuştur (15). Bu hastaların %25'inde intihar girişimi veya intihar düşüncesinin olduğu rapor edilmiştir (16). Bir başka çalışmada, uyum bozukluğu olgularının %60'ının geçmişinde intihar girişimi öyküsü olduğu saptanmıştır (17). Yapılmış olan psikolojik otopsi çalışmalarında ise, adolesan intihar olgularının beşte birinin uyum bozukluğu olabileceği iddia edilmiştir (18-20). Başka bir çalışmada, uyum bozukluğu tanısı alan hastaların %26.5'inin, intihar girişimi olan kriz olgusu şeklinde başvurduğu belirtilmiştir (21). Çalışmamızdaki intihar davranışı yaygınlığı (%26.8), literatürle uyumlu bulunmuştur. Çalışmamızdaki intihar girişiminin bu kadar yaygın olmasının, popülasyonun eğitim düzeyinin düşük olmasıyla ve ikincil kazancın ön planda olduğu bir popülasyonla çalışılmış olmasıyla ilişkilendirilebileceğini düşündürmüştür.

Uyum bozukluğu tanısı alan hastalarda genel

anlamda depresif semptomlar ön plandadır. Bu konuda yapılmış olan çalışmalarda ergenlerin %63'ünde ve erişkinlerin ise %87'sinde depresif belirtilerin daha sık olduğu görülmüştür (22). Uyum bozukluğunun alt tipleri, baskın olan belirti görünümüne göre tanımlanmaktadır. Depresif duygudurum, uyum bozukluklarının en sık rastlanan alt tipi olsa da (23,24), anksiyöz duygudurum ile seyreden alt tipin sık rastlanan alt tip olduğu ile ilgili çalışmalar da mevcuttur (25). Bu çalışmada ise, uyum bozukluğu tanısı konan olgularda depresif duygudurumla giden uyum bozukluğu (%47.6) ilk sırada, anksiyete ile giden uyum bozukluğu (%13.4) ise ikinci sıklıkta bulundu. Bu konu ile ilgili farklı sonuçların olması, daha geniş popülasyonlarda yapılacak çalışmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızın kısıtlılıkları değerlendirildiğinde; retrospektif bir çalışma olması, hasta sayısının görece az oluşu, bu hastaların intihar davranışlarının dışındaki intihar düşüncelerinin ve kişilik örüntülerinin değerlendirilmeye alınmamış olması göze çarpmaktadır.

Ülkemizde uyum bozukluğu ile ilgili ve bu tanıyı almış olan hastaların hekime başvurma şekilleri veya yakınmaları ile ilgili çalışmalar sınırlıdır. Bu konuda yapılacak çalışmaların, gerek uyum bozukluğunun daha iyi anlaşılıp halk sağlığı açısından oluşturduğu iş-güç kaybının önlenmesine ve gerekse de intihar girişimlerinin altında yattığı düşünülen patolojilerin arasında bu tanının da düşünülmesi gerektiği gerçeğine katkıda bulunacağı düşüncesindeyiz.

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth ed., Washington, DC: APA, 1994.
2. Newcorn JH, Strain JJ, Mezzich JE. Adjustment Disorders: In BJ Sadock, VA Sadock (editors.). Comprehensive Textbook of Psychiatry. Seventh ed., Philadelphia: Williams & Wilkins, 2000,1714-1722.
3. Greenberg WM, Rosenfeld DN, Ortega EA. Adjustment disorder as an admissions diagnosis. Am J Psychiatry 1995; 152:459-461.
4. Okamura H, Watanabe T, Narabayashi M, Katsumata N, Ando M, Adachi I, Akechi T, Uchitomi Y. Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer: prevalence and risk factors. Breast Cancer Res Treat 2000; 61:131-137.
5. Schneidman ES. The Suicidal Mind. New York: Oxford University Press, 1996.
6. Karamustafaloğlu O, Özcelik B, Bakım B, Ceylan YC, Yavuz BG, Güven T, Gönenli S. İntiharı öngörebilecek bir araç: Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği. Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2010; 23:152-157.
7. Roy A, Psychiatric Emergencies: In Sadock BJ, Sadock VA (editors). Comprehensive Textbook of Psychiatry. Seventh edition, Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2000, 2031-2040.
8. Çayköylü A, Coşkun İ, Kırkpınar İ, Özer H. Özkiyım girişiminde bulunanlarda sosyodemografik özellikler ve tanı dağılımı. Kriz Dergisi 1997; 5:37-42.

9. Shafii M, Steltz-Lenarsky, Derrick AM, Beckner C, Whittinghill JR. Comorbidity of mental disorders in the postmortem diagnosis of completed suicide in children and adolescents. *J Affect Dis* 1988; 15:227-233.
10. Özsoy SD, Eşel E. İntihar (Özkıym). *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003; 4:175-185.
11. Pelkonen M, Marttunen M, Henriksson M, Lönnqvist J. Suicidality in adjustment disorder - clinical characteristics of adolescent outpatients. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2005; 14:174-180.
12. Çoraçcıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, Danacı AE, Köroğlu E. DSM-IV Eksen-I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme. Ankara, HYB,1999.
13. National Institute of Mental Health. CGI: Clinical Global Impressions: In Guy W, Bonato RR (editors.), *Manual for the ECDEU Assessment Battery*. Second rev. ed. National Institute of Mental Health, 1970: 1-16.
14. Florkowski A, Caban J, Zboralski K. Mental disorders in active service men as a reason for premature discharge from the army. *Psychiatr Pol* 1994; 28:321-327.
15. Kovacs M, Ho V, Pollock MH. Criterion and predictive validity of the diagnosis of adjustment disorder: a prospective study of youths with newonset insulin-dependent diabetes mellitus. *Am J Psychiatry* 1995; 152:523-528.
16. Pelkonen M, Marttunen M, Henriksson M, Lönnqvist J. Suicidality in adjustment disorder clinical characteristics of adolescent outpatients. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2005; 14:174-180.
17. Kryzhanovskaya L, Canterbury R. Suicidal behavior in patients with adjustment disorders. *Crisis* 2001; 22:125-131.
18. Marttunen M, Aro H, Lönnqvist J. Adolescence and suicide: A review of psychological autopsy studies. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1993; 2:10-18.
19. Marttunen MJ, Aro HM, Henriksson MM, Lönnqvist JK. Adolescent suicides with adjustment disorders or no psychiatric diagnosis. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1994; 3:101-110.
20. Runeson B. Mental disorder in youth suicide: DSM-III-R Axes I and II. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79:490-497.
21. Özgüven HD, Soykan Ç, Haran S. İntihar girişimlerinde sorun alanları ve tetikleyiciler. *Kriz Dergisi* 1993; 11:13-24.
22. Casey P. Adult adjustment disorder: a review of its current diagnostic status. *J Psychiatr Pract* 2001; 7:32-40.
23. Mezzich JE, Fabrega H Jr, Coffman GA, Haley R. DSM-III disorders in a large sample of psychiatric patients: frequency and specificity of diagnoses. *Am J Psychiatry* 1989; 146:212-219.
24. Maercker A, Einsle F, Kollner V. Adjustment disorders as stress response syndromes: a new diagnostic concept and its exploration in a medical sample. *Psychopathology* 2007; 40:135-146.
25. Doruk A, Çelik C, Özdemir B, Özşahin A. Uyum bozukluğu ve yaşam olayları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008; 9:197-202.