

Psikiyatrik Bozukluklarda Gözlenen İntihar Davranışları

Bahadır BAKIM *, Başak ÖZÇELİK *, Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU **

ÖZET

İntihar çoğu kişinin tahmin ettiğinden daha yaygın olarak gözlenmektedir. İntiharların çoğunluğu genç erişkinlikte ve erkeklerde gözlenmekte olup, gençlerde en sık ikinci ölüm nedeni olarak görülmektedir. Hiçbir belirti olmadan ya da çok az uyarıcı belirti ile başlayan dürtüsel nitelikli intiharlar olabildiği gibi, tamamlanan intiharların çoğunda risk artışı işaret eden birden çok karakteristik belirti bulunmaktadır. İkili tanıların varlığı ve genç erkek olmak gibi yüksek riske sahip hastalara girişimlerde öncelik verilerek, bu kişiler belirlenmeye ve odaklanmaya çalışılmalıdır. İntihara yönelik nedenleri ve süreç çok karmaşık olsa da, psikiyatrik bozukluklar ile olan kuvvetli ilişkisi inkâr edilemez. Bu bozukluklar özellikle major depresyon (MD), bipolar bozukluk, şizofreni, alkol-madde kötüye kullanımı/bağımlılığı ve ağır kişilik bozukluklarını içermektedir. Psikiyatrik bozukluk nedeniyle ayaktan tedavi alan hastalar, yatış yapılan hastalara göre daha düşük riske sahiptir, ancak duygu durumu bozukluğu olmayan genel nüfusla karşılaştırıldığında daha yüksek riske sahiptir. Yatış esnası ve sonrasında intihar girişimi açısından yüksek riskli hastalar yakın izlem gerektirmektedir. Erken tanı ve etkin tedavi bu bozukluklara bağlı intihar riskinin önlenmesinde büyük öneme sahiptir.

Anahtar kelimeler: İntihar, psikiyatrik bozukluklar, yüksek riskli hastalar

Düşünen Adam; 2007, 20(1):38-47

ABSTRACT

Suicidal Behavior in Psychiatric Disorders

Suicide is far more common than most people believe. The largest number of suicides is in males in younger adulthood, and suicide is the second most common cause of death in the very young. Although there are cases of impulsive suicide with few or no warning signs, the majority of successful suicides occur in individuals who present with more than one characteristic and/or symptom that would indicate an increased risk. High-risk patients for priority intervention, such as dual diagnoses patients and young males, need to be identified and targeted. While suicide is a complex phenomenon in terms of the causes and processes that lead up to it, the extremely strong link to psychiatric disorders is undeniable. These disorders especially include depression, bipolar disorder, schizophrenia, and alcohol and drug abuse/dependence, and severe personality disorders. Psychiatric outpatients are at lower risk than inpatients but are at higher risk than those in the general population who do not have an affective diagnosis. Patients with high risk during the hospitalization and after should be closely followed for suicide attempts. Early diagnosis and effective treatment are of paramount importance to in prevention of the suicide risk associated with these disorders.

Key words: Suicide, psychiatric disorders, high-risk patients

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, * Uzm. Dr., ** Klinik Şefi

GİRİŞ

Ruhsal hastalıklar genel nüfusa göre 11 kat fazla intihar riskine sahip bulunmuştur. Risk oranları şizofreni, duygulanım bozuklukları ve kişilik bozukluklarında her iki cinsiyette de on kat daha fazla yüksek bulunmuş, erkeklerde madde bağımlılığında 10 kattan yüksek intihar riski gözlenmiştir (6).

Psikiyatrik hastane yatışı özellikle kadınlarda erkeklerle kıyaslandığında intihar riskini arttırmaktadır. İntiharların % 90'undan çoğunda bireylerin intihar sırasında psikiyatrik olarak hasta oldukları saptanmıştır (28).

İntihar girişimlerinde en sık rastlanan ruhsal bozukluk tanısının depresif bozukluklar olduğu, sınır ve histrionik kişilik bozukluklarının depresif bozukluklara sıklıkla eşlik ettiği belirlenmiştir (2). Alkol ve madde kötüye kullanımı, kronik fiziksel hastalık, yetersiz sağlık güvencesi, son beş yıl içinde yerleşim yeri değişimi intihar gruplarında sık gözlenmektedir. İntihar gruplarında özellikle düşük dozlarda tedavi kullanımı dikkat çekmektedir (11).

Tamamlanmış intiharlar üzerinde yapılan bir toplum çalışmasında % 56-75 oranında (21) ilk girişimde intiharın gerçekleştiği belirlenmiştir. Bu nedenle özgeçmişte intiharın olmaması riski uzaklaştırmamaktadır.

Ergen ve genç erişkinlerde intihar oranının fazlalığı, çoğu asal psikiyatrik bozukluğun başlangıç yaşının bu döneme denk gelmesi ile açıklanmaya çalışılmaktadır. Bu yaşlarda ilk epizodların ortaya çıkması itibarı ile gençler, intihara oldukça duyarlıdır. Hastalar bu yaş grubunda belirtilerin önemini kavrayamayabildikleri gibi, tedavi arama davranışı ya da tedaviyi kabulleri daha az olabilmektedir (18). İntihar girişimleri tamamlanmış intiharlarla karşılaştırıldığında en

Tablo 1. İntiharın yaygın tekil öngörücüleri (Maris ve ark., 2000).

1. Major depresyon, duygu-durum bozukluğu
2. Alkolizm, madde kötüye kullanımı
3. İntihar düşüncesi, söylemi, hazırlığı
4. Önceki intihar girişimleri
5. İntihar girişimleri için ölümcül metot kullanımı (özellikle silahlar)
6. Yalıtım, yalnız yaşama, destek kaybı, ayrılma
7. Umutsuzluk, bilişsel sabitlik
8. Yaşlı olma, beyaz erkek
9. Model alma, ailede intihar öyküsü
10. Mesleki sorunlar, işsizlik
11. Evlilik ve cinsel sorunlar, aile patolojisi
12. Stres, olumsuz yaşam olayları
13. Öfke, saldırganlık, düşük 5-HIAA, dürtüsellik
14. Fiziksel hastalık
15. 1-14. etmenlerin eşzamanlılığı ve yinelemesi

Tablo 2. Genel nüfusla kıyaslandığında ruhsal bozukluklar ve intihar riski (Baxter ve Appleby, 1999).

Tanı	RR (% 95 CI) erkek	RR (% 95 CI) kadın
Şizofreni	14.2 (9.19- α)	14.6 (8.80- α)
Duygulanım bozuklukları	12.2 (8.5- α)	16.3 (12.2- α)
Nevrozlar	2.1 (0.25- α)	7.9 (2.9- α)
Kişilik bozuklukları	12.8 (6.6- α)	20.9 (9.6- α)
Madde bağımlılığı	14.29 (4.64- α)	0
Organik beyin hastalığı	3.3 (0.8- α)	0

az 10 katı fazla olup, gençlerde daha sık gözlenmektedir. İntihar girişimi nedeniyle yatış yapılan kişilerin % 10'unun izleyen dönemde intiharla yaşamlarını yitirdikleri, % 10-50'sinin ise, girişimlerini yineledikleri belirlenmiştir (38). İntiharlarda 30 yaş altında birincil psikiyatrik tanı antisosyal kişilik bozukluğu ve madde bağımlılığı, 20-30 yaş arasında şizofreni ve bipolar bozukluk, 30-50 yaş arası duygulanım bozuklukları, 50 yaş üzerinde psikotik duygulanım bozuklukları ve organik beyin hasarının yüksek oran oluşturduğu belirlenmiştir. İntiharın yaygın öngörücüleri Tablo 1'de belirtilmiştir (28).

Kişilik bozuklukları arasında antisosyal ve sınır kişilik bozukluğunda, ölümcül olan ya da olmayan intihar davranış riski yüksektir. I. eksen ve II. eksen eşzamanlılığı varlığında intihar girişimlerinin yineleme riski artmaktadır. Özellikle mani, MD ya da psikoz epizoduna giriş ya da çıkış dö-

nemleri risk artmaktadır (18). Ağır ruhsal hastalıklarda risk, hastalığın ilk 3 yılında olmak üzere erken dönemlerinde en yüksek düzeydedir. Hastalığın ilk yılında intihar riski genel nüfus oranlarına göre kadınlarda 20 kat, erkeklerde 30 kat daha yüksek bulunmuştur. Genel nüfusla kıyaslandığında ruhsal bozukluklar ve intihar riski Tablo 2’de gösterilmiştir (6).

Ergen intihar kurbanlarında ailede psikiyatrik bozukluk öyküsüne % 25-50 gibi yüksek oranlarda rastlanmaktadır (38).

Hastane yatışı ve sonrasında intihar

Yatan hasta intiharları hastanın yalnızca hastanede bulunduğu dönemini değil, ayrıca hastaneden geçici süreyle uzaklaştığı, örneğin hastanın taburculuk öncesinde olduğu gibi evine izinli gittiği vb. dönemleri de kapsamakta, dolayısı ile intiharın hastanede gerçekleşmesi gerekmektedir. Yatan hasta intiharlarının yarısından çoğu bu şekilde tedavi ekibinin izni olması ya da olmaması durumunda hastane dışında gerçekleşmektedir (30). Hastanede yatan hastalarda % 15 hayat boyu intihar riski olduğu belirlenmiştir (17). Yatış yapılan hastalarda intihar oranı genel nüfus oranının 10 katı yüksek bulunmuştur. Genç hastalar ve özellikle erkekler, daha az klinik iyileşme gözlenenler intiharı daha çok gerçekleştirmektedir (18). 3.000’den fazla intiharın araştırıldığı bir çalışmada, intihar olgularının % 3.4’ünün yatış sırasında gözlemlendiği, bunların da 1/3’ünü şizofreni hastalarının oluşturduğu gözlenmiştir (33). Yatan hasta intiharlarında risk etmenleri arasında şizofreni tanısı varlığı, çok sık antipsikotik ve antidepresan ilaç reçetelenmesi, daha önceki kendine zarar verme ve intihar girişimleri öyküsü, hastaneye başvuru sırasında ve yatış süresince intihar fikirlerinin olması, çok sayıda koşuş değişimi yaşanması gösterilmiştir (30).

İntihar kurbanlarının % 25-40’ının ölüm öncesindeki yıl içinde psikiyatri servisi ile temasta bulunduğu, % 14’ünün bu sürede hastaneye yatırıldığı ve bunların 1/5’inin (tüm intiharların % 3-4’ü) hastanedeyken intihar sonucu öldüğü belirlenmiştir. On yıllık bir izleme çalışmasında ciddi intihar girişiminden sonra % 25 oranında ikinci bir girişim yapıldığı; % 12’sinin sonunda intiharı tamamladığı, bunun yatış sonrasındaki iki yıl içinde en yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir (21). Hastanedeki intiharların % 47’si ilk yatış sırasında olmakta, % 43’ü yatışın ilk haftasında gerçekleşmektedir (18).

Şizofrenide intihar

Şizofreni hastalarında intiharı tamamlama oranı % 10 düzeyindedir. Çoğu şizofreni hastası hastalığın ilk yıllarında intiharı gerçekleştirmektedir. Bu yüzden şizofrenik intiharlar genç olmaya eğilimli, çoğunlukla bekâr (% 75’i) ve erkektir. Bununla birlikte intihar, örneğin ebeveyn kaybı şeklinde çevresel destekte kayıp yaşayan kronik şizofrenler arasında da yaygındır. Depresif bulgular intiharla yakından ilişkilidir. Paranoid alt tipte yüksek (% 12) ve defisit alt tipinde daha düşük intihar riski (% 1.5) saptanmıştır. Negatif bulguların yokluğunda, belirgin kuşkuçuluk göreceli olarak riski arttırmaktadır. Şizofrenide intiharın öngörücüleri arasında önceki intihar girişimleri, yatış sırasında depresyon, psikomotor ajitasyon, intihar düşünceleri, yakın akrabalarda duygudurum bozukluğu, mesleki ve sosyal işlevsellikte bozukluk bulunmaktadır. Şizofreni hastalarından hastaneye yatış öyküsü olan intihar kurbanlarında yüksek oranda tedaviye olumsuz ve ilgisiz yaklaşım (% 81), yüksek oranda alkolizm eştanısı (% 36), paranoid alttip (% 57), yakın zamanlı intihar girişimi ya da bunun dile getirilmesi (% 74), yıl içinde çok sayıda hastaneye yatış varlığı ve son hastanede yatış süresinin kısa süreli olması gözlenmiştir. Şizofreni tanısı bulunan ergenlerde alkol-madde kö-

tüye kullanımı intihar riskini arttırabilmektedir. Şizoaffektif bozukluk ve diğer psikotik bozukluklarda intihar riski yüksek olup, risk etmenleri şizofreniye benzemektedir (38).

Psikiyatrik başvuruyu izleyen ilk bir yıl içinde ilk epizod şizofreni hastalarının %1-2'sinde intihar görülebildiği saptanmıştır (29). Negatif belirtileri baskın olan şizofreni hastalarının göreceli olarak intihardan korunduğu belirlenmiştir (28). Ayaktan tedavi şeklinde izlenen şizofreni hastalarında intihar davranışında açıklanabilen varyansın % 80'inden fazlasında depresyon varlığı sorumlu etmen olarak gösterilmiştir (5). Şizofrenide intihar için birkaç görüş bulunmaktadır. Postpsikotik depresyonun rolü yanında, genç şizofrenlerin hastalığa ait damgalanma ve sosyoekonomik düşüşle birlikte, aktif hastalık epizodu ile karşılaşmalarının intihar riskinin arttığı yolunda yorumlar bulunmaktadır. Bazı şizofreniklerin ise, hastalığın aktif fazında intiharı gerçekleştirdiği gözlenmektedir. Tipik antipsikotiklerin potansiyel intihar eğilimi oluşturabileceği düşünülmektedir (28). Klozapin kullanımı ile daha az intihar davranışı, girişimi, önlemede daha az tıbbi müdahale ve yatış gereksinimi gözlenmiştir (18).

Şizofrenili hastalar genel nüfusla ortak bazı intihar risk etmenlerine sahiptir. Bunlar arasında sosyal destek eksikliği, sosyal işlevsellik bozukluğu, MD, intihar öyküsü varlığı, iyi premorbid uyumu takiben gelişen bozulma ve belirgin kayıplar sayılabilir. Şizofreniye özgü diğer risk etmenleri arasında hastalık süregenliği, çok sayıda akut psikotik alevlenme, pozitif belirtilerin ağırlığı, yeti kaybının farkında olma, daha fazla yeti kaybı korkusu, özgüven kaybı ya da tedaviye yönelik olumsuz tutum sayılabilir. Umutsuzluk ve/veya yüksek içgörü düzeyi de intihar davranışı ile ilişkili bulunmuştur. Şizofrenideki intihar girişimlerinin daha yüksek ölümcüllüğe sahip olması, intiharı tamamlamaya yönelik am-

bivalansın yokluğu ile de açıklanmaktadır. Şizofreni hastalarının % 4-22.7'sinin emir veren işitsel varsanılar bağlamında intihar gerçekleştirdiği belirlenmiştir (3).

Varsanıların mevcudiyeti intihar öngörücüsü olarak belirlenmiştir (31). Şizofrenik hastalar intiharlarını psikoz kontrol altına alınca ve hastalığın depresif iyileşme aşamasında gerçekleştirebilmektedir. Yüksek risk altındaki şizofrenik hastalar, hastalığın ilk beş yılı içindeki remisyonunda, psikotik olmayan ama çökkün duygu-durumdaki, yaşamlarının eskisinden farklı olduğu bilişsel sürecini yaşayan kişiler olarak değerlendirilmektedir (8). Antipsikotik tedavi ile gözlenebilen akatizi intihar düşünce ve girişimleri ile ilişkili bulunmuştur (10).

Depresyon ve intihar

Unipolar ya da majör depresyonda (MD) yaşam boyu % 10-15 oranında intihar gerçekleştirildiği belirlenmiştir. Tedavi edilmemiş depresyon hastalarında, özellikle eşanılılık ve olumsuz yaşam olaylarının varlığı halinde risk yükselmektedir. İntiharı gerçekleştiren MD hastalarının sıklıkla alkol ve madde kötüye kullanımı, birden çok fiziksel hastalık ve çeşitli kişilik bozuklukları şeklinde eşanılılığa sahip oldukları belirlenmiştir (38). İntihara eğilimli depresyon hastalarını, intihara eğilimli olmayanlardan ayıran özellikler arasında:

1. Bu kişiler en azından belirli duygu-durumlar içindeyken, görece yüksüz olayları bile aşağılanma ya da yenilgi olarak yorumlayabilmektedir. Bu da yenilgi durumunu uyaracak istemsiz aşırı duyarlılığa yol açabilmektedir.
2. Kişiler arası sorun çözmede, bozuklukla ilişkili kurtulmayı olanaksız görme, kapana kısılmış olma hissi bir diğer bileşendir. Bu tür sorun çözme zorluklarının, geçmişten gelen olumsuz kişisel anıları genelleştiren

rip, bugüne uyarılama ilişkili olduğu düşünülmektedir.

3. Kurtarıcı yokluğu: Umutsuzluk hislerine yol açan geleceğe dönük bilişsel işlemlerin yetersizliğinden köken alan, kurtarıcı etkenlerin yokluğu düşüncesi şeklinde karakteristik özellikler bulunmaktadır (18).

MD çalışmaları sonuçlarına göre intihar düşüncesi oranı klinik ortamda % 50'nin üzerinde gözlenmektedir (18). Bununla birlikte intihar düşüncesi var olan kişilerin çoğunluğu intihar girişiminde bulunmamaktadır (23). İntiharların % 50'sinden fazlası depresif bozukluklar bağlamında oluşmaktadır (4). Tedavi edilmeyen MD'li hastaların, antidepresan tedavi alan hastalara göre 1,8 kat daha fazla intihar riskine sahip olduğu belirlenmiştir (20). Buna karşın antidepresanların duygudurumda iyileşme henüz başlamadan, düşük enerji düzeyindeki hastaları daha enerjik hale getirip, riski arttırabileceği düşünülmektedir (18). Antidepresan tedavisi başlangıcında anksiyetenin yüksek düzeyde olabileceği, bunun da intihar riskini arttırabileceği düşünülmektedir (38). İntiharı tamamlayan hastaların yalnızca % 3-6'sının yeterli dozda antidepresan tedavi almakta olduğu, % 3'ünün EKT ve % 3'ünün litium tedavisi aldığı belirlenmiştir (38). Her bir intihar girişimini izleyen intihar girişim oranının % 32 oranında arttığı belirlenmiştir (26).

NIMH depresyon çalışmasına göre 3 belirti demeti (anhedoni, umutsuzluk; anksiyete, ajitasyon, panik; agresyon, impulsivite) intiharın önemli belirleyicisi olarak belirlenmiştir (28). Anhedoni, konsantrasyon bozuklukları, anksiyete ve alkol kötüye kullanımı intiharın kısa dönemdeki belirleyicilerinden; duygudurum değişimleri ve umutsuzluk hisleri birlikteliğindeki intihar girişimleri intiharın uzun dönemli belirleyicilerdendir (38).

İntiharı gerçekleştiren kişilerin sıklıkla intihar

düşüncelerini arkadaşları, aile üyeleri, ya da hekimleriyle konuşmaya çalıştıkları belirlenmiştir (28). Bunun yanında unipolar MD'nin psikotik özellikli olması ya da olmamasının, intihar oranları açısından belirgin fark oluşturmadığı (9) şeklinde yayınların varlığına karşın, yatış sırasında varsanı ve sanrıları olanlarda intihar oranlarının daha düşük bulunduğu çalışmalar (24) da mevcuttur. İzleme döneminde MD'nin sürmesinin intihar girişim riskini 7 kat arttırdığı belirlenmiştir (32). İntihara eğilimli hastalarda depresyon, ağrı ve diğer fiziksel belirtilerle maskelendiğinde risk artabilmektedir. Depresyon tedavisi ile intiharın önlenmesi, kadınlarda erkeklere göre daha fazla gerçekleşmektedir (38).

İki uçlu duygudurum bozukluklarında intihar

İki uçlu duygu-durum bozukluklarında % 20 oranında yaşam boyu intihar riski bulunmaktadır (38). Ölümcül olmayan intihar davranışları unipolar ve bipolar hastalarda benzer oranlarda bulunmuştur (28). İntihara iki uçlu duygudurum bozukluk I ve II. tiplerde benzer oranlarda rastlanmıştır. İki uçlu duygudurum bozukluğu olan erkekler, kadınlara göre hastalığın daha erken aşamalarında intihar gerçekleştirmektedir (38). Duygudurum bozuklukları, madde kullanım bozuklukları ve bunların eştanlılığı intihar girişimi riskini arttırmaktadır (23). İntiharlar mevsimsel farklılık açısından değerlendirildiğinde, geç ilkbahar/yaz başlangıcında zirve yapmaktadır, bu durum özellikle iki uçlu duygudurum bozukluğunda belirgindir (18). Mayıs ayından başlayarak ağustos ayına dek belirgin bir artış gözleendiği, aralık ayının da intihar eğiliminin arttığı diğer bir ay olduğu belirlenmiştir. Şubat ayının intiharın en az görüldüğü ay olduğu, yaz mevsiminin intiharın en sık gözleendiği mevsim olduğu gözlenmiştir (12).

Mani ve depresyon arasındaki geçiş dönemi ve

depresyondan iyileşmeye geçiş dönemi, ajitasyonun belirgin olabilmesi nedeniyle riskin arttığı dönemlerdir (18). Manik dönemde depresif döneme göre göreceli olarak intihar riskinin daha düşük olduğu gözlenmiştir (38). Lityum koruma tedavisi intiharı önlemede etkili bulunmuş, lityum koruma tedavisinin kesilmesiyle intihar riskinin 16 kat arttığı bildirilmiştir (16). Uzun süreli izlem çalışmalarında lityumun tek başına intihar riski üzerine etkisi olmadığı, antidepresanlar ve/veya antipsikotik tedavisi ile kombinasyonu halinde intihar riskini düşürdüğü gözlenmiştir (1). Lityum tedavisi intihar oranlarını düşürse de, lityum ile tedavi edilenlerde de yüksek (10 kat) intihar oranları belirlenmiştir (22).

Anksiyete bozukluklarında intihar

Anksiyete bozukluklarında % 3-27 oranında intiharın gerçekleştiği belirlenmiştir (28). Anksiyete bozukluklarında anksiyete belirtilerinin şiddeti ile intihar riskinin arttığı belirlenmiştir. Anksiyete belirtileri ile birlikte duygudurum bozukluğu olan hastaların, anksiyete belirtileri olmayanlara göre daha fazla intihar riskine sahip olduğu saptanmıştır. Yatış sırasında intihar eden hastaların % 79'unda, intiharlarından bir hafta önce ağır psikişik anksiyete, şiddetli saldırganlık ya da her ikisinin varlığı gözlenmiştir (38).

ECA çalışmasına göre, sosyal fobide intihar düşüncesi ile birliktelik gözlenmesine karşın, intihar girişimi ile birliktelik gözlenmemiştir, bununla birlikte aynı çalışmada komplike olmayan obsesif kompulsif bozukluk (OKB)'da intihar girişimleri ile birliktelik gözlenmiştir. İntihar düşüncesi genelleşmiş anksiyete bozukluğu, sosyal fobi ve OKB ile doğrudan ilişkili olabilir. Anksiyete bozukluğu ve duygudurum bozukluğu eştanısı halinde intihar girişimi riski artmaktadır (34).

Travmatik olaylar intihar düşüncesi ile birlikte-

lik göstermektedir, % 38 oranında toplum atfedilebilir riskine sahip bulunmuştur. İntihar girişiminde bulunan ya da bunu gerçekleştirenlerde genel nüfusa göre daha çok travma yaşandığı gözlenmiştir. Çocukluk çağı fiziksel ve cinsel taciz yaşantıları, ergen ve erişkinlerde kendine zarar verme ve intihar riskini arttırmaktadır. Özellikle çocukluk çağı cinsel taciz yaşantıları intihar riskini yükseltmektedir. Doğal felakete maruz kalma sonucu travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) geliştiren kişiler, daha az intihar davranışı öyküsü bildirmektedir. TSSB ile MD epizodu eştanılılığı durumunda intihar girişimi riski belirgin olarak artmaktadır (18). TSSB ile ilişkili anksiyete belirtilerinin intihar oranını arttırdığı gözlenmektedir. Yineleyen kendine zarar verme davranışı olan kişilerde fazla sayıda disosiyatif belirti varlığı belirlenmiştir (18).

Panik atak öyküsü varlığı, yaşam boyu intihar girişimi riskini arttırmaktadır. Panik bozukluğa duygudurum bozukluğu ve/veya madde kötüye kullanımı eklendiğinde intihar davranışları riskinin arttığı belirlenmiştir (28). Panik bozukluğun tek başına mı, yoksa duygudurum bozuklukları ile eştanılılığının mı intihar riskini arttırdığı konusunda uzlaşmazlık bulunmaktadır (38). Buna karşın panik bozukluk hastalarının % 20'sinde, panik atağı olanların % 12'sinde intihar girişimine rastlandığı yönünde çalışmalar bulunmaktadır. Eştanının olmadığı panik bozuklukta daha düşük intihar tamamlanma oranlarına rastlanmıştır (15). İntihar eğiliminin yalnızca panik bozukluğun tüm ölçütlerinin tam olarak karşılandığı vakalarda değil, ayrıca eşik altı düzeyinde belirtileri bulunan hastalarda da yüksek olduğu belirtilmektedir (37). Olasılıkla anksiyetede kendi kendini tedavi etme girişimi şeklinde alkol kötüye kullanımının tabloya eklenmesi, kısa dönem intihar belirleyicileri arasında anksiyete belirtilerinin önemini göstermektedir (14). Panik bozukluğu ve sınır kişilik bozukluğu eştanılılığı olan ve olmayanlarda ha-

yat boyu intihar girişim prevalansları sırasıyla % 25 ve % 2 olarak belirlenmiştir (15).

Sosyal anksiyete bozukluğu ve genelleşmiş anksiyete bozukluğu hastalarında da komorbidite varlığı intihar girişimi oranını arttırmaktadır (25). Basit fobi ile intihar fikri ve intihar girişimi arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur (23).

İntihar ve alkol-madde bağımlılığı

Tamamlanmış intiharlarda % 19-63 oranında madde kullanım bozukluğu olduğu belirlenmiştir (28). Alkol ya da madde bağımlılığı hastanın intihar riskini beş kat arttırmaktadır (8). Alkol bağımlılarında genel nüfusa ve yatış yapılan psikiyatri hastalarına göre 6-25 katı risk oranı saptanmıştır. Erkek alkoliklerde kadınlara göre daha yüksek intihar oranına rastlanmıştır (28). Alkol kötüye kullanımı olanlarda intiharların % 70'inde kişilerin alkol entoksikasyonu içinde olduğu belirlenmiştir (28). Madde kötüye kullanımı, duygudurum bozukluğu ve kişilik bozukluğu eştanınlığı belirgin olarak intihar riskini arttırmaktadır (38). Alkol bağımlılığında intihar nedeni ile ölüm genellikle hastalığın ileri aşamalarında söz konusu olup, hayat boyu mortalite % 1-6 arasında bulunmuştur. Alkol bağımlılığının depresif spektrum bozukluklarının bir parçası olabileceği, bu bağlamda eştanınlık etkisinin bir şiddetlilik etmeni olarak düşünülebileceği hipotezi ortaya atılmıştır (28). Alkol kötüye kullanımı duygudurum bozukluğu olan hastalarda intihar riskini büyük oranda arttırmaktadır. Alkol ve madde kullanımı davranışlara ket vurmaya engelleyerek, intihara karşı duran sınırları ortadan kaldırıp, intiharın akut tetikleyicisi olarak rol alır. Alkol ve madde kullanımı uykuya olan zarar verici etkisi ve uykudaki bozulma da duygulanım epizodlarının kötüleşmesi ya da rekürrense neden olması yüzünden hastalığın seyrini daha da olumsuzlaştırabilmektedir. Bunlara ek olarak alkol ve madde kullanımı farmakoterapiyi boza-

bilmektedir (18). Aşırı doz ile birlikte yargı bozukluğu ve ket vurmanın engellenmesi sonucu risk alıcı davranışlar artarak, kazaya bağlı ölümcül intiharlar oluşabilmektedir (8). Alkolik intiharların daha ileri yaş grubunda olduğu, alkolizm nedeni ile gerçekleşen fiziksel hastalıkların orta yaş döneminde daha yüksek bir insidansa sahip olabileceği, ayrılık ya da boşanma ve mesleki sorunların bu dönemde daha çok ortaya çıkabileceği öne sürülmektedir. İntiharı tamamlayan alkoliklerin de, intihar gerçekleştirilmeyen alkolikler ve diğer intihar gruplarına göre daha az oranda evli olduğu gözlenmiştir (28).

Damariçi yolun kullanımı, kannabis ya da solvent kullanımı olan kişilerin yaşam boyu intihar davranışı insidansları artmış olsa bile, alkol bağımlılarına kıyasla daha fazla risk altında bulunmadıkları belirlenmiştir (28). Genç yaştaki intiharların % 10'unun eroin kullanıcısı olduğu belirlenmiştir. Madde kötüye kullanıcılarında intihar davranışı için risk etmenleri arasında eştanınlık, yakın zamanda kayıp ya da çatışma öyküsü, sosyal yalıtım, işsizlik, ekonomik zorluklar, ciddi tıbbi hastalık, çocukluk çağı kötüye kullanımı, ailede intihar öyküsü, dürtüsellik ve davranım bozukluğu öyküsü varlığı sayılmaktadır (18). Kokain kötüye kullanımı olan şizofreni hastalarının, madde kullanmayan ya da diğer maddeleri kullanan şizofreni hastalarına göre intihar düşüncelerinin daha fazla olduğu gözlenmiştir (35).

Alkolik ve depresif hastalarda stres etmenleri farklı olup, alkol kötüye kullanımına bağlı intiharlarda ayrılık, ailesel sorunlar, maddi güçlükler ve işsizlik; depresif intiharlarda daha çok somatik hastalık varlığı belirlenmiştir (28).

Yeme bozukluklarında intihar

Yeme bozukluğu hastalarında ölüm oranı % 6-8 arasında olup, intihar en yaygın nedeni oluştur-

maktadır. Özellikle genç anorektik kadın ya da erkeklerde depresyon eştanısı varlığında, intihar riski on kat yükselmektedir. İntihar riski yeme bozukluğunun ilk tanısından yıllar sonra bile yüksek kalmaya devam etmektedir. Yeme bozukluğu olan hastalarda majör depresyon sık gözlenmekte, buna alkol ve madde bozukluğu eşlik edebilmekte, eştanılılık intihar riskini artırmaktadır (38).

Kişilik bozuklukları ve intihar

Kişilik bozukluklarında tamamlanmış intihar oranı % 29-57 olarak tespit edilmiştir (28). Kişilik bozukluğu olan hastalarda intihar davranışı sıklıkla öfke ile bir arada ve önemli kişiler arasındaki ilişkilerin bozulması ile dürtüsel davranışın sonucu olmaktadır. MD hastalarına göre, daha az ölümcüllük niyeti taşıyıp, daha az planlı olduğu gözlenmektedir. MD hastalarında ise yüksek düzeyde niyet ve plan, daha ölümcül yöntemler ve tıbbi zarar gözlenmektedir (19). Kişilik bozuklukları intiharlarında olumsuz yaşam koşulları öyküsüne fazla rastlanmaktadır (38).

Sınır kişilik bozukluğunda % 3-9 oranında tamamlanmış intihara rastlanmıştır (28). Sınır kişilik bozukluğunda intiharlar alışılmış yaşam tarzının değişimi ya da önemli olarak addedilen kişilerden ayrılıkla tetiklenen, ümitsizlik ile karışık öfkeli duygudurumun sonucu olarak gerçekleşebilmektedir. Antisozyal kişilik bozukluğunda kişinin işlediği bir suçun açığa çıkması ya da kovuşturma açılması sonrasında intihar gözlenebilmektedir. Narsisistik kişilik bozukluğunda yaşlanma ya da bir hastalık sonucu kişinin görünümünde değişim, meslek, sosyal konum ya da maddi durumla ilişkili kayıplar ve ilişkilerdeki bozulma gibi büyüklük imajının sarsılmasında intihar gözlenebilmektedir. Histriyonik kişilik bozukluğunda kişiler kendilerine gerek-sinim duyulmadıklarını algıladıklarında intihar girişiminde bulunabilmektedirler (38).

Kendine zarar verme davranışları olan kişilerin % 55-85'inde en az bir kez intihar girişimi gözlenmiştir (36). Cinsel taciz ve duygusal ihmal yaşantısı şeklinde tacizler, fiziksel tacize göre daha fazla intihar davranışı ile ilgili gözlenmektedir (27). Kendine zarar verme davranışı gözlenen ve intihar girişimi olanların daha çok affektif instabilite ile birlikte, boşluk hissi, kişisel redde hassasiyet ve dürtüsel cinsel aktivite gösterdikleri belirlenmiştir (36). Selfmutilasyonu olan intihar girişimcilerinin ölümcüllüğü daha az dikkate aldıkları, ölümü farklı (yeniden bir araya gelebilme fırsatı ya da uyku benzeri bir yaşantı) algıladıkları, ölümcül girişim olarak düşünmedikleri gözlenmiştir. B tipi kişilik bozukluğu gösteren, selfmutilasyon öyküsü olan intihar girişimcileri daha depresif, daha anksiyöz ve dürtüseldir (36). Suç işleme davranışı ile intihar eğilimi arasında ilişki gözlenmiştir (13).

İntiharlarda özellikle B ve C kümesi kişilik bozukluğu gözlenmiştir (% 11-41 B kümesi; % 10-28 C kümesi). Bunlar ölümcül olmayan intihar girişimleri şeklinde olup, ECA çalışmasına göre genel nüfusta % 7.8 görülmesine karşın, kişilik bozukluklarında % 16.8 oranında gözlenmiştir (28). Yatan hastalarda kişilik bozukluğu olmayanlarda % 42 oranında intihar görülmekteyken, kişilik bozukluğu olan yatan hastalarda % 71 oranında intihar davranışı öyküsüne rastlanmıştır. Kişilik bozukluğunun var olduğu tamamlanmış intiharların % 39'unda ek olarak aynı zamanda madde kötüye kullanımı ve MD bozukluk belirlenmiştir (28).

Yaşlı nüfusta intihar

İntihar kurbanı olan yaşlı hastaların % 75'inden çoğunda psikiyatrik bozukluk, çoğunda da (% 50-87) depresif bozuklukların var olduğu belirlenmiştir. Bipolar bozukluk ve psikotik özellikli duygudurum bozukluğu bu yaş grubu intiharlarında ender gözlenmektedir. Anksiyete bozuk-

luklarında risk yükseldiği, özellikle anksiyetenin yüksek olduğu sabah saatlerinde arttığı gözlenmiştir. Demansiyel bozukluklarda risk genel yaşlı nüfustan farklı bulunmamıştır. Yakın akraba ve arkadaşların kaybı intiharı tetikleyebilmektedir. Yasın ilk altı ayında risk özellikle artmaktadır (38). Çoğu yaşlı erişkin intiharı ilk depresif epizod ile ilişkilidir (7). İleri yaşa ait intiharlarda psikotik bozukluklar, kişilik bozuklukları duygulanım bozuklukları ile kıyaslandığında çok düşük bir orana sahiptir. Alkolizm ve madde kullanım bozuklukları ile birlikte intihar ileri yaş intiharlarının % 3-43'ünde gözlenmektedir olup, gençlere göre daha az yaygındır. Ölümcül olmayan kendine zarar verme girişimlerinin intihara oranları, yaşlılarda gençlere kıyasla daha düşüktür. İntihar niyeti sıklıkla yüksektir, yas ve fiziksel hastalıklar da bu dönemde yaygındır. Genellikle yalnızlık yaşantıları fazladır. Planlı ve daha kararlı bir şekilde ölüme odaklanmış olup, çevrelerini bu konuda diğer yaş gruplarına göre çok daha az bilgilendirerek, daha ölümcül yöntemler kullanmaya eğilimlidirler. İntihar oranları her iki cinsiyette de hayat süresi boyunca artarak, 75 yaş ve üzerinde zirve yapmaktadır. % 19-53'ünün daha önce intihar girişimleri olduğu belirlenmiştir (18). İleri yaş grubunda intihara giden davranışlar arasında yemek reddi, var olan tıbbi tedavilerini devam ettirmeme sayılabilmektedir (38).

SONUÇ

İntihar girişimleri sonrasında hastanın girişimi tekrarının önüne geçmek, derin umutsuzluk duygularını bertaraf etmek ve hayat kalitesinin yükselmesine yönelik çaba harcamasını sağlamak önemlidir. Hastanın dürtü kontrolünü sağlayabilmesi yönünde çalışılmalı, madde kötüye kullanımı eğilimi ile mücadele edilmelidir. Tedaviye yanıtız depresyon durumunda EKT düşünülmalıdır.

İntiharların önlenmesi için hastaya “kaybedici konumu” algısını tetikleyen uyarılara ait aşırı duyarlılığının öğretilmesi hedeflenmelidir. Hastaya sorunlara yönelik seçimli çözümler oluşturabilmekte niçin ve ne zamanlar güçlük çektiği şeklinde yardımda bulunulmalıdır. Geçmiş olaylara ait ayrıntılı anımsamanın yaşama geçirilmesi cesaretlendirilerek, olumsuz genellemelere müdahale edilmelidir. Yatış sırası ya da sonrası yakın gözlem, hastaneden izinli olarak eve gönderilme ya da günlük sosyal aktivite amacı ile hastane dışına çıkış izinlerinin intihar niyeti olanlarda daha dikkatli değerlendirilmesi, gereksiz koğuş değişimlerine izin verilmemesi, kriz durumunda erken müdahale, ağır ruhsal hastalıklarda erken sürede izlem önemlidir. Hastayı hastalık ve ilaç tedavisi hakkında bilgilendirmenin yapılması, farmakoterapi yanında bilişsel davranışçı tedaviler ve grup terapilerinin uygulanması tedavi uyumuna katkıda bulunacağından önem göstermektedir. Hasta hekim ilişkisinde düzensizliklerin olmaması, olası değişimlerin erken süreçte hastaya bildirilmesi gereklidir. Depresif ve psikotik bulguları daha iyi tespit edebileceği ve süreci daha iyi işaret edebileceği için yapılandırılmış klinik görüşmelerin kullanılması, riskin erken tespitini kolaylaştırabilmektedir. İyi ilaç uyumunun sağlanması için uygun dozlar, uygun düzende verilmelidir. Her türlü öngörücü etmene karşın kimin intiharı sonlandırabileceği konusunu tam olarak belirlemek olası değildir. Özellikle eşanlılık, birden çok öngörücü etmenin varlığı, genetik ve çevresel olumsuz etmenler riski arttırsa da, riskin görece az olduğu, açık beyanın olmadığı hallerde de intihar sorgulaması önemlidir. Bu durumlarda yatış sırası ve sonrasında da hekim-sosyal çalışmacı-hasta-aile-diğer destekleyici çevre ilişkisinin sağlanması, var olan I. ve II. eksen patolojilerinin üzerinde etkin tedaviler hastanın hayat kalitesini arttıracak, intihar riskinin azalmasına yardım edebilecektir.

KAYNAKLAR

1. Angst F, Stassen HH, Clayton PJ, et al: Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34-38 years. *J Affect Disord* 68:167-181, 2002.
2. Ateşçi FÇ, Kuloğlu M, Tezcan E ve ark. İntihar girişimi olan bireylerde birinci ve ikinci eksen tanıları, *Klinik Psikiyatri Dergisi* 5:22-27, 2002.
3. Baca-Garcia E, Perez-Rodriguez MM, Sastre CD, et al: Suicidal behavior in schizophrenia and depression: a comparison. *Schizophr Res* 75:77-81, 2005.
4. Barraclough B, Bunch J, Nelson B, et al: A hundred cases of suicide: clinical aspects. *Br J Psychiatry* 125:355-373, 1974.
5. Bartels SJ, Drake RE, McHugo GJ: Alcohol abuse, depression and suicidal behavior in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 149:394-395, 1992.
6. Baxter D, Appleby L: Case register study of suicide risk in mental disorders. *Br J Psychiatry*, 175:322-326, 1999.
7. Bharucha A, Satlin A: Late-life suicide: a review. *Harv Rev Psychiatry* 5:55-65, 1997.
8. Carroll-Ghosh T, Victor BS, Bourgeois JA: Suicide, in *Textbook of Clinical Psychiatry*, 4th edition. Ed by Hales RE, Yudofsky SC. The American Psychiatric Publishing, Washington DC, 2003, pp1457-1483.
9. Coryell W, Tsuang MT: Primary unipolar depression and the prognostic importance of delusions. *Arch Gen Psychiatry* 39:1181-1184, 1982.
10. Drake RE, Ehrlich J: Suicide attempts associated with akathisia. *Am J Psychiatry* 142:499-501, 1985.
11. Ekici G, Erkmen H, Karamustafaloğlu O, et al: Prominent clinical findings in suicide. XI. World Congress of Psychiatry, Hamburg 6-11 August, 1999.
12. Ekici G, Erkmen H, Karamustafaloğlu N, et al: Seasonality in suicide. XI. World Congress of Psychiatry, Hamburg 6-11 August, 1999.
13. Engstrom G, Persson B, Levander S: Temperament traits in male suicide attempters and violent offenders. *Eur Psychiatry* 14:278-283, 1999.
14. Fawcett J, Scheftner WA, Fogg L, et al: Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *Am J Psychiatry* 147:1189-1194, 1990.
15. Friedman S, Jones JC, Chernen L, et al: Suicidal ideation and suicide attempts among patients with panic disorder: a survey of two outpatient clinics. *Am J Psychiatry* 149:680-685, 1992.
16. Gallicchio V, Birch B (eds): *Lithium: Biochemical and Clinical Advance*. Cheshire, Conn, Weidner, 1996.
17. Guze SB, Robins E: Suicide and primary affective disorder. *Br J Psychiatry* 117:437-438, 1970.
18. Hawton K: *Prevention and treatment of suicidal behaviour. From science to practice*. Oxford University Press, 2005.
19. Hirschfeld RMA, Davidson L: Risk factors for suicide, in *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, vol 7. Ed by Frances AJ, Hales RE. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1988, pp 307-333.
20. Isacsson G, Bergman U, Rich CL: Epidemiological data suggest antidepressants reduce suicide risk among depressives. *J Affect Disord* 41:1-8, 1996.
21. Isometsa ET, Lonnqvist JK: Suicide attempts preceding completed suicide. *Br J Psychiatry* 173:531-535, 1998.
22. Kessing LV, Søndergård L, Kvist K, et al: Suicide risk in patients treated with lithium. *Arch Gen Psychiatry* 62:860-866, 2005.
23. Kessler RC, Borges G, Walters EE: Prevalence of risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 56:617-626, 1999.
24. King EA, Baldwin DS, Sinclair JM, et al: The Wessex Recent In-patient Suicide Study, I. Case-control study of 234 recently discharged psychiatric patient suicides. *Br J Psychiatry* 178:531-536, 2001.
25. Lecrubier Y: Risk factors for suicide attempts: epidemiological evidence. *Eur Neuropsychopharmacol* 8:114, 1998.
26. Leon AC, Keller MB, Warshaw MG, et al: Prospective study of fluoxetine treatment and suicidal behavior in affectively ill subjects. *Am J Psychiatry* 156:195-201, 1999.
27. Lipschitz DS, Winegar RK, Nicolaou AL, et al: Perceived abuse and neglect as risk factors for suicidal behavior in adolescent inpatients. *J Nerv Ment Dis* 187:32-39, 1999.
28. Maris RW, Berman AL, Silverman MM: *Comprehensive Textbook of suicidology*. The Guilford Press, New York, 2000.
29. Mortensen PB: Suicide among schizophrenic patients: Occurrence and risk factors. *Clin Neuropharmacol* 18:1-8, 1995.
30. Munk-Jørgensen P: Suicidal behaviour in schizophrenia. In *Comprehensive Care of Schizophrenia. A textbook of Clinical Management*. Ed by Lieberman JA & Murray RM, Martin Dunitz Ltd 2001, London. pp 219-226.
31. Nordentoft M, Jeppesen P, Abel M, et al: OPUS study: suicidal behaviour, suicidal ideation and hopelessness among patients with first-episode psychosis. One-year follow-up of a randomised trial. *Br J Psychiatry* 181:98-106, 2002.
32. Oquendo MA, Kamali M, Ellis SP, et al: Adequacy of antidepressant treatment after discharge and the occurrence of suicidal acts in major depression: a prospective study. *Am J Psychiatry* 159:1746-1751, 2002.
33. Proulx F, Lesage AD, Grunberg F: One hundred inpatient suicides. *Br J Psychiatry* 171:247-250, 1997.
34. Sareen J, Cox BJ, Azizi TO, et al: Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts. *Arch Gen Psychiatry* 62:1249-1257, 2005.
35. Seibyl JP, Satel SL, Anthony D, et al: Effects of cocaine on hospital course in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 181:31-37, 1993.
36. Stanley B, Gameroff MJ, Michalsen V, et al: Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? *Am J Psychiatry* 158:427-432, 2001.
37. Starcevic V: *Anxiety Disorders in Adults. A Clinical Guide*. Oxford University Press, Inc. New York, 2005, pp 53.
38. Wasserman D: *Suicide. An unnecessary death*. London. Martin Dunitz. ISBN 1-85317-822-5. 2001.