

# Ergenlik Dönemi ve Ergenlerde Suisid Açısından Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi

Başak ÖZÇELİK \*, Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU \*

## ÖZET

*Ergenlik çocukluk ve erişkinlik arasında bir moratoryumdur. Bu dönem kendisine özgü özelliklere, kazanılması gereken becerilere sahiptir. Bu dönem bittiğinde ergen belli bir kimliğe sahip, bireyselleşmiş ve ayrılmış bir birey olmalıdır. Ancak ergenlik bazı psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkması ve suisid bakımından dikkatle değerlendirilmesi gereken bir dönemdir. Günümüzde hızlı bir artış gösteren suisid girişimlerinin önlenmesi için psikiyatrik hastalık, gelişimsel özellikler, suisid girişiminin özellikleri, destek sistemleri, aile işlevselliği gibi risk etkenlerinin belirlenmesi ve suisidin "süreklilik" kavramı açısından değerlendirmesi gerekmektedir.*

*Anahtar kelimeler: Ergenlik, suisid, risk etkenleri, süreklilik*

*Düşünen Adam; 2002, 15(2): 68-76*

## SUMMARY

*Adolescence is a period like a moratorium between childhood and adulthood, which has some special features and developmental tasks. However, when this phase comes to an end, the adolescent must achieve not only a stable identity, but also the tasks of seperation and individuation. On the other hand, adolescent must be clinically evaluated carefully with special regard to some psychiatric disorders and suicide attempts. Recently, there has been an increase in the rates of suicide, for this reason primary prevention leads us to identify risk factors such as psychiatric disorders, developmental features, context of social support, features of suicide attempts and family functioning. In addition, we must evaluate whether the adolescent with a suicidal behavior will progress along the "continuum" of suicide.*

*Key words: Adolescence, suicide, risk factors, continuum*

## GİRİŞ

Suisid çok önemli bir toplum sağlığı sorunudur. Bu sorunu önleme konusunda stratejiler oluşturmak için, suisid riski taşıyanları tanıyabilmenin etkin yöntemlerini belirlemek gerekir. Bildiriler göstermektedir ki; 1952-1996 arasında ergenlerde suisid oranları üç kat artmıştır. Üstelik 10-24 yaş arası gençlerde ölüm sebeplerinin % 12'sini suisid oluşturmaktadır (19). Ergenlerde gittikçe artan sıklıkta rastlanan ve acil psikiyatrik başvuruların en sık nedeni olan suisidi değerlendirebilmek için ergenlik döneminin özellik-

lerini iyi bilmemiz gerekir (10). Bu derlemede özellikle ergenlerde suisid davranışının değerlendirilmesi ve suiside yatkınlık gibi konular tartışılacaktır, fakat önce ergenlik ve bu dönemin temel özellikleri aktarılmaya çalışılacaktır.

## ERGENİ ANLAMAK

Ergenlik çocukluk ve erişkinlik arasında bir moratoryumdur. Bu dönemin halledilmesi gereken evrensel görevleri ise başlıca şunlardır: bağımsız kimliği oluşturma, ayrışma işlevini başarma, aile ile ilgili

\* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Psikiyatri Birimi

belirli duyguları oluşturma, sevgi ve aşk ilişkileri kurma, dürtüleri ve beden işlevlerini kontrol edebilme kapasitelerini edinmektir (1).

Ergenlik kavramını açıklarken çocukluk döneminin biyopsikososyal özelliklerinin erişkinin biyopsikososyal özelliklerine değişimini sağlayan psikolojik süreçlerden söz etmemiz gerekir. Bu özellikler, sürecin şekli ve yoğunluğu büyük ölçüde toplumda ki önemli ve büyük değişimlerle, bireyin genetik olarak programlanmış olan potansiyeli ile ve daha önce ki gelişim evrelerinin nasıl aşıldığı ile belirlenir. Bu gelişim kişiden kişiye farklılık gösteren bir süreçtir (1).

Ergenlik döneminin en önemli gelişimsel becerileri şu şekilde sıralanabilir:

**1) Bağımsız bir kimliğin yapılanması:** Yaklaşık 12 yaş civarında gelişmiş olan bilişsel olgunlaşma ile ergen artık cinsel, arkadaşlarla olan, ya da sosyal kimliklerini yavaş yavaş tek ve bütün bir kimlikte bütünleştirmeye başlar.

**2) Arzuların gerçekçi ve ideallerin mantıklı biçimde yapılanması:** Ergen zaman zaman ideal self, ideal ebeveyn, ideal otorite ile ilgili arzularından vazgeçer. Daha önce yaşadığı travmaları inkar etmek yerine, bunlarla olduğu gibi başa çıkmaya başlar.

**3) Cinsel kimliğin gelişiminde ilerleme:** Ergenlik süresince genital meseleler öncelik kazanır. Genital organlar seksüel doyumun sağlandığı önemli bir odak haline gelir. Bu dönemde cinsel tercihler doğrultusunda doğrudan deneyimler edinilir.

**4) Sosyal kimliğin gelişiminde ilerleme:** Ergen bu dönemde tercihlerinin geri dönüşümsüz eylemlere ve sonuçlara yol açtığını, böylece toplumun bir üyesi olduğunu fark etmeye başlar. Sosyal, etik, legal ahlaki, sorumluluklarının ve haklarının olduğunun farkına varır (24).

### Puberte ile İlgili Değişiklikler

Ergenlik başlangıcı az ya da çok puberte ile iç içe geçen bir süreçtir. Olgunlaşma ile ilgili değişiklikler puberte ile ortaya çıkan beden değişiklikleriyle bir aradadır. Ergen bu yıllarda dürtü kontrolü ve vücut değişikliklerine uyum sağlamayla meşguldür. Pu-

berte ile meydana gelen vücut değişiklikleri ergenin vücudunu incelemesine neden olur. Bedeniyle ilgili farkındalığın artması, ergenin iç dünyasındaki psikolojik uyarıları harekete geçirir ve beden değişikliklerine çevrenin verdiği tepkilere yanıt vermesini tetikler. Ergenliğin ilk yıllarında gelişimsel anksiyetelerden biri olan "parçalanma (disintegration) anksiyetesi" yaşanabilir. Bu, ergenin dış görünüşü ile ilgili karşı taraftan hayranlık ve pozitif bir aynalama alamadığında yaşadığı anksiyetedir (24).

Yapıda var olan, haz veren cinsel tatmin ihtiyaçları, erkeklerin dikkatini genital organlarına ve bu bölgedeki duymalara yöneltir. Erkekler sabah ereksiyonla uyandığını fark ederler. Kızlar ise bu yaşlarda ilk menstruasyon epizodunu yaşarlar. Bazen göğüslerdeki büyüme ve pubik tüylenmeyi fark etmekten kaçınırsalar da, çevreleri genelde bu değişikliklerin hemen farkına varırlar. Erkekler için ilk koltuk altı deodorantlarını, kızlar içinse ilk sütyenlerini almaları ergenliğe geçişi gösteren ritüellerden biridir. Bazı erkek ergenler bacaklarında tüyler olmadığından, kısa şort giymekten endişe duyarlar. Kızlar göğüslerinin büyüklüklerinden (aşırı büyük ya da aşırı küçük olmalarından) endişe duyabilirler. Erkekler penis büyüklükleri ile son derece meşgullerdir. Kendilerinden daha uzun boylu ergenlere yaklaşmak istemezler, çünkü uzun olanların penisleri de daha uzundur! İkincil seks özelliklerinin gelişimi kızlarda erkeklere göre 1.5 veya 2 yıl daha erken başlar. Kas gücünde, tonusunda ve boy uzunluğunda her iki cinstede artma vardır, ancak ergen hala biraz sakardır ve hareketlerini koordine etmekte güçlük çeker. Bu da, beden değişikliklerinin farkına varmanın ergenin fiziksel sınırları hakkında belirsizlik yaşamaya ile açıklanmaktadır (24).

Kolaylık olması açısından ergenlik dönemi üçe ayrılır. Ergen, daha önceki gelişim evrelerinde kazandığı güven, emniyet ve kesinlik hisleri ile bu yıllara başlar. Erken ergenlik denilen bu ilk yıllarda (10-14 yaş) hala aileye bağımlıdır. Fakat ergen bu "bağımlılık duygularından" kurtulmaya çalışır. Sürekli ebeveynlerin "statükocu" tutumlarından şikayet eder. Kendisine yeni modeller bulmak için aileden dışarıya doğru yönelir. Bu yeni modeller-öğretmenler, rock yıldızları, hatta bazı suçlular-artık ergenin idolleridir. Bunlara ek olarak ergen aile yerine arkadaşlara bağlanmayı (attachment) tercih eder, hatta ebeveynlere

karşı mücadele etme konusunda diğer yaşlılarla rekabet eder. Tartışmalar, gözyaşlarına boğulma ve bunların aralarına serpilmiş hayal kurma anları siktir (1). Düşünce genellikle somuttur. Bir hipotezin içeriğini fiziksel delil olmaksızın kavramaya başlarlar. "Ya..., ya da...", "eğer... o zaman..." cümlelerini anlayabilirler. Bir mesele karşısında geçmiş, şimdi ve geleceği bütünleştirebilirler. "Genelleşmiş mantık sistemi" oluşturmaya başlarlar. Böylece yeni olasılıkların ve gelecekle ilgili planların çatısını kurabilirler (24).

Yeterli bir özel hayat için fizik ortam, aile dışında hayran olunacak erişkinler, kendisini test edebileceği arkadaş grubu, erkek/dişi cinsiyeti özendirecek modeller, sağlam, istikrarlı ve emin bir aile ve okul ortamı, bütün bunlara tahammül edebilecek, yeni yeni oluşmakta olan kimliği kabul etmeye ve onunla ilişki kurmaya çalışan ebeveynler bu ilk yıllarda çok önemlidir (2).

Orta ergenlik yıllarında (15-17 yaş) ergen, arkadaşlarına yönelir, iç dünyasındaki belirsizlik duygularıyla başa çıkabilmek için, dış dünyada kesinlik ve güven arar. Alkol ve madde kullanımı, sürekli test etme davranışları gibi davranışlar ortaya koyar. Başlangıçta geçmiş ve gelecek ile ilgili uğraşısı yoktur. Yakınlık ihtiyacı ve dolayısıyla uzun süreli ilişkiler kurmak önem kazanır, bu yüzden karşıdakinin ne hissettiğini anlama ihtiyacı gittikçe artar. Ancak ebeveynlerini sürekli eleştirir. Bu belki de onlara atfedilen gücü azaltmaya yöneliktir. Ergen, kendisinin doğru, bağımsız ve ayrı bir birey olduğunu kanıtlamak için ebeveynin sürekli "orada" olmasını ister. Öte yandan hatalarıyla ilgili kendilerini de fazlaca eleştirir. Öfke patlamaları, bağırıp çağırma ve göz yaşları yerini sessiz bir negativizme bırakmıştır (1,2).

Unutkanlıklar, kurallar ve beklentilerle ilgili "neden" sorusunu sormaya başlar. 15 yaşın bir başka özelliği de soyut ve mantıklı düşünmedir. Zihinsel süreçlerini gittikçe daha iyi organize eder. Problemleri soyut kurallara göre çözmekle kalmaz, çözümleri bir başka problem alanında uygulayabilmeye başlar. Bu yaşlardaki ergen, belki de ilk defa, ebeveynleri ile hayat hakkında her zaman aynı fikirde olamayacağını anlar. Ancak bu ara ara ergenin yalnız ve anlaşılmamış hissetmesine neden olabilir. Tamda bu anlarda arkadaş grupları en iyi "ortak" olurlar. Çocukluğa ait bağımlılıklarından vazgeçtiklerinde diğer ergenler

tarafından kabul görmek ergen için önemlidir (24). Bedendeki değişiklikler ergenin cinsel olarak çekici olup olmadığı ile ilgili inançların temelini oluşturur. Genital organların artmış duyarlılığına bazen ergenin geçici olarak homoseksüel ve heteroseksüel etkinliklerde bulunması eşlik edebilir. Fakat bu deneyimler doğrudan yaşanan tecrübeler ile bilgi edinmesine ya da ideal self ve obje temsillerinin düzenlenmesine hizmet etmektedir. Örneğin 17 yaşındaki heteroseksüel bir kız ya da erkek bir başka ergenle homoseksüel bir ilişkide, aynı cinsten bir başkasını severek, kendisini sevmenin yolunu aramaktadır (24).

Bu yıllarda ergenin ihtiyacı olan; aile dışında 3-4 yıl süren kalıcı ilişkiler, yeni davranışlara hem destek veren, hem de gereken sınırı koyabilen ebeveynler, yetenekleri araştırmak için artmış özgürlük, diğer bir kişi için sorumluluk alma fırsatlarıdır (1,2).

Geç ergenlikte (18-23 yaş) ise ergen biraz daha erişkin gibi davranmaya başlar, yani ebeveynlerle bir "erişkin gibi" ilişki kurar. Artık daha yapılanmış bir benlik hissine ve içsel bütünlüğe sahiptir. Benlik saygısında gittikçe artma görülür. Çocukluk çağının önemli meseleleri ve çatışmaları artık çözümlenmiş, değer yargıları yapılanmış olmalıdır. Genellikle, bu değer yargıları ebeveynlerin daha önce sürekli karşı çıkılan değerlerine benzer. Bu evrede gerçekleşmesi arzu edilen görevler özgürlük, otonomi ve bunları destekleyen ailedir (1,2).

### Yalancı Kimlik/Benlik (False Identity/Self)

Normal gelişmeyen ergenlerde ortaya çıkan bir durumdur. Ergenlik süresince yaşanan birbirinden farklı sosyal, arkadaş ve cinsel rolleri birleştiremez. Bu ergenler daha çok self ve obje sürekliliğini (bunun normalde 3 yaşında kazanılması gerekir) kazanamamış olanlardır. Hem içsel bir isyan- süperegolarında muhafaza ettikleri aşırı sert ve eleştirel anne ve baba temsillerine karşı-, hem de dışa yönelik- kardeşlere, öğretmenlere karşı- bir isyan yaşarlar (24).

Ergenlik dönemini kavrayabilmek için bazı kuramları kısaca gözden geçirmek gerekir. Piaget (1962), ergenliği Formel İşlemsel Düşüncenin (Formal Operations) geliştiği dönem olarak tanımlar. Bu düşünce hipotetik tümdengelimci bir düşüncedir. Genç ergen hipotez kurabilir, deney yapabilir, sonuç çıkarabilir

ve özelden genele doğru muhakeme yapabilir. Bu düşünce tarzının temel özellikleri bütünsel, sürekli olması, genelde karşıtlıklar yerine, kesinlik özelliği taşımasıdır. Bu bilişsel safha 11-12 yaş civarında başlar, tamamlanması 16 yaşa kadar sürer. Bu safhada yüksek düzeyde ki soyut kavramları anlayabilir. Gerçek ve somut olmayanla yani olasılıkla ilgilenir, somut dünyadan gittikçe uzaklaşır (1,6,24).

Elkind'e göre ise bu dönemde "Benmerkezci" (ego-sentrizm) eğilim ortaya çıkar. Böyle bir eğilimin ortaya çıkmasının nedeni ergenin kendisini ve başkalarını soyut olarak değerlendirirken güçlük çekmesidir. Kendi duygu ve düşünceleri ile o kadar fazla meşguldür ki insan ilişkilerinde bazı alanlarda farklılaşma gerçekleşemez. Düşünce içeriğinde iki önemli çarpıklık vardır. Birincisi, ergen diğer insanların, en az kendisi kadar, onun davranışları ve dış görünümüyle ilgilendiklerine, kendisine hayran ya da aşırı eleştirel olduklarına inanır. Sanki hayali bir seyirci karşısındaymiş gibi davranır. Kendi çekicilikleri hakkındaki inançları ile, başkalarının inançları arasında fark olabileceğini anlayamaz. İkinci çarpıklık ise; ergenin kendisini çok özel ve özgün algılayarak, başkalarının başına gelenlerin asla kendisinin başına gelmeyeceğine inanmasıdır. Örneğin asla hamile kalmayacağına inanarak cinsel ilişkide korunmaz. En sonunda, 16 yaş civarında, ergen gerçeği tekrar tekrar test etmesi neticesinde, gerçek seyirciyi ve karşılıklı ilişkilerde yaşanan yakınlık hissi ile başkalarının da benzer hisleri olduğunu fark eder (1,3).

Genç hastaların yakınmalarının gereğince anlaşılabilmesi ve ele alınabilmesi için, kimlik (ego kimliği) oluşumu sürecinin yaşandığı bu evrede ne tür sorunlar yaşadıklarının kavranması gerekir. Erikson'un psikososyal kuramına göz attığımızda, bu evrenin temel çatışması (gelişimsel dönemlerin beşincisi) kimlik/kimlik bunalımı (crisis) ve kimlik kargaşası (identity confusion) ile belirlenir. Bu dönem kişinin toplumsal yerini, mesleki konumunu ve cinsel kimliğini tanımaya, yerine oturtmaya çalıştığı bir dönemdir. İşte bu çabaya "kimlik bunalımı" denir. Kimlik bunalımı ile kimlik kargaşasını birbirinden ayırmak gerekir. Kimlik bunalımı her gencin kendi kimlik duygusunu kazanabilmesi için bilinçli veya bilinç altı olarak verdiği bir savaşımdır. Bu savaşım kiminde daha sessiz, kiminde daha dalgali ve fırtınalı geçebilir. Bu bunalımda anne babadan bağımsızlaş-

ma, toplumsal değerleri yeni baştan yaratma ve kendine bir yol bulma çabası egemendir. Öyleyse kimlik bunalımı her gencin değişik yoğunlukta yaşadığı doğal bir süreçtir. Bir kimlik duygusu kazanılırken geçmişte yaşanan çatışmalar yeni baştan yaşanır. Kimlik, o güne kadar olan özdeşimlerin bütününden daha fazla bir oluşumdur. Eski özdeşimler yeni değerlere ve rollere göre uygun bir nitelik kazanır. Yeni ve eski özdeşimler bütünleşir ve çocukluğun ilk yıllarına benzer bir şekilde bir güven ve aynılık hissi oluşur. Sonunda ergen kuşku ve bocalamaya kapılmadan kendi kimliğini tanımlar ve var olan ruhsal yapılar gerçek anlamda örgütlü, tutarlı, sınırları belirgin bir nitelik kazanır. Bu kimliğin cinsel, toplumsal ve mesleki öğeleri vardır. Kimlik kargaşası ise bu bunalımın ağırlaşması; geçici de olsa uyumun oldukça ağır biçimde bozulmasıdır. Böyle durumda bocalayan genç aşırı uçlara kayabilir, ağır cinsel kuşkulara, yetersizlik duygularına kapılabilir. Kimlik oluşumu sağlıklı ilerlemediği zaman ise, kimlik kargaşası giderek gücünü yitirmek yerine kimlik duygusunun önüne geçer, subklinik veya klinik bir durum ortaya çıkarabilir. Bu durumda antisosyal davranışlar, depresyon, anksiyete bozukluğu ve şizofreni ortaya çıkabilir. Negatif (ters) kimlik, yani gencin gerek kendi kendisinden beklediğinin, gerekse çevrenin ondan beklediğinin tam tersi davranışlar sergileyebilir. Hatta bu kimlik kalıcı olarak yerleşebilir (4,5).

Erikson'ın bu kuramından yola çıkan Marcia ergenlerin kimlik bunalımıyla baş etme sürecinde geliştirdikleri dört kimlik statüsü tanımlamıştır. İki temel değişken vardır. Birincisi bunalım; ergenin seçeneklerle ilgili karar verememesi ve ikincisi bağlanma; bu seçeneklerden bazıları üzerinde karar kılarak o doğrultuda hareket etmesidir. Marcia bu iki değişkene göre statüler belirlemiştir: Başarılı Kimlik: Meslek, cinsellik, din... gibi alanlarda bunalımlı dönemlerden geçmiş ve bağlanmasını yapmıştır. Ani değişikliklerden etkilenmezler. Kararsız Kimlik Statüsü: Halen bunalım içersindedirler. Bir arayış içindedirler. Bağlanmayı gerçekleştirmemişlerdir. Erken bağlanma statüsü: Bunalım yaşamaksızın bağlanma yapmış kişilerdir. Sorgulama ve araştırma yapmaksızın çoğunlukla anne babanın kimliğinin hazır şekilde benimsenmesidir. Kargaşalı kimlik statüsü: Bunalım yaşamış ya da yaşamamış olabilirler. Halen bunalım ve bağlanma ya da bağlanma çabası yaşamamaktadırlar. Genel bir kayıtsızlık ve umursamazlık vardır (5).

## ERGENLİK VE SUİSİD

### Sosyodemografik Veriler

A.B.D'de her yıl 30.000 kişi suisid nedeniyle ölmektedir. Suisid girişimlerinin sayısı ise bunun 8-10 katı kadardır. Ancak son yıllarda tüm suisidlerin (hızı) oranı 100000'de 12 civarında sabit bir değer almıştır. Avrupa da İskandinavya, İsveç, Almanya da bu (hız) oran 100000'de 25'e yükselmekte, İspanya, İtalya, Hollanda da ise 100000'de 10'un altına düşmektedir (6). Ne yazık ki 15-19 yaş arasındaki ergenlerde suisid oranı 1980 yılında 100000'de 8.5 iken, 1993 yılında bu oran 100000'de 11.1 seviyesine yükselmiştir (7).

Ergenlerde suisid oranları gittikçe artmaktadır. Genç nüfusta kazalar ve homisidlerden sonra 3. ölüm nedenidir. Son bilgilere göre ergenlik döneminde gerçekleşen ölümlerin % 12'sini suisid oluşturmaktadır. 12 yaşın altında tamamlanmış suisid girişimi çok nadirdir. Erkeklerde tamamlanmış suisid, kızlarda ise girişim sıklığı daha fazladır. Oranlar sırasıyla 3/1 ve 1/3 şeklindedir. Erkekler suisid girişimlerinde daha çok silah ve ası yöntemlerini kullanırken, kızlarda ilaç içerek suisid girişimi daha siktir (11).

Ergenler arasında kızların suisid girişiminin fazla olması şöyle açıklanabilir: Birincisi kızlar erkeklerden önce olgunlaşmakta ve erkeklerle sevgiyeye dayalı ilişkilere girmektedir. Genç kızlarda suisid girişimlerinde ilk neden erkek arkadaş ile ilişkinin bozulmasıdır. İkincisi ise erkekler stresle başa çıkmada alkol ve saldırgan davranışlar gibi başka seçeneklere başvurmakta iken kızlar daha çok suisidi seçmektedirler. Bir çok çalışmada saptanmış olan cinsiyetler arasındaki farklılık bizim toplumumuz gibi aile içinde kız ve erkek çocuklara verilen yer ve rollerin farklı olduğu toplumlarda daha belirgindir. Kızların bu dönemde hala eve daha bağımlı kalmaları, aile içinde daha fazla sorumluluk almaları nedeniyle aile içi sorunlarla daha çok yüz yüze kalmaları söz konusudur (22).

Ülkemizde 1974-1985 yılları arasında suisid girişimlerinin hızlı bir artış gösterdiği bilinmektedir (8). 1985'de Türkiye İstatistik Enstitüsü kayıtlarına göre suisidlerin 15-24 yaş grubunda yoğunlaştığı ve tüm suisidlerin % 30-35'nin bu yaş aralığında görüldüğü belirtilmektedir (9).

### Etyoloji

Genetik, biyolojik ve sosyal faktörler önemlidir: Monozigot ve aile çalışmalarında özellikle bipolar bozukluğu olan kişilerin yakınlarında suisid girişimi daha siktir. Suisid girişimi sonucu ölenlerde yapılan çalışmalarda BOS'ta (postmortem) serotonin ve 5-HİAA seviyeleri düşük bulunmuş. Bu aynı zamanda impulsivite ve agresif davranışlarla da ilişkili bulunmuştur. Ayrıca, istismar ve saldırganlığın sık olduğu ailelerde suisid girişimine daha fazla rastlanmaktadır (6).

Depresyondaki suisid fikri olan ergenlerde trombositlerin imipramini bağlamaları daha düşük ve fenfluramine prolaktin yanıtında ise artma olduğu saptanmış. Ayrıca hipotalamo-pituitar-adrenokortikal ekseninde disregülasyon, deksametazon supresyon testinde artmış plazma kortizol seviyeleri ve suisid girişimi olan ergenlerde uykunun başlangıcında yüksek plazma kortizol seviyeleri tespit edilmiştir (11). Ayrıca son çalışmalarda serum kolesterolündeki azalmanın, beyin hücre membranındaki kolesterolde bir azalmaya neden olabileceği, bunun sonucunda serotoninin geri alımında bir azalmanın olabileceği ve bu olaylar zincirinin neticesinde hassas kişilerde, azalmış kolesterol düzeylerinin suisid ve şiddet davranışlarında artışa yol açabileceği üzerinde durulmaktadır (23).

### Ergeni Suiside Teşvik Eden Unsurlar

- Ergen seksüel ve agresif dürtüleri ile başa çıkamadığı zaman dürtüsel davranabilir.
- Ergen ölmüş bir yakını ile tekrar birleşme fantazileri kurabilir.
- Ergen kimliğinin çözülmesinden (dissolution) endişe eder ve bunun olmasını engellemek için intihar eder.
- Umutsuzluk, suçluluk, depresif duygulara ve anksiyeteye tahammül edemeyebilirler.
- Öç almak veya etrafı yönlendirmek için suisid girişiminde bulunabilirler.
- Psikotik bir bozukluğa sahip olabilirler.
- Ailede boşanma da suisid girişiminde etkili önemli bir unsurdur (1).

## Ergende Suisid&Psikiyatrik Bozukluklar

Psikiyatrik bozukluğun varlığı suisid için çok önemli bir risk oluşturmaktadır. Ergenlikte en önemli iki psikiyatrik durum depresyon ve suisid girişimidir. Ergenlerde depresyonun yaygınlığı % 31-69 ve suisid girişimi riski olasılıklar oranı (odds ratio, OR) olarak 10'dan daha büyüktür (16). Depresyonun kendisi suisid için çok önemli bir risk etkenidir. Ergende depresyon klasik belirtilerle seyretmez. "Depresyon eşdeğeri" veya "gülümseyen depresyon" da denilen belirtiler sıktır. Bunlar antisosyal davranışlar, amaçsız, düşüncesizce girilen cinsel eylemler, akademik başarısızlık, madde kullanımı, agresif davranışlar şeklinde sıralanabilir. Özellikle ayrılma ve kayıplar depresyonda önemli role sahiptirler. Mckeowan ve Garrison 1991 yılında yaptıkları bir araştırmada, Majör Depresyonun en büyük risk faktörü olduğunu, fakat bunun tek başına yeterli olmadığını öne sürmüşlerdir (13). Pfeffer'a göre ergende psikiyatrik bir hastalığın olmaması suisid girişimine karşı koruyucudur, halbuki mizaç bozuklukları, alkol/madde kullanımı bozuklukları çok yüksek risk oluşturmaktadır (19). Suisid ile ilişkili psikiyatrik tanıları yaşla değişmektedir. Genç yaşta rastlanan suisidlerde psikiyatrik tanı daha çok madde kullanımı ile ilgili bozukluklar ve psikotik bozukluklardır (21).

Ayrıca suisid kurbanlarının % 70'inde komorbiditye, özellikle mizaç bozukluğu ve madde bağımlılığına rastlanmaktadır (19). Bunlara ek olarak, beraberinde agresif davranış öyküsü olanlar suisid açısından yüksek riskli kabul edilmelidirler. Bazı yayınlarda agresyon ve impulsivite ile bağlantılı olabilecek geçirilmiş kafa travmasının da bir risk olabileceği belirtilmektedir (12).

Goldston 1998 yılında, suisid girişim sayıları bakımından birbirinden farklı, hastanede yatmakta olan 269 ergenin psikiyatrik tanılarını incelemiştir. Hastaları geçmişinde suisid öyküsü olanlar, o yatışta ilk kez suisid girişiminde bulunanlar, tekrarlayıcı girişimleri olanlar ve hiç suisid girişimi olmayanlar şeklinde dört gruba ayırmıştır. Suisid öyküsü olanlar ve tekrarlayıcı girişimleri olanların 2/3'de mizaç bozukluklarına, özellikle de Majör Depresif Bozukluğa rastlanmıştır. Panik bozukluk erişkinde ciddi bir risk faktörü olsa da, bu çalışmada anksiyete bozuklukları

açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır, ancak hasta grubunun yatan hastalar olması, bunun genel bir sonuç olarak değerlendirilmesini engellemektedir (17).

## Suisid Davranışını Değerlendirmede "Süreklilik" Kavramı

Moscicki'nin 1995 yılında suisid davranışlarının şiddetini gösteren süreklilik kavramını tarif etmiştir. Mckeowan da, 1998 yılında yaptığı bir çalışmada suisidal davranışların şiddetinin bir süreklilik gösterdiğini belirtmiştir. Bunu daha az ciddi ve sık olandan daha ciddi ve seyrek olana doğru önce fikir, sonra girişim, daha sonrada tamamlanmış suisid şeklinde tarif etmektedir. Mckeowan ayrıca risk faktörlerinin sayısında ve ciddiyetindeki artışın daha kötü sonuçlara yol açabileceğinden bahsetmektedir. Yaptığı bu çalışmada, bir yıl süresince izlediği 359 ergende suisid davranışının göstergelerini ve fikir, plan ve girişim şeklinde belirttiği basamaklar arasındaki geçiş olasılıklarını saptamaya çalışmıştır. Bir yıllık insidansı girişim için % 1.3, plan ve fikir için % 1.7 olduğunu ve cinsiyetin kız olmasının girişim riskini artırdığını (OR:8.9) bulmuştur (13).

Groholt (2000) da süreklilik kavramı üzerinde durmuş. Suisid girişimi nedeniyle hastaneye yatırılmış 91 ergenle, toplumdan seçilen kendisine suisid amaçlı zarar verdiğini ifade eden ergenler karşılaştırılmış. Hastaneye yatırılanların sadece % 10'unun cinsiyetinin erkek olduğu saptanmış. Hastaneye yatırılmış, suisid girişimi olan ergenlerde saptanan risk etkenleri şunlardır: düşük sosyoekonomik düzey (OR:2.4), düşük benlik saygısı (OR: 1.3), ebeveynlerin desteğinin olmaması (OR:3.3), depresyondur (OR:4.7). Toplumdan seçilen grupta ise depresyon (OR:3.1) önemli bir risk etkeni olarak tespit edilmiştir. Bütün bu unsurlar içinde düşük benlik saygısının suisid davranışının daha ciddi boyutlara ilerlemesinde en önemli gösterge olduğu saptanmıştır (16).

## Ergende Suisid&İmpulsivite, Anksiyete ve Agresyon

Bazı araştırmalarda ise, impulsivitenin olduğu olgular suisid açısından daha riskli bulunmaktadır. Ancak özellikle bütünlüğü olmayan kaotik aile ortamı ve impulsivitenin birlikte olduğu ergenlerde çok dikkat

etmek gereklidir. Apter (1993) öfke ve impulsivitenin hem suisid ile hem de diğer insanlara şiddet uygulama ile bağlantılı olduğunu öne sürmüş ve özellik olan (trait) anksiyetenin, öfkenin içe mi ya da diğer insanlara mı yöneleceğini belirlediği, yani özellik (trait) olan anksiyetenin suisid ile pozitif, şiddet ile negatif korelasyon gösterdiğini belirtmiştir (14).

Mckeowan'ın 1998 yılında yaptığı çalışmasında belirttiğine göre, Brent (1986) ve Kashden (1993) suisid girişiminde bulunanları ikiye ayırmışlardır: İlki disforik, umutsuz olup bir suisid planı yapanlar ve ikinci grup ise impulsif olup önceden bir plan yapmaksızın suisid girişimine kalkışanlardır. Mckeowan araştırmasında bu teoriye uyumlu olarak şu sonuçları bulmuştur. Artan impulsivite (OR:2.3) ve önceki suisid girişimi öyküsü (OR:10.6) ile girişim riski artmaktadır. Ayrıca aile içi ilişkilerin kötü olması (OR:0.9) ve istenmeyen yaşam olayları (OR:1.1) suisidin fikirden girişime doğru ilerleme gösterme riskini arttırmaktadır (13).

Yapılan çalışmalarda anksiyete bozukluklarından çok, özellik (trait) olan anksiyetenin şiddetinin ergende suisid riskini arttırdığı belirtilmektedir. Goldston (1998) ilk kez suisid girişiminde bulunanların daha çok Uyum Bozukluğu tanısı aldıklarını ve bunların hospitalizasyon sonrasında gidişlerinin daha iyi olduğunu, buna ek olarak suisid girişimi olmayanlarda dikkat eksikliği/hiperaktivite sendromu ve davranım bozukluğu gibi dışı vurumun ön planda olduğu bozuklukların daha fazla görüldüğünü saptamıştır (17).

Stein ve arkadaşları da depresyon, anksiyete, agresyon ve impulsiviteyi içeren negatif duygulanımların, bir kez suisid girişimi olanlarda, çok sayıda suisid girişimi olanlarda ve suisid girişimi olmayanlarda farklı olup olmadığını incelemişler, özellikle agresyonun suisidi, girişim sayısını ve hospitalizasyonu belirleyen en önemli faktör olduğunu öne sürmüşler, ayrıca bu olgularda depresyon ile agresyonun birlikteliğine dikkat çekmişlerdir (20).

### **Ergende Suisid & Psikososyal Etmenler**

Moscicki 1995 yılında suisid girişimi için, proksimal ve distal risk etkenleri şeklinde bir ayırım yapmıştır. Yakın zamandaki (proksimal) etkenler duruma bağlı unsurlar veya hoş olmayan yaşam olaylarıdır. Uzun

sürelili (distal) etkenler ise psikiyatrik bozukluklar, biyolojik yatkınlık ve genetik olmayan aile özellikleridir. Moscicki yakın zamandaki (proksimal) etkenlerin daha önemli olduğunu öne sürmüştür, ancak bunun karşıtı görüşlerde mevcuttur. Mckeowan (1998), hastalarda var olan stresörlerin üstünde fazla durulduğunu, bunun altta yatan psikiyatrik hastalığı, biyolojik ve çevresel açıdan aile faktörlerine verilmesi gereken önemi azalttığını öne sürmüştür. Birincil önlemenin bu iki faktörü azaltmak olduğunu belirtmiştir (13).

Beautrais (1997) 129 suisid girişiminde bulunmuş ergenlerle ilgili vaka kontrollü bir çalışma yapmış ve tetikleyici unsur olarak yaşam olaylarının etkilerini incelemiştir. Yaşam olaylarından en fazla % 24 oranında ilişkilerdeki bozulmanın, % 26 oranında kişiler arası ilişkilerde çatışma ve % 8.5 oranında maddi güçlüklerin suisidi tetiklediğini öne sürmüştür. 1/3 hastada her hangi bir tetikleyici unsur saptanmamış. Önceden var olan sosyal özellikler, aile ve kişilik özellikleri istatistiksel analize katıldığında ilişkilerde yaşanan çatışmalar ve legal sorunların anlamlı bir şekilde önemli bir risk oluşturduğunu belirtmiştir (15).

Psikososyal faktörlerden iyi işlev görmeyen aile, anne ya da baba ile iletişimin kötü olması, ebeveynlerin legal problemler yaşaması, ailede suisid ve madde kullanım öyküsü olması, çocukluk çağında ihmal ve istismara-özellikle cinsel istismar-maruz kalınması ergenlikte suisid riskini ciddi ölçüde arttırmaktadır (19).

Zalsman (2000), ergenlerde ciddi suisid girişimini değerlendirmede fantazi ve duyguların incelendiği İnsan Figürü Çizimlerinin yararlı olduğunu vurgulamıştır. Bu yöntemin kolay olması, tarama için uygun olması, 3 yaş üstündeki geniş bir yaş grubunda uygulanabilir olması yöntemin avantajlarıdır. Belirli çatışmaların suisidin göstergesi olduğu hipotezinden yola çıkılmıştır. Suisid girişimi olanların özellikle çizimlerdeki insan şekillerinde boyun bölgesine özel bir dikkat gösterdikleri ve rasgele uzun darbeler veya ilmkiler çizdikleri dikkat çekmiştir. Diğer örnekler: Stabil olmayan çizgiler dekompanse defansları, immatür çizimler impuls kontrol eksikliğini, dikensi çizgiler ve sembolik temsiller psikotik belirtileri, aşırı vurgulanmış turnaklar agresyonu, ufak figürler, boş farklılaşmamış figürler, kağıdın en altına yapılan veya en üst köşeye yapılan çizimler depresyonu düşün-

dürmektedir (18).

### Diğer Risk Etkenleri

Bilişsel risk faktörlerine göz attığımızda gelecek hakkında karamsar olma, umutsuzluk, çaresizlik ve değersizlik önemlidir (19). Ülkemizde yapılan çalışmalardan biri olan Çuhadaroğlu'nun araştırmasında psikiyatrik yakınması olmayan gençlerle karşılaştırıldığında suisid girişimi olan ergenlerde benlik değerinin daha düşük olduğu, eleştiriye duyarlılığın daha fazla olduğu, izolasyon, depresyon ve anksiyetenin daha fazla görüldüğü saptamıştır (22).

12 yaşından büyük olmak, umutsuzluğun yüksek düzeyde olması, zayıf problem çözme kapasitesi, kızlarda ilaç dışında bir yöntem kullanılması, ergenin evden kaçmış olması, hamile olması da önemli risk faktörleridir. Alkol ve madde kullanımı, yatkın bir ergende suisidi tetikler. 13 yaşından önce ebeveynlerinden birini kaybetmiş ergen yine yüksek risklidir. Ayrılık yaşama, duygusal ilişkinin bitmesi, reddedilme, işten atılma, yas, okul problemleri de tetikleyici faktörlerdir. Suisid amacıyla ateşli silah gibi öldürücü metodların kullanılması da durumun ciddiyetini gösteren bir diğer unsurdur (6). Pfeffer bu konuyla ilgili olarak kurtarıma ihtimalinin düşük olduğu, suisid planlarının gizlendiği durumların yüksek riskli durumlar olduğunu belirtmektedir. Bir başka risk faktörü de ergenin homoseksüel, lezbiyen ya da biseksüel olmasıdır (19).

Çok sık olmasa da yüksek seviyede başarılı ve mü-kemmeliyetçi kişilik özellikleri olanlarda da suisid görülebilir (6).

Bazen "Copycat suicides" denilen, bir suisidin ardından bir grup ergende suisid girişimlerinin başladığı görülür. Örneğin, aynı okula giden birbirini tanyan ergenlerde rastlanan bir durumdur. Bu olgularda, suisidlerin gerçekleşmesinde özdeşim yapmanın (identifikasyonun) rol oynayabileceği düşünülmektedir. Buna benzeyen bir başka örnek de Werther Sendromu'dur: Goethe'nin ünlü romanından sonra artan suisid girişimleridir ve bu tip medyatik suisidlerin ardından toplu suisid girişimleri günümüzde de olabilir (6).

### SONUÇ

Suisidi önlemenin başarılabilmesi için belirli risk faktörlerinin tanımlanması ve bunların iyileştirilmesi gerekir. Riskin değerlendirilebilmesi için ergende psikopatolojinin, gelişim özelliklerinin, aile ortamının, ailedeki psikopatolojinin, suisid davranışının taklit edilmesine yol açabilecek sosyokültürel özelliklerin değerlendirilmesi gerekir. Suisid için tarama yöntemlerinin sınırlı olması, yanlış pozitifliğin yüksek olması doğrudan yapılan görüşmelerin önemini ve ihtiyacını arttırmaktadır. Bu tarz bir strateji kullanmak ergenlerde son yıllarda artmakta olan morbiditeyi azaltabilir ve suisid sonucu hayatını kaybedebilecek gençler tekrar hayata kazandırılabilir.

### KAYNAKLAR

1. Lewis M, Volkmar F: Clinical aspects of child and adolescent development. Third edition, Lea&Febiger, London, 1990.
2. Tolbert HA, Arnold EL: Adjustment disorders in adolescence. Behavioral problems in childhood, A primary approach. Gabel S (editor), Grune&Stratton, Inc., New York 155-167, 1981.
3. Köroğlu E, Güleç C: Psikiyatri Temel Kitabı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, Cilt I 138-139, 1997.
4. Öztürk O: Ruh sağlığı ve bozuklukları, Evrim basım-yayım, İstanbul, 1990.
5. Dereboy F: Ergenlik ve özkıym. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 2(4):325-345, 1997.
6. Kaplan HI, Sadock BJ: Contributions of the psychosocial sciences to human behavior. Synopsis of Psychiatry, Eighth edition, Williams & Wilkins 140-144, 1998.
7. Rives W: Emergency department of assesment of suicidal patients. The Psychiatric Clinics of North America 22(4):779-787, 1999.
8. Çuhadaroğlu F, Sonuvar B: Adolasan intiharları: Risk faktörleri üzerine bir inceleme. Türk Psikiyatri Dergisi 3:222-226, 1992.
9. Sonuvar B: Gençlerde intihar girişimleri. 21. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Çalışma Kitabı 26-28, 1985.
10. Tomb D: Child psychiatry emergencies. Child and Adolescents Psychiatry, A Comprehensive Textbook Baltimore, Williams & Wilkins, 929-934, 1996.
11. Kaplan HI, Sadock BJ: Mood disorders and suicide. Synopsis of Psychiatry, Eighth edition, Williams & Wilkins 1998:1245-1252, 1998.
12. Mann JJ, Warenaux C: Toward a clinical model of suicidal behaviors in psychiatric patients. Am J Psychiatry 156:181-189, 1999.
13. McKeown RE, Garrison CZ: Incidence and predictors of suicidal behaviors in a longitudinal sample of young adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 37(6):612-619, 1998.
14. Apter A, Plutchik R: Anxiety, impulsivity and depressed mood in relation to suicidal and violent behavior. Acta Psychiatr Scand 87:1-5, 1993.
15. Beautrais AL, Joyce PR: Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 36(11):1543-1551, 1997.
16. Groholt B, Ekeberg O: Young suicide attempters: A comparison between a clinical and an epidemiological sample. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 39(7):868-875, 2000.
17. Goldston DB, Daniel SS: Psychiatric diagnoses of previous suicide attempters, first-time attempters, and repeat attempters on

an adolescents inpatient psychiatry unit. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37(9):924-932, 1998.

18. Zalsman G, Netanel R: Human figure drawings in the evaluation of severe adolescent suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39(8):1024-1031, 2000.

19. Pfeffer CR: Diagnosis of childhood and adolescent suicidal behavior: Unmet needs for suicide prevention. *Biol Psychiatry* 49:1055-1061, 2001.

20. Stein D, Apter A: Association between multiple suicide attempts and negative affects in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37(5):488-494, 1998.

21. Ekici G: Psikiyatrik hastalardaki ölümlerle sonuçlanmış intihar olgularında sosyodemografik ve klinik bulgular. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 1998.

22. Çuhadaroğlu F, Sonuvar B: Adolasan intiharları ve benlik imgesi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 4:29-38, 1993.

23. Yeşilkaya B: Özkıym girişiminin total kan kolesterolü ile ilişkisi. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 1999.

24. Gemelli R: Normal child and adolescent development. American Psychiatric Press. Inc., Washington 445-519, 1996.

becya