
Depresyon ve İntihar

Prof. Dr. Işık SAYIL*, Doç. Dr. Oğuz E. BERKSUN*

Özet

Bu makalede depresif bozukluk ve bu bozuklukla ilişkili intihar davranışı üzerinde durulacaktır. Depresif bozukluk, çoğunlukla intihar düşüncesi ile birlikte seyrederek. Ağır depresif bozuklukta intihar riski genel popülasyona göre 80 kat fazladır. Depresif bozukluğu olan olguların %11-17'si eninde sonunda intihar etmektedir. Depresyon ve intihar bir yandan da ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Çünkü depresif bozukluğun özellikleri ve tedavisi genel tababet içinde çalışan pratisyen hekimler ve diğer uzman hekimler tarafından yeterince bilinmemektedir.

PSİKİYATRİ DÜNYASI 1998;2:52-56

Olumsuz yaşam olayları karşısında kişinin kendini umutsuz hissetmesi, normal duygusal bir yaşantıdır. Bir çok ruhsal bozukluğa da depresif duygu durumunun bir semptom olarak eşlik ettiği bilinmektedir. Bu yazıda üzerinde durulacak olan ne normal bir umutsuzluk hali ne de diğer bozuklukların semptomu olarak ortaya çıkan depresif duygu durumudur. Burada intihar davranışı ile birlikte ele alınmak istenen, bir sendrom olarak depresif bozukluklardır. Elbette bazı vakalarda depresif bozukluk diğer bozukluklarla eş zamanlı olarak bulunabilir ve bu bozukluklar, depresyonu klinik olarak arka plana itmiş olabilir.

Bununla birlikte klinikte karşılaşılan her depresif ruh halinin de normal bir duygusal yaşantı olarak değerlendirilmemesi gerekir. Çökkün ruh durumlarının bir kısmı depresif bozukluğa ait olmayabilir ancak bireyi intihara götürebilecek bir çıkmazın veya buna

bağlı bir krizin habercisi olabilir. Aynı risk özellikle çaresizlik ve umutsuzluğa yol açan ruhsal veya fiziksel (şizofreni, kanser vs.) hastalıklarda da mevcuttur.

Depresif bozukluğun temel belirtileri çökkün duygu durumu, karamsar düşünce biçimi ve içeriği, yaşamdan zevk alamama, isteksizlik, enerjide azalma, motor ve ruhsal yavaşlık halidir. Bu tabloya sıkıntı, bunaltı, endişe, tahammülsüzlük, ajitasyon, bazı psikotik ve bedensel belirtiler de eklenebilir. Depresif bozukluk bazen tersine uykuda, iştahta artma gibi bedensel belirtilerle de seyredebilir. Bazen de yalnızca bedensel belirtilerle maskelenmiş olarak ortaya çıkabilir.

Her ne biçimde karşımıza çıkarsa çıksın depresif bozuklukta intihar potansiyeli, son derece dikkatli değerlendirilmelidir. Ağır depresyonu olan vakaların yüzde 11 ila 17'sinin yaşamlarının bu yolla son bulduğunu düşünecek olursak durumun ciddiyeti daha açık ortaya çıkacaktır. Bir çok ağır bedensel hastalık-

* Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, ANKARA

aile baskısının fazla oluşunun intihar riskini arttırdığı konusunda fikir birliği vardır. Son yıllarda ölümlerle sonuçlanmayan intihar girişimlerinin daha erken yaşlara kaydığı, kadın-erkek oranının birbirine yaklaştığı da artık kabul gören bir gerçek haline gelmiştir. Bu durum genç popülasyonda da hekimlerin daha dikkatli olmasını gerektirmektedir. Çocukluk ve ergenlik dönemi depresyonlarının erişkin depresyonlarından klinik olarak oldukça farklılık gösterebileceği, çocuklarda ve ergenlerde davranış değişiklikleri ve bozukluklarının, depresyonun belirtileri biçiminde ortaya çıkabileceği akılda tutulmalıdır.

Depresif bozukluk, bir affektif bozukluk olarak toplumumuzda ve dünyada en sık rastlanan psikiyatrik rahatsızlıklardan biridir. Hagnel ve Rorsman'ın yapmış olduğu bir çalışmada herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olmayan popülasyonda intihar oranı 100.000'de 8.3 iken, depresif bozukluklarda aynı oran 100.000'de 83 olarak saptanmıştır. Yine depresif bozukluğu olan erkeklerde bu oran 100.000'de 650'lere kadar yükselmektedir.

Ülkemizdeki istatistikler, intihar oranının yüksek olmadığını düşündürmektedir. Devlet İstatistik Enstitüsü kayıtlarına göre genel popülasyonda intihar oranının uzun yıllardır 100.000'de 2-3 civarlarında olduğu görülmektedir. 15 yaşın üzerindeki nüfusta ise bu oran 100.000'de 4.34'e çıkmaktadır. Ancak bu oranın resmi kayıtlara yansıyan vakaları temsil ettiğini, resmi kayıtlara yansımayan vakalar için içine katıldığına gerçek intihar oranlarının görünenden bir miktar daha yüksek olacağını belirtmek gerekir. Klinik gözlemlerimiz ülkemizde de depresif bozuklukta intihar oranlarının genel popülasyona göre oldukça fazla olduğunu telkin etmektedir. İntihar sonucu ölümlerde aile yakınlarından alınan bilgiler, vakaların çoğunun yetersiz tedavi gören veya hiç tedavi görmemiş olan depresif hastalar olduğunu düşündürmektedir.

Gerek depresyonun yaygınlığı, gerek hekimlerimizin tabloyu yeterince tanımamaları gerekse tedavi yaklaşımlarını bilmemeleri depresyonu, intiharı ve intihar girişimlerini ülkemiz için önemli bir sorun haline getirmektedir. Bu sorunla başedebilmenin yolu toplum ruh sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve psikiyatrik hizmetlerin psikiyatri klinikleri dışına taşınmasıdır. Bu noktada psikiyatristlerin dışındaki hekimlere önemli görevler düşmektedir.

Genel klinik uygulamalar içerisinde hekim, psikiyatrik yakınmalarla veya bir psikiyatrik bozukluğu düşündüren yakınma ve bulgularla gelen her hastada

anamnez aşamasında depresyon ve intihar potansiyeli açısından dikkatli olmalıdır. Bu noktada akılda tutulması gereken diğer bir konu toplumumuzda psikiyatrik yardım istemenin zorluğudur. Genelde hastalar ruhsal kaynaklı sorunları için bile hem bu zorluktan hem de ruhsal rahatsızlıkları tanıyamaktan dolayı, psikiyatristlere değil diğer hekimlere başvururlar.

Hekim kendisine başvuran ve şüphe uyandıran tüm hastalarda yakınmaların depresyonla ilişkisi olup olmadığını düşünmelidir. Bildirilen yakınmaların herhangi bir dahili nedene bağlanması güç ise hastanın son dönemdeki ruhsal durumu, gündelik yaşantıları, sorunları, yaşadığı olaylar, ruhsal travma nitelikli yaşantılar sorgulanmalıdır. Bedensel belirtilerin yanısıra depresyona işaret eden yaşamdan zevk alamama, moralsizlik, enerjisizlik, keder hali, karamsarlık, kaygı, beklentilerinde azalma, gündelik işlevlerini yürütmekte zorluk, uyku ve iştah düzenindeki değişimler sorgulanmalıdır. Son dönemde hastanın herhangi bir nedenden dolayı kendisini çıkmazda hissedip hissetmediği araştırılmalıdır. Daha sonra hastanın yakınmaları ile bu tür etkenlerin bir ilişkisi olup olmadığı gözden geçirilmeli, hastanın yaşamındaki sorunlarla ve mevcut ruhsal durumuyla iletmiş olduğu yakınmalarının ilişkisi doğrudan hastaya sorulmalıdır. Ruhsal durumdaki değişimlerin gündelik yaşamındaki zorluklar ve çıkmazların, diğer yakınmalar ile eşzamanlılığı veya ardıllığı sorgulanmalıdır. Hastanın bu anlamda zamansal bir ilişki kurup kurmadığı belirlenmeli ve bir sonuca varmaya çalışılmalıdır. Bu tür bir sorgulama ve araştırma için psikiyatrist olmayan hekimler, hastayla kurulan tedavi ilişkisi içinde daha avantajlı bir konuma sahiptirler. Bedensel belirtilerin psikiyatri dışında bir hekim tarafından ruhsal durumla ilişkilendirilmesinin hasta açısından inandırıcılığı her zaman için daha yüksektir. Bu noktada, hastaların psikiyatriye başvurularındaki pek çok etkene bağlı olan güçlüğü anlamak ve gidermek için psikiyatristler dışındaki hekimlere önemli sorumluluklar düştüğü rahatlıkla söylenebilir.

Depresyon saptandığında veya en azından bu konuda bir şüphe oluştuğunda hastanın intihar potansiyeli mutlaka araştırılmalıdır. İntihar potansiyelinin araştırılması pek çok insana olduğu gibi hekimlere de zor gelebilir. Hastanın intihar fikirlerinin veya önceki girişimlerinin sorgulanmasının ve ortaya getirilmesinin riski arttıracığına dair inanış ve diğer "duyarlılıklar" bu sorgulamayı güçleştirir. Akılda tutulması gereken nokta intihar fikirleri ve girişimleri üzerinde konuşmanın riski arttıracığı değil konuşma-

10. Horton RW (1992) The neurochemistry of depression: evidence derived from studies of post-mortem brain tissue. *Molecular Aspects of Medicine*, 13:191-203.
11. Mann JJ, Stanley M, McBride AP et al. (1986) Increased serotonin and beta-adrenergic receptor binding in the frontal cortices of suicide victims. *Arch Gen Psychiatry*, 43:954-959.
12. Pifts FN, Winokur G (1964) Affective disorders III: diagnostic correlates and incidence of suicide. *J Nerv Ment Dis*, 139:176-181.
13. Roy A (1982) Risk factors for suicide in psychiatric patients. *Arch Gen Psychiatry*, 39:1089-1095.
14. Sayıl I (1996) İntihar. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*, I Sayı (Ed), Ankara, A.Ü.T.F. Antıp A.Ş. yayınları No 12, s.203-215.
15. Sayıl I (1997) Review of suicide studies in Turkey. *Crisis*, 18:124-127.
16. Sayıl I, Berksun OE, Oral A ve ark. (1995) İntihar Girişimleri: Yardım Çağrısı. *Kriz Dergisi*, III. Sosyal Psikiyatri Sempozyumu Özel Sayı 3(1-2):243-245.
17. Sayıl I, Berksun OE, Palabıykoğlu R et al. (1997) Attempted suicides in Ankara in 1995. *Suicide Prevention: The Global Context*. R Kosks, HS Eskevari, RD Goldney, R Hassan (Ed), Plenum NY, s.201-204.
18. Sainsbury D (1980) Suicide and Depression. *Psychopathology of Depression*. K Achte, V Aslber, J Lonquist (Ed), Helsinki, *Psychiatria Fennica Supplementum*, s.250-260.
19. Simon GE, VonKorff M (1998) Suicide mortality among patients treated for depression in an insured population. *Am J Epidemiol*, 15:155-160.
20. Stanley M, Mann JJ (1983) Increased serotonin-2 binding sites in frontal cortex of suicide victims. *Lancet*, 2:214-216.
21. Stockmeier CA, Dilley GE, Shapiro LA et al. (1997) Serotonin receptors in suicide victims with major depression. *Neuropsychopharmacology*, 162-173.
22. Workman CG, Prior M (1997) Depression and suicide in young children. *Issues Compr Pediatr Nurs*, 20:125-132.
23. Yates M, Leake A, Candy JM et al. (1990) 5HT2 receptor changes in major depression. *Biological Psychiatry*, 27:489-496.