



Gençlik Döneminde Depresyon ve İntihar

Prof. Dr. Dilara Ümran Tüzün

Çocuk ve adolesanlardaki depresif sendromlar bazı durumlarda yetişkinlikte devam eden psikososyal bozulma ve tekrarlanma riskleri olan ciddi ruhsal bozukluklar grubuna girer.¹ Araştırmaların çoğu iki bozukluk üzerinde yoğunlaşmıştır. Biri majör depresyon diğeri distimidir. Ancak bunlardan başka diğere affektif sendromlar şunlardır: depressif uyum tepkisi, minor depresyon, erken başlangıçlı bipolar bozukluk.³

Bütün affektif durumlar mizaç ve duygularda hoş gitmeyen değişiklikler, düşünce, sosyal davranış ve fiziksel işlevlerde değişiklik içerir. Mizacın hoş giden (öforik) durumdan hoş gitmeyen (disforik) duruma değişmesi sorunlu olur. Bu mizaç değişimleri yaygın olup zamanla ısrarcı olarak günlük işlevleri bozar. Bu olumsuz mizaç durumu olumsuz ve bozulmuş kognisyonla, konsantrasyonda ve dikkatte bozulma ile ve yeme, uyuma, enerji, aktivite gibi fiziksel özelliklerde değişikliklerde beraber olur.²

Kişinin dış görünüşünün değerlendirilmesinde yüz ifadesi, kişinin hijyenik bakımı, günlük aktivitesinin artması veya azalması ve konuşma hızının azalması gözlenebilir.^{1,2}

Majör depresyon tanısı için mutlak gereken düşük mizaç diğere kriterden dördü ile birlikte olması gerekmektedir. Çocuk ve adolesanda bu semptomların 2 hafta sürmesi ve düşük mizacın irritabilite ile görülebilmesi yetişkin sınıflandırmasından kendini ayırır.³

Çocuk ve adolesan dönemdeki majör depresyon tanısı için üç alanda semptom taranır. Mizaçta disfori veya irritabilite şart olan semptom dışında bilişsel alanda; anhedonia, değersizlik duyguları, uygunsuz suçluluk, konsantrasyon veya düşünme yeteneğinin azalması, intihar düşüncesi veya tekrarlayan ölüm düşünceleri, fiziksel alanda; kilo değişiklikleri, enerji kaybı veya halsizlik, psi-

komotor ajitasyon veya retardasyon tanı için gerekli olup en az 4 ünün bulunması şarttır.

Distimi ise kronik mizaç bozukluğu olup uzun süren disfori, sevilmediği duyguları, affekte regulasyon bozuklukları ile kendini gösterir.³ En baskın negatif kognisyon olumsuz öz güven veya eleştirmedir. Günlük olaylar karşısında kızgınlık ve irritabilite yüksek oranda görülür. Sosyal bir haksızlıkta aşırı tepki verirler.⁴ Tanı konulabilmesi için en az 1 yıl semptomların varlığı gereklidir. Depressif mizaca ek olarak majör depresyonda 4 olarak istenen semptomlar 2 olarak sınıflandırılmış ve intihar düşüncesi ile suçluluk düşüncelerinin olmaması istenmiştir. Kovacs ve ark. (1994) distimiyi majör depresyondan ayırd ettikleri araştırmalarında en önemli farkların anhedonianın çok düşük oranda olduğu, düşük seviyede suçluluğun ve konsantrasyon kaybının olduğunu bildirmişlerdir. Hiçbirinin iştah değişikliği göstermediği ve çok azının halsizlik veya hiposomnia gösterdikleri bulunmuştur.⁴

Somatik Depresyon, çeşitli fiziksel semptomların %70 çocuk ve adolesan depressif bozukluğunda bulunması nedeniyle tanımlanmıştır. Halsizlikten daha fazla olarak baş ağrısı, karın ağrısı, ekstremitte ağrıları görülmektedir. Bu belirtilerin çocuk ve genç depreseff bozuklukları için bir indeks olabileceği düşünülmektedir.

Adolesanlarda kendi bildirimli raporlarda dikkati çeken semptomları yaşın ve gelişimin etkili olduğudur. Obsessif düşünce ve kompulsif davranışlar majör depresyonla birlikte görülmesi daha ciddi durumlarda göze çarpmakta ve ayrıntılı araştırma gerektirmektedir. 11-12 yaşlarda depressif kızlar ümitsizlik, azalmış konuşma, 13-14 yaşlarda depressif mizaç, konsantrasyonda bozukluk, okul performansında azalma, kararsızlık ve suçluluk, 15-16 yaşlarda depressif mizaç ve ajitasyon en iyi şekilde rapor edilen belirtiler olmuştur.⁵

Gençlerdeki depresyonlarda cinsiyet farklılıkları halen araştırma konusudur. Toplumda yapılan kendi bildirimli araştırmalarda erkeklerin raporlarının daha az duyarlı olduğu ve majör depresyon için daha az öngörücü olduğu bildirilmektedir.¹

Epidemiyolojik çalışmalar depresyon sıklığını okul öncesi çocuklarda %0,9, okul çağında %1,9 ve adolesanda %4,7 olarak bildirmektedirler.⁶

Harkin ve ark. (1998) 10 yıllık çalışmalarında cinsiyet için en kritik zamanın 15-18 yaşlar arasında olduğunu bildirmişlerdir. Bu yaş dönemi depresyonun zirve yaptığı ve yeni depresyonların geliştiği bir dönemdir. Depresyon hızı her iki cinsiyet için artar ancak kızlar ikiye katlar. Depressif semptomlar-

daki ciddiyet için cinsiyet farklılıkları bildirilmemiştir.⁷

Günümüzde juvenil depresyonda kültürlerin rolü araştırılmaktadır. Depressif semptomlar ve intihar düşünceleri üzerinde akültürasyon stresinin rolü üzerinde çok çeşitli araştırmalar vardır.²

Çocuk ve adolesanda depresyonu taklit eden durumlara örnek olarak şunlar verilebilir: enfeksiyöz mononukleoz, ensefalit, tuberkuloz, hepatit, sifiliz, AIDS, epilepsi, subaraknoid kanama, multipl skleroz, huntington hastalığı, diyabet, kuşing, hipo ve hipertiroidizm, hipopituitarizm, ilaçlardan antihipertansifler, barbitüratlar, benzodiazepin, kortikosteroid, simeditin, antikonvulsan, dijital tiazid diuretikler, alkol kötü kullanımı, elektrolit anormalliği, anemi, lupus, Wilson, porfiri ve üremi.²

Ayrııcı tanı yapılırken yukarıda sayılan ve depresyon taklit eden tıbbi durumlar mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Adolesanda alkol ve madde kötü kullanımı erken şizofreni ve anksiyete bozuklukları önemsenmelidir.²

Tedavide biyopsikososyal yaklaşım önemlidir. Bu yaklaşımda bireysel, ailesel, grup psikoterapisi, ilaç ayarlaması, eğitsel değerlendirme ve planlama, sosyal yetenek eğitimi bulunmaktadır. İntihar riski dikkatlice değerlendirilmelidir.²

İNTİHAR

2000 yılındaki Amerika Birleşik Devletleri İstatistiklerine göre 10 – 15 yaşlarındaki çocuklarda eve 15 – 19 yaşlarındaki gençlerde 3. ölüm nedenidir. Her yıl 10 lu yaşlardaki gençlerin beşte birinde ciddi olarak intiharın düşünüldüğü ve %5 ile %8 gencin ise intihar girişiminde bulunduğu bilinmektedir.

Erken adolesan dönemde nadir olan suisid davranışı 12-14 yaş arası sıklaşmakta ancak yaş ilerledikçe artış 20'li yaşlarda başlayarak tüm yetişkinlikte plato yapmakta ve 60 lı yaşlarda tekrar yükselmektedir.

İntihar düşüncesi ve girişimler kadınlarda tamamlanmış intihar erkeklerden daha fazla görülür. Ancak her ülkede bu oranlar değişkenlik gösterebilir. Singapur gibi Asya ülkelerinde cinsiyet oranları birbirine eşittir. Çin'de ise tamamlanmış intiharlar kadınlarda daha sıktır.⁸

Risk Etkenleri

Adolesan intiharlarda %90 oranında en az bir majör psikiyatrik bozukluk bulunur. Erken adolesanda ise bu oran daha düşük olup %60 civarındadır. Depressif bozukluk ise en baskın psikiyatrik olup %64 - %49 oranında görül-

mektedir. Kadınların erkeklerden daha fazla affektif bozukluklarına sahip olduğu intihar çalışmalarında savunulmaktadır.

Madde kötü kullanımının diğer önemli risk etkenleri olup erkek ve ileri yaş adolesanlarda sık görülür. Affektif bozukluklar ile madde kötü kullanımının bir arada bulunması da çok sıktır. Erkek intihar edenlerin üçte birinde davranım bozukluğu tesbit edilmekte ve sıklıkla mizaç bozukluğu anksiyete bozukluğu veya madde kötü kullanımı eşlik etmektedir.

İntihar girişiminde bulunanlar ile tamamlayanlar arasında yapılan araştırmalar hem cinsiyete bağlı tanımlanma profilleri hem psikiyatrik sorunlar açısından oldukça benzerlikler bulunmuştur.

Yakın zamanda yapılan çalışmalar posttravmatik stres bozuklukları ile intihar davranışı arasındaki ilişki üzerine yoğunlaşmıştır. Adolesanlarda panik atakların da intihar davranışının artmış riski ile alakalı olduğu bildirilmektedir.

Daha önceden intihar girişimi olması daha sonra intihar tamamlama riskini erkeklerde 30 kat kızlarda 3 kat arttırmaktadır.

Ümitsizlik intiharla bağlantılı olarak bulunmuştur. Kişilerarası ilişkilerde problem çözme yeteneğinde fakirlik intihar girişimi olmayan gençlerden daha yüksek bulunmuştur (Rotheram –Bown ve ark. 1990). Aggressif impulsif davranış artmış intihar davranışı ilişkili bulunmuştur (Apter ve ark. 1993).

Homoseksüel ve biseksüel gençlerde ölümcül olmayan intihar davranışı 2 ile 6 kez daha fazladır (Russel ve Jounnel 2001). Ancak bu grup gençte psikiyatrik bozukluğun, madde kötü kullanımın, istismar ve ailede intihar öyküsünü daha fazla olduğuna dikkati çeken araştırmalar vardır.⁸

Biyolojik etkenler de çalışılmıştır. Ancak çalışmalar yetişkinler kadar fazla olmayıp halen devam etmektedir. Serotonin disregulasyon bozukluğunun tanı ne olursa olsun intiharla ilişkili bulunmasını izah edebilmek için Mann ve ark (1999) bu regulasyon bozukluğunun biyolojik bir özellik olduğunu ve intihar –stress “Diathesis” modeline yatkınlık olduğunu savunmaktadır.

Aile öyküsünde intihar girişimleri olması aday genlerin olasılığını gündeme getirmiştir. Serotonin transporter geni seratonin A reseptör gen ve bu genlerde ki polimorfizm üzerinde çalışılmakta ve tamamlanmış intiharda rapor edilmektedir.⁸

Daha çok intihar ve psikiyatrik bozukluk birliktelikte ortaya çıktığı için ailenin yatkınlığı mı yoksa ebeveynin psikiyatrik hastalığı mı daha önemli rol oynamaktadır konusu iyi incelenmelidir. Gençlik intiharları annesi intihar etmişlerin çocuklarında 5 kat, babası intihar etmişlerin çocuklarında 2 kat

daha fazla görülmüş olduğu 2002 yılında Agerbo ve ark. tarafından bildirilmiştir.

Ebeveyninde depresyon, madde kötü kullanımı tamamlanmış intiharlarla ilişkili bulunmuştur (Brent ve ark. 1988, Gould ve ark. 1996). Ebeveynin ayrılığı veya boşanması ebeveynin psikopatolojisini dışladığımızda intihar için ön planda risk etkeni olarak görülmemektedir.

Ebeveyn – çocuk ilişkisinde fakirleşme ise intihar riski ile ilişkili bulunmuştur. Bu alanda gençteki psikiyatrik bozukluğun ebeveyni ile ilişkisini bozacağı ve intihar riskini yükselteceği unutulmamaktadır.

Yaşam olayları, kişiler arası kayıplar, yasal ve disiplin sorunları, tamamlanmış intiharlarla ilişkili bulunmuştur (Beautrais 2001, Brent ve ark. 1993, Gould ve ark. 1996).⁸

Küçük yaşlarda ebeveyn- çocuk çatışması, büyük yaşlarda romantik ilişkiler daha sık görülen yaşam stressleridir. Psikiyatrik bozukluklarla beraber kişiler arası kayıplar daha fazla görülür. Yıkıcı davranış bozukluklarında yasal veya disiplin sorunları ön plandadır. Akranların tehdidi ve istismarı son yıllarda sıklıkla rapor edilmektedir. Akran istismarında ister kurban ister suçlu olsun intihar düşüncelerinde riski artırmaktadır.

Fiziksel ve cinsel kötüye kullanım diğer değişkenler ortadan kaldırılrsa bile intihar riskini yükseltebilir. Kötüye kullanımda sosyal yetenek geliştirmedeki zorluk; genci izolasyona iterek, iyi ilişki kurmasını engelleyerek de riski yükseltir.

Sosyoekonomik dezavantajın yok denilecek kadar ufak bir etkisi olduğu araştırmacılar tarafından bildirilmektedir. Okuldaki zorluklar, okula gideme ve okulu bırakma çok ciddi risk oluşturmaktadır.

İntiharın bulaşması veya taklit edilmesi ve medyanın rolü üzerinde araştırmalar devam etmektedir.

Türkiyedeki intiharların sosyodemografik özellikleri devlet istatistik enstitüsünün verilerine göre şöyledir. 1974-1988 arasında ortalama yüzbinde 2.2 intihar hız olarak bildirilmektedir. Erkek kadın oranı 1.5'a 1 dir. En sık kullanılan yöntemler sırasıyla ası , ilaç ve kimyasal madde entoksikasyonu, ateşli silah ve yüksek atlamadır. Yaş gruplarına göre 15-24 yaş arası yüzbinde 3.56 dır. Tüm yaş gruplarında intihar giderek artış göstermektedir. 15-24 yaş arasında yüksek intihar hızı göstermesinin nedenleri arasında yaşanan sosyal değişimlere bağlı, kuşak çatışmaları, ebeveynlerin baskısı, gençlerde alkol ve

madde kullanımının artması, ve gençlerin intiharı bir kaçış olarak görmesi sayılmaktadır.⁹

KAYNAKLAR

1. Goodyer I.M.: Symptoms of depression in Child and Adolescent Psychiatry edi: M.Lewis Lippincott Williams and Wilkins Philadelphia 352-358,2002.
2. Weller E.B, Weller R, Rowan A.B, Svadin H: Depressive Disorders in Children and Adolescents: in child and Adolescent psychiatry edi. M.Lewis Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia 767-781, 2002.
3. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistic Manual of Mental and Behavioral Disorders, 4 th edi. Washington, DC. American Psychiatric Association, 1994.
4. Kovacs M, Akiskal HS, Gatsonis C, et al: Childhood onset dysthymic disorder: Clinical features and prospective naturalistic outcome. Arch Gen Psychiatry 51:365-374, 1994.
5. Roberts RE, Lewinsohn PM, Seeley JR: Symptoms of DSM III-R major depression in adolescence: Evidence from an epidemiological surveys. J Am Acad Adoles Psychiatry 34:1608-1617, 1995.
6. KaskanijH, Sherman DD.: Childhood depression: Epidemiology, etiological models,and treatment implications. Integr psychiatry 6:1-8, 1988.
7. Hankin BL, Abramson LY, Moffit TE, etal: Development of depression from preadolescence to young Adulthood. Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. J Abnorm Psychol 107:128-140,1998.
8. Gould M, Greenberg T, Velding D, Shafer D., Youth Suicide Risk and Preventive Interventions: A Review of the Past 10 years. J. Am.Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2003, 42(4) 386-405.
9. Oto R, Özkan M, Altınday A., Batman İntiharları Türkiye Klinikleri J Psychiatry 2004,5,74-100.