

Hastaneye başvurusu özkıyım girişimiyle olan ve olmayan majör depresif bozukluklu ergenlerin ve annelerinin mizaç özellikleri

Seher AKBAŞ,¹ Sermin KESEBİR,² Ömer BÖKE,³ Koray KARABEKİROĞLU,¹ Gökhan SARISOY,⁴ Ozan PAZVANTOĞLU,⁴ Ahmet Rifat ŞAHİN⁵

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı hastaneye başvurusu özkıyım girişimiyle olan ve olmayan majör depresif bozukluklu (MDB) ergenler arasında mizaç özelliklerinin değişiklik gösterip göstermediğinin araştırılmasıdır. İkinci olarak özkıyım girişimiyle başvurusu olan ve olmayan MDB'li çocuk ve ergenlerin annelerinde mizaç özelliklerinin incelenmesidir. **Yöntem:** Çalışmaya katılmayı kabul eden MDB tanılı 9-18 yaşları arasındaki 114 çocuk ve ergen ile anneleri değerlendirilmiştir. Mizaç özelliklerini araştırmak üzere 16-18 yaşları arasındaki ergenlere ve annelerine Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi'nin Türkçe formu uygulanmıştır. Başvurusu özkıyım girişimiyle olan ve olmayan MDB'li çocuk ve ergenler ile anneleri klinik özellikler yönünden değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Hastaneye başvurusu özkıyım girişimiyle olan (s=29) ve olmayan (s=17) MDB'li ergenlerde depresif, siklotimik, hipertimik ve sinirli (irritabl) mizaç puanları benzerdir. Hastaneye başvurusu özkıyım girişimiyle olan MDB'li ergenlerde endişeli mizaç puanları diğer ergenlerden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p=0.04). MDB'li özkıyım girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerin annelerinin (s=31) irritabl mizaç (p=0.002), MDB'li olup özkıyım girişiminde bulunmayan çocuk ve ergenlerin annelerinde (s=48) hipertimik (p=0.02) mizaç puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. **Sonuç:** Bu çalışmadan elde edilen bulgular MDB'li ergenlerdeki farklı mizaç özelliklerinin özkıyım davranışı yönünden klinik etkisinin ve öneminin olduğunu ileri sürmektedir. MDB'li çocuk ve ergenlerin annelerin mizaç özelliklerinin de özkıyım girişimi yönünden önemi vardır. (*Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2010; 11:9-17)

Anahtar sözcükler: Mizaç, depresyon, özkıyım girişimi, çocuk ve ergen

Temperament of depressive adolescents and mothers who were referred to hospital with or without suicide attempt

ABSTRACT

Objectives: In this study, in adolescents with major depressive disorder, we aimed to investigate temperamental differences between adolescents who were referred with or without suicide attempt. In addition, we explored affective temperament differences in mothers of children and adolescents with or without suicide attempt. **Methods:** The 9-18 year-old children and adolescents (n=114) with major depressive disorder and their mothers who accepted to participate were assigned to the study. To explore temperamental features, the 16-18 year-old adolescents and mothers completed the Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Auto-

¹ Yrd.Doç.Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Samsun

² Doç.Dr., Erenköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul

³ Doç. Dr. ⁴ Yrd.Doç.Dr., ⁵ Prof.Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri ABD, Samsun

Yazışma adresi/Address for correspondence:

Yrd.Doç.Dr. Seher AKBAŞ, Ondokuz Mayıs Üniv., Tıp Fak., Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi ABD, Samsun/Türkiye

E-mail: akbasseher@hotmail.com

10 Hastaneye başvurusu özkıyım girişimiyle olan ve olmayan...

questionnaire (TEMPS-A). Adolescents and mothers were assessed to several clinical features. **Results:** The adolescents' -with (n=29) or without (n=17) suicide attempt- depressive, cyclothmic, hyperthmic, and irritable temperament scores were similar. Compared to the non-suicidal adolescents with major depressive disorder, suicidal adolescents with major depressive disorder exhibited higher anxious (p=0.04) temperament scores. Mothers of suicidal children have irritable temperament (p=0.002), and mothers of non-suicidal children have hyperthmic temperament more (p=0.02). **Conclusion:** These findings suggest that several affective temperament dimensions in the adolescents have a clinical impact on the appearance of suicide attempt. In addition, maternal temperament is also associated with suicide attempt in depressive children and adolescents. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2010; 10:9-17)

Key words: temperament, depression, suicide attempt, child and adolescent

GİRİŞ

Özkıyım ergenlerdeki en önemli ölüm nedenlerinden biri olup ergenler arasındaki özkıyım sıklığı önemli oranda artmaktadır.¹ Türkiye'de tüm intihar girişimlerinin %20'si lise çağı gençleri arasında görülmektedir.² Tüm psikiyatrik bozukluklar içinde majör depresif bozukluk (MDB) özkıyım ile en yakın ilişki gösteren^{1,3,4} ve özkıyım girişiminin öncülü kabul edilen bozukluktur.^{1,3,5}

İnsanoğlunun farklı mizaç özelliklerinin olduğu Hipokrat zamanından beri bilinmektedir. Mizacın karşılığı olan 'temperament', 'karışım' anlamına gelen 'temperare' sözcüğünden türetilmiştir. Yapısal, genetik ve biyolojik temele dayanan tavır ve davranışları anlatmaktadır.⁶ 1921'de Krapelin, mizaç ile duygudurum bozuklukları arasındaki ilişkiye işaret etmiştir.⁷ Akiskal ve Mallya, mizacın duygudurum bozukluklarının temelini oluşturduğunu iddia etmiş ve beş temel duygudurumsal mizacı tanımlamıştır: Depresif, hipertimik, siklotimik, iritabl (sınırlı) ve anksiyöz (endişeli) mizaç.⁸ Akiskal'ın tanımladığı mizaç özellikleri dışında, farklı kuramsal yaklaşımlarda mizacın farklı boyutları tanımlanmıştır. Literatürde en çok yer alanlar dışadönüklük ve nörotizm,⁹ pozitif emosyonalite, negatif emosyonalite ve dürtüsellik,¹⁰ zarardan kaçınma, yenilik arayışı, ödül bağımlılığı ve aynılık-tutarlılık¹¹ şeklinde tanımlanan mizaç özellikleri olmuştur.

Özkıyım davranışının nedenleri arasında, MDB ve olumsuz yaşam olayları kadar mizaç özellikleri de önemlidir.^{5,12,13} Yakın zamandaki pek çok çalışma yetişkin popülasyonunda, özgül mizaç özellikleriyle özkıyım davranışı arasında güçlü ilişki olduğunu ortaya koymuştur.^{5,13,14} Özkıyım girişimi ile MDB'nin yüksek birlikteliği nedeniyle bu hastalardaki mizaç özellikleri ortaya konmaya çalışılmıştır. MDB'li erişkin hastalarla yapılan çalışmalarda, yüksek nörotizm, düşük dışa dönüklük,¹⁵ anksiyete ve hostilite,¹⁶ zarardan kaçınma ve yenilik arama^{17,18} mizaç özellikleri özkıyım davranışıyla ilişkilendirilmiştir. Erişkin hastalarla yapılan çalışmalar mizaç özellikleri-

nin, MDB'den özkıyım giden yolda aracı bir rol oynadığını ortaya koymuştur.¹³ Özkıyım girişimi için en önemli grup ergenler olmakla birlikte, bu grubun mizaç özelliklerini belirlemeye yönelik çalışmalar oldukça az sayıdadır. Çalışmalarda ergenlerde dürtüsellik, yüksek nörotizm, yenilik arama davranışı, yüksek zarardan kaçınma özellikleri özkıyım girişimiyle ilişkili bulunmuştur.¹⁹⁻²¹ MDB'li ergenler özkıyım girişiminde en riskli grup olup halen MDB varlığında ergen özkıyımında hangi mizaç özelliklerinin rolünün olduğu sorusu incelenmesi gereken önemli bir soru olarak durmaktadır.

Anne-baba davranışlarının, çocukta mizaç, psikopatoloji ve uyum/uyumsuzluk davranışları arasındaki ilişkide doğrudan rol oynadığı bilinmektedir.^{22,23} Babalarla karşılaştırıldığında, annelerle ilişkilerdeki sorunlar (annenin negatif affekt, olumsuz davranışları, yakın-sıcak ilişki kuramaması gibi) ve annelerin psikiyatrik sorun yaşamaları, çocukların MDB geliştirmelerini ve mizaç özelliklerini daha çok olumsuz etkilemektedir.^{22,24,25} Annelerin mizaç özelliklerinin çocuklarda psikopatolojiye ve davranış sorunlarına yol açtığı bilinmekle birlikte, bu özelliklerin MDB varlığında ergen özkıyımına etkisi henüz incelenmemiş önemli bir konudur.

Bu çalışmanın amacı hastaneye başvurusu özkıyım girişimiyle olan ve olmayan MDB'li ergenler arasında mizaç özelliklerinin değişiklik gösterip göstermediğinin araştırılmasıdır. İkinci olarak, özkıyım girişimiyle başvurusu olan ve olmayan MDB'li çocuk ve ergenlerin annelerinde mizaç özelliklerinin incelenmesidir. Bu çalışma MDB'li özkıyım girişimcilerinde ve annelerinde mizaç özelliklerini araştırarak çalışmadır.

YÖNTEM

Örneklem

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniği'ne başvuran,

çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden, yazılı olur veren çocuk ve ergen hastalarla anneleri alınmıştır.

Bu çalışmanın birinci amacı, hastaneye başvurusu özkıyım girişimiyle olan ve olmayan MDB'li ergenler arasında mizaç özelliklerinin değişiklik gösterip göstermediğinin araştırılmasıdır. Bu amaca yönelik oluşturulan kontrol ve çalışma grubunun özellikleri aşağıda verilmiştir.

Özkıyım girişimiyle hastaneye başvuran MDB tanısı konan ergenler: Çalışmada özkıyım girişimcileri, özkıyım nedeniyle Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hastanesi Çocuk Acil Polikliniği'ne başvurup Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi tarafından değerlendirilmeleri istenen ve MDB tanısı konmuş hastalardan (s=61, yaş aralığı 9-18) oluşmuştur. Bu hastalardan 16-18 yaş arasında olanlar, ilkokulu bitirenler ve mizaç ölçeğini dolduranlar 'ergen çalışma grubu'nu (s=29) oluşturmuştur.

Hastaneye başvurusu özkıyım girişimiyle olmayıp MDB tanısı konan ergenler: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniği'ne başvuran ve MDB tanısı konmuş hastalardan (s=53, yaş aralığı 9-18) oluşmuştur. Bu hastalardan 16-18 yaşları arasında olanlar, ilkokulu bitirenler ve mizaç ölçeğini dolduranlar 'ergen kontrol grubu'nu (s=17) oluşturmuştur.

Bu çalışmanın ikinci amacı olarak MDB tanısı konan, hastaneye başvurusu özkıyım girişimiyle olan ve olmayan çocuk ve ergenlerin annelerinde mizaç özelliklerinin incelenmesidir. Bu amaca

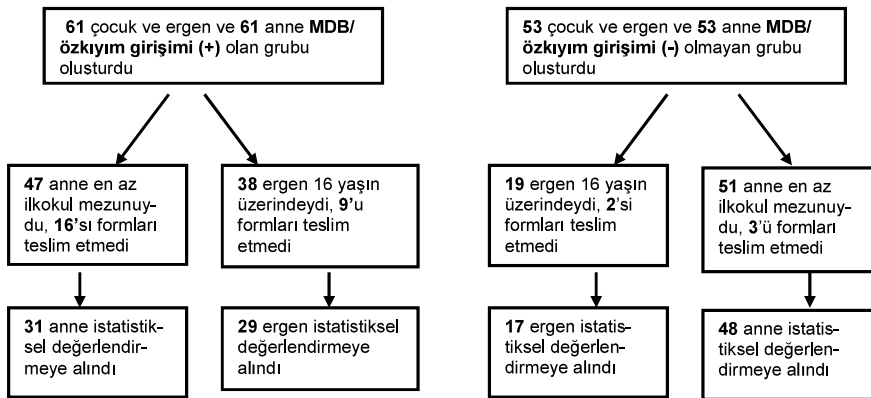
yönelik oluşturulan kontrol ve çalışma grubunun özellikleri aşağıda verilmiştir.

Özkıyım girişimiyle hastaneye başvuran MDB tanısı konan çocuk ve ergenlerin anneleri: Çalışmada özkıyım girişimcilerinin anneleri, özkıyım nedeniyle Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hastanesi Çocuk Acil Polikliniği'ne başvurup Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi tarafından değerlendirilmeleri istenen ve MDB tanısı konmuş hastaların annelerinden (s=61) oluşmuştur. Bu annelerden ilkokulu bitiren ve mizaç ölçeğini dolduranlar 'anne çalışma grubu'nu oluşturmuştur (s=31).

Hastaneye başvurusu özkıyım girişimiyle olmayıp MDB tanısı konan çocuk ve ergenlerin anneleri: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniği'ne başvuran ve MDB tanısı konmuş hastaların annelerinden (s=53) oluşmuştur. Bu annelerden ilkokulu bitiren ve mizaç ölçeğini dolduranlar 'anne kontrol grubu'nu oluşturmuştur (s=48).

Ergen gruplarındaki yaş sınırının (16 yaş) nedeni, mizaç ölçeğinin bu yaştan altında geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının olmayışındır. Ayrıca mizaç ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik şartı olarak ilkokulu bitirmiş olunması gerektiğinden ergen ve annelerden ilkokulu bitirenlerin mizaç özellikleri değerlendirilmiştir. Mizaç formları ergen ve annelerin kendilerine verilerek doldurulan randevularda getirmeleri istenmiştir. MDB özkıyım girişimi olan ve olmayan ergenler ve annelerinin örneklem akış şeması aşağıda verilmiştir.

ÖRNEKLEM AKIŞ ŞEMASI



Değerlendirme araçları ve uygulama

Her hastayla çocuk psikiyatrisi uzmanı tarafından DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre²⁶ psikiyatrik görüşme yapılmıştır. Bu görüşmede MDB tanısı konan çocuk ve ergenler çalışmaya alınmıştır.

İntihar Girişimi ve Stres Etkenlerini Değerlendirme Formu: Yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, okul, aile ve arkadaş ilişkilerinde sorun, özkıyım öyküsü, anne-baba ayrılığı ya da boşanma, sosyoekonomik durum, psikiyatrik bozukluk öyküsü bilgileri ergen ve anneleri için, araştırmacılar tarafından bu çalışma için hazırlanan formlarla değerlendirilmiştir.

DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (Structured Clinical Interview for DSM-IV) SCID-I: SCID-I, First ve arkadaşları²⁷ tarafından geliştirilmiş olup DSM-IV'e göre eksen I psikiyatrik bozukluk tanıları için araştırılmasında görüşmecisi tarafından uygulanan yapılandırılmış bir ölçektir.²⁷ Türkçe formun uyarlaması ve güvenilirlik çalışması Özkürkçügil ve Aydemir tarafından yapılmıştır.²⁸ Çalışmaya katılan hastaların annelerine SCID-I Türkçe versiyonu yetişkin psikiyatrisi uzmanı tarafından (iki gruba kör olarak) uygulanmıştır.

Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi'nin Türkçe Formu/MPPS-MD (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Auto-questionnaire/TEMPS-A): MPMS-MD baskın affektif mizacı (dominant affective temperament) değerlendirmek için Akiskal tarafından geliştirilmiştir.²⁹ Anket depresif, hipertimik, iritabl, siklotimik ve anksiyöz mizaçları belirlemek için düzenlenmiş 100 maddeden oluşur. Kişi tüm yaşamını düşünerek maddeleri evet ya da hayır olarak yanıtlar. Bir kişide baskın depresif (19 madde), siklotimik (19 madde), hipertimik (20 madde), iritabl (18 madde) ve anksiyöz (24 madde) mizaç özelliklerinin varlığını belirlemek için kesim noktaları sırasıyla 13, 18, 20, 13 ve 18 puandır. Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Vahip ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.³⁰ Türkçe formunun, her mizaç özelliği için ayrı ayrı hesaplanan test-yeniden test güvenilirliği 0.73-0.93 ve Cronbach-alpha katsayısı 0.77-0.85 arasındadır. TEMPS-A hem on altı yaş ve üzerindeki hastalara, hem de annelerine uygulanmıştır.

İstatistiksel değerlendirme

SPSS Windows sürüm 10.0 paket programında

Anatolian Journal of Psychiatry 2010; 11:9-17

yapılmıştır. Kategorik değişkenler ki-kare testi, kantitatif değişkenler Mann-Whitney U testi, beklenen en küçük değerin beşin altında olduğu karşılaştırmalarda Fisher'in kesin ki kare testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olup, tüm testler iki uçludur. Ergenlerin ve annelerinin mizaç özelliklerinde anlamlı bulunan değerler için power analizi yapılmıştır.

BULGULAR

Hastaneye başvurusu özkıyım girişimi nedeniyle olan ve olmayan MDB tanısı konan ergenlerin sosyodemografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Hastaneye başvurusu özkıyım girişimi nedeniyle olan ve olmayan MDB tanısı konan ergenlerin mizaç özellikleri Tablo 2'de verilmiştir.

Hastane başvurusu özkıyım girişimiyle olan ve olmayan MDB tanısı alan çocuk ve ergenlerin annelerinin sosyodemografik ve klinik özellikleri Tablo 3'te verilmiştir.

MDB tanısı konan çocuk ve ergenlerin annelerinden 14'ü kendilerine verilen SCID-I görüşme randevusuna gelmemiştir. Özkıyım girişimiyle başvuranlardan 25'inin annesi, özkıyım girişimiyle başvurmamayanlardan 40'ının annesi SCID-I tanısı görüşme ile değerlendirilmiştir.

MDB'li olup özkıyım girişimiyle başvuran çocuk ve ergenlerin %60'ının (s=15) annesine, özkıyım girişimiyle başvurmamayan MDB'li çocuk ve ergenlerin %70'inin (s=28) annesi DSM-IV tanı ölçütlerine göre tanı konmuştur ($\chi^2=0.68$, $p=0.40$). Özkıyım grubundaki annelerin 5'ine (%20) somatizasyon bozukluğu, 5'ine (%20) uyum bozukluğu, 6'sına (%24) depresif bozukluk ve 3'üne (%12) özgül fobi tanısı konmuştur. MDB'li olup özkıyım girişimi ile başvurmamayan grubun annelerinin 8'ine (%20) somatizasyon bozukluğu, 4'üne (%10) uyum bozukluğu, 19'una (%47.5) depresif bozukluk ve 2'sine (%5) özgül fobi tanısı konmuştur.

Hastaneye başvurusu özkıyım girişimiyle olan ve olmayan MDB'li çocuk ve ergenlerin annelerinin mizaç özellikleri Tablo 4'te verilmiştir.

Ergenlerin ve annelerin mizaç özelliklerinin gerçek farkları yansıtmayıp yansıtmadığını değerlendirmek için power analizi yapılmıştır. Gruplar arasındaki standart sapmalar oldukça düşük olup gruplar kendi içinde benzer olarak değerlendirilmiştir. Grupların homojen olması dolayı-

Tablo 1. MDB tanısı konan ergenlerin sosyodemografik ve klinik bulguları

Bulgular	MDB tanısı konan ergenler				Test	p
	Özkıyım gir. (+) (29)	%	Özkıyım gir. (-) (17)	%		
Yaş (Ort.±SS, yıl)	16.45±0.87		16.59±1.62		z= 0.52	0.60
Cinsiyet					$\chi^2=3.34$	0.07*
Kız	24	82.8	9	52.9		
Erkek	5	17.2	8	47.1		
Aile içi sorun					$\chi^2=0.20$	0.65
Var	19	65.5	13	76.5		
Yok	10	34.5	4	23.5		
Arkadaş ilişkilerinde sorun					$\chi^2=0.70$	0.20
Var	12	41.4	10	58.8		
Yok	17	58.6	7	41.2		
Okul sorunları ^b					$\chi^2=0.51$	0.38*
Var	14	60.9	10	71.4		
Yok	9	39.1	4	28.6		
Ek tanı					$\chi^2=3.10$	0.08
Var	15	51.7	14	82.4		
Yok	14	48.3	3	17.6		
DEHB	8	27.6	4	23.5	$\chi^2=0$	1.00*
Özgül Fobi	4	13.8	4	23.5	$\chi^2=1.92$	0.66*
Sosyal Fobi	2	6.9	4	23.5	$\chi^2=1.35$	0.24*
Distimik Bozukluk	4	13.8	1	5.9	$\chi^2=0.11$	0.73*
Tik Bozukluğu	0	0	3	17.6	$\chi^2=2.96$	(a)
Davranım Bozukluğu	3	10.3	3	16.7	$\chi^2=0.66$	0.79*
Ayrılık Anksiyetesi	2	6.9	0	0	$\chi^2=0.12$	(a)
KOKGB	0	0	3	17.6	$\chi^2=2.96$	(a)

* Fisher's exact test, ^a İstatistiksel analiz yapılamamıştır, ^b Okuldan ayrılan ergenlerin verileri alınmamıştır.
DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, KOKGB: Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu

Tablo 2. MDB tanısı konan ergenlerin mizaç özellikleri

Mizaç	MDB tanısı konan ergenler		z	p
	Özkıy. gir. (+) (29)	Özkıy. gir. (-) (17)		
Depresif mizaç	32.72±3.1	32.41±3.1	0.423	0.67
Siklotimik mizaç	29.44±4.7	27.35±4.0	1.314	0.18
Hipertimik mizaç	31.93±3.8	32.47±3.9	0.422	0.67
İrritabl mizaç	33.08±3.6	31.81±3.9	0.949	0.34
Anksiyöz mizaç	42.25±5.4	38.46±5.9	2.055	0.04

siyla, negatif bulguların güç eksikliğinden kaynaklanmadığı şeklinde yorumlanmıştır. Power analiz sonuçları, ergen grubunda anksiyöz mizaçta %70, anne grubunda hipertimik mizaçta %80, iritabl mizaçta %81 olup, bu değerler iyi düzeydedir. Çalışma sonuçlarındaki anlamlı farklar 'gerçek farklar' olarak değerlendirilmiştir.

TARTIŞMA

Çocuk ve ergenlerde özkıyım girişiminin artma-

sı, risk etkenlerinin belirlenmesini önemli hale getirmektedir. Ergenlerin özkıyım girişimlerinde, bizim bulgularımızda olduğu gibi kızlarda risk artmaktadır.³¹ Aile sorunları,³² okul sorunları,⁴ anne-baba ayrılığı³² çalışmalarda özkıyım girişi için risk etkeni olarak bildirilirken, bu özellikler bizim çalışmamızda iki grupta da benzerdir ve MDB'li ergenlerde özkıyım girişimi için risk etkenleri olarak değerlendirilmemiştir.

14 Hastaneye başvurusu özkıyım girişiyle olan ve olmayan...

Tablo 3. MDB tanısı konan çocuk ve ergenlerin annelerinin sosyodemografik ve klinik özellikleri

Özellikler	MDB tanısı konan çocuk ve ergenlerin anneleri				Test	p
	Özkıyım gir. (+) (31)		Özkıyım gir. (-) (48)			
	Sayı	%	Sayı	%		
Anne yaşı (Ort.±SS, yıl)	39.29±5.00		38.18±5.34		t=0.92	0.36
Sosyoekonomik durum					$\chi^2=2.10$	0.35
Yüksek	8	25.8	15	31.3		
Orta	17	54.8	29	60.4		
Düşük	6	19.4	4	8.3		
Eğitim durumu					$\chi^2=2.56$	0.46
İlköğretim	21	67.7	27	56.3		
Ortaöğretim	4	12.9	4	8.3		
Yüksekokul	4	12.9	10	20.8		
Üniversite	2	6.5	7	14.6		
Boşanma					$\chi^2=2.03$	0.15
Var	6	19.4	3	6.2		
Yok	25	80.6	45	93.7		
İntihar girişim öyküsü					$\chi^2=0.65$	— ^(a)
Var	0	0	1	2.1		
Yok	31	100	47	97.9		
Psikiyatrik tedavi öyküsü					$\chi^2=0.51$	0.47
Var	9	29.0	19	39.6		
Yok	22	71.0	29	60.4		

* Fisher's exact test, ^a İstatistiksel analiz yapılmadı.

Tablo 4. MDB tanısı konan çocuk ve ergen annelerinin (TEMPS-A) mizaç özellikleri

	MDB tanısı konan çocuk ve ergen anneleri		z	p
	Özkıy. gir. (+) (31)	Özkıy. gir. (-) (n:48)		
Depresif mizaç	32.54 ± 3.4	32.37 ± 4.3	0.19	0.85
Siklotimik mizaç	33.53 ± 5.4	32.47 ± 6.4	0.75	0.46
Hipertimik mizaç	30.58 ± 3.5	32.83 ± 4.6	2.30	0.02
İrritabl mizaç	38.48 ± 5.8	34.91 ± 4.2	3.14	0.002
Anksiyöz mizaç	43.00 ± 6.9	40.70 ± 6.6	1.44	0.15

TEMPS-A: Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire

MDB ile birlikte ek tanı varlığında özkıyım riskinin arttığı çalışmalarda belirtilmiş^{5,33} olmakla beraber, Tuisku ve arkadaşları, MDB ile özkıyım girişi arasındaki ilişkinin ek tanıdan bağımsız olduğunu ileri sürmüştür.³⁴ Çalışma-mızda da ek tanı oranları hastane başvurusu özkıyım girişiyle olan ve olmayan MDB'li ergenler arasında benzerdir. Bu çalışma, ergen-lerde MDB varlığında ek tanının, özkıyım girişi-minde rolü olmadığını ileri sürmektedir.

Özkıyım girişi için risk oluşturan ergen grubunun mizaç özelliklerinin bilinmesinin çok önemli olduğu vurgulanmış³⁵ olmasına karşın, özkıyım girişi olan ergenlerdeki mizaç özelliklerini

Anatolian Journal of Psychiatry 2010; 11:9-17

araştıran az sayıda çalışma vardır. Çalışmalarda ergen yaş grubunda dürtüsellik, yüksek nörotizm, yenilik arama davranışı, yüksek zarardan kaçınma mizaç özellikleri özkıyım girişiyle ilişkili bulunmuştur.¹⁹⁻²¹ Rihmer ve arkadaşları özkıyım girişi olan ve olmayan yetişkinlerde TEMPS-A'yı kullandıkları çalışmalarında, özkıyım girişimcilerinde depresif, siklotimik, iritabl ve anksiyöz mizaç özelliklerini anlamlı olarak yüksek bulmuştur. Hipertimik mizaç özelliğini ise özkıyım riskine karşı koruyucu mizaç özelliği olarak tanımlamıştır.¹³ Bu çalışmada özkıyım girişi olan grupta depresif mizaçtan sonra anksiyöz mizaç özkıyım riski ile en kuvvetli ilişki-

lendirilen mizaç özelliği olmuştur.¹³ MDB'li olan ve olmayan hastalar karşılaştırıldığında, dürtüsellik, nörotizm ve yenilik arama davranışı, yüksek anksiyete puanları MDB'li hastalardaki özkıym girişimi ile ilişkilendirilmiştir.^{16,35,36} Çalışmamızda özkıym girişimiyle başvuran MDB'li ergenlerin anksiyöz mizaç puanları diğer MDB'li ergenlerden daha yüksektir. MDB varlığında özkıym davranışında anksiyöz mizacı olan ergenler daha riskli grup olarak değerlendirilmiştir.

Anneyle ilişki, çocukta kişilik özelliklerinin, davranış ve psikiyatrik sorunların gelişimini doğrudan etkiler. Çalışmamızdaki özkıym girişimcilerinin annelerin irritabl mizaç ve özkıym girişimi olmayanların annelerindeki hipertimik mizaç puanlarının yüksekliği, ülkemizdeki sağlıklı kadınlardaki baskın mizaç dağılımından³⁰ farklılık göstermektedir. Rihmer ve arkadaşları, hipertimik mizaç özelliğini kişiyi özkıymdan koruyucu mizaç özelliği olarak değerlendirmiştir.¹³ Biz de çalışmamızda MDB tanısı konan ve özkıym girişimi olmayan ergenlerin annelerindeki hipertimik mizaç puanlarını anlamlı olarak yüksek bulduk. Annelerdeki yüksek hipertimik mizaç özelliklerinin MDB'li ergenlerdeki özkıymdan koruyucu etkisinin iki yolla olabileceği düşünülmüştür. Birincisi, duygudurum bozukluğu ve baskın mizaç özellikleri bulunduran bireylerin birinci derece yakınları arasında da duygudurum bozukluğu ve baskın mizaç özellikleri daha sıktır.³⁷ Hipertimik mizaç özelliklerine sahip annelerin çocukları doğuştan getirdikleri birtakım genetik özelliklerle özkıym girişim riskleri daha düşük olabilir. İkincisi, hipertimik mizacın iyimserlik, dışa dönüklük, sosyal olma ve kendine güvenme gibi özellikleri vardır.⁸ Bu özellikler göz önüne alındığında, hipertimik mizaç özellikli annelerin, çocuklarıyla gereksime duydukları yakın, destekleyici ilişki kurabildiklerini, bu durumun da ergenleri özkıym girişiminden koruyan bir etken olabileceği düşünülmüştür.

İrritabl mizaç puanları yüksek anneler diğerlerine göre daha karamsar, huzursuzluk yaşayan, yoğun duygu dışa vurumu olan, eleştirel, alaycı tavırlara sahip ve dürtüsel bireyler olarak tanımlanmıştır.⁸ Annelerdeki yüksek irritabl mizaç özelliklerinin MDB'li ergenlerde özkıym girişim riskini artırıcı etkisinin de iki yolla olabileceği düşünülmüştür. Birincisi, yukarıdaki genetik yatkınlığa vurgu yapan açıklamaya benzer şekilde, irritabl mizaç özelliklerine sahip annelerin MDB'li ergen çocuklarının ruhsal gelişimleri özkıym girişimine doğru doğuştan getirdikleri birtakım özelliklerle risk altında olabilir. İkincisi, MDB ortaya çıktıktan sonra, annenin mizaç

özelliklerinin ergenin MDB nöbetinin gidişine etkisiyle ilgilidir. Annenin irritabl mizaç özellikleri hem ergenin algıladığı anne desteğinin niteliği, hem de yaşadığı öfkeli ve dürtüsel anne-baba ilişkisi yönünden önem taşımaktadır. İrritabl mizaç özellikleri aynı zamanda bozuk sosyal işlev ve kişilerarası ilişkilerle de karakterizedir.³⁸ Ergende ortaya çıkan MDB'de anne-babanın olumlu desteğinin tedavinin sonuçları açısından önemi büyüktür.³⁶ İrritabl mizaç özellikleri taşıyan anneyle ilişki ergende stres kaynağı oluşturmakta, bu durum MDB sırasında başa çıkma düzeneklerini olumsuz etkilemekte ve özkıyma giden yolda önemli bir risk oluşturabilmektedir.

Ergende mizacı çalışmanın bazı güçlükleri vardır. Birincisi, ergenlerin henüz gelişmekte olan kişilik özelliklerini ve düşünce içeriklerini değerlendirmede zorluklarının olmasıdır.³⁹ İkinci olarak, hastalığın etkilerini ya da belirtilerin mizaç özelliklerine etkisini dışlamak her zaman olası değildir. Çalışmamızda annenin mizacının, MDB'li özkıym girişimcilerindeki özellikleri araştırılmış olmakla birlikte, babanın mizaç özelliklerinin rolü değerlendirilmemiştir. Çalışmamızdaki ergenlerle psikiyatrik bozukluklarla ilgili yapılandırılmış klinik görüşme yapılmamış olması ve depresyon şiddetinin değerlendirilmemiş olması diğer bir kısıtlılıktır.

Kendilerinin ve annelerinin mizaç özelliklerinin MDB'li ergenlerde özkıym girişimi ile ilişkili olup olamayacağının araştırıldığı bu çalışmada klinik uygulamada önemli olabilecek bulgular elde edilmiştir. Özkıym girişimiyle hastaneye başvuran MDB'li ergenlerin anksiyöz mizaç puanları diğer ergenlerden daha yüksektir. MDB'li olup özkıym girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerin annelerinin irritabl mizaç özelliği özkıym girişimi için risk etkeni olarak değerlendirilirken, MDB'li olup özkıym girişiminde bulunmayan çocuk ve ergenlerin annelerinde hipertimik mizaç özkıymdan koruyucu mizaç özelliği olarak değerlendirilmiştir. Bulgularımız mizaç özelliklerinin özkıym davranışının genetik ya da tetikleyici bir nedeni olup olmadığı sorusuna net bir açıklık getirmekle birlikte, özkıym davranışının gelişiminde rol oynadığına ve klinik geçerliliği olduğuna ilişkin ipuçları sunmaktadır.

Kısıtlılıklarına karşın bu çalışma ergenlerde MDB ve özkıym girişimi arasındaki ilişkide/iş-kisizlikte mizacın önemini ve anlamını sınamaktadır. Bu çalışmanın verileri ergen özkıymında, yalnız ergenin değil anne-babanın da mizaç özelliklerinin belirgin klinik öneminin olduğuna, bir dereceye kadar özkıym davranışının gelişiminde rolü olduğuna dikkat çekmektedir.

16 Hastaneye başvurusu özkıym girişimiyle olan ve olmayan...

Teřekkür: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakóltesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Dr. Servet Aker'e ve Anabilim Dalı Başkanı Prof.Dr. Yıldız Peřken'e çalışmaya katkılarından ve desteklerinden dolayı teşekkür ediyoruz.

KAYNAKLAR

1. Pelkonen M, Marttunen M. Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors, and approaches to prevention. *Paediatr Drugs* 2003; 5:243-265.
2. Sayıl I, Berksun OE, Palabiyikoglu R, Oral A, Haran S, Guney S, et al. Attempted suicides in Ankara in 1995. *Crisis* 1995; 19:47-48.
3. Bhatia SK, Bhatia SC. Childhood and adolescent depression. *Am Fam Physician* 2007; 75:73-80.
4. Fleming TM, Merry SN, Robinson EM, Denny SJ, Watson PD. Self-reported suicide attempts and associated risk and protective factors among secondary school students in New Zealand. *Aust N Z J Psychiatry* 2007; 41:213-221.
5. Rihmer Z. Suicid risk in mood disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20:17-22.
6. Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-depressive illness*. Oxford University Press, New York. 1990.
7. Akiskal HS, Pinto O. Soft bipolar spectrum: footnotes to Kraepelin on the interface of hypomania, temperament and depression. A Marneros, J Angst (Eds.), *Bipolar Disorders: 100 Years After Manic-depressive Insanity*. Dordrecht, Kluwer, 2000, p.37-62.
8. Akiskal HS, Mallya G. Criteria for the soft bipolar spectrum: treatment implications. *Psychopharmacol Bull* 1987; 23:68-73.
9. Eysenck, H.J. *The Biological Basis of Personality*. Springfield, IL, Charles C Thomas, 1967, p.111.
10. Plomin R. *Temperament: Early Developing Personality Traits*. Hillsdale, NJ, Erlbaum, 1984, p.111.
11. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50:975-990.
12. Oqendo MA, Galfalvy H, Russo S, Ellis SP, Grunebaum MF, Burke A, et al. Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2004; 161:1433-1441.
13. Rihmer A, Rozsa S, Rihmer Z, Gonda X, Akiskal KK, Akiskal HS. Affective temperaments, as measured by TEMPS-A, among nonviolent suicide attempters. *J Affect Disord* 2009; 116:18-22.
14. Zouk H, Tousignant M, Seguin M, Lesage A, Turecki G. Characterization of impulsivity in suicide completers: clinical, behavioral and psychosocial dimensions. *J Affect Disord* 2006; 92:195-204.
15. Stankovic Z, Saula-Marajevic B, Potrebic A. Personality profile of depressive patients with a history of suicide attempts. *Psychiatr Danub* 2006; 18:159-168.
16. Pendse B, Westrin A, Engstrom G. Temperamental traits in seasonal affective disorder, suicide attempters with non-seasonal major depression and healthy controls. *J Affect Disord* 1999; 54:55-65.
17. Farmer A, Mahmood A, Redman K, Haris T, Sadler S, McGuffin P. A sib-pair study of the temperament and character inventory scales in major depression. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60:490-496.
18. Engström G, Alling C, Gustavsson P, Orelund L, Traskman-Bendz L. Clinical characteristics and biological parameters in temperamental clusters of suicide attempters. *J Affect Disord* 1997; 44:45-55.
19. Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychol Med* 2000; 30:23-39.
20. van Heeringen C, Audenaert K, Van Laere K, Dumont F, Slegers G, Mertens J, et al. Prefrontal 5-HT2a receptor binding index, hopelessness and personality characteristics in attempted suicide. *J Affect Disord* 2003; 74:149-158.
21. Conner KR, Meldrum S, Wiczorek WF, Duberstein PR, Welte JW. The association of irritability and impulsivity with suicidal ideation among 15- to 20-year-old males. *Suicide Life Threat Behav* 2004; 34:363-373.
22. Mufson L, Nomura Y, Warner V. The relationship between parental diagnosis, offspring temperament and offspring psychopathology: a longitudinal analysis. *J Affect Disord* 2002; 71:61-69.
23. De Clercq B, Van Leeuwen K, De Fruyt F, Van Hiel A, Mervielde I. Maladaptive personality traits and psychopathology in childhood and adolescence: the moderating effect of parenting. *J Pers* 2008; 76:357-383.
24. Gross HE, Shaw DS, Burwell RA, Nagin DS. Transactional processes in child disruptive behavior and maternal depression: a longitudinal study from early childhood to adolescence. *Dev Psychopathol* 2009; 21:139-156.
25. Ge X, Natsuaki MN, Neiderhiser JM, Reiss D. The longitudinal effects of stressful life events on adolescent depression are buffered by parent-child closeness. *Dev Psychopathol* 2009; 21:621-635.

26. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth ed., Text Revised, Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
27. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)*, Clinical Version, 1997.
28. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Danacı E, Köroğlu E. DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999; 12:233-236.
29. Akiskal HS. The temperamental foundations of affective disorders. Interpersonal origin and course of affective disorders. C Mund (Ed.), London, Gaskell, Royal College of Psychiatrists, 1996, p.3-30.
30. Vahip S, Kesebir S, Alkan M, Yazıcı O, Akiskal KK, Akiskal HS. Affective temperaments in clinically-well subjects in Turkey: initial psycho-metric data on the TEMPS-A. *J Affect Disord* 2005; 85: 113-125.
31. Evans E, Hawton K, Rodham K, Deeks J. The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Suicide Life Threat Behav* 2005; 35:239-250.
32. Beautrais AL. Suicide and serious suicide attempts in youth: a multiple-group comparison study. *Am J Psychiatry* 2003; 160:1093-1099.
33. Liu X, Gentzler AL, Tepper P, Kiss E, Kothencné VO, Tamás Z, et al. Clinical features of depressed children and adolescents with various forms of suicidality. *J Clin Psychiatry* 2006; 67:1442-1450.
34. Tuisku V, Pelkonen M, Karlsson L, Kiviruusu O, Holli M, Ruutu T, et al. Suicidal ideation, deliberate self-harm behaviour and suicide attempts among adolescent outpatients with depressive mood disorders and comorbid axis I disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2006; 15:199-206.
35. Brezo J, Paris J, Turecki G. Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113:180-206.
36. Fergusson DM, Beautrais AL, Horwood LJ. Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Psychol Med* 2003; 33:61-73.
37. Kesebir S, Vahip S, Akdeniz F, Yüncü Z, Alkan M, Akiskal H. Affective temperaments as measured by TEMPS-A in patients with bipolar I disorders and their first degree relatives: a controlled study. *J Affect Disord* 2005; 85:127-133.
38. Kesebir S, Vahip S, Akdeniz F, Yüncü Z. The relationship of affective temperament and clinical features in bipolar disorder. *Turkish Journal of Psychiatry* 2005; 16:164-169.
39. Klimes-Dougan B. Screening for suicidal ideation in children and adolescents: methodological considerations. *J Adolesc* 1998; 21:435-444.