

Kanserli hastalarda intihar girişimi

Çiçek HOCAOĞLU

SUMMARY

Cancerous patient's suicide attempt

Nowadays, the number of cancer diagnosis patient is increasing day by day. Chemotherapy and radiotherapy possibilities extend life time of cancerous patients and it is researched the method of increasing of life quality for patients. Because sometimes the cancer necessitates long, hard and weaning out treatment process which affects both patient and his family negatively and this situation causes mental health problems. It has been emphasized cancer which affects important part of patient life quality, in cancerous patient % 50-60 proportion depressive problems, % 30 proportion anxiety and adaption problems. In addition, it can cause serious problems like suicide. Because cancer, like leukemia diagnosis patients live mental problems which affect negatively their medical treatment, treatment process, and the period of time staying in the hospital. The epidemiological studies indicate that the rate of suicides is higher in the cancerous patients compared to the general population. Consequently, in our study an inpatient who has attempted to commit suicide is presented. The staff working on such cases should be more sensitive about the psychiatric symptoms of the patients.

Key words: Psychiatric consultation, general hospital, cancerous patient, suicide attempt, depression

Key words: Psikiyatri konsültasyonu, genel hastane, kanserli hasta, intihar girişimi, depresyon

Günümüzde gelişen teknoloji ve tıp olanakları sayesinde çok sayıda kanser türü erken tanı ile tamamen iyileşirse ya da uzun yaşam süreçleri elde edilse de, "kansere" işaret ettiği anlamın çok ötesinde etkilere sahip, içerdiği riskten daha fazla kişiyi korkutan, bağlantılarından kopartan bir yük taşır. Geçmişte kanser tanısı almış hastaların yalnızca terminal dönemde karşılaştığı psikososyal sorunlar ele alınmış olsa da, bugün kanser hastasına tanının konmasından başlayarak gerek psikolojik tepkilerin ele alınması gerekse de ortaya çıkabilecek psikiyatrik bozuklukların hemen fark edilip ele alınabilmesi için psikiyatrinin desteğini alarak bir yaklaşımda

bulunulması genel kabul görmektedir. Böyle bir yaklaşım ile hastanın yaşam kalitesine, tedaviye uyum sürecine olumlu etkiler elde edilmektedir. Dünyanın hemen her yerinde bireysel farklılıklar olsa bile kanser gibi yaşamı önemli derece tehdit eden hastalıklar insanın yaşamını trajik olarak kesintiye uğrattırır. Kanser ile ilgili deneyimler insanların bu hastalık ile ilgili bir takım psikolojik uyum süreçleri yaşadıklarını ortaya çıkarmıştır. Kanserli hastaların psikiyatriste başvurmada çekinceleri olduğu ya da kanserli hastalarla çalışan ekibin ruhsal sorunları tanıma ve psikiyatri konsültasyonu istemede güçlükleri olduğu bilinen bir gerçektir ⁽¹⁾. Hastaların bilgilendirilmesi, onkoloji birimi ile liyezonun gelişmesi, böylece sorunların tanınması ve konsültasyon oranlarının artması sağlanabilir. Bir hastanın günlük yaşamını etkileyen ve yaşam kalitesini düşüren herhangi bir sorun olduğunda ya da psikiyatrik bozukluk saptandığında zaman yitirmeden sağaltıma başlamak hastanın bu dönemini daha geçirmesini sağlar. Kanserli hastalarda psikiyatrik morbidite % 38-47 arasında değişebilen oranlarda bildirilmektedir ⁽²⁻⁶⁾. Kanserli hastalarda en sık görülen ruhsal bozukluk depresyondur; sıklığı için % 4.5-% 58 gibi çok geniş bir aralık içinde değişen oranlar bildirilmiştir ⁽⁴⁻⁶⁾. Kanserli hastalarda intihar girişimi ve intihar araştırılan bir konudur. Kendisinde veya ailesinde intihar öyküsü, kötü prognoz, yakının ölümü, kontrol edilemeyen ağrı, sosyal destek azlığı, psikopatoloji öyküsü, anksiyete, umutsuzluk risk faktörleri olabilir. Epidemiyolojik çalışmada intihar sonucu ölüm oranları genel popülasyona göre yüksek bulunmuştur ^(4,5,6). Erkek cinsiyet, baş ve boyunla ilgili kanserler, geçmişinde alkolizm öyküsü varlığı, yalnız yaşıyor olmak intihar için risk faktörüdür ^(5,6).

Bu çalışma bir olgu sunumudur. Olgunun psikiyatrik hastalık öyküsü, psikodinamik ve psikososyal öyküsü ile psikolojik testleri değerlendirilerek psikodinamik

formülasyon yapılmıştır.

OLGU

Bayan H, 31 yaşında, evli, bir çocuk annesi, üniversite terk, son 2 yıldır işsiz. Bir eğitim hastanesi göğüs hastalıkları kliniğinde akciğer kanseri tanısı ile yatarak tedavi gördüğü sırada tedavi ekibinin “hastanın intihar girişiminde bulunduğunu bildiren” acil psikiyatri konsültasyonu istemi sonucu Eylül 2002 tarihinde değerlendirildi. 6 ay önce akciğer kanseri tanısı konan ve son bir aydır kemoterapi alan ve daha önce psikiyatrik tedavi gören hastanın yoğun bir trafik akışının olduğu caddede arabaların önüne atlayarak intihar girişiminde bulunduğu öğrenildi.

Kendisine göre yakınması: “Bu sabah doktorum beyin BT çekimimim olacağını söyleyince çok heyecanlandım, annemle birlikte BT merkezine gittik, odaya girince kalbim hızla atmaya başladı, ölüyorum sandım, çok korktum, göğsüm sıkıştı, boğulacak gibi oldum. O an tam olarak ne yaptığımı hatırlamıyorum hızla oradan koşup, klinikteki odama gelmişim, yatağıma uzandım, kalbim biraz yavaşladı, gazeteye bakmaya başladım en son hatırladığım gazetede küçük bir kız çocuğuna tecavüz edilip öldürülmesi ile ilgili haberi. Çok etkilenmişim, o an kızım aklıma geldi, “ona bir şey olursa ne yaparım?” dedim ve bir an kontrolümü kaybettim, kendime geldiğimde caddenin ortasında arabaların arasında, insanların beni çektiirdikleri ve annemin çığlığı idi... Aslında intihar etmek istememiştim... ama zaten yavaş yavaş ölmüyorum muyum?”

Annesine göre yakınması: “2 aydır bu klinikte yatarak tedavi görüyor, bu sabah CT çekimi sırasında çok korktu, kapalı yerde duramayacağını söyledi, hızla koşarak odadan kaçtı, onu odasında buldum, kendinde değil gibiydi, sorularına cevap vermedi daha sonra hızla koşarak hastanenin önündeki caddeye gitti, çılgın gibiydi, sürekli olarak ölmek istediğini haykırarak kendini arabaların önüne attı, çok korkmuşum onu güçlükle engelledik, ölebilirdi... aslında son 15 gündür durgun, az konuşuyor ve uyumuyordu.....”

Hastanın doktorlarına göre yakınması: Bayan H, 6 aydır Akciğer kanseri nedeni tedavi görüyor ve son 2 aydır kliniğimizde kemoterapi, radyoterapi gördü ve halen tedavisi devam ediyor, beyin metastazı mevcut. Hasta başından beri tanısı biliyor, kendisi de bir hemşire olduğu için hastalığı ve tedavisi hakkında bilgisi var. Aslında başlangıçta tedaviye uyumu iyiydi, tedavisinin sonuçlarına (saçlarının dökülmesi, kemoterapi yan etkilerini) oldukça iyi kabullendi, ancak son haftalarda durgun, az konuşan, iştahsız ve sinirli hali dikkat çekiyordu... Bu sabah CT çekirmek istemediğini, korktuğunu söyledi biz ısrar edince CT merkezine gitti ancak kısa bir süre sonra çekimi gerçekleştirilmeden geri geldi, kendine zarar vereceğini hiç düşünmemiştik”.

Özgeçmiş: Bayan H, istenen bir gebelik sonucu, hastanede normal bir doğumla doğmuş. Annesinin gebeliğinin 7. ayında polis olan babası bir terör saldırısı sonucu şehit olmuş ve bu nedenle annesinin gebeliğinin son 2 ayı oldukça sıkıntılı geçmiş annesi sürekli ağlamış. Doğum sonrası annesinin sütü olmadığı için bebekliğinin 2. ayından itibaren mamalarla beslenmiş. Bebeklik döneminde uykusunun az olduğu, sürekli ağladığı ve huzursuz bir bebek olduğu belirtilen H'nin çocukluk ve ergenlik döneminde ailenin yaşadığı ekonomik sıkıntılar eğitimini etkilemiş, bu nedenle ortaokul sonrası bir süre eğitime ara vermiş, daha sonra hemşirelik okuluna devam etmiş. Hemşire olduktan sonra bir süre iş bulamayan H, kısa süreli

işlerde çalışmış, hemşire olarak çalışmaya başladığı dönemde ÖSS'ye giren H, işletme bölümünü kazanınca eğitimine devam etmek için görevinden istifa etmiş. Ancak aynı tarihlerde evlilik ve hamilelik nedeni ile okuluna devam edememiş ve üniversiteyi 2 sınıftan terk etmek zorunda kalmış. 4 yıl önce görev yaptığı hastanede şoför olarak çalışan şimdiki eşi ile tanışan H, kısa bir flört dönemini takiben evlenmiş. Eşi ile evliliğin ilk dönemlerinden itibaren sorunlar yaşayan H, son bir yıldır eşinden ayrı yaşıyor. H, eşinin sürekli alkol alıp eve geldiğini, kendisine ve çocuğuna sık sık şiddet uyguladığını belirtti. H, bu olumsuz evlilik yaşamının kendisini etkilediğini ve ruhsal rahatsızlıklara neden olduğunu son 3 yıldır psikiyatrik bir tedavi aldığı (antidepresan, antipsikotik, Lityum) ve ilaçlarını düzenli kullandığını ifade etti. H'nin 13 yaşından bu yana hamilelikte bile bırakmadığı günde yaklaşık bir paket olan sigara kullanımı mevcut. Ancak 6 ay önce akciğer kanseri nedeni sigarayı zorlanarak da olsa bırakmış. H'nin 2 yaşında bir kız çocuğu var. Hastanedeki tedavisi sırasında kızına komşuların zaman zaman da annesinin baktığını ve H'nin son bir yıla kadar herhangi bir sağlık sorunu olmadığı, kaza, ameliyat geçirmediği öğrenildi.

Soygeçmiş: Anne 53 yaşında, ev hanımı, okuryazar, 22 yaşında iken eşini kaybetmiş, dul, bir daha evlenmemiş. Eşini kaybettikten sonra kısa sürelerle evlere temizliğe gitmiş, lokantalarda çalışmış. Annenin gençlik yıllarında konversif türde bayımları olduğu ve bir süre tedavi gördüğü öğrenildi. H'ye göre anne; sessiz, özverili, her şeyi içine atan zavallı bir kadın. H ile annesi zaman zaman görüş ayrılıkları yaşasalar bile, özellikle H'nin hastalığı sırasında oldukça iyi bir iletişim içine girmişler. H'nin babası H doğmadan önce 25 yaşında iken polis memuru olarak çalıştığı sırada görev esnasında şehit olmuş. H babasını sadece resimlerinden tanıdığını evde onunla ilgili olarak “hiç konuşulmazdı” “İçimde baba ile ilgili boşluk hiç geçmeyecek...” diyor. H'nin kendisinden 2 yaş büyük bir ağabeyi var, ancak H onun için “o bize yabancısıdır...” diyor. Ağabeyinin 17 yaşından bu yana kendilerinden ayrı yaşadığını ve pek fazla görüşmediklerini ifade etti, ayrıntıya girmedi. Anne-baba 34 yıl önce görücü usulü ile tanışıp, kısa süren bir nişanlılık dönemini takiben evlenmişler ve babanın ölümüne kadar 3 yıl evli kalmışlar. Anne-babanın oldukça uyumlu, mutlu geçen bir evliliği olduğu ve babanın zamansız ölümü sonrası bir süre babaanne evinde kaldıkları öğrenildi. H'nin dayısının da psikiyatrik bir hastalığı olduğu, tedavi gördüğü ve intihar sonucu vefat ettiği belirtildi.

Bulgular: Hasta ile ilk görüşme intihar girişiminde bulunduğu aynı gün içinde yatarak tedavi gördüğü klinikteki odasında gerçekleştirildi. Hasta yatağında oturur vaziyette, görüşme için ilgisiz bir tavır içindeydi. Hastanın kilo kaybetmiş, tedavi sonrası saçlarının dökülmüş, kişisel bakımının azalmış, kaygılı ve çökkün hali dikkat çekiyordu. Yaşadığı olayla ilgili soruları alçak bir ses tonu ile kısa cümleler ile yanıtlıyordu. Zaman zaman gözlerinin yaşardığı gözlemlendi. Özellikle hastalığı ve çocuğu ile ilgili sorulara yanıt verirken zorlandığı ve “benden sonra çocuğum ne olacak ona kim bakar?, ben babasız büyüdüm, o ise annesiz büyüyecek şu talihe bak... Benim kaderim ona oldu. Çok az vaktim kaldı bunu biliyorum...” diyor.

Olgunun ilk psikiyatrik bakışında; duygulanımda belirgin elem, psikomotor retardasyon, konsantrasyon güçlüğü, anhedoni, düşünce içeriğinde belirgin depresif temalar, intihar düşünceleri saptandı. Benlik saygısı azalmıştı. İlk görüşmede uygulanan Hamilton Depresyon Ölçeği puanı 26 idi. Hastaya Major Depresif Bozukluk tanısı Sitalopram 20 mg/gün, Alpro-

zoram 1 mg/gün tedavisi başlanarak, tedavi ekibi hastanın durumu ile ilgili olarak bilgilendirildi ve hastanın haftalık görüşmeleri planlandı. İlk görüşmeyi takiben 7. gün hasta çocuğu ile psikiyatrı ziyarette geldi. İlk görüşmeye göre daha yakın, uyumlu ve kişisel bakımının daha iyi olduğu gözlenen H, “sıze kızımı getirdim, çünkü son 10 gündür kızımın kaldığı evdeki davranışları beni endişelendirdi. Kendisi için hazırlanan doğum günü pastasını yere atmış, büyük annesini ısırmış, kaldığı evin çocuklarını dövmüş” diyordu. Görüşme odasında H'nin kızının annesinin yanından hiç ayrılmadığı, aşırı hareketliliği, “anne çabuk iyileş eve gel” dediği gözlemlendi. H'ye kızı ile birlikteliğini artırması, hastane ziyaretleri sırasında birlikte oyunlar kurmaları, zaman zaman (tedavisi aksatmayacak şekilde) ev izinleri kullanması önerilerinde bulunuldu. Aile görüşmeleri ile sosyal desteği artırılan hastanın klinik ve tedavi uyumu düzeldi. Hastanın halen mevcut tedavisi devam etmektedir.

TARTIŞMA

Bir yaşam krizi olan kanser yalnızca tıbbi tedavilerle içinden çıkılamayacak kadar karmaşık sonuçlara yol açar. Hastalıkla yaşamın güçlükleri, iş aile sorunlarının yanı sıra anksiyete ve depresyon sık görülür. Kanserli hastalarda çok sayıdaki fiziksel semptomlar, geçmeyen ağrılar, ekonomik, evlilik sorunları, işsizlik, içedönük yaşam, sosyal desteğin azalması depresyon için önemli risk etkenlerindendir (7). Bazı belirtiler depresyon haberci olabilir. Aşırı bağımlılık, öfke, sosyal çekilme, (göz temasından, aile ile birlikte olmaktan kaçınma) çaresizlik, umutsuzluk, aşırı ağrı yakınmaları ve tedaviye uyumsuzluk gibi. Hastanın ağrısı varsa depresyonunun varlığını ayırt etmek için önce ağrıyı kontrol altına almak, sonra depresyonu yeniden değerlendirmek gerekir. Hastaların çoğu ağrının kötüleşme belirtisi olduğuna inanır. Umutsuzlukla birlikte görülen ajitasyon, tedaviye uymama, irritabilite, işbirliği yapmama, öfke, akut anksiyete, insomni ağrıya tepki olabilir ve ağrının sağaltımı ile düzelebilir. Kanserli hastada depresyon tanısı koyarken bazı belirtiler öncelik taşır, iştahsızlık, halsizlik gibi belirtilerden çok disforik mizaç, özgüven kaybı, ağrıya bağlı olmayan uykusuzluk, sabahları yorgun kalkma, erken uyanma, çaresizlik, değersizlik, suçluluk, konsantrasyon güçlüğü, ölüm isteği, intihar düşünceleri ile tanı konur. Ayrıca olguda da belirtildiği gibi, geçmiş yaşamlarında depresyon, panik bozukluğu, bipolar bozukluk, kişilik bozuklukları olan olgularda psikiyatrik

belirtiler açısından daha yakından izlenmelidir. Yine kanserli hastalarda istenen psikiyatri konsültasyonları sonucu % 8 oranında intihar düşünceleri olduğu belirtilmektedir (8). Epidemiyolojik çalışmalar genel popülasyona göre intihar sonucu ölüm oranları incelendiğinde kanserli hastalarda daha yüksek olduğunu desteklemektedir (9). Bu nedenle depresif bozukluğu ve depresif mizaçla giden uyum bozukluğu olan kanserli hastalarda intihar düşünceleri ciddi sorunlar yaratmaktadır. Gelişmelerle birlikte beklentiler artmış, hastalar yalnızca hayatta kalabilmeye değil olası olduğunca az kayıpla iyileşmeyi umabilme şansına sahip olmuştur. Yaşam kalitesi kavramı ile beden bütünlüğünü koruyan tedavi modellerinin yanı sıra ruhsal sağlığı da dikkati almak, kanser ve tedavileri ile ortaya çıkan ruhsal sorunları, bozuklukları tanıyıp tedavi etmek önem kazanmıştır (10,11). Bu nedenle konu ile ilgili çalışanların hastaların psikiyatrik belirtileri konusunda daha duyarlı olmaları gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Fawzy IF, Greenberg DB: Canser and psychiatry. In: Textbook of Consultation Liaison Psychiatry, Rudell JR, Wise MG (editors). American Psychiatric Press, Washington DC, 673-694, 1996.
2. Lederberg MS, Holland JH: Psyc-Oncology. In Comprehensive-Textbook of Psychiatry /IV. HI Kaplan, BJ Sadock (Ed), sixth ed., Baltimore, Williams&Wilkins 1570-1592, 1995.
3. Horikawa N, Yamazaki T, Sagawa M: The disclosure of information to cancer patients and its relationship to their mental state in a consultation-liaison psychiatry setting in Japan. Gen Hosp Psychiatry 3(21):368-373, 1999.
4. Hardman A, Maguire P, Crowther D: The recognition of psychiatric morbidity on medical oncology ward. J Psycosom Researc 33(4):235-239, 1989.
5. Elbi H, Haydaroğlu A: The recognition of psychiatric morbidity and risk group on radiation oncology department. Ann Oncol 3(Supp):178, 1992.
6. Ateşçi FC, Karadağ F, Karagöz N: Kanser hastalarında psikiyatrik bozuklukların morbiditesi. 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi 2-6 Ekim İstanbul, Özet Kitabı, 88-89, 2001.
7. Jenkins PL: Psychological morbidity associated with local recurrence of breast cancer. Int J Psychiatry Med 21:149-155, 1991.
8. Massie MJ: Psychotherapeutic interventions. In: Handbook of Psychooncology, JC Holland, JR Rowland (editors), New York, Oxford University Press, 470-491, 1989.
9. Donna BG: Quality of for adult leukemia survivors treated on clinical trials of cancer and leukemia group B during the period 1971-1988. Cancer 15:1936-1944, 1997.
10. Kissane DW, Smith GC: Consultation-liaison psychiatry in an Australian oncology unit. Aust N Z J Psychiatry 30:397-404, 1996.
11. Smith EL: Dyspnea, anxiety, body consciousness, and quality of life in patients with lung cancer. J Pain Symptom Manage 21:323-329, 2000.